1/05

Ökonomie in der Praxis

OÖ GKK
FORUM GESUNDHEIT

Serviceblatt für Behandlungsökonomie

INHALT

Ihre Meinung ist uns wichtig! 2

Coxibe – eine Übersicht 3

Die Wahrheit über Pharmafirmen 5

Optimierung der Triptantherapie bei Patienten mit Migräne 6

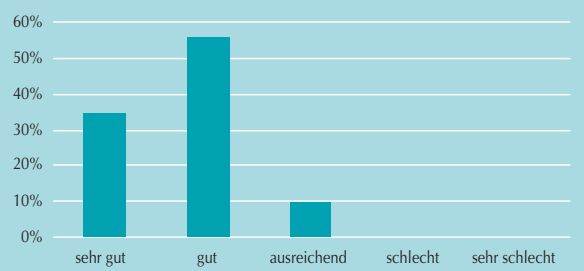
Der Magenschutz bei kurzfristiger Anwendung von NSAR 7

Das Öko-Eck 8

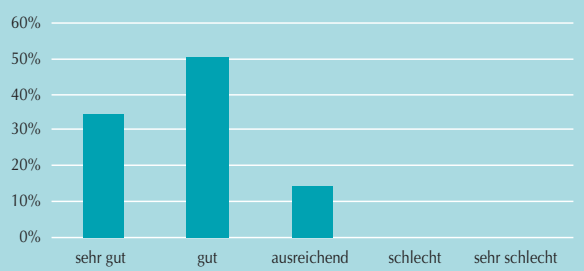
Ihre Meinung ist uns wichtig!

Mit der letzten Ausgabe von „Ökonomie in der Praxis“ haben wir einen Fragebogen zur Beurteilung unserer Vertragspartnerzeitung versandt. Befragt wurden Inhalt, Aktualität, Praxisrelevanz, Umfang und Layout, wobei die Beurteilung auf einer fünfteiligen Skala von sehr gut bis sehr schlecht erfolgen sollte. Die Rücklaufquote betrug 8,5 Prozent, die Auswertung erbrachte folgende Ergebnisse:

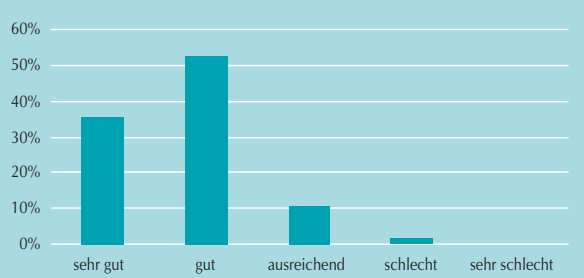
Inhalt



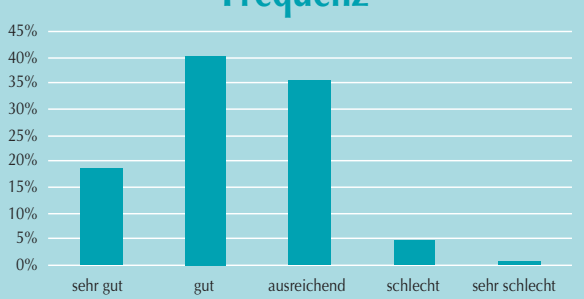
Praxisrelevanz



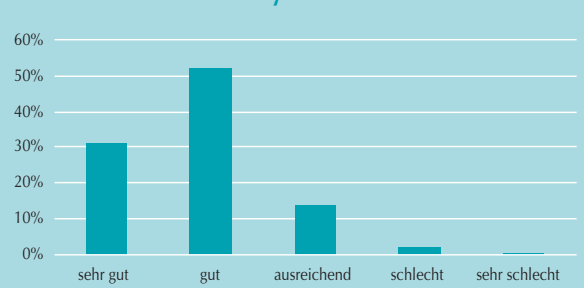
Aktualität



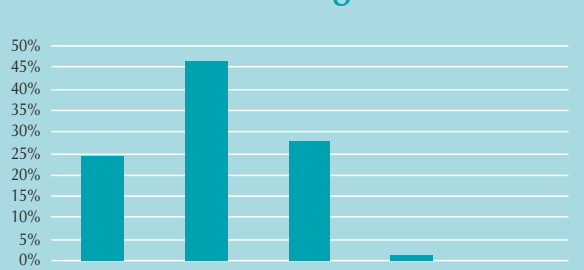
Frequenz



Layout

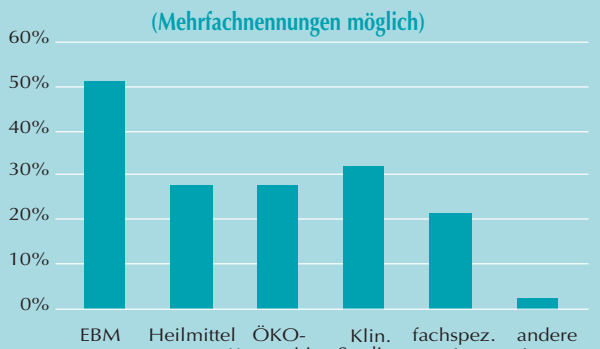


Umfang



Worüber möchten Sie mehr wissen?

(Mehrfachnennungen möglich)



Bei der Frage „Worüber möchten Sie mehr wissen?“ waren Mehrfachantworten möglich: 51%, also mehr als die Hälfte, gaben die Antwort Evidence based Medicine (EBM) und 32% klinische Studien. Je 27% der Befragten wünschten mehr Informationen zu Heilmitteln und Öko-Kennzahlen, 21% mehr fachspezifische Informationen.

Wir sind bemüht, Ihre Wünsche und Anregungen umzusetzen, vorweg kann bereits versichert werden, dass die Reihe „EBM-Eck“ fortgesetzt wird.

Danke für Ihre Mitarbeit!

Coxibe – eine Übersicht

Univ. Prof. Dr. B. A. Peskar,
Institut für experimentelle und klinische Pharmakologie, Medizinische Universität Graz,
Universitätsplatz 4, A-8010 Graz, Austria

Nicht-steroidale Antiphlogistika gehören zu den meist verschriebenen Medikamenten weltweit. Ihr Wirkmechanismus, der auch die meisten unerwünschten Wirkungen erklärt, besteht in der Hemmung des Enzyms Fettsäure-Zyklooxigenase (COX). Seit 1990 können zwei verschiedene COX unterschieden werden. Nach damaliger Auffassung ist COX-1 ein konstitutiv in allen Organen des menschlichen Organismus exprimiertes Enzym, das die ständige Biosynthese von niedrigen Konzentrationen von Prostaglandinen und verwandten Substanzen katalysiert, die ihrerseits wesentliche physiologische Funktionen wie die Integrität der Magenmucosa, die Durchblutung der Niere und die Aggregation von Thrombozyten regulieren. COX-2 dagegen ist ein durch bakterielle Endotoxine oder Zytokine induzierbares Enzym, das die Biosynthese höherer Konzentrationen von Prostaglandinen als wesentliche Entzündungsmediatoren katalysiert.

Forschungshypothese und Markteinführung:

Es lag nahe, nach selektiven Inhibitoren der COX-2 zu suchen bzw. solche zu entwickeln. Es wurde vorhergesagt, dass solche Substanzen eine gute antiphlogistische Wirksamkeit haben sollten, aber im Gegensatz zu den klassischen nicht-steroidalen Antiphlogistica wie Acetylsalicylsäure oder Diclofenac keine schädigende Wirkung auf die Magenschleimhaut, keine ungünstige Beeinflussung der Nierenfunktion und keine Hemmung der Thrombozytenfunktion mit dadurch verursachter Blutungsneigung zeigen sollten.
Schon 1999 sind die ersten selektiven Hemmer der COX-2 – Rofecoxib (VioxxR) und Celecoxib (CelebrexR) auf dem US-Markt eingeführt worden. Kurz danach erfolgte die zentrale Zulassung dieser Substanzen auch in der EU.

Haben nun diese anfangs als „Super-Aspirine" bezeichneten Substanzen und ihre Nachfolger die in sie gesetzten Erwartungen erfüllt?

Rofecoxib wurde wegen eines offensichtlich hohen kardiovaskulären Risikos am 30. 9. 2004 weltweit vom Markt genommen. Zur Zeit sind in der EU noch Celecoxib sowie die später entwickelten, noch COX-2 selektiveren Substanzen Etoricoxib (ArcoxiaR), Valdecoxib (BextraR) und sein prodrug Parecoxib (DynastatR, zur parenteralen Anwendung) zugelassen. Das Zulassungsverfahren für ein weiteres Coxib, Lumiracoxib (PrexigeR) wurde auf Wunsch des Herstellers nach der Rücknahme von Rofecoxib vorerst eingestellt.

Rofecoxib:

Für Rofecoxib wurden die Erwartungen hinsichtlich der gastrointestinalen Verträglichkeit insofern erfüllt, als in einer großen Vergleichsstudie mit Naproxen (VIGOR-Studie, Vioxx Gastrointestinal Outcomes Research, Bombardier et al., New Engl. J. Med. 2000, 343, 1520) die Rate schwerer gastrointestinaler Nebenwirkungen wie Perforationen, Obstruktionen und schwere Blutungen auf 50 Prozent gesenkt wurde.

Celecoxib:

Für Celecoxib wurde in der CLASS-Studie (Celecoxib Long-term Arthritis Safety Study, Silverstein et al., JAMA 2000, 284, 1247) gezeigt, dass nach sechsmonatiger kontinuierlicher Einnahme ein signifikant erniedrigtes Risiko für schwerwiegende gastrointestinale Ereignisse besteht. In dieser Studie war im Gegensatz zur VIGOR-Studie auch eine Subgruppe mit gleichzeitiger niedrig dosierter Acetylsalicylsäure-Behandlung zur kardiovaskulären Prophylaxe eingeschlossen. Es zeigte sich, dass in der so behandelten Subgruppe ein Vorteil hinsichtlich besserer gastrointestinaler Sicherheit nicht mehr gegeben war. Weiters war die CLASS-Studie über ein Jahr angelegt, wobei die endgültigen Daten nie publiziert worden sind. Sie sind allerdings der Zulassungsbehörde vorgelegt worden und zeigen, dass nach einem Jahr (bei hoher drop-out Rate) kein Unterschied mehr hinsichtlich schwerwiegender gastrointestinaler Ereignisse zwischen Celecoxib und den Vergleichssubstanzen, Ibuprofen und Diclofenac, besteht.
Nicht unerwähnt soll bleiben, dass schon früher tierexperimentelle Untersuchungen gezeigt hatten, dass Coxibe zwar die normale Magenschleimhaut im Gegensatz zu nicht-selektiven Antiphlogistika nicht schädigen, sehr wohl aber die Abheilung von Magenschleimhautschädigungen nach verschiedenen Noxen signifikant verzögern.

Lumiracoxib:

Auch für Lumiracoxib konnte im Vergleich zu Naproxen und Ibuprofen in der kürzlich publizierten TARGET-Studie (Therapeutic Arthritis Research and Gastrointestinal Event Trial, Schnitzer et al., Lancet 2004, 364, 665) ein signifikant vermindertes Risiko für schwerwiegende gastrointestinale Ereignisse gezeigt werden, das sich allerdings bei gleichzeitiger Einnahme von Acetylsalicylsäure auf einen nicht mehr signifikanten Trend reduzierte.

Diskussion der wichtigsten Studien:

Schon die **VIGOR-Studie** hatte einen Hinweis auf ein möglicherweise gegenüber Naproxen erhöhtes kardiovaskuläres Risiko bei Einnahme von Rofecoxib ergeben. Dies war vom mechanistischen Standpunkt nicht ganz unerwartet, da vorher gezeigt

worden war, dass bei Menschen mit ausgeprägter Arteriosklerose eine erhöhte Biosynthese des vasodilatatorischen und die Thrombozytenaggregation hemmenden Zyklooxigenaseprodukts Prostaglandin I2 vorliegt. Dies kann als ein Kompensationsmechanismus aufgefasst werden, der einer arteriellen Thrombose entgegenwirkt. Tierexperimentelle Untersuchungen sowie Ergebnisse am Menschen konnten zeigen, dass die erhöhte Biosynthese von Prostaglandin I2 offenbar hauptsächlich über eine durch Scherkräfte des Blutflusses im Endothel induzierte COX-2 und nicht, wie ursprünglich angenommen, über eine konstitutive endotheliale COX-1 katalysiert wird. Bei selektiver Hemmung der COX-2 wird demnach die Produktion von Prostaglandin I2 reduziert, während das über COX-1 in Blutplättchen synthetisierte Thromboxan A2 als Vasokonstriktor und Förderer der Thrombozytenaggregation weiter produziert werden kann, sodass in Summe ein prothrombotischer Zustand entstehen kann. Nicht-selektive Antiphlogistika dagegen hemmen die Thromboxan A2- und Prostaglandin I2-Biosynthese gleichermaßen, sodass kein Ungleichgewicht zwischen einem proaggregatorischen und antiaggregatorischen Wirkprinzip entsteht.

In der **CLASS-Studie** mit Celecoxib war – im Gegensatz zur VIGOR-Studie – die Einnahme von niedrig dosierter Acetylsalicylsäure bei kardiovaskulärem Risiko erlaubt. Hier ergab sich zunächst, jedenfalls durch die publizierten Halbjahresdaten, kein Anzeichen für ein kardiovaskuläres Problem.

In der **TARGET-Studie** mit Lumiracoxib waren Patienten mit hohem kardiovaskulären Risiko nicht eingeschlossen. Trotzdem zeigte sich auch hier bei Patienten, die nicht gleichzeitig Acetylsalicylsäure einnahmen, ein Trend zu erhöhtem kardiovaskulärem Risiko. Für Valdecoxib/Parecoxib wurde in zwei Studien mit Patienten nach Bypass-Operationen ein erhöhtes kardiovaskuläres Risiko gezeigt. So erschien bis vor kurzem Celecoxib als einzige Substanz ohne ein solches signifikantes Risiko. Allerdings musste nach den Erfahrungen mit den anderen Coxiben ein Klasseneffekt angenommen werden.

Immerhin ergab eine retrospektive Auswertung der nicht publizierten Einjahresdaten der **CLASS-Studie** für Celecoxib-Patienten, die nicht gleichzeitig mit Acetylsalicylsäure behandelt worden waren, doch auch einen Hinweis auf ein möglicherweise erhöhtes kardiovaskuläres Risiko. Tatsächlich zeigte schließlich im Dezember 2004 die Zwischenauswertung einer mit Celecoxib durchgeführten Studie zur Verhinderung von Colon-Adenomen (APC-Studie, Adenoma Prevention with Celecoxib), dass länger dauernde Einnahme hoher Dosen (400 – 800 mg/d) von Celecoxib mit einem 2,5 bis 3,4fach erhöhten Risiko für kardial bedingten Tod, Herzattacken oder Schlaganfälle im Vergleich zu Placebo verbunden ist. Andere Studien mit Celecoxib wie z.B. zur Prävention von Colonkarzinomen oder von M.Alzheimer haben bei Dosen bis zu 400 mg/d bisher kein erhöhtes kardiovaskuläres Risiko gezeigt.

Am **17. 2. 2005** hat die European Medicines Agency (EMEA) Einschränkungen in der Anwendung von Coxiben bekanntgegeben: So sind Coxibe bei Patienten mit koronarer Herzkrankheit oder Schlaganfall kontraindiziert. Ein Warnhinweis wird für Patienten mit Risikofaktoren wie Hypertonie, Hypercholesterinämie, Diabetes und Rauchen sowie mit peripherer arterieller Verschlusskrankheit gegeben. Generell sollten die Substanzen in der niedrigst effektiven Dosis für die kürzest mögliche Behandlungszeit angewandt werden. Eine endgültige Entscheidung der EMEA zum Stellenwert der Coxibe ist für April 2005 zu erwarten. Fast gleichzeitig mit der EMEA wurden die Coxibe von einem Beratungsgremium der amerikanischen Zulassungsbehörde (FDA) bewertet. Es wurde vorgeschlagen, alle in den USA zugelassenen Coxibe am Markt zu belassen, allerdings mit dem stärkst möglichen Warnhinweis auf eine kardiovaskuläre Gefährdung („black box warning“).
Gleichzeitig wurde auch festgehalten, dass für nicht COX-2-selektive Antiphlogistika wie Ibuprofen und Naproxen keine aussagekräftigen Studien zur Bestimmung des kardiovaskulären Risikos vorliegen. Da für diese ältere Substanzen kaum ein industrieller Sponsor für Sicherheitsstudien gewonnen werden kann, wird erwogen, solche Studien durch die FDA durchführen zu lassen.

Schlussfolgerungen

Die unmittelbare Konsequenz aus all diesen Befunden ist, dass Coxibe aus heutiger Sicht kaum mehr einen Vorteil für eine definierte Patientengruppe darstellen.

Die primäre Pharmakotherapie der Schmerzen bei Osteoarthrose bleibt in jedem Fall das Analgetikum Paracetamol. Patienten ohne besondere gastrointestinale Probleme können, wenn eine antiphlogistische Therapie angezeigt ist, die älteren, nicht selektiven Antiphlogistika, wie z.B. Ibuprofen oder Diclofenac (für beide auch Generika auf dem Markt) verwenden.

Solche Patienten, die ein gastrointestinales Risiko haben, sollten zusätzlich einen Magenschutz, wie z.B. Protonenpumpenhemmer, erhalten. Nimesulid scheint aus heutiger Sicht keine Alternative zu den Coxiben zu sein. Zwar ergibt sich aus sensitiven in vitro-Tests eine COX-2-Selektivität in der Größenordnung des Celecoxibs, doch liegen weder Endpunktstudien zur gastrointestinalen Verträglichkeit noch zum kardiovaskulären Risiko vor.

Generell sollten nicht-steroidale Antiphlogistika vor allem bei älteren Patienten vorsichtig eingesetzt werden, keinesfalls als Dauerbehandlung, sondern befristet während Schmerzperioden, in Dosen so hoch wie nötig, aber gleichzeitig so niedrig wie möglich. Substanzen mit kurzer Halbwertzeit sind besser zu steuern als z.B. die Oxicame mit ihrer langen Halbwertszeit. Solche Substanzen bzw. Retardpräparate sollten eingesetzt werden, wenn eine längerdauernde Behandlung unumgänglich und eine ausreichende Überwachung hinsichtlich zu erwartender Nebenwirkungen gewährleistet ist. Neben der Beobachtung möglicher unerwünschter Wirkungen auf den Gastointestinaltrakt ist insbesondere auch die Nierenfunktion zu überwachen. Die parenterale Gabe von nicht-steroidalen Antiphlogistika ist gegenüber dem Einsatz rasch löslicher Tabletten, z.B. von Diclofenac, kein Vorteil hinsichtlich des Wirkeintritts, hat aber potenziell gefährlichere Nebenwirkungen wie z.B. einen anaphylaktischen Schock.

Literatur beim Verfasser

Die Wahrheit über Pharmafirmen

Zusammenfassung eines Interviews mit Marcia Angell zu ihrem Buch „The Truth about the Drug Companies“, ISBN 0-375-50846-5:

Eine der profitabelsten Industrien in den USA ist die Pharmaindustrie. Kritiker sagen, dass die Firmen sich zu sehr auf ihre Profite konzentrieren- – und das auf Kosten unserer Sicherheit. Marcia Angell erklärt in ihrem neuen Buch, warum die Pharmaindustrie außer Kontrolle geraten ist.

Der Öffentlichkeit wird erzählt, dass die Ausgaben für neue Medikamente so hoch sind, weil sie so viel besser und weiter entwikkelt sind. Die Firmen sagen, dass die hohen Medikamentenpreise ihre Forschungsausgaben decken sollen. Tatsächlich aber sind diese Forschungsausgaben ein geringer Teil ihres Budgets (nur ca. 50 Prozent der Marketing- und Verwaltungsausgaben) und ihrer Profite. Seit über 20 Jahren ist dieser Industriezweig der ergiebigste in den Vereinigten Staaten. Es werden auch hohe Profite mit Videospielen, Erdnussbutter, Tennisschuhen etc. gemacht, aber wir verlassen uns auf die Pharmaindustrie mit unser aller Leben. Auch diese Industrie verlässt sich auf uns, wie es andere nicht tun. Sie vertrauen auf staatlich unterstützte Forschung, auf staatlich gesicherte Monopolrechte wie z.B. die FDA-Marketingrechte oder enorme Steuervorteile und Kredite. Sie verlassen sich auf uns und wir sollten uns auf sie verlassen können.

Diese Industrie hat schon vielen geholfen. Sollte sie nicht Profit machen dürfen?
Sicherlich, aber die Firmen tun so, als ob die neuen Medikamente die ultimativen Neuerfindungen schlechthin wären, was sie aber nicht sind. Viele neue Medikamente basieren auf Produkten, die in staatlich unterstützten Universitäten entwickelt wurden. Sie produzieren keine neuen Medikamente sondern nur triviale Änderungen an bereits existierenden Produkten.

Warum ist mein Arzt so erpicht darauf, mir die neuesten, besten Medikamente zu verschreiben?
Es wird ihm von den Pharmafirmen suggeriert. Firmen geben Milliarden Dollar aus, um Ärzte „weiter zu bilden“, wie sie es nennen. Sie sponsern medizinische Konferenzen oder Meetings von medizinischen Berufsvereinigungen. Sie „bearbeiten“ Ärzte die ganze Zeit über.

Ist es so wie: “Eine Hand wäscht die andere“?
Nein. Firmen verfahren nach dem Prinzip: Essen- Schmeicheln- Freundschaft und Geld. Ärzte gewöhnen sich an die Geschenke und an das Sponsoring. Sie werden tagtäglich von Pharmavertretern besucht, die Geschenke für Mitarbeiter oder Essen für die Krankenhausbelegschaft bringen. Natürlich bringen sie auch kostenlose Proben der neuesten Medikamenten mit. Ärzte geben diese neuen Produkte an Patienten weiter. Wenn diese Medikamente verbraucht sind, bleiben die Ärzte und Patienten bei diesen Produkten. Die Firmen verkaufen ihre Medikamente, als ob sie besser wären als die bereits bestehenden. Außerdem ist es einfacher, eine kostenlose Probe herzugeben, als den Vorteil eines Generikums zu erklären und es zu verschreiben oder mehr Bewegung und eine Diät zu verordnen. Ärzte stehen auch sehr unter Druck. Sie müssen sehr viele Patienten sehr schnell behandeln. Was am schnellsten geht, ist ein Medikament zu verschreiben. Viele Patienten glauben, dass das neueste Produkt auch das beste sei. Sie sind auch enttäuscht, wenn sie ohne Verschreibung nach Hause gehen.

***Vorschläge:* Der Kongress soll ein Gesetz erlassen, das die FDA zwingt, alte Medikamente mit neuen zu vergleichen. Neue Produkte sollten nicht zugelassen werden, wenn sie nicht gravierende Verbesserungen gegenüber alten haben.**

Optimierung der Triptantherapie bei Patienten mit Migräne

Medizinische Grundlagen

In einer Metaanalyse (Ferrari, Lancet 2001;358: 1668-75) wurde gezeigt, dass alle verfügbaren Triptane wirksam und gut verträglich sind. Leichte Vorteile wurden für Almotriptan, Eletriptan und Rizatriptan gesehen. In dem rezent publizierten TRIPSTAR-Projekt (Clinical Therapeutics 2004, Vol 26, 9,1533-45) wird festgehalten, dass aus Sicht der medizinischen Versorgungsqualität die Vortherapie mit einem Triptan keinen Einfluss auf die Substanzwahl hat.

Eine positive Therapieerfahrung mit Triptan 1 hat daher keine Auswirkungen auf den Therapieerfolg, wenn beim nächsten Migräneanfall Triptan 2 zum Einsatz kommt. In einem multivarianten Entscheidungsmodell wird evaluiert, dass Almotriptan, Eletriptan und Rizatriptan den Idealvorstellungen von Wirksamkeit und Verträglichkeit näher kommen als das Referenzprodukt Sumatriptan 100 mg.

Organisatorische Rahmenbedingungen durch das Heilmittelverzeichnis (neu)

Nach der Kassenfreiheit des ersten Triptans 2002 wurde in der Vertragspartnerzeitung Anfang 2003 die Versorgungsentwicklung mit Triptanen analysiert und als Verbesserung der Versorungslage interpretiert. 2005 hat durch die gesetzlichen Veränderungen und dem Erstattungskodex EKO als Positivliste einen Systemwechsel in die Medikamentenversorgung gebracht, der auch die Triptane betrifft. Nach dem Ampelprinzip des EKO gilt:

Die mit IND kassenfreien Präparate des **grünen Bereichs** stehen im Vordergund:
Eumitan als 2,5mg Ftabl
Zomig als 2,5mg Ftabl, 5mg Nasenspray und Rapimelt Tabl
Relpax als 20mf und 40mg Ftabl

Wenn mit den Präparaten des grünen Bereichs nachweislich nicht das Auslangen gefunden wird, stehen im **gelben Bereich** zur Verfügung:
Imigran Spritzamp als Starterpkg und Nachfüllpkg, und Supp

Nur in medizinisch begründeten Ausnahmefällen, und diese können auf Grund der verfügbaren Literatur nur seltene Einzelfälle sein, können von den Krankenversicherungsträgern die Kosten für ein Triptan übernommen werden, das nicht im EKO angeführt ist, z.B. Imigran 100mg Ftabl oder Maxalt ua.

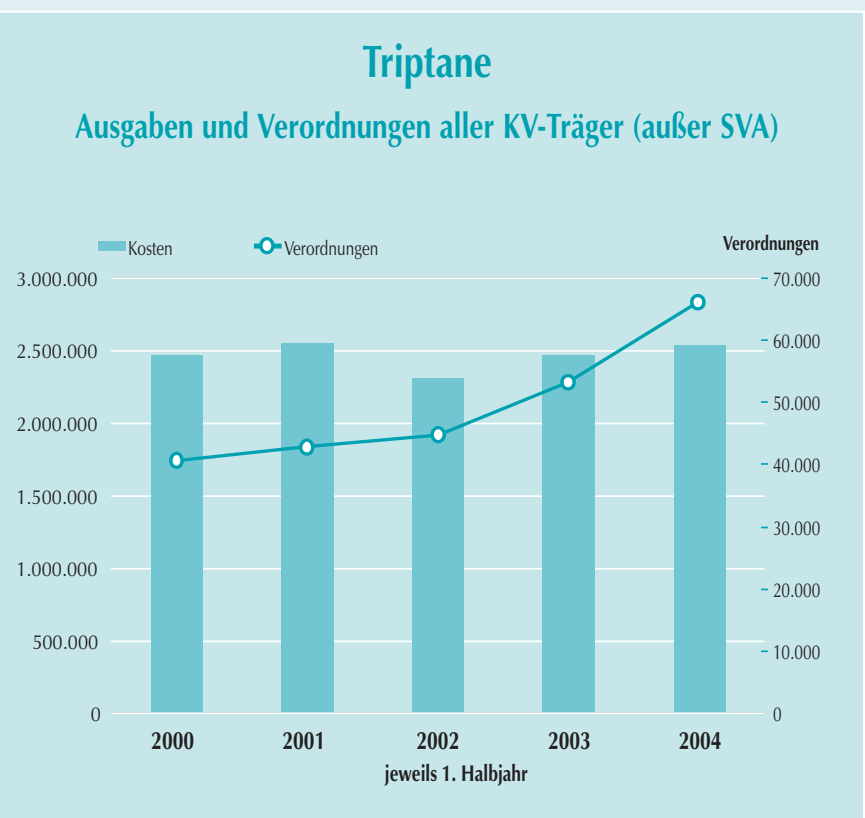
Wie hat sich die Versorgung mit Triptanen in den letzten Jahren verändert?

Bei gleichbleibenden Kosten für die Krankenversicherungsträger sind die Verordnungen um über 50% gestiegen!

Quelle: Pegasus

Auf Basis der klinischen Daten zu den Triptanen und der Wirtschaftlichkeit der einzelnen Präparate, die ihren Niederschlag im EKO findet, sollten die Vorgaben des EKO auch umgesetzt werden:

1. Therapiebeginn jedenfalls mit einem Präparat aus dem grünen Bereich auch bei Patienten mit Vortherapie mit einem anderen Triptan
2. Präparate aus dem gelben Bereich entsprechend den Vorgaben des EKO – RE1
3. Für Präparate, die nicht im EKO angeführt sind, können die Kosten von den KV-Trägern nicht übernommen werden.



Der Magenschutz bei kurzfristiger Anwendung von NSAR

Leider zeigen uns interne Analysen, dass bei relativ kurzdauernder Verwendung von NSAR's nach Bagatelltraumen oder Traumata, die eine rasche Genesung erwarten lassen, bei den NSAR's Packungsgrößen mit zu großer Reichweite verordnet werden. Die Verordnung von PPI's erfolgt dabei nahezu reflektorisch, unabhängig von einer Risikoabschätzung und es werden ebenfalls (teilweise bedingt durch Angebotsmangel) nur relativ große Packungseinheiten zur Verfügung gestellt oder beworben. 28 Tage PPI's für fünf Tage Diclofenac 50mg täglich?

Laut Konsensuspapier der Fachgesellschaften für Rheumatologie und Gastroenterologie, in Arznei und Vernunft Jänner 2003 publiziert, ist eine Magenschutzprophylaxe bei einer Therapie mit NSAR (i.A. nur bei Langzeitverwendung) indiziert bei:

Alter über 65 Jahren,
Ulcus Anamnese,
Kombination von NSAR und Kortikosteroiden,
erhöhtes Blutungsrisiko z.B. Antikoagulantientherapie.

PPI's so notwendig (Langzeittherapie, Risikopersonen), werden zudem zu hoch dosiert (z.B. Pantoprazol 40 statt 20 mg) und erfolgt die VO auch außerhalb der Regeln aus falsch verstandenem Sicherheitsdenken. NSAR und PPI's können auch in kleineren Packungsgrößen rezeptiert werden und empfehlen sich für eine kurzzeitige Therapie aus ökonomischer Sicht folgende Produkte:

mit kurzer Anflutungszeit:

Diclac rapid 50mg Nr. XX	€ 2,55
Diclobene rapid 50mg Nr. X	€ 1,65
Voltaren rapid 50mg Nr. X	€ 2,30

mit etwas längerer Anflutungszeit:

Diclofenac Genericon 50mg Nr. X	€ 2,10
Diclomelan 50mg Nr. X	€ 2,20
Diclostad 50mg Nr. X	€ 2,15

mit protrahierter Wirkdauer:

Diclostad retard 100mg FT Nr. X	€ 3,05
Dolpasse retard 100mg FT Nr. X	€ 3,05

und wenn Magenschutz nötig laut Autria Kodex:

Omeprazol 1A Pharma 20mg 14 ST	€ 15,55
Omec 20mg 14 ST	€ 15,80

Für eine (meist nicht erforderliche) noch kürzere Therapie steht auch Losec 20mg in der 7 Stück Packung (€ 10,35) zur Verfügung.

Weniger ist manchmal mehr!

Newsletter Behandlungsökonomie

OÖGKK FORUM GESUNDHEIT

Um Ihnen wichtige Neuerungen im Medikamentenbereich rasch und möglichst aktuell übermitteln zu können, erstellt die Behandlungsökonomie der OÖGKK seit Februar monatlich einen elektronischen Newsletter, den Sie per Mail zugeschickt bekommen können. Falls Sie den kostenlosen Newsletter erhalten möchten, wenden Sie sich zur Bekanntgabe Ihrer e-mail Adresse bitte an:

Manuela Brandl, OÖGKK, unter 0732-7807-3934 bzw. manuela.brandl@ooegkk.at

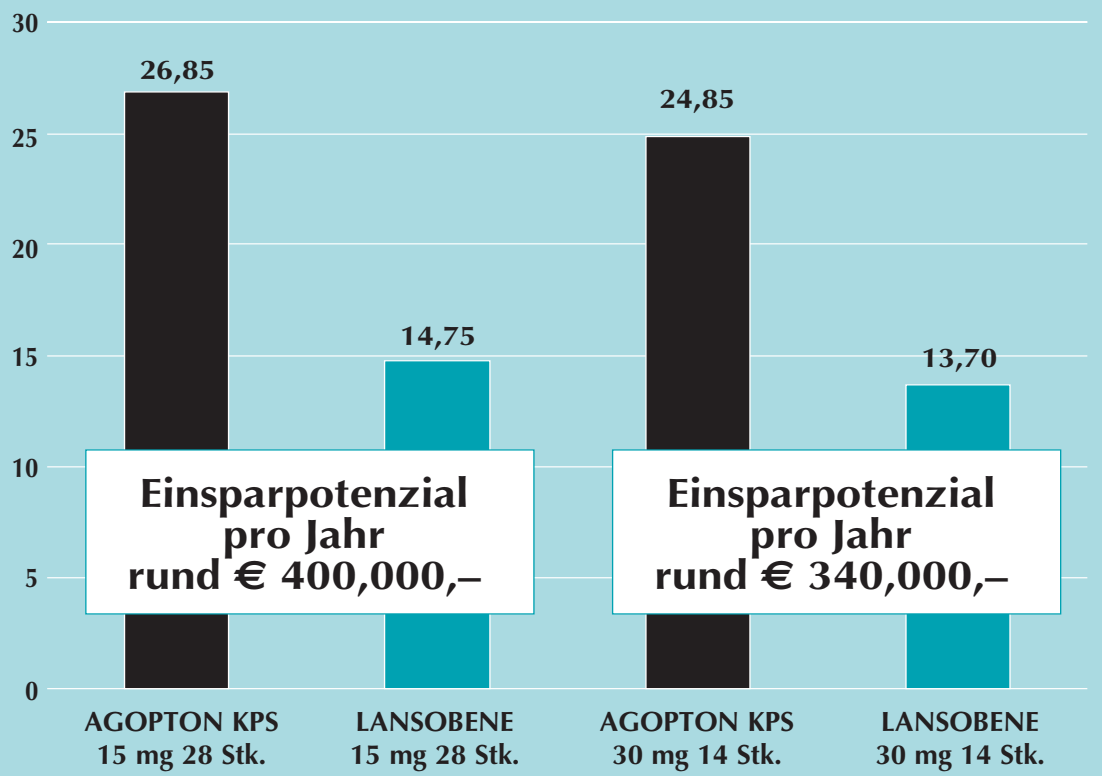
Wir hoffen, Ihnen mit diesem Tool wichtige Informationen aus dem Arzneimittelbereich schneller liefern zu können und sehen diesen Service als weiteren Entwicklungsschritt unserer guten Zusammenarbeit.

Das Öko Eck

Postentgelt bar bezahlt

Lansoprazol

Angaben in Euro



Seit April 2005 steht unter dem ATC-Code A02BC03 der Wirkstoff Lansoprazol erstmals generisch in den gleichen Packungsgrößen und Wirkstärken wie das Originärpräparat zur Verfügung:
30 mg zu 7, 14, 28 Stück, sowie 15 mg zu 28 Stück.

Neu ist die freie Verschreibbarkeit der 30 mg-Packung zu 28 Stück.

Preisvergleich der am häufigsten verordneten Packungsgrößen(Einsparpotenziale errechnet auf Basis Verordnungen im Jahr 2004)

Impressum: Medieninhaber, Herausgeber und Redaktion. OÖ Gebietskrankenkasse, Gruberstraße 77, 4021 Linz. Satz und Druck: Eigenvervielfältigung, Gestaltung: Referat für Öffentlichkeitsarbeit und Kommunikation, Ursula Mauch.

Kontaktadresse: Dr. Gabriele Müller, c/o OÖ Gebietskrankenkasse, Behandlungsökonomie, Postfach 61, 4021 Linz, oder rufen Sie uns einfach an: (0732) 7807-3222, DW (Fax: (0732) 7807/3246), oder Brigitte Horeth, Tel. (0732) 7807-3284 DW (Fax: (0732) 7807/3246).
E-Mail: gabriele.mueller@ooegkk.at oder brigitte.horeth@ooegkk.at

Redaktionsschluss: 4/2005