



Neu im EKO

Änderungen im Erstattungskodex (EKO) ab Mai 2025

Informationsstand Mai 2025

Im Fokus: Spironolacton-Nachfolger im Grünen Bereich

Mit **Spironolacton "Agepha"** steht ab Mai 2025 ein Nachfolgepräparat zu Aldactone zusätzlich wieder im Grünen Bereich des EKO zur Verfügung. Eine Tablette des erneut in den EKO aufgenommenen Nachfolgepräparates enthält 100 mg Spironolacton und kann in zwei dosisgleiche Teile geteilt werden.

Spironolacton "Agepha" stellt derzeit in der Wirkstoffstärke 100 mg die kostengünstigste Alternative unter den Spironolacton-Präparaten dar und sollte gemäß den Richtlinien über die ökonomische Verschreibeweise von Heilmitteln und Heilbehelfen bevorzugt verordnet werden. Auch kleine Preisvorteile führen zu einer Kosteneinsparung.

ROT >> **GRÜN**

Aufnahme kostengünstiger Nachfolgepräparate in den Grünen Bereich:

Präparat	Menge	T	OP	KVP €	max. Kostenersparnis € pro Packung*
C03 DIURETIKA					
C03DA01 Spironolacton					
Spironolacton "Agepha" Tabl.	20 Stk.	T2	(2)	8,75	0,40
	50 Stk.	T2	–	20,60	1,00
Spironolacton "Agepha" ist ein Nachfolgepräparat zu Aldactone und ab Mai 2025 wieder frei verschreibbar.					

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

Präparat	Menge	T	OP	KVP €	max. Kostenersparnis € pro Packung*
L04 IMMUNSUPPRESSIVA					
L04AX06 Pomalidomid					
Pomalidomid "Accord" 1 mg Hartkaps.	14 Stk.	–	–	390,95	3.935,30 Erstanbieter nicht im EKO
	21 Stk.	–	–	574,05	5.899,45 Erstanbieter nicht im EKO
2 mg Hartkaps.	14 Stk.	–	–	390,95	4.039,20 Erstanbieter nicht im EKO
	21 Stk.	–	–	574,05	6.055,30 Erstanbieter nicht im EKO
3 mg Hartkaps.	14 Stk.	–	–	390,95	4.551,75 Erstanbieter nicht im EKO
	21 Stk.	–	–	574,05	6.824,15 Erstanbieter nicht im EKO
4 mg Hartkaps.	14 Stk.	–	–	390,95	4.562,15 Erstanbieter nicht im EKO
	21 Stk.	–	–	574,05	6.839,75 Erstanbieter nicht im EKO
<i>IND: Diagnose und Erstverordnung durch entsprechende Fachabteilung bzw. Zentrum, mittels Tumorboard. Regelmäßige Kontrolle durch entsprechende Fachabteilung bzw. Zentrum bzw. durch (Hämato-)OnkologInnen.</i>					
Mit Pomalidomid "Accord" steht ein weiteres Nachfolgepräparat mit großem Preisvorteil zum nicht im EKO gelisteten Imnovid im Grünen Bereich zur Verfügung.					

ROT >> **GELB**

Aufnahme kostengünstiger Nachfolgepräparate in den Gelben Bereich:

Präparat	Menge	T	OP	KVP €	max. Kostenersparnis € pro Packung*	
J05 ANTIVIRALE MITTEL ZUR SYSTEMISCHEN ANWENDUNG						
J05AR03 Tenofoviridisoproxil und Emtricitabin						
RE1	Emtricitabin/Tenofoviridisoproxil "Mylan" 200 mg/245 mg Filmtabl.	30 Stk.	–	–	39,60	532,40 Erstanbieter nicht im EKO
In Kombination mit anderen antiretroviralen Arzneimitteln bei HIV-1-infizierten Erwachsenen. Therapieeinleitung und regelmäßige Kontrollen durch einen Arzt/eine Ärztin mit Erfahrung in der HIV-Behandlung.						
Emtricitabin/Tenofoviridisoproxil "Mylan" ist ein weiteres kostengünstiges Nachfolgepräparat zu Truvada, das nicht im EKO angeführt ist.						

Aufnahme von Präparaten in den Gelben Bereich:

Präparat		Menge	T	OP	KVP €
L04 IMMUNSUPPRESSIVA					
L04AG08 Ocrelizumab					
RE1	Ocrevus 920 mg Inj.lsg. (PM)	1 Stk.	–	–	10.328,45
<p>Als Monotherapie bei erwachsenen PatientInnen mit hochaktiver schubförmiger Multipler Sklerose (MS), bei denen während einer mindestens einjährigen krankheitsmodifizierenden Behandlung in den vorangegangenen 12 Monaten</p> <ul style="list-style-type: none"> – mindestens ein Schub und mindestens eine Gadolinium-anreichernde T1-Läsion bzw. mindestens 9 T2-Läsionen in der kranialen MRT oder – 2 Schübe oder mehr auftraten. <p>Bei erwachsenen PatientInnen mit früher primär progredienter Multipler Sklerose (PPMS), charakterisiert anhand von</p> <ul style="list-style-type: none"> – MRT-Merkmalen, die typisch für eine Entzündungsaktivität sind (Gadolinium anreichernde T1-Läsion(en) und/oder aktive (neue/sich vergrößernde) T2-Läsionen) – einer Krankheitsdauer von kleiner 10 Jahren (bei PatientInnen mit einem EDSS von kleiner/gleich 5,0) oder von kleiner 15 Jahren (bei PatientInnen mit einem EDSS von größer 5,0) und eines Behinderungsgrads (EDSS) zwischen 3,0 – 6,5. <p>Der EDSS ist zu Beginn der Therapie zu dokumentieren.</p> <p>Keine Fortsetzung der Therapie bei einer Steigerung des EDSS um mehr als 1 (wenn EDSS bei Therapiestart kleiner/gleich 5,5) oder um mehr als 0,5 Punkte (wenn EDSS bei Therapiestart größer 5,5) innerhalb von 120 Wochen nach Therapiestart oder wenn der EDSS auf größer/gleich 7,0 Punkte steigt.</p> <p>Diagnosestellung, Verordnung, Einstellung, Therapiekontrolle und Dokumentation durch ein MS-Zentrum.</p> <p>In klinischen Studien wurde bei PatientInnen, die mit Ocrelizumab behandelt wurden, eine erhöhte Anzahl maligner Erkrankungen (einschließlich Mammakarzinom) beobachtet, verglichen mit den Kontrollgruppen. Bei PatientInnen mit bekannten Risikofaktoren für das Auftreten von malignen Erkrankungen und bei PatientInnen, die aktiv auf das Wiederauftreten einer malignen Erkrankung hin überwacht werden, ist das individuelle Nutzen-Risiko-Verhältnis abzuwägen. PatientInnen mit bekannter aktiver maligner Erkrankung dürfen nicht mit Ocrelizumab behandelt werden. PatientInnen sollen das Standard-Brustkrebs-Screening entsprechend der lokalen Leitlinien befolgen.</p> <p>PatientInnen, die mit Ocrelizumab behandelt werden, sind vor Therapiebeginn in das dafür vorgesehene Register der ÖGN aufzunehmen.</p>					
L04AG14 Ublituximab					
RE1	Briumvi 150 mg Konz. zur Herst. einer Inf.lsg. (PM)	1 Stk. 3 Stk.	– –	– –	3.058,85 9.127,15
<p>Als Monotherapie bei erwachsenen PatientInnen mit hochaktiver schubförmiger Multipler Sklerose (MS), bei denen während einer mindestens einjährigen krankheitsmodifizierenden Behandlung in den vorangegangenen 12 Monaten</p> <ul style="list-style-type: none"> – mindestens ein Schub und mindestens eine Gadolinium anreichernde T1-Läsion bzw. mindestens 9 T2-Läsionen in der kranialen MRT oder – 2 Schübe oder mehr auftraten. <p>Diagnosestellung, Verordnung, Einstellung, Therapiekontrolle und Dokumentation durch ein MS-Zentrum.</p> <p>PatientInnen, die mit Ublituximab behandelt werden, sind vor Therapiebeginn in das dafür vorgesehene Register der ÖGN aufzunehmen.</p>					

Präparat		Menge	T	OP	KVP €
N07 ANDERE MITTEL FÜR DAS NERVENSYSTEM					
N07XX04 Natriumoxybat					
RE1 L12	Natriumoxybat "Kalceks" 500 mg/ml Lsg. zum Einnehmen	180 ml	–	(2)	142,15
SG					
Bei Erwachsenen mit Narkolepsie mit Kataplexie, wenn mit Modafinil keine ausreichende Wirkung erreicht wird. Diagnosestellung der Narkolepsie durch NeurologInnen bzw. entsprechende Fachabteilung mittels Untersuchung im Schlaflabor. Erstverordnung und jährliche Überprüfung des Therapieerfolges durch NeurologInnen. Natriumoxybat eignet sich für eine chef(kontroll)ärztliche Langzeitbewilligung für 12 Monate (L12).					

Folgende Präparate wurden aus dem EKO gestrichen:

Präparat	Menge	ATC-Code	Streichung mit
Advantan dermatol. Lsg.	20 ml	D07AC14	01.05.2025
Cefuroxim "1A Pharma" 250 mg Filmtabl.	14 Stk.	J01DC02	01.05.2025
Emtricitabin/Tenofovir "Sandoz" 200 mg/245 mg Filmtabl.	30 Stk.	J05AR03	01.05.2025
Felodistad retard 5 mg Filmtabl.	30 Stk.	C08CA02	01.05.2025
Gewacalm 2 mg Tabl.	25 Stk. 50 Stk.	N05BA01	01.05.2025
Gewacalm 5 mg Tabl.	25 Stk. 50 Stk.	N05BA01	01.05.2025
Gewacalm 10 mg Tabl.	25 Stk. 50 Stk.	N05BA01	01.05.2025
Importal Plv.	20 Stk.	A06AD12	01.05.2025
Ipinzan 50 mg/850 mg Filmtabl.	60 Stk.	A10BD08	01.05.2025
Ipinzan 50 mg/1000 mg Filmtabl.	60 Stk.	A10BD08	01.05.2025
Pravastatin "+pharma" 20 mg Filmtabl.	30 Stk.	C10AA03	01.05.2025
Repaglinid "ratiopharm" 0,5 mg Tabl.	30 Stk. 90 Stk.	A10BX02	01.05.2025
Repaglinid "ratiopharm" 1 mg Tabl.	90 Stk.	A10BX02	01.05.2025
Repaglinid "ratiopharm" 2 mg Tabl.	90 Stk.	A10BX02	01.05.2025
Rosuvastatin "Aristo" 5 mg Filmtabl.	30 Stk.	C10AA07	01.05.2025
Rosuvastatin "Aristo" 10 mg Filmtabl.	30 Stk.	C10AA07	01.05.2025
Rosuvastatin "Aristo" 20 mg Filmtabl.	30 Stk.	C10AA07	01.05.2025
Seropram 20 mg Konz. z. Inf.bereitung	2 Stk.	N06AB04	01.05.2025
Vibravenös 100 mg/5 ml Amp.	1 Stk.	J01AA02	01.05.2025

Änderung der Packungsgröße im Grünen Bereich:

Präparat	Menge	T	OP	KVP €
D07 CORTICOSTEROIDE, DERMATOLOGISCHE ZUBEREITUNGEN				
D07AC01 Betamethason				
Diproderm dermatol. Lsg.	30 ml	–	–	6,50
Streichung der 15-ml-Packung				
N02 ANALGETIKA				
N02AA03 Hydromorphon				
Hydromorphon "Stada" 16 mg Retardtabl.	10 Stk.	T2	(2)	8,60
	30 Stk.	T2	(2)	23,25
SG				
Streichung der 60-Stk.-Packung				
N04 ANTIPARKINSONMITTEL				
N04BD02 Rasagilin				
Rasagilin "Aristo" 1 mg Tabl.	10 Stk.	–	–	9,00
Streichung der 30-Stk.-Packung				

Änderung der Bezeichnung im Grünen Bereich:

Präparat	Menge	T	OP	KVP €
L02 ENDOKRINE THERAPIE				
L02BG03 Anastrozol				
Anastrozol "Viatris" 1 mg Filmtabl.	30 Stk.	–	(2)	21,45
vormals Anastrozol "Arcana" 1 mg Filmtabl.				

Abkürzungsverzeichnis

- (2).....zwei Packungen pro Verschreibung abgebar, 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
- 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.
- SGArzneispezialitäten, welche ohne Einschränkung den strengen Abgabebestimmungen für Suchtgifte unterliegen
- T Teilbarkeit
- T2in zwei dosisgleiche Teile teilbar