



Neu im EKO

Änderungen im Erstattungskodex (EKO) ab Jänner 2025

Informationsstand Jänner 2025

Im Fokus: Weiterer Memantin-Nachfolger im Grünen Bereich

Mit **Memantin "ratiopharm GmbH"** steht ab Jänner 2025 neben Memolan und Memantin "Stada" ein weiteres kostengünstiges Nachfolgepräparat mit dem Wirkstoff Memantin im Grünen Bereich des EKO zur Verfügung.

Im Gegensatz zu dem im Gelben Bereich des EKO gelisteten Erstanbieterpräparat Ebixa, das der nachfolgenden Kontrolle (RE2) unterliegt, sind die im Grünen Bereich des EKO angeführten Nachfolgepräparate bei Einhaltung des Indikationstextes (IND) frei verschreibbar. Zusätzlich können bis zu drei Monatspackungen auf einem Rezept ohne Vorabbewilligung 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					
Dabahib 75 mg Hartkaps.	10 Stk.	–	(2)	2,50	7,95 Erstanbieter in RE2
	30 Stk.	–	–	7,55	22,15 Erstanbieter in RE2

* Vergleich zum Listenpreis des Erstanbieterpräparates in dosierungsäquivalenter Menge (Preisbasis der Berechnung: Jänner 2025)

Präparat	Menge	T	OP	KVP €	max. Kostenersparnis € pro Packung*
Dabahib 110 mg Hartkaps.	10 Stk.	–	(2)	2,50	7,95 Erstanbieter in RE2
	30 Stk.	–	–	7,55	22,15 Erstanbieter in RE2
IND: Zur Prophylaxe venöser thromboembolischer Ereignisse (VTE) bei erwachsenen PatientInnen nach elektivem chirurgischen Hüft- oder Kniegelenkersatz.					
110 mg Hartkaps.	60 Stk.	–	(3)	14,50	43,15 Erstanbieter in RE1
150 mg Hartkaps.	30 Stk.	–	–	7,55	22,15 Erstanbieter in RE1
	60 Stk.	–	(3)	14,50	43,15 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.					
Dabahib ist das vierte Nachfolgepräparat zu Pradaxa und im Gegensatz zum Erstanbieterpräparat nicht im Gelben, sondern wie andere Nachfolgepräparate im Grünen Bereich gelistet.					
N06 PSYCHOANALEPTIKA					
N06AX12 Bupropion					
Bupropion "1A Pharma" 150 mg Tabl. mit veränderter Wirkstofffreisetzung	10 Stk.	–	(2)	3,10	4,23
	30 Stk.	–	–	9,35	8,75
300 mg Tabl. mit veränderter Wirkstofffreisetzung	10 Stk.	–	(2)	5,20	6,81
	30 Stk.	–	–	14,95	14,05
Mit Bupropion "1A Pharma" steht ein zusätzliches kostengünstiges Nachfolgepräparat zu Wellbutrin XR im Grünen Bereich zur Verfügung.					
N06DX01 Memantin					
Memantin "ratiopharm GmbH" 10 mg Film-tabl.	14 Stk.	T2	–	2,75	Packungsgröße beim Erstanbieter nicht vorhanden
	28 Stk.	T2	(3)	5,45	11,85 Erstanbieter in RE2
20 mg Film-tabl.	14 Stk.	–	–	5,45	Packungsgröße beim Erstanbieter nicht vorhanden
	28 Stk.	–	(3)	10,60	22,65 Erstanbieter in RE2

Präparat	Menge	T	OP	KVP €	max. Kostenersparnis € pro Packung*
IND: Demenz vom Alzheimer-Typ Erstdiagnose und regelmäßige Kontrollen durch NeurologInnen/PsychiaterInnen Nicht in Kombination mit anderen Arzneimitteln gegen Demenz					
Memantin "ratiopharm GmbH" befindet sich ab Jänner 2025 im Grünen Bereich und ist ein weiteres Nachfolgepräparat zu Ebixa.					

Aufnahme von Präparaten in den Grünen Bereich:

Präparat	Menge	T	OP	KVP €
N05 PSYCHOLEPTIKA				
N05AX12 Aripiprazol				
Abilify Maintena 720 mg Depot-Inj.susp. Fertigspr.	1 Stk.	–	–	295,85
960 mg Depot-Inj.susp. Fertigspr.	1 Stk.	–	–	386,05
IND: Verwendung laut Fachinformation, wenn eine perorale Therapie nicht angezeigt oder zweckmäßig ist.				
Die Erhaltungsdosis der neu in den Grünen Bereich aufgenommenen Aripiprazol-Depotinjektions suspensionen wird alle zwei Monate verabreicht.				

ROT >> **GELB**

Aufnahme kostengünstiger Nachfolgepräparate in den Gelben Bereich:

Präparat	Menge	T	OP	KVP €	max. Kostenersparnis € pro Packung*	
H01 HYPOPHYSEN- UND HYPOTHALAMUSHORMONE UND ANALOGA						
H01BA02 Desmopressin						
RE2	Nocutil Melt 60 mcg Sublingualtabl.	30 Stk.	–	–	15,20	17,70
		100 Stk.	–	–	47,15	41,85
RE2	120 mcg Sublingualtabl.	30 Stk.	–	–	28,65	26,95
		100 Stk.	–	–	87,40	75,00
Bei Kindern mit Enuresis nocturna ab dem vollendeten 5. Lebensjahr, nach Abklärung und Erstverordnung durch PädiaterInnen oder UrologInnen, strikte Einhaltung der einmaligen Medikation am Abend. In der Indikation Diabetes insipidus keine Kostenübernahme, ausgenommen in Einzelfällen – wenn eine nasale Anwendung des Wirkstoffes Desmopressin in Form eines Nasensprays nicht möglich ist (pathologischer Nasenbefund). Bei Nykturie ist ein klinisch relevanter PatientInnenutzen durch die derzeitige Datenlage nicht ausreichend belegt; darüber hinaus kann Desmopressin zu Veränderungen im Serum-Na-Spiegel führen.						
Nocutil Melt ist ein Nachfolgepräparat zu Minirin Melt.						

Aufnahme von Präparaten in den Gelben Bereich:

Präparat	Menge	T	OP	KVP €	
D11 ANDERE DERMATIKA					
D11AH10 Lebrikizumab					
RE1 L6	Ebglyss 250 mg Inj.lsg. Fertigpen (PM)	1 Stk.	–	–	1.152,00
		2 Stk.	–	–	2.011,15

Präparat		Menge	T	OP	KVP €
RE1	Ebglyss 250 mg Inj.lsg. Fertigspr. (PM)	1 Stk.	–	–	1.152,00
L6		2 Stk.	–	–	2.011,15
<p>Bei Erwachsenen und Jugendlichen ab 12 Jahren mit einem Körpergewicht größer/gleich 40 kg mit schwerer atopischer Dermatitis mit persistierendem Ekzem nach Ausschöpfung intensiver Lokalthherapie und Versagen, Unverträglichkeit oder Kontraindikation immunmodulierender systemischer Therapie (ausgenommen Corticosteroide).</p> <p>Erstverordnung, Dokumentation und Kontrolle alle 6 Monate durch ein dermatologisches Zentrum oder durch DermatologInnen mit ausgewiesener Expertise in der Behandlung der atopischen Dermatitis.</p> <p>Die Therapie ist nur fortzuführen, wenn innerhalb der ersten 6 Monate eine Verbesserung des IGA (Investigator Global Assessment) um mindestens 2 Punkte erzielt werden kann.</p> <p>Lebrikizumab eignet sich für eine chef(kontroll)ärztliche Langzeitbewilligung für 6 Monate (L6).</p> <p>Mit Ebglyss steht ein monoklonaler Antikörper, der selektiv IL-13 hemmt, im Gelben Bereich des EKO zur Behandlung der schweren atopischen Dermatitis zur Verfügung.</p>					

Folgende Präparate wurden aus dem EKO gestrichen:

Präparat	Menge	ATC-Code	Streichung mit
Fulvestrant "Accord" 250 mg Inj.lsg. Fertigspr.	2 Stk.	L02BA03	01.01.2025
Jopamiro 370 mg J/ml Amp.	1 Stk.	V08AB04	01.01.2025
Lovenox 10.000 IE (100 mg)/10 ml Inj.lsg. Dstfl.	5 Stk.	B01AB05	01.01.2025
Fertigspritzen in der Wirkstoffstärke 100 mg (10.000 IE) sind weiterhin frei verschreibbar im Grünen Bereich (Inhixa und Enoxaparin Becat) und bewilligungspflichtig im Gelben Bereich (Lovenox) des EKO gelistet.			
Memantin "ratiopharm" 10 mg Filmtabl.	30 Stk.	N06DX01	01.01.2025
Memantin "ratiopharm" 20 mg Filmtabl.	30 Stk.	N06DX01	01.01.2025
Die Versorgung mit Memantin Filmtabletten ist weiterhin sichergestellt (siehe „Im Fokus“ auf Seite 1).			
Pantoprazol "A-Med" 20 mg magensaftresistente Tabl.	14 Stk. 30 Stk.	A02BC02	01.01.2025
Pantoprazol "A-Med" 40 mg magensaftresistente Tabl.	14 Stk. 30 Stk.	A02BC02	01.01.2025
Unidrox 600 mg Filmtabl.	10 Stk.	J01MA17	01.01.2025
Vildagliptin/Metformin "Stada" 50 mg/850 mg Filmtabl.	60 Stk.	A10BD08	01.01.2025

Änderung der Verwendung im Grünen Bereich:

Präparat	Menge	T	OP	KVP €
R03 MITTEL BEI OBSTRUKTIVEN ATEMWEGSERKRANKUNGEN				
R03AL11 Formoterol, Glycopyrroniumbromid und Budesonid				
Trixeo Aerosphere 5 mcg/7,2 mcg/160 mcg Druckgasinh., Susp. (PM)	120 Hübe	–	–	65,75
<p>IND: COPD ab GOLD 3 und COPD-Assessment-Test (CAT) größer/gleich 10 Punkte, wenn trotz einer täglichen maximal dosierten Therapie mit einem lang wirkenden inhalativen Anticholinergikum plus einem langwirkenden Beta2-Agonisten (LAMA + LABA) oder einem langwirkenden Beta2-Agonisten plus inhalativem Corticosteroid (LABA + ICS) mindestens zwei Exazerbationen oder mindestens eine Exazerbation mit stationärer Spitalsbehandlung in den letzten 12 Monaten auftraten, nach Erstverordnung durch PulmologInnen.</p>				
Wegfall der Befristung				

Änderung der Verwendung im Gelben Bereich:

Präparat		Menge	T	OP	KVP €
A16 ANDERE MITTEL FÜR DAS ALIMENTÄRE SYSTEM UND DEN STOFFWECHSEL					
A16AX07 Sapropterin					
RE1	Kuvan 100 mg Tabl. zur Herst. einer Lsg. zum Einnehmen	30 Stk.	–	–	345,95
L12		120 Stk.	–	–	1.292,25
<p>Zur Behandlung einer Hyperphenylalaninämie (HPA) bei Erwachsenen und Kindern mit Phenylketonurie oder Tetrahydrobiopterin (BH4)-Mangel, wenn mit diätetischen Maßnahmen nicht das Auslangen gefunden werden kann.</p> <p>Kontrolle des Ansprechens mittels BH4-loading-Test; als Ansprechen gilt ein Abfall des Phenylalaninspiegels im Blut um größer/gleich 30 %. Fortsetzung der Therapie nur, wenn innerhalb von sechs Monaten ein Ansprechen erzielt wurde.</p> <p>Regelmäßige Kontrolle der Phenylalanin- und Tyrosinspiegel, der psychomotorischen Entwicklung und der Einhaltung der restriktiven Diät.</p> <p>Diagnose, Ersteinstellung und regelmäßige Kontrollen durch Zentren mit Erfahrung in der Behandlung der Phenylketonurie und des Tetrahydrobiopterin (BH4)- Mangels.</p> <p>Sapropterin eignet sich für eine chef(kontroll)ärztliche Langzeitbewilligung für 12 Monate (L12).</p> <p>Regeltextanpassung an den Text des Nachfolgepräparates auch bezüglich der Langzeitbewilligung</p>					
D06 ANTIBIOTIKA UND CHEMOTHERAPEUTIKA ZUR DERMATOLOGISCHEN ANWENDUNG					
D06BB10 Imiquimod					
RE1	Aldara 5 % Creme	12 Stk.	–	(2)	59,35
<p>– Bei Versagen von Alternativen im Grünen Bereich zur Behandlung von Condylomata acuminata bei Erwachsenen.</p> <p>– Bei superfiziellen Basaliomen nach dermatologischer Abklärung, wenn eine operative Entfernung kontraindiziert oder nicht möglich ist.</p> <p>– Bei nicht-hyperkeratotischen, nicht-hypertrophen aktinischen Keratosen im Gesicht oder Kopfbereich, wenn durch die Größe oder die Anzahl der Läsionen eine Kryotherapie nicht möglich ist und mit anderen topischen Behandlungsmöglichkeiten (ATC-Code D11AX18) kein Auslangen gefunden wurde bzw. diese nicht geeignet sind.</p> <p>Diagnose und Verordnung durch DermatologInnen.</p> <p>Für die Erteilung der ärztlichen Bewilligung des chef- und kontrollärztlichen Dienstes ist eine entsprechende Diagnose und Verordnung durch Dermatologinnen und Dermatologen erforderlich.</p>					

Änderung der Bezeichnung im Grünen Bereich:

Präparat		Menge	T	OP	KVP €
J05 ANTIVIRALE MITTEL ZUR SYSTEMISCHEN ANWENDUNG					
J05AB11 Valaciclovir					
Valaciclovir "Viatrix" 500 mg Filmtabl.		10 Stk.	–	–	5,05
		30 Stk.	–	–	12,35
		42 Stk.	–	–	15,75
1000 mg Filmtabl.		21 Stk.	–	–	15,75
vormals Valaciclovir "Arcana" 500 mg Filmtabl. bzw. 1000 mg Filmtabl.					

Präparat	Menge	T	OP	KVP €
R06 ANTIHISTAMINIKA ZUR SYSTEMISCHEN ANWENDUNG				
R06AX13 Loratadin				
Loratadin "Viatris" 10 mg Filmtabl.	10 Stk.	T2	(2)	2,45
	30 Stk.	T2	–	6,25
vormals Loratadin "Arcana" 10 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
- L12Langzeitbewilligung für 12 Monate möglich
- 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
- T2in zwei dosisgleiche Teile teilbar