

# Therapie-Tipps

[www.wgkk.at](http://www.wgkk.at)

Im Fokus

## Fulvestrant-Nachfolger

Mit Juli 2018 steht ein unter Einhaltung der IND-Regel frei verschreibbares kostengünstiges Fulvestrant-Nachfolgepräparat in Grünen Bereich des Erstattungskodex zur Verfügung.

Alleine innerhalb Wiens weisen die Verordnungsdaten für diesen Wirkstoff ein Einsparpotential von bis zu € 368.000 auf. Wir weisen darauf hin, dass gemäß dem Ampelprinzip für den Originär, nunmehr in der Gelben Box (RE1) gelistet, grundsätzlich keine Bewilligungen mehr erteilt werden können. Dies betrifft insbesondere Ersteinstellungen, aus medizinischer Sicht spricht darüber hinaus auch nichts gegen eine Umstellung bei laufender Therapie.

Einen stets aktuellen Überblick gibt das Online-Infotool ([www.erstattungskodex.at](http://www.erstattungskodex.at)) oder die App EKO2go.

## Änderungen im Erstattungskodex (EKO) ab Juli 2018 Informationsstand Juli 2018

**ROT** → **GRÜN**

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

Präparat	Menge	T	OP	KVP €	max. Kostenersparnis € pro Packung*
<b>L02 ENDOKRINE THERAPIE</b>					
<b>L02BA03 Fulvestrant</b>					
Fulvestrant "ratiopharm" 250 mg Inj.lsg. Fertigspr. <b>PM</b>	2 Stk.	-	-	294,90	<b>270,05</b>
<i>IND: Diagnose und Erstverordnung durch entsprechende Fachabteilung bzw. Zentrum, mittels Tumorboard. Regelmäßige Kontrolle durch entsprechende Fachabteilung bzw. Zentrum bzw. durch eine/n gynäko-onkologisch bzw. onkologisch spezialisierte/n Fachärztin/Facharzt.</i>					
Fulvestrant "ratiopharm" ist die kostengünstigere generische Alternative zu Faslodex, allerdings im Grünen Bereich gelistet. Faslodex wird daher entsprechend dem Ampelprinzip nicht mehr bewilligt.					

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

## Aufnahme von Präparaten in den Grünen Bereich:

Präparat	Menge	T	OP	KVP €
<b>S01 OPHTHALMIKA</b>				
<b>S01BA02 Hydrocortison</b>				
Softacort 3,35 mg/ml Augentropf. Einzeldosen	30 Stk.	-	-	12,15
Au				

**ROT** → **GELB**

## 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>J05AR03 Tenofovir Disoproxil und Emtricitabin</b>						
RE1	Emtricitabin/Tenofovirdisoproxil "Aristo" 200 mg/245 mg Filmtabl.	30 Stk.	-	-	170,30	<b>556,40</b> Erstanbieter nicht im EKO
In Kombination mit anderen antiretroviralen Arzneimitteln bei HIV-1-infizierten Erwachsenen. Therapieeinleitung und regelmäßige Kontrollen durch einen Arzt/eine Ärztin mit Erfahrung in der HIV-Behandlung.						
Mit dem vierten Nachfolgepräparat sollte Truvada in Bälde zur Gänze durch EKO-Präparate substituiert sein.						
<b>J05 ANTIVIRALE MITTEL ZUR SYSTEMISCHEN ANWENDUNG</b>						
<b>J05AR06 Emtricitabin, Tenofovir disoproxil und Efavirenz</b>						
RE1	Padviram 600 mg/200 mg/245 mg Filmtabl.	30 Stk.	-	-	271,15	<b>751,55</b> Erstanbieter nicht im EKO
Bei HIV-1-infizierten Erwachsenen. Therapieeinleitung und regelmäßige Kontrollen durch einen Arzt/eine Ärztin mit Erfahrung in der HIV-Behandlung.						
Padviram ist nach Efavirenz/Emtricitabin/Tenofovirdisoproxil "ratiopharm" das zweite Nachfolgepräparat zu Atripla. Zielsetzung ist, die mit dieser Wirkstoffkombination behandelten Patienten umgehend auf eines der EKO-Präparate umzustellen.						

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

## Aufnahme von Präparaten in den Gelben Bereich:

Präparat	Menge	T	OP	KVP €	
<b>L01 ANTINEOPLASTISCHE MITTEL</b>					
<b>L01XE36 Alectinib</b>					
RE1	<b>Alecensa 150 mg Hartkaps. (PM)</b>	224 Stk.	-	-	<b>5.427,45</b>
<p>Bei erwachsenen PatientInnen mit lokal fortgeschrittenem oder metastasiertem, Anaplastische-Lymphomkinase (ALK)-positivem, nicht-kleinzelligem Lungenkarzinom (NSCLC)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– als Erstlinientherapie</li> <li>– nach Vorbehandlung mit Crizotinib.</li> </ul> <p>Nachweis der ALK-Translokation mit einer validierten Testmethode. Diagnose und Erstverordnung durch entsprechende Fachabteilung bzw. Zentrum, mittels Tumorboard. Regelmäßige Kontrolle durch entsprechende Fachabteilung bzw. Zentrum bzw. durch einen/eine onkologisch spezialisierten/spezialisierte Facharzt/Fachärztin.</p>					

## Folgende Präparate wurden aus dem EKO gestrichen:

Präparat	Menge	ATC-Code	Streichung mit
Capozide forte Tabl.	30 Stk.	C09BA01	01.07.2018
Digimerck 0,25 mg Amp.	5 Stk.	C01AA04	01.07.2018
Fluanxol 0,5 mg Filmtabl.	50 Stk.	N05AF01	01.07.2018
Fluoxibene 20 mg Kaps.	14 Stk. 28 Stk.	N06AB03	01.07.2018
Glimepirid "Actavis" 1 mg Tabl.	30 Stk.	A10BB12	01.07.2018
Glimepirid "Actavis" 2 mg Tabl.	30 Stk.	A10BB12	01.07.2018
Glimepirid "Actavis" 3 mg Tabl.	30 Stk.	A10BB12	01.07.2018
Glimepirid "Actavis" 4 mg Tabl.	30 Stk.	A10BB12	01.07.2018
Kogenate Bayer 250 IE Plv. und Lsgm. zur Herst. einer Inj.lsg.	1 Stk.	B02BD02	01.07.2018
Kogenate Bayer 500 IE Plv. und Lsgm. zur Herst. einer Inj.lsg.	1 Stk.	B02BD02	01.07.2018
Lactulose "Arcana" Sirup	200 ml 500 ml	A06AD11	01.07.2018
Neurofenac Kaps.	30 Stk. 50 Stk.	M01AB55	01.07.2018
Noctamid Tabl.	10 Stk.	N05CD06	01.07.2018
Olbetam Kaps.	60 Stk.	C10AD06	01.07.2018
Raloxifen "Teva" 60 mg Filmtabl.	28 Stk.	G03XC01	01.07.2018
Rebetol 200 mg Hartkaps.	84 Stk.	J05AP01	01.07.2018
Rhinocort aqua 32 mcg Nasal-Pumpspray	6 ml	R01AD05	01.07.2018
Rhinocort aqua 64 mcg Nasal-Pumpspray	6 ml	R01AD05	01.07.2018
Sertralin "Interpharm" 50 mg Filmtabl.	10 Stk. 30 Stk.	N06AB06	01.07.2018
Sertralin "Interpharm" 100 mg Filmtabl.	10 Stk.	N06AB06	01.07.2018


Präparat	Menge	ATC-Code	Streichung mit
Simvastatin "Bayer" 20 mg Filmtabl.	30 Stk.	C10AA01	01.07.2018
Sotacor 80 mg Tabl.	30 Stk. 50 Stk.	C07AA07	01.07.2018
Sotacor 160 mg Tabl.	30 Stk. 50 Stk.	C07AA07	01.07.2018
Videx 250 mg magensaftresistente Hartkaps.	30 Stk.	J05AF02	01.07.2018
Videx 400 mg magensaftresistente Hartkaps.	30 Stk.	J05AF02	01.07.2018
Voltaren 25 mg Filmtabl.	30 Stk.	M01AB05	01.07.2018
Zaditen SRO 2 mg Filmtabl.	30 Stk.	R06AX17	01.07.2018
Zerit 30 mg Hartkaps.	56 Stk.	J05AF04	01.07.2018

### Änderung der Packungsgröße im Grünen Bereich:

Präparat	Menge	T	OP	KVP €
<b>A02 MITTEL BEI SÄURE BEDINGTEN ERKRANKUNGEN</b>				
<b>A02BC02 Pantoprazol</b>				
Gastrozol 20 mg magensaftresistente Tabl.	14 Stk.	-	-	<b>1,05</b>
	28 Stk.	-	(2)	<b>2,05</b>
	30 Stk.	-	(2)	<b>2,20</b>
40 mg magensaftresistente Tabl.	7 Stk.	-	-	<b>1,05</b>
	14 Stk.	-	-	<b>2,05</b>
	28 Stk.	-	-	<b>4,15</b>
	30 Stk.	-	-	<b>4,45</b>
Jeweils Aufnahme einer weiteren Packungsgröße zu 28 Stk.				
<b>C05 VASOPROTEKTOREN</b>				
<b>C05AA04 Prednisolon</b>				
Delta Hädensa Zäpf.	5 Stk.	-	(2)	<b>3,35</b>
Austausch der 6 Stk.-Pkg. auf eine 5 Stk.-Pkg.				
<b>N02 ANALGETIKA</b>				
<b>N02BB02 Metamizol-Natrium</b>				
Novalgin Tropf.	10 ml	-	-	<b>2,95</b>
	20 ml	-	(2)	<b>4,80</b>
	50 ml	-	-	<b>9,50</b>
	250 ml	-	-	<b>42,55</b>
Hinweis: Aufklärung der PatientInnen über Risiko und Erscheinungsbild einer Agranulozytose				
Aufnahme weiterer Packungsgrößen zu 20 ml, 50 ml und 250 ml (BP 5x50 ml)				

Präparat	Menge	T	OP	KVP €
<b>N03 ANTIEPILEPTIKA</b>				
<b>N03AX09 Lamotrigin</b>				
Lamotrigin "1A Pharma" 25 mg lösl. Tabl.	30 Stk.	-	(2)	<b>8,20</b>
<i>IND: Behandlung bei Epilepsien, die durch andere Antiepileptika ungenügend kontrolliert sind</i>				
Streichung der 10 Stk.-Pkg.				
<b>N05 PSYCHOLEPTIKA</b>				
<b>N05AF01 Flupentixol</b>				
Fluanxol 1 mg Filmtabl.	100 Stk.	-	-	<b>11,70</b>
Streichung der 50 Stk.-Pkg.				
<b>R03 MITTEL BEI OBSTRUKTIVEN ATEMWEGSERKRANKUNGEN</b>				
<b>R03DA04 Theophyllin</b>				
Respicur retard 200 mg Kaps.	20 Stk.	-	(2)	<b>2,65</b>
300 mg Kaps.	20 Stk.	-	(2)	<b>3,25</b>
Jeweils Streichung der 50 Stk.-Pkg.				

### Änderung der Packungsgröße im Gelben Bereich:

Präparat	Menge	T	OP	KVP €	
<b>B01 ANTITHROMBOTISCHE MITTEL</b>					
<b>B01AF01 Rivaroxaban</b>					
RE1 L6	Xarelto 10 mg Filmtabl. 	30 Stk.	-	-	<b>80,05</b>
Prophylaxe von rezidivierenden tiefen Venenthrombosen (TVT) und Lungenembolien (LE) bei Erwachsenen nach Abschluss einer 6- monatigen Behandlung der TVT oder LE. Rivaroxaban eignet sich für eine chef(kontroll)ärztliche Langzeitbewilligung für 6 Monate (L6).					
Aufnahme einer weiteren Packungsgröße zu 30 Stk. Die Packungen zu 5- und 10-Stück bleiben unverändert mit IND (Zur Prophylaxe venöser thromboembolischer Ereignisse (VTE) bei erwachsenen PatientInnen nach elektivem chirurgischem Hüft- oder Kniegelenksersatz) im Grünen Bereich.					
<b>N05 PSYCHOLEPTIKA</b>					
<b>N05AE03 Sertindol</b>					
RE1	Serdolect 16 mg Filmtabl.	28 Stk.	-	-	<b>114,30</b>
Wenn mit anderen Antipsychotika aus dem Grünen Bereich (ATC-Code N05A) nicht das Auslangen gefunden werden kann. Es ist sicherzustellen, dass die in der Fachinformation angeführten EKG-Kontrollen durchgeführt werden.					
Streichung der 14 Stk.-Pkg.					

## Änderung der Verwendung im Gelben Bereich:

C10 MITTEL, DIE DEN LIPIDSTOFFWECHSEL BEEINFLUSSEN					
C10AX14 Alirocumab					
RE1	<b>Praluent 75 mg Inj.lsg. Fertigpen</b> (PM)	2 Stk.	-	-	<b>431,95</b>
RE1	<b>150 mg Inj.lsg. Fertigpen</b> (PM)	2 Stk.	-	-	<b>431,95</b>
<p>Bei primärer Hypercholesterinämie zur Sekundärprävention nach einem akuten atherosklerotisch bedingten, ischämischen kardiovaskulären Ereignis bei PatientInnen mit diagnostisch gesicherter koronarer Herzkrankheit und/oder peripherer arterieller Verschlusskrankheit und/oder zerebraler arterieller Verschlusskrankheit</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- wenn aufgrund des sehr hohen kardiovaskulären Risikos eine zusätzliche Senkung von LDL-C medizinisch erforderlich ist,</li> <li>und</li> <li>- wenn eine professionelle Ernährungsberatung erfolgt, der arterielle Blutdruck kontrolliert und der Blutzucker auf ein HbA1c kleiner 8 % eingestellt ist sowie eine Tabakrauchabstinenz angestrebt wird, und</li> <li>- wenn über mindestens 3 Monate mit der maximal verträglichen Dosierung einer intensivierten LDL-C senkenden Therapie mit Atorvastatin bzw. Rosuvastatin, jeweils in Kombination mit Ezetimib (oder Ezetimib mit oder ohne Colesevelam bei Statinunverträglichkeit) ein LDL-Wert von kleiner als 100 mg/dl nicht erreicht werden kann, oder wenn diese Behandlungen kontraindiziert sind.</li> </ul> <p>Eine Unverträglichkeit gegenüber Statinen gilt jedenfalls als belegt, wenn Therapieversuche mit mehreren Statinen - jedenfalls auch Atorvastatin und Rosuvastatin - zu Myopathien und einem Anstieg der Kreatinin-Kinase auf mindestens das Fünffache des oberen Normwertes führten oder wenn durch ein Statin eine schwere Hepatopathie aufgetreten ist.</p> <p>Diagnose, Erhebung der Familienanamnese und Erstverordnung durch ein spezialisiertes Zentrum von einem Facharzt/einer Fachärztin für Innere Medizin mit dem Additivfach Endokrinologie und Stoffwechselerkrankungen.</p> <p>Die Liste der für die Erstverordnung in Frage kommenden Einrichtungen wird vom Hauptverband erstellt und unter <a href="http://www.hauptverband.at/erstattungskodex_stoffwechsel">www.hauptverband.at/erstattungskodex_stoffwechsel</a> publiziert.</p> <p>Regelmäßige Kontrollen durch entsprechende Fachabteilung bzw. Zentrum bzw. durch einen/eine in der Therapie von Fettstoffwechselstörungen erfahrenen/erfahrenen Facharzt/Fachärztin.</p> <p>Die Behandlung mit Alirocumab kann nur fortgesetzt werden, wenn bei einer Laborkontrolle 2 – 3 Monate nach Behandlungsbeginn das LDL-C gegenüber dem Ausgangswert unter der maximal intensivierten lipidsenkenden Therapie um mindestens 40 % gesunken ist bzw. ein LDL-Wert von kleiner als 70 mg/dl erreicht wurde.</p> <p>Die Aufnahme in den EKO ist befristet und endet mit 30.6.2019.</p>					

## Änderung von ATC-Codes im Grünen Bereich:

Präparat	Menge	T	OP	KVP €
<b>M02 TOPIISCHE MITTEL GEGEN GELENK- UND MUSKELSCHMERZEN</b>				
<b>M02AA06 Etofenamat</b> (vormals M02AA)				
Thermo-Rheumon Creme	35 g	-	(2)	<b>1,95</b>
<b>N01 ANÄSTHETIKA</b>				
<b>N01BB52 Lidocain, Kombinationen</b> (vormals V07AY)				
Cathejell Lidocain 2 %/ Chlorhexidin 0,05 % Gel	5 Stk. 12,5 g	-	-	<b>9,10</b>

Präparat	Menge	T	OP	KVP €
<b>N01BX Andere Lokalanästhetika (vormals V07AY)</b>				
Cathejell Diphenhydramin 1 %/ Chlorhexidin 0,05 % Gel	5 Stk. 12,5 g	-	-	9,10
Cathejell Diphenhydramin 1 %/ Chlorhexidin 0,05 % Gel (in Tuben)	20 g	-	(2)	2,15

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

Präparat	Menge	T	OP	KVP €	
<b>J05 ANTIVIRALE MITTEL ZUR SYSTEMISCHEN ANWENDUNG</b>					
<b>J05AP57 Glecaprevir und Pibrentasvir (vormals J05AP)</b>					
RE1	Maviret 100 mg/40 mg Filmtabl. <b>PM</b>	84 Stk.	-	-	14.791,95
<p>Bei erwachsenen PatientInnen ab 18 Jahren mit chronischer Hepatitis C:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Therapie-naiv, Genotyp 1-6: ohne Zirrhose für 8 Wochen, mit kompensierter Zirrhose für 12 Wochen.</li> <li>- Therapie-erfahren (nach Versagen von Peginterferon plus Ribavirin mit oder ohne Sofosbuvir oder nach Versagen von Ribavirin plus Sofosbuvir): <ul style="list-style-type: none"> <li>° Genotyp 1,2,4,5,6: ohne Zirrhose für 8 Wochen, mit kompensierter Zirrhose für 12 Wochen.</li> <li>° Genotyp 3: ohne Zirrhose oder mit kompensierter Zirrhose für 16 Wochen.</li> </ul> </li> </ul> <p>Die PatientInnen sind vor Therapiebeginn in das Hepatitis C Register des Hauptverbandes aufzunehmen. 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. 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 31.12.2019.</p>					

Präparat		Menge	T	OP	KVP €
<b>L04 IMMUNSUPPRESSIVA</b>					
<b>L04AA40 Cladribin (vormals L01BB04)</b>					
RE1	<b>Mavenclad 10 mg Filmtabl. (PM)</b>	1 Stk.	-	-	<b>2.233,55</b>
		4 Stk.	-	-	<b>8.860,25</b>
		6 Stk.	-	-	<b>13.278,05</b>
<p>Bei erwachsenen PatientInnen mit hochaktiver schubförmiger Multipler Sklerose (MS), bei denen während einer mindestens einjährigen krankheitsmodifizierenden Behandlung in den vorangegangenen 12 Monaten</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- mindestens ein Schub und mindestens eine Gadolinium-anreichernde Läsion bzw. mindestens 9 T2-Läsionen in der kranialen MRT oder</li> <li>- 2 Schübe oder mehr auftraten.</li> </ul> <p>Diagnosestellung, Verordnung, Einstellung, Therapiekontrolle und Dokumentation durch ein MS-Zentrum.</p> <p>Die Kostenübernahme ist auf einen vierjährigen Behandlungszeitraum (mit je einer Behandlungsphase im ersten und zweiten Jahr sowie einer verabreichungsfreien Phase im dritten und vierten Jahr) beschränkt.</p> <p>In klinischen Studien wurden bei PatientInnen, die mit Cladribin behandelt wurden, häufiger maligne Erkrankungen beobachtet als bei PatientInnen, die Placebo erhielten. Die Anwendung von Cladribin bei MS-PatientInnen mit aktiven malignen Erkrankungen ist kontraindiziert. Vor Beginn der Behandlung mit Cladribin sollte bei PatientInnen, bei denen schon einmal maligne Erkrankungen aufgetreten sind, eine individuelle Nutzen-Risiko-Beurteilung erfolgen. PatientInnen, die mit Cladribin behandelt werden, sollten angewiesen werden, die Standardleitlinien für Krebsvorsorgeuntersuchungen zu beachten. Hämatologische Überwachung gemäß Fachinformation.</p> <p>PatientInnen, die mit Cladribin behandelt werden, sind vor Therapiebeginn in das dafür vorgesehene Register der ÖGN aufzunehmen.</p> <p>Die Aufnahme ist befristet und endet mit 31.5.2022.</p>					
<b>N01 ANÄSTHETIKA</b>					
<b>N01BB52 Lidocain, Kombinationen (vormals V07AY)</b>					
RE2 L12	<b>Cathejell Lidocain 2 %/ Chlorhexidin 0,05 % Gel</b>	25 Stk. 8,5 g	-	-	<b>27,55</b>
		25 Stk. 12,5 g	-	-	<b>35,45</b>
Eine Kostenübernahme ist nur möglich zur Selbstkatheterisierung (z.B. bei Patienten mit Querschnittlähmung).					
<b>N01BX Andere Lokalanästhetika (vormals V07AY)</b>					
RE2 L12	<b>Cathejell Diphenhydramin 1 %/ Chlorhexidin 0,05 % Gel</b>	25 Stk. 8,5 g	-	-	<b>27,55</b>
		25 Stk. 12,5 g	-	-	<b>35,45</b>
RE2 L12	<b>Cathejell Diphenhydramin 1 %/ Chlorhexidin 0,05 % Gel (in Tuben)</b>	100 g	-	-	<b>5,20</b>
Eine Kostenübernahme ist nur möglich zur Selbstkatheterisierung (z.B. bei Patienten mit Querschnittlähmung).					



Folgende Arzneispezialitäten im Gelben Bereich des Erstattungskodex bleiben im RE2-Bereich:

Copaxone 40 mg/ml Inj.lsg. Fertigspr.	12 Stk.	L03AX13
Benepali 50 mg Inj.lsg. Fertigspr.	4 Stk.	L04AB01
Benepali 50 mg Inj.lsg. Fertigpen	4 Stk.	L04AB01
Enbrel 25 mg Inj.lsg. Fertigspr.	4 Stk.	L04AB01
Enbrel 25 mg Plv. u. Lsgm. z. Herst. einer Inj.lsg.	4 Stk.	L04AB01
Enbrel 50 mg Inj.lsg. Fertigpen	4 Stk.	L04AB01
Enbrel 50 mg Inj.lsg. Fertigspr.	4 Stk.	L04AB01
Inflectra 100 mg Plv. f. ein Konz. z. Herst. einer Inf.lsg.	1 Stk. 2 Stk. 3 Stk.	L04AB02
Remsima 100 mg Plv. f. ein Konz. z. Herst. einer Inf.lsg.	1 Stk. 2 Stk. 3 Stk.	L04AB02

## Abkürzungsverzeichnis

- T.....Teilbarkeit  
OP.....Originalpackungen  
KVP....Kassenverkaufspreis ohne Umsatzsteuer  
(2).....Zwei Packungen pro Verschreibung abgebar, erfolgt keine Angabe, darf nur eine Packung abgegeben werden  
T2.....Zur Dosishalbierung in zwei gleiche Teile teilbar  
IND.....Nur in der angegebenen Indikation frei verschreibbar (siehe EKO)  
RE1 ....Vorabbeurteilung durch den chef- und kontrollärztlichen Dienst (siehe EKO)  
RE2 ....Bei Einhaltung der bestimmten Verwendung lt. Regeltext ersetzt die Dokumentation mit nachfolgender Kontrolle die Vorabbeurteilung (siehe EKO)  
L6.....Langzeitbeurteilung für 6 Monate möglich  
L12.....Langzeitbeurteilung für 12 Monate möglich  
Au.....Fachärztin/Facharzt für Augenheilkunde  
☒.....Arzneispezialitäten, für die eine Vereinbarung über ein Preismodell mit dem vertriebsberechtigten Unternehmen vorliegt.

## Impressum

Herausgeber: WGKK in Kooperation mit der Ärztekammer für Wien  
Kontakt: Frau Mag.<sup>a</sup> Prager,  
Medizinische Behandlungsökonomie,  
Telefon: +43 1 601 22-2728,  
E-Mail: [office.mboe@wgkk.at](mailto:office.mboe@wgkk.at)

Herausgeber: Wiener Gebietskrankenkasse, 1100 Wien, Wienerbergstraße 15–19  
Satz- und Druckfehler vorbehalten  
Bildquelle: frank60/shutterstock.com  
Nachdruck und Vervielfältigung nur mit ausdrücklicher Genehmigung der WGKK gestattet

Offenlegung (§ 25 Mediengesetz):  
Medieninhaber ist die Wiener Gebietskrankenkasse, 1100 Wien, Wienerbergstraße 15-19  
Grundlegende Richtung des periodischen Mediums:  
Fach- und Informationsblatt für die Vertragsärztinnen/-ärzte der Wiener  
Gebietskrankenkasse