

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:

12. Änderung des Erstattungskodex

Der Erstattungskodex, Amtliche Verlautbarung im Internet Nr. 110/2004, zuletzt geändert durch die Amtliche Verlautbarung im Internet Nr. 157/2005, 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
IND	Eligard Depot 7,5 mg Plv. u. Lsgm. z. Herst. einer Inj.lsg. Prostatakarzinom	1 St.	2	L02AE02	1.1.2006
IND	Eligard Depot 22,5 mg Plv. u. Lsgm. z. Herst. einer Inj.lsg. Prostatakarzinom	1 St.		L02AE02	1.1.2006
	Yomogi Kaps.	10 St.		A07FA02	1.1.2006
D	Amykal 125 mg Tabl. bei Dermatomykosen	14 St.	2	D01BA02	1.1.2006
D	Amykal 250 mg Tabl. bei Dermatomykosen bzw. Onychomykosen	14 St.		D01BA02	1.1.2006
D	Amykal 250 mg Tabl. bei Onychomykosen	28 St.		D01BA02	1.1.2006
	Clarithromycin "Arcana" 250 mg Filmtabl.	14 St.		J01FA09	1.1.2006
	Clarithromycin "Arcana" 500 mg Filmtabl.	7 St. 14 St.		J01FA09	1.1.2006
	Clarithromycin "Interpharm" 250 mg Filmtabl.	14 St.		J01FA09	1.1.2006
	Clarithromycin "Interpharm" 500 mg Filmtabl.	7 St. 14 St.		J01FA09	1.1.2006
	Clarithromycin "Stada" 250 mg Filmtabl.	14 St.		J01FA09	1.1.2006
	Clarithromycin "Stada" 500 mg Filmtabl.	7 St. 14 St.		J01FA09	1.1.2006
	Mirtazapin "Hexal" 15 mg Tabl.	30 St.		N06AX11	1.1.2006

	Mirtazapin "Hexal" 30 mg Tabl.	30 St.		N06AX11	1.1.2006
	Mirtazapin "Hexal" 45 mg Tabl.	30 St.		N06AX11	1.1.2006
D	Myconormin 250 mg Tabl. bei Dermatomykosen bzw. Onychomykosen	14 St.		D01BA02	1.1.2006
D	Myconormin 250 mg Tabl. bei Onychomykosen	28 St.		D01BA02	1.1.2006
IND	Neoimmun 25 mg Kapseln nach Organtransplantationen	60 St.	2	L04AA01	1.1.2006
IND	Neoimmun 50 mg Kapseln nach Organtransplantationen	60 St.	2	L04AA01	1.1.2006
IND	Neoimmun 100 mg Kapseln nach Organtransplantationen	60 St.	2	L04AA01	1.1.2006
IND	Neoimmun 100mg/ml Lösung zum Einnehmen nach Organtransplantationen	50 ml	2	L04AA01	1.1.2006
D	Terbinafin „Arcana“ 250mg Tabl. bei Dermatomykosen bzw. Onychomykosen	14 St.		D01BA02	1.1.2006
D	Terbinafin „Arcana“ 250mg Tabl. bei Onychomykosen	28 St.		D01BA02	1.1.2006
D	Terbinafin „ratiopharm“ 250mg Tabl. bei Dermatomykosen bzw. Onychomykosen	14 St.		D01BA02	1.1.2006
D	Terbinafin „ratiopharm“ 250mg Tabl. bei Onychomykosen	28 St.		D01BA02	1.1.2006
D	Terbinafin „Stada“ 125 mg Tabl. bei Dermatomykosen	14 St.	2	D01BA02	1.1.2006
D	Terbinafin „Stada“ 250 mg Tabl. bei Dermatomykosen bzw. Onychomykosen	14 St.		D01BA02	1.1.2006
D	Terbinafin „Stada“ 250 mg Tabl. bei Onychomykosen	28 St.		D01BA02	1.1.2006

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

	Arzneispezialität	Menge	OP	ATC-Code	mit Wirkung vom
	Renistad 10 mg Tabl.	30 St.	2	C09AA02	1.1.2006
	Renistad 20 mg Tabl.	30 St.	2	C09AA02	1.1.2006
	Co-Renistad 20 mg/12,5 mg Tabl.	30 St.	2	C09BA02	1.1.2006
IND SG	Transtec 35 µg/h transdermales Pflaster chronische Schmerzen, die durch starke orale Opiode nicht ausreichend behandelbar sind	4 St.	2	N02AE01	1.1.2006
IND SG	Transtec 52,5 µg/h transdermales Pflaster chronische Schmerzen, die durch starke orale Opiode nicht ausreichend behandelbar sind	4 St.	2	N02AE01	1.1.2006
IND SG	Transtec 70 µg/h transdermales Pflaster chronische Schmerzen, die durch starke orale Opiode nicht ausreichend behandelbar sind	4 St.	2	N02AE01	1.1.2006

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

	Arzneispezialität	Menge	OP	ATC-Code	mit Wirkung vom
IND	Lamotrigin „Allen“ 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	1.1.2006
IND	Lamotrigin „Allen“ 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	1.1.2006
IND	Lamotrigin „Allen“ 100 mg lösl. Tabl. Behandlung bei Epilepsien, die durch andere Antiepileptika ungenügend kontrolliert sind und Prävention von depressiven Episoden bei manisch-depressiven Patienten	50 St.	2	N03AX09	1.1.2006
IND	Lamotrigin „Allen“ 200 mg lösl. Tabl. Behandlung bei Epilepsien, die durch andere Antiepileptika ungenügend kontrolliert sind und Prävention von depressiven Episoden bei manisch-depressiven Patienten	50 St.	2	N03AX09	1.1.2006
IND	Lamotrigin „ratiopharm“ 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	1.1.2006
IND	Lamotrigin „ratiopharm“ 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	1.1.2006
IND	Lamotrigin „ratiopharm“ 100 mg lösl. Tabl. Behandlung bei Epilepsien, die durch andere Antiepileptika ungenügend kontrolliert sind und Prävention von depressiven Episoden bei manisch-depressiven Patienten	50 St.	2	N03AX09	1.1.2006
IND	Lamotrigin „ratiopharm“ 200 mg lösl. Tabl. Behandlung bei Epilepsien, die durch andere Antiepileptika ungenügend kontrolliert sind und Prävention von depressiven Episoden bei manisch-depressiven Patienten	50 St.	2	N03AX09	1.1.2006

A4. Streichungen von Arzneispezialitäten aus dem Grünen Bereich des Erstattungskodex:

IND	Cycloderm 25 mcg/24 h Depopflaster bei schwerem klimakterischen Syndrom	8 St.	2	G03CA03	23.11.2005
IND	Cycloderm 50 mcg/24 h Depopflaster bei schwerem klimakterischen Syndrom	8 St.	2	G03CA03	23.11.2005
	Clivarin PEN Injektionslg.	1 St. 10 Einzeldosen		B01AB08	5.12.2005

Clivarin Injektionslg. in Fspr.	5 St.		B01AB08	6.12.2005
	0,25 ml			
	10 St.			
	0,25 ml			
	5 St.			
	0,6 ml			
Molsidomin "Genericon" 2 mg Tabl.	20 St.	2	C01DX12	6.12.2005
	50 St.	2		
Molsidomin "Genericon" 4 mg Tabl.	20 St.	2	C01DX12	6.12.2005
	50 St.			
Eudyna Gel	20 g	2	D10AD01	7.12.2005
Pulmilide Dosieraerosol	8,4 g 120Hübe	2	R03BA03	31.12.2005
Pulmilide Dosieraerosol	8,4 g 120Hübe + Spacer	2	R03BA03	31.12.2005

B. Gelber Bereich des Erstattungskodex

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

Arzneispezialität	Menge	ATC-Code	mit Wirkung vom
Advate 250 I.E. Plv. und Lsgm. zur Herst. einer Inj.lsg Bei angeborenem Faktor VIII Mangel (Hämophilie A). Diagnosestellung und regelmäßige Kontrollen in entsprechender Fachabteilung bzw. –ambulanz.	1 St.	B02BD02	1.1.2006
Advate 500 I.E. Plv. und Lsgm. zur Herst. einer Inj.lsg Bei angeborenem Faktor VIII Mangel (Hämophilie A). Diagnosestellung und regelmäßige Kontrollen in entsprechender Fachabteilung bzw. –ambulanz	1 St.	B02BD02	1.1.2006
Advate 1000 I.E. Plv. und Lsgm. zur Herst. einer Inj.lsg Bei angeborenem Faktor VIII Mangel (Hämophilie A). Diagnosestellung und regelmäßige Kontrollen in entsprechender Fachabteilung bzw. –ambulanz	1 St.	B02BD02	1.1.2006
Advate 1500 I.E. Plv. und Lsgm. zur Herst. einer Inj.lsg Bei angeborenem Faktor VIII Mangel (Hämophilie A). Diagnosestellung und regelmäßige Kontrollen in entsprechender Fachabteilung bzw. –ambulanz	1 St.	B02BD02	1.1.2006
Inegy 10 mg/10 mg Tabl. Sekundärprävention bei klinisch manifester Atherosklerose und/oder Diabetes mellitus mit hohem kardiovaskulären Risiko, wenn der LDL Wert unter bestehender Statintherapie höher als 113 mg/dl liegt, um einen LDL-Zielwert von ≤ 100 mg/dl zu erreichen und zu halten	30 St.	C10AA51	1.1.2006
Inegy 10 mg/20 mg Tabl. Sekundärprävention bei klinisch manifester Atherosklerose und/oder Diabetes mellitus mit hohem kardiovaskulären Risiko, wenn der LDL Wert unter bestehender Statintherapie höher als 113 mg/dl liegt, um einen LDL-Zielwert von ≤ 100 mg/dl zu erreichen und zu halten	30 St.	C10AA51	1.1.2006
Reyataz 150 mg Hartkaps. In Kombination mit anderen antiretroviralen Arzneimitteln bei HIV-1-infizierten Erwachsenen und Jugendlichen ab 16 Jahren, die bereits antiretroviral vorbehandelt sind. Die Therapieeinleitung und regelmäßige -kontrollen sind von einem Arzt, der Erfahrung in der Behandlung der HIV-Infektion besitzt, durchzuführen	60 St.	J05AE08	1.1.2006

Reyataz 200 mg Hartkaps. 60 St. J05AE08 1.1.2006

In Kombination mit anderen antiretroviralen Arzneimitteln bei HIV-1-infizierten Erwachsenen und Jugendlichen ab 16 Jahren, die bereits antiretroviral vorbehandelt sind. Die Therapieeinleitung und regelmäßige -kontrollen sind von einem Arzt, der Erfahrung in der Behandlung der HIV-Infektion besitzt, durchzuführen

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

Subcuvia 160 mg/ml Inj.lsg 1 St. J06BA01 1.1.2006
(vormals Gammabulin S/D 160mg/ml Inj.lsg.) (5ml)
 20 St.
 (5ml)
 1 St.
 (10ml)
 20 St.
 (10ml)

Eine Kostenübernahme ist im ausführlich begründeten Einzelfall möglich.

B3. Streichungen von Arzneispezialitäten aus dem Gelben Bereich des Erstattungskodex:

L6 **Genotropin 0,4 mg MiniQuick Spritzamp.** 7 St. H01AC01 23.11.2005

Eine Kostenübernahme ist möglich:

Kinder:

Bei Minderwuchs durch unzureichende Wachstumshormonsekretion, Minderwuchs bei Turner-syndrom oder bei chronischer Niereninsuffizienz und bei Prader-Willi-Syndrom.

Erwachsene:

Bei schwerwiegendem Wachstumshormondefizit (definiert als Wachstumshormon-Peak im Insu-lintoleranztest von weniger als 3 ng/ml):

- Fortsetzung der im Kindesalter begonnenen Behandlung nach Auslassversuch von zwei bis drei Monaten; nur bis zu einem Höchstausmaß der Erwachsenenknochenmasse im Alter von 25 bis 35 Jahren.

- In Folge einer Erkrankung der hypothalamo-hypophysären Achse und wenn eine Ersatztherapie mit anderen Hypophysenhormonen, für die ein Mangel besteht, stattgefunden hat und weiterhin stattfindet.

Diagnosestellung und regelmäßige Kontrollen in entsprechender Fachabteilung bzw. -ambulanz.

L6 **Genotropin 0,6 mg MiniQuick Spritzamp.** 7 St. H01AC01 23.11.2005

Eine Kostenübernahme ist möglich:

Kinder:

Bei Minderwuchs durch unzureichende Wachstumshormonsekretion, Minderwuchs bei Turner-syndrom oder bei chronischer Niereninsuffizienz und bei Prader-Willi-Syndrom.

Erwachsene:

Bei schwerwiegendem Wachstumshormondefizit (definiert als Wachstumshormon-Peak im Insu-lintoleranztest von weniger als 3 ng/ml):

- Fortsetzung der im Kindesalter begonnenen Behandlung nach Auslassversuch von zwei bis drei Monaten; nur bis zu einem Höchstausmaß der Erwachsenenknochenmasse im Alter von 25 bis 35 Jahren.

- In Folge einer Erkrankung der hypothalamo-hypophysären Achse und wenn eine Ersatztherapie mit anderen Hypophysenhormonen, für die ein Mangel besteht, stattgefunden hat und weiterhin stattfindet.

Diagnosestellung und regelmäßige Kontrollen in entsprechender Fachabteilung bzw. -ambulanz.

L6	Genotropin 0,8 mg MiniQuick Spritzamp.	7 St.	H01AC01	23.11.2005
	<p>Eine Kostenübernahme ist möglich: Kinder: Bei Minderwuchs durch unzureichende Wachstumshormonsekretion, Minderwuchs bei Turner-syndrom oder bei chronischer Niereninsuffizienz und bei Prader-Willi-Syndrom. Erwachsene: Bei schwerwiegendem Wachstumshormondefizit (definiert als Wachstumshormon-Peak im Insu-lintoleranztest von weniger als 3 ng/ml): - Fortsetzung der im Kindesalter begonnenen Behandlung nach Auslassversuch von zwei bis drei Monaten; nur bis zu einem Höchstausmaß der Erwachsenenknochenmasse im Alter von 25 bis 35 Jahren. - In Folge einer Erkrankung der hypothalamo-hypophysären Achse und wenn eine Ersatztherapie mit anderen Hypophysenhormonen, für die ein Mangel besteht, stattgefunden hat und weiterhin stattfindet. Diagnosestellung und regelmäßige Kontrollen in entsprechender Fachabteilung bzw. -ambulanz.</p>			
L6	Genotropin 1 mg MiniQuick Spritzamp.	7 St.	H01AC01	23.11.2005
	<p>Eine Kostenübernahme ist möglich: Kinder: Bei Minderwuchs durch unzureichende Wachstumshormonsekretion, Minderwuchs bei Turner-syndrom oder bei chronischer Niereninsuffizienz und bei Prader-Willi-Syndrom. Erwachsene: Bei schwerwiegendem Wachstumshormondefizit (definiert als Wachstumshormon-Peak im Insu-lintoleranztest von weniger als 3 ng/ml): - Fortsetzung der im Kindesalter begonnenen Behandlung nach Auslassversuch von zwei bis drei Monaten; nur bis zu einem Höchstausmaß der Erwachsenenknochenmasse im Alter von 25 bis 35 Jahren. - In Folge einer Erkrankung der hypothalamo-hypophysären Achse und wenn eine Ersatztherapie mit anderen Hypophysenhormonen, für die ein Mangel besteht, stattgefunden hat und weiterhin stattfindet. Diagnosestellung und regelmäßige Kontrollen in entsprechender Fachabteilung bzw. -ambulanz.</p>			
L6	Genotropin 1,6 mg MiniQuick Spritzamp.	7 St.	H01AC01	23.11.2005
	<p>Eine Kostenübernahme ist möglich: Kinder: Bei Minderwuchs durch unzureichende Wachstumshormonsekretion, Minderwuchs bei Turner-syndrom oder bei chronischer Niereninsuffizienz und bei Prader-Willi-Syndrom. Erwachsene: Bei schwerwiegendem Wachstumshormondefizit (definiert als Wachstumshormon-Peak im Insu-lintoleranztest von weniger als 3 ng/ml): - Fortsetzung der im Kindesalter begonnenen Behandlung nach Auslassversuch von zwei bis drei Monaten; nur bis zu einem Höchstausmaß der Erwachsenenknochenmasse im Alter von 25 bis 35 Jahren. - In Folge einer Erkrankung der hypothalamo-hypophysären Achse und wenn eine Ersatztherapie mit anderen Hypophysenhormonen, für die ein Mangel besteht, stattgefunden hat und weiterhin stattfindet. Diagnosestellung und regelmäßige Kontrollen in entsprechender Fachabteilung bzw. -ambulanz.</p>			
	Clivarin Inj.lsg. in Fertigspr.	10 St. 0,9 ml	B01AB08	6.12.2005
	<p>Eine Kostenübernahme ist nur möglich, wenn mit Therapiealternativen aus dem grünen Bereich nicht das Auslangen gefunden werden kann.</p>			
	Invirase 200 mg Hartkaps.	270 St.	J05AE01	1.1.2006
	<p>Nur in Kombination mit Ritonavir und anderen antiretroviralen Arzneimitteln bei HIV-1- infizierten Erwachsenen und Jugendlichen ab 16 Jahren. Die Therapieeinleitung und regelmäßige -kontrollen sind von einem Arzt, der Erfahrung in der Behandlung der HIV-Infektion besitzt, durchzuführen.</p>			

Subcuvia 160 mg/ml Dstfl.	1 St	J06BA01	1.1.2006
	(5 ml)		
	20 St.		
	(5 ml)		
	1 St.		
	(10 ml)		
	20 St.		
	(10 ml)		

Eine Kostenübernahme ist im ausführlich begründeten Einzelfall möglich.

C. Roter Bereich des Erstattungskodex

C1. Streichungen von Arzneispezialitäten aus dem Roten Bereich des Erstattungskodex:

Arzneispezialität	Menge	ATC-Code	mit Wirkung vom
Helixor A ex 1 mg Amp.	8 St.	L01C	1.1.2006
Helixor A ex 5 mg Amp.	8 St.	L01C	1.1.2006
Helixor A ex 10 mg Amp.	8 St.	L01C	1.1.2006
Helixor A ex 20 mg Amp.	8 St.	L01C	1.1.2006
Helixor A ex 30 mg Amp.	8 St.	L01C	1.1.2006
Helixor A ex 50 mg Amp.	8 St.	L01C	1.1.2006
Helixor A ex 100 mg Amp.	8 St.	L01C	1.1.2006
Helixor A Serie 1 Amp.	7 St.	L01C	1.1.2006
Helixor A Serie 2 Amp.	7 St.	L01C	1.1.2006
Helixor A Serie 3 Amp.	7 St.	L01C	1.1.2006
Helixor A Serie 4 Amp.	7 St.	L01C	1.1.2006
Helixor M ex 1 mg Amp.	8 St.	L01C	1.1.2006
Helixor M ex 5 mg Amp.	8 St.	L01C	1.1.2006
Helixor M ex 10 mg Amp.	8 St.	L01C	1.1.2006
Helixor M ex 20 mg Amp.	8 St.	L01C	1.1.2006
Helixor M ex 30 mg Amp.	8 St.	L01C	1.1.2006
Helixor M ex 50 mg Amp.	8 St.	L01C	1.1.2006
Helixor M ex 100 mg Amp.	8 St.	L01C	1.1.2006
Helixor M Serie 1 Amp.	7 St.	L01C	1.1.2006
Helixor M Serie 2 Amp.	7 St.	L01C	1.1.2006
Helixor M Serie 3 Amp.	7 St.	L01C	1.1.2006
Helixor M Serie 4 Amp.	7 St.	L01C	1.1.2006
Helixor P ex 1 mg Amp.	8 St.	L01C	1.1.2006
Helixor P ex 5 mg Amp.	8 St.	L01C	1.1.2006
Helixor P ex 10 mg Amp.	8 St.	L01C	1.1.2006
Helixor P ex 20 mg Amp.	8 St.	L01C	1.1.2006
Helixor P ex 30 mg Amp.	8 St.	L01C	1.1.2006
Helixor P ex 50 mg Amp.	8 St.	L01C	1.1.2006

Helixor P ex 100 mg Amp.	8 St.	L01C	1.1.2006
Helixor P Serie 1 Amp.	7 St.	L01C	1.1.2006
Helixor P Serie 2 Amp.	7 St.	L01C	1.1.2006
Helixor P Serie 3 Amp.	7 St.	L01C	1.1.2006
Helixor P Serie 4 Amp.	7 St.	L01C	1.1.2006
Metohexal retard 47,5 mg Filmtabl. (NÄ von Metoprololsuccinat "Dr. Heinz" retard 47,5mg Filmtabl.)	10 St. 30 St.	C07AB02	1.1.2006
Metohexal retard 95 mg Filmtabl. (NÄ von Metoprololsuccinat "Dr. Heinz" retard 95 mg Filmtabl.)	10 St. 30 St.	C07AB02	1.1.2006
Metoprololsuccinat "1A Pharma" retard 47,5 mg Filmtabl. (NÄ von Metoprololsuccinat "Salutas" 47,5 mg Filmtabl.)	10 St. 30 St.	C07AB02	1.1.2006
Metoprololsuccinat "1A Pharma" retard 95 mg Filmtabl. (NÄ von Metoprololsuccinat "Salutas" 95 mg Film- tabl.)	10 St. 30 St.	C07AB02	1.1.2006
Omeprazol "Arcana" 10 mg Kaps.	28 St.	A02BC01	1.1.2006
Omeprazol "Arcana" 20 mg Kaps.	7 St. 14 St. 28 St.	A02BC01	1.1.2006
Omeprazol "Genericon" 10 mg Kaps.	28 St.	A02BC01	1.1.2006
Omeprazol "Genericon" 20 mg Kaps.	7 St. 14 St. 28 St.	A02BC01	1.1.2006
Omeprazol "Genericon" 40 mg Kaps.	14 St. 28 St.	A02BC01	1.1.2006
PegIntron 150 mcg Plv. und Lsgm. zur Herst. einer Inj.lsg in einem vorgefüllten Injektor	4 St.	L03AB10	1.1.2006
Visudyne 15 mg Pulver zur Herst. einer Inf.lsg.	1 St.	L01XD02	1.1.2006
Vobaderm Creme	30 g	D01AC	1.1.2006

C2. Aufnahmen von Arzneispezialitäten in den Roten Bereich des Erstattungskodex:

Arzneispezialität	Menge	ATC-Code	mit Wirkung vom
Ramipril-HCT "Sandoz" 2,5mg/12,5mg Tabl.	30 St.	C09BA05	29.11.2005
Ramipril-HCT "Sandoz" 5mg/25mg Tabl.	30 St.	C09BA05	29.11.2005
Adamon long retard 150 mg Filmtabl.	10 St. 30 St.	N02AX02	30.11.2005
Adamon long retard 300 mg Filmtabl.	10 St. 30 St.	N02AX02	30.11.2005
Lamotrigin "1a Pharma" 25 mg lösl. Tabl.	10 St. 30 St.	N03AX09	30.11.2005
Lamotrigin "1a Pharma" 50 mg lösl. Tabl.	10 St. 30 St.	N03AX09	30.11.2005
Lamotrigin "1a Pharma" 100 mg lösl. Tabl.	60 St.	N03AX09	30.11.2005
Lamotrigin "1a Pharma" 200 mg lösl. Tabl.	60 St.	N03AX09	30.11.2005

Lamotrigin "Hexal" 25 mg lösl. Tabl.	10 St. 30 St.	N03AX09	30.11.2005
Lamotrigin "Hexal" 50 mg lösl. Tabl.	10 St. 30 St.	N03AX09	30.11.2005
Lamotrigin "Hexal" 100 mg lösl. Tabl.	60 St.	N03AX09	30.11.2005
Lamotrigin "Hexal" 200 mg lösl. Tabl.	60 St.	N03AX09	30.11.2005
Bisocombin Filmtabl.	20 St. 50 St.	C07BB07	1.12.2005
Bisocombin forte Filmtabl.	20 St. 50 St.	C07BB07	1.12.2005
Itraconazol "Stada" 100 mg Kaps.	4 St. 14 St. 28 St.	J02AC02	1.12.2005
Clarithromycin "ratiopharm" 250 mg Filmtabl.	14 St.	J01FA09	3.12.2005
Clarithromycin "ratiopharm" 500 mg Filmtabl.	7 St. 14 St.	J01FA09	3.12.2005
Glimepirid "ratiopharm" 1 mg Tabl.	10 St. 30 St.	A10BB12	5.12.2005
Glimepirid "ratiopharm" 2 mg Tabl.	10 St. 30 St.	A10BB12	5.12.2005
Sertralin "Interpharm" 50 mg Filmtabl.	10 St. 30 St.	N06AB06	5.12.2005
Terbinafin "Interpharm" 250 mg Tabl.	14 St. 28 St.	D01BA02	5.12.2005
Glimepirid "ratiopharm" 3 mg Tabl.	10 St. 30 St.	A10BB12	6.12.2005
Sertralin "Interpharm" 100 mg Filmtabl.	10 St. 30 St.	N06AB06	6.12.2005

*

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 Streichung der Arzneispezialität Genotropin 0,4 mg MiniQuick Spritzampullen erfolgte wegen der Aufhebung der Zulassung mit Schreiben des Bundesministeriums für Gesundheit und Frauen vom 23. November 2005, GZ 941.783/07 – 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 Genotropin 0,6 mg MiniQuick Spritzampullen erfolgte wegen der Aufhebung der Zulassung mit Schreiben des Bundesministeriums für Gesundheit und Frauen vom 23. November 2005, GZ 941.784/07 – 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 Genotropin 0,8 mg MiniQuick Spritzampullen erfolgte wegen der Aufhebung der Zulassung mit Schreiben des Bundesministeriums für Gesundheit und Frauen vom 23. November 2005, GZ 941.785/07 – 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 Genotropin 1 mg MiniQuick Spritzampullen erfolgte wegen der Aufhebung der Zulassung mit Schreiben des Bundesministeriums für Gesundheit und Frauen vom 23. November 2005, GZ 941.786/07 – 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 Genotropin 1,6 mg MiniQuick Spritzampullen erfolgte wegen der Aufhebung der Zulassung mit Schreiben des Bundesministeriums für Gesundheit und Frauen vom 23. November 2005, GZ 941.781/07 – 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 Cycloderm 25 mcg/24 h Depotpflaster erfolgte wegen der Aufhebung der Zulassung mit Schreiben des Bundesministeriums für Gesundheit und Frauen vom 23. November 2005, GZ 942.216/01 – 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 Cycloderm 50 mcg/24 h Depotpflaster erfolgte wegen der Aufhebung der Zulassung mit Schreiben des Bundesministeriums für Gesundheit und Frauen vom 23. November 2005, GZ 942.215/01 – 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 Molsidomin „Genericon“ 2 mg Tabl. erfolgte wegen der Aufhebung der Zulassung mit Schreiben des Bundesministeriums für Gesundheit und Frauen vom 6. Dezember 2005, GZ 945.507/01 – 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 Molsidomin „Genericon“ 4 mg Tabl. erfolgte wegen der Aufhebung der Zulassung mit Schreiben des Bundesministeriums für Gesundheit und Frauen vom 6. Dezember 2005, GZ 945.506/01 – 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 Clivarin Injektionslsg. in Fspr. erfolgte wegen der Aufhebung der Zulassung mit Schreiben des Bundesministeriums für Gesundheit und Frauen vom 6. Dezember 2005, GZ 941.861/02 – 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 Clivarin PEN Injektionslsg. erfolgte wegen der Aufhebung der Zulassung mit Schreiben des Bundesministeriums für Gesundheit und Frauen vom 5. Dezember 2005, GZ 941.489/02 – 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 Eudyna Gel erfolgte wegen der Aufhebung der Zulassung mit Schreiben des Bundesministeriums für Gesundheit und Frauen vom 7. Dezember 2005, GZ 120.695/01 – 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 Pulmilide Dosieraerosol erfolgte wegen der Aufhebung der Zulassung mit Schreiben des Bundesministeriums für Gesundheit und Frauen vom 9. September 2005, GZ 922.404/01 – III/A/5/05 per 31. Dezember 2005. 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 Arzneispezialitäten Metohexal retard 47,5 mg Filmtabl. 10/30 St., Metohexal retard 95 mg Filmtabl. 10/30 St., Metoprololsuccinat „1A Pharma“ retard 47,5 mg Filmtabl. 10/30 St., Metoprololsuccinat „1A Pharma“ retard 95 mg Filmtabl. 10/30 St., Omeprazol „Arcana“ 10 mg Kaps. 28 St., Omeprazol „Arcana“ 20 mg Kaps. 7/14/28 St., Omeprazol „Genericon“ 10 mg Kaps. 28 St., Omeprazol „Genericon“ 20 mg Kaps. 7/14/28 St., Omeprazol „Genericon“ 40 mg Kaps. 14/28 St. sowie PegIntron 150 mcg Plv. und Lsgm. zur Herst. einer Inj.lsg. in einem vorgefüllten Injektor 4 St. aus dem Roten Bereich des Erstattungskodex erfolgte, weil die jeweiligen vertriebsberechtigten Unternehmen von ihrem Recht, eine Beschwerde bei der Unabhängigen Heilmittelkommission nach § 351i ASVG gegen die Entscheidung des Hauptverbandes der österreichischen Sozialversicherungsträger vom 19. Oktober 2005, wonach die ebengenannten Arzneispezialitäten aus dem Roten Bereich des Erstattungskodex zu streichen sind, innerhalb der in Abs 3 leg cit normierten Frist einzubringen, keinen Gebrauch machten.

Die sonstigen Änderungen des Erstattungskodex erfolgten mit Entscheidung des Hauptverbandes der

österreichischen Sozialversicherungsträger vom 16. November 2005. Die Bundesministerin für soziale Sicherheit, Generationen und Konsumentenschutz hat das gesetzmäßige Zustandekommen mit Erlass vom 21. Dezember 2005, GZ: BMSG-21410/0033-II/A/3/2005, beurkundet.

Für den Hauptverband:

Laminger

Hartinger