Amtliche Verlautbarung der österreichischen Sozialversicherung im Internet

Dachverband der Sozialversicherungsträger

Der Dachverband der Sozialversicherungsträger verlautbart gemäß § 30b Abs. 2 ASVG:

267. Änderung des Erstattungskodex

Der Erstattungskodex, Amtliche Verlautbarung im Internet Nr. 110/2004, zuletzt geändert durch die Amtliche Verlautbarung im Internet Nr. 64/2026, 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, 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.
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/von der verordnenden Ärztin durch den Vermerk IND am Rezept bestätigt werden. Für Verordnungen außerhalb der angegebenen Voraussetzungen ist eine ärztliche Bewilligung des chef- und kontrollärztlichen Dienstes einzuholen.
L3, L4, ...	=	Eine Langzeitbewilligung ist für die als Zahl angegebenen Monate möglich (z.B. L3 → Langzeitbewilligung für 3 Monate möglich)
U	=	Fachärztin/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/die angegebene Fachärztin kann die Verordnung auch durch einen Arzt/eine Ärztin für Allgemeinmedizin erfolgen. Medizinisch indizierte fachärztliche Kontrollen müssen jedoch regelmäßig vom angegebenen Facharzt/von der angegebenen Fachärztin 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	Entscheidung vom	Verfahrensnummer
IND	**Camcevi 42 mg Depot-Inj.susp.** Diagnose und Erstverordnung durch entsprechende Fachabteilung bzw. Zentrum, gegebenenfalls mit Vorlage eines Tumorboardbeschlusses. Eine zumindest einmalige dokumentierte Vorstellung der PatientInnen in einem Tumorboard ist erforderlich, diese ist innerhalb von 90 Tagen nach Erstdiagnose der Tumorerkrankung anzustreben. Regelmäßige Kontrolle durch entsprechende Fachabteilung bzw. Zentrum bzw. durch onkologisch spezialisierte FachärztInnen.	1 St.	-	L02AE02	1.12.2026	19.10.2026	Abschnitt IV/148-2026

	Dexa-ratiopharm 40 mg Inj.lsg.	1 St.	-	H02AB02	1.12.2026	19.10.2026	Abschnitt IV/239-2026
U	**Doxazosin/Finasterin "MIP" 4 mg/5 mg Filmtabl.**	30 St.	3	G04CA55	1.12.2026	19.10.2026	Abschnitt IV/155-2026
	Lurasidon "Genericon" 18,5 mg Filmtabl.	14 St. 28 St.	- 2	N05AE05	1.12.2026	19.10.2026	Abschnitt IV/268-2026
	Lurasidon "Genericon" 37 mg Filmtabl.	14 St. 28 St.	- 2	N05AE05	1.12.2026	19.10.2026	Abschnitt IV/269-2026
	Lurasidon "Genericon" 74 mg Filmtabl.	14 St. 28 St.	- 2	N05AE05	1.12.2026	19.10.2026	Abschnitt IV/270-2026
	Mirtazapin "+pharma" 15 mg Filmtabl.	30 St.	-	N06AX11	1.12.2026	19.10.2026	Abschnitt IV/234-2026
	Mirtazapin "+pharma" 30 mg Filmtabl.	30 St.	-	N06AX11	1.12.2026	19.10.2026	Abschnitt IV/235-2026
	Mirtazapin "+pharma" 45 mg Filmtabl.	30 St.	-	N06AX11	1.12.2026	19.10.2026	Abschnitt IV/236-2026
	Mirtazapin "Genericon" 15 mg Filmtabl.	30 St.	-	N06AX11	1.12.2026	19.10.2026	Abschnitt IV/231-2026
	Mirtazapin "Genericon" 30 mg Filmtabl.	30 St.	-	N06AX11	1.12.2026	19.10.2026	Abschnitt IV/232-2026
	Mirtazapin "Genericon" 45 mg Filmtabl.	30 St.	-	N06AX11	1.12.2026	19.10.2026	Abschnitt IV/233-2026
IND	**Otulfi 90 mg Inj.lsg. Fertigpen** Diagnose, Erstverordnung und regelmäßige Kontrollen durch entsprechende Fachabteilung, -ambulanz bzw. Fachärztlnnen (Dermatologie, Rheumatologie, Gastroenterologie).	1 St.	-	L04AC05	1.12.2026	19.10.2026	Abschnitt IV/229-2026
	RamiBisol 2,5 mg/1,25 mg Hartkaps.	30 St.	3	C09BX05	1.12.2026	19.10.2026	Abschnitt IV/203-2026
	RamiBisol 2,5 mg/2,5 mg Hartkaps.	30 St.	3	C09BX05	1.12.2026	19.10.2026	Abschnitt IV/204-2026
	RamiBisol 5 mg/2,5 mg Hartkaps.	30 St.	3	C09BX05	1.12.2026	19.10.2026	Abschnitt IV/205-2026
	RamiBisol 5 mg/5 mg Hartkaps.	30 St.	3	C09BX05	1.12.2026	19.10.2026	Abschnitt IV/201-2026
	RamiBisol 10 mg/5 mg Hartkaps.	30 St.	3	C09BX05	1.12.2026	19.10.2026	Abschnitt IV/202-2026
	RamiBisol 10 mg/10 mg Hartkaps.	30 St.	3	C09BX05	1.12.2026	19.10.2026	Abschnitt IV/200-2026
IND	**Steqeyma 45 mg Inj.lsg. Fertigpen** Diagnose, Erstverordnung und regelmäßige Kontrollen durch entsprechende Fachabteilung, -ambulanz bzw. Fachärztlnnen (Dermatologie, Rheumatologie).	1 St.	-	L04AC05	1.12.2026	19.10.2026	Abschnitt IV/254-2026

IND	**Steqeyma 90 mg Inj.lsg. Fertigpen** Diagnose, Erstverordnung und regelmäßige Kontrollen durch entsprechende Fachabteilung, -ambulanz bzw. Fachärztlnnen (Dermatologie, Rheumatologie, Gastroenterologie).	1 St.	-	L04AC05	1.12.2026	19.10.2026	Abschnitt IV/253-2026

A2. Streichung von im Grünen Bereich des Erstattungskodex angeführten Arzneispezialitäten:

	Arzneispezialität	Menge	OP	ATC-Code	mit Wirkung vom	Entscheidung vom	Verfahrensnummer
IND	**Xarelto 10 mg Filmtabl.** Zur Prophylaxe venöser thromboembolischer Ereignisse (VTE) bei erwachsenen PatientInnen nach elektivem chirurgischen Hüft- oder Kniegelenksersatz	5 St. 10 St.	- 2	B01AF01	1.12.2026	21.9.2026	Abschnitt VII/43-2026

B. Gelber Bereich des Erstattungskodex

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

	Arzneispezialität	Menge	OP	ATC-Code	mit Wirkung vom	Entscheidung vom	Verfahrensnummer
L6	**Kalydeco 13,4 mg Gran. Btl.**	28 St. 56 St.	- -	R07AX02	1.12.2026	19.10.2026	Abschnitt IV/237-2026

Bei PatientInnen mit zystischer Fibrose (CF, Mukoviszidose) ab einem Monat (ab 3 kg und unter 25 kg), die eine R117H-Mutation oder eine der folgenden Gating-Mutationen (Klasse III) im CFTR-Gen aufweisen: G551D, G1244E, G1349D, G178R, G551S, S1251N, S1255P, S549N oder S549R.
Die Feststellung der Mutation muss mit einem validierten Testverfahren erfolgen.
- Einsatz nur bei PatientInnen mit
  - ° Gedeihstörungen (Abweichung von der altersentsprechenden Perzentile für Gewicht oder Körpergröße) oder
  - ° mehrmaligen pulmonalen Exazerbationen oder
  - ° regelmäßigen Antibiotikabehandlungen oder
  - ° einer mittels bildgebenden Verfahrens nachgewiesenen Schädigung der Lunge

vor Therapiebeginn.
- Indikationsstellung, Erstverordnung und Therapieüberwachung müssen von einem Zentrum mit Erfahrung in der Behandlung der CF erfolgen.
- Eine Diätberatung der Angehörigen hat vor Behandlungsbeginn zu erfolgen.
- Leberfunktionstests (ALT, AST und Bilirubin) sind vor Beginn der Behandlung, alle 3 Monate im ersten Jahr der Behandlung und danach zumindest jährlich durchzuführen.
- Schweiß-Chlorid-Level sind vor Therapiebeginn und danach alle 6 Monate zu dokumentieren.
- Pulmonale Exazerbationen, der Antibiotikabedarf und das Körpergewicht (BMI) sind für den Zeitraum vor Beginn der Behandlung und alle 6 Monate nach Therapiebeginn zu dokumentieren.
- Die Therapie ist nur fortzuführen, wenn
  - ° Schweiß-Chlorid-Level auf mindestens 60 mmol/l gesenkt werden oder im Vergleich zur Baseline um mindestens 30 % fallen oder
  - ° eine altersentsprechend vorteilhafte Entwicklung des BMI eintritt.

Ivacaftor eignet sich für eine chef(kontroll)ärztliche Langzeitbewilligung für 6 Monate (L6).

L6	**Orkambi 75 mg/94 mg Gran. Btl.**	56 St.	-	R07AX30	1.12.2026	19.10.2026	Abschnitt IV/217-2026

Bei PatientInnen mit zystischer Fibrose (CF, Mukoviszidose) von 1 bis unter 6 Jahren, die homozygot für die F508del-Mutation im CFTR-Gen sind.
Die Feststellung der Mutation muss mit einem validierten Testverfahren erfolgen.
- Einsatz nur bei PatientInnen mit
  - ° Gedeihstörungen (Abweichung von der altersentsprechenden Perzentile für Gewicht oder Körpergröße) oder
  - ° mehrmaligen pulmonalen Exazerbationen oder
  - ° regelmäßigen Antibiotikabehandlungen oder
  - ° einer mittels bildgebenden Verfahrens nachgewiesenen Schädigung der Lunge

vor Therapiebeginn.
- Indikationsstellung, Erstverordnung und Therapieüberwachung müssen von einem Zentrum mit Erfahrung in der Behandlung der CF erfolgen.
- Eine Diätberatung der Angehörigen hat vor Behandlungsbeginn zu erfolgen.
- Leberfunktionstests (ALT, AST und Bilirubin) sind vor Beginn der Behandlung, alle 3 Monate im ersten Jahr der Behandlung und danach zumindest jährlich durchzuführen.
- Schweiß-Chlorid-Level sind vor Therapiebeginn und danach alle 6 Monate zu dokumentieren.
- Pulmonale Exazerbationen, der Antibiotikabedarf und das Körpergewicht (BMI) sind für den Zeitraum vor Beginn der Behandlung und alle 6 Monate nach Therapiebeginn zu dokumentieren.
- Die Therapie ist nur fortzuführen, wenn
  - ° Schweiß-Chlorid-Level um zumindest 15 % im Vergleich zur Baseline fallen oder
  - ° eine altersentsprechend vorteilhafte Entwicklung des BMI eintritt.

Lumacaftor/Ivacaftor eignet sich für eine chef(kontroll)ärztliche Langzeitbewilligung für 6 Monate (L6).

Rubraca 200 mg Filmtabl.	60 St. 120 St.	- -	L01XK03	1.12.2026	19.10.2026	Abschnitt IV/164-2026

Als Monotherapie
- für die Erhaltungstherapie erwachsener Patientinnen mit einem neu diagnostizierten, fortgeschrittenen (FIGO-Stadien III und IV), high-grade epithelialen Ovarialkarzinom, Eileiterkarzinom oder primären Peritonealkarzinom, die nach einer vorangegangenen abgeschlossenen Platin-basierten Chemotherapie ein Ansprechen zeigen.
- für die Erhaltungstherapie erwachsener Patientinnen mit einem Platin-sensitiven Rezidiv eines high-grade serösen epithelialen Ovarialkarzinoms, Eileiterkarzinoms oder primären Peritonealkarzinoms, die auf eine Platin-basierte Chemotherapie ein Ansprechen zeigen.

Vor Therapiebeginn mit Rucaparib muss das vollständige oder partielle Ansprechen auf die Platin-basierte Chemotherapie mittels RECIST-Kriterien dokumentiert worden sein. Die Therapie kann bis zur Progression der Grunderkrankung oder bis zum Auftreten einer inakzeptablen Toxizität fortgeführt werden.
Diagnose und Erstverordnung durch entsprechende Fachabteilung bzw. Zentrum, gegebenenfalls mit Vorlage eines Tumorboardbeschlusses.
Eine zumindest einmalige dokumentierte Vorstellung der Patientinnen in einem Tumorboard ist erforderlich, diese ist innerhalb von 90 Tagen nach Erstdiagnose der Tumorerkrankung anzustreben.
Regelmäßige Kontrolle durch entsprechende Fachabteilung bzw. Zentrum bzw. durch onkologisch spezialisierte FachärztInnen.

Rubraca 250 mg Filmtabl.	60 St. 120 St.	- -	L01XK03	1.12.2026	19.10.2026	Abschnitt IV/165-2026

Als Monotherapie
- für die Erhaltungstherapie erwachsener Patientinnen mit einem neu diagnostizierten, fortgeschrittenen (FIGO-Stadien III und IV), high-grade epithelialen Ovarialkarzinom, Eileiterkarzinom oder primären Peritonealkarzinom, die nach einer vorangegangenen abgeschlossenen Platin-basierten Chemotherapie ein Anspre-

chen zeigen.
- für die Erhaltungstherapie erwachsener Patientinnen mit einem Platin-sensitiven Rezidiv eines high-grade serösen epithelialen Ovarialkarzinoms, Eileiterkarzinoms oder primären Peritonealkarzinoms, die auf eine Platin-basierte Chemotherapie ein Ansprechen zeigen.
Vor Therapiebeginn mit Rucaparib muss das vollständige oder partielle Ansprechen auf die Platin-basierte Chemotherapie mittels RECIST-Kriterien dokumentiert worden sein. Die Therapie kann bis zur Progression der Grunderkrankung oder bis zum Auftreten einer inakzeptablen Toxizität fortgeführt werden.
Diagnose und Erstverordnung durch entsprechende Fachabteilung bzw. Zentrum, gegebenenfalls mit Vorlage eines Tumorboardbeschlusses.
Eine zumindest einmalige dokumentierte Vorstellung der Patientinnen in einem Tumorboard ist erforderlich, diese ist innerhalb von 90 Tagen nach Erstdiagnose der Tumorerkrankung anzustreben.
Regelmäßige Kontrolle durch entsprechende Fachabteilung bzw. Zentrum bzw. durch onkologisch spezialisierte FachärztInnen.

Rubraca 300 mg Filmtabl.	60 St. 120 St.	- -	L01XK03	1.12.2026	19.10.2026	Abschnitt IV/163-2026

Als Monotherapie
- für die Erhaltungstherapie erwachsener Patientinnen mit einem neu diagnostizierten, fortgeschrittenen (FIGO-Stadien III und IV), high-grade epithelialen Ovarialkarzinom, Eileiterkarzinom oder primären Peritonealkarzinom, die nach einer vorangegangenen abgeschlossenen Platin-basierten Chemotherapie ein Ansprechen zeigen.
- für die Erhaltungstherapie erwachsener Patientinnen mit einem Platin-sensitiven Rezidiv eines high-grade serösen epithelialen Ovarialkarzinoms, Eileiterkarzinoms oder primären Peritonealkarzinoms, die auf eine Platin-basierte Chemotherapie ein Ansprechen zeigen.
Vor Therapiebeginn mit Rucaparib muss das vollständige oder partielle Ansprechen auf die Platin-basierte Chemotherapie mittels RECIST-Kriterien dokumentiert worden sein. Die Therapie kann bis zur Progression der Grunderkrankung oder bis zum Auftreten einer inakzeptablen Toxizität fortgeführt werden.
Diagnose und Erstverordnung durch entsprechende Fachabteilung bzw. Zentrum, gegebenenfalls mit Vorlage eines Tumorboardbeschlusses.
Eine zumindest einmalige dokumentierte Vorstellung der Patientinnen in einem Tumorboard ist erforderlich, diese ist innerhalb von 90 Tagen nach Erstdiagnose der Tumorerkrankung anzustreben.
Regelmäßige Kontrolle durch entsprechende Fachabteilung bzw. Zentrum bzw. durch onkologisch spezialisierte FachärztInnen.

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

Arzneispezialität	Menge	OP	ATC-Code	mit Wirkung vom	Entscheidung vom	Verfahrensnummer
Navelbine 20 mg Kaps.	1 St. 4 St.	- -	L01CA04	1.12.2026	19.10.2026	Abschnitt VII/66-2026

1. Als Monotherapie oder in Kombination mit einer anderen Chemotherapie bei Erwachsenen mit fortgeschrittenem nicht-kleinzelligem Bronchialkarzinom.
2. In Kombination mit einer platinbasierten Chemotherapie als adjuvante Behandlung bei Erwachsenen mit nicht-kleinzelligem Bronchialkarzinom.
3. Als Monotherapie oder in Kombination mit anderen Wirkstoffen bei Erwachsenen mit fortgeschrittenem Mammakarzinom.
Diagnose und Erstverordnung durch entsprechende Fachabteilung bzw. Zentrum, gegebenenfalls mit Vorlage eines Tumorboardbeschlusses.
Eine zumindest einmalige dokumentierte Vorstellung der PatientInnen in einem Tumorboard ist erforderlich, diese ist innerhalb von 90 Tagen nach Erstdiagnose der Tumorerkrankung anzustreben.
Regelmäßige Kontrolle durch entsprechende Fachabteilung bzw. Zentrum bzw. durch onkologisch spezialisierte FachärztInnen.

	Navelbine 30 mg Kaps.	1 St. 4 St.	- -	L01CA04	1.12.2026	19.10.2026	Abschnitt VII/65-2026
	1. Als Monotherapie oder in Kombination mit einer anderen Chemotherapie bei Erwachsenen mit fortgeschrittenem nicht-kleinzelligem Bronchialkarzinom. 2. In Kombination mit einer platinbasierten Chemotherapie als adjuvante Behandlung bei Erwachsenen mit nicht-kleinzelligem Bronchialkarzinom. 3. Als Monotherapie oder in Kombination mit anderen Wirkstoffen bei Erwachsenen mit fortgeschrittenem Mammakarzinom. Diagnose und Erstverordnung durch entsprechende Fachabteilung bzw. Zentrum, gegebenenfalls mit Vorlage eines Tumorboardbeschlusses. Eine zumindest einmalige dokumentierte Vorstellung der PatientInnen in einem Tumorboard ist erforderlich, diese ist innerhalb von 90 Tagen nach Erstdiagnose der Tumorerkrankung anzustreben. Regelmäßige Kontrolle durch entsprechende Fachabteilung bzw. Zentrum bzw. durch onkologisch spezialisierte FachärztInnen.						

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

	Arzneispezialität	Menge	OP	ATC-Code	mit Wirkung vom	Entscheidung vom	Verfahrensnummer
	Myocholine 25 mg Tabl. *vormals Myocholine "Glenwood" 25 mg Tabl.*	50 St.	-	N07AB02	1.12.2026	-	-
	Bei postoperativem Harnverhalten durch Blasenatonie Bei postpartalem Harnverhalten durch Blasenatonie Bei neurogener Detrusorschwäche Erstverordnung sowie Kontrolle des Therapieerfolges durch einen Facharzt/eine Fachärztin für Urologie						

B4. Streichung von im Gelben Bereich des Erstattungskodex angeführten Arzneispezialitäten:

	Arzneispezialität	Menge	OP	ATC-Code	mit Wirkung vom	Entscheidung vom	Verfahrensnummer
	Pradaxa 75 mg Hartkaps.	10 St. 30 St.	2 -	B01AE07	1.12.2026	20.1.2025	Abschnitt VII/83-2024
	Zur Prophylaxe venöser thromboembolischer Ereignisse (VTE) bei erwachsenen PatientInnen nach elektivem chirurgischen Hüft- oder Kniegelenksersatz.						
	Pradaxa 110 mg Hartkaps.	10 St. 30 St.	2 -	B01AE07	1.12.2026	20.1.2025	Abschnitt VII/82-2024
	Zur Prophylaxe venöser thromboembolischer Ereignisse (VTE) bei erwachsenen PatientInnen nach elektivem chirurgischen Hüft- oder Kniegelenksersatz.						
L6	**Pradaxa 110 mg Hartkaps.**	60 St.	-	B01AE07	1.12.2026	20.1.2025	Abschnitt VII/82-2024
	Zur Prävention von Schlaganfall und systemischer Embolie bei erwachsenen PatientInnen mit nicht valvulärem Vorhofflimmern mit einem oder mehreren der folgenden Risikofaktoren: - Vorausgegangener Schlaganfall, transitorische ischämische Attacke oder systemische Embolie - Linksventrikuläre Ejektionsfraktion kleiner 40 % - Symptomatische Herzinsuffizienz größer/gleich New York Heart Association (NYHA) Klasse 2 - Alter größer/gleich 75 Jahre - Alter größer/gleich 65 Jahre einhergehend mit einer der folgenden Erkrankungen:						

Diabetes mellitus, koronare Herzerkrankung oder arterielle Hypertonie

Behandlung von tiefen Venenthrombosen (TVT) und Lungenembolien (LE) sowie Prophylaxe von rezidivierenden TVT und LE bei Erwachsenen.

Cave Nierenfunktion: Vor dem Beginn einer Behandlung mit Dabigatran etexilat ist die Nierenfunktion durch Bestimmung der Kreatinin-Clearance (CrCl) zu überprüfen, um PatientInnen mit schwerer Beeinträchtigung der Nierenfunktion (= CrCl kleiner 30 ml/min) von der Behandlung auszuschließen. Während der Behandlung ist die Nierenfunktion in bestimmten klinischen Situationen, in denen eine mögliche Abnahme oder Verschlechterung der Nierenfunktion zu vermuten ist (z.B. Hypovolämie, Dehydratation und Verwendung bestimmter Begleitmedikamente), zu überprüfen. Bei PatientInnen über 75 Jahren oder bei PatientInnen mit Beeinträchtigung der Nierenfunktion ist die Nierenfunktion mindestens einmal jährlich zu überprüfen.

Dabigatran etexilat eignet sich für eine chef(kontroll)ärztliche Langzeitbewilligung für 6 Monate (L6).

L6	**Pradaxa 150 mg Hartkaps.**	30 St. 60 St.	- -	B01AE07	1.12.2026	20.1.2025	Abschnitt VII/81-2024

Zur Prävention von Schlaganfall und systemischer Embolie bei erwachsenen PatientInnen mit nicht valvulärem Vorhofflimmern mit einem oder mehreren der folgenden Risikofaktoren:
- Vorausgegangener Schlaganfall, transitorische ischämische Attacke oder systemische Embolie
- Linksventrikuläre Ejektionsfraktion kleiner 40 %
- Symptomatische Herzinsuffizienz größer/gleich New York Heart Association (NYHA) Klasse 2
- Alter größer/gleich 75 Jahre
- Alter größer/gleich 65 Jahre einhergehend mit einer der folgenden Erkrankungen: Diabetes mellitus, koronare Herzerkrankung oder arterielle Hypertonie

Behandlung von tiefen Venenthrombosen (TVT) und Lungenembolien (LE) sowie Prophylaxe von rezidivierenden TVT und LE bei Erwachsenen.

Cave Nierenfunktion: Vor dem Beginn einer Behandlung mit Dabigatran etexilat ist die Nierenfunktion durch Bestimmung der Kreatinin-Clearance (CrCl) zu überprüfen, um PatientInnen mit schwerer Beeinträchtigung der Nierenfunktion (= CrCl kleiner 30 ml/min) von der Behandlung auszuschließen. Während der Behandlung ist die Nierenfunktion in bestimmten klinischen Situationen, in denen eine mögliche Abnahme oder Verschlechterung der Nierenfunktion zu vermuten ist (z.B. Hypovolämie, Dehydratation und Verwendung bestimmter Begleitmedikamente), zu überprüfen. Bei PatientInnen über 75 Jahren oder bei PatientInnen mit Beeinträchtigung der Nierenfunktion ist die Nierenfunktion mindestens einmal jährlich zu überprüfen.

Dabigatran etexilat eignet sich für eine chef(kontroll)ärztliche Langzeitbewilligung für 6 Monate (L6).

C. Roter Bereich des Erstattungskodex

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

Arzneispezialität	Menge	ATC-Code	mit Wirkung vom
Tolvaptan "Sandoz" 15 mg Tabl. *Berichtigung der Amtlichen Verlautbarung Nr. 64/2026*	28 St.	C03XA01	16.10.2026

Tolvaptan "Sandoz" 15 mg + 45 mg Tabl. *Berichtigung der Amtlichen Verlautbarung Nr. 64/2026*	56 St.	C03XA01	16.10.2026
Tolvaptan "Sandoz" 30 mg Tabl. *Berichtigung der Amtlichen Verlautbarung Nr. 64/2026*	28 St.	C03XA01	16.10.2026
Tolvaptan "Sandoz" 30 mg + 60 mg Tabl. *Berichtigung der Amtlichen Verlautbarung Nr. 64/2026*	56 St.	C03XA01	16.10.2026
Tolvaptan "Sandoz" 30 mg + 90 mg Tabl. *Berichtigung der Amtlichen Verlautbarung Nr. 64/2026*	56 St.	C03XA01	16.10.2026
EURneffy 1 mg Nasenspray, Lsg. Einzeldosen	2 St.	C01CA24	28.10.2026
EURneffy 2 mg Nasenspray, Lsg. Einzeldosen	2 St.	C01CA24	28.10.2026
Abavalex 10 mg Filmtabl.	14 St.	N03AX23	1.11.2026
Myqorzo 5 mg Filmtabl.	14 St. 28 St.	C01EB	1.11.2026
Myqorzo 10 mg Filmtabl.	14 St. 28 St.	C01EB	1.11.2026
Myqorzo 15 mg Filmtabl.	14 St. 28 St.	C01EB	1.11.2026
Myqorzo 20 mg Filmtabl.	14 St. 28 St.	C01EB	1.11.2026
Rosuvastatin/Ezetimib HCS 40 mg/ 10 mg Filmtabl.	30 St.	C10BA06	2.11.2026
Apixaban "Accord" 2,5 mg Filmtabl.	10 St. 20 St. 60 St.	B01AF02	4.11.2026
Apixaban "Accord" 5 mg Filmtabl.	20 St. 28 St. 60 St.	B01AF02	4.11.2026
Jorveza 0,2 mg/ml Susp. zum Einnehmen	165 ml	A07EA06	6.11.2026
Apixaban "+pharma" 2,5 mg Filmtabl.	10 St. 20 St. 60 St.	B01AF02	1.12.2026
Apixaban "+pharma" 5 mg Filmtabl.	20 St. 28 St. 60 St.	B01AF02	1.12.2026
Apixaban "Genericon" 2,5 mg Filmtabl.	10 St. 20 St. 60 St.	B01AF02	1.12.2026
Apixaban "Genericon" 5 mg Filmtabl.	20 St. 28 St. 60 St.	B01AF02	1.12.2026

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

Arzneispezialität	Menge	ATC-Code	mit Wirkung vom	Entscheidung vom	Verfahrensnummer
Mounjaro 2,5 mg Inj.lsg. Dstfl.	4 St.	A10BX16	3.11.2026	19.5.2025	Abschnitt IV/217-2024
Mounjaro 5 mg Inj.lsg. Dstfl.	4 St.	A10BX16	3.11.2026	19.5.2025	Abschnitt IV/218-2024
Mounjaro 7,5 mg Inj.lsg. Dstfl.	4 St.	A10BX16	3.11.2026	19.5.2025	Abschnitt

Mounjaro 10 mg Inj.lsg. Dstfl.	4 St.	A10BX16	3.11.2026	19.5.2025	IV/219-2024 Abschnitt
Mounjaro 12,5 mg Inj.lsg. Dstfl.	4 St.	A10BX16	3.11.2026	19.5.2025	IV/216-2024 Abschnitt
Mounjaro 15 mg Inj.lsg. Dstfl.	4 St.	A10BX16	3.11.2026	19.5.2025	IV/220-2024 Abschnitt
Carglumsäure "Waymade" 200 mg Tabl. zur Herst. einer Susp. zum Einnehmen	5 St. 60 St.	A16AA05	11.11.2026	-	IV/221-2024 Abschnitt IV/199-2026

*

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 Streichung der Arzneispezialität Xarelto 10 mg Filmtabl. 5/10 St. aus dem Grünen Bereich des Erstattungskodex erfolgte, weil das vertriebsberechtigte Unternehmen von seinem Recht, eine Beschwerde beim Bundesverwaltungsgericht nach § 351h ASVG gegen die Entscheidung des Dachverbandes der Sozialversicherungsträger vom 1. Oktober 2026, wonach die ebengenannte Arzneispezialität aus dem Grünen Bereich des Erstattungskodex zu streichen ist, innerhalb der in Abs 3 leg cit normierten Frist einzubringen, keinen Gebrauch machte.
Die Änderung der Bezeichnung der Arzneispezialität Myocholine 25 mg Tabl. (vormals Myocholine "Glenwood" 25 mg Tabl.) erfolgte auf Grund des aktuellen Standes der Fachinformation vom Juni 2026.
Die Streichung der Arzneispezialitäten Pradaxa 75 mg Hartkaps., Pradaxa 110 mg Hartkaps. und Pradaxa 150 mg Hartkaps. erfolgte auf Grund der Entscheidung des Bundesverwaltungsgerichtes vom 8. Oktober 2026, GZ: W617 2308928-1/14E, W617 2337726-1/6E und W617 2337727-1/6E.
Die Streichung der Arzneispezialität Carglumsäure "Waymade" 200 mg Tabl. zur Herst. einer Susp. zum Einnehmen aus dem Roten Bereich des Erstattungskodex erfolgte wegen Zurückziehung des Antrages auf Aufnahme in den Gelben Bereich des Erstattungskodex durch das vertriebsberechtigte Unternehmen.
Die Streichung der Arzneispezialität Mounjaro 2,5 mg Inj.lsg. Dstfl., Mounjaro 5 mg Inj.lsg. Dstfl., Mounjaro 7,5 mg Inj.lsg. Dstfl., Mounjaro 10 mg Inj.lsg. Dstfl., Mounjaro 12,5 mg Inj.lsg. Dstfl. und Mounjaro 15 mg Inj.lsg. Dstfl. erfolgte auf Grund der Entscheidung des Bundesverwaltungsgerichtes vom 3. November 2026, GZ: W617 2314747-1/14E, W617 2314748-1/11E, W617 2314749-1/11E, W617 2314750-1/11E, W617 2314751-1/11E und W617 2314752-1/11E.

Für den Dachverband der Sozialversicherungsträger:

Pazourek

Hinweis	Dieses Dokument wurde amtssigniert. Auch ein Ausdruck dieses Dokuments hat gemäß § 20 E-Government-Gesetz die Beweiskraft einer öffentlichen Urkunde.	
DACHVERBAND DER SOZIALVERSICHERUNGSTRÄGER AMTSSIGNATUR	**Unterzeichner**	CN=Dachverband der Sozialversicherungstraeger,OU=Dachverband der Sozialversicherungstraeger,O=Dachverband der Sozialversicherungstraeger,C=AT
	Datum/Zeit-UTC	2026-11-26T13:41:21+01:00
	Aussteller-Zertifikat	CN=a-sign-corporate-07,OU=a-sign-corporate-07,O=A-Trust Ges. f. Sicherheitssysteme im elektr. Datenverkehr GmbH,C=AT
Prüfinformation	Informationen zur Prüfung der elektronischen Signatur finden Sie unter: https://www.signaturpruefung.gv.at. Informationen zur Prüfung des Ausdrucks finden Sie unter: https://www.sozialversicherung.at/verifikation/	