



Neu im EKO

Änderungen im Erstattungskodex (EKO) ab August 2024

Informationsstand August 2024

Im Fokus: Candesartan-Amlodipin-HCT-Kombipräparate im Grünen Bereich

Mit **CandAmComp** und **Candesartan/Amlodipin/HCT "+pharma"** stehen ab August erstmals Präparate mit der Wirkstoffkombination Candesartan, Amlodipin und Hydrochlorothiazid (HCT) frei verschreibbar im Grünen Bereich des EKO zur Verfügung.

Diese Präparate sind für Patientinnen und Patienten vorgesehen, die mit gleichbleibenden Dosen von Candesartan, Amlodipin und HCT eingestellt sind, die zur gleichen Zeit eingenommen werden. Die Verordnung der neu in den EKO aufgenommenen Kombinationspräparate kann die Therapietreue steigern und stellt eine sinnvolle ökonomische Alternative zu den entsprechenden Monopräparaten dar.

ROT >> **GRÜN**

Aufnahme kostengünstiger Nachfolgepräparate in den Grünen Bereich:

Präparat	Menge	T	OP	KVP €	max. Kostenersparnis € pro Packung*
B01 ANTITHROMBOTISCHE MITTEL					
B01AE07 Dabigatran etexilat					
Dabigatranetexilat "Genericon" 75 mg Hartkaps.	10 Stk.	–	(2)	3,15	7,30
	30 Stk.	–	–	9,45	20,25
110 mg Hartkaps.	10 Stk.	–	(2)	3,15	7,30
	30 Stk.	–	–	9,45	20,25
<i>IND: Zur Prophylaxe venöser thromboembolischer Ereignisse (VTE) bei erwachsenen PatientInnen nach elektivem chirurgischen Hüft- oder Kniegelenksersatz.</i>					

* Vergleich zum Listenpreis des Erstanbieterpräparates in dosierungsäquivalenter Menge (Preisbasis der Berechnung: August 2024)

Präparat	Menge	T	OP	KVP €	max. Kostenersparnis € pro Packung*
Dabigatranetexilat "Genericon" 110 mg Hartkaps.	60 Stk.	–	(3)	18,10	39,55
150 mg Hartkaps.	30 Stk.	–	–	9,45	20,25
	60 Stk.	–	(3)	18,10	39,55
<p>IND: 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"> – Vorausgegangener Schlaganfall, transitorische ischämische Attacke oder systemische Embolie – Linksventrikuläre Ejektionsfraktion kleiner 40 % – Symptomatische Herzinsuffizienz größer/gleich New York Heart Association (NYHA) Klasse 2 – Alter größer/gleich 75 Jahre – Alter größer/gleich 65 Jahre einhergehend mit einer der folgenden Erkrankungen: Diabetes mellitus, koronare Herzerkrankung oder arterielle Hypertonie <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> <p>Dabigatranetexilat "Genericon" ist das zweite Nachfolgepräparat zu Pradaxa im Grünen Bereich des EKO und unter Einhaltung der bestimmten Verwendung frei verschreibbar. Die Präparate des Erstanbieters sind nach wie vor im Gelben Bereich gelistet und somit bewilligungs- oder dokumentationspflichtig.</p>					
J02 ANTIMYKOTIKA ZUR SYSTEMISCHEN ANWENDUNG					
J02AC01 Fluconazol					
Fluconazol "Ictavis" 50 mg Hartkaps.	7 Stk.	–	–	11,25	2,45
100 mg Hartkaps.	7 Stk.	–	–	20,20	4,85
150 mg Hartkaps.	1 Stk.	–	–	4,90	Packungsgröße beim Erstanbieter nicht vorhanden
<i>Bei Vaginalmykosen oder Candida-Balanitis</i>					
150 mg Hartkaps.	2 Stk.	–	–	9,60	1,10
<i>Bei Dermatomykosen</i>					
150 mg Hartkaps.	4 Stk.	–	–	18,55	1,10
<i>Bei Onychomykosen</i>					
200 mg Hartkaps.	7 Stk.	–	–	36,70	2,90
Fluconazol "ratiopharm GmbH" 50 mg Hartkaps.	7 Stk.	–	–	11,25	2,45
100 mg Hartkaps.	7 Stk.	–	–	20,20	4,85
150 mg Hartkaps.	1 Stk.	–	–	4,90	Packungsgröße beim Erstanbieter nicht vorhanden
<i>Bei Vaginalmykosen oder Candida-Balanitis</i>					
150 mg Hartkaps.	2 Stk.	–	–	9,60	1,10
<i>Bei Dermatomykosen</i>					

Präparat	Menge	T	OP	KVP €	max. Kostenersparnis € pro Packung*
Fluconazol "ratiopharm GmbH" 150 mg Hartkaps.	4 Stk.	–	–	18,55	1,10
<i>Bei Onychomykosen</i>					
200 mg Hartkaps.	7 Stk.	–	–	36,70	2,90
Fluconazol "!"@ctavis" und Fluconazol "ratiopharm GmbH" sind weitere Nachfolgepräparate zu Diflucan, die nicht der Fachgruppen-Bestimmung unterliegen und frei verschreibbar sind.					

Aufnahme von Präparaten in den Grünen Bereich:

Präparat	Menge	T	OP	KVP €
C09 MITTEL MIT WIRKUNG AUF DAS RENIN-ANGIOTENSIN-SYSTEM				
C09DX06 Candesartan, Amlodipin und Hydrochlorothiazid				
CandAmComp 16 mg/5 mg/12,5 mg Hartkaps.	30 Stk.	–	(3)	5,60
16 mg/10 mg/12,5 mg Hartkaps.	30 Stk.	–	(3)	5,60
Candesartan/Amlodipin/HCT "+pharma" 16 mg/5 mg/12,5 mg Hartkaps.	30 Stk.	–	(3)	5,60
16 mg/10 mg/12,5 mg Hartkaps.	30 Stk.	–	(3)	5,60
Von CandAmComp und Candesartan/Amlodipin/HCT "+pharma" können bis zu drei Packungen auf einem Rezept verordnet werden.				

ROT >> **GELB**

Aufnahme kostengünstiger Nachfolgepräparate in den Gelben Bereich:

Präparat	Menge	T	OP	KVP €	max. Kostenersparnis € pro Packung*
G03 SEXUALHORMONE UND MODULATOREN DES GENITALSYSTEMS					
G03BA03 Testosteron					
RE1 Testosteron "ratiopharm" 1000 mg/4 ml Inj.lsg.	1 Stk.	–	–	65,85	57,15
<p>– Bei Hypogonadismus mit entsprechender klinischer Symptomatik und nachgewiesenem erniedrigten Testosteronspiegel, für den eine Testosteronsubstitution indiziert ist bei</p> <ul style="list-style-type: none"> • Klinefelter-Syndrom • Zustand nach bilateraler Orchiectomie oder Trauma • kongenitalem Anorchismus. <p>– Für seltene andere Formen des primären und sekundären Hypogonadismus durch angeborene oder erworbene Erkrankungen ist die Kostenübernahme im ausführlich begründeten Einzelfall bei Diagnosestellung und Verlaufskontrollen durch ein Zentrum möglich.</p> <p>– Keine Kostenübernahme bei PADAM (partielles Androgendefizit des alternden Mannes).</p> <p>– Androgene können die Entwicklung eines subklinischen Prostatakrebses und einer benignen Prostatahyperplasie beschleunigen.</p>					
Testosteron "ratiopharm" ist das erste in den EKO aufgenommene Nachfolgepräparat zu Nebido mit deutlichem Einsparpotenzial.					

Präparat		Menge	T	OP	KVP €	max. Kostenersparnis € pro Packung*
H01 HYPOPHYSEN- UND HYPOTHALAMUSHORMONE UND ANALOGA						
H01CB03 Lanreotid						
RE1	Mytolac 60 mg Inj.lsg. Fertigspr.	1 Stk.	–	–	454,30	447,25
RE1	90 mg Inj.lsg. Fertigspr.	1 Stk.	–	–	592,10	578,90
RE1	120 mg Inj.lsg. Fertigspr.	1 Stk.	–	–	742,20	746,85
<p>1. Akromegalie bei PatientInnen, bei denen eine chirurgische Behandlung, eine Strahlentherapie oder eine Behandlung mit einem Dopamin-Agonisten keinen Erfolg zeigt, bzw. bei klinisch relevantem Beschwerdebild zur Überbrückung bis die Radiotherapie ihre volle Wirkung zeigt.</p> <p>2. Zur symptomatischen Behandlung bei Karzinoiden mit Merkmalen des Karzinoidsyndroms.</p>						
Mit Mytolac steht erstmals ein Nachfolgepräparat zu Somatuline Autogel mit deutlichem Einsparpotenzial im Gelben Bereich zur Verfügung.						

Aufnahme von Präparaten in den Gelben Bereich:

Präparat		Menge	T	OP	KVP €
J05 ANTIVIRALE MITTEL ZUR SYSTEMISCHEN ANWENDUNG					
J05AX10 Maribavir					
RE1	Livtency 200 mg Filmtabl. (PM)	28 Stk.	–	–	6.024,80
		56 Stk.	–	–	11.446,40
		112 Stk.	–	–	21.236,90
<p>Als antivirale CMV-Monotherapie bei Erwachsenen mit einer, gegenüber einer oder mehreren vorhergehenden Therapien (einschließlich Ganciclovir, Valganciclovir, Cidofovir oder Foscarnet) refraktären, klinisch signifikanten CMV-Infektion und/oder -Erkrankung nach hämatopoetischer Stammzelltransplantation (HSCT) oder Transplantation solider Organe (SOT), sofern kein Verdacht auf eine Resistenz gegenüber Maribavir vorliegt.</p> <p>Wöchentliche Überwachung des Therapieerfolgs anhand einer PCR-Quantifizierung der CMV-DNA.</p> <p>Fortführung der Therapie, bis die CMV-DNA an zwei aufeinanderfolgenden wöchentlichen Messungen unter der Nachweisgrenze liegt oder für bis zu 8 Wochen.</p> <p>Diagnosestellung, Verordnung und regelmäßige Kontrollen durch entsprechende Fachabteilung bzw. Zentrum, durch FachärztInnen mit Erfahrung in der Behandlung von therapierefraktären CMV-Infektionen und/oder -Erkrankungen.</p>					
L02 ENDOKRINE THERAPIE					
L02BA04 Elacestrant					
RE1	Orserdu 86 mg Filmtabl. (PM)	28 Stk.	–	–	2.968,50
RE1	345 mg Filmtabl. (PM)	28 Stk.	–	–	8.856,15
<p>Als Monotherapie bei erwachsenen postmenopausalen Frauen sowie bei Männern mit Estrogenrezeptor (ER)-positivem, humanem epidermalen Wachstumsfaktor-Rezeptor-2 (HER2)-negativem lokal fortgeschrittenem oder metastasiertem Mammakarzinom mit einer aktivierenden ESR1-Mutation, deren Erkrankung nach mindestens einer endokrinen Therapielinie, einschließlich eines längeren Ansprechens auf einen CDK 4/6-Inhibitor, fortgeschritten ist.</p> <p>Diagnose und Erstverordnung durch entsprechende Fachabteilung bzw. Zentrum, mittels Tumorboard.</p> <p>Regelmäßige Kontrolle durch entsprechende Fachabteilung bzw. Zentrum bzw. durch gynäko-onkologisch bzw. onkologisch spezialisierte FachärztInnen.</p>					

Präparat		Menge	T	OP	KVP €
N06 PSYCHOANALEPTIKA					
N06AX27 Esketamin					
RE1	Spravato 28 mg Nasenspray, Lsg. (PM)	2 Stk.	–	–	398,70
		3 Stk.	–	–	585,75
		6 Stk.	–	–	1.146,80
<p>In Kombination mit einem SSRI oder SNRI zur Erhaltungstherapie bei Erwachsenen < 75 Jahre mit einer therapieresistenten Depression ohne klinisch signifikante oder instabile kardiovaskuläre Erkrankungen oder Atemwegserkrankungen</p> <p>– nach Versagen von mindestens zwei unterschiedlichen Therapien mit Antidepressiva (mindestens zwei verschiedene Antidepressiva-Klassen) einschließlich Versagen von mindestens einer Augmentationstherapie in der aktuellen mittelschweren bis schweren depressiven Episode (MADRS-Score Baseline-Wert vor Beginn der Esketamin-Therapie mindestens 30 Punkte) und</p> <p>– nach erfolgter 4-wöchiger Induktionsphase und positiver therapeutischer Nutzenbeurteilung (Reduktion des MADRS-Scores um mindestens 50 % gegenüber Baseline) durch eine entsprechende intramurale Einrichtung (psychiatrische Fachabteilung bzw. Zentrum).</p> <p>Diagnose und Erstverordnung durch die Einrichtung, die die Induktionsphase durchführt.</p> <p>Weiterverordnung und Kontrolle durch entsprechend geschulte PsychiaterInnen.</p> <p>Die Datenlage für eine längere Therapiedauer ist begrenzt. Nach 6 Monaten (exklusive der Induktionsphase) ist zu überprüfen, ob das Medikament abgesetzt werden kann.</p> <p><i>Esketamin ist zur Anwendung durch den Patienten selbst unter der direkten Aufsicht von medizinischem Fachpersonal vorgesehen. Eine Behandlungssitzung beinhaltet die nasale Anwendung von Esketamin und eine anschließende Nachbeobachtung. Die Anwendung von Esketamin und die anschließende Nachbeobachtung muss in einem geeigneten medizinischen Umfeld stattfinden.</i></p>					

Folgende Präparate wurden aus dem EKO gestrichen:

Präparat	Menge	ATC-Code	Streichung mit
Fluconazol "Actavis" 150 mg Hartkaps.	1 Stk. 2 Stk. 4 Stk.	J02AC01	01.08.2024
Imraldi 40 mg Inj.lsg. Fertigpen	2 Stk.	L04AB04	01.08.2024
Imraldi 40 mg Inj.lsg. Fertigspr.	2 Stk.	L04AB04	01.08.2024
Risperidon "Stada" 1 mg Filmtabl.	10 Stk. 60 Stk.	N05AX08	01.08.2024
Risperidon "Stada" 2 mg Filmtabl.	10 Stk. 60 Stk.	N05AX08	01.08.2024
Risperidon "Stada" 3 mg Filmtabl.	10 Stk. 60 Stk.	N05AX08	01.08.2024
Risperidon "Stada" 4 mg Filmtabl.	10 Stk. 60 Stk.	N05AX08	01.08.2024
Skyrizi 75 mg Inj.lsg. Fertigspr.	2 Stk.	L04AC18	01.08.2024
Uratens 30 mg Hartkaps.	30 Stk. 60 Stk.	C02CA06	01.08.2024
Uratens 60 mg Hartkaps.	30 Stk. 60 Stk.	C02CA06	01.08.2024
Vildagliptin/Metformin "+pharma" 50 mg/850 mg Filmtabl.	30 Stk. 60 Stk.	A10BD08	01.08.2024
Vildagliptin/Metformin "+pharma" 50 mg/1000 mg Filmtabl.	30 Stk. 60 Stk.	A10BD08	01.08.2024
Zubsolv 1,4 mg/0,36 mg Sublingualtabl.	7 Stk. 28 Stk.	N07BC51	01.08.2024

Präparat	Menge	ATC-Code	Streichung mit
Zubsolv 2,9 mg/0,71 mg Sublingualtabl.	7 Stk. 28 Stk.	N07BC51	01.08.2024
Zubsolv 5,7 mg/1,4 mg Sublingualtabl.	7 Stk. 28 Stk.	N07BC51	01.08.2024
Zubsolv 8,6 mg/2,1 mg Sublingualtabl.	7 Stk. 28 Stk.	N07BC51	01.08.2024
Zubsolv 11,4 mg/2,9 mg Sublingualtabl.	7 Stk. 28 Stk.	N07BC51	01.08.2024

Änderung der Verwendung im Grünen Bereich:

Präparat	Menge	T	OP	KVP €
N05 PSYCHOLEPTIKA				
N05BA12 Alprazolam				
Xanor 1 mg Tabl.	20 Stk.	T2	(2)	2,20
	50 Stk.	T2	–	4,85
Wegfall der Fachgruppen-Bestimmung				

Änderung der Verwendung im Gelben Bereich:

Präparat	Menge	T	OP	KVP €
L04 IMMUNSUPPRESSIVA				
L04AF04 Filgotinib				
RE2 Jyseleca 100 mg Filmtabl. (PM)	30 Stk.	–	–	737,40
RE2 200 mg Filmtabl. (PM)	30 Stk.	–	–	737,40
<p>1. Mittelschwere bis schwere aktive rheumatoide Arthritis bei Erwachsenen bei Versagen von mindestens einem DMARD (disease-modifying anti-rheumatic drug), wobei Methotrexat in ausreichender Dosierung und ausreichender Dauer verabreicht worden sein muss. Um eine maximale Wirksamkeit zu gewährleisten, wird Filgotinib in Kombination mit Methotrexat angewendet. Filgotinib kann im Falle einer Unverträglichkeit von Methotrexat als Monotherapie angewendet werden.</p> <p>Erstverordnung und engmaschige Kontrolle durch RheumatologInnen oder durch Zentren, die berechtigt sind, solche auszubilden. Die Behandlung mit Filgotinib darf nur bei PatientInnen verlängert werden, die innerhalb von 12 Behandlungswochen auf die Therapie ansprechen.</p> <p>2. Mittelschwere bis schwere aktive Colitis ulcerosa bei Erwachsenen bei Versagen, Unverträglichkeit oder Kontraindikation der konventionellen Therapien.</p> <p>Erstverordnung und engmaschige Kontrollen durch GastroenterologInnen. Die Behandlung mit Filgotinib darf nur bei PatientInnen verlängert werden, die innerhalb von 10–22 Behandlungswochen auf die Therapie ansprechen.</p>				
Streichung des Hinweises auf tierexperimentelle Studien zur verringerten männlichen Fertilität und Wegfall der Befristung				

Änderung der Packungsgröße im Grünen Bereich:

Präparat	Menge	T	OP	KVP €
N02 ANALGETIKA				
N02AA01 Morphin				
Mundidol retard 200 mg Filmtabl.	30 Stk.	–	–	73,15
SG				
<i>Hinweis: Morphinsulfat-pentahydrat 0,2 entspr. 0,15 Morphin</i>				
Streichung der 10-Stück-Packung				
R03 MITTEL BEI OBSTRUKTIVEN ATEMWEGSERKRANKUNGEN				
R03AL12 Indacaterol, Glycopyrroniumbromid und Mometason				
Energair Breezhaler 114 mcg/46 mcg/136 mcg Hartkaps. Plv. zur Inh.	10 Stk. 30 Stk.	– –	– –	23,50 66,80
<i>IND: Schweres Asthma bei Erwachsenen mit zumindest einer Asthmaexazerbation in den letzten 12 Monaten, die mit einer Kombination aus einem langwirksamen Beta2-Agonisten und einer hohen Dosis eines inhalativen Corticosteroids als Erhaltungstherapie nicht ausreichend kontrolliert sind.</i>				
Streichung der 30-Stück-Packung + Sensor				

Änderung der Packungsgröße im Gelben Bereich:

Präparat	Menge	T	OP	KVP €
B02 ANTIHÄMORRHAGIKA				
B02AB02 Alfa1-Antitrypsin				
RE1 Respreeza 1.000 mg Plv. und Lsgm. zur Herst. einer Inf.lsg.	1 Stk.	–	–	304,30
RE1 Inf.lsg. (PM) 4.000 mg Plv. und Lsgm. zur Herst. einer Inf.lsg.	1 Stk.	–	–	1.246,55
RE1 Inf.lsg. (PM) 5.000 mg Plv. und Lsgm. zur Herst. einer Inf.lsg.	1 Stk.	–	–	1.552,00
Bei progredientem Lungenemphysem mit homozygotem Alpha-1-Proteinase-Inhibitormangel (kleiner 35 % des Normwertes) und einer FEV1 im Bereich von 35 bis 60 % und Tabakrauchabstinenz. Erstverordnung nur durch ein Zentrum für Pulmologie und regelmäßige Kontrolle (mindestens einmal jährlich) durch einen Facharzt/eine Fachärztin/ein Zentrum für Pulmologie und Meldung an das nationale Register für Alpha-1-Antitrypsinmangel an der Ambulanz der II. Med. Abt. der Klinik Ottakring (Lungenabteilung).				
Aufnahme der 4.000-mg- und 5.000-mg-Packung, die 1.000-mg-Packung bleibt unverändert im EKO				

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
- OPHöchstanzahl Packungen je Verordnung
- RE1Die Arzneispezialitäten dürfen erst nach Vorliegen der ärztlichen Bewilligung des chef- und kontrollärztlichen Dienstes abgegeben werden. Für die Erteilung der ärztlichen Bewilligung des chef- und kontrollärztlichen Dienstes sind die angegebenen bestimmten Voraussetzungen maßgeblich.
- RE2Bei diesen Arzneispezialitäten kann die sonst notwendige ärztliche Bewilligung des chef- und kontrollärztlichen Dienstes durch eine nachfolgende Kontrolle der Einhaltung der bestimmten Verwendungen ersetzt werden, wenn die angegebenen bestimmten Verwendungen vorliegen und eine den Richtlinien über die ökonomische Verschreibweise von Heilmitteln und Heilbehelfen entsprechende Dokumentation angefertigt wurde.
- SGArzneispezialitäten, welche ohne Einschränkung den strengen Abgabebestimmungen für Suchtgifte unterliegen.
- T Teilbarkeit
- T2in zwei dosisgleiche Teile teilbar