

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:

58. Änderung des Erstattungskodex

Der Erstattungskodex, Amtliche Verlautbarung im Internet Nr. 110/2004, zuletzt geändert durch die Amtliche Verlautbarung im Internet Nr. 84/2009, 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 Aufnahme der 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 Aufnahme der 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.
- Au = Facharzt für Augenheilkunde
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.
- 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.
- SG = Arzneispezialitäten, welche ohne Einschränkung den strengen Abgabebestimmungen für Suchtgifte unterliegen.
- 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
IND	Atacand Plus 32 mg/12,5 mg Tabl. wenn ACE-Hemmer nicht vertragen werden	28 St.	2	C09DA06	01.11.2009
IND	Atacand Plus 32 mg/25 mg Tabl. wenn ACE-Hemmer nicht vertragen werden	28 St.	2	C09DA06	01.11.2009
	Betahistin "Actavis" 8 mg Tabl.	30 St.	2	N07CA01	01.11.2009
	Betahistin "Actavis" 16 mg Tabl.	100 St.	-		
		30 St.	-	N07CA01	01.11.2009
		60 St.	-		
	Bicalutamid "Bluefish" 50 mg Filmtabl.	30 St.	-	L02BB03	01.11.2009
	Bicalutamid "Bluefish" 150 mg Filmtabl.	30 St.	-	L02BB03	01.11.2009
IND	Blopress Plus 32 mg/12,5 mg Tabl. wenn ACE-Hemmer nicht vertragen werden	28 St.	2	C09DA06	01.11.2009

58. Änderung des Erstattungskodex - EKO

IND	Blopress Plus 32 mg/25 mg Tabl. wenn ACE-Hemmer nicht vertragen werden	28 St.	2	C09DA06	01.11.2009
U	Finasterid "+Pharma" 5 mg Filmtabl.	30 St.	2	G04CB01	01.11.2009
	Glucose 5 % "Meditrade" Inf.lsg. 500 ml	1 St.	2	B05BA03	01.11.2009
SG	Oxycodon-HCl "ratiopharm" 20 mg Retardtabl.	10 St.	2	N02AA05	01.11.2009
		30 St.	-		
SG	Oxycodon-HCl "ratiopharm" 40 mg Retardtabl.	10 St.	2	N02AA05	01.11.2009
		30 St.	-		
SG	Oxycodon-HCl "ratiopharm" 80 mg Retardtabl.	10 St.	2	N02AA05	01.11.2009
		30 St.	-		
	Ringer-Lactat nach Hartmann "Meditrade" Inf.lsg. 500 ml	1 St.	2	B05BB01	01.11.2009
	Ringer-Lösung "Meditrade" Inf.lsg. 500 ml	1 St.	2	B05BB01	01.11.2009
	Simvastatin "Bluefish" 20 mg Filmtabl.	30 St.	2	C10AA01	01.11.2009
	Simvastatin "Bluefish" 40 mg Filmtabl.	30 St.	2	C10AA01	01.11.2009

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

	Arzneispezialität	Menge	OP	ATC-Code	mit Wirkung vom
IND	Atacand 32 mg Tabl. wenn ACE-Hemmer nicht vertragen werden oder in Kombination mit ACE-Hemmern bei Herzinsuffizienz ab NYHA-Stadium II	28 St.	2	C09CA06	01.11.2009
IND	Blopress 32 mg Tabl. wenn ACE-Hemmer nicht vertragen werden oder in Kombination mit ACE-Hemmern bei Herzinsuffizienz ab NYHA-Stadium II	28 St.	2	C09CA06	01.11.2009

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

	Arzneispezialität	Menge	OP	ATC-Code	mit Wirkung vom
	Simvastatin "Hexal" 80 mg Filmtabl.	30 St.	2	C10AA01	01.11.2009
Au	Ultracortenol Augensalbe	5 g	-	S01BA04	01.11.2009
Au	Ultracortenol Augentropf.	5 ml	-	S01BA04	01.11.2009

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

	Arzneispezialität	Menge	OP	ATC-Code	mit Wirkung vom
	Zanidip 10 mg Filmtabl. <i>vormals Zanidip Filmtabl.</i>	28 St.	2	C08CA13	01.11.2009

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

	Arzneispezialität	Menge	OP	ATC-Code	mit Wirkung vom
	Effortil Amp.	5 St.	-	C01CA01	01.11.2009
	Glimestad 1 mg Tabl.	30 St.	2	A10BB12	01.11.2009
	Glimestad 2 mg Tabl.	30 St.	2	A10BB12	01.11.2009
	Glimestad 3 mg Tabl.	30 St.	2	A10BB12	01.11.2009
	Glimestad 4 mg Tabl.	30 St.	2	A10BB12	01.11.2009
	Myocardon mono 20 mg Tabl.	20 St.	2	C01DA14	01.11.2009
		60 St.	-		
	Myocardon mono 40 mg Tabl.	20 St.	2	C01DA14	01.11.2009
		60 St.	-		

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

	Arzneispezialität	Menge	OP	ATC-Code	mit Wirkung vom
	Efient 5 mg Filmtabl. Zur Prävention atherothrombotischer Ereignisse in Kombination mit Acetylsalicylsäure (ASS) bei Patienten mit akutem Koronarsyndrom (instabile Angina pectoris, Nicht-ST-Strecken-Hebungsinfarkt oder ST-Strecken-Hebungsinfarkt) mit primärer oder verzögerter perkutaner Koronarintervention (PCI) für maximal zwölf Monate.	28 St.	2	B01AC	01.11.2009

58. Änderung des Erstattungskodex - EKO

Effient 10 mg Filmtabl. 28 St. 2 B01AC 01.11.2009
 Zur Prävention atherothrombotischer Ereignisse in Kombination mit Acetylsalicylsäure (ASS) bei PatientInnen mit akutem Koronarsyndrom (instabile Angina pectoris, Nicht-ST-Strecken-Hebungsinfarkt oder ST-Strecken-Hebungsinfarkt) mit primärer oder verzögerter perkutaner Koronarintervention (PCI) für maximal zwölf Monate.

Nplate 250 mcg Plv. zur Herst. einer Inj.lsg. 1 St. - B02BX04 01.11.2009
 4 St. -

Bei PatientInnen mit therapierefraktärer chronischer immun-(idiopathischer) thrombozytopenischer Purpura (ITP), die splenektomiert sind bzw. für die eine Splenektomie kontraindiziert ist.

Die Behandlung mit Romiplostim sollte abgebrochen werden, wenn die Thrombozytenzahl nach vierwöchiger Behandlung mit Romiplostim in der höchsten wöchentlichen Dosis von 10 mcg/kg nicht auf einen Wert steigt, der ausreichend hoch ist, um klinisch signifikante Blutungen zu vermeiden.

Diagnosestellung, Therapieeinleitung, Dosisfindung (Titration) und regelmäßige Kontrollen durch entsprechende Fachabteilung bzw. -ambulanz; Weiterverordnung nur durch in der Verwendung von Nplate ausreichend informierte ÄrztInnen.

Nplate 500 mcg Plv. zur Herst. einer Inj.lsg. 1 St. - B02BX04 01.11.2009
 4 St. -

Bei PatientInnen mit therapierefraktärer chronischer immun-(idiopathischer) thrombozytopenischer Purpura (ITP), die splenektomiert sind bzw. für die eine Splenektomie kontraindiziert ist.

Die Behandlung mit Romiplostim sollte abgebrochen werden, wenn die Thrombozytenzahl nach vierwöchiger Behandlung mit Romiplostim in der höchsten wöchentlichen Dosis von 10 mcg/kg nicht auf einen Wert steigt, der ausreichend hoch ist, um klinisch signifikante Blutungen zu vermeiden.

Diagnosestellung, Therapieeinleitung, Dosisfindung (Titration) und regelmäßige Kontrollen durch entsprechende Fachabteilung bzw. -ambulanz; Weiterverordnung nur durch in der Verwendung von Nplate ausreichend informierte ÄrztInnen.

L3 **Ritalin LA 20 mg Kaps.** 30 St. - N06BA04 01.11.2009

SG Bei Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung (ADHS) bei Kindern ab 6 Jahren und Jugendlichen als Teil eines umfassenden Behandlungsprogramms, wenn mit Therapiealternativen aus dem Grünen Bereich (ATC-Code N06BA04) kein Auslangen gefunden werden kann.

Diagnosestellung, Therapieeinleitung und regelmäßige Kontrolle durch FachärztInnen für Neurologie oder Neurologie und Psychiatrie oder Psychiatrie und Neurologie oder Psychiatrie, Kinder- und Jugendpsychiatrie oder Pädiatrie.

Ritalin LA eignet sich für eine chef(kontroll)ärztliche Langzeitgenehmigung für 3 Monate (L3).

L3 **Ritalin LA 30 mg Kaps.** 30 St. - N06BA04 01.11.2009

SG Bei Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung (ADHS) bei Kindern ab 6 Jahren und Jugendlichen als Teil eines umfassenden Behandlungsprogramms, wenn mit Therapiealternativen aus dem Grünen Bereich (ATC-Code N06BA04) kein Auslangen gefunden werden kann.

Diagnosestellung, Therapieeinleitung und regelmäßige Kontrolle durch FachärztInnen für Neurologie oder Neurologie und Psychiatrie oder Psychiatrie und Neurologie oder Psychiatrie, Kinder- und Jugendpsychiatrie oder Pädiatrie.

Ritalin LA eignet sich für eine chef(kontroll)ärztliche Langzeitgenehmigung für 3 Monate (L3).

L3 **Ritalin LA 40 mg Kaps.** 30 St. - N06BA04 01.11.2009

SG Bei Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung (ADHS) bei Kindern ab 6 Jahren und Jugendlichen als Teil eines umfassenden Behandlungsprogramms, wenn mit Therapiealternativen aus dem Grünen Bereich (ATC-Code N06BA04) kein Auslangen gefunden werden kann.

Diagnosestellung, Therapieeinleitung und regelmäßige Kontrolle durch FachärztInnen für Neurologie oder Neurologie und Psychiatrie oder Psychiatrie und Neurologie oder Psychiatrie, Kinder- und Jugendpsychiatrie oder Pädiatrie.

Ritalin LA eignet sich für eine chef(kontroll)ärztliche Langzeitgenehmigung für 3 Monate (L3).

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

	Arzneispezialität	Menge	OP	ATC-Code	mit Wirkung vom
L6	Axura 10 mg Filmtabl. <i>Die im EKO angeführte Packungsgröße „Axura 10 mg 56 St.“ wird gestrichen.</i>	28 St.	-	N06DX01	01.11.2009
	- 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.				

58. Änderung des Erstattungskodex - EKO

- 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.

L6 **Ebixa 10 mg Filmtabl.** 28 St. - N06DX01 01.11.2009
Die im EKO angeführte Packungsgröße „Ebixa 10 mg 56 St.“ wird gestrichen.

- Die Diagnose DAT (Demenz vom Alzheimer Typ) 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.

L12 **Betaferon 250 mcg/ml Plv. u. Lsgm. z. Herst. einer Inj.lsg. Starterpackung** 12 St. - L03AB08 01.11.2009
Austausch der 5 St.-Pkg. auf 12 St.-Pkg.

1. Bei PatientInnen mit erstmaligem demyelinisierendem Ereignis mit aktivem entzündlichen Prozess, wenn dieses Ereignis schwer genug ist, um eine intravenöse Kortikosteroidtherapie zu rechtfertigen, wenn mögliche Differentialdiagnosen ausgeschlossen wurden und wenn bei diesen PatientInnen der Beurteilung zufolge ein hohes Risiko für das Auftreten einer klinisch gesicherten Multiplen Sklerose besteht (siehe Fachinformation Abschnitt 5.1).
 2. Bei PatientInnen mit schubförmig remittierender MS. Kriterien bei Ersteinstellung: 2 Schübe innerhalb der letzten 2 Jahre und EDSS kleiner gleich 5,5.
 3. Bei PatientInnen mit sekundär progredienter MS. Kriterien bei Ersteinstellung: 2 Schübe oder eine Verschlechterung um mindestens 1 Punkt im EDSS-Score innerhalb der letzten 2 Jahre und EDSS 3 - 6,5.
- Diagnosestellung, Verordnung, Einstellung, Therapiekontrolle und Dokumentation durch ein MS Zentrum. Betaferon eignet sich für eine chef(kontroll)ärztliche Langzeitgenehmigung für 12 Monate (L12).

L12 **Betaferon 250 mcg/ml Plv. u. Lsgm. z. Herst. einer Inj.lsg.** 15 St. - L03AB08 01.11.2009
Die 15-St.-Pkg. bleibt unverändert. Lediglich die Bezeichnung wird gemäß der Starterpackung geändert.

1. Bei PatientInnen mit erstmaligem demyelinisierendem Ereignis mit aktivem entzündlichen Prozess, wenn dieses Ereignis schwer genug ist, um eine intravenöse Kortikosteroidtherapie zu rechtfertigen, wenn mögliche Differentialdiagnosen ausgeschlossen wurden und wenn bei diesen PatientInnen der Beurteilung zufolge ein hohes Risiko für das Auftreten einer klinisch gesicherten Multiplen Sklerose besteht (siehe Fachinformation Abschnitt 5.1).
 2. Bei PatientInnen mit schubförmig remittierender MS. Kriterien bei Ersteinstellung: 2 Schübe innerhalb der letzten 2 Jahre und EDSS kleiner gleich 5,5.
 3. Bei PatientInnen mit sekundär progredienter MS. Kriterien bei Ersteinstellung: 2 Schübe oder eine Verschlechterung um mindestens 1 Punkt im EDSS-Score innerhalb der letzten 2 Jahre und EDSS 3 - 6,5.
- Diagnosestellung, Verordnung, Einstellung, Therapiekontrolle und Dokumentation durch ein MS Zentrum. Betaferon eignet sich für eine chef(kontroll)ärztliche Langzeitgenehmigung für 12 Monate (L12).

C. Roter Bereich des Erstattungskodex

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

Arzneispezialität	Menge	ATC-Code	mit Wirkung vom
Ramipril "Actavis" 2,5 mg Tabl.	10 St.	C09AA05	24.09.2009
	30 St.		
Ramipril "Actavis" 5 mg Tabl.	30 St.	C09AA05	24.09.2009
Ramipril "Actavis" 10 mg Tabl.	30 St.	C09AA05	24.09.2009
Granisetron "Actavis" 2 mg Filmtabl.	5 St.	A04AA02	25.09.2009
Topiramate "1A Pharma" 25 mg Filmtabl.	60 St.	N03AX11	28.09.2009
Topiramate "1A Pharma" 100 mg Filmtabl.	60 St.	N03AX11	28.09.2009

58. Änderung des Erstattungskodex - EKO

Topiramat "1A Pharma" 200 mg Filmtabl.	60 St.	N03AX11	28.09.2009
Topiramat "G.L." 25 mg Filmtabl.	60 St.	N03AX11	28.09.2009
Topiramat "G.L." 50 mg Filmtabl.	60 St.	N03AX11	28.09.2009
Topiramat "G.L." 100 mg Filmtabl.	60 St.	N03AX11	28.09.2009
Topiramat "G.L." 200 mg Filmtabl.	60 St.	N03AX11	28.09.2009
Topiramat "ratiopharm" 15 mg Filmtabl.	60 St.	N03AX11	28.09.2009
Topiramat "ratiopharm" 25 mg Filmtabl.	60 St.	N03AX11	28.09.2009
Topiramat "ratiopharm" 50 mg Filmtabl.	60 St.	N03AX11	28.09.2009
Topiramat "ratiopharm" 100 mg Filmtabl.	60 St.	N03AX11	28.09.2009
Topiramat "ratiopharm" 200 mg Filmtabl.	60 St.	N03AX11	28.09.2009
Topiramat "Sandoz" 25 mg Filmtabl.	60 St.	N03AX11	28.09.2009
Topiramat "Sandoz" 50 mg Filmtabl.	60 St.	N03AX11	28.09.2009
Topiramat "Sandoz" 100 mg Filmtabl.	60 St.	N03AX11	28.09.2009
Topiramat "Sandoz" 200 mg Filmtabl.	60 St.	N03AX11	28.09.2009
Topiramat "1A Pharma" 50 mg Filmtabl.	60 St.	N03AX11	30.09.2009
Topiramat "Stada" 25 mg Filmtabl.	60 St.	N03AX11	30.09.2009
Topiramat "Stada" 50 mg Filmtabl.	60 St.	N03AX11	30.09.2009
Topiramat "Stada" 100 mg Filmtabl.	60 St.	N03AX11	30.09.2009
Topiramat "Stada" 200 mg Filmtabl.	60 St.	N03AX11	30.09.2009
Topiramat "Arcana" 25 mg Filmtabl.	60 St.	N03AX11	01.10.2009
Topiramat "Arcana" 50 mg Filmtabl.	60 St.	N03AX11	01.10.2009
Topiramat "Arcana" 100 mg Filmtabl.	60 St.	N03AX11	01.10.2009
Topiramat "Arcana" 200 mg Filmtabl.	60 St.	N03AX11	01.10.2009
Omeprazol "G.L." 10 mg Kaps.	28 St.	A02BC01	01.10.2009
Omeprazol "G.L." 20 mg Kaps.	7 St.	A02BC01	01.10.2009
	14 St.		
	28 St.		
Omeprazol "G.L." 40 mg Kaps.	14 St.	A02BC01	01.10.2009
	28 St.		
Clogrelhexal 75 mg Filmtabl.	10 St.	B01AC04	01.10.2009
	30 St.		
	90 St.		
Brimonidin "Arcana" 2 mg/ml Augentropf.	5 ml	S01EA05	02.10.2009
Topilex 25 mg Filmtabl.	60 St.	N03AX11	02.10.2009
Topilex 50 mg Filmtabl.	60 St.	N03AX11	02.10.2009
Topilex 100 mg Filmtabl.	60 St.	N03AX11	02.10.2009
Topilex 200 mg Filmtabl.	60 St.	N03AX11	02.10.2009
Valaciclovir "Allen" 500 mg Filmtabl.	10 St.	J05AB11	02.10.2009
	30 St.		
	42 St.		
Valaciclovir "Allen" 1000 mg Filmtabl.	21 St.	J05AB11	02.10.2009
Lansoprazol "Genericon" 15 mg magensaftresist. Kaps.	14 St.	A02BC03	08.10.2009
	30 St.		
Lansoprazol "Genericon" 30 mg magensaftresist. Kaps.	7 St.	A02BC03	08.10.2009
	14 St.		
	30 St.		
Lansoprazol "+Pharma" 15 mg magensaftresist. Kaps.	14 St.	A02BC03	08.10.2009
	30 St.		
Lansoprazol "+Pharma" 30 mg magensaftresist. Kaps.	7 St.	A02BC03	08.10.2009
	14 St.		
	30 St.		
Clobex 500 mcg/g Shampoo	125 ml	D07AD01	15.10.2009
Esomeprazol "Hexal" 20 mg magensaftresist. Tabl.	7 St.	A02BC05	16.10.2009
	14 St.		
	30 St.		
Esomeprazol "Hexal" 40 mg magensaftresist. Tabl.	14 St.	A02BC05	16.10.2009
	30 St.		
Esomeprazol "1a Pharma" 20 mg magensaftresist. Tabl.	7 St.	A02BC05	16.10.2009
	14 St.		
	30 St.		
Esomeprazol "1a Pharma" 40 mg magensaftresist. Tabl.	14 St.	A02BC05	16.10.2009
	30 St.		
Fosinopril "Actavis" 10 mg Tabl.	10 St.	C09AA09	16.10.2009
	30 St.		

58. Änderung des Erstattungskodex - EKO

Fosinopril "Actavis" 20 mg Tabl.	10 St. 30 St.	C09AA09	16.10.2009
Venlafaxin "Ranbaxy" 75 mg Retardkaps.	10 St. 30 St.	N06AX16	16.10.2009
Venlafaxin "Ranbaxy" 150 mg Retardkaps.	10 St. 30 St.	N06AX16	16.10.2009
Lorano 10 mg Schmelztabl.	10 St. 30 St.	R06AX13	19.10.2009
Clopidogrel "Mylan" 75 mg Filmtabl.	14 St. 30 St.	B01AC04	01.11.2009
Clopidogrel "ratiopharm" 75 mg Filmtabl.	14 St. 30 St.	B01AC04	01.11.2009

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

Arzneispezialität	Menge	ATC-Code	mit Wirkung vom
Clogrelhexal 75 mg Filmtabl.	90 St.	B01AC04	07.10.2009
Strattera 80 mg Hartkaps.	28 St.	N06BA09	14.10.2009
Ebastel Lingual 20 mg Schmelztabl.	10 St. 30 St.	R06AX22	21.10.2009
Nebivolol "G.L." 5 mg Tabl.	10 St. 30 St.	C07AB12	21.10.2009

*

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 Zanidip 10 mg Filmtabl. (*vormals Zanidip Filmtabl.*) erfolgte auf Grund des Bescheides des Bundesministeriums für Gesundheit und Frauen vom 21.10.2003, GZ 941.497/05-III/A/5/02.

Die Streichung der Arzneispezialität Clogrelhexal 75 mg Filmtabl. aus dem Roten Bereich des Erstattungskodex erfolgte wegen Modifikation des Antrages (Zurückziehung der 90 St.-Packung) des vertriebsberechtigten Unternehmens auf Aufnahme in den Grünen oder Gelben Bereich des Erstattungskodex.

Die Streichung der Arzneispezialität Strattera 80 mg Hartkaps. aus dem Roten Bereich des Erstattungskodex erfolgte wegen Zurückziehung des Antrages des vertriebsberechtigten Unternehmens auf Aufnahme in den Grünen oder Gelben Bereich des Erstattungskodex.

Die Streichung der Arzneispezialität Ebastel Lingual 20 mg Schmelztabl. aus dem Roten Bereich des Erstattungskodex erfolgte wegen Zurückziehung des Antrages des vertriebsberechtigten Unternehmens auf Aufnahme in den Grünen oder Gelben Bereich des Erstattungskodex.

Die Streichung der Arzneispezialität Nebivolol „G.L.“ 5 mg 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.

Die sonstigen Änderungen des Erstattungskodex erfolgten mit Entscheidung des Hauptverbandes der österreichischen Sozialversicherungsträger vom 26.06.2009, 20.08.2009 und 29.09.2009.

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