

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:

11. Änderung des Erstattungskodex

Der Erstattungskodex, Amtliche Verlautbarung im Internet Nr. 110/2004, zuletzt geändert durch die Amtliche Verlautbarung im Internet Nr. 99/2005, 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
F14	Ampho-Moronal Suspension	30 ml	2	A07AA07	1.12.2005
F14	Ampho-Moronal Suspension	50 ml		A07AA07	1.12.2005
	Forlax 10 g	10 St.		A06AD15	1.12.2005
	Hydrosan Tabl.	30 St.	2	C03BA04	1.12.2005
F14	Clarithromycin „Sandoz“ 125 mg/5 ml Gran. für orale Susp.	70 ml	2	J01FA09	1.12.2005
F14	Clarithromycin „Sandoz“ 250 mg/5 ml Gran. für orale Susp.	70 ml	2	J01FA09	1.12.2005
	Domperidon „Alternova“ 10 mg Tabl.	10 St. 50 St.	2	A03FA03	1.12.2005

A2. Änderung der ATC-Codes von im Grünen Bereich des Erstattungskodex angeführten Arzneispezialitäten:

	Arzneispezialität	Menge	OP	ATC-Code	Mit Wirkung vom
	Pevisone Creme	15 g	2	D01AC (vorher D01AC20)	1.12.2005
	Pevisone Salbe	15 g	2	D01AC (vorher D01AC20)	1.12.2005
	Travocort Creme	15 g	2	D01AC (vorher D01AC20)	1.12.2005

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

Arzneispezialität	Menge	OP	ATC-Code	Mit Wirkung vom
Tamoxifen“Sandoz“ 20 mg Filmtabl. (vormals Tamoxifen “Hexal“ 20 mg Filmtabl.)	30 St.	2	L02BA01	1.12.2005
Tamoxifen“Sandoz“ 30 mg Filmtabl. (vormals Tamoxifen “Hexal“ 20 mg Filmtabl.)	30 St.	2	L02BA01	1.12.2005
Tamoxifen“Sandoz“ 40 mg Filmtabl. (vormals Tamoxifen “Hexal“ 20 mg Filmtabl.)	30 St.	2	L02BA01	1.12.2005

A4. Streichung von im Grünen Bereich des Erstattungskodex angeführten Arzneispezialitäten:

Arzneispezialität	Menge	OP	ATC-Code	Mit Wirkung vom
Aqua bidestillata “Mayerhofer“ Inf.lsg. (Dstfl.) 100 ml	10 St.		V07AB	31.10.2005

B. Gelber Bereich des Erstattungskodex

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

Arzneispezialität	Menge	ATC-Code	mit Wirkung vom
Metohexal retard 23,75 mg Filmtabl.	10 St. 30 St.	C07FB02	1.12.2005
Wenn mit Therapiealternativen (Wirkstoffstärke) aus dem grünen Bereich nachweislich nicht das Auslangen gefunden werden kann.			
Invirase 500 mg Filmtabl.	120 St.	J05AE01	1.12.2005
Nur in Kombination mit Ritonavir und anderen antiretroviralen Arzneimitteln bei HIV-1- infizierten Erwachsenen und Jugendlichen ab 16 Jahren. Die Therapieeinleitung und regelmäßige - kontrollen sind von einem Arzt, der Erfahrung in der Behandlung der HIV-Infektion besitzt, durchzuführen.			
Gammabulin S/D 160mg/ml Inj.lsg.	1 St. (5ml) 20 St. (5ml) 1 St. (10ml) 20 St. (10ml)	J06BA01	1.12.2005

Eine Kostenübernahme ist im ausführlich begründeten Einzelfall möglich.

NutropinAq 10mg/2mL Inj.lsg. in einer Zylinderamp. 1 St. H01AC01 1.12.2005
6 St.

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 3ng/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.

Somatuline Autogel 60mg Inj.lsg. 1 St. H01CB03 1.12.2005

1. Akromegalie bei Patienten, bei denen eine chirurgische Behandlung, eine Strahlentherapie oder eine Behandlung mit einem Dopaminagonisten keinen Erfolg zeigt, bzw. bei klinisch relevan-tem Beschwerdebild zur Überbrückung bis die Radiotherapie ihre volle Wirkung zeigt

2. Zur symptomatischen Behandlung bei Karzinoiden mit Merkmalen des Karzinoidsyndroms.

Somatuline Autogel 90mg Inj.lsg. 1 St. H01CB03 1.12.2005

1. Akromegalie bei Patienten, bei denen eine chirurgische Behandlung, eine Strahlentherapie oder eine Behandlung mit einem Dopaminagonisten keinen Erfolg zeigt, bzw. bei klinisch relevan-tem Beschwerdebild zur Überbrückung bis die Radiotherapie ihre volle Wirkung zeigt

2. Zur symptomatischen Behandlung bei Karzinoiden mit Merkmalen des Karzinoidsyndroms.

Somatuline Autogel 120 mg Inj.lsg. 1 St. H01CB03 1.12.2005

1. Akromegalie bei Patienten, bei denen eine chirurgische Behandlung, eine Strahlentherapie oder eine Behandlung mit einem Dopaminagonisten keinen Erfolg zeigt, bzw. bei klinisch relevan-tem Beschwerdebild zur Überbrückung bis die Radiotherapie ihre volle Wirkung zeigt

2. Zur symptomatischen Behandlung bei Karzinoiden mit Merkmalen des Karzinoidsyndroms.

B2. Korrektur Änderung der Verwendung von im Gelben Bereich des Erstattungskodex ange-führten Arzneispezialitäten:

Arzneispezialität	Menge	ATC-Code	mit Wirkung vom
Dibenzyran 10 mg Kaps.	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			

C. Roter Bereich des Erstattungskodex

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

Arzneispezialität	Menge	ATC-Code	mit Wirkung vom
Meloxicam „Hexal“ 7,5 ml	50 St.	M04AC06	1.11.2005
Myconormin 250 mg Tabl.	42 St.	D01BA02	1.11.2005

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

Arzneispezialität	Menge	ATC-Code	mit Wirkung vom
Vivaglobin 160 mg/ml Inj.Lsg.	10 St. (5 ml) 10 St. (10 ml) 20 St. (10ml)	J06BA01	16.10.2005
Budair Jet 0,2mg Dosieraerosol	200 Hb	R03BA02	19.10.2005
Budair 0,2mg Dosieraerosol	200 Hb	R03BA02	19.10.2005
Alendronsäure "ratiopharm" 70 mg - 1x w. Tabl.	4 St.	M05BA04	01.11.2005
Alendronstad 70 mg einmal wöchentl. Tabl.	4 St.	M05BA04	01.11.2005
Bonviva 150 mg Filmtabl.	1 St.	M05BA06	01.11.2005
Glimestad 1 mg Tabl.	30 St.	A10BB12	01.11.2005
Glimestad 2 mg Tabl.	30 St.	A10BB12	01.11.2005
Glimestad 3 mg Tabl.	30 St.	A10BB12	01.11.2005
Lansoprazol "Stada" 15 mg Kaps.	28 St.	A02BC03	01.11.2005
Lansoprazol "Stada" 30 mg Kaps.	7 St. 14 St. 28 St.	A02BC03	01.11.2005
Sertralin "ratiopharm" 100 mg Filmtabl.	14 St. 30 St.	N06AB06	01.11.2005
Sertralin "1 a Pharma" 50 mg Filmtabl.	10 St. 30 St.	N06AB06	02.11.2005
Sertralin "1 a Pharma" 100 mg Filmtabl.	10 St. 30 St.	N06AB06	02.11.2005
Sertralin "Hexal" 50 mg Filmtabl.	10 St. 30 St.	N06AB06	02.11.2005
Sertralin "Hexal" 100 mg Filmtabl.	10 St. 30 St.	N06AB06	02.11.2005
Terbinafin "Hexal" 125 mg Tabl.	10 St.	D01BA02	02.11.2005
Terbinafin "Hexal" 250 mg Tabl.	10 St. 30 St.	D01BA02	02.11.2005
Meloxicam "Alternova" 7,5 mg Tabl.	10 St. 30 St. 50 St.	M01AC06	04.11.2005
Meloxicam "Alternova" 15 mg Tabl.	10 St. 30 St.	M01AC06	04.11.2005
Cymbalta 30 mg magensaftresist. Hartkaps.	28 St.	N06AX21	17.11.2005
Cymbalta 60 mg magensaftresist. Hartkaps.	28 St.	N06AX21	17.11.2005
Sertralin "ratiopharm" 50 mg Filmtabl.	14 St. 30 St.	N06AB06	17.11.2005
Natriumvalproat "Ratiopharm" retard 300 mg Filmtabl.	60 St.	N03AG	22.11.2005
Natriumvalproat "Ratiopharm" retard 500 mg Filmtabl.	60 St.	N03AG	22.11.2005
Citalopram "ratiopharm" 40 mg Filmtabl.	10 St. 30 St.	N06AB	01.12.2005

Clarithromycin "Arcana" 500 mg Filmtabl.	14 St.	J01FA09	01.12.2005
Sertralin "Ranbaxy" 50 mg Filmtabl.	14 St. 30 St.	N06AB06	01.12.2005
Sertralin "Ranbaxy" 100 mg Filmtabl.	14 St. 30 St.	N06AB06	01.12.2005

*

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 Streichung der Arzneispezialität Aqua bidestillata "Mayerhofer" Inf.lsg.(Dstfl.) 100 ml erfolgte wegen der Aufhebung der Zulassung mit Schreiben des Bundesministeriums für Gesundheit und Frauen vom 2. August 2005, GZ 921.066/01 – III/A/5/05. Gemäß dem Erlass des Bundesministeriums für soziale Sicherheit, Generationen und Konsumentenschutz vom 29. Juni 2005, GZ: BMSG-21410/00019-II/A/3/2005, ist in diesen Fällen eine Beurkundung nicht notwendig.

Die Änderung der Bezeichnung der Arzneispezialität Tamoxifen "Sandoz" 20 mg Filmtabl. erfolgte aufgrund des Bescheides des Bundesministeriums für Gesundheit und Frauen vom 21. September 2005, GZ 944.095/01 – III/A/5/5. 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.

Die Änderung der Bezeichnung der Arzneispezialität Tamoxifen "Sandoz" 30 mg Filmtabl. erfolgte aufgrund des Bescheides des Bundesministeriums für Gesundheit und Frauen vom 21. September 2005, GZ 944.092/01 – III/A/5/5. 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.

Die Änderung der Bezeichnung der Arzneispezialität Tamoxifen "Sandoz" 40 mg Filmtabl. erfolgte aufgrund des Bescheides des Bundesministeriums für Gesundheit und Frauen vom 21. September 2005, GZ 944.094/01 – III/A/5/5. 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.

Die Änderung der Verwendung der Arzneispezialität Dibenzylran 10 mg 20/100 St. erfolgte mit Entscheidung des Hauptverbandes der österreichischen Sozialversicherungsträger vom 20. September 2005. Die Bundesministerin für soziale Sicherheit, Generationen und Konsumentenschutz hat das gesetzmäßige Zustandekommen mit Erlass vom 17. Oktober 2005, GZ: BMSG-21410/0024-II/A/3/2005, beurkundet.

Die sonstigen Änderungen des Erstattungskodex erfolgten mit Entscheidungen des Hauptverbandes der österreichischen Sozialversicherungsträger vom 19. Oktober 2005. Die Bundesministerin für soziale Sicherheit, Generationen und Konsumentenschutz hat das gesetzmäßige Zustandekommen mit Erlass vom 28. November 2005, GZ: BMSG-21410/0032-II/A/3/2005, beurkundet.

Für den Hauptverband:

Laminger

Hartinger