

**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:

**6. Änderung des Erstattungskodex**

Der Erstattungskodex, Amtliche Verlautbarung im Internet Nr. 110/2004, zuletzt geändert durch die Amtliche Verlautbarung im Internet Nr. 52/2005, wird wie folgt geändert:

**Die Zeichenerklärung wird per 1.7.2005 geändert und lautet nunmehr wie folgt:**

- F2J = Die Arzneispezialität 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 Arzneispezialität wie eine Arzneispezialität 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.
- F6J = Die Arzneispezialität ist nur für die Behandlung von Kindern bis zum vollendeten 6. Lebensjahr in den Grünen Bereich des Erstattungskodex aufgenommen. Für Verordnungen außerhalb der angegebenen Altersbeschränkung ist die Arzneispezialität wie eine Arzneispezialität des Gelben Bereichs des Erstattungskodex zu behandeln, wobei, wenn die Notwendigkeit für die Verordnung einer kindergerechten 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.
- F14 = Die Arzneispezialität ist nur für die Behandlung von Kindern und Jugendlichen bis zum vollendeten 14. Lebensjahr in den Grünen Bereich des Erstattungskodex aufgenommen. Für Verordnungen außerhalb der angegebenen Altersbeschränkung ist die Arzneispezialität wie eine Arzneispezialität des Gelben Bereichs des Erstattungskodex zu behandeln, wobei, wenn die Notwendigkeit für die Verordnung einer kindergerechten Zubereitung (z.B.: Saft) 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.
- (2),  
(3),  
... = Die Aufnahme der Arzneispezialität in den Erstattungskodex beschränkt sich auf die in 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 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.
- SG = Arzneispezialitäten, welche ohne Einschränkung den strengen Abgabebestimmungen für Suchtgifte unterliegen.

Au	=	Facharzt für Augenheilkunde	)	
D	=	Haut- und Geschlechtskrankheiten	)	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.
F	=	Frauenheilkunde und Geburtshilfe	)	
K	=	Kinderheilkunde	)	
N	=	Neurologie oder Neurologie und Psychiatrie oder Psychiatrie und Neurologie	)	
P	=	Psychiatrie oder Psychiatrie und Neurologie oder Neurologie und Psychiatrie	)	
R	=	Radiologie	)	
U	=	Urologie	)	
T2	=	Teilbar, Bruchrille	)	
T4	=	Kreuzbruchrille bzw. 4fach teilbar	)	
SJ	=	Steckkapsel	)	
RE1	=	Arzneispezialitäten, welche bei Vorliegen der angegebenen bestimmten Verwendungen erst nach Vorliegen der ärztlichen Bewilligung des chef- und kontrollärztlichen Dienstes abgegeben werden können.		
RE2	=	Arzneispezialitäten, für welche bei Vorliegen der angegebenen bestimmten Verwendungen die sonst notwendige ärztliche Bewilligung des chef- und kontrollärztlichen Dienstes durch eine nachfolgende Kontrolle der Einhaltung der bestimmten Verwendungen ersetzt werden kann.		
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)		

## A. Grüner Bereich des Erstattungskodex

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

	Arzneispezialität	Menge	OP	ATC-Code	mit Wirkung vom
	<b>Aqua ad injectabilia "Medipharm" Dstfl. 100 ml</b>	10 St.		V07AB	1.7.2005
	<b>Aqua bidestillata „Mayrhofer“ Inf.lsg. (Dstfl.) 100 ml</b>	10 St.		V07AB	1.7.2005
IND	<b>Aranesp 500 mcg Inj.lsg in Fspr.</b> 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	1.7.2005
	<b>Betaisodona Lsg. standardisiert</b>	500 ml		D08AG02	1.7.2005
	<b>Carvedilol „ratiopharm“ 3,125 mg Tabl.</b>	10 St. 30 St.	2	C07AG02	1.7.2005
	<b>Carvedilol „ratiopharm“ 6,25 mg Tabl.</b>	10 St. 30 St.	2	C07AG02	1.7.2005
	<b>Carvedilol „ratiopharm“ 12,5 mg Tabl.</b>	10 St. 30 St.	2	C07AG02	1.7.2005

	<b>Carvedilol „ratiopharm“ 25 mg Tabl.</b>	10 St. 2 30 St.		C07AG02	1.7.2005
	<b>Clysmol salinischer Einlauf</b>	10 St. (125 ml)		A06AG01	1.7.2005
F14	<b>Cefixim „Sandoz“ 100 mg/5 ml Gran. für orale Susp.</b>	60 ml 2		J01DD08	1.7.2005
IND	<b>Co-Diovan fortissimum 160 mg/25 mg Filmtabl.</b> wenn ACE-Hemmer nicht vertragen werden	28 St. 2		C09DA03	1.7.2005
	<b>Estramustinphosphat „Hexal“ 140 mg Kaps.</b>	40 St. 2 100 St.		L01XX11	1.7.2005
IND	<b>Gabapentin „ratiopharm“ 600 mg Filmtabl.</b> Behandlung bei Epilepsien, die durch andere Antiepileptika ungenügend kontrolliert sind	100 St.		N03AX12	1.7.2005
	<b>Isozid-H farblos alkohol. Lsg. z. Hautdesinfektion</b>	500 ml		D08AX53	1.7.2005
IND	<b>Gabapentin „ratiopharm“ 800 mg Filmtabl.</b> Behandlung bei Epilepsien, die durch andere Antiepileptika ungenügend kontrolliert sind	100 St.		N03AX12	1.7.2005
	<b>Lisinopril „Arcana“ comp. 20 mg/12,5 mg Tabl.</b>	14 St. 28 St. 2		C09BA03	1.7.2005
	<b>Mirtabene „ratiopharm“ 45 mg Filmtabl.</b>	30 St.		N06AX11	1.7.2005
	<b>Ringer-Lösung „Mayerhofer“ Inf.lsg. 250 ml</b>	1 St. 2		B05BB01	1.7.2005
	<b>Ringer-Lösung „Mayerhofer“ Inf.lsg. 500 ml</b>	1 St. 2		B05BB01	1.7.2005
	<b>Ringer-Lactat nach Hartmann „Mayrhofer“ Inf.fl. 250 ml</b>	1 St. 2		B05BB01	1.7.2005
	<b>Ringer-Lactat nach Hartmann „Mayrhofer“ Inf.fl. 500 ml</b>	1 St. 2		B05BB01	1.7.2005

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

	Arzneispezialität	Menge	OP	ATC-Code	mit Wirkung vom
	<b>Citalopram „Sandoz“ 20 mg Filmtabl.</b>	14 St. 2 30 St.		N06AB04	1.7.2005
	<b>Fluoxetin „1A Pharma“ 20 mg Kaps.</b>	14 St. 2 30 St.		N06AB03	1.7.2005
	<b>Flux „Hexal“ Tabs 20 mg Tabl.</b>	14 St. 2 30 St.		N06AB03	1.7.2005
	<b>Solu-Volon A 40 mg Amp.</b>	1 St. 2 3 St.		H02AB08	1.7.2005
	<b>Solu-Volon A 80 mg Amp.</b>	1 St. 2 3 St.		H02AB08	1.7.2005

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

	Arzneispezialität	Menge	OP	ATC-Code	mit Wirkung vom
IND	<b>Calciumfolinat „Ebewe“ 15 mg Kaps.</b> Folsäuremangel verursacht durch Methotrexat, Kombinationstherapie mit 5-Fluorouracil	20 St.		V03AF03	1.7.2005
	<b>Glucose 5 % „Fresenius“ Inf.fl. 500 ml</b>	1 St. 2		B05BA03	1.7.2005

	<b>Glucose 5 % „Mayrhofer“ Inf.fl. 500 ml</b>	1 St. 2	B05BA03	1.7.2005
	<b>Na. chlorat. physiolog. „Fresenius“ Inf.fl. 250 ml</b>	1 St. 2	B05BB01	1.7.2005
	<b>Na. chlorat. physiolog. „Fresenius“ Inf.fl. 500 ml</b>	1 St. 2	B05BB01	1.7.2005
	<b>Na. chlorid. physiolog. „Mayrhofer“ Inf.fl. 0,9 % 250 ml</b>	1 St. 2	B05BB01	1.7.2005
	<b>Na. chlorid. physiolog. „Mayrhofer“ Inf.fl. 0,9 % 500 ml</b>	1 St. 2	B05BB01	1.7.2005
F6J	<b>Pulmicort 0,5 mg/ml Susp.</b>	20 St.	R03BA02	1.7.2005
IND	<b>Zovirax 400 mg/5 ml Saft</b> Herpes zoster bei Kindern und bei Patienten mit Immunsuppression oder Immundefizienz mit Schluckstörungen, Varicellen bei Säuglingen, bei Kindern mit atopischen Erkrankungen der Haut sowie bei chronisch kranken Kindern, nach Erstverordnung durch den Facharzt für Kinderheilkunde	100 ml	J05AB01	1.7.2005

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

	Arzneispezialität	Menge	OP	ATC-Code	mit Wirkung vom
IND	<b>Co-Diovan 80 mg/12,5 mg Filmtabl. (vormals Co-Diovan Filmtabl.)</b> wenn ACE-Hemmer nicht vertragen werden	28 St.	2	C09DA03	1.7.2005

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

	Arzneispezialität	Menge	OP	ATC-Code	mit Wirkung vom
	<b>Beofenac 100 mg Filmtabl.</b>	20 St.	2	M01AB16	1.7.2005
	<b>Melleril 25 mg Filmtabl.</b>	50 St.	2	N05AC02	1.7.2005
	<b>Melleril 50 mg Filmtabl.</b>	50 St.	2	N05AC02	1.7.2005
	<b>Melleril 100 mg Filmtabl.</b>	30 St.	2	N05AC02	1.7.2005
	<b>Melleril retard 200 mg Tabl.</b>	10 St.	2	N05AC02	1.7.2005
	<b>Paluxetil 20 mg Filmtabl.</b>	14 St. 28 St.		N06AB05	1.7.2005

#### A6. Übernahmen von Arzneispezialitäten des Gelben Bereiches des Erstattungskodex in den Grünen Bereich des Erstattungskodex:

	Arzneispezialität	Menge	OP	ATC-Code	mit Wirkung vom
	<b>Glucose „Mayrhofer“ 5 % Inf.lsg. 250 ml</b>	1 St.	2	B05BA03	1.7.2005

#### B. Gelber Bereich des Erstattungskodex

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

	Arzneispezialität	Menge	ATC-Code	mit Wirkung vom
	<b>Agaffin Abführgel</b>	500 ml	A06AB08	1.7.2005
	Eine Kostenübernahme ist möglich, wenn Therapiealternativen (Packungsgrößen) des Grünen Bereiches zur Abdeckung des individuellen Monatsbedarfes nicht ausreichen			

<b>Ciscutan 20 mg Kaps.</b>	100 St.	D10BA01	1.7.2005
Eine Kostenübernahme ist nur möglich, wenn mit Therapiealternativen (Packungsgrößen, Wirkstoffstärken) aus dem Grünen Bereich nachweislich nicht das Auslangen gefunden werden kann.			
<b>Enbrel 25 mg Plv. u. Lsgm. zur Herst. einer Inj.lsg.</b>	4 St.	L04AA11	1.7.2005
Eine Kostenübernahme ist möglich in den Indikationen			
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 polyartikuläre juvenile chronische Arthritis bei Kindern ab 4 Jahren bei Versagen oder Unverträglichkeit von Methotrexat. Erstverordnung und engmaschige Kontrolle durch einen Facharzt mit Additivfach Rheumatologie oder durch Zentren, die berechtigt sind, solche auszubilden.			
3. 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.			
4. Mittelschwere bis schwere Plaque-Psoriasis erwachsener Patienten bei Versagen, Unverträglichkeit oder Kontraindikation von systemischen Therapien wie Cyclosporin, Methotrexat oder PUVA. Erstverordnung und engmaschige Kontrolle durch einen Facharzt für Dermatologie.			
5. 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.			
<b>Glucose „Mayrhofer“ 5 % Inf.lsg. 250 ml</b>	10 St.	B05BA03	1.7.2005
Bei Exsikkose, wenn eine orale Flüssigkeitszufuhr nicht ausreichend möglich ist			
<b>Glucose „Mayrhofer“ 5 % Inf.lsg. 500 ml</b>	10 St.	B05BA03	1.7.2005
Bei Exsikkose, wenn eine orale Flüssigkeitszufuhr nicht ausreichend möglich ist			
<b>Na. chlorid. physiolog. „Mayrhofer“ Inf.fl. 0,9 % 250 ml</b>	10 St.	B05BB01	1.7.2005
Bei Exsikkose, wenn eine orale Flüssigkeitszufuhr nicht ausreichend möglich ist			
<b>Na. chlorid. physiolog. „Mayrhofer“ Inf.fl. 0,9 % 500 ml</b>	10 St.	B05BB01	1.7.2005
Bei Exsikkose, wenn eine orale Flüssigkeitszufuhr nicht ausreichend möglich ist			
<b>Na. chlorid. physiolog. „Mayrhofer“ Inf.fl. 0,9 % 1000 ml</b>	6 St.	B05BB01	1.7.2005
Bei Exsikkose, wenn eine orale Flüssigkeitszufuhr nicht ausreichend möglich ist			
<b>Octenisept Lsg. zur Wund- und Schleimhaut-desinfektion</b>	450 ml	D08AX	1.7.2005
Eine Kostenübernahme ist nur möglich zur Selbstkatheterisierung (z.B. bei Patienten mit Querschittlähmung)			
<b>Refobacin 120 mg Amp.</b>	5 St.	J01GB03	1.7.2005
Eine Kostenübernahme ist nur dann möglich, wenn mit Therapiealternativen (Wirkstoffstärken) aus dem Grünen Bereich nachweislich nicht das Auslangen gefunden werden kann			
<b>Ringerlösung „Fresenius“ Inf.fl. 250 ml</b>	10 St.	B05BB01	1.7.2005
Bei Exsikkose, wenn eine orale Flüssigkeitszufuhr nicht ausreichend möglich ist			
<b>Ringerlösung „Fresenius“ Inf.fl. 500 ml</b>	10 St.	B05BB01	1.7.2005
Bei Exsikkose, wenn eine orale Flüssigkeitszufuhr nicht ausreichend möglich ist			

<b>Ringerlösung "Fresenius" Inf.fl. 1000 ml</b>	6 St.	B05BB01	1.7.2005
Bei Exsikkose, wenn eine orale Flüssigkeitszufuhr nicht ausreichend möglich ist			
<b>Physiolog.Kochsalzlg. „Fresenius“ Inf.fl. 1000 ml</b>	6 St.	B05BB01	1.7.2005
Bei Exsikkose, wenn eine orale Flüssigkeitszufuhr nicht ausreichend möglich ist			
<b>Ringer-Lösung „Mayrhofer“ Inf.lsg. 250 ml</b>	10 St.	B05BB01	1.7.2005
Bei Exsikkose, wenn eine orale Flüssigkeitszufuhr nicht ausreichend möglich ist			
<b>Ringer-Lösung „Mayrhofer“ Inf.lsg. 500 ml</b>	10 St.	B05BB01	1.7.2005
Bei Exsikkose, wenn eine orale Flüssigkeitszufuhr nicht ausreichend möglich ist			
<b>Ringer-Lösung „Mayrhofer“ Inf.lsg. 1000 ml</b>	6 St.	B05BB01	1.7.2005
Bei Exsikkose, wenn eine orale Flüssigkeitszufuhr nicht ausreichend möglich ist			
<b>Ringer-Lactat-Lösung "Fresenius" Inf.fl. 500 ml</b>	10 St.	B05BB01	1.7.2005
Bei Exsikkose, wenn eine orale Flüssigkeitszufuhr nicht ausreichend möglich ist			
<b>Ringer-Lactat-Lösung "Fresenius" Inf.fl. 1000 ml</b>	6 St.	B05BB01	1.7.2005
Bei Exsikkose, wenn eine orale Flüssigkeitszufuhr nicht ausreichend möglich ist			
<b>Ringer-Lactat nach Hartmann „Mayrhofer“ Inf.fl. 250 ml</b>	10 St.	B05BB01	1.7.2005
Bei Exsikkose, wenn eine orale Flüssigkeitszufuhr nicht ausreichend möglich ist			
<b>Ringer-Lactat nach Hartmann „Mayrhofer“ Inf.fl. 500 ml</b>	10 St.	B05BB01	1.7.2005
Bei Exsikkose, wenn eine orale Flüssigkeitszufuhr nicht ausreichend möglich ist			
<b>Ringer-Lactat nach Hartmann „Mayrhofer“ Inf.fl. 1000 ml</b>	6 St.	B05BB01	1.7.2005
Bei Exsikkose, wenn eine orale Flüssigkeitszufuhr nicht ausreichend möglich ist			

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

Arzneispezialität	Menge	OP	ATC-Code	Mit Wirkung vom
<b>Ebetrexat 10 mg/ml parenterale Lsg.</b>	1 St. (1 ml)		L01BA01	1.7.2005
	5 St. (1 ml)			
	1 St. (2 ml)			
	5 St. (2 ml)			

Eine Kostenübernahme ist möglich, wenn mit peroralem Methotrexat nachweislich nicht das Auslangen gefunden werden kann

**Plavix 75 mg Filmtabl.** 28 St. 2 B01AC04 1.7.2005

Zur Reduktion atherosklerotischer Ereignisse bei Patienten mit Therapieversagen unter ASS und anamnestisch bekannter symptomatischer Atherosklerose definiert durch:

- ischämischen Schlaganfall/TIA (vier Tage bis sechs Monate zurückliegend)
- Herzinfarkt (bis max. 35 Tage zurückliegend) oder
- nachgewiesene periphere arterielle Verschlusskrankheit

In Kombination mit ASS in der Indikation akutes Koronarsyndrom (s. u.) bei Patienten ohne sonstige Risikofaktoren für Atherosklerose für 3 - 6 Monate. In Kombination mit ASS in den wie folgt angegebenen Indikationen für grundsätzlich 9 - 12 Monate bei:

- Zustand nach percutaner Intervention (PTCA)
- Zustand nach PTCA und Stentimplantation
- Zustand nach akutem Koronarsyndrom (= instabile Angina pectoris oder Non-Q-Wave-Infarkt ohne infarkttypische ST-Streckenhebung mit positivem Troponin oder CPK und klinischer Symptomatik) bei Hochrisikopatienten (= Rezidivereignisse und/oder nachgewiesene Atherosklerose in mehreren Gefäßbereichen).

Für kardiovaskuläre Ereignisse außerhalb dieser drei angeführten Indikationen gibt es keine Evidenz für die Prognoseverbesserung in der Kombination ASS + Plavix, sodass keine Kostenübernahme bei Zustand nach Myocardinfarkt ohne Koronarintervention möglich ist.

### B3. Änderung der Verschreibung/Verwendung von im Gelben Bereich des Erstattungskodex angeführten Arzneispezialitäten:

Arzneispezialität	Menge	ATC-Code	mit Wirkung vom
<b>Glucose 5 % „Fresenius“ Inf.lsg. 250 ml</b>	10 St.	B05BA03	1.7.2005
Bei Exsikkose, wenn eine orale Flüssigkeitszufuhr nicht ausreichend möglich ist			
<b>Glucose 5 % „Fresenius“ Inf.lsg. 500 ml</b>	10 St.	B05BA03	1.7.2005
Bei Exsikkose, wenn eine orale Flüssigkeitszufuhr nicht ausreichend möglich ist			
<b>Movicol Pulver</b>	10 St. 20 St.	A06AD65	1.7.2005
Koprostase (Faecal impaction), hartnäckige Obstipation mit Kotstau im Rektum und/oder Colon, gesichert durch abdominelle oder rektale ärztliche Untersuchung			
<b>Physiolog. Kochsalzlsg. „Fresenius“ Inf.fl. 250 ml</b>	10 St.	B05BB01	1.7.2005
Bei Exsikkose, wenn eine orale Flüssigkeitszufuhr nicht ausreichend möglich ist			
<b>Physiolog. Kochsalzlsg. „Fresenius“ Inf.fl. 500 ml</b>	10 St.	B05BB01	1.7.2005
Bei Exsikkose, wenn eine orale Flüssigkeitszufuhr nicht ausreichend möglich ist			

### B4. Übernahme von Arzneispezialitäten des Grünen Bereiches des Erstattungskodex in den Gelben Bereich des Erstattungskodex:

Arzneispezialität	Menge	OP	ATC-Code	Mit Wirkung vom
<b>Sortis 10 mg Filmtabl.</b>	30 St.		C10AA05	1.7.2005
Zur Ersteinstellung bzw. Dosititrierung bei Patienten mit klinisch manifester Atherosklerose und/oder Diabetes mellitus mit hohem kardiovaskulärem Risiko, wenn bei diesen Patienten das Therapieziel mit Statinen aus dem Grünen Bereich (C10AA) nicht erreicht werden konnte				

**Celebrex 100 mg Hartkaps.** 10 St. 2 M01AH01 1.7.2005  
30 St.

Zur Behandlung der schmerzhaften Osteoarthritis bei Patienten über dem 65. Lebensjahr

- mit Ulcus in der Anamnese
- oder mit Antikoagulation;

Zur Behandlung der schmerzhaften Polyarthritits bei Patienten

- mit Ulcus in der Anamnese
- oder mit Antikoagulation;

Bei beiden Diagnosen: nicht in Verbindung mit Magenschutz, nicht in Kombination mit anderen NSAR, nicht bei gleichzeitiger ASS-Dauertherapie und nicht bei klinischem Verdacht auf koronare Herzkrankheit und/oder Verdacht auf cerebrovaskuläre Erkrankungen. Celebrex sollte in der niedrigst wirksamen Dosierung und kürzest möglich Therapiedauer eingesetzt werden (maximal 6 Monate).

**Celebrex 200 mg Hartkaps.** 10 St. 2 M01AH01 1.7.2005  
30 St.

Zur Behandlung der schmerzhaften Osteoarthritis bei Patienten über dem 65. Lebensjahr

- mit Ulcus in der Anamnese
- oder mit Antikoagulation;

Zur Behandlung der schmerzhaften Polyarthritits bei Patienten

- mit Ulcus in der Anamnese
- oder mit Antikoagulation;

Bei beiden Diagnosen: nicht in Verbindung mit Magenschutz, nicht in Kombination mit anderen NSAR, nicht bei gleichzeitiger ASS-Dauertherapie und nicht bei klinischem Verdacht auf koronare Herzkrankheit und/oder Verdacht auf cerebrovaskuläre Erkrankungen. Celebrex sollte in der niedrigst wirksamen Dosierung und kürzest möglich Therapiedauer eingesetzt werden (maximal 6 Monate).

**B5. Aufnahme in das Verzeichnis der Stoffe für magistrale Zubereitungen, die nur mit vorheriger chef(kontroll)ärztlicher Bewilligung abgegeben werden können**

	mit Wirkung vom
<b>Dronabinol</b>	1.7.2005

**C. Roter Bereich des Erstattungskodex**

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

Arzneispezialität	Menge	ATC-Code	mit Wirkung vom
<b>Artzal Lsg. Amp.</b>	1 St. 5 St.	M09AX01	14.2.2005
<b>Artzal Lsg. Fertigspr.</b>	1 St. 5 St.	M09AX01	14.2.2005
<b>Hyalgan Spritzamp.</b>	1 St. 5 St.	M09AX01	14.2.2005
<b>Hyalgan Stechamp.</b>	1 St. 5 St.	M09AX01	14.2.2005
<b>Gonal-f 300 IE/0,5 ml (22 mcg/0,5 ml) Inj.lsg in einem vorgefüllten Injektor</b>	1 St.	G03GA05	19.5.2005
<b>Gonal-f 450 IE/0,75 ml (33 mcg/0,75 ml) Inj.lsg in einem vorgefüllten Injektor</b>	1 St.	G03GA05	19.5.2005
<b>Gonal-f 900 IE/1,5 ml (66 mcg/1,5 ml) Inj.lsg in einem vorgefüllten Injektor</b>	1 St.	G03GA05	19.5.2005
<b>Lamotrigin "Stada" 5 mg lösl. Tabl.</b>	30 St.	N03AX09	24.5.2005
<b>Lamotrigin "Stada" 25 mg lösl. Tabl.</b>	30 St.	N03AX09	24.5.2005



Lamotrigin "Stada" 50 mg lösl. Tabl.	30 St.	N03AX09	24.5.2005
Gabapentin "ratiopharm" 300 mg Kaps.	100 St.	N03AX12	1.6.2005
Gabapentin "ratiopharm" 400 mg Kaps.	100 St.	N03AX12	1.6.2005
Blopress 32 mg Tabl.	28 St.	C09CA06	1.6.2005
NutropinAq 10 mg/2 ml Inj.lsg in einer Zylamp.	1 St. 6 St.	H01AC01	2.6.2005
Somatuline Autogel 60 mg Inj.lsg	1 St.	H01CB03	30.5.2005
Ivorat 25.000 IE Anti-Xa/ml Inj.lsg. in Fertigspr.	6 x 0,2 ml 6 x 0,3 ml 6 x 0,4 ml	B01AB12	31.5.2005
Somatuline Autogel 90 mg Inj.lsg	1 St.	H01CB03	2.6.2005
Somatuline Autogel 120 mg Inj.lsg	1 St.	H01CB03	2.6.2005
Hydrosan Tabl.	30 St.	C03BA04	13.6.2005
Clarithromycin "Sandoz" 125 mg/5 ml Gran. f. orale Susp.	70 ml	J01FA09	16.6.2005
Clarithromycin "Sandoz" 250 mg/5 ml Gran. f. orale Susp.	70 ml	J01FA09	16.6.2005
Gerolamic 5 mg lösl. Tabl.	30 St.	N03AX09	1.7.2005
Gerolamic 25 mg lösl. Tabl.	30 St.	N03AX09	1.7.2005
Gerolamic 50 mg lösl. Tabl.	30 St.	N03AX09	1.7.2005
Gerolamic 100 mg lösl. Tabl.	50 St.	N03AX09	1.7.2005
Gerolamic 200 mg lösl. Tabl.	50 St.	N03AX09	1.7.2005
Lamotrigin "Stada" 100 mg lösl. Tabl.	60 St.	N03AX09	1.7.2005
Lamotrigin "Stada" 200 mg lösl. Tabl.	60 St.	N03AX09	1.7.2005
Mirtazapin "Hexal" 15 mg Filmtabl.	30 St.	N06AX11	1.7.2005
Mirtazapin "Hexal" 30 mg Filmtabl.	30 St.	N06AX11	1.7.2005
Mirtazapin "Hexal" 45 mg Filmtabl.	30 St.	N06AX11	1.7.2005
Omeprazol "Alternova" 10 mg magensaftresistente Kaps.	28 St.	A02BC01	1.7.2005
Omeprazol "Alternova" 20 mg magensaftresistente Kaps.	14 St. 28 St.	A02BC01	1.7.2005
Omeprazol "Alternova" 40 mg magensaftresistente Kaps.	14 St. 28 St.	A02BC01	1.7.2005

## C2. Streichungen von Arzneispezialitäten aus dem Roten Bereich des Erstattungskodex:

Arzneispezialität	Menge	ATC-Code	mit Wirkung vom
Cefax 500 mg Filmtabl.	12 St.	J01DC04	24.5.2005
Lamotrigin "Stada" 100 mg lösl. Tabl.	50 St.	N03AX09	6.6.2005
Lamotrigin "Stada" 200 mg lösl. Tabl.	50 St.	N03AX09	6.6.2005
Tasmar 100 mg Filmtabl.	100 St.	N04BX01	30.6.2005

\*

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 Lamotrigin „Stada“ 100 mg lösl. Tabl. 50 St., Lamotrigin „Stada“ 200 mg lösl. Tabl. 50 St. und Cefax 500 mg Filmtabl. 12 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 Zeichenerklärung des Erstattungskodex erfolgten mit Entscheidungen des Hauptverbandes der österreichischen Sozialversicherungsträger vom 6. Mai 2005 sowie 30. Mai 2005 (F6J).

Die Aufnahmen der Arzneispezialitäten Artzal Lsg. Amp und Artzal Lsg. Fertigspr. erfolgten auf Grund der Entscheidungen der Unabhängigen Heilmittelkommission vom 19. Mai 2005, GZ: 00000-72/0001-UHK/05. Die Aufnahmen der Arzneispezialitäten Hyalgan Spritzamp. und Hyalgan Stechamp erfolgten auf Grund der Entscheidungen der Unabhängigen Heilmittelkommission vom 19. Mai 2005, GZ: 00000-73/0001-UHK/05. Die sonstigen Änderungen des Erstattungskodex erfolgten mit Entscheidungen des Hauptverbandes der österreichischen Sozialversicherungsträger vom 30. Mai 2005. Die Bundesministerin für soziale Sicherheit, Generationen und Konsumentenschutz hat das gesetzmäßige Zustandekommen mit Erlass vom 28. Juni 2005, GZ: BMSG-21410/0018-II/A/3/2005, beurkundet.

Für den Hauptverband:

**Laminger**

**Hartinger**