



Neu im EKO

Änderungen im Erstattungskodex (EKO) ab Februar 2025

Informationsstand Februar 2025

Im Fokus: Präparate mit dem Wirkstoff Pomalidomid im Grünen Bereich

Mit **Pomalidomid "Krka"** und **Pomalidomid "Zentiva"** stehen ab Februar 2025 erstmals pomalidomidhaltige Präparate im Grünen Bereich des EKO zur Verfügung und vereinfachen die Versorgung.

Im Gegensatz zum Originärpräparat Imnovid, das nicht im EKO gelistet ist und somit nur in begründeten Einzelfällen nach Vorliegen einer Bewilligung auf Kosten der Sozialversicherungsträger abgegeben werden kann, sind die neu aufgenommenen Pomalidomid-Präparate unter Einhaltung des Indikationstextes frei verschreibbar.

ROT >> **GRÜN**

Aufnahme kostengünstiger Nachfolgepräparate in den Grünen Bereich:

Präparat	Menge	T	OP	KVP €	max. Kostenersparnis € pro Packung*
C09 MITTEL MIT WIRKUNG AUF DAS RENIN-ANGIOTENSIN-SYSTEM					
C09CA01 Losartan					
Losartan "Aliud" 50 mg Filmtabl.	30 Stk.	T2	(3)	4,05	0,97
100 mg Filmtabl.	30 Stk.	–	(3)	4,05	Wirkstoffstärke beim Erstanbieter nicht vorhanden
Losartan "Aliud" ist ein Nachfolgepräparat zu Cosaar, von dem erstmals bis zu drei Packungen bewilligungsfrei verordnet werden können.					

* Vergleich zum Listenpreis des Erstanbieterpräparates in dosierungsäquivalenter Menge (Preisbasis der Berechnung: Februar 2025)

Präparat	Menge	T	OP	KVP €	max. Kostenersparnis € pro Packung*
C09DA01 Losartan und Diuretika					
Losartan/HCT "Aliud" 50 mg/12,5 mg Filmtabl.	30 Stk.	–	(3)	4,05	Erstanbieter nicht mehr verfügbar
100 mg/12,5 mg Filmtabl.	30 Stk.	–	(3)	4,05	Erstanbieter nicht mehr verfügbar
100 mg/25 mg Filmtabl.	30 Stk.	–	(3)	4,05	Erstanbieter nicht mehr verfügbar
Losartan/HCT "Aliud" ist ein Nachfolgepräparat zu Cosaar Plus und Fortzaar, die nicht mehr verfügbar sind. Bis zu drei Packungen des Nachfolgers können ohne Bewilligung rezeptiert werden.					
C10 MITTEL, DIE DEN LIPIDSTOFFWECHSEL BEEINFLUSSEN					
C10AX09 Ezetimib					
Ezetimib "Glenmark" 10 mg Tabl.	30 Stk.	–	(3)	8,55	25,65 Erstanbieter nicht im EKO
Ezetimib "Glenmark" ist ein weiteres Nachfolgepräparat zu Ezetrol, das nicht mehr im EKO gelistet ist.					
L04 IMMUNSUPPRESSIVA					
L04AX06 Pomalidomid					
Pomalidomid "Krka" 1 mg Hartkaps.	14 Stk.	–	–	476,85	3.849,40 Erstanbieter nicht im EKO
	21 Stk.	–	–	702,95	5.770,55 Erstanbieter nicht im EKO
2 mg Hartkaps.	14 Stk.	–	–	476,85	3.953,30 Erstanbieter nicht im EKO
	21 Stk.	–	–	702,95	5.926,40 Erstanbieter nicht im EKO
3 mg Hartkaps.	14 Stk.	–	–	476,85	4.465,85 Erstanbieter nicht im EKO
	21 Stk.	–	–	702,95	6.695,25 Erstanbieter nicht im EKO
4 mg Hartkaps.	14 Stk.	–	–	476,85	4.476,25 Erstanbieter nicht im EKO
	21 Stk.	–	–	702,95	6.710,85 Erstanbieter nicht im EKO
IND: Diagnose und Erstverordnung durch entsprechende Fachabteilung bzw. Zentrum, mittels Tumorboard. Regelmäßige Kontrolle durch entsprechende Fachabteilung bzw. Zentrum bzw. durch (Hämato-)OnkologInnen.					
Pomalidomid "Zentiva" 1 mg Hartkaps.	14 Stk.	–	–	473,50	3.852,75 Erstanbieter nicht im EKO
	21 Stk.	–	–	700,00	5.773,50 Erstanbieter nicht im EKO
2 mg Hartkaps.	14 Stk.	–	–	473,50	3.956,65 Erstanbieter nicht im EKO
	21 Stk.	–	–	700,00	5.929,35 Erstanbieter nicht im EKO

Präparat	Menge	T	OP	KVP €	max. Kostenersparnis € pro Packung*
Pomalidomid "Zentiva" 3 mg Hartkaps.	14 Stk.	–	–	473,50	4.469,20 Erstanbieter nicht im EKO
	21 Stk.	–	–	700,00	6.698,20 Erstanbieter nicht im EKO
4 mg Hartkaps.	14 Stk.	–	–	473,50	4.479,60 Erstanbieter nicht im EKO
	21 Stk.	–	–	700,00	6.713,80 Erstanbieter nicht im EKO
IND: Diagnose und Erstverordnung durch entsprechende Fachabteilung bzw. Zentrum, mittels Tumorboard. Regelmäßige Kontrolle durch entsprechende Fachabteilung bzw. Zentrum bzw. durch (Hämato-)OnkologInnen.					
Ab Februar 2025 stehen erstmals pomalidomidhaltige Präparate im Grünen Bereich zur Verfügung. Der Preisvorteil zum Originär Imnovid von mehreren tausend Euro pro Packung ist beachtlich.					
M03 MUSKELRELAXANZIEN					
M03BX02 Tizanidin					
Tizagelan 6 mg Tabl.	10 Stk.	T4	–	2,30	anderes Freisetzungsprofil beim Erstanbieter
	30 Stk.	T4	–	6,90	
	60 Stk.	T4	–	13,45	
Neben Tizagelan 2 mg und 4 mg, Nachfolgeprodukten zu Sirdalud, steht mit Tizagelan 6 mg ab Februar 2025 eine zusätzliche Wirkstoffstärke frei verschreibbar zur Verfügung.					
N04 ANTIPARKINSONMITTEL					
N04BA03 Levodopa, Decarboxylasehemmer und COMT-Hemmer					
Levodopa/Carbidopa/Entacapone "Orion" 50 mg/12,5 mg/200 mg Filmtabl.	30 Stk.	–	(2)	16,90	Erstanbieter nicht mehr verfügbar
	100 Stk.	–	–	45,60	
75 mg/18,75 mg/200 mg Filmtabl.	30 Stk.	–	(2)	16,90	Erstanbieter nicht mehr verfügbar
	100 Stk.	–	–	45,60	
100 mg/25 mg/200 mg Filmtabl.	30 Stk.	–	(2)	16,90	Erstanbieter nicht mehr verfügbar
	100 Stk.	–	–	45,60	
125 mg/31,25 mg/200 mg Filmtabl.	30 Stk.	–	(2)	16,90	Erstanbieter nicht mehr verfügbar
	100 Stk.	–	–	45,60	
150 mg/37,5 mg/200 mg Filmtabl.	30 Stk.	–	(2)	16,90	Erstanbieter nicht mehr verfügbar
	100 Stk.	–	–	45,60	
175 mg/43,75 mg/200 mg Filmtabl.	30 Stk.	–	(2)	16,90	Erstanbieter nicht mehr verfügbar
	100 Stk.	–	–	45,60	
200 mg/50 mg/200 mg Filmtabl.	30 Stk.	–	(2)	16,90	Erstanbieter nicht mehr verfügbar
	100 Stk.	–	–	45,60	
Levodopa/Carbidopa/Entacapone "Orion" ist ein Nachfolgepräparat zu Stalevo, das nicht mehr verfügbar ist.					

Aufnahme von Präparaten in den Grünen Bereich:

Präparat	Menge	T	OP	KVP €
A11 VITAMINE				
A11CC05 Colecalciferol				
Colecalciferol "Sandoz" 20.000 IE Weichkaps.	14 Stk.	–	–	5,20
<i>IND: Zur Anfangsbehandlung von klinisch relevanten Vitamin-D-Mangelzuständen bei Erwachsenen</i>				
C10 MITTEL, DIE DEN LIPIDSTOFFWECHSEL BEEINFLUSSEN				
C10BA05 Atorvastatin und Ezetimib				
Atorvacor + Ezetimib 10 mg/10 mg Filmtabl.	30 Stk.	–	(3)	9,50
20 mg/10 mg Filmtabl.	30 Stk.	–	(3)	9,50
40 mg/10 mg Filmtabl.	30 Stk.	–	(3)	9,50
80 mg/10 mg Filmtabl.	30 Stk.	–	(3)	9,50
Ezetimib/Atorvastatin "+pharma" 10 mg/10 mg Filmtabl.	30 Stk.	–	(3)	9,50
10 mg/20 mg Filmtabl.	30 Stk.	–	(3)	9,50
10 mg/40 mg Filmtabl.	30 Stk.	–	(3)	9,50
10 mg/80 mg Filmtabl.	30 Stk.	–	(3)	9,50
C10BA06 Rosuvastatin und Ezetimib				
Rosamib 40 mg/10 mg Tabl.	30 Stk.	–	(3)	9,50
Rosamib ist ab Februar 2025 in einer zusätzlichen Wirkstoffstärke im Grünen Bereich gelistet.				
N02 ANALGETIKA				
N02AE01 Buprenorphin				
Transtec 70 mcg/h transdermales Pflaster	4 Stk.	–	(2)	18,80
SG				
<i>IND: chronische Schmerzen, die durch starke orale Opioide nicht ausreichend behandelbar sind</i>				

ROT >> **GELB**

Aufnahme kostengünstiger Nachfolgepräparate in den Gelben Bereich:

Präparat	Menge	T	OP	KVP €	max. Kostenersparnis € pro Packung*
G03 SEXUALHORMONE UND MODULATOREN DES GENITALSYSTEMS					
G03BA03 Testosteron					
RE1 Testosteron "EVER Pharma" 1000 mg/4 ml Inj.lsg.	1 Stk.	–	–	45,90	41,10
– Bei Hypogonadismus mit entsprechender klinischer Symptomatik und nachgewiesenem erniedrigten Testosteronspiegel, für den eine Testosteronsubstitution indiziert ist bei ○ Klinefelter-Syndrom					

Präparat		Menge	T	OP	KVP €	max. Kostenersparnis € pro Packung*
○ Zustand nach bilateraler Orchiektomie oder Trauma ○ kongenitalem Anorchismus. – Für seltene andere Formen des primären und sekundären Hypogonadismus durch angeborene oder erworbene Erkrankungen ist die Kostenübernahme im ausführlich begründeten Einzelfall bei Diagnosestellung und Verlaufskontrollen durch ein Zentrum möglich. – Keine Kostenübernahme bei PADAM (partielles Androgendefizit des alternden Mannes). – Androgene können die Entwicklung eines subklinischen Prostatakrebses und einer benignen Prostatahyperplasie beschleunigen. Testosteron "EVER Pharma" ist ein weiteres kostengünstiges Nachfolgepräparat zu Nebido im Gelben Bereich.						
L04 IMMUNSUPPRESSIVA						
L04AK02 Teriflunomid						
RE2	Teriflunomid "HCS" 14 mg Filmtabl.	14 Stk.	–	–	90,15	201,90 Erstanbieter in RE1
		28 Stk.	–	–	167,05	392,70 Erstanbieter in RE1
Bei erwachsenen PatientInnen mit schubförmig remittierender Multipler Sklerose mit mild aktivem Verlauf, wenn therapeutische Alternativen nicht vertragen wurden. 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.						
RE2	Teriflunomid "Stada" 14 mg Filmtabl.	14 Stk.	T2	–	90,15	201,90 Erstanbieter in RE1
		28 Stk.	T2	–	167,05	392,70 Erstanbieter in RE1
Bei erwachsenen PatientInnen mit schubförmig remittierender Multipler Sklerose mit mild aktivem Verlauf, wenn therapeutische Alternativen nicht vertragen wurden. 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 "HCS" und Teriflunomid "Stada" sind im Gegensatz zum Erstanbieterpräparat Aubagio im Hellgelben und nicht im Dunkelgelben Bereich gelistet und somit unter Einhaltung des Regeltextes nur dokumentations- und nicht bewilligungspflichtig.						
L04AX07 Dimethylfumarat						
RE2	Dimethylfumarat "ratiopharm GmbH" 120 mg magensaftresistente Hartkaps.	14 Stk.	–	–	52,00	164,85 Erstanbieter in RE1
RE2	240 mg magensaftresistente Hartkaps.	56 Stk.	–	–	175,40	613,65 Erstanbieter in RE1
Bei erwachsenen PatientInnen mit schubförmig-remittierender Multipler Sklerose: Kriterien bei Ersteinstellung: – Mindestens ein Schub innerhalb des letzten Jahres oder mindestens eine Gadolinium aufnehmende Läsion in einer rezenten Kernspintomographie und – EDSS kleiner/gleich 5,0 Diagnosestellung, Verordnung, Einstellung, Therapiekontrolle und Dokumentation durch ein MS-Zentrum. Regelmäßige Kontrollen des großen Blutbildes gemäß Fachinformation.						

Präparat	Menge	T	OP	KVP €	max. Kostenersparnis € pro Packung*
PatientInnen, die mit Dimethylfumarat behandelt werden, sind vor Therapiebeginn in das dafür vorgesehene Register der ÖGN aufzunehmen.					
Dimethylfumarat "ratiopharm GmbH" aus dem Hellgelben Bereich ist ein kostengünstiges Nachfolgepräparat zu dem im Dunkelgelben Bereich angeführten Tecfidera.					

Aufnahme von Präparaten in den Gelben Bereich:

Präparat	Menge	T	OP	KVP €
L04 IMMUNSUPPRESSIVA				
L04AC05 Ustekinumab				
RE2 Stelara 45 mg Inj.lsg. Fertigpen	1 Stk.	–	–	1.193,80
1. Bei Erwachsenen mit mittelschwerer bis schwerer Plaque-Psoriasis bei Versagen, Unverträglichkeit oder Kontraindikation von systemischen Therapien einschließlich Ciclosporin, Methotrexat oder PUVA. Erstverordnung und engmaschige Kontrollen durch entsprechende Fachabteilung bzw. -ambulanz oder durch FachärztInnen mit Erfahrung in der Behandlung der mittelschweren bis schweren Plaque-Psoriasis. Die Entscheidung über eine Behandlungsverlängerung nach 28 Wochen muss durch die Fachabteilung bzw. -ambulanz oder durch FachärztInnen mit Erfahrung in der Behandlung der mittelschweren bis schweren Plaque-Psoriasis erfolgen. Die Behandlung mit Ustekinumab darf nur bei PatientInnen verlängert werden, die auf die Therapie angesprochen haben. 2. Bei Erwachsenen mit aktiver und progressiver Psoriasis-Arthritis bei Versagen von mindestens einem DMARD (disease-modifying anti-rheumatic drug), wobei Methotrexat in ausreichender Dosierung und ausreichender Dauer verabreicht wurde. Erstverordnung und engmaschige Kontrolle durch RheumatologInnen oder durch Zentren, die berechtigt sind, solche auszubilden. Die Entscheidung über eine Behandlungsverlängerung nach 28 Wochen muss durch RheumatologInnen oder durch Zentren, die berechtigt sind, solche auszubilden, erfolgen. Die Behandlung mit Ustekinumab darf nur bei PatientInnen verlängert werden, die auf die Therapie angesprochen haben.				
RE2 Stelara 90 mg Inj.lsg. Fertigpen	1 Stk.	–	–	1.193,80
1. Bei Erwachsenen mit einem Körpergewicht von über 100 kg mit mittelschwerer bis schwerer Plaque-Psoriasis bei Versagen, Unverträglichkeit oder Kontraindikation von systemischen Therapien einschließlich Ciclosporin, Methotrexat oder PUVA. Erstverordnung und engmaschige Kontrollen durch entsprechende Fachabteilung bzw. -ambulanz oder durch FachärztInnen mit Erfahrung in der Behandlung der mittelschweren bis schweren Plaque-Psoriasis. Die Entscheidung über eine Behandlungsverlängerung nach 28 Wochen muss durch die Fachabteilung bzw. -ambulanz oder durch FachärztInnen mit Erfahrung in der Behandlung der mittelschweren bis schweren Plaque-Psoriasis erfolgen. Die Behandlung mit Ustekinumab darf nur bei PatientInnen verlängert werden, die auf die Therapie angesprochen haben. 2. Bei Erwachsenen mit einem Körpergewicht von über 100 kg mit aktiver und progressiver Psoriasis-Arthritis bei Versagen von mindestens einem DMARD (disease-modifying antirheumatic drug), wobei Methotrexat in ausreichender Dosierung und ausreichender Dauer verabreicht wurde. Erstverordnung und engmaschige Kontrolle durch RheumatologInnen oder durch Zentren, die berechtigt sind, solche auszubilden. Die Entscheidung über eine Behandlungsverlängerung nach 28 Wochen muss durch RheumatologInnen oder durch Zentren, die berechtigt sind, solche auszubilden, erfolgen. Die Behandlung mit Ustekinumab darf nur bei PatientInnen verlängert werden, die auf die Therapie angesprochen haben. 3. Bei Erwachsenen mit schwergradigem aktiven Morbus Crohn bei Versagen, Unverträglichkeit oder Kontraindikation der konventionellen Therapien. Erstverordnung und engmaschige Kontrolle durch GastroenterologInnen. Keine Fortsetzung der Behandlung der PatientInnen, die innerhalb von 16 Behandlungswochen nach der intravenösen Induktionsdosis nicht klinisch ansprechen.				

Präparat		Menge	T	OP	KVP €
4. Bei Erwachsenen mit mittelschwerer bis schwerer aktiver Colitis ulcerosa bei Versagen, Unverträglichkeit oder Kontraindikation der konventionellen Therapien. Erstverordnung und engmaschige Kontrolle durch GastroenterologInnen. Keine Fortsetzung der Behandlung der PatientInnen, die innerhalb von 16 Behandlungswochen nach der intravenösen Induktionsdosis nicht klinisch ansprechen.					
N07 ANDERE MITTEL FÜR DAS NERVENSYSTEM					
N07XX25 Omaveloxolon					
RE1 L3	Skyclarys 50 mg Hartkaps. 	90 Stk.	–	–	23.740,10
Bei PatientInnen ab 16 Jahren mit genetisch gesicherter Friedreich-Ataxie bei Vorliegen eines mFARS-Score größer/gleich 20 und kleiner/gleich 80, wenn – kein dekompensierter Diabetes mellitus vorliegt (HbA1c kleiner/gleich 11,0 %) UND – die Leberwerte nicht erhöht sind (Alkalische Phosphatase kleiner/gleich 2-fache der ULN, Bilirubin kleiner/gleich 1,2-fache der ULN, ALT und AST kleiner/gleich 1,5-fache der ULN) UND – keine dekompensierte Herzerkrankung vorliegt. Diagnose und Erstverordnung durch ein spezialisiertes Zentrum. Regelmäßige Kontrollen durch NeurologInnen sowie mindestens einmal jährlich Kontrolle durch ein spezialisiertes Zentrum. Die Liste der für die Erstverordnung in Frage kommenden Einrichtungen wird vom Dachverband erstellt und unter www.sozialversicherung.at/erstattungskodex_friedreich-ataxie publiziert. Die Behandlung mit Omaveloxolon kann nur fortgesetzt werden, wenn – drei Monate nach Behandlungsbeginn eine Abnahme des mFARS-Scores eingetreten ist UND – 12 Monate nach Behandlungsbeginn keine Zunahme des mFARS-Scores von größer/gleich 1,5 Punkten gegenüber dem Wert zu Behandlungsbeginn aufgetreten ist UND – die Leberwerte nicht die in der Fachinformation angegebenen Grenzwerte übersteigen (ALT oder AST größer 5 × ULN oder ALT oder AST größer 3 × ULN und Bilirubin größer 2 × ULN). Omaveloxolon eignet sich für eine chef(kontroll)ärztliche Langzeitbewilligung für drei Monate (L3).					

Folgende Präparate wurden aus dem EKO gestrichen:

Präparat	Menge	ATC-Code	Streichung mit
Cinacalcet "Reddy" 30 mg Filmtabl.	28 Stk.	H05BX01	01.02.2025
Cinacalcet "Reddy" 60 mg Filmtabl.	28 Stk.	H05BX01	01.02.2025
Cinacalcet "Reddy" 90 mg Filmtabl.	28 Stk.	H05BX01	01.02.2025
Faslodex 250 mg Inj.lsg. Fertigspr.	2 Stk.	L02BA03	01.02.2025
Es stehen weiterhin mehrere Nachfolgepräparate mit dem Wirkstoff Fulvestrant im Grünen Bereich des EKO unter Einhaltung des Indikationstextes frei verschreibbar zur Verfügung.			
Flixabi 100 mg Plv. für ein Konz. zur Herst. einer Inf.lsg.	1 Stk. 2 Stk. 3 Stk.	L04AB02	01.02.2025
Die Präparate Inflectra und Remsima verbleiben mit einem Indikationstext im Grünen Bereich.			
Fluvastatin "Accord" 80 mg Retardtabl.	30 Stk.	C10AA04	01.02.2025
Fragmin 10.000 IE/1 ml Amp.	10 Stk.	B01AB04	01.02.2025
Losartan "Stada" 50 mg Filmtabl.	30 Stk.	C09CA01	01.02.2025
Losartan "Stada" 100 mg Filmtabl.	30 Stk.	C09CA01	01.02.2025
Losartan/HCT "ratiopharm GmbH" 50 mg/12,5 mg Filmtabl.	30 Stk.	C09DA01	01.02.2025

Präparat	Menge	ATC-Code	Streichung mit
Losartan/HCT "ratiopharm GmbH" 100 mg/25 mg Filmtabl.	30 Stk.	C09DA01	01.02.2025
Losartan/HCT "Stada" 50 mg/12,5 mg Filmtabl.	30 Stk.	C09DA01	01.02.2025
Losartan/HCT "Stada" 100 mg/12,5 mg Filmtabl.	30 Stk.	C09DA01	01.02.2025
Losartan/HCT "Stada" 100 mg/25 mg Filmtabl.	30 Stk.	C09DA01	01.02.2025
Memantin "ratiopharm" 5 mg, 10 mg, 15 mg, 20 mg Filmtabl. Starterpackung	28 Stk.	N06DX01	01.02.2025
Metoprolol "ratiopharm" comp. Tabl.	20 Stk. 50 Stk.	C07BB02	01.02.2025
Ocaliva 5 mg Filmtabl.	30 Stk.	A05AA04	01.02.2025
Ocaliva 10 mg Filmtabl.	30 Stk.	A05AA04	01.02.2025
Oxsoralen 10 mg Kaps.	50 Stk.	D05BA02	01.02.2025
Ringer-Lsg. "Med." Plastikinf.fl. 500 ml	1 Stk.	B05BB01	01.02.2025
Die Packung zu 10 Stk. ist weiterhin im Gelben Bereich gelistet.			
Zoledronsäure "Accord" 4 mg/5 ml Konz. zur Herst. einer Inf.lsg.	1 Stk.	M05BA08	01.02.2025
Zyloric 100 mg Tabl.	20 Stk. 100 Stk.	M04AA01	01.02.2025

Änderung der Verwendung im Gelben Bereich:

Präparat		Menge	T	OP	KVP €
M09 ANDERE MITTEL GEGEN STÖRUNGEN DES MUSKEL- UND SKELETTSYSTEMS					
M09AX10 Risdiplam					
RE1 L6	Evrysdi 0,75 mg/ml Plv. zur Herst. einer Lsg. zum Einnehmen (PM)	1 Stk.	–	–	7.827,85
Therapiebeginn bei PatientInnen mit 5q-assoziiierter spinaler Muskelatrophie (SMA) und mit Nachweis des Verlusts von beiden SMN1-Genkopien und Nachweis von einer bis vier SMN2-Genkopien anhand eines validierten Testverfahrens. Startkriterien: – Keine dauerhafte invasive Beatmung – Bei PatientInnen mit einem Körpergewicht von unter 13,5 kg nur, wenn eine Therapie mit Onasemnogen-Abe- parvovec nicht möglich ist – Keine Anwendung nach einer Therapie mit Onasemnogen-Abeparvovec – Keine Anwendung nach Therapieversagen mit Nusinersen – Nicht in Kombination mit Nusinersen Vor Therapiebeginn müssen die PatientInnen bzw. deren Betreuungspersonen im Rahmen eines dokumentierten Aufklärungsgesprächs über die Abbruchkriterien informiert werden. Vor Therapiebeginn sind in Abhängigkeit von Alter und Krankheitsstatus folgende Untersuchungen durchzuführen und zu dokumentieren: CHOP-INTEND-Score, HINE-2-Score, HFMSE-Score, RULM-Score, Gehfähigkeit (10 Meter Gehstrecke ohne Unterstützung und 6 Minuten Gehstest). Das Labor hat ein ISO-zertifiziertes oder nach EN ISO 15189 akkreditiertes Verfahren zur Bestimmung der SMN2-Genkopienzahl zu verwenden und muss über Erfahrung in der Durchführung dieses Verfahrens verfügen, die über eine Gelegenheitsversorgung hinausgeht. Hierfür wird eine Mindestanzahl von 5 bis 10 SMA-Analysen pro Jahr als ausreichend angesehen. Bei Wirkungsverlust ist die Therapie abzubrechen. Dies trifft zu, wenn nach Therapiebeginn bei zumindest zwei Kontrolluntersuchungen im Abstand von maximal 6 (bzw. 12) Monaten das beste Ergebnis der beiden Untersuchungen zumindest eines der folgenden Kriterien (in Abhängigkeit von Alter und Krankheitsstatus) erfüllt:					

Präparat	Menge	T	OP	KVP €
– Dauerhafte Beatmung (Tracheostomie oder mindestens 16 Stunden nicht-invasive Beatmung pro Tag oder Intubation an mehr als 21 aufeinanderfolgenden Tagen in Abwesenheit von oder im Anschluss an das Abklingen eines akuten reversiblen Ereignisses) – Verschlechterung des CHOP-INTEND-Scores um zumindest 4 Punkte gegenüber dem Ausgangswert vor Therapiebeginn oder versus letzter Messung bei wiederholter Kontrolle – Verschlechterung des HINE (Subskala 2)-Scores (Verschlechterung um mehr als 2 Punkte bei „Strampeln“ oder zumindest 1 Punkt bei allen anderen Items, außer bei „bewusstem Greifen“) gegenüber dem Ausgangswert vor Therapiebeginn oder versus letzter Messung bei wiederholter Kontrolle – Verschlechterung des HFMSE-Scores um zumindest 3 Punkte gegenüber dem Ausgangswert vor Therapiebeginn oder versus letzter Messung bei wiederholter Kontrolle – Verschlechterung des RULM-Scores um zumindest 2 Punkte gegenüber dem Ausgangswert vor Therapiebeginn oder versus letzter Messung bei wiederholter Kontrolle – Verlust der Gehfähigkeit, definiert als weniger als 10 Meter freies Gehen ohne Unterstützung, gegenüber dem Ausgangswert vor Therapiebeginn oder versus letzter Messung bei wiederholter Kontrolle Diagnose und Erstverordnung durch NeuropädiaterInnen oder NeurologInnen in einer entsprechenden Fachabteilung bzw. Zentrum mit dokumentierter spezifischer Erfahrung in der medikamentösen Therapie der SMA bei zumindest 5 PatientInnen innerhalb der letzten 3 Jahre. Regelmäßige Kontrolle alle 6 Monate in den ersten 18 Monaten der Behandlung, danach alle 6 bis 12 Monate nach ärztlichem Ermessen sowie Weiterverordnung durch entsprechende Fachabteilung bzw. Zentrum oder durch NeuropädiaterInnen oder NeurologInnen. Dokumentierter Einschluss in das Register SMARtCARE. Risdiplam eignet sich für eine chef(kontroll)ärztliche Langzeitbewilligung für 6 Monate (L6). Wegfall des Mindestalters, Änderung der Laborkriterien, Verlängerung des Kontrollintervalls und Änderung der Langzeitbewilligung auf L6 sowie Wegfall der Befristung				

Änderung der Packungsgröße im Grünen Bereich:

Präparat	Menge	T	OP	KVP €
B05 BLUTERSATZMITTEL UND PERFUSIONSLÖSUNGEN				
B05BB01 Elektrolyte				
Ringer-Lactat nach Hartmann "Med." Plastikinf.fl. 500 ml	10 Stk.	–	–	9,60
Streichung der 1-Stk.-Packung				
N02 ANALGETIKA				
N02AA01 Morphin				
Mundidol retard 10 mg Filmtabl.	30 Stk.	–	–	9,70
SG				
<i>Hinweis: Morphinsulfat-pentahydrat 0,01 entspr. 0,0075 Morphin</i>				
Streichung der 10-Stk.-Packung				

Änderung der Packungsgröße im Gelben Bereich:

Präparat		Menge	T	OP	KVP €
B02 ANTIHÄMORRHAGIKA					
B02BD02 Blutgerinnungsfaktor VIII					
RE1	Beriate 100 IE/ml Plv. und Lsgm. zur Herst. einer Inj.- oder Inf.lsg.	1 Stk. 500 IE	–	–	302,80
		1 Stk. 1.000 IE	–	–	578,60
Bei angeborenem (Hämophilie A) oder erworbenem Faktor VIII-Mangel. Diagnosestellung und regelmäßige Kontrollen in entsprechender Fachabteilung bzw. -ambulanz.					
Streichung der 250-IE-Packung					

Streichung aus dem Verzeichnis der Stoffe für magistrale Zubereitungen, die nur mit vorheriger chef(kontroll)ärztlicher Bewilligung abgegeben werden können:

Bertramwurzel
Bertramwurzel wurde aus der österreichischen Arzneitaxe gestrichen und ist somit grundsätzlich nicht mehr Teil des Erstattungskodex.

Abkürzungsverzeichnis

- (2).....zwei Packungen pro Verschreibung abgebar, erfolgt keine Angabe, darf nur eine Packung abgegeben werden
- (3).....drei 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
- 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.
- SGArzneispezialitäten, welche ohne Einschränkung den strengen Abgabebestimmungen für Suchtgifte unterliegen.
- TTeilbarkeit
- T2in zwei dosisgleiche Teile teilbar
- T4in vier dosisgleiche Teile teilbar

Medieninhaber, Herausgeber und Redaktion:

Österreichische Gesundheitskasse, Wienerbergstraße 15–19, 1100 Wien

www.gesundheitskasse.at/impressum

Satz- und Druckfehler vorbehalten.