

**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:

**42. Änderung des Erstattungskodex**

Der Erstattungskodex, Amtliche Verlautbarung im Internet Nr. 110/2004, zuletzt geändert durch die Amtliche Verlautbarung im Internet Nr. 67/2008, wird wie folgt geändert:

## Zeichenerklärung

- (2), = Die Aufnahme der Arzneyspezialität in den Erstattungskodex beschränkt sich auf die in der Klammer angegebene Menge an Originalpackungen (z.B.: 20 g (2) – Maximalmenge 2 Packungen zu je 20 g).
- (3),
- ...  
IND = Die Arzneyspezialität 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.
- D = Haut- und Geschlechtskrankheiten
- U = Facharzt für Urologie  
Die Aufnahme der Arzneyspezialität in den Grünen Bereich des Erstattungskodex bezieht sich auf eine oder mehrere ärztliche Fachgruppen. Nach gesicherter Diagnostik und Vorliegen eines Therapiekonzeptes durch den angegebenen Facharzt kann die Verordnung auch durch einen Arzt für Allgemeinmedizin erfolgen. Medizinisch indizierte fachärztliche Kontrollen müssen jedoch regelmäßig vom angegebenen Facharzt durchgeführt werden.  
Für Verordnungen außerhalb dieser Voraussetzungen ist eine ärztliche Bewilligung des chef- und kontrollärztlichen Dienstes einzuholen.
- F14 = Die Arzneyspezialität ist nur für die Behandlung von Kindern und Jugendlichen bis zum vollendeten 14. Lebensjahr in den Grünen Bereich des Erstattungskodex aufgenommen. Für Verordnungen außerhalb der angegebenen Altersbeschränkung ist die Arzneyspezialität wie eine Arzneyspezialität des Gelben Bereichs des Erstattungskodex zu behandeln, wobei, wenn die Notwendigkeit für die Verordnung einer kindergerechten Zubereitung (z.B.: Saft) oder Dosierung entsprechend den Bestimmungen der Heilmittel-Bewilligungs- und Kontroll-Verordnung und den Richtlinien über die ökonomische Verschreibeweise dokumentiert wird, die vorherige Bewilligung des chef- und kontrollärztlichen Dienstes durch eine nachfolgende Kontrolle der Einhaltung der bestimmten Verwendung ersetzt werden kann.
- 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,  
...  
SG = Arzneyspezialitäten, welche ohne Einschränkung den strengen Abgabebestimmungen für Suchtgifte unterliegen.

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

	Arzneyspezialität	Menge	OP	ATC-Code	mit Wirkung vom
	<b>Aleptan 1 mg Filmtabl.</b>	10 St.	2	N05AX08	01.07.2008
		60 St.	-		
	<b>Aleptan 2 mg Filmtabl.</b>	10 St.	2	N05AX08	01.07.2008
		60 St.	-		
	<b>Aleptan 3 mg Filmtabl.</b>	10 St.	2	N05AX08	01.07.2008
		60 St.	-		
	<b>Aleptan 4 mg Filmtabl.</b>	10 St.	2	N05AX08	01.07.2008
		60 St.	-		
U	<b>Alfuzosin "Stada" 5 mg Retardtabl.</b>	10 St.	2	G04CA01	01.07.2008
		60 St.	2		
U	<b>Alfuzosin "Stada" 10 mg Retardtabl.</b>	10 St.	2	G04CA01	01.07.2008
		30 St.	2		
	<b>Amlodipin "+Pharma" 5 mg Tabl.</b>	30 St.	2	C08CA01	01.07.2008
	<b>Amlodipin "+Pharma" 10 mg Tabl.</b>	30 St.	2	C08CA01	01.07.2008

## 42. Änderung des Erstattungskodex - EKO

F14	<b>Azithromycin "Sandoz" 200 mg/5 ml Plv. z. Herst. einer Susp. zum Einnehmen</b>	15 ml 1 ML = 5 ml 30 ml 1 ML = 5 ml	-	J01FA10	01.07.2008
IND	<b>Formoterol "ratiopharm" 12 mcg Kaps. z. Trockeninh.</b> Mittelschweres bis schweres Asthma mit nächtlichen Anfällen; stabile mittelgradige bis schwere COPD <b>Na. chlorat. physiolog. 0,9 % "Meditrade" Plastikinf.fl.</b>	60 St.	2	R03AC13	01.07.2008
		1 St. 250 ml 1 St. 500 ml	2	B05BB01	01.07.2008
	<b>Noax uno 100 mg Retardtabl.</b> 24h-Dosierungsintervall	10 St.	2	N02AX02	01.07.2008
	<b>Noax uno 100 mg Retardtabl.</b> 24h-Dosierungsintervall, nicht zur Initialtherapie	30 St.	-	N02AX02	01.07.2008
	<b>Noax uno 200 mg Retardtabl.</b> 24h-Dosierungsintervall	10 St.	2	N02AX02	01.07.2008
	<b>Noax uno 200 mg Retardtabl.</b> 24h-Dosierungsintervall, nicht zur Initialtherapie	30 St.	-	N02AX02	01.07.2008
	<b>Risperidon "Alternova" 1 mg Filmtabl.</b>	10 St. 60 St.	2 -	N05AX08	01.07.2008
	<b>Risperidon "Alternova" 2 mg Filmtabl.</b>	10 St. 60 St.	2 -	N05AX08	01.07.2008
	<b>Risperidon "Alternova" 3 mg Filmtabl.</b>	10 St. 60 St.	2 -	N05AX08	01.07.2008
	<b>Risperidon "Alternova" 4 mg Filmtabl.</b>	10 St. 60 St.	2 -	N05AX08	01.07.2008
	<b>Risperidon "ratiopharm" 0,5 mg Filmtabl.</b>	10 St. 60 St.	2 -	N05AX08	01.07.2008
	<b>Risperidon "ratiopharm" 1 mg Filmtabl.</b>	10 St. 60 St.	2 -	N05AX08	01.07.2008
	<b>Risperidon "ratiopharm" 2 mg Filmtabl.</b>	10 St. 60 St.	2 -	N05AX08	01.07.2008
	<b>Risperidon "ratiopharm" 3 mg Filmtabl.</b>	10 St. 60 St.	2 -	N05AX08	01.07.2008
	<b>Risperidon "ratiopharm" 4 mg Filmtabl.</b>	10 St. 60 St.	2 -	N05AX08	01.07.2008
	<b>Risperidon "ratiopharm" 6 mg Filmtabl.</b>	10 St. 60 St.	2 -	N05AX08	01.07.2008
	<b>Risperidon "Stada" 1 mg Filmtabl.</b>	10 St. 60 St.	2 -	N05AX08	01.07.2008
	<b>Risperidon "Stada" 2 mg Filmtabl.</b>	10 St. 60 St.	2 -	N05AX08	01.07.2008
	<b>Risperidon "Stada" 3 mg Filmtabl.</b>	10 St. 60 St.	2 -	N05AX08	01.07.2008
	<b>Risperidon "Stada" 4 mg Filmtabl.</b>	10 St. 60 St.	2 -	N05AX08	01.07.2008
	<b>SertraPel 50 mg Filmtabl.</b>	14 St. 30 St.	2 -	N06AB06	01.07.2008
	<b>Tramador Uno retard 200 mg Tabl.</b> 24h-Dosierungsintervall	10 St.	2	N02AX02	01.07.2008
	<b>Tramador Uno retard 200 mg Tabl.</b> 24h-Dosierungsintervall, nicht zur Initialtherapie	30 St.	-	N02AX02	01.07.2008

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

Arzneispezialität	Menge	OP	ATC-Code	mit Wirkung vom
Advantan Milch	20 g	2	D07AC14	01.07.2008

## 42. Änderung des Erstattungskodex - EKO

IND	<b>Nasonex aquosum Nasenspray</b> allerg. Rhinitis; Behandlung nasaler Polypen	18 g 140 Hübe	-	R01AD09	01.07.2008
-----	---	------------------	---	---------	------------

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

Arzneispezialität	Menge	OP	ATC-Code	mit Wirkung vom
<b>Diclofenac "S.Med" 50 mg Filmtabl.</b>	10 St.	2	M01AB05	01.07.2008
	30 St.	2		
	50 St.	2		
<b>Diclofenac "S.Med" retard 100 mg Tabl.</b>	10 St.	2	M01AB05	01.07.2008
	30 St.	2		
	50 St.	-		

**A4. Änderung der Bezeichnung von im Grünen Bereich des Erstattungskodex angeführten Arzneispezialitäten:**

Arzneispezialität	Menge	OP	ATC-Code	mit Wirkung vom
IND <b>Alendronsäure "Arcana" 70 mg einmal wöchentlich Tabl. Abg. gem. mit Calcium Vit. D3 "Meda" 500 mg/400 IE Kautabl. 56 St.</b> <i>(vormals Alendronsäure "Arcana" 70 mg einmal wöchentlich Tabl. Abg. gem. mit Calcium Vit. D3 "Viatrix" Kautabl. 56 St.)</i> Langzeitbehandlung der Osteoporose (Knochendichte liegt mehr als 2,5 Standardabweichungen unter dem Durchschnittswert junger Erwachsener) oder nach osteoporotischer Fraktur	4 St.	2	M05BA04	01.07.2008
IND <b>Fentoron 25 mcg/h – transdermales Matrixpflaster</b> SG <i>(vormals Fentoron 25 mcg/h - transdermales Pflaster)</i> chronische Schmerzen, die durch starke orale Opioide nicht ausreichend behandelbar sind	5 St.	2	N02AB03	01.07.2008
IND <b>Fentoron 50 mcg/h – transdermales Matrixpflaster</b> SG <i>(vormals Fentoron 50 mcg/h - transdermales Pflaster)</i> chronische Schmerzen, die durch starke orale Opioide nicht ausreichend behandelbar sind	5 St.	2	N02AB03	01.07.2008
IND <b>Fentoron 75 mcg/h – transdermales Matrixpflaster</b> SG <i>(vormals Fentoron 75 mcg/h - transdermales Pflaster)</i> chronische Schmerzen, die durch starke orale Opioide nicht ausreichend behandelbar sind	5 St.	2	N02AB03	01.07.2008
IND <b>Fentoron 100 mcg/h – transdermales Matrixpflaster</b> SG <i>(vormals Fentoron 100 mcg/h - transdermales Pflaster)</i> chronische Schmerzen, die durch starke orale Opioide nicht ausreichend behandelbar sind	5 St.	2	N02AB03	01.07.2008

**A5. Streichung von im Grünen Bereich des Erstattungskodex angeführten Arzneispezialitäten:**

Arzneispezialität	Menge	OP	ATC-Code	mit Wirkung vom
<b>Isoprodian Filmtabl.</b>	50 St.	2	J04AC51	23.05.2008
<b>Meprobamat-Petrasch Tabl.</b>	20 St.	2	N05BC01	29.05.2008
<b>Dorehydrin 1 mg/ml Tropfen</b>	15 ml	2	C04AE01	05.06.2008
	1 ml = 20 Tr.			
	50 ml	-		
	1 ml = 20 Tr.			
<b>Dorehydrin retard 2,5 mg Kaps.</b>	20 St.	2	C04AE01	05.06.2008
	50 St.	2		
<b>Contravert-B 6 Tabl.</b>	20 St.	-	R06AE55	30.06.2008
<b>Dalcipran 25 mg Kaps.</b>	28 St.	2	N06AX17	01.07.2008
<b>Dalcipran 50 mg Kaps.</b>	28 St.	-	N06AX17	01.07.2008
	56 St.	-		
<b>Lidaprim Tabl.</b>	20 St.	2	J01EE03	01.07.2008
IND <b>Nycovir 800 mg Tabl.</b> Herpes zoster in der Akutphase	35 St.	-	J05AB01	01.07.2008

42. Änderung des Erstattungskodex - EKO

D	<b>Terbinafin "Genericon" 125 mg Tabl.</b> bei Dermatomykosen	14 St.	2	D01BA02	01.07.2008
	<b>Valium "Roche" 5 mg Tabl.</b>	25 St.	2	N05BA01	01.07.2008

**B. Gelber Bereich des Erstattungskodex**

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

	Arzneispezialität	Menge	OP	ATC-Code	mit Wirkung vom
L6	<b>Aricept Evess 5 mg Schmelztabl.</b>	7 St. 28 St.	- -	N06DA02	01.07.2008
	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Die Diagnose DAT (Demenz vom Alzheimer Typ) ist von einem Facharzt/einer Fachärztin für Neurologie oder Neurologie und Psychiatrie oder Psychiatrie und Neurologie oder Psychiatrie zu stellen.</li> <li>- Zu Therapiebeginn muss das Ergebnis der MMSE (Mini-Mental State Examination) größer bzw. gleich 10 betragen.</li> <li>- Vergewisserung für das Vorhandensein einer Betreuungsperson zur Sicherung der Compliance.</li> <li>- Eine Kontrolluntersuchung durch den/die o.a. Facharzt/Fachärztin ist nach Erreichung der Erhaltungsdosis durchzuführen.</li> <li>- Die Behandlung ist nur bei Ansprechen auf die Therapie weiterzuführen.</li> <li>- Alle 6 Monate ist eine Kontrolluntersuchung durch den/die o.a. Facharzt/Fachärztin mittels einer MMSE durchzuführen.</li> <li>- Die Therapie mit Aricept ist zu beenden, wenn das Ergebnis der MMSE kleiner 10 ist.</li> <li>- Aricept darf nicht mit anderen Arzneimitteln gegen Demenz kombiniert werden.</li> <li>- Aricept eignet sich für eine chef(kontroll)ärztliche Langzeitbewilligung für 6 Monate (L6).</li> </ul>				
L6	<b>Aricept Evess 10 mg Schmelztabl.</b>	28 St.	2	N06DA02	01.07.2008
	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Die Diagnose DAT (Demenz vom Alzheimer Typ) ist von einem Facharzt/einer Fachärztin für Neurologie oder Neurologie und Psychiatrie oder Psychiatrie und Neurologie oder Psychiatrie zu stellen.</li> <li>- Zu Therapiebeginn muss das Ergebnis der MMSE (Mini-Mental State Examination) größer bzw. gleich 10 betragen.</li> <li>- Vergewisserung für das Vorhandensein einer Betreuungsperson zur Sicherung der Compliance.</li> <li>- Eine Kontrolluntersuchung durch den/die o.a. Facharzt/Fachärztin ist nach Erreichung der Erhaltungsdosis durchzuführen.</li> <li>- Die Behandlung ist nur bei Ansprechen auf die Therapie weiterzuführen.</li> <li>- Alle 6 Monate ist eine Kontrolluntersuchung durch den/die o.a. Facharzt/Fachärztin mittels einer MMSE durchzuführen.</li> <li>- Die Therapie mit Aricept ist zu beenden, wenn das Ergebnis der MMSE kleiner 10 ist.</li> <li>- Aricept darf nicht mit anderen Arzneimitteln gegen Demenz kombiniert werden.</li> <li>- Aricept eignet sich für eine chef(kontroll)ärztliche Langzeitbewilligung für 6 Monate (L6).</li> </ul>				
L6	<b>Exelon 4,6 mg/24 h transdermales Pflaster</b>	7 St. 30 St.	- 2	N06DA03	01.07.2008
	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Die Diagnose DAT (Demenz vom Alzheimer Typ) ist von einem Facharzt/einer Fachärztin für Neurologie oder Neurologie und Psychiatrie oder Psychiatrie und Neurologie oder Psychiatrie zu stellen.</li> <li>- Zu Therapiebeginn muss das Ergebnis der MMSE (Mini-Mental State Examination) größer bzw. gleich 10 betragen.</li> <li>- Vergewisserung für das Vorhandensein einer Betreuungsperson zur Sicherung der Compliance.</li> <li>- Eine Kontrolluntersuchung durch den/die o.a. Facharzt/Fachärztin ist nach Erreichung der Erhaltungsdosis durchzuführen.</li> <li>- Die Behandlung ist nur bei Ansprechen auf die Therapie weiterzuführen.</li> <li>- Alle 6 Monate ist eine Kontrolluntersuchung durch den/die o.a. Facharzt/Fachärztin mittels einer MMSE durchzuführen.</li> <li>- Die Therapie mit Exelon ist zu beenden, wenn das Ergebnis der MMSE kleiner 10 ist.</li> <li>- Exelon darf nicht mit anderen Arzneimitteln gegen Demenz kombiniert werden.</li> <li>- Exelon eignet sich für eine chef(kontroll)ärztliche Langzeitbewilligung für 6 Monate (L6).</li> </ul>				
L6	<b>Exelon 9,5 mg/24 h transdermales Pflaster</b>	30 St.	2	N06DA03	01.07.2008
	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Die Diagnose DAT (Demenz vom Alzheimer Typ) ist von einem Facharzt/einer Fachärztin für Neurologie oder Neurologie und Psychiatrie oder Psychiatrie und Neurologie oder Psychiatrie zu stellen.</li> <li>- Zu Therapiebeginn muss das Ergebnis der MMSE (Mini-Mental State Examination) größer bzw. gleich 10 betragen.</li> <li>- Vergewisserung für das Vorhandensein einer Betreuungsperson zur Sicherung der Compliance.</li> <li>- Eine Kontrolluntersuchung durch den/die o.a. Facharzt/Fachärztin ist nach Erreichung der Erhaltungsdosis durchzuführen.</li> <li>- Die Behandlung ist nur bei Ansprechen auf die Therapie weiterzuführen.</li> <li>- Alle 6 Monate ist eine Kontrolluntersuchung durch den/die o.a. Facharzt/Fachärztin mittels einer MMSE durchzuführen.</li> <li>- Die Therapie mit Exelon ist zu beenden, wenn das Ergebnis der MMSE kleiner 10 ist.</li> </ul>				

42. Änderung des Erstattungskodex - EKO

- Exelon darf nicht mit anderen Arzneimitteln gegen Demenz kombiniert werden.

- Exelon eignet sich für eine chef(kontroll)ärztliche Langzeitbewilligung für 6 Monate (L6).

**Na. chlorat. physiolog. 0,9 % "Meditrade"** 10 St. - B05BB01 01.07.2008  
**Plastikinf.fl.** 250 ml

Bei Exsikkose, wenn eine orale Flüssigkeitszufuhr nicht ausreichend möglich ist.

**Temodal 140 mg Hartkaps.** 5 St. - L01AX03 01.07.2008  
 20 St. -

Zur Behandlung von PatientInnen mit:

- einem erstmalig diagnostizierten Glioblastoma multiforme begleitend zur Radiotherapie und anschließend als Monotherapie

- einem nach Standardtherapie rezidivierenden oder progredienten malignem Gliom, wie z.B. Glioblastoma multiforme oder anaplastisches Astrozytom.

**Temodal 180 mg Hartkaps.** 5 St. - L01AX03 01.07.2008  
 20 St. -

Zur Behandlung von PatientInnen mit:

- einem erstmalig diagnostizierten Glioblastoma multiforme begleitend zur Radiotherapie und anschließend als Monotherapie

- einem nach Standardtherapie rezidivierenden oder progredienten malignem Gliom, wie z.B. Glioblastoma multiforme oder anaplastisches Astrozytom.

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

Arzneyspezialität	Menge	OP	ATC-Code	mit Wirkung vom
<b>Humira 40 mg Inj.lsg. im vorgefüllten Pen</b>	2 St. 0,8 ml	-	L04AB04	01.07.2008

1. Mittelschwere bis schwere aktive rheumatoide Arthritis erwachsener PatientInnen ab 18 Jahren nach Versagen von mindestens zwei anderen DMARDS (disease-modifying anti-rheumatic drugs) inklusive Methotrexat. Um eine maximale Wirksamkeit zu gewährleisten, wird Humira in Kombination mit Methotrexat angewendet. Humira kann im Falle einer Unverträglichkeit von Methotrexat als Monotherapie angewendet werden. Die vorliegenden Untersuchungsergebnisse lassen darauf schließen, dass ein klinisches Ansprechen normalerweise innerhalb von 12 Wochen erzielt wird. Erstverordnung und engmaschige Kontrolle durch einen/eine Facharzt/Fachärztin mit Additivfach Rheumatologie oder durch Zentren, die berechtigt sind, solche auszubilden. Gegenanzeigen der Fachinformation beachten!

2. Aktive und progressive Psoriasis-Arthritis bei Erwachsenen bei Versagen von mindestens zwei anderen DMARDS (disease-modifying anti-rheumatic drugs) inklusive Methotrexat. Erstverordnung und engmaschige Kontrolle durch einen/eine Facharzt/Fachärztin mit Additivfach Rheumatologie oder durch Zentren, die berechtigt sind, solche auszubilden.

3. Schwere aktive Spondylitis ankylosans (Morbus Bechterew) bei Erwachsenen mit schwerer Wirbelsäulensymptomatik und erhöhten Entzündungsparametern bei Versagen konventioneller Therapiemöglichkeiten. Erstverordnung und engmaschige Kontrolle durch einen/eine Facharzt/Fachärztin mit Additivfach Rheumatologie oder durch Zentren, die berechtigt sind, solche auszubilden.

4. Schwergradiger aktiver Morbus Crohn bei Versagen, Unverträglichkeit oder Kontraindikation konventioneller Therapiemöglichkeiten. Erstverordnung durch einen/eine Arzt/Ärztin mit Additivfach für Gastroenterologie.

5. Mittelschwere bis schwere Plaque-Psoriasis erwachsener PatientInnen bei Versagen, Unverträglichkeit oder Kontraindikation von systemischen Therapien wie Cyclosporin, Methotrexat oder PUVA. Erstverordnung und engmaschige Kontrolle durch einen/eine Facharzt/Fachärztin für Dermatologie.

**Humira 40 mg Inj.lsg. in Fertigspr.** 2 St. - L04AB04 01.07.2008  
 0,8 ml

1. Mittelschwere bis schwere aktive rheumatoide Arthritis erwachsener PatientInnen ab 18 Jahren nach Versagen von mindestens zwei anderen DMARDS (disease-modifying anti-rheumatic drugs) inklusive Methotrexat. Um eine maximale Wirksamkeit zu gewährleisten, wird Humira in Kombination mit Methotrexat angewendet. Humira kann im Falle einer Unverträglichkeit von Methotrexat als Monotherapie angewendet werden. Die vorliegenden Untersuchungsergebnisse lassen darauf schließen, dass ein klinisches Ansprechen normalerweise innerhalb von 12 Wochen erzielt wird. Erstverordnung und engmaschige Kontrolle durch einen/eine Facharzt/Fachärztin mit Additivfach Rheumatologie oder durch Zentren, die berechtigt sind, solche auszubilden. Gegenanzeigen der Fachinformation beachten!

2. Aktive und progressive Psoriasis-Arthritis bei Erwachsenen bei Versagen von mindestens zwei anderen DMARDS (disease-modifying anti-rheumatic drugs) inklusive Methotrexat. Erstverordnung und engmaschige Kontrolle durch einen/eine Facharzt/Fachärztin mit Additivfach Rheumatologie oder durch Zentren, die berechtigt sind, solche auszubilden.

3. Schwere aktive Spondylitis ankylosans (Morbus Bechterew) bei Erwachsenen mit schwerer Wirbelsäulensymptomatik und erhöhten Entzündungsparametern bei Versagen konventioneller Therapiemöglichkeiten. Erstverordnung und engmaschige Kontrolle durch einen/eine Facharzt/Fachärztin mit Additivfach Rheumatologie oder durch Zentren, die berechtigt sind, solche auszubilden.

42. Änderung des Erstattungskodex - EKO

4. Schwergradiger aktiver Morbus Crohn bei Versagen, Unverträglichkeit oder Kontraindikation konventioneller Therapiemöglichkeiten. Erstverordnung durch einen/eine Arzt/Ärztin mit Additivfach für Gastroenterologie.

5. Mittelschwere bis schwere Plaque-Psoriasis erwachsener PatientInnen bei Versagen, Unverträglichkeit oder Kontraindikation von systemischen Therapien wie Cyclosporin, Methotrexat oder PUVA. Erstverordnung und engmaschige Kontrolle durch einen/eine Facharzt/Fachärztin für Dermatologie.

L12 **Levemir 100 E/ml Inj.lsg. in einem Injektor vorgefüllt, FlexPen** 5 St. - A10AE05 01.07.2008  
3 ml

Für PatientInnen mit Diabetes mellitus Typ 1, wenn mit Insulinen aus dem Grünen Bereich (A10AC) aufgrund von symptomatischen, wiederkehrenden nächtlichen Hypoglykämien eine ausreichende Therapieein-  
stellung nicht möglich ist.

Levemir eignet sich für eine chef(kontroll)ärztliche Langzeitbewilligung für 12 Monate (L12).

L12 **Levemir 100 E/ml Inj.lsg. in einer Patrone** 5 St. - A10AE05 01.07.2008  
3 ml

Für PatientInnen mit Diabetes mellitus Typ 1, wenn mit Insulinen aus dem Grünen Bereich (A10AC) aufgrund von symptomatischen, wiederkehrenden nächtlichen Hypoglykämien eine ausreichende Therapieein-  
stellung nicht möglich ist.

Levemir eignet sich für eine chef(kontroll)ärztliche Langzeitbewilligung für 12 Monate (L12).

**Synagis 50 mg Plv. u. Lsgm. z. Herst. einer Inj.lsg.** 1 St. - J06BB16 01.07.2008

- Indikationsstellung, Erstverordnung und Erstverabreichung bei Entlassung während der RSV-Saison (November-März) durch das Krankenhaus, weitere Verschreibung und Folgeverabreichungen durch Fachärz-  
tInnen für Kinder- und Jugendheilkunde.

- Frühgeborene, die in der 28. SSW und früher geboren wurden und zu Beginn der RSV-Saison jünger als  
12 Monate sind.

- Frühgeborene, die in der 29., 30., 31. oder 32. SSW geboren wurden, zu Beginn der RSV-Saison jünger als  
6 Monate sind und Hochrisikokinder sind.

- Frühgeborene, die in der 33., 34. oder 35. SSW geboren wurden, zu Beginn der RSV-Saison jünger als 3  
Monate sind und Hochrisikokinder sind.

- Kinder unter zwei Jahren mit hämodynamisch signifikanten angeborenen Herzfehlern.

- Kinder mit chronischen Lungenerkrankungen (CLD) als Folge einer bronchopulmonalen Dysplasie bis  
zum Alter von 2 Jahren, die in den letzten 6 Monaten vor Beginn der RSV-Saison noch eine Behandlung  
(z.B. Sauerstofftherapie) für die CLD erhalten haben. Die Prophylaxe im 2. Jahr sollte der schweren Form  
der CLD vorbehalten sein.

**Synagis 100 mg Plv. u. Lsgm. z. Herst. einer Inj.lsg.** 1 St. - J06BB16 01.07.2008

- Indikationsstellung, Erstverordnung und Erstverabreichung bei Entlassung während der RSV-Saison (No-  
vember-März) durch das Krankenhaus, weitere Verschreibung und Folgeverabreichungen durch Fachärz-  
tInnen für Kinder- und Jugendheilkunde.

- Frühgeborene, die in der 28. SSW und früher geboren wurden und zu Beginn der RSV-Saison jünger als  
12 Monate sind.

- Frühgeborene, die in der 29., 30., 31. oder 32. SSW geboren wurden, zu Beginn der RSV-Saison jünger als  
6 Monate sind und Hochrisikokinder sind.

- Frühgeborene, die in der 33., 34. oder 35. SSW geboren wurden, zu Beginn der RSV-Saison jünger als 3  
Monate sind und Hochrisikokinder sind.

- Kinder unter zwei Jahren mit hämodynamisch signifikanten angeborenen Herzfehlern.

- Kinder mit chronischen Lungenerkrankungen (CLD) als Folge einer bronchopulmonalen Dysplasie bis  
zum Alter von 2 Jahren, die in den letzten 6 Monaten vor Beginn der RSV-Saison noch eine Behandlung  
(z.B. Sauerstofftherapie) für die CLD erhalten haben. Die Prophylaxe im 2. Jahr sollte der schweren Form  
der CLD vorbehalten sein.

**B3. Änderung des ATC-Codes von im Gelben Bereich des Erstattungskodex angeführten Arzneispezialitäten:**

Arzneispezialität	Menge	OP	ATC-Code	mit Wirkung vom
<b>Wellbutrin XR 150 mg Retardtabl.</b>	30 St.	-	N06AX12 (vormals N06AX)	01.07.2008
Zur Behandlung der Depression, wenn mit Therapiealternativen aus dem Grünen Bereich nachweislich nicht das Auslangen gefunden werden kann.				
<b>Wellbutrin XR 300 mg Retardtabl.</b>	30 St.	-	N06AX12 (vormals N06AX)	01.07.2008
Zur Behandlung der Depression, wenn mit Therapiealternativen aus dem Grünen Bereich nachweislich nicht das Auslangen gefunden werden kann.				

## 42. Änderung des Erstattungskodex - EKO

**B4. Streichung von im Gelben Bereich des Erstattungskodex angeführten Arzneispezialitäten:**

Arzneispezialität	Menge	OP	ATC-Code	mit Wirkung vom
<b>Cymevene "Roche" 500 mg Kaps.</b> - Bei augenlichtbedrohender CMV-Erkrankung von Patienten mit erworbener Immunschwäche oder medikamentöser Immunsuppression. Dem Einsatz von Cymevene Kps. bei manifester CMV-Retinitis sollte eine mindestens dreiwöchige i.v. Behandlung mit Ganciclovir vorangegangen sein. - Zur (drei- bis viermonatigen) Prophylaxe einer CMV-Erkrankung nach Transplantation bei Patienten mit hohem Risiko (CMV-negative Patienten nach Erhalt eines Organtransplantats von einem CMV-positiven Spender).	90 St.	-	J05AB06	05.06.2008
<b>NeoRecormon 60.000 IE Plv. u. Lsgm. z. Herst. einer Inj.lsg. in Patronen</b> - Symptomatische Anämie bei chronischer Niereninsuffizienz mit Ausgangs-Hb kleiner 10 g/dl. - Zielbereich: Hb-Wert zwischen 10 und 12 g/dl - Nach Therapiebeginn und nach jeder Dosisänderung kurzfristige Hb-Kontrollen bis zur Stabilisierung des Hb, danach mindestens zweiwöchentliche Hb-Kontrollen. - Hämoglobinwerte über 12 g/dl sind zu vermeiden. - Für Patienten, bei denen es in irgendeinem 2-Wochen-Zeitraum zu einem Hb-Anstieg größer 1 g/dl kommt, bestehen erhöhte Sicherheitsbedenken. - Cave: Auslagerung aus dem intramuralen Bereich (Dialyseabkommen!)	1 St.	-	B03XA01	01.07.2008

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

Arzneispezialität	Menge	ATC-Code	mit Wirkung vom
<b>Pradaxa 75 mg Hartkaps.</b>	30 St.	B01AE07	07.05.2008
<b>Omnitrope 6,7mg/ml Injektions.Lsg. in einer Patrone</b>	5 St.	H01AC01	26.05.2008
<b>NovoMix 70 Penfil 100E/ml Injektionssusp in einer Patrone</b>	5 St.	A10AD05	27.05.2008
<b>Finasterid "Ranbaxy" 5 mg Filmtabl.</b>	30 St.	G04CB01	02.06.2008
<b>Escitalopram "ratiopharm" 5 mg Filmtabl.</b>	14 St.	N06AB10	03.06.2008
	30 St.		
<b>Escitalopram "ratiopharm" 10 mg Filmtabl.</b>	14 St.	N06AB10	03.06.2008
	30 St.		
<b>Escitalopram "ratiopharm" 15 mg Filmtabl.</b>	14 St.	N06AB10	03.06.2008
	30 St.		
<b>Escitalopram "ratiopharm" 20 mg Filmtabl.</b>	14 St.	N06AB10	03.06.2008
	30 St.		
<b>Gabapentin "Ranbaxy" 300 mg Hartkaps.</b>	100 St.	N03AX12	09.06.2008
<b>Gabapentin "Ranbaxy" 400 mg Hartkaps.</b>	100 St.	N03AX12	09.06.2008
<b>Fluconazol "1A Pharma" 200 mg Kaps.</b>	7 St.	J02AC01	10.06.2008
<b>Amaryl 4 mg Tabl.</b>	30 St.	A10BB12	16.06.2008
<b>Amaryl 6 mg Tabl.</b>	30 St.	A10BB12	16.06.2008
<b>Losartan "1A Pharma" 50 mg Filmtabl.</b>	10 St.	C09CA01	19.06.2008
	30 St.		
<b>Aleptan 1 mg/ml Lsg. zum Einnehmen</b>	30 ml	N05AX08	01.07.2008
	100 ml		
<b>Alvesco 80 mcg Dosieraerosol</b>	60 Hb	R03BA08	01.07.2008
<b>Alvesco 160 mcg Dosieraerosol</b>	60 Hb	R03BA08	01.07.2008
<b>Bicalutamid "Arcana" 50 mg Filmtabl.</b>	30 St.	L02BB03	01.07.2008
<b>Ebextaxat 10 mg/ml Inj.lsg. in einer Fertigspr.</b>	1 St.	L01BA01	01.07.2008
	0,75 ml		
	5 St.		
	0,75 ml		
	1 St.		
	1 ml		
	5 St.		
	1 ml		
	1 St.		
	1,5 ml		
	5 St.		
	1,5 ml		

## 42. Änderung des Erstattungskodex - EKO

	1 St.		
	2 ml		
	5 St.		
	2 ml		
<b>Retacrit 40.000 IE/1,0 ml Inj.lsg. i.e. Fertigspr.</b>	4 St.	B03XA01	01.07.2008
<b>Reyataz 300 mg Hartkaps.</b>	30 St.	J05AE08	01.07.2008
<b>Volibris 5 mg Filmtabl.</b>	30 St.	C02KX02	01.07.2008
<b>Volibris 10 mg Filmtabl.</b>	30 St.	C02KX02	01.07.2008

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

Arzneispezialität	Menge	OP	ATC-Code	mit Wirkung vom
<b>Retacrit 40.000 IE/1,0 ml Inj.lsg. i.e. Fertigspr.</b>	1 St.	-	B03XA01	01.07.2008

\*

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

Die Änderung der Bezeichnung der Arzneispezialität Alendronsäure "Arcana" 70 mg einmal wöchentlich Tabl. Abg. gem. mit Calcium Vit. D3 "Meda" 500 mg/400 IE Kautabl. 56 St. (vormals Alendronsäure "Arcana" 70 mg einmal wöchentlich Tabl. Abg. gem. mit Calcium Vit. D3 "Viatrix" Kautabl. 56 St.) erfolgte auf Grund des Bescheides des Bundesamts für Sicherheit im Gesundheitswesen, GZ 948.075-01-05-LCM.

Die Änderung der Bezeichnung der Arzneispezialität Fentoron 25 mcg/h – transdermales Matrixpflaster (vormals Fentoron 25 mcg/h - transdermales Pflaster) erfolgte auf Grund des Bescheides des Bundesamts für Sicherheit im Gesundheitswesen vom 22.02.2008, GZ 948.319-01-08-LCM.

Die Änderung der Bezeichnung der Arzneispezialität Fentoron 50 mcg/h – transdermales Matrixpflaster (vormals Fentoron 50 mcg/h - transdermales Pflaster) erfolgte auf Grund des Bescheides des Bundesamts für Sicherheit im Gesundheitswesen vom 22.02.2008, GZ 948.317-01-08-LCM.

Die Änderung der Bezeichnung der Arzneispezialität Fentoron 75 mcg/h – transdermales Matrixpflaster (vormals Fentoron 75 mcg/h - transdermales Pflaster) erfolgte auf Grund des Bescheides des Bundesamts für Sicherheit im Gesundheitswesen vom 19.10.2007, GZ 948.318-01-07-LCM.

Die Änderung der Bezeichnung der Arzneispezialität Fentoron 100 mcg/h – transdermales Matrixpflaster (vormals Fentoron 100 mcg/h - transdermales Pflaster) erfolgte auf Grund des Bescheides des Bundesamts für Sicherheit im Gesundheitswesen vom 22.02.2008, GZ 948.320-01-08-LCM.

Die Streichungen der Arzneispezialitäten Dalcipran 25 mg Kaps. und Dalcipran 50 mg Kaps. erfolgten mit Entscheidung des Hauptverbandes vom 23. April 2008 gemäß § 38 Abs. 3 VO-EKO wegen Nichtlieferfähigkeit.

Die Änderung des ATC-Codes erfolgte mit Entscheidung des Hauptverbandes vom 25.06.2008.

Die Streichung der Arzneispezialität Contravert B6 Tabl. erfolgte wegen der Aufhebung der Zulassung mit Schreiben des Bundesamts für Sicherheit im Gesundheitswesen vom 17.01.2008, GZ 120.638-01-08-LCM.

Die Streichung der Arzneispezialität Cymevene „Roche“ 500 mg Kaps. erfolgte wegen der Aufhebung der Zulassung mit Schreiben des Bundesamts für Sicherheit im Gesundheitswesen vom 05.06.2008, GZ 942.717-01-08-LCM.

Die Streichung der Arzneispezialität Dorehydrin 1 mg/ml Tropfen erfolgte wegen der Aufhebung der Zulassung mit Schreiben des Bundesamts für Sicherheit im Gesundheitswesen vom 05.06.2008, GZ 920.009-01-08-LCM.

Die Streichung der Arzneispezialität Dorehydrin retard 2,5 mg Kaps. erfolgte wegen der Aufhebung der Zulassung mit Schreiben des Bundesamts für Sicherheit im Gesundheitswesen vom 05.06.2008, GZ 129.231-01-08-LCM.

Die Streichung der Arzneispezialität Isoprodian Filmtabl. erfolgte wegen der Aufhebung der Zulassung mit Schreiben des Bundesamts für Sicherheit im Gesundheitswesen vom 23.05.2008, GZ 122.959-02-08-LCM.

Die Streichung der Arzneispezialität Meprobamat-Petrasch Tabl. erfolgte wegen der Aufhebung der Zulassung mit Schreiben des Bundesamts für Sicherheit im Gesundheitswesen vom 29.05.2008, GZ 921.126-03-08-LCM.

Die Streichung der Arzneispezialität Retacrit 40.000 IE/1,0 ml Inj.lsg. i.e. Fertigspr. 1 St. erfolgte wegen Modifizierung des Antrages durch das Unternehmen.

Die sonstigen Änderungen des Erstattungskodex erfolgten mit Entscheidung des Hauptverbandes der österreichischen Sozialversicherungsträger vom 26.05.2008.

**Für den Hauptverband:****Hartinger****Laminger**