

**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:

### 34. Änderung des Erstattungskodex

Der Erstattungskodex, Amtliche Verlautbarung im Internet Nr. 110/2004, zuletzt geändert durch die Amtliche Verlautbarung im Internet Nr. 108/2007, 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.  
F14 = Die Arzneispezialität ist nur für die Behandlung von Kindern und Jugendlichen bis zum voll-  
endeten 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 Kontroll-  
Verordnung und den Richtlinien über die ökonomische Verschreibeweise dokumentiert wird,  
die vorherige Bewilligung des chef- und kontrollärztlichen Dienstes durch eine nachfolgende  
Kontrolle der Einhaltung der bestimmten Verwendung ersetzt werden kann.  
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
	<b>Cefuroxim „1A Pharma“ 250 mg Filmtabl.</b>	14 St.	-	J01DC02	01.11.2007
	<b>Cefuroxim „1A Pharma“ 500 mg Filmtabl.</b>	14 St.	-	J01DC02	01.11.2007
IND	<b>Dinatrium Pamidronat „Mayrhofer“ 30 mg Plv. z. Herst. einer Inf.lsg.</b> osteolytische Knochenprozesse neoplast. Genese	1 St. (10 ml)	2	M05BA03	01.11.2007
IND	<b>Dinatrium Pamidronat „Mayrhofer“ 90 mg Plv. z. Herst. einer Inf.lsg.</b> osteolytische Knochenprozesse neoplast. Genese	1 St. (10 ml)	2	M05BA03	01.11.2007
IND	<b>Exforge 5 mg/80 mg Filmtabl.</b> wenn ACE-Hemmer nicht vertragen werden	28 St.	2	C09DB01	01.11.2007
IND	<b>Exforge 5 mg/160 mg Filmtabl.</b> wenn ACE-Hemmer nicht vertragen werden	28 St.	2	C09DB01	01.11.2007
IND	<b>Exforge 10 mg/160 mg Filmtabl.</b> wenn ACE-Hemmer nicht vertragen werden	28 St.	2	C09DB01	01.11.2007
IND	<b>Granitron 2 mg Filmtabl.</b> Zusatzbehandlung bei Chemo- oder Radiotherapie	5 St.	-	A04AA02	01.11.2007

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

Arzneispezialität	Menge	OP	ATC-Code	mit Wirkung vom
<b>Ofloxacin „Stada“ 400 mg Filmtabl.</b> (vormals Oflox 400 mg Filmtabl.)	10 St.	-	J01MA01	01.11.2007

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

Arzneispezialität	Menge	OP	ATC-Code	mit Wirkung vom
<b>NovoMix 30 Penfill 100 E/ml in einer Patrone</b> (vormals NovoMix 30 Penfill 100 IE/ml Zylinderamp.)	5 St. (3 ml)	2	A10AD05	01.11.2007
<b>NovoRapid Penfill 100 E/ml in einer Patrone</b> (vormals NovoRapid Penfill 100 E/ml Zylinderamp.)	5 St. (3 ml + 7 Novo-Fine Nadeln)	2	A10AB05	01.11.2007
<b>Ofloxacin „Stada“ 200 mg Filmtabl.</b> (vormals Oflox 200 mg Filmtabl.)	10 St. 20 St.	- -	J01MA01	01.11.2007
<b>Ofloxacin „Stada“ 400 mg Filmtabl.</b> (vormals Oflox 400 mg Filmtabl.)	10 St.	-	J01MA01	01.11.2007
IND <b>Seretide Diskus junior 50/100 mcg Plv. z. Inh.</b> (vormals Seretide Diskus junior 0,05 mg/0,1 mg Plv. z. Inh.) Mittelschweres Asthma mit nächtlichen Anfällen	60 St. (60 Hübe)	2	R03AK06	01.11.2007
IND <b>Seretide Diskus standard 50/250 mcg Plv. z. Inh.</b> (vormals Seretide Diskus standard 0,05 mg/0,25 mg Plv. z. Inh.) Mittelschweres bis schweres Asthma mit nächtlichen Anfällen	60 St. (60 Hübe)	2	R03AK06	01.11.2007
IND <b>Seretide Diskus forte 50/500 mcg Plv. z. Inh.</b> (vormals Seretide Diskus forte 0,05 mg/0,5 mg Plv. z. Inh.) Mittelschweres bis schweres Asthma mit nächtlichen Anfällen; Patienten mit COPD Stadium III und IV und wiederholten Exazerbationen (mehr als 1x pro Jahr) nach Erstverordnung durch Pulmologen	60 St. (60 Hübe)	2	R03AK06	01.11.2007

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

Arzneispezialität	Menge	OP	ATC-Code	mit Wirkung vom
<b>Chinidin Duriles Retard 200 mg Filmtabl.</b>	20 St. 50 St.	2 2	C01BA01	05.10.2007
<b>Triloc Filmtabl.</b>	20 St. 50 St.	2 -	C07BB02	05.10.2007
<b>Buflohexal 300 mg Filmtabl.</b>	20 St. 50 St.	2 -	C04AX20	15.10.2007
<b>Buflohexal retard 600 mg Filmtabl.</b>	30 St.	2	C04AX20	15.10.2007
<b>Lamisil 1 % Creme</b>	15 g	-	D01AE15	01.11.2007
F14 <b>Pe-Ce Salbe</b>	30 g	-	R05X	01.11.2007

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

	Arzneispezialität	Menge	OP	ATC-Code	mit Wirkung vom
L6	<b>Januvia 100 mg Filmtabl.</b> - Bei Patienten mit Diabetes Typ II. - Die Behandlung darf erst ab einem HbA1c größer 7 begonnen werden. - Die Behandlung mit Januvia hat nur als Second-line-Therapie und als Kombinationstherapie mit Metformin oder als Kombinationstherapie mit Glitazonen (bei Metformin-Unverträglichkeit oder -Kontraindikation) zu erfolgen. - Die Behandlung mit Januvia darf nur bei Patienten mit einem Body Mass Index größer 26 begonnen werden. - Januvia darf nicht mit Insulin kombiniert werden. - Alle 6 Monate ist eine HbA1c-Bestimmung durchzuführen. - Januvia eignet sich für eine chef(kontroll)ärztl. Langzeitbewilligung für 6 Monate (L6)	28 St.	-	A10BH01	01.11.2007
L12	<b>Lantus 100 E/ml Inj.lsg. in einer Patrone für OptiClik</b> Für PatientInnen mit Diabetes mellitus, wenn mit Insulinen aus dem Grünen Bereich (A10AC, A10AD, A10AE) allein bzw. in Kombination mit anderen Antidiabetika aufgrund von symptomatischen, wiederkehrenden nächtlichen Hypoglykämien eine ausreichende Therapieeinstellung nicht möglich ist. Lantus eignet sich für eine chef(kontroll)ärztliche Langzeitgenehmigung für 12 Monate (L12).	5 St.	-	A10AE04	01.11.2007
L12	<b>Finasterid „G.L.“ 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	01.11.2007
	<b>Nocutil 0,2 mg Tabl.</b> Enuresis nocturna ab dem vollendeten 5. Lebensjahr, nach Abklärung und Erstverordnung durch einen Facharzt für Kinderheilkunde oder einen Facharzt für Urologie, strikte Einhaltung der einmaligen Medikation am Abend. In der Indikation Diabetes Insipidus keine Kostenübernahme, da der gleiche Wirkstoff zur nasalen Anwendung zu einem günstigeren Preis zur Verfügung steht, ausgenommen in Einzelfällen - wenn eine nasale Anwendung nicht möglich ist (pathologischer Nasenbefund). Bei Nykturie ist ein klinisch relevanter Patientennutzen durch die derzeitige Datenlage nicht ausreichend belegt; darüber hinaus kann Desmopressin zu Veränderungen im Serum-Na-Spiegel führen.	15 St. 60 St.	- -	H01BA02	01.11.2007

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

	Arzneispezialität	Menge	OP	ATC-Code	mit Wirkung vom
	<b>Aldara 5 % Creme</b> - Bei Versagen von Alternativen im Grünen Bereich zur Behandlung von Condylomata acuminata bei Erwachsenen. - Bei superfiziellen Basaliomen nach dermatologischer Abklärung, wenn eine operative Entfernung kontraindiziert oder nicht möglich ist. - Bei nicht hyperkeratotischen, nicht hypertrophen aktinischen Keratosen im Gesicht- oder Kopfbereich, wenn durch die Größe oder die Anzahl der Läsionen eine Kryotherapie nicht möglich ist und mit anderen topischen Behandlungsmöglichkeiten (ATC-Code D11AX18) kein Auslangen gefunden wurde bzw. diese nicht geeignet sind.	12 St.	2	D06BB10	01.11.2007

### B3. Änderung der Bezeichnung von im Gelben Bereich des Erstattungskodex angeführten Arzneispezialitäten:

Arzneispezialität	Menge	OP	ATC-Code	mit Wirkung vom
<b>Tetagam P-Fertigspr.</b> (vormals Tetagam P-Amp.) Tetanusprophylaxe bei akuten Verletzungen und fehlender, unbekannter oder unvollständiger Grundimmunisierung	1 ml	-	J06BB02	01.11.2007

### C. Roter Bereich des Erstattungskodex

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

Arzneispezialität	Menge	ATC-Code	mit Wirkung vom
<b>Ennos 20 mg Filmtabl.</b>	14 St. 28 St.	N06AB05	01.10.2007
<b>Invega 3 mg Retardtabl.</b>	28 St.	N05AX13	01.10.2007
<b>Invega 9 mg Retardtabl.</b>	28 St.	N05AX13	01.10.2007
<b>Mirtazapin „G.L.“ 30 mg Filmtabl.</b>	30 St.	N06AX11	01.10.2007
<b>Mirtazapin „G.L.“ 45 mg Filmtabl.</b>	30 St.	N06AX11	01.10.2007
<b>Invega 6 mg Retardtabl.</b>	28 St.	N05AX13	02.10.2007
<b>Losartan „ratiopharm“ 12,5 mg Filmtabl.</b>	10 St. 30 St.	C09CA01	02.10.2007
<b>Losartan „ratiopharm“ 50 mg Filmtabl.</b>	10 St. 30 St.	C09CA01	02.10.2007
<b>Losartan „ratiopharm“ 100 mg Filmtabl.</b>	10 St. 30 St.	C09CA01	02.10.2007
<b>Amlodipin „1A Pharma“ 7,5 mg Tabl.</b>	10 St. 30 St.	C08CA01	05.10.2007
<b>Amlodipin „Sandoz“ 7,5 mg Tabl.</b>	10 St. 30 St.	C08CA01	05.10.2007
<b>Finasterid „Stada“ 5 mg Filmtabl.</b>	30 St.	G04CB01	12.10.2007
<b>Fosinopril/HCT „Stada“ 20 mg/12,5 mg Tabl.</b>	10 St. 30 St.	C09BA09	15.10.2007
<b>Aricept Evess 5 mg Schmelztabl.</b>	7 St.	N06DA02	01.11.2007
<b>Alfuzosin „Stada“ 5 mg Retardtabl.</b>	10 St. 60 St.	G04CA01	01.11.2007
<b>Alfuzosin „Stada“ 10 mg Retardtabl.</b>	10 St. 30 St.	G04CA01	01.11.2007
<b>Bicalan 50 mg Filmtabl.</b>	30 St.	L02BB03	01.11.2007
<b>Bicalan 150 mg Filmtabl.</b>	30 St.	L02BB03	01.11.2007
<b>Losartan „Sandoz“ 50 mg Filmtabl.</b>	10 St. 30 St.	C09CA01	01.11.2007

#### C2. Streichung von Arzneispezialitäten aus dem Roten Bereich des Erstattungskodex:

Arzneispezialität	Menge	ATC-Code	mit Wirkung vom
<b>Thioctacid 600 mg Filmtabl.</b>	30 St.	A16AX01	25.09.2007
<b>Advagraf 0,5 mg Hartkaps. retard.</b>	50 St.	L04AA05	01.11.2007
<b>Advagraf 1 mg Hartkaps. retard.</b>	50 St.	L04AA05	01.11.2007
<b>Advagraf 5 mg Hartkaps. retard.</b>	50 St.	L04AA05	01.11.2007
<b>Oramorph 10 mg/5 ml orale Lsg. i. Einzeldosenbehälter</b>	10 St.	N02AA01	01.11.2007

<b>Oramorph 30 mg/5 ml orale Lsg. i. Einzeldosenbehälter</b>	10 St.	N02AA01	01.11.2007
<b>Oramorph 100 mg/5 ml orale Lsg. i. Einzeldosenbehälter</b>	10 St.	N02AA01	01.11.2007
<b>Xiclav Quicktab 1 g Tabl.</b>	10 St. 14 St.	J01CR02	01.11.2007

\*

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 NovoMix 30 Penfill 100 E/ml i. e. Patrone (vormals NovoMix 30 Penfill 100 IE/ml Zylinderamp.) erfolgte auf Grund der Entscheidung der Kommission der Europäischen Gemeinschaften vom 29.3.2006, K(2006)1349.

Die Änderung der Bezeichnung der Arzneispezialität NovoRapid Penfill 100 E/ml i. e. Patrone (vormals NovoRapid Penfill 100 E/ml Zylinderamp.) erfolgte auf Grund der Entscheidung der Kommission der Europäischen Gemeinschaften vom 20.7.2006, K(2006)3385.

Die Änderung der Bezeichnung der Arzneispezialität Ofloxacin „Stada“ 200 mg Filmtabl. (vormals Oflox 200 mg Filmtabl.) erfolgte auf Grund des Bescheides des Bundesinstituts für Arzneimittel und Medizinprodukte vom 9.10.2007, DE/H/0360/001-002/IB/008.

Die Änderung der Bezeichnung der Arzneispezialität Ofloxacin „Stada“ 400 mg Filmtabl. (vormals Oflox 400 mg Filmtabl.) erfolgte auf Grund des Bescheides des Bundesinstituts für Arzneimittel und Medizinprodukte vom 9.10.2007, DE/H/0360/001-002/IB/008.

Die Änderung der Bezeichnung der Arzneispezialität Seretide Diskus junior 50/100 mcg Plv. z. Inh. (vormals Seretide Diskus junior 0,05 mg/0,1 mg Plv. z. Inh.) erfolgte auf Grund des Bescheides des Bundesministeriums für Gesundheit und Frauen vom 4.6.2003, GZ 943.722/4-III/A/5/03.

Die Änderung der Bezeichnung der Arzneispezialität Seretide Diskus standard 50/250 mcg Plv. z. Inh. (vormals Seretide Diskus junior 0,05 mg/0,25 mg Plv. z. Inh.) erfolgte auf Grund des Bescheides des Bundesministeriums für Gesundheit und Frauen vom 4.6.2003, GZ 943.723/04-III/A/5/03.

Die Änderung der Bezeichnung der Arzneispezialität Seretide Diskus forte 50/500 mcg Plv. z. Inh. (vormals Seretide Diskus forte 0,05 mg/0,5 mg Plv. z. Inh.) erfolgte auf Grund des Bescheides des Bundesministeriums für Gesundheit und Frauen vom 4.6.2003, GZ 943.721/04-III/A/5/03.

Die Änderung der Bezeichnung der Arzneispezialität Tetagam P Fertigspr. (vormals Tetagam P Amp.) erfolgte auf Grund des Bescheides des Bundesministeriums für Gesundheit und Frauen vom 15.12.2005, GZ 928.931/03-III/A/5/05.

Die Streichung der Arzneispezialität Chinidin Duriles Retard 200 mg Filmtabl. erfolgte wegen der Aufhebung der Zulassung mit Schreiben des Bundesamts für Sicherheit im Gesundheitswesen vom 5.10.2007, GZ 121.569-02-07-LCM.

Die Streichung der Arzneispezialität Triloc Filmtabl. erfolgte wegen der Aufhebung der Zulassung mit Schreiben des Bundesamts für Sicherheit im Gesundheitswesen vom 5.10.2007, GZ 922.060-01-07-LCM.

Die Streichung der Arzneispezialität Buflohexal 300 mg Filmtabl. erfolgte wegen der Aufhebung der Zulassung mit Schreiben des Bundesamts für Sicherheit im Gesundheitswesen vom 15.10.2007, GZ 941.033-01-07-LCM.

Die Streichung der Arzneispezialität Buflohexal retard 600 mg Filmtabl. erfolgte wegen der Aufhebung der Zulassung mit Schreiben des Bundesamts für Sicherheit im Gesundheitswesen vom 15.10.2007, GZ 941.079-01-07-LCM.

Die Streichung der Arzneispezialität Thioctacid 600 mg Filmtabl. aus dem Roten Bereich des Erstattungskodex erfolgte wegen Zurückziehung des Antrages des vertriebsberechtigten Unternehmens auf Aufnahme in den Grünen oder Gelben Bereich des Erstattungskodex.

Die Streichung der Arzneispezialität Advagraf 0,5 mg Hartkaps. retard. (der 50 St.-Packung) aus dem Roten Bereich des Erstattungskodex erfolgte wegen Zurückziehung des Antrages des vertriebsberechtigten Unternehmens auf Aufnahme in den Grünen oder Gelben Bereich des Erstattungskodex.

Die Streichung der Arzneispezialität Advagraf 1 mg Hartkaps. retard. (der 50 St.-Packung) aus dem Roten Bereich des Erstattungskodex erfolgte wegen Zurückziehung des Antrages des vertriebsberechtigten Unternehmens auf Aufnahme in den Grünen oder Gelben Bereich des Erstattungskodex.

Die Streichung der Arzneispezialität Advagraf 5 mg Hartkaps. retard. (der 50 St.-Packung) aus dem Roten Bereich des Erstattungskodex erfolgte wegen Zurückziehung des Antrages des vertriebsberechtigten Unternehmens auf Aufnahme in den Grünen oder Gelben Bereich des Erstattungskodex.

Die Streichung der Arzneispezialität Oramorph 10 mg/5 ml orale Lsg. i. Einzeldosenbehälter aus dem Roten Bereich des Erstattungskodex erfolgte, weil das vertriebsberechtigte Unternehmen von seinem Recht, eine Beschwerde bei der Unabhängigen Heilmittelkommission nach § 351i ASVG gegen die Entscheidung des Hauptverbandes der österreichischen Sozialversicherungsträger vom 20.8.2007, wonach die ebengenannte Arzneispezialität aus dem Roten Bereich des Erstattungskodex zu streichen ist, innerhalb der in Abs 3 leg cit normierten Frist einzubringen, keinen Gebrauch machte.

Die Streichung der Arzneispezialität Oramorph 30 mg/5 ml orale Lsg. i. Einzeldosenbehälter aus dem Roten Bereich des Erstattungskodex erfolgte, weil das vertriebsberechtigte Unternehmen von seinem Recht, eine Beschwerde bei der Unabhängigen Heilmittelkommission nach § 351i ASVG gegen die Entscheidung des Hauptverbandes der österreichischen Sozialversicherungsträger vom 20.8.2007, wonach die ebengenannte Arzneispezialität aus dem Roten Bereich des Erstattungskodex zu streichen ist, innerhalb der in Abs 3 leg cit normierten Frist einzubringen, keinen Gebrauch machte.

Die Streichung der Arzneispezialität Oramorph 100 mg/5 ml orale Lsg. i. Einzeldosenbehälter aus dem Roten Bereich des Erstattungskodex erfolgte, weil das vertriebsberechtigte Unternehmen von seinem Recht, eine Beschwerde bei der Unabhängigen Heilmittelkommission nach § 351i ASVG gegen die Entscheidung des Hauptverbandes der österreichischen Sozialversicherungsträger vom 20.8.2007, wonach die ebengenannte Arzneispezialität aus dem Roten Bereich des Erstattungskodex zu streichen ist, innerhalb der in Abs 3 leg cit normierten Frist einzubringen, keinen Gebrauch machte.

Die Streichung der Arzneispezialität Xiclav Quicktab 1 g Tabl. aus dem Roten Bereich des Erstattungskodex erfolgte, weil das vertriebsberechtigte Unternehmen von seinem Recht, eine Beschwerde bei der Unabhängigen Heilmittelkommission nach § 351i ASVG gegen die Entscheidung des Hauptverbandes der österreichischen Sozialversicherungsträger vom 20.8.2007, wonach die ebengenannte Arzneispezialität aus dem Roten Bereich des Erstattungskodex zu streichen ist, innerhalb der in Abs 3 leg cit normierten Frist einzubringen, keinen Gebrauch machte.

Die sonstigen Änderungen des Erstattungskodex erfolgten mit Entscheidung des Hauptverbandes der österreichischen Sozialversicherungsträger vom 21.9.2007 und 4.10.2007.

Für den Hauptverband:

**Hartinger**

**Laminger**