

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:

26. Änderung des Erstattungskodex

Der Erstattungskodex, Amtliche Verlautbarung im Internet Nr. 110/2004, zuletzt geändert durch die Amtliche Verlautbarung im Internet Nr. 21/2007, wird wie folgt geändert:

Zeichenerklärung

- (2), = Die Aufnahme der Arzneispezialität in den Erstattungskodex beschränkt sich auf die in der
(3), Klammer angegebene Menge an Originalpackungen (z.B.: 20 g (2) – Maximalmenge 2 Pa-
... ckungen zu je 20 g).
IND = Die Arzneispezialität ist nur für die angegebenen Voraussetzungen in den jeweiligen Bereich
des Erstattungskodex aufgenommen. Das Vorliegen der angegebenen Voraussetzungen
muss vom verordnenden Arzt durch den Vermerk IND am Rezept bestätigt werden. Für Ver-
ordnungen außerhalb der angegebenen Voraussetzungen ist eine ärztliche Bewilligung des
chef- und kontrollärztlichen Dienstes einzuholen.
L3, = Eine Langzeitgenehmigung ist für die als Nummer angegebenen Monate möglich (z.B. L3 →
L4, Langzeitbewilligung für 3 Monate möglich, L4 → Langzeitbewilligung für 4 Monate möglich)
L5,
...

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

Arzneispezialität	Menge	OP	ATC-Code	mit Wirkung vom
Azithromycin "Hexal" 500 mg Filmtabl.	3 St.	-	J01FA10	1.3.2007
Carvedilol "Alternova" 6,25 mg Tabl.	10 St.	2	C07AG02	1.3.2007
	30 St.	-		
Carvedilol "Alternova" 12,5 mg Tabl.	10 St.	2	C07AG02	1.3.2007
	30 St.	-		
Carvedilol "Alternova" 25 mg Tabl.	10 St.	2	C07AG02	1.3.2007
	30 St.	-		
Carvedilol "Arcana" 6,25 mg Filmtabl.	10 St.	2	C07AG02	1.3.2007
	30 St.	-		
Carvedilol "Arcana" 12,5 mg Filmtabl.	10 St.	2	C07AG02	1.3.2007
	30 St.	-		
Carvedilol "Arcana" 25 mg Filmtabl.	10 St.	2	C07AG02	1.3.2007
	30 St.	-		
Carvedilol "Interpharm" 3,125 mg Tabl.	10 St.	2	C07AG02	1.3.2007
	30 St.	-		
Carvedilol "Interpharm" 6,25 mg Tabl.	10 St.	2	C07AG02	1.3.2007
	30 St.	-		
Carvedilol "Interpharm" 12,5 mg Tabl.	10 St.	2	C07AG02	1.3.2007
	30 St.	-		
Carvedilol "Interpharm" 25 mg Tabl.	10 St.	2	C07AG02	1.3.2007
	30 St.	-		
Colidimin 200 mg Filmtabl.	12 St.	2	A07AA11	1.3.2007
Glimestad 4 mg Tabl.	30 St.	2	A10BB12	1.3.2007
Glimestad 6 mg Tabl.	30 St.	2	A10BB12	1.3.2007
Immunoprin 50 mg Filmtabl.	50 St.	2	L04AX01	1.3.2007

	(vormals Azathioprin „Ebewe“ 50 mg Filmtabl.)				
	Lansoprazol "Arcana" 15 mg Kaps.	28 St.	2	A02BC03	1.3.2007
	Lansoprazol "Arcana" 30 mg Kaps.	7 St.	-	A02BC03	1.3.2007
		14 St.	-		
		28 St.	-		
	Metformin "Arcana" 1000 mg Filmtabl.	20 St.	2	A10BA02	1.3.2007
		60 St.	-		
	Metohexal retard 47,5 mg Filmtabl.	10 St.	2	C07AB02	1.3.2007
		30 St.	-		
	Metohexal retard 95 mg Filmtabl.	10 St.	2	C07AB02	1.3.2007
		30 St.	-		
	Metoprololsuccinat "1A Pharma" retard 47,5 mg Filmtabl.	10 St.	2	C07AB02	1.3.2007
		30 St.	-		
	Metoprololsuccinat "1A Pharma" retard 95 mg Filmtabl.	10 St.	2	C07AB02	1.3.2007
		30 St.	-		
	Moxonidin "Arcana" 0,2 mg Filmtabl.	10 St.	2	C02AC05	1.3.2007
		30 St.	2		
	Moxonidin "Arcana" 0,4 mg Filmtabl.	10 St.	2	C02AC05	1.3.2007
		30 St.	2		
	Normohex 0,2 mg Filmtabl.	10 St.	2	C02AC05	1.3.2007
		30 St.	2		
	Normohex 0,3 mg Filmtabl.	10 St.	2	C02AC05	1.3.2007
		30 St.	2		
	Normohex 0,4 mg Filmtabl.	10 St.	2	C02AC05	1.3.2007
		30 St.	2		
IND	Ondansetron "1A Pharma" 4 mg Filmtabl. Zusatzbehandlung bei Chemo- oder Radiotherapie	10 St.	-	A04AA01	1.3.2007
IND	Ondansetron "1A Pharma" 8 mg Filmtabl. Zusatzbehandlung bei Chemo- oder Radiotherapie	10 St.	-	A04AA01	1.3.2007
IND	Ondansetron "Hexal" 4 mg Filmtabl. Zusatzbehandlung bei Chemo- oder Radiotherapie	10 St.	-	A04AA01	1.3.2007
IND	Ondansetron "Hexal" 8 mg Filmtabl. Zusatzbehandlung bei Chemo- oder Radiotherapie	10 St.	-	A04AA01	1.3.2007
IND	Ondansetron "Stada" 4 mg Filmtabl. Zusatzbehandlung bei Chemo- oder Radiotherapie	10 St.	-	A04AA01	1.3.2007
IND	Ondansetron "Stada" 8 mg Filmtabl. Zusatzbehandlung bei Chemo- oder Radiotherapie	10 St.	-	A04AA01	1.3.2007
	Sertralin "Genericon" 50 mg Filmtabl.	10 St.	2	N06AB06	1.3.2007
		30 St.	-		
	Sertralin "Genericon" 100 mg Filmtabl.	10 St.	2	N06AB06	1.3.2007
		30 St.	-		
	Sertralin "Sandoz" 50 mg Filmtabl.	10 St.	2	N06AB06	1.3.2007
		30 St.	-		
	Sertralin "Sandoz" 100 mg Filmtabl.	10 St.	2	N06AB06	1.3.2007
		30 St.	-		

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

Arzneispezialität	Menge	OP	ATC-Code	mit Wirkung vom
Hibadren 2 mg Tabl.	14 St.	-	C02CA04	1.3.2007
	28 St.	-		

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

Arzneispezialität	Menge	OP	ATC-Code	mit Wirkung vom
Arca Enzym Manteldrag.	30 St.	-	A09AA02	5.2.2007

		60 St.	-		
	Intal Kaps.	30 St.	2	R03BC01	5.2.2007
		100 St.	-		
	Sandoparin Pen	1 St.	-	B01AB	15.2.2007
		(10 Einzel-			
		zel-			
		dosen)			
IND	Bonefos 400 mg Filmtabl.	60 St.	2	M05BA02	1.3.2007
	osteolytische Knochenprozesse neoplast. Genese				
	Capozide Tabl.	30 St.	2	C09BA01	1.3.2007
IND	Cyclacur Drag.	21 St.	2	G03FB01	1.3.2007
	bei schwerem klimakterischen Syndrom	63 St.	-		
	Nisicur Drag.	20 St.	2	R05X	1.3.2007
	Tinset 30 mg Tabl.	20 St.	2	R06AE06	1.3.2007
		50 St.	-		

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

Arzneispezialität	Menge	OP	ATC-Code	Mit Wirkung vom
Bezastad retard 400 mg Filmtabl. (vormals Bezastad retard 400 mg Drag.)	30 St.	2	C10AB02	1.3.2007

B. Gelber Bereich des Erstattungskodex

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

Arzneispezialität	Menge	OP	ATC-Code	mit Wirkung vom
Fragmin 7500 IE Fertigspr.	10 St. (0,3 ml)	-	B01AB04	1.3.2007
Wenn mit Therapiealternativen (Packungsgrößen, Wirkstoffstärken) aus dem Grünen Bereich nachweislich nicht das Auslangen gefunden werden kann.				
Fragmin 10000 IE Fertigspr.	5 St. (0,4 ml)	-	B01AB04	1.3.2007
Wenn mit Therapiealternativen (Packungsgrößen, Wirkstoffstärken) aus dem Grünen Bereich nachweislich nicht das Auslangen gefunden werden kann.				
Fragmin 12500 IE Fertigspr.	5 St. (0,5 ml)	-	B01AB04	1.3.2007
Wenn mit Therapiealternativen (Packungsgrößen, Wirkstoffstärken) aus dem Grünen Bereich nachweislich nicht das Auslangen gefunden werden kann.				
Fragmin 15000 IE Fertigspr.	5 St. (0,6 ml)	-	B01AB04	1.3.2007
Wenn mit Therapiealternativen (Packungsgrößen, Wirkstoffstärken) aus dem Grünen Bereich nachweislich nicht das Auslangen gefunden werden kann.				
Fragmin 18000 IE Fertigspr.	5 St. (0,72 ml)	-	B01AB04	1.3.2007
Wenn mit Therapiealternativen (Packungsgrößen, Wirkstoffstärken) aus dem Grünen Bereich nachweislich nicht das Auslangen gefunden werden kann.				
Hepasan 5 g Brausepulver	20 St. 100 St.	-	A05BA	1.3.2007
Latente oder manifeste hepatische Enzephalopathie infolge gestörter Entgiftungsleistung der Leber (zB Leberzirrhose) für einen Zeitraum von maximal sechs Wochen im Anschluss an eine i.v. Therapie mit L-Ornithin-L-Aspartat.				
L6	Lyrice 25 mg Hartkaps.	14 St.	-	
		21 St.	-	
		56 St.	N03AX16	1.3.2007
		84 St.	-	

Neuropathischer Schmerz:

Wenn mit einer Therapiealternative aus dem Grünen Bereich und mit Gabapentin nicht das Auslangen gefunden werden kann. Das nicht Auslangen von Therapiealternativen aus dem Grünen Bereich muss von einem Facharzt für Neurologie/Psychiatrie aufgrund der Anamnese und Befunde festgestellt und dokumentiert sein. Die Therapie mit Lyrica muss von einem Facharzt für Neurologie/Psychiatrie initiiert werden. Das therapeutische Ansprechen muss in Intervallen von 6 Monaten überprüft werden. Die Weiterverordnung darf nur erfolgen bei neurologisch fachärztlich festgestelltem therapeutischen Ansprechen. Lyrica eignet sich für eine chef(kontroll)ärztliche Langzeitgenehmigung für 6 Monate (L6).

Epilepsie:

Zusatztherapie von partiellen Anfällen mit und ohne sekundäre Generalisierung im Erwachsenenalter, die durch andere Antiepileptika ungenügend kontrolliert sind.

L6	Lyrica 50 mg Hartkaps.	21 St. -	N03AX16	1.3.2007
		84 St. -		

Neuropathischer Schmerz:

Wenn mit einer Therapiealternative aus dem Grünen Bereich und mit Gabapentin nicht das Auslangen gefunden werden kann. Das nicht Auslangen von Therapiealternativen aus dem Grünen Bereich muss von einem Facharzt für Neurologie/Psychiatrie aufgrund der Anamnese und Befunde festgestellt und dokumentiert sein. Die Therapie mit Lyrica muss von einem Facharzt für Neurologie/Psychiatrie initiiert werden. Das therapeutische Ansprechen muss in Intervallen von 6 Monaten überprüft werden. Die Weiterverordnung darf nur erfolgen bei neurologisch fachärztlich festgestelltem therapeutischen Ansprechen. Lyrica eignet sich für eine chef(kontroll)ärztliche Langzeitgenehmigung für 6 Monate (L6).

Epilepsie:

Zusatztherapie von partiellen Anfällen mit und ohne sekundäre Generalisierung im Erwachsenenalter, die durch andere Antiepileptika ungenügend kontrolliert sind.

L6	Lyrica 75 mg Hartkaps.	14 St. -	N03AX16	1.3.2007
		56 St. -		

Neuropathischer Schmerz:

Wenn mit einer Therapiealternative aus dem Grünen Bereich und mit Gabapentin nicht das Auslangen gefunden werden kann. Das nicht Auslangen von Therapiealternativen aus dem Grünen Bereich muss von einem Facharzt für Neurologie/Psychiatrie aufgrund der Anamnese und Befunde festgestellt und dokumentiert sein. Die Therapie mit Lyrica muss von einem Facharzt für Neurologie/Psychiatrie initiiert werden. Das therapeutische Ansprechen muss in Intervallen von 6 Monaten überprüft werden. Die Weiterverordnung darf nur erfolgen bei neurologisch fachärztlich festgestelltem therapeutischen Ansprechen. Lyrica eignet sich für eine chef(kontroll)ärztliche Langzeitgenehmigung für 6 Monate (L6).

Epilepsie:

Zusatztherapie von partiellen Anfällen mit und ohne sekundäre Generalisierung im Erwachsenenalter, die durch andere Antiepileptika ungenügend kontrolliert sind.

L6	Lyrica 100 mg Hartkaps.	21 St. -	N03AX16	1.3.2007
		84 St. -		

Neuropathischer Schmerz:

Wenn mit einer Therapiealternative aus dem Grünen Bereich und mit Gabapentin nicht das Auslangen gefunden werden kann. Das nicht Auslangen von Therapiealternativen aus dem Grünen Bereich muss von einem Facharzt für Neurologie/Psychiatrie aufgrund der Anamnese und Befunde festgestellt und dokumentiert sein. Die Therapie mit Lyrica muss von einem Facharzt für Neurologie/Psychiatrie initiiert werden. Das therapeutische Ansprechen muss in Intervallen von 6 Monaten überprüft werden. Die Weiterverordnung darf nur erfolgen bei neurologisch fachärztlich festgestelltem therapeutischen Ansprechen. Lyrica eignet sich für eine chef(kontroll)ärztliche Langzeitgenehmigung für 6 Monate (L6).

Epilepsie:

Zusatztherapie von partiellen Anfällen mit und ohne sekundäre Generalisierung im Erwachsenenalter, die durch andere Antiepileptika ungenügend kontrolliert sind.

L6	Lyrica 150 mg Hartkaps.	14 St. -	N03AX16	1.3.2007
		56 St. -		

Neuropathischer Schmerz:

Wenn mit einer Therapiealternative aus dem Grünen Bereich und mit Gabapentin nicht das Auslangen gefunden werden kann. Das nicht Auslangen von Therapiealternativen aus dem Grünen Bereich muss von einem Facharzt für Neurologie/Psychiatrie aufgrund der Anamnese und Befunde festgestellt und dokumentiert sein. Die Therapie mit Lyrica muss von einem Facharzt für Neurologie/Psychiatrie initiiert werden. Das therapeutische Ansprechen muss in Intervallen von 6 Monaten überprüft werden. Die Weiterverordnung darf nur erfolgen bei neurologisch fachärztlich festgestelltem therapeutischen Ansprechen. Lyrica eignet sich für eine chef(kontroll)ärztliche Langzeitgenehmigung für 6 Monate (L6).

Epilepsie:

Zusatztherapie von partiellen Anfällen mit und ohne sekundäre Generalisierung im Erwachsenenalter, die durch andere Antiepileptika ungenügend kontrolliert sind.

L6	Lyrica 200 mg Hartkaps.	21 St.	-	N03AX16	1.3.2007
		84 St.	-		

Neuropathischer Schmerz:

Wenn mit einer Therapiealternative aus dem Grünen Bereich und mit Gabapentin nicht das Auslangen gefunden werden kann. Das nicht Auslangen von Therapiealternativen aus dem Grünen Bereich muss von einem Facharzt für Neurologie/Psychiatrie aufgrund der Anamnese und Befunde festgestellt und dokumentiert sein. Die Therapie mit Lyrica muss von einem Facharzt für Neurologie/Psychiatrie initiiert werden. Das therapeutische Ansprechen muss in Intervallen von 6 Monaten überprüft werden. Die Weiterverordnung darf nur erfolgen bei neurologisch fachärztlich festgestelltem therapeutischen Ansprechen. Lyrica eignet sich für eine chef(kontroll)ärztliche Langzeitgenehmigung für 6 Monate (L6).

Epilepsie:

Zusatztherapie von partiellen Anfällen mit und ohne sekundäre Generalisierung im Erwachsenenalter, die durch andere Antiepileptika ungenügend kontrolliert sind.

L6	Lyrica 300 mg Hartkaps.	14 St.	-	N03AX16	1.3.2007
		56 St.	-		

Neuropathischer Schmerz:

Wenn mit einer Therapiealternative aus dem Grünen Bereich und mit Gabapentin nicht das Auslangen gefunden werden kann. Das nicht Auslangen von Therapiealternativen aus dem Grünen Bereich muss von einem Facharzt für Neurologie/Psychiatrie aufgrund der Anamnese und Befunde festgestellt und dokumentiert sein. Die Therapie mit Lyrica muss von einem Facharzt für Neurologie/Psychiatrie initiiert werden. Das therapeutische Ansprechen muss in Intervallen von 6 Monaten überprüft werden. Die Weiterverordnung darf nur erfolgen bei neurologisch fachärztlich festgestelltem therapeutischen Ansprechen. Lyrica eignet sich für eine chef(kontroll)ärztliche Langzeitgenehmigung für 6 Monate (L6).

Epilepsie:

Zusatztherapie von partiellen Anfällen mit und ohne sekundäre Generalisierung im Erwachsenenalter, die durch andere Antiepileptika ungenügend kontrolliert sind.

	Mononine 500 IE Dstfl.	1 St.	-	B02BD04	1.3.2007
--	-------------------------------	-------	---	---------	----------

Bei angeborenem Faktor IX Mangel (Hämophilie B). Diagnosestellung und regelmäßige Kontrollen in entsprechender Fachabteilung bzw. -ambulanz.

	Mononine 1000 IE Dstfl.	1 St.	-	B02BD04	1.3.2007
--	--------------------------------	-------	---	---------	----------

Bei angeborenem Faktor IX Mangel (Hämophilie B). Diagnosestellung und regelmäßige Kontrollen in entsprechender Fachabteilung bzw. -ambulanz.

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

	Arzneispezialität	Menge	OP	ATC-Code	mit Wirkung vom
L12	Finasterid "Interpharm" 5 mg Filmtabl.	30 St.	2	G04CB01	1.3.2007
	- 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).				
L12	Proscar Filmtabl.	28 St.	2	G04CB01	1.3.2007
	- 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).

Solaraze 3 % Gel 25 g 2 D11AX18 1.3.2007

Bei aktinischen Keratosen im Bereich des Kopfes nach dermatologischer Abklärung, wenn über 5 Läsionen vorhanden sind oder wenn eine operative Entfernung kontraindiziert oder nicht möglich ist.

B3. Streichung von im Gelben Bereich des Erstattungskodex angeführten Arzneispezialitäten:

Arzneispezialität	Menge	OP	ATC-Code	mit Wirkung vom
Fragmin 2500 IE/0,1 ml Spritzamp.	10 St.	-	B01AB04	1.3.2007
	<i>7500 IE (0,3 ml)</i>	-		
	5 St.	-		
	<i>10000 IE (0,4 ml)</i>	-		
	5 St.	-		
	<i>12500 IE (0,5 ml)</i>	-		
	5 St.	-		
	<i>15000 IE (0,6 ml)</i>	-		
	5 St.	-		
	<i>18000 IE (0,72 ml)</i>	-		
Sandoparin Dstf.	5 St.	-	B01AB	15.2.2007
	(0,5 ml)			
Eine Kostenübernahme ist nur möglich, wenn mit Therapiealternativen (Packungsgröße, Wirkstoffstärke) aus dem Grünen Bereich nachweislich nicht das Auslangen gefunden werden kann.				
Videx 125 mg magensaftresistente Hartkaps.	30 St.	-	J05AF02	1.3.2007
In Kombination mit anderen antiretroviralen Arzneimitteln bei HIV-1-infizierten Erwachsenen und Kindern ab sechs Jahren. Die Therapieeinleitung und regelmäßige -kontrollen sind von einem Arzt, der Erfahrung in der Behandlung der HIV-Infektion besitzt, durchzuführen.				
Videx 20 mg/ml Plv. für Kinder	4 g	-	J05AF02	1.3.2007
In Kombination mit anderen antiretroviralen Arzneimitteln bei HIV-1-infizierten Kindern ab drei Monaten. Die Therapieeinleitung und regelmäßige -kontrollen sind von einem Arzt, der Erfahrung in der Behandlung der HIV-Infektion besitzt, durchzuführen.				

B4. Änderung der Verwendung von im Gelben Bereich des Erstattungskodex angeführten Arzneispezialitäten:

	Arzneispezialität	Menge	OP	ATC-Code	mit Wirkung vom
L12	Betaferon 250 mcg/ml Plv. u. Lsgm. z. Herst. einer Inj.lsg. in Dstfl.	5 St. 15 St.	- -	L03AB08	1.3.2007
	<ol style="list-style-type: none"> Bei Patienten mit erstmaligem demyelinisierendem Ereignis mit aktivem entzündlichen Prozess, wenn dieses Ereignis schwer genug ist, um eine intravenöse Kortikosteroidtherapie zu rechtfertigen, wenn mögliche Differentialdiagnosen ausgeschlossen wurden und wenn bei diesen Patienten der Beurteilung zufolge ein hohes Risiko für das Auftreten einer klinisch gesicherten Multiplen Sklerose besteht (siehe Fachinformation Abschnitt 5.1). Bei Patienten mit schubförmig remittierender MS. Kriterien bei Ersteinstellung: 2 Schübe innerhalb der letzten 2 Jahre und EDSS kleiner gleich 5,5. Bei Patienten mit sekundär progredienter MS. Kriterien bei Ersteinstellung: 2 Schübe oder eine Verschlechterung um mindestens 1 Punkt im EDSS-Score innerhalb der letzten 2 Jahre und EDSS 3 – 6,5. 				
	Diagnosestellung, Verordnung, Einstellung, Therapiekontrolle und Dokumentation durch ein MS Zentrum.				
	Betaferon eignet sich für eine chef(kontroll)ärztliche Langzeitgenehmigung für 12 Monate (L12).				

B5. Änderung der ATC-Codes von im Gelben Bereich des Erstattungskodex angeführten Arzneispezialitäten:

Arzneispezialität	Menge	OP	ATC-Code	Mit Wirkung vom
Combivir Filmtabl.	60 St.	-	J05AR01 (vorher J05AF30)	1.3.2007
Kivexa Filmtabl.	30 St.	-	J05AR02 (vorher J05AF30)	1.3.2007
Trizivir Filmtabl.	60 St.	-	J05AR04 (vorher J05AF30)	1.3.2007

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

Arzneispezialität	Menge	ATC-Code	mit Wirkung vom
Risperidon "Genericon" 1 mg Filmtabl.	10 St. 60 St.	N05AX08	16.01.2007
Risperidon "Genericon" 2 mg Filmtabl.	10 St. 60 St.	N05AX08	16.01.2007
Risperidon "Genericon" 3 mg Filmtabl.	10 St. 60 St.	N05AX08	16.01.2007
Risperidon "Genericon" 4 mg Filmtabl.	10 St. 60 St.	N05AX08	16.01.2007
Pamidro-Cell 3 mg/ml Konz. z. Herst. einer Inf.lsg.	1 St. (10 ml) 1 St. (30 ml)	M05BA03	18.01.2007
Acomplia 20 mg Filmtabl.	28 St.	A08A	26.01.2007
Teveten Plus Filmtabl.	28 St.	C09DA02	29.01.2007
Androfin 5 mg Filmtabl.	30 St.	G04CB01	31.01.2007
Carvedilol "Genericon" 6,25 mg Filmtabl.	10 St. 30 St.	C07AG02	01.02.2007
Carvedilol "Genericon" 12,5 mg Filmtabl.	10 St. 30 St.	C07AG02	01.02.2007
Carvedilol "Genericon" 25 mg Filmtabl.	10 St. 30 St.	C07AG02	01.02.2007
Fluconazol "Alternova" 50 mg Kaps.	7 St.	J02AC01	01.02.2007
Fluconazol "Alternova" 100 mg Kaps.	7 St.	J02AC01	01.02.2007
Fluconazol "Alternova" 150 mg Kaps.	1 St. 2 St. 4 St.	J02AC01	01.02.2007
Fluconazol "Alternova" 200 mg Kaps.	7 St.	J02AC01	01.02.2007
Paroxetin "ratiopharm" 40 mg Tabl.	10 St. 30 St.	N06AB05	01.02.2007
Combigan Augentropfen	5 ml	S01ED51	02.02.2007
Meloxicam "Genericon" 7,5 mg Tabl.	10 St. 30 St.	M01AC06	02.02.2007
Meloxicam "Genericon" 15 mg Tabl.	10 St. 30 St.	M01AC06	02.02.2007
Concerta 54 mg Retardtabl.	30 St.	N06BA04	15.02.2007

Fluoxetin "G.L." 20 mg Kaps.	14 St. 28 St.	N06AB03	01.03.2007
Meloxicam "G.L." 7,5 mg Tabl.	10 St. 30 St.	M01AC06	01.03.2007
Meloxicam "G.L." 15 mg Tabl.	10 St. 30 St.	M01AC06	01.03.2007
Terbinafin "Actavis" 250 mg Tabl.	14 St. 28 St.	D01BA02	01.03.2007

*

Die Streichung der Arzneispezialität Arca Enzym Manteldrag. erfolgte wegen der Aufhebung der Zulassung mit Schreiben des Bundesamtes für Sicherheit im Gesundheitswesen vom 5. Februar 2007, GZ 122.638-01-07-LCM.

Die Streichung der Arzneispezialität Intal Kaps. erfolgte wegen der Aufhebung der Zulassung mit Schreiben des Bundesamtes für Sicherheit im Gesundheitswesen vom 5. Februar 2007, GZ 128.171-01-07-LCM.

Die Streichung der Arzneispezialität Sandoparin Pen erfolgte wegen der Aufhebung der Zulassung mit Schreiben des Bundesamtes für Sicherheit im Gesundheitswesen vom 15. Februar 2007, GZ 941.995-01-07-LCM.

Die Streichung der Arzneispezialität Sandoparin Dstfl. erfolgte wegen der Aufhebung der Zulassung mit Schreiben des Bundesamtes für Sicherheit im Gesundheitswesen vom 15. Februar 2007, GZ 936.410-01-07-LCM.

Die Änderung der Bezeichnung der Arzneispezialität Bezastad retard 400 mg Filmtabl. (vormals Bezastad retard 400 mg Drag.) erfolgte auf Grund des Bescheides des Bundesamts für Sicherheit im Gesundheitswesen vom 5. Oktober 2006, GZ 941.797-01-06-LCM.

Die Änderungen der ATC-Codes erfolgten mit Entscheidung des Hauptverbandes der österreichischen Sozialversicherungsträger vom 21. Februar 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 sonstigen Änderungen des Erstattungskodex erfolgten mit Entscheidung des Hauptverbandes der österreichischen Sozialversicherungsträger vom 29. Jänner und 7. Februar 2007.

Für den Hauptverband:

Achitz

Hartinger