

**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:

### **19. Änderung des Erstattungskodex**

Der Erstattungskodex, Amtliche Verlautbarung im Internet Nr. 110/2004, zuletzt geändert durch die Amtliche Verlautbarung im Internet Nr. 72/2006, wird wie folgt geändert:

#### **Zeichenerklärung**

- (2), (3), ... = Die Aufnahme der Arzneispezialität in den Erstattungskodex beschränkt sich auf die in der Klammer angegebene Menge an Originalpackungen (z. B.: 20 g (2) – Maximalmenge 2 Packungen 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 Verordnungen außerhalb der angegebenen Voraussetzungen ist eine ärztliche Bewilligung des chef- und kontrollärztlichen Dienstes einzuholen.
- D = Facharzt für Haut- und Geschlechtskrankheiten  
 F = Fachart für Frauenheilkunde und Geburtshilfe  
 U = Facharzt für Urologie
- 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.
- SG = Arzneispezialitäten, welche ohne Einschränkung den strengen Abgabebestimmungen für Suchtgifte unterliegen.

#### **A. Grüner Bereich des Erstattungskodex**

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

	Arzneispezialität	Menge	OP	ATC-Code	mit Wirkung vom
U	<b>Aglandin retard 0,4 mg Kaps.</b>	10 St. 30 St.	2 -	G04CA02	1.8.2006
IND SG	<b>Durogesic 12 mcg/h Depotpflaster</b> Bei chronischen Schmerzen, die durch starke orale Opiode nicht ausreichend behandelbar sind: - bei Kindern und Jugendlichen von 2 bis 18 Jahren, - bei Erwachsenen ausschließlich zur Titration.	5 St.	2	N02AB03	1.8.2006
F D	<b>Itraconazol "Sandoz" 100 mg Kaps.</b> bei Vaginalmykosen	4 St.	-	J02AC02	1.8.2006
F D	<b>Itraconazol "Sandoz" 100 mg Kaps.</b> bei Dermatomykosen	14 St.	-	J02AC02	1.8.2006
D	<b>Itraconazol "Sandoz" 100 mg Kaps.</b> bei Onychomykosen	28 St.	-	J02AC02	1.8.2006
U	<b>Tamsulosin "Interpharm" retard Kaps.</b>	10 St. 30 St.	2 -	G04CA02	1.8.2006

U	<b>Tamsulosin "ratiopharm" retard 0,4 mg Kaps.</b>	10 St.	2	G04CA02	1.8.2006
		30 St.	-		
	<b>Vobaderm</b>	15 g	2	D01AC	1.8.2006

#### A2. Änderung der Verwendung von im Grünen Bereich des Erstattungskodex angeführten Arzneispezialitäten:

	Arzneispezialität	Menge	OP	ATC-Code	mit Wirkung vom
IND	<b>Gabapentin "ratiopharm" 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	1.8.2006
IND	<b>Gabapentin "ratiopharm" 400 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	1.8.2006
IND	<b>Gabapentin "ratiopharm" 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	1.8.2006
IND	<b>Gabapentin "ratiopharm" 800 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	1.8.2006

#### A3. Änderung der Abgabemenge von im Grünen Bereich des Erstattungskodex angeführten Arzneispezialitäten:

	Arzneispezialität	Menge	OP	ATC-Code	mit Wirkung vom
	<b>Volon A 40 mg Kristallsusp. Amp.</b>	1 St.	2	H02AB08	1.8.2006
		(1 ml)			
		5 St.	-		
		(1ml)			

#### A4. Änderung der Bezeichnung von im Grünen Bereich des Erstattungskodex angeführten Arzneispezialitäten:

	Arzneispezialität	Menge	OP	ATC-Code	mit Wirkung vom
	<b>Cal-D-Vita Kautabl.</b> (vormals Cal-D-Vita "Roche" Kautabl.)	60 St.	2	A12AX	1.8.2006

#### A5. Streichung von im Grünen Bereich des Erstattungskodex angeführten Arzneispezialitäten:

	Arzneispezialität	Menge	OP	ATC-Code	mit Wirkung vom
	<b>Dermodrin Puder</b>	20 g	2	D04AA32	27.6.2006
	<b>Diclac Hexal 25 mg Filmtabl.</b> (vormals Diclac 25 mg Filmtabl.)	30 St.	2	M01AB05	17.7.2006
		50 St.	2		

	<b>Fluniget 250 mg Filmtabl.</b>	30 St.	2	N02BA11	1.8.2006
		50 St.	2		
	<b>Fluniget 500 mg Filmtabl.</b>	30 St.	2	N02BA11	1.8.2006
		50 St.	-		
	<b>Indocid 50 mg Supp.</b>	5 St.	2	M01AB01	1.8.2006
	<b>Indocid 100 mg Supp.</b>	5 St.	2	M01AB01	1.8.2006
IND	<b>Lamictal 25 mg lösl. Tabl.</b>	30 St.	2	N03AX09	31.5.2006
	<b>Lamotrigin "Genericon" 5 mg lösl. Tabl.</b>	30 St.	2	N03AX09	1.8.2006
	<b>Mono Mack 40 mg/g Tropf.</b>	20 g	2	C01DA14	1.8.2006
	<b>Pevaryl Hautshampoo</b>	3 St.	-	D01AC03	1.8.2006
	<b>Pevisone Salbe</b>	15 g	2	D01AC	1.8.2006
	<b>Rhinodrin Gel</b>	10 g	-	R01AB02	1.8.2006

## B. Gelber Bereich des Erstattungskodex

### B1. Aufnahmen von Arzneispezialitäten in den Gelben Bereich des Erstattungskodex:

Arzneispezialität	Menge	ATC-Code	mit Wirkung vom
<b>Aptivus 250 mg Weichkaps.</b>	120 St.	J05AE09	1.8.2006
Zur Behandlung der HIV-1 Infektion in Kombination mit niedrig dosiertem Ritonavir zur antiretroviralen Kombinationsbehandlung bei mehrfach vorbehandelten erwachsenen Patienten mit Viren, die gegen mehrere Protease-Hemmer resistent sind. Die Therapieeinleitung und regelmäßige -kontrollen sind von einem Arzt, der Erfahrung in der Behandlung der HIV-Infektion besitzt, durchzuführen.			
<b>Ovitrelle 250 mcg/0,5 ml Inj.lsg. in einer Fertigspr.</b>	1 St.	G03GA08	1.8.2006
Bei anovulatorischen oder oligo- ovulatorischen Frauen zur Auslösung der Ovulation und Luteinisierung nach der Stimulation des Follikelwachstums. Nicht zur Unterstützung von Maßnahmen der assistierten Reproduktion.			
<b>Sandoglobulin Liquid 120 mg/ml Inf.lsg.</b>	50 ml (6 g) 100 ml (12 g)	J06BA02	1.8.2006

Eine Kostenübernahme ist im ausführlich begründetem Einzelfall möglich.

### B2. Änderung der Abgabemenge von im Gelben Bereich des Erstattungskodex angeführten Arzneispezialitäten:

Arzneispezialität	Menge	ATC-Code	mit Wirkung vom
<b>Zavedos 5 mg Kaps.</b>	1 St.	L01DB06	1.8.2006
Eine Kostenübernahme ist möglich: - Zur Remissionsinduktion der akuten myeloischen Leukämie, wenn eine intravenöse Behandlung ausgeschlossen ist; - Bei fortgeschrittenem Mammakarzinom, wenn auf die Therapie der ersten Wahl, welche kein Anthracyclin enthielt, nicht angesprochen worden ist. Diagnose, Erstverordnung und engmaschige Kontrolle durch entsprechende Fachabteilungen und Zentren.			
<b>Zavedos 10 mg Kaps.</b>	1 St.	L01DB06	1.8.2006
Eine Kostenübernahme ist möglich: - Zur Remissionsinduktion der akuten myeloischen Leukämie, wenn eine intravenöse Behandlung ausgeschlossen ist; - Bei fortgeschrittenem Mammakarzinom, wenn auf die Therapie der ersten Wahl, welche kein Anthracyclin enthielt, nicht angesprochen worden ist. Diagnose, Erstverordnung und engmaschige Kontrolle durch entsprechende Fachabteilungen und Zentren.			

**Zavedos 25 mg Kaps.** 1 St. L01DB06 1.8.2006

Eine Kostenübernahme ist möglich:

- Zur Remissionsinduktion der akuten myeloischen Leukämie, wenn eine intravenöse Behandlung ausgeschlossen ist;
- Bei fortgeschrittenem Mammakarzinom, wenn auf die Therapie der ersten Wahl, welche kein Anthracyclin enthielt, nicht angesprochen worden ist. Diagnose, Erstverordnung und engmaschige Kontrolle durch entsprechende Fachabteilungen und Zentren.

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

Arzneispezialität	Menge	OP	ATC-Code	mit Wirkung vom
<b>Farlutal 500 mg Tabl.</b>	60 St.		L02AB02	1.8.2006

Eine Kostenübernahme ist möglich, wenn Therapiealternativen (Packungsgrößen) des grünen Bereiches zur Abdeckung des individuellen Monatsbedarfes nicht ausreichen.

### C. Roter Bereich des Erstattungskodex

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

Arzneispezialität	Menge	ATC-Code	mit Wirkung vom
<b>Preatact 100 mcg Plv. u. Lsgm. z. Herst. einer Inj.</b>	2 St.	H05AA03	29.06.2006
<b>Metformin "1a Pharma" 1000 mg Filmtabl.</b>	20 St. 60 St.	A10BA02	30.06.2006
<b>Metformin "Hexal" 1000 mg Filmtabl.</b>	20 St. 60 St.	A10BA02	30.06.2006
<b>Fortzaar Filmtabl.</b>	28 St.	C09DA01	01.07.2006
<b>Ondensan 4 mg Filmtabl.</b>	10 St.	A04AA01	01.07.2006
<b>Ondensan 8 mg Filmtabl.</b>	10 St.	A04AA01	01.07.2006
<b>Finasterid "Interpharm" 5 mg Filmtabl.</b>	30 St.	G04CB01	03.07.2006
<b>Minirin Melt 60 mcg Lyophilisat zum Einnehmen</b>	30 St. 100 St.	H01BA02	03.07.2006
<b>Minirin Melt 120 mcg Lyophilisat zum Einnehmen</b>	30 St. 100 St.	H01BA02	03.07.2006
<b>Ondansetron "Arcana" 4 mg Filmtabl.</b>	10 St.	A04AA01	03.07.2006
<b>Ondansetron "Arcana" 8 mg Filmtabl.</b>	10 St.	A04AA01	03.07.2006
<b>Alendronat "Nycomed" 70 mg 1x wöchentl. Tabl. + Calcichew-D3-Kautabl. 60 St.</b>	4 St.	M05BA04	04.07.2006
<b>Simvastatin TAD 20 mg Filmtabl. + Aspiricor 100 mg Filmtabl.</b>	30 St.	C10AA01	05.07.2006
<b>Simvastatin TAD 40 mg Filmtabl. + Aspiricor 100 mg Filmtabl.</b>	30 St.	C10AA01	05.07.2006
<b>Lactulose MIP 650 mg/ml Lsg. z. Einnehmen</b>	200 ml 500 ml 1000 ml	A06AD11	06.07.2006
<b>Glimepirid "Merck" 1 mg Tabl.</b>	30 St.	A10BB12	07.07.2006
<b>Glimepirid "Merck" 2 mg Tabl.</b>	30 St.	A10BB12	07.07.2006
<b>Glimepirid "Merck" 3 mg Tabl.</b>	30 St.	A10BB12	07.07.2006
<b>Mononine 500 IE Dstfl.</b>	1 St.	B02BD04	09.07.2006
<b>Mononine 1000 IE Dstfl.</b>	1 St.	B02BD04	09.07.2006
<b>Normohex 0,2 mg Filmtabl.</b>	30 St.	C02AC05	13.07.2006

<b>Normohex 0,3 mg Filmtabl.</b>	30 St.	C02AC05	13.07.2006
<b>Normohex 0,4 mg Filmtabl.</b>	30 St.	C02AC05	13.07.2006
<b>Cipralex 20 mg Filmtabl.</b>	28 St.	N06AB10	13.07.2006

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

Arzneispezialität	Menge	OP	ATC-Code	mit Wirkung vom
<b>Omix 0,4 mg Retardkaps</b>	10 St.		G04CA02	28.6.2006
	30 St.			

\*

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 Änderung der Bezeichnung der Arzneispezialität Cal-D-Vita Kautabl. erfolgte aufgrund der Variation SE/H/134/01-02/IB/33. Gemäß dem Erlass des Bundesministeriums für soziale Sicherheit, Generationen und Konsumentenschutz vom 29. Juni 2005, GZ: BMSG-21410/0019-II/A/3/2005, ist in diesen Fällen eine Beurkundung nicht notwendig.

Die Streichung der Arzneispezialität Dermodrin Puder erfolgte wegen der Aufhebung der Zulassung mit Schreiben des Bundesamt für Sicherheit im Gesundheitswesen vom 27. Juni 2006, GZ 124.070-01-06-LCM. Gemäß dem Erlass des Bundesministeriums für soziale Sicherheit, Generationen und Konsumentenschutz vom 29. Juni 2005, GZ: BMSG-21410/00019-II/A/3/2005, ist in diesen Fällen eine Beurkundung nicht notwendig.

Die Streichung der Arzneispezialität Diclac Hexal 25 mg Filmtabl. erfolgte wegen der Aufhebung der Zulassung mit Schreiben des Bundesamt für Sicherheit im Gesundheitswesen vom 17. Juli 2006, GZ 939.725-01-06-LCM. Gemäß dem Erlass des Bundesministeriums für soziale Sicherheit, Generationen und Konsumentenschutz vom 29. Juni 2005, GZ: BMSG-21410/00019-II/A/3/2005, ist in diesen Fällen eine Beurkundung nicht notwendig.

Die Streichung der Arzneispezialität Lamictal 25 mg lösliche Tabl. erfolgte wegen der Aufhebung der Zulassung mit Schreiben des Bundesamt für Sicherheit im Gesundheitswesen vom 4. Juli 2006 per 31. Mai 2006, GZ 935.081-02-06-LCM. Gemäß dem Erlass des Bundesministeriums für soziale Sicherheit, Generationen und Konsumentenschutz vom 29. Juni 2005, GZ: BMSG-21410/00019-II/A/3/2005, ist in diesen Fällen eine Beurkundung nicht notwendig.

Die Streichungen der Arzneispezialität Omix 0,4 mg Retardkaps. 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 sonstigen Änderungen des Erstattungskodex erfolgten mit Entscheidungen des Hauptverbandes der österreichischen Sozialversicherungsträger vom 19. Juni 2006 und 26. Juni 2006. Die Bundesministerin für soziale Sicherheit, Generationen und Konsumentenschutz hat das gesetzmäßige Zustandekommen mit Erlass vom 3.7.2006, GZ: BMSG-21410/0009-II/A/3/2006 beurkundet.

Für den Hauptverband:

**Haberzettl**

**Hartinger**