



Informationsblatt für  
Ärztinnen, Ärzte und Apotheken

## Neu im EKO

### Änderungen im Erstattungskodex (EKO) ab Dezember 2021

Informationsstand Dezember 2021

#### Im Fokus

Ab sofort erscheinen die Änderungen im Erstattungskodex österreichweit einheitlich unter dem Titel „Neu im EKO“ mit neuem Layout.

**ROT** >> **GRÜN**

#### Aufnahme kostengünstiger Nachfolgepräparate in den Grünen Bereich:

Präparat	Menge	T	OP	KVP €	max. Kostensparnis € pro Packung*
<b>N03 ANTIPILEPTIKA</b>					
<b>N03AX11 Topiramat</b>					
Topiramat "Accord" 25 mg Filmtabl.	60 Stk.	–	(2)	7,05	<b>20,35</b> Erstanbieter nicht im EKO
50 mg Filmtabl.	60 Stk.	–	(2)	12,75	<b>34,00</b> Erstanbieter nicht im EKO
100 mg Filmtabl.	60 Stk.	–	(2)	20,65	<b>58,55</b> Erstanbieter nicht im EKO
200 mg Filmtabl.	60 Stk.	–	(2)	33,65	Wirkstoffstärke beim Erstanbieter nicht vorhanden

\* Vergleich zum Listenpreis des Erstanbieterpräparates in dosierungsäquivalenter Menge (Preisbasis der Berechnung: Dezember 2021)

Präparat	Menge	T	OP	KVP €	max. Kostenersparnis € pro Packung*
<b>N03AX14 Levetiracetam</b>					
Levetiracetam "Stada" 500 mg Filmtabl.	60 Stk.	T2	–	16,55	27,80 Erstanbieter nicht im EKO
	100 Stk.	T2	–	27,00	Packungsgröße beim Erstanbieter nicht vorhanden
1000 mg Filmtabl.	60 Stk.	T2	–	31,85	46,50 Erstanbieter nicht im EKO
	100 Stk.	T2	–	51,45	Packungsgröße beim Erstanbieter nicht vorhanden
N					
<b>R03 MITTEL BEI OBSTRUKTIVEN ATEMWEGSERKRANKUNGEN</b>					
<b>R03AK06 Salmeterol und Fluticason</b>					
Salmeterol/Fluticason "Stada" 50 mcg/100 mcg einzeldosiertes Plv. zur Inh.	1 Stk. 60 Hübe	–	(3)	10,85	12,10
<i>IND: Mittelschweres Asthma mit nächtlichen Anfällen</i>					
50 mcg/250 mcg einzeldosiertes Plv. zur Inh.	1 Stk. 60 Hübe	–	(3)	20,70	10,25
<i>IND: Mittelschweres bis schweres Asthma mit nächtlichen Anfällen</i>					
50 mcg/500 mcg einzeldosiertes Plv. zur Inh.	1 Stk. 60 Hübe	–	(3)	26,15	12,95
<i>IND: Mittelschweres bis schweres Asthma mit nächtlichen Anfällen; PatientInnen mit COPD mit FEV1 unter 60 % des Normwertes und wiederholten Exazerbationen (mehr als 1x pro Jahr) nach Erstverordnung durch PulmologInnen</i>					
Die Kombinationspräparate mit den Wirkstoffen Salmeterol und Fluticason – AirFluSal Forspiro, Salmecomp, Seretide und Zoreeda – haben einen Jahresumsatz von ca. 10 Mio. Euro. Der Preisvorteil der neuen Generika ist daher mit einem relevanten Einsparpotenzial verbunden. Erstmalig sind für diese Wirkstoffkombination auch 3 OP auf einem Rezept verschreibbar.					

**ROT** >> **GELB**

#### Aufnahme von Präparaten in den Gelben Bereich:

Präparat	Menge	T	OP	KVP €
<b>B02 ANTIHÄMMORRHAGIKA</b>				
<b>B02BX08 Avatrombopag</b>				
RE1 Doptelet 20 mg Filmabl. (PM)	10 Stk.	–	–	751,95
	15 Stk.	–	–	1.115,60
	30 Stk.	–	–	2.206,55
Bei erwachsenen PatientInnen mit einer chronischen Lebererkrankung und einer Thrombozytenzahl kleiner 50.000/mcl vor einem geplanten invasiven Eingriff mit einem hohen Blutungsrisiko.				

Präparat	Menge	T	OP	KVP €	
<p>Diagnosestellung und Therapieeinleitung durch ausreichend informierte ÄrztInnen der Fachrichtungen Gastroenterologie, Chirurgie, interventionelle Radiologie und Anästhesie.</p> <p>Bei erwachsenen PatientInnen mit therapierefraktärer primärer chronischer immun-(idiopathischer) thrombozytopenischer Purpura (ITP), die splenektomiert sind bzw. für die eine Splenektomie kontraindiziert ist. Die Behandlung mit Avatrombopag sollte abgebrochen werden, wenn die Thrombozytenzahl nach vierwöchiger Behandlung mit Avatrombopag in der höchsten täglichen Dosis von 40 mg nicht auf einen Wert steigt, der ausreichend hoch ist, um klinisch signifikante Blutungen zu vermeiden.</p> <p>Diagnosestellung, Therapieeinleitung, Dosisfindung (Titration) und regelmäßige Kontrollen durch entsprechende Fachabteilung bzw. -ambulanz; Weiterverordnung nur durch in der Verwendung von Avatrombopag ausreichend informierte ÄrztInnen.</p>					
<b>R07 ANDERE MITTEL FÜR DEN RESPIRATIONSTRAKT</b>					
<b>R07AX02 Ivacaftor</b>					
RE1 L6	<b>Kalydeco 25 mg Gran. Btl. (PM)</b>	56 Stk.	–	–	<b>15.134,45</b>
<p>Bei PatientInnen mit zystischer Fibrose (CF, Mukoviszidose) ab 4 Monaten (ab 5 kg und unter 25 kg), die eine R117H-Mutation oder eine der folgenden Gating-Mutationen (Klasse III) im CFTR-Gen aufweisen: G551D, G1244E, G1349D, G178R, G551S, S1251N, S1255P, S549N oder S549R.</p> <p>Die Feststellung der Mutation muss mit einem validierten Testverfahren erfolgen.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Indikationsstellung, Erstverordnung und Therapieüberwachung müssen von einem Zentrum mit Erfahrung in der Behandlung der CF erfolgen.</li> <li>- Eine Diätberatung der Angehörigen hat vor Behandlungsbeginn zu erfolgen.</li> <li>- Leberfunktionstests (ALT, AST und Bilirubin) und Bestimmung von Chymotrypsin im Stuhl sind vor Beginn der Behandlung, alle 3 Monate im ersten Jahr der Behandlung und danach zumindest jährlich durchzuführen.</li> <li>- Schweiß-Chlorid-Level sind vor Therapiebeginn und danach alle 6 Monate zu dokumentieren.</li> <li>- Pulmonale Exazerbationen, der Antibiotikabedarf und das Körpergewicht (BMI) sind für den Zeitraum vor Beginn der Behandlung und alle 6 Monate nach Therapiebeginn zu dokumentieren.</li> <li>- Die Therapie ist nur fortzuführen, wenn <ul style="list-style-type: none"> <li>• Schweiß-Chlorid-Level auf mindestens 60 mmol/l gesenkt werden oder im Vergleich zur Baseline um mindestens 30 % fallen und</li> <li>• eine altersentsprechend vorteilhafte Entwicklung des BMI eintritt.</li> </ul> </li> </ul> <p>Ivacaftor eignet sich für eine chef(kontroll)ärztliche Langzeitbewilligung für 6 Monate (L6). Die Aufnahme in den EKO ist befristet und endet mit 30.6.2026.</p>					

### Folgende Präparate wurden aus dem EKO gestrichen:

Präparat	Menge	ATC-Code	Streichung mit
<b>Acemin 30 mg Tabl.</b>	28 Stk.	C09AA03	01.12.2021
<b>Adamon long retard 150 mg Filmtabl.</b>	10 Stk. 30 Stk.	N02AX02	01.12.2021
<b>Adamon long retard 300 mg Filmtabl.</b>	10 Stk. 30 Stk.	N02AX02	01.12.2021
<b>Acetylcystein "Hexal" 100 mg Gran.</b>	20 Stk.	R05CB01	01.12.2021
<b>Amilostad HCT Tabl.</b>	20 Stk. 50 Stk.	C03EA01	01.12.2021
<b>Amlodipin "G.L." 5 mg Tabl.</b>	30 Stk.	C08CA01	01.12.2021

<b>Präparat</b>	<b>Menge</b>	<b>ATC-Code</b>	<b>Streichung mit</b>
Amlodipin "G.L." 10 mg Tabl.	30 Stk.	C08CA01	01.12.2021
Aquaphoril Tabl.	20 Stk. 50 Stk.	C03BA10	01.12.2021
Artamin 250 mg Kaps.	50 Stk.	M01CC01	01.12.2021
Bicalutamid "Sandoz" 50 mg Filmtabl.	30 Stk.	L02BB03	01.12.2021
Budair Jet 0,2 mg Dosieraerosol + Spacer	1 Stk.	R03BA02	01.12.2021
Descovy 200 mg/10 mg Filmtabl.	30 Stk.	J05AR17	01.12.2021
Descovy 200 mg/25 mg Filmtabl.	30 Stk.	J05AR17	01.12.2021
Donepezil HCl "Arcana" 5 mg Filmtabl.	10 Stk. 30 Stk.	N06DA02	01.12.2021
Donepezil HCl "Arcana" 10 mg Filmtabl.	30 Stk.	N06DA02	01.12.2021
Donepezil HCl "Sandoz" 5 mg Schmelztabl.	10 Stk.	N06DA02	01.12.2021
Dusodril retard 200 mg Filmtabl.	20 Stk. 50 Stk.	C04AX21	01.12.2021
Enalaprilmaleat „Alternova“ 10 mg Tabl.	30 Stk.	C09AA02	01.12.2021
Ezetimib/Simvastatin "Sandoz" 10 mg/80 mg Tabl.	30 Stk.	C10BA02	01.12.2021
IntronA 18 Mio IE Inj.lsg.	2 Stk.	L03AB05	01.12.2021
IntronA 25 Mio IE Inj.lsg.	2 Stk.	L03AB05	01.12.2021
Meloxicam "G.L." 15 mg Tabl.	10 Stk. 30 Stk.	M01AC06	01.12.2021
Meloxicam "Interpharm" 15 mg Tabl.	10 Stk. 30 Stk.	M01AC06	01.12.2021
Normohex 0,2 mg Filmtabl.	10 Stk. 30 Stk.	C02AC05	01.12.2021
Olanzapin "Genericon" 5 mg Tabl.	10 Stk. 30 Stk.	N05AH03	01.12.2021
Olanzapin "Genericon" 10 mg Tabl.	10 Stk. 30 Stk.	N05AH03	01.12.2021
Prasugrel "HCS" 5 mg Filmtabl.	30 Stk.	B01AC22	01.12.2021
Prasugrel "HCS" 10 mg Filmtabl.	30 Stk.	B01AC22	01.12.2021
Pravastatin "Hexal" 30 mg Tabl.	30 Stk.	C10AA03	01.12.2021
Solifenacin "Accord" 10 mg Filmtabl.	30 Stk.	G04BD08	01.12.2021
Tamoxifen "ratiopharm" 20 mg Tabl.	30 Stk.	L02BA01	01.12.2021
Zomacton 4 mg Trockenstechamp. mit Lsgm.	5 Stk.	H01AC01	01.12.2021
Zomacton 10 mg/ml Plv. und Lsgm. zur Herst. einer Inj.lsg. Fertigspr.	1 Stk. 5 Stk.	H01AC01	01.12.2021

### Änderung der Packungsgröße im Grünen Bereich:

Präparat	Menge	T	OP	KVP €
<b>A06 MITTEL BEI VERSTOPFUNG</b>				
<b>A06AB08 Natriumpicosulfat</b>				
Agaffin Abführgel	100 ml	-	(2)	3,85
Streichung der 500 ml-Packung (aus dem RE2-Bereich)				
<b>C07 BETA-ADRENOREZEPTOR-ANTAGONISTEN</b>				
<b>C07BB02 Metopropol und Thiazide</b>				
Seloken retard plus Filmtabl.	50 Stk.	-	-	11,55
Streichung der 20 Stk.-Packung				
<b>N05 PSYCHOLEPTIKA</b>				
<b>N05AE04 Ziprasidon</b>				
Ziprasidon "Pfizer" 80 mg Hartkaps.	30 Stk.	-	-	30,85
	60 Stk.	-	(2)	59,85
Nahtloser Austausch von 28 bzw. 56 Stück auf 30 bzw. 60 Stück.				

### Änderung der Packungsgröße im Gelben Bereich:

Präparat	Menge	T	OP	KVP €
<b>L01 ANTINEOPLASTISCHE MITTEL</b>				
<b>L01BC53 Tegafur, Kombinationen</b>				
RE2   Teysuno 15 mg/4,35 mg/11,8 mg Hartkaps.	42 Stk.	-	-	152,10
Zur Behandlung von erwachsenen PatientInnen mit fortgeschrittenem Magenkarzinom in Kombination mit Cisplatin; Diagnose, Erstverordnung und engmaschige Kontrolle durch entsprechende Fachabteilungen und Zentren.				
Streichung der 126 Stk.-Packung				
<b>N06 PSYCHOANALEPTIKA</b>				
<b>N06DA04 Galantamin</b>				
RE2   L6   Galantamin "Krka" 24 mg Retardkaps.	30 Stk.	-	(2)	45,45

Präparat	Menge	T	OP	KVP €
<ul style="list-style-type: none"> <li>- 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.</li> <li>- Zu Therapiebeginn muss das Ergebnis der MMSE (Mini-Mental State Examination) größer bzw. gleich 10 betragen.</li> <li>- Vergewisserung für das Vorhandensein einer Betreuungsperson zur Sicherung der Compliance.</li> <li>- Eine Kontrolluntersuchung durch den/die o.a. Facharzt/Fachärztin ist nach Erreichung der Erhaltungsdosis durchzuführen.</li> <li>- Die Behandlung ist nur bei Ansprechen auf die Therapie weiterzuführen.</li> <li>- Alle 6 Monate ist eine Kontrolluntersuchung durch den/die o.a. Facharzt/Fachärztin mittels einer MMSE durchzuführen.</li> <li>- Die Therapie mit Galantamin "Krka" ist zu beenden, wenn das Ergebnis der MMSE kleiner 10 ist.</li> <li>- Galantamin "Krka" darf nicht mit anderen Arzneimitteln gegen Demenz kombiniert werden.</li> <li>- Galantamin "Krka" eignet sich für eine chef(kontroll)ärztliche Langzeitbewilligung für 6 Monate (L6).</li> </ul>				
Streichung der 14 Stk.-Packung				

### Änderung der Verwendung im Gelben Bereich:

Präparat	Menge	T	OP	KVP €	
<b>R07 ANDERE MITTEL FÜR DEN RESPIRATIONSTRAKT</b>					
<b>R07AX02 Ivacaftor</b>					
RE1 L6	<b>Kalydeco 50 mg Gran. Btl. (PM)</b>	56 Stk.	-	-	<b>15.134,45</b>
RE1 L6	<b>75 mg Gran. Btl. (PM)</b>	56 Stk.	-	-	<b>15.134,45</b>
<p>Bei PatientInnen mit zystischer Fibrose (CF, Mukoviszidose) ab 4 Monaten (ab 5 kg und unter 25 kg), die eine R117H-Mutation oder eine der folgenden Gating-Mutationen (Klasse III) im CFTR-Gen aufweisen: G551D, G1244E, G1349D, G178R, G551S, S1251N, S1255P, S549N oder S549R.</p> <p>Die Feststellung der Mutation muss mit einem validierten Testverfahren erfolgen.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Indikationsstellung, Erstverordnung und Therapieüberwachung müssen von einem Zentrum mit Erfahrung in der Behandlung der CF erfolgen.</li> <li>- Eine Diätberatung der Angehörigen hat vor Behandlungsbeginn zu erfolgen.</li> <li>- Leberfunktionstests (ALT, AST und Bilirubin) und Bestimmung von Chymotrypsin im Stuhl sind vor Beginn der Behandlung, alle 3 Monate im ersten Jahr der Behandlung und danach zumindest jährlich durchzuführen.</li> <li>- Schweiß-Chlorid-Level sind vor Therapiebeginn und danach alle 6 Monate zu dokumentieren.</li> <li>- Pulmonale Exazerbationen, der Antibiotikabedarf und das Körpergewicht (BMI) sind für den Zeitraum vor Beginn der Behandlung und alle 6 Monate nach Therapiebeginn zu dokumentieren.</li> <li>- Die Therapie ist nur fortzuführen, wenn <ul style="list-style-type: none"> <li>• Schweiß-Chlorid-Level auf mindestens 60 mmol/l gesenkt werden oder im Vergleich zur Baseline um mindestens 30 % fallen und</li> <li>• eine altersentsprechend vorteilhafte Entwicklung des BMI eintritt.</li> </ul> </li> </ul> <p>Ivacaftor eignet sich für eine chef(kontroll)ärztliche Langzeitbewilligung für 6 Monate (L6). Die Aufnahme in den EKO ist befristet und endet mit 30.6.2026.</p>					
Aufgrund von Zulassungserweiterungen wurden die Regeltexte der Präparate mit dem Wirkstoff Ivacaftor harmonisiert.					

## Änderungen der Abgabebedingungen für magistrale Zubereitungen:

Darreichungsform	Höchstmenge
Flüssige Arzneimittel zur externen Anwendung	300 Gramm
Flüssige Arzneimittel zur internen Anwendung	100 Gramm

Die neuen Höchstmengen ersetzen die bisher geltenden Vorgaben für flüssige Arzneimittel (inklusive Tinkturen und Tropfen). Die sonstigen Höchstmengen (für Pulver, topische Arzneimittel, etc.) bleiben unverändert.

## Abkürzungsverzeichnis

- (2).....zwei Packungen pro Verschreibung abgebar, erfolgt keine Angabe, darf nur eine Packung abgegeben werden
- (3).....drei 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.
- 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
- L6.....Langzeitbewilligung für 6 Monate möglich
- N.....Fachgruppen-Bestimmung: Fachärztin/Facharzt für Neurologie oder Neurologie und Psychiatrie oder Psychiatrie und Neurologie
- OP.....Höchstanzahl Packungen je Verordnung
- RE1.....Die 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.
- RE2.....Bei 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 Verschreibeweise von Heilmitteln und Heilbehelfen entsprechende Dokumentation angefertigt wurde.
- T.....Teilbarkeit
- T2.....in zwei dosisgleiche Teile teilbar

---

### Medieninhaber, Herausgeber und Redaktion:

Österreichische Gesundheitskasse, Haidingergasse 1, 1030 Wien  
[www.gesundheitskasse.at/impressum](http://www.gesundheitskasse.at/impressum)  
Satz- und Druckfehler vorbehalten.