



## Neu im EKO

### Änderungen im Erstattungskodex (EKO) ab August 2022

Informationsstand August 2022

#### Im Fokus: Alzheimer-Therapie aus dem Grünen Bereich

Die Cholinesterasehemmer (Donepezil, Rivastigmin und Galantamin) und Memantin sind nun in den meisten Wirkstärken und Darreichungsformen im Grünen Bereich gelistet. Auf Grund des hohen Preisvorteils und entsprechend dem Ampelprinzip des EKO sind diese bevorzugt zu rezeptieren.

**ROT** >> **GRÜN**

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

Präparat	Menge	T	OP	KVP €	max. Kostenersparnis € pro Packung*
<b>L01 ANTINEOPLASTISCHE MITTEL</b>					
<b>L01EX01 Sunitinib</b>					
Sunitinib "Rivopharm" 12,5 mg Hartkaps.	30 Stk.	–	–	184,65	<b>1.025,75</b> Erstanbieter nicht im EKO
25 mg Hartkaps.	30 Stk.	–	–	350,95	<b>2.022,10</b> Erstanbieter nicht im EKO
50 mg Hartkaps.	30 Stk.	–	–	667,65	<b>4.039,20</b> Erstanbieter nicht im EKO
<i><b>IND:</b> Diagnose und Erstverordnung durch entsprechende Fachabteilung bzw. Zentrum, mittels Tumorboard. Regelmäßige Kontrolle durch entsprechende Fachabteilung bzw. Zentrum bzw. durch OnkologInnen</i>					
Sunitinib "Rivopharm" ist ein weiteres Generikum zu Sutent.					

\* Vergleich zum Listenpreis des Erstanbieterpräparates in dosierungsäquivalenter Menge (Preisbasis der Berechnung: August 2022)

Präparat	Menge	T	OP	KVP €	max. Kostenersparnis € pro Packung*
<b>N06 PSYCHOANALEPTIKA</b>					
<b>N06AX16 Venlafaxin</b>					
Venlafaxin "Sandoz GmbH" 225 mg Hartkaps., retardiert	10 Stk. 30 Stk.	– –	(2) –	3,05 9,20	Wirkstoffstärke beim Erstanbieter nicht vorhanden
<b>N06DA03 Rivastigmin</b>					
Rivastigmin "Stada" 13,3 mg/24 h transdermales Pflaster	30 Stk.	–	(3)	27,25	13,35
<i>IND: Demenz vom Alzheimer-Typ Erstdiagnose und regelmäßige Kontrollen durch NeurologInnen/PsychiaterInnen Nicht in Kombination mit anderen Arzneimitteln gegen Demenz</i>					
<b>V03 ALLE ÜBRIGEN THERAPEUTISCHEN MITTEL</b>					
<b>V03AC03 Deferasirox</b>					
Deferasirox "G.L." 90 mg Filmtabl.	30 Stk.	–	–	32,55	156,25 Erstanbieter nicht im EKO
180 mg Filmtabl.	30 Stk.	–	–	63,10	297,00 Erstanbieter nicht im EKO
360 mg Filmtabl.	30 Stk. 90 Stk.	– –	– –	119,10 303,65	554,80 1.859,45 Erstanbieter nicht im EKO
Nach Deferasirox "ratiopharm" ist nun ein weiteres Deferasirox-Präparat im Grünen Bereich des EKO verfügbar. Entsprechend dem Ampelprinzip sind diese bevorzugt zu rezeptieren.					

### Aufnahme von Präparaten in den Grünen Bereich:

Präparat	Menge	T	OP	KVP €
<b>V01 Allergene</b>				
<b>V01AA03 Hausstaubmilben</b>				
Actair 100 IR + 300 IR Sublingualtabl. (PM)	31 Stk.	–	–	96,10
300 IR Sublingualtabl. (PM)	30 Stk.	–	(2)	96,10
ADKL				

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

### Aufnahme kostengünstiger Nachfolgepräparate in den Gelben Bereich:

Präparat	Menge	T	OP	KVP €	max. Kostenersparnis € pro Packung*	
<b>J05 ANTIVIRALE MITTEL ZUR SYSTEMISCHEN ANWENDUNG</b>						
<b>J05AR03 Tenofovir Disoproxil und Emtricitabin</b>						
RE1	<b>Emtricitabin/Tenofovirdisoproxil</b> "Accordpharma" 200 mg/245 mg Film-tabl.	30 Stk.	–	–	141,60	<b>430,40</b> Erstanbieter nicht im EKO
In Kombination mit anderen antiretroviralen Arzneimitteln bei HIV-1-infizierten Erwachsenen. Therapieeinleitung und regelmäßige Kontrollen durch einen Arzt/eine Ärztin mit Erfahrung in der HIV-Behandlung.						

### Aufnahme von Präparaten in den Gelben Bereich:

Präparat	Menge	T	OP	KVP €	
<b>R07 ANDERE MITTEL FÜR DEN RESPIRATIONSTRAKT</b>					
<b>R07AX32 Ivacaftor, Tezacaftor und Elexacaftor</b>					
RE1 L6	<b>Kaftrio 37,5 mg/25 mg/50 mg Filmtabl. (PM)</b>	56 Stk.	–	–	<b>10.226,80</b>
<p>Als Kombinationsbehandlung mit Ivacaftor 75 mg Tabl. 28 Stück bei PatientInnen mit zystischer Fibrose (CF, Mukoviszidose) von 6-11 Jahren, die mindestens eine F508del-Mutation im CFTR-Gen aufweisen. Die Feststellung der Mutation muss mit einem validierten Testverfahren erfolgen.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– Einsatz nur bei PatientInnen mit <ul style="list-style-type: none"> <li>• mehrmaligen pulmonalen Exazerbationen oder</li> <li>• regelmäßigen Antibiotikabehandlungen oder</li> <li>• einer mittels bildgebenden Verfahren (CT oder MRT) nachgewiesenen Schädigung der Lunge vor Therapiebeginn.</li> </ul> </li> <li>– Indikationsstellung, Erstverordnung und Therapieüberwachung müssen von einem Zentrum mit Erfahrung in der Behandlung der CF erfolgen.</li> <li>– Eine Diätberatung hat vor Behandlungsbeginn zu erfolgen.</li> <li>– 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.</li> <li>– Lungenfunktionsparameter (FEV1) sind alle 3 Monate zu kontrollieren.</li> <li>– Pulmonale Exazerbationen, der Antibiotikabedarf und das Körpergewicht (BMI) sind für den Zeitraum vor Beginn der Behandlung und alle 6 Monate nach Therapiebeginn zu dokumentieren.</li> <li>– Die Therapie ist nur fortzuführen, wenn <ul style="list-style-type: none"> <li>• eine vorteilhafte Entwicklung der Lungenfunktion gegenüber dem natürlichen Krankheitsverlauf eintritt oder</li> <li>• eine Reduktion der Häufigkeit pulmonaler Exazerbationen eintritt oder</li> <li>• eine altersentsprechend vorteilhafte Entwicklung des BMI eintritt.</li> </ul> </li> </ul> <p>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.</p>					

## Folgende Präparate wurden aus dem EKO gestrichen:

Präparat	Menge	ATC-Code	Streichung mit
Brust- und Hustentee St. Severin	70 g	R05	01.08.2022
Emovate Creme	30 g	D07AB01	01.08.2022
Gallen- und Lebertee EF-EM-ES	70 g	A05	01.08.2022
Ivabradine "Accord" 7,5 mg Filmtabl.	28 Stk. 56 Stk.	C01EB17	01.08.2022
Magentee St. Severin	70 g	A15	01.08.2022
Moxifloxacin "+pharma" 400 mg Filmtabl.	5 Stk. 7 Stk.	J01MA14	01.08.2022
Nierentee EF-EM-ES	70 g	G04BX	01.08.2022
Pravastatin "Hexal" 20 mg Tabl.	30 Stk.	C10AA03	01.08.2022
Rheumesser 3 ml Amp.	1 Stk.	M01BA	01.08.2022
Rulide 300 mg Filmtabl.	7 Stk.	J01FA06	01.08.2022
Solifenacinsuccinat "Mylan" 5 mg Filmtabl.	10 Stk. 30 Stk.	G04BD08	01.08.2022
Solifenacinsuccinat "Mylan" 10 mg Filmtabl.	30 Stk.	G04BD08	01.08.2022
Wechseltee EF-EM-ES	70 g	N05CM	01.08.2022

## Überführung vom Gelben in den Grünen Bereich:

Präparat	Menge	T	OP	KVP €
<b>N06 PSYCHOANALEPTIKA</b>				
<b>N06DA03 Donepezil</b>				
Donepezil "Accord" 5 mg Filmtabl.	10 Stk.	–	(2)	<b>4,20</b>
	30 Stk.	–	(3)	<b>12,30</b>
10 mg Filmtabl.	30 Stk.	–	(3)	<b>23,85</b>
<i>IND: Demenz vom Alzheimer-Typ Erstdiagnose und regelmäßige Kontrollen durch NeurologInnen/PsychiaterInnen Nicht in Kombination mit anderen Arzneimitteln gegen Demenz</i>				
Donepezil "Krka" 5 mg Filmtabl.	10 Stk.	–	(2)	<b>4,20</b>
	30 Stk.	–	(3)	<b>12,30</b>
10 mg Filmtabl.	10 Stk.	–	–	<b>8,45</b>
	30 Stk.	–	(3)	<b>23,85</b>
<i>IND: Demenz vom Alzheimer-Typ Erstdiagnose und regelmäßige Kontrollen durch NeurologInnen/PsychiaterInnen Nicht in Kombination mit anderen Arzneimitteln gegen Demenz</i>				
Nach Donepezil "Stada" sind nun zwei weitere Donepezil-Präparate im Grünen Bereich des EKO angeführt. Entsprechend dem Ampelprinzip sind diese bevorzugt zu rezeptieren.				

Präparat	Menge	T	OP	KVP €
<b>N06DA03 Rivastigmin</b>				
<b>Nimvastid 1,5 mg Hartkaps.</b>	30 Stk.	–	–	<b>18,40</b>
	60 Stk.	–	–	<b>35,45</b>
<b>3 mg Hartkaps.</b>	60 Stk.	–	(3)	<b>35,45</b>
<b>4,5 mg Hartkaps.</b>	60 Stk.	–	(3)	<b>35,45</b>
<b>6 mg Hartkaps.</b>	60 Stk.	–	(3)	<b>35,45</b>
<i><b>IND:</b> Demenz vom Alzheimer-Typ oder Demenz beim idiopathischen Parkinson-Syndrom Erstdiagnose und regelmäßige Kontrollen durch NeurologInnen/PsychiaterInnen Nicht in Kombination mit anderen Arzneimitteln gegen Demenz</i>				
Nach Rivastigmin "Stada" ist nun ein weiteres orales Rivastigmin-Präparat im Grünen Bereich des EKO verfügbar. Entsprechend dem Ampelprinzip sind diese bevorzugt zu rezeptieren.				
<b>N06DA04 Galantamin</b>				
<b>Galantamin "Krka" 8 mg Retardkaps.</b>	14 Stk.	–	(2)	<b>5,90</b>
	30 Stk.	–	(3)	<b>12,30</b>
<b>16 mg Retardkaps.</b>	30 Stk.	–	(3)	<b>23,85</b>
<b>24 mg Retardkaps.</b>	30 Stk.	–	(3)	<b>23,85</b>
<i><b>IND:</b> Demenz vom Alzheimer-Typ Erstdiagnose und regelmäßige Kontrollen durch NeurologInnen/PsychiaterInnen Nicht in Kombination mit anderen Arzneimitteln gegen Demenz</i>				
Galantamin "Krka" ist als erstes Galantamin-Präparat im Grünen Bereich des EKO verfügbar. Entsprechend dem Ampelprinzip ist dieses bevorzugt zu rezeptieren.				
<b>N06DX01 Memantin</b>				
<b>Memolan 10 mg Filmtabl.</b>	10 Stk.	T2	–	<b>1,95</b>
	30 Stk.	T2	(3)	<b>5,85</b>
<b>20 mg Filmtabl.</b>	10 Stk.	–	–	<b>3,90</b>
	30 Stk.	–	(3)	<b>11,35</b>
<i><b>IND:</b> Demenz vom Alzheimer-Typ Erstdiagnose und regelmäßige Kontrollen durch NeurologInnen/PsychiaterInnen Nicht in Kombination mit anderen Arzneimitteln gegen Demenz</i>				
Nach Memantin "Stada" ist nun ein weiteres Memantin-Präparat im Grünen Bereich des EKO verfügbar. Entsprechend dem Ampelprinzip sind diese bevorzugt zu rezeptieren.				

## Änderung der Verwendung im Gelben Bereich:

Präparat		Menge	T	OP	KVP €
<b>R03 MITTEL BEI OBSTRUKTIVEN ATEMWEGSERKRANKUNGEN</b>					
<b>R03DX09 Mepolizumab</b>					
RE1 L6	<b>Nucala 100 mg Inj.lsg. Fertigspr. (PM)</b>	1 Stk.	–	–	<b>993,60</b>
RE1 L6	<b>100 mg Inj.lsg. Fertigten (PM)</b>	1 Stk.	–	–	<b>993,60</b>
<p>– Als Zusatztherapie bei PatientInnen ab 12 Jahren mit schwerem refraktärem eosinophilem Asthma mit Bluteosinophilen-Werten von 300 Zellen/Mikroliter oder mehr in den letzten 12 Monaten UND</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• wenn trotz täglicher Therapie mit maximal hoch dosierten inhalativen Corticosteroiden und einem lang wirkenden inhalativen Beta2-Agonisten und/oder Leukotrienrezeptor-Antagonisten und/oder Theophyllin in den letzten 12 Monaten UND</li> <li>• wenn trotz wiederholter Therapie mit systemischen Corticosteroiden (vier oder mehr Behandlungsepisoden in den letzten 12 Monaten) vier oder mehr schwere Asthma-Exazerbationen in den letzten 12 Monaten auftraten, die entweder die Gabe oder eine deutliche Dosissteigerung von systemischen Corticosteroiden über mehr als drei Tage erforderten ODER mindestens eine schwerwiegende Exazerbation mit stationärer Spitalsbehandlung in den letzten 12 Monaten auftrat.</li> </ul> <p>Nicht in Kombination mit anderen monoklonalen Antikörpern zur Behandlung des schweren Asthmas. Ersteinstellung und Weiterverordnung durch PulmologInnen.</p> <p>Überprüfung der Wirksamkeit und Dokumentation alle 6 Monate anhand der Anzahl an schweren und schwerwiegenden Asthma-Exazerbationen (Definition siehe oben) in den letzten 12 Monaten.</p> <p>Die Therapie ist nur fortzuführen bei einer Reduktion der Anzahl an Asthma-Exazerbationen ODER bei einer gleichbleibenden Anzahl an Asthma-Exazerbationen in Verbindung mit einer deutlichen Dosisreduktion systemischer Corticosteroide im Vergleich zur Ausgangsdosis.</p> <p>– Als Zusatztherapie zu intranasalen Corticosteroiden bei Erwachsenen mit schwerer rezidivierender chronischer Rhinosinusitis mit Nasenpolypen (CRSwNP) nach chirurgischer Behandlung UND Versagen, Unverträglichkeit oder Kontraindikation systemischer Corticosteroide.</p> <p>Erstverordnung, Dokumentation und Kontrolle alle 6 Monate durch FachärztInnen für Hals-, Nasen- und Ohrenheilkunde mit ausgewiesener Expertise in der Behandlung der CRSwNP.</p> <p>Die Therapie ist nur fortzuführen, wenn innerhalb der ersten 6 Monate eine Verbesserung des NPS (Nasenpolypenscores) um mindestens 1 Punkt erzielt werden kann.</p> <p>– Als Zusatztherapie bei PatientInnen ab 6 Jahren mit aktiver nicht organgefährdender, schubförmig remittierender oder refraktärer eosinophiler Granulomatose mit Polyangiitis (EGPA).</p> <p>Diagnose, Erstverordnung, regelmäßige Kontrolle und Weiterverordnung durch entsprechende Zentren mit Erfahrung in der Behandlung der EGPA.</p> <p>Überprüfung der Wirksamkeit und Dokumentation alle 6 Monate anhand der Beurteilung des Schweregrades der Erkrankung und der Verbesserung der Symptomkontrolle in den letzten 12 Monaten.</p> <p>Die Therapie ist nur fortzuführen bei einer Reduktion der Anzahl an Rezidiven und/oder bei einer gleichbleibenden Anzahl an Rezidiven in Verbindung mit einer deutlichen Dosisreduktion systemischer Corticosteroide im Vergleich zur Ausgangsdosis.</p> <p>– Als Zusatztherapie bei Erwachsenen mit unzureichend kontrolliertem nicht lebensbedrohlichem hypereosinophilem Syndrom (HES) ohne erkennbare, nicht-hämatologische sekundäre Ursache.</p> <p>Diagnose, Erstverordnung, regelmäßige Kontrolle und Weiterverordnung durch entsprechende Zentren mit Erfahrung in der Behandlung des HES.</p>					

Präparat		Menge	T	OP	KVP €
<p>Überprüfung der Wirksamkeit und Dokumentation alle 6 Monate anhand der Beurteilung des Schweregrades der Erkrankung und der Verbesserung der Symptomkontrolle in den letzten 12 Monaten. Die Therapie ist nur fortzuführen bei einer deutlichen Reduktion der Rate an HES-Schüben innerhalb von 12 Monaten.</p> <p>Mepolizumab eignet sich für eine chef(kontroll)ärztliche Langzeitbewilligung für 6 Monate (L6).</p>					
RE1 L6	<b>Nucala 100 mg Plv. zur Herst. einer Inj.lsg. (PM)</b>	1 Stk.	–	–	<b>993,60</b>
<p>– Als Zusatztherapie bei PatientInnen ab 6 Jahren mit schwerem refraktärem eosinophilem Asthma mit Bluteosinophilen-Werten von 300 Zellen/Mikroliter oder mehr in den letzten 12 Monaten UND</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• wenn trotz täglicher Therapie mit maximal hoch dosierten inhalativen Corticosteroiden und einem lang wirkenden inhalativen Beta2-Agonisten und/oder Leukotrienrezeptor-Antagonisten und/oder Theophyllin in den letzten 12 Monaten UND</li> <li>• wenn trotz wiederholter Therapie mit systemischen Corticosteroiden (vier oder mehr Behandlungsepisoden in den letzten 12 Monaten) vier oder mehr schwere Asthma-Exazerbationen in den letzten 12 Monaten auftraten, die entweder die Gabe oder eine deutliche Dosissteigerung von systemischen Corticosteroiden über mehr als drei Tage erforderten ODER mindestens eine schwerwiegende Exazerbation mit stationärer Spitalsbehandlung in den letzten 12 Monaten auftrat.</li> </ul> <p>Nicht in Kombination mit anderen monoklonalen Antikörpern zur Behandlung des schweren Asthmas. Ersteinstellung und Weiterverordnung durch PulmologInnen. Überprüfung der Wirksamkeit und Dokumentation alle 6 Monate anhand der Anzahl an schweren und schwerwiegenden Asthma-Exazerbationen (Definition siehe oben) in den letzten 12 Monaten. Die Therapie ist nur fortzuführen bei einer Reduktion der Anzahl an Asthma-Exazerbationen ODER bei einer gleichbleibenden Anzahl an Asthma-Exazerbationen in Verbindung mit einer deutlichen Dosisreduktion systemischer Corticosteroide im Vergleich zur Ausgangsdosis.</p> <p>– Als Zusatztherapie zu intranasalen Corticosteroiden bei Erwachsenen mit schwerer rezidivierender chronischer Rhinosinusitis mit Nasenpolypen (CRSwNP) nach chirurgischer Behandlung UND Versagen, Unverträglichkeit oder Kontraindikation systemischer Corticosteroide. Erstverordnung, Dokumentation und Kontrolle alle 6 Monate durch FachärztInnen für Hals-, Nasen- und Ohrenheilkunde mit ausgewiesener Expertise in der Behandlung der CRSwNP. Die Therapie ist nur fortzuführen, wenn innerhalb der ersten 6 Monate eine Verbesserung des NPS (Nasenpolypenscores) um mindestens 1 Punkt erzielt werden kann.</p> <p>– Als Zusatztherapie bei PatientInnen ab 6 Jahren mit aktiver nicht organgefährdender, schubförmig remittierender oder refraktärer eosinophiler Granulomatose mit Polyangiitis (EGPA). Diagnose, Erstverordnung, regelmäßige Kontrolle und Weiterverordnung durch entsprechende Zentren mit Erfahrung in der Behandlung der EGPA. Überprüfung der Wirksamkeit und Dokumentation alle 6 Monate anhand der Beurteilung des Schweregrades der Erkrankung und der Verbesserung der Symptomkontrolle in den letzten 12 Monaten. Die Therapie ist nur fortzuführen bei einer Reduktion der Anzahl an Rezidiven und/oder bei einer gleichbleibenden Anzahl an Rezidiven in Verbindung mit einer deutlichen Dosisreduktion systemischer Corticosteroide im Vergleich zur Ausgangsdosis.</p> <p>– Als Zusatztherapie bei Erwachsenen mit unzureichend kontrolliertem nicht lebensbedrohlichem hypereosinophilem Syndrom (HES) ohne erkennbare, nicht-hämatologische sekundäre Ursache.</p>					

Präparat		Menge	T	OP	KVP €
<p>Diagnose, Erstverordnung, regelmäßige Kontrolle und Weiterverordnung durch entsprechende Zentren mit Erfahrung in der Behandlung des HES. Überprüfung der Wirksamkeit und Dokumentation alle 6 Monate anhand der Beurteilung des Schweregrades der Erkrankung und der Verbesserung der Symptomkontrolle in den letzten 12 Monaten. Die Therapie ist nur fortzuführen bei einer deutlichen Reduktion der Rate an HES-Schüben innerhalb von 12 Monaten.</p> <p>Mepolizumab eignet sich für eine chef(kontroll)ärztliche Langzeitbewilligung für 6 Monate (L6).</p> <p>Die Verwendung betreffend die Indikation Asthma bleibt unverändert. Die Verwendung wurde um die Indikationen Nasenpolypen bei Erwachsenen, EGPA bei Patientinnen und Patienten ab 6 Jahren sowie HES bei Erwachsenen ergänzt.</p>					
<b>R07 ANDERE MITTEL FÜR DEN RESPIRATIONSTRAKT</b>					
<b>R07AX02 Ivacaftor</b>					
RE1 L6	<b>Kalydeco 75 mg Filmtabl. (PM)</b>	28 Stk.	–	–	<b>6.153,95</b>
<p>Als Kombinationsbehandlung mit Ivacaftor/Tezacaftor/Elexacaftor 37,5 mg/25 mg/50 mg Tabl. bei PatientInnen mit zystischer Fibrose (CF, Mukoviszidose) von 6-11 Jahren, die mindestens eine F508del-Mutation im CFTR-Gen aufweisen.</p> <p>Als Kombinationsbehandlung mit Tezacaftor/Ivacaftor 50 mg/75 mg Tabl. bei PatientInnen mit zystischer Fibrose (CF, Mukoviszidose) von 6-11 Jahren, die homozygot für die F508del-Mutation im CFTR-Gen sind oder heterozygot für die F508del-Mutation und eine der folgenden Mutationen im CFTR-Gen aufweisen: P67L, R117C, L206W, R352Q, A455E, D579G, 711+3A&gt;G, S945L, S977F, R1070W, D1152H, 2789+5G&gt;A, 3272-26A&gt;G und 3849+10kbC&gt;T.</p> <p>Die Feststellung der Mutation muss mit einem validierten Testverfahren erfolgen.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– Einsatz nur bei PatientInnen mit <ul style="list-style-type: none"> <li>• mehrmaligen pulmonalen Exazerbationen oder</li> <li>• regelmäßigen Antibiotikabehandlungen oder</li> <li>• einer mittels bildgebenden Verfahren (CT oder MRT) nachgewiesenen Schädigung der Lunge vor Therapiebeginn.</li> </ul> </li> <li>– Indikationsstellung, Erstverordnung und Therapieüberwachung müssen von einem Zentrum mit Erfahrung in der Behandlung der CF erfolgen.</li> <li>– Eine Diätberatung hat vor Behandlungsbeginn zu erfolgen.</li> <li>– 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.</li> <li>– Lungenfunktionsparameter (FEV1) sind alle 3 Monate zu kontrollieren.</li> <li>– Pulmonale Exazerbationen, der Antibiotikabedarf und das Körpergewicht (BMI) sind für den Zeitraum vor Beginn der Behandlung und alle 6 Monate nach Therapiebeginn zu dokumentieren.</li> <li>– Die Therapie ist nur fortzuführen, wenn <ul style="list-style-type: none"> <li>• eine vorteilhafte Entwicklung der Lungenfunktion gegenüber dem natürlichen Krankheitsverlauf eintritt oder</li> <li>• eine Reduktion der Häufigkeit pulmonaler Exazerbationen eintritt oder</li> <li>• eine altersentsprechend vorteilhafte Entwicklung des BMI eintritt.</li> </ul> </li> </ul> <p>Ivacaftor sowohl in Kombination mit Ivacaftor/Tezacaftor/Elexacaftor als auch in Kombination mit Tezacaftor/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>					

Präparat		Menge	T	OP	KVP €
RE1 L6	<b>Kalydeco 150 mg Filmtabl. (PM)</b>	28 Stk.	–	–	<b>7.251,25</b>
<p>Als Kombinationsbehandlung mit Ivacaftor/Tezacaftor/Elexacaftor 75 mg/50 mg/100 mg Tabl. bei PatientInnen mit zystischer Fibrose (CF, Mukoviszidose) ab 6 Jahren, die mindestens eine F508del-Mutation im CFTR-Gen aufweisen.</p> <p>Als Kombinationsbehandlung mit Tezacaftor/Ivacaftor 100 mg/150 mg Tabl. bei PatientInnen mit CF ab 6 Jahren, die homozygot für die F508del-Mutation im CFTR-Gen sind oder heterozygot für die F508del-Mutation und eine der folgenden Mutationen im CFTR-Gen aufweisen: P67L, R117C, L206W, R352Q, A455E, D579G, 711+3A&gt;G, S945L, S977F, R1070W, D1152H, 2789+5G&gt;A, 3272-26A&gt;G und 3849+10kbC&gt;T.</p> <p>Die Feststellung der Mutation muss mit einem validierten Testverfahren erfolgen.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– Einsatz nur bei PatientInnen mit <ul style="list-style-type: none"> <li>• mehrmaligen pulmonalen Exazerbationen oder</li> <li>• regelmäßigen Antibiotikabehandlungen oder</li> <li>• einer mittels bildgebenden Verfahren (CT oder MRT) nachgewiesenen Schädigung der Lunge vor Therapiebeginn.</li> </ul> </li> <li>– Indikationsstellung, Erstverordnung und Therapieüberwachung müssen von einem Zentrum mit Erfahrung in der Behandlung der CF erfolgen.</li> <li>– Eine Diätberatung hat vor Behandlungsbeginn zu erfolgen.</li> <li>– 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.</li> <li>– Lungenfunktionsparameter (FEV1) sind alle 3 Monate zu kontrollieren.</li> <li>– Pulmonale Exazerbationen, der Antibiotikabedarf und das Körpergewicht (BMI) sind für den Zeitraum vor Beginn der Behandlung und alle 6 Monate nach Therapiebeginn zu dokumentieren.</li> <li>– Die Therapie ist nur fortzuführen, wenn <ul style="list-style-type: none"> <li>• eine vorteilhafte Entwicklung der Lungenfunktion gegenüber dem natürlichen Krankheitsverlauf eintritt oder</li> <li>• eine Reduktion der Häufigkeit pulmonaler Exazerbationen eintritt oder</li> <li>• eine altersentsprechend vorteilhafte Entwicklung des BMI eintritt.</li> </ul> </li> </ul> <p>Ivacaftor sowohl in Kombination mit Ivacaftor/Tezacaftor/Elexacaftor als auch in Kombination mit Tezacaftor/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> <p>Die Altersgrenzen wurden in den Kombinationstherapien mit Kaftrio angepasst.</p>					
<b>R07AX32 Ivacaftor, Tezacaftor und Elexacaftor</b>					
RE1 L6	<b>Kaftrio 75 mg/50 mg/100 mg Filmtabl. (PM)</b>	56 Stk.	–	–	<b>10.226,80</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>– Als Kombinationsbehandlung mit Ivacaftor 150 mg Tabl. 28 Stück bei PatientInnen mit zystischer Fibrose (CF, Mukoviszidose) ab 6 Jahren, die mindestens eine F508del-Mutation im CFTR-Gen aufweisen. Die Feststellung der Mutation muss mit einem validierten Testverfahren erfolgen. Einsatz nur bei PatientInnen mit <ul style="list-style-type: none"> <li>• mehrmaligen pulmonalen Exazerbationen oder</li> <li>• regelmäßigen Antibiotikabehandlungen oder</li> <li>• einer mittels bildgebenden Verfahren (CT oder MRT) nachgewiesenen Schädigung der Lunge vor Therapiebeginn.</li> </ul> </li> <li>– Indikationsstellung, Erstverordnung und Therapieüberwachung müssen von einem Zentrum mit Erfahrung in der Behandlung der CF erfolgen.</li> <li>– Eine Diätberatung hat vor Behandlungsbeginn zu erfolgen.</li> </ul>					

Präparat	Menge	T	OP	KVP €
<ul style="list-style-type: none"> <li>– 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.</li> <li>– Lungenfunktionsparameter (FEV1) sind alle 3 Monate zu kontrollieren.</li> <li>– Pulmonale Exazerbationen, der Antibiotikabedarf und das Körpergewicht (BMI) sind für den Zeitraum vor Beginn der Behandlung und alle 6 Monate nach Therapiebeginn zu dokumentieren.</li> <li>– Die Therapie ist nur fortzuführen, wenn <ul style="list-style-type: none"> <li>• eine vorteilhafte Entwicklung der Lungenfunktion gegenüber dem natürlichen Krankheitsverlauf eintritt oder</li> <li>• eine Reduktion der Häufigkeit pulmonaler Exazerbationen eintritt oder</li> <li>• eine altersentsprechend vorteilhafte Entwicklung des BMI eintritt.</li> </ul> </li> </ul> <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> <p>Eine Behandlung mit Kaftrio ist nun schon ab 6 Jahren EKO-konform möglich.</p>				

### Änderung der Packungsgröße im Grünen Bereich:

Präparat	Menge	T	OP	KVP €
<b>M05 MITTEL ZUR BEHANDLUNG VON KNOCHENERKRANKUNGEN</b>				
<b>M05BA07 Risedronsäure</b>				
Risedronat "Stada" einmal wöchentlich 35 mg Filmtabl.	4 Stk.	–	(3)	10,05
Risedronat "Stada" einmal wöchentlich 35 mg Filmtabl. <i>Abg. gem. mit CaDeStad Uno Filmtabl. (Nahrungsergänzungsmittel)</i>	4 Stk.	–	(3)	10,05
Eine zusätzliche Packung ohne Beigabe von CaDeStad Uno Filmtabl. ist damit verfügbar. Für beide Packungen gilt nunmehr OP3.				

### Änderung der Bezeichnung im Grünen Bereich:

Präparat	Menge	T	OP	KVP €
<b>M01 ANTIPHLOGISTIKA UND ANTIRHEUMATIKA</b>				
<b>M01AB05 Diclofenac</b>				
Diclofenac "Sandoz" rapid 50 mg Tabl. zur Herst. einer <b>Susp. zum Einnehmen</b> vormals DiclacHexal rapid 50 mg lösbl. Tabl.	20 Stk.	–	(2)	2,20

## Abkürzungsverzeichnis

- (2).....zwei Packungen pro Verschreibung abgebbar, erfolgt keine Angabe, darf nur eine Packung abgegeben werden
- (3).....zwei Packungen pro Verschreibung abgebbar, erfolgt keine Angabe, darf nur eine Packung abgegeben werden
- PM** .....Arzneispezialitäten, für die eine Vereinbarung über ein Preismodell mit dem vertriebsberechtigten Unternehmen vorliegt.
- ADKL...Fachgruppen-Bestimmung: Fachärztin/Facharzt für Lungenkrankheiten, Haut-und Geschlechtskrankheiten, Kinder- und Jugendheilkunde sowie Hals-, Nasen-und Ohrenkrankheiten
- 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
- L6.....Langzeitbewilligung für 6 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.
- T.....Teilbarkeit
- T2.....in zwei dosisgleiche Teile teilbar

---

### Medieninhaber, Herausgeber und Redaktion:

Österreichische Gesundheitskasse, Wienerbergstraße 15–19, 1100 Wien

[www.gesundheitskasse.at/impressum](http://www.gesundheitskasse.at/impressum)

Satz- und Druckfehler vorbehalten.