

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:

32. Änderung des Erstattungskodex

Der Erstattungskodex, Amtliche Verlautbarung im Internet Nr. 110/2004, zuletzt geändert durch die Amtliche Verlautbarung im Internet Nr. 103/2007, 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,
...
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
Amlodipin "1A Pharma" 5 mg Tabl. <i>(NÄ v. Coradipin 5 mg Tabl. Zulassungs-Nr. 126865)</i>	30 St.	2	C08CA01	1.9.2007
Amlodipin "1A Pharma" 10 mg Tabl. <i>(NÄ v. Coradipin 10 mg Tabl. Zulassungs-Nr. 126867)</i>	30 St.	2	C08CA01	1.9.2007
Amlodipin "Sandoz" 5 mg Tabl. <i>(NÄ v. Amlotyrol 5 mg Tabl. Zulassungs-Nr. 126874)</i>	30 St.	2	C08CA01	1.9.2007
Amlodipin "Sandoz" 10 mg Tabl. <i>(NÄ v. Amlotyrol 10 mg Tabl. Zulassungs-Nr. 126876)</i>	30 St.	2	C08CA01	1.9.2007
Clarithromycin "Ranbaxy" 250 mg Filmtabl.	14 St.	-	J01FA09	1.9.2007
Clarithromycin "Ranbaxy" 500 mg Filmtabl.	10 St. 14 St.	2 -	J01FA09	1.9.2007
Clindamycin "Alternova" 150 mg Kaps.	16 St.	-	J01FF01	1.9.2007
Clindamycin "Alternova" 300 mg Kaps.	16 St. 24 St.	- -	J01FF01	1.9.2007
Combigan Augentropf.	5 ml	2	S01ED51	1.9.2007
Detrusitol 1 mg Filmtabl.	20 St. 56 St.	2 -	G04BD07	1.9.2007
Detrusitol 2 mg Filmtabl.	20 St. 56 St.	2 -	G04BD07	1.9.2007

IND	Granisetron "Stada" 2 mg Filmtabl. Zusatzbehandlung bei Chemo- oder Radiotherapie	5 St.	-	A04AA02	1.9.2007
	Infectoscab 5 % Creme	30 g	-	P03AC04	1.9.2007
	Meloxicam "G.L." 7,5 mg Tabl.	10 St.	2	M01AC06	1.9.2007
		30 St.	-		
	Meloxicam "G.L." 15 mg Tabl.	10 St.	2	M01AC06	1.9.2007
		30 St.	-		

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

Arzneispezialität	Menge	OP	ATC-Code	mit Wirkung vom
Sinemet 25 mg/100 mg Tabl.	100 St.	-	N04BA02	1.9.2007
Sinemet 25 mg/250 mg Tabl.	100 St.	-	N04BA02	1.9.2007
Sinemet retard Tabl.	100 St.	-	N04BA02	1.9.2007
Tryptizol 25 mg Filmtabl.	100 St.	-	N06AA09	1.9.2007

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

Arzneispezialität	Menge	OP	ATC-Code	mit Wirkung vom
Convulex 300 mg/ml Lsg. z. Einnehmen (vormals Convulex 300 mg/ml Tropf.)	100 ml	2	N03AG01	1.9.2007
		-		

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

Arzneispezialität	Menge	OP	ATC-Code	mit Wirkung vom
Metohexal retard 47,5 mg Filmtabl.	10 St.	2	C07AB02	1.9.2007
	30 St.	2		
Metohexal retard 95 mg Filmtabl.	10 St.	2	C07AB02	1.9.2007
	30 St.	2		
Metoprololsuccinat "1 A Pharma" retard 47,5 mg Filmtabl.	10 St.	2	C07AB02	1.9.2007
	30 St.	2		
Metoprololsuccinat "1 A Pharma" retard 95 mg Filmtabl.	10 St.	2	C07AB02	1.9.2007
	30 St.	2		

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

Arzneispezialität	Menge	OP	ATC-Code	mit Wirkung vom
Amlodipin "1A Pharma" 5 mg Tabl. (Zulassungs-Nr. 125027)	30 St.	2	C08CA01	3.8.2007
Amlodipin "1A Pharma" 10 mg Tabl. (Zulassungs-Nr. 125028)	30 St.	2	C08CA01	3.8.2007
Amlodipin "Sandoz" 5 mg Tabl. (Zulassungs-Nr. 125185)	28 St.	2	C08CA01	3.8.2007
Amlodipin "Sandoz" 10 mg Tabl. (Zulassungs-Nr. 125186)	28 St.	2	C08CA01	3.8.2007
Bricanyl 1 % Inhalationskonzent.	20 ml	2	R03AC03	3.8.2007
Nolvadex 10 mg Filmtabl.	30 St.	2	L02BA01	3.8.2007
Ranitidin "Ratiopharm" 150 mg lösl. Tabl.	20 St.	2	A02BA02	3.8.2007
	50 St.	-		
Ranitidin "Ratiopharm" 300 mg lösl. Tabl.	10 St.	2	A02BA02	3.8.2007
	30 St.	-		
Venotop Dragees	30 St.	2	C05CA54	3.8.2007

Clamoxyl 500 mg Kaps.	12 St.	2	J01CA04	9.8.2007
	30 St.	-		
Clamoxyl 200 mg/4 ml Trockensaft	80 ml	2	J01CA04	9.8.2007
Nolvadex 30 mg Filmtabl.	30 St.	2	L02BA01	17.8.2007

B. Gelber Bereich des Erstattungskodex

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

	Arzneyspezialität	Menge	OP	ATC-Code	mit Wirkung vom
L3 SG	Concerta 54 mg Retardtabl.	30 St.	-	N06BA04	1.9.2007
	Bei Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung (ADHS) bei Kindern ab 6 Jahren und Jugendlichen als Teil eines umfassenden Behandlungsprogramms, wenn mit Therapiealternativen aus dem Grünen Bereich (ATC-Code N06BA04) kein Auslangen gefunden werden kann. Diagnosestellung, Therapieeinleitung und regelmäßige Kontrolle durch einen Facharzt für Neurologie, Psychiatrie, Kinder- und Jugendpsychiatrie oder Pädiatrie. Concerta eignet sich für eine chef(kontroll)ärztliche Langzeitgenehmigung für 3 Monate (L3).				
	Fostimon 75 IU/1 ml Piv. u. Lsgm. z. Herst. ei- ner Inj.lsg.	1 St.	-	G03GA04	1.9.2007
		10 St.	-		
	Bei anovulatorischen Frauen zur Auslösung der Ovulation, die auf eine Behandlung mit Clomifencitrat nicht ansprechen. Nicht zur Unterstützung von Maßnahmen der assistierten Reproduktion.				
	Prezista 300 mg Filmtabl.	120 St.	-	J05AE10	1.9.2007
	In Kombination mit niedrig dosiertem Ritonavir und anderen antiretroviralen Arzneimitteln bei mehrfach vorbehandelten HIV-1-infizierten Erwachsenen, bei denen es unter mehr als einem Behandlungsschema mit einem Proteasehemmer zu einem Therapieversagen gekommen ist. Die Therapieeinleitung und regelmäßige -kontrollen sind von einem Arzt, der Erfahrung in der Behandlung der HIV-Infektion besitzt, durchzuführen.				
L3	Strattera 10 mg Hartkaps.	7 St.	-	N06BA09	1.9.2007
		28 St.	-		
	Bei Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung (ADHS) bei Kindern ab 6 Jahren und Jugendlichen als Teil eines umfassenden Behandlungsprogramms, - wenn der Einsatz von Stimulantien (ATC-Code N06BA04) nicht angezeigt ist, - wenn Hinweise auf einen Substanzmissbrauch bestehen oder ein solcher bestand, - bei Patienten mit komorbider Tic- oder Angststörung. Diagnosestellung, Therapieeinleitung und regelmäßige Kontrolle durch einen Facharzt für Neurologie, Psychiatrie, Kinder- und Jugendpsychiatrie oder Pädiatrie. Strattera eignet sich für eine chef(kontroll)ärztliche Langzeitgenehmigung für 3 Monate (L3).				
L3	Strattera 18 mg Hartkaps.	7 St.	-	N06BA09	1.9.2007
		28 St.	-		
	Bei Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung (ADHS) bei Kindern ab 6 Jahren und Jugendlichen als Teil eines umfassenden Behandlungsprogramms, - wenn der Einsatz von Stimulantien (ATC-Code N06BA04) nicht angezeigt ist, - wenn Hinweise auf einen Substanzmissbrauch bestehen oder ein solcher bestand, - bei Patienten mit komorbider Tic- oder Angststörung. Diagnosestellung, Therapieeinleitung und regelmäßige Kontrolle durch einen Facharzt für Neurologie, Psychiatrie, Kinder- und Jugendpsychiatrie oder Pädiatrie. Strattera eignet sich für eine chef(kontroll)ärztliche Langzeitgenehmigung für 3 Monate (L3).				

L3	Strattera 25 mg Hartkaps.	7 St. - 28 St. -	N06BA09	1.9.2007
	Bei Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung (ADHS) bei Kindern ab 6 Jahren und Jugendlichen als Teil eines umfassenden Behandlungsprogramms, - wenn der Einsatz von Stimulantien (ATC-Code N06BA04) nicht angezeigt ist, - wenn Hinweise auf einen Substanzmissbrauch bestehen oder ein solcher bestand, - bei Patienten mit komorbider Tic- oder Angststörung. Diagnosestellung, Therapieeinleitung und regelmäßige Kontrolle durch einen Facharzt für Neurologie, Psychiatrie, Kinder- und Jugendpsychiatrie oder Pädiatrie. Strattera eignet sich für eine chef(kontroll)ärztliche Langzeitgenehmigung für 3 Monate (L3).			
L3	Strattera 40 mg Hartkaps.	7 St. - 28 St. -	N06BA09	1.9.2007
	Bei Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung (ADHS) bei Kindern ab 6 Jahren und Jugendlichen als Teil eines umfassenden Behandlungsprogramms, - wenn der Einsatz von Stimulantien (ATC-Code N06BA04) nicht angezeigt ist, - wenn Hinweise auf einen Substanzmissbrauch bestehen oder ein solcher bestand, - bei Patienten mit komorbider Tic- oder Angststörung. Diagnosestellung, Therapieeinleitung und regelmäßige Kontrolle durch einen Facharzt für Neurologie, Psychiatrie, Kinder- und Jugendpsychiatrie oder Pädiatrie. Strattera eignet sich für eine chef(kontroll)ärztliche Langzeitgenehmigung für 3 Monate (L3).			
L3	Strattera 60 mg Hartkaps.	28 St. -	N06BA09	1.9.2007
	Bei Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung (ADHS) bei Kindern ab 6 Jahren und Jugendlichen als Teil eines umfassenden Behandlungsprogramms, - wenn der Einsatz von Stimulantien (ATC-Code N06BA04) nicht angezeigt ist, - wenn Hinweise auf einen Substanzmissbrauch bestehen oder ein solcher bestand, - bei Patienten mit komorbider Tic- oder Angststörung. Diagnosestellung, Therapieeinleitung und regelmäßige Kontrolle durch einen Facharzt für Neurologie, Psychiatrie, Kinder- und Jugendpsychiatrie oder Pädiatrie. Strattera eignet sich für eine chef(kontroll)ärztliche Langzeitgenehmigung für 3 Monate (L3).			
	Wellbutrin XR 150 mg Retardtabl.	30 St. -	N06AX	1.9.2007
	Zur Behandlung der Depression, wenn mit Therapiealternativen aus dem Grünen Bereich nachweislich nicht das Auslangen gefunden werden kann.			
	Wellbutrin XR 300 mg Retardtabl.	30 St. -	N06AX	1.9.2007
	Zur Behandlung der Depression, wenn mit Therapiealternativen aus dem Grünen Bereich nachweislich nicht das Auslangen gefunden werden kann.			

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

	Arzneyspezialität	Menge	OP	ATC-Code	mit Wirkung vom
	Bonviva 3 mg Inj.lsg. i. e. Fertigspritze	1 St.	-	M05BA06	1.9.2007
	Langzeitbehandlung der Osteoporose (Knochendichte liegt mehr als 2,5 Standardabweichungen unter dem Durchschnittswert junger Erwachsener oder nach osteoporotischer Fraktur), wenn orale Bisphosphonate (ATC-Code M05BA, welche zur Therapie der Osteoporose zugelassen sind) nicht verwendet werden können.				
L3 SG	Concerta 18 mg Retardtabl.	30 St.	-	N06BA04	1.9.2007
	Bei Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung (ADHS) bei Kindern ab 6 Jahren und Jugendlichen als Teil eines umfassenden Behandlungsprogramms, wenn mit Therapiealternativen aus dem Grünen Bereich (ATC-Code N06BA4) kein Auslangen gefunden werden kann. Diagnosestellung, Therapieeinleitung und regelmäßige Kontrolle durch einen Facharzt für Neurologie, Psychiatrie, Kinder- und Jugendpsychiatrie oder Pädiatrie. Concerta eignet sich für eine chef(kontroll)ärztliche Langzeitgenehmigung für 3 Monate (L3)				

L3 **Concerta 36 mg Retardtabl.** 30 St. - N06BA04 1.9.2007
 SG

Bei Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung (ADHS) bei Kindern ab 6 Jahren und Jugendlichen als Teil eines umfassenden Behandlungsprogramms, wenn mit Therapiealternativen aus dem Grünen Bereich (ATC-Code N06BA4) kein Auslangen gefunden werden kann. Diagnosestellung, Therapieeinleitung und regelmäßige Kontrolle durch einen Facharzt für Neurologie, Psychiatrie, Kinder- und Jugendpsychiatrie oder Pädiatrie. Concerta eignet sich für eine chef(kontroll)ärztliche Langzeitgenehmigung für 3 Monate (L3)

Minirin Melt 60 mcg Lyophilisat zum Einnehmen 30 St. - H01BA02 1.9.2007
 100 St. -

Enuresis nocturna ab dem vollendeten 5. Lebensjahr, nach Abklärung und Erstverordnung durch einen Facharzt für Kinderheilkunde oder einen Facharzt für Urologie, strikte Einhaltung der einmaligen Medikation am Abend. In der Indikation Diabetes Insipidus keine Kostenübernahme, da der gleiche Wirkstoff zur nasalen Anwendung zu einem günstigeren Preis zur Verfügung steht, ausgenommen in Einzelfällen - wenn eine nasale Anwendung nicht möglich ist (pathologischer Nasenbefund). Bei Nykturie ist ein klinisch relevanter Patientennutzen durch die derzeitige Datenlage nicht ausreichend belegt; darüber hinaus kann Desmopressin zu Veränderungen im Serum-Na-Spiegel führen.

Minirin Melt 120 mcg Lyophilisat zum Einnehmen 30 St. - H01BA02 1.9.2007
 100 St. -

Enuresis nocturna ab dem vollendeten 5. Lebensjahr, nach Abklärung und Erstverordnung durch einen Facharzt für Kinderheilkunde oder einen Facharzt für Urologie, strikte Einhaltung der einmaligen Medikation am Abend. In der Indikation Diabetes Insipidus keine Kostenübernahme, da der gleiche Wirkstoff zur nasalen Anwendung zu einem günstigeren Preis zur Verfügung steht, ausgenommen in Einzelfällen - wenn eine nasale Anwendung nicht möglich ist (pathologischer Nasenbefund). Bei Nykturie ist ein klinisch relevanter Patientennutzen durch die derzeitige Datenlage nicht ausreichend belegt; darüber hinaus kann Desmopressin zu Veränderungen im Serum-Na-Spiegel führen.

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

	Arzneispezialität	Menge	OP	ATC-Code	mit Wirkung vom
L6	Reminyl retard 8 mg Kaps.	7 St. 28 St.	- 2	N06DA04	1.9.2007
	- Die Diagnose DAT (Demenz vom Alzheimer Typ) ist von einem Facharzt für Neurologie oder Neurologie und Psychiatrie oder Psychiatrie und Neurologie oder Psychiatrie zu stellen. - Zu Therapiebeginn muss das Ergebnis der MMSE (Mini-Mental State Examination) größer gleich 12 betragen. - Vergewisserung für das Vorhandensein einer Betreuungsperson zur Sicherung der Compliance. - Eine Kontrolluntersuchung durch den o.a. Facharzt ist nach Erreichung der Erhaltungsdosis durchzuführen. - Die Behandlung ist nur bei Ansprechen auf die Therapie weiterzuführen. - Alle 6 Monate ist eine Kontrolluntersuchung durch den o.a. Facharzt mittels einer MMSE durchzuführen. - Die Therapie mit Reminyl ist zu beenden, wenn das Ergebnis der MMSE kleiner gleich 10 ist. - Reminyl darf nicht mit anderen Arzneimitteln gegen DAT kombiniert werden. - Reminyl eignet sich für eine chef(kontroll)ärztliche Langzeitgenehmigung für 6 Monate (L6).				
L6	Reminyl retard 16 mg Kaps.	28 St.	2	N06DA04	1.9.2007
	- Die Diagnose DAT (Demenz vom Alzheimer Typ) ist von einem Facharzt für Neurologie oder Neurologie und Psychiatrie oder Psychiatrie und Neurologie oder Psychiatrie zu stellen. - Zu Therapiebeginn muss das Ergebnis der MMSE (Mini-Mental State Examination) größer gleich 12 betragen. - Vergewisserung für das Vorhandensein einer Betreuungsperson zur Sicherung der Compliance. - Eine Kontrolluntersuchung durch den o.a. Facharzt ist nach Erreichung der Erhaltungsdosis durchzuführen. - Die Behandlung ist nur bei Ansprechen auf die Therapie weiterzuführen. - Alle 6 Monate ist eine Kontrolluntersuchung durch den o.a. Facharzt mittels einer MMSE durchzuführen. - Die Therapie mit Reminyl ist zu beenden, wenn das Ergebnis der MMSE kleiner gleich 10 ist. - Reminyl darf nicht mit anderen Arzneimitteln gegen DAT kombiniert werden. - Reminyl eignet sich für eine chef(kontroll)ärztliche Langzeitgenehmigung für 6 Monate (L6).				

- L6 **Reminyl retard 24 mg Kaps.** 28 St. 2 N06DA04 1.9.2007
 - Die Diagnose DAT (Demenz vom Alzheimerstyp) ist von einem Facharzt für Neurologie oder Neurologie und Psychiatrie oder Psychiatrie und Neurologie oder Psychiatrie zu stellen. - Zu Therapiebeginn muss das Ergebnis der MMSE (Mini-Mental State Examination) größer gleich 12 betragen. - Vergewisserung für das Vorhandensein einer Betreuungsperson zur Sicherung der Compliance. - Eine Kontrolluntersuchung durch den o.a. Facharzt ist nach Erreichung der Erhaltungsdosis durchzuführen. - Die Behandlung ist nur bei Ansprechen auf die Therapie weiterzuführen. - Alle 6 Monate ist eine Kontrolluntersuchung durch den o.a. Facharzt mittels einer MMSE durchzuführen. - Die Therapie mit Reminyl ist zu beenden, wenn das Ergebnis der MMSE kleiner gleich 10 ist. - Reminyl darf nicht mit anderen Arzneimitteln gegen DAT kombiniert werden. - Reminyl eignet sich für eine chef(kontroll)ärztliche Langzeitgenehmigung für 6 Monate (L6).
- L6 **Reminyl 4 mg/ml Lsg.** 100 ml 2 N06DA04 1.9.2007
 - Die Diagnose DAT (Demenz vom Alzheimerstyp) ist von einem Facharzt für Neurologie oder Neurologie und Psychiatrie oder Psychiatrie und Neurologie oder Psychiatrie zu stellen. - Zu Therapiebeginn muss das Ergebnis der MMSE (Mini-Mental State Examination) größer bzw. gleich 12 betragen. - Vergewisserung für das Vorhandensein einer Betreuungsperson zur Sicherung der Compliance. - Eine Kontrolluntersuchung durch den o.a. Facharzt ist nach Erreichung der Erhaltungsdosis durchzuführen. - Die Behandlung ist nur bei Ansprechen auf die Therapie weiterzuführen. - Alle 6 Monate ist eine Kontrolluntersuchung durch den o.a. Facharzt mittels einer MMSE durchzuführen. - Die Therapie mit Reminyl ist zu beenden, wenn das Ergebnis der MMSE kleiner bzw. gleich 10 ist. - Reminyl darf nicht mit anderen Arzneimitteln gegen DAT kombiniert werden. - Reminyl eignet sich für eine chef(kontroll)ärztliche Langzeitgenehmigung für 6 Monate (L6). - Die Lösung wird nur bei Vorliegen von Schluckbeschwerden genehmigt.

C. Roter Bereich des Erstattungskodex

C1. Aufnahmen von Arzneyspezialitäten in den Roten Bereich des Erstattungskodex:

Arzneyspezialität	Menge	ATC-Code	mit Wirkung vom
Foster 100/6 mcg/Sprühstoß Druckgasinhal. Lsg.	120 Hub	R03AK07	01.08.2007
Paroxetin "Alternova" 20 mg Filmtabl.	14 St. 28 St.	N06AB05	01.08.2007
Thelin 100 mg Filmtabl.	28 St.	C02KX03	01.09.2007
DiclacHexal 1 % Gel	40 g 100 g	M02AA15	10.08.2007
Diclofenac "Sandoz" 1 % Gel	40 g 100 g	M02AA15	10.08.2007
Bicalutamid "Actavis" 50 mg Filmtabl.	10 St. 30 St.	L02BB03	14.08.2007
Bicalutamid "Actavis" 150 mg Filmtabl.	10 St. 30 St.	L02BB03	14.08.2007
Humira 40 mg Inj.Lsg. Im vorgef. Pen	2 St.	L04AA17	20.08.2007
Prolastin 1000 mg Plv. u. Lsgmittel z. Herst. e. Inf.lsg.	1 St.	B02AB02	01.09.2007

C2. Streichung von Arzneyspezialitäten aus dem Roten Bereich des Erstattungskodex:

Arzneyspezialität	Menge	ATC-Code	mit Wirkung vom
Bicalutamid "Actavis" 50 mg Filmtabl.	10 St.	L02BB03	07.08.2007
Bicalutamid "Actavis" 50 mg Filmtabl.	30 St.	L02BB03	07.08.2007
Bicalutamid "Actavis" 150 mg Filmtabl.	10 St.	L02BB03	07.08.2007
Bicalutamid "Actavis" 150 mg Filmtabl.	30 St.	L02BB03	07.08.2007
Nexavar 200 mg Filmtabl.	112 St.	L01XE05	08.08.2007

Condrosulf 800 mg Filmtabl.	30 St.	M01AX25	01.09.2007
Ganfort 300 mcg/ml + 5 mg/ml Augentropf.	1 St. (3 ml)	S01ED51	01.09.2007
NovoRapid FlexPen 100 E/ml Inj.Lsg. in einem vorgefüllten Injektor	5 St.	A10AB05	01.09.2007
NovoMix 30 FlexPen 100 E /ml Inj.Susp. in einem vorgefüllten Injektor	5 St.	A10AD05	01.09.2007

*

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 Änderung der Bezeichnung der Arzneispezialität Convulex 300 mg/ml Lsg. z. Einnehmen (vormals Convulex 300 mg/ml Tropf.) erfolgte auf Grund des Bescheides des Bundesamts für Sicherheit im Gesundheitswesen vom 19.10.2006, GZ 123.344-05-06-LCM.

Die Streichung der Arzneispezialität Amlodipin „1A Pharma“ 5 mg Tabl. erfolgte wegen der Aufhebung der Zulassung mit Schreiben des Bundesamts für Sicherheit im Gesundheitswesen vom 3. August 2007, GZ 946.677-01-07-LCM.

Die Streichung der Arzneispezialität Amlodipin „1A Pharma“ 10 mg Tabl. erfolgte wegen der Aufhebung der Zulassung mit Schreiben des Bundesamts für Sicherheit im Gesundheitswesen vom 3. August 2007, GZ 946.678-01-07-LCM.

Die Streichung der Arzneispezialität Amlodipin „Sandoz“ 5 mg Tabl. erfolgte wegen der Aufhebung der Zulassung mit Schreiben des Bundesamts für Sicherheit im Gesundheitswesen vom 3. August 2007, GZ 947.160-05-07-LCM.

Die Streichung der Arzneispezialität Amlodipin „Sandoz“ 10 mg Tabl. erfolgte wegen der Aufhebung der Zulassung mit Schreiben des Bundesamts für Sicherheit im Gesundheitswesen vom 3. August 2007, GZ 947.161-05-07-LCM.

Die Streichung der Arzneispezialität Bricanyl 1 % Inhalationskonzentrat erfolgte wegen der Aufhebung der Zulassung mit Schreiben des Bundesamts für Sicherheit im Gesundheitswesen vom 3. August 2007, GZ 128.735-01-07-LCM.

Die Streichung der Arzneispezialität Nolvadex 10 mg Filmtabl. erfolgte wegen der Aufhebung der Zulassung mit Schreiben des Bundesamts für Sicherheit im Gesundheitswesen vom 3. August 2007, GZ 123.893-01-07-LCM.

Die Streichung der Arzneispezialität Ranitidin „Ratiopharm“ 150 mg lösl. Tabl. erfolgte wegen der Aufhebung der Zulassung mit Schreiben des Bundesamts für Sicherheit im Gesundheitswesen vom 3. August 2007, GZ 945.459-01-07-LCM.

Die Streichung der Arzneispezialität Ranitidin „Ratiopharm“ 300 mg lösl. Tabl. erfolgte wegen der Aufhebung der Zulassung mit Schreiben des Bundesamts für Sicherheit im Gesundheitswesen vom 3. August 2007, GZ 945.460-01-07-LCM.

Die Streichung der Arzneispezialität Venotop Dragees erfolgte wegen der Aufhebung der Zulassung mit Schreiben des Bundesamts für Sicherheit im Gesundheitswesen vom 3. August 2007, GZ 923.548-01-07-LCM.

Die Streichung der Arzneispezialität Clamoxyl 500 mg Kaps. erfolgte wegen der Aufhebung der Zulassung mit Schreiben des Bundesamts für Sicherheit im Gesundheitswesen vom 9. August 2007, GZ 121.389-01-07-LCM.

Die Streichung der Arzneispezialität Clamoxyl 200 mg/4 ml Trockensaft erfolgte wegen der Aufhebung der Zulassung mit Schreiben des Bundesamts für Sicherheit im Gesundheitswesen vom 9. August 2007, GZ 120.068-01-07-LCM.

Die Streichung der Arzneispezialität Nolvadex 30 mg Filmtabl. erfolgte wegen der Aufhebung der Zulassung mit Schreiben des Bundesamts für Sicherheit im Gesundheitswesen vom 17. August 2007, GZ 927.832-01-07-LCM.

Die Streichung der Arzneispezialität Bicalutamid „Actavis“ 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 Bicalutamid „Actavis“ 150 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 Nexavar 200 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 Ganfort 300 mcg/ml + 5 mg/ml Augentropf. 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 16.5.2007, 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 NovoRapid FlexPen 100 E/ml Inj.Lsg. in einem vorgefüllten Injektor 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 16.5.2007, 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 NovoMix 30 FlexPen 100 E /ml Inj.Susp. in einem vorgefüllten Injektor 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 16.5.2007, 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 sonstigen Änderungen des Erstattungskodex erfolgten mit Entscheidung des Hauptverbandes der österreichischen Sozialversicherungsträger vom 17. Juli und 6. August 2007.

Für den Hauptverband:

Hartinger

Laminger