

Amtliche Verlautbarung der österreichischen Sozialversicherung im Internet: www.avsv.at**Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger**

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

48. Änderung des Erstattungskodex

Der Erstattungskodex, Amtliche Verlautbarung im Internet Nr. 110/2004, zuletzt geändert durch die Amtliche Verlautbarung im Internet Nr. 110/2008, wird wie folgt geändert:

Zeichenerklärung

- (2), = Die Aufnahme der Arzneyspezialität 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).
- (3),
- ...
- IND = Die Arzneyspezialität 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
Die Aufnahme der Arzneyspezialität 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.
- P = Facharzt für Psychiatrie oder Psychiatrie und Neurologie oder Neurologie und Psychiatrie
Die Aufnahme der Arzneyspezialität 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.
- U = Facharzt für Urologie
Die Aufnahme der Arzneyspezialität 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, = Eine Langzeitgenehmigung ist für die als Nummer angegebenen Monate möglich (z.B. L3 → Langzeitbewilligung für 3 Monate möglich, L4 → Langzeitbewilligung für 4 Monate möglich)
- L4,
- L5,
- ...

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

	Arzneyspezialität	Menge	OP	ATC-Code	mit Wirkung vom
	Amlodipin „Arcana“ 10 mg Tabl.	30 St.	2	C08CA01	01.01.2009
	Amlodipin „Hexal“ 7,5 mg Tabl.	30 St.	2	C08CA01	01.01.2009
P	Dependex 50 mg Filmtabl. <i>zur medikamentösen Unterstützung der Entzugsbehandlung bei Alkoholkranken</i>	28 St.	-	N07BB04	01.01.2009
	Enalaprilmaleat „Alternova“ 5 mg Tabl.	10 St.	2	C09AA02	01.01.2009
		30 St.	2		
	Enalaprilmaleat „Alternova“ 10 mg Tabl.	10 St.	2	C09AA02	01.01.2009
		30 St.	2		
	Enalaprilmaleat „Alternova“ 20 mg Tabl.	10 St.	2	C09AA02	01.01.2009

48. Änderung des Erstattungskodex - EKO

		30 St.	2		
	Lisinopril/HCT „Actavis“ 10 mg/12,5 mg Tabl.	30 St.	2	C09BA03	01.01.2009
	Lisinopril/HCT „Actavis“ 20 mg/12,5 mg Tabl.	30 St.	2	C09BA03	01.01.2009
	Lisinopril/HCT „Alternova“ 10 mg/12,5 mg Tabl.	30 St.	2	C09BA03	01.01.2009
	Lisinopril/HCT „Alternova“ 20 mg/12,5 mg Tabl.	30 St.	2	C09BA03	01.01.2009
IND	MicardisPlus 80/25 mg Tabl.	28 St.	2	C09DA07	01.01.2009
	wenn ACE-Hemmer nicht vertragen werden				
	Nebivolol „Actavis“ 5 mg Tabl.	20 St.	-	C07AB12	01.01.2009
		30 St.	2		
	Simvarcana 20 mg Filmtabl.	30 St.	2	C10AA01	01.01.2009
	Simvarcana 40 mg Filmtabl.	30 St.	2	C10AA01	01.01.2009
	Simvastatin „Genericon“ 80 mg Filmtabl.	30 St.	2	C10AA01	01.01.2009

A2. Änderung der Verwendung von im Grünen Bereich des Erstattungskodex angeführten Arzneispezialitäten - Übernahme von Gelb in Grün:

	Arzneispezialität	Menge	OP	ATC-Code	mit Wirkung vom
U	Finasterid „Actavis“ 5 mg Filmtabl.	30 St.	2	G04CB01	01.01.2009
U	Finasterid „G.L.“ 5 mg Filmtabl.	30 St.	2	G04CB01	01.01.2009
U	Finasterid „Hexal“ 5 mg Filmtabl.	30 St.	2	G04CB01	01.01.2009
U	Finasterid „Sandoz“ 5 mg Filmtabl.	30 St.	2	G04CB01	01.01.2009

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

	Arzneispezialität	Menge	OP	ATC-Code	mit Wirkung vom
IND	Actonel einmal wöchentlich 35 mg Filmtabl. Abg. gem. mit Calcimagon Vit.D3 Kautabl. 60 St. Langzeitbehandlung der Osteoporose (Knochendichte liegt mehr als 2,5 Standardabweichungen unter dem Durchschnittswert junger Erwachsener) oder nach osteoporotischer Fraktur. Die Kostenübernahme erfolgt nur zur Fortsetzung einer bereits bestehenden Therapie oder nach Therapieunterbrechung mit Actonel einmal wöchentlich 35 mg Filmtabl. Keine Kostenübernahme bei Neueinstellungen.	4 St.	2	M05BA07	01.01.2009
	Lovastatin „Stada“ 20 mg Tabl.	30 St.	2	C10AA02	01.01.2009
	Pravastatin „Stada“ 20 mg Filmtabl.	30 St.	2	C10AA03	01.01.2009
	Pravastatin „Stada“ 40 mg Filmtabl.	30 St.	2	C10AA03	01.01.2009

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

	Arzneispezialität	Menge	OP	ATC-Code	mit Wirkung vom
	Lisinopril/HCT „Sandoz“ 10 mg/12,5 mg Tabl.	30 St.	2	C09BA03	01.01.2009
	Lisinopril/HCT „Sandoz“ 20 mg/12,5 mg Tabl.	30 St.	2	C09BA03	01.01.2009
	Lisinopril/HCT „Sandoz“ 20 mg/25 mg Tabl.	30 St.	2	C09BA03	01.01.2009

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

	Arzneispezialität	Menge	OP	ATC-Code	mit Wirkung vom
	Effortil Depot 25 mg Kaps. (vormals Effortil Depot Kaps.)	20 St. 50 St.	2 -	C01CA01	01.01.2009

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

	Arzneispezialität	Menge	OP	ATC-Code	mit Wirkung vom
	Buventol Easyhaler 100 mcg/Dosis Inhalationspulver	1 St. 200 Hübe	2	R03AC02	26.11.2008
	Buventol Easyhaler 200 mcg/Dosis Inhalationspulver	1 St. 200 Hübe	2	R03AC02	26.11.2008
D	Terbinac 125 mg Tabl. bei Dermatomykosen	14 St.	2	D01BA02	26.11.2008
D	Terbinac 250 mg Tabl. bei Dermatomykosen bzw. Onychomykosen	14 St.	2	D01BA02	26.11.2008
D	Terbinac 250 mg Tabl. bei Onychomykosen	30 St.	-	D01BA02	26.11.2008
	Doxybene 100 mg Kaps.	5 St.	-	J01AA02	03.12.2008

48. Änderung des Erstattungskodex - EKO

Exhirud Gel	40 g	2	C05BA01	09.12.2008
Exhirud Salbe	40 g	2	C05BA01	09.12.2008
APA Tabl.	10 St.	2	N02AC54	31.12.2008
Gurfix Lsg.	60 ml	2	A01AB12	31.12.2008
	150 ml	-		
INH „Waldheim“ 200 mg-Tabl.	100 St.	2	J04AC01	31.12.2008
L-Adrenalin „Fresenius“ spritzfertig 0,01 % (1:10.000) Amp.	5 St.	-	C01CA24	31.12.2008
Nehydrin 1 mg Drag.	50 St.	2	C04AE04	31.12.2008
Nehydrin 3 mg Drag.	20 St.	2	C04AE04	31.12.2008
	50 St.	2		
Uropurat Tee	70 g	2	G04BX	31.12.2008
Atrovent 0,04 mg Kaps. z. Trockeninh.	30 St.	2	R03BB01	01.01.2009
	100 St.	-		
Aulin 100 mg Tabl.	6 St.	2	M01AX17	01.01.2009
	30 St.	-		
	60 St.	-		
Gastroloc „Hexal“ 20 mg magensaftresistente Tabl.	14 St.	-	A02BC02	01.01.2009
	30 St.	2		
Gastroloc „Hexal“ 40 mg magensaftresistente Tabl.	7 St.	-	A02BC02	01.01.2009
	14 St.	-		
	30 St.	-		
Meloxicam „Ranbaxy“ 7,5 mg Tabl.	10 St.	2	M01AC06	01.01.2009
	30 St.	-		
Meloxicam „Ranbaxy“ 15 mg Tabl.	10 St.	2	M01AC06	01.01.2009
	30 St.	-		
Nifedipin „Stada“ 5 mg Kaps.	50 St.	2	C08CA05	01.01.2009
Nifedipin „Stada“ 10 mg Kaps.	20 St.	2	C08CA05	01.01.2009
	50 St.	2		
Pantoprazol „1A Pharma“ 20 mg magensaftresistente Tabl.	14 St.	-	A02BC02	01.01.2009
	30 St.	2		
Pantoprazol „1A Pharma“ 40 mg magensaftresistente Tabl.	7 St.	-	A02BC02	01.01.2009
	14 St.	-		
	30 St.	-		
Pantoprazol „Sandoz“ 20 mg magensaftresistente Tabl.	14 St.	-	A02BC02	01.01.2009
	30 St.	2		
Pantoprazol „Sandoz“ 40 mg magensaftresistente Tabl.	7 St.	-	A02BC02	01.01.2009
	14 St.	-		
	30 St.	-		
Rheumex Salbe	40 g	2	M02AC	01.01.2009
Sumatriptan „Stada“ 50 mg Tabl.	2 St.	2	N02CC01	01.01.2009
	6 St.	-		

B. Gelber Bereich des Erstattungskodex

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

	Arzneispezialität	Menge	OP	ATC-Code	mit Wirkung vom
	Advate 2000 I.E. Plv. und Lsgm. zur Herst. einer Inj.lsg.	1 St. 2000 IE	-	B02BD02	01.01.2009
	Bei angeborenem Faktor VIII Mangel (Hämophilie A). Diagnosestellung und regelmäßige Kontrollen in entsprechender Fachabteilung bzw. -ambulanz.				
	Advate 3000 I.E. Plv. und Lsgm. zur Herst. einer Inj.lsg.	1 St. 3000 IE	-	B02BD02	01.01.2009
	Bei angeborenem Faktor VIII Mangel (Hämophilie A). Diagnosestellung und regelmäßige Kontrollen in entsprechender Fachabteilung bzw. -ambulanz.				
	Helixate NexGen 2000 I.E. Plv. und Lsgm. zur Herst. einer Inj.lsg.	1 St. 2000 IE	-	B02BD02	01.01.2009
	Bei angeborenem Faktor VIII Mangel (Hämophilie A). Diagnosestellung und regelmäßige Kontrollen in entsprechender Fachabteilung bzw. -ambulanz.				
L6	Janumet 50 mg/850 mg Filmtabl.	56 St.	-	A10BD07	01.01.2009
	- Bei PatientInnen mit Diabetes Typ II. - Die Behandlung darf erst ab einem HbA1c größer 7 begonnen werden. - Die Behandlung mit Janumet hat nur als Second-line-Therapie: • nach Metformin-Monotherapie und Body Mass Index größer 26 oder				

48. Änderung des Erstattungskodex - EKO

- als Kombinationstherapie mit einem Sulfonylharnstoff, wenn bei unzureichender Zweifachkombination aus der jeweils höchsten vertragenen Dosis von Metformin und eines Sulfonylharnstoffs nachweislich nicht das Auslangen gefunden werden kann, zu erfolgen.
 - Janumet darf nicht mit Insulin kombiniert werden.
 - Alle 6 Monate ist eine HbA1c-Bestimmung durchzuführen.
 - Janumet eignet sich für eine chef(kontroll)ärztl. Langzeitbewilligung für 6 Monate (L6).
- L6 **Janumet 50 mg/1000 mg Filmtabl.** 56 St. - A10BD07 01.01.2009
- Bei PatientInnen mit Diabetes Typ II.
 - Die Behandlung darf erst ab einem HbA1c größer 7 begonnen werden.
 - Die Behandlung mit Janumet hat nur als Second-line-Therapie:
 - nach Metformin-Monotherapie und Body Mass Index größer 26 oder
 - als Kombinationstherapie mit einem Sulfonylharnstoff, wenn bei unzureichender Zweifachkombination aus der jeweils höchsten vertragenen Dosis von Metformin und eines Sulfonylharnstoffs nachweislich nicht das Auslangen gefunden werden kann, zu erfolgen.
 - Janumet darf nicht mit Insulin kombiniert werden.
 - Alle 6 Monate ist eine HbA1c-Bestimmung durchzuführen.
 - Janumet eignet sich für eine chef(kontroll)ärztl. Langzeitbewilligung für 6 Monate (L6).
- Kogenate Bayer 2000 I.E. Plv. und Lsgm. zur Herst. einer Inj.lsg.** 1 St. - B02BD02 01.01.2009
2000 IE
- Bei angeborenem Faktor VIII Mangel (Hämophilie A).
Diagnosestellung und regelmäßige Kontrollen in entsprechender Fachabteilung bzw. -ambulanz.
- L6 **Velmetia 50 mg/850 mg Filmtabl.** 56 St. - A10BD07 01.01.2009
- Bei PatientInnen mit Diabetes Typ II.
 - Die Behandlung darf erst ab einem HbA1c größer 7 begonnen werden.
 - Die Behandlung mit Velmetia hat nur als Second-line-Therapie:
 - nach Metformin-Monotherapie und Body Mass Index größer 26 oder
 - als Kombinationstherapie mit einem Sulfonylharnstoff, wenn bei unzureichender Zweifachkombination aus der jeweils höchsten vertragenen Dosis von Metformin und eines Sulfonylharnstoffs nachweislich nicht das Auslangen gefunden werden kann, zu erfolgen.
 - Velmetia darf nicht mit Insulin kombiniert werden.
 - Alle 6 Monate ist eine HbA1c-Bestimmung durchzuführen.
 - Velmetia eignet sich für eine chef(kontroll)ärztl. Langzeitbewilligung für 6 Monate (L6).
- L6 **Velmetia 50 mg/1000 mg Filmtabl.** 56 St. - A10BD07 01.01.2009
- Bei PatientInnen mit Diabetes Typ II.
 - Die Behandlung darf erst ab einem HbA1c größer 7 begonnen werden.
 - Die Behandlung mit Velmetia hat nur als Second-line-Therapie:
 - nach Metformin-Monotherapie und Body Mass Index größer 26 oder
 - als Kombinationstherapie mit einem Sulfonylharnstoff, wenn bei unzureichender Zweifachkombination aus der jeweils höchsten vertragenen Dosis von Metformin und eines Sulfonylharnstoffs nachweislich nicht das Auslangen gefunden werden kann, zu erfolgen.
 - Velmetia darf nicht mit Insulin kombiniert werden.
 - Alle 6 Monate ist eine HbA1c-Bestimmung durchzuführen.
 - Velmetia eignet sich für eine chef(kontroll)ärztl. Langzeitbewilligung für 6 Monate (L6).

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

	Arzneispezialität	Menge	OP	ATC-Code	mit Wirkung vom
L6	Januvia 100 mg Filmtabl.	28 St.	-	A10BH01	01.01.2009
	<ul style="list-style-type: none"> - Bei PatientInnen mit Diabetes Typ II. - Die Behandlung darf erst ab einem HbA1c größer 7 begonnen werden. - Die Behandlung mit Januvia hat nur als Second-line-Therapie: <ul style="list-style-type: none"> • als Kombinationstherapie mit Metformin und Body Mass Index größer 26 oder • als Kombinationstherapie mit Glitazonen bei Metformin-Unverträglichkeit oder -Kontraindikation und Body Mass Index größer 26 oder • als Kombinationstherapie mit einem Sulfonylharnstoff bei Metformin- Unverträglichkeit oder -Kontra-indikation und Body Mass Index kleiner 26 oder • als Kombinationstherapie mit einem Sulfonylharnstoff und Metformin, wenn bei unzureichender Zwei-fachkombination aus der jeweils höchsten vertragenen Dosis von Metformin und eines Sulfonylharnstoffs nachweislich nicht das Auslangen gefunden werden kann, zu erfolgen. - Januvia darf nicht mit Insulin kombiniert werden. 				

48. Änderung des Erstattungskodex - EKO

- Alle 6 Monate ist eine HbA1c-Bestimmung durchzuführen.
- Januvia eignet sich für eine chef(kontroll)ärztl. Langzeitbewilligung für 6 Monate (L6).

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

Arzneispezialität	Menge	ATC-Code	mit Wirkung vom
Gabapentin „Genericon“ 300 mg Kaps.	100 St.	N03AX12	01.12.2008
Venlafaxin „Arcana“ 75 mg Retardkaps.	10 St.	N06AX16	01.12.2008
	30 St.		
Venlafaxin „Arcana“ 150 mg Retardkaps.	10 St.	N06AX16	01.12.2008
	30 St.		
Gabapentin „Genericon“ 400 mg Kaps.	100 St.	N03AX12	02.12.2008
Mirtabene 15 mg Schmelztabl.	30 St.	N06AX11	02.12.2008
Mirtabene 30 mg Schmelztabl.	30 St.	N06AX11	02.12.2008
Mirtabene 45 mg Schmelztabl.	30 St.	N06AX11	02.12.2008
Ropinirol „Arcana“ 0,25 mg Filmtabl.	21 St.	N04BC04	02.12.2008
	126 St.		
Ropinirol „Arcana“ 1 mg Filmtabl.	21 St.	N04BC04	02.12.2008
	84 St.		
Ropinirol „Arcana“ 2 mg Filmtabl.	21 St.	N04BC04	02.12.2008
	84 St.		
Ropinirol „Arcana“ 5 mg Filmtabl.	84 St.	N04BC04	02.12.2008
Nexium 10 mg magensaftres. Gran. z. Herst. einer Susp. zum Einnehmen	28 St.	A02BC05	05.12.2008
Ratiograstim 30 Mio IE/0,5 ml Inj.- oder Inf.lsg. in Fertigspr.	5 St.	L03AA02	09.12.2008
Ratiograstim 48 Mio IE/0,8 ml Inj.- oder Inf.lsg. in Fertigspr.	5 St.	L03AA02	09.12.2008
Venlafaxin „1A Pharma“ retard 37,5 mg Kaps.	10 St.	N06AX16	09.12.2008
	30 St.		
Venlafaxin „1A Pharma“ retard 75 mg Kaps.	10 St.	N06AX16	09.12.2008
	30 St.		
Venlafaxin „1A Pharma“ retard 150 mg Kaps.	10 St.	N06AX16	09.12.2008
	30 St.		
Venlafaxin „Genericon“ 75 mg Retardkaps.	10 St.	N06AX16	09.12.2008
	30 St.		
Venlafaxin „Genericon“ 150 mg Retardkaps.	10 St.	N06AX16	09.12.2008
	30 St.		
Venlafaxin „Hexal“ retard 37,5 mg Kaps.	10 St.	N06AX16	09.12.2008
	30 St.		
Venlafaxin „Hexal“ retard 150 mg Kaps.	10 St.	N06AX16	09.12.2008
	30 St.		
Venlafaxin „Sandoz“ retard 75 mg Kaps.	10 St.	N06AX16	09.12.2008
	30 St.		
Venlafaxin „Sandoz“ retard 150 mg Kaps.	10 St.	N06AX16	09.12.2008
	30 St.		
Venaxibene 75 mg Retardkaps.	10 St.	N06AX16	12.12.2008
	30 St.		
Venaxibene 150 mg Retardkaps.	10 St.	N06AX16	12.12.2008
	30 St.		
Venaxibene 225 mg Retardkaps.	10 St.	N06AX16	12.12.2008
	30 St.		
Venlafaxin „Hexal“ retard 75 mg Kaps.	10 St.	N06AX16	15.12.2008
	30 St.		
Venlafab 37,5 mg Retardkaps.	20 St.	N06AX16	01.01.2009
	30 St.		
Venlafab 75 mg Retardkaps.	20 St.	N06AX16	01.01.2009
	30 St.		
Venlafab 150 mg Retardkaps.	20 St.	N06AX16	01.01.2009
	30 St.		
Venlafab 50 mg Tabl.	30 St.	N06AX16	01.01.2009
	60 St.		
Venlafab 75 mg Tabl.	30 St.	N06AX16	01.01.2009
	60 St.		

48. Änderung des Erstattungskodex - EKO

Venlafaxin „G.L.“ 50 mg Tabl.	30 St. 60 St.	N06AX16	01.01.2009
Venlafaxin „G.L.“ 75 mg Tabl.	30 St. 60 St.	N06AX16	01.01.2009
Venlafaxin „Stada“ 75 mg Retardkaps.	10 St. 30 St.	N06AX16	01.01.2009
Venlafaxin „Stada“ 150 mg Retardkaps.	10 St. 30 St.	N06AX16	01.01.2009

C2. Streichung von im Roten Bereich des Erstattungskodex angeführten Arzneispezialitäten:

Arzneispezialität	Menge	ATC-Code	mit Wirkung vom
Olanzapin "Genericon" 2,5 mg Tabl.	10 St. 30 St.	N05AH03	17.12.2008
Olanzapin "Genericon" 5 mg Tabl.	10 St. 30 St.	N05AH03	17.12.2008
Olanzapin "Genericon" 10 mg Tabl.	10 St. 30 St.	N05AH03	17.12.2008
Pantoprazol "Actavis" 20 mg magensaftresistente Tabl.	14 St. 28 St.	A02BC02	16.12.2008
Pantoprazol "Actavis" 40 mg magensaftresistente Tabl.	7 St. 14 St. 28 St.	A02BC02	16.12.2008
Zemplar 1 mcg Weichkaps.	7 St. 28 St.	A11CC07	04.12.2008
Zemplar 2 mcg Weichkaps.	28 St.	A11CC07	04.12.2008

*

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 Änderung der Bezeichnung der Arzneispezialität Effortil Depot 25 mg Kaps. (*vormals Effortil Depot Kaps.*) erfolgte auf Grund des Schreibens des Bundesministerium für soziale Sicherheit und Generationen vom 17.09.2001, GZ. 125.071/02 – VIII/C/16a/01.

Die Streichung der Arzneispezialität Buventol Easyhaler 100 mcg/Dosis Inhalationspulver erfolgte wegen der Aufhebung der Zulassung mit Schreiben des Bundesamts für Sicherheit im Gesundheitswesen vom 26.11.2008, GZ 943.275-02-08-LCM.

Die Streichung der Arzneispezialität Buventol Easyhaler 200 mcg/Dosis Inhalationspulver erfolgte wegen der Aufhebung der Zulassung mit Schreiben des Bundesamts für Sicherheit im Gesundheitswesen vom 26.11.2008, GZ 943.274-02-08-LCM.

Die Streichung der Arzneispezialität Terbinac 125 mg Tabl. erfolgte wegen der Aufhebung der Zulassung mit Schreiben des Bundesamts für Sicherheit im Gesundheitswesen vom 26.11.2008, GZ 948.463-08-08-LCM.

Die Streichung der Arzneispezialität Terbinac 250 mg Tabl. erfolgte wegen der Aufhebung der Zulassung mit Schreiben des Bundesamts für Sicherheit im Gesundheitswesen vom 26.11.2008, GZ 948.464-08-08-LCM.

Die Streichung der Arzneispezialität Doxybene 100 mg Kaps. erfolgte wegen der Aufhebung der Zulassung mit Schreiben des Bundesamts für Sicherheit im Gesundheitswesen vom 03.12.2008, GZ 929.995-01-08-LCM.

Die Streichung der Arzneispezialität Exhirud Gel erfolgte wegen der Aufhebung der Zulassung mit Schreiben des Bundesamts für Sicherheit im Gesundheitswesen vom 09.12.2008, GZ 124.810-01-08-LCM.

Die Streichung der Arzneispezialität Exhirud Salbe erfolgte wegen der Aufhebung der Zulassung mit Schreiben des Bundesamts für Sicherheit im Gesundheitswesen vom 09.12.2008, GZ 125.401-03-08-LCM.

Die Streichung der Arzneispezialität APA Tabl. erfolgte wegen der Aufhebung der Zulassung mit Schreiben des Bundesamts für Sicherheit im Gesundheitswesen vom 18.04.2008, GZ 121.563-02-08-LCM.

Die Streichung der Arzneispezialität Gurfix Lsg. erfolgte wegen der Aufhebung der Zulassung mit Schreiben des Bundesamts für Sicherheit im Gesundheitswesen vom 05.06.2008, GZ 929.244-02-08-LCM.

Die Streichung der Arzneispezialität INH „Waldheim“ 200 mg-Tabl. erfolgte wegen der Aufhebung der Zulassung mit Schreiben des Bundesamts für Sicherheit im Gesundheitswesen vom 17.01.2008, GZ 920.884-01-08-LCM.

Die Streichung der Arzneispezialität L-Adrenalin „Fresenius“ spritzfertig 0,01 % (1:10.000) Amp. erfolgte wegen der Aufhebung der Zulassung mit Schreiben des Bundesamts für Sicherheit im Gesundheitswesen vom 14.05.2008, GZ 924.178-02-08-LCM.

Die Streichung der Arzneispezialität Nehydrin 1 mg Drag. erfolgte wegen der Aufhebung der Zulassung mit Schreiben des Bundesamts für Sicherheit im Gesundheitswesen vom 17.01.2008, GZ 120.741-01-08-LCM.

Die Streichung der Arzneispezialität Nehydrin 3 mg Drag. erfolgte wegen der Aufhebung der Zulassung mit Schreiben des Bundesamts für Sicherheit im Gesundheitswesen vom 17.01.2008, GZ 126.194-01-08-LCM.

48. Änderung des Erstattungskodex - EKO

Die Streichung der Arzneispezialität Uropurat Tee erfolgte wegen der Aufhebung der Zulassung mit Schreiben des Bundesamts für Sicherheit im Gesundheitswesen vom 10.09.2008, GZ 922.905-01-08-LCM.

Die Streichung der Arzneispezialität Atrovent 0,04 mg Kaps. z. Trockeninh. erfolgte mit Entscheidung des Hauptverbandes vom 20.10.2008.

Die Streichung der Arzneispezialitäten Meloxicam „Ranbaxy“ 7,5 mg Tabl. und Meloxicam „Ranbaxy“ 15 mg Tabl. erfolgte mit Entscheidung des Hauptverbandes vom 17.08.2007.

Die Streichung der Arzneispezialität Rheumex Salbe erfolgte wegen der Aufhebung der Zulassung mit Schreiben des Bundesamts für Sicherheit im Gesundheitswesen vom 05.06.2008, GZ 120.007-03-08-LCM.

Die Streichung der Arzneispezialitäten Olanzapin "Genericon" 2,5 mg Tabl., Olanzapin "Genericon" 5 mg Tabl. und Olanzapin "Genericon" 10 mg Tabl. erfolgte wegen Zurückziehung der Anträge mit Schreiben des Unternehmens vom 17.12.2008.

Die Streichung der Arzneispezialitäten Pantoprazol "Actavis" 20 mg magensaftresistente Tabl. und Pantoprazol "Actavis" 40 mg magensaftresistente Tabl. erfolgte wegen Zurückziehung der Anträge mit Schreiben des Unternehmens vom 16.12.2008.

Die Streichung der Arzneispezialitäten Zemplar 1 mcg Weichkaps. und Zemplar 2 mcg Weichkaps. erfolgte wegen Zurückziehung der Anträge mit Schreiben des Unternehmens vom 04.12.2008.

Die sonstigen Änderungen des Erstattungskodex erfolgten mit Entscheidung des Hauptverbandes der österreichischen Sozialversicherungsträger vom 18.11.2008.

Für den Hauptverband:**Hartinger****Laminger**