

**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:

**41. Änderung des Erstattungskodex**

Der Erstattungskodex, Amtliche Verlautbarung im Internet Nr. 110/2004, zuletzt geändert durch die Amtliche Verlautbarung im Internet Nr. 51/2008, wird wie folgt geändert:

**Zeichenerklärung**

- (2), = Die Aufnahme der Arzneypezialität in den Erstattungskodex beschränkt sich auf die in der Klammer
- (3), = angegebene Menge an Originalpackungen (z.B.: 20 g (2) – Maximalmenge 2 Packungen zu je 20 g).
- ... =
- IND = Die Arzneypezialität 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 Arzneypezialität 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 Arzneypezialität 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.
- SG = Arzneypezialitäten, welche ohne Einschränkung den strengen Abgabebestimmungen für Suchtgifte unterliegen.
- F14 = Die Arzneypezialität 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 Arzneypezialität wie eine Arzneypezialität 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.

**A. Grüner Bereich des Erstattungskodex**

**A1. Aufnahmen von Arzneypezialitäten in den Grünen Bereich des Erstattungskodex:**

	Arzneypezialität	Menge	OP	ATC-Code	mit Wirkung vom
U	<b>Alfuzosin "1A Pharma" 5 mg Retardtabl.</b>	30 St.	-	G04CA01	01.06.2008
		60 St.	2		
U	<b>Alfuzosin "Hexal" 5 mg Retardtabl.</b>	30 St.	-	G04CA01	01.06.2008
		60 St.	2		
	<b>Bicalutamid "G.L." 50 mg Filmtabl.</b>	30 St.	-	L02BB03	01.06.2008
	<b>Bicalutamid "G.L." 150 mg Filmtabl.</b>	30 St.	-	L02BB03	01.06.2008
	<b>Bicalutamid "Interpharm" 50 mg Filmtabl.</b>	30 St.	-	L02BB03	01.06.2008
	<b>Bicalutamid "Interpharm" 150 mg Filmtabl.</b>	30 St.	-	L02BB03	01.06.2008
IND	<b>Fentoron 12 mcg/h - transdermales Matrixpflaster</b>	5 St.	2	N02AB03	01.06.2008
SG	chronische Schmerzen, die durch starke orale Opioide nicht ausreichend behandelbar sind				

## 41. Änderung des Erstattungskodex - EKO

	<b>Lansoprazol "Actavis" 15 mg magensaftresistente Hartkaps.</b>	28 St.	2	A02BC03	01.06.2008
	<b>Lansoprazol "Actavis" 30 mg magensaftresistente Hartkaps.</b>	7 St.	-	A02BC03	01.06.2008
		14 St.	-		
		28 St.	-		
	<b>Risperidon "1A Pharma" 1 mg/ml Lsg. zum Einnehmen</b>	30 ml	2	N05AX08	01.06.2008
		100 ml	-		
	<b>Risperidon "Hexal" 1 mg/ml Lsg. zum Einnehmen</b>	30 ml	2	N05AX08	01.06.2008
		100 ml	-		
	<b>Risperidon "Sandoz" 1 mg/ml Lsg. zum Einnehmen</b>	30 ml	2	N05AX08	01.06.2008
		100 ml	-		
	<b>Risperidon "ratiopharm" 1 mg Schmelztabl.</b>	10 St.	2	N05AX08	01.06.2008
		30 St.	-		
		60 St.	-		
	<b>Risperidon "ratiopharm" 2 mg Schmelztabl.</b>	10 St.	2	N05AX08	01.06.2008
		30 St.	-		
		60 St.	-		
U	<b>Tamsulosin "Ranbaxy" 0,4 mg Retardkaps.</b>	10 St.	2	G04CA02	01.06.2008
		30 St.	2		

## A2. Änderung der Packungsgröße einer im Grünen Bereich des Erstattungskodex angeführten Arzneispezialität:

	Arzneispezialität	Menge	OP	ATC-Code	mit Wirkung vom
IND	<b>Isotretinoin "ratiopharm" 20 mg Kaps.</b> Schwere Akne, die auf andere Behandlungsmethoden nicht anspricht <i>Anmerkung: Streichung 100 St aus dem Gelben Bereich</i>	30 St.	2	D10BA01	01.06.2008

## A3. Änderung der Packungsgröße und der Verwendung einer im Grünen Bereich des Erstattungskodex angeführten Arzneispezialität:

	Arzneispezialität	Menge	OP	ATC-Code	mit Wirkung vom
	<b>Citalopram "1A Pharma" 20 mg Filmtabl.</b>	14 St.	2	N06AB04	01.06.2008
		30 St.	-		

## A4. Streichung von im Grünen Bereich des Erstattungskodex angeführten Arzneispezialitäten:

	Arzneispezialität	Menge	OP	ATC-Code	mit Wirkung vom
	<b>Colme Tropfen Amp.</b>	4 St	-	N07BB02	28.04.2008
		1 ml = 20 Tr.			
		15 ml			
	<b>Mucobene 100 mg lösl. Pulver</b>	20 St.	2	R05CB01	28.04.2008
	<b>Ergokapton Drag.</b>	20 St.	-	N02CA02	13.05.2008
	<b>Ambenat Salbe</b>	40 g	2	M02AC	01.06.2008
	<b>Ambene-N-Zäpf.</b>	5 St.	2	M01AA01	01.06.2008
	<b>Aqua ad injectabilia „Medipharm“ Dstfl. 100 ml</b>	10 St.	-	V07AB	01.06.2008
IND	<b>Bocatriol „Leo“ 0,25 mcg Kaps.</b>	30 St.	2	A11CC04	01.06.2008
	Zusatztherapie bei Nierendialyse	100 St.	-		
IND	<b>Bocatriol „Leo“ 0,5 mcg Kaps.</b>	30 St.	2	A11CC04	01.06.2008
	Zusatztherapie bei Nierendialyse	100 St.	-		
	<b>Carvedilol „ratiopharm“ 3,125 mg Tabl.</b>	10 St.	2	C07AG02	01.06.2008
		30 St.	-		
	<b>Cedocard 5 mg Tabl.</b>	30 St.	-	C01DA08	01.06.2008
		60 St.	-		
	<b>Cinnabene Kaps.</b>	20 St.	2	N07CA02	01.06.2008
		50 St.	-		
	<b>Diamicron 80 mg Tabl.</b>	30 St.	2	A10BB09	01.06.2008
		100 St.	-		
	<b>Dorehydrin retard 4,5 mg Kaps.</b>	30 St.	2	C04AE01	01.06.2008
	<b>Doxybene 200 mg Kaps.</b>	5 St.	-	J01AA02	01.06.2008
		10 St.	-		
	<b>Elantan Tabl. 20 mg</b>	20 St.	2	C01DA14	01.06.2008
		60 St.	-		

41. Änderung des Erstattungskodex - EKO

IND	<b>Gabitril 15 mg Filmtabl.</b> Behandlung bei Epilepsien, die durch andere Antiepileptika ungenügend kontrolliert sind	100 St.		N03AG06	01.06.2008
	<b>Leukase Salbe</b>	15 g		D06AX	01.06.2008
	<b>Lanitop 0,2 mg Amp.</b>	5 St.	2	C01AA08	01.06.2008
		2 ml			
F14	<b>Lidaprim orale Susp. f. Kind.</b>	50 ml	-	J01EE03	01.06.2008
		1 ML =			
		5 ml			
		100 ml	-		
		1 ML =			
		5 ml			
	<b>Mucobene 200 mg lösl. Pulver</b>	20 St.	2	R05CB01	01.06.2008
	<b>Na. chlorat. physiolog. „Medipharm“ Inf.fl. 250 ml</b>	1 St.	2	B05BB01	01.06.2008
R	<b>Omnipaque 300 mg J/ml Stechamp.</b> für die Phlebographie und Urographie	1 St.	2	V08AB02	01.06.2008
		20 ml			
F14	<b>Suxinutin Saft</b>	200 ml	2	N03AD01	01.06.2008
	<b>Tamoxifen „ratiopharm“ 10 mg Tabl.</b>	30 St.	2	L02BA01	01.06.2008
	<b>Terazosin „ratiopharm“ 1 mg Tabl.</b>	10 St.	2	C02CA	01.06.2008
		28 St.	-		
	<b>Terazosin „ratiopharm“ 5 mg Tabl.</b>	10 St.	2	C02CA	01.06.2008
		30 St.	2		
	<b>Ulcometin 200 mg Filmtabl.</b>	20 St.	2	A02BA01	01.06.2008
		50 St.	-		

**B. Gelber Bereich des Erstattungskodex**

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

Arzneispezialität	Menge	OP	ATC-Code	mit Wirkung vom
<b>Tysabri 300 mg Konz. zur Herst. einer Inf.lsg.</b>	1 St.	-	L04AA23	01.06.2008
<p>Im begründeten Einzelfall kann eine Kostenübernahme als Monotherapie erfolgen, wenn die Verabreichung der ersten drei Infusionen im stationären Bereich erfolgte:</p> <p>Bei Patienten mit hochaktiver, schubförmig remittierend verlaufender Multipler Sklerose (MS), die auf einen vollständigen und angemessenen Zyklus einer Interferon-beta Therapie (Mindesttherapiedauer ein Jahr) nicht angesprochen haben und weiterhin eine hohe Krankheitsaktivität aufweisen. Bei diesen Patienten sollte es während der Therapie im vorangegangenen Jahr zu mindestens einem Schub gekommen sein, und sie sollten mindestens neun T2-hyperintense Läsionen in der kranialen MRT oder mindestens eine Gadolinium anreichernde Läsion aufweisen.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Die Indikationsstellung und Überwachung der Therapie mit Natalizumab sowie eine entsprechende Anamnese und gegebenenfalls Untersuchung vor jeder Infusion (cave: Kontraindikationen) muss durch einen in der Diagnosestellung und Behandlung von neurologischen Erkrankungen erfahrenen Spezialisten (Facharzt) in von der Österreichischen Gesellschaft für Neurologie (ÖGN) approbierten Zentren mit raschem Zugang zu MRT erfolgen.</li> <li>- Daten zur Sicherheit und Wirksamkeit von Natalizumab über einen Behandlungszeitraum von 2 Jahren hinaus sind nicht verfügbar (Fachinformation). Eine Kostenübernahme darüber hinaus kann nur erwogen werden, wenn zu diesem Zeitpunkt Sicherheits- und Wirksamkeitsdaten für einen entsprechend längeren Zeitraum vorliegen.</li> <li>- Für Patienten, die nach 6-monatiger Behandlung noch keinen ausreichenden Behandlungserfolg zeigen, kann keine weitere Kostenübernahme erfolgen.</li> <li>- Bei jeder Verschlechterung der Erkrankung oder infusionsbedingten Ereignissen sollte das Vorhandensein von Antikörpern gegen Natalizumab untersucht werden.</li> <li>- Im Falle eines positiven Antikörpertests und eines positiven Bestätigungstests nach 6 Wochen ist die Behandlung abzubrechen.</li> <li>- Patienten mit einer Überempfindlichkeitsreaktion müssen dauerhaft von einer Behandlung mit Tysabri ausgeschlossen werden.</li> <li>- Vor Beginn der Behandlung ist ein immungeschwächter Status (cave wash out Phase von Immunsuppressiva) auszuschließen.</li> <li>- Patienten, die mit Natalizumab behandelt werden, sind vor Therapiebeginn in das dafür vorgesehene Register der ÖGN aufzunehmen.</li> <li>- Patienten, die mit Natalizumab behandelt werden, muss ein spezieller Patientenpass ausgehändigt werden. Anwendungshinweis: Nach dem Verdünnen ist die Infusion über etwa eine Stunde zu verabreichen. Die Patienten sind während der Infusion und eine Stunde über das Ende der Infusion hinaus auf Anzeichen und Symptome einer Überempfindlichkeitsreaktion hin zu beobachten.</li> </ul> <p>Grundsätzlich keine Kostenübernahme für Patienten mit rasch fortschreitender schubförmig remittierend</p>				

## 41. Änderung des Erstattungskodex - EKO

verlaufender Multipler Sklerose, definiert durch zwei oder mehr Schübe mit Behinderungsprogression in einem Jahr, und mit einer oder mehreren Gadolinium anreichernden Läsionen in der MRT des Gehirns oder mit einer signifikanten Erhöhung der T2-Läsionen im Vergleich zu einer früheren in jüngerer Zeit angefertigten MRT.

**B2. Streichung von Arzneispezialitäten aus dem Gelben Bereich des Erstattungskodex :**

Arzneispezialität	Menge	OP	ATC-Code	mit Wirkung vom
<b>Cisordinol 20 mg/ml Tropf.</b> Eine Kostenübernahme ist nur möglich, wenn mit Therapiealternativen (Darreichungsformen) aus dem Grünen Bereich nicht das Auslangen gefunden werden kann.	20 ml	-	N05AF05	01.06.2008
<b>Leukase Salbe</b> Eine Kostenübernahme ist nur möglich, wenn mit Therapiealternativen (Packungsgrößen, Darreichungsformen) aus dem Grünen Bereich nachweislich nicht das Auslangen gefunden werden kann.	100 g	-	D06AX	01.06.2008
<b>Na. chlorat. physiolog. „Medipharm“ Inf.fl. 250 ml</b> Bei Exsikkose, wenn eine orale Flüssigkeitszufuhr nicht ausreichend möglich ist.	10 St. 250 ml	-	B05BB01	01.06.2008
<b>Na. chlorat. physiolog. „Medipharm“ Inf.fl. 500 ml</b> Bei Exsikkose, wenn eine orale Flüssigkeitszufuhr nicht ausreichend möglich ist.	10 St. 500 ml	-	B05BB01	01.06.2008
<b>Ovitrelle 250 mcg Plv. u. Lsgm. z. Herst. einer Inj.lsg.</b> Eine Kostenübernahme ist möglich bei anovulatorischen oder oligo-ovulatorischen Frauen zur Auslösung der Ovulation und Luteinisierung nach der Stimulation des Follikelwachstums. Nicht zur Unterstützung von Maßnahmen der assistierten Reproduktion.	1 St.	-	G03GA08	01.06.2008
<b>Zavedos 25 mg Kaps.</b> Eine Kostenübernahme ist möglich: - Zur Remissionsinduktion der akuten myeloischen Leukämie, wenn eine intravenöse Behandlung ausgeschlossen ist; - Bei fortgeschrittenem Mammakarzinom, wenn auf die Therapie der ersten Wahl, welche kein Anthracyclin enthielt, nicht angesprochen worden ist. Diagnose, Erstverordnung und engmaschige Kontrolle durch entsprechende Fachabteilungen und Zentren.	1 St.	-	L01DB06	01.06.2008

**B3. Änderung der Packungsgröße von Arzneispezialitäten aus dem Gelben Bereich des Erstattungskodex:**

Arzneispezialität	Menge	OP	ATC-Code	mit Wirkung vom
<b>Luveris 75 IE Plv. u. Lsgm. z. Herst. einer Inj.lsg.</b> Eine Kostenübernahme ist möglich zur Stimulation der Follikelreifung bei Frauen, die einen schwerwiegenden LH- und FSH-Mangel aufweisen. Nicht zur Unterstützung von Maßnahmen der assistierten Reproduktion.	1 St.	-	G03GA07	01.06.2008

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

Arzneispezialität	Menge	ATC-Code	mit Wirkung vom
<b>Cefixim "Hexal" 100 mg/5 ml Gran. z. Herst. einer Susp. z. Einnehmen</b>	60 ml	J01DD08	24.04.2008
<b>Fosinopril/HCT "Interpharm" 20 mg/12,5 mg Tabl.</b>	30 St.	C09BA09	24.04.2008
<b>Requip Modutab 2 mg Retardtabl.</b>	28 St.	N04BC04	28.04.2008
<b>Requip Modutab 4 mg Retardtabl.</b>	28 St.	N04BC04	28.04.2008
<b>Requip Modutab 8 mg Retardtabl.</b>	28 St.	N04BC04	28.04.2008
<b>Losartan "ratiopharm" 12,5 mg Filmtabl.</b>	10 St. 30 St.	C09CA01	29.04.2008
<b>Losartan "ratiopharm" 50 mg Filmtabl.</b>	10 St. 30 St.	C09CA01	29.04.2008
<b>Losartan "ratiopharm" 100 mg Filmtabl.</b>	10 St. 30 St.	C09CA01	29.04.2008
<b>Cefurobac 250 mg Filmtabl.</b>	14 St.	J01DC02	30.04.2008
<b>Omepralan 10 mg Kaps.</b>	28 St.	A02BC01	01.06.2008
<b>Omepralan 20 mg Kaps.</b>	7 St. 14 St. 28 St.	A02BC01	01.06.2008
<b>Omepralan 40 mg Kaps.</b>	14 St. 28 St.	A02BC01	01.06.2008

## 41. Änderung des Erstattungskodex - EKO

<b>Pravastatin "+ pharma" 20 mg Filmtabl.</b>	30 St.	C10AA03	01.05.2008
<b>Pravastatin "+ pharma" 40 mg Filmtabl.</b>	30 St.	C10AA03	01.05.2008
<b>Retacrit 20000 IE/0,5 ml Inj.lsg. in Fertigspr.</b>	6 St.	B03XA01	01.05.2008
<b>Retacrit 30000 IE/0,75 ml Inj.lsg. in Fertigspr.</b>	4 St.	B03XA01	01.05.2008
<b>Cefurobac 500 mg Filmtabl.</b>	14 St.	J01DC02	07.05.2008
<b>Pradaxa 75 mg Hartkaps.</b>	10 St.	B01AE07	07.05.2008
<b>Pradaxa 110 mg Hartkaps.</b>	10 St.	B01AE07	07.05.2008
	30 St.		
<b>Losartan "Hexal" 50 mg Filmtabl.</b>	10 St.	C09CA01	13.05.2008
	30 St.		
<b>Losartan "Sandoz" 50 mg Filmtabl.</b>	10 St.	C09CA01	19.05.2008
	30 St.		

**C2. Änderung der Bezeichnung von im Roten Bereich des Erstattungskodex angeführten Arzneispezialitäten:**

Arzneispezialität	Menge	ATC-Code	mit Wirkung vom
-------------------	-------	----------	-----------------

<b>Pantoprazol „Actavis“ 20 mg magensaftresistente Tabl.</b>	14 St.	A02BC02	01.05.2008
(vormals Prazopant 20 mg magensaftresistente Tabl.)	30 St.		
<b>Pantoprazol „Actavis“ 40 mg magensaftresistente Tabl.</b>	7 St.	A02BC02	01.05.2008
(vormals Prazopant 40 mg magensaftresistente Tabl.)	14 St.		
	30 St.		

**C3. Änderung des ATC-Codes von Arzneispezialitäten aus dem Roten Bereich des Erstattungskodex :**

Arzneispezialität	Menge	OP	ATC-Code	mit Wirkung vom
-------------------	-------	----	----------	-----------------

<b>Eucreas 50 mg/850 mg Filmtabl.</b>	30 St.	-	A10BD08	21.05.2008
	60 St.	-	(vormals A10BD)	
<b>Eucreas 50 mg/1000 mg Filmtabl.</b>	30 St.	-	A10BD08	21.05.2008
	60 St.	-	(vormals A10BD)	

**C4. Streichung von Arzneispezialitäten aus dem Roten Bereich des Erstattungskodex :**

Arzneispezialität	Menge	OP	ATC-Code	mit Wirkung vom
-------------------	-------	----	----------	-----------------

<b>Lucentis 10 mg/ml Inj.lsg.</b>	1 St.	-	S01LA04	01.06.2008
<b>RisPel 0,5 mg Filmtabl.</b>	28 St.	-	N05AX08	01.06.2008

\*

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 Colme Tropfen Amp. erfolgte wegen der Aufhebung der Zulassung mit Schreiben des Bundesamts für Sicherheit im Gesundheitswesen vom 28.04.2008, GZ 128.624-01-08-LCM.

Die Streichung der Arzneispezialität Mucobene 100 mg lösl. Pulver erfolgte wegen der Aufhebung der Zulassung mit Schreiben des Bundesamts für Sicherheit im Gesundheitswesen vom 28.04.2008, GZ 928.374-01-08-LCM.

Die Streichung der Arzneispezialität Ergokapton Drag. erfolgte wegen der Aufhebung der Zulassung mit Schreiben des Bundesamts für Sicherheit im Gesundheitswesen vom 13.05.2008, GZ 921.319-01-08-LCM.

Die Änderung der Bezeichnung der Arzneispezialität Pantoprazol „Actavis“ 20 magensaftresistente Tabl. (vormals Prazopant 20 mg magensaftresistente Tabl.) erfolgte auf Grund des Bescheides des Bundesamts für Sicherheit im Gesundheitswesen vom 30.04.2008, GZ 950.983-06-08-LCM.

Die Änderung der Bezeichnung der Arzneispezialität Pantoprazol „Actavis“ 40 magensaftresistente Tabl. (vormals Prazopant 40 mg magensaftresistente Tabl.) erfolgte auf Grund des Bescheides des Bundesamts für Sicherheit im Gesundheitswesen vom 30.04.2008, GZ 950.984-06-08-LCM.

Die Streichungen der Arzneispezialitäten aus dem Grünen und Gelben Bereich Ambenat Salbe, Ambene-N-Zäpf., Aqua ad injectabilia „Medipharm“ Dstfl. 100 ml, Bocatriol „Leo“ 0,25 mcg Kaps., Bocatriol „Leo“ 0,5 mcg Kaps., Carvedilol „ratiopharm“ 3,125 mg Tabl., Cedocard 5 mg Tabl., Cinnabene Kaps., Diamicon 80 mg Tabl., Dorehydrin retard 4,5 mg Kaps., Doxybene 200 mg Kaps., Elantan Tabl. 20 mg., Gabitril 15 mg Filmtabl., Isotretinoin „ratiopharm“ 20 mg Kaps. (der 100 St.-Packung aus dem Gelben Bereich), Leukase Salbe, Mucobene 200 mg lösl.

## 41. Änderung des Erstattungskodex - EKO

Pulver, Na. chlorat. physiolog. „Medipharm“ Inf.fl. 250 ml., Omnipaque 300 mg J/ml Stechamp., Suxinutin Saft, Tamoxifen „ratiopharm“ 10 mg Tabl., Terazosin „ratiopharm“ 1 mg Tabl., Terazosin „ratiopharm“ 5 mg Tabl., Ulcometin 200 mg Filmtabl., Cisordinol 20 mg/ml Tropf, Luveris 75 IE Plv. u. Lsgm. z. Herst. einer Inj.lsg. (der 10 St.-Packung), Na. chlorat. physiolog. „Medipharm“ Inf.fl. 500 ml, Ovitrelle 250 mcg Plv. u. Lsgm. z. Herst. einer Inj.lsg., Zavedos 25 mg Kaps. erfolgten mit Entscheidung des Hauptverbandes vom 23. April 2008 gemäß § 38 Abs. 3 VO-EKO wegen Nichtlieferfähigkeit.

Die Änderung des ATC-Codes erfolgte mit Entscheidung des Hauptverbandes vom 21.05.2008.

Die sonstigen Änderungen des Erstattungskodex erfolgten mit Entscheidung des Hauptverbandes der österreichischen Sozialversicherungsträger vom 21. April 2008

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