

**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:

**49. Änderung des Erstattungskodex**

Der Erstattungskodex, Amtliche Verlautbarung im Internet Nr. 110/2004, zuletzt geändert durch die Amtliche Verlautbarung im Internet Nr. 140/2008, wird wie folgt geändert:

**Zeichenerklärung**

- (2), = Die Aufnahme der Arzneispezialität in den Erstattungskodex beschränkt sich auf die in der Klammer
- (3), = 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 Kontroll-Verordnung 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.
- F D = Facharzt für  
Frauenheilkunde und Geburtshilfe  
*sowie*  
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.

**A. Grüner Bereich des Erstattungskodex**

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

Arzneispezialität	Menge	OP	ATC-Code	mit Wirkung vom
<b>Risperidon „Sandoz“ 0,25 mg Filmtabl.</b>	20 St.	-	N05AX08	01.02.2009
	60 St.	-		
<b>BicaluPel 50 mg Filmtabl.</b>	30 St.	-	L02BB03	01.02.2009
<b>Bicalutamid „Stada“ 150 mg Filmtabl.</b>	30 St.	-	L02BB03	01.02.2009
<b>Bicamed 50 mg Filmtabl.</b>	10 St.	2	L02BB03	01.02.2009
	30 St.	-		
<b>Na. chlorat. physiolog. 0,9 % „Meditrade“ Glasinf.fl. 250 ml</b>	1 St.	2	B05BB01	01.02.2009
<b>Na. chlorat. physiolog. 0,9 % „Meditrade“ Glasinf.fl. 500 ml</b>	1 St.	2	B05BB01	01.02.2009

## 49. Änderung des Erstattungskodex - EKO

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

	Arzneispezialität	Menge	OP	ATC-Code	mit Wirkung vom
	<b>Cal-De Gran.</b>	30 St.	2	A12AX	01.02.2009

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

	Arzneispezialität	Menge	OP	ATC-Code	mit Wirkung vom
IND	<b>Ondansan 4 mg Filmtabl.</b> Zusatzbehandlung bei Chemo- oder Radiotherapie <i>vormals Ondansan 4 mg Filmtabl.</i>	10 St.	-	A04AA01	01.02.2009
IND	<b>Ondansan 8 mg Filmtabl.</b> Zusatzbehandlung bei Chemo- oder Radiotherapie <i>vormals Ondansan 8 mg Filmtabl.</i>	10 St.	-	A04AA01	01.02.2009

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

	Arzneispezialität	Menge	OP	ATC-Code	mit Wirkung vom
D	<b>Amykal 125 mg Tabl.</b> bei Dermatomykosen	14 St.	2	D01BA02	07.01.2009
F D	<b>Fluconazol "Hexal" 150 mg Kaps.</b> bei Dermatomykosen	2 St.	-	J02AC01	15.01.2009
D	<b>Fluconazol "Hexal" 150 mg Kaps.</b> bei Onychomykosen	4 St.	-	J02AC01	15.01.2009
	<b>Mucotherm Supp.</b>	10 St.	2	C05AX	01.02.2009

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

	Arzneispezialität	Menge	OP	ATC-Code	mit Wirkung vom
	<b>Na. chlorat. physiolog. 0,9 % „Meditrade“ Glasinf.fl. 250 ml</b> Bei Exsikkose, wenn eine orale Flüssigkeitszufuhr nicht ausreichend möglich ist.	10 St.	-	B05BB01	01.02.2009
	<b>Na. chlorat. physiolog. 0,9 % „Meditrade“ Glasinf.fl. 500 ml</b> Bei Exsikkose, wenn eine orale Flüssigkeitszufuhr nicht ausreichend möglich ist.	10 St.	-	B05BB01	01.02.2009
	<b>PegIntron 150 mcg Plv. u. Lsgm. z. Herst. einer Inj.lsg. in einem vorgefüllten Injektor</b> Bei erwachsenen PatientInnen ab 18 Jahren in der Indikation nachgewiesene chronische Hepatitis C einschließlich kompensierte Zirrhose mit erhöhten Transaminasewerten und positiver Serum HCV-RNA oder positivem Anti-HCV, die nicht auf eine vorangegangene Kombinationstherapie mit pegylierten Interferon alfa und Ribavirin angesprochen bzw. einen Rückfall erlitten haben. Erfolgt nach 12 Wochen kein virologisches Ansprechen, ist die Therapie abzusetzen. Cave: - Nicht bei PatientInnen, die im Rahmen einer klinischen Studie behandelt werden. Behandlungsdauer: Mind. 6 Monate (Genotyp 2 und 3), 12 Monate (Genotyp 1) Die Indikationsstellung und Therapieüberwachung muss durch einen Arzt/eine Ärztin mit Erfahrung in der Behandlung der Hepatitis C erfolgen.	4 St.	-	L03AB10	01.02.2009
	<b>Volibris 5 mg Filmtabl.</b> Bei pulmonal arterieller Hypertension nach Durchführung einer kompletten invasiven hämodynamischen Messung inklusive eines akuten Vasoreaktivitätstests. Diagnose, Erstverordnung und engmaschige Kontrolle durch entsprechende Fachabteilungen und Zentren.	30 St.	-	C02KX02	01.02.2009
	<b>Volibris 10 mg Filmtabl.</b> Bei pulmonal arterieller Hypertension nach Durchführung einer kompletten invasiven hämodynamischen Messung inklusive eines akuten Vasoreaktivitätstests. Diagnose, Erstverordnung und engmaschige Kontrolle durch entsprechende Fachabteilungen und Zentren.	30 St.	-	C02KX02	01.02.2009

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

	Arzneispezialität	Menge	OP	ATC-Code	mit Wirkung vom
	<b>PegIntron 50 mcg Plv. u. Lsgm. z. Herst. einer Inj.lsg. in einem vorgefüllten Injektor</b> Bei erwachsenen PatientInnen ab 18 Jahren in der Indikation nachgewiesene chronische Hepatitis C einschließlich kompensierte Zirrhose mit erhöhten Transaminasewerten und positiver Serum HCV-RNA oder	4 St.	-	L03AB10	01.02.2009

## 49. Änderung des Erstattungskodex - EKO

positivem Anti-HCV sowie bei PatientInnen, die nicht auf eine vorangegangene Kombinationstherapie mit pegyliertem Interferon alfa und Ribavirin angesprochen bzw. einen Rückfall erlitten haben (für behandlungsnaive PatientInnen über 85 kg steht eine kostengünstigere Therapiealternative zur Verfügung). Erfolgt nach 12 Wochen kein virologisches Ansprechen, ist die Therapie abzusetzen.

Cave:

- Nicht bei PatientInnen, die im Rahmen einer klinischen Studie behandelt werden.

Behandlungsdauer:

Mind. 6 Monate (Genotyp 2 und 3), 12 Monate (Genotyp 1)

Die Indikationsstellung und Therapieüberwachung muss durch einen Arzt/eine Ärztin mit Erfahrung in der Behandlung der Hepatitis C erfolgen.

**PegIntron 80 mcg Plv. u. Lsgm. z. Herst. einer Inj.lsg. in einem vorgefüllten Injektor** 4 St. - L03AB10 01.02.2009

Bei erwachsenen PatientInnen ab 18 Jahren in der Indikation nachgewiesene chronische Hepatitis C einschließlich kompensierter Zirrrose mit erhöhten Transaminasewerten und positiver Serum HCV-RNA oder positivem Anti-HCV sowie bei PatientInnen, die nicht auf eine vorangegangene Kombinationstherapie mit pegyliertem Interferon alfa und Ribavirin angesprochen bzw. einen Rückfall erlitten haben (für behandlungsnaive PatientInnen über 85 kg steht eine kostengünstigere Therapiealternative zur Verfügung). Erfolgt nach 12 Wochen kein virologisches Ansprechen, ist die Therapie abzusetzen.

Cave:

- Nicht bei PatientInnen, die im Rahmen einer klinischen Studie behandelt werden.

Behandlungsdauer:

Mind. 6 Monate (Genotyp 2 und 3), 12 Monate (Genotyp 1)

Die Indikationsstellung und Therapieüberwachung muss durch einen Arzt/eine Ärztin mit Erfahrung in der Behandlung der Hepatitis C erfolgen.

**PegIntron 100 mcg Plv. u. Lsgm. z. Herst. einer Inj.lsg. in einem vorgefüllten Injektor** 4 St. - L03AB10 01.02.2009

Bei erwachsenen PatientInnen ab 18 Jahren in der Indikation nachgewiesene chronische Hepatitis C einschließlich kompensierter Zirrrose mit erhöhten Transaminasewerten und positiver Serum HCV-RNA oder positivem Anti-HCV sowie bei PatientInnen, die nicht auf eine vorangegangene Kombinationstherapie mit pegyliertem Interferon alfa und Ribavirin angesprochen bzw. einen Rückfall erlitten haben (für behandlungsnaive PatientInnen über 85 kg steht eine kostengünstigere Therapiealternative zur Verfügung). Erfolgt nach 12 Wochen kein virologisches Ansprechen, ist die Therapie abzusetzen.

Cave:

- Nicht bei PatientInnen, die im Rahmen einer klinischen Studie behandelt werden.

Behandlungsdauer:

Mind. 6 Monate (Genotyp 2 und 3), 12 Monate (Genotyp 1)

Die Indikationsstellung und Therapieüberwachung muss durch einen Arzt/eine Ärztin mit Erfahrung in der Behandlung der Hepatitis C erfolgen.

**PegIntron 120 mcg Plv. u. Lsgm. z. Herst. einer Inj.lsg. in einem vorgefüllten Injektor** 4 St. - L03AB10 01.02.2009

Bei erwachsenen PatientInnen ab 18 Jahren in der Indikation nachgewiesene chronische Hepatitis C einschließlich kompensierter Zirrrose mit erhöhten Transaminasewerten und positiver Serum HCV-RNA oder positivem Anti-HCV sowie bei PatientInnen, die nicht auf eine vorangegangene Kombinationstherapie mit pegyliertem Interferon alfa und Ribavirin angesprochen bzw. einen Rückfall erlitten haben (für behandlungsnaive PatientInnen über 85 kg steht eine kostengünstigere Therapiealternative zur Verfügung). Erfolgt nach 12 Wochen kein virologisches Ansprechen, ist die Therapie abzusetzen.

Cave:

- Nicht bei PatientInnen, die im Rahmen einer klinischen Studie behandelt werden.

Behandlungsdauer:

Mind. 6 Monate (Genotyp 2 und 3), 12 Monate (Genotyp 1)

Die Indikationsstellung und Therapieüberwachung muss durch einen Arzt/eine Ärztin mit Erfahrung in der Behandlung der Hepatitis C erfolgen.

**Rebetol 200 mg Hartkaps.** 84 St. - J05AB04 01.02.2009  
140 St. -  
168 St. -

Bei erwachsenen PatientInnen ab 18 Jahren in der Indikation nachgewiesene chronische Hepatitis C einschließlich kompensierter Zirrrose mit erhöhten Transaminasewerten und positiver Serum HCV-RNA oder positivem Anti-HCV sowie bei PatientInnen, die nicht auf eine vorangegangene Kombinationstherapie mit pegyliertem Interferon alfa und Ribavirin angesprochen bzw. einen Rückfall erlitten haben (für behandlungsnaive PatientInnen über 85 kg steht eine kostengünstigere Therapiealternative zur Verfügung). Erfolgt nach 12 Wochen kein virologisches Ansprechen, ist die Therapie abzusetzen.

Cave:

- Nicht bei PatientInnen, die im Rahmen einer klinischen Studie behandelt werden.

Behandlungsdauer:

## 49. Änderung des Erstattungskodex - EKO

Mind. 6 Monate (Genotyp 2 und 3), 12 Monate (Genotyp 1)

Die Indikationsstellung und Therapieüberwachung muss durch einen Arzt/eine Ärztin mit Erfahrung in der Behandlung der Hepatitis C erfolgen.

**B3. Streichung von im Gelben Bereich des Erstattungskodex angeführten Arzneispezialitäten:**

Arzneispezialität	Menge	OP	ATC-Code	mit Wirkung vom
<b>Neupogen 48 Mio E/1,6 ml parenterale Lsg.</b> Eine Kostenübernahme ist möglich zur Verkürzung der Dauer von Neutropenien (unter 2000/Mikroliter bzw 2G/L) sowie zur Verminderung der Häufigkeit neutropenischen Fiebers bei Patienten unter myelo-suppressiver Chemotherapie wegen nicht-myeloischer maligner Erkrankung, nach myeloablativer Therapie mit anschließender Knochenmarktransplantation, zur Mobilisierung von Blutstammzellen, mit schwerer idiopathischer, zyklischer oder kongenitaler Neutropenie, mit fortgeschrittener HIV-Infektion. Therapieeinleitung und regelmäßige Kontrollen durch entsprechende Zentren.	5 St.	-	L03AA02	05.12.2008
<b>Rhesogam P 1500 IE Amp.</b> Eine Kostenübernahme ist möglich zur Prophylaxe der Rh0(D)-Sensibilisierung bei Rh-negativen Schwangeren in der 28. - 30. Schwangerschaftswoche. Keine Kostenübernahme bei Verabreichung post partum (da grundsätzlich im Krankenhaus verabreicht; Ausnahme: Hausgeburt) Bei sicher Rh-negativem Kindesvater ist eine Anti-D-Prophylaxe nicht erforderlich.	1 St. 1,5 ml	-	J06BB01	31.12.2008
<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	01.02.2009

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

Arzneispezialität	Menge	ATC-Code	mit Wirkung vom
<b>Lucentis 10 mg/ml Inj.lsg. in Dstfl.</b>	1 St.	S01LA04	01.06.2008
<b>Euthyrox 112 mcg Tabl.</b>	20 St.	H03AA01	18.12.2008
	100 St.		
<b>Euthyrox 88 mcg Tabl.</b>	20 St.	H03AA01	19.12.2008
	100 St.		
<b>Xatral uno 10 mg Retardtabl.</b>	30 St.	G04CA01	22.12.2008
<b>Serdolect 4 mg Filmtabl.</b>	30 St.	N05AE03	26.12.2008
<b>Serdolect 12 mg Filmtabl.</b>	28 St.	N05AE03	26.12.2008
<b>Serdolect 16 mg Filmtabl.</b>	28 St.	N05AE03	26.12.2008
<b>Serdolect 20 mg Filmtabl.</b>	28 St.	N05AE03	26.12.2008
<b>Venlafaxin „Actavis“ 75 mg Retardkaps.</b>	20 St.	N06AX16	29.12.2008
	30 St.		
<b>Venlafaxin „Actavis“ 150 mg Retardkaps.</b>	20 St.	N06AX16	29.12.2008
	30 St.		
<b>Privigen 100 mg/ml Infusionslsg.</b>	1 St.	J06BA02	30.12.2008
	5 g		
	1 St.		
	10 g		
	1 St.		
	20 g		
<b>Venlafaxin „Ranbaxy“ 50 mg Tabl.</b>	30 St.	N06AX16	01.01.2009
	60 St.		
<b>Ramipril/HCT „Actavis“ 2,5mg/12,5 mg Tabl.</b>	30 St.	C09BA05	09.01.2009
<b>Ramipril/HCT „Actavis“ 5mg/25 mg Tabl.</b>	30 St.	C09BA05	09.01.2009
<b>Amlodibene 5 mg Tabl.</b>	10 St.	C08CA01	21.01.2009
	30 St.		
<b>Amlodibene 10 mg Tabl.</b>	10 St.	C08CA01	21.01.2009
	30 St.		
<b>Ennos 20 mg/20 Tropf. Lsg. Zum Einnehmen</b>	18,5 ml	N06AB05	01.02.2009

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

Arzneispezialität	Menge	ATC-Code	mit Wirkung vom
<b>Angeliq Filmtabl.</b>	28 St.	G03FA17	01.02.2009
<b>Xyrem 500 mg/ml Lösung zum Einnehmen</b>	180 ml	N07XX04	01.02.2009

## 49. Änderung des Erstattungskodex - EKO

\*

Die Aufnahmen der Arzneispezialitäten in den Roten Bereich des Erstattungskodex erfolgten ex lege mit dem Zeitpunkt des Vorliegens der vollständigen Stammdaten (bis 31.12.2008) bzw. des vollständigen Antrags (ab 01.01.2009), wenn ein Antrag auf Aufnahme in den Grünen oder Gelben Bereich des Erstattungskodex gestellt wurde.

Die Aufnahme der Arzneispezialität Lucentis 10 mg/ml Inj.lsg. in Dstfl. in den Roten Bereich des Erstattungskodex erfolgte auf Grund der Aufhebung der Entscheidung des Hauptverbandes der österreichischen Sozialversicherungsträger vom 21.04.2008 durch die Unabhängige Heilmittelkommission mit Bescheid vom 27.11.2008, GZ 00000-99/0001-UHK/08.

Die Änderung der Bezeichnung der Arzneispezialität Ondansan 4 mg Filmtabl. (vormals Ondensan 4 mg Filmtabl.) erfolgte auf Grund des Bescheides des Bundesamts für Sicherheit im Gesundheitswesen vom 26.11.2008, GZ 947.112-02-08-LCM.

Die Änderung der Bezeichnung der Arzneispezialität Ondansan 8 mg Filmtabl. (vormals Ondensan 8 mg Filmtabl.) erfolgte auf Grund des Bescheides des Bundesamts für Sicherheit im Gesundheitswesen vom 26.11.2008, GZ 947.113-02-08-LCM.

Die Streichung der Arzneispezialität Amykal 125 mg Tabl. erfolgte wegen der Aufhebung der Zulassung mit Schreiben des Bundesamts für Sicherheit im Gesundheitswesen vom 07.01.2009, GZ 948.789-03-08-LCM.

Die Streichung der Arzneispezialität Fluconazol „Hexal“ 150 mg Kaps. erfolgte wegen der Aufhebung der Zulassung mit Schreiben des Bundesamts für Sicherheit im Gesundheitswesen vom 15.01.2009, GZ 947.273-01-08-LCM.

Die Streichung der Arzneispezialität Neupogen 48 Mio E/1,6 ml parenterale Lsg. erfolgte wegen der Aufhebung der Zulassung mit Schreiben des Bundesamts für Sicherheit im Gesundheitswesen vom 07.01.2009, GZ 929.960-11-08-LCM.

Die Streichung der Arzneispezialität Rhesogam P 1500 IE Amp. erfolgte wegen der Aufhebung der Zulassung mit Schreiben des Bundesamts für Sicherheit im Gesundheitswesen vom 17.12.2008, GZ 940.795-01-08-LCM.

Die Streichung der Arzneispezialität Angeliq Filmtabl. 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 19.11.2008, zugestellt am 21.11.2008, 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 Xyrem 500 mg/ml Lösung zum Einnehmen 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 17.12.2008, zugestellt am 17.12.2008, 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 16.12.2008.

**Für den Hauptverband:**

**Hartinger**

**Schelling**