

**SAMMELBAND Nr. 1/2010**  
(November, Dezember, Jänner)

## Änderungen im Erstattungskodex (EKO) ab Jänner 2010

Informationsstand Jänner 2010

**ROT** → **GRÜN** Aufnahme kostengünstiger Nachfolgepräparate in den Grünen Bereich:

Präparat	Menge	T	OP	KVP €	max. Kostenersparnis € pro Packung*
<b>A02 MITTEL BEI SÄURE BEDINGTEN ERKRANKUNGEN</b>					
<b>A02BC01 Omeprazol</b>					
Omeprazol „G.L.“ 10 mg Kaps.	28 Stk.	–	(2)	11,05	1,10
20 mg Kaps.	7 Stk.	–	–	5,05	1,20
	14 Stk.	–	–	7,10	3,95
	28 Stk.	–	–	11,75	Packungsgröße beim Erstanbieter nicht vorhanden
40 mg Kaps.	14 Stk.	–	–	10,45	Wirkstoffstärke beim Erstanbieter nicht vorhanden
	28 Stk.	–	–	15,05	
<b>A04 ANTIEMETIKA UND MITTEL GEGEN ÜBELKEIT</b>					
<b>A04AA02 Granisetron</b>					
Granisetron „Actavis“ 2 mg Filmtabl.	5 Stk.	–	–	37,55	26,50
<i>IND: Zusatzbehandlung bei Chemo- oder Radiotherapie</i>					
<b>A10 ANTIDIABETIKA</b>					
<b>A10BA02 Metformin</b>					
Metformin „Bluefish“ 850 mg Filmtabl.	30 Stk.	–	(2)	2,55	0,75
	100 Stk.	–	(2)	8,85	2,65
1000 mg Filmtabl.	20 Stk.	–	(2)	1,30	0,65
	60 Stk.	–	(2)	3,75	1,75
<b>C09 MITTEL MIT WIRKUNG AUF DAS RENIN-ANGIOTENSIN-SYSTEM</b>					
<b>C09CA01 Losartan</b>					
Losartan-Kalium „Actavis“ 12,5 mg Filmtabl.	10 Stk.	–	–	2,05	Packungsgröße beim Erstanbieter nicht vorhanden 0,46
	30 Stk.	–	(2)	4,60	

\* Vergleich zum Erstanbieterpräparat in dosierungsäquivalenter Menge (Preisbasis der Berechnung: Jänner 2010)

Präparat	Menge	T	OP	KVP €	max. Kostenersparnis € pro Packung*
Losartan-Kalium „Actavis“ 50 mg Filmtabl.	10 Stk.	T2	–	3,55	Packungsgröße beim Erstanbieter nicht vorhanden 0,10
	30 Stk.	T2	(2)	8,20	
100 mg Filmtabl.	10 Stk.	T2	–	3,55	Packungsgröße beim Erstanbieter nicht vorhanden 31,95 Erstanbieter in dieser Stärke nicht im EKO
	30 Stk.	T2	(2)	8,20	
<b>N05 PSYCHOLEPTIKA</b>					
<b>N05AX08 Risperidon</b>					
Risperidon „+Pharma“ 1 mg Filmtabl.	10 Stk.	T2	(2)	4,05	1,72
	60 Stk.	T2	–	22,55	
2 mg Filmtabl.	10 Stk.	T2	(2)	7,05	Packungsgröße beim Erstanbieter nicht vorhanden 25,20
	60 Stk.	T2	–	37,00	
3 mg Filmtabl.	10 Stk.	T2	(2)	9,25	Packungsgröße beim Erstanbieter nicht vorhanden 35,20
	60 Stk.	T2	–	48,20	
4 mg Filmtabl.	10 Stk.	T2	(2)	11,65	Packungsgröße beim Erstanbieter nicht vorhanden 47,55
	60 Stk.	T2	–	59,65	

## Aufnahme von Präparaten in den Grünen Bereich:

Präparat	Menge	T	OP	KVP €
<b>C08 CALCIUMKANALBLOCKER</b>				
<b>C08CA13 Lercanidipin</b>				
Zanidip 20 mg Filmtabl.	28 Stk.	T2	(2)	19,30
<b>C09 MITTEL MIT WIRKUNG AUF DAS RENIN-ANGIOTENSIN-SYSTEM</b>				
<b>C09BB02 Enalapril und Lercanidipin</b>				
Lercaprel 10 mg/10 mg Filmtabl.	28 Stk.	–	(2)	19,45
20 mg/10 mg Filmtabl.	28 Stk.	–	(2)	21,30
Zanipril 10 mg/10 mg Filmtabl.	28 Stk.	–	(2)	19,45
20 mg/10 mg Filmtabl.	28 Stk.	–	(2)	21,30
<b>N04 ANTIPARKINSONMITTEL</b>				
<b>N04BC04 Ropinirol</b>				
Ropinirol „Actavis“ 0,25 mg Filmtabl.	21 Stk.	–	(2)	2,35
0,5 mg Filmtabl.	21 Stk.	–	(2)	4,30
1 mg Filmtabl.	21 Stk.	–	(2)	7,80

Präparat	Menge	T	OP	KVP €
Ropinirol „Actavis“ 2 mg Filmtabl.	21 Stk.	–	(2)	12,30
	30 Stk.	–	–	17,15
3 mg Filmtabl.	21 Stk.	–	(2)	15,45
	30 Stk.	–	–	21,70
4 mg Filmtabl.	21 Stk.	–	(2)	18,80
	30 Stk.	–	–	26,85
<b>V03 ALLE ÜBRIGEN THERAPEUTISCHEN MITTEL</b>				
<b>V03AE04 Calcium acetat und Magnesium carbonat</b>				
OsvaRen 435 mg/235 mg Filmtabl.	180 Stk.	–	(2)	30,45
<i>IND: Dialyse-Zusatztherapie</i>				

**ROT** → **GELB** Aufnahme von Präparaten in den Gelben Bereich:

Präparat	Menge	T	OP	KVP €
<b>L01 ANTINEOPLASTISCHE MITTEL</b>				
<b>L01XE02 Gefitinib</b>				
RE1 Iressa 250 mg Filmtabl.	30 Stk.	–	–	2463,25
Bei erwachsenen PatientInnen mit lokal fortgeschrittenem oder metastasiertem, nicht-kleinzelligem Lungenkarzinom (NSCLC) mit aktivierenden Mutationen der EGFR-TK (epidermal growth factor receptor-tyrosine kinase). Nachweis einer aktivierenden Mutation der EGFR-TK mit einer validierten Testmethode. Diagnose, Erstverordnung und engmaschige Kontrolle durch entsprechende Fachabteilung bzw. Zentrum.				

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

Ein Großteil der hier angeführten Produkte wurde wegen Nicht-Lieferfähigkeit mit Zustimmung der vertriebsberechtigten Unternehmen oder auf deren Antrag aus dem Erstattungskodex gestrichen.

Präparat	Menge	ATC-Code	Streichung mit
Aeromuc 100 mg Gran.	20 Stk.	R05CB01	01.01.2010
Aeromuc 200 mg Gran.	20 Stk.	R05CB01	01.01.2010
Agilan Retard Kaps.	20 Stk. 50 Stk.	C01CA51	01.01.2010
Alucol Tabl.	40 Stk. 120 Stk.	A02AD01	01.01.2010
Amiloretik Tabl.	20 Stk. 50 Stk.	C03EA01	01.01.2010
Capozide mite Tabl.	30 Stk.	C09BA01	01.01.2010
Carvedilol „Interpharm“ 3,125 mg Tabl.	10 Stk. 30 Stk.	C07AG02	01.01.2010
Carvedilol „Interpharm“ 6,25 mg Tabl.	10 Stk. 30 Stk.	C07AG02	01.01.2010
Carvedilol „Interpharm“ 12,5 mg Tabl.	10 Stk. 30 Stk.	C07AG02	01.01.2010
Carvedilol „Interpharm“ 25 mg Tabl.	10 Stk. 30 Stk.	C07AG02	01.01.2010
Deanxit forte Drag.	30 Stk.	N06CA02	01.01.2010

Präparat	Menge	ATC-Code	Streichung mit
Decentan 8 mg Tabl.	50 Stk.	N05AB03	01.01.2010
Detemes Tropf.	15 ml 50 ml	C04AE	01.01.2010
Dodesept farblos – Lsg. z. Hautdesinfektion	15 ml 100 ml	D08AE06	01.01.2010
Ebefen 30 mg Tabl.	30 Stk.	L02BA01	01.01.2010
Epanutin Susp. z. oralen Anwendung	125 ml	N03AB02	01.01.2010
Estracomb TTS Depot-Pflaster	8 Stk.	G03FB05	01.01.2010
Exuracid Tabl.	30 Stk.	M04AA02	01.01.2010
Farluta 250 mg Tabl.	40 Stk.	L02AB02	01.01.2010
Finasterid „Alternova“ 5 mg Filmtabl.	28 Stk.	G04CB01	01.01.2010
Fosrenol 250 mg Kautabl.	90 Stk.	V03AE03	01.01.2010
Gastrosil Amp.	5 Stk.	A03FA01	01.01.2010
Glibenese 5 mg Tabl.	30 Stk. 100 Stk.	A10BB07	01.01.2010
Glucose 5 % „Medipharm“ Inf.lsg. 500 ml	10 Stk.	B05BA03	01.01.2010
Gynoflor Vaginaltabl.	6 Stk.	G03CC06	01.01.2010
Hydoftal 2,5 % Augentropf.	5 ml	S01CA03	01.01.2010
Indocid 50 mg Kaps.	30 Stk. 50 Stk.	M01AB01	01.01.2010
Insuman Comb 15 – 100 IE/ml Injektionssusp. in einer Patrone	5 Stk.	A10AD01	01.01.2010
ISMN „Hexal“ 20 mg Tabl.	20 Stk. 60 Stk.	C01DA14	01.01.2010
Isoket Salbe	50 mg	C01DA08	01.01.2010
Isomack retard 120 mg Kaps.	30 Stk. 60 Stk.	C01DA08	01.01.2010
Lorano 10 mg Tabl.	10 Stk. 30 Stk.	R06AX13	01.01.2010
M-dolor retard 10 mg Kaps.	10 Stk. 30 Stk.	N02AA01	01.01.2010
M-dolor retard 30 mg Kaps.	10 Stk. 30 Stk.	N02AA01	01.01.2010
M-dolor retard 60 mg Kaps.	10 Stk. 30 Stk.	N02AA01	01.01.2010
M-dolor retard 100 mg Kaps.	10 Stk. 30 Stk.	N02AA01	01.01.2010
Metoprolol „Sandoz“ 50 mg Tabl.	50 Stk.	C07AB02	01.01.2010
Metoprolol „Sandoz“ 100 mg Tabl.	50 Stk.	C07AB02	01.01.2010
Mono Mack 20 mg Tabl.	20 Stk. 60 Stk.	C01DA14	01.01.2010
Mono Mack 40 mg Tabl.	20 Stk. 60 Stk.	C01DA14	01.01.2010
Mono Mack retard 50 mg Tabl.	30 Stk.	C01DA14	01.01.2010

Präparat	Menge	ATC-Code	Streichung mit
Nebivolol „Actavis“ 5 mg Tabl.	20 Stk. 30 Stk.	C07AB12	01.01.2010
Nebivolol „Stada“ 5 mg Tabl.	10 Stk. 30 Stk.	C07AB12	01.01.2010
Nemexin Filmtabl.	28 Stk.	N07BC	01.01.2010
NeoRecormon 1.000 IE Inj.lsg. in Fertigspr.	6 Stk.	B03XA01	01.01.2010
Novipek Kaps.	24 Stk.	R05CA10	01.01.2010
NovoSeven 60 kIE (1,2 mg) Plv. u. Lsgm. z. Herst. einer Inj.lsg.	1 Stk.	B02BD08	01.01.2010
NovoSeven 120 kIE (1,2 mg) Plv. u. Lsgm. z. Herst. einer Inj.lsg.	1 Stk.	B02BD08	01.01.2010
NovoSeven 240 kIE (1,2 mg) Plv. u. Lsgm. z. Herst. einer Inj.lsg.	1 Stk.	B02BD08	01.01.2010
Ondansetron „ratiopharm“ 8 mg Filmtabl.	10 Stk.	A04AA01	01.01.2010
Ossiplex retard Drag.	50 Stk.	A12CD51	01.01.2010
Recombinante Antihämophilie Faktor 250 I.E.	1 Stk.	B02BD02	01.01.2010
Recombinante Antihämophilie Faktor 500 I.E.	1 Stk.	B02BD02	01.01.2010
Recombinante Antihämophilie Faktor 1000 I.E.	1 Stk.	B02BD02	01.01.2010
Retrovir 100 mg Kaps.	100 Stk.	J05AF01	01.01.2010
Retrovir 250 mg Kaps.	40 Stk.	J05AF01	01.01.2010
Rifoldin 150 mg + INH Drag.	30 Stk.	J04AM02	01.01.2010
Ringer-Lactat nach Hartmann „Mayrhofer“ Inf.fl. 250 ml	1 Stk.	B05BB01	01.01.2010
Ringer-Lactat nach Hartmann „Mayrhofer“ Inf.fl. 500 ml	1 Stk.	B05BB01	01.01.2010
Ringer-Lactat nach Hartmann „Mayrhofer“ Inf.fl. 250 ml	10 Stk.	B05BB01	01.01.2010
Ringer-Lactat nach Hartmann „Mayrhofer“ Inf.fl. 500 ml	10 Stk.	B05BB01	01.01.2010
Ringer-Lactat nach Hartmann „Mayrhofer“ Inf.fl. 1000 ml	6 Stk.	B05BB01	01.01.2010
Risperidon „Interpharm“ 1 mg Filmtabl.	20 Stk. 60 Stk.	N05AX08	01.01.2010
Risperidon „Interpharm“ 2 mg Filmtabl.	20 Stk. 60 Stk.	N05AX08	01.01.2010
Risperidon „Interpharm“ 3 mg Filmtabl.	20 Stk. 60 Stk.	N05AX08	01.01.2010
Risperidon „Interpharm“ 4 mg Filmtabl.	20 Stk. 60 Stk.	N05AX08	01.01.2010
Risperidon „Interpharm“ 6 mg Filmtabl.	20 Stk. 60 Stk.	N05AX08	01.01.2010
SAB simplex Tropf.	30 ml	A03AX13	01.01.2010
Sandoglobulin Liquid 120 mg/ml Inf.lsg.	6 g 12 g	J06BA02	01.01.2010
Sermion 10 mg Drag.	20 Stk. 50 Stk.	C04AE02	01.01.2010
Solubitrat tassenfertiger Tee	30 Stk.	G04BX	01.01.2010
Sucralbene 1 g Tabl.	50 Stk.	A02BX02	01.01.2010
Tamoxifen „Arcana“ 40 mg Tabl.	30 Stk.	L02BA01	01.01.2010

Präparat	Menge	ATC-Code	Streichung mit
Temgesic 1 ml Amp.	5 Stk.	N02AE01	01.01.2010
Terazosin „1A Pharma“ 5 mg Tabl.	10 Stk. 30 Stk.	G04CA03	01.01.2010
Terazosin „Arcana“ 2 mg Tabl.	28 Stk.	C02CA	01.01.2010
Terazosin „Arcana“ 5 mg Tabl.	28 Stk.	C02CA	01.01.2010
Terazosin „Hexal“ 5 mg Tabl.	10 Stk. 30 Stk.	C02CA	01.01.2010
Unichol Drag.	50 Stk.	A05AX02	01.01.2010

## Änderung der Packungsgröße im Grünen Bereich:

Präparat	Menge	T	OP	KVP €
<b>B05 BLUTERSATZMITTEL UND PERFUSIONSLÖSUNGEN</b>				
<b>B05BA03 Kohlenhydrate</b>				
Glucose 5 % „Mayrhofer“ Inf.lsg. 250 ml	1 Stk.	-	(2)	1,65
<b>C07 BETA-ADRENOREZEPTOR-ANTAGONISTEN</b>				
<b>C07AA03 Pindolol</b>				
Visken 5 mg Tabl.	50 Stk.	-	-	9,00
<b>C08 CALCIUMKANALBLOCKER</b>				
<b>C08CA01 Amlodipin</b>				
Amlodipin „1A Pharma“ 7,5 mg Tabl.	30 Stk.	-	(2)	6,15
Amlodipin „Sandoz“ 7,5 mg Tabl.	30 Stk.	-	(2)	7,95
<b>D02 EMOLLIENTIA UND HAUTSCHUTZMITTEL</b>				
<b>D02AE51 Harnstoff, Kombinationen</b>				
Calmurid Salbe	50 g	-	-	3,55
<b>J01 ANTIBIOTIKA ZUR SYSTEMISCHEN ANWENDUNG</b>				
<b>J01CA04 Amoxicillin</b>				
Clamoxyl 1 g Kau- u. Löstabl.	14 Stk.	T2	-	10,60
<b>J02 ANTIMYKOTIKA ZUR SYSTEMISCHEN ANWENDUNG</b>				
<b>J02AC01 Fluconazol</b>				
Fluconazol „Sandoz“ 150 mg Kaps.	2 Stk.	-	-	12,60
Frei verschreibbar für FachärztInnen für Gynäkologie und Dermatologie bei Dermatomykosen				

**Änderung der Verwendung im Grünen Bereich:**

Präparat	Menge	T	OP	KVP €
<b>C09 MITTEL MIT WIRKUNG AUF DAS RENIN-ANGIOTENSIN-SYSTEM</b>				
<b>C09CA01 Losartan</b>				
Cosaar 12,5 mg Filmtabl.	28 Stk.	–	(2)	4,75
50 mg Filmtabl.	28 Stk.	–	(2)	7,75
Mit Jänner 2010 sind nun alle Losartan-Monopräparate inklusive Originäranbieter frei verschreibbar.				

**Änderung der Packungsgröße im Gelben Bereich:**

Präparat	Menge	T	OP	KVP €	
<b>A16 ANDERE MITTEL FÜR DAS ALIMENTÄRE SYSTEM UND DEN STOFFWECHSEL</b>					
<b>A16AB03 Agalsidase alfa</b>					
RE1 L6	Replagal 1 mg/ml Konz. z. Herst. einer Inf.lsg.	1 Stk.	–	–	1929,60
		3,5 ml 4 Stk. 3,5 ml	–	–	7644,35
<ul style="list-style-type: none"> <li>– Die Kostenübernahme kommt nur bei Patienten mit gesicherter Diagnose eines Morbus Fabry (alpha-Galaktosidase A-Mangel) in Frage.</li> <li>– Die Erstverordnung darf nur durch ein auf hereditäre Stoffwechselerkrankungen spezialisiertes Zentrum oder einem Facharzt mit Erfahrung auf dem Gebiet von hereditären Stoffwechselerkrankungen erfolgen.</li> <li>– Alle 6 Monate ist eine Kontrolluntersuchung durch das o.a. Zentrum oder den o.a. Facharzt durchzuführen.</li> <li>– Replagal 1 mg/ml Konz. z. Herstellung e. Infusionslsg. eignet sich für eine chef(kontroll)ärztliche Langzeitgenehmigung für 6 Monate (L6).</li> </ul>					
<b>J02 ANTIMYKOTIKA ZUR SYSTEMISCHEN ANWENDUNG</b>					
<b>J02AC03 Voriconazol</b>					
RE1	Vfend 50 mg Filmtabl.	10 Stk.	–	–	123,00
Eine Kostenübernahme ist möglich in der Indikation: <ul style="list-style-type: none"> <li>– invasive Aspergillose;</li> <li>– Fluconazol-resistente schwere invasive Candida-Infektion;</li> <li>– Scedosporium- und Fusarium-Infektionen;</li> </ul>					

**Änderung der Verwendung im Gelben Bereich:**

Präparat	Menge	T	OP	KVP €	
<b>B05 BLUTERSATZMITTEL UND PERFUSIONSLÖSUNGEN</b>					
<b>B05BB01 Elektrolyte</b>					
RE2	Physiolog. Kochsalzlsg. "Fresenius" Plastikinf.fl. 250 ml	10 Stk.	–	–	8,85
RE2	500 ml	10 Stk.	–	–	9,30
Bei Exsikkose, wenn eine orale Flüssigkeitszufuhr nicht ausreichend möglich ist					

## Änderung des ATC-Codes im Grünen Bereich:

Präparat	Menge	T	OP	KVP €
<b>D11 ANDERE DERMATIKA</b>				
<b>D11AH01 Tacrolimus (vormals D11AX14)</b>				
<b>Protopic 0,03 % Salbe</b>	10 g	–	(2)	<b>15,35</b>
	30 g	–	(2)	<b>39,60</b>
Frei verschreibbar für FachärztInnen für Kinderheilkunde und Dermatologie				
<b>Protopic 0,1 % Salbe</b>	10 g	–	(2)	<b>17,05</b>
	30 g	–	(2)	<b>43,30</b>
Frei verschreibbar für FachärztInnen für Kinderheilkunde und Dermatologie				
<b>D11AH02 Pimecrolimus (vormals D11AX15)</b>				
<b>Elidel 1 % Creme</b>	15 g	–	(2)	<b>21,55</b>
	30 g	–	(2)	<b>39,60</b>
Frei verschreibbar für FachärztInnen für Kinderheilkunde und Dermatologie				

## Änderung von ATC-Codes im Gelben Bereich:

Präparat	Menge	T	OP	KVP €
<b>B01 ANTITHROMBOTISCHE MITTEL</b>				
<b>B01AC22 Prasugrel (vormals B01AC)</b>				
RE1 <b>Efient 5 mg Filmtabl.</b>	28 Stk.	–	(2)	<b>70,40</b>
RE1 <b>Efient 10 mg Filmtabl.</b>	28 Stk.	–	(2)	<b>70,40</b>
Zur Prävention atherothrombotischer Ereignisse mit Acetylsalicylsäure (ASS) bei PatientInnen mit akutem Koronarsyndrom (instabile Angina pectoris, Nicht.ST-Strecken-Hebungsinfarkt mit primärer oder verzögerter perkutaner Koronarintervention (PCI) für maximal zwölf Monate				

## Änderung des ATC-Codes im Grünen Bereich:

Bezeichnung neu	Bezeichnung alt	Menge	OP	ATC-Code
<b>Bactrim forte „Roche“ Tabl.</b>	<b>Bactrim forte „Roche“ Filmtabl.</b>	10 Stk.	2	J01EE01
<b>Citalopram „G.L.“ 10 mg Filmtabl.</b>	<b>Eostar 10 mg Filmtabl.</b>	14 Stk.	2	N06AB04
		30 Stk.	–	
<b>Citalopram „G.L.“ 20 mg Filmtabl.</b>	<b>Eostar 20 mg Filmtabl.</b>	14 Stk.	2	N06AB04
		30 Stk.	–	
<b>Citalopram „G.L.“ 40 mg Filmtabl.</b>	<b>Eostar 40 mg Filmtabl.</b>	14 Stk.	2	N06AB04
		30 Stk.	–	
<b>Risperidon „easypharm“ 1 mg Filmtabl.</b>	<b>Risipel 1 mg Filmtabl.</b>	20 Stk.	–	N05AX08
		60 Stk.	–	
<b>Risperidon „easypharm“ 2 mg Filmtabl.</b>	<b>Risipel 2 mg Filmtabl.</b>	20 Stk.	–	N05AX08
		60 Stk.	–	
<b>Risperidon „easypharm“ 3 mg Filmtabl.</b>	<b>Risipel 3 mg Filmtabl.</b>	20 Stk.	–	N05AX08
		60 Stk.	–	
<b>Risperidon „easypharm“ 4 mg Filmtabl.</b>	<b>Risipel 4 mg Filmtabl.</b>	20 Stk.	–	N05AX08
		60 Stk.	–	



# Änderungen im Erstattungskodex (EKO) ab Dezember 2009

Informationsstand Dezember 2009

**ROT** → **GRÜN** Aufnahme kostengünstiger Nachfolgepräparate in den Grünen Bereich:

Präparat	Menge	T	OP	KVP €	max. Kostenersparnis € pro Packung*
<b>A10 ANTIDIABETIKA</b>					
<b>A10BB12 Glimепirid</b>					
Glimепirid „Actavis“ 1 mg Tabl.	30 Stk.	T2	(2)	1,60	<b>0,30</b>
2 mg Tabl.	30 Stk.	T2	(2)	3,15	<b>0,55</b>
3 mg Tabl.	30 Stk.	T2	(2)	4,75	<b>0,70</b>
4 mg Tabl.	30 Stk.	T2	(2)	5,50	<b>0,30</b>
Glimепirid ist in Österreich das meistverordnete Sulfonylharnstoff-Derivat. Seit Markteintritt der Glimепirid-Generika hat sich das Preisniveau dieser Substanz deutlich verändert. Während 2005 die höchste Wirkstärke zu 3 mg einen Kassenpreis von € 14,65 hatte, sind heute Wirkstärken bis zu 6 mg um einen Bruchteil des Preises im EKO gelistet.					
<b>C03 DIURETIKA</b>					
<b>C03BA11 Indapamid</b>					
Indapamid „Actavis“ 1,5 mg Retardtabl.	10 Stk.	–	(2)	1,75	<b>Packungsgröße beim Erstanbieter nicht vorhanden 2,95</b>
	30 Stk.	–	(2)	3,90	
Indapamid „ratiopharm“ 1,5 mg Retardtabl.	10 Stk.	–	(2)	1,75	<b>Packungsgröße beim Erstanbieter nicht vorhanden 2,95</b>
	30 Stk.	–	(2)	3,90	
In einer aktuellen Bewertung der unterschiedlichen Substanzgruppen der Antihypertensiva sind die Thiaziddiuretika den anderen Substanzgruppen ebenbürtig (BMJ 2009;338:b1665). Im Hinblick auf die Wirtschaftlichkeit sind sie diesen hingegen überlegen.					
<b>C07 BETA-ADRENOREZEPTOR-ANTAGONISTEN</b>					
<b>C07AB07 Bisoprolol</b>					
Bisoprolol „Sandoz“ 1,25 mg Filmtabl.	20 Stk.	–	–	0,90	<b>1,75</b>
2,5 mg Filmtabl.	7 Stk.	T2	–	0,55	<b>Packungsgröße beim Erstanbieter nicht vorhanden 3,40</b>
	30 Stk.	T2	(2)	2,25	
3,75 mg Filmtabl.	7 Stk.	T3	–	0,75	<b>Packungsgröße beim Erstanbieter nicht vorhanden 3,95</b>
	30 Stk.	T3	(2)	3,10	
7,5 mg Filmtabl.	10 Stk.	T3	–	1,70	<b>Packungsgröße beim Erstanbieter nicht vorhanden 5,65</b>
	30 Stk.	T3	(2)	5,15	
In diesen Stärken ist Bisoprolol Sandoz das erste Nachfolgeprodukt zu Concor Cor. Der Preisvorteil zwischen € 1,75 und 5,65 kann bei knapp 300.000 Verordnungen jährlich genutzt werden.					

\* Vergleich zum Erstanbieterpräparat in dosierungsäquivalenter Menge (Preisbasis der Berechnung: Dezember 2009)

Präparat	Menge	T	OP	KVP €	max. Kostenersparnis € pro Packung*
<b>C10 MITTEL, DIE DEN LIPIDSTOFFWECHSEL BEEINFLUSSEN</b>					
<b>C10AA04 Fluvastatin</b>					
Fluvastatin „Stada“ 40 mg Kaps..	30 Stk.	-	(2)	9,60	7,99
Im 1. Halbjahr 2009 wurden bereits über 1,5 Mio Packungen Statine mit durchschnittlichen Kosten pro Verordnung von € 17,05 verordnet. Es sollte daher bei jeder Neueinstellung auch berücksichtigt werden, ob der gewünschte Therapieerfolg mit einem generisch verfügbaren Statin wie Fluvastatin, Pravastatin oder Simvastatin erzielt werden kann.					
<b>J01 ANTIBIOTIKA ZUR SYSTEMISCHEN ANWENDUNG</b>					
<b>J01CR02 Amoxicillin und Enzym-Inhibitoren</b>					
Xiclav Quicktab 1 g Tabl.	10 Stk.	-	(2)	8,95	0,85
	14 Stk.	-	-	10,50	0,80
<b>L02 ENDOKRINE THERAPIE</b>					
<b>L02BB03 Bicalutamid</b>					
Bicalutamid „Ranbaxy“ 150 mg Filmtabl.	30 Stk.	-	-	125,75	27,25
<b>N02 ANALGETIKA</b>					
<b>N02AB03 Fentanyl</b>					
Matrifen 12 mcg/h transdermales Pflaster	5 Stk.	-	(2)	9,10	7,20
<i>IND: chronische Schmerzen, die durch starke orale Opioide nicht ausreichend behandelbar sind SG</i>					
<b>N03 ANTIPILEPTIKA</b>					
<b>N03AX12 Gabapentin</b>					
Gabapentin „Actavis“ 300 mg Hartkaps.	100 Stk.	-	-	43,85	0,75
400 mg Hartkaps.	100 Stk.	-	-	45,50	0,15
<i>IND: Behandlung bei Epilepsien, die durch andere Antiepileptika ungenügend kontrolliert sind und Behandlung des neuropathischen Schmerzes, wenn mit kostengünstigeren Therapiealternativen (ATC N02A, N03AF01, N06A) nachweislich nicht das Auslangen gefunden werden kann.</i>					
<b>N05 PSYCHOLEPTIKA</b>					
<b>N05AH04 Quetiapin</b>					
Quetiapin „Sandoz“ 25 mg Filmtabl.	6 Stk.	-	-	2,05	2,95
	60 Stk.	-	-	15,45	18,45
100 mg Filmtabl.	6 Stk.	T2	-	4,35	Packungsgröße beim Erstanbieter nicht vorhanden 43,80 65,40
	60 Stk.	T2	(2)	39,60	
	90 Stk.	T2	-	57,60	
200 mg Filmtabl.	6 Stk.	-	-	6,50	Packungsgröße beim Erstanbieter nicht vorhanden 64,55
	60 Stk.	-	(2)	58,45	
300 mg Filmtabl.	6 Stk.	T2	-	8,75	Packungsgröße beim Erstanbieter nicht vorhanden 78,80
	60 Stk.	T2	-	76,80	

Präparat	Menge	T	OP	KVP €	max. Kostenersparnis € pro Packung*
<b>N05CF02 Zolpidem</b>					
Zolpidemtartrat „Actavis“ 10 mg Filmtabl.	10 Stk.	T2	(2)	1,10	0,40
<b>N06 PSYCHOANALEPTIKA</b>					
<b>N06AB04 Citalopram</b>					
Citalopram „Actavis“ 10 mg Filmtabl.	10 Stk.	–	(2)	3,50	1,50
	30 Stk.	–	–	8,45	2,21
20 mg Filmtabl.	10 Stk.	T2	(2)	5,70	2,12
	30 Stk.	T2	–	13,40	4,54
30 mg Filmtabl.	10 Stk.	T2	(2)	5,70	Wirkstoffstärke beim Erstanbieter nicht vorhanden
	30 Stk.	T2	–	13,40	
40 mg Filmtabl.	10 Stk.	T2	(2)	5,70	Wirkstoffstärke beim Erstanbieter nicht vorhanden
	30 Stk.	T2	–	13,40	
60 mg Filmtabl.	10 Stk.	T2	(2)	5,70	Wirkstoffstärke beim Erstanbieter nicht vorhanden
	30 Stk.	T2	–	13,40	
<b>N06AB05 Paroxetin</b>					
Paroxetin „Actavis“ 20 mg Filmtabl.	14 Stk.	T2	(2)	8,20	2,40
	30 Stk.	T2	–	15,55	3,84

### Aufnahme von Biosimilars (biologische Nachfolgeprodukte) in den Grünen Bereich:

Präparat	Menge	T	OP	KVP €	max. Kostenersparnis € pro Packung**
<b>L03 IMMUNSTIMULANZIEN</b>					
<b>L03AA02 Filgrastim</b>					
Zarzio 30 Mio E/0,5 ml Inj.lsg. oder Inf.lsg. in einer Fertigspr.	5 Stk.	–	–	327,80	131,00
48 Mio E/0,5 ml Inj.lsg. oder Inf.lsg. in einer Fertigspr.	5 Stk.	–	–	499,80	212,45
Biosimilars zu Filgrastim sind seit Mai 2009 im Grünen Bereich des Erstattungskodex verfügbar. Im Juni 2009 betrug der Anteil der kostengünstigen Alternative je nach KV-Träger zwischen 0 % und 55 %. Auch unter Berücksichtigung der weiteren Marktentwicklung verbleibt noch genügend Potenzial für Zarzio, um die Wirtschaftlichkeit in der Verordnung eines koloniestimulierenden Faktors zu erhöhen.					

### Aufnahme von Präparaten in den Grünen Bereich:

Präparat	Menge	T	OP	KVP €
<b>D10 AKNEMITTEL</b>				
<b>D10BA01 Isotretinoin</b>				
Ciscutan 40 mg Kaps.	30 Stk.	–	(2)	55,40
<i>IND: Schwere Akne, die auf andere Behandlungsmethoden nicht anspricht</i>				
<b>G04 UROLOGIKA</b>				
<b>G04BD09 Trosipium</b>				
Urivesc 60 mg Retardkaps.	7 Stk.	–	(2)	8,05
	28 Stk.	–	–	25,75

\* Vergleich zum Erstanbieterpräparat in dosierungsäquivalenter Menge (Preisbasis der Berechnung: Dezember 2009)

\*\* Vergleich zu den biologischen Referenzarzneimitteln mit gleichem ATC-Code und vergleichbarer Wirkstoffstärke; auf geringfügige Unterschiede ist hinzuweisen, weil es sich um Biosimilars handelt (Preisbasis der Berechnung: Dezember 2009).

Folgende Präparate wurden aus dem EKO gestrichen:

Präparat	Menge	ATC-Code	Streichung mit
Urocard 1 mg Tabl.	10 Stk. 28 Stk.	C02CA	01.12.2009

Änderung der Packungsgröße im Grünen Bereich:

Präparat	Menge	T	OP	KVP €
<b>M05 MITTEL ZUR BEHANDLUNG VON KNOCHENERKRANKUNGEN</b>				
<b>M05BA04 Alendronsäure</b>				
Alendronsäure „Arcana“ 70 mg einmal wöchentlich Tabl.	4 Stk.	-	(2)	14,55

Änderung der Verwendung im Grünen Bereich:

Präparat	Menge	T	OP	KVP €
<b>M05 MITTEL ZUR BEHANDLUNG VON KNOCHENERKRANKUNGEN</b>				
<b>M05BA04 Alendronsäure</b>				
Alendronsäure „Arcana“ 70 mg einmal wöchentlich Tabl. Abg. gem. mit Calcium Vit. D3 „Meda“ Kautabl. 56 St.	4 Stk.	-	(2)	14,55
„Alendronsäure „Arcana“ 70 mg einmal wöchentlich Tabletten“ sind nun frei verschreibbar.				

Änderung der Bezeichnung im Grünen Bereich:

Präparat	Menge	T	OP	KVP €
<b>M05 MITTEL ZUR BEHANDLUNG VON KNOCHENERKRANKUNGEN</b>				
<b>C07AB02 Metoprolol</b>				
Metoprololtartrat „Hexal“ 50 mg Tabl. vormals <i>Metohexal 50 mg Tabl.</i>	20 Stk. 50 Stk.	T2 T2	(2) -	1,90 4,70
Metoprololtartrat „Hexal“ 100 mg Tabl. vormals <i>Metohexal 100 mg Tabl.</i>	20 Stk. 50 Stk.	T2 T2	(2) -	3,45 8,55

# Änderungen im Erstattungskodex (EKO) ab November 2009

Informationsstand November 2009

**ROT** → **GRÜN** Aufnahme kostengünstiger Nachfolpräparate in den Grünen Bereich:

Präparat	Menge	T	OP	KVP €	max. Kostenersparnis € pro Packung*
<b>C10 MITTEL, DIE DEN LIPIDSTOFFWECHSEL BEEINFLUSSEN</b>					
<b>C10AA01 Simvastatin</b>					
Simvastatin „Bluefish“ 20 mg Filmtabl.	30 Stk.	-	(2)	9,60	5,45
40 mg Filmtabl.	30 Stk.	-	(2)	9,60	58,85 (Erstanbieter in dieser Stärke nicht im EKO)
Simvastatin ist seit 2001 generisch verfügbar. Auch nach 8 Jahren ist die preisdynamische Entwicklung der Generika beeindruckend. Der Preisvorteil von Simvastatin „Bluefish“ 20 mg beträgt gegenüber dem Erstanbieter Zocord 36 %.					

Präparat	Menge	T	OP	KVP €	max. Kostenersparnis € pro Packung*
<b>G04 UROLOGIKA</b>					
<b>G04CB01 Finasterid</b>					
Finasterid „+Pharma“ 5 mg Filmtabl.	30 Stk.	-	(2)	8,60	0,72
Frei verschreibbar für FachärztInnen für Urologie					
Vor wenigen Jahren gab es die Preisabstufung: Phytopräparate < Generika < Alphablocker < Alpha-Reduktasehemmer. Durch die generische Verfügbarkeit sind in diesen Substanzgruppen Präparate mit Monatstherapiekosten von unter € 10,- verfügbar.					
<b>L02 ENDOKRINE THERAPIE</b>					
<b>L02BB03 Bicalutamid</b>					
Bicalutamid „Bluefish“ 50 mg Filmtabl.	30 Stk.	-	-	61,70	15,10
150 mg Filmtabl.	30 Stk.	-	-	125,90	27,10
Der Kostenvorteil von Bicalutamid „Bluefish“ 150 mg liegt bei € 325,- pro Therapiejahr, ca. 800 Patienten werden derzeit mit dem Hochpreispräparat Casodex 150 mg versorgt.					
<b>N02 ANALGETIKA</b>					
<b>N02AA05 Oxycodon</b>					
Oxycodon-HCl „ratiopharm“ 20 mg Retardtabl. SG	10 Stk.	T2	(2)	7,25	6,95 18,20 (Erstanbieter in RE1)
	30 Stk.	T2	-	18,00	
40 mg Retardtabl. SG	10 Stk.	T2	(2)	11,45	11,55 29,75 (Erstanbieter in RE1)
	30 Stk.	T2	-	28,55	
80 mg Retardtabl. SG	10 Stk.	T2	(2)	18,25	19,75 51,70 (Erstanbieter in RE1)
	30 Stk.	T2	-	48,65	
Aufgrund des Ampelprinzips können Ersteinstellungen auf den Erstanbieter Oxycontin nicht mehr bewilligt werden.					
<b>N07 ANDERE MITTEL FÜR DAS NERVENSYSTEM</b>					
<b>N07CA01 Betahistin</b>					
Betahistin „Actavis“ 8 mg Tabl.	30 Stk.	-	(2)	3,55	1,75 4,80
	100 Stk.	-	-	8,70	
16 mg Tabl.	30 Stk.	T2	-	5,70	3,30 5,20
	60 Stk.	T2	-	9,55	

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

Präparat	Menge	T	OP	KVP €
<b>B05 BLUTERSATZMITTEL UND PERFUSIONSLÖSUNGEN</b>				
<b>B05BA03 Kohlenhydrate</b>				
Glucose 5 % „Meditrade“ Inf.lsg. 500 ml	1 Stk.	-	(2)	1,55
<b>B05BB01 Elektrolyte</b>				
Ringer-Lactat nach Hartmann „Meditrade“ Inf.lsg. 500 ml	1 Stk.	-	(2)	1,65
Ringer-Lösung „Meditrade“ Inf.lsg. 500 ml	1 Stk.	-	(2)	1,65

\* Vergleich zum Erstanbieterpräparat in dosierungsäquivalenter Menge (Preisbasis der Berechnung: November 2009)

Präparat	Menge	T	OP	KVP €
<b>C09 MITTEL MIT WIRKUNG AUF DAS RENIN-ANGIOTENSIN-SYSTEM</b>				
<b>C09DA06 Candesartan und Diuretika</b>				
<b>Atacand Plus 32 mg/12,5 mg Tabl.</b>	28 Stk.	T2	(2)	<b>28,40</b>
<b>32 mg/ 25 mg Tabl.</b>	28 Stk.	T2	(2)	<b>28,40</b>
<i>IND: wenn ACE-Hemmer nicht vertragen werden</i>				
<b>Blopress Plus 32 mg/12,5 mg Tabl.</b>	28 Stk.	–	(2)	<b>28,40</b>
<b>32 mg/ 25 mg Tabl.</b>	28 Stk.	–	(2)	<b>28,40</b>
<i>IND: wenn ACE-Hemmer nicht vertragen werden</i>				
Die Standarddosis von Candesartan liegt laut Fachinformation bei 8 mg, die auf 16 mg gesteigert werden können. Die 32 mg-Form stellt die Maximaldosis dar.				

## Aufnahme von Präparaten in den Gelben Bereich:

Präparat	Menge	T	OP	KVP €	
<b>B01 ANTITHROMBOTISCHE MITTEL</b>					
<b>B01AC Thrombozytenaggregationshemmer, excl. Heparin</b>					
RE1	<b>Efient 5 mg Filmtabl.</b>	28 Stk.	–	(2)	<b>70,40</b>
RE1	<b>10 mg Filmtabl.</b>	28 Stk.	–	(2)	<b>70,40</b>
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.					
<b>B02 ANTIHÄMORRHAGIKA</b>					
<b>B02BX04 Romiplostim</b>					
RE1	<b>Nplate 250 mcg Plv. zur Herst. einer Inj.lsg.</b>	1 Stk. 4 Stk.	– –	– –	<b>650,65</b> <b>2528,65</b>
RE1	<b>500 mcg Plv. zur Herst. einer Inj.lsg.</b>	1 Stk. 4 Stk.	– –	– –	<b>1276,65</b> <b>5032,65</b>
Bei PatientInnen mit therapierefraktärer chronischer immun-(idiopathischer) thrombozytopenischer Purpura (ITP), die splenektomiert sind bzw. für die eine Splenektomie kontraindiziert ist. Die Behandlung mit Romiplostim sollte abgebrochen werden, wenn die Thrombozytenzahl nach vierwöchiger Behandlung mit Romiplostim in der höchsten wöchentlichen Dosis von 10 mcg/kg 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 Nplate ausreichend informierten ÄrztInnen.					
Das vom Unternehmen zur Verfügung gestellte und von der EMEA evaluierte Schulungsmaterial für Ärzte enthält Informationen über die Sicherheit und Wirksamkeit von Nplate. Ferner werden die Ärzte daran erinnert, wie das Arzneimittel anzuwenden ist und dass sie die Vorteile und Risiken von Nplate mit den Patienten erörtern müssen. Außerdem erhalten Ärzte einen „Dosierungsrechner“, mit dessen Hilfe sie die zu injizierende Menge Nplate berechnen können. Diese Menge kann in manchen Fällen sehr gering sein. Die verordnenden Ärzte müssen bestätigen, dass sie das Lehrmaterial Nplate erhalten und aktiv zur Kenntnis genommen haben.					
<b>N06 PSYCHOANALEPTIKA</b>					
<b>N06BA04 Methylphenidat</b>					
RE1 SG L3	<b>Ritalin LA 20 mg Kaps.</b>	30 Stk.	–	–	<b>40,30</b>
RE1 SG L3	<b>30 mg Kaps.</b>	30 Stk.	–	–	<b>51,25</b>

Präparat		Menge	T	OP	KVP €
RE1 SG L3	<b>Ritalin LA 40 mg Kaps.</b>	30 Stk.	-	-	<b>66,05</b>
Bei Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung (ADHS) bei Kindern ab 6 Jahren und Jugendlichen als Teil eines umfassenden Behandlungsprogramms, wenn mit Therapiealternativen aus dem Grünen Bereich (ATC-Code N06BA04) kein Auslangen gefunden werden kann. Diagnosestellung, Therapieeinleitung und regelmäßige Kontrollen durch FachärztInnen für Neurologie oder Neurologie und Psychiatrie oder Psychiatrie und Neurologie oder Psychiatrie, Kinder- und Jugendpsychiatrie oder Pädiatrie. Ritalin LA eignet sich für eine chef(kontrollärztliche) Langzeitgenehmigung für 3 Monate (L3).					

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

Präparat	Menge	ATC-Code	Streichung mit
<b>Effortil Amp.</b>	5 Stk.	C01CA01	01.11.2009
<b>Glimestad 1 mg Tabl.</b>	30 Stk.	A10BB12	01.11.2009
<b>Glimestad 2 mg Tabl.</b>	30 Stk.	A10BB12	01.11.2009
<b>Glimestad 3 mg Tabl.</b>	30 Stk.	A10BB12	01.11.2009
<b>Glimestad 4 mg Tabl.</b>	30 Stk.	A10BB12	01.11.2009
<b>Myocardon mono 20 mg Tabl.</b>	20 Stk. 60 Stk.	C01DA14	01.11.2009
<b>Myocardon mono 40 mg Tabl.</b>	20 Stk. 60 Stk.	C01DA14	01.11.2009

**Änderung der Verwendung im Grünen Bereich:**

Präparat	Menge	T	OP	KVP €
<b>C10 MITTEL, DIE DEN LIPIDSTOFFWECHSEL BEEINFLUSSEN</b>				
<b>C10AA01 Simvastatin</b>				
<b>Simvastatin „Hexal“ 80 mg Filmtabl.</b>	30 Stk.	T2	(2)	<b>9,60</b>
<b>S01 OPHTHALMIKA</b>				
<b>S01BA04 Prednisolon</b>				
<b>Ultracortenol Augensalbe</b>	5 g	-	-	<b>9,65</b>
<i>Frei verschreibbar für FachärztInnen für Augenheilkunde</i>				
<b>Ultracortenol Augentropf.</b>	5 ml	-	-	<b>9,65</b>
<i>Frei verschreibbar für FachärztInnen für Augenheilkunde</i>				

**Änderung der Bezeichnung im Grünen Bereich:**

Präparat	Menge	T	OP	KVP €
<b>C10 MITTEL, DIE DEN LIPIDSTOFFWECHSEL BEEINFLUSSEN</b>				
<b>C08CA13 Lercanidipin</b>				
<b>Zanidip 10 mg Filmtabl.</b> <i>vormals Zanidip Filmtabl.</i>	28 Stk.	-	(2)	<b>16,35</b>

**Überführung vom Gelben Bereich in den Grünen Bereich:**

Präparat	Menge	T	OP	KVP €
<b>C09 MITTEL MIT WIRKUNG AUF DAS RENIN-ANGIOTENSIN-SYSTEM</b>				
<b>C09CA06 Candesartan</b>				
<b>Atacand 32 mg Tabl.</b>	28 Stk.	T2	(2)	<b>28,40</b>
<b>IND:</b> wenn ACE-Hemmer nicht vertragen werden oder in Kombination mit ACE-Hemmern bei Herzinsuffizienz ab NYHA-Stadium II				

Präparat	Menge	T	OP	KVP €
<b>Blopress 32 mg Tabl.</b>	28 Stk.	-	(2)	<b>28,40</b>
<b>IND:</b> wenn ACE-Hemmer nicht vertragen werden oder in Kombination mit ACE-Hemmern bei Herzinsuffizienz ab NYHA-Stadium II				
Frei verschreibbar für FachärztInnen für Augenheilkunde				
Die Standarddosis von Candesartan liegt laut Fachinformation bei 8 mg, die auf 16 mg gesteigert werden können. Die 32 mg-Form stellt die Maximaldosis dar.				

## Änderung der Packungsgröße im Gelben Bereich:

Präparat	Menge	T	OP	KVP €	
<b>L03 IMMUNSTIMULANZIEN</b>					
<b>L03AB08 Interferon-beta-1b</b>					
RE1 L12	<b>Betaferon 250 mcg/ml Plv. u. Lsgm. z. Herst. einer Inj. Isg. Starterpackung</b>	12 Stk.	-	-	<b>752,65</b>
RE1 L12	<b>Betaferon 250 mcg/ml Plv. u. Lsgm. z. Herst. einer Inj. Isg.</b>	15 Stk.	-	-	<b>934,65</b>
<p>1. Bei PatientInnen mit erstmaligem demyelinisierendem Ereignis mit aktivem entzündlichen Prozess, wenn dieses Ereignis schwer genug ist, um eine intravenöse Kortikosteroidtherapie zu rechtfertigen, wenn mögliche Differentialdiagnosen ausgeschlossen wurden und wenn bei diesen PatientInnen der Beurteilung zufolge ein hohes Risiko für das Auftreten einer klinisch gesicherten Multiplen Sklerose besteht (siehe Fachinformation Abschnitt 5.1).</p> <p>2. Bei PatientInnen mit schubförmig remittierender MS. Kriterien bei Ersteinstellung: 2 Schübe innerhalb der letzten 2 Jahre und EDSS kleiner gleich 5,5.</p> <p>3. Bei PatientInnen mit sekundär progredienter MS. Kriterien bei Ersteinstellung: 2 Schübe oder eine Verschlechterung um mindestens 1 Punkt im EDSS-Score innerhalb der letzten 2 Jahre und EDSS 3 – 6,5.</p> <p>Diagnosestellung, Verordnung, Einstellung, Therapiekontrolle und Dokumentation durch ein MS Zentrum. Betaferon eignet sich für eine chef(kontroll)ärztliche Langzeitgenehmigung für 12 Monate (L12).</p>					
Austausch der 5 Stk.-Pkg. auf eine 12 Stk.-Pkg.					
<b>N06 PSYCHOANALEPTIKA</b>					
<b>N06DX01 Memantin</b>					
RE2 L6	<b>Axura 10 mg Filmtabl.</b>	28 Stk.	-	-	<b>63,20</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Die Diagnose DAT (Demenz vom Alzheimerstyp) ist von FachärztInnen 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 die o.a. FachärztInnen 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 die o.a. FachärztInnen mittels einer MMSE durchzuführen.</li> <li>- Die Therapie mit Axura ist zu beenden, wenn das Ergebnis der MMSE kleiner 3 ist.</li> <li>- Axura darf nicht mit anderen Arzneimitteln gegen DAT kombiniert werden.</li> <li>- Axura eignet sich für eine chef(kontroll)ärztliche Langzeitgenehmigung für 6 Monate (L6).</li> <li>- Die Tropfen werden nur bei Vorliegen von Schluckbeschwerden genehmigt.</li> </ul>					
Die Packungsgröße zu 56 Stk. wird gestrichen, seit 1.10.2009 ist Axura 20 mg im Gelben Bereich des Erstattungskodex.					
RE2 L6	<b>Ebixa 10 mg Filmtabl.</b>	28 Stk.	-	-	<b>63,20</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Die Diagnose DAT (Demenz vom Alzheimerstyp) ist von FachärztInnen 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 die o.a. FachärztInnen 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 die o.a. FachärztInnen mittels einer MMSE durchzuführen.</li> <li>- Die Therapie mit Ebixa ist zu beenden, wenn das Ergebnis der MMSE kleiner 3 ist.</li> <li>- Ebixa darf nicht mit anderen Arzneimitteln gegen DAT kombiniert werden.</li> <li>- Ebixa eignet sich für eine chef(kontroll)ärztliche Langzeitgenehmigung für 6 Monate (L6).</li> <li>- Die Tropfen werden nur bei Vorliegen von Schluckbeschwerden genehmigt.</li> </ul>					
Die Packungsgröße zu 56 Stk. wird gestrichen, seit 1.10.2009 ist Ebixa 20 mg im Gelben Bereich des Erstattungskodex.					