

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:

29. Änderung des Erstattungskodex

Der Erstattungskodex, Amtliche Verlautbarung im Internet Nr. 110/2004, zuletzt geändert durch die Amtliche Verlautbarung im Internet Nr. 71/2007, 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.
D = Facharzt für Frauenheilkunde und Geburtshilfe
F = 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 Vorlie-
gen eines Therapiekonzeptes durch den angegebenen Facharzt kann die Verordnung auch
durch einen Arzt für Allgemeinmedizin erfolgen. Medizinisch indizierte fachärztliche Kontrol-
len müssen jedoch regelmäßig vom angegebenen Facharzt durchgeführt werden.
Für Verordnungen außerhalb dieser Voraussetzungen ist eine ärztliche Bewilligung des
chef- und kontrollärztlichen Dienstes einzuholen.
L3, = Eine Langzeitgenehmigung ist für die als Nummer angegebenen Monate möglich (z.B. L3 →
L4, Langzeitbewilligung für 3 Monate möglich, L4 → Langzeitbewilligung für 4 Monate möglich)
L5,
...

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

	Arzneispezialität	Menge	OP	ATC-Code	mit Wirkung vom
	Apidra 100 E/ml Inj.lsg. in einer Durchstechfl.	1 St. (10 ml)	2	A10AB06	1.6.2007
	Apidra 100 E/ml Inj.lsg. in einem Fertigpen	5 St. (3 ml + 6 Nadeln)	2	A10AB06	1.6.2007
	Apidra 100 E/ml Inj.lsg. in einer Patrone	5 St. (3 ml)	2	A10AB06	1.6.2007
	Betahistin "ratiopharm" 24 mg Tabl.	20 St. 60 St.	2 -	N07CA01	1.6.2007
	Enac plus "Hexal" 20 mg/6 mg Tabl.	30 St.	2	C09BA02	1.6.2007
IND	Erypo 40.000 IE/ml Fertigspritzen Symptomatische Anämie infolge Chemotherapie maligner Tumore mit Ausgangs-Hb kleiner 10 g/dl. - Hb-Kontrolle nach Therapiebeginn wöchentlich, nach jeder Dosisänderung zweimal wöchentlich für 2 bis 6 Wochen, nach Stabilisierung des Hb mind. alle 4 Wochen.	4 St.	-	B03XA01	1.6.2007

- Dosisreduktion, wenn Hb-Anstieg größer 1 g/dl in irgendeinem 2-Wochen-Zeitraum.
- Es ist die niedrigst mögliche Dosierung zu wählen, die ausreicht, das Hb schrittweise so weit zu erhöhen, damit Transfusionen vermieden werden (Grenzwert üblicherweise Hb 8 g/dl).
- Therapieunterbrechung, wenn Hb größer 12 g/dl.
- Bei Nichtansprechen Abbruch max. 8 Wochen nach Therapiebeginn.

Bei der Indikationsstellung ist zu berücksichtigen, dass in zwei kontrollierten klinischen Studien bei Patienten mit verschiedenen Tumorerkrankungen, einschließlich Kopf- und Halstumore und Brustkrebs, die mit ESAs (Erythropoiesis Stimulating Agents) behandelt wurden, eine nicht erklärbare höhere Mortalität beobachtet wurde.

ESAs verbessern nicht das Ergebnis der Tumorbehandlung, verringern nicht die Müdigkeit und verbessern nicht die Leistungsfähigkeit.

F D	Fluconazol "Alternova" 150 mg Kaps. bei Vaginalmykosen	1 St.	-	J02AC01	1.6.2007
F D	Fluconazol "Alternova" 150 mg Kaps. bei Dermatomykosen	2 St.	-	J02AC01	1.6.2007
D	Fluconazol "Alternova" 150 mg Kaps. bei Onychomykosen	4 St.	-	J02AC01	1.6.2007
	Lansoprazol "Interpharm" 15 mg Kaps. (vormals Neutrozol 15 mg Kaps.)	28 St.	2	A02BC03	1.6.2007
	Lansoprazol "Interpharm" 30 mg Kaps. (vormals Neutrozol 30 mg Kaps.)	7 St. 14 St. 28 St.	- - -	A02BC03	1.6.2007
	Micetal Creme	30 g	2	D01AC16	1.6.2007
	Micetal medizinisches Shampoo	100 g	-	D01AC16	1.6.2007
IND	Novolizer Formoterol "Meda" 12 mcg Plv. z. Inh. Mittelschweres bis schweres Asthma mit nächtlichen Anfällen	60 Hb + Inhalator 60 Hb Nachfüllpackung	- 2	R03AC13	1.6.2007

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

	Arzneispezialität	Menge	OP	ATC-Code	mit Wirkung vom
IND	Minirin 0,1 mg/ml Nasenspray Zentraler Diabetes insipidus	6 ml (60 Hübe)	-	H01BA02	1.6.2007

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

	Arzneispezialität	Menge	OP	ATC-Code	mit Wirkung vom
IND	Isotretinoin „Hexal“ 10 mg Kaps. Schwere Akne, die auf andere Behandlungsmethoden nicht anspricht	30 St.	2	D10BA01	20.4.2007
IND	Isotretinoin „Hexal“ 20 mg Kaps. Schwere Akne, die auf andere Behandlungsmethoden nicht anspricht	30 St.	2	D10BA01	20.4.2007
	Toximer Zäpfchen	6 St.	2	N02AA59	20.4.2007
	Estramustinphosphat „Hexal“ 140 mg Kaps.	40 St. 100 St.	2 -	L01XX11	9.5.2007
	Bradosol Lutschtabl.	20 St.	-	R02AA20	1.6.2007

Combivent Dosieraerosol	14 g (200 Hübe)	2	R03AK04	1.6.2007
--------------------------------	--------------------	---	---------	----------

B. Gelber Bereich des Erstattungskodex

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

Arzneispezialität	Menge	OP	ATC-Code	mit Wirkung vom
Enbrel 25 mg Inj.lsg. in Fertigspritze	4 St.	-	L04AA11	1.6.2007
<p>1. Aktive rheumatoide Arthritis erwachsener Patienten bei Versagen von mindestens zwei anderen DMARDS (disease-modifying anti-rheumatic drugs) inklusive Methotrexat. Erstverordnung und engmaschige Kontrolle durch einen Facharzt mit Additivfach Rheumatologie oder durch Zentren, die berechtigt sind, solche auszubilden.</p> <p>2. Aktive polyartikuläre juvenile idiopathische Arthritis bei Kindern ab 4 Jahren bei Versagen oder Unverträglichkeit von Methotrexat. Erstverordnung und engmaschige Kontrolle durch einen Facharzt mit Additivfach Rheumatologie oder durch Zentren, die berechtigt sind, solche auszubilden.</p> <p>3. Aktive und progressive Psoriasis-Arthritis bei Erwachsenen bei Versagen von mindestens zwei anderen DMARDS (disease-modifying anti-rheumatic drugs) inklusive Methotrexat. Erstverordnung und engmaschige Kontrolle durch einen Facharzt mit Additivfach Rheumatologie oder durch Zentren, die berechtigt sind, solche auszubilden.</p> <p>4. Mittelschwere bis schwere Plaque-Psoriasis erwachsener Patienten bei Versagen, Unverträglichkeit oder Kontraindikation von systemischen Therapien wie Cyclosporin, Methotrexat oder PUVA. Erstverordnung und engmaschige Kontrolle durch einen Facharzt für Dermatologie.</p> <p>5. Schwere aktive Spondylitis ankylosans (Morbus Bechterew) bei Erwachsenen mit schwerer Wirbelsäulensymptomatik und erhöhten Entzündungsparametern bei Versagen konventioneller Therapiemöglichkeiten. Erstverordnung und engmaschige Kontrolle durch einen Facharzt mit Additivfach Rheumatologie oder durch Zentren, die berechtigt sind, solche auszubilden.</p>				
Enbrel 25 mg/ml Plv. u. Lsgm. z. Herst. einer Inj.lsg. z. Anw. bei Kindern u. Jugendlichen	4 St.	-	L04AA11	1.6.2007
<p>Aktive polyartikuläre juvenile idiopathische Arthritis bei Kindern ab 4 Jahren bei Versagen oder Unverträglichkeit von Methotrexat. Erstverordnung und engmaschige Kontrolle durch einen Facharzt mit Additivfach Rheumatologie oder durch Zentren, die berechtigt sind, solche auszubilden.</p>				
Enbrel 50 mg Inj.lsg. in Fertigspritze	4 St.	-	L04AA11	1.6.2007
<p>1. Aktive rheumatoide Arthritis erwachsener Patienten bei Versagen von mindestens zwei anderen DMARDS (disease-modifying anti-rheumatic drugs) inklusive Methotrexat. Erstverordnung und engmaschige Kontrolle durch einen Facharzt mit Additivfach Rheumatologie oder durch Zentren, die berechtigt sind, solche auszubilden.</p> <p>2. Aktive und progressive Psoriasis-Arthritis bei Erwachsenen bei Versagen von mindestens zwei anderen DMARDS (disease-modifying anti-rheumatic drugs) inklusive Methotrexat. Erstverordnung und engmaschige Kontrolle durch einen Facharzt mit Additivfach Rheumatologie oder durch Zentren, die berechtigt sind, solche auszubilden.</p> <p>3. Schwere aktive Spondylitis ankylosans (Morbus Bechterew) bei Erwachsenen mit schwerer Wirbelsäulensymptomatik und erhöhten Entzündungsparametern bei Versagen konventioneller Therapiemöglichkeiten. Erstverordnung und engmaschige Kontrolle durch einen Facharzt mit Additivfach Rheumatologie oder durch Zentren, die berechtigt sind, solche auszubilden.</p>				
Fluconazol "Alternova" 50 mg Kaps.	7 St.	-	J02AC01	1.6.2007
<p>Wenn mit Therapiealternativen (Packungsgrößen, Wirkstoffstärken) aus dem Grünen Bereich nachweislich nicht das Auslangen gefunden werden kann.</p>				
Fluconazol "Alternova" 100 mg Kaps.	7 St.	-	J02AC01	1.6.2007
<p>Wenn mit Therapiealternativen (Packungsgrößen, Wirkstoffstärken) aus dem Grünen Bereich nachweislich nicht das Auslangen gefunden werden kann.</p>				
Fluconazol "Alternova" 200 mg Kaps.	7 St.	-	J02AC01	1.6.2007
<p>Wenn mit Therapiealternativen (Packungsgrößen, Wirkstoffstärken) aus dem Grünen Bereich nachweislich nicht das Auslangen gefunden werden kann.</p>				

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

	Arzneispezialität	Menge	OP	ATC-Code	mit Wirkung vom
	Enbrel 50 mg Plv. u. Lsgm. z. Herst. einer Inj.lsg.	4 St.	-	L04AA11	1.6.2007
	<p>1. Aktive rheumatoide Arthritis erwachsener Patienten bei Versagen von mindestens zwei anderen DMARDS (disease-modifying anti-rheumatic drugs) inklusive Methotrexat. Erstverordnung und engmaschige Kontrolle durch einen Facharzt mit Additivfach Rheumatologie oder durch Zentren, die berechtigt sind, solche auszubilden.</p> <p>2. Aktive und progressive Psoriasis-Arthritis bei Erwachsenen bei Versagen von mindestens zwei anderen DMARDS (disease-modifying anti-rheumatic drugs) inklusive Methotrexat. Erstverordnung und engmaschige Kontrolle durch einen Facharzt mit Additivfach Rheumatologie oder durch Zentren, die berechtigt sind, solche auszubilden.</p> <p>3. Schwere aktive Spondylitis ankylosans (Morbus Bechterew) bei Erwachsenen mit schwerer Wirbelsäulensymptomatik und erhöhten Entzündungsparametern bei Versagen konventioneller Therapiemöglichkeiten. Erstverordnung und engmaschige Kontrolle durch einen Facharzt mit Additivfach Rheumatologie oder durch Zentren, die berechtigt sind, solche auszubilden.</p>				
	Keppra 100 mg/ml Lsg. zum Einnehmen	300 ml	-	N03AX14	1.6.2007
	<p>Bei therapierefraktären primär generalisierten tonisch-klonischen Anfällen als Zusatztherapie bei Erwachsenen und Jugendlichen ab 12 Jahren mit Idiopathischer Generalisierter Epilepsie.</p> <p>Bei therapierefraktären partiellen Anfällen mit oder ohne sekundärer Generalisierung als Zusatzbehandlung bei Erwachsenen und Kindern ab 4 Jahren mit Epilepsie.</p> <p>Bei partiellen Anfällen mit oder ohne sekundärer Generalisierung als Monotherapie bei Erwachsenen und Jugendlichen ab 16 Jahren mit neu diagnostizierter Epilepsie, wenn mit Therapiealternativen aus dem Grünen Bereich (ATC-Code N03A) nachweislich nicht das Auslangen gefunden werden kann.</p> <p>Bei therapierefraktären myoklonischen Anfällen als Zusatzbehandlung bei Erwachsenen und Jugendlichen ab 12 Jahren mit Juveniler Myoklonischer Epilepsie.</p> <p>Lösung: nur für Kinder oder bei schwerer Schluckstörung.</p> <p>Diagnosestellung, Erstverordnung und regelmäßige Kontrollen durch den Facharzt.</p>				
L12	Keppra 500 mg Filmtabl.	30 St. 60 St.	- -	N03AX14	1.6.2007
	<p>Bei therapierefraktären primär generalisierten tonisch-klonischen Anfällen als Zusatztherapie bei Erwachsenen und Jugendlichen ab 12 Jahren mit Idiopathischer Generalisierter Epilepsie.</p> <p>Bei therapierefraktären partiellen Anfällen mit oder ohne sekundärer Generalisierung als Zusatzbehandlung bei Erwachsenen und Kindern ab 4 Jahren mit Epilepsie.</p> <p>Bei partiellen Anfällen mit oder ohne sekundärer Generalisierung als Monotherapie bei Erwachsenen und Jugendlichen ab 16 Jahren mit neu diagnostizierter Epilepsie, wenn mit Therapiealternativen aus dem Grünen Bereich (ATC-Code N03A) nachweislich nicht das Auslangen gefunden werden kann.</p> <p>Bei therapierefraktären myoklonischen Anfällen als Zusatzbehandlung bei Erwachsenen und Jugendlichen ab 12 Jahren mit Juveniler Myoklonischer Epilepsie.</p> <p>Lösung: nur für Kinder oder bei schwerer Schluckstörung.</p> <p>Diagnosestellung, Erstverordnung und regelmäßige Kontrollen durch den Facharzt.</p>				
L12	Keppra 1000 mg Filmtabl.	30 St. 60 St.	- -	N03AX14	1.6.2007
	<p>Bei therapierefraktären primär generalisierten tonisch-klonischen Anfällen als Zusatztherapie bei Erwachsenen und Jugendlichen ab 12 Jahren mit Idiopathischer Generalisierter Epilepsie.</p> <p>Bei therapierefraktären partiellen Anfällen mit oder ohne sekundärer Generalisierung als Zusatzbehandlung bei Erwachsenen und Kindern ab 4 Jahren mit Epilepsie.</p> <p>Bei partiellen Anfällen mit oder ohne sekundärer Generalisierung als Monotherapie bei Erwachsenen und Jugendlichen ab 16 Jahren mit neu diagnostizierter Epilepsie, wenn mit Therapiealternativen aus dem Grünen Bereich (ATC-Code N03A) nachweislich nicht das Auslangen gefunden werden kann.</p> <p>Bei therapierefraktären myoklonischen Anfällen als Zusatzbehandlung bei Erwachsenen und Jugendlichen ab 12 Jahren mit Juveniler Myoklonischer Epilepsie.</p>				

Lösung: nur für Kinder oder bei schwerer Schluckstörung.

Diagnosestellung, Erstverordnung und regelmäßige Kontrollen durch den Facharzt.

Minirin Melt 60 mcg Lyophilisat zum Einnehmen	30 St.	-	H01BA02	1.6.2007
	100 St.	-		

Enuresis nocturna ab dem 5. Lebensjahr, nach Abklärung und Erstverordnung durch einen Facharzt für Kinderheilkunde oder einen Facharzt für Urologie, strikte Einhaltung der einmaligen Medikation am Abend.

In der Indikation Diabetes Insipidus keine Kostenübernahme, da der gleiche Wirkstoff zur nasalen Anwendung zu einem günstigeren Preis zur Verfügung steht, ausgenommen in Einzelfällen – wenn eine nasale Anwendung nicht möglich ist (pathologischer Nasenbefund).

Bei Nykturie ist ein klinisch relevanter Patientennutzen durch die derzeitige Datenlage nicht ausreichend belegt; darüber hinaus kann Desmopressin zu Veränderungen im Serum-Na-Spiegel führen.

Minirin Melt 120 mcg Lyophilisat zum Einnehmen	30 St.	-	H01BA02	1.6.2007
	100 St.	-		

Enuresis nocturna ab dem 5. Lebensjahr, nach Abklärung und Erstverordnung durch einen Facharzt für Kinderheilkunde oder einen Facharzt für Urologie, strikte Einhaltung der einmaligen Medikation am Abend.

In der Indikation Diabetes Insipidus keine Kostenübernahme, da der gleiche Wirkstoff zur nasalen Anwendung zu einem günstigeren Preis zur Verfügung steht, ausgenommen in Einzelfällen – wenn eine nasale Anwendung nicht möglich ist (pathologischer Nasenbefund).

Bei Nykturie ist ein klinisch relevanter Patientennutzen durch die derzeitige Datenlage nicht ausreichend belegt; darüber hinaus kann Desmopressin zu Veränderungen im Serum-Na-Spiegel führen.

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

Arzneispezialität	Menge	OP	ATC-Code	mit Wirkung vom
Bonviva 3 mg Inj.lsg in einer Fertigspr. (vormals Bonviva 3 mg/3 ml Inj.lsg in einer Fertigspr.)	1 St.	-	M05BA06	1.6.2007
Behandlung der postmenopausalen Osteoporose (Knochendichte liegt mehr als 2,5 Standardabweichungen unter dem Durchschnittswert junger Erwachsener),				
- wenn Kontraindikationen laut Fachinformation gegen die orale Einnahme von Bisphosphonaten (ATC M05BA, welche zur Therapie der Osteoporose zugelassen sind) aus dem Grünen Bereich bestehen oder die Therapie mit oralen Bisphosphonaten entsprechend den Warnhinweisen in der Fachinformation abgesetzt werden soll;				
- wenn Schluckbeschwerden oder Schluckschmerzen eine orale Einnahme von Bisphosphonaten unmöglich machen; - wenn chronische gastrointestinale Erkrankungen eine ausreichende Resorption nach oraler Gabe nicht erwarten lassen;				
- wenn die Einnahmевorschriften der oralen Bisphosphonate laut Gebrauchsinformation wegen des Unvermögens, 30 Minuten lang zu stehen oder aufrecht zu sitzen, oder aus anderen Gründen nachweislich nicht eingehalten werden können.				

C. Roter Bereich des Erstattungskodex

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

Arzneispezialität	Menge	ATC-Code	mit Wirkung vom
Granisetron "Stada" 2 mg Filmtabl.	5 St.	A04AA02	18.04.2007
Sumatriptan "Stada" 50 mg Tabl.	2 St. 6 St.	N02CC01	18.04.2007
Sumatriptan "Stada" 100 mg Tabl.	2 St. 6 St.	N02CC01	18.04.2007
Risperidon "Interpharm" 1 mg Filmtabl.	20 St. 60 St.	N05AX08	24.04.2007

Risperidon "Interpharm" 2 mg Filmtabl.	20 St. 60 St.	N05AX08	24.04.2007
Risperidon "Interpharm" 3 mg Filmtabl.	20 St. 60 St.	N05AX08	24.04.2007
Risperidon "Interpharm" 4 mg Filmtabl.	20 St. 60 St.	N05AX08	24.04.2007
Risperidon "Interpharm" 6 mg Filmtabl.	20 St. 60 St.	N05AX08	24.04.2007
Wellbutrin XR 150 mg Retardtabl.	7 St. 30 St.	N06A	24.04.2007
Wellbutrin XR 300 mg Retardtabl.	7 St. 30 St.	N06A	24.04.2007
Amlotyrol 5 mg Tabl.	30 St.	C08CA01	27.04.2007
Amlotyrol 7,5 mg Tabl.	30 St.	C08CA01	27.04.2007
Amlotyrol 10 mg Tabl.	30 St.	C08CA01	27.04.2007
Coradipin 5 mg Tabl.	30 St.	C08CA01	27.04.2007
Coradipin 7,5 mg Tabl.	30 St.	C08CA01	27.04.2007
Coradipin 10 mg Tabl.	30 St.	C08CA01	27.04.2007
Januvia 100 mg Filmtabl.	28 St.	A10BH01	01.05.2007
Clarithromycin "Ranbaxy" 250 mg Filmtabl.	14 St.	J01FA09	03.05.2007
Clarithromycin "Ranbaxy" 500 mg Filmtabl.	10 St. 14 St.	J01FA09	03.05.2007
Noax uno 100 mg Retardtabl.	10 St. 30 St.	N02AX02	03.05.2007
Noax uno 200 mg Retardtabl.	10 St. 30 St.	N02AX02	03.05.2007
Thioctacid 600 mg Filmtabl.	30 St.	A16AX01	04.05.2007
Dinatrium Pamidronat "Mayrhofer" 30 mg Plv. z. Herst. einer Inf.lsg.	1 St.	M05BA03	15.05.2007
Dinatrium Pamidronat "Mayrhofer" 90 mg Plv. z. Herst. einer Inf.lsg.	1 St.	M05BA03	15.05.2007
Condrosulf 800 mg Filmtabl.	30 St.	M01AX25	16.05.2007
Apidra 100 E/ml Inj.lsg. i.e. Patrone OptiClik	5 St.	A10AB06	01.06.2007
Natriumvalproat "G.L." 300 mg Retardtabl.	60 St.	N03AG01	01.06.2007
Natriumvalproat "G.L." 500 mg Retardtabl.	60 St.	N03AG01	01.06.2007

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

Arzneispezialität	Menge	ATC-Code	mit Wirkung vom
Optiderm Lotion	100 g 200 g 500 g	D02AE51	27.04.2007
Amlotyrol 7,5 mg Tabl.	30 St.	C08CA01	21.05.2007
Coradipin 7,5 mg Tabl.	30 St.	C08CA01	21.05.2007
Bonviva 150 mg Filmtabl.	1 St.	M05BA06	1.06.2007

C3. Korrektur von Arzneispezialitäten aus dem Roten Bereich des Erstattungskodex:

Arzneispezialität	Menge	ATC-Code	mit Wirkung vom
Suboxone 2 mg/0,5 mg Sublingualtabl. (statt Subuxone 2 mg/0,5 mg Sublingualtabl.)	7 St.	N07BC51	01.04.2007
Suboxone 8 mg/2 mg Sublingualtabl. (statt Subuxone 2 mg/0,5 mg Sublingualtabl.)	7 St. 28 St.	N07BC51	01.04.2007

*

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.

Die Streichung der Arzneispezialität Isotretinoin „Hexal“ 10 mg Kaps. erfolgte wegen der Aufhebung der Zulassung mit Schreiben des Bundesamtes für Sicherheit im Gesundheitswesen vom 20. April 2007, GZ 946.100-02-07-LCM.

Die Streichung der Arzneispezialität Isotretinoin „Hexal“ 20 mg Kaps. erfolgte wegen der Aufhebung der Zulassung mit Schreiben des Bundesamtes für Sicherheit im Gesundheitswesen vom 20. April 2007, GZ 946.101-02-07-LCM.

Die Streichung der Arzneispezialität Toximer Zäpfchen erfolgte wegen der Aufhebung der Zulassung mit Schreiben des Bundesamtes für Sicherheit im Gesundheitswesen vom 20. April 2007, GZ 121.692-01-07-LCM.

Die Streichung der Arzneispezialität Estramunstinphosphat „Hexal“ 140 mg Kaps. erfolgte wegen der Aufhebung der Zulassung mit Schreiben des Bundesamtes für Sicherheit im Gesundheitswesen vom 9. Mai 2007, GZ 943.757-01-07-LCM.

Die Streichung der Arzneispezialität Bonviva 150 mg 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 23.3.2007, 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 Optiderm Lotion aus dem Roten Bereich des Erstattungskodex erfolgte wegen Zurückziehung des Antrages des vertriebsberechtigten Unternehmens auf Aufnahme in den Grünen oder Gelben Bereich des Erstattungskodex.

Die Streichung der Arzneispezialität Amlotyrol 7,5 mg Tabl. aus dem Roten Bereich des Erstattungskodex erfolgte wegen Zurückziehung des Antrages des vertriebsberechtigten Unternehmens auf Aufnahme in den Grünen oder Gelben Bereich des Erstattungskodex.

Die Streichung der Arzneispezialität Coradipin 7,5 mg Tabl. aus dem Roten Bereich des Erstattungskodex erfolgte wegen Zurückziehung des Antrages des vertriebsberechtigten Unternehmens auf Aufnahme in den Grünen oder Gelben Bereich des Erstattungskodex.

Die Änderung der Bezeichnung der Arzneispezialität Bonviva 3 mg Inj.lsg in einer Fertigspr. (vormals Bonviva 3 mg/3 ml Inj.lsg in einer Fertigspr.) erfolgte auf Grund der Änderung der Fachinformation vom 15. Jänner 2007.

Die sonstigen Änderungen des Erstattungskodex erfolgten mit Entscheidung des Hauptverbandes der österreichischen Sozialversicherungsträger vom 23.3.2007 (Lansoprazol „Interpharm“ 15 und 30 mg Kaps.), 23.4.2007 und 30.4.2007.

Für den Hauptverband:

Hartinger

Laminger