

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:

36. Änderung des Erstattungskodex

Der Erstattungskodex, Amtliche Verlautbarung im Internet Nr. 110/2004, zuletzt geändert durch die Amtliche Verlautbarung im Internet Nr. 134/2007, 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 |
|---|--------|----|----------|-----------------|
| Paroxetin "Alternova" 20 mg Filmtabl. | 14 St. | - | N06AB05 | 01.01.2008 |
| | 28 St. | - | | |
| Risperidon "Interpharm" 1 mg Filmtabl. | 20 St. | - | N05AX08 | 01.01.2008 |
| | 60 St. | - | | |
| Risperidon "Interpharm" 2 mg Filmtabl. | 20 St. | - | N05AX08 | 01.01.2008 |
| | 60 St. | - | | |
| Risperidon "Interpharm" 3 mg Filmtabl. | 20 St. | - | N05AX08 | 01.01.2008 |
| | 60 St. | - | | |
| Risperidon "Interpharm" 4 mg Filmtabl. | 20 St. | - | N05AX08 | 01.01.2008 |
| | 60 St. | - | | |

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

| Arzneispezialität | Menge | OP | ATC-Code | mit Wirkung vom |
|--|---------|----|----------|-----------------|
| Thyrex 50 mcg Tabl. | 30 St. | 2 | H03AA01 | 01.01.2008 |
| (vormals Thyrex 0,05 mg Tabl.) | 100 St. | - | | |
| Thyrex 100 mcg Tabl. | 30 St. | 2 | H03AA01 | 01.01.2008 |
| (vormals Thyrex 0,1 mg Tabl.) | 100 St. | - | | |
| Veroptinstada retard 240 mg Filmtabl. | 30 St. | 2 | C08DA01 | 01.01.2008 |
| (vormals Verastad retard 240 mg Filmtabl.) | | | | |

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

| | Arzneyspezialität | Menge | OP | ATC-Code | mit Wirkung vom |
|-----|---|--|----|----------|-----------------|
| | Lipo Merz 500 mg Kaps. | 30 St. | 2 | C10AB09 | 06.12.2007 |
| | Defluina forte Filmtabl. | 50 St. | - | C04AE54 | 31.12.2007 |
| | Nehydrin 1 mg/ml Tropf. | 15 ml 1 ml= 20 Tr. | 2 | C04AE04 | 31.12.2007 |
| | | 50 ml 1 ml= 20 Tr. | - | | |
| | Spirbon Hustentropf. | 30 ml 1 ml= 30 Tr | - | R05CA10 | 31.12.2007 |
| | Tacholiquin 1 % Inhalationslsg. | 1 St. 20 ml | 2 | R05CA01 | 31.12.2007 |
| | Actrapid 100 IE/ml Dstfl. | 1 St. 10 ml | 2 | A10AB01 | 01.01.2008 |
| | Actrapid NovoLet 100 IE/ml Injektor | 5 St. 3 ml + 7 Novo-Fine Nadeln | 2 | A10AB01 | 01.01.2008 |
| IND | Alendronat "Nycomed" 70 mg einmal wöchentlich Tabl. Abg. gem. mit Calcichew-D3-Kautabl. 60 St. Langzeitbehandlung der Osteoporose (Knochendichte liegt mehr als 2,5 Standardabweichungen unter dem Durchschnittswert junger Erwachsener) oder nach osteoporotischer Fraktur | 4 St. | 2 | M05BA04 | 01.01.2008 |
| | Alupent 0,5 mg Amp. | 5 St. 1 ml | 2 | R03CB03 | 01.01.2008 |
| | Alupent Tabl. | 100 St. | - | R03CB03 | 01.01.2008 |
| | Dilzem retard 180 mg Kaps. | 30 St. | 2 | C08DB01 | 01.01.2008 |
| | Dilzem retard 240 mg Kaps. | 30 St. | 2 | C08DB01 | 01.01.2008 |
| IND | Estalis sequens Depot-Pflaster bei schwerem klimakterischen Syndrom | 8 St. | 2 | G03FB05 | 01.01.2008 |
| | Floccin 20 mg/5 ml Lsg. z. Einnehmen | 70 ml 1MB = 5 ml | 2 | N06AB03 | 01.01.2008 |
| | Insulatard 100 IE/ml Dstfl. | 1 St. 10 ml | 2 | A10AC01 | 01.01.2008 |
| | Insulatard InnoLet 100 IE/ml Injektor | 5 St. 3 ml + 7 Novo-Fine Nadeln | 2 | A10AC01 | 01.01.2008 |
| | Lamisil Dermgel | 15 g | - | D01AE15 | 01.01.2008 |
| | Liderman Creme | 30 g | - | D01AC11 | 01.01.2008 |
| | Mixtard 10 NovoLet 100 IE/ml Injektor | 5 St. 3 ml + 7 Novo-Fine Nadeln | 2 | A10AD01 | 01.01.2008 |
| | Mixtard 10 Penfill 100 IE/ml Zylinderamp. | 5 St. 3 ml | 2 | A10AD01 | 01.01.2008 |
| | Mixtard 20 NovoLet 100 IE/ml Injektor | 5 St. 3 ml + 7 Novo-Fine Nadeln | 2 | A10AD01 | 01.01.2008 |
| | Mixtard 20 Penfill 100 IE/ml Zylinderamp. | 5 St. 3 ml | 2 | A10AD01 | 01.01.2008 |
| | Mixtard 30 100 IE/ml Dstfl. | 1 St. 10 ml | 2 | A10AD01 | 01.01.2008 |

| | | | | |
|--|--|--------|---------|------------|
| Mixtard 30 NovoLet 100 IE/ml Injektor | 5 St. 3 ml + 7 Novo-Fine Nadeln | 2 | A10AD01 | 01.01.2008 |
| Mixtard 40 NovoLet 100 IE/ml Injektor | 5 St. 3 ml + 7 Novo-Fine Nadeln | 2 | A10AD01 | 01.01.2008 |
| Mixtard 40 Penfill 100 IE/ml Zylinderamp. | 5 St. 3 ml | 2 | A10AD01 | 01.01.2008 |
| Mixtard 50 NovoLet 100 IE/ml Injektor | 5 St. 3 ml + 7 Novo-Fine Nadeln | 2 | A10AD01 | 01.01.2008 |
| Pankreoflat Drag. | 25 St. 50 St. | - - | A09AA02 | 01.01.2008 |
| Solcoseryl Salbe 5 % | 20 g 50 g | 2 - | D03AX | 01.01.2008 |

B. Gelber Bereich des Erstattungskodex

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

| Arzneispezialität | Menge | OP | ATC-Code | mit Wirkung vom |
|---|------------------|--------|----------|-----------------|
| Humira 40 mg Inj.lsg. im vorgefüllten Pen | 2 St. | - | L04AA17 | 01.01.2008 |
| <p>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!</p> <p>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.</p> <p>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.</p> <p>4. Schwergradiger aktiver Morbus Crohn bei Versagen, Unverträglichkeit oder Kontraindikation konventioneller Therapiemöglichkeiten. Erstverordnung durch einen Arzt mit Additivfach für Gastroenterologie.</p> | | | | |
| Risperidon "Interpharm" 6 mg Filmtabl. | 20 St. 60 St. | - - | N05AX08 | 01.01.2008 |

Wenn Therapiealternativen (Packungsgrößen) des Grünen Bereiches zur Abdeckung des individuellen Monatsbedarfes nicht ausreichen.

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

| | Arzneispezialität | Menge | OP | ATC-Code | mit Wirkung vom |
|----|--|------------------------|--------|----------|-----------------|
| L6 | Celebrex 100 mg Hartkaps. | 10 St. 30 St. | 2 - | M01AH01 | 01.01.2008 |
| | <p>Zur Behandlung der schmerzhaften Osteoarthritis bei Patienten über dem 65. Lebensjahr - mit Ulcus in der Anamnese - oder mit Antikoagulation; zur Behandlung der schmerzhaften Polyarthritiden bei Patienten - mit Ulcus in der Anamnese - oder mit Antikoagulation; bei beiden Diagnosen: nicht in Verbindung mit Magenschutz, nicht in Kombination mit anderen NSAR, nicht bei gleichzeitiger ASS-Dauertherapie und nicht bei koronarer Herzkrankheit und/oder cerebrovaskulären Erkrankungen. Celebrex sollte in der niedrigst wirksamen Dosierung und kürzest möglichen Therapiedauer eingesetzt werden (maximal 6 Monate).</p> | | | | |
| L6 | Celebrex 200 mg Hartkaps. | 10 St. 30 St. | 2 - | M01AH01 | 01.01.2008 |
| | <p>Zur Behandlung der schmerzhaften Osteoarthritis bei Patienten über dem 65. Lebensjahr - mit Ulcus in der Anamnese - oder mit Antikoagulation; zur Behandlung der schmerzhaften Polyarthritiden bei Patienten - mit Ulcus in der Anamnese - oder mit Antikoagulation; bei beiden Diagnosen: nicht in Verbindung mit Magenschutz, nicht in Kombination mit anderen NSAR, nicht bei gleichzeitiger ASS-Dauertherapie und nicht bei koronarer Herzkrankheit und/oder cerebrovaskulären Erkrankungen. Celebrex sollte in der niedrigst wirksamen Dosierung und kürzest möglichen Therapiedauer eingesetzt werden (maximal 6 Monate).</p> | | | | |
| | Humira 40 mg Inj.lsg. in Fertigspr. | 2 St. <i>0,8 ml</i> | - | L04AA17 | 01.01.2008 |
| | <p>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!</p> <p>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.</p> <p>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.</p> <p>4. Schweregradiger aktiver Morbus Crohn bei Versagen, Unverträglichkeit oder Kontraindikation konventioneller Therapiemöglichkeiten. Erstverordnung durch einen Arzt mit Additivfach für Gastroenterologie.</p> | | | | |
| | Kentera 3,9 mg/24 Stunden transdermales Pflaster | 2 St. 8 St. | - - | G04BD04 | 01.01.2008 |
| | <p>Bei Dranginkontinenz, die aufgrund von therapiebegrenzender Sicca-Symptomatik durch mind. zwei orale Anticholinergika mit unterschiedlichen Wirkstoffen (ATC-Code G04BD) 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.</p> | | | | |

- L6 **Sortis 20 mg Filmtabl.** 30 St. - C10AA05 01.01.2008
Bei nachgewiesener und dokumentierter Unverträglichkeit von Therapiealternativen aus dem Grünen Bereich (ATC-Code C10AA) und/oder wenn mit Therapiealternativen aus dem Grünen Bereich (ATC-Code C10AA) kein ausreichender Therapieerfolg (LDL-Zielwert 100 mg/dl) erzielt werden kann.
- L6 **Sortis 40 mg Filmtabl.** 30 St. - C10AA05 01.01.2008
Bei nachgewiesener und dokumentierter Unverträglichkeit von Therapiealternativen aus dem Grünen Bereich (ATC-Code C10AA) und/oder wenn mit Therapiealternativen aus dem Grünen Bereich (ATC-Code C10AA) kein ausreichender Therapieerfolg (LDL-Zielwert 100 mg/dl) erzielt werden kann.
- L6 **Sortis 80 mg Filmtabl.** 30 St. - C10AA05 01.01.2008
Bei nachgewiesener und dokumentierter Unverträglichkeit von Therapiealternativen aus dem Grünen Bereich (ATC-Code C10AA) und/oder wenn mit Therapiealternativen aus dem Grünen Bereich (ATC-Code C10AA) kein ausreichender Therapieerfolg (LDL-Zielwert 100 mg/dl) erzielt werden kann.
- Vesicare 5 mg Filmtabl.** 10 St. - G04BD08 01.01.2008
30 St. -
Bei Dranginkontinenz, die aufgrund von therapiebegrenzender Sicca-Symptomatik durch mind. zwei orale Anticholinergika mit unterschiedlichen Wirkstoffen (ATC-Code G04BD) 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.
- Vesicare 10 mg Filmtabl.** 30 St. - G04BD08 01.01.2008
Bei Dranginkontinenz, die aufgrund von therapiebegrenzender Sicca-Symptomatik durch mind. zwei orale Anticholinergika mit unterschiedlichen Wirkstoffen (ATC-Code G04BD) 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.

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

| Arzneispezialität | Menge | OP | ATC-Code | mit Wirkung vom |
|--|------------------|--------|----------|-----------------|
| Minirin 0,1 mg Tabl. | 90 St. | - | H01BA02 | 01.01.2008 |
| 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. | | | | |
| Minirin 0,2 mg Tabl. | 15 St. 90 St. | - - | H01BA02 | 01.01.2008 |
| 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. | | | | |

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

| Arzneispezialität | Menge | ATC-Code | mit Wirkung vom |
|--|----------------------------|----------|-----------------|
| Rasilez 150 mg Filmtabl. | 14 St. 28 St. | C09XA02 | 01.11.2007 |
| Rasilez 300 mg Filmtabl. | 28 St. | C09XA02 | 01.11.2007 |
| Formoterol "ratiopharm" 12 mcg Kaps. z. Trockeninh. | 60 St. | R03AC13 | 21.11.2007 |
| Eligard Depot 45 mg Plv. u. Lösungsmittel z. Herst. einer Inj.lsg. | 1 St. | L02AE02 | 01.12.2007 |
| Fentoron 12 mcg/h transdermales Matrixpfl. | 5 St. | N02AB03 | 03.12.2007 |
| Increlex 10 mg/ml Inj.lsg. | 1 St. | H01AC03 | 04.12.2007 |
| Metobject 10 mg/ml Inj.lsg. 1 ml | 5 St. (1 ml) | L01BA01 | 04.12.2007 |
| Metobject 10 mg/ml Inj.lsg. 1,5 ml | 5 St. (1,5 ml) | L01BA01 | 04.12.2007 |
| Metobject 10 mg/ml Inj.lsg. 2 ml | 1 St. (2 ml) | L01BA01 | 04.12.2007 |
| Metobject 10 mg/ml Inj.lsg. 2,5 ml | 1 St. (2,5 ml) | L01BA01 | 04.12.2007 |
| Ganfort 300 mcg/ml + 5 mg/ml Augentropf. | 3 ml | S01ED51 | 06.12.2007 |
| Omeprazol "Genericon" 10 mg magensaft-resist. Kaps. | 30 St. | A02BC01 | 06.12.2007 |
| Omeprazol "Genericon" 20 mg magensaft-resist. Kaps. | 7 St. 14 St. 30 St. | A02BC01 | 06.12.2007 |
| Omeprazol "Genericon" 40 mg magensaft-resist. Kaps. | 14 St. 30 St. | A02BC01 | 06.12.2007 |
| Risperidon "ratiopharm" 6 mg Filmtabl. | 10 St. 60 St. | N05AX08 | 10.12.2007 |
| Bicalutamid "Interpharm" 50 mg Filmtabl. | 30 St. | L02BB03 | 11.12.2007 |
| Bicalutamid "Interpharm" 150 mg Filmtabl. | 30 St. | L02BB03 | 11.12.2007 |
| Risperidon "ratiopharm" 1 mg Schmelztabl. | 10 St. 30 St. 60 St. | N05AX08 | 11.12.2007 |
| Risperidon "ratiopharm" 2 mg Schmelztabl. | 10 St. 30 St. 60 St. | N05AX08 | 11.12.2007 |
| Risperidon "1A Pharma" 1 mg/ml Lsg. z. Einnehmen | 30 ml 100 ml | N05AX08 | 12.12.2007 |
| Risperidon "Hexal" 1 mg/ml Lsg. z. Einnehmen | 30 ml 100 ml | N05AX08 | 12.12.2007 |
| Risperidon "Sandoz" 1 mg/ml Lsg. z. Einnehmen | 30 ml 100 ml | N05AX08 | 12.12.2007 |
| Aleptan 1 mg Filmtabl. | 10 St. 60 St. | N05AX08 | 01.01.2008 |
| Aleptan 2 mg Filmtabl. | 10 St. 60 St. | N05AX08 | 01.01.2008 |
| Aleptan 3 mg Filmtabl. | 10 St. 60 St. | N05AX08 | 01.01.2008 |
| Aleptan 4 mg Filmtabl. | 10 St. 60 St. | N05AX08 | 01.01.2008 |
| Carvedilol "Sandoz" 6,25 mg Tabl. | 10 St. | C07AG02 | 01.01.2008 |
| Carvedilol "Sandoz" 12,5 mg Tabl. | 10 St. | C07AG02 | 01.01.2008 |

| | | | |
|--|--------|---------|------------|
| Carvedilol "Sandoz" 25 mg Tabl. | 10 St. | C07AG02 | 01.01.2008 |
| Ramipril/HCT "Actavis" 2,5 mg/12,5 mg Tabl. | 30 St. | C09BA05 | 01.01.2008 |
| Ramipril/HCT "Actavis" 5 mg/25 mg Tabl. | 30 St. | C09BA05 | 01.01.2008 |

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

| Arzneispezialität | Menge | ATC-Code | mit Wirkung vom |
|--|------------------|----------|-----------------|
| Prexige 100 mg Filmtabl. | 10 St. 30 St. | M01AH06 | 27.11.2007 |
| Elaprase 2 mg/ml Konz. z. Herst. e. Inf.lsg | 1 St. | A16AB09 | 01.01.2008 |
| Invega 3 mg Retardtabl. | 28 St. | N05AX13 | 01.01.2008 |
| Invega 6 mg Retardtabl. | 28 St. | N05AX13 | 01.01.2008 |
| Invega 9 mg Retardtabl. | 28 St. | N05AX13 | 01.01.2008 |
| Meloxicam "Genericon" 7,5 mg Tabl. | 10 St. 30 St. | M01AC06 | 01.01.2008 |
| Meloxicam "Genericon" 15 mg Tabl. | 10 St. 30 St. | M01AC06 | 01.01.2008 |

*

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 Lipo Merz 500 mg Kaps. erfolgte wegen der Aufhebung der Zulassung mit Schreiben des Bundesamts für Sicherheit im Gesundheitswesen vom 6.12.2007, GZ 920.234-02-07-LCM.

Die Änderung der Bezeichnung der Arzneispezialität Thyrex 50 mcg Tabl. (vormals Thyrex 0,05 mg Tabl.) erfolgte auf Grund des Bescheides des Bundesamts für Sicherheit im Gesundheitswesen vom 27.10.2007, GZ 124.956-02-06-LCM.

Die Änderung der Bezeichnung der Arzneispezialität Thyrex 100 mcg Tabl. (vormals Thyrex 0,1 mg Tabl.) erfolgte auf Grund des Bescheides des Bundesamts für Sicherheit im Gesundheitswesen vom 27.10.2007, GZ 120.409-02-06-LCM.

Die Änderung der Bezeichnung der Arzneispezialität Veroptinstada retard 240 mg Filmtabl. (vormals Verastad retard 240 mg Filmtabl.) erfolgte auf Grund des Bescheides des Bundesamts für Sicherheit im Gesundheitswesen vom 23.3.2007, GZ 944.047-01-07-LCM.

Die Streichung der Arzneispezialität Deflunia forte Tabl. erfolgte wegen der Aufhebung der Zulassung mit Schreiben des Bundesamts für Sicherheit im Gesundheitswesen vom 10.4.2007, GZ 128.402-01-07-LCM.

Die Streichung der Arzneispezialität Nehydrin 1 mg/ml Tropf. erfolgte wegen der Aufhebung der Zulassung mit Schreiben des Bundesamts für Sicherheit im Gesundheitswesen vom 6.12.2007, GZ 124.567-01-07-LCM.

Die Streichung der Arzneispezialität Spirbon Hustentropf. erfolgte wegen der Aufhebung der Zulassung mit Schreiben des Bundesamts für Sicherheit im Gesundheitswesen vom 10.4.2007, GZ 123.016-01-07-LCM.

Die Streichung der Arzneispezialität Tacholiquin 1 % Inhalationslsg. erfolgte wegen der Aufhebung der Zulassung mit Schreiben des Bundesamts für Sicherheit im Gesundheitswesen vom 27.6.2007, GZ 120.109-01-07-LCM.

Die Streichung der Arzneispezialität Prexige 100 mg Filmtabl. aus dem Roten Bereich des Erstattungskodex erfolgte auf Grund der Zurückziehung des Antrags durch das vertriebsberechtigte Unternehmen.

Die Streichung der Arzneispezialität Meloxicam „Genericon“ 7,5 mg Tabl. und Meloxicam „Genericon“ 15 mg 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 17.10.2007, 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 23.4.2007 (Minirin 0,1 mg Tabl. u. Minirin 0,2 mg Tabl.), 17.10.2007 (Estalis sequens Depot-Pflaster, Celebrex 100 mg Hartkaps., Celebrex 200 mg Hartkaps., Sortis 20 mg Filmtabl., Sortis 40 mg Filmtabl. und Sortis 80 mg Filmtabl.), 20. und 22.11.2007.

Für den Hauptverband:

Laminger

Hartinger