

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:

18. Änderung des Erstattungskodex

Der Erstattungskodex, Amtliche Verlautbarung im Internet Nr. 110/2004, zuletzt geändert durch die Amtliche Verlautbarung im Internet Nr. 61/2006, wird wie folgt geändert:

Zeichenerklärung

- (2), (3), ... = Die Aufnahme der Arzneispezialität in den Erstattungskodex beschränkt sich auf die in der Klammer angegebene Menge an Originalpackungen (z. B.: 20 g (2) – Maximalmenge 2 Packungen zu je 20 g).
- IND = Die Arzneispezialität ist nur für die angegebenen Voraussetzungen in den jeweiligen Bereich des Erstattungskodex aufgenommen. Das Vorliegen der angegebenen Voraussetzungen muss vom verordnenden Arzt durch den Vermerk IND am Rezept bestätigt werden. Für Verordnungen außerhalb der angegebenen Voraussetzungen ist eine ärztliche Bewilligung des chef- und kontrollärztlichen Dienstes einzuholen.
- F = Fachart für Frauenheilkunde und Geburtshilfe
- D = 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 Vorliegen eines Therapiekonzeptes durch den angegebenen Facharzt kann die Verordnung auch durch einen Arzt für Allgemeinmedizin erfolgen. Medizinisch indizierte fachärztliche Kontrollen müssen jedoch regelmäßig vom angegebenen Facharzt durchgeführt werden. Für Verordnungen außerhalb dieser Voraussetzungen ist eine ärztliche Bewilligung des chef- und kontrollärztlichen Dienstes einzuholen.

A. Grüner Bereich des Erstattungskodex

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

	Arzneispezialität	Menge	OP	ATC-Code	mit Wirkung vom
	Cefuroxim "Sandoz" 250 mg Filmtabl.	14 St.	-	J01DC02	1.7.2006
	Cefuroxim "Sandoz" 500 mg Filmtabl.	14 St.	-	J01DC02	1.7.2006
	Glimepirid "1A Pharma" 1 mg Tabl.	30 St.	2	A10BB12	1.7.2006
	Glimepirid "1A Pharma" 2 mg Tabl.	30 St.	2	A10BB12	1.7.2006
	Glimepirid "1A Pharma" 3 mg Tabl.	30 St.	2	A10BB12	1.7.2006
	Glimepirid "1A Pharma" 4 mg Tabl.	30 St.	2	A10BB12	1.7.2006
	Glimepirid "Hexal" 1 mg Tabl.	30 St.	2	A10BB12	1.7.2006
	Glimepirid "Hexal" 2 mg Tabl.	30 St.	2	A10BB12	1.7.2006
	Glimepirid "Hexal" 3 mg Tabl.	30 St.	2	A10BB12	1.7.2006
	Glimepirid "Hexal" 4 mg Tabl.	30 St.	2	A10BB12	1.7.2006
	Glimepirid "ratiopharm" 4 mg Tabl.	10 St.	2	A10BB12	1.7.2006
		30 St.	2		
	Glimepirid "ratiopharm" 6 mg Tabl.	10 St.	2	A10BB12	1.7.2006
		30 St.	2		
	Glimepirid "Sandoz" 1 mg Tabl.	30 St.	2	A10BB12	1.7.2006
	Glimepirid "Sandoz" 2 mg Tabl.	30 St.	2	A10BB12	1.7.2006
	Glimepirid "Sandoz" 3 mg Tabl.	30 St.	2	A10BB12	1.7.2006
F D	Itraconazol "Stada" 100 mg Kaps. bei Vaginalmykosen	4 St.		J02AC02	1.7.2006

F D	Itraconazol "Stada" 100 mg Kaps. bei Dermatomykosen	14 St.		J02AC02	1.7.2006
D	Itraconazol "Stada" 100 mg Kaps. bei Onychomykosen	28 St.		J02AC02	1.7.2006
IND	Lamotrigin "1A Pharma" 25 mg lösl. Tabl. Behandlung bei Epilepsien, die durch andere Antiepileptika ungenügend kontrolliert sind	10 St. 30 St.	2 2	N03AX09	1.7.2006
IND	Lamotrigin "1A Pharma" 50 mg lösl. Tabl. Behandlung bei Epilepsien, die durch andere Antiepileptika ungenügend kontrolliert sind	10 St. 30 St.	2 2	N03AX09	1.7.2006
IND	Lamotrigin "1A Pharma" 100 mg lösl. Tabl. Behandlung bei Epilepsien, die durch andere Antiepileptika ungenügend kontrolliert sind	60 St.	2	N03AX09	1.7.2006
IND	Lamotrigin "1A Pharma" 200 mg lösl. Tabl. Behandlung bei Epilepsien, die durch andere Antiepileptika ungenügend kontrolliert sind	60 St.	2	N03AX09	1.7.2006
IND	Lamotrigin "Hexal" 25 mg lösl. Tabl. Behandlung bei Epilepsien, die durch andere Antiepileptika ungenügend kontrolliert sind	10 St. 30 St.	2 2	N03AX09	1.7.2006
IND	Lamotrigin "Hexal" 50 mg lösl. Tabl. Behandlung bei Epilepsien, die durch andere Antiepileptika ungenügend kontrolliert sind	10 St. 30 St.	2 2	N03AX09	1.7.2006
IND	Lamotrigin "Hexal" 100 mg lösl. Tabl. Behandlung bei Epilepsien, die durch andere Antiepileptika ungenügend kontrolliert sind	60 St.	2	N03AX09	1.7.2006
IND	Lamotrigin "Hexal" 200 mg lösl. Tabl. Behandlung bei Epilepsien, die durch andere Antiepileptika ungenügend kontrolliert sind	60 St.	2	N03AX09	1.7.2006
D	Myconafin 250 mg Tabl. bei Dermatomykosen bzw. Onychomykosen	14 St.	2	D01BA02	1.7.2006
D	Myconafin 250 mg Tabl. bei Onychomykosen	30 St.	-	D01BA02	1.7.2006
	Natriumvalproat "1A Pharma" 300 mg Retardtabl.	60 St.	2	N03AG01	1.7.2006
	Natriumvalproat "1A Pharma" 500 mg Retardtabl.	60 St.	2	N03AG01	1.7.2006
	Natriumvalproat "Hexal" 300 mg Retardtabl.	60 St.	2	N03AG01	1.7.2006
	Natriumvalproat "Hexal" 500 mg Retardtabl.	60 St.	2	N03AG01	1.7.2006
IND	Pravastatin "Ranbaxy" 20 mg Tabl. Sekundärprävention bei klinisch manifester Atherosklerose und/oder Diabetes mellitus mit hohem kardiovaskulärem Risiko	30 St.	2	C10AA03	1.7.2006
IND	Pravastatin "Ranbaxy" 40 mg Tabl. Sekundärprävention bei klinisch manifester Atherosklerose und/oder Diabetes mellitus mit hohem kardiovaskulärem Risiko	30 St.	2	C10AA03	1.7.2006
	Solu Dacortin 1 g Trockenstechamp.	1 St.	2	H02AB06	1.7.2006
	Solu Medrol 1000 mg Trockenstechamp.	1 St.	2	H02AB04	1.7.2006
	Terazosin "1A Pharma" 2 mg Tabl.	10 St. 30 St.	2 2	G04CA03	1.7.2006
	Terazosin "1A Pharma" 5 mg Tabl.	10 St. 30 St.	2 2	G04CA03	1.7.2006
	Terazosin "Hexal" 2 mg Tabl.	10 St. 30 St.	2 2	C02CA	1.7.2006
	Terazosin "Hexal" 5 mg Tabl.	10 St. 30 St.	2 2	C02CA	1.7.2006

D	Terbiderm 250 mg Tabl. bei Dermatomykosen bzw. Onychomykosen	14 St.	-	D01BA02	1.7.2006
D	Terbiderm 250 mg Tabl. bei Onychomykosen	28 St.	-	D01BA02	1.7.2006
D	Terbinac 125 mg Tabl. bei Dermatomykosen	14 St.	2	D01BA02	1.7.2006
D	Terbinac 250 mg Tabl. bei Dermatomykosen bzw. Onychomykosen	14 St.	2	D01BA02	1.7.2006
D	Terbinac 250 mg Tabl. bei Onychomykosen	30 St.	-	D01BA02	1.7.2006

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

	Arzneispezialität	Menge	OP	ATC-Code	mit Wirkung vom
IND	Ciscutan 10 mg Kaps. Schwere Akne, die auf andere Behandlungsmethoden nicht anspricht	30 St.	2	D10BA01	1.7.2006
IND	Ciscutan 20 mg Kaps. Schwere Akne, die auf andere Behandlungsmethoden nicht anspricht	30 St.	2	D10BA01	1.7.2006
IND	Isotretinoin "Hexal" 10 mg Kaps. Schwere Akne, die auf andere Behandlungsmethoden nicht anspricht	30 St.	2	D10BA01	1.7.2006
IND	Isotretinoin "Hexal" 20 mg Kaps. Schwere Akne, die auf andere Behandlungsmethoden nicht anspricht	30 St.	2	D10BA01	1.7.2006
IND	Isotretinoin "ratiopharm" 10 mg Kaps. Schwere Akne, die auf andere Behandlungsmethoden nicht anspricht	30 St.	2	D10BA01	1.7.2006
IND	Isotretinoin "ratiopharm" 20 mg Kaps. Schwere Akne, die auf andere Behandlungsmethoden nicht anspricht	30 St.	2	D10BA01	1.7.2006
IND	Lurantal 10 mg Weichkaps. Schwere Akne, die auf andere Behandlungsmethoden nicht anspricht	30 St.	2	D10BA01	1.7.2006
IND	Lurantal 20 mg Weichkaps. Schwere Akne, die auf andere Behandlungsmethoden nicht anspricht	30 St.	2	D10BA01	1.7.2006
IND	Roaccutan "Roche" 10 mg Kaps. Schwere Akne, die auf andere Behandlungsmethoden nicht anspricht	30 St.	2	D10BA01	1.7.2006
IND	Roaccutan "Roche" 20 mg Kaps. Schwere Akne, die auf andere Behandlungsmethoden nicht anspricht	30 St.	2	D10BA01	1.7.2006

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

	Arzneispezialität	Menge	OP	ATC-Code	mit Wirkung vom
	Citalopram "Sandoz" 10 mg Filmtabl.	14 St. 30 St.	2 -	N06AB04	1.7.2006

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

Arzneispezialität	Menge	OP	ATC-Code	Mit Wirkung vom
Fluoxetin „1A Pharma“ 20 mg Tabl. (vormals Fluoxetin „1A Pharma“ 20 mg Filmtabl.)	14 St. 30 St.	2	N06AB03	1.7.2006
Fluoxetin „1A Pharma“ 40 mg Tabl. (vormals Fluoxetin „1A Pharma“ 40 mg Filmtabl.)	14 St. 30 St.	2	N06AB03	1.7.2006

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

Arzneispezialität	Menge	OP	ATC-Code	mit Wirkung vom
Avamigran Filmtabl.	20 St.	-	N02CA72	1.7.2006
Avamigran Supp.	6 St.	2	N02CA72	1.7.2006
Ditec Dosier Aerosol	14 g (200 Hübe)	2	R03AK03	1.7.2006
Nycodol 50 mg Amp.	5 St. (1 ml)	2	N02AX02	1.7.2006
Nycodol 100 mg Amp.	5 St. (2 ml)	2	N02AX02	1.7.2006
Nycodol 50 mg Kaps.	10 St. 30 St.	2 2	N02AX02	1.7.2006
Nycodol Tropf.	10 ml 30 ml	2 2	N02AX02	1.7.2006

A6. Berichtigung von Streichungen von im Grünen Bereich des Erstattungskodex angeführten Arzneispezialitäten:

	Arzneispezialität	Menge	OP	ATC-Code	mit Wirkung vom
IND	Premarin plus 0,625 mg Kombipackung bei schwerem klimakterischen Syndrom	1 St.	2	G03FB07	31.3.2006 statt 17.2.2006
IND	Premarin plus 1,25 mg Kombipackung bei schwerem klimakterischen Syndrom	1 St.	2	G03FB07	31.3.2006 statt 17.2.2006
	Colpron Tabl.	20 St.	2	G03DB03	31.3.2006 statt 17.2.2006
IND	Leucovorin 15 mg Tabl. Folsäuremangel verursacht durch Methotrexat, Kombinationstherapie mit 5-Fluorouracil	10 St.		V03AF03	31.3.2006 statt 17.2.2006
IND	Perennia mite Manteldrag. bei schwerem klimakterischen Syndrom	28 St.	2	G03FA12	31.3.2006 statt 17.2.2006
IND	Perennia Manteldrag. bei schwerem klimakterischen Syndrom	28 St.	2	G03FA12	31.3.2006 statt 17.2.2006
IND	Premarin 0,625 mg Drag. bei schwerem klimakterischen Syndrom	28 St.	2	G03CA57	31.3.2006 statt 17.2.2006
	Premarin i.v.Trockenstechamp. m. Lsgm.	1 St.	2	G03CA57	31.3.2006 statt 17.2.2006
	Premarin Vaginal-Creme	40 g	2	G03CA57	31.3.2006 statt 17.2.2006

IND	Sequennia Drag. u. Manteldrag. bei schwerem klimakterischen Syndrom	28 St.	2	G03FB06	31.3.2006 statt 17.2.2006
-----	---	--------	---	---------	---------------------------------

B. Gelber Bereich des Erstattungskodex

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

Arzneispezialität	Menge	ATC-Code	mit Wirkung vom
Nebido 1000 mg/4 ml Amp.	1 St. (4 ml)	G03BA03	1.7.2006
Bei Hypogonadismus mit entsprechender klinischer Symptomatik und nachgewiesenem erniedrigtem Testosteronspiegel, für den eine Testosteronsubstitution indiziert ist bei <ul style="list-style-type: none"> - Klinefelter Syndrom - Zustand nach bilateraler Ochiektomie oder Trauma - kongenitalem Anorchismus. <ul style="list-style-type: none"> •Für seltene andere Formen des primären und sekundären Hypogonadismus durch angeborene oder erworbene Erkrankungen ist die Kostenübernahme im ausführlich begründeten Einzelfall bei Diagnosestellung und Verlaufskontrollen durch ein Zentrum möglich. •Keine Kostenübernahme bei PADAM (partielles Androgendefizit des alternden Mannes). •Androgene können die Entwicklung eines subklinischen Prostatakrebses und einer benignen Prostatahyperplasie beschleunigen. 			
Neulasta 6 mg Inj.lsg. in einem vorgefüllten Injektor	1 St. (0,6 ml)	L03AA13	1.7.2006
Neutropenie (unter 2000/Mikroliter bzw. 2G/L) und Verminderung der Häufigkeit neutropenischen Fiebers bei Patienten unter myelosuppressiver Chemotherapie wegen nicht- myeloischer maligner Erkrankung, nach myeloablativer Therapie mit anschließender Knochenmarktransplantation, zur Mobilisierung von Blutstammzellen, mit schwerer idiopathischer, zyklischer oder kongenitaler Neutropenie, mit fortgeschrittener HIV-Infektion. Therapieeinleitung und regelmäßige Kontrollen durch entsprechende Zentren.			
Tasmar 100 mg Filmtabl.	60 St. 100 St.	N04BX01	1.7.2006
Als Mittel der weiteren Wahl in Kombination mit Levodopa/Benserazid oder Levodopa/Carbidopa (N04BA02) bei Patienten mit idiopathischem Morbus Parkinson und Fluktuationen in der Beweglichkeit, die auf andere COMT-Inhibitoren (N04BX02, N04BA03) nicht ansprechen bzw. diese nicht vertragen. Therapieabbruch, wenn innerhalb von 3 Wochen nach Beginn der Behandlung unabhängig von der Dosierung keine wesentliche Verbesserung der Symptomatik erkennbar ist. Regelmäßige Überprüfung der Leberfunktion entsprechend der Fachinformation und Therapieabbruch bei erhöhter ALT und/oder AST oder bei beginnender Leberinsuffizienz. Erstverordnung und regelmäßige Therapiekontrolle durch in der Behandlung des fortgeschrittenen Morbus Parkinson erfahrene Neurologen bzw. durch entsprechende Zentren. Tasmar darf erst nach vollständiger informativer Erörterung der Risiken mit dem Patienten verschrieben werden. Cave: Eine regelmäßige Bestimmung der Leberwerte erlaubt keine verlässliche Voraussage hinsichtlich des Auftretens einer fulminanten Hepatitis. AST (ehemals GOT), ALT (ehemals GPT)			

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

Arzneispezialität	Menge	ATC-Code	mit Wirkung vom
Ciscutan 20 mg Kaps.	100 St.	D10BA01	1.7.2006
Wenn Therapiealternativen (Packungsgrößen) des Grünen Bereiches zur Abdeckung des individuellen Monatsbedarfes nicht ausreichen			

EpiPen 0,15 mg/Dosis Inj.Lsg.	1 St.	C01CA24	1.7.2006
Sofortbehandlung von akuten allergischen Reaktionen (Anaphylaxie), verursacht durch Nahrungsmittel, Arzneimittel, Insektenbisse oder –stiche und andere Allergene. Fortsetzungsbehandlung nur mit Dokumentation der Allergie.			
EpiPen 0,3 mg/Dosis Inj.Lsg.	1 St.	C01CA24	1.7.2006
Sofortbehandlung von akuten allergischen Reaktionen (Anaphylaxie), verursacht durch Nahrungsmittel, Arzneimittel, Insektenbisse oder –stiche und andere Allergene. Fortsetzungsbehandlung nur mit Dokumentation der Allergie.			
Isotretinoin „ratiopharm“ 20 mg Kaps.	100 St.	D10BA01	1.7.2006
Wenn Therapiealternativen (Packungsgrößen) des Grünen Bereiches zur Abdeckung des individuellen Monatsbedarfes nicht ausreichen			
Ketek 400 mg Filmtabl.	10 St.	J01FA15	1.7.2006
In der Indikation leichte bis mittelschwere ambulant erworbene Pneumonie sowie akut exazerbierte chronische Bronchitis bei Patienten, –die schon mindestens einmal aufgrund von Pneumonie oder akut exazerbierter chronischer Bronchitis hospitalisiert worden sind, oder -die innerhalb der letzten sechs Monate vor der aktuellen Infektion eine vermutete Pneumokokken-Infektion durchgemacht haben.			
Mesagran 1000 mg Retardgran.	50 St. 100 St.	A07EC02	1.7.2006
Wenn mit Therapiealternativen (Darreichungsformen) aus dem Grünen Bereich nachweislich nicht das Auslangen gefunden werden kann			
Pentasa retard 1 g Gran.	50 St. 100 St.	A07EC02	1.7.2006
Wenn mit Therapiealternativen (Darreichungsformen) aus dem Grünen Bereich nachweislich nicht das Auslangen gefunden werden kann			
Symbicort forte Turbohaler Dosier-Pulverinhalator	1 St.	R03AK07	1.7.2006
Bei Erstverordnung durch den Pulmologen, wenn mit Therapiealternativen (langwirksame Beta-mimetika und Glukokortikoide in Kombination; R03AK06 oder R03AK07) aus dem Grünen Bereich bei a) schwerer und sehr schwerer COPD FEV1 kleiner 50 % d. Norm nach Bronchospasmyse und wiederholten Exazerbationen (mehr als 2x im Jahr) b) schwer persistierendem Asthma bronchiale FEV1 kleiner/gleich 50 % d. Norm nicht das Auslangen gefunden werden kann			
Zeldox 80 mg Hartkaps.	56 St.	N05AE04	1.7.2006
Wenn mit Wirkstoffstärken aus dem Grünen Bereich nachweislich nicht das Auslangen gefunden werden kann			
Zyprexa 15 mg Filmtabl.	28 St.	N05AH03	1.7.2006
Wenn mit Wirkstoffstärken aus dem Grünen Bereich nachweislich nicht das Auslangen gefunden werden kann			
Zyprexa VeloTab 15 mg Schmelztabl.	28 St.	N05AH03	1.7.2006
Wenn mit Wirkstoffstärken aus dem Grünen Bereich nachweislich nicht das Auslangen gefunden werden kann			

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

Beriate P 100 I.E./ml Trockenstechamp.	1 St. 250 IE 1St. 500 IE 1 St. 1000 IE	B02BD02	1.7.2006
---	---	---------	----------

Eine Kostenübernahme ist möglich in der Indikation angeborener (Hämophilie A) oder erworbener Faktor VIII Mangel und zur Therapie von Patienten mit niedrigem Antikörpertiter gegenüber Faktor VIII.

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

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

Arzneispezialität	Menge	ATC-Code	mit Wirkung vom
Cefixim "Hexal" 200 mg Filmtabl.	6 St. 14 St.	J01DD08	30.05.2006
Cefixim "Hexal" 400 mg Filmtabl.	3 St. 7 St.	J01DD08	30.05.2006
Amoclanhexal 1 g Filmtabl.	10 St. 14 St.	J01CR02	31.05.2006
Amoclanhexal 457mg/5ml Trockensaft	70 ml 140 ml	J01CR02	31.05.2006
Amoxiclavulan "1a Pharma" 1 g Filmtabl.	10 St. 14 St.	J01CR02	31.05.2006
Tamsulosin "Hexal" retard 0,4 mg Kaps.	30 St.	G04CA02	31.05.2006
Tamsulosin "Sandoz" retard 0,4 mg Kaps.	30 St.	G04CA02	31.05.2006
Otosat 1,0 mg/0,5 ml Ohrentropfen	20 St.	S02AA	07.06.2006
Sumatriptan "Hexal" 50 mg Tabl.	2 St. 6 St.	N02CC01	01.06.2006
Sumatriptan "Hexal" 100 mg Tabl.	2 St. 6 St.	N02CC01	01.06.2006
Sumatriptan "1a Pharma" 50 mg Tabl.	2 St. 6 St.	N02CC01	01.06.2006
Sumatriptan "1a Pharma" 100 mg Tabl.	2 St. 6 St.	N02CC01	01.06.2006
Ondansetron "Sandoz" 4 mg Filmtabl.	10 St.	A04AA01	26.06.2006
Ondansetron "Sandoz" 8 mg Filmtabl.	10 St.	A04AA01	26.06.2006
Citalopram "Ranbaxy" 20 mg Filmtabl.	14 St. 30 St.	N06AB04	01.07.2006
Citalopram "Ranbaxy" 40 mg Filmtabl.	14 St. 30 St.	N06AB04	01.07.2006
Fosrenol 250 mg Kautabl.	90 St.	V03AE03	01.07.2006
Ondansetron "ratiopharm" 4 mg Filmtabl.	10 St.	A04AA01	01.07.2006
Ondansetron "ratiopharm" 8 mg Filmtabl.	10 St.	A04AA01	01.07.2006

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

Arzneispezialität	Menge	ATC-Code	mit Wirkung vom
Iscador M (Mali) Ampullen Serie 0	7 St. 21 St.	L01C	1.7.2006
Iscador M (Mali) Ampullen Serie 1	7 St. 21 St.	L01C	1.7.2006
Iscador M (Mali) Ampullen Serie 2	7 St. 21 St.	L01C	1.7.2006
Iscador P (Pini) Ampullen Serie 0	7 St. 21 St.	L01C	1.7.2006
Iscador P (Pini) Ampullen Serie 1	7 St. 21 St.	L01C	1.7.2006
Iscador P (Pini) Ampullen Serie 2	7 St. 21 St.	L01C	1.7.2006
Iscador Qu (Quercus) Ampullen Serie 0	7 St. 21 St.	L01C	1.7.2006
Iscador Qu (Quercus) Ampullen Serie 1	7 St. 21 St.	L01C	1.7.2006
Iscador Qu (Quercus) Ampullen Serie 2	7 St. 21 St.	L01C	1.7.2006
Visudyne 15 mg Pulver z. Herst. einer Infusionslg.	1 St.	L01XD02	1.7.2006

*

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 Fluoxetin „1A Pharma“ 20 mg Tabl. erfolgte aufgrund des Bescheides des Bundesministeriums für Gesundheit und Frauen vom 28. Oktober 2004, GZ 947.270/01 – III/A/5/04. 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 Änderung der Bezeichnung der Arzneispezialität Fluoxetin „1A Pharma“ 40 mg Tabl. erfolgte aufgrund des Bescheides des Bundesministeriums für Gesundheit und Frauen vom 28. Oktober 2004, GZ 947.268/01 – III/A/5/04. Gemäß dem Erlass des Bundesministeriums für soziale Sicherheit, Generationen und Konsumentenschutz vom 29. Juni 2005, GZ: BMSG-21410/0019-II/A/3/2005, ist in diesen Fällen eine Beurkundung nicht notwendig

Die Streichung der Arzneispezialität Ditec Dosier Aerosol erfolgte wegen der Aufhebung der Zulassung mit Schreiben des Bundesministerium für Gesundheit und Frauen vom 30. Dezember 2005 per 30. Juni 2006, GZ 928.419/01-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 sonstigen Änderungen des Erstattungskodex erfolgten mit Entscheidung des Hauptverbandes der österreichischen Sozialversicherungsträger vom 16. März 2006 (betrifft Itraconazol „Stada“ 100 mg Kaps.) und vom 29. Mai 2006. Die Bundesministerin für soziale Sicherheit, Generationen und Konsumentenschutz hat das gesetzmäßige Zustandekommen mit Erlass vom 22.6.2006, GZ: BMSG-21410/0008-II/A/3/2006 beurkundet.

Für den Hauptverband:

Laminger

Hartinger

