



## Neu im EKO

### Änderungen im Erstattungskodex (EKO) ab Juli 2023

Informationsstand Juli 2023

#### Im Fokus: Pandemieregelungen beendet

Ab 01.07.2023 werden sämtliche für die Dauer der Coronapandemie eingeführten Maßnahmen wieder aufgehoben. Es gelten somit wieder alle Bestimmungen zur Verordnung von Heilmitteln wie vor Beginn der Coronapandemie.

**ROT** >> **GRÜN**

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

Präparat	Menge	T	OP	KVP €	max. Kostenersparnis € pro Packung*
<b>C02 ANTIHYPERTONIKA</b>					
<b>C02AC06 Rilmenidin</b>					
Rilmenidin "Zentiva" 1 mg Tabl.	15 Stk.	–	–	2,85	Packungsgröße beim Erstanbieter nicht vorhanden <b>3,35</b>
	30 Stk.	–	(3)	5,65	
Rilmenidin "Zentiva" ist nach Rilmenidin "ratiopharm" das zweite Nachfolgepräparat zu Iterium und erstmals sind auch 3 OP auf einem Rezept verschreibbar.					

\* Vergleich zum Listenpreis des Erstanbieterpräparates in dosierungsäquivalenter Menge (Preisbasis der Berechnung: Juli 2023)

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

### Aufnahme kostengünstiger Nachfolgepräparate in den Gelben Bereich:

Präparat		Menge	T	OP	KVP €	max. Kostenersparnis € pro Packung*
<b>N07 ANDERE MITTEL FÜR DAS NERVENSYSTEM</b>						
<b>N07BC01 Buprenorphin</b>						
RE1	<b>Bupensan 12 mg Sublingualtabl.</b>	7 Stk.	T2	–	16,90	Wirkstoffstärke beim Erstanbieter nicht vorhanden
		28 Stk.	T2	–	61,45	
RE1	<b>16 mg Sublingualtabl.</b>	7 Stk.	T2	–	20,40	Wirkstoffstärke beim Erstanbieter nicht vorhanden
		28 Stk.	T2	–	75,90	
SG						
Zur Substitutionsbehandlung (lt. Suchtgiftverordnung)						
Die Wirkstärken zu 12 mg und 16 mg ergänzen die Bupensan-Palette mit den niedrigeren Wirkstärken.						

### Folgende Präparate wurden aus dem EKO gestrichen:

Präparat	Menge	ATC-Code	Streichung mit
<b>Aknichthol Lotio</b>	30 g	D10AB	01.07.2023
<b>Azithromycin "Stada" 200 mg/5 ml Plv. zur Herst. einer Susp. zum Einnehmen</b>	15 ml 30 ml	J01FA10	01.07.2023
<b>Bydureon 2 mg Plv. und Lsgm. Fertigpen</b>	4 Stk.	A10BJ01	01.07.2023
<b>Dailiport 1 mg Hartkaps., retardiert</b>	60 Stk.	L04AD02	01.07.2023
<b>Imosec 0,2 mg/ml Lsg. zum Einnehmen</b>	100 ml	A07DA03	01.07.2023
<b>ISMN "Hexal" retard 60 mg Tabl.</b>	30 Stk.	C01DA14	01.07.2023
<b>Micetal Creme</b>	30 g	D01AC16	01.07.2023
<b>Profenid retard 200 mg Kaps.</b>	30 Stk.	M01AE03	01.07.2023
<b>Rifoldin 300 mg Kaps.</b>	8 Stk.	J04AB02	01.07.2023
<b>Rifoldin Sirup</b>	60 ml	J04AB02	01.07.2023
<b>Steglatro 5 mg Filmtabl.</b>	14 Stk. 28 Stk.	A10BK04	01.07.2023
<b>Zytiga 500 mg Filmtabl.</b>	56 Stk.	L02BX03	01.07.2023
73 % aller Abirateron-Verordnungen entfielen im April auf eines der zwölf Generika, die mit großem Preisvorteil im Grünen Bereich gelistet sind. Abirateron ist unverändert ein wichtiges Präparat für das zugelassene Anwendungsgebiet, was eine Verordnungssteigerung von > 20 % im 1. Quartal 2023 als auch im April bestätigt.			

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

Präparat	Menge	T	OP	KVP €
<b>M04 GICHTMITTEL</b>				
<b>M04AA03 Febuxostat</b>				
Febuxostat "Accord" 80 mg Filmtabl.	14 Stk.	–	–	<b>2,35</b>
	28 Stk.	–	(3)	<b>4,75</b>
120 mg Filmtabl.	14 Stk.	–	–	<b>2,35</b>
	28 Stk.	–	(3)	<b>4,75</b>
<i><b>IND:</b> Bei chronischer Hyperurikämie mit Uratablagerungen, wenn eine Intoleranz/Kontraindikation gegen die Therapiealternativen aus dem Grünen Bereich (Allopurinol, M04AA01) besteht oder trotz ausreichender Dosierung die Harnsäurewerte nicht unter 6 mg/dl gesenkt werden können.</i>				
13.556 Patientinnen und Patienten erhielten 2022 insgesamt 89.489 Packungen eines Febuxostat-Präparates. Mit der Überführung von Febuxostat "Accord" in den Grünen Bereich und der erstmaligen Verschreibbarkeit von 3 OP auf einem Rezept entfällt die Bewilligungspflicht für dieses Präparat und der Dreimonatsbedarf kann mit einem Rezept abgedeckt werden.				

**Änderung der Verwendung im Gelben Bereich:**

Präparat	Menge	T	OP	KVP €
<b>C02 ANTIHYPERTONIKA</b>				
<b>C02KX01 Bosentan</b>				
RE2 Stayveer 62,5 mg Filmtabl.	56 Stk. Blister	–	–	<b>580,10</b>
	56 Stk. Flasche	–	–	<b>580,10</b>
RE2 125 mg Filmtabl.	56 Stk. Blister	–	–	<b>580,10</b>
	56 Stk. Flasche	–	–	<b>580,10</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Bei pulmonal arterieller Hypertension nach Durchführung einer kompletten invasiven hämodynamischen Messung inklusive eines akuten Vasoreaktivitätstests.</li> <li>- Bei vorbehandelter Sklerodermie zur Reduktion der Anzahl neuer digitaler Ulzerationen.</li> </ul> Diagnose, Erstverordnung und engmaschige Kontrolle durch entsprechende Fachabteilungen und Zentren.				
Überführung vom Dunkelgelben (RE1) in den Hellgelben Bereich (RE2)				
RE2 Tracleer 62,5 mg Filmtabl.	56 Stk.	–	–	<b>580,10</b>
RE2 125 mg Filmtabl.	56 Stk.	–	–	<b>580,10</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Bei pulmonal arterieller Hypertension nach Durchführung einer kompletten invasiven hämodynamischen Messung inklusive eines akuten Vasoreaktivitätstests.</li> <li>- Bei vorbehandelter Sklerodermie zur Reduktion der Anzahl neuer digitaler Ulzerationen.</li> </ul> Diagnose, Erstverordnung und engmaschige Kontrolle durch entsprechende Fachabteilungen und Zentren.				
Überführung vom Dunkelgelben (RE1) in den Hellgelben Bereich (RE2)				
Für 2.273 Packungen für RE1-Präparate, die im Jahr 2022 mit den SV-Trägern abgerechnet wurden, entfällt die Vorbewilligungspflicht.				

Präparat		Menge	T	OP	KVP €
<b>D11 ANDERE DERMATIKA</b>					
<b>D11AH05 Dupilumab</b>					
RE1 L6	<b>Dupixent 200 mg Inj.Isg. Fertigpen (PM)</b>	2 Stk.	–	–	<b>1.183,15</b>
RE1 L6	<b>200 mg Inj.Isg. Fertigspr. (PM)</b>	2 Stk.	–	–	<b>1.183,15</b>
<p>- Bei Kindern von 6 Monaten bis 11 Jahre mit schwerer atopischer Dermatitis mit persistierendem Ekzem nach Ausschöpfung intensivierter Lokaltherapie. Bei Jugendlichen ab 12 Jahren mit einem Körpergewicht &lt; 60 kg mit schwerer atopischer Dermatitis mit persistierendem Ekzem nach Ausschöpfung intensivierter Lokaltherapie und Versagen, Unverträglichkeit oder Kontraindikation immunmodulierender systemischer Therapie (ausgenommen Corticosteroide). Erstverordnung, Dokumentation und Kontrolle alle 6 Monate durch ein dermatologisches Zentrum oder durch DermatologInnen mit ausgewiesener Expertise in der Behandlung der atopischen Dermatitis. 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>- Als Zusatztherapie bei PatientInnen ab 6 Jahren mit schwerem Asthma mit Typ-2-Inflammation, gekennzeichnet durch eine in wiederholten Messungen festgestellte erhöhte Anzahl der Eosinophilen im Blut (größer/gleich 300 Zellen/Mikroliter) und/oder eine erhöhte exhalierete Stickstoffmonoxid-Fraktion (FeNO größer/gleich 50 ppb) UND</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• wenn trotz täglicher Therapie mit maximal hoch dosierten inhalativen Corticosteroiden und einem lang wirkenden inhalativen Beta2-Agonisten und/oder Leukotrienrezeptor-Antagonisten in den letzten 12 Monaten UND</li> <li>• wenn trotz wiederholter Therapie mit systemischen Corticosteroiden (vier oder mehr Behandlungsepisoden in den letzten 12 Monaten) vier oder mehr schwere Asthma-Exazerbationen in den letzten 12 Monaten auftraten, die entweder die Gabe oder eine deutliche Dosissteigerung von systemischen Corticosteroiden über mehr als drei Tage erforderten ODER mindestens eine schwerwiegende Exazerbation mit stationärer Spitalsbehandlung in den letzten 12 Monaten auftrat.</li> </ul> <p>Nicht in Kombination mit anderen monoklonalen Antikörpern zur Behandlung des schweren Asthmas. Diagnose, Ersteinstellung und Weiterverordnung durch PulmologInnen oder PädiaterInnen mit dem Additiv-fach pulmologische Pädiatrie. Überprüfung der Wirksamkeit und Dokumentation alle 6 Monate anhand der Anzahl an schweren und schwerwiegenden Asthma-Exazerbationen (Definition siehe oben) in den letzten 12 Monaten. Die Therapie ist nur fortzuführen bei einer Reduktion der Anzahl an Asthma-Exazerbationen ODER bei einer gleichbleibenden Anzahl an Asthma-Exazerbationen in Verbindung mit einer deutlichen Dosisreduktion systemischer Corticosteroide im Vergleich zur Ausgangsdosis.</p> <p>Dupilumab eignet sich für eine chef(kontroll)ärztliche Langzeitbewilligung für 6 Monate (L6).</p> <p>Indikationserweiterung um die schwere atopische Dermatitis bei Kindern und die Zusatztherapie bei Patientinnen und Patienten mit schwerem Asthma mit Typ-2-Inflammation</p>					
RE1 L6	<b>Dupixent 300 mg Inj.Isg. Fertigpen (PM)</b>	2 Stk.	–	–	<b>1.183,15</b>
RE1 L6	<b>300 mg Inj.Isg. Fertigspr. (PM)</b>	2 Stk.	–	–	<b>1.183,15</b>
<p>- Bei Kindern von 6 Monaten bis 11 Jahre mit schwerer atopischer Dermatitis mit persistierendem Ekzem nach Ausschöpfung intensivierter Lokaltherapie. Bei Jugendlichen ab 12 Jahren mit einem Körpergewicht größer/gleich 60 kg und Erwachsenen mit schwerer atopischer Dermatitis mit persistierendem Ekzem nach Ausschöpfung intensivierter Lokaltherapie und Versagen, Unverträglichkeit oder Kontraindikation immunmodulierender systemischer Therapie (ausgenommen Corticosteroide). Erstverordnung, Dokumentation und Kontrolle alle 6 Monate durch ein dermatologisches Zentrum oder durch DermatologInnen mit ausgewiesener Expertise in der Behandlung der atopischen Dermatitis.</p>					

Präparat	Menge	T	OP	KVP €
<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>- Als Zusatztherapie zu intranasalen Corticosteroiden bei Erwachsenen mit schwerer rezidivierender chronischer Rhinosinusitis mit Nasenpolypen (CRSwNP) nach chirurgischer Behandlung UND Versagen, Unverträglichkeit oder Kontraindikation systemischer Corticosteroide.</p> <p>Erstverordnung, Dokumentation und Kontrolle alle 6 Monate durch FachärztInnen für Hals, Nasen und Ohrenheilkunde mit ausgewiesener Expertise in der Behandlung der CRSwNP.</p> <p>Die Therapie ist nur fortzuführen, wenn innerhalb der ersten 6 Monate eine Verbesserung des NPS (Nasenpolypenscores) um mindestens 2 Punkte erzielt werden kann.</p> <p>- Als Zusatztherapie bei PatientInnen ab 6 Jahren mit schwerem refraktärem Asthma mit Typ-2-Inflammation, gekennzeichnet durch eine erhöhte Anzahl der Eosinophilen im Blut (größer/gleich 300 Zellen/Mikroliter) und/oder eine erhöhte exhalierete Stickstoffmonoxid-Fraktion (FeNO größer/gleich 50 ppb) UND</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• wenn trotz täglicher Therapie mit maximal hoch dosierten inhalativen Corticosteroiden und einem lang wirkenden inhalativen Beta2-Agonisten und/oder Leukotrienrezeptor-Antagonisten in den letzten 12 Monaten UND</li> <li>• wenn trotz wiederholter Therapie mit systemischen Corticosteroiden (vier oder mehr Behandlungsepisoden in den letzten 12 Monaten)</li> </ul> <p>vier oder mehr schwere Asthma-Exazerbationen in den letzten 12 Monaten auftraten, die entweder die Gabe oder eine deutliche Dosissteigerung von systemischen Corticosteroiden über mehr als drei Tage erforderten ODER</p> <p>mindestens eine schwerwiegende Exazerbation mit stationärer Spitalsbehandlung in den letzten 12 Monaten auftrat.</p> <p>Nicht in Kombination mit anderen monoklonalen Antikörpern zur Behandlung des schweren Asthmas.</p> <p>Diagnose, Ersteinstellung und Weiterverordnung durch PulmologInnen oder PädiaterInnen mit dem Additiv-fach pulmologische Pädiatrie.</p> <p>Überprüfung der Wirksamkeit und Dokumentation alle 6 Monate anhand der Anzahl an schweren und schwerwiegenden Asthma-Exazerbationen (Definition siehe oben) in den letzten 12 Monaten.</p> <p>Die Therapie ist nur fortzuführen bei einer Reduktion der Anzahl an Asthma-Exazerbationen ODER bei einer gleichbleibenden Anzahl an Asthma-Exazerbationen in Verbindung mit einer deutlichen Dosisreduktion systemischer Corticosteroide im Vergleich zur Ausgangsdosis.</p> <p>- Bei Erwachsenen mit schwerer Prurigo nodularis seit mindestens 6 Monaten mit chronischem Juckreiz (Worst Itching Intensity Numerical Rating Scale [WI-NRS] größer/gleich 7) und Anzeichen für ein anhaltendes Kratzverhalten nach Ausschöpfung intensivierter Lokalthherapie inklusive Phototherapie.</p> <p>Erstverordnung, Dokumentation und Kontrolle alle 6 Monate durch ein dermatologisches Zentrum oder durch DermatologInnen mit ausgewiesener Expertise in der Behandlung der Prurigo nodularis.</p> <p>Die Therapie ist nur fortzuführen, wenn innerhalb der ersten 6 Monate eine Verbesserung des Juckreizes WI-NRS um mindestens 4 Punkte und/oder eine Verbesserung des IGA (Investigator Global Assessment) PN-S um mindestens 2 Punkte erzielt werden.</p> <p>- Bei Erwachsenen und Jugendlichen ab 12 Jahren mit einem Körpergewicht größer/gleich 40 kg mit schwerer aktiver eosinophiler Ösophagitis seit mindestens 6 Monaten UND wenn nach einer topischen Corticosteroid-Therapie des Ösophagus (ausgenommen PatientInnen mit Kontraindikation) über mindestens 3 Monate</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• mindestens 15 eosinophile Granulozyten pro hochauflösendem Gesichtsfeld (0,345 mm<sup>2</sup>) in mindestens einer Biopsie vorhanden sind UND</li> <li>• 8 oder mehr Dysphagieepisoden innerhalb der letzten 4 Wochen auftraten.</li> </ul> <p>Erstverordnung, Dokumentation und Kontrolle alle 6 Monate durch GastroenterologInnen.</p> <p>Die Therapie ist nur fortzuführen, wenn innerhalb der ersten 6 Monate eine histologische Remission (kleiner/gleich 6 eosinophile Granulozyten pro hochauflösendem Gesichtsfeld) eingetreten ist.</p> <p>Dupilumab eignet sich für eine chef(kontroll)ärztliche Langzeitbewilligung für 6 Monate (L6).</p>				
<p>Indikationserweiterung um die schwere atopische Dermatitis bei Kindern, die Zusatztherapie bei Patientinnen und Patienten mit schwerem Asthma mit Typ-2-Inflammation, die schwere Prurigo nodularis und die schwere aktive eosinophile Ösophagitis</p>				

### Änderung der Packungsgröße im Grünen Bereich:

Präparat	Menge	T	OP	KVP €
<b>C03 DIURETIKA</b>				
<b>C03EB01 Furosemid und Kalium sparende Mittel</b>				
Lasilacton 20 mg/50 mg Kaps.	50 Stk.	–	–	18,70
Streichung der 20 Stk.-Packung				
<b>C07 BETA-ADRENOREZEPTOR-ANTAGONISTEN</b>				
<b>C07AB02 Metoprolol</b>				
Metohexal retard 23,75 mg Filmtabl.	10 Stk.	T2	(2)	0,50
Streichung der 30 Stk.-Packung				
<b>N02 ANALGETIKA</b>				
<b>N02AE01 Buprenorphin</b>				
Buprenorphin "Stada" 35 mcg/h transdermales Pflaster	4 Stk.	–	–	12,75
SG				
<i>IND: chronische Schmerzen, die durch starke orale Opiode nicht ausreichend behandelbar sind</i>				
Streichung der 8 Stk.-Packung				
Buprenorphin "Stada" 70 mcg/h transdermales Pflaster	4 Stk.	–	–	20,20
SG				
<i>IND: chronische Schmerzen, die durch starke orale Opiode nicht ausreichend behandelbar sind</i>				
Streichung der 8 Stk.-Packung				

### Änderung der Packungsgröße im Gelben Bereich:

Präparat	Menge	T	OP	KVP €
<b>G03 SEXUALHORMONE UND MODULATOREN DES GENITALSYSTEMS</b>				
<b>G03GA04 Urofollitropin</b>				
RE1 Fostimon 75 IU/1 ml Plv. u. Lsgm. zur Herst. einer Inj.lsg.	10 Stk.	–	–	221,15
Bei anovulatorischen Frauen zur Auslösung der Ovulation, die auf eine Behandlung mit Clomifencitrat nicht ansprechen. Nicht zur Unterstützung von Maßnahmen der assistierten Reproduktion.				
Streichung der 1 Stk.-Packung				

## Änderung des ATC-Codes im Gelben Bereich:

Präparat		Menge	T	OP	KVP €
<b>A07 ANTIDIARRHOIKA UND INTESTINALE ANTIPHLOGISTIKA/ANTIINFEKTIVA</b>					
<b>A07FA03 Escherichia coli (vormals A07FA)</b>					
RE1	<b>Mutaflor Kaps.</b>	20 Stk.	–	–	<b>16,25</b>
		100 Stk.	–	–	<b>75,70</b>
RE1	<b>Mutaflor mite Kaps.</b>	20 Stk.	–	–	<b>15,95</b>
<p>Eine Kostenübernahme ist möglich in Einzelfällen in der Indikation Colitis ulcerosa/Morbus Crohn, wenn mit Therapiealternativen aus dem Grünen Bereich nicht das Auslangen gefunden werden kann.</p> <p>Für die Indikationen "Colon Irritabile" und "chronische Obstipation" ist die Wirksamkeit durch klinische Studien nicht ausreichend belegt.</p>					

## 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.
- 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.
- L6 .....Langzeitbewilligung für 6 Monate möglich
- 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 Verschreibweise von Heilmitteln und Heilbehelfen entsprechende Dokumentation angefertigt wurde.
- SG .....Arzneispezialitäten, welche ohne Einschränkung den strengen Abgabebestimmungen für Suchtgifte unterliegen.
- T ..... Teilbarkeit
- T2 .....in zwei dosisgleiche Teile teilbar