Sammelband 4 / 2013
www.wgkk.at

therapie tipps

INFORMATION FÜR VERTRAGSPARTNER

Neu im EKO

Sammelband August, September und Oktober 2013

Wiener Gebietskrankenkasse
WGKK

Inhalt

Änderungen im Erstattungskodex ab Oktober 2013 Seite 3

Änderungen im Erstattungskodex ab September 2013 Seite 8

Änderungen im Erstattungskodex ab August 2013 Seite 11

Impressum

Herausgeber:
WGKK in Kooperation mit der Ärztekammer für Wien

Kontakt:
Dr. Anton Spreitzer, Telefon: +43 1 601 22-2306
E-Mail: anton.spreitzer@wgkk.at

Druck:
Wiener Gebietskrankenkasse
Alle: 1100 Wien, Wienerbergstraße 15–19

Satz- und Druckfehler vorbehalten

Bildquelle: Bilderbox und WGKK

Nachdruck und Vervielfältigung nur mit ausdrücklicher Genehmigung der WGKK gestattet

Offenlegung (§ 25 Mediengesetz):

Medieninhaber ist die Wiener Gebietskrankenkasse
1100 Wien, Wienerbergstraße 15–19

Grundlegende Richtung des periodischen Mediums:
Fach- und Informationsblatt für die
Vertragsärzte der Wiener Gebietskrankenkasse

Vorwort

Sehr geehrte Damen und Herren,

zahlreiche Generika wurden in den letzten drei Monaten zusätzlich in den EKO aufgenommen. Die erstmalig generisch verfügbaren oder von einem weiteren Anbieter verfügbaren Substanzen umfassen fast das gesamte Alphabet, von A wie Alendronsäure bis zu Z wie Zoledronsäure. Unverändert haben die Generika einen großen Preisvorteil und sind für unser Gesundheitssystem sehr wichtig. Einerseits können die freigespielten Ressourcen in neue Entwicklungen investiert werden und andererseits können mehr Patienten mit den gleichen Kosten versorgt werden.

Die kostengünstige Verfügbarkeit vieler Substanzen von zahlreichen Anbietern – z.B. fast der gesamten Herz-Kreislauf-Palette, der Antidepressiva, der PPI oder der Alzheimer-Medikamente – soll aber einer Überversorgung im Sinne einer Polypharmakotherapie keinen Vorschub leisten. Die Wichtigkeit der Problematik der Polypharmakotherapie wird auch durch die Thematisierung im Bundeszielsteuerungsvertrag unterstrichen. Bei einer bestehenden Vielzahl von Diagnosen ist der individuelle Patientennutzen für jede Zusatzmedikation zu bewerten. Denn Polypharmakotherapie kann auch zu vermehrten unerwünschten Wirkungen und Wechselwirkungen führen, die sich ungünstig auf die Patientensicherheit und die Behandlungsqualität auswirken.

Die folgenden 17 Seiten mit den Änderungen der letzten drei Monate im EKO sollen daher einerseits auf die Möglichkeiten der Optimierung in der Ressourcenallokation hinweisen und andererseits auf die Verfügbarkeit neuer Substanzen, die eventuell trotz eines hohen Preises keine überragenden klinischen Daten haben und daher mit der Perspektive des individuell gewünschten Patientennutzens kritisch eingesetzt werden sollen.

Mit freundlichen Grüßen

Mag. pharm. Dr. Anton Spreitzer
Medizinische Behandlungsökonomie

Änderungen im Erstattungskodex ab Oktober 2013

Informationsstand Oktober 2013

ROT ➔ GRÜN

Aufnahme kostengünstiger Nachfolgepräparate in den Grünen Bereich:

Präparat	Menge	T	OP	KVP €	max. Kostenersparnis € pro Packung*
A02 MITTEL BEI SÄURE BEDINGTEN ERKRANKUNGEN					
A02BC02 Pantoprazol					
Pantoprazol „ratiopharm GmbH“ 20 mg magensaftresistente Tabl.	14 Stk. 30 Stk.	- -	- (2)	1,60 3,40	**2,30** **3,58**
40 mg magensaftresistente Tabl.	7 Stk. 14 Stk. 30 Stk.	- - -	- - -	1,35 2,70 5,75	**2,20** **3,35** **3,38**
Auch wenn schon zahlreiche Generika von Pantoprazol verfügbar sind, lohnt sich ein kurzer Preisvergleich im Öko-Tool. Ratiopharm bietet ihr Pantoprazol auf einem Preisniveau an, das signifikant unter dem Preis vieler Generika liegt; und Pantoprazol Nycomed, Pantoloc und Zurcal kosten um ca. 58 % (sic!) mehr.					
A02BC05 Esomeprazol					
Esomeprazol „Actavis“ 20 mg magensaftresistente Tabl.	7 Stk. 14 Stk. 30 Stk.	- - -	- - -	2,15 4,30 8,95	**0,95** **1,35** **15,05** **(Erstanbieter nicht im EKO)**
40 mg magensaftresistente Tabl.	14 Stk. 30 Stk.	- -	- -	5,90 11,10	**1,05** **17,69** **(Erstanbieter nicht im EKO)**
A10 ANTIDIABETIKA					
A10BA02 Metformin					
Diabetormin 850 mg Filmtabl.	30 Stk. 100 Stk.	- -	(2) (2)	1,35 4,60	**1,95** **6,90**
1000 mg Filmtabl.	20 Stk. 60 Stk.	- -	(2) (2)	0,75 2,25	**1,20** **3,25**
Das zehnte Generikum von Metformin 850 mg kostet um 60 % weniger als Glucophage 850 mg. Generika wirken, auch wirtschaftlich.					
C09 MITTEL MIT WIRKUNG AUF DAS RENIN-ANGIOTENSIN-SYSTEM					
C09DA06 Candesartan und Diuretika					
Candesartan/HCT „1A Pharma“ 32 mg/12,5 mg Tabl.	30 Stk.	-	(2)	6,95	**13,81**
32 mg/25 mg Tabl.	30 Stk.	-	(2)	6,95	**13,81**
Candesartan/HCT „Sandoz” 32 mg/12,5 mg Tabl.	30 Stk.	-	(2)	6,95	**13,81**
32 mg/25 mg Tabl.	30 Stk.	-	(2)	6,95	**13,81**
Mit der Verfügbarkeit zahlreicher Generika mit der Wirkstoffkombination Candesartan+HCT in unterschiedlichen Wirkstärken entspricht die Verordnung von Atacand Plus, das ca. dreimal so viel kostet, nicht mehr den gesetzlichen Vorgaben der RÖV.					

* Vergleich zum Erstanbieterpräparat in dosierungsäquivalenter Menge (Preisbasis der Berechnung: Oktober 2013)

Präparat	Menge	T	OP	KVP €	max. Kostenersparnis € pro Packung*
M05 MITTEL ZUR BEHANDLUNG VON KNOCHENERKRANKUNGEN					
M05BA08 Zoledronsäure					
Zoledronsäure „Fresenius Kabi" 4 mg/5 ml Konz. zur Herst. einer Inf.lsg	1 Stk.	-	(2)	171,00	**132,10**
IND: *Knochenprozesse neoplastischer Genese*					
Zoledronsäure „Sandoz" 4 mg/100 ml Inf.lsg.	1 Stk.	-	(2)	171,00	**132,10**
IND: *Knochenprozesse neoplastischer Genese*					
Zoledronsäure „Teva" 4 mg/5 ml Konz. zur Herst. einer Inf.lsg.	1 Stk.	-	(2)	171,00	**132,10**
IND: *Knochenprozesse neoplastischer Genese*					

ROT ➔ **GELB**

Aufnahme von Präparaten in den Gelben Bereich:

Präparat		Menge	T	OP	KVP €
A06 LAXANZIEN					
A06AX04 Linaclotid					
RE1	**Constella 290 mcg Hartkaps.**	28 Stk.	-	-	**71,00**
Zur symptomatischen Behandlung des mittelschweren bis schweren Reizdarmsyndroms mit Obstipation (RDS-O) bei Erwachsenen, wenn mit mindestens 2 Therapiealternativen aus dem Grünen Bereich nachweislich nicht das Auslangen gefunden werden kann und die vorherrschende Symptomatik abdominaler Schmerz ist (mindestens 3 Punkte auf der 11 Punkte umfassenden Numeric Rating Scale NRS). Diagnosestellung (auf Basis der Rom-Kriterien) inklusive Koloskopie, Erstverordnung und Kontrolle nach 4 Behandlungswochen durch einen Facharzt/eine Fachärztin für Innere Medizin mit dem Additivfach Gastroenterologie. Wenn der Patient/die Patientin nach 4 Behandlungswochen keine Besserung der Symptome erfahren hat, ist die Therapie mit Linaclotid zu beenden. Eine Besserung der Symptome ist mittels der NRS (Verbesserung der abdominellen Schmerzintensität um mindestens 2 Punkte) und der Patient Global Impression of Change Skala PGIC (Wert kleiner gleich 2) zu erheben und zu dokumentieren.					

* Vergleich zum Erstanbieterpräparat in dosierungsäquivalenter Menge (Preisbasis der Berechnung: Oktober 2013)

Folgende Präparate wurden aus dem EKO gestrichen:

Präparat	Menge	ATC-Code	Streichung mit
Cynarix Drag.	24 Stk. 60 Stk.	A05AX	01.10.2013
Cynarix liquid.	50 ml 100 ml	A05AX	01.10.2013
Losartan „ratiopharm“ 12,5 mg Filmtabl.	10 Stk. 30 Stk.	C09CA01	01.10.2013
Neo-Gilurytmal Filmtabl.	50 Stk.	C01BA08	11.07.2013
Nicorandil „ratiopharm“ 10 mg Tabl.	30 Stk. 60 Stk.	C01DX16	27.08.2013
Nicorandil „ratiopharm“ 20 mg Tabl.	30 Stk. 60 Stk.	C01DX16	27.08.2013
Pantoprazol „ratiopharm“ 20 mg magensaftresistente Tabl.	14 Stk. 30 Stk.	A02BC02	01.10.2013
Pantoprazol „ratiopharm“ 40 mg magensaftresistente Tabl.	7 Stk. 14 Stk. 30 Stk.	A02BC02	01.10.2013
Quetatiefi 25 mg Filmtabl.	6 Stk. 60 Stk.	N05AH04	05.09.2013
Quetatiefi 100 mg Filmtabl.	6 Stk. 60 Stk. 90 Stk.	N05AH04	05.09.2013
Quetatiefi 200 mg Filmtabl.	6 Stk. 60 Stk.	N05AH04	05.09.2013
Quetatiefi 300 mg Filmtabl.	6 Stk. 60 Stk.	N05AH04	05.09.2013
Visken 5 mg Tabl.	50 Stk.	C07AA03	01.10.2013

Änderung der Packungsgröße im Grünen Bereich:

Präparat	Menge	T	OP	KVP €
C07 BETA-ADRENOREZEPTOR-ANTAGONISTEN				
C07AB02 Metoprolol				
Metoprololsuccinat „Stada” **95 mg Retardtabl.**	10 Stk. 30 Stk.	T2 T2	(2) -	**1,00** **2,50**
Streichung der 60 Stk.-Packung				
C09 MITTEL MIT WIRKUNG AUF DAS RENIN-ANGIOTENSIN-SYSTEM				
C09AA03 Lisinopril				
Lisinostad 5 mg Tabl.	30 Stk.	T2	(2)	**2,15**
10 mg Tabl.	30 Stk.	T4	(2)	**4,30**
20 mg Tabl.	30 Stk.	T4	(2)	**7,65**
Austausch der 28 Stk.-Packung auf 30 Stk.-Packung				

Präparat	Menge	T	OP	KVP €
D07 CORTICOSTEROIDE, DERMATOLOGISCHE ZUBEREITUNGEN				
D07AC14 Methylprednisolonaceponat				
Advantan dermatol. Lsg.	20 ml	-	(2)	**5,60**
Austausch der 15 ml-Packung auf 20 ml-Packung				
N03 ANTIEPILEPTIKA				
N03AX14 Levetiracetam				
Levebon 500 mg Filmtabl.	30 Stk. 60 Stk. 100 Stk.	T2 T2 T2	- - -	**14,40** **24,75** **32,85**
1000 mg Filmtabl.	30 Stk. 60 Stk. 100 Stk.	T2 T2 T2	- - -	**25,65** **44,05** **53,30**
Frei verschreibbar für FachärztInnen für Neurologie oder Neurologie und Psychiatrie oder Psychiatrie und Neurologie				
Aufnahme einer weiteren Packungsgröße zu 100 Stk.				
Levetiracetam „G.L." 500 mg Filmtabl.	30 Stk. 60 Stk. 100 Stk.	T2 T2 T2	- - -	**12,80** **24,70** **32,85**
1000 mg Filmtabl.	30 Stk. 60 Stk. 100 Stk.	T2 T2 T2	- - -	**24,70** **43,95** **53,30**
Frei verschreibbar für FachärztInnen für Neurologie oder Neurologie und Psychiatrie oder Psychiatrie und Neurologie				
Aufnahme einer weiteren Packungsgröße zu 100 Stk.				
Levetiracetam „Genericon" 500 mg Filmtabl.	60 Stk. 100 Stk.	T2 T2	- -	**24,75** **32,85**
1000 mg Filmtabl.	60 Stk. 100 Stk.	T2 T2	- -	**44,05** **53,30**
Frei verschreibbar für FachärztInnen für Neurologie oder Neurologie und Psychiatrie oder Psychiatrie und Neurologie				
Aufnahme einer weiteren Packungsgröße zu 100 Stk.				
Levetiracetam „ratiopharm" 500 mg Filmtabl.	60 Stk. 100 Stk.	T2 T2	- -	**24,75** **32,85**
1000 mg Filmtabl.	60 Stk. 100 Stk.	T2 T2	- -	**44,05** **53,30**
Frei verschreibbar für FachärztInnen für Neurologie oder Neurologie und Psychiatrie oder Psychiatrie und Neurologie				
Aufnahme einer weiteren Packungsgröße zu 100 Stk.				
Levetiracetam „Stada" 500 mg Filmtabl.	100 Stk.	T2	-	**32,85**
1000 mg Filmtabl.	100 Stk.	T2	-	**53,30**
Frei verschreibbar für FachärztInnen für Neurologie oder Neurologie und Psychiatrie oder Psychiatrie und Neurologie				
Austausch der 60 Stk.-Packung auf 100 Stk.-Packung				

Änderung der Verwendung im Grünen Bereich:

Präparat	Menge	T	OP	KVP €
R03 MITTEL BEI OBSTRUKTIVEN ATEMWEGSERKRANKUNGEN				
R03DC03 Montelukast				
Singulair 10 mg Filmtabl.	28 Stk.	-	(2)	**28,75**
4 mg Gran.	28 Stk.	-	(2)	**27,00**
4 mg Kautabl. f. Kleinkinder	28 Stk.	-	(2)	**27,00**
5 mg Kautabl. f. Kinder	28 Stk.	-	(2)	**28,75**
Änderung auf „frei verschreibbar“				

Änderung der Verwendung im Gelben Bereich:

	Präparat	Menge	T	OP	KVP €
L02 ENDOKRINE THERAPIE					
L02BX03 Abirateron					
RE1	**Zytiga 250 mg Tabl.**	120 Stk.	-	(2)	**3.281,95**
Bei erwachsenen Männern gemeinsam mit einem GnRH-Analogon und Prednison oder Prednisolon - zur Behandlung des metastasierten kastrationsresistenten Prostatakarzinoms mit asymptomatischem oder mild symptomatischem Verlauf, wenn eine Chemotherapie noch nicht klinisch indiziert ist bei • PSA- oder radiographischer Krankheitsprogression und • Versagen der maximalen Androgenblockade (GnRH-Analogon oder -Antagonist mit ATC-Code L02AE oder L02BX02 in Kombination mit einem Antiandrogen mit ATC-Code L02BB) bzw. nach Entzug des Antiandrogens und • einem Serum-Testosteronwert im Kastrationsbereich (kleiner 50 ng/dl) und • einem Wert von 0 bis höchstens 3 für den stärksten Schmerz innerhalb der letzten 24 Stunden auf einer von 0 bis 10 reichenden Numeric Rating Scale (NRS) - zur Behandlung des metastasierten kastrationsresistenten Prostatakarzinoms, das während oder nach einer Docetaxel-haltigen Chemotherapie progredient ist. Diagnose und Erstverordnung durch entsprechende Fachabteilung bzw. Zentrum, gegebenenfalls Tumorboard. Regelmäßige Kontrolle durch entsprechende Fachabteilung, Zentrum bzw. durch einen Facharzt/eine Fachärztin mit Erfahrung in der Behandlung des metastasierten kastrationsresistenten Prostatakarzinoms.					

Änderung der Verwendung und der Packungsgröße im Gelben Bereich:

	Präparat	Menge	T	OP	KVP €
B02 ANTIHÄMORRHAGIKA					
B02BD02 Gerinnungsfaktor VIII					
RE1	**ReFacto AF 250 I.E. Plv. u. Lsgm. zur Herst. einer Inj.lsg. in einer Fertigspritze**	1 Stk.	-	-	**213,80**
Bei angeborenem Faktor VIII-Mangel (Hämophilie A). Diagnosestellung und regelmäßige Kontrollen in entsprechender Fachabteilung bzw. –ambulanz.					
Austausch der Packungsform : Plv. u. Lsgm. z. Herst. einer Inj.lsg. in einer Fertigspritze anstatt bisher Plv. u. Lsgm. z. Herst. einer Inj.lsg.					

Rückblickend:
Änderungen im Erstattungskodex ab September 2013

Informationsstand September 2013

ROT ➔ GRÜN

Aufnahme kostengünstiger Nachfolgepräparate in den Grünen Bereich:

Präparat	Menge	T	OP	KVP €	max. Kostenersparnis € pro Packung*
C10 MITTEL, DIE DEN LIPIDSTOFFWECHSEL BEEINFLUSSEN					
C10AA04 Fluvastatin					
Fluvastatin „Accord“ 80 mg Retardtabl.	30 Stk.	-	(2)	5,50	**1,17**
J01 ANTIBIOTIKA ZUR SYSTEMISCHEN ANWENDUNG					
J01FA10 Azithromycin					
Azithromycin „Actavis“ 500 mg Filmtabl.	3 Stk.	-	-	6,35	**1,60**
M05 MITTEL ZUR BEHANDLUNG VON KNOCHENERKRANKUNGEN					
M05BA06 Ibandronsäure					
Ibandronic Acid „Accord“ 6 mg Konz. zur Herst. einer Inf.lsg.	1 Stk.	-	(2)	123,00	**77,95**
IND: *osteolytische Knochenprozesse neoplastischer Genese (Mammakarzinom)*					
Ibandronsäure „+pharma“ 3 mg Inj.lsg.	1 Stk.	-	-	35,45	**3,95**
IND: *Patientinnen mit Knochenbruchkrankheit (Osteoporose) mit hohem Frakturrisiko oder vorhergegangenen Frakturen nach inadäquatem Trauma*					
N04 ANTIPARKINSONMITTEL					
N04BC04 Ropinirol					
Ropinirol „Stada“ 2 mg Retardtabl.	21 Stk. 28 Stk.	- -	- -	8,20 10,65	**Packungsgröße beim Erstanbieter nicht vorhanden** **0,20**
4 mg Retardtabl.	28 Stk.	-	-	20,60	**6,20**
8 mg Retardtabl.	28 Stk.	-	(2)	39,60	**2,90**
R03 MITTEL BEI OBSTRUKTIVEN ATEMWEGSERKRANKUNGEN					
R03DC03 Montelukast					
Montelukast „Accord“ 4 mg Kautabl.	30 Stk.	-	(2)	16,90	**28,68**
5 mg Kautabl.	30 Stk.	-	(2)	18,25	**30,97**
10 mg Filmtabl.	30 Stk.	-	(2)	18,25	**30,97**
Montelukast „ratiopharm“ 4 mg Gran.	30 Stk.	-	(2)	16,90	**28,68**

* Vergleich zum Erstanbieterpräparat in dosierungsäquivalenter Menge (Preisbasis der Berechnung: September 2013)

Aufnahme von Präparaten in den Grünen Bereich:

Präparat	Menge	T	OP	KVP €
D02 EMOLLIENTIA UND HAUTSCHUTZMITTEL				
D02AE51 Harnstoff, Kombinationen				
Keratosis + Tretinoin Creme „Widmer“	30 g 100 g	- -	(2) -	**4,20** **7,65**

ROT ➔ GELB

Aufnahme kostengünstiger Nachfolgepräparate in den Gelben Bereich:

Präparat		Menge	T	OP	KVP €	max. Kostenersparnis € pro Packung*
N07 ANDERE MITTEL FÜR DAS NERVENSYSTEM						
N07XX02 Riluzol						
RE2	**Riluzol „Stada“ 50 mg Filmtabl.**	56 Stk.	-	-	160,65	**31,30**
Amyotrophe Lateralsklerose. Diagnosestellung und Erstverordnung durch FachärztInnen für Neurologie bzw. durch Fachambulanzen.						

Folgende Präparate wurden aus dem EKO gestrichen:

Präparat	Menge	ATC-Code	Streichung mit
Levofloxacin „Stada“ 250 mg Filmtabl.	7 Stk.	J01MA12	01.09.2013
Levofloxacin „Stada“ 500 mg Filmtabl.	7 Stk.	J01MA12	01.09.2013
Olanzapin „Stada“ 15 mg Filmtabl.	10 Stk. 30 Stk.	N05AH03	01.09.2013
Olanzapin „Stada“ 15 mg Schmelztabl.	14 Stk. 28 Stk.	N05AH03	01.09.2013
Pravastatin „Stada“ 20 mg Filmtabl.	30 Stk.	C10AA03	01.09.2013
Simvastatin „Pfizer“ 40 mg Filmtabl.	28 Stk.	C10AA01	01.09.2013

Änderung der Packungsgröße im Grünen Bereich:

Präparat	Menge	T	OP	KVP €
A02 MITTEL BEI SÄURE BEDINGTEN ERKRANKUNGEN				
A02BC02 Pantoprazol				
Pantoprazol „Ranbaxy” 40 mg magensaftresistente Tabl.	14 Stk. 28 Stk.	- -	- -	**3,60** **6,70**
Streichung der 7 Stk.-Packung				
G02 ANDERE GYNÄKOLOGIKA				
G02AB01 Methylergometrin				
Methergin 0,125 mg Drag.	30 Stk.	-	-	**10,15**
Änderung der Packungsgröße (Austausch der 20 Stk.-Pkg. auf 30 Stk.-Pkg.) gleichzeitige Namensänderung: vormals Methergin „Sandoz“ 0,125 mg Drag.				

Änderung der Bezeichnung im Grünen Bereich:

Präparat	Menge	T	OP	KVP €
N05 PSYCHOLEPTIKA				
N05AH04 Quetiapin				
Quetatiefi 25 mg Filmtabl. *vormals Quetiapin „Sandoz" 25 mg Filmtabl.*	6 Stk. 60 Stk.	- -	- -	**1,75** **14,55**
Quetatiefi 100 mg Filmtabl. *vormals Quetiapin „Sandoz" 100 mg Filmtabl.*	6 Stk. 60 Stk. 90 Stk.	T2 T2 T2	- (2) -	**4,35** **39,45** **57,40**
Quetatiefi 200 mg Filmtabl. *vormals Quetiapin „Sandoz" 200 mg Filmtabl.*	6 Stk. 60 Stk.	- -	- (2)	**6,50** **58,25**
Quetatiefi 300 mg Filmtabl. *vormals Quetiapin „Sandoz" 300 mg Filmtabl.*	6 Stk. 60 Stk.	T2 T2	- -	**8,75** **76,65**
Quetiapin „Sandoz" 25 mg Filmtabl. *vormals Quetados 25 mg Filmtabl.*	6 Stk. 60 Stk.	- -	- -	**1,70** **14,25**
Quetiapin „Sandoz" 100 mg Filmtabl. *vormals Quetapharm 100 mg Filmtabl.*	6 Stk. 60 Stk. 90 Stk.	T4 T4 T4	- (2) -	**4,35** **35,40** **51,05**
Quetiapin „Sandoz" 200 mg Filmtabl. *vormals Quetapharm 200 mg Filmtabl.*	6 Stk. 60 Stk.	T4 T4	- (2)	**6,50** **52,50**
Quetiapin „Sandoz" 300 mg Filmtabl. *vormals Quetapharm 300 mg Filmtabl.*	6 Stk. 60 Stk.	T2 T2	- -	**8,75** **68,90**

Änderung der Verwendung im Gelben Bereich:

	Präparat	Menge	T	OP	KVP €
A10 ANTIDIABETIKA					
A10BG03 Pioglitazon					
RE1 L12	**Actos 15 mg Tabl.**	28 Stk.	-	-	**13,05**
RE1 L12	**30 mg Tabl.**	28 Stk.	-	-	**18,20**
RE1 L12	**45 mg Tabl.**	28 Stk.	-	-	**24,95**

Die Kostenübernahme kommt nur bei PatientInnen mit Diabetes Typ II in Frage.
- Die Therapie mit Pioglitazon darf erst ab einem HbA1c größer 7 begonnen werden.
- Die Behandlung mit Pioglitazon hat nur als Second-line-Therapie (als Mono- oder Kombinationstherapie mit anderen Arzneimitteln zur Behandlung von Diabetes) zu erfolgen.
- Die Kosten werden bei Vorliegen schwerwiegender Kontraindikationen (z.B. Herzinsuffizienz, Leberfunktionsstörungen) nicht übernommen.
- Regelmäßige HbA1c-Bestimmungen sind durchzuführen.
- Pioglitazon eignet sich für eine chef(kontroll)ärztliche Langzeitbewilligung für 12 Monate (L12).

Änderung von ATC-Codes im Gelben Bereich:

Präparat		Menge	T	OP	KVP €
G03 SEXUALHORMONE UND MODULATOREN DES GENITALSYSTEMS					
G03XB02 Ulipristal *(vormals G03X)*					
RE1	**Esmya 5 mg Tabl.**	28 Stk.	-	-	**177,95**
Zur Behandlung mittlerer bis starker Symptome durch Gebärmutter-Myome bei erwachsenen Patientinnen im fortpflanzungsfähigen Alter, für die eine Myom-bedingte Operation vorgesehen ist. Die Behandlung mit Ulipristalacetat darf nur einmalig für eine Dauer von maximal 12 Wochen durchgeführt werden. Für die Behandlung über einen Zeitraum von mehr als drei Monaten hinaus und für eine wiederholte Behandlung stehen keine Daten zur Verfügung. Diagnosestellung und Therapieeinleitung durch FachärztInnen für Frauenheilkunde und Geburtshilfe.					

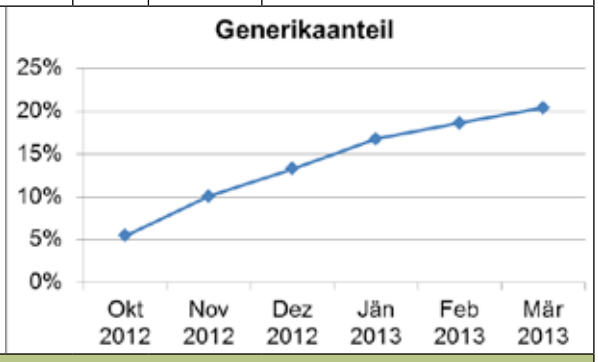
Rückblickend: Änderungen im Erstattungskodex ab August 2013

Informationsstand August 2013

ROT ➔ GRÜN

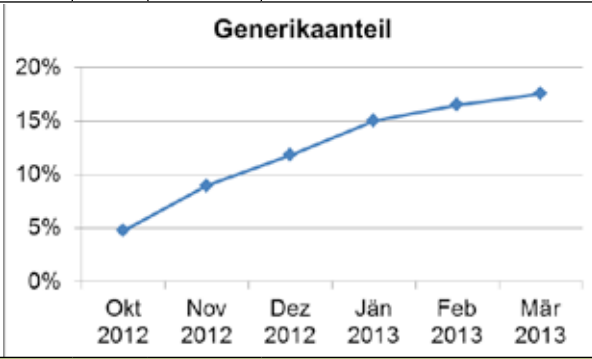
Aufnahme kostengünstiger Nachfolgepräparate in den Grünen Bereich:

Präparat	Menge	T	OP	KVP €	max. Kostenersparnis € pro Packung*
C09 MITTEL MIT WIRKUNG AUF DAS RENIN-ANGIOTENSIN-SYSTEM					
C09CA06 Candesartan					
Candesartan „G.L.“ 8 mg Tabl.	30 Stk.	T2	(2)	7,10	**10,87**
16 mg Tabl.	30 Stk.	T2	(2)	7,10	**13,67**
32 mg Tabl.	30 Stk.	T2	(2)	7,10	**13,67**
Sechs Monate nach erstmaliger generischer Verfügbarkeit liegt der Generikaanteil bei Candesartan bei 20 %. Auf Grund des Preisvorteils von bis zu 50 % sollte er noch deutlich gesteigert werden.					
C09DA06 Candesartan und Diuretika					
Candesartan-HCT „G.L.“ 8 mg/12,5 mg Tabl.	30 Stk.	-	(2)	7,10	**10,87**
16 mg/12,5 mg Tabl.	30 Stk.	-	(2)	7,10	**13,67**
32 mg/12,5 mg Tabl.	30 Stk.	-	(2)	7,10	**13,67**
32 mg/25 mg Tabl.	30 Stk.	T2	(2)	7,10	**13,67**



* Vergleich zum Erstanbieterpräparat in dosierungsäquivalenter Menge (Preisbasis der Berechnung: September 2013)

Präparat	Menge	T	OP	KVP €	max. Kostenersparnis € pro Packung*
Auch in der Kombination mit HCT besteht ein deutlicher Preisvorteil.					
C10 MITTEL, DIE DEN LIPIDSTOFFWECHSEL BEEINFLUSSEN					
C10AA05 Atorvastatin					
Atorvastatin „Actavis“ 80 mg Filmtabl.	30 Stk.	-	(2)	10,30	**2,55**
Atorvastatin 80 mg wird vom Ökotool als Alternative zu Crestor 40 mg angezeigt und Letzteres kostet ca. das Sechsfache. Crestor wird derzeit monatlich über 40.000 Mal verordnet.					
M05 MITTEL ZUR BEHANDLUNG VON KNOCHENERKRANKUNGEN					
M05BA04 Alendronsäure					
Alendris 70 mg einmal wöchentlich Filmtabl.	4 Stk.	-	(2)	13,50	**4,25**
R03 MITTEL BEI OBSTRUKTIVEN ATEMWEGSERKRANKUNGEN					
R03DC03 Montelukast					
Montelukast „Stada“ 4 mg Kautabl.	30 Stk.	-	(2)	18,45	**27,23**
5 mg Kautabl.	30 Stk.	-	(2)	19,90	**29,43**
10 mg Filmtabl.	30 Stk.	-	(2)	19,90	**29,43**
Mit der Aufnahme des neunten Generikums in den EKO gilt es, in den nächsten Monaten das Einsparpotenzial auch zu realisieren.					
S01 OPHTHALMIKA					
S01BC03 Diclofenac					
Diclo-Vision sine 1 mg/ml Augentropf. im Einzeldosisbehältnis	20 Stk.	-	-	5,50	**6,25**
Diclo-Vision sine ist die kostengünstige Alternative zu Voltaren Ophtha Einmalaugentropfen mit identem Wirkstoff.					



Aufnahme von Präparaten in den Grünen Bereich:

Präparat	Menge	T	OP	KVP €
A06 LAXANZIEN				
A06AB08 Natriumpicosulfat				
Guttalax Tropf.	15 ml 30 ml	- -	- -	**4,80** **7,85**

* Vergleich zum Erstanbieterpräparat in dosierungsäquivalenter Menge (Preisbasis der Berechnung: August 2013)

ROT ➔ GELB

Aufnahme kostengünstiger Nachfolgepräparate in den Gelben Bereich:

Präparat		Menge	T	OP	KVP €	max. Kostenersparnis € pro Packung*
N06 PSYCHOANALEPTIKA						
N06DA04 Galantamin						
RE2 L6	**Galantamin „Actavis“** **8 mg Retardkaps.**	7 Stk. 28 Stk.	- -	- (2)	6,05 22,80	**3,70** **11,85**
RE2 L6	**Galantamin „Actavis“ 16 mg Retard-kaps.**	28 Stk.	-	(2)	37,35	**12,75**
RE2 L6	**24 mg Retardkaps.**	28 Stk.	-	(2)	42,30	**12,65**

- Die Diagnose DAT (Demenz vom Alzheimertyp) ist von einem Facharzt/einer Fachärztin für Neurologie oder Neurologie und Psychiatrie oder Psychiatrie und Neurologie oder Psychiatrie zu stellen.
- Zu Therapiebeginn muss das Ergebnis der MMSE (Mini-Mental State Examination) größer bzw. gleich 10 betragen.
- Vergewisserung für das Vorhandensein einer Betreuungsperson zur Sicherung der Compliance.
- Eine Kontrolluntersuchung durch den/die o.a. Facharzt/Fachärztin ist nach Erreichung der Erhaltungsdosis durchzuführen.
- Die Behandlung ist nur bei Ansprechen auf die Therapie weiterzuführen.
- Alle 6 Monate ist eine Kontrolluntersuchung durch den/die o.a. Facharzt/Fachärztin mittels einer MMSE durchzuführen.
- Die Therapie mit Galantamin ist zu beenden, wenn das Ergebnis der MMSE kleiner 10 ist.
- Galantamin darf nicht mit anderen Arzneimitteln gegen Demenz kombiniert werden.
- Galantamin eignet sich für eine chef(kontroll)ärztliche Langzeitbewilligung für 6 Monate (L6).

N07 ANDERE MITTEL FÜR DAS NERVENSYSTEM						
N07BC01 Buprenorphin						
RE1 SG	**Buprenorphin „Hexal“** **2 mg Sublingualtabl.**	7 Stk. 30 Stk.	T2 T2	- -	6,45 24,35	**3,45** **12,22**
RE1 SG	**8 mg Sublingualtabl.**	7 Stk. 30 Stk.	T2 T2	- -	17,40 67,85	**9,40** **31,07**

Zur Substitutionsbehandlung (lt. Suchtgiftverordnung), bei Unverträglichkeit der kostengünstigeren Therapiealternative Methadon.

Zwei gewichtige Argumente sprechen für Buprenorphin “Hexal“:

1. Die Suchtgiftverordnung (BGBl. II Nr. 374/1997) hält unter § 23c fest: Bei der Substitutionsbehandlung sind Methadon sowie auch Buprenorphin, jeweils in einer für die perorale Einnahme geeigneten und die i.v. Verwendung dieser Suchtmittel erschwerenden Zubereitung, Mittel der ersten Wahl. Nur bei Unverträglichkeit dieser Arzneimittel dürfen andere Substitutionsmittel verschrieben werden.
2. Der Preisvorteil

* Vergleich zum Erstanbieterpräparat in dosierungsäquivalenter Menge (Preisbasis der Berechnung: August 2013)

Aufnahme von Präparaten in den Gelben Bereich:

Präparat		Menge	T	OP	KVP €
A10 ANTIDIABETIKA					
A10BH01 Sitagliptin					
RE1 L12	**Januvia 25 mg Filmtabl.**	28 Stk.	-	-	**31,20**
Bei PatientInnen mit Diabetes Typ II und schwerer Nierenfunktionsstörung (Kreatinin-Clearance kleiner als 30 ml/min oder Endstadium, das eine Hämo- oder Peritonealdialyse erfordert): - Die Behandlung darf erst ab einem HbA1c größer 7 begonnen werden. - Die Behandlung mit Sitagliptin 25 mg hat nur als Second-line-Therapie • als Kombinationstherapie mit einem Sulfonylharnstoff oder • als Kombinationstherapie mit Glitazonen bei Sulfonylharnstoff-Unverträglichkeit oder -Kontraindikation oder • als Kombinationstherapie mit Insulin zu erfolgen. - Regelmäßige HbA1c-Bestimmungen sind durchzuführen. - Sitagliptin 25 mg eignet sich für eine chef(kontroll)ärztliche Langzeitbewilligung für 12 Monate (L12).					
RE1 L12	**50 mg Filmtabl.**	28 Stk.	-	-	**31,20**
Bei PatientInnen mit Diabetes Typ II und mäßiger Nierenfunktionsstörung (Kreatinin-Clearance größer gleich 30 bis kleiner als 50 ml/min) - Die Behandlung darf erst ab einem HbA1c größer 7 begonnen werden. - Die Behandlung mit Sitagliptin 50 mg hat nur als Second-line-Therapie • als Kombinationstherapie mit einem Sulfonylharnstoff oder • als Kombinationstherapie mit Glitazonen bei Sulfonylharnstoff-Unverträglichkeit oder -Kontraindikation oder • als Kombinationstherapie mit Insulin zu erfolgen. - Regelmäßige HbA1c-Bestimmungen sind durchzuführen. - Sitagliptin 50 mg eignet sich für eine chef(kontroll)ärztliche Langzeitbewilligung für 12 Monate (L12).					
A10BX09 Dapagliflozin					
RE1 L6	**Forxiga 10 mg Filmtabl.**	14 Stk. 28 Stk.	- -	- -	**26,75** **50,70**
Bei PatientInnen mit Diabetes Typ II - Die Behandlung darf erst ab einem HbA1c größer 7 begonnen werden. - Die Behandlung mit Dapagliflozin hat nur als Second-line-Therapie • als Monotherapie bei Metformin-Unverträglichkeit oder -Kontraindikation, wenn mit kostengünstigeren Therapiealternativen aus dem Grünen Bereich (ATC-Code A10BB, A10BF, A10BX) nachweislich nicht das Auslangen gefunden werden kann, oder • als Kombinationstherapie mit Metformin oder • als Kombinationstherapie mit Sulfonylharnstoffen oder • als Kombinationstherapie mit Insulin mit oder ohne Metformin zu erfolgen. - Dapagliflozin wird in Kombination mit Pioglitazon, Gliniden oder DPP-IV-Hemmern nicht erstattet. - Kein Einsatz bei PatientInnen über 75 Jahren, bei Neoplasien der Harnblase oder bei mittelschwerer und schwerer Nierenfunktionsstörung (definiert nach Kreatinin-Clearance kleiner 60 ml/min). - Regelmäßige Kontrollen der Nierenwerte gemäß Fachinformation. - Alle 6 Monate ist eine HbA1c-Bestimmung durchzuführen. - Dapagliflozin eignet sich für eine chef(kontroll)ärztliche Langzeitbewilligung für 6 Monate (L6).					
Dapagliflozin wirkt durch eine vermehrte Glucoseausscheidung im Harn. Gemäß Beurteilung durch das IQWIG (https://www.iqwig.de/download/A12-18_Dapagliflozin_Kurzfassung_Nutzenbewertung-35a-SGB-V.pdf, Zugriff am 9.7.2013) und des darauf basierenden Beschlusses des Gemeinsamen Bundesausschusses (http://www.g-ba.de/downloads/39-261-1730/2013-06-06_AM-RL-XII_Dapagliflozin.pdf, Zugriff am 9.7.2013) ist ein Zusatznutzen gegenüber anderen Diabetestherapien nicht belegt.					

Präparat		Menge	T	OP	KVP €
B01 ANTITHROMBOTISCHE MITTEL					
B01AF02 Apixaban					
RE1 L6	**Eliquis 5 mg Filmtabl.**	20 Stk. 60 Stk.	- -	- -	**28,35** **77,85**
Zur Prävention von Schlaganfall und systemischer Embolie bei erwachsenen PatientInnen mit nicht valvulärem Vorhofflimmern mit einem oder mehreren der folgenden Risikofaktoren: - Vorausgegangener Schlaganfall, transitorische ischämische Attacke oder systemische Embolie - Linksventrikuläre Ejektionsfraktion kleiner 40 % - Symptomatische Herzinsuffizienz größer gleich New York Heart Association (NYHA) Klasse 2 - Alter ab 75 Jahre - Alter ab 65 Jahre einhergehend mit einer der folgenden Erkrankungen: Diabetes mellitus, koronare Herzerkrankung oder arterielle Hypertonie Apixaban eignet sich für eine chef(kontroll)ärztliche Langzeitbewilligung für 6 Monate (L6).					
L01 ANTINEOPLASTISCHE MITTEL					
L01XE10 Everolimus					
RE1 L4	**Afinitor 5 mg Tabl.**	30 Stk.	-	-	**2.763,55**
RE1 L4	**10 mg Tabl.**	30 Stk.	-	-	**3.743,65**
- Bei postmenopausalen Frauen mit Hormonrezeptor-positivem, HER2/neu-negativem, fortgeschrittenem Mammakarzinom in Kombination mit Exemestan nach Vorbehandlung mit einem nicht-steroidalen Aromatase-Inhibitor. - Bei PatientInnen mit gut oder mäßig differenzierten neuroendokrinen Tumoren pankreatischen Ursprungs, welche inoperabel oder metastasiert sind. - Bei PatientInnen mit fortgeschrittenem Nierenzellkarzinom nach Vorbehandlung mit einer Anti-VEGF-Therapie. - Diagnose und Erstverordnung durch entsprechende Fachabteilung bzw. Zentrum, gegebenenfalls Tumorboard, sowie regelmäßige Kontrolle durch entsprechende Fachabteilung bzw. Zentrum bzw. durch einen onkologisch spezialisierten Facharzt/eine Fachärztin. - Everolimus eignet sich für eine chef(kontroll)ärztliche Langzeitbewilligung für 4 Monate (L4).					
Analog den Zulassungsstudien wird folgende durchschnittliche Lebensverlängerung erwartet: - von 3,2 auf 7,8 Monate beim Mammakarzinom - von 4,6 auf 11,0 Monate bei neuroendokrinen Tumoren pankreatischen Ursprungs - von 1,9 auf 4,9 Monate beim fortgeschrittenen Nierenzellkarzinom Um diesen Patientennutzen zu erzielen, ist der studienkonforme Einsatz – Kombinationstherapie mit Exemestan oder Vortherapie mit Sunitimib/Sorafenib – zweckmäßig.					

Folgende Präparate wurden aus dem EKO gestrichen:

Präparat	Menge	ATC-Code	Streichung mit
Aerius 5 mg Filmtabl.	10 Stk. 30 Stk.	R06AX27	01.08.2013
Mycophenolatmofetil „Actavis" 500 mg Filmtabl.	150 Stk.	L04AA06	01.08.2013
Omeprazol „easypharm" 10 mg Kaps.	28 Stk.	A02BC01	01.08.2013
Prezista 400 mg Filmtabl.	60 Stk.	J05AE10	01.08.2013
Topiramat „ratiopharm" 15 mg Filmtabl.	60 Stk.	N03AX11	01.08.2013

Änderung der Packungsgröße im Grünen Bereich:

Präparat	Menge	T	OP	KVP €
N04 ANTIPARKINSONMITTEL				
N04BC01 Bromocriptin				
Umprel 5 mg Kaps.	30 Stk.	-	(2)	**23,55**
Streichung der 100 Stk.-Packung aus dem Gelben Bereich				

Änderung der Bezeichnung im Grünen Bereich:

Präparat	Menge	T	OP	KVP €
L02 ENDOKRINE THERAPIE				
L02BG03 Anastrozol				
Anastrozol „Accord" 1 mg Filmtabl. *vormals Anastrozol „Medico Uno" 1 mg Filmtabl.*	30 Stk.	-	(2)	**45,00**
L04 IMMUNSUPPRESSIVA				
L04AA06 Mycophenolsäure				
Mycophenolatmofetil „Accord" 500 mg Filmtabl. *vormals Mycophenolatmofetil „Medico Uno" 500 mg Filmtabl.*	150 Stk.	-	-	**142,75**
M01 ANTIPHLOGISTIKA UND ANTIRHEUMATIKA				
M01AE02 Naproxen				
Naproxen „Infektopharm" 250 mg/5 ml Saft *vormals Proxen Saft*	100 ml	-	(2)	**7,75**
F14				
C09 MITTEL MIT WIRKUNG AUF DAS RENIN-ANGIOTENSIN-SYSTEM				
C09DA02 Eprosartan und Diuretika				
Teveten plus 600 mg/12,5 mg Filmtabl. *vormals Teveten plus Filmtabletten* ***IND:*** *wenn ACE-Hemmer nicht vertragen werden*	28 Stk.	-	(2)	**21,90**
S01 OPHTHALMIKA				
S01BA04 Prednisolon				
Ultracortenol 0,5% Augensalbe *vormals Ultracortenol Augensalbe* frei verschreibbar für FachärztInnen für Augenheilkunde	5 g	-	-	**10,10**
Ultracortenol 0,5 % Augentropfen *vormals Ultracortenol Augentropf.* frei verschreibbar für FachärztInnen für Augenheilkunde	5 ml 1 ml = 49 Tr.	-	-	**10,50**

Änderung der Verwendung im Gelben Bereich:

Präparat		Menge	T	OP	KVP €
A10 ANTIDIABETIKA					
A10BD07 Metformin und Sitagliptin					
RE1 L12	**Janumet 50 mg/850 mg Filmtabl.**	56 Stk.	-	-	**47,70**
RE1 L12	**50 mg/1000 mg Filmtabl.**	56 Stk.	-	-	**47,70**
Bei PatientInnen mit Diabetes Typ II - Die Behandlung darf erst ab einem HbA1c größer 7 begonnen werden. - Die Behandlung mit Sitagliptin/Metformin hat nur als Second-line-Therapie • nach Metformin-Monotherapie oder • als Kombinationstherapie mit einem Sulfonylharnstoff, wenn bei unzureichender Zweifachkombination aus der jeweils höchsten vertragenen Dosis von Metformin und eines Sulfonylharnstoffs nachweislich nicht das Auslangen gefunden werden kann • als Kombinationstherapie mit einem Glitazon, wenn bei unzureichender Zweifachkombination aus der jeweils höchsten vertragenen Dosis von Metformin und eines Glitazons nachweislich nicht das Auslangen gefunden werden kann • als Kombinationstherapie mit Insulin zu erfolgen. - Regelmäßige HbA1c-Bestimmungen sind durchzuführen. - Sitagliptin/Metformin eignet sich für eine chef(kontroll)ärztliche Langzeitbewilligung für 12 Monate (L12).					
RE1 L12	**Velmetia 50 mg/850 mg Filmtabl.**	56 Stk.	-	-	**47,70**
RE1 L12	**50 mg/1000 mg Filmtabl.**	56 Stk.	-	-	**47,70**
Bei PatientInnen mit Diabetes Typ II - Die Behandlung darf erst ab einem HbA1c größer 7 begonnen werden. - Die Behandlung mit Sitagliptin/Metformin hat nur als Second-line-Therapie • nach Metformin-Monotherapie oder • als Kombinationstherapie mit einem Sulfonylharnstoff, wenn bei unzureichender Zweifachkombination aus der jeweils höchsten vertragenen Dosis von Metformin und eines Sulfonylharnstoffs nachweislich nicht das Auslangen gefunden werden kann • als Kombinationstherapie mit einem Glitazon, wenn bei unzureichender Zweifachkombination aus der jeweils höchsten vertragenen Dosis von Metformin und eines Glitazons nachweislich nicht das Auslangen gefunden werden kann • als Kombinationstherapie mit Insulin zu erfolgen. - Regelmäßige HbA1c-Bestimmungen sind durchzuführen. Sitagliptin/Metformin eignet sich für eine chef(kontroll)ärztliche Langzeitbewilligung für 12 Monate (L12).					
A10BG03 Pioglitazon					
RE1 L12	**Diabetalan 15 mg Tabl.**	30 Stk.	-	-	**13,80**
RE1 L12	**30 mg Tabl.**	30 Stk.	T2	-	**19,15**
RE1 L12	**45 mg Tabl.**	30 Stk.	-	-	**26,70**

Präparat		Menge	T	OP	KVP €
Die Kostenübernahme kommt nur bei PatientInnen mit Diabetes Typ II in Frage. - Die Therapie mit Pioglitazon darf erst ab einem HbA1c größer 7 begonnen werden. - Die Behandlung mit Pioglitazon hat nur als Second-line-Therapie (als Mono- oder Kombinationstherapie mit anderen Arzneimitteln zur Behandlung von Diabetes) zu erfolgen. - Die Kosten werden bei Vorliegen schwerwiegender Kontraindikationen (zB Herzinsuffizienz, Leberfunktionsstörungen) nicht übernommen. - Regelmäßige HbA1c-Bestimmungen sind durchzuführen. - Pioglitazon eignet sich für eine chef(kontroll)ärztliche Langzeitbewilligung für 12 Monate (L12).					
RE1 L12	**Pioglitazon „Stada“ 15 mg Tabl.**	30 Stk.	-	-	**13,80**
RE1 L12	**30 mg Tabl.**	30 Stk.	-	-	**19,15**
RE1 L12	**45 mg Tabl.**	30 Stk.	-	-	**26,70**
Die Kostenübernahme kommt nur bei PatientInnen mit Diabetes Typ II in Frage. - Die Therapie mit Pioglitazon darf erst ab einem HbA1c größer 7 begonnen werden. - Die Behandlung mit Pioglitazon hat nur als Second-line-Therapie (als Mono- oder Kombinationstherapie mit anderen Arzneimitteln zur Behandlung von Diabetes) zu erfolgen. - Die Kosten werden bei Vorliegen schwerwiegender Kontraindikationen (zB Herzinsuffizienz, Leberfunktionsstörungen) nicht übernommen. - Regelmäßige HbA1c-Bestimmungen sind durchzuführen. - Pioglitazon eignet sich für eine chef(kontroll)ärztliche Langzeitbewilligung für 12 Monate (L12).					
RE1 L12	**Pioglitazon „Teva“ 15 mg Tabl.**	28 Stk.	-	-	**13,05**
RE1 L12	**30 mg Tabl.**	28 Stk.	-	-	**18,20**
RE1 L12	**45 mg Tabl.**	28 Stk.	-	-	**24,95**
Die Kostenübernahme kommt nur bei PatientInnen mit Diabetes Typ II in Frage. - Die Therapie mit Pioglitazon darf erst ab einem HbA1c größer 7 begonnen werden. - Die Behandlung mit Pioglitazon hat nur als Second-line-Therapie (als Mono- oder Kombinationstherapie mit anderen Arzneimitteln zur Behandlung von Diabetes) zu erfolgen. - Die Kosten werden bei Vorliegen schwerwiegender Kontraindikationen (zB Herzinsuffizienz, Leberfunktionsstörungen) nicht übernommen. - Regelmäßige HbA1c-Bestimmungen sind durchzuführen. - Pioglitazon eignet sich für eine chef(kontroll)ärztliche Langzeitbewilligung für 12 Monate (L12).					
RE1 L12	**Pioglitazone „Actavis“ 15 mg Tabl.**	30 Stk.	-	-	**13,80**
RE1 L12	**30 mg Tabl.**	30 Stk.	-	-	**19,15**
RE1 L12	**45 mg Tabl.**	30 Stk.	-	-	**26,70**
Die Kostenübernahme kommt nur bei PatientInnen mit Diabetes Typ II in Frage. - Die Therapie mit Pioglitazon darf erst ab einem HbA1c größer 7 begonnen werden. - Die Behandlung mit Pioglitazon hat nur als Second-line-Therapie (als Mono- oder Kombinationstherapie mit anderen Arzneimitteln zur Behandlung von Diabetes) zu erfolgen. - Die Kosten werden bei Vorliegen schwerwiegender Kontraindikationen (zB Herzinsuffizienz, Leberfunktionsstörungen) nicht übernommen. - Regelmäßige HbA1c-Bestimmungen sind durchzuführen. - Pioglitazon eignet sich für eine chef(kontroll)ärztliche Langzeitbewilligung für 12 Monate (L12).					

Präparat		Menge	T	OP	KVP €
A10BH01 Sitagliptin					
RE1 L12	**Januvia 100 mg Filmtabl.**	28 Stk.	-	-	**47,70**
Bei PatientInnen mit Diabetes Typ II - Die Behandlung darf erst ab einem HbA1c größer 7 begonnen werden. - Die Behandlung mit Sitagliptin hat nur als Second-line-Therapie • als Kombinationstherapie mit Metformin oder • als Kombinationstherapie mit einem Sulfonylharnstoff bei Metformin-Unverträglichkeit oder -Kontraindikation • als Kombinationstherapie mit Glitazonen bei Metformin- und Sulfonylharnstoff-Unverträglichkeit oder –Kontraindikation oder • als Kombinationstherapie mit einem Sulfonylharnstoff und Metformin oder einem Glitazon und Metformin, wenn bei unzureichender Zweifachkombination aus der jeweils höchsten vertragenen Dosis von Metformin und eines Sulfonylharnstoffs bzw. eines Glitazons nachweislich nicht das Auslangen gefunden werden kann oder • als Kombinationstherapie mit Insulin zu erfolgen. - Regelmäßige HbA1c-Bestimmungen sind durchzuführen. - Sitagliptin eignet sich für eine chef(kontroll)ärztliche Langzeitbewilligung für 12 Monate (L12).					
B01 ANTITHROMBOTISCHE MITTEL					
B01AF02 Apixaban					
RE1 L6	**Eliquis 2,5 mg Filmtabl.**	10 Stk. 20 Stk. 60 Stk.	- - -	- (2) -	**14,75** **28,35** **77,85**
Zur Prophylaxe venöser thromboembolischer Ereignisse (VTE) bei erwachsenen PatientInnen nach elektivem chirurgischen Hüft- oder Kniegelenksersatz. Zur Prävention von Schlaganfall und systemischer Embolie bei erwachsenen PatientInnen mit nicht valvulärem Vorhofflimmern mit einem oder mehreren der folgenden Risikofaktoren: - Vorausgegangener Schlaganfall, transitorische ischämische Attacke oder systemische Embolie - Linksventrikuläre Ejektionsfraktion kleiner 40 % - Symptomatische Herzinsuffizienz größer gleich New York Heart Association (NYHA) Klasse 2 - Alter ab 75 Jahre - Alter ab 65 Jahre einhergehend mit einer der folgenden Erkrankungen: Diabetes mellitus, koronare Herzerkrankung oder arterielle Hypertonie Apixaban eignet sich für eine chef(kontroll)ärztliche Langzeitbewilligung für 6 Monate (L6).					

Änderung der Bezeichnung im Gelben Bereich:

Präparat	Menge	T	OP	KVP €
A07 ANTIDIARRHOIKA UND INTESTINALE ANTIPHLOGISTIKA/ANTIINFEKTIVA				
A07AA02 Nystatin				
Mycostatin Filmtabl. *vormals Mycostatin Drag.*	20 Stk. 50 Stk.	- -	- -	**8,50** **19,40**
Eine Kostenübernahme ist nur möglich zur Therapie der schweren intestinalen Candidamykose bei immunsupprimierten Patienten.				

www.wgkk.at

Wiener
Gebietskrankenkasse