



Neu im EKO

Änderungen im Erstattungskodex (EKO) ab Juni 2025

Informationsstand Juni 2025

Im Fokus: Eisen(III)-Carboxymaltose-Nachfolger im Gelben Bereich

Etwa drei Viertel der im Jahr 2024 österreichweit mit der sozialen Krankenversicherung abgerechneten parenteralen Eisenzubereitungen (ATC-Code B03AC) entfielen auf Arzneispezialitäten mit dem Wirkstoff Eisen(III)-Carboxymaltose.

Mit **Eisen-Carboxymaltose "ratiopharm" 50 mg Eisen/ml** steht nun ein weiteres kostengünstiges Nachfolgepräparat zu Ferinject 50 mg Eisen/ml im Hellgelben Bereich (RE2) des EKO zur Verfügung.

Aus ökonomischen Gründen sollten die kostengünstigen Nachfolgepräparate bevorzugt verordnet werden.

ROT >> **GRÜN**

Aufnahme kostengünstiger Nachfolgepräparate in den Grünen Bereich:

| Präparat | Menge | T | OP | KVP € | max. Kostenersparnis € pro Packung* |
|--|--------|---|----|--------|--|
| L02 ENDOKRINE THERAPIE | | | | | |
| L02BA03 Fulvestrant | | | | | |
| Fulvestrant "Accord" 250 mg Inj.lsg. Fertigspr. | 2 Stk. | – | – | 122,95 | 406,30 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 gynäko-onkologisch bzw. onkologisch spezialisierte FachärztInnen.</i> | | | | | |
| Fulvestrant "Accord" ist ein Nachfolgepräparat zu Faslodex und wird mit Juni 2025 wieder in den Grünen Bereich aufgenommen. | | | | | |

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

| Präparat | Menge | T | OP | KVP € | max. Kostenersparnis € pro Packung* |
|--|---------|----|----|--------|---|
| L04 IMMUNSUPPRESSIVA | | | | | |
| L04AX06 Pomalidomid | | | | | |
| Pomalidomid "Sandoz" 1 mg Hartkaps. | 14 Stk. | – | – | 359,85 | 3.966,40 Erstanbieter nicht im EKO |
| | 21 Stk. | – | – | 519,15 | 5.954,35 Erstanbieter nicht im EKO |
| 2 mg Hartkaps. | 14 Stk. | – | – | 359,85 | 4.070,30 Erstanbieter nicht im EKO |
| | 21 Stk. | – | – | 519,15 | 6.110,20 Erstanbieter nicht im EKO |
| 3 mg Hartkaps. | 14 Stk. | – | – | 359,85 | 4.582,85 Erstanbieter nicht im EKO |
| | 21 Stk. | – | – | 519,15 | 6.879,05 Erstanbieter nicht im EKO |
| 4 mg Hartkaps. | 14 Stk. | – | – | 359,85 | 4.593,25 Erstanbieter nicht im EKO |
| | 21 Stk. | – | – | 519,15 | 6.894,65 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 (Hämato-)OnkologInnen.</i> | | | | | |
| Mit Pomalidomid "Sandoz" steht ein weiteres Generikum zu Imnovid mit großem Preisvorteil im Grünen Bereich zur Verfügung. Imnovid ist nach wie vor nicht im EKO gelistet. | | | | | |
| N06 PSYCHOANALEPTIKA | | | | | |
| N06AB10 Escitalopram | | | | | |
| Escitalopram "Glenmark" 5 mg Filmtabl. | 14 Stk. | – | – | 1,55 | 0,55 |
| | 28 Stk. | – | – | 3,05 | 1,15 |
| 10 mg Filmtabl. | 14 Stk. | T2 | – | 2,60 | 0,75 |
| | 28 Stk. | T2 | – | 5,20 | 1,55 |
| 15 mg Filmtabl. | 14 Stk. | T2 | – | 2,60 | Wirkstoffstärke beim Erstanbieter nicht vorhanden |
| | 28 Stk. | T2 | – | 5,20 | Wirkstoffstärke beim Erstanbieter nicht vorhanden |
| 20 mg Filmtabl. | 14 Stk. | T2 | – | 2,60 | Packungsgröße beim Erstanbieter nicht vorhanden |
| | 28 Stk. | T2 | – | 5,20 | 27,40 Erstanbieter nicht im EKO |
| Escitalopram "Grindeks" 5 mg Filmtabl. | 14 Stk. | – | – | 1,55 | 0,55 |
| | 28 Stk. | – | – | 3,05 | 1,15 |
| 10 mg Filmtabl. | 14 Stk. | T2 | – | 2,60 | 0,75 |
| | 28 Stk. | T2 | – | 5,20 | 1,55 |
| 20 mg Filmtabl. | 14 Stk. | T2 | – | 2,60 | Packungsgröße beim Erstanbieter nicht vorhanden |
| | 28 Stk. | T2 | – | 5,20 | 27,40 Erstanbieter nicht im EKO |
| Escitalopram "Glenmark" und Escitalopram "Grindeks" sind kostengünstige Nachfolgepräparate zu Cipralex und können in mehreren Wirkstoffstärken frei verschrieben werden. | | | | | |

Aufnahme von Präparaten in den Grünen Bereich:

| Präparat | Menge | T | OP | KVP € |
|--|---------|----|----|--------|
| C03 DIURETIKA | | | | |
| C03XA01 Tolvaptan | | | | |
| Jinarc 15 mg Tabl. | 28 Stk. | – | – | 315,55 |
| 15 mg + 45 mg Tabl. | 56 Stk. | – | – | 602,80 |
| 30 mg Tabl. | 28 Stk. | – | – | 315,55 |
| 30 mg + 60 mg Tabl. | 56 Stk. | – | – | 602,80 |
| 30 mg + 90 mg Tabl. | 56 Stk. | – | – | 602,80 |
| <p>IND: Bei Erwachsenen mit autosomal-dominanter polyzystischer Nierenerkrankung (ADPKD) mit eGFR größer/gleich 25 ml/min/1,73 m² mit Anzeichen für rasch fortschreitende Erkrankung gemäß aktuellem ERA (European Renal Association)-Konsensusstatement.</p> <p>Einhalten der Sicherheitsvorschriften laut Fachinformation.</p> <p>Diagnosestellung, Erstverordnung und regelmäßige Kontrollen durch NephrologInnen mit Erfahrung in der Behandlung von ADPKD.</p> <p>Die Behandlung mit Tolvaptan ist zu beenden, wenn eGFR kleiner/gleich 15 ml/min/1,73 m² ist.</p> | | | | |
| H02 CORTICOSTEROIDE ZUR SYSTEMISCHEN ANWENDUNG | | | | |
| H02AB09 Hydrocortison | | | | |
| Hydrocortison "Hualan" 2,5 mg Tabl. | 50 Stk. | – | – | 26,45 |
| 5 mg Tabl. | 50 Stk. | T2 | – | 32,35 |
| 10 mg Tabl. | 50 Stk. | T4 | – | 52,40 |
| 15 mg Tabl. | 50 Stk. | T2 | – | 70,70 |

ROT >> **GELB**

Aufnahme kostengünstiger Nachfolgepräparate in den Gelben Bereich:

| Präparat | Menge | T | OP | KVP € | max. Kostenersparnis € pro Packung* | |
|--|--|-----------------|----|-------|-------------------------------------|-------|
| B03 ANTIANÄMIKA | | | | | | |
| B03AC Eisen, parenterale Zubereitungen | | | | | | |
| RE2 | Eisen-Carboxymaltose "ratiopharm" 50 mg Eisen/ml Dispersion zur Inj./Inf. | 1 Stk. 10 ml | – | – | 33,25 | 27,40 |
| | | 1 Stk. 20 ml | – | – | 64,45 | 39,35 |
| Zur Eisensubstitution, wenn mit oralen Therapiealternativen (ATC-Code B03A) nachweislich nicht das Auslangen gefunden werden kann. | | | | | | |
| Eisen-Carboxymaltose "ratiopharm" ist das zweite kostengünstige Nachfolgepräparat zu Ferinject im Hellgelben Bereich. | | | | | | |

Aufnahme von Präparaten in den Gelben Bereich:

| Präparat | | Menge | T | OP | KVP € |
|--|-------------------------------------|---------|---|----|-----------------|
| L01 ANTINEOPLASTISCHE MITTEL | | | | | |
| L01EE03 Binimetinib | | | | | |
| RE1 | Mektovi 45 mg Filmtabl. | 28 Stk. | – | – | 2.053,90 |
| | | 56 Stk. | – | – | 4.083,10 |
| <p>1. Zur Kombinationstherapie mit Encorafenib bei Erwachsenen mit BRAF-V600-Mutation positivem nicht resezierbarem oder metastasiertem Melanom. Für PatientInnen, deren Erkrankung unter einer vorhergehenden Therapie mit einem BRAF-Inhibitor fortschritt, liegen nur begrenzte Daten vor, weshalb für diese PatientInnen andere Behandlungsoptionen in Betracht gezogen werden sollten.</p> <p>2. Zur Kombinationstherapie mit Encorafenib bei Erwachsenen mit BRAF-V600E-Mutation positivem fortgeschrittenem nicht-kleinzelligem Lungenkarzinom (NSCLC).</p> <p>Nachweis einer BRAF-V600-Mutation (Melanom) bzw. BRAF-V600E-Mutation (NSCLC) mit einer validierten Testmethode.</p> <p>Diagnose und Erstverordnung durch entsprechende Fachabteilung bzw. Zentrum, mittels Tumorboard. Regelmäßige Kontrolle durch entsprechende Fachabteilung bzw. Zentrum bzw. durch onkologisch spezialisierte FachärztInnen.</p> <p>Ab Juni 2025 stehen neben den 15-mg-Filmtabletten auch Mektovi Filmtabletten in der Wirkstoffstärke 45 mg im Dunkelgelben Bereich des EKO zur Verfügung.</p> | | | | | |
| L01EX27 Capiwasertib | | | | | |
| RE1 | Truqap 160 mg Filmtabl. (PM) | 64 Stk. | – | – | 5.632,25 |
| RE1 | 200 mg Filmtabl. (PM) | 64 Stk. | – | – | 5.632,25 |
| <p>Bei Erwachsenen mit Estrogenrezeptor (ER)-positivem, humanem epidermalen Wachstumsfaktor-Rezeptor-2 (HER2)-negativem lokal fortgeschrittenem oder metastasiertem Mammakarzinom mit einer oder mehreren PIK3CA/AKT1/PTEN-Alterationen, deren Erkrankung nach mindestens einer endokrinen Therapielinie fortgeschritten ist.</p> <p>Bei prä- oder perimenopausalen Frauen sollte Capiwasertib plus Fulvestrant mit einem LHRH-Agonisten (LHRH = Luteinising Hormone Releasing Hormone) kombiniert werden. Bei Männern sollte die Anwendung eines LHRH-Agonisten gemäß aktueller klinischer Standardpraxis in Betracht gezogen werden.</p> <p>Der PIK3CA/AKT1/PTEN-Alterationsstatus ist von einem erfahrenen Labor mittels einer validierten Testmethode festzustellen.</p> <p>Diagnose und Erstverordnung durch entsprechende Fachabteilung bzw. Zentrum, mittels Tumorboard. Regelmäßige Kontrolle durch entsprechende Fachabteilung bzw. Zentrum bzw. durch gynäko-onkologisch bzw. onkologisch spezialisierte FachärztInnen.</p> | | | | | |
| N05 PSYCHOLEPTIKA | | | | | |
| N05CJ03 Daridorexant | | | | | |
| RE1 | Quviviq 25 mg Filmtabl. (PM) | 10 Stk. | – | – | 28,45 |
| | | 30 Stk. | – | – | 78,15 |
| RE1 | 50 mg Filmtabl. (PM) | 10 Stk. | – | – | 28,45 |
| | | 30 Stk. | – | – | 78,15 |
| <p>Zur Behandlung chronischer Insomnie unter begleitendem Management allfälliger organischer Ursachen</p> <ul style="list-style-type: none"> – wenn nachweislich eine kognitive Verhaltenstherapie zur Behandlung der Insomnie keine ausreichende Wirkung gezeigt hat oder nicht durchführbar ist UND – wenn eine Therapie mit kurzfristig einsetzbaren Hypnotika (Zolpidem, Benzodiazepin-Hypnotika) medizinisch kontraindiziert ist oder nachweislich nicht ausreichend wirksam war UND – wenn ein Insomnia-Severity-Index-Score größer/gleich 15 (klinische Insomnie) vorliegt. <p>Erstverordnung und regelmäßige Kontrollen durch FachärztInnen für Psychiatrie und/oder Neurologie bzw. FachärztInnen in Schlaflaboren oder durch eine entsprechende Fachabteilung bzw. -ambulanz.</p> | | | | | |

| Präparat | Menge | T | OP | KVP € |
|---|-------|---|----|-------|
| Die Zweckmäßigkeit einer Weiterbehandlung muss innerhalb von drei Monaten nach Behandlungsbeginn sowie danach in regelmäßigen Abständen beurteilt werden. | | | | |

Folgende Präparate wurden aus dem EKO gestrichen:

| Präparat | Menge | ATC-Code | Streichung mit |
|---|--------------------|----------|----------------|
| Bicalutamid "G.L." 50 mg Filmtabl. | 30 Stk. | L02BB03 | 01.06.2025 |
| Escitalopram "Actavis" 5 mg Filmtabl. | 14 Stk. 30 Stk. | N06AB10 | 01.06.2025 |
| Escitalopram "Actavis" 10 mg Filmtabl. | 14 Stk. 30 Stk. | N06AB10 | 01.06.2025 |
| Escitalopram "Actavis" 20 mg Filmtabl. | 14 Stk. 30 Stk. | N06AB10 | 01.06.2025 |
| Exforge/HCT 5 mg/160 mg/25 mg Filmtabl. | 28 Stk. | C09DX01 | 01.06.2025 |
| Exforge/HCT 10 mg/160 mg/12,5 mg Filmtabl. | 28 Stk. | C09DX01 | 01.06.2025 |
| Trotz Wegfall der letzten Stärken von Exforge/HCT stehen ausreichend Nachfolgepräparate mit der Wirkstoffkombination Valsartan, Amlodipin und Hydrochlorothiazid im Grünen Bereich zur Verfügung. | | | |
| Felden Quick Solve 20 mg Lyotabl. | 10 Stk. 30 Stk. | M01AC01 | 01.06.2025 |
| Kryptocur 0,2 mg/0,1 ml nasale Sprühlsg. | 2 Stk. | H01CA01 | 01.06.2025 |
| Sirdalud MR 6 mg Kaps. | 30 Stk. | M03BX02 | 01.06.2025 |
| Sitagliptin/Metformin "Actavis" 50 mg/850 mg Filmtabl. | 60 Stk. | A10BD07 | 01.06.2025 |
| Sitagliptin/Metformin "Actavis" 50 mg/1000 mg Filmtabl. | 60 Stk. | A10BD07 | 01.06.2025 |
| Sultiam "neuraxpharm" 50 mg Filmtabl. | 90 Stk. | N03AX03 | 01.06.2025 |
| Sultiam "neuraxpharm" 200 mg Filmtabl. | 90 Stk. | N03AX03 | 01.06.2025 |
| Telzir 700 mg Filmtabl. | 60 Stk. | J05AE07 | 01.06.2025 |
| Urocard 2 mg Tabl. | 14 Stk. 28 Stk. | C02CA | 01.06.2025 |
| Vistagan Liquifilm unkonserviert 0,5 % Augentropf. | 60 Stk. | S01ED03 | 31.05.2025 |
| Voltaren Emulgel-Gel | 40 g | M02AA15 | 01.06.2025 |
| Wellbutrin XR 150 mg Retardtabl. | 7 Stk. 30 Stk. | N06AX12 | 01.06.2025 |
| Wellbutrin XR 300 mg Retardtabl. | 7 Stk. 30 Stk. | N06AX12 | 01.06.2025 |
| Retardiertes Bupropion ist auch nach der Streichung von Wellbutrin XR in beiden Stärken mit zahlreichen Alternativen im Grünen Bereich gelistet. | | | |

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

| Präparat | Menge | T | OP | KVP € |
|--|---------|---|-----|-------|
| B01 ANTITHROMBOTISCHE MITTEL | | | | |
| B01AB05 Enoxaparin | | | | |
| Lovenox 6.000 IE (60 mg)/0,6 ml Inj.lsg. Fertigspr. | 10 Stk. | – | – | 28,25 |
| 8.000 IE (80 mg)/0,8 ml Inj.lsg. Fertigspr. | 10 Stk. | – | – | 37,60 |
| 10.000 IE (100 mg)/1 ml Inj.lsg. Fertigspr. | 10 Stk. | – | – | 43,00 |
| Mit der Überführung vom Dunkelgelben in den Grünen Bereich entfällt die Bewilligungspflicht. | | | | |
| N06 PSYCHOANALEPTIKA | | | | |
| N06BA04 Methylphenidat | | | | |
| Methylphenidat "Stada" 10 mg Hartkaps. mit veränderter Wirkstofffreisetzung | 10 Stk. | – | – | 2,90 |
| | 30 Stk. | – | (2) | 7,30 |
| 20 mg Hartkaps. mit veränderter Wirkstofffreisetzung | 10 Stk. | – | – | 5,30 |
| | 30 Stk. | – | (2) | 13,75 |
| 30 mg Hartkaps. mit veränderter Wirkstofffreisetzung | 10 Stk. | – | – | 6,60 |
| | 30 Stk. | – | (2) | 17,15 |
| 40 mg Hartkaps. mit veränderter Wirkstofffreisetzung | 10 Stk. | – | – | 8,05 |
| | 30 Stk. | – | (2) | 20,70 |
| SG | | | | |
| <i>IND: Bei Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung (ADHS) bei Kindern ab 6 Jahren und Jugendlichen als Teil eines umfassenden Behandlungsprogramms. Diagnosestellung, Therapieeinleitung und regelmäßige Kontrolle durch NeurologInnen, PsychiaterInnen, Kinder- und JugendpsychiaterInnen oder PädiaterInnen.</i> | | | | |
| Methylphenidat "Stada" ist das erste Methylphenidat-Präparat mit veränderter Wirkstofffreisetzung im Grünen Bereich. Medikinet retard und Ritalin LA verbleiben weiterhin im Dunkelgelben Bereich. | | | | |

Änderung der Verwendung im Gelben Bereich:

| Präparat | Menge | T | OP | KVP € |
|--|---------|---|----|--------|
| J05 ANTIVIRALE MITTEL ZUR SYSTEMISCHEN ANWENDUNG | | | | |
| J05AE30 Nirmatrelvir und Ritonavir | | | | |
| RE2 Paxlovid 150 mg + 100 mg Filmtabl. (PM) | 30 Stk. | – | – | 949,40 |
| <i>Hinweis: 5 Tagesblister</i> | | | | |
| Bei Erwachsenen mit durch Antigen- oder PCR-Test bestätigter symptomatischer COVID-19-Infektion, wenn ein erhöhtes Risiko besteht, einen schweren Verlauf zu entwickeln und wenn aufgrund zirkulierender Virusvarianten kein Verdacht auf eine Unwirksamkeit von Nirmatrelvir besteht. | | | | |
| Die Risikofaktoren für einen schweren Verlauf sind unter http://www.sozialversicherung.at/erstattungskodex_risikofaktoren_covid-19 publiziert. | | | | |
| Mögliche Wechselwirkungen mit anderen Arzneimitteln sind sorgfältig zu prüfen. | | | | |
| Therapiebeginn innerhalb von höchstens 5 Tagen nach Symptombeginn. | | | | |
| Wegfall der Befristung | | | | |

| Präparat | | Menge | T | OP | KVP € |
|---|---------------------------------|---------------------|--------|--------|------------------------------------|
| L01 ANTINEOPLASTISCHE MITTEL | | | | | |
| L01EC03 Encorafenib | | | | | |
| RE1 | Braftovi 50 mg Hartkaps. | 28 Stk. 112 Stk. | – – | – – | 475,60 1.828,40 |
| <p>1. Zur Kombinationstherapie mit Binimetinib bei Erwachsenen mit BRAF-V600-Mutation positivem nicht resezierbarem oder metastasiertem Melanom. Für PatientInnen, deren Erkrankung unter einer vorhergehenden Therapie mit einem BRAF-Inhibitor fortschritt, liegen nur begrenzte Daten vor, weshalb für diese PatientInnen andere Behandlungsoptionen in Betracht gezogen werden sollten.</p> <p>2. Zur Kombinationstherapie mit Binimetinib bei Erwachsenen mit BRAF-V600E-Mutation positivem fortgeschrittenem nicht-kleinzelligem Lungenkarzinom (NSCLC).</p> <p>Nachweis einer BRAF-V600-Mutation (Melanom) bzw. BRAF-V600E-Mutation (NSCLC) mit einer validierten Testmethode.</p> <p>Diagnose und Erstverordnung durch entsprechende Fachabteilung bzw. Zentrum, mittels Tumorboard. Regelmäßige Kontrolle durch entsprechende Fachabteilung bzw. Zentrum bzw. durch onkologisch spezialisierte FachärztInnen.</p> | | | | | |
| RE1 | 75 mg Hartkaps. | 42 Stk. 168 Stk. | – – | – – | 1.039,30 4.083,10 |
| <p>1. Zur Kombinationstherapie mit Binimetinib bei Erwachsenen mit BRAF-V600-Mutation positivem nicht resezierbarem oder metastasiertem Melanom. Für PatientInnen, deren Erkrankung unter einer vorhergehenden Therapie mit einem BRAF-Inhibitor fortschritt, liegen nur begrenzte Daten vor, weshalb für diese PatientInnen andere Behandlungsoptionen in Betracht gezogen werden sollten.</p> <p>2. Zur Kombinationstherapie mit Binimetinib bei Erwachsenen mit BRAF-V600E-Mutation positivem fortgeschrittenem nicht-kleinzelligem Lungenkarzinom (NSCLC).</p> <p>3. Zur Kombinationstherapie mit Cetuximab bei Erwachsenen mit BRAF-V600E-Mutation positivem metastasiertem Kolorektalkarzinom, nach Versagen einer systemischen Therapie.</p> <p>Nachweis einer BRAF-V600-Mutation (Melanom) bzw. BRAF-V600E-Mutation (NSCLC) mit einer validierten Testmethode.</p> <p>Diagnose und Erstverordnung durch entsprechende Fachabteilung bzw. Zentrum, mittels Tumorboard. Regelmäßige Kontrolle durch entsprechende Fachabteilung bzw. Zentrum bzw. durch onkologisch spezialisierte FachärztInnen.</p> | | | | | |
| Indikationserweiterung um die Kombinationstherapie mit Binimetinib bei Erwachsenen mit BRAF-V600E-Mutation positivem fortgeschrittenem NSCLC | | | | | |
| L01EE03 Binimetinib | | | | | |
| RE1 | Mektovi 15 mg Filmtabl. | 84 Stk. 168 Stk. | – – | – – | 2.053,90 4.083,10 |
| <p>1. Zur Kombinationstherapie mit Encorafenib bei Erwachsenen mit BRAF-V600-Mutation positivem nicht resezierbarem oder metastasiertem Melanom. Für PatientInnen, deren Erkrankung unter einer vorhergehenden Therapie mit einem BRAF-Inhibitor fortschritt, liegen nur begrenzte Daten vor, weshalb für diese PatientInnen andere Behandlungsoptionen in Betracht gezogen werden sollten.</p> <p>2. Zur Kombinationstherapie mit Encorafenib bei Erwachsenen mit BRAF-V600E-Mutation positivem fortgeschrittenem nicht-kleinzelligem Lungenkarzinom (NSCLC).</p> <p>Nachweis einer BRAF-V600-Mutation (Melanom) bzw. BRAF-V600E-Mutation (NSCLC) mit einer validierten Testmethode.</p> <p>Diagnose und Erstverordnung durch entsprechende Fachabteilung bzw. Zentrum, mittels Tumorboard. Regelmäßige Kontrolle durch entsprechende Fachabteilung bzw. Zentrum bzw. durch onkologisch spezialisierte FachärztInnen.</p> | | | | | |
| Indikationserweiterung um die Kombinationstherapie mit Encorafenib bei Erwachsenen mit BRAF-V600E-Mutation positivem fortgeschrittenem NSCLC | | | | | |

| Präparat | | Menge | T | OP | KVP € |
|---|---|--------|---|----|----------|
| R03 MITTEL BEI OBSTRUKTIVEN ATEMWEGSERKRANKUNGEN | | | | | |
| R03DX11 Tezepelumab | | | | | |
| RE1 L6 | Tezspire 210 mg Inj.lsg. Fertigpen (PM) | 1 Stk. | – | – | 1.057,00 |
| RE1 L6 | 210 mg Inj.lsg. Fertigspr. (PM) | 1 Stk. | – | – | 1.057,00 |
| <p>Als Zusatztherapie bei PatientInnen ab 12 Jahren mit schwerem Asthma – wenn trotz täglicher Therapie mit maximal hoch dosierten inhalativen Corticosteroiden und einem lang wirkenden inhalativen Beta2-Agonisten und/oder Leukotrienrezeptor-Antagonisten in den letzten 12 Monaten UND – 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.</p> <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. Tezepelumab eignet sich für eine chef(kontroll)ärztliche Langzeitbewilligung für 6 Monate (L6). Die Aufnahme ist befristet und endet mit 31.12.2031.</p> | | | | | |
| Verlängerung der Befristung | | | | | |

Änderung der Packungsgröße im Grünen Bereich:

| Präparat | | Menge | T | OP | KVP € |
|--|--|---------|---|-----|-------|
| A02 MITTEL BEI SÄURE BEDINGTEN ERKRANKUNGEN | | | | | |
| A02BC02 Pantoprazol | | | | | |
| Panprabene 40 mg magensaftresistente Tabl. | | 14 Stk. | – | – | 2,25 |
| | | 30 Stk. | – | – | 4,80 |
| Streichung der 7-Stk.-Packung | | | | | |
| C02 ANTIHYPERTENSIVA | | | | | |
| C02CA04 Doxazosin | | | | | |
| Doxazosin "Actavis" 4 mg Retardtabl. | | 30 Stk. | – | (2) | 9,70 |
| Streichung der 10-Stk.-Packung | | | | | |

| Präparat | Menge | T | OP | KVP € |
|--|----------|---|-----|-------|
| N02 ANALGETIKA | | | | |
| N02BB02 Metamizol-Natrium | | | | |
| Novalgin Tropf. | 20 ml | – | (2) | 2,75 |
| | 50 ml | – | – | 6,80 |
| | 250 ml | – | – | 26,95 |
| <i>Hinweise: Aufklärung der PatientInnen über Risiko und Erscheinungsbild einer Agranulozytose 1 ml = 20 Tr.</i> | | | | |
| Streichung der 10-ml-Packung | | | | |
| N03 ANTIPILEPTIKA | | | | |
| N03AX14 Levetiracetam | | | | |
| Levetiracetam "Actavis" 1000 mg Filmtabl. | 100 Stk. | – | – | 31,85 |
| N | | | | |
| Streichung der 30-Stk.-Packung | | | | |

Änderung der Packungsgröße im Gelben Bereich:

| Präparat | Menge | T | OP | KVP € | |
|---|---|----------|----|-------|----------|
| A16 ANDERE MITTEL FÜR DAS ALIMENTÄRE SYSTEM UND DEN STOFFWECHSEL | | | | | |
| A16AX07 Sapropterin | | | | | |
| RE1 L12 | Kuvan 100 mg Tabl. zur Herst. einer Lsg. zum Einnehmen | 120 Stk. | – | – | 1.279,55 |
| <p>Zur Behandlung einer Hyperphenylalaninämie (HPA) bei Erwachsenen und Kindern mit Phenylketonurie oder Tetrahydrobiopterin (BH4)-Mangel, wenn mit diätetischen Maßnahmen nicht das Auslangen gefunden werden kann.</p> <p>Kontrolle des Ansprechens mittels BH4-loading-Test; als Ansprechen gilt ein Abfall des Phenylalaninspiegels im Blut um größer/gleich 30 %. Fortsetzung der Therapie nur, wenn innerhalb von sechs Monaten ein Ansprechen erzielt wurde. Regelmäßige Kontrolle der Phenylalanin- und Tyrosinspiegel, der psychomotorischen Entwicklung und der Einhaltung der restriktiven Diät.</p> <p>Diagnose, Ersteinstellung und regelmäßige Kontrollen durch Zentren mit Erfahrung in der Behandlung der Phenylketonurie und des Tetrahydrobiopterin (BH4)-Mangels.</p> <p>Sapropterin eignet sich für eine chef(kontroll)ärztliche Langzeitbewilligung für 12 Monate (L12).</p> | | | | | |
| Streichung der 30-Stk.-Packung | | | | | |

Änderung der Bezeichnung im Grünen Bereich:

| Präparat | Menge | T | OP | KVP € |
|--|----------|---|-----|--------------|
| N02 ANALGETIKA | | | | |
| N02BF01 Gabapentin | | | | |
| Gabapentin "+pharma" 300 mg Kaps. | 100 Stk. | – | – | 36,30 |
| 400 mg Kaps. | 100 Stk. | – | – | 39,30 |
| <i>IND: Behandlung bei Epilepsien, die durch andere Antiepileptika ungenügend kontrolliert sind und Behandlung des neuropathischen Schmerzes, wenn mit kostengünstigeren Therapiealternativen (ATC N02A, N03AF01, N06A) nachweislich nicht das Auslangen gefunden werden kann.</i> | | | | |
| vormals Gabapentin "Genericon" 300 mg bzw. 400 mg Kaps. | | | | |
| N06 PSYCHOANALEPTIKA | | | | |
| N06AB06 Sertralin | | | | |
| Sertralin "+pharma" 50 mg Filmtabl. | 10 Stk. | – | (2) | 3,55 |
| | 30 Stk. | – | – | 9,60 |
| 100 mg Filmtabl. | 10 Stk. | – | (2) | 3,60 |
| | 30 Stk. | – | – | 10,45 |
| vormals Sertralin "Genericon" 50 mg bzw. 100 mg Filmtabl. | | | | |

Abkürzungsverzeichnis

- (2).....zwei 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
- L6Langzeitbewilligung für 6 Monate möglich
- L12Langzeitbewilligung für 12 Monate möglich
- NFachgruppen-Bestimmung: Fachärztin/Facharzt für Neurologie oder Neurologie und Psychiatrie oder Psychiatrie und Neurologie oder Neuropädiatrie
- 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