



Neu im EKO

Änderungen im Erstattungskodex (EKO) ab August 2025

Informationsstand August 2025

Im Fokus: Weiteres Paliperidon-Depotnachfolgepräparat im Grünen Bereich

Niapelf, ein weiteres kostengünstiges Depotnachfolgepräparat zu Xeplion mit dem Wirkstoff Paliperidon, wird mit August 2025 in den Grünen Bereich des EKO aufgenommen und ist unter Einhaltung des Indikationstextes „*Verwendung laut Fachinformation, wenn eine perorale Therapie nicht angezeigt oder zweckmäßig ist.*“ frei verschreibbar.

Der Preisvorteil der Depotnachfolgeprodukte liegt im Vergleich zum Erstanbieterpräparat derzeit bei bis zu 61 % pro Packung.

ROT >> **GRÜN**

Aufnahme kostengünstiger Nachfolgepräparate in den Grünen Bereich:

Präparat	Menge	T	OP	KVP €	max. Kostenersparnis € pro Packung*
G04 UROLOGIKA					
G04CA02 Tamsulosin					
Tamsulosin "Zentiva" 0,4 mg Hartkaps. mit veränderter Wirkstofffreisetzung	10 Stk.	–	(2)	1,50	Erstanbieter nicht mehr verfügbar
	30 Stk.	–	(3)	4,50	
U					
Tamsulosin "Zentiva" ist ein weiterer Nachfolger zum nicht mehr verfügbaren Alna retard, bis zu drei Monatspackungen können auf einem Rezept verordnet werden.					

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

Präparat	Menge	T	OP	KVP €	max. Kostenersparnis € pro Packung*
L04 IMMUNSUPPRESSIVA					
L04AX05 Pirfenidon					
Pirfenidon "Accord" 267 mg Filmtabl.	63 Stk.	–	(2)	132,30	258,95 Erstanbieter in RE1
801 mg Filmtabl.	84 Stk.	–	(2)	454,05	1.036,85 Erstanbieter in RE1
A					
Mit Pirfenidon "Accord" steht ein zweites Nachfolgepräparat zu Esbriet mit großem Preisvorteil im Grünen Bereich zur Verfügung. Im Gegensatz zum Erstanbieterpräparat, das im Dunkelgelben Bereich (RE1) gelistet ist, unterliegt Pirfenidon "Accord" bei Einhaltung der Fachgruppen-Bestimmung (A) nicht der Bewilligungspflicht und es können bis zu zwei Originalpackungen auf einem Rezept verordnet werden.					
N05 PSYCHOLEPTIKA					
N05AX13 Paliperidon					
Niapelf 25 mg Depot-Inj.susp.	1 Stk.	–	–	37,55	59,50
50 mg Depot-Inj.susp.	1 Stk.	–	–	72,85	92,80
75 mg Depot-Inj.susp.	1 Stk.	–	–	103,10	111,55
100 mg Depot-Inj.susp.	1 Stk.	–	–	131,85	127,40
150 mg Depot-Inj.susp.	1 Stk.	–	–	184,35	156,30
IND: Verwendung laut Fachinformation, wenn eine perorale Therapie nicht angezeigt oder zweckmäßig ist.					
Niapelf ist nach Palibon der zweite kostengünstige Nachfolger zu Xeplion im Grünen Bereich.					

ROT >> **GELB**

Aufnahme kostengünstiger Nachfolgepräparate in den Gelben Bereich:

Präparat		Menge	T	OP	KVP €	max. Kostenersparnis € pro Packung*
L04 IMMUNSUPPRESSIVA						
L04AE01 Fingolimod						
RE2	Chantico 0,5 mg Hartkaps.	10 Stk.	–	–	79,80	236,14 Erstanbieter in RE1
		30 Stk.	–	(3)	214,15	852,98 Erstanbieter in RE1
Als Monotherapie bei Erwachsenen mit – 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. 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.						
Chantico ist das zweite nur dokumentationspflichtige Nachfolgepräparat (RE2) zu Gilenya mit beachtlichem Preisvorteil. Rezepte für bis zu drei Originalpackungen zu 30 Stück können ausgestellt werden.						

Aufnahme von Präparaten in den Gelben Bereich:

Präparat		Menge	T	OP	KVP €
A05 GALLEN- UND LEBERTHERAPIE					
A05AX06 Elafibranor					
RE1	Iqirvo 80 mg Filmtabl. (PM)	30 Stk.	–	–	4.804,35
Bei Erwachsenen mit primärer biliärer Cholangitis (PBC) in Kombination mit Ursodeoxycholsäure (UDCA), bei medizinisch nicht ausreichendem Ansprechen (Alkalische Phosphatase [AP] größer/gleich 1,67 × Obergrenze Normalbereich) auf UDCA über mindestens 12 Monate in der höchsten zugelassenen UDCA-Dosierung (13–15 mg/kg Körpergewicht/Tag). Die Behandlung mit Elafibranor kann nur fortgesetzt werden, wenn nach einem Monat und 12 Monate nach Behandlungsbeginn eine AP-Reduktion um zumindest minus 30 % (gegenüber dem Ausgangswert vor Beginn der Therapie mit Elafibranor) erreicht wurde. Diagnose, Erstverordnung und regelmäßige Kontrollen durch ein auf PBC spezialisiertes Zentrum durch GastroenterologInnen. Die Aufnahme ist befristet und endet mit 31.3.2031.					
L04 IMMUNSUPPRESSIVA					
L04AA58 Efgartigimod alfa					
RE1	Vyvgart 1.000 mg Inj.lsg. (PM)	1 Stk.	–	–	15.380,30
– Bei Acetylcholin-Rezeptor-Antikörper (AChR-Ak)-positiver generalisierter Myasthenia gravis (gMG) mit einem aktuellen Myasthenia Gravis Foundation of America (MGFA)-Status Klasse III bis IV als add-on-Therapie zur Standardtherapie (Acetylcholinesterase-Inhibitor, Glucocorticosteroide, nichtsteroidale Immunsuppressiva) bei PatientInnen mit wiederholtem Myasthenia Gravis Activities of Daily Life (MG-ADL)-Score größer/gleich 6 Punkte unter einer ausgeschöpften Therapie mit Standardtherapeutika (Acetylcholinesterase-Inhibitor, Glucocorticosteroide, nichtsteroidale Immunsuppressiva, in ausreichender Dosierung und Zeitdauer), wenn mit der Ergänzung der Standardtherapie um weitere kostengünstigere, leitlinienkonforme bzw. national/international verwendete verlaufsmodifizierende (Eskalations-)Therapien nicht das Auslangen gefunden werden kann oder Kontraindikationen gegen diese vorliegen. – Eine Thymektomie, falls im konkreten Einzelfall medizinisch sinnvoll, muss durchgeführt worden sein. – Die Therapie mit Efgartigimod alfa darf nach den 4 Verabreichungen des 2. Behandlungszyklus nur fortgesetzt werden, wenn ab 2 Wochen nach der 1. Verabreichung des 2. Behandlungszyklus im Vergleich zum Ausgangswert vor Therapiebeginn eine mindestens 4 Wochen aufrecht bleibende Verbesserung im MG-ADL-Score um zumindest 5 Punkte erreicht wird ODER wenn eine mindestens 4 Wochen aufrecht bleibende Verbesserung im MG-ADL-Score um zumindest 3 Punkte UND zusätzlich eine dokumentierte Verbesserung im MG-QoL15r von größer/gleich 3 Punkte erreicht werden kann. – Regelmäßige längere Auslassversuche (unter Beibehaltung der Begleittherapien; falls nötig, ergänzt um kostengünstigere, leitlinienkonforme bzw. national/international verwendete verlaufsmodifizierende [Eskalations-]Therapien) um zu evaluieren, ob eine Notwendigkeit für eine Eskalationstherapie im Sinne der oben angeführten Startkriterien weiterhin vorliegt. – Die Bestimmung von MG-ADL-Score und MG-QoL15r hat wiederholt vor Therapiebeginn und danach, insbesondere wie oben im Rahmen des 2. Behandlungszyklus beschrieben sowie im Zusammenhang mit Auslassversuchen, regelmäßig zu erfolgen. – Keine Kostenübernahme für eine Kombination mit einer C5-Komplementinhibitor-Behandlung. – Diagnose, Therapieeinleitung und regelmäßige Kontrollen in einem intramuralen Myasthenia-gravis-Zentrum. Die Liste der in Frage kommenden Einrichtungen wird vom Dachverband erstellt und unter www.sozialversicherung.at/erstattungskodex_gMG publiziert.					

Folgende Präparate wurden aus dem EKO gestrichen:

Präparat	Menge	ATC-Code	Streichung mit
Immunate 500 IE FVIII/375 IE VWF Plv. und Lsgm. zur Herst. einer Inj.lsg.	5 ml	B02BD06	01.08.2025
Immunate 1000 IE FVIII/750 IE VWF Plv. und Lsgm. zur Herst. einer Inj.lsg.	10 ml	B02BD06	01.08.2025
Lyrica 25 mg Hartkaps.	14 Stk. 21 Stk. 56 Stk. 84 Stk.	N02BF02	01.08.2025
Lyrica 50 mg Hartkaps.	21 Stk. 84 Stk.	N02BF02	01.08.2025
Lyrica 75 mg Hartkaps.	14 Stk. 56 Stk.	N02BF02	01.08.2025
Lyrica 100 mg Hartkaps.	21 Stk. 84 Stk.	N02BF02	01.08.2025
Lyrica 150 mg Hartkaps.	14 Stk.	N02BF02	01.08.2025
Lyrica 200 mg Hartkaps.	21 Stk. 84 Stk.	N02BF02	01.08.2025
Mehrere Pregabalin-Nachfolger sind weiterhin im Grünen Bereich gelistet.			
Nebido 1.000 mg/4 ml Inj.lsg.	1 Stk.	G03BA03	01.08.2025
Als Alternative stehen wirkstoffgleiche Nachfolgepräparate im Dunkelgelben Bereich (RE1) zur Verfügung.			
Pomalidomid "Accord" 1 mg Hartkaps.	14 Stk. 21 Stk.	L04AX06	01.08.2025
Pomalidomid "Accord" 2 mg Hartkaps.	14 Stk. 21 Stk.	L04AX06	01.08.2025
Pomalidomid "Accord" 3 mg Hartkaps.	14 Stk. 21 Stk.	L04AX06	01.08.2025
Pomalidomid "Accord" 4 mg Hartkaps.	14 Stk. 21 Stk.	L04AX06	01.08.2025
Telhycar 80 mg/12,5 mg Tabl.	28 Stk.	C09DA07	01.08.2025
Telhycar 80 mg/25 mg Tabl.	28 Stk.	C09DA07	01.08.2025

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

Präparat	Menge	T	OP	KVP €
N06 PSYCHOANALEPTIKA				
N06BA09 Atomoxetin				
Atofab 10 mg Hartkaps.	10 Stk.	–	–	18,40
	30 Stk.	–	(2)	51,50
18 mg Hartkaps.	10 Stk.	–	–	18,40
	30 Stk.	–	(2)	51,50
25 mg Hartkaps.	10 Stk.	–	–	18,40
	30 Stk.	–	(2)	51,50
40 mg Hartkaps.	10 Stk.	–	–	18,40
	30 Stk.	–	(2)	51,50
60 mg Hartkaps.	10 Stk.	–	–	18,40
	30 Stk.	–	(2)	51,50
80 mg Hartkaps.	30 Stk.	–	(2)	51,50
100 mg Hartkaps.	30 Stk.	–	(2)	51,50
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.				
Überführung vom Dunkelgelben (RE1) in den Grünen Bereich				

Änderung der Verwendung im Gelben Bereich:

Präparat		Menge	T	OP	KVP €
D11 ANDERE DERMATIKA					
D11AH05 Dupilumab					
RE1 L6	Dupixent 200 mg Inj.lsg. Fertigpen (PM)	2 Stk.	–	–	1.112,75
RE1 L6	Fertigspr. (PM)	2 Stk.	–	–	1.112,75
– Bei Kindern von 6 Monaten bis 11 Jahre mit schwerer atopischer Dermatitis mit persistierendem Ekzem nach Ausschöpfung intensiver Lokalthherapie. Bei Jugendlichen ab 12 Jahren mit einem Körpergewicht kleiner 60 kg mit schwerer atopischer Dermatitis mit persistierendem Ekzem nach Ausschöpfung intensiver Lokalthherapie und Versagen, Unverträglichkeit oder Kontraindikation immunmodulierender systemischer Therapie (ausgenommen Corticosteroide). Erstverordnung, Dokumentation und Kontrolle alle 6 Monate durch ein dermatologisches Zentrum oder durch DermatologInnen mit ausgewiesener Expertise in der Behandlung der atopischen Dermatitis. Die Therapie ist nur fortzuführen, wenn innerhalb der ersten 6 Monate eine Verbesserung des IGA (Investigator Global Assessment) um mindestens 2 Punkte erzielt werden kann. – Als Zusatztherapie bei PatientInnen ab 6 Jahren mit schwerem refraktärem Asthma mit Typ-2-Inflammation, gekennzeichnet durch eine erhöhte Anzahl der Eosinophilen im Blut (größer/gleich 300 Zellen/Mikroliter) und/oder eine erhöhte exhalierete Stickstoffmonoxid-Fraktion (FeNO größer/gleich 50 ppb) UND ○ 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)					

Präparat		Menge	T	OP	KVP €
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. Nicht in Kombination mit anderen monoklonalen Antikörpern zur Behandlung des schweren Asthmas. Diagnose, Ersteinstellung und Weiterverordnung durch PulmologInnen oder PädiaterInnen mit dem Additiv-fach pulmologische Pädiatrie. 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 Häufigkeit an Asthma-Exazerbationen ODER bei einer gleichbleibenden Häufigkeit an Asthma-Exazerbationen in Verbindung mit einer deutlichen Dosisreduktion systemischer Corticosteroide im Vergleich zur Ausgangsdosis. – Bei Erwachsenen und Jugendlichen ab 12 Jahren sowie bei Kindern von 1–11 Jahren mit einem Körpergewicht größer/gleich 15 kg mit schwerer aktiver eosinophiler Ösophagitis (EoE) seit mindestens 6 Monaten UND wenn nach einer topischen Corticosteroid-Therapie des Ösophagus (ausgenommen PatientInnen mit Kontraindikation) über mindestens 3 Monate ○ mindestens 15 eosinophile Granulozyten pro hochauflösendem Gesichtsfeld (0,345 mm²) in mindestens einer Biopsie vorhanden sind UND ○ bei Erwachsenen und Jugendlichen ab 12 Jahren 8 oder mehr Dysphagieepisoden innerhalb der letzten 4 Wochen bzw. bei Kindern von 1–11 Jahren Symptome einer EoE auf Basis eines validierten Symptom-Scores vorliegen. Erstverordnung, Dokumentation und Kontrolle alle 6 Monate durch GastroenterologInnen. Die Therapie ist nur fortzuführen, wenn innerhalb der ersten 6 Monate eine histologische Remission (kleiner/gleich 6 eosinophile Granulozyten pro hochauflösendem Gesichtsfeld) eingetreten ist. Dupilumab eignet sich für eine chef(kontroll)ärztliche Langzeitbewilligung für 6 Monate (L6).					
RE1 L6	Dupixent 300 mg Inj.lsg. Fertigpen (PM)	2 Stk.	–	–	1.112,75
RE1 L6	Fertigspr. (PM)	2 Stk.	–	–	1.112,75
– Bei Kindern von 6 Monaten bis 11 Jahre mit schwerer atopischer Dermatitis mit persistierendem Ekzem nach Ausschöpfung intensiver Lokalthherapie. Bei Jugendlichen ab 12 Jahren mit einem Körpergewicht größer/gleich 60 kg und Erwachsenen mit schwerer atopischer Dermatitis mit persistierendem Ekzem nach Ausschöpfung intensiver Lokalthherapie und Versagen, Unverträglichkeit oder Kontraindikation immunmodulierender systemischer Therapie (ausgenommen Corticosteroide). Erstverordnung, Dokumentation und Kontrolle alle 6 Monate durch ein dermatologisches Zentrum oder durch DermatologInnen mit ausgewiesener Expertise in der Behandlung der atopischen Dermatitis. Die Therapie ist nur fortzuführen, wenn innerhalb der ersten 6 Monate eine Verbesserung des IGA (Investigator Global Assessment) um mindestens 2 Punkte erzielt werden kann. – 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 2 Punkte erzielt werden kann. – Als Zusatztherapie bei PatientInnen ab 6 Jahren mit schwerem refraktärem Asthma mit Typ-2-Inflammation, gekennzeichnet durch eine erhöhte Anzahl der Eosinophilen im Blut (größer/gleich 300 Zellen/Mikroliter) und/oder eine erhöhte exhalierete Stickstoffmonoxid-Fraktion (FeNO größer/gleich 50 ppb) UND ○ 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					

Präparat		Menge	T	OP	KVP €
ODER mindestens eine schwerwiegende Exazerbation mit stationärer Spitalsbehandlung in den letzten 12 Monaten auftrat. Nicht in Kombination mit anderen monoklonalen Antikörpern zur Behandlung des schweren Asthmas. Diagnose, Ersteinstellung und Weiterverordnung durch PulmologInnen oder PädiaterInnen mit dem Additiv-fach pulmologische Pädiatrie. 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 Häufigkeit an Asthma-Exazerbationen ODER bei einer gleichbleibenden Häufigkeit an Asthma-Exazerbationen in Verbindung mit einer deutlichen Dosisreduktion systemischer Corticosteroide im Vergleich zur Ausgangsdosis. – Bei Erwachsenen mit schwerer Prurigo nodularis seit mindestens 6 Monaten mit chronischem Juckreiz (Worst Itching Intensity Numerical Rating Scale [WI-NRS] größer/gleich 7) und Anzeichen für ein anhaltendes Kratzverhalten nach Ausschöpfung intensivierter Lokalthherapie inklusive Phototherapie. Erstverordnung, Dokumentation und Kontrolle alle 6 Monate durch ein dermatologisches Zentrum oder durch DermatologInnen mit ausgewiesener Expertise in der Behandlung der Prurigo nodularis. Die Therapie ist nur fortzuführen, wenn innerhalb der ersten 6 Monate eine Verbesserung des Juckreizes WI-NRS um mindestens 4 Punkte und/oder eine Verbesserung des IGA (Investigator Global Assessment) PN-S um mindestens 2 Punkte erzielt werden. – Bei Erwachsenen und Jugendlichen ab 12 Jahren sowie bei Kindern von 1–11 Jahren mit einem Körpergewicht größer/gleich 15 kg mit schwerer aktiver eosinophiler Ösophagitis (EoE) seit mindestens 6 Monaten UND wenn nach einer topischen Corticosteroid-Therapie des Ösophagus (ausgenommen PatientInnen mit Kontraindikation) über mindestens 3 Monate ○ mindestens 15 eosinophile Granulozyten pro hochauflösendem Gesichtsfeld (0,345 mm²) in mindestens einer Biopsie vorhanden sind UND ○ bei Erwachsenen und Jugendlichen ab 12 Jahren 8 oder mehr Dysphagieepisoden innerhalb der letzten 4 Wochen bzw. bei Kindern von 1–11 Jahren Symptome einer EoE auf Basis eines validierten Symptom-Scores vorliegen. Erstverordnung, Dokumentation und Kontrolle alle 6 Monate durch GastroenterologInnen. Die Therapie ist nur fortzuführen, wenn innerhalb der ersten 6 Monate eine histologische Remission (kleiner/gleich 6 eosinophile Granulozyten pro hochauflösendem Gesichtsfeld) eingetreten ist. Dupilumab eignet sich für eine chef(kontroll)ärztliche Langzeitbewilligung für 6 Monate (L6).					
Indikationserweiterung um die schwere aktive eosinophile Ösophagitis					
H04 PANKREASHORMONE					
H04AA01 Glucagon					
RE2	Baqsimi 3 mg Nasenplv. Einzeldosis	1 Stk.	–	–	76,80
Zur Behandlung von schwerer Hypoglykämie bei Erwachsenen, Jugendlichen und Kindern ab 4 Jahren mit insulinpflichtigem Diabetes mellitus.					
Die Aufnahme in den EKO ist befristet und endet mit 31.7.2028.					
Verlängerung der Befristung					
L01 ANTINEOPLASTISCHE MITTEL					
L01XX52 Venetoclax					
RE1	Venclyxto 10 mg Filmtabl. (PM)	14 Stk.	–	–	77,80
RE1	50 mg Filmtabl. (PM)	7 Stk.	–	–	173,90
RE1	100 mg Filmtabl. (PM)	7 Stk.	–	–	330,55
		14 Stk.	–	–	630,30
		112 Stk.	–	–	4.869,50
1. Zur Kombinationstherapie mit Obinutuzumab von Erwachsenen mit nicht vorbehandelter chronischer lymphatischer Leukämie (CLL), die für eine Chemoimmunotherapie nicht geeignet sind.					
2. Zur Kombinationstherapie mit Rituximab von Erwachsenen mit rezidivierender oder refraktärer CLL.					

Präparat	Menge	T	OP	KVP €
3. Zur Monotherapie von Erwachsenen mit CLL – die eine 17p-Deletion oder TP53-Mutation aufweisen und die entweder für eine Behandlung mit einem Inhibitor des B-Zell-Rezeptor-Signalwegs nicht geeignet oder therapierefraktär sind oder – die keine 17p-Deletion oder TP53-Mutation aufweisen und sowohl unter einer Chemoimmunotherapie als auch unter einem Inhibitor des B-Zell-Rezeptor-Signalwegs therapierefraktär sind. 4. Zur Kombinationstherapie mit einer hypomethylierenden Substanz von Erwachsenen mit neu diagnostizierter akuter myeloischer Leukämie (AML), die für eine intensive Chemotherapie nicht geeignet sind. Diagnose und Erstverordnung durch entsprechende Fachabteilung bzw. Zentrum, mittels Tumorboard. Regelmäßige Kontrolle durch entsprechende Fachabteilung bzw. Zentrum bzw. durch (Hämato-)OnkologInnen. Wegfall der Befristung, Indikationsanpassungen inkl. Indikationserweiterung um die neu diagnostizierte akute myeloische Leukämie				

Änderung der Packungsgröße im Grünen Bereich:

Präparat	Menge	T	OP	KVP €
A07 ANTIDIARRHOIKA UND INTESTINALE ANTIPHLOGISTIKA/ANTIINFEKTIVA				
A07EC02 Mesalazin				
Azzavix 1000 mg magensaftresistente Tabl.	60 Stk.	–	–	30,90
	100 Stk.	–	–	49,85
Aufnahme der 100-Stk.-Packung				
J01 ANTIBIOTIKA ZUR SYSTEMISCHEN ANWENDUNG				
J01DC04 Cefaclor				
Cefastad 250 mg/5 ml Trockensaft	60 ml	–	(2)	7,05
	100 ml	–	–	11,50
F14				
Aufnahme der 100-ml-Packung				

Änderung der Bezeichnung im Grünen Bereich:

Präparat	Menge	T	OP	KVP €
C07 BETA-ADRENOREZEPTOR-ANTAGONISTEN				
C07AB12 Nebivolol				
Nebivolol "+pharma" 5 mg Tabl.	10 Stk.	T4	–	1,50
	30 Stk.	T4	(2)	4,45
vormals Nebivolol "Genericon" 5 mg Tabl.				

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
- A.....Fachgruppen-Bestimmung: Fachärztin/Facharzt für Lungenkrankheiten
- F14.....Die Arzneispezialität ist nur für die Behandlung von Kindern und Jugendlichen bis zum vollendeten 14. Lebensjahr in den Grünen Bereich des EKO aufgenommen.
- 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.
- K.....Fachgruppen-Bestimmung: Fachärztin/Facharzt für Kinder- und Jugendheilkunde
- 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.
- 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 Verschreibeweise von Heilmitteln und Heilbehelfen entsprechende Dokumentation angefertigt wurde.
- T.....Teilbarkeit
- T4.....in vier dosisgleiche Teile teilbar
- U.....Fachgruppen-Bestimmung: Fachärztin/Facharzt für Urologie

Medieninhaber, Herausgeber und Redaktion:

Österreichische Gesundheitskasse, Wienerbergstraße 15–19, 1100 Wien

www.gesundheitskasse.at/impressum

Satz- und Druckfehler vorbehalten.