



Neu im EKO

Änderungen im Erstattungskodex (EKO) ab November 2023

Informationsstand November 2023

Im Fokus: Ampelprinzip – Grün vor Gelb

Auch wenn vier von fünf Verordnungen eines **Sitagliptin**-Präparates im August aus dem Grünen Bereich erfolgten, verblieben noch über 2.800 Verordnungen aus dem vorbewilligungspflichtigen RE1-Bereich. Der organisatorische Zusatzaufwand durch Bewilligungsanträge kann bei Umstellung auf ein Präparat aus dem Grünen Bereich entfallen.

Mit der Aufnahme von zwei **Ranolazin**-Nachfolgepräparaten in den Grünen Bereich können bis zu 37.000 Bewilligungsanträge pro Halbjahr für Ranexa entfallen.

ROT >> **GRÜN**

Aufnahme kostengünstiger Nachfolgepräparate in den Grünen Bereich:

Präparat	Menge	T	OP	KVP €	max. Kostenersparnis € pro Packung*
A10 ANTIDIABETIKA					
A10BA02 Metformin					
Metformin "ratiopharm" 850 mg Filmtabl.	30 Stk.	–	(2)	1,35	0,40
	100 Stk.	–	(3)	4,55	1,35
1000 mg Filmtabl.	20 Stk.	–	(2)	0,75	1,25 Erstanbieter nicht im EKO
	60 Stk.	–	(3)	2,25	3,35 Erstanbieter nicht im EKO

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

Präparat	Menge	T	OP	KVP €	max. Kostenersparnis € pro Packung*
A10BH01 Sitagliptin					
Sitagliptin "+pharma" 25 mg Filmtabl.	30 Stk.	–	(3)	8,15	14,74 Erstanbieter in RE1
Sitagliptin "+pharma" 50 mg Filmtabl.	30 Stk.	–	(3)	8,15	14,74 Erstanbieter in RE1
100 mg Filmtabl.	30 Stk.	–	(3)	8,15	22,14 Erstanbieter in RE1
<i>IND: Bei Erwachsenen mit Diabetes Typ II, wenn mit Metformin keine ausreichende Blutzuckereinstellung erreicht wird.</i>					
Sitagliptin "Genericon" 25 mg Filmtabl.	30 Stk.	–	(3)	8,15	14,74 Erstanbieter in RE1
50 mg Filmtabl.	30 Stk.	–	(3)	8,15	14,74 Erstanbieter in RE1
100 mg Filmtabl.	30 Stk.	–	(3)	8,15	22,14 Erstanbieter in RE1
<i>IND: Bei Erwachsenen mit Diabetes Typ II, wenn mit Metformin keine ausreichende Blutzuckereinstellung erreicht wird.</i>					
78 % aller Sitagliptin-Verordnungen entfielen im August 2023 bereits auf ein Präparat aus dem Grünen Bereich. Mit der Aufnahme von zwei weiteren Generika sollte dieser Anteil bald auf 100 % steigen.					
C01 HERZTHERAPIE					
C01EB18 Ranolazin					
Ranogelan 375 mg Retardtabl.	30 Stk.	–	–	9,60	28,30 Erstanbieter in RE1
	60 Stk.	–	(3)	18,45	51,45 Erstanbieter in RE1
500 mg Retardtabl.	30 Stk.	–	–	9,60	28,30 Erstanbieter in RE1
	60 Stk.	–	(3)	18,45	51,45 Erstanbieter in RE1
750 mg Retardtabl.	30 Stk.	–	–	9,60	28,30 Erstanbieter in RE1
	60 Stk.	–	(3)	18,45	51,45 Erstanbieter in RE1
Ranolazin "Genericon" 375 mg Retardtabl.	30 Stk.	–	–	9,60	28,30 Erstanbieter in RE1
	60 Stk.	–	(3)	18,45	51,45 Erstanbieter in RE1
500 mg Retardtabl.	30 Stk.	–	–	9,60	28,30 Erstanbieter in RE1
	60 Stk.	–	(3)	18,45	51,45 Erstanbieter in RE1
750 mg Retardtabl.	30 Stk.	–	–	9,60	28,30 Erstanbieter in RE1
	60 Stk.	–	(3)	18,45	51,45 Erstanbieter in RE1
Mit der Aufnahme von zwei Nachfolgepräparaten in den Grünen Bereich entfällt die Vorbewilligungspflicht. Dies, der Preisvorteil und die freie Verschreibbarkeit von 3 OP sollten die Umstellungen von Ranexa erleichtern.					

Aufnahme von Präparaten in den Grünen Bereich:

Präparat	Menge	T	OP	KVP €
A11 VITAMINE				
A11CC05 Colecalciferol				
Oleo-D3 30.000 IE Filmtabl.	8 Stk.	–	(2)	4,95
<i>IND: Zur Behandlung von klinisch relevanten Vitamin D-Mangelzuständen bei Erwachsenen für maximal 8 Wochen</i>				
Mit Oleo-D3 30.000 IE steht erstmals ein hochdosiertes Vit.-D ₃ -Präparat als Filmtablette im EKO zur Verfügung.				
G04 UROLOGIKA				
G04BD04 Oxybutynin				
Vesoxx 1 mg/ml Lsg. zur intravesikalen Anw. (PM)	100 Stk.	–	–	1.801,35
<i>IND: Zur Unterdrückung einer neurogenen Detrusorüberaktivität (Neurogenic Detrusor Overactivity; NDO) bei Kindern ab 6 Jahren und bei Erwachsenen, die ihre Blase mittels sauberer intermittierender Katheterisierung (CIC) entleeren, wenn sie durch eine Behandlung mit oralen Anticholinergika aufgrund mangelnder Wirksamkeit und/oder unerträglicher Nebenwirkungen nicht adäquat eingestellt werden können.</i>				

ROT >> **GELB**

Aufnahme von Präparaten in den Gelben Bereich:

Präparat	Menge	T	OP	KVP €
L04 IMMUNSUPPRESSIVA				
L04AA56 Deucravacitinib				
RE1 L6 Sotyktu 6 mg Filmtabl. (PM)	7 Stk. 28 Stk.	– –	– –	230,85 870,45
Bei Erwachsenen mit mittelschwerer bis schwerer Plaque-Psoriasis bei Versagen, Unverträglichkeit oder Kontraindikation von systemischen Therapien einschließlich Ciclosporin, Methotrexat oder PUVA. Erstverordnung und engmaschige Kontrollen durch entsprechende Fachabteilung bzw. -ambulanz oder durch DermatologInnen mit Erfahrung in der Behandlung der mittelschweren bis schweren Plaque-Psoriasis. Die Therapie mit Deucravacitinib darf nur bei PatientInnen fortgesetzt werden, die innerhalb von 24 Behandlungswochen auf die Therapie klinisch ansprechen. Deucravacitinib eignet sich für eine chef(kontroll)ärztliche Langzeitbewilligung für 6 Monate (L6). Deucravacitinib hemmt selektiv das Enzym TYK2, das zur JAK-Familie gehört. Wie alle neueren JAK-Inhibitoren wird auch Deucravacitinib laufend von der EMA bezüglich Langzeitsicherheit überwacht.				

Folgende Präparate wurden aus dem EKO gestrichen:

Präparat	Menge	ATC-Code	Streichung mit
Antabus lösl. Tabl.	50 Stk.	N07BB01	01.11.2023
Insuman Basal 100 IE/ml Inj.susp. Fertigpen, SoloStar	5 Stk.	A10AC01	01.11.2023
Insuman Basal 100 IE/ml Inj.susp. Patronen	5 Stk.	A10AC01	01.11.2023
Omepralan 40 mg Kaps.	14 Stk. 28 Stk.	A02BC01	01.11.2023

Präparat	Menge	ATC-Code	Streichung mit
Ospamox 500 mg Filmtabl.	10 Stk.	J01CA04	01.11.2023
Ospamox 750 mg Filmtabl.	10 Stk.	J01CA04	01.11.2023
Risperidon "Hexal" 1 mg/ml Lsg. zum Einnehmen	30 ml	N05AX08	01.11.2023
Rivastigmin "Stada" 1,5 mg Hartkaps.	28 Stk. 56 Stk.	N06DA03	01.11.2023
Rivastigmin "Stada" 3 mg Hartkaps.	56 Stk.	N06DA03	01.11.2023
Rivastigmin "Stada" 4,5 mg Hartkaps.	56 Stk.	N06DA03	01.11.2023
Rivastigmin "Stada" 6 mg Hartkaps.	56 Stk.	N06DA03	01.11.2023

Änderung der Verwendung im Gelben Bereich:

Präparat	Menge	T	OP	KVP €	
A16 ANDERE MITTEL FÜR DAS ALIMENTÄRE SYSTEM UND DEN STOFFWECHSEL					
A16AX06 Miglustat					
RE1 L6	Miglustat "G.L." 100 mg Hartkaps.	84 Stk.	–	(2)	2.726,05
<p>1. Bei PatientInnen mit gesicherter Diagnose einer leichten bis mittelschweren Form des Morbus Gaucher Typ I. Miglustat darf nur zur Behandlung von PatientInnen verwendet werden, für die eine Enzymsubstitutionstherapie nicht in Frage kommt. Erstverordnung nur durch ein auf hereditäre Stoffwechselerkrankungen spezialisiertes Zentrum oder einen Facharzt/eine Fachärztin mit Erfahrung auf dem Gebiet von hereditären Stoffwechselerkrankungen.</p> <p>2. Bei PatientInnen mit gesicherter Diagnose einer Niemann-Pick-Krankheit Typ C. Miglustat darf nur zur Behandlung progressiver neurologischer Manifestationen bei erwachsenen und pädiatrischen PatientInnen verwendet werden. Erstverordnung nur durch ein Zentrum bzw. durch FachärztInnen mit Erfahrung in der Therapie der Niemann-Pick-Krankheit Typ C.</p> <p>Alle sechs Monate ist eine Kontrolluntersuchung durch das o.a. Zentrum oder den/die o.a. Facharzt/Fachärztin durchzuführen.</p> <p>Miglustat eignet sich für eine chef(kontroll)ärztliche Langzeitbewilligung für 6 Monate (L6).</p>					
Erweiterung der RE1-Regel um die Niemann-Pick-Krankheit Typ C und Änderung der Verschreibbarkeit auf 2 OP					
L01 ANTINEOPLASTISCHE MITTEL					
L01EF03 Abemaciclib					
RE1 L6	Verzenio 50 mg Filmtabl. (PM)	56 Stk.	–	–	1.960,80
RE1 L6	100 mg Filmtabl. (PM)	14 Stk. 56 Stk.	– –	(2) –	508,70 1.960,80
RE1 L6	150 mg Filmtabl. (PM)	14 Stk. 56 Stk.	– –	(2) –	508,70 1.960,80
<p>– Bei Hormonrezeptor (HR)-positivem, humanem epidermalen Wachstumsfaktor-Rezeptor-2 (HER2)-negativem, nodal-positivem Mammakarzinom im frühen Stadium mit einem hohen Rezidivrisiko in Kombination mit einer endokrinen Therapie innerhalb von 16 Monaten nach primärer Operation. Die Therapie kann bis 2 Jahre fortgeführt werden, sofern nicht vorher eine radiologische Krankheitsprogression oder eine inakzeptable Toxizität auftritt. Bei prä- oder perimenopausalen Frauen sollte die endokrine Aromatasehemmer-Therapie mit einem LHRH-Agonisten (LHRH = Luteinising Hormone Releasing Hormone) kombiniert werden.</p> <p>– Bei HR-positivem, HER2-negativem lokal fortgeschrittenem oder metastasiertem Mammakarzinom</p> <ul style="list-style-type: none"> • als Erstlinientherapie in Kombination mit einem Aromatasehemmer oder Fulvestrant 					

Präparat	Menge	T	OP	KVP €	
<ul style="list-style-type: none"> als Zweitlinientherapie in Kombination mit Fulvestrant nach endokriner Therapie Bei prä- oder perimenopausalen Frauen sollte die endokrine Therapie mit einem LHRH-Agonisten kombiniert werden. Bei der Verwendung von Abemaciclib gilt: Kein Einsatz bei vorangegangener Therapie mit einem Inhibitor von Cyclin-abhängiger Kinase (CDK) 4 und 6 und/oder kritischer viszeraler Erkrankung. Diagnose und Erstverordnung durch entsprechende Fachabteilung bzw. Zentrum, mittels Tumorboard. Regelmäßige Kontrolle durch entsprechende Fachabteilung bzw. Zentrum bzw. durch gynäko-onkologisch spezialisierte FachärztInnen. Abemaciclib eignet sich für eine chef(kontroll)ärztliche Langzeitbewilligung für 6 Monate (L6).					
Die Änderungen umfassen im Wesentlichen: <ul style="list-style-type: none"> Indikationserweiterung um das HR-positive, HER2-negative, nodal-positive Mammakarzinom im frühen Stadium mit einem hohen Rezidivrisiko in Kombination mit einer endokrinen Therapie Möglichkeit einer Langzeitbewilligung für 6 Monate Streichung von Verzenios 50 mg Filmtabl. zu 14 Stk. 					
L02 ENDOKRINE THERAPIE					
L02BB06 Darolutamid					
RE1	Nubeqa 300 mg Filmtabl. (PM)	112 Stk.	–	(2)	2.951,90
In Kombination mit einem GnRH-Analogon und Docetaxel bei metastasiertem hormonsensitiven Prostatakarzinom bei <ul style="list-style-type: none"> Vorliegen von mindestens vier Knochenmetastasen (davon mindestens eine außerhalb der Wirbelsäule/Becken) in der Knochenszintigraphie, oder Vorliegen von viszeralen Metastasen (via CT/MRI entsprechend RECIST 1.1-Kriterien gemessen; ausgeschlossen isolierter Lymphknotenbefall) und Vorbehandlung mit einer Androgendeprivationstherapie bis maximal 3 Monate ab Diagnosestellung der Fernmetastasen. In Kombination mit einem GnRH-Analogon bei nicht metastasiertem kastrationsresistenten Hochrisiko-Prostatakarzinom <ul style="list-style-type: none"> ohne nachweisbare Metastasen im CT/MRT und in der Knochenszintigraphie und bei einer Verdopplungszeit des Serum-PSA kleiner gleich 10 Monate. Diagnose und Erstverordnung durch entsprechende Fachabteilung bzw. Zentrum, mittels Tumorboard. Regelmäßige Kontrolle durch entsprechende Fachabteilung, Zentrum bzw. durch FachärztInnen mit Erfahrung in der Behandlung des Prostatakarzinoms. Eine Kastrationsresistenz liegt vor bei: <ul style="list-style-type: none"> einer PSA- oder radiographischen Progression und Versagen der Androgendeprivationstherapie (GnRH-Analogon oder -Antagonist mit ATC-Code L02AE oder L02BX02 alleine oder jeweils in Kombination mit einem Antiandrogen mit ATC-Code L02BB03) bzw. nach Entzug des Antiandrogens und einem Serum-Testosteronwert im Kastrationsbereich (kleiner 50 ng/dl). Indikationserweiterung um das metastasierte hormonsensitive Prostatakarzinom in Kombination mit einem GnRH-Analogon und Docetaxel					

Änderung der Packungsgröße im Grünen Bereich:

Präparat	Menge	T	OP	KVP €
A02 MITTEL BEI SÄURE BEDINGTEN ERKRANKUNGEN				
A02BC03 Lansoprazol				
Lansoprazol "Stada" 30 mg magensaftresistente Hartkaps.	14 Stk.	–	–	6,15
	30 Stk.	–	–	10,70
Streichung der 7 Stk.-Packung				

Präparat	Menge	T	OP	KVP €
A02BC05 Esomeprazol				
Esomeprazol "Stada" 20 mg magensaftresistente Hartkaps.	14 Stk.	–	–	2,85
	28 Stk.	–	–	5,00
Streichung der 7 Stk.-Packung				
G04 UROLOGIKA				
G04BD08 Solifenacin				
Solifenacin "Stada" 10 mg Filmtabl.	30 Stk.	–	(3)	10,50
Streichung der 10 Stk.-Packung				

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
- 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.
- T Teilbarkeit