

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:

46. Änderung des Erstattungskodex

Der Erstattungskodex, Amtliche Verlautbarung im Internet Nr. 110/2004, zuletzt geändert durch die Amtliche Verlautbarung im Internet Nr. 93/2008, wird wie folgt geändert:

Zeichenerklärung

- (2), = Die Aufnahme der Arzneispezialität 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 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.
- U = Facharzt für Urologie
Die Aufnahme der Arzneispezialität 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 Arzneispezialität 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 Arzneispezialität wie eine Arzneispezialität 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,
- ...

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

| | Arzneispezialität | Menge | OP | ATC-Code | mit Wirkung vom |
|-----|---|--------|----|----------|-----------------|
| | Aleptan 1 mg/ml Lsg. zum Einnehmen | 30 ml | 2 | N05AX08 | 01.11.2008 |
| | | 100 ml | - | | |
| | Amaryl 4 mg Tabl. | 30 St. | 2 | A10BB12 | 01.11.2008 |
| | Amaryl 6 mg Tabl. | 30 St. | 2 | A10BB12 | 01.11.2008 |
| IND | Avamys 27,5 mcg/Sprühstoß Nasenspray Susp. allerg. Rhinitis | 120 Hb | - | R01AD12 | 01.11.2008 |
| | Bicalutamid "Arcana" 50 mg Filmtabl. | 30 St. | - | L02BB03 | 01.11.2008 |
| | Indapamid "Interpharm" retard 1,5 mg Filmtabl. | 10 St. | 2 | C03BA11 | 01.11.2008 |
| | | 30 St. | 2 | | |
| | Losartan "1A Pharma" 50 mg Filmtabl. | 10 St. | - | C09CA01 | 01.11.2008 |
| | | 30 St. | 2 | | |
| | Nebivolol "Stada" 5 mg Tabl. | 10 St. | 2 | C07AB12 | 01.11.2008 |
| | | 30 St. | 2 | | |
| | NovoMix 70 Penfill 100 E/ml Injektionssusp. in einer Patrone | 5 St. | 2 | A10AD05 | 01.11.2008 |
| | | 3 ml | | | |
| | Quetialan 25 mg Filmtabl. | 6 St. | - | N05AH04 | 01.11.2008 |
| | | 60 St. | - | | |
| | Quetialan 100 mg Filmtabl. | 30 St. | - | N05AH04 | 01.11.2008 |

46. Änderung des Erstattungskodex - EKO

| | | | | |
|---|--------|---|---------|------------|
| | 60 St. | 2 | | |
| | 90 St. | - | | |
| Quetialan 200 mg Filmtabl. | 30 St. | - | N05AH04 | 01.11.2008 |
| | 60 St. | 2 | | |
| Quetialan 300 mg Filmtabl. | 30 St. | - | N05AH04 | 01.11.2008 |
| | 60 St. | - | | |
| Quetialan 4-Tage Startpackung Filmtabl. | 11 St. | - | N05AH04 | 01.11.2008 |
| Risperidon "1A Pharma" 0,25 mg Filmtabl. | 10 St. | 2 | N05AX08 | 01.11.2008 |
| | 60 St. | - | | |
| Risperidon "1A Pharma" 6 mg Filmtabl. | 10 St. | 2 | N05AX08 | 01.11.2008 |
| | 60 St. | - | | |
| Risperidon "Hexal" 0,25 mg Filmtabl. | 10 St. | 2 | N05AX08 | 01.11.2008 |
| | 60 St. | - | | |
| Risperidon "Hexal" 6 mg Filmtabl. | 10 St. | 2 | N05AX08 | 01.11.2008 |
| | 60 St. | - | | |
| Risperidon "Sandoz" 6 mg Filmtabl. | 20 St. | - | N05AX08 | 01.11.2008 |
| | 60 St. | - | | |
| Simvastatin "Actavis" 20 mg Filmtabl. | 30 St. | 2 | C10AA01 | 01.11.2008 |
| Simvastatin "Actavis" 40 mg Filmtabl. | 30 St. | 2 | C10AA01 | 01.11.2008 |
| Simvastatin "Actavis" 80 mg Filmtabl. | 30 St. | 2 | C10AA01 | 01.11.2008 |

A2. Änderung der Verwendung von im Grünen Bereich des Erstattungskodex angeführten Arzneispezialitäten – Übernahme von Gelb in Grün:

| | Arzneispezialität | Menge | OP | ATC-Code | mit Wirkung vom |
|---|---|--------|----|----------|-----------------|
| U | Androfin 5 mg Filmtabl. | 30 St. | 2 | G04CB01 | 01.11.2008 |
| U | Finasterid "Interpharm" 5 mg Filmtabl. | 30 St. | 2 | G04CB01 | 01.11.2008 |
| | Risperidon "Actavis" 6 mg Filmtabl. | 10 St. | 2 | N05AX08 | 01.11.2008 |
| | | 60 St. | - | | |
| | Risperidon "Interpharm" 6 mg Filmtabl. | 20 St. | - | N05AX08 | 01.11.2008 |
| | | 60 St. | - | | |

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

| | Arzneispezialität | Menge | OP | ATC-Code | mit Wirkung vom |
|--|---|--------|----|----------|-----------------|
| | Pravastatin "1A Pharma" 20 mg Tabl. | 30 St. | 2 | C10AA03 | 01.11.2008 |
| | Pravastatin "1A Pharma" 30 mg Tabl. | 30 St. | 2 | C10AA03 | 01.11.2008 |
| | Pravastatin "1A Pharma" 40 mg Tabl. | 30 St. | 2 | C10AA03 | 01.11.2008 |
| | Pravastatin "Hexal" 20 mg Tabl. | 30 St. | 2 | C10AA03 | 01.11.2008 |
| | Pravastatin "Hexal" 30 mg Tabl. | 30 St. | 2 | C10AA03 | 01.11.2008 |
| | Pravastatin "Hexal" 40 mg Tabl. | 30 St. | 2 | C10AA03 | 01.11.2008 |
| | Pravastatin "Interpharm" 20 mg Tabl. | 30 St. | 2 | C10AA03 | 01.11.2008 |
| | Pravastatin "Interpharm" 40 mg Tabl. | 30 St. | 2 | C10AA03 | 01.11.2008 |
| | Pravastatin "Sandoz" 20 mg Tabl. | 30 St. | 2 | C10AA03 | 01.11.2008 |
| | Pravastatin "Sandoz" 40 mg Tabl. | 30 St. | 2 | C10AA03 | 01.11.2008 |
| | Simvastatin "Interpharm" 20 mg Filmtabl. | 30 St. | 2 | C10AA01 | 01.11.2008 |
| | Simvastatin "Interpharm" 40 mg Filmtabl. | 30 St. | 2 | C10AA01 | 01.11.2008 |
| | Simvastatin "Ranbaxy" 20 mg Filmtabl. | 30 St. | 2 | C10AA01 | 01.11.2008 |
| | Simvastatin "Ranbaxy" 40 mg Filmtabl. | 30 St. | 2 | C10AA01 | 01.11.2008 |

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

| | Arzneispezialität | Menge | OP | ATC-Code | mit Wirkung vom |
|-----|--|---------|----|----------|-----------------|
| F14 | Cefixim „Sandoz“ 100 mg/5 ml Gran. zur Herst. einer Susp. zum Einnehmen <i>vormals Cefixim "Sandoz" 100 mg/5 ml Gran. f. orale Susp.</i> | 60 ml | 2 | J01DD08 | 01.11.2008 |
| | Cefuroxim „Hexal“ 250 mg Filmtabl. <i>vormals Cefurobac 250 mg Filmtabl.</i> | 14 St. | - | J01DC02 | 01.11.2008 |
| | Cefuroxim „Hexal“ 500 mg Filmtabl. <i>vormals Cefurobac 500 mg Filmtabl.</i> | 14 St. | - | J01DC02 | 01.11.2008 |
| | Tiaprid „Gerot“ 100 mg Tabl. <i>vormals Tiaprid „G.L.“ 100 mg Tabl.</i> | 20 St. | 2 | N05AL03 | 01.11.2008 |
| | | 100 St. | - | | |

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

| | Arzneispezialität | Menge | OP | ATC-Code | mit Wirkung vom |
|--|-------------------|-------|----|----------|-----------------|
|--|-------------------|-------|----|----------|-----------------|

46. Änderung des Erstattungskodex - EKO

| | | | | | |
|-----|--|---------|---|---------|------------|
| | Molsihexal 2 mg Tabl. | 20 St. | 2 | C01DX12 | 14.08.2008 |
| | | 50 St. | 2 | | |
| | Corotal Tabl. | 30 St. | 2 | C01AA02 | 09.10.2008 |
| | | 100 St. | - | | |
| | Oroacid Tabl. | 30 St. | 2 | A09AC01 | 09.10.2008 |
| | | 100 St. | - | | |
| | Berodual Kaps. z. Trockeninh. | 30 St. | 2 | R03AK03 | 01.11.2008 |
| | | 100 St. | - | | |
| | Fenistil Gel | 20 g | 2 | D04AA13 | 01.11.2008 |
| | Helo-acid Drag. | 30 St. | 2 | A09AC01 | 01.11.2008 |
| | | 100 St. | - | | |
| | Helopanzym Drag. | 20 St. | 2 | A09AA02 | 01.11.2008 |
| | | 50 St. | - | | |
| IND | Nycovir 200 mg Tabl. Behandlung von ausgedehnten oder rezidivierenden Herpes simplex Infektionen der Haut und der Schleimhäute | 25 St. | - | J05AB01 | 01.11.2008 |
| IND | Nycovir 400 mg Tabl. Suppressionstherapie von häufig rezidivierendem Herpes simplex | 60 St. | - | J05AB01 | 01.11.2008 |
| | Rowalind Einreibung | 50 ml | 2 | M02AX10 | 01.11.2008 |
| | Vitawund Salbe | 20 g | - | D03AA | 01.11.2008 |
| | | 40 g | - | | |

B. Gelber Bereich des Erstattungskodex

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

| | Arzneispezialität | Menge | OP | ATC-Code | mit Wirkung vom |
|----|---|---------------|----|----------|-----------------|
| | Celsentri 150 mg Filmtabl. | 60 St. | - | J05AX09 | 01.11.2008 |
| | In Kombination mit anderen antiretroviralen Arzneimitteln bei vorbehandelten HIV-1-infizierten Erwachsenen, die mehr als 6 Monate Vorbehandlung mit (oder dokumentierte genotypisch oder phänotypische Resistenzen gegenüber) 3 der 4 antiretroviralen Substanzklassen (NRTI, NNRTI, PI, entry inhibitors) aufweisen. Ein Nachweis einer HIV-1 Infektion mit ausschließlich CCR5-tropen HI-Viren muss vor Behandlungsbeginn vorliegen. Cave: Auftreten von CXCR4-tropen oder dualtropen Viren unter Behandlung. Die Therapieeinleitung und regelmäßige Kontrollen sind von einem Arzt/einer Ärztin, der/die Erfahrung in der Behandlung der HIV-Infektion besitzt, durchzuführen | | | | |
| | Celsentri 300 mg Filmtabl. | 60 St. | - | J05AX09 | 01.11.2008 |
| | In Kombination mit anderen antiretroviralen Arzneimitteln bei vorbehandelten HIV-1-infizierten Erwachsenen, die mehr als 6 Monate Vorbehandlung mit (oder dokumentierte genotypisch oder phänotypische Resistenzen gegenüber) 3 der 4 antiretroviralen Substanzklassen (NRTI, NNRTI, PI, entry inhibitors) aufweisen. Ein Nachweis einer HIV-1 Infektion mit ausschließlich CCR5-tropen HI-Viren muss vor Behandlungsbeginn vorliegen. Cave: Auftreten von CXCR4-tropen oder dualtropen Viren unter Behandlung. Die Therapieeinleitung und regelmäßige Kontrollen sind von einem Arzt/einer Ärztin, der/die Erfahrung in der Behandlung der HIV-Infektion besitzt, durchzuführen | | | | |
| L6 | Increlex 10 mg/ml Inj.lsg. | 1 St. 4 ml | - | H01AC03 | 01.11.2008 |
| | Bei Wachstumsstörungen von Kindern und Jugendlichen mit schwerem primärem Mangel an Insulin-like Growth Factor-1 (primärer IGF-1-Mangel). Schwerer primärer IGF-1-Mangel wird definiert durch: - Körpergrößen-SDS (standard deviation score) kleiner gleich -3,0 und - basale IGF-1-Konzentration unterhalb der 2,5. Perzentile für Alter und Geschlecht und - Wachstumshormonsuffizienz. - Ausschluss der sekundären Formen des IGF-1-Mangels wie Unterernährung, Schilddrüsenunterfunktion oder chronische Behandlung mit pharmakologischen Dosen von anti-inflammatorischen Steroiden. Schwerer primärer IGF-1-Mangel umfasst PatientInnen mit Mutationen im GH-Rezeptor (GHR), mit Mutationen im Post-GHR-Signalweg und mit IGF-1-Gendefekten; sie haben keinen Wachstumshormonmangel, weshalb nicht zu erwarten ist, dass sie auf eine Behandlung mit exogen gegebenem Wachstumshormon ausreichend ansprechen. Eine Bestätigung der Diagnose durch einen IGF-1-Generationstest ist erforderlich. Nicht zum Ausgleich eines Wachstumshormonmangels. Bei PatientInnen, die nach einem Jahr auf die Behandlung nicht ansprechen, ist diese abzusetzen. Diagnosestellung, Therapieeinleitung und regelmäßige Kontrollen durch entsprechende Fachabteilung bzw. | | | | |

46. Änderung des Erstattungskodex - EKO

Ambulanz.

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

Omnitrope 6,7 mg/ml Inj.lsg. 5 St. - H01AC01 01.11.2008
1,5 ml

Kinder:

Bei Minderwuchs durch unzureichende Wachstumshormonsekretion, Minderwuchs bei Turnersyndrom oder bei chronischer Niereninsuffizienz und bei Prader-Willi-Syndrom.

Erwachsene:

Bei schwerwiegendem Wachstumshormondefizit (definiert als Wachstumshormon-Peak im Insulintoleranztest von weniger als 3 ng/ml):

- Fortsetzung der im Kindesalter begonnenen Behandlung nach Auslassversuch von zwei bis drei Monaten; nur bis zu einem Höchstausmaß der Erwachsenenknochenmasse im Alter von 25 bis 35 Jahren.

- In Folge einer Erkrankung der hypothalamo-hypophysären Achse und wenn eine Ersatztherapie mit anderen Hypophysenhormonen, für die ein Mangel besteht, stattgefunden hat und weiterhin stattfindet.

Diagnosestellung und regelmäßige Kontrollen in entsprechender Fachabteilung bzw. -ambulanz.

Reyataz 300 mg Hartkaps. 30 St. - J05AE08 01.11.2008

In Kombination mit anderen antiretroviralen Arzneimitteln bei HIV-1-infizierten Erwachsenen und Jugendlichen ab 16 Jahren, die bereits antiretroviral vorbehandelt sind.

Die Therapieeinleitung und regelmäßige -kontrollen sind von einem Arzt/einer Ärztin, der/die Erfahrung in der Behandlung der HIV-Infektion besitzt, durchzuführen.

Rhophylac 300 mcg/2 ml Inj.lsg. in Fertigspr. 2 ml - J06BB01 01.11.2008

Zur Prophylaxe der Rh0(D)-Sensibilisierung bei Rh-negativen Schwangeren in der 28. - 30. Schwangerschaftswoche.

Keine Kostenübernahme bei Verabreichung post partum (da grundsätzlich im Krankenhaus verabreicht; Ausnahme: Hausgeburt).

Bei sicher Rh-negativem Kindsvater ist eine Anti-D-Prophylaxe nicht erforderlich.

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

| Arzneispezialität | Menge | OP | ATC-Code | mit Wirkung vom |
|--|-------|----|----------|-----------------|
| Puregon 75 IE/0,5 ml Inj.lsg. Eine Kostenübernahme ist möglich bei anovulatorischen Frauen zur Auslösung der Ovulation, die auf eine Behandlung mit Clomifencitrat nicht ansprechen. Nicht zur Unterstützung von Maßnahmen der assistierten Reproduktion. <i>Anmerkung: Streichung 10 St. aus dem Gelben Bereich</i> | 1 St. | - | G03GA06 | 01.11.2008 |

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

| Arzneispezialität | Menge | OP | ATC-Code | mit Wirkung vom |
|--|---------|----|----------|-----------------|
| Reyataz 150 mg Hartkaps. In Kombination mit anderen antiretroviralen Arzneimitteln bei HIV-1-infizierten Erwachsenen und Jugendlichen ab 16 Jahren, die bereits antiretroviral vorbehandelt sind. Die Therapieeinleitung und regelmäßige -kontrollen sind von einem Arzt, der Erfahrung in der Behandlung der HIV-Infektion besitzt, durchzuführen. | 60 St. | - | J05AE08 | 01.11.2008 |
| Viracept 250 mg Filmtabl. In Kombination mit anderen antiretroviralen Arzneimitteln bei HIV-1-infizierten Erwachsenen und Kindern ab drei Jahren. Die Therapieeinleitung und regelmäßige -kontrollen sind von einem Arzt, der Erfahrung in der Behandlung der HIV-Infektion besitzt, durchzuführen. | 300 St. | - | J05AE04 | 01.11.2008 |

C. Roter Bereich des Erstattungskodex

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

| Arzneispezialität | Menge | ATC-Code | mit Wirkung vom |
|---|-------------------------------------|----------|-----------------|
| Bicamed 50 mg Filmtabl. | 10 St. 30 St. | L02BB03 | 24.09.2008 |
| Ferriprox 100 mg/ml Lsg. z. Einnehmen | 500 ml | V03AC02 | 29.09.2008 |
| Gabapentin "Hexal" 100 mg Hartkaps. | 100 St. | N03AX12 | 03.10.2008 |
| Gabapentin "Hexal" 300 mg Hartkaps. | 100 St. | N03AX12 | 03.10.2008 |
| Gabapentin "Hexal" 400 mg Hartkaps. | 100 St. | N03AX12 | 03.10.2008 |
| BicaluPel 50 mg Filmtabl. | 30 St. | L02BB03 | 07.10.2008 |
| Na. chlorat. physiolog. 0,9 % "Meditrade" Glas-inf.fl. | 1 St. 250 ml 10 St. 250 ml | B05BB01 | 09.10.2008 |

46. Änderung des Erstattungskodex - EKO

| | | | |
|---|--------|---------|------------|
| | 1 St. | | |
| | 500 ml | | |
| | 10 St. | | |
| | 500 ml | | |
| Mefenabene 250 mg Filmtabl. | 10 St. | M01AG01 | 10.10.2008 |
| | 30 St. | | |
| | 60 St. | | |
| Mefenabene 500 mg Filmtabl. | 10 St. | M01AG01 | 10.10.2008 |
| | 30 St. | | |
| | 60 St. | | |
| Unidrox 600 mg Filmtabl. | 1 St. | J01MA17 | 15.10.2008 |
| | 10 St. | | |
| Firazyr 30 mg Inj.lsg. in einer Fertigspr. | 1 St. | C01EB | 17.10.2008 |
| Bicalutamid "Stada" 150 mg Filmtabl. | 30 St. | L02BB03 | 01.11.2008 |
| Fluvastatin "Actavis" 80 mg Retardtabl. | 10 St. | C10AA04 | 01.11.2008 |
| | 30 St. | | |
| Xarelto 10 mg Filmtabl. | 5 St. | B01AX06 | 01.11.2008 |
| | 10 St. | | |

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

| Arzneispezialität | Menge | ATC-Code | mit Wirkung vom |
|---|--------|----------|-----------------|
| Xelevia 100 mg Filmtabl. | 28 St. | A10BH01 | 16.10.2008 |
| Escitalopram "ratiopharm" 5 mg Filmtabl. | 14 St. | N06AB10 | 28.10.2008 |
| | 30 St. | | |
| Escitalopram "ratiopharm" 10 mg Filmtabl. | 14 St. | N06AB10 | 28.10.2008 |
| | 30 St. | | |
| Escitalopram "ratiopharm" 15 mg Filmtabl. | 14 St. | N06AB10 | 28.10.2008 |
| | 30 St. | | |
| Escitalopram "ratiopharm" 20 mg Filmtabl. | 14 St. | N06AB10 | 28.10.2008 |
| | 30 St. | | |
| Mircera 50 mcg/0,3 ml Inj.lsg. i. e. Fertigspr. | 1 St. | B03XA03 | 01.11.2008 |
| Mircera 75 mcg/0,3 ml Inj.lsg. i. e. Fertigspr. | 1 St. | B03XA03 | 01.11.2008 |
| Mircera 100 mcg/0,3 ml Inj.lsg. i. e. Fertigspr. | 1 St. | B03XA03 | 01.11.2008 |
| Mircera 150 mcg/0,3 ml Inj.lsg. i. e. Fertigspr. | 1 St. | B03XA03 | 01.11.2008 |
| Mircera 200 mcg/0,3 ml Inj.lsg. i. e. Fertigspr. | 1 St. | B03XA03 | 01.11.2008 |
| Mircera 250 mcg/0,3 ml Inj.lsg. i. e. Fertigspr. | 1 St. | B03XA03 | 01.11.2008 |

*

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 Cefixim „Sandoz“ 100 mg/5 ml – Granulat zur Herst. einer Susp. zum Einnehmen (vormals Cefixim "Sandoz" 100 mg/5 ml Gran. f. orale Susp.) erfolgte auf Grund der neuen Standard-Terms der AGES durch die Korrektur vom 27.11.2007.

Die Änderung der Bezeichnung der Arzneispezialität Cefuroxim „Hexal“ 250 mg Filmtabl. (vormals Cefurobac 250 mg Filmtabl.) erfolgte auf Grund des Acknowledgement of approval Type IB Variation in MRP vom 28.08.2008, MRP number: NL/H/0557/001-003/IB/009.

Die Änderung der Bezeichnung der Arzneispezialität Cefuroxim „Hexal“ 500 mg Filmtabl. (vormals Cefurobac 500 mg Filmtabl.) erfolgte auf Grund des Acknowledgement of approval Type IB Variation in MRP vom 28.08.2008, MRP number: NL/H/0557/001-003/IB/009.

Die Änderung der Bezeichnung der Arzneispezialität Tiaprid „Gerot“ 100 mg Tabl. (vormals Tiaprid „G.L.“ 100 mg Tabl.) erfolgte auf Grund des Bescheides des Bundesamts für Sicherheit im Gesundheitswesen vom 10.09.2008, GZ 947.308-06-08-LCM.

Die Streichung der Arzneispezialität Molsihexal 2 mg Tabl. erfolgte wegen der Aufhebung der Zulassung mit Schreiben des Bundesamts für Sicherheit im Gesundheitswesen vom 14.08.2008, GZ 938.619-03-08-LCM.

Die Streichung der Arzneispezialität Corotal Tabl. erfolgte wegen der Aufhebung der Zulassung mit Schreiben des Bundesamts für Sicherheit im Gesundheitswesen vom 09.10.2008, GZ 123.900-01-08-LCM.

Die Streichung der Arzneispezialität Oroacid Tabl. erfolgte wegen der Aufhebung der Zulassung mit Schreiben des Bundesamts für Sicherheit im Gesundheitswesen vom 09.10.2008, GZ 122.142-02-08-LCM.

Die Streichung der Arzneispezialitäten Mircera 50 mcg/0,3 ml Inj.lsg. i. e. Fertigspr., Mircera 75 mcg/0,3 ml Inj.lsg. i. e. Fertigspr., Mircera 100 mcg/0,3 ml Inj.lsg. i. e. Fertigspr., Mircera 150 mcg/0,3 ml Inj.lsg. i. e. Fertigspr., Mircera 200 mcg/0,3 ml Inj.lsg. i. e. Fertigspr. und Mircera 250 mcg/0,3 ml Inj.lsg. i. e. Fertigspr. aus dem Roten Bereich des Erstattungskodex erfolgte, weil das vertriebsberechtigte Unternehmen von seinem Recht, eine Beschwerde bei der Unabhängigen Heilmittelkommission nach § 351i ASVG gegen die Entscheidung des Hauptverbandes der öster-

46. Änderung des Erstattungskodex - EKO

reichischen Sozialversicherungsträger vom 03.09.2008, zugestellt am 04.09.2008, wonach die ebengenannten Arzneispezialitäten aus dem Roten Bereich des Erstattungskodex zu streichen sind, innerhalb der in Abs 3 leg cit normierten Frist einzubringen, keinen Gebrauch machte.

Die Streichung der Arzneispezialität Xelevia 100 mg Filmtabl. erfolgte wegen Zurückziehung des Antrages mit Schreiben des Unternehmens vom 15.10.2008.

Die Streichung der Arzneispezialitäten Escitalopram "ratiopharm" 5 mg Filmtabl., Escitalopram "ratiopharm" 10 mg Filmtabl., Escitalopram "ratiopharm" 15 mg Filmtabl. und Escitalopram "ratiopharm" 20 mg Filmtabl. erfolgte wegen Zurückziehung der Anträge mit Schreiben des Unternehmens vom 28.10.2008.

Die sonstigen Änderungen des Erstattungskodex erfolgten mit Entscheidung des Hauptverbandes der österreichischen Sozialversicherungsträger vom 23.09.2008.

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