



# Im Blickpunkt-Tipps

## NEU im EKO

Sammelband November, Dezember 2018 und Jänner 2019

# Inhalt

Änderungen im Erstattungskodex ab Jänner 2109	Seite 3
Änderungen im Erstattungskodex ab Dezember 2018	Seite 8
Änderungen im Erstattungskodex ab November 2018	Seite 11

## **Impressum und Offenlegung gemäß §§ 24, 25 Mediengesetz MedieninhaberIn und HerausgeberIn:**

Burgenländische Gebietskrankenkasse, gesetzliche  
Krankenversicherung, Siegfried Marcus-Straße 5, 7000 Eisenstadt,  
UID Nummer: ATU 16253300

Kontaktadresse: Dipl.-Ing. Berthold Reichardt,  
Behandlungsökonomie, Telefon +43 2682608-1405,  
E-Mail: berthold.reichardt@bgkk.at

Vertretungsbefugte Organe der  
Burgenländischen Gebietskrankenkasse:  
Obmann Hartwig Roth,

1.Obmann-Stellvertreter Johann Wagner,  
2.Obmann-Stellvertreterin Beate Horvath

Direktor Mag. Christian Moder, Direktorstellvertreter Günter Reiter,  
Aufsichtsbehörde: Die österreichische Sozialversicherung  
unterliegt der Aufsicht des Bundes. Oberste Aufsichtsbehörde  
ist die Bundesministerin für Arbeit, Soziales, Gesundheit und  
Konsumentenschutz

Erscheinungsweise: unregelmäßig ca. 4x jährlich

Die Publikation und alle darin enthaltenen Beiträge und  
Abbildungen sind urheberrechtlich geschützt. Namentlich  
gekennzeichnete Beiträge geben die Meinung der Autorin/des Autors  
und nicht der Redaktion wieder. Sämtliche zur Verfügung gestellten  
Informationen und Erklärungen sind unverbindlich, die Burgenländische  
Gebietskrankenkasse übernimmt keine Gewähr oder Haftung für deren

Richtigkeit oder Vollständigkeit und können daraus keinerlei  
Rechtsansprüche begründet werden. Grundlegende Richtung des  
periodischen Mediums: Fach- und Informationsblatt für die

Vertragspartner/innen der Burgenländischen  
Gebietskrankenkasse und Entscheidungsträger/innen im  
Burgenländischen Gesundheitssystem

Druck: Wiener Gebietskrankenkasse,  
Wienerbergstraße 15-19, 1100 Wien  
Satz- und Druckfehler vorbehalten

Bildquelle: shutterstock

Nachdruck und Vervielfältigung nur mit ausdrücklicher  
Genehmigung der BGKK gestattet

# Vorwort

Sehr geehrte Damen und Herren,

2019 beträgt die Rezeptgebühr 6,10 EUR.  
Die Europäische Fälschungssicherheitsrichtlinie  
sorgt für mehr Sicherheit bei Medikamenten,  
von den Arzneimittelherstellern müssen zwei  
Sicherheitsmerkmale auf jeder rezeptpflichtigen  
Arzneimittelpackung angebracht werden.  
Mit der Ausrollung der E-Medikation in den OÖ,  
NÖ, B und Wien wird dieses Projekt  
abgeschlossen.

Hervorzuheben sind folgende  
präparatespezifische Änderungen:

- ab sofort sind alle Olmesartan häftigen  
Präparate aus der Erstattung gestrichen
- Dupixent wurde als erstes biologisches  
Arzneimittel für Neurodermitis in den EKO  
aufgenommen
- Metamizol Kalceks 500 mg/ml Inj.lsg.,  
Anagrelid ratiopharm, Perscleran 40 mg/ml,  
Inhixa und Enoxaparin Becat sind wichtige  
neue Generika mit hohem Einsparpotenzial  
Interessant ist die Entwicklung bei der umsatz-  
stärksten Einzelsubstanz Österreichs  
Adalimumab. Nach der Verfügbarkeit von vier  
Biosimilars im Warenverzeichnis Jänner und  
einer deutlichen Preissenkung bei Humira  
könnten weitere Preissenkungen folgen.  
Die Vorbewilligungspflicht sollte jedenfalls  
analog zu Infliximab und Etanercept wegfallen.

Freundliche Grüße  
Berthold Reichardt

# Änderungen im Erstattungskodex (EKO) ab Jänner 2019

## Informationsstand Jänner 2019

**ROT** → **GRÜN**

### Aufnahme kostengünstiger Nachfolgepräparate in den Grünen Bereich:

Präparat	Menge	T	OP	KVP €	max. Kostenersparnis € pro Packung*
<b>L01 ANTINEOPLASTISCHE MITTEL</b>					
<b>L01XE01 Imatinib</b>					
Imatinib „1A Pharma“ 100 mg Filmtabl.	60 Stk.	T2	-	165,25	<b>95,35</b>
400 mg Filmtabl.	30 Stk.	T2	-	303,15	<b>198,95</b>
<i>IND: Diagnose und Erstverordnung durch entsprechende Fachabteilung bzw. Zentrum, mittels Tumorboard. Regelmäßige Kontrolle durch entsprechende Fachabteilung bzw. Zentrum bzw. durch eine/n hämato-onkologisch bzw. onkologisch spezialisierte/n Fachärztin/Facharzt.</i>					
Im 3. Quartal 2018 wurden 40 % der Imatinib-Patienten generisch versorgt. Dieser Anteil sollte gesteigert werden.					
<b>N02 ANALGETIKA</b>					
<b>N02BB02 Metamizol-Natrium</b>					
Metamizol „Kalceks“ 500 mg/ml Inj.lsg.	5 Stk. 5 ml	-	(2)	3,95	<b>3,95</b>
Hinweis: Aufklärung der PatientInnen über Risiko und Erscheinungsbild einer Agranulozytose					
Metamizol „Kalceks“ ist das erste Nachfolgepräparat zu Novalgin 2,5 g Amp.					
<b>N06 PSYCHOANALEPTIKA</b>					
<b>N06AB06 Sertralin</b>					
Sertralin „Accord“ 50 mg Filmtabl.	10 Stk. 30 Stk.	T2 T2	(2) -	2,75 8,25	<b>1,65</b> <b>2,95</b>
100 mg Filmtabl.	10 Stk. 30 Stk.	- -	(2) -	2,75 8,25	<b>Wirkstoffstärke beim Erstanbieter nicht vorhanden</b>
Im 3. Quartal 2018 wurden 94 % aller mit Sertralin versorgten Patienten generisch behandelt. Diese Entwicklung ist sehr positiv.					
<b>N06AX16 Venlafaxin</b>					
Velostad 75 mg Hartkaps., retardiert	10 Stk. 30 Stk.	- -	(2) -	1,75 5,25	<b>0,80</b> <b>2,35</b>
150 mg Hartkaps., retardiert	10 Stk. 30 Stk.	- -	(2) -	3,70 10,80	<b>1,35</b> <b>3,70</b>
225 mg Hartkaps., retardiert	10 Stk. 30 Stk.	- -	(2) -	4,20 12,35	<b>Wirkstoffstärke beim Erstanbieter nicht vorhanden</b>
Der Generikaanteil liegt im 3. Quartal 2018 bei 72 % aller mit Venlafaxin versorgten Patienten. Die Wirkstärke zu 225 mg ist nur generisch verfügbar.					

\* Vergleich zum Listenpreis des Erstanbieterpräparates in dosierungsäquivalenter Menge (Preisbasis der Berechnung: Jänner 2019)

## Folgende Präparate wurden aus dem EKO gestrichen:

Präparat	Menge	ATC-Code	Streichung mit
Adalat retard 20 mg Filmtabl.	20 Stk. 50 Stk.	C08CA05	01.01.2019
Aktiferrin comp. Kaps.	30 Stk. 100 Stk.	B03AD01	01.01.2019
Amelior 20 mg/5 mg Filmtabl.	28 Stk.	C09DB02	01.01.2019
Amelior 40 mg/5 mg Filmtabl.	28 Stk.	C09DB02	01.01.2019
Amelior 40 mg/10 mg Filmtabl.	28 Stk.	C09DB02	01.01.2019
Amelior plus HCT 20 mg/5 mg/12,5 mg Filmtabl.	28 Stk.	C09DX03	01.01.2019
Amelior plus HCT 40 mg/5 mg/12,5 mg Filmtabl.	28 Stk.	C09DX03	01.01.2019
Amelior plus HCT 40 mg/5 mg/25 mg Filmtabl.	28 Stk.	C09DX03	01.01.2019
Amelior plus HCT 40 mg/10 mg/12,5 mg Filmtabl.	28 Stk.	C09DX03	01.01.2019
Amelior plus HCT 40 mg/10 mg/25 mg Filmtabl.	28 Stk.	C09DX03	01.01.2019
Androcur Depot Amp.	3 Stk.	G03HA01	01.01.2019
Carvedilol „Hexal“ 3,125 mg Tabl.	30 Stk.	C07AG02	01.01.2019
Diclobene 100 mg Zäpf.	6 Stk.	M01AB05	01.01.2019
Enalaprilmaleat „Arcana“ 5 mg Tabl.	28 Stk.	C09AA02	01.01.2019
Enalaprilmaleat „Arcana“ 10 mg Tabl.	28 Stk.	C09AA02	01.01.2019
Enalaprilmaleat „Arcana“ 20 mg Tabl.	28 Stk.	C09AA02	01.01.2019
Estracyt 140 mg Kaps.	100 Stk.	L01XX11	01.01.2019
Glimepirid „Genericon“ 3 mg Tabl.	30 Stk.	A10BB12	01.01.2019
Lamotrigin „ratiopharm GmbH“ 5 mg lösl. Tabl.	30 Stk.	N03AX09	01.01.2019
Lisinopril „Arcana“ comp. 20 mg/12,5 mg Tabl.	28 Stk.	C09BA03	01.01.2019
Lovenox 10 x 4.000 IE (10 x 40 mg) Inj.lsg. Fertipgen	1 Stk.	B01AB05	01.01.2019
Mencord 10 mg Filmtabl.	28 Stk.	C09CA08	01.01.2019
Mencord 20 mg Filmtabl.	28 Stk.	C09CA08	01.01.2019
Mencord 40 mg Filmtabl.	28 Stk.	C09CA08	01.01.2019
Mencord Plus 20 mg/12,5 mg Filmtabl.	28 Stk.	C09DA08	01.01.2019
Mencord Plus 20 mg/25 mg Filmtabl.	28 Stk.	C09DA08	01.01.2019
Mencord Plus 40 mg/12,5 mg Filmtabl.	28 Stk.	C09DA08	01.01.2019
Mencord Plus 40 mg/25 mg Filmtabl.	28 Stk.	C09DA08	01.01.2019
Olmetec 10 mg Filmtabl.	28 Stk.	C09CA08	01.01.2019
Olmetec 20 mg Filmtabl.	28 Stk.	C09CA08	01.01.2019
Olmetec 40 mg Filmtabl.	28 Stk.	C09CA08	01.01.2019
Olmetec Plus 20 mg/12,5 mg Filmtabl.	28 Stk.	C09DA08	01.01.2019
Olmetec Plus 20 mg/25 mg Filmtabl.	28 Stk.	C09DA08	01.01.2019
Olmetec Plus 40 mg/12,5 mg Filmtabl.	28 Stk.	C09DA08	01.01.2019
Olmetec Plus 40 mg/25 mg Filmtabl.	28 Stk.	C09DA08	01.01.2019
Parocetan 20 mg Filmtabl.	14 Stk. 28 Stk.	N06AB05	19.11.2018
Pramipexol „Stada“ 0,088 mg Tabl.	30 Stk.	N04BC05	01.01.2019
Respicur retard 100 mg Kaps.	20 Stk. 50 Stk.	R03DA04	01.01.2019
Sevikar 20 mg/5 mg Filmtabl.	28 Stk.	C09DB02	01.01.2019
Sevikar 40 mg/5 mg Filmtabl.	28 Stk.	C09DB02	01.01.2019

Präparat	Menge	ATC-Code	Streichung mit
Sevikar 40 mg/10 mg Filmtabl.	28 Stk.	C09DB02	01.01.2019
Sevikar HCT 20 mg/5 mg/12,5 mg Filmtabl.	28 Stk.	C09DX03	01.01.2019
Sevikar HCT 40 mg/5 mg/12,5 mg Filmtabl.	28 Stk.	C09DX03	01.01.2019
Sevikar HCT 40 mg/5 mg/25 mg Filmtabl.	28 Stk.	C09DX03	01.01.2019
Sevikar HCT 40 mg/10 mg/12,5 mg Filmtabl.	28 Stk.	C09DX03	01.01.2019
Sevikar HCT 40 mg/10 mg/25 mg Filmtabl.	28 Stk.	C09DX03	01.01.2019
Syscor 10 mg Filmtabl.	28 Stk.	C08CA07	01.01.2019
Terbinafin „ratiopharm“ 250 mg Tabl.	28 Stk.	D01BA02	01.01.2019
Zovirax 3 % Augensalbe	4,5 g	S01AD03	01.01.2019

### Änderung der Packungsgröße im Grünen Bereich:

Präparat	Menge	T	OP	KVP €
<b>N02 ANALGETIKA</b>				
<b>N02AB03 Fentanyl</b>				
Fentaplast 25 mcg/h transdermales Matrixpflaster	5 Stk.	-	-	15,25
	10 Stk.	-	-	28,80
50 mcg/h transdermales Matrixpflaster	5 Stk.	-	-	24,65
	10 Stk.	-	-	46,30
75 mcg/h transdermales Matrixpflaster	5 Stk.	-	-	32,40
	10 Stk.	-	-	62,25
100 mcg/h transdermales Matrixpflaster	5 Stk.	-	-	39,75
	10 Stk.	-	-	76,60
SG				
<i>IND: chronische Schmerzen, die durch starke orale Opiode nicht ausreichend behandelbar sind</i>				
Jeweils Aufnahme einer weiteren Packungsgröße zu 10 Stk. Von der 5-Stk.-Packung ist nur noch 1 OP frei verschreibbar.				

### Änderung der Verwendung im Gelben Bereich:

Präparat	Menge	T	OP	KVP €	
<b>J05 ANTIVIRALE MITTEL ZUR SYSTEMISCHEN ANWENDUNG</b>					
<b>J05AP54 Elbasvir und Grazoprevir</b>					
RE1	Zepatier 50 mg/100 mg Filmtabl. 	28 Stk.	-	-	7.322,65
<p>Bei erwachsenen PatientInnen ab 18 Jahren mit chronischer Hepatitis C.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– Genotyp 1 oder 4 ohne Zirrhose oder mit kompensierter Zirrhose: für 12 Wochen</li> </ul> <p>Die PatientInnen sind vor Therapiebeginn in das Hepatitis C Register des Hauptverbandes aufzunehmen.</p> <p>Die Verordnung hat durch ein spezialisiertes Zentrum von einem Facharzt/einer Fachärztin für Innere Medizin mit dem Additivfach Gastroenterologie und Hepatologie oder Infektiologie und Tropenmedizin mit Erfahrung in der Behandlung der Hepatitis C zu erfolgen.</p> <p>Die Liste der für die Verordnung in Frage kommenden Einrichtungen wird vom Hauptverband erstellt und unter <a href="http://www.hauptverband.at/erstattungskodex_hepatitis_c">www.hauptverband.at/erstattungskodex_hepatitis_c</a> publiziert.</p> <p>Die Aufnahme ist befristet und endet mit 31.12.2020.</p>					

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

[PM]: Arzneispezialitäten, für die eine Vereinbarung über ein Preismodell mit dem vertriebsberechtigten Unternehmen vorliegt.

Präparat	Menge	T	OP	KVP €	
<b>R03 MITTEL BEI OBSTRUKTIVEN ATEMWEGSERKRANKUNGEN</b>					
<b>R03DX05 Omalizumab</b>					
RE1 L6	<b>Xolair 75 mg Inj.lsg.</b>	1 Stk. <i>0,5 ml</i>	-	-	<b>205,95</b>
RE1 L6	<b>150 mg Inj.lsg.</b>	1 Stk. <i>1 ml</i>	-	-	<b>371,00</b>
<p>– Als Zusatztherapie bei PatientInnen ab 6 Jahren mit schwerem persistierendem allergischem Asthma (basaler IgE-Spiegel größer gleich 76 IU/ml), die einen positiven Hauttest oder in vitro Reaktivität gegen ein ganzjährig auftretendes Aeroallergen zeigen UND sowohl eine reduzierte Lungenfunktion (FEV1 &lt; 80 %) haben als auch unter häufigen Symptomen während des Tages oder nächtlichem Erwachen leiden (ab 12 Jahren) oder unter häufigen Symptomen während des Tages oder nächtlichem Erwachen leiden (6 bis unter 12 Jahre) UND</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• wenn trotz täglicher Therapie mit hoch dosierten inhalativen Corticosteroiden und einem lang wirkenden inhalativen Beta2-Agonisten und/oder Leukotrienrezeptor-Antagonisten und/oder Theophyllin in den letzten 12 Monaten UND</li> <li>• wenn trotz wiederholter Therapie mit systemischen Corticosteroiden in den letzten 12 Monaten</li> </ul> <p>– mehrfach dokumentierte 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 Asthma-Exazerbation mit stationärer Spitalsbehandlung in den letzten 12 Monaten auftrat.</p> <p>Nicht in Kombination mit anderen monoklonalen Antikörpern zur Behandlung des schweren Asthma. Ersteinstellung und Weiterverordnung durch einen Facharzt/eine Fachärztin für Pulmologie. 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. 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. Omalizumab eignet sich für eine chef(kontroll)ärztliche Langzeitbewilligung für 6 Monate (L6).</p>					

**Änderung der Packungsgröße im Gelben Bereich:**

Präparat	Menge	T	OP	KVP €	
<b>H01 HYPOPHYSEN- UND HYPOTHALAMUSHORMONE UND ANALOGA</b>					
<b>H01AC01 Somatropin</b>					
RE1	<b>Zomacton 4 mg Trockenstechamp. mit Lsgm.</b>	5 Stk.	-	-	<b>564,94</b>
Bei Kindern mit Minderwuchs durch unzureichende Wachstumshormonsekretion oder bei Minderwuchs bei Turnersyndrom. Diagnosestellung und regelmäßige Kontrollen in entsprechender Fachabteilung bzw. –ambulanz.					
Streichung der 1 Stk.-Packung					

**Änderung der Bezeichnung im Gelben Bereich:**

Präparat	Menge	T	OP	KVP €	
<b>N07 ANDERE MITTEL FÜR DAS NERVENSYSTEM</b>					
<b>N07XX02 Riluzol</b>					
RE2	<b>Riluzol „Aristo“ 50 mg Filmtabl.</b> <i>vormals Riluzol „easypharm“ 50 mg Filmtabl.</i>	56 Stk.	-	-	<b>132,20</b>
Amyotrophe Lateralsklerose. Diagnosestellung und Erstverordnung durch FachärztInnen für Neurologie bzw. durch Fachambulanzen.					

**Änderung von ATC-Codes im Gelben Bereich:**

Präparat	Menge	T	OP	KVP €	
<b>L04 IMMUNSUPPRESSIVA</b>					
<b>L04AX07 Dimethylfumarat (vormals N07XX09)</b>					
RE1	<b>Tecfidera 120 mg magensaftresistente Hartkaps. [PM]</b>	14 Stk.	-	-	<b>291,50</b>
<p>Bei erwachsenen PatientInnen mit schubförmig-remittierender Multipler Sklerose:</p> <p>Kriterien bei Ersteinstellung:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Mindestens ein Schub innerhalb des letzten Jahres oder mindestens eine Gadolinium aufnehmende Läsion in einer rezenten Kernspintomographie und</li> <li>- EDSS kleiner gleich 5,0</li> </ul> <p>Diagnosestellung, Verordnung, Einstellung, Therapiekontrolle und Dokumentation durch ein MS-Zentrum. Regelmäßige Kontrollen des großen Blutbildes gemäß Fachinformation. PatientInnen, die mit Dimethylfumarat behandelt werden, sind vor Therapiebeginn in das dafür vorgesehene Register der ÖGN aufzunehmen.</p>					
RE1	<b>Tecfidera 240 mg magensaftresistente Hartkaps. [PM]</b>	56 Stk.	-	-	<b>1.092,80</b>
<p>Bei erwachsenen PatientInnen mit schubförmig-remittierender Multipler Sklerose:</p> <p>Kriterien bei Ersteinstellung:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Mindestens ein Schub innerhalb des letzten Jahres oder mindestens eine Gadolinium aufnehmende Läsion in einer rezenten Kernspintomographie und</li> <li>- EDSS kleiner gleich 5,0</li> </ul> <p>Diagnosestellung, Verordnung, Einstellung, Therapiekontrolle und Dokumentation durch ein MS-Zentrum. Regelmäßige Kontrollen des großen Blutbildes gemäß Fachinformation. PatientInnen, die mit Dimethylfumarat behandelt werden, sind vor Therapiebeginn in das dafür vorgesehene Register der ÖGN aufzunehmen. Dimethylfumarat eignet sich für eine chef(kontroll)ärztliche Langzeitbewilligung für 6 Monate (L6).</p>					

\* Vergleich zum Listenpreis des Erstanbieterpräparates in dosierungsäquivalenter Menge (Preisbasis der Berechnung: Jänner 2019)

[PM]: Arzneyspezialitäten, für die eine Vereinbarung über ein Preismodell mit dem vertriebsberechtigten Unternehmen vorliegt.

## Rückblickend: Änderungen im Erstattungskodex ab Dezember 2019 Informationsstand Dezember 2019

**ROT** → **GRÜN**

### Aufnahme kostengünstiger Nachfolgepräparate in den Grünen Bereich:

Präparat	Menge	T	OP	KVP €	max. Kostenersparnis € pro Packung*
<b>J01 ANTIBIOTIKA ZUR SYSTEMISCHEN ANWENDUNG</b>					
<b>J01FA09 Clarithromycin</b>					
Clarithromycin „Accord“ 250 mg Filmtabl.	14 Stk.	-	-	3,75	<b>3,80</b>
500 mg Filmtabl.	7 Stk.	T2	-	3,75	<b>0,55</b> Packungsgröße beim Erstanbieter nicht vorhanden
	14 Stk.	T2	-	6,20	
<b>L01 ANTINEOPLASTISCHE MITTEL</b>					
<b>L01XE01 Imatinib</b>					
Imatinib „HCS“ 400 mg Tabl. zur Herst. einer Susp. zum Einnehmen	30 Stk.	-	-	303,30	<b>198,80</b>
<i>IND: Diagnose und Erstverordnung durch entsprechende Fachabteilung bzw. Zentrum, mittels Tumorboard. Regelmäßige Kontrolle durch entsprechende Fachabteilung bzw. Zentrum bzw. durch eine/n hämato-onkologisch bzw. onkologisch spezialisierte/n Facharzt/Fachärztin</i>					

**ROT** → **GELB**

### Aufnahme kostengünstiger Nachfolgepräparate in den Gelben Bereich:

Präparat	Menge	T	OP	KVP	max. Kostenersparnis € pro Packung*
<b>L01 ANTINEOPLASTISCHE MITTEL</b>					
<b>L01XX35 Anagrelid</b>					
RE2   Anagrelid „ratiopharm“ 0,5 mg Hartkaps.	42 Stk.	-	-	85,80	<b>73,25</b> <b>164,55</b>
	100 Stk.	-	-	182,70	
RE2   1 mg Hartkaps.	100 Stk.	-	-	182,70	Wirkstoffstärke beim Erstanbieter nicht vorhanden
Second-line-Therapie der essentiellen Thrombozythämie; Erstverordnung, Therapieeinstellung und regelmäßige Kontrollen durch entsprechende Zentren.					
Es handelt sich um das erste Nachfolgepräparat zu Thromboreductin. 1.230 Patienten wurden im ersten Halbjahr mit dieser Substanz therapiert.					
<b>L03 IMMUNSTIMULANZIEN</b>					
<b>L03AX13 Glatirameracetat</b>					
RE2   Perscleran 40 mg/ml Inj.lsg. Fertigspr.	12 Stk.	-	-	266,10	<b>504,80</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Bei schubförmiger Multipler Sklerose</li> <li>- Kriterien bei Einstellung: zwei Schübe innerhalb der letzten zwei Jahre sowie EDSS kleiner gleich 5,5.</li> <li>- Diagnosestellung, Therapieeinstellung, Therapiekontrolle und Dokumentation durch ein MS-Zentrum.</li> </ul>					

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

Präparat	Menge	T	OP	KVP	max. Kostenersparnis € pro Packung*	
Zur Basistherapie der schubförmig remittierenden Multiplen Sklerose steht das Nachfolgepräparat Perscleran nun auch in der höheren Wirkstoffstärke zu 40 mg zur 3-mal wöchentlichen Applikation zur Verfügung. Perscleran unterliegt – bei Einhaltung der bestimmten Verwendung – der Dokumentation und der nachfolgenden Kontrolle. In Österreich wurden im Jahr 2017 rund 2.200 Patienten mit Glatirameracetat behandelt, etwa zwei Drittel verwendeten die 40 mg-Wirkstoffstärke. In beiden Wirkstoffstärken weist Perscleran gegenüber dem Erstanbieter einen erheblichen Preisvorteil auf. Das jährliche Kostenreduktionspotential bei Ersatz des Erstanbieters in beiden Stärken durch den kostengünstigsten Nachfolger liegt österreichweit im Millionenbereich.						
<b>N06 PSYCHOANALEPTIKA</b>						
<b>N06DA03 Rivastigmin</b>						
RE2 L6	<b>Rivastigmin „Sandoz“ 13,3 mg/24 h transdermales Pflaster</b>	30 Stk.	-	(2)	40,40	<b>0,20</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) 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>						

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

Präparat	Menge	T	OP	KVP €	
<b>D11 ANDERE DERMATIKA</b>					
<b>D11AH05 Dupilumab</b>					
RE1 L6	<b>Dupixent 300 mg Inj.lsg. Fertigspr. </b>	2 Stk.	-	-	<b>1.219,50</b>
<p>Bei Erwachsenen mit schwerer atopischer Dermatitis mit persistierendem Ekzem nach Ausschöpfung intensiver Lokalthherapie und Versagen, Unverträglichkeit oder Kontraindikation immunmodulierender systemischer Therapie (ausgenommen Corticoide).</p> <p>Erstverordnung, Dokumentation und Kontrolle alle 6 Monate durch ein dermatologisches Zentrum oder durch FachärztInnen für Dermatologie mit ausgewiesener Expertise in der Behandlung der atopischen Dermatitis.</p> <p>Keine Fortsetzung der Behandlung von PatientInnen, wenn nicht innerhalb der ersten 6 Monate eine Verbesserung des IGA (Investigator Global Assessment) um mindestens 2 Punkte erzielt werden kann.</p> <p>Dupilumab eignet sich für eine chef(kontroll)ärztliche Langzeitbewilligung für 6 Monate (L6).</p> <p>Dupilumab ist das erste biologische Arzneimittel mit einer Zulassung bei Neurodermitis.</p>					
<b>L01 ANTINEOPLASTISCHE MITTEL</b>					
<b>L01XX46 Olaparib</b>					
RE1	<b>Lynparza 100 mg Filmtabl. </b>	112 Stk.	-	-	<b>5.281,25</b>
RE1	<b>150 mg Filmtabl. </b>	112 Stk.	-	-	<b>5.281,25</b>

\* Vergleich zum Listenpreis des Erstanbieterpräparates in dosierungsäquivalenter Menge (Preisbasis der Berechnung: Ddezember 2018)  
[PM]: Arzneispezialitäten, für die eine Vereinbarung über ein Preismodell mit dem vertriebsberechtigten Unternehmen vorliegt.

Präparat	Menge	T	OP	KVP €
<p>Als Monotherapie für die Erhaltungstherapie von erwachsenen Patientinnen mit einem Platin-sensitiven Rezidiv eines high-grade epithelialen Ovarialkarzinoms, Eileiterkarzinoms oder primären Peritonealkarzinoms, die auf eine Platin-basierte Chemotherapie ansprechen (vollständiges oder partielles Ansprechen mittels RECIST-Kriterien dokumentiert).                      Diagnose und Erstverordnung durch entsprechende Fachabteilung bzw. Zentrum, mittels Tumorboard. Regelmäßige Kontrolle durch entsprechende Fachabteilung, Zentrum bzw. durch einen Facharzt/eine Fachärztin mit Erfahrung in der Behandlung des Platin-sensitiven Rezidivs eines high-grade epithelialen Ovarialkarzinoms, Eileiterkarzinoms oder primären Peritonealkarzinoms.</p>				
<p>Die schon länger verfügbaren Lynparza-Kapseln zu 50 mg dürfen nicht Milligramm per Milligramm durch Lynparza-Filmtabletten zu 100 mg oder 150 mg ausgetauscht werden. Die Tabletten unterscheiden sich in der Dosierung und der Bioverfügbarkeit.</p>				

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

Präparat	Menge	ATC-Code	Streichung mit
Deflamat 100 mg Supp.	6 Stk.	M01AB05	01.12.2018
Olicardin retard 40 mg Kaps.	30 Stk.	C01DA14	07.11.2018

**Änderung der Packungsgröße im Grünen Bereich:**

Präparat	Menge	T	OP	KVP €
<b>N03 ANTIEPILEPTIKA</b>				
<b>N03AX14 Levetiracetam</b>				
Levetiracetam „Actavis“ 750 mg Filmtabl.	30 Stk.	-	-	<b>13,75</b>
	60 Stk.	-	-	<b>27,00</b>
N				
Aufnahme einer weiteren Packungsgröße zu 60 Stk.				

## Rückblickend: Änderungen im Erstattungskodex ab November 2018

Informationsstand November 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 „HCS“ 5 mg Filmtabl.	28 Stk.	T2	-	6,95	27,25 Erstanbieter in RE1
	56 Stk.	T2	(3)	13,55	45,85 Erstanbieter in RE1
7,5 mg Filmtabl.	28 Stk.	-	-	6,95	27,25 Erstanbieter in RE1
	56 Stk.	-	(3)	13,55	45,85 Erstanbieter in RE1
Ivabradin ist das achte generische Ivabradin und deutlich günstiger als Procoralan, welches darüber hinaus bewilligungspflichtig ist.					
<b>C10 MITTEL, DIE DEN LIPIDSTOFFWECHSEL BEEINFLUSSEN</b>					
<b>C10AX09 Ezetimib</b>					
Ezetimib „Stada“ 10 mg Filmtabl.	30 Stk.	-	(3)	12,45	34,10 Erstanbieter in RE2

### Aufnahme kostengünstiger Biosimilars in den Grünen Bereich:

Präparat	Menge	T	OP	KVP €	max. Kostenersparnis € pro Packung*
<b>B01 ANTITHROMBOTISCHE MITTEL</b>					
<b>B01AB05 Enoxaparin</b>					
Inhixa 2.000 IE (20 mg)/0,2 ml Inj.lsg. Fertigspr.	6 Stk.	-	-	7,20	5,10
	10 Stk.	-	-	11,70	9,80
4.000 IE (40 mg)/0,4 ml Inj.lsg. Fertigspr.	6 Stk.	-	-	13,85	9,96
	10 Stk.	-	-	22,65	18,10
6.000 IE (60 mg)/0,6 ml Inj.lsg. Fertigspr.	6 Stk.	-	-	17,35	Packungsgröße beim Erst- anbieter nicht vorhanden
	10 Stk.	-	-	27,75	29,00
8.000 IE (80 mg)/0,8 ml Inj.lsg. Fertigspr.	6 Stk.	-	-	22,70	Packungsgröße beim Erst- anbieter nicht vorhanden
	10 Stk.	-	-	36,95	38,75
10.000 IE (100 mg)/1 ml Inj.lsg. Fertigspr.	6 Stk.	-	-	26,75	25,01
	10 Stk.	-	-	42,30	47,00
Inhixa ist das zweite Enoxaparin-Biosimilar (Originärpräparat Lovenox). Klarstellung zu den Änderungen im Erstattungskodex ab Oktober 2018: Mit Oktober 2018 wurde Enoxaparin Becat in mehreren Stärken als Nachfolger zu Lovenox frei verschreibbar in den Grünen Bereich des Erstattungskodex aufgenommen. Der große Preisvorteil der biosimilaren Produkte gegenüber Lovenox ist im Sinne der Einhaltung der Richtlinien über die ökonomische Verschreibweise von Heilmitteln (RöV 2005) in der künftigen Verschreibepaxis zu berücksichtigen.					

\* Vergleich zum Erstanbieterpräparat in dosierungsäquivalenter Menge (Preisbasis der Berechnung: November 2018)



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

Präparat	Menge	T	OP	KVP	max. Kostenersparnis € pro Packung*	
<b>J05 ANTIVIRALE MITTEL ZUR SYSTEMISCHEN ANWENDUNG</b>						
<b>J05AF10 Entecavir</b>						
RE2	<b>Entecavir „Accord“ 0,5 mg Filmtabl.</b>	30 Stk.	-	-	167,25	<b>148,90</b>
<p>Bei Nukleosid-naiven Erwachsenen, Kindern und Jugendlichen (ab 33 kg) in der Indikation chronische Hepatitis B mit kompensierter Lebererkrankung und nachgewiesener aktiver Virus-Replikation (mehr als 10.000 HBV-DNA-Kopien/ml oder 2.000 IU/ml), kontinuierlich erhöhten Serum-Alanin-Aminotransferase (ALT)-Werten sowie Nachweis einer aktiven Leberentzündung und/oder Fibrose.</p> <p>Indikationsstellung und Therapieüberwachung durch einen Arzt/eine Ärztin mit Erfahrung in der Behandlung der Hepatitis B. Regelmäßige Überwachung der ALT-Werte (alle 3 Monate) und virologischer Parameter (alle 6 Monate).</p> <p>Die Therapie ist abzusetzen:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- bei HBeAg-positiven PatientInnen ohne Zirrhose: 6 bis 12 Monate nach HBeAg-Serokonversion oder bei HBsAg-Serokonversion oder Verlust der Wirksamkeit.</li> <li>- bei HBeAg-negativen PatientInnen ohne Zirrhose: bei HBsAg-Serokonversion oder Verlust der Wirksamkeit.</li> </ul>						
RE2	<b>1 mg Filmtabl.</b>	30 Stk.	-	-	167,25	<b>148,90</b>
<p>Bei Erwachsenen in der Indikation chronische Hepatitis B</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- bei Lamivudin-refraktären (nicht bei Lamivudin-Resistenz) PatientInnen mit kompensierter Lebererkrankung und nachgewiesener aktiver Virus-Replikation (mehr als 10.000 HBV-DNA-Kopien/ml oder 2.000 IU/ml), kontinuierlich erhöhten Serum-Alanin-Aminotransferase (ALT)-Werten sowie Nachweis einer aktiven Leberentzündung und/oder Fibrose.</li> <li>- bei dekompensierter Lebererkrankung</li> </ul> <p>Indikationsstellung und Therapieüberwachung durch einen Arzt/eine Ärztin mit Erfahrung in der Behandlung der Hepatitis B. Regelmäßige Überwachung der ALT-Werte (alle 3 Monate) und virologischer Parameter (alle 6 Monate).</p> <p>Die Therapie ist abzusetzen:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- bei HBeAg-positiven PatientInnen ohne Zirrhose: 6 bis 12 Monate nach HBeAg-Serokonversion oder bei HBsAg-Serokonversion oder Verlust der Wirksamkeit.</li> <li>- bei HBeAg-negativen PatientInnen ohne Zirrhose: bei HBsAg-Serokonversion oder Verlust der Wirksamkeit.</li> </ul> <p>Entecavir ist das dritte Nachfolgepräparat zu Baraclude und hat einen Preisvorteil von ca. 50 %.</p>						

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

Präparat	Menge	T	OP	KVP €	
<b>J05 ANTIVIRALE MITTEL ZUR SYSTEMISCHEN ANWENDUNG</b>					
<b>J05AX08 Raltegravir</b>					
RE1	<b>Isentress 600 mg Filmtabl.</b>	60 Stk.	-	-	<b>585,75</b>
<p>In Kombination mit anderen antiretroviralen Arzneimitteln bei HIV-1-infizierten Erwachsenen, Kindern und Jugendlichen mit einem Gewicht von mindestens 40 kg.</p> <p>Therapieeinleitung und regelmäßige Kontrollen durch einen Arzt/eine Ärztin mit Erfahrung in der HIV-Behandlung.</p>					
<b>L04 IMMUNSUPPRESSIVA</b>					
<b>L04AA26 Belimumab</b>					
RE1	<b>Benlysta 200 mg Inj.lsg. Fertigpen</b>	1 Stk.	-	-	<b>233,40</b>
L6		4 Stk.	-	-	<b>879,90</b>

\* Vergleich zum Erstanbieterpräparat in dosierungsäquivalenter Menge (Preisbasis der Berechnung: Dezember 2018)

Präparat	Menge	T	OP	KVP €
<p>Bei erwachsenen PatientInnen mit aktivem, Autoantikörper-positivem systemischen Lupus erythematodes (SLE) als Zusatztherapie, wenn trotz Standardtherapie eine hohe Krankheitsaktivität (z.B. positiver Test auf Anti-dsDNA-Antikörper und niedriges Komplement) vorliegt.</p> <p>Erstverordnung und engmaschige Kontrollen durch entsprechende Fachabteilung bzw. -ambulanz oder durch einen Facharzt/eine Fachärztin mit Erfahrung in der Behandlung des SLE.</p> <p>Wenn nach 6-monatiger Behandlung keine Verbesserung der Krankheitsaktivität erreicht werden kann, muss ein Abbruch der Behandlung mit Belimumab in Erwägung gezogen werden. Belimumab eignet sich für eine chef(kontroll)ärztliche Langzeitbewilligung für 6 Monate (L6).</p>				

### Folgende Präparate wurden aus dem EKO gestrichen:

Präparat	Menge	ATC-Code	Streichung mit
<b>Ambrobene retard 75 mg Kaps.</b>	10 Stk. 20 Stk.	R05CB06	01.11.2018
<b>Buprenorphin „ratiopharm“ 2 mg Sublingualtabl.</b>	7 Stk. 28 Stk.	N07BC01	01.11.2018
<b>Buprenorphin „ratiopharm“ 8 mg Sublingualtabl.</b>	7 Stk. 28 Stk.	N07BC01	01.11.2018
Die Patientenversorgung ist jedenfalls durch Bupensan und Buprenorphin Hexal gewährleistet.			
<b>Colpermin Kaps.</b>	50 Stk.	A03AX	12.10.2018
<b>Desloratadine „ratiopharm“ 5 mg Filmtabl.</b>	10 Stk. 30 Stk.	R06AX27	01.11.2018
<b>Glimepirid „Genericon“ 2 mg Tabl.</b>	30 Stk.	A10BB12	01.11.2018
<b>Lovenox 10.000 IE (100 mg)/1 ml Inj.lsg. Amp.</b>	10 Stk.	B01AB05	01.11.2018
<b>Mexalen 500 mg Tabl.</b>	10 Stk.	N02BE01	01.11.2018
Die verfügbaren substanzidenten frei verschreibbaren Alternativen sind Paracetamol Accord und Paracetamol Sandoz, wobei von diesen auch jeweils eine 30 Stück Packung frei verschreibbar ist.			
<b>Mirtaron 30 mg Filmtabl.</b>	30 Stk.	N06AX11	01.11.2018
<b>Respicur retard 200 mg Kaps.</b>	20 Stk.	R03DA04	01.11.2018
<b>Respicur retard 400 mg Kaps.</b>	20 Stk.	R03DA04	01.11.2018
<b>Zoledronsäure „Teva“ 4 mg/5 ml Konz. zur Herst. einer Inf.lsg.</b>	1 Stk.	M05BA08	01.11.2018
<b>Zovirax 400 mg Filmtabl.</b>	60 Stk.	J05AB01	01.11.2018
Fünf substanzidenten Generika sind im Grünen Bereich gelistet: ViroMed 400 mg Tabl., Aciclostad 400 mg Tabl., Aciclovir „1A Pharma“ 400 mg Tabl., Aciclovir „Genericon“ 400 mg Filmtabl. und Aciclobene 400 mg Tabl.			

**Änderung der Packungsgröße im Grünen Bereich:**

Präparat	Menge	T	OP	KVP €
<b>B01 ANTITHROMBOTISCHE MITTEL</b>				
<b>B01AC04 Clopidogrel</b>				
Clopidogrel „Accord“ 75 mg Filmtabl.	30 Stk.	-	(2)	<b>10,75</b>
<i>IND: Zur Hemmung der Thrombozytenaggregation, wenn ASS nicht ausreichend oder kontraindiziert ist.</i>				
Streichung der 7 Stk.-Pkg.				
<b>C08 CALCIUMKANALBLOCKER</b>				
<b>C08CA13 Lercanidipin</b>				
Lercanidipin „Stada“ 10 mg Filmtabl.	30 Stk.	-	(2)	<b>6,60</b>
20 mg Filmtabl.	30 Stk.	T2	(2)	<b>6,60</b>
Jeweils Streichung der 10 Stk.-Pkg.				
<b>N02 ANALGETIKA</b>				
<b>N02BB02 Metamizol-Natrium</b>				
Novalgin Filmtabl.	10 Stk.	-	(2)	<b>1,65</b>
	30 Stk.	-	-	<b>5,05</b>
	50 Stk.	-	-	<b>6,65</b>
	100 Stk.	-	-	<b>13,00</b>
Hinweis: Aufklärung der PatientInnen über Risiko und Erscheinungsbild einer Agranulozytose				
Aufnahme einer weiteren Packungsgröße zu 30 Stk.				

**Änderung der Verwendung im Gelben Bereich:**

Präparat	Menge	T	OP	KVP €	
<b>N06 PSYCHOANALEPTIKA</b>					
<b>N06DX01 Memantin</b>					
RE2	<b>Ebixa 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>					
Die Monotherapie wurde entsprechend der Zulassung in den Regeltext aufgenommen.					
RE2	<b>Ebixa 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/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 DAT kombiniert werden.</li> <li>- Die Tropfen werden nur bei Vorliegen von Schluckbeschwerden genehmigt.</li> </ul>					
RE2	<b>Memantine „Merz“ 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>					
Bei allen Memantin-Produkten entfällt L6.					



Burgenländische Gebietskrankenkasse