

**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:

**5. Änderung des Erstattungskodex**

Der Erstattungskodex, Amtliche Verlautbarung im Internet Nr. 110/2004, zuletzt geändert durch die Amtliche Verlautbarung im Internet Nr. 41/2005, wird wie folgt geändert:

## Zeichenerklärung

- (2) = Als frei verschreibbar gilt das Doppelte der angegebenen Menge. Die angegebene Menge entspricht dem Inhalt einer Originalpackung (z.B.: 20 g (2) - frei verschreibbar sind 2 Packungen zu je 20 g).
- IND = Arzneispezialitäten, die bei Vorliegen der bei der Arzneispezialität angegebenen Krankheit ohne die sonst notwendige ärztliche Bewilligung des chef- und kontrollärztlichen Dienstes für Rechnung der Krankenversicherungsträger abgegeben werden können, wenn vom verschreibenden Arzt auf dem Rezept bei dieser Arzneispezialität das gegenständliche Zeichen angebracht wurde.
- L12 = Langzeitgenehmigung für 12 Monate möglich
- P1 = Arzneispezialitäten mit erleichterten Abgabebestimmungen für psychotrope Stoffe, die dem Wiederholungsverbot unterliegen.  
Verschreibung auf Rezept (nur einmalige Abgabe [NR]).

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

	Arzneispezialität	Menge	OP	ATC-Code	mit Wirkung vom
	<b>Abilify 10 mg Tabl.</b>	28 St.	2	N05AX12	1.6.2005
	<b>Abilify 15 mg Tabl.</b>	14 St.		N05AX12	1.6.2005
		28 St.	2		
IND	<b>Imigran 20 mg Nasalspray</b> Migräne nach Erstverordnung durch einen Neurologen, wenn mit der peroralen Therapie nicht das Auslangen gefunden werden kann	2 St.	2	N02CC01	1.6.2005
	<b>Cefuroxim "Hexal" 250 mg Filmtabl.</b>	14 St.		J01DC02	1.6.2005
	<b>Cefuroxim "Hexal" 500 mg Filmtabl.</b>	14 St.		J01DC02	1.6.2005
	<b>Mirtel 30 mg Filmtabl.</b>	30 St.		N06AX11	1.6.2005
	<b>Mirtel 45 mg Filmtabl.</b>	30 St.		N06AX11	1.6.2005
	<b>Omeprazol „ratiopharm“ Mikrotabs 10 mg Kaps.</b>	28 St.	2	A02BC01	1.6.2005
	<b>Omeprazol „ratiopharm“ Mikrotabs 20 mg Kaps.</b>	7 St.		A02BC01	1.6.2005
		14 St.			
		28 St.			
	<b>Omeprazol „ratiopharm“ Mikrotabs 40 mg Kaps.</b>	14 St.		A02BC01	1.6.2005
		28 St.			
P1	<b>Zolpidem „Hexal“ Filmtabl.</b>	10 St.	2	N05CF02	1.6.2005

**A2. Streichungen von im Grünen Bereich des Erstattungskodex angeführten Arzneispezialitäten:**

Arzneispezialität	Menge	OP	ATC-Code	Mit Wirkung vom
<b>Neutronorm 200 mg Amp.</b>	5 St.	2	A02BA01	1.6.2005
<b>Ulcometin Amp.</b>	5 St.	2	A02BA01	1.6.2005
<b>Ulcostad 200 mg Amp.</b>	5 St.	2	A02BA01	1.6.2005

**A3. Änderung von ATC-Codes von im Grünen Bereich des Erstattungskodex angeführten Arzneispezialitäten:**

Arzneispezialität	Menge	OP	ATC-Code	Mit Wirkung vom
<b>Acimethin Filmtabl.</b>	50 St.		V03AB26 (vorher G04BA)	1.6.2005
<b>Akrinor Filmtabl.</b>	50 St.		C01CA30 (vorher C01CA)	1.6.2005
<b>Arbid Drag.</b>	20 St.	2	R06AA57 (vorher R06AA07)	1.6.2005
F14 <b>Arbid Schlucktropf.</b>	35 g	2	R06AA57 (vorher R06AA07)	1.6.2005
<b>Calcium „Fresenius“ Amp.</b>	5 St.	2	A12AA20 (vorher A12AA03)	1.6.2005
IND <b>Emend 80 mg Hartkaps.</b> zur Behandlung des verzögerten cisplatin- induzierten Erbrechens und der Nausea, nicht in Kombination mit 5HT3-Antagonisten	2 St.		A04AD12 (vorher A04A)	1.6.2005
<b>Mayfung Bad</b>	100 g	2	D01AE54 (vorher D01AE04)	1.6.2005
IND <b>Mencord 10 mg Filmtabl.</b> wenn ACE-Hemmer nicht vertragen werden	28 St.	2	C09CA08 (vorher C09CA)	1.6.2005
IND <b>Mencord 20 mg Filmtabl.</b> wenn ACE-Hemmer nicht vertragen werden.	28 St.	2	C09CA08 (vorher C09CA)	1.6.2005
IND <b>Mencord 40 mg Filmtabl.</b> wenn ACE-Hemmer nicht vertragen werden	28 St.	2	C09CA08 (vorher C09CA)	1.6.2005
IND <b>Mericomb 2 mg Filmtabl.</b> bei schwerem klimakterischen Syndrom	28 St.	2	G03FB05 (vorher G03FA01)	1.6.2005
<b>Mycopol dermatol. Lsg.</b>	100 g	2	D01AE54 (vorher D01AE20)	1.6.2005
<b>Novipek Kaps.</b>	24 St.		R05CA10 (vorher R03CK)	1.6.2005
IND <b>Olmetec 10 mg Filmtabl.</b> wenn ACE-Hemmer nicht vertragen werden	28 St.	2	C09CA08 (vorher C09CA)	1.6.2005

IND	<b>Olmetec 20 mg Filmtabl.</b> wenn ACE-Hemmer nicht vertragen werden	28 St. 2	C09CA08 (vorher C09CA)	1.6.2005
IND	<b>Olmetec 40 mg Filmtabl.</b> wenn ACE-Hemmer nicht vertragen werden	28 St. 2	C09CA08 (vorher C09CA)	1.6.2005
	<b>Opino Drag.</b>	20 St. 2 50 St.	C05CX (vorher C04AA02)	1.6.2005
	<b>Ossiplex retard Drag.</b>	50 St.	A12CD51 (vorher A12CD01)	1.6.2005
	<b>Pilison dermatol. Lsg.</b>	15 ml 30 ml	D07XC (vorher D07BC03)	1.6.2005
	<b>Squamasol crinale Lsg.</b>	100 ml	D11AC30 (vorher D02AF)	1.6.2005
	<b>Squamasol Gel</b>	100 g	D11AC30 (vorher D02AF)	1.6.2005
	<b>Tepilta Susp.</b>	175 ml 2	A02AX (vorher A02AD01)	1.6.2005
	<b>Tepilta Tabl.</b>	50 St. 100 St.	A02AX (vorher A02AD01)	1.6.2005

## B. Gelber Bereich des Erstattungskodex

### B1. Änderung der Abgabemenge und der Abgabebedingung von im Gelben Bereich des Erstattungskodex angeführten Arznei-spezialitäten:

	Arzneispezialität	Menge	ATC-Code	mit Wirkung vom
L12	<b>Betaferon 250 mcg/ml Plv. u. Lsgm. zur Herstellung einer Inj.lsg. in Dstfl.</b> Eine Kostenübernahme ist möglich in der Indikation: 1. schubförmig remittierende MS: Kriterien bei Ersteinstellung: Zwei Schübe innerhalb der letzten zwei Jahre und EDSS kleiner gleich 5,5. 2. sekundär progrediente MS: Kriterien bei Ersteinstellung: Zwei Schübe oder eine Verschlechterung um mindestens einen Punkt im EDSS-Score innerhalb der letzten zwei Jahre und EDSS 3 - 6,5 Diagnosestellung, Verordnung, Einstellung, Therapiekontrolle und Dokumentation durch ein MS-Zentrum.	5 St. 15 St.	L03AB08	1.6.2005

### B2. Streichungen von im Gelben Bereich des Erstattungskodex angeführten Arzneispezialitäten:

	Arzneispezialität	Menge	OP	ATC-Code	Mit Wirkung vom
	<b>Vancomycin "Lilly" chromatographisch gereinigt 125 mg Kaps.</b>	20 St.		J01XA01	1.6.2005
	<b>Vancomycin "Lilly" chromatographisch gereinigt 250 mg Kaps.</b>	20 St.		J01X401	1.6.2005

### B3. Änderung von ATC-Codes von im Gelben Bereich des Erstattungskodex angeführten Arzneispezialitäten:

Arzneispezialität	Menge	ATC-Code	Mit Wirkung vom
<b>Kaletra Lsg. zum Einnehmen</b> In Kombination mit anderen antiretroviralen Arzneimitteln bei HIV-1-infizierten Erwachsenen und Kindern ab zwei Jahren. Die Therapieeinleitung und regelmäßige -kontrollen sind von einem Arzt, der Erfahrung in der Behandlung der HIV-Infektion besitzt, durchzuführen.	300 ml	J05AE06 (vorher J05AE03)	1.6.2005
<b>Kaletra Weichkaps.</b> In Kombination mit anderen antiretroviralen Arzneimitteln bei HIV-1-infizierten Erwachsenen und Kindern ab zwei Jahren. Die Therapieeinleitung und regelmäßige -kontrollen sind von einem Arzt, der Erfahrung in der Behandlung der HIV-Infektion besitzt, durchzuführen.	180 St.	J05AE06 (vorher J05AE03)	1.6.2005

### C. Roter Bereich des Erstattungskodex

#### C1. Aufnahmen von Arzneispezialitäten in den Roten Bereich des Erstattungskodex

Arzneispezialität	Menge	ATC-Code	mit Wirkung vom
<b>Inspra 25 mg Filmtabl.</b>	10 St. 30 St.	C03DA04	22.04.2005
<b>Inspra 50 mg Filmtabl.</b>	10 St. 30 St.	C03DA04	22.04.2005
<b>Salagen 5 mg Filmtabl.</b>	84 St.	N07AX01	20.04.2005
<b>Terazosin "ratiopharm" 1 mg Tabl.</b>	10 St. 28 St.	C02CA	20.04.2005
<b>Terazosin "ratiopharm" 2 mg Tabl.</b>	10 St. 30 St.	C02CA	20.04.2005
<b>Terazosin "ratiopharm" 5 mg Tabl.</b>	10 St. 30 St.	C02CA	20.04.2005
<b>Domperidon "Alternova" 10 mg Tabl.</b>	10 St. 50 St.	A03FA03	01.05.2005
<b>Omeprazol "Genericon" 10 mg Kaps.</b>	28 St.	A02BC01	01.05.2005
<b>Omeprazol "Genericon" 20 mg Kaps.</b>	7 St. 14 St. 28 St.	A02BC01	01.05.2005
<b>Omeprazol "Genericon" 40 mg Kaps.</b>	14 St. 28 St.	A02BC01	01.05.2005
<b>Pravastatin "Alternova" 20 mg Filmtabl.</b>	30 St.	C10AA03	01.05.2005
<b>Pravastatin "Alternova" 40 mg Filmtabl.</b>	30 St.	C10AA03	01.05.2005
<b>Reminyl retard 8 mg Kaps.</b>	7 St. 28 St.	N06DA04	02.05.2005
<b>Reminyl retard 16 mg Kaps.</b>	28 St.	N06DA04	02.05.2005
<b>Reminyl retard 24 mg Kaps.</b>	28 St.	N06DA04	02.05.2004
<b>Reminyl retard 8 mg + 16 mg Kaps. (Startpackung)</b>	56 St.	N06DA04	02.05.2005

<b>Ampho-Moronal Suspension</b>	30 ml 50 ml	A07AA07	09.05.2005
---------------------------------	----------------	---------	------------

## C2. Streichungen von im Roten Bereich des Erstattungskodex angeführten Arzneispezialitäten

Arzneispezialität	Menge	ATC-Code	mit Wirkung vom
<b>Clarithromycin „Sandoz“ 125 mg/5 ml Gran. für orale Susp.</b>	70 ml	J01FA09	29.3.2005
<b>Clarithromycin „Sandoz“ 250 mg/5 ml Gran. für orale Susp.</b>	70 ml	J01FA09	29.3.2005
<b>Amlodipin „Pharma &amp; Co“ 5 mg Tabl.</b> (vorher „Amlohyp 5 mg Tabl.“)	10 St. 30 St.	C08CA01	13.4.2005
<b>Amlodipin „Pharma &amp; Co“ 10 mg Tabl.</b> (vorher „Amlohyp 10 mg Tabl.“)	10 St. 30 St.	C08CA01	13.4.2005
<b>Bezacur retard 400 mg Filmtabl.</b>	30 St.	C10AB02	13.4.2005
<b>Ciprofloxacin „Pharma &amp; Co“ 250 mg Filmtabl.</b> (vorher „Vegarex 250 mg Filmtabl.“)	10 St. 20 St.	J01MA02	13.4.2005
<b>Ciprofloxacin „Pharma &amp; Co“ 500 mg Filmtabl.</b> (vorher „Vegarex 500 mg Filmtabl.“)	10 St. 20 St.	J01MA02	13.4.2005
<b>Omegastron 20 mg Kaps.</b>	14 St. 28 St.	A02BC01	13.4.2005
<b>Omegastron 40 mg Kaps.</b>	14 St. 28 St.	A02BC01	13.4.2005
<b>Ramipharm 1,25 mg Tabl.</b>	30 St.	C09AA05	13.4.2005
<b>Ramipharm 2,5 mg Tabl.</b>	30 St.	C09AA05	13.4.2005
<b>Ramipharm 5 mg Tabl.</b>	30 St.	C09AA05	13.4.2005
<b>Ramipharm 7,5 mg Tabl.</b>	30 St.	C09AA05	13.4.2005
<b>Ramipharm 10 mg Tabl.</b>	30 St.	C09AA05	13.4.2005
<b>Fentanyl „1A Pharma“ 25 mcg/h Depotpflaster</b> (vorher „Fentex 25 mcg/h Depotpflaster“)	5 St.	N02AB03	22.4.2005
<b>Fentanyl „1A Pharma“ 50 mcg/h Depotpflaster</b> (vorher „Fentex 50 mcg/h Depotpflaster“)	5 St.	N02AB03	22.4.2005
<b>Fentanyl „1A Pharma“ 75 mcg/h Depotpflaster</b> (vorher „Fentex 75 mcg/h Depotpflaster“)	5 St.	N02AB03	22.4.2005
<b>Fentanyl „1A Pharma“ 100 mcg/h Depotpflaster</b> (vorher „Fentex 100 mcg/h Depotpflaster“)	5 St.	N02AB03	22.4.2005
<b>Fentanyl „Hexal“ 25 mcg/h Depotpflaster</b> (vorher „Fentanyl ‚Dr. Heinz‘ 25 mcg/h Depotpflaster“)	5 St.	N02AB03	22.4.2005
<b>Fentanyl „Hexal“ 50 mcg/h Depotpflaster</b> (vorher „Fentanyl ‚Dr. Heinz‘ 50 mcg/h Depotpflaster“)	5 St.	N02AB03	22.4.2005
<b>Fentanyl „Hexal“ 75 mcg/h Depotpflaster</b> (vorher „Fentanyl ‚Dr. Heinz‘ 75 mcg/h Depotpflaster“)	5 St.	N02AB03	22.4.2005
<b>Fentanyl „Hexal“ 100 mcg/h Depotpflaster</b> (vorher „Fentanyl ‚Dr. Heinz‘ 100 mcg/h Depotpflaster“)	5 St.	N02AB03	22.4.2005

\*

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 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 Änderungen der ATC-Codes erfolgten mit Entscheidung des Hauptverbandes vom 18. April 2005, die Streichungen der Arzneispezialitäten Neutronorm 200 mg Amp. 5 St., Ulcometin Amp. 5 St. und Ulcostad 200 mg Amp. 5 St. erfolgten mit Entscheidung des Hauptverbandes vom 11. April 2005, die sonstigen Änderungen des Erstattungskodex erfolgten mit Entscheidung des Hauptverbandes der österreichischen Sozialversicherungsträger vom 2. Mai 2005. Die Bundesministerin für soziale Sicherheit, Generationen und Konsumentenschutz hat das gesetzmäßige Zustandekommen mit Erlass vom 30. Mai 2005, GZ: BMSG-21410/0016-II/A/3/2005, beurkundet.

Für den Hauptverband:

**Hartinger**

**Laminger**