

**Amtliche Verlautbarung der österreichischen Sozialversicherung im Internet: [www.avsv.at](http://www.avsv.at)****Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger**

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

**23. Änderung des Erstattungskodex**

Der Erstattungskodex, Amtliche Verlautbarung im Internet Nr. 110/2004, zuletzt geändert durch die Amtliche Verlautbarung im Internet Nr. 111/2006, 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.
- D = Facharzt für Haut- und Geschlechtskrankheiten
- U = Facharzt für Urologie
- Die Aufnahme der Arzneispezialität in den Grünen Bereich des Erstattungskodex bezieht sich auf eine oder mehrere ärztliche Fachgruppen. Nach gesicherter Diagnostik und Vorliegen eines Therapiekonzeptes durch den angegebenen Facharzt 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.
- L3, L4, L5, ... = Eine Langzeitgenehmigung ist für die als Nummer angegebenen Monate möglich (z.B. L3 → Langzeitbewilligung für 3 Monate möglich, L4 → Langzeitbewilligung für 4 Monate möglich)
- SG = Arzneispezialitäten, welche ohne Einschränkung den strengen Abgabebestimmungen für Suchtgifte unterliegen.

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

	Arzneispezialität	Menge	OP	ATC-Code	mit Wirkung vom
	<b>Azithromycin "Sandoz" 500 mg Filmtabl.</b>	3 St.	-	J01FA10	1.12.2006
	<b>Cefixim "Hexal" 200 mg Filmtabl.</b>	6 St. 14 St.	2 -	J01DD08	1.12.2006
	<b>Cefixim "Hexal" 400 mg Filmtabl.</b>	3 St. 7 St.	2 -	J01DD08	1.12.2006
	<b>Citalopram "Ranbaxy" 20 mg Filmtabl.</b>	14 St. 30 St.	2 -	N06AB04	1.12.2006
	<b>Citalopram "Ranbaxy" 40 mg Filmtabl.</b>	14 St. 30 St.	2 -	N06AB04	1.12.2006
D	<b>Curatoderm Emulsion zur Anwendung auf der Haut</b>	30 ml 50 ml	2 -	D05AX04	1.12.2006
IND	<b>Ondansetron "Arcana" 4 mg Filmtabl.</b> Zusatzbehandlung bei Chemo- oder Radiotherapie	10 St.	-	A04AA01	1.12.2006

IND	<b>Ondansetron "Arcana" 8 mg Filmtabl.</b> Zusatzbehandlung bei Chemo- oder Radiotherapie	10 St.	-	A04AA01	1.12.2006
IND	<b>Ondansetron "ratiopharm" 4 mg Filmtabl.</b> Zusatzbehandlung bei Chemo- oder Radiotherapie	10 St.	-	A04AA01	1.12.2006
IND	<b>Ondansetron "ratiopharm" 8 mg Filmtabl.</b> Zusatzbehandlung bei Chemo- oder Radiotherapie	10 St.	-	A04AA01	1.12.2006
IND	<b>Ondansetron "Sandoz" 4 mg Filmtabl.</b> Zusatzbehandlung bei Chemo- oder Radiotherapie	10 St.	-	A04AA01	1.12.2006
IND	<b>Ondansetron "Sandoz" 8mg Filmtabl.</b> Zusatzbehandlung bei Chemo- oder Radiotherapie	10 St.	-	A04AA01	1.12.2006
IND	<b>Ondansan 4 mg Filmtabl.</b> Zusatzbehandlung bei Chemo- oder Radiotherapie	10 St.	-	A04AA01	1.12.2006
IND	<b>Ondansan 8 mg Filmtabl.</b> Zusatzbehandlung bei Chemo- oder Radiotherapie	10 St.	-	A04AA01	1.12.2006
IND	<b>Sumatriptan "1a Pharma" 50 mg Tabl.</b> Migräne nach Erstverordnung durch einen Neuro- logen	2 St. 6 St.	2 -	N02CC01	1.12.2006
IND	<b>Sumatriptan "1a Pharma" 100 mg Tabl.</b> Migräne nach Erstverordnung durch einen Neuro- logen	2 St. 6 St.	2 -	N02CC01	1.12.2006
IND	<b>Sumatriptan "Hexal" 50 mg Tabl.</b> Migräne nach Erstverordnung durch einen Neuro- logen	2 St. 6 St.	2 -	N02CC01	1.12.2006
IND	<b>Sumatriptan "Hexal" 100 mg Tabl.</b> Migräne nach Erstverordnung durch einen Neuro- logen	2 St. 6 St.	2 -	N02CC01	1.12.2006

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

Arzneispezialität	Menge	OP	ATC-Code	mit Wirkung vom
<b>Doxybene 100 mg Kaps.</b>	5 St.	-	J01AA02	1.12.2006

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

Arzneispezialität	Menge	OP	ATC-Code	mit Wirkung vom
IND <b>Gabapentin "Torrex" 300 mg Kaps.</b> Behandlung bei Epilepsien, die durch andere Antiepileptika ungenügend kontrolliert sind und Behandlung des neuropathischen Schmerzes, wenn mit kostengünstigeren Therapiealternativen (ATC N02A, N03AF01, N06A) nachweislich nicht das Auslangen gefunden werden kann	100 St.	-	N03AX12	1.12.2006
IND <b>Gabapentin "Torrex" 400 mg Kaps.</b> Behandlung bei Epilepsien, die durch andere Antiepileptika ungenügend kontrolliert sind und Behandlung des neuropathischen Schmerzes, wenn mit kostengünstigeren Therapiealternativen (ATC N02A, N03AF01, N06A) nachweislich nicht das Auslangen gefunden werden kann	100 St.	-	N03AX12	1.12.2006

#### A4. Änderung der Verschreibbarkeit von im Grünen Bereich des Erstattungskodex angeführten Arzneispezialitäten:

Arzneispezialität	Menge	OP	ATC-Code	mit Wirkung vom
U <b>Aglandin retard 0,4 mg Kaps.</b>	10 St. 30 St.	2 2	G04CA02	1.12.2006

SG	<b>Hydal retard 2 mg Kaps.</b>	10 St. 30 St.	2 2	N02AA03	1.12.2006
SG	<b>Hydal retard 4 mg Kaps.</b>	10 St. 30 St.	2 2	N02AA03	1.12.2006
SG	<b>Hydal retard 8 mg Kaps.</b>	10 St. 30 St.	2 2	N02AA03	1.12.2006
SG	<b>Hydal retard 16 mg Kaps.</b>	10 St. 30 St.	2 2	N02AA03	1.12.2006
SG	<b>Hydal retard 24 mg Kaps.</b>	10 St. 30 St.	2 2	N02AA03	1.12.2006
U	<b>Tamsulosin "Arcana" retard 0,4 mg Kaps.</b>	10 St. 30 St.	2 2	G04CA02	1.12.2006
U	<b>Tamsulosin "Interpharm" retard Kaps.</b>	10 St. 30 St.	2 2	G04CA02	1.12.2006
U	<b>Tamsulosin "ratiopharm" retard 0,4 mg Kaps.</b>	10 St. 30 St.	2 2	G04CA02	1.12.2006
U	<b>Tamsulosin "Stada" retard 0,4 mg Kaps.</b>	10 St. 30 St.	2 2	G04CA02	1.12.2006
	<b>Ursofalk Kaps.</b>	50 St.	2	A05AA02	1.12.2006

#### A5. Änderung der Bezeichnung von im Grünen Bereich des Erstattungskodex angeführten Arzneispezialitäten:

Arzneispezialität	Menge	O P	ATC-Code	mit Wirkung vom
<b>Fragmin 2500 IE Fertigspr.</b> (vormals Fragmin 1250 IE/0,1 ml Spritzamp.)	5 St. 10 St.	- -	B01AB04	1.12.2006
<b>Fragmin 5000 IE Fertigspr.</b> (vormals Fragmin 2500 IE/0,1 ml Spritzamp.)	5 St. 10 St.	- -	B01AB04	1.12.2006
<b>Novolizer Budesonid „Meda“ 200 mcg Plv. z. Inhalation</b> (vormals Novolizer Budesonid 200 mcg Plv. z. Inhalation)	200 Hub + Inhalator 200 Hub	- -	R03BA02	1.12.2006
<b>Novolizer Budesonid „Meda“ 400 mcg Plv. z. Inhalation</b> (vormals Novolizer Budesonid „Viatrix“ 400 mcg Plv. z. Inhalation)	100 Hub + Inhalator 100 Hub	- -	R03BA02	1.12.2006
<b>Novolizer Salbutamol „Meda“ 100 mcg Plv. z. Inhalation</b> (vormals Novolizer Salbutamol „Viatrix“ 100 mcg Pulver zur Inhalation)	200 Hub + Inhalator 200 Hub	- -	R03AC02	1.12.2006
<b>Proluton Depot 250 mg Amp,</b> (vormals Proluton Depot „Schering“ Ampullen)	3 St. 1 ml	-	G03DA03	1.12.2006
<b>Suprefact 0,1 mg nasale Sprühlg.</b> (vormals Suprefact „Behring“ 0,1 mg nasale Sprühlg.)	4 St. 4 x 100 Hübe	-	L02AE01	1.12.2006

#### A6. Streichung von im Grünen Bereich des Erstattungskodex angeführten Arzneispezialitäten:

Arzneispezialität	Menge	OP	ATC-Code	mit Wirkung vom
<b>Ambene Doppelamp.</b>	1 St.	2	M01BA01	1.12.2006
<b>Ambene Fertigspr.</b>	1 St.	2	M01BA01	1.12.2006
<b>Ambene-N Tabl.</b>	20 St. 50 St.	2 -	M01AA01	1.12.2006
<b>Bezalip 200 mg Filmtabl.</b>	30 St.	2	C10AB02	1.12.2006
<b>Buti Spirobene Tabl.</b>	20 St. 50 St.	2 -	C03EA14	1.12.2006

<b>Delphicort Kristallsusp. Amp. 25 mg</b>	1 St. (1 ml)	2	H02AB08	1.12.2006
	3 St. (1 ml)	-		
<b>Delphicort Kristallsusp. Dstfl.</b>	5 ml (1 St.)	2	H02AB08	1.12.2006
<b>Fosicomb mite Tabl.</b>	30 St.	2	C09BA09	1.12.2006
<b>Imbun 500 mg Zäpf.</b>	6 St.	2	M01AE01	1.12.2006
<b>Indobene 100 mg Rektalkaps.</b>	5 St.	2	M01AB01	1.12.2006
<b>Moclobemid "Torrex" 150 mg Filmtabl.</b>	30 St.	2	N06AG02	1.12.2006
	100 St.	-		
<b>Moclobemid "Torrex" 300 mg Filmtabl.</b>	30 St.	-	N06AG02	1.12.2006
	60 St.	-		
<b>Nifedipin retard 20 mg Kaps.</b>	20 St.	2	C08CA05	1.12.2006
	50 St.	2		
<b>Ölbad Cordes Badekonzentrat</b>	90 g	2	D11AX	1.12.2006
<b>Progynova – Dragees</b>	20 St.	-	G03CA03	9.11.2006
<b>Species nervinae "Kwizda"</b>	70 g	2	N05CM	30.11.2006
<b>Sucralbene 1 g/5 ml orale Susp.</b>	20 St.	2	A02BX02	1.12.2006
	(Beutel zu 5 ml)			
	50 St.	2		
	(Beutel zu 5 ml)			
<b>Valium "Roche" 10 mg Amp.</b>	5 St. (2 ml)	2	N05BA01	1.12.2006

## B. Gelber Bereich des Erstattungskodex

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

Arzneispezialität	Menge	ATC-Code	mit Wirkung vom
<b>Azilect 1 mg Tabl.</b>	10 St. 30 St.	N04BD02	1.12.2006
Bei M. Parkinson als Zusatztherapie zu Levodopa, wenn Entacapon nicht vertragen wird oder als Alternative zu Entacapon, wenn trotz eines Dosissplittings von Levodopa Wirkungsfrequenzen auftreten.			
<b>Bonviva 3 mg/3 ml Inj.lsg. in einer Fertigspr.</b>	1 St.	M05BA06	1.12.2006
Behandlung der postmenopausalen Osteoporose (Knochendichte liegt mehr als 2,5 Standardabweichungen unter dem Durchschnittswert junger Erwachsener),			
<ul style="list-style-type: none"> <li>- 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;</li> <li>- wenn Schluckbeschwerden oder Schluckschmerzen eine orale Einnahme von Bisphosphonaten unmöglich machen;</li> <li>- wenn chronische gastrointestinale Erkrankungen eine ausreichende Resorption nach oraler Gabe nicht erwarten lassen;</li> <li>- wenn die Einnahmeverfahren 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.</li> </ul>			
<b>Kentera 3,9 mg/24 Stunden transdermales Pflaster</b>	2 St. 8 St.	G04BD04	1.12.2006
Bei Dranginkontinenz, die aufgrund von therapiebegrenzender Sicca-Symptomatik durch mind. zwei orale Anticholinergika (mit unterschiedlichem Wirkstoff: G04BD04, G04BD09) aus dem grünen Bereich nach Titration auf die maximal verträgliche Dosis nachweislich (Miktionsprotokoll) nicht ausreichend behandelt werden konnte. Therapiefortsetzung nur bei anhaltender Symptomkontrolle bei gleichzeitig reduzierter Sicca-Symptomatik.			

- |    |   |        |         |           |
|----|---|--------|---------|-----------|
| L6 | <b>Mimpara 30 mg Filmtabl.</b>  | 28 St. | H05BX01 | 1.12.2006 |
|    | <p>1. Als Zusatztherapie bei sekundärem Hyperparathyreoidismus (sHPT) dialysepflichtiger Patienten ab einem Serum- PTH &gt; 300 pg/ml, wenn mit herkömmlichen Therapien (Phosphatbinder, Vitamin D Präparate) aus dem grünen Bereich nachweislich der Serum PTH- Wert nicht in den Zielbereich für Dialysepatienten (150-300 pg/ml) gesenkt oder gehalten werden kann. Die Behandlung mit Mimpara darf nur bei Patienten verlängert werden, die auf die Therapie angesprochen haben (Senkung des Serum PTH- Wertes um &gt; 30% nach einer Behandlungsdauer von 12 Wochen).</p> <p>Bei Patienten, die auf die Behandlung mit Mimpara im obigen Sinne angesprochen haben, ist eine chef(kontroll)ärztliche Langzeitgenehmigung für 6 Monate möglich (L6).</p> <p>Diagnosestellung und regelmäßige Kontrollen in entsprechender Fachabteilung bzw. Ambulanz.</p> <p>Anmerkung: Im Einzelfall ist bei entsprechender Begründung eine Kombination mit einem Phosphatbinder aus dem gelben Bereich möglich.</p> |        |         |           |
|    | <p>2. Zur Verminderung der Hyperkalzämie bei Patienten mit Nebenschilddrüsenkarzinom.</p>   |        |         |           |
| L6 | <b>Mimpara 60 mg Filmtabl.</b>  | 28 St. | H05BX01 | 1.12.2006 |
|    | <p>1. Als Zusatztherapie bei sekundärem Hyperparathyreoidismus (sHPT) dialysepflichtiger Patienten ab einem Serum- PTH &gt; 300 pg/ml, wenn mit herkömmlichen Therapien (Phosphatbinder, Vitamin D Präparate) aus dem grünen Bereich nachweislich der Serum PTH- Wert nicht in den Zielbereich für Dialysepatienten (150-300 pg/ml) gesenkt oder gehalten werden kann. Die Behandlung mit Mimpara darf nur bei Patienten verlängert werden, die auf die Therapie angesprochen haben (Senkung des Serum PTH- Wertes um &gt; 30% nach einer Behandlungsdauer von 12 Wochen).</p> <p>Bei Patienten, die auf die Behandlung mit Mimpara im obigen Sinne angesprochen haben, ist eine chef(kontroll)ärztliche Langzeitgenehmigung für 6 Monate möglich (L6).</p> <p>Diagnosestellung und regelmäßige Kontrollen in entsprechender Fachabteilung bzw. Ambulanz.</p> <p>Anmerkung: Im Einzelfall ist bei entsprechender Begründung eine Kombination mit einem Phosphatbinder aus dem gelben Bereich möglich.</p> |        |         |           |
|    | <p>2. Zur Verminderung der Hyperkalzämie bei Patienten mit Nebenschilddrüsenkarzinom.</p>   |        |         |           |
| L6 | <b>Mimpara 90 mg Filmtabl.</b>  | 28 St. | H05BX01 | 1.12.2006 |
|    | <p>1. Als Zusatztherapie bei sekundärem Hyperparathyreoidismus (sHPT) dialysepflichtiger Patienten ab einem Serum- PTH &gt; 300 pg/ml, wenn mit herkömmlichen Therapien (Phosphatbinder, Vitamin D Präparate) aus dem grünen Bereich nachweislich der Serum PTH- Wert nicht in den Zielbereich für Dialysepatienten (150-300 pg/ml) gesenkt oder gehalten werden kann. Die Behandlung mit Mimpara darf nur bei Patienten verlängert werden, die auf die Therapie angesprochen haben (Senkung des Serum PTH- Wertes um &gt; 30% nach einer Behandlungsdauer von 12 Wochen).</p> <p>Bei Patienten, die auf die Behandlung mit Mimpara im obigen Sinne angesprochen haben, ist eine chef(kontroll)ärztliche Langzeitgenehmigung für 6 Monate möglich (L6).</p> <p>Diagnosestellung und regelmäßige Kontrollen in entsprechender Fachabteilung bzw. Ambulanz.</p> <p>Anmerkung: Im Einzelfall ist bei entsprechender Begründung eine Kombination mit einem Phosphatbinder aus dem gelben Bereich möglich.</p> |        |         |           |
|    | <p>2. Zur Verminderung der Hyperkalzämie bei Patienten mit Nebenschilddrüsenkarzinom.</p>   |        |         |           |
| L6 | <b>Preotact 100 mcg Plv. u. Lsgm. zur Herst. e. Inj. lsg.</b>   | 2 St.  | H05AA03 | 1.12.2006 |
|    | <p>Progrediente Osteoporose wenn trotz adäquat geführter, mehr als zwei Jahre währender antiresorptiver Therapie Wirbelkörperfrakturen auftreten. Erstverordnung durch Osteoporose-Ambulanz. Die maximale Therapiedauer beträgt 24 Monate. Preotact eignet sich für eine chef(kontroll)ärztliche Langzeitgenehmigung für 6 Monate (L6).</p> <p>Anmerkungen:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Befund einer Knochenbiopsie wünschenswert</li> <li>2. Bisphosphonat - Unverträglichkeit ist keine Indikation</li> </ol>   |        |         |           |
|    | <b>Prolastin 1000 mg</b>  | 1 St.  | B02AB02 | 1.12.2006 |

Bei progredientem Lungenemphysem mit homozygotem Alpha-1-Proteinaseinhibitormangel (< 35% des Normwertes) und einer FEV1 im Bereich von 30 bis 60% und Tabakrauchabstinenz. Erstverordnung nur durch ein Zentrum für Pulmologie und regelmäßige Kontrolle (mindestens einmal jährlich) durch einen Facharzt/durch ein Zentrum für Pulmologie und Meldung an das nationale Register für Alpha-1 Antitrypsinmangel an der Ambulanz der II. Med. Abt. des Wilhelminen Spitals (Lungenabteilung).

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

Arzneispezialität	Menge	ATC-Code	mit Wirkung vom
<b>Agaffin Abführgel</b>	500 ml	A06AB08	1.12.2006
Wenn Therapiealternativen (Packungsgrößen) des Grünen Bereiches zur Abdeckung des individuellen Monatsbedarfes nicht ausreichen.			
<b>Diflucan 50 mg Kaps.</b>	7 St.	J02AC01	1.12.2006
Wenn mit Therapiealternativen (Packungsgröße, Wirkstoffstärke) aus dem Grünen Bereich nachweislich nicht das Auslangen gefunden werden kann.			
<b>Diflucan 100 mg Kaps.</b>	7 St.	J02AC01	1.12.2006
Wenn mit Therapiealternativen (Packungsgröße, Wirkstoffstärke) aus dem Grünen Bereich nachweislich nicht das Auslangen gefunden werden kann.			
<b>Diflucan 200 mg Kaps.</b>	7 St.	J02AC01	1.12.2006
Wenn mit Therapiealternativen (Packungsgröße, Wirkstoffstärke) aus dem Grünen Bereich nachweislich nicht das Auslangen gefunden werden kann.			
<b>Fluconazol "ratiopharm" 50 mg Kaps.</b>	7 St.	J02AC01	1.12.2006
Wenn mit Therapiealternativen (Packungsgröße, Wirkstoffstärke) aus dem Grünen Bereich nachweislich nicht das Auslangen gefunden werden kann.			
<b>Fluconazol "ratiopharm" 100 mg Kaps.</b>	7 St.	J02AC01	1.12.2006
Wenn mit Therapiealternativen (Packungsgröße, Wirkstoffstärke) aus dem Grünen Bereich nachweislich nicht das Auslangen gefunden werden kann.			
<b>Fluconazol "ratiopharm" 200 mg Kaps.</b>	7 St.	J02AC01	1.12.2006
Wenn mit Therapiealternativen (Packungsgröße, Wirkstoffstärke) aus dem Grünen Bereich nachweislich nicht das Auslangen gefunden werden kann.			
<b>Humira 40 mg Injls. in Fertigspr.</b>	2 St.	L04AA17	1.12.2006
1. Mittelschwere bis schwere aktive rheumatoide Arthritis erwachsener Patienten ab 18 Jahren nach Versagen von mindestens zwei anderen DMARDS (disease-modifying anti-rheumatic drugs) inklusive Methotrexat. Um eine maximale Wirksamkeit zu gewährleisten, wird Humira in Kombination mit Methotrexat angewendet. Humira kann im Falle einer Unverträglichkeit von Methotrexat, als Monotherapie angewendet werden. Die vorliegenden Untersuchungsergebnisse lassen darauf schließen, dass ein klinisches Ansprechen normalerweise innerhalb von 12 Wochen erzielt wird. Erstverordnung und engmaschige Kontrolle durch einen Facharzt mit Additivfach Rheumatologie oder durch Zentren, die berechtigt sind, solche auszubilden. Gegenanzeigen der Fachinformation beachten!			
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.			
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.			
<b>Na. chlorat. physiolog. "Fresenius" Inf.fl. 250 ml</b>	10 St. (250 ml)	B05BB01	1.12.2006
Bei Exsikkose, wenn eine orale Flüssigkeitszufuhr nicht ausreichend möglich ist.			

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

Arzneispezialität	Menge	ATC-Code	mit Wirkung vom
<b>Atacand 32 mg Tabl.</b>	28 St. (OP 2)	C09CA06	1.12.2006
Bei Herzinsuffizienz ab NYHA Stadium II wenn ACE - Hemmer nicht vertragen werden oder als Zusatztherapie zu ACE - Hemmern in maximal verträglicher Dosierung. Zur Auftitration ist es möglich, die Wirkstoffstärken (Candesartan 4 mg, 8 mg, 16 mg) aus dem grünen Bereich des Erstattungskodex ohne vorherige chef(kontroll)ärztliche Genehmigung einzusetzen.			
<b>Blopress 32 mg Tabl.</b>	28 St. (OP 2)	C09CA06	1.12.2006
Bei Herzinsuffizienz ab NYHA Stadium II wenn ACE - Hemmer nicht vertragen werden oder als Zusatztherapie zu ACE - Hemmern in maximal verträglicher Dosierung. Zur Auftitration ist es möglich, die Wirkstoffstärken (Candesartan 4 mg, 8 mg, 16 mg) aus dem grünen Bereich des Erstattungskodex ohne vorherige chef(kontroll)ärztliche Genehmigung einzusetzen.			

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

Arzneispezialität	Menge	ATC-Code	mit Wirkung vom
<b>Azithromycin "Hexal" 500 mg Filmtabl.</b>	3 St.	J01FA10	24.10.2006
<b>Apidra 100 E/ml Injektionslsg. i. e. Fertigipen</b>	5 St.	A10AB06	01.11.2006
<b>Avaglim 4 mg/4 mg Filmtabl.</b>	28 St.	A10BD04	01.11.2006
<b>Avaglim 8 mg/4 mg Filmtabl.</b>	28 St.	A10BD04	01.11.2006
<b>Ondansetron "Stada" 4 mg Filmtabl.</b>	10 St.	A04AA01	01.11.2006
<b>Ondansetron "Stada" 8 mg Filmtabl.</b>	10 St.	A04AA01	01.11.2006
<b>Infectoscab 5 % Creme</b>	30 g	P03AC04	08.11.2006
<b>Strattera 10 mg Hartkaps.</b>	7 St. 28 St.	N06BA09	09.11.2006
<b>Strattera 18 mg Hartkaps.</b>	7 St. 28 St.	N06BA09	09.11.2006
<b>Strattera 25 mg Hartkaps.</b>	7 St. 28 St.	N06BA09	09.11.2006
<b>Strattera 40 mg Hartkaps.</b>	7 St. 28 St.	N06BA09	09.11.2006
<b>Strattera 60 mg Hartkaps.</b>	28 St.	N06BA09	09.11.2006
<b>Lansoprazol "Arcana" 15 mg Kaps.</b>	28 St.	A02BC03	17.11.2006
<b>Lansoprazol "Arcana" 30 mg Kaps.</b>	7 St. 14 St. 28 St.	A02BC03	17.11.2006
<b>Alendronsäure "Arcana" 70 mg einmal wöchentlich Tabl. Abgabe gemeinsam mit Calcium Vit. D3 "Meda" Kautabl.</b>	4 St.	M05BA04	17.11.2006
<b>NovoRapid FlexPen 100 E/ml Inj.Lsg. in einem vorgefüllten Injektor</b>	5 St.	A10AB05	22.11.2006
<b>NovoMix 30 FlexPen 100 E /ml Inj.Susp. in einem vorgefüllten Injektor</b>	5 St.	A10AD05	23.11.2006

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

Arzneispezialität	Menge	ATC-Code	mit Wirkung vom
<b>Adamon 50 mg Schmelztabl.</b>	10 St. 30 St.	N02AX02	1.12.2006
<b>Gastroplex 10 mg Kaps.</b> (vormals Gastroprazol 10 mg Kaps.)	28 St.	A02BC01	3.11.2006
<b>Gastroplex 20 mg Kaps.</b>	14 St.	A02BC01	3.11.2006

(vormals Gastroprazol 20 mg Kaps.)	28 St.		
<b>Gastroplex 40 mg Kaps.</b>	14 St.	A02BC01	3.11.2006
(vormals Gastroprazol 40 mg Kaps.)	28 St.		
<b>Oxycontin retard 5 mg Filmtabl.</b>	10 St.	N02AA05	1.12.2006
	30 St.		
<b>OxyNorm 5 mg Kaps.</b>	10 St.	N02AA05	1.12.2006
	30 St.		
<b>OxyNorm 10 mg Kaps.</b>	10 St.	N02AA05	1.12.2006
	30 St.		
<b>OxyNorm 20 mg Kaps.</b>	10 St.	N02AA05	1.12.2006
	30 St.		
<b>Salagen 5 mg Filmtabl.</b>	84 St.	N07AX01	1.12.2006
<b>Zaldiar 37,5 mg/325 mg Filmtabl.</b>	30 St.	N02AX52	1.12.2006
	60 St.		

\*

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 Änderung der Bezeichnung der Arzneispezialität Fragmin 2500 IE Fertigspr. (vormals Fragmin 1250 IE/0,1 ml Spritzamp.) erfolgte aufgrund des Bescheides des Bundesamts für Sicherheit im Gesundheitswesen vom 13. April 2006.

Die Änderung der Bezeichnung der Arzneispezialität Fragmin 5000 IE Fertigspr. (vormals Fragmin 2500 IE/0,1 ml Spritzamp.) erfolgte aufgrund des Bescheides des Bundesamts für Sicherheit im Gesundheitswesen vom 13. April 2006.

Die Änderung der Bezeichnung der Arzneispezialität Novolizer Budesonid „Meda“ 200 mcg Plv.z. Inhalation (vormals Novolizer Budesonid 200 mcg Plv. z. Inhalation) erfolgte aufgrund des Acknowledgement of Approval des Federal Institute for Drugs and Medical Devices (BfArM) vom 26. Juni 2006, DE/H/0367/001-002/IB/018.

Die Änderung der Bezeichnung der Arzneispezialität Novolizer Budesonid „Meda“ 400 mcg Plv.z. Inhalation (vormals Novolizer Budesonid „Viatrix“ 400 mcg Plv. z. Inhalation) erfolgte aufgrund des Acknowledgement of Approval des Federal Institute for Drugs and Medical Devices (BfArM) vom 26. Juni 2006, DE/H/0367/001-002/IB/018.

Die Änderung der Bezeichnung der Arzneispezialität Novolizer Novolizer Salbutamol „Meda“ 100 mcg Plv. z. Inhalation (vormals Novolizer Salbutamol „Viatrix“ 100 mcg Plv. z. Inhalation) erfolgte aufgrund des Acknowledgement of Approval des Federal Institute for Drugs and Medical Devices (BfArM) vom 26. Juni 2006, DE/H/0333/001/IB/008.

Die Änderung der Bezeichnung der Arzneispezialität Proluton Depot 250 mg Amp. (vormals Proluton Depot „Schering“ Ampullen) erfolgte aufgrund des Bescheides des Bundesministeriums für Gesundheit und Umweltschutz vom 31. Juli 1980, Zl. II-124.861/1-8b/80.

Die Änderung der Bezeichnung der Arzneispezialität Suprefact 0,1 mg nasale Sprühlg. (vormals Suprefact „Behring“ 0,1 mg nasale Sprühlg.) erfolgte aufgrund des Bescheides des Bundesministeriums für Gesundheit und Konsumentenschutz vom 5. Oktober 1995, GZ. 2.927.114/01-II/C/16b/95.

Die Streichung der Arzneispezialität Progynova – Dragees erfolgt wegen der Aufhebung der Zulassung mit Schreiben des Bundesamts für Sicherheit im Gesundheitswesen vom 9. November 2006, GZ 124.436-02-06-LCM.

Die Streichung der Arzneispezialität Species nervinae „Kwizda“ erfolgt wegen der Aufhebung der Zulassung mit Schreiben des Bundesamts für Sicherheit im Gesundheitswesen vom 30. März 2006, GZ 922.904-01-06-LCM.

Die Streichung der Arzneispezialität Adamon 50 mg Schmelztabl. 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 22. September 2006, 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 Gastroplex 10, 20, 40 mg Kaps. 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 Oxycontin retard 5 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 26. September 2006, 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 Oxynorm 5, 10, 20 mg Kaps. 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 21. September 2006, 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 Salagen 5 mg Filmtabl. erfolgte auf Grund der Entscheidung der Unabhängigen Heilmittelkommission vom 19. Oktober 2006, GZ: 00000-91/0001-UHK/06.

Die Streichung der Arzneispezialität Zaldiar 37,5 mg/325 mg Filmtabl. erfolgte auf Grund der Entscheidung der Unabhängigen Heilmittelkommission vom 19. Oktober 2006, GZ: 00000-89/0-UHK/06.

Die sonstigen Änderungen des Erstattungskodex erfolgten mit Entscheidung des Hauptverbandes der österreichischen Sozialversicherungsträger vom 19. Oktober 2006.

Für den Hauptverband:

**Laminger**

**Hartinger**