

**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:

**53. Änderung des Erstattungskodex**

Der Erstattungskodex, Amtliche Verlautbarung im Internet Nr. 110/2004, zuletzt geändert durch die Amtliche Verlautbarung im Internet Nr. 42/2009, wird wie folgt geändert:

Zeichenerklärung

- (2), = Die Aufnahme der Arzneispezialität in den Erstattungskodex beschränkt sich auf die in der Klammer angegebene Menge an Originalpackungen, die maximal abgegeben werden dürfen (z.B.: 20 g (2) – Maximalmenge 2 Packungen zu je 20 g). Erfolgt keine Angabe, darf nur eine Packung abgegeben werden.
- (3),
- ... = 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.
- IND = Die Arzneispezialitäten, welche ohne Einschränkung den strengen Abgabebestimmungen für Suchtgifte unterliegen.
- SG = Die Aufnahme der Arzneispezialität in den Erstattungskodex beschränkt sich auf die in der Klammer angegebene Menge an Originalpackungen, die maximal abgegeben werden dürfen (z.B.: 20 g (2) – Maximalmenge 2 Packungen zu je 20 g). Erfolgt keine Angabe, darf nur eine Packung abgegeben werden.
- L3,
- L4,
- 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>Doxazosin "Genericon" 8 mg Tabl.</b>	30 St.	2	C02CA04	01.06.2009
	<b>Ennos 20 mg/20 Tropf. Lsg. zum Einnehmen</b>	18,5 ml 1 ml = 33 Tr.	-	N06AB05	01.06.2009
IND	<b>Fentanyl "Actavis" 25 mcg/h transdermales Pflaster</b>	5 St.	2	N02AB03	01.06.2009
SG	chronische Schmerzen, die durch starke orale Opioide nicht ausreichend behandelbar sind				
IND	<b>Fentanyl "Actavis" 50 mcg/h transdermales Pflaster</b>	5 St.	2	N02AB03	01.06.2009
SG	chronische Schmerzen, die durch starke orale Opioide nicht ausreichend behandelbar				
IND	<b>Fentanyl "Actavis" 75 mcg/h transdermales Pflaster</b>	5 St.	2	N02AB03	01.06.2009
SG	chronische Schmerzen, die durch starke orale Opioide nicht ausreichend behandelbar sind				
IND	<b>Fentanyl "Actavis" 100 mcg/h transdermales Pflaster</b>	5 St.	2	N02AB03	01.06.2009
SG	chronische Schmerzen, die durch starke orale Opioide nicht ausreichend behandelbar sind				
	<b>Fluvastatin "Actavis" 80 mg Retardtabl.</b>	30 St.	2	C10AA04	01.06.2009
	<b>Mirtazapin "Actavis" 15 mg Schmelztabl.</b>	30 St.	-	N06AX11	01.06.2009
	<b>Ramipril/HCT "Actavis" 2,5 mg/12,5 mg Tabl.</b>	30 St.	2	C09BA05	01.06.2009
	<b>Ramipril/HCT "Actavis" 5 mg/25 mg Tabl.</b>	30 St.	2	C09BA05	01.06.2009
IND	<b>Rasilez 150 mg Filmtabl.</b>	14 St.	-	C09XA02	01.06.2009
	wenn ACE-Hemmer nicht vertragen werden	28 St.	2		
IND	<b>Rasilez 300 mg Filmtabl.</b>	28 St.	2	C09XA02	01.06.2009
	wenn ACE-Hemmer nicht vertragen werden				

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

	Arzneispezialität	Menge	OP	ATC-Code	mit Wirkung vom
	<b>BufloMed "S.Med" 300 mg Filmtabl.</b>	20 St.	2	C04AX20	01.06.2009
	vormalis <i>BufloMed "Genericon" 300 mg Filmtabl.</i>	50 St.	-		

## 53. Änderung des Erstattungskodex - EKO

<b>Buflomed "S.Med" retard 600 mg Filmtabl.</b> vormals <i>Buflomed "Genericon" retard 600 mg Filmtabl.</i>	28 St.	2	C04AX20	01.06.2009
<b>Meresasul 50 mg Kaps.</b> vormals <i>Meresa 50 mg Kaps.</i>	50 St.	-	N05AL01	01.06.2009
<b>Meresasul 200 mg Tabl.</b> vormals <i>Meresa 200 mg Tabl.</i>	100 St.	-		
	50 St.	2	N05AL01	01.06.2009

**A3. Streichung von im Grünen Bereich des Erstattungskodex angeführten Arzneispezialitäten:**

Arzneispezialität	Menge	OP	ATC-Code	mit Wirkung vom
<b>Indobene 50 mg Manteltabl.</b>	30 St.	2	M01AB01	30.03.2009
	50 St.	2		

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

Arzneispezialität	Menge	OP	ATC-Code	mit Wirkung vom
<b>Cholestagel 625 mg Filmtabl.</b> Bei diagnostisch gesicherter KHK mit Hypercholesterinämie, wenn Statine (C10AA), Colestyramin (C10AC01) und Ezetimib (C10AX09) alleine und in Kombination (C10BA02) nicht ausreichend wirksam (LDL-Werte über 113 mg/dl) oder kontraindiziert sind.	180 St.	-	C10AC04	01.06.2009
<b>Serdolect 4 mg Filmtabl.</b> Wenn mit anderen Antipsychotika aus dem Grünen Bereich (ATC-Code N05A) nicht das Auslangen gefunden werden kann. Es ist sicherzustellen, dass die in der Fachinformation angeführten EKG-Kontrollen durchgeführt werden.	30 St.	-	N05AE03	01.06.2009
<b>Serdolect 12 mg Filmtabl.</b> Wenn mit anderen Antipsychotika aus dem Grünen Bereich (ATC-Code N05A) nicht das Auslangen gefunden werden kann. Es ist sicherzustellen, dass die in der Fachinformation angeführten EKG-Kontrollen durchgeführt werden.	28 St.	-	N05AE03	01.06.2009
<b>Serdolect 16 mg Filmtabl.</b> Wenn mit anderen Antipsychotika aus dem Grünen Bereich (ATC-Code N05A) nicht das Auslangen gefunden werden kann. Es ist sicherzustellen, dass die in der Fachinformation angeführten EKG-Kontrollen durchgeführt werden.	14 St.	-	N05AE03	01.06.2009
	28 St.	-		

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

Arzneispezialität	Menge	OP	ATC-Code	mit Wirkung vom
L12 <b>Avodart 0,5 mg Weichkaps.</b> - Bei Erstverordnung durch den Urologen/die Urologin - Bei Patienten mit benigner Prostata-Hyperplasie mit mittelgradiger bis schwerer Symptomatik - Wenn mit alpha-Reduktasehemmern aus dem Grünen Bereich allein oder in Kombination mit Alphablockern (ATC-Code G04CB, G04CA, C02CA) über einen Zeitraum von 6 bis 12 Monaten nachweislich nicht der gewünschte Behandlungserfolg erzielt werden konnte - Für Patienten, die bereits auf Avodart eingestellt sind - Bei ausbleibendem Erfolg nach 6 – 12 Monaten sollte die Therapie abgesetzt werden - Avodart eignet sich für eine chef(kontroll)ärztliche Langzeitbewilligung für 12 Monate (L12)	30 St.	2	G04CB02	01.06.2009

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

Arzneispezialität	Menge	OP	ATC-Code	mit Wirkung vom
<b>ReFacto AF 250 I.E. Plv. u. Lsgm. z. Herst. einer Inj.lsg.</b> vormals <i>ReFacto 250 I.E. Plv. u. Lsgm. z. Herst. einer Inj.lsg.</i> Eine Kostenübernahme ist möglich in der Indikation angeborener Faktor VIII Mangel (Hämophilie A). Diagnosestellung und regelmäßige Kontrollen in entsprechender Fachabteilung bzw. -ambulanz.	1 St.	-	B02BD02	01.06.2009
<b>ReFacto AF 500 I.E. Plv. u. Lsgm. z. Herst. einer Inj.lsg.</b> vormals <i>ReFacto 500 I.E. Plv. u. Lsgm. z. Herst. einer Inj.lsg.</i> Eine Kostenübernahme ist möglich in der Indikation angeborener Faktor VIII Mangel (Hämophilie A). Diagnosestellung und regelmäßige Kontrollen in entsprechender Fachabteilung bzw. -ambulanz	1 St.	-	B02BD02	01.06.2009
	500 IE			

## 53. Änderung des Erstattungskodex - EKO

**ReFacto AF 1000 I.E. Plv. u. Lsgm. z. Herst. einer Inj.lsg.** 1 St. - B02BD02 01.06.2009  
1000 IE  
vormals *ReFacto 1000 I.E. Plv. u. Lsgm. z. Herst. einer Inj.lsg.*  
Eine Kostenübernahme ist möglich in der Indikation angeborener Faktor VIII Mangel (Hämophilie A).  
Diagnosestellung und regelmäßige Kontrollen in entsprechender Fachabteilung bzw. -ambulanz.

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

Arzneispezialität	Menge	ATC-Code	mit Wirkung vom
<b>Nebivolol "Interpharm" 5 mg Tabl.</b>	10 St. 30 St.	C07AB12	28.04.2009
<b>Nplate 250 mcg Plv. z. Herst. einer Inj.Lsg.</b>	1 St. 4 St.	B02BX04	28.04.2009
<b>Nplate 500 mcg Plv. z. Herst. einer Inj.Lsg.</b>	1 St. 4 St.	B02BX04	28.04.2009
<b>Quetiapin "G.L." 25 mg Filmtabl.</b>	6 St. 60 St.	N05AH04	01.05.2009
<b>Quetiapin "G.L." 100 mg Filmtabl.</b>	30 St. 60 St. 90 St.	N05AH04	01.05.2009
<b>Quetiapin "G.L." 200 mg Filmtabl.</b>	30 St. 60 St.	N05AH04	01.05.2009
<b>Quetiapin "G.L." 300 mg Filmtabl.</b>	30 St. 60 St.	N05AH04	01.05.2009
<b>Efient 5 mg Filmtabl.</b>	28 St.	B01AC	04.05.2009
<b>Efient 10 mg Filmtabl.</b>	28 St.	B01AC	04.05.2009
<b>Ropinirol "Actavis" 0,25 mg Filmtabl.</b>	21 St.	N04BC04	04.05.2009
<b>Panprabene 20 mg magensaftresistente Tabl.</b>	14 St. 30 St.	A02BC02	07.05.2009
<b>Panprabene 40 mg magensaftresistente Tabl.</b>	7 St. 14 St. 30 St.	A02BC02	07.05.2009
<b>Pantoprazol "Merck" 20 mg magensaftresistente Tabl.</b>	14 St. 30 St.	A02BC02	07.05.2009
<b>Pantoprazol "Merck" 40 mg magensaftresistente Tabl.</b>	7 St. 14 St. 30 St.	A02BC02	07.05.2009
<b>Ropinirol "Actavis" 0,5 mg Filmtabl.</b>	21 St. 84 St.	N04BC04	07.05.2009
<b>Ropinirol "Actavis" 1 mg Filmtabl.</b>	21 St. 84 St.	N04BC04	07.05.2009
<b>Ropinirol "Actavis" 2 mg Filmtabl.</b>	21 St. 84 St.	N04BC04	07.05.2009
<b>Ropinirol "Actavis" 3 mg Filmtabl.</b>	21 St. 84 St.	N04BC04	07.05.2009
<b>Ropinirol "Actavis" 4 mg Filmtabl.</b>	21 St. 84 St.	N04BC04	07.05.2009
<b>Pantoprazol "Actavis" 20 mg magensaftresistente Tabl.</b>	14 St. 28 St.	A02BC02	08.05.2009
<b>Pantoprazol "Actavis" 40 mg magensaftresistente Tabl.</b>	7 St. 14 St. 28 St.	A02BC02	08.05.2009
<b>Pantoprazol "Genericon" 20 mg magensaftresistente Tabl.</b>	14 St. 30 St.	A02BC02	08.05.2009
<b>Pantoprazol "Genericon" 40 mg magensaftresistente Tabl.</b>	7 St. 14 St. 30 St.	A02BC02	08.05.2009
<b>Fluvastatin "Genericon" 80 mg Retardtabl.</b>	30 St.	C10AA04	11.05.2009
<b>Pantoprazol "Stada" 20 mg magensaftresistente Tabl.</b>	14 St. 30 St.	A02BC02	11.05.2009

## 53. Änderung des Erstattungskodex - EKO

<b>Pantoprazol "Stada" 40 mg magensaftresistente Tabl.</b>	7 St. 14 St. 30 St.	A02BC02	11.05.2009
<b>Tetrazepam "MIP" 50 mg Tabl.</b>	10 St. 30 St.	M03BX07	11.05.2009

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

Arzneispezialität	Menge	ATC-Code	mit Wirkung vom
<b>Ebetrexat 10 mg/ml Inj.lsg. in einer Fertigspr.</b>	1 St. 0,75 ml 5 St. 0,75 ml 1 St. 1 ml 5 St. 1 ml 1 St. 1,5 ml 5 St. 1,5 ml 1 St. 2 ml 5 St. 2 ml	L01BA01	01.06.2009

\*

Die Aufnahmen der Arzneispezialitäten in den Roten Bereich des Erstattungskodex erfolgten ex lege mit dem Zeitpunkt des Vorliegens des vollständigen Antrags, wenn ein Antrag auf Aufnahme in den Grünen oder Gelben Bereich des Erstattungskodex gestellt wurde.

Die Änderung der Bezeichnung der Arzneispezialität BufloMed „S.Med“ 300 mg Filmtabl. (vormals *BufloMed* „*Genericon*“ 300 mg Filmtabl.) erfolgte auf Grund des Schreibens des Bundesamtes für Sicherheit im Gesundheitswesen vom 17.12.2008, GZ 936.465-01-08-LCM.

Die Änderung der Bezeichnung der Arzneispezialität BufloMed „S.Med“ retard 600 mg Filmtabl. (vormals *BufloMed* „*Genericon*“ retard 600 mg Filmtabl.) erfolgte auf Grund des Schreibens des Bundesamtes für Sicherheit im Gesundheitswesen vom 17.12.2008, GZ 940.896\_01-08\_LCM.

Die Änderung der Bezeichnung der Arzneispezialität Meresasul 50 mg Kaps. (vormals *Meresasul* 50 mg Kaps.) erfolgte auf Grund des Schreibens des Bundesamtes für Sicherheit im Gesundheitswesen vom 22.01.2009, GZ 124.799-02-09-LCM.

Die Änderung der Bezeichnung der Arzneispezialität Meresasul 200 mg Tabl. (vormals *Meresasul* 200 mg Tabl.) erfolgte auf Grund des Schreibens des Bundesamtes für Sicherheit im Gesundheitswesen vom 22.01.2009, GZ 124.803-02-09-LCM.

Die Änderung der Bezeichnung der Arzneispezialitäten ReFacto AF 250 I.E. Plv. u. Lsgm. z. Herst. einer Inj.lsg. (vormals *ReFacto* 250 I.E. Plv. u. Lsgm. z. Herst. einer Inj.lsg.), ReFacto AF 500 I.E. Plv. u. Lsgm. z. Herst. einer Inj.lsg. (vormals *ReFacto* 500 I.E. Plv. u. Lsgm. z. Herst. einer Inj.lsg.) und ReFacto AF 1000 I.E. Plv. u. Lsgm. z. Herst. einer Inj.lsg. (vormals *ReFacto* 1000 I.E. Plv. u. Lsgm. z. Herst. einer Inj.lsg.) erfolgte auf Grund des Schreibens der European Medicines Agency (EMA) vom 03.11.2008, Doc.Ref: EMA/CHMP/586043/2008.

Die Streichung der Arzneispezialität Indobene 50 mg Manteltabl. erfolgte wegen der Aufhebung der Zulassung mit Schreiben des Bundesamts für Sicherheit im Gesundheitswesen vom 30.03.2009, GZ 921.408-01-09-LCM.

Die Streichung der Arzneispezialität Ebetrexat 10 mg/ml Inj.lsg. in einer Fertigspr. aus dem Roten Bereich des Erstattungskodex erfolgte auf Grund der Entscheidung der Unabhängigen Heilmittelkommission vom 26.03.2009, GZ BMGFJ-00000-105-UHK/0001-UHK/08.

53. Änderung des Erstattungskodex - EKO

Die sonstigen Änderungen des Erstattungskodex erfolgten mit Entscheidung des Hauptverbandes der österreichischen Sozialversicherungsträger vom 17.04.2009 und 21.04.2009.

**Für den Hauptverband:**

**Schelling**

**Klein**