



Informationsblatt für
Ärztinnen, Ärzte und Apotheken

Neu im EKO

Änderungen im Erstattungskodex (EKO) ab Jänner 2024

Informationsstand Jänner 2024

Im Fokus: Grünen Bereich des EKO stets bevorzugen

Sitagliptin und Vildagliptin jeweils mit und ohne Metformin

Für beide Gliptine stehen mehrere Nachfolgepräparate mit deutlichem Preisvorteil im Grünen Bereich zur Verfügung.

Außerdem entfällt für Verordnerinnen und Verordner der organisatorische Zusatzaufwand im Vergleich zu vorbewilligungspflichtigen Präparaten.

Febuxostat

Seit Überführung des Nachfolgepräparates Febuxostat "Accord" in den Grünen Bereich wird es – dem Ampelprinzip entsprechend – im Vergleich zu den vorbewilligungspflichtigen Febuxostat-Präparaten verstärkt verordnet.

Jetzt steht mit Febuxostat "Sandoz" ein zweites Präparat im Grünen Bereich zur Verfügung.

ROT >> **GRÜN**

Aufnahme von Präparaten in den Grünen Bereich:

Präparat	Menge	T	OP	KVP €
C03 DIURETIKA				
C03XA01 Tolvaptan				
Tolvaptan "ratiopharm" 15 mg + 45 mg Tabl.	56 Stk.	–	–	667,00
30 mg + 60 mg Tabl.	56 Stk.	–	–	667,00
30 mg + 90 mg Tabl.	56 Stk.	–	–	667,00
<p>IND: Bei Erwachsenen mit autosomal-dominanter polyzystischer Nierenerkrankung (ADPKD) mit eGFR größer/gleich 25 ml/min/1,73 m² mit Anzeichen für rasch fortschreitende Erkrankung gemäß aktuellem ERA (European Renal Association)-Konsensusstatement.</p> <p>Einhalten der Sicherheitsvorschriften laut Fachinformation.</p> <p>Diagnosestellung, Erstverordnung und regelmäßige Kontrollen durch NephrologInnen mit Erfahrung in der Behandlung von ADPKD.</p> <p>Die Behandlung mit Tolvaptan ist zu beenden, wenn eGFR kleiner/gleich 15 ml/min/1,73 m² ist.</p>				

Präparat	Menge	T	OP	KVP €
Tolvaptan "ratiopharm" ist ein Generikum zu Jinarc, das nicht im EKO gelistet ist und daher entsprechend dem Ampelprinzip ab sofort grundsätzlich nicht mehr bewilligt werden darf. Der Preisvorteil von Tolvaptan "ratiopharm" beträgt 1.372,05 Euro pro Packung.				
Tolvaptan "ratiopharm" SIADH 15 mg Tabl.	10 Stk.	T2	–	323,45
	30 Stk.	T2	–	749,30
30 mg Tabl.	10 Stk.	–	–	351,80
IND: Zur Behandlung von Hyponatriämie als sekundäre Folge des Syndroms der inadäquaten Sekretion des antidiuretischen Hormons (SIADH), wenn andere Maßnahmen nicht ausreichend sind. Die Tolvaptan-Behandlung muss unter stationärer Überwachung begonnen worden sein. Regelmäßige Kontrollen durch InternistInnen.				
Tolvaptan "ratiopharm" SIADH ist ein Generikum zu Samsca, das nicht im EKO gelistet ist und daher entsprechend dem Ampelprinzip ab sofort grundsätzlich nicht mehr bewilligt werden darf. Der Preisvorteil von Tolvaptan "ratiopharm" SIADH beträgt bis zu 707,50 Euro pro Packung.				

ROT >> **GELB**

Aufnahme von Präparaten in den Gelben Bereich:

Präparat	Menge	T	OP	KVP €	
L04 IMMUNSUPPRESSIVA					
L04AD03 Voclosporin					
RE1 L6	Lupkynis 7,9 mg Weichkaps. (PM)	180 Stk.	–	–	737,95
Bei Erwachsenen mit aktiver Lupus-Nephritis (LN) der Klassen III, IV oder V (einschließlich gemischter Klassen III/V und IV/V) in Kombination mit Mycophenolatmofetil. Nachweis der LN-Erstdiagnose mittels Nierenbiopsie. Dokumentation des Urin-Protein-Kreatinin-Verhältnis (UPCR) vor Therapiebeginn und danach zumindest alle 6 Monate. Erstverordnung und engmaschige Kontrollen durch entsprechende Fachabteilung bzw. -ambulanz oder durch NephrologInnen mit Erfahrung in der Behandlung der LN. Die Therapie ist nur fortzuführen, wenn innerhalb von 6 Therapiemonaten ein UPCR von kleiner/gleich 0,5 mg/mg oder eine Reduktion des UPCR um zumindest 50 % erreicht wird. Voclosporin eignet sich für eine chef(kontroll)ärztliche Langzeitbewilligung für 6 Monate (L6).					
L04AF03 Upadacitinib					
RE2	Rinvoq 45 mg Retardtabl. (PM)	28 Stk.	–	–	1.633,95
Zur Anbehandlung über 12 Wochen bei Erwachsenen mit mittelschwerem bis schwerem aktivem Morbus Crohn bei Versagen, Unverträglichkeit oder Kontraindikation der konventionellen Therapien. Erstverordnung und engmaschige Kontrolle durch GastroenterologInnen. Rinvoq hat mit den 45 mg eine zusätzliche Wirkstärke für die Anbehandlung bei Morbus Crohn.					

Folgende Präparate wurden aus dem EKO gestrichen:

Präparat	Menge	ATC-Code	Streichung mit
Candibene 100 mg Vaginaltabl.	6 Stk.	G01AF02	01.01.2024
Candibene 200 mg Vaginaltabl.	3 Stk.	G01AF02	01.01.2024
Ivabradin "Stada" 5 mg Filmtabl.	28 Stk. 56 Stk.	C01EB17	01.01.2024
Janumet 50 mg/850 mg Filmtabl.	56 Stk.	A10BD07	01.01.2024
Janumet 50 mg/1000 mg Filmtabl.	56 Stk.	A10BD07	01.01.2024
Es sind zahlreiche kostengünstige Nachfolgepräparate mit der Wirkstoffkombination Sitagliptin/Metformin im Grünen Bereich des Erstattungskodex gelistet.			
Levetiracetam "G.L." 500 mg Filmtabl.	60 Stk. 100 Stk.	N03AX14	01.01.2024
Neurolepsin Tabl.	50 Stk. 90 Stk.	N05AN01	01.01.2024
Rabeprazol "ratiopharm" 10 mg magensaftresistente Tabl.	7 Stk. 30 Stk.	A02BC04	01.01.2024
Rabeprazol "ratiopharm" 20 mg magensaftresistente Tabl.	14 Stk. 30 Stk.	A02BC04	01.01.2024
Velmetia 50 mg/850 mg Filmtabl.	56 Stk.	A10BD07	01.01.2024
Velmetia 50 mg/1000 mg Filmtabl.	56 Stk.	A10BD07	01.01.2024
Es sind zahlreiche kostengünstige Nachfolgepräparate mit der Wirkstoffkombination Sitagliptin/Metformin im Grünen Bereich des Erstattungskodex gelistet.			
Venlafaxin "G.L." 50 mg Tabl.	30 Stk. 60 Stk.	N06AX16	01.01.2024
Vi-De3 Tropf.	10 ml	A11CC05	01.01.2024
Xatral SR 5 mg Filmtabl.	56 Stk.	G04CA01	01.01.2024

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

Präparat	Menge	T	OP	KVP €
M04 GICHTMITTEL				
M04AA03 Febuxostat				
Febuxostat "Sandoz" 80 mg Filmtabl.	14 Stk.	–	–	2,35
	30 Stk.	–	(3)	5,10
120 mg Filmtabl.	14 Stk.	–	–	2,35
	30 Stk.	–	(3)	5,10
<i>IND: 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>				
Mit der Überführung in den Grünen Bereich entfällt die Vorbewilligungspflicht und bis zu 3 OP sind auf einem Rezept frei verschreibbar.				

Änderung der Verwendung im Gelben Bereich:

Präparat		Menge	T	OP	KVP €
L04 IMMUNSUPPRESSIVA					
L04AF03 Upadacitinib					
RE2	Rinvoq 15 mg Retardtabl. (PM)	28 Stk.	–	–	738,55
<p>1. Bei Erwachsenen mit</p> <ul style="list-style-type: none"> – mittelschwerer bis schwerer aktiver rheumatoider Arthritis bei Versagen von mindestens einem DMARD (disease-modifying anti-rheumatic drug), wobei Methotrexat in ausreichender Dosierung und ausreichender Dauer verabreicht worden sein muss. Um eine maximale Wirksamkeit zu gewährleisten, wird Upadacitinib in Kombination mit Methotrexat angewendet. Upadacitinib kann im Falle einer Unverträglichkeit von Methotrexat als Monotherapie angewendet werden. – aktiver und progressiver Psoriasis-Arthritis bei Versagen von mindestens einem DMARD (disease-modifying anti-rheumatic drug) wobei Methotrexat in ausreichender Dosierung und ausreichender Dauer verabreicht worden sein muss. Upadacitinib kann als Monotherapie oder in Kombination mit Methotrexat verordnet werden. – schwerer aktiver ankylosierender Spondylitis (AS, Morbus Bechterew) mit schwerer Wirbelsäulensymptomatik und erhöhten Entzündungsparametern bei Versagen konventioneller Therapiemöglichkeiten. – aktiver axialer Spondyloarthritis ohne Röntgennachweis einer AS mit schwerer Wirbelsäulensymptomatik und mit objektiven Anzeichen einer Entzündung nachgewiesen durch erhöhtes CRP und MRT, bei Versagen konventioneller Therapiemöglichkeiten, inklusive unzureichendem Ansprechen auf mindestens zwei NSAR (nichtsteroidale Antirheumatika) in maximaler Dosierung und ausreichender Dauer. <p>Erstverordnung und engmaschige Kontrolle durch RheumatologInnen oder durch Zentren, die berechtigt sind, solche auszubilden.</p> <p>2. Bei Erwachsenen und Jugendlichen ab 12 Jahren mit schwerer atopischer Dermatitis mit persistierendem Ekzem nach Ausschöpfung intensivierter Lokalthherapie.</p> <p>Erstverordnung, Dokumentation und Kontrolle alle 6 Monate durch ein dermatologisches Zentrum oder durch DermatologInnen mit ausgewiesener Expertise in der Behandlung der atopischen Dermatitis.</p> <p>Die Therapie mit Upadacitinib darf nur bei PatientInnen fortgeführt werden, die innerhalb von 12–16 Behandlungswochen auf die Therapie klinisch ansprechen.</p> <p>3. Bei Erwachsenen mit mittelschwerem bis schwerem aktivem Morbus Crohn bei Versagen, Unverträglichkeit oder Kontraindikation der konventionellen Therapien, wenn im Rahmen der Anbehandlung mit der 45 mg-Wirkstoffstärke innerhalb von 12 Behandlungswochen ein klinisches Ansprechen erzielt wurde.</p> <p>Erstverordnung und engmaschige Kontrollen durch GastroenterologInnen.</p> <p>Die Behandlung mit Upadacitinib darf nur bei PatientInnen fortgeführt werden, die auf die Erhaltungstherapie klinisch ansprechen.</p>					
Indikationserweiterung um die aktive axiale Spondyloarthritis ohne Röntgennachweis und den mittelschweren bis schweren aktiven Morbus Crohn					
RE2	30 mg Retardtabl. (PM)	28 Stk.	–	–	1.216,90
<p>1. Bei Erwachsenen bis 65 Jahre mit schwerer atopischer Dermatitis mit persistierendem Ekzem nach Ausschöpfung intensivierter Lokalthherapie</p> <ul style="list-style-type: none"> – wenn mit der 15 mg-Wirkstoffstärke nach 12–16 Wochen kein ausreichendes klinisches Ansprechen erzielt werden konnte oder – zu Therapiebeginn bei hoher Krankheitslast, wobei nach einem erzielten klinischen Ansprechen innerhalb von 12–16 Wochen ein Therapieversuch mit der 15 mg-Wirkstoffstärke als Erhaltungsdosis zu starten ist. <p>Erstverordnung, Dokumentation und Kontrolle alle 6 Monate durch ein dermatologisches Zentrum oder durch DermatologInnen mit ausgewiesener Expertise in der Behandlung der atopischen Dermatitis.</p> <p>Die Behandlung mit Upadacitinib darf nur bei PatientInnen fortgeführt werden, die auf die Therapie mit der 30 mg-Wirkstoffstärke klinisch ansprechen.</p> <p>2. Bei Erwachsenen bis 65 Jahre mit mittelschwerem bis schwerem aktivem Morbus Crohn bei Versagen, Unverträglichkeit oder Kontraindikation der konventionellen Therapien</p> <ul style="list-style-type: none"> – wenn mit der 15 mg-Wirkstoffstärke in der Erhaltungstherapie kein ausreichendes klinisches Ansprechen erzielt werden konnte oder 					

Präparat	Menge	T	OP	KVP €
<p>– bei hoher Krankheitslast zu Therapiebeginn oder wenn nach 12-wöchiger Anbehandlung mit der 45 mg Wirkstoffstärke kein ausreichendes klinisches Ansprechen erzielt werden konnte, wobei nach einem erzielten klinischen Ansprechen ein Therapieversuch mit der 15 mg-Wirkstoffstärke als Erhaltungsdosis gestartet werden kann.</p> <p>Erstverordnung und engmaschige Kontrolle durch GastroenterologInnen.</p> <p>Die Behandlung mit Upadacitinib darf nur bei PatientInnen fortgeführt werden, die auf die Therapie mit der 30 mg-Wirkstoffstärke klinisch ansprechen.</p>				
Indikationserweiterung um den mittelschweren bis schweren aktiven Morbus Crohn				

Änderung der Packungsgröße im Grünen Bereich:

Präparat	Menge	T	OP	KVP €
J01 ANTIBIOTIKA ZUR SYSTEMISCHEN ANWENDUNG				
J01CR02 Amoxicillin und Beta-Lactamase-Inhibitoren				
Xiclav 312,5 mg/5 ml Trockensaft	100 ml	–	–	9,55
F14				
Anstelle der 60 ml- und der 120 ml-Packung steht nun eine 100 ml-Packung zur Verfügung.				

Änderung der Bezeichnung im Grünen Bereich:

Präparat	Menge	T	OP	KVP €
A02 MITTEL BEI SÄURE BEDINGTEN ERKRANKUNGEN				
A02BC02 Pantoprazol				
Pantoprazol "!"@ctavis" 20 mg magensaftresistente Tabl.	14 Stk. 28 Stk.	– –	– (2)	1,10 2,20
Vormals Pantoprazol "Actavis" 20 mg magensaftresistente Tabl.				
Pantoprazol "!"@ctavis" 40 mg magensaftresistente Tabl.	7 Stk. 14 Stk. 30 Stk.	– – –	– – –	1,10 2,25 4,85
Vormals Pantoprazol "Actavis" 40 mg magensaftresistente Tabl.				

ATC-Code-Änderungen 2024:

Vormaliger ATC-Code	ATC Bezeichnung	Neuer ATC-Code
L04AA13	Leflunomid	L04AK01
L04AA10	Sirolimus	L04AH01
L04AA18	Everolimus	L04AH02
L04AA23	Natalizumab	L04AG03
L04AA26	Belimumab	L04AG04
L04AA27	Fingolimod	L04AE01
L04AA29	Tofacitinib	L04AF01
L04AA31	Teriflunomid	L04AK02
L04AA33	Vedolizumab	L04AG05
L04AA36	Ocrelizumab	L04AG08
L04AA37	Baricitinib	L04AF02
L04AA38	Ozanimod	L04AE02
L04AA42	Siponimod	L04AE03
L04AA44	Upadacitinib	L04AF03
L04AA45	Filgotinib	L04AF04
L04AA50	Ponesimod	L04AE04
L04AA52	Ofatumumab	L04AG12
L04AA56	Deucravacitinib	L04AF07

Link zur WHO-Website: https://www.whocc.no/atc_ddd_index/updates_included_in_the_atc_ddd_index/

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
- 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.
- T..... Teilbarkeit
- T2.....in zwei dosisgleiche Teile teilbar