



Neu im EKO

Änderungen im Erstattungskodex (EKO) ab November 2024

Informationsstand November 2024

Im Fokus: Weiterer Donepezil-Nachfolger im Grünen Bereich

Mit Donepezil "Bluefish" steht ein weiteres kostengünstiges Nachfolgepräparat zu Aricept im Grünen Bereich des EKO zur Verfügung. Im Gegensatz zum Erstanbieter, der weiterhin im Gelben Bereich (RE2) gelistet ist, können von den 28-Stk.-Packungen des Nachfolgers unter den im EKO angegebenen Voraussetzungen bis zu 3 OP auf einem Rezept frei verordnet werden.

Aus ökonomischen Gründen sollten die kostengünstigen Nachfolgeprodukte im Grünen Bereich bevorzugt verordnet werden.

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 "Viatrix" 75 mg Hartkaps.	10 Stk.	–	(2)	2,65	7,80 Erstanbieter in RE2
	30 Stk.	–	–	8,05	21,65 Erstanbieter in RE2
110 mg Hartkaps.	10 Stk.	–	(2)	2,65	7,80 Erstanbieter in RE2
	30 Stk.	–	–	8,05	21,65 Erstanbieter in RE2

IND: Zur Prophylaxe venöser thromboembolischer Ereignisse (VTE) bei erwachsenen PatientInnen nach elektivem chirurgischen Hüft- oder Kniegelenkersatz.

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

Präparat	Menge	T	OP	KVP €	max. Kostenersparnis € pro Packung*
Dabigatranetexilat "Viatris" 110 mg Hartkaps.	60 Stk.	–	(3)	15,40	42,25 Erstanbieter in RE1
150 mg Hartkaps.	30 Stk.	–	–	8,05	21,65 Erstanbieter in RE1
	60 Stk.	–	(3)	15,40	42,25 Erstanbieter in RE1

IND: Zur Prävention von Schlaganfall und systemischer Embolie bei erwachsenen PatientInnen mit nicht valvulärem Vorhofflimmern mit einem oder mehreren der folgenden Risikofaktoren:

- 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

Behandlung von tiefen Venenthrombosen (TVT) und Lungenembolien (LE) sowie Prophylaxe von rezidivierenden TVT und LE bei Erwachsenen.

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.

Dabigatranetexilat "Viatris" ist das dritte Nachfolgepräparat zu Pradaxa und kann unter Einhaltung der IND-Vorgaben aus dem Grünen Bereich frei verschrieben werden. Die Präparate des Erstanbieters sind nach wie vor im Gelben Bereich gelistet und somit bewilligungs- oder dokumentationspflichtig.

N06 PSYCHOANALEPTIKA

N06AX16 Venlafaxin

Venlafaxin "!@ctavis" 75 mg Hartkaps., retardiert	10 Stk.	–	(2)	1,50	0,45
	30 Stk.	–	–	4,30	1,60
150 mg Hartkaps., retardiert	10 Stk.	–	(2)	2,85	1,35
	30 Stk.	–	–	8,60	1,95

Venlafaxin "!@ctavis" ist ein weiteres kostengünstiges Nachfolgepräparat zu Efectin ER.

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 "Sandoz" 50 mg/ml – Dispersion zur Inj./Inf.	1 Stk. 10 ml	–	–	39,60	85,80**
	1 Stk. 20 ml	–	–	76,80	168,35**

** Bei dem angegebenen Kostenreduktionspotenzial werden Preismodelle nicht berücksichtigt.

Präparat	Menge	T	OP	KVP €	max. Kostenersparnis € pro Packung*	
Zur Eisensubstitution, wenn mit oralen Therapiealternativen (ATC-Code B03A) nachweislich nicht das Auslangen gefunden werden kann.						
Mit Eisencarboxymaltose "Sandoz" steht erstmals ein Nachfolgepräparat zum verordnungstarken Ferinject im Gelben Bereich zur Verfügung.						
G03 SEXUALHORMONE UND MODULATOREN DES GENITALSYSTEMS						
G03BA03 Testosteron						
RE1	Testomed 1.000 mg/4 ml Inj.lsg.	1 Stk.	–	–	54,00	33,00
<ul style="list-style-type: none"> • Bei Hypogonadismus mit entsprechender klinischer Symptomatik und nachgewiesenem erniedrigten Testosteronspiegel, für den eine Testosteronsubstitution indiziert ist bei <ul style="list-style-type: none"> ○ Klinefelter Syndrom ○ Zustand nach bilateraler Orchiektomie oder Trauma ○ kongenitalem Anorchismus. • 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. • Keine Kostenübernahme bei PADAM (partiellies Androgendefizit des alternden Mannes). • Androgene können die Entwicklung eines subklinischen Prostatakrebses und einer benignen Prostatahyperplasie beschleunigen. 						
Testomed ist das zweite kostengünstige Nachfolgepräparat zu Nebido im Gelben Bereich.						

Aufnahme von Präparaten in den Gelben Bereich:

Präparat	Menge	T	OP	KVP €	
L01 ANTINEOPLASTISCHE MITTEL					
L01EF01 Palbociclib					
RE2	Ibrance 75 mg Filmtabl. (PM)	21 Stk.	–	–	2.063,20
RE2	100 mg Filmtabl. (PM)	21 Stk.	–	–	2.063,20
RE2	125 mg Filmtabl. (PM)	21 Stk.	–	–	2.063,20
<p>Bei Hormonrezeptor (HR)-positivem, humanen epidermalen Wachstumsfaktor-Rezeptor-2 (HER2)-negativem lokal fortgeschrittenem oder metastasiertem Mammakarzinom:</p> <ul style="list-style-type: none"> – als Erstlinientherapie in Kombination mit einem Aromatasehemmer – als Zweitlinien- oder Folgetherapie in Kombination mit Fulvestrant nach endokriner Therapie. <p>Kein Einsatz bei vorangegangener Therapie mit einem Inhibitor von Cyclin-abhängiger Kinase (CDK) 4 und 6 und/oder kritischer viszeraler Erkrankung.</p> <p>Bei prä- oder perimenopausalen Frauen sollte die endokrine Therapie mit einem LHRH-Agonisten (LHRH = Luteinizing Hormone-Releasing Hormone) kombiniert werden.</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 spezialisierte FachärztInnen.</p>					
Statt der Hartkapseln stehen ab November Ibrance Filmtabletten im Gelben Bereich zur Verfügung. Die Tabletten sind kleiner als die entsprechenden Kapseln und können laut Fachinformation mit oder ohne Nahrung eingenommen werden.					

Präparat		Menge	T	OP	KVP €
L01XK52 Niraparib und Abirateron					
RE1	Akeega 50 mg/500 mg Filmtabl. (PM)	56 Stk.	–	–	4.804,05
RE1	100 mg/500 mg Filmtabl. (PM)	56 Stk.	–	–	4.804,05
<p>In Kombination mit einem GnRH-Analogon und Prednison oder Prednisolon bei metastasiertem kastrationsresistentem Prostatakarzinom (mCRPC) und BRCA1/2-Mutationen (in der Keimbahn und/oder somatisch), mit asymptomatischem oder mild symptomatischem Verlauf, wenn eine Chemotherapie nicht klinisch indiziert ist. Der BRCA-Mutationsstatus ist von einem erfahrenen Labor mittels einer validierten Testmethode festzustellen. Die Therapie kann bis zur radiologischen Krankheitsprogression oder bis zum Auftreten einer inakzeptablen Toxizität fortgeführt werden.</p> <p>Diagnose und Erstverordnung durch entsprechende Fachabteilung bzw. Zentrum, mittels Tumorboard. Regelmäßige Kontrolle durch entsprechende Fachabteilung bzw. Zentrum bzw. durch FachärztInnen mit Erfahrung in der Behandlung des Prostatakarzinoms.</p> <p>Eine Kastrationsresistenz liegt vor bei</p> <ul style="list-style-type: none"> • einer PSA oder radiographischen Progression und • Versagen der Androgendeprivationstherapie (GnRH-Analogon 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). 					
L04 IMMUNSUPPRESSIVA					
L04AE05 Etrasimod					
RE1	Velsipity 2 mg Filmtabl. (PM)	28 Stk.	–	–	907,80
<p>Bei PatientInnen ab 16 Jahren mit mittelschwerer bis schwerer aktiver Colitis ulcerosa bei Versagen, Unverträglichkeit oder Kontraindikation konventioneller Therapien.</p> <p>Erstverordnung und engmaschige Kontrolle durch GastroenterologInnen. Die Behandlung mit Etrasimod darf nur bei PatientInnen verlängert werden, die innerhalb von 12 Behandlungswochen auf die Therapie ansprechen.</p>					

Folgende Präparate wurden aus dem EKO gestrichen:

Präparat	Menge	ATC-Code	Streichung mit
Ambroxol "1A Pharma" 7,5 mg/ml Lsg.	50 ml 100 ml	R05CB06	01.11.2024
Anastrozol "Accord" 1 mg Filmtabl.	30 Stk.	L02BG03	01.11.2024
Atorvastatin "Accord" 10 mg Filmtabl.	30 Stk.	C10AA05	01.11.2024
Atorvastatin "Accord" 40 mg Filmtabl.	30 Stk.	C10AA05	01.11.2024
Atorvastatin "Accord" 80 mg Filmtabl.	30 Stk.	C10AA05	01.11.2024
Cholestagel 625 mg Filmtabl.	180 Stk.	C10AC04	01.11.2024
Diabetex 850 mg Filmtabl.	20 Stk. 100 Stk.	A10BA02	01.11.2024
Efatrien 600 mg/200 mg/245 mg Filmtabl.	30 Stk.	J05AR06	01.11.2024
Ibrance 75 mg Hartkaps.	21 Stk.	L01EF01	01.11.2024
Ibrance 100 mg Hartkaps.	21 Stk.	L01EF01	01.11.2024
Ibrance 125 mg Hartkaps.	21 Stk.	L01EF01	01.11.2024
Miflonide Breezhaler 200 mcg Hartkaps. Plv. zur Inh.	60 Stk.	R03BA02	01.11.2024

Präparat	Menge	ATC-Code	Streichung mit
Plavix 75 mg Filmtabl.	7 Stk.	B01AC04	01.11.2024
Sitagliptin "Sandoz GmbH" 100 mg Filmtabl.	28 Stk.	A10BH01	01.11.2024
Venlafaxin "Actavis" 75 mg Retardkaps.	20 Stk. 30 Stk.	N06AX16	01.11.2024
Venlafaxin "Actavis" 150 mg Retardkaps.	20 Stk. 30 Stk.	N06AX16	01.11.2024
Venlafaxin "Viartis" 150 mg Hartkaps., retardiert	10 Stk.	N06AX16	01.11.2024
Xiclav 156,25 mg/5 ml Trockensaft	60 ml 120 ml	J01CR02	01.11.2024
Xiclav 625 mg Filmtabl.	12 Stk.	J01CR02	01.11.2024
Xiclav Quicktab 625 mg Tabl.	12 Stk.	J01CR02	01.11.2024
Xiclav Quicktab 1 g Tabl.	10 Stk. 14 Stk.	J01CR02	01.11.2024
Zyloric 300 mg Tabl.	30 Stk.	M04AA01	01.11.2024

Änderung der Verwendung im Grünen Bereich:

Präparat	Menge	T	OP	KVP €
J02 ANTIMYKOTIKA ZUR SYSTEMISCHEN ANWENDUNG				
J02AC01 Fluconazol				
Diflucan 50 mg Kaps.	7 Stk.	–	–	11,25
100 mg Kaps.	7 Stk.	–	–	20,20
Wegfall der Fachgruppen-Bestimmungen				

Änderung der Verwendung im Grünen Bereich (Überführung vom Gelben in den Grünen Bereich des Erstattungskodex):

Präparat	Menge	T	OP	KVP €
N06 PSYCHOANALEPTIKA				
N06DA02 Donepezil				
Donepezil "Bluefish" 5 mg Filmtabl.	7 Stk. 28 Stk.	– –	(2) (3)	2,65 10,50
10 mg Filmtabl.	28 Stk.	–	(3)	20,35
<i>IND: Demenz vom Alzheimer-Typ Erstdiagnose und regelmäßige Kontrollen durch NeurologInnen/PsychiaterInnen Nicht in Kombination mit anderen Arzneimitteln gegen Demenz</i>				
Mit der Überführung in den Grünen Bereich entfällt die Dokumentationspflicht und bis zu 3 OP der 28-Stk.-Packungen sind auf einem Rezept frei verschreibbar.				

Änderung der Verwendung im Gelben Bereich:

Präparat		Menge	T	OP	KVP €
L01 ANTINEOPLASTISCHE MITTEL					
L01EL01 Ibrutinib					
RE1	Imbruvica 140 mg Filmtabl. (PM)	28 Stk.	–	–	1.661,15
RE1	280 mg Filmtabl. (PM)	28 Stk.	–	–	3.211,15
RE1	420 mg Filmtabl. (PM)	28 Stk.	–	–	4.934,75
Zur Monotherapie bei Erwachsenen 1. mit nicht vorbehandelter chronisch lymphatischer Leukämie (CLL), die für eine Chemoimmuntherapie nicht geeignet sind. 2. mit rezidivierender oder refraktärer CLL 3. mit rezidiviertem oder refraktärem Mantelzell-Lymphom (MCL) 4. mit rezidiviertem oder refraktärem Morbus Waldenström (MW) Diagnose und Erstverordnung durch entsprechende Fachabteilung bzw. Zentrum, mittels Tumorboard. Regelmäßige Kontrolle durch entsprechende Fachabteilung bzw. Zentrum bzw. durch (Hämato-)OnkologInnen.					
Vereinfachung des Regeltextes und Wegfall der Befristung					
RE1	560 mg Filmtabl. (PM)	28 Stk.	–	–	6.589,00
Zur Monotherapie bei Erwachsenen mit rezidiviertem oder refraktärem Mantelzell-Lymphom (MCL). Diagnose und Erstverordnung durch entsprechende Fachabteilung bzw. Zentrum, mittels Tumorboard. Regelmäßige Kontrolle durch entsprechende Fachabteilung bzw. Zentrum bzw. durch (Hämato-)OnkologInnen.					
Anpassung des Regeltextes (560-mg-Dosierung nur bei MCL vorgesehen) und Wegfall der Befristung					

Änderung der Verwendung im Gelben Bereich (Überführung vom Dunkelgelben in den Hellgelben Bereich des Erstattungskodex):

Präparat		Menge	T	OP	KVP €
C10 MITTEL, DIE DEN LIPIDSTOFFWECHSEL BEEINFLUSSEN					
C10AX15 Bempedoinsäure					
RE2	Nilemdo 180 mg Filmtabl. (PM)	14 Stk.	–	–	41,60
		28 Stk.	–	–	78,45
Bei PatientInnen mit hohem oder sehr hohem kardiovaskulären Risiko gemäß ESC-Leitlinie zur Behandlung der primären Hypercholesterinämie oder gemischten Dyslipidämie, adjuvant zu einer Diät, wenn über mindestens 3 Monate mit der maximal verträglichen Dosierung eines hochpotenten Statins in Kombination mit Ezetimib die individuellen LDL-C-Zielwerte nicht erreicht werden können oder bei vorliegender Kontraindikation, Unverträglichkeit/Intoleranz.					
C10BA10 Bempedoinsäure und Ezetimib					
RE2	Nustendi 180 mg/10 mg Filmtabl. (PM)	14 Stk.	–	–	41,60
		28 Stk.	–	–	78,45
Bei PatientInnen mit hohem oder sehr hohem kardiovaskulären Risiko gemäß ESC-Leitlinie zur Behandlung der primären Hypercholesterinämie oder gemischten Dyslipidämie, adjuvant zu einer Diät, wenn über mindestens 3 Monate mit der maximal verträglichen Dosierung eines hochpotenten Statins in Kombination mit Ezetimib die individuellen LDL-C-Zielwerte nicht erreicht werden können oder bei vorliegender Kontraindikation, Unverträglichkeit/Intoleranz.					

Änderung der Packungsgröße im Grünen Bereich:

Präparat	Menge	T	OP	KVP €
D11 ANDERE DERMATIKA				
D11AH01 Tacrolimus				
Tacrolimus "Accord" 0,1 % Salbe	10 g	–	(2)	8,05
D K				
Streichung der 30-g-Packung				

Änderung der Bezeichnung im Gelben Bereich:

Präparat	Menge	T	OP	KVP €
G03 SEXUALHORMONE UND MODULATOREN DES GENITALSYSTEMS				
G03GA05 Follitropin alfa				
RE1 Gonal-f 300 IE/0,48 ml Inj.lsg. Fertigpen	1 Stk.	–	–	105,90
Bei anovulatorischen Frauen zur Auslösung der Ovulation, die auf eine Behandlung mit Clomifencitrat nicht ansprechen. Keine Kostenübernahme zur Unterstützung von Maßnahmen der assistierten Reproduktion.				
vormals Gonal-f 300 IE Inj.lsg. Injektor				
RE1 Gonal-f 450 IE/0,72 ml Inj.lsg. Fertigpen	1 Stk.	–	–	147,25
Bei anovulatorischen Frauen zur Auslösung der Ovulation, die auf eine Behandlung mit Clomifencitrat nicht ansprechen. Keine Kostenübernahme zur Unterstützung von Maßnahmen der assistierten Reproduktion.				
vormals Gonal-f 450 IE Inj.lsg. Injektor				
RE1 Gonal-f 900 IE/1,44 ml Inj.lsg. Fertigpen	1 Stk.	–	–	269,95
Bei anovulatorischen Frauen zur Auslösung der Ovulation, die auf eine Behandlung mit Clomifencitrat nicht ansprechen. Keine Kostenübernahme zur Unterstützung von Maßnahmen der assistierten Reproduktion.				
vormals Gonal-f 900 IE Inj.lsg. Injektor				

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.
- DFachgruppen-Bestimmung: Fachärztin/Facharzt für Haut- und Geschlechtskrankheiten
- K.....Fachgruppen-Bestimmung: Fachärztin/Facharzt für Kinder- und Jugendheilkunde
- 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
- OP.....Höchstanzahl 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