

**Amtliche Verlautbarung der österreichischen Sozialversicherung im Internet: [www.avsv.at](http://www.avsv.at)**

**Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger**

Der Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger verlautbart gemäß § 31 Abs. 8 ASVG:

**27. Änderung des Erstattungskodex**

Der Erstattungskodex, Amtliche Verlautbarung im Internet Nr. 110/2004, zuletzt geändert durch die Amtliche Verlautbarung im Internet Nr. 42/2007, 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.  
L3, = Eine Langzeitgenehmigung ist für die als Nummer angegebenen Monate möglich (z.B. L3 →  
L4, Langzeitbewilligung für 3 Monate möglich, L4 → Langzeitbewilligung für 4 Monate möglich)  
L5,  
...

**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>Alendronsäure "Arcana" 70 mg einmal wö- chentlich Tabl. Abg. gem. mit Calcium Vit. D3 "Viatris" Kautabl. 56 St.</b> Langzeitbehandlung der Osteoporose (Knochen- dichte liegt mehr als 2,5 Standardabweichungen unter dem Durchschnittswert junger Erwachsener) oder nach osteoporotischer Fraktur	4 St.	2	M05BA04	1.4.2007
	<b>Clarelux 500 mcg/g Schaum zur Anw. auf der Haut</b>	50 g	-	D07AD01	1.4.2007
	<b>Citalopram "Arcana" 40 mg Filmtabl.</b>	14 St. 28 St.	- -	N06AB04	1.4.2007
	<b>Terazosin "Alternova" 2 mg Tabl.</b>	10 St. 30 St.	2 2	C02CA	1.4.2007
	<b>Terazosin "Alternova" 5 mg Tabl.</b>	10 St. 30 St.	2 2	C02CA	1.4.2007
	<b>Xiclav Quicktab 625 mg Tabl.</b>	12 St.	2	J01CR02	1.4.2007

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

	Arzneispezialität	Menge	OP	ATC-Code	mit Wirkung vom
	<b>Abilify 10 mg Tabl.</b>	14 St. 28 St.	- 2	N05AX12	1.4.2007

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

	Arzneispezialität	Menge	OP	ATC-Code	mit Wirkung vom
IND	<b>Neurontin 300 mg Kaps.</b> Behandlung bei Epilepsien, die durch andere Antiepileptika ungenügend kontrolliert sind und Behandlung des neuropathischen Schmerzes, wenn mit kostengünstigeren Therapiealternativen (ATC N02A, N03AF01, N06A) nachweislich nicht das Auslangen gefunden werden kann.	100 St.	-	N03AX12	1.4.2007
IND	<b>Neurontin 600 mg Filmtabl.</b> Behandlung bei Epilepsien, die durch andere Antiepileptika ungenügend kontrolliert sind und Behandlung des neuropathischen Schmerzes, wenn mit kostengünstigeren Therapiealternativen (ATC N02A, N03AF01, N06A) nachweislich nicht das Auslangen gefunden werden kann.	100 St.	-	N03AX12	1.4.2007

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

	Arzneispezialität	Menge	OP	ATC-Code	mit Wirkung vom
IND	<b>Neurontin 800 mg Filmtabl.</b> Behandlung bei Epilepsien, die durch andere Antiepileptika ungenügend kontrolliert sind	100 St.		N03AX12	1.4.2007
	<b>Progynon Depot 10 mg Amp.</b>	3 St.	-	G03CA03	1.4.2007

**A5. Änderung der Bezeichnung von im Grünen Bereich des Erstattungskodex angeführten Arzneispezialitäten:**

	Arzneispezialität	Menge	OP	ATC-Code	Mit Wirkung vom
	<b>Bezafibrat "ratiopharm" retard 400 mg Filmtabl.</b> (vormals Bezafibrat „ratiopharm“ retard 400 mg Drag.)	30 St.	2	C10AB02	1.4.2007

**A6. Aufnahmen von Arzneispezialitäten in den Grünen Bereich des Erstattungskodex – KORREKTUR der Amtlichen Verlautbarung Nr. 42/2007:**

	Arzneispezialität	Menge	OP	ATC-Code	mit Wirkung vom
	<b>Carvedilol "Alternova" 25 mg Tabl.</b>	10 St.	2	C07AG02	1.3.2007
		30 St.	<b>2</b>		
	<b>Carvedilol "Arcana" 25 mg Filmtabl.</b>	10 St.	2	C07AG02	1.3.2007
		30 St.	<b>2</b>		
	<b>Carvedilol "Interpharm" 25 mg Tabl.</b>	10 St.	2	C07AG02	1.3.2007
		30 St.	<b>2</b>		

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

	Arzneispezialität	Menge	OP	ATC-Code	mit Wirkung vom
L12	<b>Finasterid "Genericon" 5 mg Filmtabl.</b> - 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).	30 St.	2	G04CB01	1.4.2007

<b>Procoralan 5 mg Filmtabl.</b>	28 St.	-	C01EB17	1.4.2007
	56 St.	-		

Symptomatische Behandlung der chronischen stabilen Angina pectoris bei Patienten mit normalem Sinusrhythmus, bei denen Betablocker (Präparate mit entspr. Indikation aus der Gruppe mit dem ATC-Code C07) kontraindiziert sind oder eine Unverträglichkeit für diese Betablocker vorliegt und bei denen Calciumkanalblocker (ATC-Code C08) aus dem Grünen Bereich nicht ausreichend wirksam sind oder nicht angewendet werden können.

<b>Procoralan 7,5 mg Filmtabl.</b>	28 St.	-	C01EB17	1.4.2007
	56 St.	-		

Symptomatische Behandlung der chronischen stabilen Angina pectoris bei Patienten mit normalem Sinusrhythmus, bei denen Betablocker (Präparate mit entspr. Indikation aus der Gruppe mit dem ATC-Code C07) kontraindiziert sind oder eine Unverträglichkeit für diese Betablocker vorliegt und bei denen Calciumkanalblocker (ATC-Code C08) aus dem Grünen Bereich nicht ausreichend wirksam sind oder nicht angewendet werden können.

L6	<b>Xolair 150 mg Plv. u. Lsgm. z. Herst. einer Inf.lsg.</b>	1 St.	-	R03DX05	1.4.2007
----	---	-------	---	---------	----------

Als Zusatztherapie bei Erwachsenen und Jugendlichen (ab 12 Jahren) mit schwerem persistierendem allergischem Asthma,

- o die einen positiven Hauttest oder in vitro Reaktivität gegen ein ganzjährig auftretendes Aeroallergen zeigen und
- o sowohl eine reduzierte Lungenfunktion (FEV1 <80 %) haben als auch unter häufigen Symptomen während des Tages oder nächtlichem Erwachen leiden und
- o trotz täglicher Therapie mit hoch dosierten inhalativen Kortikosteroiden und einem lang wirkenden inhalativen Beta2-Agonisten mehrfach dokumentierte, schwere Asthma-Exazerbationen, welche eine Behandlung mit systemischen Kortikosteroiden erforderten, hatten. Die Behandlung mit Xolair sollte nur bei Patienten in Betracht gezogen werden, bei denen von einem IgE-vermittelten Asthma ausgegangen werden kann und bei denen ein basaler IgE-Spiegel von > 76 IU/ml vorliegt.

Ersteinstellung und Weiterverordnung durch den Facharzt für Pulmologie.

16 Wochen nach Beginn der Therapie ist die Wirksamkeit der Behandlung durch den Facharzt für Pulmologie zu überprüfen. Die für die Überprüfung der Wirksamkeit notwendigen Dokumentationsbögen werden vom vertriebsberechtigten Unternehmen zur Verfügung gestellt.

Die Behandlung ist nur bei Ansprechen auf die Therapie weiterzuführen ( L6 ).

Überprüfung der Wirksamkeit: Vor Therapiebeginn füllt der Patient den Mini Asthma Quality of Life Questionnaire (mini-AQLQ) aus. Nach 16 Wochen erfolgt die Bewertung der Asthmakontrolle anhand einer GETE (Global Evaluation of Treatment Effectiveness)-Einstufung durch den Arzt. Außerdem wird der mini-AQLQ vom Patienten erneut ausgefüllt. Die Therapie ist nur dann fortzuführen, wenn die Asthmakontrolle anhand GETE als „Hervorragend“ oder „Gut“ bewertet wurde und sich im mini-AQLQ eine Verbesserung um mindestens 0,5 Einheiten gegenüber dem Ausgangswert eingestellt hat.

Zusätzlich sind vor Beginn der Therapie und nach 16 Wochen die Lungenfunktion, die Asthma-Exazerbationen in den letzten 12 Monaten und die ungeplante Inanspruchnahme von Gesundheitseinrichtungen zu dokumentieren.

Hinweis: In klinischen Studien wurde eine erhöhte Inzidenz maligner Neoplasien unter Therapie mit Xolair beobachtet. Weitere Daten zur Langzeitsicherheit stehen noch aus.

**C. Roter Bereich des Erstattungskodex****C1. Aufnahmen von Arzneispezialitäten in den Roten Bereich des Erstattungskodex:**

Arzneispezialität	Menge	ATC-Code	mit Wirkung vom
<b>Cerebokan Filmtabl.</b>	30 St. 60 St.	N06DX02	23.02.2007
<b>Risperidon "1A Pharma" 1 mg Filmtabl.</b>	10 St. 60 St.	N05AX08	27.02.2007
<b>Risperidon "1A Pharma" 2 mg Filmtabl.</b>	10 St. 60 St.	N05AX08	27.02.2007
<b>Risperidon "1A Pharma" 3 mg Filmtabl.</b>	10 St. 60 St.	N05AX08	27.02.2007
<b>Risperidon "1A Pharma" 4 mg Filmtabl.</b>	10 St. 60 St.	N05AX08	27.02.2007
<b>Risperidon "Hexal" 1 mg Filmtabl.</b>	10 St. 60 St.	N05AX08	27.02.2007
<b>Risperidon "Hexal" 2 mg Filmtabl.</b>	10 St. 60 St.	N05AX08	27.02.2007
<b>Risperidon "Hexal" 3 mg Filmtabl.</b>	10 St. 60 St.	N05AX08	27.02.2007
<b>Risperidon "Hexal" 4 mg Filmtabl.</b>	10 St. 60 St.	N05AX08	27.02.2007
<b>Clindamycin "Alternova" 150 mg Kaps.</b>	16 St.	J01FF01	28.02.2007
<b>Clindamycin "Alternova" 300 mg Kaps.</b>	16 St. 24 St.	J01FF01	28.02.2007
<b>Matrifen 12,5 mcg/h transdermales Pflaster</b>	5 St.	N02AB03	05.03.2007
<b>Matrifen 25 mcg/h transdermales Pflaster</b>	5 St.	N02AB03	05.03.2007
<b>Matrifen 50 mcg/h transdermales Pflaster</b>	5 St.	N02AB03	05.03.2007
<b>Matrifen 75 mcg/h transdermales Pflaster</b>	5 St.	N02AB03	05.03.2007
<b>Matrifen 100 mcg/h transdermales Pflaster</b>	5 St.	N02AB03	05.03.2007
<b>Azithromycin "1A Pharma" 500 mg Filmtabl.</b>	3 St.	J01FA10	12.03.2007
<b>Bicalutamid "Ratiopharm" 50 mg Filmtabl.</b>	30 St.	L02BB03	14.03.2007
<b>Ardeyhepan Dragees</b>	60 St.	A05BA03	01.04.2007
<b>Competact 15 mg/850 mg Filmtabl.</b>	56 St.	A10BD	01.04.2007
<b>Glimepirid "Genericon" 1 mg Tabl.</b>	30 St.	A10BB12	01.04.2007
<b>Glimepirid "Genericon" 2 mg Tabl.</b>	30 St.	A10BB12	01.04.2007
<b>Glimepirid "Genericon" 3 mg Tabl.</b>	30 St.	A10BB12	01.04.2007
<b>Tiaprid "G.L." 100 mg Tabl.</b>	20 St. 100 St.	N05AL03	01.04.2007

**C2. Streichung von im Roten Bereich des Erstattungskodex angeführten Arzneispezialitäten:**

Arzneispezialität	Menge	ATC-Code	mit Wirkung vom
<b>Ardeyhepan Dragees</b>	40 St.	A05BA03	01.04.2007

\*

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.

Die Änderung der Bezeichnung der Arzneispezialität Bezafibrat „ratiopharm“ retard 400 mg Filmtabl. (vormals Bezafibrat „ratiopharm“ retard 400 mg Drag.) erfolgte auf Grund des Bescheides des Bundesamts für Sicherheit im Gesundheitswesen vom 5. Oktober 2006, GZ 941.799-01-06-LCM.

Die Streichung der Arzneispezialität Ardeyhepan Dragees 40 St. aus dem Roten Bereich des Erstattungskodex erfolgte wegen Modifizierung des Antrages des vertriebsberechtigten Unternehmens auf Aufnahme in den Grünen oder Gelben Bereich des Erstattungskodex.

Die Korrekturen zu den Arzneispezialitäten „Carvedilol Alternova 25 mg Tabl.“, „Carvedilol Arcana 25 mg Filmtabl.“ und „Carvedilol Interpharm 25 mg Tabl.“ erfolgten mit Entscheidung des Hauptverbandes der österreichischen Sozialversicherungsträger vom 26. März 2007.

Die sonstigen Änderungen des Erstattungskodex erfolgten mit Entscheidung des Hauptverbandes der österreichischen Sozialversicherungsträger vom 26. Februar 2007.

Für den Hauptverband:

**Laminger**

**Hartinger**