

im blickpunkt **tipps**

INFORMATION FÜR VERTRAGSPARTNER

Sammelband
November, Dezember 2013,
Jänner 2014



B  K

Burgenländische
Gebietskrankenkasse

Inhalt

Änderungen im Erstattungskodex ab Jänner 2014	Seite 3
Änderungen im Erstattungskodex ab Dezember 2013	Seite 8
Änderungen im Erstattungskodex ab November 2013	Seite 12

Impressum und Offenlegung gemäß §§ 24, 25 Mediengesetz Medieninhaberin und Herausgeberin:

Burgenländische Gebietskrankenkasse, gesetzliche
Krankenversicherung, Esterhazyplatz 3, 7000 Eisenstadt,
UID Nummer: ATU 16253300

Kontaktadresse: Dipl.-Ing. Berthold Reichardt,
Behandlungsökonomie, Telefon +43 2682608-1405,
E-Mail: berthold.reichardt@bgkk.at

Vertretungsbefugte Organe der
Burgenländischen Gebietskrankenkasse:
Obmann Hartwig Roth,
1.Obmann-Stellvertreter Johann Wagner,
2.Obmann-Stellvertreterin Josefine Rasztovits
Direktor Mag. Christian Moder,
Direktor-Stellvertreter Franz Winkovitsch

Aufsichtsbehörde: Die österreichische Sozialversicherung
unterliegt der Aufsicht des Bundes. Oberste Aufsichtsbehörde
ist der Bundesminister für Gesundheit

Erscheinungsweise: unregelmäßig ca. 4x jährlich
Die Publikation und alle darin enthaltenen Beiträge und
Abbildungen sind urheberrechtlich geschützt. Namentlich
gekennzeichnete Beiträge geben die Meinung der Autorin/des
Autors und nicht der Redaktion wieder. Sämtliche zur Verfügung
gestellten Informationen und Erklärungen sind
unverbindlich, die Burgenländische Gebietskrankenkasse
übernimmt keine Gewähr oder Haftung für deren Richtigkeit oder
Vollständigkeit und können daraus keinerlei
Rechtsansprüche begründet werden. Grundlegende Richtung des
periodischen Mediums: Fach- und Informationsblatt für die
Vertragspartner/innen der Burgenländischen
Gebietskrankenkasse und Entscheidungsträger/innen im
Burgenländischen Gesundheitssystem

Druck: Wiener Gebietskrankenkasse,
Wienerbergstraße 15-19, 1100 Wien
Satz- und Druckfehler vorbehalten

Bildquelle: Bilderbox, WGKK und BGKK
Nachdruck und Vervielfältigung nur mit ausdrücklicher
Genehmigung der BGKK gestattet

Vorwort

Sehr geehrte Damen und Herren,

mit getrennter Post haben die Vertragspartner die gedruckte Version des Erstattungskodex EKO mit Stand 1. Jänner 2014 erhalten. Auf ca. 450 Seiten werden alle Präparate gelistet, die auf Kassenkosten allgemein oder unter bestimmten Voraussetzungen verordnet werden können.

Die letzten drei Monate brachten wieder eine Reihe von Änderungen im Erstattungskodex mit sich. So ist mit Nevirapin erstmalig ein Wirkstoff zur Behandlung von HIV-Infektionen generisch verfügbar. Ebenfalls zur Behandlung der HIV-Infektion in den EKO aufgenommen wurde mit Stribild eine Vierfach-Kombination.

Auch wenn Tamsulosin schon länger als kostengünstige Variante verfügbar ist, ist hier nach wie vor ein hohes Einsparpotential vorhanden. Im Jänner wurde eine weitere ökonomische wirkstoffgleiche Alternative in den EKO aufgenommen.

Bundesweit lag der Generikaanteil an den Verordnungen im Jahr 2013 bei 32 % und wird 2014 die 33 % überschreiten, wobei sich einzelne SV-Träger bereits der 40 %-Marke nähern. Der unverändert hohe Preisvorteil der Generika und die Streichung von Hochpreispräparaten wie z. B. von Atacand und Atacand plus sollten den Generikaanteil weiter steigern. Wenn dann künftig jede zweite Verordnung eine generische sein wird, wird Österreich auch den Nimbus eines „Generika-Entwicklungslandes“ verlieren.

Eine Änderung der Verwendung im Gelben Bereich wurde bei den Präparaten Enbrel, Humira, Axura und Ebixa vorgenommen. Mezavant wurde von RE1 in RE2 übernommen.

Für die SV-Träger war 2013 ein wirtschaftlich erfolgreiches Jahr, da der Schuldenberg de facto abgebaut werden konnte. Davon profitieren die Patientinnen und Patienten und die Anbieter von Gesundheitsleistungen, da Innovationen leistbar werden. Und unser Gesundheitssystem braucht Innovationen, weil auch der gesamte Gesundheitssektor ein hochinnovativer ist.

Freundliche Grüße

Berthold Reichardt
Behandlungsökonomie

Änderungen im Erstattungskodex (EKO) ab Jänner 2014

Informationsstand Jänner 2014

ROT

 → GRÜN

Aufnahme kostengünstiger Nachfolgepräparate in den Grünen Bereich:

Präparat	Menge	T	OP	KVP €	max. Kostenersparnis € pro Packung*
G04 UROLOGIKA					
G04CA02 Tamsulosin					
Tamsulosin „easypharm“ 0,4 mg Retardkaps.	10 Stk.	-	(2)	1,80	Packungsgröße beim Erst- anbieter nicht vorhanden 4,05
	30 Stk.	-	(2)	5,45	
Frei verschreibbar für FachärztInnen für Urologie					
Das Preisband der Tamsulosin-Präparate reicht von € 5,45 bis zu € 9,50. Auf Basis der rezenten Verordnungsverteilung liegen über € 100.000,- aktuell am Rezeptblock brach, und das pro Monat! Wie im EKO angeführt, kann nach Vorliegen eines Therapiekonzeptes durch die Fachärztin/den Facharzt für Urologie die Weiterverordnung durch die Allgemeinmedizinerin/den Allgemeinmediziner erfolgen. Eine Umstellung auf ein kostengünstiges Generikum ist dabei nicht nur möglich sondern durch die RÖV sogar gefordert.					
N02 ANALGETIKA					
N02AA05 Oxycodon					
Oxycodon-HCl „ratiopharm“ 30 mg Retardtabl.	10 Stk.	T2	(2)	8,10	Wirkstoffstärke beim Erst- anbieter nicht vorhanden
	30 Stk.	T2	-	20,00	
SG					
30 mg Retardtabl.	60 Stk.	T2	-	32,15	Wirkstoffstärke beim Erst- anbieter nicht vorhanden
SG					
Hinweis: Nicht zur Initialtherapie					
Oxycodon-HCl „ratiopharm“ 60 mg Retardtabl.	10 Stk.	T2	(2)	12,80	Wirkstoffstärke beim Erst- anbieter nicht vorhanden
	30 Stk.	T2	-	32,25	
SG					
60 mg Retardtabl.	60 Stk.	T2	-	51,70	Wirkstoffstärke beim Erst- anbieter nicht vorhanden
SG					
Hinweis: Nicht zur Initialtherapie					
Austria Codex: Die Anfangsdosis bei Opioid-naiven Patienten beträgt 10 mg Oxycodonhydrochlorid in 12-stündlichen Intervallen. Manche Patienten profitieren unter Umständen von einer Anfangsdosis von 5 mg, da hierdurch das Auftreten von Nebenwirkungen so gering wie möglich gehalten werden kann. Bei Patienten, die bereits mit Opioiden behandelt wurden, kann unter Berücksichtigung ihrer Erfahrungen mit einer Opioid-Therapie mit höheren Dosierungen begonnen werden.					

* Vergleich zum Erstanbieterpräparat in dosierungsäquivalenter Menge (Preisbasis der Berechnung: Jänner 2014)

Präparat	Menge	T	OP	KVP €	max. Kostenersparnis € pro Packung*
N06 PSYCHOANALEPTIKA					
N06AB06 Sertralin					
Sertralin „Bluefish“ 50 mg Filmtabl.	10 Stk.	-	(2)	3,15	1,94
	30 Stk.	-	-	9,45	1,98
100 mg Filmtabl.	10 Stk.	-	(2)	3,15	Wirkstoffstärke beim Erst- anbieter nicht vorhanden
	30 Stk.	-	-	9,45	
Gladem und Tresleen werden gerne als Originärpräparate zum Generikapreis bezeichnet. Dennoch zeigt die Verknüpfung der aktuellen Realverordnungen mit dem Ökotool ein monatliches Einsparpotenzial von € 50.000,--					
S01 OPHTHALMIKA					
S01ED51 Timolol, Kombinationen					
Glaukodoc Comp 50 mcg/ml + 5 mg/ml Augentropf.	2,5 ml	-	(2)	9,60	0,50
Frei verschreibbar für FachärztInnen für Augenheilkunde					
S01EE01 Latanoprost					
Glaukodoc 50 mcg/ml Augentropf	2,5 ml	-	(2)	8,55	1,05
Frei verschreibbar für FachärztInnen für Augenheilkunde					

Aufnahme von Präparaten in den Grünen Bereich:

Präparat	Menge	T	OP	KVP €
A10 ANTIDIABETIKA				
A10AD05 Insulin aspart				
NovoMix 50 FlexPen 100 E/ml Inj.susp. in einem Fertigpen	5 Stk.	-	(2)	43,40
70 FlexPen 100 E/ml Inj.susp. in einem Fertigpen	5 Stk.	-	(2)	43,40



Aufnahme kostengünstiger Nachfolgepräparate in den Gelben Bereich:

Präparat	Menge	T	OP	KVP	KVP €
J05 ANTIVIRALE MITTEL ZUR SYSTEMISCHEN ANWENDUNG					
J05AG01 Nevirapin					
RE2 Nevirapin „Sandoz“ 200 mg Tabl.	14 Stk.	-	-	42,75	34,80
	60 Stk.	-	-	144,70	110,50

* Vergleich zum Erstanbieterpräparat in dosierungsäquivalenter Menge (Preisbasis der Berechnung: Jänner 2014)

Präparat		Menge	T	OP	KVP	KVP €
In Kombination mit mindestens zwei anderen antiretroviralen Arzneimitteln bei HIV-1-infizierten Erwachsenen und Jugendlichen ab 16 Jahren mit fortgeschrittenem oder fortschreitendem Immundefekt (Definition siehe Fachinformation). Die Therapieeinleitung und regelmäßige -kontrollen sind von einem Arzt/einer Ärztin, der/die Erfahrung in der Behandlung der HIV-Infektion besitzt, durchzuführen.						
Nevirapin ist das erste HIV-Medikament, das ab sofort auch generisch verfügbar ist. Die Substanz wird knapp 8.000-mal pro Jahr in Österreich verordnet.						
N06 PSYCHOANALEPTIKA						
N06DA04 Galantamin						
RE2 L6	Galantamin „ratiopharm“ 8 mg Retardkaps.	10 Stk. 30 Stk.	- -	- (2)	8,40 22,65	0,32 1,81
RE2 L6	16 mg Retardkaps.	30 Stk.	-	(2)	37,20	2,78
RE2 L6	24 mg Retardkaps.	30 Stk.	-	(2)	42,15	3,06
<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 Galantamin ist zu beenden, wenn das Ergebnis der MMSE kleiner 10 ist. - Galantamin darf nicht mit anderen Arzneimitteln gegen Demenz kombiniert werden. - Galantamin eignet sich für eine chef(kontroll)ärztliche Langzeitbewilligung für 6 Monate (L6). 						
N06DX01 Memantin						
RE2	Memantin „ratiopharm“ 5, 10, 15, 20 mg Filmtabl. (Starterpackung)	28 Stk.	-	-	27,75	19,65
<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) kleiner bzw. gleich 14 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 Memantin ist zu beenden, wenn das Ergebnis der MMSE kleiner 3 ist. - Memantin darf nicht mit anderen Arzneimitteln gegen Demenz kombiniert werden. 						
RE2 L6	Memantin „ratiopharm“ 10 mg Filmtabl.	30 Stk.	T2	(2)	27,70	18,40
RE2 L6	20 mg Filmtabl.	30 Stk.	T2	(2)	44,95	31,95
<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) kleiner bzw. gleich 14 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 Memantin ist zu beenden, wenn das Ergebnis der MMSE kleiner 3 ist. - Memantin darf nicht mit anderen Arzneimitteln gegen Demenz kombiniert werden. - Memantin eignet sich für eine chef(kontroll)ärztliche Langzeitbewilligung für 6 Monate (L6). 						

Aufnahme von Präparaten in den Gelben Bereich:

Präparat	Menge	T	OP	KVP €	
J05 ANTIVIRALE MITTEL ZUR SYSTEMISCHEN ANWENDUNG					
J05AR09 Emtricitabin, Tenofovir Disoproxil, Elvitegravir und Cobicistat					
RE1	Stribild 150 mg/150 mg/200 mg/245 mg Filmtabl.	30 Stk.	-	-	1.275,60
<p>Zur Behandlung von HIV-1-infizierten Erwachsenen, die antiretroviral nicht vorbehandelt sind oder bei denen HIV-1 keine Mutation aufweist, die mit Resistenz gegen einen der enthaltenen Wirkstoffe assoziiert ist. Die Therapieeinleitung und regelmäßige -kontrollen sind von einem Arzt/einer Ärztin, der/die Erfahrung in der Behandlung der HIV-Infektion besitzt, durchzuführen.</p>					

Folgende Präparate wurden aus dem EKO gestrichen:

Präparat	Menge	ATC-Code	Streichung mit
Aerocef 100 mg/5 ml Trockensaft	60 ml	J01DD08	01.01.2014
Becotide Rotadisks 0,4 mg Pulver z. Trockeninh.	40 Stk. 120 Stk.	R03BA01	01.01.2014
Brexin 20 mg Tabl.	10 Stk. 30 Stk.	M01AC01	01.01.2014
<p>Trotz der sehr kritischen Bewertung aller Präparate mit dem Wirkstoff Piroxicam des BASG im Jahr 2007 (http://www.basg.gv.at/uploads/media/071102_Piroxicam.pdf, Zugriff am 10.12.2013) und der Änderung der Fachinformation mit massiven Einschränkungen zum Anwendungsgebiet und zur Dosierung wurden 2012 noch immer ca. 30.000 Packungen mit den SV-Trägern abgerechnet.</p>			
Cefixim „Hexal“ 100 mg/5 ml Gran. z. Herst. einer Susp. z. Einnehmen	60 ml	J01DD08	01.01.2014
Cefixim „Sandoz“ 100 mg/5 ml Gran. z. Herst. einer Susp. z. Einnehmen	60 ml	J01DD08	01.01.2014
Citalopram „Torrex“ 20 mg Filmtabl.	14 Stk. 28 Stk.	N06AB04	01.01.2014
Concor Cor 2,5 mg Filmtabl.	30 Stk.	C07AB07	01.01.2014
Dreisacarb Filmtabl.	200 Stk. 600 Stk.	V03AE	01.01.2014
Fluvastatin „Actavis“ 80 mg Retardtabl.	30 Stk.	C10AA04	01.01.2014
Galle-Donau Drag.	50 Stk.	A05AX	01.01.2014
Gonal-f 75 IE (5,5 mcg) Plv. u. Lsgm. z. Herst. einer Inj.lsg.	1 Stk.	G03GA05	01.01.2014
Myolastan 50 mg Filmtabl.	10 Stk. 20 Stk.	M03BX07	01.01.2014
Thrombo ASS 30 mg Filmtabl.	30 Stk. 100 Stk.	B01AC06	01.01.2014
Ultralan Salbe	15 g 30 g	D07AC05	01.01.2014
Zerit 40 mg Hartkaps.	56 Stk.	J05AF04	01.01.2014

Änderung der Verwendung im Grünen Bereich:

Präparat	Menge	T	OP	KVP €
N05 PSYCHOLEPTIKA				
N05AA02 Levomepromazin				
Nozinan 4 % Tropf.	20 ml	-	(2)	4,55
Änderung auf „frei verschreibbar“				

Änderung der Verwendung im Grünen Bereich (Übernahme vom Gelben Bereich):

Präparat	Menge	T	OP	KVP €
L04 IMMUNSUPPRESSIVA				
L04AA06 Mycophenolsäure				
CellCept 500 mg Filmtabl.	150 Stk.	-	-	142,90
Übernahme in den Grünen Bereich "frei verschreibbar", wobei das Ökotool Mycophenolatmofetil „Accord“ 500 mg Filmtabl. als kostengünstigere Alternative ausweist.				
N05 PSYCHOLEPTIKA				
N05AA02 Levomepromazin				
Nozinan 4 % Tropf.	100 ml	-	-	19,70
Übernahme vom Gelben Bereich in den Grünen Bereich „frei verschreibbar“				

Änderung der Verwendung im Gelben Bereich:

Präparat	Menge	T	OP	KVP €	
A07 ANTIDIARRHOIKA UND INTESTINALE ANTIPHLOGISTIKA/ANTIINFECTIVA					
A07EC02 Mesalazin					
RE2	Mezavant 1200 mg magensaftresistente Retardtabl.	60 Stk.	-	-	74,55
Wenn mit Therapiealternativen (Darreichungsformen) aus dem Grünen Bereich nachweislich nicht das Auslangen gefunden werden kann.					
Übernahme von RE1 in RE2					

Änderung des ATC-Codes im Grünen Bereich:

Präparat	Menge	T	OP	KVP €
D11 ANDERE DERMATIKA				
D011AX Andere Dermatika (vormals D11AC30)				
Squamasol crinale Lsg.	50 ml	-	(2)	5,95
Squamasol Gel	100 g	-	-	9,65

Rückblickend: Änderungen im Erstattungskodex ab Dezember 2013 Informationsstand Dezember 2013

ROT → **GRÜN**

Aufnahme kostengünstiger Nachfolgepräparate in den Grünen Bereich:

Präparat	Menge	T	OP	KVP €	max. Kostenersparnis € pro Packung*
A10 ANTIDIABETIKA					
A10BB09 Gliclazid					
Gliclazid „Sandoz“ 30 mg Tabl. mit veränderter Wirkstofffreisetzung	30 Stk. 120 Stk.	- -	(2) -	1,95 7,80	0,25 1,40
C09 MITTEL MIT WIRKUNG AUF DAS RENIN-ANGIOTENSIN-SYSTEM					
C09DA06 Candesartan und Diuretika					
Candesartan/HCT „Arcana“ 16 mg/12,5 mg Tabl.	30 Stk.	-	(2)	6,80	2,40
Candesartan/HCT „Stada GmbH“ 32 mg/12,5 mg Tabl.	30 Stk.	-	(2)	6,80	2,40
32 mg/25 mg Tabl.	30 Stk.	T2	(2)	6,80	2,40
Da ab sofort alle Atacand-Präparate nicht mehr auf Kassenkosten verordnet werden können, ist es wichtig, dass eine breite Palette an Nachfolgepräparaten in allen Wirkstärken und Kombinationen mit HCT zur Verfügung steht. Es ist nachvollziehbar, dass auch bereits eingestellten PatientInnen das Originärpräparat zum dreifachen Preis nicht erstattet werden kann.					
D05 ANTIPSORIATIKA					
D05BB02 Acitretin					
Keracutan 10 mg Kaps.	30 Stk.	-	-	11,25	17,50 (Erstanbieter in RE2)
	100 Stk.	-	-	35,45	52,20 (Erstanbieter in RE2)
25 mg Kaps.	30 Stk.	-	-	22,90	35,85 (Erstanbieter in RE2)
	100 Stk.	-	-	72,45	115,85 (Erstanbieter in RE2)
Frei verschreibbar für FachärztInnen für Dermatologie mit dem Hinweis „Acitretin ist stark teratogen. Die Anwendung ist bei schwangeren Frauen und bei Frauen, die 4 Wochen vor, während und 2 Jahre nach der Behandlung schwanger werden könnten, kontraindiziert (Schwangerschaft ausschließen)“					
Keracutan ist ein Nachfolgepräparat zu dem im Gelben Bereich angeführten Neotigason. Entsprechend dem Ampelprinzip ist die Verordnung des Nachfolgepräparates zu bevorzugen.					

* Vergleich zum Erstanbieterpräparat in dosierungsäquivalenter Menge (Preisbasis der Berechnung: Dezember 2013)

Präparat	Menge	T	OP	KVP €	max. Kostenersparnis € pro Packung*
N05 PSYCHOLEPTIKA					
N05AH04 Quetiapin					
Quetiapin „Accord“ 200 mg Retardtabl.	10 Stk.	-	(2)	9,50	10,80
	30 Stk.	-	(2)	21,65	24,75
300 mg Retardtabl.	10 Stk.	-	(2)	12,55	15,80
	60 Stk.	-	-	51,55	58,50
400 mg Retardtabl.	10 Stk.	-	(2)	15,25	34,05
	60 Stk.	-	-	68,50	94,50
Der Generikaanteil liegt bei den Quetiapinverordnungen derzeit bei ca. 40 %.					
N05AX08 Risperidon					
Risperidon „Sandoz“ 1 mg Schmelzfilm	10 Stk.	-	(2)	3,85	(Packungsgröße beim Erst- anbieter nicht vorhanden) 21,43
	60 Stk.	-	-	19,95	
2 mg Schmelzfilm	10 Stk.	-	(2)	6,45	(Packungsgröße beim Erst- anbieter nicht vorhanden) 76,87 (Erstanbieter in RE2)
	60 Stk.	-	-	32,60	

Aufnahme von Präparaten in den Grünen Bereich:

Präparat	Menge	T	OP	KVP €
C01 HERZTHERAPIE				
C01EB15 Trimetazidin				
Vastarel 35 mg Filmtabl. mit veränderter Wirkstofffreisetzung	30 Stk.	-	-	5,35
	60 Stk.	-	-	10,40
Weiteres Medikament zur Behandlung der Angina pectoris; die Bewertung der EMA finden Sie unter (http://www.ema.europa.eu/docs/de_DE/document_library/Referrals_document/Trimetazidine_31/WC500129195.pdf , Zugang am 7.11.2013)				

ROT → **GELB**

Aufnahme kostengünstiger Nachfolgepräparate in den Gelben Bereich:

Präparat	Menge	T	OP	KVP €	max. Kostenersparnis € pro Packung*
N06 PSYCHOANALEPTIKA					
N06DA02 Donepezil					
RE2 L6 Donepezil „Sandoz“ 5 mg Schmelzfilme	10 Stk.	-	(2)	8,95	0,99
	30 Stk.	-	-	25,35	3,34
RE2 L6 10 mg Schmelzfilme	30 Stk.	-	(2)	39,95	6,06

* Vergleich zum Erstanbieterpräparat in dosierungsäquivalenter Menge (Preisbasis der Berechnung: Dezember 2013)

Präparat	Menge	T	OP	KVP €	max. Kostenersparnis € pro Packung*	
<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 Donepezil ist zu beenden, wenn das Ergebnis der MMSE kleiner 10 ist. - Donepezil darf nicht mit anderen Arzneimitteln gegen Demenz kombiniert werden. - Donepezil eignet sich für eine chef(kontroll)ärztliche Langzeitbewilligung für 6 Monate (L6). 						
N06DA03 Rivastigmin						
RE2 L6	Rivastigmin „Genericon“ 4,6 mg/24 h transdermales Pflaster	7 Stk. 30 Stk.	- -	- (2)	12,60 49,50	14,40 56,20
RE2 L6	4,6 mg/24 h transdermales Pflaster	30 Stk.	-	(2)	49,50	56,20
<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). 						

Aufnahme von Präparaten in den Gelben Bereich:

Präparat	Menge	T	OP	KVP €	
D06 ANTIBIOTIKA UND CHEMOTHERAPEUTIKA ZUR DERMATOLOGISCHEN ANWENDUNG					
D06BX02 Ingenol mebutat					
RE1	Picato 150 mcg/g Gel	3 Stk.	-	-	108,10
Bei nicht-hyperkeratotischen, nicht-hypertrophen aktinischen Keratosen des Kopfes und Gesichts mit einer Fläche von kleiner gleich 25 cm ² nach dermatologischer Abklärung, wenn <ul style="list-style-type: none"> - eine Kryotherapie oder operative Entfernung kontraindiziert oder nicht möglich ist und - wegen Art oder Anzahl der Läsionen bzw. wegen der Anwendungsdauer oder Unverträglichkeit die im Gelben Bereich des Erstattungskodex angeführte therapeutische Alternative (ATC-Code D11AX – 5-Fluorouracil/Salicylsäure) nicht geeignet ist und - wegen Unverträglichkeit oder der Anwendungsdauer die im Gelben Bereich des Erstattungskodex angeführten therapeutischen Alternativen (ATC-Code D06BB10, D11AX18) nicht geeignet sind. 					
RE1	500 mcg/g Gel	2 Stk.	-	-	108,10
Bei nicht-hyperkeratotischen, nicht-hypertrophen aktinischen Keratosen an Stamm und Extremitäten mit einer Fläche von kleiner gleich 25 cm ² nach dermatologischer Abklärung, wenn <ul style="list-style-type: none"> - eine Kryotherapie oder operative Entfernung kontraindiziert oder nicht möglich ist und - wegen Art oder Anzahl der Läsionen bzw. wegen Anwendungsdauer oder Unverträglichkeit die im Gelben Bereich des Erstattungskodex angeführte therapeutische Alternative (ATC-Code D11AX – 5-Fluorouracil/Salicylsäure) nicht geeignet ist. 					

* Vergleich zum Erstanbieterpräparat in dosierungsäquivalenter Menge (Preisbasis der Berechnung: Dezember 2013)

Folgende Präparate wurden aus dem EKO gestrichen:

Präparat	Menge	ATC-Code	Streichung mit
Atacand 4 mg Tabl.	28 Stk.	C09CA06	01.12.2013
Atacand 8 mg Tabl.	28 Stk.	C09CA06	01.12.2013
Atacand 16 mg Tabl.	28 Stk.	C09CA06	01.12.2013
Atacand 32 mg Tabl.	28 Stk.	C09CA06	01.12.2013
Atacand Plus 16 mg/12,5 mg Tabl.	28 Stk.	C09DA06	01.12.2013
Atacand Plus 32 mg/12,5 mg Tabl.	28 Stk.	C09DA06	01.12.2013
Atacand Plus 32 mg/25 mg Tabl.	28 Stk.	C09DA06	01.12.2013
Atacand Plus mite 8 mg/12,5 mg Tabl.	28 Stk.	C09DA06	01.12.2013
Desloraderm 5 mg Filmtabl.	10 Stk. 30 Stk.	R06AX27	01.12.2013
Duphalac Sirup*	200 ml 500 ml	A06AD11	01.12.2013
Fludara Filmtabl.*	15 Stk. 20 Stk.	L01BB05	01.12.2013
Kreon Gran.*	50 Stk.	A09AA02	01.12.2013

* aufgrund von Nichtlieferfähigkeit gestrichen

Änderung der Packungsgröße im Grünen Bereich:

Präparat	Menge	T	OP	KVP €
B03 ANTIANÄMIKA				
B03XA01 Erythropoietin				
Binocrit 10.000 IE/1,0 ml Inj.lsg. in Fertigspr.	6 Stk.	-	(2)	344,15
IND:				
Symptomatische Anämie infolge Chemotherapie maligner Tumore mit Ausgangs-Hb kleiner 10 g/dl.				
<ul style="list-style-type: none"> - Nach Therapiebeginn und nach jeder Dosisänderung kurzfristige Hb-Kontrollen bis zur Stabilisierung des Hb, danach mindestens vierwöchentliche Hb-Kontrollen. - Es ist die niedrigst mögliche Dosierung zu wählen, die ausreicht, das Hb schrittweise so weit zu erhöhen, damit Transfusionen vermieden werden (Grenzwert üblicherweise Hb 8 g/dl). - Hämoglobinwerte über 12 g/dl sind zu vermeiden. - Bei Nichtansprechen Abbruch max. 8 Wochen nach Therapiebeginn. - Therapieende nach Abschluss des Chemotherapieschemas. - Für PatientInnen, bei denen es in irgendeinem 2-Wochen-Zeitraum zu einem Hb-Anstieg größer 1 g/dl kommt, bestehen erhöhte Sicherheitsbedenken. - Cave: in kontrollierten klinischen Studien bei PatientInnen mit verschiedenen Tumorerkrankungen, die mit ESAs (Erythropoiesis Stimulating Agents) behandelt wurden, ist eine nicht erklärbare höhere Mortalität beobachtet worden. 				
Austausch auf ein Produkt mit Nadelschutzsystem				

Änderungen im Erstattungskodex ab November 2013

Informationsstand November 2013

ROT → **GRÜN**

Aufnahme kostengünstiger Nachfolgepräparate in den Grünen Bereich:

Präparat	Menge	T	OP	KVP €	max. Kostenersparnis € pro Packung*
A02 MITTEL BEI SÄURE BEDINGTEN ERKRANKUNGEN					
A02BC03 Lansoprazol					
Lansoprazol „Teva“ 15 mg Schmelztabl.	28 Stk.	-	(2)	8,50	2,95
30 mg Schmelztabl.	7 Stk.	-	-	4,45	1,90
	14 Stk.	-	-	8,25	2,35
	28 Stk.	-	-	10,05	37,90
(Erstanbieter nicht im EKO)					
Auf Basis der Realverordnungen des 1. Halbjahres 2013 und des Preisvorteils der Lansoprazol-Generika könnte die Therapie mit Lansoprazol um über 1 Mio. €/Jahr kostengünstiger durchgeführt werden.					
M05 MITTEL ZUR BEHANDLUNG VON KNOCHENERKRANKUNGEN					
M05BA08 Zoledronsäure					
Zoledronsäure „Teva Pharma“ 5 mg/100 ml Inf.lsg.	1 Stk.	-	-	139,80	98,40
<i>IND: PatientInnen mit Knochenbruchkrankheit (Osteoporose) mit hohem Frakturrisiko oder vorhergegangenen Frakturen nach inadäquatem Trauma. Bei M. Paget des Skeletts: Erstverordnung und Kontrollen durch entsprechende Fachabteilung</i>					
Zoledronat hat sich in zahlreichen klinischen Studien mit einer deutlichen Senkung des Frakturrisikos bewährt und hat auch eine breite Zulassung inkl. der Osteoporose bei Männern und der Osteoporose bei systemischer Langzeit-Glukokortikoid-Therapie. Mit der Verfügbarkeit von Zoledronsäure Teva Pharma 5 mg/100 ml steht diese Substanz auch kostengünstig zur Verfügung. Die Jahrestherapiekosten liegen im Bereich einer oralen Bisphosphonattherapie.					
N05 PSYCHOLEPTIKA					
N05AE04 Ziprasidon					
Ziprasidon „Stada“ 20 mg Hartkaps.	10 Stk.	-	(2)	12,30	Packungsgröße beim Erstanbieter nicht vorhanden 31,15
	60 Stk.	-	(2)	67,50	
40 mg Hartkaps.	10 Stk.	-	(2)	12,95	Packungsgröße beim Erstanbieter nicht vorhanden 32,90
	60 Stk.	-	(2)	71,25	
60 mg Hartkaps.	10 Stk.	-	(2)	13,10	Packungsgröße beim Erstanbieter nicht vorhanden 33,31
	60 Stk.	-	(2)	72,20	
80 mg Hartkaps.	10 Stk.	-	(2)	13,65	Packungsgröße beim Erstanbieter nicht vorhanden 67,00
	60 Stk.	-	(2)	75,00	
(Erstanbieter in RE2)					
Das 2. Generikum zu Zeldox hat einen Preisvorteil von ca. 30 %. Auf Grund des Ampelprinzips ist die bei jedem 10. Patienten erforderliche Dosissteigerung auf 80 mg regelkonform nur mit einem im Grünen Bereich angeführten Ziprasidon möglich.					

* Vergleich zum Erstanbieterpräparat in dosierungsäquivalenter Menge (Preisbasis der Berechnung: November 2013)

Präparat	Menge	T	OP	KVP €	max. Kostenersparnis € pro Packung*
N05AH03 Olanzapin					
Olanzapin „Ranbaxy“ 2,5 mg Tabl.	14 Stk.	-	-	8,40	Packungsgröße beim Erst- anbieter nicht vorhanden 1,45
	28 Stk.	-	(2)	16,15	
5 mg Tabl.	14 Stk.	-	-	13,70	Packungsgröße beim Erst- anbieter nicht vorhanden 2,50
	28 Stk.	-	(2)	26,55	
10 mg Tabl.	14 Stk.	-	-	22,20	Packungsgröße beim Erst- anbieter nicht vorhanden 12,60
	28 Stk.	-	(2)	42,05	

Aufnahme von Präparaten in den Grünen Bereich:

Präparat	Menge	T	OP	KVP €
R01 RHINOLOGIKA				
R01AD58 Fluticason, Kombinationen				
Dymista 137 mcg/50 mcg pro Sprühstoß Nasenspray Susp.	23 g 120 Hübe	-	-	24,40
<i>IND: Zur symptomatischen Behandlung der mittelschweren bis schweren allergischen Rhinitis, wenn eine Monotherapie entweder mit einem intranasalen Antihistaminikum oder Glucocorticoid nicht ausreichend ist.</i>				
Dymista ist ein Kombinationspräparat von Fluticason und Azelastin, dem Wirkstoff von Allergodil. Es darf nicht bei Kindern unter 12 Jahren angewendet werden.				
S01 OPHTHALMIKA				
S01GX08 Ketotifen				
Zaditen Ophtha Abak 0,25 mg/ml Augentropfen	5 ml 1 ml = 30 Tr.	-	-	10,05
<i>IND: saisonale allergische Conjunctivitis bei Konservierungsmittelallergie oder -unverträglichkeit</i>				

ROT → **GELB**

Aufnahme kostengünstiger Nachfolgepräparate in den Gelben Bereich:

Präparat	Menge	T	OP	KVP €	max. Kostenersparnis € pro Packung*
N06 PSYCHOANALEPTIKA					
N06DA03 Rivastigmin					
RE2 L6 Permente 4,6 mg/24 h transdermales Pflaster	7 Stk.	-	-	14,60	12,40 47,45
	30 Stk.	-	(2)	58,25	
RE2 L6 9,5 mg/24 h transdermales Pflaster	7 Stk.	-	-	14,60	Packungsgröße beim Erstanbieter nicht vorhanden 47,45
	30 Stk.	-	(2)	58,25	

* Vergleich zum Erstanbieterpräparat in dosierungsäquivalenter Menge (Preisbasis der Berechnung: November 2013)

Präparat	Menge	T	OP	KVP €	max. Kostenersparnis € pro Packung*	
<ul style="list-style-type: none"> - Die Diagnose DAT (Demenz vom Alzheimer Typ) 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). 						
RE2 L6	Rivastigmin „ratiopharm“ 4,6 mg/24 h transdermales Pflaster	7 Stk. 30 Stk.	- -	- (2)	14,60 58,25	12,40 47,45
RE2 L6	9,5 mg/24 h transdermales Pflaster	30 Stk.	-	(2)	58,25	47,45
<ul style="list-style-type: none"> - Die Diagnose DAT (Demenz vom Alzheimer Typ) 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). 						
4 von 5 Verordnungen von Rivastigmin entfallen auf ein transdermales Pflaster. Da nun auch dieses generisch verfügbar ist, erhöht sich das Einsparpotenzial für diese Substanz um ein Vielfaches.						

Folgende Präparate wurden aus dem EKO gestrichen:

Präparat	Menge	ATC-Code	Streichung mit
Ebetrexat 10 mg/ml parenterale Lösung	1 Stk. (1 ml) 1 Stk. (2 ml) 5 Stk. (1 ml) 5 Stk. (2 ml)	L01BA01	01.11.2013
Mit der Marktrücknahme durch den Anbieter wird die Umsatzsteigerung der Fertigspritze, die ca. siebenmal so viel kostet, gefördert. Hier wird vom Hersteller die Monopolsituation zum Schaden der sozialen Krankenversicherung ausgenutzt.			
Pericephal Tabl.	20 Stk. 50 Stk.	N07CA02	01.11.2013
Rohypnol „Roche“ 1 mg Filmtabl.	10 Stk.	N05CD03	01.11.2013
Simvastatin „Pfizer“ 20 mg Filmtabl.	28 Stk.	C10AA01	01.11.2013

* Vergleich zum Erstanbieterpräparat in dosierungsäquivalenter Menge (Preisbasis der Berechnung: November 2013)

Änderung der Packungsgröße im Gelben Bereich:

Präparat	Menge	T	OP	KVP €
L01 ANTINEOPLASTISCHE MITTEL				
L01BC53 Tegafur, Kombinationen				
RE2	Teysuno 15 mg/4,35 mg/11,8 mg Hartkaps.	42 Stk. 126 Stk.	- -	152,10 408,00
Zur Behandlung von erwachsenen PatientInnen mit fortgeschrittenem Magenkarzinom in Kombination mit Cisplatin; Diagnose, Erstverordnung und engmaschige Kontrolle durch entsprechende Fachabteilungen und Zentren.				
Aufnahme einer weiteren Packungsgröße zu 126 Stk. Diese Packungsgröße entspricht durchschnittlich dem Bedarf für einen Zyklus (bei ca. 70 kg und ca. 175 cm).				

Änderung der Verwendung im Gelben Bereich:

Präparat	Menge	T	OP	KVP €
L04 IMMUNSUPPRESSIVA				
L04AB01 Etanercept				
RE1	Enbrel 50 mg Inj.lsg. in Fertigspr.	4 Stk.	-	1.011,80
<ol style="list-style-type: none"> Mittelschwere bis schwere aktive rheumatoide Arthritis erwachsener PatientInnen bei Versagen von mindestens einem DMARD (disease-modifying anti-rheumatic drug), wobei Methotrexat in ausreichender Dosierung und ausreichender Dauer verabreicht worden sein muss. Erstverordnung und engmaschige Kontrolle durch FachärztInnen mit Additivfach Rheumatologie oder durch Zentren, die berechtigt sind, solche auszubilden. Aktive und progressive Psoriasis-Arthritis bei Erwachsenen bei Versagen von mindestens zwei anderen DMARDs (disease-modifying anti-rheumatic drugs) inklusive Methotrexat. Erstverordnung und engmaschige Kontrolle durch FachärztInnen mit Additivfach Rheumatologie oder durch Zentren, die berechtigt sind, solche auszubilden. Schwere aktive Spondylitis ankylosans (Morbus Bechterew) bei Erwachsenen mit schwerer Wirbelsäulensymptomatik und erhöhten Entzündungsparametern bei Versagen konventioneller Therapiemöglichkeiten. Erstverordnung und engmaschige Kontrolle durch FachärztInnen mit Additivfach Rheumatologie oder durch Zentren, die berechtigt sind, solche auszubilden. Mittelschwere bis schwere Plaque-Psoriasis erwachsener PatientInnen bei Versagen, Unverträglichkeit oder Kontraindikationen von systemischen Therapien wie Ciclosporin, Methotrexat oder PUVA, in einer Dosierung von maximal 50 mg pro Woche. Erstverordnung und engmaschige Kontrolle durch DermatologInnen. 				
Die bestimmte Verwendung wurde um mittelschwere bis schwere Plaque-Psoriasis erweitert.				
L04AB04 Adalimumab				
RE1	Humira 40 mg Inj.lsg. im vorgefüllten Pen	2 Stk.	-	1.058,45
<ol style="list-style-type: none"> Mittelschwere bis schwere aktive rheumatoide Arthritis erwachsener PatientInnen 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 Adalimumab in Kombination mit Methotrexat angewendet. Adalimumab kann im Falle einer Unverträglichkeit von Methotrexat als Monotherapie angewendet werden. Erstverordnung und engmaschige Kontrolle durch einen Facharzt/eine Fachärztin mit Additivfach Rheumatologie oder durch Zentren, die berechtigt sind, solche auszubilden. Aktive und progressive Psoriasis-Arthritis bei Erwachsenen bei Versagen von mindestens zwei anderen DMARDs (disease-modifying anti-rheumatic drugs) inklusive Methotrexat. Erstverordnung und engmaschige Kontrolle durch einen Facharzt/eine Fachärztin mit Additivfach Rheumatologie oder durch Zentren, die berechtigt sind, solche auszubilden. 				

Präparat	Menge	T	OP	KVP €	
<p>3. Schwere aktive Spondylitis ankylosans (Morbus Bechterew) bei Erwachsenen mit schwerer Wirbelsäulensymptomatik und erhöhten Entzündungsparametern bei Versagen konventioneller Therapiemöglichkeiten. Erstverordnung und engmaschige Kontrolle durch einen Facharzt/eine Fachärztin mit Additivfach Rheumatologie oder durch Zentren, die berechtigt sind, solche auszubilden.</p> <p>4. Schwergradiger aktiver Morbus Crohn bei Versagen, Unverträglichkeit oder Kontraindikation konventioneller Therapiemöglichkeiten. Erstverordnung und engmaschige Kontrolle durch einen Arzt/eine Ärztin mit Additivfach für Gastroenterologie</p> <p>5. Mittelschwere bis schwere Plaque-Psoriasis erwachsener PatientInnen bei Versagen, Unverträglichkeit oder Kontraindikation von systemischen Therapien wie Ciclosporin, Methotrexat oder PUVA. Erstverordnung und engmaschige Kontrolle durch einen Facharzt/eine Fachärztin für Dermatologie.</p> <p>6. Mittelschwere bis schwere aktive Colitis ulcerosa erwachsener PatientInnen bei Versagen, Unverträglichkeit oder Kontraindikation der konventionellen Therapien. Erstverordnung und engmaschige Kontrolle durch einen Arzt/eine Ärztin mit Additivfach für Gastroenterologie. Keine Fortsetzung der Behandlung der PatientInnen, die innerhalb von 2 bis 8 Wochen nicht klinisch ansprechen.</p>					
RE1	Humira 40 mg Inj.lsg. in Fertigspr.	2 Stk.	-	-	1.058,45
<p>1. Mittelschwere bis schwere aktive rheumatoide Arthritis erwachsener PatientInnen 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 Adalimumab in Kombination mit Methotrexat angewendet. Adalimumab kann im Falle einer Unverträglichkeit von Methotrexat als Monotherapie angewendet werden. Erstverordnung und engmaschige Kontrolle durch einen Facharzt/eine Fachärztin mit Additivfach Rheumatologie oder durch Zentren, die berechtigt sind, solche auszubilden.</p> <p>2. Aktive und progressive Psoriasis-Arthritis bei Erwachsenen bei Versagen von mindestens zwei anderen DMARDs (disease-modifying anti-rheumatic drugs) inklusive Methotrexat. Erstverordnung und engmaschige Kontrolle durch einen Facharzt/eine Fachärztin mit Additivfach Rheumatologie oder durch Zentren, die berechtigt sind, solche auszubilden.</p> <p>3. Schwere aktive Spondylitis ankylosans (Morbus Bechterew) bei Erwachsenen mit schwerer Wirbelsäulensymptomatik und erhöhten Entzündungsparametern bei Versagen konventioneller Therapiemöglichkeiten. Erstverordnung und engmaschige Kontrolle durch einen Facharzt/eine Fachärztin mit Additivfach Rheumatologie oder durch Zentren, die berechtigt sind, solche auszubilden.</p> <p>4. Schwergradiger aktiver Morbus Crohn bei Versagen, Unverträglichkeit oder Kontraindikation konventioneller Therapiemöglichkeiten. Erstverordnung und engmaschige Kontrolle durch einen Arzt/eine Ärztin mit Additivfach für Gastroenterologie.</p> <p>5. Mittelschwere bis schwere Plaque-Psoriasis erwachsener PatientInnen bei Versagen, Unverträglichkeit oder Kontraindikation von systemischen Therapien wie Ciclosporin, Methotrexat oder PUVA. Erstverordnung und engmaschige Kontrolle durch einen Facharzt/eine Fachärztin für Dermatologie.</p> <p>6. Mittelschwere bis schwere aktive Colitis ulcerosa erwachsener PatientInnen bei Versagen, Unverträglichkeit oder Kontraindikation der konventionellen Therapien. Erstverordnung und engmaschige Kontrolle durch einen Arzt/eine Ärztin mit Additivfach für Gastroenterologie. Keine Fortsetzung der Behandlung der PatientInnen, die innerhalb von 2 bis 8 Wochen nicht klinisch ansprechen.</p>					
Die bestimmte Verwendung von Humira wurde um mittelschwere bis schwere aktive Colitis ulcerosa erweitert.					
N06 PSYCHOANALEPTIKA					
N06DX01 Memantin					
RE2	Axura 5, 10, 15, 20 mg Filmtabl. (Starterpackung)	28 Stk.	-	-	47,40
<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) kleiner bzw. gleich 14 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. 					

Präparat	Menge	T	OP	KVP €	
<ul style="list-style-type: none"> - 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 Memantin ist zu beenden, wenn das Ergebnis der MMSE kleiner 3 ist. - Memantin darf nicht mit anderen Arzneimitteln gegen Demenz kombiniert werden. 					
RE2 L6	Axura 10 mg Filmtabl.	28 Stk.	-	(2)	44,25
<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) kleiner bzw. gleich 14 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 Memantin ist zu beenden, wenn das Ergebnis der MMSE kleiner 3 ist. - Memantin darf nicht mit anderen Arzneimitteln gegen Demenz kombiniert werden. - Memantin eignet sich für eine chef(kontroll)ärztliche Langzeitbewilligung für 6 Monate (L6). 					
RE2 L6	Axura 20 mg Filmtabl.	28 Stk.	-	(2)	73,90
<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) kleiner bzw. gleich 14 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 Memantin ist zu beenden, wenn das Ergebnis der MMSE kleiner 3 ist. - Memantin darf nicht mit anderen Arzneimitteln gegen Demenz kombiniert werden. - Memantin eignet sich für eine chef(kontroll)ärztliche Langzeitbewilligung für 6 Monate (L6). 					
RE2	Ebixa 5, 10, 15, 20 mg Filmtabl. (Starterpackung)	28 Stk.	-	-	47,40
<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) kleiner bzw. gleich 14 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 Memantin ist zu beenden, wenn das Ergebnis der MMSE kleiner 3 ist. - Memantin darf nicht mit anderen Arzneimitteln gegen Demenz kombiniert werden. 					
RE2 L6	Ebixa 10 mg Filmtabl.	28 Stk.	-	(2)	44,25

Präparat	Menge	T	OP	KVP €	
<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) kleiner bzw. gleich 14 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 Memantin ist zu beenden, wenn das Ergebnis der MMSE kleiner 3 ist. - Memantin darf nicht mit anderen Arzneimitteln gegen Demenz kombiniert werden. - Memantin eignet sich für eine chef(kontroll)ärztliche Langzeitbewilligung für 6 Monate (L6). 					
RE2 L6	Ebixa 20 mg Filmtabl.	28 Stk.	-	(2)	73,90
<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) kleiner bzw. gleich 14 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 Memantin ist zu beenden, wenn das Ergebnis der MMSE kleiner 3 ist. - Memantin darf nicht mit anderen Arzneimitteln gegen Demenz kombiniert werden. - Memantin eignet sich für eine chef(kontroll)ärztliche Langzeitbewilligung für 6 Monate (L6). 					

Änderung der Bezeichnung im Gelben Bereich:

Präparat	Menge	T	OP	KVP €	
L03 IMMUNSTIMULANZIEN					
L03AB10 Peginterferon alfa-2b					
RE2	PegIntron 50 mcg Plv. u. Lsgm. z. Herst. einer Inj.lsg. in einem Fertigpen <i>vormals PegIntron 50 mcg Plv. u. Lsgm. z. Herst. einer Inj.lsg in einem vorgefüllten Injektor</i>	4 Stk.	-	-	415,35
RE2	PegIntron 80 mcg Plv. u. Lsgm. z. Herst. einer Inj.lsg. in einem Fertigpen <i>vormals PegIntron 80 mcg Plv. u. Lsgm. z. Herst. einer Inj.lsg in einem vorgefüllten Injektor</i>	4 Stk.	-	-	683,00
RE2	PegIntron 100 mcg Plv. u. Lsgm. z. Herst. einer Inj.lsg. in einem Fertigpen <i>vormals PegIntron 100 mcg Plv. u. Lsgm. z. Herst. einer Inj.lsg in einem vorgefüllten Injektor</i>	4 Stk.	-	-	855,85
RE2	PegIntron 120 mcg Plv. u. Lsgm. z. Herst. einer Inj.lsg. in einem Fertigpen <i>vormals PegIntron 120 mcg Plv. u. Lsgm. z. Herst. einer Inj.lsg in einem vorgefüllten Injektor</i>	4 Stk.	-	-	868,15

Präparat	Menge	T	OP	KVP €	
<p>Bei erwachsenen PatientInnen ab 18 Jahren in der Indikation nachgewiesene chronische Hepatitis C einschließlich kompensierte Zirrhose mit erhöhten Transaminasewerten und positiver Serum HCV-RNA oder positivem Anti-HCV sowie bei PatientInnen, die nicht auf eine vorangegangene Kombinationstherapie mit pegyliertem Interferon alfa und Ribavirin angesprochen bzw. einen Rückfall erlitten haben (für behandlungsnaive PatientInnen über 85 kg steht eine kostengünstigere Therapiealternative zur Verfügung).</p> <p>Erfolgt nach 12 Wochen kein virologisches Ansprechen, ist die Therapie abzusetzen.</p> <p>Cave: Nicht bei PatientInnen, die im Rahmen einer klinischen Studie behandelt werden.</p> <p>Behandlungsdauer: Mind. 6 Monate (Genotyp 2 und 3), 12 Monate (Genotyp 1)</p> <p>Die Indikationsstellung und Therapieüberwachung muss durch einen Arzt/eine Ärztin mit Erfahrung in der Behandlung der Hepatitis C erfolgen.</p>					
RE2	<p>PegIntron 150 mcg Plv. u. Lsgm. z. Herst. einer Inj.lsg. in einem Fertigpen <i>vormals PegIntron 150 mcg Plv. u. Lsgm. z. Herst. einer Inj.lsg. in einem vorgefüllten Injektor.</i></p>	4 Stk.	-	-	1.108,65
<p>Bei erwachsenen PatientInnen ab 18 Jahren in der Indikation nachgewiesene chronische Hepatitis C einschließlich kompensierte Zirrhose mit erhöhten Transaminasewerten und positiver Serum HCV-RNA oder positivem Anti-HCV, die nicht auf eine vorangegangene Kombinationstherapie mit pegyliertem Interferon alfa und Ribavirin angesprochen bzw. einen Rückfall erlitten haben.</p> <p>Erfolgt nach 12 Wochen kein virologisches Ansprechen, ist die Therapie abzusetzen.</p> <p>Cave: Nicht bei PatientInnen, die im Rahmen einer klinischen Studie behandelt werden.</p> <p>Behandlungsdauer: Mind. 6 Monate (Genotyp 2 und 3), 12 Monate (Genotyp 1)</p> <p>Die Indikationsstellung und Therapieüberwachung muss durch einen Arzt/eine Ärztin mit Erfahrung in der Behandlung der Hepatitis C erfolgen.</p>					

Änderung des ATC-Codes im Grünen Bereich:

Präparat	Menge	T	OP	KVP €
D04 ANTIPRURIGINOSA, INKL. ANTIHISTAMINIKA, ANÄSTHETIKA ETC.				
D04AX Andere Dermatika (vormals D11AX)				
Tannosynt flüssig Badekonzentrat	100 g	-	-	4,60
Tannosynt Lotio	100 g	-	-	4,10

