

Therapie-Tipps

www.wgkk.at

Im Fokus

Subutex-Streichung

Mit Jänner 2018 wird die Arzneispezialität Subutex in allen Stärken und Packungsgrößen aus dem Erstattungskodex gestrichen. Der generische Verordnungsanteil von Arzneispezialitäten zur Substitutionstherapie bei Opiatabhängigkeit mit dem Wirkstoff Buprenorphin liegt derzeit bereits bei etwa 25%. Wir ersuchen Sie daher, die Richtlinien der ökonomischen Verschreibweise zu beachten und ausschließlich die im EKO gelisteten Nachfolgepräparate zu verordnen. Einen stets aktuellen Überblick gibt das Online-Infotool (www.erstattungskodex.at) oder die App EKO2go.

Änderungen im Erstattungskodex (EKO) ab Jänner 2018 Informationsstand Jänner 2018

ROT → **GRÜN**

Aufnahme kostengünstiger Nachfolgepräparate in den Grünen Bereich:

Präparat	Menge	T	OP	KVP €	max. Kostenersparnis € pro Packung*
C09 MITTEL MIT WIRKUNG AUF DAS RENIN-ANGIOTENSIN-SYSTEM					
C09DA07 Telmisartan und Diuretika					
Telmisartan/HCT "Accord"					
40 mg/12,5 mg Tabl.	30 Stk.	-	(2)	6,50	10,88 Erstanbieter nicht im EKO
80 mg/12,5 mg Tabl.	30 Stk.	-	(2)	6,50	13,63 Erstanbieter nicht im EKO
80 mg/25 mg Tabl.	30 Stk.	-	(2)	6,50	13,63 Erstanbieter nicht im EKO

* Vergleich zum Listenpreis des Erstanbieterpräparates in dosierungsäquivalenter Menge (Preisbasis der Berechnung: Jänner 2018)

Präparat	Menge	T	OP	KVP €	max. Kostenersparnis € pro Packung*
G04 UROLOGIKA					
G04CB02 Dutasterid					
Dutaglandin 0,5 mg Weichkaps.	30 Stk.	-	(2)	7,30	24,80 Erstanbieter nicht im EKO
U					
Im Jahr 2012 wurden noch 57.420 Packungen Dutasterid mit den SV-Trägern abgerechnet. Mit einem etwa viermal so hohen Preis zum vergleichbaren Finasterid fiel es 2013 aus der Erstattung. 2017 wurden ca. 500.000 Packungen Finasterid verordnet und ab sofort ist auch Dutasterid wieder im EKO angeführt.					

ROT → **GELB**

Aufnahme kostengünstiger Nachfolgepräparate in den Gelben Bereich:

Präparat	Menge	T	OP	KVP €	max. Kostenersparnis € pro Packung*	
J05 ANTIVIRALE MITTEL ZUR SYSTEMISCHEN ANWENDUNG						
J05AF07 Tenofovir Disoproxil						
RE2 L6	Ictady 245 mg Filmtabl.	30 Stk.	-	-	203,60	245,00
RE2 L6	Tenofovir disoproxil "Accord" 245 mg Filmtabl.	30 Stk.	-	-	203,60	245,00
RE2 L6	Tenofovir "ratiopharm" 245 mg Filmtabl.	30 Stk.	-	-	203,60	245,00
RE2 L6	Tenofovir "Sandoz" 245 mg Filmtabl.	30 Stk.	-	-	203,60	245,00
RE2 L6	Tenofovirdisoproxil "Mylan" 245 mg Filmtabl.	30 Stk.	-	-	183,20	265,40

* Vergleich zum Listenpreis des Erstanbieterpräparates in dosierungsäquivalenter Menge (Preisbasis der Berechnung: Jänner 2018)

Präparat	Menge	T	OP	KVP €	max. Kostenersparnis € pro Packung*	
<p>In Kombination mit anderen antiretroviralen Arzneimitteln bei ¹</p> <ul style="list-style-type: none"> – HIV-1-infizierten Erwachsenen – HIV-1-infizierten Jugendlichen ab 12 Jahren (größer gleich 35 kg), wenn der Einsatz von First-line-Arzneimitteln aufgrund von NRTI-Resistenzen oder Unverträglichkeiten ausgeschlossen ist. <p>Therapieeinleitung und regelmäßige Kontrollen durch einen Arzt/eine Ärztin mit Erfahrung in der HIV-Behandlung.</p> <p>Bei PatientInnen ab 12 Jahren (größer gleich 35 kg) in der Indikation chronische Hepatitis B mit kompensierter Lebererkrankung mit nachgewiesener aktiver Virus-Replikation (mehr als 10.000 HBV-DNA-Kopien/ml) kontinuierlich erhöhten Serum Alanin-Aminotransferase (ALT)-Werten sowie Nachweis einer aktiven Leberentzündung und/oder Fibrose.</p> <p>Indikationsstellung und Therapieüberwachung durch einen Arzt/eine Ärztin mit Erfahrung in der Behandlung der Hepatitis B.</p> <p>Regelmäßige Überwachung der ALT-Werte (alle 3 Monate) und virologischer Parameter (alle 6 Monate).</p> <p>Die Therapie ist abzusetzen:</p> <ul style="list-style-type: none"> – bei HBeAg-positiven PatientInnen ohne Zirrhose: 6 bis 12 Monate nach HBeAg-Serokonversion oder bei HBsAg-Serokonversion oder Verlust der Wirksamkeit – bei HBeAg-negativen PatientInnen ohne Zirrhose: bei HBsAg-Serokonversion oder Verlust der Wirksamkeit. <p>Tenofovir Disoproxil eignet sich für eine chef(kontroll)ärztliche Langzeitbewilligung für 6 Monate (L6).</p> <p>Tenofovir Disoproxil ist die nächste HIV-Therapie, die generisch verfügbar wird. Viread hat nun mehrere Mitbewerber. Diese Produkte sind, wie der Originär, auch zur Therapie der Hepatitis B zugelassen.</p>						
N06 PSYCHOANALEPTIKA						
N06DA03 Rivastigmin						
RE2	Rivastigmin "Genericon"	7 Stk.	-	-	10,70	8,60
L6	4,6 mg/24 h transdermales Pflaster	30 Stk.	-	(2)	42,05	34,75
RE2	9,5 mg/24 h transdermales Pflaster	30 Stk.	-	(2)	42,05	34,75
L6	13,3 mg/24 h transdermales Pflaster	30 Stk.	-	(2)	47,75	29,90
<ul style="list-style-type: none"> – 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. – Zu Therapiebeginn muss das Ergebnis der MMSE (Mini-Mental State Examination) größer bzw. gleich 10 betragen. – Vergewisserung für das Vorhandensein einer Betreuungsperson zur Sicherung der Compliance. – Eine Kontrolluntersuchung durch den/die o.a. Facharzt/Fachärztin ist nach Erreichung der Erhaltungsdosis durchzuführen. – Die Behandlung ist nur bei Ansprechen auf die Therapie weiterzuführen. – Alle 6 Monate ist eine Kontrolluntersuchung durch den/die o.a. Facharzt/Fachärztin mittels einer MMSE durchzuführen. – Die Therapie mit Rivastigmin ist zu beenden, wenn das Ergebnis der MMSE kleiner 10 ist. – Rivastigmin darf nicht mit anderen Arzneimitteln gegen Demenz kombiniert werden. – Rivastigmin eignet sich für eine chef(kontroll)ärztliche Langzeitbewilligung für 6 Monate (L6). 						

* Vergleich zum Listenpreis des Erstanbieterpräparates in dosierungsäquivalenter Menge (Preisbasis der Berechnung: Jänner 2018)

Aufnahme von Präparaten in den Gelben Bereich:

Präparat		Menge	T	OP	KVP €
B03 ANTIANÄMIKA					
B03AC Eisen, parenterale Zubereitungen					
RE2	Ferinject 50 mg Eisen/ml Inj.lsg. oder Konz. zur Herst. einer Inf.lsg. (PM)	1 Stk. (10 ml)	-	-	140,85
		1 Stk. (20 ml)	-	-	249,50
Zur Eisensubstitution, wenn mit oralen Therapiealternativen (ATC-Code B03A) nachweislich nicht das Auslangen gefunden werden kann. Die Aufnahme ist befristet und endet mit 31.12.2022.					
Ferinject wird intravenös als Injektion oder als Infusion verabreicht. Die maximal zulässige Einzeldosis liegt bei 15 mg/kg Körpergewicht bei der Injektion bzw. 20 mg Eisen/kg Körpergewicht bei der Infusion und darf 1.000 mg Eisen nicht überschreiten.					
J05 ANTIVIRALE MITTEL ZUR SYSTEMISCHEN ANWENDUNG					
J05AP Antivirale Mittel zur Behandlung von HCV Infektionen					
RE1	Maviret 100 mg/40 mg Filmtabl. (PM)	84 Stk.	-	-	14.791,95
Bei erwachsenen PatientInnen ab 18 Jahren mit chronischer Hepatitis C: <ul style="list-style-type: none"> - Therapie-naiv, Genotyp 1-6: ohne Zirrhose für 8 Wochen, mit kompensierter Zirrhose für 12 Wochen. - Therapie-erfahren (nach Versagen von Peginterferon plus Ribavirin mit oder ohne Sofosbuvir oder nach Versagen von Ribavirin plus Sofosbuvir): <ul style="list-style-type: none"> • Genotyp 1,2,4,5,6: ohne Zirrhose für 8 Wochen, mit kompensierter Zirrhose für 12 Wochen. • Genotyp 3: ohne Zirrhose oder mit kompensierter Zirrhose für 16 Wochen. Die PatientInnen sind vor Therapiebeginn in das Hepatitis C Register des Hauptverbandes aufzunehmen. Die Verordnung hat durch ein spezialisiertes Zentrum von einem Facharzt/einer Fachärztin für Innere Medizin mit dem Additivfach Gastroenterologie und Hepatologie oder Infektiologie und Tropenmedizin mit Erfahrung in der Behandlung der Hepatitis C zu erfolgen. Die Liste der für die Verordnung in Frage kommenden Einrichtungen wird vom Hauptverband erstellt und unter www.hauptverband.at/erstattungskodex_hepatitis_c publiziert. Die Aufnahme ist befristet und endet mit 31.12.2019.					
J05AR03 Tenofovir Disoproxil und Emtricitabin					
RE1	Emtricitabin/Tenofovir disoproxil "ratiopharm" 200 mg/245 mg Filmtabl.	30 Stk.	-	-	226,85
In Kombination mit anderen antiretroviralen Arzneimitteln bei HIV-1-infizierten Erwachsenen. Therapieeinleitung und regelmäßige Kontrollen durch einen Arzt/eine Ärztin mit Erfahrung in der HIV-Behandlung.					
Emtricitabin/Tenofovir disoproxil "ratiopharm" ist die generische Alternative zu Truvada, welches nicht im EKO gelistet ist. Aufgrund des Preisvorteils können die Kosten für die hochpreisige Alternative nicht mehr übernommen werden.					

Folgende Präparate wurden aus dem EKO gestrichen:

Präparat	Menge	ATC-Code	Streichung mit
Doxium 500 mg Kaps.	60 Stk.	C05CX	01.01.2018
Fenistil 1 mg Drag.	10 Stk. 30 Stk.	R06AB03	01.01.2018
Fenistil Tropf.	10 ml	R06AB03	01.01.2018
Imatinib "Mylan" 100 mg Filmtabl.	60 Stk.	L01XE01	01.01.2018
Imatinib "Mylan" 400 mg Filmtabl.	30 Stk.	L01XE01	01.01.2018
Lescol 40 mg Kaps.	28 Stk.	C10AA04	01.01.2018
Meresasul 200 mg Tabl.	50 Stk.	N05AL01	01.01.2018
Mirtazapin "Teva" 30 mg Filmtabl.	30 Stk.	N06AX11	01.01.2018
Mirtazapin "Teva" 45 mg Filmtabl.	30 Stk.	N06AX11	01.01.2018
Penicillin G-Natrium "Sandoz" 1 Mega I.E. – Trockenstechamp.	1 Stk.	J01CE01	01.01.2018
Penicillin G-Natrium "Sandoz" 10 Mega I.E. – Trockenstechamp.	1 Stk.	J01CE01	01.01.2018
Quetiapin "Accord" 50 mg Retardtabl.	10 Stk. 30 Stk.	N05AH04	01.01.2018
Quetiapin "Accord" 200 mg Retardtabl.	10 Stk. 30 Stk.	N05AH04	01.01.2018
Subutex 2 mg Sublingualtabl.	7 Stk. 28 Stk.	N07BC01	01.01.2018
Subutex 8 mg Sublingualtabl.	7 Stk. 28 Stk.	N07BC01	01.01.2018

Mit 1.11.2016 wurde der dritte wirkstoffgleiche Nachfolger zu Subutex mit dem Wirkstoff Buprenorphin, welches für die Opioid-Substitutionsbehandlung zugelassen ist, in den EKO aufgenommen. Trotz entsprechender Aufforderung weigerte sich das vertriebsberechtigte Unternehmen von Subutex den Preis entsprechend den rechtlichen Vorgaben per 1.2.2017 auf den Preis des dritten Nachfolgers im EKO zu senken, weshalb ein Streichungsverfahren eingeleitet wurde. Gegen den Streichungsbescheid des Hauptverbandes brachte das Unternehmen Beschwerde beim Bundesverwaltungsgericht (BVwG) ein, wodurch aufgrund der aufschiebenden Wirkung der Beschwerde Subutex vorerst weiterhin im EKO verblieb. Im November 2017 wies das BVwG die Beschwerde des Unternehmens ab. Die wirkstoffgleichen Nachfolger sind demnach als gleichwertig zum Original anzusehen. Ein höherer Preis von Subutex gegenüber den Nachfolgern ist daher nicht gerechtfertigt und die Streichung zulässig.

Somit wurde Subutex per 1.1.2018 aus dem EKO gestrichen. Durch die ausgebliebene erforderliche Preissenkung von Subutex entstanden der Sozialversicherung von Februar bis September 2017 nach einer ersten Schätzung bereits Mehrkosten im Ausmaß von rund 1,2 Millionen €. (Quelle: Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger)

Derzeit sind im EKO folgende Buprenorphin-Produkte gelistet, welche als völlig gleichwertige Alternativen zu Subutex zur Verfügung stehen:


NAME	Kassen- zeichen	MENGE	ART	KVP
Bupensan 2 mg Sublingualtabl.	RE1	7	ST	4,80
Bupensan 2 mg Sublingualtabl.	RE1	28	ST	16,85
Bupensan 4 mg Sublingualtabl.	RE1	7	ST	7,65
Bupensan 4 mg Sublingualtabl.	RE1	28	ST	27,25

Bupensan 8 mg Sublingualtabl.	RE1	7	ST	12,85
Bupensan 8 mg Sublingualtabl.	RE1	28	ST	45,80
Buprenorphin "Hexal" 2 mg Sublingualtabl.	RE1	30	ST	18,00
Buprenorphin "Hexal" 2 mg Sublingualtabl.	RE1	7	ST	4,80
Buprenorphin "Hexal" 8 mg Sublingualtabl.	RE1	30	ST	49,00
Buprenorphin "Hexal" 8 mg Sublingualtabl.	RE1	7	ST	12,85
Buprenorphin "ratiopharm" 2 mg Sublingualtabl.	RE1	7	ST	4,80
Buprenorphin "ratiopharm" 2 mg Sublingualtabl.	RE1	28	ST	16,85
Buprenorphin "ratiopharm" 8 mg Sublingualtabl.	RE1	7	ST	12,85
Buprenorphin "ratiopharm" 8 mg Sublingualtabl.	RE1	28	ST	45,80
Wir ersuchen, betroffene PatientInnen (mit entsprechender Aufklärung) zügig umzustellen und zukünftig nur noch die kostengünstigeren Buprenorphin-Produkte aus dem EKO zu verordnen.				
Vilan Tabl.		10 Stk.	N021AA04	01.01.2018

Änderung der Packungsgröße im Grünen Bereich:

Präparat	Menge	T	OP	KVP €
N02 ANALGETIKA				
N02AB03 Fentanyl				
Fentanyl "Genericon" 25 mcg/h transdermales Pflaster	5 Stk.	-	-	15,65
	10 Stk.	-	-	29,60
50 mcg/h transdermales Pflaster	5 Stk.	-	-	25,35
	10 Stk.	-	-	47,55
SG				
<i>IND: chronische Schmerzen, die durch starke orale Opioide nicht ausreichend behandelbar sind</i>				
Jeweils Aufnahme einer weiteren Packungsgröße zu 10 Stk.				

Abkürzungsverzeichnis

T	Teilbarkeit
OP	Originalpackungen
KVP	Kassenverkaufspreis ohne Umsatzsteuer
(2)	Zwei Packungen pro Verschreibung abgebbar, erfolgt keine Angabe, darf nur eine Packung abgegeben werden T2 Zur Dosishalbierung in zwei gleiche Teile teilbar
IND	Nur in der angegebenen Indikation frei verschreibbar (siehe EKO)
RE1	Vorabbewilligung durch den chef- und kontrollärztlichen Dienst (siehe EKO)
RE2	Bei Einhaltung der bestimmten Verwendung lt. Regeltext ersetzt die Dokumentation mit nachfolgender Kontrolle die Vorabbewilligung (siehe EKO)
L3	Langzeitbewilligung für 3 Monate möglich L6 Langzeitbewilligung für 6 Monate möglich
L12	Langzeitbewilligung für 12 Monate möglich
SG	Arzneispezialitäten, welche ohne Einschränkung den strengen Abgabebestimmungen für Suchtgifte unterliegen D Fachärztin/Facharzt für Haut- und Geschlechtskrankheiten
N	Facharzt/Fachärztin für Neurologie oder Neurologie und Psychiatrie oder Psychiatrie und Neurologie
P	Facharzt/Fachärztin für Psychiatrie oder Psychiatrie und Neurologie oder Neurologie und Psychiatrie oder Kinder- und Jugendpsychiatrie
AU	Facharzt/Fachärztin für Augenheilkunde
	Arzneispezialitäten, für die eine Vereinbarung über ein Preismodell mit dem vertriebsberechtigten Unternehmen vorliegt.

Impressum

Herausgeberin: WGKK in Kooperation mit der Ärztekammer für Wien
Kontakt: Mag.^a pharm. Dora Müller, MSc,
Medizinische Behandlungsökonomie,
Telefon: +43 1 601 22-2597,
E-Mail: dora.mueller@wgkk.at

Herausgeberin: Wiener Gebietskrankenkasse, 1100 Wien, Wienerbergstraße 15–19
Satz- und Druckfehler vorbehalten
Bildquelle: Shutterstock und WGKK
Nachdruck und Vervielfältigung nur mit ausdrücklicher Genehmigung der WGKK gestattet

Offenlegung (§ 25 Mediengesetz):
Medieninhaberin ist die Wiener Gebietskrankenkasse, 1100 Wien, Wienerbergstraße 15-19
Grundlegende Richtung des periodischen Mediums:
Fach- und Informationsblatt für die Vertragsärztinnen/-ärzte der Wiener
Gebietskrankenkasse