

## Überarbeitung des Erstattungskodex

In Zusammenarbeit mit der Österreichischen Ärztekammer wurde der Erstattungskodex in wesentlichen Bereichen überarbeitet. Die Anregungen der Ärzteschaft wurden in wesentlichen Punkten nach Möglichkeit umgesetzt. Diese Änderungen beziehen sich auf die Verbesserung des Layouts und die Reduktion der Bewilligungsanträge.

## Verbesserung des Layouts

Im alphabetischen Index werden nun auch Seitenzahlen angegeben und das Kassenzeichen sowie ein Zeilenfinder ergänzt. Der Grüne Bereich wird auf grünem Papier gedruckt. Insgesamt wurde die Lesbarkeit verbessert.

## Weniger Bewilligungsanträge

In einem Mehrstufenkonzept sind die Österreichische Ärztekammer und der Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger

bemüht, die Zahl der Bewilligungsanträge deutlich zu reduzieren.

Die erste Stufe wird mit 1. 7. 2005 umgesetzt und betrifft Einschränkungen im Grünen Bereich und eine Anzahl von über 100 dunkelgelben Präparaten (RE1), die in den hellgelben Bereich (RE2) übergeführt werden.

## Änderung der Zeichenerklärung

### Altersbeschränkung (F2J, F6J, F14)

Bis zur Vollendung des 2. bzw. 6. oder 14. Lebensjahres ist die Arzneyspezialität frei verschreibbar. Wird die Altersbeschränkung nicht eingehalten, so ist die Arzneyspezialität wie ein Produkt des „hellgelben“ Bereichs zu behandeln und die Notwendigkeit einer (klein)kindergerechten Therapie bzw. Zubereitung oder Dosierung entsprechend zu dokumentieren.

### Facharztbeschränkungen

Grundsätzlich ist die freie Verschreibbarkeit dem/den angegebenen Facharzt/Fachärzten vorbehalten.

Nach gesicherter Diagnostik und Vorliegen eines Therapiekonzeptes - mit expliziter Therapieempfehlung - durch den angegebenen Facharzt kann die Verordnung jedoch 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.

### RE2 – Langzeitbewilligungen

Wird bei RE2 Präparaten die vorherige Bewilligung des chef- und kontrollärztlichen Dienstes durch die nachfolgende Kontrolle ersetzt, sind die Angaben hinsichtlich der Langzeitbewilligung nicht zu beachten.

In den Fällen, in denen die vorherige Bewilligung nicht durch die nachträgliche Kontrolle ersetzt wird, (weil beispielsweise dem verordnenden Arzt die ausnahmslose Bewilligungspflicht auferlegt wurde) kann der chef- und kontrollärztliche Dienst eine Langzeitbewilligung erteilen.

## Inhaltsverzeichnis

Änderungen im Erstattungskodex im 2. Quartal 2005	Seite 2 – 4
Wichtige Änderungen ab Juli 2005	Seite 3

Aufnahmen in den Grünen Bereich	Seite 3
Aufnahmen in den Gelben Bereich	Seite 3 - 7
Aus dem EKO gestrichene Präparate	Seite 8
Infusionen	Seite 8

## Änderungen im Erstattungskodex im 2. Quartal 2005

### Folgende Änderungen gab es in der Zeit von April – Juni 2005:

Preise Stand Juni 2005

**ROT** → **GRÜN**

#### Aufnahmen in den Grünen Bereich:

Präparat	Stück	T	OP	KVP €
<b>N02 ANALGETIKA</b>				
<b>N02CC01 Selektive Serotonin-5HT1-Agonisten, Sumatriptan</b>				
<b>Imigran 20 mg Nasalspray</b>	2 St.		(2)	20,15
IND: Migräne nach Erstverordnung durch einen Neurologen, wenn mit der peroralen Therapie nicht das Auslangen gefunden werden kann.				
<b>N05 PSYCHOLEPTIKA</b>				
<b>N05AX12 Andere Antipsychotika</b>				
<b>Abilify 10 mg Tabl.</b>	28 St.		(2)	129,40
<b>15 mg Tabl.</b>	14 St. 30 St.		(2)	71,50 129,40
Mit dem partiellen Dopaminrezeptor-Agonisten Aripiprazol steht nun ein weiteres Antipsychotikum zur Behandlung der Schizophrenie zur Verfügung. Bereits im Februar 2005 teilte das Bundesministerium für Gesundheit und Frauen mit, dass Abilify nicht für die Behandlung von mit Demenz einhergehenden Psychosen und/oder Verhaltensstörungen zugelassen ist und daher bei dieser speziellen Patientengruppe nicht verordnet werden soll. Zudem warnte erneut auch die US-amerikanische Arzneimittelbehörde FDA vor der Anwendung von atypischen Neuroleptika bei älteren dementen Patienten, da die Sterblichkeit in dieser Klientel erhöht ist. Außerdem ist die Wirksamkeit von Aripiprazol in dieser Patientengruppe studienmäßig nicht belegt.				

#### Aufnahmen kostengünstiger Nachfolgepräparate in den Grünen Bereich:

Präparat	Stück	T	OP	KVP €	max. Kostenersparnis € pro Packung*
<b>A02 MITTEL BEI SÄUREBEDINGTEN ERKRANKUNGEN</b>					
<b>A02BC01 Protonenpumpenhemmer, Omeprazol</b>					
<b>Omeprazol „ratiopharm“ Mikrotabs 10mg Kaps.</b>	28 St.		(2)	12,15	<b>6,45</b>
<b>20mg Kaps.</b>	7 St. 14 St. 28 St.			6,25 11,05 16,10	<b>4,10</b> <b>6,05</b> <b>18,10</b>
<b>40mg Kaps.</b>	14 St. 28 St.			12,50 18,20	<b>21,70</b> <b>77,70</b>
<b>A02BC03 Protonenpumpenhemmer, Lansoprazol</b>					
<b>Lansobene 15mg Kaps.</b>	28 St.		(2)	14,75	<b>12,10</b>
<b>30mg Kaps.</b>	7 St. 14 St. 28 St.			8,35 13,70 16,65	<b>6,45</b> <b>11,15</b> <b>13,05</b>
Seit April steht Lansoprazol als weiteres Protonenpumpen-Inhibitor (PPI) - Nachfolgepräparat mit einem Einsparungspotenzial von bis zu € 12,10 pro Packung (bezogen auf kassenfreie Packungsgrößen anderer PPI's) im Grünen Bereich des Erstattungskodex zur Verfügung. Im Gegensatz zu Erstanbieterpräparaten ist beim Nachfolger auch die 28-Stück-Packung kassenfrei verschreibbar.					
<b>A10 ANTIDIABETIKA</b>					
<b>A10BA02 Biguanide, Metformin</b>					
<b>Metformin „ratiopharm“ 1000 mg Filmtabl.</b>	15 St. 60 St.		(2)	1,60 6,10	<b>0,67</b> <b>1,75</b>
<b>C09 MITTEL MIT WIRKUNG AUF DAS RENIN-ANGIOTENSIN-SYSTEM</b>					
<b>C09AA05 ACE-Hemmer rein, Ramipril</b>					
<b>Ramipril „ratiopharm“ 1,25 mg Tabl.</b>	10 St. 30 St.		(2) (2)	1,40 2,85	<b>neue Packungsgr. 3,14</b>
<b>2,5 mg Tabl.</b>	10 St. 30 St.		(2) (2)	2,15 3,25	<b>neue Packungsgr. 4,83</b>
<b>5 mg Tabl.</b>	10 St. 30 St.		(2) (2)	3,10 6,15	<b>neue Packungsgr. 5,16</b>
<b>10 mg Tabl.</b>	10 St. 30 St.		(2) (2)	5,10 9,55	<b>neue Packungsgr. 3,26</b>

## Wichtige Änderungen ab Juli 2005

Aufgrund der Fülle der Änderungen listen wir nur jene auf, die besonders erwähnenswert sind.

Preise Stand Juli 2005

**ROT** → **GRÜN**

### Aufnahmen in den Grünen Bereich:

Präparat	Stück	T	OP	KVP €
<b>B03 ANTIANÄMIKA</b>				
<b>B03XA02 Darbepoetin alfa</b>				
<b>Aranesp 500 mcg Inj.Lsg. in Fspr.</b>	1 St.			952,05
IND: 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				
<b>C09 MITTEL MIT WIRKUNG AUF DAS RENIN-ANGIOTENSIN-SYSTEM</b>				
<b>C09DA03 Valsartan und Diuretika</b>				
<b>Co-Diovan fortissimum 160 mg/25 mg Filmtabl.</b>	28 St.		2	28,40
IND: Wenn ACE-Hemmer nicht vertragen werden				

**ROT** → **GELB**

### Aufnahmen in den Gelben Bereich:

Präparat	Stück	T	OP	KVP €
<b>D10 AKNEMITTEL</b>				
<b>D10BA01 Isotretinoin</b>				
RE1 <b>Ciscutan 20 mg Kaps.</b>	100 St.			76,05
– Eine Kostenübernahme ist nur möglich, wenn mit Therapiealternativen (Packungsgrößen, Wirkstoffstärken) aus dem Grünen Bereich nachweislich nicht das Auslangen gefunden werden kann.				

<b>L04 IMMUNSUPPRESSIVA</b>				
<b>L04AA11 Etanercept</b>				
RE1 <b>Enbrel 25 mg Plv. u. Lsgm. zur Herstellung einer Inj.Lsg.</b>	4 St.			580,55
<ul style="list-style-type: none"> <li>– Eine Kostenübernahme ist möglich in den Indikationen</li> <li>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.</li> <li>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.</li> <li>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.</li> <li>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.</li> <li>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.</li> </ul>				

Nicht im EKO → **GRÜN**

Präparat	Stück	KVP €
<b>A06 LAXANZIEN</b>		
<b>A06AG01 Natriumphosphat</b>		
Clysmol Salinischer Einlauf	10 Stk. à 125 ml	9,90

<b>D08 ANTISEPTIKA UND DESINFEKTIONSMITTEL</b>		
<b>D08AG02 Povidon-Jod</b>		
Betaisodona Lösung standardisiert	500 ml	10,25

<b>D08 ANTISEPTIKA UND DESINFEKTIONSMITTEL</b>		
<b>D08AX53 Propanol, Kombinationen</b>		
Isozid-H farblos alkohol. Lsg. z. Hautdesinfektion	500 ml	6,35

<b>V07 ALLE ÜBRIGEN NICHTTHERAPEUTISCHEN MITTEL</b>		
<b>V07AB Lösungs- und Verdünnungsmittel, inkl. Spüllösungen</b>		
Aqua ad injectabilia "Medipharm" Dstfl. 100 ml	10 Stk.	8,85
Aqua bidestillata "Mayrhofer" Inf. Lsg. (Dstfl.) 100 ml	10 Stk.	8,85

Nicht im EKO → **GELB**

Präparat	Stück	KVP €
<b>A06 LAXANZIEN</b>		
<b>A06AG01 Natriumphosphat</b>		
RE1 Agaffin Abführgel	500 ml	6,30
– Eine Kostenübernahme ist möglich, wenn Therapiealternativen (Packungsgrößen) des Grünen Bereiches zur Abdeckung des individuellen Monatsbedarfes nicht ausreichen.		

<b>D08 ANTISEPTIKA UND DESINFEKTIONSMITTEL</b>		
<b>D08AX Andere Antiseptika und Desinfektionsmittel</b>		
RE2 Octenisept Lsg. zur Wund- und Schleimhautdesinf.	450 ml	8,85
– Eine Kostenübernahme ist möglich, zur Selbstkatheterisierung (z.B. bei Patienten mit Querschnittlähmung).		

<b>J01 ANTIINFEKTIVA ZUR SYSTEMISCHEN ANWENDUNG</b>		
<b>J01GB03 Gentamicin</b>		
RE2 Refobacin 120 mg Amp.	5 Stk.	29,55
– Eine Kostenübernahme ist nur dann möglich, wenn mit Therapiealternativen (Wirkstoffstärken) aus dem Grünen Bereich nachweislich nicht das Auslangen gefunden werden kann.		

<b>L01 ANTINEOPLASTISCHE MITTEL</b>		
<b>L01BA01 Methotrexat</b>		
RE2 Ebetrexat 10 mg/ml parenterale Lsg.	5 x 1 ml 1 x 2 ml 5 x 2 ml	15,35 5,30 25,05
– Eine Kostenübernahme ist möglich, wenn mit peroralem Methotrexat nachweislich nicht das Auslangen gefunden werden kann. Die 1x1ml-Packung hat sich bereits im gelben Bereich befunden.		

Änderung der Abgabemenge:

Präparat	Stück	T	OP	KVP €
<b>H02 CORTICOSTEROIDE ZUR SYSTEMISCHEN ANWENDUNG</b>				
<b>H02AB08 Triamcinolon</b>				
Solu-Volon A 40 mg Amp.	1 St.		2	6,90
	3 St.			17,-
Solu-Volon A 80 mg Amp.	1 St.		2	12,45
	3 St.			30,25

<b>N06 PSYCHOANALEPTIKA</b>				
<b>N06AB03 Fluoxetin</b>				
Fluoxetin "1A Pharma" 20 mg Kaps.	14 St.		2	10,05
	30 St.			17,-
Flux "Hexal" Tabs 20 mg Tabl.	14 St.		2	10,5
	30 St.			15,90

<b>N06AB04 Citalopram</b>				
Citalopram "Sandoz" 20 mg Filmtabl.	14 St.		2	9,35
	30 St.			16,50

Änderung der Voraussetzung:

Präparat	Stück	T	OP	KVP €
<b>J05 ANTIVIRALE MITTEL ZUR SYSTEMISCHEN ANWENDUNG</b>				
<b>J05AB01 Aciclovir</b>				
Zovirax 400 mg/5 ml Saft	100 ml			50,25
IND: Herpes zoster bei Kindern und bei Patienten mit Immunsuppression oder Immundefizit mit Schluckstörungen, Varicellen bei Säuglingen, bei Kindern mit atopischen Erkrankungen der Haut sowie bei chronisch kranken Kindern, nach Erstverordnung durch den Facharzt für Kinderheilkunde				

<b>R03 MITTEL BEI OBSTRUKTIVEN ATEMWEGSERKRANKUNGEN</b>				
<b>R03BA02 Budesonid</b>				
Pulmicort 0,5 mg/ml Susp.	20 St.			33,20
<b>F6J</b>				

<b>V03 ALLE ÜBRIGEN THERAPEUTISCHEN MITTEL</b>				
<b>V03AF03 Calciumfolinat</b>				
Calciumfolinat „Ebewe“ 15 mg Kaps.	20 St.			56,25
IND: Folsäuremangel verursacht durch Methotrexat, Kombinationstherapie mit 5-Fluorouracil				

**GRÜN** → **GELB**

Präparat	Stück	T	OP	KVP €
<b>C10 LIPID SENKENDE MITTEL</b>				
<b>C10AA05 Atorvastatin</b>				
RE2 Sortis 10 mg Filmtabl.	30 Stk.			32,-
– Zur Ersteinstellung bzw. Dosistitrierung 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.				

Präparat		Stück	T	OP	KVP €
<b>M01 ANTIPHLOGISTIKA UND ANTIRHEUMATIKA</b>					
<b>M01AH01 Celecoxib</b>					
RE1	<b>Celebrex 100 mg Hartkaps.</b>	10 Stk. 30 Stk.			6,55 18,60–
<ul style="list-style-type: none"> <li>– Zur Behandlung der schmerzhaften Osteoarthritis bei Patienten über dem 65. Lebensjahr</li> <li>– mit Ulcus in der Anamnese</li> <li>– oder mit Antikoagulation;</li> <li>– Zur Behandlung der schmerzhaften Polyarthritiden bei Patienten</li> <li>– mit Ulcus in der Anamnese</li> <li>– oder mit Antikoagulation;</li> <li>– 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 möglichen Therapiedauer eingesetzt werden (maximal 6 Monate).</li> </ul>					

RE1	<b>Celebrex 100 mg Hartkaps.</b>	10 Stk. 30 Stk.		2	12,80 36,35–
<ul style="list-style-type: none"> <li>– Zur Behandlung der schmerzhaften Osteoarthritis bei Patienten über dem 65. Lebensjahr</li> <li>– mit Ulcus in der Anamnese</li> <li>– oder mit Antikoagulation;</li> <li>– Zur Behandlung der schmerzhaften Polyarthritiden bei Patienten</li> <li>– mit Ulcus in der Anamnese</li> <li>– oder mit Antikoagulation;</li> <li>– 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 möglichen Therapiedauer eingesetzt werden (maximal 6 Monate).</li> </ul>					

Präparat		Stück	T	OP	KVP €	max. Kostenersparnis € pro Packung*
<b>C10 LIPID SENKENDE MITTEL</b>						
<b>C10AA03 HMG-CoA-Reduktasehemmer, Pravastatin</b>						
<b>Pravastatin "Interpharm"</b>	<b>10mg Kaps.</b>	30 St.		(2)	16,40	<b>6,50</b>
	<b>40mg Kaps.</b>	30 St.		(2)	16,40	<b>29,40</b>
IND: Sekundärprävention bei klinisch manifester Atherosklerose und/oder Diabetes mellitus mit hohem kardiovaskulärem Risiko						
<b>Pravastatin "Sandoz"</b>	<b>20mg Kaps.</b>	30 St.	T2	(2)	16,40	<b>6,50</b>
	<b>40mg Kaps.</b>	30 St.	T2	(2)	16,40	<b>29,40</b>
IND: Sekundärprävention bei klinisch manifester Atherosklerose und/oder Diabetes mellitus mit hohem kardiovaskulärem Risiko						
<b>J01 ANTIBIOTIKA ZUR SYSTEMISCHEN ANWENDUNG</b>						
<b>J01DC02 Andere Beta-Lactam-Antiobiotika</b>						
<b>Cefuroxim "Hexal"</b>	<b>250 mg Filmtabl.</b>	14 St.			7,35	<b>5,85</b>
	<b>500 mg Filmtabl.</b>	14 St.			11,85	<b>9,40</b>
<b>M01 ANTIPHLOGISTIKA UND ANTIRHEUMATIKA</b>						
<b>M01AC06 Oxicame, Meloxicam</b>						
<b>Meloxicam „Interpharm“</b>	<b>7,5 mg Tabl.</b>	10 St. 30 St.		(2)	2,50 6,75	<b>neue Packungsgr. 6,25</b>
	<b>15 mg Tabl.</b>	10 St. 30 St.		(2)	2,95 7,90	<b>3,15 7,80</b>
Nach der Marktrücknahme von zwei Coxiben und den neuen Warnhinweisen zu Celecoxib (Celebrex) wurden und werden viele Patienten auf herkömmliche NSAR umgestellt. Die Substanz Meloxicam ist dabei eine Option und jährlich werden weit über 200.000 Packungen mit dieser Substanz mit den Krankenversicherungsträgern abgerechnet. Kostengünstiger ist dies nunmehr mit dem 1. Nachfolgeprodukt von Meloxicam im Erstattungskodex möglich.						
<b>N05CF02 Benzodiazepin-verwandte Mittel, Zolpidem</b>						
<b>Zolpidem "Hexal"</b>	<b>Filmtabl.</b>	15 St.		(2)	1,25	<b>0,25</b>
Verordenbar für P1						

Präparat	Stück	T	OP	KVP €	max. Kostenersparnis € pro Packung*
<b>N06 PSYCHOANALEPTIKA</b>					
<b>N06AB04 Selektive Serotonin-Wiederaufnahmehemmer, Citalopram</b>					
Citalopram „Interpharm“	10 mg Filmtabl.	14 St.		(2) 5,60	<b>0,80</b>
		30 St.		9,50	<b>1,23</b>
	20 mg Filmtabl.	14 St.		(2) 9,15	<b>0,95</b>
		30 St.		16,40	<b>1,74</b>
	40 mg Filmtabl.	14 St.		(2) 9,55	<b>1,00</b>
		30 St.		17,90	<b>1,64</b>
<b>N06AB05 Selektive Serotonin-Wiederaufnahmehemmer, Paroxetin</b>					
Paroxetin „Sandoz“	20 mg Tabl.	10 St.		(2) 6,45	<b>1,57</b>
		30 St.		16,70	<b>2,76</b>
<b>N06AX11 Andere Antidepressiva, Mirtazapin</b>					
Mirtel	30 mg Filmtabl.	30 St.		12,55	<b>36,50</b>
	45 mg Filmtabl.	30 St.		13,70	<b>51,80</b>
Nunmehr steht Mirtazapin auch in der höheren Wirkstoffstärke im Erstattungskodex frei verschreibbar zur Verfügung.					
Mirtazapin „Alternova“	30 mg Filmtabl.	30 St.	T 2	13,65	<b>35,40</b>

**ROT** → **GELB**

**Aufnahmen in den Gelben Bereich:**

Präparat	Stück	OP	KVP €
<b>A16 ANDERE MITTEL FÜR DAS ALIMENTÄRE SYSTEM UND DEN STOFFWECHSEL</b>			
<b>A16AB03 Agalsidase alfa</b>			
RE1 <b>Replagal 1 mg/ml Konzentrat zur Herstellung einer Infusionslösung</b>	1 St./1ml		607,55
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Die Kostenübernahme kommt nur bei Patienten mit gesicherter Diagnose eines Morbus Fabry (alpha-Galaktosidase A-Mangel) in Frage.</li> <li>- Die Erstverordnung nur durch ein auf hereditäre Stoffwechselerkrankungen spezialisiertes Zentrum oder einem Facharzt mit Erfahrung auf dem Gebiet von hereditären Stoffwechselerkrankungen erfolgen.</li> <li>- Alle 6 Monate ist eine Kontrolluntersuchung durch das o.a. Zentrum oder den o.a. Facharzt durchzuführen.</li> <li>- Replagal 1 mg/ml Konzentrat zur Herstellung einer Infusionslösung eignet sich für eine chef(kontroll)ärztliche Langzeitgenehmigung für 6 Monate (L6).</li> </ul>			
Die Packungsgrößen zu 3,5 ml waren bereits im Gelben Bereich des Erstattungskodex.			
<b>L03 IMMUNSTIMULANZIEN</b>			
<b>L03AB07 Interferon-beta-1a</b>			
RE1 <b>Avonex 30 mcg/1 ml Pulver und Lsgm. zur Herstellung einer Inj.Zub. (Bio-Set)</b>	4 St.		901,30
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Diagnosestellung, Verordnung, Einstellung, Therapiekontrolle und Dokumentation durch ein MS-Zentrum</li> <li>- Schulung der Patienten in der Applikationstechnik</li> <li>- Kriterien bei der Ersteinstellung: 2 Schübe innerhalb der letzten 2 Jahre sowie</li> <li>- EDSS kleiner gleich 5,5</li> <li>- Avonex eignet sich für eine chef(kontroll)ärztliche Langzeitgenehmigung für 12 Monate (L12)</li> </ul>			
<b>N07 ANDERE MITTEL FÜR DAS NERVENSYSTEM</b>			
<b>N07BC Mittel zur Behandlung der Opiatabhängigkeit</b>			
RE1 <b>Compensan retard 100 mg Filmtabl.</b>	10 St. 30 St.		13,85 34,60
RE1 <b>300 mg Filmtabl.</b>	10 St. 30 St.		38,40 94,10
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Eine Kostenübernahme ist nur möglich zur expressis verbis angeführten Substitutionsbehandlung, wenn das Methadonprogramm bei nachvollziehbarer und objektivierbarer Unverträglichkeit oder bei Auftreten von massiven Nebenwirkungen nicht zum gewünschten Erfolg geführt hat oder bei Vorliegen einer Schwangerschaft.</li> <li>- Avonex eignet sich für eine chef(kontroll)ärztliche Langzeitgenehmigung für 12 Monate (L12)</li> </ul>			
Anmerkung: Compensan retard 200 mg Filmtabl. mit 10 und 30 Stk. waren bereits im EKO im Gelben Bereich!			

## Folgende Präparate wurden aus dem EKO gestrichen:

### Aufhebung der Zulassung:

Präparat	Stück	OP	ATC-Code	Streichung mit
Brinerdin mite Drag.	50 St.		C02LA51	01.05.2005
Molsidomin „ratiopharm“ 2 mg Tabl.	20 St. 50 St.	2 2	C01DX12	01.04.2005
Molsidomin „ratiopharm“ 4 mg Tabl.	20 St. 50 St.	2	C01DX12	01.04.2005

### Streichung auf Wunsch des Unternehmens:

Präparat	Stück	OP	ATC-Code	Streichung mit
Rutisorbin Tabl.	20 St.		C05CA51	01.05.2005
Soventol Gelee	20 g	2	D04AA15	01.05.2005
Vancomycin „Lilly“ chromatographisch gereinigt 125 mg Kaps.	20 St.		J01XA01	01.06.2005
Vancomycin „Lilly“ chromatographisch gereinigt 250 mg Kaps.	20 St.		J01XA01	01.06.2005

### Sonstige Streichung auf Grund der Bestimmungen der Verfahrensordnung zur Herausgabe des Erstattungskodex:

Präparat	Stück	OP	ATC-Code	Streichung mit
Neutronorm 200 mg Amp.	5 St.	2	A02BA01	01.06.2005
Suxinutin Kaps.	100St.		N03AD01	01.04.2005
Ulcometin Amp.	5 St.	2	A02BA01	01.06.2005
Ulcostad 200 mg Amp.	5 St.	2	A02BA01	01.06.2005
Zorac 0,1 % Gel	15 g 60 g	2 2	D05AX05	01.05.2005

## Infusionen

Die bisher in grün mit der IND-Regel versehenen Infusionen zur „nicht aufschiebbaren (Sofort-)Therapie bei akutem Geschehen; Chemotherapie; terminale Karzinombehandlung“ decken den gesamten Einsatz ab und es wird daher mit 1.7.2005 auf den IND-Vermerk verzichtet.

Ein Gutteil der Infusionen ist zur Behandlung der Dehydratation im Alter notwendig. Diesem Einsatz wurde Rechnung getragen mit der Verschiebung der 10-Stk.-Packung von dunkelgelb in hellgelb.

Der Einsatz ist entsprechend der Vorgabe „Exsikkose“ zu dokumentieren. Ist die Vor-

gabe nicht erfüllt und es ist dennoch die 10-Stk.-Packung erforderlich, ist eine Beantragung notwendig.

RE2-Regel: „Bei Exsikkose, wenn eine orale Flüssigkeitszufuhr nicht ausreichend möglich ist“.

Präparat	Stück	ATC-Code
Glucose „Mayrhofer“ 5 % Inf. Lsg. 250 ml	10 Stk.	B05BA03
Glucose „Fresenius“ 5 % Inf. Lsg. 250 ml	10 Stk.	B05BA03
Na. chlorid physiolog. „Mayrhofer“ Inf. Fl. 0,9 % 250 ml	10 Stk.	B05BB01
Physiolog. Kochsalzlg. „Fresenius“ Inf. Fl. 250 ml	10 Stk.	B05BB01
Ringerlösung „Fresenius“ Inf. Fl. 250 ml	10 Stk.	B05BB01
Ringerlösung „Mayrhofer“ 250 ml	10 Stk.	B05BB01
Ringer-Lactat-Lösung „Fresenius“ Inf. Fl. 500 ml	10 Stk.	B05BB01
Ringer-Lactat nach Hartmann „Mayrhofer“ Inf. Fl. 250 ml	10 Stk.	B05BB01

[www.kgkk.at](http://www.kgkk.at)

Für weitere Informationen wenden Sie sich bitte an:

**Dr. Erich Trampitsch**

Stellvertreter des leitenden Arztes



KÄRNTNER  
GEBIETSKRANKENKASSE

A-9021 Klagenfurt, Kempfstraße 8  
Tel.: 050 5855-2041, Fax: 050 5855-2045  
E-Mail: erich.trampitsch@kgkk.sozvers.at