

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:

54. Änderung des Erstattungskodex

Der Erstattungskodex, Amtliche Verlautbarung im Internet Nr. 110/2004, zuletzt geändert durch die Amtliche Verlautbarung im Internet Nr. 49/2009, wird wie folgt geändert:

Zeichenerklärung

- (2), (3), ... = Die Aufnahme der Arzneyspezialität 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.
- F2J = Die Arzneyspezialität ist nur für die Behandlung von Kindern bis zum vollendeten 2. 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 kleinkindergerechten Therapie oder Dosierung entsprechend den Bestimmungen der Heilmittel-Bewilligungs- und Kontroll-Verordnung und den Richtlinien über die ökonomische Verschreibweise dokumentiert wird, die vorherige Bewilligung des chef- und kontrollärztlichen Dienstes durch eine nachfolgende Kontrolle der Einhaltung der bestimmten Verwendung ersetzt werden kann.
- 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.
- ADKL = Facharzt für
 - Lungenkrankheiten
 - Haut- und Geschlechtskrankheiten
 - Kinderheilkunde
 - Hals-, Nasen- und Ohrenkrankheiten
 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.
- D = Facharzt für
 Haut- und Geschlechtskrankheiten
 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.
- 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.
- L3, L4, L5, ... = Eine Langzeitgenehmigung ist für die als Nummer angegebenen Monate möglich (z.B. L3 → Langzeitbewilligung für 3 Monate möglich, L4 → Langzeitbewilligung für 4 Monate möglich)

54. Änderung des Erstattungskodex - EKO

A. Grüner Bereich des Erstattungskodex

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

Arzneispezialität	Menge	OP	ATC-Code	mit Wirkung vom
Gliclada 30 mg Tabl. mit veränderter Wirkstofffreisetzung	30 St.	-	A10BB09	01.07.2009
	60 St.	-		
	90 St.	-		
	120 St.	-		
Oxcarbazepin „Arcana“ 300 mg Filmtabl.	60 St.	2	N03AF02	01.07.2009
Oxcarbazepin „Arcana“ 600 mg Filmtabl.	60 St.	2	N03AF02	01.07.2009
Risperidon „Sandoz“ 0,5 mg Schmelztabl.	20 St.	-	N05AX08	01.07.2009
	60 St.	-		
Risperidon „Sandoz“ 1 mg Schmelztabl.	20 St.	-	N05AX08	01.07.2009
	60 St.	-		
Risperidon „Sandoz“ 2 mg Schmelztabl.	20 St.	-	N05AX08	01.07.2009
	60 St.	-		
Seroquel XR 50 mg Retardtabl.	10 St.	2	N05AH04	01.07.2009
	30 St.	-		
Seroquel XR 200 mg Retardtabl.	10 St.	2	N05AH04	01.07.2009
	30 St.	2		
Seroquel XR 300 mg Retardtabl.	10 St.	2	N05AH04	01.07.2009
	60 St.	-		
Seroquel XR 400 mg Retardtabl.	10 St.	2	N05AH04	01.07.2009
	60 St.	-		

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

Arzneispezialität	Menge	OP	ATC-Code	mit Wirkung vom
U Proscar Filmtabl.	28 St.	2	G04CB01	01.07.2009
IND Symbicort forte Turbohaler Dosier-Pulverinhalator Mittelschweres bis schweres Asthma mit nächtlichen Anfällen; PatientInnen mit COPD Stadium III und IV und wiederholten Exazerbationen (mehr als 1x pro Jahr) nach Erstverordnung durch PulmologInnen.	1 St. <i>60 Hübe</i>	-	R03AK07	01.07.2009

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

Arzneispezialität	Menge	OP	ATC-Code	mit Wirkung vom
ADKL Grazax 75.000 SQ-T Lyophilisat zum Einnehmen	30 St.	2	V01AA02	01.07.2009
Parkemed 250 mg Kaps.	10 St.	2	M01AG01	01.07.2009
	30 St.	2		
	50 St.	-		
Parkemed 500 mg Filmtabl.	10 St.	2	M01AG01	01.07.2009
	30 St.	2		
	50 St.	-		

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

Arzneispezialität	Menge	OP	ATC-Code	mit Wirkung vom
Betnovate Salbe	30 g	-	D07AC01	01.07.2009
Fraxiparin Fertigspr.	6 St.	2	B01AB06	01.07.2009
	2850 IE (0,3 ml)			
	10 St.	-		
	2850 IE (0,3 ml)			
	6 St.	2		
	3800 IE (0,4 ml)			
	10 St.	-		
	3800 IE (0,4 ml)			

54. Änderung des Erstattungskodex - EKO

IND	Glucose 5 % „Fresenius“ Inf.lsg. freeflex 500 ml nicht aufschiebbare (Sofort-)Therapie bei akutem Geschehen; Chemotherapie; terminale Karzinombehandlung	1 St.	2	B05BA03	01.07.2009
-----	--	-------	---	---------	------------

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

	Arzneyspezialität	Menge	OP	ATC-Code	mit Wirkung vom
	Solu-Volon A 200 mg Spritzamp.	1 St. 5 ml	2	H02AB08	01.06.2009
	Gerogelat Kaps.	30 St.	-	A11JA	30.06.2009
	Arcavit A/E Kaudrag.	30 St.	-	A11JA	01.07.2009
	Beloc comp. Tabl.	20 St. 50 St.	2 -	C07BB02	01.07.2009
	Cabaseril 4 mg Tabl.	15 St.	2	N04BC06	01.07.2009
	Calcisan Tabl.	42 St.	-	A12AA20	01.07.2009
	Calcisan-C-Tabl.	42 St.	-	A12AX	01.07.2009
	Captohexal comp. Tabl.	30 St.	2	C09BA01	01.07.2009
	Captohexal comp. mite Tabl.	30 St.	2	C09BA01	01.07.2009
	Captohexal comp. forte Tabl.	30 St.	2	C09BA01	01.07.2009
	Carbistad 5 mg Tabl.	20 St. 50 St.	2 -	H03BB01	01.07.2009
	Carbo medicinalis „Sanova“ Tabl.	20 St.	2	A07BA01	01.07.2009
	Clavamox 625 mg lösl. Tabl.	12 St.	2	J01CR02	01.07.2009
	Decentan 4 mg Tabl.	50 St.	2	N05AB03	01.07.2009
	Detemes 5 mg retard Kaps.	20 St. 50 St.	2 -	C04AE	01.07.2009
F2J	Diarrhoesan orale Lsg.	200 ml	-	A07BC30	01.07.2009
	Diclofenac „Sandoz“ 100 mg Supp. f. Erw.	6 St.	2	M01AB05	01.07.2009
IND	Dinatrium Pamidronat „Mayrhofer“ 30 mg Plv. z. Herst. einer Inf.lsg. osteolytische Knochenprozesse neoplast. Genese	1 St. 10 ml	2	M05BA03	01.07.2009
IND	Dinatrium Pamidronat „Mayrhofer“ 90 mg Plv. z. Herst. einer Inf.lsg. osteolytische Knochenprozesse neoplast. Genese	1 St. 10 ml	2	M05BA03	01.07.2009
	Ebefen 10 mg Tabl.	30 St.	2	L02BA01	01.07.2009
	Epilan „Gerot“ Tabl.	100 St.	2	N03AB04	01.07.2009
	Ergont Tropf.	15 ml 1 ml = 20 Tr. 50 ml 1 ml = 20 Tr.	2 - - -	C04AE	01.07.2009
	Famohexal 20 mg Filmtabl.	20 St. 50 St.	2 -	A02BA03	01.07.2009
	Famohexal 40 mg Filmtabl.	10 St. 30 St.	2 -	A02BA03	01.07.2009
	Farlutal Depot 1000 mg Stechamp.	3 St. 5 ml	-	L02AB02	01.07.2009
	Fluodont 0,25 mg Tabl.	300 St.	-	A01AA01	01.07.2009
	Fluodont 1 mg Tabl.	100 St.	-	A01AA01	01.07.2009
	Insuman Comb 15 – 100 IE/ml Injektionssusp. in einer Dstfl.	5 St. 5 ml	2	A10AD01	01.07.2009
	Insuman Comb 50 – 100 IE/ml Injektionssusp. in einer Dstfl.	5 St. 5 ml	2	A10AD01	01.07.2009
	Isomack retard 40 mg Kaps.	20 St. 60 St.	2 -	C01DA08	01.07.2009
	Mel C-Amp.	5 St. 10 ml	-	A11GA01	01.07.2009
	Meloxicam „Alternova“ 7,5 mg Tabl.	10 St. 30 St.	2 -	M01AC06	01.07.2009
	Meloxicam „Alternova“ 15 mg Tabl.	10 St. 30 St.	2 -	M01AC06	01.07.2009

54. Änderung des Erstattungskodex - EKO

	Meloxicam „Hexal“ 7,5 mg Tabl.	10 St.	2	M01AC06	01.07.2009
		30 St.	-		
	Meloxicam „Hexal“ 15 mg Tabl.	10 St.	2	M01AC06	01.07.2009
		30 St.	-		
	Nebacetin Salbe	5 g	2	D06AX	01.07.2009
		20 g	-		
	Nifehexal retard 20 mg Filmtabl.	20 St.	2	C08CA05	01.07.2009
		50 St.	2		
IND	Ondansetron „Sandoz“ 4 mg Filmtabl.	10 St.	-	A04AA01	01.07.2009
	Zusatzbehandlung bei Chemo- oder Radiotherapie				
IND	Ondansetron „Sandoz“ 8 mg Filmtabl.	10 St.	-	A04AA01	01.07.2009
	Zusatzbehandlung bei Chemo- oder Radiotherapie				
	Paroxetin „Sandoz“ 20 mg Tabl.	10 St.	2	N06AB05	01.07.2009
		30 St.	-		
	Salhumin Bad	7 St.	-	M02AC	01.07.2009
		1 Btl. =			
		37 g			
	Salhumin Sitzbad	10 St.	-	M02AC	01.07.2009
		1 Btl. =			
		12 g			
	Sinequan 25 mg Kaps.	30 St.	2	N06AA12	01.07.2009
	Solugastril Magengel	20 St.	2	A02AD01	01.07.2009
		1 ED =			
		10 g			
		50 St.	-		
		1 ED =			
		10 g			
	Spasmo Claim Tropf.	20 ml	-	A05C	01.07.2009
		1 ml =			
		35 Tr.			
	Star Pen 1,5-Filmtabl.	12 St.	2	J01CE02	01.07.2009
		30 St.	-		
	Stutgeron 75 mg Kaps.	20 St.	2	N07CA02	01.07.2009
		50 St.	-		
	Tamoxifen „Arcana“ 10 mg Tabl.	30 St.	2	L02BA01	01.07.2009
U	Tamsunova retard 0,4 mg Kaps.	10 St.	2	G04CA02	01.07.2009
		30 St.	2		
	Terazosin „1 A Pharma“ 2 mg Tabl.	10 St.	2	G04CA03	01.07.2009
		30 St.	2		
	Terazosin „Alternova“ 2 mg Tabl.	10 St.	2	C02CA	01.07.2009
		30 St.	2		
	Terazosin „Alternova“ 5 mg Tabl.	10 St.	2	C02CA	01.07.2009
		30 St.	2		
	Terazosin „Hexal“ 2 mg Tabl.	10 St.	2	C02CA	01.07.2009
		30 St.	2		
	Terazosin „ratiopharm“ 2 mg Tabl.	10 St.	2	C02CA	01.07.2009
		30 St.	2		
D	Terbinafin „Arcana“ 250 mg Tabl.	14 St.	-	D01BA02	01.07.2009
	bei Dermatomykosen bzw. Onychomykosen				
D	Terbinafin „Arcana“ 250 mg Tabl.	28 St.	-	D01BA02	01.07.2009
	bei Onychomykosen				
	Verapabene 5 mg Amp.	5 St.	2	C08DA01	01.07.2009
		2 ml			
	Vidisic Augengel	10 g	-	S01XA20	01.07.2009

54. 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
	Prezista 400 mg Filmtabl. In Kombination mit niedrig dosiertem Ritonavir und anderen antiretroviralen Arzneimitteln bei nicht vorbehandelten HIV-1-infizierten Erwachsenen. Die Therapieeinleitung und regelmäßige -kontrollen sind von einem Arzt/einer Ärztin, der/die Erfahrung in der Behandlung der HIV-Infektion besitzt, durchzuführen.	60 St.	-	J05AE10	01.07.2009
	Prezista 600 mg Filmtabl. In Kombination mit niedrig dosiertem Ritonavir und anderen antiretroviralen Arzneimitteln bei mehrfach vorbehandelten HIV-1-infizierten Erwachsenen, bei denen es unter mehr als einem Behandlungsschema mit einem Proteasehemmer zu einem Therapieversagen gekommen ist. Die Therapieeinleitung und regelmäßige -kontrollen sind von einem Arzt/einer Ärztin, der/die Erfahrung in der Behandlung der HIV-Infektion besitzt, durchzuführen.	60 St.	-	J05AE10	01.07.2009
	Relistor 12 mg/0,6 mg Inj.lsg.	1 St. 7 St.	- -	A06AH01 (vormals A06A)	01.07.2009
	Für PatientInnen in fortgeschrittenen Krankheitsstadien zur Behandlung der Opioid-induzierten Obstipation, die eine palliative Behandlung erhalten, bei unzureichendem Ansprechen auf mindestens zwei laxative Therapien mit oralen Laxantien und/oder rektalen Entleerungshilfen. Engmaschige Kontrolle während der gesamten Therapiedauer durch den behandelnden Arzt/die behandelnde Ärztin. Die Behandlung ist für die Dauer der Opioid-Therapie und dem Auftreten der opioid-induzierten Obstipation zu begrenzen und soll vier Monate nicht überschreiten. Bei Nichtansprechen nach dreimaliger Gabe ist die Therapie zu beenden.				
L12	Tandemact 30 mg/2 mg Tabl. Bei PatientInnen mit Diabetes Typ II, für die eine Behandlung mit Metformin wegen bestehender Kontraindikation oder Unverträglichkeit ungeeignet ist. - Die Therapie darf erst ab einem HbA1c größer 7 begonnen werden. - Die Behandlung mit Tandemact hat nur als Second-line-Therapie nach Sulfonylharnstoff-Monotherapie zu erfolgen. - Keine Kostenübernahme bei Vorliegen schwerwiegender Kontraindikation (z.B. Herzinsuffizienz, Leberfunktionsstörungen). - Tandemact darf nicht mit Insulin kombiniert werden. - Alle 6 Monate ist eine HbA1c-Bestimmung durchzuführen. - Tandemact eignet sich für eine chef(kontroll)ärztliche Langzeitgenehmigung für 12 Monate (L 12).	28 St.	-	A10BD06	01.07.2009
L12	Tandemact 30 mg/4 mg Tabl. Bei PatientInnen mit Diabetes Typ II, für die eine Behandlung mit Metformin wegen bestehender Kontraindikation oder Unverträglichkeit ungeeignet ist. - Die Therapie darf erst ab einem HbA1c größer 7 begonnen werden. - Die Behandlung mit Tandemact hat nur als Second-line-Therapie nach Sulfonylharnstoff-Monotherapie zu erfolgen. - Keine Kostenübernahme bei Vorliegen schwerwiegender Kontraindikation (z.B. Herzinsuffizienz, Leberfunktionsstörungen). - Tandemact darf nicht mit Insulin kombiniert werden. - Alle 6 Monate ist eine HbA1c-Bestimmung durchzuführen. - Tandemact eignet sich für eine chef(kontroll)ärztliche Langzeitgenehmigung für 12 Monate (L 12).	28 St.	-	A10BD06	01.07.2009

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

	Arzneispezialität	Menge	OP	ATC-Code	mit Wirkung vom
	Fraxiparin Fertigspr.	10 St. 5700 IE (0,6 ml)	-	B01AB06	01.07.2009
		10 St. 7600 IE (0,8 ml)	-		
		10 St. 9500 IE (1 ml)	-		

Eine Kostenübernahme ist nur möglich, wenn mit Therapiealternativen (Packungsgröße, Wirkstoffstärke) aus dem Grünen Bereich nachweislich nicht das Auslangen gefunden werden kann.

54. Änderung des Erstattungskodex - EKO

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

Arzneispezialität	Menge	OP	ATC-Code	mit Wirkung vom
Erypo 2.000 IE/ml Stechamp.	6 St.	-	B03XA01	01.07.2009
<ul style="list-style-type: none"> - 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!) 				
Erypo 4.000 IE/ml Stechamp.	6 St.	-	B03XA01	01.07.2009
<ul style="list-style-type: none"> - 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!) 				
Enbrel 50 mg Plv. u. Lsgm. z. Herst. einer Inj.lsg.	4 St.		L04AB01	01.07.2009
<ol style="list-style-type: none"> 1. Aktive rheumatoide Arthritis erwachsener Patienten bei Versagen von mindestens zwei anderen DMARDS (disease-modifying anti-rheumatic drugs) inklusive Methotrexat. Erstverordnung und engmaschige Kontrolle durch einen Facharzt mit Additivfach Rheumatologie oder durch Zentren, die berechtigt sind, solche auszubilden. 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 Facharzt 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 Facharzt mit Additivfach Rheumatologie oder durch Zentren, die berechtigt sind, solche auszubilden. 				
Prezista 300 mg Filmtabl.	120 St.	-	J05AE10	01.07.2009
<p>In Kombination mit niedrig dosiertem Ritonavir und anderen antiretroviralen Arzneimitteln bei mehrfach vorbehandelten HIV-1-infizierten Erwachsenen, bei denen es unter mehr als einem Behandlungsschema mit einem Proteasehemmer zu einem Therapieversagen gekommen ist.</p> <p>Die Therapieeinleitung und regelmäßige -kontrollen sind von einem Arzt, der Erfahrung in der Behandlung der HIV-Infektion besitzt, durchzuführen.</p>				

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

Arzneispezialität	Menge	ATC-Code	mit Wirkung vom
Strattera 80 mg Hartkaps.	28 St.	N06BA09	15.05.2009
Gastroloc „Hexal“ 20 mg magensaftresist. Tabl.	14 St. 30 St.	A02BC02	18.05.2009
Gastroloc „Hexal“ 40 mg magensaftresist. Tabl.	7 St. 14 St. 30 St.	A02BC02	18.05.2009
Pantoprazol „1A Pharma“ 20 mg magensaftresist. Tabl.	14 St. 30 St.	A02BC02	18.05.2009
Pantoprazol „1A Pharma“ 40 mg magensaftresist. Tabl.	7 St. 14 St. 30 St.	A02BC02	18.05.2009
Pantoprazol „Sandoz“ 20 mg magensaftresist. Tabl.	14 St. 30 St.	A02BC02	18.05.2009

54. Änderung des Erstattungskodex - EKO

Pantoprazol „Sandoz“ 40 mg magensaftresist. Tabl.	7 St.	A02BC02	20.05.2009
	14 St.		
	30 St.		
Fluvastatin „Stada“ 40 mg Kaps.	30 St.	C10AA04	27.05.2009
Euthyrox 88 mcg Tabl.	28 St.	H03AA01	01.06.2009
Euthyrox 112 mcg Tabl.	28 St.	H03AA01	01.06.2009
Nebivolol „G.L.“ 5 mg Tabl.	10 St.	C07AB12	01.06.2009
	30 St.		
Pantip 20 mg magensaftresist. Tabl.	14 St.	A02BC02	01.06.2009
	30 St.		
Pantip 40 mg magensaftresist. Tabl.	7 St.	A02BC02	01.06.2009
	14 St.		
	30 St.		
Pantoprazol „Arcana“ 20 mg magensaftresist. Tabl.	14 St.	A02BC02	01.06.2009
	30 St.		
Pantoprazol „Arcana“ 40 mg magensaftresist. Tabl.	7 St.	A02BC02	01.06.2009
	14 St.		
	30 St.		
Pantoprazol „G.L.“ 20 mg magensaftresist. Tabl.	14 St.	A02BC02	01.06.2009
	30 St.		
Pantoprazol „G.L.“ 40 mg magensaftresist. Tabl.	7 St.	A02BC02	01.06.2009
	14 St.		
	30 St.		
Pantoprazol „Ranbaxy“ 20 mg magensaftresist. Tabl.	14 St.	A02BC02	01.06.2009
	28 St.		
Pantoprazol „Ranbaxy“ 40 mg magensaftresist. Tabl.	7 St.	A02BC02	01.06.2009
	14 St.		
	28 St.		
Betahistin „Arcana“ 8 mg Filmtabl.	30 St.	N07CA01	03.06.2009
	100 St.		
Betahistin „Arcana“ 16 mg Filmtabl.	30 St.	N07CA01	03.06.2009
	60 St.		
Betahistin „Arcana“ 24 mg Filmtabl.	20 St.	N07CA01	03.06.2009
	60 St.		
Losartan „Genericon“ 12,5 mg Filmtabl.	10 St.	C09CA01	03.06.2009
	30 St.		
Losartan „Genericon“ 50 mg Filmtabl.	10 St.	C09CA01	03.06.2009
	30 St.		
Losartan „Genericon“ 100 mg Filmtabl.	10 St.	C09CA01	03.06.2009
	30 St.		
Amlodipin „Actavis“ 5 mg Tabl.	10 St.	C08CA01	04.06.2009
	30 St.		
Amlodipin „Actavis“ 10 mg Tabl.	10 St.	C08CA01	04.06.2009
	30 St.		
Mirtazapin „Bluefish“ 15 mg Schmelztabl.	30 St.	N06AX11	04.06.2009
Mirtazapin „Bluefish“ 30 mg Schmelztabl.	30 St.	N06AX11	04.06.2009
Mirtazapin „Bluefish“ 45 mg Schmelztabl.	30 St.	N06AX11	04.06.2009
Bisoprolol „1A Pharma“ 5 mg Filmtabl.	20 St.	C07AB07	05.06.2009
	30 St.		
Bisoprolol „1A Pharma“ 10 mg Filmtabl.	20 St.	C07AB07	05.06.2009
	30 St.		
Zarzio 30 Mio.E./0,5 ml Inj.lsg. oder Inf.lsg. in einer Fertigspr.	5 St.	L03AA02	15.06.2009
Zarzio 48 Mio.E./0,5 ml Inj.lsg. oder Inf.lsg. in einer Fertigspr.	5 St.	L03AA02	15.06.2009
Ambroxol „+pharma“ 60 mg lösl. Tabl.	20 St.	R05CB06	16.06.2009
Betahistin „Actavis“ 8 mg Tabl.	30 St.	N07CA01	16.06.2009
	100 St.		
Betahistin „Actavis“ 16 mg Tabl.	30 St.	N07CA01	16.06.2009
	60 St.		
Bicalutamid „+pharma“ 50 mg Filmtabl.	30 St.	L02BB03	16.06.2009
Bicalutamid „+pharma“ 150 mg Filmtabl.	30 St.	L02BB03	16.06.2009
Lisinopril „Actavis“ 5 mg Tabl.	10 St.	C09AA03	16.06.2009
	30 St.		

54. Änderung des Erstattungskodex - EKO

Lisinopril „Actavis“ 10 mg Tabl.	10 St.	C09AA03	16.06.2009
	30 St.		
Lisinopril „Actavis“ 20 mg Tabl.	10 St.	C09AA03	16.06.2009
	30 St.		
Ebastel Lingual 20 mg Schmelztabl.	10 St.	R06AX22	17.06.2009
	30 St.		
Citalopram „Actavis“ 10 mg Filmtabl.	10 St.	N06AB04	17.06.2009
	30 St.		
Citalopram „Actavis“ 20 mg Filmtabl.	10 St.	N06AB04	17.06.2009
	30 St.		
Citalopram „Actavis“ 40 mg Filmtabl.	10 St.	N06AB04	17.06.2009
	30 St.		
Finasterid „+pharma“ 5 mg Filmtabl.	30 St.	G04CB01	18.06.2009
Gabapentin „Actavis“ 300 mg Hartkaps.	100 St.	N03AX12	19.06.2009
Gabapentin „Actavis“ 400 mg Hartkaps.	100 St.	N03AX12	19.06.2009
Oxycodon-HCl „ratiopharm“ 20 mg Retardtabl.	10 St.	N02AA05	23.06.2009
	30 St.		
Oxycodon-HCl „ratiopharm“ 40 mg Retardtabl.	10 St.	N02AA05	23.06.2009
	30 St.		
Oxycodon-HCl „ratiopharm“ 80 mg Retardtabl.	10 St.	N02AA05	23.06.2009
	30 St.		

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

Arzneispezialität	Menge	ATC-Code	mit Wirkung vom
Ropinirol „Actavis“ 0,5 mg Filmtabl.	84 St.	N04BC04	03.06.2009
Ropinirol „Actavis“ 1 mg Filmtabl.	84 St.	N04BC04	03.06.2009
Ropinirol „Actavis“ 2 mg Filmtabl.	84 St.	N04BC04	03.06.2009
Ropinirol „Actavis“ 3 mg Filmtabl.	84 St.	N04BC04	03.06.2009
Ropinirol „Actavis“ 4 mg Filmtabl.	84 St.	N04BC04	03.06.2009
Matrifen 12 mcg transderm. Pfl.	5 St.	N02AB03	04.06.2009
Nebivolol „Interpharm“ 5 mg Tabl.	10 St.	C07AB12	18.06.2009
	30 St.		

*

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 des ATC-Codes erfolgte mit Entscheidung des Hauptverbandes vom 23.06.2009.

Die Streichungen der Arzneispezialitäten Betnovate Salbe 15 g, Fraxiparin Fertigspr. 10 St. 1900 IE (0,2 ml), Glucose 5 % „Fresenius“ Inf.lsg. freeflex 500 ml 10 St., Beloc comp. Tabl., Cabaseril 4 mg Tabl., Calcisan Tabl., Calcisan-C-Tabl., Captophexal comp. forte Tabl., Captophexal comp. mite Tabl., Captophexal comp. Tabl., Carbo medicinalis „Sanova“ Tabl., Clavamox 625 mg lösl. Tabl., Detemes 5 mg retard Kaps., Diclofenac „Sandoz“ 100 mg Supp. F. Erw., Dinatrium Pamidronat „Mayrhofer“ 30 mg Plv. z. Herst. einer Inf.lsg., Dinatrium Pamidronat „Mayrhofer“ 90 mg Plv. z. Herst. einer Inf.lsg., Ebefen 10 mg Tabl., Epilan „Gerot“ Tabl., Ergont Tropf., Famohehexal 20 mg Filmtabl., Famohehexal 40 mg Filmtabl., Farlutal Depot 1000 mg Stechamp., Fluodont 0,25 mg Tabl., Fluodont 1 mg Tabl., Insuman Comb 15 – 100 IE/ml Injektionssusp. in einer Dstfl., Insuman Comb 50 – 100 IE/ml Injektionssusp. in einer Dstfl., Isomack retard 40 mg Kaps., Mel C-Amp., Meloxicam „Hexal“ 7,5 mg Tabl., Meloxicam „Hexal“ 15 mg Tabl., Nebacetin Salbe, Nifehexal retard 20 mg Filmtabl., Ondansetron „Sandoz“ 4 mg Filmtabl., Ondansetron „Sandoz“ 8 mg Filmtabl., Paroxetin „Sandoz“ 20 mg Tabl., Salhummin Bad, Salhummin Sitzbad, Sinequan 25 mg Kaps., Solugastril Magengel, Star Pen 1,5-Filmtabl., Stutgeron 75 mg Kaps., Terazosin „1A Pharma“ 2 mg Tabl., Terazosin „Hexal“ 2 mg Tabl., Terazosin „ratiopharm“ 2 mg Tabl., Verapabene 5 mg Amp., Erypo 2.000 IE/ml Stechamp., Erypo 4.000 IE/ml Stechamp. und Enbrel 50 mg Plv. u. Lsgm. z. Herst. einer Inj.lsg. erfolgten mit Entscheidung des Hauptverbandes vom 26.05.2009 gemäß § 38 Abs. 3 VO-EKO wegen Nichtlieferfähigkeit.

Die Streichung der Arzneispezialität Solu-Volon A 200 mg Spritzamp. erfolgte wegen der Aufhebung der Zulassung mit Schreiben des Bundesamts für Sicherheit im Gesundheitswesen vom 20.05.2009, GZ 920.339-01-09-LCM.

Die Streichung der Arzneispezialität Gerogelat Kaps. erfolgte wegen der Aufhebung der Zulassung mit Schreiben des Bundesamts für Sicherheit im Gesundheitswesen vom 17.12.2008, GZ 125.150-02-08-LCM.

Die Streichung der Arzneispezialitäten Ropinirol „Actavis“ 0,5 mg Tabl. 84 St., Ropinirol „Actavis“ 1 mg Tabl. 84 St., Ropinirol „Actavis“ 2 mg Tabl. 84 St., Ropinirol „Actavis“ 3 mg Tabl. 84 St. und Ropinirol „Actavis“ 4 mg Tabl. 84 St. aus dem Roten Bereich des Erstattungskodex erfolgte wegen Zurückziehung des Antrages des vertriebsberechtigten Unternehmens auf Aufnahme in den Grünen Bereich des Erstattungskodex vom 03.06.2009.

Die Streichung der Arzneispezialität Matrifen 12 mcg transderm. Pfl. aus dem Roten Bereich des Erstattungskodex erfolgte wegen Zurückziehung des Antrages des vertriebsberechtigten Unternehmens auf Aufnahme in den Grünen

54. Änderung des Erstattungskodex - EKO

Bereich des Erstattungskodex vom 04.06.2009.

Die Streichung der Arzneispezialität Nebivolol „Interpharm“ 5 mg Tabl. aus dem Roten Bereich des Erstattungskodex erfolgte wegen Zurückziehung des Antrages des vertriebsberechtigten Unternehmens auf Aufnahme in den Grünen Bereich des Erstattungskodex vom 18.06.2009.

Die sonstigen Änderungen des Erstattungskodex erfolgten mit Entscheidungen des Hauptverbandes der österreichischen Sozialversicherungsträger vom 20.03.2009, 21.04.2009 und 20.05.2009.

Für den Hauptverband:

Klein

Schelling