

Im Blickpunkt-Tipps

NEU im EKO

Sammelband Mai, Juni und Juli 2019

Inhalt

Änderungen im Erstattungskodex ab Juli 2109	Seite 3
Änderungen im Erstattungskodex ab Juni 2019	Seite 10
Änderungen im Erstattungskodex ab Mai 2019	Seite 13

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

Burgenländische Gebietskrankenkasse, gesetzliche
Krankenversicherung, Siegfried Marcus-Straße 5, 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, Direktorstellvertreter Günter Reiter,
Aufsichtsbehörde: Die österreichische Sozialversicherung
unterliegt der Aufsicht des Bundes. Oberste Aufsichtsbehörde
ist die Bundesministerin für Arbeit, Soziales, Gesundheit und
Konsumentenschutz

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: shutterstock

Nachdruck und Vervielfältigung nur mit ausdrücklicher
Genehmigung der BGKK gestattet

Vorwort

Sehr geehrte Damen und Herren,

die letzten Monate haben wieder einige Verän-
derungen und Neuerungen im EKO gebracht:

- für fortgeschrittene Melanome steht mit Mektovi+Braftovi eine weitere Therapieopti-
on zur Verfügung
- Ilumetri mit der Indikation Plaque-Psoriasis
- der dritte CDK4/6-Inhibitor Verzenios
- Entresto und Neparvis als Ergänzung bei
Herzinsuffizienz
- Ocrevus bei MS
- für die Wirtschaftlichkeit im Gesundheits-
wesen sind die Generika von Prasugrel,
Everolimus, Ritonavir, Darunavir und
Nevirapin wichtig
- neue Biosimilars sind Zessly (Infliximab),
Pelmeg und Ziextenzo (Pegfilgrastim),
Hyrimoz und Hulio (Adalimumab); und alle
sind im Grünen Bereich gelistet
- von Clopidogrel „1A Pharma“ sind auch
3 OP auf einem Rezept verordenbar und
Crestor 40mg wurde vorbewilligungspflichtig

Freundliche Grüße
Berthold Reichardt

Änderungen im Erstattungskodex (EKO) ab Juli 2019

Informationsstand Juli 2019

ROT



GRÜN

Aufnahme kostengünstiger Nachfolgepräparate in den Grünen Bereich:

Präparat	Menge	T	OP	KVP 3	max. Kostenersparnis € pro Packung*
B01 ANTITHROMBOTISCHE MITTEL					
B01AC22 Prasugrel					
Prasugrel „HCS“ 5 mg Filmtabl.	30 Stk.	-	(2)	18,40	47,78 Erstanbieter in RE2
10 mg Filmtabl.	30 Stk.	-	(2)	18,40	47,78 Erstanbieter in RE2
<i>IND: Zur Prävention atherothrombotischer Ereignisse in Kombination mit Acetylsalicylsäure (ASS) bei PatientInnen mit akutem Koronarsyndrom (instabile Angina pectoris, Nicht-ST-Strecken-Hebungsinfarkt oder ST-Strecken-Hebungsinfarkt) mit primärer oder verzögerter perkutaner Koronarintervention (PCI) für maximal zwölf Monate.</i>					
Prasugrel „ratiopharm“ 5 mg Filmtabl.	30 Stk.	-	(2)	18,40	47,78 Erstanbieter in RE2
10 mg Filmtabl.	30 Stk.	T2	(2)	18,40	47,78 Erstanbieter in RE2
<i>IND: Zur Prävention atherothrombotischer Ereignisse in Kombination mit Acetylsalicylsäure (ASS) bei PatientInnen mit akutem Koronarsyndrom (instabile Angina pectoris, Nicht-ST-Strecken-Hebungsinfarkt oder ST-Strecken-Hebungsinfarkt) mit primärer oder verzögerter perkutaner Koronarintervention (PCI) für maximal zwölf Monate.</i>					
Prasulan 5 mg Filmtabl.	10 Stk.	-	-	6,50	Packungsgröße beim Erstanbieter nicht vorhanden
	30 Stk.	-	(2)	18,35	47,82 Erstanbieter in RE2
10 mg Filmtabl.	10 Stk.	-	-	6,50	Packungsgröße beim Erstanbieter nicht vorhanden
	30 Stk.	-	(2)	18,35	47,82 Erstanbieter in RE2
<i>IND: Zur Prävention atherothrombotischer Ereignisse in Kombination mit Acetylsalicylsäure (ASS) bei PatientInnen mit akutem Koronarsyndrom (instabile Angina pectoris, Nicht-ST-Strecken-Hebungsinfarkt oder ST-Strecken-Hebungsinfarkt) mit primärer oder verzögerter perkutaner Koronarintervention (PCI) für maximal zwölf Monate.</i>					
Mit Prasugrel „HCS“, Prasugrel „ratiopharm“ und Prasulan stehen drei Nachfolgepräparate zu Efiem im Grünen Bereich des EKO. Bitte beachten Sie die maximale Therapiedauer von zwölf Monaten und die Dosisreduktion auf 5 mg bei Patienten über 75 Jahre oder einem Gewicht von unter 60 kg.					
L01 ANTINEOPLASTISCHE MITTEL					
L01XE10 Everolimus					
Everolimus „HCS“ 2,5 mg Tabl.	30 Stk.	-	-	233,10	1.209,05 Erstanbieter nicht im EKO
5 mg Tabl.	30 Stk.	-	-	451,75	2.052,75 Erstanbieter in RE1
10 mg Tabl.	30 Stk.	-	-	878,85	2.562,60 Erstanbieter in RE1

* Vergleich zum Listenpreis des Erstanbieterpräparates in dosierungsäquivalenter Menge (Preisbasis der Berechnung: Juli 2019)

** Bei dem angegebenen Kostenreduktionspotenzial werden Preismodelle (PM) nicht berücksichtigt.

PM: Arzneispezialitäten, für die eine Vereinbarung über ein Preismodell mit dem vertriebsberechtigten Unternehmen vorliegt.

Präparat	Menge	T	OP	KVP 3	max. Kostenersparnis € pro Packung*
<i>ND: Diagnose und Erstverordnung durch entsprechende Fachabteilung bzw. Zentrum, mittels Tumorboard. Regelmäßige Kontrolle durch entsprechende Fachabteilung bzw. Zentrum bzw. durch eine/n onkologisch spezialisierte/n Fachärztin/Facharzt.</i>					
Everolimus „HCS“ ist das erste Nachfolgepräparat zu Afinitor, weitere stehen derzeit im Roten Bereich. Bis zu 1.500 ABS-Bewilligungsanträge pro Jahr entfallen durch die bevorzugte Verordnung aus dem Grünen Bereich. Bei der verordnungstärksten Wirkstärke ist Everolimus „HCS“ um 2.562,60 EUR pro Packung kostengünstiger.					

Aufnahme von Biosimilars in den Grünen Bereich:

Präparat	Menge	T	OP	KVP 3	max. Kostenersparnis € pro Packung*
L04 IMMUNSUPPRESSIVA					
L04AB02 Infliximab					
Zessly 100 mg Plv. für ein Konz. zur Herst. einer Inf.lsg.	1 Stk.	-	-	192,75	244,40 Erstanbieter nicht im EKO
	2 Stk.	-	-	366,30	476,30 Erstanbieter nicht im EKO
	3 Stk.	-	-	528,00	720,05 Erstanbieter nicht im EKO
<i>IND: Diagnose, Erstverordnung und regelmäßige Kontrollen durch entsprechende Fachabteilung, -ambulanz bzw. FachärztInnen (Rheumatologie, Dermatologie, Gastroenterologie). Eine Liste mit orientierenden Kriterien für einen zweckmäßigen Einsatz des Wirkstoffs Infliximab wird vom Hauptverband erstellt und unter www.hauptverband.at/erstattungskodex_orientierende_kriterien_infliximab publiziert.</i>					
Zessly ist das erste Infliximab-Präparat im Grünen Bereich.					
L04AB04 Adalimumab					
Hyrimoz 40 mg Inj.lsg. Fertigspr. PM	2 Stk.	-	-	398,70	68,60**
<i>IND: Diagnose, Erstverordnung und regelmäßige Kontrollen durch entsprechende Fachabteilung, -ambulanz bzw. FachärztInnen (Rheumatologie, Dermatologie, Gastroenterologie, Ophthalmologie). Eine Liste mit orientierenden Kriterien für einen zweckmäßigen Einsatz des Wirkstoffs Adalimumab wird vom Hauptverband erstellt und unter www.hauptverband.at/erstattungskodex_orientierende_kriterien_adalimumab publiziert.</i>					
Nach der Aufnahme eines Fertigpens von Hyrimoz im Juni folgt nun die Fertigspritze.					

* Vergleich zum Listenpreis des Erstanbieterpräparates in dosierungsäquivalenter Menge (Preisbasis der Berechnung: Juli 2019)

** Bei dem angegebenen Kostenreduktionspotenzial werden Preismodelle (PM) nicht berücksichtigt.

PM: Arzneispezialitäten, für die eine Vereinbarung über ein Preismodell mit dem vertriebsberechtigten Unternehmen vorliegt.

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

Präparat	Menge	T	OP	KVP €	max. Kostenersparnis € pro Packung*	
J05 ANTIVIRALE MITTEL ZUR SYSTEMISCHEN ANWENDUNG						
J05AE03 Ritonavir						
RE2	Ritonavir „Accord“ 100 mg Filmtabl.	30 Stk.	-	-	24,15	21,60
In Kombination mit anderen antiretroviralen Arzneimitteln bei HIV-1-infizierten Erwachsenen und Kindern ab 2 Jahren. Therapieeinleitung und regelmäßige Kontrollen durch einen Arzt/eine Ärztin mit Erfahrung in der HIV-Behandlung.						
Ritonavir „Accord“ ist das erste Nachfolgepräparat zu Norvir.						
J05AE10 Darunavir						
RE2	Darunavir „Krka“ 600 mg Filmtabl.	60 Stk.	-	-	245,85	464,55
In Kombination mit niedrig dosiertem Ritonavir und anderen antiretroviralen Arzneimitteln bei mehrfach vorbehandelten HIV-1-infizierten Erwachsenen, bei denen es unter mehr als einem Behandlungsschema mit einem Proteasehemmer zu einem Therapieversagen gekommen ist. Therapieeinleitung und regelmäßige Kontrollen durch einen Arzt/eine Ärztin mit Erfahrung in der HIV-Behandlung.						
RE2	800 mg Filmtabl.	30 Stk.	-	-	245,85	229,20
In Kombination mit niedrig dosiertem Ritonavir und anderen antiretroviralen Arzneimitteln bei nicht vorbehandelten HIV-1-infizierten Erwachsenen. Therapieeinleitung und regelmäßige Kontrollen durch einen Arzt/eine Ärztin mit Erfahrung in der HIV-Behandlung.						
RE2	Darunavir „Mylan“ 800 mg Filmtabl.	30 Stk.	-	-	245,85	229,20
In Kombination mit niedrig dosiertem Ritonavir und anderen antiretroviralen Arzneimitteln bei nicht vorbehandelten HIV-1-infizierten Erwachsenen. Therapieeinleitung und regelmäßige Kontrollen durch einen Arzt/eine Ärztin mit Erfahrung in der HIV-Behandlung.						
RE2	Darunavir „ratiopharm“ 800 mg Filmtabl.	30 Stk.	-	-	245,85	229,20
In Kombination mit niedrig dosiertem Ritonavir und anderen antiretroviralen Arzneimitteln bei nicht vorbehandelten HIV-1-infizierten Erwachsenen. Therapieeinleitung und regelmäßige Kontrollen durch einen Arzt/eine Ärztin mit Erfahrung in der HIV-Behandlung.						
RE2	Darunavir „Sandoz“ 800 mg Filmtabl.	30 Stk.	-	-	245,85	229,20
In Kombination mit niedrig dosiertem Ritonavir und anderen antiretroviralen Arzneimitteln bei nicht vorbehandelten HIV-1-infizierten Erwachsenen. Therapieeinleitung und regelmäßige Kontrollen durch einen Arzt/eine Ärztin mit Erfahrung in der HIV-Behandlung.						
Die Darunavir-Präparate sind die ersten Nachfolger von Prezista.						

* Vergleich zum Listenpreis des Erstanbieterpräparates in dosierungsäquivalenter Menge (Preisbasis der Berechnung: Juli 2019)

Aufnahme von Präparaten in den Gelben Bereich:

Präparat	Menge	T	OP	KVP €	
L01 ANTINEOPLASTISCHE MITTEL					
L01XE41 Binimetinib					
RE1	Mektovi 15 mg Filmtabl.	84 Stk. 168 Stk.	- -	- -	2.277,95 4.531,25
<p>Als Kombinationstherapie mit Encorafenib zur Behandlung erwachsener PatientInnen mit BRAF-V600-Mutation positivem (nicht resezierbarem oder metastasiertem) Melanom. Für PatientInnen, deren Erkrankung unter einer vorhergehenden Therapie mit einem BRAF-Inhibitor fortschritt, liegen nur begrenzte Daten vor, weshalb für diese PatientInnen andere Behandlungsoptionen in Betracht gezogen werden sollten. Nachweis einer positiven BRAF-V600-Mutation mit einer validierten Testmethode. Diagnose und Erstverordnung durch entsprechende Fachabteilung bzw. Zentrum, mittels Tumorboard. Regelmäßige Kontrolle (u.a. Herzfunktion) durch entsprechende Fachabteilung bzw. Zentrum bzw. durch einen onkologisch spezialisierten Facharzt/eine Fachärztin.</p>					
L01XE46 Encorafenib					
RE1	Braftovi 50 mg Hartkaps	28 Stk. 112 Stk.	- -	- -	525,40 2.027,60
RE1	75 mg Hartkaps	42 Stk. 168 Stk.	- -	- -	1.151,30 4.531,25
<p>Als Kombinationstherapie mit Binimetinib zur Behandlung erwachsener PatientInnen mit BRAF-V600-Mutation positivem (nicht resezierbarem oder metastasiertem) Melanom. Für PatientInnen, deren Erkrankung unter einer vorhergehenden Therapie mit einem BRAF-Inhibitor fortschritt, liegen nur begrenzte Daten vor, weshalb für diese PatientInnen andere Behandlungsoptionen in Betracht gezogen werden sollten. Nachweis einer positiven BRAF-V600-Mutation mit einer validierten Testmethode. Diagnose und Erstverordnung durch entsprechende Fachabteilung bzw. Zentrum, mittels Tumorboard. Regelmäßige Kontrolle (u.a. Herzfunktion) durch entsprechende Fachabteilung bzw. Zentrum bzw. durch einen onkologisch spezialisierten Facharzt/eine Fachärztin.</p>					
L04 IMMUNSUPPRESSIVA					
L04AC17 Tildrakizumab					
RE1	Ilumetri 100 mg Inj.lsg. Fertigspr. PM	1 Stk.	-	-	2.829,95
<p>Mittelschwere bis schwere Plaque-Psoriasis erwachsener PatientInnen bei Versagen, Unverträglichkeit oder Kontraindikation von systemischen Therapien einschließlich Ciclosporin, Methotrexat oder PUVA, in einer Dosierung von maximal 100 mg alle 12 Wochen. Erstverordnung und engmaschige Kontrollen durch entsprechende Fachabteilung bzw. -ambulanz oder durch einen Facharzt/eine Fachärztin mit Erfahrung in der Behandlung der mittelschweren bis schweren Plaque-Psoriasis. Keine Fortsetzung der Behandlung von PatientInnen, die innerhalb von 28 Behandlungswochen nicht klinisch ansprechen.</p>					

Folgende Präparate wurden aus dem EKO gestrichen:

Präparat	Menge	ATC-Code	Streichung mit
Bricanyl Turbohaler 0,5 mg/Dosis Plv. zur Inh.	200 Hb.	R03AC03	01.07.2019
Austausch der 200 Hb.-Pkg. durch eine 120 Hb.-Pkg., die mit April 2019 in den EKO aufgenommen wurde.			
Clopidogrel „Accord“ 75 mg Filmtabl.	30 Stk.	B01AC04	01.07.2019
Jumex Tabl.	50 Stk.	N04BD01	01.07.2019
Kalydeco 50 mg Gran. Btl.	56 Stk.	R07AX02	01.07.2019
Kalydeco 75 mg Gran. Btl.	56 Stk.	R07AX02	01.07.2019
Kalydeco 150 mg Filmtabl.	56 Stk.	R07AX02	01.07.2019

Präparat	Menge	ATC-Code	Streichung mit
Lansoprazol „Bluefish“ 15 mg magensaftresistente Hartkaps.	14 Stk. 28 Stk.	A02BC03	01.07.2019
Lansoprazol „Bluefish“ 30 mg magensaftresistente Hartkaps.	7 Stk. 14 Stk. 28 Stk.	A02BC03	01.07.2019
Niften Kaps.	28 Stk.	C07FB03	01.07.2019
Österreichweit wurden im 1. Quartal 2019 noch 516 Patienten mit diesem Antihypertensivum behandelt. Es stehen zahlreiche andere Wirkstoffkombinationen zur Verfügung.			
Praluent 75 mg Inj.lsg. Fertigpen	2 Stk.	C10AX14	01.07.2019
Praluent 150 mg Inj.lsg. Fertigpen	2 Stk.	C10AX14	01.07.2019
Die befristete Aufnahme von Praluent ist abgelaufen.			
Syntocinon Spray	5 ml	H01BB02	14.06.2019

Änderung der Verwendung im Grünen Bereich:

Präparat	Menge	T	OP	KVP €
C08 CALCIUMKANALBLOCKER				
C08CA01 Amlodipin				
Amlodipin „1A Pharma“ 5 mg Tabl.	30 Stk.	T2	(3)	3,30
7,5 mg Tabl.	30 Stk.	T2	(3)	3,30
10 mg Tabl.	30 Stk.	T2	(3)	3,30
Änderung der Verwendung auf OP3				
J02 ANTIMYKOTIKA ZUR SYSTEMISCHEN ANWENDUNG				
J02AC01 Fluconazol				
Fluconazol „+pharma“ 150 mg Kaps.	2 Stk.	-	-	10,75
<i>Frei verschreibbar bei Dermatomykosen</i>				
150 mg Kaps.	4 Stk.	-	-	19,70
<i>Frei verschreibbar bei Onychomykosen</i>				
Wegfall der Facharztbeschränkung				

Änderung der Packungsgröße im Grünen Bereich:

Präparat	Menge	T	OP	KVP €
A02 MITTEL BEI SÄURE BEDINGTEN ERKRANKUNGEN				
A02BA02 Ranitidin				
Ranitidin „Accord“ 150 mg Filmtabl.	60 Stk.	-	-	12,95
Streichung der 30 Stk.-Packung				
Ranitidin „Accord“ 300 mg Filmtabl.	30 Stk.	-	-	12,70
Streichung der 10 Stk.-Packung				

Präparat	Menge	T	OP	KVP €
A02BC02 Pantoprazol				
Gastrozol 20 mg magensaftresistente Tabl.	14 Stk. 28 Stk.	- -	- (2)	1,05 2,05
Streichung der 30 Stk.-Packung				
C09 MITTEL MIT WIRKUNG AUF DAS RENIN-ANGIOTENSIN-SYSTEM				
C09CA01 Losartan				
Losartan „MSD“ 100 mg Filmtabl.	14 Stk.	-	-	2,70
Streichung der 28 Stk.-Packung				
N02 ANALGETIKA				
N02AB03 Fentanyl				
Fentanyl „1A Pharma“ 25 mcg/h transdermales Matrixpflaster	5 Stk. 10 Stk.	- -	- -	13,20 25,05
50 mcg/h transdermales Matrixpflaster	5 Stk. 10 Stk.	- -	- -	21,00 40,15
75 mcg/h transdermales Matrixpflaster	5 Stk. 10 Stk.	- -	- -	27,55 52,90
100 mcg/h transdermales Matrixpflaster	5 Stk. 10 Stk.	- -	- -	33,95 65,30
SG				
<i>IND: chronische Schmerzen, die durch starke orale Opiode nicht ausreichend behandelbar sind</i>				
Jeweils Aufnahme einer weiteren Packungsgröße zu 10 Stk.				
Fentanyl „Hexal“ 12 mcg/h transdermales Matrixpflaster	5 Stk. 10 Stk.	- -	- -	8,10 15,05
25 mcg/h transdermales Matrixpflaster	5 Stk. 10 Stk.	- -	- -	13,20 25,05
50 mcg/h transdermales Matrixpflaster	5 Stk. 10 Stk.	- -	- -	21,00 40,15
75 mcg/h transdermales Matrixpflaster	5 Stk. 10 Stk.	- -	- -	27,55 52,90
100 mcg/h transdermales Matrixpflaster	5 Stk. 10 Stk.	- -	- -	33,95 65,30
SG				
<i>IND: chronische Schmerzen, die durch starke orale Opiode nicht ausreichend behandelbar sind</i>				
Jeweils Aufnahme einer weiteren Packungsgröße zu 10 Stk.				

Änderung der Verwendung im Gelben Bereich:

Präparat	Menge	T	OP	KVP €	
C10 MITTEL, DIE DEN LIPIDSTOFFWECHSEL BEEINFLUSSEN					
C10AA07 Rosuvastatin					
RE1 L6	Crestor 40 mg Filmtabl.	28 Stk.	-	-	40,00
<p>Eine Kostenübernahme ist möglich bei nachgewiesener und dokumentierter Unverträglichkeit von Therapiealternativen aus dem Grünen Bereich (Statine) und/oder wenn mit Crestor 20 mg kein ausreichender Therapieerfolg (LDL-Zielwert 100 mg/dl) erzielt werden kann.</p> <p>Kontraindiziert bei Patienten, die gleichzeitig Fibrate oder Ciclosporin einnehmen, sowie bei Patienten mit prädisponierenden Faktoren für Myopathie/Rhabdomyolyse. (siehe Erlass des BMGF GZ:21.420/104-III/A/6/04)</p>					
Überführung in RE1					
14 Rosuvastatin 40 mg Generika stehen zu einem Packungspreis ab 5,90 EUR im Grünen Bereich des EKO. Die Bewilligung eines identen Präparates zu 40 EUR ist wohl nur schwer argumentierbar.					

Rückblickend: Änderungen im Erstattungskodex ab Juni 2019

Informationsstand Juni 2019

ROT → GRÜN

Aufnahme kostengünstiger Nachfolgepräparate in den Grünen Bereich:

Präparat	Menge	T	OP	KVP €	max. Kostenersparnis € pro Packung*
N05 PSYCHOLEPTIKA					
N05AH04 Quetiapin					
Quetiapin „1A Pharma“ 25 mg Filmtabl.	6 Stk.	-	-	1,45	0,45
	60 Stk.	-	-	14,00	1,60
100 mg Filmtabl.	6 Stk.	T4	-	3,80	Packungsgröße beim Erst- anbieter nicht vorhanden
	60 Stk.	T4	(2)	35,00	4,60
	90 Stk.	T4	-	50,90	6,85
200 mg Filmtabl.	6 Stk.	T4	-	5,85	Packungsgröße beim Erst- anbieter nicht vorhanden
	60 Stk.	T4	(2)	52,35	6,20
300 mg Filmtabl.	6 Stk.	T2	-	7,65	Packungsgröße beim Erst- anbieter nicht vorhanden
	60 Stk.	T2	(2)	68,60	8,20

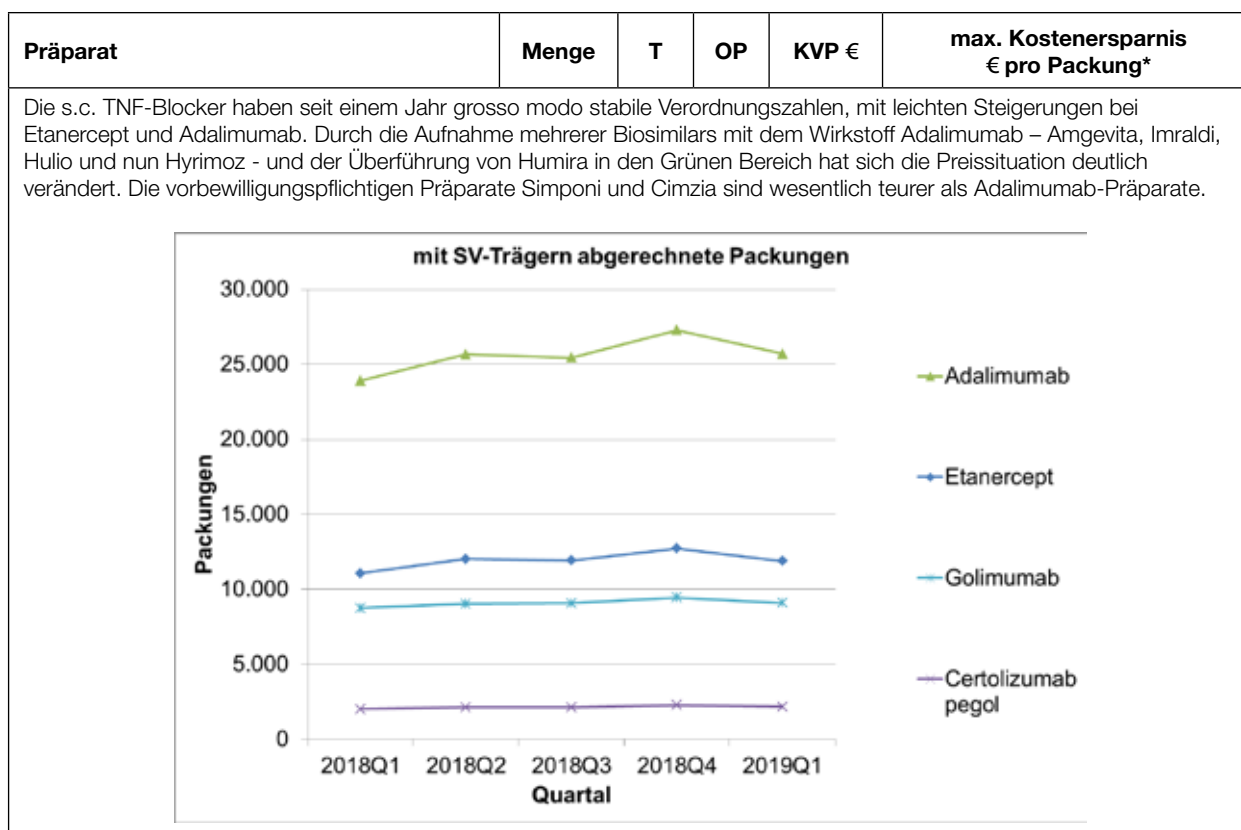
Aufnahme kostengünstiger Biosimilars in den Grünen Bereich:

Präparat	Menge	T	OP	KVP €	max. Kostenersparnis € pro Packung*
L03 IMMUNSTIMULANZIEN					
L03AA13 Pegfilgrastim					
Pelmeg 6 mg Inj.lsg. Fertigspr.	1 Stk.	-	-	479,45	0,20
Ziextenzo 6 mg Inj.lsg. Fertigspr.	1 Stk.	-	-	479,60	0,05
L04 IMMUNSUPPRESSIVA					
L04AB04 Adalimumab					
Hyrimoz 40 mg Inj.lsg. Fertigen PM	2 Stk.	-	-	398,70	68,60**
<i>IND: Diagnose, Erstverordnung und regelmäßige Kontrollen durch entsprechende Fachabteilung, -ambulanz bzw. Fachärztinnen (Rheumatologie, Dermatologie, Gastroenterologie, Ophthalmologie). Eine Liste mit orientierenden Kriterien für einen zweckmäßigen Einsatz des Wirkstoffs Adalimumab wird vom Hauptverband erstellt und unter www.hauptverband.at/erstattungskodex_orientierende_kriterien_adalimumab publiziert.</i>					

* Vergleich zum Listenpreis des Erstanbieterpräparates in dosierungsäquivalenter Menge (Preisbasis der Berechnung: Juni 2019)

PM: Arzneispezialitäten, für die eine Vereinbarung über ein Preismodell mit dem vertriebsberechtigten Unternehmen vorliegt.

** Bei dem angegebenen Kostenreduktionspotenzial werden Preismodelle (PM) nicht berücksichtigt.



Folgende Präparate wurden aus dem EKO gestrichen:

Präparat	Menge	ATC-Code	Streichung mit
Faslodex 250 mg Inj.lsg.	2 Stk.	L02BA03	01.06.2019
Hypren plus HCT 2,5 mg/12,5 mg Tabl.	28 Stk.	C09BA05	01.06.2019
Hypren plus HCT forte 5 mg/25 mg Tabl.	28 Stk.	C09BA05	01.06.2019

Änderung der Verwendung im Grünen Bereich:

Präparat	Menge	T	OP	KVP €
B01 ANTITHROMBOTISCHE MITTEL				
B01AC04 Clopidogrel				
Clopidogrel „1A Pharma“ 75 mg Filmtabl.	10 Stk. 30 Stk.	- -	- (3)	4,35 10,60
<i>IND: Zur Hemmung der Thrombozytenaggregation, wenn ASS nicht ausreichend oder kontraindiziert ist</i>				
Änderung der Verwendung auf OP3				
Frei verschreibbar				

* Vergleich zum Listenpreis des Erstanbieterpräparates in dosierungsäquivalenter Menge (Preisbasis der Berechnung: Juni 2019)

Änderung der Packungsgröße im Grünen Bereich:

Präparat	Menge	T	OP	KVP €
N05 PSYCHOLEPTIKA				
N05AE04 Ziprasidon				
Zeldox 40 mg Hartkaps.	60 Stk.	-	(2)	59,90
Austausch der 56 Stk.-Pkg. auf eine 60 Stk.-Pkg.				
N05AL01 Sulpirid				
Meresasul 50 mg Kaps.	50 Stk.	-	-	10,10
Streichung der 100 Stk.-Pkg.				

Änderung der Verwendung im Gelben Bereich:

Präparat	Menge	T	OP	KVP €	
L01 ANTINEOPLASTISCHE MITTEL					
L01XE27 Ibrutinib					
RE1	Imbruvica 140 mg Hartkaps. (PM)	90 Stk. 120 Stk.	- -	- -	5.508,10 7.335,90
<p>Zur Monotherapie von erwachsenen PatientInnen</p> <ol style="list-style-type: none"> mit nicht vorbehandelter chronisch lymphatischer Leukämie (CLL) <ul style="list-style-type: none"> die aufgrund reduzierten körperlichen Zustands für eine Fludarabin-basierte Chemoimmunotherapie nicht geeignet sind oder die aufgrund einer 17p-Deletion oder einer TP53-Mutation für eine Chemoimmunotherapie nicht geeignet sind. mit rezidivierender oder refraktärer CLL, die für eine Chemoimmunotherapie nicht geeignet sind mit rezidiviertem oder refraktärem Mantelzell-Lymphom (MCL) mit rezidiviertem oder refraktärem Morbus Waldenström (MW) <p>Diagnose und Erstverordnung durch entsprechende Fachabteilung bzw. Zentrum, mittels Tumorboard. Regelmäßige Kontrolle durch entsprechende Fachabteilung bzw. Zentrum bzw. durch einen/eine hämatologisch spezialisierte/n Facharzt/Fachärztin</p> <p>Die Aufnahme ist befristet und endet mit 31.7.2020.</p> <p>Die befristete Aufnahme in den EKO wurde verlängert.</p>					

Rückblickend: Änderungen im Erstattungskodex ab Mai 2019

Informationsstand Mai 2019

ROT

→

GRÜN

Aufnahme kostengünstiger Nachfolgepräparate in den Grünen Bereich:

Präparat	Menge	T	OP	KVP €	max. Kostenersparnis € pro Packung*
L04 IMMUNSUPPRESSIVA					
L04AB04 Adalimumab					
Hulio 40 mg Inj.slg. Fertigpen (PM)	2 Stk.	-	-	440,25	27,05**
Fertigspr. (PM)	2 Stk.	-	-	440,25	27,05**
<p><i>IND: Diagnose, Erstverordnung und regelmäßige Kontrollen durch entsprechende Fachabteilung, -ambulanz bzw. FachärztInnen (Rheumatologie, Dermatologie, Gastroenterologie, Ophthalmologie). Eine Liste mit orientierenden Kriterien für einen zweckmäßigen Einsatz des Wirkstoffs Adalimumab wird vom Hauptverband erstellt und unter www.hauptverband.at/erstattungskodex_orientierende_kriterien_adalimumab publiziert.</i></p> <p>Entsprechend den gesetzlichen Vorgaben ist der zweite Eintritt eines Biosimilars mit einem Preisvorteil von 15 % verbunden. Hulio ist daher das derzeit kostengünstigste Adalimumab. Die im Ökotool als vergleichbare Präparate angeführten Cimzia und Simponi kosten ca. das Doppelte und sind vorbewilligungspflichtig.</p>					

Aufnahme von Präparaten in den Grünen Bereich:

Präparat	Menge	T	OP	KVP €
N02 ANALGETIKA				
N02AE01 Buprenorphin				
Buprenorphin „ratiopharm“ 5 mcg/h transdermales Pflaster	2 Stk.	-	-	4,30
	4 Stk.	-	-	8,00
10 mcg/h transdermales Pflaster	2 Stk.	-	-	6,80
	4 Stk.	-	-	12,70
20 mcg/h transdermales Pflaster	2 Stk.	-	-	10,70
	4 Stk.	-	-	20,20
<p><i>IND: Mittelstarke chronische nicht-maligne Schmerzen, wenn ein Opioid zum Erreichen einer adäquaten Analgesie notwendig ist.</i></p> <p>SG</p> <p>Ein Wechsel dieses Pflasters ist erst nach 7 Tagen erforderlich.</p>				

ROT

→

GELB

Aufnahme kostengünstiger Nachfolgepräparate in den Gelben Bereich:

Präparat	Menge	T	OP	KVP	max. Kostenersparnis € pro Packung*
J05 ANTIVIRALE MITTEL ZUR SYSTEMISCHEN ANWENDUNG					
J05AG01 Nevirapin					
RE2 Nevirapin „Mylan“ 400 mg Retardtabl.	30 Stk.	-	-	120,10	94,75
<p>In Kombination mit anderen antiretroviralen Arzneimitteln zur Behandlung von HIV-1-infizierten Erwachsenen, Jugendlichen und Kindern ab 3 Jahren. Therapieeinleitung und regelmäßige Kontrollen durch einen Arzt/eine Ärztin mit Erfahrung in der HIV-Behandlung.</p> <p>Nevirapin „Mylan“ ist ein Nachfolgepräparat zu Viramune und kostet um 44 % weniger.</p>					

* Vergleich zum Listenpreis des Erstanbieterpräparates in dosierungsäquivalenter Menge (Preisbasis der Berechnung: Mai 2019)

** Bei dem angegebenen Kostenreduktionspotenzial werden Preismodelle (PM) nicht berücksichtigt.

PM: Arzneispezialitäten, für die eine Vereinbarung über ein Preismodell mit dem vertriebsberechtigten Unternehmen vorliegt.

Aufnahme von Präparaten in den Gelben Bereich:

Präparat	Menge	T	OP	KVP €	
A10 ANTIDIABETIKA					
A10BJ02 Liraglutid					
RE1 L6	Victoza 6 mg/ml Inj.lsg. Fertigen (PM)	2 Stk.	-	-	110,75
<p>Bei PatientInnen mit Diabetes Typ II</p> <ul style="list-style-type: none"> - Die Behandlung mit Liraglutid hat nur als Drittlinien-Therapie nach Ausschöpfung der Therapiemöglichkeiten mit kostengünstigeren, oralen Erst- und Zweitlinien-Therapien aus dem EKO im Grünen und Gelben Bereich (ATC Codes A10BA02, A10BB, A10BX02, A10BD, A10BG, A10BH, A10BK) zu erfolgen. - Die Therapie darf nur ab einem HbA1c-Wert von 8,0 % begonnen werden. - Die Behandlung darf nur ab einem Body Mass Index von 30 kg/m² begonnen werden. - Erstverordnung nur durch FachärztInnen für Innere Medizin mit Erfahrung auf dem Gebiet der Diabetes-Behandlung oder durch spezialisierte Zentren. - Angabe von Ausgangsgewicht, -BMI und -HbA1c bei Therapiebeginn. Die Therapie wird nach 6 Monaten evaluiert, dabei muss eine Reduktion des HbA1c um 1 % und eine Gewichtsreduktion um mindestens 3 kg gegenüber dem Ausgangswert bei Therapiebeginn erreicht werden. - Liraglutid darf nur in Kombination mit Metformin, einem Sulfonylharnstoff, einem Thiazolidindion und/oder Basalinsulin eingesetzt werden. - Liraglutid darf nicht mit DPP-IV-Hemmern, SGLT2-Hemmern oder Gliniden kombiniert werden. - Liraglutid darf nicht als Monotherapie eingesetzt werden. - Kein Einsatz bei schwerer Nierenfunktionsstörung (Kreatinin-Clearance unter 30 ml/min) oder terminaler Niereninsuffizienz. - Liraglutid eignet sich für eine chef(kontroll)ärztliche Langzeitbewilligung für 6 Monate (L6). 					
C09 MITTEL MIT WIRKUNG AUF DAS RENIN-ANGIOTENSIN-SYSTEM					
C09DX04 Valsartan und Sacubitril					
RE1 L12	Entresto 24 mg/26 mg Filmtabl. (PM)	28 Stk.	-	-	77,00
RE1 L12	49 mg/51 mg Filmtabl. (PM)	28 Stk. 56 Stk.	- -	- -	77,00 142,75
RE1 L12	97 mg/103 mg Filmtabl. (PM)	56 Stk.	-	-	142,75
<p>Bei erwachsenen PatientInnen ab 18 Jahren mit chronischer Herzinsuffizienz mit reduzierter Ejektionsfraktion, wenn trotz individuell optimierter Standardtherapie mit ACE-Hemmer oder AT-II-Antagonisten der Patient/die Patientin immer noch symptomatisch ist (NYHA größer/gleich Klasse II).</p> <p>Therapieeinleitung bei linksventrikulärer Ejektionsfraktion kleiner/gleich 35 % (diagnostiziert mittels transthorakalem Echokardiographiebefund nicht älter als 6 Monate). Das Serumkalium muss zu Therapiebeginn kleiner/gleich 5,4 mmol/l, der systolische Blutdruck größer/gleich 100 mm Hg und die eGFR größer/gleich 30 ml/min/1,73 m² sein.</p> <p>Erstverordnung und regelmäßige Kontrollen durch einen Facharzt/eine Fachärztin für Innere Medizin mit dem Additivfach Kardiologie oder einen Facharzt/eine Fachärztin für Innere Medizin mit gültigem Diplom in transthorakaler Echokardiographie oder durch eine entsprechende Fachabteilung bzw. -ambulanz.</p> <p>Sacubitril/Valsartan eignet sich für eine chef(kontroll)ärztliche Langzeitbewilligung für 12 Monate (L 12).</p> <p>Die ESC-Leitlinie sieht eine individuell optimierte Standardtherapie mit ACE-I bzw. ARB, Betablocker, MRA (Spironolacton oder Eplerenon) und gegebenenfalls Diuretika vor Therapiestart mit Valsartan/Sacubitril vor.</p>					
RE1 L12	Neparvis 24 mg/26 mg Filmtabl. (PM)	28 Stk.	-	-	77,00
RE1 L12	49 mg/51 mg Filmtabl. (PM)	28 Stk. 56 Stk.	- -	- -	77,00 142,75
RE1 L12	97 mg/103 mg Filmtabl. (PM)	56 Stk.	-	-	142,75

Präparat	Menge	T	OP	KVP €	
<p>Bei erwachsenen PatientInnen ab 18 Jahren mit chronischer Herzinsuffizienz mit reduzierter Ejektionsfraktion wenn trotz individuell optimierter Standardtherapie mit ACE-Hemmer oder AT-II-Antagonisten der Patient/die Patientin immer noch symptomatisch ist (NYHA größer/gleich Klasse II).</p> <p>Therapieeinleitung bei linksventrikulärer Ejektionsfraktion kleiner/gleich 35 % (diagnostiziert mittels transthorakalem Echokardiographiebefund nicht älter als 6 Monate). Das Serumkalium muss zu Therapiebeginn kleiner/gleich 5,4 mmol/l, der systolische Blutdruck größer/gleich 100 mm Hg und die eGFR größer/gleich 30 ml/min/1,73 m² sein.</p> <p>Erstverordnung und regelmäßige Kontrollen durch einen Facharzt/eine Fachärztin für Innere Medizin mit dem Additivfach Kardiologie oder einen Facharzt/eine Fachärztin für Innere Medizin mit gültigem Diplom in transthorakaler Echokardiographie oder durch eine entsprechende Fachabteilung bzw. -ambulanz.</p> <p>Sacubitril/Valsartan eignet sich für eine chef(kontroll)ärztliche Langzeitbewilligung für 12 Monate (L 12).</p>					
Neparvis ist ident mit Entresto und stammt vom selben Anbieter,					
L01 ANTINEOPLASTISCHE MITTEL					
L01XE50 Abemaciclib					
RE1	Verzenios 50 mg Filmtabl. PM	14 Stk. 56 Stk.	- -	- -	723,40 2.819,60
RE1	100 mg Filmtabl. PM	14 Stk. 56 Stk.	- -	- -	723,40 2.819,60
RE1	150 mg Filmtabl. PM	14 Stk. 56 Stk.	- -	- -	723,40 2.819,60
<p>Bei Hormonrezeptor (HR)-positivem, humanen epidermalen Wachstumsfaktor-Rezeptor-2 (HER2)-negativem lokal fortgeschrittenem oder metastasiertem Brustkrebs:</p> <ul style="list-style-type: none"> – als Erstlinientherapie in Kombination mit einem Aromatasehemmer oder Fulvestrant – als Zweitlinientherapie in Kombination mit Fulvestrant nach endokriner Therapie. <p>Kein Einsatz bei vorangegangener Therapie mit einem Inhibitor von Cyclin-abhängiger Kinase (CDK) 4 und 6 und/oder kritischer viszeraler Erkrankung.</p> <p>Bei prä- oder perimenopausalen Frauen sollte die endokrine Therapie mit einem LHRH-Agonisten (LHRH = Lutenizing Hormone-Releasing Hormone) kombiniert werden.</p> <p>Diagnose und Erstverordnung durch entsprechende Fachabteilung bzw. Zentrum, mittels Tumorboard. Regelmäßige Kontrolle durch entsprechende Fachabteilung bzw. Zentrum bzw. durch eine/n gynäko-onkologisch spezialisierte/n Facharzt/ Fachärztin.</p> <p>Die Aufnahme ist befristet und endet mit 31.10.2023.</p>					
<p>Abemaciclib ist nach Palbociclib (Ibrance) und Ribociclib (Kisqali) der dritte CDK4/6-Inhibitor. Im angeführten Setting (lokal fortgeschritten oder metastasiert) zeigen die Substanzen eine vergleichbare Wirksamkeit im progressionsfreien Überleben. Im Gegensatz zu Palbociclib und Ribociclib wird Abemaciclib durchgehend eingenommen.</p> <p>Für die SV-Träger ist Verzenios aktuell der kostengünstigste CDK4/6-Inhibitor.</p>					
L04 IMMUNSUPPRESSIVA					
L04AA36 Ocrelizumab					
RE1	Ocrevus 300 mg Konz. zur Herst. einer Inf.lsg. PM	1 Stk.	-	-	5.479,40
<p>Als Monotherapie bei erwachsenen PatientInnen mit hochaktiver schubförmiger Multipler Sklerose (MS), bei denen während einer mindestens einjährigen krankheitsmodifizierenden Behandlung in den vorangegangenen 12 Monaten</p> <ul style="list-style-type: none"> – mindestens ein Schub und mindestens eine Gadolinium-anreichernde T1-Läsion bzw. mindestens 9 T2-Läsionen in der kranialen MRT <p>oder</p> <ul style="list-style-type: none"> – 2 Schübe oder mehr auftraten. <p>Diagnosestellung, Verordnung, Einstellung, Therapiekontrolle und Dokumentation durch ein MS-Zentrum. In klinischen Studien wurde bei PatientInnen, die mit Ocrelizumab behandelt wurden, eine erhöhte Anzahl maligner Erkrankungen (einschließlich Mammakarzinom) beobachtet, verglichen mit den Kontrollgruppen. Bei PatientInnen mit bekannten Risikofaktoren für das Auftreten von malignen Erkrankungen und bei PatientInnen, die aktiv auf das Wiederauftreten einer malignen Erkrankung hin überwacht werden, ist das individuelle Nutzen- Risiko-Verhältnis abzuwägen. PatientInnen mit bekannter aktiver maligner Erkrankung dürfen nicht mit Ocrelizumab behandelt werden. PatientInnen sollen das Standard-Brustkrebs-Screening entsprechend der lokalen Leitlinien befolgen.</p> <p>PatientInnen, die mit Ocrelizumab behandelt werden, sind vor Therapiebeginn in das dafür vorgesehene Register der ÖGN aufzunehmen.</p>					

Folgende Präparate wurden aus dem EKO gestrichen:

Präparat	Menge	ATC-Code	Streichung mit
Fulvestrant „ratiopharm“ 250 mg Inj.lsg. Fertigspr.	2 Stk.	L02BA03	01.05.2019
Gliclazid „ratiopharm“ 60 mg Tabl. mit veränderter Wirkstofffreisetzung	30 Stk. 60 Stk.	A10BB09	01.05.2019
Helixate NexGen 500 IE Plv. und Lsgm. zur Herst. einer Inj.lsg.	1 Stk.	B02BD02	01.05.2019
Helixate NexGen 1000 IE Plv. und Lsgm. zur Herst. einer Inj.lsg.	1 Stk.	B02BD02	01.05.2019
Helixate NexGen 2000 IE Plv. und Lsgm. zur Herst. einer Inj.lsg.	1 Stk.	B02BD02	01.05.2019
Imatinib „Koanaa“ 100 mg Filmtabl.	30 Stk. 60 Stk.	L01XE01	01.05.2019
Imatinib „Koanaa“ 400 mg Filmtabl.	30 Stk.	L01XE01	01.05.2019
ISMN „ratiopharm“ retard 50 mg Kaps.	30 Stk.	C01DA14	01.05.2019
Levocetirizin „Actavis“ 5 mg Filmtabl.	10 Stk. 30 Stk.	R06AE09	01.05.2019
Losartan/HCT „Bluefish“ 50 mg/ 12,5 mg Filmtabl.	28 Stk.	C09DA01	27.03.2019
Losartan/HCT „Bluefish“ 100 mg/ 25 mg Filmtabl.	28 Stk.	C09DA01	27.03.2019
Losartan-Kalium „Actavis“ 100 mg Filmtabl.	30 Stk.	C09CA01	01.05.2019
Montelukast „Sandoz“ 4 mg Kautabl.	30 Stk.	R03DC03	01.05.2019
Montelukast „Sandoz“ 5 mg Kautabl.	30 Stk.	R03DC03	01.05.2019
Phenprocoumon „ratiopharm“ 3 mg Tabl.	25 Stk. 100 Stk.	B01AA04	01.05.2019
Tamoxifen „Sandoz“ 40 mg Filmtabl.	30 Stk.	L02BA01	01.05.2019

Änderung der Packungsgröße im Grünen Bereich:

Präparat	Menge	T	OP	KVP €
J02 ANTIMYKOTIKA ZUR SYSTEMISCHEN ANWENDUNG				
J02AC02 Itraconazol				
Sporanox Kaps.	14 Stk.	-	-	13,10
bei Dermatomykosen				
F D				
Streichung der 4 St.-Pkg.				
N02 ANALGETIKA				
N02AB03 Fentanyl				
Fentanyl „Stada“ 12 mcg/h transdermales Matrixpflaster	5 Stk.	-	-	8,26
	10 Stk.	-	-	15,35
25 mcg/h transdermales Matrixpflaster	5 Stk.	-	-	13,45
	10 Stk.	-	-	25,55
50 mcg/h transdermales Matrixpflaster	5 Stk.	-	-	21,45
	10 Stk.	-	-	40,15
75 mcg/h transdermales Matrixpflaster	5 Stk.	-	-	28,10
	10 Stk.	-	-	54,00
100 mcg/h transdermales Matrixpflaster	5 Stk.	-	-	34,65
	10 Stk.	-	-	66,70
<i>IND: chronische Schmerzen, die durch starke orale Opiode nicht ausreichend behandelbar sind</i>				
SG				
Jeweils Aufnahme einer weiteren Packungsgröße zu 10 Stk.				

Präparat	Menge	T	OP	KVP €
N03 ANTIEPILEPTIKA				
N03AX09 Lamotrigin				
Lamotrigin „1A Pharma“ 50 mg lösl. Tabl.	30 Stk.	-	(2)	13,95
<i>IND: Behandlung bei Epilepsien, die durch andere Antiepileptika ungenügend kontrolliert sind</i>				
Streichung der 10 Stk.-Pkg.				
N05 PSYCHOLEPTIKA				
N05AE04 Ziprasidon				
Zeldox 60 mg Hartkaps.	60 Stk.	-	(2)	59,90
Austausch der 56 Stk.-Pkg. auf eine 60 Stk.-Pkg.				
Ziprasidon „Pfizer“ 20 mg Hartkaps.	28 Stk. 60 Stk.	- -	- (2)	28,85 59,90
Austausch der 56 Stk.-Pkg. auf eine 60 Stk.-Pkg.				

Änderung der Bezeichnung im Grünen Bereich:

Präparat	Menge	T	OP	KVP €
C03 DIURETIKA				
C03CA02 Bumetanid				
Burinex 1 mg Tabl.	50 Stk.	T2	-	7,20
<i>vormals Burinex „Leo“ 1 mg Tabl.</i>				
C10 MITTEL, DIE DEN LIPIDSTOFFWECHSEL BEEINFLUSSEN				
C10AA05 Atorvastatin				
Atorvastatin „Aristo“ 10 mg Filmtabl. <i>vormals Atorvastatin „easypharm“ 10 mg Filmtabl.</i>	30 Stk.	-	(2)	7,45
Atorvastatin „Aristo“ 20 mg Filmtabl. <i>vormals Atorvastatin „easypharm“ 20 mg Filmtabl.</i>	30 Stk.	-	(2)	7,50
Atorvastatin „Aristo“ 40 mg Filmtabl. <i>vormals Atorvastatin „easypharm“ 40 mg Filmtabl.</i>	30 Stk.	-	(2)	9,25
N06 PSYCHOANALEPTIKA				
N06AB05 Paroxetin				
Paroxetin „Aristo“ 20 mg Filmtabl. <i>vormals Paroxetin „easypharm“ 20 mg Filmtabl.</i>	10 Stk. 30 Stk.	T2 T2	(2) -	5,55 14,84
N06AB10 Escitalopram				
Escitalopram „Aristo“ 5 mg Filmtabl. <i>vormals Escitalopram „easypharm“ 5 mg Filmtabl.</i>	10 Stk. 30 Stk.	- -	(2) -	1,65 4,85
Escitalopram „Aristo“ 10 mg Filmtabl. <i>vormals Escitalopram „easypharm“ 10 mg Filmtabl.</i>	10 Stk. 30 Stk.	T2 T2	(2) -	2,80 8,15
Escitalopram „Aristo“ 20 mg Filmtabl. <i>vormals Escitalopram „easypharm“ 20 mg Filmtabl.</i>	10 Stk. 30 Stk.	T2 T2	(2) -	2,80 8,15
N06AX11 Mirtazapin				
Mirtazapin „Aristo“ 30 mg Filmtabl. <i>vormals Mirtazapin „easypharm“ 30 mg Filmtabl.</i>	30 Stk.	T2	-	7,25

