

Amtliche Verlautbarung der österreichischen Sozialversicherung im Internet: www.avsv.at**Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger**

Der Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger verlautbart gemäß § 31 Abs. 8 ASVG:

57. Änderung des Erstattungskodex

Der Erstattungskodex, Amtliche Verlautbarung im Internet Nr. 110/2004, zuletzt geändert durch die Amtliche Verlautbarung im Internet Nr. 76/2009, wird wie folgt geändert:

Zeichenerklärung

- (2), = Die Aufnahme der Arzneispezialität in den Erstattungskodex beschränkt sich auf die in der Klammer angegebene Menge an Originalpackungen, die maximal abgegeben werden dürfen (z.B.: 20 g (2) – Maximalmenge 2 Packungen zu je 20 g). Erfolgt keine Angabe, darf nur eine Packung abgegeben werden.
- (3), = Die Arzneispezialität ist nur für die angegebenen Voraussetzungen in den jeweiligen Bereich des Erstattungskodex aufgenommen. Das Vorliegen der angegebenen Voraussetzungen muss 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.
- IND = Die Arzneispezialität ist nur für die angegebenen Voraussetzungen in den jeweiligen Bereich des Erstattungskodex aufgenommen. Das Vorliegen der angegebenen Voraussetzungen muss 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.
- L3, = Eine Langzeitgenehmigung ist für die als Nummer angegebenen Monate möglich (z.B. L3 → Langzeitbewilligung für 3 Monate möglich, L4 → Langzeitbewilligung für 4 Monate möglich)
- L4,
- L5,
- ...

A. Grüner Bereich des Erstattungskodex**A1. Aufnahmen von Arzneispezialitäten in den Grünen Bereich des Erstattungskodex:**

| | Arzneispezialität | Menge | OP | ATC-Code | mit Wirkung vom |
|-----|--|---------|----|----------|-----------------|
| | Amlodipin "Actavis" 5 mg Tabl. | 30 St. | 2 | C08CA01 | 01.10.2009 |
| | Amlodipin "Actavis" 10 mg Tabl. | 30 St. | 2 | C08CA01 | 01.10.2009 |
| | Betahistin "Arcana" 8 mg Tabl. | 30 St. | 2 | N07CA01 | 01.10.2009 |
| | | 100 St. | - | | |
| | Betahistin "Arcana" 16 mg Tabl. | 30 St. | - | N07CA01 | 01.10.2009 |
| | | 60 St. | - | | |
| | Betahistin "Arcana" 24 mg Tabl. | 20 St. | 2 | N07CA01 | 01.10.2009 |
| | | 60 St. | - | | |
| | Bicalutamid "+Pharma" 50 mg Filmtabl. | 30 St. | - | L02BB03 | 01.10.2009 |
| | Bicalutamid "+Pharma" 150 mg Filmtabl. | 30 St. | - | L02BB03 | 01.10.2009 |
| | Bisoprolol "1A Pharma" 5 mg Filmtabl. | 20 St. | 2 | C07AB07 | 01.10.2009 |
| | | 30 St. | - | | |
| | Bisoprolol "1A Pharma" 10 mg Filmtabl. | 20 St. | 2 | C07AB07 | 01.10.2009 |
| | | 30 St. | - | | |
| | Euthyrox 88 mcg Tabl. | 28 St. | 2 | H03AA01 | 01.10.2009 |
| | | 100 St. | - | | |
| | Euthyrox 112 mcg Tabl. | 28 St. | 2 | H03AA01 | 01.10.2009 |
| | | 100 St. | - | | |
| IND | Firmagon 80 mg Plv. und Lsgm. zur Herst. einer Inj.lsg. fortgeschrittenes hormonabhängiges Prostatakarzinom | 1 St. | 2 | L02BX02 | 01.10.2009 |
| IND | Firmagon 120 mg Plv. und Lsgm. zur Herst. einer Inj.lsg. fortgeschrittenes hormonabhängiges Prostatakarzinom | 2 St. | - | L02BX02 | 01.10.2009 |
| | Glimepirid "Stada" 1 mg Tabl. | 30 St. | 2 | A10BB12 | 01.10.2009 |
| | Glimepirid "Stada" 2 mg Tabl. | 30 St. | 2 | A10BB12 | 01.10.2009 |
| | Glimepirid "Stada" 3 mg Tabl. | 30 St. | 2 | A10BB12 | 01.10.2009 |
| | Glimepirid "Stada" 4 mg Tabl. | 30 St. | 2 | A10BB12 | 01.10.2009 |
| | Lisinopril "Actavis" 5 mg Tabl. | 10 St. | 2 | C09AA03 | 01.10.2009 |
| | | 30 St. | 2 | | |
| | Lisinopril "Actavis" 10 mg Tabl. | 10 St. | 2 | C09AA03 | 01.10.2009 |
| | | 30 St. | 2 | | |

57. Änderung des Erstattungskodex - EKO

| | | | | | |
|-----|---|---------|---|---------|------------|
| | Lisinopril "Actavis" 20 mg Tabl. | 10 St. | 2 | C09AA03 | 01.10.2009 |
| | | 30 St. | 2 | | |
| | Losartan "Genericon" 12,5 mg Filmtabl. | 10 St. | - | C09CA01 | 01.10.2009 |
| | | 30 St. | 2 | | |
| | Losartan "Genericon" 50 mg Filmtabl. | 10 St. | - | C09CA01 | 01.10.2009 |
| | | 30 St. | 2 | | |
| | Losartan "Genericon" 100 mg Filmtabl. | 10 St. | - | C09CA01 | 01.10.2009 |
| | | 30 St. | 2 | | |
| | Mirtazapin "Bluefish" 15 mg Schmelztabl. | 30 St. | - | N06AX11 | 01.10.2009 |
| | Mirtazapin "Bluefish" 30 mg Schmelztabl. | 30 St. | - | N06AX11 | 01.10.2009 |
| | Mirtazapin "Bluefish" 45 mg Schmelztabl. | 30 St. | - | N06AX11 | 01.10.2009 |
| IND | Neurontin 400 mg Kaps. Behandlung bei Epilepsien, die durch andere Antiepileptika ungenügend kontrolliert sind und Behandlung des neuropathischen Schmerzes, wenn mit kostengünstigeren Therapiealternativen (ATC N02A, N03AF01, N06A) nachweislich nicht das Auslangen gefunden werden kann. | 100 St. | - | N03AX12 | 01.10.2009 |
| IND | Neurontin 800 mg Filmtabl. Behandlung bei Epilepsien, die durch andere Antiepileptika ungenügend kontrolliert sind und Behandlung des neuropathischen Schmerzes, wenn mit kostengünstigeren Therapiealternativen (ATC N02A, N03AF01, N06A) nachweislich nicht das Auslangen gefunden werden kann. | 100 St. | - | N03AX12 | 01.10.2009 |
| | Pantoprazol "Alternova" 20 mg magensaftresistente Tabl. | 7 St. | - | A02BC02 | 01.10.2009 |
| | | 14 St. | - | | |
| | | 30 St. | 2 | | |
| | Pantoprazol "Alternova" 40 mg magensaftresistente Tabl. | 7 St. | - | A02BC02 | 01.10.2009 |
| | | 14 St. | - | | |
| | | 30 St. | - | | |

A2. Änderung der Verwendung von im Grünen Bereich des Erstattungskodex angeführten Arzneispezialitäten:

| Arzneispezialität | Menge | OP | ATC-Code | mit Wirkung vom |
|--|-------|----|----------|-----------------|
| Alendronstad 70 mg einmal wöchentlich Tabl. | 4 St. | 2 | M05BA04 | 01.10.2009 |
| Alendronstad 70 mg einmal wöchentlich Tabl. Abg. gem. mit Calcium Vit. D3 "Viatrix" Kautabl. 56 St. | 4 St. | 2 | M05BA04 | 01.10.2009 |

A3. Änderung der Bezeichnung von im Grünen Bereich des Erstattungskodex angeführten Arzneispezialitäten:

| Arzneispezialität | Menge | OP | ATC-Code | mit Wirkung vom |
|---|--------|----|----------|-----------------|
| Femara 2,5 mg Filmtabl. <i>vormals Femara Filmtabl.</i> | 30 St. | 2 | L02BG04 | 01.10.2009 |

A4. Streichung von im Grünen Bereich des Erstattungskodex angeführten Arzneispezialitäten:

| Arzneispezialität | Menge | OP | ATC-Code | mit Wirkung vom |
|---|---------|----|----------|-----------------|
| Arcavit A/E Kaudrag. | 30 St. | - | A11JA | 27.08.2009 |
| Cabergolin "Sandoz" 0,5 mg Tabl. | 2 St. | - | G02CB03 | 27.08.2009 |
| IND Cabergolin "Sandoz" 0,5 mg Tabl. Hyperprolaktinämie | 8 St. | - | G02CB03 | 27.08.2009 |
| Cabergolin "Sandoz" 1 mg Tabl. | 15 St. | - | N04BC06 | 27.08.2009 |
| | 30 St. | - | | |
| Cabergolin "Sandoz" 2 mg Tabl. | 15 St. | - | N04BC06 | 27.08.2009 |
| | 30 St. | - | | |
| Diamox retard 500 mg Kaps. | 20 St. | 2 | S01EC01 | 27.08.2009 |
| Agnumens Tropf. | 30 ml | - | G02CX | 01.10.2009 |
| Sucralan 1 g Kautabl. | 20 St. | 2 | A02BX02 | 01.10.2009 |
| | 50 St. | 2 | | |
| Tryptizol 25 mg Filmtabl. | 100 St. | - | N06AA09 | 01.10.2009 |
| Tryptizol 75 mg Filmtabl. | 50 St. | 2 | N06AA09 | 01.10.2009 |
| Vasovitol Kaudrag. | 30 St. | - | A11JA | 01.10.2009 |

57. Änderung des Erstattungskodex - EKO

B. Gelber Bereich des Erstattungskodex**B1. Aufnahmen von Arzneispezialitäten in den Gelben Bereich des Erstattungskodex:**

| | Arzneispezialität | Menge | OP | ATC-Code | mit Wirkung vom |
|----|--|------------------|----|----------|-----------------|
| L6 | Axura 5, 10, 15, 20 mg Filmtabl. (Starterpackung) - Die Diagnose DAT (Demenz vom Alzheimerstyp) ist von FachärztInnen für Neurologie oder Neurologie und Psychiatrie oder Psychiatrie und Neurologie oder Psychiatrie zu stellen. - Zu Therapiebeginn muss das Ergebnis der MMSE (Mini-Mental State Examination) kleiner bzw. gleich 14 betragen. - Vergewisserung für das Vorhandensein einer Betreuungsperson zur Sicherung der Compliance. - Eine Kontrolluntersuchung durch die o.a. FachärztInnen ist nach Erreichung der Erhaltungsdosis durchzuführen. - Die Behandlung ist nur bei Ansprechen auf die Therapie weiterzuführen. - Alle 6 Monate ist eine Kontrolluntersuchung durch die o.a. FachärztInnen mittels einer MMSE durchzuführen. - Die Therapie mit Axura ist zu beenden, wenn das Ergebnis der MMSE kleiner 3 ist. - Axura darf nicht mit anderen Arzneimitteln gegen DAT kombiniert werden. - Axura eignet sich für eine chef(kontroll)ärztliche Langzeitgenehmigung für 6 Monate (L6). - Die Tropfen werden nur bei Vorliegen von Schluckbeschwerden genehmigt. | 28 St. | - | N06DX01 | 01.10.2009 |
| L6 | Axura 20 mg Filmtabl. - Die Diagnose DAT (Demenz vom Alzheimerstyp) ist von FachärztInnen für Neurologie oder Neurologie und Psychiatrie oder Psychiatrie und Neurologie oder Psychiatrie zu stellen. - Zu Therapiebeginn muss das Ergebnis der MMSE (Mini-Mental State Examination) kleiner bzw. gleich 14 betragen. - Vergewisserung für das Vorhandensein einer Betreuungsperson zur Sicherung der Compliance. - Eine Kontrolluntersuchung durch die o.a. FachärztInnen ist nach Erreichung der Erhaltungsdosis durchzuführen. - Die Behandlung ist nur bei Ansprechen auf die Therapie weiterzuführen. - Alle 6 Monate ist eine Kontrolluntersuchung durch die o.a. FachärztInnen mittels einer MMSE durchzuführen. - Die Therapie mit Axura ist zu beenden, wenn das Ergebnis der MMSE kleiner 3 ist. - Axura darf nicht mit anderen Arzneimitteln gegen DAT kombiniert werden. - Axura eignet sich für eine chef(kontroll)ärztliche Langzeitgenehmigung für 6 Monate (L6). - Die Tropfen werden nur bei Vorliegen von Schluckbeschwerden genehmigt. | 28 St. | - | N06DX01 | 01.10.2009 |
| | BeneFIX 250 IE Plv. u. Lsgm. zur Herst. einer Inj.lsg. Bei angeborenem Faktor IX Mangel (Hämophilie B). Diagnosestellung und regelmäßige Kontrollen in entsprechender Fachabteilung bzw. –ambulanz. | 1 St. 250 IE | - | B02BD04 | 01.10.2009 |
| | BeneFIX 500 IE Plv. u. Lsgm. zur Herst. einer Inj.lsg. Bei angeborenem Faktor IX Mangel (Hämophilie B). Diagnosestellung und regelmäßige Kontrollen in entsprechender Fachabteilung bzw. –ambulanz. | 1 St. 500 IE | - | B02BD04 | 01.10.2009 |
| | BeneFIX 1000 IE Plv. u. Lsgm. zur Herst. einer Inj.lsg. Bei angeborenem Faktor IX Mangel (Hämophilie B). Diagnosestellung und regelmäßige Kontrollen in entsprechender Fachabteilung bzw. –ambulanz. | 1 St. 1000 IE | - | B02BD04 | 01.10.2009 |
| | BeneFIX 2000 IE Plv. u. Lsgm. zur Herst. einer Inj.lsg. Bei angeborenem Faktor IX Mangel (Hämophilie B). Diagnosestellung und regelmäßige Kontrollen in entsprechender Fachabteilung bzw. –ambulanz. | 1 St. 2000 IE | - | B02BD04 | 01.10.2009 |
| L6 | Ebixa 5, 10, 15, 20 mg Filmtabl. (Starterpackung) - Die Diagnose DAT (Demenz vom Alzheimerstyp) ist von FachärztInnen für Neurologie oder Neurologie und Psychiatrie oder Psychiatrie und Neurologie oder Psychiatrie zu stellen. - Zu Therapiebeginn muss das Ergebnis der MMSE (Mini-Mental State Examination) kleiner bzw. gleich 14 betragen. - Vergewisserung für das Vorhandensein einer Betreuungsperson zur Sicherung der Compliance. - Eine Kontrolluntersuchung durch die o.a. FachärztInnen ist nach Erreichung der Erhaltungsdosis durchzuführen. - Die Behandlung ist nur bei Ansprechen auf die Therapie weiterzuführen. - Alle 6 Monate ist eine Kontrolluntersuchung durch die o.a. FachärztInnen mittels einer MMSE durchzuführen. - Die Therapie mit Ebixa ist zu beenden, wenn das Ergebnis der MMSE kleiner 3 ist. - Ebixa darf nicht mit anderen Arzneimitteln gegen DAT kombiniert werden. | 28 St. | - | N06DX01 | 01.10.2009 |

57. Änderung des Erstattungskodex - EKO

- Ebixa eignet sich für eine chef(kontroll)ärztliche Langzeitgenehmigung für 6 Monate (L6).
- Die Tropfen werden nur bei Vorliegen von Schluckbeschwerden genehmigt.

L6 **Ebixa 20 mg Filmtabl.** 28 St. - N06DX01 01.10.2009

- Die Diagnose DAT (Demenz vom Alzheimerstyp) ist von FachärztInnen für Neurologie oder Neurologie und Psychiatrie oder Psychiatrie und Neurologie oder Psychiatrie zu stellen.
- Zu Therapiebeginn muss das Ergebnis der MMSE (Mini-Mental State Examination) kleiner bzw. gleich 14 betragen.
- Vergewisserung für das Vorhandensein einer Betreuungsperson zur Sicherung der Compliance.
- Eine Kontrolluntersuchung durch die o.a. FachärztInnen ist nach Erreichung der Erhaltungsdosis durchzuführen.
- Die Behandlung ist nur bei Ansprechen auf die Therapie weiterzuführen.
- Alle 6 Monate ist eine Kontrolluntersuchung durch die o.a. FachärztInnen mittels einer MMSE durchzuführen.

- Die Therapie mit Ebixa ist zu beenden, wenn das Ergebnis der MMSE kleiner 3 ist.
- Ebixa darf nicht mit anderen Arzneimitteln gegen DAT kombiniert werden.
- Ebixa eignet sich für eine chef(kontroll)ärztliche Langzeitgenehmigung für 6 Monate (L6).
- Die Tropfen werden nur bei Vorliegen von Schluckbeschwerden genehmigt.

L6 **Kuvan 100 mg Tabl. zur Herst. einer Lsg. zum Einnehmen** 30 St. - A16AX07 01.10.2009
120 St. -

Zur Behandlung einer Hyperphenylalaninämie (HPA) bei Erwachsenen und Kindern ab 4 Jahren mit Phenylketonurie oder bei Erwachsenen und Kindern mit Tetrahydrobiopterin (BH4)-Mangel, die nachweislich („BH4 loading test“) auf eine solche Therapie ansprechen und deren Phenylalaninspiegel durch diätetische Maßnahmen nicht ausreichend eingestellt werden können. Als Ansprechen gilt der Abfall der Phenylalaninspiegel im Blut um größer gleich 30 % oder ein vom behandelnden Arzt/von der behandelnden Ärztin für einen Patient/eine Patientin individuell definierter therapeutischer Phenylalaninzielwert. Diagnosestellung, Nachweis des Ansprechens, Therapieeinleitung, Überwachung (Phenylalaninblutspiegel, Tyrosinspiegel, Einhaltung der restriktiven Diät und psychomotorische Entwicklung) und regelmäßige Kontrollen durch entsprechende Fachabteilungen (Stoffwechszentren). Die PatientInnen sollen in das mit der EMEA abgestimmte Kuvan Adult Maternal Pediatric European Registry (KAMPER) aufgenommen werden.

Kuvan eignet sich für eine chef(kontroll)ärztliche Langzeitbewilligung für 6 Monate (L6).
Mesagran 1500 mg magensaftresistentes Retardgran. 30 St. - A07EC02 01.10.2009

Wenn mit Therapiealternativen (Darreichungsformen) aus dem Grünen Bereich nachweislich nicht das Auslangen gefunden werden kann.

RoActemra 20 mg/ml Konz. zur Herst. einer Inf.lsg. 1 St. - L04AC07 01.10.2009
80 mg/
4 ml
1 St. -
200 mg/
10 ml
1 St. -
400 mg/
20 ml

Mittelschwere bis schwere aktive rheumatoide Arthritis erwachsener PatientInnen ab 18 Jahren nach Versagen von mindestens einem DMARD (disease-modifying anti-rheumatic drug), wobei Methotrexat in ausreichender Dosierung und ausreichender Dauer verabreicht worden sein muss.

Um eine maximale Wirksamkeit zu gewährleisten, wird RoActemra in Kombination mit Methotrexat angewendet. RoActemra kann, im Falle einer Unverträglichkeit von Methotrexat, als Monotherapie angewendet werden.

Erstverordnung und engmaschige Kontrolle durch einen Facharzt/eine Fachärztin mit Additivfach Rheumatologie oder durch Zentren, die berechtigt sind, solche auszubilden.

B2. Änderung der Verwendung von im Gelben Bereich des Erstattungskodex angeführten Arzneispezialitäten:

| | Arzneispezialität | Menge | OP | ATC-Code | mit Wirkung vom |
|----|-------------------------------|--------|----|----------|-----------------|
| L6 | Lyrica 25 mg Hartkaps. | 14 St. | - | N03AX16 | 01.10.2009 |
| | | 21 St. | - | | |
| | | 56 St. | - | | |
| | | 84 St. | - | | |

- Neuropathischer Schmerz:

Wenn mit einer Therapiealternative aus dem Grünen Bereich und mit Gabapentin nicht das Auslangen gefunden werden kann.

Das Nichtauslangen von Therapiealternativen aus dem Grünen Bereich muss von einem Facharzt/einer Fachärztin für Neurologie oder Neurologie und Psychiatrie oder Psychiatrie und Neurologie oder Psychiatrie aufgrund der Anamnese und Befunde festgestellt und dokumentiert sein.

57. Änderung des Erstattungskodex - EKO

Die Therapie mit Lyrica muss von einem Facharzt/einer Fachärztin für Neurologie oder Neurologie und Psychiatrie oder Psychiatrie und Neurologie oder Psychiatrie initiiert werden.

Das therapeutische Ansprechen muss in Intervallen von 6 Monaten überprüft werden.

Die Weiterverordnung darf nur erfolgen bei neurologisch fachärztlich festgestelltem therapeutischen Ansprechen.

- Epilepsie:

Zusatztherapie von partiellen Anfällen mit und ohne sekundäre Generalisierung im Erwachsenenalter, die durch andere Antiepileptika ungenügend kontrolliert sind.

- Generalisierte Angststörung:

Zur Behandlung der generalisierten Angststörung, wenn mit Therapiealternativen aus dem Grünen Bereich nachweislich nicht das Auslangen gefunden werden kann.

Das Nichtauslangen von Therapiealternativen aus dem Grünen Bereich muss von einem Facharzt/einer Fachärztin für Neurologie oder Neurologie und Psychiatrie oder Psychiatrie und Neurologie oder Psychiatrie aufgrund der Anamnese und Befunde festgestellt und dokumentiert sein.

Die Therapie mit Lyrica muss von einem Facharzt/einer Fachärztin für Neurologie oder Neurologie und Psychiatrie oder Psychiatrie und Neurologie oder Psychiatrie initiiert werden.

Das therapeutische Ansprechen muss in Intervallen von 6 Monaten überprüft werden.

Die Weiterverordnung darf nur erfolgen bei fachärztlich festgestelltem therapeutischen Ansprechen.

- Lyrica eignet sich für eine chef(kontroll)ärztliche Langzeitgenehmigung für 6 Monate (L6).

| | | | | |
|----|-------------------------------|----------|---------|------------|
| L6 | Lyrica 50 mg Hartkaps. | 21 St. - | N03AX16 | 01.10.2009 |
| | | 84 St. - | | |

- Neuropathischer Schmerz:

Wenn mit einer Therapiealternative aus dem Grünen Bereich und mit Gabapentin nicht das Auslangen gefunden werden kann.

Das Nichtauslangen von Therapiealternativen aus dem Grünen Bereich muss von einem Facharzt/einer Fachärztin für Neurologie oder Neurologie und Psychiatrie oder Psychiatrie und Neurologie oder Psychiatrie aufgrund der Anamnese und Befunde festgestellt und dokumentiert sein.

Die Therapie mit Lyrica muss von einem Facharzt/einer Fachärztin für Neurologie oder Neurologie und Psychiatrie oder Psychiatrie und Neurologie oder Psychiatrie initiiert werden.

Das therapeutische Ansprechen muss in Intervallen von 6 Monaten überprüft werden.

Die Weiterverordnung darf nur erfolgen bei neurologisch fachärztlich festgestelltem therapeutischen Ansprechen.

- Epilepsie:

Zusatztherapie von partiellen Anfällen mit und ohne sekundäre Generalisierung im Erwachsenenalter, die durch andere Antiepileptika ungenügend kontrolliert sind.

- Generalisierte Angststörung:

Zur Behandlung der generalisierten Angststörung, wenn mit Therapiealternativen aus dem Grünen Bereich nachweislich nicht das Auslangen gefunden werden kann.

Das Nichtauslangen von Therapiealternativen aus dem Grünen Bereich muss von einem Facharzt/einer Fachärztin für Neurologie oder Neurologie und Psychiatrie oder Psychiatrie und Neurologie oder Psychiatrie aufgrund der Anamnese und Befunde festgestellt und dokumentiert sein.

Die Therapie mit Lyrica muss von einem Facharzt/einer Fachärztin für Neurologie oder Neurologie und Psychiatrie oder Psychiatrie und Neurologie oder Psychiatrie initiiert werden.

Das therapeutische Ansprechen muss in Intervallen von 6 Monaten überprüft werden.

Die Weiterverordnung darf nur erfolgen bei fachärztlich festgestelltem therapeutischen Ansprechen.

- Lyrica eignet sich für eine chef(kontroll)ärztliche Langzeitgenehmigung für 6 Monate (L6).

| | | | | |
|----|-------------------------------|----------|---------|------------|
| L6 | Lyrica 75 mg Hartkaps. | 14 St. - | N03AX16 | 01.10.2009 |
| | | 56 St. - | | |

- Neuropathischer Schmerz:

Wenn mit einer Therapiealternative aus dem Grünen Bereich und mit Gabapentin nicht das Auslangen gefunden werden kann.

Das Nichtauslangen von Therapiealternativen aus dem Grünen Bereich muss von einem Facharzt/einer Fachärztin für Neurologie oder Neurologie und Psychiatrie oder Psychiatrie und Neurologie oder Psychiatrie aufgrund der Anamnese und Befunde festgestellt und dokumentiert sein.

Die Therapie mit Lyrica muss von einem Facharzt/einer Fachärztin für Neurologie oder Neurologie und Psychiatrie oder Psychiatrie und Neurologie oder Psychiatrie initiiert werden.

Das therapeutische Ansprechen muss in Intervallen von 6 Monaten überprüft werden.

Die Weiterverordnung darf nur erfolgen bei neurologisch fachärztlich festgestelltem therapeutischen Ansprechen.

- Epilepsie:

Zusatztherapie von partiellen Anfällen mit und ohne sekundäre Generalisierung im Erwachsenenalter, die durch andere Antiepileptika ungenügend kontrolliert sind.

- Generalisierte Angststörung:

Zur Behandlung der generalisierten Angststörung, wenn mit Therapiealternativen aus dem Grünen Bereich

57. Änderung des Erstattungskodex - EKO

nachweislich nicht das Auslangen gefunden werden kann.

Das Nichtauslangen von Therapiealternativen aus dem Grünen Bereich muss von einem Facharzt/einer Fachärztin für Neurologie oder Neurologie und Psychiatrie oder Psychiatrie und Neurologie oder Psychiatrie aufgrund der Anamnese und Befunde festgestellt und dokumentiert sein.

Die Therapie mit Lyrica muss von einem Facharzt/einer Fachärztin für Neurologie oder Neurologie und Psychiatrie oder Psychiatrie und Neurologie oder Psychiatrie initiiert werden.

Das therapeutische Ansprechen muss in Intervallen von 6 Monaten überprüft werden.

Die Weiterverordnung darf nur erfolgen bei fachärztlich festgestelltem therapeutischen Ansprechen.

- Lyrica eignet sich für eine chef(kontroll)ärztliche Langzeitgenehmigung für 6 Monate (L6).

| | | | | |
|----|--------------------------------|----------|---------|------------|
| L6 | Lyrica 100 mg Hartkaps. | 21 St. - | N03AX16 | 01.10.2009 |
| | | 84 St. - | | |

- Neuropathischer Schmerz:

Wenn mit einer Therapiealternative aus dem Grünen Bereich und mit Gabapentin nicht das Auslangen gefunden werden kann.

Das Nichtauslangen von Therapiealternativen aus dem Grünen Bereich muss von einem Facharzt/einer Fachärztin für Neurologie oder Neurologie und Psychiatrie oder Psychiatrie und Neurologie oder Psychiatrie aufgrund der Anamnese und Befunde festgestellt und dokumentiert sein.

Die Therapie mit Lyrica muss von einem Facharzt/einer Fachärztin für Neurologie oder Neurologie und Psychiatrie oder Psychiatrie und Neurologie oder Psychiatrie initiiert werden.

Das therapeutische Ansprechen muss in Intervallen von 6 Monaten überprüft werden.

Die Weiterverordnung darf nur erfolgen bei neurologisch fachärztlich festgestelltem therapeutischen Ansprechen.

- Epilepsie:

Zusatztherapie von partiellen Anfällen mit und ohne sekundäre Generalisierung im Erwachsenenalter, die durch andere Antiepileptika ungenügend kontrolliert sind.

- Generalisierte Angststörung:

Zur Behandlung der generalisierten Angststörung, wenn mit Therapiealternativen aus dem Grünen Bereich nachweislich nicht das Auslangen gefunden werden kann.

Das Nichtauslangen von Therapiealternativen aus dem Grünen Bereich muss von einem Facharzt/einer Fachärztin für Neurologie oder Neurologie und Psychiatrie oder Psychiatrie und Neurologie oder Psychiatrie aufgrund der Anamnese und Befunde festgestellt und dokumentiert sein.

Die Therapie mit Lyrica muss von einem Facharzt/einer Fachärztin für Neurologie oder Neurologie und Psychiatrie oder Psychiatrie und Neurologie oder Psychiatrie initiiert werden.

Das therapeutische Ansprechen muss in Intervallen von 6 Monaten überprüft werden.

Die Weiterverordnung darf nur erfolgen bei fachärztlich festgestelltem therapeutischen Ansprechen.

- Lyrica eignet sich für eine chef(kontroll)ärztliche Langzeitgenehmigung für 6 Monate (L6).

| | | | | |
|----|--------------------------------|----------|---------|------------|
| L6 | Lyrica 150 mg Hartkaps. | 14 St. - | N03AX16 | 01.10.2009 |
| | | 56 St. - | | |

- Neuropathischer Schmerz:

Wenn mit einer Therapiealternative aus dem Grünen Bereich und mit Gabapentin nicht das Auslangen gefunden werden kann.

Das Nichtauslangen von Therapiealternativen aus dem Grünen Bereich muss von einem Facharzt/einer Fachärztin für Neurologie oder Neurologie und Psychiatrie oder Psychiatrie und Neurologie oder Psychiatrie aufgrund der Anamnese und Befunde festgestellt und dokumentiert sein.

Die Therapie mit Lyrica muss von einem Facharzt/einer Fachärztin für Neurologie oder Neurologie und Psychiatrie oder Psychiatrie und Neurologie oder Psychiatrie initiiert werden.

Das therapeutische Ansprechen muss in Intervallen von 6 Monaten überprüft werden.

Die Weiterverordnung darf nur erfolgen bei neurologisch fachärztlich festgestelltem therapeutischen Ansprechen.

- Epilepsie:

Zusatztherapie von partiellen Anfällen mit und ohne sekundäre Generalisierung im Erwachsenenalter, die durch andere Antiepileptika ungenügend kontrolliert sind.

- Generalisierte Angststörung:

Zur Behandlung der generalisierten Angststörung, wenn mit Therapiealternativen aus dem Grünen Bereich nachweislich nicht das Auslangen gefunden werden kann.

Das Nichtauslangen von Therapiealternativen aus dem Grünen Bereich muss von einem Facharzt/einer Fachärztin für Neurologie oder Neurologie und Psychiatrie oder Psychiatrie und Neurologie oder Psychiatrie aufgrund der Anamnese und Befunde festgestellt und dokumentiert sein.

Die Therapie mit Lyrica muss von einem Facharzt/einer Fachärztin für Neurologie oder Neurologie und Psychiatrie oder Psychiatrie und Neurologie oder Psychiatrie initiiert werden.

Das therapeutische Ansprechen muss in Intervallen von 6 Monaten überprüft werden.

Die Weiterverordnung darf nur erfolgen bei fachärztlich festgestelltem therapeutischen Ansprechen.

- Lyrica eignet sich für eine chef(kontroll)ärztliche Langzeitgenehmigung für 6 Monate (L6).

57. Änderung des Erstattungskodex - EKO

| | | | | | |
|----|---|----------------------|---|---------|------------|
| L6 | Lyrica 200 mg Hartkaps. | 21 St. - 84 St. - | - | N03AX16 | 01.10.2009 |
| | <p>- Neuropathischer Schmerz: Wenn mit einer Therapiealternative aus dem Grünen Bereich und mit Gabapentin nicht das Auslangen gefunden werden kann. Das Nichtauslangen von Therapiealternativen aus dem Grünen Bereich muss von einem Facharzt/einer Fachärztin für Neurologie oder Neurologie und Psychiatrie oder Psychiatrie und Neurologie oder Psychiatrie aufgrund der Anamnese und Befunde festgestellt und dokumentiert sein. Die Therapie mit Lyrica muss von einem Facharzt/einer Fachärztin für Neurologie oder Neurologie und Psychiatrie oder Psychiatrie und Neurologie oder Psychiatrie initiiert werden. Das therapeutische Ansprechen muss in Intervallen von 6 Monaten überprüft werden. Die Weiterverordnung darf nur erfolgen bei neurologisch fachärztlich festgestelltem therapeutischen Ansprechen.</p> <p>- Epilepsie: Zusatztherapie von partiellen Anfällen mit und ohne sekundäre Generalisierung im Erwachsenenalter, die durch andere Antiepileptika ungenügend kontrolliert sind.</p> <p>- Generalisierte Angststörung: Zur Behandlung der generalisierten Angststörung, wenn mit Therapiealternativen aus dem Grünen Bereich nachweislich nicht das Auslangen gefunden werden kann. Das Nichtauslangen von Therapiealternativen aus dem Grünen Bereich muss von einem Facharzt/einer Fachärztin für Neurologie oder Neurologie und Psychiatrie oder Psychiatrie und Neurologie oder Psychiatrie aufgrund der Anamnese und Befunde festgestellt und dokumentiert sein. Die Therapie mit Lyrica muss von einem Facharzt/einer Fachärztin für Neurologie oder Neurologie und Psychiatrie oder Psychiatrie und Neurologie oder Psychiatrie initiiert werden. Das therapeutische Ansprechen muss in Intervallen von 6 Monaten überprüft werden. Die Weiterverordnung darf nur erfolgen bei fachärztlich festgestelltem therapeutischen Ansprechen.</p> <p>- Lyrica eignet sich für eine chef(kontroll)ärztliche Langzeitgenehmigung für 6 Monate (L6).</p> | | | | |
| L6 | Lyrica 300 mg Hartkaps. | 14 St. - 56 St. - | - | N03AX16 | 01.10.2009 |
| | <p>- Neuropathischer Schmerz: Wenn mit einer Therapiealternative aus dem Grünen Bereich und mit Gabapentin nicht das Auslangen gefunden werden kann. Das Nichtauslangen von Therapiealternativen aus dem Grünen Bereich muss von einem Facharzt/einer Fachärztin für Neurologie oder Neurologie und Psychiatrie oder Psychiatrie und Neurologie oder Psychiatrie aufgrund der Anamnese und Befunde festgestellt und dokumentiert sein. Die Therapie mit Lyrica muss von einem Facharzt/einer Fachärztin für Neurologie oder Neurologie und Psychiatrie oder Psychiatrie und Neurologie oder Psychiatrie initiiert werden. Das therapeutische Ansprechen muss in Intervallen von 6 Monaten überprüft werden. Die Weiterverordnung darf nur erfolgen bei neurologisch fachärztlich festgestelltem therapeutischen Ansprechen.</p> <p>- Epilepsie: Zusatztherapie von partiellen Anfällen mit und ohne sekundäre Generalisierung im Erwachsenenalter, die durch andere Antiepileptika ungenügend kontrolliert sind.</p> <p>- Generalisierte Angststörung: Zur Behandlung der generalisierten Angststörung, wenn mit Therapiealternativen aus dem Grünen Bereich nachweislich nicht das Auslangen gefunden werden kann. Das Nichtauslangen von Therapiealternativen aus dem Grünen Bereich muss von einem Facharzt/einer Fachärztin für Neurologie oder Neurologie und Psychiatrie oder Psychiatrie und Neurologie oder Psychiatrie aufgrund der Anamnese und Befunde festgestellt und dokumentiert sein. Die Therapie mit Lyrica muss von einem Facharzt/einer Fachärztin für Neurologie oder Neurologie und Psychiatrie oder Psychiatrie und Neurologie oder Psychiatrie initiiert werden. Das therapeutische Ansprechen muss in Intervallen von 6 Monaten überprüft werden. Die Weiterverordnung darf nur erfolgen bei fachärztlich festgestelltem therapeutischen Ansprechen.</p> <p>- Lyrica eignet sich für eine chef(kontroll)ärztliche Langzeitgenehmigung für 6 Monate (L6).</p> | | | | |

B3. Streichung von im Gelben Bereich des Erstattungskodex angeführten Arzneispezialitäten:

| Arzneispezialität | Menge | OP | ATC-Code | mit Wirkung vom |
|--|-------|----|----------|-----------------|
| BenefIX 500 IE Plv. u. Lsgm. zur Herst. einer Inj.lsg. | 1 St. | - | B02BD04 | 01.10.2009 |
| Eine Kostenübernahme ist möglich in der Indikation angeborener Faktor IX Mangel (Hämophilie B). Diagnosestellung und regelmäßige Kontrollen in entsprechender Fachabteilung bzw. -ambulanz. | | | | |

57. Änderung des Erstattungskodex - EKO

| | | | | |
|--|--------|---|---------|------------|
| BeneFIX 1000 IE Plv. u. Lsgm. zur Herst. einer Inj.lsg. | 1 St. | - | B02BD04 | 01.10.2009 |
| Eine Kostenübernahme ist möglich in der Indikation angeborener Faktor IX Mangel (Hämophilie B). Diagnosestellung und regelmäßige Kontrollen in entsprechender Fachabteilung bzw. -ambulanz. | | | | |
| Stocrin 200 mg Hartkaps. | 90 St. | - | J05AG03 | 01.10.2009 |
| In Kombination mit anderen antiretroviralen Arzneimitteln bei HIV-1-infizierten Kindern ab drei Jahren, Jugendlichen und Erwachsenen. Die Therapieeinleitung und regelmäßige -kontrollen sind von einem Arzt, der Erfahrung in der Behandlung der HIV-Infektion besitzt, durchzuführen. | | | | |

C. Roter Bereich des Erstattungskodex**C1. Aufnahmen von Arzneispezialitäten in den Roten Bereich des Erstattungskodex:**

| Arzneispezialität | Menge | ATC-Code | mit Wirkung vom |
|--|-------------------|----------|-----------------|
| Enbrel 50 mg Inj.lsg. im Fertigpen | 4 St. | L04AB01 | 01.09.2009 |
| Losartan-Kalium "Actavis" 12,5 mg Filmtabl. | 10 St. 30 St. | C09CA01 | 03.09.2009 |
| Losartan-Kalium "Actavis" 50 mg Filmtabl. | 10 St. 30 St. | C09CA01 | 03.09.2009 |
| Losartan-Kalium "Actavis" 100 mg Filmtabl. | 10 St. 30 St. | C09CA01 | 03.09.2009 |
| Indapamid "Actavis" 1,5 mg Retardtabl. | 10 St. 30 St. | C03BA11 | 08.09.2009 |
| Indapamid "ratiopharm" 1,5 mg Retardtabl. | 10 St. 30 St. | C03BA11 | 10.09.2009 |
| Risperidon "+ Pharma" 1 mg Filmtabl. | 10 St. 60 St. | N05AX08 | 10.09.2009 |
| Risperidon "+ Pharma" 3 mg Filmtabl. | 10 St. 60 St. | N05AX08 | 10.09.2009 |
| Risperidon "+ Pharma" 4 mg Filmtabl. | 10 St. 60 St. | N05AX08 | 10.09.2009 |
| Risperidon "+ Pharma" 2 mg Filmtabl. | 10 St. 60 St. | N05AX08 | 14.09.2009 |
| Singulair 4 mg Granulat | 28 St. | R03DC03 | 14.09.2009 |
| Metformin "Bluefish" 850 mg Filmtabl. | 30 St. 100 St. | A10BA02 | 14.09.2009 |
| Metformin "Bluefish" 1000 mg Filmtabl. | 20 St. 60 St. | A10BA02 | 16.09.2009 |
| Ropinirol "Actavis" 2 mg Filmtabl. | 30 St. | N04BC04 | 30.09.2009 |
| Ropinirol "Actavis" 3 mg Filmtabl. | 30 St. | N04BC04 | 30.09.2009 |
| Ropinirol "Actavis" 4 mg Filmtabl. | 30 St. | N04BC04 | 30.09.2009 |

C2. Streichung von im Roten Bereich des Erstattungskodex angeführten Arzneispezialitäten:

| Arzneispezialität | Menge | ATC-Code | mit Wirkung vom |
|--|--------|----------|-----------------|
| Zolpidemtartrat "Actavis" 10 mg Filmtabl. | 30 St. | N05CF02 | 25.08.2009 |
| Ambroxol "+Pharma" 60 mg lösl. Tabl. | 20 St. | R05CB06 | 26.08.2009 |

*

Die Aufnahmen der Arzneispezialitäten in den Roten Bereich des Erstattungskodex erfolgten ex lege mit dem Zeitpunkt des Vorliegens des vollständigen Antrags, wenn ein Antrag auf Aufnahme in den Grünen oder Gelben Bereich des Erstattungskodex gestellt wurde.

Die Änderung der Bezeichnung der Arzneispezialität Femara 2,5 mg Filmtabl. (*vormals Femara Filmtabl.*) erfolgte auf Grund der Namensänderung durch die AGES.

Die Streichung der Arzneispezialität Arcavit A/E Kaudrag. erfolgte wegen der Aufhebung der Zulassung mit Schreiben des Bundesamts für Sicherheit im Gesundheitswesen vom 27.08.2009, GZ 123.598-01-09-LCM.

Die Streichung der Arzneispezialität Cabergolin "Sandoz" 0,5 mg Tabl. erfolgte wegen der Aufhebung der Zulassung mit Schreiben des Bundesamts für Sicherheit im Gesundheitswesen vom 27.08.2009, GZ 950.094-03-09-LCM.

Die Streichung der Arzneispezialität Cabergolin "Sandoz" 1 mg Tabl. erfolgte wegen der Aufhebung der Zulassung mit Schreiben des Bundesamts für Sicherheit im Gesundheitswesen vom 27.08.2009, GZ 950.095-03-09-LCM.

Die Streichung der Arzneispezialität Cabergolin "Sandoz" 2 mg Tabl. erfolgte wegen der Aufhebung der Zulassung mit Schreiben des Bundesamts für Sicherheit im Gesundheitswesen vom 27.08.2009, GZ 950.096-03-09-LCM.

57. Änderung des Erstattungskodex - EKO

Die Streichung der Arzneyspezialität Diamox retard 500 mg Kaps. erfolgte wegen der Aufhebung der Zulassung mit Schreiben des Bundesamts für Sicherheit im Gesundheitswesen vom 27.08.2009, GZ 128.564-02-09-LCM.

Die Streichung der Arzneyspezialität Agnumens Tropf. erfolgte wegen der Aufhebung der Zulassung mit Schreiben des Bundesamts für Sicherheit im Gesundheitswesen vom 25.09.2008, GZ 923.284-02-08-LCM.

Die Streichung der Arzneyspezialität Zolpidemtartrat "Actavis" 10 mg Filmtabl. 30 St. aus dem Roten Bereich des Erstattungskodex erfolgte wegen Zurückziehung des Antrages des vertriebsberechtigten Unternehmens auf Aufnahme in den Grünen oder Gelben Bereich des Erstattungskodex mit Schreiben vom 25.08.2009.

Die Streichung der Arzneyspezialität Ambroxol "+Pharma" 60 mg lösl. Tabl. aus dem Roten Bereich des Erstattungskodex erfolgte wegen Zurückziehung des Antrages des vertriebsberechtigten Unternehmens auf Aufnahme in den Grünen oder Gelben Bereich des Erstattungskodex mit Schreiben vom 26.08.2009.

Die sonstigen Änderungen des Erstattungskodex erfolgten mit Entscheidung des Hauptverbandes der österreichischen Sozialversicherungsträger vom 26.06.2009, 20.08.2009 und 18.09.2009.

Für den Hauptverband:**Klein****Schelling**