

Amtliche Verlautbarung der österreichischen Sozialversicherung im Internet: www.avsv.at**Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger**

Der Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger verlaubar gemäß § 31 Abs. 8 ASVG:

14. Änderung des Erstattungskodex

Der Erstattungskodex, Amtliche Verlautbarung im Internet Nr. 110/2004, zuletzt geändert durch die Amtliche Verlautbarung im Internet Nr. 9/2006, 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.

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

	Arzneispezialität	Menge	OP	ATC-Code	mit Wirkung vom
	Desugar 1000 mg Filmtabl.	15 St. 60 St	2	A10BA02	1.3.2006
	Diclofenac akut „1A Pharma“ 50 mg lösbl. Tabl.	20 St.	2	M01AB05	1.3.2006
IND	Gerolamic 5 mg lösl. Tabl. Behandlung bei Epilepsien, die durch andere Antiepileptika ungenügend kontrolliert sind	30 St.	2	N03AX09	1.3.2006
IND	Gerolamic 25 mg lösl. Tabl. Behandlung bei Epilepsien, die durch andere Antiepileptika ungenügend kontrolliert sind und Prävention von depressiven Episoden bei manisch-depressiven Patienten	30 St.	2	N03AX09	1.3.2006
IND	Gerolamic 50 mg lösl. Tabl. Behandlung bei Epilepsien, die durch andere Antiepileptika ungenügend kontrolliert sind und Prävention von depressiven Episoden bei manisch-depressiven Patienten	30 St.	2	N03AX09	1.3.2006
IND	Gerolamic 100 mg lösl. Tabl. Behandlung bei Epilepsien, die durch andere Antiepileptika ungenügend kontrolliert sind und Prävention von depressiven Episoden bei manisch-depressiven Patienten	60 St.	2	N03AX09	1.3.2006
IND	Gerolamic 200 mg lösl. Tabl. Behandlung bei Epilepsien, die durch andere Antiepileptika ungenügend kontrolliert sind und Prävention von depressiven Episoden bei manisch-depressiven Patienten	60 St.	2	N03AX09	1.3.2006

IND	Lamotrigin "Genericon" 5 mg lösl. Tabl. Behandlung bei Epilepsien, die durch andere Antiepileptika ungenügend kontrolliert sind	30 St.	2	N03AX09	1.3.2006
IND	Lamotrigin "Genericon" 25 mg lösl. Tabl. Behandlung bei Epilepsien, die durch andere Antiepileptika ungenügend kontrolliert sind und Prävention von depressiven Episoden bei manisch-depressiven Patienten	30 St.	2	N03AX09	1.3.2006
IND	Lamotrigin "Genericon" 50 mg lösl. Tabl. Behandlung bei Epilepsien, die durch andere Antiepileptika ungenügend kontrolliert sind und Prävention von depressiven Episoden bei manisch-depressiven Patienten	30 St.	2	N03AX09	1.3.2006
IND	Lamotrigin "Genericon" 100 mg lösl. Behandlung bei Epilepsien, die durch andere Antiepileptika ungenügend kontrolliert sind und Prävention von depressiven Episoden bei manisch-depressiven Patienten	60 St.	2	N03AX09	1.3.2006
IND	Lamotrigin "Genericon" 200 mg lösl. Tabl. Behandlung bei Epilepsien, die durch andere Antiepileptika ungenügend kontrolliert sind und Prävention von depressiven Episoden bei manisch-depressiven Patienten	60 St.	2	N03AX09	1.3.2006
IND	Lamotrigin „Stada“ 5 mg lösl. Tabl. Behandlung bei Epilepsien, die durch andere Antiepileptika ungenügend kontrolliert sind	30 St.	2	N03AX09	1.3.2006
IND	Lamotrigin „Stada“ 25 mg lösl. Tabl. Behandlung bei Epilepsien, die durch andere Antiepileptika ungenügend kontrolliert sind und Prävention von depressiven Episoden bei manisch-depressiven Patienten	30 St.	2	N03AX09	1.3.2006
IND	Lamotrigin „Stada“ 50 mg lösl. Tabl. Behandlung bei Epilepsien, die durch andere Antiepileptika ungenügend kontrolliert sind und Prävention von depressiven Episoden bei manisch-depressiven Patienten	30 St.	2	N03AX09	1.3.2006
IND	Lamotrigin „Stada“ 100 mg lösl. Tabl. Behandlung bei Epilepsien, die durch andere Antiepileptika ungenügend kontrolliert sind und Prävention von depressiven Episoden bei manisch-depressiven Patienten	60 St.	2	N03AX09	1.3.2006
IND	Lamotrigin „Stada“ 200 mg lösl. Tabl Behandlung bei Epilepsien, die durch andere Antiepileptika ungenügend kontrolliert sind und Prävention von depressiven Episoden bei manisch-depressiven Patienten	60 St.	2	N03AX09	1.3.2006
	Lansoprazol „Stada“ 15 mg Kaps.	28 St.	2	A02BC03	1.3.2006
	Lansoprazol „Stada“ 30 mg Kaps.	7 St. 14 St. 28 St.		A02BC03	1.3.2006
	Meloxicam "Hexal" 15 mg Tabl.	10 St. 30 St.	2	M01AC06	1.3.2006
	Meloxicam "Hexal" 7,5 mg Tabl.	10 St. 30 St.	2	M01AC06	1.3.2006
	Mirtazapin „Stada“ 15 mg Filmtabl.	30 St.		N06AX11	1.3.2006
	Mirtazapin „Stada“ 30 mg Filmtabl.	30 St.		N06AX11	1.3.2006

	Mirtazapin „Stada“ 45 mg Filmtabl.	30 St.		N06AX11	1.3.2006
	Sertralin „Stada“ 50 mg Filmtabl.	10 St. 30 St.	2	N06AB06	1.3.2006
IND	Sumatriptan „Sandoz“ 50 mg Filmtabl. Migräne nach Erstverordnung durch einen Neurologen	2 St. 6 St.	2	N02CC01	1.3.2006
IND	Sumatriptan“ Sandoz“ 100 mg Filmtabl. Migräne nach Erstverordnung durch einen Neurologen	2 St. 6 St.	2	N02CC01	1.3.2006
	ThromboASS 75mg Filmtabl.	30 St. 100 St.	2	B01AC06	1.3.2006

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

Arzneispezialität	Menge	OP	ATC-Code	mit Wirkung vom
Balneum Hermal Badeszusatz	100 ml 400 ml (2x200 ml BP)	2	D11AX	1.3.2006
Balneum Hermal plus Polidocanol Badeszusatz	100 ml 400 ml (2x200 ml BP)	2	D11AX	1.3.2006

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

Arzneispezialität	Menge	OP	ATC-Code	Mit Wirkung vom
Metformin „Stada“ 1000 mg Filmtabl. (vormals Desugar 1000 mg Filmtabl.)	15 St. 60 St.	2	A10BA02	1.3.2006

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

Arzneispezialität	Menge	OP	ATC-Code	mit Wirkung vom
Amalium 5 mg Kaps.	20 St. 50 St.	2	N07AC03	1.3.2006
Astronautal Tabl.	40 St.		R06AA57	7.2.2006
Delta-Haedensa Salbe	10 g 20 g		C05AA04	1.3.2006
Delta-Haedensa Zäpfchen	6 St.	2	C05AA04	1.3.2006
Dolpasse 100 mg Supp.	6 St.	2	M01AB05	10.2.2006
F14 Erythrocin 200 mg/5 ml Granulat f. orale Susp.	60 ml 80 ml	2 2	J01FA01	10.2.2006
Megacillin oral 1,5 Mega I.E. Filmtabl.	12 St. 30 St.	2	J01CE02	6.2.2006
Neutromed 200 mg Filmtabl.	50 St.		A02BA01	6.12.2005
Haedensa Salbe	20 g	2	C05AX03	1.3.2006
Haedensa Zäpfchen	6 St.	2	C05AX03	1.3.2006
Oleovit A + D Tropfen	15 ml	2	A11CB	10.2.2006
IND Premarin plus 0,625 mg Kombipackung bei schwerem klimakterischen Syndrom	1 St.	2	G03FB07	17.2.2006

IND	Premarin plus 1,25 mg Kombipackung bei schwerem klimakterischen Syndrom	1 St.	2	G03FB07	17.2.2006
IND	Premarin plus 1,25 mg Dragees bei schwerem klimakterischen Syndrom	28 St.	2	G03CA57	17.2.2006
F14	Spirbon Hustensaft	100 ml	2	R05CA10	10.2.2006
	Supracyclin 200 mg lösbl. Tabl.	5 St. 10 St.		J01AA02	10.2.2006
F14	Supramox 250 mg /5 ml Granulat f. orale Susp.	80 ml	2	J01CA04	10.2.2006
F14	Supramox 500 mg /5 ml Granulat f. orale Susp.	100 ml	2	J01CA04	30.12.2005
	Trileptal 600 mg Tabl.	100 St.		N03AF02	7.2.2006

B. Gelber Bereich des Erstattungskodex

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

	Arzneyspezialität	Menge	ATC-Code	mit Wirkung vom
	Anapen 300 mcg in 0,3 ml Inj.lsg (Fertigspritze)	1 St.	C01CA24	1.3.2006
	Sofortbehandlung von akuten allergischen Reaktionen (Anaphylaxie), verursacht durch Nahrungsmittel, Arzneimittel, Insektenbisse oder -stiche und andere Allergene. Fortsetzungsbehandlung nur mit Dokumentation der Allergie.			
	Anapen Junior 150 mcg in 0,3 ml Inj.lsg (Fertigspritze)	1 St.	C01CA24	1.3.2006
	Sofortbehandlung von akuten allergischen Reaktionen (Anaphylaxie), verursacht durch Nahrungsmittel, Arzneimittel, Insektenbisse oder -stiche und andere Allergene. Fortsetzungsbehandlung nur mit Dokumentation der Allergie.			
L6	Levemir 100 E/mL Inj.lsg. in einer Zylinderamp.	5 St.	A10AE05	1.3.2006
	Für PatientInnen mit Diabetes mellitus Typ 1, wenn mit Insulinen aus dem grünen Bereich (A10AC, A10AE) aufgrund von symptomatischen, wiederkehrenden nächtlichen Hypoglykämien eine ausreichende Therapieeinstellung nicht möglich ist. Levemir eignet sich für eine chef(kontroll)ärztliche Langzeitbewilligung für 6 Monate (L6).			
L6	Reminyl retard 8 mg Kaps.	7 St. 28 St.	N06DA04	1.3.2006
	<ul style="list-style-type: none"> - Die Diagnose DAT (Demenz vom Alzheimerstyp) ist von einem Facharzt für Neurologie oder Neurologie und Psychiatrie oder Psychiatrie und Neurologie oder Psychiatrie zu stellen. - Zu Therapiebeginn muss das Ergebnis der MMSE (Mini-Mental State Examination) größer bzw. gleich 12 betragen. - Vergewisserung für das Vorhandensein einer Betreuungsperson zur Sicherung der Compliance. - Eine Kontrolluntersuchung durch den o.a. Facharzt ist nach Erreichung der Erhaltungsdosis durchzuführen. - Die Behandlung ist nur bei Ansprechen auf die Therapie weiterzuführen. - Alle 6 Monate ist eine Kontrolluntersuchung durch den o.a. Facharzt mittels einer MMSE durchzuführen. - Die Therapie mit Reminyl ist zu beenden, wenn das Ergebnis der MMSE kleiner bzw. gleich 10 ist. - Reminyl darf nicht mit anderen Arzneimitteln gegen DAT kombiniert werden. - Reminyl eignet sich für eine chef(kontroll)ärztliche Langzeitgenehmigung für 6 Monate (L6). 			

L6	Reminyl retard 16 mg Kaps.	28 St.	N06DA04	1.3.2006
	<ul style="list-style-type: none"> - Die Diagnose DAT (Demenz vom Alzheimerstyp) ist von einem Facharzt für Neurologie oder Neurologie und Psychiatrie oder Psychiatrie und Neurologie oder Psychiatrie zu stellen. - Zu Therapiebeginn muss das Ergebnis der MMSE (Mini-Mental State Examination) größer bzw. gleich 12 betragen. - Vergewisserung für das Vorhandensein einer Betreuungsperson zur Sicherung der Compliance. - Eine Kontrolluntersuchung durch den o.a. Facharzt ist nach Erreichung der Erhaltungsdosis durchzuführen. - Die Behandlung ist nur bei Ansprechen auf die Therapie weiterzuführen. - Alle 6 Monate ist eine Kontrolluntersuchung durch den o.a. Facharzt mittels einer MMSE durchzuführen. - Die Therapie mit Reminyl ist zu beenden, wenn das Ergebnis der MMSE kleiner bzw. gleich 10 ist. - Reminyl darf nicht mit anderen Arzneimitteln gegen DAT kombiniert werden. - Reminyl eignet sich für eine chef(kontroll)ärztliche Langzeitgenehmigung für 6 Monate (L6). 			
L6	Reminyl retard 24 mg Kaps.	28 St.	N06DA04	1.3.2006
	<ul style="list-style-type: none"> - Die Diagnose DAT (Demenz vom Alzheimerstyp) ist von einem Facharzt für Neurologie oder Neurologie und Psychiatrie oder Psychiatrie und Neurologie oder Psychiatrie zu stellen. - Zu Therapiebeginn muss das Ergebnis der MMSE (Mini-Mental State Examination) größer bzw. gleich 12 betragen. - Vergewisserung für das Vorhandensein einer Betreuungsperson zur Sicherung der Compliance. - Eine Kontrolluntersuchung durch den o.a. Facharzt ist nach Erreichung der Erhaltungsdosis durchzuführen. - Die Behandlung ist nur bei Ansprechen auf die Therapie weiterzuführen. - Alle 6 Monate ist eine Kontrolluntersuchung durch den o.a. Facharzt mittels einer MMSE durchzuführen. - Die Therapie mit Reminyl ist zu beenden, wenn das Ergebnis der MMSE kleiner bzw. gleich 10 ist. - Reminyl darf nicht mit anderen Arzneimitteln gegen DAT kombiniert werden. - Reminyl eignet sich für eine chef(kontroll)ärztliche Langzeitgenehmigung für 6 Monate (L6). 			

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

Arzneispezialität	Menge	ATC-Code	mit Wirkung vom
Aldara 5% Creme	12 St.	D06BB10	1.3.2006
<ul style="list-style-type: none"> - bei Versagen von Alternativen des grünen Bereiches zur Behandlung von Condylomata acuminata bei Erwachsenen - bei superfiziellen Basaliomen nach dermatologischer Abklärung, wenn eine operative Entfernung kontraindiziert oder nicht möglich ist. 			
Temodal 5 mg Hartkaps.	5 St. 20 St.	L01AX03	1.3.2006
<p>Zur Behandlung von Patienten mit:</p> <ul style="list-style-type: none"> - einem erstmalig diagnostizierten Glioblastoma multiforme begleitend zur Radiotherapie und anschließend als Monotherapie - einem nach Standardtherapie rezidivierenden oder progredientem malignen Gliom, wie z.B. Glioblastoma multiforme oder anaplastisches Astrozytom. 			

Temodal 20 mg Hartkaps. 5 St. L01AX03 1.3.2006
20 St.

Zur Behandlung von Patienten mit:

- einem erstmalig diagnostizierten Glioblastoma multiforme begleitend zur Radiotherapie und anschließend als Monotherapie
- einem nach Standardtherapie rezidivierenden oder progredientem malignen Gliom, wie z.B. Glioblastoma multiforme oder anaplastisches Astrozytom.

Temodal 100 mg Hartkaps. 5 St. L01AX03 1.3.2006
20 St.

Zur Behandlung von Patienten mit:

- einem erstmalig diagnostizierten Glioblastoma multiforme begleitend zur Radiotherapie und anschließend als Monotherapie
- einem nach Standardtherapie rezidivierenden oder progredientem malignen Gliom, wie z.B. Glioblastoma multiforme oder anaplastisches Astrozytom.

Temodal 250 mg Hartkaps. 5 St. L01AX03 1.3.2006

Zur Behandlung von Patienten mit:

- einem erstmalig diagnostizierten Glioblastoma multiforme begleitend zur Radiotherapie und anschließend als Monotherapie
- einem nach Standardtherapie rezidivierenden oder progredientem malignen Gliom, wie z.B. Glioblastoma multiforme oder anaplastisches Astrozytom.

B2. Streichung von im Gelben Bereich des Erstattungskodex angeführten Arzneispezialitäten:

Arzneispezialität	Menge	ATC-Code	mit Wirkung vom
Hepatect Amp.	2 ml	J06BB04	1.3.2006
Eine Kostenübernahme ist im ausführlich begründeten Einzelfall möglich.			

C. Roter Bereich des Erstattungskodex

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

Arzneispezialität	Menge	ATC-Code	mit Wirkung vom
Bisoprolol "ratiopharm" 5 mg Tabl.	30 St.	C07BB07	1.1.2006
Bisoprolol "ratiopharm" 10 mg Tabl.	30 St.	C07BB07	1.1.2006
Bisoprolol comp. "ratiopharm" Filmtabl.	30 St.	C07BB07	1.1.2006
Maxalt Rapitab 10 mg Lyotabl.	3 St. 6 St.	N02CC04	31.1.2006 10.1.2006
Terbinac 125 mg Tabl. (NÄ von Terbinafin "Hexal" 125 mg Tabl.)	14 St.	D01BA02	1.2.2006
Terbinac 250 mg Tabl. (NÄ von Terbinafin "Hexal" 250 mg Tabl.)	14 St.	D01BA02	1.2.2006
Crestor 5 mg Filmtabl.	30 St.	C10AA07	2.2.2006
Tamsulosin "Stada" retard 0,4 mg Kaps.	30 St.	G04CA02	2.2.2006
Actiq 200 mcg Lutschtabl.	3 St. 30 St.	N02BO3	3.2.2006
Actiq 400 mcg Lutschtabl.	3 St. 30 St.	N02BO3	3.2.2006
Actiq 600 mcg Lutschtabl.	3 St. 30 St.	N02BO3	3.2.2006
Actiq 800 mcg Lutschtabl.	3 St. 30 St.	N02BO3	3.2.2006

Actiq 1200 mcg Lutschtabl.	3 St. 30 St.	N02BO3	3.2.2006
Actiq 1600 mcg Lutschtabl.	3 St. 30 St.	N02BO3	3.2.2006
Revatio 20 mg Filmtabl.	90 St.	G04BE03	7.2.2006
Tamsulosin "Interpharm" retard Kaps.	10 St. 30 St.	G04CA02	13.2.2006
Glimepirid "Ratiopharm" 4 mg Tabl.	10 St. 30 St.	A10BB12	15.2.2006
Glimepirid "Ratiopharm" 6 mg Tabl.	10 St. 30 St.	A10BB12	15.2.2006
Terbiderm 250 mg Tabl.	14 St. 28 St.	D01BA02	15.2.2006
Lamotrigin "Sandoz" 25 mg lösl. Tabl.	30 St.	N03AX09	17.2.2006
Lamotrigin "Sandoz" 50 mg lösl. Tabl.	30 St.	N03AX09	17.2.2006
Lamotrigin "Sandoz" 100 mg lösl. Tabl.	50 St.	N03AX09	17.2.2006
Lamotrigin "Sandoz" 200 mg lösl. Tabl.	50 St.	N03AX09	17.2.2006
Abilify 10 mg Schmelztabl.	28 St.	N05AX12	1.3.2006
Abilify 15 mg Schmelztabl.	28 St.	N05AX12	1.3.2006
Aglandin retard 0,4 mg Kaps.	30 St.	G04CA02	1.3.2006
Lansoprazol "Alternova" 15 mg Kaps.	14 St. 28 St.	A02BC03	1.3.2006
Lansoprazol "Alternova" 30 mg Kaps.	14 St. 28 St.	A02BC03	1.3.2006
Moxonidin "Stada" 0,2 mg Filmtabl.	30 St.	C02AC05	1.3.2006
Moxonidin "Stada" 0,4 mg Filmtabl.	30 St.	C02AC05	1.3.2006
Neulasta 6 mg Inj.Lsg. vorgef. Injektor	6 St.	L03AA13	1.3.2006
Sertralin "Arcana" 50 mg Filmtabl.	14 St. 28 St.	N06AB06	1.3.2006
Tamsulosin "Ratiopharm" retard 0,4 mg Kaps.	10 St. 30 St.	G04CA02	1.3.2006
Vendal rapid 10 mg Filmtabl.	10 St. 30 St.	N02AA01	1.3.2006
Vendal rapid 20 mg Filmtabl.	10 St. 30 St.	N02AA01	1.3.2006

C2. Streichungen von Arzneispezialitäten aus dem Roten Bereich des Erstattungskodex:

Bisoprolol "ratiopharm" 5 mg Tabl.	50 St.	C07AB07	1.1.2006
Bisoprolol "ratiopharm" 10 mg Tabl.	50 St.	C07AB07	1.1.2006
Bisoprolol comp. "ratiopharm" Filmtabl.	50 St.	C07BB07	1.1.2006
Meloxicam "Alternova" 7,5 mg Tabl.	50 St.	M01AC06	1.3.2006
ReFacto 2000 I.E. Pulver u. Lösungsmittel	1 St.	B02BD02	1.3.2006

*

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 Metformin „Stada“ 1000 mg Filmtabl. erfolgte aufgrund des approval letter des Reference Member State vom 7. Februar 2005. 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 Arzneispezialität ReFacto 2000 I.E. Pulver und Lösungsmittel 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 7. Dezember 2005, wonach die ebengenannten Arzneispezialitäten aus dem Roten Bereich des Erstattungskodex zu streichen ist, innerhalb der in Abs 3 leg cit normierten Frist einzubringen, keinen Gebrauch machte.

Die Streichungen der Arzneispezialitäten Bisoprolol comp „ratiopharm“ Filmtabl. 50 St., Bisoprolol „ratiopharm“ 5 mg Filmtabl. 50 St. und Bisoprolol „ratiopharm“ 10 mg Filmtabl. 50 St. 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 Streichungen der Arzneispezialitäten Meloxicam „Alternova“ 7,5 mg Tabl. 50 St. 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 Streichung der Arzneispezialität Astronautal Tabletten erfolgte wegen der Aufhebung der Zulassung mit Schreiben des Bundesamts für Sicherheit im Gesundheitswesen vom 7. Februar 2006, GZ 921.124-01-06-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 Dolpasse 100 mg Suppositorien erfolgte wegen der Aufhebung der Zulassung mit Schreiben des Bundesamts für Sicherheit im Gesundheitswesen vom 10. Februar 2006, GZ 943.894-02-05-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 Erythrocin 200 mg/5 ml Granulat für orale Suspension erfolgte wegen der Aufhebung der Zulassung mit Schreiben des Bundesamts für Sicherheit im Gesundheitswesen vom 10. Februar 2006, GZ 122.655-02-05-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 Megacillin oral 1,5 Mega I.E. Filmtabletten erfolgte wegen der Aufhebung der Zulassung mit Schreiben des Bundesamts für Sicherheit im Gesundheitswesen vom 6. Februar 2006, GZ 927.496-01-05-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 Neutromed 200 mg Filmtabletten (vormals Cimetidin „Interpharm“ 200 mg Filmtabl.) erfolgte wegen der Aufhebung der Zulassung mit Schreiben des Bundesministeriums für Gesundheit und Frauen vom 6. Dezember 2005, GZ 921.574/01-III/A/5/5. 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 Oleovit A + D Tropfen erfolgte wegen der Aufhebung der Zulassung mit Schreiben des Bundesamts für Sicherheit im Gesundheitswesen vom 10. Februar 2006, GZ 120.613-01-05-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 Premarin plus 0,625 mg Kombipackung erfolgte wegen der Aufhebung der Zulassung mit Schreiben des Bundesamts für Sicherheit im Gesundheitswesen vom 17. Februar 2006, GZ 930.498-01-06-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 Premarin plus 1,25 mg Kombipackung erfolgte wegen der Aufhebung der Zulassung mit Schreiben des Bundesamts für Sicherheit im Gesundheitswesen vom 17. Februar 2006, GZ 930.499-01-06-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 Premarin plus 1,25 mg Dragees erfolgte wegen der Aufhebung der Zulassung mit Schreiben des Bundesamts für Sicherheit im Gesundheitswesen vom 17. Februar 2006, GZ 129.297-01-06-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 Spirbon Hustensaft erfolgte wegen der Aufhebung der Zulassung mit Schreiben des Bundesamts für Sicherheit im Gesundheitswesen vom 10. Februar 2006, GZ 129.766-01-05-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 Supracyclin 200 mg lösbare Tabletten erfolgte wegen der Aufhebung der Zulassung mit Schreiben des Bundesamts für Sicherheit im Gesundheitswesen vom 10. Februar 2006, GZ 936.648-01-05-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 Supramox 250 mg/5 ml Granulat für orale Suspension erfolgte wegen der Aufhebung der Zulassung mit Schreiben des Bundesamts für Sicherheit im Gesundheitswesen vom 10. Februar 2006, GZ 922.684-01-05-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 Supramox 500 mg/5 ml Granulat für orale Suspension erfolgte wegen der Aufhebung der Zulassung mit Schreiben des Bundesministeriums für Gesundheit und Frauen vom 30. Dezember 2005, GZ 943.810/01- III/A/5/05. 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 Trileptal 600 mg Tabletten erfolgte wegen der Aufhebung der Zulassung mit Schreiben des Bundesamts für Sicherheit im Gesundheitswesen vom 7. Februar 2006, GZ 928.953-01-06-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.

Diese sonstigen Änderungen des Erstattungskodex erfolgten mit Entscheidung des Hauptverbandes der österreichischen Sozialversicherungsträger vom 23. Jänner 2006. Die Bundesministerin für soziale Sicherheit, Generationen und Konsumentenschutz hat das gesetzmäßige Zustandekommen mit Erlass vom 21. Februar 2006, GZ: BMSG-21410/0002-II/A/3/2006, beurkundet.

Für den Hauptverband:

Laminger

Hartinger