



## Neu im EKO

### Änderungen im Erstattungskodex (EKO) ab Jänner 2026

Informationsstand Jänner 2026

#### Im Fokus: Hydromorphon-Nachfolger im Grünen Bereich

Mit **Hydromorphon "Stada"** steht ab Jänner 2026 erstmals unretardiertes Hydromorphon als kostengünstiges Nachfolgepräparat zu Hydal im Grünen Bereich des EKO zur Verfügung. Im Gegensatz zum Erstanbieterpräparat können beim Nachfolger bis zu zwei 30-Stk.-Packungen ohne Vorabbewilligung verordnet werden. Es besteht ein relevantes Einsparpotenzial.

**ROT** >> **GRÜN**

#### Aufnahme kostengünstiger Nachfolgepräparate in den Grünen Bereich:

Präparat	Menge	T	OP	KVP €	max. Kostensparnis € pro Packung*
<b>B01 ANTITHROMBOTISCHE MITTEL</b>					
<b>B01AE07 Dabigatran etexilat</b>					
Dabigatranetexilat "1A Pharma" 75 mg Hart-kaps.	10 Stk.	–	(2)	2,20	8,25 Erstanbieter in RE2
	30 Stk.	–	–	6,60	23,10 Erstanbieter in RE2
110 mg Hart-kaps.	10 Stk.	–	(2)	2,20	8,25 Erstanbieter in RE2
	30 Stk.	–	–	6,60	23,10 Erstanbieter in RE2
<b>IND:</b> Zur Prophylaxe venöser thromboembolischer Ereignisse (VTE) bei erwachsenen PatientInnen nach elektivem chirurgischen Hüft- oder Kniegelenksersatz.					

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

Präparat	Menge	T	OP	KVP €	max. Kostenersparnis € pro Packung*
<b>Dabigatranetexilat "1A Pharma" 110 mg Hartkaps.</b>	60 Stk.	–	(3)	12,85	<b>44,80</b> Erstanbieter in RE1
<b>150 mg Hartkaps.</b>	30 Stk.	–	–	6,60	<b>23,10</b> Erstanbieter in RE1
	60 Stk.	–	(3)	12,85	<b>44,80</b> Erstanbieter in RE1
<p><b>IND:</b> Zur Prävention von Schlaganfall und systemischer Embolie bei erwachsenen PatientInnen mit nicht valvulärem Vorhofflimmern mit einem oder mehreren der folgenden Risikofaktoren:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Vorausgeganger Schlaganfall, transitorische ischämische Attacke oder systemische Embolie</li> <li>• Linksventrikuläre Ejektionsfraktion kleiner 40 %</li> <li>• Symptomatische Herzinsuffizienz größer/gleich New York Heart Association (NYHA) Klasse 2</li> <li>• Alter größer/gleich 75 Jahre</li> <li>• Alter größer/gleich 65 Jahre einhergehend mit einer der folgenden Erkrankungen: Diabetes mellitus, koronare Herzerkrankung oder arterielle Hypertonie</li> </ul> <p>Behandlung von tiefen Venenthrombosen (TVT) und Lungenembolien (LE) sowie Prophylaxe von rezidivierenden TVT und LE bei Erwachsenen.</p> <p>Cave Nierenfunktion: Vor dem Beginn einer Behandlung mit Dabigatran etexilat ist die Nierenfunktion durch Bestimmung der Kreatinin-Clearance (CrCl) zu überprüfen, um PatientInnen mit schwerer Beeinträchtigung der Nierenfunktion (= CrCl kleiner 30 ml/min) von der Behandlung auszuschließen. Während der Behandlung ist die Nierenfunktion in bestimmten klinischen Situationen, in denen eine mögliche Abnahme oder Verschlechterung der Nierenfunktion zu vermuten ist (z.B. Hypovolämie, Dehydratation und Verwendung bestimmter Begleitmedikamente), zu überprüfen. Bei PatientInnen über 75 Jahren oder bei PatientInnen mit Beeinträchtigung der Nierenfunktion ist die Nierenfunktion mindestens einmal jährlich zu überprüfen.</p>					
<b>Gribero 75 mg Hartkaps.</b>	10 Stk.	–	(2)	2,20	<b>8,25</b> Erstanbieter in RE2
	30 Stk.	–	–	6,60	<b>23,10</b> Erstanbieter in RE2
<b>110 mg Hartkaps.</b>	10 Stk.	–	(2)	2,20	<b>8,25</b> Erstanbieter in RE2
	30 Stk.	–	–	6,60	<b>23,10</b> Erstanbieter in RE2
<p><b>IND:</b> Zur Prophylaxe venöser thromboembolischer Ereignisse (VTE) bei erwachsenen PatientInnen nach elektivem chirurgischen Hüft- oder Kniegelenksersatz.</p>					
<b>110 mg Hartkaps.</b>	60 Stk.	–	(3)	12,85	<b>44,80</b> Erstanbieter in RE1
<b>150 mg Hartkaps.</b>	30 Stk.	–	–	6,60	<b>23,10</b> Erstanbieter in RE1
	60 Stk.	–	(3)	12,85	<b>44,80</b> Erstanbieter in RE1
<p><b>IND:</b> Zur Prävention von Schlaganfall und systemischer Embolie bei erwachsenen PatientInnen mit nicht valvulärem Vorhofflimmern mit einem oder mehreren der folgenden Risikofaktoren:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Vorausgeganger Schlaganfall, transitorische ischämische Attacke oder systemische Embolie</li> <li>• Linksventrikuläre Ejektionsfraktion kleiner 40 %</li> <li>• Symptomatische Herzinsuffizienz größer/gleich New York Heart Association (NYHA) Klasse 2</li> <li>• Alter größer/gleich 75 Jahre</li> <li>• Alter größer/gleich 65 Jahre einhergehend mit einer der folgenden Erkrankungen: Diabetes mellitus, koronare Herzerkrankung oder arterielle Hypertonie</li> </ul> <p>Behandlung von tiefen Venenthrombosen (TVT) und Lungenembolien (LE) sowie Prophylaxe von rezidivierenden TVT und LE bei Erwachsenen.</p> <p>Cave Nierenfunktion: Vor dem Beginn einer Behandlung mit Dabigatran etexilat ist die Nierenfunktion durch Bestimmung der Kreatinin-Clearance (CrCl) zu überprüfen, um PatientInnen mit schwerer Beeinträchtigung der</p>					

Präparat	Menge	T	OP	KVP €	max. Kostenersparnis € pro Packung*
<i>Nierenfunktion (= CrCl kleiner 30 ml/min) von der Behandlung auszuschließen. Während der Behandlung ist die Nierenfunktion in bestimmten klinischen Situationen, in denen eine mögliche Abnahme oder Verschlechterung der Nierenfunktion zu vermuten ist (z.B. Hypovolämie, Dehydratation und Verwendung bestimmter Begleitmedikamente), zu überprüfen. Bei PatientInnen über 75 Jahren oder bei PatientInnen mit Beeinträchtigung der Nierenfunktion ist die Nierenfunktion mindestens einmal jährlich zu überprüfen.</i>					
Mit Dabigatranetexilat "1A Pharma" und Gribero stehen weitere kostengünstige Nachfolgepräparate zu Pradaxa im Grünen Bereich des EKO zur Verfügung. Das Erstanbieterpräparat Pradaxa ist nach wie vor im Gelben Bereich gelistet.					
<b>C03 DIURETIKA</b>					
<b>C03DA04 Eplerenon</b>					
Eplerenon "Blueth" 25 mg Filmtabl.	20 Stk. 30 Stk.	– –	– (3)	11,45 16,90	3,68 9,65
50 mg Filmtabl.	20 Stk. 30 Stk.	– –	– (3)	13,70 19,95	2,55 6,60
<i>IND: Herzinsuffizienz mit linksventrikulärer Dysfunktion, wenn Spironolacton aufgrund endokriner Nebenwirkungen (Hirsutismus, Gynäkomastie) nachweislich nicht vertragen wurde</i>					
Eplerenon "Bluefish" ist ein Nachfolger zu Inspira. Im Gegensatz zum Erstanbieterpräparat können von diesem Nachfolgepräparat bis zu drei 30-Stk.-Packungen auf einem Rezept verordnet werden.					
<b>C09 MITTEL MIT WIRKUNG AUF DAS RENIN-ANGIOTENSIN-SYSTEM</b>					
<b>C09CA06 Candesartan</b>					
Candesartan "Aliud" 4 mg Tabl.	30 Stk.	T2	(3)	5,25	1,60
8 mg Tabl.	30 Stk.	T2	(3)	5,25	1,60
16 mg Tabl.	30 Stk.	T2	(3)	5,25	1,60
32 mg Tabl.	30 Stk.	T2	(3)	5,25	1,60
Mit Candesartan "Aliud" steht neben Candesartan "A-med" ein weiteres Nachfolgepräparat zu Atacand und Blopress im Grünen Bereich zur Verfügung, von dem bis zu drei Originalpackungen auf einmal verschrieben werden können. Atacand ist nicht mehr im EKO angeführt.					
<b>L01 ANTINEOPLASTISCHE MITTEL</b>					
<b>L01EK01 Axitinib</b>					
Axitinib "Stada" 1 mg Filmtabl.	56 Stk.	–	–	123,25	863,90 Erstanbieter nicht im EKO
3 mg Filmtabl.	56 Stk.	–	–	327,55	2.570,55 Erstanbieter nicht im EKO
5 mg Filmtabl.	56 Stk.	–	–	524,75	4.284,30 Erstanbieter nicht im EKO
7 mg Filmtabl.	56 Stk.	–	–	666,10	6.053,85 Erstanbieter nicht im EKO
<i>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.</i>					
<i>Regelmäßige Kontrolle durch entsprechende Fachabteilung bzw. Zentrum bzw. durch onkologisch spezialisierte FachärztInnen.</i>					

Präparat	Menge	T	OP	KVP €	max. Kostenersparnis € pro Packung*
Axitinib "Stada" ist das erste Nachfolgepräparat zu Inlyta im Grünen Bereich des EKO. Aufgrund des Ampelprinzips – Inlyta ist nicht im EKO gelistet – und eines Preisvorteils von bis zu über 6.000 Euro pro Packung sollte ein kostengünstiges Nachfolgeprodukt bevorzugt verordnet werden.					
<b>L04 IMMUNSUPPRESSIVA</b>					
<b>L04AB02 Infliximab</b>					
Zessly 100 mg Plv. für ein Konz. zur Herst. einer Inf.lsg.	1 Stk.	–	–	166,85	270,30 Erstanbieter nicht im EKO
	2 Stk.	–	–	306,00	536,60 Erstanbieter nicht im EKO
	3 Stk.	–	–	445,15	802,90 Erstanbieter nicht im EKO
<i>IND: Diagnose, Erstverordnung und regelmäßige Kontrollen durch entsprechende Fachabteilung, -ambulanz bzw. FachärztInnen (Rheumatologie, Dermatologie, Gastroenterologie, Pädiatrie).</i>					
Zessly, ein Nachfolger zu Remicade, steht mit Jänner 2026 wieder im Grünen Bereich des EKO zur Verfügung.					
<b>N02 ANALGETIKA</b>					
<b>N02AA03 Hydromorphon</b>					
Hydromorphon "Stada" 1,3 mg Hartkaps.	10 Stk.	–	(2)	2,40	2,65
	30 Stk.	–	(2)	6,15	5,30
2,6 mg Hartkaps.	10 Stk.	–	(2)	3,55	4,15
	30 Stk.	–	(2)	9,50	8,25
SG					
Hydromorphon "Stada" ist das erste kostengünstige orale nicht retardierte Hydromorphon-Nachfolgepräparat zu Hydal im Grünen Bereich.					
<b>N05 PSYCHOLEPTIKA</b>					
<b>N05AH03 Olanzapin</b>					
Olanzapin "neuraxpharm" 5 mg Schmelztabl.	14 Stk.	–	–	9,95	Packungsgröße beim Erstanbieter nicht vorhanden
	28 Stk.	–	(2)	19,30	4,20
10 mg Schmelztabl.	14 Stk.	–	–	9,95	Packungsgröße beim Erstanbieter nicht vorhanden
	28 Stk.	–	(2)	19,30	25,30
15 mg Schmelztabl.	14 Stk.	–	–	9,95	Packungsgröße beim Erstanbieter nicht vorhanden
	28 Stk.	–	(2)	19,30	25,30
20 mg Schmelztabl.	14 Stk.	–	–	19,15	Wirkstoffstärke beim Erstanbieter nicht vorhanden
	28 Stk.	–	(2)	37,45	
Olanzapin "neuraxpharm" ist ein weiteres Nachfolgepräparat zu Zyprexa Velotab im Grünen Bereich des EKO. Durch die zusätzliche Verfügbarkeit von Schmelztabletten in der Wirkstoffstärke 20 mg wird die bedarfsgerechte Patientenversorgung vereinfacht.					

Präparat	Menge	T	OP	KVP €	max. Kostenersparnis € pro Packung*
<b>N05BB01 Hydroxyzin</b>					
Hydroxyzin "Bluefish" 25 mg Filmtabl.	20 Stk. 60 Stk.	T2 T2	(2) –	1,15 3,05	1,15 2,51
Hydroxyzin "Bluefish" ist der erste Nachfolger zu Atarax im Grünen Bereich.					

**ROT** >> **GELB**

#### Aufnahme kostengünstiger Nachfolgepräparate in den Gelben Bereich:

Präparat	Menge	T	OP	KVP €	max. Kostenersparnis € pro Packung*
<b>J05 ANTIVIRALE MITTEL ZUR SYSTEMISCHEN ANWENDUNG</b>					
<b>J05AB14 Valganciclovir</b>					
RE2 Valganciclovir "+pharma" 450 mg Film-tabl.	60 Stk.	–	–	569,85	649,00 Erstanbieter nicht im EKO
Initial- und Erhaltungstherapie der Cytomegalievirus-Retinitis bei PatientInnen mit AIDS. Valganciclovir ist zur Prophylaxe (drei bis vier Monate) einer CMV-Erkrankung bei CMV-negativen PatientInnen angezeigt, die ein Organtransplantat von einem/einer CMV-positiven Spender/Spenderin erhalten haben.					
Mit Valganciclovir "+pharma" steht ein weiteres Nachfolgepräparat zum nicht im EKO gelisteten Valcyte im Gelben Bereich zur Verfügung.					

#### Aufnahme von Präparaten in den Gelben Bereich:

Präparat	Menge	T	OP	KVP €
<b>C09 MITTEL MIT WIRKUNG AUF DAS RENIN-ANGIOTENSIN-SYSTEM</b>				
<b>C09AA02 Enalapril</b>				
RE1 Aqumeldi 0,25 mg Schmelztabl. <b>PM</b>	50 Stk. 100 Stk.	– –	– –	59,70 112,70
RE1 1 mg Schmelztabl. <b>PM</b>	50 Stk. 100 Stk.	– –	– –	112,70 201,55
Zur Behandlung von Herzinsuffizienz bei Kindern ab der Geburt bis zum Alter von unter 7 Jahren. Erstverordnung durch KardiologInnen bzw. PädiaterInnen.				
Aqumeldi ist ein „Hybridarzneimittel“. Es ist in einer niedrigeren Dosis als sein Referenzarzneimittel Renitec und in einer anderen für Kinder geeigneten Form erhältlich.				
<b>L04 IMMUNSUPPRESSIVA</b>				
<b>L04AL01 Efgartigimod alfa</b>				
RE1 Vyvgart 1.000 mg Inj.lsg. Fertigspr. <b>PM</b>	1 Stk.	–	–	14.891,60
• 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 6 Punkten unter einer ausgeschöpften Therapie mit Standardtherapeutika (Acetylcholinesterase-Inhibitor, Glucocorticosteroide, nichtsteroidale Immunsuppressiva, in ausreichender Dosierung und Zeitdauer), wenn mit				

Präparat	Menge	T	OP	KVP €
<p>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"> <li>• Eine Thymektomie, falls im konkreten Einzelfall medizinisch sinnvoll, muss durchgeführt worden sein.</li> <li>• Die Therapie mit Efgartigimod alfa darf nach den 4 Verabreichungen des 2. Behandlungszyklus nur fortgesetzt werden, wenn ab 2 Wochen nach der 1. Verabreichung des 2. Behandlungszyklus im Vergleich zum Ausgangswert vor Therapiebeginn eine mindestens 4 Wochen aufrecht bleibende Verbesserung im MG-ADL-Score um zumindest 5 Punkte erreicht wird ODER wenn eine mindestens 4 Wochen aufrecht bleibende Verbesserung im MG-ADL-Score um zumindest 3 Punkte UND zusätzlich eine dokumentierte Verbesserung im MG-QoL15r von größer/gleich 3 Punkten erreicht werden kann.</li> <li>• Regelmäßige längere Auslassversuche (unter Beibehaltung der Begleitherapien; 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.</li> <li>• Die Bestimmung von MG-ADL-Score und MG-QoL15r hat wiederholt vor Therapiebeginn und danach, insbesondere wie oben im Rahmen des 2. Behandlungszyklus beschrieben sowie im Zusammenhang mit Auslassversuchen, regelmäßig zu erfolgen.</li> <li>• Keine Kostenübernahme für eine Kombination mit einer C5-Komplementinhibitor-Behandlung.</li> <li>• Diagnose, Therapieeinleitung und regelmäßige Kontrollen in einem intramuralen Myasthenia-gravis-Zentrum. Die Liste der in Frage kommenden Einrichtungen wird vom Dachverband erstellt und unter <a href="http://www.sozialversicherung.at/erstattungskodex_gMG">www.sozialversicherung.at/erstattungskodex_gMG</a> publiziert.</li> </ul> <p>vormals ATC-Code L04AA58</p> <p>Neben der Vyvgart 1.000 mg Inj.lsg. steht ab Jänner 2026 auch die Vyvgart 1.000 mg Inj.lsg. Fertigspr. im Gelben Bereich des EKO zur Verfügung.</p>				

### Folgende Präparate wurden aus dem EKO gestrichen:

Präparat	Menge	ATC-Code	Streichung mit
Hydrocortone Tabl.	30 Stk.	H02AB09	01.01.2026
Retarpen 2,4 Mio IE Plv. und Lsgm. zur Herst. einer Inj.susp.	1 Stk.	J01CE08	01.01.2026
Theospirex Amp.	5 Stk.	R03DA04	01.01.2026
Voriconazol "Stada" 200 mg Filmtabl.	10 Stk. 30 Stk.	J02AC03	31.12.2025

### Änderung der Verwendung im Grünen Bereich:

Präparat	Menge	T	OP	KVP €
<b>L04 IMMUNSUPPRESSIVA</b>				
<b>L04AC05 Ustekinumab</b>				
Pyzchiva 45 mg Inj.lsg. Fertigpen	1 Stk.	-	-	782,10
<i>IND: Diagnose, Erstverordnung und regelmäßige Kontrollen durch entsprechende Fachabteilung, -ambulanz bzw. FachärztInnen (Dermatologie, Rheumatologie).</i>				
45 mg Inj.lsg. Fertigspr.	1 Stk.	-	-	782,10
<i>IND: Diagnose, Erstverordnung und regelmäßige Kontrollen durch entsprechende Fachabteilung, -ambulanz bzw. FachärztInnen (Dermatologie, Rheumatologie, Pädiatrie).</i>				

Präparat	Menge	T	OP	KVP €
<b>Pyzchiva 90 mg Inj.Isg. Fertigpen</b>	1 Stk.	–	–	<b>782,10</b>
<b>IND:</b> Diagnose, Erstverordnung und regelmäßige Kontrollen durch entsprechende Fachabteilung, -ambulanz bzw. FachärztInnen (Dermatologie, Rheumatologie, Gastroenterologie).				
<b>90 mg Inj.Isg. Fertigspr.</b>	1 Stk.	–	–	<b>782,10</b>
<b>IND:</b> Diagnose, Erstverordnung und regelmäßige Kontrollen durch entsprechende Fachabteilung, -ambulanz bzw. FachärztInnen (Dermatologie, Rheumatologie, Gastroenterologie, Pädiatrie).				
<b>130 mg Konz. zur Herst. einer Inf.Isg.</b>	1 Stk.	–	–	<b>782,10</b>
<b>IND:</b> Zur Anbehandlung. Diagnose, Erstverordnung und regelmäßige Kontrollen durch entsprechende Fachabteilung, -ambulanz bzw. FachärztInnen (Gastroenterologie).				
Überführung vom Hellgelben in den Grünen Bereich und Vereinfachung der Regeltexte				

## Änderung der Verwendung im Gelben Bereich:

Präparat	Menge	T	OP	KVP €
<b>N07 ANDERE MITTEL FÜR DAS NERVENSYSTEM</b>				
<b>N07XX18 Vutrisiran</b>				
RE1 L6 <b>Amvuttra 25 mg Inj.Isg. Fertigspr. (PM)</b>	1 Stk.	–	–	<b>91.641,30</b>
– Zur Behandlung von Polyneuropathie der Stadien 1 oder 2 bei erwachsenen PatientInnen mit hereditärer Transthyretin-Amyloidose (hATTR). Diagnose, Erstverordnung und regelmäßige Kontrollen durch ein spezialisiertes Zentrum. Die Liste der in Frage kommenden Einrichtungen wird vom Dachverband erstellt und unter <a href="http://www.sozialversicherung.at/erstattungskodex_hATTR-PN">www.sozialversicherung.at/erstattungskodex_hATTR-PN</a> publiziert. Vutrisiran darf nicht mit anderen spezifischen Arzneimitteln zur Behandlung der Transthyretin-Amyloidose (z.B. TTR-Stabilisatoren, TTR-Gen-Silencer) kombiniert werden. Vutrisiran eignet sich für eine chef(kontroll)ärztliche Langzeitbewilligung für 6 Monate (L6). – 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 amyloidosetypischem 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. 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 Vutrisiran (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. Vutrisiran darf nicht mit anderen spezifischen Arzneimitteln zur Behandlung der Transthyretin-Amyloidose (z.B. TTR-Stabilisatoren, TTR-Gen-Silencer) kombiniert werden.				

Präparat	Menge	T	OP	KVP €
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 <a href="http://www.sozialversicherung.at/erstattungskodex_ATTR-CM">www.sozialversicherung.at/erstattungskodex_ATTR-CM</a> publiziert.				
Regeltexterweiterung um die Wildtyp- oder hereditäre Transthyretin-Amyloidose mit Kardiomyopathie und Wegfall der Befristung				

## Änderung der Bezeichnung im Grünen Bereich:

Präparat	Menge	T	OP	KVP €
<b>A02 MITTEL BEI SÄURE BEDINGTEN ERKRANKUNGEN</b>				
<b>A02BC01 Omeprazol</b>				
Omeprazol "+pharma" 10 mg magensaftresistente Kaps. 30 Stk. – (2) 11,00				
vormals Omeprazol "Genericon" 10 mg magensaftresistente Kaps.				
Omeprazol "+pharma" 20 mg magensaftresistente Kaps. 14 Stk. – – 5,70 30 Stk. – – 11,00				
vormals Omeprazol "Genericon" 20 mg magensaftresistente Kaps.				
<b>C03 DIURETIKA</b>				
<b>C03BA11 Indapamid</b>				
Indapamid "Rivopharm" 1,5 mg Retardtabl. 10 Stk. – (2) 1,50 30 Stk. – (2) 3,55				
vormals Indapamid "Actavis" Retardtabl.				
<b>N04 ANTIPARKINSONMITTEL</b>				
<b>N04BA03 Levodopa, Decarboxylasehemmer und COMT-Hemmer</b>				
Levodopa/Carbidopa/Entacapon "Rivopharm" 50 mg/12,5 mg/200 mg Filmtabl. 30 Stk. – (2) 18,45 100 Stk. – – 50,70				
vormals Levodopa/Carbidopa/Entacapon "ratiopharm" 50 mg/12,5 mg/200 mg Filmtabl.				
Levodopa/Carbidopa/Entacapon "Rivopharm" 75 mg/18,75 mg/200 mg Filmtabl. 30 Stk. – (2) 18,45 100 Stk. – – 50,70				
vormals Levodopa/Carbidopa/Entacapon "ratiopharm" 75 mg/18,75 mg/200 mg Filmtabl.				
Levodopa/Carbidopa/Entacapon "Rivopharm" 100 mg/25 mg/200 mg Filmtabl. 30 Stk. – (2) 18,45 100 Stk. – – 50,70				
vormals Levodopa/Carbidopa/Entacapon "ratiopharm" 100 mg/25 mg/200 mg Filmtabl.				
Levodopa/Carbidopa/Entacapon "Rivopharm" 125 mg/31,25 mg/200 mg Filmtabl. 30 Stk. – (2) 18,45 100 Stk. – – 50,70				
vormals Levodopa/Carbidopa/Entacapon "ratiopharm" 125 mg/31,25 mg/200 mg Filmtabl.				
Levodopa/Carbidopa/Entacapon "Rivopharm" 150 mg/37,5 mg/200 mg Filmtabl. 30 Stk. – (2) 18,45 100 Stk. – – 50,70				
vormals Levodopa/Carbidopa/Entacapon "ratiopharm" 150 mg/37,5 mg/200 mg Filmtabl.				

Präparat	Menge	T	OP	KVP €
Levodopa/Carbidopa/Entacapon "Rivopharm" 175 mg/43,75 mg/200 mg Filmtabl.	30 Stk. 100 Stk.	– –	(2) –	18,45 50,70
vormals Levodopa/Carbidopa/Entacapon "ratiopharm" 175 mg/43,75 mg/200 mg Filmtabl.				
Levodopa/Carbidopa/Entacapon "Rivopharm" 200 mg/50 mg/200 mg Filmtabl.	30 Stk. 100 Stk.	– –	(2) –	18,45 50,70
vormals Levodopa/Carbidopa/Entacapon "ratiopharm" 200 mg/50 mg/200 mg Filmtabl.				
<b>N07 ANDERE MITTEL FÜR DAS NERVENSYSTEM</b>				
<b>N07CA01 Betahistin</b>				
Betahistin "Rivopharm" 8 mg Tabl.	30 Stk. 100 Stk.	– –	(2) –	3,35 8,60
vormals Betahistin "Actavis" 8 mg Tabl.				
Betahistin "Rivopharm" 16 mg Tabl.	30 Stk. 60 Stk.	T2 T2	– –	5,65 9,45
vormals Betahistin "Actavis" 16 mg Tabl.				
Betahistin "Rivopharm" 24 mg Tabl.	20 Stk. 60 Stk.	T2 T2	(2) –	3,75 9,40
vormals Betahistin "Actavis" 24 mg Tabl.				

#### ATC-Code-Änderungen 2026:

Vormaliger ATC-Code	ATC Bezeichnung	Neuer ATC-Code
L04AA58	Efgartigimod alfa	L04AL01

## 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
- 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
- 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.
- SG.....Arzneispezialitäten, welche ohne Einschränkung den strengen Abgabebestimmungen für Suchtgifte unterliegen
- T .....Teilbarkeit
- T2.....in zwei dosisgleiche Teile teilbar

---

### Medieninhaber, Herausgeber und Redaktion:

Österreichische Gesundheitskasse, Wienerbergstraße 15–19, 1100 Wien

[www.gesundheitskasse.at/impressum](http://www.gesundheitskasse.at/impressum)

Satz- und Druckfehler vorbehalten.