

# Änderungen im Erstattungskodex (EKO) ab November 2013

## Informationsstand November 2013

**ROT** → **GRÜN**

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

Präparat	Menge	T	OP	KVP €	max. Kostenersparnis € pro Packung*
<b>A02 MITTEL BEI SÄURE BEDINGTEN ERKRANKUNGEN</b>					
<b>A02BC03 Lansoprazol</b>					
Lansoprazol "Teva" 15 mg Schmelztabl.	28 Stk.	-	(2)	8,50	<b>2,95</b>
30 mg Schmelztabl.	7 Stk.	-	-	4,45	<b>1,90</b>
	14 Stk.	-	-	8,25	<b>2,35</b>
	28 Stk.	-	-	10,05	<b>37,90</b>
					(Erstanbieter nicht im EKO)
Auf Basis der Realverordnungen des 1. Halbjahres 2013 und des Preisvorteils der Lansoprazol-Generika könnte die Therapie mit Lansoprazol um über 1 Mio. €/Jahr kostengünstiger durchgeführt werden.					
<b>M05 MITTEL ZUR BEHANDLUNG VON KNOCHENERKRANKUNGEN</b>					
<b>M05BA08 Zoledronsäure</b>					
Zoledronsäure "Teva Pharma" 5 mg/100 ml Inf.lsg.	1 Stk.	-	-	139,80	<b>98,40</b>
<i>IND: PatientInnen mit Knochenbruchkrankheit (Osteoporose) mit hohem Frakturrisiko oder vorhergegangenen Frakturen nach inadäquatem Trauma.</i>					
<i>Bei M. Paget des Skeletts: Erstverordnung und Kontrollen durch entsprechende Fachabteilung</i>					
Zoledronat hat sich in zahlreichen klinischen Studien mit einer deutlichen Senkung des Frakturrisikos bewährt und hat auch eine breite Zulassung inkl. der Osteoporose bei Männern und der Osteoporose bei systemischer Langzeit-Glukokortikoid-Therapie. Mit der Verfügbarkeit von Zoledronsäure Teva Pharma 5mg/100ml steht diese Substanz auch kostengünstig zur Verfügung. Die Jahrestherapiekosten liegen im Bereich einer oralen Bisphosphonattherapie.					
<b>N05 PSYCHOLEPTIKA</b>					
<b>N05AE04 Ziprasidon</b>					
Ziprasidon "Stada" 20 mg Hartkaps.	10 Stk.	-	(2)	12,30	Packungsgröße beim Erstanbieter nicht vorhanden <b>31,15</b>
	60 Stk.	-	(2)	67,50	
40 mg Hartkaps.	10 Stk.	-	(2)	12,95	Packungsgröße beim Erstanbieter nicht vorhanden <b>32,90</b>
	60 Stk.	-	(2)	71,25	
60 mg Hartkaps.	10 Stk.	-	(2)	13,10	Packungsgröße beim Erstanbieter nicht vorhanden <b>33,31</b>
	60 Stk.	-	(2)	72,20	

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

Präparat	Menge	T	OP	KVP €	max. Kostenersparnis € pro Packung*
80 mg Hartkaps.	10 Stk.	-	(2)	13,65	Packungsgröße beim Erstanbieter nicht vorhanden <b>67,00</b> (Erstanbieter in RE2)
	60 Stk.	-	(2)	75,00	
Das 2. Generikum zu Zeldox hat einen Preisvorteil von ca. 30 %. Auf Grund des Ampelprinzips ist die bei jedem 10. Patienten erforderliche Dosissteigerung auf 80 mg regelkonform nur mit einem im Grünen Bereich angeführten Ziprasidon möglich.					
<b>N05AH03 Olanzapin</b>					
Olanzapin "Ranbaxy" 2,5 mg Tabl.	14 Stk.	-	-	8,40	Packungsgröße beim Erstanbieter nicht vorhanden <b>1,45</b>
	28 Stk.	-	(2)	16,15	
5 mg Tabl.	14 Stk.	-	-	13,70	Packungsgröße beim Erstanbieter nicht vorhanden <b>2,50</b>
	28 Stk.	-	(2)	26,55	
10 mg Tabl.	14 Stk.	-	-	22,20	Packungsgröße beim Erstanbieter nicht vorhanden <b>12,60</b>
	28 Stk.	-	(2)	42,05	

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

Präparat	Menge	T	OP	KVP €
<b>R01 RHINOLOGIKA</b>				
<b>R01AD58 Fluticason, Kombinationen</b>				
Dymista 137 mcg/50 mcg pro Sprühstoß Nasenspray Susp.	23 g 120 Hübe	-	-	<b>24,40</b>
<i>IND: Zur symptomatischen Behandlung der mittelschweren bis schweren allergischen Rhinitis, wenn eine Monotherapie entweder mit einem intranasalen Antihistaminikum oder Glucocorticoid nicht ausreichend ist.</i>				
Dymista ist ein Kombinationspräparat von Fluticason und Azelastin, dem Wirkstoff von Allergodil. Es darf nicht bei Kindern unter 12 Jahren angewendet werden.				
<b>S01 OPHTHALMIKA</b>				
<b>S01GX08 Ketotifen</b>				
Zaditen Ophtha Abak 0,25 mg/ml Augentropfen	5 ml 1ml = 30 Tr.	-	-	<b>10,05</b>
<i>IND: saisonale allergische Conjunctivitis bei Konservierungsmittelallergie oder -unverträglichkeit</i>				

**ROT** → **GELB**

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

Präparat		Menge	T	OP	KVP €	max. Kostenersparnis € pro Packung*
<b>N06 PSYCHOANALEPTIKA</b>						
<b>N06DA03 Rivastigmin</b>						
RE2	<b>Permente 4,6 mg/24 h transdermales Pflaster</b>	7 Stk.	-	-	14,60	<b>12,40</b>
L6		30 Stk.	-	(2)	58,25	<b>47,45</b>
RE2	<b>9,5 mg/24 h transdermales Pflaster</b>	7 Stk.	-	-	14,60	<b>Packungsgröße beim Erstanbieter nicht vorhanden 47,45</b>
L6		30 Stk.	-	(2)	58,25	
<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>						
RE2	<b>Rivastigmin "ratiopharm"</b>	7 Stk.	-	-	14,60	<b>12,40</b>
L6	<b>4,6 mg/24 h transdermales Pflaster</b>	30 Stk.	-	(2)	58,25	<b>47,45</b>
RE2	<b>9,5 mg/24 h transdermales Pflaster</b>	30 Stk.	-	(2)	58,25	<b>47,45</b>
L6						
<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>						
4 von 5 Verordnungen von Rivastigmin entfallen auf ein transdermales Pflaster. Da nun auch dieses generisch verfügbar ist, erhöht sich das Einsparpotenzial für diese Substanz um ein Vielfaches.						

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

Präparat	Menge	ATC-Code	Streichung mit
<b>Ebetrexat 10 mg/ml parenterale Lösung</b>	1 Stk. (1 ml) 1 Stk. (2 ml) 5 Stk. (1 ml) 5 Stk. (2 ml)	L01BA01	01.11.2013

Mit der Marktrücknahme durch den Anbieter wird die Umsatzsteigerung der Fertigspritze, die ca. siebenmal so viel kostet, gefördert. Hier wird vom Hersteller die Monopolsituation zum Schaden der sozialen Krankenversicherung ausgenützt.

<b>Pericephal Tabl.</b>	20 Stk. 50 Stk.	N07CA02	01.11.2013
<b>Rohypnol "Roche" 1 mg Filmtabl.</b>	10 Stk.	N05CD03	01.11.2013
<b>Simvastatin "Pfizer" 20 mg Filmtabl.</b>	28 Stk.	C10AA01	01.11.2013

### Änderung der Packungsgröße im Gelben Bereich:

Präparat		Menge	T	OP	KVP €
<b>L01 ANTINEOPLASTISCHE MITTEL</b>					
<b>L01BC53 Tegafur, Kombinationen</b>					
RE2	<b>Teysono 15 mg/4,35 mg/11,8 mg Hartkaps.</b>	42 Stk.	-	-	<b>152,10</b>
		126 Stk.	-	-	<b>408,00</b>
Zur Behandlung von erwachsenen PatientInnen mit fortgeschrittenem Magenkarzinom in Kombination mit Cisplatin; Diagnose, Erstverordnung und engmaschige Kontrolle durch entsprechende Fachabteilungen und Zentren.					
Aufnahme einer weiteren Packungsgröße zu 126 Stk. Diese Packungsgröße entspricht durchschnittlich dem Bedarf für einen Zyklus (bei ca. 70 kg und ca. 175 cm).					

### Änderung der Verwendung im Gelben Bereich:

Präparat		Menge	T	OP	KVP €
<b>L04 IMMUNSUPPRESSIVA</b>					
<b>L04AB01 Etanercept</b>					
RE1	<b>Enbrel 50 mg Inj.lsg. in Fertigspr.</b>	4 Stk.	-	-	<b>1.011, 80</b>
<ol style="list-style-type: none"> <li>Mittelschwere bis schwere aktive rheumatoide 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 Kontrolle durch FachärztInnen mit Additivfach Rheumatologie oder durch Zentren, die berechtigt sind, solche auszubilden.</li> <li>Aktive und progressive Psoriasis-Arthritis bei Erwachsenen bei Versagen von mindestens zwei anderen DMARDs (disease-modifying anti-rheumatic drugs) inklusive Methotrexat. Erstverordnung und engmaschige Kontrolle durch FachärztInnen mit Additivfach Rheumatologie oder durch Zentren, die berechtigt sind, solche auszubilden.</li> <li>Schwere aktive Spondylitis ankylosans (Morbus Bechterew) bei Erwachsenen mit schwerer Wirbelsäulensymptomatik und erhöhten Entzündungsparametern bei Versagen konventioneller Therapiemöglichkeiten. Erstverordnung und engmaschige Kontrolle durch FachärztInnen mit Additivfach Rheumatologie oder durch Zentren, die berechtigt sind, solche auszubilden.</li> <li>Mittelschwere bis schwere Plaque-Psoriasis erwachsener PatientInnen bei Versagen, Unverträglichkeit oder Kontraindikationen von systemischen Therapien wie Ciclosporin, Methotrexat oder PUVA, in einer Dosierung von maximal 50 mg pro Woche. Erstverordnung und engmaschige Kontrolle durch DermatologInnen.</li> </ol>					
Die bestimmte Verwendung wurde um mittelschwere bis schwere Plaque-Psoriasis erweitert.					
<b>L04AB04 Adalimumab</b>					
RE1	<b>Humira 40 mg Inj.lsg. im vorgefüllten Pen</b>	2 Stk.	-	-	<b>1.058,45</b>

Präparat	Menge	T	OP	KVP €	
<p>1. Mittelschwere bis schwere aktive rheumatoide 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. Um eine maximale Wirksamkeit zu gewährleisten, wird Adalimumab in Kombination mit Methotrexat angewendet. Adalimumab kann im Falle einer Unverträglichkeit von Methotrexat als Monotherapie angewendet werden.                      Erstverordnung und engmaschige Kontrolle durch einen Facharzt/eine Fachärztin mit Additivfach Rheumatologie oder durch Zentren, die berechtigt sind, solche auszubilden.</p> <p>2. Aktive und progressive Psoriasis-Arthritis bei Erwachsenen bei Versagen von mindestens zwei anderen DMARDs (disease-modifying anti-rheumatic drugs) inklusive Methotrexat.                      Erstverordnung und engmaschige Kontrolle durch einen Facharzt/eine Fachärztin mit Additivfach Rheumatologie oder durch Zentren, die berechtigt sind, solche auszubilden.</p> <p>3. Schwere aktive Spondylitis ankylosans (Morbus Bechterew) bei Erwachsenen mit schwerer Wirbelsäulensymptomatik und erhöhten Entzündungsparametern bei Versagen konventioneller Therapiemöglichkeiten.                      Erstverordnung und engmaschige Kontrolle durch einen Facharzt/eine Fachärztin mit Additivfach Rheumatologie oder durch Zentren, die berechtigt sind, solche auszubilden.</p> <p>4. Schwergradiger aktiver Morbus Crohn bei Versagen, Unverträglichkeit oder Kontraindikation konventioneller Therapiemöglichkeiten.                      Erstverordnung und engmaschige Kontrolle durch einen Arzt/eine Ärztin mit Additivfach für Gastroenterologie</p> <p>5. Mittelschwere bis schwere Plaque-Psoriasis erwachsener PatientInnen bei Versagen, Unverträglichkeit oder Kontraindikation von systemischen Therapien wie Ciclosporin, Methotrexat oder PUVA.                      Erstverordnung und engmaschige Kontrolle durch einen Facharzt/eine Fachärztin für Dermatologie.</p> <p>6. Mittelschwere bis schwere aktive Colitis ulcerosa erwachsener PatientInnen bei Versagen, Unverträglichkeit oder Kontraindikation der konventionellen Therapien.                      Erstverordnung und engmaschige Kontrolle durch einen Arzt/eine Ärztin mit Additivfach für Gastroenterologie. Keine Fortsetzung der Behandlung der PatientInnen, die innerhalb von 2 bis 8 Wochen nicht klinisch ansprechen.</p>					
RE1	<b>Humira 40 mg Inj.lsg. in Fertigspr.</b>	2 Stk.	-	-	<b>1.058,45</b>

Präparat		Menge	T	OP	KVP €
<p>1. Mittelschwere bis schwere aktive rheumatoide 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. Um eine maximale Wirksamkeit zu gewährleisten, wird Adalimumab in Kombination mit Methotrexat angewendet. Adalimumab kann im Falle einer Unverträglichkeit von Methotrexat als Monotherapie angewendet werden. Erstverordnung und engmaschige Kontrolle durch einen Facharzt/eine Fachärztin mit Additivfach Rheumatologie oder durch Zentren, die berechtigt sind, solche auszubilden.</p> <p>2. Aktive und progressive Psoriasis-Arthritis bei Erwachsenen bei Versagen von mindestens zwei anderen DMARDs (disease-modifying anti-rheumatic drugs) inklusive Methotrexat. Erstverordnung und engmaschige Kontrolle durch einen Facharzt/eine Fachärztin mit Additivfach Rheumatologie oder durch Zentren, die berechtigt sind, solche auszubilden.</p> <p>3. Schwere aktive Spondylitis ankylosans (Morbus Bechterew) bei Erwachsenen mit schwerer Wirbelsäulensymptomatik und erhöhten Entzündungsparametern bei Versagen konventioneller Therapiemöglichkeiten. Erstverordnung und engmaschige Kontrolle durch einen Facharzt/eine Fachärztin mit Additivfach Rheumatologie oder durch Zentren, die berechtigt sind, solche auszubilden.</p> <p>4. Schweregradiger aktiver Morbus Crohn bei Versagen, Unverträglichkeit oder Kontraindikation konventioneller Therapiemöglichkeiten. Erstverordnung und engmaschige Kontrolle durch einen Arzt/eine Ärztin mit Additivfach für Gastroenterologie.</p> <p>5. Mittelschwere bis schwere Plaque-Psoriasis erwachsener PatientInnen bei Versagen, Unverträglichkeit oder Kontraindikation von systemischen Therapien wie Ciclosporin, Methotrexat oder PUVA. Erstverordnung und engmaschige Kontrolle durch einen Facharzt/eine Fachärztin für Dermatologie.</p> <p>6. Mittelschwere bis schwere aktive Colitis ulcerosa erwachsener PatientInnen bei Versagen, Unverträglichkeit oder Kontraindikation der konventionellen Therapien. Erstverordnung und engmaschige Kontrolle durch einen Arzt/eine Ärztin mit Additivfach für Gastroenterologie. Keine Fortsetzung der Behandlung der PatientInnen, die innerhalb von 2 bis 8 Wochen nicht klinisch ansprechen.</p>					
Die bestimmte Verwendung von Humira wurde um mittelschwere bis schwere aktive Colitis ulcerosa erweitert.					
<b>N06 PSYCHOANALEPTIKA</b>					
<b>N06DX01 Memantin</b>					
RE2	<b>Axura 5, 10, 15, 20 mg Filmtabl. (Starterpackung)</b>	28 Stk.	-	-	<b>47,40</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 L6	<b>Axura 10 mg Filmtabl.</b>	28 Stk.	-	(2)	<b>44,25</b>

Präparat		Menge	T	OP	KVP €
<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> <li>- Memantin eignet sich für eine chef(kontroll)ärztliche Langzeitbewilligung für 6 Monate (L6).</li> </ul>					
RE2 L6	<b>Axura 20 mg Filmtabl.</b>	28 Stk.	-	(2)	<b>73,90</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> <li>- Memantin eignet sich für eine chef(kontroll)ärztliche Langzeitbewilligung für 6 Monate (L6).</li> </ul>					
RE2	<b>Ebixa 5, 10, 15, 20 mg Filmtabl. (Starterpackung)</b>	28 Stk.	-	-	<b>47,40</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 L6	<b>Ebixa 10 mg Filmtabl.</b>	28 Stk.	-	(2)	<b>44,25</b>



Präparat		Menge	T	OP	KVP €
<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> <li>- Memantin eignet sich für eine chef(kontroll)ärztliche Langzeitbewilligung für 6 Monate (L6).</li> </ul>					
RE2 L6	<b>Ebixa 20 mg Filmtabl.</b>	28 Stk.	-	(2)	<b>73,90</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> <li>- Memantin eignet sich für eine chef(kontroll)ärztliche Langzeitbewilligung für 6 Monate (L6).</li> </ul>					

### Änderung der Bezeichnung im Gelben Bereich:

Präparat		Menge	T	OP	KVP €
<b>L03 IMMUNSTIMULANZIEN</b>					
<b>L03AB10 Peginterferon alfa-2b</b>					
RE2	<b>PegIntron 50 mcg Plv. u. Lsgm. z. Herst. einer Inj.lsg. in einem Fertigen</b> <i>vormals PegIntron 50 mcg Plv. u. Lsgm. z. Herst. einer Inj.lsg in einem vorgefüllten Injektor</i>	4 Stk.	-	-	<b>415,35</b>
RE2	<b>PegIntron 80 mcg Plv. u. Lsgm. z. Herst. einer Inj.lsg. in einem Fertigen</b> <i>vormals PegIntron 80 mcg Plv. u. Lsgm. z. Herst. einer Inj.lsg in einem vorgefüllten Injektor</i>	4 Stk.	-	-	<b>683,00</b>
RE2	<b>PegIntron 100 mcg Plv. u. Lsgm. z. Herst. einer Inj.lsg. in einem Fertigen</b> <i>vormals PegIntron 100 mcg Plv. u. Lsgm. z. Herst. einer Inj.lsg in einem vorgefüllten Injektor</i>	4 Stk.	-	-	<b>855,85</b>
RE2	<b>PegIntron 120 mcg Plv. u. Lsgm. z. Herst. einer Inj.lsg. in einem Fertigen</b> <i>vormals PegIntron 120 mcg Plv. u. Lsgm. z. Herst. einer Inj.lsg in einem vorgefüllten Injektor</i>	4 Stk.	-	-	<b>868,15</b>



Präparat		Menge	T	OP	KVP €
<p>Bei erwachsenen PatientInnen ab 18 Jahren in der Indikation nachgewiesene chronische Hepatitis C einschließlich kompensierte Zirrhose mit erhöhten Transaminasewerten und positiver Serum HCV-RNA oder positivem Anti-HCV sowie bei PatientInnen, die nicht auf eine vorangegangene Kombinationstherapie mit pegyliertem Interferon alfa und Ribavirin angesprochen bzw. einen Rückfall erlitten haben (für behandlungsnaive PatientInnen über 85 kg steht eine kostengünstigere Therapiealternative zur Verfügung). Erfolgt nach 12 Wochen kein virologisches Ansprechen, ist die Therapie abzusetzen. Cave: Nicht bei PatientInnen, die im Rahmen einer klinischen Studie behandelt werden. Behandlungsdauer: Mind. 6 Monate (Genotyp 2 und 3), 12 Monate (Genotyp 1) Die Indikationsstellung und Therapieüberwachung muss durch einen Arzt/eine Ärztin mit Erfahrung in der Behandlung der Hepatitis C erfolgen.</p>					
RE2	<p><b>PegIntron 150 mcg Plv. u. Lsgm. z. Herst. einer Inj.lsg. in einem Fertigpen</b> <i>vormals PegIntron 150 mcg Plv. u. Lsgm. z. Herst. einer Inj.lsg. in einem vorgefüllten Injektor.</i></p>	4 Stk.	-	-	<b>1.108,65</b>
<p>Bei erwachsenen PatientInnen ab 18 Jahren in der Indikation nachgewiesene chronische Hepatitis C einschließlich kompensierte Zirrhose mit erhöhten Transaminasewerten und positiver Serum HCV-RNA oder positivem Anti-HCV, die nicht auf eine vorangegangene Kombinationstherapie mit pegyliertem Interferon alfa und Ribavirin angesprochen bzw. einen Rückfall erlitten haben. Erfolgt nach 12 Wochen kein virologisches Ansprechen, ist die Therapie abzusetzen. Cave: Nicht bei PatientInnen, die im Rahmen einer klinischen Studie behandelt werden. Behandlungsdauer: Mind. 6 Monate (Genotyp 2 und 3), 12 Monate (Genotyp 1) Die Indikationsstellung und Therapieüberwachung muss durch einen Arzt/eine Ärztin mit Erfahrung in der Behandlung der Hepatitis C erfolgen.</p>					

### Änderung von ATC-Codes im Grünen Bereich:

Präparat		Menge	T	OP	KVP €
<b>D04 ANTIPRURIGINOSA, INKL. ANTIHISTAMINIKA, ANÄSTHETIKA ETC.</b>					
<b>D04AX Andere Dermatika</b> ( <i>vormals D11AX</i> )					
Tannosynt flüssig Badekonzentrat		100 g	-	-	<b>4,60</b>
Tannosynt Lotio		100 g	-	-	<b>4,10</b>