



Neu im EKO

Änderungen im Erstattungskodex (EKO) ab Oktober 2025

Informationsstand Oktober 2025

Im Fokus: Erstes Valsartan/Indapamid-Präparat im EKO

Mit Oktober 2025 steht mit **Valsartan/Indapamid "TAD"** erstmals ein Präparat mit der fixen Kombination des AT₁-Antagonisten Valsartan mit dem Diuretikum Indapamid frei verschreibbar im Grünen Bereich des EKO zur Verfügung. Bis zu drei Monatspackungen können auf einem Rezept verordnet werden. Für Patientinnen und Patienten reduziert sich die Anzahl an einzunehmenden Tabletten, darüber hinaus ergibt sich eine Kostenersparnis im Vergleich zu den Präparaten mit den Einzelwirkstoffen.

ROT >> **GRÜN**

Aufnahme kostengünstiger Nachfolgepräparate in den Grünen Bereich:

| Präparat | Menge | T | OP | KVP € | max. Kostenersparnis € pro Packung* |
|--|--------|---|----|--------|--------------------------------------|
| B06 ANDERE HÄMATOLOGIKA | | | | | |
| B06AC02 Icatibant | | | | | |
| Icatibant "Hikma" 30 mg Inj.lsg. Fertigspr. | 1 Stk. | – | – | 327,95 | 918,60 Erstanbieter in RE1 |
| IND: Zur symptomatischen Behandlung akuter Attacken eines diagnostisch gesicherten hereditären Angioödems (HAE) bei Erwachsenen mit C1-Esterase-Inhibitor-Mangel. Diagnosestellung, Erstverordnung, Überwachung und regelmäßige Kontrollen durch ÄrztInnen mit Erfahrung in der Behandlung des hereditären Angioödems. Bei der Erstverordnung ist ein entsprechender Nachweis über die PatientInnen-Einschulung zu erbringen. | | | | | |
| Icatibant "Hikma" ist ein weiteres Nachfolgepräparat zu Firazyr mit erheblichem Preisvorteil. | | | | | |

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

| Präparat | Menge | T | OP | KVP € | max. Kostenersparnis € pro Packung* |
|---|---------|----|-----|--------|---|
| C10 MITTEL, DIE DEN LIPIDSTOFFWECHSEL BEEINFLUSSEN | | | | | |
| C10AX09 Ezetimib | | | | | |
| Ezetimib "Accord" 10 mg Tabl. | 30 Stk. | – | (3) | 8,35 | 25,85 Erstanbieter nicht im EKO |
| Ezetimib "Accord" ist ein weiteres kostengünstiges Nachfolgepräparat zu Ezetrol, das bereits seit einiger Zeit nicht mehr im EKO gelistet ist. | | | | | |
| | | | | | |
| L04 IMMUNSUPPRESSIVA | | | | | |
| L04AX06 Pomalidomid | | | | | |
| Pomalidomid "Grindeks" 1 mg Hartkaps. | 14 Stk. | – | – | 323,80 | 4.002,45 Erstanbieter nicht im EKO |
| | 21 Stk. | – | – | 469,60 | 6.003,90 Erstanbieter nicht im EKO |
| 2 mg Hartkaps. | 14 Stk. | – | – | 323,80 | 4.106,35 Erstanbieter nicht im EKO |
| | 21 Stk. | – | – | 469,60 | 6.159,45 Erstanbieter nicht im EKO |
| 3 mg Hartkaps. | 14 Stk. | – | – | 323,80 | 4.618,90 Erstanbieter nicht im EKO |
| | 21 Stk. | – | – | 469,60 | 6.928,60 Erstanbieter nicht im EKO |
| 4 mg Hartkaps. | 14 Stk. | – | – | 323,80 | 4.629,30 Erstanbieter nicht im EKO |
| | 21 Stk. | – | – | 469,60 | 6.944,20 Erstanbieter nicht im EKO |
| IND: Diagnose und Erstverordnung durch entsprechende Fachabteilung bzw. Zentrum, mittels Tumorboard. Regelmäßige Kontrolle durch entsprechende Fachabteilung bzw. Zentrum bzw. durch (Hämato-)OnkologInnen. | | | | | |
| Mit Pomalidomid "Grindeks" steht ein weiteres Nachfolgepräparat zu Imnovid mit großem Preisvorteil im Grünen Bereich zur Verfügung. Imnovid ist nach wie vor nicht im EKO gelistet. | | | | | |
| | | | | | |
| N06 PSYCHOANALEPTIKA | | | | | |
| N06AB06 Sertralin | | | | | |
| Sertralin "Zentiva" 50 mg Filmtabl. | 10 Stk. | T2 | (2) | 2,45 | 1,52 |
| | 30 Stk. | T2 | – | 7,30 | 2,29 |
| 100 mg Filmtabl. | 10 Stk. | – | (2) | 2,45 | Wirkstoffstärke beim Erstanbieter nicht vorhanden |
| | 30 Stk. | – | – | 7,30 | |
| Sertralin "Zentiva" ist ein weiteres kostengünstiges Nachfolgepräparat zu Tresleen. | | | | | |

Aufnahme von Präparaten in den Grünen Bereich:

| Präparat | Menge | T | OP | KVP € |
|--|---------|---|-----|-------|
| C09 MITTEL MIT WIRKUNG AUF DAS RENIN-ANGIOTENSIN-SYSTEM | | | | |
| C09DA03 Valsartan und Diuretika | | | | |
| Valsartan/Indapamid "TAD" 80 mg/1,5 mg Tabl. mit veränderter Wirkstofffreisetzung | 10 Stk. | – | – | 3,25 |
| | 30 Stk. | – | (3) | 9,60 |
| Valsartan/Indapamid "TAD" ist das erste Präparat mit dieser Wirkstoffkombination im EKO. | | | | |

ROT >> **GELB**

Aufnahme kostengünstiger Nachfolgepräparate in den Gelben Bereich:

| Präparat | Menge | T | OP | KVP € | max. Kostenersparnis € pro Packung* |
|--|--------|---|----|--------|-------------------------------------|
| L04 IMMUNSUPPRESSIVA | | | | | |
| L04AC05 Ustekinumab | | | | | |
| RE2 Otufi 45 mg Inj.lsg. Fertigspr. | 1 Stk. | – | – | 868,15 | 93,70 |
| <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 Kontrolle durch RheumatologInnen oder durch Zentren, die berechtigt sind, solche auszubilden. 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. Erstverordnung und engmaschige Kontrolle durch FachärztInnen mit Erfahrung in der Behandlung von Kindern und Jugendlichen mit Plaque-Psoriasis oder PädiaterInnen mit Spezialisierung in pädiatrischer Dermatologie oder durch Zentren, die berechtigt sind, solche auszubilden. Die Entscheidung über eine Behandlungsverlängerung nach 28 Wochen muss durch FachärztInnen mit Erfahrung in der Behandlung von Kindern und Jugendlichen 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 90 mg Inj.lsg. Fertigspr. | 1 Stk. | – | – | 868,15 | 93,70 |
| <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. Erstverordnung und engmaschige Kontrollen durch entsprechende Fachabteilung bzw. -ambulanz oder durch FachärztInnen mit Erfahrung in der Behandlung der mittelschweren bis schweren Plaque-Psoriasis.</p> | | | | | |

| | Präparat | Menge | T | OP | KVP € | max. Kostenersparnis € pro Packung* |
|-----|--|--------|---|----|--------|-------------------------------------|
| | <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 Kontrolle 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 aktiven 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 Induktionsdosis 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 und Jugendlichen 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 und Jugendlichen 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 | Otulf 130 mg Konz. z. Herst. einer Inf.lsg. | 1 Stk. | – | – | 868,15 | 93,70 |
| | <p>Zur Anbehandlung bei Erwachsenen mit mittelschwerem bis schwerem aktivem Morbus Crohn bei Versagen, Unverträglichkeit oder Kontraindikation der konventionellen Therapien.</p> <p>Erstverordnung und engmaschige Kontrollen durch GastroenterologInnen.</p> <p>Otulf ist ein weiteres kostengünstiges Nachfolgepräparat zu Stelara.</p> | | | | | |
| RE2 | Pyzchiva 45 mg Inj.lsg. Fertigpen | 1 Stk. | – | – | 868,15 | 93,70 |
| | <p>1. Bei Erwachsenen 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 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 Kontrolle 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> | | | | | |

| Präparat | | Menge | T | OP | KVP € | max. Kostenersparnis € pro Packung* |
|---|-----------------------------------|---------|---|-----|--------|-------------------------------------|
| RE2 | Pyzchiva 90 mg Inj.lsg. Fertigpen | 1 Stk. | – | – | 868,15 | 93,70 |
| <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 Kontrolle 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 aktiven 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 Induktionsdosis nicht klinisch ansprechen.</p> | | | | | | |
| Pyzchiva, ein weiterer Stelara-Nachfolger und für die Dauertherapie bereits mit Fertigspritzen zu 45 mg bzw. 90 mg im EKO vertreten, ist in beiden Wirkstoffstärken nun auch als Fertigpen verfügbar. | | | | | | |
| L04AE01 Fingolimod | | | | | | |
| RE2 | Fingolimod "HCS" 0,5 mg Hartkaps. | 7 Stk. | – | – | 59,10 | 232,90 Erstanbieter in RE1 |
| | | 28 Stk. | – | (3) | 199,40 | 853,45 Erstanbieter in RE1 |
| <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.</p> <p>PatientInnen, die mit Fingolimod behandelt werden, sind vor Therapiebeginn in das dafür vorgesehene Register der ÖGN aufzunehmen.</p> | | | | | | |
| Fingolimod "HCS" ist ein weiteres Nachfolgepräparat zu Gilenya, das im Gegensatz zum Erstanbieterpräparat nicht der Bewilligungspflicht, sondern nur der Dokumentationspflicht unterliegt. | | | | | | |

Aufnahme von Präparaten in den Gelben Bereich:

| Präparat | | Menge | T | OP | KVP € |
|--|--|---------|---|----|------------------|
| L01 ANTINEOPLASTISCHE MITTEL | | | | | |
| L01EB09 Lazertinib | | | | | |
| RE1 | Lazcluze 80 mg Filmtabl. (PM) | 56 Stk. | – | – | 4.954,30 |
| RE1 | 240 mg Filmtabl. (PM) | 28 Stk. | – | – | 4.954,30 |
| <p>In Kombination mit Amivantamab zur Erstlinientherapie bei Erwachsenen mit fortgeschrittenem nicht-kleinzelligem Lungenkarzinom (non-small cell lung cancer, NSCLC) mit EGFR Exon-19-Deletionen oder Exon-21-L858R-Substitutionsmutationen.</p> <p>Nachweis des EGFR-Mutationsstatus mit einer validierten Testmethode.</p> <p>Diagnose und Erstverordnung durch entsprechende Fachabteilung bzw. Zentrum, gegebenenfalls mit Vorlage eines Tumorboardbeschlusses.</p> <p>Eine zumindest einmalige dokumentierte Vorstellung der PatientInnen nach Erstdiagnose in einem Tumorboard ist erforderlich, diese ist innerhalb von 90 Tagen anzustreben.</p> <p>Regelmäßige Kontrolle durch entsprechende Fachabteilung bzw. Zentrum bzw. durch onkologisch spezialisierte FachärztInnen.</p> | | | | | |
| N07 ANDERE MITTEL FÜR DAS NERVENSYSTEM | | | | | |
| N07XX21 Eplontersen | | | | | |
| RE1 L6 | Wainzua 45 mg Inj.lsg. Fertigpen (PM) | 1 Stk. | – | – | 33.272,65 |
| <p>Zur Behandlung von Polyneuropathie der Stadien 1 oder 2 bei erwachsenen PatientInnen mit hereditärer Transthyretin-Amyloidose (hATTR).</p> <p>Diagnose, Erstverordnung und regelmäßige Kontrollen durch ein spezialisiertes Zentrum. Die Liste der in Frage kommenden Einrichtungen wird vom Dachverband erstellt und unter www.sozialversicherung.at/erstattungskodex_hATTR-PN publiziert.</p> <p>Eplontersen darf nicht mit anderen spezifischen Arzneimitteln zur Behandlung der Transthyretin-Amyloidose (z.B. TTR-Stabilisatoren, TTR-Gen-Silencer) kombiniert werden.</p> <p>Eplontersen eignet sich für eine chef(kontroll)ärztliche Langzeitbewilligung für 6 Monate (L6).</p> <p>Die Aufnahme ist befristet und endet mit 31.10.2028.</p> | | | | | |

Folgende Präparate wurden aus dem EKO gestrichen:

| Präparat | Menge | ATC-Code | Streichung mit |
|---|-----------------------|----------|----------------|
| Atazanavir "Krka" 300 mg Hartkaps. | 30 Stk. | J05AE08 | 01.10.2025 |
| Burinex 1 mg Tabl. | 50 Stk. | C03CA02 | 01.10.2025 |
| Cathejell Diphenhydramin 1 %/Chlorhexidin 0,05 % Gel (sterile Einmalabgabeform) | 5 Stk. 12,5 g | N01BX | 01.10.2025 |
| Cathejell Diphenhydramin 1 %/Chlorhexidin 0,05 % Gel (sterile Einmalabgabeform) | 25 Stk. 8,5 g | N01BX | 01.10.2025 |
| Weiterhin im EKO gelistet ist Cathejell Diphenhydramin 1 %/Chlorhexidin 0,05 % Gel als sterile Einmalabgabeform mit 25 Stk. zu 12,5 g sowie in Tuben zu 100 g (beide RE2). | | | |
| Kiovig 100 mg/ml Inf.lsg. | 1 Stk. (1 g/10 ml) | J06BA02 | 01.10.2025 |
| Die 25-ml-, die 50-ml-, die 100-ml- und die 200-ml-Packung verbleiben mit einem adaptierten Regeltext im Dunkelgelben Bereich (RE1). Siehe Änderung der Verwendung im Gelben Bereich. | | | |

| Präparat | Menge | ATC-Code | Streichung mit |
|---|--------------------|----------|----------------|
| Rebif Inj.lsg. Patronen Starterpackung | 2 Stk. | L03AB07 | 01.10.2025 |
| Die Starterpackung mit Fertigspritzen bleibt weiterhin im EKO gelistet. | | | |
| Sertralin "Krka" 50 mg Filmtabl. | 10 Stk. 30 Stk. | N06AB06 | 01.10.2025 |
| Sertralin "Krka" 100 mg Filmtabl. | 10 Stk. 30 Stk. | N06AB06 | 01.10.2025 |

Änderung der Verwendung im Gelben Bereich:

| Präparat | | Menge | T | OP | KVP € |
|---|--|-------------------|--------|----------|-------------------------|
| L04 IMMUNSUPPRESSIVA | | | | | |
| L04AE01 Fingolimod | | | | | |
| RE2 | Fingolimod "neuraxpharm" 0,5 mg Hartkaps. | 7 Stk. 28 Stk. | – – | – (3) | 59,10 199,40 |
| <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> | | | | | |
| RE2 | Fingolimod "ratiopharm" 0,5 mg Hartkaps. | 7 Stk. 30 Stk. | – – | – (3) | 59,10 213,65 |
| <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> | | | | | |

| Präparat | | Menge | T | OP | KVP € |
|---|--|-------------------------|--------|----------|-------------------------------|
| RE2 | Fingolimod "Zentiva" 0,5 mg Hartkaps. | 7 Stk. 28 Stk. | – – | – (3) | 59,10 199,40 |
| <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>Überführung vom Dunkelgelben (RE1) in den Hellgelben Bereich (RE2) des EKO</p> | | | | | |
| J06 IMMUNSERA UND IMMUNGLOBULINE | | | | | |
| J06BA02 Immunglobuline, normal human, zur intravasalen Anwendung | | | | | |
| RE1 | Kiovig 100 mg/ml Inf.lsg. | 1 Stk. (2,5 g/25 ml) | – | – | 176,05 |
| RE1 | 100 mg/ml Inf.lsg. | 1 Stk. (5 g/50 ml) | – | – | 334,60 |
| RE1 | 100 mg/ml Inf.lsg. | 1 Stk. (10 g/100 ml) | – | – | 637,70 |
| RE1 | 100 mg/ml Inf.lsg. | 1 Stk. (20 g/200 ml) | – | – | 1.250,70 |
| <p>Substitutionstherapie bei gesicherter Diagnose eines primären Immundefizienzsyndroms 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>Harmonisierung des Regeltextes mit dem anderer Immunglobulin-Präparate</p> | | | | | |

Änderung der Packungsgröße im Grünen Bereich:

| Präparat | | Menge | T | OP | KVP € |
|---|--|---------|----|----|--------------|
| J01 ANTIBIOTIKA ZUR SYSTEMISCHEN ANWENDUNG | | | | | |
| J01EE03 Sulfametrol und Trimethoprim | | | | | |
| Lidaprim forte Filmtabl. | | 15 Stk. | T2 | – | 11,35 |
| | | 30 Stk. | T2 | – | 18,70 |
| Streichung der 10- und der 25-Stk.-Packung | | | | | |

| Präparat | Menge | T | OP | KVP € |
|---|---------|---|----|-------|
| N02 ANALGETIKA | | | | |
| N02AA01 Morphin | | | | |
| Mundidol retard 30 mg Filmtabl. | 30 Stk. | – | – | 19,45 |
| SG | | | | |
| Streichung der 10-Stk.-Packung | | | | |
| | | | | |
| R06 ANTIHISTAMINIKA ZUR SYSTEMISCHEN ANWENDUNG | | | | |
| R06AA11 Dimenhydrinat | | | | |
| Vertirosan 50 mg Drag. | 10 Stk. | – | – | 4,70 |
| Streichung der 40-Stk.-Packung | | | | |
| | | | | |
| R06AA61 Dimenhydrinat, Kombinationen | | | | |
| Vertirosan Vit. B ₆ Manteldrag. | 10 Stk. | – | – | 4,70 |
| Streichung der 40-Stk.-Packung | | | | |

Änderung der Bezeichnung im Grünen Bereich:

| Präparat | Menge | T | OP | KVP € |
|--|---------|---|-----|-------|
| C09 MITTEL MIT WIRKUNG AUF DAS RENIN-ANGIOTENSIN-SYSTEM | | | | |
| C09DB07 Candesartan und Amlodipin | | | | |
| Candesartan/Amlodipin "1A Pharma" 8 mg/5 mg Hartkaps. | 28 Stk. | – | (2) | 7,30 |
| vormals Candesartan/Amlodipin "Sandoz" 8 mg/5 mg Hartkaps. | | | | |
| Candesartan/Amlodipin "1A Pharma" 8 mg/10 mg Hartkaps. | 28 Stk. | – | (2) | 7,30 |
| vormals Candesartan/Amlodipin "Sandoz" 8 mg/10 mg Hartkaps. | | | | |
| Candesartan/Amlodipin "1A Pharma" 16 mg/5 mg Hartkaps. | 28 Stk. | – | (2) | 7,30 |
| vormals Candesartan/Amlodipin "Sandoz" 16 mg/5 mg Hartkaps. | | | | |
| Candesartan/Amlodipin "1A Pharma" 16 mg/10 mg Hartkaps. | 28 Stk. | – | (2) | 7,30 |
| vormals Candesartan/Amlodipin "Sandoz" 16 mg/10 mg Hartkaps. | | | | |

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
- 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
- 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

Medieninhaber, Herausgeber und Redaktion:

Österreichische Gesundheitskasse, Wienerbergstraße 15–19, 1100 Wien

www.gesundheitskasse.at/impressum

Satz- und Druckfehler vorbehalten.