



Neu im EKO

Änderungen im Erstattungskodex (EKO) ab Juni 2026

Informationsstand Juni 2026

Im Fokus: Apremilast- und Golimumab-Nachfolger erstmals im Grünen Bereich

Mit **Apremilast "G.L."**, **Apremilast "Pelpharma"**, **Apremilast "Stada"** und **Apremilast "ratio-pharm"** stehen ab Juni 2026 erstmals Nachfolgepräparate zu Otezla im Grünen Bereich des EKO zur Verfügung. Weiters wird im Juni 2026 auch das erste Nachfolgepräparat zu Simponi, **Gobivaz**, in den Grünen Bereich aufgenommen.

Die Nachfolgepräparate sind nicht nur kostengünstiger als die jeweiligen Erstanbieterpräparate, sondern können unter Einhaltung des Indikationstextes (IND) im Gegensatz zu den Erstanbieterpräparaten, die grundsätzlich der Bewilligungspflicht unterliegen (RE1), frei verschrieben werden.

ROT >> **GRÜN**

Aufnahme kostengünstiger Nachfolgepräparate in den Grünen Bereich:

Präparat	Menge	T	OP	KVP €	max. Kostenersparnis € pro Packung*
A10 ANTIDIABETIKA					
A10BD07 Metformin und Sitagliptin					
Sitagliptin/Metformin "Zentiva k.s." 50 mg/ 850 mg Filmtabl.	56 Stk.	–	(3)	7,00	23,30 Erstanbieter nicht im EKO
1000 mg Filmtabl. 50 mg/	56 Stk.	–	(3)	7,00	23,30 Erstanbieter nicht im EKO
<i>IND: Bei Erwachsenen mit Diabetes Typ II, wenn mit Metformin keine ausreichende Blutzuckereinstellung erreicht wird.</i>					
Sitagliptin/Metformin "Zentiva k.s." ist ein Nachfolgepräparat zu Janumet und Velmetia, die beide nicht mehr im EKO gelistet sind.					

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

Präparat	Menge	T	OP	KVP €	max. Kostenersparnis € pro Packung*
B01 ANTITHROMBOTISCHE MITTEL					
B01AF01 Rivaroxaban					
Rivaroxaban "Genericon" 10 mg Filmtabl.	5 Stk.	–	–	2,40	12,80**
	10 Stk.	–	(2)	4,85	24,30**
<i>IND: Zur Prophylaxe venöser thromboembolischer Ereignisse (VTE) bei erwachsenen PatientInnen nach elektivem chirurgischen Hüft- oder Kniegelenksersatz.</i>					
10 mg Filmtabl.	30 Stk.	–	(3)	13,95	66,10** Erstanbieter in RE1
<i>IND: Prophylaxe von rezidivierenden tiefen Venenthrombosen (TVT) und Lungenembolien (LE) bei Erwachsenen nach Abschluss einer 6-monatigen Behandlung der TVT oder LE.</i>					
15 mg Filmtabl.	14 Stk.	–	–	6,75	34,05** Erstanbieter in RE1
	28 Stk.	–	(3)	13,20	63,75** Erstanbieter in RE1
	42 Stk.	–	–	19,15	96,30** Erstanbieter in RE1
20 mg Filmtabl.	14 Stk.	–	–	6,75	34,05** Erstanbieter in RE1
	28 Stk.	–	(3)	13,20	63,75** Erstanbieter in RE1
<i>IND: Zur Prävention von Schlaganfall und systemischer Embolie bei erwachsenen PatientInnen mit nicht valvulärem Vorhofflimmern mit einem oder mehreren der folgenden Risikofaktoren:</i>					
– Vorausgegangener Schlaganfall, transitorische ischämische Attacke oder systemische Embolie					
– Linksventrikuläre Ejektionsfraktion kleiner 40 %					
– Symptomatische Herzinsuffizienz größer/gleich New York Heart Association (NYHA) Klasse 2					
– Alter ab 75 Jahre					
– Alter ab 65 Jahre einhergehend mit einer der folgenden Erkrankungen: Diabetes mellitus, koronare Herzerkrankung oder arterielle Hypertonie					
<i>Behandlung von tiefen Venenthrombosen (TVT) und Lungenembolien (LE) sowie Prophylaxe von rezidivierenden TVT und LE bei Erwachsenen.</i>					
Mit Rivaroxaban "Genericon" steht ein weiterer kostengünstiger Nachfolger zu Xarelto unter Einhaltung des Indikationstextes frei verschreibbar zur Verfügung.					
B02 ANTIHÄMORRHAGIKA					
B02BX05 Eltrombopag					
Eltrombopag "Reddy" 25 mg Filmtabl.	14 Stk.	–	–	85,70	382,70 Erstanbieter in RE1
	28 Stk.	–	–	158,95	753,20 Erstanbieter in RE1
50 mg Filmtabl.	14 Stk.	–	–	158,80	753,35 Erstanbieter in RE1
	28 Stk.	–	–	291,25	1.508,40 Erstanbieter in RE1
75 mg Filmtabl.	14 Stk.	–	–	220,00	1.135,95 Erstanbieter in RE1
	28 Stk.	–	–	424,90	2.262,30 Erstanbieter in RE1

** Bei dem angegebenen Kostenreduktionspotenzial werden Preismodelle nicht berücksichtigt.

Präparat	Menge	T	OP	KVP €	max. Kostenersparnis € pro Packung*
<p>IND: Bei PatientInnen mit therapierefraktärer chronischer immun-(idiopathischer) thrombozytopenischer Purpura (ITP), die splenektomiert sind bzw. für die eine Splenektomie kontraindiziert ist.</p> <p>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.</p> <p>Diagnosestellung, Therapieeinleitung, Dosisfindung (Titration) und regelmäßige Kontrollen durch entsprechende Fachabteilung bzw. -ambulanz; Weiterverordnung nur durch in der Verwendung von Eltrombopag ausreichend informierte ÄrztInnen.</p>					
Eltrombopag "Reddy" ist ein weiterer Nachfolger zu dem im Dunkelgelben Bereich des EKO gelisteten Revolade.					
C03 DIURETIKA					
C03DA01 Spironolacton					
Spironolacton "Orion" 50 mg Tabl.	30 Stk.	T2	–	5,55	5,25
	60 Stk.	T2	(3)	10,80	10,80
100 mg Tabl.	30 Stk.	T2	–	8,90	3,22
	60 Stk.	T2	(3)	17,10	7,35
Das Referenzprodukt zu Spironolacton "Orion" ist Aldactone.					
C09 MITTEL MIT WIRKUNG AUF DAS RENIN-ANGIOTENSIN-SYSTEM					
C09BB07 Ramipril und Amlodipin					
Ramipril/Amlodipin "1A Pharma" 5 mg/5 mg Hartkaps.	30 Stk.	–	(3)	5,90	2,35
Hartkaps. 5 mg/10 mg	30 Stk.	–	(3)	5,90	2,35
Hartkaps. 10 mg/5 mg	30 Stk.	–	(3)	5,90	2,35
Hartkaps. 10 mg/10 mg	30 Stk.	–	(3)	5,90	2,35
Mit Ramipril/Amlodipin "1A Pharma" steht neben Ramlolan und Ramipril/Amlodipin "Genericon" ein weiteres Kombinationspräparat frei verschreibbar im EKO zur Verfügung.					
L04 IMMUNSUPPRESSIVA					
L04AA32 Apremilast					
Apremilast "G.L." 10 mg, 20 mg, 30 mg Film-tabl. Starterpackung	27 Stk.	–	–	97,15	235,70 Erstanbieter in RE1
<p>IND: Zur Anbehandlung.</p> <p>Diagnose, Erstverordnung und regelmäßige Kontrollen durch entsprechende Fachabteilung, -ambulanz bzw. FachärztInnen (Rheumatologie, Dermatologie).</p>					
30 mg Filmtabl.	60 Stk.	–	(3)	193,15	476,78 Erstanbieter in RE1
<p>IND: Diagnose, Erstverordnung und regelmäßige Kontrollen durch entsprechende Fachabteilung, -ambulanz bzw. FachärztInnen (Rheumatologie, Dermatologie).</p>					

Präparat	Menge	T	OP	KVP €	max. Kostenersparnis € pro Packung*
Apremilast "Pelpharma" 10 mg, 20 mg, 30 mg Filmtabl. Starterpackung	27 Stk.	–	–	97,25	235,60 Erstanbieter in RE1
<i>IND: Zur Anbehandlung. Diagnose, Erstverordnung und regelmäßige Kontrollen durch entsprechende Fachabteilung, -ambulanz bzw. FachärztInnen (Rheumatologie, Dermatologie).</i>					
30 mg Filmtabl.	56 Stk.	–	(3)	180,40	476,65 Erstanbieter in RE1
<i>IND: Diagnose, Erstverordnung und regelmäßige Kontrollen durch entsprechende Fachabteilung, -ambulanz bzw. FachärztInnen (Rheumatologie, Dermatologie).</i>					
Apremilast "ratiopharm" 10 mg, 20 mg, 30 mg Filmtabl. Starterpackung	27 Stk.	–	–	97,25	235,60 Erstanbieter in RE1
<i>IND: Zur Anbehandlung. Diagnose, Erstverordnung und regelmäßige Kontrollen durch entsprechende Fachabteilung, -ambulanz bzw. FachärztInnen (Rheumatologie, Dermatologie).</i>					
30 mg Filmtabl.	56 Stk.	–	(3)	180,40	476,65 Erstanbieter in RE1
<i>IND: Diagnose, Erstverordnung und regelmäßige Kontrollen durch entsprechende Fachabteilung, -ambulanz bzw. FachärztInnen (Rheumatologie, Dermatologie).</i>					
Apremilast "Stada" 10 mg, 20 mg, 30 mg Filmtabl. Starterpackung	27 Stk.	–	–	97,25	235,60 Erstanbieter in RE1
<i>IND: Zur Anbehandlung. Diagnose, Erstverordnung und regelmäßige Kontrollen durch entsprechende Fachabteilung, -ambulanz bzw. FachärztInnen (Rheumatologie, Dermatologie).</i>					
30 mg Filmtabl.	56 Stk.	–	(3)	180,40	476,65 Erstanbieter in RE1
<i>IND: Diagnose, Erstverordnung und regelmäßige Kontrollen durch entsprechende Fachabteilung, -ambulanz bzw. FachärztInnen (Rheumatologie, Dermatologie).</i>					
Mit Juni 2026 werden erstmals Nachfolgepräparate zum bewilligungspflichtigen (RE1) Otezla mit dem Wirkstoff Apremilast in den Grünen Bereich des EKO aufgenommen.					
L04AB06 Golimumab					
Gobivaz 50 mg Inj.lsg. Fertigen	1 Stk.	–	(3)	249,50	738,20** Erstanbieter in RE1
50 mg Inj.lsg. Fertigspr.	1 Stk.	–	(3)	249,50	738,20** Erstanbieter in RE1
<i>IND: Diagnose, Erstverordnung und regelmäßige Kontrollen durch entsprechende Fachabteilung, -ambulanz bzw. FachärztInnen (Rheumatologie, Gastroenterologie, Pädiatrie).</i>					
100 mg Inj.lsg. Fertigen	1 Stk.	–	(3)	249,50	738,20** Erstanbieter in RE1
100 mg Inj.lsg. Fertigspr.	1 Stk.	–	(3)	249,50	738,20** Erstanbieter in RE1
<i>IND: Diagnose, Erstverordnung und regelmäßige Kontrollen durch entsprechende Fachabteilung, -ambulanz bzw. FachärztInnen (Rheumatologie, Gastroenterologie).</i>					
Gobivaz ist das erste Nachfolgepräparat zu Simponi im Grünen Bereich und im Gegensatz zum Erstanbieterpräparat unter Einhaltung des Indikationstextes frei verschreibbar.					

Präparat	Menge	T	OP	KVP €	max. Kostenersparnis € pro Packung*
L04AX06 Pomalidomid					
Pomalidomid "Devatis" 1 mg Hartkaps.	14 Stk.	–	–	236,05	4.090,20 Erstanbieter nicht im EKO
	21 Stk.	–	–	354,05	6.119,45 Erstanbieter nicht im EKO
2 mg Hartkaps.	14 Stk.	–	–	236,05	4.194,10 Erstanbieter nicht im EKO
	21 Stk.	–	–	354,05	6.275,30 Erstanbieter nicht im EKO
3 mg Hartkaps.	14 Stk.	–	–	236,05	4.706,65 Erstanbieter nicht im EKO
	21 Stk.	–	–	354,05	7.044,15 Erstanbieter nicht im EKO
4 mg Hartkaps.	14 Stk.	–	–	236,05	4.717,05 Erstanbieter nicht im EKO
	21 Stk.	–	–	354,05	7.059,75 Erstanbieter nicht im EKO
<i>IND: Diagnose und Erstverordnung durch entsprechende Fachabteilung bzw. Zentrum, mittels Tumorboard. Regelmäßige Kontrolle durch entsprechende Fachabteilung bzw. Zentrum bzw. durch (Hämato-)OnkologInnen.</i>					
Pomalidomid "Devatis" ist ein weiterer kostengünstiger Nachfolger zum nicht im EKO angeführten Imnovid.					
M05 MITTEL ZUR BEHANDLUNG VON KNOCHENERKRANKUNGEN					
M05BX04 Denosumab					
Conexence 60 mg Inj.lsg. Fertigspr.	1 Stk.	–	–	65,10	131,35 Erstanbieter in RE1
<i>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.</i> <i>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 Anschlussstherapie zu achten ist.</i>					
Kefdensis 60 mg Inj.lsg. Fertigspr.	1 Stk.	–	–	65,10	131,35 Erstanbieter in RE1
<i>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.</i> <i>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 Anschlussstherapie zu achten ist.</i>					
<i>Hinweis: Abg. gem. mit CaDeStad Uno Filmtabl. (Nahrungsergänzungsmittel)</i>					
Ponlinsi 60 mg Inj.lsg. Fertigspr.	1 Stk.	–	–	65,10	131,35 Erstanbieter in RE1
<i>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.</i>					

Präparat	Menge	T	OP	KVP €	max. Kostenersparnis € pro Packung*
<i>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 Anschlussstherapie zu achten ist.</i>					
Conexence, Kefdensis und Ponlinsi sind weitere kostengünstige Nachfolger zu Prolia, das nach wie vor im Dunkelgelben Bereich gelistet ist.					
N02 ANALGETIKA					
N02AA03 Hydromorphon					
Hydagelan 1,3 mg Filmtabl.	10 Stk.	–	(2)	2,10	1,60
	30 Stk.	–	–	5,15	3,25
	60 Stk.	–	–	9,75	Packungsgröße beim Erstanbieter nicht vorhanden
2,6 mg Filmtabl.	10 Stk.	T2	(2)	3,00	2,55
	30 Stk.	T2	–	7,90	4,85
	60 Stk.	T2	–	14,65	Packungsgröße beim Erstanbieter nicht vorhanden
SG					
Hydagelan ist neben Hydromorphon "Stada" ein weiteres nicht retardiertes orales Nachfolgepräparat zu Hydral. Mit der 60-Stk.-Packung steht eine zusätzliche Packungsgröße zur Verfügung.					
N02BB02 Metamizol-Natrium					
Metamizol "Zentiva" 500 mg Filmtabl.	12 Stk.	–	(2)	1,00	0,42
	30 Stk.	–	–	2,50	1,20
	50 Stk.	–	–	3,35	2,85
	100 Stk.	–	–	6,65	2,75
<i>Hinweis: Aufklärung der PatientInnen über Risiko und Erscheinungsbild einer Agranulozytose</i>					
Metamizol "Zentiva" ist ein weiterer Nachfolger zu Novalgin.					

ROT >> **GELB**

Aufnahme kostengünstiger Nachfolgepräparate in den Gelben Bereich:

Präparat	Menge	T	OP	KVP €	max. Kostenersparnis € pro Packung*	
L01 ANTINEOPLASTISCHE MITTEL						
L01XX35 Anagrelid						
RE2	Anagrelid "+pharma" 0,5 mg Hartkaps.	42 Stk.	–	–	63,40	56,70
		100 Stk.	–	–	136,60	106,45
RE2	1 mg Hartkaps.	100 Stk.	–	–	160,95	Wirkstoffstärke beim Erstanbieter nicht vorhanden
Second-line Therapie der essentiellen Thrombozythämie. Diagnose und Erstverordnung durch entsprechende Fachabteilung bzw. Zentrum. Regelmäßige Kontrolle durch entsprechende Fachabteilung bzw. Zentrum bzw. durch (Hämato-)OnkologInnen.						
Anagrelid "+pharma" ist ein Nachfolgepräparat zu Thromboreductin.						

	Präparat	Menge	T	OP	KVP €	max. Kostenersparnis € pro Packung*
L04 IMMUNSUPPRESSIVA						
L04AC07 Tocilizumab						
RE2	Avtozma 20 mg/ml Konz. zur Herst. einer Inf.lsg. 4 ml	1 Stk.	–	(2)	79,40	43,60 Erstanbieter in RE1
RE2	20 mg/ml Konz. zur Herst. einer Inf.lsg. 10 ml	1 Stk.	–	(2)	177,55	89,70 Erstanbieter in RE1
RE2	20 mg/ml Konz. zur Herst. einer Inf.lsg. 20 ml	1 Stk.	–	(2)	337,50	176,80 Erstanbieter in RE1
<p>Bei Erwachsenen mit mittelschwerer bis schwerer aktiver rheumatoider Arthritis bei Versagen von mindestens einem DMARD (disease-modifying anti-rheumatic drug), wobei Methotrexat in ausreichender Dosierung und ausreichender Dauer verabreicht worden sein muss.</p> <p>Um eine maximale Wirksamkeit zu gewährleisten, wird Tocilizumab in Kombination mit Methotrexat angewendet. Tocilizumab kann im Falle einer Unverträglichkeit von Methotrexat als Monotherapie angewendet werden. Erstverordnung und engmaschige Kontrolle durch RheumatologInnen oder durch Zentren, die berechtigt sind, solche auszubilden.</p> <p>Bei Kindern ab 2 Jahren mit aktiver systemischer juveniler idiopathischer Arthritis oder mit polyartikulärer juveniler idiopathischer Arthritis (Rheumafaktor-positive [RF+] oder -negative [RF-] Polyarthritis und erweiterte Oligoarthritis) bei Versagen von mindestens einem DMARD (disease-modifying anti-rheumatic drug), wobei Methotrexat in ausreichender Dosierung und ausreichender Dauer verabreicht worden sein muss.</p> <p>Um eine maximale Wirksamkeit zu gewährleisten, wird Tocilizumab in Kombination mit Methotrexat angewendet. Tocilizumab kann im Falle einer Unverträglichkeit von Methotrexat als Monotherapie angewendet werden. Erstverordnung und engmaschige Kontrolle durch RheumatologInnen mit Erfahrung in der Behandlung von Kindern und Jugendlichen mit juveniler idiopathischer Arthritis oder PädiaterInnen mit Spezialisierung in pädiatrischer Rheumatologie oder durch Zentren, die berechtigt sind, solche auszubilden.</p>						
RE2	162 mg Inj.lsg. Fertigpen	4 Stk.	–	(2)	459,10	Darreichungsform beim Erstanbieter nicht vorhanden
<p>Bei Erwachsenen mit</p> <ul style="list-style-type: none"> – mittelschwerer bis schwerer aktiver rheumatoider Arthritis bei Versagen von mindestens einem DMARD (disease-modifying anti-rheumatic drug), wobei Methotrexat in ausreichender Dosierung und ausreichender Dauer verabreicht worden sein muss. Um eine maximale Wirksamkeit zu gewährleisten, wird Tocilizumab in Kombination mit Methotrexat angewendet. Tocilizumab kann im Falle einer Unverträglichkeit von Methotrexat als Monotherapie angewendet werden. – Riesenzellarteriitis in Kombination mit einer Ausschleithherapie der Glucocorticoide. Tocilizumab kann nach Absetzen der Glucocorticoide als Monotherapie angewendet werden. Eine Monotherapie mit Tocilizumab sollte nicht zur Behandlung akuter Rezidive angewendet werden. Die maximale Therapiedauer beträgt 52 Wochen. <p>Erstverordnung und engmaschige Kontrolle durch RheumatologInnen oder durch Zentren, die berechtigt sind, solche auszubilden.</p> <p>Bei Jugendlichen ab 12 Jahren mit aktiver systemischer juveniler idiopathischer Arthritis oder mit polyartikulärer juveniler idiopathischer Arthritis (Rheumafaktor-positive [RF+] oder -negative [RF-] Polyarthritis und erweiterte Oligoarthritis) bei Versagen von mindestens einem DMARD (disease-modifying anti-rheumatic drug), wobei Methotrexat in ausreichender Dosierung und ausreichender Dauer verabreicht worden sein muss.</p> <p>Um eine maximale Wirksamkeit zu gewährleisten, wird Tocilizumab in Kombination mit Methotrexat angewendet. Tocilizumab kann im Falle einer Unverträglichkeit von Methotrexat als Monotherapie angewendet werden. Erstverordnung und engmaschige Kontrolle durch RheumatologInnen mit Erfahrung in der Behandlung von Kindern und Jugendlichen mit juveniler idiopathischer Arthritis oder PädiaterInnen mit Spezialisierung in pädiatrischer Rheumatologie oder durch Zentren, die berechtigt sind, solche auszubilden.</p>						
RE2	162 mg Inj.lsg. Fertigspr.	4 Stk.	–	(2)	459,10	253,60 Erstanbieter in RE1
<p>Bei Erwachsenen mit</p> <ul style="list-style-type: none"> – mittelschwerer bis schwerer aktiver rheumatoider Arthritis bei Versagen von mindestens einem DMARD (disease-modifying anti-rheumatic drug), wobei Methotrexat in ausreichender Dosierung und ausreichender Dauer verabreicht worden sein muss. Um eine maximale Wirksamkeit zu gewährleisten, wird Tocilizumab in 						

Präparat	Menge	T	OP	KVP €	max. Kostenersparnis € pro Packung*	
<p>Kombination mit Methotrexat angewendet. Tocilizumab kann im Falle einer Unverträglichkeit von Methotrexat als Monotherapie angewendet werden.</p> <p>– Riesenzellarteriitis in Kombination mit einer Ausschleithherapie der Glucocorticoide. Tocilizumab kann nach Absetzen der Glucocorticoide als Monotherapie angewendet werden. Eine Monotherapie mit Tocilizumab sollte nicht zur Behandlung akuter Rezidive angewendet werden. Die maximale Therapiedauer beträgt 52 Wochen.</p> <p>Erstverordnung und engmaschige Kontrolle durch RheumatologInnen oder durch Zentren, die berechtigt sind, solche auszubilden.</p> <p>Bei Kindern ab 1 Jahr mit aktiver systemischer juveniler idiopathischer Arthritis oder ab 2 Jahren mit polyartikulärer juveniler idiopathischer Arthritis (Rheumafaktor-positive [RF+] oder -negative [RF-] Polyarthritis und erweiterte Oligoarthritis) bei Versagen von mindestens einem DMARD (disease-modifying anti-rheumatic drug), wobei Methotrexat in ausreichender Dosierung und ausreichender Dauer verabreicht worden sein muss.</p> <p>Um eine maximale Wirksamkeit zu gewährleisten, wird Tocilizumab in Kombination mit Methotrexat angewendet. Tocilizumab kann im Falle einer Unverträglichkeit von Methotrexat als Monotherapie angewendet werden. Erstverordnung und engmaschige Kontrolle durch RheumatologInnen mit Erfahrung in der Behandlung von Kindern und Jugendlichen mit juveniler idiopathischer Arthritis oder PädiaterInnen mit Spezialisierung in pädiatrischer Rheumatologie oder durch Zentren, die berechtigt sind, solche auszubilden.</p>						
<p>Avtozma ist das zweite Nachfolgepräparat zu RoActemra. Im Gegensatz zum Erstanbieterpräparat unterliegt das neu in den Hellgelben Bereich des EKO aufgenommene Nachfolgepräparat nicht der Bewilligungspflicht, sondern bei Einhaltung des Regeltextes nur der Dokumentationspflicht.</p>						
<p>L04AX07 Dimethylfumarat</p>						
RE2	Dimethylfumarat "1A Pharma" 120 mg magensaftresistente Hartkaps.	14 Stk.	–	–	43,75	115,50**
RE2	240 mg magensaftresistente Hartkaps.	56 Stk.	–	(3)	153,10	406,65**
<p>Bei erwachsenen PatientInnen mit schubförmig remittierender Multipler Sklerose: Kriterien bei Ersteinstellung: – Mindestens ein Schub innerhalb des letzten Jahres oder mindestens eine Gadolinium aufnehmende Läsion in einer rezenten Kernspintomographie und – EDSS kleiner/gleich 5,0 Diagnosestellung, Verordnung, Einstellung, Therapiekontrolle und Dokumentation durch ein MS-Zentrum. Regelmäßige Kontrollen des großen Blutbildes gemäß Fachinformation. PatientInnen, die mit Dimethylfumarat behandelt werden, sind vor Therapiebeginn in das dafür vorgesehene Register der ÖGN aufzunehmen.</p>						
RE2	Dimethylfumarat "Sandoz" 120 mg magensaftresistente Hartkaps.	14 Stk.	–	–	43,75	115,50**
RE2	240 mg magensaftresistente Hartkaps.	56 Stk.	–	(3)	153,10	406,65**
<p>Bei erwachsenen PatientInnen mit schubförmig remittierender Multipler Sklerose: Kriterien bei Ersteinstellung: – Mindestens ein Schub innerhalb des letzten Jahres oder mindestens eine Gadolinium aufnehmende Läsion in einer rezenten Kernspintomographie und – EDSS kleiner/gleich 5,0 Diagnosestellung, Verordnung, Einstellung, Therapiekontrolle und Dokumentation durch ein MS-Zentrum. Regelmäßige Kontrollen des großen Blutbildes gemäß Fachinformation. PatientInnen, die mit Dimethylfumarat behandelt werden, sind vor Therapiebeginn in das dafür vorgesehene Register der ÖGN aufzunehmen.</p>						
<p>Mit Dimethylfumarat "1A Pharma" und Dimethylfumarat "Sandoz" stehen weitere Nachfolger zu Tecfidera im Hellgelben Bereich zur Verfügung.</p>						

Aufnahme von Präparaten in den Gelben Bereich:

	Präparat	Menge	T	OP	KVP €
L01 ANTINEOPLASTISCHE MITTEL					
L01EE04 Selumetinib					
RE1	Koselugo 5 mg Gran. zur Entnahme aus Kaps. (PM)	60 Stk.	–	–	2.282,40
RE1	7,5 mg Gran. zur Entnahme aus Kaps. (PM)	60 Stk.	–	–	3.411,80
<p>Als Monotherapie bei Kindern im Alter von 1 Jahr bis unter 7 Jahren und bei älteren PatientInnen mit Schluckstörungen mit symptomatischen, inoperablen plexiformen Neurofibromen (PN) mit gesicherter Diagnose einer Neurofibromatose Typ 1 (NF1).</p> <p>Diagnose und Erstverordnung durch ein Expertisezentrum, 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.</p> <p>Die Liste der in Frage kommenden Expertisezentren wird vom Dachverband erstellt und unter www.sozialversicherung.at/erstattungskodex_NF1-PN publiziert.</p> <p>Regelmäßige Überprüfung des Ansprechens mittels bildgebenden Verfahrens sowie funktionelle Kontrollen (insbesondere neurologische) durch das Expertisezentrum bzw. durch in der Therapie von PatientInnen mit NF1-bedingten Tumoren erfahrene FachärztInnen nur in enger Abstimmung mit dem Expertisezentrum.</p> <p>Fortführung der Therapie nur, solange ein klinischer Nutzen beobachtet wird bzw. bis zum Auftreten einer Progression der PN oder einer inakzeptablen Toxizität.</p> <p>Die Aufnahme ist befristet und endet mit 31.5.2031.</p>					
RE1	10 mg Hartkaps. (PM)	60 Stk.	–	–	4.988,25
RE1	25 mg Hartkaps. (PM)	60 Stk.	–	–	12.470,10
<p>Als Monotherapie bei Kindern ab 3 Jahren, Jugendlichen und Erwachsenen mit symptomatischen, inoperablen plexiformen Neurofibromen (PN) mit gesicherter Diagnose einer Neurofibromatose Typ 1 (NF1).</p> <p>Diagnose und Erstverordnung durch ein Expertisezentrum, 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.</p> <p>Die Liste der in Frage kommenden Expertisezentren wird vom Dachverband erstellt und unter www.sozialversicherung.at/erstattungskodex_NF1-PN publiziert.</p> <p>Regelmäßige Überprüfung des Ansprechens mittels bildgebenden Verfahrens sowie funktionelle Kontrollen (insbesondere neurologische) durch das Expertisezentrum bzw. durch in der Therapie von PatientInnen mit NF1-bedingten Tumoren erfahrene FachärztInnen nur in enger Abstimmung mit dem Expertisezentrum.</p> <p>Fortführung der Therapie nur, solange ein klinischer Nutzen beobachtet wird bzw. bis zum Auftreten einer Progression der PN oder einer inakzeptablen Toxizität.</p> <p>Die Aufnahme ist befristet und endet mit 31.5.2031.</p>					
L04 IMMUNSUPPRESSIVA					
L04AJ06 Zilucoplan					
RE1	Zilbrysq 16,6 mg Inj.lsg. Fertigspr. (PM)	7 Stk. 28 Stk.	– –	– –	3.436,25 13.670,95
RE1	23 mg Inj.lsg. Fertigspr. (PM)	7 Stk. 28 Stk.	– –	– –	4.433,15 17.658,65
RE1	32,4 mg Inj.lsg. Fertigspr. (PM)	7 Stk. 28 Stk.	– –	– –	5.694,10 22.702,40
<p>– 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</p>					

Präparat	Menge	T	OP	KVP €
<p>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.</p> <ul style="list-style-type: none"> – 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. 				

Folgende Präparate wurden aus dem EKO gestrichen:

Präparat	Menge	ATC-Code	Streichung mit
Abirateron "Aristo" 500 mg Filmtabl.	60 Stk.	L02BX03	01.06.2026
Allopurinol "Aristo" 100 mg Tabl.	30 Stk. 100 Stk.	M04AA01	01.06.2026
Allopurinol "Aristo" 300 mg Tabl.	30 Stk. 60 Stk.	M04AA01	01.06.2026
Atarax 25 mg Filmtabl.	20 Stk. 50 Stk.	N05BB01	01.06.2026
Das wirkstoffgleiche Nachfolgepräparat Hydroxyzin "Bluefish" 25 mg Filmtabl. steht weiterhin frei verschreibbar im Grünen Bereich des EKO zur Verfügung.			
Brivudin "Aristo" 125 mg Tabl.	7 Stk.	J05AB15	01.06.2026
Dabigatranetexilat "Stada" 75 mg Hartkaps.	10 Stk. 30 Stk.	B01AE07	01.06.2026
Dabigatranetexilat "Stada" 110 mg Hartkaps.	10 Stk. 30 Stk. 60 Stk.	B01AE07	01.06.2026
Dabigatranetexilat "Stada" 150 mg Hartkaps.	30 Stk. 60 Stk.	B01AE07	01.06.2026
Dronedaron "Aristo" 400 mg Filmtabl.	20 Stk. 60 Stk.	C01BD07	01.06.2026
Escitalopram "Aristo" 5 mg Filmtabl.	10 Stk. 30 Stk.	N06AB10	01.06.2026
Escitalopram "Aristo" 10 mg Filmtabl.	10 Stk. 30 Stk.	N06AB10	01.06.2026

Präparat	Menge	ATC-Code	Streichung mit
Escitalopram "Aristo" 20 mg Filmtabl.	10 Stk. 30 Stk.	N06AB10	01.06.2026
Escitalopram "G.L." 5 mg Filmtabl.	10 Stk. 30 Stk.	N06AB10	01.06.2026
Esomeprazol "Aristo" 20 mg magensaftresistente Hartkaps.	15 Stk. 30 Stk.	A02BC05	01.06.2026
Esomeprazol "Aristo" 40 mg magensaftresistente Hartkaps.	15 Stk. 30 Stk.	A02BC05	01.06.2026
Feburo 80 mg Filmtabl.	10 Stk. 30 Stk.	M04AA03	01.06.2026
Feburo 120 mg Filmtabl.	10 Stk. 30 Stk.	M04AA03	01.06.2026
Feiba 50 E/ml Plv. und Lsgm. zur Herst. einer Inf.lsg.	1 Stk.	B02BD03	01.06.2026
Finasterid "Aristo" 5 mg Filmtabl.	30 Stk.	G04CB01	01.06.2026
Gerosim "G.L." 20 mg Filmtabl.	30 Stk.	C10AA01	01.06.2026
Gerosim "G.L." 40 mg Filmtabl.	30 Stk.	C10AA01	01.06.2026
Glimepirid "ratiopharm" 2 mg Tabl.	30 Stk.	A10BB12	01.06.2026
Glimepirid "ratiopharm" 3 mg Tabl.	30 Stk.	A10BB12	01.06.2026
Glimepirid "ratiopharm" 6 mg Tabl.	30 Stk.	A10BB12	01.06.2026
Ivabradin "Aristo" 5 mg Filmtabl.	28 Stk. 56 Stk.	C01EB17	01.06.2026
Ivabradin "Aristo" 7,5 mg Filmtabl.	28 Stk. 56 Stk.	C01EB17	01.06.2026
Ludiomil 25 mg Filmtabl.	100 Stk.	N06AA21	01.06.2026
Ludiomil 50 mg Filmtabl.	100 Stk.	N06AA21	01.06.2026
Ludiomil 75 mg Filmtabl.	100 Stk.	N06AA21	01.06.2026
Memantin "Aristo" 10 mg Filmtabl.	10 Stk. 30 Stk.	N06DX01	01.06.2026
Memantin "Aristo" 20 mg Filmtabl.	10 Stk. 30 Stk.	N06DX01	01.06.2026
Miflonide Breezhaler 400 mcg Hartkaps. Plv. zur Inh.	60 Stk.	R03BA02	01.06.2026
Modafinil "Aristo" 100 mg Tabl.	30 Stk. 100 Stk.	N06BA07	01.06.2026
Montelukast "Aristo" 4 mg Kautabl.	30 Stk.	R03DC03	01.06.2026
Montelukast "Aristo" 5 mg Kautabl.	10 Stk. 30 Stk.	R03DC03	01.06.2026
Montelukast "Aristo" 10 mg Filmtabl.	10 Stk. 30 Stk.	R03DC03	01.06.2026
Olanzapin "Aristo" 2,5 mg Filmtabl.	10 Stk. 30 Stk.	N05AH03	01.06.2026
Olanzapin "Aristo" 5 mg Filmtabl.	10 Stk. 30 Stk.	N05AH03	01.06.2026

Präparat	Menge	ATC-Code	Streichung mit
Olanzapin "Aristo" 10 mg Filmtabl.	10 Stk. 30 Stk.	N05AH03	01.06.2026
Olanzapin "Aristo" 15 mg Filmtabl.	10 Stk. 30 Stk.	N05AH03	01.06.2026
Panprabene 20 mg magensaftresistente Tabl.	14 Stk. 30 Stk.	A02BC02	01.06.2026
Panprabene 40 mg magensaftresistente Tabl.	14 Stk. 30 Stk.	A02BC02	01.06.2026
Pravastatin "+pharma" 40 mg Filmtabl.	30 Stk.	C10AA03	01.06.2026
Quetiapin "Aristo" 25 mg Filmtabl.	6 Stk. 60 Stk.	N05AH04	01.06.2026
Quetiapin "Aristo" 100 mg Filmtabl.	30 Stk. 60 Stk.	N05AH04	01.06.2026
Rasilez 150 mg Filmtabl.	14 Stk. 28 Stk.	C09XA02	01.06.2026
Rasilez 300 mg Filmtabl.	28 Stk.	C09XA02	01.06.2026
Riluzol "Aristo" 50 mg Filmtabl.	56 Stk.	N07XX02	01.06.2026
Risperidon "Aristo" 1 mg Filmtabl.	60 Stk.	N05AX08	01.06.2026
Sitagliptin/Metformin "ratiopharm" 50 mg/850 mg Filmtabl.	60 Stk.	A10BD07	01.06.2026
Sitagliptin/Metformin "ratiopharm" 50 mg/1000 mg Filmtabl.	60 Stk.	A10BD07	01.06.2026
Solifenacin "Aristo" 5 mg Filmtabl.	10 Stk. 30 Stk.	G04BD08	01.06.2026
Solifenacin "Aristo" 10 mg Filmtabl.	30 Stk.	G04BD08	01.06.2026
Tamsulosin "Aristo" 0,4 mg Retardkaps.	10 Stk. 30 Stk.	G04CA02	01.06.2026
Telmisartan/HCT "+pharma" 40 mg/12,5 mg Tabl.	30 Stk.	C09DA07	01.06.2026
Telmisartan/HCT "+pharma" 80 mg/12,5 mg Tabl.	30 Stk.	C09DA07	01.06.2026
Telmisartan/HCT "+pharma" 80 mg/25 mg Tabl.	30 Stk.	C09DA07	01.06.2026
Tizanidin "Actavis" 2 mg Tabl.	10 Stk. 60 Stk.	M03BX02	01.06.2026
Tizanidin "Actavis" 4 mg Tabl.	10 Stk. 60 Stk.	M03BX02	01.06.2026
Tolterodin "Aristo" 2 mg Filmtabl.	20 Stk. 60 Stk.	G04BD07	01.06.2026
Voriconazol "Aristo" 100 mg Filmtabl.	10 Stk. 30 Stk.	J02AC03	01.06.2026
Voriconazol "Aristo" 200 mg Filmtabl.	10 Stk. 30 Stk.	J02AC03	01.06.2026
Zonisamid "Aristo" 25 mg Hartkaps.	28 Stk.	N03AX15	01.06.2026
Zonisamid "Aristo" 50 mg Hartkaps.	28 Stk.	N03AX15	01.06.2026
Zonisamid "Aristo" 100 mg Hartkaps.	28 Stk. 98 Stk.	N03AX15	01.06.2026

Änderung der Verwendung im Gelben Bereich:

Präparat		Menge	T	OP	KVP €
H05 CALCIUMHOMÖOSTASE					
H05AA02 Teriparatid					
RE2	Teriparatid "ratiopharm" 20 mcg/0,08 ml Inj.lsg. vor-gefüllter Injektor	1 Stk.	–	(3)	133,80
<p>– 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</p> <ul style="list-style-type: none"> • 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. <p>– 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.</p> <p>Nicht in Kombination mit anderen Medikamenten zur Behandlung der Osteoporose außer Calcium und/oder Vitamin D.</p> <p>Indikationsstellung, Erstverordnung und regelmäßige Kontrollen durch eine Osteoporose-Ambulanz oder FachärztInnen mit einschlägiger Erfahrung in der Osteoporose-Behandlung.</p> <p>Die maximale Therapiedauer beträgt 24 Monate.</p> <p>Eine antiresorptive Anschlussbehandlung ist erforderlich.</p>					
Erweiterung (Erstlinientherapie) und Präzisierung des Regeltexes					

Änderung der Packungsgröße im Grünen Bereich:

Präparat		Menge	T	OP	KVP €
A07 ANTIDIARRHOIKA UND INTESTINALE ANTIPHLOGISTIKA/ANTIINFEKTIVA					
A07EC02 Mesalazin					
Azzavix 1000 mg magensaftresistente Tabl.		100 Stk.	–	–	49,85
Streichung der 60-Stk.-Packung					

Änderung der Bezeichnung im Grünen Bereich:

Präparat		Menge	T	OP	KVP €
A02 MITTEL BEI SÄURE BEDINGTEN ERKRANKUNGEN					
A02BC01 Omeprazol					
Omeprazol "+pharma" 40 mg magensaftresistente Kaps.		14 Stk.	–	–	5,70
		30 Stk.	–	–	11,00
vormals Omeprazol "Genericon" 40 mg magensaftresistente Kaps.					

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
- 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