

# EKO-MED-INFO

## Sammelband

Informationen für Vertragsärzte der Kärntner Gebietskrankenkasse

### Neu im EKO-SAMMELBAND

(Änderungen ab August, September und Oktober 2016)

# Änderungen im Erstattungskodex (EKO) ab Oktober 2016

Informationsstand Oktober 2016

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

Präparat	Menge	T	OP	KVP €	max. Kostenersparnis € pro Packung <sup>1</sup>
<b>C08 CALCIUMKANALBLOCKER</b>					
<b>C08CA01 Amlodipin</b>					
Amlodipin „G.L.“ 5 mg Tabl.	30 Stk.	-	(2)	3,70	1,20
10 mg Tabl.	30 Stk.	T2	(2)	3,70	Wirkstoffstärke beim Erstanbieter nicht vorhanden
<b>C09 MITTEL MIT WIRKUNG AUF DAS RENIN-ANGIOTENSIN-SYSTEM</b>					
<b>C09CA06 Candesartan</b>					
Candesartan „+pharma“ 32 mg Tabl.	30 Stk.	T2	(2)	6,00	3,15
<b>J01 ANTIBIOTIKA ZUR SYSTEMISCHEN ANWENDUNG</b>					
<b>J01CR02 Amoxicillin und Enzym-Inhibitoren</b>					
Amoxicillin/Clavulansäure „A-med“ 500 mg/125 mg Filmtabl.	12 Stk.	-	(2)	6,65	3,40
875 mg/125 mg Filmtabl.	10 Stk. 14 Stk.	- -	(2) -	8,25 9,85	1,55 1,45

<sup>1</sup> Vergleich zum Erstanbieterpräparat in dosierungsäquivalenter Menge (Preisbasis der Berechnung: Oktober 2016)  
PM: Arzneyspezialitäten, für die eine Vereinbarung über ein Preismodell mit dem vertriebsberechtigten Unternehmen vorliegt.

Präparat	Menge	T	OP	KVP €	max. Kostenersparnis € pro Packung <sup>1</sup>
<b>J02 ANTIMYKOTIKA ZUR SYSTEMISCHEN ANWENDUNG</b>					
<b>J02AC01 Fluconazol</b>					
<b>Fluconazol „Actavis“ 150 mg Kaps.</b>	1 Stk.	-	-	6,40	<b>0,90</b>
F, D, U „bei Vaginal-Candidose bzw. Candida-Balanitis“					
Erweiterung der Verschreibbarkeit des Präparates dieses Anbieters im Gegensatz zu anderen erhältlichen Präparaten durch zusätzliche Aufnahme der Fachärzte für Urologie (bzw. der Diagnose „Candida- Balanitis“) in die Fachgruppenbestimmungen.					
<b>Fluconazol „Actavis“ 150 mg Kaps.</b>	2 Stk.	-	-	11,50	<b>0,90</b>
F, D, U „bei Dermatomykosen“					
<b>Fluconazol „Actavis“ 150 mg Kaps.</b>	4 Stk.	-	-	20,90	<b>1,40</b>
D „bei Onychomykosen“					
<b>N04 ANTIPARKINSONMITTEL</b>					
<b>N04BA03 Levodopa, Decarboxylasehemmer und COMT-Hemmer</b>					
<b>Corbilta 50 mg/12,5 mg/200 mg Filmtabl.</b>	100 Stk.	-	-	50,75	<b>37,30</b> (Erstanbieter nicht im EKO)
<b>100 mg/25 mg/200 mg Filmtabl.</b>	100 Stk.	-	-	50,75	<b>43,50</b> (Erstanbieter nicht im EKO)
<b>150 mg/37,5 mg/200 mg Filmtabl.</b>	100 Stk.	-	-	50,75	<b>49,60</b> (Erstanbieter nicht im EKO)
<b>N04BD02 Rasagilin</b>					
<b>Rasagilin „Bluefish“ 1 mg Tabl.</b>	10 Stk. 30 Stk.	- -	- -	13,25 37,70	<b>15,80</b> <b>42,05</b> (Erstanbieter in RE2)
<b>Rasagilin „Genericon“ 1 mg Tabl.</b>	10 Stk. 30 Stk.	- -	- -	13,30 37,75	<b>15,75</b> <b>42,00</b> (Erstanbieter in RE2)
<b>N05 PSYCHOLEPTIKA</b>					
<b>N05AH04 Quetiapin</b>					
<b>Quetiapin „G.L.“ 50 mg Retardtabl.</b>	10 Stk. 30 Stk.	- -	(2) -	1,60 3,50	<b>0,85</b> <b>2,45</b>
<b>150 mg Retardtabl.</b>	10 Stk. 30 Stk.	- -	(2) -	3,55 7,85	<b>Wirkstoffstärke beim Erstanbieter nicht vorhanden</b>

<sup>1</sup> Vergleich zum Erstanbieterpräparat in dosierungsäquivalenter Menge (Preisbasis der Berechnung: Oktober 2016)

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

Präparat	Menge	T	OP	KVP €	max. Kostenersparnis € pro Packung <sup>1</sup>
<b>N05AX12 Aripiprazol</b>					
Aripiprazol „Accord“ 10 mg Tabl.	14 Stk. 28 Stk.	- -	- (2)	23,55 44,65	5,65 12,00
15 mg Tabl.	14 Stk. 28 Stk.	- -	- (2)	23,55 44,65	5,65 12,00
30 mg Tabl.	14 Stk. 28 Stk.	- -	- (2)	23,55 44,65	Packungsgröße beim Erstanbieter nicht vorhanden 181,80 (Erstanbieter nicht im EKO)
<b>N06 PSYCHOANALEPTIKA</b>					
<b>N06AX21 Duloxetin</b>					
Duloxetin „Mylan“ 30 mg magensaftresistente Hartkaps.	14 Stk. 28 Stk.	- -	- -	3,45 6,85	Packungsgröße beim Erstanbieter nicht vorhanden 0,35
60 mg magensaftresistente Hartkaps.	14 Stk. 28 Stk.	- -	- -	6,85 13,40	Packungsgröße beim Erstanbieter nicht vorhanden 1,30
N, P					
Nach Streichung des Originärs Cymbalta aus dem Grünen Bereich sind mit Duloxetin „Mylan“ bereits 6 Nachfolger in der Grünen Box verfügbar.					

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

Präparat	Menge	T	OP	KVP €	max. Kostenersparnis € pro Packung <sup>2</sup>
<b>L03 IMMUNSTIMULANZIEN</b>					
<b>L03AA02 Filgrastim</b>					
Nivestim 30 Mio E/0,5 ml Inj.-/Inf.lsg.	5 Stk.	-	-	277,70	110,00 (Erstanbieter nicht im EKO)
48 Mio E/0,5 ml Inj.-/Inf.lsg.	5 Stk.	-	-	402,65	192,85 (Erstanbieter nicht im EKO)
Nach Nivestim 12 Mio E/0,2ml Inj.-/Inf. lsg. sind nun die oben angeführten höheren Wirkstärken mit deutlichem Einsparpotenzial im Grünen Bereich gelistet.					

### Aufnahme von Präparaten in den Grünen Bereich:

Präparat	Menge	T	OP	KVP €
<b>A02 MITTEL BEI SÄURE BEDINGTEN ERKRANKUNGEN</b>				
<b>A02AH Antacida mit Natriumbicarbonat</b>				
Nephrotrans 500 mg magensaftresistente Weichkaps. <b>(PM)</b>	100 Stk. 500 Stk.	- -	- -	24,45 109,30
<b>(PM)</b> 840 mg magensaftresistente Weichkaps.	100 Stk. 500 Stk.	- -	- -	26,90 120,35
<b>IND:</b> Metabolische Azidose bei chronischer Niereninsuffizienz bei Erwachsenen, wenn die Bicarbonatkonzentration im Serum weniger als 22 mmol/l beträgt.				
Nephrotrans wird zur Behandlung der metabolischen Azidose und zur Erhaltungsbehandlung gegen erneutes Auftreten der metabolischen Azidose bei chronischer Niereninsuffizienz bei Erwachsenen eingesetzt.				

<sup>2</sup> 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: Oktober 2016).

Präparat	Menge	T	OP	KVP €
<b>N06 PSYCHOANALEPTIKA</b>				
<b>N06AB10 Escitalopram</b>				
Escitalopram „Sandoz“ 20 mg/ml Tropf. zum Einnehmen, Lsg.	1 Stk. 15ml	-	-	10,10
<i>IND: bei schwerer Schluckstörung</i>				
Die flüssige Darreichungsform des Wirkstoffes Escitalopram ermöglicht die Behandlung von Patienten, die unter einer Major Depression, einer Panikstörung mit oder ohne Agoraphobie, einer sozialer Angststörung (Sozialphobie) bzw. generalisierter Angststörung und Zwangsstörung in Kombination mit einer schweren Schluckstörung leiden.				

### Änderung der Packungsgröße im Grünen Bereich:

Präparat	Menge	T	OP	KVP €
<b>R03 MITTEL BEI OBSTRUKTIVEN ATEMWEGSERKRANKUNGEN</b>				
<b>R03DC03 Montelukast</b>				
Montelukast „easypham“ 4 mg Kautabl.	30 Stk.	-	(2)	15,40
Streichung der 10 St. Packung				

### ROT → GELB Aufnahme kostengünstiger Nachfolgepräparate in den Gelben Bereich:

Präparat	Menge	T	OP	KVP €	max. Kostenersparnis € pro Packung <sup>1</sup>	
<b>N06 PSYCHOANALEPTIKA</b>						
<b>N06DA03 Rivastigmin</b>						
RE2 L6	Rivastigmin „Stada“ 4,6 mg/24 h transdermales Pflaster	7 Stk. 30 Stk.	- -	- (2)	12,60 49,50	6,70 27,30
RE2 L6	9,5 mg/24 h transdermales Pflaster	30 Stk.	-	(2)	49,50	27,30
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Die Diagnose DAT (Demenz vom Alzheimerstyp) ist von einem Facharzt/einer Fachärztin für Neurologie oder Neurologie und Psychiatrie oder Psychiatrie und Neurologie oder Psychiatrie zu stellen.</li> <li>- Zu Therapiebeginn muss das Ergebnis der MMSE (Mini-Mental State Examination) größer bzw. gleich 10 betragen.</li> <li>- Vergewisserung für das Vorhandensein einer Betreuungsperson zur Sicherung der Compliance.</li> <li>- Eine Kontrolluntersuchung durch den/die o.a. Facharzt/Fachärztin ist nach Erreichung der Erhaltungsdosis durchzuführen.</li> <li>- Die Behandlung ist nur bei Ansprechen auf die Therapie weiterzuführen.</li> <li>- Alle 6 Monate ist eine Kontrolluntersuchung durch den/die o.a. Facharzt/Fachärztin mittels einer MMSE durchzuführen.</li> <li>- Die Therapie mit Rivastigmin ist zu beenden, wenn das Ergebnis der MMSE kleiner 10 ist.</li> <li>- Rivastigmin darf nicht mit anderen Arzneimitteln gegen Demenz kombiniert werden.</li> <li>- Rivastigmin eignet sich für eine chef(kontroll)ärztliche Langzeitbewilligung für 6 Monate (L6).</li> </ul>						


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

Präparat		Menge	T	OP	KVP €
<b>B02 ANTIHÄMORRHAGIKA</b>					
<b>B02BD02 Gerinnungsfaktor VIII</b>					
RE1	<b>NovoEight 250 IE Plv. u. Lsgm. zur Herst. einer Inj.lsg.</b>	1 Stk.	-	-	<b>173,15</b>
RE1	<b>500 IE Plv. u. Lsgm. zur Herst. einer Inj.lsg.</b>	1 Stk.	-	-	<b>329,15</b>
RE1	<b>1000 IE Plv. u. Lsgm. zur Herst. einer Inj.lsg.</b>	1 Stk.	-	-	<b>627,65</b>
RE1	<b>1500 IE Plv. u. Lsgm. zur Herst. einer Inj.lsg.</b>	1 Stk.	-	-	<b>929,15</b>
RE1	<b>2000 IE Plv. u. Lsgm. zur Herst. einer Inj.lsg.</b>	1 Stk.	-	-	<b>1.230,65</b>
RE1	<b>3000 IE Plv. u. Lsgm. zur Herst. einer Inj.lsg.</b>	1 Stk.	-	-	<b>1.833,65</b>
Bei angeborenem Faktor VIII-Mangel (Hämophilie A). Diagnosestellung und regelmäßige Kontrollen in entsprechender Fachabteilung bzw. -ambulanz.					
Im Vergleich zu den im EKO bereits gelisteten rekombinanten Produkten zur Substitution von Gerinnungsfaktor VIII besteht hier nochmals ein deutliches Einsparpotential.					

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

Präparat	Menge	ATC-Code	Streichung mit
<b>Clarithromycin „ratiopharm“ 500 mg Retardtabl.</b>	7 Stk. 14 Stk.	J01FA09	01.10.2016
<b>Codipertussin 230 mg/100 ml Hustensaft</b>	100 ml	R05DA04	01.10.2016
<b>Codipertussin 697 mg/100 ml Konzentrat Tropf.</b>	33 ml	R05DA04	01.10.2016
<b>Mometason „ratiopharm“ 50 mcg/Sprühstoß Nasenspray</b>	18 g	R01AD09	01.10.2016
<b>Naltrexon „Hexal“ 50 mg Filmtabl.</b>	30 Stk.	N07BB04	01.10.2016
<b>Somnubene 1 mg Filmtabl.</b>	10 Stk.	N05CD03	01.10.2016

**Änderung der Verwendung im Gelben Bereich:**

Präparat		Menge	T	OP	KVP €
<b>J05 ANTIVIRALE MITTEL ZUR SYSTEMISCHEN ANWENDUNG</b>					
<b>J05AR09 Emtricitabin, Tenofovir Disoproxil, Elvitegravir und Cobiciclat</b>					
RE2	<b>Stribild 150 mg/150 mg/200 mg/245 mg Filmtabl.</b>	30 Stk.	-	-	<b>1.023,25</b>
Zur Behandlung von HIV-1-infizierten Erwachsenen, die antiretroviral nicht vorbehandelt sind oder bei denen HIV-1 keine Mutation aufweist, die mit Resistenz gegen einen der enthaltenen Wirkstoffe assoziiert ist. Therapieeinleitung und regelmäßige Kontrollen durch einen Arzt/eine Ärztin mit Erfahrung in der HIV-Behandlung.					
<b>J05AX16 Dasabuvir</b>					
RE1	<b>Exviera 250 mg Filmtabl. </b>	56 Stk.	-	-	<b>1.126,85</b>
Bei erwachsenen PatientInnen ab 18 Jahren mit chronischer Hepatitis C und nachgewiesenem Fibrosegrad 2, 3 oder 4 (METAVIR Score). - Genotyp 1a ohne Zirrhose: in Kombination mit Ombitasvir/Paritaprevir/Ritonavir und Ribavirin für 12 Wochen - Genotyp 1a mit kompensierter Zirrhose: in Kombination mit Ombitasvir/Paritaprevir/Ritonavir und Ribavirin für 24 Wochen - Genotyp 1b ohne Zirrhose oder mit kompensierter Zirrhose: in Kombination mit Ombitasvir/Paritaprevir/Ritonavir für 12 Wochen Die PatientInnen sind vor Therapiebeginn in das Hepatitis C Register des Hauptverbandes aufzunehmen. Die Verordnung hat durch ein spezialisiertes Zentrum von einem Facharzt/einer Fachärztin für Innere Medizin mit dem Additivfach Gastroenterologie und Hepatologie oder Infektiologie und Tropenmedizin mit Erfahrung in der Behandlung der Hepatitis C zu erfolgen. Spezialisierte Zentren sind solche, in denen Diagnosestellung, Kontrollen und Therapieüberwachung dieser PatientInnen mit chronischer Hepatitis C erfolgen und die über die Möglichkeit eines diagnostischen Nachweises des Fibrosegrades verfügen. Die Liste der für die Verordnung in Frage kommenden Einrichtungen wird vom Hauptverband erstellt und unter <a href="http://www.hauptverband.at/erstattungskodex_hepatitis_c">www.hauptverband.at/erstattungskodex_hepatitis_c</a> publiziert. Die Aufnahme ist befristet und endet mit 30.9.2017.					
Neu im Regeltext ist der Wegfall der zusätzlichen Ribavirin- Gabe bei Genotyp 1b mit kompensierter Zirrhose.					

Präparat		Menge	T	OP	KVP €
<b>J05AX67 Ombitasvir, Paritaprevir und Ritonavir</b>					
RE1	Viekirax 12,5 mg/75 mg/50 mg Filmtabl. <b>(PM)</b>	56 Stk.	-	-	<b>12.699,65</b>
<p>Bei erwachsenen PatientInnen ab 18 Jahren mit chronischer Hepatitis C und nachgewiesenem Fibrosegrad 2, 3 oder 4 (METAVIR Score).</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Genotyp 1a ohne Zirrhose: in Kombination mit Dasabuvir und Ribavirin für 12 Wochen</li> <li>- Genotyp 1a mit kompensierter Zirrhose: in Kombination mit Dasabuvir und Ribavirin für 24 Wochen</li> <li>- Genotyp 1b ohne Zirrhose oder mit kompensierter Zirrhose: in Kombination mit Dasabuvir für 12 Wochen</li> <li>- Genotyp 4 ohne Zirrhose: in Kombination mit Ribavirin für 12 Wochen</li> <li>- Genotyp 4 mit kompensierter Zirrhose: in Kombination mit Ribavirin für 24 Wochen</li> </ul> <p>Die PatientInnen sind vor Therapiebeginn in das Hepatitis C Register des Hauptverbandes aufzunehmen.  Die Verordnung hat durch ein spezialisiertes Zentrum von einem Facharzt/einer Fachärztin für Innere Medizin mit dem Additivfach Gastroenterologie und Hepatologie oder Infektiologie und Tropenmedizin mit Erfahrung in der Behandlung der Hepatitis C zu erfolgen.  Spezialisierte Zentren sind solche, in denen Diagnosestellung, Kontrollen und Therapieüberwachung dieser PatientInnen mit chronischer Hepatitis C erfolgen und die über die Möglichkeit eines diagnostischen Nachweises des Fibrosegrades verfügen.  Die Liste der für die Verordnung in Frage kommenden Einrichtungen wird vom Hauptverband erstellt und unter <a href="http://www.hauptverband.at/erstattungskodex_hepatitis_c">www.hauptverband.at/erstattungskodex_hepatitis_c</a> publiziert.  Die Aufnahme ist befristet und endet mit 30.9.2017.</p>					
Neu im Regeltext ist wie bei Exviera der Wegfall der zusätzlichen Ribavirin- Gabe bei Genotyp 1b mit kompensierter Zirrhose.					
<b>S01 OPHTHALMIKA</b>					
<b>S01ED51 Timolol, Kombinationen</b>					
RE2	<b>Cosopt sine 20 mg/ml + 5 mg/ml Augentropf. Einzeldosen</b>	60 Stk.	-	(2)	<b>20,95</b>
Glaukom bei Konservierungsmittelallergie oder -unverträglichkeit					

### Änderung der Bezeichnung im Grünen Bereich:

Präparat		Menge	T	OP	KVP €
<b>J01 ANTIBIOTIKA ZUR SYSTEMISCHEN ANWENDUNG</b>					
<b>J01DC04 Cefaclor</b>					
<b>CEC „Sandoz“ 500 mg Filmtabl.</b> vormals CEC „Hexal“ 500 mg Filmtabl.		12 Stk.	-	(2)	<b>12,10</b>
<b>CEC „Sandoz“ 125 mg/5 ml Trockensaft</b> vormals CEC „Hexal“ 125 mg/5 ml Trockensaft		60 ml	-	(2)	<b>4,20</b>
<b>F14</b>					
<b>CEC „Sandoz“ forte 250 mg/5 ml Trockensaft</b> vormals CEC „Hexal“ forte 250 mg/5 ml Trockensaft		60 ml	-	(2)	<b>7,10</b>
F14					

RÜCKBLICKEND

# Änderungen im Erstattungskodex (EKO) ab ab September 2016

Informationsstand ab September 2016

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

Präparat	Menge	T	OP	KVP €	max. Kostenersparnis € pro Packung <sup>3</sup>
<b>N04 ANTIPARKINSONMITTEL</b>					
<b>N04BD02 Rasagilin</b>					
Rasagilin „1A Pharma“ 1 mg Tabl.	10 Stk. 30 Stk.	- -	- -	13,45 38,15	15,60 41,60 (Erstanbieter in RE2)
Rasagilin „Sandoz“ 1 mg Tabl.	10 Stk. 30 Stk.	- -	- -	13,45 38,15	15,60 41,60 (Erstanbieter in RE2)
Rasagilin 1A Pharma und Rasagilin Sandoz sind die dritten Nachfolgepräparate von Azilect.					

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

Präparat	Menge	T	OP	KVP €
<b>C09 MITTEL MIT WIRKUNG AUF DAS RENIN-ANGIOTENSIN-SYSTEM</b>				
<b>C09BB03 Lisinopril und Amlodipin</b>				
Lisam 10 mg/5 mg Tabl.	30 Stk.	-	(2)	7,35
20 mg/5 mg Tabl.	30 Stk.	-	(2)	7,35
20 mg/10 mg Tabl.	30 Stk.	-	(2)	7,35
Lisinopril und Amlodipin sind zwei sehr häufig verordnete Kardiaka. Entsprechend werden auch viele Patienten eine sinnvolle Kombinationstherapie mit beiden Substanzen erhalten. Für diese Patienten ist Lisam die kostengünstigere Alternative, zumal nur eine Rezeptgebühr anfällt.				
<b>J01 ANTIBIOTIKA ZUR SYSTEMISCHEN ANWENDUNG</b>				
<b>J01AA04 Lymeacyclin</b>				
CycloPel 300 mg Kaps.	28 Stk.	-	-	8,75
Frei verschreibbar für FachärztInnen für Haut- und Geschlechtskrankheiten (D) mit dem Hinweis bei mittelschwerer und schwerer Akne				

<sup>3</sup> Vergleich zum Erstanbieterpräparat in dosierungsäquivalenter Menge (Preisbasis der Berechnung: September 2016)

PM: Arzneyspezialitäten, 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 <sup>3</sup>
<b>J01 ANTIBIOTIKA ZUR SYSTEMISCHEN ANWENDUNG</b>						
<b>J01XX08 Linezolid</b>						
RE1	<b>Linezolid „Accord“ 600 mg Filmtabl.</b>	10 Stk. 20 Stk.	- -	- -	245,90 475,20	<b>175,20</b> <b>342,30</b>
Als Reserveantibiotikum bei Erwachsenen mit Linezolid-empfindlichen grampositiven Erregern, wenn eine Therapie mit kostengünstigeren Alternativen aus dem Grünen und Gelben Bereich des EKO nicht möglich ist. Die Indikationsstellung und Verordnung muss im intramuralen Bereich erfolgen, ein Keimnachweis ist vorzulegen.						
Bei einer Preisdifferenz von € 342,30 kann das Erstanbieterpräparat Zyvoxid wegen Unwirtschaftlichkeit nicht mehr bewilligt werden.						

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

Präparat		Menge	T	OP	KVP €
<b>C01 HERZTHERAPIE</b>					
<b>C01CA24 Epinephrin</b>					
RE2	<b>Emerade 150 mcg Inj.lsg. Fertipen</b>	1 Stk.	-	(2)	<b>45,75</b>
RE2	<b>300 mcg Inj.lsg. Fertipen</b>	1 Stk.	-	(2)	<b>45,75</b>
RE2	<b>500 mcg Inj.lsg. Fertipen</b>	1 Stk.	-	(2)	<b>45,75</b>
Sofortbehandlung von akuten allergischen Reaktionen (Anaphylaxie), verursacht durch Nahrungsmittel, Arzneimittel, Insektenbisse oder -stiche und andere Allergene. Fortsetzungsbehandlung nur mit Dokumentation der Allergie.					
Mit Emerade findet sich neben EpiPen und Jext ein weiteres preisgleiches Epinephrinpräparat zur Akutbehandlung von allergischen Reaktionen in der gelben Box. Durch die längere Haltbarkeit (30 vs. 18 Monate) ist eine Wirtschaftlichkeit bei Kostengleichheit gegeben.					
<b>C10 MITTEL, DIE DEN LIPIDSTOFFWECHSEL BEEINFLUSSEN</b>					
<b>C10AX13 Evolocumab</b>					
RE1	<b>Repatha 140 mg Inj.lsg., Fertipen (PM)</b>	2 Stk.	-	-	<b>410,05</b>
Bei primärer Hypercholesterinämie zur Sekundärprävention nach einem akuten atherosklerotisch bedingten, ischämischen kardiovaskulären Ereignis bei PatientInnen mit diagnostisch gesicherter koronarer Herzkrankheit und/oder peripherer arterieller Verschlusskrankheit und/oder zerebraler arterieller Verschlusskrankheit wenn aufgrund des sehr hohen kardiovaskulären Risikos (größer gleich 10 % gemäß ESC-Leitlinie) eine zusätzliche Senkung von LDL-C medizinisch erforderlich ist, und wenn eine professionelle Ernährungsberatung erfolgt, der arterielle Blutdruck kontrolliert und der Blutzucker auf ein HbA1c kleiner 7,5 % eingestellt ist sowie eine Tabakrauchabstinenz angestrebt wird, und wenn über mindestens 3 Monate mit der maximal verträglichen Dosierung einer intensivierten LDL-C senkenden Therapie mit Atorvastatin bzw. Rosuvastatin, jeweils in Kombination mit Ezetimib (oder Ezetimib mit oder ohne Colesevelam bei Statinunverträglichkeit) ein LDL-Wert von kleiner als 100 mg/dl nicht erreicht werden kann, oder wenn diese Behandlungen kontraindiziert sind. Eine Unverträglichkeit gegenüber Statinen gilt jedenfalls als belegt, wenn Therapieversuche mit mehreren Statinen - jedenfalls auch Atorvastatin und Rosuvastatin - zu Myalgien und einem Anstieg der Kreatinin-Kinase auf mindestens das Fünffache des oberen Normwertes führten oder wenn durch ein Statin eine schwere Hepatopathie aufgetreten ist. Diagnose und Erstverordnung durch ein spezialisiertes Zentrum von einem Facharzt/einer Fachärztin für Innere Medizin mit dem Additivfach Endokrinologie und Stoffwechselerkrankungen. Die Liste der für die Erstverordnung in Frage kommenden Einrichtungen wird vom Hauptverband erstellt und unter [www.hauptverband.at/erstattungskodex_stoffwechsel] publiziert. Regelmäßige Kontrollen durch entsprechende Fachabteilung bzw. Zentrum bzw. durch einen/eine in der Therapie von Fettstoffwechselstörungen erfahrenen/erfahrenen Facharzt/Fachärztin. Die Behandlung mit Evolocumab kann nur fortgesetzt werden, wenn bei einer Laborkontrolle 2 - 3 Monate nach Behandlungsbeginn das LDL-C gegenüber dem Ausgangswert unter der maximal intensivierten lipidsenkenden Therapie um mindestens 40 % gesunken ist bzw. ein LDL-Wert von kleiner als 70 mg/dl erreicht wurde. Die Aufnahme in den EKO ist befristet und endet mit 31.8.2017.					



Präparat		Menge	T	OP	KVP €
<b>J05 ANTIVIRALE MITTEL ZUR SYSTEMISCHEN ANWENDUNG</b>					
<b>J05AR18 Emtricitabin, Tenofovir alafenamid, Elvitegravir und Cobicistat</b>					
RE1	<b>Genvoya 150 mg/150 mg/200 mg/10 mg Filmtabl. (PM)</b>	30 Stk.	-	-	<b>980,55</b>
Zur Behandlung von HIV-1-infizierten PatientInnen ab 12 Jahren (größer gleich 35 kg), bei denen HIV-1 keine Mutation aufweist, die mit Resistenz gegen einen der enthaltenen Wirkstoffe assoziiert ist. Therapieeinleitung und regelmäßige -kontrollen durch einen Arzt/eine Ärztin mit Erfahrung in der HIV-Behandlung.					
Genvoya enthält im Gegensatz zu Stribild (Kombinationspräparat mit Tenofovir Disoproxil) das neue Prodrug Tenofovir Alafenamid, das eine verbesserte Sicherheit und Verträglichkeit hinsichtlich Niere und Knochen aufzuweisen scheint. Zudem hat Genvoya einen Preisvorteil gegenüber Stribild.					
<b>R07 ANDERE MITTEL FÜR DEN RESPIRATIONSTRAKT</b>					
<b>R07AX30 Ivacaftor und Lumacaftor</b>					
RE1 L6	<b>Orkambi 200 mg/125 mg Filmtabl. (PM)</b>	112 Stk.	-	-	<b>13.129,80</b>
Bei PatientInnen ab 12 Jahren mit zystischer Fibrose (CF, Mukoviszidose), die homozygot sind für die F508del-Mutation im CFTR-Gen. Die Feststellung der Mutation muss mit einem validierten Testverfahren erfolgen. Indikationsstellung, Erstverordnung und Therapieüberwachung müssen von einem/einer Arzt/Ärztin mit Erfahrung in der Behandlung der zystischen Fibrose erfolgen. Leberfunktionstests (ALT, AST und Bilirubin) sind vor Beginn der Behandlung, alle 3 Monate im ersten Jahr der Behandlung und danach jährlich durchzuführen. Lungenfunktionsparameter (FEV1) sind alle 3 Monate zu kontrollieren. Pulmonale Exazerbationen, der Antibiotikabedarf und das Körpergewicht (BMI) sind für den Zeitraum vor Beginn der Behandlung und für den Zeitraum bis 12 Monate nach Therapiebeginn zu dokumentieren. Die Therapie ist zu beenden wenn: der höchste FEV1 Wert unter Ivacaftor/Lumacaftor weniger als 90 % vom besten FEV1 Wert beträgt, der im Jahr davor gemessen wurde und sich kein Effekt bei der Anzahl pulmonaler Exazerbationen oder beim BMI gezeigt hat. Ivacaftor/Lumacaftor eignet sich für eine chef(kontroll)ärztliche Langzeitgenehmigung für 6 Monate (L6). Die Aufnahme ist befristet und endet mit 31. August 2018.					
Die F508del-Mutation im CFTR-Gen ist die häufigste Mutation bei Patienten mit CF in Österreich. Im Vergleich zu Best Supportive Care konnte eine Studie eine signifikant niedrigere Zahl an pulmonalen Exazerbationen, erforderlichen Hospitalisierungen aufgrund von Exazerbationen sowie der Anzahl notwendiger i.v. Antibiotikatherapien nachweisen.					

## Folgende Präparate wurden aus dem EKO gestrichen:



Präparat	Menge	ATC-Code	Streichung mit
<b>Cymbalta 30 mg magensaftresistente Hartkaps.</b>	28 Stk.	N06AX21	01.09.2016
<b>Cymbalta 60 mg magensaftresistente Hartkaps.</b>	28 Stk.	N06AX21	01.09.2016
<b>Nasacort Nasenspray</b>	1 Stk.	R01AD11	25.07.2016
<b>Neupogen 30 Mio. E/0,5 ml mini-Fertigspr.</b>	5 Stk.	L03AA02	01.09.2016
<b>Neupogen 48 Mio. E/0,5 ml mini-Fertigspr.</b>	5 Stk.	L03AA02	01.09.2016
Neupogen ist bereits zu über 80% durch die Biosimilars Accofil, Ratiograstim und Zarzio substituiert.			
<b>Saizen 8 mg click.easy Plv. u. Lsgm. z. Herst. einer Inj.lsg.</b>	1 Stk. 5 Stk.	H01AC01	01.09.2016
<b>Stalevo 50 mg/12,5 mg/200 mg Filmtabl.</b>	30 Stk. 100 Stk.	N04BA03	01.09.2016
<b>Stalevo 100 mg/25 mg/200 mg Filmtabl.</b>	30 Stk. 100 Stk.	N04BA03	01.09.2016
<b>Stalevo 150 mg/37,5 mg/200 mg Filmtabl.</b>	30 Stk. 100 Stk.	N04BA03	01.09.2016
Mit Levodopa/Carbidopa/Entacapon ratiopharm, Pentiro, Sastravi und Trigelan stehen vier Nachfolgepräparate von Stalevo im EKO.			
<b>Tarivid 200 mg Filmtabl.</b>	10 Stk. 20 Stk.	J01MA01	01.09.2016
<b>Videx 200 mg magensaftresistente Hartkaps.</b>	30 Stk.	J05AF02	08.08.2016

## Änderung der Packungsgröße im Grünen Bereich:

Präparat	Menge	T	OP	KVP €
<b>A02 MITTEL BEI SÄURE BEDINGTEN ERKRANKUNGEN</b>				
<b>A02BC02 Pantoprazol</b>				
<b>Pantip 40 mg magensaftresistente Tabl.</b>	14 Stk. 30 Stk.	- -	- -	<b>2,25</b> <b>4,90</b>
Streichung der 7 Stk.-Packung				
<b>A02BC04 Rabeprazol</b>				
<b>Rabeprazol „Actavis“ 10 mg magensaftresistente Tabl.</b>	7 Stk.	-	(2)	<b>3,70</b>
Streichung der 30 Stk.-Packung				
<b>M01 ANTIPHLOGISTIKA UND ANTIRHEUMATIKA</b>				
<b>M01AC01 Piroxicam</b>				
<b>Felden 10 mg Kaps.</b>	30 Stk.	-	-	<b>7,80</b>
Streichung der 10 Stk.-Packung				

### Änderung der Verwendung im Gelben Bereich:

Präparat	Menge	T	OP	KVP €	
<b>A10 ANTIDIABETIKA</b>					
<b>A10BD15 Metformin und Dapagliflozin</b>					
RE2 L6	<b>Xigduo 5 mg/850 mg Filmtabl. <span style="border: 1px solid black; padding: 0 2px;">PM</span></b>	56 Stk.	-	(2)	<b>47,70</b>
RE2 L6	<b>5 mg/1000 mg Filmtabl. <span style="border: 1px solid black; padding: 0 2px;">PM</span></b>	56 Stk.	-	(2)	<b>47,70</b>
<p>Bei PatientInnen mit Diabetes Typ II            Die Behandlung darf erst ab einem HbA1c größer 7 begonnen werden.            Die Behandlung hat nur als Second-line-Therapie zu erfolgen.            Dapagliflozin/Metformin wird in Kombination mit Pioglitazon nicht erstattet.            Kein Einsatz bei einer Kreatinin-Clearance kleiner 60 ml/min.            Regelmäßige Kontrollen der Nierenfunktionsparameter gemäß Fachinformation.            Regelmäßige HbA1c-Bestimmungen sind durchzuführen.            Dapagliflozin/Metformin eignet sich für eine chef(kontroll)ärztliche Langzeitbewilligung für 6 Monate (L6).</p> <p>Mit der Überführung von Xigduo in den dokumentationspflichtigen RE2 Bereich entfallen die notwendigen Bewilligungsanträge bzw. Abbuchungen.</p>					
<b>A10BK01 Dapagliflozin</b>					
RE2 L6	<b>Forxiga 10 mg Filmtabl. <span style="border: 1px solid black; padding: 0 2px;">PM</span></b>	14 Stk. 28 Stk.	- -	- (2)	<b>25,15</b> <b>47,70</b>
<p>Bei PatientInnen mit Diabetes Typ II            Die Behandlung darf erst ab einem HbA1c größer 7 begonnen werden.            Die Behandlung hat nur als Second-line-Therapie zu erfolgen.            Dapagliflozin wird in Kombination mit Pioglitazon nicht erstattet.            Kein Einsatz bei einer Kreatinin-Clearance kleiner 60 ml/min.            Regelmäßige Kontrollen der Nierenfunktionsparameter gemäß Fachinformation.            Regelmäßige HbA1c-Bestimmungen sind durchzuführen.            Dapagliflozin eignet sich für eine chef(kontroll)ärztliche Langzeitbewilligung für 6 Monate (L6).</p> <p>Mit der Überführung von Forxiga in den dokumentationspflichtigen RE2 Bereich entfallen die notwendigen Bewilligungsanträge bzw. Abbuchungen.</p>					

Präparat		Menge	T	OP	KVP €
<b>J01 ANTIBIOTIKA ZUR SYSTEMISCHEN ANWENDUNG</b>					
<b>J01XX08 Linezolid</b>					
RE1	<b>Zyvoxid 600 mg Filmtabl.</b>	10 Stk. 20 Stk.	- -	- -	<b>421,10</b> <b>817,50</b>
<p>Als Reserveantibiotikum bei Erwachsenen mit Linezolid-empfindlichen grampositiven Erregern, wenn eine Therapie mit kostengünstigeren Alternativen aus dem Grünen und Gelben Bereich des EKO nicht möglich ist. Die Indikationsstellung und Verordnung muss im intramuralen Bereich erfolgen, ein Keimnachweis ist vorzulegen.</p> <p>Eine Therapie mit kostengünstigeren Alternativen ist aufgrund des Vorhandenseins von aktuell fünf wirkstoffgleichen Nachfolgepräparaten in der Gelben Box immer gegeben! Der Preis pro Einheit beträgt beim ökonomisch günstigsten Nachfolger 23,76 €, im Vergleich dazu beläuft sich dieser bei Zyvoxid auf € 40,87 (Basis 20 Stück Packung).</p>					
<b>L04 IMMUNSUPPRESSIVA</b>					
<b>L04AC10 Secukinumab</b>					
RE1	<b>Cosentyx 150 mg Inj.lsg. Fertigspr. </b>	1 Stk. 2 Stk.	- -	- -	<b>567,60</b> <b>1.110,55</b>
L3	<b>Cosentyx 150 mg Inj.lsg. Fertigpen </b>	1 Stk. 2 Stk.	- -	- -	<b>567,60</b> <b>1.110,55</b>
<p>Mittelschwere bis schwere Plaque-Psoriasis erwachsener PatientInnen bei Versagen, Unverträglichkeit oder Kontraindikation von systemischen Therapien einschließlich Ciclosporin, Methotrexat oder PUVA. 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. Aktive und progressive Psoriasis-Arthritis erwachsener PatientInnen bei Versagen von mindestens einem DMARD (disease-modifying anti-rheumatic drug), wobei Methotrexat in ausreichender Dosierung und ausreichender Dauer verabreicht worden sein muss. Erstverordnung und engmaschige Kontrollen durch einen Facharzt/eine Fachärztin mit Additivfach Rheumatologie oder durch Zentren, die berechtigt sind, solche auszubilden. Schwere aktive ankylosierende Spondylitis (AS, Morbus Bechterew) erwachsener PatientInnen mit schwerer Wirbelsäulensymptomatik und erhöhten Entzündungsparametern bei Versagen konventioneller Therapiemöglichkeiten. Erstverordnung und engmaschige Kontrollen durch einen Facharzt/eine Fachärztin mit Additivfach Rheumatologie oder durch Zentren, die berechtigt sind, solche auszubilden. Keine Fortsetzung der Behandlung von PatientInnen, die innerhalb von 16 Behandlungswochen nicht klinisch ansprechen. Secukinumab eignet sich für eine chef(kontroll)ärztliche Langzeitbewilligung für 3 Monate (L3).</p> <p>Für Cosentyx wurden zwei neue Therapieindikationen in den Regeltext aufgenommen. Laut G-BA (gemeinsamer Bundesausschuss) in Deutschland ist ein Zusatznutzen im Vergleich zur zweckmäßigen Vergleichstherapie in beiden Indikationen nicht belegt, da für die Zulassung lediglich placebokontrollierte Studien vorgelegt wurden.</p>					
Jeweils Aufnahme einer weiteren Packungsgröße zu 1 Stk.					

RÜCKBLICKEND

# Änderungen im Erstattungskodex (EKO) ab August 2016

Informationsstand August 2016

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

Präparat	Menge	T	OP	KVP €	max. Kostenersparnis € pro Packung <sup>4</sup>
<b>C03 DIURETIKA</b>					
<b>C03DA04 Eplerenon</b>					
Eplezot 25 mg Filmtabl.	10 Stk.	-	-	9,20	0,20
	30 Stk.	-	-	26,10	0,45
50 mg Filmtabl.	10 Stk.	-	-	9,20	0,20
	30 Stk.	-	-	26,10	0,45
<i>IND: Herzinsuffizienz mit linksventrikulärer Dysfunktion, wenn Spironolacton aufgrund endokriner Nebenwirkungen (Hirsutismus, Gynäkomastie) nachweislich nicht vertragen wurde</i>					
<b>L01 ANTINEOPLASTISCHE MITTEL</b>					
<b>L01AX03 Temozolomid</b>					
Temozolomid „Accord“ 5 mg Hartkaps.	5 Stk.	-	-	6,40	5,05
	20 Stk.	-	-	24,15	17,75
20 mg Hartkaps.	5 Stk.	-	-	27,00	15,40
	20 Stk.	-	-	97,95	50,30
100 mg Hartkaps.	5 Stk.	-	-	120,75	58,60
	20 Stk.	-	-	400,80	248,45
140 mg Hartkaps.	5 Stk.	-	-	143,60	76,25
	20 Stk.	-	-	507,10	293,80
180 mg Hartkaps.	5 Stk.	-	-	171,00	92,35
	20 Stk.	-	-	605,70	384,05
250 mg Hartkaps.	5 Stk.	-	-	212,75	123,15
Durch die Aufnahme dieses Nachfolgepräparats zu Temodal ergibt sich eine weitere Möglichkeit, das große Einsparpotenzial von 609.435,70 € pro Jahr österreichweit auszuschöpfen (Basis: KVP 07/2016, Verordnungen: 1-12/2015). Temozolomid ist auch Jahre nach Patentablauf das einzige zugelassene Medikament in der Indikation Glioblastoma multiforme.					
<b>N03 ANTIPILEPTIKA</b>					
<b>N03AX16 Pregabalin</b>					
Pregabalin „Accord“ 25 mg Hartkaps.	14 Stk.	-	-	0,80	2,75
	21 Stk.	-	-	1,20	4,15
	60 Stk.	-	-	3,40	10,53
	90 Stk.	-	-	5,10	15,39
50 mg Hartkaps.	21 Stk.	-	-	2,65	6,25
	90 Stk.	-	-	11,10	22,44
75 mg Hartkaps.	14 Stk.	-	-	2,65	6,25
	60 Stk.	-	-	11,10	22,44
100 mg Hartkaps.	21 Stk.	-	-	4,80	8,20
	90 Stk.	-	-	19,45	29,55
150 mg Hartkaps.	14 Stk.	-	-	4,80	8,25
	60 Stk.	-	-	19,45	29,80

<sup>4</sup> Vergleich zum Erstanbieterpräparat in dosierungsäquivalenter Menge (Preisbasis der Berechnung: August 2016)

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

Präparat	Menge	T	OP	KVP €	max. Kostenersparnis € pro Packung <sup>4</sup>
200 mg Hartkaps.	21 Stk.	-	-	8,05	10,90
	90 Stk.	-	-	31,65	42,36
300 mg Hartkaps.	14 Stk.	-	-	8,05	10,95
	60 Stk.	-	-	31,65	42,56
Pregabalin „Mylan“ 25 mg Hartkaps.	14 Stk.	-	-	0,80	2,75
	56 Stk.	-	-	3,20	10,50
50 mg Hartkaps.	21 Stk.	-	-	2,65	6,25
	84 Stk.	-	-	10,35	22,45
75 mg Hartkaps.	14 Stk.	-	-	2,65	6,25
	56 Stk.	-	-	10,35	22,45
100 mg Hartkaps.	21 Stk.	-	-	4,80	8,20
	84 Stk.	-	-	18,40	29,30
150 mg Hartkaps.	14 Stk.	-	-	4,80	8,25
	56 Stk.	-	-	18,40	29,55
200 mg Hartkaps.	21 Stk.	-	-	8,05	10,90
	84 Stk.	-	-	29,55	42,35
300 mg Hartkaps.	14 Stk.	-	-	8,05	10,95
	56 Stk.	-	-	29,55	42,55

### Aufnahme von Präparaten in den Grünen Bereich:

Präparat	Menge	T	OP	KVP €
<b>B05 BLUTERSATZMITTEL UND PERFUSIONSLÖSUNGEN</b>				
<b>B05BB01 Elektrolyte</b>				
Ringer-Lsg. „Med.“ Plastikinf.fl. 500 ml	1 Stk.	-	(2)	1,25

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

Präparat	Menge	T	OP	KVP €
<b>B02 ANTIHÄMORRHAGIKA</b>				
<b>B02AB02 Alfa1-Antitrypsin</b>				
RE1   Respreeza 1000 mg Plv. u. Lsgm. zur Herst. einer Inf.lsg.	1 Stk.	-	-	276,65
Bei progredientem Lungenemphysem mit homozygotem Alpha-1-Proteinase-Inhibitormangel (kleiner 35 % des Normwertes) und einer FEV1 im Bereich von 35 bis 60 % und Tabakrauchabstinenz. Erstverordnung nur durch ein Zentrum für Pulmologie und regelmäßige Kontrolle (mindestens einmal jährlich) durch einen Facharzt/eine Fachärztin/ein Zentrum für Pulmologie und Meldung an das nationale Register für Alpha-1 Antitrypsinmangel an der Ambulanz der II. Med. Abt. des Wilhelminenspitals (Lungenabteilung).				
Als wirkstoffidenties Präparat zu Prolastin ermöglicht Respreeza in Österreich ein Einsparpotenzial von 521.531,60 € pro Jahr (Basis: KVP 07/2016, Verordnungen: 1-12/2015)!				
<b>B05 BLUTERSATZMITTEL UND PERFUSIONSLÖSUNGEN</b>				
<b>B05BB01 Elektrolyte</b>				
RE2   Ringer-Lsg. „Med.“ Plastikinf.fl. 500 ml	10 Stk.	-	-	7,90
Bei Exsikkose, wenn eine orale Flüssigkeitszufuhr nicht ausreichend möglich ist.				

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

Präparat	Menge	ATC-Code	Streichung mit
Amoxistad 250 mg/5 ml Trockensaft für Kinder	100 ml	J01CA04	01.08.2016
Gabapentin „Torrex“ 400 mg Kaps.	100 Stk.	N03AX12	01.08.2016
Harmomed Drag.	30 Stk. 100 Stk.	N06CA	07.07.2016
Harmomed forte Drag.	30 Stk. 60 Stk.	N06CA	07.07.2016
Harvoni 90 mg/400 mg Filmtabl.	28 Stk.	J05AX65	01.08.2016
Montelukast „Chiesi“ 4 mg Kautabl.	28 Stk.	R03DC03	01.08.2016
Montelukast „Chiesi“ 5 mg Kautabl.	28 Stk.	R03DC03	01.08.2016
Norfloxacin „Sandoz“ 400 mg Filmtabl.	10 Stk.	J01MA06	01.08.2016
Rulide 50 mg lösl. Tabl.	10 Stk. 20 Stk.	J01FA06	07.07.2016
Sovaldi 400 mg Filmtabl.	28 Stk.	J05AX15	01.08.2016

**Änderung der Packungsgröße im Grünen Bereich:**

Präparat	Menge	T	OP	KVP €
<b>A02 MITTEL BEI SÄURE BEDINGTEN ERKRANKUNGEN</b>				
<b>A02BC02 Pantoprazol</b>				
Gastroloc „Hexal“ 40 mg magensaftresistente Tabl.	14 Stk. 30 Stk.	- -	- -	<b>2,25</b> <b>4,80</b>
Streichung der 7 Stk.-Packung				
<b>B05 BLUTERSATZMITTEL UND PERFUSIONSLÖSUNGEN</b>				
<b>B05BB01 Elektrolyte</b>				
Na. chlorat. physiolog. 0,9 % „Med.“ Plastikinf.fl. 250 ml	1 Stk.	-	(2)	<b>1,05</b>
Aufnahme einer weiteren Packungsgröße				
Na. chlorat. physiolog. 0,9 % „Med.“ Plastikinf.fl. 500 ml	1 Stk.	-	(2)	<b>1,25</b>
Aufnahme einer weiteren Packungsgröße				
Die anderen Packungsgrößen (Na.chlorat. physiolog. 0,9 % „Med.“ Glasinf.fl. 250ml 1 Stk. und Na.chlorat. physiolog. 0,9 % „Med.“ Glasinf. fl. 500ml 1 Stk.) bleiben unverändert.				
<b>J01 ANTIBIOTIKA ZUR SYSTEMISCHEN ANWENDUNG</b>				
<b>J01AA02 Doxycyclin</b>				
Doxystad 100 mg Tabs. lösbl. Tabl.	5 Stk.	-	-	<b>1,95</b>
Streichung der 10 Stk.-Packung				

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

Präparat	Menge	T	OP	KVP €
<b>R03 MITTEL BEI OBSTRUKTIVEN ATEMWEGSERKRANKUNGEN</b>				
<b>R03AK06 Salmeterol und Fluticason</b>				
Seretide forte 25 mcg/250 mcg pro Sprühstoß Druckgasinh.	1 Stk. (120 Hb.)	-	-	38,10
<i>IND: Mittelschweres bis schweres Asthma mit nächtlichen Anfällen</i>				

**Änderung der Packungsgröße im Gelben Bereich:**

Präparat	Menge	T	OP	KVP €
<b>B05 BLUTERSATZMITTEL UND PERFUSIONSLÖSUNGEN</b>				
<b>B05BB01 Elektrolyte</b>				
RE2   Na.chlorat. physiolog. 0,9 % „Med.“ Plastikinf.fl. 250 ml	10 Stk.	-	-	7,55
<i>IND: Bei Exsikkose, wenn eine orale Flüssigkeitszufuhr nicht ausreichend möglich ist.</i>				
Aufnahme einer weiteren Packungsgröße				
RE2   Na.chlorat. physiolog. 0,9 % „Med.“ Plastikinf.fl. 500 ml	10 Stk.	-	-	7,90
<i>IND: Bei Exsikkose, wenn eine orale Flüssigkeitszufuhr nicht ausreichend möglich ist.</i>				
Aufnahme einer weiteren Packungsgröße				
Die anderen Packungsgrößen (Na.chlorat. physiolog. 0,9 % „Med.“ Glasinf.fl. 250ml 10 Stk. und Na.chlorat. physiolog. 0,9 % „Med.“ Glasinf.fl. 500ml 10 Stk.) bleiben unverändert.				
<b>J05 ANTIVIRALE MITTEL ZUR SYSTEMISCHEN ANWENDUNG</b>				
<b>J05AG01 Nevirapin</b>				
RE2   Nevirapin „Sandoz“ 200 mg Tabl.	60 Stk.	-	-	144,70
In Kombination mit mindestens zwei anderen antiretroviralen Arzneimitteln bei HIV-1-infizierten Erwachsenen und Jugendlichen ab 16 Jahren mit fortgeschrittenem oder fortschreitendem Immundefekt (Definition siehe Fachinformation). Die Therapieeinleitung und regelmäßige -kontrollen sind von einem Arzt/einer Ärztin, der/die Erfahrung in der Behandlung der HIV-Infektion besitzt, durchzuführen.				
Streichung der 14 Stk.-Packung				
<b>J06 IMMUNSERA UND IMMUNGLOBULINE</b>				
<b>J06BA02 Immunglobuline, normal human, zur intravasalen Anwendung</b>				
RE1   Kiovig 100 mg/ml Inf.lsg. (30 g/300 ml)	1 Stk.	-	-	1598,40
Eine Kostenübernahme ist im ausführlich begründeten Einzelfall möglich.				
Streichung der 30 g/300 ml-Packung				
Die anderen Packungsgrößen (Kiovig 100 mg/ml Inf.lsg. (1 g/10 ml) 1 Stk., Kiovig 100 mg/ml Inf.lsg. (2,5 g/25 ml) 1 Stk., Kiovig 100 mg/ml Inf.lsg. (5 g/50 ml) 1 Stk., Kiovig 100 mg/ml Inf.lsg. (10 g/100 ml) 1 Stk. und Kiovig 100 mg/ml Inf.lsg. (20 g/200 ml) 1 Stk.) bleiben unverändert.				

