



Neu im EKO

Änderungen im Erstattungskodex (EKO) ab Februar 2026

Informationsstand Februar 2026

Im Fokus: Erste Eltrombopag-Nachfolger im Grünen Bereich

Mit **Eltrombopag "Krka"**, **Eltrombopag "ratiopharm"** und **Eltrombopag "Viatris"** stehen ab Februar 2026 erstmals kostengünstige Nachfolger zu Revolade im Grünen Bereich des EKO zur Verfügung.

Im Gegensatz zum Erstanbieterpräparat, das im Dunkelgelben Bereich (RE1) des EKO gelistet ist und grundsätzlich der Bewilligungspflicht unterliegt, sind die neu aufgenommenen Eltrombopag-Nachfolgepräparate unter Einhaltung des Indikationstextes (IND) frei verschreibbar.

Somit vereinfacht sich die bedarfsgerechte Versorgung der Patientinnen und Patienten und die Behandlungskosten pro Packung können um bis zu rund 2.000 Euro reduziert werden.

ROT >> **GRÜN**

Aufnahme kostengünstiger Nachfolgepräparate in den Grünen Bereich:

Präparat	Menge	T	OP	KVP €	max. Kostenersparnis € pro Packung*
B02 ANTIHÄMORRHAGIKA					
B02BX05 Eltrombopag					
Eltrombopag "Krka" 25 mg Filmtabl.	14 Stk.	–	–	136,70	331,70 Erstanbieter in RE1
	28 Stk.	–	–	242,20	669,95 Erstanbieter in RE1
50 mg Filmtabl.	14 Stk.	–	–	242,20	669,95 Erstanbieter in RE1
	28 Stk.	–	–	468,40	1.331,25 Erstanbieter in RE1

* Vergleich zum Listenpreis des Erstanbieterpräparates in dosierungsäquivalenter Menge (Preisbasis der Berechnung: Februar 2026)

Präparat	Menge	T	OP	KVP €	max. Kostenersparnis € pro Packung*
Eltrombopag "Krka" 75 mg Filmtabl.	14 Stk.	–	–	363,30	992,65 Erstanbieter in RE1
	28 Stk.	–	–	690,30	1.996,90 Erstanbieter in RE1
IND: Bei PatientInnen mit therapierefraktärer chronischer immun-(idiopathischer) thrombozytopenischer Purpura (ITP), die splenektomiert sind bzw. für die eine Splenektomie kontraindiziert ist. Die Behandlung mit Eltrombopag sollte abgebrochen werden, wenn die Thrombozytenzahl nach 4-wöchiger Behandlung mit Eltrombopag in der höchsten täglichen Dosis von 75 mg nicht auf einen Wert steigt, der ausreichend hoch ist, um klinisch signifikante Blutungen zu vermeiden. Diagnosestellung, Therapieeinleitung, Dosisfindung (Titration) und regelmäßige Kontrollen durch entsprechende Fachabteilung bzw. -ambulanz; Weiterverordnung nur durch in der Verwendung von Eltrombopag ausreichend informierte ÄrztInnen.					
Eltrombopag "ratiopharm" 25 mg Filmtabl.	14 Stk.	T2	–	136,70	331,70 Erstanbieter in RE1
	28 Stk.	T2	–	242,20	669,95 Erstanbieter in RE1
50 mg Filmtabl.	14 Stk.	T2	–	242,20	669,95 Erstanbieter in RE1
	28 Stk.	T2	–	468,40	1.331,25 Erstanbieter in RE1
75 mg Filmtabl.	14 Stk.	–	–	363,30	992,65 Erstanbieter in RE1
	28 Stk.	–	–	690,30	1.996,90 Erstanbieter in RE1
IND: Bei PatientInnen mit therapierefraktärer chronischer immun-(idiopathischer) thrombozytopenischer Purpura (ITP), die splenektomiert sind bzw. für die eine Splenektomie kontraindiziert ist. Die Behandlung mit Eltrombopag sollte abgebrochen werden, wenn die Thrombozytenzahl nach 4-wöchiger Behandlung mit Eltrombopag in der höchsten täglichen Dosis von 75 mg nicht auf einen Wert steigt, der ausreichend hoch ist, um klinisch signifikante Blutungen zu vermeiden. Diagnosestellung, Therapieeinleitung, Dosisfindung (Titration) und regelmäßige Kontrollen durch entsprechende Fachabteilung bzw. -ambulanz; Weiterverordnung nur durch in der Verwendung von Eltrombopag ausreichend informierte ÄrztInnen.					
Eltrombopag "Viatris" 25 mg Filmtabl.	14 Stk.	–	–	136,70	331,70 Erstanbieter in RE1
	28 Stk.	–	–	242,20	669,95 Erstanbieter in RE1
50 mg Filmtabl.	14 Stk.	–	–	242,20	669,95 Erstanbieter in RE1
	28 Stk.	–	–	468,40	1.331,25 Erstanbieter in RE1
75 mg Filmtabl.	14 Stk.	–	–	363,30	992,65 Erstanbieter in RE1
	28 Stk.	–	–	690,30	1.996,90 Erstanbieter in RE1
IND: Bei PatientInnen mit therapierefraktärer chronischer immun-(idiopathischer) thrombozytopenischer Purpura (ITP), die splenektomiert sind bzw. für die eine Splenektomie kontraindiziert ist. Die Behandlung mit Eltrombopag sollte abgebrochen werden, wenn die Thrombozytenzahl nach 4-wöchiger Behandlung mit Eltrombopag in der höchsten täglichen Dosis von 75 mg nicht auf einen Wert steigt, der ausreichend hoch ist, um klinisch signifikante Blutungen zu vermeiden.					

Präparat	Menge	T	OP	KVP €	max. Kostenersparnis € pro Packung*
<i>Diagnosestellung, Therapieeinleitung, Dosisfindung (Titration) und regelmäßige Kontrollen durch entsprechende Fachabteilung bzw. -ambulanz; Weiterverordnung nur durch in der Verwendung von Eltrombopag ausreichend informierte ÄrztInnen.</i>					
Gemäß dem Ampelp Prinzip und aufgrund des Preisvorteils sind die kostengünstigen Nachfolgepräparate zu Revolade aus dem Grünen Bereich bevorzugt zu verordnen.					
L01 ANTINEOPLASTISCHE MITTEL					
L01EK01 Axitinib					
Axitinib "ratiopharm" 1 mg Filmtabl.	56 Stk.	–	–	115,60	871,55 Erstanbieter nicht im EKO
3 mg Filmtabl.	56 Stk.	–	–	294,80	2.603,30 Erstanbieter nicht im EKO
5 mg Filmtabl.	56 Stk.	–	–	474,75	4.334,30 Erstanbieter nicht im EKO
7 mg Filmtabl.	56 Stk.	–	–	601,95	6.118,00 Erstanbieter nicht im EKO
IND: Diagnose und Erstverordnung durch entsprechende Fachabteilung bzw. Zentrum, gegebenenfalls mit Vorlage eines Tumorboardbeschlusses. Eine zumindest einmalige dokumentierte Vorstellung der PatientInnen nach Erstdiagnose in einem Tumorboard ist erforderlich, diese ist innerhalb von 90 Tagen anzustreben. Regelmäßige Kontrolle durch entsprechende Fachabteilung bzw. Zentrum bzw. durch onkologisch spezialisierte FachärztInnen.					
Axitinib "ratiopharm" ist ein weiterer Nachfolger im Grünen Bereich mit immensem Preisvorteil zum nicht im EKO angeführten Inlyta.					
L04 IMMUNSUPPRESSIVA					
L04AX06 Pomalidomid					
Pomalidomid "Stada" 1 mg Hartkaps.	14 Stk.	–	–	291,40	4.034,85 Erstanbieter nicht im EKO
	21 Stk.	–	–	425,05	6.048,45 Erstanbieter nicht im EKO
2 mg Hartkaps.	14 Stk.	–	–	291,40	4.138,75 Erstanbieter nicht im EKO
	21 Stk.	–	–	425,05	6.204,30 Erstanbieter nicht im EKO
3 mg Hartkaps.	14 Stk.	–	–	291,40	4.651,30 Erstanbieter nicht im EKO
	21 Stk.	–	–	425,05	6.973,15 Erstanbieter nicht im EKO
4 mg Hartkaps.	14 Stk.	–	–	291,40	4.661,70 Erstanbieter nicht im EKO
	21 Stk.	–	–	425,05	6.988,75 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 "Stada" steht ein weiterer Nachfolger zu Imnovid im Grünen Bereich zur Verfügung. Die Nachfolgepräparate aus dem Grünen Bereich sind um mehrere tausend Euro günstiger als das nicht im EKO gelistete Imnovid.					

Präparat	Menge	T	OP	KVP €	max. Kostenersparnis € pro Packung*
N06 PSYCHOANALEPTIKA					
N06AX17 Milnacipran					
Milnacipran "Glenmark" 25 mg Hartkaps.	28 Stk.	–	–	5,00	Erstanbieter nicht mehr verfügbar
	56 Stk.	–	–	8,60	
50 mg Hartkaps.	28 Stk.	–	–	8,60	Erstanbieter nicht mehr verfügbar
	56 Stk.	–	–	14,30	
Das Referenzprodukt zu Milnacipran "Glenmark" ist das nicht mehr verfügbare Ixel.					

Aufnahme von Präparaten in den Grünen Bereich:

Präparat	Menge	T	OP	KVP €
S01 OPHTHALMIKA				
S01EC03 Dorzolamid				
Itoco 20 mg/ml Augentropf.	5 ml	–	(3)	8,70
Au				
Hinweis: 1 ml = 28 Tr.				
Itoco Augentropfen stellen eine konservierungsmittelfreie Alternative zu den Präparaten Dorzo-Vision, Dorlazept und Trusopt aus dem Grünen Bereich dar.				

ROT >> **GELB**

Aufnahme kostengünstiger Nachfolgepräparate in den Gelben Bereich:

Präparat	Menge	T	OP	KVP €	max. Kostenersparnis € pro Packung*
S01 OPHTHALMIKA					
S01EE03 Bimatoprost					
RE2 Iricryn 0,3 mg/ml Augentropf.	3 ml	–	(3)	10,10	6,90
Glaukom bei Konservierungsmittelallergie oder -unverträglichkeit					
Iricryn ist ein Nachfolgepräparat zu Lumigan 0,3 mg/ml Augentropf. Einzeldosen in einem Mehrdosenbehältnis.					

Aufnahme von Präparaten in den Gelben Bereich:

Präparat	Menge	T	OP	KVP €
L04 IMMUNSUPPRESSIVA				
L04AC16 Guselkumab				
RE2 Tremfya 100 mg Inj.lsg. Fertigpen (PushPen) (PM)	1 Stk.	–	–	1.848,05
Bei Erwachsenen mit				
1. 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 Behandlung mit Guselkumab darf nur bei PatientInnen fortgeführt werden, die innerhalb von 16 Behandlungswochen klinisch ansprechen.				

Präparat		Menge	T	OP	KVP €
2. aktiver und progressiver Psoriasis-Arthritis bei Versagen von mindestens einem DMARD (disease-modifying anti-rheumatic 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 Behandlung mit Guselkumab darf nur bei PatientInnen fortgeführt werden, die innerhalb von 24 Behandlungswochen klinisch ansprechen. 3. mittelschwerer bis schwerer aktiver Colitis ulcerosa bei Versagen, Unverträglichkeit oder Kontraindikation konventioneller Therapien. Erstverordnung und engmaschige Kontrollen durch GastroenterologInnen. Die Behandlung mit Guselkumab darf nur bei PatientInnen fortgeführt werden, die innerhalb von 24 Behandlungswochen klinisch ansprechen. 4. mittelschwerem bis schwerem aktivem Morbus Crohn bei Versagen, Unverträglichkeit oder Kontraindikation konventioneller Therapien. Erstverordnung und engmaschige Kontrollen durch GastroenterologInnen. Die Behandlung mit Guselkumab darf nur bei PatientInnen fortgeführt werden, die innerhalb von 24 Behandlungswochen klinisch ansprechen.					
RE2	Tremfya 200 mg Inj.lsg. Fertigpen (PM)	1 Stk.	–	–	1.848,05
RE2	200 mg Inj.lsg. Fertigspr. (PM)	1 Stk.	–	–	1.848,05
Bei Erwachsenen mit 1. mittelschwerer bis schwerer aktiver Colitis ulcerosa bei Versagen, Unverträglichkeit oder Kontraindikation konventioneller Therapien, wenn im Rahmen der Anbehandlung kein ausreichendes klinisches Ansprechen erzielt wurde. 2. mit mittelschwerem bis schwerem aktivem Morbus Crohn bei Versagen, Unverträglichkeit oder Kontraindikation konventioneller Therapien, wenn im Rahmen der Anbehandlung kein ausreichendes klinisches Ansprechen erzielt wurde. Erstverordnung und engmaschige Kontrollen durch GastroenterologInnen. Die Behandlung mit Guselkumab darf nur bei PatientInnen fortgeführt werden, die innerhalb von 24 Behandlungswochen klinisch ansprechen.					
RE2	200 mg Inj.lsg. Fertigpen (PM)	2 Stk.	–	–	3.671,40
RE2	200 mg Inj.lsg. Fertigspr. (PM)	2 Stk.	–	–	3.671,40
1. Zur subkutanen Anbehandlung bei Erwachsenen mit mittelschwerer bis schwerer aktiver Colitis ulcerosa bei Versagen, Unverträglichkeit oder Kontraindikation konventioneller Therapien. 2. Zur subkutanen Anbehandlung bei Erwachsenen mit mittelschwerem bis schwerem aktivem Morbus Crohn bei Versagen, Unverträglichkeit oder Kontraindikation konventioneller Therapien. Erstverordnung und engmaschige Kontrolle durch GastroenterologInnen.					
RE2	200 mg Konz. zur Herst. einer Inf.lsg. (PM)	1 Stk.	–	–	1.848,05
1. Zur intravenösen Anbehandlung bei Erwachsenen mit mittelschwerer bis schwerer aktiver Colitis ulcerosa bei Versagen, Unverträglichkeit oder Kontraindikation konventioneller Therapien. 2. Zur intravenösen Anbehandlung bei Erwachsenen mit mittelschwerem bis schwerem aktivem Morbus Crohn bei Versagen, Unverträglichkeit oder Kontraindikation konventioneller Therapien. Erstverordnung und engmaschige Kontrolle durch GastroenterologInnen.					
Ab Februar 2026 steht der Wirkstoff Guselkumab in weiteren Darreichungsformen, Dosierungen und Packungsgrößen im Gelben Bereich des EKO zur Verfügung. Die bisher im Dunkelgelben Bereich angeführten Guselkumab-Produkte werden mit angepasstem Regeltext in den Hellgelben Bereich überführt (siehe unter Änderung der Verwendung im Gelben Bereich).					

Folgende Präparate wurden aus dem EKO gestrichen:

Präparat	Menge	ATC-Code	Streichung mit
Aripiprazol "Aristo" 10 mg Tabl.	10 Stk. 30 Stk.	N05AX12	01.02.2026
Aripiprazol "Aristo" 15 mg Tabl.	10 Stk. 30 Stk.	N05AX12	01.02.2026
Atorvastatin "Aristo Pharma" 10 mg Filmtabl.	30 Stk.	C10AA05	01.02.2026

Präparat	Menge	ATC-Code	Streichung mit
Atorvastatin "Aristo Pharma" 40 mg Filmtabl.	30 Stk.	C10AA05	01.02.2026
Atorvastatin "Aristo Pharma" 80 mg Filmtabl.	30 Stk.	C10AA05	01.02.2026
Desloratadin "Aristo" 5 mg Filmtabl.	10 Stk. 30 Stk.	R06AX27	01.02.2026
Escitalopram "Grindeks" 5 mg Filmtabl.	14 Stk. 28 Stk.	N06AB10	01.02.2026
Escitalopram "Grindeks" 10 mg Filmtabl.	14 Stk. 28 Stk.	N06AB10	01.02.2026
Escitalopram "Grindeks" 20 mg Filmtabl.	14 Stk. 28 Stk.	N06AB10	01.02.2026
Fluctine 20 mg Kaps.	14 Stk. 28 Stk.	N06AB03	01.02.2026
Im Grünen Bereich des EKO sind mehrere Nachfolger mit dem Wirkstoff Fluoxetin gelistet.			
Galantamin "Aristo" 8 mg Retardkaps.	7 Stk. 28 Stk.	N06DA04	01.02.2026
Galantamin "Aristo" 16 mg Retardkaps.	28 Stk.	N06DA04	01.02.2026
Galantamin "Aristo" 24 mg Retardkaps.	28 Stk.	N06DA04	01.02.2026
Inflectra 100 mg Plv. für ein Konz. zur Herst. einer Inf.lsg.	1 Stk. 2 Stk. 3 Stk.	L04AB02	01.02.2026
Jazeta 25 mg Filmtabl.	28 Stk.	A10BH01	01.02.2026
Jazeta 50 mg Filmtabl.	28 Stk.	A10BH01	01.02.2026
Jazeta 100 mg Filmtabl.	28 Stk.	A10BH01	01.02.2026
Komboglyze 2,5 mg/850 mg Filmtabl.	56 Stk.	A10BD10	01.02.2026
Komboglyze 2,5 mg/1000 mg Filmtabl.	56 Stk.	A10BD10	01.02.2026
Levetiracetam "Aristo" 100 mg/ml Lsg. zum Einnehmen	300 ml	N03AX14	01.02.2026
Mirtazapin "Aristo" 30 mg Filmtabl.	30 Stk.	N06AX11	01.02.2026
Paroxetin "Aristo" 20 mg Filmtabl.	10 Stk. 30 Stk.	N06AB05	01.02.2026
Sitagliptin/Metforminhydrochlorid "Genericon" 50 mg/850 mg Filmtabl.	60 Stk.	A10BD07	01.02.2026
Sitagliptin/Metforminhydrochlorid "Genericon" 50 mg/1000 mg Filmtabl.	60 Stk.	A10BD07	01.02.2026
Telmisartan "+pharma" 40 mg Tabl.	30 Stk.	C09CA07	01.02.2026
Telmisartan "+pharma" 80 mg Tabl.	30 Stk.	C09CA07	01.02.2026
Tritace 1,25 mg Tabl.	28 Stk.	C09AA05	01.02.2026
Das Nachfolgepräparat Ramipril "1A Pharma" 1,25 mg Tabl. steht weiterhin frei verschreibbar im EKO zur Verfügung.			
Trospium "Aristo" 20 mg Filmtabl.	30 Stk. 60 Stk.	G04BD09	01.02.2026

Änderung der Verwendung im Grünen Bereich:

Präparat	Menge	T	OP	KVP €
L04 IMMUNSUPPRESSIVA				
L04AC05 Ustekinumab				
Steqeyma 45 mg Inj.lsg. Fertigspr.	1 Stk.	–	–	780,55
<i>IND: Diagnose, Erstverordnung und regelmäßige Kontrollen durch entsprechende Fachabteilung, -ambulanz bzw. FachärztInnen (Dermatologie, Rheumatologie, Pädiatrie).</i>				
90 mg Inj.lsg. Fertigspr.	1 Stk.	–	–	780,55
<i>IND: Diagnose, Erstverordnung und regelmäßige Kontrollen durch entsprechende Fachabteilung, -ambulanz bzw. FachärztInnen (Dermatologie, Rheumatologie, Gastroenterologie, Pädiatrie).</i>				
130 mg Inj.lsg. Konz. zur Herst. einer Inf.lsg.	1 Stk.	–	–	780,55
<i>IND: Zur Anbehandlung. Diagnose, Erstverordnung und regelmäßige Kontrollen durch entsprechende Fachabteilung, -ambulanz bzw. FachärztInnen (Gastroenterologie).</i>				
Wezenla 45 mg Inj.lsg. Fertigspr.	1 Stk.	–	–	780,55
<i>IND: Diagnose, Erstverordnung und regelmäßige Kontrollen durch entsprechende Fachabteilung, -ambulanz bzw. FachärztInnen (Dermatologie, Rheumatologie, Pädiatrie).</i>				
90 mg Inj.lsg. Fertigspr.	1 Stk.	–	–	780,55
<i>IND: Diagnose, Erstverordnung und regelmäßige Kontrollen durch entsprechende Fachabteilung, -ambulanz bzw. FachärztInnen (Dermatologie, Rheumatologie, Gastroenterologie, Pädiatrie).</i>				
130 mg Inj.lsg. Konz. zur Herst. einer Inf.lsg.	1 Stk.	–	–	780,55
<i>IND: Zur Anbehandlung. Diagnose, Erstverordnung und regelmäßige Kontrollen durch entsprechende Fachabteilung, -ambulanz bzw. FachärztInnen (Gastroenterologie).</i>				
Überführung vom Hellgelben in den Grünen Bereich und Vereinfachung der Regeltexte				

Änderung der Verwendung im Gelben Bereich:

Präparat	Menge	T	OP	KVP €
J06 IMMUNSERA UND IMMUNGLOBULINE				
J06BA02 Immunglobuline, normal human, zur intravasalen Anwendung				
RE1 IgVena 50g/l Inf.lsg. (1 g/20 ml)	1 Stk.	–	–	78,75
RE1 (2,5 g/50 ml)	1 Stk.	–	–	176,05
RE1 (5 g/100 ml)	1 Stk.	–	–	334,60
RE1 (10 g/200 ml)	1 Stk.	–	–	637,70
Substitutionstherapie bei gesicherter Diagnose eines primären Immunmangelsyndroms mit eingeschränkter Antikörperbildung sowie bei sekundären Immundefekten oder zur Immunmodulation im ausführlich begründeten Einzelfall. Bei langfristiger Immunglobulintherapie sollten Versuche unternommen werden, die verabreichte Dosis zu reduzieren und/oder das Dosierungsintervall auszudehnen. Erstverordnung und regelmäßige Kontrolle durch in der Behandlung mit Immunglobulinen erfahrene ÄrztInnen oder Zentren.				
Harmonisierung des Regeltextes mit dem anderer Immunglobulin-Präparate				

Präparat		Menge	T	OP	KVP €
L01 ANTINEOPLASTISCHE MITTEL					
L01EL02 Acalabrutinib					
RE1	Calquence 100 mg Filmtabl. (PM)	60 Stk.	–	–	5.365,15
1. Zur Monotherapie oder zur Kombinationstherapie mit Venetoclax mit oder ohne Obinutuzumab bei Erwachsenen mit nicht vorbehandelter chronisch lymphatischer Leukämie (CLL). 2. Zur Monotherapie bei Erwachsenen mit rezidivierender oder refraktärer CLL. 3. Zur Kombinationstherapie mit Bendamustin-Rituximab bei Erwachsenen mit nicht vorbehandeltem Mantelzell-Lymphom (MCL), die nicht für eine autologe Stammzellentransplantation (ASCT) geeignet sind. 4. Zur Monotherapie bei Erwachsenen mit rezidiviertem oder refraktärem MCL, die zuvor nicht mit einem Bruton-Tyrosinkinase (BTK)-Inhibitor behandelt wurden. Diagnose und Erstverordnung durch entsprechende Fachabteilung bzw. Zentrum, mittels Tumorboard. Regelmäßige Kontrolle durch entsprechende Fachabteilung bzw. Zentrum bzw. durch (Hämato-)OnkologInnen. Aktualisierung des Regeltextes zur bisherigen Indikation chronisch lymphatische Leukämie und Indikationserweiterung um das Mantelzell-Lymphom					
L02 ENDOKRINE THERAPIE					
L02BB06 Darolutamid					
RE1	Nubeqa 300 mg Filmtabl. (PM)	112 Stk.	–	(2)	2.951,90
In Kombination mit einem GnRH-Analogon mit oder ohne Docetaxel bei metastasiertem hormonsensitiven Prostatakarzinom bei • Vorliegen von Knochenmetastasen in der Knochenszintigraphie, wobei im Falle einer einzelnen Läsion diese via CT/MRT zu bestätigen ist oder Vorliegen von viszerale Metastasen (via CT/MRI entsprechend RECIST 1.1-Kriterien gemessen; ausgeschlossen isolierter Lymphknotenbefall) und • Vorbehandlung mit einer Androgendeprivationstherapie bis maximal 3 Monate ab Diagnosestellung der Fernmetastasen. In Kombination mit einem GnRH-Analogon bei nicht metastasiertem kastrationsresistenten Hochrisiko-Prostatakarzinom • ohne nachweisbare Metastasen im CT/MRT und in der Knochenszintigraphie und • bei einer Verdopplungszeit des Serum-PSA kleiner gleich 10 Monate. Diagnose und Erstverordnung durch entsprechende Fachabteilung bzw. Zentrum, gegebenenfalls mit Vorlage eines Tumorboardbeschlusses. Eine zumindest einmalige dokumentierte Vorstellung der Patienten nach Erstdiagnose in einem Tumorboard ist erforderlich, diese ist innerhalb von 90 Tagen anzustreben. Regelmäßige Kontrolle durch entsprechende Fachabteilung bzw. Zentrum bzw. durch onkologisch spezialisierte FachärztInnen. Eine Kastrationsresistenz liegt vor bei: • einer PSA- oder radiographischen Progression und • Versagen der Androgendeprivationstherapie (GnRH-Analogon oder -Antagonist mit ATC-Code L02AE oder L02BX02 alleine oder jeweils in Kombination mit einem Antiandrogen mit ATC-Code L02BB03) bzw. nach Entzug des Antiandrogens und • einem Serum-Testosteronwert im Kastrationsbereich (kleiner 50 ng/dl). Aktualisierung der Regel betreffend die Behandlung des metastasierten hormonsensitiven Prostatakarzinoms sowie betreffend Tumorboardbeschluss					

Präparat		Menge	T	OP	KVP €
L04 IMMUNSUPPRESSIVA					
L04AC16 Guselkumab					
RE2	Tremfya 100 mg Inj.lsg. Fertigpen (OnePress) (PM)	1 Stk.	–	–	1.848,05
RE2	100 mg Inj.lsg. Fertigspr. (PM)	1 Stk.	–	–	1.848,05
Bei Erwachsenen mit 1. 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 Behandlung mit Guselkumab darf nur bei PatientInnen fortgeführt werden, die innerhalb von 16 Behandlungswochen klinisch ansprechen. 2. aktiver und progressiver Psoriasis-Arthritis bei Versagen von mindestens einem DMARD (disease-modifying anti-rheumatic 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 Behandlung mit Guselkumab darf nur bei PatientInnen fortgeführt werden, die innerhalb von 24 Behandlungswochen klinisch ansprechen. 3. mittelschwerer bis schwerer aktiver Colitis ulcerosa bei Versagen, Unverträglichkeit oder Kontraindikation konventioneller Therapien. Erstverordnung und engmaschige Kontrollen durch GastroenterologInnen. Die Behandlung mit Guselkumab darf nur bei PatientInnen fortgeführt werden, die innerhalb von 24 Behandlungswochen klinisch ansprechen. 4. mittelschwerem bis schwerem aktivem Morbus Crohn bei Versagen, Unverträglichkeit oder Kontraindikation konventioneller Therapien. Erstverordnung und engmaschige Kontrollen durch GastroenterologInnen. Die Behandlung mit Guselkumab darf nur bei PatientInnen fortgeführt werden, die innerhalb von 24 Behandlungswochen klinisch ansprechen. Überführung vom Dunkelgelben in den Hellgelben Bereich und Anpassung des Regeltextes an den des neu in den Hellgelben Bereich aufgenommenen PushPens					
N07 ANDERE MITTEL FÜR DAS NERVENSYSTEM					
N07XX08 Tafamidis					
RE1 L6	Vyndaqel 20 mg Weichkaps.	30 Stk.	–	–	5.946,95
Zur Behandlung von Polyneuropathie im Stadium 1 bei erwachsenen PatientInnen mit Transthyretin-Amyloidose (ATTR). Diagnose, Erstverordnung und regelmäßige Kontrollen durch ein spezialisiertes Zentrum. Die Liste in Frage kommender Einrichtungen wird vom Dachverband erstellt und unter www.sozialversicherung.at/erstattungskodex_hATTR-PN publiziert. Tafamidis darf nicht mit anderen spezifischen Arzneimitteln zur Behandlung der Transthyretin-Amyloidose (z.B. TTR-Stabilisatoren, TTR-Gen-Silencer) kombiniert werden. Tafamidis eignet sich für eine chef(kontroll)ärztliche Langzeitbewilligung für 6 Monate (L6). Angabe von Wirkstoffklassen, die nicht mit Tafamidis kombiniert werden dürfen, Möglichkeit der Langzeitbewilligung (L6) und Wegfall der Befristung					
RE1 L6	61 mg Weichkaps. (PM)	30 Stk.	–	–	7.297,65
Zur Behandlung der Wildtyp- oder hereditären Transthyretin-Amyloidose mit Kardiomyopathie (ATTR-CM) im Stadium NYHA I bis III mit Dokumentation erhöhter NT-proBNP-Werte. Verifizierung der Diagnose durch positive Knochenszintigraphie (Perugini Grad 2–3) in Kombination mit amyloidotypischem Befund in der kardialen MRT sowie Ausschluss monoklonaler freier Leichtketten in Serum und Urin mittels Serum- und Urin-Immunofixationselektrophorese. Im Fall eines unklaren/unsicheren Szintigraphiebefundes (Perugini Grad 1) oder/und keines eindeutigen Ausschlusses der AL-Amyloidose (Nachweis freier Leichtketten in Serum und Urin) oder/und eines nicht eindeutigen Befundes in der kardialen MRT sind eine Myokardbiopsie und der histologische Nachweis von ATTR notwendig.					

Präparat	Menge	T	OP	KVP €
Eine Genotypisierung des Transthyretins mittels validierter Testmethode zur Charakterisierung als Wildtyp oder hereditär wird empfohlen. Dokumentation von NYHA Stadium, NT-proBNP, Herzinsuffizienz-bedingten Hospitalisationen und Diuretika-Verbrauch vor Therapiebeginn und regelmäßig während der Behandlung mit Tafamidis (zumindest alle 6 Monate) sowie von transthorakaler Echokardiographie und ggf. kardialem MRT (zumindest alle 12 Monate). Regelmäßige Überprüfung des Behandlungserfolges. Keine Fortsetzung der Behandlung bei - o substanzieller klinischer Verschlechterung (z.B. rezidivierende Hospitalisationen aufgrund kardialer Dekompensation; sinkende Leistungsfähigkeit in Kombination mit NT-proBNP-Anstieg und erhöhtem Diuretika-Verbrauch) ODER - o NYHA IV für einen Zeitraum von zumindest 3 Monaten. Der Patient/die Patientin ist vor Behandlungsbeginn über den Inhalt dieses EKO-Verwendungstextes nachweislich aufzuklären. Tafamidis darf nicht mit anderen spezifischen Arzneimitteln zur Behandlung der Transthyretin-Amyloidose (z.B. TTR-Stabilisatoren, TTR-Gen-Silencer) kombiniert werden. Hinweis: Es ist sinnvoll, auf gravierende Komorbiditäten und die Gesamtprognose bei der Indikationsstellung Bedacht zu nehmen. 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 ATTR-CM publiziert. Tafamidis eignet sich für eine chef(kontroll)ärztliche Langzeitbewilligung für 6 Monate (L6). Dokumentationswegfall des 6-Minuten-Gehtests, Angabe von Wirkstoffklassen, die nicht mit Tafamidis kombiniert werden dürfen, Aktualisierung des Hinweises, Möglichkeit der Langzeitbewilligung (L6) und Wegfall der Befristung				

Änderung der Packungsgröße im Grünen Bereich:

Präparat	Menge	T	OP	KVP €
A02 MITTEL BEI SÄURE BEDINGTEN ERKRANKUNGEN				
A02BA01 Cimetidin				
Cimetidin "Genericon" 800 mg Filmtabl.	30 Stk.	–	–	13,70
Streichung der 10-Stk.-Packung				
G04 UROLOGIKA				
G04CA02 Tamsulosin				
Tamsulosin "Krka" 0,4 mg Retardtabl.	30 Stk.	–	(2)	5,65
U				
Streichung der 10-Stk.-Packung				
M01 ANTIPHLOGISTIKA UND ANTIRHEUMATIKA				
M01AG01 Mefenaminsäure				
Mefenam 500 mg Filmtabl.	10 Stk.	T2	(2)	1,35
	30 Stk.	T2	–	2,90
Streichung der 60-Stk.-Packung				

Präparat	Menge	T	OP	KVP €
N02 ANALGETIKA				
N02AA01 Morphin				
Mundidol retard 60 mg Filmtabl.	30 Stk.	–	–	31,25
SG				
<i>Hinweis: Morphinsulfat-pentahydrat 0,06 entspr. 0,045 Morphin</i>				
Streichung der 10-Stk.-Packung				

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
- Au.....Fachgruppen-Bestimmung: Fachärztin/Facharzt für Augenheilkunde
- 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
- TTeilbarkeit
- T2in zwei dosisgleiche Teile teilbar
- UFachgruppen-Bestimmung: Fachärztin/Facharzt für Urologie

Medieninhaber, Herausgeber und Redaktion:

Österreichische Gesundheitskasse, Wienerbergstraße 15–19, 1100 Wien

www.gesundheitskasse.at/impressum

Satz- und Druckfehler vorbehalten.