

Österreich an der Spitze der europäischen Gesundheitssysteme

Der Report (I)

Der „Euro Health Consumer Index“ ist ein Vergleich der Gesundheitssysteme von 27 EU-Ländern, der Schweiz und Norwegen. Messgrößen sind die für die Patienten relevanten Parameter Wartezeit, Outcome, Versorgungsdichte, Medikamente und ein Gesamtscore. Die Ergebnisse basieren auf öffentlichen Statistiken und unabhängigen Untersuchungen und wurden vom Health Consumer Powerhouse aufbereitet.

Im diesjährigen Ergebnis erzielte das österreichische Gesundheitssystem mit der besten Beurteilung den ersten Platz – eine erhebliche Leistungsverbesserung im Vergleich zum Jahr 2006. Hinter Österreich reihen sich die Niederlande (Sieger im Jahr 2005), Frankreich (Sieger im Jahr 2006) sowie die Schweiz und Deutschland ein.

Die durchgeführte Studie soll den Aktionsradius und die Möglichkeiten der europäischen Gesundheitssysteme aufzeigen. Durch die Erstellung von Vergleichen (basierend auf patientenrelevanten Messparametern) lassen sich Stärken und Schwächen der europäischen Gesundheitssysteme besser beleuchten. Der verlässliche Zugang zu Wissen und Entwicklung soll die Qualität und das Service dauerhaft gewährleisten und

verbessern. Die Nachhaltigkeit und Solidarität in der Versorgung stellt für viele europäische Länder eine große Heraus-

forderung dar. Ebenso trachten die europäischen Länder danach, sich auch in Zukunft ein effizientes Gesundheits-

Tabelle 1: Bewertung Österreichs in den einzelnen Kategorien

Kategorie	Punkte für Österreich (max. erreichbare)	Gewichtung der Kategorie
Patientenrechte und Patienteneinrichtung	17 (27)	1,5
Wartezeiten	14 (15)	2,0
Outcome	13 (15)	2,0
Versorgungsintensität	9 (12)	1,0
Arzneimittel	9 (12)	1,0

Tabelle 2: Die Besten in den einzelnen Kategorien

Kategorie	Kategorienbeste	Rang von Österreich
Patientenrechte und Patienteneinrichtung	Dänemark	9
Wartezeiten	Belgien	2
Outcome	Schweden	2
Versorgungsintensität	ex aequo Finnland, Frankreich, Schweden, Ungarn	7
Arzneimittel	ex aequo Dänemark, Irland, Niederlande, Spanien, Schweden, Schweiz	7

Inhaltsverzeichnis

Österreich an der Spitze der europäischen Gesundheitssysteme

Seite 1–2 ACE-Hemmer oder Angiotensin-II-Antagonisten?

Seite 5–7

Aktuelle Pressemitteilung der EMEA zu Piroxicam

Seite 2–5 Streichung von Insulinen ab 1. Jänner 2008

Seite 7–8

system finanziell leisten zu können. Der Euro Health Consumer Index bietet die Möglichkeit, Visionen und Aktionen in den europäischen Gesundheitssystemen transparent zu gestalten.

Dem „Euro Health Consumer Index 2007“ zufolge verfügt Österreich über das konsumentenfreundlichste Gesundheitssystem Europas. In fünf Kategorien, die insgesamt 27 Leistungsindikatoren umfassen, erreicht Österreich 806 von 1000 möglichen Punkten. Der Index, der im Jahr 2005 erstmals veröffentlicht wurde, beurteilt folgende fünf Bereiche – in Klammern die belegten Ränge Österreichs in den Teilbereichen: Patientenrechte und Patienteninformation (9. Stelle), Wartezeiten für Behandlungen (2. Stelle), Behandlungsergebnisse als „Outcome“ (2. Stelle), Versorgungsintensität (7. Stelle) und Arzneimittelzugang (7. Stelle). Das gute Ranking in allen Teilbereichen ergibt den höchsten Gesamtscore für Österreich. Vor allem die Kombination aus niedrigen Wartezeiten und hervorragenden Heilerfolgen verhilft Österreich zu dieser Spitzenklassifizierung.

Bismarck oder Beveridge

Die fünf Länder mit der besten Beurteilung ihres Gesundheitssystems haben ein Bismarck-System, also ein nicht-staatliches Krankenkassen-System mit Vertragspartnern. Es drängt sich daher

die Frage auf, warum zahlreiche Bestrebungen in Österreich darauf abzielen, diese europaweit bewährte Struktur durch eine staatliche zu ersetzen, für die es keine Modelle gibt, die mit dem österreichischen mithalten können.

Verbesserungsvorschläge

Bei einem Gesamtscore von 806 von 1000 möglichen Punkten listet der Bericht auch Bereiche auf, wo sich das österreichische Gesundheitssystem verbessern könnte.

Diese betreffen beim Patientenrecht und der Information:

- ❖ Patient nicht in Entscheidungsfindung involviert
- ❖ keine Versicherung für medizinische Fehler
- ❖ elektronische Patientenakte beim praktischen Arzt
- ❖ fehlende Anbieterliste mit Qualitätsbeurteilung
- ❖ kein Zugang zu medizinischen Informationen im Internet oder über ständig verfügbare Hotline

Gute Ergebnisse hat Österreich bei den Wartezeiten, reduziert werden könnten diese bei größeren, nicht akuten Operationen.

Ebenso gut ist das Ergebnis bei den Outcome-Parametern, lediglich bei den Subparametern Kindersterblichkeit und

der Häufigkeit von MRSA-Infektionen sind Verbesserungen möglich.

Als Schwachstelle beim Parameter Versorgungsdichte wird die geringe Durchimpfungsrate bei Kindern genannt. Auch die Häufigkeit von Kataraktoperationen könnte gesteigert werden.

Bei der Medikamentenversorgung werden die mangelhaft verfügbare Information für Patienten sowie die hohe Zuzahlung kritisiert.

Fazit

In einer aktuellen vergleichenden Untersuchung von 29 europäischen Gesundheitssystemen mit dem Blickwinkel Patientenfreundlichkeit bzw. patientenorientierte Zielerreichung liegt das österreichische Gesundheitssystem an der ersten Stelle. Es ist daher allen zu gratulieren, die einen Beitrag zu diesem hervorragenden Ergebnis geleistet haben. Wir haben damit eine sehr gute Ausgangsposition für die weitere Entwicklung im Gesundheitsbereich. Die Demontage international bewährter Strukturen wäre der falsche Weg.

Literatur

1. Der Bericht ist online unter http://www.healthpowerhouse.com/media/Rapport_EHCL_2007.pdf (Zugriff am 7. Dezember 2007) in der Vollversion verfügbar.

Aktuelle Pressemitteilung der EMEA zu Piroxicam

Piroxicam gehört zur Gruppe der nicht-steroidalen Antirheumatika und wurde bis dato für die Behandlung verschiedenster Entzündungs- und Schmerzzustände wie akute Gichtanfälle, postoperative Schmerzen, Schmerzen im Kieferbereich, akute Entzündungen der oberen Atemwege, Entzündungen des Bewegungsapparates usw. verwendet.

Aufgrund der VIOXX-Äffäre, die neben den COX₂-Inhibitoren auch die Sicherheit von nicht-steroidalen Antiphlogis-

tika (NSAID) thematisierte, überprüfte das Committee for Medicinal Products for Human Use (CHMP) die Sicherheit dieser Wirkstoffe. Dabei fiel auf, dass Piroxicam im Verhältnis zu den anderen NSAID ein ungünstigeres Risikoprofil besitzt. Diese Erkenntnis führte zu einer gesonderten Analyse von Piroxicam.

(Vermutlich) aufgrund der Ergebnisse hat nun die europäische Arzneimittelbehörde EMEA empfohlen, den Einsatz

der Piroxicam-haltigen Zubereitungen einzuschränken.

Die Pressemitteilung enthielt folgende Informationen:

- ❖ Piroxicam soll wegen schlechter gastrointestinaler Verträglichkeit und der Gefahr von Hautreaktionen nicht mehr für die Behandlung von Akut-

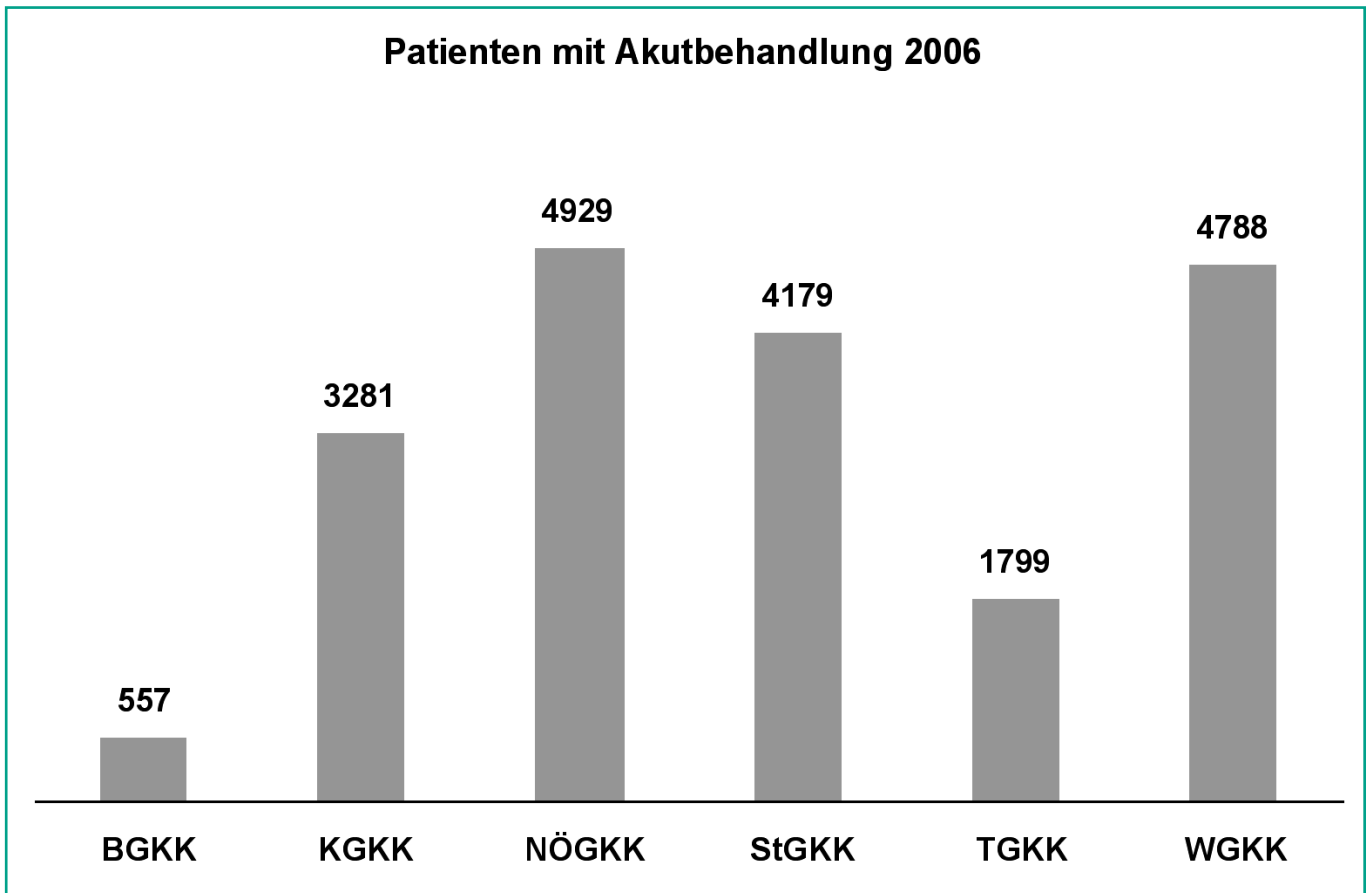


Diagramm 1: Akutbehandlungen

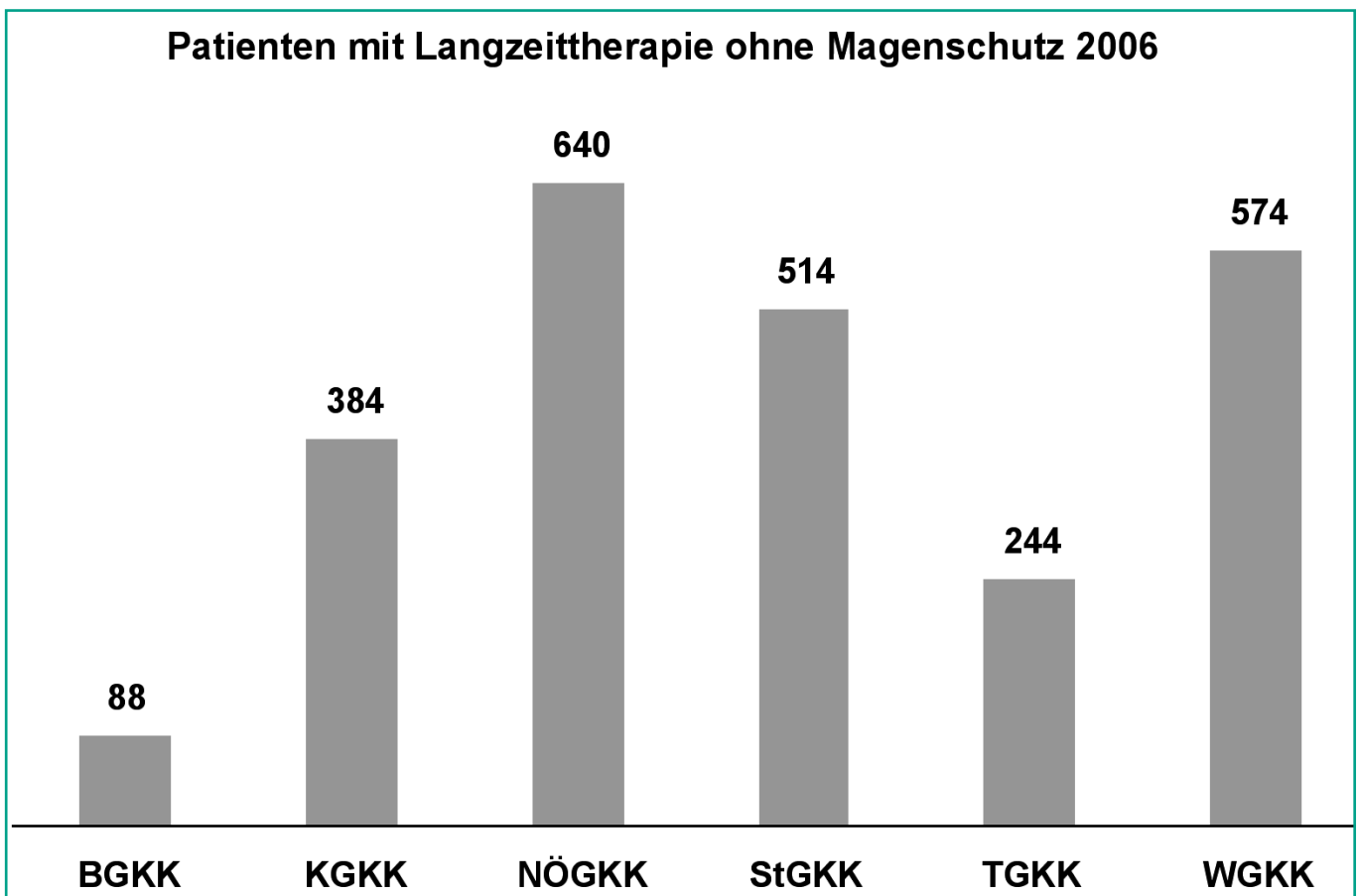


Diagramm 2: Langzeittherapie ohne Magenschutz

zuständen verordnet werden. Auch bei chronisch-entzündlichen Erkrankungen dient es nicht als First-Line-Therapie.

- ❖ Piroxicam dürfen nur noch „Ärzte mit Erfahrung in der Behandlung chronischer schmerzhafter und entzündlicher Erkrankungen“ verordnen.
- ❖ Die drei verbliebenen Indikationen – und hier nur als Mittel zweiter Wahl – sind Osteoarthritis (Arthrose), rheumatoide Arthritis und ankylosierende Spondylitis.
- ❖ Die maximale Tagesdosis ist auf 20 mg zu beschränken.
- ❖ Es wird empfohlen, falls Piroxicam dennoch eingesetzt werden muss, durch zusätzliche Gabe von Misoprostol oder einem Protonenpumpenhemmer die gastrointestinale Unverträglichkeit zu mindern.
- ❖ Kontraindiziert ist Piroxicam bei Patienten mit gastrointestinalen Blutungen und bei Hautreaktionen auf Arzneimittel in der Anamnese.

- ❖ Weiters ist von einer gleichzeitigen Gabe von Piroxicam mit NSAID oder Antikoagulantien abzusehen.

Wie verordneten österreichische Ärzte Piroxicam 2006?

Aufgrund der oben angeführten (neuen) Datenlage zu Piroxicam wurde eine Versorgungsanalyse bei mehreren österreichischen Versicherungsträgern durchgeführt.

Die Daten stammen aus der maschinellen Heilmittelabrechnung des Jahres 2006.

Piroxicam soll nicht bei akuten Entzündungs- und Schmerzzuständen verordnet werden.

Im Diagramm 1 finden Sie die Akutbehandlungen mit nur einer einzigen Verordnung im Jahr 2006 ohne Vor- oder Nachtherapie im letzten Quartal 2005 bzw. ersten Quartal 2007.

Patienten mit Dauertherapie wird empfohlen bei Magenunverträglichkeit zusätzlich einen Magenschutz einzunehmen.

Hierzu wurden die Verordnungen jener Patienten ausgewertet, die über mehrere aufeinander folgende Quartale Piroxicam erhalten und keinen adäquaten Magenschutz (PPI oder Misoprostol) erhalten haben.

Die maximale Tagesdosis sollte 20 mg nicht überschreiten.

Es wurden jene Patienten gefiltert, deren Tagesdosis 20 mg überschreitet und die Piroxicam über zumindest zwei Quartale erhielten.

Von einer gleichzeitigen Gabe von Piroxicam mit einem NSAID oder Antikoagulantien ist abzusehen.

Literatur

1. Pressemitteilung der EMEA vom 25. Juni 2007, <http://www.emea.europa.eu/pdfs/human/press/pr/26514407en.pdf>
2. Deutscher Ärzteverlag, Ärzteblatt, 26. Juli 2007, <http://www.aerzteblatt.de/V4/news/news.asp?id=28928>

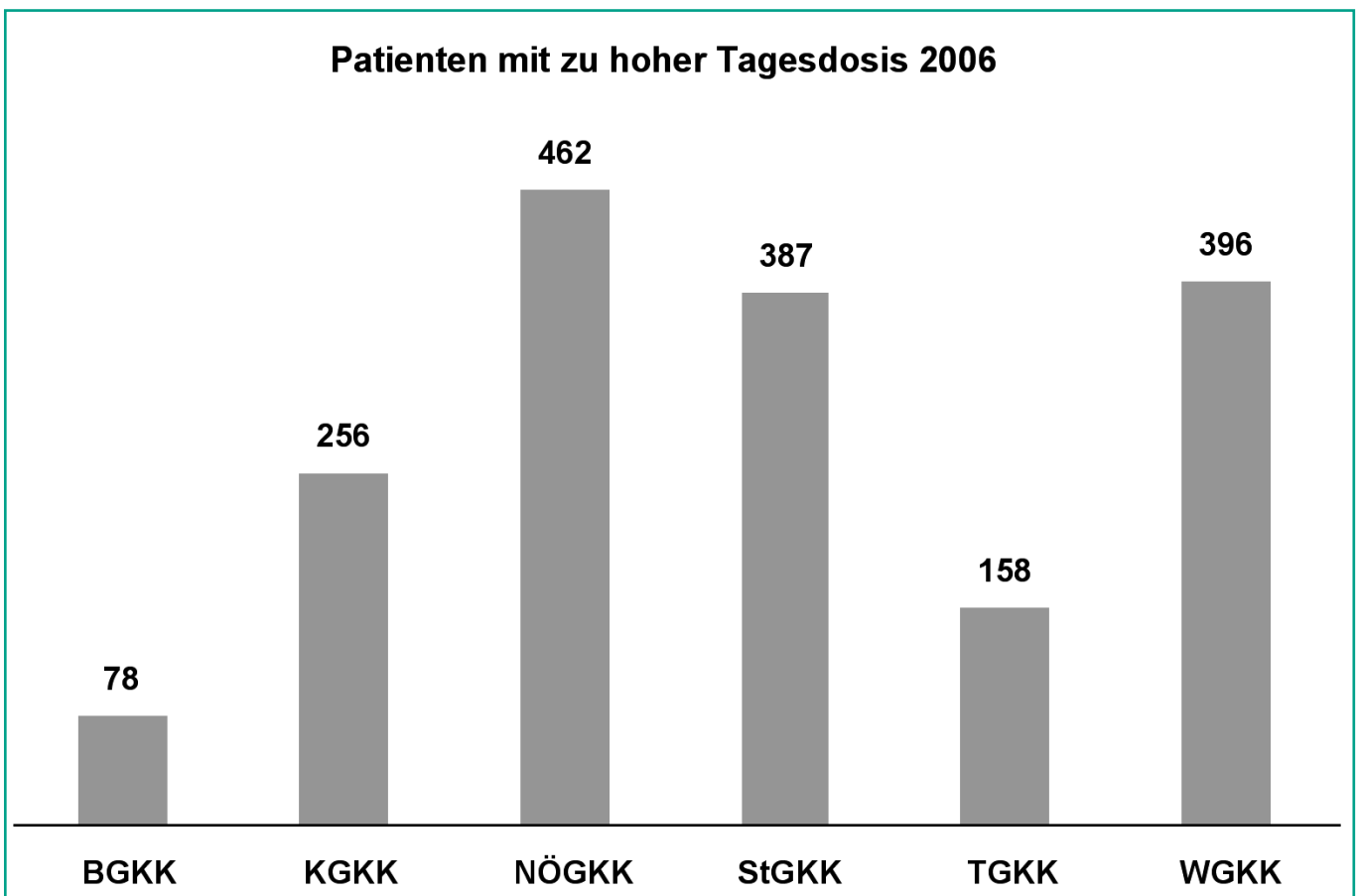


Diagramm 3: Patienten mit hoher Dosierung

Wie ist nun bei den Patienten vorzugehen, die bereits Piroxicam erhalten?

Akutbehandlung:

Die Patienten, die Piroxicam zur Behandlung akuter Entzündungs- und Schmerzzustände erhalten haben, sollten je nach Diagnose ein anderes Präparat erhalten.

Langzeitbehandlung:

Die Behandlung der Patienten, die Piroxicam schon seit langer Zeit bekommen, sollte vom Arzt nochmals reevaluiert werden. Diese Patienten sollten zeitgleich keine anderen NSAIDs oder Antikoagulantien einnehmen. Hier sei auch auf den Over-the-Counter-Verkauf hingewiesen.

ACE-Hemmer oder Angiotensin-II-Antagonisten?

Die Angiotensin-Rezeptor-Blocker bzw. Angiotensin-II-(AT-II-)Antagonisten haben laut Erstattungskodex die IND-Regel „wenn ACE-Hemmer nicht vertragen werden“ und sind daher keine Alternative zu den ACE-Hemmern, sondern eine Folgetherapie bei Unverträglichkeit. Der derzeitige Verordnungsanteil von fast 30 % liegt allerdings weit höher, als es den publizierten Daten zur ACE-Hemmer-Unverträglichkeit entspricht. Die österreichischen Ärzte rezeptieren daher oft auch dann einen AT-II-Antagonisten, wenn noch keine ACE-Hemmer-Unverträglichkeit vorliegt. Mit einer Analyse aus den Abrechnungsdaten der SV-Träger und Abgleich mit publizierten Daten (4) soll das Verordnungsverhalten der österreichischen Ärzte evaluiert und der Einfluss auf die medizinische und wirtschaftliche Ver-

sorgungsqualität zur Diskussion gestellt werden.

Klinische Vergleichsstudien ACE-Hemmer zu AT-II-Antagonisten

In einer Übersichtsarbeit (1), die 19 Studien mit insgesamt über 31.000 Patienten zusammenfasst, wird angeführt, dass die AT-II-Antagonisten gegenüber den ACE-Hemmern weder die Mortalität noch die Herzinfarktrate reduzieren, und die Autoren halten fest, dass die ACE-Hemmer Mittel der Wahl bleiben. Eine weitere Übersichtsarbeit (2), die 21 ACE-Hemmer-Studien und 5 Stu-

dien mit AT-II-Antagonisten mit insgesamt über 137.000 Patienten inkludiert, weist auf die Gleichwertigkeit in den Parametern Schlaganfall und Herzinsuffizienz hin. Gleichzeitig zeigt die Metaanalyse günstigere Ergebnisse für ACE-Hemmer in den Ergebnisparametern Herzinfarkt und kardiovaskuläre Mortalität.

Autoren der renommierten Harvard Medical School Boston haben die Einjahresüberlebensrate nach akutem Herzinfarkt in Abhängigkeit von der Therapie mit einem ACE-Hemmer oder AT-II-Antagonisten unter Praxisbedingungen außerhalb von klinischen Studien untersucht (3). Im Ergebnis wird festgehalten, dass es keinen Unterschied in der Einjahresmortalität zwischen den Substanzklassen gibt.

Verfügbarkeit der AT-II-Antagonisten im Gesundheitssystem

Der klinische Nutzen der beiden Substanzklassen ist gut dokumentiert. In der Zulassung der Hauptindikationen Hypertonie und Herzinsuffizienz

Bundesweite Daten 2006

	ACE-Hemmer	AT-II-Antagonisten
Verordnungen	7,422.547	2,820.923
Kosten	83,299.181,00	73,817.339,00
Kosten pro Verordnung	11,22	26,17

gibt es daher keine relevanten Unterschiede. Sehr groß ist der Unterschied allerdings in den Therapiekosten. Die meisten ACE-Hemmer wie Enalapril, Lisinopril, Fosinopril oder Ramipril haben Monatstherapiekosten von unter 10 €. Dem gegenüber betragen die Monatstherapiekosten der AT-II-Antagonisten mehr als das Doppelte. Aus diesem Grund beinhalten einerseits Therapieempfehlungen zur Differentialtherapie mit ACE-Hemmern/AT-II-Antagonisten die Empfehlung zur Beachtung der Wirtschaftlichkeit und andererseits wird in vielen Gesundheitssystemen eine Stufentherapie vorgegeben, z. B. AT-II-Antagonisten nur dann, wenn ACE-Hemmer nicht vertragen werden.

In einer rezenten Publikation (4) wurden die Auswirkungen dieser Stufentherapie vorgestellt. In den Gesundheitssystemen mit der Vorgabe einer Stufentherapie liegt der Anteil der Patienten mit Neueinstellungen auf einen AT-II-Antagonisten bei 19 % und 81 % erhalten einen ACE-Hemmer. Zum Vergleich liegt der Anteil an Patienten mit AT-II-Antagonisten in einem Gesundheitssystem ohne Stufentherapie bei 26 % und der Anteil der ACE-Hemmer-Patienten bei 74 %.

Wenn in relevanten Übersichtsarbeiten die Stufentherapie, wie z. B. IND „wenn ACE-Hemmer nicht vertragen werden“, unterstützt wird, wie sieht die Realversorgung in Österreich aus?

Österreichische Versorgungsdaten 2006

In Österreich liegt der Verordnungsanteil der AT-II-Antagonisten bei 28 %. Eine Stichprobe bei über 2500 Patientendaten zeigt, dass der Verordnungsanteil in sehr guter Näherung dem Patientenanteil entspricht. Trotz der IND-Regel für die AT-II-Antagonisten entspricht das Verordnungsverhalten in Österreich einem Gesundheitssystem ohne Stufenregelung. Mit durchschnittlichen Kosten pro Verordnung

von 11,22 € für ACE-Hemmer und 26,17 € für AT-II-Antagonisten wäre auch in Österreich die Grundlage für eine strikte Einhaltung der Stufenregelung gegeben.

Die Erhebung der zugehörigen Diagnosen aus den Abrechnungsdaten von 930 Patienten mit Ersteinstellung auf einen ACE-Hemmer oder AT-II-Antagonisten im 4. Quartal 2006 zeigt, dass der überwiegende Anteil an Patienten die (Zweit-)Diagnose Hypertonie und nur jeder 20. Patient bei der Ersteinstellung keine Hypertonie hat. Die Erhebung zeigt allerdings auch, dass der Anteil an Ersteinstellungen auf einen AT-II-Antagonisten mit 15 % weit unter dem Verordnungs- und Patientenanteil von 28 % bei allen Patienten, die mit einem ACE-Hemmer oder AT-II-Antagonisten versorgt werden, liegt. Diese zusätzlichen 13 %, die im Therapieverlauf von einem ACE-Hemmer auf einen AT-II-Antagonisten umgestellt werden, können großteils mit der Inzidenz an ACE-Hemmer-Unverträglichkeiten argumentiert werden.

Zusammenfassung

Die IND-Regel „wenn ACE-Hemmer nicht vertragen werden“ wird oft nicht

eingehalten, da der Verordnungsanteil der AT-II-Antagonisten in Österreich vergleichbar ist mit Gesundheitssystemen ohne Stufentherapie. Würde der Verordnungsanteil der AT-II-Antagonisten von derzeit 28 % auf 20 % gesenkt werden, würde sich die soziale Krankenversicherung über 11 Mio. € jährlich an Medikamentenausgaben ersparen.

Literatur

- McDonald M, Simpson S, Ezekowitz J, Gyenes G, Ross T, Tsuyuki R: Angiotensin receptor blockers and risk of myocardial infarction: systematic review, BMJ 2005; 331:873 Online im Internet: URL: <http://www.bmj.com/cgi/reprint/331/7521/873> (Zugriff am 26. September 2007)
- Brookes L: New Evidence of Blood Pressure-Independent Effects for Agents Acting via the Renin-Angiotensin System: Analyses From The Blood Pressure Lowering Treatment Trialists' Collaboration Program and abstracts from the Fifteenth European Meeting on Hypertension, June 17-21, 2005, Milan, Italy. Plenary session Online im Internet: URL: <http://www.medscape.com/viewarticle/507293> <http://www.medscape.com/viewarticle/507293> (Zugriff am 26. September 2007)
- Winkelmayer WC, Fischer MA, Schneeweiss S, Levin R, Avorn J: Angiotensin Inhibition After Myocardial Infarction: Does Drug Class Matter? J Gen Intern Med 2006; 21:1242-1247
- Yokoyama K, Yang W, Preblich R, Frech-Tamas F: Effects of a Step-Therapy Program for Angiotensin Receptor Blockers on Antihypertensive Medication Utilization Patterns and Cost of Drug Therapy. J Manag Care Pharm. 2007; 13,3:235-44

Stichprobenanalyse von 930 Patientendaten mit Ersteinstellung auf einen ACE-Hemmer oder AT-II-Antagonisten im 4. Quartal 2006

Diagnose	Patienten	Anteil
RR	792	85,0 %
RR + KHK	78	8,5 %
KHK	31	3,4 %
RR + CHF	18	2,0 %
CHF	6	0,7 %
CHF + KHK	3	0,3 %
RR + CHF + KHK	2	0,2 %
gesamt	930	

Legende: RR = Hypertonie
 KHK = koronare Herzkrankheit
 CHF = Herzinsuffizienz (congestive heart failure)

Zuordnung der Diagnosen zur Substanzklasse bei Ersteinstellung

Diagnose	ACE-Hemmer		AT-II-Antagonist		ACE-Hemmer und AT-II-Antagonist	
	Patienten	Anteil	Patienten	Anteil	Patienten	Anteil
RR	673	86,1 %	109	79,0 %	10	100 %
RR + KHK	62	7,9 %	16	11,6 %		
KHK	25	3,2 %	6	4,3 %		
RR + CHF	12	1,5 %	6	4,3 %		
CHF	6	0,8 %				
CHF + KHK	2	0,3 %	1	0,7 %		
RR + CHF + KHK	2	0,3 %				
gesamt	782		138		10	

Streichung von Insulinen ab 1. Jänner 2008

Mit 1. Jänner 2008 werden auf Grund einer Produktbereinigung einige Insuline des Herstellers Novo Nordisk Pharma GmbH vom Markt genommen (das Produkt Mixtard 30 Penfill 100 IE/ml Zyl. Amp. erst mit 1. Februar 2008).

Obwohl diese Maßnahme aus Patientensicht bedauerlich ist, ist die Versorgung der PatientInnen mit Humaninsulinen jedenfalls weiterhin sichergestellt, da ausreichend Therapiealter-

nativen unter demselben ATC-Code wie die zu streichenden Produkte im Grünen Bereich des Erstattungskodex zur Verfügung stehen (Stand: November 2007).

Wir weisen darauf hin, dass neben einer Umstellung auf höherpreisige verbleibende Produkte der Novo-Nordisk-Insulinpalette auch eine Umstellung auf gleichwertige, ökonomisch günstigere Insuline anderer Anbieter möglich ist.

www.kgkk.at

Für weitere Informationen wenden Sie sich bitte an:

Dr. Christian Sturm

Gesundheitsökonomie



**KÄRNTNER
GEBIETSKRANKENKASSE**

A-9021 Klagenfurt, Kempfstraße 8
Tel.: 050 5855-4890, Fax: 050 5855-4840
E-Mail: christian.sturm@kgkk.sozvers.at

Streichungen		Umsteigeoptionen – Grüne Box des EKO						
Novo Nordisk		Sanofi-Aventis			Novo Nordisk		Lilly	
A10AB01	Actrapid 100 IE/ml Dstfl. NovoLet 100 IE/ml Injektor	Insuman Rapid 100 IE/ml Inj. Lsg., Dstfl. 100 IE/ml OptiSet Inj. Lsg. 100 IE/ml Inj. Lsg., Patrone	€ 25,20 € 40,90	€ 55,75 € 40,50 € 38,90	Actrapid Penfill 100 IE/ml Zyl. Amp.	€ 39,60	Huminsulin „Lilly“ Normal 100 IE/ml Dstfl. 100 IE/ml Zyl. Amp.	€ 43,25 € 35,85
		Insuman Basal 100 IE/ml Inj. Lsg., Dstfl. 100 IE/ml OptiSet Inj. Susp. 100 IE/ml Inj. Susp., Patrone	€ 25,20 € 40,90	€ 55,75 € 40,50 € 38,90	Insulatard FlexPen 100 IE/ml Inj. Penfill 100 IE/ml Zyl. Amp.	€ 40,90 € 39,60	Huminsulin „Lilly“ Basal (NPH) 100 IE/ml Dstfl. 100 IE/ml Zyl. Amp.	€ 43,25 € 35,85
A10AD01	Mixtard 10 NovoLet 100 IE/ml Injektor Penfill 100 IE/ml Zyl. Amp.	Insuman Comb 15 100 IE/ml OptiSet Inj. Susp. 100 IE/ml Inj. Susp. Patrone	€ 40,90 € 39,60	€ 40,50 € 38,90				
		Insuman Comb 15 100 IE/ml OptiSet Inj. Susp. 100 IE/ml Inj. Susp., Patrone	€ 40,90 € 39,60	€ 40,50 € 38,90				
	Mixtard 20 NovoLet 100 IE/ml Injektor Penfill 100 IE/ml Zyl. Amp.	Insuman Comb 25 100 IE/ml Inj. Susp., Dstfl. 100 IE/ml OptiSet Inj. Susp. 100 IE/ml Inj. Susp., Patrone	€ 40,90 € 39,60	€ 55,75 € 40,50 € 38,90				
		Insuman Comb 25 100 IE/ml Inj. Susp., Dstfl. 100 IE/ml OptiSet Inj. Susp. 100 IE/ml Inj. Susp., Patrone	€ 40,90 € 39,60	€ 55,75 € 40,50 € 38,90				
	Mixtard 30 100 IE/ml Dstfl. NovoLet 100 IE/ml Injektor Penfill 100 IE/ml Zyl. Amp. (Streichung mit 1. 2. 2008)	Insuman Comb 25 100 IE/ml Inj. Susp., Dstfl. 100 IE/ml OptiSet Inj. Susp. 100 IE/ml Inj. Susp., Patrone	€ 25,20 € 40,90 € 39,60	€ 55,75 € 40,50 € 38,90	Mixtard 30 InnoLet 100 IE/ml Injektor	€ 40,90	Huminsulin „Lilly“ Profil III 100 IE/ml Dstfl. 100 IE/ml Zyl. Amp.	€ 43,25 € 35,85
		Insuman Comb 50 100 IE/ml OptiSet Inj. Susp. 100 IE/ml Inj. Susp., Patrone	€ 40,90 € 39,60	€ 40,50 € 38,90	Mixtard 30 InnoLet 100 IE/ml Injektor Mixtard 50 Penfill 100 IE/ml Zyl. Amp.	€ 40,90 € 39,60	Huminsulin „Lilly“ Profil III 100 IE/ml Dstfl. 100 IE/ml Zyl. Amp.	€ 43,25 € 35,85
	Mixtard 50 NovoLet 100 IE/ml Injektor Penfill 100 IE/ml Zyl. Amp.	Insuman Comb 50 100 IE/ml OptiSet Inj. Susp. 100 IE/ml Inj. Susp., Patrone	€ 40,90 € 39,60	€ 40,50 € 38,90				
		Insuman Comb 50 100 IE/ml OptiSet Inj. Susp. 100 IE/ml Inj. Susp., Patrone	€ 40,90	€ 40,50 € 38,90				

Preisangaben: Kassenpreise, Stand WVZ November 2007

Alle Angaben ohne Gewähr. Rechtlich verbindlich sind nur die amtlichen Verlautbarungen unter www.avsv.at

Red.