

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:

16. Änderung des Erstattungskodex

Der Erstattungskodex, Amtliche Verlautbarung im Internet Nr. 110/2004, zuletzt geändert durch die Amtliche Verlautbarung im Internet Nr. 37/2006, wird wie folgt geändert:

Zeichenerklärung

- (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).
- 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 Kontrollverordnung 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.
- 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.
- D = Facharzt für 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.)
- SG = Arzneispezialitäten, welche ohne Einschränkung den strengen Abgabebestimmungen für Suchtgifte unterliegen.

A. Grüner Bereich des Erstattungskodex

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

Arzneispezialität	Menge	OP	ATC-Code	mit Wirkung vom
Adjuvin 50 mg Filmtabl.	10 St.	2	N06AB06	1.5.2006
	30 St.			
Adjuvin 100 mg Filmtab.	10 St.	2	N06AB06	1.5.2006
	30 St.			

IND	Alendronsäure "ratiopharm" 70 mg einmal wöchentlich Tabl. Abgabe gemeinsam mit Calcium 600 mg Vitamin D3 400 IE „ratiopharm“ Brause- tabl. 60 St. Langzeitbehandlung der Osteoporose (Knochen- dichte liegt mehr als 2,5 Standardabweichungen unter dem Durchschnittswert junger Erwachsener) oder nach osteoporotischer Fraktur	4 St.	2	M05BA04	1.5.2006
IND	Alendronstad 70 mg einmal wöchentlich Tabl. Abgabe gemeinsam mit Calcium Vit. D3 "Vi- atris" 500 mg/400 IE Kautabl. 56 St. Langzeitbehandlung der Osteoporose (Knochen- dichte liegt mehr als 2,5 Standardabweichungen unter dem Durchschnittswert junger Erwachsener) oder nach osteoporotischer Fraktur	4 St.	2	M05BA04	1.5.2006
IND	Aranesp 150 mcg Inj.lsg in einem vorgefüllten Injektor (SureClick) Anämie infolge Chemotherapie maligner Tumoren mit Ausgangs- Hb <= 10g/dl. Bei Ansprechen Ziel- Hb max. 12g/dl, bei Nichtansprechen Abbruch nach max. 8 Wochen nach Therapiebeginn. Hb- Kontrolle mind. alle 4 Wochen.	1 St. (0,3 ml)		B03XA02	1.5.2006
IND	Aranesp 300 mcg Inj.lsg in einem vorgefüllten Injektor (SureClick) Anämie infolge Chemotherapie maligner Tumoren mit Ausgangs-Hb <= 10g/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. (0,6ml)		B03XA02	1.5.2006
IND	Aranesp 500 mcg Inj.lsg in einem vorgefüllten Injektor (SureClick) Anämie infolge Chemotherapie maligner Tumoren mit Ausgangs- Hb <= 10g/dl. Bei Ansprechen Ziel- Hb max. 12g/dl, bei Nichtansprechen Abbruch nach max. 8 Wochen nach Therapiebeginn. Hb- Kontrolle mind. alle 4 Wochen.	1 St. (1 ml)		B03XA02	1.5.2006
	Bisoprolol "ratiopharm" 5 mg Tabl.	20 St. 30 St.	2	C07AB07	1.5.2006
	Bisoprolol "ratiopharm" 10 mg Tabl.	20 St. 30 St.	2	C07AB07	1.5.2006
	Bisoprolol comp "ratiopharm" Filmtab.	20 St. 30 St.	2	C07BB07	1.5.2006
	Cetirizin "Alternova" 10 mg Filmtabl.	10 St. 30 St.	2	R06AE07	1.5.2006
	Clarithromycin "ratiopharm" 250 mg Filmtabl.	14 St.		J01FA09	1.5.2006
	Clarithromycin "ratiopharm" 500 mg Filmtabl.	7 St. 14 St.		J01FA09	1.5.2006
IND SG	Fentanyl "Hexal" 25 mcg/h Depotpflaster chronische Schmerzen, die durch starke orale Opioide nicht ausreichend behandelbar sind	5 St.	2	N02AB03	1.5.2006
IND SG	Fentanyl "Hexal" 50 mcg/h Depotpflaster chronische Schmerzen, die durch starke orale Opioide nicht ausreichend behandelbar sind	5 St.	2	N02AB03	1.5.2006
IND SG	Fentanyl "Hexal" 75 mcg/h Depotpflaster chronische Schmerzen, die durch starke orale Opioide nicht ausreichend behandelbar sind	5 St.	2	N02AB03	1.5.2006
IND SG	Fentanyl "Hexal" 100 mcg/h Depotpflaster chronische Schmerzen, die durch starke orale Opioide nicht ausreichend behandelbar sind	5 St.	2	N02AB03	1.5.2006

IND	Fentanyl "1a Pharma" 25 mcg/h Depotpflaster	5 St.	2	N02AB03	1.5.2006
SG	chronische Schmerzen, die durch starke orale Opiode nicht ausreichend behandelbar sind				
IND	Fentanyl "1a Pharma" 50 mcg/h Depotpflaster	5 St.	2	N02AB03	1.5.2006
SG	chronische Schmerzen, die durch starke orale Opiode nicht ausreichend behandelbar sind				
IND	Fentanyl "1a Pharma" 75 mcg/h Depotpflaster	5 St.	2	N02AB03	1.5.2006
SG	chronische Schmerzen, die durch starke orale Opiode nicht ausreichend behandelbar sind				
IND	Fentanyl "1a Pharma" 100 mcg/h Depotpflaster	5 St.	2	N02AB03	1.5.2006
SG	chronische Schmerzen, die durch starke orale Opiode nicht ausreichend behandelbar sind				
	Meloxicam "Alternova" 7,5 mg Tabl.	10 St. 30 St.	2	M01AC06	1.5.2006
	Meloxicam "Alternova" 15 mg Tabl.	10 St. 30 St.	2	M01AC06	1.5.2006
	Sertralin "Alternova" 50 mg Filmtabl.	10 St. 30 St.	2	N06AB06	1.5.2006
	Sertralin "1a Pharma" 50 mg Filmtabl.	10 St. 30 St.	2	N06AB06	1.5.2006
	Sertralin "1a Pharma" 100 mg Filmtabl.	10 St. 30 St.	2	N06AB06	1.5.2006
	Sertralin "Hexal" 50 mg Filmtabl.	10 St. 30 St.	2	N06AB06	1.5.2006
	Sertralin "Hexal" 100 mg Filmtabl.	10 St. 30 St.	2	N06AB06	1.5.2006
	Sertralin "Interpharm" 50 mg Filmtabl.	10 St. 30 St.	2	N06AB06	1.5.2006
	Sertralin "Interpharm" 100 mg Filmtabl.	10 St. 30 St.	2	N06AB06	1.5.2006
	Sertralin "ratiopharm" 50 mg Filmtabl.	14 St. 30 St.	2	N06AB06	1.5.2006
	Sertralin "ratiopharm" 100 mg Filmtabl.	14 St. 30 St.	2	N06AB06	1.5.2006
	Sertralin "Ranbaxy" 50 mg Filmtabl.	14 St. 30 St.	2	N06AB06	1.5.2006
	Sertralin "Ranbaxy" 100 mg Filmtabl.	14 St. 30 St.	2	N06AB06	1.5.2006
D	Terbinafin "Interpharm" 250 mg Tabl. bei Dermatomykosen bzw. Onychomykosen	14 St.		D01BA02	1.5.2006
D	Terbinafin "Interpharm" 250 mg Tabl. bei Onychomykosen	28 St.		D01BA02	1.5.2006
F14	Ursofalk orale Susp.	250 ml		A05AA02	1.5.2006

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

Arzneispezialität	Menge	OP	ATC-Code	mit Wirkung vom
Flux "Hexal" 20 mg Kaps. (vormals Flux 20 mg Kaps.)	14 St. 30 St.	2	N06AB03	1.5.2006

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

Arzneispezialität	Menge	OP	ATC-Code	mit Wirkung vom
AlendronHexal 10 mg Tabl.	30 St.	2	M05BA04	1.5.2006
Bisoprolol "ratiopharm" 10 mg Filmtabl.	20 St. 50 St.	2	C07AB07	1.5.2006

Bisoprolol "ratiopharm" 5 mg Filmtabl.	20 St. 50 St.	2	C07AB07	1.5.2006
Bisoprolol-HCT "ratiopharm" Filmtabl.	20 St. 50 St.	2	C07BB07	1.5.2006
Pravachol 20 mg Tabl.	30 St.	2	C10AA03	1.5.2006
Truxal Amp.	5 St. (1 ml)	2	N05AF03	1.5.2006
Truxal Susp. z. Einnahme	100 ml	2	N05AF03	1.5.2006

B. Gelber Bereich des Erstattungskodex

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

Arzneyspezialität	Menge	ATC-Code	mit Wirkung vom
Aranesp 20 mcg Inj.lsg in einem vorgefüllten Injektor (SureClick)	1 St. (0,5 ml)	B03XA02	1.5.2006
Zur Behandlung der Anämie bei chronischer Niereninsuffizienz bei Erwachsenen und Kindern ab inklusive 11 Jahren zur Anhebung des Hämoglobinwertes auf über 11 g/dl. Cave: Auslagerung aus dem intramuralen Bereich (Dialyseabkommen!)			
Aranesp 40 mcg Inj.lsg in einem vorgefüllten Injektor (SureClick)	1 St. (0,4 ml)	B03XA02	1.5.2006
Zur Behandlung der Anämie bei chronischer Niereninsuffizienz bei Erwachsenen und Kindern ab inklusive 11 Jahren zur Anhebung des Hämoglobinwertes auf über 11 g/dl. Cave: Auslagerung aus dem intramuralen Bereich (Dialyseabkommen!)			
Aranesp 60 mcg Inj.lsg in einem vorgefüllten Injektor (SureClick)	1 St. (0,3 ml)	B03XA02	1.5.2006
Anämie bei chronischer Niereninsuffizienz Erwachsener oder Kindern ab 11 Jahren zur Anhebung des Hämoglobinwertes auf über 11 g/dl. Cave: Auslagerung aus dem intramuralen Bereich (Dialyseabkommen!)			
Aranesp 80 mcg Inj.lsg in einem vorgefüllten Injektor (SureClick)	1 St. (0,4 ml)	B03XA02	1.5.2006
Anämie bei chronischer Niereninsuffizienz Erwachsener oder Kindern ab 11 Jahren zur Anhebung des Hämoglobinwertes auf über 11 g/dl. Cave: Auslagerung aus dem intramuralen Bereich (Dialyseabkommen!)			
Aranesp 100 mcg Inj.lsg in einem vorgefüllten Injektor (SureClick)	1 St. (0,5 ml)	B03XA02	1.5.2006
Anämie bei chronischer Niereninsuffizienz Erwachsener oder Kindern ab 11 Jahren zur Anhebung des Hämoglobinwertes auf über 11 g/dl. Cave: Auslagerung aus dem intramuralen Bereich (Dialyseabkommen!)			
Blopress 32 mg Tabl.	28 St.	C09CA06	1.5.2006
Bei Herzinsuffizienz ab NYHA Stadium II wenn ACE - Hemmer nicht vertragen werden oder als Zusatztherapie zu ACE - Hemmern in maximal verträglicher Dosierung. Zur Auftitration ist es möglich, die Wirkstoffstärken (Candesartan 4mg, 8mg, 16mg) aus dem grünen Bereich des Erstattungskodex ohne vorherige chef(kontroll)ärztliche Genehmigung einzusetzen.			

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

Arzneyspezialität	Menge	ATC-Code	mit Wirkung vom
Arixtra 2,5 mg/0,5 ml Inj.lsg Fertigspr.	10 St. (0,5 ml)	B01AX05	1.5.2006
Wenn die Anwendung kostengünstigerer Therapiealternativen (NMH in der Dosierung für Risikopatienten) aus nachvollziehbaren Gründen nicht in Betracht kommt (z.B. thromboembolisches Geschehen trotz NMH-Behandlung in der Vergangenheit). Cave: Auslagerung aus dem intramuralen Bereich			

Humira 40 mg Inj.lsg in Fertigspritze 2 St. L04AA17 1.5.2006
(0,8 ml)

1. Mittelschwere bis schwere aktive rheumatoide Arthritis erwachsener Patienten ab 18 Jahren nach Versagen von mindestens zwei anderen DMARDS (disease-modifying anti-rheumatic drugs) inklusive Methotrexat. Um eine maximale Wirksamkeit zu gewährleisten, wird Humira in Kombination mit Methotrexat angewendet. Humira kann im Falle einer Unverträglichkeit von Methotrexat als Monotherapie angewendet werden. Die vorliegenden Untersuchungsergebnisse lassen darauf schließen, dass ein klinisches Ansprechen normalerweise innerhalb von 12 Wochen erzielt wird. Erstverordnung und engmaschige Kontrolle durch Facharzt mit Additivfach Rheumatologie oder durch Zentren, die berechtigt sind, solche auszubilden. Gegenanzeigen der Fachinformation beachten!
2. 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.

C. Roter Bereich des Erstattungskodex

C1. Berichtigungen:

Arzneispezialität	Menge	ATC-Code
Bisoprolol „ratiopharm“ 5 mg Tabl.	30 St.	C07AB07 (statt C07BB07)
Bisoprolol „ratiopharm“ 10 mg Tabl.	30 St.	C07AB07 (statt C07BB07)
Actiq 200 mcg Lutschtabl.	3 St. 30 St.	N02AB03 (statt N02B03)
Actiq 400 mcg Lutschtabl.	3 St. 30 St.	N02AB03 (statt N02B03)
Actiq 600 mcg Lutschtabl.	3 St. 30 St.	N02AB03 (statt N02B03)
Actiq 800 mcg Lutschtabl.	3 St. 30 St.	N02AB03 (statt N02B03)
Actiq 1200 mcg Lutschtabl.	3 St. 30 St.	N02AB03 (statt N02B03)
Actiq 1600 mcg Lutschtabl.	3 St. 30 St.	N02AB03 (statt N02B03)

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

Arzneispezialität	Menge	ATC-Code	mit Wirkung vom
Lansoprazol "Sandoz" 30 mg Hartkaps.	7 St. 14 St. 28 St.	A02BC03	01.04.2006
Iscador M (Mali) Ampullen Serie 0	7 St. 21 St.	L01C	03.04.2006
Iscador M (Mali) Ampullen Serie 1	7 St. 21 St.	L01C	03.04.2006
Iscador M (Mali) Ampullen Serie 2	7 St. 21 St.	L01C	03.04.2006

Iscador P (Pini) Ampullen Serie 0	7 St. 21 St.	L01C	03.04.2006
Iscador P (Pini) Ampullen Serie 1	7 St. 21 St.	L01C	03.04.2006
Iscador P (Pini) Ampullen Serie 2	7 St. 21 St.	L01C	03.04.2006
Iscador Qu (Quercus) Ampullen Serie 0	7 St. 21 St.	L01C	04.04.2006
Iscador Qu (Quercus) Ampullen Serie 1	7 St. 21 St.	L01C	04.04.2006
Iscador Qu (Quercus) Ampullen Serie 2	7 St. 21 St.	L01C	04.04.2006
Azithromycin "ratiopharm" 500 mg Filmtabl.	3 St.	J01FA10	06.04.2006
Ethylex 50 mg Filmtabl.	28 St.	N07BB04	09.04.2006
Intratect 50 mg/ml Infusionslsg. 20 ml/1g	1 St.	J06BA02	06.04.2006
Intratect 50 mg/ml Infusionslsg. 50 ml/2,5g	1 St.	J06BA02	06.04.2006
Intratect 50 mg/ml Infusionslsg. 100 ml/5g	1 St.	J06BA02	06.04.2006
Intratect 50 mg/ml Infusionslsg. 200 ml/10g	1 St.	J06BA02	06.04.2006
Naltrexin 50 mg Filmtabl.	28 St.	N07BC	09.04.2006
Rebetol 40 mg/ml Lösung z. Einnehmen	100 ml	J05AB04	12.04.2006

*

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 sonstigen Änderungen des Erstattungskodex erfolgten mit Entscheidungen des Hauptverbandes der österreichischen Sozialversicherungsträger vom 19. März 2006 sowie vom 3. April 2006 (Arixtra 2,5 mg/0,5 ml Inj.lsg. in Fertigspritze). Die Bundesministerin für soziale Sicherheit, Generationen und Konsumentenschutz hat das gesetzmäßige Zustandekommen mit Erlass vom 6. April 2006, GZ: BMSG-21410/0006-II/A/3/2006, beurkundet.

Für den Hauptverband:

Laminger

Hartinger