



Neu im EKO

Änderungen im Erstattungskodex (EKO) ab Juli 2025

Informationsstand Juli 2025

Im Fokus: Erster Fingolimod-Nachfolger in RE2

Mit **Fingolimod "Stada"** steht ab Juli 2025 erstmals ein kostengünstiger Nachfolger zu Gilenya im Hellgelben Bereich des EKO zur Verfügung.

Im Gegensatz zum Erstanbieterpräparat und den Nachfolgepräparaten, die im Dunkelgelben Bereich (RE1) gelistet und somit bewilligungspflichtig sind, unterliegt das im Hellgelben Bereich (RE2) angeführte Fingolimod "Stada" nur der nachfolgenden Kontrolle. Auch die Verordnung von bis zu drei Originalpackungen zu 28 Stück ist ohne Vorabbewilligung möglich.

ROT >> **GRÜN**

Aufnahme kostengünstiger Nachfolgepräparate in den Grünen Bereich:

Präparat	Menge	T	OP	KVP €	max. Kostenersparnis € pro Packung*
L04 IMMUNSUPPRESSIVA					
L04AB02 Infliximab					
Flixabi 100 mg Plv. für ein Konz. zur Herst. einer Inf.lsg.	1 Stk.	–	–	167,00	270,15 Erstanbieter nicht im EKO
	2 Stk.	–	–	306,25	536,35 Erstanbieter nicht im EKO
	3 Stk.	–	–	445,45	802,60 Erstanbieter nicht im EKO
<i>IND: Diagnose, Erstverordnung und regelmäßige Kontrollen durch entsprechende Fachabteilung, -ambulanz bzw. FachärztInnen (Rheumatologie, Dermatologie, Gastroenterologie).</i>					

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

Präparat	Menge	T	OP	KVP €	max. Kostenersparnis € pro Packung*
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.					
Ab Juli 2025 steht Flixabi, ein Nachfolgepräparat zu Remicade, wieder im Grünen Bereich unter Einhaltung des Indikationstextes frei verschreibbar zur Verfügung.					
Remsima 120 mg Inj.Isg. Fertigpen (PM)	2 Stk.	–	–	506,90	Darreichungsform beim Erstanbieter nicht vorhanden
IND: Diagnose, Erstverordnung und regelmäßige Kontrollen durch entsprechende Fachabteilung, -ambulanz bzw. FachärztInnen (Rheumatologie, Dermatologie, Gastroenterologie). 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.					
Remsima Fertigpen ist das erste subkutan applizierbare Infliximab-Präparat im Grünen Bereich des EKO.					
L04AB04 Adalimumab					
Hukyndra 80 mg Inj.Isg. Fertigpen	1 Stk.	–	–	200,40	411,05 Erstanbieter nicht im EKO
IND: Nur zur Anbehandlung. Diagnose, Erstverordnung und regelmäßige Kontrollen durch entsprechende Fachabteilung, -ambulanz bzw. FachärztInnen (Rheumatologie, Dermatologie, Gastroenterologie, Ophthalmologie). Eine Liste mit orientierenden Kriterien für einen zweckmäßigen Einsatz des Wirkstoffs Adalimumab wird vom Dachverband erstellt und unter www.sozialversicherung.at/erstattungskodex_orientierende_kriterien_adalimumab publiziert.					
Neben der Fertigspritze ist ab Juli 2025 der Humira-Nachfolger Hukyndra in der Wirkstoffstärke 80 mg auch als Fertigpen im Grünen Bereich gelistet.					

ROT >> **GELB**

Aufnahme kostengünstiger Nachfolgepräparate in den Gelben Bereich:

Präparat	Menge	T	OP	KVP €	max. Kostenersparnis € pro Packung*	
L04 IMMUNSUPPRESSIVA						
L04AC05 Ustekinumab						
RE2	Steqeyma 45 mg Inj.Isg. Fertigspr.	1 Stk.	–	–	962,55	165,55
<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 antirheumatic drug), wobei Methotrexat in ausreichender Dosierung und ausreichender Dauer verabreicht wurde. Erstverordnung und engmaschige Kontrollen durch RheumatologInnen oder durch Zentren, die berechtigt sind, solche auszubilden.</p>						

	Präparat	Menge	T	OP	KVP €	max. Kostenersparnis € pro Packung*
	<p>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.</p> <p>Erstverordnung und engmaschige Kontrolle durch FachärztInnen mit Erfahrung in der Behandlung von Kindern mit Plaque-Psoriasis oder PädiaterInnen mit Spezialisierung in pädiatrischer Dermatologie oder durch Zentren, die berechtigt sind, solche auszubilden.</p> <p>Die Entscheidung über eine Behandlungsverlängerung nach 28 Wochen muss durch FachärztInnen mit Erfahrung in der Behandlung von Kindern 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>					
RE2	Steqeyma 90 mg Inj.lsg. Fertigspr.	1 Stk.	–	–	962,55	165,55
	<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.</p> <p>Erstverordnung und engmaschige Kontrollen durch entsprechende Fachabteilung bzw. -ambulanz oder durch FachärztInnen mit Erfahrung in der Behandlung der mittelschweren bis schweren Plaque-Psoriasis.</p> <p>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.</p> <p>Erstverordnung und engmaschige Kontrollen durch RheumatologInnen oder durch Zentren, die berechtigt sind, solche auszubilden.</p> <p>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 Erwachsenen mit schwergradigem Morbus Crohn, bei Versagen, Unverträglichkeit oder Kontraindikation der konventionellen Therapien.</p> <p>Erstverordnung und engmaschige Kontrolle durch GastroenterologInnen. Keine Fortsetzung der Behandlung der PatientInnen, die innerhalb von 16 Behandlungswochen nach der intravenösen Induktionstherapie nicht klinisch ansprechen.</p> <p>4. 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.</p> <p>Erstverordnung und engmaschige Kontrolle durch FachärztInnen mit Erfahrung in der Behandlung von Kindern mit Plaque-Psoriasis oder PädiaterInnen mit Spezialisierung in pädiatrischer Dermatologie oder durch Zentren, die berechtigt sind, solche auszubilden.</p> <p>Die Entscheidung über eine Behandlungsverlängerung nach 28 Wochen muss durch FachärztInnen mit Erfahrung in der Behandlung von Kindern 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>					
RE2	130 mg Konz. zur Herst. einer Inf.lsg.	1 Stk.	–	–	962,55	165,55
	<p>Zur Anbehandlung bei Erwachsenen mit mittelschwerem aktivem Morbus Crohn bei Versagen, Unverträglichkeit oder Kontraindikation der konventionellen Therapien.</p> <p>Erstverordnung und engmaschige Kontrollen durch GastroenterologInnen.</p>					
	Steqeyma ist ein weiteres Nachfolgepräparat zu Stelara.					

Präparat		Menge	T	OP	KVP €	max. Kostenersparnis € pro Packung*
L04AE01 Fingolimod						
RE2	Fingolimod "Stada" 0,5 mg Hartkaps.	7 Stk.	–	–	59,35	232,65
		28 Stk.	–	(3)	200,35	852,50
<p>Als Monotherapie bei Erwachsenen mit</p> <ul style="list-style-type: none"> – hochaktiver, schubförmig remittierend verlaufender Multipler Sklerose (MS), die trotz eines vollständigen und angemessenen Zyklus einer krankheitsmodifizierenden Therapie (DMT) (Mindesttherapiedauer ein Jahr) weiterhin eine hohe Krankheitsaktivität aufweisen (mindestens ein Schub während der Therapie im vorangegangenen Jahr und mindestens neun T2-hyperintense Läsionen in der kranialen MRT oder mindestens eine Gadolinium anreichernde Läsion). – rasch fortschreitender schwerer schubförmig remittierend verlaufender MS, definiert durch zwei oder mehr Schübe mit Behinderungsprogression in einem Jahr, und mit einer oder mehreren Gadolinium anreichernden Läsionen in der kranialen MRT oder mit einer signifikanten Erhöhung der T2-Läsionen im Vergleich zu einer früheren in jüngerer Zeit angefertigten MRT. <p>Diagnosestellung, Verordnung, Einstellung, Therapiekontrolle und Dokumentation durch ein MS-Zentrum. PatientInnen, die mit Fingolimod behandelt werden, sind vor Therapiebeginn in das dafür vorgesehene Register der ÖGN aufzunehmen.</p> <p>Fingolimod "Stada" ist das erste Nachfolgepräparat zu Gilenya im Hellgelben Bereich (RE2) mit sehr großem Preisvorteil.</p>						

Aufnahme von Präparaten in den Gelben Bereich:

Präparat		Menge	T	OP	KVP €
A16 ANDERE MITTEL FÜR DAS ALIMENTÄRE SYSTEM UND DEN STOFFWECHSEL					
A16AB24 Pegzilarginase					
RE1	Loargys 5 mg/ml Inj.-/Inf.lsg. (PM)	1 Stk.	–	–	4.700,15
<p>Bei Erwachsenen, Jugendlichen und Kindern ab 2 Jahren mit Arginase-1-Mangel. Die Diagnose muss durch genetische Tests gesichert sein und die Feststellung der ARG1-D-Mutation(en) muss durch ein zertifiziertes Labor mit einem validierten Testverfahren erfolgen. Vor Therapiestart müssen die Argininkonzentration im Plasma, die grobmotorischen Funktionen (anhand des Gross Motor Function Measure (GMFM) Teil D und E) und die Gehfähigkeit (anhand des 2-Minuten-Gehtests (2MWT)) sowie die kognitive Leistungsfähigkeit dokumentiert werden.</p> <p>Einsatz nur bei PatientInnen, die trotz einer optimierten proteinrestriktiven Diätbehandlung erhöhte Argininkonzentrationen im Plasma (größer/gleich 200 Mikromol/l) aufweisen.</p> <p>Die Proteinzufuhr ist zu dokumentieren und die Behandlung ist durch einen ernährungsmedizinischen Dienst zu begleiten.</p> <p>Die Argininkonzentration im Plasma ist zumindest alle 4–6 Wochen zu überprüfen. Nach Erreichen eines stabilen Körpergewichtes und/oder eines stabilen Verlaufes kann das Intervall nach ärztlichem Ermessen gestreckt werden. Die Gehfähigkeit, die grobmotorischen Funktionen sowie die kognitive Leistungsfähigkeit sind zumindest jährlich durch entsprechend geschultes Personal zu überprüfen.</p> <p>Die Therapie darf nur fortgeführt werden, wenn</p> <ul style="list-style-type: none"> – eine dauerhafte Reduktion der Argininkonzentration im Plasma (kleiner/gleich 200 Mikromol/l) erreicht wird, wobei eine dauerhafte Argininkonzentration kleiner 50 Mikromol/l zu vermeiden ist UND – eine zumindest stabile Erkrankung in Bezug auf die grobmotorischen Funktionen, die Gehfähigkeit sowie die kognitive Leistungsfähigkeit im Vergleich zum Therapiestart nachgewiesen wurde. <p>Diagnose, Ersteinstellung und Therapieüberwachung durch ein spezialisiertes Zentrum mit Beteiligung am europäischen Referenznetzwerk MetabERN mit Erfahrung in der Behandlung des Arginase-1-Mangels. Die Liste der in Frage kommenden spezialisierten Zentren wird vom Dachverband erstellt und unter www.sozialversicherung.at/erstattungskodex_ARG1-D publiziert.</p> <p>Pegzilarginase sollte von medizinischem Fachpersonal verabreicht werden. Gegebenenfalls kann nach mindestens 8-wöchiger Behandlung eine subkutane Anwendung durch den/die PatientIn oder die Betreuungsperson in</p>					

Präparat		Menge	T	OP	KVP €
Erwägung gezogen werden, sobald eine stabile Erhaltungsdosis bestimmt wurde und das Risiko für Überempfindlichkeitsreaktionen als gering eingestuft wird. Vor der Selbstverabreichung muss der/die PatientIn oder die Betreuungsperson angemessen eingewiesen werden. PatientInnen, die mit Pegzilarginase behandelt werden, sind vor Therapiebeginn in das EIMD (European registry and network for Intoxication type Metabolic Disorders)-Register aufzunehmen.					
C09 MITTEL MIT WIRKUNG AUF DAS RENIN-ANGIOTENSIN-SYSTEM					
C09XX01 Sparsentan					
RE1 L3	Filspari 200 mg Filmtabl. (PM)	30 Stk.	–	–	4.015,15
RE1 L3	400 mg Filmtabl. (PM)	30 Stk.	–	–	4.015,15
Bei PatientInnen mit durch Biopsie nachgewiesener primärer Immunglobulin A Nephropathie (IgAN), die – eine Proteinurie von mindestens 1,0 g pro Tag (oder einen Protein/Kreatinin-Quotient im Urin von größer/gleich 0,75 g/g) trotz ausgeschöpfter Therapie mit RAS-Hemmern (ACE-Inhibitoren, Angiotensin-II-Rezeptorblockern) und SGLT-2-Inhibitoren aufweisen UND – eine eGFR größer/gleich 30 ml/min pro 1,73 m ² aufweisen UND – einen systolischen Blutdruck kleiner/gleich 150 mm Hg und einen diastolischen Blutdruck kleiner/gleich 100 mm Hg aufweisen. Diagnosestellung, Erstverordnung und regelmäßige Kontrollen durch ein Zentrum mit Erfahrung in der Behandlung der IgAN durch NephrologInnen. Fortsetzung der Behandlung nur, wenn der Urinprotein/Kreatinin-Quotient (UP/C) nach 6 Monaten gegenüber dem Ausgangswert um mindestens 30 % gesunken ist. Sparsentan eignet sich für eine chef(kontroll)ärztliche Langzeitbewilligung für 3 Monate (L3). Die Aufnahme ist befristet und endet mit 31.7.2028.					
L01 ANTINEOPLASTISCHE MITTEL					
L01EX18 Avapritinib					
RE1	Ayvakyt 25 mg Filmtabl. (PM)	30 Stk.	–	–	12.858,40
– Zur Behandlung von Erwachsenen mit gesicherter Diagnose nach den aktuellen WHO-Kriterien für die indolente systemische Mastozytose (ISM) mit mittelschweren bis schweren Symptomen, bei denen mit einer symptomatischen Behandlung keine ausreichende Kontrolle erzielt werden kann. Diagnose und Erstverordnung durch entsprechende Fachabteilung bzw. Zentrum mit Erfahrung in der Behandlung von ISM. Regelmäßige Kontrolle durch entsprechende Fachabteilung bzw. Zentrum bzw. durch FachärztInnen mit Erfahrung in der Behandlung von ISM. – Als Monotherapie zur Behandlung von Erwachsenen mit gesicherter Diagnose nach WHO-Kriterien für die fortgeschrittene systemische Mastozytose AdvSM (aggressive systemische Mastozytose ASM, systemische Mastozytose mit assoziierter hämatologischer Neoplasie SM-AHN oder Mastzelleukämie MCL) nach mindestens einer zielgerichteten oder zytoreduktiven systemischen Therapie. Diagnose und Erstverordnung durch entsprechende Fachabteilung bzw. Zentrum, mittels Tumorboard. Regelmäßige Kontrolle durch entsprechende Fachabteilung bzw. Zentrum bzw. durch (Hämato-)OnkologInnen. Die Aufnahme ist befristet und endet mit 30.4.2028.					
RE1	50 mg Filmtabl. (PM)	30 Stk.	–	–	17.174,40
Als Monotherapie zur Behandlung von Erwachsenen mit gesicherter Diagnose nach WHO-Kriterien für die fortgeschrittene systemische Mastozytose AdvSM (aggressive systemische Mastozytose ASM, systemische Mastozytose mit assoziierter hämatologischer Neoplasie SM-AHN oder Mastzelleukämie MCL) nach mindestens einer zielgerichteten oder zytoreduktiven systemischen Therapie. Diagnose und Erstverordnung durch entsprechende Fachabteilung bzw. Zentrum, mittels Tumorboard. Regelmäßige Kontrolle durch entsprechende Fachabteilung bzw. Zentrum bzw. durch (Hämato-)OnkologInnen. Die Aufnahme ist befristet und endet mit 30.4.2028.					

Präparat		Menge	T	OP	KVP €
RE1	Ayvakyt 100 mg Filmtabl. (PM)	30 Stk.	–	–	17.174,40
RE1	200 mg Filmtabl. (PM)	30 Stk.	–	–	17.174,40
<p>– Als Monotherapie zur Behandlung von Erwachsenen mit gesicherter Diagnose nach WHO-Kriterien für die fortgeschrittene systemische Mastozytose AdvSM (aggressive systemische Mastozytose ASM, systemische Mastozytose mit assoziierter hämatologischer Neoplasie SM-AHN oder Mastzelleukämie MCL) nach mindestens einer zielgerichteten oder zytoreduktiven systemischen Therapie.</p> <p>Diagnose und Erstverordnung durch entsprechende Fachabteilung bzw. Zentrum, mittels Tumorboard. Regelmäßige Kontrolle durch entsprechende Fachabteilung bzw. Zentrum bzw. durch (Hämato-)OnkologInnen.</p> <p>– Als Monotherapie zur Behandlung von Erwachsenen mit inoperablen oder metastasierten gastrointestinalen Stromatumoren (GIST), die die Thrombozyten-Wachstumsfaktor-Rezeptor-alpha (PDGFRA)-D842V-Mutation aufweisen.</p> <p>Nachweis der PDGFRA-D842V-Mutation 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 OnkologInnen.</p> <p>Die Aufnahme ist befristet und endet mit 30.4.2028.</p>					
RE1	300 mg Filmtabl. (PM)	30 Stk.	–	–	17.174,40
<p>Als Monotherapie zur Behandlung erwachsener PatientInnen mit inoperablen oder metastasierten gastrointestinalen Stromatumoren (GIST), die die Thrombozyten-Wachstumsfaktor-Rezeptor-alpha (PDGFRA)-D842V-Mutation aufweisen.</p> <p>Nachweis der PDGFRA-D842V-Mutation 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 OnkologInnen.</p> <p>Die Aufnahme ist befristet und endet mit 30.4.2028.</p>					

Folgende Präparate wurden aus dem EKO gestrichen:

Präparat	Menge	ATC-Code	Streichung mit
Ambroxol "Genericon" Lsg.	40 ml 100 ml	R05CB06	01.07.2025
Bambec 10 mg Tabl.	30 Stk.	R03CC12	01.07.2025
Fortecortin 40 mg Amp.	1 Stk.	H02AB02	01.07.2025
Mucospas Saft	100 ml	R05CB10	01.07.2025
Mucospas Tabl.	20 Stk.	R05CB10	01.07.2025
Sitagliptin "Mylan" 25 mg Filmtabl.	28 Stk.	A10BH01	01.07.2025
Sitagliptin "Mylan" 50 mg Filmtabl.	28 Stk.	A10BH01	01.07.2025
Sitagliptin "Mylan" 100 mg Filmtabl.	28 Stk.	A10BH01	01.07.2025
Sitagliptin/Metformin "Sandoz GmbH" 50 mg/ 850 mg Filmtabl.	56 Stk.	A10BD07	01.07.2025
Suprecur 0,15 mg nasale Sprühlsg.	2 Stk.	L02AE01	01.07.2025
Tramadolol 100 mg/ml Tropf.	10 ml 30 ml	N02AX02	01.07.2025

Änderung der Verwendung im Gelben Bereich:

Präparat		Menge	T	OP	KVP €
C10 MITTEL, DIE DEN LIPIDSTOFFWECHSEL BEEINFLUSSEN					
C10AX14 Alirocumab					
RE2	Praluent 75 mg Inj.lsg. Fertigpen (PM)	2 Stk.	–	–	379,30
RE2	150 mg Inj.lsg. Fertigpen (PM)	2 Stk.	–	–	379,30
RE2	300 mg Inj.lsg. Fertigpen (PM)	1 Stk.	–	–	408,85
<p>Bei primärer Hypercholesterinämie zur Sekundärprävention nach einem akuten atherosklerotisch bedingten, ischämischen kardiovaskulären Ereignis bei PatientInnen mit diagnostisch gesicherter koronarer Herzkrankheit und/oder peripherer arterieller Verschlusskrankheit und/oder zerebraler arterieller Verschlusskrankheit – wenn aufgrund des sehr hohen kardiovaskulären Risikos eine zusätzliche Senkung von LDL-C medizinisch erforderlich ist, und</p> <p>– wenn eine professionelle Ernährungsberatung erfolgt, der arterielle Blutdruck kontrolliert und der Blutzucker auf ein HbA1c kleiner 8 % eingestellt ist sowie eine Tabakrauchabstinenz angestrebt wird, und</p> <p>– wenn über mindestens 3 Monate mit der maximal verträglichen Dosierung einer intensivierten LDL-C senkenden Therapie mit Atorvastatin bzw. Rosuvastatin, jeweils in Kombination mit Ezetimib (oder Ezetimib bei Statinunverträglichkeit) ein LDL-Wert von kleiner als 70 mg/dl nicht erreicht werden kann, oder wenn diese Behandlungen kontraindiziert sind.</p> <p>Eine Unverträglichkeit gegenüber Statinen gilt jedenfalls als belegt, wenn Therapieversuche mit mehreren Statinen – jedenfalls auch Atorvastatin und Rosuvastatin – zu Myopathien und einem Anstieg der Kreatin-Kinase auf mindestens das Fünffache des oberen Normwertes führten oder wenn durch ein Statin eine schwere Hepatopathie aufgetreten ist.</p> <p>Diagnose, Erhebung der Familienanamnese und Erstverordnung durch InternistInnen oder NeurologInnen mit Erfahrung in der Behandlung von Schlaganfällen.</p> <p>Regelmäßige Kontrollen durch einen/eine in der Therapie von Fettstoffwechselstörungen erfahrenen/erfahrene Facharzt/Fachärztin.</p> <p>Die Behandlung mit Alirocumab kann nur fortgesetzt werden, wenn bei einer Laborkontrolle 2–3 Monate nach Behandlungsbeginn das LDL-C gegenüber dem Ausgangswert unter der maximal intensivierten lipidsenkenden Therapie um mindestens 40 % gesunken ist bzw. ein LDL-Wert von kleiner als 55 mg/dl erreicht wurde.</p>					
Überführung vom Dunkelgelben (RE1) in den Hellgelben Bereich (RE2) des EKO					
J06 IMMUNSERA UND IMMUNGLOBULINE					
J06BA01 Immunglobuline, normal human, zur extravasalen Anwendung					
RE1	Hizentra 200 mg/ml Lsg. zur subkutanen Inj. (5 ml)	10 Stk.	–	–	663,65
RE1	(10 ml)	10 Stk.	–	–	1.302,65
		20 Stk.	–	–	2.580,60
RE1	(20 ml)	20 Stk.	–	–	5.136,55
<p>Substitutionstherapie bei gesicherter Diagnose eines primären Immundefizienzsyndroms mit eingeschränkter Antikörperbildung sowie bei sekundären Immundefekten im ausführlich begründeten Einzelfall.</p> <p>Zur Erhaltungstherapie bei PatientInnen mit chronischer inflammatorischer demyelinisierender Polyneuropathie (CIDP) nach Stabilisierung mit intravenösen Immunglobulinen.</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>					
Harmonisierung des Regeltextes mit dem anderer Immunglobulin-Präparate					

Änderung der Packungsgröße im Grünen Bereich:

Präparat	Menge	T	OP	KVP €
H03 SCHILDDRÜSENTHERAPIE				
H03AA03 Kombinationen von Levothyroxin und Liothyronin				
Novothyral Tabl.	25 Stk.	T2	(2)	1,80
	100 Stk.	T2	–	7,20
Austausch der 20-Stk.-Packung gegen eine 25-Stk.-Packung				
J01 ANTIBIOTIKA ZUR SYSTEMISCHEN ANWENDUNG				
J01EE03 Sulfametrol und Trimethoprim				
Lidaprim forte Filmtabl.	10 Stk.	T2	(2)	5,85
	15 Stk.	T2	–	11,35
	25 Stk.	T2	–	12,10
	30 Stk.	T2	–	18,70
Aufnahme der 15-Stk.- und 30-Stk.-Packung Die 10-Stk.- und 25-Stk.-Packung bleiben bis 1.10.2025 unverändert im EKO.				
N02 ANALGETIKA				
N02AA01 Morphin				
Mundidol retard 100 mg Filmtabl.	30 Stk.	–	–	44,75
SG				
<i>Hinweis: Morphinsulfat-pentahydrat 0,1 entspr. 0,075 Morphin</i>				
Streichung der 10-Stk.-Packung				

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
- 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
- L3Langzeitbewilligung für 3 Monate möglich
- 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
- T Teilbarkeit
- T2in zwei dosisgleiche Teile teilbar