



Neu im EKO

Änderungen im Erstattungskodex (EKO) ab März 2026

Informationsstand März 2026

Im Fokus: Weiterer Eisencarboxymaltose-Nachfolger im Gelben Bereich

Mit **Eisencarboxymaltose "Viatrix" 50 mg/ml Dispersion zur Inj./Inf.** steht ab März 2026 ein weiteres Nachfolgepräparat zu Ferinject zur Eisensubstitution, wenn mit oralen Therapiealternativen (ATC-Code B03A) nachweislich nicht das Auslangen gefunden werden kann, im Hellgelben Bereich des EKO zur Verfügung.

Im Vergleich zum Erstanbieterpräparat beträgt der Preisvorteil der neu aufgenommenen Nachfolgeprodukte aktuell bis zu 53 Prozent pro Packung.

ROT >> **GRÜN**

Aufnahme kostengünstiger Nachfolgepräparate in den Grünen Bereich:

Präparat	Menge	T	OP	KVP €	max. Kostenersparnis € pro Packung*
B02 ANTIHÄMORRHAGIKA					
B02BX05 Eltrombopag					
Elrevolan 25 mg Filmtabl.	10 Stk.	–	(2)	83,45	351,57 Erstanbieter in RE1
	30 Stk.	–	–	220,00	706,82 Erstanbieter in RE1

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

Präparat	Menge	T	OP	KVP €	max. Kostenersparnis € pro Packung*
Elrevolan 50 mg Filmtabl.	10 Stk.	–	(2)	154,70	695,57 Erstanbieter in RE1
	30 Stk.	–	–	414,55	1.412,74 Erstanbieter in RE1
75 mg Filmtabl.	10 Stk.	–	(2)	220,00	1.047,95 Erstanbieter in RE1
	30 Stk.	–	–	609,45	2.118,38 Erstanbieter in RE1

IND: Bei PatientInnen mit therapierefraktärer chronischer immun-(idiopathischer) thrombozytopenischer Purpura (ITP), die splenektomiert sind bzw. für die eine Splenektomie kontraindiziert ist.
Die Behandlung mit Eltrombopag sollte abgebrochen werden, wenn die Thrombozytenzahl nach 4-wöchiger Behandlung mit Eltrombopag in der höchsten täglichen Dosis von 75 mg nicht auf einen Wert steigt, der ausreichend hoch ist, um klinisch signifikante Blutungen zu vermeiden.
Diagnosestellung, Therapieeinleitung, Dosisfindung (Titration) und regelmäßige Kontrollen durch entsprechende Fachabteilung bzw. -ambulanz; Weiterverordnung nur durch in der Verwendung von Eltrombopag ausreichend informierte ÄrztInnen.

Elrevolan ist ein weiteres Nachfolgepräparat zu Revolade und im Gegensatz zum Erstanbieterpräparat nicht im grundsätzlich bewilligungspflichtigen Dunkelgelben, sondern im Grünen Bereich des EKO gelistet.

L04 IMMUNSUPPRESSIVA

L04AC05 Ustekinumab

Wezenla 45 mg Inj.lsg. Fertigpen	1 Stk.	–	–	780,00	3,15
---	--------	---	---	--------	-------------

IND: Diagnose, Erstverordnung und regelmäßige Kontrollen durch entsprechende Fachabteilung, -ambulanz bzw. FachärztInnen (Dermatologie, Rheumatologie).

90 mg Inj.lsg. Fertigpen	1 Stk.	–	–	780,00	3,15
---------------------------------	--------	---	---	--------	-------------

IND: Diagnose, Erstverordnung und regelmäßige Kontrollen durch entsprechende Fachabteilung, -ambulanz bzw. FachärztInnen (Dermatologie, Rheumatologie, Gastroenterologie).

Ab März 2026 steht Wezenla, ein Nachfolger zu Stelara, in einer weiteren Darreichungsform als Fertigpen im Grünen Bereich zur Verfügung.

Aufnahme von Präparaten in den Grünen Bereich:

Präparat	Menge	T	OP	KVP €
S02 OTOLOGIKA				
S02AA Antiinfektiva				
OtoMyk 10 mg/ml Ohrentropf., Lsg. Einzeldosen	30 Stk.	–	–	26,70
IND: Zur Behandlung von mykotischer Otitis externa (Otomykose) bei Erwachsenen, Jugendlichen und Kindern älter als 1 Monat. Keine Anwendung bei perforiertem Trommelfell				
Jedes Einzeldosisbehältnis enthält eine entnehmbare Menge von ca. 0,17 ml Lösung, entsprechend 1,7 mg Clotrimazol.				

ROT >> **GELB**

Aufnahme kostengünstiger Nachfolgepräparate in den Gelben Bereich:

Präparat		Menge	T	OP	KVP €	max. Kostenersparnis € pro Packung*
B03 ANTIANÄMIKA						
B03AC Eisen, parenterale Zubereitungen						
RE2	Eisencarboxymaltose "Viatrix" 50 mg/ml Dispersion zur Inj./Inf.	10 ml	–	–	28,25	32,40
		20 ml	–	–	54,80	49,00
Zur Eisensubstitution, wenn mit oralen Therapiealternativen (ATC-Code B03A) nachweislich nicht das Auslangen gefunden werden kann.						
Eisencarboxymaltose "Viatrix" ist ein weiteres kostengünstiges Nachfolgepräparat zu Ferinject.						
L04 IMMUNSUPPRESSIVA						
L04AE01 Fingolimod						
RE2	Fingolimod "+pharma" 0,5 mg Hartkaps.	10 Stk.	–	–	76,80	243,69 Erstanbieter nicht im EKO
		30 Stk.	–	(3)	199,30	873,89 Erstanbieter nicht im EKO
<p>Als Monotherapie bei Erwachsenen mit</p> <ul style="list-style-type: none"> – hochaktiver, schubförmig remittierend verlaufender Multipler Sklerose (MS), die trotz eines vollständigen und angemessenen Zyklus einer krankheitsmodifizierenden Therapie (DMT) (Mindesttherapiedauer ein Jahr) weiterhin eine hohe Krankheitsaktivität aufweisen (mindestens ein Schub während der Therapie im vorangegangenen Jahr und mindestens neun T2-hyperintense Läsionen in der kranialen MRT oder mindestens eine Gadolinium anreichernde Läsion). – rasch fortschreitender schwerer schubförmig remittierend verlaufender MS, definiert durch zwei oder mehr Schübe mit Behinderungsprogression in einem Jahr, und mit einer oder mehreren Gadolinium anreichernden Läsionen in der kranialen MRT oder mit einer signifikanten Erhöhung der T2-Läsionen im Vergleich zu einer früheren in jüngerer Zeit angefertigten MRT. <p>Diagnosestellung, Verordnung, Einstellung, Therapiekontrolle und Dokumentation durch ein MS-Zentrum. PatientInnen, die mit Fingolimod behandelt werden, sind vor Therapiebeginn in das dafür vorgesehene Register der ÖGN aufzunehmen.</p>						
RE2	Fingolimod "Genericon" 0,5 mg Hartkaps.	10 Stk.	–	–	76,80	243,69 Erstanbieter nicht im EKO
		30 Stk.	–	(3)	199,30	873,89 Erstanbieter nicht im EKO
<p>Als Monotherapie bei Erwachsenen mit</p> <ul style="list-style-type: none"> – hochaktiver, schubförmig remittierend verlaufender Multipler Sklerose (MS), die trotz eines vollständigen und angemessenen Zyklus einer krankheitsmodifizierenden Therapie (DMT) (Mindesttherapiedauer ein Jahr) weiterhin eine hohe Krankheitsaktivität aufweisen (mindestens ein Schub während der Therapie im vorangegangenen Jahr und mindestens neun T2-hyperintense Läsionen in der kranialen MRT oder mindestens eine Gadolinium anreichernde Läsion). – rasch fortschreitender schwerer schubförmig remittierend verlaufender MS, definiert durch zwei oder mehr Schübe mit Behinderungsprogression in einem Jahr, und mit einer oder mehreren Gadolinium anreichernden Läsionen in der kranialen MRT oder mit einer signifikanten Erhöhung der T2-Läsionen im Vergleich zu einer früheren in jüngerer Zeit angefertigten MRT. <p>Diagnosestellung, Verordnung, Einstellung, Therapiekontrolle und Dokumentation durch ein MS-Zentrum. PatientInnen, die mit Fingolimod behandelt werden, sind vor Therapiebeginn in das dafür vorgesehene Register der ÖGN aufzunehmen.</p>						
Fingolimod "+pharma" und Fingolimod "Genericon" sind weitere Nachfolger zum nicht mehr im EKO gelisteten Gilenya.						

Folgende Präparate wurden aus dem EKO gestrichen:

Präparat	Menge	ATC-Code	Streichung mit
Atorvastatin "Aristo Pharma" 20 mg Filmtabl.	30 Stk.	C10AA05	01.03.2026
Celecoxib "ratiopharm" 100 mg Hartkaps.	10 Stk. 30 Stk.	M01AH01	01.03.2026
Celecoxib "ratiopharm" 200 mg Hartkaps.	10 Stk. 30 Stk.	M01AH01	01.03.2026
Cinacalcet "Accordpharma" 30 mg Filmtabl.	28 Stk.	H05BX01	01.03.2026
Cinacalcet "Accordpharma" 60 mg Filmtabl.	28 Stk.	H05BX01	01.03.2026
Cinacalcet "Accordpharma" 90 mg Filmtabl.	28 Stk.	H05BX01	01.03.2026
Firazyr 30 mg Inj.lsg. Fertigspr.	1 Stk.	B06AC02	01.03.2026
Im Grünen Bereich stehen kostengünstige Nachfolgepräparate mit dem Wirkstoff Icatibant zur Verfügung.			
Levetiracetam "Bluefish" 500 mg Filmtabl.	30 Stk. 60 Stk.	N03AX14	01.03.2026
Levetiracetam "Bluefish" 1000 mg Filmtabl.	30 Stk. 60 Stk.	N03AX14	01.03.2026
Lidocain "Accord" 10 mg/ml Inj.lsg.	5 Stk.	N01BB02	01.03.2026
Quetiapin "Aristo" 200 mg Filmtabl.	30 Stk. 60 Stk.	N05AH04	01.03.2026
Quetiapin "Aristo" 300 mg Filmtabl.	30 Stk. 60 Stk.	N05AH04	01.03.2026
Sertralin "Aristo" 50 mg Filmtabl.	14 Stk. 30 Stk.	N06AB06	01.03.2026
Sertralin "Aristo" 100 mg Filmtabl.	10 Stk. 30 Stk.	N06AB06	01.03.2026
Suboxone 2mg/0,5 mg Sublingualtabl.	7 Stk. 28 Stk.	N07BC51	01.03.2026
Suboxone 8 mg/2 mg Sublingualtabl.	7 Stk. 28 Stk.	N07BC51	01.03.2026
Das wirkstoffgleiche Bupensan Duo ist weiterhin im Dunkelgelben Bereich des EKO gelistet.			
Tolterodin "Aristo" 1 mg Filmtabl.	20 Stk. 60 Stk.	G04BD07	01.03.2026
Trospium "Aristo" 15 mg Filmtabl.	30 Stk. 90 Stk.	G04BD09	01.03.2026
Trospium "Aristo" 30 mg Filmtabl.	10 Stk. 30 Stk.	G04BD09	01.03.2026
Vildagliptin/Metformin "1A Pharma" 50 mg/ 850 mg Filmtabl.	60 Stk.	A10BD08	01.03.2026
Vildagliptin/Metformin "1A Pharma" 50 mg/ 1000 mg Filmtabl.	60 Stk.	A10BD08	01.03.2026

Änderung der Verwendung im Grünen Bereich:

Präparat	Menge	T	OP	KVP €
L01 ANTINEOPLASTISCHE MITTEL				
L01EX02 Sorafenib				
Sorafenib "Stada" 200 mg Filmtabl.	112 Stk.	–	–	807,20
<p><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. Regelmäßige Kontrolle durch entsprechende Fachabteilung bzw. Zentrum bzw. durch onkologisch spezialisierte FachärztInnen.</i></p> <p>Anpassung des Regeltextes an den des kürzlich in den Grünen Bereich aufgenommenen Nachfolgepräparates Sorafenib "Bluefish"</p>				
L04 IMMUNSUPPRESSIVA				
L04AC05 Ustekinumab				
Otulfli 45 mg Inj.lsg. Fertigspr.	1 Stk.	–	–	780,00
<p><i>IND: Diagnose, Erstverordnung und regelmäßige Kontrollen durch entsprechende Fachabteilung, -ambulanz bzw. FachärztInnen (Dermatologie, Rheumatologie, Pädiatrie).</i></p>				
90 mg Inj.lsg. Fertigspr.	1 Stk.	–	–	780,00
<p><i>IND: Diagnose, Erstverordnung und regelmäßige Kontrollen durch entsprechende Fachabteilung, -ambulanz bzw. FachärztInnen (Dermatologie, Rheumatologie, Gastroenterologie, Pädiatrie).</i></p>				
130 mg Konz. zur Herst. einer Inf.lsg.	1 Stk.	–	–	780,00
<p><i>IND: Zur Anbehandlung.</i></p> <p><i>Diagnose, Erstverordnung und regelmäßige Kontrollen durch entsprechende Fachabteilung, -ambulanz bzw. FachärztInnen (Gastroenterologie).</i></p>				
Überführung vom Hellgelben in den Grünen Bereich und Vereinfachung der Regeltexte				

Änderung der Verwendung im Gelben Bereich:

Präparat	Menge	T	OP	KVP €
S01 OPHTHALMIKA				
S01ED51 Timolol, Kombinationen				
RE2 Duokopt 20 mg/ml + 5 mg/ml Augentropf.	5 ml	–	(3)	11,20
Glaukom bei Konservierungsmittelallergie oder -unverträglichkeit				
<i>Hinweis: 1 ml = 25 Tr.</i>				
Änderung der Verschreibbarkeit auf bis zu 3 OP				

Änderung der Packungsgröße im Gelben Bereich:

Präparat		Menge	T	OP	KVP €
A10 ANTIDIABETIKA					
A10BJ06 Semaglutid					
RE1 L6	Ozempic 0,5 mg Inj.lsg. Fertipen (PM)	1 Stk. 1,5 ml	–	–	104,35
		1 Stk. 3 ml	–	–	104,35
<p>Bei PatientInnen mit Diabetes Typ II</p> <p>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.</p> <p>2. mit nachgewiesener atherosklerotischer kardiovaskulärer Erkrankung oder hohem Risiko für eine atherosklerotische kardiovaskuläre Erkrankung</p> <p>3. mit chronischer Nierenerkrankung und Albuminurie</p> <p>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.</p> <p>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.</p> <p>Gemäß Fachinformation ist eine Verwendung von Semaglutid nur als Zusatz zu Diät und körperlicher Aktivität bei unzureichend kontrolliertem Diabetes mellitus Typ II vorgesehen.</p> <p>Keine Kombination mit DPP-IV-Hemmern.</p> <p>Kein Einsatz bei schwerer oder terminaler Nierenfunktionsstörung unter Berücksichtigung der substanzspezifischen eGFR-Grenzwerte.</p> <p>Semaglutid eignet sich für eine chef(kontroll)ärztliche Langzeitbewilligung für 6 Monate (L6).</p>					
<i>Hinweis: 4 ED</i>					
Mit März 2026 wird zusätzlich ein Fertipen mit 2 mg Semaglutid in 3 ml Lösung (PZN: 6060285) in den Gelben Bereich aufgenommen, der ab Mai 2026 den bisher verfügbaren Fertipen mit 2 mg Semaglutid in 1,5 ml Lösung (PZN: 4954222) ersetzt. Jeder Fertipen kann 4 Dosen von 0,5 mg abgeben.					

Änderung der Bezeichnung im Grünen Bereich:

Präparat		Menge	T	OP	KVP €
C10 LIPIDSENKENDE MITTEL					
C10BA06 Rosuvastatin und Ezetimib					
Rosumib 5 mg/10 mg Tabl.		30 Stk.	–	(3)	11,40
vormals Rosamib 5 mg/10 mg Tabl.					
Rosumib 10 mg/10 mg Tabl.		30 Stk.	–	(3)	11,40
vormals Rosamib 10 mg/10 mg Tabl.					

Präparat	Menge	T	OP	KVP €
J05 ANTIINFEKTIVA FÜR DIE SYSTEM. VERWENDUNG				
J05AB01 Aciclovir				
Aciclovir "+pharma" 400 mg Filmtabl.	60 Stk.	–	–	58,75
<i>IND: Suppressionstherapie von häufig rezidivierendem Herpes simplex</i>				
vormals Aciclovir "Genericon" 400 mg Filmtabl.				

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
- 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