

Änderungen im Erstattungskodex (EKO) 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.		<table border="1" style="display: none;"> <caption>Generikaanteil Candesartan</caption> <thead> <tr> <th>Monat</th> <th>Generikaanteil (%)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>Okt 2012</td><td>5</td></tr> <tr><td>Nov 2012</td><td>10</td></tr> <tr><td>Dez 2012</td><td>13</td></tr> <tr><td>Jän 2013</td><td>17</td></tr> <tr><td>Feb 2013</td><td>18</td></tr> <tr><td>Mär 2013</td><td>20</td></tr> </tbody> </table>				Monat	Generikaanteil (%)	Okt 2012	5	Nov 2012	10	Dez 2012	13	Jän 2013	17	Feb 2013	18	Mär 2013	20
Monat	Generikaanteil (%)																		
Okt 2012	5																		
Nov 2012	10																		
Dez 2012	13																		
Jän 2013	17																		
Feb 2013	18																		
Mär 2013	20																		
C09DA06 Candesartan und Diuretika																			
Candesartan-HCT "G.L."	30 Stk.	-	(2)	7,10	10,87														
8 mg/12,5 mg Tabl.	30 Stk.	-	(2)	7,10	13,67														
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														
Auch in der Kombination mit HCT besteht ein deutlicher Preisvorteil.		<table border="1" style="display: none;"> <caption>Generikaanteil Candesartan-HCT</caption> <thead> <tr> <th>Monat</th> <th>Generikaanteil (%)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>Okt 2012</td><td>5</td></tr> <tr><td>Nov 2012</td><td>9</td></tr> <tr><td>Dez 2012</td><td>12</td></tr> <tr><td>Jän 2013</td><td>15</td></tr> <tr><td>Feb 2013</td><td>17</td></tr> <tr><td>Mär 2013</td><td>18</td></tr> </tbody> </table>				Monat	Generikaanteil (%)	Okt 2012	5	Nov 2012	9	Dez 2012	12	Jän 2013	15	Feb 2013	17	Mär 2013	18
Monat	Generikaanteil (%)																		
Okt 2012	5																		
Nov 2012	9																		
Dez 2012	12																		
Jän 2013	15																		
Feb 2013	17																		
Mär 2013	18																		
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.																			

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

Präparat	Menge	T	OP	KVP €	max. Kostenersparnis € pro Packung*
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	-	-	4,80
	30 ml	-	-	7,85

ROT → **GELB**

Aufnahme kostengünstiger Nachfolgepräparate in den Gelben Bereich:

Präparat	Menge	T	OP	KVP €	max. Kostenersparnis € pro Packung*
N06 PSYCHOANALEPTIKA					
N06DA04 Galantamin					
RE2 Galantamin "Actavis"	7 Stk.	-	-	6,05	3,70
L6 8 mg Retardkaps.	28 Stk.	-	(2)	22,80	11,85

Präparat		Menge	T	OP	KVP €	max. Kostenersparnis € pro Packung*
RE2 L6	16 mg Retardkaps.	28 Stk.	-	(2)	37,35	12,75
RE2 L6	24 mg Retardkaps.	28 Stk.	-	(2)	42,30	12,65
<p>- 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.</p> <p>- Zu Therapiebeginn muss das Ergebnis der MMSE (Mini-Mental State Examination) größer bzw. gleich 10 betragen.</p> <p>- Vergewisserung für das Vorhandensein einer Betreuungsperson zur Sicherung der Compliance.</p> <p>- Eine Kontrolluntersuchung durch den/die o.a. Facharzt/Fachärztin ist nach Erreichung der Erhaltungsdosis durchzuführen.</p> <p>- Die Behandlung ist nur bei Ansprechen auf die Therapie weiterzuführen.</p> <p>- Alle 6 Monate ist eine Kontrolluntersuchung durch den/die o.a. Facharzt/Fachärztin mittels einer MMSE durchzuführen.</p> <p>- Die Therapie mit Galantamin ist zu beenden, wenn das Ergebnis der MMSE kleiner 10 ist.</p> <p>- Galantamin darf nicht mit anderen Arzneimitteln gegen Demenz kombiniert werden.</p> <p>- Galantamin eignet sich für eine chef(kontroll)ärztliche Langzeitbewilligung für 6 Monate (L6).</p>						
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":						
<ol style="list-style-type: none"> 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. Der Preisvorteil 						

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

Präparat		Menge	T	OP	KVP €
<p>Bei PatientInnen mit Diabetes Typ II und schwerer Nierenfunktionsstörung (Kreatinin-Clearance kleiner als 30 ml/min oder Endstadium, das eine Hämo- oder Peritonealdialyse erfordert):</p> <ul style="list-style-type: none"> - 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
<p>Bei PatientInnen mit Diabetes Typ II und mäßiger Nierenfunktionsstörung (Kreatinin-Clearance größer gleich 30 bis kleiner als 50 ml/min)</p> <ul style="list-style-type: none"> - 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.	-	-	26,75
		28 Stk.	-	-	50,70
<p>Bei PatientInnen mit Diabetes Typ II</p> <ul style="list-style-type: none"> - 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). <p>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.</p>					
B01 ANTITHROMBOTISCHE MITTEL					
B01AF02 Apixaban					
RE1 L6	Eliquis 5 mg Filmtabl.	20 Stk.	-	-	28,35
		60 Stk.	-	-	77,85

Präparat		Menge	T	OP	KVP €
<p>Zur Prävention von Schlaganfall und systemischer Embolie bei erwachsenen PatientInnen mit nicht valvulärem Vorhofflimmern mit einem oder mehreren der folgenden Risikofaktoren:</p> <ul style="list-style-type: none"> - 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 <p>Apixaban eignet sich für eine chef(kontroll)ärztliche Langzeitbewilligung für 6 Monate (L6).</p>					
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
<ul style="list-style-type: none"> - 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). <p>Analog den Zulassungsstudien wird folgende durchschnittliche Lebensverlängerung erwartet:</p> <ul style="list-style-type: none"> - 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 <p>Um diesen Patientennutzen zu erzielen, ist der studienkonforme Einsatz – Kombinationstherapie mit Exemestan oder Vortherapie mit Sunitimib/Sorafenib – zweckmäßig.</p>					

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
Topiramate "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				

Präparat	Menge	T	OP	KVP €
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. <i>vormals Anastrozol „Medico Uno" 1 mg Filmtabl.</i>	30 Stk.	-	(2)	45,00
L04 IMMUNSUPPRESSIVA				
L04AA06 Mycophenolsäure				
Mycophenolatmofetil „Accord“ 500 mg Filmtabl. <i>vormals Mycophenolatmofetil „Medico Uno“ 500 mg Filmtabl.</i>	150 Stk.	-	-	142,75
M01 ANTIPHLOGISTIKA UND ANTIRHEUMATIKA				
M01AE02 Naproxen				
Naproxen „Infektopharm“ 250 mg/5 ml Saft <i>vormals Proxen Saft</i>	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. <i>vormals Teveten plus Filmtabletten</i> IND: wenn ACE-Hemmer nicht vertragen werden	28 Stk.	-	(2)	21,90
S01 OPHTHALMIKA				
S01BA04 Prednisolon				
Ultracortenol 0,5% Augensalbe <i>vormals Ultracortenol Augensalbe</i> frei verschreibbar für FachärztInnen für Augenheilkunde	5 g	-	-	10,10
Ultracortenol 0,5 % Augentropfen <i>vormals Ultracortenol Augentropf.</i> frei verschreibbar für FachärztInnen für Augenheilkunde	5 ml <i>1 ml = 49 Tr.</i>	-	-	10,50

Änderung der Verwendung im Gelben Bereich:

Präparat	Menge	T	OP	KVP €
A10 ANTIDIABETIKA				

Präparat		Menge	T	OP	KVP €
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
-					
<p>Bei PatientInnen mit Diabetes Typ II</p> <ul style="list-style-type: none"> - Die Behandlung darf erst ab einem HbA1c größer 7 begonnen werden. - Die Behandlung mit Sitagliptin/Metformin hat nur als Second-line-Therapie <ul style="list-style-type: none"> o nach Metformin-Monotherapie oder o 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 o 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 o 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
<p>Bei PatientInnen mit Diabetes Typ II</p> <ul style="list-style-type: none"> - Die Behandlung darf erst ab einem HbA1c größer 7 begonnen werden. - Die Behandlung mit Sitagliptin/Metformin hat nur als Second-line-Therapie <ul style="list-style-type: none"> o nach Metformin-Monotherapie oder o 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 o 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 o als Kombinationstherapie mit Insulin zu erfolgen. - Regelmäßige HbA1c-Bestimmungen sind durchzuführen. <p>Sitagliptin/Metformin eignet sich für eine chef(kontroll)ärztliche Langzeitbewilligung für 12 Monate (L12).</p>					
-					
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 €
<p>Die Kostenübernahme kommt nur bei PatientInnen mit Diabetes Typ II in Frage.</p> <ul style="list-style-type: none"> - 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
<p>Die Kostenübernahme kommt nur bei PatientInnen mit Diabetes Typ II in Frage.</p> <ul style="list-style-type: none"> - 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
<p>Die Kostenübernahme kommt nur bei PatientInnen mit Diabetes Typ II in Frage.</p> <ul style="list-style-type: none"> - 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

Präparat		Menge	T	OP	KVP €
<p>Die Kostenübernahme kommt nur bei PatientInnen mit Diabetes Typ II in Frage.</p> <ul style="list-style-type: none"> - 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). 					
A10BH01 Sitagliptin					
RE1 L12	Januvia 100 mg Filmtabl.	28 Stk.	-	-	47,70
<p>Bei PatientInnen mit Diabetes Typ II</p> <ul style="list-style-type: none"> - Die Behandlung darf erst ab einem HbA1c größer 7 begonnen werden. - Die Behandlung mit Sitagliptin hat nur als Second-line-Therapie <ul style="list-style-type: none"> • 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
<p>Zur Prophylaxe venöser thromboembolischer Ereignisse (VTE) bei erwachsenen PatientInnen nach elektivem chirurgischen Hüft- oder Kniegelenkersatz.</p> <p>Zur Prävention von Schlaganfall und systemischer Embolie bei erwachsenen PatientInnen mit nicht valvulärem Vorhofflimmern mit einem oder mehreren der folgenden Risikofaktoren:</p> <ul style="list-style-type: none"> - 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 <p>Apixaban eignet sich für eine chef(kontroll)ärztliche Langzeitbewilligung für 6 Monate (L6).</p>					

Änderung der Bezeichnung im Gelben Bereich:

Präparat		Menge	T	OP	KVP €
A07 ANTIDIARRHOIKA UND INTESTINALE ANTIPHLOGISTIKA/ANTIINFEKTIVA					
A07AA02 Nystatin					

Präparat	Menge	T	OP	KVP €
Mycostatin Filmtabl.	20 Stk.	-	-	8,50
<i>vormals Mycostatin Drag.</i>	50 Stk.	-	-	19,40
Eine Kostenübernahme ist nur möglich zur Therapie der schweren intestinalen Candidamykose bei immunsupprimierten Patienten.				