

**Amtliche Verlautbarung der österreichischen Sozialversicherung im Internet: [www.avsv.at](http://www.avsv.at)**

## **Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger**

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

### **9. Änderung des Erstattungskodex**

Der Erstattungskodex, Amtliche Verlautbarung im Internet Nr. 110/2004, zuletzt geändert durch die Amtliche Verlautbarung im Internet Nr. 82/2005, wird wie folgt geändert:

#### Zeichenerklärung

- (2), = Die Aufnahme der Arzneispezialität in den Erstattungskodex beschränkt sich auf die in der  
(3), Klammer angegebene Menge an Originalpackungen (z. B.: 20 g (2) – Maximalmenge 2 Pa-  
... ckungen zu je 20 g).  
IND = Die Arzneispezialität ist nur für die angegebenen Voraussetzungen in den jeweiligen Bereich  
des Erstattungskodex aufgenommen. Das Vorliegen der angegebenen Voraussetzungen  
muss vom verordnenden Arzt durch den Vermerk IND am Rezept bestätigt werden. Für Ver-  
ordnungen außerhalb der angegebenen Voraussetzungen ist eine ärztliche 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	<b>Norprolac Starterpackung 0,025 mg + 0,050 mg Tabl.</b> Hyperprolaktinämie	6 St.		G02CB04	1.10.2005
IND	<b>Norprolac 0,075 mg Tabl.</b> Hyperprolaktinämie	30 St.		G02CB04	1.10.2005
IND	<b>Norprolac 0,150 mg Tabl.</b> Hyperprolaktinämie	30 St.		G02CB04	1.10.2005
F D	<b>Fluconazol "Sandoz" 150 mg Kaps.</b>	2 St.		J02AC01	1.10.2005
D	<b>Fluconazol "Sandoz" 150 mg Kaps.</b>	4 St.		J02AC01	1.10.2005
IND	<b>Gabatal 600 mg Filmtabl.</b> Behandlung bei Epilepsien, die durch andere An- tiepileptika ungenügend kontrolliert sind	100 St.		N03AX12	1.10.2005
IND	<b>Gabatal 800 mg Filmtabl.</b> Behandlung bei Epilepsien, die durch andere An- tiepileptika ungenügend kontrolliert sind	100 St.		N03AX12	1.10.2005
	<b>Metohexal retard 142,5 mg Filmtabl.</b>	30 St.	2	C07AB02	1.10.2005
	<b>Metohexal retard 190 mg Filmtabl.</b>	30 St.	2	C07AB02	1.10.2005

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

	Arzneispezialität	Menge	OP	ATC-Code	mit Wirkung vom
IND	<b>Leucovorin 15 mg Tabl.</b> Folsäuremangel verursacht durch Methotrexat, Kombinationstherapie mit 5-Fluorouracil	10 St.		V03AF03	1.10.2005

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

	Arzneispezialität	Menge	OP	ATC-Code	mit Wirkung vom
	<b>Amlodipin „Interpharm“ 5 mg Tabl.</b>	30 St.	2	C08CA01	1.10.2005
	<b>Amlodipin „Interpharm“ 10 mg Tabl.</b>	30 St.	2	C08CA01	1.10.2005
	<b>Citalostad 10 mg Filmtabl.</b>	10 St. 30 St.	2	N06AB04	1.10.2005
	<b>Citalostad 20 mg Filmtabl.</b>	10 St. 30 St.	2	N06AB04	1.10.2005
	<b>Citalostad 40 mg Filmtabl.</b>	10 St. 30 St.	2	N06AB04	1.10.2005

## B. Gelber Bereich des Erstattungskodex

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

	Arzneispezialität	Menge	ATC-Code	mit Wirkung vom
	<b>Kivexa Filmtabl.</b> In Kombination mit anderen antiretroviralen Arzneimitteln bei HIV-1-infizierten primär asymptomatischen, nicht vorbehandelten Erwachsenen und Jugendlichen ab 12 Jahren. Die Therapieeinleitung und regelmäßige -kontrollen sind von einem Arzt, der Erfahrung in der Behandlung der HIV-Infektion besitzt, durchzuführen.	30 St.	J05AF30	1.10.2005
	<b>Norditropin Nordiflex 5 mg/1,5 ml</b> Kinder: Bei Minderwuchs durch unzureichende Wachstumshormonsekretion, Minderwuchs bei Turnersyndrom oder bei chronischer Niereninsuffizienz und bei Prader-Willi-Syndrom. Erwachsene: Bei schwerwiegendem Wachstumshormondefizit (definiert als Wachstumshormon-Peak im Insulintoleranztest von weniger als 3 ng/ml): - Fortsetzung der im Kindesalter begonnenen Behandlung nach Auslassversuch von zwei bis drei Monaten; nur bis zu einem Höchstausmaß der Erwachsenenknochenmasse im Alter von 25 bis 35 Jahren. - In Folge einer Erkrankung der hypothalamo-hypophysären Achse und wenn eine Ersatztherapie mit anderen Hypophysenhormonen, für die ein Mangel besteht, stattgefunden hat und weiterhin stattfindet. Diagnosestellung und regelmäßige Kontrollen in entsprechender Fachabteilung bzw. -ambulanz.	1 St.	H01AC01	1.10.2005

**Norditropin NordifFlex 10 mg/1,5 ml** 1 St. H01AC01 1.10.2005

Kinder:

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

Erwachsene:

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

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

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

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

**Norditropin NordifFlex 15 mg/1,5 ml** 1 St. H01AC01 1.10.2005

Kinder:

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

Erwachsene:

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

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

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

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

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

Arzneispezialität	Menge	ATC-Code	mit Wirkung vom
<b>Dynexan Salbe</b>	11 g	A01AD11	1.10.2005
Bei Verordnung durch einen Facharzt für ZMK und /oder HNO im ausführlich begründeten Einzel-fall. Nicht zur Vorbeugung von Prothesendruckstellen!			
<b>Mundisal Gel</b>	8 g	A01AD11	1.10.2005
Bei behandlungsbedürftigen Entzündungen sowie Verletzungen und Geschwüren im Mund-, Na-sen- und Rachenraum			
<b>Pentasa Klysma</b>	7 St.	A07EC02	1.10.2005
In der Indikation Colitis ulcerosa mit vorwiegendem Befall von Rektum und Sigma			
<b>Pentasa 1 g Zäpf.</b>	28 St.	A07EC02	1.10.2005
In der Indikation Colitis ulcerosa mit vorwiegendem Befall des Rektums			
<b>Salofalk 4 g Klysmen</b>	420 g	A07EC02	1.10.2005
In der Indikation Colitis ulcerosa mit vorwiegendem Befall von Rektum und Sigma			
<b>Lantus 100 IE/ml Inj.lsg in einer Patrone</b>	5 St	A10AE04	1.10.2005
Für PatientInnen mit Diabetes mellitus, wenn mit Insulinen aus dem grünen Bereich (A10AC, A10AD, A10AE) allein bzw. in Kombination mit anderen Antidiabetika aufgrund von symptomati-schen, wiederkehrenden nächtlichen Hypoglykämien eine ausreichende Therapieeinstellung nicht möglich ist.			

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

Arzneispezialität	Menge	ATC-Code	mit Wirkung vom
Angeliq Filmtabl.	28 St.	G03FA	1.10.2005
Meloxicam "Arcana" 7,5 mg Tabl.	10 St. 30 St.	M01AC06	1.10.2005
Meloxicam "Arcana" 15 mg Tabl.	10 St. 30 St.	M01AC06	1.10.2005

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

Arzneispezialität	Menge	ATC-Code	mit Wirkung vom
Helixor A ex 1 mg Amp.	8 St.	L01C	25.8.2005
Helixor A ex 5 mg Amp.	8 St.	L01C	25.8.2005
Helixor A ex 10 mg Amp.	8 St.	L01C	25.8.2005
Helixor A ex 20 mg Amp.	8 St.	L01C	25.8.2005
Helixor A ex 30 mg Amp.	8 St.	L01C	25.8.2005
Helixor A ex 50 mg Amp.	8 St.	L01C	25.8.2005
Helixor A ex 100 mg Amp.	8 St.	L01C	25.8.2005
Helixor A Serie 1 Amp.	7 St.	L01C	25.8.2005
Helixor A Serie 2 Amp.	7 St.	L01C	25.8.2005
Helixor A Serie 3 Amp.	7 St.	L01C	25.8.2005
Helixor A Serie 4 Amp.	7 St.	L01C	25.8.2005
Helixor M ex 1 mg Amp.	8 St.	L01C	25.8.2005
Helixor M ex 5 mg Amp.	8 St.	L01C	25.8.2005
Helixor M ex 10 mg Amp.	8 St.	L01C	25.8.2005
Helixor M ex 20 mg Amp.	8 St.	L01C	25.8.2005
Helixor M ex 30 mg Amp.	8 St.	L01C	25.8.2005
Helixor M ex 50 mg Amp.	8 St.	L01C	25.8.2005
Helixor M ex 100 mg Amp.	8 St.	L01C	25.8.2005
Helixor M Serie 1 Amp.	7 St.	L01C	25.8.2005
Helixor M Serie 2 Amp.	7 St.	L01C	25.8.2005
Helixor M Serie 3 Amp.	7 St.	L01C	25.8.2005
Helixor M Serie 4 Amp.	7 St.	L01C	25.8.2005
Helixor P ex 1 mg Amp.	8 St.	L01C	25.8.2005
Helixor P ex 5 mg Amp.	8 St.	L01C	25.8.2005
Helixor P ex 10 mg Amp.	8 St.	L01C	25.8.2005
Helixor P ex 20 mg Amp.	8 St.	L01C	25.8.2005
Helixor P ex 30 mg Amp.	8 St.	L01C	25.8.2005
Helixor P ex 50 mg Amp.	8 St.	L01C	25.8.2005

<b>Helixor P ex 100 mg Amp.</b>	8 St.	L01C	25.8.2005
<b>Helixor P Serie 1 Amp.</b>	7 St.	L01C	25.8.2005
<b>Helixor P Serie 2 Amp.</b>	7 St.	L01C	25.8.2005
<b>Helixor P Serie 3 Amp.</b>	7 St.	L01C	25.8.2005
<b>Helixor P Serie 4 Amp.</b>	7 St.	L01C	25.8.2005
<b>Aclasta 5 mg Infusionslsg.</b>	1 St.	M05BA08	30.8.2005
<b>Tasmar 100 mg Filmtabl.</b>	100 St.	N04BX01	30.8.2005
<b>Visudyne 15 mg Pulver z. Herst. einer Infusionslsg.</b>	1 St.	L01XD02	30.8.2005
<b>Vobaderm Creme</b>	15 g 30 g	D01AC	30.8.2005
<b>Lamotrigin "Interpharm" 5 mg lösl. Tabl.</b>	30 St.	N03AX09	31.8.2005
<b>Lamotrigin "Interpharm" 25 mg lösl. Tabl.</b>	30 St.	N03AX09	31.8.2005
<b>Lamotrigin "Interpharm" 50 mg lösl. Tabl.</b>	30 St.	N03AX09	31.8.2005
<b>Lamotrigin "Interpharm" 100 mg lösl. Tabl.</b>	30 St. 60 St.	N03AX09	31.8.2005
<b>Lamotrigin "Interpharm" 200 mg lösl. Tabl.</b>	30 St. 60 St.	N03AX09	31.8.2005
<b>Solaraze 3 % Gel</b>	25 g	D11AX	31.8.2005
<b>Anapen Junior 150 mcg in 0,3 ml Inj.lsg. (Fertigspritze)</b>	1 St.	C01CA24	1.9.2005
<b>Anapen 300 mcg in 0,3 ml Inj.lsg. (Fertigspritze)</b>	1 St.	C01CA24	1.9.2005
<b>Bisoprolol comp "ratiopharm" Filmtabl.</b>	20 St. 50 St.	C07BB07	1.9.2005
<b>Bisoprolol "ratiopharm" 5 mg Tabl.</b>	20 St. 50 St.	C07AB07	1.9.2005
<b>Bisoprolol "ratiopharm" 10 mg Tabl.</b>	20 St. 50 St.	C07BA07	1.9.2005
<b>Desugar 1000 mg Filmtabl.</b>	15 St. 60 St.	A10BA02	1.9.2005
<b>Sumatriptan "Sandoz" 50 mg Filmtabl.</b>	2 St. 6 St.	N02CC01	1.9.2005
<b>Sumatriptan "Sandoz" 100 mg Filmtabl.</b>	2 St. 6 St.	N02CC01	1.9.2005
<b>Vesicare 5 mg Filmtabl.</b>	30 St.	G04BD08	1.9.2005
<b>Vesicare 10 mg Filmtabl.</b>	30 St.	G04BD08	1.9.2005
<b>Fosavance Tabl.</b>	4 St.	M05BA	1.10.2005
<b>Fosinopril "Interpharm" 10 mg Tabl.</b>	10 St.	C09AA09	1.10.2005
<b>Fosinopril "Interpharm" 20 mg Tabl.</b>	10 St.	C09AA09	1.10.2005
<b>Tasmar 100 mg Filmtabl.</b>	60 St.	N04BX01	1.10.2005

\*

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 Erstat-

tungskodex nicht zu beurkunden.

Die Streichung der Arzneispezialitäten Meloxicam „Arcana“ 7,5 mg Tabl. 10/30 St. und Meloxicam „Arcana“ 15 mg Tabl. 10/30 St. sowie Angeliq Filmtabl. 28 St. aus dem Roten Bereich des Erstattungskodex erfolgte, weil die jeweiligen vertriebsberechtigten Unternehmen von ihrem Recht, eine Beschwerde bei der Unabhängigen Heilmittelkommission nach § 351i ASVG gegen die Entscheidung des Hauptverbandes der österreichischen Sozialversicherungsträger vom 16. Juni 2005, wonach die ebengenannten Arzneispezialitäten aus dem Roten Bereich des Erstattungskodex zu streichen sind, innerhalb der in Abs 3 leg cit normierten Frist einzubringen, keinen Gebrauch machten.

Die sonstigen Änderungen des Erstattungskodex erfolgten mit Entscheidung des Hauptverbandes der österreichischen Sozialversicherungsträger vom 25. August 2005. Die Bundesministerin für soziale Sicherheit, Generationen und Konsumentenschutz hat das gesetzmäßige Zustandekommen mit Erlass vom 15.9.2005, GZ: BMSG-21410/0023-II/A/3/2005, beurkundet.

Für den Hauptverband:

**Laminger**

**Hartinger**