

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

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

**24. Änderung des Erstattungskodex**

Der Erstattungskodex, Amtliche Verlautbarung im Internet Nr. 110/2004, zuletzt geändert durch die Amtliche Verlautbarung im Internet Nr. 127/2006, 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.
- Au = Facharzt für Augenheilkunde  
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)

**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 "Stada" 500 mg Filmtabl.</b>	3 St.	-	J01FA10	1.1.2007
	<b>Budair 0,2 mg Dosieraerosol</b>	1 St. (200 Hübe)	-	R03BA02	1.1.2007
	<b>Budair Jet 0,2 mg Dosieraerosol</b>	1 St. (200 Hübe + Spacer)	-	R03BA02	1.1.2007
Au	<b>DuoTrav 40 mcg/ml + 5 mg/ml Augentropf.</b>	2,5 ml	2	S01ED51	1.1.2007
	<b>Lactulose "MIP" 650 mg/ml Lsg. zum Einnehmen</b>	200 ml 500 ml 1000 ml	2 - -	A06AD11	1.1.2007
	<b>Neupro 2 mg/24 h transdermales Pflaster</b>	7 St. 28 St.	2 -	N04BC09	1.1.2007
	<b>Neupro 4 mg/24 h transdermales Pflaster</b>	7 St. 28 St.	2 -	N04BC09	1.1.2007

	<b>Neupro 6 mg/24 h transdermales Pflaster</b>	7 St.	2	N04BC09	1.1.2007
		28 St.	-		
	<b>Neupro 8 mg/24h transdermales Pflaster</b>	7 St.	2	N04BC09	1.1.2007
		28 St.	-		
	<b>Ramipril "Ranbaxy" 2,5 mg Filmtabl.</b>	20 St.	2	C09AA05	1.1.2007
		30 St.	2		
	<b>Ramipril "Ranbaxy" 5 mg Filmtabl.</b>	20 St.	2	C09AA05	1.1.2007
		30 St.	2		
	<b>Ramipril "Ranbaxy" 10 mg Filmtabl.</b>	20 St.	2	C09AA05	1.1.2007
		30 St.	2		
IND	<b>Simvastatin "Ranbaxy" 20 mg Filmtabl.</b> Sekundärprävention bei klinisch manifester Atherosklerose und/oder Diabetes mellitus mit hohem kardiovaskulärem Risiko	30 St.	2	C10AA01	1.1.2007
IND	<b>Simvastatin "Ranbaxy" 40 mg Filmtabl.</b> Sekundärprävention bei klinisch manifester Atherosklerose und/oder Diabetes mellitus mit hohem kardiovaskulärem Risiko	30 St.	2	C10AA01	1.1.2007

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

	Arzneispezialität	Menge	OP	ATC-Code	mit Wirkung vom
IND	<b>Aranesp 150 mcg Inj.lsg. in einem vorgefüllten Injektor (SureClick)</b> Anämie infolge Chemotherapie maligner Tumoren mit Ausgangs- Hb kleiner gleich 10g/dl. Bei Ansprechen Ziel- Hb max. 12g/dl, bei Nichtansprechen Abbruch nach max. 8 Wochen nach Therapiebeginn. Hb- Kontrolle mind. alle 4 Wochen.	1 St. (0,3 ml)	-	B03XA02	1.1.2007
		4 St. (0,3 ml)	-		
	<b>Gynipral 0,5 mg Tabl.</b>	50 St.	2	G02CA	1.1.2007

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

	Arzneispezialität	Menge	OP	ATC-Code	mit Wirkung vom
IND	<b>Gabatal 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	1.1.2007
IND	<b>Gabatal 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	1.1.2007
IND	<b>Gabatal 600 mg Filmtabl.</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	1.1.2007
IND	<b>Gabatal 800 mg Filmtabl.</b> Behandlung bei Epilepsien, die durch andere An-	100 St.	-	N03AX12	1.1.2007

tiepileptika ungenügend kontrolliert sind und Behandlung des neuropathischen Schmerzes, wenn mit kostengünstigeren Therapiealternativen (ATC N02A, N03AF01, N06A) nachweislich nicht das Auslangen gefunden werden kann

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

	Arzneispezialität	Menge	OP	ATC-Code	mit Wirkung vom
	<b>Migea 200 mg Tabl.</b> bei Migräne	10 St.	2	M01AG02	4.12.2006
	<b>Hexanitrat retard 20 mg Kaps.</b>	20 St. 60 St.	2 -	C01DA08	15.12.2006
	<b>Hexanitrat retard 40 mg Kaps.</b>	20 St. 60 St.	2 -	C01DA08	15.12.2006
	<b>Baldrian Dragees AMA</b>	50 St.	2	N05CM	31.12.2006
	<b>Cortison Kemicetin Augentropfen</b>	5 ml		S01CA03	31.12.2006
	<b>Monotard 100 IE/ml Dstfl.</b>	1 St. (10 ml)	2	A10AC01	31.12.2006
	<b>Ultratard 100 IE/ml Dstfl.</b>	1 St. (10 ml)	2	A10AE01	31.12.2006
	<b>Beta-Ophtiole 0,1 % Augentropf.</b>	5 ml (1 ml = 30 Tr.)	2	S01ED04	1.1.2007
	<b>Beta-Ophtiole 0,3 % Augentropf.</b>	5 ml (1 ml = 30 Tr.)	2	S01ED04	1.1.2007
	<b>Beta-Ophtiole 0,6 % Augentropf.</b>	5 ml (1 ml = 30 Tr.)	2	S01ED04	1.1.2007
	<b>Derivon Creme</b>	40 g	2	M02AC	1.1.2007
IND	<b>Foradil Dosieraerosol</b> Mittelschweres bis schweres Asthma mit nächtlichen Anfällen; stabile mittelgradige bis schwere COPD	1 St. (50 Hübe)	2	R03AC13	1.1.2007
	<b>Floxal Augentropf.</b>	5 ml (1 ml = 36 Tr.)	-	S01AX11	1.1.2007
	<b>Glucostad 3,5 mg Tabl.</b>	30 St. 120 St.	2 -	A10BB01	1.1.2007
	<b>Metomed Tabl.</b>	20 St. 50 St.	2 -	C07AB02	1.1.2007
	<b>Pilocarpin "Agepha" 1 % Augensalbe</b>	7 g	-	S01EB01	1.1.2007
	<b>Pilocarpin "Agepha" 2 % Augensalbe</b>	7 g	-	S01EB01	1.1.2007
	<b>Sotamed 160 mg Tabl.</b>	20 St. 50 St.	2 -	C07AA07	1.1.2007
	<b>Tramundal 100 mg Amp.</b>	5 St. (2 ml)	2	N02AX02	1.1.2007
	<b>Trimedil comp. Drag.</b>	20 St.	2	R05X	1.1.2007
	<b>Umbrium "Kwizda" 5 mg Tabl.</b>	25 St. 50 St.	- -	N05BA01	1.1.2007
	<b>Umbrium "Kwizda" 10 mg Tabl.</b>	25 St. 50 St.	- -	N05BA01	1.1.2007

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

Arzneispezialität	Menge	OP	ATC-Code	mit Wirkung vom
<b>Oxybutynin "ratiopharm" 5 mg Tabl.</b>	20 St.	2	G04BD04	1.1.2007
(vormals Oxybutyninhydrochlorid "ratiopharm" 5 mg Tabl.)	50 St.	-		

**A6. Änderung der ATC-Codes von im Grünen Bereich des Erstattungskodex angeführten Arzneispezialitäten:**

Arzneispezialität	Menge	OP	ATC-Code	mit Wirkung vom
<b>Femoston conti Filmtabl.</b>	28 St.	2	G03FA14	1.1.2007
bei schwerem klimakterischem Syndrom			(vorher G03FB08)	

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

Arzneispezialität	Menge	OP	ATC-Code	mit Wirkung vom
<b>L12 Finasterid "Interpharm" 5 mg Filmtabl.</b>	30 St.	-	G04CB01	1.1.2007
- Bei Erstverordnung durch den Urologen				
- Patienten mit mittelgradigen bis schweren Symptomen von benigner Prostata-Hyperplasie				
- Bei ausbleibendem Erfolg nach 6 bis 12 Monaten sollte die Therapie abgesetzt werden				
- Bei Behandlungserfolg Langzeitbewilligung maximal 12 Monate (L12).				
<b>Fosrenol 250 mg Kautabl.</b>	90 St.	-	V03AE03	1.1.2007
Hyperphosphataemie bei erwachsenen Dialysepatienten ab 18 Jahren, wenn frei verschreibbare Therapiealternativen versagt haben bzw. kontraindiziert sind.				
<b>Fosrenol 500 mg Kautabl.</b>	90 St.	-	V03AE03	1.1.2007
Hyperphosphataemie bei erwachsenen Dialysepatienten ab 18 Jahren, wenn frei verschreibbare Therapiealternativen versagt haben bzw. kontraindiziert sind.				
<b>Fosrenol 750 mg Kautabl.</b>	90 St.	-	V03AE03	1.1.2007
Hyperphosphataemie bei erwachsenen Dialysepatienten ab 18 Jahren, wenn frei verschreibbare Therapiealternativen versagt haben bzw. kontraindiziert sind.				
<b>L12 Lantus 100 E/ml Optiset Inj.lsg. Fertigpen</b>	5 St.	-	A10AE04	1.1.2007
Für PatientInnen mit Diabetes mellitus, wenn mit Insulinen aus dem grünen Bereich (A10AC, A10AD, A10AE) allein bzw. in Kombination mit anderen Antidiabetika aufgrund von symptomatischen, wiederkehrenden nächtlichen Hypoglykämien eine ausreichende Therapieeinstellung nicht möglich ist.				
Lantus eignet sich für eine chef(kontroll)ärztliche Langzeitgenehmigung für 12 Monate (L12).				
<b>Minirin Melt 60 mcg Lyophilisat zum Einnehmen</b>	30 St. 100 St.	- -	H01BA02	1.1.2007
Keine Kostenübernahme, da der gleiche Wirkstoff als Nasenspray zu einem günstigeren Preis zur Verfügung steht, ausgenommen in Einzelfällen – wenn eine Anwendung des Nasensprays nicht möglich ist (pathologischer Nasenbefund) - in der Indikation Diabetes Insipidus.				
Bei Nykturie ist ein klinisch relevanter Patientennutzen durch die derzeitige Datenlage nicht ausreichend belegt; darüber hinaus kann Desmopressin zu Veränderung im Serum-Na-Spiegel führen.				
<b>Minirin Melt 120 mcg Lyophilisat zum Einnehmen</b>	30 St. 100 St.	- -	H01BA02	1.1.2007
Keine Kostenübernahme, da der gleiche Wirkstoff als Nasenspray zu einem günstigeren Preis zur Verfügung steht, ausgenommen in Einzelfällen – wenn eine Anwendung des Nasensprays nicht möglich ist (pathologischer Nasenbefund) - in der Indikation Diabetes Insipidus.				
Bei Nykturie ist ein klinisch relevanter Patientennutzen durch die derzeitige Datenlage nicht aus-				

reichend belegt; darüber hinaus kann Desmopressin zu Veränderung im Serum-Na-Spiegel führen.

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

Arzneispezialität	Menge	OP	ATC-Code	mit Wirkung vom
<b>Aranesp 20 mcg Inj.lsg. in einem vorgefüllten Injektor (SureClick)</b>	1 St. (0,5 ml) 4 St. (0,5 ml)	-  -	B03XA02	1.1.2007
Zur Behandlung der Anämie bei chronischer Niereninsuffizienz bei Erwachsenen und Kindern ab inklusive 11 Jahren zur Anhebung des Hämoglobinwertes auf über 11 g/dl. Cave: Auslagerung aus dem intramuralen Bereich (Dialyseabkommen!)				
<b>Aranesp 40 mcg Inj.lsg. in einem vorgefüllten Injektor (SureClick)</b>	1 St. (0,4 ml) 4 St. (0,4 ml)	-  -	B03XA02	1.1.2007
Zur Behandlung der Anämie bei chronischer Niereninsuffizienz bei Erwachsenen und Kindern ab inklusive 11 Jahren zur Anhebung des Hämoglobinwertes auf über 11 g/dl. Cave: Auslagerung aus dem intramuralen Bereich (Dialyseabkommen!)				
<b>Aranesp 60 mcg Inj.lsg. in einem vorgefüllten Injektor (SureClick)</b>	1 St. (0,3 ml) 4 St. (0,3 ml)	-  -	B03XA02	1.1.2007
Zur Behandlung der Anämie bei chronischer Niereninsuffizienz bei Erwachsenen und Kindern ab inklusive 11 Jahren zur Anhebung des Hämoglobinwertes auf über 11 g/dl. Cave: Auslagerung aus dem intramuralen Bereich (Dialyseabkommen!)				
<b>Aranesp 80 mcg Inj.lsg. in einem vorgefüllten Injektor (SureClick)</b>	1 St. (0,4 ml) 4 St. (0,4 ml)	-  -	B03XA02	1.1.2007
Zur Behandlung der Anämie bei chronischer Niereninsuffizienz bei Erwachsenen und Kindern ab inklusive 11 Jahren zur Anhebung des Hämoglobinwertes auf über 11 g/dl. Cave: Auslagerung aus dem intramuralen Bereich (Dialyseabkommen!)				
<b>Aranesp 100 mcg Inj.lsg. in einem vorgefüllten Injektor (SureClick)</b>	1 St. (0,5 ml) 4 St. (0,5 ml)	-  -	B03XA02	1.1.2007
Zur Behandlung der Anämie bei chronischer Niereninsuffizienz bei Erwachsenen und Kindern ab inklusive 11 Jahren zur Anhebung des Hämoglobinwertes auf über 11 g/dl. Cave: Auslagerung aus dem intramuralen Bereich (Dialyseabkommen!)				

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

Arzneispezialität	Menge	OP	ATC-Code	mit Wirkung vom
<b>Combivent Inhalationslösung in Einzeldosisbehältern</b>	10 St. 60 St.	- -	R03AK04	1.1.2007
Zur Behandlung akuter bronchospastischer Zustände bei Exazerbationen von Asthma und COPD, wenn die Behandlung mit anderen Formen der Bronchodilatator-Therapie unzureichend ist. Erstverordnung durch einen Facharzt für Pulmologie.				
L6 <b>Gynodian Depot Fertigspritze</b>	1 St. (1 ml)	-	G03EA03	1.1.2007
Wenn mit Therapiealternativen aus dem Grünen Bereich (ATC G03CA) nachweislich nicht das Auslangen gefunden werden kann.				
<b>Heparin "Immuno" 5000 IE/ml Dstfl.</b>	5 ml	-	B01AB01	1.1.2007
Wenn mit Therapiealternativen aus dem Grünen Bereich nachweislich nicht das Auslangen ge-				

funden werden kann.

L12	<b>Lantus 100 IE/ml Inj.lsg. in einer Patrone</b>	5 St. (3 ml)	-	A10AE04	1.1.2007
	Für PatientInnen mit Diabetes mellitus, wenn mit Insulinen aus dem grünen Bereich (A10AC, A10AD, A10AE) allein bzw. in Kombination mit anderen Antidiabetika aufgrund von symptomatischen, wiederkehrenden nächtlichen Hypoglykämien eine ausreichende Therapieeinstellung nicht möglich ist. Lantus eignet sich für eine chef(kontroll)ärztliche Langzeitgenehmigung für 12 Monate (L12).				
	<b>Testogel 50 mg Gel im Beutel</b>	30 St.	-	G03BA03	1.1.2007
	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Bei Hypogonadismus mit entsprechender klinischer Symptomatik und nachgewiesenem erniedrigtem Testosteronspiegel, für den eine Testosteronsubstitution indiziert ist bei</li> <li>- Klinefelter Syndrom</li> <li>- Zustand nach bilateraler Orchiectomie oder Trauma</li> <li>- kongenitalem Anorchismus.</li> <li>- 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.</li> <li>- Keine Kostenübernahme bei PADAM (partielles Androgendefizit des alternden Mannes).</li> <li>- Androgene können die Entwicklung eines subklinischen Prostatakrebses und einer benignen Prostatahyperplasie beschleunigen.</li> </ul>				
	<b>Tracleer 62,5 mg Filmtabl.</b>	56 St.	-	C02KX01	1.1.2007
	Bei pulmonal arterieller Hypertension nach Durchführung einer kompletten invasiven hämodynamischen Messung inklusive eines akuten Vasoreaktivitätstests. Diagnose, Erstverordnung und engmaschige Kontrolle durch entsprechende Fachabteilungen und Zentren.				
L3	<b>Tracleer 125 mg Filmtabl.</b>	56 St.	-	C02KX01	1.1.2007
	Bei pulmonal arterieller Hypertension nach Durchführung einer kompletten invasiven hämodynamischen Messung inklusive eines akuten Vasoreaktivitätstests. Diagnose, Erstverordnung und engmaschige Kontrolle durch entsprechende Fachabteilungen und Zentren.				

#### B4. Streichung von im Gelben Bereich des Erstattungskodex angeführten Arzneispezialitäten:

Arzneispezialität	Menge	OP	ATC-Code	mit Wirkung vom
<b>Foradil Dosieraerosol 9,2 g</b>	1 St. (100 Hübe)	-	R03AC13	1.1.2007
Eine Kostenübernahme ist möglich, wenn Therapiealternativen (Packungsgrößen) des grünen Bereichs zur Abdeckung des individuellen Monatsbedarfes nicht ausreichen.				
<b>Mundisal Gel</b>	8 g	-	A01AD11	1.1.2007
Bei behandlungsbedürftigen Entzündungen sowie Verletzungen und Geschwüren im Mund-, Nasen- und Rachenraum.				

#### C. Roter Bereich des Erstattungskodex

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

Arzneispezialität	Menge	ATC-Code	mit Wirkung vom
<b>Xyrem 500 mg/ml Lsg. zum Einnehmen</b>	180 ml	N07XX04	25.11.2006
<b>Clarelux 500 mcg/g Schaum z. Anw. auf der Haut</b>	100 g	D07AD01	26.11.2006
<b>Enbrel 25 mg Inj.lsg. in einer Fertigspr.</b>	4 St.	L04AA11	28.11.2006
<b>Enbrel 25 mg/ml Plv. u. Lösungsmittel z. Herst. einer Inj.lsg. z. Anw. bei Kindern u. Jugendlichen</b>	4 St.	L04AA11	28.11.2006
<b>Enbrel 50 mg Inj.lsg. in einer Fertigspr.</b>	4 St.	L04AA11	28.11.2006
<b>Glimestad 4 mg Tabl.</b>	30 St.	A10BB12	30.11.2006
<b>Glimestad 6 mg Tabl.</b>	30 St.	A10BB12	30.11.2006

Ondansetron "Hexal" 4 mg Filmtabl.	10 St.	A04AA01	30.11.2006
Ondansetron "Hexal" 8 mg Filmtabl.	10 St.	A04AA01	30.11.2006
Ondansetron "1A Pharma" 4 mg Filmtabl.	10 St.	A04AA01	30.11.2006
Ondansetron "1A Pharma" 8 mg Filmtabl.	10 St.	A04AA01	30.11.2006
Micetal Creme	30 g	D01AC16	04.12.2006
Micetal medizinisches Shampoo	100 g	D01AC16	04.12.2006
Novolizer Formoterol "Meda" 6 mcg Plv. z. Inh.	60 Hübe + Inhalator 60 Hübe	R03AC13	04.12.2006
Novolizer Formoterol Meda 12 mcg Plv. z. Inh.	60 Hübe + Inhalator 60 Hübe	R03AC13	04.12.2006
Abilify 5 mg Tabl.	14 St. 28 St.	N05AX12	13.12.2006
Clarelux 500 mcg/g Schaum z. Anw. auf der Haut	50 g	D07AD01	01.01.2007
Kiovig 100 mg/ml Infusionslsg.	1 g (10 ml) 2,5 g (25 ml) 5 g (50 ml) 10 g (100 ml) 20 g (200 ml)	J06BA02	01.01.2007
Sertralin "G.L." 50 mg Filmtabl.	10 St. 30 St.	N06AB06	01.01.2007
Sertralin „G.L.“ 100 mg Filmtabl.	10 St. 30 St.	N06AB06	01.01.2007

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

Arzneispezialität	Menge	ATC-Code	mit Wirkung vom
Glimepirid "Alternova" 1 mg Tabl.	10 St.	A10BB12	20.11.2006
Glimepirid "Alternova" 2 mg Tabl.	10 St.	A10BB12	20.11.2006
Glimepirid "Alternova" 3 mg Tabl.	10 St.	A10BB12	20.11.2006
Imigran 50 mg Filmtabl.	2 St. 6 St.	N02CC01	23.11.2006
Sumatriptan "Allen" 50 mg Filmtabl.	2 St. 6 St.	N02CC01	23.11.2006
Colidimin 200 mg/10 ml Gran. f. orale Susp.	60 ml	A07AA11	27.11.2006
Clarelux 500 mcg/g Schaum z. Anw. auf der Haut	100 g	D07AD01	1.1.2007
Imigran 100 mg Filmtabl.	2 St. 6 St.	N02CC01	1.1.2007
Myozyme 50 mg Lyophilisat f. ein Konz. z. Herst. einer Inf.lsg.	10 St. 25 St.	A16AB07	1.1.2007
Serdolect 4 mg Filmtabl.	30 St.	N05AE03	1.1.2007
Serdolect 12 mg Filmtabl.	28 St.	N05AE03	1.1.2007
Serdolect 16 mg Filmtabl.	28 St.	N05AE03	1.1.2007
Serdolect 20 mg Filmtabl.	28 St.	N05AE03	1.1.2007

\*

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 Clarelux 500 mcg/g Schaum z. Anw. auf der Haut 100 g aus dem Roten Bereich des Erstattungskodex erfolgte wegen der Modifizierung des Antrages des vertriebsberechtigten Unternehmens (Ersatz 100 g durch 50 g).

Die Streichung der Arzneispezialitäten Glimepirid „Alternova“ 1 mg, 2 mg und 3 mg (jeweils 10 St.) aus

dem Roten Bereich des Erstattungskodex erfolgte wegen der Modifizierung des Antrages des vertriebsberechtigten Unternehmens (Zurückziehung der 10 St.-Packungen).

Die Streichung der Arzneispezialität Colidimin 200 mg/10ml Gran. f. orale Susp. 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 Imigran 50 mg Filmtabl. 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 Imigran 100 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 20.10.2006, 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 Hexanitrat retard 20 mg Kaps. erfolgte wegen der Aufhebung der Zulassung mit Schreiben des Bundesamts für Sicherheit im Gesundheitswesen vom 15. Dezember 2006, GZ 923.543-03-06-LCM.

Die Streichung der Arzneispezialität Hexanitrat 40 mg Kaps. erfolgte wegen der Aufhebung der Zulassung mit Schreiben des Bundesamts für Sicherheit im Gesundheitswesen vom 15. Dezember 2006, GZ 923.541-03-06-LCM.

Die Streichung der Arzneispezialität Sumatriptan „Allen“ 50 mg Filmtabl. 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 Baldrian Dragees AMA erfolgte wegen der Aufhebung der Zulassung mit Schreiben des Bundesamts für Sicherheit im Gesundheitswesen vom 30. März 2006, GZ 922.874-01-06-LCM.

Die Streichung der Arzneispezialität Cortison Kemicetin Augentropfen erfolgte wegen der Aufhebung der Zulassung mit Schreiben des Bundesamts für Sicherheit im Gesundheitswesen vom 24. August 2006, GZ 126.639-01-06-LCM.

Die Streichung der Arzneispezialität Migea 200 mg Tabl. erfolgte wegen der Aufhebung der Zulassung mit Schreiben des Bundesamts für Sicherheit im Gesundheitswesen vom 4. Dezember 2006, GZ 944.631-04-06-LCM.

Die Streichung der Arzneispezialität Ultratard 100 IE/ml Dstfl. erfolgte wegen des Widerrufs einer zentralen Zulassung mit Schreiben der Österreichischen Agentur für Gesundheit und Ernährungssicherheit GmbH vom 23. November 2006.

Die Streichung der Arzneispezialität Monotard 100 IE/ml Dstfl. erfolgte wegen des Widerrufs einer zentralen Zulassung mit Schreiben der Österreichischen Agentur für Gesundheit und Ernährungssicherheit GmbH vom 23. November 2006.

Die Änderung der Bezeichnung der Arzneispezialität Oxybutynin „ratiopharm“ 5 mg Tabl. (vormals Oxybutyninhydrochlorid „ratipharm“ 5 mg Tabl.) erfolgte auf Grund des Acknowledgement of approval Type IB Variation in MRP der Medicines Evaluation Board vom 2. Dezember 2005, CollNr: 20534981016.

Die Änderung des ATC-Codes erfolgte mit Entscheidung des Hauptverbandes der österreichischen Sozialversicherungsträger vom 13. Dezember 2006.

Die sonstigen Änderungen des Erstattungskodex erfolgten mit Entscheidung des Hauptverbandes der österreichischen Sozialversicherungsträger vom 18. November 2006 bzw. vom 19. September 2006 (Foradil Dosieraerosol, Foradil Dosieraerosol 9,2 g).

Für den Hauptverband:

**Laminger**

**Hartinger**