



Neu im EKO

Änderungen im Erstattungskodex (EKO) ab Jänner 2023

Informationsstand Jänner 2023

Im Fokus: Ebetrexat – zweites subkutanes Methotrexat im Grünen Bereich

- Seit der Aufnahme von MTX "ratiopharm" ab September 2022 in den Grünen Bereich wird subkutanes Methotrexat (MTX) häufiger verordnet.
- Dieser Trend sollte sich durch die Aufnahme von Ebetrexat in den Grünen Bereich noch verstärken.
- Subkutanes MTX hat eine höhere Bioverfügbarkeit als orales und die Verträglichkeit erscheint günstiger.

ROT >> **GRÜN**

Aufnahme kostengünstiger Nachfolgepräparate in den Grünen Bereich:

Präparat	Menge	T	OP	KVP €	max. Kostenersparnis € pro Packung*
B01 ANTITHROMBOTISCHE MITTEL					
B01AC04 Clopidogrel					
Clopidogrel "Zentiva" 75 mg Filmtabl.	14 Stk.	–	–	3,35	1,58
	28 Stk.	–	(3)	6,75	6,05
Das erste Nachfolgepräparat zu Plavix ohne IND hat einen Preisvorteil von 6,05 Euro gegenüber diesem und 3,12 Euro gegenüber dem bisher kostengünstigsten Clopidogrel-Generikum.					
C10 MITTEL, DIE DEN LIPIDSTOFFWECHSEL BEEINFLUSSEN					
C10AX09 Ezetimib					
Ezetimib "Zentiva" 10 mg Tabl.	30 Stk.	–	(3)	9,80	24,40 Erstanbieter nicht im EKO

* Vergleich zum Listenpreis des Erstanbieterpräparates in dosierungsäquivalenter Menge (Preisbasis der Berechnung: Jänner 2023)

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

Präparat	Menge	T	OP	KVP €	max. Kostenersparnis € pro Packung*
L02 ENDOKRINE THERAPIE					
L02BX03 Abirateron					
Abiral 500 mg Filmtabl.	60 Stk.	–	(2)	374,65	2.604,33** Erstanbieter in RE1
<i>IND: Diagnose und Erstverordnung durch entsprechende Fachabteilung bzw. Zentrum, mittels Tumorboard. Regelmäßige Kontrolle durch entsprechende Fachabteilung bzw. Zentrum bzw. durch FachärztInnen mit Erfahrung in der Behandlung des Prostatakarzinoms.</i>					
Abirateron "Accord" 500 mg Filmtabl.	56 Stk.	–	(2)	356,75	2.597,25** Erstanbieter in RE1
<i>IND: Diagnose und Erstverordnung durch entsprechende Fachabteilung bzw. Zentrum, mittels Tumorboard. Regelmäßige Kontrolle durch entsprechende Fachabteilung bzw. Zentrum bzw. durch FachärztInnen mit Erfahrung in der Behandlung des Prostatakarzinoms.</i>					
Abirateron "Krka" 500 mg Filmtabl.	56 Stk.	–	(2)	356,75	2.597,25** Erstanbieter in RE1
<i>IND: Diagnose und Erstverordnung durch entsprechende Fachabteilung bzw. Zentrum, mittels Tumorboard. Regelmäßige Kontrolle durch entsprechende Fachabteilung bzw. Zentrum bzw. durch FachärztInnen mit Erfahrung in der Behandlung des Prostatakarzinoms.</i>					
Abirateron "Stada" 500 mg Filmtabl.	56 Stk.	–	(2)	356,75	2.597,25** Erstanbieter in RE1
<i>IND: Diagnose und Erstverordnung durch entsprechende Fachabteilung bzw. Zentrum, mittels Tumorboard. Regelmäßige Kontrolle durch entsprechende Fachabteilung bzw. Zentrum bzw. durch FachärztInnen mit Erfahrung in der Behandlung des Prostatakarzinoms.</i>					
Abirateron "Teva" 500 mg Filmtabl.	60 Stk.	–	(2)	374,65	2.604,33** Erstanbieter in RE1
<i>IND: Diagnose und Erstverordnung durch entsprechende Fachabteilung bzw. Zentrum, mittels Tumorboard. Regelmäßige Kontrolle durch entsprechende Fachabteilung bzw. Zentrum bzw. durch FachärztInnen mit Erfahrung in der Behandlung des Prostatakarzinoms.</i>					
Abirateron "Zentiva" 500 mg Filmtabl.	56 Stk.	–	(2)	356,75	2.597,25** Erstanbieter in RE1
<i>IND: Diagnose und Erstverordnung durch entsprechende Fachabteilung bzw. Zentrum, mittels Tumorboard. Regelmäßige Kontrolle durch entsprechende Fachabteilung bzw. Zentrum bzw. durch FachärztInnen mit Erfahrung in der Behandlung des Prostatakarzinoms.</i>					
Acht Generika zu Zytiga sind im Grünen Bereich des EKO gelistet. Aufgrund des Ampelprinzips laut RöV und des deutlichen Kostenvorteils pro Verordnung sind die Nachfolgepräparate zu verordnen.					

Präparat	Menge	T	OP	KVP €	max. Kostenersparnis € pro Packung*
N03 ANTIPILEPTIKA					
N03AX18 Lacosamid					
Lacosamid "UCB" 10 mg/ml Sirup	200 ml	–	(3)	14,55	20,35 Erstanbieter in RE1
50 mg Filmtabl.	14 Stk.	–	–	6,65	6,25 Erstanbieter in RE1
100 mg Filmtabl.	14 Stk.	–	–	6,65	18,35 Erstanbieter in RE1
	56 Stk.	–	(3)	25,00	64,45 Erstanbieter in RE1
150 mg Filmtabl.	14 Stk.	–	–	6,65	30,00 Erstanbieter in RE1
	56 Stk.	–	(3)	25,00	103,75 Erstanbieter in RE1
200 mg Filmtabl.	56 Stk.	–	(3)	25,00	140,80 Erstanbieter in RE1
N					
Lacosamid "UCB" ist das erste Nachfolgepräparat zu Vimpat und kostet nur einen Bruchteil des Erstanbieters. Generisches Lacosamid sollte daher bevorzugt verordnet werden.					

Aufnahme von Präparaten in den Grünen Bereich:

Präparat	Menge	T	OP	KVP €
L04 IMMUNSUPPRESSIVA				
L04AX03 Methotrexat				
Ebtrexat 20 mg/ml Inj.lsg. Fertigspr. (10 mg/0,5 ml)	5 Stk.	–	(3)	26,85
(15 mg/0,75 ml)	5 Stk.	–	(3)	39,40
(20 mg/1,0 ml)	5 Stk.	–	(3)	50,90
(25 mg/1,25 ml)	5 Stk.	–	(3)	63,65
(30 mg/1,5 ml)	5 Stk.	–	(3)	76,05
Ebtrexat ist das zweite subkutane Methotrexat-Präparat im Grünen Bereich.				
N02 ANALGETIKA				
N02CD05 Eptinezumab				
Vyepti 100 mg Konz. zur Herst. einer Inf.lsg. (PM)	1 Stk.	–	(3)	1.034,15
<p>IND: Als Migräneprophylaxeversuch bei Erwachsenen, wenn zuvor zumindest drei medikamentöse Migräneprophylaxeversuche von ausreichender Dauer zu keinem klinisch relevanten Ansprechen geführt haben oder wegen therapiebegrenzender Nebenwirkungen abgebrochen wurden oder wegen Kontraindikationen nicht verwendet werden können. Die Migräneprophylaxe mit Eptinezumab ist nach drei Monaten und im weiteren Verlauf regelmäßig zu kontrollieren und nur bei ausreichendem Ansprechen (Reduktion der Migränetage um zumindest 50 % im Vergleich zu den drei Monaten vor Beginn der Prophylaxe mit Eptinezumab) fortzuführen.</p> <p>Das Nichtansprechen auf die vorherigen Migräneprophylaxeversuche ist mit einem Kopfschmerztagebuch zu dokumentieren, ebenso wie die drei Monate vor Beginn und die ersten drei Monate der Migräneprophylaxe mit Eptinezumab sowie die drei Monate vor jeder weiteren Kontrolle.</p>				

Präparat	Menge	T	OP	KVP €
<i>Indikationsstellung, Erstverordnung und regelmäßige Kontrollen des Ansprechens und der Indikationsstellung durch FachärztInnen für Neurologie oder Neurologie und Psychiatrie oder Psychiatrie und Neurologie.</i>				
Vyepti wird alle 12 Wochen als intravenöse Infusion verabreicht. OP3 ermöglicht die Verordnung von 3 x 100 mg zur Erzielung der höheren Einzeldosis (300 mg) ohne vorherige Bewilligung. OP3 bei Vyepti ist nicht zur Bevorratung der Patientinnen und Patienten für einen längeren Therapiezeitraum mit Einzeldosen von 100 mg vorgesehen. Dies ist einerseits bei dem Therapiezeitraum von bis zu 3 x 12 Wochen entsprechend der RöV unzulässig und andererseits wegen der erforderlichen Lagerbedingungen problematisch.				

ROT >> **GELB**

Aufnahme kostengünstiger Nachfolgepräparate in den Gelben Bereich:

Präparat	Menge	T	OP	KVP €	max. Kostenersparnis € pro Packung*	
A16 ANDERE MITTEL FÜR DAS ALIMENTÄRE SYSTEM UND DEN STOFFWECHSEL						
A16AX06 Miglustat						
RE1 L6	Miglustat "Gen.Orph" 100 mg Hartkaps.	84 Stk.	–	(2)	2.739,55	2.220,35
<p>1. Bei PatientInnen mit gesicherter Diagnose einer leichten bis mittelschweren Form des Morbus Gaucher Typ I. Miglustat darf nur zur Behandlung von PatientInnen verwendet werden, für die eine Enzymsubstitutionstherapie nicht in Frage kommt. Erstverordnung nur durch ein auf hereditäre Stoffwechselerkrankungen spezialisiertes Zentrum oder durch FachärztInnen mit Erfahrung auf dem Gebiet von hereditären Stoffwechselerkrankungen.</p> <p>2. Bei PatientInnen mit gesicherter Diagnose einer Niemann-Pick-Krankheit Typ C. Miglustat darf nur zur Behandlung progressiver neurologischer Manifestationen bei erwachsenen und pädiatrischen PatientInnen verwendet werden. Erstverordnung nur durch ein Zentrum bzw. durch FachärztInnen mit Erfahrung in der Therapie der Niemann-Pick-Krankheit Typ C.</p> <p>Alle sechs Monate ist eine Kontrolluntersuchung durch das o.a. Zentrum oder die o.a. FachärztInnen durchzuführen. Miglustat eignet sich für eine chef(kontroll)ärztliche Langzeitbewilligung für 6 Monate (L6).</p> <p>Miglustat "Gen.Orph" ist sowohl eine deutlich kostengünstigere Alternative zu Zavesca als auch zu Miglustat "G.L."</p>						
H05 CALCIUMHOMÖOSTASE						
H05AA02 Teriparatid						
RE2 L6	Sondelbay 20 mcg/0,08 ml Inj.lsg. Fertigen	1 Stk. 2,4 ml (28 ED)	–	–	154,50	33,35 Erstanbieter in RE1
<p>PatientInnen mit progredienter Knochenbruchkrankheit (postmenopausale Osteoporose, Osteoporose bei Männern, Glucocorticoid-induzierte Osteoporose), wenn trotz adäquat geführter, mehr als zwei Jahre währender, antiresorptiver Therapie Wirbelkörperfrakturen auftreten. Erstverordnung durch Osteoporose-Ambulanz. Die maximale Therapiedauer beträgt 24 Monate. Teriparatid eignet sich für eine chef(kontroll)ärztliche Langzeitbewilligung für 6 Monate (L6). Eine antiresorptive Anschlussbehandlung ist erforderlich.</p> <p>Forsteo ist bereits zu 95 % durch Nachfolgepräparate substituiert. Das ist eine sehr erfreuliche Entwicklung für das österreichische Gesundheitssystem.</p>						

Aufnahme von Präparaten in den Gelben Bereich:

Präparat		Menge	T	OP	KVP €
J05 ANTIVIRALE MITTEL ZUR SYSTEMISCHEN ANWENDUNG					
J05AG05 Rilpivirin					
RE1 L4	Rekombys 900 mg Depot-Inj.susp. (PM)	1 Stk.	–	–	481,30
<p>In Kombination mit einer Cabotegravir-Injektion bei HIV-1 infizierten Erwachsenen, die auf einem stabilen anti-retroviralen Regime virologisch supprimiert sind (HIV-1-RNA < 50 Kopien/ml) ohne gegenwärtige oder historisch dokumentierte Resistenzen gegenüber der NNRTI- oder INI-Klasse und ohne virologisches Versagen gegenüber Wirkstoffen der NNRTI- und INI-Klasse in der Vergangenheit.</p> <p>Vor Therapiebeginn hat eine sorgfältige Auswahl der PatientInnen anhand ausgezeichneter Therapieadhärenz und unter Berücksichtigung von Risikofaktoren für eine Resistenzentwicklung gemäß Fachinformation, sowie eine Beratung der PatientInnen über die Notwendigkeit der Einhaltung des geplanten Injektionsschemas, um das Risiko eines erneuten Virusanstiegs und einer potentiellen Resistenzentwicklung durch versäumte Dosen zu vermindern, zu erfolgen.</p> <p>Nach Absetzen der Rilpivirin- und Cabotegravir-Injektionstherapie ist es erforderlich, ein alternatives, vollständig suppressives antiretrovirales Regime innerhalb von zwei Monaten nach der letzten Injektion einzuführen. Therapieeinleitung und regelmäßige Kontrollen durch einen Arzt/eine Ärztin mit Erfahrung in der HIV-Behandlung.</p> <p>Rilpivirin in Kombination mit Cabotegravir eignet sich für eine chef(kontroll)ärztliche Langzeitbewilligung für 4 Monate (L4).</p>					
J05AJ04 Cabotegravir					
RE1 L4	Vocabria 30 mg Filmtabl. (PM)	30 Stk.	–	–	557,15
<p>In Kombination mit Rilpivirin-Tabletten zur kurzfristigen Behandlung einer Infektion bei HIV-1-infizierten Erwachsenen, die auf einem stabilen antiretroviralen Regime virologisch supprimiert sind (HIV-1-RNA < 50 Kopien/ml) ohne gegenwärtige oder historisch dokumentierte Resistenzen gegenüber der NNRTI- oder INI-Klasse und ohne virologisches Versagen gegenüber Wirkstoffen der NNRTI- und INI-Klasse in der Vergangenheit:</p> <ul style="list-style-type: none"> - für die orale Einleitungsphase („oral lead-in“), um die Verträglichkeit von Cabotegravir und Rilpivirin vor Anwendung der langwirksamen Cabotegravir-Injektion plus langwirksamer Rilpivirin-Injektion zu prüfen - für maximal zwei Monate bei Erwachsenen, die die geplante Dosierung der Cabotegravir-Injektion plus Rilpivirin-Injektion verpassen („oral bridging“). <p>Vor Therapiebeginn hat eine sorgfältige Auswahl der PatientInnen anhand ausgezeichneter Therapieadhärenz und unter Berücksichtigung von Risikofaktoren für eine Resistenzentwicklung gemäß Fachinformation, sowie eine Beratung der PatientInnen über die Notwendigkeit der Einhaltung des geplanten Injektionsschemas, um das Risiko eines erneuten Virusanstiegs und einer potentiellen Resistenzentwicklung durch versäumte Dosen zu vermindern, zu erfolgen.</p> <p>Therapieeinleitung und regelmäßige Kontrollen durch einen Arzt/eine Ärztin mit Erfahrung in der HIV-Behandlung.</p>					
RE1 L4	600 mg Depot-Inj.susp. (PM)	1 Stk.	–	–	1.124,65
<p>In Kombination mit einer Rilpivirin-Injektion bei HIV-1-infizierten Erwachsenen, die auf einem stabilen antiretroviralen Regime virologisch supprimiert sind (HIV-1-RNA < 50 Kopien/ml) ohne gegenwärtige oder historisch dokumentierte Resistenzen gegenüber der NNRTI- oder INI-Klasse und ohne virologisches Versagen gegenüber Wirkstoffen der NNRTI- und INI-Klasse in der Vergangenheit.</p> <p>Vor Therapiebeginn hat eine sorgfältige Auswahl der PatientInnen anhand ausgezeichneter Therapieadhärenz und unter Berücksichtigung von Risikofaktoren für eine Resistenzentwicklung gemäß Fachinformation, sowie eine Beratung der PatientInnen über die Notwendigkeit der Einhaltung des geplanten Injektionsschemas, um</p>					

Präparat	Menge	T	OP	KVP €
<p>das Risiko eines erneuten Virusanstiegs und einer potentiellen Resistenzentwicklung durch versäumte Dosen zu vermindern, zu erfolgen.</p> <p>Nach Absetzen der Cabotegravir- und Rilpivirin-Injektionstherapie ist es erforderlich, ein alternatives, vollständig suppressives antiretrovirales Regime innerhalb von zwei Monaten nach der letzten Injektion einzuführen.</p> <p>Therapieeinleitung und regelmäßige Kontrollen durch einen Arzt/eine Ärztin mit Erfahrung in der HIV-Behandlung.</p> <p>Cabotegravir in Kombination mit Rilpivirin eignet sich für eine chef(kontroll)ärztliche Langzeitbewilligung für 4 Monate (L4).</p> <p>Die Kombinationstherapie von Rekambys und Vocabria bietet ein neues Therapiekonzept für die HIV-Therapie: Nach der oralen Einleitungsphase sind zweimonatliche Injektionen ausreichend.</p>				

Folgende Präparate wurden aus dem EKO gestrichen:

Präparat	Menge	ATC-Code	Streichung mit
Amaryl 2 mg Tabl.	30 Stk.	A10BB12	01.01.2023
Amaryl 4 mg Tabl.	30 Stk.	A10BB12	01.01.2023
DiclacHexal retard 75 mg Tabl.	14 Stk. 28 Stk.	M01AB05	01.01.2023
Fluoxetin "Arcana" 20 mg Kaps.	14 Stk. 28 Stk.	N06AB03	01.01.2023
Foradil 12 mcg Kaps. z. Trockeninh.	60 Stk.	R03AC13	01.01.2023
Gabapentin "Arcana" 300 mg Hartkaps.	100 Stk.	N03AX12	01.01.2023
Hepsera 10 mg Tabl.	30 Stk.	J05AF08	01.01.2023
Levofloxacin "ratiopharm" 500 mg Filmtabl.	7 Stk.	J01MA12	01.01.2023
Mirtazapin "Sandoz" 45 mg Filmtabl.	30 Stk.	N06AX11	01.01.2023
Ninlaro 2,3 mg Hartkaps.	3 Stk.	L01XG03	01.01.2023
Ninlaro 3 mg Hartkaps.	3 Stk.	L01XG03	01.01.2023
Ninlaro 4 mg Hartkaps.	3 Stk.	L01XG03	01.01.2023
Pravastatin "Hexal" 40 mg Tabl.	30 Stk.	C10AA03	01.01.2023
Ramipril/Amlodipin "Stada" 5 mg/5 mg Hartkaps.	30 Stk.	C09BB07	01.01.2023
Rosuvastatin "Accord" 10 mg Filmtabl.	30 Stk.	C10AA07	01.01.2023
Thrombophob Gel	40 g	C05BA03	01.01.2023
Tritazide 2,5 mg/12,5 mg Tabl.	28 Stk.	C09BA05	01.01.2023
Venlafaxin "Hexal" retard 37,5 mg Kaps.	10 Stk. 30 Stk.	N06AX16	01.01.2023
Venlafaxin "Hexal" retard 75 mg Kaps.	10 Stk. 30 Stk.	N06AX16	01.01.2023
Venlafaxin "Hexal" retard 150 mg Kaps.	10 Stk. 30 Stk.	N06AX16	01.01.2023
Zepatier 50 mg/100 mg Filmtabl.	28 Stk.	J05AP54	01.01.2023

Änderung der Verwendung im Grünen Bereich (Überführung vom Gelben in den Grünen Bereich des Erstattungskodex):

Präparat	Menge	T	OP	KVP €
N06 PSYCHOANALEPTIKA				
N06DA02 Donepezil				
Donepezil "+pharma" 5 mg Filmtabl.	10 Stk.	–	(2)	3,90
	30 Stk.	–	(3)	11,35
10 mg Filmtabl.	30 Stk.	–	(3)	21,90
<p><i>IND: Demenz vom Alzheimer-Typ</i> <i>Erstdiagnose und regelmäßige Kontrollen durch NeurologInnen/PsychiaterInnen</i> <i>Nicht in Kombination mit anderen Arzneimitteln gegen Demenz</i></p>				
<p>Mit Donepezil "+pharma" wechselt ein weiteres Alzheimer-Präparat vom Gelben in den Grünen Bereich und 3 OP der Monatspackungen sind auf einem Rezept verschreibbar. Entsprechend dem Ampelprinzip sind Präparate aus dem Grünen Bereich bevorzugt zu rezeptieren.</p>				

Änderung der Verwendung im Gelben Bereich:

Präparat	Menge	T	OP	KVP €
B03 ANTIANÄMIKA				
B03AC Eisen, parenterale Zubereitung				
RE2 Ferinject 50 mg Eisen/ml Inj.lsg. oder Konz. zur Herst. einer Inf.lsg. (PM)	1 Stk. 10 ml	–	–	125,40
	1 Stk. 20 ml	–	–	245,15
<p>Zur Eisensubstitution, wenn mit oralen Therapiealternativen (ATC-Code B03A) nachweislich nicht das Auslangen gefunden werden kann.</p>				
Wegfall der Befristung				

Änderung der Packungsgröße im Grünen Bereich:

Präparat	Menge	T	OP	KVP €
A02 MITTEL BEI SÄURE BEDINGTEN ERKRANKUNGEN				
A02BC02 Pantoprazol				
Pantoprazol "1A Pharma" 40 mg magensaftresistente Tabl.	14 Stk.	–	–	2,25
	30 Stk.	–	–	4,75
Streichung der 7-Stk.-Packung				
C03 DIURETIKA				
C03CA01 Furosemid				
Furosemid "Accord" 10 mg/ml Inj.- oder Inf.lsg.	5 Stk. 2 ml	–	(2)	1,75
Streichung der 5-Stk.-Packung zu je 4 ml				

Präparat	Menge	T	OP	KVP €
D07 CORTICOSTEROIDE, DERMATOLOGISCHE ZUBEREITUNGEN				
D07AB07 Flupredniden				
Decoderm Creme	30 g	–	–	5,75
Streichung der 15-g-Packung				

ATC-Code-Änderungen 2023:

Vormaliger ATC-Code	ATC Bezeichnung	Neuer ATC-Code
N03AX12	Gabapentin	N02BF01
N03AX16	Pregabalin	N02BF02
R06AA61	Dimenhydrinat	R06AA11
V03AX	Hydroxybuttersäure	N07XX04

Link zur WHO-Website: https://www.whocc.no/atc_ddd_index/updates_included_in_the_atc_ddd_index/

Abkürzungsverzeichnis

- (2).....zwei Packungen pro Verschreibung abgebar, erfolgt keine Angabe, darf nur eine Packung abgegeben werden
- (3).....drei Packungen pro Verschreibung abgebar, erfolgt keine Angabe, darf nur eine Packung abgegeben werden
- PM**Arzneispezialitäten, für die eine Vereinbarung über ein Preismodell mit dem vertriebsberechtigten Unternehmen vorliegt.
- INDDie 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.
- KVPKassenverkaufspreis ohne Umsatzsteuer
- L4Langzeitbewilligung für 4 Monate möglich
- L6Langzeitbewilligung für 6 Monate möglich
- NFachgruppen-Bestimmung: Fachärztin/Facharzt für Neurologie oder Neurologie und Psychiatrie oder Psychiatrie und Neurologie oder Neuropädiatrie
- OPHöchstanzahl Packungen je Verordnung
- RE1Die 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.
- RE2Bei diesen Arzneispezialitäten kann die sonst notwendige ärztliche Bewilligung des chef- und kontrollärztlichen Dienstes durch eine nachfolgende Kontrolle der Einhaltung der bestimmten Verwendungen ersetzt werden, wenn die angegebenen bestimmten Verwendungen vorliegen und eine den Richtlinien über die ökonomische Verschreibweise von Heilmitteln und Heilbehelfen entsprechende Dokumentation angefertigt wurde.
- TTeilbarkeit