

# Therapie-Tipps

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

Im Fokus

## Nevirapin 400 mg – Nachfolgepräparat in der Gelben Box

Mit Mai 2019 ist für die 400 mg-Dosierung von Nevirapin ein Nachfolger in der Gelben Box (RE2 – Nachfolgende Kontrolle) verfügbar.

Insgesamt besteht bei diesem Wirkstoff alleine in Wien ein Einsparpotential von bis zu € 77.000 pro Jahr. Wir ersuchen Sie daher um bevorzugte Verordnung kostengünstiger Nachfolgeprodukte.

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

## Änderungen im Erstattungskodex (EKO) ab Mai 2019 Informationsstand Mai 2019

**ROT** → **GRÜN**

Aufnahme von Biosimilars in den Grünen Bereich:

Präparat	Menge	T	OP	KVP €	max. Kostenersparnis € pro Packung*
<b>L04 IMMUNSUPPRESSIVA</b>					
<b>L04AB04 Adalimumab</b>					
Hulio 40 mg Inj.lsg. Fertigen (PM)	2 Stk.	-	-	440,25	27,05**
Fertigspr. (PM)	2 Stk.	-	-	440,25	27,05**
<p><b>IND:</b> Diagnose, Erstverordnung und regelmäßige Kontrollen durch entsprechende Fachabteilung, -ambulanz bzw. FachärztInnen (Rheumatologie, Dermatologie, Gastroenterologie, Ophthalmologie). Eine Liste mit orientierenden Kriterien für einen zweckmäßigen Einsatz des Wirkstoffs Adalimumab wird vom Hauptverband erstellt und unter <a href="http://www.hauptverband.at/erstattungskodex_orientierende_kriterien_adalimumab">www.hauptverband.at/erstattungskodex_orientierende_kriterien_adalimumab</a> publiziert.</p>					

\* Vergleich zum Listenpreis des Erstanbieterpräparates in dosierungsäquivalenter Menge (Preisbasis der Berechnung: Mai 2019)

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

Präparat	Menge	T	OP	KVP €	max. Kostenersparnis € pro Packung*
Entsprechend den gesetzlichen Vorgaben ist der zweite Eintritt eines Biosimilars mit einem Preisvorteil von 15 % verbunden. Hulio ist daher das derzeit kostengünstigste Adalimumab. Die im Ökotool als vergleichbare Präparate angeführten Cimzia und Simponi kosten ca. das Doppelte und sind vorberechtigungspflichtig.					

### Aufnahme von Präparaten in den Grünen Bereich:

Präparat	Menge	T	OP	KVP €
<b>N02 ANALGETIKA</b>				
<b>N02AE01 Buprenorphin</b>				
Buprenorphin "ratiopharm" 5 mcg/h transdermales Pflaster	2 Stk.	-	-	4,30
	4 Stk.	-	-	8,00
10 mcg/h transdermales Pflaster	2 Stk.	-	-	6,80
	4 Stk.	-	-	12,70
20 mcg/h transdermales Pflaster	2 Stk.	-	-	10,70
	4 Stk.	-	-	20,20
<i>IND: Mittelstarke chronische nicht-maligne Schmerzen, wenn ein Opioid zum Erreichen einer adäquaten Analgesie notwendig ist.</i>				
SG				
Ein Wechsel dieses Pflasters ist erst nach 7 Tagen erforderlich.				

**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>J05AG01 Nevirapin</b>					
RE2 Nevirapin "Mylan" 400 mg Retardtabl.	30 Stk.	-	-	120,10	94,75
In Kombination mit anderen antiretroviralen Arzneimitteln zur Behandlung von HIV-1-infizierten Erwachsenen, Jugendlichen und Kindern ab 3 Jahren. Therapieeinleitung und regelmäßige Kontrollen durch einen Arzt/eine Ärztin mit Erfahrung in der HIV-Behandlung.					
Nevirapin "Mylan" ist ein Nachfolgepräparat zu Viramune und kostet um 44 % weniger.					

\* Vergleich zum Listenpreis des Erstanbieterpräparates in dosierungsäquivalenter Menge (Preisbasis der Berechnung: Mai 2019)

## Aufnahme von Präparaten in den Gelben Bereich:

Präparat		Menge	T	OP	KVP €
<b>A10 ANTIDIABETIKA</b>					
<b>A10BJ02 Liraglutid</b>					
RE1 L6	<b>Victoza 6 mg/ml Inj.lsg. Fertigpen (PM)</b>	2 Stk.	-	-	<b>110,75</b>
<p>Bei PatientInnen mit Diabetes Typ II</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Die Behandlung mit Liraglutid 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.</li> <li>- Die Therapie darf nur ab einem HbA1c-Wert von 8,0 % begonnen werden.</li> <li>- Die Behandlung darf nur ab einem Body Mass Index von 30 kg/m<sup>2</sup> begonnen werden.</li> <li>- Erstverordnung nur durch FachärztInnen für Innere Medizin mit Erfahrung auf dem Gebiet der Diabetes-Behandlung oder durch spezialisierte Zentren.</li> <li>- 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.</li> <li>- Liraglutid darf nur in Kombination mit Metformin, einem Sulfonylharnstoff, einem Thiazolidindion und/oder Basalinsulin eingesetzt werden.</li> <li>- Liraglutid darf nicht mit DPP-IV-Hemmern, SGLT2-Hemmern oder Gliniden kombiniert werden.</li> <li>- Liraglutid darf nicht als Monotherapie eingesetzt werden.</li> <li>- Kein Einsatz bei schwerer Nierenfunktionsstörung (Kreatinin-Clearance unter 30 ml/min) oder terminaler Niereninsuffizienz.</li> <li>- Liraglutid eignet sich für eine chef(kontroll)ärztliche Langzeitbewilligung für 6 Monate (L6).</li> </ul>					
<b>C09 MITTEL MIT WIRKUNG AUF DAS RENIN-ANGIOTENSIN-SYSTEM</b>					
<b>C09DX04 Valsartan und Sacubitril</b>					
RE1 L12	<b>Entresto 24 mg/26 mg Filmtabl. (PM)</b>	28 Stk.	-	-	<b>77,00</b>
RE1 L12	<b>49 mg/51 mg Filmtabl. (PM)</b>	28 Stk. 56 Stk.	- -	- -	<b>77,00</b> <b>142,75</b>
RE1 L12	<b>97 mg/103 mg Filmtabl. (PM)</b>	56 Stk.	-	-	<b>142,75</b>
<p>Bei erwachsenen PatientInnen ab 18 Jahren mit chronischer Herzinsuffizienz mit reduzierter Ejektionsfraktion, wenn trotz individuell optimierter Standardtherapie mit ACE-Hemmer oder AT-II-Antagonisten der Patient/die Patientin immer noch symptomatisch ist (NYHA größer/gleich Klasse II). Therapieeinleitung bei linksventrikulärer Ejektionsfraktion kleiner/gleich 35 % (diagnostiziert mittels transthorakalem Echokardiographiebefund nicht älter als 6 Monate). Das Serumkalium muss zu Therapiebeginn kleiner/gleich 5,4 mmol/l, der systolische Blutdruck größer/gleich 100 mm Hg und die eGFR größer/gleich 30 ml/min/1,73 m<sup>2</sup> sein.</p> <p>Erstverordnung und regelmäßige Kontrollen durch einen Facharzt/eine Fachärztin für Innere Medizin mit dem Additivfach Kardiologie oder einen Facharzt/eine Fachärztin für Innere Medizin mit gültigem Diplom in transthorakaler Echokardiographie oder durch eine entsprechende Fachabteilung bzw. -ambulanz. Sacubitril/Valsartan eignet sich für eine chef(kontroll)ärztliche Langzeitbewilligung für 12 Monate (L 12).</p> <p>Die ESC-Leitlinie sieht eine individuell optimierte Standardtherapie mit ACE-I bzw. ARB, Betablocker, MRA (Spironolacton oder Eplerenon) und gegebenenfalls Diuretika vor Therapiestart mit Valsartan/Sacubitril vor.</p>					

Präparat		Menge	T	OP	KVP €
RE1 L12	<b>Neparvis 24 mg/26 mg Filmtabl. (PM)</b>	28 Stk.	-	-	<b>77,00</b>
RE1 L12	<b>49 mg/51 mg Filmtabl. (PM)</b>	28 Stk. 56 Stk.	- -	- -	<b>77,00</b> <b>142,75</b>
RE1 L12	<b>97 mg/103 mg Filmtabl. (PM)</b>	56 Stk.	-	-	<b>142,75</b>
<p>Bei erwachsenen PatientInnen ab 18 Jahren mit chronischer Herzinsuffizienz mit reduzierter Ejektionsfraktion wenn trotz individuell optimierter Standardtherapie mit ACE-Hemmer oder AT-II-Antagonisten der Patient/die Patientin immer noch symptomatisch ist (NYHA größer/gleich Klasse II). Therapieeinleitung bei linksventrikulärer Ejektionsfraktion kleiner/gleich 35 % (diagnostiziert mittels transthorakalem Echokardiographiebefund nicht älter als 6 Monate). Das Serumkalium muss zu Therapiebeginn kleiner/gleich 5,4 mmol/l, der systolische Blutdruck größer/gleich 100 mm Hg und die eGFR größer/gleich 30 ml/min/1,73 m<sup>2</sup> sein.</p> <p>Erstverordnung und regelmäßige Kontrollen durch einen Facharzt/eine Fachärztin für Innere Medizin mit dem Additivfach Kardiologie oder einen Facharzt/eine Fachärztin für Innere Medizin mit gültigem Diplom in transthorakaler Echokardiographie oder durch eine entsprechende Fachabteilung bzw. -ambulanz. Sacubitril/Valsartan eignet sich für eine chef(kontroll)ärztliche Langzeitbewilligung für 12 Monate (L 12).</p> <p>Neparvis ist ident mit Entresto und stammt vom selben Anbieter.</p>					
<b>L01 ANTINEOPLASTISCHE MITTEL</b>					
<b>L01XE50 Abemaciclib</b>					
RE1	<b>Verzenios 50 mg Filmtabl. (PM)</b>	14 Stk. 56 Stk.	- -	- -	<b>723,40</b> <b>2819,60</b>
RE1	<b>100 mg Filmtabl. (PM)</b>	14 Stk. 56 Stk.	- -	- -	<b>723,40</b> <b>2819,60</b>
RE1	<b>150 mg Filmtabl. (PM)</b>	14 Stk. 56 Stk.	- -	- -	<b>723,40</b> <b>2819,60</b>
<p>Bei Hormonrezeptor (HR)-positivem, humanen epidermalen Wachstumsfaktor-Rezeptor-2 (HER2)-negativem lokal fortgeschrittenem oder metastasiertem Brustkrebs:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– als Erstlinientherapie in Kombination mit einem Aromatasehemmer oder Fulvestrant</li> <li>– als Zweitlinientherapie in Kombination mit Fulvestrant nach endokriner Therapie.</li> </ul> <p>Kein Einsatz bei vorangegangener Therapie mit einem Inhibitor von Cyclin-abhängiger Kinase (CDK) 4 und 6 und/oder kritischer viszeraler Erkrankung.</p> <p>Bei prä- oder perimenopausalen Frauen sollte die endokrine Therapie mit einem LHRH-Agonisten (LHRH = Lutenizing Hormone-Releasing Hormone) kombiniert werden.</p> <p>Diagnose und Erstverordnung durch entsprechende Fachabteilung bzw. Zentrum, mittels Tumorboard. Regelmäßige Kontrolle durch entsprechende Fachabteilung bzw. Zentrum bzw. durch eine/n gynäko-onkologisch spezialisierte/n Facharzt/Fachärztin.</p> <p>Die Aufnahme ist befristet und endet mit 31.10.2023.</p>					
<p>Abemaciclib ist nach Palbociclib (Ibrance) und Ribociclib (Kisqali) der dritte CDK4/6-Inhibitor. Im angeführten Setting (lokal fortgeschritten oder metastasiert) zeigen die Substanzen eine vergleichbare Wirksamkeit im progressionsfreien Überleben. Im Gegensatz zu Palbociclib und Ribociclib wird Abemaciclib durchgehend eingenommen.</p> <p>Für die SV-Träger ist Verzenios aktuell der kostengünstigste CDK4/6-Inhibitor.</p>					

Präparat		Menge	T	OP	KVP €
<b>L04 IMMUNSUPPRESSIVA</b>					
<b>L04AA36 Ocrelizumab</b>					
RE1	<b>Ocrevus 300 mg Konz. zur Herst. einer Inf.lsg.</b> 	1 Stk.	-	-	<b>5.479,40</b>
<p>Als Monotherapie 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 T1-Läsion bzw. mindestens 9 T2-Läsionen in der kranialen MRT</li> <li>oder</li> <li>– 2 Schübe oder mehr auftraten.</li> </ul> <p>Diagnosestellung, Verordnung, Einstellung, Therapiekontrolle und Dokumentation durch ein MS-Zentrum. In klinischen Studien wurde bei PatientInnen, die mit Ocrelizumab behandelt wurden, eine erhöhte Anzahl maligner Erkrankungen (einschließlich Mammakarzinom) beobachtet, verglichen mit den Kontrollgruppen. Bei PatientInnen mit bekannten Risikofaktoren für das Auftreten von malignen Erkrankungen und bei PatientInnen, die aktiv auf das Wiederauftreten einer malignen Erkrankung hin überwacht werden, ist das individuelle Nutzen-Risiko-Verhältnis abzuwägen. PatientInnen mit bekannter aktiver maligner Erkrankung dürfen nicht mit Ocrelizumab behandelt werden. PatientInnen sollen das Standard-Brustkrebs-Screening entsprechend der lokalen Leitlinien befolgen. PatientInnen, die mit Ocrelizumab behandelt werden, sind vor Therapiebeginn in das dafür vorgesehene Register der ÖGN aufzunehmen.</p>					

### Folgende Präparate wurden aus dem EKO gestrichen:

Präparat	Menge	ATC-Code	Streichung mit
<b>Fulvestrant "ratiopharm" 250 mg Inj.lsg. Fertigspr.</b>	2 Stk.	L02BA03	01.05.2019
<b>Gliclazid "ratiopharm" 60 mg Tabl. mit veränderter Wirkstofffreisetzung</b>	30 Stk. 60 Stk.	A10BB09	01.05.2019
<b>Helixate NexGen 500 IE Plv. und Lsgm. zur Herst. einer Inj.lsg.</b>	1 Stk.	B02BD02	01.05.2019
<b>Helixate NexGen 1000 IE Plv. und Lsgm. zur Herst. einer Inj.lsg.</b>	1 Stk.	B02BD02	01.05.2019
<b>Helixate NexGen 2000 IE Plv. und Lsgm. zur Herst. einer Inj.lsg.</b>	1 Stk.	B02BD02	01.05.2019
<b>Imatinib "Koanaa" 100 mg Filmtabl.</b>	30 Stk. 60 Stk.	L01XE01	01.05.2019
<b>Imatinib "Koanaa" 400 mg Filmtabl.</b>	30 Stk.	L01XE01	01.05.2019
<b>ISMN "ratiopharm" retard 50 mg Kaps.</b>	30 Stk.	C01DA14	01.05.2019
<b>Levocetirizin "Actavis" 5 mg Filmtabl.</b>	10 Stk. 30 Stk.	R06AE09	01.05.2019
<b>Losartan/HCT "Bluefish" 50 mg/ 12,5 mg Filmtabl.</b>	28 Stk.	C09DA01	27.03.2019
<b>Losartan/HCT "Bluefish" 100 mg/ 25 mg Filmtabl.</b>	28 Stk.	C09DA01	27.03.2019
<b>Losartan-Kalium "Actavis" 100 mg Filmtabl.</b>	30 Stk.	C09CA01	01.05.2019
<b>Montelukast "Sandoz" 4 mg Kautabl.</b>	30 Stk.	R03DC03	01.05.2019
<b>Montelukast "Sandoz" 5 mg Kautabl.</b>	30 Stk.	R03DC03	01.05.2019

Präparat	Menge	ATC-Code	Streichung mit
Phenprocoumon "ratiopharm" 3 mg Tabl.	25 Stk. 100 Stk.	B01AA04	01.05.2019
Tamoxifen "Sandoz" 40 mg Filmtabl.	30 Stk.	L02BA01	01.05.2019

### Änderung der Packungsgröße im Grünen Bereich:

Präparat	Menge	T	OP	KVP €
<b>J02 ANTIMYKOTIKA ZUR SYSTEMISCHEN ANWENDUNG</b>				
<b>J02AC02 Itraconazol</b>				
<b>Sporanox Kaps.</b>	14 Stk.	-	-	<b>13,10</b>
bei Dermatomykosen				
F D				
Streichung der 4 St.-Pkg.				
<b>N02 ANALGETIKA</b>				
<b>N02AB03 Fentanyl</b>				
<b>Fentanyl "Stada" 12 mcg/h transdermales Matrixpflaster</b>	5 Stk.	-	-	<b>8,25</b>
	10 Stk.	-	-	<b>15,35</b>
<b>25 mcg/h transdermales Matrixpflaster</b>	5 Stk.	-	-	<b>13,45</b>
	10 Stk.	-	-	<b>25,55</b>
<b>50 mcg/h transdermales Matrixpflaster</b>	5 Stk.	-	-	<b>21,45</b>
	10 Stk.	-	-	<b>40,15</b>
<b>75 mcg/h transdermales Matrixpflaster</b>	5 Stk.	-	-	<b>28,10</b>
	10 Stk.	-	-	<b>54,00</b>
<b>100 mcg/h transdermales Matrixpflaster</b>	5 Stk.	-	-	<b>34,65</b>
	10 Stk.	-	-	<b>66,70</b>
<i>IND: chronische Schmerzen, die durch starke orale Opiode nicht ausreichend behandelbar sind</i>				
SG				
Jeweils Aufnahme einer weiteren Packungsgröße zu 10 Stk.				
<b>N03 ANTIPILEPTIKA</b>				
<b>N03AX09 Lamotrigin</b>				
<b>Lamotrigin "1A Pharma" 50 mg lösl. Tabl.</b>	30 Stk.	-	(2)	<b>13,95</b>
<i>IND: Behandlung bei Epilepsien, die durch andere Antiepileptika ungenügend kontrolliert sind</i>				
Streichung der 10 Stk.-Pkg.				
<b>N05 PSYCHOLEPTIKA</b>				
<b>N05AE04 Ziprasidon</b>				
<b>Zeldox 60 mg Hartkaps.</b>	60 Stk.	-	(2)	<b>59,90</b>
Austausch der 56 Stk.-Pkg. auf eine 60 Stk.-Pkg.				

Präparat	Menge	T	OP	KVP €
Ziprasidon "Pfizer" 20 mg Hartkaps.	28 Stk.	-	-	28,85
	60 Stk.	-	(2)	59,90
Austausch der 56 Stk.-Pkg. auf eine 60 Stk.-Pkg.				

### Änderung der Bezeichnung im Grünen Bereich:

Präparat	Menge	T	OP	KVP €
<b>C03 DIURETIKA</b>				
<b>C03CA02 Bumetanid</b>				
Burinex 1 mg Tabl.	50 Stk.	T2	-	7,20
<i>vormals Burinex "Leo" 1 mg Tabl.</i>				
<b>C10 MITTEL, DIE DEN LIPIDSTOFFWECHSEL BEEINFLUSSEN</b>				
<b>C10AA05 Atorvastatin</b>				
Atorvastatin "Aristo" 10 mg Filmtabl. <i>vormals Atorvastatin „easypharm“ 10 mg Filmtabl.</i>	30 Stk.	-	(2)	7,45
Atorvastatin "Aristo" 20 mg Filmtabl. <i>vormals Atorvastatin „easypharm“ 20 mg Filmtabl.</i>	30 Stk.	-	(2)	7,50
Atorvastatin "Aristo" 40 mg Filmtabl. <i>vormals Atorvastatin „easypharm“ 40 mg Filmtabl.</i>	30 Stk.	-	(2)	9,25
<b>N06 PSYCHOANALEPTIKA</b>				
<b>N06AB05 Paroxetin</b>				
Paroxetin "Aristo" 20 mg Filmtabl. <i>vormals Paroxetin „easypharm“ 20 mg Filmtabl.</i>	10 Stk. 30 Stk.	T2 T2	(2) -	5,55 14,85
<b>N06AB10 Escitalopram</b>				
Escitalopram "Aristo" 5 mg Filmtabl. <i>vormals Escitalopram „easypharm“ 5 mg Filmtabl.</i>	10 Stk. 30 Stk.	- -	(2) -	1,65 4,85
Escitalopram "Aristo" 10 mg Filmtabl. <i>vormals Escitalopram „easypharm“ 10 mg Filmtabl.</i>	10 Stk. 30 Stk.	T2 T2	(2) -	2,80 8,15
Escitalopram "Aristo" 20 mg Filmtabl. <i>vormals Escitalopram „easypharm“ 20 mg Filmtabl.</i>	10 Stk. 30 Stk.	T2 T2	(2) -	2,80 8,15
<b>N06AX11 Mirtazapin</b>				
Mirtazapin "Aristo" 30 mg Filmtabl. <i>vormals Mirtazapin „easypharm“ 30 mg Filmtabl.</i>	30 Stk.	T2	-	7,25

## 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 ....Vorabbewilligung durch den chef- und kontrollärztlichen Dienst (siehe EKO)  
RE2 ....Bei Einhaltung der bestimmten Verwendung lt. Regeltext ersetzt die Dokumentation mit nachfolgender Kontrolle die Vorabbewilligung (siehe EKO).  
L6.....Langzeitbewilligung für 6 Monate möglich  
L12.....Langzeitbewilligung für 12 Monate möglich  
SG.....Arzneispezialitäten, welche ohne Einschränkung den strengen Abgabebestimmungen für Suchtgifte unterliegen.  
D .....Fachärztin/Facharzt für Haut- und Geschlechtskrankheiten  
F.....Fachärztin/Facharzt für Frauenheilkunde und Geburtshilfe  
PM .....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