



Neu im EKO

Änderungen im Erstattungskodex (EKO) ab Oktober 2024

Informationsstand Oktober 2024

Im Fokus: Weitere Metamizol-Nachfolger im Grünen Bereich

Mit **Metamizol "+pharma"** und **NovAkut** stehen ab Oktober 2024 erstmals Metamizol-Filmtabletten in der Wirkstoffstärke 1.000 mg frei verschreibbar zur Verfügung.

Bei der Verordnung metamizolhaltiger Arzneimittel sollte unter anderem das Agranulozytoserisiko beachtet werden.

Das Risiko einer Agranulozytose und Maßnahmen zur Minimierung des Risikos wurden vor Kurzem von der Europäischen Arzneimittel-Agentur (EMA) überprüft. Informationen zum Verfahren und abgeleitete Maßnahmen sind unter folgendem Link abrufbar:

www.ema.europa.eu/en/medicines/human/referrals/metamizole-containing-medicinal-products-0.

ROT >> **GRÜN**

Aufnahme kostengünstiger Nachfolgepräparate in den Grünen Bereich:

Präparat	Menge	T	OP	KVP €	max. Kostenersparnis € pro Packung*
N02 ANALGETIKA					
N02BB02 Metamizol-Natrium					
Metamizol "+pharma" 1.000 mg Filmtabl.	10 Stk.	T2	(2)	1,70	Wirkstoffstärke beim Erstanbieter nicht vorhanden
	30 Stk.	T2	–	4,20	
	60 Stk.	T2	–	8,45	
	100 Stk.	T2	–	13,70	
<i>Aufklärung der PatientInnen über Risiko und Erscheinungsbild einer Agranulozytose.</i>					

* Vergleich zum Listenpreis des Erstanbieterpräparates in dosierungsäquivalenter Menge (Preisbasis der Berechnung: Oktober 2024)

Präparat	Menge	T	OP	KVP €	max. Kostenersparnis € pro Packung*
NovAkut 1.000 mg Filmtabl.	10 Stk.	T2	(2)	1,70	Wirkstoffstärke beim Erstanbieter nicht vorhanden
	30 Stk.	T2	–	4,20	
	60 Stk.	T2	–	8,45	
	100 Stk.	T2	–	13,70	

Aufklärung der PatientInnen über Risiko und Erscheinungsbild einer Agranulozytose.

Metamizol "+pharma" und NovAkut sind Nachfolgepräparate zu Novalgin. Durch die Verfügbarkeit einer zusätzlichen Wirkstoffstärke wird die bedarfsgerechte Patientenversorgung mit Metamizol-Filmtabletten erleichtert.

N05 PSYCHOLEPTIKA

N05AX12 Aripiprazol

Aripiprazol "Zentiva" 10 mg Tabl.	14 Stk.	–	–	15,90	13,30
	28 Stk.	–	(2)	30,45	26,20
15 mg Tabl.	14 Stk.	–	–	15,90	11,10
	28 Stk.	–	(2)	30,45	21,85

Aripiprazol "Zentiva" ist ein weiteres Nachfolgepräparat zu Abilify mit großem Preisvorteil.

P02 ANTHELMINTHIKA

P02CF01 Ivermectin

Ivermectin "Stada" 3 mg Tabl.	4 Stk.	–	(2)	18,40	3,90
--------------------------------------	--------	---	-----	-------	-------------

IND: Zur Behandlung der Skabies bei PatientInnen mit mindestens 15 kg Körpergewicht.

Mit Ivermectin "Stada" steht eine kostengünstigere wirkstoffgleiche Alternative zu Ivergelan und Scabioral im Grünen Bereich zur Verfügung.

ROT >> **GELB**

Aufnahme kostengünstiger Nachfolgepräparate in den Gelben Bereich:

Präparat	Menge	T	OP	KVP €	max. Kostenersparnis € pro Packung*
----------	-------	---	----	-------	-------------------------------------

A16 ANDERE MITTEL FÜR DAS ALIMENTÄRE SYSTEM UND DEN STOFFWECHSEL

A16AX07 Sapropterin

RE1 L12	Sapropterin "Dipharma" 100 mg Plv. zur Herst. einer Lsg. zum Einnehmen	30 Stk.	–	–	345,95	348,85
RE1 L12	500 mg Plv. zur Herst. einer Lsg. zum Einnehmen	30 Stk.	–	–	1.609,15	Wirkstoffstärke beim Erstanbieter nicht vorhanden
RE1 L12	100 mg Tabl. zur Herst. einer Lsg. zum Einnehmen	30 Stk. 120 Stk.	– –	– –	345,95 1.292,25	348,85 1.413,05

Zur Behandlung einer Hyperphenylalaninämie (HPA) bei Erwachsenen und Kindern mit Phenylketonurie oder Tetrahydrobiopterin (BH4)-Mangel, wenn mit diätetischen Maßnahmen nicht das Auslangen gefunden werden kann.

Kontrolle des Ansprechens mittels BH4-loading-Test; als Ansprechen gilt ein Abfall des Phenylalaninspiegels im Blut um größer/gleich 30 %. Fortsetzung der Therapie nur, wenn innerhalb von sechs Monaten ein Ansprechen erzielt wurde. Regelmäßige Kontrolle der Phenylalanin- und Tyrosinspiegel, der psychomotorischen Entwicklung und der Einhaltung der restriktiven Diät.

Diagnose, Ersteinstellung und regelmäßige Kontrollen durch Zentren mit Erfahrung in der Behandlung der Phenylketonurie und des Tetrahydrobiopterin (BH4)-Mangels.

Präparat	Menge	T	OP	KVP €	max. Kostenersparnis € pro Packung*	
Sapropterin eignet sich für eine chef(kontroll)ärztliche Langzeitbewilligung für 12 Monate (L12).						
Sapropterin "Dipharma" ist das erste Nachfolgepräparat zu Kuvan mit großem Preisvorteil. Neben den Tabletten steht nun auch ein Pulver zur Herstellung einer Lösung zum Einnehmen zu 100 mg und mit 500 mg eine zusätzliche Wirkstoffstärke im Gelben Bereich zur Verfügung. Durch die bevorzugte Verordnung von Sapropterin "Dipharma" können auf Grund der möglichen Langzeitbewilligung für zwölf Monate Bewilligungsanträge reduziert und die Therapiekosten deutlich gesenkt werden.						
L04 IMMUNSUPPRESSIVA						
L04AE01 Fingolimod						
RE1	Fingolimod "neuraxpharm" 0,5 mg Hartkaps.	7 Stk.	–	–	121,45	170,55
<p>Als Monotherapie bei Erwachsenen mit</p> <ul style="list-style-type: none"> – hochaktiver, schubförmig remittierend verlaufender Multipler Sklerose (MS), die trotz eines vollständigen und angemessenen Zyklus einer krankheitsmodifizierenden Therapie (DMT) (Mindesttherapiedauer ein Jahr) weiterhin eine hohe Krankheitsaktivität aufweisen (mindestens ein Schub während der Therapie im vorangegangenen Jahr und mindestens neun T2-hyperintense Läsionen in der kranialen MRT oder mindestens eine Gadolinium anreichernde Läsion). – rasch fortschreitender schwerer schubförmig remittierend verlaufender MS, definiert durch zwei oder mehr Schübe mit Behinderungsprogression in einem Jahr und mit einer oder mehreren Gadolinium anreichernden Läsionen in der kranialen MRT oder mit einer signifikanten Erhöhung der T2-Läsionen im Vergleich zu einer früheren in jüngerer Zeit angefertigten MRT. <p>Diagnosestellung, Verordnung, Einstellung, Therapiekontrolle und Dokumentation durch ein MS-Zentrum. PatientInnen, die mit Fingolimod behandelt werden, sind vor Therapiebeginn in das dafür vorgesehene Register der ÖGN aufzunehmen.</p>						
RE1 L6	0,5 mg Hartkaps.	28 Stk.	–	–	402,90	649,95
<p>Als Monotherapie bei Erwachsenen mit</p> <ul style="list-style-type: none"> – hochaktiver, schubförmig remittierend verlaufender Multipler Sklerose (MS), die trotz eines vollständigen und angemessenen Zyklus einer krankheitsmodifizierenden Therapie (DMT) (Mindesttherapiedauer ein Jahr) weiterhin eine hohe Krankheitsaktivität aufweisen (mindestens ein Schub während der Therapie im vorangegangenen Jahr und mindestens neun T2-hyperintense Läsionen in der kranialen MRT oder mindestens eine Gadolinium anreichernde Läsion). – rasch fortschreitender schwerer schubförmig remittierend verlaufender MS, definiert durch zwei oder mehr Schübe mit Behinderungsprogression in einem Jahr und mit einer oder mehreren Gadolinium anreichernden Läsionen in der kranialen MRT oder mit einer signifikanten Erhöhung der T2-Läsionen im Vergleich zu einer früheren in jüngerer Zeit angefertigten MRT. <p>Diagnosestellung, Verordnung, Einstellung, Therapiekontrolle und Dokumentation durch ein MS-Zentrum. PatientInnen, die mit Fingolimod behandelt werden, sind vor Therapiebeginn in das dafür vorgesehene Register der ÖGN aufzunehmen.</p> <p>Fingolimod eignet sich für eine chef(kontroll)ärztliche Langzeitbewilligung für 6 Monate (L6).</p> <p>Mit Fingolimod "neuraxpharm" steht ein weiteres kostengünstiges Nachfolgepräparat zu Gilenya im Gelben Bereich zur Verfügung. Für die 28-Stk.-Packung sind im Gegensatz zum Erstanbieterpräparat Langzeitbewilligungen für sechs Monate möglich.</p>						
L04AK02 Teriflunomid						
RE2	Teriflunomid "Zentiva" 14 mg Filmtabl.	14 Stk.	–	–	98,10	193,95 Erstanbieter in RE1
		28 Stk.	–	–	175,40	384,35 Erstanbieter in RE1
Bei erwachsenen PatientInnen mit schubförmig remittierender Multipler Sklerose mit mild aktivem Verlauf, wenn therapeutische Alternativen nicht vertragen wurden.						

Präparat	Menge	T	OP	KVP €	max. Kostenersparnis € pro Packung*
Kriterien bei der Ersteinstellung: 2 Schübe innerhalb der letzten 2 Jahre sowie EDSS kleiner/gleich 5,5. Diagnosestellung, Verordnung, Einstellung, Therapiekontrolle und Dokumentation durch ein MS-Zentrum. PatientInnen, die mit Teriflunomid behandelt werden, sind vor Therapiebeginn in das dafür vorgesehene Register der ÖGN aufzunehmen.					
Teriflunomid "Zentiva" ist ein weiteres Nachfolgepräparat zu Aubagio. Im Gegensatz zum Erstanbieterpräparat, das bewilligungspflichtig ist, unterliegen die derzeit im Gelben Bereich gelisteten Nachfolger nur der Dokumentationspflicht.					

Aufnahme von Präparaten in den Gelben Bereich:

Präparat	Menge	T	OP	KVP €	
A03 MITTEL BEI FUNKTIONELLEN GASTROINTESTINALEN STÖRUNGEN					
A03AB02 Glycopyrroniumbromid					
RE1 L3	Sialanar 320 mcg/ml Lsg. zum Einnehmen	60 ml 250 ml	– –	– –	110,75 383,10
Bei PatientInnen ab 3 bis unter 18 Jahren mit chronischen neurologischen Erkrankungen und sehr schwerer Sialorrhö, definiert als nasse Kleidung, Hände und Gegenstände an 5 bis 7 Tagen pro Woche, in Kombination mit nicht-medikamentösen Best Supportive Care-Maßnahmen. Diagnosestellung, Erstverordnung und regelmäßige Kontrolle durch PädiaterInnen oder NeurologInnen mit Erfahrung in der Behandlung von Kindern und Jugendlichen mit neurologischen Erkrankungen oder durch spezialisierte Zentren. Regelmäßige Kontrollen in Zeitabständen von maximal 3 Monaten. Die Therapie ist mit Unterbrechungen und jeweils kurzfristig anzuwenden. Dauerhafte oder wiederholte Behandlungen nur nach individueller Nutzen-Risiko-Abwägung. Glycopyrroniumbromid eignet sich für eine chef(kontroll)ärztliche Langzeitbewilligung für 3 Monate (L3).					
C01 HERZTHERAPIE					
C01EB24 Mavacamten					
RE1 L3	Camzyos 2,5 mg Hartkaps. (PM)	14 Stk. 28 Stk.	– –	– –	817,95 1.555,25
RE1 L3	5 mg Hartkaps. (PM)	14 Stk. 28 Stk.	– –	– –	817,95 1.555,25
RE1 L3	10 mg Hartkaps. (PM)	14 Stk. 28 Stk.	– –	– –	817,95 1.555,25
RE1 L3	15 mg Hartkaps. (PM)	14 Stk. 28 Stk.	– –	– –	817,95 1.555,25
– Bei erwachsenen PatientInnen zur Behandlung der symptomatischen hypertrophen obstruktiven Kardiomyopathie (HOCM), die trotz maximal ausgeschöpfter Basistherapie (nicht-vasodilatierende Betablocker und/oder Nicht-Dihydropyridin-Calciumkanalblocker) oder bei deren Unverträglichkeit <ul style="list-style-type: none"> • in der Echokardiographie einen linksventrikulären Spitzen-Ausflusstraktgradienten (LVOT-Gradient) in Ruhe oder nach Provokation von größer/gleich 50 mm Hg aufweisen und • Beschwerden gemäß der New York Heart Association (NYHA) Funktionsklasse II oder III aufweisen und • eine linksventrikuläre Wanddicke von größer/gleich 15 mm (oder größer/gleich 13 mm bei einer Familienhistorie von hypertropher Kardiomyopathie) aufweisen. – Vor Beginn der Behandlung <ul style="list-style-type: none"> • ist die linksventrikuläre Ejektionsfraktion (LVEF) mittels Echokardiographie zu bestimmen. Die Therapie darf ab einer LVEF größer/gleich 55 % in Ruhe eingeleitet werden und • es muss bei gebärfähigen Frauen ein negativer Schwangerschaftstest vorliegen und 					

Präparat		Menge	T	OP	KVP €
<ul style="list-style-type: none"> • die PatientInnen sind für Cytochrom P450 (CYP) 2C19 zu genotypisieren, um die richtige Mavacamten-Dosis zu bestimmen. <p>– Diagnose und Erstverordnung durch ein spezialisiertes Zentrum. Regelmäßige Kontrollen durch KardiologInnen sowie mindestens einmal jährlich Kontrolle durch ein spezialisiertes Zentrum. Die Liste der in Frage kommenden spezialisierten Zentren wird vom Dachverband erstellt und unter https://www.sozialversicherung.at/erstattungskodex_HOCM publiziert.</p> <p>– Die Behandlung mit Mavacamten kann nur fortgesetzt werden, wenn sechs Monate nach Behandlungsbeginn</p> <ul style="list-style-type: none"> • bei einer Echokardiographiekontrolle der LVOT-Spitzengradient gegenüber dem Ausgangswert vor Therapiebeginn um mindestens 50 % gesunken ist oder • eine Verbesserung des NYHA-Stadiums um mindestens eine Klasse vorliegt. <p>– Keine Fortführung der Behandlung mit Mavacamten, wenn</p> <ul style="list-style-type: none"> • die LVEF auf kleiner/gleich 30 % absinkt und/oder • der Patient/die Patientin sich einer Septumsreduktionstherapie (SRT) unterzieht. <p>– Mavacamten eignet sich für eine chef(kontroll)ärztliche Langzeitbewilligung für 3 Monate (L3).</p> <p>– Die Aufnahme ist befristet und endet mit 31.12.2027.</p>					
R07 ANDERE MITTEL FÜR DEN RESPIRATIONSTRAKT					
R07AX02 Ivacaftor					
RE1 L6	Kalydeco 59,5 mg Gran. Btl. (PM)	28 Stk.	–	–	6.153,95
<p>Als Kombinationsbehandlung mit Ivacaftor/Tezacaftor/Elexacaftor 60 mg/40 mg/80 mg Gran. Btl. bei PatientInnen mit zystischer Fibrose (CF, Mukoviszidose) von 2–5 Jahren (ab 10 kg und unter 14 kg), die mindestens eine F508del-Mutation im CFTR-Gen aufweisen.</p> <p>Die Feststellung der Mutation muss mit einem validierten Testverfahren erfolgen.</p> <p>– Einsatz nur bei PatientInnen mit</p> <ul style="list-style-type: none"> • mehrmaligen pulmonalen Exazerbationen oder • regelmäßigen Antibiotikabehandlungen oder • einer mittels bildgebenden Verfahren (CT oder MRT) nachgewiesenen Schädigung der Lunge vor Therapiebeginn. <p>– Indikationsstellung, Erstverordnung und Therapieüberwachung müssen von einem Zentrum mit Erfahrung in der Behandlung der CF erfolgen.</p> <p>– Eine Diätberatung der Angehörigen hat vor Behandlungsbeginn zu erfolgen.</p> <p>– Leberfunktionstests (ALT, AST und Bilirubin) und Bestimmung von Chymotrypsin im Stuhl sind vor Beginn der Behandlung, alle 3 Monate im ersten Jahr der Behandlung und danach zumindest jährlich durchzuführen.</p> <p>– Schweiß-Chlorid-Level sind vor Therapiebeginn und danach alle 6 Monate zu dokumentieren.</p> <p>– Pulmonale Exazerbationen, der Antibiotikabedarf und das Körpergewicht (BMI) sind für den Zeitraum vor Beginn der Behandlung und alle 6 Monate nach Therapiebeginn zu dokumentieren.</p> <p>– Die Therapie ist nur fortzuführen, wenn</p> <ul style="list-style-type: none"> • Schweiß-Chlorid-Level auf mindestens 60 mmol/l gesenkt werden oder im Vergleich zur Baseline um mindestens 30 % fallen und • eine altersentsprechend vorteilhafte Entwicklung des BMI eintritt. <p>Ivacaftor in Kombination mit Ivacaftor/Tezacaftor/Elexacaftor eignet sich für eine chef(kontroll)ärztliche Langzeitbewilligung für 6 Monate (L6).</p> <p>Die Aufnahme in den EKO ist befristet und endet mit 30.6.2026.</p>					
Aufnahme einer zusätzlichen Wirkstoffstärke zur Kombinationsbehandlung von 2- bis 5-Jährigen (unter 14 kg Körpergewicht) mit dem ebenfalls neu aufgenommenen Präparat Kaftrio 60 mg/40 mg/80 mg Gran. Btl.					

Präparat		Menge	T	OP	KVP €
R07AX32 Ivacaftor, Tezacaftor und Elexacaftor					
RE1 L6	Kaftrio 60 mg/40 mg/80 mg Gran. Btl. (PM)	28 Stk.	–	–	9.671,70
<p>Als Kombinationsbehandlung mit Ivacaftor 59,5 mg Gran. Btl. bei PatientInnen mit zystischer Fibrose (CF, Mukoviszidose) von 2–5 Jahren (ab 10 kg und unter 14 kg), die mindestens eine F508del-Mutation im CFTR-Gen aufweisen.</p> <p>Die Feststellung der Mutation muss mit einem validierten Testverfahren erfolgen.</p> <p>– Einsatz nur bei PatientInnen mit</p> <ul style="list-style-type: none"> • mehrmaligen pulmonalen Exazerbationen oder • regelmäßigen Antibiotikabehandlungen oder • einer mittels bildgebenden Verfahren (CT oder MRT) nachgewiesenen Schädigung der Lunge vor Therapiebeginn. <p>– Indikationsstellung, Erstverordnung und Therapieüberwachung müssen von einem Zentrum mit Erfahrung in der Behandlung der CF erfolgen.</p> <p>– Eine Diätberatung der Angehörigen hat vor Behandlungsbeginn zu erfolgen.</p> <p>– Leberfunktionstests (ALT, AST und Bilirubin) und Bestimmung von Chymotrypsin im Stuhl sind vor Beginn der Behandlung, alle 3 Monate im ersten Jahr der Behandlung und danach zumindest jährlich durchzuführen.</p> <p>– Schweiß-Chlorid-Level sind vor Therapiebeginn und danach alle 6 Monate zu dokumentieren.</p> <p>– Pulmonale Exazerbationen, der Antibiotikabedarf und das Körpergewicht (BMI) sind für den Zeitraum vor Beginn der Behandlung und alle 6 Monate nach Therapiebeginn zu dokumentieren.</p> <p>– Die Therapie ist nur fortzuführen, wenn</p> <ul style="list-style-type: none"> • Schweiß-Chlorid-Level auf mindestens 60 mmol/l gesenkt werden oder im Vergleich zur Baseline um mindestens 30 % fallen und • eine altersentsprechend vorteilhafte Entwicklung des BMI eintritt. <p>Ivacaftor/Tezacaftor/Elexacaftor in Kombination mit Ivacaftor eignet sich für eine chef(kontroll)ärztliche Langzeitbewilligung für 6 Monate (L6).</p> <p>Die Aufnahme in den EKO ist befristet und endet mit 30.6.2026.</p>					
Aufnahme einer zusätzlichen Wirkstoffstärke zur Kombinationsbehandlung von 2- bis 5-Jährigen (unter 14 kg Körpergewicht) mit dem ebenfalls neu aufgenommenen Präparat Kalydeco 59,5 mg Gran. Btl.					
RE1 L6	75 mg/50 mg/100 mg Gran. Btl. (PM)	28 Stk.	–	–	9.671,70
<p>Als Kombinationsbehandlung mit Ivacaftor 75 mg Gran. Btl. 28 Stück bei PatientInnen mit zystischer Fibrose (CF, Mukoviszidose) von 2–5 Jahren (ab 14 kg), die mindestens eine F508del-Mutation im CFTR-Gen aufweisen.</p> <p>Die Feststellung der Mutation muss mit einem validierten Testverfahren erfolgen.</p> <p>– Einsatz nur bei PatientInnen mit</p> <ul style="list-style-type: none"> • mehrmaligen pulmonalen Exazerbationen oder • regelmäßigen Antibiotikabehandlungen oder • einer mittels bildgebenden Verfahren (CT oder MRT) nachgewiesenen Schädigung der Lunge vor Therapiebeginn. <p>– Indikationsstellung, Erstverordnung und Therapieüberwachung müssen von einem Zentrum mit Erfahrung in der Behandlung der CF erfolgen.</p> <p>– Eine Diätberatung der Angehörigen hat vor Behandlungsbeginn zu erfolgen.</p> <p>– Leberfunktionstests (ALT, AST und Bilirubin) und Bestimmung von Chymotrypsin im Stuhl sind vor Beginn der Behandlung, alle 3 Monate im ersten Jahr der Behandlung und danach zumindest jährlich durchzuführen.</p> <p>– Schweiß-Chlorid-Level sind vor Therapiebeginn und danach alle 6 Monate zu dokumentieren.</p> <p>– Pulmonale Exazerbationen, der Antibiotikabedarf und das Körpergewicht (BMI) sind für den Zeitraum vor Beginn der Behandlung und alle 6 Monate nach Therapiebeginn zu dokumentieren.</p> <p>– Die Therapie ist nur fortzuführen, wenn</p> <ul style="list-style-type: none"> • Schweiß-Chlorid-Level auf mindestens 60 mmol/l gesenkt werden oder im Vergleich zur Baseline um mindestens 30 % fallen und • eine altersentsprechend vorteilhafte Entwicklung des BMI eintritt. 					

Präparat	Menge	T	OP	KVP €
Ivacaftor/Tezacaftor/Elexacaftor in Kombination mit Ivacaftor eignet sich für eine chef(kontroll)ärztliche Langzeitbewilligung für 6 Monate (L6). Die Aufnahme in den EKO ist befristet und endet mit 30.6.2026.				
Aufnahme einer anderen galenischen Formulierung zur Kombinationsbehandlung von 2- bis 5-Jährigen (mehr als 14 kg Körpergewicht) mit der ebenfalls neu aufgenommenen Packungsgröße Kalydeco 75 mg Gran. Btl. zu 28 Stk.				

Folgende Präparate wurden aus dem EKO gestrichen:

Präparat	Menge	ATC-Code	Streichung mit
Atenolan 50 mg Filmtabl.	20 Stk. 50 Stk.	C07AB03	01.10.2024
Atenolan 100 mg Filmtabl.	20 Stk. 50 Stk.	C07AB03	01.10.2024
Atenolan comp. Filmtabl.	50 Stk.	C07CB03	01.10.2024
Atenolan comp. mite Filmtabl.	50 Stk.	C07CB03	01.10.2024
Candesartan/HCT "G.L." 8 mg/12,5 mg Tabl.	30 Stk.	C09DA06	01.10.2024
Candesartan/HCT "G.L." 16 mg/12,5 mg Tabl.	30 Stk.	C09DA06	01.10.2024
Candesartan/HCT "G.L." 32 mg/12,5 mg Tabl.	30 Stk.	C09DA06	01.10.2024
Candesartan/HCT "G.L." 32 mg/25 mg Tabl.	30 Stk.	C09DA06	01.10.2024
Ezetimib "Accord" 10 mg Tabl.	30 Stk.	C10AX09	01.10.2024
Huminsulin "Lilly" Basal 100 IE/ml Inj.susp. Dstfl.	2 Stk.	A10AC01	01.10.2024
Huminsulin "Lilly" Profil III 100 IE/ml Inj.susp. Dstfl.	2 Stk.	A10AD01	01.10.2024
Die Huminsulin-Patronen sind weiterhin im Erstattungskodex gelistet.			
Metoprolol "Stada" retard 200 mg Filmtabl.	20 Stk. 50 Stk.	C07AB02	01.10.2024
NovoEight 1500 IE Plv. und Lsgm. zur Herst. einer Inj.lsg.	1 Stk.	B02BD02	01.10.2024
Risperidon "Hexal" 0,5 mg Filmtabl.	10 Stk. 60 Stk.	N05AX08	01.10.2024
Trizivir 300 mg/150 mg/300 mg Filmtabl.	60 Stk.	J05AR04	01.10.2024

Änderung der Verwendung im Gelben Bereich:

Präparat		Menge	T	OP	KVP €
J06 IMMUNSERA UND IMMUNGLOBULINE					
J06BA01 Immunglobuline, normal human, zur extravasalen Anwendung					
RE1	HyQvia 100 mg/ml Inf.lsg. zur subkutanen Anw. (2,5 g/25 ml)	1 Stk.	–	–	182,00
RE1	(5 g/50 ml)	1 Stk.	–	–	345,95
RE1	(10 g/100 ml)	1 Stk.	–	–	658,45
RE1	(20 g/200 ml)	1 Stk.	–	–	1.292,25
RE1	(30 g/300 ml)	1 Stk.	–	–	1.926,05
<p>Substitutionstherapie bei gesicherter Diagnose eines primären Immunmangelsyndroms mit eingeschränkter Antikörperbildung sowie bei sekundären Immundefekten im ausführlich begründeten Einzelfall.</p> <p>Zur Erhaltungstherapie bei PatientInnen mit chronischer inflammatorischer demyelinisierender Polyneuropathie (CIDP) nach Stabilisierung mit intravenösen Immunglobulinen.</p> <p>Bei langfristiger Immunglobulintherapie sollten Versuche unternommen werden, die verabreichte Dosis zu reduzieren und/oder das Dosierungsintervall auszudehnen.</p> <p>Erstverordnung und regelmäßige Kontrolle durch in der Behandlung mit Immunglobulinen erfahrene ÄrztInnen oder Zentren.</p>					
Indikationserweiterung um die immunmodulatorische Therapie bei chronischer inflammatorischer demyelinisierender Polyneuropathie als Erhaltungstherapie nach Stabilisierung mit intravenösen Immunglobulinen					
R07 ANDERE MITTEL FÜR DEN RESPIRATIONSTRAKT					
R07AX02 Ivacaftor					
RE1 L6	Kalydeco 75 mg Gran. Btl. (PM)	28 Stk.	–	–	6.153,95
<p>Als Kombinationsbehandlung mit Ivacaftor/Tezacaftor/Elexacaftor 75 mg/50 mg/100 mg Gran. Btl. bei PatientInnen mit zystischer Fibrose (CF, Mukoviszidose) von 2–5 Jahren (ab 14 kg), die mindestens eine F508del-Mutation im CFTR-Gen aufweisen.</p> <p>Die Feststellung der Mutation muss mit einem validierten Testverfahren erfolgen.</p> <p>– Einsatz nur bei PatientInnen mit</p> <ul style="list-style-type: none"> • mehrmaligen pulmonalen Exazerbationen oder • regelmäßigen Antibiotikabehandlungen oder • einer mittels bildgebenden Verfahren (CT oder MRT) nachgewiesenen Schädigung der Lunge vor Therapiebeginn. <p>– Indikationsstellung, Erstverordnung und Therapieüberwachung müssen von einem Zentrum mit Erfahrung in der Behandlung der CF erfolgen.</p> <p>– Eine Diätberatung der Angehörigen hat vor Behandlungsbeginn zu erfolgen.</p> <p>– Leberfunktionstests (ALT, AST und Bilirubin) und Bestimmung von Chymotrypsin im Stuhl sind vor Beginn der Behandlung, alle 3 Monate im ersten Jahr der Behandlung und danach zumindest jährlich durchzuführen.</p> <p>– Schweiß-Chlorid-Level sind vor Therapiebeginn und danach alle 6 Monate zu dokumentieren.</p> <p>– Pulmonale Exazerbationen, der Antibiotikabedarf und das Körpergewicht (BMI) sind für den Zeitraum vor Beginn der Behandlung und alle 6 Monate nach Therapiebeginn zu dokumentieren.</p> <p>– Die Therapie ist nur fortzuführen, wenn</p> <ul style="list-style-type: none"> • Schweiß-Chlorid-Level auf mindestens 60 mmol/l gesenkt werden oder im Vergleich zur Baseline um mindestens 30 % fallen und • eine altersentsprechend vorteilhafte Entwicklung des BMI eintritt. 					

Präparat	Menge	T	OP	KVP €
<p>Ivacaftor in Kombination mit Ivacaftor/Tezacaftor/Elexacaftor eignet sich für eine chef(kontroll)ärztliche Langzeitbewilligung für 6 Monate (L6). Die Aufnahme in den EKO ist befristet und endet mit 30.6.2026.</p>				
<p>Aufnahme einer 28-Stk.-Packung für die Kombinationsbehandlung mit Kaftrio 75 mg/50 mg/100 mg Gran. Btl. Die 56-Stk.-Packung bleibt unverändert im EKO.</p>				

Abkürzungsverzeichnis

- (2).....zwei Packungen pro Verschreibung abgebar, erfolgt keine Angabe, darf nur eine Packung abgegeben werden
- PM**Arzneispezialitäten, für die eine Vereinbarung über ein Preismodell mit dem vertriebsberechtigten Unternehmen vorliegt.
- INDDie Arzneispezialität ist nur für die angegebenen Voraussetzungen in den jeweiligen Bereich des EKO aufgenommen. Das Vorliegen der angegebenen Voraussetzungen muss von der verordnenden Ärztin/vom verordnenden Arzt durch den Vermerk IND am Rezept bestätigt werden. Für Verordnungen außerhalb der angegebenen Voraussetzungen ist eine ärztliche Bewilligung des chef- und kontrollärztlichen Dienstes einzuholen.
- KVPKassenverkaufspreis ohne Umsatzsteuer
- L3Langzeitbewilligung für 3 Monate möglich
- L6Langzeitbewilligung für 6 Monate möglich
- L12Langzeitbewilligung für 12 Monate möglich
- OPHöchstanzahl Packungen je Verordnung
- RE1Die Arzneispezialitäten dürfen erst nach Vorliegen der ärztlichen Bewilligung des chef- und kontrollärztlichen Dienstes abgegeben werden. Für die Erteilung der ärztlichen Bewilligung des chef- und kontrollärztlichen Dienstes sind die angegebenen bestimmten Voraussetzungen maßgeblich.
- RE2Bei diesen Arzneispezialitäten kann die sonst notwendige ärztliche Bewilligung des chef- und kontrollärztlichen Dienstes durch eine nachfolgende Kontrolle der Einhaltung der bestimmten Verwendungen ersetzt werden, wenn die angegebenen bestimmten Verwendungen vorliegen und eine den Richtlinien über die ökonomische Verschreibweise von Heilmitteln und Heilbehelfen entsprechende Dokumentation angefertigt wurde.
- TTeilbarkeit
- T2in zwei dosisgleiche Teile teilbar