

Nr. 6 / Juni 2020

Änderungen im Erstattungskodex (EKO) ab Juni 2020

Informationsstand Juni 2020

ROT → **GRÜN**

Aufnahme kostengünstiger Nachfolgepräparate in den Grünen Bereich:

Präparat	Menge	T	OP	KVP €	max. Kostenersparnis € pro Packung*
C01 HERZTHERAPIE					
C01BD07 Dronedaron					
Dronedaron "Aristo" 400 mg Filmtabl.	20 Stk.	-	-	10,55	22,70
	60 Stk.	-	-	29,90	61,40
Erstanbieter in RE1					
<i>IND: Erstverordnung und regelmäßige Kontrolle durch InternistInnen</i>					
Dronedaron "Aristo" ist das erste Nachfolgepräparat zu Multaq. Es ist deutlich kostengünstiger und im Gegensatz zu Multaq nicht vorbewilligungspflichtig.					
L04 IMMUNSUPPRESSIVA					
L04AD02 Tacrolimus					
Dailiport 0,5 mg Hartkaps., retardiert	30 Stk.	-	(3)	18,30	27,45
1 mg Hartkaps., retardiert	60 Stk.	-	(3)	59,05	66,65
5 mg Hartkaps., retardiert	30 Stk.	-	(3)	88,40	161,70
<i>IND: nach Organtransplantationen</i>					
Dailiport ist nach Tacforius das zweite Nachfolgepräparat zu Advagraf.					
N04 ANTIPARKINSONMITTEL					
N04BC05 Pramipexol					
Pramipexol "Stada" 0,26 mg Retardtabl.	10 Stk.	-	(2)	5,20	1,00
0,52 mg Retardtabl.	10 Stk.	-	(2)	8,80	1,30
	30 Stk.	-	(3)	24,90	3,75
1,05 mg Retardtabl.	10 Stk.	-	(2)	14,25	2,50
	30 Stk.	-	(3)	39,75	7,00
2,1 mg Retardtabl.	10 Stk.	-	(2)	23,35	3,65
	30 Stk.	-	(3)	66,40	10,25
3,15 mg Retardtabl.	30 Stk.	-	(3)	84,55	14,85
Pramipexol "Stada" ist ein weiteres Nachfolgepräparat zu retardiertem Sifrol.					

* Vergleich zum Listenpreis des Erstanbieterpräparates in dosierungsäquivalenter Menge (Preisbasis der Berechnung: Juni 2020)
PM: Arzneispezialitäten, für die eine Vereinbarung über ein Preismodell mit dem vertriebsberechtigten Unternehmen vorliegt.

Präparat	Menge	T	OP	KVP €	max. Kostensparnis € pro Packung*
N05 PSYCHOLEPTIKA					
N05AH04 Quetiapin					
Quetiapin "Accord" 50 mg Retardtabl.	10 Stk.	-	(2)	1,10	0,45
	30 Stk.	-	-	3,00	1,60
					Erstanbieter in dieser Stärke nicht im EKO
150 mg Retardtabl.	10 Stk.	-	(2)	2,50	Wirkstoffstärke beim Erstanbieter nicht vorhanden
	30 Stk.	-	-	6,75	
200 mg Retardtabl.	10 Stk.	-	(2)	3,10	0,70
	30 Stk.	-	(2)	8,40	2,70
300 mg Retardtabl.	10 Stk.	-	(2)	4,20	0,95
	60 Stk.	-	-	21,35	7,15
400 mg Retardtabl.	10 Stk.	-	(2)	5,15	1,20
	60 Stk.	-	-	26,40	8,90

ROT → **GELB**

Aufnahme kostengünstiger Nachfolgepräparate in den Gelben Bereich:

Präparat	Menge	T	OP	KVP €	max. Kostensparnis € pro Packung*	
J05 ANTIVIRALE MITTEL ZUR SYSTEMISCHEN ANWENDUNG						
J05AG01 Nevirapin						
RE2	Nevirapin "Accord" 200 mg Tabl.	60 Stk.	-	-	98,50	89,50
RE2	400 mg Retardtabl.	30 Stk.	-	-	98,50	57,35
In Kombination mit anderen antiretroviralen Arzneimitteln zur Behandlung von HIV-1-infizierten Erwachsenen, Jugendlichen und Kindern jeden Alters. Therapieeinleitung und regelmäßige Kontrollen durch einen Arzt/eine Ärztin mit Erfahrung in der HIV-Behandlung.						
Nevirapin "Accord" ist ein Nachfolgepräparat zu Viramune.						
J05AR02 Lamivudin und Abacavir						
RE2	Abacavir/Lamivudin "Stada" 600 mg/300 mg Filmtabl.	30 Stk.	-	-	134,75	105,00
In Kombination mit anderen antiretroviralen Arzneimitteln bei HIV-1-infizierten PatientInnen ab 25 kg Körpergewicht. Therapieeinleitung und regelmäßige Kontrollen durch einen Arzt/eine Ärztin mit Erfahrung in der HIV-Behandlung.						
Abacavir/Lamivudin "Stada" ist das dritte Nachfolgepräparat zu Kivexa.						

Aufnahme von Präparaten in den Gelben Bereich:

Präparat	Menge	T	OP	KVP €
----------	-------	---	----	-------

Präparat	Menge	T	OP	KVP €	
J05 ANTIVIRALE MITTEL ZUR SYSTEMISCHEN ANWENDUNG					
J05AP55 Sofosbuvir und Velpatasvir					
RE1	Epclusa 400 mg/100 mg Filmtabl. (PM)	28 Stk.	-	-	8.449,90
<p>Bei erwachsenen PatientInnen mit chronischer Hepatitis C. Genotypen 1, 2, 4, 5, 6: – bei PatientInnen ohne Zirrhose oder mit kompensierter Zirrhose für 12 Wochen – bei PatientInnen mit dekompensierter Zirrhose in Kombination mit Ribavirin für 12 Wochen Genotyp 3: – bei PatientInnen ohne Zirrhose für 12 Wochen – bei PatientInnen mit kompensierter Zirrhose in Kombination mit oder ohne Ribavirin für 12 Wochen – bei PatientInnen mit dekompensierter Zirrhose in Kombination mit Ribavirin für 12 Wochen Die Verordnung hat durch ein spezialisiertes Zentrum durch GastroenterologInnen oder InfektologInnen mit Erfahrung in der Behandlung der Hepatitis C zu erfolgen. Die Liste der für die Verordnung in Frage kommenden Einrichtungen wird vom Dachverband erstellt und unter www.sozialversicherung.at/erstattungskodex_hepatitis_c publiziert. Die Aufnahme ist befristet und endet mit 31.5.2022.</p>					

Folgende Präparate wurden aus dem EKO gestrichen:

Präparat	Menge	ATC-Code	Streichung mit
Alna retard 0,4 mg Kaps.	30 Stk.	G04CA02	01.06.2020
Zahlreiche Nachfolgepräparate stehen im EKO zur Verfügung.			
Atozet 10 mg/10 mg Filmtabl.	30 Stk.	C10BA05	01.06.2020
Atozet 10 mg/20 mg Filmtabl.	30 Stk.	C10BA05	01.06.2020
Atozet 10 mg/40 mg Filmtabl.	30 Stk.	C10BA05	01.06.2020
Atozet 10 mg/80 mg Filmtabl.	30 Stk.	C10BA05	01.06.2020
Bimatoprost "Sandoz" 100 mcg/ml Augentropf.	3 ml	S01EE03	01.06.2020
Humal Teilbad	10 Stk.	M02AC	17.04.2020
Invirase 500 mg Filmtabl.	120 Stk.	J05AE01	01.06.2020
Lansoprazol "Arcana" 30 mg Kaps.	28 Stk.	A02BC03	01.06.2020
Metformin "Stada" 1000 mg Filmtabl.	15 Stk. 60 Stk.	A10BA02	01.06.2020
Metohexal retard 190 mg Filmtabl.	30 Stk.	C07AB02	01.06.2020
Oprymeia 1,05 mg Retardtabl.	10 Stk. 30 Stk.	N04BC05	01.06.2020
Oprymeia 2,62 mg Retardtabl.	10 Stk. 30 Stk.	N04BC05	01.06.2020
Oprymeia 3,15 mg Retardtabl.	30 Stk.	N04BC05	01.06.2020
Optiray 240 mg J/ml (nichtionische) parenterale Röntgenkontrastmittelsg. Fertigspr. 50 ml	1 Stk.	V08AB07	01.06.2020
Optiray 240 mg J/ml (nichtionische) parenterale Röntgenkontrastmittelsg. Inf.fl. 50 ml	1 Stk.	V08AB07	01.06.2020
Optiray 320 mg J/ml (nichtionische) parenter-	1 Stk.	V08AB07	01.06.2020

Präparat	Menge	ATC-Code	Streichung mit
ale Röntgenkontrastmittellsg. Fertigspr. 50 ml			
Optiray 320 mg J/ml (nichtionische) parenterale Röntgenkontrastmittellsg. Inf.fl. 50 ml	1 Stk.	V08AB07	01.06.2020
Optiray 320 mg J/ml (nichtionische) parenterale Röntgenkontrastmittellsg. Inf.fl. 75 ml	1 Stk.	V08AB07	01.06.2020
Quetiapin "Bluefish" 200 mg Retardtabl.	30 Stk.	N05AH04	01.06.2020
Quetiapin "Bluefish" 300 mg Retardtabl.	60 Stk.	N05AH04	01.06.2020
Quetiapin "Bluefish" 400 mg Retardtabl.	60 Stk.	N05AH04	01.06.2020
Ranic „Hexal“ 150 mg Filmtabl.	20 Stk. 50 Stk.	A02BA02	17.04.2020
Ranic „Hexal“ 300 mg Filmtabl.	10 Stk. 30 Stk.	A02BA02	17.04.2020
Ranitidin "1A Pharma" 300 mg Filmtabl.	10 Stk. 30 Stk.	A02BA02	17.04.2020
Repaglinid "Sandoz" 0,5 mg Tabl.	30 Stk.	A10BX02	01.06.2020
Repaglinid "Sandoz" 4 mg Tabl.	90 Stk.	A10BX02	01.06.2020
Sebivo 600 mg Filmtabl.	28 Stk.	J05AF11	01.06.2020
Tolura 40 mg Tabl.	30 Stk.	C09CA07	01.06.2020
Xenetix 250 (250 mg J/ml) parenterale Röntgenkontrastmittellsg. 100 ml	1 Stk.	V08AB11	01.06.2020
Xenetix 300 (300 mg J/ml) parenterale Röntgenkontrastmittellsg. 50 ml	1 Stk.	V08AB11	01.06.2020
Xenetix 300 (300 mg J/ml) parenterale Röntgenkontrastmittellsg. 75 ml	1 Stk.	V08AB11	01.06.2020
Xenetix 300 (300 mg J/ml) parenterale Röntgenkontrastmittellsg. 100 ml	1 Stk.	V08AB11	01.06.2020
Xenetix 350 (350 mg J/ml) parenterale Röntgenkontrastmittellsg. 50 ml	1 Stk.	V08AB11	01.06.2020
Xenetix 350 (350 mg J/ml) parenterale Röntgenkontrastmittellsg. 100 ml	1 Stk.	V08AB11	01.06.2020

Änderung der Verwendung im Grünen Bereich:

Präparat	Menge	T	OP	KVP €
C09 MITTEL MIT WIRKUNG AUF DAS RENIN-ANGIOTENSIN-SYSTEM				
C09AA03 Lisinopril				
Lisinopril "1A Pharma" 5 mg Tabl.	30 Stk.	T2	(3)	2,15
10 mg Tabl.	30 Stk.	T2	(3)	4,25
20 mg Tabl.	30 Stk.	T2	(3)	7,55
Änderung der verschreibbaren Höchstmenge auf OP 3				
C09BA03 Lisinopril und Diuretika				
Lisinopril/HCT "1A Pharma" mite Tabl.	30 Stk.	T2	(3)	9,65

Präparat	Menge	T	OP	KVP €
semi Tabl.	30 Stk.	T2	(3)	6,30
Änderung der verschreibbaren Höchstmenge auf OP 3				

Änderung der Packungsgröße im Grünen Bereich:

Präparat	Menge	T	OP	KVP €
A10 ANTIDIABETIKA				
A10BB09 Gliclazid				
Gliclazid "Sandoz" 30 mg Tabl. mit veränderter Wirkstofffreisetzung	30 Stk.	-	(2)	1,95
Streichung der 120 Stk.-Pkg.				
D05 ANTIPSORIATIKA				
D05AX52 Calcipotriol, Kombinationen				
Daivobet 50 mcg/g + 0,5 mg/g Gel	30 g	-	-	23,95
	60 g	-	-	45,40
D				
Streichung der 60 g + Applikator-Pkg.				
G04 UROLOGIKA				
G04CA02 Tamsulosin				
Tamsulosin "Hexal" retard 0,4 mg Kaps.	10 Stk.	-	(2)	2,10
U				
Streichung der 30 Stk.-Pkg.				
G04CB01 Finasterid				
Proscar 5 mg Filmtabl.	30 Stk.	-	(2)	8,05
U				
Austausch der 28 Stk.-Pkg. auf eine 30 Stk.-Pkg.				
N04 ANTIPARKINSONMITTEL				
N04BC05 Pramipexol				
Oprymeia 0,52 mg Retardtabl.	10 Stk.	-	(2)	9,35
Streichung der 30 Stk.-Pkg.				
Oprymeia 1,57 mg Retardtabl.	30 Stk.	-	-	61,55
Streichung der 10 Stk.-Pkg.				
Oprymeia 2,1 mg Retardtabl.	30 Stk.	-	-	72,30

Präparat	Menge	T	OP	KVP €
Streichung der 10 Stk.-Pkg.				
N05 PSYCHOLEPTIKA				
N05AH03 Olanzapin				
Zalasta 2,5 mg Tabl.	28 Stk.	-	(2)	14,30
Streichung der 14 Stk.-Pkg.				
Zalasta 10 mg Tabl.	28 Stk.	-	(2)	52,55
Streichung der 14 Stk.-Pkg.				
V08 KONTRASTMITTEL				
V08AB07 Ioversol				
Optiray 300 mg J/ml (nichtionische) parenterale Röntgenkontrastmittellsg. Fertigspr. 50 ml	1 Stk.	-	(2)	36,15
R				
für die Phlebographie und Urographie				
Streichung der Optiray 300 mg J/ml (nichtionische) parenterale Röntgenkontrastmittellsg. Inf.fl. 100 ml				

Änderung der Verwendung im Gelben Bereich:

Präparat	Menge	T	OP	KVP €
J05 ANTIVIRALE MITTEL ZUR SYSTEMISCHEN ANWENDUNG				
J05AE10 Darunavir				
RE2 Prezista 800 mg Filmtabl.	30 Stk.	-	-	176,05
In Kombination mit niedrig dosiertem Ritonavir und anderen antiretroviralen Arzneimitteln zur Behandlung von HIV-1-infizierten PatientInnen ab 3 Jahren (größer gleich 40 kg) bei				
– antiretroviral nicht vorbehandelten PatientInnen				
– antiretroviral vorbehandelten PatientInnen, wenn diese keine Darunavir-Resistenz-assoziierten Mutationen aufweisen, und eine Viruslast von kleiner als 100.000 HIV-1-RNA-Kopien/ml sowie eine CD4-Zellzahl von größer gleich 100 Mio. Zellen/l vorliegt.				
Therapieeinleitung und regelmäßige Kontrollen durch einen Arzt/eine Ärztin mit Erfahrung in der HIV-Behandlung.				
M04 GICHTMITTEL				
M04AA03 Febuxostat				
RE1 Adenuric 80 mg Filmtabl.	14 Stk.	-	-	6,40
L6	28 Stk.	-	-	12,50
RE1 120 mg Filmtabl.	14 Stk.	-	-	6,40
L6	28 Stk.	-	-	12,50
RE1 Feburo 80 mg Filmtabl.	10 Stk.	-	-	4,55
L6	30 Stk.	-	-	13,30
RE1 120 mg Filmtabl.	10 Stk.	-	-	4,55
L6	30 Stk.	-	-	13,30

Präparat		Menge	T	OP	KVP €
RE1 L6	Febuxostat "+pharma" 80 mg Filmtabl.	20 Stk.	-	-	9,05
		30 Stk.	-	-	12,40
RE1 L6	120 mg Filmtabl.	20 Stk.	-	-	9,05
		30 Stk.	-	-	12,40
RE1 L6	Febuxostat "Accord" 80 mg Filmtabl.	14 Stk.	-	-	6,40
		28 Stk.	-	-	12,50
RE1 L6	120 mg Filmtabl.	14 Stk.	-	-	6,40
		28 Stk.	-	-	12,50
RE1 L6	Febuxostat "Genericon" 80 mg Filmtabl.	20 Stk.	-	-	9,15
		30 Stk.	-	-	13,30
RE1 L6	120 mg Filmtabl.	20 Stk.	-	-	9,15
		30 Stk.	-	-	13,30
RE1 L6	Febuxostat "ratiopharm" 80 mg Filmtabl.	10 Stk.	-	-	4,50
		30 Stk.	-	-	13,35
RE1 L6	120 mg Filmtabl.	10 Stk.	-	-	4,50
		30 Stk.	-	-	13,35
RE1 L6	Febuxostat "Sandoz" 80 mg Filmtabl.	14 Stk.	-	-	6,40
		30 Stk.	-	-	13,40
RE1 L6	120 mg Filmtabl.	14 Stk.	-	-	6,40
		30 Stk.	-	-	13,40
RE1 L6	Febuxostat "Stada" 80 mg Filmtabl.	14 Stk.	T2	-	6,40
		28 Stk.	T2	-	12,50
RE1 L6	120 mg Filmtabl.	14 Stk.	-	-	6,40
		28 Stk.	-	-	12,50
Regeltext für alle oben angeführten Febuxostat-Präparate lautet wie folgt:					
Bei chronischer Hyperurikämie mit Uratablagerungen (einschließlich eines aus der Krankengeschichte bekannten oder aktuell vorliegenden Gichtknotens und/oder einer Gichtarthritis), wenn eine Intoleranz/Kontraindikation gegen die Therapiealternativen aus dem Grünen Bereich (M04AA) besteht oder trotz ausreichender Dosierung die Harnsäurewerte nicht unter 6 mg/dl gesenkt werden können. Kontrolle der Harnsäurewerte alle 3 Monate. Therapiefortsetzung nur bei gesichertem Ansprechen (Senkung des Harnsäurespiegels unter 6 mg/dl). Nach dauerhafter Senkung des Harnsäurespiegels unter 6 mg/dl über einen Zeitraum von zumindest einem Jahr kann die Therapie unter der Voraussetzung von halbjährlichen Kontrollen der Harnsäurewerte abgesetzt werden. Febuxostat eignet sich für eine chef(kontroll)ärztliche Langzeitbewilligung für 6 Monate (L6).					
Die Möglichkeit der Langzeitbewilligung wurde für alle Febuxostat-Präparate ergänzt.					
R03 MITTEL BEI OBSTRUKTIVEN ATEMWEGSERKRANKUNGEN					
R03DX09 Mepolizumab					
RE1 L6	Nucala 100 mg Plv. zur Herst. einer Inj.lsg. 	1 Stk.	-	-	993,60

Präparat	Menge	T	OP	KVP €
<p>– Als Zusatztherapie bei PatientInnen ab 6 Jahren mit schwerem refraktärem eosinophilem Asthma mit Bluteosinophilen-Werten von 300 Zellen pro Mikroliter oder mehr in den letzten 12 Monaten UND</p> <ul style="list-style-type: none"> • wenn trotz täglicher Therapie mit maximal hoch dosierten inhalativen Corticosteroiden und einem lang wirkenden inhalativen Beta2-Agonisten und/oder Leukotrienrezeptor-Antagonisten und/oder Theophyllin in den letzten 12 Monaten UND • wenn trotz wiederholter Therapie mit systemischen Corticosteroiden (vier oder mehr Behandlungsepisoden in den letzten 12 Monaten) <p>– vier oder mehr schwere Asthma-Exazerbationen in den letzten 12 Monaten auftraten, die entweder die Gabe oder eine deutliche Dosissteigerung von systemischen Corticosteroiden über mehr als drei Tage erforderten ODER</p> <p>– mindestens eine schwerwiegende Exazerbation mit stationärer Spitalsbehandlung in den letzten 12 Monaten auftrat.</p> <p>Nicht in Kombination mit anderen monoklonalen Antikörpern zur Behandlung des schweren Asthmas. Erstinstellung und Weiterverordnung durch PulmologInnen.</p> <p>Überprüfung der Wirksamkeit und Dokumentation alle 6 Monate anhand der Anzahl an schweren und schwerwiegenden Asthma-Exazerbationen (Definition siehe oben) in den letzten 12 Monaten.</p> <p>Die Therapie ist nur fortzuführen bei einer Reduktion der Anzahl an Asthma-Exazerbationen ODER bei einer gleichbleibenden Anzahl an Asthma-Exazerbationen in Verbindung mit einer deutlichen Dosisreduktion systemischer Corticosteroide im Vergleich zur Ausgangsdosis.</p> <p>Mepolizumab eignet sich für eine chef(kontroll)ärztliche Langzeitbewilligung für 6 Monate (L6).</p> <p>Nach der Aufnahme der Fertigspritze und des Fertigpens im Mai 2020 wurde die EKO-Regel der Injektionslösung adaptiert:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Inklusion der pädiatrischen Patienten ab 6 Jahren - Vorliegen von mindestens vier Behandlungsepisoden mit systemischen Corticosteroiden in den letzten 12 Monaten anstatt einer Therapie mit systemischen Corticosteroiden für mindestens 6 Monate in den letzten 12 Monaten 				

Änderung der Bezeichnung im Grünen Bereich:

Präparat	Menge	T	OP	KVP €
N03 ANTIPILEPTIKA				
N03AX14 Levetiracetam				
Levetiracetam "Aristo" 500 mg Filmtabl.	60 Stk.	-	-	24,00
<i>vormals Levetiracetam "easypharm" 500 mg Filmtabl.</i>	100 Stk.	-	-	32,65
N				
Levetiracetam "Aristo" 1000 mg Filmtabl.	60 Stk.	-	-	40,90
<i>vormals Levetiracetam "easypharm" 1000 mg Filmtabl</i>	100 Stk.	-	-	53,10
N				
N05 PSYCHOLEPTIKA				
N05AH03 Olanzapin				
Olanzapin "Aristo" 2,5 mg Filmtabl.	10 Stk.	-	(2)	5,30
<i>vormals Olanzapin "easypharm" 2,5 mg Filmtabl.</i>	30 Stk.	-	(2)	12,05
Olanzapin "Aristo" 5 mg Filmtabl.	10 Stk.	-	(2)	10,15
<i>vormals Olanzapin "easypharm" 5 mg Filmtabl</i>	30 Stk.	-	(2)	22,80
Olanzapin "Aristo" 10 mg Filmtabl.	10 Stk.	-	(2)	19,80
<i>vormals Olanzapin "easypharm" 10 mg Filmtabl</i>	30 Stk.	-	(2)	45,00

Präparat	Menge	T	OP	KVP €
Olanzapin "Aristo" 15 mg Filmtabl. <i>vormals Olanzapin "easypharm" 15 mg Filmtabl</i>	10 Stk. 30 Stk.	- -	(2) (2)	22,90 58,85
N05AH04 Quetiapin				
Quetiapin "Aristo" 25 mg Filmtabl. <i>vormals Quetiapin "easypharm" 25 mg Filmtabl.</i>	6 Stk. 60 Stk.	- -	- -	1,75 14,20
Quetiapin "Aristo" 100 mg Filmtabl. <i>vormals Quetiapin "easypharm" 100 mg Filmtabl.</i>	30 Stk. 60 Stk. 90 Stk.	- - -	- (2) -	20,45 35,40 51,05
Quetiapin "Aristo" 200 mg Filmtabl. <i>vormals Quetiapin "easypharm" 200 mg Filmtabl.</i>	30 Stk. 60 Stk.	- -	- (2)	30,00 52,50
Quetiapin "Aristo" 300 mg Filmtabl. <i>vormals Quetiapin "easypharm" 300 mg Filmtabl.</i>	30 Stk. 60 Stk.	- -	- -	39,45 68,75
N05AX08 Risperidon				
Risperidon "Aristo" 1 mg Filmtabl. <i>vormals Risperidon "easypharm" 1 mg Filmtabl.</i>	20 Stk. 60 Stk.	(2) (2)	- -	8,70 22,35
Risperidon "Aristo" 2 mg Filmtabl. <i>vormals Risperidon "easypharm" 2 mg Filmtabl.</i>	20 Stk. 60 Stk.	(2) (2)	- -	13,95 36,85
Risperidon "Aristo" 3 mg Filmtabl. <i>vormals Risperidon "easypharm" 3 mg Filmtabl.</i>	20 Stk. 60 Stk.	(2) (2)	- -	18,50 48,00
Risperidon "Aristo" 4 mg Filmtabl. <i>vormals Risperidon "easypharm" 4 mg Filmtabl.</i>	20 Stk. 60 Stk.	(2) (2)	- -	22,90 59,45
N05AX12 Aripiprazol				
Aripiprazol "Aristo" 10 mg Tabl. <i>vormals Aripiprazol "easypharm" 10 mg Tabl.</i>	10 Stk. 30 Stk.	- -	- (2)	18,65 53,05
Aripiprazol "Aristo" 15 mg Tabl. <i>vormals Aripiprazol "easypharm" 15 mg Tabl.</i>	10 Stk. 30 Stk.	- -	- (2)	18,65 53,05
N06 PSYCHOANALEPTIKA				
N06AB06 Sertralin				
Sertralin "Aristo" 50 mg Filmtabl. <i>vormals Sertralin "easypharm" 50 mg Filmtabl.</i>	14 Stk. 30 Stk.	(2) (2)	(2) -	4,80 10,05
Sertralin "Aristo" 100 mg Filmtabl. <i>vormals Sertralin "easypharm" 100 mg Filmtabl.</i>	10 Stk. 30 Stk.	(2) (2)	(2) -	3,45 10,05
N06AX16 Venlafaxin				
Venlafaxin "Aristo" ER 75 mg Hartkaps. <i>vormals Venlafaxin "easypharm" ER 75 mg Hartkaps.</i>	10 Stk. 30 Stk.	- -	(2) -	2,25 6,85
Venlafaxin "Aristo" ER 150 mg Hartkaps. <i>vormals Venlafaxin "easypharm" ER 150 mg Hartkaps.</i>	10 Stk. 30 Stk.	- -	(2) -	4,80 13,85

Änderung der Bezeichnung im Gelben Bereich:

Präparat		Menge	T	OP	KVP €
N06 PSYCHOANALEPTIKA					
N06DX01 Memantin					
RE2	Memantin "Aristo" 10 mg Filmtabl.	10 Stk.	(2)	-	6,45
	<i>vormals Memantin "easypharm" 10 mg Filmtabl.</i>	30 Stk.	(2)	(2)	18,40
RE2	Memantin "Aristo" 20 mg Filmtabl.	10 Stk.	(2)	-	12,55
	<i>vormals Memantin "easypharm" 20 mg Filmtabl.</i>	30 Stk.	(2)	(2)	35,60
<ul style="list-style-type: none"> - 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. - Zu Therapiebeginn muss das Ergebnis der MMSE (Mini-Mental State Examination) größer bzw. gleich 14 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 Memantin ist zu beenden, wenn das Ergebnis der MMSE kleiner 3 ist. - Memantin darf nicht mit anderen Arzneimitteln gegen Demenz kombiniert werden. 					