

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

Der Hauptverband wiederverlautbart gemäß § 31 Abs. 8 ASVG:

8. Änderung des Erstattungskodex

Der Erstattungskodex, Amtliche Verlautbarung im Internet Nr. 110/2004, zuletzt geändert durch die Amtliche Verlautbarung im Internet Nr. 71/2005, wird wie folgt geändert:

Zeichenerklärung

- (2), = Die Aufnahme der Arzneispezialität in den Erstattungskodex beschränkt sich auf die in
(3), der Klammer angegebene Menge an Originalpackungen (z. B.: 20 g (2) – Maximalmenge
... 2 Packungen zu je 20 g).
IND = Die Arzneispezialität ist nur für die angegebenen Voraussetzungen in den jeweiligen
Bereich des Erstattungskodex aufgenommen. Das Vorliegen der angegebenen Voraus-
setzungen muss vom verordnenden Arzt durch den Vermerk IND am Rezept bestätigt
werden. Für Verordnungen außerhalb der angegebenen Voraussetzungen ist eine ärztli-
che Bewilligung des chef- und kontrollärztlichen Dienstes einzuholen.

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

	Arzneispezialität	Menge	OP	ATC- Code	mit Wirkung vom
IND	Aranesp 300 mcg Inj.lsg. in Fertigspritze Anämie infolge Chemotherapie maligner Tumoren mit Ausgangs-Hb <= 10 g/dl. Bei Ansprechen Ziel- Hb max. 12 g/dl, bei Nichtansprechen Abbruch nach max. 8 Wochen nach Therapiebeginn. Hb- Kontrolle mind. alle 4 Wochen	1 St.		B03XA02	1.9.2005
	Citalopram „Sandoz“ 40 mg Filmtabl.	14 St. 30 St.	2	N06AB04	1.9.2005
	Metosan 7,5 mg Tabl.	10 St. 30 St.	2	M01AC06	1.9.2005
	Metosan 15 mg Tabl.	10 St. 30 St.	2	M01AC06	1.9.2005
	Mirtazapin „Sandoz“ 15 mg Filmtabl.	30 St.		N06AX11	1.9.2005
	Mirtazapin „Sandoz“ 30 mg Filmtabl.	30 St.		N06AX11	1.9.2005
	Mirtazapin „Sandoz“ 45 mg Filmtabl.	30 St.		N06AX11	1.9.2005
	Novolizer Budesonid 200 mcg Plv. z. Inhalation	1 St. (Inhalator +200 Hb)		R03BA02	1.9.2005
	Novolizer Budesonid 200 mcg Plv. z. Inhalation	1 St. (200 Hb)		R03BA02	1.9.2005
IND	Ondansetron „Hexal“ 4 mg Filmtabl. (vormals:Ondansetron „Dr. Heinz“ 4 mg Filmtabl.) Zusatzbehandlung bei Chemo- oder Radiotherapie	10 St.		A04AA01	1.9.2005
IND	Ondansetron „Hexal“ 8 mg Filmtabl. (vormals:Ondansetron „Dr. Heinz“ 8 mg Filmtabl.) Zusatzbehandlung bei Chemo- oder Radiotherapie	10 St.		A04AA01	1.9.2005

IND	Pravastatin „Alternova“ 20 mg Filmtabl. Sekundärprävention bei klinisch manifester Atherosklerose und/oder Diabetes mellitus mit hohem kardiovaskulärem Risiko	30 St.	2	C10AA03	1.9.2005
IND	Pravastatin „Alternova“ 40 mg Filmtabl. Sekundärprävention bei klinisch manifester Atherosklerose und/oder Diabetes mellitus mit hohem kardiovaskulärem Risiko	30 St.	2	C10AA03	1.9.2005
IND	Pravastatin „Genericon“ 20 mg Filmtabl. Sekundärprävention bei klinisch manifester Atherosklerose und/oder Diabetes mellitus mit hohem kardiovaskulärem Risiko	30 St.	2	C10AA03	1.9.2005
IND	Pravastatin „Genericon“ 40 mg Filmtabl. Sekundärprävention bei klinisch manifester Atherosklerose und/oder Diabetes mellitus mit hohem kardiovaskulärem Risiko	30 St.	2	C10AA03	1.9.2005
IND	Pravastatin „Stada“ 20 mg Filmtabl. Sekundärprävention bei klinisch manifester Atherosklerose und/oder Diabetes mellitus mit hohem kardiovaskulärem Risiko	30 St.	2	C10AA03	1.9.2005
IND	Pravastatin „Stada“ 40 mg Filmtabl. Sekundärprävention bei klinisch manifester Atherosklerose und/oder Diabetes mellitus mit hohem kardiovaskulärem Risiko	30 St.	2	C10AA03	1.9.2005
	Terazosin „ratiopharm“ 1 mg Tabl.	10 St. 28 St.	2	C02CA	1.9.2005
	Terazosin „ratiopharm“ 2 mg Tabl.	10 St. 30 St.	2	C02CA	1.9.2005
	Terazosin „ratiopharm“ 5 mg Tabl.	10 St. 30 St.	2	C02CA	1.9.2005

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

Arzneispezialität	Menge	OP	ATC-Code	mit Wirkung vom
Flux „Hexal“ Tabs 40 mg Tabl.	14 St. 30 St.	2	N06AB03	1.9.2005
Volon A 10 mg Kristallsuspension Amp.	1 St. (1 ml) 5 St. (1 ml)	2	H02AB08	1.9.2005

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

Arzneispezialität	Menge	OP	ATC-Code	mit Wirkung vom
Alprastad 1 mg Tabl.	20 St. 50 St.	2	N05BA12	1.9.2005
IND Lamictal 25 mg lösl. Tabl. Behandlung bei Epilepsien, die durch andere Antiepileptika ungenügend kontrolliert sind und Prävention von depressiven Episoden bei manisch-depressiven Patienten	30 St.	2	N03AX09	1.9.2005
IND Lamictal 50 mg lösl. Tabl. Behandlung bei Epilepsien, die durch andere Antiepileptika ungenügend kontrolliert sind und Prävention von depressiven Episoden bei manisch-	30 St.	2	N03AX09	1.9.2005

	depressiven Patienten				
IND	Lamictal 100 mg lösl. Tabl. Behandlung bei Epilepsien, die durch andere Antiepileptika ungenügend kontrolliert sind und Prävention von depressiven Episoden bei manisch-depressiven Patienten	50 St.	2	N03AX09	1.9.2005
IND	Lamictal 200 mg lösl. Tabl. Behandlung bei Epilepsien, die durch andere Antiepileptika ungenügend kontrolliert sind und Prävention von depressiven Episoden bei manisch-depressiven Patienten	50 St.	2	N03AX09	1.9.2005

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

Arzneispezialität	Menge	OP	ATC-Code	mit Wirkung vom
Thiamazol „Sandoz“ 20 mg Tabl (vormals Favistan Tabl.)	20 St. 50 St.	2	H03BB02	1.9.2005

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

Arzneispezialität	Menge	OP	ATC-Code	mit Wirkung vom
Capace 12,5 mg Tabl.	30 St. 60 St.		C09AA01	1.9.2005

B. Gelber Bereich des Erstattungskodex

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

	Arzneispezialität	Menge	ATC-Code	mit Wirkung vom
L12	Avandamet 2 mg/1000 mg Filmtabl.	56 St.	A10BD03	1.9.2005
	<ul style="list-style-type: none"> - Die Kostenübernahme kommt nur bei Patienten mit Diabetes Typ II in Frage. - Die Therapie darf erst ab einem HbA1c größer 7 begonnen werden. - Die Behandlung mit Avandamet hat nur als Second- Line Therapie nach Metformin- Monotherapie zu erfolgen. - Die Behandlung mit Avandamet darf nur bei Patienten mit einem Body Mass Index größer 26 begonnen werden. - Keine Kostenübernahme bei Vorliegen schwerwiegender Kontraindikation (z. B. Herzinsuffizienz, Leberfunktionsstörungen). - Avandamet darf nicht mit Insulin kombiniert werden. - alle 6 Monate ist eine HbA1c-Bestimmung durchzuführen. - Avandamet eignet sich für ein chef(kontroll)ärztl. Langzeitgenehmigung f. 12 Monate (L12). 			
L12	Avandamet 4 mg/1000 mg Filmtabl.	56 St.	A10BD03	1.9.2005
	<ul style="list-style-type: none"> - Die Kostenübernahme kommt nur bei Patienten mit Diabetes Typ II in Frage. - Die Therapie darf erst ab einem HbA1c größer 7 begonnen werden. - Die Behandlung mit Avandamet hat nur als Second- Line Therapie nach Metformin- Monotherapie zu erfolgen. - Die Behandlung mit Avandamet darf nur bei Patienten mit einem Body Mass Index größer 26 begonnen werden. - Keine Kostenübernahme bei Vorliegen schwerwiegender Kontraindikation (z. B. Herzinsuffizienz, Leberfunktionsstörungen). - Avandamet darf nicht mit Insulin kombiniert werden. - alle 6 Monate ist eine HbA1c-Bestimmung durchzuführen. 			

- Avandamet eignet sich für ein chef(kontroll)ärztl. Langzeitgenehmigung f. 12 Monate (L12).

Niaspan 375 mg Retardtabl. 7 St. C10AD02 1.9.2005

Bei kombinierter gemischter Dyslipidämie in Kombination mit HMG-CoA-Reduktase-Hemmern (Statinen), wenn trotz bestehender Statin-Monotherapie die Werte für HDL-Cholesterin unter einem Schwellenwert von 45mg/dl (bei Männern) bzw. 50 mg/dl (bei Frauen) liegen; bzw. als Monotherapie bei nachgewiesener und dokumentierter Unverträglichkeit von Therapiealternativen aus dem grünen Bereich (Statine C10AA, Fibrate C10AB).

Niaspan 500 mg Retardtabl. 7 St. C10AD02 1.9.2005
56 St.

Bei kombinierter gemischter Dyslipidämie in Kombination mit HMG-CoA-Reduktase-Hemmern (Statinen), wenn trotz bestehender Statin-Monotherapie die Werte für HDL-Cholesterin unter einem Schwellenwert von 45mg/dl (bei Männern) bzw. 50 mg/dl (bei Frauen) liegen; bzw. als Monotherapie bei nachgewiesener und dokumentierter Unverträglichkeit von Therapiealternativen aus dem grünen Bereich (Statine C10AA, Fibrate C10AB).

Niaspan 750 mg Retardtabl. 7 St. C10AD02 1.9.2005
56 St.

Bei kombinierter gemischter Dyslipidämie in Kombination mit HMG-CoA-Reduktase-Hemmern (Statinen), wenn trotz bestehender Statin-Monotherapie die Werte für HDL-Cholesterin unter einem Schwellenwert von 45mg/dl (bei Männern) bzw. 50 mg/dl (bei Frauen) liegen; bzw. als Monotherapie bei nachgewiesener und dokumentierter Unverträglichkeit von Therapiealternativen aus dem grünen Bereich (Statine C10AA, Fibrate C10AB).

Niaspan 1000 mg Retardtabl. 56 St. C10AD02 1.9.2005

Bei kombinierter gemischter Dyslipidämie in Kombination mit HMG-CoA-Reduktase-Hemmern (Statinen), wenn trotz bestehender Statin-Monotherapie die Werte für HDL-Cholesterin unter einem Schwellenwert von 45mg/dl (bei Männern) bzw. 50 mg/dl (bei Frauen) liegen; bzw. als Monotherapie bei nachgewiesener und dokumentierter Unverträglichkeit von Therapiealternativen aus dem grünen Bereich (Statine C10AA, Fibrate C10AB).

Raptiva 100 mg/ml Plv. und Lsgm. zur Herst. einer Inj.lsg 4 St. L04AA21 1.9.2005

Mittelschwere bis schwere Plaque-Psoriasis erwachsener Patienten bei Versagen, Unverträglichkeit oder Kontraindikation von systemischen Therapien einschließlich Cyclosporin, Methotrexat oder PUVA.

Erstverordnung und engmaschige Kontrolle müssen durch einen Facharzt für Dermatologie erfolgen.

Die Behandlungsdauer beträgt 12 Wochen. Die Entscheidung über eine Behandlungsverlängerung nach 12 Wochen muss durch den Facharzt für Dermatologie erfolgen. Die Behandlung mit Raptiva darf nur bei Patienten verlängert werden, die auf die Therapie angesprochen haben.

C. Roter Bereich des Erstattungskodex

C1. Streichungen von Arzneispezialitäten aus dem Roten Bereich des Erstattungskodex:

Arzneispezialität	Menge	ATC-Code	mit Wirkung vom
Neoimmun 25 mg Kaps.	50 St.	L04AA01	1.9.2005
Neoimmun 50 mg Kaps.	50 St.	L04AA01	1.9.2005
Neoimmun 100 mg Kaps.	50 St.	L04AA01	1.9.2005

C2. Aufnahmen von Arzneispezialitäten in den Roten Bereich des Erstattungskodex:

Arzneispezialität	Menge	ATC-Code	mit Wirkung vom
Gammabulin S/D 160 mg/ml Inj.lsg.	1x5 ml 20x5 ml 1x10 ml	J06BA01	1.7.2005

	20x10 ml		
Cetirizin „Alternova“ 10 mg Filmtabl.	10 St. 30 St.	R06AE07	1.8.2005
Salofalk 1g/Sprühstoß Rektalschaum	80 g	A07EC02	1.8.2005
Terbinafin „Stada“ 125 mg Tabl.	14 St.	D01BA02	1.8.2005
Terbinafin „Stada“ 250 mg Tabl.	14 St. 28 St.	D01BA02	1.8.2005
Fosinopril „Interpharm“ 10 mg Tabl.	30 St.	C09AA09	5.8.2005
Fosinopril „Interpharm“ 20 mg Tabl.	30 St.	C09AA09	5.8.2005
Meloxicam „Hexal“ 7,5 mg Tabl.	10 St. 30 St. 50 St.	M01AC06	8.8.2005
Meloxicam „Hexal“ 15 mg Tabl.	10 St. 30 St.	M01AC06	8.8.2005
Terbinafin „ratiopharm“ 250 mg Tabl.	14 St. 28 St.	D01BA02	8.8.2005
Sertralin „Dr. Heinz“ 50 mg Filmtabl.	10 St. 30 St.	N06AB06	11.8.2005
Sertralin „Dr. Heinz“ 100 mg Filmtabl.	10 St. 30 St.	N06AB06	11.8.2005
Sertrex 50 mg Filmtabl.	10 St. 30 St.	N06AB06	11.8.2005
Sertrex 100 mg Filmtabl.	10 St. 30 St.	N06AB06	11.8.2005
Amycal 125 mg Tabl.	14 St.	D01BA02	1.9.2005
Amycal 250 mg Tabl.	14 St. 28 St.	D01BA02	1.9.2005
Lamotrigin „Genericon“ 5 mg lösl. Tabl.	30 St.	N03AX09	1.9.2005
Lamotrigin „Genericon“ 25 mg lösl. Tabl.	30 St.	N03AX09	1.9.2005
Lamotrigin „Genericon“ 50 mg lösl. Tabl.	30 St.	N03AX09	1.9.2005
Lamotrigin „Genericon“ 100 mg lösl. Tabl.	60 St.	N03AX09	1.9.2005
Lamotrigin „Genericon“ 200 mg lösl. Tabl.	60 St.	N03AX09	1.9.2005
Myconormin 250 mg Tabl.	14 St. 28 St. 42 St.	D01BA02	1.9.2005
Neoimmun 25 mg Kaps.	60 St.	L04AA01	1.9.2005
Neoimmun 50 mg Kaps.	60 St.	L04AA01	1.9.2005
Neoimmun 100 mg Kaps.	60 St.	L04AA01	1.9.2005
Terbinafin „Arcana“ 250 mg Tabl.	14 St. 28 St.	D01BA02	1.9.2005
Thrombo ASS 75 mg Filmtabl.	30 St. 100 St.	B01AC06	1.9.2005
Zaldiar 37,5 mg/325 mg Filmtabl.	30 St. 60 St.	N02AX52	1.9.2005
Zonegran 25 mg Hartkaps.	28 St.	N03AX15	1.9.2005
Zonegran 50 mg Hartkaps.	28 St.	N03AX15	1.9.2005
Zonegran 100 mg Hartkaps.	28 St. 98 St.	N03AX15	1.9.2005

*

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. Gemäß dem Erlass des Bundesministeriums für soziale Sicherheit, Generationen und Konsumentenschutz vom 9. Februar 2005, GZ: BMSG-21410/0001-II/A/3/2005, sind die Aufnahmen von Arzneispezialitäten in den Roten Bereich des Erstattungskodex nicht zu beurkunden.

Die Streichungen der Arzneispezialitäten Neoimmun 25 mg Kaps. 50 St., Neoimmun 50 mg Kaps. 50 St. und Neoimmun 100 mg Kaps. 50 St. aus dem Roten Bereich des Erstattungskodex erfolgten wegen Zurückziehung des Antrages eines vertriebsberechtigten Unternehmens auf Aufnahme in den Grünen oder Gelben Bereich des Erstattungskodex. Gemäß dem Erlass des Bundesministeriums für soziale Sicherheit, Generationen und Konsumentenschutz vom 2. Mai 2005, GZ: BMSG-21410/0012-II/A/3/2005, ist in diesen Fällen eine Beurkundung nicht notwendig.

Die Änderung der Bezeichnung der Arzneispezialität Thiamazol „Sandoz“ 20 mg Tabl. erfolgte aufgrund des Bescheides des Bundesministeriums für Gesundheit und Frauen vom 16. November 2004, GZ 920.718/01 – III/A/5/04. Gemäß dem Erlass des Bundesministeriums für soziale Sicherheit, Generationen und Konsumentenschutz vom 29. Juni 2005, GZ: BMSG-21410/0019-II/A/3/2005, ist in diesen Fällen eine Beurkundung nicht notwendig.

Diese Änderung des Erstattungskodex erfolgte mit Entscheidung des Hauptverbandes der österreichischen Sozialversicherungsträger vom 15. Juli 2005. Die Bundesministerin für soziale Sicherheit, Generationen und Konsumentenschutz hat das gesetzmäßige Zustandekommen mit Erlass vom 9. August 2005, GZ: BMSG-21410/0022-II/A/3/2005, beurkundet.

Für den Hauptverband:

Haberzettl

Hartinger