

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:

39. Änderung des Erstattungskodex

Der Erstattungskodex, Amtliche Verlautbarung im Internet Nr. 110/2004, zuletzt geändert durch die Amtliche Verlautbarung im Internet Nr. 22/2008, wird wie folgt geändert:

Zeichenerklärung

- (2), = 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).
- (3),
- ...
- 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.
- R = Facharzt für Radiologie
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.
- F14 = Die Arzneispezialität ist nur für die Behandlung von Kindern und Jugendlichen bis zum vollendeten 14. Lebensjahr in den Grünen Bereich des Erstattungskodex aufgenommen. Für Verordnungen außerhalb der angegebenen Altersbeschränkung ist die Arzneispezialität wie eine Arzneispezialität des Gelben Bereichs des Erstattungskodex zu behandeln, wobei, wenn die Notwendigkeit für die Verordnung einer kindergerechten Zubereitung (z.B.: Saft) oder Dosierung entsprechend den Bestimmungen der Heilmittel-Bewilligungs- und Kontroll-Verordnung und den Richtlinien über die ökonomische Verschreibeweise dokumentiert wird, die vorherige Bewilligung des chef- und kontrollärztlichen Dienstes durch eine nachfolgende Kontrolle der Einhaltung der bestimmten Verwendung ersetzt werden kann.
- SG = Arzneispezialitäten, welche ohne Einschränkung den strengen Abgabebestimmungen für Suchtgifte unterliegen.
- 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 Arzneispezialitäten in den Grünen Bereich des Erstattungskodex:**

Arzneispezialität	Menge	OP	ATC-Code	mit Wirkung vom
Amlodipin "1A Pharma" 7,5 mg Tabl.	10 St.	2	C08CA01	01.04.2008
	30 St.	2		
Amlodipin "Sandoz" 7,5 mg Tabl.	10 St.	2	C08CA01	01.04.2008
	30 St.	2		
Androbloc 50 mg Filmtabl. (NÄ v. Bicalan 50 mg Filmtabl.)	30 St.	-	L02BB03	01.04.2008
Androbloc 150 mg Filmtabl. (NÄ v. Bicalan 150 mg Filmtabl.)	30 St.	-	L02BB03	01.04.2008
Ennos 20 mg Filmtabl.	14 St.	-	N06AB05	01.04.2008
	28 St.	-		
Mirtazapin "G.L." 30 mg Filmtabl.	30 St.	-	N06AX11	01.04.2008
Mirtazapin "G.L." 45 mg Filmtabl.	30 St.	-	N06AX11	01.04.2008
Simvastatin "Bayer" 20 mg Filmtabl.	30 St.	2	C10AA01	01.04.2008
Simvastatin "Bayer" 40 mg Filmtabl.	30 St.	2	C10AA01	01.04.2008

39. Änderung des Erstattungskodex - EKO

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

Arzneispezialität	Menge	OP	ATC-Code	mit Wirkung vom
Truxal 15 mg Filmtabl.	50 St.	-	N05AF03	01.04.2008

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

Arzneispezialität	Menge	OP	ATC-Code	mit Wirkung vom
Acetonal Haemorrhoidal Salbe	20 g	2	C05AX03	22.02.2008
Dilzem 60 mg Tabl.	20 St.	2	C08DB01	22.02.2008
	50 St.	2		
Dilzem retard 90 mg Filmtabl.	20 St.	2	C08DB01	22.02.2008
	50 St.	2		
F14 Sirup Famel c. Ephedrin	210 g	-	R05CA10	22.02.2008
Beloc Duriles 200 mg retard Filmtabl.	20 St.	2	C07AB02	27.02.2008
	50 St.	-		
Esucos 25 mg Tabl.	30 St.	2	N05AB01	13.03.2008
	100 St.	-		
Ultralan Fettsalbe	15 g	-	D07AC05	13.03.2008
	30 g	-		
IND Acromax Nasenspray	20 ml	-	R01AC01	01.04.2008
allerg. Rhinitis	(140 Hb)			
Akrinor Filmtabl.	50 St.	-	C01CA30	01.04.2008
Amphodyn retard Kaps.	20 St.	2	C01CA51	01.04.2008
	50 St.	-		
Ampho-Moronal Creme	10 g	-	D01AA	01.04.2008
F14 Augmentin 312,5 mg/5 ml Trockensaft	60 ml	-	J01CR02	01.04.2008
	(1 ML = 5 ml)			
	120 ml	-		
	(1 ML = 5 ml)			
F14 Clavamox 156,25 mg/5 ml Trockensaft	60 ml	-	J01CR02	01.04.2008
	(1 ML = 5 ml)			
	120 ml	-		
	(1 ML = 5 ml)			
F14 Clavamox 312,5 mg/5 ml Trockensaft	60 ml	-	J01CR02	01.04.2008
	(1 ML = 5 ml)			
	120 ml	-		
	(1 ML = 5 ml)			
F14 Codipront Retard Kaps.	10 St.	2	R05DA20	01.04.2008
Codipront Retard Saft	90 ml	2	R05DA20	01.04.2008
	(1 ML = 5 ml)			
IND Epanutin Kaps.	100 St.	2	N03AB02	01.04.2008
Erypo 10.000 IE/1 ml Stechamp.	6 St.	2	B03XA01	01.04.2008
Anämie infolge Chemotherapie maligner Tumoren mit Ausgangs-Hb kleiner gleich 10 g/dl. Bei Ansprechen Ziel-Hb max. 12 g/dl, bei Nichtansprechen Abbruch nach max. 8 Wochen nach Therapiebeginn. Hb-Kontrolle mind. alle 4 Wochen				
Fluocalcic Brausetabl.	60 St.	-	A12CD51	01.04.2008
Haemodyn 400 mg Kaps.	20 St.	2	C04AD03	01.04.2008
	50 St.	-		
Haemodyn 600 mg Kaps.	20 St.	2	C04AD03	01.04.2008
	50 St.	-		
Hydoftal 0,5 % sine neomycino Augentropf.	5 ml	-	S01BA02	01.04.2008
	(1 ml = ca. 28 Tr.)			

39. Änderung des Erstattungskodex - EKO

R	Imagopaque 300 mg J/ml parenterale Röntgenkontrastmittellsg. für die Urographie	1 St. (75 ml Inf.Fl.)	2	V08AB08	01.04.2008
		1 St. (100 ml Inf.Fl.)	2		
R	Imagopaque 300 mg J/ml parenterale Röntgenkontrastmittellsg. für die Phlebographie und Urographie	1 St. (50 ml Pl.Amp. + Ein- malspr.)	2	V08AB08	01.04.2008
		1 St. (20 ml Stech- amp.)	2		
R	Imagopaque 350 mg J/ml parenterale Röntgenkontrastmittellsg. für die Phlebographie und Urographie	1 St. (50 ml Pl.Amp. + Ein- malspr.)	2	V08AB08	01.04.2008
	Indo-Agepha 50 mg Tabl.	20 St.	2	M01AB01	01.04.2008
		50 St.	2		
	Isomack retard 20 mg Kaps.	20 St.	2	C01DA08	01.04.2008
		60 St.	-		
	Konakion „Roche“ Kaudrag.	10 St.	2	B02BA01	01.04.2008
	Novadral retard Drag.	50 St.	-	C01CA05	01.04.2008
	Novadral Tropf.	50 ml (1 ml = 20 Tr.)	-	C01CA05	01.04.2008
	Oleomycetin 1 % Augentropf.	5 ml	-	S01AA01	01.04.2008
	Oleomycetin-Prednison Augentropf.	5 ml	-	S01CA02	01.04.2008
IND	Rhinaaxia Nasenspray allerg. Rhinitis	26 ml (185 Hb)	-	R01AC05	01.04.2008
	Rhinopront Kaps.	10 St.	-	R01BA53	01.04.2008
	Sermion 30 mg lösl. Tabl.	30 St.	2	C04AE02	01.04.2008
	Sinequan 50 mg Kaps.	30 St.	2	N06AA12	01.04.2008
		100 St.	-		
	Tepilta Susp.	175 ml (1 ED = 5 ml)	2	A02AX	01.04.2008
	Thiloadren Augentropf.	5 ml (1 ml = 30 Tr.)	2	S01EB51	01.04.2008
	Vit. A „Agepha“ Tropf.	10 ml (1 ml = 30 Tr.)	-	A11CA01	01.04.2008
	Volon A Salbe antibiotikahaltig	20 g	-	D07CB01	01.04.2008

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

Arzneispezialität	Menge	OP	ATC-Code	mit Wirkung vom
Lidocorit 2 % Amp. (vormals Lidocorit 2 % Amp. 10 ml)	5 St.	2	C01BB01	01.04.2008

B. Gelber Bereich des Erstattungskodex

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

Arzneispezialität	Menge	OP	ATC-Code	mit Wirkung vom
L6 Levemir 100 E/ml Inj.lsg. in einem Injektor vorgefüllt, FlexPen Für PatientInnen mit Diabetes mellitus Typ 1, wenn mit Insulinen aus dem Grünen Bereich (A10AC) aufgrund von symptomatischen, wiederkehrenden nächtlichen Hypoglykämien eine ausreichende Therapieeinstellung nicht möglich ist. Levemir eignet sich für eine chef(kontroll)ärztliche Langzeitbewilligung für 6 Monate (L6).	5 St.	-	A10AE05	01.04.2008

39. Änderung des Erstattungskodex - EKO

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

	Arzneispezialität	Menge	OP	ATC-Code	mit Wirkung vom
	Aclasta 5 mg Inf.lsg. Langzeitbehandlung der Osteoporose (Knochendichte liegt mehr als 2,5 Standardabweichungen unter dem Durchschnittswert junger Erwachsener oder nach osteoporotischer Fraktur) für maximal drei Jahre, wenn orale Bisphosphonate (ATC-Code M05BA, welche zur Therapie der Osteoporose zugelassen sind) nicht verwendet werden können. Bei M. Paget des Skeletts: Erstverordnung und Kontrollen durch entsprechende Fachabteilung.	1 St.	-	M05BA08	01.04.2008
	Arixtra 2,5 mg/0,5 ml Inj.lsg. Fertigspr. Zur Prophylaxe venöser thromboembolischer Ereignisse (VTE) bei Patienten, die sich größeren orthopädischen Eingriffen an den unteren Extremitäten unterziehen müssen, wie beispielsweise Hüftfrakturen, Knie- oder Hüftersatzoperationen.	10 St.	-	B01AX05	01.04.2008
SG	Compensan retard 100 mg Filmtabl. Zur Substitutionsbehandlung, wenn Mittel der 1. Wahl gemäß § 23c der Suchtgiftverordnung bei nachvollziehbarer und objektivierbarer Unverträglichkeit oder bei Auftreten von nicht tolerierbaren Nebenwirkungen nicht zum gewünschten Erfolg geführt haben, wobei gemäß den Richtlinien über die ökonomische Verschreibweise von Heilmitteln und Heilbehelfen Methadon der Vorzug zu geben ist.	10 St. 30 St.	- -	N07BC	01.04.2008
SG	Compensan retard 200 mg Filmtabl. Zur Substitutionsbehandlung, wenn Mittel der 1. Wahl gemäß § 23c der Suchtgiftverordnung bei nachvollziehbarer und objektivierbarer Unverträglichkeit oder bei Auftreten von nicht tolerierbaren Nebenwirkungen nicht zum gewünschten Erfolg geführt haben, wobei gemäß den Richtlinien über die ökonomische Verschreibweise von Heilmitteln und Heilbehelfen Methadon der Vorzug zu geben ist.	10 St. 30 St.	- -	N07BC	01.04.2008
SG	Compensan retard 300 mg Filmtabl. Zur Substitutionsbehandlung, wenn Mittel der 1. Wahl gemäß § 23c der Suchtgiftverordnung bei nachvollziehbarer und objektivierbarer Unverträglichkeit oder bei Auftreten von nicht tolerierbaren Nebenwirkungen nicht zum gewünschten Erfolg geführt haben, wobei gemäß den Richtlinien über die ökonomische Verschreibweise von Heilmitteln und Heilbehelfen Methadon der Vorzug zu geben ist.	10 St. 30 St.	- -	N07BC	01.04.2008
SG	Substitol retard 120 mg Kaps. Zur Substitutionsbehandlung, wenn Mittel der 1. Wahl gemäß § 23c der Suchtgiftverordnung bei nachvollziehbarer und objektivierbarer Unverträglichkeit oder bei Auftreten von nicht tolerierbaren Nebenwirkungen nicht zum gewünschten Erfolg geführt haben, wobei gemäß den Richtlinien über die ökonomische Verschreibweise von Heilmitteln und Heilbehelfen Methadon der Vorzug zu geben ist.	10 St. 30 St.	- -	N07BC	01.04.2008
SG	Substitol retard 200 mg Kaps. Zur Substitutionsbehandlung, wenn Mittel der 1. Wahl gemäß § 23c der Suchtgiftverordnung bei nachvollziehbarer und objektivierbarer Unverträglichkeit oder bei Auftreten von nicht tolerierbaren Nebenwirkungen nicht zum gewünschten Erfolg geführt haben, wobei gemäß den Richtlinien über die ökonomische Verschreibweise von Heilmitteln und Heilbehelfen Methadon der Vorzug zu geben ist.	10 St. 30 St.	- -	N07BC	01.04.2008

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

	Arzneispezialität	Menge	OP	ATC-Code	mit Wirkung vom
	Mistabron Amp. z. Inhalation Eine Kostenübernahme ist nur möglich, wenn mit Therapiealternativen aus dem Grünen Bereich nachweislich nicht das Auslangen gefunden werden kann.	6 St. (3 ml)	-	R05CB05	13.03.2008
	Erypo 1.000 IE/0,5 ml Stechamp. Eine Kostenübernahme ist möglich in der Indikation Anämie bei chronischer Niereninsuffizienz zur Anhebung des Hämoglobinwertes auf über 11 g/dl. Cave: Auslagerung aus dem intramuralen Bereich (Dialyseabkommen!)	6 St.	-	B03XA01	01.04.2008
	Leukase Puder Eine Kostenübernahme ist nur möglich, wenn mit Therapiealternativen (Packungsgrößen, Darreichungsformen) aus dem Grünen Bereich nachweislich nicht das Auslangen gefunden werden kann.	50 g	-	D06AX	01.04.2008
	Neulasta 6 mg Inj.lsg. in einem vorgefüllten Injektor Neutropenie (unter 2000/Mikroliter bzw. 2G/L) und Verminderung der Häufigkeit neutropenischen Fiebers bei Patienten unter myelosuppressiver Chemotherapie wegen nicht-myeloischer maligner Erkrankung, nach myeloablativer Therapie mit anschließender Knochenmarktransplantation, zur Mobilisierung von Blutzustammzellen, mit schwerer idiopathischer, zyklischer oder kongenitaler Neutropenie, mit fortgeschrittener	1 St. (0,6 ml)	-	L03AA13	01.04.2008

39. Änderung des Erstattungskodex - EKO

HIV-Infektion. Therapieeinleitung und regelmäßige Kontrollen durch entsprechende Zentren.

- L12 **Nitro-Dur 5 mg/24 h Depot-Pflaster** 30 St. - C01DA02 01.04.2008
Eine Kostenübernahme ist nur möglich, wenn mit Therapiealternativen (andere Darreichungsformen) aus dem Grünen Bereich nachweislich nicht das Auslangen gefunden werden kann.
- L12 **Nitro-Dur 10 mg/24 h Depot-Pflaster** 30 St. - C01DA02 01.04.2008
Eine Kostenübernahme ist nur möglich, wenn mit Therapiealternativen (andere Darreichungsformen) aus dem Grünen Bereich nachweislich nicht das Auslangen gefunden werden kann.
- L6 **Reminyl 4 mg Filmtabl.** 14 St. 2 N06DA04 01.04.2008
56 St. -
 - 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).
- L6 **Reminyl 8 mg Filmtabl.** 56 St. - N06DA04 01.04.2008
 - 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.
- L6 **Reminyl 12 mg Filmtabl.** 56 St. - N06DA04 01.04.2008
 - 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.
- Timoptal 0,25 % sine Einmal-Augentropf.** 30 St. - S01ED01 01.04.2008
Eine Kostenübernahme ist nur möglich in der Indikation Glaukom bei nachgewiesener Allergie oder Unverträglichkeit von Augentropfen mit Konservierungsmittel.

C. Roter Bereich des Erstattungskodex

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

Arzneispezialität	Menge	ATC-Code	mit Wirkung vom
Celsentri 150 mg Filmtabl.	60 St.	J05AX09	25.02.2008
Celsentri 300 mg Filmtabl.	60 St.	J05AX09	25.02.2008
Risperidon "1A Pharma" 0,5 mg Filmtabl.	10 St.	N05AX08	25.02.2008
	60 St.		

39. Änderung des Erstattungskodex - EKO

Risperidon "Hexal" 0,5 mg Filmtabl.	10 St.	N05AX08	25.02.2008
	60 St.		
Risperidon "Sandoz" 0,5 mg Filmtabl.	20 St.	N05AX08	25.02.2008
	60 St.		
Bezafibrat "Hexal" 400 mg retard Filmtabl.	30 St.	C10AB02	29.02.2008
Co-Diovan 320 mg/12,5 mg Filmtabl.	28 St.	C09DA03	01.03.2008
Co-Diovan 320 mg/25 mg Filmtabl.	28 St.	C09DA03	01.03.2008
Galvus 50 mg Tabl.	14 St.	A10BH02	01.03.2008
	28 St.		
	56 St.		
IgVENA 50 g/l Inf.lsg.	20 ml	J06BA02	01.03.2008
	50 ml		
Omnitrope 3,3 mg/ml i.e. Patrone	1 St.	H01AC01	01.03.2008
Seroquel XR 50 mg Retardtabl.	10 St.	N05AH04	06.03.2008
	60 St.		
Seroquel XR 200 mg Retardtabl.	10 St.	N05AH04	06.03.2008
	60 St.		
Seroquel XR 300 mg Retardtabl.	10 St.	N05AH04	06.03.2008
	60 St.		
Seroquel XR 400 mg Retardtabl.	10 St.	N05AH04	06.03.2008
	60 St.		
GlucaGen HypoKit 1 mg/ml Plv. u. Lsgm. in einer Fertigspr.	1 St.	H04AA01	07.03.2008
Isentress 400 mg Filmtabl.	60 St.	J05AX08	14.03.2008
Erypo 30.000 IE/0,75 ml Fertigspr.	4 St.	B03XA01	01.04.2008
HCT "Lannacher" 50 mg Tabl.	10 St.	C03AA03	01.04.2008
	30 St.		
Natrium chloratum phys. 0,9 % Inf.lsg.	1 St.	B05BB01	01.04.2008
	(250 ml)		
	1 St.		
	(500 ml)		
	10 St.		
	(250 ml)		
Prazopant 20 mg magensaftresist. Tabl.	14 St.	A02BC02	01.04.2008
	28 St.		
Prazopant 40 mg magensaftresist. Tabl.	7 St.	A02BC02	01.04.2008
	14 St.		
	28 St.		
Quetialan 4 Tage Starterpkg. Filmtabl.	11 St.	N05AH04	01.04.2008
Quetialan 25 mg Filmtabl.	6 St.	N05AH04	01.04.2008
	60 St.		
Quetialan 100 mg Filmtabl.	30 St.	N05AH04	01.04.2008
	60 St.		
	90 St.		
Quetialan 200 mg Filmtabl.	30 St.	N05AH04	01.04.2008
	60 St.		
Quetialan 300 mg Filmtabl.	30 St.	N05AH04	01.04.2008
	60 St.		

*

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 Acetonal Haemorrhoidal Salbe erfolgte wegen der Aufhebung der Zulassung mit Schreiben des Bundesamts für Sicherheit im Gesundheitswesen vom 22.02.2008, GZ 121.431-01-08-LCM.

Die Streichung der Arzneispezialität Dilzem 60 mg Tabl. erfolgte wegen der Aufhebung der Zulassung mit Schreiben des Bundesamts für Sicherheit im Gesundheitswesen vom 22.02.2008, GZ 921.852-01-08-LCM.

Die Streichung der Arzneispezialität Dilzem retard 90 mg Filmtabl. erfolgte wegen der Aufhebung der Zulassung mit Schreiben des Bundesamts für Sicherheit im Gesundheitswesen vom 22.02.2008, GZ 927.024-01-08-LCM.

Die Streichung der Arzneispezialität Sirup Famel c. Ephedrin erfolgte wegen der Aufhebung der Zulassung mit

39. Änderung des Erstattungskodex - EKO

Schreiben des Bundesamts für Sicherheit im Gesundheitswesen vom 22.02.2008, GZ 924.691-01-08-LCM.

Die Streichung der Arzneispezialität Beloc Duriles 200 mg retard Filmtabl. erfolgte wegen der Aufhebung der Zulassung mit Schreiben des Bundesamts für Sicherheit im Gesundheitswesen vom 27.02.2008, GZ 128.916-01-08-LCM.

Die Streichung der Arzneispezialität Esucos 25 mg Tabl. erfolgte wegen der Aufhebung der Zulassung mit Schreiben des Bundesamts für Sicherheit im Gesundheitswesen vom 13.03.2008, GZ 120.850-01-08-LCM.

Die Streichung der Arzneispezialität Ultralan Fettsalbe erfolgte wegen der Aufhebung der Zulassung mit Schreiben des Bundesamts für Sicherheit im Gesundheitswesen vom 13.03.2008, GZ 123.234-01-08-LCM.

Die Änderung der Bezeichnung der Arzneispezialität Lidocorit 2 % Amp. (vormals Lidocorit 2 % Amp. 10 ml) erfolgte auf Grund des Bescheides des Bundesamts für Sicherheit im Gesundheitswesen vom 07.03.2008, GZ 121.478-01-08-LCM.

Die Streichung der Arzneispezialität Mistabron Amp. zur Inhalation erfolgte wegen der Aufhebung der Zulassung mit Schreiben des Bundesamts für Sicherheit im Gesundheitswesen vom 13.03.2008, GZ 124.626-01-08-LCM.

Die Streichungen der Arzneispezialitäten aus dem Grünen und Gelben Bereich Acromax Nasenspray, Akrinor Filmtabl., Amphodyn retard Kaps., Ampho-Moronal Creme, Augmentin 312,5 mg/5 ml Trockensaft, Codipront Retard Kaps., Codipront Retard Saft, Epanutin Kaps., Erypo 10.000 IE/1 ml Stechamp., Fluocalcic Brausetabl., Haemodyn 400 mg Kaps., Haemodyn 600 mg Kaps., Hydroftal 0,5 % sine neomycino Augentropf., Indo-Agepha 50 mg Tabl., Isomack retard 20 mg Kaps., Konakion „Roche“ Kaudrag., Novadral retard Drag., Novadral Tropf., Oleomycetin 1 % Augentropf., Oleomycetin-Prednison Augentropf., Rhinaaxia Nasenspray, Rhinopront Kaps., Sermion 30 mg lösl. Tabl., Sinequan 50 mg Kaps., Truxal 15 mg Filmtabl. (100 St.), Vit.A „Agepha“ Tropf., Volon A Salbe antibiotikahaltig, Erypo 1.000 IE/0,5 ml Stechamp., Neulasta 6 mg Inj.lsg. in einem vorgefüllten Injektor, Reminyl 4 mg Filmtabl., Reminyl 8 mg Filmtabl., Reminyl 12 mg Filmtabl., Thiloadren Augentropf., Timophtal 0,25 % sine Einmal-Augentropf. erfolgten mit Entscheidung des Hauptverbandes vom 20. Februar 2008 gemäß § 38 Abs. 3 VO-EKO wegen Nichtlieferfähigkeit.

Die sonstigen Änderungen des Erstattungskodex erfolgten mit Entscheidung des Hauptverbandes der österreichischen Sozialversicherungsträger vom 22. Jänner 2008 (Compensan retard 100, 200, 300 mg Filmtabl, Substitol retard 120, 200 mg Kaps.) 18. und 27. Februar 2008 (Aclasta).

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