



Neu im EKO

Änderungen im Erstattungskodex (EKO) ab September 2024

Informationsstand September 2024

Im Fokus: Verordnen nach Ampelprinzip – Grün vor Gelb

Mit September 2024 werden zwei Nachfolgepräparate mit großem Preisvorteil in den Grünen Bereich des EKO aufgenommen, die im Gegensatz zu den jeweiligen Erstanbieterpräparaten grundsätzlich nicht der Bewilligungspflicht unterliegen:

- **Ranolazin "ratiopharm" Retardtabl.**, ein weiterer frei verschreibbarer Nachfolger zu Ranexa Retardtabl., und
- **Imikeraderm 50 mg/g Creme**, ein Nachfolger zu Aldara 5 % Creme, der unter Einhaltung des Indikationstextes frei verschreibbar ist.

Gemäß dem Ampelprinzip – Grün vor Gelb vor Rot – und den Richtlinien über die ökonomische Verschreibweise von Heilmitteln und Heilbehelfen sind die kostengünstigen Nachfolgepräparate aus dem Grünen Bereich bevorzugt zu verordnen.

ROT >> **GRÜN**

Aufnahme kostengünstiger Nachfolgepräparate in den Grünen Bereich:

Präparat	Menge	T	OP	KVP €	max. Kostenersparnis € pro Packung*
C01 HERZTHERAPIE					
C01EB18 Ranolazin					
Ranolazin "ratiopharm" 375 mg Retardtabl.	30 Stk.	–	–	8,05	18,95 Erstanbieter in RE1
	60 Stk.	–	(3)	15,40	33,50 Erstanbieter in RE1

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

Präparat	Menge	T	OP	KVP €	max. Kostenersparnis € pro Packung*
Ranolazin "ratiopharm" 500 mg Retardtabl.	30 Stk.	–	–	8,05	18,95 Erstanbieter in RE1
	60 Stk.	–	(3)	15,40	33,50 Erstanbieter in RE1
750 mg Retardtabl.	30 Stk.	–	–	8,05	18,95 Erstanbieter in RE1
	60 Stk.	–	(3)	15,40	33,50 Erstanbieter in RE1
Mit Ranolazin "ratiopharm" steht ein weiteres Nachfolgepräparat mit großem Preisvorteil zum bewilligungspflichtigen Ranexa frei verschreibbar zur Verfügung.					
C09 MITTEL MIT WIRKUNG AUF DAS RENIN-ANGIOTENSIN-SYSTEM					
C09CA03 Valsartan					
Valsartan "Actavis" 160 mg Filmtabl.	30 Stk.	T2	(2)	7,40	1,54
Valsartan "Actavis" 160 mg Filmtabl. ist zurzeit das kostengünstigste Nachfolgepräparat zu Diovan 160 mg Filmtabl.					
C09DX06 Candesartan, Amlodipin und Hydrochlorothiazid					
Candeblo Amlo plus HCT 16 mg/5 mg/12,5 mg Hartkaps.	30 Stk.	–	(3)	5,05	0,55
Hartkaps. 16 mg/10 mg/12,5 mg	30 Stk.	–	(3)	5,05	0,55
Das Kombinationspräparat Candeblo Amlo plus HCT stellt eine sinnvolle ökonomische Alternative zu den entsprechenden Monopräparaten dar und ist aktuell etwas preiswerter als CandAmComp und Candesartan/Amlodipin/HCT "+pharma".					
D06 ANTIBIOTIKA UND CHEMOTHERAPEUTIKA ZUR DERMATOLOGISCHEN ANWENDUNG					
D06BB10 Imiquimod					
Imikeraderm 50 mg/g Creme	12 Stk.	–	–	38,05	41,95 Erstanbieter in RE1
<i>IND: Bei Erwachsenen mit nicht-hyperkeratotischen, nicht-hypertrophen aktinischen Keratosen im Gesicht oder Kopfbereich nach dermatologischer Abklärung, wenn durch die Größe oder die Anzahl der Läsionen eine Kryotherapie oder operative Entfernung kontraindiziert oder nicht möglich ist und mit anderen topischen Behandlungsmöglichkeiten (D11AX18-Diclofenac) kein Auslangen gefunden wurde bzw. diese nicht geeignet sind. Diagnose und Verordnung durch DermatologInnen.</i>					
Mit Imikeraderm 50 mg/g Creme steht ein Nachfolger zu Aldara 5 % Creme zur topischen Behandlung aktinischer Keratosen im Gesicht oder auf der Kopfhaut immunkompetenter Erwachsener zur Verfügung. Im Gegensatz zum bewilligungspflichtigen Erstanbieterpräparat ist das Nachfolgepräparat unter den im EKO angegebenen Voraussetzungen frei verschreibbar.					

Präparat	Menge	T	OP	KVP €	max. Kostenersparnis € pro Packung
M01 ANTIPHLOGISTIKA UND ANTIRHEUMATIKA					
M01AG01 Mefenaminsäure					
ParkAkut 500 mg Filmtabl.	10 Stk.	T2	(2)	1,35	2,70 Erstanbieter nicht im EKO
	30 Stk.	T2	–	2,90	4,00 Erstanbieter nicht im EKO
	60 Stk.	T2	–	5,00	6,03 Erstanbieter nicht im EKO
ParkAkut ist ein Nachfolgepräparat zu den nicht mehr im EKO gelisteten Parkemed Filmtabl.					

ROT >> **GELB**

Aufnahme von Präparaten in den Gelben Bereich:

Präparat	Menge	T	OP	KVP €	
M05 MITTEL ZUR BEHANDLUNG VON KNOCHENERKRANKUNGEN					
M05BX06 Romosozumab					
RE1 L3	Evenity 105 mg Inj.Isg. Fertigpen (PM)	2 Stk.	–	–	461,05
<p>Bei postmenopausalen Frauen mit manifester Osteoporose (stattgehabte major osteoporotic fracture [MOF] in den letzten 24 Monaten: hüftnahe Fraktur, klinisch vertebrale Fraktur, Unterarmfraktur, Humerusfraktur), wenn trotz adäquat geführter antiresorptiver Therapie</p> <ul style="list-style-type: none"> – eine neue MOF aufgetreten ist oder – ein sehr hohes 10-Jahres-Frakturrisiko gemäß Fracture Risk Assessment Tool (FRAX) besteht. <p>Nicht in Kombination mit anderen Medikamenten zur Behandlung der Osteoporose außer Calcium und/oder Vitamin D.</p> <p>Indikationsstellung, Erstverordnung und regelmäßige Kontrollen durch eine Osteoporose-Ambulanz oder FachärztInnen mit einschlägiger Erfahrung in der Osteoporose-Behandlung.</p> <p>Die maximale Therapiedauer beträgt einmalig 12 Monate. Eine antiresorptive Anschlussbehandlung ist erforderlich.</p> <p>Cave: Bei der Entscheidung, ob für eine individuelle Patientin Romosozumab angewendet werden soll, sollte deren Frakturrisiko über das nächste Jahr sowie das kardiovaskuläre Risiko, basierend auf Risikofaktoren (bekannte kardiovaskuläre Erkrankung, Hypertonie, Hyperlipidämie, Diabetes mellitus, Rauchen, schwere Nierenfunktionsstörung, Alter) berücksichtigt werden. Romosozumab sollte nur angewendet werden, wenn Ärztin/Arzt und Patientin sich darüber einig sind, dass der Nutzen größer als das Risiko ist.</p> <p>Romosozumab eignet sich für eine chef(kontroll)ärztliche Langzeitbewilligung für 3 Monate (L3).</p>					

Folgende Präparate wurden aus dem EKO gestrichen:

Präparat	Menge	ATC-Code	Streichung mit
Abirateron "Teva" 500 mg Filmtabl.	60 Stk.	L02BX03	01.09.2024
Aedon 10 mg Schmelztabl.	10 Stk. 30 Stk.	N05AH03	01.09.2024
Aedon 15 mg Schmelztabl.	10 Stk. 30 Stk.	N05AH03	01.09.2024
Aridya 2 mg Tabl.	28 Stk.	G03DB08	01.09.2024
Celecoxib "Viartis" 100 mg Hartkaps.	10 Stk. 30 Stk.	M01AH01	01.09.2024
Celecoxib "Viartis" 200 mg Hartkaps.	10 Stk. 30 Stk.	M01AH01	01.09.2024
Eligard Depot 45 mg Plv. u. Lsgm. zur Herst. einer Inj.lsg.	1 Stk.	L02AE02	01.09.2024
Escitalopram "Accord" 10 mg Filmtabl.	14 Stk. 28 Stk.	N06AB10	01.09.2024
Exforge HCT 5 mg/160 mg/12,5 mg Filmtabl.	28 Stk.	C09DX01	01.09.2024
Es stehen weiterhin Nachfolgepräparate mit der Wirkstoffkombination Valsartan, Amlodipin und Hydrochlorothiazid frei verschreibbar im Grünen Bereich des EKO zur Verfügung, von denen bis zu drei Monatspackungen auf einem Rezept verordnet werden können.			
Iressa 250 mg Filmtabl.	30 Stk.	L01EB01	01.09.2024
Proluton Depot 250 mg Amp.	3 Stk.	G03DA03	01.09.2024
Die Zulassungen von hydroxyprogesteroncaproathaltigen Arzneimitteln wurden in der Europäischen Union ruhend gestellt (www.basg.gv.at/fileadmin/redakteure/06_Gesundheitsberufe/DHPC/2024/240722_Hydroxyprogesteroncaproat.pdf).			
Teriflunomid "ratiopharm" 14 mg Filmtabl.	14 Stk. 28 Stk.	L04AK02	01.09.2024
Uromont Emulsion	5 Stk.	G04BX	01.09.2024
Venlafaxin "Viartis" 75 mg Hartkaps., retardiert	10 Stk. 30 Stk.	N06AX16	01.09.2024
Vildagliptin/Metformin "Genericon" 50 mg/850 mg Filmtabl.	30 Stk. 60 Stk.	A10BD08	01.09.2024
Vildagliptin/Metformin "Genericon" 50 mg/1000 mg Filmtabl.	30 Stk. 60 Stk.	A10BD08	01.09.2024

Änderung der Packungsgröße im Grünen Bereich:

Präparat	Menge	T	OP	KVP €
A10 ANTIDIABETIKA				
A10BD08 Metformin und Vildagliptin				
Melkart Duo 50 mg/850 mg Filmtabl.	30 Stk.	–	–	3,35
50 mg/1000 mg Filmtabl.	30 Stk.	–	–	3,35
<i>IND: Bei Erwachsenen mit Diabetes Typ II, wenn mit Metformin keine ausreichende Blutzuckereinstellung erreicht wird.</i>				
jeweils Streichung der 60-Stk.-Packung				

Präparat	Menge	T	OP	KVP €
C09 MITTEL MIT WIRKUNG AUF DAS RENIN-ANGIOTENSIN-SYSTEM				
C09CA06 Candesartan				
Candesartan "A-med" 8 mg Tabl.	28 Stk.	T2	(3)	5,05
16 mg Tabl.	28 Stk.	–	(3)	5,05
32 mg Tabl.	28 Stk.	–	(3)	5,05
jeweils Streichung der 30-Stk.-Packung und Aufnahme einer 28-Stk.-Packung sowie Änderung der Verschreibbarkeit auf OP 3				
N03 ANTIPILEPTIKA				
N03AX14 Levetiracetam				
Levetiracetam "Krka" 500 mg Filmtabl.	30 Stk.	T2	–	10,10
N				
Streichung der 60-Stk.-Packung				

Änderung der Packungsgröße im Gelben Bereich:

Präparat	Menge	T	OP	KVP €
H01 HYPOPHYSEN- UND HYPOTHALAMUSHORMONE UND ANALOGA				
H01AC01 Somatotropin				
RE1 NutropinAq 10 mg/2 ml Inj.lsg. Zylinderamp.	6 Stk.	–	–	1.972,65
Kinder: Bei Minderwuchs durch unzureichende Wachstumshormonsekretion, Minderwuchs bei Turnersyndrom oder bei chronischer Niereninsuffizienz und bei Prader-Willi-Syndrom. Erwachsene: Bei schwerwiegendem Wachstumshormondefizit (definiert als Wachstumshormon-Peak im Insulintoleranztest von weniger als 3 ng/ml): – Fortsetzung der im Kindesalter begonnenen Behandlung nach Auslassversuch von zwei bis drei Monaten; nur bis zu einem Höchstausmaß der Erwachsenenknochenmasse im Alter von 25 bis 35 Jahren. – In Folge einer Erkrankung der hypothalamo-hypophysären Achse und wenn eine Ersatztherapie mit anderen Hypophysenhormonen, für die ein Mangel besteht, stattgefunden hat und weiterhin stattfindet. Diagnosestellung und regelmäßige Kontrollen in entsprechender Fachabteilung bzw. -ambulanz.				
Streichung der 1-Stk.-Packung				

Änderung der Bezeichnung im Grünen Bereich:

Präparat	Menge	T	OP	KVP €
C10 MITTEL, DIE DEN LIPIDSTOFFWECHSEL BEEINFLUSSEN, REIN				
C10AX09 Ezetimib				
Ezetimib "1A Pharma" 10 mg Tabl.	30 Stk.	–	(3)	10,10
vormals Ezetimib "Hexal" 10 mg Tabl.				

Präparat	Menge	T	OP	KVP €
N02 ANALGETIKA				
N02BE01 Paracetamol				
Mexaratio 125 mg Zäpf.	6 Stk.	–	(2)	0,95
vormals Mexalen 125 mg Zäpf. f. Säugl.				
Mexaratio 250 mg Zäpf.	6 Stk.	–	(2)	1,05
vormals Mexalen 250 mg Zäpf. f. Kleink.				
Mexaratio 500 mg Zäpf.	6 Stk.	–	(2)	1,15
vormals Mexalen 500 mg Zäpf. f. Schulk.				
Mexaratio 1000 mg Zäpf.	6 Stk.	–	(2)	1,80
vormals Mexalen 1000 mg Zäpf. f. Jugendl. u. Erw.				
Mexaratio 200 mg/5 ml Sirup	100 ml	–	(2)	2,35
F14				
vormals Mexalen 200 mg/5 ml Sirup				

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.
- F14.....Die Arzneispezialität ist nur für die Behandlung von Kindern und Jugendlichen bis zum vollendeten 14. Lebensjahr in den Grünen Bereich des Erstattungskodex aufgenommen.
- 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
- L3.....Langzeitbewilligung für 3 Monate möglich
- N.....Fachgruppen-Bestimmung: Fachärztin/Facharzt für Neurologie oder Neurologie und Psychiatrie oder Psychiatrie und Neurologie oder Neuropädiatrie
- 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.
- T.....Teilbarkeit
- T2.....in zwei dosisgleiche Teile teilbar