

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

Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger

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

65. Änderung des Erstattungskodex

Der Erstattungskodex, Amtliche Verlautbarung im Internet Nr. 110/2004, zuletzt geändert durch die Amtliche Verlautbarung im Internet Nr. 42/2010, wird wie folgt geändert:

Zeichenerklärung

- (2), = Die Aufnahme der Arzneyspezialität in den Erstattungskodex beschränkt sich auf die in der Klammer
- (3), = 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.
- 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.
- Au = Facharzt für Augenheilkunde
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.
- SG = Arzneyspezialitäten, welche ohne Einschränkung den strengen Abgabebestimmungen für Suchtgifte unterliegen.
- L3, = Eine Langzeitbewilligung ist für die als Nummer angegebenen Monate möglich (z.B. L3 → Langzeit-
- L4, = bewilligung für 3 Monate möglich, L4 → Langzeitbewilligung für 4 Monate möglich)
- L5,
- ...

A. Grüner Bereich des Erstattungskodex

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

	Arzneyspezialität	Menge	OP	ATC-Code	mit Wirkung vom
IND	Binocrit 20.000 IE/0,5 ml Inj.lsg. in einer Fertigspr. <i>Epoetin alfa 0,000168 entsprechen 20.000 IE</i> Symptomatische Anämie infolge Chemotherapie maligner Tumore mit Ausgangs-Hb kleiner 10 g/dl. - Nach Therapiebeginn und nach jeder Dosisänderung kurzfristige Hb-Kontrollen bis zur Stabilisierung des Hb, danach mindestens vierwöchentliche Hb-Kontrollen. - Es ist die niedrigst mögliche Dosierung zu wählen, die ausreicht, das Hb schrittweise so weit zu erhöhen, damit Transfusionen vermieden werden (Grenzwert üblicherweise Hb 8 g/dl). - Hämoglobinwerte über 12 g/dl sind zu vermeiden. - Bei Nichtansprechen Abbruch max. 8 Wochen nach Therapiebeginn. - Therapieende nach Abschluss des Chemotherapieschemas. - Für PatientInnen, bei denen es in irgendeinem 2-Wochen-Zeitraum zu einem Hb-Anstieg größer 1 g/dl kommt, bestehen erhöhte Sicherheitsbedenken.	6 St.	-	B03XA01	01.06.2010

65. Änderung des Erstattungskodex - EKO

	- Cave: in kontrollierten klinischen Studien bei PatientInnen mit verschiedenen Tumorerkrankungen, die mit ESAs (Erythropoiesis Stimulating Agents) behandelt wurden, ist eine nicht erklärbare höhere Mortalität beobachtet worden.				
IND	Binocrit 30.000 IE/0,75 ml Inj.lsg. in einer Fertigspr. <i>Epoetin alfa 0,000252 entsprechen 30.000 IE</i> Symptomatische Anämie infolge Chemotherapie maligner Tumore mit Ausgangs-Hb kleiner 10 g/dl. - Nach Therapiebeginn und nach jeder Dosisänderung kurzfristige Hb-Kontrollen bis zur Stabilisierung des Hb, danach mindestens vierwöchentliche Hb-Kontrollen. - Es ist die niedrigst mögliche Dosierung zu wählen, die ausreicht, das Hb schrittweise so weit zu erhöhen, damit Transfusionen vermieden werden (Grenzwert üblicherweise Hb 8 g/dl). - Hämoglobinwerte über 12 g/dl sind zu vermeiden. - Bei Nichtansprechen Abbruch max. 8 Wochen nach Therapiebeginn. - Therapieende nach Abschluss des Chemotherapieschemas. - Für PatientInnen, bei denen es in irgendeinem 2-Wochen-Zeitraum zu einem Hb-Anstieg größer 1 g/dl kommt, bestehen erhöhte Sicherheitsbedenken. - Cave: in kontrollierten klinischen Studien bei PatientInnen mit verschiedenen Tumorerkrankungen, die mit ESAs (Erythropoiesis Stimulating Agents) behandelt wurden, ist eine nicht erklärbare höhere Mortalität beobachtet worden.	4 St.	-	B03XA01	01.06.2010
IND	Binocrit 40.000 IE/1 ml Inj.lsg. in einer Fertigspr. <i>Epoetin alfa 0,000336 entsprechen 40.000 IE</i> Symptomatische Anämie infolge Chemotherapie maligner Tumore mit Ausgangs-Hb kleiner 10 g/dl. - Nach Therapiebeginn und nach jeder Dosisänderung kurzfristige Hb-Kontrollen bis zur Stabilisierung des Hb, danach mindestens vierwöchentliche Hb-Kontrollen. - Es ist die niedrigst mögliche Dosierung zu wählen, die ausreicht, das Hb schrittweise so weit zu erhöhen, damit Transfusionen vermieden werden (Grenzwert üblicherweise Hb 8 g/dl). - Hämoglobinwerte über 12 g/dl sind zu vermeiden. - Bei Nichtansprechen Abbruch max. 8 Wochen nach Therapiebeginn. - Therapieende nach Abschluss des Chemotherapieschemas. - Für PatientInnen, bei denen es in irgendeinem 2-Wochen-Zeitraum zu einem Hb-Anstieg größer 1 g/dl kommt, bestehen erhöhte Sicherheitsbedenken. - Cave: in kontrollierten klinischen Studien bei PatientInnen mit verschiedenen Tumorerkrankungen, die mit ESAs (Erythropoiesis Stimulating Agents) behandelt wurden, ist eine nicht erklärbare höhere Mortalität beobachtet worden.	4 St.	-	B03XA01	01.06.2010
IND	Eporatio 10.000 IE/1 ml Inj.lsg. in Fertigspr. <i>Epoetin theta 0,000083 entsprechen 10.000 IE</i> Symptomatische Anämie infolge Chemotherapie maligner Tumore mit Ausgangs-Hb kleiner 10 g/dl. - Nach Therapiebeginn und nach jeder Dosisänderung kurzfristige Hb-Kontrollen bis zur Stabilisierung des Hb, danach mindestens vierwöchentliche Hb-Kontrollen. - Es ist die niedrigst mögliche Dosierung zu wählen, die	4 St.	-	B03XA01	01.06.2010

65. Änderung des Erstattungskodex - EKO

	ausreicht, das Hb schrittweise so weit zu erhöhen, damit Transfusionen vermieden werden (Grenzwert üblicherweise Hb 8 g/dl).			
	- Hämoglobinwerte über 12 g/dl sind zu vermeiden.			
	- Bei Nichtansprechen Abbruch max. 8 Wochen nach Therapiebeginn.			
	- Therapieende nach Abschluss des Chemotherapieschemas.			
	- Für PatientInnen, bei denen es in irgendeinem 2-Wochen-Zeitraum zu einem Hb-Anstieg größer 1 g/dl kommt, bestehen erhöhte Sicherheitsbedenken.			
	- Cave: in kontrollierten klinischen Studien bei PatientInnen mit verschiedenen Tumorerkrankungen, die mit ESAs (Erythropoiesis Stimulating Agents) behandelt wurden, ist eine nicht erklärbare höhere Mortalität beobachtet worden.			
IND	Eporatio 20.000 IE/1 ml Inj.lsg. in Fertigspr. <i>Epoetin theta 0,000168 entsprechen 20.000 IE</i>	4 St.	-	B03XA01 01.06.2010
	Symptomatische Anämie infolge Chemotherapie maligner Tumore mit Ausgangs-Hb kleiner 10 g/dl.			
	- Nach Therapiebeginn und nach jeder Dosisänderung kurzfristige Hb-Kontrollen bis zur Stabilisierung des Hb, danach mindestens vierwöchentliche Hb-Kontrollen.			
	- Es ist die niedrigst mögliche Dosierung zu wählen, die ausreicht, das Hb schrittweise so weit zu erhöhen, damit Transfusionen vermieden werden (Grenzwert üblicherweise Hb 8 g/dl).			
	- Hämoglobinwerte über 12 g/dl sind zu vermeiden.			
	- Bei Nichtansprechen Abbruch max. 8 Wochen nach Therapiebeginn.			
	- Therapieende nach Abschluss des Chemotherapieschemas.			
	- Für PatientInnen, bei denen es in irgendeinem 2-Wochen-Zeitraum zu einem Hb-Anstieg größer 1 g/dl kommt, bestehen erhöhte Sicherheitsbedenken.			
	- Cave: in kontrollierten klinischen Studien bei PatientInnen mit verschiedenen Tumorerkrankungen, die mit ESAs (Erythropoiesis Stimulating Agents) behandelt wurden, ist eine nicht erklärbare höhere Mortalität beobachtet worden.			
IND	Eporatio 30.000 IE/1 ml Inj.lsg. in Fertigspr. <i>Epoetin theta 0,000250 entsprechen 30.000 IE</i>	4 St.	-	B03XA01 01.06.2010
	Symptomatische Anämie infolge Chemotherapie maligner Tumore mit Ausgangs-Hb kleiner 10 g/dl.			
	- Nach Therapiebeginn und nach jeder Dosisänderung kurzfristige Hb-Kontrollen bis zur Stabilisierung des Hb, danach mindestens vierwöchentliche Hb-Kontrollen.			
	- Es ist die niedrigst mögliche Dosierung zu wählen, die ausreicht, das Hb schrittweise so weit zu erhöhen, damit Transfusionen vermieden werden (Grenzwert üblicherweise Hb 8 g/dl).			
	- Hämoglobinwerte über 12 g/dl sind zu vermeiden.			
	- Bei Nichtansprechen Abbruch max. 8 Wochen nach Therapiebeginn.			
	- Therapieende nach Abschluss des Chemotherapieschemas.			
	- Für PatientInnen, bei denen es in irgendeinem 2-Wochen-Zeitraum zu einem Hb-Anstieg größer 1 g/dl kommt, bestehen erhöhte Sicherheitsbedenken.			
	- Cave: in kontrollierten klinischen Studien bei PatientInnen mit verschiedenen Tumorerkrankungen, die mit ESAs (Erythropoiesis Stimulating Agents) behandelt			

65. Änderung des Erstattungskodex - EKO

	wurden, ist eine nicht erklärbare höhere Mortalität beobachtet worden.				
IND SG	Fentanyl "1A Pharma" 37,5 mcg/h transdermales Matrixpflaster chronische Schmerzen, die durch starke orale Opioide nicht ausreichend behandelbar sind	5 St.	2	N02AB03	01.06.2010
IND SG	Fentanyl "1A Pharma" 150 mcg/h transdermales Matrixpflaster chronische Schmerzen, die durch starke orale Opioide nicht ausreichend behandelbar sind	5 St.	2	N02AB03	01.06.2010
IND SG	Fentanyl "Hexal" 37,5 mcg/h transdermales Matrixpflaster chronische Schmerzen, die durch starke orale Opioide nicht ausreichend behandelbar sind	5 St.	2	N02AB03	01.06.2010
IND SG	Fentanyl "Hexal" 150 mcg/h transdermales Matrixpflaster chronische Schmerzen, die durch starke orale Opioide nicht ausreichend behandelbar sind	5 St.	2	N02AB03	01.06.2010
	Fosinopril "Stada" 10 mg Tabl.	10 St.	2	C09AA09	01.06.2010
		30 St.	2		
	Fosinopril "Stada" 20 mg Tabl.	10 St.	2	C09AA09	01.06.2010
		30 St.	2		
	Gastrozol 20 mg magensaftresistente Tabl.	14 St.	-	A02BC02	01.06.2010
		30 St.	2		
	Gastrozol 40 mg magensaftresistente Tabl.	7 St.	-	A02BC02	01.06.2010
		14 St.	-		
		30 St.	-		
	Gliclazid "Arcana" 30 mg Tabl. mit veränderter Wirkstofffreisetzung	30 St.	2	A10BB09	01.06.2010
		120 St.	-		
	Glimepirid "Stada" 6 mg Tabl. <i>Austausch mit Glimestad 6 mg Tabl.</i>	30 St.	2	A10BB12	01.06.2010
Au	Lotemax 0,5 % Augentropf.susp.	5 ml	-	S01BA14	01.06.2010
	Metoprololsuccinat "Actavis" 47,5 mg Retardtabl.	10 St.	2	C07AB02	01.06.2010
		30 St.	2		
	Metoprololsuccinat "Actavis" 95 mg Retardtabl.	10 St.	2	C07AB02	01.06.2010
		30 St.	2		
	Metoprololsuccinat "Actavis" 190 mg Retardtabl.	10 St.	2	C07AB02	01.06.2010
		30 St.	2		
	Topiramat "Actavis" 25 mg Filmtabl.	20 St.	2	N03AX11	01.06.2010
		60 St.	2		
	Topiramat "Actavis" 50 mg Filmtabl.	20 St.	2	N03AX11	01.06.2010
		60 St.	2		
	Topiramat "Actavis" 100 mg Filmtabl.	20 St.	2	N03AX11	01.06.2010
		60 St.	2		
	Topiramat "Actavis" 200 mg Filmtabl.	20 St.	2	N03AX11	01.06.2010
		60 St.	2		
	Valaciclovir "Actavis" 500 mg Filmtabl.	10 St.	-	J05AB11	01.06.2010
		30 St.	-		
		42 St.	-		
	Valaciclovir "Actavis" 1000 mg Filmtabl.	21 St.	-	J05AB11	01.06.2010
	Valaciclovir "Bluefish" 500 mg Filmtabl.	10 St.	-	J05AB11	01.06.2010
		30 St.	-		
		42 St.	-		
	Vidisc Augengel	10 g	-	S01XA20	01.06.2010
	Viropel 500 mg Filmtabl.	10 St.	-	J05AB11	01.06.2010
		30 St.	-		
		42 St.	-		
	Viropel 1000 mg Filmtabl.	10 St.	-	J05AB11	01.06.2010
		21 St.	-		

65. Änderung des Erstattungskodex - EKO

A2. Änderung der Packungsgröße von im Grünen Bereich des Erstattungskodex angeführten Arzneispezialitäten bzw. Aufnahmen von zusätzlichen Arzneispezialitäten in den Grünen Bereich des Erstattungskodex:

Arzneispezialität	Menge	OP	ATC-Code	mit Wirkung vom
Humalog 100 E/ml KwikPen Injektionslg. <i>Aufnahme einer weiteren Packungsgröße</i> <i>Die bereits im Erstattungskodex gelisteten Arzneispezialitäten Humalog 100 E/ml Inj.lsg. in einer Dstfl. und Humalog 100 E/ml Zylinderamp. bleiben unverändert.</i>	5 St. 3 ml	2	A10AB04	01.06.2010
HumalogMix 25 100 E/ml KwikPen Injektionssusp. <i>Aufnahme einer weiteren Packungsgröße</i> <i>Die bereits im Erstattungskodex gelistete Arzneispezialität Humalog Mix 25 100 IE/ml Inj.susp. in Patronen bleibt unverändert.</i>	5 St. 3 ml	2	A10AD04	01.06.2010
HumalogMix 50 100 E/ml KwikPen Injektionssusp. <i>Aufnahme einer weiteren Packungsgröße</i> <i>Die bereits im Erstattungskodex gelistete Arzneispezialität Humalog Mix 50 100 IE/ml Inj.susp. in Patronen bleibt unverändert.</i>	5 St. 3 ml	2	A10AD04	01.06.2010

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

Arzneispezialität	Menge	OP	ATC-Code	mit Wirkung vom
Cutivate 0,005 % Salbe <i>Streichung der 15 g-Pkg.</i>	30 g	-	D07AC17	01.06.2010
Cutivate 0,05 % Creme <i>Streichung der 15 g-Pkg.</i>	30 g	-	D07AC17	01.06.2010
Tranxilium 5 mg Kaps. <i>Streichung der 50 St.-Pkg.</i>	20 St.	2	N05BA05	01.06.2010

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

Arzneispezialität	Menge	OP	ATC-Code	mit Wirkung vom
Buscapina 20 mg/1 ml Amp. <i>vormals Buscopan 20 mg/1 ml Amp.</i>	5 St.	-	A03BB01	01.06.2010
Lactulose "Arcana" Sirup <i>vormals Lactulose "Arcana" Konz. orale Lsg.</i>	200 ml 500 ml	2 -	A06AD11	01.06.2010
IND Seretide levis 25/50 mcg/Sprühstoß Druckgasinhalation <i>vormals Seretide junior 25/50 mcg/Sprühstoß</i> <i>Dosieraerosol</i> <i>Mittelschweres Asthma mit nächtlichen Anfällen</i>	1 St. 120 Hübe	-	R03AK06	01.06.2010
IND Seretide Diskus levis 50/100 mcg einzeldosiertes Plv. z. Inh. <i>vormals Seretide Diskus junior 50/100 mcg Plv. z. Inh.</i> <i>Mittelschweres Asthma mit nächtlichen Anfällen</i>	60 St. 60 Hübe	2	R03AK06	01.06.2010

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

Arzneispezialität	Menge	OP	ATC-Code	mit Wirkung vom
Fluanxol Depot 100 mg Amp.	1 St.	2	N05AF01	22.04.2010
Erystad 500 mg Filmtabl.	12 St.	2	J01FA01	03.05.2010
Agilan Tropf.	15 ml 1 ml = 20 Tr. 50 ml 1 ml = 20 Tr.	2 - -	C01CA51	01.06.2010
Azithromycin "Hexal" 500 mg Filmtabl.	3 St.	-	J01FA10	01.06.2010
Betamed Tabl.	20 St. 50 St.	2 2	C07AA	01.06.2010

65. Änderung des Erstattungskodex - EKO

Carvedilol "ratiopharm" 6,25 mg Tabl.	10 St.	2	C07AG02	01.06.2010
<i>Zulassungsnr. 125429, Austausch mit Zulassungsnr. 128045</i>	30 St.	-		
Carvedilol "ratiopharm" 12,5 mg Tabl.	10 St.	2	C07AG02	01.06.2010
<i>Zulassungsnr. 125430, Austausch mit Zulassungsnr. 128046</i>	30 St.	-		
Carvedilol "ratiopharm" 25 mg Tabl.	10 St.	2	C07AG02	01.06.2010
<i>Zulassungsnr. 125431, Austausch mit Zulassungsnr. 128047</i>	30 St.	2		
Cevitol 500 mg Amp.	5 St.	-	A11GA01	01.06.2010
	2 ml			
Cevitol 1000 mg Amp.	5 St.	-	A11GA01	01.06.2010
	5 ml			
Farlutal 100 mg Tabl.	100 St.	2	L02AB02	01.06.2010
Fosinopril/HCT "Interpharm" 20 mg/12,5 mg Tabl.	30 St.	2	C09BA09	01.06.2010
Glimestad 6 mg Tabl.	30 St.	2	A10BB12	01.06.2010
<i>Austausch mit Glimepirid "Stada" 6 mg Tabl.</i>				
Hepavit 500 mcg Amp.	5 St.	-	B03BA03	01.06.2010
	1 ml			
Hepavit 1000 mcg Amp.	3 St.	2	B03BA03	01.06.2010
	1 ml			
Hepavit 2500 mcg Amp.	2 St.	2	B03BA03	01.06.2010
	2 ml			
Insuman Comb 25 - 100 IE/ml Injektionssusp. in einer Dstfl.	5 St.	2	A10AD01	01.06.2010
	5 ml			
Magnesium Gluconicum LH-Amp.	5 St.	2	A12CC03	01.06.2010
	10 ml			
Multivit B-Amp.	5 St.	2	A11EA	01.06.2010
	2 ml			
Multivit B-Amp. forte	5 St.	2	A11EA	01.06.2010
	2 ml			
Na. chlorat. physiolog. "Fresenius" Inf.fl. 250 ml	1 St.	2	B05BB01	01.06.2010
Na. chlorat. physiolog. "Fresenius" Inf.fl. 500 ml	1 St.	2	B05BB01	01.06.2010
Natriumvalproat "ratiopharm" retard 300 mg Filmtabl.	60 St.	2	N03AG01	01.06.2010
Natriumvalproat "ratiopharm" retard 500 mg Filmtabl.	60 St.	2	N03AG01	01.06.2010
Pilka Tropf.	20 g	2	R05CA10	01.06.2010
	1 g =			
	20 Tr.			
Profenid 2,5 % Gel	40 g	2	M02AA10	01.06.2010

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

	Arzneispezialität	Menge	OP	ATC-Code	mit Wirkung vom
L3	Cimzia 200 mg Inj.lsg.	2 St.	-	L04AB05	01.06.2010
	Mittelschwere bis schwere aktive rheumatoide Arthritis erwachsener PatientInnen bei Versagen von mindestens einem DMARD (disease-modifying anti-rheumatic drug), wobei Methotrexat in ausreichender Dosierung und ausreichender Dauer verabreicht worden sein muss. Um eine maximale Wirksamkeit zu gewährleisten, wird Certolizumab Pegol in Kombination mit Methotrexat angewendet. Certolizumab Pegol kann im Falle einer Unverträglichkeit von Methotrexat als Monotherapie angewendet werden. Erstverordnung und engmaschige Kontrolle durch einen Facharzt/eine Fachärztin mit Additivfach Rheumatologie oder durch Zentren, die berechtigt sind, solche auszubilden. Cimzia eignet sich für eine chef(kontroll)ärztliche Langzeitbewilligung für 3 Monate (L3).				
	Eporatio 1.000 IE/0,5 ml Inj.lsg. in Fertigspr.	6 St.	-	B03XA01	01.06.2010
	<i>Epoetin theta 0,0000083 entsprechen 1.000 IE</i> 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				

65. Änderung des Erstattungskodex - EKO

- Hämoglobinwerte über 12 g/dl sind zu vermeiden.
- Für PatientInnen, 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!)

Eporatio 2.000 IE/0,5 ml Inj.lsg. in Fertigspr. 6 St. - B03XA01 01.06.2010
Epoetin theta 0,0000167 entsprechen 2.000 IE

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 PatientInnen, 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!)

Eporatio 3.000 IE/0,5 ml Inj.lsg. in Fertigspr. 6 St. - B03XA01 01.06.2010
Epoetin theta 0,000025 entsprechen 3.000 IE

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 PatientInnen, 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!)

Eporatio 4.000 IE/0,5 ml Inj.lsg. in Fertigspr. 6 St. - B03XA01 01.06.2010
Epoetin theta 0,0000333 entsprechen 4.000 IE

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 PatientInnen, 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!)

Eporatio 5.000 IE/0,5 ml Inj.lsg. in Fertigspr. 6 St. - B03XA01 01.06.2010
Epoetin theta 0,0000417 entsprechen 5.000 IE

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 PatientInnen, 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!)

L6 **Onglyza 5 mg Filmtabl.** 14 St. - A10BH03 01.06.2010
 28 St. -

- Bei PatientInnen mit Diabetes Typ II
- Die Behandlung darf erst ab einem HbA1c größer 7 begonnen werden.
- Die Behandlung mit Onglyza hat nur als Second-line-Therapie:
 - als Kombinationstherapie mit Metformin oder
 - als Kombinationstherapie mit Sulfonylharnstoffen (bei Metformin-Unverträglichkeit oder -Kontraindikation)
 - als Kombinationstherapie mit Glitazonen bei Metformin- und Sulfonylharnstoff-Unverträglichkeit oder -Kontraindikation zu erfolgen.
- Onglyza darf nicht mit Insulin kombiniert werden.
- Alle 6 Monate ist eine HbA1c-Bestimmung durchzuführen.
- Onglyza eignet sich für eine chef(kontroll)ärztl. Langzeitbewilligung für 6 Monate (L6).

Renvela 2,4 g Plv. zur Herst. einer Susp. zum Einnehmen 60 St. - V03AE02 01.06.2010

Hyperphosphataemie bei erwachsenen DialysepatientInnen ab 18 Jahren, wenn frei verschreibbare Therapiealternativen versagt haben bzw. kontraindiziert sind.

Renvela 800 mg Filmtabl. 180 St. - V03AE02 01.06.2010

Hyperphosphataemie bei erwachsenen DialysepatientInnen ab 18 Jahren, wenn frei verschreibbare Therapiealternativen versagt haben bzw. kontraindiziert sind.

65. Änderung des Erstattungskodex - EKO

Simponi 50 mg Inj.lsg. in einer Fertigspr. 1 St. - L04AB06 01.06.2010
0,5 ml

1. Mittelschwere bis schwere aktive rheumatoide Arthritis erwachsener PatientInnen bei Versagen von mindestens einem DMARD (disease-modifying anti-rheumatic drug), wobei Methotrexat in ausreichender Dosierung und ausreichender Dauer verabreicht worden sein muss. Die Anwendung von Golimumab soll in Kombination mit Methotrexat erfolgen. Erstverordnung und engmaschige Kontrolle durch einen Facharzt/eine Fachärztin mit Additivfach Rheumatologie oder durch Zentren, die berechtigt sind, solche auszubilden.

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

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

Simponi 50 mg Inj.lsg. in vorgefülltem Injektor 1 St. - L04AB06 01.06.2010
0,5 ml

1. Mittelschwere bis schwere aktive rheumatoide Arthritis erwachsener PatientInnen bei Versagen von mindestens einem DMARD (disease-modifying anti-rheumatic drug), wobei Methotrexat in ausreichender Dosierung und ausreichender Dauer verabreicht worden sein muss. Die Anwendung von Golimumab soll in Kombination mit Methotrexat erfolgen. Erstverordnung und engmaschige Kontrolle durch einen Facharzt/eine Fachärztin mit Additivfach Rheumatologie oder durch Zentren, die berechtigt sind, solche auszubilden.

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

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

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

	Arzneispezialität	Menge	OP	ATC-Code	mit Wirkung vom
L6	Crestor 10 mg Filmtabl. Eine Kostenübernahme ist möglich bei nachgewiesener und dokumentierter Unverträglichkeit von Therapiealternativen aus dem Grünen Bereich (Statine) und/oder wenn mit Therapiealternativen aus dem Grünen Bereich (Statine) kein ausreichender Therapieerfolg (LDL-Zielwert 100 mg/dl) erzielt werden kann. Kontraindiziert bei Patienten, die gleichzeitig Cyclosporin einnehmen. (Erlass des BMGF GZ:21.420/104-III/A/6/04)	30 St.	2	C10AA07	01.06.2010
L6	Janumet 50 mg/850 mg Filmtabl. – Bei PatientInnen mit Diabetes Typ II – Die Behandlung darf erst ab einem HbA1c größer 7 begonnen werden. – Die Behandlung mit Janumet hat nur als Second-line-Therapie – nach Metformin-Monotherapie oder – als Kombinationstherapie mit einem Sulfonylharnstoff, wenn bei unzureichender Zweifachkombination aus der jeweils höchsten vertragenen Dosis von Metformin und eines Sulfonylharnstoffs nachweislich nicht das Auslangen gefunden werden kann – als Kombinationstherapie mit einem Glitazon, wenn bei unzureichender Zweifachkombination aus der jeweils höchsten vertragenen Dosis von Metformin und einem Glitazon nachweislich nicht das Auslangen gefunden werden kann – als Kombinationstherapie mit Insulin zu erfolgen. – Alle 6 Monate ist eine HbA1c-Bestimmung durchzuführen.	56 St.	-	A10BD07	01.06.2010
L6	Janumet 50 mg/1000 mg Filmtabl. – Bei PatientInnen mit Diabetes Typ II – Die Behandlung darf erst ab einem HbA1c größer 7 begonnen werden. – Die Behandlung mit Janumet hat nur als Second-line-Therapie – nach Metformin-Monotherapie oder – als Kombinationstherapie mit einem Sulfonylharnstoff, wenn bei unzureichender Zweifachkom-	56 St.	-	A10BD07	01.06.2010

65. Änderung des Erstattungskodex - EKO

- bination aus der jeweils höchsten vertragenen Dosis von Metformin und eines Sulfonylharnstoffs nachweislich nicht das Auslangen gefunden werden kann
- als Kombinationstherapie mit einem Glitazon, wenn bei unzureichender Zweifachkombination aus der jeweils höchsten vertragenen Dosis von Metformin und einem Glitazon nachweislich nicht das Auslangen gefunden werden kann
 - als Kombinationstherapie mit Insulin zu erfolgen.
- Alle 6 Monate ist eine HbA1c-Bestimmung durchzuführen.
- Janumet eignet sich für eine chef(kontroll)ärztliche Langzeitbewilligung für 6 Monate (L6).
- L6 **Januvia 100 mg Filmtabl.** 28 St. - A10BH01 01.06.2010
- Bei PatientInnen mit Diabetes Typ II
 - Die Behandlung darf erst ab einem HbA1c größer 7 begonnen werden.
 - Die Behandlung mit Januvia hat nur als Second-line-Therapie
 - als Kombinationstherapie mit Metformin oder
 - als Kombinationstherapie mit einem Sulfonylharnstoff bei Metformin-Unverträglichkeit oder – Kontraindikation
 - als Kombinationstherapie mit Glitazonen bei Metformin- und Sulfonylharnstoff-Unverträglichkeit oder –Kontraindikation oder
 - als Kombinationstherapie mit einem Sulfonylharnstoff und Metformin oder einem Glitazon und Metformin, wenn bei unzureichender Zweifachkombination aus der jeweils höchsten vertragenen Dosis von Metformin und eines Sulfonylharnstoffs bzw. einem Glitazon nachweislich nicht das Auslangen gefunden werden kann oder
 - als Kombinationstherapie mit Insulin zu erfolgen.
- Alle 6 Monate ist eine HbA1c-Bestimmung durchzuführen.
- Januvia eignet sich für eine chef(kontroll)ärztliche Langzeitbewilligung für 6 Monate (L6).
- L6 **Velmetia 50 mg/850 mg Filmtabl.** 56 St. - A10BD07 01.06.2010
- Bei PatientInnen mit Diabetes Typ II
 - Die Behandlung darf erst ab einem HbA1c größer 7 begonnen werden.
 - Die Behandlung mit Velmetia hat nur als Second-line-Therapie
 - nach Metformin-Monotherapie oder
 - als Kombinationstherapie mit einem Sulfonylharnstoff, wenn bei unzureichender Zweifachkombination aus der jeweils höchsten vertragenen Dosis von Metformin und eines Sulfonylharnstoffs nachweislich nicht das Auslangen gefunden werden kann
 - als Kombinationstherapie mit einem Glitazon, wenn bei unzureichender Zweifachkombination aus der jeweils höchsten vertragenen Dosis von Metformin und einem Glitazon nachweislich nicht das Auslangen gefunden werden kann
 - als Kombinationstherapie mit Insulin zu erfolgen.
- Alle 6 Monate ist eine HbA1c-Bestimmung durchzuführen.
- Velmetia eignet sich für eine chef(kontroll)ärztliche Langzeitbewilligung für 6 Monate (L6).
- L6 **Velmetia 50 mg/1000 mg Filmtabl.** 56 St. - A10BD07 01.06.2010
- Bei PatientInnen mit Diabetes Typ II
 - Die Behandlung darf erst ab einem HbA1c größer 7 begonnen werden.
 - Die Behandlung mit Velmetia hat nur als Second-line-Therapie
 - nach Metformin-Monotherapie oder
 - als Kombinationstherapie mit einem Sulfonylharnstoff, wenn bei unzureichender Zweifachkombination aus der jeweils höchsten vertragenen Dosis von Metformin und eines Sulfonylharnstoffs nachweislich nicht das Auslangen gefunden werden kann
 - als Kombinationstherapie mit einem Glitazon, wenn bei unzureichender Zweifachkombination aus der jeweils höchsten vertragenen Dosis von Metformin und einem Glitazon nachweislich nicht das Auslangen gefunden werden kann
 - als Kombinationstherapie mit Insulin zu erfolgen.
- Alle 6 Monate ist eine HbA1c-Bestimmung durchzuführen.
- Velmetia eignet sich für eine chef(kontroll)ärztliche Langzeitbewilligung für 6 Monate (L6).
- L6 **Xolair 150 mg Plv. und Lsgm. zur Herst. einer Inj.lsg.** 1 St. - R03DX05 01.06.2010
- Als Zusatztherapie bei Erwachsenen, Jugendlichen (ab 12 Jahren) mit schwerem persistierendem allergischem Asthma, die einen positiven Hauttest oder in vitro Reaktivität gegen ein ganzjährig auftretendes Aeroallergen zeigen und sowohl eine reduzierte Lungenfunktion (FEV1 <80 %) haben als auch unter häufigen Symptomen während des Tages oder nächtlichem Erwachen leiden und trotz täglicher Therapie mit hoch dosierten inhalativen Kortikosteroiden und einem lang wirkenden inhalativen Beta2-Agonisten mehrfach dokumentierte, schwere Asthma-Exazerbationen, welche eine Behandlung mit systemischen Kortikosteroiden erforderten, hatten.
- Die Behandlung mit Xolair sollte nur bei PatientInnen in Betracht gezogen werden, bei denen von einem

65. Änderung des Erstattungskodex - EKO

IgE-vermittelten Asthma ausgegangen werden kann und bei denen ein basaler IgE-Spiegel von > 76 IU/ml vorliegt.

Ersteinstellung und Weiterverordnung durch den Facharzt/die Fachärztin für Pulmologie.

16 Wochen nach Beginn der Therapie ist die Wirksamkeit der Behandlung durch den Facharzt/die Fachärztin für Pulmologie zu überprüfen. Die für die Überprüfung der Wirksamkeit notwendigen Dokumentationsbögen werden vom vertriebsberechtigten Unternehmen zur Verfügung gestellt.

Die Behandlung ist nur bei Ansprechen auf die Therapie weiterzuführen (L6).

Überprüfung der Wirksamkeit:

Nach 16 Wochen erfolgt die Bewertung der Asthmakontrolle anhand einer GETE (Global Evaluation of Treatment Effectiveness)-Einstufung durch den Arzt/die Ärztin. Die Therapie ist nur dann fortzuführen, wenn die Asthmakontrolle anhand GETE als „Hervorragend“ oder „Gut“ bewertet wurde.

Zusätzlich sind vor Beginn der Therapie und nach 16 Wochen die Lungenfunktion, die Asthma-Exazerbationen in den letzten 12 Monaten und die ungeplante Inanspruchnahme von Gesundheitseinrichtungen zu dokumentieren.

Hinweis: In klinischen Studien wurde eine erhöhte Inzidenz maligner Neoplasien unter Therapie mit Xolair beobachtet. Weitere Daten zur Langzeitsicherheit stehen noch aus.

B3. Änderung der Packungsgröße von im Gelben Bereich des Erstattungskodex angeführten Arzneispezialitäten:

Arzneispezialität	Menge	OP	ATC-Code	mit Wirkung vom
Glucose 5 % "Fresenius" Plastikinf.fl. 500 ml <i>Streichung der 1 St.-Pkg.</i>	10 St.	-	B05BA03	01.06.2010
Bei Exsikkose, wenn eine orale Flüssigkeitszufuhr nicht ausreichend möglich ist.				
Nplate 250 mcg Plv. und Lsgm. zur Herst. einer Inj.lsg.	1 St. <i>0,5 ml</i>	-	B02BX04	01.06.2010
<i>Austausch der Packungsform = Pulver und Lösungsmittel anstatt bisher nur Pulver</i>	4 St. <i>0,5 ml</i>	-		
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. und Lsgm. zur Herst. einer Inj.lsg.	1 St. <i>1 ml</i>	-	B02BX04	01.06.2010
<i>Austausch der Packungsform = Pulver und Lösungsmittel anstatt bisher nur Pulver</i>	4 St. <i>1 ml</i>	-		
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.				

B4. Änderung des ATC-Codes von im Gelben Bereich des Erstattungskodex angeführten Arzneispezialitäten:

Arzneispezialität	Menge	OP	ATC-Code	mit Wirkung vom
Immunate 500 I.E. Plv. zur Herst. einer Inj.lsg.	5 ml <i>500 IE</i>	-	B02BD06 <i>vormals</i> <i>B02BD02</i>	01.06.2010
Eine Kostenübernahme ist möglich in den Indikationen angeborener Faktor VIII Mangel (Hämophilie A) und erworbener Faktor VIII Mangel sowie von Willebrand-Jürgens-Syndrom mit Faktor VIII Mangel. Diagnosestellung und regelmäßige Kontrollen in entsprechender Fachabteilung bzw. -ambulanz.				
Immunate 1000 I.E. Plv. zur Herst. einer Inj.lsg.	10 ml <i>1000 IE</i>	-	B02BD06 <i>vormals</i> <i>B02BD02</i>	01.06.2010

65. Änderung des Erstattungskodex - EKO

Eine Kostenübernahme ist möglich in den Indikationen angeborener Faktor VIII Mangel (Hämophilie A) und erworbener Faktor VIII Mangel sowie von Willebrand-Jürgens-Syndrom mit Faktor VIII Mangel. Diagnosestellung und regelmäßige Kontrollen in entsprechender Fachabteilung bzw. -ambulanz.

B5. Streichung von im Gelben Bereich des Erstattungskodex angeführten Arzneispezialitäten:

Arzneispezialität	Menge	OP	ATC-Code	mit Wirkung vom
Na. chlorat. physiolog. "Fresenius" Inf.fl. 250 ml Bei Exsikkose, wenn eine orale Flüssigkeitszufuhr nicht ausreichend möglich ist.	10 St.	-	B05BB01	01.06.2010

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

Arzneispezialität	Menge	ATC-Code	mit Wirkung vom
Losartan/HCT "MSD" 100 mg/25 mg Filmtabl.	14 St.	C09DA01	19.04.2010
<i>Korrektur der 64. Änderung des EKO</i>	28 St.		
Ranexa 375 mg Retardtabl.	30 St.	C01EB18	27.04.2010
	60 St.		
Ranexa 500 mg Retardtabl.	30 St.	C01EB18	27.04.2010
	60 St.		
Ranexa 750 mg Retardtabl.	30 St.	C01EB18	27.04.2010
	60 St.		
Oralair 100 IR+300 IR Sublingualtabl.	31 St.	V01AA02	30.04.2010
Euthyrox 137 mcg Tabl.	28 St.	H03AA01	04.05.2010
	100 St.		
Mezavant 1200 mg magensaftresistente Retardtabl.	60 St.	A07EC02	04.05.2010
Oralair 300 IR Sublingualtabl.	30 St.	V01AA02	05.05.2010
Olmotec Plus 40 mg/12,5 mg Filmtabl.	28 St.	C09DA08	05.05.2010
Olmotec Plus 40 mg/25 mg Filmtabl.	28 St.	C09DA08	05.05.2010
Mencord Plus 40 mg/12,5 mg Filmtabl.	28 St.	C09DA08	05.05.2010
Mencord Plus 40 mg/25 mg Filmtabl.	28 St.	C09DA08	05.05.2010
Revolade 25 mg Filmtabl.	14 St.	B02BX05	06.05.2010
	28 St.		
Revolade 50 mg Filmtabl.	14 St.	B02BX05	06.05.2010
	28 St.		
Pamorelin LA 22,5 mg Plv. und Lsgm. zur Herst. einer Depot-Inj.susp.	1 St.	L02AE04	10.05.2010
Xamiol 50 mcg/g + 0,5 mg/g Gel	30 g	D05AX52	11.05.2010
	60 g		
Fentaplast 25 mcg/h transdermales Pflaster	5 St.	N02AB03	12.05.2010
Fentaplast 50 mcg/h transdermales Pflaster	5 St.	N02AB03	12.05.2010
Fentaplast 75 mcg/h transdermales Pflaster	5 St.	N02AB03	12.05.2010
Fentaplast 100 mcg/h transdermales Pflaster	5 St.	N02AB03	12.05.2010
Stelara 45 mg Inj.lsg. in einer Fertigspr.	1 St.	L04AC05	12.05.2010
Stelara 90 mg Inj.lsg. in einer Fertigspr.	1 St.	L04AC05	14.05.2010
Losartan "+pharma" 12,5 mg Filmtabl.	10 St.	C09CA01	19.05.2010
	30 St.		
Losartan "+pharma" 50 mg Filmtabl.	10 St.	C09CA01	19.05.2010
	30 St.		
Losartan "+pharma" 100 mg Filmtabl.	10 St.	C09CA01	19.05.2010
	30 St.		

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

Arzneispezialität	Menge	ATC-Code	mit Wirkung vom
Diamicron MR 60 mg - Tabletten mit veränderter Wirkstofffreisetzung	10 St.	A10BB09	27.04.2010
	30 St.		
Euthyrox 137 mcg Tabl.	100 St.	H03AA01	20.05.2010
Valdoxan 25 mg Filmtabl.	14 St.	N06AX22	01.06.2010
	28 St.		

65. Änderung des Erstattungskodex - EKO

*

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 Buscapina 20 mg/1 ml Amp. (*vormals Buscopan 20 mg/1 ml Amp.*) erfolgte auf Grund des Bescheides des Bundesamtes für Sicherheit im Gesundheitswesen vom 30.07.2009, GZ 921.658-05-08-LCM.

Die Änderung der Bezeichnung der Arzneispezialität Lactulose "Arcana" Sirup (*vormals Lactulose "Arcana" Konz. orale Lsg.*) erfolgte auf Grund des Bescheides des Bundesamtes für Sicherheit im Gesundheitswesen vom 03.05.2010, GZ LCM-936.910-0001.

Die Änderung der Bezeichnung der Arzneispezialität Seretide levis 25/50 mcg/Sprühstoß Druckgasinhalation (*vormals Seretide junior 25/50 mcg/Sprühstoß Dosieraerosol*) erfolgte auf Grund der Mitteilung der AGES vom 10.02.2010, GZ 945063.

Die Änderung der Bezeichnung der Arzneispezialität Seretide Diskus levis 50/100 mcg einzeldosiertes Plv. z. Inh. (*vormals Seretide Diskus junior 50/100 mcg Plv. z. Inh.*) erfolgte auf Grund der Mitteilung der AGES vom 10.02.2010, GZ 943722.

Die Streichung der Arzneispezialität Fluanxol Depot 100 mg Amp. erfolgte wegen der Aufhebung der Zulassung mit Schreiben des Bundesamtes für Sicherheit und Gesundheitswesen vom 22.04.2009, GZ LCM-129.259-0001.

Die Streichung der Arzneispezialität Erystad 500 mg Filmtabl. erfolgte wegen der Aufhebung der Zulassung mit Schreiben des Bundesamtes für Sicherheit und Gesundheitswesen vom 03.05.2009, GZ LCM-941.906-0001.

Die Streichung der Arzneispezialität Natriumvalproat "ratiopharm" retard 300 mg Filmtabl. erfolgte wegen der Aufhebung der Zulassung mit Schreiben des Bundesamtes für Sicherheit und Gesundheitswesen vom 24.03.2010, GZ LCM -948.346-0002.

Die Streichung der Arzneispezialität Natriumvalproat "ratiopharm" retard 500 mg Filmtabl. erfolgte wegen der Aufhebung der Zulassung mit Schreiben des Bundesamtes für Sicherheit und Gesundheitswesen vom 24.03.2010, GZ LCM -948.347-0002.

Die Streichungen der Arzneispezialitäten Cutivate 0,005 % Salbe 15 g, Cutivate 0,05 % Creme 15 g, Tranxilium 5 mg Kaps. 50 St., Agilan Tropf., Azithromycin „Hexal“ 500 mg Filmtabl., Betamed Tabl., Farlutal 100 mg Tabl., Fosinopril/HCT „Interpharm“ 20 mg/12,5 mg Tabl., Insuman Comb 25 – 100 IE/ml Injektionssusp. in einer Dstfl., Na. chlorat.physiolog. „Fresenius“ Inf.fl. 250 ml, Na. chlorat. physiolog. „Fresenius“ Inf.fl. 500 ml, Profenid 2,5 % Gel und Glucose 5 % „Fresenius“ Plastikinf.fl. 500 ml 1 St. erfolgten mit Entscheidung des Hauptverbandes vom 04.05.2010 gemäß § 38 Abs. 3 VO-EKO wegen Nichtlieferfähigkeit.

Die Arzneispezialitäten sind gemäß § 31 Abs 3 Z 12 ASVG nach dem anatomisch-therapeutisch-chemischen Klassifikationssystem der Weltgesundheitsorganisation (ATC-Code) zu ordnen. Die Änderung der ATC-Codes erfolgte auf Grund der aktuellen Substanzklassifikation.

Die Streichung der Arzneispezialität Diamicron MR 60 mg - Tabletten mit veränderter Wirkstofffreisetzung 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 Euthyrox 137 mcg Tabl. 100 St. aus dem Roten Bereich des Erstattungskodex erfolgte wegen Modifikation des Antrages (Zurückziehung der 100 St.-Packung) des vertriebsberechtigten Unternehmens auf Aufnahme in den Grünen oder Gelben Bereich des Erstattungskodex.

Die Streichung der Arzneispezialität Valdoxan 25 mg Filmtabl. in einem Fertigpen aus dem Roten Bereich des Erstattungskodex erfolgte, weil das vertriebsberechtignte Unternehmen von seinem Recht, eine Beschwerde bei der Unabhängigen Heilmittelkommission nach § 351i ASVG gegen die Entscheidung des Hauptverbandes der österreichischen Sozialversicherungsträger vom 26.03.2010, wonach die ebengenannte Arzneispezialität aus dem Roten Bereich des Erstattungskodex zu streichen ist, innerhalb der in Abs 3 leg cit normierten Frist einzubringen, keinen Gebrauch machte.

Die sonstigen Änderungen des Erstattungskodex erfolgten mit Entscheidung des Hauptverbandes der österreichischen Sozialversicherungsträger vom 22.03.2010 und 22.04.2010.

Für den Hauptverband:**Achitz****Klein**