



## Neu im EKO

### Änderungen im Erstattungskodex (EKO) ab März 2025

Informationsstand März 2025

#### Im Fokus: Weiterer Enoxaparin-Nachfolger im Grünen Bereich

Mit **Enoxaparin "Ledraxen"** steht ab März 2025 ein weiteres kostengünstiges Nachfolgepräparat zu Lovenox mit dem Wirkstoff Enoxaparin in mehreren Wirkstoffstärken und Packungsgrößen im Grünen Bereich des EKO zur Verfügung.

Auf Grund des Preisvorteils und gemäß dem Ampelprinzip – einige Erstanbieterprodukte sind nicht im Grünen Bereich gelistet – sollten die frei verschreibbaren Nachfolgepräparate bevorzugt verordnet werden.

**ROT** >> **GRÜN**

#### Aufnahme kostengünstiger Nachfolgepräparate in den Grünen Bereich:

Präparat	Menge	T	OP	KVP €	max. Kostenersparnis € pro Packung*
<b>B01 ANTITHROMBOTISCHE MITTEL</b>					
<b>B01AB05 Enoxaparin</b>					
Enoxaparin "Ledraxen" 2.000 IE (20 mg)/ 0,2 ml Inj.lsg. Fertigspr.	10 Stk.	–	–	13,70	5,45
4.000 IE (40 mg)/ 0,4 ml Inj.lsg. Fertigspr.	6 Stk.	–	–	14,65	6,94
	10 Stk.	–	–	24,00	13,40
6.000 IE (60 mg)/ 0,6 ml Inj.lsg. Fertigspr.	10 Stk.	–	–	28,25	11,50 Erstanbieter in RE1

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

Präparat	Menge	T	OP	KVP €	max. Kostenersparnis € pro Packung*
Enoxaparin "Ledraxen" 8.000 IE (80 mg)/ 0,8 ml Inj.lsg. Fertigspr.	10 Stk.	–	–	37,60	<b>15,40</b> Erstanbieter in RE1
	30 Stk.	–	–	103,20	Packungsgröße beim Erstanbieter nicht vorhanden
10.000 IE (100 mg)/ 1 ml Inj.lsg. Fertigspr.	10 Stk.	–	–	43,00	<b>23,25</b> Erstanbieter in RE1
	30 Stk.	–	–	121,75	Packungsgröße beim Erstanbieter nicht vorhanden
<b>B01AE07 Dabigatran etexilat</b>					
Dabigatranetexilat "Stada" 75 mg Hartkaps.	10 Stk.	–	(2)	2,35	<b>8,10</b> Erstanbieter in RE2
	30 Stk.	–	–	7,05	<b>22,65</b> Erstanbieter in RE2
110 mg Hartkaps.	10 Stk.	–	(2)	2,35	<b>8,10</b> Erstanbieter in RE2
	30 Stk.	–	–	7,05	<b>22,65</b> Erstanbieter in RE2
<b>IND:</b> Zur Prophylaxe venöser thromboembolischer Ereignisse (VTE) bei erwachsenen PatientInnen nach elektivem chirurgischen Hüft- oder Kniegelenkersatz.					
110 mg Hartkaps.	60 Stk.	–	(3)	13,70	<b>43,95</b> Erstanbieter in RE1
150 mg Hartkaps.	30 Stk.	–	–	7,05	<b>22,65</b> Erstanbieter in RE1
	60 Stk.	–	(3)	13,70	<b>43,95</b> Erstanbieter in RE1
<b>IND:</b> Zur Prävention von Schlaganfall und systemischer Embolie bei erwachsenen PatientInnen mit nicht valvulärem Vorhofflimmern mit einem oder mehreren der folgenden Risikofaktoren: – Vorausgegangener Schlaganfall, transitorische ischämische Attacke oder systemische Embolie – Linksventrikuläre Ejektionsfraktion kleiner 40 % – Symptomatische Herzinsuffizienz größer/gleich New York Heart Association (NYHA) Klasse 2 – Alter größer/gleich 75 Jahre – Alter größer/gleich 65 Jahre einhergehend mit einer der folgenden Erkrankungen: Diabetes mellitus, koronare Herzerkrankung oder arterielle Hypertonie Behandlung von tiefen Venenthrombosen (TVT) und Lungenembolien (LE) sowie Prophylaxe von rezidivierenden TVT und LE bei Erwachsenen. Cave Nierenfunktion: Vor dem Beginn einer Behandlung mit Dabigatran etexilat ist die Nierenfunktion durch Bestimmung der Kreatinin-Clearance (CrCl) zu überprüfen, um PatientInnen mit schwerer Beeinträchtigung der Nierenfunktion (= CrCl kleiner 30 ml/min) von der Behandlung auszuschließen. Während der Behandlung ist die Nierenfunktion in bestimmten klinischen Situationen, in denen eine mögliche Abnahme oder Verschlechterung der Nierenfunktion zu vermuten ist (z.B. Hypovolämie, Dehydratation und Verwendung bestimmter Begleitmedikamente), zu überprüfen. Bei PatientInnen über 75 Jahren oder bei PatientInnen mit Beeinträchtigung der Nierenfunktion ist die Nierenfunktion mindestens einmal jährlich zu überprüfen.					
Dabigatranetexilat "Stada" ist das fünfte Nachfolgepräparat zu Pradaxa und im Gegensatz zum Erstanbieterpräparat nicht im Gelben, sondern wie alle anderen im EKO angeführten Nachfolgepräparate im Grünen Bereich gelistet.					

Präparat	Menge	T	OP	KVP €	max. Kostenersparnis € pro Packung*
<b>L01 ANTINEOPLASTISCHE MITTEL</b>					
<b>L01EX01 Sunitinib</b>					
Sunitinib "Bluefish" 12,5 mg Hartkaps.	28 Stk.	–	–	159,05	<b>1.039,99</b> Erstanbieter nicht im EKO
25 mg Hartkaps.	28 Stk.	–	–	291,65	<b>2.060,57</b> Erstanbieter nicht im EKO
50 mg Hartkaps.	28 Stk.	–	–	559,00	<b>4.107,92</b> Erstanbieter nicht im EKO
<i>IND: Diagnose und Erstverordnung durch entsprechende Fachabteilung bzw. Zentrum, mittels Tumorboard. Regelmäßige Kontrolle durch entsprechende Fachabteilung bzw. Zentrum bzw. durch OnkologInnen.</i>					
Sunitinib "Bluefish" ist ein weiteres kostengünstiges Nachfolgepräparat zu Sutent, das nicht im EKO angeführt ist. Es ist deutlich ökonomischer.					
<b>L04 IMMUNSUPPRESSIVA</b>					
<b>L04AX06 Pomalidomid</b>					
Pomalidomid "+pharma" 1 mg Hartkaps.	14 Stk.	–	–	431,65	<b>3.894,60</b> Erstanbieter nicht im EKO
	21 Stk.	–	–	635,10	<b>5.838,40</b> Erstanbieter nicht im EKO
2 mg Hartkaps.	14 Stk.	–	–	431,65	<b>3.998,50</b> Erstanbieter nicht im EKO
	21 Stk.	–	–	635,10	<b>5.994,25</b> Erstanbieter nicht im EKO
3 mg Hartkaps.	14 Stk.	–	–	431,65	<b>4.511,05</b> Erstanbieter nicht im EKO
	21 Stk.	–	–	635,10	<b>6.763,10</b> Erstanbieter nicht im EKO
4 mg Hartkaps.	14 Stk.	–	–	431,65	<b>4.521,45</b> Erstanbieter nicht im EKO
	21 Stk.	–	–	635,10	<b>6.778,70</b> Erstanbieter nicht im EKO
<i>IND: Diagnose und Erstversorgung durch entsprechende Fachabteilung bzw. Zentrum, mittels Tumorboard. Regelmäßige Kontrolle durch entsprechende Fachabteilung bzw. Zentrum bzw. durch (Hämato-)OnkologInnen.</i>					
Pomalidomid "G.L." 1 mg Hartkaps.	14 Stk.	–	–	431,65	<b>3.894,60</b> Erstanbieter nicht im EKO
	21 Stk.	–	–	635,10	<b>5.838,40</b> Erstanbieter nicht im EKO
2 mg Hartkaps.	14 Stk.	–	–	431,65	<b>3.998,50</b> Erstanbieter nicht im EKO
	21 Stk.	–	–	635,10	<b>5.994,25</b> Erstanbieter nicht im EKO
3 mg Hartkaps.	14 Stk.	–	–	431,65	<b>4.511,05</b> Erstanbieter nicht im EKO
	21 Stk.	–	–	635,10	<b>6.763,10</b> Erstanbieter nicht im EKO

Präparat	Menge	T	OP	KVP €	max. Kostenersparnis € pro Packung*
Pomalidomid "G.L." 4 mg Hartkaps.	14 Stk.	–	–	431,65	4.521,45 Erstanbieter nicht im EKO
	21 Stk.	–	–	635,10	6.778,70 Erstanbieter nicht im EKO
<i>IND: Diagnose und Erstversorgung durch entsprechende Fachabteilung bzw. Zentrum, mittels Tumorboard. Regelmäßige Kontrolle durch entsprechende Fachabteilung bzw. Zentrum bzw. durch (Hämato-)OnkologInnen.</i>					
Pomalidomid "+pharma" und Pomalidomid "G.L." sind weitere Nachfolgepräparate mit großem Preisvorteil zum nicht im EKO gelisteten Imnovid.					

### Aufnahme von Präparaten in den Grünen Bereich:

Präparat	Menge	T	OP	KVP €
<b>A07 ANTIDIARRHOIKA UND INTESTINALE ANTIPHLOGISTIKA/ANTIINFJEKTIVA</b>				
<b>A07EA06 Budesonid</b>				
Budenofalk 4 mg Zäpfch. (PM)	30 Stk.	–	–	251,25
<i>IND: Bei nicht adäquater Ansprechen auf oder Intoleranz gegen topische Mesalazine (ATC-Code A07EC02)</i>				
Ab März 2025 stehen Budesonid-Zäpfchen als zusätzliche Darreichungsform zur kurzfristigen Behandlung der auf das Rektum beschränkten Colitis ulcerosa unter Einhaltung des Indikationstextes frei verschreibbar zur Verfügung.				

**ROT** >> **GELB**

### Aufnahme von Präparaten in den Gelben Bereich:

Präparat	Menge	T	OP	KVP €
<b>A07 ANTIDIARRHOIKA UND INTESTINALE ANTIPHLOGISTIKA/ANTIINFJEKTIVA</b>				
<b>A07EA06 Budesonid</b>				
RE1 L3 Kinpeygo 4 mg Hartkaps. mit veränderter Wirkstoff-freisetzung (PM)	120 Stk.	–	–	7.112,95
Bei Erwachsenen mit primärer Immunglobulin A-Nephropathie (IgAN) bei denen trotz Ausschöpfung bzw. Kontraindikationen konventioneller Therapien (ATC-Code: C09AA; C09CA; A10BK) eine Proteinausscheidung im Urin größer/gleich 1,0 g/Tag (oder ein Verhältnis von Protein zu Kreatinin im Urin größer/gleich 0,8 g/g, UPCR) vorliegt.				
Zur einmaligen 9-monatigen Therapie innerhalb von 24 Monaten.				
Nicht in Kombination mit anderen spezifisch für die Behandlung der IgAN zugelassenen immunmodulierenden Medikamenten.				
Diagnosestellung, Erstverordnung und regelmäßige Kontrollen durch NephrologInnen an einem Zentrum mit Erfahrung in der Behandlung der IgAN.				
Budesonid eignet sich für eine chef(kontroll)ärztliche Langzeitbewilligung für 3 Monate (L3).				
Die Aufnahme ist befristet und endet mit 31.3.2028.				

Präparat		Menge	T	OP	KVP €
<b>B02 ANTIHÄMORRHAGIKA</b>					
<b>B02BD02 Blutgerinnungsfaktor VIII</b>					
RE1	Altuvoct 250 IE Plv. und Lsgm. zur Herst. einer Inj.lsg. (PM)	1 Stk.	–	–	320,40
RE1	500 IE Plv. und Lsgm. zur Herst. einer Inj.lsg. (PM)	1 Stk.	–	–	611,70
RE1	1000 IE Plv. und Lsgm. zur Herst. einer Inj.lsg. (PM)	1 Stk.	–	–	1.198,75
RE1	2000 IE Plv. und Lsgm. zur Herst. einer Inj.lsg. (PM)	1 Stk.	–	–	2.372,80
RE1	3000 IE Plv. und Lsgm. zur Herst. einer Inj.lsg. (PM)	1 Stk.	–	–	3.546,90
RE1	4000 IE Plv. und Lsgm. zur Herst. einer Inj.lsg. (PM)	1 Stk.	–	–	4.720,95
Bei schwerem angeborenen Faktor VIII-Mangel (schwere Hämophilie A) – zur Prophylaxe von Blutungen und – zur Therapie von unter dieser Prophylaxe auftretenden Blutungen. Diagnosestellung und regelmäßige Kontrollen in entsprechender Fachabteilung bzw. -ambulanz.					
<b>L01 ANTINEOPLASTISCHE MITTEL</b>					
<b>L01EJ04 Mometinib</b>					
RE1	Omjjara 100 mg Filmtabl. (PM)	30 Stk.	–	–	4.686,40
RE1	150 mg Filmtabl. (PM)	30 Stk.	–	–	4.686,40
RE1	200 mg Filmtabl. (PM)	30 Stk.	–	–	4.686,40
Zur Behandlung von krankheitsbedingter Splenomegalie oder Symptomen bei Erwachsenen mit moderater bis schwerer Anämie, die an primärer Myelofibrose, Post-Polycythaemia Vera-Myelofibrose oder Post-Essentieller Thrombozythämie-Myelofibrose erkrankt sind, und die nicht mit einem Januskinase (JAK)-Inhibitor vorbehandelt sind oder die mit Ruxolitinib behandelt wurden. Nicht in Kombination mit anderen JAK-Inhibitoren. Diagnose und Erstverordnung durch entsprechend spezialisierte Fachabteilung bzw. Zentrum, mittels Tumorboard. Regelmäßige Kontrollen durch entsprechend spezialisierte Fachabteilungen bzw. Zentren bzw. Onkologinnen.					
<b>L04 IMMUNSUPPRESSIVA</b>					
<b>L04AJ09 Danicopan</b>					
RE1	Voydeya 50 mg + 100 mg Filmtabl. (PM)	180 Stk.	–	–	5.320,45
RE1	100 mg Filmtabl. (PM)	180 Stk.	–	–	7.085,70
Als Zusatztherapie zu Eculizumab oder Ravulizumab bei Erwachsenen mit paroxysmaler nächtlicher Hämoglobinurie (PNH), die trotz Behandlung mit einem C5-Inhibitor mit einer stabilen Dosis für mindestens 6 Monate nach wie vor anämisch sind. Die PNH-Diagnose muss durch hochempfindliche Durchflusszytometrie bestätigt worden sein. Der Transfusionsbedarf ist vor Therapiebeginn zu dokumentieren. Einstellungen nur bei klinisch relevanter extravasaler Hämolyse gekennzeichnet durch – symptomatische Anämie (Hämoglobinspiegel kleiner/gleich 9,5 g/dl) UND – signifikante Retikulozytose (größer 120 Gpt/l) Kein Einsatz bei – begleitender ausgeprägter Knochenmarksinsuffizienz und/oder – bekannter erblich bedingter Störung des Komplementsystems					

Präparat	Menge	T	OP	KVP €
<p>Die Therapie darf nur fortgeführt werden, wenn</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– eine Erhöhung des Hämoglobinspiegels im Vergleich zum Ausgangswert UND</li> <li>– eine Verbesserung des Retikulozytenwertes im Vergleich zum Ausgangswert UND</li> <li>– bei bestehender Transfusionsabhängigkeit eine Reduktion der Häufigkeit der benötigten Transfusionen im Vergleich zum Therapiestart nachgewiesen wurde.</li> </ul> <p>Der Hämoglobinspiegel, der Retikulozytenwert sowie der Transfusionsbedarf sind zumindest alle 3–6 Monate zu überprüfen.</p> <p>Diagnose, Ersteinstellung und Therapieüberwachung durch ein spezialisiertes Zentrum mit Erfahrung in der Behandlung der PNH. Die Liste der in Frage kommenden spezialisierten Zentren wird vom Dachverband erstellt und unter <a href="http://www.sozialversicherung.at/erstattungskodex_pnh">www.sozialversicherung.at/erstattungskodex_pnh</a> publiziert.</p> <p>Bei PatientInnen, die mit Danicopan behandelt werden, ist vor Therapiebeginn die Aufnahme in ein PNH-Register anzustreben.</p> <p>Die Aufnahme ist befristet und endet mit 28.2.2030.</p>				

### Folgende Präparate wurden aus dem EKO gestrichen:

Präparat	Menge	ATC-Code	Streichung mit
<b>Aubagio 14 mg Filmtabl.</b>	14 Stk. 28 Stk.	L04AK02	01.03.2025
Nachfolgepräparate mit dem Wirkstoff Teriflunomid sind im Gelben Bereich des EKO (RE2) gelistet.			
<b>Ezetimib "Aristo" 10 mg Tabl.</b>	30 Stk.	C10AX09	10.01.2025
<b>Febuxostat "Aristo" 80 mg Filmtabl.</b>	14 Stk. 28 Stk.	M04AA03	01.03.2025
<b>Febuxostat "Aristo" 120 mg Filmtabl.</b>	14 Stk. 28 Stk.	M04AA03	01.03.2025
<b>Giotrif 50 mg Filmtabl.</b>	28 Stk.	L01EB03	01.03.2025
Die anderen Wirkstoffstärken sind weiterhin im EKO verfügbar.			
<b>Zavesca 100 mg Hartkaps.</b>	84 Stk.	A16AX06	01.03.2025

### Änderung der Verwendung im Grünen Bereich:

Präparat	Menge	T	OP	KVP €
<b>N02 ANALGETIKA</b>				
<b>N02BB02 Metamizol-Natrium</b>				
<b>Metagelan 500 mg Filmtabl.</b>	12 Stk.	–	(2)	<b>1,20</b>
	30 Stk.	–	–	<b>2,95</b>
	50 Stk.	–	–	<b>3,90</b>
	100 Stk.	–	–	<b>7,80</b>
<i>Hinweis: Aufklärung der PatientInnen über Risiko und Erscheinungsbild einer Agranulozytose</i>				
Änderung der Verschreibbarkeit auf OP 2 (nur) bei der 12-Stk.-Packung				

## Änderung der Verwendung im Gelben Bereich:

Präparat		Menge	T	OP	KVP €
<b>L04 IMMUNSUPPRESSIVA</b>					
<b>L04AC05 Ustekinumab</b>					
RE2	<b>Stelara 45 mg Inj.lsg. Fertigspr.</b>	1 Stk.	–	–	<b>1.193,80</b>
<p>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.</p> <p>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.</p> <p>3. Bei Kindern und Jugendlichen ab 6 Jahren mit einem Körpergewicht von 60 bis 100 kg mit mittelschwerer bis schwerer chronischer Plaque-Psoriasis, die unzureichend auf andere systemische Therapien oder Phototherapien angesprochen oder diese nicht vertragen haben. Erstverordnung und engmaschige Kontrolle durch FachärztInnen mit Erfahrung in der Behandlung von Kindern und Jugendlichen mit Plaque-Psoriasis oder PädiaterInnen mit Spezialisierung in pädiatrischer Dermatologie oder durch Zentren, die berechtigt sind, solche auszubilden. Die Entscheidung über eine Behandlungsverlängerung nach 28 Wochen muss durch FachärztInnen mit Erfahrung in der Behandlung von Kindern und Jugendlichen mit Plaque-Psoriasis oder PädiaterInnen mit Spezialisierung in pädiatrischer Dermatologie 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.</p>					
Überführung vom Dunkelgelben in den Hellgelben Bereich und Regeltextranpassung an den Text der Nachfolgepräparate					
RE2	<b>90 mg Inj.lsg. Fertigspr.</b>	1 Stk.	–	–	<b>1.193,80</b>
<p>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.</p> <p>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.</p>					

Präparat	Menge	T	OP	KVP €	
<p>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.</p> <p>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.</p> <p>5. Bei Kindern und Jugendlichen ab 6 Jahren mit einem Körpergewicht von über 100 kg mit mittelschwerer bis schwerer chronischer Plaque-Psoriasis, die unzureichend auf andere systemische Therapien oder Phototherapien angesprochen oder diese nicht vertragen haben. Erstverordnung und engmaschige Kontrolle durch FachärztInnen mit Erfahrung in der Behandlung von Kindern und Jugendlichen mit Plaque-Psoriasis oder PädiaterInnen mit Spezialisierung in pädiatrischer Dermatologie oder durch Zentren, die berechtigt sind, solche auszubilden. Die Entscheidung über eine Behandlungsverlängerung nach 28 Wochen muss durch FachärztInnen mit Erfahrung in der Behandlung von Kindern und Jugendlichen mit Plaque-Psoriasis oder PädiaterInnen mit Spezialisierung in pädiatrischer Dermatologie 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.</p>					
Überführung vom Dunkelgelben in den Hellgelben Bereich und Regeltextanpassung bezüglich der Vortherapie beim Morbus Crohn an den Text der Nachfolgepräparate					
RE2	<b>Stelara 130 mg Konz. zur Herst. einer Inf.lsg.</b>	1 Stk.	–	–	<b>1.193,80</b>
<p>1. Zur Anbehandlung bei Erwachsenen mit mittelschwerem bis schwerem aktivem Morbus Crohn bei Versagen, Unverträglichkeit oder Kontraindikation der konventionellen Therapien. Erstverordnung und engmaschige Kontrollen durch GastroenterologInnen.</p> <p>2. Zur Anbehandlung bei Erwachsenen mit mittelschwerer bis schwerer aktiver Colitis ulcerosa bei Versagen, Unverträglichkeit oder Kontraindikation der konventionellen Therapien. Erstverordnung und engmaschige Kontrollen durch GastroenterologInnen.</p>					
Überführung vom Dunkelgelben in den Hellgelben Bereich, Regeltextanpassung bezüglich der Vortherapie beim Morbus Crohn an den Text der Nachfolgepräparate und Wegfall des Preismodells					

### Änderung der Bezeichnung im Grünen Bereich:

Präparat	Menge	T	OP	KVP €
<b>L02 ENDOKRINE THERAPIE</b>				
<b>L02BG04 Letrozol</b>				
<b>Letrozol "Viatris" 2,5 mg Filmtabl.</b>	30 Stk.	–	(2)	<b>43,90</b>
vormals Letrozol "Arcana" 2,5 mg Filmtabl.				

## 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.
- IND .....Die 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.
- KVP .....Kassenverkaufspreis ohne Umsatzsteuer
- L3 .....Langzeitbewilligung für 3 Monate möglich
- OP .....Höchstanzahl Packungen je Verordnung
- RE1 .....Die 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.
- RE2 .....Bei 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.
- T ..... Teilbarkeit