



Neu im EKO

Änderungen im Erstattungskodex (EKO) ab August 2023

Informationsstand August 2023

Im Fokus: Antidiabetika: Grüner Bereich vor Gelbem Bereich

Seit einigen Monaten sind die Wirkstoffe Sitagliptin und Vildagliptin – auch in Kombination mit Metformin – generisch verfügbar und im Grünen Bereich des EKO gelistet. Durch den Wechsel von den vorberechtigungspflichtigen Originärpräparaten auf die mit IND frei verschreibbaren Generika haben sich die Verordnungen der RE1-Präparate von Jänner bis April 2023 im Vergleich zum Vorjahreszeitraum um ca. 70.000 Packungen reduziert.

Die Verfügbarkeit von Jansitin Duo als weiteres Generikum im Grünen Bereich ist auch deshalb wichtig, weil einige Präparate mit dieser Wirkstoffkombination eine eingeschränkte Lieferfähigkeit gemeldet haben und der Wechsel von den vorberechtigungspflichtigen RE1-Präparaten auf die Generika im Grünen Bereich weiterhin friktionsarm erfolgen kann.

ROT >> **GRÜN**

Aufnahme kostengünstiger Nachfolgepräparate in den Grünen Bereich:

Präparat	Menge	T	OP	KVP €	max. Kostenersparnis € pro Packung*
A10 ANTIDIABETIKA					
A10BD07 Metformin und Sitagliptin					
Jansitin Duo 50 mg/850 mg Filmtabl.	60 Stk.	–	(3)	8,15	22,14 Erstanbieter in RE1
50 mg/1000 mg Filmtabl.	60 Stk.	–	(3)	8,15	22,14 Erstanbieter in RE1
<i>IND: Bei Erwachsenen mit Diabetes Typ II, wenn mit Metformin keine ausreichende Blutzuckereinstellung erreicht wird.</i>					
Erfreuliche 55 % betrug der Generikaanteil an den Verordnungen im Mai 2023. Gegenüber dem Vergleichszeitraum des Vorjahres haben sich die Kosten der SV-Träger für diese Wirkstoffkombination halbiert.					

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

Präparat	Menge	T	OP	KVP €	max. Kostenersparnis € pro Packung*
C10 MITTEL, DIE DEN LIPIDSTOFFWECHSEL BEEINFLUSSEN					
C10BA02 Simvastatin und Ezetimib					
Ezetimib/Simvastatin "Accord" 10 mg/10 mg Tabl.	30 Stk.	–	(3)	8,75	28,75 Erstanbieter nicht im EKO
Tabl. 10 mg/20 mg	30 Stk.	–	(3)	8,75	30,85 Erstanbieter nicht im EKO
Tabl. 10 mg/40 mg	30 Stk.	–	(3)	8,75	62,55 Erstanbieter nicht im EKO
Tabl. 10 mg/80 mg	30 Stk.	–	(3)	8,75	66,60 Erstanbieter nicht im EKO
C10BA06 Rosuvastatin und Ezetimib					
Rosuvastatin/Ezetimib "HCS" 5 mg/10 mg Filmtabl.	30 Stk.	–	(3)	9,50	1,90
Filmtabl. 10 mg/10 mg	30 Stk.	–	(3)	9,50	1,90
Filmtabl. 20 mg/10 mg	30 Stk.	–	(3)	9,50	1,90
Die Kombination von Rosuvastatin mit Ezetimib bietet eine effiziente Cholesterinsenkung und ist nur generisch verfügbar. Über 150.000 Patientinnen und Patienten wurden bereits heuer mit dieser Wirkstoffkombination therapiert.					
M05 MITTEL ZUR BEHANDLUNG VON KNOCHENERKRANKUNGEN					
M05BA08 Zoledronsäure					
Zoledronsäure "Stada" 5 mg/100 ml Inf.lsg.	1 Stk.	–	–	119,45	118,75
<i>IND: PatientInnen mit Knochenbruchkrankheit (Osteoporose) mit hohem Frakturrisiko oder vorhergegangenen Frakturen nach inadäquatem Trauma. Bei M. Paget des Skeletts: Erstverordnung und Kontrollen durch entsprechende Fachabteilung.</i>					
Zoledronsäure "Stada" ist das erste Nachfolgepräparat zu Aclasta 5 mg. Mit Jahrestherapiekosten von knapp 120 Euro ist Zoledronat "Stada" auch im Vergleich mit anderen Osteoporose-Präparaten kompetitiv in der Wirtschaftlichkeit.					
N02 ANALGETIKA					
N02BB02 Metamizol-Natrium					
Mylecytan 500 mg Filmtabl.	12 Stk.	–	–	1,20	0,25
	30 Stk.	–	–	2,95	0,75
	50 Stk.	–	–	3,90	2,30
	100 Stk.	–	–	7,80	4,25
<i>Hinweis: Aufklärung der PatientInnen über Risiko und Erscheinungsbild einer Agranulozytose</i>					
Bei Mylecytan ist bis zur Packungsgröße von 50 Stk. der Selbstbehalt für nicht-rezeptgebührenbefreite Patientinnen und Patienten geringer als beim Erstanbieter Novalgin und bei Rezeptgebührenbefreiten profitiert die gesamte Versichertengemeinschaft vom niedrigeren Preis.					

ROT >> **GELB**

Aufnahme von Präparaten in den Gelben Bereich:

Präparat		Menge	T	OP	KVP €
A07 ANTIDIARRHOIKA UND INTESTINALE ANTIPHLOGISTIKA/ANTIINFEKTIVA					
A07EA06 Budesonid					
RE1 L6	Jorveza 0,5 mg Schmelztabl. (PM)	60 Stk.	–	–	219,90
<p>Bei Erwachsenen zur Behandlung der eosinophilen Ösophagitis zur Erhaltungstherapie nach Induktionstherapie mit Budesonid 1 mg. Regelmäßige Kontrolle und Verordnung durch GastroenterologInnen bzw. FachärztInnen für Chirurgie, die regelmäßig Gastroskopien durchführen. Budesonid 0,5 mg eignet sich für eine chef(kontroll)ärztliche Langzeitbewilligung für 6 Monate (L6).</p> <p>Die 0,5-mg-Schmelztabletten ergänzen die Jorveza-Palette. Die empfohlene tägliche Dosis in der Erhaltungstherapie beträgt 1 mg Budesonid als eine 0,5-mg-Tablette morgens und eine 0,5-mg-Tablette abends. In Abhängigkeit von den individuellen klinischen Bedürfnissen der Patientinnen und Patienten kann diese auch 2 mg betragen, als eine 1-mg-Tablette morgens und eine 1-mg-Tablette abends.</p>					
L01 ANTINEOPLASTISCHE MITTEL					
L01EL03 Zanubrutinib					
RE1	Brukinsa 80 mg Hartkaps. (PM)	120 Stk.	–	–	5.153,75
<p>1. Zur Monotherapie bei Erwachsenen – mit nicht vorbehandelter chronisch lymphatischer Leukämie (CLL), die für eine Fludarabin-basierte oder andere Chemoimmunotherapien nicht geeignet sind. – mit rezidivierender oder refraktärer CLL, die für eine Chemoimmunotherapie nicht geeignet sind.</p> <p>2. Zur Monotherapie bei Erwachsenen – mit nicht vorbehandeltem Morbus Waldenström (MW), die für eine Chemoimmunotherapie nicht geeignet sind. – mit rezidivierendem oder refraktärem MW.</p> <p>3. Zur Monotherapie bei Erwachsenen mit rezidivierendem oder refraktärem Marginalzonenlymphom (MZL), die mindestens eine vorherige Therapie mit einem Anti-CD20-Antikörper erhalten haben.</p> <p>Diagnose und Erstverordnung durch entsprechende Fachabteilung bzw. Zentrum, mittels Tumorboard. Regelmäßige Kontrolle durch entsprechende Fachabteilung bzw. Zentrum bzw. durch (Hämato-)OnkologInnen.</p>					
L04 IMMUNSUPPRESSIVA					
L04AA23 Natalizumab					
RE1	Tysabri 150 mg Inj.lsg. Fertigspr. (PM)	2 Stk.	–	–	1.428,80
<p>Im begründeten Einzelfall kann eine Kostenübernahme als Monotherapie erfolgen: Bei Pat. mit hochaktiver, schubförmig remittierend verlaufender Multipler Sklerose (MS), die auf einen vollständigen und angemessenen Zyklus mindestens einer krankheitsmodifizierenden Therapie (DMT) (Mindesttherapiedauer ein Jahr) nicht angesprochen haben und weiterhin eine hohe Krankheitsaktivität aufweisen. Bei diesen Pat. sollte es während der Therapie im vorangegangenen Jahr zu mindestens einem Schub gekommen sein, und sie sollten mindestens neun T2-hyperintense Läsionen in der kranialen MRT oder mindestens eine Gadolinium anreichernde Läsion aufweisen.</p> <p>– Die Indikationsstellung und Überwachung der Therapie mit Natalizumab sowie eine entsprechende Anamnese und gegebenenfalls Untersuchung vor jeder Injektion (cave: Kontraindikationen) muss durch in der Diagnosestellung und Behandlung von neurologischen Erkrankungen erfahrene SpezialistInnen (FachärztInnen) in von der Österreichischen Gesellschaft für Neurologie (ÖGN) approbierten Zentren mit raschem Zugang zu MRT erfolgen.</p>					

Präparat	Menge	T	OP	KVP €
<p>– Daten zur Sicherheit und Wirksamkeit von Natalizumab (intravenöse Infusion) nach 2-jähriger Anwendung wurden aus kontrollierten, doppelblinden Studien erhoben. Nach 2 Jahren sollte eine Fortsetzung der Therapie über diesen Zeitraum hinaus nur dann in Betracht gezogen werden, wenn zuvor eine erneute Nutzen-Risiko-Abwägung vorgenommen wurde. Die Pat. müssen erneut über die Risikofaktoren für die Entwicklung einer PML wie Dauer der Behandlung, Anwendung von Immunsuppressiva vor der Anwendung des Arzneimittels und das Vorliegen von Anti-John Cunningham Virus (JCV)-Antikörpern informiert werden.</p> <p>– Für Pat., die nach 6-monatiger Behandlung noch keinen ausreichenden Behandlungserfolg zeigen, kann keine weitere Kostenübernahme erfolgen.</p> <p>– Bei jeder Verschlechterung der Erkrankung oder injektionsbedingten Ereignissen sollte das Vorhandensein von Antikörpern gegen Natalizumab untersucht werden.</p> <p>– Im Falle eines positiven Antikörpertests und eines positiven Bestätigungstests nach 6 Wochen ist die Behandlung abzubrechen.</p> <p>– Pat. mit einer Überempfindlichkeitsreaktion müssen dauerhaft von einer Behandlung mit Natalizumab ausgeschlossen werden.</p> <p>– Vor Beginn der Behandlung ist ein immungeschwächter Status (cave wash-out-Phase von Immunsuppressiva) auszuschließen.</p> <p>– Pat., die mit Natalizumab behandelt werden, sind vor Therapiebeginn in das dafür vorgesehene Register der ÖGN aufzunehmen.</p> <p>– Pat., die mit Natalizumab behandelt werden, muss ein spezieller PatientInnenpass ausgehändigt werden.</p> <p>Anwendungshinweis: Die Verabreichung muss von medizinischem Fachpersonal vorgenommen werden und die PatientInnen müssen hinsichtlich früher Anzeichen und Symptome einer progressiven multifokalen Leukenzephalopathie (PML) beobachtet werden. Bei den ersten 6 Dosen müssen die Pat. während der Injektion und für eine Stunde danach auf Anzeichen und Symptome von Injektionsreaktionen einschließlich Überempfindlichkeit beobachtet werden. Danach kann unabhängig von der Art der Anwendung der Beobachtungszeitraum von einer Stunde nach der Injektion nach medizinischem Ermessen verkürzt oder weggelassen werden, wenn bei dem Pat. keine Injektionsreaktionen aufgetreten sind.</p> <p>Grundsätzlich keine Kostenübernahme als primäre krankheitsmodifizierende Therapie für Pat. mit rasch fortschreitender schubförmig remittierend verlaufender MS, definiert durch zwei oder mehr Schübe mit Behinderungsprogression in einem Jahr, und mit einer oder mehreren Gadolinium anreichernden Läsionen in der MRT des Gehirns oder mit einer signifikanten Erhöhung der T2-Läsionen im Vergleich zu einer früheren in jüngerer Zeit angefertigten MRT.</p>				

Folgende Präparate wurden aus dem EKO gestrichen:

Präparat	Menge	ATC-Code	Streichung mit
Coreyra 5 mg/5 mg Hartkaps.	28 Stk.	C09BB07	01.08.2023
Coreyra 10 mg/5 mg Hartkaps.	28 Stk.	C09BB07	01.08.2023
Dalacin C 75 mg/5 ml Gran. f. orale Lsg.	80 ml	J01FF01	01.08.2023
Famciclovir "Actavis" 125 mg Filmtabl.	10 Stk.	J05AB09	01.08.2023
Morapid 20 mg Filmtabl.	10 Stk. 30 Stk.	N02AA01	01.08.2023
Neurobion Amp.	3 Stk.	A11DB	01.08.2023
Neurobion forte Drag.	20 Stk. 100 Stk.	A11DB	01.08.2023
Pioglitazon "Hexal" 45 mg Tabl.	30 Stk.	A10BG03	01.08.2023
Risperidon "Sandoz" 1 mg/ml Lsg. zum Einnehmen	30 ml 100 ml	N05AX08	01.08.2023

Änderung der Verwendung im Gelben Bereich:

Präparat		Menge	T	OP	KVP €
L01 ANTINEOPLASTISCHE MITTEL					
L01XK01 Olaparib					
RE1	Lynparza 100 mg Filmtabl. (PM)	112 Stk.	–	–	4.309,40
RE1	150 mg Filmtabl. (PM)	112 Stk.	–	–	4.613,25
<p>1. Als Monotherapie für die</p> <ul style="list-style-type: none"> – Erhaltungstherapie erwachsener Patientinnen mit einem neu diagnostizierten, fortgeschrittenen (FIGO-Stadien III und IV) BRCA1/2 (BRCA1/2)-mutierten (in der Keimbahn und/oder somatisch), high-grade epithelialen Ovariakarzinom, Eileiterkarzinom oder primären Peritonealkarzinom, die nach einer vorangegangenen abgeschlossenen Platin-basierten Chemotherapie ein Ansprechen zeigen. Der BRCA-Mutationsstatus ist von einem erfahrenen Labor mittels einer validierten Testmethode festzustellen. Die Therapie kann bis zur radiologischen Krankheitsprogression oder bis zum Auftreten einer inakzeptablen Toxizität fortgeführt werden oder für bis zu 2 Jahre, wenn nach 2-jähriger Behandlung die Erkrankung radiologisch nicht nachweisbar ist. – Erhaltungstherapie von erwachsenen Patientinnen mit einem Platin-sensitiven Rezidiv eines high-grade epithelialen Ovariakarzinoms, Eileiterkarzinoms oder primären Peritonealkarzinoms, die auf eine Platin-basierte Chemotherapie ein Ansprechen zeigen. Der BRCA- und/oder homologe Rekombinations-Defizienz (HRD)-Status ist zu berücksichtigen. Die Therapie kann bis zur Progression der Grunderkrankung oder bis zum Auftreten einer inakzeptablen Toxizität fortgeführt werden. <p>Als Kombinationstherapie mit Bevacizumab für die</p> <ul style="list-style-type: none"> – Erhaltungstherapie erwachsener Patientinnen mit einem neu diagnostizierten, fortgeschrittenen (FIGO-Stadien III und IV), high-grade epithelialen Ovariakarzinom, Eileiterkarzinom oder primären Peritonealkarzinom, die nach einer abgeschlossenen Platin-basierten Chemotherapie in Kombination mit Bevacizumab ein Ansprechen zeigen und deren Tumor mit einem positiven HRD-Status assoziiert ist. Der Status HRD-positiv ist definiert entweder durch eine BRCA1/2-Mutation und/oder genomische Instabilität. Der BRCA-Mutationsstatus und/oder eine genomische Instabilität ist von einem erfahrenen Labor mittels einer validierten Testmethode festzustellen. Die Therapie kann bis zur radiologischen Krankheitsprogression oder bis zum Auftreten einer inakzeptablen Toxizität fortgeführt werden oder für bis zu 2 Jahre, wenn nach 2-jähriger Behandlung die Erkrankung radiologisch nicht nachweisbar ist. <p>Vor Therapiebeginn mit Olaparib muss das vollständige oder partielle Ansprechen auf die Platin-basierte Chemotherapie mittels RECIST-Kriterien dokumentiert worden sein.</p> <p>Diagnose und Erstverordnung durch entsprechende Fachabteilung bzw. Zentrum, mittels Tumorboard. Regelmäßige Kontrolle durch entsprechende Fachabteilung bzw. Zentrum bzw. durch gynäko-onkologisch spezialisierte FachärztInnen.</p> <p>2. Als Monotherapie oder als Kombinationstherapie mit einer endokrinen Therapie für die</p> <ul style="list-style-type: none"> – adjuvante Behandlung von erwachsenen PatientInnen mit BRCA1/2-Mutationen, die ein HER2-negatives Mammakarzinom im Frühstadium mit hohem Rezidivrisiko haben und zuvor mit neoadjuvanter oder adjuvanter Chemotherapie behandelt wurden. Der BRCA-Mutationsstatus ist von einem erfahrenen Labor mittels einer validierten Testmethode festzustellen. Die Therapie kann bis zur radiologischen Krankheitsprogression oder bis zum Auftreten einer inakzeptablen Toxizität fortgeführt werden oder für bis zu 1 Jahr, je nachdem, was zuerst eintritt. <p>Als Monotherapie bei</p> <ul style="list-style-type: none"> – HER2-negativem lokal fortgeschrittenem oder metastasiertem Mammakarzinom mit Keimbahn-BRCA1/2-Mutationen nach Behandlung mit einem Anthracyclin UND einem Taxan im (neo)adjuvanten oder metastasierten Setting, es sei denn, die PatientInnen waren für diese Behandlungen nicht geeignet. Bei PatientInnen mit HR-positivem Mammakarzinom nur bei Krankheitsprogression während oder nach zumindest einer vorherigen endokrinen Therapie in Kombination mit einem Inhibitor von Cyclin-abhängiger Kinase (CDK) 4 und 6 oder wenn eine endokrine Therapie nicht geeignet ist. Der BRCA-Mutationsstatus ist von einem erfahrenen Labor mittels einer validierten Testmethode festzustellen. Die Therapie kann bis zur radiologischen Krankheitsprogression oder bis zum Auftreten einer inakzeptablen Toxizität fortgeführt werden. 					

Präparat	Menge	T	OP	KVP €
<p>Diagnose und Erstverordnung durch entsprechende Fachabteilung bzw. Zentrum, mittels Tumorboard. Regelmäßige Kontrolle durch entsprechende Fachabteilung bzw. Zentrum bzw. durch gynäko-onkologisch spezialisierte FachärztInnen.</p> <p>3. Als Monotherapie für die Erhaltungstherapie bei – erwachsenen PatientInnen mit metastasiertem Adenokarzinom des Pankreas mit Keimbahn-BRCA1/2-Mutationen, deren Erkrankung nach einer mindestens 16-wöchigen Platin-haltigen Behandlung im Rahmen einer Erstlinien-Chemotherapie nicht progredient war. Der BRCA-Mutationsstatus ist von einem erfahrenen Labor mittels einer validierten Testmethode festzustellen. Die Therapie kann bis zur radiologischen Krankheitsprogression oder bis zum Auftreten einer inakzeptablen Toxizität fortgeführt werden.</p> <p>Diagnose und Erstverordnung durch entsprechende Fachabteilung bzw. Zentrum, mittels Tumorboard. Regelmäßige Kontrolle durch entsprechende Fachabteilung bzw. Zentrum bzw. durch OnkologInnen.</p> <p>4. Als Monotherapie bei – erwachsenen Patienten mit metastasiertem kastrationsresistentem Prostatakarzinom (mCRPC) und BRCA1/2-Mutationen (in der Keimbahn und/oder somatisch), deren Erkrankung nach vorheriger Behandlung, die eine neue hormonelle Substanz (new hormonal agent) umfasste, progredient ist. Der BRCA-Mutationsstatus ist von einem erfahrenen Labor mittels einer validierten Testmethode festzustellen. Die Therapie kann bis zur radiologischen Krankheitsprogression oder bis zum Auftreten einer inakzeptablen Toxizität fortgeführt werden.</p> <p>Als Kombinationstherapie mit Abirateron gemeinsam mit einem GnRH-Analogen und Prednison oder Prednisolon bei – erwachsenen Patienten mit mCRPC, mit asymptomatischem oder mild symptomatischem Verlauf, wenn eine Chemotherapie noch nicht klinisch indiziert ist. Der BRCA- und/oder homologe Rekombinationsreparatur (HRR)-Mutationsstatus ist zu berücksichtigen. Die Therapie kann bis zur radiologischen Krankheitsprogression oder bis zum Auftreten einer inakzeptablen Toxizität fortgeführt werden.</p> <p>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.</p> <p>Eine Kastrationsresistenz liegt vor bei – einer PSA oder radiographischen Progression und – Versagen der Androgendeprivationstherapie (GnRH-Analogen oder -Antagonist mit ATC-Code L02AE oder L02BX02 alleine oder jeweils in Kombination mit einem Antiandrogen mit ATC-Code L02BB03) bzw. nach Entzug des Antiandrogens und – einem Serum-Testosteronwert im Kastrationsbereich (kleiner 50 ng/dl).</p>				
<p>Bei den Änderungen handelt es sich um folgende Indikationserweiterungen: – HER2-negatives BRCA1/2 mutiertes Mammakarzinom im Frühstadium mit hohem Rezidivrisiko nach neoadjuvanter oder adjuvanter Chemotherapie – Keimbahn-BRCA-mutiertes metastasiertes Adenokarzinom des Pankreas nach Platin-haltiger Chemotherapie – BRCA1/2-mutiertes metastasiertes kastrationsresistentes Prostatakarzinom (mCRPC) nach Vorbehandlung, die eine neue hormonelle Substanz (new hormonal agent) umfasste – mCRPC mit asymptomatischem oder mild symptomatischem Verlauf, wenn eine Chemotherapie noch nicht klinisch indiziert ist</p> <p>Die Kastrationsresistenz wurde analog den anderen in der Indikation mCRPC erstatteten Arzneispezialitäten definiert.</p>				
N03 ANTIEPILEPTIKA				
N03AX24 Cannabidiol				
RE1	Epidyolex 100 mg/ml Lsg. zum Einnehmen (PM)	100 ml	–	–
<p>Bei PatientInnen ab 2 Jahren zur Zusatztherapie von Krampfanfällen, die trotz adäquater antiepileptischer Therapie mit zumindest 2 Antiepileptika nicht einzustellen sind – in Kombination mit Clobazam bei Lennox-Gastaut-Syndrom und Dravet-Syndrom – bei Tuberöser Sklerose.</p> <p>Dokumentation der Häufigkeit von Krampfanfällen vor Therapiebeginn und alle 6 Monate.</p>				

Präparat	Menge	T	OP	KVP €
Die Therapie kann fortgeführt werden, wenn Cannabidiol in den letzten 6 Monaten zu einer zumindest 30%igen Reduktion der Häufigkeit von Krampfanfällen im Vergleich zu den 6 Monaten vor Therapiebeginn geführt hat. Diagnosestellung, Ersteinstellung und regelmäßige Kontrollen durch NeurologInnen oder PädiaterInnen mit Erfahrung in der Epilepsie-Behandlung oder durch spezialisierte Zentren.				
Adaptierung der Regel zur Behandlung des Lennox-Gastaut-Syndroms und des Dravet-Syndroms und Indikationserweiterung um die Tuberöse Sklerose				

Änderung der Packungsgröße im Grünen Bereich:

Präparat	Menge	T	OP	KVP €
C01 HERZTHERAPIE				
C01EB17 Ivabradin				
Ivabradin "Stada" 7,5 mg Filmtabl.	56 Stk.	–	(3)	13,25
Streichung der 28 Stk.-Packung				
G03 SEXUALHORMONE UND MODULATOREN DES GENITALSYSTEMS				
G03CA04 Estriol				
Ovestin Creme	15 g	–	(2)	5,25
Streichung der 30 g-Packung				

Änderung der Bezeichnung im Grünen Bereich:

Präparat	Menge	T	OP	KVP €
N07 ANDERE MITTEL FÜR DAS NERVENSYSTEM				
N07CA01 Betahistin				
Betahistin "Viatrix" 24 mg Tabl.	20 Stk.	–	(2)	3,75
	60 Stk.	–	–	9,40
Vormals Betahistin "Arcana" 24 mg Tabl.				

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.
- 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.
- T Teilbarkeit