

Amtliche Verlautbarung der österreichischen Sozialversicherung im Internet

Dachverband der Sozialversicherungsträger

Der Dachverband der Sozialversicherungsträger verlaubar gemäß § 30b Abs. 2 ASVG:

257. Änderung des Erstattungskodex

Der Erstattungskodex, Amtliche Verlautbarung im Internet Nr. 110/2004, zuletzt geändert durch die Amtliche Verlautbarung im Internet Nr. 69/2025, wird wie folgt geändert:

Zeichenerklärung

- | | | |
|------|---|--|
| (2), | = | Die Aufnahme der Arzneispezialität in den Erstattungskodex beschränkt sich auf die in der |
| (3), | | Klammer angegebene Menge an Originalpackungen, die maximal abgegeben werden dürfen |
| ... | | (z. B.: 20 g (2) – Maximalmenge 2 Packungen zu je 20 g). Erfolgt keine Angabe, darf nur eine |
| | | Packung abgegeben werden. |
| Au | = | Augenheilkunde |
| | | Die Aufnahme der Arzneispezialität in den Grünen Bereich des Erstattungskodex bezieht sich |
| | | auf eine oder mehrere ärztliche Fachgruppen. Nach gesicherter Diagnostik und Vorliegen |
| | | eines Therapiekonzeptes durch den angegebenen Facharzt/die angegebene Fachärztin kann |
| | | die Verordnung auch durch einen Arzt/eine Ärztin für Allgemeinmedizin erfolgen. Medizi- |
| | | nisch indizierte fachärztliche Kontrollen müssen jedoch regelmäßig vom angegebenen Fach- |
| | | arzt/von der angegebenen Fachärztin durchgeführt werden. |
| | | Für Verordnungen außerhalb dieser Voraussetzungen ist eine ärztliche Bewilligung des chef- |
| | | und kontrollärztlichen Dienstes einzuholen. |
| IND | = | Die Arzneispezialität ist nur für die angegebenen Voraussetzungen in den jeweiligen Bereich |
| | | des Erstattungskodex aufgenommen. Das Vorliegen der angegebenen Voraussetzungen muss |
| | | vom verordnenden Arzt/von der verordnenden Ärztin durch den Vermerk IND am Rezept |
| | | bestätigt werden. Für Verordnungen außerhalb der angegebenen Voraussetzungen ist eine |
| | | ärztliche Bewilligung des chef- und kontrollärztlichen Dienstes einzuholen. |
| L3, | = | Eine Langzeitbewilligung ist für die als Zahl angegebenen Monate möglich (z.B. L3 → Lang- |
| L4, | | zeitbewilligung für 3 Monate möglich) |
| ... | | |
| N | = | Neurologie oder Neurologie und Psychiatrie oder Psychiatrie und Neurologie oder Neuropä- |
| | | datrie |
| | | Die Aufnahme der Arzneispezialität in den Grünen Bereich des Erstattungskodex bezieht sich |
| | | auf eine oder mehrere ärztliche Fachgruppen. Nach gesicherter Diagnostik und Vorliegen |
| | | eines Therapiekonzeptes durch den angegebenen Facharzt/die angegebene Fachärztin kann |
| | | die Verordnung auch durch einen Arzt/eine Ärztin für Allgemeinmedizin erfolgen. Medizi- |
| | | nisch indizierte fachärztliche Kontrollen müssen jedoch regelmäßig vom angegebenen Fach- |
| | | arzt/von der angegebenen Fachärztin durchgeführt werden. |
| | | Für Verordnungen außerhalb dieser Voraussetzungen ist eine ärztliche Bewilligung des chef- |
| | | und kontrollärztlichen Dienstes einzuholen. |
| SG | = | Arzneispezialitäten, welche ohne Einschränkung den strengen Abgabebestimmungen für |
| | | Suchtgifte unterliegen. |
| U | = | Urologie |
| | | Die Aufnahme der Arzneispezialität in den Grünen Bereich des Erstattungskodex bezieht sich |
| | | auf eine oder mehrere ärztliche Fachgruppen. Nach gesicherter Diagnostik und Vorliegen |
| | | eines Therapiekonzeptes durch den angegebenen Facharzt/die angegebene Fachärztin kann |
| | | die Verordnung auch durch einen Arzt/eine Ärztin für Allgemeinmedizin erfolgen. Medizi- |
| | | nisch indizierte fachärztliche Kontrollen müssen jedoch regelmäßig vom angegebenen Fach- |
| | | arzt/von der angegebenen Fachärztin durchgeführt werden. |
| | | Für Verordnungen außerhalb dieser Voraussetzungen ist eine ärztliche Bewilligung des chef- |
| | | und kontrollärztlichen Dienstes einzuholen. |

A. Grüner Bereich des Erstattungskodex**A1. Aufnahmen von Arzneispezialitäten in den Grünen Bereich des Erstattungskodex:**

	Arzneispezialität	Menge	OP	ATC-Code	mit Wirkung vom	Entscheidung vom	Verfahrensnummer
IND	Axitinib "ratiopharm" 1 mg Filmtabl. 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.	56 St.	-	L01EK01	1.2.2026	15.12.2025	Abschnitt IV/156-2025
IND	Axitinib "ratiopharm" 3 mg Filmtabl. 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.	56 St.	-	L01EK01	1.2.2026	15.12.2025	Abschnitt IV/157-2025
IND	Axitinib "ratiopharm" 5 mg Filmtabl. 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.	56 St.	-	L01EK01	1.2.2026	15.12.2025	Abschnitt IV/158-2025
IND	Axitinib "ratiopharm" 7 mg Filmtabl. 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.	56 St.	-	L01EK01	1.2.2026	15.12.2025	Abschnitt IV/159-2025

257. Änderung des Erstattungskodex - EKO

IND	Eltrombopag "Krka" 25 mg Filmtabl. 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.	14 St. 28 St.	- -	B02BX05	1.2.2026	15.12.2025	Abschnitt IV/201-2025
IND	Eltrombopag "Krka" 50 mg Filmtabl. 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.	14 St. 28 St.	- -	B02BX05	1.2.2026	15.12.2025	Abschnitt IV/202-2025
IND	Eltrombopag "Krka" 75 mg Filmtabl. 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.	14 St. 28 St.	- -	B02BX05	1.2.2026	15.12.2025	Abschnitt IV/203-2025

257. Änderung des Erstattungskodex - EKO

IND	Eltrombopag "ratiopharm" 25 mg Filmtabl. 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.	14 St. 28 St.	- -	B02BX05	1.2.2026	15.12.2025	Abschnitt IV/175-2025
IND	Eltrombopag "ratiopharm" 50 mg Filmtabl. 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.	14 St. 28 St.	- -	B02BX05	1.2.2026	15.12.2025	Abschnitt IV/177-2025
IND	Eltrombopag "ratiopharm" 75 mg Filmtabl. 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 Verwen-	14 St. 28 St.	- -	B02BX05	1.2.2026	15.12.2025	Abschnitt IV/176-2025

257. Änderung des Erstattungskodex - EKO

	dung von Eltrombopag ausreichend informierte ÄrztInnen.						
IND	Eltrombopag "Viatris" 25 mg Filmtabl. 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.	14 St. 28 St.	- -	B02BX05	1.2.2026	15.12.2025	Abschnitt IV/170-2025
IND	Eltrombopag "Viatris" 50 mg Filmtabl. 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.	14 St. 28 St.	- -	B02BX05	1.2.2026	15.12.2025	Abschnitt IV/169-2025
IND	Eltrombopag "Viatris" 75 mg Filmtabl. 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	14 St. 28 St.	- -	B02BX05	1.2.2026	15.12.2025	Abschnitt IV/168-2025

257. Änderung des Erstattungskodex - EKO

Fachabteilung bzw. -ambulanz; Weiterverordnung nur durch in der Verwendung von Eltrombopag ausreichend informierte ÄrztInnen.							
Au	Itoco 20 mg/ml Augentropf.	5 ml 1 ml = 28 Tr.	3	S01EC03	1.2.2026	15.12.2025	Abschnitt IV/142-2025
	Milnacipran "Glenmark" 25 mg Hartkaps.	28 St. 56 St.	- -	N06AX17	1.2.2026	15.12.2025	Abschnitt IV/150-2025
	Milnacipran "Glenmark" 50 mg Hartkaps.	28 St. 56 St.	- -	N06AX17	1.2.2026	15.12.2025	Abschnitt IV/151-2025
IND	Pomalidomid "Stada" 1 mg Hartkaps. Diagnose und Erstverordnung durch entsprechende Fachabteilung bzw. Zentrum, mittels Tumorboard. Regelmäßige Kontrolle durch entsprechende Fachabteilung bzw. Zentrum bzw. durch (Hämato-)OnkologInnen.	14 St. 21 St.	- -	L04AX06	1.2.2026	15.12.2025	Abschnitt IV/197-2025
IND	Pomalidomid "Stada" 2 mg Hartkaps. Diagnose und Erstverordnung durch entsprechende Fachabteilung bzw. Zentrum, mittels Tumorboard. Regelmäßige Kontrolle durch entsprechende Fachabteilung bzw. Zentrum bzw. durch (Hämato-)OnkologInnen.	14 St. 21 St.	- -	L04AX06	1.2.2026	15.12.2025	Abschnitt IV/198-2025
IND	Pomalidomid "Stada" 3 mg Hartkaps. Diagnose und Erstverordnung durch entsprechende Fachabteilung bzw. Zentrum, mittels Tumorboard. Regelmäßige Kontrolle durch entsprechende Fachabteilung bzw. Zentrum bzw. durch (Hämato-)OnkologInnen.	14 St. 21 St.	- -	L04AX06	1.2.2026	15.12.2025	Abschnitt IV/199-2025
IND	Pomalidomid "Stada" 4 mg Hartkaps. Diagnose und Erstverordnung durch entsprechende Fachabteilung bzw. Zentrum, mittels Tumorboard. Regelmäßige Kontrolle durch entsprechende Fachabteilung bzw. Zentrum bzw. durch (Hämato-)OnkologInnen.	14 St. 21 St.	- -	L04AX06	1.2.2026	15.12.2025	Abschnitt IV/200-2025

A2. Änderung der Verwendung von im Erstattungskodex angeführten Arzneyspezialitäten – Überführung vom Gelben in den Grünen Bereich:

	Arzneyspezialität	Menge	OP	ATC-Code	mit Wirkung vom	Entscheidung vom	Verfahrensnummer
IND	Steqeyma 45 mg Inj.lsg. Fertigspr. Diagnose, Erstverordnung und regelmäßige Kontrollen durch entsprechende Fachabteilung, -ambulanz bzw. FachärztInnen (Dermatologie, Rheumatologie, Pädiatrie).	1 St.	-	L04AC05	1.2.2026	15.12.2025	Abschnitt V-VW/48-2025
IND	Steqeyma 90 mg Inj.lsg. Fertigspr. Diagnose, Erstverordnung und regelmäßige Kontrollen durch entsprechende Fachabteilung, -ambulanz bzw. FachärztInnen (Dermatologie, Rheumatologie, Pädiatrie).	1 St.	-	L04AC05	1.2.2026	15.12.2025	Abschnitt V-VW/49-2025

257. Änderung des Erstattungskodex - EKO

	matologie, Gastroenterologie, Pädiatrie).						
IND	Steqeyma 130 mg Konz. zur Herst. einer Inf.lsg. Zur Anbehandlung. Diagnose, Erstverordnung und regelmäßige Kontrollen durch entsprechende Fachabteilung, -ambulanz bzw. FachärztInnen (Gastroenterologie).	1 St.	-	L04AC05	1.2.2026	15.12.2025	Abschnitt V-VW/50-2025
IND	Wezenla 45 mg Inj.lsg. Fertigspr. Diagnose, Erstverordnung und regelmäßige Kontrollen durch entsprechende Fachabteilung, -ambulanz bzw. FachärztInnen (Dermatologie, Rheumatologie, Pädiatrie).	1 St.	-	L04AC05	1.2.2026	15.12.2025	Abschnitt V-VW/47-2025
IND	Wezenla 90 mg Inj.lsg. Fertigspr. Diagnose, Erstverordnung und regelmäßige Kontrollen durch entsprechende Fachabteilung, -ambulanz bzw. FachärztInnen (Dermatologie, Rheumatologie, Gastroenterologie, Pädiatrie).	1 St.	-	L04AC05	1.2.2026	15.12.2025	Abschnitt V-VW/46-2025
IND	Wezenla 130 mg Konz. zur Herst. einer Inf.lsg. Zur Anbehandlung. Diagnose, Erstverordnung und regelmäßige Kontrollen durch entsprechende Fachabteilung, -ambulanz bzw. FachärztInnen (Gastroenterologie).	1 St.	-	L04AC05	1.2.2026	15.12.2025	Abschnitt V-VW/45-2025

A3. Änderung der Packungsgröße von im Grünen Bereich des Erstattungskodex angeführten Arzneispezialitäten:

	Arzneispezialität	Menge	OP	ATC-Code	mit Wirkung vom	Entscheidung vom	Verfahrensnummer
	Cimetidin "Genericon" 800 mg Filmtabl. <i>Streichung der 10 St.-Pkg.</i>	30 St.	-	A02BA01	1.2.2026	20.11.2025	Abschnitt VIII/2877-2025
	Mefenam 500 mg Filmtabl. <i>Streichung der 60 St.-Pkg.</i>	10 St. 30 St.	2 -	M01AG01	1.2.2026	20.11.2025	Abschnitt VIII/2617-2025
SG	Mundidol retard 60 mg Filmtabl. <i>Streichung der 10 St.-Pkg.</i>	30 St.	-	N02AA01	1.2.2026	20.11.2025	Abschnitt VIII/2625-2025
U	Tamsulosin "Krka" 0,4 mg Retardtabl. <i>Streichung der 10 St.-Pkg.</i>	30 St.	2	G04CA02	1.2.2026	20.11.2025	Abschnitt VIII/2830-2025

A4. Streichung von im Grünen Bereich des Erstattungskodex angeführten Arzneispezialitäten:

	Arzneispezialität	Menge	OP	ATC-Code	mit Wirkung vom	Entscheidung vom	Verfahrensnummer
	Aripiprazol "Aristo" 10 mg Tabl.	10 St. 30 St.	- 2	N05AX12	1.2.2026	20.11.2025	Abschnitt VIII/2517-2025
	Aripiprazol "Aristo" 15 mg Tabl.	10 St. 30 St.	- 2	N05AX12	1.2.2026	-	-
	Atorvastatin "Aristo Pharma" 10 mg Filmtabl.	30 St.	3	C10AA05	1.2.2026	-	-

257. Änderung des Erstattungskodex - EKO

	Atorvastatin "Aristo Pharma" 40 mg Filmtabl.	30 St.	3	C10AA05	1.2.2026	-	-
	Atorvastatin "Aristo Pharma" 80 mg Filmtabl.	30 St.	3	C10AA05	1.2.2026	-	-
	Desloratadin "Aristo" 5 mg Filmtabl.	10 St.	2	R06AX27	1.2.2026	-	-
		30 St.	-				
	Escitalopram "Grindeks" 5 mg Filmtabl.	14 St.	-	N06AB10	1.2.2026	-	-
		28 St.	-				
	Escitalopram "Grindeks" 10 mg Filmtabl.	14 St.	-	N06AB10	1.2.2026	-	-
		28 St.	-				
	Escitalopram "Grindeks" 20 mg Filmtabl.	14 St.	-	N06AB10	1.2.2026	-	-
		28 St.	-				
	Fluctine 20 mg Kaps.	14 St.	-	N06AB03	1.2.2026	20.11.2025	Abschnitt VIII/2356-2025
		28 St.	-				
IND	Inflectra 100 mg Plv. für ein Konz. zur Herst. einer Inf.lsg.	1 St.	-	L04AB02	1.2.2026	20.11.2025	Abschnitt VIII/2351-2025
		2 St.	-				
	Diagnose, Erstverordnung und regelmäßige Kontrollen durch entsprechende Fachabteilung, -ambulanz bzw. FachärztInnen (Rheumatologie, Dermatologie, Gastroenterologie). Eine Liste mit orientierenden Kriterien für einen zweckmäßigen Einsatz des Wirkstoffs Infliximab wird vom Dachverband erstellt und unter www.sozialversicherung.at/erstattungskodex_orientierende_kriterien_infliximab publiziert.	3 St.	-				
IND	Jazeta 25 mg Filmtabl. Bei Erwachsenen mit Diabetes Typ II, wenn mit Metformin keine ausreichende Blutzuckereinstellung erreicht wird.	28 St.	3	A10BH01	1.2.2026	20.11.2025	Abschnitt VIII/2894-2025
IND	Jazeta 50 mg Filmtabl. Bei Erwachsenen mit Diabetes Typ II, wenn mit Metformin keine ausreichende Blutzuckereinstellung erreicht wird	28 St.	3	A10BH01	1.2.2026	20.11.2025	Abschnitt VIII/2377-2025
IND	Jazeta 100 mg Filmtabl. Bei Erwachsenen mit Diabetes Typ II, wenn mit Metformin keine ausreichende Blutzuckereinstellung erreicht wird	28 St.	3	A10BH01	1.2.2026	20.11.2025	Abschnitt VIII/2895-2025
N	Levetiracetam "Aristo" 100 mg/ml Lsg. zum Einnehmen	300 ml	-	N03AX14	1.2.2026	-	-
	Mirtazapin "Aristo" 30 mg Filmtabl.	30 St.	3	N06AX11	1.2.2026	-	-
	Paroxetin "Aristo" 20 mg Filmtabl.	10 St.	2	N06AB05	1.2.2026	-	-
		30 St.	-				
IND	Sitagliptin/Metforminhydrochlorid "Genericon" 50 mg/850 mg Filmtabl. Bei Erwachsenen mit Diabetes Typ II, wenn mit Metformin keine ausreichende Blutzuckereinstellung erreicht wird.	60 St.	3	A10BD07	1.2.2026	20.11.2025	Abschnitt VIII/2626-2025
IND	Sitagliptin/Metforminhydrochlorid "Genericon" 50 mg/1000 mg Filmtabl. Bei Erwachsenen mit Diabetes Typ II, wenn mit Metformin keine ausreichende Blutzuckereinstellung erreicht wird.	60 St.	3	A10BD07	1.2.2026	20.11.2025	Abschnitt VIII/2627-2025
	Telmisartan "+pharma" 40 mg Tabl.	30 St.	3	C09CA07	1.2.2026	20.11.2025	Abschnitt VIII/2806-2025
	Telmisartan "+pharma" 80 mg Tabl.	30 St.	3	C09CA07	1.2.2026	20.11.2025	Abschnitt VIII/2807-2025

257. Änderung des Erstattungskodex - EKO

Tritace 1,25 mg Tabl.	28 St.	2	C09AA05	1.2.2026	20.11.2025	Abschnitt VIII/2748-2025
Tropium "Aristo" 20 mg Filmtabl.	30 St. 60 St.	- 3	G04BD09	1.2.2026	-	-

B. Gelber Bereich des Erstattungskodex**B1. Aufnahmen von Arzneispezialitäten in den Gelben Bereich des Erstattungskodex:**

Arzneispezialität	Menge	OP	ATC-Code	mit Wirkung vom	Entscheidung vom	Verfahrensnummer
Iricryn 0,3 mg/ml Augentropf.	3 ml	3	S01EE03	1.2.2026	15.12.2025	Abschnitt IV/211-2025
Glaukom bei Konservierungsmittelallergie oder -unverträglichkeit						
Tremfya 100 mg PushPen Inj.lsg. Fertigpen	1 St.	-	L04AC16	1.2.2026	15.12.2025	Abschnitt IV/179-2025
Bei Erwachsenen mit						
1. mittelschwerer bis schwerer Plaque-Psoriasis bei Versagen, Unverträglichkeit oder Kontraindikation von systemischen Therapien einschließlich Ciclosporin, Methotrexat oder PUVA. Erstverordnung und engmaschige Kontrollen durch entsprechende Fachabteilung bzw. -ambulanz oder durch FachärztInnen mit Erfahrung in der Behandlung der mittelschweren bis schweren Plaque-Psoriasis. Die Behandlung mit Guselkumab darf nur bei PatientInnen fortgeführt werden, die innerhalb von 16 Behandlungswochen klinisch ansprechen.						
2. aktiver und progressiver Psoriasis-Arthritis bei Versagen von mindestens einem DMARD (disease-modifying anti-rheumatic drug), wobei Methotrexat in ausreichender Dosierung und ausreichender Dauer verabreicht wurde. Erstverordnung und engmaschige Kontrolle durch RheumatologInnen oder durch Zentren, die berechtigt sind, solche auszubilden. Die Behandlung mit Guselkumab darf nur bei PatientInnen fortgeführt werden, die innerhalb von 24 Behandlungswochen klinisch ansprechen.						
3. mittelschwerer bis schwerer aktiver Colitis ulcerosa bei Versagen, Unverträglichkeit oder Kontraindikation konventioneller Therapien. Erstverordnung und engmaschige Kontrollen durch GastroenterologInnen. Die Behandlung mit Guselkumab darf nur bei PatientInnen fortgeführt werden, die innerhalb von 24 Behandlungswochen klinisch ansprechen.						
4. mittelschwerem bis schwerem aktivem Morbus Crohn bei Versagen, Unverträglichkeit oder Kontraindikation konventioneller Therapien. Erstverordnung und engmaschige Kontrollen durch GastroenterologInnen. Die Behandlung mit Guselkumab darf nur bei PatientInnen fortgeführt werden, die innerhalb von 24 Behandlungswochen klinisch ansprechen.						
Tremfya 200 mg Inj.lsg. Fertigpen	1 St.	-	L04AC16	1.2.2026	15.12.2025	Abschnitt IV/124-2025
Bei Erwachsenen mit						
1. mittelschwerer bis schwerer aktiver Colitis ulcerosa bei Versagen, Unverträglichkeit oder Kontraindikation konventioneller Therapien, wenn im Rahmen der Anbehandlung kein ausreichendes klinisches Ansprechen erzielt wurde.						
2. mit mittelschwerem bis schwerem aktivem Morbus Crohn bei Versagen, Unverträglichkeit oder Kontraindikation konventioneller Therapien, wenn im Rahmen der Anbehandlung kein ausreichendes klinisches Ansprechen erzielt wurde. Erstverordnung und engmaschige Kontrollen durch GastroenterologInnen. Die Behandlung mit Guselkumab darf nur bei PatientInnen fortgeführt werden, die innerhalb von 24 Behandlungswochen klinisch ansprechen.						

257. Änderung des Erstattungskodex - EKO

Tremfya 200 mg Inj.lsg. Fertigpen	2 St.	-	L04AC16	1.2.2026	15.12.2025	Abschnitt IV/124-2025
1. Zur subkutanen Anbehandlung bei Erwachsenen mit mittelschwerer bis schwerer aktiver Colitis ulcerosa bei Versagen, Unverträglichkeit oder Kontraindikation konventioneller Therapien. 2. Zur subkutanen Anbehandlung bei Erwachsenen mit mittelschwerem bis schwerem aktivem Morbus Crohn bei Versagen, Unverträglichkeit oder Kontraindikation konventioneller Therapien. Erstverordnung und engmaschige Kontrolle durch GastroenterologInnen.						
Tremfya 200 mg Inj.lsg. Fertigspr.	1 St.	-	L04AC16	1.2.2026	15.12.2025	Abschnitt IV/125-2025
Bei Erwachsenen mit 1. mittelschwerer bis schwerer aktiver Colitis ulcerosa bei Versagen, Unverträglichkeit oder Kontraindikation konventioneller Therapien, wenn im Rahmen der Anbehandlung kein ausreichendes klinisches Ansprechen erzielt wurde. 2. mit mittelschwerem bis schwerem aktivem Morbus Crohn bei Versagen, Unverträglichkeit oder Kontraindikation konventioneller Therapien, wenn im Rahmen der Anbehandlung kein ausreichendes klinisches Ansprechen erzielt wurde. Erstverordnung und engmaschige Kontrollen durch GastroenterologInnen. Die Behandlung mit Guselkumab darf nur bei PatientInnen fortgeführt werden, die innerhalb von 24 Behandlungswochen klinisch ansprechen.						
Tremfya 200 mg Inj.lsg. Fertigspr.	2 St.	-	L04AC16	1.2.2026	15.12.2025	Abschnitt IV/125-2025
1. Zur subkutanen Anbehandlung bei Erwachsenen mit mittelschwerer bis schwerer aktiver Colitis ulcerosa bei Versagen, Unverträglichkeit oder Kontraindikation konventioneller Therapien. 2. Zur subkutanen Anbehandlung bei Erwachsenen mit mittelschwerem bis schwerem aktivem Morbus Crohn bei Versagen, Unverträglichkeit oder Kontraindikation konventioneller Therapien. Erstverordnung und engmaschige Kontrolle durch GastroenterologInnen.						
Tremfya 200 mg Konz. zur Herst. einer Inf.lsg.	1 St.	-	L04AC16	1.2.2026	15.12.2025	Abschnitt IV/126-2025
1. Zur intravenösen Anbehandlung bei Erwachsenen mit mittelschwerer bis schwerer aktiver Colitis ulcerosa bei Versagen, Unverträglichkeit oder Kontraindikation konventioneller Therapien. 2. Zur intravenösen Anbehandlung bei Erwachsenen mit mittelschwerem bis schwerem aktivem Morbus Crohn bei Versagen, Unverträglichkeit oder Kontraindikation konventioneller Therapien. Erstverordnung und engmaschige Kontrolle durch GastroenterologInnen.						

B2. Änderung der Verwendung von im Gelben Bereich des Erstattungskodex angeführten Arzneispezialitäten:

Arzneispezialität	Menge	OP	ATC-Code	mit Wirkung vom	Entscheidung vom	Verfahrensnummer
Calquence 100 mg Filmtabl.	60 St.	-	L01EL02	1.2.2026	15.12.2025	Abschnitt V-VW/24-2025
1. Zur Monotherapie oder zur Kombinationstherapie mit Venetoclax mit oder ohne Obinutuzumab bei Erwachsenen mit nicht vorbehandelter chronisch lymphatischer Leukämie (CLL). 2. Zur Monotherapie bei Erwachsenen mit rezidivierender oder refraktärer CLL. 3. Zur Kombinationstherapie mit Bendamustin-Rituximab bei Erwachsenen mit nicht vorbehandeltem Mantelzell-Lymphom (MCL), die nicht für eine autologe Stammzellentransplantation (ASCT) geeignet sind. 4. Zur Monotherapie bei Erwachsenen mit rezidiviertem oder refraktärem MCL, die zuvor nicht mit einem Bruton-Tyrosinkinase (BTK)-Inhibitor behandelt wurden.						

257. Änderung des Erstattungskodex - EKO

Diagnose und Erstverordnung durch entsprechende Fachabteilung bzw. Zentrum, mittels Tumorboard. Regelmäßige Kontrolle durch entsprechende Fachabteilung bzw. Zentrum bzw. durch (Hämato-)OnkologInnen.

IgVena 50 g/l Inf.lsg.

1 St. - J06BA02 1.2.2026
 1g/20 ml
 1 St. -
 2,5g/50 ml
 1 St. -
 5g/100 ml
 1 St. -
 10g/200 ml

15.12.2025 Abschnitt
 V-VW/51-
 2025

Substitutionstherapie bei gesicherter Diagnose eines primären Immunmangelsyndroms mit eingeschränkter Antikörperbildung sowie bei sekundären Immundefekten oder zur Immunmodulation im ausführlich begründeten Einzelfall.

Bei langfristiger Immunglobulintherapie sollten Versuche unternommen werden, die verabreichte Dosis zu reduzieren und/oder das Dosierungsintervall auszudehnen.

Erstverordnung und regelmäßige Kontrolle durch in der Behandlung mit Immunglobulinen erfahrene ÄrztInnen oder Zentren.

Nubeqa 300 mg Filmtabl.

112 St. 2 L02BB06 1.2.2026

15.12.2025 Abschnitt
 V-VW/34-
 2025

In Kombination mit einem GnRH-Analagon mit oder ohne Docetaxel bei metastasiertem hormonsensitiven Prostatakarzinom bei

- Vorliegen von Knochenmetastasen in der Knochenszintigraphie, wobei im Falle einer einzelnen Läsion diese via CT/MRT zu bestätigen ist oder Vorliegen von viszerale Metastasen (via CT/MRI entsprechend RECIST 1.1-Kriterien gemessen; ausgeschlossen isolierter Lymphknotenbefall) und
- Vorbehandlung mit einer Androgendeprivationstherapie bis maximal 3 Monate ab Diagnosestellung der Fernmetastasen

In Kombination mit einem GnRH-Analagon bei nicht metastasiertem kastrationsresistenten Hochrisiko-Prostatakarzinom

- ohne nachweisbare Metastasen im CT/MRT und in der Knochenszintigraphie und

- bei einer Verdopplungszeit des Serum-PSA kleiner gleich 10 Monate

Diagnose und Erstverordnung durch entsprechende Fachabteilung bzw. Zentrum, gegebenenfalls mit Vorlage eines Tumorboardbeschlusses. Eine zumindest einmalige dokumentierte Vorstellung der Patienten 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.

Eine Kastrationsresistenz liegt vor bei:

- einer PSA- oder radiographischen Progression und
- Versagen der Androgendeprivationstherapie (GnRH-Analagon oder -Antagonist mit ATC-Code L02AE oder L02BX02 alleine oder jeweils in Kombination mit einem Antiandrogen mit ATC-Code L02BB03) bzw. nach Entzug des Antiandrogens und
- einem Serum-Testosteronwert im Kastrationsbereich (kleiner 50 ng/dl).

Tremfya 100 mg Inj.lsg. Fertigspr.

1 St. - L04AC16 1.2.2026

15.12.2025 Abschnitt
 V-VW/33-
 2025

Bei Erwachsenen mit

1. mittelschwerer bis schwerer Plaque-Psoriasis bei Versagen, Unverträglichkeit oder Kontraindikation von systemischen Therapien einschließlich Ciclosporin, Methotrexat oder PUVA. Erstverordnung und engmaschige Kontrollen durch entsprechende Fachabteilung bzw. -ambulanz oder durch FachärztInnen mit Erfahrung in der Behandlung der mittelschweren bis schweren Plaque-Psoriasis. Die Behandlung mit Guselkumab darf nur bei PatientInnen fortgeführt werden, die innerhalb von 16 Behandlungswochen klinisch ansprechen.

2. aktiver und progressiver Psoriasis-Arthritis bei Versagen von mindestens einem DMARD (disease-modifying anti-rheumatic drug), wobei Methotrexat in ausreichender Dosierung und ausreichender Dauer verabreicht wurde. Erstverordnung und engmaschige Kontrolle durch RheumatologInnen oder durch Zentren, die berechtigt sind, solche auszubilden. Die Behandlung mit Guselkumab darf nur bei

257. Änderung des Erstattungskodex - EKO

PatientInnen fortgeführt werden, die innerhalb von 24 Behandlungswochen klinisch ansprechen.

3. mittelschwerer bis schwerer aktiver Colitis ulcerosa bei Versagen, Unverträglichkeit oder Kontraindikation konventioneller Therapien. Erstverordnung und engmaschige Kontrollen durch GastroenterologInnen. Die Behandlung mit Guselkumab darf nur bei PatientInnen fortgeführt werden, die innerhalb von 24 Behandlungswochen klinisch ansprechen.

4. mittelschwerem bis schwerem aktivem Morbus Crohn bei Versagen, Unverträglichkeit oder Kontraindikation konventioneller Therapien. Erstverordnung und engmaschige Kontrollen durch GastroenterologInnen. Die Behandlung mit Guselkumab darf nur bei PatientInnen fortgeführt werden, die innerhalb von 24 Behandlungswochen klinisch ansprechen.

Tremfya 100 mg OnePress Inj.lsg.
Fertigpen

1 St. - L04AC16 1.2.2026 15.12.2025 Abschnitt
V-VW/32-
2025

Bei Erwachsenen mit

1. mittelschwerer bis schwerer Plaque-Psoriasis bei Versagen, Unverträglichkeit oder Kontraindikation von systemischen Therapien einschließlich Ciclosporin, Methotrexat oder PUVA. Erstverordnung und engmaschige Kontrollen durch entsprechende Fachabteilung bzw. -ambulanz oder durch FachärztInnen mit Erfahrung in der Behandlung der mittelschweren bis schweren Plaque-Psoriasis. Die Behandlung mit Guselkumab darf nur bei PatientInnen fortgeführt werden, die innerhalb von 16 Behandlungswochen klinisch ansprechen.

2. aktiver und progressiver Psoriasis-Arthritis bei Versagen von mindestens einem DMARD (disease-modifying anti-rheumatic drug), wobei Methotrexat in ausreichender Dosierung und ausreichender Dauer verabreicht wurde. Erstverordnung und engmaschige Kontrolle durch RheumatologInnen oder durch Zentren, die berechtigt sind, solche auszubilden. Die Behandlung mit Guselkumab darf nur bei PatientInnen fortgeführt werden, die innerhalb von 24 Behandlungswochen klinisch ansprechen.

3. mittelschwerer bis schwerer aktiver Colitis ulcerosa bei Versagen, Unverträglichkeit oder Kontraindikation konventioneller Therapien. Erstverordnung und engmaschige Kontrollen durch GastroenterologInnen. Die Behandlung mit Guselkumab darf nur bei PatientInnen fortgeführt werden, die innerhalb von 24 Behandlungswochen klinisch ansprechen.

4. mittelschwerem bis schwerem aktivem Morbus Crohn bei Versagen, Unverträglichkeit oder Kontraindikation konventioneller Therapien. Erstverordnung und engmaschige Kontrollen durch GastroenterologInnen. Die Behandlung mit Guselkumab darf nur bei PatientInnen fortgeführt werden, die innerhalb von 24 Behandlungswochen klinisch ansprechen.

L6 **Vyndaqel 20 mg Weichkaps.** 30 St. - N07XX08 1.2.2026 15.12.2025 Abschnitt
V-VW/30-
2025

Zur Behandlung von Polyneuropathie im Stadium 1 bei erwachsenen PatientInnen mit Transthyretin-Amyloidose (ATTR).

Diagnose, Erstverordnung und regelmäßige Kontrollen durch ein spezialisiertes Zentrum. Die Liste in Frage kommender Einrichtungen wird vom Dachverband erstellt und unter www.sozialversicherung.at/erstattungskodex_hATTR-PN publiziert.

Tafamidis darf nicht mit anderen spezifischen Arzneimitteln zur Behandlung der Transthyretin-Amyloidose (z.B. TTR-Stabilisatoren, TTR-Gen-Silencer) kombiniert werden.

Tafamidis eignet sich für eine chef(kontroll)ärztliche Langzeitbewilligung für 6 Monate (L6).

L6 **Vyndaqel 61 mg Weichkaps.** 30 St. - N07XX08 1.2.2026 15.12.2025 Abschnitt
V-VW/31-
2025

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 Szin-

257. Änderung des Erstattungskodex - EKO

tigraphiebefundes (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 Tafamidis (zumindest alle 6 Monate) sowie von transthorakaler Echokardiographie und ggf. kardialen MRT (zumindest alle 12 Monate).

Regelmäßige Überprüfung des Behandlungserfolges. Keine Fortsetzung der Behandlung bei

- substanzieller klinischer Verschlechterung (z.B. rezidivierende Hospitalisationen aufgrund kardialer Dekompensation; sinkende Leistungsfähigkeit in Kombination mit NT-proBNP-Anstieg und erhöhtem Diuretika-Verbrauch) ODER

- NYHA IV für einen Zeitraum von zumindest 3 Monaten.

Der Patient/die Patientin ist vor Behandlungsbeginn über den Inhalt dieses EKO-Verwendungstextes nachweislich aufzuklären.

Tafamidis darf nicht mit anderen spezifischen Arzneimitteln zur Behandlung der Transthyretin-Amyloidose (z.B. TTR-Stabilisatoren, TTR-Gen-Silencer) kombiniert werden.

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 www.sozialversicherung.at/erstattungskodex_ATTR-CM publiziert.

Tafamidis eignet sich für eine chef(kontroll)ärztliche Langzeitbewilligung für 6 Monate (L6).

B3. Streichung von im Gelben Bereich des Erstattungskodex angeführten Arzneyspezialitäten:

	Arzneyspezialität	Menge	OP	ATC-Code	mit Wirkung vom	Entscheidung vom	Verfahrensnummer
L6	Galantamin "Aristo" 8 mg Retard-kaps. - Die Diagnose DAT (Demenz vom Alzheimerstyp) ist von einem Facharzt/einer Fachärztin für Neurologie oder Neurologie und Psychiatrie oder Psychiatrie und Neurologie oder Psychiatrie zu stellen. - Zu Therapiebeginn muss das Ergebnis der MMSE (Mini-Mental State Examination) größer bzw. gleich 10 betragen. - Vergewisserung für das Vorhandensein einer Betreuungsperson zur Sicherung der Compliance. - Eine Kontrolluntersuchung durch den/die o.a. Facharzt/Fachärztin ist nach Erreichung der Erhaltungsdosis durchzuführen. - Die Behandlung ist nur bei Ansprechen auf die Therapie weiterzuführen. - Alle 6 Monate ist eine Kontrolluntersuchung durch den/die o.a. Facharzt/Fachärztin mittels einer MMSE durchzuführen. - Die Therapie mit Galantamin ist zu beenden, wenn das Ergebnis der MMSE kleiner 10 ist. - Galantamin darf nicht mit anderen Arzneimitteln gegen Demenz kombiniert werden. - Galantamin eignet sich für eine chef(kontroll)ärztliche Langzeitbewilligung für 6 Monate (L6).	7 St. 28 St.	- 2	N06DA04	1.2.2026	-	-
L6	Galantamin "Aristo" 16 mg Retard-kaps. - Die Diagnose DAT (Demenz vom Alzheimerstyp) ist von einem Facharzt/einer Fachärztin für Neurologie oder Neurologie und Psychiatrie oder Psychiatrie und Neurologie oder Psychiatrie zu stellen. - Zu Therapiebeginn muss das Ergebnis der MMSE (Mini-Mental State Examination)	28 St.	2	N06DA04	1.2.2026	-	-

- tion) größer bzw. gleich 10 betragen.
- Vergewisserung für das Vorhandensein einer Betreuungsperson zur Sicherung der Compliance.
- Eine Kontrolluntersuchung durch den/die o.a. Facharzt/Fachärztin ist nach Erreichung der Erhaltungsdosis durchzuführen.
- Die Behandlung ist nur bei Ansprechen auf die Therapie weiterzuführen.
- Alle 6 Monate ist eine Kontrolluntersuchung durch den/die o.a. Facharzt/Fachärztin mittels einer MMSE durchzuführen.
- Die Therapie mit Galantamin ist zu beenden, wenn das Ergebnis der MMSE kleiner 10 ist.
- Galantamin darf nicht mit anderen Arzneimitteln gegen Demenz kombiniert werden.
- Galantamin eignet sich für eine chef(kontroll)ärztliche Langzeitbewilligung für 6 Monate (L6).

www.ris.bka.gv.at

C. Roter Bereich des Erstattungskodex**C1. Aufnahmen von Arzneispezialitäten in den Roten Bereich des Erstattungskodex:**

Arzneispezialität	Menge	ATC-Code	mit Wirkung vom
Ezmekli 1 mg Tabl. zur Herst. einer Susp. zum Einnehmen	42 St.	L01EE05	16.12.2025
Ezmekli 1 mg Hartkaps.	42 St.	L01EE05	16.12.2025
Ezmekli 2 mg Hartkaps.	42 St.	L01EE05	16.12.2025
Diacomit 250 mg Hartkaps.	60 St.	N03AX17	20.12.2025
Diacomit 500 mg Hartkaps.	60 St.	N03AX17	20.12.2025
Diacomit 250 mg Plv. zur Herst. einer Susp. zum Einnehmen Btl.	60 St.	N03AX17	20.12.2025
Diacomit 500 mg Plv. zur Herst. einer Susp. zum Einnehmen Btl.	60 St.	N03AX17	20.12.2025
Emtricitabin/Tenofovirdisoproxil "Tillomed" 200 mg/245 mg Filmtabl.	30 St.	J05AR03	22.12.2025
Fingolimod "Devatis" 0,5 mg Hartkaps.	7 St.	L04AE01	22.12.2025
Fingolimod "Tillomed" 0,5 mg Hartkaps.	28 St.	L04AE01	22.12.2025
Tranexamsäure "Tillomed" 500 mg Filmtabl.	7 St.	L04AE01	22.12.2025
Kefdensis 60 mg Inj.lsg. Fertigspr.	28 St.	B02AA02	22.12.2025
Latano-Vision sine 50 mcg/ml Augentropf. Einzeldosen	20 St.	B02AA02	22.12.2025
Pomalidomid "Accord" 1 mg Filmtabl.	100 St.	M05BX04	23.12.2025
Pomalidomid "Accord" 2 mg Filmtabl.	1 St.	S01EE01	23.12.2025
Pomalidomid "Accord" 3 mg Filmtabl.	30 St.	S01EE01	23.12.2025
Pomalidomid "Accord" 4 mg Filmtabl.	14 St.	L04AX06	23.12.2025
Dimethylfumarat "Accord" 120 mg magensaftresistente Hartkaps.	21 St.	L04AX06	23.12.2025
Dimethylfumarat "Accord" 240 mg magensaftresistente Hartkaps.	14 St.	L04AX06	23.12.2025
Koselugo 10 mg Hartkäse.	21 St.	L04AX06	23.12.2025
Koselugo 25 mg Hartkaps.	14 St.	L04AX06	23.12.2025
Anagrelid "+pharma" 0,5 mg Hartkaps.	21 St.	L04AX06	23.12.2025
Anagrelid "+pharma" 1 mg Hartkaps.	14 St.	L04AX06	23.12.2025
Beclometason/Formoterol "ratio-pharm" 100 mcg/6 mcg/Sprühstoß Druckgasinh., Lsg.	14 St.	L04AX07	29.12.2025
Dimethylfumarat "+pharma" 120 mg magensaftresistente Hartkaps.	56 St.	L04AX07	29.12.2025
Dimethylfumarat "+pharma" 240 mg magensaftresistente Hartkaps.	60 St.	L01EE04	30.12.2025
Dimethylfumarat "Genericon" 120 mg magensaftresistente Hartkaps.	60 St.	L01EE04	30.12.2025
Dimethylfumarat "Genericon" 240 mg magensaftresistente Hartkaps.	42 St.	L01XX35	1.1.2026
Gobivaz 50 mg Inj.lsg. Fertigpen	100 St.	L01XX35	1.1.2026
Gobivaz 50 mg Inj.lsg. Fertigspr.	100 St.	L01XX35	1.1.2026
Gobivaz 100 mg Inj.lsg. Fertigpen	120 Hb	R03AK08	1.1.2026
Gobivaz 100 mg Inj.lsg. Fertigspr.	120 Hb	R03AK08	1.1.2026
Gobivaz 50 mg Inj.lsg. Fertigpen	14 St.	L04AX07	1.1.2026
Gobivaz 50 mg Inj.lsg. Fertigspr.	56 St.	L04AX07	1.1.2026
Gobivaz 100 mg Inj.lsg. Fertigpen	14 St.	L04AX07	1.1.2026
Gobivaz 100 mg Inj.lsg. Fertigspr.	56 St.	L04AX07	1.1.2026
Gobivaz 50 mg Inj.lsg. Fertigpen	1 St.	L04AB06	1.1.2026
Gobivaz 50 mg Inj.lsg. Fertigspr.	1 St.	L04AB06	1.1.2026
Gobivaz 100 mg Inj.lsg. Fertigpen	1 St.	L04AB06	1.1.2026
Gobivaz 100 mg Inj.lsg. Fertigspr.	1 St.	L04AB06	1.1.2026

257. Änderung des Erstattungskodex - EKO

Mounjaro 2,5 mg/Dosis KwikPen Inj.lsg. Fertigpen	1 St.	A10BX16	9.1.2026
Mounjaro 5 mg/Dosis KwikPen Inj.lsg. Fertigpen	1 St.	A10BX16	9.1.2026
Mounjaro 7,5 mg/Dosis KwikPen Inj.lsg. Fertigpen	1 St.	A10BX16	9.1.2026
Mounjaro 10 mg/Dosis KwikPen Inj.lsg. Fertigpen	1 St.	A10BX16	9.1.2026
Mounjaro 12,5 mg/Dosis KwikPen Inj.lsg. Fertigpen	1 St.	A10BX16	9.1.2026
Mounjaro 15 mg/Dosis KwikPen Inj.lsg. Fertigpen	1 St.	A10BX16	9.1.2026
Avtozma 20 mg/ml Konz. zur Herst. einer Inf.lsg. 4 ml	1 St.	L04AC07	12.1.2026
Avtozma 20 mg/ml Konz. zur Herst. einer Inf.lsg. 10 ml	1 St.	L04AC07	12.1.2026
Avtozma 20 mg/ml Konz. zur Herst. einer Inf.lsg. 20 ml	1 St.	L04AC07	12.1.2026
Avtozma 162 mg Inj.lsg. Fertigpen	4 St.	L04AC07	12.1.2026
Avtozma 162 mg Inj.lsg. Fertigspr.	4 St.	L04AC07	12.1.2026
Bomyntra 120 mg Inj.lsg. Fertigspr.	1 St.	M05BX04	12.1.2026
Conexence 60 mg Inj.lsg. Fertigspr.	1 St.	M05BX04	13.1.2026
Eltrombopag "Stada" 25 mg Filmtabl.	14 St. 28 St.	B02BX05	14.1.2026
Eltrombopag "Stada" 50 mg Filmtabl.	14 St. 28 St.	B02BX05	14.1.2026
Eltrombopag "Stada" 75 mg Filmtabl.	14 St. 28 St.	B02BX05	14.1.2026
Dimethylfumarat "Sandoz" 120 mg magensaftresistente Hartkaps.	14 St.	L04AX07	16.1.2026
Dimethylfumarat "Sandoz" 240 mg magensaftresistente Hartkaps.	56 St.	L04AX07	16.1.2026
Ramipril/Amlodipin "1A Pharma" 5 mg/5 mg Hartkaps.	30 St.	C09BB07	16.1.2026
Ramipril/Amlodipin "1A Pharma" 5 mg/10 mg Hartkaps.	30 St.	C09BB07	16.1.2026
Ramipril/Amlodipin "1A Pharma" 10 mg/5 mg Hartkaps.	30 St.	C09BB07	16.1.2026
Ramipril/Amlodipin "1A Pharma" 10 mg/10 mg Hartkaps.	30 St.	C09BB07	16.1.2026
Degevma 120 mg Inj.lsg.	1 St.	M05BX04	19.1.2026
Ponlimsi 60 mg Inj.lsg. Fertigspr.	1 St.	M05BX04	19.1.2026
Akantior 0,8 mg/ml Augentropf., Lsg. im Einzeldosisbehältnis	30 St.	S01AX24	20.1.2026
Dimethylfumarat "1A Pharma" 120 mg magensaftresistente Hart- kaps.	14 St.	L04AX07	20.1.2026
Dimethylfumarat "1A Pharma" 240 mg magensaftresistente Hart- kaps.	56 St.	L04AX07	20.1.2026
Rivahib 10 mg Hartkaps.	5 St. 10 St. 30 St.	B01AF01	20.1.2026
Rivahib 15 mg Hartkaps.	14 St. 28 St. 42 St.	B01AF01	20.1.2026
Rivahib 20 mg Hartkaps.	10 St. 30 St.	B01AF01	20.1.2026
Rivaroxaban "Stada" 10 mg Filmtabl.	5 St. 10 St. 30 St.	B01AF01	20.1.2026
Rivaroxaban "Stada" 15 mg Filmtabl.	14 St. 28 St. 42 St.	B01AF01	20.1.2026

257. Änderung des Erstattungskodex - EKO

Rivaroxaban "Stada" 20 mg Filmtabl.	14 St. 28 St.	B01AF01	20.1.2026
--	------------------	---------	-----------

C2. Änderung des ATC-Codes von im Roten Bereich des Erstattungskodex angeführten Arzneispezialitäten:

Arzneispezialität	Menge	ATC-Code	mit Wirkung vom
Itovebi 3 mg Filmtabl. <i>vormalis ATC-Code L01EM</i>	1 St.	L01EM06	1.1.2026
Itovebi 9 mg Filmtabl. <i>vormalis ATC-Code L01EM</i>	1 St.	L01EM06	1.1.2026

C3. Streichung von im Roten Bereich des Erstattungskodex angeführten Arzneispezialitäten:

Arzneispezialität	Menge	OP	ATC-Code	mit Wirkung vom	Entscheidung vom	Verfahrensnummer
Aquipta 10 mg Tabl.	28 St.		N02CD07	17.1.2026	15.12.2025	Abschnitt IV/108-2025
Aquipta 60 mg Tabl.	28 St.		N02CD07	17.1.2026	15.12.2025	Abschnitt IV/107-2025
Rystiggo 140 mg/ml Inj.lsg. (2 ml)	1 St.	-	L04AL02	1.2.2026	15.12.2025	Abschnitt IV/195-2025
Rystiggo 140 mg/ml Inj.lsg. (3 ml)	1 St.	-	L04AL02	1.2.2026	15.12.2025	Abschnitt IV/196-2025

D. Magistrale Zubereitungen**D1. Streichung aus dem Verzeichnis der Stoffe für magistrale Zubereitungen, die nur mit vorheriger chef(kontroll)ärztlicher Bewilligung abgegeben werden können:**

Stoffe	mit Wirkung vom	Entscheidung vom
Natrium Hyaluronat 0,25 % RK	1.2.2026	15.12.2025

*

Die Aufnahmen der Arzneispezialitäten in den Roten Bereich des Erstattungskodex erfolgten ex lege mit dem Zeitpunkt des Vorliegens des vollständigen Antrags, wenn ein Antrag auf Aufnahme in den Grünen oder Gelben Bereich des Erstattungskodex gestellt wurde.

Die Streichung der Arzneispezialität Aripiprazol "Aristo" 15 mg Tabl. erfolgte wegen der Aufhebung der Zulassung auf Grund der aktuellen Liste des Bundesamtes für Sicherheit im Gesundheitswesen (BASG-Abstimmungen) vom 26. Dezember 2025, Verf.Nr 104963988.

Die Streichung der Arzneispezialitäten Atorvastatin "Aristo Pharma" 10 mg Filmtabl., Atorvastatin "Aristo Pharma" 40 mg Filmtabl. und Atorvastatin "Aristo Pharma" 80 mg Filmtabl. erfolgte wegen der Aufhebung der Zulassung auf Grund der aktuellen Liste des Bundesamtes für Sicherheit im Gesundheitswesen (BASG-Abstimmungen) vom 26. Dezember 2025, Verf.Nr 104964031, 104964740 und 104964716.

Die Streichung der Arzneispezialität Desloratadin "Aristo" 5 mg Filmtabl. erfolgte wegen der Aufhebung der Zulassung auf Grund der aktuellen Liste des Bundesamtes für Sicherheit im Gesundheitswesen (BASG-Abstimmungen)

257. Änderung des Erstattungskodex - EKO

vom 26. Dezember 2025, Verf.Nr 104964674.

Die Streichung der Arzneispezialitäten Escitalopram "Grindeks" 5 mg Filmtabl., Escitalopram "Grindeks" 10 mg Filmtabl. und Escitalopram "Grindeks" 20 mg Filmtabl. erfolgte wegen der Aufhebung der Zulassung auf Grund der aktuellen Liste des Bundesamtes für Sicherheit im Gesundheitswesen (BASG-Abstimmungen) vom 12. Dezember 2025, Verf.Nr 104925918, 104925936 und 104925900.

Die Streichung der Arzneispezialität Levetiracetam "Aristo" 100 mg/ml Lsg. zum Einnehmen erfolgte wegen der Aufhebung der Zulassung auf Grund der aktuellen Liste des Bundesamtes für Sicherheit im Gesundheitswesen (BASG-Abstimmungen) vom 26. Dezember 2025, Verf.Nr 104971855.

Die Streichung der Arzneispezialität Mirtazapin "Aristo" 30 mg Filmtabl. erfolgte wegen der Aufhebung der Zulassung auf Grund der aktuellen Liste des Bundesamtes für Sicherheit im Gesundheitswesen (BASG-Abstimmungen) vom 26. Dezember 2025, Verf.Nr 104964386.

Die Streichung der Arzneispezialität Paroxetin "Aristo" 20 mg Filmtabl. erfolgte wegen der Aufhebung der Zulassung auf Grund der aktuellen Liste des Bundesamtes für Sicherheit im Gesundheitswesen (BASG-Abstimmungen) vom 26. Dezember 2025, Verf.Nr 104964356.

Die Streichung der Arzneispezialität Trosipium "Aristo" 20 mg Filmtabl. erfolgte wegen der Aufhebung der Zulassung auf Grund der aktuellen Liste des Bundesamtes für Sicherheit im Gesundheitswesen (BASG-Abstimmungen) vom 26. Dezember 2025, Verf.Nr 104964107.

Die Streichung der Arzneispezialitäten Galantamin "Aristo" 8 mg Retardkaps., Galantamin "Aristo" 16 mg Retardkaps. und Galantamin "Aristo" 24 mg Retardkaps. erfolgte wegen der Aufhebung der Zulassung auf Grund der aktuellen Liste des Bundesamtes für Sicherheit im Gesundheitswesen (BASG-Abstimmungen) vom 26. Dezember 2025, Verf.Nr 104964626, 104964578 und 104964559.

Die Arzneispezialitäten sind gemäß § 30b Abs 1 Z 4 ASVG nach dem anatomisch-therapeutisch-chemischen Klassifikationssystem der Weltgesundheitsorganisation (ATC-Code) zu ordnen. Die Änderung des ATC-Codes der Arzneispezialitäten Itovebi 3 mg Filmtabl. und Itovebi 9 mg Filmtabl. erfolgte auf Grund der aktuellen Substanzklassifikation der WHO vom 1. Jänner 2026.

Die Streichung der Arzneispezialitäten Aquipta 10 mg Tabl. und Aquipta 60 mg Tabl. aus dem Roten Bereich des Erstattungskodex erfolgte, weil das vertriebsberechtigte Unternehmen von seinem Recht, eine Beschwerde beim Bundesverwaltungsgericht nach § 351h ASVG gegen die Entscheidung des Dachverbandes der Sozialversicherungsträger vom 19. Dezember 2025, wonach die ebengenannten Arzneispezialitäten aus dem Roten Bereich des Erstattungskodex zu streichen sind, innerhalb der in Abs 3 leg cit normierten Frist einzubringen, keinen Gebrauch machte.

Die Streichung von Natrium Hyaluronat 0,25 % RK aus dem Verzeichnis der Stoffe für magistrale Zubereitungen, die nur mit vorheriger chef(kontroll)ärztlicher Bewilligung abgegeben werden können, erfolgte aufgrund der Änderung der Arzneitaxe mit BGBl II 323/2025.

Für den Dachverband der Sozialversicherungsträger:

Pazourek