

# **im blickpunkt** **tipps**

INFORMATION FÜR VERTRAGSPARTNER

**Sammelband**  
**Februar, März, April 2015**



B  K

Burgenländische  
Gebietskrankenkasse

# Inhalt

Änderungen im Erstattungskodex ab April 2015	Seite 3
Änderungen im Erstattungskodex ab März 2015	Seite 6
Änderungen im Erstattungskodex ab Februar 2015	Seite 9

## 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 Beate Horvath  
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,

bundesweit lag 2014 der Generikaanteil an den Verordnungen bei 33 % und für die BGKK bei 37 %. Damit wird der seit Jahren bestehende Trend eines leichten Anstiegs fortgesetzt.

Einige Präparate und Wirkstärken sind erstmals generisch im EKO verfügbar:

- Momecutan als Alternative zu Elocon, welches hauptsächlich in magistralen Zubereitungen zum Einsatz kommt.
- Mit Quetiapin Sandoz 50mg Retardtabl. wurde der Wirkstoff nun auch in der niedrigsten Dosierung als Generikum in die Grüne Box aufgenommen, somit sind alle Dosierungen des Wirkstoffs generisch verfügbar. Auch für die anderen Wirkstärken ist der Preisvorteil mit bis zu € 114,30 für die Monatspackung sehr hoch.

Da der Preisvorteil bei zahlreichen Generika nach Jahren der Verfügbarkeit unverändert enorm ist, sollte das Motivation genug sein, diese bevorzugt zu verordnen. Wichtige Beispiele für den Preisvorteil der Generika pro Monatspackung sind:

- Pantoprazol „G.L.“ 40 mg Tabl. -40 %
- Amlodipin „G.L.“ 5 mg Tabl. -60 %
- Quetiapin „Sandoz“ 50 mg Retardtabl. -69 %
- Co-Lisinostad 20 mg/25 mg Tabl. -43 %
- Lisinopril/HCT „G.L.“ 20 mg/25 mg Tabl. -43 %
- Citalopram „Bluefish“ 20 mg FTabl. -49 %

Mit Hinweis auf die prozentuelle Kostensteigerung im 1. Quartal 2015, die für einige SV-Träger im zweistelligen Bereich liegt, brauchen wir für die Finanzierung hochpreisiger Innovationen die kostengünstige Verordnung dort, wo sie qualitätsgesichert generisch verfügbar ist.

Freundliche Grüße,  
DI Berthold Reichardt

# Änderungen im Erstattungskodex (EKO) ab April 2015

## Informationsstand April 2015

**ROT** → **GRÜN**

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

Präparat	Menge	T	OP	KVP €	max. Kostenersparnis € pro Packung*
<b>D07 CORTICOSTEROIDE, DERMATOLOGISCHE ZUBEREITUNGEN</b>					
<b>D07AC13 Mometason</b>					
<b>Momecutan 1 mg/g Creme</b>	15 g	-	(2)	2,50	<b>2,30</b>
<b>Salbe</b>	15 g	-	(2)	2,50	<b>2,30</b>
<b>Lsg. zur Anwendung auf der Haut</b>	20 ml	-	(2)	3,10	<b>3,00</b>
Momecutan ist der Nachfolger zu Elocon. Da die Präparatepreise unter der Selbstbehaltsgrenze liegen, kommt der Preisvorteil auch den Patienten zugute.					
<b>N06 PSYCHOANALEPTIKA</b>					
<b>N06AB10 Escitalopram</b>					
<b>Escitalopram „Accord“ 5 mg Filmtabl.</b>	14 Stk.	-	-	2,75	<b>0,20</b>
	28 Stk.	-	-	5,50	<b>0,35</b>
<b>10 mg Filmtabl.</b>	14 Stk.	T2	-	4,70	<b>0,20</b>
	28 Stk.	T2	-	9,45	<b>0,15</b>
<b>20 mg Filmtabl.</b>	14 Stk.	T2	-	4,70	<b>Packungsgröße beim Erstanbieter nicht vorhanden 23,15 (Erstanbieter nicht im EKO)</b>
	28 Stk.	T2	-	9,45	
Mit Hinweis auf die angeführten Preise der Escitalopram Generika ist jedenfalls auf die Nachfolgeprodukte zu verweisen.					

\* Vergleich zum Erstanbieterpräparat in dosierungsäquivalenter Menge (Preisbasis der Berechnung: April 2015)



**Aufnahme Präparate in den Gelben Bereich:**

Präparat	Menge	T	OP	KVP	
<b>A10 ANTIDIABETIKA</b>					
<b>A10BD16 Metformin und Canagliflozin</b>					
RE1 L6	<b>Vokanamet 50/850 mg Filmtabl.</b>	60 Stk.	-	-	<b>54,30</b>
RE1 L6	<b>50/1000 mg Filmtabl.</b>	60 Stk.	-	-	<b>54,30</b>
<p>Bei PatientInnen mit Diabetes Typ II Die Behandlung darf erst ab einem HbA1c größer 7 begonnen werden.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Die Behandlung mit Canagliflozin/Metformin hat nur als Second-line-Therapie <ul style="list-style-type: none"> <li>• nach Metformin-Monotherapie oder</li> <li>• als Kombinationstherapie mit einem Sulfonylharnstoff oder</li> <li>• als Kombinationstherapie mit Pioglitazon oder</li> <li>• als Kombinationstherapie mit Insulin</li> </ul> </li> </ul> <p>zu erfolgen.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Canagliflozin/Metformin wird in Kombination mit DPP-IV-Hemmern oder Gliniden nicht erstattet.</li> <li>- Kein Einsatz bei einer Kreatinin-Clearance kleiner 60 ml/min.</li> <li>- Regelmäßige Kontrollen der Nierenfunktionsparameter gemäß Fachinformation.</li> <li>- Alle 6 Monate ist eine HbA1c-Bestimmung durchzuführen.</li> <li>- Canagliflozin/Metformin eignet sich für eine chef(kontroll)ärztliche Langzeitbewilligung für 6 Monate (L6).</li> </ul>					

**Folgende Präparate wurden aus dem EKO gestrichen:**

Präparat	Menge	ATC-Code	Streichung mit
<b>Bicalutamid „Ranbaxy“ 150 mg Filmtabl.</b>	30 Stk.	L02BB03	01.04.2015
<b>Ergovasan 2,5 mg retard Kaps.</b>	20 Stk. 50 Stk.	C04AE	01.04.2015
<b>Ichthalgan forte Creme</b>	40 g	C05BA53	01.04.2015
<b>Omnitrope 5 mg/1,5 ml Inj.lsg.</b>	1 Stk. 5 Stk.	H01AC01	01.04.2015
<b>Omnitrope 10 mg/1,5 ml Inj.lsg.</b>	1 Stk. 5 Stk.	H01AC01	01.04.2015
<b>Prosicca sine Einmal-Augentropf.</b>	20 Stk.	S01XA20	01.04.2015
<b>Sandoparin Spritzamp.</b>	5 Stk. 10 Stk.	B01AB	01.04.2015
<b>Tricef 200 mg Filmtabl.</b>	6 Stk. 14 Stk.	J01DD08	01.04.2015
<b>Tricef 400 mg Filmtabl.</b>	3 Stk. 7 Stk.	J01DD08	01.04.2015
<b>Tricef Trockensaft</b>	60 ml	J01DD08	01.04.2015

\* Vergleich zum Erstanbieterpräparat in dosierungsäquivalenter Menge (Preisbasis der Berechnung: April 2015)



### Änderung der Packungsgröße im Grünen Bereich:

Präparat	Menge	T	OP	KVP €
<b>G03 SEXUALHORMONE UND MODULATOREN DES GENITALSYSTEMS</b>				
<b>G03CA03 Estradiol</b>				
Linoladiol Estradiol Emulsion	25 g	-	-	7,10
Austausch der 100 g-Pkg. auf eine 25 g-Pkg.				
<b>N04 ANTIPARKINSONMITTEL</b>				
<b>N04BC05 Pramipexol</b>				
Pramipexol „Actavis“ 0,18 mg Tabl.	30 Stk. 100 Stk.	T2 T2	(2) -	7,50 24,05
Streichung der 10 Stk.-Pkg.				

### Änderung der Verwendung im Gelben Bereich:

Präparat	Menge	T	OP	KVP €
<b>J05 ANTIVIRALE MITTEL ZUR SYSTEMISCHEN ANWENDUNG</b>				
<b>J05AB04 Ribavirin</b>				
RE2   Copegus 200 mg Filmtabl.	168 Stk.	-	-	392,30
Bei erwachsenen PatientInnen ab 18 Jahren in der Indikation nachgewiesene chronische Hepatitis C als Teil einer Kombinationstherapie. Die Indikationsstellung und Therapieüberwachung muss durch einen Arzt/eine Ärztin mit Erfahrung in der Behandlung der Hepatitis C erfolgen.				
RE2   Rebetol 200 mg Hartkaps.	84 Stk. 168 Stk.	- -	- -	270,10 519,55
Bei erwachsenen PatientInnen ab 18 Jahren in der Indikation nachgewiesene chronische Hepatitis C als Teil einer Kombinationstherapie. Die Indikationsstellung und Therapieüberwachung muss durch einen Arzt/eine Ärztin mit Erfahrung in der Behandlung der Hepatitis C erfolgen.				
Zusätzlich zu den beiden angeführten Präparaten steht Moderiba 200 mg 168 Stk. zu einem Preis von € 392,30 zur Verfügung.				

### Änderung der Packungsgröße im Gelben Bereich:

Präparat	Menge	T	OP	KVP €
<b>B05 BLUTERSATZMITTEL UND PERFUSIONSLÖSUNGEN</b>				
<b>B05BB01 Elektrolyte</b>				
RE2   Ringer-Lösung „Fresenius“ Plastikinf.fl. 250 ml	10 Stk.	-	-	9,35
RE2   Ringer-Lösung „Fresenius“ Plastikinf.fl. 500 ml	10 Stk.	-	-	9,60
Bei Exsikkose, wenn eine orale Flüssigkeitszufuhr nicht ausreichend möglich ist.				
Streichung der Ringer-Lösung „Fresenius“ Inf.fl. 1000 ml 6 Stk.				

## Rückblickend: Änderungen im Erstattungskodex ab März 2015 Informationsstand März 2015

**ROT** → **GRÜN**

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

Präparat	Menge	T	OP	KVP €	max. Kostenersparnis € pro Packung*
<b>N05 PSYCHOLEPTIKA</b>					
<b>N05AH04 Quetiapin</b>					
Quetiapin „Sandoz“ 50 mg Retardtabl.	10 Stk.	-	(2)	2,90	<b>6,70</b>
	30 Stk.	-	-	7,00	<b>15,40</b>
200 mg Retardtabl.	10 Stk.	-	(2)	8,10	<b>12,20</b>
	30 Stk.	-	(2)	18,40	<b>28,00</b>
300 mg Retardtabl.	10 Stk.	-	(2)	10,65	<b>17,70</b>
	60 Stk.	-	-	39,60	<b>70,45</b>
400 mg Retardtabl.	10 Stk.	-	(2)	13,50	<b>36,15</b>
	60 Stk.	-	-	48,70	<b>114,30</b>
Quetiapin hat bundesweit einen Jahresumsatz von ca. € 26 Mio., und wird zu 30 % in retardierter Form rezeptiert. Die Verfügbarkeit von Quetiapin Sandoz sollte den Verordnungsanteil an generischem Quetiapin deutlich steigern, zumal der Preisvorteil bis zu € 114,30 pro Monatspackung beträgt.					
<b>R01 RHINOLOGIKA</b>					
<b>R01AD09 Mometason</b>					
Mometason Cipla 50 mcg/Sprühstoß Nasenspray, Susp.	140 Hb.	-	-	6,30	<b>4,60</b>
<i>IND: allerg. Rhinitis; Behandlung nasaler Polypen</i>					

**Aufnahme von Präparate in den Grünen Bereich:**

Präparat	Menge	T	OP	KVP €
<b>M05 MITTEL ZUR BEHANDLUNG VON KNOCHENERKRANKUNGEN</b>				
<b>M05BB03 Alendronsäure und Colecalciferol</b>				
Alendronsäure comp. ratiopharm 70 mg/0,07 mg (2.800 IU) Tabl.	4 Stk.	-	(2)	6,80
70 mg/0,14 mg (5.600 IU) Tabl.	4 Stk.	-	(2)	6,80

\* Vergleich zum Erstanbieterpräparat in dosierungsäquivalenter Menge (Preisbasis der Berechnung: März 2015)

**ROT** → **GELB**

### Aufnahme kostengünstiger Nachfolgepräparate in den Gelben Bereich:

Präparat		Menge	T	OP	max. Kostenersparnis € pro Packung*
<b>A10 ANTIDIABETIKA</b>					
<b>A10BX12 Empagliflozin</b>					
<b>RE1 L6</b>	<b>Jardiance 10 mg Filmtabl.</b>	14 Stk.	-	-	<b>24,00</b>
		30 Stk.	-	-	<b>48,80</b>
<b>RE1 L6</b>	<b>25 mg Filmtabl.</b>	14 Stk.	-	-	<b>24,00</b>
		30 Stk.	-	-	<b>48,80</b>
<p>Bei PatientInnen mit Diabetes Typ II</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Die Behandlung darf erst ab einem HbA1c größer 7 begonnen werden.</li> <li>- Die Behandlung mit Empagliflozin hat nur als Second-line-Therapie               <ul style="list-style-type: none"> <li>• als Monotherapie bei Metformin-Unverträglichkeit oder -Kontraindikation, wenn mit kostengünstigeren Therapiealternativen aus dem Grünen Bereich (ATC-Code A10BB, A10BF, A10BX) nachweislich nicht das Auslangen gefunden werden kann, oder</li> <li>• als Kombinationstherapie mit Metformin oder</li> <li>• als Kombinationstherapie mit Metformin und einem Sulfonylharnstoff oder</li> <li>• als Kombinationstherapie mit Metformin und Pioglitazon oder</li> <li>• als Kombinationstherapie mit Pioglitazon (bei Metformin-Unverträglichkeit oder -Kontraindikation) oder</li> <li>• als Kombinationstherapie mit Insulin mit oder ohne Metformin zu erfolgen.</li> </ul> </li> <li>- Empagliflozin wird in Kombination mit DPP-IV-Hemmern oder Gliniden nicht erstattet.</li> <li>- Keine Neueinstellung mit Empagliflozin bei einer Kreatinin-Clearance kleiner 60 ml/min. Wenn die Kreatinin-Clearance unter Empagliflozin-Therapie unter 60 ml/min fällt, ist eine maximale Tagesdosis von 10 mg einzusetzen. Kein Einsatz bei einer Kreatinin-Clearance kleiner 45 ml/min.</li> <li>- Regelmäßige Kontrollen der Nierenfunktionsparameter gemäß Fachinformation.</li> <li>- Alle 6 Monate ist eine HbA1c-Bestimmung durchzuführen.</li> <li>- Empagliflozin eignet sich für eine chef(kontroll)ärztliche Langzeitbewilligung für 6 Monate (L6).</li> </ul>					
<b>B02 ANTIHÄMORRHAGIKA</b>					
<b>B02BD06 Von-Willebrand-Faktor und Gerinnungsfaktor VIII in Kombination</b>					
<b>RE1</b>	<b>Wilate 500 IE FVIII und 500 IE VWF</b>	1 Stk.	-	-	<b>352,35</b>
<b>RE1</b>	<b>1000 IE FVIII und 10 00 IE VWF</b>	1 Stk.	-	-	<b>670,20</b>
<p>Bei von Willebrand-Jürgens-Syndrom, wenn die Behandlung mit DDAVP (1-Desamino-8-D-Arginin-Vasopressin (Desmopressin)) ineffektiv oder kontraindiziert ist. Bei angeborenem Faktor VIII-Mangel (Hämophilie A). Diagnosestellung und regelmäßige Kontrollen in entsprechender Fachabteilung bzw. -ambulanz.</p> <p>Es handelt sich um den Austausch der Wirkstoffstärken zu 450 IE bzw. 900 IE gegen 500 IE bzw. 1000 IE.</p>					
<b>B02BX05 Eltrombopag</b>					
<b>RE1</b>	<b>Revolade 75 mg Filmtabl.</b>	14 Stk.	-	-	<b>1.509,45</b>
		28 Stk.	-	-	<b>2.994,25</b>
<p>Bei PatientInnen mit therapierefraktärer chronischer immun-(idiopathischer) thrombozytopenischer Purpura (ITP), die splenektomiert sind bzw. für die eine Splenektomie kontraindiziert ist.</p> <p>Die Behandlung mit Eltrombopag sollte abgebrochen werden, wenn die Thrombozytenzahl nach vierwöchiger Behandlung mit Eltrombopag in der höchsten täglichen Dosis von 75 mg nicht auf einen Wert steigt, der ausreichend hoch ist, um klinisch signifikante Blutungen zu vermeiden. Diagnosestellung, Therapieeinleitung, Dosisfindung (Titration) und regelmäßige Kontrollen durch entsprechende Fachabteilung bzw. -ambulanz; Weiterverordnung nur durch in der Verwendung von Eltrombopag ausreichend informierte ÄrztInnen.</p> <p>Die Wirkstärke von 75 mg ermöglicht eine im Einzelfall höhere Dosierung als Einmalgabe.</p>					

\* Vergleich zum Erstanbieterpräparat in dosierungsäquivalenter Menge (Preisbasis der Berechnung: März 2015)

**Folgende Präparate wurden aus dem EKO gestrichen:**

Präparat	Menge	ATC-Code	Streichung mit
Risperidon „Actavis“ 6 mg Filmtabl.	10 Stk. 60 Stk.	N05AX08	01.03.2015
Wilate 450, 450 IE FVIII / 400 IE VWF Plv. und Lsgm. zur Herst. einer Inj.lsg.	1 Stk.	B02BD06	01.03.2015
Wilate 900, 900 IE FVIII / 800 IE VWF Plv. und Lsgm. zur Herst. einer Inj.lsg.	1 Stk.	B02BD06	01.03.2015

**Änderung der Bezeichnung im Grünen Bereich:**

Präparat	Menge	T	OP	KVP €
<b>R06 ANTIHISTAMINILA ZUR SYSTEMISCHEN ANWENDUNG</b>				
<b>R06AX26 Fexofenadin</b>				
Allegra 120 mg Filmtabl. (vormals Telfast 120 mg Filmtabl.)	10 Stk. 30 Stk.	- -	(2) -	<b>5,65</b> <b>13,25</b>

**Änderung der Packungsgröße im Grünen Bereich:**

Präparat	Menge	T	OP	KVP €
<b>A10 ANTIDIABETIKA</b>				
<b>A10AB05 Insulin aspart</b>				
NovoRapid PumpCart 100 E/ml Inj.lsg. Patronen	5 Stk.	-	(2)	<b>23,50</b>
Aufnahme einer weiteren Packungsgröße				
NovoRapid PumpCart ist für die Verwendung mit der Accu-Chek Insight Insulinpumpe vorgesehen.				
<b>C10 MITTEL, DIE DEN LIPIDSTOFFWECHSEL BEEINFLUSSEN</b>				
<b>C10AA05 Atorvastatin</b>				
Atorvastatin „easypharm“ 10 mg Filmtabl.	30 Stk.	-	(2)	<b>8,35</b>
20 mg Filmtabl.	30 Stk.	-	(2)	<b>8,35</b>
Jeweils Streichung der 10 Stk.-Packung				
<b>C10 MITTEL, DIE DEN LIPIDSTOFFWECHSEL BEEINFLUSSEN</b>				
<b>D07AC01 Betamethason</b>				
Betnovate Creme	30 g	-	-	<b>3,90</b>
Streichung der 15 g-Packung				
Betnovate crinale Lsg.	30 ml	-	-	<b>5,75</b>
Streichung der 15 ml-Packung				



# Änderungen im Erstattungskodex ab Februar 2015

Informationsstand Februar 2015

**ROT** → **GRÜN**

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

Präparat	Menge	T	OP	KVP €	max. Kostenersparnis € pro Packung*
<b>J01 ANTIBIOTIKA ZUR SYSTEMISCHEN ANWENDUNG</b>					
<b>J01FA10 Azithromycin</b>					
<b>Azithromycin „Krka“ 500 mg Filmtabl.</b>	3 Stk.	T2	-	6,10	<b>1,85</b>
Der Preisvorteil von Azithromycin „Krka“ gegenüber Zithromax beträgt 23 % , was einem jährlichen maximalen theoretischen Einsparpotenzial von ca. € 162.000,- entspricht.					
<b>M01 ANTIPHLOGISTIKA UND ANTIRHEUMATIKA</b>					
<b>M01AE01 Ibuprofen</b>					
<b>Ibuprofen „Actavis“ 600 mg Filmtabl.</b>	30 Stk.	T2	-	4,20	<b>0,95</b>
	60 Stk.	T2	(2)	7,35	<b>1,38</b>
<b>N06 PSYCHOANALEPTIKA</b>					
<b>N06AX16 Venlafaxin</b>					
<b>Venlafaxin „+pharma“ 75 mg Retardtabl.</b>	10 Stk.	-	(2)	2,10	<b>1,10</b>
	30 Stk.	-	-	6,30	<b>3,25</b>
<b>150 mg Retardtabl.</b>	10 Stk.	-	(2)	4,20	<b>1,05</b>
	30 Stk.	-	-	12,30	<b>2,85</b>
Der Preisvorteil von Venlafaxin „+pharma“ liegt bei 19 % (150 mg) bzw. 34 % (75 mg) und das jährliche maximale Einsparpotenzial durch Substitution von Efectin durch generisches Venlafaxin beträgt € 664.000,-.					

\* Vergleich zum Erstanbieterpräparat in dosierungsäquivalenter Menge (Preisbasis der Berechnung: Februar 2015)



**Aufnahme kostengünstiger Nachfolgepräparate in den Gelben Bereich:**

Präparat	Menge	T	OP	KVP	max. Kostenersparnis € pro Packung*	
<b>N06 PSYCHOANALEPTIKA</b>						
<b>N06DX01 Memantin</b>						
RE2 L6	<b>Memantin „Accord“ 10 mg Filmtabl.</b>	14 Stk.	T2	-	10,60	<b>Packungsgröße beim Erst- anbieter nicht vorhanden 5,90</b>
		28 Stk.	T2	(2)	20,55	
RE2 L6	<b>20 mg Filmtabl.</b>	14 Stk.	T2	-	17,50	<b>Packungsgröße beim Erst- anbieter nicht vorhanden 8,40</b>
		28 Stk.	T2	(2)	33,55	
<ul style="list-style-type: none"> <li>- 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.</li> <li>- Zu Therapiebeginn muss das Ergebnis der MMSE (Mini-Mental State Examination) kleiner bzw. gleich 14 betragen.</li> <li>- Vergewisserung für das Vorhandensein einer Betreuungsperson zur Sicherung der Compliance.</li> <li>- Eine Kontrolluntersuchung durch den/die o.a. Facharzt/Fachärztin ist nach Erreichung der Erhaltungsdosis durchzuführen.</li> <li>- Die Behandlung ist nur bei Ansprechen auf die Therapie weiterzuführen.</li> <li>- Alle 6 Monate ist eine Kontrolluntersuchung durch den/die o.a. Facharzt/Fachärztin mittels einer MMSE durchzuführen.</li> <li>- Die Therapie mit Memantin ist zu beenden, wenn das Ergebnis der MMSE kleiner 3 ist.</li> <li>- Memantin darf nicht mit anderen Arzneimitteln gegen Demenz kombiniert werden.</li> <li>- Memantin eignet sich für eine chef(kontroll)ärztliche Langzeitbewilligung für 6 Monate (L6).</li> </ul>						

**Folgende Präparate wurden aus dem EKO gestrichen:**

Präparat	Menge	ATC-Code	Streichung mit
<b>Herviros Lsg.</b>	10 ml	A01AB11	01.02.2015
<b>Lecicarbon Zäpf. F. Kinder</b>	6 Stk.	A06AX02	01.02.2015
<b>Mobilisin plus Salbe</b>	40 g	M02AA	01.02.2015
<b>Terbinafin „Stada“ 125 mg Tabl.</b>	14 Stk.	D01BA02	01.02.2015
<b>Tolterodin „Actavis“ 1 mg Filmtabl.</b>	20 Stk.	G04BD07	01.02.2015
	60 Stk.		
<b>Tolterodin „Actavis“ 2 mg Filmtabl.</b>	20 Stk.	G04BD07	01.02.2015
	60 Stk.		

### Änderung der Packungsgröße im Grünen Bereich:

Präparat	Menge	T	OP	KVP €
<b>N03 ANTIPILEPTIKA</b>				
<b>N03AX14 Levetiracetam</b>				
<b>Levetiracetam „1A Pharma“ 500 mg Filmtabl.</b>	60 Stk.	T2	-	<b>23,65</b>
	100 Stk.	T2	-	<b>32,25</b>
Frei verschreibbar für FachärztInnen für Neurologie oder Neurologie und Psychiatrie oder Psychiatrie und Neurologie				
Austausch der 30 Stk.-Packung auf eine 100 Stk.-Packung				
<b>1000 mg Filmtabl.</b>	30 Stk.	T2	-	<b>23,65</b>
	60 Stk.	T2	-	<b>42,40</b>
	100 Stk.	T2	-	<b>52,75</b>
Frei verschreibbar für FachärztInnen für Neurologie oder Neurologie und Psychiatrie oder Psychiatrie und Neurologie				
Aufnahme einer weiteren Packungsgröße zu 100 Stk.				
<b>Levetiracetam „Sandoz“ 500 mg Filmtabl.</b>	30 Stk.	T2	-	<b>12,25</b>
	60 Stk.	T2	-	<b>23,65</b>
	100 Stk.	T2	-	<b>32,25</b>
Frei verschreibbar für FachärztInnen für Neurologie oder Neurologie und Psychiatrie oder Psychiatrie und Neurologie				
Aufnahme einer weiteren Packungsgröße zu 100 Stk.				
<b>1000 mg Filmtabl.</b>	60 Stk.	T2	-	<b>42,40</b>
	100 Stk.	T2	-	<b>52,75</b>
Frei verschreibbar für FachärztInnen für Neurologie oder Neurologie und Psychiatrie oder Psychiatrie und Neurologie				
Austausch der 30 Stk.-Packung auf eine 100 Stk.-Packung				

