

**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:

### **10. Änderung des Erstattungskodex**

Der Erstattungskodex, Amtliche Verlautbarung im Internet Nr. 110/2004, zuletzt geändert durch die Amtliche Verlautbarung im Internet Nr. 86/2005, 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>Gabapentin "ratiopharm" 300 mg Kaps.</b> Behandlung bei Epilepsien, die durch andere Antiepileptika ungenügend kontrolliert sind	100 St.		N03AX12	1.11.2005
IND	<b>Gabapentin "ratiopharm" 400 mg Kaps.</b> Behandlung bei Epilepsien, die durch andere Antiepileptika ungenügend kontrolliert sind	100 St.		N03AX12	1.11.2005
	<b>Torasemid "Hexal" 2,5 mg Tabl.</b>	10 St. 30 St.	2 2	C03CA04	1.11.2005
	<b>Torasemid "Hexal" 5 mg Tabl</b>	10 St. 30 St.	2 2	C03CA04	1.11.2005
	<b>Torasemid "Hexal" 10 mg Tabl.</b>	30 St.	2	C03CA04	1.11.2005
	<b>Torasemid "Hexal" 20 mg Tabl.</b>	30 St.	2	C03CA04	1.11.2005

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

	Arzneispezialität	Menge	OP	ATC-Code	mit Wirkung vom
	<b>Carvedilol "ratiopharm" 25 mg Tabl.</b>	10 St. 30 St.	2 2	C07AG02	1.11.2005

**A3. Streichung von im Grünen Bereich des Erstattungskodex angeführten Arzneispezialitäten:**

	Arzneispezialität	Menge	OP	ATC-Code	mit Wirkung vom
IND	<b>Erypo 40.000 I.E. Stechamp.</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. 4 St.	2	B03XA01	1.11.2005

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

	Arzneispezialität	Menge	ATC-Code	mit Wirkung vom
	<b>Ivorat 25.000 IE Anti-Xa/ml Inj.lsg. in Fspr</b>	6 St. (0,2ml) 6 St. (0,3ml) 6 St. (0,4ml)	B01AB12	1.11.2005

Wenn mit Therapiealternativen (Packungsgrößen, Wirkstoffstärken) aus dem grünen Bereich nachweislich nicht das Auslangen gefunden werden kann

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

	Arzneispezialität	Menge	ATC-Code	mit Wirkung vom
L12	<b>Avodart 0,5 mg Weichkaps.</b> - bei Erstverordnung durch den Urologen - Patienten mit mittelgradigen bis schweren Symptomen von benigner Prostata-Hyperplasie - wenn Alphablocker nicht indiziert sind - Bei ausbleibendem Erfolg nach 6 bis 12 Monaten sollte die Therapie abgesetzt werden. - Bei Behandlungserfolg Langzeitbewilligung maximal 12 Monate (L12)	30 St.	G04CB02	1.11.2005
L6	<b>Cerezyme 200 U-Plv. zur Herst. einer Inf.lsg.</b> Eine Kostenübernahme ist nur möglich bei Patienten mit gesicherter Diagnose eines Morbus Gaucher Typ I. Erstverordnung nur durch ein auf hereditäre Stoffwechselerkrankungen spezialisiertes Zentrum oder einen Facharzt mit Erfahrung auf dem Gebiet von hereditären Stoffwechselerkrankungen. Alle sechs Monate ist eine Kontrolluntersuchung durch das o.a. Zentrum oder den o.a. Facharzt durchzuführen. Cerezyme eignet sich für eine chef(kontoll)ärztliche Langzeitgenehmigung für 6 Monate (L6).	1St.	A16AB02	1.11.2005
L6	<b>Cerezyme 400 U-Plv. zur Herst. einer Inf.lsg.</b> Eine Kostenübernahme ist nur möglich bei Patienten mit gesicherter Diagnose eines Morbus Gaucher Typ I. Erstverordnung nur durch ein auf hereditäre Stoffwechselerkrankungen spezialisiertes Zentrum oder einen Facharzt mit Erfahrung auf dem Gebiet von hereditären Stoffwechselerkrankungen. Alle sechs Monate ist eine Kontrolluntersuchung durch das o.a. Zentrum oder den o.a. Facharzt durchzuführen. Cerezyme eignet sich für eine chef(kontoll)ärztliche Langzeitgenehmigung für 6 Monate (L6).	1St.	A16AB02	1.11.2005
	<b>Dibenzylan 5 mg Kaps.</b>	20 St. 100 St.	C04AX02	1.11.2005
	Bei neurogener Blasenentleerungsstörung oder inoperablem Phäochromozytom, sowie kurzfristig vor operativen oder diagnostischen Eingriffen bei Patienten mit Phäochromozytom			

	<b>Dibenzylan 10 mg Kaps.</b>	20 St.	C04AX02	1.11.2005
	Bei neurogener Blasenentleerungsstörung oder inoperablem Phäochromozytom, sowie kurzfristig vor operativen oder diagnostischen Eingriffen bei Patienten mit Phäochromozytom			
	<b>Dreisavit Filmtabl.</b>	90 St.	A11EB	1.11.2005
	Bei Hämodialyse			
	<b>Hepa „Merz“ Gran.</b>	30 St. 50 St.	A05BA	1.11.2005
	Latente oder manifeste hepatische Enzephalopathie infolge gestörter Entgiftungsleistung der Leber (zB Leberzirrhose) für den in der Fachinformation angegebenen Zeitraum von maximal sechs Wochen im Anschluss an eine i.v. Therapie mit Hepa-Merz			
L6	<b>Niaspan 500 mg Retardtabl.</b>	7 St. 56 St.	C10AD02	1.11.2005
	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 45 mg/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 eignet sich für eine chef(kontroll)ärztliche Langzeitgenehmigung für 6 Monate (L6).			
L6	<b>Niaspan 750 mg Retardtabl.</b>	7 St. 56 St.	C10AD02	1.11.2005
	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 45 mg/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 eignet sich für eine chef(kontroll)ärztliche Langzeitgenehmigung für 6 Monate (L6).			
L6	<b>Niaspan 1000 mg Retardtabl.</b>	56 St.	C10AD02	1.11.2005
	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 45 mg/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 eignet sich für eine chef(kontroll)ärztliche Langzeitgenehmigung für 6 Monate (L6).			
L12	<b>Proscar Filmtabl.</b>	28 St.	G04CB01	1.11.2005
	- bei Erstverordnung durch den Urologen - Patienten mit mittelgradigen bis schweren Symptomen von benigner Prostata-Hyperplasie - Bei ausbleibendem Erfolg nach 6 bis 12 Monaten sollte die Therapie abgesetzt werden. - Bei Behandlungserfolg Langzeitbewilligung maximal 12 Monate (L12)			
	<b>Sortis 10 mg Filmtabl.</b>	30 St. (OP 2)	C10AA05	1.11.2005
	Zur Ersteinstellung bzw. Dosistrierung 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.			
	<b>Tetabulin S/D 250 IE Fertigspr.</b>	1 ml	J06BB02	1.11.2005
	Tetanusprophylaxe bei akuten Verletzungen und fehlender, unbekannter oder unvollständiger Grundimmunisierung			
	<b>Tetagam P-Amp.</b>	1 ml	J06BB02	1.11.2005
	Tetanusprophylaxe bei akuten Verletzungen und fehlender, unbekannter oder unvollständiger Grundimmunisierung			
	<b>Volon A Haftsalbe</b>	10 g	A01AC01	1.11.2005
	Bei Verordnung durch einen Facharzt für ZMK und/oder HNO im ausführlich begründeten Einzelfall. Nicht zur Vorbeugung von Prothesendruckstellen!			

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

Arzneispezialität	Menge	ATC-Code	mit Wirkung vom
<b>Sertralin "Hexal" 50 mg Filmtabl.</b> (vormals Sertralin "Dr. Heinz" 50 mg Filmtabl.)	10 St. 30 St.	N06AB06	29.9.2005
<b>Sertralin "Hexal" 100 mg Filmtabl.</b> (vormals Sertralin "Dr. Heinz" 100 mg Filmtabl.)	10 St. 30 St.	N06AB06	29.9.2005
<b>Sertralin "1 a Pharma" 50 mg Filmtabl.</b> (vormals Sertrex 50 mg Filmtabl.)	10 St. 30 St.	N06AB06	29.9.2005
<b>Sertralin "1 a Pharma" 100 mg Filmtabl.</b> (vormals Sertrex 100 mg Filmtabl.)	10 St. 30 St.	N06AB06	29.9.2005
<b>Sinupret Tropfen</b>	100 ml	R05CA10	1.11.2005
<b>Yentreve 20 mg magensaftresistente Kaps.</b>	56 St.	G04BX	1.11.2005
<b>Yentreve 40 mg magensaftresistente Kaps.</b>	56 St.	G04BX	1.11.2005

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

Arzneispezialität	Menge	ATC-Code	mit Wirkung vom
<b>Omeprazol "Sandoz" 10 mg Kaps.</b>	28 St.	A02BC01	21.9.2005
<b>Omeprazol "Sandoz" 20 mg Kaps.</b>	7 St. 14 St. 28 St.	A02BC01	21.9.2005
<b>Omeprazol "Sandoz" 40 mg Kaps.</b>	14 St. 28 St.	A02BC01	21.9.2005
<b>Gastroplex 10 mg Kaps.</b> (vormals Gastroprazol 10 mg Kaps.)	28 St.	A02BC01	1.10.2005
<b>Gastroplex 20 mg Kaps.</b> (vormals Gastroprazol 20 mg Kaps.)	14 St. 28 St.	A02BC01	1.10.2005
<b>Gastroplex 40 mg Kaps.</b> (vormals Gastroprazol 40 mg Kaps.)	14 St. 28 St.	A02BC01	1.10.2005
<b>Terbinafin "Genericon" 125 mg Tabl.</b>	14 St.	D01BA02	6.10.2005
<b>Terbinafin "Genericon" 250 mg Tabl.</b>	14 St. 28 St.	D01BA02	6.10.2005
<b>Fentanyl "Hexal" 25 mcg/h Depotpfl.</b>	5 St.	N02AB03	7.10.2005
<b>Fentanyl "Hexal" 50 mcg/h Depotpfl.</b>	5 St.	N02AB03	7.10.2005
<b>Fentanyl "Hexal" 75 mcg/h Depotpfl.</b>	5 St.	N02AB03	7.10.2005
<b>Fentanyl "Hexal" 100 mcg/h Depotpfl.</b>	5 St.	N02AB03	7.10.2005
<b>Fentanyl "1a Pharma" 25 mcg/h Depotpfl.</b>	5 St.	N02AB03	10.10.2005
<b>Fentanyl "1a Pharma" 50 mcg/h Depotpfl.</b>	5 St.	N02AB03	10.10.2005
<b>Fentanyl "1a Pharma" 75 mcg/h Depotpfl.</b>	5 St.	N02AB03	10.10.2005
<b>Fentanyl "1a Pharma" 100 mcg/h Depotpfl.</b>	5 St.	N02AB03	10.10.2005
<b>Adjuvin 50 mg Filmtabl.</b>	10 St. 30 St.	N06AB06	1.11.2005
<b>Adjuvin 100 mg Filmtabl.</b>	10 St. 30 St.	N06AB06	1.11.2005
<b>Aranesp 300 mcg i.e. vorgefüllten Inj.</b>	1 St.	B03XA02	1.11.2005

<b>Pamidronat Dinatrium Mayne 3mg/ml Konzentrat z. Herst. einer Infusionslsg./10 ml</b>	10 ml	M05BA03	1.11.2005
<b>Pamidronat Dinatrium Mayne 9mg/ml Konzentrat z. Herst. einer Infusionslsg./10 ml</b>	10 ml	M05BA03	1.11.2005
<b>Sertralin "Alternova" 50 mg Filmtabl.</b>	10 St. 30 St.	N06AB06	1.11.2005

\*

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 Sertralin "Hexal" 50 mg Filmtabl. 10/30 St., Sertralin "Hexal" 100 mg Filmtabl. 10/30 St. und Sertralin "1a Pharma" 50 mg Filmtabl. 10/30 St., Sertralin "1a Pharma" 100 mg Filmtabl. 10/30 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 Streichung der Arzneispezialität Sinupret Tropfen 100 ml aus dem Roten Bereich des Erstattungskodex erfolgte, weil das vertriebsberechtigte Unternehmen von seinem Recht, eine Beschwerde bei der Unabhängigen Heilmittelkommission nach § 351i ASVG gegen die Entscheidung des Hauptverbandes der österreichischen Sozialversicherungsträger vom 29. August 2005, wonach die ebengenannten Arzneispezialitäten aus dem Roten Bereich des Erstattungskodex zu streichen ist, innerhalb der in Abs 3 leg cit normierten Frist einzubringen, keinen Gebrauch machte.

Die Streichung der Arzneispezialität Yentreve 40 und 20 mg je 56 Stk. erfolgte auf Grund der Entscheidung der Unabhängigen Heilmittelkommission vom 29. September 2005, GZ: 00000-81/0001-UHK/05.

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**