



Neu im EKO

Änderungen im Erstattungskodex (EKO) ab September 2023

Informationsstand September 2023

Im Fokus: Pleinvue im Grünen Bereich

Mit Pleinvue wurde ein „modernes“ Darmreinigungsmittel in den Grünen Bereich mit IND – vor klinischen Maßnahmen, die einen sauberen Darm erfordern – aufgenommen:

- Die geringe Flüssigkeitsmenge von 2 Litern ist medizinisch günstig bei Personen mit Herz- oder Niereninsuffizienz.
- Bei geriatrischen Personen, die 4 Liter magistrale Golytely-Lösung nicht schaffen, ist die Vorbereitung zur Endoskopie mit Pleinvue besser geeignet und fakultative Folgeprobleme einer notwendigen Zweitendoskopie entfallen.
- 4 Liter magistrale Golytely-Lösung können bei Personen mit Herz- oder Niereninsuffizienz zu unerwünschten Elektrolytverschiebungen führen.

ROT >> **GRÜN**

Aufnahme kostengünstiger Nachfolgepräparate in den Grünen Bereich:

Präparat	Menge	T	OP	KVP €	max. Kostenersparnis € pro Packung*
L02 ENDOKRINE THERAPIE					
L02BA01 Tamoxifen					
Tamoxifen "ratiopharm" 20 mg Tabl.	30 Stk.	T2	(3)	10,50	15,10
Über 5.000 Patientinnen werden aktuell mit einem Tamoxifen-Präparat therapiert. Tamoxifen "ratiopharm" hat einen großen Preisvorteil und erstmals sind auch 3 OP auf einem Rezept frei verschreibbar.					

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

Aufnahme von Präparaten in den Grünen Bereich:

Präparat	Menge	T	OP	KVP €
A06 MITTEL BEI VERSTOPFUNG				
A06AD65 Macrogol, Kombinationen				
Pleinvue Plv. zur Herst. einer Lsg. zum Einnehmen	1 Pkg. 3 Btl.	–	–	15,95
<i>IND: Zur Darmreinigung vor klinischen Maßnahmen, die einen sauberen Darm erfordern</i>				
<p>Die Bestandteile von Pleinvue sind in drei verschiedenen Beuteln enthalten. Dosis 1 besteht aus einem Beutel und Dosis 2 aus zwei Beuteln, A und B. Eine Anwendung besteht aus der Verabreichung von zwei separaten, nicht identen 500-ml-Dosen von Pleinvue. Zu jeder Dosis müssen <u>zusätzlich</u> mindestens 500 ml klare Flüssigkeit getrunken werden.</p> <p>Die Einnahme kann nach einem 2-Tages- oder 1-Tages-Einnahmeplan erfolgen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Dosis 1 wird am Abend vor der klinischen Maßnahme und die zweite Dosis am Morgen des Tags der Maßnahme, ca. 12 Stunden nach Dosis 1 eingenommen <p>oder</p> <ul style="list-style-type: none"> • beide Dosen werden am Morgen des Tags der Maßnahme eingenommen; Dosis 2 sollte frühestens zwei Stunden nach Dosis 1 eingenommen werden <p>oder</p> <ul style="list-style-type: none"> • beide Dosen werden am Abend vor der klinischen Maßnahme eingenommen; Dosis 2 sollte frühestens zwei Stunden nach Dosis 1 eingenommen werden. <p>Das geeignete Dosierungsschema sollte entsprechend dem zeitlichen Ablauf der klinischen Maßnahme ausgewählt werden.</p>				

ROT >> **GELB**

Aufnahme von Präparaten in den Gelben Bereich:

Präparat	Menge	T	OP	KVP €	
C03 DIURETIKA					
C03DA05 Finerenon					
RE2	Kerendia 10 mg Filmtabl. (PM)	14 Stk. 28 Stk.	– –	– (2)	30,65 59,40
RE2	20 mg Filmtabl. (PM)	14 Stk. 28 Stk.	– –	– (2)	30,65 59,40
<p>Bei erwachsenen PatientInnen mit Diabetes Typ II und chronischer Niereninsuffizienz mit Albuminurie als Zusatztherapie zur individuell optimierten Standardtherapie mit einem ACE-Hemmer oder einem Angiotensin-II-Rezeptorblocker, sowie einem SGLT-2 Hemmer, sofern dieser für den/die PatientIn nicht ungeeignet oder unverträglich ist.</p> <p>Bestimmung des Serumkaliums und der eGFR vor und während der Behandlung gemäß Fachinformation.</p> <p>Mit Kerendia steht eine neue Behandlungsoption bei diabetischen Patientinnen und Patienten mit chronischer Niereninsuffizienz und Albuminurie zur Verfügung, die bereits auf eine optimierte Standardtherapie eingestellt sind.</p>					

Präparat		Menge	T	OP	KVP €
L01 ANTINEOPLASTISCHE MITTEL					
L01EL02 Acalabrutinib					
RE1	Calquence 100 mg Filmtabl. (PM)	60 Stk.	–	–	5.365,15
<p>Als Monotherapie bei Erwachsenen</p> <ul style="list-style-type: none"> – mit nicht vorbehandelter chronisch lymphatischer Leukämie (CLL), die für eine Fludarabin-basierte oder andere Chemoimmuntherapien nicht geeignet sind. – mit rezidivierender oder refraktärer CLL, die für eine Chemoimmuntherapie nicht geeignet sind. <p>Diagnose und Erstverordnung durch entsprechende Fachabteilung bzw. Zentrum, mittels Tumorboard. Regelmäßige Kontrolle durch entsprechende Fachabteilung bzw. Zentrum bzw. durch (Hämato-)OnkologInnen.</p> <p>Calquence Filmtabletten lösen die bisher im Gelben Bereich des EKO gelisteten Calquence Hartkapseln ab. Es erfolgt ein nahtloser Austausch. Calquence Hartkapseln werden mit September 2023 aus dem EKO gestrichen.</p>					
L04 IMMUNSUPPRESSIVA					
L04AC18 Risankizumab					
RE1	Skyrizi 150 mg Inj.lsg. Fertigpen (PM)	1 Stk.	–	–	2.933,85
RE1	150 mg Inj.lsg. Fertigspr. (PM)	1 Stk.	–	–	2.933,85
<ul style="list-style-type: none"> – Bei Erwachsenen mit mittelschwerer bis schwerer Plaque-Psoriasis 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. – Bei Erwachsenen mit aktiver und progressiver Psoriasis-Arthritis bei Versagen von mindestens einem DMARD (disease-modifying anti-rheumatic drug), wobei Methotrexat in ausreichender Dosierung und ausreichender Dauer verabreicht wurde. 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>Die empfohlene Dosis beträgt 150 mg, verabreicht als subkutane Injektion in Woche 0, Woche 4 und danach alle 12 Wochen (entweder in Form von zwei Injektionen mit der 75-mg-Fertigspritze oder als eine Injektion mit dem 150-mg-Fertigpen oder der 150-mg-Fertigspritze).</p>					
R03 MITTEL BEI OBSTRUKTIVEN ATEMWEGSERKRANKUNGEN					
R03DX11 Tezepelumab					
RE1 L6	Tezspire 210 mg Inj.lsg. Fertigpen (PM)	1 Stk.	–	–	1.167,55
RE1 L6	210 mg Inj.lsg. Fertigspr. (PM)	1 Stk.	–	–	1.167,55
<p>Als Zusatztherapie bei PatientInnen ab 12 Jahren mit schwerem Asthma</p> <ul style="list-style-type: none"> – wenn trotz täglicher Therapie mit maximal hoch dosierten inhalativen Corticosteroiden und einem lang wirkenden inhalativen Beta2-Agonisten und/oder Leukotrienrezeptor-Antagonisten in den letzten 12 Monaten UND – wenn trotz wiederholter Therapie mit systemischen Corticosteroiden (vier oder mehr Behandlungsepisoden in den letzten 12 Monaten) 					

Präparat	Menge	T	OP	KVP €
<p>vier oder mehr schwere Asthma-Exazerbationen in den letzten 12 Monaten auftraten, die entweder die Gabe oder eine deutliche Dosissteigerung von systemischen Corticosteroiden über mehr als drei Tage erforderten ODER</p> <p>mindestens eine schwerwiegende Exazerbation mit stationärer Spitalsbehandlung in den letzten 12 Monaten auftrat.</p> <p>Nicht in Kombination mit anderen monoklonalen Antikörpern zur Behandlung des schweren Asthmas.</p> <p>Ersteinstellung und Weiterverordnung durch PulmologInnen.</p> <p>Überprüfung der Wirksamkeit und Dokumentation alle 6 Monate anhand der Anzahl an schweren und schwerwiegenden Asthma-Exazerbationen (Definition siehe oben) in den letzten 12 Monaten.</p> <p>Die Therapie ist nur fortzuführen bei einer Reduktion der Anzahl an Asthma-Exazerbationen ODER bei einer gleichbleibenden Anzahl an Asthma-Exazerbationen in Verbindung mit einer deutlichen Dosisreduktion systemischer Corticosteroide im Vergleich zur Ausgangsdosis.</p> <p>Tezepelumab eignet sich für eine chef(kontroll)ärztliche Langzeitbewilligung für 6 Monate (L6).</p> <p>Die Aufnahme ist befristet und endet mit 31.12.2026.</p>				

Folgende Präparate wurden aus dem EKO gestrichen:

Präparat	Menge	ATC-Code	Streichung mit
Amaryl 3 mg Tabl.	30 Stk.	A10BB12	01.09.2023
Calquence 100 mg Hartkaps.	60 Stk.	L01EL02	01.09.2023
Colidimin 200 mg Filmtabl.	12 Stk. 36 Stk.	A07AA11	01.09.2023
Diclostad retard 100 mg Filmtabl.	10 Stk. 30 Stk. 50 Stk.	M01AB05	01.09.2023
Insuman Rapid 100 IE/ml Inj.lsg. Fertigpen, SoloStar	5 Stk.	A10AB01	01.09.2023
Pioglitazon "Hexal" 30 mg Tabl.	30 Stk.	A10BG03	01.09.2023
Strattera 10 mg Hartkaps.	7 Stk. 28 Stk.	N06BA09	01.09.2023
Strattera 18 mg Hartkaps.	7 Stk. 28 Stk.	N06BA09	01.09.2023
Strattera 25 mg Hartkaps.	7 Stk. 28 Stk.	N06BA09	01.09.2023
Strattera 40 mg Hartkaps.	7 Stk. 28 Stk.	N06BA09	01.09.2023
Strattera 60 mg Hartkaps.	28 Stk.	N06BA09	01.09.2023
Mit Atofab und Atomoxetin "Stada" stehen wirkstoffgleiche Alternativpräparate unverändert im EKO.			
Tramundal retard 100 mg Filmtabl.	10 Stk. 30 Stk.	N02AX02	01.09.2023
Zovirax 800 mg Filmtabl.	35 Stk.	J05AB01	01.09.2023

Änderung der Verwendung im 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> <p>1. mit einem BMI ab 30 kg/m² und ohne kardiovaskuläre Erkrankung, Herzinsuffizienz oder chronische Nierenerkrankung</p> <ul style="list-style-type: none"> • erste Injektionstherapie bei unzureichender Blutzuckerkontrolle mit oralen Therapiemöglichkeiten. • Angabe von BMI, HbA1c und individuellem HbA1c-Therapieziel bei Therapiebeginn, die Therapie wird nach 6 Monaten evaluiert, dabei muss das individuelle HbA1c-Therapieziel erreicht werden. <p>2. mit nachgewiesener atherosklerotischer kardiovaskulärer Erkrankung oder hohem Risiko für eine atherosklerotische kardiovaskuläre Erkrankung</p> <p>3. mit chronischer Nierenerkrankung und Albuminurie</p> <p>Für 1–3 gilt: Nach Metformin und wenn SGLT2-Hemmer nicht möglich sind (Kontraindikationen, Unverträglichkeit, eGFR) oder als add-on-Therapie, wenn diese unzureichend wirksam sind.</p> <p>Erstverordnung nur durch FachärztInnen für Innere Medizin mit Erfahrung auf dem Gebiet der Diabetes-Behandlung, ÄrztInnen, die am DMP „Therapie Aktiv – Diabetes im Griff“ aktiv teilnehmen, oder durch spezialisierte Zentren.</p> <p>Gemäß Fachinformation ist eine Verwendung von Semaglutid nur als Zusatz zu Diät und körperlicher Aktivität bei unzureichend kontrolliertem Diabetes mellitus Typ II vorgesehen.</p> <p>Keine Kombination mit DPP-IV-Hemmern.</p> <p>Kein Einsatz bei schwerer oder terminaler Nierenfunktionsstörung unter Berücksichtigung der substanzspezifischen eGFR-Grenzwerte.</p>					
RE1 L6	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> <p>1. mit einem BMI ab 30 kg/m² und ohne kardiovaskuläre Erkrankung, Herzinsuffizienz oder chronische Nierenerkrankung</p> <ul style="list-style-type: none"> • erste Injektionstherapie bei unzureichender Blutzuckerkontrolle mit oralen Therapiemöglichkeiten. • Angabe von BMI, HbA1c und individuellem HbA1c-Therapieziel bei Therapiebeginn, die Therapie wird nach 6 Monaten evaluiert, dabei muss das individuelle HbA1c-Therapieziel erreicht werden. <p>2. mit nachgewiesener atherosklerotischer kardiovaskulärer Erkrankung oder hohem Risiko für eine atherosklerotische kardiovaskuläre Erkrankung</p> <p>3. mit chronischer Nierenerkrankung und Albuminurie</p> <p>Für 1–3 gilt: Nach Metformin und wenn SGLT2-Hemmer nicht möglich sind (Kontraindikationen, Unverträglichkeit, eGFR) oder als add-on-Therapie, wenn diese unzureichend wirksam sind.</p> <p>Erstverordnung nur durch FachärztInnen für Innere Medizin mit Erfahrung auf dem Gebiet der Diabetes-Behandlung, ÄrztInnen, die am DMP „Therapie Aktiv – Diabetes im Griff“ aktiv teilnehmen, oder durch spezialisierte Zentren.</p> <p>Gemäß Fachinformation ist eine Verwendung von Semaglutid nur als Zusatz zu Diät und körperlicher Aktivität bei unzureichend kontrolliertem Diabetes mellitus Typ II vorgesehen.</p> <p>Keine Kombination mit DPP-IV-Hemmern.</p> <p>Kein Einsatz bei schwerer oder terminaler Nierenfunktionsstörung unter Berücksichtigung der substanzspezifischen eGFR-Grenzwerte.</p> <p>Semaglutid eignet sich für eine chef(kontroll)ärztliche Langzeitbewilligung für 6 Monate (L6).</p>					
<p>Adaptierung des Regeltextes unter Berücksichtigung der aktuellen Leitlinien der Österreichischen Diabetesgesellschaft</p> <p>Erstverordnung auch durch Ärztinnen und Ärzte möglich, die am DMP „Therapie Aktiv – Diabetes im Griff“ teilnehmen</p>					

Präparat		Menge	T	OP	KVP €
D11 ANDERE DERMATIKA					
D11AH05 Dupilumab					
RE1 L6	Dupixent 200 mg Inj.lsg. Fertigpen (PM)	2 Stk.	–	–	1.183,15
RE1 L6	200 mg Inj.lsg. Fertigspr. (PM)	2 Stk.	–	–	1.183,15
<p>– Bei Kindern von 6 Monaten bis 11 Jahre mit schwerer atopischer Dermatitis mit persistierendem Ekzem nach Ausschöpfung intensivierter Lokalthherapie. Bei Jugendlichen ab 12 Jahren mit einem Körpergewicht < 60 kg mit schwerer atopischer Dermatitis mit persistierendem Ekzem nach Ausschöpfung intensivierter Lokalthherapie und Versagen, Unverträglichkeit oder Kontraindikation immunmodulierender systemischer Therapie (ausgenommen Corticosteroide). Erstverordnung, Dokumentation und Kontrolle alle 6 Monate durch ein dermatologisches Zentrum oder durch DermatologInnen mit ausgewiesener Expertise in der Behandlung der atopischen Dermatitis. Die Therapie ist nur fortzuführen, wenn innerhalb der ersten 6 Monate eine Verbesserung des IGA (Investigator Global Assessment) um mindestens 2 Punkte erzielt werden kann.</p> <p>– Als Zusatztherapie bei PatientInnen ab 6 Jahren mit schwerem refraktärem Asthma mit Typ-2-Inflammation, gekennzeichnet durch eine erhöhte Anzahl der Eosinophilen im Blut (größer/gleich 300 Zellen/Mikroliter) und/oder eine erhöhte exhalierte Stickstoffmonoxid-Fraktion (FeNO größer/gleich 50 ppb) UND</p> <ul style="list-style-type: none"> • wenn trotz täglicher Therapie mit maximal hoch dosierten inhalativen Corticosteroiden und einem lang wirkenden inhalativen Beta2-Agonisten und/oder Leukotrienrezeptor-Antagonisten in den letzten 12 Monaten UND • wenn trotz wiederholter Therapie mit systemischen Corticosteroiden (vier oder mehr Behandlungsepisoden in den letzten 12 Monaten) <p>vier oder mehr schwere Asthma-Exazerbationen in den letzten 12 Monaten auftraten, die entweder die Gabe oder eine deutliche Dosissteigerung von systemischen Corticosteroiden über mehr als drei Tage erforderten ODER mindestens eine schwerwiegende Exazerbation mit stationärer Spitalsbehandlung in den letzten 12 Monaten auftrat. Nicht in Kombination mit anderen monoklonalen Antikörpern zur Behandlung des schweren Asthmas. Diagnose, Ersteinstellung und Weiterverordnung durch PulmologInnen oder PädiaterInnen mit dem Additiv-fach pulmologische Pädiatrie. 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. Dupilumab eignet sich für eine chef(kontroll)ärztliche Langzeitbewilligung für 6 Monate (L6).</p> <p>Präzisierung der Anwendung als Zusatztherapie bei Kindern ab 6 Jahren mit schwerem refraktärem Asthma mit Typ-2-Inflammation</p>					
L04 IMMUNSUPPRESSIVA					
L04AC18 Risankizumab					
RE1	Skyrizi 75 mg Inj.lsg. Fertigspr. (PM)	2 Stk.	–	–	2.933,85
<p>– Bei Erwachsenen mit mittelschwerer bis schwerer Plaque-Psoriasis 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>					

Präparat	Menge	T	OP	KVP €
<p>– Bei Erwachsenen mit aktiver und progressiver Psoriasis-Arthritis bei Versagen von mindestens einem DMARD (disease-modifying anti-rheumatic drug), 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.</p> <p>Keine Fortsetzung der Behandlung von PatientInnen, die innerhalb von 24 Behandlungswochen nicht klinisch ansprechen.</p>				
Indikationserweiterung um die aktive und progressive Psoriasis-Arthritis bei Versagen von mindestens einem DMARD				

Änderung der Bezeichnung im Grünen Bereich:

Präparat	Menge	T	OP	KVP €
C03 DIURETIKA				
C03BA11 Indapamid				
Indapamid "+pharma" retard 1,5 mg Filmtabl.	10 Stk.	–	(2)	1,50
	30 Stk.	–	(2)	3,80
Vormals Indapamid "Interpharm" retard 1,5 mg Filmtabl.				
J01 ANTIBIOTIKA ZUR SYSTEMISCHEN ANWENDUNG				
J01DD08 Cefixim				
Tricef 100 mg/5 ml Trockensaft	60 ml	–	–	6,70
F6J				
Vormals Tricef 31,8 g Trockensaft				
S01 OPHTHALMIKA				
S01ED51 Timolol, Kombinationen				
Dorzolamid + Timolol "Viatrix" 20 mg/ml + 5 mg/ml Augentropf.	5 ml	–	(2)	5,65
Au				
Vormals Dorzolamid + Timolol "Arcana" 20 mg/ml + 5mg/ml Augentropf.				

Änderung der Bezeichnung und Austausch des Supplements im Grünen Bereich:

Präparat	Menge	T	OP	KVP €
M05 MITTEL ZUR BEHANDLUNG VON KNOCHENERKRANKUNGEN				
M05BA04 Alendronsäure				
Fosamax einmal wöchentlich 70 mg Tabl.	4 Stk.	–	(2)	16,00
<i>IND: Langzeitbehandlung der Osteoporose (Knochendichte liegt mehr als 2,5 Standardabweichungen unter dem Durchschnittswert junger Erwachsener) oder nach osteoporotischer Fraktur</i>				
Abg. gem. mit Calcium Vit. D3 "Kwizda" Tabl. (Nahrungsergänzungsmittel)				
Vormals Fosamax einmal wöchentlich 70 mg Tabl. Abg. gem. mit Kombi-Kalz Vit. D3 Kautabl. 56 Stk.				

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.
- Au.....Fachgruppen-Bestimmung: Fachärztin/Facharzt für Augenheilkunde
- F6JDie Arzneispezialität ist nur für die Behandlung von Kindern bis zum vollendeten 6. Lebensjahr in den Grünen Bereich des EKO aufgenommen.
- 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
- L6Langzeitbewilligung für 6 Monate möglich
- 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
- T2in zwei dosisgleiche Teile teilbar