



## Neu im EKO

### Änderungen im Erstattungskodex (EKO) ab Juli 2024

Informationsstand Juli 2024

#### Im Fokus: Quartalsversorgung im Grünen Bereich

Für immer mehr Präparate im Grünen Bereich des Erstattungskodex besteht die Möglichkeit, drei Packungen auf einmal auf einem Kassenrezept zu verordnen (OP 3), wodurch in der Regel eine Quartalsversorgung von Patientinnen und Patienten möglich wird.

Diese Möglichkeit bietet Vorteile für alle Beteiligten: Patientinnen und Patienten müssen weniger häufig in die Ordination kommen, wodurch auch die verordnenden Ärztinnen und Ärzte entlastet werden. Gleichzeitig ist sichergestellt, dass die verordneten Präparate aus ökonomischer Sicht vorteilhaft sind, da dies eine Voraussetzung für OP 3 darstellt.

Nach Maßgabe der klinischen Sinnhaftigkeit bitten wir Sie, von dieser Möglichkeit Gebrauch zu machen.

**ROT** >> **GRÜN**

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

Präparat	Menge	T	OP	KVP €	max. Kostenersparnis € pro Packung*
<b>C07 BETA-ADRENOZEPTORANTAGONISTEN</b>					
<b>C07AB12 Nebivolol</b>					
Nebivolol "Accord" 5 mg Tabl.	14 Stk.	T4	–	1,50	Packungsgröße beim Erstanbieter nicht vorhanden <b>1,10</b>
	28 Stk.	T4	(3)	3,05	
Nebivolol "Accord" ist ein weiteres Nachfolgepräparat zu Nomexor. Bis zu drei Monatspackungen können auf einem Rezept verordnet werden.					

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

## Aufnahme von Präparaten in den Grünen Bereich:

Präparat	Menge	T	OP	KVP €
<b>L02 ENDOKRINE THERAPIE</b>				
<b>L02BX04 Relugolix</b>				
Orgovyx 120 mg Filmtabl.	30 Stk.	–	–	128,75
<p><b>IND:</b> Fortgeschrittenes hormonabhängiges Prostatakarzinom.            Diagnose und Erstverordnung durch entsprechende Fachabteilung bzw. Zentrum, mittels Tumorboard. Regelmäßige Kontrolle durch entsprechende Fachabteilung bzw. Zentrum bzw. durch FachärztInnen mit Erfahrung in der Behandlung des Prostatakarzinoms.</p>				

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

## Aufnahme von Präparaten in den Gelben Bereich:

Präparat	Menge	T	OP	KVP €
<b>L04 IMMUNSUPPRESSIVA</b>				
<b>L04AC24 Mirikizumab</b>				
RE1 L6 OmvoH 100 mg Inj.lsg. Fertigpen (PM)	2 Stk.	–	–	1.215,35
<p>Bei Erwachsenen mit mittelschwerer bis schwerer aktiver Colitis ulcerosa bei Versagen, Unverträglichkeit oder Kontraindikation konventioneller Therapien zur Erhaltungstherapie, wenn im Rahmen der Anbehandlung innerhalb von 12–24 Behandlungswochen oder im Rahmen einer Reinduktionstherapie über 12 Wochen mit der 300 mg-Wirkstoffstärke ein klinisches Ansprechen erzielt wurde.            Erstverordnung und engmaschige Kontrolle durch GastroenterologInnen.            Mirikizumab eignet sich für eine chef(kontroll)ärztliche Langzeitbewilligung für sechs Monate (L6).</p>				
RE1 L3 OmvoH 300 mg Konz. zur Herst. einer Inf.lsg. (PM)	1 Stk.	–	–	1.215,35
<p>Zur Anbehandlung über 12–24 Wochen bei Erwachsenen mit mittelschwerer bis schwerer aktiver Colitis ulcerosa bei Versagen, Unverträglichkeit oder Kontraindikation konventioneller Therapien.            Zur Reinduktionstherapie über 12 Wochen bei PatientInnen, die unter der Erhaltungstherapie das therapeutische Ansprechen verloren haben.            Erstverordnung und engmaschige Kontrolle durch GastroenterologInnen.            Mirikizumab eignet sich für eine chef(kontroll)ärztliche Langzeitbewilligung für drei Monate (L3).            OmvoH ist der erste reine IL-23-Hemmer für die Behandlung der Colitis ulcerosa im Erstattungskodex.</p>				

## Folgende Präparate wurden aus dem EKO gestrichen:

Präparat	Menge	ATC-Code	Streichung mit
Acetylcystein "Hexal" 200 mg lösbl. Tabl.	20 Stk.	R05CB01	01.07.2024
Dancor 10 mg Tabl.	30 Stk.	C01DX16	01.07.2024
Darunavir "Mylan" 800 mg Filmtabl.	30 Stk.	J05AE10	01.07.2024
Diabetex 500 mg Filmtabl.	40 Stk.	A10BA02	01.07.2024
Diabetex 1000 mg Filmtabl.	20 Stk. 60 Stk.	A10BA02	01.07.2024

Präparat	Menge	ATC-Code	Streichung mit
Itraderm 100 mg Hartkaps.	4 Stk. 14 Stk. 28 Stk.	J02AC02	01.07.2024
Mobilat Salbe	40 g	M02AC	01.07.2024
Motilium 1 mg/ml orale Susp.	200 ml	A03FA03	01.07.2024
Sitagliptin "Sandoz GmbH" 25 mg Filmtabl.	28 Stk.	A10BH01	01.07.2024
Sporanox 10 mg/ml Lsg. zum Einnehmen	150 ml	J02AC02	01.07.2024

### Änderung der Verwendung im Grünen Bereich:

Präparat	Menge	T	OP	KVP €
<b>B01 ANTITHROMBOTISCHE MITTEL</b>				
<b>B01AC04 Clopidogrel</b>				
Clopidogrel "+pharma" 75 mg Filmtabl.	20 Stk.	–	–	<b>4,80</b>
	30 Stk.	–	(3)	<b>7,20</b>
Wegfall der IND-Vorgabe und Änderung der Verschreibbarkeit auf OP 3 für die Monatspackung				

### Änderung der Verwendung im Gelben Bereich:

Präparat	Menge	T	OP	KVP €	
<b>J06 IMMUNSERA UND IMMUNGLOBULINE</b>					
<b>J06BA02 Immunglobuline, normal human, zur intravasalen Anwendung</b>					
RE1	Intratect 50 g/l Inf.lsg. (1 g/20 ml)	1 Stk.	–	–	<b>77,40</b>
RE1	50 g/l Inf.lsg. (2,5 g/50 ml)	1 Stk.	–	–	<b>173,05</b>
RE1	50 g/l Inf.lsg. (5 g/100 ml)	1 Stk.	–	–	<b>328,90</b>
RE1	50 g/l Inf.lsg. (10 g/200 ml)	1 Stk.	–	–	<b>627,30</b>
RE1	100 g/l Inf.lsg. (5 g/50 ml)	1 Stk.	–	–	<b>328,90</b>
RE1	100 g/l Inf.lsg. (10 g/100 ml)	1 Stk.	–	–	<b>627,30</b>
RE1	100 g/l Inf.lsg. (20 g/200 ml)	1 Stk.	–	–	<b>1.229,90</b>
<p>Substitutionstherapie bei gesicherter Diagnose eines primären Immunmangelsyndroms mit eingeschränkter Antikörperbildung sowie bei sekundären Immundefekten oder zur Immunmodulation im ausführlich begründeten Einzelfall.</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> <p>Der Regeltext wurde hinsichtlich der Voraussetzungen zur Kostenübernahme und zur Gestaltung der Langzeittherapie präzisiert.</p>					

Präparat		Menge	T	OP	KVP €
<b>L04 IMMUNSUPPRESSIVA</b>					
<b>L04AK02 Teriflunomid</b>					
RE2	Terebyo 14 mg Filmtabl.	14 Stk.	–	–	115,40
		28 Stk.	–	–	206,40
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.					
Durch die Überführung von Terebyo vom vorberechtigungspflichtigen RE1-Bereich in den dokumentationspflichtigen RE2-Bereich fällt die Textpassage zur Langzeitberechtigung weg. Terebyo ist nun der kostengünstigste Aubagio-Nachfolger.					

### Änderung der Packungsgröße im Grünen Bereich:

Präparat		Menge	T	OP	KVP €
<b>B01 ANTITHROMBOTISCHE MITTEL</b>					
<b>B01AB06 Nadroparin</b>					
Fraxiparin 2.850 IE/0,3 ml Fertigspr.		10 Stk.	–	–	32,60
3.800 IE/0,4 ml Fertigspr.		10 Stk.	–	–	42,15
jeweils Streichung der 6-Stk.-Packung					

### Änderung der Bezeichnung im Grünen Bereich:

Präparat		Menge	T	OP	KVP €
<b>M05 MITTEL ZUR BEHANDLUNG VON KNOCHENERKRANKUNGEN</b>					
<b>M05BA04 Alendronsäure</b>					
Alendronsäure "Viatrix" 70 mg einmal wöchentlich Tabl. Abg. gem. mit Calcium Vit. D3 "Meda" Kautabl. 56 St.		4 Stk.	–	(2)	13,70
vormals Alendronsäure "Arcana" 70 mg einmal wöchentlich Tabl. Abg. gem. mit Calcium Vit. D3 "Meda" Kautabl. 56 St.					
Alendronsäure "Viatrix" 70 mg einmal wöchentlich Tabl.		4 Stk.	–	(2)	13,70
vormals Alendronsäure "Arcana" 70 mg einmal wöchentlich Tabl.					
<b>R03 MITTEL BEI OBSTRUKTIVEN ATEMWEGSERKRANKUNGEN</b>					
<b>R03DC03 Montelukast</b>					
Montelukast "+pharma" 10 mg Filmtabl.		30 Stk.	–	(2)	16,50
vormals Montelukast "Genericon" 10 mg Filmtabl.					

## Abkürzungsverzeichnis

- (2).....zwei Packungen pro Verschreibung abgebbar, erfolgt keine Angabe, darf nur eine Packung abgegeben werden
- (3).....drei 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.
- 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
- 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.
- 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
- T4 .....in vier dosisgleiche Teile teilbar