



THERAPIE

Tipps

Informationen für Vertragspartnerinnen
und Vertragspartner

Im Fokus

Ospen Filmtabletten – Austausch

Mit August 2021 werden die Arzneispezialitäten Ospen 1000 Filmtabletten und Ospen 1500 Filmtabletten mit dem Wirkstoff Phenoxymethylpenicillin gegen die Arzneispezialitäten Ospen 1,0 Filmtabletten und Ospen 1,5 Filmtabletten ausgetauscht. Ospen 1,0 Filmtabletten und Ospen 1,5 Filmtabletten stehen in Packungsgrößen zu 12 und 30 Stück frei verschreibbar im Grünen Bereich des Erstattungskodex zur Verfügung.

Einen stets aktuellen Überblick geben das Online-Infotool (www.erstattungskodex.at) und die App EKO2go.

Änderungen im Erstattungskodex (EKO) ab August 2021

Informationsstand August 2021

ROT → **GRÜN**

Aufnahme kostengünstiger Nachfolgepräparate in den Grünen Bereich:

| Präparat | Menge | T | OP | KVP € | max. Kostensparnis € pro Packung* |
|------------------------------------|---------|---|-----|-------|---|
| A10 ANTIDIABETIKA | | | | | |
| A10BG03 Pioglitazon | | | | | |
| Pioglitazone "Actavis" 15 mg Tabl. | 28 Stk. | - | (3) | 8,75 | 0,35 |
| 30 mg Tabl. | 28 Stk. | - | (3) | 8,75 | 0,35 |

* Vergleich zum Listenpreis des Erstanbieterpräparates in dosierungsäquivalenter Menge (Preisbasis der Berechnung: August 2021)

| Präparat | Menge | T | OP | KVP € | max. Kostenersparnis € pro Packung* |
|---|---------|---|-----|--------|-------------------------------------|
| Pioglitazone "Actavis" 45 mg Tabl. | 28 Stk. | - | (3) | 8,75 | 0,35 |
| <i>IND: wenn mit Metformin keine ausreichende Blutzuckereinstellung erreicht wird</i> | | | | | |
| Pioglitazone "Actavis" ist das erste Pioglitazon-Präparat, von dem drei Packungen pro Rezept verschreibbar sind. | | | | | |
| B01 ANTITHROMBOTISCHE MITTEL | | | | | |
| B01AC04 Clopidogrel | | | | | |
| Clopidogrel "Accord" 75 mg Filmtabl. | 10 Stk. | - | - | 3,55 | 0,87 |
| | 30 Stk. | - | (3) | 10,35 | 3,29 |
| <i>IND: Zur Hemmung der Thrombozytenaggregation, wenn ASS nicht ausreichend oder kontraindiziert ist</i> | | | | | |
| C03 DIURETIKA | | | | | |
| C03DA04 Eplerenon | | | | | |
| Eplerenon "+pharma" 25 mg Filmtabl. | 20 Stk. | - | - | 16,50 | 1,15 |
| | 30 Stk. | - | (3) | 24,35 | 2,20 |
| 50 mg Filmtabl. | 20 Stk. | - | - | 16,50 | 1,15 |
| | 30 Stk. | - | (3) | 24,35 | 2,20 |
| <i>IND: Herzinsuffizienz mit linksventrikulärer Dysfunktion, wenn Spironolacton aufgrund endokriner Nebenwirkungen (Hirsutismus, Gynäkomastie) nachweislich nicht vertragen wurde</i> | | | | | |
| L02 ENDOKRINE THERAPIE | | | | | |
| L02BA03 Fulvestrant | | | | | |
| Fulvestrant "Accord" 250 mg Inj.lsg. Fertigspr. | 2 Stk. | - | - | 130,45 | 434,50** |
| <i>IND: Diagnose und Erstverordnung durch entsprechende Fachabteilung bzw. Zentrum, mittels Tumorboard. Regelmäßige Kontrolle durch entsprechende Fachabteilung bzw. Zentrum bzw. durch gynäko-onkologisch bzw. onkologisch spezialisierte FachärztInnen.</i> | | | | | |
| Fulvestrant "Mylan" 250 mg Inj.lsg. Fertigspr. | 2 Stk. | - | - | 130,45 | 434,50** |
| <i>IND: Diagnose und Erstverordnung durch entsprechende Fachabteilung bzw. Zentrum, mittels Tumorboard. Regelmäßige Kontrolle durch entsprechende Fachabteilung bzw. Zentrum bzw. durch gynäko-onkologisch bzw. onkologisch spezialisierte FachärztInnen.</i> | | | | | |

* Vergleich zum Listenpreis des Erstanbieterpräparates in dosierungsäquivalenter Menge (Preisbasis der Berechnung: August 2021)

** Bei dem angegebenen Kostenreduktionspotenzial werden Preismodelle (PM) nicht berücksichtigt.

| Präparat | Menge | T | OP | KVP € | max. Kostenersparnis € pro Packung* |
|---|--------------------|--------|----------|---------------|--|
| N06 PSYCHOANALEPTIKA | | | | | |
| N06AX16 Venlafaxin | | | | | |
| Venlafaxin "1A Pharma GmbH" 225 mg Hartkaps., retardiert | 10 Stk. 30 Stk. | - - | (2) - | 3,40 10,00 | Wirkstoffstärke beim Erstanbieter nicht vorhanden |
| N06AX21 Duloxetin | | | | | |
| Duloxetin "neuraxpharm" 30 mg magensaftresistente Hartkaps. | 14 Stk. 28 Stk. | - - | - - | 1,90 3,80 | Packungsgröße beim Erstanbieter nicht vorhanden 14,90 Erstanbieter nicht im EKO |
| 60 mg magensaftresistente Hartkaps. | 14 Stk. 28 Stk. | - - | - - | 3,80 7,60 | Packungsgröße beim Erstanbieter nicht vorhanden 19,20 Erstanbieter nicht im EKO |
| N P | | | | | |
| N07 ANDERE MITTEL FÜR DAS NERVENSYSTEM | | | | | |
| N07XX06 Tetrabenazin | | | | | |
| Tetmodis 25 mg Tabl. | 112 Stk. | - | - | 104,10 | 11,55 |
| <i>IND: als Zweitlinientherapie</i> | | | | | |

Aufnahme von Präparaten in den Grünen Bereich:

| Präparat | Menge | T | OP | KVP € |
|--|--------|---|----|--------------|
| A07 ANTIDIARRHOIKA UND INTESTINALE ANTIPHLOGISTIKA/ANTIINFEKTIVA | | | | |
| A07EA06 Budesonid | | | | |
| Budo-San 2 mg/Sprühstoß Rektalschaum | 1 Stk. | - | - | 76,75 |
| <i>IND: Bei nicht adäquater Ansprechung auf oder Intoleranz gegen topische Mesalazine (ATC-Code A07EC02)</i> | | | | |

* Vergleich zum Listenpreis des Erstanbieterpräparates in dosierungsäquivalenter Menge (Preisbasis der Berechnung: August 2021)

| Präparat | Menge | T | OP | KVP € |
|---|---------|----|-----|--------------|
| C10 MITTEL, DIE DEN LIPIDSTOFFWECHSEL BEEINFLUSSEN | | | | |
| C10BX05 Rosuvastatin und Acetylsalicylsäure | | | | |
| RosuASS 5 mg/100 mg Hartkaps. | 30 Stk. | - | (3) | 5,60 |
| 10 mg/100 mg Hartkaps. | 30 Stk. | - | (3) | 5,60 |
| 20 mg/100 mg Hartkaps. | 30 Stk. | - | (3) | 5,60 |
| J01 ANTIBIOTIKA ZUR SYSTEMISCHEN ANWENDUNG | | | | |
| J01CE02 Phenoxymethylpenicillin | | | | |
| Ospen 1,0 Filmtabl. | 12 Stk. | T2 | (2) | 5,40 |
| | 30 Stk. | | - | 11,65 |
| 1,5 Filmtabl. | 12 Stk. | T2 | (2) | 7,10 |
| | 30 Stk. | | - | 15,00 |
| Ospen 1,0 Filmtabletten lösen Ospen 1000 Filmtabletten ab, Ospen 1,5 Filmtabletten lösen Ospen 1500 Filmtabletten ab. Die Packungsgrößen bleiben unverändert. | | | | |

ROT → **GELB**

Aufnahme von Präparaten in den Gelben Bereich:

| Präparat | Menge | T | OP | KVP € |
|---|--------|---|----|---------------|
| A10 ANTIDIABETIKA | | | | |
| A10BJ06 Semaglutid | | | | |
| RE1 Ozempic 0,25 mg Inj.lsg. Fertigpen PM | 1 Stk. | - | - | 104,35 |
| <p>Bei PatientInnen mit Diabetes Typ II</p> <ul style="list-style-type: none"> – Die Behandlung mit Semaglutid hat nur als Drittlinien-Therapie nach Ausschöpfung der Therapiemöglichkeiten mit kostengünstigeren, oralen Erst- und Zweitlinien-Therapien aus dem EKO im Grünen und Gelben Bereich (ATC-Codes A10BA02, A10BB, A10BX02, A10BD, A10BG, A10BH, A10BK) zu erfolgen. – Die Therapie darf nur ab einem HbA1c-Wert von 8,0 % begonnen werden. – Die Behandlung darf nur ab einem Body Mass Index von 30 kg/m² begonnen werden. – Erstverordnung nur durch FachärztInnen für Innere Medizin mit Erfahrung auf dem Gebiet der Diabetes-Behandlung oder durch spezialisierte Zentren. – Angabe von Ausgangsgewicht, -BMI und -HbA1c bei Therapiebeginn. Die Therapie wird nach 6 Monaten evaluiert, dabei muss eine Reduktion des HbA1c um 1 % und eine Gewichtsreduktion um mindestens 3 kg gegenüber dem Ausgangswert bei Therapiebeginn erreicht werden. – Semaglutid darf nur in Kombination mit Metformin, einem Sulfonylharnstoff, einem Thiazolidindion und/oder Insulin eingesetzt werden. – Semaglutid darf nicht mit DPP-IV-Hemmern, SGLT-2-Hemmern oder Gliniden kombiniert werden. – Semaglutid darf nicht als Monotherapie eingesetzt werden. – Kein Einsatz bei terminaler Niereninsuffizienz (Kreatinin-Clearance unter 15 ml/min oder eGFR unter 15 ml/min/1,73 m²). | | | | |

| Präparat | | Menge | T | OP | KVP € |
|---|--|--------|---|----|---------------|
| RE1 L6 | Ozempic 0,5 mg Inj.lsg. Fertigpen PM | 1 Stk. | - | - | 104,35 |
| RE1 L6 | 1,0 mg Inj.lsg. Fertigpen PM | 1 Stk. | - | - | 104,35 |
| <p>Bei PatientInnen mit Diabetes Typ II</p> <ul style="list-style-type: none"> – Die Behandlung mit Semaglutid hat nur als Drittlinien-Therapie nach Ausschöpfung der Therapiemöglichkeiten mit kostengünstigeren, oralen Erst- und Zweitlinien-Therapien aus dem EKO im Grünen und Gelben Bereich (ATC-Codes A10BA02, A10BB, A10BX02, A10BD, A10BG, A10BH, A10BK) zu erfolgen. – Die Therapie darf nur ab einem HbA1c-Wert von 8,0 % begonnen werden. – Die Behandlung darf nur ab einem Body Mass Index von 30 kg/m² begonnen werden. – Erstverordnung nur durch FachärztInnen für Innere Medizin mit Erfahrung auf dem Gebiet der Diabetes-Behandlung oder durch spezialisierte Zentren. – Angabe von Ausgangsgewicht, -BMI und -HbA1c bei Therapiebeginn. Die Therapie wird nach 6 Monaten evaluiert, dabei muss eine Reduktion des HbA1c um 1 % und eine Gewichtsreduktion um mindestens 3 kg gegenüber dem Ausgangswert bei Therapiebeginn erreicht werden. – Semaglutid darf nur in Kombination mit Metformin, einem Sulfonylharnstoff, einem Thiazolidindion und/oder Insulin eingesetzt werden. – Semaglutid darf nicht mit DPP-IV-Hemmern, SGLT-2-Hemmern oder Gliniden kombiniert werden. – Semaglutid darf nicht als Monotherapie eingesetzt werden. – Kein Einsatz bei terminaler Niereninsuffizienz (Kreatinin-Clearance unter 15 ml/min oder eGFR unter 15 ml/min/1,73 m²). – Semaglutid eignet sich für eine chef(kontroll)ärztliche Langzeitbewilligung für 6 Monate (L6). | | | | | |

Folgende Präparate wurden aus dem EKO gestrichen:

| Präparat | Menge | ATC-Code | Streichung mit |
|--|---------------------|----------|----------------|
| Abacavir/Lamivudin "Aristo" 600 mg/300 mg Filmtabl. | 30 Stk. | J05AR02 | 01.08.2021 |
| Andriol Testocaps 40 mg Kaps. | 60 Stk. | G03BA03 | 01.08.2021 |
| Aripiprazol "G.L." 15 mg Tabl. | 10 Stk. 30 Stk. | N05AX12 | 01.08.2021 |
| Betnovate Creme | 30 g | D07AC01 | 01.08.2021 |
| Bimatoprost "Stada" 100 mcg/ml Augentropf. | 3 ml | S01EE03 | 01.08.2021 |
| Emtricitabin/Tenofovirdisoproxil "Aristo" 200 mg/245 mg Filmtabl. | 30 Stk. | J05AR03 | 01.08.2021 |
| Fentanyl "Sandoz" 50 mcg/h transdermales Matrixpflaster | 5 Stk. 10 Stk. | N02AB03 | 01.08.2021 |
| Levetiracetam "Stada" 500 mg Filmtabl. | 60 Stk. 100 Stk. | N03AX14 | 01.08.2021 |
| Levetiracetam "Stada" 1000 mg Filmtabl. | 60 Stk. 100 Stk. | N03AX14 | 01.08.2021 |

| Präparat | Menge | ATC-Code | Streichung mit |
|---|--------------------|----------|----------------|
| Olanzapin "Genericon" 2,5 mg Tabl. | 10 Stk. 30 Stk. | N05AH03 | 01.08.2021 |
| Pentohexal retard 600 mg Tabl. | 20 Stk. | C04AD03 | 01.08.2021 |
| Pravastatin "1A Pharma" 30 mg Tabl. | 30 Stk. | C10AA03 | 01.08.2021 |
| Refobacin 120 mg Amp. | 5 Stk. | J01GB03 | 01.08.2021 |
| Solu-Dacortin 250 mg Trockenstechamp. m. Lsgm. | 1 Stk. | H02AB06 | 01.08.2021 |
| Tenofovirdisoproxil "Aristo" 245 mg Filmtabl. | 30 Stk. | J05AF07 | 01.08.2021 |
| Valsartan "ratiopharm" 320 mg Filmtabl. | 30 Stk. | C09CA03 | 01.08.2021 |
| Valsartan "ratiopharm" 320 mg/12,5 mg Filmtabl. | 30 Stk. | C09DA03 | 01.08.2021 |
| Valsartan "ratiopharm" 320 mg/25 mg Filmtabl. | 30 Stk. | C09DA03 | 01.08.2021 |
| Zolmitriptan "Stada" 2,5 mg Tabl. | 3 Stk. 6 Stk. | N02CC03 | 01.08.2021 |

Änderung der Verwendung im Gelben Bereich:

| Präparat | Menge | T | OP | KVP € | |
|--|---|--------|----|-------|-----------------|
| L04 IMMUNSUPPRESSIVA | | | | | |
| L04AC16 Guselkumab | | | | | |
| RE1 L3 | Tremfya 100 mg Inj.lsg. Fertigpen PM | 1 Stk. | - | - | 2.007,50 |
| RE1 L3 | 100 mg Inj.lsg. Fertigspr. PM | 1 Stk. | - | - | 2.007,50 |
| <p>Mittelschwere bis schwere Plaque-Psoriasis bei Erwachsenen bei Versagen, Unverträglichkeit oder Kontraindikation von systemischen Therapien einschließlich Ciclosporin, Methotrexat oder PUVA. Erstverordnung und engmaschige Kontrollen durch entsprechende Fachabteilung bzw. -ambulanz oder durch FachärztInnen mit Erfahrung in der Behandlung der mittelschweren bis schweren Plaque-Psoriasis. Keine Fortsetzung der Behandlung von PatientInnen, die innerhalb von 16 Behandlungswochen nicht klinisch ansprechen.</p> <p>Aktive und progressive Psoriasis-Arthritis bei Erwachsenen bei Versagen von mindestens einem DMARD (disease-modifying anti-rheumatic drug DMARD), wobei Methotrexat in ausreichender Dosierung und ausreichender Dauer verabreicht wurde.</p> <p>Erstverordnung und engmaschige Kontrolle durch RheumatologInnen oder durch Zentren, die berechtigt sind, solche auszubilden. Keine Fortsetzung der Behandlung von PatientInnen, die innerhalb von 24 Behandlungswochen nicht klinisch ansprechen.</p> <p>Guselkumab eignet sich für eine chef(kontroll)ärztliche Langzeitbewilligung für 3 Monate (L3).</p> | | | | | |
| Die Indikation aktive und progressive Psoriasis-Arthritis wurde in den Regeltext aufgenommen, auch L3 wurde ergänzt. | | | | | |

| Präparat | | Menge | T | OP | KVP € |
|--|---|----------|---|----|------------------|
| R07 ANDERE MITTEL FÜR DEN RESPIRATIONSTRAKT | | | | | |
| R07AX30 Ivacaftor und Lumacaftor | | | | | |
| RE1 L6 | Orkambi 100 mg/125 mg Filmtabl. PM | 112 Stk. | - | - | 11.021,45 |
| RE1 L6 | 200 mg/125 mg Filmtabl. PM | 112 Stk. | - | - | 11.021,45 |
| <p>– Bei PatientInnen ab 6 Jahren mit zystischer Fibrose (CF, Mukoviszidose), die homozygot für die F508del-Mutation im CFTR-Gen sind. Die Feststellung der Mutation muss mit einem validierten Testverfahren erfolgen.</p> <p>– Einsatz nur bei PatientInnen mit</p> <ul style="list-style-type: none"> • mehrmaligen pulmonalen Exazerbationen oder • regelmäßigen Antibiotikabehandlungen oder • einer mittels bildgebenden Verfahren (CT oder MRT) nachgewiesenen Schädigung der Lunge vor Therapiebeginn. <p>– Indikationsstellung, Erstverordnung und Therapieüberwachung müssen von einem Zentrum mit Erfahrung in der Behandlung der CF erfolgen.</p> <p>– Eine Diätberatung hat vor Behandlungsbeginn zu erfolgen.</p> <p>– Leberfunktionstests (ALT, AST und Bilirubin) und Bestimmung von Chymotrypsin im Stuhl sind vor Beginn der Behandlung, alle 3 Monate im ersten Jahr der Behandlung und danach zumindest jährlich durchzuführen.</p> <p>– Lungenfunktionsparameter (FEV1) sind alle 3 Monate zu kontrollieren.</p> <p>– Pulmonale Exazerbationen, der Antibiotikabedarf und das Körpergewicht (BMI) sind für den Zeitraum vor Beginn der Behandlung und alle 6 Monate nach Therapiebeginn zu dokumentieren.</p> <p>– Die Therapie ist nur fortzuführen, wenn:</p> <ul style="list-style-type: none"> • eine vorteilhafte Entwicklung der Lungenfunktion gegenüber dem natürlichen Krankheitsverlauf eintritt oder • eine Reduktion der Häufigkeit pulmonaler Exazerbationen eintritt oder • eine altersentsprechend vorteilhafte Entwicklung des BMI eintritt. <p>Lumacaftor/Ivacaftor eignet sich für eine chef(kontroll)ärztliche Langzeitbewilligung für 6 Monate (L6). Die Aufnahme in den EKO ist befristet und endet mit 30.6.2026.</p> | | | | | |

| Präparat | | Menge | T | OP | KVP € |
|---|---|---------|---|----|------------------|
| RE1 L6 | Orkambi 100 mg/125 mg Gran. Btl.  | 56 Stk. | - | - | 10.926,10 |
| RE1 L6 | 150 mg/188 mg Gran. Btl.  | 56 Stk. | - | - | 10.926,10 |
| <p>– Bei PatientInnen von 2-5 Jahren mit zystischer Fibrose (CF, Mukoviszidose), die homozygot für die F508del-Mutation im CFTR-Gen sind. Die Feststellung der Mutation muss mit einem validierten Testverfahren erfolgen.</p> <p>– Einsatz nur bei PatientInnen mit</p> <ul style="list-style-type: none"> • regelmäßigen Antibiotikabehandlungen oder • einer mittels bildgebenden Verfahren (CT oder MRT) nachgewiesenen Schädigung der Lunge vor Therapiebeginn. <p>– Indikationsstellung, Erstverordnung und Therapieüberwachung müssen von einem Zentrum mit Erfahrung in der Behandlung der CF erfolgen.</p> <p>– Eine Diätberatung der Angehörigen hat vor Behandlungsbeginn zu erfolgen.</p> <p>– Leberfunktionstests (ALT, AST und Bilirubin) und Bestimmung von Chymotrypsin im Stuhl sind vor Beginn der Behandlung, alle 3 Monate im ersten Jahr der Behandlung und danach zumindest jährlich durchzuführen.</p> <p>– Schweiß-Chlorid-Level sind vor Therapiebeginn und danach alle 6 Monate zu dokumentieren.</p> <p>– Pulmonale Exazerbationen, der Antibiotikabedarf und das Körpergewicht (BMI) sind für den Zeitraum vor Beginn der Behandlung und alle 6 Monate nach Therapiebeginn zu dokumentieren.</p> <p>– Die Therapie ist nur fortzuführen, wenn</p> <ul style="list-style-type: none"> • Schweiß-Chlorid-Level um zumindest 15 % im Vergleich zur Baseline fallen und • eine altersentsprechend vorteilhafte Entwicklung des BMI eintritt. <p>Lumacaftor/Ivacaftor eignet sich für eine chef(kontroll)ärztliche Langzeitbewilligung für 6 Monate (L6). Die Aufnahme in den EKO ist befristet und endet mit 30.6.2026.</p> <p>Die Regeltexte von Orkambi Filmtabletten und Granulat wurden an jenen von Symkevi angeglichen, die Befristungen wurden verlängert.</p> | | | | | |

Änderung der Packungsgröße im Grünen Bereich:

| Präparat | Menge | T | OP | KVP € |
|---|---------|---|----|--------------|
| J05 ANTIVIRALE MITTEL ZUR SYSTEMISCHEN ANWENDUNG | | | | |
| J05AB01 Aciclovir | | | | |
| Aciclostad 800 mg Tabl. | 36 Stk. | - | - | 75,50 |
| <i>IND: Herpes zoster in der Akutphase</i> | | | | |
| Änderung der Packungsgröße von 35 Stk. auf 36 Stk. | | | | |

Änderung der Bezeichnung im Grünen Bereich:

| Präparat | Menge | T | OP | KVP € |
|--|---------|---|-----|-------------|
| C09 MITTEL MIT WIRKUNG AUF DAS RENIN-ANGIOTENSIN-SYSTEM | | | | |
| C09DB01 Valsartan und Amlodipin | | | | |
| Amlodipin/Valsartan "TAD" 5 mg/80 mg Filmtabl. vormals Amlodipin/Valsartan "Krka" 5 mg/80 mg Filmtabl. | 30 Stk. | - | (3) | 6,75 |
| Amlodipin/Valsartan "TAD" 5 mg/160 mg Filmtabl. vormals Amlodipin/Valsartan "Krka" 5 mg/160 mg Filmtabl. | 30 Stk. | - | (3) | 6,75 |
| Amlodipin/Valsartan "TAD" 10 mg/160 mg Filmtabl. vormals Amlodipin/Valsartan "Krka" 10 mg/160 mg Filmtabl. | 30 Stk. | - | (3) | 6,75 |
| C09DX01 Valsartan, Amlodipin und Hydrochlorothiazid | | | | |
| Amlodipin/Valsartan/HCT "TAD" 5 mg/160 mg/12,5 mg Filmtabl. vormals Amlodipin/Valsartan/HCT "Krka" 5 mg/160 mg/12,5 mg Filmtabl. | 30 Stk. | - | (3) | 6,75 |
| Amlodipin/Valsartan/HCT "TAD" 5 mg/160 mg/25 mg Filmtabl. vormals Amlodipin/Valsartan/HCT "Krka" 5 mg/160 mg/25 mg Filmtabl. | 30 Stk. | - | (3) | 6,75 |
| Amlodipin/Valsartan/HCT "TAD" 10 mg/160 mg/12,5 mg Filmtabl. vormals Amlodipin/Valsartan/HCT "Krka" 10 mg/160 mg/12,5 mg Filmtabl. | 30 Stk. | - | (3) | 6,75 |
| Amlodipin/Valsartan/HCT "TAD" 10 mg/160 mg/25 mg Filmtabl. vormals Amlodipin/Valsartan/HCT "Krka" 10 mg/160 mg/25 mg Filmtabl. | 30 Stk. | - | (3) | 6,75 |

Abkürzungsverzeichnis

- (2).....zwei Packungen pro Verschreibung abgebbar, erfolgt keine Angabe, darf nur eine Packung abgegeben werden
- (3).....drei Packungen pro Verschreibung abgebbar, erfolgt keine Angabe, darf nur eine Packung abgegeben werden
- PM**.....Arzneispezialitäten, für die eine Vereinbarung über ein Preismodell mit dem vertriebsberechtigten Unternehmen vorliegt.
- IND..... Die Arzneispezialität ist nur für die angegebenen Voraussetzungen in den jeweiligen Bereich des EKO aufgenommen. Das Vorliegen der angegebenen Voraussetzungen muss von der verordnenden Ärztin/vom verordnenden Arzt durch den Vermerk IND am Rezept bestätigt werden. Für Verordnungen außerhalb der angegebenen Voraussetzungen ist eine ärztliche Bewilligung des chef- und kontrollärztlichen Dienstes einzuholen.
- KVP.....Kassenverkaufspreis ohne Umsatzsteuer
- L3..... Langzeitbewilligung für 3 Monate möglich
- L6..... Langzeitbewilligung für 6 Monate möglich
- N..... Fachgruppen-Bestimmung: Fachärztin/Facharzt für Neurologie oder Neurologie und Psychiatrie oder Psychiatrie und Neurologie
- OP.....Höchstanzahl Packungen je Verordnung
- P..... Fachgruppen-Bestimmung: Fachärztin/Facharzt für Psychiatrie oder Psychiatrie und Neurologie oder Neurologie und Psychiatrie oder Kinder- und Jugendpsychiatrie
- RE1..... Die Arzneispezialitäten dürfen erst nach Vorliegen der ärztlichen Bewilligung des chef- und kontrollärztlichen Dienstes abgegeben werden. Für die Erteilung der ärztlichen Bewilligung des chef- und kontrollärztlichen Dienstes sind die angegebenen bestimmten Voraussetzungen maßgeblich.
- T..... Teilbarkeit
- T2..... in zwei dosisgleiche Teile teilbar

Impressum

Medieninhaber und Herausgeber: Österreichische Gesundheitskasse, Haidingergasse 1, 1030 Wien.

www.gesundheitskasse.at/impressum

Kontakt: ÖGK, Medizinische Behandlungsökonomie

Telefon: 05 0766-112597

E-Mail: office.mboe@oegk.at

Die Veröffentlichung des Fach- und Informationsblattes erfolgt in Kooperation mit der Ärztekammer für Wien.