



## Neu im EKO

### Änderungen im Erstattungskodex (EKO) ab Februar 2023

Informationsstand Februar 2023

#### Im Fokus: Sitagliptin ± Metformin und Vildagliptin im Grünen Bereich

Für Januvia, Janumet, Velmetia und Galvus aus dem Gelben Bereich des Erstattungskodex sind erstmals Nachfolgepräparate im Grünen Bereich mit einem großen Preisvorteil verfügbar. Entsprechend dem Ampelprinzip der RÖV sind die kostengünstigeren Generika bevorzugt zu verordnen. Zusätzlich sind bis zu drei Monatspackungen der Generika auf einer Verordnung rezeptierbar.

**ROT** >> **GRÜN**

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

Präparat	Menge	T	OP	KVP €	max. Kostenersparnis € pro Packung*
<b>A10 ANTIDIABETIKA</b>					
<b>A10BD07 Metformin und Sitagliptin</b>					
Jamesi 50 mg/850 mg Filmtabl.	56 Stk.	–	(3)	10,75	<b>30,50</b> Erstanbieter in RE1
50 mg/1000 mg Filmtabl.	56 Stk.	–	(3)	10,75	<b>30,50</b> Erstanbieter in RE1
<i>IND: Bei Erwachsenen mit Diabetes Typ II, wenn mit Metformin keine ausreichende Blutzuckereinstellung erreicht wird.</i>					
Sitagliptin/Metformin "Actavis" 50 mg/850 mg Filmtabl.	60 Stk.	–	(3)	11,50	<b>30,52</b> Erstanbieter in RE1
50 mg/1000 mg Filmtabl.	60 Stk.	–	(3)	11,50	<b>30,52</b> Erstanbieter in RE1
<i>IND: Bei Erwachsenen mit Diabetes Typ II, wenn mit Metformin keine ausreichende Blutzuckereinstellung erreicht wird.</i>					

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

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

Präparat	Menge	T	OP	KVP €	max. Kostenersparnis € pro Packung*
Sitagliptin/Metformin "ratiopharm" 50 mg/850 mg Filmtabl.	60 Stk.	–	(3)	11,50	<b>30,52</b> Erstanbieter in RE1
50 mg/1000 mg Filmtabl.	60 Stk.	–	(3)	11,50	<b>30,52</b> Erstanbieter in RE1
<i>IND: Bei Erwachsenen mit Diabetes Typ II, wenn mit Metformin keine ausreichende Blutzuckereinstellung erreicht wird.</i>					
Sitagliptin/Metformin "Sandoz GmbH" 50 mg/850 mg Filmtabl.	56 Stk.	–	(3)	10,75	<b>30,50</b> Erstanbieter in RE1
50 mg/1000 mg Filmtabl.	56 Stk.	–	(3)	10,75	<b>30,50</b> Erstanbieter in RE1
<i>IND: Bei Erwachsenen mit Diabetes Typ II, wenn mit Metformin keine ausreichende Blutzuckereinstellung erreicht wird.</i>					
Sitagliptin/Metformin "Stada" 50 mg/850 mg Filmtabl.	56 Stk.	–	(3)	10,75	<b>30,50</b> Erstanbieter in RE1
50 mg/1000 mg Filmtabl.	56 Stk.	–	(3)	10,75	<b>30,50</b> Erstanbieter in RE1
<i>IND: Bei Erwachsenen mit Diabetes Typ II, wenn mit Metformin keine ausreichende Blutzuckereinstellung erreicht wird.</i>					
Alle angeführten Präparate mit dem ATC-Code A10BD07 sind kostengünstige Alternativen zu Janumet und Velmetia.					
<b>A10BH01 Sitagliptin</b>					
Jansitin 25 mg Filmtabl.	30 Stk.	–	(3)	11,50	<b>20,47</b> Erstanbieter in RE1
50 mg Filmtabl.	30 Stk.	–	(3)	11,50	<b>20,47</b> Erstanbieter in RE1
100 mg Filmtabl.	30 Stk.	–	(3)	11,50	<b>30,52</b> Erstanbieter in RE1
<i>IND: Bei Erwachsenen mit Diabetes Typ II, wenn mit Metformin keine ausreichende Blutzuckereinstellung erreicht wird.</i>					
Jazeta 25 mg Filmtabl.	28 Stk.	–	(3)	10,40	<b>20,80</b> Erstanbieter in RE1
50 mg Filmtabl.	28 Stk.	–	(3)	10,40	<b>20,80</b> Erstanbieter in RE1
100 mg Filmtabl.	28 Stk.	–	(3)	10,40	<b>30,85</b> Erstanbieter in RE1
<i>IND: Bei Erwachsenen mit Diabetes Typ II, wenn mit Metformin keine ausreichende Blutzuckereinstellung erreicht wird.</i>					

Präparat	Menge	T	OP	KVP €	max. Kostenersparnis € pro Packung*
Sitagliptin "HCS" 25 mg Filmtabl.	28 Stk.	–	(3)	10,75	20,45 Erstanbieter in RE1
50 mg Filmtabl.	28 Stk.	T2	(3)	10,75	20,45 Erstanbieter in RE1
100 mg Filmtabl.	28 Stk.	T2	(3)	10,75	30,50 Erstanbieter in RE1
<i>IND: Bei Erwachsenen mit Diabetes Typ II, wenn mit Metformin keine ausreichende Blutzuckereinstellung erreicht wird.</i>					
Sitagliptin "Mylan" 25 mg Filmtabl.	28 Stk.	–	(3)	10,75	20,45 Erstanbieter in RE1
50 mg Filmtabl.	28 Stk.	–	(3)	10,75	20,45 Erstanbieter in RE1
100 mg Filmtabl.	28 Stk.	–	(3)	10,75	30,50 Erstanbieter in RE1
<i>IND: Bei Erwachsenen mit Diabetes Typ II, wenn mit Metformin keine ausreichende Blutzuckereinstellung erreicht wird.</i>					
Sitagliptin "ratiopharm" 50 mg Filmtabl.	30 Stk.	T2	(3)	11,50	20,47 Erstanbieter in RE1
100 mg Filmtabl.	30 Stk.	T2	(3)	11,50	30,52 Erstanbieter in RE1
<i>IND: Bei Erwachsenen mit Diabetes Typ II, wenn mit Metformin keine ausreichende Blutzuckereinstellung erreicht wird.</i>					
Sitagliptin "Sandoz GmbH" 25 mg Filmtabl.	28 Stk.	–	(3)	10,75	20,45 Erstanbieter in RE1
50 mg Filmtabl.	28 Stk.	–	(3)	10,75	20,45 Erstanbieter in RE1
100 mg Filmtabl.	28 Stk.	–	(3)	10,75	30,50 Erstanbieter in RE1
<i>IND: Bei Erwachsenen mit Diabetes Typ II, wenn mit Metformin keine ausreichende Blutzuckereinstellung erreicht wird.</i>					
Sitagliptin "Stada" 25 mg Filmtabl.	28 Stk.	–	(3)	10,75	20,45 Erstanbieter in RE1
50 mg Filmtabl.	28 Stk.	–	(3)	10,75	20,45 Erstanbieter in RE1
100 mg Filmtabl.	28 Stk.	–	(3)	10,75	30,50 Erstanbieter in RE1
<i>IND: Bei Erwachsenen mit Diabetes Typ II, wenn mit Metformin keine ausreichende Blutzuckereinstellung erreicht wird.</i>					
Alle angeführten Präparate mit dem ATC-Code A10BH01 sind kostengünstige Alternativen zu Januvia.					

Präparat	Menge	T	OP	KVP €	max. Kostenersparnis € pro Packung*
<b>A10BH02 Vildagliptin</b>					
Melkart 50 mg Tabl.	30 Stk.	–	–	5,90	15,24
	60 Stk.	–	(3)	11,50	28,87
<i>IND: Bei Erwachsenen mit Diabetes Typ II, wenn mit Metformin keine ausreichende Blutzuckereinstellung erreicht wird.</i>					
Melkart ist das erste Nachfolgepräparat zu Galvus.					
<b>L02 ENDOKRINE THERAPIE</b>					
<b>L02BX03 Abirateron</b>					
Abirateron "1A Pharma" 500 mg Filmtabl.	60 Stk.	–	(2)	324,85	2.650,81** Erstanbieter in RE1
1000 mg Filmtabl.	30 Stk.	–	(2)	324,85	Erstanbieter in dieser Wirkstärke nicht verfügbar
<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 "G.L." 500 mg Filmtabl.	60 Stk.	–	(2)	324,85	2.650,81** 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 "Sandoz" 500 mg Filmtabl.	60 Stk.	–	(2)	324,85	2.650,81** Erstanbieter in RE1
1000 mg Filmtabl.	30 Stk.	T2	(2)	324,85	Erstanbieter in dieser Wirkstärke nicht verfügbar
<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>					
Wie beim Erstanbieterpräparat Zytiga beträgt die empfohlene Dosis 1.000 mg als tägliche Einmalgabe, die nicht zusammen mit Nahrungsmitteln eingenommen werden darf. Im Unterschied zu Zytiga sind alle Nachfolgepräparate im Grünen Bereich.					
<b>N05 PSYCHOLEPTIKA</b>					
<b>N05AX08 Risperidon</b>					
Risperidon "Actavis" 25 mg Plv. u. Lsgm. zur Herst. einer Depot-Inj.susp.	1 Stk.	–	–	61,50	64,30
37,5 mg Plv. u. Lsgm. zur Herst. einer Depot-Inj.susp.	1 Stk.	–	–	87,00	84,00
50 mg Plv. u. Lsgm. zur Herst. einer Depot-Inj.susp.	1 Stk.	–	–	116,05	91,50
<i>IND: Verwendung laut Fachinformation, wenn eine perorale Therapie nicht angezeigt oder zweckmäßig ist.</i>					

Präparat	Menge	T	OP	KVP €	max. Kostenersparnis € pro Packung*
Risperidon "ratiopharm" 25 mg Plv. u. Lsgm. zur Herst. einer Depot-Inj.susp.	1 Stk.	–	–	61,50	64,30
37,5 mg Plv. u. Lsgm. zur Herst. einer Depot-Inj.susp.	1 Stk.	–	–	87,00	84,00
50 mg Plv. u. Lsgm. zur Herst. einer Depot-Inj.susp.	1 Stk.	–	–	116,05	91,50
<i>IND: Verwendung laut Fachinformation, wenn eine perorale Therapie nicht angezeigt oder zweckmäßig ist.</i>					
Die beiden Risperidon-Depotinjektionspräparate sind die ersten Nachfolger für Risperdal Consta mit erheblichem Preisvorteil.					

### Aufnahme von Präparaten in den Grünen Bereich:

Präparat	Menge	T	OP	KVP €
<b>L01 ANTINEOPLASTISCHE MITTEL</b>				
<b>L01BC02 Fluorouracil</b>				
Tolak 40 mg/g Creme	20 g	–	–	39,60
<i>IND: Bei Erwachsenen mit nicht-hyperkeratotischen, nicht-hypertrophen aktinischen Keratosen im Gesicht oder Kopfbereich nach dermatologischer Abklärung, wenn eine Kryotherapie oder operative Entfernung kontraindiziert oder nicht möglich ist und mit anderen topischen Behandlungsmöglichkeiten (D11AX18-Diclofenac) kein Auslangen gefunden wurde bzw. diese nicht geeignet sind. Diagnose und Verordnung durch DermatologInnen.</i>				
<b>N05 PSYCHOLEPTIKA</b>				
<b>N05AX08 Risperidon</b>				
Okedi 75 mg Plv. u. Lsgm. zur Herst. einer Depot-Inj.susp. (PM)	1 Stk.	–	–	327,00
100 mg Plv. u. Lsgm. zur Herst. einer Depot-Inj.susp. (PM)	1 Stk.	–	–	411,75
<i>IND: Verwendung laut Fachinformation, wenn eine perorale Therapie nicht angezeigt oder zweckmäßig ist.</i>				
Erstmals ist mit Okedi eine Risperidon-Depotinjektion mit einmonatigem Dosierungsintervall möglich.				

**ROT** >> **GELB**

### Aufnahme kostengünstiger Nachfolgepräparate in den Gelben Bereich:

Präparat		Menge	T	OP	KVP €	max. Kostenersparnis € pro Packung*
<b>C02 ANTIHYPERTONIKA</b>						
<b>C02KX01 Bosentan</b>						
RE2	<b>Bosentan "Reddy" 62,5 mg Filmtabl.</b>	56 Stk.	–	–	580,10	<b>920,10</b>
RE2	<b>125 mg Filmtabl.</b>	56 Stk.	–	–	580,10	<b>971,10</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Bei pulmonal arterieller Hypertension nach Durchführung einer kompletten invasiven hämodynamischen Messung inklusive eines akuten Vasoreaktivitätstests.</li> <li>- Bei vorbehandelter Sklerodermie zur Reduktion der Anzahl neuer digitaler Ulzerationen.</li> </ul> Diagnose, Erstverordnung und engmaschige Kontrolle durch entsprechende Fachabteilungen und Zentren.						
Bosentan "Reddy" ist ein weiteres Nachfolgepräparat zu Tracleer und hat einen hohen Preisvorteil. Im Dezember 2022 betrug der generische Verordnungsanteil bereits 66 %. Dieser sollte weiter gesteigert werden.						

### Aufnahme von Präparaten in den Gelben Bereich:

Präparat		Menge	T	OP	KVP €
<b>C01 HERZTHERAPIE</b>					
<b>C01DX22 Vericiguat</b>					
RE2	<b>Verquvo 2,5 mg Filmtabl. (PM)</b>	14 Stk.	–	–	<b>51,50</b>
RE2	<b>5 mg Filmtabl. (PM)</b>	14 Stk. 28 Stk.	– –	– (2)	<b>51,50</b> <b>97,15</b>
RE2	<b>10 mg Filmtabl. (PM)</b>	14 Stk. 28 Stk.	– –	– (2)	<b>51,50</b> <b>97,15</b>
Bei Erwachsenen mit chronischer Herzinsuffizienz mit reduzierter Ejektionsfraktion, die nach einem kürzlich aufgetretenen Dekompensationsereignis, das eine i.v.-Therapie erforderte, stabilisiert wurden, als Zusatztherapie <ul style="list-style-type: none"> <li>- wenn die PatientInnen trotz individuell optimierter Standardtherapie mit Medikamenten aus dem Grünen Bereich noch symptomatisch sind (NYHA größer/gleich Klasse II).</li> <li>- Therapieeinleitung nur bei linksventrikulärer Ejektionsfraktion kleiner/gleich 40 % diagnostiziert mittels transthorakalen Echokardiographiebefundes nicht älter als 6 Monate.</li> <li>- Erstverordnung und regelmäßige Kontrollen durch KardiologInnen oder InternistInnen mit gültigem Diplom in transthorakaler Echokardiographie oder durch eine entsprechende Fachabteilung bzw. -ambulanz.</li> </ul>					
<b>C10 MITTEL, DIE DEN LIPIDSTOFFWECHSEL BEEINFLUSSEN</b>					
<b>C10AX14 Alirocumab</b>					
RE1 L6	<b>Praluent 300 mg Inj.lsg. Fertigpen (PM)</b>	1 Stk.	–	–	<b>410,05</b>
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 <ul style="list-style-type: none"> <li>- wenn aufgrund des sehr hohen kardiovaskulären Risikos eine zusätzliche Senkung von LDL-C medizinisch erforderlich ist,</li> </ul> und <ul style="list-style-type: none"> <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,</li> </ul>					

Präparat	Menge	T	OP	KVP €
und				
<ul style="list-style-type: none"> <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 70 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 Kreatin-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 einer/einem EndokrinologIn oder KardiologIn oder NeurologIn. Die Liste der für die Erstverordnung in Frage kommenden Einrichtungen wird vom Dachverband erstellt und unter <a href="http://www.sozialversicherung.at/erstattungskodex_stoffwechsel">www.sozialversicherung.at/erstattungskodex_stoffwechsel</a> publiziert.</p> <p>Regelmäßige Kontrollen durch entsprechende Fachabteilung bzw. Zentrum bzw. durch einen/eine in der Therapie von Fettstoffwechselstörungen erfahrenen/erfahrene 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 55 mg/dl erreicht wurde.</p> <p>Alirocumab eignet sich für eine chef(kontroll)ärztliche Langzeitbewilligung für 6 Monate (L6).</p>				

### Folgende Präparate wurden aus dem EKO gestrichen:

Präparat	Menge	ATC-Code	Streichung mit
Aclop 75 mg Filmtabl.	10 Stk. 30 Stk.	B01AC04	01.02.2023
Aktiferrin Tropf.	30 ml	B03AE10	01.02.2023
Amaryl 1 mg Tabl.	30 Stk.	A10BB12	01.02.2023
Amaryl 6 mg Tabl.	30 Stk.	A10BB12	01.02.2023
Bezafibrat "Genericon" retard 400 mg Filmtabl.	30 Stk.	C10AB02	01.02.2023
Febuxostat "+pharma" 120 mg Filmtabl.	30 Stk.	M04AA03	01.02.2023
Fentaplast 25 mcg/h transdermales Matrixpflaster	5 Stk. 10 Stk.	N02AB03	01.02.2023
Fentaplast 50 mcg/h transdermales Matrixpflaster	5 Stk. 10 Stk.	N02AB03	01.02.2023
Fentaplast 75 mcg/h transdermales Matrixpflaster	5 Stk. 10 Stk.	N02AB03	01.02.2023
Fentaplast 100 mcg/h transdermales Matrixpflaster	5 Stk. 10 Stk.	N02AB03	01.02.2023
Ictady 245 mg Filmtabl.	30 Stk.	J05AF07	01.02.2023
Pioglitazon "Hexal" 15 mg Tabl.	30 Stk.	A10BG03	01.02.2023
Piroxistad 20 mg Tabs lösbl. Tabl.	10 Stk. 30 Stk.	M01AC01	01.02.2023
Pulmopresil 20 mg Filmtabl.	90 Stk.	C02KX	01.02.2023
Rosuvastatin "Accord" 5 mg Filmtabl.	30 Stk.	C10AA07	01.02.2023
Rosuvastatin "Accord" 20 mg Filmtabl.	30 Stk.	C10AA07	01.02.2023
Stieprox 1,5 % Shampoo	100 ml	D01AE14	01.02.2023

## Änderung der Packungsgröße im Grünen Bereich:

Präparat	Menge	T	OP	KVP €
<b>N03 ANTIPILEPTIKA</b>				
<b>N03AX14 Levetiracetam</b>				
Levetiracetam "G.L." 500 mg Filmtabl.	60 Stk.	T2	–	<b>23,50</b>
	100 Stk.	T2	–	<b>32,40</b>
N				
Streichung der 30 Stk.-Packung				

## Änderung der Verwendung im Gelben Bereich:

Präparat	Menge	T	OP	KVP €	
<b>C10 MITTEL, DIE DEN LIPIDSTOFFWECHSEL BEEINFLUSSEN</b>					
<b>C10AX14 Alirocumab</b>					
RE1 L6	<b>Praluent 75 mg Inj.lsg. Fertigpen (PM)</b>	2 Stk.	–	–	<b>410,05</b>
RE1 L6	<b>150 mg Inj.lsg. Fertigpen (PM)</b>	2 Stk.	–	–	<b>410,05</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> </ul> <p>und</p> <ul style="list-style-type: none"> <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,</li> </ul> <p>und</p> <ul style="list-style-type: none"> <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 70 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 Kreatin-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 einer/einem EndokrinologIn oder KardiologIn oder NeurologIn. Die Liste der für die Erstverordnung in Frage kommenden Einrichtungen wird vom Dachverband erstellt und unter <a href="http://www.sozialversicherung.at/erstattungskodex_stoffwechsel">www.sozialversicherung.at/erstattungskodex_stoffwechsel</a> publiziert.</p> <p>Regelmäßige Kontrollen durch entsprechende Fachabteilung bzw. Zentrum bzw. durch einen/eine in der Therapie von Fettstoffwechselstörungen erfahrenen/erfahrene 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 55 mg/dl erreicht wurde.</p> <p>Alirocumab eignet sich für eine chef(kontroll)ärztliche Langzeitbewilligung für 6 Monate (L6).</p> <p>Der LDL-Zielwert wurde angepasst.</p>					



## 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.
- IND .....Die 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.
- KVP .....Kassenverkaufspreis ohne Umsatzsteuer
- L6 .....Langzeitbewilligung für 6 Monate möglich
- N .....Fachgruppen-Bestimmung: Fachärztin/Facharzt für Neurologie oder Neurologie und Psychiatrie oder Psychiatrie und Neurologie oder Neuropädiatrie
- OP .....Höchstanzahl Packungen je Verordnung
- RE1 .....Die 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.
- RE2 .....Bei 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.
- T ..... Teilbarkeit
- T2 .....in zwei dosisgleiche Teile teilbar