



Neu im EKO

Änderungen im Erstattungskodex (EKO) ab September 2022

Informationsstand September 2022

Im Fokus: Subkutanes Methotrexat im Grünen Bereich

Ca. 30.000 Packungen subkutane Methotrexat-Präparate wurden im Jahr 2021 mit den SV-Trägern abgerechnet. Durch die Aufnahme von MTX "ratiopharm" Fertigspritze in fünf Wirkstärken in den Grünen Bereich entfällt einerseits die Bewilligungspflicht und andererseits ist der Preis weitaus niedriger als bei anderen subkutanen Methotrexat-Präparaten.

ROT >> **GRÜN**

Aufnahme kostengünstiger Nachfolgepräparate in den Grünen Bereich:

Präparat	Menge	T	OP	KVP €	max. Kostenersparnis € pro Packung*
L04 IMMUNSUPPRESSIVA					
L04AX03 Methotrexat					
MTX "ratiopharm" 7,5 mg Inj.lsg. Fertigspr.	4 Stk.	–	(3)	18,25	Erstanbieter in dieser Wirkstoffstärke nicht verfügbar
10 mg Inj.lsg. Fertigspr.	4 Stk.	–	(3)	23,85	45,78 Erstanbieter nicht im EKO
15 mg Inj.lsg. Fertigspr.	4 Stk.	–	(3)	35,00	69,80 Erstanbieter nicht im EKO
20 mg Inj.lsg. Fertigspr.	4 Stk.	–	(3)	45,25	91,08 Erstanbieter nicht im EKO
25 mg Inj.lsg. Fertigspr.	4 Stk.	–	(3)	56,60	93,80 Erstanbieter nicht im EKO

Subkutanes MTX ist ein wesentliches Basistherapeutikum bei einer Reihe von Autoimmunerkrankungen. Zusätzlich zum Preisvorteil sind nach Aufnahme in den Grünen Bereich auch 3 OP auf einem Rezept frei verschreibbar.

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

Präparat	Menge	T	OP	KVP €	max. Kostenersparnis € pro Packung*
R03 MITTEL BEI OBSTRUKTIVEN ATEMWEGSERKRANKUNGEN					
R03AK06 Salmeterol und Fluticason					
Everio Airmaster 50 mcg/100 mcg einzeldosiertes Plv. zur Inh.	1 Stk.	–	(3)	8,80	6,50
<i>IND: Mittelschweres Asthma mit nächtlichen Anfällen</i>					
Everio Airmaster 50 mcg/250 mcg einzeldosiertes Plv. zur Inh.	1 Stk.	–	(3)	16,70	4,00
<i>IND: Mittelschweres bis schweres Asthma mit nächtlichen Anfällen</i>					
Everio Airmaster 50 mcg/500 mcg einzeldosiertes Plv. zur Inh.	1 Stk.	–	(3)	20,75	5,40
<i>IND: Mittelschweres bis schweres Asthma mit nächtlichen Anfällen; PatientInnen mit COPD mit FEV1 unter 60 % des Normwertes und wiederholten Exazerbationen (mehr als 1x pro Jahr) nach Erstverordnung durch PulmologInnen</i>					
Durch den angeführten Preisvorteil wird Everio Airmaster nun in allen hier gelisteten Wirkstärken als am kostengünstigsten im Ökotool angeführt.					

Aufnahme von Präparaten in den Grünen Bereich:

Präparat	Menge	T	OP	KVP €
D05 ANTIPSORIATIKA				
D05AX52 Calcipotriol, Kombinationen				
Winxory 50 mcg/g + 0,5 mg/g Creme	60 g	–	–	40,85
D				
Mit über 80.000 abgerechneten Packungen der Kombination Calcipotriol mit Betamethason im letzten Jahr ist diese Wirkstoffkombination ein häufig verordnetes Wirkprinzip in der Dermatologie. Die Creme zeigt zu den bisher verfügbaren Darreichungsformen Gel und Schaum einen deutlichen Preisvorteil.				
D07 CORTICOSTEROIDE, DERMATOLOGISCHE ZUBEREITUNGEN				
D07AD01 Clobetasol				
Clarelux 500 mcg/g Schaum zur Anw. auf der Haut	100 g	–	–	12,45

ROT >> **GELB**

Aufnahme von Präparaten in den Gelben Bereich:

Präparat	Menge	T	OP	KVP €	
L04 IMMUNSUPPRESSIVA					
L04AA40 Cladribin					
RE1	Mavenclad 10 mg Filmtabl. (PM)	1 Stk.	–	–	1.993,95
		4 Stk.	–	–	7.691,75
		6 Stk.	–	–	11.675,90
Als Monotherapie bei Erwachsenen mit hochaktiver schubförmiger Multipler Sklerose (MS)					
- mit einem Schub im vorausgegangenen Jahr während einer krankheitsmodifizierenden Vorbehandlung und mindestens einer Gadolinium anreichernden Läsion bzw. 9 oder mehr T2-Läsionen					
oder					

Präparat		Menge	T	OP	KVP €
<p>- mit 2 Schüben oder mehr im vorausgegangenen Jahr. Diagnosestellung, Verordnung, Einstellung, Therapiekontrolle und Dokumentation durch ein MS-Zentrum. Die Kostenübernahme ist auf einen vierjährigen Behandlungszeitraum (mit je einer Behandlungsphase im ersten und zweiten Jahr sowie einer verabreichungsfreien Phase im dritten und vierten Jahr) beschränkt. In klinischen Studien wurden bei PatientInnen, die mit Cladribin behandelt wurden, häufiger maligne Erkrankungen beobachtet als bei PatientInnen, die Placebo erhielten. Die Anwendung von Cladribin bei MS-PatientInnen mit aktiven malignen Erkrankungen ist kontraindiziert. Vor Beginn der Behandlung mit Cladribin sollte bei PatientInnen, bei denen schon einmal maligne Erkrankungen aufgetreten sind, eine individuelle Nutzen-Risiko-Bewertung erfolgen. PatientInnen, die mit Cladribin behandelt werden, sollten angewiesen werden, die Standardleitlinien für Krebsvorsorgeuntersuchungen zu beachten. Hämatologische Überwachung gemäß Fachinformation. PatientInnen, die mit Cladribin behandelt werden, sind vor Therapiebeginn in das dafür vorgesehene Register der ÖGN aufzunehmen.</p>					
Nach dem zwischenzeitlichen Wegfall wird Mavenclad wieder in den EKO aufgenommen.					
L01 ANTINEOPLASTISCHE MITTEL					
L01EX14 Entrectinib					
RE1	Rozlytrek 100 mg Hartkaps. (PM)	30 Stk.	–	–	1.010,30
RE1	200 mg Hartkaps. (PM)	90 Stk.	–	–	5.938,60
<p>1. Als Monotherapie bei PatientInnen ab 12 Jahren mit soliden Tumoren mit einer neurotrophen Tyrosin-Rezeptor-Kinase (NTRK)-Genfusion, die zuvor nicht mit einem NTRK-Inhibitor behandelt wurden,</p> <ul style="list-style-type: none"> - bei denen eine lokal fortgeschrittene oder metastasierte Erkrankung vorliegt oder eine Erkrankung, bei der eine chirurgische Resektion wahrscheinlich zu schwerer Morbidität führt und - für die keine Therapieoptionen zur Verfügung stehen, für die ein klinischer Nutzen festgestellt wurde, oder wenn diese Therapieoptionen ausgeschöpft sind (d.h. keine zufriedenstellenden Therapieoptionen). <p>Diagnose und Erstverordnung durch entsprechende Fachabteilung bzw. Zentrum, mittels Tumorboard. Regelmäßige Kontrolle durch entsprechende Fachabteilung bzw. Zentrum mit Erfahrung in der Behandlung von TumorpatientInnen mit einer NTRK-Genfusion. Vor Einleitung der Therapie mit Entrectinib ist der Nachweis einer NTRK-Genfusion durch eine validierte Testmethode erforderlich. Die Einleitung einer Diagnostik zum Nachweis einer NTRK-Genfusion ist nur dann sinnvoll, wenn die Therapie mit einem TRK-Inhibitor die beste verfügbare Therapie darstellt oder der Nachweis der Fusion in histopathologisch unklaren Fällen diagnostisch wegweisend ist. Kontrolle des Ansprechens mittels bildgebenden Verfahrens (CT und/oder MRT) alle 3 bis 4 Monate für das erste Jahr nach Therapiebeginn mit Entrectinib. Danach können längere Intervalle in Erwägung gezogen werden. Therapiefortsetzung nur bei gesichertem Ansprechen. Die PatientInnen sollen in das PatientInnenregister European Reference Network (ERN) - for adult rare solid cancers (EURACAN) aufgenommen werden.</p> <p>2. Als Monotherapie bei Erwachsenen mit lokal fortgeschrittenem oder metastasiertem, ROS-Proto-Oncogene-1 (ROS1)-positivem, nicht-kleinzelligem Lungenkarzinom (NSCLC), die zuvor nicht mit einem ROS1-Inhibitor behandelt wurden. Nachweis der ROS1-Translokation mit einer validierten Testmethode. Diagnose und Erstverordnung durch entsprechende Fachabteilung bzw. Zentrum, mittels Tumorboard. Regelmäßige Kontrolle durch entsprechende Fachabteilung bzw. Zentrum bzw. durch OnkologInnen.</p>					

Folgende Präparate wurden aus dem EKO gestrichen:

Präparat	Menge	ATC-Code	Streichung mit
Aktiferrin Saft	100 ml	B03AE10	01.09.2022
Belmacina 5 mg Filmtabl.	10 Stk. 30 Stk.	G04BD08	01.09.2022
Belmacina 10 mg Filmtabl.	30 Stk.	G04BD08	01.09.2022
Dexamethason "HCS" 8 mg Tabl.	10 Stk. 30 Stk.	H02AB02	01.09.2022
Dexamethason "HCS" 40 mg Tabl.	10 Stk.	H02AB02	01.09.2022
DiclacHexal 50 mg Filmtabl.	30 Stk. 50 Stk.	M01AB05	01.09.2022
Gichtex retard 250 mg Kaps.	28 Stk.	M04AA01	01.09.2022
Lactat oral "Wabo" flüssig	250 ml	G04BX	01.09.2022
Metoprololtartrat "Hexal" 100 mg Tabl.	20 Stk.	C07AB02	01.09.2022
Mirtazapin "Sandoz" 30 mg Filmtabl.	30 Stk.	N06AX11	01.09.2022
Pramipexol "Stada" 0,18 mg Tabl.	30 Stk. 100 Stk.	N04BC05	01.09.2022
Pramipexol "Stada" 0,35 mg Tabl.	30 Stk. 100 Stk.	N04BC05	01.09.2022
Pramipexol "Stada" 0,7 mg Tabl.	30 Stk. 100 Stk.	N04BC05	01.09.2022
Sevelamercarbonat "Winthrop" 800 mg Filmtabl.	180 Stk.	V03AE02	01.09.2022

Änderung der Verwendung im Grünen Bereich (Überführung vom Gelben in den Grünen Bereich des Erstattungskodex):

Präparat	Menge	T	OP	KVP €
H02 CORTICOSTERIOIDE ZUR SYSTEMISCHEN ANWENDUNG				
H02AB04 Methylprednisolon				
Urbason 4 mg Tabl.	100 Stk.	T4	–	17,60
<i>IND: Wenn eine kleinere Packungsgröße zur Abdeckung des individuellen Monatsbedarfs nicht ausreicht.</i>				
Die kleinere Packungsgröße zu 20 Stk. bleibt unverändert frei verschreibbar im Grünen Bereich.				
J05 ANTIVIRALE MITTEL ZUR SYSTEMISCHEN ANWENDUNG				
J05AE08 Atazanavir				
Atazanavir "Krka" 300 mg Hartkaps.	30 Stk.	–	(3)	171,00
<i>IND: Therapieeinleitung und regelmäßige Kontrollen durch ÄrztInnen mit Erfahrung in der HIV-Behandlung</i>				
J05AE10 Darunavir				
Darunavir "Krka" 600 mg Filmtabl.	60 Stk.	–	(3)	145,75
800 mg Filmtabl.	30 Stk.	–	(3)	145,75
<i>IND: Therapieeinleitung und regelmäßige Kontrollen durch ÄrztInnen mit Erfahrung in der HIV-Behandlung</i>				
Die Monosubstanzen Atazanavir und Darunavir werden zwar nicht mehr so häufig verordnet, Atazanavir "Krka" und Darunavir "Krka" sind allerdings die ersten HIV-Präparate im Grünen Bereich und die Dreimonatsversor-				

Präparat	Menge	T	OP	KVP €
gung mit 3 OP auf einem Rezept ist ohne Vorbewilligung möglich. Mit der Zielsetzung, die Reichweite eines Rezeptes an das medizinische Kontrollintervall anzugleichen, sollten weitere Anbieter von HIV-Präparaten dies anstreben.				
L01 ANTINEOPLASTISCHE MITTEL				
L01EG02 Everolimus				
Afinitor 5 mg Tabl.	30 Stk.	–	–	324,95
10 mg Tabl.	30 Stk.	–	(3)	620,00
<i>IND: Diagnose und Erstverordnung durch entsprechende Fachabteilung bzw. Zentrum, mittels Tumorboard. Regelmäßige Kontrolle durch entsprechende Fachabteilung bzw. Zentrum bzw. durch onkologisch spezialisierte FachärztInnen.</i>				
Mit der Überführung in den Grünen Bereich entfällt auch für Afinitor die Vorbewilligungspflicht.				
N06 PSYCHOANALEPTIKA				
N06DA02 Donepezil				
Donepezil HCl "1A Pharma" 5 mg Filmtabl.	10 Stk.	–	(2)	4,20
	30 Stk.	–	(3)	12,30
10 mg Filmtabl.	30 Stk.	–	(3)	23,85
<i>IND: Demenz vom Alzheimer-Typ Erstdiagnose und regelmäßige Kontrollen durch NeurologInnen/PsychiaterInnen Nicht in Kombination mit anderen Arzneimitteln gegen Demenz</i>				
N06DA03 Rivastigmin				
Rivastigmin "1A Pharma" 4,6 mg/24 h transdermales Pflaster	7 Stk.	–	–	7,00
	30 Stk.	–	(3)	27,70
Pflaster 9,5 mg/24 h transdermales	30 Stk.	–	(3)	27,70
Pflaster 13,3 mg/24 h transdermales	30 Stk.	–	(3)	27,70
<i>IND: Demenz vom Alzheimer-Typ Erstdiagnose und regelmäßige Kontrollen durch NeurologInnen/PsychiaterInnen Nicht in Kombination mit anderen Arzneimitteln gegen Demenz</i>				
Beachtenswert ist bei Donepezil und Rivastigmin "1A Pharma" neben dem Wegfall der Dokumentationspflicht auch die Verschreibbarkeit von 3 OP auf einem Rezept.				

Änderung der Verwendung im Gelben Bereich:

Präparat	Menge	T	OP	KVP €
A10 ANTIDIABETIKA				
A10BK03 Empagliflozin				
RE2 Jardiance 10 mg Filmtabl. (PM)	14 Stk.	–	–	24,00
	30 Stk.	–	(2)	48,80
Bei PatientInnen mit Diabetes Typ II:				
<ul style="list-style-type: none"> - Die Behandlung darf erst ab einem HbA1c größer 7 begonnen werden. - Die Behandlung hat nur als Second-line-Therapie zu erfolgen. - Kein Einsatz bei einer Kreatinin-Clearance kleiner 30 ml/min oder eGFR kleiner 30 ml/min/1,73 m2. 				

Präparat	Menge	T	OP	KVP €
<ul style="list-style-type: none"> - Regelmäßige Kontrollen der Nierenfunktionsparameter gemäß Fachinformation. - Regelmäßige HbA1c-Bestimmungen sind durchzuführen. 				
Bei erwachsenen PatientInnen mit chronischer Herzinsuffizienz als Zusatztherapie				
<ul style="list-style-type: none"> - wenn die PatientInnen trotz individuell optimierter Standardtherapie mit Medikamenten aus dem Grünen Bereich noch symptomatisch sind (NYHA größer/gleich Klasse II). - Therapieeinleitung nur bei etablierter Diagnose der chronischen Herzinsuffizienz. - Erstverordnung und regelmäßige Kontrollen durch KardiologInnen oder InternistInnen mit gültigem Diplom in transthorakaler Echokardiographie oder durch eine entsprechende Fachabteilung bzw. -ambulanz. - Kein Einsatz bei einer Kreatinin-Clearance kleiner 20 ml/min oder eGFR kleiner 20 ml/min/1,73 m². 				
Neben Dapagliflozin kann jetzt auch Empagliflozin bei chronischer Herzinsuffizienz entsprechend den gültigen Leitlinien EKO-konform eingesetzt werden. In der Indikation Diabetes Typ II kann jetzt ein Einsatz bis zu einer Kreatinin-Clearance oder eGFR von ≥ 30 ml/min/1,73 m ² erfolgen.				

Änderung der Packungsgröße im Grünen Bereich:

Präparat	Menge	T	OP	KVP €
L04 Immunsuppressiva				
L04AB02 Infliximab				
Zessly 100 mg Plv. für ein Konz. z. Herst. einer Inf.lsg.	2 Stk.	–	–	347,05
	3 Stk.	–	–	501,55
<i>IND: Diagnose, Erstverordnung und regelmäßige Kontrollen durch entsprechende Fachabteilung, -ambulanz bzw. FachärztInnen (Rheumatologie, Dermatologie, Gastroenterologie).</i> <i>Eine Liste mit orientierenden Kriterien für einen zweckmäßigen Einsatz des Wirkstoffs Infliximab wird vom Dachverband erstellt und unter www.sozialversicherung.at/erstattungskodex_orientierende_kriterien_infliximab publiziert.</i>				
Streichung der 1-Stk.-Packung				

Änderungen des ATC-Codes im Gelben Bereich:

Präparat	Menge	T	OP	KVP €
L01 ANTINEOPLASTISCHE MITTEL				
L01BC52 Fluorouracil, Kombinationen (vormals D11AX)				
Actikerall 5 mg/g + 100 mg/g Lsg. zur Anw. auf der Haut	25 ml	–	–	57,35
Bei aktinischen Keratosen nach dermatologischer Abklärung, wenn 4-10 Läsionen vorhanden sind oder wenn eine operative Entfernung kontraindiziert oder nicht möglich ist.				

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.
- DFachgruppen-Bestimmung: Fachärztin/Facharzt für Haut- und Geschlechtskrankheiten
- 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
- 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.
- T Teilbarkeit
- T4in vier dosisgleiche Teile teilbar