



Neu im EKO

Änderungen im Erstattungskodex (EKO) ab September 2026

Informationsstand September 2026

Im Fokus: Erste Nintedanib-Nachfolger im Grünen Bereich

Ab September 2026 stehen mit **Nintedanib "ratiopharm"**, **Nintedanib "Sandoz"**, **Nintedanib "Stada"**, **Nintedanib "Viatris"**, **Nipfilan** und **Puqod** erstmals Nachfolgepräparate zu Ofev (zur Behandlung der idiopathischen Lungenfibrose) sowie mit **Nintedanib "Teva"** das erste Nachfolgepräparat zu Vargatef (zur Behandlung des nicht-kleinzelligen Lungenkarzinoms) im Grünen Bereich des EKO zur Verfügung.

Die kostengünstigen Nachfolger sind im Gegensatz zu den Erstanbieterpräparaten, die im Dunkelgelben Bereich gelistet sind und der Bewilligungspflicht unterliegen, unter Einhaltung der Fachgruppen-Bestimmung (A) bzw. des Indikationstextes (IND) frei verschreibbar. Diese bieten ein beträchtliches Einsparpotenzial.

ROT >> **GRÜN**

Aufnahme kostengünstiger Nachfolgepräparate in den Grünen Bereich:

Präparat	Menge	T	OP	KVP €	max. Kostenersparnis € pro Packung*
L01 ANTINEOPLASTISCHE MITTEL					
L01EX09 Nintedanib					
Nintedanib "ratiopharm" 100 mg Weichkaps.	60 Stk.	–	(2)	306,25	840,55 Erstanbieter in RE1
150 mg Weichkaps.	30 Stk.	–	–	306,25	840,55 Erstanbieter in RE1
	60 Stk.	–	(2)	585,75	1.683,15 Erstanbieter in RE1
A					

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

Präparat	Menge	T	OP	KVP €	max. Kostenersparnis € pro Packung*
Nintedanib "Sandoz" 100 mg Weichkaps.	60 Stk.	–	(2)	306,25	840,55 Erstanbieter in RE1
150 mg Weichkaps.	30 Stk.	–	–	306,25	840,55 Erstanbieter in RE1
	60 Stk.	–	(2)	585,75	1.683,15 Erstanbieter in RE1
A					
Nintedanib "Stada" 100 mg Weichkaps.	60 Stk.	–	(2)	306,25	840,55 Erstanbieter in RE1
150 mg Weichkaps.	30 Stk.	–	–	306,25	840,55 Erstanbieter in RE1
	60 Stk.	–	(2)	585,75	1.683,15 Erstanbieter in RE1
A					
Nintedanib "Viatris" 100 mg Weichkaps.	60 Stk.	–	(2)	303,95	842,85 Erstanbieter in RE1
150 mg Weichkaps.	30 Stk.	–	–	303,95	842,85 Erstanbieter in RE1
	60 Stk.	–	(2)	583,65	1.685,25 Erstanbieter in RE1
A					
Nipfilan 100 mg Weichkaps.	60 Stk.	–	(2)	306,05	840,75 Erstanbieter in RE1
150 mg Weichkaps.	30 Stk.	–	–	306,05	840,75 Erstanbieter in RE1
	60 Stk.	–	(2)	585,55	1.683,35 Erstanbieter in RE1
A					
Puqod 100 mg Weichkaps.	60 Stk.	–	(2)	306,25	840,55 Erstanbieter in RE1
150 mg Weichkaps.	30 Stk.	–	–	306,25	840,55 Erstanbieter in RE1
	60 Stk.	–	(2)	585,75	1.683,15 Erstanbieter in RE1
A					
Erstmals stehen Nintedanib-Nachfolger zu Ofev unter Einhaltung der Fachgruppen-Bestimmung (Fachärztin/ Facharzt für Lungenkrankheiten) frei verschreibbar zur Verfügung.					
Nintedanib "Teva" 100 mg Weichkaps.	120 Stk.	–	–	585,75	1.683,15 Erstanbieter in RE1

Präparat	Menge	T	OP	KVP €	max. Kostenersparnis € pro Packung*
Nintedanib "Teva" 150 mg Weichkaps.	60 Stk.	–	–	585,75	1.683,15 Erstanbieter in RE1
IND: Diagnose und Erstverordnung durch entsprechende Fachabteilung bzw. Zentrum, gegebenenfalls mit Vorlage eines Tumorboardbeschlusses. Eine zumindest einmalige dokumentierte Vorstellung der PatientInnen in einem Tumorboard ist erforderlich, diese ist innerhalb von 90 Tagen nach Erstdiagnose der Tumorerkrankung anzustreben. Regelmäßige Kontrolle durch entsprechende Fachabteilung bzw. Zentrum bzw. durch onkologisch spezialisierte FachärztInnen.					
Mit Nintedanib "Teva" wird auch das erste Nachfolgepräparat zu Vargatef in den Grünen Bereich des EKO aufgenommen.					
L04 IMMUNSUPPRESSIVA					
L04AA32 Apremilast					
Apremilast "Zentiva" 10 mg, 20 mg, 30 mg Filmtabl. Starterpackung	27 Stk.	–	–	71,80	161,20
IND: Zur Anbehandlung. Diagnose, Erstverordnung und regelmäßige Kontrollen durch entsprechende Fachabteilung, -ambulanz bzw. FachärztInnen (Rheumatologie, Dermatologie).					
30 mg Filmtabl.	56 Stk.	–	(3)	134,80	332,55
IND: Diagnose, Erstverordnung und regelmäßige Kontrollen durch entsprechende Fachabteilung, -ambulanz bzw. FachärztInnen (Rheumatologie, Dermatologie).					
Apremilast "Zentiva" ist ein weiterer Nachfolger zu Otezla, das weiterhin im bewilligungspflichtigen Dunkelgelben Bereich des EKO gelistet ist.					

Aufnahme von Präparaten in den Grünen Bereich:

Präparat	Menge	T	OP	KVP €
S01 OPHTHALMIKA				
S01XA18 Ciclosporin				
Vevizye 1 mg/ml Augentropf. (PM)	2 ml	–	(3)	77,40
Au				

ROT >> **GELB**

Aufnahme kostengünstiger Nachfolgepräparate in den Gelben Bereich:

Präparat	Menge	T	OP	KVP €	max. Kostenersparnis € pro Packung*
L01 ANTINEOPLASTISCHE MITTEL					
L01CA04 Vinorelbin					
RE2	Vinorelbin "Accord" 20 mg Weichkaps.	1 Stk.	–	–	38,10
		2 Stk.	–	–	73,90
		3 Stk.	–	–	104,60
		4 Stk.	–	(3)	133,80
					35,80
					Packungsgröße beim Erstanbieter nicht vorhanden
					Packungsgröße beim Erstanbieter nicht vorhanden
					103,25

Präparat		Menge	T	OP	KVP €	max. Kostenersparnis € pro Packung*
RE2	Vinorelbin "Accord" 30 mg Weichkaps.	1 Stk.	–	–	55,40	49,20
		2 Stk.	–	–	104,60	95,95
		3 Stk.	–	–	145,40	Erstanbieter nicht im EKO
		4 Stk.	–	(3)	187,10	Packungsgröße beim Erstanbieter nicht vorhanden 168,50
1. Als Monotherapie oder in Kombination mit einer anderen Chemotherapie bei Erwachsenen mit fortgeschrittenem nicht-kleinzelligem Bronchialkarzinom. 2. In Kombination mit einer platinbasierten Chemotherapie als adjuvante Behandlung bei Erwachsenen mit nicht-kleinzelligem Bronchialkarzinom. 3. Als Monotherapie oder in Kombination mit anderen Wirkstoffen bei Erwachsenen mit fortgeschrittenem Mammakarzinom. Diagnose und Erstverordnung durch entsprechende Fachabteilung bzw. Zentrum, gegebenenfalls mit Vorlage eines Tumorboardbeschlusses. Eine zumindest einmalige dokumentierte Vorstellung der PatientInnen in einem Tumorboard ist erforderlich, diese ist innerhalb von 90 Tagen nach Erstdiagnose der Tumorerkrankung anzustreben. Regelmäßige Kontrolle durch entsprechende Fachabteilung bzw. Zentrum bzw. durch onkologisch spezialisierte FachärztInnen.						
Vinorelbin "Accord" ist das erste Nachfolgepräparat zu Navelbine.						

Aufnahme von Präparaten in den Gelben Bereich:

Präparat		Menge	T	OP	KVP €
A10 ANTIDIABETIKA					
A10BJ06 Semaglutid					
RE1 L6	Ozempic 2 mg Inj.lsg. Fertigpen (PM)	1 Stk.	–	–	186,65
Bei PatientInnen mit Diabetes Typ II 1. mit einem BMI ab 30 kg/m² und ohne kardiovaskuläre Erkrankung, Herzinsuffizienz oder chronische Nierenerkrankung – erste Injektionstherapie bei unzureichender Blutzuckerkontrolle mit oralen Therapiemöglichkeiten. – Angabe von BMI, HbA1c und individuellem HbA1c-Therapieziel bei Therapiebeginn, die Therapie wird nach 6 Monaten evaluiert, dabei muss das individuelle HbA1c-Therapieziel erreicht werden. 2. mit nachgewiesener atherosklerotischer kardiovaskulärer Erkrankung oder hohem Risiko für eine atherosklerotische kardiovaskuläre Erkrankung 3. mit chronischer Nierenerkrankung und Albuminurie Für 1–3 gilt: Nach Metformin und wenn SGLT-2-Hemmer nicht möglich sind (Kontraindikationen, Unverträglichkeit, eGFR) oder als Add-on-Therapie, wenn diese unzureichend wirksam sind. Erstverordnung nur durch FachärztInnen für Innere Medizin mit Erfahrung auf dem Gebiet der Diabetes-Behandlung, ÄrztInnen, die am DMP „Therapie Aktiv – Diabetes im Griff“ aktiv teilnehmen, oder durch spezialisierte Zentren. Gemäß Fachinformation ist eine Verwendung von Semaglutid nur als Zusatz zu Diät und körperlicher Aktivität bei unzureichend kontrolliertem Diabetes mellitus Typ II vorgesehen. Keine Kombination mit DPP-IV-Hemmern. Kein Einsatz bei schwerer oder terminaler Nierenfunktionsstörung unter Berücksichtigung der substanzspezifischen eGFR-Grenzwerte. Semaglutid eignet sich für eine chef(kontroll)ärztliche Langzeitbewilligung für 6 Monate (L6).					
Ab September 2026 ist Ozempic in einer weiteren Wirkstoffstärke im Dunkelgelben Bereich des EKO gelistet.					

Folgende Präparate wurden aus dem EKO gestrichen:

Präparat	Menge	ATC-Code	Streichung mit
Linoladiol 100 mcg/g Emulsion	25 g	G03CA03	01.09.2026
Montelukast "Accord" 4 mg Kautabl.	30 Stk.	R03DC03	01.09.2026
OsvaRen 435 mg/235 mg Filmtabl.	180 Stk.	V03AE04	01.09.2026
Tamsulosin "Krka" 0,4 mg Retardtabl.	30 Stk.	G04CA02	01.09.2026
Vobaderm 1 mg/g + 20 mg/g Creme	15 g	D01AC52	01.09.2026

Änderung der Verwendung im Grünen Bereich:

Präparat	Menge	T	OP	KVP €
C03 DIURETIKA				
C03DA01 Spironolacton				
Aldactone 50 mg überzogene Tabl.	20 Stk.	–	(2)	3,70
	50 Stk.	–	(3)	9,25
Änderung der Verschreibbarkeit der 50-Stk.-Packung auf bis zu 3 OP				
L04 IMMUNSUPPRESSIVA				
L04AB06 Golimumab				
Simponi 50 mg Inj.lsg. im Fertigpen	1 Stk.	–	(3)	249,50
50 mg Inj.lsg. in einer Fertigspr.	1 Stk.	–	(3)	249,50
<i>IND: Diagnose, Erstverordnung und regelmäßige Kontrollen durch entsprechende Fachabteilung, -ambulanz bzw. FachärztInnen (Rheumatologie, Gastroenterologie, Pädiatrie).</i>				
100 mg Inj.lsg. im Fertigpen	1 Stk.	–	(3)	249,50
100 mg Inj.lsg. in einer Fertigspr.	1 Stk.	–	(3)	249,50
<i>IND: Diagnose, Erstverordnung und regelmäßige Kontrollen durch entsprechende Fachabteilung, -ambulanz bzw. FachärztInnen (Rheumatologie, Gastroenterologie).</i>				
Überführung vom Dunkelgelben in den Grünen Bereich, Anpassung der bestimmten Verwendung an die des Nachfolgepräparates, Änderung der Verschreibbarkeit auf bis zu 3 OP und Wegfall des Preismodells				

Änderung der Verwendung im Gelben Bereich:

Präparat	Menge	T	OP	KVP €
H05 CALCIUMHOMÖOSTASE				
H05AA02 Teriparatid				
RE2 Movymia 20 mcg/0,08 ml Inj.lsg.	1 Stk.	–	(3)	133,65
– 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.				

Präparat		Menge	T	OP	KVP €
– Bei Erwachsenen mit manifester Osteoporose (postmenopausale Osteoporose, Osteoporose bei Männern, Glucocorticoid induzierte Osteoporose), wenn trotz adäquat geführter, mehr als zwei Jahre wählender, 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 Patrone)					
RE2	Movymia 20 mcg/0,08 ml Inj.lsg.	1 Pkg.	–	–	133,65
– 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 wählender, 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 Patrone + Pen)					
Erweiterung (Erstlinientherapie) und Präzisierung des Regeltexes Zusätzlich ändert sich die Verschreibbarkeit der Patronen (1 Stk.) auf bis zu 3 OP. Somit steht neben Teriparatid "+pharma" und Teriparatid "ratiopharm" ein weiteres Teriparatid-Präparat zur Verfügung, von dem bis zu drei Packungen auf einem Rezept verordnet werden können.					
L01 ANTINEOPLASTISCHE MITTEL					
L01XX35 Anagrelid					
RE2	Anagrelid "Bluefish" 0,5 mg Hartkaps.	42 Stk.	–	–	62,95
		100 Stk.	–	–	136,35
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.					
RE2	Anagrelid "ratiopharm" 0,5 mg Hartkaps.	42 Stk.	–	–	62,95
		100 Stk.	–	–	136,35
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.					

Präparat		Menge	T	OP	KVP €
RE2	Thromboreductin 0,5 mg Kaps.	42 Stk.	–	–	62,95
		100 Stk.	–	–	136,35
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.					
Anpassung des Regeltextes an den des kürzlich in den Hellgelben Bereich aufgenommenen Nachfolgepräparates Anagrelid "+pharma"					

Abkürzungsverzeichnis

- (2).....zwei Packungen pro Verschreibung abgebar, erfolgt keine Angabe, darf nur eine Packung abgegeben werden
- (3).....drei Packungen pro Verschreibung abgebar, erfolgt keine Angabe, darf nur eine Packung abgegeben werden
- (PM)**Arzneispezialitäten, für die eine Vereinbarung über ein Preismodell mit dem vertriebsberechtigten Unternehmen vorliegt
- A.....Fachgruppen-Bestimmung: Fachärztin/Facharzt für Lungenkrankheiten
- 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.
- T Teilbarkeit

Medieninhaber, Herausgeber und Redaktion:

Österreichische Gesundheitskasse, Wienerbergstraße 15–19, 1100 Wien

www.oegk.at/impressum

Satz- und Druckfehler vorbehalten.