

Österreichische Gesundheitskasse

Neu im EKO

Änderungen im Erstattungskodex (EKO) ab November 2026

Informationsstand November 2026

Im Fokus: Erste Perampanel-Nachfolger im Grünen Bereich

Mit November 2026 werden mit **Fypalan** und **Perampanel "ratiopharm"** erstmals kostengünstige Nachfolgepräparate zu Fycompa in den Grünen Bereich des EKO aufgenommen. Im Gegensatz zum Erstanbieterpräparat, das im Dunkelgelben Bereich des EKO gelistet ist und der Bewilligungspflicht unterliegt, sind die Nachfolger unter Einhaltung der Fachgruppen-Bestimmung (N) frei verschreibbar.
Gemäß dem Ampelprinzip (Grün vor Gelb vor Rot) und aufgrund des Preisvorteils sollte ein Nachfolgepräparat aus dem Grünen Bereich insbesondere bei Neueinstellungen bevorzugt verordnet werden.

ROT >> GRÜN

Aufnahme kostengünstiger Nachfolgepräparate in den Grünen Bereich:

Präparat	Menge	T	OP	KVP €	max. Kostenersparnis € pro Packung*
L04 IMMUNSUPPRESSIVA					
L04AA32 Apremilast					
Apremilast "+pharma" 10 mg, 20 mg, 30 mg Filmtabl. Starterpackung	27 Stk.	–	–	71,65	**161,35** **Erstanbieter in RE1**
IND: *Zur Anbehandlung.* *Diagnose, Erstverordnung und regelmäßige Kontrollen durch entsprechende Fachabteilung, -ambulanz bzw. FachärztInnen (Rheumatologie, Dermatologie).*					

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

Präparat	Menge	T	OP	KVP €	max. Kostenersparnis € pro Packung*
Apremilast "+pharma" 30 mg Filmtabl.	56 Stk.	–	(3)	134,55	**332,80** Erstanbieter in RE1
IND: *Diagnose, Erstverordnung und regelmäßige Kontrollen durch entsprechende Fachabteilung, -ambulanz bzw. FachärztInnen (Rheumatologie, Dermatologie).*					
Apremilast "+pharma" ist ein weiteres kostengünstiges Nachfolgepräparat zum bewilligungspflichtigen (RE1) Otezla.					
L04AB04 Adalimumab					
Yuflyma 80 mg Inj.lsg. Fertigpen	1 Stk.	–	–	180,20	**431,25** Wirkstoffstärke beim Erstanbieter nicht im EKO
IND: *Nur zur Anbehandlung.* *Diagnose, Erstverordnung und regelmäßige Kontrollen durch entsprechende Fachabteilung, -ambulanz bzw. FachärztInnen (Rheumatologie, Dermatologie, Gastroenterologie, Ophthalmologie, Pädiatrie).*					
Mit Yuflyma steht ein weiterer Humira-Nachfolger in der Wirkstoffstärke 80 mg im Grünen Bereich des EKO zur Verfügung.					
M05 MITTEL ZUR BEHANDLUNG VON KNOCHENERKRANKUNGEN					
M05BX04 Denosumab					
Obodence 60 mg Inj.lsg. Fertigspr.	1 Stk.	–	–	58,30	**6,70**
IND: *Behandlung der Osteoporose, wenn ein hohes 10-Jahres-Frakturrisiko gemäß Fracture Risk Assessment Tool (FRAX) besteht oder nach osteoporotischer Fraktur und wenn eine Therapie mit Bisphosphonaten (ATC-Code M05BA, welche zur Therapie der Osteoporose zugelassen sind) nicht angezeigt ist.* *Therapiehinweis: Nach Absetzen von Denosumab ist mit einer Abnahme der Knochendichte zu rechnen, was zu einem erhöhten Frakturrisiko führen kann, weshalb auf die Einleitung einer antiresorptiven Anschlusstherapie zu achten ist.*					
Obodence ist ein Nachfolger zu Prolia.					
Xbryk 120 mg Inj.lsg.	1 Stk.	–	(2)	141,70	**0,25**
IND: *osteolytische Knochenprozesse neoplastischer Genese*					
Xbryk ist ein weiterer Nachfolger zu Xgeva.					
N03 ANTIEPILEPTIKA					
N03AX22 Perampanel					
Fypalan 2 mg Filmtabl.	7 Stk.	–	(2)	7,50	**20,10** Erstanbieter in RE1
4 mg Filmtabl.	7 Stk.	–	(2)	7,50	**24,25** Erstanbieter in RE1
	30 Stk.	–	(3)	29,55	**88,62** Erstanbieter in RE1
6 mg Filmtabl.	30 Stk.	–	(3)	29,55	**94,37** Erstanbieter in RE1
8 mg Filmtabl.	30 Stk.	–	(3)	29,55	**95,42** Erstanbieter in RE1
10 mg Filmtabl.	30 Stk.	–	(3)	29,55	**95,42** Erstanbieter in RE1

Präparat	Menge	T	OP	KVP €	max. Kostenersparnis € pro Packung*
Fypalan 12 mg Filmtabl.	30 Stk.	–	(3)	29,55	**95,42** Erstanbieter in RE1
N					
Perampanel "ratiopharm" 2 mg Filmtabl.	7 Stk.	–	(2)	7,50	**20,10** Erstanbieter in RE1
4 mg Filmtabl.	7 Stk.	–	(2)	7,50	**24,25** Erstanbieter in RE1
	30 Stk.	–	(3)	29,55	**88,62** Erstanbieter in RE1
6 mg Filmtabl.	30 Stk.	–	(3)	29,55	**94,37** Erstanbieter in RE1
8 mg Filmtabl.	30 Stk.	–	(3)	29,55	**95,42** Erstanbieter in RE1
10 mg Filmtabl.	30 Stk.	–	(3)	29,55	**95,42** Erstanbieter in RE1
12 mg Filmtabl.	30 Stk.	–	(3)	29,55	**95,42** Erstanbieter in RE1
N					
Fypalan und Perampanel "ratiopharm" sind die ersten Nachfolgepräparate zu Fycompa im Grünen Bereich des EKO.					
N05 PSYCHOLEPTIKA					
N05AX13 Paliperidon					
Paliperidon "Genericon" 25 mg Depot-Inj.susp. Fertigspr.	1 Stk.	–	–	31,95	**65,10**
50 mg Depot-Inj.susp. Fertigspr.	1 Stk.	–	–	61,90	**103,75**
75 mg Depot-Inj.susp. Fertigspr.	1 Stk.	–	–	87,60	**127,05**
100 mg Depot-Inj.susp. Fertigspr.	1 Stk.	–	–	116,80	**142,45**
150 mg Depot-Inj.susp. Fertigspr.	1 Stk.	–	–	162,40	**178,25**
IND: *Verwendung laut Fachinformation, wenn eine perorale Therapie nicht angezeigt oder zweckmäßig ist.*					
Paliperidon "Genericon" ist ein weiterer kostengünstiger Nachfolger zu Xeplion.					
R03 MITTEL BEI OBSTRUKTIVEN ATEMWEGSERKRANKUNGEN					
R03DX05 Omalizumab					
Omlyclo 300 mg Inj.lsg. Fertigpen	1 Stk.	–	(3)	313,05	**300,25** Wirkstoffstärke beim Erstanbieter nicht im EKO
IND: *Diagnose, Erstverordnung und regelmäßige Kontrollen durch entsprechende Fachabteilung, -ambulanz bzw. FachärztInnen (Pulmologie, Dermatologie, Hals-, Nasen- und Ohrenheilkunde, Spezialisierung in Allergologie).*					
Ab November 2026 steht das erste Nachfolgepräparat zu Xolair auch in der Wirkstoffstärke 300 mg als Fertigpen im Grünen Bereich zur Verfügung.					

Präparat	Menge	T	OP	KVP €	max. Kostenersparnis € pro Packung*
S01 OPHTHALMIKA					
S01EC04 Brinzolamid					
Brinzo-Vision sine 10 mg/ml Augentropf.susp.	5 ml	–	(3)	9,15	**Konservierungsmittelfreie Zubereitung beim Erstanbieter nicht vorhanden**
Au					
Hinweis: 1 ml = 33 Tr.					
Das Referenzprodukt zu Brinzo-Vision sine ist Azopt.					

ROT >> GELB

Aufnahme kostengünstiger Nachfolgepräparate in den Gelben Bereich:

	Präparat	Menge	T	OP	KVP €	max. Kostenersparnis € pro Packung*
C02 ANTIHYPERTENSIVA						
C02KX Antihypertensiva zur Behandlung der pulmonalen arteriellen Hypertonie						
RE1 L12	**Tadalafil "Bluefish" 20 mg Filmtabl.**	56 Stk.	–	(3)	135,70	**281,70**
Bei pulmonal arterieller Hypertension nach Durchführung einer kompletten invasiven hämodynamischen Messung inklusive eines akuten Vasoreaktivitätstests. Diagnose, Erstverordnung und engmaschige Kontrolle durch entsprechende Fachabteilungen und Zentren. Tadalafil eignet sich für eine chef(kontroll)ärztliche Langzeitbewilligung für 12 Monate (L12).						
Tadalafil "Bluefish" ist ein weiteres Nachfolgepräparat zu Adcirca, von dem erstmals bis zu drei Packungen auf einem Rezept verordnet werden können und für das eine Langzeitbewilligung eingeholt werden kann.						

Aufnahme von Präparaten in den Gelben Bereich:

	Präparat	Menge	T	OP	KVP €
A06 MITTEL GEGEN OBSTIPATION					
A06AH05 Naldemedin					
RE2	**Rizmoic 200 mcg Filmtabl.**	10 Stk. 30 Stk.	– –	– (3)	**22,40** **63,65**
Zur Behandlung der Opioid-induzierten Obstipation bei unzureichendem Ansprechen auf zumindest zwei laxative Therapien aus dem Grünen Bereich. Die Behandlung ist auf die Dauer der Opioid-Therapie und des Auftretens der Opioid-induzierten Obstipation zu begrenzen. Bei Nichtansprechen nach 4 Behandlungswochen ist die Therapie mit Naldemedin zu beenden.					
B06 ANDERE HÄMATOLOGIKA					
B06AC09 Donidalorsen					
RE1	**Dawnzera 80 mg Inj.lsg. Fertigpen** (PM)	1 Stk.	–	–	**20.758,35**
Zur Prophylaxe bei PatientInnen ab 12 Jahren mit häufigen schweren Attacken eines diagnostisch gesicherten hereditären Angioödems (HAE) mit C1-Esterase-Inhibitor-Mangel, wenn mit wiederholten Akutbehandlungen nicht das Auslangen gefunden werden kann.					

Präparat		Menge	T	OP	KVP €
Keine Kombination mit anderen HAE-Prophylaktika, ausgenommen Androgene oder Tranexamsäure. Diagnosestellung, Erstverordnung, Überwachung und regelmäßige Kontrollen durch ein spezialisiertes Zentrum durch ÄrztInnen mit Erfahrung in der Behandlung des HAE. Die Liste der für die Erstverordnung in Frage kommenden Einrichtungen wird vom Dachverband erstellt und unter www.sozialversicherung.at/erstattungskodex_hae publiziert. Bei der Erstverordnung ist ein entsprechender Nachweis über die PatientInnen-Einschulung zu erbringen.					
C10 MITTEL, DIE DEN LIPIDSTOFFWECHSEL BEEINFLUSSEN					
C10AX Andere Mittel, die den Lipidstoffwechsel beeinflussen					
RE1	**Tryngolza 80 mg Inj.lsg. Fertigpen** (PM)	1 Stk.	–	–	**23.734,00**
Bei erwachsenen PatientInnen ergänzend zu einer Diät zur Behandlung des genetisch bestätigten familiären Chylomikronämie-Syndroms (FCS): – bestätigt durch die Dokumentation homozygoter, compound heterozygoter oder doppelt heterozygoter Funktionsverlustmutationen in FCS-verursachenden Genen (LPL, APOC2, APOA5, GPIHBP1, GPD1 oder LMF1) UND – Nüchterntriglyceridspiegel größer/gleich 880 mg/dl (9,9 mmol/l) Die Einhaltung einer extrem fettarmen Diät (Ziel kleiner 10–15 kcal % Fett) ist durch einen ernährungsmedizinischen Dienst oder eine entsprechende Spezialambulanz zu begleiten. Die Behandlung mit Olezarsen kann nur fortgesetzt werden, wenn bei einer Laborkontrolle 3 Monate nach Behandlungsbeginn eine Reduktion des Nüchterntriglyceridspiegels um zumindest 25 % gegenüber dem Ausgangswert erreicht wurde. Diagnose, Erstverordnung und jährliche Therapiekontrolle durch entsprechende Fachabteilung bzw. Zentrum. Die Liste der in Frage kommenden Einrichtungen wird vom Dachverband erstellt und unter www.sozialversicherung.at/erstattungskodex_FCS publiziert. Die Aufnahme ist befristet und endet mit 31.12.2029.					
L04 IMMUNSUPPRESSIVA					
L04AG11 Anifrolumab					
RE1 L6	**Saphnelo 120 mg Inj.lsg. Fertigpen** (PM)	4 Stk.	–	–	**939,95**
Bei Erwachsenen mit moderatem bis schwerem, aktivem Autoantikörper-positivem systemischem Lupus erythematodes (SLE), der mit einer Standardtherapie nicht ausreichend kontrollierbar ist. Fortsetzung der Therapie nur, wenn sich eine Verbesserung der Krankheitsaktivität nach 52 Therapiewochen gezeigt hat. Erstverordnung und engmaschige Kontrollen durch entsprechende Fachabteilung bzw. -ambulanz oder FachärztInnen mit Erfahrung in der Behandlung des SLE. Anifrolumab eignet sich für eine chef(kontroll)ärztliche Langzeitbewilligung für 6 Monate (L6).					
L04AJ06 Zilucoplan					
RE1	**Zilbrysq 16,6 mg Inj.lsg. Fertigpen** (PM)	7 Stk. 28 Stk.	– –	– –	**3.436,25** **13.670,95**
RE1	**23 mg Inj.lsg. Fertigpen** (PM)	7 Stk. 28 Stk.	– –	– –	**4.433,15** **17.658,65**
RE1	**32,4 mg Inj.lsg. Fertigpen** (PM)	7 Stk. 28 Stk.	– –	– –	**5.694,10** **22.702,40**
– 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					

Präparat	Menge	T	OP	KVP €
6 Punkte und mit wiederholtem QMG-Score größer/gleich 12 Punkte (und mindestens ein Score von 2 in mindestens 4 Items) 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 Zilucoplan darf nach 4 Wochen nur fortgesetzt werden, wenn im Vergleich zum Ausgangswert vor Therapiebeginn eine Verbesserung im MG-ADL-Score um zumindest 6 Punkte erreicht wird ODER wenn eine Verbesserung im MG-ADL-Score um zumindest 4 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, QMG-Score und MG-QoL15r hat wiederholt vor Therapiebeginn und danach regelmäßig zu erfolgen. – Keine Kostenübernahme für eine Kombination mit Neonatales Fragment kristallisierbarer Rezeptor (FcRn)-Inhibitoren. – 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.				
Die Fertigpens ersetzen die bisher verfügbaren Zilbrysq Fertigspritzen (siehe auch Streichungen aus dem EKO).				

Folgende Präparate wurden aus dem EKO gestrichen:

Präparat	Menge	ATC-Code	Streichung mit
Acetolyt Gran.	300 g	V03AE	01.11.2026
Claversal 250 mg Zäpf.	15 Stk.	A07EC02	01.11.2026
Clozapin "Accord" 25 mg Tabl.	14 Stk. 30 Stk.	N05AH02	01.11.2026
Clozapin "Accord" 100 mg Tabl.	30 Stk. 60 Stk.	N05AH02	01.11.2026
Jamesi 50 mg/1000 mg Filmtabl.	56 Stk.	A10BD07	01.11.2026
Lasix retard 60 mg Kaps.	20 Stk.	C03CA01	01.11.2026
Mytolac 60 mg Inj.lsg. Fertigspr.	1 Stk.	H01CB03	01.11.2026
Mytolac 90 mg Inj.lsg. Fertigspr.	1 Stk.	H01CB03	01.11.2026
Mytolac 120 mg Inj.lsg. Fertigspr.	1 Stk.	H01CB03	01.11.2026
NovoEight 250 IE Plv. und Lsgm. zur Herst. einer Inj.lsg.	1 Stk.	B02BD02	01.11.2026
NovoEight 500 IE Plv. und Lsgm. zur Herst. einer Inj.lsg.	1 Stk.	B02BD02	01.11.2026
NovoEight 1000 IE Plv. und Lsgm. zur Herst. einer Inj.lsg.	1 Stk.	B02BD02	01.11.2026
NovoEight 2000 IE Plv. und Lsgm. zur Herst. einer Inj.lsg.	1 Stk.	B02BD02	01.11.2026
NovoEight 3000 IE Plv. und Lsgm. zur Herst. einer Inj.lsg.	1 Stk.	B02BD02	01.11.2026

Präparat	Menge	ATC-Code	Streichung mit
Panchol 20 mg Tabl.	30 Stk.	C10AA03	01.11.2026
Panchol 40 mg Tabl.	30 Stk.	C10AA03	01.11.2026
Sorafenib "Bluefish" 200 mg Filmtabl.	112 Stk.	L01EX02	01.11.2026
Tannosynt flüssig Badekonzentrat	100 g	D04AX	01.11.2026
Tannosynt Lotio	100 g	D04AX	01.11.2026
Tramastad 50 mg Kaps.	10 Stk. 30 Stk.	N02AX02	01.11.2026
Viramune 200 mg Tabl.	14 Stk. 60 Stk.	J05AG01	01.11.2026
Viramune 400 mg Retardtabl.	30 Stk.	J05AG01	01.11.2026
Zilbrysq 16,6 mg Inj.lsg. in einer Fertigspr.	7 Stk. 28 Stk.	L04AJ06	01.11.2026
Zilbrysq 23 mg Inj.lsg. in einer Fertigspr.	7 Stk. 28 Stk.	L04AJ06	01.11.2026
Zilbrysq 32,4 mg Inj.lsg. in einer Fertigspr.	7 Stk. 28 Stk.	L04AJ06	01.11.2026
Mit November 2026 wird Zilbrysq in der Darreichungsform Fertigpen in den Gelben Bereich aufgenommen (siehe Aufnahme von Präparaten in den Gelben Bereich).			

Änderung der Verwendung im Gelben Bereich:

Präparat		Menge	T	OP	KVP €
H05 CALCIUMHOMÖOSTASE					
H05AA02 Teriparatid					
RE2	**Terrosa 20 mcg/0,08 ml Inj.lsg.**	1 Stk.	–	(3)	**133,50**
– Als Erstlinientherapie bei Erwachsenen mit manifester Osteoporose (bei postmenopausaler Osteoporose oder Osteoporose bei Männern), wenn ein sehr hohes 10-Jahres-Frakturrisiko gemäß Fracture Risk Assessment Tool (FRAX) besteht UND • eine stattgehabte major osteoporotic fracture [MOF] (hüftnahe Fraktur, klinisch vertebrale Fraktur, Unterarmfraktur, Humerusfraktur) in den letzten 24 Monaten aufgetreten ist ODER • mehr als 2 MOF unabhängig vom Zeitpunkt des Auftretens aufgetreten sind. – Bei Erwachsenen mit manifester Osteoporose (postmenopausale Osteoporose, Osteoporose bei Männern, Glucocorticoid induzierte Osteoporose), wenn trotz adäquat geführter, mehr als zwei Jahre währender, antiresorptiver Therapie MOF auftreten. Nicht in Kombination mit anderen Medikamenten zur Behandlung der Osteoporose außer Calcium und/oder Vitamin D. Indikationsstellung, Erstverordnung und regelmäßige Kontrollen durch eine Osteoporose-Ambulanz oder FachärztInnen mit einschlägiger Erfahrung in der Osteoporose-Behandlung. Die maximale Therapiedauer beträgt 24 Monate. Eine antiresorptive Anschlussbehandlung ist erforderlich.					
Hinweis: 2,4 ml (28 ED)					
RE2	**Terrosa 20 mcg/0,08 ml Inj.lsg.**	1 Pkg.	–	–	**133,50**
– Als Erstlinientherapie bei Erwachsenen mit manifester Osteoporose (bei postmenopausaler Osteoporose oder Osteoporose bei Männern), wenn ein sehr hohes 10-Jahres-Frakturrisiko gemäß Fracture Risk Assessment Tool (FRAX) besteht UND					

Präparat	Menge	T	OP	KVP €
• eine stattgehabte major osteoporotic fracture [MOF] (hüftnahe Fraktur, klinisch vertebrale Fraktur, Unterarmfraktur, Humerusfraktur) in den letzten 24 Monaten aufgetreten ist ODER • mehr als 2 MOF unabhängig vom Zeitpunkt des Auftretens aufgetreten sind. – Bei Erwachsenen mit manifester Osteoporose (postmenopausale Osteoporose, Osteoporose bei Männern, Glucocorticoid induzierte Osteoporose), wenn trotz adäquat geführter, mehr als zwei Jahre währender, antiresorptiver Therapie MOF auftreten. Nicht in Kombination mit anderen Medikamenten zur Behandlung der Osteoporose außer Calcium und/oder Vitamin D. Indikationsstellung, Erstverordnung und regelmäßige Kontrollen durch eine Osteoporose-Ambulanz oder FachärztInnen mit einschlägiger Erfahrung in der Osteoporose-Behandlung. Die maximale Therapiedauer beträgt 24 Monate. Eine antiresorptive Anschlussbehandlung ist erforderlich.				
Hinweis: 2,4 ml (28 ED) + Pen				
Erweiterung (Erstlinientherapie) und Präzisierung des Regeltextes sowie Änderung der Verschreibbarkeit der Patronen (1 Stk.) auf bis zu 3 OP				
R03 MITTEL BEI OBSTRUKTIVEN ATEMWEGSERKRANKUNGEN				
R03DX09 Mepolizumab				
RE1 L6 **Nucala 100 mg Inj.lsg. Fertigpen** PM	1 Stk.	–	–	**960,95**
RE1 L6 **100 mg Inj.lsg. Fertigspr.** PM	1 Stk.	–	–	**950,55**
– Als Zusatztherapie bei PatientInnen ab 12 Jahren mit schwerem refraktärem eosinophilem Asthma mit Bluteosinophilen-Werten von 300 Zellen/Mikroliter oder mehr in den letzten 12 Monaten UND • wenn trotz täglicher Therapie mit maximal hoch dosierten inhalativen Corticosteroiden und einem lang wirkenden inhalativen Beta2-Agonisten und/oder Leukotrienrezeptor-Antagonisten und/oder Theophyllin in den letzten 12 Monaten UND • wenn trotz wiederholter Therapie mit systemischen Corticosteroiden (vier oder mehr Behandlungsepisoden in den letzten 12 Monaten) vier oder mehr schwere Asthma-Exazerbationen in den letzten 12 Monaten auftraten, die entweder die Gabe oder eine deutliche Dosissteigerung von systemischen Corticosteroiden über mehr als drei Tage erforderten ODER mindestens eine schwerwiegende Exazerbation mit stationärer Spitalsbehandlung in den letzten 12 Monaten auftrat. Nicht in Kombination mit anderen monoklonalen Antikörpern zur Behandlung der Typ 2 Inflammation. Ersteinstellung und Weiterverordnung durch PulmologInnen. Überprüfung der Wirksamkeit und Dokumentation alle 6 Monate anhand der Anzahl an schweren und schwerwiegenden Asthma-Exazerbationen (Definition siehe oben) in den letzten 12 Monaten. Die Therapie ist nur fortzuführen bei einer Reduktion der Häufigkeit an Asthma-Exazerbationen ODER bei einer gleichbleibenden Häufigkeit an Asthma-Exazerbationen in Verbindung mit einer deutlichen Dosisreduktion systemischer Corticosteroide im Vergleich zur Ausgangsdosis. – 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. Nicht in Kombination mit anderen monoklonalen Antikörpern zur Behandlung der Typ 2 Inflammation. 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 1 Punkt erzielt werden kann. – Als Zusatztherapie bei Erwachsenen mit chronischer obstruktiver Lungenerkrankung (COPD) mit Typ 2-Inflammation bei				

Präparat	Menge	T	OP	KVP €
• Anzahl der Bluteosinophilen größer/gleich 300 Zellen/Mikroliter bei zumindest zwei im Abstand von zumindest einem Monat wiederholten Messungen in einem Zeitraum von 6 Monaten während einer stabilen Phase der Erkrankung UND • Chronic Airways Assessment Test (CAAT) vor Therapiebeginn größer/gleich 10 Punkte UND • postbronchodilatatorische Einsekundenkapazität (FEV1) unter 80 % des Sollwertes UND • wenn TROTZ täglicher Therapie mit einem inhalativen Corticosteroid (ICS) und einem lang wirkenden inhalativen Beta2-Agonisten (LABA) und einem langwirksamen Muskarinantagonisten (LAMA) für zumindest 12 Monate • entweder zumindest zwei mittelschwere Exazerbationen in den letzten 12 Monaten, die entweder die Gabe oder eine deutliche Dosissteigerung von systemischen Corticosteroiden und/oder Antibiotika über mehr als drei Tage erforderten ODER zumindest eine schwerwiegende Exazerbation mit stationärer Spitalsbehandlung in den letzten 12 Monaten erfolgten. Der Raucherstatus ist vor Therapiebeginn zu erheben. Die Therapie ist vorgesehen bei Einhaltung einer vollständigen Karenz inhalativer Genussmittel, ansonsten ist eine Karenz inhalativer Genussmittel mittels nachweislicher Teilnahme an einem standardisierten Raucherentwöhnungsprogramm jedenfalls anzustreben. Nicht in Kombination mit anderen monoklonalen Antikörpern zur Behandlung des schweren Asthmas oder der COPD. Diagnose und Ersteinstellung durch eine intramurale Abteilung für Pulmologie mit Erfahrung in der Behandlung der schweren COPD. Regelmäßige Kontrollen und Weiterverordnung durch Zentren oder PulmologInnen mit Erfahrung in der Behandlung der schweren COPD. Überprüfung der Wirksamkeit und Dokumentation alle 6 Monate anhand der Anzahl an mittelschweren und schwerwiegenden Exazerbationen (Definition siehe oben) in den letzten 12 Monaten UND der CAAT-Punkteanzahl. Die Therapie ist nur fortzuführen bei gleichbleibender oder sinkender CAAT-Punkteanzahl UND bei einer Reduktion der Häufigkeit oder des Schweregrades an COPD-Exazerbationen. Die Aufnahme der Indikation COPD ist befristet und endet mit 31.10.2030. – Als Zusatztherapie bei PatientInnen ab 6 Jahren mit aktiver nicht organgefährdender, schubförmig remittierender oder refraktärer eosinophiler Granulomatose mit Polyangiitis (EGPA). Diagnose, Erstverordnung, regelmäßige Kontrolle und Weiterverordnung durch entsprechende Zentren mit Erfahrung in der Behandlung der EGPA. Überprüfung der Wirksamkeit und Dokumentation alle 6 Monate anhand der Beurteilung des Schweregrades der Erkrankung und der Verbesserung der Symptomkontrolle in den letzten 12 Monaten. Die Therapie ist nur fortzuführen bei einer Reduktion der Anzahl an Rezidiven und/oder bei einer gleichbleibenden Anzahl an Rezidiven in Verbindung mit einer deutlichen Dosisreduktion systemischer Corticosteroide im Vergleich zur Ausgangsdosis. – Als Zusatztherapie bei Erwachsenen mit unzureichend kontrolliertem nicht lebensbedrohlichem hypereosinophilem Syndrom (HES) ohne erkennbare, nicht-hämatologische sekundäre Ursache. Diagnose, Erstverordnung, regelmäßige Kontrolle und Weiterverordnung durch entsprechende Zentren mit Erfahrung in der Behandlung des HES. Überprüfung der Wirksamkeit und Dokumentation alle 6 Monate anhand der Beurteilung des Schweregrades der Erkrankung und der Verbesserung der Symptomkontrolle in den letzten 12 Monaten. Die Therapie ist nur fortzuführen bei einer deutlichen Reduktion der Rate an HES-Schüben innerhalb von 12 Monaten. Mepolizumab eignet sich für eine chef(kontroll)ärztliche Langzeitbewilligung für 6 Monate (L6).				
Regeltextkonkretisierung bei der Zusatztherapie bei Patientinnen und Patienten ab 12 Jahren mit schwerem refraktärem eosinophilem Asthma sowie bei der Zusatztherapie zu intranasalen Corticosteroiden bei Erwachsenen mit schwerer rezidivierender CRSwNP und Regeltexterweiterung um die Zusatztherapie bei Erwachsenen mit chronischer obstruktiver Lungenerkrankung (COPD) mit Typ 2-Inflammation				

Änderung der Packungsgröße im Grünen Bereich:

Präparat	Menge	T	OP	KVP €
C09 MITTEL MIT WIRKUNG AUF DAS RENIN-ANGIOTENSIN-SYSTEM				
C09AA02 Enalapril				
Enalapril "+pharma" 10 mg Tabl.	30 Stk.	T2	(2)	**5,00**
20 mg Tabl.	30 Stk.	T2	(2)	**7,35**
jeweils 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

Au..... Fachgruppen-Bestimmung: Fachärztin/Facharzt für Augenheilkunde

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.

KVP..... Kassenverkaufspreis ohne Umsatzsteuer

L6..... Langzeitbewilligung für 6 Monate möglich

L12..... Langzeitbewilligung für 12 Monate möglich

N ..... Fachgruppen-Bestimmung: Fachärztin/Facharzt für Neurologie oder Neurologie und Psychiatrie oder Psychiatrie und Neurologie oder Neuropädiatrie

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 Verschreibweise von Heilmitteln und Heilbehelfen entsprechende Dokumentation angefertigt wurde.

T..... Teilbarkeit

T2..... in zwei dosisgleiche Teile teilbar

Medieninhaber, Herausgeber und Redaktion:
Österreichische Gesundheitskasse, Wienerbergstraße 15–19, 1100 Wien
www.oegk.at/impressum
Satz- und Druckfehler vorbehalten.