

# Therapie-Tipps

www.wgkk.at

Im Fokus

## Ivabradin-Nachfolgepräparate in der Grünen Box

Mit September 2018 stehen zahlreiche frei verschreibbare kostengünstige Ivabradin-Nachfolgepräparate in beiden Stärken und Packungsgrößen des Originalpräparates im Grünen Bereich des Erstattungskodex zur Verfügung, während der Originär weiterhin der Vorabbewilligung (Gelbe Box – RE1) unterliegt.

Die Verordnungsdaten weisen für diesen Wirkstoff alleine in Wien ein maximales Einsparpotential von bis zu € 397.000 auf. Wir ersuchen Sie daher gemäß dem Ampelprinzip um bevorzugte Verordnung der weiter unten im Detail gelisteten frei verschreibbaren Ivabradin-Generika.

Einen stets aktuellen Überblick gibt das Online-Infotool ([www.erstattungskodex.at](http://www.erstattungskodex.at)) oder die App EKO2go.

## Änderungen im Erstattungskodex (EKO) ab September 2018

Informationsstand September 2018

**ROT** → **GRÜN**

**Aufnahme kostengünstiger Nachfolgepräparate in den Grünen Bereich:**

Präparat	Menge	T	OP	KVP €	max. Kostenersparnis € pro Packung*
<b>C01 HERZTHERAPIE</b>					
<b>C01EB17 Ivabradin</b>					
Ivabradin "1A Pharma" 5 mg Filmtabl.	30 Stk.	T2	-	10,40	<b>24,49</b>
	60 Stk.	T2	(2)	20,15	<b>40,59</b> Erstanbieter in RE1
7,5 mg Filmtabl.	30 Stk.	-	-	10,40	<b>24,49</b>
	60 Stk.	-	(2)	20,15	<b>40,59</b> Erstanbieter in RE1

\* Vergleich zum Listenpreis des Erstanbieterpräparates in dosierungsäquivalenter Menge (Preisbasis der Berechnung: September 2018)

Präparat	Menge	T	OP	KVP €	max. Kostenersparnis € pro Packung*
Ivabradin "Aristo" 5 mg Filmtabl.	28 Stk.	T2	-	9,70	<b>24,50</b>
	56 Stk.	T2	(2)	18,80	<b>40,60</b> Erstanbieter in RE1
7,5 mg Filmtabl.	28 Stk.	-	-	9,70	<b>24,50</b>
	56 Stk.	-	(2)	18,80	<b>40,60</b> Erstanbieter in RE1
Ivabradin "Genericon" 5 mg Filmtabl.	28 Stk.	T2	-	9,70	<b>24,50</b>
	56 Stk.	T2	(2)	18,80	<b>40,60</b> Erstanbieter in RE1
7,5 mg Filmtabl.	28 Stk.	-	-	9,70	<b>24,50</b>
	56 Stk.	-	(2)	18,80	<b>40,60</b> Erstanbieter in RE1
Ivabradin "ratiopharm" 5 mg Filmtabl.	30 Stk.	T2	-	10,40	<b>24,49</b>
	60 Stk.	T2	(2)	20,15	<b>40,59</b> Erstanbieter in RE1
7,5 mg Filmtabl.	30 Stk.	-	-	10,40	<b>24,49</b>
	60 Stk.	-	(2)	20,15	<b>40,59</b> Erstanbieter in RE1
Ivabradin "Sandoz" 5 mg Filmtabl.	30 Stk.	T2	-	10,40	<b>24,49</b>
	60 Stk.	T2	(2)	20,15	<b>40,59</b> Erstanbieter in RE1
7,5 mg Filmtabl.	30 Stk.	-	-	10,40	<b>24,49</b>
	60 Stk.	-	(2)	20,15	<b>40,59</b> Erstanbieter in RE1
Ivacorlan 5 mg Filmtabl.	30 Stk.	T2	-	10,40	<b>24,49</b>
	60 Stk.	T2	(2)	20,15	<b>40,59</b> Erstanbieter in RE1
7,5 mg Filmtabl.	30 Stk.	-	-	10,40	<b>24,49</b>
	60 Stk.	-	(2)	20,15	<b>40,59</b> Erstanbieter in RE1
Über 5.000 Patienten werden aktuell mit Procoralan behandelt, das seit über 10 Jahren in Ö. verfügbar ist. Aus dem deutlichen Preisvorteil der Generika resultiert ein Einsparpotenzial von € 1,4 Mio. pro Jahr für die SV-Träger. Außerdem entfällt bei den Generika die Vorbewilligungspflicht.					

\* Vergleich zum Listenpreis des Erstanbieterpräparates in dosierungsäquivalenter Menge (Preisbasis der Berechnung: September 2018)

Präparat	Menge	T	OP	KVP €	max. Kostenersparnis € pro Packung*
<b>M01 ANTIPHLOGISTIKA UND ANTIRHEUMATIKA</b>					
<b>M01AE02 Naproxen</b>					
Naproxen "HCS" 550 mg Filmtabl.	10 Stk.	T2	(2)	2,15	Packungsgröße beim Erstanbieter nicht vorhanden
	30 Stk.	T2	-	6,45	<b>2,60</b>
	60 Stk.	T2	-	12,60	<b>2,35</b>
Es gibt schon einige Naproxen-Präparate im EKO.					
<b>N02 ANALGETIKA</b>					
<b>N02BB02 Metamizol-Natrium</b>					
Metagelan 500 mg Tabl.	10 Stk.	-	(2)	1,20	<b>1,20</b>
	30 Stk.	-	-	3,60	Erstanbieter nicht im EKO
	50 Stk.	-	-	4,75	<b>4,75</b>
	100 Stk.	-	-	9,50	<b>8,80</b>
	200 Stk.	-	-	18,30	Packungsgröße beim Erstanbieter nicht vorhanden
500 mg/ml Tropf.	10 ml	-	(2)	1,20	<b>1,75</b>
	50 ml	-	-	4,75	<b>4,75</b>
	250 ml	-	-	22,45	<b>20,10</b>
<i>Hinweis: Aufklärung der PatientInnen über Risiko und Erscheinungsbild einer Agranulozytose</i>					
Metagelan ist ein wichtiges Präparat. Einerseits sind die für chronische Schmerzpatienten notwendigen Packungsgrößen frei verschreibbar und andererseits hat es einen deutlichen Preisvorteil gegenüber Novalgin, dessen erste Zulassung von 1952 datiert.					
<b>S01 OPHTHALMIKA</b>					
<b>S01EE03 Bimatoprost</b>					
Bimato-Vision 100 mcg/ml Augentropf.	3 ml	-	(2)	7,90	<b>1,70</b>
Au					

\* Vergleich zum Listenpreis des Erstanbieterpräparates in dosierungsäquivalenter Menge (Preisbasis der Berechnung: September 2018)

**ROT** → **GELB**

### Aufnahme kostengünstiger Nachfolgepräparate in den Gelben Bereich:

Präparat	Menge	T	OP	KVP €	max. Kostenersparnis € pro Packung*	
<b>C02 ANTIHYPERTONIKA</b>						
<b>C02KX Antihypertonika zur Behandlung der pulmonal arteriellen Hypertonie</b>						
RE1	<b>Tadalafil PAH "ratiopharm" 20 mg Filmtabl.</b>	60 Stk.	T2	-	206,60	<b>392,92</b>
Bei pulmonal arterieller Hypertension nach Durchführung einer kompletten invasiven hämodynamischen Messung inklusive eines akuten Vasoreaktivitätstests. Diagnose, Erstverordnung und engmaschige Kontrolle durch entsprechende Fachabteilungen und Zentren. Tadalafil ist das erste Nachfolgepräparat zu Adcirca und der Preisvorteil hoch.						
<b>J05 ANTIVIRALE MITTEL ZUR SYSTEMISCHEN ANWENDUNG</b>						
<b>J05AB14 Valganciclovir</b>						
RE2	<b>Valganciclovir "Bluefish" 450 mg Filmtabl.</b>	60 Stk.	-	-	599,95	<b>510,95</b> Erstanbieter nicht im EKO
Initial- und Erhaltungstherapie der Cytomegalievirus-Retinitis bei PatientInnen mit AIDS. Valganciclovir ist zur Prophylaxe (drei bis vier Monate) einer CMV-Erkrankung bei CMV-negativen PatientInnen angezeigt, die ein Organtransplantat von einem/einer CMV-positiven Spender/Spenderin erhalten haben. Valcyte ist im Juni 2018 zu 73 % generisch substituiert.						

### Aufnahme von Präparaten in den Gelben Bereich:

Präparat	Menge	T	OP	KVP €	
<b>B06 ANDERE HÄMATOLOGIKA</b>					
<b>B06AC01 C1-Inhibitor aus Humanplasma</b>					
RE1	<b>Cinryze 500 IE Plv. und Lsgm. zur Herst. einer Inj.lsg.</b>	2 Stk.	-	-	<b>1.188,35</b>
Zur Behandlung akuter Attacken eines diagnostisch gesicherten hereditären Angioödems (HAE) mit C1-Esterase-Inhibitor-Mangel. Zur Prophylaxe bei PatientInnen mit häufigen schweren Attacken eines HAE mit C1-Esterase-Inhibitor-Mangel, wenn orale prophylaktische Behandlungen nicht vertragen werden/keinen ausreichenden Schutz bieten UND mit wiederholten Akutbehandlungen nicht das Auslangen gefunden werden kann. Diagnosestellung, Erstverordnung, Überwachung und regelmäßige Kontrollen durch ÄrztInnen mit Erfahrung in der Behandlung des HAE. Bei der Erstverordnung ist ein entsprechender Nachweis über die PatientInnen-Einschulung zu erbringen.					

\* Vergleich zum Listenpreis des Erstanbieterpräparates in dosierungsäquivalenter Menge (Preisbasis der Berechnung: September 2018)

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

Präparat	Menge	ATC-Code	Streichung mit
Azithromycin "Actavis" 500 mg Filmtabl.	3 Stk.	J01FA10	01.09.2018
Beclomet Easyhaler 200 mcg/Dosis Inh.plv.	1 Stk.	R03BA01	01.09.2018
Beclomet Easyhaler 400 mcg/Dosis Inh.plv.	1 Stk.	R03BA01	01.09.2018
Giona Easyhaler 200 mcg/Dosis Inh.plv.	200 Hb	R03BA02	01.09.2018
Giona Easyhaler 400 mcg/Dosis Inh.plv.	100 Hb	R03BA02	01.09.2018
Glimepirid "Stada" 1 mg Tabl.	30 Stk.	A10BB12	01.09.2018
INH "Agepha" 100 mg Tabl.	100 Stk.	J04AC01	01.09.2018
Losartan-Kalium "Actavis" 12,5 mg Filmtabl.	30 Stk.	C09CA01	01.09.2018
Losartan-Kalium "Actavis" 50 mg Filmtabl.	30 Stk.	C09CA01	01.09.2018
Pantothien "Pharmaselect" 5 % Salbe	30 g	D03AX03	01.09.2018
Paroxetin "Arcana" 20 mg Filmtabl.	14 Stk. 28 Stk.	N06AB05	01.09.2018
PegIntron 150 mcg Plv. u. Lsgm. z. Herst. einer Inj.lsg. Fertigpen	4 Stk.	L03AB10	01.09.2018
Refobacin Augentropf.	5 ml	S01AA11	01.09.2018
Xeloda 150 mg Filmtabl.	60 Stk.	L01BC06	01.09.2018

**Änderung der Packungsgröße im Grünen Bereich:**

Präparat	Menge	T	OP	KVP €
<b>N02 ANALGETIKA</b>				
<b>N02AB03 Fentanyl</b>				
Fentanyl "Sandoz" 25 mcg/h transdermales Matrixpflaster	5 Stk.	-	-	<b>15,40</b>
	10 Stk.	-	-	<b>29,10</b>
50 mcg/h transdermales Matrixpflaster	5 Stk.	-	-	<b>24,90</b>
	10 Stk.	-	-	<b>46,75</b>
75 mcg/h transdermales Matrixpflaster	5 Stk.	-	-	<b>32,70</b>
	10 Stk.	-	-	<b>62,90</b>
100 mcg/h transdermales Matrixpflaster	5 Stk.	-	-	<b>39,90</b>
	10 Stk.	-	-	<b>76,60</b>
<i>IND: chronische Schmerzen, die durch starke orale Opiode nicht ausreichend behandelbar sind</i>				
SG				
Jeweils Aufnahme einer weiteren Packungsgröße zu 10 Stk.				

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

Präparat	Menge	T	OP	KVP €
<b>L04 IMMUNSUPPRESSIVA</b>				
<b>L04AA13 Leflunomid</b>				
Arava 10 mg Filmtabl.	30 Stk.	-	-	25,70
20 mg Filmtabl.	30 Stk.	-	-	25,70
<i>IND: Erstverordnung und regelmäßige Kontrolle durch einen Facharzt/eine Fachärztin mit Additivfach Rheumatologie oder durch Zentren, die berechtigt sind, solche auszubilden.</i>				

**Änderung der Verwendung im Gelben Bereich:**

Präparat	Menge	T	OP	KVP €
<b>C10 MITTEL, DIE DEN LIPIDSTOFFWECHSEL BEEINFLUSSEN</b>				
<b>C10AX13 Evolocumab</b>				
RE1 Repatha 140 mg Inj.lsg. Fertigpen (PM)	2 Stk.	-	-	410,05
<p>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</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- wenn aufgrund des sehr hohen kardiovaskulären Risikos eine zusätzliche Senkung von LDL-C medizinisch erforderlich ist,</li> </ul> <p>und</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- wenn eine professionelle Ernährungsberatung erfolgt, der arterielle Blutdruck kontrolliert und der Blutzucker auf ein HbA1c kleiner 8 % eingestellt ist sowie eine Tabakrauchabstinenz angestrebt wird,</li> </ul> <p>und</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- 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.</li> </ul> <p>Eine Unverträglichkeit gegenüber Statinen gilt jedenfalls als belegt, wenn Therapieversuche mit mehreren Statinen - jedenfalls auch Atorvastatin und Rosuvastatin - zu Myopathien und einem Anstieg der Kreatinin-Kinase auf mindestens das Fünffache des oberen Normwertes führten oder wenn durch ein Statin eine schwere Hepatopathie aufgetreten ist.</p> <p>Diagnose, Erhebung der Familienanamnese und Erstverordnung durch ein spezialisiertes Zentrum von einem Facharzt/einer Fachärztin für Innere Medizin mit dem Additivfach Endokrinologie und Stoffwechselerkrankungen.</p> <p>Die Liste der für die Erstverordnung in Frage kommenden Einrichtungen wird vom Hauptverband erstellt und unter <a href="http://www.hauptverband.at/erstattungskodex_stoffwechsel">www.hauptverband.at/erstattungskodex_stoffwechsel</a> publiziert.</p> <p>Regelmäßige Kontrollen durch entsprechende Fachabteilung bzw. Zentrum bzw. durch einen/eine in der Therapie von Fettstoffwechselstörungen erfahrenen/erfahrene Facharzt/Fachärztin.</p> <p>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.</p>				

Präparat		Menge	T	OP	KVP €
<b>N06 PSYCHOANALEPTIKA</b>					
<b>N06DX01 Memantin</b>					
RE2	<b>Axura 5 mg/Pumpenhub Lsg. zum Einnehmen</b>	50 ml	-	(2)	<b>38,15</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Die Diagnose DAT (Demenz vom Alzheimerstyp) ist von einem Facharzt 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 den o.a. Facharzt 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 o.a. Facharzt mittels einer MMSE durchzuführen.</li> <li>- Die Therapie mit Memantin ist zu beenden, wenn das Ergebnis der MMSE kleiner 3 ist.</li> <li>- Memantin darf nicht mit anderen Arzneimitteln gegen DAT kombiniert werden.</li> <li>- Die Tropfen werden nur bei Vorliegen von Schluckbeschwerden genehmigt.</li> </ul>					
Bei allen Memantin-Produkten entfällt L6.					
RE2	<b>Memantin "1A Pharma" 10 mg Filmtabl.</b>	10 Stk.	T2	-	<b>6,45</b>
		30 Stk.	T2	(2)	<b>18,40</b>
RE2	<b>20 mg Filmtabl.</b>	10 Stk.	T4	-	<b>12,55</b>
		30 Stk.	T4	(2)	<b>35,60</b>
<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) kleiner bzw. gleich 14 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 Memantin ist zu beenden, wenn das Ergebnis der MMSE kleiner 3 ist.</li> <li>- Memantin darf nicht mit anderen Arzneimitteln gegen Demenz kombiniert werden.</li> </ul>					

Präparat		Menge	T	OP	KVP €
RE2	<b>Memantin "Accord" 10 mg Filmtabl.</b>	14 Stk.	T2	-	<b>6,35</b>
		28 Stk.	T2	(2)	<b>17,30</b>
RE2	<b>20 mg Filmtabl.</b>	14 Stk.	T2	-	<b>12,50</b>
		28 Stk.	T2	(2)	<b>33,25</b>
<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) kleiner bzw. gleich 14 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 Memantin ist zu beenden, wenn das Ergebnis der MMSE kleiner 3 ist.</li> <li>- Memantin darf nicht mit anderen Arzneimitteln gegen Demenz kombiniert werden.</li> </ul>					
RE2	<b>Memantin "easypharm" 10 mg Filmtabl.</b>	10 Stk.	T2	-	<b>6,45</b>
		30 Stk.	T2	(2)	<b>18,40</b>
RE2	<b>20 mg Filmtabl.</b>	10 Stk.	T2	-	<b>12,55</b>
		30 Stk.	T2	(2)	<b>35,60</b>
<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) kleiner bzw. gleich 14 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 Memantin ist zu beenden, wenn das Ergebnis der MMSE kleiner 3 ist.</li> <li>- Memantin darf nicht mit anderen Arzneimitteln gegen Demenz kombiniert werden.</li> </ul>					
RE2	<b>Memantin "Genericon" 10 mg Filmtabl.</b>	30 Stk.	T2	(2)	<b>18,40</b>
RE2	<b>20 mg Filmtabl.</b>	30 Stk.	T2	(2)	<b>35,60</b>
<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) kleiner bzw. gleich 14 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 Memantin ist zu beenden, wenn das Ergebnis der MMSE kleiner 3 ist.</li> <li>- Memantin darf nicht mit anderen Arzneimitteln gegen Demenz kombiniert werden.</li> </ul>					



Präparat		Menge	T	OP	KVP €
RE2	<b>Memantin "HCS" 10 mg Filmtabl.</b>	14 Stk.	T2	-	<b>9,00</b>
		28 Stk.	T2	(2)	<b>17,30</b>
RE2	<b>20 mg Filmtabl.</b>	14 Stk.	-	-	<b>17,30</b>
		28 Stk.	-	(2)	<b>33,25</b>
<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) kleiner bzw. gleich 14 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 Memantin ist zu beenden, wenn das Ergebnis der MMSE kleiner 3 ist.</li> <li>- Memantin darf nicht mit anderen Arzneimitteln gegen Demenz kombiniert werden.</li> </ul>					
RE2	<b>Memantin "ratiopharm" 10 mg Filmtabl.</b>	30 Stk.	T2	(2)	<b>18,40</b>
RE2	<b>20 mg Filmtabl.</b>	30 Stk.	T2	(2)	<b>35,60</b>
<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) kleiner bzw. gleich 14 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 Memantin ist zu beenden, wenn das Ergebnis der MMSE kleiner 3 ist.</li> <li>- Memantin darf nicht mit anderen Arzneimitteln gegen Demenz kombiniert werden.</li> </ul>					
RE2	<b>Memantin "Sandoz" 10 mg Filmtabl.</b>	10 Stk.	T2	-	<b>6,45</b>
		30 Stk.	T2	(2)	<b>18,40</b>
RE2	<b>20 mg Filmtabl.</b>	10 Stk.	T4	-	<b>12,55</b>
		30 Stk.	T4	(2)	<b>35,60</b>
<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) kleiner bzw. gleich 14 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 Memantin ist zu beenden, wenn das Ergebnis der MMSE kleiner 3 ist.</li> <li>- Memantin darf nicht mit anderen Arzneimitteln gegen Demenz kombiniert werden.</li> </ul>					

Präparat		Menge	T	OP	KVP €
RE2	<b>Memantin "Stada" 10 mg Filmtabl.</b>	28 Stk.	T2	(2)	<b>17,30</b>
RE2	<b>20 mg Filmtabl.</b>	28 Stk.	-	(2)	<b>33,25</b>
<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) kleiner bzw. gleich 14 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 Memantin ist zu beenden, wenn das Ergebnis der MMSE kleiner 3 ist.</li> <li>- Memantin darf nicht mit anderen Arzneimitteln gegen Demenz kombiniert werden.</li> </ul>					
RE2	<b>Memolan 10 mg Filmtabl.</b>	10 Stk.	T2	-	<b>6,45</b>
		30 Stk.	T2	(2)	<b>18,35</b>
RE2	<b>20 mg Filmtabl.</b>	10 Stk.	-	-	<b>12,55</b>
		30 Stk.	-	(2)	<b>35,55</b>
<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) kleiner bzw. gleich 14 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 Memantin ist zu beenden, wenn das Ergebnis der MMSE kleiner 3 ist.</li> <li>- Memantin darf nicht mit anderen Arzneimitteln gegen Demenz kombiniert werden.</li> </ul>					

Präparat		Menge	T	OP	KVP €
<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>11.021,45</b>
<p>- PatientInnen ab 6 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.</p> <p>- Einsatz nur bei PatientInnen</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• mit einer eingeschränkten Lungenfunktion (FEV1 &lt; 90 %) oder</li> <li>• mehrmaligen pulmonalen Exazerbationen oder</li> <li>• regelmäßigen Antibiotikabehandlungen oder</li> <li>• einer mittels bildgebenden Verfahren (CT oder MRT) nachgewiesenen Schädigung der Lunge vor Therapiebeginn.</li> </ul> <p>- Indikationsstellung, Erstverordnung und Therapieüberwachung müssen von einem/einer Arzt/Ärztin oder Zentrum mit Erfahrung in der Behandlung der zystischen Fibrose erfolgen.</p> <p>- Leberfunktionstests (ALT, AST und Bilirubin) sind vor Beginn der Behandlung, alle 3 Monate im ersten Jahr der Behandlung und danach jährlich durchzuführen.</p> <p>- Lungenfunktionsparameter (FEV1) sind alle 3 Monate zu kontrollieren.</p> <p>- Pulmonale Exazerbationen, der Antibiotikabedarf und das Körpergewicht (BMI) sind für den Zeitraum vor Beginn der Behandlung, ansonsten alle 6 Monate nach Therapiebeginn zu dokumentieren.</p> <p>- Die Therapie ist nur fortzuführen, wenn</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• keine Verschlechterung der Lungenfunktion über den natürlichen Verlauf hinaus eintritt oder</li> <li>• eine Reduktion bei der Anzahl pulmonaler Exazerbationen eintritt oder</li> <li>• eine altersentsprechend vorteilhafte Entwicklung des BMI eintritt.</li> </ul> <p>Lumacaftor/Ivacaftor eignet sich für eine chef(kontroll)ärztliche Langzeitbewilligung für 6 Monate (L6). Die Aufnahme in den EKO ist befristet und endet mit 31.8.2021.</p>					

## Abkürzungsverzeichnis

- T.....Teilbarkeit  
OP.....Originalpackungen  
KVP....Kassenverkaufspreis ohne Umsatzsteuer  
(2).....Zwei Packungen pro Verschreibung abgebar, erfolgt keine Angabe, darf nur eine Packung abgegeben werden  
T2.....Zur Dosishalbierung in zwei gleiche Teile teilbar  
T4.....In vier gleiche Teile teilbar  
IND.....Nur in der angegebenen Indikation frei verschreibbar (siehe EKO)  
RE1 ....Vorabbeurteilung durch den chef- und kontrollärztlichen Dienst (siehe EKO)  
RE2 ....Bei Einhaltung der bestimmten Verwendung lt. Regeltext ersetzt die Dokumentation mit nachfolgender Kontrolle die Vorabbeurteilung (siehe EKO)  
L6.....Langzeitbeurteilung für 6 Monate möglich  
SG.....Arzneispezialitäten, welche ohne Einschränkung den strengen Abgabebestimmungen für Suchtgifte unterliegen  
Au.....Fachärztin/Facharzt für Augenheilkunde  
EM) .....Arzneispezialitäten, für die eine Vereinbarung über ein Preismodell mit dem vertriebsberechtigten Unternehmen vorliegt.

## Impressum

Herausgeber: WGKK in Kooperation mit der Ärztekammer für Wien  
Kontakt: Frau Mag.<sup>a</sup> Prager,  
Medizinische Behandlungsökonomie,  
Telefon: +43 1 601 22-2728,  
E-Mail: [office.mboe@wgkk.at](mailto:office.mboe@wgkk.at)

Herausgeber: Wiener Gebietskrankenkasse, 1100 Wien, Wienerbergstraße 15–19  
Satz- und Druckfehler vorbehalten  
Bildquelle: frank60/shutterstock.com  
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 Vertragsärztinnen/-ärzte der Wiener Gebietskrankenkasse