Sozialversicherung: Ihr Partner für Gesundheit, Sicherheit und Pension

Erstattungskodex - EKO

Stand 1. Jänner 2026



Dachverband der
österreichischen
Sozialversicherungen

Inhaltsverzeichnis

Vorwörter **3**
Erläuterungen zum Erstattungskodex (EKO) **7**
– Was ist der EKO? 7
– Ziele des EKO 7
– Entstehung des EKO 8
– Die HEK 8
– ATC-Klassifikation 9
– Aufbau des EKO 10
– Reihung der Arzneispezialitäten innerhalb der Bereiche, Auswahl unter wirkstoffgleichen Arzneispezialitäten 11
– Veröffentlichung und Rechtswirksamkeit 12
– Aktualität der Produkte und Preise 12
– Stoffe für magistrale Zubereitungen 13
Verordnen nach Ampelsystem und RöV **13**
Der EKO monatsaktuell im Internet **14**
Weitere wichtige Adressen im Internet **15**
Liste nicht erstattungsfähiger Arzneimittelkategorien **16**
Suchtgiftverschreibung **18**
Zeichenerklärung und Abkürzungen **20**
Weitere Hinweise **24**

Verzeichnis der Arzneispezialitäten **25**
Verzeichnis der ATC-Codes **129**
Verzeichnis der Wirkstoffe **135**
Grüner Bereich nach ATC-Code **161**
Gelber Bereich nach ATC-Code **381**
Magistrale Zubereitungen **637**

Herausgeber und Verleger:
Dachverband der Sozialversicherungsträger, 1030 Wien, Kundmanngasse 21
Gesamtherstellung: Bindung und Druck: Print Alliance HAV Produktions GmbH.
Alle Angaben erfolgen trotz sorgfältiger Bearbeitung ohne Gewähr; eine Haftung des Herausgebers oder Verlegers ist ausgeschlossen. Rechtlich verbindlich ist ausschließlich der unter www.ris.bka.gv.at amtlich verlautbarte Erstattungskodex.

Spitzenmedikamente auf E-Card: Der Erstattungskodex als zentrales Element

Sehr geehrte Frau Doktorin,
sehr geehrter Herr Doktor,

der rasche Zugang zu Spitzenmedizin auf E-card ist Teil der DNA der Österreicherinnen und Österreicher. Der Erstattungskodex ist für die Sozialversicherung ein zentrales und wichtiges Steuerungsinstrument.

Die Sozialversicherung übernimmt im internationalen Vergleich besonders viele neue Medikamente, und auch die Einführung neuer Therapien dauert bei uns kürzer als in vielen anderen Ländern.

Die demografische Entwicklung ist mit steigender Inanspruchnahme von Leistungen verbunden, nicht zuletzt sind hochpreisige Arzneispezialitäten aus dem Erstattungskodex immer stärker nachgefragt. Rund 40% aller Heilmittelkosten fallen auf nur 1% aller Heilmittelpatient:innen, was verdeutlicht, wie wertvoll das solidarische Prinzip für einzelne von schweren Krankheiten betroffene Personen ist.

Damit wir die Spitzenmedizin auf E-Card für alle Menschen in Österreich zugänglich halten, müssen wir auch auf den sorgfältigen Einsatz des Geldes schauen. Es ist Aufgabe des Dachverbandes darauf zu achten, dass Wirkung und Kosten von Medikamenten im Einklang stehen, damit sowohl der Wert von Innovation anerkannt wird, als auch die Finanzierbarkeit gewährleistet bleibt.

Wir müssen den Erstattungskodex zukunftsfähig erhalten und gemeinsam das Interesse der Versicherten, von Patientinnen und Patienten auch im Sinne der Versorgungssicherheit in den Mittelpunkt rücken.

Auf dass uns dies 2026 gemeinsam ein gutes Stück weit gelingen möge.

Mag. Jan Pazourek
Büroleiter

Mag.ª Claudia Neumayer-Stickler
Vorsitzende erstes Halbjahr

Mag. Peter McDonald
Vorsitzender zweites Halbjahr

Gemeinsam entwickeln wir das Umfeld des EKO behutsam weiter

Wir haben in Österreich ein gutes Gesundheitssystem, das sehr viel leistet. Wesentlich ist, dass auch jene, die nicht so viel im Geldbörserl haben, die beste Gesundheitsversorgung bekommen. Dank des Erstattungskodex (EKO) verfügt Österreich über einen herausragenden und äußerst fortschrittlichen Zugang zu Arzneimitteln. Sozialversicherung, Länder und Bund entwickeln das regulatorische Umfeld des EKO in diesem Sinn gemeinsam weiter.

2025 hat das Bewertungsboard in Österreich seine ersten Empfehlungen ausgesprochen. Das Bewertungsboard soll einen raschen, gerechten und bundesweit einheitlichen Zugang zu ausgewählten wirksamen, sicheren und spezialisierten Arzneimitteln – sowohl im Krankenhaus als auch an der Nahtstelle zum niedergelassenen Bereich – sicherstellen. Der Prozess der Prüfung eines (Zusatz-)Nutzens ist dem bewährten Vorbild im EKO ähnlich. Die individuelle patient:innenbezogene Therapieentscheidung obliegt weiterhin den behandelnden Ärztinnen und Ärzten.

Für 2026 wurde im Nationalrat, nicht zuletzt auf Betreiben der Volksanwaltschaft, die Umwandlung des Rezeptgebührendeckels in einen Arzneimittelkostendeckel beschlossen. Es werden nunmehr alle verordneten Arzneimittel in die Obergrenze eingerechnet, auch jene, die günstiger sind als die Rezeptgebühr. Bisher waren Menschen benachteiligt, die viele preisgünstige Medikamente benötigen. Mit diesem wichtigen Schritt für mehr Gerechtigkeit fällt auch ein Anreiz für Patientinnen und Patienten weg, ihre Ärztin oder ihren Arzt zu ersuchen, möglichst teurere Medikamente zu verordnen. Die Autonomie der Verschreiberinnen und Verschreiber steigt.

Von 2027 bis 2030 sinkt der Arzneimittelkostendeckel von aktuell noch 2 auf 1,5 Prozent des Jahresnetto-Einkommens. Das heißt, dass die persönliche Obergrenze mit dem Kauf von Medikamenten früher erreicht wird. Diese Anpassung wirkt sich hoffentlich auch positiv auf die Adhärenz und die Gesundheit aus.

Es ist Sozialversicherung, Ländern und Bund wichtig, dass das Gesundheitssystem niemanden zurücklässt. Die hier beschriebenen Schritte im Arzneimittelkontext sind uns gemeinsam gelungen. Gemeinsam wird uns noch viel mehr gelingen.

Korinna Schumann
Bundesministerin für Arbeit, Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz

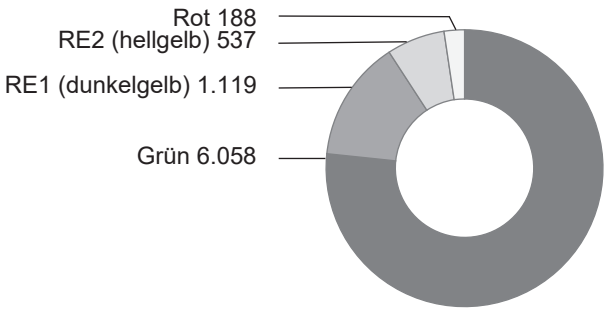
Erläuterungen zum Erstattungskodex (EKO)

Was ist der EKO?

Der Erstattungskodex (EKO) wird vom Dachverband der Sozialversicherungsträger (Dachverband) herausgegeben. In den EKO werden gemäß § 30b Abs. 1 Z 4 ASVG für Österreich zugelassene, erstattungsfähige und gesichert lieferbare Arzneispezialitäten aufgenommen, die nach Erfahrungen im In- und Ausland und nach dem aktuellen Stand der Wissenschaft eine therapeutische Wirkung und einen Nutzen für Patientinnen und Patienten im Sinne der Krankenbehandlung (§ 133 Abs. 2 ASVG) annehmen lassen. Die Krankenbehandlung muss ausreichend und zweckmäßig sein, darf aber das Maß des Notwendigen nicht überschreiten.

Der EKO erscheint jährlich im Jänner als Druckwerk. Das Druckwerk berücksichtigt Änderungen bis zum Redaktionsschluss im November. Die monatlichen Änderungen des EKO werden im Internet kundgemacht.

Anzahl der Packungen im Erstattungskodex
Stichtag 1.11.2025



Ziele des EKO

Da sich die Ausgaben der sozialen Krankenversicherungsträger an ihren Einnahmen zu orientieren haben, soll der Einsatz von Medikamenten nach medizinischen und gesundheitsökonomischen Gesichtspunkten erfolgen. Grundlage dafür ist eine sorgfältige Bewertung von Arzneispezialitäten bei Aufnahme in den EKO. Mit dem EKO soll die Versorgung der Versicherten mit hochwertigen Arzneimitteln zu ökonomisch vernünftigen Preisen gesichert werden. Der EKO soll den Ärztinnen und Ärzten in der Praxis helfen, von mehreren therapeutisch geeigneten Arzneimitteln das ökonomisch günstigste auszuwählen.

Entstehung des EKO

Jedes vertriebsberechtigte Unternehmen einer in Österreich zugelassenen und lieferbaren Arzneispezialität kann einen Antrag auf Aufnahme in den EKO stellen. Die Arzneispezialitäten werden hinsichtlich ihrer Erstattungsfähigkeit geprüft und einer pharmakologischen, medizinisch-therapeutischen und gesundheitsökonomischen Evaluation unterzogen. Dabei wird der Dachverband von einem unabhängigen und weisungsfreien Beratungsgremium – der Heilmittel-Evaluierungs-Kommission (HEK) – unterstützt, auf Basis deren Empfehlungen der Dachverband seine Entscheidungen trifft.

Änderungen der Verschreibbarkeit und Streichungen aus dem EKO sind sowohl auf Antrag des vertriebsberechtigten Unternehmens als auch auf Betreiben des Dachverbandes möglich. Auch in diesen Fällen trifft der Dachverband seine Entscheidungen auf Basis von Empfehlungen der HEK.

Die HEK

HEK ist die Abkürzung für Heilmittel-Evaluierungs-Kommission. Dabei handelt es sich um ein unabhängiges Beratungsgremium des Dachverbandes. Es setzt sich aus namhaften Vertreterinnen und Vertretern der Wissenschaft, die auf Vorschlag der Österreichischen Pharmakologischen Gesellschaft (APHAR) ernannt werden, sowie aus Mitgliedern, die von der Österreichischen Ärztekammer, der Wirtschaftskammer Österreich, der Bundesarbeitskammer, der Österreichischen Apothekerkammer, dem Bundesamt für Sicherheit im Gesundheitswesen, den Patientenanwaltschaften, den Bundesländern und der Sozialversicherung nominiert werden, zusammen.

Die Mitglieder der HEK handeln in ihrer Funktion unabhängig und weisungsfrei. So soll sichergestellt werden, dass die Empfehlungen der HEK den Kriterien der Wissenschaft, der Transparenz und gesundheitsökonomischen Kriterien entsprechen. Die Grundsätze der Vorgehensweise der HEK sind unter www.sozialversicherung.at (Rubrik: Gesundheitsdienstleister / Erstattungskodex / Heilmittel-Evaluierungs-Kommission) veröffentlicht.
Der HEK sind alle Anträge auf Aufnahme einer Arzneispezialität in den EKO und Änderungen vorzulegen. Auf Basis der unabhängigen und fachlich fundierten Empfehlungen dieses Gremiums trifft der Dachverband seine Entscheidungen zum EKO.

Die HEK hat im Zeitraum eines Jahres (Dezember 2024 bis einschließlich November 2025) 406 Empfehlungen ausgesprochen:

Prüfung der Erstattungsfähigkeit	**33 Arzneispezialitäten**
Grüner Bereich	**189 Arzneispezialitäten** (166 Aufnahme-, 6 Änderungs-, 17 Streichungsanträge)
Gelber Bereich	**156 Arzneispezialitäten** (93 Aufnahme-, 57 Änderungs-, 6 Streichungsanträge)
Verfahren, die vom Dachverband eingeleitet wurden	**28 Arzneispezialitäten** (10 Änderungs-, 18 Streichungsverfahren)

ATC-Klassifikation

In den einzelnen Bereichen des EKO sind die Arzneispezialitäten nach dem anatomisch-therapeutisch-chemischen Klassifikationssystem (ATC-Code) der Weltgesundheitsorganisation (WHO) geordnet. Die Verwendung des ATC-Systems wurde erstmals 1981 von der WHO für internationale Untersuchungen zum Arzneimittelverbrauch empfohlen. Seither wird das ATC-System vom WHO Collaborating Centre for Drug Statistics Methodology (www.whocc.no) in Oslo weiterentwickelt und jährlich aktualisiert. Die ATC-Klassifikation erleichtert es, den Arzneimittelverbrauch national und international zu vergleichen.

Der siebenstellige ATC-Code ist in fünf Stufen aufgebaut. Die erste Stufe wird als Buchstabe dargestellt und gibt an, auf welches Organ oder Organsystem ein Arzneimittel wirkt. Die WHO unterscheidet dabei zwischen 14 anatomischen Hauptgruppen:

A Alimentäres System und Stoffwechsel
B Blut und blutbildende Organe
C Kardiovaskuläres System
D Dermatika
G Urogenitalsystem und Sexualhormone
H Hormonpräparate, systemisch (exklusive Sexualhormone und Insulin)
J Antiinfektiva zur systemischen Anwendung
L Antineoplastische und immunmodulierende Mittel
M Muskel- und Skelettsystem
N Nervensystem
P Antiparasitäre Substanzen, Insektizide und Repellentien
R Respirationstrakt
S Sinnesorgane
V Varia

Die zweite Stufe besteht aus zwei Ziffern und gibt die therapeutische Untergruppe an. In der dritten Stufe wird die pharmakologische Untergruppe als Buchstabe definiert und in der vierten die chemische Untergruppe ebenfalls als Buchstabe. Die fünfte Stufe besteht wiederum aus zwei Ziffern und steht für den Wirkstoff.

Beispiel:

Stufe	**ATC-Code**	
1 – anatomische Hauptgruppe	M	Muskel- und Skelettsystem
2 – therapeutische Untergruppe	M01	Antiphlogistika und Antirheumatika
3 – pharmakologische Untergruppe	M01A	Nichtsteroidale Antiphlogistika und Antirheumatika
4 – chemische Untergruppe	M01AB	Essigsäure-Derivate und verwandte Substanzen
5 – chemische Substanz	M01AB05	Diclofenac

Wirkstoffe werden vorwiegend als INN (International Non-proprietary Name) angegeben. Arzneispezialitäten mit gleicher Wirkstoffzusammensetzung und vergleichbaren Anwendungsgebieten bzw. -formen erhalten denselben ATC-Code, ungeachtet dessen, ob es sich um Erstanbieter- oder Nachfolgeprodukte handelt. Beispielsweise sind alle systemischen Antirheumatika / Antiphlogistika mit dem Wirkstoff Diclofenac unter dem ATC-Code M01AB05 zu finden. Topisch einzusetzende Diclofenac-hältige Arzneispezialitäten tragen hingegen andere ATC-Codes, ebenso wie die ophtalmologisch verwendeten.

Aufbau des EKO

Der EKO ist in drei Bereiche unterteilt: den Grünen, den Gelben und den Roten Bereich.

Der **Grüne Bereich** (**G**, grünes Papier) des EKO beinhaltet Arzneispezialitäten, die entweder allgemein oder unter bestimmten Voraussetzungen in der als frei verschreibbar angegebenen Menge ohne Bewilligung des chef- und kontrollärztlichen Dienstes abgegeben werden dürfen.

In den **Gelben Bereich** (**Y**, gelbes Papier) des EKO werden Arzneispezialitäten aufgenommen, die einen wesentlichen zusätzlichen therapeutischen Nutzen für Patientinnen und Patienten aufweisen und die aus medizinischen und/oder gesundheitsökonomischen Gründen nicht in den Grünen Bereich des EKO auf-

genommen wurden. Die Kosten werden von den Krankenversicherungsträgern nur bei Vorliegen einer Bewilligung des chef- und kontrollärztlichen Dienstes übernommen (**RE1**). Für einzelne Arzneispezialitäten im Gelben Bereich kann die Bewilligung des chef- und kontrollärztlichen Dienstes durch eine nachfolgende Kontrolle der Einhaltung der bestimmten Verwendung ersetzt werden. Diese Arzneispezialitäten sind mit **RE2** gekennzeichnet.

Der **Rote Bereich** des EKO beinhaltet zeitlich befristet jene Arzneispezialitäten, für die ein vollständiger Antrag auf Aufnahme in den EKO vorliegt, solange bis über den Antrag durch den Dachverband rechtskräftig entschieden wurde. Die Kosten werden von den Krankenversicherungsträgern nur bei Vorliegen einer Bewilligung des chef- und kontrollärztlichen Dienstes übernommen. Dieser Bereich wird ausschließlich im Internet veröffentlicht (siehe dazu auch „Veröffentlichung und Rechtswirksamkeit“).

Reihung der Arzneispezialitäten innerhalb der Bereiche, Auswahl unter wirkstoffgleichen Arzneispezialitäten

Die Reihung innerhalb der Bereiche erfolgt nach dem ATC-Code. Innerhalb eines ATC-Codes werden die Wirkstoffstärken aufsteigend gereiht und innerhalb einer Stärke nach Darreichungsformen getrennt.

Es kommen also folgende Reihungskriterien zur Anwendung:
- ATC Code
- Wirkstoffstärke bzw. Wirkstoffkombination mit identer Zusammensetzung
- Gleiche bzw. vergleichbare Darreichungsform

Innerhalb einer Stärke erfolgt eine weitere Differenzierung nach den Darreichungsformen, wobei folgende Reihenfolge eingehalten wird:
- Parenteralia
- Orale, feste Formen
- Orale, flüssige Formen
- Arzneiformen zur rektalen/vaginalen/urethralen Anwendung
- Topische Arzneiformen
- Arzneiformen zur Anwendung an Auge/Nase/Ohr/Mundschleimhaut
- Sonstige Arzneiformen mit systemischer Wirkung,
  (z.B. Transdermale therapeutische Systeme (TTS))
- Inhalationspräparate
- Sonstige Formen

In den so entstehenden Vergleichsgruppen werden die Arzneispezialitäten alphabetisch gereiht. Für Arzneispezialitäten einer solchen Vergleichsgruppe kann in der Regel die therapeutische Gleichwertigkeit angenommen werden, bei der Verschreibung ist die individuelle Indikationsstellung zu beachten.

Die kostengünstigste Arzneispezialität in einer Vergleichsgruppe (auf Basis Kassenverkaufspreis pro Einheit der Großpackung) wird durch graue Unterlegung hervorgehoben. In Gruppen, die Biologika enthalten, ist die Unterlegung der kostengünstigsten Arzneispezialität heller. Durch diese Hervorhebungen soll die ökonomische Verschreibweise visuell unterstützt werden.

Veröffentlichung und Rechtswirksamkeit

Der EKO wurde erstmals im Jänner 2005 im Internet kundgemacht. Das vorliegende Druckwerk enthält die Arzneispezialitäten des Grünen und Gelben Bereiches des EKO. Da der Rote Bereich Arzneispezialitäten nur vorübergehend beinhaltet und somit einer hohen Fluktuation unterliegt, wird er nicht abgedruckt, sondern ausschließlich im Internet veröffentlicht. Rechtlich verbindlich sind nur die monatsaktuellen, amtlichen Verlautbarungen im Internet (***www.ris.bka.gv.at***).

Aktualität der Produkte und Preise

Der EKO erscheint jährlich im Jänner als Druckwerk. Bei der Erstellung des vorliegenden Druckwerks wurden die Entscheidungen des Dachverbandes bis Mitte November berücksichtigt. Die im Druckwerk angeführten Preise sind die zum Stichtag 1. November gültigen Kassenpreise exklusive Umsatzsteuer (Höchstpreise). Sofern pharmazeutische Unternehmen bis zum Redaktionsschluss verbindlich Preissenkungen per 1. Dezember bzw. 1. Jänner beim Dachverband bekannt gaben, sind diese berücksichtigt. Der EKO im Internet wird monatlich aktualisiert (siehe dazu auch “Der EKO monatsaktuell im Internet”).

Stoffe für magistrale Zubereitungen

Stoffe für magistrale Zubereitungen, die in der Österreichischen Arzneitaxe angeführt sind, gelten als Teil des Grünen Bereiches des EKO, werden jedoch nicht im EKO veröffentlicht.

Stoffe für magistrale Zubereitungen, die nur mit vorheriger chef- und kontrollärztlicher Bewilligung für Rechnung der Sozialversicherungsträger abgegeben werden dürfen, gelten als Teil des Gelben Bereiches des EKO und werden im Anschluss an die Arzneispezialitäten des Gelben Bereiches angeführt. Diese Anführung erfolgt analog der Österreichischen Arzneitaxe mit deutschen Bezeichnungen entsprechend der im Arzneibuch üblichen Nomenklatur.

Verordnen nach Ampelsystem und RöV

Bei der Beurteilung der Zweckmäßigkeit und Wirtschaftlichkeit ist insbesondere darauf Bedacht zu nehmen, dass von mehreren therapeutisch geeigneten Arzneimitteln das ökonomisch günstigste gewählt wird. Dies ist in den Richtlinien des Dachverbandes über die ökonomische Verschreibweise von Heilmitteln und Heilbehelfen (RöV) geregelt.

Vor der Verordnung einer Arzneispezialität aus dem Gelben Bereich des EKO ist zu überprüfen, ob nicht die Verordnung einer Arzneispezialität aus dem Grünen Bereich des EKO zweckmäßiger und wirtschaftlicher wäre. Vor der Verordnung einer Arzneispezialität aus dem Roten Bereich ist zu überprüfen, ob nicht eine Verordnung aus dem Grünen oder Gelben Bereich des EKO zweckmäßiger und wirtschaftlicher wäre. Es gilt also das „Ampelprinzip“: **Grün vor Gelb vor Rot**.

Arzneispezialitäten können nur dann als Leistung der Krankenbehandlung auf Rechnung eines Sozialversicherungsträgers abgegeben werden, wenn sie im EKO angeführt sind. Lediglich in besonders begründeten Fällen kann eine Arzneispezialität nach chefärztlicher Bewilligung erstattet werden, wenn sie nicht im EKO angeführt, aber die Behandlung aus zwingenden therapeutischen Gründen notwendig ist und nicht mit im EKO angeführten Arzneispezialitäten durchgeführt werden kann.

Der EKO monatsaktuell im Internet

Der Dachverband möchte Sie gut informieren und stellt den EKO auf folgende Arten zur Verfügung:

Elektronischer Erstattungskodex
Datenbasis mit inkludiertem Ökotool für Infotool, EKO2go und Ordinationssoftware, unter www.sozialversicherung.at

Infotool zum Erstattungskodex
Ein stets aktuelles Informationswerkzeug für PC oder Laptop, unter www.sozialversicherung.at und www.erstattungskodex.at

EKO2go – App
Eine Version des Infotools für Smartphones und Tablets, die den jeweils aktuellen Stand des Erstattungskodex auch offline wiedergibt, ist verfügbar im Google Play Store und im App Store.

Neben dem EKO-Druckwerk ist eine elektronische Version (Datensätze mit inkludiertem Ökotool) monatlich erhältlich, die wir den Anbieterinnen und Anbietern von Ordinationssoftware und gerne auch Ihnen als Vertragsärztin oder Vertragsarzt zur Verfügung stellen. Auch Krankenanstalten können die elektronischen Datensätze unentgeltlich verwenden.

Die Service-Angebote des Dachverbandes **Infotool zum EKO**, und die **App EKO2go** enthalten alle Arzneispezialitäten aus dem Grünen und Gelben Bereich des EKO. Nach Eingabe des Produkt- oder Wirkstoffnamens erhält man eine Übersicht über therapeutische Alternativen, sofern solche im EKO vorhanden sind. Therapieoptionen werden getrennt dargestellt, je nachdem, ob es sich um wirkstoffgleiche (Vergleich auf ATC-Code Ebene 5) oder wirkstoffähnliche (Vergleich auf ATC-Code Ebene 4) Arzneispezialitäten handelt.

Die Vergleichbarkeit bei wirkstoffähnlichen Produkten (ATC-Code Ebene 4) wird sorgfältig geprüft und beruht auf wissenschaftlichen Daten. Es ist davon auszugehen, dass im Regelfall therapeutische Gleichwertigkeit besteht. Sie können sich daher bei der Auswahl der Arzneispezialität auf die therapeutischen und in weiterer Folge auf die ökonomischen Aspekte konzentrieren.

Durch die zu jedem Produkt angebotene Detailinformation erhalten Sie beispielsweise Auskunft über die Boxenzugehörigkeit, Kassenzeichen, Indikations- bzw. Regeltexte und die Anzahl der pro Rezept abgebbaren Originalpackungen.

Weitere wichtige Adressen im Internet

Unter der Adresse ***www.ris.bka.gv.at*** finden Sie:
- die Gesamtausgabe des EKO ab 1. Jänner 2005 (Grüner, Gelber und Roter Bereich)
- monatlich die Änderungen des EKO (Grüner, Gelber und Roter Bereich)
- die Verfahrensordnung zur Herausgabe des EKO (VO-EKO) sowie deren Änderungen
- die Geschäftsordnung der Heilmittel-Evaluierungs-Kommission (GO-HEK) sowie deren Änderungen
- die Richtlinien des Dachverbandes über die ökonomische Verschreibweise von Heilmitteln und Heilbehelfen (RöV)

Unter ***www.sozialversicherung.at*** finden Sie weitere relevante Informationen wie:
- die Termine der HEK
- die Tagesordnung der nächsten Sitzung der HEK
- die Grundsätze der Vorgehensweise der HEK
- Informationen zur Vorgangsweise für Anträge zur Aufnahme in den EKO (bzw. zur Änderung oder Streichung) inklusive der notwendigen Formulare

Liste nicht erstattungsfähiger Arzneimittelkategorien gemäß § 351c Abs. 2 ASVG

Arzneimittelkategorie		Spezifizierung	Begründung
1	Arzneimittel zur Behandlung in Krankenanstalten	– Arzneimittel, die im Allgemeinen aufgrund des Anwendungsgebietes, der Behandlungsqualität, der notwendigen Überwachung und/oder der Sicherheitsvorkehrungen für Fertigstellung, Anwendung oder Entsorgung nicht im niedergelassenen Bereich verwendbar sind; – Arzneimittel, deren Anwendung im Allgemeinen nur im Rahmen eines Aufenthaltes in einer Krankenanstalt, einer Leistungserbringung in einer Krankenanstalt oder im Zusammenhang mit einer Leistungserbringung einer Krankenanstalt medizinisch zweckmäßig und vertretbar ist.	Arzneimittel, die überwiegend zur Behandlung in Krankenanstalten und/oder unter ständiger Beobachtung verwendbar sind, dienen im Allgemeinen nicht zur Krankenbehandlung im niedergelassenen Bereich im Sinne des § 133 Abs. 2 ASVG. Dies wird bereits durch den § 351c Abs. 2 ASVG festgehalten.
2	Arzneimittel zur Prophylaxe	– Arzneimittel zur Krankheitsverhütung (z.B. Reise-Prophylaxe) – Arzneimittel für den Einsatz in der Primärprävention – Mittel zur Eigenblutvorsorge	Arzneimittel zur Prophylaxe werden zu einem Zeitpunkt angewendet, zu dem noch keine Krankheit im Sinne des § 120 Abs. 1 Z 1 ASVG vorliegt. Somit ist keine Krankenbehandlung im Sinne des § 133 Abs. 2 ASVG notwendig. Dies wird bereits durch den § 351c Abs. 2 ASVG festgehalten.
3	Arzneimittel mit offensichtlich nicht ausreichendem Nachweis einer therapeutischen Wirkung	Insbesondere: Homöopathika, Arzneimittel zur Bachblütentherapie, Arzneimittel zur Wärmetherapie, Umstimmungsmittel, Arzneimittel zur Aromatherapie, Anthroposophika, niedrigdosierte Venenmittel, Nootropika, niedrigdosierte Magnesiumarzneimittel, Organ- und Zelltherapie, Immunstimulantien, apothekeneigene Arzneispezialitäten mit einer Zulassung gemäß § 17 AMG, Arzneimittel mit einer Zulassung gemäß § 17a AMG, Badezusätze, Medizinalweine und weinhaltige Zubereitungen	Gemäß § 31 Abs. 3 Z 12 ASVG sind nur Arzneispezialitäten erstattungsfähig, die nach den Erfahrungen im In- und Ausland und nach dem aktuellen Stand der Wissenschaft eine therapeutische Wirkung und einen Nutzen für Patienten im Sinne der Ziele der Krankenbehandlung (§ 133 Abs. 2 ASVG) annehmen lassen. Daraus ergibt sich, dass Arzneimittel mit offensichtlich nicht ausreichendem Nachweis einer therapeutischen Wirkung im Allgemeinen nicht zur Krankenbehandlung im Sinne des § 133 Abs. 2 ASVG geeignet sind.
4	Arzneimittel zur Empfängnisverhütung		Arzneimittel zur Empfängnisverhütung dienen der Verhinderung des Eintritts einer Schwangerschaft. Sie werden daher nicht zur Therapie einer Krankheit im Sinne des § 120 Abs. 1 Z 1 ASVG eingesetzt, und dienen daher nicht der Krankenbehandlung im Sinne des § 133 Abs. 2 ASVG.
5	Arzneimittel zur Ausübung des Geschlechtsverkehrs	– Arzneimittel zur Anreizung bzw. Verstärkung des Sexualtriebes – Arzneimittel, die bei vorhandenem Sexualtrieb die Ausübung des Geschlechtsverkehrs ermöglichen	Arzneimittel zur Anreizung bzw. Verstärkung des Sexualtriebes werden nicht zur Therapie einer Krankheit im Sinne des § 120 Abs. 1 Z 1 ASVG eingesetzt, und dienen somit nicht der Krankenbehandlung im Sinne des § 133 Abs. 2 ASVG. Bei der Verwendung von Arzneimitteln, die bei vorhandenem Sexualtrieb die Ausübung des Geschlechtsverkehrs ermöglichen, kann zwar eine Krankheit im Sinne des § 120 Abs. 1 Z 1 ASVG vorliegen; diese wird jedoch durch das verwendete Arzneimittel nicht beeinflusst oder behandelt, weil durch dieses lediglich die Ausübung des Geschlechtsverkehrs ermöglicht wird, ohne im Sinne einer Krankenbehandlung die zugrundliegende Störung körperlicher und/oder psychischer Natur zu beheben.

Arzneimittelkategorie		Spezifizierung	Begründung
6	Arzneimittel mit überwiegend kosmetischer Wirkung		Arzneimittel mit überwiegend kosmetischer Wirkung werden zur Beeinflussung des äußerlichen Erscheinungsbildes verwendet. Sie dienen daher nicht der Behandlung eines regelwidrigen Körperzustandes, der die Krankenbehandlung im Sinne des § 133 Abs. 2 ASVG notwendig macht.
7	Arzneimittel für die körperliche Hygiene	Insbesondere: zur Reinigung oder Pflege der Haut, der Haare, der Nägel, der Zähne, der Mundhöhle	Arzneimittel für die körperliche Hygiene dienen der Pflege und Reinigung des Körpers; somit liegt keine Krankenbehandlung im Sinne des § 133 Abs. 2 ASVG vor.
8	Arzneimittel zur Förderung von Wachstum und Qualität von Haaren und Nägeln		Arzneimittel zur Förderung von Wachstum und Qualität von Haaren und Nägeln werden nicht zur Therapie einer Krankheit im Sinne des § 120 Abs. 1 Z 1 ASVG eingesetzt und dienen daher nicht der Krankenbehandlung im Sinne des § 133 Abs. 2 ASVG.
9	Arzneimittel zur Leistungssteigerung bzw. zur Steigerung des Wohlbefindens	Insbesondere: Roborantien, Eiweißpräparate, Dopingmittel	Arzneimittel zur Leistungssteigerung bzw. zur Steigerung des Wohlbefindens dienen der Förderung oder Verbesserung der normalen Körperfunktionen. Sie werden daher nicht im Sinne des § 120 Abs. 1 Z 1 ASVG eingesetzt und dienen daher nicht der Krankenbehandlung im Sinne des § 133 Abs. 2 ASVG.
10	Arzneimittel zum Ersatz der Nahrungsaufnahme, zur Nahrungsergänzung und/oder zum Ausgleich alimentärer Defizite	Arzneimittel mit wirksamkeitsbestimmenden Inhaltsstoffen in einer Menge/Konzentration, die durch Nahrungsaufnahme erzielbar und zumutbar ist, insbesondere Fette, Öle, Spurenelemente, Mineralstoffe und -wässer, Aminosäuren, Vitamine	Arzneimittel zum Ersatz der Nahrungsaufnahme, zur Nahrungsergänzung und/oder zum Ausgleich alimentärer Defizite werden nicht im Sinne des § 120 Abs. 1 Z 1 ASVG eingesetzt und dienen daher nicht der Krankenbehandlung im Sinne des § 133 Abs. 2 ASVG.
11	Arzneimittel zur Entwöhnung vom Nikotingebrauch		Arzneimittel zur Entwöhnung vom Nikotingebrauch werden nicht zur Therapie einer Krankheit im Sinne des § 120 Abs. 1 Z 1 ASVG eingesetzt und dienen daher nicht der Krankenbehandlung im Sinne des § 133 Abs. 2 ASVG.
12	Arzneimittel zur Unterstützung von gewichtsreduzierenden Maßnahmen	Insbesondere: Appetitzügler, Resorptionshemmer	Arzneimittel zur Unterstützung von gewichtsreduzierenden Maßnahmen dienen nicht zur Behandlung einer der Übergewichtigkeit allenfalls zugrundeliegenden körperlichen oder geistigen Störung. Sie werden daher nicht zur Krankenbehandlung im Sinne des § 133 Abs. 2 ASVG eingesetzt. Nachhaltige Gewichtsreduktionen können durch diätische Maßnahmen und Lebensstiländerungen erzielt werden.
13	Arzneimittel zur medizinischen Vorbereitung einer assistierten Reproduktion		Eine assistierte Reproduktion ist keine Krankenbehandlung im Sinne des § 133 Abs. 2 ASVG, weil durch sie die Störungen, welche die Unfruchtbarkeit verursachen, nicht medizinisch beeinflusst werden. Daher ist die Verwendung von Arzneimitteln zur Vorbereitung eines derartigen medizinischen Eingriffes nicht als Krankenbehandlung im Sinne des § 133 Abs. 2 ASVG zu sehen.

Suchtgiftverschreibung

Die gesetzlichen Grundlagen finden sich im Suchtmittelgesetz bzw. in der Suchtgiftverordnung.

Für Ärztinnen und Ärzte mit Rezepturrecht bestehen folgende Möglichkeiten zur Verordnung von außerhalb der Substitutionsbehandlung eingesetzten Suchtgiften:

- Im Wege des elektronischen Rezepts (e-Rezept), wobei das gesonderte Kennzeichnungsfeld „Suchtgiftverschreibung" im e-Rezept Service zu verwenden ist.
- Auf den Rezeptformularen der sozialen Krankenversicherung, wobei die Verschreibung durch Aufkleben der Suchtgiftvignette auf der Vorderseite des Rezeptes als Suchtgiftverschreibung zu kennzeichnen ist.

Ärztinnen und Ärzte ohne Rezepturrecht haben die Verschreibung auf einem Privatrezept vorzunehmen, auch auf diesem ist auf der Vorderseite eine Suchtgiftvignette aufzukleben. Ausnahme: Im Falle der Gefahr für das Leben der Patientin/des Patienten, ist eine Verschreibung auf Papierrezepten auch ohne Aufkleben der Suchtgiftvignette zulässig, sofern diese nicht verfügbar ist.
Eine Suchtgiftverschreibung muss laut Gesetz bzw. Verordnung:

1) **sofern nicht automationsunterstützt, mit Kugelschreiber ausgefertigt werden**
2) **folgende Punkte enthalten:**
   - Name und Adresse der Ärztin/des Arztes
   - Name und Adresse der Patientin/des Patienten
   - das Ausstellungsdatum
   - die Bezeichnung des verordneten Arzneimittels
   - die Menge des Suchtgiftes in Ziffern und in Worten
     z.B. „Suchtgift" ret. 200 mg (zweihundert Milligramm)
     OP I (eine) à 30 (dreißig) Stück
   - eine genaue Gebrauchsanweisung
   - die eigenhändige Unterschrift der Ärztin/des Arztes (Vor- und Zuname) und Stampiglie
3) **bei eigenem Gebrauch entweder:**
   - den Vermerk „pro ordinatione" oder
   - bei persönlichem Bedarf den Vermerk „für N.N."
     (Name der verschreibenden Ärztin/des verschreibenden Arztes) enthalten

Substitutions-Dauerverschreibung:

Für die Substitutionsbehandlung sind – außer in begründeten Einzelfällen – Dauerverschreibungen mit einer maximalen Geltungsdauer von einem Monat auszustellen. Substitutions-Dauerverschreibungen haben – unabhängig davon, ob es sich um eine Ärztin/einen Arzt mit Rezepturrecht handelt – auf dem von der sozialen Krankenversicherung aufgelegten Formblatt für die Substitutionsverschreibung zu erfolgen, das durch Markierung der Rubrik „Substitutions-Dauerverschreibung“ sowie durch Aufkleben der Suchtgiftvignette auf dem dafür vorgesehenen Feld auf der Vorderseite des Formblattes als Substitutions-Dauerverschreibung zu kennzeichnen ist.

Substitutions-Dauerverschreibungen unterliegen gemäß Suchtgiftverordnung der Überprüfung und Fertigung (Vidierung) durch die zuständige Amtsärztin/ den zuständigen Amtsarzt. Diese ersetzt die ansonsten notwendige Bewilligung des chef- und kontrollärztlichen Dienstes.

Einzelverschreibungen dürfen im Rahmen der Substitutionsbehandlung nur in begründeten Ausnahmefällen für die Dauer von maximal drei Tagen ausgestellt werden. Dafür kann das Formblatt für die Substitutionsverschreibung, bei dem die Rubrik „Substitutions-Einzelverschreibung“ zu markieren ist, herangezogen werden. Wahlweise kann auch das Rezeptformular der sozialen Krankenversicherung verwendet werden, wobei als Überschrift die Kennzeichnung „zur Substitutionsbehandlung“ anzubringen ist. Eine Suchtgiftvignette ist in beiden Fällen aufzukleben.

Die Suchtgiftvignetten sind Urkunden von öffentlich-rechtlichem Charakter. Sie werden durch die Bezirksverwaltungsbehörden an die Ärztinnen und Ärzte gegen Empfangsbestätigung ausgefolgt sowie auch postalisch im Wege eines Rückscheinbriefes übermittelt. Suchtgiftvignetten sind vor Diebstahl zu sichern.

Zeichenerklärungen und Abkürzungen

A siehe Erläuterungen unter „Fachgruppen-Bestimmungen“
Au siehe Erläuterungen unter „Fachgruppen-Bestimmungen“
BP Bündelpackung
D siehe Erläuterungen unter „Fachgruppen-Bestimmungen“
Derm siehe Erläuterungen unter „Verabreichung“
die Tag
ED Einzeldosis
E Einheiten
EKO Erstattungskodex
F siehe Erläuterungen unter „Fachgruppen-Bestimmungen“

Fachgruppen-Bestimmungen:
Fachärztin/Facharzt für
A Lungenkrankheiten
Au Augenheilkunde
D Haut- und Geschlechtskrankheiten
F Frauenheilkunde und Geburtshilfe
K Kinderheilkunde
L Hals-, Nasen- und Ohrenkrankheiten
N Neurologie oder
Neurologie und Psychiatrie oder
Psychiatrie und Neurologie oder
Neuropädiatrie
P Psychiatrie oder
Psychiatrie und Neurologie oder
Neurologie und Psychiatrie oder
Kinder- und Jugendpsychiatrie
R Radiologie
U Urologie

Erläuterung: Die Aufnahme der Arzneispezialität in den Grünen Bereich des EKO bezieht sich auf eine oder mehrere ärztliche Fachgruppen. Nach gesicherter Diagnostik und Vorliegen eines Therapiekonzeptes durch die angegebene Fachärztin/den angegebenen Facharzt kann die Verordnung auch durch eine Ärztin/einen Arzt für Allgemeinmedizin erfolgen. Medizinisch indizierte fachärztliche Kontrollen müssen jedoch regelmäßig von der angegebenen Fachärztin bzw. vom angegebenen Facharzt durchgeführt werden.

Für Verordnungen außerhalb dieser Voraussetzungen ist eine ärztliche Bewilligung des chef- und kontrollärztlichen Dienstes einzuholen.

F2J Die Arzneispezialität ist nur für die Behandlung von Kindern bis zum vollendeten 2. Lebensjahr in den Grünen Bereich des EKO aufgenommen.

F6J Die Arzneispezialität ist nur für die Behandlung von Kindern bis zum vollendeten 6. Lebensjahr in den Grünen Bereich des EKO aufgenommen.

F14 Die Arzneispezialität ist nur für die Behandlung von Kindern und Jugendlichen bis zum vollendeten 14. Lebensjahr in den Grünen Bereich des EKO aufgenommen.

Erläuterung: Für Verordnungen außerhalb der angegebenen Altersbeschränkung ist die Arzneispezialität wie eine Arzneispezialität des Gelben Bereichs des EKO 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 Verschreibweise dokumentiert wird, die vorherige Bewilligung des chef- und kontrollärztlichen Dienstes durch eine nachfolgende Kontrolle der Einhaltung der bestimmten Verwendung ersetzt werden kann.

g Gramm

G Grüner Bereich des EKO

Hb Hub/Hübe

HNO siehe Erläuterungen unter „Verabreichung“

IE Internationale Einheiten

IND Die Arzneispezialität ist nur für die angegebenen Voraussetzungen in den jeweiligen Bereich des EKO aufgenommen. Das Vorliegen der angegebenen Voraussetzungen muss von der verordnenden Ärztin/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.

Inh siehe Erläuterungen unter „Verabreichung“

IR Reaktivitätsindex

IU Internationale Einheiten

K siehe Erläuterungen unter „Fachgruppen-Bestimmungen“

KASS Kassenzeichen

KVP Kassenverkaufspreis ohne Umsatzsteuer in EUR

L Siehe Erläuterungen unter „Fachgruppen-Bestimmungen“

L3, **L4**, **…** Eine Langzeitbewilligung ist für die als Zahl angegebenen Monate möglich (z.B. L3 → Langzeitbewilligung für 3 Monate möglich)

mcg Mikrogramm

mg Milligramm

MIE Millionen internationale Einheiten

ml Milliliter

N siehe Erläuterungen unter „Fachgruppen-Bestimmungen“

Nas siehe Erläuterungen unter „Verabreichung“

Oc siehe Erläuterungen unter „Verabreichung“

OP Originalpackung: abgebbare Packungsgröße(n)

(2), (3) Die Aufnahme der Arzneispezialität in den EKO beschränkt sich auf die in der Klammer angegebene Menge an Originalpackungen, die maximal abgegeben werden dürfen (z.B.: 20 g (2) – Maximalmenge 2 Packungen zu je 20 g). Erfolgt keine Angabe, darf nur eine Packung abgegeben werden.

Oral siehe Erläuterungen unter „Verabreichung“

P siehe Erläuterungen unter „Fachgruppen-Bestimmungen“

(PM) siehe Erläuterungen unter „Verabreichung“
Arzneispezialitäten, für die eine Vereinbarung über ein Preismodell mit dem vertriebsberechtigten Unternehmen vorliegt.

R siehe Erläuterungen unter „Fachgruppen-Bestimmungen“

RE1 Die Arzneispezialitäten dürfen erst nach Vorliegen der ärztlichen Bewilligung des chef- und kontrollärztlichen Dienstes abgegeben werden. Für die Erteilung der ärztlichen Bewilligung des chef- und kontrollärztlichen Dienstes sind die angegebenen bestimmten Voraussetzungen maßgeblich.

RE2 Bei diesen Arzneispezialitäten kann die sonst notwendige ärztliche Bewilligung des chef- und kontrollärztlichen Dienstes durch eine nachfolgende Kontrolle der Einhaltung der bestimmten Verwendungen ersetzt werden, wenn die angegebenen bestimmten Verwendungen vorliegen und eine den Richtlinien über die ökonomische Verschreibweise von Heilmitteln und Heilbehelfen entsprechende Dokumentation angefertigt wurde.

Rec	siehe Erläuterungen unter „Verabreichung“
SG	Arzneispezialitäten, welche ohne Einschränkung den strengen Abgabebestimmungen für Suchtgifte unterliegen.
SL	siehe Erläuterungen unter „Verabreichung“
SQ	Standardisierte Qualitätseinheiten
St	Stück

Teilbarkeit:

T	Teilbarkeit
T2	in 2 gleiche Teile teilbar
T3	in 3 gleiche Teile teilbar
T4	in 4 gleiche Teile teilbar

TD	siehe Erläuterungen unter „Verabreichung“
U	siehe Erläuterungen unter „Fachgruppen-Bestimmungen“
Ur	siehe Erläuterungen unter „Verabreichung“
Vag	siehe Erläuterungen unter „Verabreichung“

Verabreichung:

Derm	zur äußerlichen Anwendung, lokal wirksam
HNO	zur Anwendung im Hals-, Nasen-, Ohrenbereich, lokal wirksam
Inh	zur Inhalation
Nas	zur nasalen Anwendung, systemisch wirksam
Oc	zur Anwendung am Auge, lokal wirksam
Oral	zur oralen Anwendung
Par	zur parenteralen Anwendung
Rec	zur rektalen Anwendung
SL	zur buccalen/sublingualen Anwendung, systemisch wirksam
TD	zur transdermalen Anwendung, systemisch wirksam
Ur	zur urethralen Anwendung
Vag	zur vaginalen Anwendung

Y	Gelber Bereich des EKO

Weitere Hinweise

1. Sofern nach dem Wirkstoff und der Stärke keine Dimension angegeben ist, handelt es sich um Gramm pro Stück.

2. Treffen bei einer Arzneispezialität im Gelben Bereich die Zeichen RE2 und L3, L4, … zusammen, so kann bei diesen Arzneispezialitäten bei Vorliegen der angegebenen bestimmten Verwendung und einer den Richtlinien über die ökonomische Verschreibweise von Heilmitteln und Heilbehelfen entsprechende Dokumentation die sonst notwendige ärztliche Bewilligung des chef- und kontrollärztlichen Dienstes durch eine nachfolgende Kontrolle ersetzt werden. In den Fällen, in denen die vorherige Bewilligung nicht durch die nachträgliche Kontrolle ersetzt wird, weil beispielsweise der verordnenden Ärztin/dem verordnenden Arzt die ausnahmslose Bewilligungspflicht auferlegt wurde, kann der chef- und kontrollärztliche Dienst eine Langzeitbewilligung erteilen.

3. Für Verordnungen von RE2-Arzneispezialitäten außerhalb der angegebenen Voraussetzungen ist eine ärztliche Bewilligung des chef- und kontrollärztlichen Dienstes einzuholen.

Verzeichnis der Arzneispezialitäten

KASS	Bezeichnung	Box	ATC	Seite
RE2	Abacavir/Lamivudin "ratiopharm" 600 mg/300 mg Filmtabl.	Y	J05AR02	484
RE2	Abacavir/Lamivudin "Sandoz" 600 mg/300 mg Filmtabl.	Y	J05AR02	484
RE2	Abacavir/Lamivudin "Stada" 600 mg/300 mg Filmtabl.	Y	J05AR02	484
IND	Abilify Maintena 300 mg Plv. und Lsgm. zur Herst. einer Depot-Inj.susp.	G	N05AX12	340
IND	Abilify Maintena 400 mg Plv. und Lsgm. zur Herst. einer Depot-Inj.susp. Fertigspr.	G	N05AX12	341
IND	Abilify Maintena 720 mg Depot-Inj.susp. Fertigspr.	G	N05AX12	341
IND	Abilify Maintena 960 mg Depot-Inj.susp. Fertigspr.	G	N05AX12	341
	Abilify 10 mg Tabl.	G	N05AX12	339
	Abilify 15 mg Tabl.	G	N05AX12	340
IND	Abiral 500 mg Filmtabl.	G	L02BX03	277
IND	Abirateron "+pharma" 500 mg Filmtabl.	G	L02BX03	277
IND	Abirateron "1A Pharma" 500 mg Filmtabl.	G	L02BX03	277
IND	Abirateron "1A Pharma" 1000 mg Filmtabl.	G	L02BX03	277
IND	Abirateron "Accord" 500 mg Filmtabl.	G	L02BX03	277
IND	Abirateron "Aristo" 500 mg Filmtabl.	G	L02BX03	277
IND	Abirateron "G.L." 500 mg Filmtabl.	G	L02BX03	277
IND	Abirateron "Krka" 500 mg Filmtabl.	G	L02BX03	277
IND	Abirateron "Mylan" 500 mg Filmtabl.	G	L02BX03	277
IND	Abirateron "Mylan" 1000 mg Filmtabl.	G	L02BX03	277
IND	Abirateron "Sandoz" 500 mg Filmtabl.	G	L02BX03	277
IND	Abirateron "Sandoz" 1000 mg Filmtabl.	G	L02BX03	278
IND	Abirateron "Stada" 500 mg Filmtabl.	G	L02BX03	277
IND	Abirateron "Zentiva" 500 mg Filmtabl.	G	L02BX03	277
RE1	Abseamed 1.000 IE/0,5 ml Inj.lsg. Fertigspr.	Y	B03XA01	418
RE1	Abseamed 2.000 IE/1,0 ml Inj.lsg. Fertigspr.	Y	B03XA01	419
RE1	Abseamed 3.000 IE/0,3 ml Inj.lsg. Fertigspr.	Y	B03XA01	420
RE1	Abseamed 4.000 IE/0,4 ml Inj.lsg. Fertigspr.	Y	B03XA01	420
RE1	Abseamed 5.000 IE/0,5 ml Inj.lsg. Fertigspr.	Y	B03XA01	421
RE1	Abseamed 6.000 IE/0,6 ml Inj.lsg. Fertigspr.	Y	B03XA01	422
RE1	Abseamed 8.000 IE/0,8 ml Inj.lsg. Fertigspr.	Y	B03XA01	423
IND	Abseamed 10.000 IE/1,0 ml Inj.lsg. Fertigspr.	G	B03XA01	194
ADKL	Acarizax 12 SQ-HDM Lyophilisat zum Einnehmen (PM)	G	V01AA03	378
F6J	Accofil 12 Mio E/0,2 ml Inj.-/Inf.lsg. Fertigspr.	G	L03AA02	278
	Accofil 30 Mio E/0,5 ml Inj.-/Inf.lsg. Fertigspr.	G	L03AA02	278
	Accofil 48 Mio E/0,5 ml Inj.-/Inf.lsg. Fertigspr.	G	L03AA02	278
	Acecomb semi Tabl.	G	C09BA03	221
	Acecomb mite Tabl.	G	C09BA03	221
	Acecomb Tabl.	G	C09BA03	221
	Acelisino comp. semi Tabl.	G	C09BA03	221
	Acelisino comp. mite Tabl.	G	C09BA03	221
	Acelisino comp. forte Tabl.	G	C09BA03	221
	Acemin 5 mg Tabl.	G	C09AA03	218
	Acemin 10 mg Tabl.	G	C09AA03	218
	Acemin 20 mg Tabl.	G	C09AA03	219
	Acetan 5 mg Tabl.	G	C09AA03	218
	Acetan 10 mg Tabl.	G	C09AA03	219
	Acetan 20 mg Tabl.	G	C09AA03	219
	Acetazolamid "Agepha" Tabl.	G	S01EC01	374
	Acetolyt Gran.	G	V03AE	379
	Acetylcystein "Hexal" 200 mg Gran.	G	R05CB01	369

KASS	Bezeichnung	Box	ATC	Seite
	Acetylcystein "Hexal" 600 mg lösb. Tabl.	G	R05CB01	369
IND	Aciclobene 200 mg Tabl.	G	J05AB01	266
IND	Aciclobene 400 mg Tabl.	G	J05AB01	266
IND	Aciclobene 800 mg Tabl.	G	J05AB01	266
IND	Aciclostad 200 mg Tabl.	G	J05AB01	266
IND	Aciclostad 400 mg Tabl.	G	J05AB01	266
IND	Aciclostad 800 mg Tabl.	G	J05AB01	266
IND	Aciclovir "1A Pharma" 200 mg Tabl.	G	J05AB01	266
IND	Aciclovir "1A Pharma" 400 mg Tabl.	G	J05AB01	266
IND	Aciclovir "1A Pharma" 800 mg Tabl.	G	J05AB01	266
IND	Aciclovir "Genericon" 200 mg Filmtabl.	G	J05AB01	266
IND	Aciclovir "Genericon" 400 mg Filmtabl.	G	J05AB01	266
IND	Aciclovir "Genericon" 800 mg Filmtabl.	G	J05AB01	266
IND	Aclasta 5 mg Inf.lsg.	G	M05BA08	300
	Acne Plus Creme "Widmer"	G	D10AE51	243
	Aconex Augentropf.	G	S01GA01	376
ADKL	Actair 100 IR + 300 IR Sublingualtabl. PM	G	V01AA03	378
ADKL	Actair 300 IR Sublingualtabl. PM	G	V01AA03	378
RE1	Actikerall 5 mg/g + 100 mg/g Lsg. zur Anw. auf der Haut	Y	L01BC52	493
IND	Activelle Filmtabl.	G	G03FA01	246
	Actonel einmal wöchentlich 35 mg Filmtabl.	G	M05BA07	300
	Actrapid Penfill 100 IE/ml Inj.lsg. Patronen	G	A10AB01	174
	Acular Augentropf.	G	S01BC05	373
RE1	Adcirca 20 mg Filmtabl.	Y	C02KX	435
RE1	Adempas 0,5 mg Filmtabl.	Y	C02KX05	437
RE1	Adempas 1 mg Filmtabl.	Y	C02KX05	437
RE1	Adempas 1,5 mg Filmtabl.	Y	C02KX05	438
RE1	Adempas 2 mg Filmtabl.	Y	C02KX05	438
RE1	Adempas 2,5 mg Filmtabl.	Y	C02KX05	438
RE1	Adenuric 80 mg Filmtabl.	Y	M04AA03	569
RE1	Adenuric 120 mg Filmtabl.	Y	M04AA03	571
	Adjuvin 50 mg Filmtabl.	G	N06AB06	347
	Adjuvin 100 mg Filmtabl.	G	N06AB06	347
IND	Adport 0,5 mg Hartkaps.	G	L04AD02	284
IND	Adport 1 mg Hartkaps.	G	L04AD02	285
IND	Adport 2 mg Hartkaps.	G	L04AD02	285
IND	Adport 5 mg Hartkaps.	G	L04AD02	285
IND	Advagraf 0,5 mg Hartkaps., retardiert PM	G	L04AD02	284
IND	Advagraf 1 mg Hartkaps., retardiert PM	G	L04AD02	285
IND	Advagraf 5 mg Hartkaps., retardiert PM	G	L04AD02	285
	Advantan 0,1 % Fettsalbe	G	D07AC14	241
	Advantan Creme	G	D07AC14	241
	Advantan Milch	G	D07AC14	241
	Advantan Salbe	G	D07AC14	241
RE1	Advate 250 IE Plv. und Lsgm. zur Herst. einer Inj.lsg.	Y	B02BD02	410
RE1	Advate 500 IE Plv. und Lsgm. zur Herst. einer Inj.lsg.	Y	B02BD02	410
RE1	Advate 1000 IE Plv. und Lsgm. zur Herst. einer Inj.lsg.	Y	B02BD02	410
RE1	Advate 1500 IE Plv. und Lsgm. zur Herst. einer Inj.lsg.	Y	B02BD02	410
RE1	Advate 2000 IE Plv. und Lsgm. zur Herst. einer Inj.lsg.	Y	B02BD02	410
RE1	Advate 3000 IE Plv. und Lsgm. zur Herst. einer Inj.lsg.	Y	B02BD02	410
	Aedon 2,5 mg Filmtabl.	G	N05AH03	332
	Aedon 5 mg Filmtabl.	G	N05AH03	332

KASS	Bezeichnung	Box	ATC	Seite
	Aedon 10 mg Filmtabl.	G	N05AH03	333
	Aedon 15 mg Filmtabl.	G	N05AH03	333
F14	Aerius 0,5 mg/ml Lsg. zum Einnehmen	G	R06AX27	371
	Aerocortin 100 mcg Autohaler	G	R03BA01	366
	Aeromuc 600 mg lösl. Tabl.	G	R05CB01	369
IND	Afinitor 5 mg Tabl.	G	L01EG02	271
IND	Afinitor 10 mg Tabl.	G	L01EG02	271
RE1	Afstyla 250 IE Plv. und Lsgm. zur Herst. einer Inj.lsg.	Y	B02BD02	410
RE1	Afstyla 500 IE Plv. und Lsgm. zur Herst. einer Inj.lsg.	Y	B02BD02	410
RE1	Afstyla 1000 IE Plv. und Lsgm. zur Herst. einer Inj.lsg.	Y	B02BD02	410
RE1	Afstyla 1500 IE Plv. und Lsgm. zur Herst. einer Inj.lsg.	Y	B02BD02	410
RE1	Afstyla 2000 IE Plv. und Lsgm. zur Herst. einer Inj.lsg.	Y	B02BD02	410
RE1	Afstyla 2500 IE Plv. und Lsgm. zur Herst. einer Inj.lsg.	Y	B02BD02	410
	Agaffin Abführgel	G	A06AB08	170
U	Aglandin retard 0,4 mg Kaps.	G	G04CA02	249
	Agopton 15 mg Kaps.	G	A02BC03	166
	Agopton 30 mg Kaps.	G	A02BC03	166
IND	Aimovig 70 mg Inj.lsg. Fertigpen (PM)	G	N02CD01	316
IND	Aimovig 140 mg Inj.lsg. Fertigpen (PM)	G	N02CD01	316
IND	AirFluSal Forspiro 50 mcg/250 mcg einzeldosiertes Plv. zur Inh.	G	R03AK06	363
IND	AirFluSal Forspiro 50 mcg/500 mcg einzeldosiertes Plv. zur Inh.	G	R03AK06	364
IND	Ajovy 225 mg Inj.lsg. Fertigpen (PM)	G	N02CD03	317
IND	Ajovy 225 mg Inj.lsg. Fertigspr. (PM)	G	N02CD03	317
RE1	Akeega 50 mg/500 mg Filmtabl. (PM)	Y	L01XK52	517
RE1	Akeega 100 mg/500 mg Filmtabl. (PM)	Y	L01XK52	518
	Akineton Amp.	G	N04AA02	324
	Akineton 2 mg Tabl.	G	N04AA02	324
	Akineton retard 4 mg Drag.	G	N04AA02	324
Au	Akistan 50 mcg/ml Augentropf.	G	S01EE01	376
Au	Akistan Duo 50 mcg/ml + 5 mg/ml Augentropf.	G	S01ED51	375
RE1	Alcover Sirup	Y	N07XX04	609
	Aldactone 50 mg überzogene Tabl.	G	C03DA01	206
	Aldactone 100 mg Hartkaps.	G	C03DA01	207
	Aldactone-Saltucin forte Hartkaps.	G	C03EA14	208
RE1	Aldara 5 % Creme	Y	D06BB10	447
	Aldometil 500 mg Filmtabl.	G	C02AB01	204
RE1	Alecensa 150 mg Hartkaps. (PM)	Y	L01ED03	498
	Alendronsäure "Bluefish" 70 mg einmal wöchentlich Tabl.	G	M05BA04	299
	Alendronsäure "Viatris" 70 mg einmal wöchentlich Tabl. Abg. gem. mit Calcium Vit. D3 "Meda" Kautabl. 56 St.	G	M05BA04	299
	Alendronsäure "Viatris" 70 mg einmal wöchentlich Tabl.	G	M05BA04	299
	Alendronstad 70 mg einmal wöchentlich Tabl.	G	M05BA04	299
U	Alfuzosin "Stada" 10 mg Retardtabl.	G	G04CA01	249
RE2	Alitretan 10 mg Kaps.	Y	D11AH04	448
RE2	Alitretan 30 mg Kaps.	Y	D11AH04	448
	Alkeran 2 mg Filmtabl.	G	L01AA03	267
F14	Alkindi 0,5 mg Gran. zur Entnahme aus Kaps.	G	H02AB09	253
F14	Alkindi 1 mg Gran. zur Entnahme aus Kaps.	G	H02AB09	253
F14	Alkindi 2 mg Gran. zur Entnahme aus Kaps.	G	H02AB09	253
F14	Alkindi 5 mg Gran. zur Entnahme aus Kaps.	G	H02AB09	253

KASS	Bezeichnung	Box	ATC	Seite
	Allegra 120 mg Filmtabl.	G	R06AX26	371
IND	Allergodil Augentropf.	G	S01GX07	377
IND	Allergodil Nasenspray	G	R01AC03	361
	Allernon 10 mg Tabl.	G	R06AX13	371
	Allopurinol "+pharma" 300 mg teilbare Tabl.	G	M04AA01	298
	Allopurinol "Accord" 100 mg Tabl.	G	M04AA01	298
	Allopurinol "Accord" 300 mg Tabl.	G	M04AA01	298
	Allopurinol "Aristo" 100 mg Tabl.	G	M04AA01	298
	Allopurinol "Aristo" 300 mg Tabl.	G	M04AA01	298
	Allopurinol "G.L." 300 mg Tabl.	G	M04AA01	298
	Allopurinol "Genericon" 300 mg teilbare Tabl.	G	M04AA01	298
	Allopurinol "Genericon" retard 300 mg Tabl.	G	M04AA01	298
	Allopurinol "Hexal" 300 mg Tabl.	G	M04AA01	298
	Allopurinol "Sandoz" 100 mg Tabl.	G	M04AA01	298
	Allopurinol "Sandoz" 300 mg Tabl.	G	M04AA01	298
	Allostad 100 mg Tabl.	G	M04AA01	298
	Allostad 300 mg Tabl.	G	M04AA01	298
	Alodan 50 mg/ml Inj.lsg.	G	N02AB02	305
	Alphagan 0,2 % Augentropf.	G	S01EA05	374
	Alprazolam "ratiopharm" 0,5 mg Tabl.	G	N05BA12	343
	Alprazolam "ratiopharm" 1 mg Tabl.	G	N05BA12	344
RE1	Alprolix 250 IE Plv. und Lsgm. zur Herst. einer Inj.lsg.	Y	B02BD04	413
RE1	Alprolix 500 IE Plv. und Lsgm. zur Herst. einer Inj.lsg.	Y	B02BD04	413
RE1	Alprolix 1000 IE Plv. und Lsgm. zur Herst. einer Inj.lsg.	Y	B02BD04	413
RE1	Alprolix 2000 IE Plv. und Lsgm. zur Herst. einer Inj.lsg.	Y	B02BD04	413
RE1	Alprolix 3000 IE Plv. und Lsgm. zur Herst. einer Inj.lsg.	Y	B02BD04	413
RE1	Alprostapint 500 mcg Konz. zur Herst. einer Inf.lsg.	Y	C01EA01	429
RE1	Altuvoct 250 IE Plv. und Lsgm. zur Herst. einer Inj.lsg. (PM)	Y	B02BD02	411
RE1	Altuvoct 500 IE Plv. und Lsgm. zur Herst. einer Inj.lsg. (PM)	Y	B02BD02	411
RE1	Altuvoct 1000 IE Plv. und Lsgm. zur Herst. einer Inj.lsg. (PM)	Y	B02BD02	411
RE1	Altuvoct 2000 IE Plv. und Lsgm. zur Herst. einer Inj.lsg. (PM)	Y	B02BD02	411
RE1	Altuvoct 3000 IE Plv. und Lsgm. zur Herst. einer Inj.lsg. (PM)	Y	B02BD02	411
RE1	Altuvoct 4000 IE Plv. und Lsgm. zur Herst. einer Inj.lsg. (PM)	Y	B02BD02	411
RE1	Alunbrig 30 mg Filmtabl.	Y	L01ED04	498
RE1	Alunbrig 90 mg Filmtabl.	Y	L01ED04	498
RE1	Alunbrig 90 mg + 180 mg Filmtabl. Starterpackung	Y	L01ED04	499
RE1	Alunbrig 180 mg Filmtabl.	Y	L01ED04	499
	Alvesco 80 mcg Dosieraerosol	G	R03BA08	367
	Alvesco 160 mcg Dosieraerosol	G	R03BA08	367
RE2	Ambrisentan "Accord" 5 mg Filmtabl.	Y	C02KX02	436
RE2	Ambrisentan "Accord" 10 mg Filmtabl.	Y	C02KX02	436
RE2	Ambrisentan "AOP" 5 mg Filmtabl.	Y	C02KX02	436
RE2	Ambrisentan "AOP" 10 mg Filmtabl.	Y	C02KX02	437
RE2	Ambrisentan "ratiopharm" 5 mg Filmtabl.	Y	C02KX02	436
RE2	Ambrisentan "ratiopharm" 10 mg Filmtabl.	Y	C02KX02	437
RE2	Ambrisentan "Sandoz" 5 mg Filmtabl.	Y	C02KX02	436
RE2	Ambrisentan "Sandoz" 10 mg Filmtabl.	Y	C02KX02	437
	Ambrobene 30 mg Tabl.	G	R05CB06	370
	Ambrobene 7,5 mg/ml Lsg.	G	R05CB06	369
F14	Ambrobene 15 mg/5 ml Saft	G	R05CB06	369
	Ambrohexal 7,5 mg/ml Lsg.	G	R05CB06	370
	Ambroxol "Genericon" 30 mg Tabl.	G	R05CB06	370

KASS	Bezeichnung	Box	ATC	Seite
	Ambroxol "Genericon" 60 mg lösl. Tabl.	G	R05CB06	370
IND	Amgevita 40 mg Inj.lsg. Fertigpen	G	L04AB04	281
IND	Amgevita 40 mg Inj.lsg. Fertigspr.	G	L04AB04	281
	Amiodaron "Arcana" 200 mg Tabl.	G	C01BD01	202
	Amisu 50 mg Tabl.	G	N05AL05	336
	Amisu 100 mg Tabl.	G	N05AL05	336
	Amisu 200 mg Tabl.	G	N05AL05	337
	Amisu 400 mg Tabl.	G	N05AL05	337
	Amlodibene 5 mg Tabl.	G	C08CA01	216
	Amlodibene 10 mg Tabl.	G	C08CA01	216
	Amlodilan 5 mg Tabl.	G	C08CA01	216
	Amlodilan 10 mg Tabl.	G	C08CA01	216
	Amlodinova 5 mg Tabl.	G	C08CA01	216
	Amlodinova 10 mg Tabl.	G	C08CA01	216
	Amlodipin "+pharma" 5 mg Tabl.	G	C08CA01	216
	Amlodipin "+pharma" 10 mg Tabl.	G	C08CA01	216
	Amlodipin "1A Pharma" 5 mg Tabl.	G	C08CA01	216
	Amlodipin "1A Pharma" 7,5 mg Tabl.	G	C08CA01	216
	Amlodipin "1A Pharma" 10 mg Tabl.	G	C08CA01	216
	Amlodipin "Accord" 5 mg Tabl.	G	C08CA01	216
	Amlodipin "Accord" 10 mg Tabl.	G	C08CA01	216
	Amlodipin "Actavis" 5 mg Tabl.	G	C08CA01	216
	Amlodipin "Actavis" 10 mg Tabl.	G	C08CA01	216
	Amlodipin "Bluefish" 5 mg Tabl.	G	C08CA01	216
	Amlodipin "Bluefish" 10 mg Tabl.	G	C08CA01	216
	Amlodipin "Genericon" 5 mg Tabl.	G	C08CA01	216
	Amlodipin "Genericon" 10 mg Tabl.	G	C08CA01	216
	Amlodipin "Hexal" 5 mg Tabl.	G	C08CA01	216
	Amlodipin "Hexal" 10 mg Tabl.	G	C08CA01	216
	Amlodipin "Interpharm" 5 mg Tabl.	G	C08CA01	216
	Amlodipin "Interpharm" 10 mg Tabl.	G	C08CA01	216
	Amlodipin "ratiopharm" 5 mg Tabl.	G	C08CA01	216
	Amlodipin "ratiopharm" 10 mg Tabl.	G	C08CA01	216
	Amlodipin "Sandoz" 5 mg Tabl.	G	C08CA01	216
	Amlodipin "Sandoz" 10 mg Tabl.	G	C08CA01	216
	Amlodipin Besilat "Stada" 5 mg Tabl.	G	C08CA01	216
	Amlodipin Besilat "Stada" 10 mg Tabl.	G	C08CA01	216
	Amlodipin/Valsartan "+pharma" 5 mg/80 mg Filmtabl.	G	C09DB01	228
	Amlodipin/Valsartan "+pharma" 5 mg/160 mg Filmtabl.	G	C09DB01	228
	Amlodipin/Valsartan "+pharma" 10 mg/160 mg Filmtabl.	G	C09DB01	228
	Amlodipin/Valsartan "1A Pharma" 5 mg/80 mg Filmtabl.	G	C09DB01	228
	Amlodipin/Valsartan "1A Pharma" 5 mg/160 mg Filmtabl.	G	C09DB01	228
	Amlodipin/Valsartan "1A Pharma" 10 mg/160 mg Filmtabl.	G	C09DB01	228
	Amlodipin/Valsartan "Actavis" 5 mg/80 mg Filmtabl.	G	C09DB01	228
	Amlodipin/Valsartan "Actavis" 5 mg/160 mg Filmtabl.	G	C09DB01	228
	Amlodipin/Valsartan "Actavis" 10 mg/160 mg Filmtabl.	G	C09DB01	228
	Amlodipin/Valsartan "Genericon" 5 mg/80 mg Filmtabl.	G	C09DB01	228
	Amlodipin/Valsartan "Genericon" 5 mg/160 mg Filmtabl.	G	C09DB01	228
	Amlodipin/Valsartan "Genericon" 10 mg/160 mg Filmtabl.	G	C09DB01	228
	Amlodipin/Valsartan "Sandoz" 5 mg/80 mg Filmtabl.	G	C09DB01	228
	Amlodipin/Valsartan "Sandoz" 5 mg/160 mg Filmtabl.	G	C09DB01	228
	Amlodipin/Valsartan "Sandoz" 10 mg/160 mg Filmtabl.	G	C09DB01	228

KASS	Bezeichnung	Box	ATC	Seite
	Amlodipin/Valsartan "Stada" 5 mg/80 mg Filmtabl.	G	C09DB01	228
	Amlodipin/Valsartan "Stada" 5 mg/160 mg Filmtabl.	G	C09DB01	228
	Amlodipin/Valsartan "Stada" 10 mg/160 mg Filmtabl.	G	C09DB01	228
	Amlodipin/Valsartan "TAD" 5 mg/80 mg Filmtabl.	G	C09DB01	228
	Amlodipin/Valsartan "TAD" 5 mg/160 mg Filmtabl.	G	C09DB01	228
	Amlodipin/Valsartan "TAD" 10 mg/160 mg Filmtabl.	G	C09DB01	228
	Amlodipin/Valsartan/HCT "1A Pharma" 5 mg/160 mg/ 12,5 mg Filmtabl.	G	C09DX01	229
	Amlodipin/Valsartan/HCT "1A Pharma" 5 mg/160 mg/25 mg Filmtabl.	G	C09DX01	229
	Amlodipin/Valsartan/HCT "1A Pharma" 10 mg/160 mg/ 12,5 mg Filmtabl.	G	C09DX01	229
	Amlodipin/Valsartan/HCT "1A Pharma" 10 mg/160 mg/ 25 mg Filmtabl.	G	C09DX01	229
	Amlodipin/Valsartan/HCT "ratiopharm" 5 mg/160 mg/ 12,5 mg Filmtabl.	G	C09DX01	229
	Amlodipin/Valsartan/HCT "ratiopharm" 10 mg/320 mg/ 25 mg Filmtabl.	G	C09DX01	230
	Amlodipin/Valsartan/HCT "Sandoz" 5 mg/160 mg/12,5 mg Filmtabl.	G	C09DX01	229
	Amlodipin/Valsartan/HCT "Sandoz" 5 mg/160 mg/25 mg Filmtabl.	G	C09DX01	229
	Amlodipin/Valsartan/HCT "Sandoz" 10 mg/160 mg/12,5 mg Filmtabl.	G	C09DX01	229
	Amlodipin/Valsartan/HCT "Sandoz" 10 mg/160 mg/25 mg Filmtabl.	G	C09DX01	229
	Amlodipin/Valsartan/HCT "Stada" 5 mg/160 mg/12,5 mg Filmtabl.	G	C09DX01	229
	Amlodipin/Valsartan/HCT "Stada" 5 mg/160 mg/25 mg Filmtabl.	G	C09DX01	229
	Amlodipin/Valsartan/HCT "Stada" 10 mg/160 mg/12,5 mg Filmtabl.	G	C09DX01	229
	Amlodipin/Valsartan/HCT "Stada" 10 mg/160 mg/25 mg Filmtabl.	G	C09DX01	229
	Amlodipin/Valsartan/HCT "Stada" 10 mg/320 mg/25 mg Filmtabl.	G	C09DX01	230
	Amlodipin/Valsartan/HCT "TAD" 5 mg/160 mg/12,5 mg Filmtabl.	G	C09DX01	229
	Amlodipin/Valsartan/HCT "TAD" 5 mg/160 mg/25 mg Filmtabl.	G	C09DX01	229
	Amlodipin/Valsartan/HCT "TAD" 10 mg/160 mg/12,5 mg Filmtabl.	G	C09DX01	229
	Amlodipin/Valsartan/HCT "TAD" 10 mg/160 mg/25 mg Filmtabl.	G	C09DX01	229
	Amlovalsax 5 mg/80 mg Filmtabl.	G	C09DB01	228
	Amlovalsax 5 mg/160 mg Filmtabl.	G	C09DB01	228
	Amlovalsax 10 mg/160 mg Filmtabl.	G	C09DB01	228
	Amlovalsax/HCT 5 mg/160 mg/12,5 mg Filmtabl.	G	C09DX01	229
	Amlovalsax/HCT 5 mg/160 mg/25 mg Filmtabl.	G	C09DX01	229
	Amlovalsax/HCT 10 mg/160 mg/12,5 mg Filmtabl.	G	C09DX01	229
	Amlovalsax/HCT 10 mg/160 mg/25 mg Filmtabl.	G	C09DX01	229
	Amoxicillin "1A Pharma" 1000 mg Filmtabl.	G	J01CA04	257

KASS	Bezeichnung	Box	ATC	Seite
	Amoxicillin "ratiopharm" 500 mg Filmtabl.	G	J01CA04	257
	Amoxicillin "ratiopharm" 1000 mg Filmtabl.	G	J01CA04	257
	Amoxicillin/Clavulansäure "Actavis" 875 mg/125 mg Filmtabl.	G	J01CR02	258
	Amoxicillin/Clavulansäure "A-med" 500 mg/125 mg Filmtabl.	G	J01CR02	258
	Amoxicillin/Clavulansäure "A-med" 875 mg/125 mg Filmtabl.	G	J01CR02	258
	Amoxicillin/Clavulansäure "Krka" 875 mg/125 mg Filmtabl.	G	J01CR02	258
	Amoxiclavulan "1A Pharma" 1 g (875 mg/125 mg) Filmtabl.	G	J01CR02	258
	Amoxicomp "Genericon" 1 g Filmtabl.	G	J01CR02	258
	Amoxilan 1000 mg Tabl.	G	J01CA04	257
F14	Amoxilan 250 mg/5 ml Trockensaft	G	J01CA04	256
F14	Amoxilan 500 mg/5 ml Trockensaft	G	J01CA04	257
	AmoxiPlus "ratiopharm" 625 mg Filmtabl.	G	J01CR02	258
	AmoxiPlus "ratiopharm" 1 g Filmtabl.	G	J01CR02	258
	Amoxistad 500 mg Filmtabl.	G	J01CA04	257
	Amoxistad 1000 mg Filmtabl.	G	J01CA04	257
	Amoxistad plus 875 mg/125 mg Filmtabl.	G	J01CR02	258
	Ampho-Moronal Lutschtabl.	G	A01AB04	163
F14	Ampho-Moronal Susp.	G	A07AA07	171
RE1	Amvuttra 25 mg Inj.lsg. Fertigspr. (PM)	Y	N07XX18	611
D	Amykal 250 mg Tabl.	G	D01BA02	237
	Anaerobex Filmtabl.	G	P01AB01	360
	Anafranil 25 mg Drag.	G	N06AA04	344
	Anafranil retard 75 mg Filmtabl.	G	N06AA04	344
RE2	Anagrelid "Bluefish" 0,5 mg Hartkaps.	Y	L01XX35	518
RE2	Anagrelid "ratiopharm" 0,5 mg Hartkaps.	Y	L01XX35	518
RE2	Anagrelid "ratiopharm" 1 mg Hartkaps.	Y	L01XX35	518
	Anastrolan 1 mg Filmtabl.	G	L02BG03	276
	Anastrozol "+pharma" 1 mg Filmtabl.	G	L02BG03	276
	Anastrozol "1A Pharma" 1 mg Filmtabl.	G	L02BG03	276
	Anastrozol "Actavis" 1 mg Filmtabl.	G	L02BG03	276
	Anastrozol "Bluefish" 1 mg Filmtabl.	G	L02BG03	276
	Anastrozol "Genericon" 1 mg Filmtabl.	G	L02BG03	276
	Anastrozol "ratiopharm" 1 mg Filmtabl.	G	L02BG03	276
	Anastrozol "Sandoz" 1 mg Filmtabl.	G	L02BG03	276
	Anastrozol "Stada" 1 mg Filmtabl.	G	L02BG03	276
	Anastrozol "Viatris" 1 mg Filmtabl.	G	L02BG03	276
	Androbloc 50 mg Filmtabl.	G	L02BB03	275
	Androbloc 150 mg Filmtabl.	G	L02BB03	276
IND	Androcur 50 mg Tabl.	G	G03HA01	247
IND	Androcur 100 mg Tabl.	G	G03HA01	247
U	Androfin 5 mg Filmtabl.	G	G04CB01	250
IND	Anoro Ellipta 55 mcg/22 mcg einzeldosiertes Plv. zur Inh.	G	R03AL03	365
	Antibiophilus Hartkaps.	G	A07FA01	173
	Antibiophilus Plv. zum Einnehmen	G	A07FA01	173
	Antiflat Kautabl.	G	A03AX13	168
	Antiflat Tropf.	G	A03AX13	168
	Anxiolit forte 50 mg Tabl.	G	N05BA04	343
	Apidra 100 E/ml Inj.lsg. Dstfl.	G	A10AB06	174
	Apidra 100 E/ml Inj.lsg. Fertigpen, SoloStar	G	A10AB06	174

KASS	Bezeichnung	Box	ATC	Seite
	Apidra 100 E/ml Inj.lsg. Patronen	G	A10AB06	174
RE1	Apo-go 5 mg/ml Inf.lsg. Patrone	Y	N04BC07	579
RE2	Apo-go 10 mg/ml Inj.lsg. Pen	Y	N04BC07	580
	Aprednislon 5 mg Tabl.	G	H02AB06	252
IND	Aprednislon 5 mg Tabl.	G	H02AB06	252
	Aprednislon 25 mg Tabl.	G	H02AB06	252
	Aprepitant "Accord" 80 mg Hartkaps.	G	A04AD12	170
	Aprepitant "ratiopharm" 80 mg Hartkaps.	G	A04AD12	170
	Aprepitant "Sandoz" 80 mg Hartkaps.	G	A04AD12	170
RE1	Aqumeldi 0,25 mg Schmelztabl. (PM)	Y	C09AA02	440
RE1	Aqumeldi 1 mg Schmelztabl. (PM)	Y	C09AA02	440
RE1	Aranesp 40 mcg Inj.lsg. Fertigpen (SureClick) (PM)	Y	B03XA02	424
RE1	Aranesp 60 mcg Inj.lsg. Fertigpen (SureClick) (PM)	Y	B03XA02	424
RE1	Aranesp 80 mcg Inj.lsg. Fertigpen (SureClick) (PM)	Y	B03XA02	425
RE1	Aranesp 100 mcg Inj.lsg. Fertigpen (SureClick) (PM)	Y	B03XA02	425
IND	Aranesp 150 mcg Inj.lsg. Fertigpen (SureClick) (PM)	G	B03XA02	199
IND	Aranesp 300 mcg Inj.lsg. Fertigpen (SureClick) (PM)	G	B03XA02	199
IND	Aranesp 500 mcg Inj.lsg. Fertigpen (SureClick) (PM)	G	B03XA02	200
RE1	Aranesp 10 mcg Inj.lsg. Fertigspr. (PM)	Y	B03XA02	423
RE1	Aranesp 20 mcg Inj.lsg. Fertigspr. (PM)	Y	B03XA02	423
RE1	Aranesp 30 mcg Inj.lsg. Fertigspr. (PM)	Y	B03XA02	423
RE1	Aranesp 40 mcg Inj.lsg. Fertigspr. (PM)	Y	B03XA02	424
RE1	Aranesp 50 mcg Inj.lsg. Fertigspr. (PM)	Y	B03XA02	424
RE1	Aranesp 60 mcg Inj.lsg. Fertigspr. (PM)	Y	B03XA02	424
RE1	Aranesp 80 mcg Inj.lsg. Fertigspr. (PM)	Y	B03XA02	425
RE1	Aranesp 100 mcg Inj.lsg. Fertigspr. (PM)	Y	B03XA02	425
IND	Aranesp 150 mcg Inj.lsg. Fertigspr. (PM)	G	B03XA02	199
IND	Aranesp 300 mcg Inj.lsg. Fertigspr. (PM)	G	B03XA02	200
IND	Aranesp 500 mcg Inj.lsg. Fertigspr. (PM)	G	B03XA02	200
IND	Arava 10 mg Filmtabl.	G	L04AK01	285
IND	Arava 20 mg Filmtabl.	G	L04AK01	285
RE1	Arcoxia 30 mg Filmtabl.	Y	M01AH05	569
RE1	Arcoxia 60 mg Filmtabl.	Y	M01AH05	569
RE1	Arcoxia 90 mg Filmtabl.	Y	M01AH05	569
	Arefam 200 mg Weichkaps.	G	G03DA04	246
RE2	Aricept 5 mg Filmtabl.	Y	N06DA02	585
RE2	Aricept 10 mg Filmtabl.	Y	N06DA02	587
	Arileto 10 mg Tabl.	G	N05AX12	339
	Arileto 15 mg Tabl.	G	N05AX12	340
	Arileto 30 mg Tabl.	G	N05AX12	340
	Arimidex 1 mg Filmtabl.	G	L02BG03	276
	Aripiprazol "+pharma" 10 mg Tabl.	G	N05AX12	339
	Aripiprazol "+pharma" 15 mg Tabl.	G	N05AX12	340
	Aripiprazol "+pharma" 30 mg Tabl.	G	N05AX12	340
	Aripiprazol "Accord" 10 mg Tabl.	G	N05AX12	339
	Aripiprazol "Accord" 15 mg Tabl.	G	N05AX12	340
	Aripiprazol "Accord" 30 mg Tabl.	G	N05AX12	340
	Aripiprazol "Aristo" 10 mg Tabl.	G	N05AX12	339
	Aripiprazol "Aristo" 15 mg Tabl.	G	N05AX12	340
	Aripiprazol "Genericon" 10 mg Tabl.	G	N05AX12	339
	Aripiprazol "Genericon" 15 mg Tabl.	G	N05AX12	340
	Aripiprazol "Genericon" 30 mg Tabl.	G	N05AX12	340

KASS	Bezeichnung	Box	ATC	Seite
	Aripiprazol "Krka" 10 mg Tabl.	G	N05AX12	339
	Aripiprazol "Krka" 15 mg Tabl.	G	N05AX12	340
	Aripiprazol "Krka" 30 mg Tabl.	G	N05AX12	340
	Aripiprazol "neuraxpharm" 10 mg Tabl.	G	N05AX12	339
	Aripiprazol "neuraxpharm" 15 mg Tabl.	G	N05AX12	340
	Aripiprazol "neuraxpharm" 30 mg Tabl.	G	N05AX12	340
	Aripiprazol "ratiopharm" 10 mg Tabl.	G	N05AX12	339
	Aripiprazol "ratiopharm" 15 mg Tabl.	G	N05AX12	340
	Aripiprazol "ratiopharm" 20 mg Tabl.	G	N05AX12	340
	Aripiprazol "ratiopharm" 30 mg Tabl.	G	N05AX12	340
	Aripiprazol "Sandoz" 10 mg Tabl.	G	N05AX12	340
	Aripiprazol "Sandoz" 15 mg Tabl.	G	N05AX12	340
	Aripiprazol "Sandoz" 30 mg Tabl.	G	N05AX12	340
	Aripiprazol "Stada" 10 mg Tabl.	G	N05AX12	340
	Aripiprazol "Stada" 15 mg Tabl.	G	N05AX12	340
	Aripiprazol "Stada" 30 mg Tabl.	G	N05AX12	340
	Aripiprazol "Zentiva" 10 mg Tabl.	G	N05AX12	340
	Aripiprazol "Zentiva" 15 mg Tabl.	G	N05AX12	340
	Aristocor 100 mg Tabl.	G	C01BC04	201
RE1	Arixtra 2,5 mg/0,5 ml Inj.lsg. Fertigspr.	Y	B01AX05	409
	Aromasin 25 mg Tabl.	G	L02BG06	276
	Arosuva 5 mg Filmtabl.	G	C10AA07	232
	Arosuva 10 mg Filmtabl.	G	C10AA07	233
	Arosuva 20 mg Filmtabl.	G	C10AA07	233
	Arosuva 40 mg Filmtabl.	G	C10AA07	233
	Arosuva plus Ezetimib 5 mg/10 mg Filmtabl.	G	C10BA06	235
	Arosuva plus Ezetimib 10 mg/10 mg Filmtabl.	G	C10BA06	235
	Arosuva plus Ezetimib 20 mg/10 mg Filmtabl.	G	C10BA06	235
	Arosuva plus Ezetimib 40 mg/10 mg Filmtabl.	G	C10BA06	236
	Arthrotec Manteltabl.	G	M01AB55	294
	Arthrotec forte Manteltabl.	G	M01AB55	294
	Ascalan 2 mg Tabl.	G	C02CA04	204
	Ascalan 4 mg Tabl.	G	C02CA04	205
	Ascalan 8 mg Tabl.	G	C02CA04	205
	Ascorbisal Tabl.	G	N02BA51	309
	ASS "Genericon" 500 mg Tabl.	G	N02BA01	309
	ASS "Hexal" 100 mg Tabl.	G	B01AC06	184
IND	Astec 35 mcg/h transdermales Pflaster	G	N02AE01	307
IND	Astec 52,5 mcg/h transdermales Pflaster	G	N02AE01	307
IND	Astec 70 mcg/h transdermales Pflaster	G	N02AE01	307
	Astonin-H Tabl.	G	H02AA02	251
	Atarax 25 mg Filmtabl.	G	N05BB01	344
IND	Atectura Breezhaler 125 mcg/62,5 mcg Hartkaps. Plv. zur Inh. (PM)	G	R03AK14	365
IND	Atectura Breezhaler 125 mcg/127,5 mcg Hartkaps. Plv. zur Inh. (PM)	G	R03AK14	365
IND	Atectura Breezhaler 125 mcg/260 mcg Hartkaps. Plv. zur Inh. (PM)	G	R03AK14	365
	Atenolol "1A Pharma" 50 mg Filmtabl.	G	C07AB03	213
	Atenolol "1A Pharma" 100 mg Filmtabl.	G	C07AB03	213
	Atenolol "Genericon" 50 mg Filmtabl.	G	C07AB03	213
	Atenolol "Genericon" 100 mg Filmtabl.	G	C07AB03	213

KASS	Bezeichnung	Box	ATC	Seite
	Atenolol "Genericon" comp. mite Filmtabl.	G	C07CB03	216
	Atenolol "Genericon" comp. Filmtabl.	G	C07CB03	216
	Atenolol "Stada" 50 mg Tabl.	G	C07AB03	213
	Atenolol "Stada" 100 mg Tabl.	G	C07AB03	213
IND	Atofab 10 mg Hartkaps.	G	N06BA09	354
IND	Atofab 18 mg Hartkaps.	G	N06BA09	354
IND	Atofab 25 mg Hartkaps.	G	N06BA09	354
IND	Atofab 40 mg Hartkaps.	G	N06BA09	355
IND	Atofab 60 mg Hartkaps.	G	N06BA09	355
IND	Atofab 80 mg Hartkaps.	G	N06BA09	355
IND	Atofab 100 mg Hartkaps.	G	N06BA09	355
IND	Atomoxetin "Stada" 10 mg Hartkaps.	G	N06BA09	354
IND	Atomoxetin "Stada" 18 mg Hartkaps.	G	N06BA09	354
IND	Atomoxetin "Stada" 25 mg Hartkaps.	G	N06BA09	355
IND	Atomoxetin "Stada" 40 mg Hartkaps.	G	N06BA09	355
IND	Atomoxetin "Stada" 60 mg Hartkaps.	G	N06BA09	355
IND	Atomoxetin "Stada" 80 mg Hartkaps.	G	N06BA09	355
	Atorvacor 10 mg Filmtabl.	G	C10AA05	231
	Atorvacor 20 mg Filmtabl.	G	C10AA05	231
	Atorvacor 40 mg Filmtabl.	G	C10AA05	232
	Atorvacor 80 mg Filmtabl.	G	C10AA05	232
	Atorvacor + Ezetimib 10 mg/10 mg Filmtabl.	G	C10BA05	235
	Atorvacor + Ezetimib 20 mg/10 mg Filmtabl.	G	C10BA05	235
	Atorvacor + Ezetimib 40 mg/10 mg Filmtabl.	G	C10BA05	235
	Atorvacor + Ezetimib 80 mg/10 mg Filmtabl.	G	C10BA05	235
	Atorvadivid 10 mg Filmtabl.	G	C10AA05	231
	Atorvadivid 20 mg Filmtabl.	G	C10AA05	231
	Atorvadivid 40 mg Filmtabl.	G	C10AA05	232
	Atorvalan 10 mg Filmtabl.	G	C10AA05	231
	Atorvalan 20 mg Filmtabl.	G	C10AA05	231
	Atorvalan 40 mg Filmtabl.	G	C10AA05	232
	Atorvalan 80 mg Filmtabl.	G	C10AA05	232
	Atorvastatin "!@ctavis Group" 10 mg Filmtabl.	G	C10AA05	231
	Atorvastatin "!@ctavis Group" 20 mg Filmtabl.	G	C10AA05	232
	Atorvastatin "!@ctavis Group" 40 mg Filmtabl.	G	C10AA05	232
	Atorvastatin "!@ctavis Group" 80 mg Filmtabl.	G	C10AA05	232
	Atorvastatin "+pharma" 10 mg Filmtabl.	G	C10AA05	231
	Atorvastatin "+pharma" 20 mg Filmtabl.	G	C10AA05	232
	Atorvastatin "+pharma" 40 mg Filmtabl.	G	C10AA05	232
	Atorvastatin "+pharma" 80 mg Filmtabl.	G	C10AA05	232
	Atorvastatin "1A Pharma" 10 mg Filmtabl.	G	C10AA05	231
	Atorvastatin "1A Pharma" 20 mg Filmtabl.	G	C10AA05	232
	Atorvastatin "1A Pharma" 40 mg Filmtabl.	G	C10AA05	232
	Atorvastatin "1A Pharma" 80 mg Filmtabl.	G	C10AA05	232
	Atorvastatin "Aristo Pharma" 10 mg Filmtabl.	G	C10AA05	231
	Atorvastatin "Aristo Pharma" 20 mg Filmtabl.	G	C10AA05	232
	Atorvastatin "Aristo Pharma" 40 mg Filmtabl.	G	C10AA05	232
	Atorvastatin "Aristo Pharma" 80 mg Filmtabl.	G	C10AA05	232
	Atorvastatin "Bluefish AB" 10 mg Filmtabl.	G	C10AA05	231
	Atorvastatin "Bluefish AB" 20 mg Filmtabl.	G	C10AA05	232
	Atorvastatin "Bluefish AB" 40 mg Filmtabl.	G	C10AA05	232
	Atorvastatin "Bluefish AB" 80 mg Filmtabl.	G	C10AA05	232

KASS	Bezeichnung	Box	ATC	Seite
	Atorvastatin "G.L." 10 mg Filmtabl.	G	C10AA05	231
	Atorvastatin "G.L." 20 mg Filmtabl.	G	C10AA05	232
	Atorvastatin "G.L." 40 mg Filmtabl.	G	C10AA05	232
	Atorvastatin "G.L." 80 mg Filmtabl.	G	C10AA05	232
	Atorvastatin "Genericon" 10 mg Filmtabl.	G	C10AA05	231
	Atorvastatin "Genericon" 20 mg Filmtabl.	G	C10AA05	232
	Atorvastatin "Genericon" 40 mg Filmtabl.	G	C10AA05	232
	Atorvastatin "Genericon" 80 mg Filmtabl.	G	C10AA05	232
	Atorvastatin "Krka" 10 mg Filmtabl.	G	C10AA05	231
	Atorvastatin "Krka" 20 mg Filmtabl.	G	C10AA05	232
	Atorvastatin "Krka" 30 mg Filmtabl.	G	C10AA05	232
	Atorvastatin "Krka" 40 mg Filmtabl.	G	C10AA05	232
	Atorvastatin "Krka" 60 mg Filmtabl.	G	C10AA05	232
	Atorvastatin "ratiopharm GmbH" 10 mg Filmtabl.	G	C10AA05	231
	Atorvastatin "ratiopharm GmbH" 20 mg Filmtabl.	G	C10AA05	232
	Atorvastatin "ratiopharm GmbH" 40 mg Filmtabl.	G	C10AA05	232
	Atorvastatin "ratiopharm GmbH" 80 mg Filmtabl.	G	C10AA05	232
	Atorvastatin "Sandoz" 10 mg Filmtabl.	G	C10AA05	231
	Atorvastatin "Sandoz" 20 mg Filmtabl.	G	C10AA05	232
	Atorvastatin "Sandoz" 40 mg Filmtabl.	G	C10AA05	232
	Atorvastatin "Sandoz" 80 mg Filmtabl.	G	C10AA05	232
	Atorvastatin "Stada" 10 mg Filmtabl.	G	C10AA05	231
	Atorvastatin "Stada" 20 mg Filmtabl.	G	C10AA05	232
	Atorvastatin "Stada" 40 mg Filmtabl.	G	C10AA05	232
	Atorvastatin "Stada" 80 mg Filmtabl.	G	C10AA05	232
	Atorvastatin "Viatris" 10 mg Filmtabl.	G	C10AA05	231
	Atorvastatin "Viatris" 20 mg Filmtabl.	G	C10AA05	232
	Atorvastatin "Viatris" 40 mg Filmtabl.	G	C10AA05	232
	Atorvastatin "Viatris" 80 mg Filmtabl.	G	C10AA05	232
	Atropin. sulfuric. "Nycomed" 0,5 mg Amp.	G	A03BA01	168
	Atrovent Dosieraerosol	G	R03BB01	367
	Augmentin 500 mg/125 mg Filmtabl.	G	J01CR02	258
	Augmentin 875 mg/125 mg Filmtabl.	G	J01CR02	258
F14	Augmentin 400 mg/57 mg/5 ml Plv. zur Herst. einer Susp. zum Einnehmen	G	J01CR02	258
	Aureocort Salbe	G	D07CB01	241
	Aurorix 150 mg Filmtabl.	G	N06AG02	350
	Aurorix 300 mg Filmtabl.	G	N06AG02	350
IND	Avamys 27,5 mcg/Sprühstoß Nasenspray, Susp.	G	R01AD12	362
	Avelox 400 mg Filmtabl.	G	J01MA14	263
RE1	Avonex 30 mcg/0,5 ml Inj.lsg. Fertigpen	Y	L03AB07	522
RE1	Avonex 30 mcg/0,5 ml Inj.lsg. Fertigspr.	Y	L03AB07	522
IND	Axitinib "Stada" 1 mg Filmtabl.	G	L01EK01	272
IND	Axitinib "Stada" 3 mg Filmtabl.	G	L01EK01	272
IND	Axitinib "Stada" 5 mg Filmtabl.	G	L01EK01	272
IND	Axitinib "Stada" 7 mg Filmtabl.	G	L01EK01	272
RE1	Ayvakyt 25 mg Filmtabl. PM	Y	L01EX18	510
RE1	Ayvakyt 50 mg Filmtabl. PM	Y	L01EX18	511
RE1	Ayvakyt 100 mg Filmtabl. PM	Y	L01EX18	511
RE1	Ayvakyt 200 mg Filmtabl. PM	Y	L01EX18	511
RE1	Ayvakyt 300 mg Filmtabl. PM	Y	L01EX18	511
Au	Azarga 10 mg/ml + 5 mg/ml Augentropf.susp.	G	S01ED51	375

KASS	Bezeichnung	Box	ATC	Seite
IND	Azelastin/Fluticason "ratiopharm" 137 mcg/50 mcg pro Sprühstoß Nasenspray, Susp.	G	R01AD58	362
	Azithromycin "+pharma" 500 mg Filmtabl.	G	J01FA10	261
	Azithromycin "1A Pharma" 500 mg Filmtabl.	G	J01FA10	261
	Azithromycin "Genericon" 500 mg Filmtabl.	G	J01FA10	261
	Azithromycin "ratiopharm" 500 mg Filmtabl.	G	J01FA10	261
	Azithromycin "Sandoz" 500 mg Filmtabl.	G	J01FA10	261
F14	Azithromycin "Sandoz" 200 mg/5 ml Plv. zur Herst. einer Susp. zum Einnehmen	G	J01FA10	261
	Azithromycin "Stada" 500 mg Filmtabl.	G	J01FA10	261
	Azopt 10 mg/ml Augentropf.susp.	G	S01EC04	375
	Azzavix 1000 mg magensaftresistente Tabl.	G	A07EC02	173
	Azzavix 500 mg magensaftresistente Tabl.	G	A07EC02	172
	Balneum Hermal Badezusatz	G	D11AX	244
	Balneum Hermal plus Polidocanol Badezusatz	G	D11AX	244
	Baneocin Puder	G	D06AX	239
	Baneocin Salbe	G	D06AX	239
RE2	Baqsimi 3 mg Nasenplv. Einzeldosis	Y	H04AA01	467
RE2	Baraclude 0,5 mg Filmtabl.	Y	J05AF10	479
RE2	Baraclude 1 mg Filmtabl.	Y	J05AF10	480
RE2	BCG "medac" Plv. u. Lsgm. zur Herst. einer Susp. zur intravesikalen Anw.	Y	L03AX03	525
IND	Beclometason/Formoterol "Stada" 100 mcg/6 mcg pro Sprühstoß Druckgasinh., Lsg.	G	R03AK08	364
IND	Befodair 100 mcg/6 mcg pro Sprühstoß, Druckgasinh., Lsg.	G	R03AK08	364
	Beloc 50 mg Tabl.	G	C07AB02	212
	Beloc 100 mg Tabl.	G	C07AB02	212
RE1	BeneFIX 250 IE Plv. u. Lsgm. zur Herst. einer Inj.lsg.	Y	B02BD04	413
RE1	BeneFIX 500 IE Plv. u. Lsgm. zur Herst. einer Inj.lsg.	Y	B02BD04	413
RE1	BeneFIX 1000 IE Plv. u. Lsgm. zur Herst. einer Inj.lsg.	Y	B02BD04	413
RE1	BeneFIX 2000 IE Plv. u. Lsgm. zur Herst. einer Inj.lsg.	Y	B02BD04	414
IND	Benepali 50 mg Inj.lsg. Fertigpen (PM)	G	L04AB01	279
IND	Benepali 50 mg Inj.lsg. Fertigspr. (PM)	G	L04AB01	279
RE1	Benlysta 200 mg Inj.lsg. Fertigpen	Y	L04AG04	559
RE1	Benlysta 120 mg Plv. zur Herst. eines Inf.lsg.konz.	Y	L04AG04	558
RE1	Benlysta 400 mg Plv. zur Herst. eines Inf.lsg.konz.	Y	L04AG04	559
	Benzaknen 5 % Gel	G	D10AE01	242
	Benzaknen 10 % Gel	G	D10AE01	243
	Benzaknen 5 % Susp. zum Auftragen	G	D10AE01	243
RE1	Beriate 100 IE/ml Plv. und Lsgm. zur Herst. einer Inj.- oder Inf.lsg.	Y	B02BD02	411
RE1	Beriate 200 IE/ml Plv. und Lsgm. zur Herst. einer Inj.- oder Inf.lsg.	Y	B02BD02	411
RE1	Berinert 500 IE Plv. und Lsgm. zur Herst. einer Inj.- oder Inf.lsg.	Y	B06AC01	426
	Berodual Dosieraerosol	G	R03AL01	365
	Berodualin Inh.lsg.	G	R03AL01	365
	Berotec 100 mcg Dosieraerosol	G	R03AC04	362
RE1	Besremi 250 mcg/0,5 ml Inj.lsg. Fertigpen (PM)	Y	L03AB15	525
RE1	Betaferon 250 mcg/ml Plv. u. Lsgm. zur Herst. einer Inj.lsg. Starterpackung	Y	L03AB08	523
RE1	Betaferon 250 mcg/ml Plv. u. Lsgm. zur Herst. einer Inj.lsg.	Y	L03AB08	523

KASS	Bezeichnung	Box	ATC	Seite
	Betahistin "Actavis" 8 mg Tabl.	G	N07CA01	359
	Betahistin "Actavis" 16 mg Tabl.	G	N07CA01	359
	Betahistin "Actavis" 24 mg Tabl.	G	N07CA01	359
	Betahistin "Viatris" 16 mg Tabl.	G	N07CA01	359
	Betahistin "ratiopharm" 8 mg Tabl.	G	N07CA01	359
	Betahistin "ratiopharm" 16 mg Tabl.	G	N07CA01	359
	Betahistin "ratiopharm" 24 mg Tabl.	G	N07CA01	360
	Betahistin "Viatris" 24 mg Tabl.	G	N07CA01	360
	Betaisodona Lsg. standardisiert	G	D08AG02	242
	Betaisodona Vaginal-Gel m. Applikator	G	G01AX11	245
	Betaisodona Vaginal-Supp.	G	G01AX11	245
RE1	Betaisodona Wundgaze	Y	D09AA09	448
	Betaserc 8 mg Tabl.	G	N07CA01	359
	Betaserc 16 mg Tabl.	G	N07CA01	359
IND	Betmiga 25 mg Retardtabl. (PM)	G	G04BD12	249
IND	Betmiga 50 mg Retardtabl. (PM)	G	G04BD12	249
	Betnesol Brausetabl.	G	H02AB01	251
	Betnesol Augen-, Ohren-, Nasentropf.	G	S03BA03	377
	Betnesol N Augen-, Ohren-, Nasentropf.	G	S03CA06	378
	Betnovate crinale Lsg.	G	D07AC01	240
	Betnovate Salbe	G	D07AC01	240
	Betoptic S Augensusp.	G	S01ED02	375
RE1	Beyonttra 356 mg Filmtabl. (PM)	Y	C01EB25	434
	Bezalip retard 400 mg Filmtabl.	G	C10AB02	233
	Bezastad 200 mg Filmtabl.	G	C10AB02	233
	Bicalutamid "+pharma" 50 mg Filmtabl.	G	L02BB03	275
	Bicalutamid "+pharma" 150 mg Filmtabl.	G	L02BB03	276
	Bicalutamid "Actavis" 50 mg Filmtabl.	G	L02BB03	275
	Bicalutamid "Actavis" 150 mg Filmtabl.	G	L02BB03	276
	Bicalutamid "Bluefish" 50 mg Filmtabl.	G	L02BB03	275
	Bicalutamid "Bluefish" 150 mg Filmtabl.	G	L02BB03	276
	Bicalutamid "Genericon" 50 mg Filmtabl.	G	L02BB03	275
	Bicalutamid "Genericon" 150 mg Filmtabl.	G	L02BB03	276
	Bicalutamid "ratiopharm" 50 mg Filmtabl.	G	L02BB03	275
	Bicalutamid "ratiopharm" 150 mg Filmtabl.	G	L02BB03	276
	Bicalutamid "Stada" 50 mg Filmtabl.	G	L02BB03	275
	Bicalutamid "Stada" 150 mg Filmtabl.	G	L02BB03	276
RE1	Biktarvy 50 mg/200 mg/25 mg Filmtabl.	Y	J05AR20	486
	BimatoTim-Vision 0,3 mg/ml + 5 mg/ml Augentropf.	G	S01ED51	375
Au	Bimato-Vision 100 mcg/ml Augentropf.	G	S01EE03	376
Au	Bimato-Vision 300 mcg/ml Augentropf.	G	S01EE03	376
RE2	Bima-Vision sine 300 mcg/ml Augentropf. Einzeldosen	Y	S01EE03	631
RE1	Bimzelx 160 mg Inj.lsg. Fertigpen (PM)	Y	L04AC21	545
RE1	Bimzelx 160 mg Inj.lsg. Fertigspr. (PM)	Y	L04AC21	546
RE1	Binocrit 1.000 IE/0,5 ml Inj.lsg. Fertigspr.	Y	B03XA01	418
RE1	Binocrit 2.000 IE/1 ml Inj.lsg. Fertigspr.	Y	B03XA01	419
RE1	Binocrit 4.000 IE/0,4 ml Inj.lsg. Fertigspr.	Y	B03XA01	420
RE1	Binocrit 5.000 IE/0,5 ml Inj.lsg. Fertigspr.	Y	B03XA01	421
IND	Binocrit 10.000 IE/1,0 ml Inj.lsg. Fertigspr.	G	B03XA01	194
IND	Binocrit 20.000 IE/0,5 ml Inj.lsg. Fertigspr.	G	B03XA01	196
IND	Binocrit 30.000 IE/0,75 ml Inj.lsg. Fertigspr.	G	B03XA01	197
IND	Binocrit 40.000 IE/1 ml Inj.lsg. Fertigspr.	G	B03XA01	198

KASS	Bezeichnung	Box	ATC	Seite
	Biocef 200 mg Filmtabl.	G	J01DD13	260
F2J	Biocef 40 mg/5 ml Plv. zur Herst. einer Susp. zum Einnehmen	G	J01DD13	259
F6J	Biocef 40 mg/5 ml Plv. zur Herst. einer Susp. zum Einnehmen	G	J01DD13	259
	Bioflair Kaps.	G	A07FA	173
	Bisocor 5 mg Tabl.	G	C07AB07	213
	Bisocor 10 mg Tabl.	G	C07AB07	214
	Bisoprolol "1A Pharma" 5 mg Filmtabl.	G	C07AB07	213
	Bisoprolol "1A Pharma" 10 mg Filmtabl.	G	C07AB07	214
	Bisoprolol "Accord" 2,5 mg Filmtabl.	G	C07AB07	213
	Bisoprolol "Accord" 5 mg Filmtabl.	G	C07AB07	213
	Bisoprolol "Accord" 10 mg Filmtabl.	G	C07AB07	214
	Bisoprolol "Arcana" 5 mg Filmtabl.	G	C07AB07	213
	Bisoprolol "Arcana" 10 mg Filmtabl.	G	C07AB07	214
	Bisoprolol "ratiopharm" 5 mg Tabl.	G	C07AB07	213
	Bisoprolol "ratiopharm" 10 mg Tabl.	G	C07AB07	214
	Bisoprolol "Sandoz" 1,25 mg Filmtabl.	G	C07AB07	213
	Bisoprolol "Sandoz" 2,5 mg Filmtabl.	G	C07AB07	213
	Bisoprolol "Sandoz" 5 mg Filmtabl.	G	C07AB07	213
	Bisoprolol "Sandoz" 10 mg Filmtabl.	G	C07AB07	214
	Bisoprolol/HCT "Arcana" 5 mg/12,5 mg Filmtabl.	G	C07BB07	215
	Bisostad 5 mg Filmtabl.	G	C07AB07	213
	Bisostad 10 mg Filmtabl.	G	C07AB07	214
	Bisostad plus 5 mg/12,5 mg Filmtabl.	G	C07BB07	215
	Blopress 4 mg Tabl.	G	C09CA06	224
	Blopress 8 mg Tabl.	G	C09CA06	224
	Blopress 16 mg Tabl.	G	C09CA06	224
	Blopress 32 mg Tabl.	G	C09CA06	225
	Blopress Plus 8 mg/12,5 mg Tabl.	G	C09DA06	227
	Blopress Plus 16 mg/12,5 mg Tabl.	G	C09DA06	227
	Blopress Plus 32 mg/12,5 mg Tabl.	G	C09DA06	227
	Blopress Plus 32 mg/25 mg Tabl.	G	C09DA06	227
IND	Bondronat 6 mg Konz. zur Herst. einer Inf.lsg.	G	M05BA06	300
IND	Bondronat 50 mg Filmtabl.	G	M05BA06	300
IND	Bonviva 3 mg Inj.lsg. Fertigspr.	G	M05BA06	299
RE2	Bosentan "Accord" 62,5 mg Filmtabl.	Y	C02KX01	435
RE2	Bosentan "Accord" 125 mg Filmtabl.	Y	C02KX01	436
RE2	Bosentan "Reddy" 62,5 mg Filmtabl.	Y	C02KX01	435
RE2	Bosentan "Reddy" 125 mg Filmtabl.	Y	C02KX01	436
RE1	Braftovi 50 mg Hartkaps.	Y	L01EC03	497
RE1	Braftovi 75 mg Hartkaps.	Y	L01EC03	498
IND	Bretaris Genuair 322 mcg Plv. zur Inh.	G	R03BB05	368
	Bricanyl 0,5 mg Amp.	G	R03CC03	368
RE1	Brilique 90 mg Filmtabl.	Y	B01AC24	404
IND	Brimica Genuair 340 mcg/12 mcg Plv. zur Inh.	G	R03AL05	365
	Brimogen 2 mg/ml Augentropf.	G	S01EA05	374
	Brimonidin "Arcana" 2 mg/ml Augentropf.	G	S01EA05	374
	Brinzolamid "Stada" 10 mg/ml Augentropf.susp.	G	S01EC04	375
	Brinzo-Vision 10 mg/ml Augentropf.susp.	G	S01EC04	375
RE1	Briumvi 150 mg Konz. zur Herst. einer Inf.lsg. PM	Y	L04AG14	561
IND	Brivudin "Aristo" 125 mg Tabl.	G	J05AB15	267

KASS	Bezeichnung	Box	ATC	Seite
	Bromazepam "Genericon" 3 mg Filmtabl.	G	N05BA08	343
	Bromazepam "Genericon" 6 mg Filmtabl.	G	N05BA08	343
F14	Broncho-Vaxom 3,5 mg Kaps. f. Kinder	G	R07AX	372
	Broncho-Vaxom 7 mg Kaps. f. Erw.	G	R07AX	372
	Brufen 600 mg Filmtabl.	G	M01AE01	295
RE1	Brukinsa 80 mg Hartkaps. (PM)	Y	L01EL03	506
IND	Budenofalk 4 mg Zäpfch. (PM)	G	A07EA06	172
	Budo-San Uno 9 mg magensaftresistentes Gran.	G	A07EA06	172
	Budo-San 3 mg Kaps.	G	A07EA06	172
IND	Budo-San 2 mg/Sprühstoß Rektalschaum	G	A07EA06	172
RE1	Bupensan 2 mg Sublingualtabl.	Y	N07BC01	606
RE1	Bupensan 4 mg Sublingualtabl.	Y	N07BC01	606
RE1	Bupensan 8 mg Sublingualtabl.	Y	N07BC01	606
RE1	Bupensan 12 mg Sublingualtabl.	Y	N07BC01	606
RE1	Bupensan 16 mg Sublingualtabl.	Y	N07BC01	606
RE1	Bupensan Duo 2 mg/0,5 mg Sublingualtabl.	Y	N07BC51	608
RE1	Bupensan Duo 4 mg/1 mg Sublingualtabl.	Y	N07BC51	608
RE1	Bupensan Duo 8 mg/2 mg Sublingualtabl.	Y	N07BC51	608
RE1	Buprenorphin "Hexal" 2 mg Sublingualtabl.	Y	N07BC01	606
RE1	Buprenorphin "Hexal" 8 mg Sublingualtabl.	Y	N07BC01	606
IND	Buprenorphin "ratiopharm" 5 mcg/h transdermales Pflaster	G	N02AE01	307
IND	Buprenorphin "ratiopharm" 10 mcg/h transdermales Pflaster	G	N02AE01	307
IND	Buprenorphin "ratiopharm" 20 mcg/h transdermales Pflaster	G	N02AE01	307
IND	Buprenorphin "ratiopharm" 35 mcg/h transdermales Pflaster	G	N02AE01	307
IND	Buprenorphin "ratiopharm" 52,5 mcg/h transdermales Pflaster	G	N02AE01	307
IND	Buprenorphin "Stada" 35 mcg/h transdermales Pflaster	G	N02AE01	307
IND	Buprenorphin "Stada" 52,5 mcg/h transdermales Pflaster	G	N02AE01	307
IND	Buprenorphin "Stada" 70 mcg/h transdermales Pflaster	G	N02AE01	308
IND	Bupretec 35 mcg/h transdermales Matrixpflaster	G	N02AE01	307
IND	Bupretec 52,5 mcg/h transdermales Matrixpflaster	G	N02AE01	307
IND	Bupretec 70 mcg/h transdermales Matrixpflaster	G	N02AE01	308
	Bupropion "+pharma" 150 mg Tabl. mit veränderter Wirkstofffreisetzung	G	N06AX12	351
	Bupropion "1A Pharma" 150 mg Tabl. mit veränderter Wirkstofffreisetzung	G	N06AX12	351
	Bupropion "1A Pharma" 300 mg Tabl. mit veränderter Wirkstofffreisetzung	G	N06AX12	351
	Bupropion "Genericon" 150 mg Tabl. mit veränderter Wirkstofffreisetzung	G	N06AX12	351
	Bupropion "neuraxpharm" 150 mg Tabl. mit veränderter Wirkstofffreisetzung	G	N06AX12	351
	Bupropion "neuraxpharm" 300 mg Tabl. mit veränderter Wirkstofffreisetzung	G	N06AX12	351
	Bupropion "ratiopharm" 150 mg Tabl. mit veränderter Wirkstofffreisetzung	G	N06AX12	351
	Bupropion "ratiopharm" 300 mg Tabl. mit veränderter Wirkstofffreisetzung	G	N06AX12	351
	Buronil 25 mg Filmtabl.	G	N05AD03	330

KASS	Bezeichnung	Box	ATC	Seite
	Buronil 50 mg Filmtabl.	G	N05AD03	330
	Buscapina 20 mg/1 ml Amp.	G	A03BB01	169
RE1	Buvidal 8 mg Depot-Inj.lsg. (PM)	Y	N07BC01	606
RE1	Buvidal 16 mg Depot-Inj.lsg. (PM)	Y	N07BC01	606
RE1	Buvidal 24 mg Depot-Inj.lsg. (PM)	Y	N07BC01	607
RE1	Buvidal 32 mg Depot-Inj.lsg. (PM)	Y	N07BC01	607
RE1	Buvidal 64 mg Depot-Inj.lsg. (PM)	Y	N07BC01	607
RE1	Buvidal 96 mg Depot-Inj.lsg. (PM)	Y	N07BC01	607
RE1	Buvidal 128 mg Depot-Inj.lsg. (PM)	Y	N07BC01	607
RE1	Buvidal 160 mg Depot-Inj.lsg. (PM)	Y	N07BC01	607
	Cabaseril 1 mg Tabl.	G	N04BC06	328
	Cabaseril 2 mg Tabl.	G	N04BC06	328
	Caduet 5 mg/10 mg Filmtabl.	G	C10BX03	236
	Caduet 10 mg/10 mg Filmtabl.	G	C10BX03	236
	Calciduran Vit. D3 500 mg/800 IE Filmtabl.	G	A12AX	181
	Calcium "Fresenius" Amp.	G	A12AA20	181
IND	Calciumacetat "Medice" 500 mg Filmtabl.	G	V03AE07	379
IND	Calciumacetat "Medice" 700 mg Filmtabl.	G	V03AE07	379
IND	Calciumfolinat "Ebewe" 15 mg Kaps.	G	V03AF03	379
	Cal-D-Vita Kautabl.	G	A12AX	181
	Calmolan retard 0,26 mg Tabl.	G	N04BC05	327
	Calmolan retard 0,52 mg Tabl.	G	N04BC05	327
	Calmolan retard 1,05 mg Tabl.	G	N04BC05	327
	Calmolan retard 2,1 mg Tabl.	G	N04BC05	328
	Calmolan retard 3,15 mg Tabl.	G	N04BC05	328
RE1	Calquence 100 mg Filmtabl. (PM)	Y	L01EL02	506
P	Campral Filmtabl.	G	N07BB03	359
RE1	Camzyos 2,5 mg Hartkaps. (PM)	Y	C01EB24	430
RE1	Camzyos 5 mg Hartkaps. (PM)	Y	C01EB24	431
RE1	Camzyos 10 mg Hartkaps. (PM)	Y	C01EB24	432
RE1	Camzyos 15 mg Hartkaps. (PM)	Y	C01EB24	433
	CandAm 8 mg/5 mg Hartkaps.	G	C09DB07	229
	CandAm 16 mg/5 mg Hartkaps.	G	C09DB07	229
	CandAm 16 mg/10 mg Hartkaps.	G	C09DB07	229
	CandAmComp 16 mg/5 mg/12,5 mg Hartkaps.	G	C09DX06	230
	CandAmComp 16 mg/10 mg/12,5 mg Hartkaps.	G	C09DX06	230
	Candeblo 8 mg Tabl.	G	C09CA06	224
	Candeblo 16 mg Tabl.	G	C09CA06	225
	Candeblo 32 mg Tabl.	G	C09CA06	225
	Candeblo Amlo plus HCT 16 mg/5 mg/12,5 mg Hartkaps.	G	C09DX06	230
	Candeblo Amlo plus HCT 16 mg/10 mg/12,5 mg Hartkaps.	G	C09DX06	230
	Candeblo Amlo 8 mg/5 mg Tabl.	G	C09DB07	229
	Candeblo Amlo 16 mg/5 mg Tabl.	G	C09DB07	229
	Candeblo Amlo 16 mg/10 mg Tabl.	G	C09DB07	229
	Candeblo plus HCT 8 mg/12,5 mg Tabl.	G	C09DA06	227
	Candeblo plus HCT 16 mg/12,5 mg Tabl.	G	C09DA06	227
	Candeblo plus HCT 32 mg/12,5 mg Tabl.	G	C09DA06	227
	Candeblo plus HCT 32 mg/25 mg Tabl.	G	C09DA06	227
	Candecam 8 mg/5 mg Tabl.	G	C09DB07	229
	Candecam 16 mg/5 mg Tabl.	G	C09DB07	229
	Candecam 16 mg/10 mg Tabl.	G	C09DB07	229
	Candesarcomp 8 mg/12,5 mg Tabl.	G	C09DA06	227

KASS	Bezeichnung	Box	ATC	Seite
	Candesarcomp 16 mg/12,5 mg Tabl.	G	C09DA06	227
	Candesartan "+pharma" 8 mg Tabl.	G	C09CA06	224
	Candesartan "+pharma" 16 mg Tabl.	G	C09CA06	225
	Candesartan "+pharma" 32 mg Tabl.	G	C09CA06	225
	Candesartan "1A Pharma" 4 mg Tabl.	G	C09CA06	224
	Candesartan "1A Pharma" 8 mg Tabl.	G	C09CA06	224
	Candesartan "1A Pharma" 16 mg Tabl.	G	C09CA06	225
	Candesartan "1A Pharma" 32 mg Tabl.	G	C09CA06	225
	Candesartan "Actavis" 4 mg Tabl.	G	C09CA06	224
	Candesartan "Actavis" 8 mg Tabl.	G	C09CA06	224
	Candesartan "Actavis" 16 mg Tabl.	G	C09CA06	225
	Candesartan "Actavis" 32 mg Tabl.	G	C09CA06	225
	Candesartan "Aliud" 4 mg Tabl.	G	C09CA06	224
	Candesartan "Aliud" 8 mg Tabl.	G	C09CA06	224
	Candesartan "Aliud" 16 mg Tabl.	G	C09CA06	225
	Candesartan "Aliud" 32 mg Tabl.	G	C09CA06	225
	Candesartan "A-med" 8 mg Tabl.	G	C09CA06	224
	Candesartan "A-med" 16 mg Tabl.	G	C09CA06	225
	Candesartan "A-med" 32 mg Tabl.	G	C09CA06	225
	Candesartan "Genericon" 8 mg Tabl.	G	C09CA06	224
	Candesartan "Genericon" 16 mg Tabl.	G	C09CA06	225
	Candesartan "Genericon" 32 mg Tabl.	G	C09CA06	225
	Candesartan "Krka" 4 mg Tabl.	G	C09CA06	224
	Candesartan "Krka" 8 mg Tabl.	G	C09CA06	224
	Candesartan "Krka" 16 mg Tabl.	G	C09CA06	225
	Candesartan "Krka" 32 mg Tabl.	G	C09CA06	225
	Candesartan "ratiopharm" 4 mg Tabl.	G	C09CA06	224
	Candesartan "ratiopharm" 8 mg Tabl.	G	C09CA06	224
	Candesartan "ratiopharm" 16 mg Tabl.	G	C09CA06	225
	Candesartan "ratiopharm" 32 mg Tabl.	G	C09CA06	225
	Candesartan "Sandoz" 4 mg Tabl.	G	C09CA06	224
	Candesartan "Sandoz" 8 mg Tabl.	G	C09CA06	224
	Candesartan "Sandoz" 16 mg Tabl.	G	C09CA06	225
	Candesartan "Sandoz" 32 mg Tabl.	G	C09CA06	225
	Candesartan "Stada" 4 mg Tabl.	G	C09CA06	224
	Candesartan "Stada" 8 mg Tabl.	G	C09CA06	224
	Candesartan "Stada" 16 mg Tabl.	G	C09CA06	225
	Candesartan "Stada" 32 mg Tabl.	G	C09CA06	225
	Candesartan/Amlodipin "1A Pharma" 8 mg/5 mg Hartkaps.	G	C09DB07	229
	Candesartan/Amlodipin "1A Pharma" 8 mg/10 mg Hartkaps.	G	C09DB07	229
	Candesartan/Amlodipin "1A Pharma" 16 mg/5 mg Hartkaps.	G	C09DB07	229
	Candesartan/Amlodipin "1A Pharma" 16 mg/10 mg Hartkaps.	G	C09DB07	229
	Candesartan/Amlodipin/HCT "+pharma" 16 mg/5 mg/ 12,5 mg Hartkaps.	G	C09DX06	230
	Candesartan/Amlodipin/HCT "+pharma" 16 mg/10 mg/ 12,5 mg Hartkaps.	G	C09DX06	230
	Candesartan/HCT "+pharma" 8 mg/12,5 mg Tabl.	G	C09DA06	227
	Candesartan/HCT "+pharma" 16 mg/12,5 mg Tabl.	G	C09DA06	227
	Candesartan/HCT "1A Pharma" 8 mg/12,5 mg Tabl.	G	C09DA06	227

KASS	Bezeichnung	Box	ATC	Seite
	Candesartan/HCT "1A Pharma" 16 mg/12,5 mg Tabl.	G	C09DA06	227
	Candesartan/HCT "1A Pharma" 32 mg/12,5 mg Tabl.	G	C09DA06	227
	Candesartan/HCT "1A Pharma" 32 mg/25 mg Tabl.	G	C09DA06	227
	Candesartan/HCT "Actavis" 8 mg/12,5 mg Tabl.	G	C09DA06	227
	Candesartan/HCT "Actavis" 16 mg/12,5 mg Tabl.	G	C09DA06	227
	Candesartan/HCT "Actavis" 32 mg/12,5 mg Tabl.	G	C09DA06	227
	Candesartan/HCT "Actavis" 32 mg/25 mg Tabl.	G	C09DA06	227
	Candesartan/HCT "Krka" 8 mg/12,5 mg Tabl.	G	C09DA06	227
	Candesartan/HCT "Krka" 16 mg/12,5 mg Tabl.	G	C09DA06	227
	Candesartan/HCT "Krka" 32 mg/12,5 mg Tabl.	G	C09DA06	227
	Candesartan/HCT "Krka" 32 mg/25 mg Tabl.	G	C09DA06	227
	Candesartan/HCT "ratiopharm" 8 mg/12,5 mg Tabl.	G	C09DA06	227
	Candesartan/HCT "ratiopharm" 16 mg/12,5 mg Tabl.	G	C09DA06	227
	Candesartan/HCT "ratiopharm" 32 mg/12,5 mg Tabl.	G	C09DA06	227
	Candesartan/HCT "ratiopharm" 32 mg/25 mg Tabl.	G	C09DA06	227
	Candesartan/HCT "Sandoz" 8 mg/12,5 mg Tabl.	G	C09DA06	227
	Candesartan/HCT "Sandoz" 16 mg/12,5 mg Tabl.	G	C09DA06	227
	Candesartan/HCT "Sandoz" 32 mg/12,5 mg Tabl.	G	C09DA06	227
	Candesartan/HCT "Sandoz" 32 mg/25 mg Tabl.	G	C09DA06	227
	Candesartan/HCT "Stada" 8 mg/12,5 mg Tabl.	G	C09DA06	227
	Candesartan/HCT "Stada" 16 mg/12,5 mg Tabl.	G	C09DA06	227
	Candesartan/HCT "Stada GmbH" 32 mg/12,5 mg Tabl.	G	C09DA06	227
	Candesartan/HCT "Stada GmbH" 32 mg/25 mg Tabl.	G	C09DA06	227
	Candio Hermal soft Paste	G	D01AA01	236
	Capecel 150 mg Filmtabl.	G	L01BC06	268
	Capecel 500 mg Filmtabl.	G	L01BC06	269
	Capecitabin "Accord" 150 mg Filmtabl.	G	L01BC06	268
	Capecitabin "Accord" 500 mg Filmtabl.	G	L01BC06	269
	Capecitabin "Sandoz" 150 mg Filmtabl.	G	L01BC06	268
	Capecitabin "Sandoz" 500 mg Filmtabl.	G	L01BC06	269
	Carvedilol "+pharma" 12,5 mg Filmtabl.	G	C07AG02	215
	Carvedilol "+pharma" 25 mg Filmtabl.	G	C07AG02	215
	Carvedilol "1A Pharma" 6,25 mg Tabl.	G	C07AG02	214
	Carvedilol "1A Pharma" 12,5 mg Tabl.	G	C07AG02	215
	Carvedilol "1A Pharma" 25 mg Tabl.	G	C07AG02	215
	Carvedilol "Alternova" 6,25 mg Tabl.	G	C07AG02	214
	Carvedilol "Alternova" 12,5 mg Tabl.	G	C07AG02	215
	Carvedilol "Alternova" 25 mg Tabl.	G	C07AG02	215
	Carvedilol "Genericon" 6,25 mg Filmtabl.	G	C07AG02	214
	Carvedilol "Genericon" 12,5 mg Filmtabl.	G	C07AG02	215
	Carvedilol "Genericon" 25 mg Filmtabl.	G	C07AG02	215
	Carvedilol "Hexal" 6,25 mg Tabl.	G	C07AG02	214
	Carvedilol "Hexal" 12,5 mg Tabl.	G	C07AG02	215
	Carvedilol "Hexal" 25 mg Tabl.	G	C07AG02	215
	Carvedilol "Hexal" 50 mg Tabl.	G	C07AG02	215
	Carvedilol "ratiopharm" 6,25 mg Tabl.	G	C07AG02	214
	Carvedilol "ratiopharm" 12,5 mg Tabl.	G	C07AG02	215
	Carvedilol "ratiopharm" 25 mg Tabl.	G	C07AG02	215
	Carvedilol "Sandoz" 6,25 mg Tabl.	G	C07AG02	214
	Carvedilol "Sandoz" 12,5 mg Tabl.	G	C07AG02	215
	Carvedilol "Sandoz" 25 mg Tabl.	G	C07AG02	215
	Carvedilol "Stada" 6,25 mg Tabl.	G	C07AG02	214

KASS	Bezeichnung	Box	ATC	Seite
	Carvedilol "Stada" 12,5 mg Tabl.	G	C07AG02	215
	Carvedilol "Stada" 25 mg Tabl.	G	C07AG02	215
	Casodex 50 mg Filmtabl.	G	L02BB03	275
	Casodex 150 mg Filmtabl.	G	L02BB03	276
	Catapresan 0,15 mg/ml Amp.	G	C02AC01	204
	Catapresan 0,15 mg Tabl.	G	C02AC01	204
RE2	Cathejell Diphenhydramin 1 %/Chlorhexidin 0,05 % Gel	Y	N01BX	575
RE2	Cathejell comp. 17,31 mg/g / 0,5 mg/g Gel	Y	N01BB52	575
	Cathejell comp. 17,31 mg/g / 0,5 mg/g Gel	G	N01BB52	301
RE2	Cathejell Diphenhydramin 1 %/Chlorhexidin 0,05 % Gel (in Tuben)	Y	N01BX	575
	Cathejell Lidocain 2 % Gel	G	N01BB02	301
	Ceclor 500 mg Filmtabl.	G	J01DC04	259
	Ceclor 750 mg Filmtabl.	G	J01DC04	259
F14	Ceclor 125 mg/5 ml Gran. f. orale Susp.	G	J01DC04	259
F14	Ceclor 250 mg/5 ml Gran. f. orale Susp.	G	J01DC04	259
F14	Ceclor forte 375 mg/5 ml Gran. f. orale Susp.	G	J01DC04	259
	Cefastad 500 mg Kaps.	G	J01DC04	259
F14	Cefastad 250 mg/5 ml Trockensaft	G	J01DC04	259
	Cefuroxim "1A Pharma" 500 mg Filmtabl.	G	J01DC02	259
	Cefuroxim "Sandoz" 250 mg Filmtabl.	G	J01DC02	259
	Cefuroxim "Sandoz" 500 mg Filmtabl.	G	J01DC02	259
RE2	Celebrex 100 mg Hartkaps.	Y	M01AH01	568
RE2	Celebrex 200 mg Hartkaps.	Y	M01AH01	568
	Celecoxib "ratiopharm" 100 mg Hartkaps.	G	M01AH01	296
	Celecoxib "ratiopharm" 200 mg Hartkaps.	G	M01AH01	296
	Celecoxib "ratiopharm GmbH" 100 mg Hartkaps.	G	M01AH01	296
	Celecoxib "ratiopharm GmbH" 200 mg Hartkaps.	G	M01AH01	296
	Celestan Biphase Amp. 1 ml	G	H02AB01	251
	CellCept 500 mg Filmtabl.	G	L04AA06	279
RE2	CellCept 1 g/5 ml Plv. zur Herst. einer Susp. zum Einnehmen	Y	L04AA06	526
RE1	Celsentri 150 mg Filmtabl.	Y	J05AX09	486
RE1	Celsentri 300 mg Filmtabl.	Y	J05AX09	486
	Cenipres 10 mg/20 mg Tabl.	G	C09BB06	222
	Ceolat 1 mg/ml Lsg. zum Einnehmen	G	A03FA01	169
	Cephalobene 500 mg Filmtabl.	G	J01DB01	258
	Cephalobene 1000 mg Filmtabl.	G	J01DB01	259
RE1	Cerdelga 84 mg Hartkaps.	Y	A16AX10	400
	Cerebokan Filmtabl.	G	N06DX02	359
RE1	Cerezyme 400 U Plv. für ein Konz. zur Herst. einer Inf.lsg.	Y	A16AB02	397
RE2	Certican 0,25 mg Tabl. zur Herst. einer Susp.	Y	L04AH02	562
RE2	Certican 0,5 mg Tabl.	Y	L04AH02	562
RE2	Certican 0,75 mg Tabl.	Y	L04AH02	562
	Cetiristad 10 mg Filmtabl.	G	R06AE07	371
	Cetirizin "Actavis" 10 mg Filmtabl.	G	R06AE07	371
	Cetirizin "Genericon" 10 mg Filmtabl.	G	R06AE07	371
	Cetirizin "ratiopharm" 10 mg Filmtabl.	G	R06AE07	371
	Cetirizin "Sandoz" 10 mg Filmtabl.	G	R06AE07	371
RE2	Chantico 0,5 mg Hartkaps.	Y	L04AE01	547
	Cholib 145 mg/20 mg Filmtabl.	G	C10BA04	235
	Cholib 145 mg/40 mg Filmtabl.	G	C10BA04	235

KASS	Bezeichnung	Box	ATC	Seite
RE2	Cibinqo 50 mg Filmtabl. (PM)	Y	D11AH08	455
RE2	Cibinqo 100 mg Filmtabl. (PM)	Y	D11AH08	455
RE2	Cibinqo 200 mg Filmtabl. (PM)	Y	D11AH08	455
	Ciflox 250 mg Filmtabl.	G	J01MA02	262
	Ciflox 500 mg Filmtabl.	G	J01MA02	262
	Ciloxan Augentropf.	G	S01AE03	373
	Cimetidin "Genericon" 400 mg Filmtabl.	G	A02BA01	163
	Cimetidin "Genericon" 800 mg Filmtabl.	G	A02BA01	163
RE1	Cimzia 200 mg Inj.lsg. (PM)	Y	L04AB05	529
IND	Cinacalcet "Accordpharma" 30 mg Filmtabl.	G	H05BX01	255
IND	Cinacalcet "Accordpharma" 60 mg Filmtabl.	G	H05BX01	255
IND	Cinacalcet "Accordpharma" 90 mg Filmtabl.	G	H05BX01	256
IND	Cinacalcet "ratiopharm" 30 mg Filmtabl.	G	H05BX01	255
IND	Cinacalcet "ratiopharm" 60 mg Filmtabl.	G	H05BX01	255
IND	Cinacalcet "ratiopharm" 90 mg Filmtabl.	G	H05BX01	256
IND	Cinacalcet "Stada" 30 mg Filmtabl.	G	H05BX01	255
IND	Cinacalcet "Stada" 60 mg Filmtabl.	G	H05BX01	255
IND	Cinacalcet "Stada" 90 mg Filmtabl.	G	H05BX01	256
IND	Cinglan 30 mg Filmtabl.	G	H05BX01	255
IND	Cinglan 60 mg Filmtabl.	G	H05BX01	256
IND	Cinglan 90 mg Filmtabl.	G	H05BX01	256
RE1	Cinqaero 10 mg/ml Konz. zur Herst. einer Inf.lsg. (PM)	Y	R03DX08	615
RE1	Cinryze 500 IE Plv. und Lsgm. zur Herst. einer Inj.lsg.	Y	B06AC01	426
	Cipralex 5 mg Filmtabl.	G	N06AB10	348
	Cipralex 10 mg Filmtabl.	G	N06AB10	348
	Ciprofloxacin "+pharma" 250 mg Filmtabl.	G	J01MA02	262
	Ciprofloxacin "+pharma" 500 mg Filmtabl.	G	J01MA02	262
	Ciprofloxacin "1A Pharma" 250 mg Filmtabl.	G	J01MA02	262
	Ciprofloxacin "1A Pharma" 500 mg Filmtabl.	G	J01MA02	262
	Ciprofloxacin "Krka" 250 mg Filmtabl.	G	J01MA02	262
	Ciprofloxacin "Krka" 500 mg Filmtabl.	G	J01MA02	262
	Ciprofloxacin "ratiopharm" 250 mg Filmtabl.	G	J01MA02	262
	Ciprofloxacin "ratiopharm" 500 mg Filmtabl.	G	J01MA02	262
	CiproMed 250 mg Filmtabl.	G	J01MA02	262
	CiproMed 500 mg Filmtabl.	G	J01MA02	262
	Ciprostad 250 mg Filmtabl.	G	J01MA02	262
	Ciprostad 500 mg Filmtabl.	G	J01MA02	262
	Ciproxin 500 mg Filmtabl.	G	J01MA02	262
D	Ciscutan 5 mg Kaps.	G	D10BA01	243
D	Ciscutan 10 mg Kaps.	G	D10BA01	243
D	Ciscutan 20 mg Kaps.	G	D10BA01	243
D	Ciscutan 30 mg Kaps.	G	D10BA01	243
D	Ciscutan 40 mg Kaps.	G	D10BA01	244
	Cisordinol Depot 200 mg Amp.	G	N05AF05	331
	Cisordinol Depot 500 mg Amp.	G	N05AF05	331
	Cisordinol 2 mg Filmtabl.	G	N05AF05	331
	Cisordinol 10 mg Filmtabl.	G	N05AF05	331
	Cisordinol 25 mg Filmtabl.	G	N05AF05	331
	Citalopram "+pharma" 20 mg Filmtabl.	G	N06AB04	346
	Citalopram "+pharma" 40 mg Filmtabl.	G	N06AB04	346
	Citalopram "1A Pharma" 20 mg Filmtabl.	G	N06AB04	346
	Citalopram "G.L." 10 mg Filmtabl.	G	N06AB04	345

KASS	Bezeichnung	Box	ATC	Seite
	Citalopram "G.L." 20 mg Filmtabl.	G	N06AB04	346
	Citalopram "G.L." 40 mg Filmtabl.	G	N06AB04	346
	Citalopram "Genericon" 10 mg Filmtabl.	G	N06AB04	345
	Citalopram "Genericon" 20 mg Filmtabl.	G	N06AB04	346
	Citalopram "Genericon" 40 mg Filmtabl.	G	N06AB04	346
	Citalopram "Hexal" 20 mg Filmtabl.	G	N06AB04	346
	Citalopram "Hexal" 30 mg Filmtabl.	G	N06AB04	346
	Citalopram "Hexal" 40 mg Filmtabl.	G	N06AB04	346
	Citalopram "ratiopharm" 10 mg Filmtabl.	G	N06AB04	345
	Citalopram "ratiopharm" 20 mg Filmtabl.	G	N06AB04	346
	Citalopram "ratiopharm" 40 mg Filmtabl.	G	N06AB04	346
	Citalostad 10 mg Filmtabl.	G	N06AB04	345
	Citalostad 20 mg Filmtabl.	G	N06AB04	346
	Citalostad 40 mg Filmtabl.	G	N06AB04	346
	Clarelux 500 mcg/g Schaum zur Anw. auf der Haut	G	D07AD01	241
	Clarithromycin "1A Pharma" 250 mg Filmtabl.	G	J01FA09	261
	Clarithromycin "1A Pharma" 500 mg Filmtabl.	G	J01FA09	261
	Clarithromycin "Accord" 250 mg Filmtabl.	G	J01FA09	261
	Clarithromycin "Accord" 500 mg Filmtabl.	G	J01FA09	261
	Clarithromycin "ratiopharm GmbH" 250 mg Filmtabl.	G	J01FA09	261
	Clarithromycin "ratiopharm GmbH" 500 mg Filmtabl.	G	J01FA09	261
	Clarithromycin "Sandoz" 250 mg Filmtabl.	G	J01FA09	261
	Clarithromycin "Sandoz" 500 mg Filmtabl.	G	J01FA09	261
F14	Clarithromycin "Sandoz" 125 mg/5 ml Gran. f. orale Susp.	G	J01FA09	261
F14	Clarithromycin "Sandoz" 250 mg/5 ml Gran. f. orale Susp.	G	J01FA09	261
	Clarithromycin "Stada" 250 mg Filmtabl.	G	J01FA09	261
	Clarithromycin "Stada" 500 mg Filmtabl.	G	J01FA09	261
	Clavamox 875 mg/125 mg Filmtabl.	G	J01CR02	258
	Clavamox 1 g Gran. zur Herst. einer Susp. zum Einnehmen	G	J01CR02	258
F14	Clavamox Duo Trockensaft	G	J01CR02	258
	Claversal 500 mg Filmtabl.	G	A07EC02	173
	Claversal 250 mg Zäpf.	G	A07EC02	172
	Claversal 500 mg Zäpf.	G	A07EC02	173
	Clienzo 10 mg/g + 50 mg/g Gel	G	D10AF51	243
	Clindac "Sandoz" 450 mg Filmtabl.	G	J01FF01	262
	Clindac "Sandoz" 600 mg Filmtabl.	G	J01FF01	262
	Clindac "Sandoz" 300 mg Kaps.	G	J01FF01	261
	Clindamycin "1A Pharma" 450 mg Filmtabl.	G	J01FF01	262
	Clindamycin "1A Pharma" 600 mg Filmtabl.	G	J01FF01	262
	Clindamycin "1A Pharma" 300 mg Kaps.	G	J01FF01	262
	Clindamycin-MIP 300 mg Filmtabl.	G	J01FF01	262
	Clindamycin-MIP 600 mg Filmtabl.	G	J01FF01	262
	Clobex 500 mcg/g Shampoo	G	D07AD01	241
F	Clomiphen "Arcana" Tabl.	G	G03GB02	247
	Clopidogrel "+pharma" 75 mg Filmtabl.	G	B01AC04	184
IND	Clopidogrel "1A Pharma" 75 mg Filmtabl.	G	B01AC04	184
IND	Clopidogrel "Accord" 75 mg Filmtabl.	G	B01AC04	184
IND	Clopidogrel "Actavis" 75 mg Filmtabl.	G	B01AC04	184
IND	Clopidogrel "Genericon" 75 mg Filmtabl.	G	B01AC04	184
IND	Clopidogrel "Krka d.d." 75 mg Filmtabl.	G	B01AC04	184
IND	Clopidogrel "ratiopharm" 75 mg Filmtabl.	G	B01AC04	184
IND	Clopidogrel "Sandoz" 75 mg Filmtabl.	G	B01AC04	184

KASS	Bezeichnung	Box	ATC	Seite
IND	Clopidogrel "Stada" 75 mg Filmtabl.	G	B01AC04	184
	Clopidogrel "Zentiva" 75 mg Filmtabl.	G	B01AC04	184
	Clozapin "Accord" 25 mg Tabl.	G	N05AH02	331
	Clozapin "Accord" 100 mg Tabl.	G	N05AH02	331
	Co-Acetan mite Tabl.	G	C09BA03	221
	Co-Acetan Tabl.	G	C09BA03	221
	Codidol retard 60 mg Filmtabl.	G	N02AA08	304
	Codidol retard 90 mg Filmtabl.	G	N02AA08	304
	Codidol retard 120 mg Filmtabl.	G	N02AA08	304
	Co-Dilatrend Filmtabl.	G	C07BG	215
	Co-Diovan 80 mg/12,5 mg Filmtabl.	G	C09DA03	226
	Co-Diovan 160 mg/12,5 mg forte Filmtabl.	G	C09DA03	226
	Co-Diovan 160 mg/25 mg fortissimum Filmtabl.	G	C09DA03	226
	Co-Enac Tabl.	G	C09BA02	220
	Co-Enalapril "1A Pharma" 20 mg/12,5 mg Tabl.	G	C09BA02	220
	Colchicin "Agepha" Tabl.	G	M04AC01	298
	Colchicin "Ysat" 0,5 mg Tabl.	G	M04AC01	298
	Colctab 1 mg Tabl.	G	M04AC01	298
	Coldargan Lsg.	G	R01AB05	361
	Coldistan Augentropf.	G	S01GA51	376
	Coldistan Nasentropf.	G	R01AB02	361
	Coldophthal Augentropf.	G	S01GA01	376
IND	Colecalciferol "Sandoz" 20.000 IE Weichkaps.	G	A11CC05	180
	Colidimin 400 mg Filmtabl.	G	A07AA11	171
	Co-Lisinostad 10 mg/12,5 mg Tabl.	G	C09BA03	221
	Co-Lisinostad 20 mg/12,5 mg Tabl.	G	C09BA03	221
	Co-Lisinostad 20 mg/25 mg Tabl.	G	C09BA03	221
	Colofac 135 mg Drag.	G	A03AA04	168
	Colofac retard 200 mg Kaps.	G	A03AA04	168
	Combantrin 250 mg Kautabl.	G	P02CC01	360
	Combantrin orale Susp.	G	P02CC01	360
	Combigan Augentropf.	G	S01ED51	375
RE2	Combivent Inh.lsg. Einzeldosen	Y	R03AL02	612
RE2	Combivir 150 mg/300 mg Filmtabl.	Y	J05AR01	484
	Co-Mepril Tabl.	G	C09BA02	220
RE1	Compensan retard 100 mg Filmtabl.	Y	N07BC	605
RE1	Compensan retard 200 mg Filmtabl.	Y	N07BC	606
RE1	Compensan retard 300 mg Filmtabl.	Y	N07BC	606
RE1	Competact 15 mg/850 mg Filmtabl.	Y	A10BD05	388
	Comtan 200 mg Filmtabl.	G	N04BX02	329
RE1	Concerta 18 mg Retardtabl.	Y	N06BA04	583
RE1	Concerta 36 mg Retardtabl.	Y	N06BA04	584
RE1	Concerta 54 mg Retardtabl.	Y	N06BA04	584
	Concor 5 mg Filmtabl.	G	C07AB07	213
	Concor 10 mg Filmtabl.	G	C07AB07	214
	Concor Cor 1,25 mg Filmtabl.	G	C07AB07	213
	Concor Cor 3,75 mg Filmtabl.	G	C07AB07	213
	Concor Cor 5 mg Filmtabl.	G	C07AB07	213
	Concor Cor 7,5 mg Filmtabl.	G	C07AB07	214
	Concor Cor 10 mg Filmtabl.	G	C07AB07	214
	Concor plus 5 mg/12,5 mg Filmtabl.	G	C07BB07	215
	Condylox 0,5 % Lsg. zur Anw. auf der Haut	G	D06BB04	240

KASS	Bezeichnung	Box	ATC	Seite
RE1	Constella 290 mcg Hartkaps. (PM)	Y	A06AX04	385
	Convulex 150 mg Kaps.	G	N03AG01	319
	Convulex 300 mg Kaps.	G	N03AG01	319
	Convulex 500 mg Kaps.	G	N03AG01	319
	Convulex 300 mg Retardtabl.	G	N03AG01	319
	Convulex 500 mg Retardtabl.	G	N03AG01	319
F14	Convulex 50 mg/ml Sirup f. Kind.	G	N03AG01	319
F14	Convulex 300 mg/ml Lsg. zum Einnehmen	G	N03AG01	319
RE1	Copaxone 20 mg/ml Inj.lsg. Fertigspr.	Y	L03AX13	526
RE2	Copaxone 40 mg/ml Inj.lsg. Fertigspr. (PM)	Y	L03AX13	526
	Corbilta 50 mg/12,5 mg/200 mg Filmtabl.	G	N04BA03	325
	Corbilta 100 mg/25 mg/200 mg Filmtabl.	G	N04BA03	325
	Corbilta 150 mg/37,5 mg/200 mg Filmtabl.	G	N04BA03	325
	Co-Renistad 20 mg/12,5 mg Tabl.	G	C09BA02	220
	Co-Renitec Tabl.	G	C09BA02	220
	Cortiment MMX 9 mg Retardtabl.	G	A07EA06	172
	Cosaar 50 mg Filmtabl.	G	C09CA01	223
	Cosaar/HCT 50 mg/12,5 mg Filmtabl.	G	C09DA01	225
RE1	Cosentyx 150 mg Inj.lsg. Fertigpen	Y	L04AC10	541
RE1	Cosentyx 150 mg Inj.lsg. Fertigspr.	Y	L04AC10	542
RE2	Cosopt sine 20 mg/ml + 5 mg/ml Augentropf. Einzeldosen	Y	S01ED51	631
RE1	Cotellic 20 mg Filmtabl. (PM)	Y	L01EE02	500
RE2	Crestor 10 mg Filmtabl.	Y	C10AA07	442
RE2	Crestor 20 mg Filmtabl.	Y	C10AA07	442
RE1	Crestor 40 mg Filmtabl.	Y	C10AA07	443
RE1	Cuivrin 167 mg Hartkaps. (PM)	Y	A16AX12	401
D	Curatoderm 4 mcg/g Emulsion zur Anw. auf der Haut	G	D05AX04	239
D	Curatoderm Salbe	G	D05AX04	239
RE1	Cuvitru 200 mg/ml Inj.lsg. zur subkutanen Anw. (2 g/10 ml)	Y	J06BA01	488
RE1	Cuvitru 200 mg/ml Inj.lsg. zur subkutanen Anw. (4 g/20 ml)	Y	J06BA01	488
RE1	Cuvitru 200 mg/ml Inj.lsg. zur subkutanen Anw. (8 g/40 ml)	Y	J06BA01	488
D	CycloPel 300 mg Kaps.	G	J01AA04	256
	Cyklokapron 100 mg/ml Inj.lsg.	G	B02AA02	192
	Cyklokapron 500 mg Filmtabl.	G	B02AA02	192
IND	Cyprostol Tabl.	G	A02BB01	164
	Cystium 3 g Plv. zur Herst. einer Lsg. zum Einnehmen	G	J01XX01	263
IND	Dabahib 75 mg Hartkaps.	G	B01AE07	185
IND	Dabahib 110 mg Hartkaps.	G	B01AE07	186
IND	Dabahib 150 mg Hartkaps.	G	B01AE07	189
IND	Dabigatranetexilat "1A Pharma" 75 mg Hartkaps.	G	B01AE07	185
IND	Dabigatranetexilat "1A Pharma" 110 mg Hartkaps.	G	B01AE07	186
IND	Dabigatranetexilat "1A Pharma" 150 mg Hartkaps.	G	B01AE07	190
IND	Dabigatran etexilate "Accord" 75 mg Hartkaps.	G	B01AE07	186
IND	Dabigatran etexilate "Accord" 110 mg Hartkaps.	G	B01AE07	187
IND	Dabigatran etexilate "Accord" 150 mg Hartkaps.	G	B01AE07	190
IND	Dabigatranetexilat "Stada" 75 mg Hartkaps.	G	B01AE07	186
IND	Dabigatranetexilat "Stada" 110 mg Hartkaps.	G	B01AE07	187
IND	Dabigatranetexilat "Stada" 150 mg Hartkaps.	G	B01AE07	191
IND	Dabigatranetexilat "Viatris" 75 mg Hartkaps.	G	B01AE07	186
IND	Dabigatranetexilat "Viatris" 110 mg Hartkaps.	G	B01AE07	188
IND	Dabigatranetexilat "Viatris" 150 mg Hartkaps.	G	B01AE07	191
D	Daivobet 50 mcg/g + 0,5 mg/g Gel	G	D05AX52	239

KASS	Bezeichnung	Box	ATC	Seite
	Daktarin 2 % Creme	G	D01AC02	236
	Dalacin Vaginalcreme	G	G01AA10	244
	Dalacin Lotion	G	D10AF01	243
	Dalacin C 150 mg Kaps.	G	J01FF01	261
	Dalacin C 300 mg Kaps.	G	J01FF01	262
IND	Darunavir "Krka" 600 mg Filmtabl.	G	J05AE10	267
IND	Darunavir "Krka" 800 mg Filmtabl.	G	J05AE10	267
RE2	Darunavir "ratiopharm" 800 mg Filmtabl.	Y	J05AE10	475
IND	Dasatinib "G.L." 20 mg Filmtabl.	G	L01EA02	270
IND	Dasatinib "G.L." 50 mg Filmtabl.	G	L01EA02	270
IND	Dasatinib "G.L." 80 mg Filmtabl.	G	L01EA02	270
IND	Dasatinib "G.L." 100 mg Filmtabl.	G	L01EA02	270
IND	Dasatinib "G.L." 140 mg Filmtabl.	G	L01EA02	270
	Dasselta 5 mg Filmtabl.	G	R06AX27	372
RE1	Daxas 250 mcg Tabl.	Y	R03DX07	614
RE1	Daxas 500 mcg Filmtabl.	Y	R03DX07	615
	Deanxit Filmtabl.	G	N06CA02	356
	Deca-Durabolin 50 mg/ml Inj.lsg.	G	A14AB01	182
	Decoderm Creme	G	D07AB07	240
	Decoderm comp. Creme	G	D07CB02	241
	Decostriol 0,25 mcg Weichkaps.	G	A11CC04	180
	Decostriol 0,50 mcg Weichkaps.	G	A11CC04	180
	Dedolor DRS 100 mg Kaps.	G	M01AB05	294
	Deferasirox "Accord" 90 mg Filmtabl.	G	V03AC03	379
	Deferasirox "Accord" 180 mg Filmtabl.	G	V03AC03	379
	Deferasirox "Accord" 360 mg Filmtabl.	G	V03AC03	379
	Deferasirox "G.L." 90 mg Filmtabl.	G	V03AC03	379
	Deferasirox "G.L." 180 mg Filmtabl.	G	V03AC03	379
	Deferasirox "G.L." 360 mg Filmtabl.	G	V03AC03	379
	Deferasirox "ratiopharm" 90 mg Filmtabl.	G	V03AC03	379
	Deferasirox "ratiopharm" 180 mg Filmtabl.	G	V03AC03	379
	Deferasirox "ratiopharm" 360 mg Filmtabl.	G	V03AC03	379
	Deflamat 50 mg Kaps.	G	M01AB05	293
	Deflamat DRS 75 mg Kaps.	G	M01AB05	294
	Deflamat retard 100 mg Kaps.	G	M01AB05	294
	Deflamat 2 % Gel	G	M02AA15	297
	Dehace retard 60 mg Filmtabl.	G	N02AA08	304
	Dehace retard 90 mg Filmtabl.	G	N02AA08	304
	Dehace retard 120 mg Filmtabl.	G	N02AA08	305
	Dekristolmin 20.000 IE/ml Tropf. zum Einnehmen	G	A11CC05	180
	Delpral Amp.	G	N05AL03	336
	Delpral Tabl.	G	N05AL03	336
RE2	Delstrigo 100 mg/300 mg/245 mg Filmtabl.	Y	J05AR24	486
	Depakine Chrono retard 300 mg Filmtabl.	G	N03AG01	319
	Depakine Chrono retard 500 mg Filmtabl.	G	N03AG01	319
F14	Depakine Chronosphere 50 mg Retardgran. Btl.	G	N03AG01	319
F14	Depakine Chronosphere 250 mg Retardgran. Btl.	G	N03AG01	319
F14	Depakine Chronosphere 500 mg Retardgran. Btl.	G	N03AG01	320
F14	Depakine 300 mg/ml Tropf.	G	N03AG01	319
P	Dependex 50 mg Filmtabl.	G	N07BB04	359
	Dermodrin Salbe	G	D04AA32	238
	Dermovate Creme	G	D07AD01	241

KASS	Bezeichnung	Box	ATC	Seite
IND	Dermovate Creme	G	D07AD01	241
	Dermovate crinale Lsg.	G	D07AD01	241
	Dermovate Salbe	G	D07AD01	241
IND	Dermovate Salbe	G	D07AD01	241
	Desferal 500 mg Trockenstechamp.	G	V03AC01	378
	Desitin Salbe	G	D03AA	238
	Desloratadin "+pharma" 5 mg Filmtabl.	G	R06AX27	372
	Desloratadin "Actavis" 5 mg Filmtabl.	G	R06AX27	372
	Desloratadin "Aristo" 5 mg Filmtabl.	G	R06AX27	372
	Desloratadin "Genericon" 5 mg Filmtabl.	G	R06AX27	372
	Desloratadin "Sandoz" 5 mg Filmtabl.	G	R06AX27	372
	Desloratadin "Stada" 5 mg Filmtabl.	G	R06AX27	372
	Detrusan 5 mg Tabl.	G	G04BD04	248
	Detrusitol 1 mg Filmtabl.	G	G04BD07	248
	Detrusitol 2 mg Filmtabl.	G	G04BD07	248
	Dexabene 4 mg Amp.	G	H02AB02	251
	Dexagenta POS Augensalbe	G	S01CA01	374
	Dexagenta POS Augentropf.	G	S01CA01	374
	Diamicron MR 30 mg Tabl. mit veränderter Wirkstofffreisetzung	G	A10BB09	176
	Diamox 250 mg Tabl.	G	S01EC01	374
	Dibondrin Amp.	G	R06AA02	370
	Dibondrin Drag.	G	R06AA02	370
F14	Dibondrin liquid	G	R06AA02	370
	Diclobene 75 mg Amp.	G	M01AB05	294
	Diclobene 50 mg Filmtabl.	G	M01AB05	293
	Diclobene rapid 50 mg Filmtabl.	G	M01AB05	293
	Diclobene retard 100 mg Kaps.	G	M01AB05	294
	Diclobene UNO 150 mg Retardtabl.	G	M01AB05	294
	Diclobene Gel	G	M02AA15	297
	Diclofenac "1A Pharma" retard 75 mg Tabl.	G	M01AB05	294
	Diclofenac "G.L." 50 mg Filmtabl.	G	M01AB05	293
	Diclofenac "G.L." retard 100 mg Filmtabl.	G	M01AB05	294
	Diclofenac "Genericon" 50 mg Filmtabl.	G	M01AB05	293
	Diclofenac "Genericon" retard 100 mg Filmtabl.	G	M01AB05	294
	Diclofenac "S.Med" 50 mg Filmtabl.	G	M01AB05	293
	Diclofenac "S.Med" retard 75 mg Tabl.	G	M01AB05	294
	Diclofenac "S.Med" retard 100 mg Tabl.	G	M01AB05	294
	Diclofenac "Sandoz" 50 mg Filmtabl.	G	M01AB05	293
	Diclofenac "Sandoz" rapid 50 mg Tabl. zur Herst. einer Susp. zum Einnehmen	G	M01AB05	293
	Diclofenac "Sandoz" 75 mg Retardtabl.	G	M01AB05	294
	Diclofenac "Sandoz" retard 100 mg Filmtabl.	G	M01AB05	294
	Diclostad 50 mg Filmtabl.	G	M01AB05	293
	Diclostad 1 % Gel	G	M02AA15	297
	Diclo-Vision sine 1 mg/ml Augentropf. Einzeldosen	G	S01BC03	373
	Diclovit Kaps.	G	M01AB55	294
	Differin Gel	G	D10AD03	242
RE1	Dificlir 200 mg Filmtabl. (PM)	Y	A07AA12	385
	Diflucan 50 mg Kaps.	G	J02AC01	264
	Diflucan 100 mg Kaps.	G	J02AC01	264
F D	Diflucan 150 mg Kaps.	G	J02AC01	264

KASS	Bezeichnung	Box	ATC	Seite
D	Diflucan 150 mg Kaps.	G	J02AC01	264
F D	Diflucan 200 mg Kaps.	G	J02AC01	264
RE2	Diflucan 10 mg/ml Trockensaft	Y	J02AC01	469
RE2	Diflucan 40 mg/ml Trockensaft	Y	J02AC01	469
F D	Difluzol 150 mg Kaps.	G	J02AC01	264
D	Difluzol 150 mg Kaps.	G	J02AC01	264
	Dilatrend 6,25 mg Tabl.	G	C07AG02	214
	Dilatrend 12,5 mg Tabl.	G	C07AG02	215
	Dilatrend 25 mg Tabl.	G	C07AG02	215
	Diltiazem "Genericon" retard 90 mg Filmtabl.	G	C08DB01	217
	Diltiazem "Genericon" retard 180 mg Filmtabl.	G	C08DB01	218
	Diltiazem "ratiopharm" 60 mg Tabl.	G	C08DB01	217
	Diltiazem "ratiopharm" retard 90 mg Filmtabl.	G	C08DB01	218
RE2	Dimethylfumarat "ratiopharm GmbH" 120 mg magensaftresistente Hartkaps.	Y	L04AX07	567
RE2	Dimethylfumarat "ratiopharm GmbH" 240 mg magensaftresistente Hartkaps.	Y	L04AX07	567
RE2	Dimethylfumarat "Stada" 120 mg magensaftresistente Hartkaps.	Y	L04AX07	567
RE2	Dimethylfumarat "Stada" 240 mg magensaftresistente Hartkaps.	Y	L04AX07	567
	Dioscomb 500 mg Filmtabl.	G	C05CA53	211
	Diovan 80 mg Filmtabl.	G	C09CA03	224
	Diovan 160 mg Filmtabl.	G	C09CA03	224
	Dipidolor Amp.	G	N02AC03	307
	Diproderm Creme	G	D07AC01	240
	Diproderm dermatol. Lsg.	G	D07AC01	240
	Diproderm Salbe	G	D07AC01	240
	Diproforte Salbe	G	D07AC01	240
	Diprogenta Creme	G	D07CC01	242
	Diprogenta Salbe	G	D07CC01	242
	Diprophos 1 ml Susp. zur Inj.	G	H02AB01	251
	Diprophos 2 ml Susp. zur Inj.	G	H02AB01	251
	Diprosalic dermatol. Lsg.	G	D07XC01	242
	Diprosalic Salbe	G	D07XC01	242
	Ditropan Tabl.	G	G04BD04	248
	Döderlein Med Vaginalkaps.	G	G02CX	245
	Dogmatil 50 mg Kaps.	G	N05AL01	336
	Dogmatil 200 mg Tabl.	G	N05AL01	336
	Dolgit 800 mg Filmtabl.	G	M01AE01	295
	Dolgit Creme	G	M02AA13	297
	Dominal forte 80 mg Filmtabl.	G	N05AX07	337
IND	Donepezil "+pharma" 5 mg Filmtabl.	G	N06DA02	356
IND	Donepezil "+pharma" 10 mg Filmtabl.	G	N06DA02	356
IND	Donepezil HCl "1A Pharma" 5 mg Filmtabl.	G	N06DA02	356
IND	Donepezil HCl "1A Pharma" 10 mg Filmtabl.	G	N06DA02	356
IND	Donepezil "Accord" 5 mg Filmtabl.	G	N06DA02	356
IND	Donepezil "Accord" 10 mg Filmtabl.	G	N06DA02	356
RE2	Donepezil "Actavis" 5 mg Filmtabl.	Y	N06DA02	585
RE2	Donepezil "Actavis" 10 mg Filmtabl.	Y	N06DA02	587
IND	Donepezil "Bluefish" 5 mg Filmtabl.	G	N06DA02	356
IND	Donepezil "Bluefish" 10 mg Filmtabl.	G	N06DA02	356

KASS	Bezeichnung	Box	ATC	Seite
RE2	Donepezil "Genericon" 5 mg Filmtabl.	Y	N06DA02	586
RE2	Donepezil "Genericon" 10 mg Filmtabl.	Y	N06DA02	587
IND	Donepezil "Krka" 5 mg Filmtabl.	G	N06DA02	356
IND	Donepezil "Krka" 10 mg Filmtabl.	G	N06DA02	356
RE2	Donepezil "ratiopharm" 5 mg Filmtabl.	Y	N06DA02	586
RE2	Donepezil "ratiopharm" 10 mg Filmtabl.	Y	N06DA02	588
RE2	Donepezil HCl "Sandoz" 5 mg Filmtabl.	Y	N06DA02	586
RE2	Donepezil HCl "Sandoz" 10 mg Filmtabl.	Y	N06DA02	588
IND	Donepezil "Stada" 5 mg Filmtabl.	G	N06DA02	356
IND	Donepezil "Stada" 10 mg Filmtabl.	G	N06DA02	357
RE1	Doptelet 20 mg Filmtabl. (PM)	Y	B02BX08	417
	Dorlazept 20 mg/ml Augentropf.	G	S01EC03	374
Au	Dorzastad 20 mg/ml + 5 mg/ml Augentropf.	G	S01ED51	375
	Dorzo-Vision 20 mg/ml Augentropf.	G	S01EC03	374
Au	DorzoComp-Vision 20 mg/ml + 5 mg/ml Augentropf.	G	S01ED51	375
RE2	DorzoComp-Vision sine 20 mg/ml + 5 mg/ml Augentropf.	Y	S01ED51	631
Au	Dorzolamid + Timolol "1A Pharma" 20 mg/ml + 5 mg/ml Augentropf.	G	S01ED51	375
Au	Dorzolamid + Timolol "Viatris" 20 mg/ml + 5 mg/ml Augentropf.	G	S01ED51	375
	Dostinex 0,5 mg Tabl.	G	G02CB03	245
IND	Dostinex 0,5 mg Tabl.	G	G02CB03	245
RE1	Dovato 50 mg/300 mg Filmtabl.	Y	J05AR25	486
	Doxazosin "1A Pharma" 2 mg Tabl.	G	C02CA04	204
	Doxazosin "1A Pharma" 4 mg Tabl.	G	C02CA04	205
	Doxazosin "Actavis" 4 mg Retardtabl.	G	C02CA04	205
	Doxazosin "Arcana" 4 mg Tabl.	G	C02CA04	205
	Doxazosin "Genericon" 2 mg Tabl.	G	C02CA04	204
	Doxazosin "Genericon" 4 mg Tabl.	G	C02CA04	205
	Doxazosin "Genericon" 8 mg Tabl.	G	C02CA04	205
	Doxazosin "Hexal" 2 mg Tabl.	G	C02CA04	205
	Doxazosin "Hexal" 4 mg Tabl.	G	C02CA04	205
	Doxazosin "ratiopharm" 2 mg Tabl.	G	C02CA04	205
	Doxazosin "ratiopharm" 4 mg Tabl.	G	C02CA04	205
	Doxazosin "Stada" 2 mg Tabl.	G	C02CA04	205
	Doxazosin "Stada" 4 mg Tabl.	G	C02CA04	205
	Doxybene 100 mg lösb. Tabl.	G	J01AA02	256
	Doxybene 200 mg lösb. Tabl.	G	J01AA02	256
	Doxycyclin "Genericon" 100 mg lösl. Tabl.	G	J01AA02	256
	Doxycyclin "Genericon" 200 mg lösl. Tabl.	G	J01AA02	256
	Doxydyn 200 mg Filmtabl.	G	J01AA02	256
IND	Dronedaron "Aristo" 400 mg Filmtabl.	G	C01BD07	202
IND	Duaklir Genuair 340 mcg/12 mcg Plv. zur Inh.	G	R03AL05	365
N P	Dulasolan 30 mg magensaftresistente Hartkaps.	G	N06AX21	352
N P	Dulasolan 60 mg magensaftresistente Hartkaps.	G	N06AX21	353
N P	Duloxetin "+pharma" 30 mg magensaftresistente Hartkaps.	G	N06AX21	352
N P	Duloxetin "+pharma" 60 mg magensaftresistente Hartkaps.	G	N06AX21	353
N P	Duloxetin "1A Pharma" 30 mg magensaftresistente Hartkaps.	G	N06AX21	352
N P	Duloxetin "1A Pharma" 60 mg magensaftresistente Hartkaps.	G	N06AX21	353
N P	Duloxetin "Accord" 30 mg magensaftresistente Hartkaps.	G	N06AX21	352

KASS	Bezeichnung	Box	ATC	Seite
N P	Duloxetin "Accord" 60 mg magensaftresistente Hartkaps.	G	N06AX21	353
N P	Duloxetin "Genericon" 30 mg magensaftresistente Hartkaps.	G	N06AX21	353
N P	Duloxetin "Genericon" 60 mg magensaftresistente Hartkaps.	G	N06AX21	353
N P	Duloxetin "Krka" 30 mg magensaftresistente Hartkaps.	G	N06AX21	353
N P	Duloxetin "Krka" 60 mg magensaftresistente Hartkaps.	G	N06AX21	353
N P	Duloxetin "neuraxpharm" 30 mg magensaftresistente Hartkaps.	G	N06AX21	353
N P	Duloxetin "neuraxpharm" 60 mg magensaftresistente Hartkaps.	G	N06AX21	353
N P	Duloxetin "ratiopharm GmbH" 30 mg magensaftresistente Hartkaps.	G	N06AX21	353
N P	Duloxetin "ratiopharm GmbH" 60 mg magensaftresistente Hartkaps.	G	N06AX21	353
N P	Duloxetin "Sandoz" 30 mg magensaftresistente Hartkaps.	G	N06AX21	353
N P	Duloxetin "Sandoz" 60 mg magensaftresistente Hartkaps.	G	N06AX21	353
N P	Duloxetin "Stada" 30 mg magensaftresistente Hartkaps.	G	N06AX21	353
N P	Duloxetin "Stada" 60 mg magensaftresistente Hartkaps.	G	N06AX21	353
	Duloxetin "Zentiva" 30 mg magensaftresistente Hartkaps.	G	N06AX21	353
	Duloxetin "Zentiva" 60 mg magensaftresistente Hartkaps.	G	N06AX21	353
RE2	Duokopt 20 mg/ml + 5 mg/ml Augentropf.	Y	S01ED51	631
Au	DuoTrav 40 mcg/ml + 5 mg/ml Augentropf.	G	S01ED51	376
	Duphaston 10 mg Filmtabl.	G	G03DB01	246
RE1	Dupixent 200 mg Inj.lsg. Fertigpen (PM)	Y	D11AH05	450
RE1	Dupixent 300 mg Inj.lsg. Fertigpen (PM)	Y	D11AH05	452
RE1	Dupixent 200 mg Inj.lsg. Fertigspr. (PM)	Y	D11AH05	451
RE1	Dupixent 300 mg Inj.lsg. Fertigspr. (PM)	Y	D11AH05	454
IND	Durogesic 12 mcg/h Depot-Pflaster	G	N02AB03	305
IND	Durogesic 25 mcg/h Depot-Pflaster	G	N02AB03	305
IND	Durogesic 50 mcg/h Depot-Pflaster	G	N02AB03	305
IND	Durogesic 75 mcg/h Depot-Pflaster	G	N02AB03	306
IND	Durogesic 100 mcg/h Depot-Pflaster	G	N02AB03	306
	Durotiv 20 mg magensaftresistente Tabl.	G	A02BC05	167
	Durotiv 40 mg magensaftresistente Tabl.	G	A02BC05	167
U	Dutaglandin 0,5 mg Weichkaps.	G	G04CB02	250
U	Dutaglandin comp. 0,5 mg/0,4 mg Hartkaps.	G	G04CA52	250
U	DuTamsul 0,5 mg/0,4 mg Hartkaps.	G	G04CA52	250
U	Dutasterid "Accord" 0,5 mg Weichkaps.	G	G04CB02	250
U	Dutasterid "Genericon" 0,5 mg Weichkaps.	G	G04CB02	250
IND	Dymista 137 mcg/50 mcg pro Sprühstoß Nasenspray, Susp.	G	R01AD58	362
	Dytide H Tabl.	G	C03EA01	208
	Ebetrexat 20 mg/ml Inj.lsg. Fertigspr. (10 mg/0,5 ml)	G	L04AX03	286
	Ebetrexat 20 mg/ml Inj.lsg. Fertigspr. (15 mg/0,75 ml)	G	L04AX03	286
	Ebetrexat 20 mg/ml Inj.lsg. Fertigspr. (20 mg/1,0 ml)	G	L04AX03	286
	Ebetrexat 20 mg/ml Inj.lsg. Fertigspr. (25 mg/1,25 ml)	G	L04AX03	286
	Ebetrexat 20 mg/ml Inj.lsg. Fertigspr. (30 mg/1,5 ml)	G	L04AX03	286
	Ebetrexat 5 mg Tabl.	G	L04AX03	286
	Ebetrexat 10 mg Tabl.	G	L04AX03	286
RE1	Ebglyss 250 mg Inj.lsg. Fertigpen (PM)	Y	D11AH10	455
RE1	Ebglyss 250 mg Inj.lsg. Fertigspr. (PM)	Y	D11AH10	456

KASS	Bezeichnung	Box	ATC	Seite
RE2	Ebixa 5 mg, 10 mg, 15 mg, 20 mg Filmtabl. Starterpackung	Y	N06DX01	601
RE2	Ebixa 10 mg Filmtabl.	Y	N06DX01	602
RE2	Ebixa 20 mg Filmtabl.	Y	N06DX01	603
	Ebrantil retard 30 mg Kaps.	G	C02CA06	205
	Ebrantil retard 60 mg Kaps.	G	C02CA06	205
	Edronax 4 mg Tabl.	G	N06AX18	352
RE2	Edurant 25 mg Filmtabl.	Y	J05AG05	481
RE2	Efavirenz "Sandoz" 600 mg Filmtabl.	Y	J05AG03	481
RE1	Efavirenz/Emtricitabin/Tenofovirdisoproxil "Krka" 600 mg/200 mg/245 mg Filmtabl.	Y	J05AR06	485
RE1	Efavirenz/Emtricitabin/Tenofovirdisoproxil "ratiopharm" 600 mg/200 mg/245 mg Filmtabl.	Y	J05AR06	485
	Efectin ER 75 mg Kaps.	G	N06AX16	351
	Efectin ER 150 mg Kaps.	G	N06AX16	352
	Effortil 7,5 mg/ml Tropf.	G	C01CA01	202
IND	Efient 5 mg Filmtabl.	G	B01AC22	184
IND	Efient 10 mg Filmtabl.	G	B01AC22	185
RE2	Eisen-Carboxymaltose "ratiopharm" 50 mg Eisen/ml Dispersion zur Inj./Inf.	Y	B03AC	417
RE2	Eisencarboxymaltose "Sandoz" 50 mg/ml Dispersion zur Inj./Inf.	Y	B03AC	417
IND	Eklira Genuair 322 mcg Plv. zur Inh.	G	R03BB05	368
	Ekzemsalbe F "Agepha" 1 % Salbe	G	D07AA02	240
D K	Elidel 1 % Creme	G	D11AH02	244
IND	Eligard Depot 7,5 mg Plv. u. Lsgm. zur Herst. einer Inj.lsg.	G	L02AE02	274
IND	Eligard Depot 22,5 mg Plv. u. Lsgm. zur Herst. einer Inj.lsg.	G	L02AE02	274
RE1	Eliquis 2,5 mg Filmtabl. (PM)	Y	B01AF02	406
RE1	Eliquis 5 mg Filmtabl. (PM)	Y	B01AF02	407
	Elmex Zahngel	G	A01AA51	163
	Elocon Creme	G	D07AC13	241
	Elocon dermatol. Lsg.	G	D07AC13	241
	Elocon Salbe	G	D07AC13	241
IND	Emend 80 mg Hartkaps.	G	A04AD12	170
IND	Emgality 120 mg Inj.lsg. Fertigpen (PM)	G	N02CD02	316
RE1	Emtricitabin/Tenofovirdisoproxil "Accordpharma" 200 mg/245 mg Filmtabl.	Y	J05AR03	484
RE1	Emtricitabin/Tenofovirdisoproxil "Mylan" 200 mg/245 mg Filmtabl.	Y	J05AR03	484
RE1	Emtricitabin/Tenofovirdisoproxil "ratiopharm" 200 mg/245 mg Filmtabl.	Y	J05AR03	484
RE1	Emtricitabin/Tenofovirdisoproxil "Stada" 200 mg/245 mg Filmtabl.	Y	J05AR03	484
RE1	Emtriva 200 mg Hartkaps.	Y	J05AF09	479
	Enac "Hexal" 5 mg Tabl.	G	C09AA02	218
	Enac "Hexal" 10 mg Tabl.	G	C09AA02	218
	Enac "Hexal" 20 mg Tabl.	G	C09AA02	218
	Enac plus "Hexal" 20 mg/6 mg Tabl.	G	C09BA02	220
	Enalacomp "Genericon" Tabl.	G	C09BA02	220
	Enalapril "+pharma" 10 mg Tabl.	G	C09AA02	218
	Enalapril "+pharma" 20 mg Tabl.	G	C09AA02	218
	Enalapril "1A Pharma" 5 mg Tabl.	G	C09AA02	218
	Enalapril "1A Pharma" 10 mg Tabl.	G	C09AA02	218

KASS	Bezeichnung	Box	ATC	Seite
	Enalapril "1A Pharma" 20 mg Tabl.	G	C09AA02	218
	Enalapril "Genericon" 5 mg Tabl.	G	C09AA02	218
	Enalapril "Genericon" 10 mg Tabl.	G	C09AA02	218
	Enalapril "Genericon" 20 mg Tabl.	G	C09AA02	218
	Enalapril "ratiopharm" 5 mg Tabl.	G	C09AA02	218
	Enalapril "ratiopharm" 10 mg Tabl.	G	C09AA02	218
	Enalapril "ratiopharm" 20 mg Tabl.	G	C09AA02	218
	Enalapril "Sandoz" 5 mg Tabl.	G	C09AA02	218
	Enalapril "Sandoz" 10 mg Tabl.	G	C09AA02	218
	Enalapril "Sandoz" 20 mg Tabl.	G	C09AA02	218
	Enalapril/HCT "+pharma" Tabl.	G	C09BA02	220
	Enalapril/HCT "ratiopharm" 20 mg/12,5 mg Tabl.	G	C09BA02	220
	Enalapril/HCT "Sandoz" 20 mg/12,5 mg Tabl.	G	C09BA02	221
	Enalapril/Lercanidipin "Krka" 10 mg/10 mg Filmtabl.	G	C09BB02	222
	Enalapril/Lercanidipin "Krka" 20 mg/10 mg Filmtabl.	G	C09BB02	222
	Enalapril/Lercanidipin "ratiopharm" 10 mg/10 mg Filmtabl.	G	C09BB02	222
	Enalapril/Lercanidipin "ratiopharm" 20 mg/10 mg Filmtabl.	G	C09BB02	222
IND	Enantone Gyn Monats-Depot-Zweikammerspr.	G	L02AE02	274
IND	Enantone Monats-Depot-Zweikammerspr.	G	L02AE02	274
IND	Enbrel 25 mg Inj.lsg. Fertigpen (PM)	G	L04AB01	279
IND	Enbrel 25 mg Inj.lsg. Fertigspr. (PM)	G	L04AB01	279
IND	Enbrel 25 mg Plv. u. Lsgm. zur Herst. einer Inj.lsg. (PM)	G	L04AB01	279
IND	Enbrel 50 mg Inj.lsg. Fertigpen (PM)	G	L04AB01	280
IND	Enbrel 50 mg Inj.lsg. Fertigspr. (PM)	G	L04AB01	280
	Endoxan "Baxter" 50 mg Drag.	G	L01AA01	267
IND	Enerzair Breezhaler 114 mcg/46 mcg/136 mcg Hartkaps. Plv. zur Inh.	G	R03AL12	366
	Ennos 20 mg Filmtabl.	G	N06AB05	346
	Enoxaparin Becat 2.000 IE (20 mg)/0,2 ml Inj.lsg. Fertigspr.	G	B01AB05	182
	Enoxaparin Becat 4.000 IE (40 mg)/0,4 ml Inj.lsg. Fertigspr.	G	B01AB05	183
	Enoxaparin Becat 6.000 IE (60 mg)/0,6 ml Inj.lsg. Fertigspr.	G	B01AB05	183
	Enoxaparin Becat 8.000 IE (80 mg)/0,8 ml Inj.lsg. Fertigspr.	G	B01AB05	183
	Enoxaparin Becat 10.000 IE (100 mg)/1 ml Inj.lsg. Fertigspr.	G	B01AB05	183
	Enoxaparin "Ledraxen" 2.000 IE (20 mg)/0,2 ml Inj.lsg. Fertigspr.	G	B01AB05	182
	Enoxaparin "Ledraxen" 4.000 IE (40 mg)/0,4 ml Inj.lsg. Fertigspr.	G	B01AB05	183
	Enoxaparin "Ledraxen" 6.000 IE (60 mg)/0,6 ml Inj.lsg. Fertigspr.	G	B01AB05	183
	Enoxaparin "Ledraxen" 8.000 IE (80 mg)/0,8 ml Inj.lsg. Fertigspr.	G	B01AB05	183
	Enoxaparin "Ledraxen" 10.000 IE (100 mg)/1 ml Inj.lsg. Fertigspr.	G	B01AB05	183
D	Enstilar 50 mcg/g + 0,5 mg/g Schaum zur Anw. auf der Haut	G	D05AX52	239
RE2	Entecavir "ratiopharm" 0,5 mg Filmtabl.	Y	J05AF10	479
RE2	Entecavir "ratiopharm" 1 mg Filmtabl.	Y	J05AF10	480
	Enterobene 2 mg Filmtabl.	G	A07DA03	172
	Entocort Kaps.	G	A07EA06	172
IND	Entocort 2 mg Klistiertabl. mit Dispersionsmittel	G	A07EA06	172
RE1	Entresto 24 mg/26 mg Filmtabl. (PM)	Y	C09DX04	440

KASS	Bezeichnung	Box	ATC	Seite
RE1	Entresto 49 mg/51 mg Filmtabl. (PM)	Y	C09DX04	441
RE1	Entresto 97 mg/103 mg Filmtabl. (PM)	Y	C09DX04	441
RE1	Entyvio 108 mg Inj.lsg. Fertigpen (PM)	Y	L04AG05	559
RE1	Entyvio 108 mg Inj.lsg. Fertigspr. (PM)	Y	L04AG05	559
RE1	Entyvio 300 mg Plv. für ein Konz. zur Herst. einer Inf.lsg. (PM)	Y	L04AG05	559
IND	Envarsus 0,75 mg Retardtabl.	G	L04AD02	284
IND	Envarsus 1 mg Retardtabl.	G	L04AD02	285
IND	Envarsus 4 mg Retardtabl.	G	L04AD02	285
RE1	Epclusa 400 mg/100 mg Filmtabl. (PM)	Y	J05AP55	483
RE1	Epidyolex 100 mg/ml Lsg. zum Einnehmen (PM)	Y	N03AX24	578
	Epilan-D 100 mg Tabl.	G	N03AB02	318
RE2	EpiPen Junior 150 mcg Inj.lsg. Fertigpen	Y	C01CA24	428
RE2	EpiPen 300 mcg Inj.lsg. Fertigpen	Y	C01CA24	428
RE2	Epivir 150 mg Filmtabl.	Y	J05AF05	476
RE2	Epivir 300 mg Filmtabl.	Y	J05AF05	476
RE2	Epivir 10 mg/ml Lsg. zum Einnehmen	Y	J05AF05	475
IND	Eplerenon "+pharma" 25 mg Filmtabl.	G	C03DA04	207
IND	Eplerenon "+pharma" 50 mg Filmtabl.	G	C03DA04	207
IND	Eplerenon "Actavis" 25 mg Filmtabl.	G	C03DA04	207
IND	Eplerenon "Actavis" 50 mg Filmtabl.	G	C03DA04	207
IND	Eplerenon "Bluefish" 25 mg Filmtabl.	G	C03DA04	207
IND	Eplerenon "Bluefish" 50 mg Filmtabl.	G	C03DA04	207
IND	Eplerenon "Genericon" 25 mg Filmtabl.	G	C03DA04	207
IND	Eplerenon "Genericon" 50 mg Filmtabl.	G	C03DA04	207
IND	Eplerenon "HCS" 25 mg Filmtabl.	G	C03DA04	207
IND	Eplerenon "HCS" 50 mg Filmtabl.	G	C03DA04	208
IND	Eplerenon "ratiopharm GmbH" 25 mg Filmtabl.	G	C03DA04	207
IND	Eplerenon "ratiopharm GmbH" 50 mg Filmtabl.	G	C03DA04	208
IND	Eplezot 25 mg Filmtabl.	G	C03DA04	207
IND	Eplezot 50 mg Filmtabl.	G	C03DA04	208
RE1	Eporatio 1.000 IE/0,5 ml Inj.lsg. Fertigspr.	Y	B03XA01	418
RE1	Eporatio 2.000 IE/0,5 ml Inj.lsg. Fertigspr.	Y	B03XA01	419
RE1	Eporatio 3.000 IE/0,5 ml Inj.lsg. Fertigspr.	Y	B03XA01	420
RE1	Eporatio 4.000 IE/0,5 ml Inj.lsg. Fertigspr.	Y	B03XA01	421
RE1	Eporatio 5.000 IE/0,5 ml Inj.lsg. Fertigspr.	Y	B03XA01	422
IND	Eporatio 10.000 IE/1 ml Inj.lsg. Fertigspr.	G	B03XA01	194
IND	Eporatio 20.000 IE/1 ml Inj.lsg. Fertigspr.	G	B03XA01	196
IND	Eporatio 30.000 IE/1 ml Inj.lsg. Fertigspr.	G	B03XA01	197
IND	Erelzi 25 mg Inj.lsg. Fertigspr. (PM)	G	L04AB01	279
IND	Erelzi 50 mg Inj.lsg. Fertigpen (PM)	G	L04AB01	280
IND	Erelzi 50 mg Inj.lsg. Fertigspr. (PM)	G	L04AB01	280
IND	Eremfat 450 mg Filmtabl.	G	J04AB02	265
IND	Eremfat 600 mg Filmtabl.	G	J04AB02	265
	Ergotop 30 mg Filmtabl.	G	C04AE02	211
RE1	Erivedge 150 mg Hartkaps.	Y	L01XJ01	512
RE1	Erleada 60 mg Filmtabl. (PM)	Y	L02BB05	521
	Erycytol Depot 1 mg Amp.	G	B03BA03	193
RE1	Erypo 1.000 IE/0,5 ml Fertigspr.	Y	B03XA01	418
RE1	Erypo 2.000 IE/0,5 ml Fertigspr.	Y	B03XA01	419
RE1	Erypo 4.000 IE/0,4 ml Fertigspr.	Y	B03XA01	421
RE1	Erypo 6.000 IE/0,6 ml Fertigspr.	Y	B03XA01	422

KASS	Bezeichnung	Box	ATC	Seite
IND	Erypo 10.000 IE/ml Fertigspr.	G	B03XA01	195
IND	Erypo 40.000 IE/ml Fertigspr.	G	B03XA01	198
	Erythrocin Lactobionat 1,0 g Trockensubst. z. Inf.bereitung	G	J01FA01	260
RE1	Esbriet 267 mg Filmtabl.	Y	L04AX05	566
RE1	Esbriet 801 mg Filmtabl.	Y	L04AX05	566
	Escitalopram "+pharma" 10 mg Filmtabl.	G	N06AB10	348
	Escitalopram "+pharma" 20 mg Filmtabl.	G	N06AB10	349
	Escitalopram "1A Pharma" 5 mg Filmtabl.	G	N06AB10	348
	Escitalopram "1A Pharma" 10 mg Filmtabl.	G	N06AB10	348
	Escitalopram "1A Pharma" 15 mg Filmtabl.	G	N06AB10	349
	Escitalopram "1A Pharma" 20 mg Filmtabl.	G	N06AB10	349
	Escitalopram "Aristo" 5 mg Filmtabl.	G	N06AB10	348
	Escitalopram "Aristo" 10 mg Filmtabl.	G	N06AB10	348
	Escitalopram "Aristo" 20 mg Filmtabl.	G	N06AB10	349
	Escitalopram "Bluefish" 5 mg Filmtabl.	G	N06AB10	348
	Escitalopram "Bluefish" 10 mg Filmtabl.	G	N06AB10	349
	Escitalopram "G.L." 5 mg Filmtabl.	G	N06AB10	348
	Escitalopram "G.L." 10 mg Filmtabl.	G	N06AB10	349
	Escitalopram "G.L." 15 mg Filmtabl.	G	N06AB10	349
	Escitalopram "G.L." 20 mg Filmtabl.	G	N06AB10	349
	Escitalopram "Genericon" 5 mg Filmtabl.	G	N06AB10	348
	Escitalopram "Genericon" 10 mg Filmtabl.	G	N06AB10	349
	Escitalopram "Genericon" 20 mg Filmtabl.	G	N06AB10	349
	Escitalopram "Glenmark" 5 mg Filmtabl.	G	N06AB10	348
	Escitalopram "Glenmark" 10 mg Filmtabl.	G	N06AB10	349
	Escitalopram "Glenmark" 15 mg Filmtabl.	G	N06AB10	349
	Escitalopram "Glenmark" 20 mg Filmtabl.	G	N06AB10	349
	Escitalopram "Grindeks" 5 mg Filmtabl.	G	N06AB10	348
	Escitalopram "Grindeks" 10 mg Filmtabl.	G	N06AB10	349
	Escitalopram "Grindeks" 20 mg Filmtabl.	G	N06AB10	349
	Escitalopram "Hexal" 10 mg Filmtabl.	G	N06AB10	349
	Escitalopram "Hexal" 15 mg Filmtabl.	G	N06AB10	349
	Escitalopram "Hexal" 20 mg Filmtabl.	G	N06AB10	349
	Escitalopram "Krka" 5 mg Filmtabl.	G	N06AB10	348
	Escitalopram "Krka" 10 mg Filmtabl.	G	N06AB10	349
	Escitalopram "Krka" 20 mg Filmtabl.	G	N06AB10	349
	Escitalopram "ratiopharm" 5 mg Filmtabl.	G	N06AB10	348
	Escitalopram "ratiopharm" 10 mg Filmtabl.	G	N06AB10	349
	Escitalopram "ratiopharm" 15 mg Filmtabl.	G	N06AB10	349
	Escitalopram "ratiopharm" 20 mg Filmtabl.	G	N06AB10	349
	Escitalopram "Sandoz" 5 mg Filmtabl.	G	N06AB10	348
	Escitalopram "Sandoz" 10 mg Filmtabl.	G	N06AB10	349
	Escitalopram "Sandoz" 15 mg Filmtabl.	G	N06AB10	349
	Escitalopram "Sandoz" 20 mg Filmtabl.	G	N06AB10	349
	Escitalopram "Stada" 5 mg Filmtabl.	G	N06AB10	348
	Escitalopram "Stada" 10 mg Filmtabl.	G	N06AB10	349
	Escitalopram "Stada" 20 mg Filmtabl.	G	N06AB10	350
RE2	Eskazole 400 mg Tabl.	Y	P02CA03	612
	Esomeprazol "+pharma" 20 mg magensaftresistente Tabl.	G	A02BC05	167
	Esomeprazol "+pharma" 40 mg magensaftresistente Tabl.	G	A02BC05	167
	Esomeprazol "1A Pharma" 20 mg magensaftresistente Tabl.	G	A02BC05	167

KASS	Bezeichnung	Box	ATC	Seite
	Esomeprazol "1A Pharma" 40 mg magensaftresistente Tabl.	G	A02BC05	167
	Esomeprazol "Actavis" 20 mg magensaftresistente Tabl.	G	A02BC05	167
	Esomeprazol "Actavis" 40 mg magensaftresistente Tabl.	G	A02BC05	167
	Esomeprazol "Aristo" 20 mg magensaftresistente Hartkaps.	G	A02BC05	167
	Esomeprazol "Aristo" 40 mg magensaftresistente Hartkaps.	G	A02BC05	167
	Esomeprazol "Genericon" 20 mg magensaftresistente Tabl.	G	A02BC05	167
	Esomeprazol "Genericon" 40 mg magensaftresistente Tabl.	G	A02BC05	167
	Esomeprazol "Krka" 20 mg magensaftresistente Hartkaps.	G	A02BC05	167
	Esomeprazol "Krka" 40 mg magensaftresistente Hartkaps.	G	A02BC05	167
	Esomeprazol "ratiopharm" 20 mg magensaftresistente Hartkaps.	G	A02BC05	167
	Esomeprazol "ratiopharm" 40 mg magensaftresistente Hartkaps.	G	A02BC05	168
	Esomeprazol "ratiopharm GmbH" 20 mg magensaftresistente Tabl.	G	A02BC05	167
	Esomeprazol "ratiopharm GmbH" 40 mg magensaftresistente Tabl.	G	A02BC05	168
	Esomeprazol "Sandoz" 20 mg magensaftresistente Tabl.	G	A02BC05	167
	Esomeprazol "Sandoz" 40 mg magensaftresistente Tabl.	G	A02BC05	168
	Esomeprazol "Stada" 20 mg magensaftresistente Hartkaps.	G	A02BC05	167
	Esomeprazol "Stada" 40 mg magensaftresistente Hartkaps.	G	A02BC05	168
RE1	Esperoct 500 IE Plv. und Lsgm. zur Herst. einer Inj.lsg. (PM)	Y	B02BD02	411
RE1	Esperoct 1000 IE Plv. und Lsgm. zur Herst. einer Inj.lsg. (PM)	Y	B02BD02	411
RE1	Esperoct 1500 IE Plv. und Lsgm. zur Herst. einer Inj.lsg. (PM)	Y	B02BD02	411
RE1	Esperoct 2000 IE Plv. und Lsgm. zur Herst. einer Inj.lsg. (PM)	Y	B02BD02	411
RE1	Esperoct 3000 IE Plv. und Lsgm. zur Herst. einer Inj.lsg. (PM)	Y	B02BD02	411
IND	Estrofem 2 mg Filmtabl.	G	G03CA03	245
IND	Estrogel Gel	G	G03CA03	245
IND	Etalpha 0,25 mcg Kaps.	G	A11CC03	180
F14	Ethosuximid "neuraxpharm" 50 mg/ml Lsg. zum Einnehmen	G	N03AD01	318
	Etibi 500 mg Tabl.	G	J04AK02	265
IND	Eumitan 2,5 mg Filmtabl.	G	N02CC07	315
	Eusaprim Tabl.	G	J01EE01	260
	Eusaprim forte Tabl.	G	J01EE01	260
F14	Eusaprim Kindersusp.	G	J01EE01	260
	Euthyrox 25 mcg Tabl.	G	H03AA01	253
	Euthyrox 50 mcg Tabl.	G	H03AA01	253
	Euthyrox 75 mcg Tabl.	G	H03AA01	254
	Euthyrox 88 mcg Tabl.	G	H03AA01	254
	Euthyrox 100 mcg Tabl.	G	H03AA01	254
	Euthyrox 112 mcg Tabl.	G	H03AA01	254
	Euthyrox 125 mcg Tabl.	G	H03AA01	254
	Euthyrox 137 mcg Tabl.	G	H03AA01	254
	Euthyrox 150 mcg Tabl.	G	H03AA01	254
	Euthyrox 175 mcg Tabl.	G	H03AA01	254
	Euthyrox 200 mcg Tabl.	G	H03AA01	254

KASS	Bezeichnung	Box	ATC	Seite
RE1	Evenity 105 mg Inj.lsg. Fertigpen (PM)	Y	M05BX06	572
IND	Everio Airmaster 50 mcg/100 mcg einzeldosiertes Plv. zur Inh.	G	R03AK06	363
IND	Everio Airmaster 50 mcg/250 mcg einzeldosiertes Plv. zur Inh.	G	R03AK06	363
IND	Everio Airmaster 50 mcg/500 mcg einzeldosiertes Plv. zur Inh.	G	R03AK06	364
IND	Everolimus "HCS" 2,5 mg Tabl.	G	L01EG02	271
IND	Everolimus "HCS" 5 mg Tabl.	G	L01EG02	271
IND	Everolimus "HCS" 10 mg Tabl.	G	L01EG02	271
IND	Everolimus "ratiopharm" 5 mg Tabl.	G	L01EG02	271
IND	Everolimus "ratiopharm" 10 mg Tabl.	G	L01EG02	271
RE2	Eviplera 200 mg/25 mg/245 mg Filmtabl.	Y	J05AR08	485
IND	Evista 60 mg Filmtabl.	G	G03XC01	247
RE1	Evrysdi 5 mg Filmtabl. (PM)	Y	M09AX10	574
RE1	Evrysdi 0,75 mg/ml Plv. zur Herst. einer Lsg. zum Einnehmen (PM)	Y	M09AX10	573
RE2	Exelon 1,5 mg Hartkaps.	Y	N06DA03	588
RE2	Exelon 3 mg Hartkaps.	Y	N06DA03	589
RE2	Exelon 4,5 mg Hartkaps.	Y	N06DA03	590
RE2	Exelon 6 mg Hartkaps.	Y	N06DA03	593
RE2	Exelon 4,6 mg/24 h transdermales Pflaster	Y	N06DA03	591
RE2	Exelon 9,5 mg/24 h transdermales Pflaster	Y	N06DA03	594
RE2	Exelon 13,3 mg/24 h transdermales Pflaster	Y	N06DA03	595
	Exemestan "Accord" 25 mg Filmtabl.	G	L02BG06	276
	Exemestan "ratiopharm" 25 mg Filmtabl.	G	L02BG06	276
	Ezeato 10 mg/10 mg Tabl.	G	C10BA05	235
	Ezeato 10 mg/20 mg Tabl.	G	C10BA05	235
	Ezeato 10 mg/40 mg Tabl.	G	C10BA05	235
	Ezeato 10 mg/80 mg Tabl.	G	C10BA05	235
	Ezegelan 10 mg Tabl.	G	C10AX09	234
	Ezerosu 10 mg/5 mg Filmtabl.	G	C10BA06	235
	Ezerosu 10 mg/10 mg Filmtabl.	G	C10BA06	235
	Ezerosu 10 mg/20 mg Filmtabl.	G	C10BA06	235
	Ezerosu 10 mg/40 mg Filmtabl.	G	C10BA06	236
	Ezesim 10 mg/10 mg Tabl.	G	C10BA02	234
	Ezesim 10 mg/20 mg Tabl.	G	C10BA02	234
	Ezesim 10 mg/40 mg Tabl.	G	C10BA02	234
	Ezesim 10 mg/80 mg Tabl.	G	C10BA02	234
	Ezetimib "+pharma" 10 mg Tabl.	G	C10AX09	234
	Ezetimib "1A Pharma" 10 mg Tabl.	G	C10AX09	234
	Ezetimib "Accord" 10 mg Tabl.	G	C10AX09	234
	Ezetimib "Actavis" 10 mg Tabl.	G	C10AX09	234
	Ezetimib "Genericon" 10 mg Tabl.	G	C10AX09	234
	Ezetimib "Glenmark" 10 mg Tabl.	G	C10AX09	234
	Ezetimib "HCS" 10 mg Tabl.	G	C10AX09	234
	Ezetimib "Sandoz" 10 mg Tabl.	G	C10AX09	234
	Ezetimib "Stada" 10 mg Filmtabl.	G	C10AX09	234
	Ezetimib "Zentiva" 10 mg Tabl.	G	C10AX09	234
	Ezetimib/Atorvastatin "+pharma" 10 mg/10 mg Filmtabl.	G	C10BA05	235
	Ezetimib/Atorvastatin "+pharma" 10 mg/20 mg Filmtabl.	G	C10BA05	235
	Ezetimib/Atorvastatin "+pharma" 10 mg/40 mg Filmtabl.	G	C10BA05	235

KASS	Bezeichnung	Box	ATC	Seite
	Ezetimib/Atorvastatin "+pharma" 10 mg/80 mg Filmtabl.	G	C10BA05	235
	Ezetimib/Atorvastatin "ratiopharm" 10 mg/10 mg Filmtabl.	G	C10BA05	235
	Ezetimib/Atorvastatin "ratiopharm" 10 mg/20 mg Filmtabl.	G	C10BA05	235
	Ezetimib/Atorvastatin "ratiopharm" 10 mg/40 mg Filmtabl.	G	C10BA05	235
	Ezetimib/Atorvastatin "ratiopharm" 10 mg/80 mg Filmtabl.	G	C10BA05	235
	Ezetimib/Atorvastatin "Stada" 10 mg/10 mg Filmtabl.	G	C10BA05	235
	Ezetimib/Atorvastatin "Stada" 10 mg/20 mg Filmtabl.	G	C10BA05	235
	Ezetimib/Atorvastatin "Stada" 10 mg/40 mg Filmtabl.	G	C10BA05	235
	Ezetimib/Atorvastatin "Stada" 10 mg/80 mg Filmtabl.	G	C10BA05	235
	Ezetimib/Simvastatin "Accord" 10 mg/10 mg Tabl.	G	C10BA02	234
	Ezetimib/Simvastatin "Accord" 10 mg/20 mg Tabl.	G	C10BA02	234
	Ezetimib/Simvastatin "Accord" 10 mg/40 mg Tabl.	G	C10BA02	234
	Ezetimib/Simvastatin "Accord" 10 mg/80 mg Tabl.	G	C10BA02	235
	Ezetimib/Simvastatin "Actavis" 10 mg/10 mg Tabl.	G	C10BA02	234
	Ezetimib/Simvastatin "Actavis" 10 mg/20 mg Tabl.	G	C10BA02	234
	Ezetimib/Simvastatin "HCS" 10 mg/10 mg Tabl.	G	C10BA02	234
	Ezetimib/Simvastatin "HCS" 10 mg/20 mg Tabl.	G	C10BA02	234
	Ezetimib/Simvastatin "HCS" 10 mg/40 mg Tabl.	G	C10BA02	234
	Ezetimib/Simvastatin "ratiopharm GmbH" 10 mg/10 mg Tabl.	G	C10BA02	234
	Ezetimib/Simvastatin "ratiopharm GmbH" 10 mg/20 mg Tabl.	G	C10BA02	234
	Ezetimib/Simvastatin "ratiopharm GmbH" 10 mg/40 mg Tabl.	G	C10BA02	234
	Ezetimib/Simvastatin "ratiopharm GmbH" 10 mg/80 mg Tabl.	G	C10BA02	235
	Ezetimib/Simvastatin "Stada" 10 mg/10 mg Tabl.	G	C10BA02	234
	Ezetimib/Simvastatin "Stada" 10 mg/20 mg Tabl.	G	C10BA02	234
RE1	Fabrazyme 5 mg Plv. f. ein Konz. zur Herst. einer Inf.lsg.	Y	A16AB04	397
RE1	Fabrazyme 35 mg Plv. f. ein Konz. zur Herst. einer Inf.lsg.	Y	A16AB04	397
RE1	Faktor VII "Baxter" 600 IE Plv. und Lsgm. zur Herst. einer Inj.lsg.	Y	B02BD05	414
	Famosin 20 mg Filmtabl.	G	A02BA03	164
	Famosin 40 mg Filmtabl.	G	A02BA03	164
	Famotidin "Genericon" 20 mg Filmtabl.	G	A02BA03	164
	Famotidin "Genericon" 40 mg Filmtabl.	G	A02BA03	164
	Famotidin "Interpharm" 40 mg Filmtabl.	G	A02BA03	164
	Famotidin "Stada" 20 mg Filmtabl.	G	A02BA03	164
	Famotidin "Stada" 40 mg Filmtabl.	G	A02BA03	164
IND	Famvir 500 mg Filmtabl.	G	J05AB09	266
	Farlutal 500 mg Tabl.	G	L02AB02	274
RE1	Fasenra 30 mg Inj.lsg. Fertigpen (PM)	Y	R03DX10	619
RE1	Fasenra 30 mg Inj.lsg. Fertigspr. (PM)	Y	R03DX10	619
RE1	Feburo 80 mg Filmtabl.	Y	M04AA03	570
RE1	Feburo 120 mg Filmtabl.	Y	M04AA03	571
RE1	Febuxostat "+pharma" 80 mg Filmtabl.	Y	M04AA03	570
RE1	Febuxostat "Genericon" 80 mg Filmtabl.	Y	M04AA03	570
RE1	Febuxostat "ratiopharm" 80 mg Filmtabl.	Y	M04AA03	570
RE1	Febuxostat "ratiopharm" 120 mg Filmtabl.	Y	M04AA03	571
IND	Febuxostat "Sandoz" 80 mg Filmtabl.	G	M04AA03	298
IND	Febuxostat "Sandoz" 120 mg Filmtabl.	G	M04AA03	298
RE1	Febuxostat "Stada" 80 mg Filmtabl.	Y	M04AA03	570

KASS	Bezeichnung	Box	ATC	Seite
RE1	Febuxostat "Stada" 120 mg Filmtabl.	Y	M04AA03	571
RE1	Feiba 50 E/ml Plv. und Lsgm. zur Herst. einer Inf.lsg.	Y	B02BD03	413
	Felicium 20 mg Kaps.	G	N06AB03	345
	Felicium 20 mg Tabl.	G	N06AB03	345
	Felodipin "Hexal" retard 5 mg Filmtabl.	G	C08CA02	217
	Felodipin "Hexal" retard 10 mg Filmtabl.	G	C08CA02	217
	Femara 2,5 mg Filmtabl.	G	L02BG04	276
IND	Femoston conti 0,5 mg/2,5 mg Filmtabl.	G	G03FA14	246
IND	Femoston conti 1 mg/5 mg Filmtabl.	G	G03FA14	246
IND	Femoston mite Filmtabl.	G	G03FB08	247
IND	Femoston Filmtabl.	G	G03FB08	247
	Fenolip retard 250 mg Kaps.	G	C10AB05	234
IND	Fentanyl "1A Pharma" 25 mcg/h transdermales Matrixpflaster	G	N02AB03	305
IND	Fentanyl "1A Pharma" 37,5 mcg/h transdermales Matrixpflaster	G	N02AB03	305
IND	Fentanyl "1A Pharma" 50 mcg/h transdermales Matrixpflaster	G	N02AB03	306
IND	Fentanyl "1A Pharma" 75 mcg/h transdermales Matrixpflaster	G	N02AB03	306
IND	Fentanyl "1A Pharma" 100 mcg/h transdermales Matrixpflaster	G	N02AB03	306
IND	Fentanyl "1A Pharma" 150 mcg/h transdermales Matrixpflaster	G	N02AB03	306
IND	Fentanyl "Actavis" 25 mcg/h transdermales Pflaster	G	N02AB03	305
IND	Fentanyl "Actavis" 50 mcg/h transdermales Pflaster	G	N02AB03	306
IND	Fentanyl "Actavis" 75 mcg/h transdermales Pflaster	G	N02AB03	306
IND	Fentanyl "Actavis" 100 mcg/h transdermales Pflaster	G	N02AB03	306
IND	Fentanyl "Genericon" 25 mcg/h transdermales Pflaster	G	N02AB03	305
IND	Fentanyl "Hexal" 12 mcg/h transdermales Matrixpflaster	G	N02AB03	305
IND	Fentanyl "Hexal" 25 mcg/h transdermales Matrixpflaster	G	N02AB03	305
IND	Fentanyl "Hexal" 37,5 mcg/h transdermales Matrixpflaster	G	N02AB03	305
IND	Fentanyl "Hexal" 50 mcg/h transdermales Matrixpflaster	G	N02AB03	306
IND	Fentanyl "Hexal" 75 mcg/h transdermales Matrixpflaster	G	N02AB03	306
IND	Fentanyl "Hexal" 100 mcg/h transdermales Matrixpflaster	G	N02AB03	306
IND	Fentanyl "Hexal" 150 mcg/h transdermales Matrixpflaster	G	N02AB03	306
IND	Fentanyl "Stada" 12 mcg/h transdermales Matrixpflaster	G	N02AB03	305
IND	Fentanyl "Stada" 25 mcg/h transdermales Matrixpflaster	G	N02AB03	305
IND	Fentanyl "Stada" 50 mcg/h transdermales Matrixpflaster	G	N02AB03	306
IND	Fentanyl "Stada" 75 mcg/h transdermales Matrixpflaster	G	N02AB03	306
IND	Fentanyl "Stada" 100 mcg/h transdermales Matrixpflaster	G	N02AB03	306
IND	Fentoron 12 mcg/h transdermales Matrixpflaster	G	N02AB03	305
IND	Fentoron 25 mcg/h transdermales Matrixpflaster	G	N02AB03	305
IND	Fentoron 50 mcg/h transdermales Matrixpflaster	G	N02AB03	306
IND	Fentoron 75 mcg/h transdermales Matrixpflaster	G	N02AB03	306
IND	Fentoron 100 mcg/h transdermales Matrixpflaster	G	N02AB03	306
	Fentrinol Nasentropf.	G	R01AA	361
RE2	Ferinject 50 mg Eisen/ml Inj.lsg. oder Konz. zur Herst. einer Inf.lsg.	Y	B03AC	417
RE2	FerMed 100 mg/5 ml Inj.lsg. oder Konz. zur Herst. einer Inf.lsg.	Y	B03AC	417
	Ferretab Kaps.	G	B03AA02	192

KASS	Bezeichnung	Box	ATC	Seite
	Ferretab comp. Kaps.	G	B03AD02	193
RE1	Ferriprox 500 mg Filmtabl.	Y	V03AC02	632
RE1	Ferriprox 100 mg/ml Lsg. zum Einnehmen	Y	V03AC02	632
	Ferrograd-Fol Filmtabl.	G	B03AD03	193
	Ferro-Gradumet Filmtabl.	G	B03AA07	193
RE1	Fibrogammin 250 IE Plv. und Lsgm. zur Herst. einer Inj.-/Inf.lsg.	Y	B02BD07	415
RE1	Fibrogammin 1250 IE Plv. und Lsgm. zur Herst. einer Inj.-/Inf.lsg.	Y	B02BD07	415
RE1	Filspari 200 mg Filmtabl. (PM)	Y	C09XX01	442
RE1	Filspari 400 mg Filmtabl. (PM)	Y	C09XX01	442
U	Finasterid "+pharma" 5 mg Filmtabl.	G	G04CB01	250
U	Finasterid "Actavis" 5 mg Filmtabl.	G	G04CB01	250
U	Finasterid "A-med" 5 mg Filmtabl.	G	G04CB01	250
U	Finasterid "Aristo" 5 mg Filmtabl.	G	G04CB01	250
U	Finasterid "Genericon" 5 mg Filmtabl.	G	G04CB01	250
U	Finasterid "Interpharm" 5 mg Filmtabl.	G	G04CB01	250
U	Finasterid "ratiopharm" 5 mg Filmtabl.	G	G04CB01	250
U	Finasterid "Stada" 5 mg Filmtabl.	G	G04CB01	250
RE2	Fingolimod "HCS" 0,5 mg Hartkaps.	Y	L04AE01	547
RE2	Fingolimod "neuraxpharm" 0,5 mg Hartkaps.	Y	L04AE01	548
RE2	Fingolimod "ratiopharm" 0,5 mg Hartkaps.	Y	L04AE01	548
RE2	Fingolimod "Reddy" 0,5 mg Hartkaps.	Y	L04AE01	548
RE2	Fingolimod "Stada" 0,5 mg Hartkaps.	Y	L04AE01	548
RE2	Fingolimod "Zentiva" 0,5 mg Hartkaps.	Y	L04AE01	549
RE1	Fintepla 2,2 mg/ml Lsg. zum Einnehmen (PM)	Y	N03AX26	579
RE1	Firazyr 30 mg Inj.lsg. Fertigspr.	Y	B06AC02	427
IND	Firmagon 80 mg Plv. und Lsgm. zur Herst. einer Inj.lsg.	G	L02BX02	276
IND	Firmagon 120 mg Plv. und Lsgm. zur Herst. einer Inj.lsg.	G	L02BX02	276
RE2	Fixapost 50 mcg/ml + 5 mg/ml Augentropf. Einzeldosen	Y	S01ED51	631
	Flammazine Creme	G	D06BA01	239
IND	Flixabi 100 mg Plv. für ein Konz. zur Herst. einer Inf.lsg.	G	L04AB02	280
IND	Flixonase aquosum Nasenspray	G	R01AD08	361
	Flixotide junior 0,05 mg Dosieraerosol	G	R03BA05	367
	Flixotide standard 0,125 mg Dosieraerosol	G	R03BA05	367
	Flixotide forte 0,25 mg Dosieraerosol	G	R03BA05	367
	Flixotide Diskus junior 0,1 mg Plv. zur Trockeninh.	G	R03BA05	367
	Flixotide Diskus standard 0,25 mg Plv. zur Trockeninh.	G	R03BA05	367
	Flixotide Diskus forte 0,5 mg Plv. zur Trockeninh.	G	R03BA05	367
	Floxacin 400 mg Filmtabl.	G	J01MA06	262
	Floxal Augentropf.	G	S01AE01	373
	Floxyfral 50 mg Filmtabl.	G	N06AB08	348
	Floxyfral 100 mg Filmtabl.	G	N06AB08	348
	Fluanxol Depot 100 mg Amp.	G	N05AF01	331
	Fluanxol Depot 20 mg Inj.lsg.	G	N05AF01	331
	Fluanxol 1 mg Filmtabl.	G	N05AF01	331
	Fluanxol 5 mg Filmtabl.	G	N05AF01	331
	Fluconazol "!@ctavis" 50 mg Hartkaps.	G	J02AC01	264
	Fluconazol "!@ctavis" 100 mg Hartkaps.	G	J02AC01	264
	Fluconazol "!@ctavis" 150 mg Hartkaps.	G	J02AC01	264
	Fluconazol "!@ctavis" 200 mg Hartkaps.	G	J02AC01	264
	Fluconazol "+pharma" 150 mg Kaps.	G	J02AC01	264

KASS	Bezeichnung	Box	ATC	Seite
F D	Fluconazol "1A Pharma" 150 mg Kaps.	G	J02AC01	264
D	Fluconazol "1A Pharma" 150 mg Kaps.	G	J02AC01	264
F D	Fluconazol "1A Pharma" 200 mg Kaps.	G	J02AC01	264
	Fluconazol "ratiopharm GmbH" 50 mg Hartkaps.	G	J02AC01	264
	Fluconazol "ratiopharm GmbH" 100 mg Hartkaps.	G	J02AC01	264
	Fluconazol "ratiopharm GmbH" 150 mg Hartkaps.	G	J02AC01	264
	Fluconazol "ratiopharm GmbH" 200 mg Hartkaps.	G	J02AC01	264
F D	Flucosept 150 mg Kaps.	G	J02AC01	264
D	Flucosept 150 mg Kaps.	G	J02AC01	264
	Fluctine 20 mg Kaps.	G	N06AB03	345
	Fluoxetin "+pharma" 20 mg Tabl.	G	N06AB03	345
	Fluoxetin "1A Pharma" 20 mg Kaps.	G	N06AB03	345
	Fluoxetin "1A Pharma" 20 mg Tabl.	G	N06AB03	345
	Fluoxetin "1A Pharma" 40 mg Tabl.	G	N06AB03	345
	Fluoxetin "Genericon" 20 mg Kaps.	G	N06AB03	345
	Fluoxetin "Genericon" 40 mg Kaps.	G	N06AB03	345
IND	Flutiform 50 mcg/5 mcg pro Sprühstoß Druckgasinh. Susp. (PM)	G	R03AK11	365
IND	Flutiform 125 mcg/5 mcg pro Sprühstoß Druckgasinh. Susp.	G	R03AK11	365
	Flux "Hexal" 20 mg Kaps.	G	N06AB03	345
	Flux "Hexal" Tabs 20 mg Tabl.	G	N06AB03	345
	Flux "Hexal" Tabs 40 mg Tabl.	G	N06AB03	345
	FluxoMed 20 mg Kaps.	G	N06AB03	345
	Folsan 5 mg Tabl.	G	B03BB01	193
IND	Forair 12 mcg Dosieraerosol	G	R03AC13	363
RE1	Forsteo 20 mcg/0,08 ml Inj.lsg. Fertigpen	Y	H05AA02	467
	Fortecortin 4 mg Tabl.	G	H02AB02	252
	Fortecortin 8 mg Tabl.	G	H02AB02	252
RE2	Forxiga 10 mg Filmtabl. (PM)	Y	A10BK01	396
IND	Fosamax einmal wöchentlich 70 mg Tabl.	G	M05BA04	299
	Fosicomb Tabl.	G	C09BA09	222
	Fosinopril "Actavis" 10 mg Tabl.	G	C09AA09	220
	Fosinopril "Actavis" 20 mg Tabl.	G	C09AA09	220
	Fosinopril-Natrium/HCT "Actavis" 20 mg/12,5 mg Tabl.	G	C09BA09	222
	Fositens 10 mg Tabl.	G	C09AA09	220
	Fositens 20 mg Tabl.	G	C09AA09	220
RE2	Fosrenol 500 mg Kautabl.	Y	V03AE03	633
RE2	Fosrenol 750 mg Kautabl.	Y	V03AE03	633
RE2	Fosrenol 1000 mg Kautabl.	Y	V03AE03	633
IND	Foster 100 mcg/6 mcg pro Sprühstoß, Druckgasinh., Lsg.	G	R03AK08	364
IND	Foster Nexthaler 100 mcg/6 mcg pro Dosis Plv. z. Inh.	G	R03AK08	364
RE1	Fostimon 75 IE/1 ml Plv. u. Lsgm. zur Herst. einer Inj.lsg.	Y	G03GA04	458
RE1	Fragmin 25.000 IE/1 ml Dstfl.	Y	B01AB04	402
	Fragmin 2.500 IE Fertigspr.	G	B01AB04	182
	Fragmin 5.000 IE Fertigspr.	G	B01AB04	182
RE1	Fragmin 7.500 IE Fertigspr.	Y	B01AB04	401
RE1	Fragmin 10.000 IE Fertigspr.	Y	B01AB04	401
RE1	Fragmin 12.500 IE Fertigspr.	Y	B01AB04	401
RE1	Fragmin 15.000 IE Fertigspr.	Y	B01AB04	402
RE1	Fragmin 18.000 IE Fertigspr.	Y	B01AB04	402
RE1	Fragmin 10.000 IE/4 ml Stechamp.	Y	B01AB04	401

KASS	Bezeichnung	Box	ATC	Seite
	Fraxiparin 2.850 IE/0,3 ml Fertigspr.	G	B01AB06	183
	Fraxiparin 3.800 IE/0,4 ml Fertigspr.	G	B01AB06	183
RE1	Fraxiparin 5.700 IE/0,6 ml Fertigspr.	Y	B01AB06	402
RE1	Fraxiparin 7.600 IE/0,8 ml Fertigspr.	Y	B01AB06	402
RE1	Fraxiparin 9.500 IE/1 ml Fertigspr.	Y	B01AB06	402
	Frisium 10 mg Tabl.	G	N05BA09	343
IND	Frovalan 2,5 mg Filmtabl.	G	N02CC07	315
	Fucidin Filmtabl.	G	J01XC01	263
IND	Fucidin Filmtabl.	G	J01XC01	263
	Fucidin Salbe	G	D06AX01	239
	Fucithalmic Augengel	G	S01AA13	372
	Fulphila 6 mg Inj.lsg. Fertigspr.	G	L03AA13	278
IND	Fulvestrant "+pharma" 250 mg Inj.lsg. Fertigspr.	G	L02BA03	275
IND	Fulvestrant "Accord" 250 mg Inj.lsg. Fertigspr.	G	L02BA03	275
IND	Fulvestrant "EVER Pharma" 250 mg Inj.lsg. Fertigspr.	G	L02BA03	275
IND	Fulvestrant "ratiopharm" 250 mg Inj.lsg. Fertigspr.	G	L02BA03	275
IND	Fulvestrant "Ribosepharm" 250 mg Inj.lsg. Fertigspr.	G	L02BA03	275
IND	Fulvestrant "Sandoz" 250 mg Inj.lsg. Fertigspr.	G	L02BA03	275
	Fungoral 2 % Creme	G	D01AC08	237
IND	Fungoral 2 % medizinisches Shampoo	G	D01AC08	237
	Furadantin retard Kaps.	G	J01XE01	263
	Furohexal 40 mg Tabl.	G	C03CA01	206
	Furohexal 80 mg Tabl.	G	C03CA01	206
	Furohexal 500 mg Tabl.	G	C03CA01	206
	Furon 20 mg Amp.	G	C03CA01	206
	Furon 40 mg Amp.	G	C03CA01	206
	Furon 40 mg Tabl.	G	C03CA01	206
	Furon 500 mg Tabl.	G	C03CA01	206
	Furosemid "1A Pharma" 40 mg Tabl.	G	C03CA01	206
	Furosemid "Genericon" 40 mg Tabl.	G	C03CA01	206
	Furo-Spirobene Filmtabl.	G	C03EB01	208
	Furo-Spirobene forte Filmtabl.	G	C03EB01	208
	Furostad 40 mg Tabl.	G	C03CA01	206
	Fusicutan 20 mg/g + 1 mg/g Creme	G	D07CC01	242
RE1	Fycompa 2 mg Filmtabl.	Y	N03AX22	577
RE1	Fycompa 4 mg Filmtabl.	Y	N03AX22	577
RE1	Fycompa 6 mg Filmtabl.	Y	N03AX22	577
RE1	Fycompa 8 mg Filmtabl.	Y	N03AX22	577
RE1	Fycompa 10 mg Filmtabl.	Y	N03AX22	578
RE1	Fycompa 12 mg Filmtabl.	Y	N03AX22	578
IND	Gabadal 600 mg Filmtabl.	G	N02BF01	312
IND	Gabadal 300 mg Kaps.	G	N02BF01	311
IND	Gabapentin "+pharma" 300 mg Kaps.	G	N02BF01	311
IND	Gabapentin "+pharma" 400 mg Kaps.	G	N02BF01	311
IND	Gabapentin "1A Pharma" 300 mg Hartkaps.	G	N02BF01	311
IND	Gabapentin "1A Pharma" 400 mg Hartkaps.	G	N02BF01	311
IND	Gabapentin "Glenmark" 600 mg Filmtabl.	G	N02BF01	312
IND	Gabapentin "Glenmark" 800 mg Filmtabl.	G	N02BF01	312
IND	Gabapentin "Hexal" 100 mg Hartkaps.	G	N02BF01	311
IND	Gabapentin "Hexal" 300 mg Hartkaps.	G	N02BF01	311
IND	Gabapentin "Hexal" 400 mg Hartkaps.	G	N02BF01	312
IND	Gabapentin "ratiopharm" 600 mg Filmtabl.	G	N02BF01	312

KASS	Bezeichnung	Box	ATC	Seite
IND	Gabapentin "ratiopharm" 800 mg Filmtabl.	G	N02BF01	312
IND	Gabapentin "ratiopharm" 300 mg Kaps.	G	N02BF01	311
IND	Gabapentin "ratiopharm" 400 mg Kaps.	G	N02BF01	312
IND	Gabapentin "Viatris" 600 mg Filmtabl.	G	N02BF01	312
IND	Gabapentin "Viatris" 800 mg Filmtabl.	G	N02BF01	312
IND	Gabapentin "Viatris" 300 mg Hartkaps.	G	N02BF01	311
IND	Gabapentin "Viatris" 400 mg Hartkaps.	G	N02BF01	312
RE1	Galafold 123 mg Hartkaps. (PM)	Y	A16AX14	401
RE2	Galantamin "Actavis" 8 mg Retardkaps.	Y	N06DA04	596
RE2	Galantamin "Actavis" 16 mg Retardkaps.	Y	N06DA04	598
RE2	Galantamin "Actavis" 24 mg Retardkaps.	Y	N06DA04	599
RE2	Galantamin "Aristo" 8 mg Retardkaps.	Y	N06DA04	597
RE2	Galantamin "Aristo" 16 mg Retardkaps.	Y	N06DA04	598
RE2	Galantamin "Aristo" 24 mg Retardkaps.	Y	N06DA04	600
IND	Galantamin "Krka" 8 mg Retardkaps.	G	N06DA04	358
IND	Galantamin "Krka" 16 mg Retardkaps.	G	N06DA04	358
IND	Galantamin "Krka" 24 mg Retardkaps.	G	N06DA04	358
RE2	Galantamin "ratiopharm GmbH" 8 mg Retardkaps.	Y	N06DA04	597
RE2	Galantamin "ratiopharm GmbH" 16 mg Retardkaps.	Y	N06DA04	598
RE2	Galantamin "ratiopharm GmbH" 24 mg Retardkaps.	Y	N06DA04	600
RE2	Galantamin "Sandoz" 8 mg Retardkaps.	Y	N06DA04	597
RE2	Galantamin "Sandoz" 16 mg Retardkaps.	Y	N06DA04	599
RE2	Galantamin "Sandoz" 24 mg Retardkaps.	Y	N06DA04	600
RE1	Galvus 50 mg Tabl.	Y	A10BH02	392
RE2	Ganfort 0,3 mg/ml + 5 mg/ml Augentropf. Einzeldosen	Y	S01ED51	631
Au	Ganfort 0,3 mg/ml + 5 mg/ml Augentropf.	G	S01ED51	375
	Gastroloc "Hexal" 20 mg magensaftresistente Tabl.	G	A02BC02	165
	Gastroloc "Hexal" 40 mg magensaftresistente Tabl.	G	A02BC02	165
	Gastrozol 20 mg magensaftresistente Tabl.	G	A02BC02	165
	Gastrozol 40 mg magensaftresistente Tabl.	G	A02BC02	165
IND	Gefitinib "Accord" 250 mg Filmtabl.	G	L01EB01	271
RE1	Genotropin 5,3 mg/ml KabiPen Zylinderamp.	Y	H01AC01	460
RE1	Genotropin 12 mg/ml KabiPen Zylinderamp.	Y	H01AC01	462
RE1	Genotropin 0,2 mg MiniQuick Spritzamp.	Y	H01AC01	459
	Gentax Augensalbe	G	S01AA11	372
	Gentax 30 mg/g Augentropf.	G	S01AA11	372
RE1	Genvoya 150 mg/150 mg/200 mg/10 mg Filmtabl.	Y	J05AR18	485
	Gerofol 5 mg Tabl.	G	B03BB01	193
IND	Gerolamic 5 mg lösl. Tabl.	G	N03AX09	320
IND	Gerolamic 25 mg lösl. Tabl.	G	N03AX09	320
IND	Gerolamic 50 mg lösl. Tabl.	G	N03AX09	320
IND	Gerolamic 100 mg lösl. Tabl.	G	N03AX09	321
IND	Gerolamic 200 mg lösl. Tabl.	G	N03AX09	321
	Gerosim "G.L." 20 mg Filmtabl.	G	C10AA01	230
	Gerosim "G.L." 40 mg Filmtabl.	G	C10AA01	230
	Gerovit D3 14.400 IE/ml Tropf. zum Einnehmen	G	A11CC05	180
	Gevilon 450 mg Filmtabl.	G	C10AB04	233
	Gewacalm Amp.	G	N05BA01	343
RE1	Giotrif 20 mg Filmtabl.	Y	L01EB03	495
RE1	Giotrif 30 mg Filmtabl.	Y	L01EB03	495
RE1	Giotrif 40 mg Filmtabl.	Y	L01EB03	495
	Gliclada 30 mg Tabl. mit veränderter Wirkstofffreisetzung	G	A10BB09	176

KASS	Bezeichnung	Box	ATC	Seite
	Gliclada 60 mg Tabl. mit veränderter Wirkstofffreisetzung	G	A10BB09	176
	Gliclazid "ratiopharm" 30 mg Tabl. mit veränderter Wirkstofffreisetzung	G	A10BB09	176
	Glimepirid "1A Pharma" 1 mg Tabl.	G	A10BB12	176
	Glimepirid "1A Pharma" 2 mg Tabl.	G	A10BB12	176
	Glimepirid "1A Pharma" 3 mg Tabl.	G	A10BB12	176
	Glimepirid "1A Pharma" 4 mg Tabl.	G	A10BB12	177
	Glimepirid "Hexal" 1 mg Tabl.	G	A10BB12	176
	Glimepirid "Hexal" 2 mg Tabl.	G	A10BB12	176
	Glimepirid "Hexal" 3 mg Tabl.	G	A10BB12	176
	Glimepirid "Hexal" 4 mg Tabl.	G	A10BB12	177
	Glimepirid "ratiopharm" 2 mg Tabl.	G	A10BB12	176
	Glimepirid "ratiopharm" 3 mg Tabl.	G	A10BB12	176
	Glimepirid "ratiopharm" 6 mg Tabl.	G	A10BB12	177
IND	Glivec 100 mg Filmtabl.	G	L01EA01	269
IND	Glivec 400 mg Filmtabl.	G	L01EA01	269
IND	GlucaGen Hypokit 1 mg/ml Plv. u. Lsgm. zur Herst. einer Inj.lsg. Fertigspr.	G	H04AA01	255
	Glucophage 500 mg Filmtabl.	G	A10BA02	175
	Glucophage 850 mg Filmtabl.	G	A10BA02	175
RE2	Glucose 5 % "Fresenius" Plastikinf.fl. 250 ml	Y	B05BA03	425
RE2	Glucose 5 % "Fresenius" Plastikinf.fl. 500 ml	Y	B05BA03	425
	Glurenorm 30 mg Tabl.	G	A10BB08	176
RE2	Glyxambi 10 mg/5 mg Filmtabl. (PM)	Y	A10BD19	390
RE2	Glyxambi 25 mg/5 mg Filmtabl. (PM)	Y	A10BD19	391
RE1	Gonal-f 300 IE/0,48 ml Inj.lsg. Fertigpen	Y	G03GA05	458
RE1	Gonal-f 450 IE/0,72 ml Inj.lsg. Fertigpen	Y	G03GA05	458
RE1	Gonal-f 900 IE/1,44 ml Inj.lsg. Fertigpen	Y	G03GA05	458
RE1	Gonal-f 1050 IE Plv. u. Lsgm. zur Herst. einer Inj.lsg.	Y	G03GA05	458
IND	Granisetron "Actavis" 2 mg Filmtabl.	G	A04AA02	169
RE1	Granpidam 20 mg Filmtabl.	Y	C02KX	434
	Grasustek 6 mg Inj.lsg. Fertigspr.	G	L03AA13	278
ADKL	Grazax 75.000 SQ-T Lyophilisat zum Einnehmen	G	V01AA02	378
IND	Gribero 75 mg Hartkaps.	G	B01AE07	186
IND	Gribero 110 mg Hartkaps.	G	B01AE07	188
IND	Gribero 150 mg Hartkaps.	G	B01AE07	192
	Guttalax Tropf.	G	A06AB08	170
	Gyno-Pevaryl 150 mg Ovula	G	G01AF05	245
RE1	Haemate P 500 IE FVIII/1200 IE VWF Plv. und Lsgm. zur Herst. einer Inj.- oder Inf.lsg.	Y	B02BD06	414
RE1	Haemate P 1000 IE FVIII/2400 IE VWF Plv. und Lsgm. zur Herst. einer Inj.- oder Inf.lsg.	Y	B02BD06	414
RE1	Haemoctin SDH 50 IE/ml Plv. und Lsgm. zur Herst. einer Inj.lsg.	Y	B02BD02	411
RE1	Haemoctin SDH 100 IE/ml Plv. u. Lsgm. zur Herst. einer Inj.lsg.	Y	B02BD02	411
RE1	Haemoctin SDH 200 IE/ml Plv. u. Lsgm. zur Herst. einer Inj.lsg.	Y	B02BD02	412
RE1	Haemonine 100 IE/ml Plv. und Lsgm. zur Herst. einer Inj.lsg.	Y	B02BD04	414
	Halcion 0,25 mg Tabl.	G	N05CD05	344
	Haldol Decanoat 50 mg/ml Inj.lsg. (1 ml)	G	N05AD01	330

KASS	Bezeichnung	Box	ATC	Seite
	Haldol Decanoat 50 mg/ml Inj.lsg. (3 ml)	G	N05AD01	330
	Haldol 1 mg Tabl.	G	N05AD01	330
	Haldol 10 mg Tabl.	G	N05AD01	330
	Haldol 2 mg/ml Tropf. zum Einnehmen, Lsg.	G	N05AD01	330
	HCT "G.L." 50 mg Tabl.	G	C03AA03	205
RE1	Hemlibra 30 mg/ml Inj.lsg. (PM)	Y	B02BX06	416
RE1	Hemlibra 150 mg/ml Inj.lsg. (PM)	Y	B02BX06	416
RE2	Hepa "Merz" 3 g Gran.	Y	A05BA	384
RE1	Hepatect CP 50 IE/ml Inf.lsg.	Y	J06BB04	492
	Herzschutz ASS "ratiopharm" 100 mg Tabl.	G	B01AC06	184
	Hidrasec 30 mg Gran. z. Herst. einer Susp. zum Einnehmen	G	A07XA04	173
	Hidrasec 100 mg Hartkaps.	G	A07XA04	174
	Hirudoid Gel	G	C05BA01	211
	Hirudoid Salbe	G	C05BA01	211
RE1	Hizentra 200 mg/ml Lsg. zur subkutanen Inj. (5 ml)	Y	J06BA01	488
RE1	Hizentra 200 mg/ml Lsg. zur subkutanen Inj. (10 ml)	Y	J06BA01	488
RE1	Hizentra 200 mg/ml Lsg. zur subkutanen Inj. (20 ml)	Y	J06BA01	489
IND	Hukyndra 80 mg Inj.lsg. Fertigpen	G	L04AB04	282
IND	Hukyndra 40 mg Inj.lsg. Fertigpen	G	L04AB04	281
IND	Hukyndra 40 mg Inj.lsg. Fertigspr.	G	L04AB04	281
IND	Hukyndra 80 mg Inj.lsg. Fertigspr.	G	L04AB04	283
IND	Hulio 40 mg Inj.lsg. Fertigpen	G	L04AB04	281
IND	Hulio 40 mg Inj.lsg. Fertigspr.	G	L04AB04	281
	Humalog 100 E/ml Inj.lsg. Dstfl.	G	A10AB04	174
	Humalog 100 E/ml Inj.lsg. KwikPen	G	A10AB04	174
	Humalog 100 E/ml Inj.lsg. Zylinderamp.	G	A10AB04	174
	HumalogMix 25 - 100 E/ml Inj.susp. KwikPen	G	A10AD04	175
	HumalogMix 25 - 100 E/ml Inj.susp. Patronen	G	A10AD04	175
	HumalogMix 50 - 100 E/ml Inj.susp. KwikPen	G	A10AD04	175
	HumalogMix 50 - 100 E/ml Inj.susp. Patronen	G	A10AD04	175
	Humatin Kaps.	G	A07AA06	171
RE1	Humatrope 18 IE (6 mg) Zylinderamp.	Y	H01AC01	461
RE1	Humatrope 36 IE (12 mg) Zylinderamp.	Y	H01AC01	462
RE1	Humatrope 72 IE (24 mg) Zylinderamp.	Y	H01AC01	463
	Huminsulin "Lilly" Basal 100 IE/ml KwikPen	G	A10AC01	175
	Huminsulin "Lilly" Normal 100 IE/ml Inj.lsg. Dstfl.	G	A10AB01	174
	Huminsulin "Lilly" Normal 100 IE/ml Inj.lsg. Patronen	G	A10AB01	174
	Huminsulin "Lilly" Profil III 100 IE/ml Inj.susp. Patronen	G	A10AD01	175
	Huminsulin "Lilly" Basal 100 IE/ml Inj.susp. Patronen	G	A10AC01	175
IND	Humira 20 mg Inj.lsg. Fertigspr. (PM)	G	L04AB04	281
IND	Humira 40 mg Inj.lsg. Fertigpen	G	L04AB04	281
IND	Humira 40 mg Inj.lsg. Fertigspr.	G	L04AB04	282
	Hydal 1,3 mg Kaps.	G	N02AA03	303
	Hydal 2,6 mg Kaps.	G	N02AA03	303
	Hydal retard 2 mg Kaps.	G	N02AA03	303
	Hydal retard 4 mg Kaps.	G	N02AA03	303
	Hydal retard 8 mg Kaps.	G	N02AA03	303
	Hydal retard 16 mg Kaps.	G	N02AA03	303
	Hydal retard 24 mg Kaps.	G	N02AA03	303
	Hydrocortison "Hualan" 2,5 mg Tabl.	G	H02AB09	253
	Hydrocortison "Hualan" 5 mg Tabl.	G	H02AB09	253

KASS	Bezeichnung	Box	ATC	Seite
	Hydrocortison "Hualan" 10 mg Tabl.	G	H02AB09	253
	Hydrocortison "Hualan" 15 mg Tabl.	G	H02AB09	253
	Hydromorphon "Stada" 1,3 mg Hartkaps.	G	N02AA03	303
	Hydromorphon "Stada" 2,6 mg Hartkaps.	G	N02AA03	303
	Hydromorphon "Stada" 4 mg Retardtabl.	G	N02AA03	303
	Hydromorphon "Stada" 8 mg Retardtabl.	G	N02AA03	303
	Hydromorphon "Stada" 16 mg Retardtabl.	G	N02AA03	303
	Hydromorphon "Stada" 24 mg Retardtabl.	G	N02AA03	303
RE2	Hydroxyurea "medac" Kaps.	Y	L01XX05	518
	Hydroxyzin "Bluefish" 25 mg Filmtabl.	G	N05BB01	344
	Hylak forte Tropf.	G	A07FA01	173
RE1	HyQvia 100 mg/ml Inf.lsg. zur subkutanen Anw. (2,5 g/ 25 ml)	Y	J06BA01	487
RE1	HyQvia 100 mg/ml Inf.lsg. zur subkutanen Anw. (5 g/50 ml)	Y	J06BA01	487
RE1	HyQvia 100 mg/ml Inf.lsg. zur subkutanen Anw. (10 g/ 100 ml)	Y	J06BA01	487
RE1	HyQvia 100 mg/ml Inf.lsg. zur subkutanen Anw. (20 g/ 200 ml)	Y	J06BA01	487
RE1	HyQvia 100 mg/ml Inf.lsg. zur subkutanen Anw. (30 g/ 300 ml)	Y	J06BA01	488
IND	Hyrimoz 40 mg Inj.lsg. Fertigpen	G	L04AB04	282
IND	Hyrimoz 40 mg Inj.lsg. Fertigspr.	G	L04AB04	282
IND	Ibandronic Acid "Accord" 3 mg Inj.lsg. Fertigspr.	G	M05BA06	299
IND	Ibandronic Acid "Accord" 6 mg Konz. zur Herst. einer Inf.lsg.	G	M05BA06	300
IND	Ibandronsäure "+pharma" 3 mg Inj.lsg.	G	M05BA06	299
IND	Ibandronsäure "Actavis" 3 mg Inj.lsg.	G	M05BA06	299
IND	Ibandronsäure "Genericon" 3 mg Inj.lsg.	G	M05BA06	299
IND	Ibandronsäure Osteoviva 3 mg Inj.lsg.	G	M05BA06	299
IND	Ibandronsäure "ratiopharm" 3 mg Inj.lsg.	G	M05BA06	299
IND	Ibandronsäure "Sandoz" 3 mg/3 ml Inj.lsg.	G	M05BA06	300
IND	Ibandronsäure "Sandoz" 6 mg Konz. zur Herst. einer Inf.lsg.	G	M05BA06	300
IND	Ibandronsäure "Stada" 3 mg Inj.lsg.	G	M05BA06	300
	Ibandronsäure "ratiopharm" 150 mg Filmtabl.	G	M05BA06	300
RE2	Ibrance 75 mg Filmtabl. (PM)	Y	L01EF01	501
RE2	Ibrance 100 mg Filmtabl. (PM)	Y	L01EF01	501
RE2	Ibrance 125 mg Filmtabl. (PM)	Y	L01EF01	502
	Ibuprofen "Actavis" 600 mg Filmtabl.	G	M01AE01	295
	Ibuprofen "Genericon" 400 mg Filmtabl.	G	M01AE01	295
	Ibuprofen "Genericon" 600 mg forte Filmtabl.	G	M01AE01	295
IND	Icatibant "Accord" 30 mg Inj.lsg. Fertigspr.	G	B06AC02	201
IND	Icatibant "Hikma" 30 mg Inj.lsg. Fertigspr.	G	B06AC02	201
IND	Icatibant "ratiopharm" 30 mg Inj.lsg. Fertigspr.	G	B06AC02	201
	Ichtho Bad	G	M02AX10	297
	Ichtholan 10 % Salbe	G	D03AX	238
	Ichtholan 20 % Salbe	G	D03AX	238
	Ichtholan 50 % Salbe	G	D03AX	238
IND	Idacio 40 mg Inj.lsg. Fertigpen	G	L04AB04	282
IND	Idacio 40 mg Inj.lsg. Fertigspr.	G	L04AB04	282
RE1	IgVena 50 g/l Inf.lsg. (1 g/20 ml)	Y	J06BA02	489
RE1	IgVena 50 g/l Inf.lsg. (2,5 g/50 ml)	Y	J06BA02	489

KASS	Bezeichnung	Box	ATC	Seite
RE1	IgVena 50 g/l Inf.lsg. (5 g/100 ml)	Y	J06BA02	489
RE1	IgVena 50 g/l Inf.lsg. (10 g/200 ml)	Y	J06BA02	489
Au	Ikervis 1 mg/ml Augentropf., Emulsion PM	G	S01XA18	377
RE1	Ilaris 150 mg/ml Inj.lsg.	Y	L04AC08	541
RE1	Ilomedin 10 mcg/0,5 ml Inf.lsg.konz.	Y	B01AC11	403
RE1	Ilomedin 50 mcg/0,5 ml Inf.lsg.konz.	Y	B01AC11	403
RE1	Ilumetri 100 mg Inj.lsg. Fertigpen PM	Y	L04AC17	543
RE1	Ilumetri 100 mg Inj.lsg. Fertigspr. PM	Y	L04AC17	543
RE1	Ilumetri 200 mg Inj.lsg. Fertigspr. PM	Y	L04AC17	544
IND	Imagerolan 100 mg Filmtabl.	G	L01EA01	269
IND	Imagerolan 400 mg Filmtabl.	G	L01EA01	269
IND	Imatinib "1A Pharma" 100 mg Filmtabl.	G	L01EA01	269
IND	Imatinib "1A Pharma" 400 mg Filmtabl.	G	L01EA01	269
IND	Imatinib "Accord" 100 mg Filmtabl.	G	L01EA01	269
IND	Imatinib "Accord" 400 mg Filmtabl.	G	L01EA01	269
IND	Imatinib "HCS" 100 mg Filmtabl.	G	L01EA01	269
IND	Imatinib "HCS" 400 mg Filmtabl.	G	L01EA01	270
IND	Imatinib "Sandoz" 100 mg Filmtabl.	G	L01EA01	269
IND	Imatinib "Sandoz" 400 mg Filmtabl.	G	L01EA01	270
IND	Imatinib "Teva" 100 mg Filmtabl.	G	L01EA01	269
IND	Imatinib "Teva" 400 mg Filmtabl.	G	L01EA01	270
RE1	Imbruvica 140 mg Filmtabl. PM	Y	L01EL01	505
RE1	Imbruvica 280 mg Filmtabl. PM	Y	L01EL01	505
RE1	Imbruvica 420 mg Filmtabl. PM	Y	L01EL01	505
RE1	Imbruvica 560 mg Filmtabl. PM	Y	L01EL01	505
RE1	Imigran 6 mg/0,5 ml Spritzamp.	Y	N02CC01	576
IND	Imikeraderm 50 mg/g Creme	G	D06BB10	240
RE2	Immucothel 1 mg Trockensubst. mit Lsgm.	Y	L03AX10	525
RE2	Immucothel 10 mg Trockensubst. mit Lsgm.	Y	L03AX10	526
RE1	Immunine 600 IE Trockenstechamp. mit Lsgm.	Y	B02BD04	414
RE1	Immunine 1200 IE Trockenstechamp. mit Lsgm.	Y	B02BD04	414
	Immunoprin mite 50 mg Filmtabl.	G	L04AX01	285
	Immunoprin 75 mg Filmtabl.	G	L04AX01	286
	Immunoprin 100 mg Filmtabl.	G	L04AX01	286
RE1	Imukin Stechamp.	Y	L03AB03	521
IND	Imuldosa 45 mg Inj.lsg. Fertigspr.	G	L04AC05	283
IND	Imuldosa 90 mg Inj.lsg. Fertigspr.	G	L04AC05	283
IND	Imuldosa 130 mg Konz. zur Herst. einer Inf.lsg.	G	L04AC05	283
	Imurek Filmtabl.	G	L04AX01	285
RE1	Increlex 10 mg/ml Inj.lsg.	Y	H01AC03	464
RE1	Incresync 12,5 mg/30 mg Filmtabl.	Y	A10BD09	388
RE1	Incresync 25 mg/30 mg Filmtabl.	Y	A10BD09	389
IND	Incruse 55 mcg einzeldosiertes Plv. zur Inh.	G	R03BB07	368
	Indapamid "+pharma" retard 1,5 mg Filmtabl.	G	C03BA11	205
	Indapamid "Actavis" 1,5 mg Retardtabl.	G	C03BA11	205
	Indapamid "ratiopharm" 1,5 mg Retardtabl.	G	C03BA11	206
	Indapamid "Stada" 1,5 mg Retardtabl.	G	C03BA11	206
	Inderal 10 mg Filmtabl.	G	C07AA05	212
	Inderal 40 mg Filmtabl.	G	C07AA05	212
	Indocid 25 mg Kaps.	G	M01AB01	293
	Indocid retard 75 mg Kaps.	G	M01AB01	293
IND	InfectoCiproCort 3 mg/ml + 0,25 mg/ml Ohrentropf.	G	S02CA05	377

KASS	Bezeichnung	Box	ATC	Seite
	Infectoscab 5 % Creme	G	P03AC04	360
IND	Inflectra 100 mg Plv. für ein Konz. zur Herst. einer Inf.lsg.	G	L04AB02	280
	Inhibace 0,5 mg Filmtabl.	G	C09AA08	220
	Inhibace 2,5 mg Filmtabl.	G	C09AA08	220
	Inhibace 5 mg Filmtabl.	G	C09AA08	220
	Inhibace plus 5 mg/12,5 mg Filmtabl.	G	C09BA08	222
	Inhixa 2.000 IE (20 mg)/0,2 ml Inj.lsg. Fertigspr.	G	B01AB05	182
	Inhixa 4.000 IE (40 mg)/0,4 ml Inj.lsg. Fertigspr.	G	B01AB05	183
	Inhixa 6.000 IE (60 mg)/0,6 ml Inj.lsg. Fertigspr.	G	B01AB05	183
	Inhixa 8.000 IE (80 mg)/0,8 ml Inj.lsg. Fertigspr.	G	B01AB05	183
	Inhixa 10.000 IE (100 mg)/1 ml Inj.lsg. Fertigspr.	G	B01AB05	183
	Inkontan 15 mg Filmtabl.	G	G04BD09	249
	Inkontan 30 mg Filmtabl.	G	G04BD09	249
	Inotyol Salbe	G	D05AA	238
RE1	Insidon Drag.	Y	N06AA05	582
IND	Inspra 25 mg Filmtabl.	G	C03DA04	207
IND	Inspra 50 mg Filmtabl.	G	C03DA04	208
	Insulatard FlexPen 100 IE/ml Inj.susp. Fertigpen	G	A10AC01	175
	Insulatard Penfill 100 IE/ml Inj.susp. Patronen	G	A10AC01	175
RE2	Intelence 200 mg Tabl.	Y	J05AG04	481
RE1	Intratect 50 g/l Inf.lsg. (2,5 g/50 ml)	Y	J06BA02	489
RE1	Intratect 50 g/l Inf.lsg. (5 g/100 ml)	Y	J06BA02	489
RE1	Intratect 50 g/l Inf.lsg. (10 g/200 ml)	Y	J06BA02	489
RE1	Intratect 100 g/l Inf.lsg. (5 g/50 ml)	Y	J06BA02	489
RE1	Intratect 100 g/l Inf.lsg. (10 g/100 ml)	Y	J06BA02	490
RE1	Intratect 100 g/l Inf.lsg. (20 g/200 ml)	Y	J06BA02	490
Au	Iopidine 0,5 % Augentropf.	G	S01EA03	374
RE1	Iqirvo 80 mg Filmtabl. (PM)	Y	A05AX06	383
	Irbepress 75 mg Filmtabl.	G	C09CA04	224
	Irbepress 150 mg Filmtabl.	G	C09CA04	224
	Irbepress 300 mg Filmtabl.	G	C09CA04	224
	Irbepress/HCT 150 mg/12,5 mg Filmtabl.	G	C09DA04	226
	Irbepress/HCT 300 mg/12,5 mg Filmtabl.	G	C09DA04	226
	Irbepress/HCT 300 mg/25 mg Filmtabl.	G	C09DA04	227
	Irenat Tropf.	G	H03BC	255
	Iruxolum Mono Salbe	G	D03BA02	238
RE1	Isentress 400 mg Filmtabl.	Y	J05AJ01	482
RE1	Isentress 600 mg Filmtabl.	Y	J05AJ01	482
	ISMN "Genericon" 20 mg Tabl.	G	C01DA14	202
	ISMN "Genericon" 40 mg Tabl.	G	C01DA14	202
	Isomonat 20 mg Tabl.	G	C01DA14	202
	Isomonat retard 40 mg Retardtabl.	G	C01DA14	202
	Isoptin 5 mg Amp.	G	C08DA01	217
	Isoptin 40 mg Drag.	G	C08DA01	217
	Isoptin retard 120 mg Filmtabl.	G	C08DA01	217
	Isoptin RR retard 240 mg Filmtabl.	G	C08DA01	217
	Isozid-H farblos alkohol. Lsg. z. Hautdesinfektion	G	D08AX53	242
	Iterium 1 mg Tabl.	G	C02AC06	204
F D	Itraconazol "Stada" 100 mg Kaps.	G	J02AC02	265
D	Itraconazol "Stada" 100 mg Kaps.	G	J02AC02	265
ADL	Itulazax 12 SQ-Bet Lyophilisat zum Einnehmen (PM)	G	V01AA05	378
	Ivabradin "Aristo" 5 mg Filmtabl.	G	C01EB17	203

KASS	Bezeichnung	Box	ATC	Seite
	Ivabradin "Aristo" 7,5 mg Filmtabl.	G	C01EB17	203
	Ivabradin "Genericon" 5 mg Filmtabl.	G	C01EB17	203
	Ivabradin "Genericon" 7,5 mg Filmtabl.	G	C01EB17	203
	Ivabradin "HCS" 5 mg Filmtabl.	G	C01EB17	203
	Ivabradin "HCS" 7,5 mg Filmtabl.	G	C01EB17	203
	Ivabradin "ratiopharm" 5 mg Filmtabl.	G	C01EB17	203
	Ivabradin "ratiopharm" 7,5 mg Filmtabl.	G	C01EB17	203
	Ivacorlan 5 mg Filmtabl.	G	C01EB17	203
	Ivacorlan 7,5 mg Filmtabl.	G	C01EB17	203
IND	Ivergelan 3 mg Tabl.	G	P02CF01	360
IND	Ivermectin "Stada" 3 mg Tabl.	G	P02CF01	360
	Ivor 2.500 IE Anti-Xa/0,2 ml Inj.lsg. Fertigspr.	G	B01AB12	183
	Ivor 3.500 IE Anti-Xa/0,2 ml Inj.lsg. Fertigspr.	G	B01AB12	183
IND	Jamesi 50 mg/850 mg Filmtabl.	G	A10BD07	177
IND	Jamesi 50 mg/1000 mg Filmtabl.	G	A10BD07	177
IND	Jansitin 25 mg Filmtabl.	G	A10BH01	178
IND	Jansitin 50 mg Filmtabl.	G	A10BH01	178
IND	Jansitin 100 mg Filmtabl.	G	A10BH01	179
IND	Jansitin Duo 50 mg/850 mg Filmtabl.	G	A10BD07	177
IND	Jansitin Duo 50 mg/1000 mg Filmtabl.	G	A10BD07	177
RE2	Jardiance 10 mg Filmtabl. (PM)	Y	A10BK03	396
RE2	Jardiance 25 mg Filmtabl. (PM)	Y	A10BK03	396
IND	Jazeta 25 mg Filmtabl.	G	A10BH01	178
IND	Jazeta 50 mg Filmtabl.	G	A10BH01	179
IND	Jazeta 100 mg Filmtabl.	G	A10BH01	179
RE2	Jentadueto 2,5 mg/850 mg Filmtabl. (PM)	Y	A10BD11	389
RE2	Jentadueto 2,5 mg/1000 mg Filmtabl. (PM)	Y	A10BD11	389
RE2	Jext 150 mcg Inj.lsg. Fertigpen	Y	C01CA24	428
RE2	Jext 300 mcg Inj.lsg. Fertigpen	Y	C01CA24	428
IND	Jinarc 15 mg Tabl.	G	C03XA01	209
IND	Jinarc 15 mg + 45 mg Tabl.	G	C03XA01	209
IND	Jinarc 30 mg Tabl.	G	C03XA01	209
IND	Jinarc 30 mg + 60 mg Tabl.	G	C03XA01	210
IND	Jinarc 30 mg + 90 mg Tabl.	G	C03XA01	210
	Jodid "Merck" 100 mcg Tabl.	G	H03CA	255
	Jodthyrox Tabl.	G	H03AA51	254
R	Jopamiro 300 mg J/ml Stechamp. 100 ml	G	V08AB04	380
RE1	Jorveza 0,5 mg Schmelztabl. (PM)	Y	A07EA06	385
RE1	Jorveza 1 mg Schmelztabl. (PM)	Y	A07EA06	386
RE2	Jyseleca 100 mg Filmtabl. (PM)	Y	L04AF04	555
RE2	Jyseleca 200 mg Filmtabl. (PM)	Y	L04AF04	556
RE1	Kaftrio 37,5 mg/25 mg/50 mg Filmtabl. (PM)	Y	R07AX32	629
RE1	Kaftrio 75 mg/50 mg/100 mg Filmtabl. (PM)	Y	R07AX32	630
RE1	Kaftrio 60 mg/40 mg/80 mg Gran. Btl. (PM)	Y	R07AX32	629
RE1	Kaftrio 75 mg/50 mg/100 mg Gran. Btl. (PM)	Y	R07AX32	630
RE2	Kaletra 200 mg/50 mg Filmtabl.	Y	J05AR10	485
RE2	Kaletra Lsg. zum Einnehmen	Y	J05AR10	485
	Kalioral "Fresenius" Plv.	G	A12BA30	181
RE1	Kalydeco 75 mg Filmtabl. (PM)	Y	R07AX02	623
RE1	Kalydeco 150 mg Filmtabl. (PM)	Y	R07AX02	625
RE1	Kalydeco 25 mg Gran. Btl. (PM)	Y	R07AX02	621
RE1	Kalydeco 50 mg Gran. Btl. (PM)	Y	R07AX02	621

KASS	Bezeichnung	Box	ATC	Seite
RE1	Kalydeco 59,5 mg Gran. Btl. (PM)	Y	R07AX02	622
RE1	Kalydeco 75 mg Gran. Btl. (PM)	Y	R07AX02	624
	KCl retard Slow-K 600 mg Drag.	G	A12BA01	181
	Keflex 1000 mg Filmtabl.	G	J01DB01	259
	Kemadrin Tabl.	G	N04AA04	324
D	Keracutan 10 mg Kaps.	G	D05BB02	239
D	Keracutan 25 mg Kaps.	G	D05BB02	239
	Keratosis + Tretinoin Creme "Widmer"	G	D02AE51	238
RE2	Kerendia 10 mg Filmtabl. (PM)	Y	C03DA05	439
RE2	Kerendia 20 mg Filmtabl. (PM)	Y	C03DA05	439
RE1	Kesimpta 20 mg Inj.lsg. Fertigpen (PM)	Y	L04AG12	561
	Keto-Vision 5 mg/ml Augentropf	G	S01BC05	373
RE1	Kinpeygo 4 mg Hartkaps. mit veränderter Wirkstofffreisetzung (PM)	Y	A07EA06	386
RE1	Kiovig 100 mg/ml Inf.lsg. (2,5 g/25 ml)	Y	J06BA02	490
RE1	Kiovig 100 mg/ml Inf.lsg. (5 g/50 ml)	Y	J06BA02	490
RE1	Kiovig 100 mg/ml Inf.lsg. (10 g/100 ml)	Y	J06BA02	490
RE1	Kiovig 100 mg/ml Inf.lsg. (20 g/200 ml)	Y	J06BA02	490
RE1	Kisqali 200 mg Filmtabl. (PM)	Y	L01EF02	502
	Klacid Uno Filmtabl.	G	J01FA09	261
F14	Klacid 125 mg/5 ml Gran. f. orale Susp.	G	J01FA09	261
F14	Klacid 250 mg/5 ml Gran. f. orale Susp.	G	J01FA09	261
RE1	Klisyri 10 mg/g Salbe	Y	D06BX03	447
RE1	Komboglyze 2,5 mg/850 mg Filmtabl.	Y	A10BD10	389
RE1	Komboglyze 2,5 mg/1000 mg Filmtabl.	Y	A10BD10	389
RE2	Konakion 2 mg/0,2 ml Mischmizellenlsg. Amp.	Y	B02BA01	410
	Konakion 10 mg/1 ml Mischmizellenlsg. Amp.	G	B02BA01	192
RE1	Kovaltry 250 IE Plv. und Lsgm. zur Herst. einer Inj.lsg.	Y	B02BD02	412
RE1	Kovaltry 500 IE Plv. und Lsgm. zur Herst. einer Inj.lsg.	Y	B02BD02	412
RE1	Kovaltry 1000 IE Plv. und Lsgm. zur Herst. einer Inj.lsg.	Y	B02BD02	412
RE1	Kovaltry 2000 IE Plv. und Lsgm. zur Herst. einer Inj.lsg.	Y	B02BD02	412
RE1	Kovaltry 3000 IE Plv. und Lsgm. zur Herst. einer Inj.lsg.	Y	B02BD02	412
	Kreon 10.000 E Kaps.	G	A09AA02	174
	Kreon 25.000 E Kaps.	G	A09AA02	174
IND	Kreon 25.000 E Kaps.	G	A09AA02	174
RE1	Kuvan 100 mg Tabl. zur Herst. einer Lsg. zum Einnehmen	Y	A16AX07	399
RE1	Kyntheum 210 mg Inj.lsg. Fertigspr. (PM)	Y	L04AC12	542
N	Lacopat 50 mg Filmtabl.	G	N03AX18	324
N	Lacopat 100 mg Filmtabl.	G	N03AX18	324
N	Lacopat 150 mg Filmtabl.	G	N03AX18	324
N	Lacopat 200 mg Filmtabl.	G	N03AX18	324
N	Lacopat 10 mg/ml Sirup	G	N03AX18	323
N	Lacosamid "UCB" 50 mg Filmtabl.	G	N03AX18	324
N	Lacosamid "UCB" 100 mg Filmtabl.	G	N03AX18	324
N	Lacosamid "UCB" 150 mg Filmtabl.	G	N03AX18	324
N	Lacosamid "UCB" 200 mg Filmtabl.	G	N03AX18	324
N	Lacosamid "UCB" 10 mg/ml Sirup	G	N03AX18	324
	Lactulose "Genericon" Konz. orale Lsg.	G	A06AD11	171
	Lactulose "MIP" 650 mg/ml Lsg. zum Einnehmen	G	A06AD11	171
	Laevolac Lactulose Konz. orale Lsg.	G	A06AD11	171
IND	Lafene 12 mcg/h transdermales Pflaster	G	N02AB03	305
IND	Lafene 25 mcg/h transdermales Pflaster	G	N02AB03	305

KASS	Bezeichnung	Box	ATC	Seite
IND	Lafene 50 mcg/h transdermales Pflaster	G	N02AB03	306
IND	Lafene 75 mcg/h transdermales Pflaster	G	N02AB03	306
IND	Lafene 100 mcg/h transdermales Pflaster	G	N02AB03	306
IND	Lamictal 5 mg Kau-/Schmelztabl.	G	N03AX09	320
IND	Lamictal 25 mg Kau-/Schmelztabl.	G	N03AX09	320
IND	Lamictal 50 mg Kau-/Schmelztabl.	G	N03AX09	320
IND	Lamictal 100 mg Kau-/Schmelztabl.	G	N03AX09	321
IND	Lamictal 200 mg Kau-/Schmelztabl.	G	N03AX09	321
IND	Lamotrigin "1A Pharma" 25 mg lösl. Tabl.	G	N03AX09	320
IND	Lamotrigin "1A Pharma" 50 mg lösl. Tabl.	G	N03AX09	320
IND	Lamotrigin "1A Pharma" 100 mg lösl. Tabl.	G	N03AX09	321
IND	Lamotrigin "1A Pharma" 200 mg lösl. Tabl.	G	N03AX09	321
IND	Lamotrigin "Genericon" 25 mg lösl. Tabl.	G	N03AX09	320
IND	Lamotrigin "Genericon" 50 mg lösl. Tabl.	G	N03AX09	320
IND	Lamotrigin "Genericon" 100 mg lösl. Tabl.	G	N03AX09	321
IND	Lamotrigin "Genericon" 200 mg lösl. Tabl.	G	N03AX09	321
IND	Lamotrigin "ratiopharm GmbH" 25 mg lösl. Tabl.	G	N03AX09	320
IND	Lamotrigin "ratiopharm GmbH" 50 mg lösl. Tabl.	G	N03AX09	321
IND	Lamotrigin "ratiopharm GmbH" 100 mg lösl. Tabl.	G	N03AX09	321
IND	Lamotrigin "ratiopharm GmbH" 200 mg lösl. Tabl.	G	N03AX09	321
IND	Lamotrigin "Sandoz GmbH" 25 mg lösl. Tabl.	G	N03AX09	320
IND	Lamotrigin "Sandoz GmbH" 50 mg lösl. Tabl.	G	N03AX09	321
IND	Lamotrigin "Sandoz GmbH" 100 mg lösl. Tabl.	G	N03AX09	321
IND	Lamotrigin "Sandoz GmbH" 200 mg lösl. Tabl.	G	N03AX09	321
IND	Lamotrigin "Stada" 25 mg lösl. Tabl.	G	N03AX09	320
IND	Lamotrigin "Stada" 50 mg lösl. Tabl.	G	N03AX09	321
IND	Lamotrigin "Stada" 100 mg lösl. Tabl.	G	N03AX09	321
IND	Lamotrigin "Stada" 200 mg lösl. Tabl.	G	N03AX09	321
	Lanair 10 mg Filmtabl.	G	R03DC03	369
	Lanair 4 mg Kautabl.	G	R03DC03	368
	Lanair 5 mg Kautabl.	G	R03DC03	369
	Lanitop 0,1 mg Tabl.	G	C01AA08	201
	Lannapril 2,5 mg Tabl.	G	C09AA05	219
	Lannapril 5 mg Tabl.	G	C09AA05	219
	Lannapril 10 mg Tabl.	G	C09AA05	219
	Lannapril plus Tabl.	G	C09BA05	221
	Lannapril plus forte Tabl.	G	C09BA05	221
	Lanolept 25 mg Tabl.	G	N05AH02	331
	Lanolept 100 mg Tabl.	G	N05AH02	331
	Lansobene 15 mg Kaps.	G	A02BC03	166
	Lansobene 30 mg Kaps.	G	A02BC03	166
	Lansoprazol "+pharma" 15 mg magensaftresistente Kaps.	G	A02BC03	166
	Lansoprazol "+pharma" 30 mg magensaftresistente Kaps.	G	A02BC03	166
	Lansoprazol "Actavis" 15 mg magensaftresistente Hartkaps.	G	A02BC03	166
	Lansoprazol "Actavis" 30 mg magensaftresistente Hartkaps.	G	A02BC03	166
	Lansoprazol "Alternova" 15 mg Kaps.	G	A02BC03	166
	Lansoprazol "Alternova" 30 mg Kaps.	G	A02BC03	166
	Lansoprazol "Genericon" 15 mg magensaftresistente Kaps.	G	A02BC03	166
	Lansoprazol "Genericon" 30 mg magensaftresistente Kaps.	G	A02BC03	166
	Lansoprazol "Sandoz" 15 mg Hartkaps	G	A02BC03	166

KASS	Bezeichnung	Box	ATC	Seite
	Lansoprazol "Sandoz" 30 mg Hartkaps.	G	A02BC03	166
	Lansoprazol "Stada" 15 mg magensaftresistente Hartkaps.	G	A02BC03	166
	Lansoprazol "Stada" 30 mg magensaftresistente Hartkaps.	G	A02BC03	166
RE2	Lantus 100 E/ml Inj.lsg. Patronen	Y	A10AE04	387
	Lasilacton 20 mg/50 mg Kaps.	G	C03EB01	208
	Lasilacton 20 mg/100 mg Kaps.	G	C03EB01	208
	Lasix 40 mg Tabl.	G	C03CA01	206
	Lasix retard 60 mg Kaps.	G	C03CA01	206
Au	Latacris 50 mcg/ml Augentropf.	G	S01EE01	376
Au	Latanoprost "Agepha" 50 mcg/ml Augentropf.	G	S01EE01	376
Au	Latanoprost comp "ratiopharm" 50 mcg/ml + 5 mg/ml Augentropf.	G	S01ED51	375
Au	Latanoprost "Stada" 50 mcg/ml Augentropf.	G	S01EE01	376
Au	Latanoprost/Timolol "Stada" 50 mcg/ml + 5 mg/ml Augentropf.	G	S01ED51	375
Au	Latanoprost "Unimed Pharma" 50 mcg/ml Augentropf.	G	S01EE01	376
Au	Latanoprost "Viatris" 50 mcg/ml Augentropf.	G	S01EE01	376
Au	Latanoprost/Timolol "Viatris" 50 mcg/ml + 5 mg/ml Augentropf.	G	S01ED51	375
Au	Latano-Vision 50 mcg/ml Augentropf.	G	S01EE01	376
Au	LatanoTim-Vision 50 mcg/ml + 5 mg/ml Augentropf.	G	S01ED51	375
	Laxogol Plv. zur Herst. einer Lsg. zum Einnehmen	G	A06AD65	171
RE1	Lazcluze 80 mg Filmtabl. (PM)	Y	L01EB09	496
RE1	Lazcluze 240 mg Filmtabl. (PM)	Y	L01EB09	496
	Lecicarbon Zäpf.	G	A06AX02	171
IND	Leflunomid "Stada" 10 mg Filmtabl.	G	L04AK01	285
IND	Leflunomid "Stada" 20 mg Filmtabl.	G	L04AK01	285
	Legalon 70 mg Kaps.	G	A05BA03	170
	Legalon 140 mg Kaps.	G	A05BA03	170
IND	Lenalidomid "+pharma" 2,5 mg Hartkaps.	G	L04AX04	286
IND	Lenalidomid "+pharma" 5 mg Hartkaps.	G	L04AX04	287
IND	Lenalidomid "+pharma" 7,5 mg Hartkaps.	G	L04AX04	288
IND	Lenalidomid "+pharma" 10 mg Hartkaps.	G	L04AX04	288
IND	Lenalidomid "+pharma" 15 mg Hartkaps.	G	L04AX04	289
IND	Lenalidomid "+pharma" 20 mg Hartkaps.	G	L04AX04	290
IND	Lenalidomid "+pharma" 25 mg Hartkaps.	G	L04AX04	290
IND	Lenalidomid "Accord" 2,5 mg Hartkaps.	G	L04AX04	286
IND	Lenalidomid "Accord" 5 mg Hartkaps.	G	L04AX04	287
IND	Lenalidomid "Accord" 7,5 mg Hartkaps.	G	L04AX04	288
IND	Lenalidomid "Accord" 10 mg Hartkaps.	G	L04AX04	288
IND	Lenalidomid "Accord" 15 mg Hartkaps.	G	L04AX04	289
IND	Lenalidomid "Accord" 20 mg Hartkaps.	G	L04AX04	290
IND	Lenalidomid "Accord" 25 mg Hartkaps.	G	L04AX04	291
IND	Lenalidomid "Fresenius Kabi" 2,5 mg Hartkaps.	G	L04AX04	286
IND	Lenalidomid "Fresenius Kabi" 5 mg Hartkaps.	G	L04AX04	287
IND	Lenalidomid "Fresenius Kabi" 7,5 mg Hartkaps.	G	L04AX04	288
IND	Lenalidomid "Fresenius Kabi" 10 mg Hartkaps.	G	L04AX04	289
IND	Lenalidomid "Fresenius Kabi" 15 mg Hartkaps.	G	L04AX04	289
IND	Lenalidomid "Fresenius Kabi" 20 mg Hartkaps.	G	L04AX04	290
IND	Lenalidomid "Fresenius Kabi" 25 mg Hartkaps.	G	L04AX04	291
IND	Lenalidomid "G.L." 2,5 mg Hartkaps.	G	L04AX04	287
IND	Lenalidomid "G.L." 5 mg Hartkaps.	G	L04AX04	287

KASS	Bezeichnung	Box	ATC	Seite
IND	Lenalidomid "G.L." 7,5 mg Hartkaps.	G	L04AX04	288
IND	Lenalidomid "G.L." 10 mg Hartkaps.	G	L04AX04	289
IND	Lenalidomid "G.L." 15 mg Hartkaps.	G	L04AX04	289
IND	Lenalidomid "G.L." 20 mg Hartkaps.	G	L04AX04	290
IND	Lenalidomid "G.L." 25 mg Hartkaps.	G	L04AX04	291
IND	Lenalidomid "Grindeks" 2,5 mg Hartkaps.	G	L04AX04	287
IND	Lenalidomid "Grindeks" 5 mg Hartkaps.	G	L04AX04	287
IND	Lenalidomid "Grindeks" 7,5 mg Hartkaps.	G	L04AX04	288
IND	Lenalidomid "Grindeks" 10 mg Hartkaps.	G	L04AX04	289
IND	Lenalidomid "Grindeks" 15 mg Hartkaps.	G	L04AX04	289
IND	Lenalidomid "Grindeks" 20 mg Hartkaps.	G	L04AX04	290
IND	Lenalidomid "Grindeks" 25 mg Hartkaps.	G	L04AX04	291
IND	Lenalidomid "Krka" 2,5 mg Hartkaps.	G	L04AX04	287
IND	Lenalidomid "Krka" 5 mg Hartkaps.	G	L04AX04	287
IND	Lenalidomid "Krka" 7,5 mg Hartkaps.	G	L04AX04	288
IND	Lenalidomid "Krka" 10 mg Hartkaps.	G	L04AX04	289
IND	Lenalidomid "Krka" 15 mg Hartkaps.	G	L04AX04	289
IND	Lenalidomid "Krka" 20 mg Hartkaps.	G	L04AX04	290
IND	Lenalidomid "Krka" 25 mg Hartkaps.	G	L04AX04	291
IND	Lenalidomid "Mylan" 2,5 mg Hartkaps.	G	L04AX04	287
IND	Lenalidomid "Mylan" 5 mg Hartkaps.	G	L04AX04	287
IND	Lenalidomid "Mylan" 7,5 mg Hartkaps.	G	L04AX04	288
IND	Lenalidomid "Mylan" 10 mg Hartkaps.	G	L04AX04	289
IND	Lenalidomid "Mylan" 15 mg Hartkaps.	G	L04AX04	289
IND	Lenalidomid "Mylan" 20 mg Hartkaps.	G	L04AX04	290
IND	Lenalidomid "Mylan" 25 mg Hartkaps.	G	L04AX04	291
IND	Lenalidomid "Sandoz" 2,5 mg Hartkaps.	G	L04AX04	287
IND	Lenalidomid "Sandoz" 5 mg Hartkaps.	G	L04AX04	287
IND	Lenalidomid "Sandoz" 7,5 mg Hartkaps.	G	L04AX04	288
IND	Lenalidomid "Sandoz" 10 mg Hartkaps.	G	L04AX04	289
IND	Lenalidomid "Sandoz" 15 mg Hartkaps.	G	L04AX04	289
IND	Lenalidomid "Sandoz" 20 mg Hartkaps.	G	L04AX04	290
IND	Lenalidomid "Sandoz" 25 mg Hartkaps.	G	L04AX04	291
IND	Lenalidomid "Stada" 2,5 mg Hartkaps.	G	L04AX04	287
IND	Lenalidomid "Stada" 5 mg Hartkaps.	G	L04AX04	287
IND	Lenalidomid "Stada" 7,5 mg Hartkaps.	G	L04AX04	288
IND	Lenalidomid "Stada" 10 mg Hartkaps.	G	L04AX04	289
IND	Lenalidomid "Stada" 15 mg Hartkaps.	G	L04AX04	290
IND	Lenalidomid "Stada" 20 mg Hartkaps.	G	L04AX04	290
IND	Lenalidomid "Stada" 25 mg Hartkaps.	G	L04AX04	291
IND	Lenalidomid "Teva" 2,5 mg Hartkaps.	G	L04AX04	287
IND	Lenalidomid "Teva" 5 mg Hartkaps.	G	L04AX04	288
IND	Lenalidomid "Teva" 7,5 mg Hartkaps.	G	L04AX04	288
IND	Lenalidomid "Teva" 10 mg Hartkaps.	G	L04AX04	289
IND	Lenalidomid "Teva" 15 mg Hartkaps.	G	L04AX04	290
IND	Lenalidomid "Teva" 20 mg Hartkaps.	G	L04AX04	290
IND	Lenalidomid "Teva" 25 mg Hartkaps.	G	L04AX04	291
IND	Lenalidomid "Zentiva" 2,5 mg Hartkaps.	G	L04AX04	287
IND	Lenalidomid "Zentiva" 5 mg Hartkaps.	G	L04AX04	288
IND	Lenalidomid "Zentiva" 7,5 mg Hartkaps.	G	L04AX04	288
IND	Lenalidomid "Zentiva" 10 mg Hartkaps.	G	L04AX04	289
IND	Lenalidomid "Zentiva" 15 mg Hartkaps.	G	L04AX04	290

KASS	Bezeichnung	Box	ATC	Seite
IND	Lenalidomid "Zentiva" 20 mg Hartkaps.	G	L04AX04	290
IND	Lenalidomid "Zentiva" 25 mg Hartkaps.	G	L04AX04	291
	Lendorm Tabl.	G	N05CD09	344
IND	Lenvima 4 mg Hartkaps.	G	L01EX08	273
	Leponex 25 mg Tabl.	G	N05AH02	331
	Leponex 100 mg Tabl.	G	N05AH02	332
RE1	Leqvio 284 mg Inj.lsg. Fertigspr. (PM)	Y	C10AX16	446
	Lercanidipin "Actavis" 10 mg Filmtabl.	G	C08CA13	217
	Lercanidipin "Actavis" 20 mg Filmtabl.	G	C08CA13	217
	Lercanidipin "Genericon" 10 mg Filmtabl.	G	C08CA13	217
	Lercanidipin "Genericon" 20 mg Filmtabl.	G	C08CA13	217
	Lercanidipin "ratiopharm" 10 mg Filmtabl.	G	C08CA13	217
	Lercanidipin "ratiopharm" 20 mg Filmtabl.	G	C08CA13	217
	Lercanidipin "Stada" 10 mg Filmtabl.	G	C08CA13	217
	Lercanidipin "Stada" 20 mg Filmtabl.	G	C08CA13	217
	Lescol MR 80 mg Filmtabl.	G	C10AA04	231
	Letrofam 2,5 mg Filmtabl.	G	L02BG04	276
	Letrozol "+pharma" 2,5 mg Filmtabl.	G	L02BG04	276
	Letrozol "Accord" 2,5 mg Filmtabl.	G	L02BG04	276
	Letrozol "Actavis" 2,5 mg Filmtabl.	G	L02BG04	276
	Letrozol "Bluefish" 2,5 mg Filmtabl.	G	L02BG04	276
	Letrozol "Genericon" 2,5 mg Filmtabl.	G	L02BG04	276
	Letrozol "ratiopharm" 2,5 mg Filmtabl.	G	L02BG04	276
	Letrozol "Sandoz" 2,5 mg Filmtabl.	G	L02BG04	276
	Letrozol "Stada" 2,5 mg Filmtabl.	G	L02BG04	276
	Letrozol "Viatris" 2,5 mg Filmtabl.	G	L02BG04	276
	Leukeran 2 mg Filmtabl.	G	L01AA02	267
IND	Leuprorelin "Sandoz" 5 mg Implantat für 3 Monate	G	L02AE02	274
N	Levebon 500 mg Filmtabl.	G	N03AX14	322
N	Levebon 1000 mg Filmtabl.	G	N03AX14	323
N	Levebon 1500 mg Filmtabl.	G	N03AX14	323
N	Levebon 100 mg/ml Lsg. zum Einnehmen	G	N03AX14	322
RE1	Levemir 100 E/ml Inj.lsg. Fertigpen	Y	A10AE05	387
RE1	Levemir 100 E/ml Inj.lsg. Patronen	Y	A10AE05	388
N	Levetiracetam "+pharma" 500 mg Filmtabl.	G	N03AX14	322
N	Levetiracetam "+pharma" 1000 mg Filmtabl.	G	N03AX14	323
N	Levetiracetam "1A Pharma" 500 mg Filmtabl.	G	N03AX14	322
N	Levetiracetam "1A Pharma" 1000 mg Filmtabl.	G	N03AX14	323
N	Levetiracetam "Accord" 250 mg Filmtabl.	G	N03AX14	322
N	Levetiracetam "Accord" 500 mg Filmtabl.	G	N03AX14	322
N	Levetiracetam "Accord" 750 mg Filmtabl.	G	N03AX14	323
N	Levetiracetam "Accord" 1000 mg Filmtabl.	G	N03AX14	323
N	Levetiracetam "Accord" 100 mg/ml Lsg. zum Einnehmen	G	N03AX14	322
N	Levetiracetam "Actavis" 250 mg Filmtabl.	G	N03AX14	322
N	Levetiracetam "Actavis" 500 mg Filmtabl.	G	N03AX14	322
N	Levetiracetam "Actavis" 1000 mg Filmtabl.	G	N03AX14	323
N	Levetiracetam "Aristo" 100 mg/ml Lsg. zum Einnehmen	G	N03AX14	322
N	Levetiracetam "Bluefish" 500 mg Filmtabl.	G	N03AX14	322
N	Levetiracetam "Bluefish" 1000 mg Filmtabl.	G	N03AX14	323
N	Levetiracetam "Genericon" 500 mg Filmtabl.	G	N03AX14	322
N	Levetiracetam "Genericon" 1000 mg Filmtabl.	G	N03AX14	323
N	Levetiracetam "Krka" 500 mg Filmtabl.	G	N03AX14	322

KASS	Bezeichnung	Box	ATC	Seite
N	Levetiracetam "Krka" 1000 mg Filmtabl.	G	N03AX14	323
N	Levetiracetam "ratiopharm" 500 mg Filmtabl.	G	N03AX14	322
N	Levetiracetam "ratiopharm" 1000 mg Filmtabl.	G	N03AX14	323
N	Levetiracetam "ratiopharm" 1500 mg Filmtabl.	G	N03AX14	323
N	Levetiracetam "ratiopharm" 100 mg/ml Lsg. zum Einnehmen	G	N03AX14	322
N	Levetiracetam "Sandoz" 500 mg Filmtabl.	G	N03AX14	323
N	Levetiracetam "Sandoz" 1000 mg Filmtabl.	G	N03AX14	323
N	Levetiracetam "Stada" 500 mg Filmtabl.	G	N03AX14	323
N	Levetiracetam "Stada" 1000 mg Filmtabl.	G	N03AX14	323
N	Levetiracetam "Stada" 100 mg/ml Lsg. zum Einnehmen	G	N03AX14	322
N	Levetiracetam "UCB" 500 mg Filmtabl.	G	N03AX14	323
N	Levetiracetam "UCB" 1000 mg Filmtabl.	G	N03AX14	323
	LevoCar retard 200 mg/50 mg Tabl.	G	N04BA02	325
	Levocetirizin "+pharma" 5 mg Filmtabl.	G	R06AE09	371
	Levocetirizin "Actavis" 5 mg Filmtabl.	G	R06AE09	371
	Levocetirizin "Genericon" 5 mg Filmtabl.	G	R06AE09	371
	Levocetirizin "Hexal" 5 mg Filmtabl.	G	R06AE09	371
	Levocetirizin "Krka" 5 mg Filmtabl.	G	R06AE09	371
	Levocetirizin "Stada" 5 mg Filmtabl.	G	R06AE09	371
	Levodopa/Carbidopa/Entacapone "Orion" 50 mg/ 12,5 mg/200 mg Filmtabl.	G	N04BA03	325
	Levodopa/Carbidopa/Entacapone "Orion" 75 mg/ 18,75 mg/200 mg Filmtabl.	G	N04BA03	325
	Levodopa/Carbidopa/Entacapone "Orion" 100 mg/ 25 mg/200 mg Filmtabl.	G	N04BA03	325
	Levodopa/Carbidopa/Entacapone "Orion" 125 mg/ 31,25 mg/200 mg Filmtabl.	G	N04BA03	325
	Levodopa/Carbidopa/Entacapone "Orion" 150 mg/ 37,5 mg/200 mg Filmtabl.	G	N04BA03	325
	Levodopa/Carbidopa/Entacapone "Orion" 175 mg/ 43,75 mg/200 mg Filmtabl.	G	N04BA03	326
	Levodopa/Carbidopa/Entacapone "Orion" 200 mg/ 50 mg/200 mg Filmtabl.	G	N04BA03	326
	Levodopa/Carbidopa/Entacapon "ratiopharm" 50 mg/ 12,5 mg/200 mg Filmtabl.	G	N04BA03	325
	Levodopa/Carbidopa/Entacapon "ratiopharm" 75 mg/ 18,75 mg/200 mg Filmtabl.	G	N04BA03	325
	Levodopa/Carbidopa/Entacapon "ratiopharm" 100 mg/ 25 mg/200 mg Filmtabl.	G	N04BA03	325
	Levodopa/Carbidopa/Entacapon "ratiopharm" 125 mg/31,25 mg/200 mg Filmtabl.	G	N04BA03	325
	Levodopa/Carbidopa/Entacapon "ratiopharm" 150 mg/ 37,5 mg/200 mg Filmtabl.	G	N04BA03	325
	Levodopa/Carbidopa/Entacapon "ratiopharm" 175 mg/43,75 mg/200 mg Filmtabl.	G	N04BA03	326
	Levodopa/Carbidopa/Entacapon "ratiopharm" 200 mg/ 50 mg/200 mg Filmtabl.	G	N04BA03	326
	Levofloxacin "1A Pharma" 250 mg Filmtabl.	G	J01MA12	263
	Levofloxacin "1A Pharma" 500 mg Filmtabl.	G	J01MA12	263
	Levofloxacin "Actavis" 250 mg Filmtabl.	G	J01MA12	263
	Levofloxacin "Actavis" 500 mg Filmtabl.	G	J01MA12	263

KASS	Bezeichnung	Box	ATC	Seite
	Levofloxacin "Krka" 250 mg Filmtabl.	G	J01MA12	263
	Levofloxacin "Krka" 500 mg Filmtabl.	G	J01MA12	263
	Levofloxacin "Sandoz" 500 mg Filmtabl.	G	J01MA12	263
RE1	Levo-Methasan 2,5 mg Tabl.	Y	N07BC05	608
RE1	Levo-Methasan 5 mg Tabl.	Y	N07BC05	608
RE1	Levo-Methasan 10 mg Tabl.	Y	N07BC05	608
RE1	Levo-Methasan 20 mg Tabl.	Y	N07BC05	608
RE1	Levo-Methasan 30 mg Tabl.	Y	N07BC05	608
RE1	Levo-Methasan 5 mg/ml Konz. zur Herst. einer Lsg. zum Einnehmen	Y	N07BC05	608
	Lidaprim forte Filmtabl.	G	J01EE03	260
	Lidocain "Accord" 10 mg/ml Inj.lsg.	G	N01BB02	301
RE1	Linezolid "1A Pharma" 600 mg Filmtabl.	Y	J01XX08	468
RE1	Linezolid "Accord" 600 mg Filmtabl.	Y	J01XX08	468
RE1	Linezolid "HCS" 600 mg Filmtabl.	Y	J01XX08	468
RE1	Linezolid "ratiopharm" 600 mg Filmtabl.	Y	J01XX08	468
RE1	Linezolid "Sandoz" 600 mg Filmtabl.	Y	J01XX08	469
RE1	Linezolid "Stada" 600 mg Filmtabl.	Y	J01XX08	469
	Linoladiol 100 mcg/g Emulsion	G	G03CA03	245
	Lioresal 10 mg Tabl.	G	M03BX01	297
	Lioresal 25 mg Tabl.	G	M03BX01	297
	Lipcor 200 mg Kaps.	G	C10AB05	234
	Lisam 10 mg/5 mg Tabl.	G	C09BB03	222
	Lisam 20 mg/5 mg Tabl.	G	C09BB03	222
	Lisam 20 mg/10 mg Tabl.	G	C09BB03	222
	Lisinocomp "Genericon" semi Tabl.	G	C09BA03	221
	Lisinocomp "Genericon" mite Tabl.	G	C09BA03	221
	Lisinocomp "Genericon" Tabl.	G	C09BA03	221
	Lisinopril "1A Pharma" 5 mg Tabl.	G	C09AA03	218
	Lisinopril "1A Pharma" 10 mg Tabl.	G	C09AA03	219
	Lisinopril "1A Pharma" 20 mg Tabl.	G	C09AA03	219
	Lisinopril "Actavis" 5 mg Tabl.	G	C09AA03	218
	Lisinopril "Actavis" 10 mg Tabl.	G	C09AA03	219
	Lisinopril "Actavis" 20 mg Tabl.	G	C09AA03	219
	Lisinopril "Genericon" 5 mg Tabl.	G	C09AA03	218
	Lisinopril "Genericon" 10 mg Tabl.	G	C09AA03	219
	Lisinopril "Genericon" 20 mg Tabl.	G	C09AA03	219
	Lisinopril "Interpharm" 5 mg Tabl.	G	C09AA03	218
	Lisinopril "Interpharm" 10 mg Tabl.	G	C09AA03	219
	Lisinopril "Interpharm" 20 mg Tabl.	G	C09AA03	219
	Lisinopril "ratiopharm" 5 mg Tabl.	G	C09AA03	218
	Lisinopril "ratiopharm" 10 mg Tabl.	G	C09AA03	219
	Lisinopril "ratiopharm" 20 mg Tabl.	G	C09AA03	219
	Lisinopril "Sandoz GmbH" 5 mg Tabl.	G	C09AA03	218
	Lisinopril "Sandoz GmbH" 10 mg Tabl.	G	C09AA03	219
	Lisinopril "Sandoz GmbH" 20 mg Tabl.	G	C09AA03	219
	Lisinopril/HCT "1A Pharma" semi Tabl.	G	C09BA03	221
	Lisinopril/HCT "1A Pharma" mite Tabl.	G	C09BA03	221
	Lisinopril/HCT "Actavis" 10 mg/12,5 mg Tabl.	G	C09BA03	221
	Lisinopril/HCT "Actavis" 20 mg/12,5 mg Tabl.	G	C09BA03	221
	Lisinopril/HCT "G.L." 10 mg/12,5 mg Tabl.	G	C09BA03	221
	Lisinopril/HCT "G.L." 20 mg/12,5 mg Tabl.	G	C09BA03	221

KASS	Bezeichnung	Box	ATC	Seite
	Lisinopril/HCT "G.L." 20 mg/25 mg Tabl.	G	C09BA03	221
	Lisinopril/HCT "Interpharm" 20 mg/12,5 mg Tabl.	G	C09BA03	221
	Lisinopril/HCT "Interpharm" 20 mg/25 mg Tabl.	G	C09BA03	221
	Lisinopril/HCT "ratiopharm" semi Tabl.	G	C09BA03	221
	Lisinopril/HCT "ratiopharm" mite Tabl.	G	C09BA03	221
	Lisinopril/HCT "ratiopharm" Tabl.	G	C09BA03	221
	Lisinopril/HCT "Sandoz GmbH" 10 mg/12,5 mg Tabl.	G	C09BA03	221
	Lisinopril/HCT "Sandoz GmbH" 20 mg/12,5 mg Tabl.	G	C09BA03	221
	Lisinopril/HCT "Sandoz GmbH" 20 mg/25 mg Tabl.	G	C09BA03	221
	Lisinostad 5 mg Tabl.	G	C09AA03	218
	Lisinostad 10 mg Tabl.	G	C09AA03	219
	Lisinostad 20 mg Tabl.	G	C09AA03	219
RE2	Litalir 500 mg Kaps.	Y	L01XX05	518
RE1	Liviel Tabl.	Y	G03CX01	457
IND	Livostin Augentropf.	G	S01GX02	377
IND	Livostin Nasenspray	G	R01AC02	361
RE1	Livtencity 200 mg Filmtabl. (PM)	Y	J05AX10	487
RE1	Lixiana 15 mg Filmtabl. (PM)	Y	B01AF03	407
RE1	Lixiana 30 mg Filmtabl. (PM)	Y	B01AF03	408
RE1	Lixiana 60 mg Filmtabl. (PM)	Y	B01AF03	408
RE1	Loargys 5 mg/ml Inj.-/Inf.lsg. (PM)	Y	A16AB24	398
IND	Lodronat 520 mg Filmtabl.	G	M05BA02	299
	Lösferron forte Brausetabl.	G	B03AA03	193
RE1	Lokelma 5 g Plv. zur Herst. einer Susp. zum Einnehmen (PM)	Y	V03AE10	634
RE1	Lokelma 10 g Plv. zur Herst. einer Susp. zum Einnehmen (PM)	Y	V03AE10	634
	Lomexin 600 mg Vaginalkaps.	G	G01AF12	245
	Lomexin 2 % Creme	G	D01AC12	237
IND	Lomusol Augentropf.	G	S01GX01	377
IND	Lomusol Nasenspray	G	R01AC01	361
	Lonquex 6 mg Inj.lsg.	G	L03AA14	278
	Lorano 10 mg Schmelztabl.	G	R06AX13	371
	Loratadin "Viatris" 10 mg Filmtabl.	G	R06AX13	371
RE1	Lorviqua 25 mg Filmtabl. (PM)	Y	L01ED05	499
RE1	Lorviqua 100 mg Filmtabl. (PM)	Y	L01ED05	499
	Losarcomp "Genericon" 50 mg/12,5 mg Filmtabl.	G	C09DA01	225
	Losarcomp "Genericon" 100 mg/25 mg Filmtabl.	G	C09DA01	225
	Losartan "+pharma" 50 mg Filmtabl.	G	C09CA01	223
	Losartan "Aliud" 50 mg Filmtabl.	G	C09CA01	223
	Losartan "Aliud" 100 mg Filmtabl.	G	C09CA01	223
	Losartan "Genericon" 12,5 mg Filmtabl.	G	C09CA01	223
	Losartan "Genericon" 50 mg Filmtabl.	G	C09CA01	223
	Losartan "Genericon" 100 mg Filmtabl.	G	C09CA01	223
	Losartan "Krka" 12,5 mg Filmtabl.	G	C09CA01	223
	Losartan "Krka" 25 mg Filmtabl.	G	C09CA01	223
	Losartan "Krka" 50 mg Filmtabl.	G	C09CA01	223
	Losartan "Krka" 100 mg Filmtabl.	G	C09CA01	223
	Losartan "ratiopharm" 50 mg Filmtabl.	G	C09CA01	223
	Losartan "ratiopharm" 100 mg Filmtabl.	G	C09CA01	223
	Losartan/HCT "Actavis" 50 mg/12,5 mg Filmtabl.	G	C09DA01	225
	Losartan/HCT "Actavis" 100 mg/25 mg Filmtabl.	G	C09DA01	225

KASS	Bezeichnung	Box	ATC	Seite
	Losartan/HCT "Aliud" 50 mg/12,5 mg Filmtabl.	G	C09DA01	225
	Losartan/HCT "Aliud" 100 mg/12,5 mg Filmtabl.	G	C09DA01	225
	Losartan/HCT "Aliud" 100 mg/25 mg Filmtabl.	G	C09DA01	225
	Losartan/HCT "Krka" 50 mg/12,5 mg Filmtabl.	G	C09DA01	225
	Losartan/HCT "Krka" 100 mg/12,5 mg Filmtabl.	G	C09DA01	225
	Losartan/HCT "Krka" 100 mg/25 mg Filmtabl.	G	C09DA01	226
	Losec 10 mg magensaftresistente Kaps.	G	A02BC01	164
	Losec 20 mg magensaftresistente Kaps.	G	A02BC01	164
Au	Lotemax 0,5 % Augentropf.susp.	G	S01BA14	373
RE1	Lovenox 30.000 IE (300 mg)/3 ml Inj.lsg. Dstfl.	Y	B01AB05	402
	Lovenox 2.000 IE (20 mg)/0,2 ml Inj.lsg. Fertigspr.	G	B01AB05	183
	Lovenox 4.000 IE (40 mg)/0,4 ml Inj.lsg. Fertigspr.	G	B01AB05	183
	Lovenox 6.000 IE (60 mg)/0,6 ml Inj.lsg. Fertigspr.	G	B01AB05	183
	Lovenox 8.000 IE (80 mg)/0,8 ml Inj.lsg. Fertigspr.	G	B01AB05	183
	Lovenox 10.000 IE (100 mg)/1 ml Inj.lsg. Fertigspr.	G	B01AB05	183
RE1	Lovenox 12.000 IE (120 mg)/0,8 ml Inj.lsg. Fertigspr.	Y	B01AB05	402
RE1	L-Polamidon Lsg. zur Substitution	Y	N07BC05	608
	Ludiomil 25 mg Filmtabl.	G	N06AA21	345
	Ludiomil 50 mg Filmtabl.	G	N06AA21	345
	Ludiomil 75 mg Filmtabl.	G	N06AA21	345
Au	Lumigan 0,1 mg/ml Augentropf.	G	S01EE03	376
RE2	Lumigan 0,3 mg/ml Augentropf. Einzeldosen	Y	S01EE03	631
RE1	Lupkynis 7,9 mg Weichkaps. (PM)	Y	L04AD03	547
IND	Lutrate Depot 22,5 mg Plv. u. Lsgm. zur Herst. einer Depot-Inj.susp.	G	L02AE02	274
RE2	Lutrelef 3,2 mg Plv. und Lsgm. zur Herst. einer Inj.lsg.	Y	H01CA01	465
RE1	Lynparza 100 mg Filmtabl. (PM)	Y	L01XK01	513
RE1	Lynparza 150 mg Filmtabl. (PM)	Y	L01XK01	515
RE1	Lysodren 500 mg Tabl.	Y	L01XX23	518
	Lyumjev 100 E/ml Inj.lsg. Dstfl.	G	A10AB04	174
	Lyumjev 100 E/ml Junior KwikPen Inj.lsg. Fertigpen	G	A10AB04	174
	Lyumjev 100 E/ml KwikPen Inj.lsg. Fertigpen	G	A10AB04	174
	Lyumjev 100 E/ml Inj.lsg. Patronen	G	A10AB04	174
RE1	Lyvdelzi 10 mg Hartkaps. (PM)	Y	A05AX07	384
	Madopar 50 mg/12,5 mg Kaps.	G	N04BA02	324
	Madopar CR 100 mg/25 mg Kaps.	G	N04BA02	324
	Madopar 100 mg/25 mg lösl. Tabl.	G	N04BA02	324
	Madopar 100 mg/25 mg Tabl.	G	N04BA02	324
	Madopar 200 mg/50 mg Tabl.	G	N04BA02	325
IND	Magnonorm "Genericon" 365 mg lösl. Tabl.	G	A12CC30	182
IND	Magnosolv Gran.	G	A12CC30	182
	Marcoumar Tabl.	G	B01AA04	182
RE1	Mavenclad 10 mg Filmtabl. (PM)	Y	L04AA40	528
RE1	Maviret 100 mg/40 mg Filmtabl. (PM)	Y	J05AP57	484
	Maxi-Kalz 500 mg Brausetabl.	G	A12AA04	181
	Maxi-Kalz 1000 mg Brausetabl.	G	A12AA04	181
	Maxi-Kalz Vit. D3 500 mg/400 IE Kautabl.	G	A12AX	181
	Maxi-Kalz Vit. D3 1000 mg/880 IE Gran.	G	A12AX	181
RE1	Mayzent 0,25 mg Filmtabl.	Y	L04AE03	550
RE1	Mayzent 2 mg Filmtabl.	Y	L04AE03	550
KNP	Medikinet 5 mg Tabl.	G	N06BA04	353
KNP	Medikinet 20 mg Tabl.	G	N06BA04	353

KASS	Bezeichnung	Box	ATC	Seite
RE1	Medikinet retard 5 mg Hartkaps. mit veränderter Wirkstofffreisetzung	Y	N06BA04	583
RE1	Medikinet retard 10 mg Hartkaps. mit veränderter Wirkstofffreisetzung	Y	N06BA04	583
RE1	Medikinet retard 20 mg Hartkaps. mit veränderter Wirkstofffreisetzung	Y	N06BA04	583
RE1	Medikinet retard 30 mg Hartkaps. mit veränderter Wirkstofffreisetzung	Y	N06BA04	584
RE1	Medikinet retard 40 mg Hartkaps. mit veränderter Wirkstofffreisetzung	Y	N06BA04	584
	Mefenam 500 mg Filmtabl.	G	M01AG01	296
RE1	Mekinist 0,5 mg Filmtabl.	Y	L01EE01	499
RE1	Mekinist 2,0 mg Filmtabl.	Y	L01EE01	500
RE1	Mektovi 15 mg Filmtabl.	Y	L01EE03	500
RE1	Mektovi 45 mg Filmtabl.	Y	L01EE03	501
IND	Melkart 50 mg Tabl.	G	A10BH02	179
RE2	Memantin "Accord" 10 mg Filmtabl.	Y	N06DX01	602
RE2	Memantin "Accord" 20 mg Filmtabl.	Y	N06DX01	604
RE2	Memantin "Aristo" 10 mg Filmtabl.	Y	N06DX01	602
RE2	Memantin "Aristo" 20 mg Filmtabl.	Y	N06DX01	604
RE2	Memantin "Genericon" 5 mg, 10 mg, 15 mg, 20 mg Filmtabl. Starterpackung	Y	N06DX01	601
RE2	Memantin "Genericon" 10 mg Filmtabl.	Y	N06DX01	603
RE2	Memantin "Genericon" 20 mg Filmtabl.	Y	N06DX01	604
RE2	Memantin "HCS" 10 mg Filmtabl.	Y	N06DX01	603
RE2	Memantin "HCS" 20 mg Filmtabl.	Y	N06DX01	604
IND	Memantin "ratiopharm GmbH" 10 mg Filmtabl.	G	N06DX01	358
IND	Memantin "ratiopharm GmbH" 20 mg Filmtabl.	G	N06DX01	358
IND	Memantin "Stada" 10 mg Filmtabl.	G	N06DX01	358
IND	Memantin "Stada" 20 mg Filmtabl.	G	N06DX01	358
RE2	Memantine "Merz" 5 mg, 10 mg, 15 mg, 20 mg Filmtabl. Starterpackung	Y	N06DX01	601
RE2	Memantine "Merz" 10 mg Filmtabl.	Y	N06DX01	603
RE2	Memantine "Merz" 20 mg Filmtabl.	Y	N06DX01	605
RE2	Memantine "Merz" 5 mg/Pumpenhub Lsg. zum Einnehmen.	Y	N06DX01	602
IND	Memolan 10 mg Filmtabl.	G	N06DX01	358
IND	Memolan 20 mg Filmtabl.	G	N06DX01	358
RE1	Menopur 75 IE/75 IE Plv. und Lsgm. zur Herst. einer Inj.lsg.	Y	G03GA02	457
	Mepinaest purum 0,5 % Amp.	G	N01BB03	301
	Mepinaest purum 1 % Amp.	G	N01BB03	301
	Mepinaest purum 2 % Amp.	G	N01BB03	301
	Mepril 5 mg Tabl.	G	C09AA02	218
	Mepril 10 mg Tabl.	G	C09AA02	218
	Mepril 20 mg Tabl.	G	C09AA02	218
RE2	Mesagran 1000 mg magensaftresistentes Retardgran.	Y	A07EC02	386
RE2	Mesagran 1500 mg magensaftresistentes Retardgran.	Y	A07EC02	386
RE2	Mesagran 3000 mg magensaftresistentes Retardgran.	Y	A07EC02	387
	Mestinon Drag.	G	N07AA02	359
	Metagelan 500 mg Filmtabl.	G	N02BB02	310
	Metagelan 2,5 g Inj.lsg.	G	N02BB02	310
	Metagelan 500 mg Tabl.	G	N02BB02	310
	Metagelan 500 mg/ml Tropf.	G	N02BB02	310

KASS	Bezeichnung	Box	ATC	Seite
	Metamizol "+pharma" 1.000 mg Filmtabl.	G	N02BB02	310
	Metasol 250 mg Plv. und Lsgm. zur Herst. einer Inj.-/Inf.lsg.	G	H02AB04	252
	Metformin "1A Pharma" 850 mg Filmtabl.	G	A10BA02	176
	Metformin "1A Pharma" 1000 mg Filmtabl.	G	A10BA02	176
	Metformin "Bluefish" 850 mg Filmtabl.	G	A10BA02	176
	Metformin "Bluefish" 1000 mg Filmtabl.	G	A10BA02	176
	Metformin "Genericon" 850 mg Filmtabl.	G	A10BA02	176
	Metformin "Genericon" 1000 mg Filmtabl.	G	A10BA02	176
	Metformin "Hexal" 500 mg Filmtabl.	G	A10BA02	175
	Metformin "Hexal" 850 mg Filmtabl.	G	A10BA02	176
	Metformin "Hexal" 1000 mg Filmtabl.	G	A10BA02	176
	Metformin "ratiopharm" 850 mg Filmtabl.	G	A10BA02	176
	Metformin "ratiopharm" 1000 mg Filmtabl.	G	A10BA02	176
RE1	Methasan 5 mg Tabl.	Y	N07BC02	607
RE1	Methasan 10 mg Tabl.	Y	N07BC02	607
RE1	Methasan 20 mg Tabl.	Y	N07BC02	607
RE1	Methasan 40 mg Tabl.	Y	N07BC02	607
RE1	Methasan 60 mg Tabl.	Y	N07BC02	608
RE1	Methasan 10 mg/ml Konz. zur Herst. einer Lsg. zum Einnehmen	Y	N07BC02	607
	Methofill 50 mg/ml Inj.lsg. Fertigspr. (7,5 mg/0,15 ml)	G	L04AX03	286
	Methofill 50 mg/ml Inj.lsg. Fertigspr. (10 mg/0,2 ml)	G	L04AX03	286
	Methofill 50 mg/ml Inj.lsg. Fertigspr. (12,5 mg/0,25 ml)	G	L04AX03	286
	Methofill 50 mg/ml Inj.lsg. Fertigspr. (15 mg/0,3 ml)	G	L04AX03	286
	Methofill 50 mg/ml Inj.lsg. Fertigspr. (17,5 mg/0,35 ml)	G	L04AX03	286
	Methofill 50 mg/ml Inj.lsg. Fertigspr. (20 mg/0,4 ml)	G	L04AX03	286
	Methofill 50 mg/ml Inj.lsg. Fertigspr. (22,5 mg/0,45 ml)	G	L04AX03	286
	Methofill 50 mg/ml Inj.lsg. Fertigspr. (25 mg/0,5 ml)	G	L04AX03	286
	Methofill 50 mg/ml Inj.lsg. Fertigspr. (27,5 mg/0,55 ml)	G	L04AX03	286
	Methofill 50 mg/ml Inj.lsg. Fertigspr. (30 mg/0,6 ml)	G	L04AX03	286
IND	Methylphenidat "Stada" 10 mg Hartkaps. mit veränderter Wirkstofffreisetzung	G	N06BA04	353
IND	Methylphenidat "Stada" 20 mg Hartkaps. mit veränderter Wirkstofffreisetzung	G	N06BA04	354
IND	Methylphenidat "Stada" 30 mg Hartkaps. mit veränderter Wirkstofffreisetzung	G	N06BA04	354
IND	Methylphenidat "Stada" 40 mg Hartkaps. mit veränderter Wirkstofffreisetzung	G	N06BA04	354
	Metohexal retard 47,5 mg Filmtabl.	G	C07AB02	212
	Metohexal retard 95 mg Filmtabl.	G	C07AB02	212
	Metoprolol "Genericon" 50 mg Tabl.	G	C07AB02	212
	Metoprolol "Genericon" 100 mg Tabl.	G	C07AB02	212
	Metoprolol "ratiopharm" 50 mg Tabl.	G	C07AB02	212
	Metoprolol "ratiopharm" 100 mg Tabl.	G	C07AB02	212
	Metoprolol "Stada" 50 mg Tabl.	G	C07AB02	212
	Metoprolol "Stada" 100 mg Tabl.	G	C07AB02	212
	Metoprololsuccinat "Stada" 47,5 mg Retardtabl.	G	C07AB02	212
	Metoprololsuccinat "Stada" 95 mg Retardtabl.	G	C07AB02	212
	Metrissa 2 mg Filmtabl.	G	G03DB08	246
IND	Mevir 125 mg Tabl.	G	J05AB15	267
F14	Mexaratio 200 mg/5 ml Sirup	G	N02BE01	310
	Mexaratio 125 mg Zäpf.	G	N02BE01	310

KASS	Bezeichnung	Box	ATC	Seite
	Mexaratio 250 mg Zäpf.	G	N02BE01	310
	Mexaratio 500 mg Zäpf.	G	N02BE01	311
	Mexaratio 1000 mg Zäpf.	G	N02BE01	311
RE2	Mezavant 1200 mg magensaftresistente Retardtabl.	Y	A07EC02	386
	Mianserin "Arcana" 30 mg Filmtabl.	G	N06AX03	350
	Micro-Kalium retard Kaps.	G	A12BA01	181
	Microlax Microklistier	G	A06AG11	171
RE2	Midane Drag.	Y	G03HB01	459
	Miflonide Breezhaler 400 mcg Hartkaps. Plv. zur Inh.	G	R03BA02	367
RE1	Miglustat "Gen.Orph" 100 mg Hartkaps.	Y	A16AX06	399
RE1	Miglustat "G.L." 100 mg Hartkaps.	Y	A16AX06	399
IND	Migranal Nasalspray	G	N02CA01	314
	Milnacipran "Rivopharm" 25 mg Hartkaps.	G	N06AX17	352
	Milnacipran "Rivopharm" 50 mg Hartkaps.	G	N06AX17	352
RE2	Minirin Melt 60 mcg Lyophilisat zum Einnehmen	Y	H01BA02	464
RE2	Minirin Melt 120 mcg Lyophilisat zum Einnehmen	Y	H01BA02	465
	Minostad 50 mg Kaps.	G	J01AA08	256
	Miranax 550 mg Filmtabl.	G	M01AE02	295
	Mirtabene "ratiopharm GmbH" 30 mg Filmtabl.	G	N06AX11	350
	Mirtabene "ratiopharm GmbH" 45 mg Filmtabl.	G	N06AX11	350
	Mirtazapin "!@ctavis" 15 mg Filmtabl.	G	N06AX11	350
	Mirtazapin "!@ctavis" 30 mg Filmtabl.	G	N06AX11	350
	Mirtazapin "!@ctavis" 45 mg Filmtabl.	G	N06AX11	350
	Mirtazapin "Actavis" 15 mg Schmelztabl.	G	N06AX11	350
	Mirtazapin "Actavis" 30 mg Schmelztabl.	G	N06AX11	350
	Mirtazapin "Actavis" 45 mg Schmelztabl.	G	N06AX11	350
	Mirtazapin "Aristo" 30 mg Filmtabl.	G	N06AX11	350
	Mirtazapin "Bluefish" 15 mg Schmelztabl.	G	N06AX11	350
	Mirtazapin "Bluefish" 30 mg Schmelztabl.	G	N06AX11	350
	Mirtazapin "Bluefish" 45 mg Schmelztabl.	G	N06AX11	350
	Mirtazapin "G.L." 30 mg Filmtabl.	G	N06AX11	350
	Mirtazapin "G.L." 45 mg Filmtabl.	G	N06AX11	350
	Mirtazapin "HCS" 30 mg Filmtabl.	G	N06AX11	350
	Mirtazapin "Hexal" 15 mg Tabl.	G	N06AX11	350
	Mirtazapin "Hexal" 30 mg Tabl.	G	N06AX11	350
	Mirtazapin "Hexal" 45 mg Tabl.	G	N06AX11	350
	Mirtazapin "Stada" 15 mg Filmtabl.	G	N06AX11	350
	Mirtazapin "Stada" 30 mg Filmtabl.	G	N06AX11	350
	Mirtel 30 mg Filmtabl.	G	N06AX11	350
	Mirtel 45 mg Filmtabl.	G	N06AX11	351
RE1	Modafinil "Aristo" 100 mg Tabl.	Y	N06BA07	585
RE1	Modasomil 100 mg Tabl.	Y	N06BA07	585
	Mogadon Tabl.	G	N05CD02	344
	Molaxole Plv. zur Herst. einer Lsg. zum Einnehmen	G	A06AD65	171
	Molsidolat 4 mg Tabl.	G	C01DX12	202
	Momecutan 1 mg/g Creme	G	D07AC13	241
	Momecutan 1 mg/g Lsg. zur Anw. auf der Haut	G	D07AC13	241
	Momecutan 1 mg/g Salbe	G	D07AC13	241
IND	Mometason "Cipla" 50 mcg/Sprühstoß Nasenspray	G	R01AD09	361
IND	Mometason "Hexal" 50 mcg/Sprühstoß Nasenspray	G	R01AD09	361
IND	Mometason "ratiopharm" 50 mcg/Sprühstoß Nasenspray	G	R01AD09	361
Au	Monodex 1 mg/ml Augentropf.	G	S01BA01	373

KASS	Bezeichnung	Box	ATC	Seite
RE2	MonoFer 100 mg/ml Inj.- oder Inf.lsg. (PM)	Y	B03AC	417
	Monoket retard 50 mg Kaps.	G	C01DA14	202
RE2	Monopost 50 mcg/ml Augentropf. Einzeldosen	Y	S01EE01	631
	Montelukast "+pharma" 10 mg Filmtabl.	G	R03DC03	369
	Montelukast "+pharma" 5 mg Kautabl.	G	R03DC03	369
	Montelukast "Accord" 10 mg Filmtabl.	G	R03DC03	369
	Montelukast "Accord" 4 mg Kautabl.	G	R03DC03	368
	Montelukast "Accord" 5 mg Kautabl.	G	R03DC03	369
	Montelukast "Actavis" 10 mg Filmtabl.	G	R03DC03	369
	Montelukast "Actavis" 4 mg Kautabl.	G	R03DC03	368
	Montelukast "Actavis" 5 mg Kautabl.	G	R03DC03	369
	Montelukast "Aristo" 10 mg Filmtabl.	G	R03DC03	369
	Montelukast "Aristo" 4 mg Kautabl.	G	R03DC03	368
	Montelukast "Aristo" 5 mg Kautabl.	G	R03DC03	369
	Montelukast "Krka" 10 mg Filmtabl.	G	R03DC03	369
	Montelukast "Krka" 4 mg Kautabl.	G	R03DC03	368
	Montelukast "Krka" 5 mg Kautabl.	G	R03DC03	369
	Montelukast "ratiopharm" 10 mg Filmtabl.	G	R03DC03	369
	Montelukast "ratiopharm" 4 mg Gran.	G	R03DC03	369
	Montelukast "ratiopharm" 4 mg Kautabl.	G	R03DC03	368
	Montelukast "ratiopharm" 5 mg Kautabl.	G	R03DC03	369
	Montelukast "Sandoz" 10 mg Filmtabl.	G	R03DC03	369
	Montelukast "Sandoz" 4 mg Kautabl.	G	R03DC03	368
	Montelukast "Sandoz" 5 mg Kautabl.	G	R03DC03	369
	Montelukast "Stada" 10 mg Filmtabl.	G	R03DC03	369
	Montelukast "Stada" 4 mg Kautabl.	G	R03DC03	369
	Montelukast "Stada" 5 mg Kautabl.	G	R03DC03	369
	Motilium 10 mg Filmtabl.	G	A03FA03	169
	Motrim 100 mg Tabl.	G	J01EA01	260
	Motrim 200 mg Tabl.	G	J01EA01	260
	Movalis 15 mg/1,5 ml Inj.lsg.	G	M01AC06	295
	Movalis 7,5 mg Tabl.	G	M01AC06	295
	Movalis 15 mg Tabl.	G	M01AC06	295
RE1	Moventig 25 mg Filmtabl.	Y	A06AH03	384
RE2	Movymia 20 mcg/0,08 ml Inj.lsg.	Y	H05AA02	467
	Moxifloxacin "1A Pharma" 400 mg Filmtabl.	G	J01MA14	263
	Moxifloxacin "Krka" 400 mg Filmtabl.	G	J01MA14	263
	Moxifloxacin "ratiopharm" 400 mg Filmtabl.	G	J01MA14	263
	Moxifloxacin "Sandoz" 400 mg Filmtabl.	G	J01MA14	263
	Moxifloxacin "Stada" 400 mg Filmtabl.	G	J01MA14	263
	Moxonibene 0,2 mg Filmtabl.	G	C02AC05	204
	Moxonibene 0,4 mg Filmtabl.	G	C02AC05	204
	Moxonidin "Stada" 0,2 mg Filmtabl.	G	C02AC05	204
	Moxonidin "Stada" 0,4 mg Filmtabl.	G	C02AC05	204
	MTX "ratiopharm" 7,5 mg Inj.lsg. Fertigspr.	G	L04AX03	286
	MTX "ratiopharm" 10 mg Inj.lsg. Fertigspr.	G	L04AX03	286
	MTX "ratiopharm" 15 mg Inj.lsg. Fertigspr.	G	L04AX03	286
	MTX "ratiopharm" 20 mg Inj.lsg. Fertigspr.	G	L04AX03	286
	MTX "ratiopharm" 25 mg Inj.lsg. Fertigspr.	G	L04AX03	286
	Mucobene 200 mg lösb. Tabl.	G	R05CB01	369
	Mucobene 600 mg lösb. Tabl.	G	R05CB01	369
	Mucobene 600 mg lösl. Plv.	G	R05CB01	369

KASS	Bezeichnung	Box	ATC	Seite
IND	Multaq 400 mg Filmtabl.	G	C01BD07	202
	Mundidol retard 10 mg Filmtabl.	G	N02AA01	302
	Mundidol retard 30 mg Filmtabl.	G	N02AA01	302
	Mundidol retard 60 mg Filmtabl.	G	N02AA01	302
	Mundidol retard 100 mg Filmtabl.	G	N02AA01	302
	Mundidol retard 200 mg Filmtabl.	G	N02AA01	302
	Mundidol UNO retard 30 mg Kaps.	G	N02AA01	302
	Mundidol UNO retard 60 mg Kaps.	G	N02AA01	302
	Mundidol UNO retard 120 mg Kaps.	G	N02AA01	302
	Mundidol UNO retard 200 mg Kaps.	G	N02AA01	302
RE1	Mutaflor mite Kaps.	Y	A07FA03	387
RE1	Mutaflor Kaps.	Y	A07FA03	387
	Mutan 20 mg Filmtabl.	G	N06AB03	345
	Mutan 40 mg Filmtabl.	G	N06AB03	345
	Mutan 60 mg Filmtabl.	G	N06AB03	345
RE2	Mycobutin 150 mg Kaps.	Y	J04AB04	473
D	Myconormin 250 mg Tabl.	G	D01BA02	237
	Mycophenolatmofetil "Accord" 500 mg Filmtabl.	G	L04AA06	279
	Mycophenolatmofetil "Sandoz" 500 mg Filmtabl.	G	L04AA06	279
	Mycophenolsäure "Accord" 180 mg magensaftresistente Tabl.	G	L04AA06	278
	Mycophenolsäure "Accord" 360 mg magensaftresistente Tabl.	G	L04AA06	279
RE1	Mycostatin Filmtabl.	Y	A07AA02	385
F14	Mycostatin orale Susp.	G	A07AA02	171
	Mycostatin Salbe	G	D01AA01	236
	Mycostatin Zinkoxidpaste	G	D01AA01	236
F2J	Mycostatin Zinkoxidpaste	G	D01AA01	236
	Myfenax 500 mg Filmtabl.	G	L04AA06	279
	Myfenax 250 mg Hartkaps.	G	L04AA06	278
RE2	Myfortic 180 mg magensaftresistente Tabl.	Y	L04AA06	526
RE2	Myfortic 360 mg magensaftresistente Tabl.	Y	L04AA06	526
	Myleran 2 mg Filmtabl.	G	L01AB01	267
RE2	Myocholine "Glenwood" 10 mg Tabl.	Y	N07AB02	605
RE2	Myocholine "Glenwood" 25 mg Tabl.	Y	N07AB02	605
	Mysoline Tabl.	G	N03AA03	318
RE1	Mytolac 60 mg Inj.lsg. Fertigspr.	Y	H01CB03	466
RE1	Mytolac 90 mg Inj.lsg. Fertigspr.	Y	H01CB03	466
RE1	Mytolac 120 mg Inj.lsg. Fertigspr.	Y	H01CB03	466
	Mytra 50 mg Hartkaps.	G	J02AC02	265
P	Naltrexon "Accord" 50 mg Filmtabl.	G	N07BB04	359
	Naprobene 500 mg Filmtabl.	G	M01AE02	295
	Naproxen "Genericon" 500 mg Tabl.	G	M01AE02	295
	Naproxen "HCS" 550 mg Filmtabl.	G	M01AE02	295
F14	Naproxen "Infectopharm" 250 mg/5 ml Saft	G	M01AE02	295
	Nasipral 0,3 mg/ml Nasenspray	G	R01AX03	362
	Natr. chlorat. physiolog. "Med." Glasinf.fl. 250 ml	G	B05BB01	200
RE2	Natr. chlorat. physiolog. "Med." Glasinf.fl. 250 ml	Y	B05BB01	425
	Natr. chlorat. physiolog. "Med." Glasinf.fl. 500 ml	G	B05BB01	200
RE2	Natr. chlorat. physiolog. "Med." Glasinf.fl. 500 ml	Y	B05BB01	426
	Natr. chlorat. physiolog. "Med." Plastikinf.fl. 250 ml	G	B05BB01	200
RE2	Natr. chlorat. physiolog. "Med." Plastikinf.fl. 250 ml	Y	B05BB01	426

KASS	Bezeichnung	Box	ATC	Seite
	Natr. chlorat. physiolog. "Med." Plastikinf.fl. 500 ml	G	B05BB01	200
RE2	Natr. chlorat. physiolog. "Med." Plastikinf.fl. 500 ml	Y	B05BB01	426
RE1	Natriumoxybat "Kalceks" 500 mg/ml Lsg. zum Einnehmen	Y	N07XX04	609
RE2	Navelbine 20 mg Kaps.	Y	L01CA04	493
RE2	Navelbine 30 mg Kaps.	Y	L01CA04	493
	Nebilan 5 mg Tabl.	G	C07AB12	214
	Nebivolol "+pharma" 5 mg Tabl.	G	C07AB12	214
	Nebivolol "1A Pharma" 5 mg Tabl.	G	C07AB12	214
	Nebivolol "Accord" 5 mg Tabl.	G	C07AB12	214
	Nebivolol "Actavis" 5 mg Tabl.	G	C07AB12	214
	Nebivolol "G.L." 5 mg Tabl.	G	C07AB12	214
	Nebivolol "ratiopharm GmbH" 5 mg Tabl.	G	C07AB12	214
	Nebivolol "Sandoz" 5 mg Tabl.	G	C07AB12	214
	Nebivolol "Stada" 5 mg Tabl.	G	C07AB12	214
RE2	Neodolpasse Inf.lsg.	Y	M01AB55	568
IND	Neoimmun 25 mg Kaps.	G	L04AD01	284
IND	Neoimmun 50 mg Kaps.	G	L04AD01	284
IND	Neoimmun 100 mg Kaps.	G	L04AD01	284
IND	Neoimmun 100 mg/ml Lsg. z. Einnehmen	G	L04AD01	284
IND	NeoRecormon 10.000 IE Inj.lsg. Fertigspr.	G	B03XA01	195
RE1	Neparvis 24 mg/26 mg Filmtabl. (PM)	Y	C09DX04	440
RE1	Neparvis 49 mg/51 mg Filmtabl. (PM)	Y	C09DX04	441
RE1	Neparvis 97 mg/103 mg Filmtabl. (PM)	Y	C09DX04	441
IND	Nephrotrans 500 mg magensaftresistente Weichkaps.	G	A02AH	163
IND	Nephrotrans 840 mg magensaftresistente Weichkaps.	G	A02AH	163
	Neriforte Salbe	G	D07AC06	241
	Nerisona Creme	G	D07AC06	241
	Nerisona Fettsalbe	G	D07AC06	241
	Nerisona Salbe	G	D07AC06	241
	Neulasta 6 mg Inj.lsg.	G	L03AA13	278
	Neupro 1 mg/24 h transdermales Pflaster	G	N04BC09	328
	Neupro 2 mg/24 h transdermales Pflaster	G	N04BC09	328
	Neupro 3 mg/24 h transdermales Pflaster	G	N04BC09	329
	Neupro 4 mg/24 h transdermales Pflaster	G	N04BC09	329
	Neupro 6 mg/24 h transdermales Pflaster	G	N04BC09	329
	Neupro 8 mg/24 h transdermales Pflaster	G	N04BC09	329
	Neuromultivit Filmtabl.	G	A11DB	181
IND	Neurontin 600 mg Filmtabl.	G	N02BF01	312
IND	Neurontin 800 mg Filmtabl.	G	N02BF01	312
IND	Neurontin 300 mg Hartkaps.	G	N02BF01	311
IND	Neurontin 400 mg Hartkaps.	G	N02BF01	312
	Neurotop 200 mg Tabl.	G	N03AF01	318
	Neurotop 400 mg Tabl.	G	N03AF01	319
	Neurotop retard 300 mg Tabl.	G	N03AF01	319
	Neurotop retard 600 mg Tabl.	G	N03AF01	319
RE2	Nevirapin "Viatris" 400 mg Retardtabl.	Y	J05AG01	480
IND	Nexavar 200 mg Filmtabl.	G	L01EX02	273
	Nexium 20 mg magensaftresistente Tabl.	G	A02BC05	167
	Nexium 40 mg magensaftresistente Tabl.	G	A02BC05	168
RE1	Nexium 10 mg magensaftresistentes Gran. zur Herst. einer Susp. zum Einnehmen	Y	A02BC05	383
IND	Niapelf 25 mg Depot-Inj.susp.	G	N05AX13	341

KASS	Bezeichnung	Box	ATC	Seite
IND	Niapelf 50 mg Depot-Inj.susp.	G	N05AX13	341
IND	Niapelf 75 mg Depot-Inj.susp.	G	N05AX13	341
IND	Niapelf 100 mg Depot-Inj.susp.	G	N05AX13	341
IND	Niapelf 150 mg Depot-Inj.susp.	G	N05AX13	342
	Nicolan 10 mg Tabl.	G	C01DX16	202
	Nicolan 20 mg Tabl.	G	C01DX16	203
	Nicorandil "Rivopharm" 10 mg Tabl.	G	C01DX16	202
	Nicorandil "Rivopharm" 20 mg Tabl.	G	C01DX16	203
RE2	Nilemdo 180 mg Filmtabl. (PM)	Y	C10AX15	446
IND	Nilotinib "Accord" 50 mg Hartkaps.	G	L01EA03	270
IND	Nilotinib "Accord" 150 mg Hartkaps.	G	L01EA03	270
IND	Nilotinib "Accord" 200 mg Hartkaps.	G	L01EA03	271
RE2	Nimotop 30 mg Filmtabl.	Y	C08CA06	439
IND	Nimvastid 1,5 mg Hartkaps.	G	N06DA03	357
IND	Nimvastid 3 mg Hartkaps.	G	N06DA03	357
IND	Nimvastid 4,5 mg Hartkaps.	G	N06DA03	357
IND	Nimvastid 6 mg Hartkaps.	G	N06DA03	357
	Nitrolingual 0,4 mg Pumpspray	G	C01DA02	202
F6J	Nivestim 12 Mio E/0,2 ml Inj.-/Inf.lsg.	G	L03AA02	278
	Nivestim 30 Mio E/0,5 ml Inj.-/Inf.lsg.	G	L03AA02	278
	Nivestim 48 Mio E/0,5 ml Inj.-/Inf.lsg.	G	L03AA02	278
	Noctor Drag.	G	R06AA02	370
RE2	Nocutil 0,1 mg Tabl.	Y	H01BA02	464
RE2	Nocutil 0,2 mg Tabl.	Y	H01BA02	465
IND	Nocutil 0,1 mg/ml Nasenspray	G	H01BA02	250
RE2	Nocutil Melt 60 mcg Sublingualtabl.	Y	H01BA02	464
RE2	Nocutil Melt 120 mcg Sublingualtabl.	Y	H01BA02	465
	Nolvadex 20 mg Filmtabl.	G	L02BA01	275
	Nomexor 5 mg Tabl.	G	C07AB12	214
	Nomexor plus HCT 5 mg/12,5 mg Filmtabl.	G	C07BB12	215
	Nomexor plus HCT 5 mg/25 mg Filmtabl.	G	C07BB12	215
RE1	Norditropin FlexPro 5 mg/1,5 ml Inj.lsg. Fertigpen	Y	H01AC01	460
RE1	Norditropin FlexPro 10 mg/1,5 ml Inj.lsg. Fertigpen	Y	H01AC01	462
RE1	Norditropin FlexPro 15 mg/1,5 ml Inj.lsg. Fertigpen	Y	H01AC01	463
	Norgesic 35 mg/450 mg Tabl.	G	M03BC51	297
	Normhydral lösl. Plv.	G	A07CA	172
F14	Normolyt lösl. Plv. f. Kinder	G	A07CA	172
	Norvasc 5 mg Tabl.	G	C08CA01	216
RE2	Norvir 100 mg Filmtabl.	Y	J05AE03	474
	NovAkut 1.000 mg Filmtabl.	G	N02BB02	310
	Novalgin 2,5 g Amp.	G	N02BB02	310
	Novalgin Filmtabl.	G	N02BB02	310
	Novalgin Tropf.	G	N02BB02	310
	Novanaest purum 1 % Amp. 5 ml	G	N01BA02	301
	Novanaest purum 2 % Amp. 5 ml	G	N01BA02	301
RE1	NovoEight 250 IE Plv. und Lsgm. zur Herst. einer Inj.lsg.	Y	B02BD02	412
RE1	NovoEight 500 IE Plv. und Lsgm. zur Herst. einer Inj.lsg.	Y	B02BD02	412
RE1	NovoEight 1000 IE Plv. und Lsgm. zur Herst. einer Inj.lsg.	Y	B02BD02	412
RE1	NovoEight 2000 IE Plv. und Lsgm. zur Herst. einer Inj.lsg.	Y	B02BD02	412
RE1	NovoEight 3000 IE Plv. und Lsgm. zur Herst. einer Inj.lsg.	Y	B02BD02	412
	Novolizer Budesonid "Meda" 200 mcg Plv. zur Inh. + Inhalator	G	R03BA02	366

KASS	Bezeichnung	Box	ATC	Seite
	Novolizer Budesonid "Meda" 200 mcg Plv. zur Inh. Nachfüllpackung	G	R03BA02	366
	Novolizer Budesonid "Meda" 400 mcg Plv. zur Inh. + Inhalator	G	R03BA02	367
	Novolizer Budesonid "Meda" 400 mcg Plv. zur Inh. Nachfüllpackung	G	R03BA02	367
IND	Novolizer Formoterol "Meda" 12 mcg Plv. zur Inh. + Inhalator	G	R03AC13	363
IND	Novolizer Formoterol "Meda" 12 mcg Plv. zur Inh. Nachfüllpackung	G	R03AC13	363
	Novolizer Salbutamol "Meda" 100 mcg Plv. zur Inh. + Inhalator	G	R03AC02	362
	Novolizer Salbutamol "Meda" 100 mcg Plv. zur Inh. Nachfüllpackung	G	R03AC02	362
	NovoMix 30 FlexPen 100 E/ml Inj.susp. Fertigpen	G	A10AD05	175
	NovoMix 30 Penfill 100 E/ml Inj.susp. Patronen	G	A10AD05	175
	NovoMix 50 FlexPen 100 E/ml Inj.susp. Fertigpen	G	A10AD05	175
	NovoRapid 100 E/ml Inj.lsg. Dstfl.	G	A10AB05	174
	NovoRapid Penfill 100 E/ml Inj.lsg. Patronen	G	A10AB05	174
	NovoRapid PumpCart 100 E/ml Inj.lsg. Patronen	G	A10AB05	174
	Novothyral Tabl.	G	H03AA03	254
RE1	Noxafil 40 mg/ml Susp. zum Einnehmen	Y	J02AC04	471
	Nozinan 25 mg Filmtabl.	G	N05AA02	329
RE2	Nozinan 100 mg Filmtabl.	Y	N05AA02	580
RE1	Nplate 250 mcg Plv. und Lsgm. zur Herst. einer Inj.lsg.	Y	B02BX04	415
RE1	Nplate 500 mcg Plv. und Lsgm. zur Herst. einer Inj.lsg.	Y	B02BX04	415
RE1	Nubeqa 300 mg Filmtabl. PM	Y	L02BB06	521
RE1	Nucala 40 mg Inj.lsg. Fertigspr.	Y	R03DX09	616
RE1	Nucala 100 mg Inj.lsg. Fertigpen PM	Y	R03DX09	617
RE1	Nucala 100 mg Inj.lsg. Fertigspr. PM	Y	R03DX09	618
RE2	Nustendi 180 mg/10 mg Filmtabl. PM	Y	C10BA10	446
RE1	Nuwiq 250 IE Plv. und Lsgm. zur Herst. einer Inj.lsg.	Y	B02BD02	412
RE1	Nuwiq 500 IE Plv. und Lsgm. zur Herst. einer Inj.lsg.	Y	B02BD02	412
RE1	Nuwiq 1000 IE Plv. und Lsgm. zur Herst. einer Inj.lsg.	Y	B02BD02	412
RE1	Nuwiq 2000 IE Plv. und Lsgm. zur Herst. einer Inj.lsg.	Y	B02BD02	412
IND	Nyxoid 1,8 mg Nasenspray, Lsg. Einzeldosen	G	V03AB15	378
RE1	Ocrevus 920 mg Inj.lsg. PM	Y	L04AG08	560
RE1	Ocrevus 300 mg Konz. zur Herst. einer Inf.lsg. PM	Y	L04AG08	560
RE1	Octagam 100 mg/ml Inf.lsg. (2 g/20 ml)	Y	J06BA02	490
RE1	Octagam 100 mg/ml Inf.lsg. (5 g/50 ml)	Y	J06BA02	491
RE1	Octagam 100 mg/ml Inf.lsg. (10 g/100 ml)	Y	J06BA02	491
RE1	Octagam 100 mg/ml Inf.lsg. (20 g/200 ml)	Y	J06BA02	491
RE1	Octanate 50 IE/ml	Y	B02BD02	412
RE1	Octanate LV 100 IE/ml Plv.	Y	B02BD02	412
RE1	Octanate LV 200 IE/ml Plv.	Y	B02BD02	412
RE2	Octenisept Lsg. zur Wund- u. Schleimhautdesinfektion	Y	D08AJ57	448
RE1	Odomzo 200 mg Hartkaps.	Y	L01XJ02	512
RE1	Ofev 100 mg Weichkaps.	Y	L01EX09	507
RE1	Ofev 150 mg Weichkaps.	Y	L01EX09	507
	Ofloxa-Vision 3 mg/g Augensalbe	G	S01AE01	373
IND	Ofloxa-Vision sine 3 mg/ml Augentropf. Einzeldosen	G	S01AE01	373

KASS	Bezeichnung	Box	ATC	Seite
IND	Okedi 75 mg Plv. u. Lsgm. zur Herst. einer Depot-Inj.susp. (PM)	G	N05AX08	339
IND	Okedi 100 mg Plv. u. Lsgm. zur Herst. einer Depot-Inj.susp. (PM)	G	N05AX08	339
	Olanzapin "+pharma" 2,5 mg Filmtabl.	G	N05AH03	332
	Olanzapin "+pharma" 5 mg Filmtabl.	G	N05AH03	332
	Olanzapin "+pharma" 10 mg Filmtabl.	G	N05AH03	333
	Olanzapin "1A Pharma" 2,5 mg Filmtabl.	G	N05AH03	332
	Olanzapin "1A Pharma" 5 mg Filmtabl.	G	N05AH03	332
	Olanzapin "1A Pharma" 10 mg Filmtabl.	G	N05AH03	333
	Olanzapin "Accord" 2,5 mg Filmtabl.	G	N05AH03	332
	Olanzapin "Accord" 5 mg Filmtabl.	G	N05AH03	332
	Olanzapin "Accord" 10 mg Filmtabl.	G	N05AH03	333
	Olanzapin "Accord" 15 mg Filmtabl.	G	N05AH03	333
	Olanzapin "Actavis" 2,5 mg Filmtabl.	G	N05AH03	332
	Olanzapin "Actavis" 5 mg Filmtabl.	G	N05AH03	332
	Olanzapin "Actavis" 10 mg Filmtabl.	G	N05AH03	333
	Olanzapin "Actavis" 15 mg Filmtabl.	G	N05AH03	333
	Olanzapin "Actavis" 5 mg Schmelztabl.	G	N05AH03	332
	Olanzapin "Actavis" 10 mg Schmelztabl.	G	N05AH03	333
	Olanzapin "Actavis" 15 mg Schmelztabl.	G	N05AH03	333
	Olanzapin "Aristo" 2,5 mg Filmtabl.	G	N05AH03	332
	Olanzapin "Aristo" 5 mg Filmtabl.	G	N05AH03	332
	Olanzapin "Aristo" 10 mg Filmtabl.	G	N05AH03	333
	Olanzapin "Aristo" 15 mg Filmtabl.	G	N05AH03	333
	Olanzapin "Bluefish" 5 mg Schmelztabl.	G	N05AH03	332
	Olanzapin "Bluefish" 10 mg Schmelztabl.	G	N05AH03	333
	Olanzapin "Bluefish" 15 mg Schmelztabl.	G	N05AH03	333
	Olanzapin "G.L." 2,5 mg Filmtabl.	G	N05AH03	332
	Olanzapin "G.L." 5 mg Filmtabl.	G	N05AH03	332
	Olanzapin "G.L." 10 mg Filmtabl.	G	N05AH03	333
	Olanzapin "G.L." 15 mg Filmtabl.	G	N05AH03	333
	Olanzapin "Genericon" 2,5 mg Filmtabl.	G	N05AH03	332
	Olanzapin "Genericon" 5 mg Filmtabl.	G	N05AH03	332
	Olanzapin "Genericon" 10 mg Filmtabl.	G	N05AH03	333
	Olanzapin "neuraxpharm" 5 mg Schmelztabl.	G	N05AH03	332
	Olanzapin "neuraxpharm" 10 mg Schmelztabl.	G	N05AH03	333
	Olanzapin "neuraxpharm" 15 mg Schmelztabl.	G	N05AH03	333
	Olanzapin "neuraxpharm" 20 mg Schmelztabl.	G	N05AH03	334
	Olanzapin "ratiopharm" 2,5 mg Tabl.	G	N05AH03	332
	Olanzapin "ratiopharm" 5 mg Tabl.	G	N05AH03	332
	Olanzapin "ratiopharm" 7,5 mg Tabl.	G	N05AH03	333
	Olanzapin "ratiopharm" 10 mg Tabl.	G	N05AH03	333
	Olanzapin "ratiopharm" 15 mg Tabl.	G	N05AH03	333
	Olanzapin "ratiopharm" 20 mg Tabl.	G	N05AH03	334
	Olanzapin "ratiopharm GmbH" 5 mg Schmelztabl.	G	N05AH03	332
	Olanzapin "ratiopharm GmbH" 10 mg Schmelztabl.	G	N05AH03	333
	Olanzapin "ratiopharm GmbH" 15 mg Schmelztabl.	G	N05AH03	333
	Olanzapin "ratiopharm GmbH" 20 mg Schmelztabl.	G	N05AH03	334
	Olanzapin "Sandoz" 2,5 mg Filmtabl.	G	N05AH03	332
	Olanzapin "Sandoz" 5 mg Filmtabl.	G	N05AH03	332
	Olanzapin "Sandoz" 10 mg Filmtabl.	G	N05AH03	333

KASS	Bezeichnung	Box	ATC	Seite
	Olanzapin "Sandoz" 15 mg Filmtabl.	G	N05AH03	333
	Olanzapin "Sandoz" 20 mg Filmtabl.	G	N05AH03	334
	Olanzapin "Stada" 2,5 mg Filmtabl.	G	N05AH03	332
	Olanzapin "Stada" 5 mg Filmtabl.	G	N05AH03	332
	Olanzapin "Stada" 10 mg Filmtabl.	G	N05AH03	333
IND	Oleo-D3 30.000 IE Filmtabl.	G	A11CC05	180
	Oleovit D3 Tropf.	G	A11CC05	180
	Olopatadin "Unimed Pharma" 1 mg/ml Augentropf.	G	S01GX09	377
RE2	Olumiant 2 mg Filmtabl. (PM)	Y	L04AF02	553
RE2	Olumiant 4 mg Filmtabl. (PM)	Y	L04AF02	553
	Omec "Hexal" 10 mg Kaps.	G	A02BC01	164
	Omec "Hexal" 20 mg Kaps.	G	A02BC01	164
	Omec "Hexal" 40 mg Kaps.	G	A02BC01	164
	Omeprazol "1A Pharma" 10 mg Kaps.	G	A02BC01	164
	Omeprazol "1A Pharma" 20 mg Kaps.	G	A02BC01	164
	Omeprazol "1A Pharma" 40 mg Kaps.	G	A02BC01	164
	Omeprazol "Genericon" 10 mg magensaftresistente Kaps.	G	A02BC01	164
	Omeprazol "Genericon" 20 mg magensaftresistente Kaps.	G	A02BC01	164
	Omeprazol "Genericon" 40 mg magensaftresistente Kaps.	G	A02BC01	165
	Omeprazol "ratiopharm" 10 mg magensaftresistente Hartkaps.	G	A02BC01	164
	Omeprazol "ratiopharm" 20 mg magensaftresistente Hartkaps.	G	A02BC01	164
	Omeprazol "ratiopharm" 40 mg magensaftresistente Hartkaps.	G	A02BC01	165
	Omeprazol "Sandoz" 20 mg Kaps.	G	A02BC01	164
	Omeprazol "Sandoz" 40 mg Kaps.	G	A02BC01	165
	Omeprazol "Stada" 10 mg magensaftresistente Hartkaps.	G	A02BC01	164
	Omeprazol "Stada" 20 mg magensaftresistente Hartkaps.	G	A02BC01	164
	Omeprazol "Stada" 40 mg magensaftresistente Hartkaps.	G	A02BC01	165
RE1	Omjjara 100 mg Filmtabl. (PM)	Y	L01EJ04	504
RE1	Omjjara 150 mg Filmtabl. (PM)	Y	L01EJ04	504
RE1	Omjjara 200 mg Filmtabl. (PM)	Y	L01EJ04	505
	Omniflora Kaps.	G	A07FA01	173
RE1	Omnitrope 5 mg/1,5 ml Inj.lsg.	Y	H01AC01	460
RE1	Omnitrope 10 mg/1,5 ml Inj.lsg.	Y	H01AC01	462
RE1	Omnitrope 15 mg/1,5 ml Inj.lsg.	Y	H01AC01	463
RE1	Omvoh 100 mg Inj.lsg. Fertigpen (PM)	Y	L04AC24	546
RE1	Omvoh 300 mg Konz. zur Herst. einer Inf.lsg. (PM)	Y	L04AC24	546
RE2	OncoTICE Plv. zur Herst. einer Susp. zur intravesikalen Instillation	Y	L03AX03	525
IND	Ondansan 4 mg Filmtabl.	G	A04AA01	169
IND	Ondansan 8 mg Filmtabl.	G	A04AA01	169
IND	Ondansan 4 mg Schmelztabl.	G	A04AA01	169
IND	Ondansan 8 mg Schmelztabl.	G	A04AA01	169
IND	Ondansetron "Bluefish" 4 mg Schmelztabl.	G	A04AA01	169
IND	Ondansetron "Bluefish" 8 mg Schmelztabl.	G	A04AA01	169
IND	Ongentys 50 mg Hartkaps. (PM)	G	N04BX04	329
RE1	Onglyza 5 mg Filmtabl.	Y	A10BH03	392
RE1	Ontozry 12,5 mg, 25 mg Filmtabl. Starterpackung	Y	N03AX25	578
RE1	Ontozry 50 mg Filmtabl.	Y	N03AX25	578
RE1	Ontozry 100 mg Filmtabl.	Y	N03AX25	578

KASS	Bezeichnung	Box	ATC	Seite
RE1	Ontozry 150 mg Filmtabl.	Y	N03AX25	579
RE1	Ontozry 200 mg Filmtabl.	Y	N03AX25	579
	Ophtaguttal "Agepha" Augentropf.	G	S01GA51	376
RE1	Opsumit 10 mg Filmtabl.	Y	C02KX04	437
	Optiderm Creme	G	D02AE51	237
	Optiderm Fett-Creme	G	D02AE51	237
ADKL	Oralair 100 IR + 300 IR Sublingualtabl.	G	V01AA02	378
ADKL	Oralair 300 IR Sublingualtabl.	G	V01AA02	378
RE1	Orencia 125 mg Inj.lsg.	Y	L04AA24	527
RE1	Orencia 250 mg Plv. f. ein Konz. zur Herst. einer Inf.lsg.	Y	L04AA24	527
	Orgametril Tabl.	G	G03DC03	246
RE2	Orgaran Amp.	Y	B01AB09	402
IND	Orgovyx 120 mg Filmtabl.	G	L02BX04	278
RE1	Orkambi 100 mg/125 mg Filmtabl. (PM)	Y	R07AX30	626
RE1	Orkambi 200 mg/125 mg Filmtabl. (PM)	Y	R07AX30	627
RE1	Orkambi 100 mg/125 mg Gran. Btl. (PM)	Y	R07AX30	626
RE1	Orkambi 150 mg/188 mg Gran. Btl. (PM)	Y	R07AX30	627
RE1	Orladeyo 150 mg Hartkaps. (PM)	Y	B06AC06	427
RE1	Orserdu 86 mg Filmtabl. (PM)	Y	L02BA04	520
RE1	Orserdu 345 mg Filmtabl. (PM)	Y	L02BA04	520
	Ospamox 1000 mg Filmtabl.	G	J01CA04	257
F14	Ospamox 250 mg/5 ml Plv. für orale Susp.	G	J01CA04	257
F14	Ospamox 500 mg/5 ml Plv. für orale Susp.	G	J01CA04	257
	Ospen 1,0 Filmtabl.	G	J01CE02	257
	Ospen 1,5 Filmtabl.	G	J01CE02	257
F14	Ospen 400 Saft	G	J01CE10	257
F14	Ospen 750 Saft	G	J01CE10	257
	Ospexin 500 mg Filmtabl.	G	J01DB01	259
	Ospexin 1000 mg Filmtabl.	G	J01DB01	259
F14	Ospexin 250 mg/5 ml Gran. f. orale Susp.	G	J01DB01	258
RE2	Ospolot 50 mg Filmtabl.	Y	N03AX03	576
RE2	Ospolot 200 mg Filmtabl.	Y	N03AX03	576
	Osteoviva 150 mg Filmtabl.	G	M05BA06	300
IND	OsvaRen 435 mg/235 mg Filmtabl.	G	V03AE04	379
RE2	Otanol 1 mg Ohrentropf., Lsg.	Y	S02AA15	632
RE1	Otezla 10 mg, 20 mg, 30 mg Filmtabl. Starterpackung	Y	L04AA32	527
RE1	Otezla 30 mg Filmtabl.	Y	L04AA32	528
RE2	Otulfi 45 mg Inj.lsg. Fertigspr.	Y	L04AC05	533
RE2	Otulfi 90 mg Inj.lsg. Fertigspr.	Y	L04AC05	536
RE2	Otulfi 130 mg Konz. zur Herst. einer Inf.lsg.	Y	L04AC05	538
RE1	Ovaleap 300 IE/0,5 ml Inj.lsg.	Y	G03GA05	458
RE1	Ovaleap 450 IE/0,75 ml Inj.lsg.	Y	G03GA05	458
RE1	Ovaleap 900 IE/1,5 ml Inj.lsg.	Y	G03GA05	458
	Ovestin 1 mg Tabl.	G	G03CA04	246
	Ovestin Creme	G	G03CA04	246
	Ovestin Ovula	G	G03CA04	245
RE1	Ovitrelle 250 mcg/0,5 ml Inj.lsg. in Fertigspr.	Y	G03GA08	459
IND	Oxis Turbohaler 12 mcg Dosier-Pulverinhalator	G	R03AC13	363
	Oxycodon-HCl "ratiopharm" 20 mg Retardtabl.	G	N02AA05	304
	Oxycodon-HCl "ratiopharm" 40 mg Retardtabl.	G	N02AA05	304
	Oxycodon-HCl "ratiopharm" 80 mg Retardtabl.	G	N02AA05	304
	Oxygerolan 5 mg Filmtabl.	G	N02AA05	303

KASS	Bezeichnung	Box	ATC	Seite
	Oxygerolan 10 mg Filmtabl.	G	N02AA05	303
	Oxygerolan 5 mg Retardtabl.	G	N02AA05	303
	Oxygerolan 10 mg Retardtabl.	G	N02AA05	303
	Oxygerolan 20 mg Retardtabl.	G	N02AA05	304
	Oxygerolan 40 mg Retardtabl.	G	N02AA05	304
	Oxygerolan 80 mg Retardtabl.	G	N02AA05	304
RE1	Ozempic 0,25 mg Inj.lsg Fertigpen (PM)	Y	A10BJ06	394
RE1	Ozempic 0,5 mg Inj.lsg. Fertigpen (PM)	Y	A10BJ06	395
RE1	Ozempic 1,0 mg Inj.lsg. Fertigpen (PM)	Y	A10BJ06	395
IND	Palibon 100 mg + 150 mg Depot-Inj.susp. Fertigspr. Starterpackung	G	N05AX13	342
IND	Palibon 25 mg Depot-Inj.susp. Fertigspr.	G	N05AX13	341
IND	Palibon 50 mg Depot-Inj.susp. Fertigspr.	G	N05AX13	341
IND	Palibon 75 mg Depot-Inj.susp. Fertigspr.	G	N05AX13	341
IND	Palibon 100 mg Depot-Inj.susp. Fertigspr.	G	N05AX13	342
IND	Palibon 150 mg Depot-Inj.susp. Fertigspr.	G	N05AX13	342
	Paliperidon "ratiopharm" 3 mg Retardtabl.	G	N05AX13	341
	Paliperidon "ratiopharm" 6 mg Retardtabl.	G	N05AX13	341
	Paliperidon "ratiopharm" 9 mg Retardtabl.	G	N05AX13	341
IND	Pamidronat Dinatrium "Pfizer" 3 mg/ml Konz. zur Herst. einer Inf.lsg.	G	M05BA03	299
IND	Pamidronat Dinatrium "Pfizer" 9 mg/ml Konz. zur Herst. einer Inf.lsg.	G	M05BA03	299
IND	Pamorelin LA 3,75 mg Plv. u. Lsgm. zur Herst. einer Inj.susp.	G	L02AE04	275
IND	Pamorelin LA 11,25 mg Plv. u. Lsgm. zur Herst. einer Inj.susp.	G	L02AE04	275
	Panchol 20 mg Tabl.	G	C10AA03	231
	Panchol 40 mg Tabl.	G	C10AA03	231
	Panprabene 20 mg magensaftresistente Tabl.	G	A02BC02	165
	Panprabene 40 mg magensaftresistente Tabl.	G	A02BC02	165
	Pantelmin Tabl.	G	P02CA01	360
	Pantip 20 mg magensaftresistente Tabl.	G	A02BC02	165
	Pantip 40 mg magensaftresistente Tabl.	G	A02BC02	165
	Pantoloc 20 mg Filmtabl.	G	A02BC02	165
	Pantoloc 40 mg Filmtabl.	G	A02BC02	165
	Pantoprazol "!@ctavis" 20 mg magensaftresistente Tabl.	G	A02BC02	165
	Pantoprazol "!@ctavis" 40 mg magensaftresistente Tabl.	G	A02BC02	165
	Pantoprazol "+pharma" 20 mg magensaftresistente Tabl.	G	A02BC02	165
	Pantoprazol "+pharma" 40 mg magensaftresistente Tabl.	G	A02BC02	166
	Pantoprazol "1A Pharma" 20 mg magensaftresistente Tabl.	G	A02BC02	165
	Pantoprazol "1A Pharma" 40 mg magensaftresistente Tabl.	G	A02BC02	166
	Pantoprazol "Alternova" 20 mg magensaftresistente Tabl.	G	A02BC02	165
	Pantoprazol "Alternova" 40 mg magensaftresistente Tabl.	G	A02BC02	166
	Pantoprazol "Bluefish" 20 mg magensaftresistente Tabl.	G	A02BC02	165
	Pantoprazol "Bluefish" 40 mg magensaftresistente Tabl.	G	A02BC02	166
	Pantoprazol "G.L." 20 mg magensaftresistente Tabl.	G	A02BC02	165
	Pantoprazol "G.L." 40 mg magensaftresistente Tabl.	G	A02BC02	166
	Pantoprazol "Genericon" 20 mg magensaftresistente Tabl.	G	A02BC02	165
	Pantoprazol "Genericon" 40 mg magensaftresistente Tabl.	G	A02BC02	166
	Pantoprazol "Nycomed" 20 mg magensaftresistente Tabl.	G	A02BC02	165
	Pantoprazol "Nycomed" 40 mg magensaftresistente Tabl.	G	A02BC02	166

KASS	Bezeichnung	Box	ATC	Seite
	Pantoprazol "ratiopharm GmbH" 20 mg magensaftresistente Tabl.	G	A02BC02	165
	Pantoprazol "ratiopharm GmbH" 40 mg magensaftresistente Tabl.	G	A02BC02	166
	Pantoprazol "Sandoz" 20 mg magensaftresistente Tabl.	G	A02BC02	165
	Pantoprazol "Sandoz" 40 mg magensaftresistente Tabl.	G	A02BC02	166
	Pantoprazol "Stada" 20 mg magensaftresistente Tabl.	G	A02BC02	165
	Pantoprazol "Stada" 40 mg magensaftresistente Tabl.	G	A02BC02	166
	Paracetamol "Accord" 500 mg Tabl.	G	N02BE01	311
	Paracetamol "Sandoz" 500 mg Tabl.	G	N02BE01	311
	Paracodin Tabl.	G	R05DA	370
	Paracodin Tropf.	G	R05DA	370
	Pariet 10 mg Filmtabl.	G	A02BC04	167
	Pariet 20 mg Filmtabl.	G	A02BC04	167
	ParkAkut 500 mg Filmtabl.	G	M01AG01	296
	Parkemed 125 mg Supp.	G	M01AG01	296
	Parkemed 500 mg Supp.	G	M01AG01	296
	Paroxat "Hexal" 10 mg Filmtabl.	G	N06AB05	346
	Paroxat "Hexal" 20 mg Filmtabl.	G	N06AB05	346
	Paroxat "Hexal" 30 mg Filmtabl.	G	N06AB05	347
	Paroxat "Hexal" 40 mg Filmtabl.	G	N06AB05	347
	Paroxetin "+pharma" 20 mg Filmtabl.	G	N06AB05	346
	Paroxetin "1A Pharma" 20 mg Filmtabl.	G	N06AB05	346
	Paroxetin "Aristo" 20 mg Filmtabl.	G	N06AB05	346
	Paroxetin "Genericon" 20 mg Filmtabl.	G	N06AB05	347
	Paroxetin "ratiopharm" 40 mg Tabl.	G	N06AB05	347
	Paspertin 10 mg Amp.	G	A03FA01	169
	Paspertin Filmtabl.	G	A03FA01	169
RE2	Paxlovid 150 mg + 100 mg Filmtabl. (PM)	Y	J05AE30	475
RE2	Pegasys 135 mcg Inj.lsg. Fertigspr.	Y	L03AB11	524
RE2	Pegasys 180 mcg Inj.lsg. Fertigspr.	Y	L03AB11	524
	Pelgraz 6 mg Inj.lsg. Fertiginjektor	G	L03AA13	278
	Pelgraz 6 mg Inj.lsg. Fertigspr.	G	L03AA13	278
	Pelmeg 6 mg Inj.lsg. Fertigspr.	G	L03AA13	278
	Penbene 1 Mio. IE Filmtabl.	G	J01CE02	257
	Penbene 1,5 Mio. IE Filmtabl.	G	J01CE02	257
	Penstad V 1,5 Mio. IE Tabl.	G	J01CE02	257
RE1	Pentaglobin 50 g/l Inf.lsg. (2,5 g)	Y	J06BA02	489
RE1	Pentaglobin 50 g/l Inf.lsg. (5 g)	Y	J06BA02	489
	Pentasa retard 500 mg Tabl.	G	A07EC02	173
RE2	Pentasa retard 1 g Gran.	Y	A07EC02	386
RE2	Pentasa retard 2 g Gran.	Y	A07EC02	386
	Pentasa retard 4 g Gran.	G	A07EC02	173
RE2	Pentasa 1 g Zäpf.	Y	A07EC02	386
RE2	Pentasa Klysma	Y	A07EC02	386
	Pentiro 50 mg/12,5 mg/200 mg Filmtabl.	G	N04BA03	325
	Pentiro 100 mg/25 mg/200 mg Filmtabl.	G	N04BA03	325
	Pentiro 150 mg/37,5 mg/200 mg Filmtabl.	G	N04BA03	326
	Pentomer retard 400 mg Filmtabl.	G	C04AD03	210
	Pentomer retard 600 mg Filmtabl.	G	C04AD03	210
	Pentoxi "Genericon" retard 400 mg Filmtabl.	G	C04AD03	210
	Pentoxi "Genericon" retard 600 mg Filmtabl.	G	C04AD03	210

KASS	Bezeichnung	Box	ATC	Seite
RE2	Perscleran 20 mg/ml Inj.lsg. Fertigspr.	Y	L03AX13	526
RE2	Perscleran 40 mg/ml Inj.lsg. Fertigspr.	Y	L03AX13	526
	Petinimid 250 mg Kaps.	G	N03AD01	318
F14	Petinimid Sirup	G	N03AD01	318
	Pevaryl Creme	G	D01AC03	236
	Pevisone Creme	G	D01AC20	237
RE2	Physiolog. Kochsalzlsg. "Fresenius" Inf.fl. 250 ml	Y	B05BB01	426
RE2	Physiolog. Kochsalzlsg. "Fresenius" Inf.fl. 500 ml	Y	B05BB01	426
RE2	Physiolog. Kochsalzlsg. "Fresenius" Inf.fl. 1000 ml	Y	B05BB01	426
	Physiolog. Kochsalzlsg. "Fresenius" Plastikinf.fl. 250 ml	G	B05BB01	200
RE2	Physiolog. Kochsalzlsg. "Fresenius" Plastikinf.fl. 250 ml	Y	B05BB01	426
	Physiolog. Kochsalzlsg. "Fresenius" Plastikinf.fl. 500 ml	G	B05BB01	200
RE2	Physiolog. Kochsalzlsg. "Fresenius" Plastikinf.fl. 500 ml	Y	B05BB01	426
IND	Picoprep Plv. zur Herst. einer Lsg. zum Einnehmen	G	A06AB58	170
RE2	Pifeltro 100 mg Filmtabl.	Y	J05AG06	481
	Pilocarpin Puroptal 2 % Augentropf.	G	S01EB01	374
IND	Pioglitazon "Accord" 15 mg Tabl.	G	A10BG03	178
IND	Pioglitazon "Accord" 30 mg Tabl.	G	A10BG03	178
IND	Pioglitazon "Accord" 45 mg Tabl.	G	A10BG03	178
IND	Pioglitazone "Actavis" 15 mg Tabl.	G	A10BG03	178
IND	Pioglitazone "Actavis" 30 mg Tabl.	G	A10BG03	178
IND	Pioglitazone "Actavis" 45 mg Tabl.	G	A10BG03	178
A	Pirfenidon "Accord" 267 mg Filmtabl.	G	L04AX05	291
A	Pirfenidon "Accord" 801 mg Filmtabl.	G	L04AX05	291
A	Pirfenidon "ratiopharm" 267 mg Filmtabl.	G	L04AX05	291
A	Pirfenidon "ratiopharm" 801 mg Filmtabl.	G	L04AX05	291
	PK-Merz-Schoeller 100 mg Filmtabl.	G	N04BB01	326
RE1	Plegridy 63 mcg, 94 mcg Inj.lsg. Fertigpen Starterpackung	Y	L03AB13	524
RE1	Plegridy 63 mcg, 94 mcg Inj.lsg. Fertigspr. Starterpackung	Y	L03AB13	524
RE1	Plegridy 125 mcg Inj.lsg. Fertigpen	Y	L03AB13	525
RE1	Plegridy 125 mcg Inj.lsg. Fertigspr.	Y	L03AB13	525
IND	Pleinvue Plv. zur Herst. einer Lsg. zum Einnehmen	G	A06AD65	171
	Plendil retard 2,5 mg Filmtabl.	G	C08CA02	216
	Plendil retard 5 mg Filmtabl.	G	C08CA02	217
IND	Pomalidomid "+pharma" 1 mg Hartkaps.	G	L04AX06	291
IND	Pomalidomid "+pharma" 2 mg Hartkaps.	G	L04AX06	292
IND	Pomalidomid "+pharma" 3 mg Hartkaps.	G	L04AX06	292
IND	Pomalidomid "+pharma" 4 mg Hartkaps.	G	L04AX06	292
IND	Pomalidomid "G.L." 1 mg Hartkaps.	G	L04AX06	291
IND	Pomalidomid "G.L." 2 mg Hartkaps.	G	L04AX06	292
IND	Pomalidomid "G.L." 3 mg Hartkaps.	G	L04AX06	292
IND	Pomalidomid "G.L." 4 mg Hartkaps.	G	L04AX06	293
IND	Pomalidomid "Grindeks" 1 mg Hartkaps.	G	L04AX06	291
IND	Pomalidomid "Grindeks" 2 mg Hartkaps.	G	L04AX06	292
IND	Pomalidomid "Grindeks" 3 mg Hartkaps.	G	L04AX06	292
IND	Pomalidomid "Grindeks" 4 mg Hartkaps.	G	L04AX06	293
IND	Pomalidomid "Krka" 1 mg Hartkaps.	G	L04AX06	292
IND	Pomalidomid "Krka" 2 mg Hartkaps.	G	L04AX06	292
IND	Pomalidomid "Krka" 3 mg Hartkaps.	G	L04AX06	292
IND	Pomalidomid "Krka" 4 mg Hartkaps.	G	L04AX06	293
IND	Pomalidomid "Sandoz" 1 mg Hartkaps.	G	L04AX06	292
IND	Pomalidomid "Sandoz" 2 mg Hartkaps.	G	L04AX06	292

KASS	Bezeichnung	Box	ATC	Seite
IND	Pomalidomid "Sandoz" 3 mg Hartkaps.	G	L04AX06	292
IND	Pomalidomid "Sandoz" 4 mg Hartkaps.	G	L04AX06	293
IND	Pomalidomid "Zentiva" 1 mg Hartkaps.	G	L04AX06	292
IND	Pomalidomid "Zentiva" 2 mg Hartkaps.	G	L04AX06	292
IND	Pomalidomid "Zentiva" 3 mg Hartkaps.	G	L04AX06	292
IND	Pomalidomid "Zentiva" 4 mg Hartkaps.	G	L04AX06	293
RE1	Ponvory 2 mg, 3 mg, 4 mg, 5 mg, 6 mg, 7 mg, 8 mg, 9 mg, 10 mg Filmtabl. Starterpackung (PM)	Y	L04AE04	550
RE1	Ponvory 20 mg Filmtabl. (PM)	Y	L04AE04	551
RE2	Posaconazol "Accord" 100 mg magensaftresistente Tabl.	Y	J02AC04	472
RE2	Posaconazol "ratiopharm" 100 mg magensaftresistente Tabl.	Y	J02AC04	472
RE2	Posaconazol "Stada" 100 mg magensaftresistente Tabl.	Y	J02AC04	473
RE2	Posaconazol "AHCL" 40 mg/ml Susp. zum Einnehmen	Y	J02AC04	471
RE2	Potaba "Glenwood" 3 g Plv.	Y	D11AX23	456
RE2	Pradaxa 75 mg Hartkaps.	Y	B01AE07	404
RE2	Pradaxa 110 mg Hartkaps.	Y	B01AE07	405
RE1	Pradaxa 110 mg Hartkaps.	Y	B01AE07	405
RE1	Pradaxa 150 mg Hartkaps.	Y	B01AE07	405
RE2	Praluent 75 mg Inj.lsg. Fertigpen (PM)	Y	C10AX14	444
RE2	Praluent 150 mg Inj.lsg. Fertigpen (PM)	Y	C10AX14	445
RE2	Praluent 300 mg Inj.lsg. Fertigpen (PM)	Y	C10AX14	445
	Pram 10 mg Filmtabl.	G	N06AB04	346
	Pram 20 mg Filmtabl.	G	N06AB04	346
	Pram 40 mg Filmtabl.	G	N06AB04	346
	Pramipexol "+pharma" 0,26 mg Retardtabl.	G	N04BC05	327
	Pramipexol "+pharma" 0,52 mg Retardtabl.	G	N04BC05	327
	Pramipexol "+pharma" 1,05 mg Retardtabl.	G	N04BC05	327
	Pramipexol "+pharma" 2,1 mg Retardtabl.	G	N04BC05	328
	Pramipexol "+pharma" 3,15 mg Retardtabl.	G	N04BC05	328
	Pramipexol "Actavis" 0,088 mg Tabl.	G	N04BC05	327
	Pramipexol "Actavis" 0,18 mg Tabl.	G	N04BC05	327
	Pramipexol "Actavis" 0,35 mg Tabl.	G	N04BC05	327
	Pramipexol "Actavis" 0,7 mg Tabl.	G	N04BC05	327
	Pramipexol "Genericon" 0,26 mg Retardtabl.	G	N04BC05	327
	Pramipexol "Genericon" 0,52 mg Retardtabl.	G	N04BC05	327
	Pramipexol "Genericon" 1,05 mg Retardtabl.	G	N04BC05	327
	Pramipexol "Genericon" 2,1 mg Retardtabl.	G	N04BC05	328
	Pramipexol "Genericon" 3,15 mg Retardtabl.	G	N04BC05	328
	Pramipexol "ratiopharm" 0,26 mg Retardtabl.	G	N04BC05	327
	Pramipexol "ratiopharm" 0,52 mg Retardtabl.	G	N04BC05	327
	Pramipexol "ratiopharm" 1,05 mg Retardtabl.	G	N04BC05	328
	Pramipexol "ratiopharm" 1,57 mg Retardtabl.	G	N04BC05	328
	Pramipexol "ratiopharm" 2,1 mg Retardtabl.	G	N04BC05	328
	Pramipexol "ratiopharm" 2,62 mg Retardtabl.	G	N04BC05	328
	Pramipexol "ratiopharm" 3,15 mg Retardtabl.	G	N04BC05	328
	Pramipexol "Sandoz" 0,26 mg Retardtabl.	G	N04BC05	327
	Pramipexol "Sandoz" 0,52 mg Retardtabl.	G	N04BC05	327
	Pramipexol "Sandoz" 1,05 mg Retardtabl.	G	N04BC05	328
	Pramipexol "Sandoz" 2,1 mg Retardtabl.	G	N04BC05	328
	Pramipexol "Sandoz" 3,15 mg Retardtabl.	G	N04BC05	328
	Pramipexol "Stada" 0,26 mg Retardtabl.	G	N04BC05	327

KASS	Bezeichnung	Box	ATC	Seite
	Pramipexol "Stada" 0,52 mg Retardtabl.	G	N04BC05	327
	Pramipexol "Stada" 1,05 mg Retardtabl.	G	N04BC05	328
	Pramipexol "Stada" 2,1 mg Retardtabl.	G	N04BC05	328
	Pramipexol "Stada" 3,15 mg Retardtabl.	G	N04BC05	328
	Pramulex 5 mg Filmtabl.	G	N06AB10	348
	Pramulex 10 mg Filmtabl.	G	N06AB10	349
	Pramulex 15 mg Filmtabl.	G	N06AB10	349
	Pramulex 20 mg Filmtabl.	G	N06AB10	350
IND	Prasugrel "ratiopharm" 5 mg Filmtabl.	G	B01AC22	184
IND	Prasugrel "ratiopharm" 10 mg Filmtabl.	G	B01AC22	185
IND	Prasulan 5 mg Filmtabl.	G	B01AC22	185
IND	Prasulan 10 mg Filmtabl.	G	B01AC22	185
	Pravastatin "+pharma" 40 mg Filmtabl.	G	C10AA03	231
	Pravastatin "1A Pharma" 20 mg Tabl.	G	C10AA03	231
	Pravastatin "1A Pharma" 40 mg Tabl.	G	C10AA03	231
	Pravastatin "Genericon" 20 mg Filmtabl.	G	C10AA03	231
	Pravastatin "Genericon" 40 mg Filmtabl.	G	C10AA03	231
	Pravastatin "ratiopharm GmbH" 20 mg Tabl.	G	C10AA03	231
	Pravastatin "ratiopharm GmbH" 40 mg Tabl.	G	C10AA03	231
	Pravastatin "Sandoz" 20 mg Tabl.	G	C10AA03	231
	Pravastatin "Sandoz" 40 mg Tabl.	G	C10AA03	231
	Praxiten 15 mg Tabl.	G	N05BA04	343
	Praxiten 50 mg Tabl.	G	N05BA04	343
Au	Prednifluid 10 mg/ml Augentropf.susp.	G	S01BA04	373
	Prednisolon "Agepha" 5 mg Tabl.	G	H02AB06	252
	Prednisolon "Nycomed" 5 mg Tabl.	G	H02AB06	252
IND	Prednisolon "Nycomed" 5 mg Tabl.	G	H02AB06	252
	Prednisolon "Nycomed" 25 mg Tabl.	G	H02AB06	252
	Pregabalin "Accord" 25 mg Hartkaps.	G	N02BF02	313
	Pregabalin "Accord" 50 mg Hartkaps.	G	N02BF02	313
	Pregabalin "Accord" 75 mg Hartkaps.	G	N02BF02	313
	Pregabalin "Accord" 100 mg Hartkaps.	G	N02BF02	313
	Pregabalin "Accord" 150 mg Hartkaps.	G	N02BF02	314
	Pregabalin "Accord" 200 mg Hartkaps.	G	N02BF02	314
	Pregabalin "Accord" 300 mg Hartkaps.	G	N02BF02	314
	Pregabalin "Krka" 25 mg Hartkaps.	G	N02BF02	313
	Pregabalin "Krka" 50 mg Hartkaps.	G	N02BF02	313
	Pregabalin "Krka" 75 mg Hartkaps.	G	N02BF02	313
	Pregabalin "Krka" 100 mg Hartkaps.	G	N02BF02	313
	Pregabalin "Krka" 150 mg Hartkaps.	G	N02BF02	314
	Pregabalin "Krka" 200 mg Hartkaps.	G	N02BF02	314
	Pregabalin "Krka" 300 mg Hartkaps.	G	N02BF02	314
	Pregabalin "ratiopharm" 25 mg Hartkaps.	G	N02BF02	313
	Pregabalin "ratiopharm" 50 mg Hartkaps.	G	N02BF02	313
	Pregabalin "ratiopharm" 75 mg Hartkaps.	G	N02BF02	313
	Pregabalin "ratiopharm" 100 mg Hartkaps.	G	N02BF02	313
	Pregabalin "ratiopharm" 150 mg Hartkaps.	G	N02BF02	314
	Pregabalin "ratiopharm" 200 mg Hartkaps.	G	N02BF02	314
	Pregabalin "ratiopharm" 225 mg Hartkaps.	G	N02BF02	314
	Pregabalin "ratiopharm" 300 mg Hartkaps.	G	N02BF02	314
	Pregabalin "Sandoz" 25 mg Hartkaps.	G	N02BF02	313
	Pregabalin "Sandoz" 50 mg Hartkaps.	G	N02BF02	313

KASS	Bezeichnung	Box	ATC	Seite
	Pregabalin "Sandoz" 75 mg Hartkaps.	G	N02BF02	313
	Pregabalin "Sandoz" 100 mg Hartkaps.	G	N02BF02	313
	Pregabalin "Sandoz" 150 mg Hartkaps.	G	N02BF02	314
	Pregabalin "Sandoz" 200 mg Hartkaps.	G	N02BF02	314
	Pregabalin "Sandoz" 300 mg Hartkaps.	G	N02BF02	314
	Pregamid 25 mg Hartkaps.	G	N02BF02	313
	Pregamid 50 mg Hartkaps.	G	N02BF02	313
	Pregamid 75 mg Hartkaps.	G	N02BF02	313
	Pregamid 100 mg Hartkaps.	G	N02BF02	313
	Pregamid 150 mg Hartkaps.	G	N02BF02	314
	Pregamid 200 mg Hartkaps.	G	N02BF02	314
	Pregamid 300 mg Hartkaps.	G	N02BF02	314
	PregaTab 25 mg Tabl.	G	N02BF02	313
	PregaTab 50 mg Tabl.	G	N02BF02	313
	PregaTab 75 mg Tabl.	G	N02BF02	313
	PregaTab 100 mg Tabl.	G	N02BF02	313
	PregaTab 150 mg Tabl.	G	N02BF02	314
	PregaTab 200 mg Tabl.	G	N02BF02	314
	PregaTab 300 mg Tabl.	G	N02BF02	314
RE1	Prezista 600 mg Filmtabl.	Y	J05AE10	475
RE2	Prezista 800 mg Filmtabl.	Y	J05AE10	475
RE1	Pridax 20 mcg Konz. zur Herst. einer Inf.lsg.	Y	C01EA01	429
RE1	Privigen 100 mg/ml Inf.lsg. (2,5 g/25 ml)	Y	J06BA02	491
RE1	Privigen 100 mg/ml Inf.lsg. (5 g/50 ml)	Y	J06BA02	491
RE1	Privigen 100 mg/ml Inf.lsg. (10 g/100 ml)	Y	J06BA02	491
RE1	Privigen 100 mg/ml Inf.lsg. (20 g/200 ml)	Y	J06BA02	491
RE1	Privigen 100 mg/ml Inf.lsg. (40 g/400 ml)	Y	J06BA02	492
IND	Prograf 0,5 mg Kaps.	G	L04AD02	284
IND	Prograf 1 mg Kaps.	G	L04AD02	285
IND	Prograf 5 mg Kaps.	G	L04AD02	285
RE1	Prolastin 1.000 mg Plv. u. Lsgm. zur Herst. einer Inf.lsg.	Y	B02AB02	409
RE1	Prolastin 4.000 mg Plv. und Lsgm. zur Herst. einer Inf.lsg. (PM)	Y	B02AB02	409
RE1	Prolastin 5.000 mg Plv. und Lsgm. zur Herst. einer Inf.lsg. (PM)	Y	B02AB02	409
RE1	Prolia 60 mg Inj.lsg. Fertigspr.	Y	M05BX04	572
	Pronerv Kaps.	G	A11DB	181
U	Proscar 5 mg Filmtabl.	G	G04CB01	250
	Prosicca Augentropf.	G	S01XA20	377
U	Prosta Urgenin Kaps.	G	G04CX02	250
RE1	Prostavasin Trockensubst. zur Inf.bereitung	Y	C01EA01	429
	Prothiucil Tabl.	G	H03BA02	255
D K	Protopic 0,03 % Salbe	G	D11AH01	244
D K	Protopic 0,1 % Salbe	G	D11AH01	244
	Proxen 500 mg Filmtabl.	G	M01AE02	295
D	Psorcutan Creme	G	D05AX02	238
D	Psorcutan Salbe	G	D05AX02	238
	Psychopax Tropf.	G	N05BA01	343
F6J	Pulmicort 0,5 mg Susp. zur Inh.	G	R03BA02	367
	Pulmicort 1 mg Susp. zur Inh.	G	R03BA02	367
	Pulmicort Turbohaler 0,1 mg Dosier-Pulverinhalator	G	R03BA02	366
	Pulmicort Turbohaler 0,2 mg Dosier-Pulverinhalator	G	R03BA02	367

KASS	Bezeichnung	Box	ATC	Seite
	Pulmicort Turbohaler 0,4 mg Dosier-Pulverinhalator	G	R03BA02	367
RE1	Pulmolan 20 mg Filmtabl.	Y	C02KX	434
RE1	Pulmozyme 2.500 E/2,5 ml Inh.lsg.	Y	R05CB13	620
RE1	Puregon 300 IE/0,36 ml Inj.lsg.	Y	G03GA06	458
RE1	Puregon 600 IE/0,72 ml Inj.lsg.	Y	G03GA06	458
	Puri-Nethol Tabl.	G	L01BB02	268
	Purinol 100 mg Tabl.	G	M04AA01	298
	Purinol 300 mg Tabl.	G	M04AA01	298
	Pyrafat 500 mg Tabl.	G	J04AK01	265
IND	Pyzchiva 45 mg Inj.lsg. Fertigpen	G	L04AC05	283
IND	Pyzchiva 90 mg Inj.lsg. Fertigpen	G	L04AC05	283
IND	Pyzchiva 45 mg Inj.lsg. Fertigspr.	G	L04AC05	283
IND	Pyzchiva 90 mg Inj.lsg. Fertigspr.	G	L04AC05	283
IND	Pyzchiva 130 mg Konz. zur Herst. einer Inf.lsg	G	L04AC05	284
RE2	Qtern 5 mg/10 mg Filmtabl. (PM)	Y	A10BD21	391
IND	Quantalan zuckerfreies Plv.	G	C10AC01	234
	Quetialan 25 mg Filmtabl.	G	N05AH04	334
	Quetialan 100 mg Filmtabl.	G	N05AH04	334
	Quetialan 200 mg Filmtabl.	G	N05AH04	335
	Quetialan 300 mg Filmtabl.	G	N05AH04	335
	Quetialan XR 50 mg Retardtabl.	G	N05AH04	334
	Quetialan XR 150 mg Retardtabl.	G	N05AH04	335
	Quetialan XR 200 mg Retardtabl.	G	N05AH04	335
	Quetialan XR 300 mg Retardtabl.	G	N05AH04	335
	Quetialan XR 400 mg Retardtabl.	G	N05AH04	336
	Quetiapin "+pharma" 25 mg Filmtabl.	G	N05AH04	334
	Quetiapin "+pharma" 100 mg Filmtabl.	G	N05AH04	334
	Quetiapin "+pharma" 200 mg Filmtabl.	G	N05AH04	335
	Quetiapin "+pharma" 300 mg Filmtabl.	G	N05AH04	335
	Quetiapin "1A Pharma" 25 mg Filmtabl.	G	N05AH04	334
	Quetiapin "1A Pharma" 100 mg Filmtabl.	G	N05AH04	334
	Quetiapin "1A Pharma" 200 mg Filmtabl.	G	N05AH04	335
	Quetiapin "1A Pharma" 300 mg Filmtabl.	G	N05AH04	335
	Quetiapin "Aristo" 25 mg Filmtabl.	G	N05AH04	334
	Quetiapin "Aristo" 100 mg Filmtabl.	G	N05AH04	334
	Quetiapin "Aristo" 200 mg Filmtabl.	G	N05AH04	335
	Quetiapin "Aristo" 300 mg Filmtabl.	G	N05AH04	335
	Quetiapin "G.L." 25 mg Filmtabl.	G	N05AH04	334
	Quetiapin "G.L." 100 mg Filmtabl.	G	N05AH04	334
	Quetiapin "G.L." 200 mg Filmtabl.	G	N05AH04	335
	Quetiapin "G.L." 300 mg Filmtabl.	G	N05AH04	336
	Quetiapin "Genericon" 25 mg Filmtabl.	G	N05AH04	334
	Quetiapin "Genericon" 100 mg Filmtabl.	G	N05AH04	334
	Quetiapin "Genericon" 200 mg Filmtabl.	G	N05AH04	335
	Quetiapin "Genericon" 300 mg Filmtabl.	G	N05AH04	336
	Quetiapin "Krka" 25 mg Filmtabl.	G	N05AH04	334
	Quetiapin "Krka" 100 mg Filmtabl.	G	N05AH04	335
	Quetiapin "Krka" 200 mg Filmtabl.	G	N05AH04	335
	Quetiapin "Krka" 300 mg Filmtabl.	G	N05AH04	336
	Quetiapin "neuraxpharm" 50 mg Retardtabl.	G	N05AH04	334
	Quetiapin "neuraxpharm" 150 mg Retardtabl.	G	N05AH04	335
	Quetiapin "neuraxpharm" 200 mg Retardtabl.	G	N05AH04	335

KASS	Bezeichnung	Box	ATC	Seite
	Quetiapin "neuraxpharm" 300 mg Retardtabl.	G	N05AH04	336
	Quetiapin "neuraxpharm" 400 mg Retardtabl.	G	N05AH04	336
	Quetiapin "ratiopharm" 25 mg Filmtabl.	G	N05AH04	334
	Quetiapin "ratiopharm" 100 mg Filmtabl.	G	N05AH04	335
	Quetiapin "ratiopharm" 200 mg Filmtabl.	G	N05AH04	335
	Quetiapin "ratiopharm" 300 mg Filmtabl.	G	N05AH04	336
	Quetiapin "Sandoz" 25 mg Filmtabl.	G	N05AH04	334
	Quetiapin "Sandoz" 100 mg Filmtabl.	G	N05AH04	335
	Quetiapin "Sandoz" 200 mg Filmtabl.	G	N05AH04	335
	Quetiapin "Sandoz" 300 mg Filmtabl.	G	N05AH04	336
	Quetiapin "Sandoz" 50 mg Retardtabl.	G	N05AH04	334
	Quetiapin "Sandoz" 150 mg Retardtabl.	G	N05AH04	335
	Quetiapin "Sandoz" 200 mg Retardtabl.	G	N05AH04	335
	Quetiapin "Sandoz" 300 mg Retardtabl.	G	N05AH04	336
	Quetiapin "Sandoz" 400 mg Retardtabl.	G	N05AH04	336
	Quetiapin "Stada" 50 mg Retardtabl.	G	N05AH04	334
	Quetiapin "Stada" 200 mg Retardtabl.	G	N05AH04	335
	Quetiapin "Stada" 300 mg Retardtabl.	G	N05AH04	336
	Quetiapin "Stada" 400 mg Retardtabl.	G	N05AH04	336
	Quilonorm retard Filmtabl.	G	N05AN01	337
RE1	Qutenza 179 mg kutanes Pflaster	Y	N01BX04	575
RE1	Quviviq 25 mg Filmtabl. (PM)	Y	N05CJ03	581
RE1	Quviviq 50 mg Filmtabl. (PM)	Y	N05CJ03	582
	Rabeprazol "1A Pharma" 10 mg magensaftresistente Tabl.	G	A02BC04	167
	Rabeprazol "1A Pharma" 20 mg magensaftresistente Tabl.	G	A02BC04	167
	Rabeprazol "Sandoz" 10 mg magensaftresistente Tabl.	G	A02BC04	167
	Rabeprazol "Sandoz" 20 mg magensaftresistente Tabl.	G	A02BC04	167
ADL	Ragwizax 12 SQ-Amb Lyophilisat zum Einnehmen (PM)	G	V01AA10	378
IND	Raloxifen "Stada" 60 mg Filmtabl.	G	G03XC01	247
	Ramicomp "Genericon" mite Tabl.	G	C09BA05	221
	Ramicomp "Genericon" Tabl.	G	C09BA05	221
	Ramipril "1A Pharma" 1,25 mg Tabl.	G	C09AA05	219
	Ramipril "1A Pharma" 2,5 mg Tabl.	G	C09AA05	219
	Ramipril "1A Pharma" 5 mg Tabl.	G	C09AA05	219
	Ramipril "1A Pharma" 7,5 mg Tabl.	G	C09AA05	219
	Ramipril "1A Pharma" 10 mg Tabl.	G	C09AA05	220
	Ramipril "Actavis" 2,5 mg Tabl.	G	C09AA05	219
	Ramipril "Actavis" 5 mg Tabl.	G	C09AA05	219
	Ramipril "Actavis" 10 mg Tabl.	G	C09AA05	220
	Ramipril "Genericon" 2,5 mg Tabl.	G	C09AA05	219
	Ramipril "Genericon" 5 mg Tabl.	G	C09AA05	219
	Ramipril "Genericon" 10 mg Tabl.	G	C09AA05	220
	Ramipril "Hexal" 2,5 mg Tabl.	G	C09AA05	219
	Ramipril "Hexal" 5 mg Tabl.	G	C09AA05	219
	Ramipril "Hexal" 7,5 mg Tabl.	G	C09AA05	219
	Ramipril "Hexal" 10 mg Tabl.	G	C09AA05	220
	Ramipril "Krka" 2,5 mg Tabl.	G	C09AA05	219
	Ramipril "Krka" 5 mg Tabl.	G	C09AA05	219
	Ramipril "Krka" 10 mg Tabl.	G	C09AA05	220
	Ramipril "ratiopharm" 2,5 mg Tabl.	G	C09AA05	219
	Ramipril "ratiopharm" 5 mg Tabl.	G	C09AA05	219
	Ramipril "ratiopharm" 10 mg Tabl.	G	C09AA05	220

KASS	Bezeichnung	Box	ATC	Seite
	Ramipril "Sandoz" 2,5 mg Tabl.	G	C09AA05	219
	Ramipril "Sandoz" 5 mg Tabl.	G	C09AA05	219
	Ramipril "Sandoz" 10 mg Tabl.	G	C09AA05	220
	Ramipril/Amlodipin "Genericon" 2,5 mg/5 mg Hartkaps.	G	C09BB07	222
	Ramipril/Amlodipin "Genericon" 5 mg/5 mg Hartkaps.	G	C09BB07	222
	Ramipril/Amlodipin "Genericon" 5 mg/10 mg Hartkaps.	G	C09BB07	222
	Ramipril/Amlodipin "Genericon" 10 mg/5 mg Hartkaps.	G	C09BB07	222
	Ramipril/Amlodipin "Genericon" 10 mg/10 mg Hartkaps.	G	C09BB07	223
	Ramipril/Amlodipin/HCT "1A Pharma" 5 mg/5 mg/12,5 mg Hartkaps.	G	C09BX03	223
	Ramipril/Amlodipin/HCT "1A Pharma" 5 mg/5 mg/25 mg Hartkaps.	G	C09BX03	223
	Ramipril/Amlodipin/HCT "1A Pharma" 10 mg/5 mg/25 mg Hartkaps.	G	C09BX03	223
	Ramipril/Amlodipin/HCT "1A Pharma" 10 mg/10 mg/25 mg Hartkaps.	G	C09BX03	223
	Ramipril/Amlodipin/HCT "Genericon" 5 mg/5 mg/12,5 mg Hartkaps.	G	C09BX03	223
	Ramipril/Amlodipin/HCT "Genericon" 5 mg/5 mg/25 mg Hartkaps.	G	C09BX03	223
	Ramipril/Amlodipin/HCT "Genericon" 10 mg/5 mg/25 mg Hartkaps.	G	C09BX03	223
	Ramipril/Amlodipin/HCT "Genericon" 10 mg/10 mg/25 mg Hartkaps.	G	C09BX03	223
	Ramipril/HCT "1A Pharma" 2,5 mg/12,5 mg Tabl.	G	C09BA05	221
	Ramipril/HCT "1A Pharma" 5 mg/25 mg Tabl.	G	C09BA05	221
	Ramipril/HCT "Actavis" 2,5 mg/12,5 mg Tabl.	G	C09BA05	221
	Ramipril/HCT "Actavis" 5 mg/12,5 mg Tabl.	G	C09BA05	221
	Ramipril/HCT "Actavis" 5 mg/25 mg Tabl.	G	C09BA05	221
	Ramipril/HCT "Hexal" 2,5 mg/12,5 mg Tabl.	G	C09BA05	221
	Ramipril/HCT "Hexal" 5 mg/25 mg Tabl.	G	C09BA05	221
	Ramipril/HCT "Krka" 2,5 mg/12,5 mg Tabl.	G	C09BA05	221
	Ramipril/HCT "Krka" 5 mg/25 mg Tabl.	G	C09BA05	221
	Ramipril/HCT "ratiopharm" 2,5 mg/12,5 mg Tabl.	G	C09BA05	221
	Ramipril/HCT "ratiopharm" 5 mg/25 mg Tabl.	G	C09BA05	221
	Ramipril/HCT "Sandoz" 2,5 mg/12,5 mg Tabl.	G	C09BA05	221
	Ramipril/HCT "Sandoz" 5 mg/25 mg Tabl.	G	C09BA05	222
	Ramlolan 2,5 mg/5 mg Hartkaps.	G	C09BB07	222
	Ramlolan 5 mg/5 mg Hartkaps.	G	C09BB07	222
	Ramlolan 5 mg/10 mg Hartkaps.	G	C09BB07	222
	Ramlolan 10 mg/5 mg Hartkaps.	G	C09BB07	222
	Ramlolan 10 mg/10 mg Hartkaps.	G	C09BB07	223
	Ramlolan/HCT 5 mg/5 mg/12,5 mg Hartkaps.	G	C09BX03	223
	Ramlolan/HCT 5 mg/5 mg/25 mg Hartkaps.	G	C09BX03	223
	Ramlolan/HCT 10 mg/5 mg/25 mg Hartkaps.	G	C09BX03	223
	Ramlolan/HCT 10 mg/10 mg/25 mg Hartkaps.	G	C09BX03	223
RE1	Ranexa 375 mg Retardtabl.	Y	C01EB18	429
RE1	Ranexa 500 mg Retardtabl.	Y	C01EB18	429
RE1	Ranexa 750 mg Retardtabl.	Y	C01EB18	429
	Ranogelan 375 mg Retardtabl.	G	C01EB18	203
	Ranogelan 500 mg Retardtabl.	G	C01EB18	203
	Ranogelan 750 mg Retardtabl.	G	C01EB18	203

KASS	Bezeichnung	Box	ATC	Seite
	Ranolazin "Genericon" 375 mg Retardtabl.	G	C01EB18	203
	Ranolazin "Genericon" 500 mg Retardtabl.	G	C01EB18	203
	Ranolazin "Genericon" 750 mg Retardtabl.	G	C01EB18	203
	Ranolazin "ratiopharm" 375 mg Retardtabl.	G	C01EB18	203
	Ranolazin "ratiopharm" 500 mg Retardtabl.	G	C01EB18	203
	Ranolazin "ratiopharm" 750 mg Retardtabl.	G	C01EB18	204
RE2	Rapamune 0,5 mg überzogene Tabl.	Y	L04AH01	561
RE2	Rapamune 1 mg überzogene Tabl.	Y	L04AH01	561
RE2	Rapamune 2 mg überzogene Tabl.	Y	L04AH01	562
RE2	Rapamune 1 mg/1 ml Lsg. zum Einnehmen	Y	L04AH01	561
	Rasagilin "+pharma" 1 mg Tabl.	G	N04BD02	329
	Rasagilin "1A Pharma" 1 mg Tabl.	G	N04BD02	329
	Rasagilin "Bluefish" 1 mg Tabl.	G	N04BD02	329
	Rasagilin "HCS" 1 mg Tabl.	G	N04BD02	329
	Rasagilin "ratiopharm" 1 mg Tabl.	G	N04BD02	329
	Rasagilin "Sandoz" 1 mg Tabl.	G	N04BD02	329
	Rasagilin "Stada" 1 mg Tabl.	G	N04BD02	329
	Rasigerolan 1 mg Tabl.	G	N04BD02	329
IND	Rasilez 150 mg Filmtabl.	G	C09XA02	230
IND	Rasilez 300 mg Filmtabl.	G	C09XA02	230
	Ratiograstim 30 Mio IE/0,5 ml mini-Fertigspr.	G	L03AA02	278
	Ratiograstim 48 Mio IE/0,5 ml mini-Fertigspr.	G	L03AA02	278
	Reagila 1,5 mg Hartkaps. (PM)	G	N05AX15	342
	Reagila 3 mg Hartkaps. (PM)	G	N05AX15	342
	Reagila 4,5 mg Hartkaps. (PM)	G	N05AX15	342
	Reagila 6 mg Hartkaps. (PM)	G	N05AX15	343
RE1	Rebif 22 mcg Inj.lsg. Fertigpen	Y	L03AB07	522
RE1	Rebif 44 mcg Inj.lsg. Fertigpen	Y	L03AB07	523
RE1	Rebif Inj.lsg. Fertigspr. Starterpackung	Y	L03AB07	522
RE1	Rebif 22 mcg Inj.lsg. Fertigspr.	Y	L03AB07	522
RE1	Rebif 44 mcg Inj.lsg. Fertigspr.	Y	L03AB07	523
RE1	Rebif 22 mcg/0,5 ml Inj.lsg. Patronen	Y	L03AB07	522
RE1	Rebif 44 mcg/0,5 ml Inj.lsg. Patronen	Y	L03AB07	523
	Rectodelt 100 mg Zäpf.	G	H02AB07	252
RE1	ReFacto AF 250 IE Plv. und Lsgm. zur Herst. einer Inj.lsg. Fertigspr.	Y	B02BD02	413
RE1	ReFacto AF 500 IE Plv. und Lsgm. zur Herst. einer Inj.lsg. Fertigspr.	Y	B02BD02	413
RE1	ReFacto AF 1000 IE Plv. und Lsgm. zur Herst. einer Inj.lsg. Fertigspr.	Y	B02BD02	413
RE1	Refixia 500 IE Plv. und Lsgm. zur Herst. einer Inj.lsg.	Y	B02BD04	414
RE1	Refixia 1000 IE Plv. und Lsgm. zur Herst. einer Inj.lsg.	Y	B02BD04	414
RE1	Refixia 2000 IE Plv. und Lsgm. zur Herst. einer Inj.lsg.	Y	B02BD04	414
	Refobacin Creme	G	D06AX07	239
RE1	Rekambys 900 mg Depot-Inj.susp. (PM)	Y	J05AG05	481
RE2	Relenza Rotadisks 5 mg/Dosis einzeldosiertes Plv. zur Inh.	Y	J05AH01	482
RE1	Relistor 12 mg/0,6 ml Inj.lsg.	Y	A06AH01	384
IND	Relpax 20 mg Filmtabl.	G	N02CC06	315
IND	Relpax 40 mg Filmtabl.	G	N02CC06	315
IND	Relvar Ellipta 92 mcg/22 mcg einzeldosiertes Plv. zur Inh. (PM)	G	R03AK10	364
RE2	Reminyl retard 8 mg Kaps.	Y	N06DA04	597

KASS	Bezeichnung	Box	ATC	Seite
RE2	Reminyl retard 16 mg Kaps.	Y	N06DA04	599
RE2	Reminyl retard 24 mg Kaps.	Y	N06DA04	600
RE2	Reminyl 4 mg/ml Lsg.	Y	N06DA04	596
RE1	Remodulin 1 mg/ml Inf.lsg.	Y	B01AC21	403
RE1	Remodulin 2,5 mg/ml Inf.lsg.	Y	B01AC21	403
RE1	Remodulin 5 mg/ml Inf.lsg.	Y	B01AC21	404
RE1	Remodulin 10 mg/ml Inf.lsg.	Y	B01AC21	404
IND	Remsima 120 mg Inj.lsg. Fertigpen (PM)	G	L04AB02	280
IND	Remsima 100 mg Plv. für ein Konz. zur Herst. einer Inf.lsg.	G	L04AB02	280
	Renistad 5 mg Tabl.	G	C09AA02	218
	Renistad 10 mg Tabl.	G	C09AA02	218
	Renistad 20 mg Tabl.	G	C09AA02	218
	Renitec 5 mg Tabl.	G	C09AA02	218
	Renitec 10 mg Tabl.	G	C09AA02	218
	Renitec 20 mg Tabl.	G	C09AA02	218
RE2	Renvela 800 mg Filmtabl.	Y	V03AE02	632
RE2	Renvela 2,4 g Plv. zur Herst. einer Susp. zum Einnehmen	Y	V03AE02	632
	Repaglinid "Accord" 0,5 mg Tabl.	G	A10BX02	180
	Repaglinid "Accord" 1 mg Tabl.	G	A10BX02	180
	Repaglinid "Accord" 2 mg Tabl.	G	A10BX02	180
	Repaglinid "Stada" 0,5 mg Tabl.	G	A10BX02	180
	Repaglinid "Stada" 1 mg Tabl.	G	A10BX02	180
	Repaglinid "Stada" 2 mg Tabl.	G	A10BX02	180
	Reparil 20 mg Drag.	G	C05CX	211
RE2	Repatha 140 mg Inj.lsg. Fertigpen (PM)	Y	C10AX13	444
RE1	Replagal 1 mg/ml Konz. zur Herst. einer Inf.lsg.	Y	A16AB03	397
	Requip 0,25 mg Filmtabl.	G	N04BC04	326
	Requip 1 mg Filmtabl.	G	N04BC04	326
	Requip 2 mg Filmtabl.	G	N04BC04	326
	Requip 5 mg Filmtabl.	G	N04BC04	326
	Requip Modutab 2 mg Retardtabl.	G	N04BC04	326
	Requip Modutab 4 mg Retardtabl.	G	N04BC04	326
	Requip Modutab 8 mg Retardtabl.	G	N04BC04	326
	Resonium A Plv.	G	V03AE01	379
RE1	Respreeza 1.000 mg Plv. und Lsgm. zur Herst. einer Inf.lsg.	Y	B02AB02	409
RE1	Respreeza 4.000 mg Plv. und Lsgm. zur Herst. einer Inf.lsg. (PM)	Y	B02AB02	409
RE1	Respreeza 5.000 mg Plv. und Lsgm. zur Herst. einer Inf.lsg. (PM)	Y	B02AB02	410
	Restex 100 mg/25 mg Retardkaps.	G	N04BA02	325
	Restex 100 mg/25 mg Tabl.	G	N04BA02	325
	Resyl c. Cod. Tropf.	G	R05FA02	370
RE1	Retacrit 1.000 IE/0,3 ml Inj.lsg. Fertigspr.	Y	B03XA01	418
RE1	Retacrit 2.000 IE/0,6 ml Inj.lsg. Fertigspr.	Y	B03XA01	419
RE1	Retacrit 3.000 IE/0,9 ml Inj.lsg. Fertigspr.	Y	B03XA01	420
RE1	Retacrit 4.000 IE/0,4 ml Inj.lsg. Fertigspr.	Y	B03XA01	421
RE1	Retacrit 5.000 IE/0,5 ml Inj.lsg. Fertigspr.	Y	B03XA01	422
RE1	Retacrit 6.000 IE/0,6 ml Inj.lsg. Fertigspr.	Y	B03XA01	422
RE1	Retacrit 8.000 IE/0,8 ml Inj.lsg. Fertigspr.	Y	B03XA01	423
IND	Retacrit 10.000 IE/1,0 ml Inj.lsg. Fertigspr.	G	B03XA01	195
IND	Retacrit 20.000 IE/0,5 ml Inj.lsg. Fertigspr.	G	B03XA01	196

KASS	Bezeichnung	Box	ATC	Seite
IND	Retacrit 30.000 IE/0,75 ml Inj.lsg. Fertigspr.	G	B03XA01	197
IND	Retacrit 40.000 IE/1,0 ml Inj.lsg. Fertigspr.	G	B03XA01	198
RE2	Retrovir 100 mg/10 ml Saft	Y	J05AF01	475
RE1	Revatio 20 mg Filmtabl.	Y	C02KX	434
IND	Revlimid 2,5 mg Hartkaps.	G	L04AX04	287
IND	Revlimid 5 mg Hartkaps.	G	L04AX04	288
IND	Revlimid 7,5 mg Hartkaps.	G	L04AX04	288
IND	Revlimid 10 mg Hartkaps.	G	L04AX04	289
IND	Revlimid 15 mg Hartkaps.	G	L04AX04	290
IND	Revlimid 20 mg Hartkaps.	G	L04AX04	290
IND	Revlimid 25 mg Hartkaps.	G	L04AX04	291
RE1	Revolade 25 mg Filmtabl.	Y	B02BX05	415
RE1	Revolade 50 mg Filmtabl.	Y	B02BX05	416
RE1	Revolade 75 mg Filmtabl.	Y	B02BX05	416
RE2	Reyataz 200 mg Hartkaps.	Y	J05AE08	474
RE2	Reyataz 300 mg Hartkaps.	Y	J05AE08	474
	Rheumon Gel	G	M02AA06	296
	Rheutrop retard Kaps.	G	M01AB11	294
	Rhinon Nasentropf.	G	R01AA08	361
	Rhinoperd Nasentropf.	G	R01AA08	361
RE2	Rhophylac 300 mcg/2 ml Inj.lsg. Fertigspr.	Y	J06BB01	492
IND	Rifoldin 150 mg Kaps.	G	J04AB02	265
	Rifoldin 300 mg + INH Drag.	G	J04AM02	265
	Rilmenidin "ratiopharm" 1 mg Tabl.	G	C02AC06	204
	Rilmenidin "Zentiva" 1 mg Tabl.	G	C02AC06	204
RE2	Rilutek 50 mg Filmtabl.	Y	N07XX02	608
RE2	Riluzol "Aristo" 50 mg Filmtabl.	Y	N07XX02	609
RE2	Riluzol "PMCS" 50 mg Filmtabl.	Y	N07XX02	609
RE2	Riluzol "Stada" 50 mg Filmtabl.	Y	N07XX02	609
RE2	Ringer-Lactat-Lsg. "Fresenius" Glasinf.fl. 1000 ml	Y	B05BB01	426
RE2	Ringer-Lactat-Lsg. "Fresenius" Plastikinf.fl. 500 ml	Y	B05BB01	426
	Ringer-Lactat nach Hartmann "Med." Plastikinf.fl. 500 ml	G	B05BB01	201
RE2	Ringer-Lsg. "Fresenius" Plastikinf.fl. 250 ml	Y	B05BB01	426
RE2	Ringer-Lsg. "Fresenius" Plastikinf.fl. 500 ml	Y	B05BB01	426
RE2	Ringer-Lsg. "Med." Plastikinf.fl. 500 ml	Y	B05BB01	426
RE2	Rinvoq 15 mg Retardtabl. (PM)	Y	L04AF03	554
RE2	Rinvoq 30 mg Retardtabl. (PM)	Y	L04AF03	555
RE2	Rinvoq 45 mg Retardtabl. (PM)	Y	L04AF03	555
	Risedronat "Stada" einmal wöchentlich 35 mg Filmtabl.	G	M05BA07	300
	Risedronsäure "Bluefish" einmal wöchentlich 35 mg Filmtabl.	G	M05BA07	300
	Risperdal 1 mg Filmtabl.	G	N05AX08	337
	Risperdal 2 mg Filmtabl.	G	N05AX08	338
	Risperdal 3 mg Filmtabl.	G	N05AX08	338
	Risperdal 4 mg Filmtabl.	G	N05AX08	338
	Risperdal 1 mg/ml orale Lsg.	G	N05AX08	337
IND	Risperdal Consta 25 mg Plv. u. Lsgm. zur Herst. einer verzögert freisetzenden Susp. zur i.m. Inj.	G	N05AX08	338
IND	Risperdal Consta 37,5 mg Plv. u. Lsgm. zur Herst. einer verzögert freisetzenden Susp. zur i.m. Inj.	G	N05AX08	339
IND	Risperdal Consta 50 mg Plv. u. Lsgm. zur Herst. einer verzögert freisetzenden Susp. zur i.m. Inj.	G	N05AX08	339

KASS	Bezeichnung	Box	ATC	Seite
	Risperidon "+pharma" 1 mg Filmtabl.	G	N05AX08	337
	Risperidon "+pharma" 2 mg Filmtabl.	G	N05AX08	338
	Risperidon "+pharma" 3 mg Filmtabl.	G	N05AX08	338
	Risperidon "+pharma" 4 mg Filmtabl.	G	N05AX08	338
	Risperidon "1A Pharma" 0,5 mg Filmtabl.	G	N05AX08	337
	Risperidon "1A Pharma" 1 mg Filmtabl.	G	N05AX08	337
	Risperidon "1A Pharma" 2 mg Filmtabl.	G	N05AX08	338
	Risperidon "1A Pharma" 3 mg Filmtabl.	G	N05AX08	338
	Risperidon "1A Pharma" 4 mg Filmtabl.	G	N05AX08	338
	Risperidon "Actavis" 1 mg Filmtabl.	G	N05AX08	337
	Risperidon "Actavis" 2 mg Filmtabl.	G	N05AX08	338
	Risperidon "Actavis" 3 mg Filmtabl.	G	N05AX08	338
	Risperidon "Actavis" 4 mg Filmtabl.	G	N05AX08	338
IND	Risperidon "Actavis" 25 mg Plv. u. Lsgm. zur Herst. einer Depot-Inj.susp.	G	N05AX08	339
IND	Risperidon "Actavis" 37,5 mg Plv. u. Lsgm. zur Herst. einer Depot-Inj.susp.	G	N05AX08	339
IND	Risperidon "Actavis" 50 mg Plv. u. Lsgm. zur Herst. einer Depot-Inj.susp.	G	N05AX08	339
	Risperidon "Aristo" 1 mg Filmtabl.	G	N05AX08	337
	Risperidon "Aristo" 2 mg Filmtabl.	G	N05AX08	338
	Risperidon "Aristo" 3 mg Filmtabl.	G	N05AX08	338
	Risperidon "Aristo" 4 mg Filmtabl.	G	N05AX08	338
	Risperidon "Genericon" 1 mg Filmtabl.	G	N05AX08	337
	Risperidon "Genericon" 2 mg Filmtabl.	G	N05AX08	338
	Risperidon "Genericon" 3 mg Filmtabl.	G	N05AX08	338
	Risperidon "Genericon" 4 mg Filmtabl.	G	N05AX08	338
	Risperidon "ratiopharm" 1 mg Filmtabl.	G	N05AX08	337
	Risperidon "ratiopharm" 2 mg Filmtabl.	G	N05AX08	338
	Risperidon "ratiopharm" 3 mg Filmtabl.	G	N05AX08	338
	Risperidon "ratiopharm" 4 mg Filmtabl.	G	N05AX08	338
	Risperidon "ratiopharm" 6 mg Filmtabl.	G	N05AX08	338
IND	Risperidon "ratiopharm" 25 mg Plv. u. Lsgm. zur Herst. einer Depot-Inj.susp.	G	N05AX08	339
IND	Risperidon "ratiopharm" 37,5 mg Plv. u. Lsgm. zur Herst. einer Depot-Inj.susp.	G	N05AX08	339
IND	Risperidon "ratiopharm" 50 mg Plv. u. Lsgm. zur Herst. einer Depot-Inj.susp.	G	N05AX08	339
	Risperidon "Sandoz" 0,25 mg Filmtabl.	G	N05AX08	337
	Risperidon "Sandoz" 0,5 mg Filmtabl.	G	N05AX08	337
	Risperidon "Sandoz" 1 mg Filmtabl.	G	N05AX08	337
	Risperidon "Sandoz" 2 mg Filmtabl.	G	N05AX08	338
	Risperidon "Sandoz" 3 mg Filmtabl.	G	N05AX08	338
	Risperidon "Sandoz" 4 mg Filmtabl.	G	N05AX08	338
	Risperidon "Sandoz" 0,5 mg Schmelztabl.	G	N05AX08	337
	Risperidon "Sandoz" 1 mg Schmelztabl.	G	N05AX08	337
	Risperidon "Sandoz" 2 mg Schmelztabl.	G	N05AX08	338
KNP	Ritalin 10 mg Tabl.	G	N06BA04	353
RE1	Ritalin LA 20 mg Kaps.	Y	N06BA04	583
RE1	Ritalin LA 30 mg Kaps.	Y	N06BA04	584
RE1	Ritalin LA 40 mg Kaps.	Y	N06BA04	584
RE2	Ritonavir "Accord" 100 mg Filmtabl.	Y	J05AE03	474

KASS	Bezeichnung	Box	ATC	Seite
	Rivacor 5 mg Filmtabl.	G	C07AB07	213
	Rivacor 10 mg Filmtabl.	G	C07AB07	214
RE2	Rivagelan 4,6 mg/24 h transdermales Pflaster	Y	N06DA03	592
RE2	Rivagelan 9,5 mg/24 h transdermales Pflaster	Y	N06DA03	594
IND	Rivastigmin "1A Pharma" 4,6 mg/24 h transdermales Pflaster	G	N06DA03	357
IND	Rivastigmin "1A Pharma" 9,5 mg/24 h transdermales Pflaster	G	N06DA03	357
IND	Rivastigmin "1A Pharma" 13,3 mg/24 h transdermales Pflaster	G	N06DA03	357
RE2	Rivastigmin "Actavis" 1,5 mg Hartkaps.	Y	N06DA03	589
RE2	Rivastigmin "Actavis" 3 mg Hartkaps.	Y	N06DA03	590
RE2	Rivastigmin "Actavis" 4,5 mg Hartkaps.	Y	N06DA03	591
RE2	Rivastigmin "Actavis" 6 mg Hartkaps.	Y	N06DA03	593
RE2	Rivastigmin "ratiopharm" 4,6 mg/24 h transdermales Pflaster	Y	N06DA03	592
RE2	Rivastigmin "ratiopharm" 9,5 mg/24 h transdermales Pflaster	Y	N06DA03	594
RE2	Rivastigmin "ratiopharm" 13,3 mg/24 h transdermales Pflaster	Y	N06DA03	595
RE2	Rivastigmin "Sandoz" 1,5 mg Hartkaps.	Y	N06DA03	589
RE2	Rivastigmin "Sandoz" 3 mg Hartkaps.	Y	N06DA03	590
RE2	Rivastigmin "Sandoz" 4,5 mg Hartkaps.	Y	N06DA03	591
RE2	Rivastigmin "Sandoz" 6 mg Hartkaps.	Y	N06DA03	593
RE2	Rivastigmin "Sandoz" 4,6 mg/24 h transdermales Pflaster	Y	N06DA03	592
RE2	Rivastigmin "Sandoz" 9,5 mg/24 h transdermales Pflaster	Y	N06DA03	595
RE2	Rivastigmin "Sandoz" 13,3 mg/24 h transdermales Pflaster	Y	N06DA03	596
IND	Rivastigmin "Stada" 4,6 mg/24 h transdermales Pflaster	G	N06DA03	357
IND	Rivastigmin "Stada" 9,5 mg/24 h transdermales Pflaster	G	N06DA03	357
IND	Rivastigmin "Stada" 13,3 mg/24 h transdermales Pflaster	G	N06DA03	358
	Rivotril 0,5 mg Tabl.	G	N03AE01	318
	Rivotril 2 mg Tabl.	G	N03AE01	318
RE1	RoActemra 162 mg Inj.lsg. Fertigspr.	Y	L04AC07	539
RE1	RoActemra 20 mg/ml Konz. zur Herst. einer Inf.lsg.	Y	L04AC07	539
IND	Rocaltrol 0,25 mcg Kaps.	G	A11CC04	180
IND	Rocaltrol 0,5 mcg Kaps.	G	A11CC04	180
	Ropinirol "Actavis" 2 mg Retardtabl.	G	N04BC04	326
	Ropinirol "Actavis" 4 mg Retardtabl.	G	N04BC04	326
	Ropinirol "Actavis" 8 mg Retardtabl.	G	N04BC04	327
	Ropinirol "Krka" 2 mg Retardtabl.	G	N04BC04	326
	Ropinirol "Krka" 4 mg Retardtabl.	G	N04BC04	326
	Ropinirol "Krka" 8 mg Retardtabl.	G	N04BC04	327
	Ropinirol "Sandoz" 2 mg Retardtabl.	G	N04BC04	326
	Ropinirol "Sandoz" 4 mg Retardtabl.	G	N04BC04	326
	Ropinirol "Sandoz" 8 mg Retardtabl.	G	N04BC04	327
	Ropinirol "Stada" 2 mg Retardtabl.	G	N04BC04	326
	Ropinirol "Stada" 4 mg Retardtabl.	G	N04BC04	326
	Ropinirol "Stada" 8 mg Retardtabl.	G	N04BC04	327
	Rosalgin 0,1 % Vaginallsg.	G	G02CC03	245
	Rosamib 5 mg/10 mg Tabl.	G	C10BA06	235
	Rosamib 10 mg/10 mg Tabl.	G	C10BA06	235
	Rosamib 20 mg/10 mg Tabl.	G	C10BA06	235

KASS	Bezeichnung	Box	ATC	Seite
	Rosamib 40 mg/10 mg Tabl.	G	C10BA06	236
	RosuASS 5 mg/100 mg Hartkaps.	G	C10BX05	236
	RosuASS 10 mg/100 mg Hartkaps.	G	C10BX05	236
	RosuASS 20 mg/100 mg Hartkaps.	G	C10BX05	236
	Rosuvalan 10 mg Filmtabl.	G	C10AA07	233
	Rosuvalan 20 mg Filmtabl.	G	C10AA07	233
	Rosuvalan 40 mg Filmtabl.	G	C10AA07	233
	Rosuvastatin "+pharma" 10 mg Filmtabl.	G	C10AA07	233
	Rosuvastatin "+pharma" 20 mg Filmtabl.	G	C10AA07	233
	Rosuvastatin "+pharma" 40 mg Filmtabl.	G	C10AA07	233
	Rosuvastatin "1A Pharma" 5 mg Filmtabl.	G	C10AA07	232
	Rosuvastatin "1A Pharma" 10 mg Filmtabl.	G	C10AA07	233
	Rosuvastatin "1A Pharma" 20 mg Filmtabl.	G	C10AA07	233
	Rosuvastatin "1A Pharma" 40 mg Filmtabl.	G	C10AA07	233
	Rosuvastatin "Actavis Group" 5 mg Filmtabl.	G	C10AA07	232
	Rosuvastatin "Actavis Group" 10 mg Filmtabl.	G	C10AA07	233
	Rosuvastatin "Actavis Group" 20 mg Filmtabl.	G	C10AA07	233
	Rosuvastatin "Actavis Group" 40 mg Filmtabl.	G	C10AA07	233
	Rosuvastatin "G.L." 10 mg Filmtabl.	G	C10AA07	233
	Rosuvastatin "G.L." 20 mg Filmtabl.	G	C10AA07	233
	Rosuvastatin "G.L." 40 mg Filmtabl.	G	C10AA07	233
	Rosuvastatin "Genericon" 10 mg Filmtabl.	G	C10AA07	233
	Rosuvastatin "Genericon" 20 mg Filmtabl.	G	C10AA07	233
	Rosuvastatin "Genericon" 40 mg Filmtabl.	G	C10AA07	233
	Rosuvastatin "HCS" 5 mg Filmtabl.	G	C10AA07	232
	Rosuvastatin "HCS" 10 mg Filmtabl.	G	C10AA07	233
	Rosuvastatin "HCS" 20 mg Filmtabl.	G	C10AA07	233
	Rosuvastatin "HCS" 40 mg Filmtabl.	G	C10AA07	233
	Rosuvastatin "ratiopharm" 5 mg Filmtabl.	G	C10AA07	232
	Rosuvastatin "ratiopharm" 10 mg Filmtabl.	G	C10AA07	233
	Rosuvastatin "ratiopharm" 15 mg Filmtabl.	G	C10AA07	233
	Rosuvastatin "ratiopharm" 20 mg Filmtabl.	G	C10AA07	233
	Rosuvastatin "ratiopharm" 30 mg Filmtabl.	G	C10AA07	233
	Rosuvastatin "ratiopharm" 40 mg Filmtabl.	G	C10AA07	233
	Rosuvastatin "Sandoz" 5 mg Filmtabl.	G	C10AA07	232
	Rosuvastatin "Sandoz" 10 mg Filmtabl.	G	C10AA07	233
	Rosuvastatin "Sandoz" 20 mg Filmtabl.	G	C10AA07	233
	Rosuvastatin "Sandoz" 40 mg Filmtabl.	G	C10AA07	233
	Rosuvastatin "Stada" 10 mg Filmtabl.	G	C10AA07	233
	Rosuvastatin "Stada" 20 mg Filmtabl.	G	C10AA07	233
	Rosuvastatin "Stada" 40 mg Filmtabl.	G	C10AA07	233
	Rosuvastatin/Ezetimib "HCS" 5 mg/10 mg Filmtabl.	G	C10BA06	235
	Rosuvastatin/Ezetimib "HCS" 10 mg/10 mg Filmtabl.	G	C10BA06	235
	Rosuvastatin/Ezetimib "HCS" 20 mg/10 mg Filmtabl.	G	C10BA06	235
	Rosuvastatin/Ezetimib "ratiopharm" 10 mg/10 mg Tabl.	G	C10BA06	235
	Rosuvastatin/Ezetimib "ratiopharm" 20 mg/10 mg Tabl.	G	C10BA06	235
	Rowatinex Kaps.	G	G04BD	247
	Roxithromycin "+pharma" 300 mg Filmtabl.	G	J01FA06	260
	Roxithromycin "Sandoz" 150 mg Filmtabl.	G	J01FA06	260
	Roxithromycin "Sandoz" 300 mg Filmtabl.	G	J01FA06	260
	Roxithrostad 150 mg Filmtabl.	G	J01FA06	260
	Roxithrostad 300 mg Filmtabl.	G	J01FA06	260

KASS	Bezeichnung	Box	ATC	Seite
	Rozex Gel	G	D06BX01	240
RE1	Rozlytrek 100 mg Hartkaps. (PM)	Y	L01EX14	509
RE1	Rozlytrek 200 mg Hartkaps. (PM)	Y	L01EX14	510
RE1	Ruconest 2100 E Plv. zur Herst. einer Inj.lsg.	Y	B06AC04	427
IND	Ryaltris 25 mcg/600 mcg pro Sprühstoß Nasenspray, Susp.	G	R01AD59	362
IND	Ryeqo 40 mg/1 mg/0,5 mg Filmtabl. (PM)	G	H01CC54	251
	Rytmonorma 150 mg Filmtabl.	G	C01BC03	201
	Rytmonorma 300 mg Filmtabl.	G	C01BC03	201
IND	Sabril 500 mg Filmtabl.	G	N03AG04	320
IND	Sabril 500 mg lösl. Plv.	G	N03AG04	320
RE2	Saflutan 15 mcg/ml Augentropf. Einzeldosen	Y	S01EE05	631
RE1	Saizen 5,83 mg/ml Inj.lsg.	Y	H01AC01	461
RE1	Saizen 8 mg/ml Inj.lsg.	Y	H01AC01	461
	Salazopyrin 500 mg Filmtabl.	G	A07EC01	172
	Salazopyrin 500 mg Tabl.	G	A07EC01	172
IND	Salmecomp 50 mcg/250 mcg einzeldosiertes Plv. zur Inh.	G	R03AK06	363
IND	Salmecomp 50 mcg/500 mcg einzeldosiertes Plv. zur Inh.	G	R03AK06	364
IND	Salmeterol/Fluticason "Stada" 50 mcg/100 mcg einzeldosiertes Plv. zur Inh.	G	R03AK06	363
IND	Salmeterol/Fluticason "Stada" 50 mcg/250 mcg einzeldosiertes Plv. zur Inh.	G	R03AK06	363
IND	Salmeterol/Fluticason "Stada" 50 mcg/500 mcg einzeldosiertes Plv. zur Inh.	G	R03AK06	364
	Salofalk 500 mg magensaftresistente Tabl.	G	A07EC02	173
RE2	Salofalk 4 g Klysmen	Y	A07EC02	387
RE2	Salofalk 1 g/Sprühstoß Rektalschaum	Y	A07EC02	386
	Salofalk 500 mg Zäpf.	G	A07EC02	173
	Salofalk 1000 mg Zäpf.	G	A07EC02	173
IND	Samsca 7,5 mg Tabl.	G	C03XA01	208
IND	Samsca 15 mg Tabl.	G	C03XA01	209
IND	Samsca 30 mg Tabl.	G	C03XA01	209
IND	Sandimmun Neoral 25 mg Kaps.	G	L04AD01	284
IND	Sandimmun Neoral 50 mg Kaps.	G	L04AD01	284
IND	Sandimmun Neoral 100 mg Kaps.	G	L04AD01	284
IND	Sandimmun Neoral 100 mg/ml Trinklsg.	G	L04AD01	284
RE1	Sandostatin 50 mcg/ml Inj.-/Inf.lsg.	Y	H01CB02	465
RE1	Sandostatin 100 mcg/ml Inj.-/Inf.lsg.	Y	H01CB02	466
RE1	Sandostatin 500 mcg/ml Inj.-/Inf.lsg.	Y	H01CB02	466
IND	Sandostatin LAR 10 mg Plv. u. Lsgm. zur Herst. einer Inj.susp.	G	H01CB02	250
IND	Sandostatin LAR 20 mg Plv. u. Lsgm. zur Herst. einer Inj.susp.	G	H01CB02	251
IND	Sandostatin LAR 30 mg Plv. u. Lsgm. zur Herst. einer Inj.susp.	G	H01CB02	251
RE1	Sapropterin "Dipharma" 100 mg Plv. zur Herst. einer Lsg. zum Einnehmen	Y	A16AX07	400
RE1	Sapropterin "Dipharma" 500 mg Plv. zur Herst. einer Lsg. zum Einnehmen	Y	A16AX07	400
RE1	Sapropterin "Dipharma" 100 mg Tabl. zur Herst. einer Lsg. zum Einnehmen	Y	A16AX07	400
	Saroten 10 mg Filmtabl.	G	N06AA09	344
	Saroten 25 mg Filmtabl.	G	N06AA09	344

KASS	Bezeichnung	Box	ATC	Seite
	Sastravi 50 mg/12,5 mg/200 mg Filmtabl.	G	N04BA03	325
	Sastravi 100 mg/25 mg/200 mg Filmtabl.	G	N04BA03	325
	Sastravi 150 mg/37,5 mg/200 mg Filmtabl.	G	N04BA03	326
RE1	Sativex Spray zur Anw. in der Mundhöhle (PM)	Y	N02BG10	576
IND	Scabioral 3 mg Tabl.	G	P02CF01	360
R	Scanlux 300 mg J/ml Inj.lsg. 50 ml	G	V08AB04	380
R	Scanlux 300 mg J/ml Inj.lsg. 100 ml	G	V08AB04	380
	Scheriproct Salbe	G	C05AA04	211
	Scheriproct Supp.	G	C05AA04	211
	Sedacoron 200 mg Tabl.	G	C01BD01	202
IND	Seebri Breezhaler 44 mcg Hartkaps. mit Plv. zur Inh.	G	R03BB06	368
	Selexid 200 mg Filmtabl.	G	J01CA08	257
	Semglee 100 E/ml Inj.lsg. Fertigpen	G	A10AE04	175
	Seractil 200 mg Filmtabl.	G	M01AE14	296
	Seractil 300 mg Filmtabl.	G	M01AE14	296
	Seractil forte 400 mg Filmtabl.	G	M01AE14	296
RE1	Serdolect 4 mg Filmtabl.	Y	N05AE03	580
RE1	Serdolect 12 mg Filmtabl.	Y	N05AE03	580
RE1	Serdolect 16 mg Filmtabl.	Y	N05AE03	581
IND	Seretide Diskus standard 50 mcg/250 mcg einzeldosiertes Plv. zur Inh.	G	R03AK06	363
IND	Seretide Diskus forte 50 mcg/500 mcg einzeldosiertes Plv. zur Inh.	G	R03AK06	364
IND	Seretide levis 25 mcg/50 mcg pro Sprühstoß Druckgasinh.	G	R03AK06	363
IND	Seretide standard 25 mcg/125 mcg pro Sprühstoß Druckgasinh.	G	R03AK06	363
IND	Seretide forte 25 mcg/250 mcg pro Sprühstoß Druckgasinh.	G	R03AK06	363
IND	Serevent Diskus Plv. zur Trockeninh.	G	R03AC12	363
IND	Serevent Evohaler 25 mcg/Sprühstoß Dosieraerosol	G	R03AC12	363
	Sermion 30 mg Filmtabl.	G	C04AE02	211
	Seropram 10 mg Filmtabl.	G	N06AB04	346
	Seropram 20 mg Filmtabl.	G	N06AB04	346
	Seroquel 25 mg Filmtabl.	G	N05AH04	334
	Seroquel 100 mg Filmtabl.	G	N05AH04	335
	Seroquel 200 mg Filmtabl.	G	N05AH04	335
	Seroquel 300 mg Filmtabl.	G	N05AH04	336
	Seroquel XR 200 mg Retardtabl.	G	N05AH04	335
	Seroquel XR 300 mg Retardtabl.	G	N05AH04	336
	Seroquel XR 400 mg Retardtabl.	G	N05AH04	336
	Seroxat 20 mg Filmtabl.	G	N06AB05	347
	Sertralin "+pharma" 50 mg Filmtabl.	G	N06AB06	347
	Sertralin "+pharma" 100 mg Filmtabl.	G	N06AB06	347
	Sertralin "1A Pharma" 50 mg Filmtabl.	G	N06AB06	347
	Sertralin "1A Pharma" 100 mg Filmtabl.	G	N06AB06	347
	Sertralin "Accord" 50 mg Filmtabl.	G	N06AB06	347
	Sertralin "Accord" 100 mg Filmtabl.	G	N06AB06	347
	Sertralin "Actavis" 50 mg Filmtabl.	G	N06AB06	347
	Sertralin "Actavis" 100 mg Filmtabl.	G	N06AB06	347
	Sertralin "Aristo" 50 mg Filmtabl.	G	N06AB06	347
	Sertralin "Aristo" 100 mg Filmtabl.	G	N06AB06	347
	Sertralin "Bluefish" 50 mg Filmtabl.	G	N06AB06	347

KASS	Bezeichnung	Box	ATC	Seite
	Sertralin "Bluefish" 100 mg Filmtabl.	G	N06AB06	348
	Sertralin "G.L." 50 mg Filmtabl.	G	N06AB06	347
	Sertralin "G.L." 100 mg Filmtabl.	G	N06AB06	348
	Sertralin "Hexal" 50 mg Filmtabl.	G	N06AB06	347
	Sertralin "Hexal" 100 mg Filmtabl.	G	N06AB06	348
	Sertralin "ratiopharm" 50 mg Filmtabl.	G	N06AB06	347
	Sertralin "ratiopharm" 100 mg Filmtabl.	G	N06AB06	348
	Sertralin "Sandoz" 50 mg Filmtabl.	G	N06AB06	347
	Sertralin "Sandoz" 100 mg Filmtabl.	G	N06AB06	348
	Sertralin "Stada" 50 mg Filmtabl.	G	N06AB06	347
	Sertralin "Viatris" 50 mg Filmtabl.	G	N06AB06	347
	Sertralin "Viatris" 100 mg Filmtabl.	G	N06AB06	348
	Sertralin "Zentiva" 50 mg Filmtabl.	G	N06AB06	347
	Sertralin "Zentiva" 100 mg Filmtabl.	G	N06AB06	348
RE2	Sevelamer "ratiopharm" 800 mg Filmtabl.	Y	V03AE02	632
RE2	Sevelamer "Sandoz" 800 mg Filmtabl.	Y	V03AE02	632
RE2	Sevelamercarbonat "Stada" 800 mg Filmtabl.	Y	V03AE02	632
RE1	Sialanar 320 mcg/ml Lsg. zum Einnehmen	Y	A03AB02	383
	Sialin-Sigma Lsg.	G	A01AD11	163
	Sifrol 0,26 mg Retardtabl.	G	N04BC05	327
	Sifrol 0,52 mg Retardtabl.	G	N04BC05	327
	Sifrol 1,05 mg Retardtabl.	G	N04BC05	328
	Sifrol 2,1 mg Retardtabl.	G	N04BC05	328
	Sifrol 3,15 mg Retardtabl.	G	N04BC05	328
	Sifrol 0,088 mg Tabl.	G	N04BC05	327
	Sifrol 0,18 mg Tabl.	G	N04BC05	327
	Sifrol 0,35 mg Tabl.	G	N04BC05	327
	Sifrol 0,7 mg Tabl.	G	N04BC05	327
RE1	Sildenafil "ratiopharm" 20 mg Filmtabl.	Y	C02KX	434
RE1	Sildenafil "Sandoz" 20 mg Filmtabl.	Y	C02KX	435
RE1	Sildenafil "Stada" 20 mg Filmtabl.	Y	C02KX	435
	SimEz 10 mg/20 mg Tabl.	G	C10BA02	234
	SimEz 10 mg/40 mg Tabl.	G	C10BA02	234
RE1	Simponi 50 mg Inj.lsg. Fertigspr. (PM)	Y	L04AB06	530
RE1	Simponi 100 mg Inj.lsg. Fertigspr. (PM)	Y	L04AB06	531
RE1	Simponi 50 mg Inj.lsg. vorgefüllter Injektor (PM)	Y	L04AB06	530
RE1	Simponi 100 mg Inj.lsg. vorgefüllter Injektor (PM)	Y	L04AB06	532
	Simvastad 20 mg Filmtabl.	G	C10AA01	230
	Simvastad 40 mg Filmtabl.	G	C10AA01	230
	Simvastatin "+pharma" 20 mg Filmtabl.	G	C10AA01	230
	Simvastatin "+pharma" 40 mg Filmtabl.	G	C10AA01	230
	Simvastatin "+pharma" 80 mg Filmtabl.	G	C10AA01	231
	Simvastatin "1A Pharma" 20 mg Filmtabl.	G	C10AA01	230
	Simvastatin "1A Pharma" 40 mg Filmtabl.	G	C10AA01	230
	Simvastatin "Actavis" 20 mg Filmtabl.	G	C10AA01	230
	Simvastatin "Actavis" 40 mg Filmtabl.	G	C10AA01	230
	Simvastatin "Actavis" 80 mg Filmtabl.	G	C10AA01	231
	Simvastatin "Alternova" 20 mg Filmtabl.	G	C10AA01	230
	Simvastatin "Alternova" 40 mg Filmtabl.	G	C10AA01	230
	Simvastatin "Bluefish" 20 mg Filmtabl.	G	C10AA01	230
	Simvastatin "Bluefish" 40 mg Filmtabl.	G	C10AA01	230
	Simvastatin "Genericon" 20 mg Filmtabl.	G	C10AA01	230

KASS	Bezeichnung	Box	ATC	Seite
	Simvastatin "Genericon" 40 mg Filmtabl.	G	C10AA01	231
	Simvastatin "Genericon" 80 mg Filmtabl.	G	C10AA01	231
	Simvastatin "Hexal" 20 mg Filmtabl.	G	C10AA01	230
	Simvastatin "Hexal" 30 mg Filmtabl.	G	C10AA01	230
	Simvastatin "Hexal" 40 mg Filmtabl.	G	C10AA01	231
	Simvastatin "Hexal" 80 mg Filmtabl.	G	C10AA01	231
	Simvastatin "Merck" 20 mg Filmtabl.	G	C10AA01	230
	Simvastatin "Merck" 40 mg Filmtabl.	G	C10AA01	231
	Simvastatin "ratiopharm" 20 mg Filmtabl.	G	C10AA01	230
	Simvastatin "ratiopharm" 40 mg Filmtabl.	G	C10AA01	231
	Simvastatin "ratiopharm" 80 mg Filmtabl.	G	C10AA01	231
	Simvastatin "Sandoz" 20 mg Filmtabl.	G	C10AA01	230
	Simvastatin "Sandoz" 40 mg Filmtabl.	G	C10AA01	231
	Simvastatin "Teva" 20 mg Filmtabl.	G	C10AA01	230
	Simvastatin "Teva" 40 mg Filmtabl.	G	C10AA01	231
	Simvastatin "Teva" 80 mg Filmtabl.	G	C10AA01	231
	Simvatin 20 mg Filmtabl.	G	C10AA01	230
	Simvatin 40 mg Filmtabl.	G	C10AA01	231
	Simvatin 80 mg Filmtabl.	G	C10AA01	231
	Sinemet 25 mg/100 mg Tabl.	G	N04BA02	325
	Sinemet 25 mg/250 mg Tabl.	G	N04BA02	325
	Singulair 10 mg Filmtabl.	G	R03DC03	369
	Singulair 4 mg Kautabl. f. Kleinkinder	G	R03DC03	369
	Singulair 5 mg Kautabl. f. Kinder	G	R03DC03	369
	Sintrom 4 mg Tabl.	G	B01AA07	182
	Sirdalud 2 mg Tabl.	G	M03BX02	297
	Sirdalud 4 mg Tabl.	G	M03BX02	297
IND	Sitagliptin "+pharma" 25 mg Filmtabl.	G	A10BH01	178
IND	Sitagliptin "+pharma" 50 mg Filmtabl.	G	A10BH01	179
IND	Sitagliptin "+pharma" 100 mg Filmtabl.	G	A10BH01	179
IND	Sitagliptin "1A Pharma" 25 mg Filmtabl.	G	A10BH01	178
IND	Sitagliptin "1A Pharma" 50 mg Filmtabl.	G	A10BH01	179
IND	Sitagliptin "1A Pharma" 100 mg Filmtabl.	G	A10BH01	179
IND	Sitagliptin "Genericon" 25 mg Filmtabl.	G	A10BH01	178
IND	Sitagliptin "Genericon" 50 mg Filmtabl.	G	A10BH01	179
IND	Sitagliptin "Genericon" 100 mg Filmtabl.	G	A10BH01	179
IND	Sitagliptin "HCS" 25 mg Filmtabl.	G	A10BH01	178
IND	Sitagliptin "HCS" 50 mg Filmtabl.	G	A10BH01	179
IND	Sitagliptin "HCS" 100 mg Filmtabl.	G	A10BH01	179
IND	Sitagliptin "ratiopharm" 50 mg Filmtabl.	G	A10BH01	179
IND	Sitagliptin "ratiopharm" 100 mg Filmtabl.	G	A10BH01	179
IND	Sitagliptin "Sandoz" 25 mg Filmtabl.	G	A10BH01	178
IND	Sitagliptin "Sandoz" 50 mg Filmtabl.	G	A10BH01	179
IND	Sitagliptin "Sandoz" 100 mg Filmtabl.	G	A10BH01	179
IND	Sitagliptin "Stada" 25 mg Filmtabl.	G	A10BH01	178
IND	Sitagliptin "Stada" 50 mg Filmtabl.	G	A10BH01	179
IND	Sitagliptin "Stada" 100 mg Filmtabl.	G	A10BH01	179
IND	Sitagliptin "Zentiva" 25 mg Filmtabl.	G	A10BH01	178
IND	Sitagliptin "Zentiva" 50 mg Filmtabl.	G	A10BH01	179
IND	Sitagliptin "Zentiva" 100 mg Filmtabl.	G	A10BH01	179
IND	Sitagliptin/Metformin "1A Pharma" 50 mg/850 mg Filmtabl.	G	A10BD07	177
IND	Sitagliptin/Metformin "1A Pharma" 50 mg/1000 mg Filmtabl.	G	A10BD07	177

KASS	Bezeichnung	Box	ATC	Seite
IND	Sitagliptin/Metformin "Grindeks" 50 mg/850 mg Filmtabl.	G	A10BD07	177
IND	Sitagliptin/Metformin "Grindeks" 50 mg/1000 mg Filmtabl.	G	A10BD07	177
IND	Sitagliptin/Metformin "ratiopharm" 50 mg/850 mg Filmtabl.	G	A10BD07	177
IND	Sitagliptin/Metformin "ratiopharm" 50 mg/1000 mg Filmtabl.	G	A10BD07	177
IND	Sitagliptin/Metformin "Sandoz" 50 mg/850 mg Filmtabl.	G	A10BD07	177
IND	Sitagliptin/Metformin "Sandoz" 50 mg/1000 mg Filmtabl.	G	A10BD07	177
IND	Sitagliptin/Metformin "Stada" 50 mg/850 mg Filmtabl.	G	A10BD07	177
IND	Sitagliptin/Metformin "Stada" 50 mg/1000 mg Filmtabl.	G	A10BD07	177
IND	Sitagliptin/Metforminhydrochlorid "Genericon" 50 mg/ 850 mg Filmtabl.	G	A10BD07	177
IND	Sitagliptin/Metforminhydrochlorid "Genericon" 50 mg/ 1000 mg Filmtabl.	G	A10BD07	177
RE1	Sivextro 200 mg Filmtabl.	Y	J01XX11	469
IND	Sixantone Zweikammerspr.	G	L02AE02	274
	Skinoren Creme	G	D10AX03	243
RE1	Skyclarys 50 mg Hartkaps. (PM)	Y	N07XX25	612
RE1	Skyrizi 150 mg Inj.lsg. Fertigpen (PM)	Y	L04AC18	544
RE1	Skyrizi 150 mg Inj.lsg. Fertigspr. (PM)	Y	L04AC18	544
RE1	Skyrizi 180 mg Inj.lsg. Patrone (PM)	Y	L04AC18	544
RE1	Skyrizi 360 mg Inj.lsg. Patrone (PM)	Y	L04AC18	545
RE1	Skyrizi 600 mg Konz. zur Herst. einer Inf.lsg. (PM)	Y	L04AC18	545
	Soderm 0,5 mg/g + 20 mg/g Lsg. zur Anw. auf der Haut	G	D07XC01	242
Au	Softacort 3,35 mg/ml Augentropf. Einzeldosen	G	S01BA02	373
D	Solacutan 3 % Gel	G	D11AX18	244
D	Solaraze 3 % Gel	G	D11AX18	244
	Solian 400 mg Filmtabl.	G	N05AL05	337
	Solian 50 mg Tabl.	G	N05AL05	336
	Solian 200 mg Tabl.	G	N05AL05	337
	Solifenacin "+pharma" 5 mg Filmtabl.	G	G04BD08	248
	Solifenacin "+pharma" 10 mg Filmtabl.	G	G04BD08	248
	Solifenacin "1A Pharma" 5 mg Filmtabl.	G	G04BD08	248
	Solifenacin "1A Pharma" 10 mg Filmtabl.	G	G04BD08	248
	Solifenacin "Aristo" 5 mg Filmtabl.	G	G04BD08	248
	Solifenacin "Aristo" 10 mg Filmtabl.	G	G04BD08	248
	Solifenacin "HCS" 5 mg Filmtabl.	G	G04BD08	248
	Solifenacin "HCS" 10 mg Filmtabl.	G	G04BD08	248
	Solifenacin "Stada" 5 mg Filmtabl.	G	G04BD08	248
	Solifenacin "Stada" 10 mg Filmtabl.	G	G04BD08	248
	Solu-Celestan Amp.	G	H02AB01	251
	Solu-Medrol 1.000 mg Trockenstechamp.	G	H02AB04	252
	Solutio Cordes 0,5 % dermatol. Lsg.	G	D11AX	244
	Solu-Volon A 40 mg Amp.	G	H02AB08	253
	Solu-Volon A 80 mg Inj.lsg. Amp.	G	H02AB08	253
RE1	Somatuline Autogel 60 mg Inj.lsg.	Y	H01CB03	466
RE1	Somatuline Autogel 90 mg Inj.lsg.	Y	H01CB03	466
RE1	Somatuline Autogel 120 mg Inj.lsg.	Y	H01CB03	467
RE2	Sondelbay 20 mcg/0,08 ml Inj.lsg. Fertigpen	Y	H05AA02	467
IND	Sorafenib "Bluefish" 200 mg Filmtabl.	G	L01EX02	273
IND	Sorafenib "Stada" 200 mg Filmtabl.	G	L01EX02	273
	Sorcelif 400 mg Filmtabl.	G	J01DD08	259
F6J	Sorcelif 100 mg/5 ml Granulat z. Herst. einer Susp. z. Einnehmen	G	J01DD08	259

KASS	Bezeichnung	Box	ATC	Seite
	Sotahexal 80 mg Tabl.	G	C07AA07	212
	Sotahexal 160 mg Tabl.	G	C07AA07	212
	Sotastad 80 mg Tabl.	G	C07AA07	212
RE1	Sotyktu 6 mg Filmtabl. (PM)	Y	L04AF07	556
RE1	Spasmium Oralkaps.	Y	A03AX11	383
	Spasmolyt Drag.	G	G04BD09	249
IND	Spiolto Respimat 2,5 mcg/2,5 mcg Lsg zur Inh.	G	R03AL06	365
IND	Spiolto Respimat 2,5 mcg/2,5 mcg Lsg zur Inh. Nachfüllpackung	G	R03AL06	366
IND	Spiriva 18 mcg Kaps. mit Inh.plv. + Handihaler	G	R03BB04	368
IND	Spiriva 18 mcg Kaps. mit Inh.plv. Nachfüllpackung	G	R03BB04	368
IND	Spiriva Respimat 2,5 mcg Lsg. zur Inh.	G	R03BB04	367
IND	Spiriva Respimat 2,5 mcg Lsg. zur Inh. Nachfüllpackung	G	R03BB04	367
	Spirobene 50 mg Tabl.	G	C03DA01	207
	Spirobene 100 mg Tabl.	G	C03DA01	207
	Spirohexal 100 mg Tabl.	G	C03DA01	207
	Spirono "Genericon" 50 mg Tabl.	G	C03DA01	207
	Spirono "Genericon" comp. Tabl.	G	C03EB01	208
	Spirono "Genericon" comp. forte Tabl.	G	C03EB01	208
	Spironolacton "Agepha" Tabl.	G	C03DA01	207
F D	Sporanox Kaps.	G	J02AC02	265
D	Sporanox Derm Kaps.	G	J02AC02	265
RE1	Spravato 28 mg Nasenspray, Lsg. (PM)	Y	N06AX27	582
	Squamasol crinale Lsg.	G	D11AX	244
	Squamasol Gel	G	D11AX	244
N P	Stablon Drag.	G	N06AX14	351
RE2	Stayveer 62,5 mg Filmtabl.	Y	C02KX01	435
RE2	Stayveer 125 mg Filmtabl.	Y	C02KX01	436
IND	Stelara 45 mg Inj.lsg. Fertigpen	G	L04AC05	283
IND	Stelara 90 mg Inj.lsg. Fertigpen	G	L04AC05	283
IND	Stelara 45 mg Inj.lsg. Fertigspr.	G	L04AC05	283
IND	Stelara 90 mg Inj.lsg. Fertigspr.	G	L04AC05	283
IND	Stelara 130 mg Konz. zur Herst. einer Inf.lsg.	G	L04AC05	284
RE2	Steqeyma 45 mg Inj.lsg. Fertigspr.	Y	L04AC05	534
RE2	Steqeyma 90 mg Inj.lsg. Fertigspr.	Y	L04AC05	537
RE2	Steqeyma 130 mg Konz. zur Herst. einer Inf.lsg.	Y	L04AC05	538
	Stesolid 5 mg Rektaltuben	G	N05BA01	343
	Stesolid 10 mg Rektaltuben	G	N05BA01	343
RE2	Stribild 150 mg/150 mg/200 mg/245 mg Filmtabl.	Y	J05AR09	485
RE1	Suboxone 2 mg/0,5 mg Sublingualtabl.	Y	N07BC51	608
RE1	Suboxone 8 mg/2 mg Sublingualtabl.	Y	N07BC51	608
RE1	Substitol retard 120 mg Kaps.	Y	N07BC	605
RE1	Substitol retard 200 mg Kaps.	Y	N07BC	606
	Sucralan 1 g/5 ml orale Susp.	G	A02BX02	168
	Sucralan 1 g/5 ml orale Susp. Btl.	G	A02BX02	168
	Sucralfat "Genericon" 1 g Tabl.	G	A02BX02	168
	Sucralfat "Genericon" 1 g/5 ml orale Susp.	G	A02BX02	168
	Sucralfat "Genericon" 1 g/5 ml orale Susp. Btl.	G	A02BX02	168
F14	Sultanol Saft	G	R03CC02	368
	Sultanol Diskus 0,2 mg Plv. zur Trockeninh.	G	R03AC02	362
	Sultanol Dosieraerosol FCKW-frei	G	R03AC02	362
	Sultanol Inh.lsg.	G	R03AC02	362

KASS	Bezeichnung	Box	ATC	Seite
IND	Sumatriptan "1A Pharma" 50 mg Tabl.	G	N02CC01	314
IND	Sumatriptan "1A Pharma" 100 mg Tabl.	G	N02CC01	315
IND	Sumatriptan "Stada" 100 mg Tabl.	G	N02CC01	315
IND	Sunitinib "Bluefish" 12,5 mg Hartkaps.	G	L01EX01	272
IND	Sunitinib "Bluefish" 25 mg Hartkaps.	G	L01EX01	272
IND	Sunitinib "Bluefish" 50 mg Hartkaps.	G	L01EX01	273
IND	Sunitinib "Rivopharm" 12,5 mg Hartkaps.	G	L01EX01	272
IND	Sunitinib "Rivopharm" 25 mg Hartkaps.	G	L01EX01	273
IND	Sunitinib "Rivopharm" 50 mg Hartkaps.	G	L01EX01	273
IND	Sunitinib "Stada" 12,5 mg Hartkaps.	G	L01EX01	272
IND	Sunitinib "Stada" 25 mg Hartkaps.	G	L01EX01	273
IND	Sunitinib "Stada" 50 mg Hartkaps.	G	L01EX01	273
IND	Sunitinib "Teva" 12,5 mg Hartkaps.	G	L01EX01	272
IND	Sunitinib "Teva" 25 mg Hartkaps.	G	L01EX01	273
IND	Sunitinib "Teva" 50 mg Hartkaps.	G	L01EX01	273
IND	Suprefact 1 mg/ml Dstfl.	G	L02AE01	274
IND	Suprefact Depot-Implantat für 3 Monate Fertigspr.	G	L02AE01	274
	Supressin 2 mg Tabl.	G	C02CA04	205
	Supressin 4 mg Tabl.	G	C02CA04	205
IND	Symbicort mite Turbohaler 80 mcg/4,5 mcg pro Dosis Plv. zur Inh.	G	R03AK07	364
IND	Symbicort Turbohaler 160 mcg/4,5 mcg pro Dosis Plv. zur Inh.	G	R03AK07	364
IND	Symbicort forte Turbohaler 320 mcg/9 mcg pro Dosis Plv. zur Inh.	G	R03AK07	364
RE1	Symkevi 50 mg/75 mg Filmtabl. (PM)	Y	R07AX31	628
RE1	Symkevi 100 mg/150 mg Filmtabl. (PM)	Y	R07AX31	628
RE1	Synagis 100 mg/ml Inj.lsg. 0,5 ml Dstfl.	Y	J06BD01	492
RE1	Synagis 100 mg/ml Inj.lsg. 1 ml Dstfl.	Y	J06BD01	493
RE2	Synjardy 5 mg/850 mg Filmtabl. (PM)	Y	A10BD20	391
RE2	Synjardy 5 mg/1000 mg Filmtabl. (PM)	Y	A10BD20	391
RE2	Synjardy 12,5 mg/850 mg Filmtabl. (PM)	Y	A10BD20	391
RE2	Synjardy 12,5 mg/1000 mg Filmtabl. (PM)	Y	A10BD20	391
IND	Tacforius 0,5 mg Hartkaps., retardiert	G	L04AD02	284
IND	Tacforius 1 mg Hartkaps., retardiert	G	L04AD02	285
IND	Tacforius 3 mg Hartkaps., retardiert	G	L04AD02	285
IND	Tacforius 5 mg Hartkaps., retardiert	G	L04AD02	285
IND	Tacni transplant 0,5 mg Hartkaps.	G	L04AD02	284
IND	Tacni transplant 1 mg Hartkaps.	G	L04AD02	285
IND	Tacni transplant 5 mg Hartkaps.	G	L04AD02	285
D K	Tacrolimus "Accord" 0,1 % Salbe	G	D11AH01	244
RE1	Tadalafil "AOP" 20 mg Filmtabl.	Y	C02KX	435
RE1	Tadalafil PAH "ratiopharm" 20 mg Filmtabl.	Y	C02KX	435
RE1	Tafinlar 50 mg Hartkaps.	Y	L01EC02	497
RE1	Tafinlar 75 mg Hartkaps.	Y	L01EC02	497
RE1	Tagrisso 40 mg Filmtabl. (PM)	Y	L01EB04	496
RE1	Tagrisso 80 mg Filmtabl. (PM)	Y	L01EB04	496
RE1	Takhzyro 300 mg Inj.lsg. Fertigspr. (PM)	Y	B06AC05	427
RE1	Taloxa 600 mg Tabl.	Y	N03AX10	577
RE1	Taloxa 600 mg/5 ml orale Susp.	Y	N03AX10	576
RE1	Taltz 80 mg Inj.lsg. Fertigpen	Y	L04AC13	542
RE1	Taltz 80 mg Inj.lsg. Fertigspr.	Y	L04AC13	542

KASS	Bezeichnung	Box	ATC	Seite
RE1	Talzenna 0,25 mg Hartkaps. (PM)	Y	L01XK04	517
RE1	Talzenna 1 mg Hartkaps. (PM)	Y	L01XK04	517
RE2	Tamiflu 75 mg Hartkaps.	Y	J05AH02	482
RE2	Tamiflu 6 mg/ml Plv. zur Herst. einer Susp. zum Einnehmen	Y	J05AH02	482
	Tamoxifen "Arcana" 20 mg Tabl.	G	L02BA01	275
	Tamoxifen "ratiopharm" 20 mg Tabl.	G	L02BA01	275
	Tamoxifen "Sandoz" 20 mg Filmtabl.	G	L02BA01	275
U	Tamsu "Genericon" retard 0,4 mg Kaps.	G	G04CA02	249
U	TamsuDuo 0,5 mg/0,4 mg Hartkaps.	G	G04CA52	250
U	Tamsulosin "+pharma" retard 0,4 mg Kaps.	G	G04CA02	249
U	Tamsulosin "Actavis" retard 0,4 mg Kaps.	G	G04CA02	249
U	Tamsulosin "Aristo" 0,4 mg Retardkaps.	G	G04CA02	249
U	Tamsulosin "Genericon" 0,4 mg Retardtabl.	G	G04CA02	249
U	Tamsulosin "Interpharm" retard Kaps.	G	G04CA02	249
U	Tamsulosin "Krka" 0,4 mg Retardtabl.	G	G04CA02	249
U	Tamsulosin "ratiopharm" retard 0,4 mg Kaps.	G	G04CA02	249
U	Tamsulosin "Sandoz" retard 0,4 mg Kaps.	G	G04CA02	250
U	Tamsulosin "Stada" retard 0,4 mg Kaps.	G	G04CA02	250
U	Tamsulosin "Zentiva" 0,4 mg Hartkaps. mit veränderter Wirkstofffreisetzung	G	G04CA02	250
	Tanatril 5 mg Tabl.	G	C09AA16	220
	Tanatril 10 mg Tabl.	G	C09AA16	220
	Tanatril 20 mg Tabl.	G	C09AA16	220
	Tannosynt flüssig Badekonzentrat	G	D04AX	238
	Tannosynt Lotio	G	D04AX	238
RE2	Taptiqom 15 mcg/ml + 5 mg/ml Augentropf. Einzeldosen	Y	S01ED51	631
RE1	Tarceva 100 mg Filmtabl.	Y	L01EB02	494
RE1	Tarceva 150 mg Filmtabl.	Y	L01EB02	495
	Tardyferon 80 mg Retardtabl.	G	B03AA07	193
	Tardyferon-Fol Retardtabl.	G	B03AD03	193
RE1	Tasmar 100 mg Filmtabl.	Y	N04BX01	580
	Tavipec Kaps.	G	R05CB	369
RE1	Tavneos 10 mg Hartkaps. (PM)	Y	L04AJ05	562
	Tebofortan 40 mg Filmtabl.	G	N06DX02	358
	Tebofortan 4 % Tropf.	G	N06DX02	359
RE2	Tecfidera 120 mg magensaftresistente Hartkaps. (PM)	Y	L04AX07	567
RE2	Tecfidera 240 mg magensaftresistente Hartkaps. (PM)	Y	L04AX07	568
	Tegretol 200 mg Tabl.	G	N03AF01	318
	Tegretol 400 mg Tabl.	G	N03AF01	319
	Tegretol retard 200 mg Filmtabl.	G	N03AF01	319
	Tegretol retard 400 mg Filmtabl.	G	N03AF01	319
F14	Tegretol orale Susp.	G	N03AF01	318
RE1	Tegsedi 284 mg Inj.lsg. Fertigspr. (PM)	Y	N07XX15	610
	Telmicard 40 mg Tabl.	G	C09CA07	225
	Telmicard 80 mg Tabl.	G	C09CA07	225
	Telmicard plus HCT 40 mg/12,5 mg Tabl.	G	C09DA07	227
	Telmicard plus HCT 80 mg/12,5 mg Tabl.	G	C09DA07	227
	Telmicard plus HCT 80 mg/25 mg Tabl.	G	C09DA07	228
	Telmisartan "+pharma" 40 mg Tabl.	G	C09CA07	225
	Telmisartan "+pharma" 80 mg Tabl.	G	C09CA07	225
	Telmisartan "ratiopharm" 40 mg Tabl.	G	C09CA07	225

KASS	Bezeichnung	Box	ATC	Seite
	Telmisartan "ratiopharm" 80 mg Tabl.	G	C09CA07	225
	Telmisartan "Sandoz" 40 mg Tabl.	G	C09CA07	225
	Telmisartan "Sandoz" 80 mg Tabl.	G	C09CA07	225
	Telmisartan "Stada" 40 mg Filmtabl.	G	C09CA07	225
	Telmisartan "Stada" 80 mg Filmtabl.	G	C09CA07	225
	Telmisartan/HCT "+pharma" 40 mg/12,5 mg Tabl.	G	C09DA07	227
	Telmisartan/HCT "+pharma" 80 mg/12,5 mg Tabl.	G	C09DA07	227
	Telmisartan/HCT "+pharma" 80 mg/25 mg Tabl.	G	C09DA07	228
	Telmisartan/HCT "Accord" 40 mg/12,5 mg Tabl.	G	C09DA07	227
	Telmisartan/HCT "Accord" 80 mg/12,5 mg Tabl.	G	C09DA07	227
	Telmisartan/HCT "Accord" 80 mg/25 mg Tabl.	G	C09DA07	228
	Telmisartan/HCT "ratiopharm" 80 mg/12,5 mg Tabl.	G	C09DA07	228
	Telmisartan/HCT "ratiopharm" 80 mg/25 mg Tabl.	G	C09DA07	228
	Telmisartan/HCT "Sandoz" 40 mg/12,5 mg überzogene Tabl.	G	C09DA07	227
	Telmisartan/HCT "Sandoz" 80 mg/12,5 mg überzogene Tabl.	G	C09DA07	228
	Telmisartan/HCT "Sandoz" 80 mg/25 mg überzogene Tabl.	G	C09DA07	228
	Telmisartan/HCT "Stada" 40 mg/12,5 mg Tabl.	G	C09DA07	227
	Telmisartan/HCT "Stada" 80 mg/12,5 mg Tabl.	G	C09DA07	228
	Telmisartan/HCT "Stada" 80 mg/25 mg Tabl.	G	C09DA07	228
	Temesta 1,0 mg Tabl.	G	N05BA06	343
	Temesta 2,5 mg Tabl.	G	N05BA06	343
	Temgesic 0,2 mg Sublingualtabl.	G	N02AE01	307
RE2	Temgesic 0,2 mg Sublingualtabl.	Y	N02AE01	575
	Temgesic 0,4 mg Sublingualtabl.	G	N02AE01	307
RE2	Temgesic 0,4 mg Sublingualtabl.	Y	N02AE01	575
	Temodal 5 mg Hartkaps. in Btl.	G	L01AX03	267
	Temodal 20 mg Hartkaps. in Btl.	G	L01AX03	268
	Temodal 100 mg Hartkaps. in Btl.	G	L01AX03	268
	Temodal 140 mg Hartkaps. in Btl.	G	L01AX03	268
	Temodal 180 mg Hartkaps. in Btl.	G	L01AX03	268
	Temodal 250 mg Hartkaps. in Btl.	G	L01AX03	268
	Temozolomid "Accord" 5 mg Hartkaps	G	L01AX03	268
	Temozolomid "Accord" 20 mg Hartkaps	G	L01AX03	268
	Temozolomid "Accord" 100 mg Hartkaps	G	L01AX03	268
	Temozolomid "Accord" 140 mg Hartkaps	G	L01AX03	268
	Temozolomid "Accord" 180 mg Hartkaps	G	L01AX03	268
	Temozolomid "Accord" 250 mg Hartkaps	G	L01AX03	268
RE2	Tenofovir "ratiopharm" 245 mg Filmtabl.	Y	J05AF07	477
RE2	Tenofovir "Sandoz" 245 mg Filmtabl.	Y	J05AF07	477
RE2	Tenofovir Disoproxil "Accordpharma" 245 mg Filmtabl.	Y	J05AF07	478
RE2	Tenofovirdisoproxil "Stada" 245 mg Filmtabl.	Y	J05AF07	478
	Tenoretic mite Filmtabl.	G	C07CB03	216
	Tenoretic Filmtabl.	G	C07CB03	216
	Tenormin 25 mg Filmtabl.	G	C07AB03	213
	Tenormin 50 mg Filmtabl.	G	C07AB03	213
	Tenormin 100 mg Filmtabl.	G	C07AB03	213
D	Terbiderm 250 mg Tabl.	G	D01BA02	237
D	Terbinafin "Genericon" 250 mg Tabl.	G	D01BA02	237
	Terbinafin "ratiopharm" Creme	G	D01AE15	237
RE2	Terebyo 14 mg Filmtabl.	Y	L04AK02	564

KASS	Bezeichnung	Box	ATC	Seite
RE2	Teriflunomid "Genericon" 14 mg Filmtabl.	Y	L04AK02	564
RE2	Teriflunomid "HCS" 14 mg Filmtabl.	Y	L04AK02	564
RE2	Teriflunomid "Stada" 14 mg Filmtabl.	Y	L04AK02	564
RE2	Teriflunomid "Zentiva" 14 mg Filmtabl.	Y	L04AK02	564
RE2	Teriparatid "ratiopharm" 20 mcg/0,08 ml Inj.lsg. vorgefüllter Injektor	Y	H05AA02	467
RE2	Terrosa 20 mcg/0,08 ml Inj.lsg.	Y	H05AA02	468
RE1	Testavan 20 mg/g transdermales Gel	Y	G03BA03	456
RE1	Testogel 50 mg Gel Btl.	Y	G03BA03	456
RE1	Testomed 1.000 mg/4 ml Inj.lsg.	Y	G03BA03	457
RE1	Testosteron "EVER Pharma" 1.000 mg/4 ml Inj.lsg.	Y	G03BA03	457
RE1	Testosteron "ratiopharm" 1.000 mg/4 ml Inj.lsg.	Y	G03BA03	457
RE2	Tetagam P-Fertigspr.	Y	J06BB02	492
IND	Tetmodis 25 mg Tabl.	G	N07XX06	360
IND	Teveten 600 mg Filmtabl.	G	C09CA02	223
IND	Teveten plus 600 mg/12,5 mg Filmtabl.	G	C09DA02	226
RE2	Teysuno 15 mg/4,35 mg/11,8 mg Hartkaps.	Y	L01BC53	493
RE2	Teysuno 20 mg/5,8 mg/15,8 mg Hartkaps.	Y	L01BC53	493
RE1	Tezspire 210 mg Inj.lsg. Fertigpen (PM)	Y	R03DX11	620
RE1	Tezspire 210 mg Inj.lsg. Fertigspr. (PM)	Y	R03DX11	620
	Theospirex retard 150 mg Filmtabl.	G	R03DA04	368
	Theospirex retard 300 mg Filmtabl.	G	R03DA04	368
	Thiamazol "Sandoz" 20 mg Tabl.	G	H03BB02	255
IND	Thioctacid 600 mg Amp.	G	A16AX01	182
	Thioguanin "Aspen" Tabl.	G	L01BB03	268
	Thrombo ASS 50 mg Filmtabl.	G	B01AC06	184
	Thrombo ASS 75 mg Filmtabl.	G	B01AC06	184
	Thrombo ASS 100 mg Filmtabl.	G	B01AC06	184
RE2	Thromboreductin 0,5 mg Kaps.	Y	L01XX35	518
	Thrombostad 100 mg Tabl.	G	B01AC06	184
	Thyrex 25 mcg Tabl.	G	H03AA01	253
	Thyrex 50 mcg Tabl.	G	H03AA01	253
	Thyrex 75 mcg Tabl.	G	H03AA01	254
	Thyrex 100 mcg Tabl.	G	H03AA01	254
	Thyrex 125 mcg Tabl.	G	H03AA01	254
	Thyrex 160 mcg Tabl.	G	H03AA01	254
IND	Ticagrelor "HCS" 90 mg Filmtabl.	G	B01AC24	185
IND	Ticagrelor "ratiopharm" 90 mg Filmtabl.	G	B01AC24	185
IND	Ticagrelor "Rivopharm" 90 mg Filmtabl.	G	B01AC24	185
IND	Ticagrelor "Sandoz" 90 mg Filmtabl.	G	B01AC24	185
IND	Ticagrelor "Stada" 90 mg Filmtabl.	G	B01AC24	185
RE2	Tidimaz 20 mg/ml + 5 mg/ml Augentropf.	Y	S01ED51	631
	Tilamcar 8 mg/5 mg Hartkaps.	G	C09DB07	229
	Tilamcar 8 mg/10 mg Hartkaps.	G	C09DB07	229
	Tilamcar 16 mg/5 mg Hartkaps.	G	C09DB07	229
	Tilamcar 16 mg/10 mg Hartkaps.	G	C09DB07	229
IND	Tiloria 2,5 mg Tabl.	G	G03CX01	246
	Timoftal 0,5 % Augentropf.	G	S01ED01	375
RE2	Timophtal 0,5 % sine Einmal-Augentropf.	Y	S01ED01	631
	Timoptic 0,5 % Augentropf.	G	S01ED01	375
IND	Tiotropium "Viatris" 18 mcg Hartkaps. mit Plv. zur Inh.	G	R03BB04	368
RE1	Tivicay 50 mg Filmtabl.	Y	J05AJ03	482

KASS	Bezeichnung	Box	ATC	Seite
	Tizagelan 2 mg Tabl.	G	M03BX02	297
	Tizagelan 4 mg Tabl.	G	M03BX02	297
	Tizagelan 6 mg Tabl.	G	M03BX02	297
	Tizanidin "Actavis" 2 mg Tabl.	G	M03BX02	297
	Tizanidin "Actavis" 4 mg Tabl.	G	M03BX02	297
RE2	Tobi 300 mg/5 ml Lsg. für einen Vernebler	Y	J01GB01	468
RE2	Tobi Podhaler 28 mg Hartkaps. Plv. zur Inh.	Y	J01GB01	468
Au	Tobradex Augensalbe	G	S01CA01	374
Au	Tobradex Augentropf.	G	S01CA01	374
Au	Tobrex Augensalbe	G	S01AA12	372
RE1	Toctino 10 mg Weichkaps.	Y	D11AH04	448
RE1	Toctino 30 mg Weichkaps.	Y	D11AH04	449
IND	Tolak 40 mg/g Creme	G	L01BC02	268
	Tolterodin "Accord" 1 mg Filmtabl.	G	G04BD07	248
	Tolterodin "Accord" 2 mg Filmtabl.	G	G04BD07	248
	Tolterodin "Aristo" 1 mg Filmtabl.	G	G04BD07	248
	Tolterodin "Aristo" 2 mg Filmtabl	G	G04BD07	248
IND	Tolvaptan "ratiopharm" SIADH 15 mg Tabl.	G	C03XA01	209
IND	Tolvaptan "ratiopharm" SIADH 30 mg Tabl.	G	C03XA01	209
IND	Tolvaptan "ratiopharm" 15 mg + 45 mg Tabl.	G	C03XA01	209
IND	Tolvaptan "ratiopharm" 30 mg + 60 mg Tabl.	G	C03XA01	210
IND	Tolvaptan "ratiopharm" 30 mg + 90 mg Tabl.	G	C03XA01	210
	Tolvon 30 mg Filmtabl.	G	N06AX03	350
	Tonsillol Gurgellsg.	G	R02AA02	362
	Topilex 25 mg Filmtabl.	G	N03AX11	321
	Topilex 50 mg Filmtabl.	G	N03AX11	322
	Topilex 100 mg Filmtabl.	G	N03AX11	322
	Topilex 200 mg Filmtabl.	G	N03AX11	322
	Topiramat "1A Pharma" 25 mg Filmtabl.	G	N03AX11	322
	Topiramat "1A Pharma" 50 mg Filmtabl.	G	N03AX11	322
	Topiramat "1A Pharma" 100 mg Filmtabl.	G	N03AX11	322
	Topiramat "1A Pharma" 200 mg Filmtabl.	G	N03AX11	322
	Topiramat "ratiopharm" 25 mg Filmtabl.	G	N03AX11	322
	Topiramat "ratiopharm" 50 mg Filmtabl.	G	N03AX11	322
	Topiramat "ratiopharm" 100 mg Filmtabl.	G	N03AX11	322
	Topiramat "ratiopharm" 200 mg Filmtabl.	G	N03AX11	322
	Topiramat "Sandoz" 25 mg Filmtabl.	G	N03AX11	322
	Topiramat "Sandoz" 50 mg Filmtabl.	G	N03AX11	322
	Topiramat "Sandoz" 100 mg Filmtabl.	G	N03AX11	322
	Topiramat "Sandoz" 200 mg Filmtabl.	G	N03AX11	322
	Topiramat "Stada" 25 mg Filmtabl.	G	N03AX11	322
	Topiramat "Stada" 50 mg Filmtabl.	G	N03AX11	322
	Topiramat "Stada" 100 mg Filmtabl.	G	N03AX11	322
	Topiramat "Stada" 200 mg Filmtabl.	G	N03AX11	322
	Torasemid "Hexal" 2,5 mg Tabl.	G	C03CA04	206
	Torasemid "Hexal" 5 mg Tabl.	G	C03CA04	206
	Torasemid "Hexal" 10 mg Tabl.	G	C03CA04	206
	Torasemid "Hexal" 20 mg Tabl.	G	C03CA04	206
RE2	Toujeo 300 E/ml Inj.lsg. Fertigpen	Y	A10AE04	387
RE2	Tracleer 62,5 mg Filmtabl.	Y	C02KX01	435
RE2	Tracleer 125 mg Filmtabl.	Y	C02KX01	436
	Tradolan 50 mg Amp.	G	N02AX02	308

KASS	Bezeichnung	Box	ATC	Seite
	Tradolan 100 mg Amp.	G	N02AX02	308
	Tradolan 50 mg Filmtabl.	G	N02AX02	308
	Tradolan Tropf.	G	N02AX02	308
RE2	Trajenta 5 mg Filmtabl. (PM)	Y	A10BH05	393
	Tramabene 50 mg Amp.	G	N02AX02	308
	Tramabene 100 mg Amp.	G	N02AX02	308
	Tramabene 50 mg Kaps.	G	N02AX02	308
	Tramabene 100 mg Retardtabl.	G	N02AX02	308
	Tramabene 150 mg Retardtabl.	G	N02AX02	309
	Tramabene 200 mg Retardtabl.	G	N02AX02	309
	Tramabene Tropf.	G	N02AX02	308
RE2	Tramabene Tropf.	Y	N02AX02	576
	Tramadol "1A Pharma" 50 mg Kaps.	G	N02AX02	308
	Tramadol "1A Pharma" 100 mg/ml Tropf.	G	N02AX02	309
	Tramadolhydrochlorid "Actavis" 100 mg Retardtabl.	G	N02AX02	308
	Tramadolhydrochlorid "Actavis" 150 mg Retardtabl.	G	N02AX02	309
	Tramadolhydrochlorid "Actavis" 200 mg Retardtabl.	G	N02AX02	309
	Tramadolor 50 mg Kaps.	G	N02AX02	308
	Tramadolor retard 100 mg Tabl.	G	N02AX02	308
	Tramadolor retard 150 mg Tabl.	G	N02AX02	309
	Tramadolor retard 200 mg Tabl.	G	N02AX02	309
	Tramal 50 mg Amp.	G	N02AX02	308
	Tramal 100 mg Amp.	G	N02AX02	308
	Tramal 50 mg Kaps.	G	N02AX02	308
	Tramal retard 100 mg Filmtabl.	G	N02AX02	308
	Tramal retard 150 mg Filmtabl.	G	N02AX02	309
	Tramal retard 200 mg Filmtabl.	G	N02AX02	309
	Tramal Tropf.	G	N02AX02	309
	Tramastad 50 mg Kaps.	G	N02AX02	308
	Tramastad 100 mg/ml Tropf.	G	N02AX02	309
IND	Transtec 35 mcg/h transdermales Pflaster	G	N02AE01	307
IND	Transtec 52,5 mcg/h transdermales Pflaster	G	N02AE01	307
IND	Transtec 70 mcg/h transdermales Pflaster	G	N02AE01	308
Au	Travatan 40 mcg/ml Augentropf.	G	S01EE04	376
	Travocort Creme	G	D01AC20	237
	Travogen Creme	G	D01AC05	236
Au	Travoprost "Stada" 40 mcg/ml Augentropf.	G	S01EE04	376
RE2	Travo-Vision sine 40 mcg/ml Augentropf.	Y	S01EE04	631
IND	Trelegy Ellipta 92 mcg/55 mcg/22 mcg einzeldosiertes Plv. zur Inh. (PM)	G	R03AL08	366
RE1	Tremfya 100 mg Inj.lsg. Fertigpen (OnePress) (PM)	Y	L04AC16	543
RE1	Tremfya 100 mg Inj.lsg. Fertigspr. (PM)	Y	L04AC16	543
IND	Trenantone Zweikammerspr.	G	L02AE02	274
	Trental 400 mg Filmtabl.	G	C04AD03	210
RE2	Tresiba 100 E/ml Fertigpen (PM)	Y	A10AE06	388
RE2	Tresiba 100 E/ml Patronen (PM)	Y	A10AE06	388
	Tresleen 50 mg Filmtabl.	G	N06AB06	347
IND	Trevicta 175 mg Depot-Inj.susp. (PM)	G	N05AX13	342
IND	Trevicta 263 mg Depot-Inj.susp. (PM)	G	N05AX13	342
IND	Trevicta 350 mg Depot-Inj.susp. (PM)	G	N05AX13	342
IND	Trevicta 525 mg Depot-Inj.susp. (PM)	G	N05AX13	342
	Tricef 200 mg Filmtabl.	G	J01DD08	259

KASS	Bezeichnung	Box	ATC	Seite
F6J	Tricef 100 mg/5 ml Trockensaft	G	J01DD08	259
RE2	Trientin "Waymade" 200 mg Hartkaps.	Y	A16AX12	401
	Trigelan 50 mg/12,5 mg/200 mg Filmtabl.	G	N04BA03	325
	Trigelan 100 mg/25 mg/200 mg Filmtabl.	G	N04BA03	325
	Trigelan 150 mg/37,5 mg/200 mg Filmtabl.	G	N04BA03	326
	Trigelan 200 mg/50 mg/200 mg Filmtabl.	G	N04BA03	326
	Trileptal 150 mg Filmtabl.	G	N03AF02	319
	Trileptal 300 mg Filmtabl.	G	N03AF02	319
	Trileptal 600 mg Filmtabl.	G	N03AF02	319
F14	Trileptal 60 mg/ml orale Susp.	G	N03AF02	319
IND	Trimbow 87 mcg/5 mcg/9 mcg Druckgasinh., Lsg.	G	R03AL09	366
	Trinomia 100 mg/20 mg/5 mg Hartkaps.	G	C10BX06	236
	Trinomia 100 mg/20 mg/10 mg Hartkaps.	G	C10BX06	236
	Triprim 200 mg Tabl.	G	J01EA01	260
	Triprim 300 mg Tabl.	G	J01EA01	260
IND	Trisequens Filmtabl.	G	G03FB05	247
RE1	Trisuva 1 mg/ml Inf.lsg.	Y	B01AC21	403
RE1	Trisuva 2,5 mg/ml Inf.lsg.	Y	B01AC21	403
RE1	Trisuva 5 mg/ml Inf.lsg.	Y	B01AC21	404
RE1	Trisuva 10 mg/ml Inf.lsg.	Y	B01AC21	404
	Tritace 1,25 mg Tabl.	G	C09AA05	219
	Tritace 2,5 mg Tabl.	G	C09AA05	219
	Tritace 5 mg Tabl.	G	C09AA05	219
	Tritace 10 mg Tabl.	G	C09AA05	220
	Tritazide 5 mg/25 mg Tabl.	G	C09BA05	222
	Trittico retard 75 mg Tabl.	G	N06AX05	350
	Trittico retard 150 mg Tabl.	G	N06AX05	350
RE1	Triumeq 50 mg/600 mg/300 mg Filmtabl.	Y	J05AR13	485
IND	Trixeo Aerosphere 5 mcg/7,2 mcg/160 mcg Druckgasinh., Susp. (PM)	G	R03AL11	366
	Trospium "Aristo" 15 mg Filmtabl.	G	G04BD09	249
	Trospium "Aristo" 20 mg Filmtabl.	G	G04BD09	249
	Trospium "Aristo" 30 mg Filmtabl.	G	G04BD09	249
RE1	Trulicity 1,5 mg Inj.lsg. Fertigpen (PM)	Y	A10BJ05	394
RE1	Truqap 160 mg Filmtabl. (PM)	Y	L01EX27	512
RE1	Truqap 200 mg Filmtabl. (PM)	Y	L01EX27	512
	Trusopt Augentropf.	G	S01EC03	374
	Truxal 15 mg Filmtabl.	G	N05AF03	331
	Truxal 50 mg Filmtabl.	G	N05AF03	331
RE1	Tukysa 50 mg Filmtabl. (PM)	Y	L01EH03	504
RE1	Tukysa 150 mg Filmtabl. (PM)	Y	L01EH03	504
IND	Twynsta 40 mg/5 mg Tabl.	G	C09DB04	228
IND	Twynsta 40 mg/10 mg Tabl.	G	C09DB04	228
IND	Twynsta 80 mg/5 mg Tabl.	G	C09DB04	228
IND	Twynsta 80 mg/10 mg Tabl.	G	C09DB04	228
RE2	Tyenne 162 mg Inj.lsg. Fertigpen	Y	L04AC07	540
RE2	Tyenne 162 mg Inj.lsg. Fertigspr.	Y	L04AC07	540
RE2	Tyenne 20 mg/ml Konz. zur Herst. einer Inf.lsg.	Y	L04AC07	539
RE1	Tysabri 150 mg Inj.lsg. Fertigspr. (PM)	Y	L04AG03	557
RE1	Tysabri 300 mg Konz. zur Herst. einer Inf.lsg.	Y	L04AG03	558
	Ulcostad 200 mg Tabl.	G	A02BA01	163
	Ulcostad 400 mg Tabl.	G	A02BA01	163

KASS	Bezeichnung	Box	ATC	Seite
	Ulcostad 800 mg Tabl.	G	A02BA01	163
	Ulcusan 20 mg Filmtabl.	G	A02BA03	164
	Ulcusan 40 mg Filmtabl.	G	A02BA03	164
IND	Ultibro Breezhaler 85 mcg/43 mcg Hartkaps. Plv. zur Inh.	G	R03AL04	365
Au	Ultracortenol 5 mg/g Augensalbe	G	S01BA04	373
	Unasyn Filmtabl.	G	J01CR04	258
	Uragelan 30 mg Hartkaps., retardiert	G	C02CA06	205
	Uragelan 60 mg Hartkaps., retardiert	G	C02CA06	205
	Uragelan 90 mg Hartkaps., retardiert	G	C02CA06	205
	Uralyt U Gran.	G	G04BC	247
	Urapidil "Bluefish" 30 mg Hartkaps., retardiert	G	C02CA06	205
	Urapidil "Bluefish" 60 mg Hartkaps., retardiert	G	C02CA06	205
	Urbason 4 mg Tabl.	G	H02AB04	252
IND	Urbason 4 mg Tabl.	G	H02AB04	252
	Urbason 40 mg Tabl.	G	H02AB04	252
	Urivesc 60 mg Retardkaps.	G	G04BD09	249
RE2	Uromitexan 400 mg Filmtabl.	Y	V03AF01	634
	Urosin 100 mg Tabl.	G	M04AA01	298
	Urosin 300 mg Tabl.	G	M04AA01	298
RE1	Uro-Vaxom Kaps.	Y	G04BX	459
	Ursofalk 500 mg Filmtabl.	G	A05AA02	170
F14	Ursofalk orale Susp.	G	A05AA02	170
	Ursogrix 250 mg Hartkaps.	G	A05AA02	170
	Utrogestan Kaps.	G	G03DA04	246
IND	Uzpruvo 45 mg Inj.lsg. Fertigspr.	G	L04AC05	283
IND	Uzpruvo 90 mg Inj.lsg. Fertigspr.	G	L04AC05	283
IND	Uzpruvo 130 mg Konz. zur Herst. einer Inf.lsg.	G	L04AC05	284
	Valaciclovir "Bluefish" 500 mg Filmtabl.	G	J05AB11	266
	Valaciclovir "Viatris" 500 mg Filmtabl.	G	J05AB11	267
	Valaciclovir "Viatris" 1000 mg Filmtabl.	G	J05AB11	267
RE2	Valganciclovir "+pharma" 450 mg Filmtabl.	Y	J05AB14	473
RE2	Valganciclovir "Accord" 450 mg Filmtabl.	Y	J05AB14	473
RE2	Valganciclovir "Bluefish" 450 mg Filmtabl.	Y	J05AB14	474
RE2	Valganciclovir "ratiopharm" 450 mg Filmtabl.	Y	J05AB14	474
RE2	Valganciclovir "Sandoz" 450 mg Filmtabl.	Y	J05AB14	474
RE2	Valganciclovir "Stada" 450 mg Filmtabl.	Y	J05AB14	474
	Valsacor 40 mg Filmtabl.	G	C09CA03	223
	Valsacor 80 mg Filmtabl.	G	C09CA03	224
	Valsacor 160 mg Filmtabl.	G	C09CA03	224
	Valsarcomp 80 mg/12,5 mg Filmtabl.	G	C09DA03	226
	Valsarcomp 160 mg/12,5 mg Filmtabl.	G	C09DA03	226
	Valsarcomp 160 mg/25 mg Filmtabl.	G	C09DA03	226
	Valsarcomp 320 mg/25 mg Filmtabl.	G	C09DA03	226
	Valsartan "1A Pharma" 80 mg Filmtabl.	G	C09CA03	224
	Valsartan "1A Pharma" 160 mg Filmtabl.	G	C09CA03	224
	Valsartan "Actavis" 40 mg Filmtabl.	G	C09CA03	224
	Valsartan "Actavis" 80 mg Filmtabl.	G	C09CA03	224
	Valsartan "Actavis" 160 mg Filmtabl.	G	C09CA03	224
	Valsartan "Sandoz" 80 mg Filmtabl.	G	C09CA03	224
	Valsartan "Sandoz" 160 mg Filmtabl.	G	C09CA03	224
	Valsartan "Sandoz" 320 mg Filmtabl.	G	C09CA03	224
	Valsartan "Stada" 80 mg Filmtabl.	G	C09CA03	224

KASS	Bezeichnung	Box	ATC	Seite
	Valsartan "Stada" 160 mg Filmtabl.	G	C09CA03	224
	Valsartan "Stada" 320 mg Filmtabl.	G	C09CA03	224
	Valsartan/HCT "+pharma" 80 mg/12,5 mg Filmtabl.	G	C09DA03	226
	Valsartan/HCT "+pharma" 160 mg/12,5 mg Filmtabl.	G	C09DA03	226
	Valsartan/HCT "+pharma" 160 mg/25 mg Filmtabl.	G	C09DA03	226
	Valsartan/HCT "1A Pharma" 80 mg/12,5 mg Filmtabl.	G	C09DA03	226
	Valsartan/HCT "1A Pharma" 160 mg/12,5 mg Filmtabl.	G	C09DA03	226
	Valsartan/HCT "1A Pharma" 160 mg/25 mg Filmtabl.	G	C09DA03	226
	Valsartan/HCT "Actavis" 80 mg/12,5 mg Filmtabl.	G	C09DA03	226
	Valsartan/HCT "Actavis" 160 mg/12,5 mg Filmtabl.	G	C09DA03	226
	Valsartan/HCT "Actavis" 160 mg/25 mg Filmtabl.	G	C09DA03	226
	Valsartan/HCT "Krka" 80 mg/12,5 mg Filmtabl.	G	C09DA03	226
	Valsartan/HCT "Krka" 160 mg/12,5 mg Filmtabl.	G	C09DA03	226
	Valsartan/HCT "Krka" 160 mg/25 mg Filmtabl.	G	C09DA03	226
	Valsartan/HCT "Sandoz" 80 mg/12,5 mg Filmtabl.	G	C09DA03	226
	Valsartan/HCT "Sandoz" 160 mg/12,5 mg Filmtabl.	G	C09DA03	226
	Valsartan/HCT "Sandoz" 160 mg/25 mg Filmtabl.	G	C09DA03	226
	Valsartan/HCT "Sandoz" 320 mg/12,5 mg Filmtabl.	G	C09DA03	226
	Valsartan/HCT "Sandoz" 320 mg/25 mg Filmtabl.	G	C09DA03	226
	Valsartan/HCT "Stada" 80 mg/12,5 mg Filmtabl.	G	C09DA03	226
	Valsartan/HCT "Stada" 160 mg/12,5 mg Filmtabl.	G	C09DA03	226
	Valsartan/HCT "Stada" 160 mg/25 mg Filmtabl.	G	C09DA03	226
	Valsartan/HCT "Stada" 320 mg/12,5 mg Filmtabl.	G	C09DA03	226
	Valsartan/HCT "Stada" 320 mg/25 mg Filmtabl.	G	C09DA03	226
	Valsartan/Indapamid "TAD" 80 mg/1,5 mg Tabl. mit veränderter Wirkstofffreisetzung	G	C09DA03	226
RE1	Vancomycin "Dr. Eberth" 125 mg Hartkaps.	Y	A07AA09	385
RE1	Vancomycin "Dr. Eberth" 250 mg Hartkaps.	Y	A07AA09	385
IND	Vanquoral 25 mg Weichkaps.	G	L04AD01	284
IND	Vanquoral 50 mg Weichkaps.	G	L04AD01	284
IND	Vanquoral 100 mg Weichkaps.	G	L04AD01	284
RE1	Vargatef 100 mg Weichkaps.	Y	L01EX09	507
RE1	Vargatef 150 mg Weichkaps.	Y	L01EX09	507
	Vasonit retard 400 mg Filmtabl.	G	C04AD03	210
	Vasonit retard 600 mg Filmtabl.	G	C04AD03	210
	Vastarel 35 mg Filmtabl. mit veränderter Wirkstofffreisetzung	G	C01EB15	203
RE1	Vazkepa 998 mg Weichkaps. (PM)	Y	C10AX06	443
IND	Velbienne 1 mg/2 mg Filmtabl.	G	G03FA15	246
	Velostad 75 mg Hartkaps., retardiert	G	N06AX16	351
	Velostad 150 mg Hartkaps., retardiert	G	N06AX16	352
	Velostad 225 mg Hartkaps., retardiert	G	N06AX16	352
RE1	Velphoro 500 mg Kautabl.	Y	V03AE05	633
RE1	Velsipity 2 mg Filmtabl. (PM)	Y	L04AE05	551
RE1	Veltassa 8,4 g Plv. zur Herst. einer Susp. zum Einnehmen (PM)	Y	V03AE09	633
RE1	Veltassa 16,8 g Plv. zur Herst. einer Susp. zum Einnehmen (PM)	Y	V03AE09	634
RE1	Venclyxto 10 mg Filmtabl. (PM)	Y	L01XX52	519
RE1	Venclyxto 50 mg Filmtabl. (PM)	Y	L01XX52	519
RE1	Venclyxto 100 mg Filmtabl. (PM)	Y	L01XX52	519
	Vendal 10 mg Amp.	G	N02AA01	302

KASS	Bezeichnung	Box	ATC	Seite
	Vendal 100 mg Stechamp.	G	N02AA01	302
	Vendal 200 mg Stechamp.	G	N02AA01	302
	Vendal retard 10 mg Filmtabl.	G	N02AA01	302
	Vendal retard 30 mg Filmtabl.	G	N02AA01	302
	Vendal retard 60 mg Filmtabl.	G	N02AA01	302
	Vendal retard 100 mg Filmtabl.	G	N02AA01	302
	Vendal retard 200 mg Filmtabl.	G	N02AA01	302
	Vendal 5 mg/ml orale Lsg.	G	N02AA01	301
	Venlafab 37,5 mg Retardkaps.	G	N06AX16	351
	Venlafab 75 mg Retardkaps.	G	N06AX16	351
	Venlafab 150 mg Retardkaps.	G	N06AX16	352
	Venlafab 50 mg Tabl.	G	N06AX16	351
	Venlafab 75 mg Tabl.	G	N06AX16	352
	Venlafaxin "!@ctavis" 75 mg Hartkaps., retardiert	G	N06AX16	351
	Venlafaxin "!@ctavis" 150 mg Hartkaps., retardiert	G	N06AX16	352
	Venlafaxin "+pharma" 75 mg Retardtabl.	G	N06AX16	351
	Venlafaxin "+pharma" 150 mg Retardtabl.	G	N06AX16	352
	Venlafaxin "1A Pharma GmbH" 37,5 mg Hartkaps., retardiert	G	N06AX16	351
	Venlafaxin "1A Pharma GmbH" 75 mg Hartkaps., retardiert.	G	N06AX16	351
	Venlafaxin "1A Pharma GmbH" 150 mg Hartkaps., retardiert	G	N06AX16	352
	Venlafaxin "1A Pharma GmbH" 225 mg Hartkaps., retardiert	G	N06AX16	352
	Venlafaxin "Bluefish" 75 mg Hartkaps., retardiert	G	N06AX16	351
	Venlafaxin "Bluefish" 150 mg Hartkaps., retardiert	G	N06AX16	352
	Venlafaxin "Genericon" 75 mg Retardkaps.	G	N06AX16	351
	Venlafaxin "Genericon" 150 mg Retardkaps.	G	N06AX16	352
	Venlafaxin "Genericon" 225 mg Retardtabl.	G	N06AX16	352
	Venlafaxin "Krka" 75 mg Retardkaps.	G	N06AX16	351
	Venlafaxin "Krka" 150 mg Retardkaps.	G	N06AX16	352
	Venlafaxin "Sandoz GmbH" 75 mg Hartkaps., retardiert	G	N06AX16	351
	Venlafaxin "Sandoz GmbH" 150 mg Hartkaps., retardiert	G	N06AX16	352
	Venlafaxin "Sandoz GmbH" 225 mg Hartkaps., retardiert	G	N06AX16	352
	Venobene Salbe	G	C05BA53	211
RE1	Venobene Salbe	Y	C05BA53	439
RE2	Venofer 20 mg/ml Inj.lsg. oder Konz. zur Herst. einer Inf.lsg.	Y	B03AC	417
	Venoruton 500 mg Tabl.	G	C05CA01	211
	Venoruton 1000 mg Plv. zur Herst. einer Lsg. zum Einnehmen	G	C05CA01	211
	Venosin retard 50 mg Kaps.	G	C05CX	211
RE1	Ventavis 10 mcg/ml Lsg. für einen Vernebler zur Inh.	Y	B01AC11	402
	Verapabene 40 mg Filmtabl.	G	C08DA01	217
	Verapabene 80 mg Filmtabl.	G	C08DA01	217
	Verapabene 120 mg Filmtabl.	G	C08DA01	217
RE1	Veregen 10 % Salbe	Y	D06BB12	447
RE2	Verquvo 2,5 mg Filmtabl. (PM)	Y	C01DX22	428
RE2	Verquvo 5 mg Filmtabl. (PM)	Y	C01DX22	428
RE2	Verquvo 10 mg Filmtabl. (PM)	Y	C01DX22	429
	Vertirosan 50 mg Drag.	G	R06AA11	370
	Vertirosan Tropf	G	R06AA11	370

KASS	Bezeichnung	Box	ATC	Seite
	Vertirosan Vit. B6 Manteldrag.	G	R06AA61	370
RE1	Verzenios 50 mg Filmtabl. (PM)	Y	L01EF03	502
RE1	Verzenios 100 mg Filmtabl. (PM)	Y	L01EF03	503
RE1	Verzenios 150 mg Filmtabl. (PM)	Y	L01EF03	503
	Vesicare 5 mg Filmtabl.	G	G04BD08	248
	Vesicare 10 mg Filmtabl.	G	G04BD08	248
	Vesisol 5 mg Filmtabl.	G	G04BD08	248
	Vesisol 10 mg Filmtabl.	G	G04BD08	248
IND	Vesoxx 1 mg/ml Lsg. zur intravesikalen Anw. (PM)	G	G04BD04	248
RE1	Vfend 50 mg Filmtabl.	Y	J02AC03	469
RE1	Vfend 200 mg Filmtabl.	Y	J02AC03	470
	Vibramycin 50 mg lösb. Tabl.	G	J01AA02	256
	Vibramycin 100 mg lösb. Tabl.	G	J01AA02	256
	Vibramycin 200 mg lösb. Tabl.	G	J01AA02	256
	Vicard 1 mg Tabl.	G	C02CA	204
	Vicard 2 mg Tabl.	G	C02CA	204
	Vicard 5 mg Tabl.	G	C02CA	204
RE1	Victoza 6 mg/ml Inj.lsg. Fertigpen (PM)	Y	A10BJ02	393
IND	Vildagliptin/Metformin "1A Pharma" 50 mg/850 mg Filmtabl.	G	A10BD08	177
IND	Vildagliptin/Metformin "1A Pharma" 50 mg/1000 mg Filmtabl.	G	A10BD08	178
IND	Vilspox 50 mg/850 mg Filmtabl.	G	A10BD08	178
IND	Vilspox 50 mg/1000 mg Filmtabl.	G	A10BD08	178
	Vimovo 500 mg/20 mg Tabl. mit veränderter Wirkstofffreisetzung	G	M01AE52	296
RE1	Vipdomet 12,5 mg/850 mg Filmtabl.	Y	A10BD13	390
RE1	Vipdomet 12,5 mg/1000 mg Filmtabl.	Y	A10BD13	390
RE1	Vipidia 12,5 mg Filmtabl.	Y	A10BH04	392
RE1	Vipidia 25 mg Filmtabl.	Y	A10BH04	393
RE2	Viramune 400 mg Retardtabl.	Y	J05AG01	480
RE2	Viramune 200 mg Tabl.	Y	J05AG01	480
RE2	Viramune 50 mg/5 ml Susp. zum Einnehmen	Y	J05AG01	480
RE2	Viread 245 mg Filmtabl.	Y	J05AF07	479
IND	ViroMed 200 mg Tabl.	G	J05AB01	266
IND	ViroMed 400 mg Tabl.	G	J05AB01	266
IND	ViroMed 800 mg Tabl.	G	J05AB01	266
	Viropel 500 mg Filmtabl.	G	J05AB11	267
	Viropel 1000 mg Filmtabl.	G	J05AB11	267
RE1	Vitrakvi 25 mg Hartkaps. (PM)	Y	L01EX12	508
RE1	Vitrakvi 100 mg Hartkaps. (PM)	Y	L01EX12	508
RE1	Vitrakvi 20 mg/ml Lsg. zum Einnehmen (PM)	Y	L01EX12	507
	Vobaderm 1 mg/g + 20 mg/g Creme	G	D01AC20	237
RE1	Vocabria 600 mg Depot-Inj.susp. (PM)	Y	J05AJ04	483
RE1	Vocabria 30 mg Filmtabl. (PM)	Y	J05AJ04	483
	Volon 4 mg Tabl.	G	H02AB08	252
	Volon 8 mg Tabl.	G	H02AB08	252
	Volon A 10 mg Kristallsusp. Amp.	G	H02AB08	253
	Volon A 40 mg Kristallsusp. Amp.	G	H02AB08	253
	Volon A 40 mg Kristallsusp. Spritzamp.	G	H02AB08	253
	Volon A 80 mg Kristallsusp. Spritzamp.	G	H02AB08	253
	Volon A Creme antibiotikafrei	G	D07AB09	240
	Volon A Haftsalbe	G	A01AC01	163

KASS	Bezeichnung	Box	ATC	Seite
	Volon A Salbe antibiotikafrei	G	D07AB09	240
	Volon A Tinktur	G	D07XB02	242
	Voltaren Amp.	G	M01AB05	294
	Voltaren 50 mg Filmtabl.	G	M01AB05	293
	Voltaren rapid 50 mg Drag.	G	M01AB05	293
	Voltaren retard 100 mg Filmtabl.	G	M01AB05	294
	Voltaren 50 mg Zäpf. f. Erw.	G	M01AB05	293
	Voltaren 100 mg Zäpf. f. Erw.	G	M01AB05	294
	Voltaren Ophtha Augentropf.	G	S01BC03	373
	Voltaren Ophtha Abak 1 mg/ml Augentropf.	G	S01BC03	373
RE1	Voriconazol "Accord" 50 mg Filmtabl.	Y	J02AC03	469
RE1	Voriconazol "Accord" 200 mg Filmtabl.	Y	J02AC03	470
RE1	Voriconazol "Aristo" 100 mg Filmtabl.	Y	J02AC03	470
RE1	Voriconazol "Aristo" 200 mg Filmtabl.	Y	J02AC03	470
RE1	Voriconazol "ratiopharm" 200 mg Filmtabl.	Y	J02AC03	470
RE1	Voriconazol "Sandoz" 200 mg Filmtabl.	Y	J02AC03	470
RE1	Voydeya 100 mg Filmtabl. (PM)	Y	L04AJ09	563
RE1	Voydeya 50 mg + 100 mg Filmtabl. (PM)	Y	L04AJ09	563
RE1	VPRIV 400 E Plv. zur Herst. einer Inf.lsg.	Y	A16AB10	398
IND	Vydura 75 mg Lyophilisat zum Einnehmen (PM)	G	N02CD06	317
IND	Vyepti 100 mg Konz. zur Herst. einer Inf.lsg. (PM)	G	N02CD05	317
RE1	Vyndaqel 20 mg Weichkaps.	Y	N07XX08	609
RE1	Vyndaqel 61 mg Weichkaps. (PM)	Y	N07XX08	610
RE1	Vyvgart 1.000 mg Inj.lsg. (PM)	Y	L04AL01	565
RE1	Vyvgart 1.000 mg Inj.lsg. Fertigspr. (PM)	Y	L04AL01	566
RE1	Wainzua 45 mg Inj.lsg. Fertigpen (PM)	Y	N07XX21	611
RE2	Wezenla 45 mg Inj.lsg. Fertigspr.	Y	L04AC05	535
RE2	Wezenla 90 mg Inj.lsg. Fertigspr.	Y	L04AC05	538
RE2	Wezenla 130 mg Konz. zur Herst. einer Inf.lsg.	Y	L04AC05	538
RE1	Wilate 500 IE FVIII/500 IE VWF Plv. und Lsgm. zur Herst. einer Inj.lsg.	Y	B02BD06	414
RE1	Wilate 1000 IE FVIII/1000 IE VWF Plv. und Lsgm. zur Herst. einer Inj.lsg.	Y	B02BD06	415
RE1	Winrevair 45 mg Plv. und Lsgm. zur Herst. einer Inf.lsg. (PM)	Y	C02KX06	438
RE1	Winrevair 60 mg Plv. und Lsgm. zur Herst. einer Inf.lsg. (PM)	Y	C02KX06	439
D	Winxory 50 mcg/g + 0,5 mg/g Creme	G	D05AX52	239
Au	Xalacom Augentropf.	G	S01ED51	375
Au	Xalatan Augentropf.	G	S01EE01	376
	Xanor 0,5 mg Tabl.	G	N05BA12	343
	Xanor 1 mg Tabl.	G	N05BA12	344
IND	Xarelto 10 mg Filmtabl. (PM)	G	B01AF01	192
RE1	Xarelto 10 mg Filmtabl. (PM)	Y	B01AF01	406
RE1	Xarelto 15 mg Filmtabl. (PM)	Y	B01AF01	406
RE1	Xarelto 20 mg Filmtabl. (PM)	Y	B01AF01	406
	Xefo 4 mg Filmtabl.	G	M01AC05	295
	Xefo 8 mg Filmtabl.	G	M01AC05	295
RE2	Xeljanz 5 mg Filmtabl. (PM)	Y	L04AF01	552
RE2	Xeljanz 10 mg Filmtabl. (PM)	Y	L04AF01	552
RE2	Xeljanz 11 mg Retardtabl. (PM)	Y	L04AF01	553
	Xeloda 500 mg Filmtabl.	G	L01BC06	269
IND	Xeplion 25 mg Depot-Inj.susp.	G	N05AX13	341
IND	Xeplion 50 mg Depot-Inj.susp.	G	N05AX13	341

KASS	Bezeichnung	Box	ATC	Seite
IND	Xeplion 75 mg Depot-Inj.susp.	G	N05AX13	341
IND	Xeplion 100 mg Depot-Inj.susp.	G	N05AX13	342
IND	Xeplion 150 mg Depot-Inj.susp.	G	N05AX13	342
IND	Xgeva 120 mg Inj.lsg.	G	M05BX04	300
	Xiclav 1 g Filmtabl.	G	J01CR02	258
F14	Xiclav 312,5 mg/5 ml Trockensaft	G	J01CR02	258
F14	Xiclav duo 457 mg/5 ml Trockensaft	G	J01CR02	258
RE2	Xigduo 5 mg/850 mg Filmtabl. (PM)	Y	A10BD15	390
RE2	Xigduo 5 mg/1000 mg Filmtabl. (PM)	Y	A10BD15	390
RE1	Xolair 75 mg Inj.lsg. Fertigspr.	Y	R03DX05	613
RE1	Xolair 150 mg Inj.lsg. Fertigspr.	Y	R03DX05	614
IND	Xorox Augensalbe	G	S01AD03	372
RE1	Xtandi 40 mg Filmtabl. (PM)	Y	L02BB04	520
	Xylocain 2 % Amp.	G	N01BB02	301
	Xylocain Gel	G	N01BB02	301
	Xyloneural Amp.	G	N01BB02	301
	Xyzall 5 mg Filmtabl.	G	R06AE09	371
	Yaldigo 1600 mg Tabl. mit veränderter Wirkstofffreisetzung	G	A07EC02	173
	Yellox 0,9 mg/ml Augentropf., Lsg.	G	S01BC11	374
	Yomogi Kaps.	G	A07FA02	173
IND	Yuflyma 40 mg Inj.lsg. Fertigpen	G	L04AB04	282
IND	Yuflyma 40 mg Inj.lsg. Fertigspr.	G	L04AB04	282
IND	Zaditen 0,025 % Augentropf.	G	S01GX08	377
IND	Zaditen Ophtha Abak 0,25 mg/ml Augentropf.	G	S01GX08	377
	Zanidip 10 mg Filmtabl.	G	C08CA13	217
	Zanidip 20 mg Filmtabl.	G	C08CA13	217
	Zanipril 10 mg/10 mg Filmtabl.	G	C09BB02	222
	Zanipril 20 mg/10 mg Filmtabl.	G	C09BB02	222
	Zarzio 30 Mio E/0,5 ml Inj.-/Inf.lsg. Fertigspr.	G	L03AA02	278
	Zarzio 48 Mio E/0,5 ml Inj.-/Inf.lsg. Fertigspr.	G	L03AA02	278
RE2	Zavedos 5 mg Kaps.	Y	L01DB06	494
RE2	Zavedos 10 mg Kaps.	Y	L01DB06	494
RE2	Zeffix 100 mg Filmtabl.	Y	J05AF05	476
RE1	Zejula 100 mg Filmtabl. (PM)	Y	L01XK02	516
RE1	Zelboraf 240 mg Filmtabl. (PM)	Y	L01EC01	497
	Zeldox 20 mg Hartkaps.	G	N05AE04	330
	Zeldox 40 mg Hartkaps.	G	N05AE04	330
	Zeldox 60 mg Hartkaps.	G	N05AE04	330
	Zeldox 80 mg Hartkaps.	G	N05AE04	330
RE1	Zeposia 0,23 mg, 0,46 mg Hartkaps. Starterpackung (PM)	Y	L04AE02	549
RE1	Zeposia 0,92 mg Hartkaps. (PM)	Y	L04AE02	549
IND	Zessly 100 mg Plv. für ein Konz. zur Herst. einer Inf.lsg.	G	L04AB02	280
RE2	Ziagen 300 mg Filmtabl.	Y	J05AF06	476
RE2	Ziagen 20 mg/ml Lsg. zum Einnehmen	Y	J05AF06	476
	Ziextenzo 6 mg Inj.lsg. Fertigspr.	G	L03AA13	278
	Zindaclin 1 % Gel	G	D10AF01	243
	Zinnat 250 mg Filmtabl.	G	J01DC02	259
	Zinnat 500 mg Filmtabl.	G	J01DC02	259
	Ziprasidon "Krka" 20 mg Hartkaps.	G	N05AE04	330
	Ziprasidon "Krka" 40 mg Hartkaps.	G	N05AE04	330
	Ziprasidon "Krka" 60 mg Hartkaps.	G	N05AE04	330
	Ziprasidon "Krka" 80 mg Hartkaps.	G	N05AE04	331

KASS	Bezeichnung	Box	ATC	Seite
	Ziprasidon "Stada" 20 mg Hartkaps.	G	N05AE04	330
	Ziprasidon "Stada" 40 mg Hartkaps.	G	N05AE04	330
	Ziprasidon "Stada" 60 mg Hartkaps.	G	N05AE04	330
	Ziprasidon "Stada" 80 mg Hartkaps.	G	N05AE04	331
	Ziprasidon "Viatris" 20 mg Hartkaps.	G	N05AE04	330
	Ziprasidon "Viatris" 40 mg Hartkaps.	G	N05AE04	330
	Ziprasidon "Viatris" 60 mg Hartkaps.	G	N05AE04	330
	Ziprasidon "Viatris" 80 mg Hartkaps.	G	N05AE04	331
	Zithromax 500 mg Filmtabl.	G	J01FA10	261
F14	Zithromax 200 mg/5 ml Trockensaft	G	J01FA10	261
	Zocord 20 mg Filmtabl.	G	C10AA01	230
IND	Zofran 4 mg Filmtabl.	G	A04AA01	169
IND	Zofran 8 mg Filmtabl.	G	A04AA01	169
IND	Zofran Zydis 4 mg Tabl.	G	A04AA01	169
IND	Zofran Zydis 8 mg Tabl.	G	A04AA01	169
IND	Zofran Lsg. zum Einnehmen	G	A04AA01	169
IND	Zoladex Depot 3,6 mg Implantat	G	L02AE03	274
IND	Zoladex Depot 10,8 mg Implantat	G	L02AE03	274
	Zoldem 10 mg Filmtabl.	G	N05CF02	344
IND	Zoledronsäure "Fresenius Kabi" 4 mg/5 ml Konz. zur Herst. einer Inf.lsg.	G	M05BA08	300
IND	Zoledronsäure "Sandoz" 4 mg/100 ml Inf.lsg.	G	M05BA08	300
IND	Zoledronsäure "Stada" 5 mg/100 ml Inf.lsg.	G	M05BA08	300
IND	Zolmitriptan "1A Pharma" 2,5 mg Filmtabl.	G	N02CC03	315
IND	Zolmitriptan "1A Pharma" 2,5 mg Schmelztabl.	G	N02CC03	315
IND	Zolmitriptan "Sandoz" 2,5 mg Schmelztabl.	G	N02CC03	315
IND	Zolmitriptan "Stada" 2,5 mg Schmelztabl.	G	N02CC03	315
IND	Zolmitriptan "Stada" 5 mg Schmelztabl.	G	N02CC03	315
IND	Zolmitriptan "Stada" 5 mg Tabl.	G	N02CC03	315
	Zolpidem "Hexal" Filmtabl.	G	N05CF02	344
	Zolpidem "ratiopharm" 10 mg Filmtabl.	G	N05CF02	344
IND	Zomig 2,5 mg Filmtabl.	G	N02CC03	315
IND	Zomig Rapimelt 2,5 mg Schmelztabl.	G	N02CC03	315
IND	Zomig 5 mg Nasenspray	G	N02CC03	315
RE2	Zonegran 25 mg Hartkaps.	Y	N03AX15	577
RE2	Zonegran 50 mg Hartkaps.	Y	N03AX15	577
RE2	Zonegran 100 mg Hartkaps.	Y	N03AX15	577
IND	Zonisamid "Aristo" 25 mg Hartkaps.	G	N03AX15	323
IND	Zonisamid "Aristo" 50 mg Hartkaps.	G	N03AX15	323
IND	Zonisamid "Aristo" 100 mg Hartkaps.	G	N03AX15	323
IND	Zoreeda 25 mcg/125 mcg pro Dosis Druckgasinh., Susp.	G	R03AK06	363
IND	Zoreeda 25 mcg/250 mcg pro Dosis Druckgasinh., Susp.	G	R03AK06	363
IND	Zovirax 200 mg Filmtabl.	G	J05AB01	266
IND	Zovirax 400 mg/5 ml Saft	G	J05AB01	266
RE1	Zovirax 5 % Creme	Y	D06BB03	447
	Zurcal 20 mg Filmtabl.	G	A02BC02	165
	Zurcal 40 mg Filmtabl.	G	A02BC02	166
RE1	Zyclara 3,75 % Creme	Y	D06BB10	447
RE1	Zydelig 100 mg Filmtabl.	Y	L01EM01	506
RE1	Zydelig 150 mg Filmtabl.	Y	L01EM01	506
RE1	Zypadhera 300 mg Plv. und Lsgm. zur Herst. einer Depot-Inj.susp.	Y	N05AH03	581

KASS	Bezeichnung	Box	ATC	Seite
RE1	Zypadhera 405 mg Plv. und Lsgm. zur Herst. einer Depot-Inj.susp.	Y	N05AH03	581
	Zyprexa 2,5 mg überzogene Tabl.	G	N05AH03	332
	Zyprexa 5 mg überzogene Tabl.	G	N05AH03	332
	Zyprexa 10 mg überzogene Tabl.	G	N05AH03	333
	Zyprexa 15 mg überzogene Tabl.	G	N05AH03	333
	Zyprexa Velotab 5 mg Schmelztabl.	G	N05AH03	332
	Zyprexa Velotab 10 mg Schmelztabl.	G	N05AH03	333
	Zyprexa VeloTab 15 mg Schmelztabl.	G	N05AH03	333
	Zyrtec 10 mg Filmtabl.	G	R06AE07	371
F14	Zyrtec 1 mg/ml orale Lsg.	G	R06AE07	371
F14	Zyrtec 10 mg/ml Tropf.	G	R06AE07	371
RE1	Zyvoxid 600 mg Filmtabl.	Y	J01XX08	469

Verzeichnis der ATC-Codes

Gruppe	Bezeichnung	Seite G	Seite Y
A	**ALIMENTÄRES SYSTEM UND STOFFWECHSEL**	**163**	**383**
A01	STOMATOLOGIKA	163	--
A02	MITTEL BEI SÄURE BEDINGTEN ERKRANKUNGEN	163	383
A03	MITTEL BEI FUNKTIONELLEN GASTROINTESTINALEN STÖRUNGEN	168	383
A04	ANTIEMETIKA UND MITTEL GEGEN ÜBELKEIT	169	--
A05	GALLEN- UND LEBERTHERAPIE	170	383
A06	MITTEL BEI VERSTOPFUNG	170	384
A07	ANTIDIARRHOIKA UND INTESTINALE ANTIPHLOGISTIKA/ANTIINFEKTIVA	171	385
A09	DIGESTIVA, INKL. ENZYME	174	--
A10	ANTIDIABETIKA	174	387
A11	VITAMINE	180	--
A12	MINERALSTOFFE	181	--
A14	ANABOLIKA ZUR SYSTEMISCHEN ANWENDUNG	182	--
A16	ANDERE MITTEL FÜR DAS ALIMENTÄRE SYSTEM UND DEN STOFFWECHSEL	182	397
B	**BLUT UND BLUT BILDENDE ORGANE**	**182**	**402**
B01	ANTITHROMBOTISCHE MITTEL	182	402
B02	ANTIHÄMORRHAGIKA	192	409
B03	ANTIANÄMIKA	192	417
B05	BLUTERSATZMITTEL UND PERFUSIONSLÖSUNGEN	200	425
B06	ANDERE HÄMATOLOGIKA	201	426
C	**KARDIOVASKULÄRES SYSTEM**	**201**	**428**
C01	HERZTHERAPIE	201	428
C02	ANTIHYPERTONIKA	204	435
C03	DIURETIKA	205	439
C04	PERIPHERE VASODILATATOREN	210	--
C05	VASOPROTEKTOREN	211	439
C07	BETA-ADRENOREZEPTOR-ANTAGONISTEN	212	--
C08	CALCIUMKANALBLOCKER	216	439
C09	MITTEL MIT WIRKUNG AUF DAS RENIN-ANGIOTENSIN-SYSTEM	218	440
C10	MITTEL, DIE DEN LIPIDSTOFFWECHSEL BEEINFLUSSEN	230	442
D	**DERMATIKA**	**236**	**447**
D01	ANTIMYKOTIKA ZUR DERMATOLOGISCHEN ANWENDUNG	236	--
D02	EMOLLIENTIA UND HAUTSCHUTZMITTEL	238	--
D03	ZUBEREITUNGEN ZUR BEHANDLUNG VON WUNDEN UND GESCHWÜREN	238	--
D04	ANTIPRURIGINOSA, INKL. ANTIHISTAMINIKA, ANÄSTHETIKA ETC.	238	--
D05	ANTIPSORIATIKA	238	--
D06	ANTIBIOTIKA UND CHEMOTHERAPEUTIKA ZUR DERMATOLOGISCHEN ANWENDUNG	239	447
D07	CORTICOSTEROIDE, DERMATOLOGISCHE ZUBEREITUNGEN	240	--
D08	ANTISEPTIKA UND DESINFEKTIONSMITTEL	242	448
D09	MEDIZINISCHE VERBÄNDE	--	448
D10	AKNEMITTEL	242	--
D11	ANDERE DERMATIKA	244	448

Gruppe	Bezeichnung	Seite G	Seite Y
G	**UROGENITALSYSTEM UND SEXUALHORMONE**	**244**	**456**
G01	GYNÄKOLOGISCHE ANTIINFEKTIVA UND ANTISEPTIKA	244	--
G02	ANDERE GYNÄKOLOGIKA	245	--
G03	SEXUALHORMONE UND MODULATOREN DES GENITALSYSTEMS	245	456
G04	UROLOGIKA	247	459
H	**SYSTEMISCHE HORMONPRÄPARATE, EXKL. SEXUALHORMONE UND INSULINE**	**250**	**460**
H01	HYPOPHYSEN- UND HYPOTHALAMUSHORMONE UND ANALOGA	250	460
H02	CORTICOSTEROIDE ZUR SYSTEMISCHEN ANWENDUNG	251	--
H03	SCHILDDRÜSENTHERAPIE	253	--
H04	PANKREASHORMONE	255	467
H05	CALCIUMHOMÖOSTASE	255	467
J	**ANTIINFEKTIVA ZUR SYSTEMISCHEN ANWENDUNG**	**256**	**468**
J01	ANTIBIOTIKA ZUR SYSTEMISCHEN ANWENDUNG	256	468
J02	ANTIMYKOTIKA ZUR SYSTEMISCHEN ANWENDUNG	264	469
J04	MITTEL GEGEN MYKOBAKTERIEN	265	473
J05	ANTIVIRALE MITTEL ZUR SYSTEMISCHEN ANWENDUNG	266	473
J06	IMMUNSERA UND IMMUNGLOBULINE	--	488
L	**ANTINEOPLASTISCHE UND IMMUNMODULIERENDE MITTEL**	**267**	**493**
L01	ANTINEOPLASTISCHE MITTEL	267	493
L02	ENDOKRINE THERAPIE	274	520
L03	IMMUNSTIMULANZIEN	278	521
L04	IMMUNSUPPRESSIVA	279	526
M	**MUSKEL- UND SKELETTSYSTEM**	**293**	**568**
M01	ANTIPHLOGISTIKA UND ANTIRHEUMATIKA	293	568
M02	TOPISCHE MITTEL GEGEN GELENK- UND MUSKELSCHMERZEN	296	--
M03	MUSKELRELAXANZIEN	297	--
M04	GICHTMITTEL	298	569
M05	MITTEL ZUR BEHANDLUNG VON KNOCHENERKRANKUNGEN	299	572
M09	ANDERE MITTEL GEGEN STÖRUNGEN DES MUSKEL- UND SKELETTSYSTEMS	--	574
N	**NERVENSYSTEM**	**301**	**575**
N01	ANÄSTHETIKA	301	575
N02	ANALGETIKA	302	575
N03	ANTIEPILEPTIKA	318	576
N04	ANTIPARKINSONMITTEL	324	579
N05	PSYCHOLEPTIKA	329	580
N06	PSYCHOANALEPTIKA	344	582
N07	ANDERE MITTEL FÜR DAS NERVENSYSTEM	359	605

Gruppe	Bezeichnung	Seite G	Seite Y
P	**ANTIPARASITÄRE MITTEL, INSEKTIZIDE UND REPELLENZIEN**	**360**	**612**
P01	MITTEL GEGEN PROTOZOEN-ERKRANKUNGEN	360	--
P02	ANTHELMINTIKA	360	612
P03	MITTEL GEGEN EKTOPARASITEN, INKL. ANTISCABIOSA, INSEKTIZIDE	360	--
R	**RESPIRATIONSTRAKT**	**361**	**612**
R01	RHINOLOGIKA	361	--
R02	HALS- UND RACHENTHERAPEUTIKA	362	--
R03	MITTEL BEI OBSTRUKTIVEN ATEMWEGSERKRANKUNGEN	362	612
R05	HUSTEN- UND ERKÄLTUNGSPRÄPARATE	369	620
R06	ANTIHISTAMINIKA ZUR SYSTEMISCHEN ANWENDUNG	370	--
R07	ANDERE MITTEL FÜR DEN RESPIRATIONSTRAKT	372	623
S	**SINNESORGANE**	**372**	**631**
S01	OPHTHALMIKA	372	631
S02	OTOLOGIKA	377	632
S03	OPHTHALMOLOGISCHE UND OTOLOGISCHE ZUBEREITUNGEN	377	--
V	**VARIA**	**378**	**632**
V01	ALLERGENE	378	--
V03	ALLE ÜBRIGEN THERAPEUTISCHEN MITTEL	378	632
V08	KONTRASTMITTEL	380	--

Verzeichnis der Wirkstoffe

Wirkstoff	Kombination	Verabreichung	Seite
Abacavir		Oral	476
...	+	Oral	484f
Abatacept		Par	527
Abemaciclib		Oral	502f
Abirateron		Oral	277f
...	+	Oral	517f
Abrocitinib		Oral	455
Acalabrutinib		Oral	506
Acamprosat		Oral	359
Acemetacin		Oral	294
Acenocoumarol		Oral	182
Acetazolamid		Oral	374
Acetylcystein		Oral	369
Acetylsalicylsäure		Oral	184, 309
...	+	Oral	236, 309
Aciclovir		Oral	266
...		Derm	447
...		Oc	372
Acitretin		Oral	239
Aclidiniumbromid		Inh	368
...	+	Inh	365
Acoramidis		Oral	434
Adalimumab		Par	281ff
Adapalen		Derm	242
Aescin		Oral	211
Afatinib		Oral	495
Agalsidase alfa		Par	397
Agalsidase beta		Par	397
Albendazol		Oral	612
Alectinib		Oral	498
Alendronsäure		Oral	299
Alfa1-Antitrypsin		Par	409f
Alfacalcidol		Oral	180
Alfuzosin		Oral	249
Alirocumab		Par	444f
Aliskiren		Oral	230
Alitretinoin		Oral	448f
Alkalicitrat		Oral	247
Allopurinol		Oral	298
Alogliptin		Oral	392f
...	+	Oral	388ff
Alprazolam		Oral	343f
Alprostadil		Par	429
Amantadin		Oral	326
Ambrisentan		Oral	436f
Ambroxol		Oral	369f
Amidephrin		HNO	361
Amiodaron		Oral	202
Amisulprid		Oral	336f
Amitriptylin		Oral	344
Amlodipin		Oral	216
...	+	Oral	222f, 228ff, 236

Wirkstoff	Kombination	Verabreichung	Seite
Amoxicillin		Oral	256f
...	+	Oral	258
Amphotericin B		Oral	171
...		HNO	163
Anagrelid		Oral	518
Anastrozol		Oral	276
Anti-D(rh)-Immunglobulin		Par	492
Apalutamid		Oral	521
Apixaban		Oral	406f
Apomorphin		Par	579f
Apraclonidin		Oc	374
Apremilast		Oral	527f
Aprepitant		Oral	170
Aripiprazol		Par	340f
...		Oral	339f
Ascorbinsäure	+	Oral	309
Atazanavir		Oral	474
Atenolol		Oral	213
...	+	Oral	216
Ätherische Öle	+	Oral	247
Atomoxetin		Oral	354f
Atorvastatin		Oral	231f
...	+	Oral	235f
Atropin		Par	168
Avacopan		Oral	562
Avapritinib		Oral	510f
Avatrombopag		Oral	417
Axitinib		Oral	272
Azathioprin		Oral	285f
Azelainsäure		Derm	243
Azelastin		Oc	377
...		HNO	361
...	+	HNO	362
Azithromycin		Oral	261
Bacitracin	+	Derm	239
Baclofen		Oral	297
Bakterienlysat	+	Oral	372
Baricitinib		Oral	553
BCG-Impfstoff		Ur	525
Beclometason		Inh	366
...	+	Inh	364, 366
Belimumab		Par	558f
Bemiparin		Par	183
Bempedoinsäure		Oral	446
...	+	Oral	446
Benralizumab		Par	619
Benserazid	+	Oral	324f
Benzoylperoxid		Derm	242f
...	+	Derm	243
Benzydamin		Vag	245
Berotralstat		Oral	427
Betahistin		Oral	359f

Wirkstoff	Kombination	Verabreichung	Seite
Betamethason		Par	251
		Oral	251
		Derm	240
		Oc	377
	+	Derm	239, 242
	+	Oc	378
Betaxolol		Oc	375
Bethanechol		Oral	605
Bezafibrat		Oral	233
Bicalutamid		Oral	275f
Bictegravir	+	Oral	486
Bimatoprost		Oc	376, 631
	+	Oc	375, 631
Bimekizumab		Par	545f
Binimetinib		Oral	500f
Biperiden		Par	324
		Oral	324
Birkenpollen		SL	378
Bisoprolol		Oral	213f
	+	Oral	215
Bosentan		Oral	435f
Brigatinib		Oral	498f
Brimonidin		Oc	374
	+	Oc	375
Brinzolamid		Oc	375
	+	Oc	375
Brivudin		Oral	267
Brodalumab		Par	542
Bromazepam		Oral	343
Bromfenac		Oc	374
Brotizolam		Oral	344
Budesonid		Oral	172, 385f
		Rec	172
		Inh	366f
	+	Inh	364, 366
Buprenorphin		Par	606f
		TD	307f
		SL	307, 575, 606
	+	SL	608
Bupropion		Oral	351
Buserelin		Par	274
Busulfan		Oral	267
Butizid	+	Oral	208
Butylscopolamin		Par	169
C1-Inhibitor aus Humanplasma		Par	426
Cabergolin		Oral	245, 328
Cabotegravir		Par	483
		Oral	483
Calcipotriol		Derm	238
	+	Derm	239
Calcitriol		Oral	180

Wirkstoff	Kombination	Verabreichung	Seite
Calcium (diverse Salze)		Par	181
		Oral	379
Calciumacetat		Oral	379
	+	Oral	379
Calciumcarbonat		Oral	181
	+	Oral	181
Calciumfolinat		Oral	379
Canakinumab		Par	541
Candesartan		Oral	224f
	+	Oral	227, 229f
Cannabidiol		Oral	578
	+	SL	576
Capecitabin		Oral	268f
Capivasertib		Oral	512
Capsaicin		Derm	575
Carbamazepin		Oral	318f
Carbidopa	+	Oral	325f
Cariprazin		Oral	342f
Caroverin		Oral	383
Carvedilol		Oral	214f
	+	Oral	215
Cefaclor		Oral	259
Cefalexin		Oral	258f
Cefixim		Oral	259
Cefpodoxim		Oral	259f
Cefuroxim		Oral	259
Celecoxib		Oral	296, 568
Cenobamat		Oral	578f
Certolizumab pegol		Par	529
Cetirizin		Oral	371
Chlorambucil		Oral	267
Chlorhexidin	+	Ur	301, 575
Chlorprothixen		Oral	331
Chlortalidon	+	Oral	216
Chlortetracyclin	+	Derm	241
Choriongonadotropin alfa		Par	459
Ciclesonid		Inh	367
Ciclosporin		Oral	284
		Oc	377
Cilazapril		Oral	220
	+	Oral	222
Cimetidin		Oral	163
Cinacalcet		Oral	255f
Ciprofloxacin		Oral	262
		Oc	373
		HNO	632
	+	HNO	377
Citalopram		Oral	345f
Cladribin		Oral	528
Clarithromycin		Oral	261
Clavulansäure	+	Oral	258

Wirkstoff	Kombination	Verabreichung	Seite
Clindamycin		Oral	261f
		Vag	244
		Derm	243
	+	Derm	243
Clobazam		Oral	343
Clobetasol		Derm	241
Clodronsäure		Oral	299
Clomifen		Oral	247
Clomipramin		Oral	344
Clonazepam		Oral	318
Clonidin		Par	204
		Oral	204
Clopidogrel		Oral	184
Clozapin		Oral	331f
Cobicistat	+	Oral	485
Cobimetinib		Oral	500
Codein	+	Oral	370
Colchicin		Oral	298
Colecalciferol		Oral	180
	+	Oral	181
Colestyramin		Oral	234
Conestat alfa		Par	427
Cromoglicinsäure		Oc	377
		HNO	361
Cyanocobalamin	+	Oral	181, 294
Cyclophosphamid		Oral	267
Cyproteron		Oral	247
	+	Oral	459
Dabigatran etexilat		Oral	185ff, 404f
Dabrafenib		Oral	497
Dalteparin		Par	182, 401f
Danaparoid		Par	402
Danicopan		Oral	563
Dapagliflozin		Oral	396
	+	Oral	390f
Darbepoetin alfa		Par	199f, 423ff
Daridorexant		Oral	581f
Darolutamid		Oral	521
Darunavir		Oral	267, 475
Dasatinib		Oral	270
Deferasirox		Oral	379
Deferipron		Oral	632
Deferoxamin		Par	378
Degarelix		Par	276
Denosumab		Par	300, 572
Dequalinium		HNO	362
Desloratadin		Oral	371f
Desmopressin		Oral	464f
		Nas	250
		SL	464f
Deucravacitinib		Oral	556

Wirkstoff	Kombination	Verabreichung	Seite
Dexamethason		Par	251
		Oral	252
		Oc	373
	+	Oc	374
Dexibuprofen		Oral	296
Dexpanthenol	+	Derm	211, 439
Diazepam		Par	343
		Oral	343
		Rec	343
Diclofenac		Par	294
		Oral	293f
		Rec	293f
		Derm	244, 297
		Oc	373
	+	Par	568
	+	Oral	294
Dienogest		Oral	246
	+	Oral	246
Diflucortolon		Derm	241
	+	Derm	237
Dihydrocodein		Oral	304f, 370
Dihydroergotamin		Nas	314
Diltiazem		Oral	217f
Dimenhydrinat	+	Oral	370
Dimethylfumarat		Oral	567f
Dimeticon		Oral	168
Diphenhydramin		Par	370
		Oral	370
		Derm	238
	+	Ur	575
	+	Oc	376
	+	HNO	361
Dolutegravir		Oral	482
	+	Oral	485f
Domperidon		Oral	169
Donepezil		Oral	356f, 585ff
Doravirin		Oral	481
	+	Oral	486
Dornase alfa (Desoxyribonuclease)		Inh	620
Dorzolamid		Oc	374
	+	Oc	375, 631
Doxazosin		Oral	204f
Doxycyclin		Oral	256
Dronedaron		Oral	202
Dulaglutid		Par	394
Duloxetin		Oral	352f
Dupilumab		Par	450ff, 454
Dutasterid		Oral	250
	+	Oral	250
Dydrogesteron		Oral	246
	+	Oral	246f

Wirkstoff	Kombination	Verabreichung	Seite
Econazol		Vag	245
		Derm	236
	+	Derm	237
Edoxaban		Oral	407f
Efavirenz		Oral	481
	+	Oral	485
Efgartigimod alfa		Par	565f
Eisen(II)fumarat		Oral	192
	+	Oral	193
Eisen(II)gluconat		Oral	193
Eisen(II)sulfat		Oral	193
	+	Oral	193
Eisen III		Par	417
Elacestrant		Oral	520
Elafibranor		Oral	383
Elektrolyte		Par	200, 425f
	+	Par	201, 426
	+	Oral	172
Eletriptan		Oral	315
Elexacaftor	+	Oral	629f
Eliglustat		Oral	400
Eltrombopag		Oral	415f
Elvitegravir	+	Oral	485
Emicizumab		Par	416
Empagliflozin		Oral	396
	+	Oral	390f
Emtricitabin		Oral	479
	+	Oral	484ff
Enalapril		Oral	218, 440
	+	Oral	220ff
Encorafenib		Oral	497f
Enoxaparin		Par	182f, 402
Entacapon		Oral	329
	+	Oral	325f
Entecavir		Oral	479f
Entrectinib		Oral	509f
Enzalutamid		Oral	520
Enzyme (Lipase, Protease etc.)	+	Oral	174
Ephedrin	+	HNO	361
Epinephrin		Par	428
Eplerenon		Oral	207f
Eplontersen		Par	611
Eprosartan		Oral	223
	+	Oral	226
Eptinezumab		Par	317
Erenumab		Par	316
Erlotinib		Oral	494f
Erythromycin		Par	260
Erythropoietin		Par	194ff, 418ff
Escherichia coli		Oral	387, 459
Escitalopram		Oral	348ff
Esketamin		Nas	582

Wirkstoff	Kombination	Verabreichung	Seite
Esomeprazol		Oral	167f, 383
	+	Oral	296
Estradiol		Oral	245
		Vag	245
		TD	245
	+	Oral	246f, 251
Estriol		Oral	246
		Vag	245f
Etanercept		Par	279f
Ethambutol		Oral	265
Ethinylestradiol	+	Oral	459
Ethosuximid		Oral	318
Etilefrin		Oral	202
Etofenamat		Derm	296
Etoricoxib		Oral	569
Etrasimod		Oral	551
Etravirin		Oral	481
Everolimus		Oral	271, 562
Evolocumab		Par	444
Exemestan		Oral	276
Ezetimib		Oral	234
	+	Oral	234ff, 446
Faktor-VIII-Inhibitor bypass Aktivität		Par	413
Famciclovir		Oral	266
Famotidin		Oral	164
Febuxostat		Oral	298, 569ff
Felbamat		Oral	576f
Felodipin		Oral	216f
Fenfluramin		Oral	579
Fenofibrat		Oral	234
	+	Oral	235
Fenoterol		Inh	362
	+	Inh	365
Fentanyl		TD	305f
Fenticonazol		Vag	245
		Derm	237
Fexofenadin		Oral	371
Fidaxomicin		Oral	385
Filgotinib		Oral	555f
Filgrastim		Par	278
Finasterid		Oral	250
Finerenon		Oral	439
Fingolimod		Oral	547ff
Flavonoidfraktion	+	Oral	211
Flecainid		Oral	201
Fluconazol		Oral	264, 469
Fludrocortison		Oral	251
Fluocinolonacetonid	+	HNO	377
Fluorouracil		Derm	268
	+	Derm	493
Fluoxetin		Oral	345

Wirkstoff	Kombination	Verabreichung	Seite
Flupentixol		Par	331
		Oral	331
	+	Oral	356
Flupredniden		Derm	240
	+	Derm	237, 241
Fluticason		HNO	361
		Inh	367
	+	HNO	362
	+	Inh	363ff
Fluticasonfuroat		HNO	362
	+	Inh	364, 366
Fluvastatin		Oral	231
Fluvoxamin		Oral	348
Follitropin alfa		Par	458
Follitropin beta		Par	458
Folsäure		Oral	193
	+	Oral	193
Fondaparinux		Par	409
Formoterol		Inh	363
	+	Inh	364ff
Fosfomycin		Oral	263
Fosinopril		Oral	220
	+	Oral	222
Fremanezumab		Par	317
Frovatriptan		Oral	315
Fulvestrant		Par	275
Furosemid		Par	206
		Oral	206
	+	Oral	208
Fusidinsäure		Oral	263
		Derm	239
		Oc	372
	+	Derm	242
Gabapentin		Oral	311f
Galantamin		Oral	358, 596ff
Galcanezumab		Par	316
Gamma-Hydroxybuttersäure		Oral	609
Gefitinib		Oral	271
Gemfibrozil		Oral	233
Gentamicin		Derm	239
		Oc	372
	+	Derm	241f
	+	Oc	374
Gerbstoff (synth.)		Derm	238
Gerinnungsfaktor VII		Par	414
Gerinnungsfaktor VIII		Par	410ff
	+	Par	414f
Gerinnungsfaktor IX		Par	413f
Gerinnungsfaktor XIII		Par	415
Gimeracil	+	Oral	493
Ginkgoblatt		Oral	358f
Glatirameracetat		Par	526

Wirkstoff	Kombination	Verabreichung	Seite
Glecaprevir	+	Oral	484
Gliclazid		Oral	176
Glimepirid		Oral	176f
Gliquidon		Oral	176
Glucagon		Par	255
		Nas	467
Glucose		Par	425
	+	Oral	172
Glyceroltrinitrat		SL	202
Glycopyrroniumbromid		Oral	383
		Inh	368
	+	Inh	365f
Golimumab		Par	530ff
Gonadorelin		Par	465
Goserelin		Par	274
Granisetron		Oral	169
Gräserpollen		SL	378
Guaifenesin	+	Oral	370
Guselkumab		Par	543
Haloperidol		Par	330
		Oral	330
Hamamelis	+	Derm	238
Harnstoff	+	Derm	237f
Hausstaubmilben		Oral	378
		SL	378
Heparin		Derm	211
	+	Derm	211, 439
Hepatitis B-Immunglobulin		Par	492
Hexetidin	+	Derm	242
Humanes menopausales Gonadotrophin		Par	457
Hydrochlorothiazid		Oral	205
	+	Oral	208, 215, 220ff, 225ff
Hydrocortison		Oral	253
		Derm	240
		Oc	373
Hydromorphon		Oral	303
Hydroxocobalamin		Par	193
Hydroxybuttersäure		Oral	609
Hydroxycarbamid		Oral	518
Hydroxypropylmethylcellulose		Oc	377
Hydroxyzin		Oral	344
Ibandronsäure		Par	299f
		Oral	300
Ibrutinib		Oral	505
Ibuprofen		Oral	295
		Derm	297
Icatibant		Par	201, 427
Idarubicin		Oral	494
Idelalisib		Oral	506
Iloprost		Par	403
		Inh	402

Wirkstoff	Kombination	Verabreichung	Seite
Imatinib		Oral	269f
Imidapril		Oral	220
Imiglucerase		Par	397
Imiquimod		Derm	240, 447
Immunglobuline, normal human, zur extravasalen Anwendung		Par	487ff
Immunglobuline, normal human, zur intravasalen Anwendung		Par	489ff
Immunocyanin		Par	525f
Inclisiran		Par	446
Indacaterol	+	Inh	365f
Indapamid		Oral	205f
...	+	Oral	226
Indometacin		Oral	293
Infliximab		Par	280
Inotersen		Par	610
Insulin (human)		Par	174f
Insulin aspart		Par	174f
Insulin degludec		Par	388
Insulin detemir		Par	387f
Insulin glargin		Par	175, 387
Insulin glulisin		Par	174
Insulin lispro		Par	174f
Interferon beta-1a		Par	522f
Interferon beta-1b		Par	523
Interferon gamma		Par	521
Iopamidol		Par	380
Ipratropiumbromid		HNO	362
...		Inh	367
...	+	Inh	365, 612
Irbesartan		Oral	224
...	+	Oral	226f
Isoconazol		Derm	236
...	+	Derm	237
Isoniazid	+	Oral	265
Isosorbidmononitrat		Oral	202
Isotretinoin		Oral	243f
Itraconazol		Oral	265
Ivabradin		Oral	203
Ivacaftor		Oral	621ff
...	+	Oral	626ff
Ivermectin		Oral	360
Ixekizumab		Par	542
Kalium (diverse Salze in Kombination)	+	Oral	181
Kalium-4-aminobenzoat		Oral	456
Kaliumchlorid		Oral	181
Kaliumiodid		Oral	255
...	+	Oral	254
Ketoconazol		Derm	237
Ketorolac		Oc	373
Ketotifen		Oc	377
Kollagenase		Derm	238

Wirkstoff	Kombination	Verabreichung	Seite
Lacosamid		Oral	323f
Lactobacillus		Oral	173
		Vag	245
Lactulose		Oral	171
Lamivudin		Oral	475f
	+	Oral	484ff
Lamotrigin		Oral	320f
Lanadelumab		Par	427
Lanreotid		Par	466f
Lansoprazol		Oral	166
Lanthan(III)-carbonat		Oral	633
Larotrectinib		Oral	507f
Latanoprost		Oc	376, 631
	+	Oc	375, 631
Lazertinib		Oral	496
Lebertran	+	Derm	238
Lebrikizumab		Par	455f
Leflunomid		Oral	285
Lenalidomid		Oral	286ff
Lenvatinib		Oral	273
Lercanidipin		Oral	217
	+	Oral	222
Letrozol		Oral	276
Leuprorelin		Par	274
Levetiracetam		Oral	322f
Levocabastin		Oc	377
		HNO	361
Levocetirizin		Oral	371
Levodopa	+	Oral	324ff
Levofloxacin		Oral	263
Levomepromazin		Oral	329, 580
Levomethadon		Oral	608
Levothyroxin-Natrium		Oral	253f
	+	Oral	254
Lidocain		Par	301
		Ur	301
	+	Ur	301, 575
Linaclotid		Oral	385
Linagliptin		Oral	393
	+	Oral	389ff
Linezolid		Oral	468f
Liothyronin-Natrium	+	Oral	254
Lipegfilgrastim		Par	278
Liraglutid		Par	393
Lisinopril		Oral	218f
	+	Oral	221f
Lithium		Oral	337
Loperamid		Oral	172
Lopinavir	+	Oral	485
Loratadin		Oral	371
Lorazepam		Oral	343
Lorlatinib		Oral	499

Wirkstoff	Kombination	Verabreichung	Seite
Lornoxicam		Oral	295
Losartan		Oral	223
	+	Oral	225f
Loteprednol		Oc	373
Lumacaftor	+	Oral	626f
Lymecyclin		Oral	256
Lynestrenol		Oral	246
Macitentan		Oral	437
Macrogol		Oral	171
	+	Oral	171
Magnesium		Oral	182
Magnesiumcarbonat	+	Oral	379
Magnesiumcitrat	+	Oral	170
Maprotilin		Oral	345
Maraviroc		Oral	486
Maribavir		Oral	487
Mavacamten		Oral	430ff
Mebendazol		Oral	360
Mebeverin		Oral	168
Mecasermin		Par	464
Medroxyprogesteron		Oral	274
Mefenaminsäure		Oral	296
		Rec	296
Melitracen	+	Oral	356
Meloxicam		Par	295
		Oral	295
Melperon		Oral	330
Melphalan		Oral	267
Memantin		Oral	358, 601ff
Mepivacain		Par	301
Mepolizumab		Par	616ff
Mercaptopurin		Oral	268
Mesalazin		Oral	172f, 386f
		Rec	172f, 386f
Mesna		Oral	634
Metamizol-Natrium		Par	310
		Oral	310
Metformin		Oral	175f
	+	Oral	177f, 388ff
Methadon		Oral	607f
Methotrexat		Par	286
		Oral	286
Methyldopa (linksdrehend)		Oral	204
Methylnaltrexon bromid		Par	384
Methylphenidat		Oral	353f, 583f
Methylprednisolon		Par	252
		Oral	252
Methylprednisolonaceponat		Derm	241
Metildigoxin		Oral	201
Metoclopramid		Par	169
		Oral	169
Metoprolol		Oral	212

Wirkstoff	Kombination	Verabreichung	Seite
Metronidazol		Oral	360
		Derm	240
Mianserin		Oral	350
Miconazol		Derm	236
	+	Derm	237, 243
Migalastat		Oral	401
Miglustat		Oral	399
Milnacipran		Oral	352
Minocyclin		Oral	256
Mirabegron		Oral	249
Mirikizumab		Par	546
Mirtazapin		Oral	350f
Misoprostol		Oral	164
	+	Oral	294
Mitotan		Oral	518
Moclobemid		Oral	350
Modafinil		Oral	585
Molsidomin		Oral	202
Momelotinib		Oral	504f
Mometason		Derm	241
		HNO	361
	+	HNO	362
	+	Inh	365f
Montelukast		Oral	368f
Morphin		Par	302
		Oral	301f, 605f
Moxifloxacin		Oral	263
Moxonidin		Oral	204
Mycophenolsäure		Oral	278f, 526
Nadroparin		Par	183, 402
Naloxegol		Oral	384
Naloxon		Nas	378
	+	SL	608
Naltrexon		Oral	359
Nandrolon		Par	182
Naphazolin		Oc	376
		HNO	361
	+	Oc	376
	+	HNO	361
Naproxen		Oral	295
	+	Oral	296
Natalizumab		Par	557f
Natriumfluorid	+	HNO	163
Natriumhydrogencarbonat		Oral	163
Natriumpicosulfat		Oral	170
	+	Oral	170
Natriumzirconiumcyclosilicat		Oral	634
Nebivolol		Oral	214
	+	Oral	215
Neomycin	+	Derm	239
	+	Oc	378
Nevirapin		Oral	480

Wirkstoff	Kombination	Verabreichung	Seite
Nicergolin		Oral	211
Nicorandil		Oral	202f
Nilotinib		Oral	270f
Nimodipin		Oral	439
Nintedanib		Oral	507
Niraparib		Oral	516
	+	Oral	517f
Nirmatrelvir	+	Oral	475
Nitrazepam		Oral	344
Nitrendipin	+	Oral	222
Nitrofurantoin		Oral	263
Norethisteron	+	Oral	246f, 251
Norfloxacin		Oral	262
Nystatin		Oral	171, 385
		Derm	236
Ocrelizumab		Par	560
Octenidin	+	Derm	448
Octreotid		Par	250f, 465f
Ofatumumab		Par	561
Ofloxacin		Oc	373
Olanzapin		Par	581
		Oral	332ff
Olaparib		Oral	513, 515
Olodaterol	+	Inh	365f
Olopatadin		Oc	377
	+	HNO	362
Omalizumab		Par	613f
Omaveloxolon		Oral	612
Omega-3-Fettsäuren inkl. andere Ester und Säuren		Oral	443
Omeprazol		Oral	164f
Ondansetron		Oral	169
Opicapon		Oral	329
Opipramol		Oral	582
Ornithinaspartat		Oral	384
Orphenadrin	+	Par	568
	+	Oral	297
Oseltamivir		Oral	482
Osimertinib		Oral	496
Oteracil	+	Oral	493
Oxazepam		Oral	343
Oxcarbazepin		Oral	319
Oxerutin		Oral	211
Oxybutynin		Oral	248
		Ur	248
Oxycodon		Oral	303f
Ozanimod		Oral	549
Palbociclib		Oral	501f
Paliperidon		Par	341f
		Oral	341
Palivizumab		Par	492f
Pamidronsäure		Par	299

Wirkstoff	Kombination	Verabreichung	Seite
Pantoprazol		Oral	165f
Paracetamol		Oral	310f
		Rec	310f
	+	Oral	297
Paromomycin		Oral	171
Paroxetin		Oral	346f
Patiromer Calcium		Oral	633f
Pegfilgrastim		Par	278
Peginterferon alfa-2a		Par	524
Peginterferon beta-1a		Par	524f
Pegzilarginase		Par	398
Pentoxifyllin		Oral	210
Perampanel		Oral	577f
Perchlorate		Oral	255
Permethrin		Derm	360
Pethidin		Par	305
Phenoxymethylpenicillin		Oral	257
Phenoxymethylpenicillin-Benzathin		Oral	257
Phenprocoumon		Oral	182
Phenytoin		Oral	318
Phytomenadion		Par	192, 410
Pibrentasvir	+	Oral	484
Pilocarpin		Oc	374
Pimecrolimus		Derm	244
Pioglitazon		Oral	178
	+	Oral	388f
Pirfenidon		Oral	291, 566
Piritramid		Par	307
Pivmecillinam		Oral	257
Podophyllotoxin		Derm	240
Polidocanol	+	Derm	237, 244
Polystyrolsulfonat		Oral	379
Pomalidomid		Oral	291ff
Ponesimod		Oral	550f
Posaconazol		Oral	471ff
Povidon-Iod		Vag	245
		Derm	242, 448
Pramipexol		Oral	327f
Prasugrel		Oral	184f
Pravastatin		Oral	231
Prednisolon		Oral	252
		Rec	211
		Derm	211
		Oc	373
Prednison		Rec	252
Pregabalin		Oral	313f
Primidon		Oral	318
Procain		Par	301
Procyclidin		Oral	324
Progesteron		Oral	246
Propafenon		Oral	201
Propranolol		Oral	212

Wirkstoff	Kombination	Verabreichung	Seite
Propylthiouracil		Oral	255
Prothipendyl		Oral	337
Pyrantel		Oral	360
Pyrazinamid		Oral	265
Pyridostigmin		Oral	359
Pyridoxin	+	Oral	181, 294, 370
Quetiapin		Oral	334ff
Rabeprazol		Oral	167
Racecadotril		Oral	173f
Ragweed		SL	378
Raloxifen		Oral	247
Raltegravir		Oral	482
Ramipril		Oral	219f
	+	Oral	221ff, 236
Ranolazin		Oral	203f, 429
Rasagilin		Oral	329
Reboxetin		Oral	352
Relugolix		Oral	278
	+	Oral	251
Repaglinid		Oral	180
Reslizumab		Par	615
Ribociclib		Oral	502
Rifabutin		Oral	473
Rifampicin		Oral	265
	+	Oral	265
Rifaximin		Oral	171
Rilmenidin		Oral	204
Rilpivirin		Par	481
		Oral	481
	+	Oral	485
Riluzol		Oral	608f
Rimegepant		Oral	317f
Riociguat		Oral	437f
Risankizumab		Par	544f
Risdiplam		Oral	573f
Risedronsäure		Oral	300
Risperidon		Par	338f
		Oral	337f
Ritonavir		Oral	474
	+	Oral	475, 485
Rivaroxaban		Oral	192, 406
Rivastigmin		Oral	357, 588ff, 593
		TD	357f, 591f, 594ff
Roflumilast		Oral	614f
Romiplostim		Par	415
Romosozumab		Par	572
Ropeginterferon alfa-2b		Par	525
Ropinirol		Oral	326f
Rosuvastatin		Oral	232f, 442f
	+	Oral	235f
Rotigotin		TD	328f
Roxithromycin		Oral	260

Wirkstoff	Kombination	Verabreichung	Seite
Sabalis serrulatae fructus		Oral	250
Saccharomyces		Oral	173
Sacubitril	+	Oral	440f
Salbutamol		Oral	368
		Inh	362
	+	Inh	612
Salicylsäure		Derm	244
	+	Derm	242, 493
Salmeterol		Inh	363
	+	Inh	363f
Salzkombinationen (Laxantien)	+	Rec	171
Sapropterin		Oral	399f
Saxagliptin		Oral	392
	+	Oral	389, 391
Secukinumab		Par	541f
Seladelpar		Oral	384
Semaglutid		Par	394f
Sertindol		Oral	580f
Sertralin		Oral	347f
Sevelamer		Oral	632
Silbereiweiß	+	HNO	361
Sildenafil		Oral	434f
Silymarin		Oral	170
Simvastatin		Oral	230f
	+	Oral	234f
Sinekatechine		Derm	447
Siponimod		Oral	550
Sirolimus		Oral	561f
Sitagliptin		Oral	178f
	+	Oral	177
Sofosbuvir	+	Oral	483
Sojaöl		Derm	244
	+	Derm	244
Solifenacin		Oral	248
Somatropin		Par	459ff
Sonidegib		Oral	512
Sorafenib		Oral	273
Sotalol		Oral	212
Sotatercept		Par	438f
Sparsentan		Oral	442
Speichel, künstlicher	+	HNO	163
Spiköl		Oral	369
Spironolacton		Oral	206f
	+	Oral	208
Streptococcus faecium		Oral	173
Sucralfat		Oral	168
Sucroferric oxyhydroxid		Oral	633
Sulfadiazin-Silber		Derm	239
Sulfamethoxazol	+	Oral	260
Sulfametrol	+	Oral	260
Sulfasalazin		Oral	172

Wirkstoff	Kombination	Verabreichung	Seite
Sulfobituminate		Derm	238, 244, 297
.....	+	Derm	238
Sulpirid		Oral	336
Sultamicillin		Oral	258
Sultiam		Oral	576
Sumatriptan		Par	576
.....		Oral	314f
Sunitinib		Oral	272f
Tacalcitol		Derm	239
Tacrolimus		Oral	284f
.....		Derm	244
Tadalafil		Oral	435
Tafamidis		Oral	609f
Tafluprost		Oc	631
.....	+	Oc	631
Talazoparib		Oral	517
Tamoxifen		Oral	275
Tamsulosin		Oral	249f
.....	+	Oral	250
Tedizolid		Oral	469
Tegafur	+	Oral	493
Telmisartan		Oral	225
.....	+	Oral	227f
Temozolomid		Oral	267f
Tenofovir Alafenamid	+	Oral	485f
Tenofovir Disoproxil		Oral	477ff
.....	+	Oral	484ff
Terazosin		Oral	204
Terbinafin		Oral	237
.....		Derm	237
Terbutalin		Par	368
Teriflunomid		Oral	564
Teriparatid		Par	467f
Testosteron		Par	457
.....		TD	456
Tetanus-Immunglobulin		Par	492
Tetrabenazin		Oral	360
Tetrahydrocannabinol	+	SL	576
Tezacaftor	+	Oral	628ff
Tezepelumab		Par	620
Theophyllin		Oral	368
Thiamazol		Oral	255
Thiamin	+	Oral	181, 294
Thioctsäure		Par	182
Tianeptin		Oral	351
Tiaprid		Par	336
.....		Oral	336
Tibolon		Oral	246, 457
Ticagrelor		Oral	185, 404
Tildrakizumab		Par	543f
Timolol		Oc	375, 631
.....	+	Oc	375f, 631

Wirkstoff	Kombination	Verabreichung	Seite
Tioguanin		Oral	268
Tiotropiumbromid		Inh	367f
	+	Inh	365f
Tirbanibulin		Derm	447
Tizanidin		Oral	297
Tobramycin		Oc	372
		Inh	468
	+	Oc	374
Tocilizumab		Par	539f
Tofacitinib		Oral	552f
Tolcapon		Oral	580
Tolterodin		Oral	248
Tolvaptan		Oral	208ff
Topiramat		Oral	321f
Torasemid		Oral	206
Tramadol		Par	308
		Oral	308f, 576
Trametinib		Oral	499f
Tranexamsäure		Par	192
		Oral	192
Travoprost		Oc	376, 631
	+	Oc	376
Trazodon		Oral	350
Treprostinil		Par	403f
Tretinoin	+	Derm	238
Triamcinolon		Par	253
		Oral	252
		Derm	240
		HNO	163
	+	Derm	237, 241f
Triamteren	+	Oral	208
Triazolam		Oral	344
Trientin		Oral	401
Trimetazidin		Oral	203
Trimethoprim		Oral	260
	+	Oral	260
Triptorelin		Par	275
Trospium		Oral	249
Tucatinib		Oral	504
Ublituximab		Par	561
Umeclidiniumbromid		Inh	368
	+	Inh	365f
Upadacitinib		Oral	554f
Urapidil		Oral	205
Urofollitropin		Par	458
Ursodeoxycholsäure		Oral	170
Ustekinumab		Par	283f, 533ff
Valaciclovir		Oral	266f
Valganciclovir		Oral	473f
Valproinsäure		Oral	319f
Valsartan		Oral	223f
	+	Oral	226, 228ff, 440f

Wirkstoff	Kombination	Verabreichung	Seite
Vancomycin		Oral	385
Vedolizumab		Par	559
Velaglucerase alfa		Par	398
Velpatasvir	+	Oral	483
Vemurafenib		Oral	497
Venetoclax		Oral	519
Venlafaxin		Oral	351f
Verapamil		Par	217
		Oral	217
Vericiguat		Oral	428f
Vigabatrin		Oral	320
Vilanterol	+	Inh	364ff
Vildagliptin		Oral	179, 392
	+	Oral	177f
Vinorelbin		Oral	493
Vismodegib		Oral	512
Voclosporin		Oral	547
Von-Willebrand-Faktor	+	Par	414f
Voriconazol		Oral	469f
Vutrisiran		Par	611
Zanamivir		Inh	482
Zanubrutinib		Oral	506
Zidovudin		Oral	475
	+	Oral	484
Zinkoxid	+	Derm	238
Zinksulfat	+	Oc	376
Ziprasidon		Oral	330f
Zoledronsäure		Par	300
Zolmitriptan		Oral	315
		Nas	315
Zolpidem		Oral	344
Zonisamid		Oral	323, 577
Zuclopenthixol		Par	331
		Oral	331

Grüner Bereich

	Bezeichnung	T	OP	KVP in €

A ALIMENTÄRES SYSTEM UND STOFFWECHSEL
A01 STOMATOLOGIKA
A01A STOMATOLOGIKA
A01AA Mittel zur Kariesprophylaxe
A01AA51 Natriumfluorid, Kombinationen

Natriumfluorid 0,0221, Olaflur 0,03032, Dectaflur 0,00287/g

	Elmex Zahngel		25 g	7,95

A01AB Antiinfektiva und Antiseptika zur oralen Lokalbehandlung
A01AB04 Amphotericin B

Amphotericin B 0,01

	Ampho-Moronal Lutschtabl.		20 St(2) 50 St	5,30 11,00

A01AC Corticosteroide zur oralen Lokalbehandlung
A01AC01 Triamcinolon

Triamcinolon 0,001/g

	Volon A Haftsalbe		10 g	3,80

A01AD Andere Mittel zur oralen Lokalbehandlung
A01AD11 Verschiedene

Carboxymethylcellulose Natr. 0,005, Natr. chlorid 0,00085, Kal. chlorid 0,0012, Kal. monohydrogenphosphat 0,00035, Calc. chlorid 0,0001115, Magn. chlorid 0,00003/ml

	Sialin-Sigma Lsg.		100 ml	9,50

A02 MITTEL BEI SÄURE BEDINGTEN ERKRANKUNGEN
A02A ANTACIDA
A02AH Antacida mit Natriumbicarbonat

Natriumhydrogencarbonat 0,5

IND	**Nephrotrans 500 mg magensaftresistente Weichkaps.** Metabolische Azidose bei chronischer Niereninsuffizienz bei Erwachsenen, wenn die Bicarbonatkonzentration im Serum weniger als 22 mmol/l beträgt.		100 St 500 St	23,10 94,05

Natriumhydrogencarbonat 0,84

IND	**Nephrotrans 840 mg magensaftresistente Weichkaps.** Metabolische Azidose bei chronischer Niereninsuffizienz bei Erwachsenen, wenn die Bicarbonatkonzentration im Serum weniger als 22 mmol/l beträgt.		100 St 500 St	23,10 103,35

A02B MITTEL BEI PEPTISCHEM ULKUS UND GASTROESOPHAGEALER REFLUXKRANKHEIT
A02BA Histamin-H2-Rezeptor-Antagonisten
A02BA01 Cimetidin

Cimetidin 0,2

	Ulcostad 200 mg Tabl.		20 St(2) 50 St	5,60 11,65

Cimetidin 0,4

	Cimetidin "Genericon" 400 mg Filmtabl.	T2 T2	20 St(2) 50 St	9,35 19,20
	Ulcostad 400 mg Tabl.	T2 T2	20 St(2) 50 St	8,95 18,40

Cimetidin 0,8

	Cimetidin "Genericon" 800 mg Filmtabl.	T2 T2	10 St(2) 30 St	6,20 13,70
	Ulcostad 800 mg Tabl.	T2 T2	10 St(2) 30 St	4,70 13,70

	Bezeichnung	T	OP	KVP in €

A02BA03 Famotidin

Famotidin 0,02

	Famosin 20 mg Filmtabl.		20 St(2)	5,10
			50 St	11,00
	Famotidin "Genericon" 20 mg Filmtabl.		20 St(2)	5,25
			50 St	11,00
	Famotidin "Stada" 20 mg Filmtabl.		20 St(2)	5,05
			50 St	10,95
	Ulcusan 20 mg Filmtabl.		20 St(2)	5,85
			50 St	12,15

Famotidin 0,04

	Famosin 40 mg Filmtabl.	T2	10 St(2)	5,00
		T2	30 St	12,40
	Famotidin "Genericon" 40 mg Filmtabl.	T2	10 St(2)	5,15
		T2	30 St	12,50
	Famotidin "Interpharm" 40 mg Filmtabl.		10 St(2)	4,95
			30 St	12,25
	Famotidin "Stada" 40 mg Filmtabl.		10 St(2)	4,90
			30 St	12,20
	Ulcusan 40 mg Filmtabl.		10 St(2)	5,45
			30 St	13,75

A02BB Prostaglandine
A02BB01 Misoprostol

Misoprostol 0,0002

IND	**Cyprostol Tabl.** Bestehende Erosionen und rezidivierende Ulcerationen von Magen oder Duodenum bei Dauertherapie mit NSAR	T2	50 St	20,60

A02BC Protonenpumpenhemmer
A02BC01 Omeprazol

Omeprazol 0,01

	Losec 10 mg magensaftresistente Kaps.		28 St(2)	10,25
	Omec "Hexal" 10 mg Kaps.		28 St(2)	10,25
	Omeprazol "1A Pharma" 10 mg Kaps.		28 St(2)	10,25
	Omeprazol "Genericon" 10 mg magensaftresistente Kaps.		30 St(2)	11,00
	Omeprazol "ratiopharm" 10 mg magensaftresistente Hartkaps.		28 St(2)	10,25
	Omeprazol "Stada" 10 mg magensaftresistente Hartkaps.		30 St(2)	9,40

Omeprazol 0,02

	Losec 20 mg magensaftresistente Kaps.		14 St(2)	5,70
	Omec "Hexal" 20 mg Kaps.		14 St	5,70
			28 St	10,25
	Omeprazol "1A Pharma" 20 mg Kaps.		14 St	5,70
			28 St	10,25
	Omeprazol "Genericon" 20 mg magensaftresistente Kaps.		14 St	5,70
			30 St	11,00
	Omeprazol "ratiopharm" 20 mg magensaftresistente Hartkaps.		14 St	5,70
			28 St	10,25
	Omeprazol "Sandoz" 20 mg Kaps.		14 St	5,70
			28 St	10,25
	Omeprazol "Stada" 20 mg magensaftresistente Hartkaps.		14 St	4,40
			28 St	8,80

Omeprazol 0,04

	Omec "Hexal" 40 mg Kaps.		14 St	5,70
			28 St	10,25
	Omeprazol "1A Pharma" 40 mg Kaps.		14 St	5,70
			28 St	10,25

Bezeichnung	T	OP	KVP in €
Omeprazol "Genericon" 40 mg magensaftresistente Kaps.		14 St	5,70
		30 St	11,00
Omeprazol "ratiopharm" 40 mg magensaftresistente Hartkaps.		14 St	5,70
		28 St	10,25
Omeprazol "Sandoz" 40 mg Kaps.		14 St	5,70
		28 St	10,25
Omeprazol "Stada" 40 mg magensaftresistente Hartkaps.		14 St	4,40
		28 St	8,80

A02BC02 Pantoprazol

Pantoprazol 0,02

Gastroloc "Hexal" 20 mg magensaftresistente Tabl.		14 St	1,10
		30 St(2)	2,35
Gastrozol 20 mg magensaftresistente Tabl.		14 St	0,95
		28 St(2)	1,90
Panprabene 20 mg magensaftresistente Tabl.		14 St	1,10
		30 St(2)	2,35
Pantip 20 mg magensaftresistente Tabl.		14 St	1,10
		30 St(2)	2,35
Pantoloc 20 mg Filmtabl.		14 St	1,10
		28 St(2)	2,20
Pantoprazol "!@ctavis" 20 mg magensaftresistente Tabl.		14 St	1,10
		28 St(2)	2,20
Pantoprazol "+pharma" 20 mg magensaftresistente Tabl.		14 St	1,05
		30 St(2)	2,20
Pantoprazol "1A Pharma" 20 mg magensaftresistente Tabl.		14 St	1,10
		30 St(2)	2,30
Pantoprazol "Alternova" 20 mg magensaftresistente Tabl.		7 St	0,55
		14 St	1,10
		30 St(2)	2,35
Pantoprazol "Bluefish" 20 mg magensaftresistente Tabl.		14 St	0,85
		28 St(2)	1,75
Pantoprazol "G.L." 20 mg magensaftresistente Tabl.		14 St	1,10
		30 St(2)	2,35
Pantoprazol "Genericon" 20 mg magensaftresistente Tabl.		14 St	1,10
		30 St(2)	2,35
Pantoprazol "Nycomed" 20 mg magensaftresistente Tabl.		15 St	1,20
		30 St(2)	2,35
Pantoprazol "ratiopharm GmbH" 20 mg magensaftresistente Tabl.		14 St	1,10
		30 St(2)	2,35
Pantoprazol "Sandoz" 20 mg magensaftresistente Tabl.		14 St	1,10
		30 St(2)	2,35
Pantoprazol "Stada" 20 mg magensaftresistente Tabl.		14 St	1,00
		30 St(2)	2,10
Zurcal 20 mg Filmtabl.		14 St	1,10
		28 St(2)	2,20

Pantoprazol 0,04

Gastroloc "Hexal" 40 mg magensaftresistente Tabl.		14 St	2,25
		30 St	4,80
Gastrozol 40 mg magensaftresistente Tabl.		14 St	1,95
		28 St	4,00
Panprabene 40 mg magensaftresistente Tabl.		14 St	2,25
		30 St	4,80
Pantip 40 mg magensaftresistente Tabl.		14 St	2,25
		30 St	4,80
Pantoloc 40 mg Filmtabl.		7 St	1,10
		14 St	2,25
		28 St	4,50
Pantoprazol "!@ctavis" 40 mg magensaftresistente Tabl.		7 St	1,10
		14 St	2,25
		30 St	4,85

Bezeichnung	T	OP	KVP in €
Pantoprazol "+pharma" 40 mg magensaftresistente Tabl.		7 St	1,05
		14 St	2,15
		30 St	4,60
Pantoprazol "1A Pharma" 40 mg magensaftresistente Tabl.		14 St	2,25
		30 St	4,75
Pantoprazol "Alternova" 40 mg magensaftresistente Tabl.		7 St	1,10
		14 St	2,25
		30 St	4,85
Pantoprazol "Bluefish" 40 mg magensaftresistente Tabl.		7 St	1,00
		14 St	1,75
		28 St	3,70
Pantoprazol "G.L." 40 mg magensaftresistente Tabl.		14 St	2,25
		30 St	4,80
Pantoprazol "Genericon" 40 mg magensaftresistente Tabl.		7 St	1,10
		14 St	2,25
		30 St	4,85
Pantoprazol "Nycomed" 40 mg magensaftresistente Tabl.		7 St	1,10
		15 St	2,40
		30 St	4,85
Pantoprazol "ratiopharm GmbH" 40 mg magensaftresistente Tabl.		7 St	1,10
		14 St	2,25
		30 St	4,80
Pantoprazol "Sandoz" 40 mg magensaftresistente Tabl.		14 St	2,25
		30 St	4,85
Pantoprazol "Stada" 40 mg magensaftresistente Tabl.		14 St	2,25
		30 St	4,35
Zurcal 40 mg Filmtabl.		7 St	1,10
		14 St	2,25
		28 St	4,50

A02BC03 Lansoprazol

Lansoprazol 0,015

Agopton 15 mg Kaps.		28 St(2)	9,60
Lansobene 15 mg Kaps.		28 St(2)	9,20
Lansoprazol "+pharma" 15 mg magensaftresistente Kaps.		14 St	4,45
		30 St(2)	8,75
Lansoprazol "Actavis" 15 mg magensaftresistente Hartkaps.		28 St(2)	8,70
Lansoprazol "Alternova" 15 mg Kaps.		14 St	5,30
		28 St(2)	9,60
Lansoprazol "Genericon" 15 mg magensaftresistente Kaps.		14 St	4,90
		30 St(2)	9,30
Lansoprazol "Sandoz" 15 mg Hartkaps.		28 St(2)	8,85
Lansoprazol "Stada" 15 mg magensaftresistente Hartkaps.		30 St(2)	8,75

Lansoprazol 0,03

Agopton 30 mg Kaps.		7 St	3,35
		14 St(2)	6,15
Lansobene 30 mg Kaps.		14 St	6,20
		28 St	11,70
Lansoprazol "+pharma" 30 mg magensaftresistente Kaps.		14 St	6,20
		30 St	10,70
Lansoprazol "Actavis" 30 mg magensaftresistente Hartkaps.		14 St	6,20
		28 St	10,25
Lansoprazol "Alternova" 30 mg Kaps.		14 St	6,20
		28 St	12,00
Lansoprazol "Genericon" 30 mg magensaftresistente Kaps.		14 St	6,20
		30 St	10,95
Lansoprazol "Sandoz" 30 mg Hartkaps.		14 St	6,20
		28 St	11,10
Lansoprazol "Stada" 30 mg magensaftresistente Hartkaps.		14 St	6,15
		30 St	10,70

Bezeichnung	T	OP	KVP in €
A02BC04 Rabeprazol			
Rabeprazol 0,01			
Pariet 10 mg Filmtabl.		28 St(2)	13,40
Rabeprazol "1A Pharma" 10 mg magensaftresistente Tabl.		7 St(2)	3,60
		30 St(2)	11,95
Rabeprazol "Sandoz" 10 mg magensaftresistente Tabl.		7 St(2)	3,70
		30 St(2)	13,20
Rabeprazol 0,02			
Pariet 20 mg Filmtabl.		7 St	4,35
		14 St(2)	8,75
Rabeprazol "1A Pharma" 20 mg magensaftresistente Tabl.		14 St	8,75
		30 St(2)	14,95
Rabeprazol "Sandoz" 20 mg magensaftresistente Tabl.		14 St	8,75
		30 St(2)	16,25
A02BC05 Esomeprazol			
Esomeprazol 0,02			
Durotiv 20 mg magensaftresistente Tabl.		7 St	1,55
		14 St	3,05
		30 St	6,20
Esomeprazol "+pharma" 20 mg magensaftresistente Tabl.		14 St	3,05
		30 St	6,20
Esomeprazol "1A Pharma" 20 mg magensaftresistente Tabl.		14 St	3,05
		30 St	6,20
Esomeprazol "Actavis" 20 mg magensaftresistente Tabl.		7 St	1,55
		14 St	3,05
		30 St	6,20
Esomeprazol "Aristo" 20 mg magensaftresistente Hartkaps.		15 St	2,70
		30 St	5,40
Esomeprazol "Genericon" 20 mg magensaftresistente Tabl.		14 St	3,05
		30 St	6,20
Esomeprazol "Krka" 20 mg magensaftresistente Hartkaps.		14 St	3,05
		30 St	6,20
Esomeprazol "ratiopharm" 20 mg magensaftresistente Hartkaps.		14 St	2,35
		30 St	5,05
Esomeprazol "ratiopharm GmbH" 20 mg magensaftresistente Tabl.		14 St	2,35
		30 St	5,05
Esomeprazol "Sandoz" 20 mg magensaftresistente Tabl.		14 St	3,05
		30 St	6,20
Esomeprazol "Stada" 20 mg magensaftresistente Hartkaps.		14 St	2,85
		28 St	5,00
Nexium 20 mg magensaftresistente Tabl.		7 St	1,55
		14 St(2)	3,05
Esomeprazol 0,04			
Durotiv 40 mg magensaftresistente Tabl.		7 St	3,05
		14 St	6,15
		30 St	11,85
Esomeprazol "+pharma" 40 mg magensaftresistente Tabl.		14 St	5,90
		30 St	11,00
Esomeprazol "1A Pharma" 40 mg magensaftresistente Tabl.	T2	14 St	5,20
	T2	30 St	10,85
Esomeprazol "Actavis" 40 mg magensaftresistente Tabl.		14 St	5,90
		30 St	11,00
Esomeprazol "Aristo" 40 mg magensaftresistente Hartkaps.		15 St	5,40
		30 St	10,50
Esomeprazol "Genericon" 40 mg magensaftresistente Tabl.		14 St	6,15
		30 St	11,40
Esomeprazol "Krka" 40 mg magensaftresistente Hartkaps.		14 St	6,15
		30 St	11,75

Bezeichnung	T	OP	KVP in €
Esomeprazol "ratiopharm" 40 mg magensaftresistente Hartkaps.		14 St	4,75
		30 St	9,85
Esomeprazol "ratiopharm GmbH" 40 mg magensaftresistente Tabl.		14 St	4,75
		30 St	9,85
Esomeprazol "Sandoz" 40 mg magensaftresistente Tabl.	T2	14 St	6,10
	T2	30 St	11,30
Esomeprazol "Stada" 40 mg magensaftresistente Hartkaps.		14 St	5,65
		28 St	9,75
Nexium 40 mg magensaftresistente Tabl.		14 St(2)	6,15

A02BX Andere Mittel bei peptischem Ulkus und gastroesophagealer Refluxkrankheit
A02BX02 Sucralfat

Sucralfat 1,0

Sucralfat "Genericon" 1 g Tabl.	T2	20 St(2)	6,00
	T2	50 St(2)	12,20

Sucralfat 1,0/ED

Sucralan 1 g/5 ml orale Susp.		250 ml(2) *1 MB = 5 ml*	12,20
Sucralan 1 g/5 ml orale Susp. Btl.		20 St(2)	6,00
		50 St(2)	12,20
Sucralfat "Genericon" 1 g/5 ml orale Susp.		250 ml(2) *1 MB = 5 ml*	12,20
Sucralfat "Genericon" 1 g/5 ml orale Susp. Btl.		20 St(2)	6,00
		50 St(2)	12,20

A03 MITTEL BEI FUNKTIONELLEN GASTROINTESTINALEN STÖRUNGEN
A03A MITTEL BEI FUNKTIONELLEN GASTROINTESTINALEN STÖRUNGEN
A03AA Synthetische Anticholinergika, Ester mit tertiären Aminogruppen
A03AA04 Mebeverin

Mebeverin 0,135

Colofac 135 mg Drag.		30 St(2)	6,10

Mebeverin 0,2

Colofac retard 200 mg Kaps.		30 St	6,20
		60 St	9,50

A03AX Andere Mittel bei funktionellen gastrointestinalen Störungen
A03AX13 Silikone

Dimeticon 0,04, Siliciumdioxid 0,001/ml

Antiflat Tropf.		50 ml *100 Hb*	7,35

Dimeticon 0,04, Siliciumdioxid 0,002

Antiflat Kautabl.		30 St(2)	4,40
		50 St	5,90

A03B BELLADONNA UND DERIVATE, REIN
A03BA Belladonna-Alkaloide, tertiäre Amine
A03BA01 Atropin

Atropin 0,0005

Atropin. sulfuric. "Nycomed" 0,5 mg Amp.		5 St *1 ml*	5,95

	Bezeichnung	T	OP	KVP in €

A03BB Belladonna-Alkaloide, halbsynthetisch, quartäre Ammonium-Verbindungen
A03BB01 Butylscopolamin

Butylscopolamin 0,02

	Buscapina 20 mg/1 ml Amp.		5 St	4,75

A03F PROKINETIKA
A03FA Prokinetika
A03FA01 Metoclopramid

Metoclopramid 0,001/ml

	Ceolat 1 mg/ml Lsg. zum Einnehmen		150 ml	6,00

Metoclopramid 0,01

	Paspertin 10 mg Amp.		5 St(2) *2 ml*	2,90

Metoclopramid 0,01

	Paspertin Filmtabl.	T2	10 St(2)	1,20
		T2	50 St	5,60

A03FA03 Domperidon

Domperidon 0,01

	Motilium 10 mg Filmtabl.		50 St	5,65

A04 ANTIEMETIKA UND MITTEL GEGEN ÜBELKEIT
A04A ANTIEMETIKA UND MITTEL GEGEN ÜBELKEIT
A04AA Serotonin-5HT3-Antagonisten
A04AA01 Ondansetron

Ondansetron 0,0008/ml

IND	**Zofran Lsg. zum Einnehmen** Zusatzbehandlung bei Chemo- oder Radiotherapie		50 ml *1 ML = 5 ml*	72,50

Ondansetron 0,004

IND	**Ondansan 4 mg Filmtabl.** Zusatzbehandlung bei Chemo- oder Radiotherapie		10 St	27,80
IND	**Ondansan 4 mg Schmelztabl.** Zusatzbehandlung bei Chemo- oder Radiotherapie		10 St	26,10
IND	**Ondansetron "Bluefish" 4 mg Schmelztabl.** Zusatzbehandlung bei Chemo- oder Radiotherapie		10 St	26,05
IND	**Zofran 4 mg Filmtabl.** Zusatzbehandlung bei Chemo- oder Radiotherapie		10 St	30,10
IND	**Zofran Zydis 4 mg Tabl.** Zusatzbehandlung bei Chemo- oder Radiotherapie		10 St	30,10

Ondansetron 0,008

IND	**Ondansan 8 mg Filmtabl.** Zusatzbehandlung bei Chemo- oder Radiotherapie	T2	10 St	41,80
IND	**Ondansan 8 mg Schmelztabl.** Zusatzbehandlung bei Chemo- oder Radiotherapie		10 St	41,50
IND	**Ondansetron "Bluefish" 8 mg Schmelztabl.** Zusatzbehandlung bei Chemo- oder Radiotherapie		10 St	41,45
IND	**Zofran 8 mg Filmtabl.** Zusatzbehandlung bei Chemo- oder Radiotherapie		10 St	45,00
IND	**Zofran Zydis 8 mg Tabl.** Zusatzbehandlung bei Chemo- oder Radiotherapie		10 St	45,00

A04AA02 Granisetron

Granisetron 0,002

IND	**Granisetron "Actavis" 2 mg Filmtabl.** Zusatzbehandlung bei Chemo- oder Radiotherapie		5 St	37,55

	Bezeichnung	T	OP	KVP in €

A04AD Andere Antiemetika
A04AD12 Aprepitant

Aprepitant 0,08

	Aprepitant "Accord" 80 mg Hartkaps.		2 St	19,60
	Aprepitant "ratiopharm" 80 mg Hartkaps.		2 St	23,50
	Aprepitant "Sandoz" 80 mg Hartkaps.		2 St	23,50
IND	**Emend 80 mg Hartkaps.** Zusatzbehandlung bei moderat bis hoch emetogener Chemotherapie, nicht in Kombination mit 5HT3-Antagonisten		2 St	23,50

A05 GALLEN- UND LEBERTHERAPIE
A05A GALLENTHERAPIE
A05AA Gallensäuren und Derivate
A05AA02 Ursodeoxycholsäure

Ursodeoxycholsäure 0,05/ml

F14	**Ursofalk orale Susp.**		250 ml *1 ML = 5 ml*	38,75

Ursodeoxycholsäure 0,25

	Ursogrix 250 mg Hartkaps.		50 St(3)	14,35

Ursodeoxycholsäure 0,5

	Ursofalk 500 mg Filmtabl.	T2	50 St(2)	36,70

A05B LEBERTHERAPIE, LIPOTROPE SUBSTANZEN
A05BA Lebertherapie
A05BA03 Silymarin

Silymarin 0,07

	Legalon 70 mg Kaps.		20 St(2) 100 St	3,75 15,25

Silymarin 0,14

	Legalon 140 mg Kaps.		30 St(2)	9,55

A06 MITTEL BEI VERSTOPFUNG
A06A MITTEL BEI VERSTOPFUNG
A06AB Kontaktlaxanzien
A06AB08 Natriumpicosulfat

Natriumpicosulfat 0,00036/ml

	Agaffin Abführgel		100 ml(2)	3,85

Natriumpicosulfat 0,0075/ml

	Guttalax Tropf.		15 ml *1 ml = 15 Tr.* 30 ml *1 ml = 15 Tr.*	5,90 9,60

A06AB58 Natriumpicosulfat, Kombinationen

Natriumpicosulfat 0,01, Magnesiumoxid 3,5, Zitronensäure 12,0

IND	**Picoprep Plv. zur Herst. einer Lsg. zum Einnehmen** Zur Darmreinigung vor klinischen Maßnahmen, die einen sauberen Darm erfordern.		2 St	14,05

	Bezeichnung	T	OP	KVP in €

A06AD Osmotisch wirkende Laxanzien
A06AD11 Lactulose

Lactulose 0,65/ml

	Lactulose "MIP" 650 mg/ml Lsg. zum Einnehmen		200 ml	(2) 3,45
			500 ml	8,50
			1.000 ml	13,70

Lactulose 0,67/ml

	Lactulose "Genericon" Konz. orale Lsg.		200 ml	(2) 3,70
			500 ml	9,10
	Laevolac Lactulose Konz. orale Lsg.		134 g	(2) 1,85
			670 g	9,25

A06AD65 Macrogol, Kombinationen

Macrogol (3350) 100,0, Natr. sulfat 9,0, Natr. chlorid 2,0, Kal. chlorid 1,0 (Dosis 1); Macrogol (3350) 40,0, Natr. chlorid 3,2, Kal. chlorid 1,2 + Natr. ascorbat 48,11, Ascorbinsäure 7,54 (Dosis 2)

IND	**Pleinvue Plv. zur Herst. einer Lsg. zum Einnehmen** Zur Darmreinigung vor klinischen Maßnahmen, die einen sauberen Darm erfordern		1 Pkg *3 Btl.*	15,95

Macrogol (3350) 13,125, Natr. chlorid 0,35, Natr. hydrogencarbonat 0,1785, Kal. chlorid 0,0466/ED

	Laxogol Plv. zur Herst. einer Lsg. zum Einnehmen		10 St	3,25
			20 St	6,30
	Molaxole Plv. zur Herst. einer Lsg. zum Einnehmen		10 St	3,25
			20 St	6,20

A06AG Klysmen
A06AG11 Natriumlaurylsulfoacetat, inkl. Kombinationen

Natr. citrat 0,45, Natr. laurylsulfoacetat 0,045, Sorbit 3,125

	Microlax Microklistier		12 St *1 ED = 5 ml*	12,25

A06AX Andere Mittel bei Verstopfung
A06AX02 Kohlendioxid-freisetzende Mittel

Kal. hydrogentartrat 0,9, Natr. hydrogencarbonat 0,54

	Lecicarbon Zäpf.		6 St	(2) 3,90

A07 ANTIDIARRHOIKA UND INTESTINALE ANTIPHLOGISTIKA/ANTIINFEKTIVA
A07A INTESTINALE ANTIINFEKTIVA
A07AA Antibiotika
A07AA02 Nystatin

Nystatin 100.000 IE/ml

F14	**Mycostatin orale Susp.**		24 ml	(2) 5,60
			50 ml	9,75

A07AA06 Paromomycin

Paromomycin 0,25

	Humatin Kaps.		16 St	(2) 29,60

A07AA07 Amphotericin B

Amphotericin B 0,1/ml

F14	**Ampho-Moronal Susp.**		30 ml	(2) 18,40
			50 ml	28,20

A07AA11 Rifaximin

Rifaximin 0,4

	Colidimin 400 mg Filmtabl.		18 St	(2) 61,80

	Bezeichnung	T	OP	KVP in €

A07C ELEKTROLYTE MIT KOHLENHYDRATEN
A07CA Elektrolyte zur oralen Rehydrierung

Glucose wasserfrei 4,00, Natr. chlorid 0,35, Natr. citrat 0,59, Kal. chlorid 0,3/ED

F14	**Normolyt lösl. Plv. f. Kinder**		10 St	6,45

Glucose wasserfrei 10,00, Natr. chlorid 0,875, Natr. citrat 1,475, Kal. chlorid 0,75/ED

	Normhydral lösl. Plv.		5 St *1 ED = 13,1 g*	6,45

A07D MOTILITÄTSHEMMER
A07DA Motilitätshemmer
A07DA03 Loperamid

Loperamid 0,002

	Enterobene 2 mg Filmtabl.		10 St	3,15
			20 St	5,65

A07E INTESTINALE ANTIPHLOGISTIKA
A07EA Corticosteroide mit lokaler Wirkung
A07EA06 Budesonid

Budesonid 0,002

IND	**Entocort 2 mg Klistiertabl. mit Dispersionsmittel** Colitis ulcerosa mit vorwiegendem Befall von Rektum und Sigma		7 St	48,85

Budesonid 0,002/Hb

IND	**Budo-San 2 mg/Sprühstoß Rektalschaum** Bei nicht adäquatem Ansprechen auf oder Intoleranz gegen topische Mesalazine (ATC-Code A07EC02)		1 St *14 ED*	78,30

Budesonid 0,003

	Budo-San 3 mg Kaps.		60 St	70,50
	Entocort Kaps.		60 St	73,85

Budesonid 0,004

IND	**Budenofalk 4 mg Zäpfch.** (PM) Bei nicht adäquatem Ansprechen auf oder Intoleranz gegen topische Mesalazine (ATC-Code A07EC02)		30 St	244,80

Budesonid 0,009

	Cortiment MMX 9 mg Retardtabl.		10 St(2)	37,50
			30 St	102,75

Budesonid 0,009

	Budo-San Uno 9 mg magensaftresistentes Gran. *kollagene Colitis*		30 St	92,65

A07EC Aminosalicylsäure und ähnliche Mittel
A07EC01 Sulfasalazin

Sulfasalazin 0,5

	Salazopyrin 500 mg Filmtabl.		100 St(2)	19,90
	Salazopyrin 500 mg Tabl.	T2	100 St(2)	16,90

A07EC02 Mesalazin

Mesalazin 0,25

	Claversal 250 mg Zäpf.		15 St(2)	11,40

Mesalazin 0,5

	Azzavix 500 mg magensaftresistente Tabl.		100 St	26,35

Bezeichnung	T	OP	KVP in €
Claversal 500 mg Filmtabl.		40 St (2)	19,45
		100 St (2)	41,55
Pentasa retard 500 mg Tabl.		50 St	24,05
		100 St (2)	41,55
Salofalk 500 mg magensaftresistente Tabl.		40 St (2)	13,05
		100 St (2)	30,90
Mesalazin 0,5			
Claversal 500 mg Zäpf.		15 St (2)	18,40
Salofalk 500 mg Zäpf.		10 St	13,70
		20 St (2)	22,20
Mesalazin 1,0			
Azzavix 1000 mg magensaftresistente Tabl.		100 St	49,85
		60 St	30,90
Mesalazin 1,0			
Salofalk 1000 mg Zäpf.		10 St	22,30
		30 St	52,70
Mesalazin 1,6			
Yaldigo 1600 mg Tabl. mit veränderter Wirkstofffreisetzung		60 St	74,80
Mesalazin 4,0			
Pentasa retard 4 g Gran.		30 St	79,25

A07F MIKROBIELLE ANTIDIARRHOIKA
A07FA Mikrobielle Antidiarrhoika

Lyophilisierte lebende Keime Streptococcus faecium (Stamm Cernelle 68) 75 Mio.			
Bioflair Kaps.		20 St (2)	6,45

A07FA01 Milchsäurebildner

Lactobac. casei var. rhamnosus 1,4 Mrd./ED			
Antibiophilus Plv. zum Einnehmen		10 St (2)	6,25
Lactobac. casei var. rhamnosus 2 Mrd.			
Antibiophilus Hartkaps.		20 St (2)	4,90
Lactobac. gasseri Kulturlyoph. 0,025, Bifidobact. longum Kulturlyoph. 0,025 (je 20-200 Mio. KBE/Kaps.)			
Omniflora Kaps.		30 St	6,20
Stoffwechselprodukte von Milchsäurebildnern (Lactobac. helvetic. u. a.) 100 Mrd./ml			
Hylak forte Tropf.		30 ml (2) *1 ml = 20 Tr.*	2,60
		100 ml *1 ml = 20 Tr.*	5,40

A07FA02 Saccharomyces boulardii

Trockenhefe aus Saccharomyces boulardii 0,25 (entspr. mind. 2,5 Mrd. lebensfähige Zellen)			
Yomogi Kaps.		10 St	4,50

A07X ANDERE ANTIDIARRHOIKA
A07XA Andere Antidiarrhoika
A07XA04 Racecadotril

Racecadotril 0,03			
Hidrasec 30 mg Gran. z. Herst. einer Susp. zum Einnehmen		20 St	9,25

	Bezeichnung	T	OP	KVP in €
Racecadotril 0,1				
	Hidrasec 100 mg Hartkaps.		20 St	8,10

A09 DIGESTIVA, INKL. ENZYME
A09A DIGESTIVA, INKL. ENZYME
A09AA Enzym-haltige Zubereitungen
A09AA02 Multienzyme (Lipase, Protease etc.)

Pankreatin 0,15 (= Lipase 10000 FIP-E, Amylase 8000 FIP-E, Protease 600 FIP-E)				
	Kreon 10.000 E Kaps.		20 St(2) 50 St(3) 500 St	6,55 10,15 86,40
Pankreatin 0,30 (= Lipase 25000 FIP-E, Amylase 18000 FIP-E, Protease 1000 FIP-E)				
	Kreon 25.000 E Kaps.		50 St(3)	21,70
IND	**Kreon 25.000 E Kaps.** bei exokriner Pankreasinsuffizienz infolge zystischer Fibrose		500 St	171,00

A10 ANTIDIABETIKA
A10A INSULINE UND ANALOGA
A10AB Insuline und Analoga zur Injektion, schnell wirkend
A10AB01 Insulin (human)

Humaninsulin gelöst 100 IE/ml				
	Actrapid Penfill 100 IE/ml Inj.lsg. Patronen		5 St(2) *3 ml*	39,60
	Huminsulin "Lilly" Normal 100 IE/ml Inj.lsg. Dstfl.		2 St(2) *10 ml*	43,25
	Huminsulin "Lilly" Normal 100 IE/ml Inj.lsg. Patronen		5 St(2) *3 ml*	35,85

A10AB04 Insulin lispro

Insulin lispro 100 E/ml				
	Humalog 100 E/ml Inj.lsg. Dstfl.		2 St(2) *10 ml*	54,55
	Humalog 100 E/ml Inj.lsg. KwikPen		5 St(2) *3 ml*	42,20
	Humalog 100 E/ml Inj.lsg. Zylinderamp.		5 St(2) *3 ml*	41,75
	Lyumjev 100 E/ml Inj.lsg. Dstfl.		1 St(2) *10 ml*	24,70
	Lyumjev 100 E/ml Junior KwikPen Inj.lsg. Fertigpen		5 St(2) *3 ml*	39,15
	Lyumjev 100 E/ml KwikPen Inj.lsg. Fertigpen		5 St(2) *3 ml*	39,15
	Lyumjev 100 E/ml Inj.lsg. Patronen		5 St(2) *3 ml*	39,15

A10AB05 Insulin aspart

Insulin aspart 100 E/ml				
	NovoRapid 100 E/ml Inj.lsg. Dstfl.		1 St(2) *10 ml*	28,10
	NovoRapid Penfill 100 E/ml Inj.lsg. Patronen		5 St(2) *3 ml+7 Nadeln*	41,75
	NovoRapid PumpCart 100 E/ml Inj.lsg. Patronen		5 St(2)	23,50

A10AB06 Insulin glulisin

Insulin glulisin 100 E/ml				
	Apidra 100 E/ml Inj.lsg. Dstfl.		1 St(2) *10 ml*	27,70
	Apidra 100 E/ml Inj.lsg. Fertigpen, SoloStar		5 St(2) *3 ml+6 Nadeln*	42,00
	Apidra 100 E/ml Inj.lsg. Patronen		5 St(2) *3 ml*	40,30

Bezeichnung	T	OP	KVP in €

A10AC Insuline und Analoga zur Injektion, intermediär wirkend
A10AC01 Insulin (human)

Protamin-Humaninsulin 100 IE/ml

Huminsulin "Lilly" Basal 100 IE/ml KwikPen		5 St(2) *3 ml*	37,35
Huminsulin "Lilly" Basal 100 IE/ml Inj.susp. Patronen		5 St(2) *3 ml*	35,85
Insulatard FlexPen 100 IE/ml Inj.susp. Fertigpen		5 St(2) *3 ml+7 Nadeln*	39,60
Insulatard Penfill 100 IE/ml Inj.susp. Patronen		5 St(2) *3 ml*	39,60

A10AD Insuline und Analoga zur Injektion, intermediär oder lang wirkend kombiniert mit schnell wirkend
A10AD01 Insulin (human)

Humaninsulin gelöst 30 IE, Protamin-Humaninsulin 70 IE/ml

Huminsulin "Lilly" Profil III 100 IE/ml Inj.susp. Patronen		5 St(2) *3 ml*	35,85

A10AD04 Insulin lispro

Insulin lispro 25 E, Protamin-Insulin lispro 75 E/ml

HumalogMix 25 - 100 E/ml Inj.susp. KwikPen		5 St(2) *3 ml*	43,40
HumalogMix 25 - 100 E/ml Inj.susp. Patronen		5 St(2) *3 ml*	41,75

Insulin lispro 50 E, Protamin-Insulin lispro 50 E/ml

HumalogMix 50 - 100 E/ml Inj.susp. KwikPen		5 St(2) *3 ml*	43,40
HumalogMix 50 - 100 E/ml Inj.susp. Patronen		5 St(2) *3 ml*	41,75

A10AD05 Insulin aspart

Insulin aspart 30 E, Protamin-Insulin aspart 70 E/ml

NovoMix 30 FlexPen 100 E/ml Inj.susp. Fertigpen		5 St(2) *3 ml*	43,40
NovoMix 30 Penfill 100 E/ml Inj.susp. Patronen		5 St(2) *3 ml*	41,75

Insulin aspart 50 E, Protamin-Insulin aspart 50 E/ml

NovoMix 50 FlexPen 100 E/ml Inj.susp. Fertigpen		5 St(2) *3 ml*	43,40

A10AE Insuline und Analoga zur Injektion, lang wirkend
A10AE04 Insulin glargin

Insulin glargin 100 E/ml

Semglee 100 E/ml Inj.lsg. Fertigpen		5 St(3) *3 ml*	36,95

A10B ANTIDIABETIKA, EXKL. INSULINE
A10BA Biguanide
A10BA02 Metformin

Metformin 0,5

Glucophage 500 mg Filmtabl.		40 St(2) 200 St	2,95 10,55
Metformin "Hexal" 500 mg Filmtabl.		40 St(2) 200 St	2,70 11,80

Metformin 0,85

Glucophage 850 mg Filmtabl.		30 St(2) 100 St	1,75 5,90

Bezeichnung	T	OP	KVP in €
Metformin "1A Pharma" 850 mg Filmtabl.		30 St(2)	1,75
		100 St	5,90
Metformin "Bluefish" 850 mg Filmtabl.		30 St(2)	1,50
		100 St(2)	5,05
Metformin "Genericon" 850 mg Filmtabl.		30 St(2)	1,65
		100 St(2)	5,50
Metformin "Hexal" 850 mg Filmtabl.		30 St(2)	1,75
		100 St	5,90
Metformin "ratiopharm" 850 mg Filmtabl.		30 St(2)	1,35
		100 St(3)	4,55

Metformin 1,0

Metformin "1A Pharma" 1000 mg Filmtabl.		20 St(2)	0,95
		60 St	2,90
Metformin "Bluefish" 1000 mg Filmtabl.		20 St(2)	0,90
		60 St(2)	2,75
Metformin "Genericon" 1000 mg Filmtabl.		20 St(2)	1,00
		60 St(2)	2,95
Metformin "Hexal" 1000 mg Filmtabl.		20 St(2)	0,95
		60 St	2,90
Metformin "ratiopharm" 1000 mg Filmtabl.		20 St(2)	0,75
		60 St(3)	2,25

A10BB Sulfonylharnstoffe
A10BB08 Gliquidon

Gliquidon 0,03

Glurenorm 30 mg Tabl.	T2	30 St(2)	7,30
	T2	120 St	24,55

A10BB09 Gliclazid

Gliclazid 0,03

Diamicron MR 30 mg Tabl. mit veränderter Wirkstofffreisetzung		30 St(2)	2,05
		120 St	7,50
Gliclada 30 mg Tabl. mit veränderter Wirkstofffreisetzung		30 St	1,95
		60 St	3,90
		90 St	5,85
		120 St	7,50
Gliclazid "ratiopharm" 30 mg Tabl. mit veränderter Wirkstofffreisetzung		30 St(2)	1,55
		120 St	6,30

Gliclazid 0,06

Gliclada 60 mg Tabl. mit veränderter Wirkstofffreisetzung	T2	30 St	3,90
	T2	60 St	7,80

A10BB12 Glimepirid

Glimepirid 0,001

Glimepirid "1A Pharma" 1 mg Tabl.	T2	30 St(2)	1,60
Glimepirid "Hexal" 1 mg Tabl.	T2	30 St(2)	1,60

Glimepirid 0,002

Glimepirid "1A Pharma" 2 mg Tabl.	T2	30 St(2)	3,15
Glimepirid "Hexal" 2 mg Tabl.	T2	30 St(2)	3,15
Glimepirid "ratiopharm" 2 mg Tabl.	T2	30 St(2)	3,60

Glimepirid 0,003

Glimepirid "1A Pharma" 3 mg Tabl.	T2	30 St(2)	4,65
Glimepirid "Hexal" 3 mg Tabl.	T2	30 St(2)	4,75
Glimepirid "ratiopharm" 3 mg Tabl.	T2	30 St(2)	5,35

	Bezeichnung	T	OP	KVP in €
Glimepirid 0,004				
	Glimepirid "1A Pharma" 4 mg Tabl.	T2	30 St(2)	5,50
	Glimepirid "Hexal" 4 mg Tabl.	T2	30 St(2)	5,50
Glimepirid 0,006				
	Glimepirid "ratiopharm" 6 mg Tabl.	T2	30 St(2)	5,90

A10BD Kombinationen von oralen Antidiabetika

A10BD07 Metformin und Sitagliptin

Metformin 0,85, Sitagliptin 0,05				
IND	**Jamesi 50 mg/850 mg Filmtabl.** Bei Erwachsenen mit Diabetes Typ II, wenn mit Metformin keine ausreichende Blutzuckereinstellung erreicht wird.		56 St(3)	7,55
IND	**Jansitin Duo 50 mg/850 mg Filmtabl.** Bei Erwachsenen mit Diabetes Typ II, wenn mit Metformin keine ausreichende Blutzuckereinstellung erreicht wird.		60 St(3)	8,15
IND	**Sitagliptin/Metformin "1A Pharma" 50 mg/850 mg Filmtabl.** Bei Erwachsenen mit Diabetes Typ II, wenn mit Metformin keine ausreichende Blutzuckereinstellung erreicht wird.		60 St(3)	8,15
IND	**Sitagliptin/Metformin "Grindeks" 50 mg/850 mg Filmtabl.** Bei Erwachsenen mit Diabetes Typ II, wenn mit Metformin keine ausreichende Blutzuckereinstellung erreicht wird.		56 St(3)	7,15
IND	**Sitagliptin/Metformin "ratiopharm" 50 mg/850 mg Filmtabl.** Bei Erwachsenen mit Diabetes Typ II, wenn mit Metformin keine ausreichende Blutzuckereinstellung erreicht wird.		60 St(3)	8,15
IND	**Sitagliptin/Metformin "Sandoz" 50 mg/850 mg Filmtabl.** Bei Erwachsenen mit Diabetes Typ II, wenn mit Metformin keine ausreichende Blutzuckereinstellung erreicht wird.		60 St(3)	7,85
IND	**Sitagliptin/Metformin "Stada" 50 mg/850 mg Filmtabl.** Bei Erwachsenen mit Diabetes Typ II, wenn mit Metformin keine ausreichende Blutzuckereinstellung erreicht wird.		56 St(3)	7,60
IND	**Sitagliptin/Metforminhydrochlorid "Genericon" 50 mg/850 mg Filmtabl.** Bei Erwachsenen mit Diabetes Typ ll, wenn mit Metformin keine ausreichende Blutzuckereinstellung erreicht wird.		60 St(3)	8,00
Metformin 1,0, Sitagliptin 0,05				
IND	**Jamesi 50 mg/1000 mg Filmtabl.** Bei Erwachsenen mit Diabetes Typ II, wenn mit Metformin keine ausreichende Blutzuckereinstellung erreicht wird.		56 St(3)	7,55
IND	**Jansitin Duo 50 mg/1000 mg Filmtabl.** Bei Erwachsenen mit Diabetes Typ II, wenn mit Metformin keine ausreichende Blutzuckereinstellung erreicht wird.		60 St(3)	8,15
IND	**Sitagliptin/Metformin "1A Pharma" 50 mg/1000 mg Filmtabl.** Bei Erwachsenen mit Diabetes Typ II, wenn mit Metformin keine ausreichende Blutzuckereinstellung erreicht wird.		60 St(3)	8,15
IND	**Sitagliptin/Metformin "Grindeks" 50 mg/1000 mg Filmtabl.** Bei Erwachsenen mit Diabetes Typ II, wenn mit Metformin keine ausreichende Blutzuckereinstellung erreicht wird.		56 St(3)	7,15
IND	**Sitagliptin/Metformin "ratiopharm" 50 mg/1000 mg Filmtabl.** Bei Erwachsenen mit Diabetes Typ II, wenn mit Metformin keine ausreichende Blutzuckereinstellung erreicht wird.		60 St(3)	8,15
IND	**Sitagliptin/Metformin "Sandoz" 50 mg/1000 mg Filmtabl.** Bei Erwachsenen mit Diabetes Typ II, wenn mit Metformin keine ausreichende Blutzuckereinstellung erreicht wird.		60 St(3)	7,85
IND	**Sitagliptin/Metformin "Stada" 50 mg/1000 mg Filmtabl.** Bei Erwachsenen mit Diabetes Typ II, wenn mit Metformin keine ausreichende Blutzuckereinstellung erreicht wird.		56 St(3)	7,60
IND	**Sitagliptin/Metforminhydrochlorid "Genericon" 50 mg/1000 mg Filmtabl.** Bei Erwachsenen mit Diabetes Typ ll, wenn mit Metformin keine ausreichende Blutzuckereinstellung erreicht wird.		60 St(3)	8,00

A10BD08 Metformin und Vildagliptin

Metformin 0,85, Vildagliptin 0,05				
IND	**Vildagliptin/Metformin "1A Pharma" 50 mg/850 mg Filmtabl.** Bei Erwachsenen mit Diabetes Typ II, wenn mit Metformin keine ausreichende Blutzuckereinstellung erreicht wird.		60 St(3)	6,75

	Bezeichnung	T	OP	KVP in €
IND	**Vilspox 50 mg/850 mg Filmtabl.** Bei Erwachsenen mit Diabetes Typ II, wenn mit Metformin keine ausreichende Blutzuckereinstellung erreicht wird.		60 St(3)	6,75

Metformin 1,0, Vildagliptin 0,05

IND	**Vildagliptin/Metformin "1A Pharma" 50 mg/1000 mg Filmtabl.** Bei Erwachsenen mit Diabetes Typ II, wenn mit Metformin keine ausreichende Blutzuckereinstellung erreicht wird.		60 St(3)	6,75
IND	**Vilspox 50 mg/1000 mg Filmtabl.** Bei Erwachsenen mit Diabetes Typ II, wenn mit Metformin keine ausreichende Blutzuckereinstellung erreicht wird.		60 St(3)	6,75

A10BG Thiazolidindione
A10BG03 Pioglitazon

Pioglitazon 0,015

IND	**Pioglitazon "Accord" 15 mg Tabl.** wenn mit Metformin keine ausreichende Blutzuckereinstellung erreicht wird		30 St	9,35
IND	**Pioglitazone "Actavis" 15 mg Tabl.** wenn mit Metformin keine ausreichende Blutzuckereinstellung erreicht wird		28 St(3)	8,75

Pioglitazon 0,03

IND	**Pioglitazon "Accord" 30 mg Tabl.** wenn mit Metformin keine ausreichende Blutzuckereinstellung erreicht wird		30 St	9,35
IND	**Pioglitazone "Actavis" 30 mg Tabl.** wenn mit Metformin keine ausreichende Blutzuckereinstellung erreicht wird		28 St(3)	8,75

Pioglitazon 0,045

IND	**Pioglitazon "Accord" 45 mg Tabl.** wenn mit Metformin keine ausreichende Blutzuckereinstellung erreicht wird		30 St	9,35
IND	**Pioglitazone "Actavis" 45 mg Tabl.** wenn mit Metformin keine ausreichende Blutzuckereinstellung erreicht wird		28 St(3)	8,75

A10BH Dipeptidyl-Peptidase 4-Inhibitoren
A10BH01 Sitagliptin

Sitagliptin 0,025

IND	**Jansitin 25 mg Filmtabl.** Bei Erwachsenen mit Diabetes Typ II, wenn mit Metformin keine ausreichende Blutzuckereinstellung erreicht wird.		30 St(3)	8,15
IND	**Jazeta 25 mg Filmtabl.** Bei Erwachsenen mit Diabetes Typ II, wenn mit Metformin keine ausreichende Blutzuckereinstellung erreicht wird.		28 St(3)	7,60
IND	**Sitagliptin "+pharma" 25 mg Filmtabl.** Bei Erwachsenen mit Diabetes Typ II, wenn mit Metformin keine ausreichende Blutzuckereinstellung erreicht wird.		30 St(3)	8,00
IND	**Sitagliptin "1A Pharma" 25 mg Filmtabl.** Bei Erwachsenen mit Diabetes Typ II, wenn mit Metformin keine ausreichende Blutzuckereinstellung erreicht wird.		30 St(3)	8,15
IND	**Sitagliptin "Genericon" 25 mg Filmtabl.** Bei Erwachsenen mit Diabetes Typ II, wenn mit Metformin keine ausreichende Blutzuckereinstellung erreicht wird.		30 St(3)	8,15
IND	**Sitagliptin "HCS" 25 mg Filmtabl.** Bei Erwachsenen mit Diabetes Typ II, wenn mit Metformin keine ausreichende Blutzuckereinstellung erreicht wird.		28 St(3)	7,60
IND	**Sitagliptin "Sandoz" 25 mg Filmtabl.** Bei Erwachsenen mit Diabetes Typ II, wenn mit Metformin keine ausreichende Blutzuckereinstellung erreicht wird.		30 St(3)	8,00
IND	**Sitagliptin "Stada" 25 mg Filmtabl.** Bei Erwachsenen mit Diabetes Typ II, wenn mit Metformin keine ausreichende Blutzuckereinstellung erreicht wird.		28 St(3)	7,60
IND	**Sitagliptin "Zentiva" 25 mg Filmtabl.** Bei Erwachsenen mit Diabetes Typ II, wenn mit Metformin keine ausreichende Blutzuckereinstellung erreicht wird.		28 St(3)	7,30

Sitagliptin 0,05

IND	**Jansitin 50 mg Filmtabl.** Bei Erwachsenen mit Diabetes Typ II, wenn mit Metformin keine ausreichende Blutzuckereinstellung erreicht wird.		30 St(3)	8,15

	Bezeichnung	T	OP	KVP in €
IND	**Jazeta 50 mg Filmtabl.** Bei Erwachsenen mit Diabetes Typ II, wenn mit Metformin keine ausreichende Blutzuckereinstellung erreicht wird.		28 St(3)	7,60
IND	**Sitagliptin "+pharma" 50 mg Filmtabl.** Bei Erwachsenen mit Diabetes Typ II, wenn mit Metformin keine ausreichende Blutzuckereinstellung erreicht wird.		30 St(3)	8,00
IND	**Sitagliptin "1A Pharma" 50 mg Filmtabl.** Bei Erwachsenen mit Diabetes Typ II, wenn mit Metformin keine ausreichende Blutzuckereinstellung erreicht wird.		30 St(3)	8,15
IND	**Sitagliptin "Genericon" 50 mg Filmtabl.** Bei Erwachsenen mit Diabetes Typ II, wenn mit Metformin keine ausreichende Blutzuckereinstellung erreicht wird.		30 St(3)	8,15
IND	**Sitagliptin "HCS" 50 mg Filmtabl.** Bei Erwachsenen mit Diabetes Typ II, wenn mit Metformin keine ausreichende Blutzuckereinstellung erreicht wird.	T2	28 St(3)	7,60
IND	**Sitagliptin "ratiopharm" 50 mg Filmtabl.** Bei Erwachsenen mit Diabetes Typ II, wenn mit Metformin keine ausreichende Blutzuckereinstellung erreicht wird.	T2	30 St(3)	8,15
IND	**Sitagliptin "Sandoz" 50 mg Filmtabl.** Bei Erwachsenen mit Diabetes Typ II, wenn mit Metformin keine ausreichende Blutzuckereinstellung erreicht wird..		30 St(3)	8,00
IND	**Sitagliptin "Stada" 50 mg Filmtabl.** Bei Erwachsenen mit Diabetes Typ II, wenn mit Metformin keine ausreichende Blutzuckereinstellung erreicht wird.		28 St(3)	7,60
IND	**Sitagliptin "Zentiva" 50 mg Filmtabl.** Bei Erwachsenen mit Diabetes Typ II, wenn mit Metformin keine ausreichende Blutzuckereinstellung erreicht wird.		28 St(3)	7,30

Sitagliptin 0,1

IND	**Jansitin 100 mg Filmtabl.** Bei Erwachsenen mit Diabetes Typ II, wenn mit Metformin keine ausreichende Blutzuckereinstellung erreicht wird.		30 St(3)	8,15
IND	**Jazeta 100 mg Filmtabl.** Bei Erwachsenen mit Diabetes Typ II, wenn mit Metformin keine ausreichende Blutzuckereinstellung erreicht wird.		28 St(3)	7,60
IND	**Sitagliptin "+pharma" 100 mg Filmtabl.** Bei Erwachsenen mit Diabetes Typ II, wenn mit Metformin keine ausreichende Blutzuckereinstellung erreicht wird.		30 St(3)	8,00
IND	**Sitagliptin "1A Pharma" 100 mg Filmtabl.** Bei Erwachsenen mit Diabetes Typ II, wenn mit Metformin keine ausreichende Blutzuckereinstellung erreicht wird.		30 St(3)	8,15
IND	**Sitagliptin "Genericon" 100 mg Filmtabl.** Bei Erwachsenen mit Diabetes Typ II, wenn mit Metformin keine ausreichende Blutzuckereinstellung erreicht wird.		30 St(3)	8,15
IND	**Sitagliptin "HCS" 100 mg Filmtabl.** Bei Erwachsenen mit Diabetes Typ II, wenn mit Metformin keine ausreichende Blutzuckereinstellung erreicht wird.	T2	28 St(3)	7,60
IND	**Sitagliptin "ratiopharm" 100 mg Filmtabl.** Bei Erwachsenen mit Diabetes Typ II, wenn mit Metformin keine ausreichende Blutzuckereinstellung erreicht wird.	T2	30 St(3)	8,15
IND	**Sitagliptin "Sandoz" 100 mg Filmtabl.** Bei Erwachsenen mit Diabetes Typ II, wenn mit Metformin keine ausreichende Blutzuckereinstellung erreicht wird.		30 St(3)	8,00
IND	**Sitagliptin "Stada" 100 mg Filmtabl.** Bei Erwachsenen mit Diabetes Typ II, wenn mit Metformin keine ausreichende Blutzuckereinstellung erreicht wird.		28 St(3)	7,60
IND	**Sitagliptin "Zentiva" 100 mg Filmtabl.** Bei Erwachsenen mit Diabetes Typ II, wenn mit Metformin keine ausreichende Blutzuckereinstellung erreicht wird.		28 St(3)	7,30

A10BH02 Vildagliptin

Vildagliptin 0,05

IND	**Melkart 50 mg Tabl.** Bei Erwachsenen mit Diabetes Typ II, wenn mit Metformin keine ausreichende Blutzuckereinstellung erreicht wird.		30 St 60 St(3)	5,90 11,50

	Bezeichnung	T	OP	KVP in €

A10BX Andere Antidiabetika, exkl. Insuline
A10BX02 Repaglinid

Repaglinid 0,0005

	Repaglinid "Accord" 0,5 mg Tabl.		30 St	0,85
			90 St(3)	2,55
	Repaglinid "Stada" 0,5 mg Tabl.		30 St	1,10
			90 St(2)	3,30

Repaglinid 0,001

	Repaglinid "Accord" 1 mg Tabl.		90 St(3)	5,00
	Repaglinid "Stada" 1 mg Tabl.		90 St(2)	5,15

Repaglinid 0,002

	Repaglinid "Accord" 2 mg Tabl.		90 St(3)	9,35
	Repaglinid "Stada" 2 mg Tabl.		90 St(2)	9,50

A11 VITAMINE
A11C VITAMIN A UND D, INKL. DEREN KOMBINATIONEN
A11CC Vitamin D und Analoga
A11CC03 Alfacalcidol

Alfacalcidol 0,25 mcg

IND	**Etalpha 0,25 mcg Kaps.** Zusatztherapie bei Nierendialyse		30 St(2) 100 St	10,90 30,85

A11CC04 Calcitriol

Calcitriol 0,25 mcg

	Decostriol 0,25 mcg Weichkaps.		30 St	12,55
			100 St	39,60
IND	**Rocaltrol 0,25 mcg Kaps.** Zusatztherapie bei Nierendialyse		30 St(2) 100 St	14,65 43,55

Calcitriol 0,5 mcg

	Decostriol 0,50 mcg Weichkaps.		30 St	13,90
			100 St	41,25
IND	**Rocaltrol 0,5 mcg Kaps.** Zusatztherapie bei Nierendialyse		30 St(2) 100 St	14,85 46,10

A11CC05 Colecalciferol

Colecalciferol 14.400 IE/ml

	Gerovit D3 14.400 IE/ml Tropf. zum Einnehmen		12,5 ml(2) *1 ml = 36 Tr.*	4,60
	Oleovit D3 Tropf.		12,5 ml(2) *1 ml = 36 Tr.*	5,90

Colecalciferol 20.000 IE

IND	**Colecalciferol "Sandoz" 20.000 IE Weichkaps.** Zur Anfangsbehandlung von klinisch relevanten Vitamin-D-Mangelzuständen bei Erwachsenen.		14 St	5,20

Colecalciferol 20.000 IE/ml

	Dekristolmin 20.000 IE/ml Tropf. zum Einnehmen		10 ml(2)	4,60

Colecalciferol 30.000 IE

IND	**Oleo-D3 30.000 IE Filmtabl.** Zur Behandlung von klinisch relevanten Vitamin D-Mangelzuständen bei Erwachsenen für maximal 8 Wochen		8 St(2)	4,95

Bezeichnung	T	OP	KVP in €

A11D VITAMIN B1, REIN UND IN KOMBINATION MIT VITAMIN B6 UND VITAMIN B12

A11DB Vitamin B1 in Kombination mit Vitamin B6 und/oder Vitamin B12

Thiamin 0,1, Pyridoxin 0,2, Cyanocobalamin 0,0002

Neuromultivit Filmtabl.		20 St(2) 100 St	3,80 15,30

Thiamin 0,1, Pyridoxin 0,2, Cyanocobalamin 0,0005

Pronerv Kaps.		20 St(2) 100 St	3,80 15,30

A12 MINERALSTOFFE

A12A CALCIUM

A12AA Calcium

A12AA04 Calciumcarbonat

Calciumcarbonat 0,5

Maxi-Kalz 500 mg Brausetabl.		20 St(2)	3,10

Calciumcarbonat 1,0

Maxi-Kalz 1000 mg Brausetabl.		10 St(2) 30 St	3,10 7,05

A12AA20 Calcium (verschiedene Salze in Kombination)

Calc. digluconat 0,95, Calc. saccharat 0,036 (entspr. Ca++ 0,089 = 2,23 mmol)

Calcium "Fresenius" Amp.		5 St(2) *10 ml*	6,25

A12AX Calcium, Kombinationen mit Vitamin D und/oder anderen Mitteln

Calciumcarbonat 1,25 (entspr. Ca++ 0,5), Colecalciferol 400 IE

Maxi-Kalz Vit. D3 500 mg/400 IE Kautabl.		60 St(2)	6,65

Calciumcarbonat 1,25 (entspr. Ca++ 0,5), Colecalciferol 800 IE

Calciduran Vit. D3 500 mg/800 IE Filmtabl.		30 St(2)	6,45

Calciumcarbonat 1,5 (entspr. Ca++ 0,6), Colecalciferol 400 IE

Cal-D-Vita Kautabl.		60 St(2)	9,20

Calciumcarbonat 2,5 (entspr. Ca++ 1,0), Colecalciferol 880 IE

Maxi-Kalz Vit. D3 1000 mg/880 IE Gran.		30 St(2)	7,15

A12B KALIUM

A12BA Kalium

A12BA01 Kaliumchlorid

Kaliumchlorid 0,6

KCl retard Slow-K 600 mg Drag. *Kaliumchlorid 0,6 entspr. 8 mval K+*		40 St(2)	4,80
Micro-Kalium retard Kaps. *Kaliumchlorid 0,6 entspr. 8 mval K+*		50 St(2)	4,60

A12BA30 Kalium (verschiedene Salze in Kombination)

Kaliumcitrat 1,94, Kaliumhydrogencarbonat 2,0 (= 39 mval K+)

Kalioral "Fresenius" Plv.		10 St(2) *1 Btl. = 8 g*	6,10

	Bezeichnung	T	OP	KVP in €

A12C ANDERE MINERALSTOFFE
A12CC Magnesium
A12CC30 Magnesium (verschiedene Salze in Kombination)

Magnesium (verschiedene Salze in Kombination) 0,365

IND	**Magnonorm "Genericon" 365 mg lösl. Tabl.** Magnesiumtherapie bei Risikoschwangerschaft; unterstützende Therapie bei dokumentierter KHK		30 St	6,15
IND	**Magnosolv Gran.** Magnesiumtherapie bei Risikoschwangerschaft; unterstützende Therapie bei dokumentierter KHK		30 St	6,15

A14 ANABOLIKA ZUR SYSTEMISCHEN ANWENDUNG
A14A ANABOLE STEROIDE
A14AB Estren-Derivate
A14AB01 Nandrolon

Nandrolon 0,05

	Deca-Durabolin 50 mg/ml Inj.lsg.		1 St(2)	6,65

A16 ANDERE MITTEL FÜR DAS ALIMENTÄRE SYSTEM UND DEN STOFFWECHSEL
A16A ANDERE MITTEL FÜR DAS ALIMENTÄRE SYSTEM UND DEN STOFFWECHSEL
A16AX Sonstige Mittel für das alimentäre System und den Stoffwechsel
A16AX01 Thioctsäure

Thioctsäure 0,6

IND	**Thioctacid 600 mg Amp.** diabetische Polyneuropathie		5 St(2) *24 ml*	35,00

B BLUT UND BLUT BILDENDE ORGANE
B01 ANTITHROMBOTISCHE MITTEL
B01A ANTITHROMBOTISCHE MITTEL
B01AA Vitamin K-Antagonisten
B01AA04 Phenprocoumon

Phenprocoumon 0,003

	Marcoumar Tabl.	T4	25 St(2)	2,95
		T4	100 St	10,00

B01AA07 Acenocoumarol

Acenocoumarol 0,004

	Sintrom 4 mg Tabl.	T4	100 St	9,60

B01AB Heparingruppe
B01AB04 Dalteparin

Dalteparin Na entspr. 12.500 IE anti-Faktor Xa/ml

	Fragmin 2.500 IE Fertigspr.		5 St	12,95
			10 St	25,05

Dalteparin Na entspr. 25.000 IE anti-Faktor Xa/ml

	Fragmin 5.000 IE Fertigspr.		5 St	24,25
			10 St	45,95

B01AB05 Enoxaparin

Enoxaparin Na 0,02 entspr. 2.000 IE anti-Faktor Xa

	Enoxaparin Becat 2.000 IE (20 mg)/0,2 ml Inj.lsg. Fertigspr.		10 St	16,10
	Enoxaparin "Ledraxen" 2.000 IE (20 mg)/0,2 ml Inj.lsg. Fertigspr.		10 St	13,70
	Inhixa 2.000 IE (20 mg)/0,2 ml Inj.lsg. Fertigspr.		10 St	16,10

Bezeichnung	T	OP	KVP in €
Lovenox 2.000 IE (20 mg)/0,2 ml Inj.lsg. Fertigspr.		5 St	8,40
		10 St	16,10
Enoxaparin Na 0,04 entspr. 4.000 IE anti-Faktor Xa			
Enoxaparin Becat 4.000 IE (40 mg)/0,4 ml Inj.lsg. Fertigspr.		6 St	18,70
		10 St	30,50
Enoxaparin "Ledraxen" 4.000 IE (40 mg)/0,4 ml Inj.lsg. Fertigspr.		6 St	14,65
		10 St	24,00
Inhixa 4.000 IE (40 mg)/0,4 ml Inj.lsg. Fertigspr.		6 St	18,70
		10 St	30,50
Lovenox 4.000 IE (40 mg)/0,4 ml Inj.lsg. Fertigspr.		5 St	15,90
		10 St	30,50
Enoxaparin Na 0,06 entspr. 6.000 IE anti-Faktor Xa			
Enoxaparin Becat 6.000 IE (60 mg)/0,6 ml Inj.lsg. Fertigspr.		10 St	33,75
Enoxaparin "Ledraxen" 6.000 IE (60 mg)/0,6 ml Inj.lsg. Fertigspr.		10 St	28,25
Inhixa 6.000 IE (60 mg)/0,6 ml Inj.lsg. Fertigspr.		10 St	33,75
		30 St	92,55
Lovenox 6.000 IE (60 mg)/0,6 ml Inj.lsg. Fertigspr.		10 St	33,75
Enoxaparin Na 0,08 entspr. 8.000 IE anti-Faktor Xa			
Enoxaparin Becat 8.000 IE (80 mg)/0,8 ml Inj.lsg. Fertigspr.		10 St	43,55
		30 St	123,00
Enoxaparin "Ledraxen" 8.000 IE (80 mg)/0,8 ml Inj.lsg. Fertigspr.		10 St	37,60
		30 St	103,20
Inhixa 8.000 IE (80 mg)/0,8 ml Inj.lsg. Fertigspr.		10 St	43,55
		30 St	123,00
Lovenox 8.000 IE (80 mg)/0,8 ml Inj.lsg. Fertigspr.		10 St	43,55
Enoxaparin Na 0,1 entspr. 10.000 IE anti-Faktor Xa			
Enoxaparin Becat 10.000 IE (100 mg)/1 ml Inj.lsg. Fertigspr.		10 St	51,35
		30 St	139,50
Enoxaparin "Ledraxen" 10.000 IE (100 mg)/1 ml Inj.lsg. Fertigspr.		10 St	43,00
		30 St	121,75
Inhixa 10.000 IE (100 mg)/1 ml Inj.lsg. Fertigspr.		10 St	51,35
		30 St	139,50
Lovenox 10.000 IE (100 mg)/1 ml Inj.lsg. Fertigspr.		10 St	51,35

B01AB06 Nadroparin

Nadroparin Ca entspr. 9.500 IE anti-Faktor Xa/ml			
Fraxiparin 2.850 IE/0,3 ml Fertigspr.		10 St	32,60
Fraxiparin 3.800 IE/0,4 ml Fertigspr.		10 St	42,15

B01AB12 Bemiparin

Bemiparin Na entspr. 2.500 IE anti-Faktor Xa/ED			
Ivor 2.500 IE Anti-Xa/0,2 ml Inj.lsg. Fertigspr.		6 St (2)	16,50
		10 St	24,25
		10 St *+Nadelschutz*	24,25
Bemiparin Na entspr. 3.500 IE anti-Faktor Xa/ED			
Ivor 3.500 IE Anti-Xa/0,2 ml Inj.lsg. Fertigspr.		6 St (2)	28,10
		10 St	41,65
		10 St *+Nadelschutz*	41,65

	Bezeichnung	T	OP	KVP in €

B01AC Thrombozytenaggregationshemmer, exkl. Heparin
B01AC04 Clopidogrel

Clopidogrel 0,075

	Clopidogrel "+pharma" 75 mg Filmtabl.		20 St	4,80
			30 St(3)	7,20
IND	**Clopidogrel "1A Pharma" 75 mg Filmtabl.** Zur Hemmung der Thrombozytenaggregation, wenn ASS nicht ausreichend oder kontraindiziert ist		10 St	4,35
			30 St(3)	8,60
IND	**Clopidogrel "Accord" 75 mg Filmtabl.** Zur Hemmung der Thrombozytenaggregation, wenn ASS nicht ausreichend oder kontraindiziert ist		10 St	3,55
			30 St(3)	7,55
IND	**Clopidogrel "Actavis" 75 mg Filmtabl.** Zur Hemmung der Thrombozytenaggregation, wenn ASS nicht ausreichend oder kontraindiziert ist		10 St	4,70
			30 St(2)	8,65
IND	**Clopidogrel "Genericon" 75 mg Filmtabl.** Zur Hemmung der Thrombozytenaggregation, wenn ASS nicht ausreichend oder kontraindiziert ist		20 St	6,20
			30 St(2)	8,65
IND	**Clopidogrel "Krka d.d." 75 mg Filmtabl.** Zur Hemmung der Thrombozytenaggregation, wenn ASS nicht ausreichend oder kontraindiziert ist		14 St	6,20
			30 St(2)	8,65
IND	**Clopidogrel "ratiopharm" 75 mg Filmtabl.** Zur Hemmung der Thrombozytenaggregation, wenn ASS nicht ausreichend oder kontraindiziert ist		14 St	5,05
			30 St(3)	8,65
IND	**Clopidogrel "Sandoz" 75 mg Filmtabl.** Zur Hemmung der Thrombozytenaggregation, wenn ASS nicht ausreichend oder kontraindiziert ist		10 St	4,70
			30 St(2)	8,65
IND	**Clopidogrel "Stada" 75 mg Filmtabl.** Zur Hemmung der Thrombozytenaggregation, wenn ASS nicht ausreichend oder kontraindiziert ist		10 St	2,90
			30 St(2)	7,20
	Clopidogrel "Zentiva" 75 mg Filmtabl.		14 St	3,35
			28 St(3)	6,65

B01AC06 Acetylsalicylsäure

Acetylsalicylsäure 0,05

	Thrombo ASS 50 mg Filmtabl.		30 St(2)	1,70
			100 St	4,35

Acetylsalicylsäure 0,075

	Thrombo ASS 75 mg Filmtabl.		30 St(2)	1,70
			100 St	4,35

Acetylsalicylsäure 0,1

	ASS "Hexal" 100 mg Tabl.	T2	30 St(2)	0,90
		T2	100 St	2,30
	Herzschutz ASS "ratiopharm" 100 mg Tabl.	T4	30 St(2)	1,30
		T4	100 St	3,40
	Thrombo ASS 100 mg Filmtabl.		30 St(2)	1,75
			100 St	4,50
	Thrombostad 100 mg Tabl.	T2	30 St(2)	0,90
		T2	100 St	2,30

B01AC22 Prasugrel

Prasugrel 0,005

IND	**Efient 5 mg Filmtabl.** Zur Prävention atherothrombotischer Ereignisse in Kombination mit Acetylsalicylsäure (ASS) bei PatientInnen mit akutem Koronarsyndrom (instabile Angina pectoris, Nicht-ST-Strecken-Hebungsinfarkt oder ST-Strecken-Hebungsinfarkt) mit primärer oder verzögerter perkutaner Koronarintervention (PCI) für maximal zwölf Monate		28 St(2)	17,15
IND	**Prasugrel "ratiopharm" 5 mg Filmtabl.** Zur Prävention atherothrombotischer Ereignisse in Kombination mit Acetylsalicylsäure (ASS) bei PatientInnen mit akutem Koronarsyndrom (instabile Angina pectoris, Nicht-ST-Strecken-Hebungsinfarkt oder ST-Strecken-Hebungsinfarkt) mit primärer oder verzögerter perkutaner Koronarintervention (PCI) für maximal zwölf Monate		30 St(2)	18,25

	Bezeichnung	T	OP	KVP in €
IND	**Prasulan 5 mg Filmtabl.** Zur Prävention atherothrombotischer Ereignisse in Kombination mit Acetylsalicylsäure (ASS) bei PatientInnen mit akutem Koronarsyndrom (instabile Angina pectoris, Nicht-ST-Strecken-Hebungsinfarkt oder ST-Strecken-Hebungsinfarkt) mit primärer oder verzögerter perkutaner Koronarintervention (PCI) für maximal zwölf Monate		30 St(2)	19,50
Prasugrel 0,01				
IND	**Efient 10 mg Filmtabl.** Zur Prävention atherothrombotischer Ereignisse in Kombination mit Acetylsalicylsäure (ASS) bei PatientInnen mit akutem Koronarsyndrom (instabile Angina pectoris, Nicht-ST-Strecken-Hebungsinfarkt oder ST-Strecken-Hebungsinfarkt) mit primärer oder verzögerter perkutaner Koronarintervention (PCI) für maximal zwölf Monate		28 St(2)	17,15
IND	**Prasugrel "ratiopharm" 10 mg Filmtabl.** Zur Prävention atherothrombotischer Ereignisse in Kombination mit Acetylsalicylsäure (ASS) bei PatientInnen mit akutem Koronarsyndrom (instabile Angina pectoris, Nicht-ST-Strecken-Hebungsinfarkt oder ST-Strecken-Hebungsinfarkt) mit primärer oder verzögerter perkutaner Koronarintervention (PCI) für maximal zwölf Monate	T2	30 St(2)	18,25
IND	**Prasulan 10 mg Filmtabl.** Zur Prävention atherothrombotischer Ereignisse in Kombination mit Acetylsalicylsäure (ASS) bei PatientInnen mit akutem Koronarsyndrom (instabile Angina pectoris, Nicht-ST-Strecken-Hebungsinfarkt oder ST-Strecken-Hebungsinfarkt) mit primärer oder verzögerter perkutaner Koronarintervention (PCI) für maximal zwölf Monate		30 St(2)	19,50

B01AC24 Ticagrelor

Ticagrelor 0,09

IND	**Ticagrelor "HCS" 90 mg Filmtabl.** Zur Prävention atherothrombotischer Ereignisse in Kombination mit Acetylsalicylsäure (ASS, Erhaltungsdosis im Bereich von 75-150 mg pro Tag) bei erwachsenen PatientInnen mit akutem Koronarsyndrom (instabile Angina pectoris, Nicht-ST-Strecken-Hebungsinfarkt oder ST-Strecken-Hebungsinfarkt) für maximal 12 Monate.		14 St 56 St(3)	5,00 18,85
IND	**Ticagrelor "ratiopharm" 90 mg Filmtabl.** Zur Prävention atherothrombotischer Ereignisse in Kombination mit Acetylsalicylsäure (ASS, Erhaltungsdosis im Bereich von 75-150 mg pro Tag) bei erwachsenen PatientInnen mit akutem Koronarsyndrom (instabile Angina pectoris, Nicht-ST-Strecken-Hebungsinfarkt oder ST-Strecken-Hebungsinfarkt) für maximal 12 Monate.		14 St 56 St(3)	5,00 18,85
IND	**Ticagrelor "Rivopharm" 90 mg Filmtabl.** Zur Prävention atherothrombotischer Ereignisse in Kombination mit Acetylsalicylsäure (ASS, Erhaltungsdosis im Bereich von 75-150 mg pro Tag) bei erwachsenen PatientInnen mit akutem Koronarsyndrom (instabile Angina pectoris, Nicht-ST-Strecken-Hebungsinfarkt oder ST-Strecken-Hebungsinfarkt) für maximal 12 Monate.		14 St 56 St(3)	5,00 18,85
IND	**Ticagrelor "Sandoz" 90 mg Filmtabl.** Zur Prävention atherothrombotischer Ereignisse in Kombination mit Acetylsalicylsäure (ASS, Erhaltungsdosis im Bereich von 75-150 mg pro Tag) bei erwachsenen PatientInnen mit akutem Koronarsyndrom (instabile Angina pectoris, Nicht-ST-Strecken-Hebungsinfarkt oder ST-Strecken-Hebungsinfarkt) für maximal 12 Monate.		14 St 56 St(3)	5,00 18,85
IND	**Ticagrelor "Stada" 90 mg Filmtabl.** Zur Prävention atherothrombotischer Ereignisse in Kombination mit Acetylsalicylsäure (ASS, Erhaltungsdosis im Bereich von 75-150 mg pro Tag) bei erwachsenen PatientInnen mit akutem Koronarsyndrom (instabile Angina pectoris, Nicht-ST-Strecken-Hebungsinfarkt oder ST-Strecken-Hebungsinfarkt) für maximal 12 Monate.		14 St 56 St(3)	6,10 23,00

B01AE Direkte Thrombin-Inhibitoren
B01AE07 Dabigatran etexilat

Dabigatran etexilat 0,075

IND	**Dabahib 75 mg Hartkaps.** Zur Prophylaxe venöser thromboembolischer Ereignisse (VTE) bei erwachsenen PatientInnen nach elektivem chirurgischen Hüft- oder Kniegelenksersatz.		10 St(2) 30 St	2,50 7,55
IND	**Dabigatranetexilat "1A Pharma" 75 mg Hartkaps.** Zur Prophylaxe venöser thromboembolischer Ereignisse (VTE) bei erwachsenen PatientInnen nach elektivem chirurgischen Hüft- oder Kniegelenksersatz.		10 St(2) 30 St	2,20 6,60

	Bezeichnung	T	OP	KVP in €
IND	**Dabigatran etexilate "Accord" 75 mg Hartkaps.** Zur Prophylaxe venöser thromboembolischer Ereignisse (VTE) bei erwachsenen PatientInnen nach elektivem chirurgischen Hüft- oder Kniegelenksersatz.		10 St(2) 30 St	2,65 8,05
IND	**Dabigatranetexilat "Stada" 75 mg Hartkaps.** Zur Prophylaxe venöser thromboembolischer Ereignisse (VTE) bei erwachsenen PatientInnen nach elektivem chirurgischen Hüft- oder Kniegelenksersatz.		10 St(2) 30 St	2,35 7,05
IND	**Dabigatranetexilat "Viatris" 75 mg Hartkaps.** Zur Prophylaxe venöser thromboembolischer Ereignisse (VTE) bei erwachsenen PatientInnen nach elektivem chirurgischen Hüft- oder Kniegelenksersatz.		10 St(2) 30 St	2,65 8,05
IND	**Gribero 75 mg Hartkaps.** Zur Prophylaxe venöser thromboembolischer Ereignisse (VTE) bei erwachsenen PatientInnen nach elektivem chirurgischen Hüft- oder Kniegelenksersatz.		10 St(2) 30 St	2,20 6,60
	Dabigatran etexilat 0,11			
IND	**Dabahib 110 mg Hartkaps.** Zur Prophylaxe venöser thromboembolischer Ereignisse (VTE) bei erwachsenen PatientInnen nach elektivem chirurgischen Hüft- oder Kniegelenksersatz.		10 St(2) 30 St	2,50 7,55
IND	**Dabahib 110 mg Hartkaps.** Zur Prävention von Schlaganfall und systemischer Embolie bei erwachsenen PatientInnen mit nicht valvulärem Vorhofflimmern mit einem oder mehreren der folgenden Risikofaktoren: - Vorausgegangener Schlaganfall, transitorische ischämische Attacke oder systemische Embolie - Linksventrikuläre Ejektionsfraktion kleiner 40 % - Symptomatische Herzinsuffizienz größer/gleich New York Heart Association (NYHA) Klasse 2 - Alter größer/gleich 75 Jahre - Alter größer/gleich 65 Jahre einhergehend mit einer der folgenden Erkrankungen: Diabetes mellitus, koronare Herzerkrankung oder arterielle Hypertonie Behandlung von tiefen Venenthrombosen (TVT) und Lungenembolien (LE) sowie Prophylaxe von rezidivierenden TVT und LE bei Erwachsenen. Cave Nierenfunktion: Vor dem Beginn einer Behandlung mit Dabigatran etexilat ist die Nierenfunktion durch Bestimmung der Kreatinin-Clearance (CrCl) zu überprüfen, um PatientInnen mit schwerer Beeinträchtigung der Nierenfunktion (= CrCl kleiner 30 ml/min) von der Behandlung auszuschließen. Während der Behandlung ist die Nierenfunktion in bestimmten klinischen Situationen, in denen eine mögliche Abnahme oder Verschlechterung der Nierenfunktion zu vermuten ist (z.B. Hypovolämie, Dehydratation und Verwendung bestimmter Begleitmedikamente), zu überprüfen. Bei PatientInnen über 75 Jahren oder bei PatientInnen mit Beeinträchtigung der Nierenfunktion ist die Nierenfunktion mindestens einmal jährlich zu überprüfen.		60 St(3)	14,50
IND	**Dabigatranetexilat "1A Pharma" 110 mg Hartkaps.** Zur Prophylaxe venöser thromboembolischer Ereignisse (VTE) bei erwachsenen PatientInnen nach elektivem chirurgischen Hüft- oder Kniegelenksersatz.		10 St(2) 30 St	2,20 6,60

	Bezeichnung	T	OP	KVP in €
IND	**Dabigatranetexilat "1A Pharma" 110 mg Hartkaps.** Zur Prävention von Schlaganfall und systemischer Embolie bei erwachsenen PatientInnen mit nicht valvulärem Vorhofflimmern mit einem oder mehreren der folgenden Risikofaktoren: - Vorausgegangener Schlaganfall, transitorische ischämische Attacke oder systemische Embolie - Linksventrikuläre Ejektionsfraktion kleiner 40 % - Symptomatische Herzinsuffizienz größer/gleich New York Heart Association (NYHA) Klasse 2 - Alter größer/gleich 75 Jahre - Alter größer/gleich 65 Jahre einhergehend mit einer der folgenden Erkrankungen: Diabetes mellitus, koronare Herzerkrankung oder arterielle Hypertonie Behandlung von tiefen Venenthrombosen (TVT) und Lungenembolien (LE) sowie Prophylaxe von rezidivierenden TVT und LE bei Erwachsenen. Cave Nierenfunktion: Vor dem Beginn einer Behandlung mit Dabigatran etexilat ist die Nierenfunktion durch Bestimmung der Kreatinin-Clearance (CrCl) zu überprüfen, um PatientInnen mit schwerer Beeinträchtigung der Nierenfunktion (= CrCl kleiner 30 ml/min) von der Behandlung auszuschließen. Während der Behandlung ist die Nierenfunktion in bestimmten klinischen Situationen, in denen eine mögliche Abnahme oder Verschlechterung der Nierenfunktion zu vermuten ist (z.B. Hypovolämie, Dehydratation und Verwendung bestimmter Begleitmedikamente), zu überprüfen. Bei PatientInnen über 75 Jahren oder bei PatientInnen mit Beeinträchtigung der Nierenfunktion ist die Nierenfunktion mindestens einmal jährlich zu überprüfen.		60 St(3)	12,85
IND	**Dabigatran etexilate "Accord" 110 mg Hartkaps.** Zur Prophylaxe venöser thromboembolischer Ereignisse (VTE) bei erwachsenen PatientInnen nach elektivem chirurgischen Hüft- oder Kniegelenksersatz.		10 St(2) 30 St	2,65 8,05
IND	**Dabigatran etexilate "Accord" 110 mg Hartkaps.** Zur Prävention von Schlaganfall und systemischer Embolie bei erwachsenen PatientInnen mit nicht valvulärem Vorhofflimmern mit einem oder mehreren der folgenden Risikofaktoren: - Vorausgegangener Schlaganfall, transitorische ischämische Attacke oder systemische Embolie - Linksventrikuläre Ejektionsfraktion kleiner 40 % - Symptomatische Herzinsuffizienz größer/gleich New York Heart Association (NYHA) Klasse 2 - Alter größer/gleich 75 Jahre - Alter größer/gleich 65 Jahre einhergehend mit einer der folgenden Erkrankungen: Diabetes mellitus, koronare Herzerkrankung oder arterielle Hypertonie Behandlung von tiefen Venenthrombosen (TVT) und Lungenembolien (LE) sowie Prophylaxe von rezidivierenden TVT und LE bei Erwachsenen. Cave Nierenfunktion: Vor dem Beginn einer Behandlung mit Dabigatran etexilat ist die Nierenfunktion durch Bestimmung der Kreatinin-Clearance (CrCl) zu überprüfen, um PatientInnen mit schwerer Beeinträchtigung der Nierenfunktion (= CrCl kleiner 30 ml/min) von der Behandlung auszuschließen. Während der Behandlung ist die Nierenfunktion in bestimmten klinischen Situationen, in denen eine mögliche Abnahme oder Verschlechterung der Nierenfunktion zu vermuten ist (z.B. Hypovolämie, Dehydratation und Verwendung bestimmter Begleitmedikamente), zu überprüfen. Bei PatientInnen über 75 Jahren oder bei PatientInnen mit Beeinträchtigung der Nierenfunktion ist die Nierenfunktion mindestens einmal jährlich zu überprüfen.		60 St(3)	20,90
IND	**Dabigatranetexilat "Stada" 110 mg Hartkaps.** Zur Prophylaxe venöser thromboembolischer Ereignisse (VTE) bei erwachsenen PatientInnen nach elektivem chirurgischen Hüft- oder Kniegelenksersatz.		10 St(2) 30 St	2,35 7,05

	Bezeichnung	T	OP	KVP in €
IND	**Dabigatranetexilat "Stada" 110 mg Hartkaps.** Zur Prävention von Schlaganfall und systemischer Embolie bei erwachsenen PatientInnen mit nicht valvulärem Vorhofflimmern mit einem oder mehreren der folgenden Risikofaktoren: - Vorausgegangener Schlaganfall, transitorische ischämische Attacke oder systemische Embolie - Linksventrikuläre Ejektionsfraktion kleiner 40 % - Symptomatische Herzinsuffizienz größer/gleich New York Heart Association (NYHA) Klasse 2 - Alter größer/gleich 75 Jahre - Alter größer/gleich 65 Jahre einhergehend mit einer der folgenden Erkrankungen: Diabetes mellitus, koronare Herzerkrankung oder arterielle Hypertonie Behandlung von tiefen Venenthrombosen (TVT) und Lungenembolien (LE) sowie Prophylaxe von rezidivierenden TVT und LE bei Erwachsenen. Cave Nierenfunktion: Vor dem Beginn einer Behandlung mit Dabigatran etexilat ist die Nierenfunktion durch Bestimmung der Kreatinin-Clearance (CrCl) zu überprüfen, um PatientInnen mit schwerer Beeinträchtigung der Nierenfunktion (= CrCl kleiner 30 ml/min) von der Behandlung auszuschließen. Während der Behandlung ist die Nierenfunktion in bestimmten klinischen Situationen, in denen eine mögliche Abnahme oder Verschlechterung der Nierenfunktion zu vermuten ist (z.B. Hypovolämie, Dehydratation und Verwendung bestimmter Begleitmedikamente), zu überprüfen. Bei PatientInnen über 75 Jahren oder bei PatientInnen mit Beeinträchtigung der Nierenfunktion ist die Nierenfunktion mindestens einmal jährlich zu überprüfen.		60 St(3)	13,70
IND	**Dabigatranetexilat "Viatris" 110 mg Hartkaps.** Zur Prophylaxe venöser thromboembolischer Ereignisse (VTE) bei erwachsenen PatientInnen nach elektivem chirurgischen Hüft- oder Kniegelenksersatz.		10 St(2) 30 St	2,65 8,05
IND	**Dabigatranetexilat "Viatris" 110 mg Hartkaps.** Zur Prävention von Schlaganfall und systemischer Embolie bei erwachsenen PatientInnen mit nicht valvulärem Vorhofflimmern mit einem oder mehreren der folgenden Risikofaktoren: - Vorausgegangener Schlaganfall, transitorische ischämische Attacke oder systemische Embolie - Linksventrikuläre Ejektionsfraktion kleiner 40 % - Symptomatische Herzinsuffizienz größer/gleich New York Heart Association (NYHA) Klasse 2 - Alter größer/gleich 75 Jahre - Alter größer/gleich 65 Jahre einhergehend mit einer der folgenden Erkrankungen: Diabetes mellitus, koronare Herzerkrankung oder arterielle Hypertonie Behandlung von tiefen Venenthrombosen (TVT) und Lungenembolien (LE) sowie Prophylaxe von rezidivierenden TVT und LE bei Erwachsenen. Cave Nierenfunktion: Vor dem Beginn einer Behandlung mit Dabigatran etexilat ist die Nierenfunktion durch Bestimmung der Kreatinin-Clearance (CrCl) zu überprüfen, um PatientInnen mit schwerer Beeinträchtigung der Nierenfunktion (= CrCl kleiner 30 ml/min) von der Behandlung auszuschließen. Während der Behandlung ist die Nierenfunktion in bestimmten klinischen Situationen, in denen eine mögliche Abnahme oder Verschlechterung der Nierenfunktion zu vermuten ist (z.B. Hypovolämie, Dehydratation und Verwendung bestimmter Begleitmedikamente), zu überprüfen. Bei PatientInnen über 75 Jahren oder bei PatientInnen mit Beeinträchtigung der Nierenfunktion ist die Nierenfunktion mindestens einmal jährlich zu überprüfen.		60 St(3)	15,40
IND	**Gribero 110 mg Hartkaps.** Zur Prophylaxe venöser thromboembolischer Ereignisse (VTE) bei erwachsenen PatientInnen nach elektivem chirurgischen Hüft- oder Kniegelenksersatz.		10 St(2) 30 St	2,20 6,60

	Bezeichnung	T	OP	KVP in €
IND	**Gribero 110 mg Hartkaps.** Zur Prävention von Schlaganfall und systemischer Embolie bei erwachsenen PatientInnen mit nicht valvulärem Vorhofflimmern mit einem oder mehreren der folgenden Risikofaktoren: - Vorausgegangener Schlaganfall, transitorische ischämische Attacke oder systemische Embolie - Linksventrikuläre Ejektionsfraktion kleiner 40 % - Symptomatische Herzinsuffizienz größer/gleich New York Heart Association (NYHA) Klasse 2 - Alter größer/gleich 75 Jahre - Alter größer/gleich 65 Jahre einhergehend mit einer der folgenden Erkrankungen: Diabetes mellitus, koronare Herzerkrankung oder arterielle Hypertonie Behandlung von tiefen Venenthrombosen (TVT) und Lungenembolien (LE) sowie Prophylaxe von rezidivierenden TVT und LE bei Erwachsenen. Cave Nierenfunktion: Vor dem Beginn einer Behandlung mit Dabigatran etexilat ist die Nierenfunktion durch Bestimmung der Kreatinin-Clearance (CrCl) zu überprüfen, um PatientInnen mit schwerer Beeinträchtigung der Nierenfunktion (= CrCl kleiner 30 ml/min) von der Behandlung auszuschließen. Während der Behandlung ist die Nierenfunktion in bestimmten klinischen Situationen, in denen eine mögliche Abnahme oder Verschlechterung der Nierenfunktion zu vermuten ist (z.B. Hypovolämie, Dehydratation und Verwendung bestimmter Begleitmedikamente), zu überprüfen. Bei PatientInnen über 75 Jahren oder bei PatientInnen mit Beeinträchtigung der Nierenfunktion ist die Nierenfunktion mindestens einmal jährlich zu überprüfen.		60 St(3)	12,85

Dabigatran etexilat 0,15

IND	**Dabahib 150 mg Hartkaps.** Zur Prävention von Schlaganfall und systemischer Embolie bei erwachsenen PatientInnen mit nicht valvulärem Vorhofflimmern mit einem oder mehreren der folgenden Risikofaktoren: - Vorausgegangener Schlaganfall, transitorische ischämische Attacke oder systemische Embolie - Linksventrikuläre Ejektionsfraktion kleiner 40 % - Symptomatische Herzinsuffizienz größer/gleich New York Heart Association (NYHA) Klasse 2 - Alter größer/gleich 75 Jahre - Alter größer/gleich 65 Jahre einhergehend mit einer der folgenden Erkrankungen: Diabetes mellitus, koronare Herzerkrankung oder arterielle Hypertonie Behandlung von tiefen Venenthrombosen (TVT) und Lungenembolien (LE) sowie Prophylaxe von rezidivierenden TVT und LE bei Erwachsenen. Cave Nierenfunktion: Vor dem Beginn einer Behandlung mit Dabigatran etexilat ist die Nierenfunktion durch Bestimmung der Kreatinin-Clearance (CrCl) zu überprüfen, um PatientInnen mit schwerer Beeinträchtigung der Nierenfunktion (= CrCl kleiner 30 ml/min) von der Behandlung auszuschließen. Während der Behandlung ist die Nierenfunktion in bestimmten klinischen Situationen, in denen eine mögliche Abnahme oder Verschlechterung der Nierenfunktion zu vermuten ist (z.B. Hypovolämie, Dehydratation und Verwendung bestimmter Begleitmedikamente), zu überprüfen. Bei PatientInnen über 75 Jahren oder bei PatientInnen mit Beeinträchtigung der Nierenfunktion ist die Nierenfunktion mindestens einmal jährlich zu überprüfen.		30 St 60 St(3)	7,55 14,50

	Bezeichnung	T	OP	KVP in €
IND	**Dabigatranetexilat "1A Pharma" 150 mg Hartkaps.** Zur Prävention von Schlaganfall und systemischer Embolie bei erwachsenen PatientInnen mit nicht valvulärem Vorhofflimmern mit einem oder mehreren der folgenden Risikofaktoren: - Vorausgegangener Schlaganfall, transitorische ischämische Attacke oder systemische Embolie - Linksventrikuläre Ejektionsfraktion kleiner 40 % - Symptomatische Herzinsuffizienz größer/gleich New York Heart Association (NYHA) Klasse 2 - Alter größer/gleich 75 Jahre - Alter größer/gleich 65 Jahre einhergehend mit einer der folgenden Erkrankungen: Diabetes mellitus, koronare Herzerkrankung oder arterielle Hypertonie Behandlung von tiefen Venenthrombosen (TVT) und Lungenembolien (LE) sowie Prophylaxe von rezidivierenden TVT und LE bei Erwachsenen. Cave Nierenfunktion: Vor dem Beginn einer Behandlung mit Dabigatran etexilat ist die Nierenfunktion durch Bestimmung der Kreatinin-Clearance (CrCl) zu überprüfen, um PatientInnen mit schwerer Beeinträchtigung der Nierenfunktion (= CrCl kleiner 30 ml/min) von der Behandlung auszuschließen. Während der Behandlung ist die Nierenfunktion in bestimmten klinischen Situationen, in denen eine mögliche Abnahme oder Verschlechterung der Nierenfunktion zu vermuten ist (z.B. Hypovolämie, Dehydratation und Verwendung bestimmter Begleitmedikamente), zu überprüfen. Bei PatientInnen über 75 Jahren oder bei PatientInnen mit Beeinträchtigung der Nierenfunktion ist die Nierenfunktion mindestens einmal jährlich zu überprüfen.		30 St 60 St(3)	6,60 12,85
IND	**Dabigatran etexilate "Accord" 150 mg Hartkaps.** Zur Prävention von Schlaganfall und systemischer Embolie bei erwachsenen PatientInnen mit nicht valvulärem Vorhofflimmern mit einem oder mehreren der folgenden Risikofaktoren: - Vorausgegangener Schlaganfall, transitorische ischämische Attacke oder systemische Embolie - Linksventrikuläre Ejektionsfraktion kleiner 40 % - Symptomatische Herzinsuffizienz größer/gleich New York Heart Association (NYHA) Klasse 2 - Alter größer/gleich 75 Jahre - Alter größer/gleich 65 Jahre einhergehend mit einer der folgenden Erkrankungen: Diabetes mellitus, koronare Herzerkrankung oder arterielle Hypertonie Behandlung von tiefen Venenthrombosen (TVT) und Lungenembolien (LE) sowie Prophylaxe von rezidivierenden TVT und LE bei Erwachsenen. Cave Nierenfunktion: Vor dem Beginn einer Behandlung mit Dabigatran etexilat ist die Nierenfunktion durch Bestimmung der Kreatinin-Clearance (CrCl) zu überprüfen, um PatientInnen mit schwerer Beeinträchtigung der Nierenfunktion (= CrCl kleiner 30 ml/min) von der Behandlung auszuschließen. Während der Behandlung ist die Nierenfunktion in bestimmten klinischen Situationen, in denen eine mögliche Abnahme oder Verschlechterung der Nierenfunktion zu vermuten ist (z.B. Hypovolämie, Dehydratation und Verwendung bestimmter Begleitmedikamente), zu überprüfen. Bei PatientInnen über 75 Jahren oder bei PatientInnen mit Beeinträchtigung der Nierenfunktion ist die Nierenfunktion mindestens einmal jährlich zu überprüfen.		30 St 60 St(3)	8,05 20,90

	Bezeichnung	T	OP	KVP in €
IND	**Dabigatranetexilat "Stada" 150 mg Hartkaps.** Zur Prävention von Schlaganfall und systemischer Embolie bei erwachsenen PatientInnen mit nicht valvulärem Vorhofflimmern mit einem oder mehreren der folgenden Risikofaktoren: - Vorausgegangener Schlaganfall, transitorische ischämische Attacke oder systemische Embolie - Linksventrikuläre Ejektionsfraktion kleiner 40 % - Symptomatische Herzinsuffizienz größer/gleich New York Heart Association (NYHA) Klasse 2 - Alter größer/gleich 75 Jahre - Alter größer/gleich 65 Jahre einhergehend mit einer der folgenden Erkrankungen: Diabetes mellitus, koronare Herzerkrankung oder arterielle Hypertonie Behandlung von tiefen Venenthrombosen (TVT) und Lungenembolien (LE) sowie Prophylaxe von rezidivierenden TVT und LE bei Erwachsenen. Cave Nierenfunktion: Vor dem Beginn einer Behandlung mit Dabigatran etexilat ist die Nierenfunktion durch Bestimmung der Kreatinin-Clearance (CrCl) zu überprüfen, um PatientInnen mit schwerer Beeinträchtigung der Nierenfunktion (= CrCl kleiner 30 ml/min) von der Behandlung auszuschließen. Während der Behandlung ist die Nierenfunktion in bestimmten klinischen Situationen, in denen eine mögliche Abnahme oder Verschlechterung der Nierenfunktion zu vermuten ist (z.B. Hypovolämie, Dehydratation und Verwendung bestimmter Begleitmedikamente), zu überprüfen. Bei PatientInnen über 75 Jahren oder bei PatientInnen mit Beeinträchtigung der Nierenfunktion ist die Nierenfunktion mindestens einmal jährlich zu überprüfen.		30 St 60 St(3)	7,05 13,70
IND	**Dabigatranetexilat "Viatris" 150 mg Hartkaps.** Zur Prävention von Schlaganfall und systemischer Embolie bei erwachsenen PatientInnen mit nicht valvulärem Vorhofflimmern mit einem oder mehreren der folgenden Risikofaktoren: - Vorausgegangener Schlaganfall, transitorische ischämische Attacke oder systemische Embolie - Linksventrikuläre Ejektionsfraktion kleiner 40 % - Symptomatische Herzinsuffizienz größer/gleich New York Heart Association (NYHA) Klasse 2 - Alter größer/gleich 75 Jahre - Alter größer/gleich 65 Jahre einhergehend mit einer der folgenden Erkrankungen: Diabetes mellitus, koronare Herzerkrankung oder arterielle Hypertonie Behandlung von tiefen Venenthrombosen (TVT) und Lungenembolien (LE) sowie Prophylaxe von rezidivierenden TVT und LE bei Erwachsenen. Cave Nierenfunktion: Vor dem Beginn einer Behandlung mit Dabigatran etexilat ist die Nierenfunktion durch Bestimmung der Kreatinin-Clearance (CrCl) zu überprüfen, um PatientInnen mit schwerer Beeinträchtigung der Nierenfunktion (= CrCl kleiner 30 ml/min) von der Behandlung auszuschließen. Während der Behandlung ist die Nierenfunktion in bestimmten klinischen Situationen, in denen eine mögliche Abnahme oder Verschlechterung der Nierenfunktion zu vermuten ist (z.B. Hypovolämie, Dehydratation und Verwendung bestimmter Begleitmedikamente), zu überprüfen. Bei PatientInnen über 75 Jahren oder bei PatientInnen mit Beeinträchtigung der Nierenfunktion ist die Nierenfunktion mindestens einmal jährlich zu überprüfen.		30 St 60 St(3)	8,05 15,40

	Bezeichnung	T	OP	KVP in €
IND	**Gribero 150 mg Hartkaps.** Zur Prävention von Schlaganfall und systemischer Embolie bei erwachsenen PatientInnen mit nicht valvulärem Vorhofflimmern mit einem oder mehreren der folgenden Risikofaktoren: - Vorausgegangener Schlaganfall, transitorische ischämische Attacke oder systemische Embolie - Linksventrikuläre Ejektionsfraktion kleiner 40 % - Symptomatische Herzinsuffizienz größer/gleich New York Heart Association (NYHA) Klasse 2 - Alter größer/gleich 75 Jahre - Alter größer/gleich 65 Jahre einhergehend mit einer der folgenden Erkrankungen: Diabetes mellitus, koronare Herzerkrankung oder arterielle Hypertonie Behandlung von tiefen Venenthrombosen (TVT) und Lungenembolien (LE) sowie Prophylaxe von rezidivierenden TVT und LE bei Erwachsenen. Cave Nierenfunktion: Vor dem Beginn einer Behandlung mit Dabigatran etexilat ist die Nierenfunktion durch Bestimmung der Kreatinin-Clearance (CrCl) zu überprüfen, um PatientInnen mit schwerer Beeinträchtigung der Nierenfunktion (= CrCl kleiner 30 ml/min) von der Behandlung auszuschließen. Während der Behandlung ist die Nierenfunktion in bestimmten klinischen Situationen, in denen eine mögliche Abnahme oder Verschlechterung der Nierenfunktion zu vermuten ist (z.B. Hypovolämie, Dehydratation und Verwendung bestimmter Begleitmedikamente), zu überprüfen. Bei PatientInnen über 75 Jahren oder bei PatientInnen mit Beeinträchtigung der Nierenfunktion ist die Nierenfunktion mindestens einmal jährlich zu überprüfen.		30 St 60 St(3)	6,60 12,85

B01AF Direkte Faktor Xa-Inhibitoren
B01AF01 Rivaroxaban

Rivaroxaban 0,01

IND	**Xarelto 10 mg Filmtabl.** Ⓟ Ⓜ Zur Prophylaxe venöser thromboembolischer Ereignisse (VTE) bei erwachsenen PatientInnen nach elektivem chirurgischen Hüft- oder Kniegelenksersatz		5 St 10 St(2)	15,20 29,15

B02 ANTIHÄMORRHAGIKA
B02A ANTIFIBRINOLYTIKA
B02AA Aminosäuren
B02AA02 Tranexamsäure

Tranexamsäure 0,5

	Cyklokapron 100 mg/ml Inj.lsg.		5 St	22,60

Tranexamsäure 0,5

	Cyklokapron 500 mg Filmtabl.		20 St(2) 100 St	13,50 53,25

B02B VITAMIN K UND ANDERE HÄMOSTATIKA
B02BA Vitamin K
B02BA01 Phytomenadion

Phytomenadion 0,01

	Konakion 10 mg/1 ml Mischmizellenlsg. Amp.		5 St	9,45

B03 ANTIANÄMIKA
B03A EISEN-HALTIGE ZUBEREITUNGEN
B03AA Eisen zweiwertig, orale Zubereitungen
B03AA02 Eisen(II)fumarat

Eisen(II)fumarat 0,1

	Ferretab Kaps. *Eisenfumarat 0,304 (entspr. 0,1 Fe II), Ascorbinsäure 0,02*		30 St(2)	4,75

Bezeichnung	T	OP	KVP in €
B03AA03 Eisen(II)gluconat			
Eisen(II)gluconat 0,08			
Lösferron forte Brausetabl. *Eisengluconat 0,695 (entspr. 0,08 Fe II), Ascorbinsäure 0,1*		30 St(2)	4,50
B03AA07 Eisen(II)sulfat			
Eisen(II)sulfat 0,08			
Tardyferon 80 mg Retardtabl. *Eisensulfat 0,26 (entspr. 0,08 Fe II)*		30 St(2)	3,95
Eisen(II)sulfat 0,105			
Ferro-Gradumet Filmtabl. *Eisensulfat 0,285 (entspr. 0,105 Fe II)*		30 St(2)	3,65
B03AD Eisen in Kombination mit Folsäure **B03AD02 Eisen(II)fumarat und Folsäure**			
Eisen(II)fumarat 0,15 (= 0,05 Fe II), Folsäure 0,0005			
Ferretab comp. Kaps.		30 St(2) 100 St	3,85 9,00
B03AD03 Eisen(II)sulfat und Folsäure			
Eisen(II)sulfat 0,26 (= 0,08 Fe II), Folsäure 0,00035			
Tardyferon-Fol Retardtabl.		30 St(2)	3,65
Eisen(II)sulfat 0,285 (= 0,105 Fe II), Folsäure 0,00035			
Ferrograd-Fol Filmtabl.		30 St(2)	3,65
B03B VITAMIN B12 UND FOLSÄURE **B03BA Vitamin B12 (Cyanocobalamin und Analoga)** **B03BA03 Hydroxocobalamin**			
Hydroxocobalamin 0,001			
Erycytol Depot 1 mg Amp.		3 St(2)	10,65
B03BB Folsäure und Derivate **B03BB01 Folsäure**			
Folsäure 0,005			
Folsan 5 mg Tabl.	T2	20 St(2)	3,50
Gerofol 5 mg Tabl.	T2	30 St(2)	5,05

	Bezeichnung	T	OP	KVP in €

B03X ANDERE ANTIANÄMIKA
B03XA Andere Antianämika
B03XA01 Erythropoietin

Erythropoietin 10.000 IE

IND	**Abseamed 10.000 IE/1,0 ml Inj.lsg. Fertigspr.** Symptomatische Anämie infolge Chemotherapie maligner Tumore mit Ausgangs-Hb kleiner 10 g/dl. - Nach Therapiebeginn und nach jeder Dosisänderung kurzfristige Hb-Kontrollen bis zur Stabilisierung des Hb, danach mindestens vierwöchentliche Hb-Kontrollen. - Es ist die niedrigst mögliche Dosierung zu wählen, die ausreicht, das Hb schrittweise so weit zu erhöhen, damit Transfusionen vermieden werden (Grenzwert üblicherweise Hb 8 g/dl). - Hämoglobinwerte über 12 g/dl sind zu vermeiden. - Bei Nichtansprechen Abbruch max. 8 Wochen nach Therapiebeginn. - Therapieende nach Abschluss des Chemotherapieschemas. - Für PatientInnen, bei denen es in irgendeinem 2-Wochen-Zeitraum zu einem Hb-Anstieg größer 1 g/dl kommt, bestehen erhöhte Sicherheitsbedenken. - Cave: in kontrollierten klinischen Studien bei PatientInnen mit verschiedenen Tumorerkrankungen, die mit ESAs (Erythropoiesis Stimulating Agents) behandelt wurden, ist eine nicht erklärbare höhere Mortalität beobachtet worden. *Epoetin alfa 0,000084 entspr. 10.000 IE*		6 St(2)	395,60
IND	**Binocrit 10.000 IE/1,0 ml Inj.lsg. Fertigspr.** Symptomatische Anämie infolge Chemotherapie maligner Tumore mit Ausgangs-Hb kleiner 10 g/dl. - Nach Therapiebeginn und nach jeder Dosisänderung kurzfristige Hb-Kontrollen bis zur Stabilisierung des Hb, danach mindestens vierwöchentliche Hb-Kontrollen. - Es ist die niedrigst mögliche Dosierung zu wählen, die ausreicht, das Hb schrittweise so weit zu erhöhen, damit Transfusionen vermieden werden (Grenzwert üblicherweise Hb 8 g/dl). - Hämoglobinwerte über 12 g/dl sind zu vermeiden. - Bei Nichtansprechen Abbruch max. 8 Wochen nach Therapiebeginn. - Therapieende nach Abschluss des Chemotherapieschemas. - Für PatientInnen, bei denen es in irgendeinem 2-Wochen-Zeitraum zu einem Hb-Anstieg größer 1 g/dl kommt, bestehen erhöhte Sicherheitsbedenken. - Cave: in kontrollierten klinischen Studien bei PatientInnen mit verschiedenen Tumorerkrankungen, die mit ESAs (Erythropoiesis Stimulating Agents) behandelt wurden, ist eine nicht erklärbare höhere Mortalität beobachtet worden. *Epoetin alfa 0,000084 entspr. 10.000 IE*		6 St(2)	344,15
IND	**Eporatio 10.000 IE/1 ml Inj.lsg. Fertigspr.** Symptomatische Anämie infolge Chemotherapie maligner Tumore mit Ausgangs-Hb kleiner 10 g/dl. - Nach Therapiebeginn und nach jeder Dosisänderung kurzfristige Hb-Kontrollen bis zur Stabilisierung des Hb, danach mindestens vierwöchentliche Hb-Kontrollen. - Es ist die niedrigst mögliche Dosierung zu wählen, die ausreicht, das Hb schrittweise so weit zu erhöhen, damit Transfusionen vermieden werden (Grenzwert üblicherweise Hb 8 g/dl). - Hämoglobinwerte über 12 g/dl sind zu vermeiden. - Bei Nichtansprechen Abbruch max. 8 Wochen nach Therapiebeginn. - Therapieende nach Abschluss des Chemotherapieschemas. - Für PatientInnen, bei denen es in irgendeinem 2-Wochen-Zeitraum zu einem Hb-Anstieg größer 1 g/dl kommt, bestehen erhöhte Sicherheitsbedenken. - Cave: in kontrollierten klinischen Studien bei PatientInnen mit verschiedenen Tumorerkrankungen, die mit ESAs (Erythropoiesis Stimulating Agents) behandelt wurden, ist eine nicht erklärbare höhere Mortalität beobachtet worden. *Epoetin theta 0,000083 entspr. 10.000 IE*		4 St	229,45

	Bezeichnung	T	OP	KVP in €
IND	**Erypo 10.000 IE/ml Fertigspr.** Symptomatische Anämie infolge Chemotherapie maligner Tumore mit Ausgangs-Hb kleiner 10 g/dl. - Nach Therapiebeginn und nach jeder Dosisänderung kurzfristige Hb-Kontrollen bis zur Stabilisierung des Hb, danach mindestens vierwöchentliche Hb-Kontrollen. - Es ist die niedrigst mögliche Dosierung zu wählen, die ausreicht, das Hb schrittweise so weit zu erhöhen, damit Transfusionen vermieden werden (Grenzwert üblicherweise Hb 8 g/dl). - Hämoglobinwerte über 12 g/dl sind zu vermeiden. - Bei Nichtansprechen Abbruch max. 8 Wochen nach Therapiebeginn. - Therapieende nach Abschluss des Chemotherapieschemas. - Für Patienten, bei denen es in irgendeinem 2-Wochen-Zeitraum zu einem Hb-Anstieg größer 1 g/dl kommt, bestehen erhöhte Sicherheitsbedenken. - Cave: in kontrollierten klinischen Studien bei Patienten mit verschiedenen Tumorerkrankungen, die mit ESAs (Erythropoiesis Stimulating Agents) behandelt wurden, ist eine nicht erklärbare höhere Mortalität beobachtet worden. *Epoetin alfa 0,000084 entspr. 10.000 IE*		6 St(2)	403,00
IND	**NeoRecormon 10.000 IE Inj.lsg. Fertigspr.** Symptomatische Anämie infolge Chemotherapie maligner Tumore mit Ausgangs-Hb kleiner 10 g/dl. - Nach Therapiebeginn und nach jeder Dosisänderung kurzfristige Hb-Kontrollen bis zur Stabilisierung des Hb, danach mindestens vierwöchentliche Hb-Kontrollen. - Es ist die niedrigst mögliche Dosierung zu wählen, die ausreicht, das Hb schrittweise so weit zu erhöhen, damit Transfusionen vermieden werden (Grenzwert üblicherweise Hb 8 g/dl). - Hämoglobinwerte über 12 g/dl sind zu vermeiden. - Bei Nichtansprechen Abbruch max. 8 Wochen nach Therapiebeginn. - Therapieende nach Abschluss des Chemotherapieschemas. - Für Patienten, bei denen es in irgendeinem 2-Wochen-Zeitraum zu einem Hb-Anstieg größer 1 g/dl kommt, bestehen erhöhte Sicherheitsbedenken. - Cave: in kontrollierten klinischen Studien bei Patienten mit verschiedenen Tumorerkrankungen, die mit ESAs (Erythropoiesis Stimulating Agents) behandelt wurden, ist eine nicht erklärbare höhere Mortalität beobachtet worden. *Epoetin beta 0,000083 entspr. 10.000 IE*		6 St(2)	403,00
IND	**Retacrit 10.000 IE/1,0 ml Inj.lsg. Fertigspr.** Symptomatische Anämie infolge Chemotherapie maligner Tumore mit Ausgangs-Hb kleiner 10 g/dl. - Nach Therapiebeginn und nach jeder Dosisänderung kurzfristige Hb-Kontrollen bis zur Stabilisierung des Hb, danach mindestens vierwöchentliche Hb-Kontrollen. - Es ist die niedrigst mögliche Dosierung zu wählen, die ausreicht, das Hb schrittweise so weit zu erhöhen, damit Transfusionen vermieden werden (Grenzwert üblicherweise Hb 8 g/dl). - Hämoglobinwerte über 12 g/dl sind zu vermeiden. - Bei Nichtansprechen Abbruch max. 8 Wochen nach Therapiebeginn. - Therapieende nach Abschluss des Chemotherapieschemas. - Für PatientInnen, bei denen es in irgendeinem 2-Wochen-Zeitraum zu einem Hb-Anstieg größer 1 g/dl kommt, bestehen erhöhte Sicherheitsbedenken. - Cave: in kontrollierten klinischen Studien bei PatientInnen mit verschiedenen Tumorerkrankungen, die mit ESAs (Erythropoiesis Stimulating Agents) behandelt wurden, ist eine nicht erklärbare höhere Mortalität beobachtet worden. *Epoetin zeta 0,000084 entspr. 10.000 IE*		6 St(2)	395,60

	Bezeichnung	T	OP	KVP in €
Erythropoietin 20.000 IE				
IND	**Binocrit 20.000 IE/0,5 ml Inj.lsg. Fertigspr.** Symptomatische Anämie infolge Chemotherapie maligner Tumore mit Ausgangs-Hb kleiner 10 g/dl. - Nach Therapiebeginn und nach jeder Dosisänderung kurzfristige Hb-Kontrollen bis zur Stabilisierung des Hb, danach mindestens vierwöchentliche Hb-Kontrollen. - Es ist die niedrigst mögliche Dosierung zu wählen, die ausreicht, das Hb schrittweise so weit zu erhöhen, damit Transfusionen vermieden werden (Grenzwert üblicherweise Hb 8 g/dl). - Hämoglobinwerte über 12 g/dl sind zu vermeiden. - Bei Nichtansprechen Abbruch max. 8 Wochen nach Therapiebeginn. - Therapieende nach Abschluss des Chemotherapieschemas. - Für PatientInnen, bei denen es in irgendeinem 2-Wochen-Zeitraum zu einem Hb-Anstieg größer 1 g/dl kommt, bestehen erhöhte Sicherheitsbedenken. - Cave: in kontrollierten klinischen Studien bei PatientInnen mit verschiedenen Tumorerkrankungen, die mit ESAs (Erythropoiesis Stimulating Agents) behandelt wurden, ist eine nicht erklärbare höhere Mortalität beobachtet worden. *Epoetin alfa 0,000168 entspr. 20.000 IE*		6 St	649,95
IND	**Eporatio 20.000 IE/1 ml Inj.lsg. Fertigspr.** Symptomatische Anämie infolge Chemotherapie maligner Tumore mit Ausgangs-Hb kleiner 10 g/dl. - Nach Therapiebeginn und nach jeder Dosisänderung kurzfristige Hb-Kontrollen bis zur Stabilisierung des Hb, danach mindestens vierwöchentliche Hb-Kontrollen. - Es ist die niedrigst mögliche Dosierung zu wählen, die ausreicht, das Hb schrittweise so weit zu erhöhen, damit Transfusionen vermieden werden (Grenzwert üblicherweise Hb 8 g/dl). - Hämoglobinwerte über 12 g/dl sind zu vermeiden. - Bei Nichtansprechen Abbruch max. 8 Wochen nach Therapiebeginn. - Therapieende nach Abschluss des Chemotherapieschemas. - Für PatientInnen, bei denen es in irgendeinem 2-Wochen-Zeitraum zu einem Hb-Anstieg größer 1 g/dl kommt, bestehen erhöhte Sicherheitsbedenken. - Cave: in kontrollierten klinischen Studien bei PatientInnen mit verschiedenen Tumorerkrankungen, die mit ESAs (Erythropoiesis Stimulating Agents) behandelt wurden, ist eine nicht erklärbare höhere Mortalität beobachtet worden. *Epoetin theta 0,000167 entspr. 20.000 IE*		4 St	433,30
IND	**Retacrit 20.000 IE/0,5 ml Inj.lsg. Fertigspr.** Symptomatische Anämie infolge Chemotherapie maligner Tumore mit Ausgangs-Hb kleiner 10 g/dl. - Nach Therapiebeginn und nach jeder Dosisänderung kurzfristige Hb-Kontrollen bis zur Stabilisierung des Hb, danach mindestens vierwöchentliche Hb-Kontrollen. - Es ist die niedrigst mögliche Dosierung zu wählen, die ausreicht, das Hb schrittweise so weit zu erhöhen, damit Transfusionen vermieden werden (Grenzwert üblicherweise Hb 8 g/dl). - Hämoglobinwerte über 12 g/dl sind zu vermeiden. - Bei Nichtansprechen Abbruch max. 8 Wochen nach Therapiebeginn. - Therapieende nach Abschluss des Chemotherapieschemas. - Für PatientInnen, bei denen es in irgendeinem 2-Wochen-Zeitraum zu einem Hb-Anstieg größer 1 g/dl kommt, bestehen erhöhte Sicherheitsbedenken. - Cave: in kontrollierten klinischen Studien bei PatientInnen mit verschiedenen Tumorerkrankungen, die mit ESAs (Erythropoiesis Stimulating Agents) behandelt wurden, ist eine nicht erklärbare höhere Mortalität beobachtet worden. *Epoetin zeta 0,000168 entspr. 20.000 IE*		6 St	766,50

	Bezeichnung	T	OP	KVP in €
Erythropoietin 30.000 IE				
IND	**Binocrit 30.000 IE/0,75 ml Inj.lsg. Fertigspr.** Symptomatische Anämie infolge Chemotherapie maligner Tumore mit Ausgangs-Hb kleiner 10 g/dl. - Nach Therapiebeginn und nach jeder Dosisänderung kurzfristige Hb-Kontrollen bis zur Stabilisierung des Hb, danach mindestens vierwöchentliche Hb-Kontrollen. - Es ist die niedrigst mögliche Dosierung zu wählen, die ausreicht, das Hb schrittweise so weit zu erhöhen, damit Transfusionen vermieden werden (Grenzwert üblicherweise Hb 8 g/dl). - Hämoglobinwerte über 12 g/dl sind zu vermeiden. - Bei Nichtansprechen Abbruch max. 8 Wochen nach Therapiebeginn. - Therapieende nach Abschluss des Chemotherapieschemas. - Für PatientInnen, bei denen es in irgendeinem 2-Wochen-Zeitraum zu einem Hb-Anstieg größer 1 g/dl kommt, bestehen erhöhte Sicherheitsbedenken. - Cave: in kontrollierten klinischen Studien bei PatientInnen mit verschiedenen Tumorerkrankungen, die mit ESAs (Erythropoiesis Stimulating Agents) behandelt wurden, ist eine nicht erklärbare höhere Mortalität beobachtet worden. *Epoetin alfa 0,000252 entspr. 30.000 IE*		4 St	649,95
IND	**Eporatio 30.000 IE/1 ml Inj.lsg. Fertigspr.** Symptomatische Anämie infolge Chemotherapie maligner Tumore mit Ausgangs-Hb kleiner 10 g/dl. - Nach Therapiebeginn und nach jeder Dosisänderung kurzfristige Hb-Kontrollen bis zur Stabilisierung des Hb, danach mindestens vierwöchentliche Hb-Kontrollen. - Es ist die niedrigst mögliche Dosierung zu wählen, die ausreicht, das Hb schrittweise so weit zu erhöhen, damit Transfusionen vermieden werden (Grenzwert üblicherweise Hb 8 g/dl). - Hämoglobinwerte über 12 g/dl sind zu vermeiden. - Bei Nichtansprechen Abbruch max. 8 Wochen nach Therapiebeginn. - Therapieende nach Abschluss des Chemotherapieschemas. - Für PatientInnen, bei denen es in irgendeinem 2-Wochen-Zeitraum zu einem Hb-Anstieg größer 1 g/dl kommt, bestehen erhöhte Sicherheitsbedenken. - Cave: in kontrollierten klinischen Studien bei PatientInnen mit verschiedenen Tumorerkrankungen, die mit ESAs (Erythropoiesis Stimulating Agents) behandelt wurden, ist eine nicht erklärbare höhere Mortalität beobachtet worden. *Epoetin theta 0,000250 entspr. 30.000 IE*		4 St	649,95
IND	**Retacrit 30.000 IE/0,75 ml Inj.lsg. Fertigspr.** Symptomatische Anämie infolge Chemotherapie maligner Tumore mit Ausgangs-Hb kleiner 10 g/dl. - Nach Therapiebeginn und nach jeder Dosisänderung kurzfristige Hb-Kontrollen bis zur Stabilisierung des Hb, danach mindestens vierwöchentliche Hb-Kontrollen. - Es ist die niedrigst mögliche Dosierung zu wählen, die ausreicht, das Hb schrittweise so weit zu erhöhen, damit Transfusionen vermieden werden (Grenzwert üblicherweise Hb 8 g/dl). - Hämoglobinwerte über 12 g/dl sind zu vermeiden. - Bei Nichtansprechen Abbruch max. 8 Wochen nach Therapiebeginn. - Therapieende nach Abschluss des Chemotherapieschemas. - Für PatientInnen, bei denen es in irgendeinem 2-Wochen-Zeitraum zu einem Hb-Anstieg größer 1 g/dl kommt, bestehen erhöhte Sicherheitsbedenken. - Cave: in kontrollierten klinischen Studien bei PatientInnen mit verschiedenen Tumorerkrankungen, die mit ESAs (Erythropoiesis Stimulating Agents) behandelt wurden, ist eine nicht erklärbare höhere Mortalität beobachtet worden. *Epoetin zeta 0,000252 entspr. 30.000 IE*		4 St *BP 4 x 1 St.*	766,50

	Bezeichnung	T	OP	KVP in €
Erythropoietin 40.000 IE				
IND	**Binocrit 40.000 IE/1 ml Inj.lsg. Fertigspr.** Symptomatische Anämie infolge Chemotherapie maligner Tumore mit Ausgangs-Hb kleiner 10 g/dl. - Nach Therapiebeginn und nach jeder Dosisänderung kurzfristige Hb-Kontrollen bis zur Stabilisierung des Hb, danach mindestens vierwöchentliche Hb-Kontrollen. - Es ist die niedrigst mögliche Dosierung zu wählen, die ausreicht, das Hb schrittweise so weit zu erhöhen, damit Transfusionen vermieden werden (Grenzwert üblicherweise Hb 8 g/dl). - Hämoglobinwerte über 12 g/dl sind zu vermeiden. - Bei Nichtansprechen Abbruch max. 8 Wochen nach Therapiebeginn. - Therapieende nach Abschluss des Chemotherapieschemas. - Für PatientInnen, bei denen es in irgendeinem 2-Wochen-Zeitraum zu einem Hb-Anstieg größer 1 g/dl kommt, bestehen erhöhte Sicherheitsbedenken. - Cave: in kontrollierten klinischen Studien bei PatientInnen mit verschiedenen Tumorerkrankungen, die mit ESAs (Erythropoiesis Stimulating Agents) behandelt wurden, ist eine nicht erklärbare höhere Mortalität beobachtet worden. *Epoetin alfa 0,000336 entspr. 40.000 IE*		4 St	837,15
IND	**Erypo 40.000 IE/ml Fertigspr.** Symptomatische Anämie infolge Chemotherapie maligner Tumore mit Ausgangs-Hb kleiner 10 g/dl. - Nach Therapiebeginn und nach jeder Dosisänderung kurzfristige Hb-Kontrollen bis zur Stabilisierung des Hb, danach mindestens vierwöchentliche Hb-Kontrollen. - Es ist die niedrigst mögliche Dosierung zu wählen, die ausreicht, das Hb schrittweise so weit zu erhöhen, damit Transfusionen vermieden werden (Grenzwert üblicherweise Hb 8 g/dl). - Hämoglobinwerte über 12 g/dl sind zu vermeiden. - Bei Nichtansprechen Abbruch max. 8 Wochen nach Therapiebeginn. - Therapieende nach Abschluss des Chemotherapieschemas. - Für Patienten, bei denen es in irgendeinem 2-Wochen-Zeitraum zu einem Hb-Anstieg größer 1 g/dl kommt, bestehen erhöhte Sicherheitsbedenken. - Cave: in kontrollierten klinischen Studien bei Patienten mit verschiedenen Tumorerkrankungen, die mit ESAs (Erythropoiesis Stimulating Agents) behandelt wurden, ist eine nicht erklärbare höhere Mortalität beobachtet worden. *Epoetin alfa 0,000336 entspr. 40.000 IE*		4 St	1.202,25
IND	**Retacrit 40.000 IE/1,0 ml Inj.lsg. Fertigspr.** Symptomatische Anämie infolge Chemotherapie maligner Tumore mit Ausgangs-Hb kleiner 10 g/dl. - Nach Therapiebeginn und nach jeder Dosisänderung kurzfristige Hb-Kontrollen bis zur Stabilisierung des Hb, danach mindestens vierwöchentliche Hb-Kontrollen. - Es ist die niedrigst mögliche Dosierung zu wählen, die ausreicht, das Hb schrittweise so weit zu erhöhen, damit Transfusionen vermieden werden (Grenzwert üblicherweise Hb 8 g/dl). - Hämoglobinwerte über 12 g/dl sind zu vermeiden. - Bei Nichtansprechen Abbruch max. 8 Wochen nach Therapiebeginn. - Therapieende nach Abschluss des Chemotherapieschemas. - Für PatientInnen, bei denen es in irgendeinem 2-Wochen-Zeitraum zu einem Hb-Anstieg größer 1 g/dl kommt, bestehen erhöhte Sicherheitsbedenken. - Cave: in kontrollierten klinischen Studien bei PatientInnen mit verschiedenen Tumorerkrankungen, die mit ESAs (Erythropoiesis Stimulating Agents) behandelt wurden, ist eine nicht erklärbare höhere Mortalität beobachtet worden. *Epoetin zeta 0,000336 entspr. 40.000 IE*		4 St *BP 4 x 1 St.*	980,55

	Bezeichnung	T	OP	KVP in €

B03XA02 Darbepoetin alfa

Darbepoetin alfa 150 mcg

IND	**Aranesp 150 mcg Inj.lsg. Fertigpen (SureClick)** Ⓟ Symptomatische Anämie infolge Chemotherapie maligner Tumore mit Ausgangs-Hb kleiner 10 g/dl. - Nach Therapiebeginn und nach jeder Dosisänderung kurzfristige Hb-Kontrollen bis zur Stabilisierung des Hb, danach mindestens vierwöchentliche Hb-Kontrollen. - Es ist die niedrigst mögliche Dosierung zu wählen, die ausreicht, das Hb schrittweise so weit zu erhöhen, damit Transfusionen vermieden werden (Grenzwert üblicherweise Hb 8 g/dl). - Hämoglobinwerte über 12 g/dl sind zu vermeiden. - Bei Nichtansprechen Abbruch max. 8 Wochen nach Therapiebeginn. - Therapieende nach Abschluss des Chemotherapieschemas. - Für Patienten, bei denen es in irgendeinem 2-Wochen-Zeitraum zu einem Hb-Anstieg größer 1 g/dl kommt, bestehen erhöhte Sicherheitsbedenken. - Cave: in kontrollierten klinischen Studien bei Patienten mit verschiedenen Tumorerkrankungen, die mit ESAs (Erythropoiesis Stimulating Agents) behandelt wurden, ist eine nicht erklärbare höhere Mortalität beobachtet worden.		4 St	752,70
IND	**Aranesp 150 mcg Inj.lsg. Fertigspr.** Ⓟ Symptomatische Anämie infolge Chemotherapie maligner Tumore mit Ausgangs-Hb kleiner 10 g/dl. - Nach Therapiebeginn und nach jeder Dosisänderung kurzfristige Hb-Kontrollen bis zur Stabilisierung des Hb, danach mindestens vierwöchentliche Hb-Kontrollen. - Es ist die niedrigst mögliche Dosierung zu wählen, die ausreicht, das Hb schrittweise so weit zu erhöhen, damit Transfusionen vermieden werden (Grenzwert üblicherweise Hb 8 g/dl). - Hämoglobinwerte über 12 g/dl sind zu vermeiden. - Bei Nichtansprechen Abbruch max. 8 Wochen nach Therapiebeginn. - Therapieende nach Abschluss des Chemotherapieschemas. - Für Patienten, bei denen es in irgendeinem 2-Wochen-Zeitraum zu einem Hb-Anstieg größer 1 g/dl kommt, bestehen erhöhte Sicherheitsbedenken. - Cave: in kontrollierten klinischen Studien bei Patienten mit verschiedenen Tumorerkrankungen, die mit ESAs (Erythropoiesis Stimulating Agents) behandelt wurden, ist eine nicht erklärbare höhere Mortalität beobachtet worden.		4 St	752,70

Darbepoetin alfa 300 mcg

IND	**Aranesp 300 mcg Inj.lsg. Fertigpen (SureClick)** Ⓟ Symptomatische Anämie infolge Chemotherapie maligner Tumore mit Ausgangs-Hb kleiner 10 g/dl. - Nach Therapiebeginn und nach jeder Dosisänderung kurzfristige Hb-Kontrollen bis zur Stabilisierung des Hb, danach mindestens vierwöchentliche Hb-Kontrollen. - Es ist die niedrigst mögliche Dosierung zu wählen, die ausreicht, das Hb schrittweise so weit zu erhöhen, damit Transfusionen vermieden werden (Grenzwert üblicherweise Hb 8 g/dl). - Hämoglobinwerte über 12 g/dl sind zu vermeiden. - Bei Nichtansprechen Abbruch max. 9 Wochen nach Therapiebeginn. - Therapieende nach Abschluss des Chemotherapieschemas. - Für Patienten, bei denen es in irgendeinem 2-Wochen-Zeitraum zu einem Hb-Anstieg größer 1 g/dl kommt, bestehen erhöhte Sicherheitsbedenken. - Cave: in kontrollierten klinischen Studien bei Patienten mit verschiedenen Tumorerkrankungen, die mit ESAs (Erythropoiesis Stimulating Agents) behandelt wurden, ist eine nicht erklärbare höhere Mortalität beobachtet worden.		1 St	382,55

	Bezeichnung	T	OP	KVP in €
IND	**Aranesp 300 mcg Inj.lsg. Fertigspr.** Ⓟ Symptomatische Anämie infolge Chemotherapie maligner Tumore mit Ausgangs-Hb kleiner 10 g/dl. - Nach Therapiebeginn und nach jeder Dosisänderung kurzfristige Hb-Kontrollen bis zur Stabilisierung des Hb, danach mindestens vierwöchentliche Hb-Kontrollen. - Es ist die niedrigst mögliche Dosierung zu wählen, die ausreicht, das Hb schrittweise so weit zu erhöhen, damit Transfusionen vermieden werden (Grenzwert üblicherweise Hb 8 g/dl). - Hämoglobinwerte über 12 g/dl sind zu vermeiden. - Bei Nichtansprechen Abbruch max. 9 Wochen nach Therapiebeginn. - Therapieende nach Abschluss des Chemotherapieschemas. - Für Patienten, bei denen es in irgendeinem 2-Wochen-Zeitraum zu einem Hb-Anstieg größer 1 g/dl kommt, bestehen erhöhte Sicherheitsbedenken. - Cave: in kontrollierten klinischen Studien bei Patienten mit verschiedenen Tumorerkrankungen, die mit ESAs (Erythropoiesis Stimulating Agents) behandelt wurden, ist eine nicht erklärbare höhere Mortalität beobachtet worden.		1 St	382,55

Darbepoetin alfa 500 mcg

IND	**Aranesp 500 mcg Inj.lsg. Fertigpen (SureClick)** Ⓟ Symptomatische Anämie infolge Chemotherapie maligner Tumore mit Ausgangs-Hb kleiner 10 g/dl. - Nach Therapiebeginn und nach jeder Dosisänderung kurzfristige Hb-Kontrollen bis zur Stabilisierung des Hb, danach mindestens vierwöchentliche Hb-Kontrollen. - Es ist die niedrigst mögliche Dosierung zu wählen, die ausreicht, das Hb schrittweise so weit zu erhöhen, damit Transfusionen vermieden werden (Grenzwert üblicherweise Hb 8 g/dl). - Hämoglobinwerte über 12 g/dl sind zu vermeiden. - Bei Nichtansprechen Abbruch max. 9 Wochen nach Therapiebeginn. - Therapieende nach Abschluss des Chemotherapieschemas. - Für Patienten, bei denen es in irgendeinem 2-Wochen-Zeitraum zu einem Hb-Anstieg größer 1 g/dl kommt, bestehen erhöhte Sicherheitsbedenken. - Cave: in kontrollierten klinischen Studien bei Patienten mit verschiedenen Tumorerkrankungen, die mit ESAs (Erythropoiesis Stimulating Agents) behandelt wurden, ist eine nicht erklärbare höhere Mortalität beobachtet worden.		1 St	604,15
IND	**Aranesp 500 mcg Inj.lsg. Fertigspr.** Ⓟ Symptomatische Anämie infolge Chemotherapie maligner Tumore mit Ausgangs-Hb kleiner 10 g/dl. - Nach Therapiebeginn und nach jeder Dosisänderung kurzfristige Hb-Kontrollen bis zur Stabilisierung des Hb, danach mindestens vierwöchentliche Hb-Kontrollen. - Es ist die niedrigst mögliche Dosierung zu wählen, die ausreicht, das Hb schrittweise so weit zu erhöhen, damit Transfusionen vermieden werden (Grenzwert üblicherweise Hb 8 g/dl). - Hämoglobinwerte über 12 g/dl sind zu vermeiden. - Bei Nichtansprechen Abbruch max. 9 Wochen nach Therapiebeginn. - Therapieende nach Abschluss des Chemotherapieschemas. - Für Patienten, bei denen es in irgendeinem 2-Wochen-Zeitraum zu einem Hb-Anstieg größer 1 g/dl kommt, bestehen erhöhte Sicherheitsbedenken. - Cave: in kontrollierten klinischen Studien bei Patienten mit verschiedenen Tumorerkrankungen, die mit ESAs (Erythropoiesis Stimulating Agents) behandelt wurden, ist eine nicht erklärbare höhere Mortalität beobachtet worden.		1 St	604,15

B05 BLUTERSATZMITTEL UND PERFUSIONSLÖSUNGEN
B05B I.V.-LÖSUNGEN
B05BB Lösungen mit Wirkung auf den Elektrolythaushalt
B05BB01 Elektrolyte

Natr. chlorid 0,9 %

Natr. chlorat. physiolog. "Med." Glasinf.fl. 250 ml		1 St(2)	1,85
Natr. chlorat. physiolog. "Med." Glasinf.fl. 500 ml		1 St(2)	1,70
Natr. chlorat. physiolog. "Med." Plastikinf.fl. 250 ml		1 St(2)	1,85
Natr. chlorat. physiolog. "Med." Plastikinf.fl. 500 ml		1 St(2)	1,95
Physiolog. Kochsalzlsg. "Fresenius" Plastikinf.fl. 250 ml		1 St(2)	2,05
Physiolog. Kochsalzlsg. "Fresenius" Plastikinf.fl. 500 ml		1 St(2)	2,10

	Bezeichnung	T	OP	KVP in €
Ringer-Lactat (Zusammensetzung s. Austria Codex Fachinformation)				
	Ringer-Lactat nach Hartmann "Med." Plastikinf.fl. 500 ml		10 St	9,60

B06 ANDERE HÄMATOLOGIKA
B06A ANDERE HÄMATOLOGIKA
B06AC Mittel zur Behandlung des hereditären Angioödems
B06AC02 Icatibant

Icatibant 0,03				
IND	**Icatibant "Accord" 30 mg Inj.lsg. Fertigspr.** Zur symptomatischen Behandlung akuter Attacken eines diagnostisch gesicherten hereditären Angioödems (HAE) bei Erwachsenen mit C1-Esterase-Inhibitor-Mangel. Diagnosestellung, Erstverordnung, Überwachung und regelmäßige Kontrollen durch ÄrztInnen mit Erfahrung in der Behandlung des hereditären Angioödems. Bei der Erstverordnung ist ein entsprechender Nachweis über die PatientInnen-Einschulung zu erbringen.		1 St *3 ml*	327,95
IND	**Icatibant "Hikma" 30 mg Inj.lsg. Fertigspr.** Zur symptomatischen Behandlung akuter Attacken eines diagnostisch gesicherten hereditären Angioödems (HAE) bei Erwachsenen mit C1-Esterase-Inhibitor-Mangel. Diagnosestellung, Erstverordnung, Überwachung und regelmäßige Kontrollen durch ÄrztInnen mit Erfahrung in der Behandlung des hereditären Angioödems. Bei der Erstverordnung ist ein entsprechender Nachweis über die PatientInnen-Einschulung zu erbringen.		1 St *3 ml*	327,95
IND	**Icatibant "ratiopharm" 30 mg Inj.lsg. Fertigspr.** Zur symptomatischen Behandlung akuter Attacken eines diagnostisch gesicherten hereditären Angioödems (HAE) bei Erwachsenen mit C1-Esterase-Inhibitor-Mangel. Diagnosestellung, Erstverordnung, Überwachung und regelmäßige Kontrollen durch ÄrztInnen mit Erfahrung in der Behandlung des hereditären Angioödems. Bei der Erstverordnung ist ein entsprechender Nachweis über die PatientInnen-Einschulung zu erbringen.		1 St *3 ml*	327,95

C KARDIOVASKULÄRES SYSTEM
C01 HERZTHERAPIE
C01A HERZGLYKOSIDE
C01AA Digitalisglykoside
C01AA08 Metildigoxin

Metildigoxin 0,0001				
	Lanitop 0,1 mg Tabl.		30 St(2) 100 St	2,35 6,55

C01B ANTIARRHYTHMIKA, KLASSE I UND III
C01BC Antiarrhythmika, Klasse Ic
C01BC03 Propafenon

Propafenon 0,15				
	Rytmonorma 150 mg Filmtabl.		20 St(2) 50 St(2)	3,45 7,95
Propafenon 0,3				
	Rytmonorma 300 mg Filmtabl.		20 St(2) 50 St	6,00 14,40

C01BC04 Flecainid

Flecainid 0,1				
	Aristocor 100 mg Tabl.	T2 T2	20 St(2) 50 St	12,15 25,25

	Bezeichnung	T	OP	KVP in €

C01BD Antiarrhythmika, Klasse III
C01BD01 Amiodaron

Amiodaron 0,2

	Amiodaron "Arcana" 200 mg Tabl.	T2	30 St	12,25
		T2	60 St	23,70
	Sedacoron 200 mg Tabl.	T2	50 St	28,75

C01BD07 Dronedaron

Dronedaron 0,4

IND	**Dronedaron "Aristo" 400 mg Filmtabl.** Erstverordnung und regelmäßige Kontrolle durch InternistInnen		20 St 60 St	9,70 27,55
IND	**Multaq 400 mg Filmtabl.** Erstverordnung und regelmäßige Kontrolle durch InternistInnen		20 St 60 St	10,55 29,90

C01C KARDIOSTIMULANZIEN, EXKL. HERZGLYKOSIDE
C01CA Adrenerge und dopaminerge Mittel
C01CA01 Etilefrin

Etilefrin 0,0075/ml

	Effortil 7,5 mg/ml Tropf.		15 ml (2) *1 ml = 15 Tr.* 50 ml *1 ml = 15 Tr.*	7,05 16,50

C01D BEI HERZERKRANKUNGEN EINGESETZTE VASODILATATOREN
C01DA Organische Nitrate
C01DA02 Glyceroltrinitrat

Glyceroltrinitrat 0,0004/Hb

	Nitrolingual 0,4 mg Pumpspray		13,2 g (2) *200 Hb*	10,00

C01DA14 Isosorbidmononitrat

Isosorbidmononitrat 0,02

	ISMN "Genericon" 20 mg Tabl.	T2	20 St (2)	3,00
		T2	60 St	7,10
	Isomonat 20 mg Tabl.		20 St (2)	3,05
			60 St	7,80

Isosorbidmononitrat 0,04

	ISMN "Genericon" 40 mg Tabl.	T2	20 St (2)	6,00
		T2	60 St	14,95
	Isomonat retard 40 mg Retardtabl.		30 St (2)	6,20

Isosorbidmononitrat 0,05

	Monoket retard 50 mg Kaps.		30 St (2)	10,00

C01DX Andere bei Herzerkrankungen eingesetzte Vasodilatatoren
C01DX12 Molsidomin

Molsidomin 0,004

	Molsidolat 4 mg Tabl.	T2	20 St (2)	3,90
		T2	50 St	8,50

C01DX16 Nicorandil

Nicorandil 0,01

	Nicolan 10 mg Tabl.	T2	30 St	4,25
		T2	60 St	7,40
	Nicorandil "Rivopharm" 10 mg Tabl.	T2	30 St	3,10
		T2	60 St (3)	6,15

Bezeichnung	T	OP	KVP in €
Nicorandil 0,02			
Nicolan 20 mg Tabl.	T2	30 St	6,20
	T2	60 St	7,40
Nicorandil "Rivopharm" 20 mg Tabl.	T2	30 St	5,15
	T2	60 St(3)	7,40

C01E ANDERE HERZMITTEL
C01EB Andere Herzmittel
C01EB15 Trimetazidin

Trimetazidin 0,035			
Vastarel 35 mg Filmtabl. mit veränderter Wirkstofffreisetzung		30 St	5,35
		60 St	10,40

C01EB17 Ivabradin

Ivabradin 0,005			
Ivabradin "Aristo" 5 mg Filmtabl.	T2	28 St	6,85
	T2	56 St(3)	13,05
Ivabradin "Genericon" 5 mg Filmtabl.	T2	28 St	6,90
	T2	56 St(3)	13,30
Ivabradin "HCS" 5 mg Filmtabl.	T2	28 St	6,95
	T2	56 St(3)	13,55
Ivabradin "ratiopharm" 5 mg Filmtabl.	T2	30 St	7,35
	T2	60 St(3)	14,25
Ivacorlan 5 mg Filmtabl.	T2	30 St	7,30
	T2	60 St(3)	14,20
Ivabradin 0,0075			
Ivabradin "Aristo" 7,5 mg Filmtabl.		28 St	6,85
		56 St(3)	13,05
Ivabradin "Genericon" 7,5 mg Filmtabl.		28 St	6,90
		56 St(3)	13,30
Ivabradin "HCS" 7,5 mg Filmtabl.		28 St	6,95
		56 St(3)	13,55
Ivabradin "ratiopharm" 7,5 mg Filmtabl.		30 St	7,35
		60 St(3)	14,25
Ivacorlan 7,5 mg Filmtabl.		30 St	7,30
		60 St(3)	14,20

C01EB18 Ranolazin

Ranolazin 0,375			
Ranogelan 375 mg Retardtabl.		30 St	9,60
		60 St(3)	18,45
Ranolazin "Genericon" 375 mg Retardtabl.		30 St	9,60
		60 St(3)	18,45
Ranolazin "ratiopharm" 375 mg Retardtabl.		30 St	8,05
		60 St(3)	15,40
Ranolazin 0,5			
Ranogelan 500 mg Retardtabl.		30 St	9,60
		60 St(3)	18,45
Ranolazin "Genericon" 500 mg Retardtabl.		30 St	9,60
		60 St(3)	18,45
Ranolazin "ratiopharm" 500 mg Retardtabl.		30 St	8,05
		60 St(3)	15,40
Ranolazin 0,75			
Ranogelan 750 mg Retardtabl.		30 St	9,60
		60 St(3)	18,45
Ranolazin "Genericon" 750 mg Retardtabl.		30 St	9,60
		60 St(3)	18,45

Bezeichnung	T	OP	KVP in €
Ranolazin "ratiopharm" 750 mg Retardtabl.		30 St	8,05
		60 St(3)	15,40

C02 ANTIHYPERTONIKA
C02A ANTIADRENERGE MITTEL, ZENTRAL WIRKEND
C02AB Methyldopa
C02AB01 Methyldopa (linksdrehend)

Methyldopa (linksdrehend) 0,5

Aldometil 500 mg Filmtabl.		30 St(2)	7,95
		100 St	21,60

C02AC Imidazolin-Rezeptor-Agonisten
C02AC01 Clonidin

Clonidin 0,00015

Catapresan 0,15 mg/ml Amp.		5 St(2)	10,05

Clonidin 0,00015

Catapresan 0,15 mg Tabl.	T2	30 St(2)	6,45
	T2	100 St	17,35

C02AC05 Moxonidin

Moxonidin 0,0002

Moxonibene 0,2 mg Filmtabl.		30 St(2)	6,20
Moxonidin "Stada" 0,2 mg Filmtabl.		30 St(2)	4,80

Moxonidin 0,0004

Moxonibene 0,4 mg Filmtabl.		30 St(2)	7,35
Moxonidin "Stada" 0,4 mg Filmtabl.		30 St(2)	6,15

C02AC06 Rilmenidin

Rilmenidin 0,001

Iterium 1 mg Tabl.		30 St(2)	6,85
Rilmenidin "ratiopharm" 1 mg Tabl.		10 St	2,30
		30 St(2)	6,85
Rilmenidin "Zentiva" 1 mg Tabl.		15 St	2,85
		30 St(3)	5,65

C02C ANTIADRENERGE MITTEL, PERIPHER WIRKEND
C02CA Alpha-Adrenorezeptor-Antagonisten

Terazosin 0,001

Vicard 1 mg Tabl.		28 St	4,60

Terazosin 0,002

Vicard 2 mg Tabl.		28 St(2)	7,45

Terazosin 0,005

Vicard 5 mg Tabl.		28 St(2)	9,05

C02CA04 Doxazosin

Doxazosin 0,002

Ascalan 2 mg Tabl.	T2	10 St(2)	3,10
	T2	28 St	8,00
Doxazosin "1A Pharma" 2 mg Tabl.	T2	10 St(2)	3,05
	T2	30 St	8,60
Doxazosin "Genericon" 2 mg Tabl.	T2	10 St(2)	3,10
	T2	30 St	8,60

Bezeichnung	T	OP	KVP in €
Doxazosin "Hexal" 2 mg Tabl.	T2	10 St(2)	3,05
	T2	30 St	8,60
Doxazosin "ratiopharm" 2 mg Tabl.	T2	10 St(2)	3,10
	T2	30 St	8,60
Doxazosin "Stada" 2 mg Tabl.	T2	10 St(2)	2,40
	T2	30 St(3)	7,15
Supressin 2 mg Tabl.	T2	10 St(2)	3,10
	T2	28 St	8,00
Doxazosin 0,004			
Ascalan 4 mg Tabl.	T2	28 St(2)	9,80
Doxazosin "1A Pharma" 4 mg Tabl.	T2	30 St(2)	10,50
Doxazosin "Actavis" 4 mg Retardtabl.		30 St(2)	9,70
Doxazosin "Arcana" 4 mg Tabl.	T2	28 St(2)	9,00
Doxazosin "Genericon" 4 mg Tabl.	T2	30 St(2)	10,55
Doxazosin "Hexal" 4 mg Tabl.	T2	30 St(2)	10,50
Doxazosin "ratiopharm" 4 mg Tabl.	T2	30 St(2)	9,85
Doxazosin "Stada" 4 mg Tabl.	T2	30 St(3)	9,60
Supressin 4 mg Tabl.	T2	28 St(2)	10,05
Doxazosin 0,008			
Ascalan 8 mg Tabl.	T4	28 St(2)	10,50
Doxazosin "Genericon" 8 mg Tabl.	T4	30 St(2)	11,25

C02CA06 Urapidil

Urapidil 0,03			
Ebrantil retard 30 mg Kaps.		30 St(2)	4,20
Uragelan 30 mg Hartkaps., retardiert		30 St	4,15
		60 St(3)	8,40
Urapidil "Bluefish" 30 mg Hartkaps., retardiert		30 St	4,10
		60 St(3)	8,35
Urapidil 0,06			
Ebrantil retard 60 mg Kaps.		30 St(2)	7,00
Uragelan 60 mg Hartkaps., retardiert		30 St	6,95
		60 St(3)	13,65
Urapidil "Bluefish" 60 mg Hartkaps., retardiert		30 St	6,90
		60 St(3)	13,60
Urapidil 0,09			
Uragelan 90 mg Hartkaps., retardiert		30 St	10,85
		60 St(3)	21,00

C03 DIURETIKA
C03A LOW-CEILING-DIURETIKA, THIAZIDE
C03AA Thiazide, rein
C03AA03 Hydrochlorothiazid

Hydrochlorothiazid 0,05			
HCT "G.L." 50 mg Tabl.	T4	10 St(2)	2,65
	T4	30 St(2)	6,60

C03B LOW-CEILING-DIURETIKA, EXKL. THIAZIDE
C03BA Sulfonamide, rein
C03BA11 Indapamid

Indapamid 0,0015			
Indapamid "+pharma" retard 1,5 mg Filmtabl.		10 St(2)	1,50
		30 St(2)	3,45
Indapamid "Actavis" 1,5 mg Retardtabl.		10 St(2)	1,50
		30 St(2)	3,55

Bezeichnung	T	OP	KVP in €
Indapamid "ratiopharm" 1,5 mg Retardtabl.		10 St(2)	1,50
		30 St(2)	3,50
Indapamid "Stada" 1,5 mg Retardtabl.		10 St(2)	1,50
		30 St(2)	3,45

C03C HIGH-CEILING-DIURETIKA
C03CA Sulfonamide, rein
C03CA01 Furosemid

Furosemid 0,01/ml

Furon 20 mg Amp.		5 St(2) *2 ml*	2,85
Furon 40 mg Amp.		5 St(2) *4 ml*	4,90

Furosemid 0,04

Furohexal 40 mg Tabl.	T2	20 St(2)	1,25
	T2	50 St	3,90
Furon 40 mg Tabl.	T2	20 St(2)	1,65
	T2	50 St	4,00
Furosemid "1A Pharma" 40 mg Tabl.	T2	20 St(2)	1,25
	T2	50 St	3,90
Furosemid "Genericon" 40 mg Tabl.	T2	20 St(2)	1,50
	T2	50 St	4,00
Furostad 40 mg Tabl.	T2	20 St(2)	1,25
	T2	50 St	3,85
Lasix 40 mg Tabl.	T2	20 St(2)	1,65
	T2	50 St	4,10

Furosemid 0,06

Lasix retard 60 mg Kaps.		20 St(2)	5,10

Furosemid 0,08

Furohexal 80 mg Tabl.	T2	30 St(2)	4,10

Furosemid 0,5

Furohexal 500 mg Tabl.	T4	20 St(2)	18,20
Furon 500 mg Tabl.	T4	20 St(2)	18,20

C03CA04 Torasemid

Torasemid 0,0025

Torasemid "Hexal" 2,5 mg Tabl.		10 St(2)	1,05
		30 St(2)	3,15

Torasemid 0,005

Torasemid "Hexal" 5 mg Tabl.	T2	10 St(2)	1,25
	T2	30 St(2)	3,10

Torasemid 0,01

Torasemid "Hexal" 10 mg Tabl.	T2	30 St(2)	6,20

Torasemid 0,02

Torasemid "Hexal" 20 mg Tabl.	T4	30 St(2)	8,75

C03D ALDOSTERON-ANTAGONISTEN UND ANDERE KALIUM SPARENDE MITTEL
C03DA Aldosteron-Antagonisten
C03DA01 Spironolacton

Spironolacton 0,05

Aldactone 50 mg überzogene Tabl.		20 St(2)	8,95
		50 St	19,80

	Bezeichnung	T	OP	KVP in €
	Spirobene 50 mg Tabl.	T2	20 St(2)	8,15
		T2	50 St	18,35
	Spirono "Genericon" 50 mg Tabl.	T2	20 St(2)	8,15
		T2	50 St	18,35

Spironolacton 0,1

	Aldactone 100 mg Hartkaps.		20 St(2)	9,15
			50 St	21,60
	Spirobene 100 mg Tabl.	T4	20 St(2)	9,15
		T4	50 St	21,60
	Spirohexal 100 mg Tabl.	T2	20 St(2)	9,15
		T2	50 St	21,55
	Spironolacton "Agepha" Tabl.	T2	20 St(2)	8,75
		T2	50 St	20,60

C03DA04 Eplerenon

Eplerenon 0,025

IND	**Eplerenon "+pharma" 25 mg Filmtabl.** Herzinsuffizienz mit linksventrikulärer Dysfunktion, wenn Spironolacton aufgrund endokriner Nebenwirkungen (Hirsutismus, Gynäkomastie) nachweislich nicht vertragen wurde		20 St 30 St(3)	16,50 24,35
IND	**Eplerenon "Actavis" 25 mg Filmtabl.** Herzinsuffizienz mit linksventrikulärer Dysfunktion, wenn Spironolacton aufgrund endokriner Nebenwirkungen (Hirsutismus, Gynäkomastie) nachweislich nicht vertragen wurde		10 St 30 St	9,40 26,55
IND	**Eplerenon "Bluefish" 25 mg Filmtabl.** Herzinsuffizienz mit linksventrikulärer Dysfunktion, wenn Spironolacton aufgrund endokriner Nebenwirkungen (Hirsutismus, Gynäkomastie) nachweislich nicht vertragen wurde		20 St 30 St(3)	11,45 16,90
IND	**Eplerenon "Genericon" 25 mg Filmtabl.** Herzinsuffizienz mit linksventrikulärer Dysfunktion, wenn Spironolacton aufgrund endokriner Nebenwirkungen (Hirsutismus, Gynäkomastie) nachweislich nicht vertragen wurde		20 St 30 St	18,00 26,05
IND	**Eplerenon "HCS" 25 mg Filmtabl.** Herzinsuffizienz mit linksventrikulärer Dysfunktion, wenn Spironolacton aufgrund endokriner Nebenwirkungen (Hirsutismus, Gynäkomastie) nachweislich nicht vertragen wurde		10 St 30 St(3)	8,80 24,90
IND	**Eplerenon "ratiopharm GmbH" 25 mg Filmtabl.** Herzinsuffizienz mit linksventrikulärer Dysfunktion, wenn Spironolacton aufgrund endokriner Nebenwirkungen (Hirsutismus, Gynäkomastie) nachweislich nicht vertragen wurde		10 St 30 St	8,95 26,00
IND	**Eplezot 25 mg Filmtabl.** Herzinsuffizienz mit linksventrikulärer Dysfunktion, wenn Spironolacton aufgrund endokriner Nebenwirkungen (Hirsutismus, Gynäkomastie) nachweislich nicht vertragen wurde		10 St 30 St	8,75 24,85
IND	**Inspra 25 mg Filmtabl.** Herzinsuffizienz mit linksventrikulärer Dysfunktion, wenn Spironolacton aufgrund endokriner Nebenwirkungen (Hirsutismus, Gynäkomastie) nachweislich nicht vertragen wurde		10 St 30 St	9,40 26,55

Eplerenon 0,05

IND	**Eplerenon "+pharma" 50 mg Filmtabl.** Herzinsuffizienz mit linksventrikulärer Dysfunktion, wenn Spironolacton aufgrund endokriner Nebenwirkungen (Hirsutismus, Gynäkomastie) nachweislich nicht vertragen wurde		20 St 30 St(3)	16,50 24,35
IND	**Eplerenon "Actavis" 50 mg Filmtabl.** Herzinsuffizienz mit linksventrikulärer Dysfunktion, wenn Spironolacton aufgrund endokriner Nebenwirkungen (Hirsutismus, Gynäkomastie) nachweislich nicht vertragen wurde		10 St 30 St	9,40 26,55
IND	**Eplerenon "Bluefish" 50 mg Filmtabl.** Herzinsuffizienz mit linksventrikulärer Dysfunktion, wenn Spironolacton aufgrund endokriner Nebenwirkungen (Hirsutismus, Gynäkomastie) nachweislich nicht vertragen wurde		20 St 30 St(3)	13,70 19,95
IND	**Eplerenon "Genericon" 50 mg Filmtabl.** Herzinsuffizienz mit linksventrikulärer Dysfunktion, wenn Spironolacton aufgrund endokriner Nebenwirkungen (Hirsutismus, Gynäkomastie) nachweislich nicht vertragen wurde		20 St 30 St	18,00 26,05

	Bezeichnung	T	OP	KVP in €
IND	**Eplerenon "HCS" 50 mg Filmtabl.** Herzinsuffizienz mit linksventrikulärer Dysfunktion, wenn Spironolacton aufgrund endokriner Nebenwirkungen (Hirsutismus, Gynäkomastie) nachweislich nicht vertragen wurde		10 St 30 St(3)	8,80 24,90
IND	**Eplerenon "ratiopharm GmbH" 50 mg Filmtabl.** Herzinsuffizienz mit linksventrikulärer Dysfunktion, wenn Spironolacton aufgrund endokriner Nebenwirkungen (Hirsutismus, Gynäkomastie) nachweislich nicht vertragen wurde		10 St 30 St	8,95 26,00
IND	**Eplezot 50 mg Filmtabl.** Herzinsuffizienz mit linksventrikulärer Dysfunktion, wenn Spironolacton aufgrund endokriner Nebenwirkungen (Hirsutismus, Gynäkomastie) nachweislich nicht vertragen wurde		10 St 30 St	8,75 24,85
IND	**Inspra 50 mg Filmtabl.** Herzinsuffizienz mit linksventrikulärer Dysfunktion, wenn Spironolacton aufgrund endokriner Nebenwirkungen (Hirsutismus, Gynäkomastie) nachweislich nicht vertragen wurde		10 St 30 St	9,40 26,55

C03E DIURETIKA UND KALIUM SPARENDE MITTEL IN KOMBINATION
C03EA Low-ceiling-Diuretika und Kalium sparende Mittel
C03EA01 Hydrochlorothiazid und Kalium sparende Mittel

Hydrochlorothiazid 0,025, Triamteren 0,05

	Dytide H Tabl.	T2 T2	20 St(2) 50 St	3,10 6,55

C03EA14 Butizid und Kalium sparende Mittel

Butizid 0,01, Spironolacton 0,1

	Aldactone-Saltucin forte Hartkaps.		20 St(2)	21,30

C03EB High-ceiling-Diuretika und Kalium sparende Diuretika
C03EB01 Furosemid und Kalium sparende Mittel

Furosemid 0,02, Spironolacton 0,05

	Furo-Spirobene Filmtabl.		20 St(2) 50 St	8,00 17,30
	Lasilacton 20 mg/50 mg Kaps.		50 St	18,70
	Spirono "Genericon" comp. Tabl.	T2 T2	20 St(2) 50 St	8,00 17,30

Furosemid 0,02, Spironolacton 0,1

	Furo-Spirobene forte Filmtabl.	T4	20 St(2)	8,65
	Lasilacton 20 mg/100 mg Kaps.		20 St(2)	8,65
	Spirono "Genericon" comp. forte Tabl.	T2	20 St(2)	8,65

C03X Andere Diuretika
C03XA Vasopressin-Antagonisten
C03XA01 Tolvaptan

Tolvaptan 0,0075

IND	**Samsca 7,5 mg Tabl.** Zur Behandlung von Hyponatriämie als sekundäre Folge des Syndroms der inadäquaten Sekretion des antidiuretischen Hormons (SIADH), wenn andere Maßnahmen nicht ausreichend sind. Die Tolvaptan-Behandlung muss unter stationärer Überwachung begonnen worden sein. Regelmäßige Kontrollen durch InternistInnen.		10 St	133,95

	Bezeichnung	T	OP	KVP in €
Tolvaptan 0,015				
IND	**Jinarc 15 mg Tabl.** Bei Erwachsenen mit autosomal-dominanter polyzystischer Nierenerkrankung (ADPKD) mit eGFR größer/gleich 25 ml/min/1,73 m2 mit Anzeichen für rasch fortschreitende Erkrankung gemäß aktuellem ERA (European Renal Association)-Konsensusstatement. Einhalten der Sicherheitsvorschriften laut Fachinformation. Diagnosestellung, Erstverordnung und regelmäßige Kontrollen durch NephrologInnen mit Erfahrung in der Behandlung von ADPKD. Die Behandlung mit Tolvaptan ist zu beenden, wenn eGFR kleiner/gleich 15 ml/min/1,73 m2 ist.		28 St	315,55
IND	**Samsca 15 mg Tabl.** Zur Behandlung von Hyponatriämie als sekundäre Folge des Syndroms der inadäquaten Sekretion des antidiuretischen Hormons (SIADH), wenn andere Maßnahmen nicht ausreichend sind. Die Tolvaptan-Behandlung muss unter stationärer Überwachung begonnen worden sein. Regelmäßige Kontrollen durch InternistInnen.		10 St 30 St	291,10 676,85
IND	**Tolvaptan "ratiopharm" SIADH 15 mg Tabl.** Zur Behandlung von Hyponatriämie als sekundäre Folge des Syndroms der inadäquaten Sekretion des antidiuretischen Hormons (SIADH), wenn andere Maßnahmen nicht ausreichend sind. Die Tolvaptan-Behandlung muss unter stationärer Überwachung begonnen worden sein. Regelmäßige Kontrollen durch InternistInnen.	T2 T2	10 St 30 St	290,25 676,75
Tolvaptan 0,015 (28 Tabl.); Tolvaptan 0,045 (28 Tabl.)				
IND	**Jinarc 15 mg + 45 mg Tabl.** Bei Erwachsenen mit autosomal-dominanter polyzystischer Nierenerkrankung (ADPKD) mit eGFR größer/gleich 25 ml/min/1,73 m2 mit Anzeichen für rasch fortschreitende Erkrankung gemäß aktuellem ERA (European Renal Association)-Konsensusstatement. Einhalten der Sicherheitsvorschriften laut Fachinformation. Diagnosestellung, Erstverordnung und regelmäßige Kontrollen durch NephrologInnen mit Erfahrung in der Behandlung von ADPKD. Die Behandlung mit Tolvaptan ist zu beenden, wenn eGFR kleiner/gleich 15 ml/min/1,73 m2 ist.		56 St	602,80
IND	**Tolvaptan "ratiopharm" 15 mg + 45 mg Tabl.** Bei Erwachsenen mit autosomal-dominanter polyzystischer Nierenerkrankung (ADPKD) mit eGFR größer/gleich 25 ml/min/1,73 m2 mit Anzeichen für rasch fortschreitende Erkrankung gemäß aktuellem ERA (European Renal Association)-Konsensusstatement. Einhalten der Sicherheitsvorschriften laut Fachinformation. Diagnosestellung, Erstverordnung und regelmäßige Kontrollen durch NephrologInnen mit Erfahrung in der Behandlung von ADPKD. Die Behandlung mit Tolvaptan ist zu beenden, wenn eGFR kleiner/gleich 15 ml/min/1,73 m2 ist.		56 St	602,65
Tolvaptan 0,03				
IND	**Jinarc 30 mg Tabl.** Bei Erwachsenen mit autosomal-dominanter polyzystischer Nierenerkrankung (ADPKD) mit eGFR größer/gleich 25 ml/min/1,73 m2 mit Anzeichen für rasch fortschreitende Erkrankung gemäß aktuellem ERA (European Renal Association)-Konsensusstatement. Einhalten der Sicherheitsvorschriften laut Fachinformation. Diagnosestellung, Erstverordnung und regelmäßige Kontrollen durch NephrologInnen mit Erfahrung in der Behandlung von ADPKD. Die Behandlung mit Tolvaptan ist zu beenden, wenn eGFR kleiner/gleich 15 ml/min/1,73 m2 ist.		28 St	315,55
IND	**Samsca 30 mg Tabl.** Zur Behandlung von Hyponatriämie als sekundäre Folge des Syndroms der inadäquaten Sekretion des antidiuretischen Hormons (SIADH), wenn andere Maßnahmen nicht ausreichend sind. Die Tolvaptan-Behandlung muss unter stationärer Überwachung begonnen worden sein. Regelmäßige Kontrollen durch InternistInnen.		10 St	316,60
IND	**Tolvaptan "ratiopharm" SIADH 30 mg Tabl.** Zur Behandlung von Hyponatriämie als sekundäre Folge des Syndroms der inadäquaten Sekretion des antidiuretischen Hormons (SIADH), wenn andere Maßnahmen nicht ausreichend sind. Die Tolvaptan-Behandlung muss unter stationärer Überwachung begonnen worden sein. Regelmäßige Kontrollen durch InternistInnen.		10 St	316,50

	Bezeichnung	T	OP	KVP in €
Tolvaptan 0,03 (28 Tabl.); Tolvaptan 0,06 (28 Tabl.)				
IND	**Jinarc 30 mg + 60 mg Tabl.** Bei Erwachsenen mit autosomal-dominanter polyzystischer Nierenerkrankung (ADPKD) mit eGFR größer/gleich 25 ml/min/1,73 m2 mit Anzeichen für rasch fortschreitende Erkrankung gemäß aktuellem ERA (European Renal Association)-Konsensusstatement. Einhalten der Sicherheitsvorschriften laut Fachinformation. Diagnosestellung, Erstverordnung und regelmäßige Kontrollen durch NephrologInnen mit Erfahrung in der Behandlung von ADPKD. Die Behandlung mit Tolvaptan ist zu beenden, wenn eGFR kleiner/gleich 15 ml/min/1,73 m2 ist.		56 St	602,80
IND	**Tolvaptan "ratiopharm" 30 mg + 60 mg Tabl.** Bei Erwachsenen mit autosomal-dominanter polyzystischer Nierenerkrankung (ADPKD) mit eGFR größer/gleich 25 ml/min/1,73 m2 mit Anzeichen für rasch fortschreitende Erkrankung gemäß aktuellem ERA (European Renal Association)-Konsensusstatement. Einhalten der Sicherheitsvorschriften laut Fachinformation. Diagnosestellung, Erstverordnung und regelmäßige Kontrollen durch NephrologInnen mit Erfahrung in der Behandlung von ADPKD. Die Behandlung mit Tolvaptan ist zu beenden, wenn eGFR kleiner/gleich 15 ml/min/1,73 m2 ist.		56 St	602,65
Tolvaptan 0,03 (28 Tabl.); Tolvaptan 0,09 (28 Tabl.)				
IND	**Jinarc 30 mg + 90 mg Tabl.** Bei Erwachsenen mit autosomal-dominanter polyzystischer Nierenerkrankung (ADPKD) mit eGFR größer/gleich 25 ml/min/1,73 m2 mit Anzeichen für rasch fortschreitende Erkrankung gemäß aktuellem ERA (European Renal Association)-Konsensusstatement. Einhalten der Sicherheitsvorschriften laut Fachinformation. Diagnosestellung, Erstverordnung und regelmäßige Kontrollen durch NephrologInnen mit Erfahrung in der Behandlung von ADPKD. Die Behandlung mit Tolvaptan ist zu beenden, wenn eGFR kleiner/gleich 15 ml/min/1,73 m2 ist.		56 St	602,80
IND	**Tolvaptan "ratiopharm" 30 mg + 90 mg Tabl.** Bei Erwachsenen mit autosomal-dominanter polyzystischer Nierenerkrankung (ADPKD) mit eGFR größer/gleich 25 ml/min/1,73 m2 mit Anzeichen für rasch fortschreitende Erkrankung gemäß aktuellem ERA (European Renal Association)-Konsensusstatement. Einhalten der Sicherheitsvorschriften laut Fachinformation. Diagnosestellung, Erstverordnung und regelmäßige Kontrollen durch NephrologInnen mit Erfahrung in der Behandlung von ADPKD. Die Behandlung mit Tolvaptan ist zu beenden, wenn eGFR kleiner/gleich 15 ml/min/1,73 m2 ist.		56 St	602,65

C04 PERIPHERE VASODILATATOREN
C04A PERIPHERE VASODILATATOREN
C04AD Purin-Derivate
C04AD03 Pentoxifyllin

Pentoxifyllin 0,4				
	Pentomer retard 400 mg Filmtabl.	T2 T2	20 St(2) 50 St	3,85 8,85
	Pentoxi "Genericon" retard 400 mg Filmtabl.		20 St(2) 50 St	3,85 8,80
	Trental 400 mg Filmtabl.		20 St(2) 50 St	4,15 9,55
	Vasonit retard 400 mg Filmtabl.	T2 T2	20 St(2) 50 St	3,85 8,80
Pentoxifyllin 0,6				
	Pentomer retard 600 mg Filmtabl.	T2 T2	20 St(2) 50 St	4,90 10,30
	Pentoxi "Genericon" retard 600 mg Filmtabl.		20 St(2) 50 St	4,60 9,60
	Vasonit retard 600 mg Filmtabl.	T2 T2	20 St(2) 50 St	4,60 9,60

Bezeichnung	T	OP	KVP in €

C04AE Mutterkorn-Alkaloide
C04AE02 Nicergolin

Nicergolin 0,03

Ergotop 30 mg Filmtabl.		28 St(2)	11,20
Sermion 30 mg Filmtabl.		30 St(2)	12,05

C05 VASOPROTEKTOREN
C05A MITTEL ZUR BEHANDLUNG VON HÄMORRHOIDEN UND ANALFISSUREN ZUR TOPISCHEN ANWENDUNG
C05AA Corticosteroide
C05AA04 Prednisolon

Prednisolon 0,0013

Scheriproct Supp.		6 St(2)	4,55

Prednisolon 0,0019/g

Scheriproct Salbe		30 g	8,75

C05B ANTIVARIKOSA
C05BA Heparine oder Heparinoide zur topischen Anwendung
C05BA01 Heparinoide

Heparinoide entspr. 250 IE Heparin/g

Hirudoid Gel		40 g(2)	4,30
Hirudoid Salbe		40 g(2)	4,30

C05BA53 Heparin, Kombinationen

Heparin 300 IE, Dexpanthenol 0,05/g

Venobene Salbe		40 g(2)	3,05

C05C KAPILLARSTABILISIERENDE MITTEL
C05CA Bioflavonoide
C05CA01 Rutoside

Oxerutin 0,5

Venoruton 500 mg Tabl.		30 St(2)	6,30

Oxerutin 1,0

Venoruton 1000 mg Plv. zur Herst. einer Lsg. zum Einnehmen		16 St(2)	6,30

C05CA53 Diosmin, Kombinationen

Flavonoidfraktion 0,5

Dioscomb 500 mg Filmtabl.		30 St(2)	3,95

C05CX Andere kapillarstabilisierende Mittel

Aescin 0,02

Reparil 20 mg Drag.		60 St	4,40

Aescin 0,05

Venosin retard 50 mg Kaps.		20 St(2) 60 St	3,55 8,30

Bezeichnung	T	OP	KVP in €

C07 BETA-ADRENOREZEPTOR-ANTAGONISTEN
C07A BETA-ADRENOREZEPTOR-ANTAGONISTEN
C07AA Beta-Adrenorezeptor-Antagonisten, nichtselektiv
C07AA05 Propranolol

Propranolol 0,01

Inderal 10 mg Filmtabl.		20 St(2)	1,25
		50 St(2)	2,60

Propranolol 0,04

Inderal 40 mg Filmtabl.		20 St(2)	3,50
		50 St(2)	5,80

C07AA07 Sotalol

Sotalol 0,08

Sotahexal 80 mg Tabl.	T2	20 St(2)	2,60
	T2	50 St	6,10
Sotastad 80 mg Tabl.	T2	20 St(2)	2,55
	T2	50 St	6,05

Sotalol 0,16

Sotahexal 160 mg Tabl.	T2	20 St(2)	4,70
	T2	50 St	7,25

C07AB Beta-Adrenorezeptor-Antagonisten, selektiv
C07AB02 Metoprolol

Metoprolol 0,0475

Metohexal retard 47,5 mg Filmtabl.	T2	10 St(2)	0,90
Metoprololsuccinat 0,0475 entspr. Metoprololtartrat 0,05	T2	30 St(2)	2,20
Metoprololsuccinat "Stada" 47,5 mg Retardtabl.	T2	10 St(2)	0,60
Metoprololsuccinat 0,0475 entspr. Metoprololtartrat 0,05	T2	30 St(2)	1,50

Metoprolol 0,05

Beloc 50 mg Tabl.	T2	20 St(2)	2,30
	T2	50 St	5,20
Metoprolol "Genericon" 50 mg Tabl.	T2	20 St(2)	1,95
	T2	50 St	4,70
Metoprolol "ratiopharm" 50 mg Tabl.	T2	20 St(2)	2,10
	T2	50 St	4,70
Metoprolol "Stada" 50 mg Tabl.	T2	20 St(2)	1,85
	T2	50 St	4,65

Metoprolol 0,095

Metohexal retard 95 mg Filmtabl.	T2	10 St(2)	1,50
Metoprololsuccinat 0,095 entspr. Metoprololtartrat 0,1	T2	30 St(2)	3,70
Metoprololsuccinat "Stada" 95 mg Retardtabl.	T2	10 St(2)	1,00
Metoprololsuccinat 0,095 entspr. Metoprololtartrat 0,1	T2	30 St	2,50

Metoprolol 0,1

Beloc 100 mg Tabl.	T2	20 St(2)	4,00
	T2	50 St	9,40
Metoprolol "Genericon" 100 mg Tabl.	T2	20 St(2)	3,50
	T2	50 St	8,55
Metoprolol "ratiopharm" 100 mg Tabl.	T2	20 St(2)	3,65
	T2	50 St	8,55
Metoprolol "Stada" 100 mg Tabl.	T2	20 St(2)	3,40
	T2	50 St	8,50

Bezeichnung	T	OP	KVP in €
C07AB03 Atenolol			
Atenolol 0,025			
Tenormin 25 mg Filmtabl.	T2	20 St(2)	3,25
	T2	50 St	7,20
Atenolol 0,05			
Atenolol "1A Pharma" 50 mg Filmtabl.	T2	20 St(2)	3,40
	T2	50 St	8,25
Atenolol "Genericon" 50 mg Filmtabl.	T4	20 St(2)	3,60
	T4	50 St	8,35
Atenolol "Stada" 50 mg Tabl.	T2	20 St(2)	3,40
	T2	50 St	8,20
Tenormin 50 mg Filmtabl.	T2	20 St(2)	4,25
	T2	50 St	9,20
Atenolol 0,1			
Atenolol "1A Pharma" 100 mg Filmtabl.	T2	20 St(2)	6,15
	T2	50 St	9,60
Atenolol "Genericon" 100 mg Filmtabl.	T2	20 St(2)	6,20
	T2	50 St	9,60
Atenolol "Stada" 100 mg Tabl.	T2	20 St(2)	3,95
	T2	50 St	9,60
Tenormin 100 mg Filmtabl.	T2	20 St(2)	6,20
	T2	50 St	9,60
C07AB07 Bisoprolol			
Bisoprolol 0,00125			
Bisoprolol "Sandoz" 1,25 mg Filmtabl.		20 St	1,35
Concor Cor 1,25 mg Filmtabl.		20 St	1,15
Bisoprolol 0,0025			
Bisoprolol "Accord" 2,5 mg Filmtabl.	T2	20 St	1,15
	T2	30 St(2)	1,75
Bisoprolol "Sandoz" 2,5 mg Filmtabl.	T2	10 St	0,95
	T2	30 St(2)	2,75
Bisoprolol 0,00375			
Concor Cor 3,75 mg Filmtabl.	T2	30 St	4,90
Bisoprolol 0,005			
Bisocor 5 mg Tabl.	T2	20 St(2)	2,50
	T2	50 St	6,20
Bisoprolol "1A Pharma" 5 mg Filmtabl.	T4	20 St(2)	2,50
	T4	30 St	3,75
Bisoprolol "Accord" 5 mg Filmtabl.	T2	20 St(2)	1,95
	T2	30 St	2,90
Bisoprolol "Arcana" 5 mg Filmtabl.	T2	20 St(2)	2,50
	T2	50 St	6,20
Bisoprolol "ratiopharm" 5 mg Tabl.	T2	20 St(2)	2,50
	T2	30 St	3,75
Bisoprolol "Sandoz" 5 mg Filmtabl.	T4	20 St(2)	1,95
	T4	30 St	2,90
	T4	60 St	5,80
Bisostad 5 mg Filmtabl.	T2	20 St(2)	2,30
	T2	50 St	5,80
Concor 5 mg Filmtabl.	T2	20 St(2)	2,50
	T2	50 St	6,20
Concor Cor 5 mg Filmtabl.	T2	30 St	3,75
Rivacor 5 mg Filmtabl.		20 St(2)	2,50
		50 St	6,20

Bezeichnung	T	OP	KVP in €
Bisoprolol 0,0075			
Concor Cor 7,5 mg Filmtabl.	T2	30 St	6,20
Bisoprolol 0,01			
Bisocor 10 mg Tabl.	T2	20 St(2)	4,20
	T2	50 St	6,20
Bisoprolol "1A Pharma" 10 mg Filmtabl.	T4	20 St(2)	4,20
	T4	30 St	6,20
Bisoprolol "Accord" 10 mg Filmtabl.	T2	20 St(2)	3,25
	T2	30 St	4,85
Bisoprolol "Arcana" 10 mg Filmtabl.	T2	20 St(2)	4,20
	T2	50 St	6,20
Bisoprolol "ratiopharm" 10 mg Tabl.	T2	20 St(2)	4,20
	T2	30 St	6,20
Bisoprolol "Sandoz" 10 mg Filmtabl.	T4	20 St(2)	3,25
	T4	30 St	4,85
	T4	60 St	6,95
Bisostad 10 mg Filmtabl.	T2	20 St(2)	2,30
	T2	50 St	5,80
Concor 10 mg Filmtabl.	T2	20 St(2)	4,20
	T2	50 St	6,20
Concor Cor 10 mg Filmtabl.	T2	30 St	6,20
Rivacor 10 mg Filmtabl.		20 St(2)	4,20
		50 St	6,20

C07AB12 Nebivolol

Nebivolol 0,005

Nebilan 5 mg Tabl.	T4	10 St	1,50
	T4	30 St(2)	4,45
Nebivolol "+pharma" 5 mg Tabl.	T4	10 St	1,50
	T4	30 St(2)	4,45
Nebivolol "1A Pharma" 5 mg Tabl.	T4	14 St	2,05
	T4	30 St(2)	4,45
Nebivolol "Accord" 5 mg Tabl.	T4	14 St	1,50
	T4	28 St(3)	3,05
Nebivolol "Actavis" 5 mg Tabl.	T4	14 St	2,05
	T4	30 St(2)	4,40
Nebivolol "G.L." 5 mg Tabl.	T4	10 St	1,30
	T4	30 St(2)	3,85
Nebivolol "ratiopharm GmbH" 5 mg Tabl.	T4	10 St	1,15
	T4	30 St(3)	3,40
Nebivolol "Sandoz" 5 mg Tabl.	T4	14 St	2,05
	T4	30 St(2)	4,45
Nebivolol "Stada" 5 mg Tabl.	T4	10 St	1,45
	T4	30 St(2)	3,90
Nomexor 5 mg Tabl.	T4	28 St(2)	4,15

C07AG Alpha- und Beta-Adrenorezeptor-Antagonisten
C07AG02 Carvedilol

Carvedilol 0,00625

Carvedilol "1A Pharma" 6,25 mg Tabl.	T2	30 St	3,25
Carvedilol "Alternova" 6,25 mg Tabl.	T2	10 St(2)	1,35
	T2	30 St	4,10
Carvedilol "Genericon" 6,25 mg Filmtabl.	T2	10 St(2)	1,30
	T2	30 St	3,85
Carvedilol "Hexal" 6,25 mg Tabl.	T2	30 St	3,80
Carvedilol "ratiopharm" 6,25 mg Tabl.	T2	10 St(2)	1,10
	T2	30 St	3,30
Carvedilol "Sandoz" 6,25 mg Tabl.	T2	10 St(2)	1,25
	T2	30 St	3,45
Carvedilol "Stada" 6,25 mg Tabl.	T2	30 St	3,15
Dilatrend 6,25 mg Tabl.	T2	28 St	3,85

Bezeichnung	T	OP	KVP in €
Carvedilol 0,0125			
Carvedilol "+pharma" 12,5 mg Filmtabl.	T2	10 St(2)	2,10
Carvedilol "+pharma" 12,5 mg Filmtabl.	T2	30 St	5,80
Carvedilol "1A Pharma" 12,5 mg Tabl.	T2	30 St	5,80
Carvedilol "Alternova" 12,5 mg Tabl.	T2	10 St(2)	2,65
	T2	30 St	7,35
Carvedilol "Genericon" 12,5 mg Filmtabl.	T2	10 St(2)	2,65
	T2	30 St	7,35
Carvedilol "Hexal" 12,5 mg Tabl.	T2	30 St	7,35
Carvedilol "ratiopharm" 12,5 mg Tabl.	T2	10 St(2)	2,65
	T2	30 St	6,90
Carvedilol "Sandoz" 12,5 mg Tabl.	T2	10 St(2)	2,65
	T2	30 St	7,05
Carvedilol "Stada" 12,5 mg Tabl.	T2	30 St	6,10
Dilatrend 12,5 mg Tabl.	T2	28 St	6,85
Carvedilol 0,025			
Carvedilol "+pharma" 25 mg Filmtabl.	T2	10 St(2)	3,55
	T2	30 St(2)	10,00
Carvedilol "1A Pharma" 25 mg Tabl.	T2	30 St(2)	10,00
Carvedilol "Alternova" 25 mg Tabl.	T2	10 St(2)	4,10
	T2	30 St(2)	11,75
Carvedilol "Genericon" 25 mg Filmtabl.	T2	10 St(2)	3,85
	T2	30 St(2)	11,45
Carvedilol "Hexal" 25 mg Tabl.	T2	30 St(2)	11,65
Carvedilol "ratiopharm" 25 mg Tabl.	T2	10 St(2)	3,70
	T2	30 St(2)	10,95
Carvedilol "Sandoz" 25 mg Tabl.	T2	10 St(2)	3,80
	T2	30 St(2)	11,10
Carvedilol "Stada" 25 mg Tabl.	T2	30 St(2)	10,10
Dilatrend 25 mg Tabl.	T2	28 St(2)	12,30
Carvedilol 0,05			
Carvedilol "Hexal" 50 mg Tabl.	T2	30 St(2)	13,70

C07B BETA-ADRENOREZEPTOR-ANTAGONISTEN UND THIAZIDE

C07BB Beta-Adrenorezeptor-Antagonisten, selektiv, und Thiazide

C07BB07 Bisoprolol und Thiazide

Bisoprolol(fumarat) 0,005, Hydrochlorothiazid 0,0125			
Bisoprolol/HCT "Arcana" 5 mg/12,5 mg Filmtabl.	T2	20 St(2)	3,25
	T2	50 St	8,20
Bisostad plus 5 mg/12,5 mg Filmtabl.	T2	20 St(2)	3,25
	T2	50 St	8,20
Concor plus 5 mg/12,5 mg Filmtabl.	T2	20 St(2)	3,25
	T2	50 St	8,20

C07BB12 Nebivolol und Thiazide

Nebivolol 0,005, Hydrochlorothiazid 0,0125			
Nomexor plus HCT 5 mg/12,5 mg Filmtabl.		28 St(2)	7,25
Nebivolol 0,005, Hydrochlorothiazid 0,025			
Nomexor plus HCT 5 mg/25 mg Filmtabl.		28 St(2)	7,25

C07BG Alpha- und Beta-Adrenorezeptor-Antagonisten und Thiazide

Carvedilol 0,025, Hydrochlorothiazid 0,0125			
Co-Dilatrend Filmtabl.	T2	28 St(2)	17,65

Bezeichnung	T	OP	KVP in €

C07C BETA-ADRENOREZEPTOR-ANTAGONISTEN UND ANDERE DIURETIKA
C07CB Beta-Adrenorezeptor-Antagonisten, selektiv, und andere Diuretika
C07CB03 Atenolol und andere Diuretika

Atenolol 0,05, Chlortalidon 0,0125

Atenolol "Genericon" comp. mite Filmtabl.	T2	50 St	9,60
Tenoretic mite Filmtabl.		20 St(2)	4,75
		50 St	10,35

Atenolol 0,1, Chlortalidon 0,025

Atenolol "Genericon" comp. Filmtabl.	T2	50 St	15,30
Tenoretic Filmtabl.		20 St(2)	7,65
		50 St	16,85

C08 CALCIUMKANALBLOCKER
C08C SELEKTIVE CALCIUMKANALBLOCKER MIT VORWIEGENDER GEFÄSSWIRKUNG
C08CA Dihydropyridin-Derivate
C08CA01 Amlodipin

Amlodipin 0,005

Amlodibene 5 mg Tabl.	T2	30 St(2)	3,65
Amlodilan 5 mg Tabl.		30 St(2)	3,65
Amlodinova 5 mg Tabl.	T2	30 St(2)	3,65
Amlodipin "+pharma" 5 mg Tabl.		30 St(2)	3,15
Amlodipin "1A Pharma" 5 mg Tabl.	T2	30 St(3)	3,30
Amlodipin "Accord" 5 mg Tabl.		30 St(2)	3,60
Amlodipin "Actavis" 5 mg Tabl.	T2	30 St(2)	3,65
Amlodipin "Bluefish" 5 mg Tabl.		30 St(2)	2,75
Amlodipin "Genericon" 5 mg Tabl.		30 St(2)	3,65
Amlodipin "Hexal" 5 mg Tabl.	T2	30 St(2)	3,65
Amlodipin "Interpharm" 5 mg Tabl.		30 St(2)	3,65
Amlodipin "ratiopharm" 5 mg Tabl.		30 St(2)	3,65
Amlodipin "Sandoz" 5 mg Tabl.	T2	30 St(2)	3,65
Amlodipin Besilat "Stada" 5 mg Tabl.		30 St(2)	2,80
Norvasc 5 mg Tabl.		28 St(2)	3,40

Amlodipin 0,0075

Amlodipin "1A Pharma" 7,5 mg Tabl.	T3	30 St(3)	3,30

Amlodipin 0,01

Amlodibene 10 mg Tabl.	T2	30 St(2)	3,65
Amlodilan 10 mg Tabl.	T2	30 St(2)	3,65
Amlodinova 10 mg Tabl.	T2	30 St(2)	3,65
Amlodipin "+pharma" 10 mg Tabl.	T2	30 St(2)	3,15
Amlodipin "1A Pharma" 10 mg Tabl.	T2	30 St(3)	3,30
Amlodipin "Accord" 10 mg Tabl.		30 St(2)	3,60
Amlodipin "Actavis" 10 mg Tabl.	T2	30 St(2)	3,65
Amlodipin "Bluefish" 10 mg Tabl.		30 St(2)	2,75
Amlodipin "Genericon" 10 mg Tabl.	T2	30 St(2)	3,65
Amlodipin "Hexal" 10 mg Tabl.	T2	30 St(2)	3,65
Amlodipin "Interpharm" 10 mg Tabl.	T2	30 St(2)	3,65
Amlodipin "ratiopharm" 10 mg Tabl.		30 St(2)	3,65
Amlodipin "Sandoz" 10 mg Tabl.	T2	30 St(2)	3,65
Amlodipin Besilat "Stada" 10 mg Tabl.	T2	30 St(2)	2,80

C08CA02 Felodipin

Felodipin 0,0025

Plendil retard 2,5 mg Filmtabl.		30 St(2)	9,00

Bezeichnung	T	OP	KVP in €
Felodipin 0,005			
Felodipin "Hexal" retard 5 mg Filmtabl.		30 St(2)	8,25
Plendil retard 5 mg Filmtabl.		30 St(2)	9,60
Felodipin 0,01			
Felodipin "Hexal" retard 10 mg Filmtabl.		30 St(2)	9,00

C08CA13 Lercanidipin

Lercanidipin 0,01			
Lercanidipin "Actavis" 10 mg Filmtabl.		14 St(2)	3,40
		30 St(2)	6,70
Lercanidipin "Genericon" 10 mg Filmtabl.		10 St	2,30
		30 St(2)	6,65
Lercanidipin "ratiopharm" 10 mg Filmtabl.		10 St(2)	2,25
		30 St(2)	6,65
Lercanidipin "Stada" 10 mg Filmtabl.		30 St(2)	6,60
Zanidip 10 mg Filmtabl.		28 St(2)	6,25
Lercanidipin 0,02			
Lercanidipin "Actavis" 20 mg Filmtabl.		30 St(2)	6,70
Lercanidipin "Genericon" 20 mg Filmtabl.		30 St(2)	6,65
Lercanidipin "ratiopharm" 20 mg Filmtabl.		30 St(2)	6,65
Lercanidipin "Stada" 20 mg Filmtabl.	T2	30 St(2)	6,60
Zanidip 20 mg Filmtabl.	T2	28 St(2)	6,25

C08D SELEKTIVE CALCIUMKANALBLOCKER MIT DIREKTER HERZWIRKUNG

C08DA Phenylalkylamin-Derivate

C08DA01 Verapamil

Verapamil 0,005			
Isoptin 5 mg Amp.		5 St(2)	4,55
Verapamil 0,04			
Isoptin 40 mg Drag.		20 St(2)	1,75
		50 St(2)	3,70
Verapabene 40 mg Filmtabl.		50 St(2)	3,40
Verapamil 0,08			
Verapabene 80 mg Filmtabl.	T2	20 St(2)	2,55
	T2	50 St(2)	6,00
Verapamil 0,12			
Isoptin retard 120 mg Filmtabl.		20 St(2)	4,15
		50 St(2)	9,05
Verapabene 120 mg Filmtabl.		20 St(2)	3,60
		50 St(2)	7,85
Verapamil 0,24			
Isoptin RR retard 240 mg Filmtabl.	T2	30 St(2)	6,85

C08DB Benzothiazepin-Derivate

C08DB01 Diltiazem

Diltiazem 0,06			
Diltiazem "ratiopharm" 60 mg Tabl.	T2	20 St(2)	2,85
	T2	50 St(2)	5,65
Diltiazem 0,09			
Diltiazem "Genericon" retard 90 mg Filmtabl.		20 St(2)	3,40
		50 St(2)	7,10

Bezeichnung	T	OP	KVP in €
Diltiazem "ratiopharm" retard 90 mg Filmtabl.		20 St(2)	3,45
		50 St(2)	7,50

Diltiazem 0,18

Diltiazem "Genericon" retard 180 mg Filmtabl.		30 St(2)	6,20

C09 MITTEL MIT WIRKUNG AUF DAS RENIN-ANGIOTENSIN-SYSTEM
C09A ACE-HEMMER, REIN
C09AA ACE-Hemmer, rein
C09AA02 Enalapril

Enalapril 0,005

Enac "Hexal" 5 mg Tabl.	T2	30 St(2)	2,75
Enalapril "1A Pharma" 5 mg Tabl.	T2	30 St(2)	2,55
Enalapril "Genericon" 5 mg Tabl.	T2	30 St(2)	3,25
Enalapril "ratiopharm" 5 mg Tabl.	T2	30 St(2)	2,90
Enalapril "Sandoz" 5 mg Tabl.	T2	28 St(2)	2,75
Mepril 5 mg Tabl.	T2	28 St(2)	3,05
Renistad 5 mg Tabl.		30 St(2)	2,50
Renitec 5 mg Tabl.		28 St(2)	3,05

Enalapril 0,01

Enac "Hexal" 10 mg Tabl.	T2	30 St(2)	5,50
Enalapril "+pharma" 10 mg Tabl.	T2	10 St(2)	2,15
	T2	30 St(2)	5,00
Enalapril "1A Pharma" 10 mg Tabl.	T2	30 St(2)	5,10
Enalapril "Genericon" 10 mg Tabl.	T2	30 St(2)	6,20
Enalapril "ratiopharm" 10 mg Tabl.	T2	30 St(2)	5,85
Enalapril "Sandoz" 10 mg Tabl.	T2	28 St(2)	5,50
Mepril 10 mg Tabl.	T2	28 St(2)	6,10
Renistad 10 mg Tabl.		30 St(2)	5,00
Renitec 10 mg Tabl.		28 St(2)	6,10

Enalapril 0,02

Enac "Hexal" 20 mg Tabl.	T2	30 St(2)	7,75
Enalapril "+pharma" 20 mg Tabl.	T2	10 St(2)	3,20
	T2	30 St(2)	7,35
Enalapril "1A Pharma" 20 mg Tabl.	T2	30 St(2)	7,45
Enalapril "Genericon" 20 mg Tabl.	T2	30 St(2)	8,85
Enalapril "ratiopharm" 20 mg Tabl.	T2	30 St(2)	8,40
Enalapril "Sandoz" 20 mg Tabl.	T2	28 St(2)	7,85
Mepril 20 mg Tabl.	T2	28 St(2)	8,25
Renistad 20 mg Tabl.		30 St(2)	7,35
Renitec 20 mg Tabl.		28 St(2)	8,25

C09AA03 Lisinopril

Lisinopril 0,005

Acemin 5 mg Tabl.	T2	28 St(2)	2,60
Acetan 5 mg Tabl.		28 St(2)	2,60
Lisinopril "1A Pharma" 5 mg Tabl.	T2	30 St(3)	2,15
Lisinopril "Actavis" 5 mg Tabl.	T2	10 St(2)	0,85
	T2	30 St(2)	2,20
Lisinopril "Genericon" 5 mg Tabl.	T2	30 St(2)	2,80
Lisinopril "Interpharm" 5 mg Tabl.		28 St(2)	2,40
Lisinopril "ratiopharm" 5 mg Tabl.	T2	30 St(2)	2,65
Lisinopril "Sandoz GmbH" 5 mg Tabl.	T2	30 St(2)	2,35
Lisinostad 5 mg Tabl.	T2	30 St(2)	2,15

Lisinopril 0,01

Acemin 10 mg Tabl.		28 St(2)	5,20

Bezeichnung	T	OP	KVP in €
Acetan 10 mg Tabl.		28 St(2)	5,20
Lisinopril "1A Pharma" 10 mg Tabl.	T2	30 St(3)	4,25
Lisinopril "Actavis" 10 mg Tabl.	T2	10 St(2)	1,60
	T2	30 St(2)	4,50
Lisinopril "Genericon" 10 mg Tabl.	T4	30 St(2)	5,55
Lisinopril "Interpharm" 10 mg Tabl.		28 St(2)	5,20
Lisinopril "ratiopharm" 10 mg Tabl.	T2	30 St(2)	5,55
Lisinopril "Sandoz GmbH" 10 mg Tabl.	T2	30 St(2)	4,70
Lisinostad 10 mg Tabl.	T4	30 St(2)	4,25
Lisinopril 0,02			
Acemin 20 mg Tabl.		28 St(2)	8,45
Acetan 20 mg Tabl.		28 St(2)	8,45
Lisinopril "1A Pharma" 20 mg Tabl.	T2	30 St(3)	7,55
Lisinopril "Actavis" 20 mg Tabl.	T2	10 St(2)	2,65
	T2	30 St(2)	7,65
Lisinopril "Genericon" 20 mg Tabl.	T4	30 St(2)	9,05
Lisinopril "Interpharm" 20 mg Tabl.		28 St(2)	7,85
Lisinopril "ratiopharm" 20 mg Tabl.	T2	30 St(2)	8,55
Lisinopril "Sandoz GmbH" 20 mg Tabl.	T2	30 St(2)	7,85
Lisinostad 20 mg Tabl.	T4	30 St(2)	7,55

C09AA05 Ramipril

Ramipril 0,00125			
Ramipril "1A Pharma" 1,25 mg Tabl.	T2	30 St(2)	2,65
Tritace 1,25 mg Tabl.	T2	28 St(2)	3,25
Ramipril 0,0025			
Lannapril 2,5 mg Tabl.	T2	30 St(2)	3,50
Ramipril "1A Pharma" 2,5 mg Tabl.	T2	30 St(2)	2,70
Ramipril "Actavis" 2,5 mg Tabl.	T2	10 St(2)	1,15
	T2	30 St(2)	2,70
Ramipril "Genericon" 2,5 mg Tabl.	T2	30 St(2)	3,50
Ramipril "Hexal" 2,5 mg Tabl.	T2	30 St(2)	3,45
Ramipril "Krka" 2,5 mg Tabl.		10 St(2)	1,15
		30 St(2)	2,85
Ramipril "ratiopharm" 2,5 mg Tabl.	T2	10 St(2)	1,15
	T2	30 St(2)	3,50
Ramipril "Sandoz" 2,5 mg Tabl.	T2	30 St(2)	3,45
Tritace 2,5 mg Tabl.	T2	28 St(2)	3,25
Ramipril 0,005			
Lannapril 5 mg Tabl.	T2	30 St(2)	5,90
Ramipril "1A Pharma" 5 mg Tabl.	T2	30 St(2)	4,50
Ramipril "Actavis" 5 mg Tabl.	T2	10 St(2)	1,95
	T2	30 St(2)	4,50
Ramipril "Genericon" 5 mg Tabl.	T2	30 St(2)	5,90
Ramipril "Hexal" 5 mg Tabl.	T2	30 St(2)	5,20
Ramipril "Krka" 5 mg Tabl.		10 St(2)	1,95
		30 St(2)	4,90
Ramipril "ratiopharm" 5 mg Tabl.	T2	10 St(2)	1,95
	T2	30 St(2)	5,90
Ramipril "Sandoz" 5 mg Tabl.	T2	30 St(2)	5,85
Tritace 5 mg Tabl.	T2	28 St(2)	5,50
Ramipril 0,0075			
Ramipril "1A Pharma" 7,5 mg Tabl.	T3	30 St(2)	9,05
Ramipril "Hexal" 7,5 mg Tabl.	T3	30 St(2)	9,05
Ramipril 0,01			
Lannapril 10 mg Tabl.	T2	30 St(2)	9,05

Bezeichnung	T	OP	KVP in €
Ramipril "1A Pharma" 10 mg Tabl.	T2	30 St(2)	7,55
Ramipril "Actavis" 10 mg Tabl.	T2	10 St(2)	3,25
	T2	30 St(2)	7,55
Ramipril "Genericon" 10 mg Tabl.	T2	30 St(2)	9,05
Ramipril "Hexal" 10 mg Tabl.	T2	30 St(2)	8,80
Ramipril "Krka" 10 mg Tabl.		10 St(2)	3,25
		30 St(2)	8,25
Ramipril "ratiopharm" 10 mg Tabl.	T2	10 St(2)	3,25
	T2	30 St(2)	9,05
Ramipril "Sandoz" 10 mg Tabl.	T2	30 St(2)	9,05
Tritace 10 mg Tabl.	T2	28 St(2)	8,45

C09AA08 Cilazapril

Cilazapril 0,0005

Inhibace 0,5 mg Filmtabl.	T2	30 St(2)	5,15

Cilazapril 0,0025

Inhibace 2,5 mg Filmtabl.	T2	28 St(2)	10,40

Cilazapril 0,005

Inhibace 5 mg Filmtabl.	T2	28 St(2)	15,60

C09AA09 Fosinopril

Fosinopril 0,01

Fosinopril "Actavis" 10 mg Tabl.		10 St(2)	1,65
		30 St(2)	4,40
Fositens 10 mg Tabl.		30 St(2)	4,40

Fosinopril 0,02

Fosinopril "Actavis" 20 mg Tabl.		10 St(2)	2,50
		30 St(2)	6,75
Fositens 20 mg Tabl.	T2	30 St(2)	6,75

C09AA16 Imidapril

Imidapril 0,005

Tanatril 5 mg Tabl.	T2	28 St(2)	5,95

Imidapril 0,01

Tanatril 10 mg Tabl.	T2	28 St(2)	10,40

Imidapril 0,02

Tanatril 20 mg Tabl.	T2	28 St(2)	12,45

C09B ACE-HEMMER, KOMBINATIONEN
C09BA ACE-Hemmer und Diuretika
C09BA02 Enalapril und Diuretika

Enalapril 0,02, Hydrochlorothiazid 0,006

Enac plus "Hexal" 20 mg/6 mg Tabl.		30 St(2)	10,20

Enalapril 0,02, Hydrochlorothiazid 0,0125

Co-Enac Tabl.	T2	30 St(2)	10,20
Co-Enalapril "1A Pharma" 20 mg/12,5 mg Tabl.	T2	30 St(2)	10,20
Co-Mepril Tabl.		28 St(2)	9,60
Co-Renistad 20 mg/12,5 mg Tabl.	T2	30 St(2)	10,20
Co-Renitec Tabl.		28 St(2)	9,60
Enalacomp "Genericon" Tabl.	T2	30 St(2)	9,05
Enalapril/HCT "+pharma" Tabl.	T2	30 St(2)	8,70
Enalapril/HCT "ratiopharm" 20 mg/12,5 mg Tabl.	T2	30 St(2)	10,20

Bezeichnung	T	OP	KVP in €
Enalapril/HCT "Sandoz" 20 mg/12,5 mg Tabl.		30 St(2)	8,75

C09BA03 Lisinopril und Diuretika

Lisinopril 0,01, Hydrochlorothiazid 0,0125

Acecomb semi Tabl.		28 St(2)	7,05
Acelisino comp. semi Tabl.		30 St(2)	7,55
Co-Lisinostad 10 mg/12,5 mg Tabl.		30 St(2)	6,30
Lisinocomp "Genericon" semi Tabl.		30 St(2)	7,55
Lisinopril/HCT "1A Pharma" semi Tabl.	T2	30 St(3)	6,30
Lisinopril/HCT "Actavis" 10 mg/12,5 mg Tabl.		30 St(2)	6,35
Lisinopril/HCT "G.L." 10 mg/12,5 mg Tabl.		30 St(2)	6,30
Lisinopril/HCT "ratiopharm" semi Tabl.		30 St(2)	7,55
Lisinopril/HCT "Sandoz GmbH" 10 mg/12,5 mg Tabl.	T2	30 St(2)	7,55

Lisinopril 0,02, Hydrochlorothiazid 0,0125

Acecomb mite Tabl.		28 St(2)	10,80
Acelisino comp. mite Tabl.	T2	30 St(2)	11,60
Co-Acetan mite Tabl.		28 St(2)	10,80
Co-Lisinostad 20 mg/12,5 mg Tabl.		30 St(2)	9,65
Lisinocomp "Genericon" mite Tabl.	T2	30 St(2)	11,60
Lisinopril/HCT "1A Pharma" mite Tabl.	T2	30 St(3)	9,65
Lisinopril/HCT "Actavis" 20 mg/12,5 mg Tabl.		30 St(2)	9,70
Lisinopril/HCT "G.L." 20 mg/12,5 mg Tabl.	T2	30 St(2)	9,65
Lisinopril/HCT "Interpharm" 20 mg/12,5 mg Tabl.		28 St(2)	10,80
Lisinopril/HCT "ratiopharm" mite Tabl.	T2	30 St(2)	11,60
Lisinopril/HCT "Sandoz GmbH" 20 mg/12,5 mg Tabl.	T2	30 St(2)	11,60

Lisinopril 0,02, Hydrochlorothiazid 0,025

Acecomb Tabl.		28 St(2)	10,80
Acelisino comp. forte Tabl.	T2	30 St(2)	11,60
Co-Acetan Tabl.		28 St(2)	10,80
Co-Lisinostad 20 mg/25 mg Tabl.		30 St(2)	9,65
Lisinocomp "Genericon" Tabl.	T2	30 St(2)	11,60
Lisinopril/HCT "G.L." 20 mg/25 mg Tabl.	T2	30 St(2)	9,65
Lisinopril/HCT "Interpharm" 20 mg/25 mg Tabl.		28 St(2)	10,80
Lisinopril/HCT "ratiopharm" Tabl.	T2	30 St(2)	11,60
Lisinopril/HCT "Sandoz GmbH" 20 mg/25 mg Tabl.		30 St(2)	11,60

C09BA05 Ramipril und Diuretika

Ramipril 0,0025, Hydrochlorothiazid 0,0125

Lannapril plus Tabl.	T2	30 St(2)	3,70
Ramicomp "Genericon" mite Tabl.	T2	30 St(2)	3,70
Ramipril/HCT "1A Pharma" 2,5 mg/12,5 mg Tabl.	T2	30 St(2)	3,70
Ramipril/HCT "Actavis" 2,5 mg/12,5 mg Tabl.		30 St(2)	3,70
Ramipril/HCT "Hexal" 2,5 mg/12,5 mg Tabl.	T2	30 St(2)	3,65
Ramipril/HCT "Krka" 2,5 mg/12,5 mg Tabl.		30 St(2)	2,85
Ramipril/HCT "ratiopharm" 2,5 mg/12,5 mg Tabl.	T2	30 St(2)	3,70
Ramipril/HCT "Sandoz" 2,5 mg/12,5 mg Tabl.		30 St(2)	3,70

Ramipril 0,005, Hydrochlorothiazid 0,0125

Ramipril/HCT "Actavis" 5 mg/12,5 mg Tabl.	T2	30 St(2)	5,55

Ramipril 0,005, Hydrochlorothiazid 0,025

Lannapril plus forte Tabl.	T2	30 St(2)	6,20
Ramicomp "Genericon" Tabl.	T2	30 St(2)	6,20
Ramipril/HCT "1A Pharma" 5 mg/25 mg Tabl.	T2	30 St(2)	6,20
Ramipril/HCT "Actavis" 5 mg/25 mg Tabl.	T2	30 St(2)	5,55
Ramipril/HCT "Hexal" 5 mg/25 mg Tabl.	T2	30 St(2)	6,20
Ramipril/HCT "Krka" 5 mg/25 mg Tabl.	T2	30 St(2)	4,90
Ramipril/HCT "ratiopharm" 5 mg/25 mg Tabl.		30 St(2)	6,20

Bezeichnung	T	OP	KVP in €
Ramipril/HCT "Sandoz" 5 mg/25 mg Tabl.	T2	30 St(2)	6,20
Tritazide 5 mg/25 mg Tabl.	T2	28 St(2)	5,95

C09BA08 Cilazapril und Diuretika

Cilazapril 0,005, Hydrochlorothiazid 0,0125

Inhibace plus 5 mg/12,5 mg Filmtabl.	T2	28 St(2)	21,30

C09BA09 Fosinopril und Diuretika

Fosinopril 0,02, Hydrochlorothiazid 0,0125

Fosicomb Tabl.		30 St(2)	6,75
Fosinopril-Natrium/HCT "Actavis" 20 mg/12,5 mg Tabl.		30 St(2)	6,75

C09BB ACE-Hemmer und Calciumkanalblocker
C09BB02 Enalapril und Lercanidipin

Enalapril 0,01, Lercanidipin 0,01

Enalapril/Lercanidipin "Krka" 10 mg/10 mg Filmtabl.		30 St(2)	8,30
Enalapril/Lercanidipin "ratiopharm" 10 mg/10 mg Filmtabl.		30 St(2)	8,25
Zanipril 10 mg/10 mg Filmtabl.		28 St(2)	9,30

Enalapril 0,02, Lercanidipin 0,01

Enalapril/Lercanidipin "Krka" 20 mg/10 mg Filmtabl.		30 St(2)	8,30
Enalapril/Lercanidipin "ratiopharm" 20 mg/10 mg Filmtabl.		30 St(2)	8,25
Zanipril 20 mg/10 mg Filmtabl.		28 St(2)	9,30

C09BB03 Lisinopril und Amlodipin

Lisinopril 0,01, Amlodipin 0,005

Lisam 10 mg/5 mg Tabl.		30 St(2)	7,65

Lisinopril 0,02, Amlodipin 0,005

Lisam 20 mg/5 mg Tabl.		30 St(2)	7,65

Lisinopril 0,02, Amlodipin 0,01

Lisam 20 mg/10 mg Tabl.		30 St(2)	7,65

C09BB06 Enalapril und Nitrendipin

Enalapril 0,01, Nitrendipin 0,02

Cenipres 10 mg/20 mg Tabl.		30 St(2)	24,60

C09BB07 Ramipril und Amlodipin

Ramipril 0,0025, Amlodipin 0,005

Ramipril/Amlodipin "Genericon" 2,5 mg/5 mg Hartkaps.		30 St(2)	8,25
Ramlolan 2,5 mg/5 mg Hartkaps.		30 St(3)	6,55

Ramipril 0,005, Amlodipin 0,005

Ramipril/Amlodipin "Genericon" 5 mg/5 mg Hartkaps.		30 St(2)	8,25
Ramlolan 5 mg/5 mg Hartkaps.		30 St(3)	6,55

Ramipril 0,005, Amlodipin 0,01

Ramipril/Amlodipin "Genericon" 5 mg/10 mg Hartkaps.		30 St(2)	8,25
Ramlolan 5 mg/10 mg Hartkaps.		30 St(3)	6,55

Ramipril 0,01, Amlodipin 0,005

Ramipril/Amlodipin "Genericon" 10 mg/5 mg Hartkaps.		30 St(2)	8,25
Ramlolan 10 mg/5 mg Hartkaps.		30 St(3)	6,55

	Bezeichnung	T	OP	KVP in €
Ramipril 0,01, Amlodipin 0,01				
	Ramipril/Amlodipin "Genericon" 10 mg/10 mg Hartkaps.		30 St(2)	8,25
	Ramlolan 10 mg/10 mg Hartkaps.		30 St(3)	6,55

C09BX ACE-Hemmer, andere Kombinationen
C09BX03 Ramipril, Amlodipin und Hydrochlorothiazid

Ramipril 0,005, Amlodipin 0,005, Hydrochlorothiazid 0,0125				
	Ramipril/Amlodipin/HCT "1A Pharma" 5 mg/5 mg/12,5 mg Hartkaps.		30 St(3)	7,45
	Ramipril/Amlodipin/HCT "Genericon" 5 mg/5 mg/12,5 mg Hartkaps.		30 St(3)	8,25
	Ramlolan/HCT 5 mg/5 mg/12,5 mg Hartkaps.		30 St(3)	6,55
Ramipril 0,005, Amlodipin 0,005, Hydrochlorothiazid 0,025				
	Ramipril/Amlodipin/HCT "1A Pharma" 5 mg/5 mg/25 mg Hartkaps.		30 St(3)	7,45
	Ramipril/Amlodipin/HCT "Genericon" 5 mg/5 mg/25 mg Hartkaps.		30 St(3)	8,25
	Ramlolan/HCT 5 mg/5 mg/25 mg Hartkaps.		30 St(3)	6,55
Ramipril 0,01, Amlodipin 0,005, Hydrochlorothiazid 0,025				
	Ramipril/Amlodipin/HCT "1A Pharma" 10 mg/5 mg/25 mg Hartkaps.		30 St(3)	7,45
	Ramipril/Amlodipin/HCT "Genericon" 10 mg/5 mg/25 mg Hartkaps.		30 St(3)	8,25
	Ramlolan/HCT 10 mg/5 mg/25 mg Hartkaps.		30 St(3)	6,55
Ramipril 0,01, Amlodipin 0,01, Hydrochlorothiazid 0,025				
	Ramipril/Amlodipin/HCT "1A Pharma" 10 mg/10 mg/25 mg Hartkaps.		30 St(3)	7,45
	Ramipril/Amlodipin/HCT "Genericon" 10 mg/10 mg/25 mg Hartkaps.		30 St(3)	8,25
	Ramlolan/HCT 10 mg/10 mg/25 mg Hartkaps.		30 St(3)	6,55

C09C ANGIOTENSIN-II-REZEPTORBLOCKER (ARB), REIN
C09CA Angiotension-II-Rezeptorblocker (ARB), rein
C09CA01 Losartan

Losartan 0,0125				
	Losartan "Genericon" 12,5 mg Filmtabl.		30 St(2)	3,85
	Losartan "Krka" 12,5 mg Filmtabl.		28 St(2)	3,50
Losartan 0,025				
	Losartan "Krka" 25 mg Filmtabl.	T2	30 St(2)	4,20
Losartan 0,05				
	Cosaar 50 mg Filmtabl.	T2	28 St(2)	4,75
	Losartan "+pharma" 50 mg Filmtabl.		30 St(2)	4,40
	Losartan "Aliud" 50 mg Filmtabl.	T2	30 St(3)	4,05
	Losartan "Genericon" 50 mg Filmtabl.		30 St(2)	5,10
	Losartan "Krka" 50 mg Filmtabl.		30 St(2)	4,95
	Losartan "ratiopharm" 50 mg Filmtabl.	T2	30 St(2)	4,45
Losartan 0,1				
	Losartan "Aliud" 100 mg Filmtabl.		30 St(3)	4,05
	Losartan "Genericon" 100 mg Filmtabl.		30 St(2)	5,10
	Losartan "Krka" 100 mg Filmtabl.		30 St(2)	4,95
	Losartan "ratiopharm" 100 mg Filmtabl.	T2	30 St(2)	4,45

C09CA02 Eprosartan

Eprosartan 0,6				
IND	**Teveten 600 mg Filmtabl.** wenn ACE-Hemmer nicht vertragen werden		28 St(2)	21,90

C09CA03 Valsartan

Valsartan 0,04				
	Valsacor 40 mg Filmtabl.	T2	30 St(2)	8,15

Bezeichnung	T	OP	KVP in €
Valsartan "Actavis" 40 mg Filmtabl.	T2	30 St(2)	7,40

Valsartan 0,08

Diovan 80 mg Filmtabl.		28 St(2)	8,30
Valsacor 80 mg Filmtabl.	T2	30 St(2)	8,15
Valsartan "1A Pharma" 80 mg Filmtabl.		28 St(2)	7,05
Valsartan "Actavis" 80 mg Filmtabl.	T2	30 St(2)	7,40
Valsartan "Sandoz" 80 mg Filmtabl.		28 St(2)	7,60
Valsartan "Stada" 80 mg Filmtabl.	T2	30 St(2)	7,55

Valsartan 0,16

Diovan 160 mg Filmtabl.		28 St(2)	8,30
Valsacor 160 mg Filmtabl.	T2	30 St(2)	8,15
Valsartan "1A Pharma" 160 mg Filmtabl.		28 St(2)	7,05
Valsartan "Actavis" 160 mg Filmtabl.	T2	30 St(2)	7,40
Valsartan "Sandoz" 160 mg Filmtabl.		28 St(2)	7,60
Valsartan "Stada" 160 mg Filmtabl.	T2	30 St(2)	7,55

Valsartan 0,32

Valsartan "Sandoz" 320 mg Filmtabl.		28 St(2)	7,60
Valsartan "Stada" 320 mg Filmtabl.	T2	30 St(2)	7,55

C09CA04 Irbesartan

Irbesartan 0,075

Irbepress 75 mg Filmtabl.		30 St(2)	6,00

Irbesartan 0,15

Irbepress 150 mg Filmtabl.	T2	30 St(2)	6,00

Irbesartan 0,3

Irbepress 300 mg Filmtabl.	T2	30 St(2)	6,00

C09CA06 Candesartan

Candesartan 0,004

Blopress 4 mg Tabl.	T2	28 St(2)	6,50
Candesartan "1A Pharma" 4 mg Tabl.	T2	30 St(2)	6,45
Candesartan "Actavis" 4 mg Tabl.	T2	30 St(2)	6,65
Candesartan "Aliud" 4 mg Tabl.	T2	30 St(3)	5,25
Candesartan "Krka" 4 mg Tabl.		30 St(2)	6,60
Candesartan "ratiopharm" 4 mg Tabl.	T2	30 St(2)	6,85
Candesartan "Sandoz" 4 mg Tabl.	T2	30 St(2)	6,95
Candesartan "Stada" 4 mg Tabl.	T2	30 St(2)	6,45

Candesartan 0,008

Blopress 8 mg Tabl.	T2	28 St(2)	6,50
Candeblo 8 mg Tabl.	T2	30 St(2)	6,85
Candesartan "+pharma" 8 mg Tabl.	T2	30 St(2)	5,85
Candesartan "1A Pharma" 8 mg Tabl.	T2	30 St(2)	5,85
Candesartan "Actavis" 8 mg Tabl.	T2	30 St(2)	6,65
Candesartan "Aliud" 8 mg Tabl.	T2	30 St(3)	5,25
Candesartan "A-med" 8 mg Tabl.	T2	28 St(3)	5,05
Candesartan "Genericon" 8 mg Tabl.	T2	30 St(2)	6,85
Candesartan "Krka" 8 mg Tabl.		30 St(2)	6,60
Candesartan "ratiopharm" 8 mg Tabl.	T2	30 St(2)	6,85
Candesartan "Sandoz" 8 mg Tabl.	T2	30 St(2)	6,85
Candesartan "Stada" 8 mg Tabl.	T2	30 St(2)	5,85

Candesartan 0,016

Blopress 16 mg Tabl.	T2	28 St(2)	6,50

Bezeichnung	T	OP	KVP in €
Candeblo 16 mg Tabl.	T2	30 St(2)	6,85
Candesartan "+pharma" 16 mg Tabl.	T2	30 St(2)	5,85
Candesartan "1A Pharma" 16 mg Tabl.	T2	30 St(2)	5,85
Candesartan "Actavis" 16 mg Tabl.	T2	30 St(2)	6,65
Candesartan "Aliud" 16 mg Tabl.	T2	30 St(3)	5,25
Candesartan "A-med" 16 mg Tabl.		28 St(3)	5,05
Candesartan "Genericon" 16 mg Tabl.	T2	30 St(2)	6,85
Candesartan "Krka" 16 mg Tabl.		30 St(2)	6,60
Candesartan "ratiopharm" 16 mg Tabl.	T2	30 St(2)	6,85
Candesartan "Sandoz" 16 mg Tabl.	T2	30 St(2)	6,85
Candesartan "Stada" 16 mg Tabl.	T2	30 St(2)	5,85
Candesartan 0,032			
Blopress 32 mg Tabl.	T2	28 St(2)	6,50
Candeblo 32 mg Tabl.	T2	30 St(2)	6,85
Candesartan "+pharma" 32 mg Tabl.	T2	30 St(2)	5,85
Candesartan "1A Pharma" 32 mg Tabl.	T2	30 St(2)	5,85
Candesartan "Actavis" 32 mg Tabl.	T2	30 St(2)	6,65
Candesartan "Aliud" 32 mg Tabl.	T2	30 St(3)	5,25
Candesartan "A-med" 32 mg Tabl.		28 St(3)	5,05
Candesartan "Genericon" 32 mg Tabl.	T2	30 St(2)	6,85
Candesartan "Krka" 32 mg Tabl.		30 St(2)	6,85
Candesartan "ratiopharm" 32 mg Tabl.	T2	30 St(2)	6,85
Candesartan "Sandoz" 32 mg Tabl.	T2	30 St(2)	6,85
Candesartan "Stada" 32 mg Tabl.	T2	30 St(2)	5,85

C09CA07 Telmisartan

Telmisartan 0,04			
Telmicard 40 mg Tabl.	T2	30 St(2)	7,05
Telmisartan "+pharma" 40 mg Tabl.		30 St(3)	6,20
Telmisartan "ratiopharm" 40 mg Tabl.	T2	30 St(2)	7,00
Telmisartan "Sandoz" 40 mg Tabl.	T2	30 St(2)	7,20
Telmisartan "Stada" 40 mg Filmtabl.		28 St(2)	6,50
Telmisartan 0,08			
Telmicard 80 mg Tabl.	T2	30 St(2)	7,05
Telmisartan "+pharma" 80 mg Tabl.		30 St(3)	6,20
Telmisartan "ratiopharm" 80 mg Tabl.	T2	30 St(2)	7,00
Telmisartan "Sandoz" 80 mg Tabl.	T2	30 St(2)	7,20
Telmisartan "Stada" 80 mg Filmtabl.		28 St(2)	6,50

C09D ANGIOTENSIN-II-REZEPTORBLOCKER (ARB), KOMBINATIONEN
C09DA Angiotensin-II-Rezeptorblocker (ARB) und Diuretika
C09DA01 Losartan und Diuretika

Losartan 0,05, Hydrochlorothiazid 0,0125			
Cosaar/HCT 50 mg/12,5 mg Filmtabl.		28 St(2)	4,75
Losarcomp "Genericon" 50 mg/12,5 mg Filmtabl.		30 St(2)	5,10
Losartan/HCT "Actavis" 50 mg/12,5 mg Filmtabl.		30 St(2)	5,10
Losartan/HCT "Aliud" 50 mg/12,5 mg Filmtabl.		30 St(3)	4,05
Losartan/HCT "Krka" 50 mg/12,5 mg Filmtabl.		30 St(2)	4,95
Losartan 0,1, Hydrochlorothiazid 0,0125			
Losartan/HCT "Aliud" 100 mg/12,5 mg Filmtabl.		30 St(3)	4,05
Losartan/HCT "Krka" 100 mg/12,5 mg Filmtabl.		30 St(2)	4,95
Losartan 0,1, Hydrochlorothiazid 0,025			
Losarcomp "Genericon" 100 mg/25 mg Filmtabl.		30 St(2)	5,10
Losartan/HCT "Actavis" 100 mg/25 mg Filmtabl.		30 St(2)	5,10
Losartan/HCT "Aliud" 100 mg/25 mg Filmtabl.		30 St(3)	4,05

	Bezeichnung	T	OP	KVP in €
	Losartan/HCT "Krka" 100 mg/25 mg Filmtabl.		30 St(2)	4,95

C09DA02 Eprosartan und Diuretika

Eprosartan 0,6, Hydrochlorothiazid 0,0125

IND	**Teveten plus 600 mg/12,5 mg Filmtabl.** wenn ACE-Hemmer nicht vertragen werden		28 St(2)	21,90

C09DA03 Valsartan und Diuretika

Valsartan 0,08, Hydrochlorothiazid 0,0125

	Co-Diovan 80 mg/12,5 mg Filmtabl.		28 St(2)	8,45
	Valsarcomp 80 mg/12,5 mg Filmtabl.		30 St(2)	9,10
	Valsartan/HCT "+pharma" 80 mg/12,5 mg Filmtabl.		30 St(2)	7,55
	Valsartan/HCT "1A Pharma" 80 mg/12,5 mg Filmtabl.		28 St(2)	7,05
	Valsartan/HCT "Actavis" 80 mg/12,5 mg Filmtabl.		30 St(2)	8,25
	Valsartan/HCT "Krka" 80 mg/12,5 mg Filmtabl.		30 St(2)	8,15
	Valsartan/HCT "Sandoz" 80 mg/12,5 mg Filmtabl.		28 St(2)	7,60
	Valsartan/HCT "Stada" 80 mg/12,5 mg Filmtabl.		30 St(2)	7,55

Valsartan 0,08, Indapamid 0,0015

	Valsartan/Indapamid "TAD" 80 mg/1,5 mg Tabl. mit veränderter Wirkstofffreisetzung		10 St 30 St(3)	3,25 9,60

Valsartan 0,16, Hydrochlorothiazid 0,0125

	Co-Diovan 160 mg/12,5 mg forte Filmtabl.		28 St(2)	8,45
	Valsarcomp 160 mg/12,5 mg Filmtabl.		30 St(2)	9,10
	Valsartan/HCT "+pharma" 160 mg/12,5 mg Filmtabl.		30 St(2)	7,55
	Valsartan/HCT "1A Pharma" 160 mg/12,5 mg Filmtabl.		28 St(2)	7,05
	Valsartan/HCT "Actavis" 160 mg/12,5 mg Filmtabl.		30 St(2)	8,25
	Valsartan/HCT "Krka" 160 mg/12,5 mg Filmtabl.		30 St(2)	8,15
	Valsartan/HCT "Sandoz" 160 mg/12,5 mg Filmtabl.		28 St(2)	7,60
	Valsartan/HCT "Stada" 160 mg/12,5 mg Filmtabl.		30 St(2)	7,55

Valsartan 0,16, Hydrochlorothiazid 0,025

	Co-Diovan 160 mg/25 mg fortissimum Filmtabl.		28 St(2)	16,30
	Valsarcomp 160 mg/25 mg Filmtabl.		30 St(2)	11,95
	Valsartan/HCT "+pharma" 160 mg/25 mg Filmtabl.		30 St(2)	7,55
	Valsartan/HCT "1A Pharma" 160 mg/25 mg Filmtabl.		28 St(2)	7,05
	Valsartan/HCT "Actavis" 160 mg/25 mg Filmtabl.		30 St(2)	8,25
	Valsartan/HCT "Krka" 160 mg/25 mg Filmtabl.		30 St(2)	8,15
	Valsartan/HCT "Sandoz" 160 mg/25 mg Filmtabl.		28 St(2)	7,60
	Valsartan/HCT "Stada" 160 mg/25 mg Filmtabl.		30 St(2)	7,55

Valsartan 0,32, Hydrochlorothiazid 0,0125

	Valsartan/HCT "Sandoz" 320 mg/12,5 mg Filmtabl.		28 St(2)	7,60
	Valsartan/HCT "Stada" 320 mg/12,5 mg Filmtabl.		30 St(2)	7,55

Valsartan 0,32, Hydrochlorothiazid 0,025

	Valsarcomp 320 mg/25 mg Filmtabl.	T2	30 St(2)	11,95
	Valsartan/HCT "Sandoz" 320 mg/25 mg Filmtabl.		28 St(2)	7,60
	Valsartan/HCT "Stada" 320 mg/25 mg Filmtabl.		30 St(2)	7,55

C09DA04 Irbesartan und Diuretika

Irbesartan 0,15, Hydrochlorothiazid 0,0125

	Irbepress/HCT 150 mg/12,5 mg Filmtabl.		30 St(2)	6,00

Irbesartan 0,3, Hydrochlorothiazid 0,0125

	Irbepress/HCT 300 mg/12,5 mg Filmtabl.		30 St(2)	6,00

Bezeichnung	T	OP	KVP in €
Irbesartan 0,3, Hydrochlorothiazid 0,025			
Irbepress/HCT 300 mg/25 mg Filmtabl.	T2	30 St(2)	6,00

C09DA06 Candesartan und Diuretika

Candesartan 0,008, Hydrochlorothiazid 0,0125			
Blopress Plus 8 mg/12,5 mg Tabl.	T2	28 St(2)	6,55
Candeblo plus HCT 8 mg/12,5 mg Tabl.	T2	30 St(2)	7,05
Candesarcomp 8 mg/12,5 mg Tabl.	T2	30 St(2)	7,05
Candesartan/HCT "+pharma" 8 mg/12,5 mg Tabl.	T2	30 St(2)	5,85
Candesartan/HCT "1A Pharma" 8 mg/12,5 mg Tabl.		30 St(2)	5,85
Candesartan/HCT "Actavis" 8 mg/12,5 mg Tabl.	T2	30 St(2)	6,65
Candesartan/HCT "Krka" 8 mg/12,5 mg Tabl.	T2	30 St(2)	6,60
Candesartan/HCT "ratiopharm" 8 mg/12,5 mg Tabl.	T2	30 St(2)	6,95
Candesartan/HCT "Sandoz" 8 mg/12,5 mg Tabl.		30 St(2)	6,95
Candesartan/HCT "Stada" 8 mg/12,5 mg Tabl.	T2	30 St(2)	5,85
Candesartan 0,016, Hydrochlorothiazid 0,0125			
Blopress Plus 16 mg/12,5 mg Tabl.	T2	28 St(2)	6,55
Candeblo plus HCT 16 mg/12,5 mg Tabl.	T2	30 St(2)	7,05
Candesarcomp 16 mg/12,5 mg Tabl.	T2	30 St(2)	7,05
Candesartan/HCT "+pharma" 16 mg/12,5 mg Tabl.	T2	30 St(2)	5,85
Candesartan/HCT "1A Pharma" 16 mg/12,5 mg Tabl.		30 St(2)	5,85
Candesartan/HCT "Actavis" 16 mg/12,5 mg Tabl.	T2	30 St(2)	6,65
Candesartan/HCT "Krka" 16 mg/12,5 mg Tabl.	T2	30 St(2)	6,60
Candesartan/HCT "ratiopharm" 16 mg/12,5 mg Tabl.	T2	30 St(2)	6,95
Candesartan/HCT "Sandoz" 16 mg/12,5 mg Tabl.		30 St(2)	6,95
Candesartan/HCT "Stada" 16 mg/12,5 mg Tabl.	T2	30 St(2)	5,85
Candesartan 0,032, Hydrochlorothiazid 0,0125			
Blopress Plus 32 mg/12,5 mg Tabl.		28 St(2)	6,55
Candeblo plus HCT 32 mg/12,5 mg Tabl.	T2	30 St(2)	7,05
Candesartan/HCT "1A Pharma" 32 mg/12,5 mg Tabl.		30 St(2)	6,50
Candesartan/HCT "Actavis" 32 mg/12,5 mg Tabl.	T2	30 St(2)	6,65
Candesartan/HCT "Krka" 32 mg/12,5 mg Tabl.	T2	30 St(2)	7,05
Candesartan/HCT "ratiopharm" 32 mg/12,5 mg Tabl.	T2	30 St(2)	6,95
Candesartan/HCT "Sandoz" 32 mg/12,5 mg Tabl.		30 St(2)	6,95
Candesartan/HCT "Stada GmbH" 32 mg/12,5 mg Tabl.		30 St(2)	6,50
Candesartan 0,032, Hydrochlorothiazid 0,025			
Blopress Plus 32 mg/25 mg Tabl.		28 St(2)	6,55
Candeblo plus HCT 32 mg/25 mg Tabl.	T2	30 St(2)	7,05
Candesartan/HCT "1A Pharma" 32 mg/25 mg Tabl.		30 St(2)	6,50
Candesartan/HCT "Actavis" 32 mg/25 mg Tabl.	T2	30 St(2)	6,65
Candesartan/HCT "Krka" 32 mg/25 mg Tabl.	T2	30 St(2)	7,05
Candesartan/HCT "ratiopharm" 32 mg/25 mg Tabl.	T2	30 St(2)	6,95
Candesartan/HCT "Sandoz" 32 mg/25 mg Tabl.		30 St(2)	6,95
Candesartan/HCT "Stada GmbH" 32 mg/25 mg Tabl.	T2	30 St(2)	6,50

C09DA07 Telmisartan und Diuretika

Telmisartan 0,04, Hydrochlorothiazid 0,0125			
Telmicard plus HCT 40 mg/12,5 mg Tabl.		30 St(2)	7,05
Telmisartan/HCT "+pharma" 40 mg/12,5 mg Tabl.		30 St(3)	6,20
Telmisartan/HCT "Accord" 40 mg/12,5 mg Tabl.		30 St(2)	6,50
Telmisartan/HCT "Sandoz" 40 mg/12,5 mg überzogene Tabl.		30 St(2)	7,20
Telmisartan/HCT "Stada" 40 mg/12,5 mg Tabl.		28 St(2)	6,50
Telmisartan 0,08, Hydrochlorothiazid 0,0125			
Telmicard plus HCT 80 mg/12,5 mg Tabl.		30 St(2)	7,05
Telmisartan/HCT "+pharma" 80 mg/12,5 mg Tabl.		30 St(3)	6,20
Telmisartan/HCT "Accord" 80 mg/12,5 mg Tabl.		30 St(2)	6,50

	Bezeichnung	T	OP	KVP in €
	Telmisartan/HCT "ratiopharm" 80 mg/12,5 mg Tabl.		30 St(2)	7,00
	Telmisartan/HCT "Sandoz" 80 mg/12,5 mg überzogene Tabl.		30 St(2)	7,20
	Telmisartan/HCT "Stada" 80 mg/12,5 mg Tabl.		28 St(2)	6,50
	Telmisartan 0,08, Hydrochlorothiazid 0,025			
	Telmicard plus HCT 80 mg/25 mg Tabl.	T2	30 St(2)	7,05
	Telmisartan/HCT "+pharma" 80 mg/25 mg Tabl.		30 St(3)	6,20
	Telmisartan/HCT "Accord" 80 mg/25 mg Tabl.		30 St(2)	6,50
	Telmisartan/HCT "ratiopharm" 80 mg/25 mg Tabl.	T2	30 St(2)	7,00
	Telmisartan/HCT "Sandoz" 80 mg/25 mg überzogene Tabl.		30 St(2)	7,20
	Telmisartan/HCT "Stada" 80 mg/25 mg Tabl.		28 St(2)	6,50

C09DB Angiotensin-II-Rezeptorblocker (ARB) und Calciumkanalblocker

C09DB01 Valsartan und Amlodipin

	Valsartan 0,08, Amlodipin 0,005			
	Amlodipin/Valsartan "+pharma" 5 mg/80 mg Filmtabl.		30 St(3)	6,40
	Amlodipin/Valsartan "1A Pharma" 5 mg/80 mg Filmtabl.		28 St(3)	5,95
	Amlodipin/Valsartan "Actavis" 5 mg/80 mg Filmtabl.		30 St(3)	6,60
	Amlodipin/Valsartan "Genericon" 5 mg/80 mg Filmtabl.		30 St(3)	6,60
	Amlodipin/Valsartan "Sandoz" 5 mg/80 mg Filmtabl.		28 St(3)	6,30
	Amlodipin/Valsartan "Stada" 5 mg/80 mg Filmtabl.		28 St(3)	5,20
	Amlodipin/Valsartan "TAD" 5 mg/80 mg Filmtabl.		30 St(3)	6,75
	Amlovalsax 5 mg/80 mg Filmtabl.		30 St(3)	6,40
	Valsartan 0,16, Amlodipin 0,005			
	Amlodipin/Valsartan "+pharma" 5 mg/160 mg Filmtabl.		30 St(3)	6,40
	Amlodipin/Valsartan "1A Pharma" 5 mg/160 mg Filmtabl.		28 St(3)	5,95
	Amlodipin/Valsartan "Actavis" 5 mg/160 mg Filmtabl.		30 St(3)	6,60
	Amlodipin/Valsartan "Genericon" 5 mg/160 mg Filmtabl.		30 St(3)	6,60
	Amlodipin/Valsartan "Sandoz" 5 mg/160 mg Filmtabl.		28 St(3)	6,30
	Amlodipin/Valsartan "Stada" 5 mg/160 mg Filmtabl.		28 St(3)	5,20
	Amlodipin/Valsartan "TAD" 5 mg/160 mg Filmtabl.		30 St(3)	6,75
	Amlovalsax 5 mg/160 mg Filmtabl.		30 St(3)	6,40
	Valsartan 0,16, Amlodipin 0,01			
	Amlodipin/Valsartan "+pharma" 10 mg/160 mg Filmtabl.		30 St(3)	6,40
	Amlodipin/Valsartan "1A Pharma" 10 mg/160 mg Filmtabl.		28 St(3)	5,95
	Amlodipin/Valsartan "Actavis" 10 mg/160 mg Filmtabl.		30 St(3)	6,60
	Amlodipin/Valsartan "Genericon" 10 mg/160 mg Filmtabl.		30 St(3)	6,60
	Amlodipin/Valsartan "Sandoz" 10 mg/160 mg Filmtabl.		28 St(3)	6,30
	Amlodipin/Valsartan "Stada" 10 mg/160 mg Filmtabl.		28 St(3)	5,20
	Amlodipin/Valsartan "TAD" 10 mg/160 mg Filmtabl.		30 St(3)	6,75
	Amlovalsax 10 mg/160 mg Filmtabl.		30 St(3)	6,40

C09DB04 Telmisartan und Amlodipin

	Telmisartan 0,04, Amlodipin 0,005			
IND	**Twynsta 40 mg/5 mg Tabl.** wenn ACE-Hemmer nicht vertragen werden		28 St(2)	25,95
	Telmisartan 0,04, Amlodipin 0,01			
IND	**Twynsta 40 mg/10 mg Tabl.** wenn ACE-Hemmer nicht vertragen werden		28 St(2)	25,95
	Telmisartan 0,08, Amlodipin 0,005			
IND	**Twynsta 80 mg/5 mg Tabl.** wenn ACE-Hemmer nicht vertragen werden		28 St(2)	27,15
	Telmisartan 0,08, Amlodipin 0,01			
IND	**Twynsta 80 mg/10 mg Tabl.** wenn ACE-Hemmer nicht vertragen werden		28 St(2)	27,15

Bezeichnung	T	OP	KVP in €

C09DB07 Candesartan und Amlodipin

Candesartan 0,008, Amlodipin 0,005

CandAm 8 mg/5 mg Hartkaps.		30 St(2)	8,70
Candeblo Amlo 8 mg/5 mg Tabl.		30 St(3)	5,70
Candecam 8 mg/5 mg Tabl.		28 St(3)	6,60
Candesartan/Amlodipin "1A Pharma" 8 mg/5 mg Hartkaps.		28 St(2)	7,30
Tilamcar 8 mg/5 mg Hartkaps.		28 St(3)	5,90

Candesartan 0,008, Amlodipin 0,01

Candesartan/Amlodipin "1A Pharma" 8 mg/10 mg Hartkaps.		28 St(2)	7,30
Tilamcar 8 mg/10 mg Hartkaps.		28 St(3)	5,90

Candesartan 0,016, Amlodipin 0,005

CandAm 16 mg/5 mg Hartkaps.		30 St(2)	8,70
Candeblo Amlo 16 mg/5 mg Tabl.		30 St(3)	5,70
Candecam 16 mg/5 mg Tabl.		28 St(3)	6,60
Candesartan/Amlodipin "1A Pharma" 16 mg/5 mg Hartkaps.		28 St(2)	7,30
Tilamcar 16 mg/5 mg Hartkaps.		28 St(3)	5,90

Candesartan 0,016, Amlodipin 0,01

CandAm 16 mg/10 mg Hartkaps.		30 St(2)	8,70
Candeblo Amlo 16 mg/10 mg Tabl.		30 St(3)	5,70
Candecam 16 mg/10 mg Tabl.		28 St(3)	6,60
Candesartan/Amlodipin "1A Pharma" 16 mg/10 mg Hartkaps.		28 St(2)	7,30
Tilamcar 16 mg/10 mg Hartkaps.		28 St(3)	5,90

C09DX Angiotensin-II-Rezeptorblocker (ARB), andere Kombinationen
C09DX01 Valsartan, Amlodipin und Hydrochlorothiazid

Valsartan 0,16, Amlodipin 0,005, Hydrochlorothiazid 0,0125

Amlodipin/Valsartan/HCT "1A Pharma" 5 mg/160 mg/12,5 mg Filmtabl.		28 St(3)	5,05
Amlodipin/Valsartan/HCT "ratiopharm" 5 mg/160 mg/12,5 mg Filmtabl.		30 St(3)	5,60
Amlodipin/Valsartan/HCT "Sandoz" 5 mg/160 mg/12,5 mg Filmtabl.		28 St(3)	5,20
Amlodipin/Valsartan/HCT "Stada" 5 mg/160 mg/12,5 mg Filmtabl.		28 St(3)	5,20
Amlodipin/Valsartan/HCT "TAD" 5 mg/160 mg/12,5 mg Filmtabl.		30 St(3)	5,60
Amlovalsax/HCT 5 mg/160 mg/12,5 mg Filmtabl.		30 St(3)	5,60

Valsartan 0,16, Amlodipin 0,005, Hydrochlorothiazid 0,025

Amlodipin/Valsartan/HCT "1A Pharma" 5 mg/160 mg/25 mg Filmtabl.		28 St(3)	5,05
Amlodipin/Valsartan/HCT "Sandoz" 5 mg/160 mg/25 mg Filmtabl.		28 St(3)	6,95
Amlodipin/Valsartan/HCT "Stada" 5 mg/160 mg/25 mg Filmtabl.		28 St(3)	5,20
Amlodipin/Valsartan/HCT "TAD" 5 mg/160 mg/25 mg Filmtabl.		30 St(3)	6,75
Amlovalsax/HCT 5 mg/160 mg/25 mg Filmtabl.		30 St(3)	5,60

Valsartan 0,16, Amlodipin 0,01, Hydrochlorothiazid 0,0125

Amlodipin/Valsartan/HCT "1A Pharma" 10 mg/160 mg/12,5 mg Filmtabl.		28 St(3)	5,05
Amlodipin/Valsartan/HCT "Sandoz" 10 mg/160 mg/12,5 mg Filmtabl.		28 St(3)	6,95
Amlodipin/Valsartan/HCT "Stada" 10 mg/160 mg/12,5 mg Filmtabl.		28 St(3)	5,20
Amlodipin/Valsartan/HCT "TAD" 10 mg/160 mg/12,5 mg Filmtabl.		30 St(3)	6,75
Amlovalsax/HCT 10 mg/160 mg/12,5 mg Filmtabl.		30 St(3)	5,60

Valsartan 0,16, Amlodipin 0,01, Hydrochlorothiazid 0,025

Amlodipin/Valsartan/HCT "1A Pharma" 10 mg/160 mg/25 mg Filmtabl.		28 St(3)	5,05
Amlodipin/Valsartan/HCT "Sandoz" 10 mg/160 mg/25 mg Filmtabl.		28 St(3)	6,95
Amlodipin/Valsartan/HCT "Stada" 10 mg/160 mg/25 mg Filmtabl.		28 St(3)	5,20
Amlodipin/Valsartan/HCT "TAD" 10 mg/160 mg/25 mg Filmtabl.		30 St(3)	6,75
Amlovalsax/HCT 10 mg/160 mg/25 mg Filmtabl.		30 St(3)	5,60

	Bezeichnung	T	OP	KVP in €
Valsartan 0,32, Amlodipin 0,01, Hydrochlorothiazid 0,025				
	Amlodipin/Valsartan/HCT "ratiopharm" 10 mg/320 mg/25 mg Filmtabl.		30 St(3)	5,60
	Amlodipin/Valsartan/HCT "Stada" 10 mg/320 mg/25 mg Filmtabl.		28 St(3)	5,20

C09DX06 Candesartan, Amlodipin und Hydrochlorothiazid

Candesartan 0,016, Amlodipin 0,005, Hydrochlorothiazid 0,0125				
	CandAmComp 16 mg/5 mg/12,5 mg Hartkaps.		30 St(3)	5,60
	Candeblo Amlo plus HCT 16 mg/5 mg/12,5 mg Hartkaps.		30 St(3)	5,05
	Candesartan/Amlodipin/HCT "+pharma" 16 mg/5 mg/12,5 mg Hartkaps.		30 St(3)	5,05
Candesartan 0,016, Amlodipin 0,01, Hydrochlorothiazid 0,0125				
	CandAmComp 16 mg/10 mg/12,5 mg Hartkaps.		30 St(3)	5,60
	Candeblo Amlo plus HCT 16 mg/10 mg/12,5 mg Hartkaps.		30 St(3)	5,05
	Candesartan/Amlodipin/HCT "+pharma" 16 mg/10 mg/12,5 mg Hartkaps.		30 St(3)	5,05

C09X ANDERE MITTEL MIT WIRKUNG AUF DAS RENIN-ANGIOTENSIN-SYSTEM
C09XA Renin-Inhibitoren
C09XA02 Aliskiren

Aliskiren 0,15				
IND	**Rasilez 150 mg Filmtabl.** wenn ACE-Hemmer nicht vertragen werden		14 St 28 St(2)	12,70 24,55
Aliskiren 0,3				
IND	**Rasilez 300 mg Filmtabl.** wenn ACE-Hemmer nicht vertragen werden		28 St(2)	28,40

C10 MITTEL, DIE DEN LIPIDSTOFFWECHSEL BEEINFLUSSEN
C10A MITTEL, DIE DEN LIPIDSTOFFWECHSEL BEEINFLUSSEN, REIN
C10AA HMG-CoA-Reduktasehemmer
C10AA01 Simvastatin

Simvastatin 0,02				
	Gerosim "G.L." 20 mg Filmtabl.	T2	30 St(2)	5,85
	Simvastad 20 mg Filmtabl.	T2	30 St(2)	5,55
	Simvastatin "+pharma" 20 mg Filmtabl.	T2	30 St(2)	5,65
	Simvastatin "1A Pharma" 20 mg Filmtabl.	T2	30 St(2)	5,80
	Simvastatin "Actavis" 20 mg Filmtabl.	T2	30 St(2)	6,60
	Simvastatin "Alternova" 20 mg Filmtabl.	T2	30 St(2)	6,60
	Simvastatin "Bluefish" 20 mg Filmtabl.		30 St(2)	5,50
	Simvastatin "Genericon" 20 mg Filmtabl.	T2	30 St(2)	6,60
	Simvastatin "Hexal" 20 mg Filmtabl.	T2	30 St(2)	6,60
	Simvastatin "Merck" 20 mg Filmtabl.		30 St(2)	6,60
	Simvastatin "ratiopharm" 20 mg Filmtabl.	T2	30 St(2)	6,60
	Simvastatin "Sandoz" 20 mg Filmtabl.	T2	30 St(2)	6,60
	Simvastatin "Teva" 20 mg Filmtabl.		30 St(2)	5,85
	Simvatin 20 mg Filmtabl.	T2	30 St(2)	6,60
	Zocord 20 mg Filmtabl.		30 St(2)	6,60
Simvastatin 0,03				
	Simvastatin "Hexal" 30 mg Filmtabl.	T2	30 St(2)	7,55
Simvastatin 0,04				
	Gerosim "G.L." 40 mg Filmtabl.	T2	30 St(2)	5,85
	Simvastad 40 mg Filmtabl.	T2	30 St(2)	5,55
	Simvastatin "+pharma" 40 mg Filmtabl.	T2	30 St(2)	5,65
	Simvastatin "1A Pharma" 40 mg Filmtabl.	T2	30 St(2)	5,80
	Simvastatin "Actavis" 40 mg Filmtabl.	T2	30 St(2)	6,60
	Simvastatin "Alternova" 40 mg Filmtabl.	T2	30 St(2)	6,60
	Simvastatin "Bluefish" 40 mg Filmtabl.		30 St(2)	5,50

Bezeichnung	T	OP	KVP in €
Simvastatin "Genericon" 40 mg Filmtabl.	T2	30 St(2)	6,60
Simvastatin "Hexal" 40 mg Filmtabl.	T2	30 St(2)	6,60
Simvastatin "Merck" 40 mg Filmtabl.		30 St(2)	6,60
Simvastatin "ratiopharm" 40 mg Filmtabl.	T2	30 St(2)	6,60
Simvastatin "Sandoz" 40 mg Filmtabl.	T2	30 St(2)	6,60
Simvastatin "Teva" 40 mg Filmtabl.		30 St(2)	5,85
Simvatin 40 mg Filmtabl.	T2	30 St(2)	6,60
Simvastatin 0,08			
Simvastatin "+pharma" 80 mg Filmtabl.	T2	30 St(2)	5,85
Simvastatin "Actavis" 80 mg Filmtabl.	T2	30 St(2)	6,65
Simvastatin "Genericon" 80 mg Filmtabl.	T2	30 St(2)	7,60
Simvastatin "Hexal" 80 mg Filmtabl.	T2	30 St(2)	7,60
Simvastatin "ratiopharm" 80 mg Filmtabl.	T2	30 St(2)	7,60
Simvastatin "Teva" 80 mg Filmtabl.		30 St(2)	5,85
Simvatin 80 mg Filmtabl.	T2	30 St(2)	6,65

C10AA03 Pravastatin

Pravastatin 0,02			
Panchol 20 mg Tabl.	T2	30 St(2)	9,30
Pravastatin "1A Pharma" 20 mg Tabl.	T2	30 St(2)	8,05
Pravastatin "Genericon" 20 mg Filmtabl.	T2	30 St(2)	9,60
Pravastatin "ratiopharm GmbH" 20 mg Tabl.	T2	30 St(2)	8,10
Pravastatin "Sandoz" 20 mg Tabl.	T2	30 St(2)	9,50
Pravastatin 0,04			
Panchol 40 mg Tabl.	T2	30 St(2)	9,30
Pravastatin "+pharma" 40 mg Filmtabl.	T2	30 St(2)	8,00
Pravastatin "1A Pharma" 40 mg Tabl.	T2	30 St(2)	8,05
Pravastatin "Genericon" 40 mg Filmtabl.	T2	30 St(2)	10,15
Pravastatin "ratiopharm GmbH" 40 mg Tabl.	T2	30 St(2)	8,10
Pravastatin "Sandoz" 40 mg Tabl.	T2	30 St(2)	9,50

C10AA04 Fluvastatin

Fluvastatin 0,08			
Lescol MR 80 mg Filmtabl.		28 St(2)	6,30

C10AA05 Atorvastatin

Atorvastatin 0,01			
Atorvacor 10 mg Filmtabl.		30 St(3)	5,15
Atorvadivid 10 mg Filmtabl.		30 St(2)	6,30
Atorvalan 10 mg Filmtabl.		30 St(2)	6,35
Atorvastatin "!@ctavis Group" 10 mg Filmtabl.		30 St(3)	5,10
Atorvastatin "+pharma" 10 mg Filmtabl.		30 St(2)	5,80
Atorvastatin "1A Pharma" 10 mg Filmtabl.		30 St(3)	5,80
Atorvastatin "Aristo Pharma" 10 mg Filmtabl.		30 St(3)	5,35
Atorvastatin "Bluefish AB" 10 mg Filmtabl.		30 St(3)	5,10
Atorvastatin "G.L." 10 mg Filmtabl.		30 St(2)	6,35
Atorvastatin "Genericon" 10 mg Filmtabl.		30 St(2)	6,35
Atorvastatin "Krka" 10 mg Filmtabl.		30 St(2)	6,35
Atorvastatin "ratiopharm GmbH" 10 mg Filmtabl.		30 St(3)	5,10
Atorvastatin "Sandoz" 10 mg Filmtabl.		30 St(2)	6,35
Atorvastatin "Stada" 10 mg Filmtabl.		30 St(2)	5,70
Atorvastatin "Viatris" 10 mg Filmtabl.		30 St(2)	6,30
Atorvastatin 0,02			
Atorvacor 20 mg Filmtabl.	T2	30 St(3)	5,15
Atorvadivid 20 mg Filmtabl.	T2	30 St(2)	6,30
Atorvalan 20 mg Filmtabl.	T2	30 St(2)	6,35

Bezeichnung	T	OP	KVP in €
Atorvastatin "!@ctavis Group" 20 mg Filmtabl.	T2	30 St(3)	5,10
Atorvastatin "+pharma" 20 mg Filmtabl.	T2	30 St(2)	5,80
Atorvastatin "1A Pharma" 20 mg Filmtabl.	T2	30 St(3)	5,80
Atorvastatin "Aristo Pharma" 20 mg Filmtabl.		30 St(3)	5,35
Atorvastatin "Bluefish AB" 20 mg Filmtabl.		30 St(3)	5,10
Atorvastatin "G.L." 20 mg Filmtabl.	T2	30 St(2)	6,35
Atorvastatin "Genericon" 20 mg Filmtabl.		30 St(2)	6,35
Atorvastatin "Krka" 20 mg Filmtabl.		30 St(2)	6,35
Atorvastatin "ratiopharm GmbH" 20 mg Filmtabl.	T2	30 St(3)	5,10
Atorvastatin "Sandoz" 20 mg Filmtabl.	T2	30 St(2)	6,35
Atorvastatin "Stada" 20 mg Filmtabl.		30 St(2)	5,70
Atorvastatin "Viatris" 20 mg Filmtabl.		30 St(2)	6,30
Atorvastatin 0,03			
Atorvastatin "Krka" 30 mg Filmtabl.		30 St(2)	8,90
Atorvastatin 0,04			
Atorvacor 40 mg Filmtabl.	T2	30 St(3)	5,15
Atorvadivid 40 mg Filmtabl.	T4	30 St(2)	6,30
Atorvalan 40 mg Filmtabl.	T2	30 St(2)	6,35
Atorvastatin "!@ctavis Group" 40 mg Filmtabl.	T2	30 St(3)	5,10
Atorvastatin "+pharma" 40 mg Filmtabl.	T2	30 St(2)	5,80
Atorvastatin "1A Pharma" 40 mg Filmtabl.	T4	30 St(3)	5,80
Atorvastatin "Aristo Pharma" 40 mg Filmtabl.		30 St(3)	5,35
Atorvastatin "Bluefish AB" 40 mg Filmtabl.		30 St(3)	5,10
Atorvastatin "G.L." 40 mg Filmtabl.	T2	30 St(2)	6,35
Atorvastatin "Genericon" 40 mg Filmtabl.		30 St(2)	6,35
Atorvastatin "Krka" 40 mg Filmtabl.		30 St(2)	6,35
Atorvastatin "ratiopharm GmbH" 40 mg Filmtabl.	T2	30 St(3)	5,10
Atorvastatin "Sandoz" 40 mg Filmtabl.	T4	30 St(2)	6,35
Atorvastatin "Stada" 40 mg Filmtabl.		30 St(2)	5,70
Atorvastatin "Viatris" 40 mg Filmtabl.		30 St(2)	6,30
Atorvastatin 0,06			
Atorvastatin "Krka" 60 mg Filmtabl.		30 St(2)	10,70
Atorvastatin 0,08			
Atorvacor 80 mg Filmtabl.	T2	30 St(3)	5,15
Atorvalan 80 mg Filmtabl.	T2	30 St(2)	6,35
Atorvastatin "!@ctavis Group" 80 mg Filmtabl.	T2	30 St(3)	5,10
Atorvastatin "+pharma" 80 mg Filmtabl.	T2	30 St(2)	5,80
Atorvastatin "1A Pharma" 80 mg Filmtabl.	T4	30 St(3)	5,80
Atorvastatin "Aristo Pharma" 80 mg Filmtabl.		30 St(3)	5,35
Atorvastatin "Bluefish AB" 80 mg Filmtabl.		30 St(3)	5,10
Atorvastatin "G.L." 80 mg Filmtabl.	T2	30 St(2)	6,35
Atorvastatin "Genericon" 80 mg Filmtabl.		30 St(2)	6,35
Atorvastatin "ratiopharm GmbH" 80 mg Filmtabl.	T2	30 St(3)	5,10
Atorvastatin "Sandoz" 80 mg Filmtabl.	T4	30 St(2)	6,35
Atorvastatin "Stada" 80 mg Filmtabl.		30 St(2)	5,70
Atorvastatin "Viatris" 80 mg Filmtabl.		30 St(2)	6,30

C10AA07 Rosuvastatin

Rosuvastatin 0,005			
Arosuva 5 mg Filmtabl.		28 St(2)	7,35
Rosuvastatin "1A Pharma" 5 mg Filmtabl.		30 St(3)	5,75
Rosuvastatin "Actavis Group" 5 mg Filmtabl.		30 St(3)	5,55
Rosuvastatin "HCS" 5 mg Filmtabl.		30 St(2)	5,90
Rosuvastatin "ratiopharm" 5 mg Filmtabl.		30 St(2)	7,90
Rosuvastatin "Sandoz" 5 mg Filmtabl.		30 St(2)	7,75

Bezeichnung	T	OP	KVP in €
Rosuvastatin 0,01			
Arosuva 10 mg Filmtabl.		28 St(2)	7,35
Rosuvalan 10 mg Filmtabl.	T2	30 St(2)	6,50
Rosuvastatin "+pharma" 10 mg Filmtabl.	T2	30 St(2)	5,70
Rosuvastatin "1A Pharma" 10 mg Filmtabl.		30 St(3)	5,65
Rosuvastatin "Actavis Group" 10 mg Filmtabl.	T2	30 St(3)	5,55
Rosuvastatin "G.L." 10 mg Filmtabl.	T2	30 St(2)	6,00
Rosuvastatin "Genericon" 10 mg Filmtabl.	T2	30 St(2)	7,80
Rosuvastatin "HCS" 10 mg Filmtabl.		30 St(2)	5,90
Rosuvastatin "ratiopharm" 10 mg Filmtabl.	T2	30 St(2)	7,90
Rosuvastatin "Sandoz" 10 mg Filmtabl.		30 St(2)	7,75
Rosuvastatin "Stada" 10 mg Filmtabl.		30 St(2)	5,70
Rosuvastatin 0,015			
Rosuvastatin "ratiopharm" 15 mg Filmtabl.		30 St(2)	7,90
Rosuvastatin 0,02			
Arosuva 20 mg Filmtabl.	T2	28 St(2)	7,35
Rosuvalan 20 mg Filmtabl.	T2	30 St(2)	6,50
Rosuvastatin "+pharma" 20 mg Filmtabl.	T2	30 St(2)	5,70
Rosuvastatin "1A Pharma" 20 mg Filmtabl.		30 St(3)	5,75
Rosuvastatin "Actavis Group" 20 mg Filmtabl.	T2	30 St(3)	5,55
Rosuvastatin "G.L." 20 mg Filmtabl.	T2	30 St(2)	6,00
Rosuvastatin "Genericon" 20 mg Filmtabl.	T2	30 St(2)	7,80
Rosuvastatin "HCS" 20 mg Filmtabl.		30 St(2)	5,90
Rosuvastatin "ratiopharm" 20 mg Filmtabl.	T2	30 St(2)	7,90
Rosuvastatin "Sandoz" 20 mg Filmtabl.		30 St(2)	7,75
Rosuvastatin "Stada" 20 mg Filmtabl.		30 St(2)	5,70
Rosuvastatin 0,03			
Rosuvastatin "ratiopharm" 30 mg Filmtabl.		30 St(2)	7,90
Rosuvastatin 0,04			
Arosuva 40 mg Filmtabl.	T2	28 St(2)	7,35
Rosuvalan 40 mg Filmtabl.	T2	30 St(2)	6,50
Rosuvastatin "+pharma" 40 mg Filmtabl.	T2	30 St(2)	6,50
Rosuvastatin "1A Pharma" 40 mg Filmtabl.		30 St(3)	5,75
Rosuvastatin "Actavis Group" 40 mg Filmtabl.	T2	30 St(3)	5,55
Rosuvastatin "G.L." 40 mg Filmtabl.	T2	30 St(2)	6,50
Rosuvastatin "Genericon" 40 mg Filmtabl.	T2	30 St(2)	7,90
Rosuvastatin "HCS" 40 mg Filmtabl.		30 St(2)	5,90
Rosuvastatin "ratiopharm" 40 mg Filmtabl.	T2	30 St(2)	7,90
Rosuvastatin "Sandoz" 40 mg Filmtabl.		30 St(2)	7,75
Rosuvastatin "Stada" 40 mg Filmtabl.		30 St(2)	5,70

C10AB Fibrate
C10AB02 Bezafibrat

Bezafibrat 0,2			
Bezastad 200 mg Filmtabl.		30 St(2)	5,90
Bezafibrat 0,4			
Bezalip retard 400 mg Filmtabl.		30 St(2)	8,20

C10AB04 Gemfibrozil

Gemfibrozil 0,45			
Gevilon 450 mg Filmtabl.		30 St(2) 100 St	8,25 23,25

	Bezeichnung	T	OP	KVP in €

C10AB05 Fenofibrat

Fenofibrat 0,2

	Lipcor 200 mg Kaps.		30 St(2)	10,75

Fenofibrat 0,25

	Fenolip retard 250 mg Kaps.		30 St(2)	12,45

C10AC Gallensäure bindende Mittel
C10AC01 Colestyramin

Colestyramin 4,0/ED

IND	**Quantalan zuckerfreies Plv.** Primär biliäre Zirrhose, diagn. ges. KHK mit Hypercholesterinämie, Statine alleine nicht ausreichend oder kontraindiziert		50 St(2)	29,55

C10AX Andere Mittel, die den Lipidstoffwechsel beeinflussen
C10AX09 Ezetimib

Ezetimib 0,01

	Ezegelan 10 mg Tabl.		30 St(3)	9,95
	Ezetimib "+pharma" 10 mg Tabl.		30 St(3)	9,60
	Ezetimib "1A Pharma" 10 mg Tabl.		30 St(3)	8,50
	Ezetimib "Accord" 10 mg Tabl.		30 St(3)	8,35
	Ezetimib "Actavis" 10 mg Tabl.		30 St(3)	10,00
	Ezetimib "Genericon" 10 mg Tabl.		30 St(3)	10,00
	Ezetimib "Glenmark" 10 mg Tabl.		30 St(3)	8,55
	Ezetimib "HCS" 10 mg Tabl.		30 St(3)	9,50
	Ezetimib "Sandoz" 10 mg Tabl.		30 St(3)	10,00
	Ezetimib "Stada" 10 mg Filmtabl.		30 St(3)	8,55
	Ezetimib "Zentiva" 10 mg Tabl.		30 St(3)	8,30

C10B MITTEL, DIE DEN LIPIDSTOFFWECHSEL BEEINFLUSSEN, KOMBINATIONEN
C10BA Kombinationen verschiedener Mittel, die den Lipidstoffwechsel beeinflussen
C10BA02 Simvastatin und Ezetimib

Simvastatin 0,01, Ezetimib 0,01

	Ezesim 10 mg/10 mg Tabl.		30 St(3)	9,60
	Ezetimib/Simvastatin "Accord" 10 mg/10 mg Tabl.		30 St(3)	8,75
	Ezetimib/Simvastatin "Actavis" 10 mg/10 mg Tabl.		30 St(3)	9,65
	Ezetimib/Simvastatin "HCS" 10 mg/10 mg Tabl.		30 St(3)	9,65
	Ezetimib/Simvastatin "ratiopharm GmbH" 10 mg/10 mg Tabl.		30 St(3)	8,75
	Ezetimib/Simvastatin "Stada" 10 mg/10 mg Tabl.		30 St(3)	9,60

Simvastatin 0,02, Ezetimib 0,01

	Ezesim 10 mg/20 mg Tabl.		30 St(3)	9,60
	Ezetimib/Simvastatin "Accord" 10 mg/20 mg Tabl.		30 St(3)	8,75
	Ezetimib/Simvastatin "Actavis" 10 mg/20 mg Tabl.		30 St(3)	9,65
	Ezetimib/Simvastatin "HCS" 10 mg/20 mg Tabl.		30 St(3)	9,65
	Ezetimib/Simvastatin "ratiopharm GmbH" 10 mg/20 mg Tabl.		30 St(3)	8,75
	Ezetimib/Simvastatin "Stada" 10 mg/20 mg Tabl.		30 St(3)	9,60
	SimEz 10 mg/20 mg Tabl.		30 St(3)	9,65

Simvastatin 0,04, Ezetimib 0,01

	Ezesim 10 mg/40 mg Tabl.		30 St(3)	9,60
	Ezetimib/Simvastatin "Accord" 10 mg/40 mg Tabl.		30 St(3)	8,75
	Ezetimib/Simvastatin "HCS" 10 mg/40 mg Tabl.		30 St(3)	9,65
	Ezetimib/Simvastatin "ratiopharm GmbH" 10 mg/40 mg Tabl.		30 St(3)	8,75
	SimEz 10 mg/40 mg Tabl.		30 St(3)	9,65

Simvastatin 0,08, Ezetimib 0,01

	Ezesim 10 mg/80 mg Tabl.		30 St(3)	9,60

Bezeichnung	T	OP	KVP in €
Ezetimib/Simvastatin "Accord" 10 mg/80 mg Tabl.		30 St(3)	8,75
Ezetimib/Simvastatin "ratiopharm GmbH" 10 mg/80 mg Tabl.		30 St(3)	8,75

C10BA04 Simvastatin und Fenofibrat

Simvastatin 0,02, Fenofibrat 0,145

Cholib 145 mg/20 mg Filmtabl.		30 St(2)	13,80

Simvastatin 0,04, Fenofibrat 0,145

Cholib 145 mg/40 mg Filmtabl.		30 St(2)	14,10

C10BA05 Atorvastatin und Ezetimib

Atorvastatin 0,01, Ezetimib 0,01

Atorvacor + Ezetimib 10 mg/10 mg Filmtabl.		30 St(3)	9,50
Ezeato 10 mg/10 mg Tabl.		30 St(3)	11,40
Ezetimib/Atorvastatin "+pharma" 10 mg/10 mg Filmtabl.		30 St(3)	9,50
Ezetimib/Atorvastatin "ratiopharm" 10 mg/10 mg Filmtabl.		30 St(3)	10,25
Ezetimib/Atorvastatin "Stada" 10 mg/10 mg Filmtabl.		30 St(3)	8,55

Atorvastatin 0,02, Ezetimib 0,01

Atorvacor + Ezetimib 20 mg/10 mg Filmtabl.		30 St(3)	9,50
Ezeato 10 mg/20 mg Tabl.		30 St(3)	11,40
Ezetimib/Atorvastatin "+pharma" 10 mg/20 mg Filmtabl.		30 St(3)	9,50
Ezetimib/Atorvastatin "ratiopharm" 10 mg/20 mg Filmtabl.		30 St(3)	10,25
Ezetimib/Atorvastatin "Stada" 10 mg/20 mg Filmtabl.		30 St(3)	8,55

Atorvastatin 0,04, Ezetimib 0,01

Atorvacor + Ezetimib 40 mg/10 mg Filmtabl.		30 St(3)	9,50
Ezeato 10 mg/40 mg Tabl.		30 St(3)	11,40
Ezetimib/Atorvastatin "+pharma" 10 mg/40 mg Filmtabl.		30 St(3)	9,50
Ezetimib/Atorvastatin "ratiopharm" 10 mg/40 mg Filmtabl.		30 St(3)	10,25
Ezetimib/Atorvastatin "Stada" 10 mg/40 mg Filmtabl.		30 St(3)	8,55

Atorvastatin 0,08, Ezetimib 0,01

Atorvacor + Ezetimib 80 mg/10 mg Filmtabl.		30 St(3)	9,50
Ezeato 10 mg/80 mg Tabl.		30 St(3)	11,40
Ezetimib/Atorvastatin "+pharma" 10 mg/80 mg Filmtabl.		30 St(3)	9,50
Ezetimib/Atorvastatin "ratiopharm" 10 mg/80 mg Filmtabl.		30 St(3)	10,25
Ezetimib/Atorvastatin "Stada" 10 mg/80 mg Filmtabl.		30 St(3)	8,55

C10BA06 Rosuvastatin und Ezetimib

Rosuvastatin 0,005, Ezetimib 0,01

Arosuva plus Ezetimib 5 mg/10 mg Filmtabl.		30 St(3)	11,40
Ezerosu 10 mg/5 mg Filmtabl.		30 St(3)	11,40
Rosamib 5 mg/10 mg Tabl.		30 St(3)	11,40
Rosuvastatin/Ezetimib "HCS" 5 mg/10 mg Filmtabl.		30 St(3)	9,50

Rosuvastatin 0,01, Ezetimib 0,01

Arosuva plus Ezetimib 10 mg/10 mg Filmtabl.		30 St(3)	11,40
Ezerosu 10 mg/10 mg Filmtabl.		30 St(3)	11,40
Rosamib 10 mg/10 mg Tabl.		30 St(3)	11,40
Rosuvastatin/Ezetimib "HCS" 10 mg/10 mg Filmtabl.		30 St(3)	9,50
Rosuvastatin/Ezetimib "ratiopharm" 10 mg/10 mg Tabl.		30 St(3)	10,30

Rosuvastatin 0,02, Ezetimib 0,01

Arosuva plus Ezetimib 20 mg/10 mg Filmtabl.		30 St(3)	11,40
Ezerosu 10 mg/20 mg Filmtabl.		30 St(3)	11,40
Rosamib 20 mg/10 mg Tabl.		30 St(3)	11,40
Rosuvastatin/Ezetimib "HCS" 20 mg/10 mg Filmtabl.		30 St(3)	9,50
Rosuvastatin/Ezetimib "ratiopharm" 20 mg/10 mg Tabl.		30 St(3)	10,30

	Bezeichnung	T	OP	KVP in €
Rosuvastatin 0,04, Ezetimib 0,01				
	Arosuva plus Ezetimib 40 mg/10 mg Filmtabl.		30 St(3)	11,40
	Ezerosu 10 mg/40 mg Filmtabl.		30 St(3)	11,40
	Rosamib 40 mg/10 mg Tabl.		30 St(3)	9,50

C10BX Mittel, die den Lipidstoffwechsel beeinflussen, andere Kombinationen

C10BX03 Atorvastatin und Amlodipin

Atorvastatin 0,01, Amlodipin 0,005				
	Caduet 5 mg/10 mg Filmtabl.		30 St(2)	12,85
Atorvastatin 0,01, Amlodipin 0,01				
	Caduet 10 mg/10 mg Filmtabl.		30 St(2)	12,85

C10BX05 Rosuvastatin und Acetylsalicylsäure

Rosuvastatin 0,005, Acetylsalicylsäure 0,1				
	RosuASS 5 mg/100 mg Hartkaps.		30 St(3)	6,55
Rosuvastatin 0,01, Acetylsalicylsäure 0,1				
	RosuASS 10 mg/100 mg Hartkaps.		30 St(3)	6,55
Rosuvastatin 0,02, Acetylsalicylsäure 0,1				
	RosuASS 20 mg/100 mg Hartkaps.		30 St(3)	6,55

C10BX06 Atorvastatin, Acetylsalicylsäure und Ramipril

Atorvastatin 0,02, Acetylsalicylsäure 0,1, Ramipril 0,005				
	Trinomia 100 mg/20 mg/5 mg Hartkaps.		28 St(2)	12,30
Atorvastatin 0,02, Acetylsalicylsäure 0,1, Ramipril 0,01				
	Trinomia 100 mg/20 mg/10 mg Hartkaps.		28 St(2)	12,65

D DERMATIKA

D01 ANTIMYKOTIKA ZUR DERMATOLOGISCHEN ANWENDUNG

D01A ANTIMYKOTIKA ZUR TOPISCHEN ANWENDUNG

D01AA Antibiotika

D01AA01 Nystatin

Nystatin 100.000 IE/g				
	Candio Hermal soft Paste		20 g	4,90
	Mycostatin Salbe		20 g	3,60
	Mycostatin Zinkoxidpaste		20 g	3,90
F2J	**Mycostatin Zinkoxidpaste**		50 g	7,65

D01AC Imidazol- und Triazol-Derivate

D01AC02 Miconazol

Miconazol 0,02/g				
	Daktarin 2 % Creme		30 g	4,70

D01AC03 Econazol

Econazol 0,01/g				
	Pevaryl Creme		30 g	4,70

D01AC05 Isoconazol

Isoconazol 0,01/g				
	Travogen Creme		30 g	4,70

	Bezeichnung	T	OP	KVP in €
	D01AC08 Ketoconazol			
	Ketoconazol 0,02/g			
	Fungoral 2 % Creme		30 g	5,25
	Ketoconazol 0,02/ml			
IND	**Fungoral 2 % medizinisches Shampoo** Pityriasis versicolor; seborrhoische Dermatitis		60 ml	5,50
	D01AC12 Fenticonazol			
	Fenticonazol 0,02/g			
	Lomexin 2 % Creme		30 g(2)	4,40
	D01AC20 Imidazole/Triazole in Kombination mit Corticosteroiden			
	Econazolnitrat 0,01, Triamcinolonacetonid 0,001/g			
	Pevisone Creme		15 g(2)	4,00
	Isoconazolnitrat 0,01, Diflucortolonvalerat 0,001/g			
	Travocort Creme		15 g(2)	4,10
	Miconazolnitrat 0,02, Fluprednidenacetat 0,001/g			
	Vobaderm 1 mg/g + 20 mg/g Creme		15 g(2)	2,90
	D01AE Andere Antimykotika zur topischen Anwendung **D01AE15 Terbinafin**			
	Terbinafin 0,01/g			
	Terbinafin "ratiopharm" Creme		15 g	2,85
	D01B ANTIMYKOTIKA ZUR SYSTEMISCHEN ANWENDUNG **D01BA Antimykotika zur systemischen Anwendung** **D01BA02 Terbinafin**			
	Terbinafin 0,25			
D	**Amykal 250 mg Tabl.** *bei Dermatomykosen bzw. Onychomykosen*		14 St	12,25
D	**Amykal 250 mg Tabl.** *bei Onychomykosen*		28 St	23,00
D	**Myconormin 250 mg Tabl.** *bei Dermatomykosen bzw. Onychomykosen*	T2	14 St	12,25
D	**Myconormin 250 mg Tabl.** *bei Onychomykosen*	T2	28 St	23,00
D	**Terbiderm 250 mg Tabl.** *bei Dermatomykosen bzw. Onychomykosen*	T2	14 St	12,20
D	**Terbiderm 250 mg Tabl.** *bei Onychomykosen*	T2	28 St	22,90
D	**Terbinafin "Genericon" 250 mg Tabl.** *bei Dermatomykosen bzw. Onychomykosen*	T2	14 St	12,20
D	**Terbinafin "Genericon" 250 mg Tabl.** *bei Onychomykosen*	T2	28 St	22,90
	D02 EMOLLIENTIA UND HAUTSCHUTZMITTEL **D02A EMOLLIENTIA UND HAUTSCHUTZMITTEL** **D02AE Harnstoff-haltige Mittel** **D02AE51 Harnstoff, Kombinationen**			
	Harnstoff 0,05, Polidocanol 0,03/g			
	Optiderm Creme		50 g	4,80
	Optiderm Fett-Creme		50 g	4,80

	Bezeichnung	T	OP	KVP in €
Harnstoff 0,12, Tretinoin 0,0003/g				
	Keratosis + Tretinoin Creme "Widmer"		30 g (2)	4,20
			100 g	7,65

D03 ZUBEREITUNGEN ZUR BEHANDLUNG VON WUNDEN UND GESCHWÜREN
D03A WUNDBEHANDLUNGSMITTEL
D03AA Lebertransalben

Lebertran 0,13, Zinkoxid 0,3/g				
	Desitin Salbe		20 g (2)	3,30
			50 g	5,35

D03AX Andere Wundbehandlungsmittel

Amm. sulfobituminat 0,1/g				
	Ichtholan 10 % Salbe		40 g	7,10
Amm. sulfobituminat 0,2/g				
	Ichtholan 20 % Salbe		40 g	8,10
Amm. sulfobituminat 0,5/g				
	Ichtholan 50 % Salbe		40 g	9,45

D03B ENZYME
D03BA Proteolytische Enzyme
D03BA02 Kollagenase

Kollagenase 1,2 U/g				
	Iruxolum Mono Salbe		30 g	12,65

D04 ANTIPRURIGINOSA, INKL. ANTIHISTAMINIKA, ANÄSTHETIKA ETC.
D04A ANTIPRURIGINOSA, INKL. ANTIHISTAMINIKA, ANÄSTHETIKA ETC.
D04AA Antihistaminika zur topischen Anwendung
D04AA32 Diphenhydramin

Diphenhydramin 0,02/g				
	Dermodrin Salbe		20 g (2)	4,50

D04AX Andere Antipruriginosa

Gerbstoff (synth.) 0,01/g				
	Tannosynt Lotio		100 g	7,20
Gerbstoff (synth.) 0,4/g				
	Tannosynt flüssig Badekonzentrat		100 g	7,85

D05 ANTIPSORIATIKA
D05A ANTIPSORIATIKA ZUR TOPISCHEN ANWENDUNG
D05AA Teere

Amm. sulfobituminat 0,01, Hamamelisfluidextrakt 0,01, Zinkoxid 0,15, Titandioxid 0,05/g				
	Inotyol Salbe		25 g	5,30
			50 g	7,20

D05AX Andere Antipsoriatika zur topischen Anwendung
D05AX02 Calcipotriol

Calcipotriol 0,00005/g				
D	**Psorcutan Creme**		30 g (2)	14,05
			120 g	43,60
D	**Psorcutan Salbe**		30 g (2)	14,05
			120 g	43,60

	Bezeichnung	T	OP	KVP in €

D05AX04 Tacalcitol

Tacalcitol 0,000004/g

D	**Curatoderm 4 mcg/g Emulsion zur Anw. auf der Haut**		30 ml (2) 50 ml	24,45 39,60
D	**Curatoderm Salbe**		20 g (2) 60 g	16,60 43,60

D05AX52 Calcipotriol, Kombinationen

Calcipotriol 0,00005, Betamethason 0,0005/g

D	**Daivobet 50 mcg/g + 0,5 mg/g Gel**		30 g 60 g	23,95 45,40
D	**Enstilar 50 mcg/g + 0,5 mg/g Schaum zur Anw. auf der Haut**		60 g	53,55
D	**Winxory 50 mcg/g + 0,5 mg/g Creme**		60 g	40,85

D05B ANTIPSORIATIKA ZUR SYSTEMISCHEN ANWENDUNG

D05BB Retinoide zur Behandlung der Psoriasis

D05BB02 Acitretin

Acitretin 0,01

D	**Keracutan 10 mg Kaps.** *Acitretin ist stark teratogen. Die Anwendung ist bei schwangeren Frauen und bei Frauen, die 4 Wochen vor, während und 2 Jahre nach der Behandlung schwanger werden könnten, kontraindiziert (Schwangerschaft ausschließen).*		30 St 100 St	11,25 35,45

Acitretin 0,025

D	**Keracutan 25 mg Kaps.** *Acitretin ist stark teratogen. Die Anwendung ist bei schwangeren Frauen und bei Frauen, die 4 Wochen vor, während und 2 Jahre nach der Behandlung schwanger werden könnten, kontraindiziert (Schwangerschaft ausschließen).*		30 St 100 St	22,90 72,45

D06 ANTIBIOTIKA UND CHEMOTHERAPEUTIKA ZUR DERMATOLOGISCHEN ANWENDUNG

D06A ANTIBIOTIKA ZUR TOPISCHEN ANWENDUNG

D06AX Andere Antibiotika zur topischen Anwendung

Bacitracin 250 IE, Neomycin 5.000 IE/g

	Baneocin Puder		10 g	6,85
	Baneocin Salbe		5 g (2) 20 g	6,85 12,95

D06AX01 Fusidinsäure

Fusidinsäure 0,02/g

	Fucidin Salbe		5 g (2) 15 g	2,05 4,60

D06AX07 Gentamicin

Gentamicin 0,001/g

	Refobacin Creme		15 g	4,60

D06B CHEMOTHERAPEUTIKA ZUR TOPISCHEN ANWENDUNG

D06BA Sulfonamide

D06BA01 Sulfadiazin-Silber

Sulfadiazin-Silber 0,01/g

	Flammazine Creme		50 g	5,60

	Bezeichnung	T	OP	KVP in €

D06BB Antivirale Mittel
D06BB04 Podophyllotoxin

Podophyllotoxin 0,005/ml

	Condylox 0,5 % Lsg. zur Anw. auf der Haut		3,5 ml	21,65

D06BB10 Imiquimod

Imiquimod 0,05/g

IND	**Imikeraderm 50 mg/g Creme** Bei Erwachsenen mit nicht-hyperkeratotischen, nicht-hypertrophen aktinischen Keratosen im Gesicht oder Kopfbereich nach dermatologischer Abklärung, wenn durch die Größe oder die Anzahl der Läsionen eine Kryotherapie oder operative Entfernung kontraindiziert oder nicht möglich ist und mit anderen topischen Behandlungsmöglichkeiten (D11AX18-Diclofenac) kein Auslangen gefunden wurde bzw. diese nicht geeignet sind. Diagnose und Verordnung durch DermatologInnen.		12 St	38,05

D06BX Andere Chemotherapeutika
D06BX01 Metronidazol

Metronidazol 0,0075/g

	Rozex Gel		30 g (2)	6,55

D07 CORTICOSTEROIDE, DERMATOLOGISCHE ZUBEREITUNGEN
D07A CORTICOSTEROIDE, REIN
D07AA Corticosteroide, schwach wirksam (Gruppe I)
D07AA02 Hydrocortison

Hydrocortison 0,01/g

	Ekzemsalbe F "Agepha" 1 % Salbe		20 g	9,75

D07AB Corticosteroide, mittelstark wirksam (Gruppe II)
D07AB07 Flupredniden

Flupredniden 0,001/g

	Decoderm Creme		30 g	6,85

D07AB09 Triamcinolon

Triamcinolon 0,001/g

	Volon A Creme antibiotikafrei		20 g	3,80
	Volon A Salbe antibiotikafrei		20 g	3,80

D07AC Corticosteroide, stark wirksam (Gruppe III)
D07AC01 Betamethason

Betamethason 0,0005/g

	Diproderm Creme		15 g	3,20
			30 g	6,20
	Diproderm Salbe		15 g	3,20
			30 g	6,20
	Diproforte Salbe		15 g	3,15
			30 g	6,25

Betamethason 0,0005/ml

	Diproderm dermatol. Lsg.		30 ml	6,50

Betamethason 0,001/g

	Betnovate Salbe		30 g	4,90

Betamethason 0,001/ml

	Betnovate crinale Lsg.		30 ml	5,10

	Bezeichnung	T	OP	KVP in €

D07AC06 Diflucortolon

Diflucortolon 0,001/g

	Nerisona Creme		15 g	3,15
			30 g	6,25
	Nerisona Fettsalbe		15 g	3,15
			30 g	6,25
	Nerisona Salbe		15 g	3,15
			30 g	6,25

Diflucortolon 0,003/g

	Neriforte Salbe		15 g(2)	6,20

D07AC13 Mometason

Mometason 0,001/g

	Elocon Creme		15 g(2)	3,00
	Elocon Salbe		15 g(2)	3,00
	Momecutan 1 mg/g Creme		15 g(2)	2,50
	Momecutan 1 mg/g Salbe		15 g(2)	2,50

Mometason 0,001/ml

	Elocon dermatol. Lsg.		20 ml(2)	4,00
	Momecutan 1 mg/g Lsg. zur Anw. auf der Haut		20 ml(2)	3,10

D07AC14 Methylprednisolonaceponat

Methylprednisolonaceponat 0,001/g

	Advantan 0,1 % Fettsalbe		15 g(2)	4,80
	Advantan Creme		15 g(2)	4,80
	Advantan Milch		20 g(2)	6,10
	Advantan Salbe		15 g(2)	4,80

D07AD Corticosteroide, sehr stark wirksam (Gruppe IV)
D07AD01 Clobetasol

Clobetasol 0,0005/g

	Clarelux 500 mcg/g Schaum zur Anw. auf der Haut		100 g	12,45
	Clobex 500 mcg/g Shampoo		125 ml	22,75
	Dermovate Creme		30 g	4,35
IND	**Dermovate Creme** Wenn eine kleinere Packungsgröße zur Abdeckung des individuellen Monatsbedarfs nicht ausreicht		100 g	13,70
	Dermovate Salbe		30 g	4,35
IND	**Dermovate Salbe** Wenn eine kleinere Packungsgröße zur Abdeckung des individuellen Monatsbedarfs nicht ausreicht		100 g	13,70

Clobetasol 0,0005/ml

	Dermovate crinale Lsg.		30 ml	6,20

D07C CORTICOSTEROIDE, KOMBINATIONEN MIT ANTIBIOTIKA
D07CB Corticosteroide, mittelstark wirksam, Kombinationen mit Antibiotika
D07CB01 Triamcinolon und Antibiotika

Triamcinolonacetonid 0,001, Chlortetracyclin 0,03/g

	Aureocort Salbe		15 g	2,65
			30 g	5,15

D07CB02 Flupredniden und Antibiotika

Flupredniden 0,001, Gentamicin 0,001/g

	Decoderm comp. Creme		30 g	6,85

Bezeichnung	T	OP	KVP in €

D07CC Corticosteroide, stark wirksam, Kombinationen mit Antibiotika
D07CC01 Betamethason und Antibiotika

Betamethason 0,0005, Gentamicin 0,001/g

Diprogenta Creme		15 g	3,20
		30 g	6,20
Diprogenta Salbe		15 g	3,20
		30 g	6,20

Betamethason 0,001, Fusidinsäure 0,02/g

Fusicutan 20 mg/g + 1 mg/g Creme		15 g	5,05

D07X CORTICOSTEROIDE, ANDERE KOMBINATIONEN
D07XB Corticosteroide, mittelstark wirksam, andere Kombinationen
D07XB02 Triamcinolon

Triamcinolonacetonid 0,002, Salicylsäure 0,02/ml

Volon A Tinktur		10 ml	(2) 2,60
		30 ml	6,35

D07XC Corticosteroide, stark wirksam, andere Kombinationen
D07XC01 Betamethason

Betamethason 0,0005, Salicylsäure 0,02/ml

Diprosalic dermatol. Lsg.		30 ml	4,35
Soderm 0,5 mg/g + 20 mg/g Lsg. zur Anw. auf der Haut		30 ml	3,35

Betamethason 0,0005, Salicylsäure 0,03/g

Diprosalic Salbe		15 g	3,20
		30 g	6,20

D08 ANTISEPTIKA UND DESINFEKTIONSMITTEL
D08A ANTISEPTIKA UND DESINFEKTIONSMITTEL
D08AG Iod-haltige Mittel
D08AG02 Povidon-Iod

Povidon-Iod 0,1/ml

Betaisodona Lsg. standardisiert		15 ml	(2) 2,35
		100 ml	5,45
		500 ml	14,90

D08AX Andere Antiseptika und Desinfektionsmittel
D08AX53 Propanol, Kombinationen

Hexetidin 0,001, 2-Propanol 0,314, 1-Propanol 0,281/ml

Isozid-H farblos alkohol. Lsg. z. Hautdesinfektion		100 ml	4,80
		500 ml	9,20

D10 AKNEMITTEL
D10A AKNEMITTEL ZUR TOPISCHEN ANWENDUNG
D10AD Retinoide zur topischen Anwendung bei Akne
D10AD03 Adapalen

Adapalen 0,001/g

Differin Gel		30 g	9,65

D10AE Peroxide
D10AE01 Benzoylperoxid

Benzoylperoxid 0,05/g

Benzaknen 5 % Gel		30 g	(2) 3,20

	Bezeichnung	T	OP	KVP in €
Benzoylperoxid 0,05/ml				
	Benzaknen 5 % Susp. zum Auftragen		50 ml	5,65
Benzoylperoxid 0,1/g				
	Benzaknen 10 % Gel		30 g(2)	4,30

D10AE51 Benzoylperoxid, Kombinationen

Benzoylperoxid 0,05, Miconazolnitrat 0,02/g				
	Acne Plus Creme "Widmer"		30 g(2)	6,10

D10AF Antiinfektiva zur Behandlung der Akne
D10AF01 Clindamycin

Clindamycin 0,01/g				
	Zindaclin 1 % Gel		30 g	11,60
Clindamycin 0,01/ml				
	Dalacin Lotion		30 ml	6,60

D10AF51 Clindamycin, Kombinationen

Clindamycin 0,01, Benzoylperoxid 0,05/g				
	Clienzo 10 mg/g + 50 mg/g Gel		30 g(2)	15,80

D10AX Andere Aknemittel zur topischen Anwendung
D10AX03 Azelainsäure

Azelainsäure 0,2/g				
	Skinoren Creme		30 g	9,65

D10B AKNEMITTEL ZUR SYSTEMISCHEN ANWENDUNG
D10BA Retinoide zur Behandlung der Akne
D10BA01 Isotretinoin

Isotretinoin 0,005				
D	**Ciscutan 5 mg Kaps.** *Isotretinoin ist stark teratogen. Die Anwendung ist bei schwangeren Frauen und bei Frauen, die 4 Wochen vor, während und 4 Wochen nach der Behandlung schwanger werden könnten, kontraindiziert (Schwangerschaft ausschließen).*		30 St	10,95
Isotretinoin 0,01				
D	**Ciscutan 10 mg Kaps.** *Isotretinoin ist stark teratogen. Die Anwendung ist bei schwangeren Frauen und bei Frauen, die 4 Wochen vor, während und 4 Wochen nach der Behandlung schwanger werden könnten, kontraindiziert (Schwangerschaft ausschließen).*		30 St	19,30
Isotretinoin 0,02				
D	**Ciscutan 20 mg Kaps.** *Isotretinoin ist stark teratogen. Die Anwendung ist bei schwangeren Frauen und bei Frauen, die 4 Wochen vor, während und 4 Wochen nach der Behandlung schwanger werden könnten, kontraindiziert (Schwangerschaft ausschließen).*		30 St	34,20
Isotretinoin 0,03				
D	**Ciscutan 30 mg Kaps.** *Isotretinoin ist stark teratogen. Die Anwendung ist bei schwangeren Frauen und bei Frauen, die 4 Wochen vor, während und 4 Wochen nach der Behandlung schwanger werden könnten, kontraindiziert (Schwangerschaft ausschließen).*		30 St	44,75

	Bezeichnung	T	OP	KVP in €
Isotretinoin 0,04				
D	**Ciscutan 40 mg Kaps.** *Isotretinoin ist stark teratogen. Die Anwendung ist bei schwangeren Frauen und bei Frauen, die 4 Wochen vor, während und 4 Wochen nach der Behandlung schwanger werden könnten, kontraindiziert (Schwangerschaft ausschließen).*		30 St	55,40

D11 ANDERE DERMATIKA
D11A ANDERE DERMATIKA
D11AH Mittel zur Behandlung der Dermatitis, exkl. Corticosteroide
D11AH01 Tacrolimus

Tacrolimus 0,0003/g				
D K	**Protopic 0,03 % Salbe**		10 g (2) 30 g (2)	9,60 27,00
Tacrolimus 0,001/g				
D K	**Protopic 0,1 % Salbe**		10 g (2) 30 g (2)	9,60 27,00
D K	**Tacrolimus "Accord" 0,1 % Salbe**		10 g (2)	8,05

D11AH02 Pimecrolimus

Pimecrolimus 0,01/g				
D K	**Elidel 1 % Creme**		15 g 30 g (2)	21,55 39,60

D11AX Andere Dermatika

Natr. sulfobituminat (hell) 0,005/g				
	Solutio Cordes 0,5 % dermatol. Lsg.		100 g	5,00
Salicylsäure 0,1/g				
	Squamasol Gel		100 g	9,65
Salicylsäure 0,1/ml				
	Squamasol crinale Lsg.		50 ml (2)	5,95
Sojaöl 0,8295, Polidocanol 0,15/g				
	Balneum Hermal plus Polidocanol Badezusatz		400 ml *2 x 200 ml (BP)*	8,55
Sojaöl 0,8475/g				
	Balneum Hermal Badezusatz		400 ml *2 x 200 ml (BP)*	6,15

D11AX18 Diclofenac

Diclofenac 0,03/g				
D	**Solacutan 3 % Gel**		26 g (2)	14,05
D	**Solaraze 3 % Gel**		25 g (2)	13,70

G UROGENITALSYSTEM UND SEXUALHORMONE
G01 GYNÄKOLOGISCHE ANTIINFEKTIVA UND ANTISEPTIKA
G01A ANTIINFEKTIVA UND ANTISEPTIKA, EXKL. KOMBINATIONEN MIT CORTICOSTEROIDEN
G01AA Antibiotika
G01AA10 Clindamycin

Clindamycin 0,02/g				
	Dalacin Vaginalcreme		20 g (2)	8,75

	Bezeichnung	T	OP	KVP in €
	G01AF Imidazol-Derivate			
	G01AF05 Econazol			
	Econazol 0,15			
	Gyno-Pevaryl 150 mg Ovula		3 St(2)	4,25
	G01AF12 Fenticonazol			
	Fenticonazol 0,6			
	Lomexin 600 mg Vaginalkaps.		1 St(2)	3,90
	G01AX Andere Antiinfektiva und Antiseptika			
	G01AX11 Povidon-Iod			
	Povidon-Iod 0,1/g			
	Betaisodona Vaginal-Gel m. Applikator		50 g	6,70
	Povidon-Iod 0,2			
	Betaisodona Vaginal-Supp.		7 St(2)	6,70
	G02 ANDERE GYNÄKOLOGIKA			
	G02C ANDERE GYNÄKOLOGIKA			
	G02CB Prolactinhemmer			
	G02CB03 Cabergolin			
	Cabergolin 0,0005			
	Dostinex 0,5 mg Tabl.	T2	2 St	12,25
IND	**Dostinex 0,5 mg Tabl.** Hyperprolaktinämie	T2	8 St	40,50
	G02CC Antiphlogistika zur vaginalen Anwendung			
	G02CC03 Benzydamin			
	Benzydamin 0,14			
	Rosalgin 0,1 % Vaginallsg.		5 St	10,40
	G02CX Andere Gynäkologika			
	Lebensfähige lyophilisierte Lactobac. acidophilus 2 Mrd.			
	Döderlein Med Vaginalkaps.		6 St(2)	6,10
	G03 SEXUALHORMONE UND MODULATOREN DES GENITALSYSTEMS			
	G03C ESTROGENE			
	G03CA Natürliche und halbsynthetische Estrogene, rein			
	G03CA03 Estradiol			
	Estradiol 0,0001/g			
	Linoladiol 100 mcg/g Emulsion		25 g	7,75
	Estradiol 0,0006/g			
IND	**Estrogel Gel** bei schwerem klimakterischen Syndrom		80 g(2)	10,20
	Estradiol 0,002			
IND	**Estrofem 2 mg Filmtabl.** bei schwerem klimakterischen Syndrom		28 St(2) 84 St	4,90 12,85
	G03CA04 Estriol			
	Estriol 0,0005			
	Ovestin Ovula		15 St	8,00

	Bezeichnung	T	OP	KVP in €
Estriol 0,001				
	Ovestin 1 mg Tabl.		30 St(2)	4,50
Estriol 0,001/g				
	Ovestin Creme		15 g(2)	5,75

G03CX Andere Estrogene
G03CX01 Tibolon

Tibolon 0,0025				
IND	**Tiloria 2,5 mg Tabl.** bei schwerem klimakterischen Syndrom		28 St(2)	9,15

G03D GESTAGENE
G03DA Pregnen-4-Derivate
G03DA04 Progesteron

Progesteron 0,1				
	Utrogestan Kaps.		30 St(2)	7,75
Progesteron 0,2				
	Arefam 200 mg Weichkaps.		15 St(2)	7,75

G03DB Pregnadien-Derivate
G03DB01 Dydrogesteron

Dydrogesteron 0,01				
	Duphaston 10 mg Filmtabl.		20 St(2) 28 St(2)	9,80 12,20

G03DB08 Dienogest

Dienogest 0,002				
	Metrissa 2 mg Filmtabl.		28 St(3)	10,00

G03DC Estren-Derivate
G03DC03 Lynestrenol

Lynestrenol 0,005				
	Orgametril Tabl.		30 St	5,10

G03F GESTAGENE UND ESTROGENE IN KOMBINATION
G03FA Gestagene und Estrogene, fixe Kombinationen
G03FA01 Norethisteron und Estrogen

Estradiol 0,001, Norethisteron 0,0005				
IND	**Activelle Filmtabl.** bei schwerem klimakterischen Syndrom		28 St(2)	8,15

G03FA14 Dydrogesteron und Estrogen

Estradiol 0,0005, Dydrogesteron 0,0025				
IND	**Femoston conti 0,5 mg/2,5 mg Filmtabl.** bei schwerem klimakterischen Syndrom		28 St(2)	7,55
Estradiol 0,001, Dydrogesteron 0,005				
IND	**Femoston conti 1 mg/5 mg Filmtabl.** bei schwerem klimakterischen Syndrom		28 St(2)	7,65

G03FA15 Dienogest und Estrogen

Estradiol 0,001, Dienogest 0,002				
IND	**Velbienne 1 mg/2 mg Filmtabl.** bei schwerem klimakterischen Syndrom		28 St(2)	6,75

	Bezeichnung	T	OP	KVP in €

G03FB Gestagene und Estrogene, Sequenzialpräparate
G03FB05 Norethisteron und Estrogen

Estradiol 0,002 (12 Tabl.); Estradiol 0,002 + Norethisteron 0,001 (10 Tabl.); Estradiol 0,001 (6 Tabl.)

IND	**Trisequens Filmtabl.** bei schwerem klimakterischen Syndrom		28 St(2)	7,10

G03FB08 Dydrogesteron und Estrogen

Estradiol 0,001 (14 Filmtabl.); Estradiol 0,001 + Dydrogesteron 0,01 (14 Filmtabl.)

IND	**Femoston mite Filmtabl.** bei schwerem klimakterischen Syndrom		28 St(2)	7,65

Estradiol 0,002 (14 Filmtabl.); Estradiol 0,002 + Dydrogesteron 0,01 (14 Filmtabl.)

IND	**Femoston Filmtabl.** bei schwerem klimakterischen Syndrom		28 St(2)	7,65

G03G GONADOTROPINE UND ANDERE OVULATIONSAUSLÖSER
G03GB Ovulationsauslöser, synthetisch
G03GB02 Clomifen

Clomifen 0,05

F	**Clomiphen "Arcana" Tabl.** *bei Corp. luteum-Insuffizienz, anovulatorischem Zyklus; nicht zur Vorbereitung der In-vitro-Fertilisation*		10 St(2)	13,80

G03H ANTIANDROGENE
G03HA Antiandrogene, rein
G03HA01 Cyproteron

Cyproteron 0,05

IND	**Androcur 50 mg Tabl.** inoperables Prostatakarzinom	T2	50 St	71,50

Cyproteron 0,1

IND	**Androcur 100 mg Tabl.** inoperables Prostatakarzinom	T2	50 St	80,95

G03X ANDERE SEXUALHORMONE UND MODULATOREN DES GENITALSYSTEMS
G03XC Selektive Estrogenrezeptor-Modulatoren
G03XC01 Raloxifen

Raloxifen 0,06

IND	**Evista 60 mg Filmtabl.** Postmenopausale Patientinnen mit Knochenbruchkrankheit (Osteoporose) mit hohem Frakturrisiko oder vorhergegangenen Frakturen nach inadäquatem Trauma		28 St(2)	19,85
IND	**Raloxifen "Stada" 60 mg Filmtabl.** Postmenopausale Patientinnen mit Knochenbruchkrankheit (Osteoporose) mit hohem Frakturrisiko oder vorhergegangenen Frakturen nach inadäquatem Trauma		28 St(2)	16,85

G04 UROLOGIKA
G04B UROLOGIKA
G04BC Harnkonkrement lösende Mittel

Hexakalium-hexanatrium-trihydrogen-pentacitrat 0,96/g

	Uralyt U Gran.		280 g(2) *1 ML = 2,5 g*	16,25

G04BD Mittel bei Pollakisurie und Harninkontinenz

Terpene 0,031, Camphen 0,015, Borneol 0,01, Anethol 0,004, Fenchon 0,004, Cineol 0,003

	Rowatinex Kaps.		50 St	4,75

	Bezeichnung	T	OP	KVP in €
	G04BD04 Oxybutynin			
	Oxybutynin 0,005			
	Detrusan 5 mg Tabl.	T2	20 St(2)	6,20
		T2	50 St	14,00
	Ditropan Tabl.	T2	20 St(2)	7,00
		T2	50 St	16,70
	Oxybutynin 0,01			
IND	**Vesoxx 1 mg/ml Lsg. zur intravesikalen Anw.** (PM) Zur Unterdrückung einer neurogenen Detrusorüberaktivität (Neurogenic Detrusor Overactivity; NDO) bei Kindern ab 6 Jahren und bei Erwachsenen, die ihre Blase mittels sauberer intermittierender Katheterisierung (CIC) entleeren, wenn sie durch eine Behandlung mit oralen Anticholinergika aufgrund mangelnder Wirksamkeit und/oder unerträglicher Nebenwirkungen nicht adäquat eingestellt werden können.		100 St *10 ml*	1.798,75
	G04BD07 Tolterodin			
	Tolterodin 0,001			
	Detrusitol 1 mg Filmtabl.		28 St	5,10
			56 St	9,95
	Tolterodin "Accord" 1 mg Filmtabl.		20 St(2)	3,60
			60 St	10,60
	Tolterodin "Aristo" 1 mg Filmtabl.		20 St(2)	3,60
			60 St	10,10
	Tolterodin 0,002			
	Detrusitol 2 mg Filmtabl.		28 St	5,10
			56 St	9,95
	Tolterodin "Accord" 2 mg Filmtabl.		20 St(2)	3,60
			60 St	10,60
	Tolterodin "Aristo" 2 mg Filmtabl	T2	20 St(2)	3,50
		T2	60 St	10,10
	G04BD08 Solifenacin			
	Solifenacin 0,005			
	Solifenacin "+pharma" 5 mg Filmtabl.		20 St	7,00
			30 St(3)	10,50
	Solifenacin "1A Pharma" 5 mg Filmtabl.		10 St	3,60
			30 St(3)	10,65
	Solifenacin "Aristo" 5 mg Filmtabl.		10 St	3,50
			30 St(3)	10,50
	Solifenacin "HCS" 5 mg Filmtabl.		10 St	3,60
			30 St(3)	11,05
	Solifenacin "Stada" 5 mg Filmtabl.		10 St	3,50
			30 St(3)	10,50
	Vesicare 5 mg Filmtabl.		10 St	6,65
			30 St	18,80
	Vesisol 5 mg Filmtabl.		10 St	3,55
			30 St(3)	11,00
	Solifenacin 0,01			
	Solifenacin "+pharma" 10 mg Filmtabl.		20 St	7,00
			30 St(3)	10,50
	Solifenacin "1A Pharma" 10 mg Filmtabl.	T2	10 St	3,60
		T2	30 St(3)	10,65
	Solifenacin "Aristo" 10 mg Filmtabl.	T2	30 St(3)	10,50
	Solifenacin "HCS" 10 mg Filmtabl.		30 St(3)	11,05
	Solifenacin "Stada" 10 mg Filmtabl.		30 St(3)	10,50
	Vesicare 10 mg Filmtabl.		30 St	20,70
	Vesisol 10 mg Filmtabl.		10 St	3,55
			30 St(3)	11,00

	Bezeichnung	T	OP	KVP in €

G04BD09 Trospium

Trospium 0,015

	Inkontan 15 mg Filmtabl.	T2	20 St(2)	3,15
		T2	50 St	7,30
	Trospium "Aristo" 15 mg Filmtabl.		30 St	3,65
			90 St(3)	10,70

Trospium 0,02

	Spasmolyt Drag.		20 St(2)	4,75
			50 St	10,65
	Trospium "Aristo" 20 mg Filmtabl.		30 St	5,50
			60 St(3)	10,70

Trospium 0,03

	Inkontan 30 mg Filmtabl.	T2	20 St(2)	6,20
		T2	50 St	14,05
	Trospium "Aristo" 30 mg Filmtabl.	T2	10 St	2,45
		T2	30 St(3)	7,30

Trospium 0,06

	Urivesc 60 mg Retardkaps.		7 St(2)	7,20
			28 St	23,00

G04BD12 Mirabegron

Mirabegron 0,025

IND	**Betmiga 25 mg Retardtabl.** (PM) wenn Anticholinergika kontraindiziert sind		10 St(2) 30 St	14,60 40,75

Mirabegron 0,05

IND	**Betmiga 50 mg Retardtabl.** (PM) wenn Anticholinergika kontraindiziert sind		10 St(2) 30 St	14,60 40,75

G04C MITTEL BEI BENIGNER PROSTATAHYPERPLASIE
G04CA Alpha-Adrenorezeptor-Antagonisten
G04CA01 Alfuzosin

Alfuzosin 0,01

U	**Alfuzosin "Stada" 10 mg Retardtabl.**		30 St(2)	8,50

G04CA02 Tamsulosin

Tamsulosin 0,0004

U	**Aglandin retard 0,4 mg Kaps.**		10 St(2)	2,10
			30 St(2)	6,20
U	**Tamsu "Genericon" retard 0,4 mg Kaps.**		10 St(2)	2,10
			30 St(2)	6,20
U	**Tamsulosin "+pharma" retard 0,4 mg Kaps.**		10 St(2)	1,90
			30 St(2)	5,65
U	**Tamsulosin "Actavis" retard 0,4 mg Kaps.**		10 St(2)	2,10
			30 St(2)	6,15
U	**Tamsulosin "Aristo" 0,4 mg Retardkaps.**		10 St(2)	1,80
			30 St(2)	5,45
U	**Tamsulosin "Genericon" 0,4 mg Retardtabl.**		10 St(2)	1,65
			30 St(2)	5,00
U	**Tamsulosin "Interpharm" retard Kaps.**		10 St(2)	2,15
			30 St(2)	6,20
U	**Tamsulosin "Krka" 0,4 mg Retardtabl.**		10 St(2)	1,90
			30 St(2)	5,65
U	**Tamsulosin "ratiopharm" retard 0,4 mg Kaps.**		10 St(2)	2,15
			30 St(2)	6,10

	Bezeichnung	T	OP	KVP in €
U	**Tamsulosin "Sandoz" retard 0,4 mg Kaps.**		10 St(2)	2,10
			30 St(2)	6,15
U	**Tamsulosin "Stada" retard 0,4 mg Kaps.**		10 St(2)	1,85
			30 St(2)	4,95
U	**Tamsulosin "Zentiva" 0,4 mg Hartkaps. mit veränderter Wirkstofffreisetzung**		10 St(2)	1,50
			30 St(3)	4,50

G04CA52 Tamsulosin und Dutasterid

Tamsulosin 0,0004, Dutasterid 0,0005

U	**Dutaglandin comp. 0,5 mg/0,4 mg Hartkaps.**		30 St(3)	9,55
U	**DuTamsul 0,5 mg/0,4 mg Hartkaps.**		30 St(3)	9,60
U	**TamsuDuo 0,5 mg/0,4 mg Hartkaps.**		30 St(3)	8,80

G04CB Testosteron-5-alfa-Reduktasehemmer
G04CB01 Finasterid

Finasterid 0,005

U	**Androfin 5 mg Filmtabl.**		30 St(2)	8,75
U	**Finasterid "+pharma" 5 mg Filmtabl.**		30 St(2)	8,10
U	**Finasterid "Actavis" 5 mg Filmtabl.**		30 St(2)	8,40
U	**Finasterid "A-med" 5 mg Filmtabl.**		30 St(3)	7,90
U	**Finasterid "Aristo" 5 mg Filmtabl.**		30 St(3)	7,75
U	**Finasterid "Genericon" 5 mg Filmtabl.**		30 St(2)	9,10
U	**Finasterid "Interpharm" 5 mg Filmtabl.**		30 St(2)	8,95
U	**Finasterid "ratiopharm" 5 mg Filmtabl.**		30 St(2)	8,15
U	**Finasterid "Stada" 5 mg Filmtabl.**		30 St(2)	8,05
U	**Proscar 5 mg Filmtabl.**		30 St(2)	8,05

G04CB02 Dutasterid

Dutasterid 0,0005

U	**Dutaglandin 0,5 mg Weichkaps.**		30 St(2)	6,55
U	**Dutasterid "Accord" 0,5 mg Weichkaps.**		30 St(2)	5,90
U	**Dutasterid "Genericon" 0,5 mg Weichkaps.**		30 St(2)	6,55

G04CX Andere Mittel bei benigner Prostatahyperplasie
G04CX02 Sabalis serrulatae fructus

Sabalis serrulatae fructus 0,32

U	**Prosta Urgenin Kaps.**		30 St	11,45

H SYSTEMISCHE HORMONPRÄPARATE, EXKL. SEXUALHORMONE UND INSULINE
H01 HYPOPHYSEN- UND HYPOTHALAMUSHORMONE UND ANALOGA
H01B HYPOPHYSENHINTERLAPPENHORMONE
H01BA Vasopressin und Analoga
H01BA02 Desmopressin

Desmopressin 0,00001/Hb

IND	**Nocutil 0,1 mg/ml Nasenspray** zentraler Diabetes insipidus		6 ml *60 Hb*	37,40

H01C HYPOTHALAMUSHORMONE
H01CB Somatostatin und Analoga
H01CB02 Octreotid

Octreotid 0,01

IND	**Sandostatin LAR 10 mg Plv. u. Lsgm. zur Herst. einer Inj.susp.** Erstverordnung und regelmäßige Kontrollen durch EndokrinologInnen, OnkologInnen, GastroenterologInnen oder PädiaterInnen		1 St	183,55

	Bezeichnung	T	OP	KVP in €
Octreotid 0,02				
IND	**Sandostatin LAR 20 mg Plv. u. Lsgm. zur Herst. einer Inj.susp.** Erstverordnung und regelmäßige Kontrollen durch EndokrinologInnen, OnkologInnen, GastroenterologInnen oder PädiaterInnen		1 St	291,35
Octreotid 0,03				
IND	**Sandostatin LAR 30 mg Plv. u. Lsgm. zur Herst. einer Inj.susp.** Erstverordnung und regelmäßige Kontrollen durch EndokrinologInnen, OnkologInnen, GastroenterologInnen oder PädiaterInnen		1 St	384,90

H01CC Gonadotropin-Releasing-Hormon-Antagonisten
H01CC54 Relugolix, Estradiol and Norethisteron

Relugolix 0,04, Estradiol 0,001, Norethisteron 0,0005

IND	**Ryeqo 40 mg/1 mg/0,5 mg Filmtabl.** (PM) Bei erwachsenen Frauen im gebärfähigen Alter mit die Alltagsaktivitäten massiv beeinträchtigender Hypermenorrhoe aufgrund von sonografisch bestätigten Uterusmyomen, die mit anderen nicht-hormonellen oder hormonellen Therapien nicht ausreichend behandelbar sind. Diagnosestellung, Erstverordnung und Therapiekontrolle durch FachärztInnen für Gynäkologie und Geburtshilfe. Kontraindiziert bei Frauen mit vorausgegangener oder bestehender venöser oder arterieller thromboembolischer Erkrankung. Strenge Indikationsstellung insbesondere bei Frauen ab 35 Jahren mit Risikofaktoren für venöse oder arterielle thrombembolische Erkrankung (wie Body Mass Index größer 30 kg/m2, Rauchen, Hypertonus, familiäre Vorbelastung, Ko-Morbiditäten). Jährliche Knochendichtemessung mittels Dual-Röntgen-Absorptiometrie bzw. bei Frauen mit Risikofaktoren für Osteoporose auch vor Therapiebeginn. CAVE: die Behandlungsdauer sollte aufgrund des Risikos für einen anhaltenden Knochenverlust, der möglicherweise nicht reversibel ist, 24 Monate nicht überschreiten.		28 St	93,40

H02 CORTICOSTEROIDE ZUR SYSTEMISCHEN ANWENDUNG
H02A CORTICOSTEROIDE ZUR SYSTEMISCHEN ANWENDUNG, REIN
H02AA Mineralocorticoide
H02AA02 Fludrocortison

Fludrocortison 0,0001

	Astonin-H Tabl.	T2	100 St	43,75

H02AB Glucocorticoide
H02AB01 Betamethason

Betamethason 0,0005

	Betnesol Brausetabl.		10 St(2)	1,90
			30 St	4,80
Betamethason 0,004/ml				
	Solu-Celestan Amp.		5 St	12,70
Betamethason (Depot) 0,0027, Betamethason 0,003/ml				
	Celestan Biphase Amp. 1 ml		1 St(2)	6,50
			5 St	27,10
Betamethason (Depot) 0,005, Betamethason 0,002/ml				
	Diprophos 1 ml Susp. zur Inj.		1 St(2)	6,10
			5 St	26,60
	Diprophos 2 ml Susp. zur Inj.		1 St(2)	9,40

H02AB02 Dexamethason

Dexamethason 0,004

	Dexabene 4 mg Amp.		1 St(2)	2,85
			5 St	10,00

	Bezeichnung	T	OP	KVP in €
Dexamethason 0,004				
	Fortecortin 4 mg Tabl.	T2	30 St	22,20
Dexamethason 0,008				
	Fortecortin 8 mg Tabl.	T2	10 St(2)	12,75
		T2	30 St	36,25

H02AB04 Methylprednisolon

Methylprednisolon 0,004				
	Urbason 4 mg Tabl.	T4	20 St	3,75
IND	**Urbason 4 mg Tabl.** Wenn eine kleinere Packungsgröße zur Abdeckung des individuellen Monatsbedarfs nicht ausreicht	T4	100 St	17,60
Methylprednisolon 0,04				
	Urbason 40 mg Tabl.	T4	10 St(2)	17,60
		T4	50 St	77,35
Methylprednisolon 0,25				
	Metasol 250 mg Plv. und Lsgm. zur Herst. einer Inj.-/Inf.lsg.		5 St	35,25
Methylprednisolon 1,0				
	Solu-Medrol 1.000 mg Trockenstechamp.		1 St(2)	32,05

H02AB06 Prednisolon

Prednisolon 0,005				
	Aprednislon 5 mg Tabl.	T2	10 St(2)	1,25
		T2	40 St	4,20
IND	**Aprednislon 5 mg Tabl.** Wenn eine kleinere Packungsgröße zur Abdeckung des individuellen Monatsbedarfs nicht ausreicht	T2	100 St	9,20
	Prednisolon "Agepha" 5 mg Tabl.	T2	10 St(2)	1,25
		T2	40 St	4,20
	Prednisolon "Nycomed" 5 mg Tabl.	T2	10 St(2)	1,70
		T2	40 St	5,65
IND	**Prednisolon "Nycomed" 5 mg Tabl.** Wenn eine kleinere Packungsgröße zur Abdeckung des individuellen Monatsbedarfs nicht ausreicht	T2	100 St	11,50
Prednisolon 0,025				
	Aprednislon 25 mg Tabl.	T4	10 St(2)	3,05
		T4	40 St	10,00
	Prednisolon "Nycomed" 25 mg Tabl.	T2	10 St(2)	4,60
		T2	40 St	14,75

H02AB07 Prednison

Prednison 0,1				
	Rectodelt 100 mg Zäpf.		6 St	14,75

H02AB08 Triamcinolon

Triamcinolon 0,004				
	Volon 4 mg Tabl.	T4	10 St	2,15
		T4	20 St	3,90
Triamcinolon 0,008				
	Volon 8 mg Tabl.	T4	10 St	3,60
		T4	20 St	6,50

	Bezeichnung	T	OP	KVP in €
Triamcinolon 0,04				
	Solu-Volon A 40 mg Amp.		1 St(2) 3 St *BP*	7,25 17,85
Triamcinolon 0,08				
	Solu-Volon A 80 mg Inj.lsg. Amp.		1 St(2)	13,05
Triamcinolon (Depot) 0,01/ml				
	Volon A 10 mg Kristallsusp. Amp.		1 St(2) 5 St	2,15 9,15
Triamcinolon (Depot) 0,04/ml				
	Volon A 40 mg Kristallsusp. Amp.		1 St(2) 5 St	6,35 25,35
	Volon A 40 mg Kristallsusp. Spritzamp.		1 St(2)	6,65
Triamcinolon (Depot) 0,08				
	Volon A 80 mg Kristallsusp. Spritzamp.		1 St(2)	12,35

H02AB09 Hydrocortison

Hydrocortison 0,0005				
F14	**Alkindi 0,5 mg Gran. zur Entnahme aus Kaps.**		50 St	37,20
Hydrocortison 0,001				
F14	**Alkindi 1 mg Gran. zur Entnahme aus Kaps.**		50 St	72,15
Hydrocortison 0,002				
F14	**Alkindi 2 mg Gran. zur Entnahme aus Kaps.**		50 St	130,60
Hydrocortison 0,0025				
	Hydrocortison "Hualan" 2,5 mg Tabl.		50 St	26,45
Hydrocortison 0,005				
F14	**Alkindi 5 mg Gran. zur Entnahme aus Kaps.**		50 St	289,20
	Hydrocortison "Hualan" 5 mg Tabl.	T2	50 St	32,35
Hydrocortison 0,01				
	Hydrocortison "Hualan" 10 mg Tabl.	T2	50 St	52,40
Hydrocortison 0,015				
	Hydrocortison "Hualan" 15 mg Tabl.	T2	50 St	70,70

H03 SCHILDDRÜSENTHERAPIE
H03A SCHILDDRÜSENPRÄPARATE
H03AA Schilddrüsenhormone
H03AA01 Levothyroxin-Natrium

Levothyroxin-Natrium 0,000025				
	Euthyrox 25 mcg Tabl.	T2 T2	20 St(2) 100 St	0,65 2,55
	Thyrex 25 mcg Tabl.		30 St(2)	3,40
Levothyroxin-Natrium 0,00005				
	Euthyrox 50 mcg Tabl.	T2 T2	20 St(2) 100 St	0,90 3,60
	Thyrex 50 mcg Tabl.	T2 T2	30 St(2) 100 St	2,35 6,45

Bezeichnung	T	OP	KVP in €
Levothyroxin-Natrium 0,000075			
Euthyrox 75 mcg Tabl.	T2	20 St(2)	1,20
	T2	100 St	4,90
Thyrex 75 mcg Tabl.		30 St(2)	2,35
		100 St	6,45
Levothyroxin-Natrium 0,000088			
Euthyrox 88 mcg Tabl.	T2	30 St(2)	1,60
	T2	100 St	4,90
Levothyroxin-Natrium 0,0001			
Euthyrox 100 mcg Tabl.	T2	20 St(2)	1,50
	T2	100 St	6,00
Thyrex 100 mcg Tabl.	T2	30 St(2)	3,45
	T2	100 St	9,60
Levothyroxin-Natrium 0,000112			
Euthyrox 112 mcg Tabl.	T2	30 St(2)	1,95
	T2	50 St	3,00
Levothyroxin-Natrium 0,000125			
Euthyrox 125 mcg Tabl.	T2	20 St(2)	1,65
	T2	100 St	6,70
Thyrex 125 mcg Tabl.	T2	30 St(2)	3,45
	T2	100 St	9,60
Levothyroxin-Natrium 0,000137			
Euthyrox 137 mcg Tabl.	T2	30 St(2)	2,20
	T2	50 St	3,35
Levothyroxin-Natrium 0,00015			
Euthyrox 150 mcg Tabl.	T2	20 St(2)	1,85
	T2	100 St	7,20
Levothyroxin-Natrium 0,00016			
Thyrex 160 mcg Tabl.	T2	30 St(2)	3,45
	T2	100 St	9,60
Levothyroxin-Natrium 0,000175			
Euthyrox 175 mcg Tabl.	T2	20 St(2)	1,95
	T2	100 St	7,20
Levothyroxin-Natrium 0,0002			
Euthyrox 200 mcg Tabl.	T2	20 St(2)	2,05
	T2	100 St	7,20

H03AA03 Kombinationen von Levothyroxin und Liothyronin

Levothyroxin-Natrium 0,0001, Liothyronin-Natrium 0,00002			
Novothyral Tabl.	T2	25 St(2)	1,80
	T2	100 St	7,20

H03AA51 Levothyroxin und Iod-Verbindungen

Levothyroxin-Natrium 0,0001, Kaliumiodid entspr. Iod 0,0001			
Jodthyrox Tabl.	T2	30 St(2)	2,15
	T2	100 St	7,10

	Bezeichnung	T	OP	KVP in €

H03B THYREOSTATIKA
H03BA Thiouracile
H03BA02 Propylthiouracil

Propylthiouracil 0,02

	Prothiucil Tabl.		50 St	7,10

H03BB Schwefel-haltige Imidazol-Derivate
H03BB02 Thiamazol

Thiamazol 0,02

	Thiamazol "Sandoz" 20 mg Tabl.	T4	20 St(2)	3,25
		T4	50 St	6,20

H03BC Perchlorate

Natr. perchlorat 0,3/ml

	Irenat Tropf.		20 ml *1 ml = 21 Tr.*	15,20

H03C IODTHERAPIE
H03CA Iodtherapie

Kaliumiodid 0,000138 (entspr. 0,0001 Iod)

	Jodid "Merck" 100 mcg Tabl.	T2	50 St	1,95
		T2	100 St	3,45

H04 PANKREASHORMONE
H04A GLYKOGENOLYTISCHE HORMONE
H04AA Glykogenolytische Hormone
H04AA01 Glucagon

Glucagon 0,001

IND	**GlucaGen Hypokit 1 mg/ml Plv. u. Lsgm. zur Herst. einer Inj.lsg. Fertigspr.** Diabetes mellitus Typ I		1 St(2)	25,35

H05 CALCIUMHOMÖOSTASE
H05B NEBENSCHILDDRÜSEN-ANTAGONISTEN
H05BX Andere Nebenschilddrüsen-Antagonisten
H05BX01 Cinacalcet

Cinacalcet 0,03

IND	**Cinacalcet "Accordpharma" 30 mg Filmtabl.** Erstverordnung und regelmäßige Kontrolle durch NephrologInnen oder EndokrinologInnen		28 St(2)	37,05
IND	**Cinacalcet "ratiopharm" 30 mg Filmtabl.** Erstverordnung und regelmäßige Kontrolle durch NephrologInnen oder EndokrinologInnen		30 St(2)	40,80
IND	**Cinacalcet "Stada" 30 mg Filmtabl.** Erstverordnung und regelmäßige Kontrolle durch NephrologInnen oder EndokrinologInnen		28 St(2)	37,20
IND	**Cinglan 30 mg Filmtabl.** Erstverordnung und regelmäßige Kontrolle durch NephrologInnen oder EndokrinologInnen		30 St(2)	40,60

Cinacalcet 0,06

IND	**Cinacalcet "Accordpharma" 60 mg Filmtabl.** Erstverordnung und regelmäßige Kontrolle durch NephrologInnen oder EndokrinologInnen		28 St(2)	43,05
IND	**Cinacalcet "ratiopharm" 60 mg Filmtabl.** Erstverordnung und regelmäßige Kontrolle durch NephrologInnen oder EndokrinologInnen		30 St(2)	46,20
IND	**Cinacalcet "Stada" 60 mg Filmtabl.** Erstverordnung und regelmäßige Kontrolle durch NephrologInnen oder EndokrinologInnen		28 St(2)	43,10

	Bezeichnung	T	OP	KVP in €
IND	**Cinglan 60 mg Filmtabl.** Erstverordnung und regelmäßige Kontrolle durch NephrologInnen oder EndokrinologInnen		30 St(2)	46,20

Cinacalcet 0,09

IND	**Cinacalcet "Accordpharma" 90 mg Filmtabl.** Erstverordnung und regelmäßige Kontrolle durch NephrologInnen oder EndokrinologInnen		28 St(2)	43,05
IND	**Cinacalcet "ratiopharm" 90 mg Filmtabl.** Erstverordnung und regelmäßige Kontrolle durch NephrologInnen oder EndokrinologInnen		30 St(2)	46,20
IND	**Cinacalcet "Stada" 90 mg Filmtabl.** Erstverordnung und regelmäßige Kontrolle durch NephrologInnen oder EndokrinologInnen		28 St(2)	43,10
IND	**Cinglan 90 mg Filmtabl.** Erstverordnung und regelmäßige Kontrolle durch NephrologInnen oder EndokrinologInnen		30 St(2)	46,20

J ANTIINFEKTIVA ZUR SYSTEMISCHEN ANWENDUNG
J01 ANTIBIOTIKA ZUR SYSTEMISCHEN ANWENDUNG
J01A TETRACYCLINE
J01AA Tetracycline
J01AA02 Doxycyclin

Doxycyclin 0,05

	Vibramycin 50 mg lösb. Tabl.		28 St	5,45

Doxycyclin 0,1

	Doxybene 100 mg lösb. Tabl.	T2	5 St	2,05
		T2	10 St(2)	3,70
	Doxycyclin "Genericon" 100 mg lösl. Tabl.	T2	5 St	2,85
		T2	10 St(2)	4,75
	Vibramycin 100 mg lösb. Tabl.		10 St(2)	4,10

Doxycyclin 0,2

	Doxybene 200 mg lösb. Tabl.	T4	5 St	2,85
		T4	10 St	5,35
	Doxycyclin "Genericon" 200 mg lösl. Tabl.	T2	5 St	3,95
		T2	10 St	6,55
	Doxydyn 200 mg Filmtabl.	T2	5 St	2,85
		T2	10 St	5,40
	Vibramycin 200 mg lösb. Tabl.		10 St	5,65

J01AA04 Lymecyclin

Lymecyclin 0,3

D	**CycloPel 300 mg Kaps.** *bei mittelschwerer und schwerer Akne*		28 St	8,75

J01AA08 Minocyclin

Minocyclin 0,05

	Minostad 50 mg Kaps.		10 St(2)	4,50
			30 St	9,00

J01C BETALACTAM-ANTIBIOTIKA, PENICILLINE
J01CA Penicilline mit erweitertem Wirkungsspektrum
J01CA04 Amoxicillin

Amoxicillin 0,05/ml

F14	**Amoxilan 250 mg/5 ml Trockensaft**		60 ml *1 ML = 5 ml*	3,40
			120 ml *1 ML = 5 ml*	6,75

	Bezeichnung	T	OP	KVP in €
F14	**Ospamox 250 mg/5 ml Plv. für orale Susp.**		100 ml (2) *1 ML = 5 ml*	7,05

Amoxicillin 0,1/ml

F14	**Amoxilan 500 mg/5 ml Trockensaft**		60 ml *1 ML = 5 ml* 120 ml *1 ML = 5 ml*	6,20 11,10
F14	**Ospamox 500 mg/5 ml Plv. für orale Susp.**		100 ml (2) *1 ML = 5 ml*	11,55

Amoxicillin 0,5

	Amoxicillin "ratiopharm" 500 mg Filmtabl.	T2 T2	10 St (2) 30 St	3,70 9,10
	Amoxistad 500 mg Filmtabl.		10 St (2) 30 St	3,65 9,05

Amoxicillin 1,0

	Amoxicillin "1A Pharma" 1000 mg Filmtabl.	T2 T2	10 St (2) 14 St	4,65 6,55
	Amoxicillin "ratiopharm" 1000 mg Filmtabl.	T2 T2	10 St (2) 14 St	4,85 6,85
	Amoxilan 1000 mg Tabl.	T2 T2	10 St (2) 14 St	6,00 7,75
	Amoxistad 1000 mg Filmtabl.	T2 T2	10 St (2) 14 St	4,60 6,50
	Ospamox 1000 mg Filmtabl.	T2 T2	10 St (2) 14 St	6,00 7,75

J01CA08 Pivmecillinam

Pivmecillinam 0,2

	Selexid 200 mg Filmtabl.		12 St (2)	8,90

J01CE Betalactamase-sensitive Penicilline
J01CE02 Phenoxymethylpenicillin

Phenoxymethylpenicillin 1 MIE

	Ospen 1,0 Filmtabl.	T2 T2	12 St (2) 30 St	7,05 14,90
	Penbene 1 Mio. IE Filmtabl.	T2 T2	12 St (2) 30 St	5,75 12,25

Phenoxymethylpenicillin 1,5 MIE

	Ospen 1,5 Filmtabl.		12 St (2) 30 St	9,25 19,15
	Penbene 1,5 Mio. IE Filmtabl.	T2 T2	12 St (2) 30 St	7,15 15,05
	Penstad V 1,5 Mio. IE Tabl.		12 St (2) 30 St	7,10 15,00

J01CE10 Phenoxymethylpenicillin-Benzathin

Phenoxymethylpenicillin-Benzathin 0,08 MIE/ml

F14	**Ospen 400 Saft**		60 ml (2) *1 ML = 5 ml* 150 ml *1 ML = 5 ml*	5,80 12,45

Phenoxymethylpenicillin-Benzathin 0,15 MIE/ml

F14	**Ospen 750 Saft**		60 ml (2) *1 ML = 5 ml* 150 ml *1 ML = 5 ml*	10,60 22,55

	Bezeichnung	T	OP	KVP in €

J01CR Kombinationen von Penicillinen, inkl. Betalactamase-Inhibitor
J01CR02 Amoxicillin und Betalactamase-Inhibitor

Amoxicillin 0,05, Clavulansäure 0,0125/ml

F14	**Xiclav 312,5 mg/5 ml Trockensaft**		100 ml *1 ML = 5 ml*	9,55

Amoxicillin 0,08, Clavulansäure 0,0114/ml

F14	**Augmentin 400 mg/57 mg/5 ml Plv. zur Herst. einer Susp. zum Einnehmen**		70 ml *1 ML = 5 ml* 140 ml *1 ML = 5 ml*	5,20 8,80
F14	**Clavamox Duo Trockensaft**		70 ml *1 ML = 5 ml* 140 ml *1 ML = 5 ml*	6,85 11,10
F14	**Xiclav duo 457 mg/5 ml Trockensaft**		70 ml *1 ML = 5 ml* 140 ml *1 ML = 5 ml*	4,80 8,15

Amoxicillin 0,5, Clavulansäure 0,125

	Amoxicillin/Clavulansäure "A-med" 500 mg/125 mg Filmtabl.		12 St(2)	7,75
	AmoxiPlus "ratiopharm" 625 mg Filmtabl.		12 St(2)	7,80
	Augmentin 500 mg/125 mg Filmtabl.		12 St(2)	8,50

Amoxicillin 0,875, Clavulansäure 0,125

	Amoxicillin/Clavulansäure "Actavis" 875 mg/125 mg Filmtabl.		10 St(2) 14 St	7,45 8,75
	Amoxicillin/Clavulansäure "A-med" 875 mg/125 mg Filmtabl.		10 St(2) 14 St	7,45 8,70
	Amoxicillin/Clavulansäure "Krka" 875 mg/125 mg Filmtabl.		10 St(2) 14 St	7,45 9,10
	Amoxiclavulan "1A Pharma" 1 g (875 mg/125 mg) Filmtabl.		10 St(2) 14 St	7,45 10,20
	Amoxicomp "Genericon" 1 g Filmtabl.		10 St(2) 14 St	7,50 11,10
	AmoxiPlus "ratiopharm" 1 g Filmtabl.		10 St(2) 14 St	7,45 10,20
	Amoxistad plus 875 mg/125 mg Filmtabl.		10 St(2) 15 St	7,45 9,50
	Augmentin 875 mg/125 mg Filmtabl.		10 St(2) 14 St	8,15 11,10
	Clavamox 875 mg/125 mg Filmtabl.	T2 T2	10 St(2) 14 St	8,10 11,05
	Clavamox 1 g Gran. zur Herst. einer Susp. zum Einnehmen		10 St(2) 14 St	8,15 11,05
	Xiclav 1 g Filmtabl.		10 St(2) 14 St	7,50 11,10

J01CR04 Sultamicillin

Sultamicillin 0,375

	Unasyn Filmtabl.		12 St(2)	17,50

J01D ANDERE BETALACTAM-ANTIBIOTIKA
J01DB Cephalosporine der 1. Generation
J01DB01 Cefalexin

Cefalexin 0,05/ml

F14	**Ospexin 250 mg/5 ml Gran. f. orale Susp.**		60 ml(2) *1 ML = 5 ml*	9,05

Cefalexin 0,5

	Cephalobene 500 mg Filmtabl.	T2	12 St(2)	10,70

	Bezeichnung	T	OP	KVP in €
	Ospexin 500 mg Filmtabl.	T2	12 St(2)	10,70
Cefalexin 1,0				
	Cephalobene 1000 mg Filmtabl.		12 St(2)	17,50
	Keflex 1000 mg Filmtabl.	T2	12 St(2)	17,50
	Ospexin 1000 mg Filmtabl.		12 St(2)	17,50

J01DC Cephalosporine der 2. Generation
J01DC02 Cefuroxim

Cefuroxim 0,25				
	Cefuroxim "Sandoz" 250 mg Filmtabl.		14 St	7,25
	Zinnat 250 mg Filmtabl.		14 St	7,25
Cefuroxim 0,5				
	Cefuroxim "1A Pharma" 500 mg Filmtabl.		14 St	11,80
	Cefuroxim "Sandoz" 500 mg Filmtabl.		14 St	11,80
	Zinnat 500 mg Filmtabl.		14 St	11,80

J01DC04 Cefaclor

Cefaclor 0,025/ml				
F14	**Ceclor 125 mg/5 ml Gran. f. orale Susp.**		60 ml(2) *1 ML = 5 ml*	4,70
Cefaclor 0,05/ml				
F14	**Ceclor 250 mg/5 ml Gran. f. orale Susp.**		60 ml(2) *1 ML = 5 ml*	7,90
F14	**Cefastad 250 mg/5 ml Trockensaft**		60 ml(2) *1 ML = 5 ml* 100 ml *1 ML = 5 ml*	7,05 11,50
Cefaclor 0,075/ml				
F14	**Ceclor forte 375 mg/5 ml Gran. f. orale Susp.**		50 ml(2) *1 ML = 5 ml*	9,60
Cefaclor 0,5				
	Ceclor 500 mg Filmtabl.		10 St(2)	11,75
	Cefastad 500 mg Kaps.		12 St(2)	11,75
Cefaclor 0,75				
	Ceclor 750 mg Filmtabl.		10 St(2)	11,75

J01DD Cephalosporine der 3. Generation
J01DD08 Cefixim

Cefixim 0,02/ml				
F6J	**Sorcelif 100 mg/5 ml Granulat z. Herst. einer Susp. z. Einnehmen**		60 ml	13,05
F6J	**Tricef 100 mg/5 ml Trockensaft**		60 ml	14,30
Cefixim 0,2				
	Tricef 200 mg Filmtabl.		6 St(2) 14 St	11,60 21,70
Cefixim 0,4				
	Sorcelif 400 mg Filmtabl.	T2	7 St	19,50

J01DD13 Cefpodoxim

Cefpodoxim 0,008/ml				
F2J	**Biocef 40 mg/5 ml Plv. zur Herst. einer Susp. zum Einnehmen**		100 ml	11,05
F6J	**Biocef 40 mg/5 ml Plv. zur Herst. einer Susp. zum Einnehmen**		200 ml	18,70

	Bezeichnung	T	OP	KVP in €
Cefpodoxim 0,2				
	Biocef 200 mg Filmtabl.	T2	6 St(2)	13,70
		T2	14 St	26,05

J01E SULFONAMIDE UND TRIMETHOPRIM
J01EA Trimethoprim und Derivate
J01EA01 Trimethoprim

Trimethoprim 0,1				
	Motrim 100 mg Tabl.	T2	20 St(2)	3,35
Trimethoprim 0,2				
	Motrim 200 mg Tabl.	T2	10 St(2)	3,25
		T2	25 St	6,65
	Triprim 200 mg Tabl.	T4	10 St(2)	3,70
		T4	25 St	7,65
Trimethoprim 0,3				
	Triprim 300 mg Tabl.	T4	5 St	2,80
		T4	10 St	4,75

J01EE Kombinationen von Sulfonamiden und Trimethoprim, inkl. Derivate
J01EE01 Sulfamethoxazol und Trimethoprim

Sulfamethoxazol 0,04, Trimethoprim 0,008/ml				
F14	**Eusaprim Kindersusp.**		50 ml *1 ML = 5 ml*	3,20
			100 ml *1 ML = 5 ml*	4,75
Sulfamethoxazol 0,4, Trimethoprim 0,08				
	Eusaprim Tabl.		20 St(2)	3,45
Sulfamethoxazol 0,8, Trimethoprim 0,16				
	Eusaprim forte Tabl.		10 St	3,45
			20 St	6,00

J01EE03 Sulfametrol und Trimethoprim

Sulfametrol 0,8, Trimethoprim 0,16				
	Lidaprim forte Filmtabl.	T2	15 St	11,35
		T2	30 St	18,70

J01F MAKROLIDE, LINCOSAMIDE UND STREPTOGRAMINE
J01FA Makrolide
J01FA01 Erythromycin

Erythromycin 1,0				
	Erythrocin Lactobionat 1,0 g Trockensubst. z. Inf.bereitung		1 St(2)	13,70

J01FA06 Roxithromycin

Roxithromycin 0,15				
	Roxithromycin "Sandoz" 150 mg Filmtabl.		12 St(2)	13,60
	Roxithrostad 150 mg Filmtabl.		12 St(2)	10,60
Roxithromycin 0,3				
	Roxithromycin "+pharma" 300 mg Filmtabl.	T2	7 St	11,25
	Roxithromycin "Sandoz" 300 mg Filmtabl.		7 St	14,30
	Roxithrostad 300 mg Filmtabl.		7 St	11,25

	Bezeichnung	T	OP	KVP in €

J01FA09 Clarithromycin

Clarithromycin 0,025/ml

F14	**Clarithromycin "Sandoz" 125 mg/5 ml Gran. f. orale Susp.**		70 ml (2) *1 ML = 5 ml*	7,35
F14	**Klacid 125 mg/5 ml Gran. f. orale Susp.**		40 ml *1 ML = 5 ml*	4,20
			80 ml (2) *1 ML = 5 ml*	7,30

Clarithromycin 0,05/ml

F14	**Clarithromycin "Sandoz" 250 mg/5 ml Gran. f. orale Susp.**		70 ml (2) *1 ML = 5 ml*	14,10
F14	**Klacid 250 mg/5 ml Gran. f. orale Susp.**		70 ml (2) *1 ML = 5 ml*	10,40

Clarithromycin 0,25

	Clarithromycin "1A Pharma" 250 mg Filmtabl.	T2	14 St	4,85
	Clarithromycin "Accord" 250 mg Filmtabl.		14 St	3,75
	Clarithromycin "ratiopharm GmbH" 250 mg Filmtabl.		14 St	4,85
	Clarithromycin "Sandoz" 250 mg Filmtabl.	T2	14 St	4,80
	Clarithromycin "Stada" 250 mg Filmtabl.		14 St	4,75

Clarithromycin 0,5

	Clarithromycin "1A Pharma" 500 mg Filmtabl.	T2	7 St	4,05
		T2	14 St	7,45
	Clarithromycin "Accord" 500 mg Filmtabl.	T2	7 St	3,75
		T2	14 St	6,20
	Clarithromycin "ratiopharm GmbH" 500 mg Filmtabl.		7 St	4,05
			14 St	6,40
	Clarithromycin "Sandoz" 500 mg Filmtabl.	T2	7 St	3,95
		T2	14 St	7,45
	Clarithromycin "Stada" 500 mg Filmtabl.		7 St	3,75
			14 St	6,35
	Klacid Uno Filmtabl.		7 St	5,40

J01FA10 Azithromycin

Azithromycin 0,04/ml

F14	**Azithromycin "Sandoz" 200 mg/5 ml Plv. zur Herst. einer Susp. zum Einnehmen**		15 ml *1 ML = 5 ml*	5,30
			30 ml *1 ML = 5 ml*	8,75
F14	**Zithromax 200 mg/5 ml Trockensaft**		15 ml *1 ML = 5 ml*	5,30
			30 ml *1 ML = 5 ml*	8,75

Azithromycin 0,5

	Azithromycin "+pharma" 500 mg Filmtabl.		3 St	6,10
	Azithromycin "1A Pharma" 500 mg Filmtabl.	T2	3 St	6,10
	Azithromycin "Genericon" 500 mg Filmtabl.		3 St	7,15
	Azithromycin "ratiopharm" 500 mg Filmtabl.	T2	3 St	7,10
	Azithromycin "Sandoz" 500 mg Filmtabl.	T2	3 St	7,15
	Azithromycin "Stada" 500 mg Filmtabl.	T2	3 St	6,10
	Zithromax 500 mg Filmtabl.		3 St	7,35

J01FF Lincosamide
J01FF01 Clindamycin

Clindamycin 0,15

	Dalacin C 150 mg Kaps.		16 St	6,40

Clindamycin 0,3

	Clindac "Sandoz" 300 mg Kaps.		16 St	13,55

Bezeichnung	T	OP	KVP in €
Clindamycin "1A Pharma" 300 mg Kaps.		16 St	13,55
Clindamycin-MIP 300 mg Filmtabl.		16 St	10,45
Dalacin C 300 mg Kaps.		16 St	10,45
Clindamycin 0,45			
Clindac "Sandoz" 450 mg Filmtabl.	T2	12 St(2)	10,20
	T2	30 St	20,55
Clindamycin "1A Pharma" 450 mg Filmtabl.	T2	12 St(2)	10,20
	T2	30 St	20,55
Clindamycin 0,6			
Clindac "Sandoz" 600 mg Filmtabl.	T2	12 St(2)	10,20
	T2	30 St	20,55
Clindamycin "1A Pharma" 600 mg Filmtabl.	T2	12 St(2)	10,20
	T2	30 St	20,55
Clindamycin-MIP 600 mg Filmtabl.	T2	16 St	13,30
	T2	32 St	21,55

J01M CHINOLONE
J01MA Fluorchinolone
J01MA02 Ciprofloxacin

Ciprofloxacin 0,25			
Ciflox 250 mg Filmtabl.	T2	10 St	7,25
	T2	20 St	14,00
Ciprofloxacin "+pharma" 250 mg Filmtabl.	T2	10 St	6,10
	T2	20 St	12,50
Ciprofloxacin "1A Pharma" 250 mg Filmtabl.	T2	10 St	6,10
	T2	20 St	12,50
Ciprofloxacin "Krka" 250 mg Filmtabl.		10 St	6,90
		20 St	13,30
Ciprofloxacin "ratiopharm" 250 mg Filmtabl.		10 St	7,25
		20 St	14,00
CiproMed 250 mg Filmtabl.		10 St	6,10
		20 St	12,50
Ciprostad 250 mg Filmtabl.		10 St	6,10
		20 St	12,55
Ciprofloxacin 0,5			
Ciflox 500 mg Filmtabl.	T2	10 St	14,20
nur bei schweren Infektionen bzw. bei Infektionen mit atypischen Erregern	T2	20 St	26,15
Ciprofloxacin "+pharma" 500 mg Filmtabl.	T2	10 St	12,50
nur bei schweren Infektionen bzw. bei Infektionen mit atypischen Erregern	T2	20 St	24,20
Ciprofloxacin "1A Pharma" 500 mg Filmtabl.	T2	10 St	12,50
nur bei schweren Infektionen bzw. bei Infektionen mit atypischen Erregern	T2	20 St	24,20
Ciprofloxacin "Krka" 500 mg Filmtabl.		10 St	13,30
nur bei schweren Infektionen bzw. bei Infektionen mit atypischen Erregern		20 St	25,15
Ciprofloxacin "ratiopharm" 500 mg Filmtabl.		10 St	13,90
nur bei schweren Infektionen bzw. bei Infektionen mit atypischen Erregern		20 St	25,75
CiproMed 500 mg Filmtabl.		10 St	12,55
nur bei schweren Infektionen bzw. bei Infektionen mit atypischen Erregern		20 St	24,50
Ciprostad 500 mg Filmtabl.		10 St	12,55
nur bei schweren Infektionen bzw. bei Infektionen mit atypischen Erregern		20 St	24,50
Ciproxin 500 mg Filmtabl.	T2	10 St	14,75
nur bei schweren Infektionen bzw. bei Infektionen mit atypischen Erregern	T2	20 St	28,35

J01MA06 Norfloxacin

Norfloxacin 0,4			
Floxacin 400 mg Filmtabl.		10 St	8,65
		20 St	14,30

	Bezeichnung	T	OP	KVP in €
	J01MA12 Levofloxacin			
	Levofloxacin 0,25			
	Levofloxacin "1A Pharma" 250 mg Filmtabl.	T2	7 St	7,90
	Levofloxacin "Actavis" 250 mg Filmtabl.	T2	7 St	7,95
	Levofloxacin "Krka" 250 mg Filmtabl.	T2	7 St	7,95
	Levofloxacin 0,5			
	Levofloxacin "1A Pharma" 500 mg Filmtabl. *nur bei schweren Infektionen bzw. bei Infektionen mit atypischen Erregern*	T2	7 St	12,85
	Levofloxacin "Actavis" 500 mg Filmtabl. *nur bei schweren Infektionen bzw. bei Infektionen mit atypischen Erregern*	T2	7 St	12,95
	Levofloxacin "Krka" 500 mg Filmtabl. *nur bei schweren Infektionen bzw. bei Infektionen mit atypischen Erregern*	T2 T2	7 St 14 St	12,95 20,85
	Levofloxacin "Sandoz" 500 mg Filmtabl. *nur bei schweren Infektionen bzw. bei Infektionen mit atypischen Erregern*	T2	7 St	12,90
	J01MA14 Moxifloxacin			
	Moxifloxacin 0,4			
	Avelox 400 mg Filmtabl. *nur bei schweren Infektionen bzw. bei Infektionen mit atypischen Erregern*		7 St	12,20
	Moxifloxacin "1A Pharma" 400 mg Filmtabl. *nur bei schweren Infektionen bzw. bei Infektionen mit atypischen Erregern*		5 St 7 St	8,95 12,20
	Moxifloxacin "Krka" 400 mg Filmtabl. *nur bei schweren Infektionen bzw. bei Infektionen mit atypischen Erregern*		5 St 7 St 10 St	8,95 12,20 17,15
	Moxifloxacin "ratiopharm" 400 mg Filmtabl. *nur bei schweren Infektionen bzw. bei Infektionen mit atypischen Erregern*		5 St 7 St 10 St 14 St	8,95 12,20 17,15 23,60
	Moxifloxacin "Sandoz" 400 mg Filmtabl. *nur bei schweren Infektionen bzw. bei Infektionen mit atypischen Erregern*		5 St 7 St	8,95 12,20
	Moxifloxacin "Stada" 400 mg Filmtabl. *nur bei schweren Infektionen bzw. bei Infektionen mit atypischen Erregern*		5 St 7 St 10 St	8,90 12,15 17,15
	J01X ANDERE ANTIBIOTIKA **J01XC Steroid-Antibiotika** **J01XC01 Fusidinsäure**			
	Fusidinsäure 0,25			
	Fucidin Filmtabl.		12 St(2)	22,60
IND	**Fucidin Filmtabl.** Fortsetzung der Therapie des Krankenhauses bei Wund-, Haut- und Weichteilinfektionen, Osteomyelitis		36 St(2)	63,20
	J01XE Nitrofuran-Derivate **J01XE01 Nitrofurantoin**			
	Nitrofurantoin 0,1			
	Furadantin retard Kaps.		20 St(2) 50 St	5,75 12,60
	J01XX Andere Antibiotika **J01XX01 Fosfomycin**			
	Fosfomycin 3,0			
	Cystium 3 g Plv. zur Herst. einer Lsg. zum Einnehmen		1 St	6,20

	Bezeichnung	T	OP	KVP in €

J02 ANTIMYKOTIKA ZUR SYSTEMISCHEN ANWENDUNG
J02A ANTIMYKOTIKA ZUR SYSTEMISCHEN ANWENDUNG
J02AC Triazol- und Tetrazol-Derivate
J02AC01 Fluconazol

Fluconazol 0,05

	Diflucan 50 mg Kaps.		7 St	11,25
	Fluconazol "!@ctavis" 50 mg Hartkaps.		7 St	11,25
	Fluconazol "ratiopharm GmbH" 50 mg Hartkaps.		7 St	11,25

Fluconazol 0,1

	Diflucan 100 mg Kaps.		7 St	20,20
	Fluconazol "!@ctavis" 100 mg Hartkaps.		7 St	20,20
	Fluconazol "ratiopharm GmbH" 100 mg Hartkaps.		7 St	20,20

Fluconazol 0,15

F D	**Diflucan 150 mg Kaps.** *bei Dermatomykosen*		2 St	10,70
D	**Diflucan 150 mg Kaps.** *bei Onychomykosen*		4 St	19,65
F D	**Difluzol 150 mg Kaps.** *bei Vaginalmykosen*		1 St	6,10
F D	**Difluzol 150 mg Kaps.** *bei Dermatomykosen*		2 St	10,70
D	**Difluzol 150 mg Kaps.** *bei Onychomykosen*		4 St	19,65
	Fluconazol "!@ctavis" 150 mg Hartkaps. *bei Vaginalmykosen oder Candida-Balanitis*		1 St	4,90
	Fluconazol "!@ctavis" 150 mg Hartkaps. *bei Dermatomykosen*		2 St	9,60
	Fluconazol "!@ctavis" 150 mg Hartkaps. *bei Onychomykosen*		4 St	18,55
	Fluconazol "+pharma" 150 mg Kaps. *bei Dermatomykosen*		2 St	9,55
	Fluconazol "+pharma" 150 mg Kaps. *bei Onychomykosen*		4 St	18,50
F D	**Fluconazol "1A Pharma" 150 mg Kaps.** *bei Dermatomykosen*		2 St	9,55
D	**Fluconazol "1A Pharma" 150 mg Kaps.** *bei Onychomykosen*		4 St	18,50
	Fluconazol "ratiopharm GmbH" 150 mg Hartkaps. *bei Vaginalmykosen oder Candida-Balanitis*		1 St	4,90
	Fluconazol "ratiopharm GmbH" 150 mg Hartkaps. *bei Dermatomykosen*		2 St	9,60
	Fluconazol "ratiopharm GmbH" 150 mg Hartkaps. *bei Onychomykosen*		4 St	18,55
F D	**Flucosept 150 mg Kaps.** *bei Vaginalmykosen*		1 St	6,25
F D	**Flucosept 150 mg Kaps.** *bei Dermatomykosen*		2 St	11,50
D	**Flucosept 150 mg Kaps.** *bei Onychomykosen*		4 St	22,15

Fluconazol 0,2

F D	**Diflucan 200 mg Kaps.**		7 St	38,05
	Fluconazol "!@ctavis" 200 mg Hartkaps.		7 St	36,70
F D	**Fluconazol "1A Pharma" 200 mg Kaps.**		7 St	36,65
	Fluconazol "ratiopharm GmbH" 200 mg Hartkaps.		7 St	36,70

	Bezeichnung	T	OP	KVP in €
	J02AC02 Itraconazol			
	Itraconazol 0,05			
	Mytra 50 mg Hartkaps. *bei Dermatomykosen* *Cave: NICHT mit anderen Itraconazol-Produkten austauschbar oder ersetzbar.*		14 St	12,55
	Mytra 50 mg Hartkaps. *bei Onychomykosen oder Dermatomykosen* *Cave: NICHT mit anderen Itraconazol-Produkten austauschbar oder ersetzbar.*		28 St	23,15
	Mytra 50 mg Hartkaps. *bei Onychomykosen* *Cave: NICHT mit anderen Itraconazol-Produkten austauschbar oder ersetzbar.*		60 St	43,90
	Itraconazol 0,1			
F D	**Itraconazol "Stada" 100 mg Kaps.** *bei Vaginalmykosen*		4 St	4,35
F D	**Itraconazol "Stada" 100 mg Kaps.** *bei Dermatomykosen*		14 St	12,15
D	**Itraconazol "Stada" 100 mg Kaps.** *bei Onychomykosen*		28 St	22,45
F D	**Sporanox Kaps.** *bei Dermatomykosen*		14 St	13,10
D	**Sporanox Derm Kaps.** *bei Onychomykosen*		28 St	23,85
	J04 MITTEL GEGEN MYKOBAKTERIEN **J04A MITTEL ZUR BEHANDLUNG DER TUBERKULOSE** **J04AB Antibiotika** **J04AB02 Rifampicin**			
	Rifampicin 0,15			
IND	**Rifoldin 150 mg Kaps.** TBC		100 St(2)	51,60
	Rifampicin 0,45			
IND	**Eremfat 450 mg Filmtabl.** TBC		30 St(2)	54,05
	Rifampicin 0,6			
IND	**Eremfat 600 mg Filmtabl.** TBC		30 St(2)	76,05
	J04AK Andere Mittel zur Behandlung der Tuberkulose **J04AK01 Pyrazinamid**			
	Pyrazinamid 0,5			
	Pyrafat 500 mg Tabl.	T2	100 St(2)	35,30
	J04AK02 Ethambutol			
	Ethambutol 0,5			
	Etibi 500 mg Tabl.	T2	100 St(2)	87,55
	J04AM Kombinationen von Mitteln zur Behandlung der Tuberkulose **J04AM02 Rifampicin und Isoniazid**			
	Rifampicin 0,3, Isoniazid 0,15			
	Rifoldin 300 mg + INH Drag.		30 St(2)	36,10

	Bezeichnung	T	OP	KVP in €

J05 ANTIVIRALE MITTEL ZUR SYSTEMISCHEN ANWENDUNG
J05A DIREKT WIRKENDE ANTIVIRALE MITTEL
J05AB Nukleoside und Nukleotide, exkl. Inhibitoren der Reversen Transkriptase
J05AB01 Aciclovir

Aciclovir 0,08/ml

IND	**Zovirax 400 mg/5 ml Saft** Herpes zoster bei Kindern und bei Patienten mit Immunsuppression oder Immundefizienz mit Schluckstörungen, Varicellen bei Säuglingen, bei Kindern mit atopischen Erkrankungen der Haut sowie bei chronisch kranken Kindern, nach Erstverordnung durch den Facharzt für Kinderheilkunde		100 ml *1 ML = 5 ml*	50,25

Aciclovir 0,2

IND	**Aciclobene 200 mg Tabl.** Behandlung von ausgedehnten oder rezidivierenden Herpes simplex Infektionen der Haut und der Schleimhäute	T2	25 St	22,40
IND	**Aciclostad 200 mg Tabl.** Behandlung von ausgedehnten oder rezidivierenden Herpes simplex Infektionen der Haut und der Schleimhäute		25 St	22,00
IND	**Aciclovir "1A Pharma" 200 mg Tabl.** Behandlung von ausgedehnten oder rezidivierenden Herpes simplex Infektionen der Haut und der Schleimhäute		25 St	22,00
IND	**Aciclovir "Genericon" 200 mg Filmtabl.** Behandlung von ausgedehnten oder rezidivierenden Herpes simplex Infektionen der Haut und der Schleimhäute		25 St	22,25
IND	**ViroMed 200 mg Tabl.** Behandlung von ausgedehnten oder rezidivierenden Herpes simplex Infektionen der Haut und der Schleimhäute	T2	25 St	21,50
IND	**Zovirax 200 mg Filmtabl.** Behandlung von ausgedehnten oder rezidivierenden Herpes simplex Infektionen der Haut und der Schleimhäute		25 St	24,60

Aciclovir 0,4

IND	**Aciclobene 400 mg Tabl.** Suppressionstherapie von häufig rezidivierendem Herpes simplex	T2	60 St	58,75
IND	**Aciclostad 400 mg Tabl.** Suppressionstherapie von häufig rezidivierendem Herpes simplex		60 St	58,75
IND	**Aciclovir "1A Pharma" 400 mg Tabl.** Suppressionstherapie von häufig rezidivierendem Herpes simplex		60 St	58,75
IND	**Aciclovir "Genericon" 400 mg Filmtabl.** Suppressionstherapie von häufig rezidivierendem Herpes simplex	T2	60 St	58,75
IND	**ViroMed 400 mg Tabl.** Suppressionstherapie von häufig rezidivierendem Herpes simplex	T2	60 St	58,75

Aciclovir 0,8

IND	**Aciclobene 800 mg Tabl.** Herpes zoster in der Akutphase	T2	35 St	35,30
IND	**Aciclostad 800 mg Tabl.** Herpes zoster in der Akutphase		36 St	36,35
IND	**Aciclovir "1A Pharma" 800 mg Tabl.** Herpes zoster in der Akutphase		35 St	35,30
IND	**Aciclovir "Genericon" 800 mg Filmtabl.** Herpes zoster in der Akutphase	T2	35 St	35,30
IND	**ViroMed 800 mg Tabl.** Herpes zoster in der Akutphase	T2	35 St	35,35

J05AB09 Famciclovir

Famciclovir 0,5

IND	**Famvir 500 mg Filmtabl.** Herpes zoster in der Akutphase		14 St 21 St	72,60 102,75

J05AB11 Valaciclovir

Valaciclovir 0,5

	Valaciclovir "Bluefish" 500 mg Filmtabl.		10 St 30 St 42 St	5,00 12,30 15,70

	Bezeichnung	T	OP	KVP in €
	Valaciclovir "Viatris" 500 mg Filmtabl.		10 St	5,05
			30 St	12,35
			42 St	15,75
	Viropel 500 mg Filmtabl.		10 St	5,05
			30 St	12,45
			42 St	15,80

Valaciclovir 1,0

	Valaciclovir "Viatris" 1000 mg Filmtabl.		21 St	9,60
	Viropel 1000 mg Filmtabl.		21 St	15,80

J05AB15 Brivudin

Brivudin 0,125

IND	**Brivudin "Aristo" 125 mg Tabl.** Herpes zoster in der Akutphase		7 St	51,25
IND	**Mevir 125 mg Tabl.** Herpes zoster in der Akutphase		7 St	61,45

J05AE Proteasehemmer
J05AE10 Darunavir

Darunavir 0,6

IND	**Darunavir "Krka" 600 mg Filmtabl.** Therapieeinleitung und regelmäßige Kontrollen durch ÄrztInnen mit Erfahrung in der HIV-Behandlung		60 St(3)	145,75

Darunavir 0,8

IND	**Darunavir "Krka" 800 mg Filmtabl.** Therapieeinleitung und regelmäßige Kontrollen durch ÄrztInnen mit Erfahrung in der HIV-Behandlung		30 St(3)	145,75

L ANTINEOPLASTISCHE UND IMMUNMODULIERENDE MITTEL
L01 ANTINEOPLASTISCHE MITTEL
L01A ALKYLIERENDE MITTEL
L01AA Stickstofflost-Analoga
L01AA01 Cyclophosphamid

Cyclophosphamid 0,05

	Endoxan "Baxter" 50 mg Drag.		50 St	13,70

L01AA02 Chlorambucil

Chlorambucil 0,002

	Leukeran 2 mg Filmtabl.		25 St(2)	26,05

L01AA03 Melphalan

Melphalan 0,002

	Alkeran 2 mg Filmtabl.		25 St(2)	39,45

L01AB Alkylsulfonate
L01AB01 Busulfan

Busulfan 0,002

	Myleran 2 mg Filmtabl.		100 St(2)	122,45

L01AX Andere alkylierende Mittel
L01AX03 Temozolomid

Temozolomid 0,005

	Temodal 5 mg Hartkaps. in Btl.		5 St	11,45
			20 St	41,90

	Bezeichnung	T	OP	KVP in €
	Temozolomid "Accord" 5 mg Hartkaps.		5 St	6,40
			20 St	24,15
	Temozolomid 0,02			
	Temodal 20 mg Hartkaps. in Btl.		5 St	42,40
			20 St	148,25
	Temozolomid "Accord" 20 mg Hartkaps.		5 St	27,00
			20 St	97,95
	Temozolomid 0,1			
	Temodal 100 mg Hartkaps. in Btl.		5 St	179,35
			20 St	649,25
	Temozolomid "Accord" 100 mg Hartkaps.		5 St	120,75
			20 St	400,80
	Temozolomid 0,14			
	Temodal 140 mg Hartkaps. in Btl.		5 St	219,85
	Temozolomid "Accord" 140 mg Hartkaps.		5 St	143,60
			20 St	507,10
	Temozolomid 0,18			
	Temodal 180 mg Hartkaps. in Btl.		5 St	263,35
			20 St	989,75
	Temozolomid "Accord" 180 mg Hartkaps.		5 St	171,00
			20 St	605,70
	Temozolomid 0,25			
	Temodal 250 mg Hartkaps. in Btl.		5 St	335,90
	Temozolomid "Accord" 250 mg Hartkaps.		5 St	212,75

L01B ANTIMETABOLITE
L01BB Purin-Analoga
L01BB02 Mercaptopurin

	Mercaptopurin 0,05			
	Puri-Nethol Tabl.		25 St(2)	14,80

L01BB03 Tioguanin

	Tioguanin 0,04			
	Thioguanin "Aspen" Tabl.		25 St(2)	135,70

L01BC Pyrimidin-Analoga
L01BC02 Fluorouracil

	Fluorouracil 0,04/g			
IND	**Tolak 40 mg/g Creme** Bei Erwachsenen mit nicht-hyperkeratotischen, nicht-hypertrophen aktinischen Keratosen im Gesicht oder Kopfbereich nach dermatologischer Abklärung, wenn eine Kryotherapie oder operative Entfernung kontraindiziert oder nicht möglich ist und mit anderen topischen Behandlungsmöglichkeiten (D11AX18-Diclofenac) kein Auslangen gefunden wurde bzw. diese nicht geeignet sind. Diagnose und Verordnung durch DermatologInnen.		20 g	39,60

L01BC06 Capecitabin

	Capecitabin 0,15			
	Capecel 150 mg Filmtabl.		60 St	25,35
	Capecitabin "Accord" 150 mg Filmtabl.		60 St	23,80
	Capecitabin "Sandoz" 150 mg Filmtabl.		60 St	31,65

	Bezeichnung	T	OP	KVP in €
Capecitabin 0,5				
	Capecel 500 mg Filmtabl.		120 St	140,85
	Capecitabin "Accord" 500 mg Filmtabl.		120 St	94,65
	Capecitabin "Sandoz" 500 mg Filmtabl.		120 St	128,05
	Xeloda 500 mg Filmtabl.		120 St	176,05

L01E PROTEINKINASE-INHIBITOREN
L01EA BCR-ABL-Tyrosinkinase-Inhibitoren
L01EA01 Imatinib

Imatinib 0,1				
IND	**Glivec 100 mg Filmtabl.** Diagnose und Erstverordnung durch entsprechende Fachabteilung bzw. Zentrum, mittels Tumorboard. Regelmäßige Kontrolle durch entsprechende Fachabteilung bzw. Zentrum bzw. durch eine/n hämato-onkologisch bzw. onkologisch spezialisierte/n Facharzt/Fachärztin.		60 St	191,25
IND	**Imagerolan 100 mg Filmtabl.** Diagnose und Erstverordnung durch entsprechende Fachabteilung bzw. Zentrum, mittels Tumorboard. Regelmäßige Kontrolle durch entsprechende Fachabteilung bzw. Zentrum bzw. durch eine/n hämato-onkologisch bzw. onkologisch spezialisierte/n Facharzt/Fachärztin.	T2 T2	60 St 90 St	165,20 245,00
IND	**Imatinib "1A Pharma" 100 mg Filmtabl.** Diagnose und Erstverordnung durch entsprechende Fachabteilung bzw. Zentrum, mittels Tumorboard. Regelmäßige Kontrolle durch entsprechende Fachabteilung bzw. Zentrum bzw. durch eine/n hämato-onkologisch bzw. onkologisch spezialisierte/n Facharzt/Fachärztin.	T2	60 St	165,20
IND	**Imatinib "Accord" 100 mg Filmtabl.** Diagnose und Erstverordnung durch entsprechende Fachabteilung bzw. Zentrum, mittels Tumorboard. Regelmäßige Kontrolle durch entsprechende Fachabteilung bzw. Zentrum bzw. durch eine/n hämato-onkologisch bzw. onkologisch spezialisierte/n Facharzt/Fachärztin.		30 St 60 St 90 St	106,90 165,20 245,00
IND	**Imatinib "HCS" 100 mg Filmtabl.** Diagnose und Erstverordnung durch entsprechende Fachabteilung bzw. Zentrum, mittels Tumorboard. Regelmäßige Kontrolle durch entsprechende Fachabteilung bzw. Zentrum bzw. durch eine/n hämato-onkologisch bzw. onkologisch spezialisierte/n Facharzt/Fachärztin.	T2	60 St	165,20
IND	**Imatinib "Sandoz" 100 mg Filmtabl.** Diagnose und Erstverordnung durch entsprechende Fachabteilung bzw. Zentrum, mittels Tumorboard. Regelmäßige Kontrolle durch entsprechende Fachabteilung bzw. Zentrum bzw. durch eine/n hämato-onkologisch bzw. onkologisch spezialisierte/n Facharzt/Fachärztin.	T2	60 St	171,85
IND	**Imatinib "Teva" 100 mg Filmtabl.** Diagnose und Erstverordnung durch entsprechende Fachabteilung bzw. Zentrum, mittels Tumorboard. Regelmäßige Kontrolle durch entsprechende Fachabteilung bzw. Zentrum bzw. durch eine/n hämato-onkologisch bzw. onkologisch spezialisierte/n Facharzt/Fachärztin.	T2	60 St	165,20
Imatinib 0,4				
IND	**Glivec 400 mg Filmtabl.** Diagnose und Erstverordnung durch entsprechende Fachabteilung bzw. Zentrum, mittels Tumorboard. Regelmäßige Kontrolle durch entsprechende Fachabteilung bzw. Zentrum bzw. durch eine/n hämato-onkologisch bzw. onkologisch spezialisierte/n Facharzt/Fachärztin.		30 St	363,75
IND	**Imagerolan 400 mg Filmtabl.** Diagnose und Erstverordnung durch entsprechende Fachabteilung bzw. Zentrum, mittels Tumorboard. Regelmäßige Kontrolle durch entsprechende Fachabteilung bzw. Zentrum bzw. durch eine/n hämato-onkologisch bzw. onkologisch spezialisierte/n Facharzt/Fachärztin.	T2 T2	30 St 60 St	303,10 580,55
IND	**Imatinib "1A Pharma" 400 mg Filmtabl.** Diagnose und Erstverordnung durch entsprechende Fachabteilung bzw. Zentrum, mittels Tumorboard. Regelmäßige Kontrolle durch entsprechende Fachabteilung bzw. Zentrum bzw. durch eine/n hämato-onkologisch bzw. onkologisch spezialisierte/n Facharzt/Fachärztin.	T2	30 St	303,10
IND	**Imatinib "Accord" 400 mg Filmtabl.** Diagnose und Erstverordnung durch entsprechende Fachabteilung bzw. Zentrum, mittels Tumorboard. Regelmäßige Kontrolle durch entsprechende Fachabteilung bzw. Zentrum bzw. durch eine/n hämato-onkologisch bzw. onkologisch spezialisierte/n Facharzt/Fachärztin.		30 St 60 St	303,10 580,55

	Bezeichnung	T	OP	KVP in €
IND	**Imatinib "HCS" 400 mg Filmtabl.** Diagnose und Erstverordnung durch entsprechende Fachabteilung bzw. Zentrum, mittels Tumorboard. Regelmäßige Kontrolle durch entsprechende Fachabteilung bzw. Zentrum bzw. durch eine/n hämato-onkologisch bzw. onkologisch spezialisierte/n Facharzt/Fachärztin.		30 St	303,10
IND	**Imatinib "Sandoz" 400 mg Filmtabl.** Diagnose und Erstverordnung durch entsprechende Fachabteilung bzw. Zentrum, mittels Tumorboard. Regelmäßige Kontrolle durch entsprechende Fachabteilung bzw. Zentrum bzw. durch eine/n hämato-onkologisch bzw. onkologisch spezialisierte/n Facharzt/Fachärztin.	T2	30 St	323,25
IND	**Imatinib "Teva" 400 mg Filmtabl.** Diagnose und Erstverordnung durch entsprechende Fachabteilung bzw. Zentrum, mittels Tumorboard. Regelmäßige Kontrolle durch entsprechende Fachabteilung bzw. Zentrum bzw. durch eine/n hämato-onkologisch bzw. onkologisch spezialisierte/n Facharzt/Fachärztin.	T2	30 St	303,10

L01EA02 Dasatinib

Dasatinib 0,02

IND	**Dasatinib "G.L." 20 mg Filmtabl.** Diagnose und Erstverordnung durch entsprechende Fachabteilung bzw. Zentrum, mittels Tumorboard. Regelmäßige Kontrolle durch entsprechende Fachabteilung bzw. Zentrum bzw. hämato-onkologisch spezialisierte FachärztInnen.		10 St 60 St	141,60 720,70

Dasatinib 0,05

IND	**Dasatinib "G.L." 50 mg Filmtabl.** Diagnose und Erstverordnung durch entsprechende Fachabteilung bzw. Zentrum, mittels Tumorboard. Regelmäßige Kontrolle durch entsprechende Fachabteilung bzw. Zentrum bzw. hämato-onkologisch spezialisierte FachärztInnen.		10 St 60 St	141,60 720,70

Dasatinib 0,08

IND	**Dasatinib "G.L." 80 mg Filmtabl.** Diagnose und Erstverordnung durch entsprechende Fachabteilung bzw. Zentrum, mittels Tumorboard. Regelmäßige Kontrolle durch entsprechende Fachabteilung bzw. Zentrum bzw. hämato-onkologisch spezialisierte FachärztInnen.		10 St 30 St	141,60 372,40

Dasatinib 0,1

IND	**Dasatinib "G.L." 100 mg Filmtabl.** Diagnose und Erstverordnung durch entsprechende Fachabteilung bzw. Zentrum, mittels Tumorboard. Regelmäßige Kontrolle durch entsprechende Fachabteilung bzw. Zentrum bzw. hämato-onkologisch spezialisierte FachärztInnen.		10 St 30 St	141,60 372,40

Dasatinib 0,14

IND	**Dasatinib "G.L." 140 mg Filmtabl.** Diagnose und Erstverordnung durch entsprechende Fachabteilung bzw. Zentrum, mittels Tumorboard. Regelmäßige Kontrolle durch entsprechende Fachabteilung bzw. Zentrum bzw. hämato-onkologisch spezialisierte FachärztInnen.		10 St 30 St	141,60 372,40

L01EA03 Nilotinib

Nilotinib 0,05

IND	**Nilotinib "Accord" 50 mg Hartkaps.** Diagnose und Erstverordnung durch entsprechende Fachabteilung bzw. Zentrum, mittels Tumorboard. Regelmäßige Kontrolle durch entsprechende Fachabteilung bzw. Zentrum bzw. hämato-onkologisch spezialisierte FachärztInnen.		120 St	372,45

Nilotinib 0,15

IND	**Nilotinib "Accord" 150 mg Hartkaps.** Diagnose und Erstverordnung durch entsprechende Fachabteilung bzw. Zentrum, mittels Tumorboard. Regelmäßige Kontrolle durch entsprechende Fachabteilung bzw. Zentrum bzw. hämato-onkologisch spezialisierte FachärztInnen.		112 St	803,90

	Bezeichnung	T	OP	KVP in €
Nilotinib 0,2				
IND	**Nilotinib "Accord" 200 mg Hartkaps.** Diagnose und Erstverordnung durch entsprechende Fachabteilung bzw. Zentrum, mittels Tumorboard. Regelmäßige Kontrolle durch entsprechende Fachabteilung bzw. Zentrum bzw. hämato-onkologisch spezialisierte FachärztInnen.		112 St	803,90

L01EB Epidermal growth factor receptor (EGFR)-Tyrosinkinase-Inhibitoren
L01EB01 Gefitinib

Gefitinib 0,25				
IND	**Gefitinib "Accord" 250 mg Filmtabl.** Diagnose und Erstverordnung durch entsprechende Fachabteilung bzw. Zentrum, mittels Tumorboard. Regelmäßige Kontrolle durch entsprechende Fachabteilung bzw. Zentrum bzw. durch eine/n onkologisch spezialisierte/n Facharzt/Fachärztin.		30 St	756,25

L01EG Mammalian target of rapamycin (mTOR)-Kinase-Inhibitoren
L01EG02 Everolimus

Everolimus 0,0025				
IND	**Everolimus "HCS" 2,5 mg Tabl.** Diagnose und Erstverordnung durch entsprechende Fachabteilung bzw. Zentrum, mittels Tumorboard. Regelmäßige Kontrolle durch entsprechende Fachabteilung bzw. Zentrum bzw. durch onkologisch spezialisierte FachärztInnen.		30 St	171,00
Everolimus 0,005				
IND	**Afinitor 5 mg Tabl.** Diagnose und Erstverordnung durch entsprechende Fachabteilung bzw. Zentrum, mittels Tumorboard. Regelmäßige Kontrolle durch entsprechende Fachabteilung bzw. Zentrum bzw. durch onkologisch spezialisierte FachärztInnen.		30 St	324,95
IND	**Everolimus "HCS" 5 mg Tabl.** Diagnose und Erstverordnung durch entsprechende Fachabteilung bzw. Zentrum, mittels Tumorboard. Regelmäßige Kontrolle durch entsprechende Fachabteilung bzw. Zentrum bzw. durch onkologisch spezialisierte FachärztInnen		30 St	324,95
IND	**Everolimus "ratiopharm" 5 mg Tabl.** Diagnose und Erstverordnung durch entsprechende Fachabteilung bzw. Zentrum, mittels Tumorboard. Regelmäßige Kontrolle durch entsprechende Fachabteilung bzw. Zentrum bzw. durch onkologisch spezialisierte FachärztInnen.		30 St	324,95
Everolimus 0,01				
IND	**Afinitor 10 mg Tabl.** Diagnose und Erstverordnung durch entsprechende Fachabteilung bzw. Zentrum, mittels Tumorboard. Regelmäßige Kontrolle durch entsprechende Fachabteilung bzw. Zentrum bzw. durch onkologisch spezialisierte FachärztInnen.		30 St	620,00
IND	**Everolimus "HCS" 10 mg Tabl.** Diagnose und Erstverordnung durch entsprechende Fachabteilung bzw. Zentrum, mittels Tumorboard. Regelmäßige Kontrolle durch entsprechende Fachabteilung bzw. Zentrum bzw. durch onkologisch spezialisierte FachärztInnen.		30 St	620,00
IND	**Everolimus "ratiopharm" 10 mg Tabl.** Diagnose und Erstverordnung durch entsprechende Fachabteilung bzw. Zentrum, mittels Tumorboard. Regelmäßige Kontrolle durch entsprechende Fachabteilung bzw. Zentrum bzw. durch onkologisch spezialisierte FachärztInnen.		30 St	620,00

	Bezeichnung	T	OP	KVP in €

L01EK Vascular endothelial growth factor receptor (VEGFR)-Tyrosinkinase-Inhibitoren

L01EK01 Axitinib

Axitinib 0,001

IND	**Axitinib "Stada" 1 mg Filmtabl.** Diagnose und Erstverordnung durch entsprechende Fachabteilung bzw. Zentrum, gegebenenfalls mit Vorlage eines Tumorboardbeschlusses. Eine zumindest einmalige dokumentierte Vorstellung der PatientInnen nach Erstdiagnose in einem Tumorboard ist erforderlich, diese ist innerhalb von 90 Tagen anzustreben. Regelmäßige Kontrolle durch entsprechende Fachabteilung bzw. Zentrum bzw. durch onkologisch spezialisierte FachärztInnen.		56 St	123,25

Axitinib 0,003

IND	**Axitinib "Stada" 3 mg Filmtabl.** Diagnose und Erstverordnung durch entsprechende Fachabteilung bzw. Zentrum, gegebenenfalls mit Vorlage eines Tumorboardbeschlusses. Eine zumindest einmalige dokumentierte Vorstellung der PatientInnen nach Erstdiagnose in einem Tumorboard ist erforderlich, diese ist innerhalb von 90 Tagen anzustreben. Regelmäßige Kontrolle durch entsprechende Fachabteilung bzw. Zentrum bzw. durch onkologisch spezialisierte FachärztInnen.		56 St	327,55

Axitinib 0,005

IND	**Axitinib "Stada" 5 mg Filmtabl.** Diagnose und Erstverordnung durch entsprechende Fachabteilung bzw. Zentrum, gegebenenfalls mit Vorlage eines Tumorboardbeschlusses. Eine zumindest einmalige dokumentierte Vorstellung der PatientInnen nach Erstdiagnose in einem Tumorboard ist erforderlich, diese ist innerhalb von 90 Tagen anzustreben. Regelmäßige Kontrolle durch entsprechende Fachabteilung bzw. Zentrum bzw. durch onkologisch spezialisierte FachärztInnen.		56 St	524,75

Axitinib 0,007

IND	**Axitinib "Stada" 7 mg Filmtabl.** Diagnose und Erstverordnung durch entsprechende Fachabteilung bzw. Zentrum, gegebenenfalls mit Vorlage eines Tumorboardbeschlusses. Eine zumindest einmalige dokumentierte Vorstellung der PatientInnen nach Erstdiagnose in einem Tumorboard ist erforderlich, diese ist innerhalb von 90 Tagen anzustreben. Regelmäßige Kontrolle durch entsprechende Fachabteilung bzw. Zentrum bzw. durch onkologisch spezialisierte FachärztInnen.		56 St	666,10

L01EX Andere Proteinkinase-Inhibitoren

L01EX01 Sunitinib

Sunitinib 0,0125

IND	**Sunitinib "Bluefish" 12,5 mg Hartkaps.** Diagnose und Erstverordnung durch entsprechende Fachabteilung bzw. Zentrum, mittels Tumorboard. Regelmäßige Kontrolle durch entsprechende Fachabteilung bzw. Zentrum bzw. durch OnkologInnen.		28 St	159,05
IND	**Sunitinib "Rivopharm" 12,5 mg Hartkaps.** Diagnose und Erstverordnung durch entsprechende Fachabteilung bzw. Zentrum, mittels Tumorboard. Regelmäßige Kontrolle durch entsprechende Fachabteilung bzw. Zentrum bzw. durch OnkologInnen.		30 St	184,65
IND	**Sunitinib "Stada" 12,5 mg Hartkaps.** Diagnose und Erstverordnung durch entsprechende Fachabteilung bzw. Zentrum, mittels Tumorboard. Regelmäßige Kontrolle durch entsprechende Fachabteilung bzw. Zentrum bzw. durch OnkologInnen.		28 St	171,00
IND	**Sunitinib "Teva" 12,5 mg Hartkaps.** Diagnose und Erstverordnung durch entsprechende Fachabteilung bzw. Zentrum, mittels Tumorboard. Regelmäßige Kontrolle durch entsprechende Fachabteilung bzw. Zentrum bzw. durch OnkologInnen.		30 St	205,15

Sunitinib 0,025

IND	**Sunitinib "Bluefish" 25 mg Hartkaps.** Diagnose und Erstverordnung durch entsprechende Fachabteilung bzw. Zentrum, mittels Tumorboard. Regelmäßige Kontrolle durch entsprechende Fachabteilung bzw. Zentrum bzw. durch OnkologInnen.		28 St	291,65

	Bezeichnung	T	OP	KVP in €
IND	**Sunitinib "Rivopharm" 25 mg Hartkaps.** Diagnose und Erstverordnung durch entsprechende Fachabteilung bzw. Zentrum, mittels Tumorboard. Regelmäßige Kontrolle durch entsprechende Fachabteilung bzw. Zentrum bzw. durch OnkologInnen.		30 St	350,95
IND	**Sunitinib "Stada" 25 mg Hartkaps.** Diagnose und Erstverordnung durch entsprechende Fachabteilung bzw. Zentrum, mittels Tumorboard. Regelmäßige Kontrolle durch entsprechende Fachabteilung bzw. Zentrum bzw. durch OnkologInnen.		28 St	326,50
IND	**Sunitinib "Teva" 25 mg Hartkaps.** Diagnose und Erstverordnung durch entsprechende Fachabteilung bzw. Zentrum, mittels Tumorboard. Regelmäßige Kontrolle durch entsprechende Fachabteilung bzw. Zentrum bzw. durch OnkologInnen.		30 St	381,85

Sunitinib 0,05

IND	**Sunitinib "Bluefish" 50 mg Hartkaps.** Diagnose und Erstverordnung durch entsprechende Fachabteilung bzw. Zentrum, mittels Tumorboard. Regelmäßige Kontrolle durch entsprechende Fachabteilung bzw. Zentrum bzw. durch OnkologInnen.		28 St	559,00
IND	**Sunitinib "Rivopharm" 50 mg Hartkaps.** Diagnose und Erstverordnung durch entsprechende Fachabteilung bzw. Zentrum, mittels Tumorboard. Regelmäßige Kontrolle durch entsprechende Fachabteilung bzw. Zentrum bzw. durch OnkologInnen.		30 St	667,65
IND	**Sunitinib "Stada" 50 mg Hartkaps.** Diagnose und Erstverordnung durch entsprechende Fachabteilung bzw. Zentrum, mittels Tumorboard. Regelmäßige Kontrolle durch entsprechende Fachabteilung bzw. Zentrum bzw. durch OnkologInnen.		28 St	621,30
IND	**Sunitinib "Teva" 50 mg Hartkaps.** Diagnose und Erstverordnung durch entsprechende Fachabteilung bzw. Zentrum, mittels Tumorboard. Regelmäßige Kontrolle durch entsprechende Fachabteilung bzw. Zentrum bzw. durch OnkologInnen.		30 St	739,10

L01EX02 Sorafenib

Sorafenib 0,2

IND	**Nexavar 200 mg Filmtabl.** Diagnose und Erstverordnung durch entsprechende Fachabteilung bzw. Zentrum, mittels Tumorboard. Regelmäßige Kontrolle durch entsprechende Fachabteilung bzw. Zentrum bzw. durch onkologisch spezialisierte FachärztInnen.		112 St	1.933,30
IND	**Sorafenib "Bluefish" 200 mg Filmtabl.** Diagnose und Erstverordnung durch entsprechende Fachabteilung bzw. Zentrum, gegebenenfalls mit Vorlage eines Tumorboardbeschlusses. Eine zumindest einmalige dokumentierte Vorstellung der PatientInnen nach Erstdiagnose in einem Tumorboard ist erforderlich, diese ist innerhalb von 90 Tagen anzustreben. Regelmäßige Kontrolle durch entsprechende Fachabteilung bzw. Zentrum bzw. durch onkologisch spezialisierte FachärztInnen.		112 St	807,20
IND	**Sorafenib "Stada" 200 mg Filmtabl.** Diagnose und Erstverordnung durch entsprechende Fachabteilung bzw. Zentrum, mittels Tumorboard. Regelmäßige Kontrolle durch entsprechende Fachabteilung bzw. Zentrum bzw. durch onkologisch spezialisierte FachärztInnen.		112 St	979,00

L01EX08 Lenvatinib

Lenvatinib 0,004

IND	**Lenvima 4 mg Hartkaps.** Bei Erwachsenen mit fortgeschrittenem oder inoperablem hepatozellulärem Karzinom (HCC), die zuvor noch keine systemische Therapie erhalten haben. Diagnose und Erstverordnung durch entsprechende Fachabteilung bzw. Zentrum, mittels Tumorboard. Regelmäßige Kontrolle durch entsprechende Fachabteilung bzw. Zentrum bzw. durch eine/n onkologisch spezialisierte/n Fachärztin/Facharzt.		30 St 60 St	1.251,70 2.480,85

	Bezeichnung	T	OP	KVP in €

L02 ENDOKRINE THERAPIE
L02A HORMONE UND VERWANDTE MITTEL
L02AB Gestagene
L02AB02 Medroxyprogesteron

Medroxyprogesteron 0,5

	Farlutal 500 mg Tabl.		20 St(2)	49,45

L02AE Gonadotropin-Releasing-Hormon-Analoga
L02AE01 Buserelin

Buserelin 0,0055

IND	**Suprefact 1 mg/ml Dstfl.** Prostatakarzinom		2 St *5,5 ml*	69,65

Buserelin 0,00945

IND	**Suprefact Depot-Implantat für 3 Monate Fertigspr.** Prostatakarzinom		1 St	408,15

L02AE02 Leuprorelin

Leuprorelin 0,00357

IND	**Enantone Gyn Monats-Depot-Zweikammerspr.** Endometriose; fortgeschrittenes Mammakarzinom bei Frauen vor der Menopause		1 St(2)	110,45
IND	**Enantone Monats-Depot-Zweikammerspr.** Prostatakarzinom		1 St(2)	110,45

Leuprorelin 0,005

IND	**Leuprorelin "Sandoz" 5 mg Implantat für 3 Monate** Prostatakarzinom		1 St	200,10

Leuprorelin 0,00696

IND	**Eligard Depot 7,5 mg Plv. u. Lsgm. zur Herst. einer Inj.lsg.** Prostatakarzinom *Leuprorelinacetat 0,0075 entspr. 0,00696 Leuprorelin*		1 St(2)	121,05

Leuprorelin 0,01072

IND	**Trenantone Zweikammerspr.** Prostatakarzinom; fortgeschrittenes Mammakarzinom bei Frauen vor der Menopause		1 St	285,00

Leuprorelin 0,021

IND	**Eligard Depot 22,5 mg Plv. u. Lsgm. zur Herst. einer Inj.lsg.** Prostatakarzinom *Leuprorelinacetat 0,0225 entspr. 0,021 Leuprorelin*		1 St	263,25
IND	**Lutrate Depot 22,5 mg Plv. u. Lsgm. zur Herst. einer Depot-Inj.susp.** Prostatakarzinom *Leuprorelinacetat 0,0225 entspr. 0,021 Leuprorelin*		1 St	200,50

Leuprorelin 0,02858

IND	**Sixantone Zweikammerspr.** Prostatakarzinom		1 St	615,50

L02AE03 Goserelin

Goserelin 0,0036

IND	**Zoladex Depot 3,6 mg Implantat** Prostatakarzinom; fortgeschrittenes Mammakarzinom bei Frauen vor der Menopause; Endometriose		1 St(2)	116,40

Goserelin 0,0108

IND	**Zoladex Depot 10,8 mg Implantat** Prostatakarzinom		1 St	264,35

	Bezeichnung	T	OP	KVP in €

L02AE04 Triptorelin

Triptorelin 0,00375

IND	**Pamorelin LA 3,75 mg Plv. u. Lsgm. zur Herst. einer Inj.susp.** fortgeschrittenes Prostatakarzinom		1 St(2)	138,90

Triptorelin 0,01125

IND	**Pamorelin LA 11,25 mg Plv. u. Lsgm. zur Herst. einer Inj.susp.** fortgeschrittenes Prostatakarzinom		1 St	329,80

L02B HORMONANTAGONISTEN UND VERWANDTE MITTEL
L02BA Antiestrogene
L02BA01 Tamoxifen

Tamoxifen 0,02

	Nolvadex 20 mg Filmtabl.		30 St(2)	12,65
	Tamoxifen "Arcana" 20 mg Tabl.		30 St(2)	12,60
	Tamoxifen "ratiopharm" 20 mg Tabl.	T2	30 St(3)	10,50
	Tamoxifen "Sandoz" 20 mg Filmtabl.		30 St(2)	12,60

L02BA03 Fulvestrant

Fulvestrant 0,25

IND	**Fulvestrant "+pharma" 250 mg Inj.lsg. Fertigspr.** Diagnose und Erstverordnung durch entsprechende Fachabteilung bzw. Zentrum, mittels Tumorboard. Regelmäßige Kontrolle durch entsprechende Fachabteilung bzw. Zentrum bzw. durch gynäko-onkologisch bzw. onkologisch spezialisierte FachärztInnen.		2 St	129,95
IND	**Fulvestrant "Accord" 250 mg Inj.lsg. Fertigspr.** Diagnose und Erstverordnung durch entsprechende Fachabteilung bzw. Zentrum, mittels Tumorboard. Regelmäßige Kontrolle durch entsprechende Fachabteilung bzw. Zentrum bzw. durch gynäko-onkologisch bzw. onkologisch spezialisierte FachärztInnen.		2 St	122,95
IND	**Fulvestrant "EVER Pharma" 250 mg Inj.lsg. Fertigspr.** Diagnose und Erstverordnung durch entsprechende Fachabteilung bzw. Zentrum, mittels Tumorboard. Regelmäßige Kontrolle durch entsprechende Fachabteilung bzw. Zentrum bzw. durch gynäko-onkologisch bzw. onkologisch spezialisierte FachärztInnen.		2 St	133,85
IND	**Fulvestrant "ratiopharm" 250 mg Inj.lsg. Fertigspr.** Diagnose und Erstverordnung durch entsprechende Fachabteilung bzw. Zentrum, mittels Tumorboard. Regelmäßige Kontrolle durch entsprechende Fachabteilung bzw. Zentrum bzw. durch gynäko-onkologisch bzw. onkologisch spezialisierte FachärztInnen.		2 St	133,85
IND	**Fulvestrant "Ribosepharm" 250 mg Inj.lsg. Fertigspr.** Diagnose und Erstverordnung durch entsprechende Fachabteilung bzw. Zentrum, mittels Tumorboard. Regelmäßige Kontrolle durch entsprechende Fachabteilung bzw. Zentrum bzw. durch gynäko-onkologisch bzw. onkologisch spezialisierte FachärztInnen.		2 St	123,00
IND	**Fulvestrant "Sandoz" 250 mg Inj.lsg. Fertigspr.** Diagnose und Erstverordnung durch entsprechende Fachabteilung bzw. Zentrum, mittels Tumorboard. Regelmäßige Kontrolle durch entsprechende Fachabteilung bzw. Zentrum bzw. durch gynäko-onkologisch bzw. onkologisch spezialisierte FachärztInnen.		2 St	133,85

L02BB Antiandrogene
L02BB03 Bicalutamid

Bicalutamid 0,05

	Androbloc 50 mg Filmtabl.		30 St	53,00
	Bicalutamid "+pharma" 50 mg Filmtabl.		30 St	51,60
	Bicalutamid "Actavis" 50 mg Filmtabl.		30 St	53,40
	Bicalutamid "Bluefish" 50 mg Filmtabl.		30 St	51,30
	Bicalutamid "Genericon" 50 mg Filmtabl.		30 St	61,55
	Bicalutamid "ratiopharm" 50 mg Filmtabl.		30 St	52,50
	Bicalutamid "Stada" 50 mg Filmtabl.		30 St	51,55
	Casodex 50 mg Filmtabl.		30 St	61,55

	Bezeichnung	T	OP	KVP in €
Bicalutamid 0,15				
	Androbloc 150 mg Filmtabl.		30 St	61,55
	Bicalutamid "+pharma" 150 mg Filmtabl.		30 St	61,55
	Bicalutamid "Actavis" 150 mg Filmtabl.		30 St	61,55
	Bicalutamid "Bluefish" 150 mg Filmtabl.		30 St	61,50
	Bicalutamid "Genericon" 150 mg Filmtabl.		30 St	61,55
	Bicalutamid "ratiopharm" 150 mg Filmtabl.		30 St	61,55
	Bicalutamid "Stada" 150 mg Filmtabl.		30 St	61,55
	Casodex 150 mg Filmtabl.		30 St	61,55

L02BG Aromatase-Inhibitoren
L02BG03 Anastrozol

Anastrozol 0,001				
	Anastrolan 1 mg Filmtabl.		30 St(2)	25,15
	Anastrozol "+pharma" 1 mg Filmtabl.		30 St(3)	21,35
	Anastrozol "1A Pharma" 1 mg Filmtabl.		30 St(3)	21,55
	Anastrozol "Actavis" 1 mg Filmtabl.		30 St(2)	25,15
	Anastrozol "Bluefish" 1 mg Filmtabl.		30 St(2)	20,95
	Anastrozol "Genericon" 1 mg Filmtabl.		30 St(2)	25,15
	Anastrozol "ratiopharm" 1 mg Filmtabl.		30 St(2)	25,15
	Anastrozol "Sandoz" 1 mg Filmtabl.		30 St(2)	25,15
	Anastrozol "Stada" 1 mg Filmtabl.		30 St(2)	21,45
	Anastrozol "Viatris" 1 mg Filmtabl.		30 St(2)	21,45
	Arimidex 1 mg Filmtabl.		30 St(2)	25,15

L02BG04 Letrozol

Letrozol 0,0025				
	Femara 2,5 mg Filmtabl.		30 St(2)	43,85
	Letrofam 2,5 mg Filmtabl.		30 St(2)	42,95
	Letrozol "+pharma" 2,5 mg Filmtabl.		30 St(3)	37,70
	Letrozol "Accord" 2,5 mg Filmtabl.		30 St(2)	43,85
	Letrozol "Actavis" 2,5 mg Filmtabl.		30 St(2)	43,85
	Letrozol "Bluefish" 2,5 mg Filmtabl.		30 St(3)	37,65
	Letrozol "Genericon" 2,5 mg Filmtabl.		30 St(2)	43,85
	Letrozol "ratiopharm" 2,5 mg Filmtabl.		30 St(2)	43,85
	Letrozol "Sandoz" 2,5 mg Filmtabl.		30 St(2)	43,85
	Letrozol "Stada" 2,5 mg Filmtabl.		30 St(2)	43,85
	Letrozol "Viatris" 2,5 mg Filmtabl.		30 St(2)	43,85

L02BG06 Exemestan

Exemestan 0,025				
	Aromasin 25 mg Tabl.		30 St(2)	88,60
	Exemestan "Accord" 25 mg Filmtabl.		30 St(2)	59,30
	Exemestan "ratiopharm" 25 mg Filmtabl.		30 St(2)	69,75

L02BX Andere Hormonantagonisten und verwandte Mittel
L02BX02 Degarelix

Degarelix 0,08				
IND	**Firmagon 80 mg Plv. und Lsgm. zur Herst. einer Inj.lsg.** fortgeschrittenes hormonabhängiges Prostatakarzinom		1 St(2)	153,55
Degarelix 0,12				
IND	**Firmagon 120 mg Plv. und Lsgm. zur Herst. einer Inj.lsg.** fortgeschrittenes hormonabhängiges Prostatakarzinom		2 St	235,35

	Bezeichnung	T	OP	KVP in €

L02BX03 Abirateron

Abirateron 0,5

IND	**Abiral 500 mg Filmtabl.** Diagnose und Erstverordnung durch entsprechende Fachabteilung bzw. Zentrum, mittels Tumorboard. Regelmäßige Kontrolle durch entsprechende Fachabteilung bzw. Zentrum bzw. durch FachärztInnen mit Erfahrung in der Behandlung des Prostatakarzinoms.		60 St(2)	259,75
IND	**Abirateron "+pharma" 500 mg Filmtabl.** Diagnose und Erstverordnung durch entsprechende Fachabteilung bzw. Zentrum, mittels Tumorboard. Regelmäßige Kontrolle durch entsprechende Fachabteilung bzw. Zentrum bzw. durch FachärztInnen mit Erfahrung in der Behandlung des Prostatakarzinoms.		60 St(2)	239,90
IND	**Abirateron "1A Pharma" 500 mg Filmtabl.** Diagnose und Erstverordnung durch entsprechende Fachabteilung bzw. Zentrum, mittels Tumorboard. Regelmäßige Kontrolle durch entsprechende Fachabteilung bzw. Zentrum bzw. durch FachärztInnen mit Erfahrung in der Behandlung des Prostatakarzinoms.		60 St(2)	259,20
IND	**Abirateron "Accord" 500 mg Filmtabl.** Diagnose und Erstverordnung durch entsprechende Fachabteilung bzw. Zentrum, mittels Tumorboard. Regelmäßige Kontrolle durch entsprechende Fachabteilung bzw. Zentrum bzw. durch FachärztInnen mit Erfahrung in der Behandlung des Prostatakarzinoms.		56 St(2)	221,75
IND	**Abirateron "Aristo" 500 mg Filmtabl.** Diagnose und Erstverordnung durch entsprechende Fachabteilung bzw. Zentrum, mittels Tumorboard. Regelmäßige Kontrolle durch entsprechende Fachabteilung bzw. Zentrum bzw. durch FachärztInnen mit Erfahrung in der Behandlung des Prostatakarzinoms.		60 St(2)	259,75
IND	**Abirateron "G.L." 500 mg Filmtabl.** Diagnose und Erstverordnung durch entsprechende Fachabteilung bzw. Zentrum, mittels Tumorboard. Regelmäßige Kontrolle durch entsprechende Fachabteilung bzw. Zentrum bzw. durch FachärztInnen mit Erfahrung in der Behandlung des Prostatakarzinoms.		60 St(2)	221,70
IND	**Abirateron "Krka" 500 mg Filmtabl.** Diagnose und Erstverordnung durch entsprechende Fachabteilung bzw. Zentrum, mittels Tumorboard. Regelmäßige Kontrolle durch entsprechende Fachabteilung bzw. Zentrum bzw. durch FachärztInnen mit Erfahrung in der Behandlung des Prostatakarzinoms.		56 St(2)	248,35
IND	**Abirateron "Mylan" 500 mg Filmtabl.** Diagnose und Erstverordnung durch entsprechende Fachabteilung bzw. Zentrum, mittels Tumorboard. Regelmäßige Kontrolle durch entsprechende Fachabteilung bzw. Zentrum bzw. durch FachärztInnen mit Erfahrung in der Behandlung des Prostatakarzinoms.		56 St(2)	239,55
IND	**Abirateron "Sandoz" 500 mg Filmtabl.** Diagnose und Erstverordnung durch entsprechende Fachabteilung bzw. Zentrum, mittels Tumorboard. Regelmäßige Kontrolle durch entsprechende Fachabteilung bzw. Zentrum bzw. durch FachärztInnen mit Erfahrung in der Behandlung des Prostatakarzinoms.		60 St(2)	266,05
IND	**Abirateron "Stada" 500 mg Filmtabl.** Diagnose und Erstverordnung durch entsprechende Fachabteilung bzw. Zentrum, mittels Tumorboard. Regelmäßige Kontrolle durch entsprechende Fachabteilung bzw. Zentrum bzw. durch FachärztInnen mit Erfahrung in der Behandlung des Prostatakarzinoms.		56 St(2)	221,70
IND	**Abirateron "Zentiva" 500 mg Filmtabl.** Diagnose und Erstverordnung durch entsprechende Fachabteilung bzw. Zentrum, mittels Tumorboard. Regelmäßige Kontrolle durch entsprechende Fachabteilung bzw. Zentrum bzw. durch FachärztInnen mit Erfahrung in der Behandlung des Prostatakarzinoms.		56 St(2)	206,85

Abirateron 1,0

IND	**Abirateron "1A Pharma" 1000 mg Filmtabl.** Diagnose und Erstverordnung durch entsprechende Fachabteilung bzw. Zentrum, mittels Tumorboard. Regelmäßige Kontrolle durch entsprechende Fachabteilung bzw. Zentrum bzw. durch FachärztInnen mit Erfahrung in der Behandlung des Prostatakarzinoms.	T2	30 St(2)	324,85
IND	**Abirateron "Mylan" 1000 mg Filmtabl.** Diagnose und Erstverordnung durch entsprechende Fachabteilung bzw. Zentrum, mittels Tumorboard. Regelmäßige Kontrolle durch entsprechende Fachabteilung bzw. Zentrum bzw. durch FachärztInnen mit Erfahrung in der Behandlung des Prostatakarzinoms.		28 St(2)	239,55

	Bezeichnung	T	OP	KVP in €
IND	**Abirateron "Sandoz" 1000 mg Filmtabl.** Diagnose und Erstverordnung durch entsprechende Fachabteilung bzw. Zentrum, mittels Tumorboard. Regelmäßige Kontrolle durch entsprechende Fachabteilung bzw. Zentrum bzw. durch FachärztInnen mit Erfahrung in der Behandlung des Prostatakarzinoms.	T2	30 St(2)	324,85

L02BX04 Relugolix

Relugolix 0,12

IND	**Orgovyx 120 mg Filmtabl.** Fortgeschrittenes hormonabhängiges Prostatakarzinom. Diagnose und Erstverordnung durch entsprechende Fachabteilung bzw. Zentrum, mittels Tumorboard. Regelmäßige Kontrolle durch entsprechende Fachabteilung bzw. Zentrum bzw. durch FachärztInnen mit Erfahrung in der Behandlung des Prostatakarzinoms.		30 St	128,75

L03 IMMUNSTIMULANZIEN
L03A IMMUNSTIMULANZIEN
L03AA Koloniestimulierende Faktoren
L03AA02 Filgrastim

Filgrastim 12 MIE

F6J	**Accofil 12 Mio E/0,2 ml Inj.-/Inf.lsg. Fertigspr.**		5 St	106,25
F6J	**Nivestim 12 Mio E/0,2 ml Inj.-/Inf.lsg.**		5 St	224,90

Filgrastim 30 MIE

	Accofil 30 Mio E/0,5 ml Inj.-/Inf.lsg. Fertigspr.		5 St	277,25
	Nivestim 30 Mio E/0,5 ml Inj.-/Inf.lsg.		5 St	277,70
	Ratiograstim 30 Mio IE/0,5 ml mini-Fertigspr.		5 St	277,25
	Zarzio 30 Mio E/0,5 ml Inj.-/Inf.lsg. Fertigspr.		5 St	277,70

Filgrastim 48 MIE

	Accofil 48 Mio E/0,5 ml Inj.-/Inf.lsg. Fertigspr.		5 St	332,30
	Nivestim 48 Mio E/0,5 ml Inj.-/Inf.lsg.		5 St	332,70
	Ratiograstim 48 Mio IE/0,5 ml mini-Fertigspr.		5 St	332,70
	Zarzio 48 Mio E/0,5 ml Inj.-/Inf.lsg. Fertigspr.		5 St	332,70

L03AA13 Pegfilgrastim

Pegfilgrastim 0,006

	Fulphila 6 mg Inj.lsg. Fertigspr.		1 St	427,90
	Grasustek 6 mg Inj.lsg. Fertigspr.		1 St	368,55
	Neulasta 6 mg Inj.lsg.		1 St	432,35
	Pelgraz 6 mg Inj.lsg. Fertiginjektor		1 St	424,00
	Pelgraz 6 mg Inj.lsg. Fertigspr.		1 St	424,00
	Pelmeg 6 mg Inj.lsg. Fertigspr.		1 St	430,80
	Ziextenzo 6 mg Inj.lsg. Fertigspr.		1 St	430,75

L03AA14 Lipegfilgrastim

Lipegfilgrastim 0,006

	Lonquex 6 mg Inj.lsg.		1 St	432,15

L04 IMMUNSUPPRESSIVA
L04A IMMUNSUPPRESSIVA
L04AA Selektive Immunsuppressiva
L04AA06 Mycophenolsäure

Mycophenolsäure 0,18

	Mycophenolsäure "Accord" 180 mg magensaftresistente Tabl.		120 St	60,90
	Myfenax 250 mg Hartkaps. *Mycophenolatmofetil 0,25 entspr. Mycophenolsäure 0,18*		100 St	54,45

	Bezeichnung	T	OP	KVP in €
Mycophenolsäure 0,36				
	CellCept 500 mg Filmtabl. *Mycophenolatmofetil 0,5 entspr. Mycophenolsäure 0,36*		150 St	145,35
	Mycophenolatmofetil "Accord" 500 mg Filmtabl. *Mycophenolatmofetil 0,5 entspr. Mycophenolsäure 0,36*		150 St	131,25
	Mycophenolatmofetil "Sandoz" 500 mg Filmtabl. *Mycophenolatmofetil 0,5 entspr. Mycophenolsäure 0,36*		150 St	133,10
	Mycophenolsäure "Accord" 360 mg magensaftresistente Tabl.		120 St	114,90
	Myfenax 500 mg Filmtabl. *Mycophenolatmofetil 0,5 entspr. Mycophenolsäure 0,36*		150 St	142,90

L04AB Tumornekrosefaktor-alpha (TNF-alpha)-Inhibitoren
L04AB01 Etanercept

Etanercept 0,025

IND	**Enbrel 25 mg Inj.lsg. Fertigpen** (PM) Diagnose, Erstverordnung und regelmäßige Kontrollen durch entsprechende Fachabteilung, -ambulanz bzw. FachärztInnen (Rheumatologie, Dermatologie). Eine Liste mit orientierenden Kriterien für einen zweckmäßigen Einsatz des Wirkstoffs Etanercept wird vom Dachverband erstellt und unter www.sozialversicherung.at/erstattungskodex_orientierende_kriterien_etanercept publiziert.		4 St	317,60
IND	**Enbrel 25 mg Inj.lsg. Fertigspr.** (PM) Diagnose, Erstverordnung und regelmäßige Kontrollen durch entsprechende Fachabteilung, -ambulanz bzw. FachärztInnen (Rheumatologie, Dermatologie). Eine Liste mit orientierenden Kriterien für einen zweckmäßigen Einsatz des Wirkstoffs Etanercept wird vom Dachverband erstellt und unter www.sozialversicherung.at/erstattungskodex_orientierende_kriterien_etanercept publiziert.		4 St	317,60
IND	**Enbrel 25 mg Plv. u. Lsgm. zur Herst. einer Inj.lsg.** (PM) Diagnose, Erstverordnung und regelmäßige Kontrollen durch entsprechende Fachabteilung, -ambulanz bzw. FachärztInnen (Rheumatologie, Dermatologie). Eine Liste mit orientierenden Kriterien für einen zweckmäßigen Einsatz des Wirkstoffs Etanercept wird vom Dachverband erstellt und unter www.sozialversicherung.at/erstattungskodex_orientierende_kriterien_etanercept publiziert.		4 St	317,60
IND	**Erelzi 25 mg Inj.lsg. Fertigspr.** (PM) Diagnose, Erstverordnung und regelmäßige Kontrollen durch entsprechende Fachabteilung, -ambulanz bzw. FachärztInnen (Rheumatologie, Dermatologie). Eine Liste mit orientierenden Kriterien für einen zweckmäßigen Einsatz des Wirkstoffs Etanercept wird vom Dachverband erstellt und unter www.sozialversicherung.at/erstattungskodex_orientierende_kriterien_etanercept publiziert.		4 St	247,10

Etanercept 0,05

IND	**Benepali 50 mg Inj.lsg. Fertigpen** (PM) Diagnose, Erstverordnung und regelmäßige Kontrollen durch entsprechende Fachabteilung, -ambulanz bzw. FachärztInnen (Rheumatologie, Dermatologie). Eine Liste mit orientierenden Kriterien für einen zweckmäßigen Einsatz des Wirkstoffs Etanercept wird vom Dachverband erstellt und unter www.sozialversicherung.at/erstattungskodex_orientierende_kriterien_etanercept publiziert.		4 St	611,70
IND	**Benepali 50 mg Inj.lsg. Fertigspr.** (PM) Diagnose, Erstverordnung und regelmäßige Kontrollen durch entsprechende Fachabteilung, -ambulanz bzw. FachärztInnen (Rheumatologie, Dermatologie). Eine Liste mit orientierenden Kriterien für einen zweckmäßigen Einsatz des Wirkstoffs Etanercept wird vom Dachverband erstellt und unter www.sozialversicherung.at/erstattungskodex_orientierende_kriterien_etanercept publiziert.		4 St	611,70

	Bezeichnung	T	OP	KVP in €
IND	**Enbrel 50 mg Inj.lsg. Fertigpen** Ⓟ Diagnose, Erstverordnung und regelmäßige Kontrollen durch entsprechende Fachabteilung, -ambulanz bzw. FachärztInnen (Rheumatologie, Dermatologie). Eine Liste mit orientierenden Kriterien für einen zweckmäßigen Einsatz des Wirkstoffs Etanercept wird vom Dachverband erstellt und unter www.sozialversicherung.at/erstattungskodex_orientierende_kriterien_etanercept publiziert.		4 St	606,50
IND	**Enbrel 50 mg Inj.lsg. Fertigspr.** Ⓟ Diagnose, Erstverordnung und regelmäßige Kontrollen durch entsprechende Fachabteilung, -ambulanz bzw. FachärztInnen (Rheumatologie, Dermatologie). Eine Liste mit orientierenden Kriterien für einen zweckmäßigen Einsatz des Wirkstoffs Etanercept wird vom Dachverband erstellt und unter www.sozialversicherung.at/erstattungskodex_orientierende_kriterien_etanercept publiziert.		4 St	606,50
IND	**Erelzi 50 mg Inj.lsg. Fertigpen** Ⓟ Diagnose, Erstverordnung und regelmäßige Kontrollen durch entsprechende Fachabteilung, -ambulanz bzw. FachärztInnen (Rheumatologie, Dermatologie). Eine Liste mit orientierenden Kriterien für einen zweckmäßigen Einsatz des Wirkstoffs Etanercept wird vom Dachverband erstellt und unter www.sozialversicherung.at/erstattungskodex_orientierende_kriterien_etanercept publiziert.		4 St	477,35
IND	**Erelzi 50 mg Inj.lsg. Fertigspr.** Ⓟ Diagnose, Erstverordnung und regelmäßige Kontrollen durch entsprechende Fachabteilung, -ambulanz bzw. FachärztInnen (Rheumatologie, Dermatologie). Eine Liste mit orientierenden Kriterien für einen zweckmäßigen Einsatz des Wirkstoffs Etanercept wird vom Dachverband erstellt und unter www.sozialversicherung.at/erstattungskodex_orientierende_kriterien_etanercept publiziert.		4 St	477,35

L04AB02 Infliximab

Infliximab 0,1

IND	**Flixabi 100 mg Plv. für ein Konz. zur Herst. einer Inf.lsg.** Diagnose, Erstverordnung und regelmäßige Kontrollen durch entsprechende Fachabteilung, -ambulanz bzw. FachärztInnen (Rheumatologie, Dermatologie, Gastroenterologie). Eine Liste mit orientierenden Kriterien für einen zweckmäßigen Einsatz des Wirkstoffs Infliximab wird vom Dachverband erstellt und unter www.sozialversicherung.at/erstattungskodex_orientierende_kriterien_infliximab publiziert.		1 St 2 St 3 St	167,00 306,25 445,45
IND	**Inflectra 100 mg Plv. für ein Konz. zur Herst. einer Inf.lsg.** Diagnose, Erstverordnung und regelmäßige Kontrollen durch entsprechende Fachabteilung, -ambulanz bzw. FachärztInnen (Rheumatologie, Dermatologie, Gastroenterologie). Eine Liste mit orientierenden Kriterien für einen zweckmäßigen Einsatz des Wirkstoffs Infliximab wird vom Dachverband erstellt und unter www.sozialversicherung.at/erstattungskodex_orientierende_kriterien_infliximab publiziert.		1 St 2 St 3 St	179,05 340,25 492,20
IND	**Remsima 100 mg Plv. für ein Konz. zur Herst. einer Inf.lsg.** Diagnose, Erstverordnung und regelmäßige Kontrollen durch entsprechende Fachabteilung, -ambulanz bzw. FachärztInnen (Rheumatologie, Dermatologie, Gastroenterologie). Eine Liste mit orientierenden Kriterien für einen zweckmäßigen Einsatz des Wirkstoffs Infliximab wird vom Dachverband erstellt und unter www.sozialversicherung.at/erstattungskodex_orientierende_kriterien_infliximab publiziert.		1 St 2 St 3 St	167,00 306,25 445,45
IND	**Zessly 100 mg Plv. für ein Konz. zur Herst. einer Inf.lsg.** Diagnose, Erstverordnung und regelmäßige Kontrollen durch entsprechende Fachabteilung, -ambulanz bzw. FachärztInnen (Rheumatologie, Dermatologie, Gastroenterologie, Pädiatrie).		1 St 2 St 3 St	166,85 306,00 445,15

Infliximab 0,12

IND	**Remsima 120 mg Inj.lsg. Fertigpen** Ⓟ Diagnose, Erstverordnung und regelmäßige Kontrollen durch entsprechende Fachabteilung, -ambulanz bzw. FachärztInnen (Rheumatologie, Dermatologie, Gastroenterologie). Eine Liste mit orientierenden Kriterien für einen zweckmäßigen Einsatz des Wirkstoffs Infliximab wird vom Dachverband erstellt und unter www.sozialversicherung.at/erstattungskodex_orientierende_kriterien_infliximab publiziert.		2 St	506,90

	Bezeichnung	T	OP	KVP in €

L04AB04 Adalimumab

Adalimumab 0,02

IND	**Humira 20 mg Inj.lsg. Fertigspr.** (PM) Diagnose, Erstverordnung und regelmäßige Kontrollen durch entsprechende Fachabteilung, -ambulanz bzw. FachärztInnen (Rheumatologie, Dermatologie, Gastroenterologie, Ophthalmologie). Eine Liste mit orientierenden Kriterien für einen zweckmäßigen Einsatz des Wirkstoffs Adalimumab wird vom Dachverband erstellt und unter www.sozialversicherung.at/erstattungskodex_orientierende_kriterien_adalimumab publiziert.		2 St	214,85

Adalimumab 0,04

IND	**Amgevita 40 mg Inj.lsg. Fertigpen** Diagnose, Erstverordnung und regelmäßige Kontrollen durch entsprechende Fachabteilung, -ambulanz bzw. FachärztInnen (Rheumatologie, Dermatologie, Gastroenterologie, Ophthalmologie). Eine Liste mit orientierenden Kriterien für einen zweckmäßigen Einsatz des Wirkstoffs Adalimumab wird vom Dachverband erstellt und unter www.sozialversicherung.at/erstattungskodex_orientierende_kriterien_adalimumab publiziert.		2 St	228,55
IND	**Amgevita 40 mg Inj.lsg. Fertigspr.** Diagnose, Erstverordnung und regelmäßige Kontrollen durch entsprechende Fachabteilung, -ambulanz bzw. FachärztInnen (Rheumatologie, Dermatologie, Gastroenterologie, Ophthalmologie). Eine Liste mit orientierenden Kriterien für einen zweckmäßigen Einsatz des Wirkstoffs Adalimumab wird vom Dachverband erstellt und unter www.sozialversicherung.at/erstattungskodex_orientierende_kriterien_adalimumab publiziert.		2 St	228,55
IND	**Hukyndra 40 mg Inj.lsg. Fertigpen** Diagnose, Erstverordnung und regelmäßige Kontrollen durch entsprechende Fachabteilung, -ambulanz bzw. FachärztInnen (Rheumatologie, Dermatologie, Gastroenterologie, Ophthalmologie). Eine Liste mit orientierenden Kriterien für einen zweckmäßigen Einsatz des Wirkstoffs Adalimumab wird vom Dachverband erstellt und unter www.sozialversicherung.at/erstattungskodex_orientierende_kriterien_adalimumab publiziert.		2 St(3)	200,40
IND	**Hukyndra 40 mg Inj.lsg. Fertigspr.** Diagnose, Erstverordnung und regelmäßige Kontrollen durch entsprechende Fachabteilung, -ambulanz bzw. FachärztInnen (Rheumatologie, Dermatologie, Gastroenterologie, Ophthalmologie). Eine Liste mit orientierenden Kriterien für einen zweckmäßigen Einsatz des Wirkstoffs Adalimumab wird vom Dachverband erstellt und unter www.sozialversicherung.at/erstattungskodex_orientierende_kriterien_adalimumab publiziert.		2 St(3)	200,40
IND	**Hulio 40 mg Inj.lsg. Fertigpen** Diagnose, Erstverordnung und regelmäßige Kontrollen durch entsprechende Fachabteilung, -ambulanz bzw. FachärztInnen (Rheumatologie, Dermatologie, Gastroenterologie, Ophthalmologie). Eine Liste mit orientierenden Kriterien für einen zweckmäßigen Einsatz des Wirkstoffs Adalimumab wird vom Dachverband erstellt und unter www.sozialversicherung.at/erstattungskodex_orientierende_kriterien_adalimumab publiziert.		2 St	228,55
IND	**Hulio 40 mg Inj.lsg. Fertigspr.** Diagnose, Erstverordnung und regelmäßige Kontrollen durch entsprechende Fachabteilung, -ambulanz bzw. FachärztInnen (Rheumatologie, Dermatologie, Gastroenterologie, Ophthalmologie). Eine Liste mit orientierenden Kriterien für einen zweckmäßigen Einsatz des Wirkstoffs Adalimumab wird vom Dachverband erstellt und unter www.sozialversicherung.at/erstattungskodex_orientierende_kriterien_adalimumab publiziert.		2 St	228,55
IND	**Humira 40 mg Inj.lsg. Fertigpen** Diagnose, Erstverordnung und regelmäßige Kontrollen durch entsprechende Fachabteilung, -ambulanz bzw. FachärztInnen (Rheumatologie, Dermatologie, Gastroenterologie, Ophthalmologie). Eine Liste mit orientierenden Kriterien für einen zweckmäßigen Einsatz des Wirkstoffs Adalimumab wird vom Dachverband erstellt und unter www.sozialversicherung.at/erstattungskodex_orientierende_kriterien_adalimumab publiziert.		2 St	228,55

	Bezeichnung	T	OP	KVP in €
IND	**Humira 40 mg Inj.lsg. Fertigspr.** Diagnose, Erstverordnung und regelmäßige Kontrollen durch entsprechende Fachabteilung, -ambulanz bzw. FachärztInnen (Rheumatologie, Dermatologie, Gastroenterologie, Ophthalmologie). Eine Liste mit orientierenden Kriterien für einen zweckmäßigen Einsatz des Wirkstoffs Adalimumab wird vom Dachverband erstellt und unter www.sozialversicherung.at/erstattungskodex_orientierende_kriterien_adalimumab publiziert.		2 St	228,55
IND	**Hyrimoz 40 mg Inj.lsg. Fertigpen** Diagnose, Erstverordnung und regelmäßige Kontrollen durch entsprechende Fachabteilung, -ambulanz bzw. FachärztInnen (Rheumatologie, Dermatologie, Gastroenterologie, Ophthalmologie). Eine Liste mit orientierenden Kriterien für einen zweckmäßigen Einsatz des Wirkstoffs Adalimumab wird vom Dachverband erstellt und unter www.sozialversicherung.at/erstattungskodex_orientierende_kriterien_adalimumab publiziert.		2 St	228,55
IND	**Hyrimoz 40 mg Inj.lsg. Fertigspr.** Diagnose, Erstverordnung und regelmäßige Kontrollen durch entsprechende Fachabteilung, -ambulanz bzw. FachärztInnen (Rheumatologie, Dermatologie, Gastroenterologie, Ophthalmologie). Eine Liste mit orientierenden Kriterien für einen zweckmäßigen Einsatz des Wirkstoffs Adalimumab wird vom Dachverband erstellt und unter www.sozialversicherung.at/erstattungskodex_orientierende_kriterien_adalimumab publiziert.		2 St	228,55
IND	**Idacio 40 mg Inj.lsg. Fertigpen** Diagnose, Erstverordnung und regelmäßige Kontrollen durch entsprechende Fachabteilung, -ambulanz bzw. FachärztInnen (Rheumatologie, Dermatologie, Gastroenterologie, Ophthalmologie). Eine Liste mit orientierenden Kriterien für einen zweckmäßigen Einsatz des Wirkstoffs Adalimumab wird vom Dachverband erstellt und unter www.sozialversicherung.at/erstattungskodex_orientierende_kriterien_adalimumab publiziert.		2 St	228,55
IND	**Idacio 40 mg Inj.lsg. Fertigspr.** Diagnose, Erstverordnung und regelmäßige Kontrollen durch entsprechende Fachabteilung, -ambulanz bzw. FachärztInnen (Rheumatologie, Dermatologie, Gastroenterologie, Ophthalmologie). Eine Liste mit orientierenden Kriterien für einen zweckmäßigen Einsatz des Wirkstoffs Adalimumab wird vom Dachverband erstellt und unter www.sozialversicherung.at/erstattungskodex_orientierende_kriterien_adalimumab publiziert.		2 St	228,55
IND	**Yuflyma 40 mg Inj.lsg. Fertigpen** Diagnose, Erstverordnung und regelmäßige Kontrollen durch entsprechende Fachabteilung, -ambulanz bzw. FachärztInnen (Rheumatologie, Dermatologie, Gastroenterologie, Ophthalmologie). Eine Liste mit orientierenden Kriterien für einen zweckmäßigen Einsatz des Wirkstoffs Adalimumab wird vom Dachverband erstellt und unter www.sozialversicherung.at/erstattungskodex_orientierende_kriterien_adalimumab publiziert.		2 St	228,55
IND	**Yuflyma 40 mg Inj.lsg. Fertigspr.** Diagnose, Erstverordnung und regelmäßige Kontrollen durch entsprechende Fachabteilung, -ambulanz bzw. FachärztInnen (Rheumatologie, Dermatologie, Gastroenterologie, Ophthalmologie). Eine Liste mit orientierenden Kriterien für einen zweckmäßigen Einsatz des Wirkstoffs Adalimumab wird vom Dachverband erstellt und unter www.sozialversicherung.at/erstattungskodex_orientierende_kriterien_adalimumab publiziert.		2 St	228,55

Adalimumab 0,08

IND	**Hukyndra 80 mg Inj.lsg. Fertigpen** Nur zur Anbehandlung. Diagnose, Erstverordnung und regelmäßige Kontrollen durch entsprechende Fachabteilung, -ambulanz bzw. FachärztInnen (Rheumatologie, Dermatologie, Gastroenterologie, Ophthalmologie). Eine Liste mit orientierenden Kriterien für einen zweckmäßigen Einsatz des Wirkstoffs Adalimumab wird vom Dachverband erstellt und unter www.sozialversicherung.at/erstattungskodex_orientierende_kriterien_adalimumab publiziert.		1 St	200,40

	Bezeichnung	T	OP	KVP in €
IND	**Hukyndra 80 mg Inj.lsg. Fertigspr.** Nur zur Anbehandlung. Diagnose, Erstverordnung und regelmäßige Kontrollen durch entsprechende Fachabteilung, -ambulanz bzw. FachärztInnen (Rheumatologie, Dermatologie, Gastroenterologie, Ophthalmologie). Eine Liste mit orientierenden Kriterien für einen zweckmäßigen Einsatz des Wirkstoffs Adalimumab wird vom Dachverband erstellt und unter www.sozialversicherung.at/erstattungskodex_orientierende_kriterien_adalimumab publiziert.		1 St	200,40

L04AC Interleukin-Rezeptor-Inhibitoren
L04AC05 Ustekinumab

Ustekinumab 0,045

IND	**Imuldosa 45 mg Inj.lsg. Fertigspr.** Diagnose, Erstverordnung und regelmäßige Kontrollen durch entsprechende Fachabteilung, -ambulanz bzw. FachärztInnen (Dermatologie, Rheumatologie, Pädiatrie).		1 St	783,15
IND	**Pyzchiva 45 mg Inj.lsg. Fertigpen** Diagnose, Erstverordnung und regelmäßige Kontrollen durch entsprechende Fachabteilung, -ambulanz bzw. FachärztInnen (Dermatologie, Rheumatologie).		1 St	782,10
IND	**Pyzchiva 45 mg Inj.lsg. Fertigspr.** Diagnose, Erstverordnung und regelmäßige Kontrollen durch entsprechende Fachabteilung, -ambulanz bzw. FachärztInnen (Dermatologie, Rheumatologie, Pädiatrie).		1 St	782,10
IND	**Stelara 45 mg Inj.lsg. Fertigpen** Diagnose, Erstverordnung und regelmäßige Kontrollen durch entsprechende Fachabteilung, -ambulanz bzw. FachärztInnen (Dermatologie, Rheumatologie).		1 St	783,15
IND	**Stelara 45 mg Inj.lsg. Fertigspr.** Diagnose, Erstverordnung und regelmäßige Kontrollen durch entsprechende Fachabteilung, -ambulanz bzw. FachärztInnen (Dermatologie, Rheumatologie, Pädiatrie).		1 St	783,15
IND	**Uzpruvo 45 mg Inj.lsg. Fertigspr.** Diagnose, Erstverordnung und regelmäßige Kontrollen durch entsprechende Fachabteilung, -ambulanz bzw. Fachärztinnen (Dermatologie, Rheumatologie, Pädiatrie).		1 St	780,55

Ustekinumab 0,09

IND	**Imuldosa 90 mg Inj.lsg. Fertigspr.** Diagnose, Erstverordnung und regelmäßige Kontrollen durch entsprechende Fachabteilung, -ambulanz bzw. FachärztInnen (Dermatologie, Rheumatologie, Gastroenterologie, Pädiatrie).		1 St	783,15
IND	**Pyzchiva 90 mg Inj.lsg. Fertigpen** Diagnose, Erstverordnung und regelmäßige Kontrollen durch entsprechende Fachabteilung, -ambulanz bzw. FachärztInnen (Dermatologie, Rheumatologie, Gastroenterologie).		1 St	782,10
IND	**Pyzchiva 90 mg Inj.lsg. Fertigspr.** Diagnose, Erstverordnung und regelmäßige Kontrollen durch entsprechende Fachabteilung, -ambulanz bzw. FachärztInnen (Dermatologie, Rheumatologie, Gastroenterologie, Pädiatrie).		1 St	782,10
IND	**Stelara 90 mg Inj.lsg. Fertigpen** Diagnose, Erstverordnung und regelmäßige Kontrollen durch entsprechende Fachabteilung, -ambulanz bzw. FachärztInnen (Dermatologie, Rheumatologie, Gastroenterologie).		1 St	783,15
IND	**Stelara 90 mg Inj.lsg. Fertigspr.** Diagnose, Erstverordnung und regelmäßige Kontrollen durch entsprechende Fachabteilung, -ambulanz bzw. FachärztInnen (Dermatologie, Rheumatologie, Gastroenterologie, Pädiatrie).		1 St	783,15
IND	**Uzpruvo 90 mg Inj.lsg. Fertigspr.** Diagnose, Erstverordnung und regelmäßige Kontrollen durch entsprechende Fachabteilung, -ambulanz bzw. Fachärztinnen (Dermatologie, Rheumatologie, Gastroenterologie, Pädiatrie).		1 St	780,55

Ustekinumab 0,13

IND	**Imuldosa 130 mg Konz. zur Herst. einer Inf.lsg.** Zur Anbehandlung. Diagnose, Erstverordnung und regelmäßige Kontrollen durch entsprechende Fachabteilung, -ambulanz bzw. FachärztInnen (Gastroenterologie).		1 St	783,15

	Bezeichnung	T	OP	KVP in €
IND	**Pyzchiva 130 mg Konz. zur Herst. einer Inf.lsg.** Zur Anbehandlung. Diagnose, Erstverordnung und regelmäßige Kontrollen durch entsprechende Fachabteilung, -ambulanz bzw. FachärztInnen (Gastroenterologie).		1 St	782,10
IND	**Stelara 130 mg Konz. zur Herst. einer Inf.lsg.** Zur Anbehandlung. Diagnose, Erstverordnung und regelmäßige Kontrollen durch entsprechende Fachabteilung, -ambulanz bzw. FachärztInnen (Gastroenterologie).		1 St	783,15
IND	**Uzpruvo 130 mg Konz. zur Herst. einer Inf.lsg.** Zur Anbehandlung. Diagnose, Erstverordnung und regelmäßige Kontrollen durch entsprechende Fachabteilung, -ambulanz bzw. Fachärztinnen (Gastroenterologie).		1 St	782,10

L04AD Calcineurin-Inhibitoren
L04AD01 Ciclosporin

Ciclosporin 0,025

IND	**Neoimmun 25 mg Kaps.** nach Organtransplantationen		60 St(2)	54,30
IND	**Sandimmun Neoral 25 mg Kaps.** nach Organtransplantationen		50 St(2)	46,15
IND	**Vanquoral 25 mg Weichkaps.** nach Organtransplantationen		60 St(2)	46,15

Ciclosporin 0,05

IND	**Neoimmun 50 mg Kaps.** nach Organtransplantationen		60 St(2)	98,00
IND	**Sandimmun Neoral 50 mg Kaps.** nach Organtransplantationen		50 St(2)	83,30
IND	**Vanquoral 50 mg Weichkaps.** nach Organtransplantationen		60 St(2)	83,30

Ciclosporin 0,1

IND	**Neoimmun 100 mg Kaps.** nach Organtransplantationen		60 St(2)	99,95
IND	**Sandimmun Neoral 100 mg Kaps.** nach Organtransplantationen		50 St(2)	83,30
IND	**Vanquoral 100 mg Weichkaps.** nach Organtransplantationen		60 St(2)	99,95

Ciclosporin 0,1/ml

IND	**Neoimmun 100 mg/ml Lsg. z. Einnehmen** nach Organtransplantationen		50 ml(2)	128,95
IND	**Sandimmun Neoral 100 mg/ml Trinklsg.** nach Organtransplantationen		50 ml(2)	149,50

L04AD02 Tacrolimus

Tacrolimus 0,0005

IND	**Adport 0,5 mg Hartkaps.** nach Organtransplantationen		50 St(2)	51,50
IND	**Advagraf 0,5 mg Hartkaps., retardiert** (PM) nach Organtransplantationen		30 St(3)	45,75
IND	**Prograf 0,5 mg Kaps.** nach Organtransplantationen		50 St(2)	56,90
IND	**Tacforius 0,5 mg Hartkaps., retardiert** nach Organtransplantationen		30 St(3)	18,30
IND	**Tacni transplant 0,5 mg Hartkaps.** nach Organtransplantationen		60 St(2)	52,50

Tacrolimus 0,00075

IND	**Envarsus 0,75 mg Retardtabl.** nach Organtransplantationen		30 St(3)	35,15

	Bezeichnung	T	OP	KVP in €
Tacrolimus 0,001				
IND	**Adport 1 mg Hartkaps.** nach Organtransplantationen		50 St(2)	81,10
IND	**Advagraf 1 mg Hartkaps., retardiert** Ⓟ Ⓜ nach Organtransplantationen		60 St(3)	70,85
IND	**Envarsus 1 mg Retardtabl.** nach Organtransplantationen		60 St(3)	79,60
IND	**Prograf 1 mg Kaps.** nach Organtransplantationen		50 St(2)	89,65
IND	**Tacforius 1 mg Hartkaps., retardiert** nach Organtransplantationen		60 St(3)	59,05
IND	**Tacni transplant 1 mg Hartkaps.** nach Organtransplantationen		60 St(2)	82,75
Tacrolimus 0,002				
IND	**Adport 2 mg Hartkaps.** nach Organtransplantationen		50 St(2)	129,95
Tacrolimus 0,003				
IND	**Tacforius 3 mg Hartkaps., retardiert** nach Organtransplantationen		30 St(3)	66,55
Tacrolimus 0,004				
IND	**Envarsus 4 mg Retardtabl.** nach Organtransplantationen		30 St(3)	110,95
Tacrolimus 0,005				
IND	**Adport 5 mg Hartkaps.** nach Organtransplantationen		50 St(2)	226,80
IND	**Advagraf 5 mg Hartkaps., retardiert** Ⓟ Ⓜ nach Organtransplantationen		30 St(3)	250,10
IND	**Prograf 5 mg Kaps.** nach Organtransplantationen		50 St(2)	250,60
IND	**Tacforius 5 mg Hartkaps., retardiert** nach Organtransplantationen		30 St(3)	88,40
IND	**Tacni transplant 5 mg Hartkaps.** nach Organtransplantationen		60 St(2)	99,30

L04AK Dihydroorotat-Dehydrogenase (DHODH)-Inhibitoren
L04AK01 Leflunomid

Leflunomid 0,01				
IND	**Arava 10 mg Filmtabl.** Erstverordnung und regelmäßige Kontrolle durch einen Facharzt/eine Fachärztin mit Additivfach Rheumatologie oder durch Zentren, die berechtigt sind, solche auszubilden.		30 St	25,70
IND	**Leflunomid "Stada" 10 mg Filmtabl.** Erstverordnung und regelmäßige Kontrolle durch einen Facharzt/eine Fachärztin mit Additivfach Rheumatologie oder durch Zentren, die berechtigt sind, solche auszubilden.		30 St	25,70
Leflunomid 0,02				
IND	**Arava 20 mg Filmtabl.** Erstverordnung und regelmäßige Kontrolle durch einen Facharzt/eine Fachärztin mit Additivfach Rheumatologie oder durch Zentren, die berechtigt sind, solche auszubilden.		30 St	25,70
IND	**Leflunomid "Stada" 20 mg Filmtabl.** Erstverordnung und regelmäßige Kontrolle durch einen Facharzt/eine Fachärztin mit Additivfach Rheumatologie oder durch Zentren, die berechtigt sind, solche auszubilden.		30 St	25,70

L04AX Andere Immunsuppressiva
L04AX01 Azathioprin

Azathioprin 0,05				
	Immunoprin mite 50 mg Filmtabl.		50 St(2)	23,55
	Imurek Filmtabl.		50 St(2)	23,55

	Bezeichnung	T	OP	KVP in €
Azathioprin 0,075				
	Immunoprin 75 mg Filmtabl.		50 St(2)	38,80
Azathioprin 0,1				
	Immunoprin 100 mg Filmtabl.		50 St(2)	44,55

L04AX03 Methotrexat

Methotrexat 0,005				
	Ebetrexat 5 mg Tabl.		20 St(2)	20,05
Methotrexat 0,0075				
	MTX "ratiopharm" 7,5 mg Inj.lsg. Fertigspr.		4 St(3)	18,25
Methotrexat 0,01				
	MTX "ratiopharm" 10 mg Inj.lsg. Fertigspr.		4 St(3)	23,85
Methotrexat 0,01				
	Ebetrexat 10 mg Tabl.		10 St(2)	20,05
Methotrexat 0,015				
	MTX "ratiopharm" 15 mg Inj.lsg. Fertigspr.		4 St(3)	35,00
Methotrexat 0,02				
	MTX "ratiopharm" 20 mg Inj.lsg. Fertigspr.		4 St(3)	45,25
Methotrexat 0,02/ml				
	Ebetrexat 20 mg/ml Inj.lsg. Fertigspr. (10 mg/0,5 ml)		5 St(3)	26,85
	Ebetrexat 20 mg/ml Inj.lsg. Fertigspr. (15 mg/0,75 ml)		5 St(3)	39,40
	Ebetrexat 20 mg/ml Inj.lsg. Fertigspr. (20 mg/1,0 ml)		5 St(3)	50,90
	Ebetrexat 20 mg/ml Inj.lsg. Fertigspr. (25 mg/1,25 ml)		5 St(3)	63,65
	Ebetrexat 20 mg/ml Inj.lsg. Fertigspr. (30 mg/1,5 ml)		5 St(3)	76,05
Methotrexat 0,025				
	MTX "ratiopharm" 25 mg Inj.lsg. Fertigspr.		4 St(3)	56,60
Methotrexat 0,05/ml				
	Methofill 50 mg/ml Inj.lsg. Fertigspr. (7,5 mg/0,15 ml)		5 St(3)	18,40
	Methofill 50 mg/ml Inj.lsg. Fertigspr. (10 mg/0,2 ml)		5 St(3)	24,15
	Methofill 50 mg/ml Inj.lsg. Fertigspr. (12,5 mg/0,25 ml)		5 St(3)	29,55
	Methofill 50 mg/ml Inj.lsg. Fertigspr. (15 mg/0,3 ml)		5 St(3)	35,45
	Methofill 50 mg/ml Inj.lsg. Fertigspr. (17,5 mg/0,35 ml)		5 St(3)	40,10
	Methofill 50 mg/ml Inj.lsg. Fertigspr. (20 mg/0,4 ml)		5 St(3)	45,80
	Methofill 50 mg/ml Inj.lsg. Fertigspr. (22,5 mg/0,45 ml)		5 St(3)	51,55
	Methofill 50 mg/ml Inj.lsg. Fertigspr. (25 mg/0,5 ml)		5 St(3)	57,30
	Methofill 50 mg/ml Inj.lsg. Fertigspr. (27,5 mg/0,55 ml)		5 St(3)	63,00
	Methofill 50 mg/ml Inj.lsg. Fertigspr. (30 mg/0,6 ml)		5 St(3)	68,75

L04AX04 Lenalidomid

Lenalidomid 0,0025				
IND	**Lenalidomid "+pharma" 2,5 mg Hartkaps.** Diagnose und Erstverordnung durch entsprechende Fachabteilung bzw. Zentrum, mittels Tumorboard. Regelmäßige Kontrolle durch entsprechende Fachabteilung bzw. Zentrum bzw. durch (Hämato-)OnkologInnen.		21 St	309,50
IND	**Lenalidomid "Accord" 2,5 mg Hartkaps.** Diagnose und Erstverordnung durch entsprechende Fachabteilung bzw. Zentrum, mittels Tumorboard. Regelmäßige Kontrolle durch entsprechende Fachabteilung bzw. Zentrum bzw. durch (Hämato-)OnkologInnen.		21 St	359,75
IND	**Lenalidomid "Fresenius Kabi" 2,5 mg Hartkaps.** Diagnose und Erstverordnung durch entsprechende Fachabteilung bzw. Zentrum, mittels Tumorboard. Regelmäßige Kontrolle durch entsprechende Fachabteilung bzw. Zentrum bzw. durch (Hämato-)OnkologInnen.		21 St	300,00

	Bezeichnung	T	OP	KVP in €
IND	**Lenalidomid "G.L." 2,5 mg Hartkaps.** Diagnose und Erstverordnung durch entsprechende Fachabteilung bzw. Zentrum, mittels Tumorboard. Regelmäßige Kontrolle durch entsprechende Fachabteilung bzw. Zentrum bzw. durch (Hämato-)OnkologInnen.		21 St	294,80
IND	**Lenalidomid "Grindeks" 2,5 mg Hartkaps.** Diagnose und Erstverordnung durch entsprechende Fachabteilung bzw. Zentrum, mittels Tumorboard. Regelmäßige Kontrolle durch entsprechende Fachabteilung bzw. Zentrum bzw. durch (Hämato-)OnkologInnen.		21 St	294,90
IND	**Lenalidomid "Krka" 2,5 mg Hartkaps.** Diagnose und Erstverordnung durch entsprechende Fachabteilung bzw. Zentrum, mittels Tumorboard. Regelmäßige Kontrolle durch entsprechende Fachabteilung bzw. Zentrum bzw. durch (Hämato-)OnkologInnen.		7 St 21 St	135,35 359,75
IND	**Lenalidomid "Mylan" 2,5 mg Hartkaps.** Diagnose und Erstverordnung durch entsprechende Fachabteilung bzw. Zentrum, mittels Tumorboard. Regelmäßige Kontrolle durch entsprechende Fachabteilung bzw. Zentrum bzw. durch (Hämato-)OnkologInnen.		21 St	299,85
IND	**Lenalidomid "Sandoz" 2,5 mg Hartkaps.** Diagnose und Erstverordnung durch entsprechende Fachabteilung bzw. Zentrum, mittels Tumorboard. Regelmäßige Kontrolle durch entsprechende Fachabteilung bzw. Zentrum bzw. durch (Hämato-)OnkologInnen.		21 St	305,10
IND	**Lenalidomid "Stada" 2,5 mg Hartkaps.** Diagnose und Erstverordnung durch entsprechende Fachabteilung bzw. Zentrum, mittels Tumorboard. Regelmäßige Kontrolle durch entsprechende Fachabteilung bzw. Zentrum bzw. durch (Hämato-)OnkologInnen.		21 St	302,85
IND	**Lenalidomid "Teva" 2,5 mg Hartkaps.** Diagnose und Erstverordnung durch entsprechende Fachabteilung bzw. Zentrum, mittels Tumorboard. Regelmäßige Kontrolle durch entsprechende Fachabteilung bzw. Zentrum bzw. durch (Hämato-)OnkologInnen.		21 St	359,75
IND	**Lenalidomid "Zentiva" 2,5 mg Hartkaps.** Diagnose und Erstverordnung durch entsprechende Fachabteilung bzw. Zentrum, mittels Tumorboard. Regelmäßige Kontrolle durch entsprechende Fachabteilung bzw. Zentrum bzw. durch (Hämato-)OnkologInnen.		21 St	294,75
IND	**Revlimid 2,5 mg Hartkaps.** Diagnose und Erstverordnung durch entsprechende Fachabteilung bzw. Zentrum, mittels Tumorboard. Regelmäßige Kontrolle durch entsprechende Fachabteilung bzw. Zentrum bzw. durch (Hämato-)OnkologInnen.		21 St	356,25
	Lenalidomid 0,005			
IND	**Lenalidomid "+pharma" 5 mg Hartkaps.** Diagnose und Erstverordnung durch entsprechende Fachabteilung bzw. Zentrum, mittels Tumorboard. Regelmäßige Kontrolle durch entsprechende Fachabteilung bzw. Zentrum bzw. durch (Hämato-)OnkologInnen.		21 St	309,50
IND	**Lenalidomid "Accord" 5 mg Hartkaps.** Diagnose und Erstverordnung durch entsprechende Fachabteilung bzw. Zentrum, mittels Tumorboard. Regelmäßige Kontrolle durch entsprechende Fachabteilung bzw. Zentrum bzw. durch (Hämato-)OnkologInnen.		21 St	359,75
IND	**Lenalidomid "Fresenius Kabi" 5 mg Hartkaps.** Diagnose und Erstverordnung durch entsprechende Fachabteilung bzw. Zentrum, mittels Tumorboard. Regelmäßige Kontrolle durch entsprechende Fachabteilung bzw. Zentrum bzw. durch (Hämato-)OnkologInnen.		21 St	300,00
IND	**Lenalidomid "G.L." 5 mg Hartkaps.** Diagnose und Erstverordnung durch entsprechende Fachabteilung bzw. Zentrum, mittels Tumorboard. Regelmäßige Kontrolle durch entsprechende Fachabteilung bzw. Zentrum bzw. durch (Hämato-)OnkologInnen.		21 St	294,80
IND	**Lenalidomid "Grindeks" 5 mg Hartkaps.** Diagnose und Erstverordnung durch entsprechende Fachabteilung bzw. Zentrum, mittels Tumorboard. Regelmäßige Kontrolle durch entsprechende Fachabteilung bzw. Zentrum bzw. durch (Hämato-)OnkologInnen.		21 St	294,90
IND	**Lenalidomid "Krka" 5 mg Hartkaps.** Diagnose und Erstverordnung durch entsprechende Fachabteilung bzw. Zentrum, mittels Tumorboard. Regelmäßige Kontrolle durch entsprechende Fachabteilung bzw. Zentrum bzw. durch (Hämato-)OnkologInnen.		7 St 21 St	135,35 359,75
IND	**Lenalidomid "Mylan" 5 mg Hartkaps.** Diagnose und Erstverordnung durch entsprechende Fachabteilung bzw. Zentrum, mittels Tumorboard. Regelmäßige Kontrolle durch entsprechende Fachabteilung bzw. Zentrum bzw. durch (Hämato-)OnkologInnen.		21 St	299,85
IND	**Lenalidomid "Sandoz" 5 mg Hartkaps.** Diagnose und Erstverordnung durch entsprechende Fachabteilung bzw. Zentrum, mittels Tumorboard. Regelmäßige Kontrolle durch entsprechende Fachabteilung bzw. Zentrum bzw. durch (Hämato-)OnkologInnen.		21 St	305,10
IND	**Lenalidomid "Stada" 5 mg Hartkaps.** Diagnose und Erstverordnung durch entsprechende Fachabteilung bzw. Zentrum, mittels Tumorboard. Regelmäßige Kontrolle durch entsprechende Fachabteilung bzw. Zentrum bzw. durch (Hämato-)OnkologInnen.		21 St	302,85

	Bezeichnung	T	OP	KVP in €
IND	**Lenalidomid "Teva" 5 mg Hartkaps.** Diagnose und Erstverordnung durch entsprechende Fachabteilung bzw. Zentrum, mittels Tumorboard. Regelmäßige Kontrolle durch entsprechende Fachabteilung bzw. Zentrum bzw. durch (Hämato-)OnkologInnen.		21 St	359,75
IND	**Lenalidomid "Zentiva" 5 mg Hartkaps.** Diagnose und Erstverordnung durch entsprechende Fachabteilung bzw. Zentrum, mittels Tumorboard. Regelmäßige Kontrolle durch entsprechende Fachabteilung bzw. Zentrum bzw. durch (Hämato-)OnkologInnen.		21 St	294,75
IND	**Revlimid 5 mg Hartkaps.** Diagnose und Erstverordnung durch entsprechende Fachabteilung bzw. Zentrum, mittels Tumorboard. Regelmäßige Kontrolle durch entsprechende Fachabteilung bzw. Zentrum bzw. durch (Hämato-)OnkologInnen.		21 St	356,25

Lenalidomid 0,0075

IND	**Lenalidomid "+pharma" 7,5 mg Hartkaps.** Diagnose und Erstverordnung durch entsprechende Fachabteilung bzw. Zentrum, mittels Tumorboard. Regelmäßige Kontrolle durch entsprechende Fachabteilung bzw. Zentrum bzw. durch (Hämato-)OnkologInnen.		21 St	309,50
IND	**Lenalidomid "Accord" 7,5 mg Hartkaps.** Diagnose und Erstverordnung durch entsprechende Fachabteilung bzw. Zentrum, mittels Tumorboard. Regelmäßige Kontrolle durch entsprechende Fachabteilung bzw. Zentrum bzw. durch (Hämato-)OnkologInnen.		21 St	359,75
IND	**Lenalidomid "Fresenius Kabi" 7,5 mg Hartkaps.** Diagnose und Erstverordnung durch entsprechende Fachabteilung bzw. Zentrum, mittels Tumorboard. Regelmäßige Kontrolle durch entsprechende Fachabteilung bzw. Zentrum bzw. durch (Hämato-)OnkologInnen.		21 St	300,00
IND	**Lenalidomid "G.L." 7,5 mg Hartkaps.** Diagnose und Erstverordnung durch entsprechende Fachabteilung bzw. Zentrum, mittels Tumorboard. Regelmäßige Kontrolle durch entsprechende Fachabteilung bzw. Zentrum bzw. durch (Hämato-)OnkologInnen.		21 St	294,80
IND	**Lenalidomid "Grindeks" 7,5 mg Hartkaps.** Diagnose und Erstverordnung durch entsprechende Fachabteilung bzw. Zentrum, mittels Tumorboard. Regelmäßige Kontrolle durch entsprechende Fachabteilung bzw. Zentrum bzw. durch (Hämato-)OnkologInnen.		21 St	294,90
IND	**Lenalidomid "Krka" 7,5 mg Hartkaps.** Diagnose und Erstverordnung durch entsprechende Fachabteilung bzw. Zentrum, mittels Tumorboard. Regelmäßige Kontrolle durch entsprechende Fachabteilung bzw. Zentrum bzw. durch (Hämato-)OnkologInnen.		7 St 21 St	135,35 359,75
IND	**Lenalidomid "Mylan" 7,5 mg Hartkaps.** Diagnose und Erstverordnung durch entsprechende Fachabteilung bzw. Zentrum, mittels Tumorboard. Regelmäßige Kontrolle durch entsprechende Fachabteilung bzw. Zentrum bzw. durch (Hämato-)OnkologInnen.		21 St	299,85
IND	**Lenalidomid "Sandoz" 7,5 mg Hartkaps.** Diagnose und Erstverordnung durch entsprechende Fachabteilung bzw. Zentrum, mittels Tumorboard. Regelmäßige Kontrolle durch entsprechende Fachabteilung bzw. Zentrum bzw. durch (Hämato-)OnkologInnen.		21 St	305,10
IND	**Lenalidomid "Stada" 7,5 mg Hartkaps.** Diagnose und Erstverordnung durch entsprechende Fachabteilung bzw. Zentrum, mittels Tumorboard. Regelmäßige Kontrolle durch entsprechende Fachabteilung bzw. Zentrum bzw. durch (Hämato-)OnkologInnen.		21 St	302,85
IND	**Lenalidomid "Teva" 7,5 mg Hartkaps.** Diagnose und Erstverordnung durch entsprechende Fachabteilung bzw. Zentrum, mittels Tumorboard. Regelmäßige Kontrolle durch entsprechende Fachabteilung bzw. Zentrum bzw. durch (Hämato-)OnkologInnen.		21 St	359,75
IND	**Lenalidomid "Zentiva" 7,5 mg Hartkaps.** Diagnose und Erstverordnung durch entsprechende Fachabteilung bzw. Zentrum, mittels Tumorboard. Regelmäßige Kontrolle durch entsprechende Fachabteilung bzw. Zentrum bzw. durch (Hämato-)OnkologInnen.		21 St	294,75
IND	**Revlimid 7,5 mg Hartkaps.** Diagnose und Erstverordnung durch entsprechende Fachabteilung bzw. Zentrum, mittels Tumorboard. Regelmäßige Kontrolle durch entsprechende Fachabteilung bzw. Zentrum bzw. durch (Hämato-)OnkologInnen.		21 St	356,25

Lenalidomid 0,01

IND	**Lenalidomid "+pharma" 10 mg Hartkaps.** Diagnose und Erstverordnung durch entsprechende Fachabteilung bzw. Zentrum, mittels Tumorboard. Regelmäßige Kontrolle durch entsprechende Fachabteilung bzw. Zentrum bzw. durch (Hämato-)OnkologInnen.		21 St	309,50
IND	**Lenalidomid "Accord" 10 mg Hartkaps.** Diagnose und Erstverordnung durch entsprechende Fachabteilung bzw. Zentrum, mittels Tumorboard. Regelmäßige Kontrolle durch entsprechende Fachabteilung bzw. Zentrum bzw. durch (Hämato-)OnkologInnen.		21 St	359,75

	Bezeichnung	T	OP	KVP in €
IND	**Lenalidomid "Fresenius Kabi" 10 mg Hartkaps.** Diagnose und Erstverordnung durch entsprechende Fachabteilung bzw. Zentrum, mittels Tumorboard. Regelmäßige Kontrolle durch entsprechende Fachabteilung bzw. Zentrum bzw. durch (Hämato-)OnkologInnen.		21 St	300,00
IND	**Lenalidomid "G.L." 10 mg Hartkaps.** Diagnose und Erstverordnung durch entsprechende Fachabteilung bzw. Zentrum, mittels Tumorboard. Regelmäßige Kontrolle durch entsprechende Fachabteilung bzw. Zentrum bzw. durch (Hämato-)OnkologInnen.		21 St	294,80
IND	**Lenalidomid "Grindeks" 10 mg Hartkaps.** Diagnose und Erstverordnung durch entsprechende Fachabteilung bzw. Zentrum, mittels Tumorboard. Regelmäßige Kontrolle durch entsprechende Fachabteilung bzw. Zentrum bzw. durch (Hämato-)OnkologInnen.		21 St	294,90
IND	**Lenalidomid "Krka" 10 mg Hartkaps.** Diagnose und Erstverordnung durch entsprechende Fachabteilung bzw. Zentrum, mittels Tumorboard. Regelmäßige Kontrolle durch entsprechende Fachabteilung bzw. Zentrum bzw. durch (Hämato-)OnkologInnen.		7 St 21 St	135,35 359,75
IND	**Lenalidomid "Mylan" 10 mg Hartkaps.** Diagnose und Erstverordnung durch entsprechende Fachabteilung bzw. Zentrum, mittels Tumorboard. Regelmäßige Kontrolle durch entsprechende Fachabteilung bzw. Zentrum bzw. durch (Hämato-)OnkologInnen.		21 St	299,85
IND	**Lenalidomid "Sandoz" 10 mg Hartkaps.** Diagnose und Erstverordnung durch entsprechende Fachabteilung bzw. Zentrum, mittels Tumorboard. Regelmäßige Kontrolle durch entsprechende Fachabteilung bzw. Zentrum bzw. durch (Hämato-)OnkologInnen.		21 St	305,10
IND	**Lenalidomid "Stada" 10 mg Hartkaps.** Diagnose und Erstverordnung durch entsprechende Fachabteilung bzw. Zentrum, mittels Tumorboard. Regelmäßige Kontrolle durch entsprechende Fachabteilung bzw. Zentrum bzw. durch (Hämato-)OnkologInnen.		21 St	302,85
IND	**Lenalidomid "Teva" 10 mg Hartkaps.** Diagnose und Erstverordnung durch entsprechende Fachabteilung bzw. Zentrum, mittels Tumorboard. Regelmäßige Kontrolle durch entsprechende Fachabteilung bzw. Zentrum bzw. durch (Hämato-)OnkologInnen.		21 St	359,75
IND	**Lenalidomid "Zentiva" 10 mg Hartkaps.** Diagnose und Erstverordnung durch entsprechende Fachabteilung bzw. Zentrum, mittels Tumorboard. Regelmäßige Kontrolle durch entsprechende Fachabteilung bzw. Zentrum bzw. durch (Hämato-)OnkologInnen.		21 St	294,75
IND	**Revlimid 10 mg Hartkaps.** Diagnose und Erstverordnung durch entsprechende Fachabteilung bzw. Zentrum, mittels Tumorboard. Regelmäßige Kontrolle durch entsprechende Fachabteilung bzw. Zentrum bzw. durch (Hämato-)OnkologInnen.		21 St	356,25

Lenalidomid 0,015

IND	**Lenalidomid "+pharma" 15 mg Hartkaps.** Diagnose und Erstverordnung durch entsprechende Fachabteilung bzw. Zentrum, mittels Tumorboard. Regelmäßige Kontrolle durch entsprechende Fachabteilung bzw. Zentrum bzw. durch (Hämato-)OnkologInnen.		21 St	309,50
IND	**Lenalidomid "Accord" 15 mg Hartkaps.** Diagnose und Erstverordnung durch entsprechende Fachabteilung bzw. Zentrum, mittels Tumorboard. Regelmäßige Kontrolle durch entsprechende Fachabteilung bzw. Zentrum bzw. durch (Hämato-)OnkologInnen.		21 St	359,75
IND	**Lenalidomid "Fresenius Kabi" 15 mg Hartkaps.** Diagnose und Erstverordnung durch entsprechende Fachabteilung bzw. Zentrum, mittels Tumorboard. Regelmäßige Kontrolle durch entsprechende Fachabteilung bzw. Zentrum bzw. durch (Hämato-)OnkologInnen.		21 St	300,00
IND	**Lenalidomid "G.L." 15 mg Hartkaps.** Diagnose und Erstverordnung durch entsprechende Fachabteilung bzw. Zentrum, mittels Tumorboard. Regelmäßige Kontrolle durch entsprechende Fachabteilung bzw. Zentrum bzw. durch (Hämato-)OnkologInnen.		21 St	294,80
IND	**Lenalidomid "Grindeks" 15 mg Hartkaps.** Diagnose und Erstverordnung durch entsprechende Fachabteilung bzw. Zentrum, mittels Tumorboard. Regelmäßige Kontrolle durch entsprechende Fachabteilung bzw. Zentrum bzw. durch (Hämato-)OnkologInnen.		21 St	294,90
IND	**Lenalidomid "Krka" 15 mg Hartkaps.** Diagnose und Erstverordnung durch entsprechende Fachabteilung bzw. Zentrum, mittels Tumorboard. Regelmäßige Kontrolle durch entsprechende Fachabteilung bzw. Zentrum bzw. durch (Hämato-)OnkologInnen.		7 St 21 St	135,35 359,75
IND	**Lenalidomid "Mylan" 15 mg Hartkaps.** Diagnose und Erstverordnung durch entsprechende Fachabteilung bzw. Zentrum, mittels Tumorboard. Regelmäßige Kontrolle durch entsprechende Fachabteilung bzw. Zentrum bzw. durch (Hämato-)OnkologInnen.		21 St	299,85
IND	**Lenalidomid "Sandoz" 15 mg Hartkaps.** Diagnose und Erstverordnung durch entsprechende Fachabteilung bzw. Zentrum, mittels Tumorboard. Regelmäßige Kontrolle durch entsprechende Fachabteilung bzw. Zentrum bzw. durch (Hämato-)OnkologInnen.		21 St	305,10

	Bezeichnung	T	OP	KVP in €
IND	**Lenalidomid "Stada" 15 mg Hartkaps.** Diagnose und Erstverordnung durch entsprechende Fachabteilung bzw. Zentrum, mittels Tumorboard. Regelmäßige Kontrolle durch entsprechende Fachabteilung bzw. Zentrum bzw. durch (Hämato-)OnkologInnen.		21 St	302,85
IND	**Lenalidomid "Teva" 15 mg Hartkaps.** Diagnose und Erstverordnung durch entsprechende Fachabteilung bzw. Zentrum, mittels Tumorboard. Regelmäßige Kontrolle durch entsprechende Fachabteilung bzw. Zentrum bzw. durch (Hämato-)OnkologInnen.		21 St	359,75
IND	**Lenalidomid "Zentiva" 15 mg Hartkaps.** Diagnose und Erstverordnung durch entsprechende Fachabteilung bzw. Zentrum, mittels Tumorboard. Regelmäßige Kontrolle durch entsprechende Fachabteilung bzw. Zentrum bzw. durch (Hämato-)OnkologInnen.		21 St	294,75
IND	**Revlimid 15 mg Hartkaps.** Diagnose und Erstverordnung durch entsprechende Fachabteilung bzw. Zentrum, mittels Tumorboard. Regelmäßige Kontrolle durch entsprechende Fachabteilung bzw. Zentrum bzw. durch (Hämato-)OnkologInnen.		21 St	356,25

Lenalidomid 0,02

IND	**Lenalidomid "+pharma" 20 mg Hartkaps.** Diagnose und Erstverordnung durch entsprechende Fachabteilung bzw. Zentrum, mittels Tumorboard. Regelmäßige Kontrolle durch entsprechende Fachabteilung bzw. Zentrum bzw. durch (Hämato-)OnkologInnen.		21 St	309,50
IND	**Lenalidomid "Accord" 20 mg Hartkaps.** Diagnose und Erstverordnung durch entsprechende Fachabteilung bzw. Zentrum, mittels Tumorboard. Regelmäßige Kontrolle durch entsprechende Fachabteilung bzw. Zentrum bzw. durch (Hämato-)OnkologInnen.		21 St	359,75
IND	**Lenalidomid "Fresenius Kabi" 20 mg Hartkaps.** Diagnose und Erstverordnung durch entsprechende Fachabteilung bzw. Zentrum, mittels Tumorboard. Regelmäßige Kontrolle durch entsprechende Fachabteilung bzw. Zentrum bzw. durch (Hämato-)OnkologInnen.		21 St	300,00
IND	**Lenalidomid "G.L." 20 mg Hartkaps.** Diagnose und Erstverordnung durch entsprechende Fachabteilung bzw. Zentrum, mittels Tumorboard. Regelmäßige Kontrolle durch entsprechende Fachabteilung bzw. Zentrum bzw. durch (Hämato-)OnkologInnen.		21 St	294,80
IND	**Lenalidomid "Grindeks" 20 mg Hartkaps.** Diagnose und Erstverordnung durch entsprechende Fachabteilung bzw. Zentrum, mittels Tumorboard. Regelmäßige Kontrolle durch entsprechende Fachabteilung bzw. Zentrum bzw. durch (Hämato-)OnkologInnen.		21 St	294,90
IND	**Lenalidomid "Krka" 20 mg Hartkaps.** Diagnose und Erstverordnung durch entsprechende Fachabteilung bzw. Zentrum, mittels Tumorboard. Regelmäßige Kontrolle durch entsprechende Fachabteilung bzw. Zentrum bzw. durch (Hämato-)OnkologInnen.		7 St 21 St	135,35 359,75
IND	**Lenalidomid "Mylan" 20 mg Hartkaps.** Diagnose und Erstverordnung durch entsprechende Fachabteilung bzw. Zentrum, mittels Tumorboard. Regelmäßige Kontrolle durch entsprechende Fachabteilung bzw. Zentrum bzw. durch (Hämato-)OnkologInnen.		21 St	299,85
IND	**Lenalidomid "Sandoz" 20 mg Hartkaps.** Diagnose und Erstverordnung durch entsprechende Fachabteilung bzw. Zentrum, mittels Tumorboard. Regelmäßige Kontrolle durch entsprechende Fachabteilung bzw. Zentrum bzw. durch (Hämato-)OnkologInnen.		21 St	305,10
IND	**Lenalidomid "Stada" 20 mg Hartkaps.** Diagnose und Erstverordnung durch entsprechende Fachabteilung bzw. Zentrum, mittels Tumorboard. Regelmäßige Kontrolle durch entsprechende Fachabteilung bzw. Zentrum bzw. durch (Hämato-)OnkologInnen.		21 St	302,85
IND	**Lenalidomid "Teva" 20 mg Hartkaps.** Diagnose und Erstverordnung durch entsprechende Fachabteilung bzw. Zentrum, mittels Tumorboard. Regelmäßige Kontrolle durch entsprechende Fachabteilung bzw. Zentrum bzw. durch (Hämato-)OnkologInnen.		21 St	359,75
IND	**Lenalidomid "Zentiva" 20 mg Hartkaps.** Diagnose und Erstverordnung durch entsprechende Fachabteilung bzw. Zentrum, mittels Tumorboard. Regelmäßige Kontrolle durch entsprechende Fachabteilung bzw. Zentrum bzw. durch (Hämato-)OnkologInnen.		21 St	294,75
IND	**Revlimid 20 mg Hartkaps.** Diagnose und Erstverordnung durch entsprechende Fachabteilung bzw. Zentrum, mittels Tumorboard. Regelmäßige Kontrolle durch entsprechende Fachabteilung bzw. Zentrum bzw. durch (Hämato-)OnkologInnen.		21 St	356,25

Lenalidomid 0,025

IND	**Lenalidomid "+pharma" 25 mg Hartkaps.** Diagnose und Erstverordnung durch entsprechende Fachabteilung bzw. Zentrum, mittels Tumorboard. Regelmäßige Kontrolle durch entsprechende Fachabteilung bzw. Zentrum bzw. durch (Hämato-)OnkologInnen.		21 St	309,50

	Bezeichnung	T	OP	KVP in €
IND	**Lenalidomid "Accord" 25 mg Hartkaps.** Diagnose und Erstverordnung durch entsprechende Fachabteilung bzw. Zentrum, mittels Tumorboard. Regelmäßige Kontrolle durch entsprechende Fachabteilung bzw. Zentrum bzw. durch (Hämato-)OnkologInnen.		21 St	359,75
IND	**Lenalidomid "Fresenius Kabi" 25 mg Hartkaps.** Diagnose und Erstverordnung durch entsprechende Fachabteilung bzw. Zentrum, mittels Tumorboard. Regelmäßige Kontrolle durch entsprechende Fachabteilung bzw. Zentrum bzw. durch (Hämato-)OnkologInnen.		21 St	300,00
IND	**Lenalidomid "G.L." 25 mg Hartkaps.** Diagnose und Erstverordnung durch entsprechende Fachabteilung bzw. Zentrum, mittels Tumorboard. Regelmäßige Kontrolle durch entsprechende Fachabteilung bzw. Zentrum bzw. durch (Hämato-)OnkologInnen.		21 St	294,80
IND	**Lenalidomid "Grindeks" 25 mg Hartkaps.** Diagnose und Erstverordnung durch entsprechende Fachabteilung bzw. Zentrum, mittels Tumorboard. Regelmäßige Kontrolle durch entsprechende Fachabteilung bzw. Zentrum bzw. durch (Hämato-)OnkologInnen.		21 St	294,90
IND	**Lenalidomid "Krka" 25 mg Hartkaps.** Diagnose und Erstverordnung durch entsprechende Fachabteilung bzw. Zentrum, mittels Tumorboard. Regelmäßige Kontrolle durch entsprechende Fachabteilung bzw. Zentrum bzw. durch (Hämato-)OnkologInnen.		7 St 21 St	135,35 359,75
IND	**Lenalidomid "Mylan" 25 mg Hartkaps.** Diagnose und Erstverordnung durch entsprechende Fachabteilung bzw. Zentrum, mittels Tumorboard. Regelmäßige Kontrolle durch entsprechende Fachabteilung bzw. Zentrum bzw. durch (Hämato-)OnkologInnen.		21 St	299,85
IND	**Lenalidomid "Sandoz" 25 mg Hartkaps.** Diagnose und Erstverordnung durch entsprechende Fachabteilung bzw. Zentrum, mittels Tumorboard. Regelmäßige Kontrolle durch entsprechende Fachabteilung bzw. Zentrum bzw. durch (Hämato-)OnkologInnen.		21 St	305,10
IND	**Lenalidomid "Stada" 25 mg Hartkaps.** Diagnose und Erstverordnung durch entsprechende Fachabteilung bzw. Zentrum, mittels Tumorboard. Regelmäßige Kontrolle durch entsprechende Fachabteilung bzw. Zentrum bzw. durch (Hämato-)OnkologInnen.		21 St	302,85
IND	**Lenalidomid "Teva" 25 mg Hartkaps.** Diagnose und Erstverordnung durch entsprechende Fachabteilung bzw. Zentrum, mittels Tumorboard. Regelmäßige Kontrolle durch entsprechende Fachabteilung bzw. Zentrum bzw. durch (Hämato-)OnkologInnen.		21 St	359,75
IND	**Lenalidomid "Zentiva" 25 mg Hartkaps.** Diagnose und Erstverordnung durch entsprechende Fachabteilung bzw. Zentrum, mittels Tumorboard. Regelmäßige Kontrolle durch entsprechende Fachabteilung bzw. Zentrum bzw. durch (Hämato-)OnkologInnen.		21 St	294,75
IND	**Revlimid 25 mg Hartkaps.** Diagnose und Erstverordnung durch entsprechende Fachabteilung bzw. Zentrum, mittels Tumorboard. Regelmäßige Kontrolle durch entsprechende Fachabteilung bzw. Zentrum bzw. durch (Hämato-)OnkologInnen.		21 St	356,25

L04AX05 Pirfenidon

Pirfenidon 0,267

A	**Pirfenidon "Accord" 267 mg Filmtabl.**		63 St(2)	132,30
A	**Pirfenidon "ratiopharm" 267 mg Filmtabl.**		63 St	155,85

Pirfenidon 0,801

A	**Pirfenidon "Accord" 801 mg Filmtabl.**		84 St(2)	454,05
A	**Pirfenidon "ratiopharm" 801 mg Filmtabl.**		84 St	548,30

L04AX06 Pomalidomid

Pomalidomid 0,001

IND	**Pomalidomid "+pharma" 1 mg Hartkaps.** Diagnose und Erstverordnung durch entsprechende Fachabteilung bzw. Zentrum, mittels Tumorboard. Regelmäßige Kontrolle durch entsprechende Fachabteilung bzw. Zentrum bzw. durch (Hämato-)OnkologInnen.		14 St 21 St	431,65 635,10
IND	**Pomalidomid "G.L." 1 mg Hartkaps.** Diagnose und Erstverordnung durch entsprechende Fachabteilung bzw. Zentrum, mittels Tumorboard. Regelmäßige Kontrolle durch entsprechende Fachabteilung bzw. Zentrum bzw. durch (Hämato-)OnkologInnen.		14 St 21 St	323,75 469,60
IND	**Pomalidomid "Grindeks" 1 mg Hartkaps.** Diagnose und Erstverordnung durch entsprechende Fachabteilung bzw. Zentrum, mittels Tumorboard. Regelmäßige Kontrolle durch entsprechende Fachabteilung bzw. Zentrum bzw. durch (Hämato-)OnkologInnen.		14 St 21 St	323,80 469,60

	Bezeichnung	T	OP	KVP in €
IND	**Pomalidomid "Krka" 1 mg Hartkaps.** Diagnose und Erstverordnung durch entsprechende Fachabteilung bzw. Zentrum, mittels Tumorboard. Regelmäßige Kontrolle durch entsprechende Fachabteilung bzw. Zentrum bzw. durch (Hämato-)OnkologInnen.		14 St 21 St	476,85 702,95
IND	**Pomalidomid "Sandoz" 1 mg Hartkaps.** Diagnose und Erstverordnung durch entsprechende Fachabteilung bzw. Zentrum, mittels Tumorboard. Regelmäßige Kontrolle durch entsprechende Fachabteilung bzw. Zentrum bzw. durch (Hämato-)OnkologInnen		14 St 21 St	359,85 519,15
IND	**Pomalidomid "Zentiva" 1 mg Hartkaps.** Diagnose und Erstverordnung durch entsprechende Fachabteilung bzw. Zentrum, mittels Tumorboard. Regelmäßige Kontrolle durch entsprechende Fachabteilung bzw. Zentrum bzw. durch (Hämato-)OnkologInnen.		14 St 21 St	323,75 469,60

Pomalidomid 0,002

IND	**Pomalidomid "+pharma" 2 mg Hartkaps.** Diagnose und Erstverordnung durch entsprechende Fachabteilung bzw. Zentrum, mittels Tumorboard. Regelmäßige Kontrolle durch entsprechende Fachabteilung bzw. Zentrum bzw. durch (Hämato-)OnkologInnen.		14 St 21 St	431,65 635,10
IND	**Pomalidomid "G.L." 2 mg Hartkaps.** Diagnose und Erstverordnung durch entsprechende Fachabteilung bzw. Zentrum, mittels Tumorboard. Regelmäßige Kontrolle durch entsprechende Fachabteilung bzw. Zentrum bzw. durch (Hämato-)OnkologInnen.		14 St 21 St	323,75 469,60
IND	**Pomalidomid "Grindeks" 2 mg Hartkaps.** Diagnose und Erstverordnung durch entsprechende Fachabteilung bzw. Zentrum, mittels Tumorboard. Regelmäßige Kontrolle durch entsprechende Fachabteilung bzw. Zentrum bzw. durch (Hämato-)OnkologInnen.		14 St 21 St	323,80 469,60
IND	**Pomalidomid "Krka" 2 mg Hartkaps.** Diagnose und Erstverordnung durch entsprechende Fachabteilung bzw. Zentrum, mittels Tumorboard. Regelmäßige Kontrolle durch entsprechende Fachabteilung bzw. Zentrum bzw. durch (Hämato-)OnkologInnen.		14 St 21 St	476,85 702,95
IND	**Pomalidomid "Sandoz" 2 mg Hartkaps.** Diagnose und Erstverordnung durch entsprechende Fachabteilung bzw. Zentrum, mittels Tumorboard. Regelmäßige Kontrolle durch entsprechende Fachabteilung bzw. Zentrum bzw. durch (Hämato-)OnkologInnen		14 St 21 St	359,85 519,15
IND	**Pomalidomid "Zentiva" 2 mg Hartkaps.** Diagnose und Erstverordnung durch entsprechende Fachabteilung bzw. Zentrum, mittels Tumorboard. Regelmäßige Kontrolle durch entsprechende Fachabteilung bzw. Zentrum bzw. durch (Hämato-)OnkologInnen.		14 St 21 St	323,75 469,60

Pomalidomid 0,003

IND	**Pomalidomid "+pharma" 3 mg Hartkaps.** Diagnose und Erstverordnung durch entsprechende Fachabteilung bzw. Zentrum, mittels Tumorboard. Regelmäßige Kontrolle durch entsprechende Fachabteilung bzw. Zentrum bzw. durch (Hämato-)OnkologInnen.		14 St 21 St	431,65 635,10
IND	**Pomalidomid "G.L." 3 mg Hartkaps.** Diagnose und Erstverordnung durch entsprechende Fachabteilung bzw. Zentrum, mittels Tumorboard. Regelmäßige Kontrolle durch entsprechende Fachabteilung bzw. Zentrum bzw. durch (Hämato-)OnkologInnen.		14 St 21 St	323,75 469,60
IND	**Pomalidomid "Grindeks" 3 mg Hartkaps.** Diagnose und Erstverordnung durch entsprechende Fachabteilung bzw. Zentrum, mittels Tumorboard. Regelmäßige Kontrolle durch entsprechende Fachabteilung bzw. Zentrum bzw. durch (Hämato-)OnkologInnen.		14 St 21 St	323,80 469,60
IND	**Pomalidomid "Krka" 3 mg Hartkaps.** Diagnose und Erstverordnung durch entsprechende Fachabteilung bzw. Zentrum, mittels Tumorboard. Regelmäßige Kontrolle durch entsprechende Fachabteilung bzw. Zentrum bzw. durch (Hämato-)OnkologInnen.		14 St 21 St	476,85 702,95
IND	**Pomalidomid "Sandoz" 3 mg Hartkaps.** Diagnose und Erstverordnung durch entsprechende Fachabteilung bzw. Zentrum, mittels Tumorboard. Regelmäßige Kontrolle durch entsprechende Fachabteilung bzw. Zentrum bzw. durch (Hämato-)OnkologInnen		14 St 21 St	359,85 519,15
IND	**Pomalidomid "Zentiva" 3 mg Hartkaps.** Diagnose und Erstverordnung durch entsprechende Fachabteilung bzw. Zentrum, mittels Tumorboard. Regelmäßige Kontrolle durch entsprechende Fachabteilung bzw. Zentrum bzw. durch (Hämato-)OnkologInnen.		14 St 21 St	323,75 469,60

Pomalidomid 0,004

IND	**Pomalidomid "+pharma" 4 mg Hartkaps.** Diagnose und Erstverordnung durch entsprechende Fachabteilung bzw. Zentrum, mittels Tumorboard. Regelmäßige Kontrolle durch entsprechende Fachabteilung bzw. Zentrum bzw. durch (Hämato-)OnkologInnen.		14 St 21 St	431,65 635,10

	Bezeichnung	T	OP	KVP in €
IND	**Pomalidomid "G.L." 4 mg Hartkaps.** Diagnose und Erstverordnung durch entsprechende Fachabteilung bzw. Zentrum, mittels Tumorboard. Regelmäßige Kontrolle durch entsprechende Fachabteilung bzw. Zentrum bzw. durch (Hämato-)OnkologInnen.		14 St 21 St	323,75 469,60
IND	**Pomalidomid "Grindeks" 4 mg Hartkaps.** Diagnose und Erstverordnung durch entsprechende Fachabteilung bzw. Zentrum, mittels Tumorboard. Regelmäßige Kontrolle durch entsprechende Fachabteilung bzw. Zentrum bzw. durch (Hämato-)OnkologInnen.		14 St 21 St	323,80 469,60
IND	**Pomalidomid "Krka" 4 mg Hartkaps.** Diagnose und Erstverordnung durch entsprechende Fachabteilung bzw. Zentrum, mittels Tumorboard. Regelmäßige Kontrolle durch entsprechende Fachabteilung bzw. Zentrum bzw. durch (Hämato-)OnkologInnen.		14 St 21 St	476,85 702,95
IND	**Pomalidomid "Sandoz" 4 mg Hartkaps.** Diagnose und Erstverordnung durch entsprechende Fachabteilung bzw. Zentrum, mittels Tumorboard. Regelmäßige Kontrolle durch entsprechende Fachabteilung bzw. Zentrum bzw. durch (Hämato-)OnkologInnen		14 St 21 St	359,85 519,15
IND	**Pomalidomid "Zentiva" 4 mg Hartkaps.** Diagnose und Erstverordnung durch entsprechende Fachabteilung bzw. Zentrum, mittels Tumorboard. Regelmäßige Kontrolle durch entsprechende Fachabteilung bzw. Zentrum bzw. durch (Hämato-)OnkologInnen.		14 St 21 St	323,75 469,60

M MUSKEL- UND SKELETTSYSTEM
M01 ANTIPHLOGISTIKA UND ANTIRHEUMATIKA
M01A NICHTSTEROIDALE ANTIPHLOGISTIKA UND ANTIRHEUMATIKA
M01AB Essigsäure-Derivate und verwandte Substanzen
M01AB01 Indometacin

Indometacin 0,025

	Indocid 25 mg Kaps.		30 St(2) 50 St(2)	3,20 4,60

Indometacin 0,075

	Indocid retard 75 mg Kaps.		30 St(2) 50 St	7,45 10,75

M01AB05 Diclofenac

Diclofenac 0,05

	Deflamat 50 mg Kaps.		30 St(2) 50 St(2)	4,90 6,85
	Diclobene 50 mg Filmtabl.		10 St(2) 30 St(2) 50 St(2)	1,65 4,70 6,75
	Diclobene rapid 50 mg Filmtabl.		10 St(2)	1,65
	Diclofenac "G.L." 50 mg Filmtabl.		10 St(2) 30 St(2) 50 St(2)	1,60 4,25 6,45
	Diclofenac "Genericon" 50 mg Filmtabl.		10 St(2) 30 St(2) 50 St(2)	1,65 4,55 6,55
	Diclofenac "S.Med" 50 mg Filmtabl.		10 St(2) 30 St(2) 50 St(2)	1,55 4,20 6,40
	Diclofenac "Sandoz" 50 mg Filmtabl.		30 St(2) 50 St(2)	4,35 6,55
	Diclofenac "Sandoz" rapid 50 mg Tabl. zur Herst. einer Susp. zum Einnehmen		20 St(2)	2,20
	Diclostad 50 mg Filmtabl.		10 St(2) 30 St(2) 50 St(2)	1,55 4,20 6,40
	Voltaren 50 mg Filmtabl.		30 St(2) 50 St(2)	5,00 6,85
	Voltaren rapid 50 mg Drag.		10 St(2)	1,65

Diclofenac 0,05

	Voltaren 50 mg Zäpf. f. Erw.		6 St(2)	1,80

Bezeichnung	T	OP	KVP in €
Diclofenac 0,075			
Diclobene 75 mg Amp.		5 St	3,15
Voltaren Amp.		5 St	2,55
Diclofenac 0,075			
Deflamat DRS 75 mg Kaps.		30 St(2)	6,35
		50 St	9,60
Diclofenac "1A Pharma" retard 75 mg Tabl.		14 St	2,70
		28 St	4,95
Diclofenac "S.Med" retard 75 mg Tabl.		10 St(2)	1,90
		30 St(2)	5,30
		50 St	8,80
Diclofenac "Sandoz" 75 mg Retardtabl.		14 St	2,85
		28 St	4,95
Diclofenac 0,1			
Dedolor DRS 100 mg Kaps.		10 St(2)	2,60
		30 St(2)	7,25
Deflamat retard 100 mg Kaps.		30 St(2)	7,25
		50 St	11,80
Diclobene retard 100 mg Kaps.		30 St(2)	7,25
		50 St	11,65
Diclofenac "G.L." retard 100 mg Filmtabl.		30 St(2)	6,10
		50 St	9,95
Diclofenac "Genericon" retard 100 mg Filmtabl.		30 St(2)	7,25
		50 St	11,60
Diclofenac "S.Med" retard 100 mg Tabl.		10 St(2)	2,65
		30 St(2)	6,05
		50 St	9,90
Diclofenac "Sandoz" retard 100 mg Filmtabl.		30 St(2)	6,10
		50 St	9,95
Voltaren retard 100 mg Filmtabl.		30 St(2)	6,85
		50 St	6,85
Diclofenac 0,1			
Voltaren 100 mg Zäpf. f. Erw.		6 St(2)	3,05
Diclofenac 0,15			
Diclobene UNO 150 mg Retardtabl.		10 St	3,15
		20 St	6,35

M01AB11 Acemetacin

Acemetacin 0,09			
Rheutrop retard Kaps.		30 St(2)	11,60
		50 St	16,85

M01AB55 Diclofenac, Kombinationen

Diclofenac 0,05, Misoprostol 0,0002			
Arthrotec Manteltabl.		30 St(2)	14,95
		50 St	20,60
Diclofenac 0,05, Thiamin 0,05, Pyridoxin 0,05, Cyanocobalamin 0,00025			
Diclovit Kaps.		30 St(2)	5,95
		50 St	8,55
Diclofenac 0,075, Misoprostol 0,0002			
Arthrotec forte Manteltabl.		30 St(2)	18,40
		50 St	25,85

	Bezeichnung	T	OP	KVP in €

M01AC Oxicame
M01AC05 Lornoxicam

Lornoxicam 0,004

	Xefo 4 mg Filmtabl.		30 St(2)	4,45
			50 St(2)	6,50

Lornoxicam 0,008

	Xefo 8 mg Filmtabl.		10 St(2)	2,80
			30 St(2)	8,45
			50 St	12,05

M01AC06 Meloxicam

Meloxicam 0,0075

	Movalis 7,5 mg Tabl.		30 St(2)	5,35
			50 St	8,45

Meloxicam 0,015

	Movalis 15 mg/1,5 ml Inj.lsg.		3 St	2,55

Meloxicam 0,015

	Movalis 15 mg Tabl.	T2	10 St(2)	2,15
		T2	30 St	5,95

M01AE Propionsäure-Derivate
M01AE01 Ibuprofen

Ibuprofen 0,4

	Ibuprofen "Genericon" 400 mg Filmtabl.	T2	30 St(2)	4,20
		T2	50 St(2)	6,80

Ibuprofen 0,6

	Brufen 600 mg Filmtabl.		30 St(2)	4,20
			50 St(2)	6,10
	Ibuprofen "Actavis" 600 mg Filmtabl.	T2	30 St	4,20
		T2	60 St(2)	7,35
	Ibuprofen "Genericon" 600 mg forte Filmtabl.	T2	30 St(2)	4,70
		T2	50 St(2)	6,80

Ibuprofen 0,8

	Dolgit 800 mg Filmtabl.		30 St(2)	4,50
			50 St	7,35

M01AE02 Naproxen

Naproxen 0,05/ml

F14	**Naproxen "Infectopharm" 250 mg/5 ml Saft**		100 ml(2)	11,55
			1 ML = 5 ml	

Naproxen 0,5

	Miranax 550 mg Filmtabl.	T2	10 St(2)	2,80
	Naproxen Natr. 0,55 entspr. Naproxen 0,5	T2	30 St	7,75
	Naprobene 500 mg Filmtabl.	T2	30 St(2)	7,75
		T2	50 St	11,65
	Naproxen "Genericon" 500 mg Tabl.	T2	30 St(2)	7,75
		T2	50 St	11,65
	Naproxen "HCS" 550 mg Filmtabl.	T2	10 St(2)	2,15
	Naproxen Natr. 0,55 entspr. Naproxen 0,5	T2	30 St	6,45
		T2	60 St	12,60
	Proxen 500 mg Filmtabl.	T2	30 St(2)	7,75
		T2	50 St	12,60

Bezeichnung	T	OP	KVP in €
M01AE14 Dexibuprofen			
Dexibuprofen 0,2			
Seractil 200 mg Filmtabl.	T2	30 St(2)	4,40
	T2	50 St(2)	6,35
Dexibuprofen 0,3			
Seractil 300 mg Filmtabl.		10 St(2)	2,35
		30 St(2)	5,40
		50 St(2)	7,85
Dexibuprofen 0,4			
Seractil forte 400 mg Filmtabl.	T2	10 St(2)	2,85
	T2	50 St(2)	11,90
M01AE52 Naproxen und Esomeprazol			
Naproxen 0,5, Esomeprazol 0,02			
Vimovo 500 mg/20 mg Tabl. mit veränderter Wirkstofffreisetzung		30 St	14,30
		60 St	23,65
M01AG Fenamate			
M01AG01 Mefenaminsäure			
Mefenaminsäure 0,125			
Parkemed 125 mg Supp.		6 St(2)	2,35
Mefenaminsäure 0,5			
Mefenam 500 mg Filmtabl.	T2	10 St(2)	1,35
	T2	30 St	2,90
	T2	60 St	5,00
ParkAkut 500 mg Filmtabl.	T2	10 St(2)	1,35
	T2	30 St	2,90
	T2	60 St	5,00
Mefenaminsäure 0,5			
Parkemed 500 mg Supp.		6 St(2)	2,75
M01AH Coxibe			
M01AH01 Celecoxib			
Celecoxib 0,1			
Celecoxib "ratiopharm" 100 mg Hartkaps.		10 St(2)	2,35
		30 St	6,00
Celecoxib "ratiopharm GmbH" 100 mg Hartkaps.		10 St(2)	2,05
		30 St	5,10
Celecoxib 0,2			
Celecoxib "ratiopharm" 200 mg Hartkaps.		10 St(2)	2,65
		30 St	6,70
Celecoxib "ratiopharm GmbH" 200 mg Hartkaps.		10 St(2)	2,25
		30 St	5,70
M02 TOPISCHE MITTEL GEGEN GELENK- UND MUSKELSCHMERZEN			
M02A TOPISCHE MITTEL GEGEN GELENK- UND MUSKELSCHMERZEN			
M02AA Nichtsteroidale Antiphlogistika zur topischen Anwendung			
M02AA06 Etofenamat			
Etofenamat 0,05/g			
Rheumon Gel		40 g(2)	2,40

Bezeichnung	T	OP	KVP in €
M02AA13 Ibuprofen			
Ibuprofen 0,05/g			
Dolgit Creme		40 g (2)	2,20
M02AA15 Diclofenac			
Diclofenac 0,01/g			
Diclobene Gel		40 g (2)	1,80
Diclostad 1 % Gel		40 g (2)	1,75
Diclofenac 0,02/g			
Deflamat 2 % Gel		40 g (2)	2,10
M02AX Andere topische Mittel gegen Gelenk- und Muskelschmerzen			
M02AX10 Verschiedene			
Amm. sulfobituminat 0,88/g			
Ichtho Bad		130 g	10,65
M03 MUSKELRELAXANZIEN			
M03B MUSKELRELAXANZIEN, ZENTRAL WIRKENDE MITTEL			
M03BC Ether, chemisch den Antihistaminika verwandt			
M03BC51 Orphenadrin, Kombinationen			
Orphenadrin 0,035, Paracetamol 0,45			
Norgesic 35 mg/450 mg Tabl.	T2	30 St (2)	5,25
M03BX Andere zentral wirkende Mittel			
M03BX01 Baclofen			
Baclofen 0,01			
Lioresal 10 mg Tabl.	T2	50 St (2)	11,35
Baclofen 0,025			
Lioresal 25 mg Tabl.	T2	50 St (2)	13,60
M03BX02 Tizanidin			
Tizanidin 0,002			
Sirdalud 2 mg Tabl.	T2	30 St (2)	4,50
Tizagelan 2 mg Tabl.	T2	10 St	0,95
	T2	30 St	2,85
	T2	60 St	5,70
Tizanidin "Actavis" 2 mg Tabl.		10 St (2)	1,35
		60 St	6,80
Tizanidin 0,004			
Sirdalud 4 mg Tabl.	T2	30 St (2)	6,20
	T2	50 St	10,00
Tizagelan 4 mg Tabl.	T4	10 St	1,70
	T4	30 St	5,10
	T4	60 St	10,00
Tizanidin "Actavis" 4 mg Tabl.	T2	10 St (2)	2,40
	T2	60 St	12,00
Tizanidin 0,006			
Tizagelan 6 mg Tabl.	T4	10 St	2,30
	T4	30 St	6,90
	T4	60 St	13,45

	Bezeichnung	T	OP	KVP in €

M04 GICHTMITTEL
M04A GICHTMITTEL
M04AA Urikostatika
M04AA01 Allopurinol

Allopurinol 0,1

	Allopurinol "Accord" 100 mg Tabl.		30 St(2)	1,45
			100 St	4,85
	Allopurinol "Aristo" 100 mg Tabl.	T2	30 St(2)	1,30
		T2	100 St	4,30
	Allopurinol "Sandoz" 100 mg Tabl.		30 St(2)	1,95
			100 St	5,05
	Allostad 100 mg Tabl.	T2	30 St(2)	1,95
		T2	100 St	5,00
	Purinol 100 mg Tabl.	T2	30 St(2)	1,95
		T2	100 St	5,30
	Urosin 100 mg Tabl.		30 St(2)	1,95
			100 St	5,55

Allopurinol 0,3

	Allopurinol "+pharma" 300 mg teilbare Tabl.	T3	30 St(3)	3,80
	Allopurinol "Accord" 300 mg Tabl.		30 St(3)	3,95
	Allopurinol "Aristo" 300 mg Tabl.	T2	30 St	3,80
		T2	60 St(2)	7,60
	Allopurinol "G.L." 300 mg Tabl.	T2	30 St(2)	4,25
	Allopurinol "Genericon" 300 mg teilbare Tabl.	T3	30 St(3)	4,10
	Allopurinol "Genericon" retard 300 mg Tabl.	T2	30 St(2)	4,25
	Allopurinol "Hexal" 300 mg Tabl.	T2	30 St(2)	4,25
	Allopurinol "Sandoz" 300 mg Tabl.	T2	30 St(2)	4,30
	Allostad 300 mg Tabl.	T2	30 St(2)	4,25
	Purinol 300 mg Tabl.	T2	30 St(2)	4,35
	Urosin 300 mg Tabl.		30 St(2)	4,80

M04AA03 Febuxostat

Febuxostat 0,08

IND	**Febuxostat "Sandoz" 80 mg Filmtabl.** Bei chronischer Hyperurikämie mit Uratablagerungen, wenn eine Intoleranz/Kontraindikation gegen die Therapiealternativen aus dem Grünen Bereich (Allopurinol, M04AA01) besteht oder trotz ausreichender Dosierung die Harnsäurewerte nicht unter 6 mg/dl gesenkt werden können.		14 St 30 St(3)	4,45 9,50

Febuxostat 0,12

IND	**Febuxostat "Sandoz" 120 mg Filmtabl.** Bei chronischer Hyperurikämie mit Uratablagerungen, wenn eine Intoleranz/Kontraindikation gegen die Therapiealternativen aus dem Grünen Bereich (Allopurinol, M04AA01) besteht oder trotz ausreichender Dosierung die Harnsäurewerte nicht unter 6 mg/dl gesenkt werden können.		14 St 30 St(3)	4,45 9,50

M04AC Gichtmittel ohne Effekt auf den Harnsäuremetabolismus
M04AC01 Colchicin

Colchicin 0,00037

	Colchicin "Agepha" Tabl.		10 St(2)	7,05

Colchicin 0,0005

	Colchicin "Ysat" 0,5 mg Tabl.		12 St	7,10
			30 St	14,20

Colchicin 0,001

	Colctab 1 mg Tabl.	T2	10 St	15,65
		T2	30 St	43,75

	Bezeichnung	T	OP	KVP in €

M05 MITTEL ZUR BEHANDLUNG VON KNOCHENERKRANKUNGEN
M05B MITTEL MIT EINFLUSS AUF DIE KNOCHENSTRUKTUR UND DIE MINERALISATION
M05BA Bisphosphonate
M05BA02 Clodronsäure

Clodronsäure 0,52

IND	**Lodronat 520 mg Filmtabl.** osteolytische Knochenprozesse neoplast. Genese		30 St(2)	139,55

M05BA03 Pamidronsäure

Pamidronsäure 0,03

IND	**Pamidronat Dinatrium "Pfizer" 3 mg/ml Konz. zur Herst. einer Inf.lsg.** osteolytische Knochenprozesse neoplast. Genese		1 St(2)	56,90

Pamidronsäure 0,09

IND	**Pamidronat Dinatrium "Pfizer" 9 mg/ml Konz. zur Herst. einer Inf.lsg.** osteolytische Knochenprozesse neoplast. Genese		1 St(2)	121,40

M05BA04 Alendronsäure

Alendronsäure 0,07

	Alendronsäure "Bluefish" 70 mg einmal wöchentlich Tabl. *Abg. gem. mit Calcium Vit. D3 "Ceutics" Kautabl. (Nahrungsergänzungsmittel)*		4 St(2)	10,90
	Alendronsäure "Viatris" 70 mg einmal wöchentlich Tabl. Abg. gem. mit Calcium Vit. D3 "Meda" Kautabl. 56 St. *Calcium Vit. D3 "Meda" Kautabl. enthalten Calciumcarbonat 1,25 (entspr. Ca++ 0,5), Colecalciferol 400 IE*		4 St(2)	13,15
	Alendronsäure "Viatris" 70 mg einmal wöchentlich Tabl.		4 St(2)	13,15
	Alendronstad 70 mg einmal wöchentlich Tabl. *Abg. gem. mit CaDeStad Uno Filmtabl. (Nahrungsergänzungsmittel)*		4 St(3)	12,50
	Alendronstad 70 mg einmal wöchentlich Tabl.		4 St(3)	10,95
IND	**Fosamax einmal wöchentlich 70 mg Tabl.** Langzeitbehandlung der Osteoporose (Knochendichte liegt mehr als 2,5 Standardabweichungen unter dem Durchschnittswert junger Erwachsener) oder nach osteoporotischer Fraktur *Abg. gem. mit Calcium Vit. D3 "Kwizda" Tabl. (Nahrungsergänzungsmittel)*		4 St(2)	16,00
IND	**Fosamax einmal wöchentlich 70 mg Tabl.** Langzeitbehandlung der Osteoporose (Knochendichte liegt mehr als 2,5 Standardabweichungen unter dem Durchschnittswert junger Erwachsener) oder nach osteoporotischer Fraktur		4 St(2)	13,15

M05BA06 Ibandronsäure

Ibandronsäure 0,003

IND	**Bonviva 3 mg Inj.lsg. Fertigspr.** Patientinnen mit Knochenbruchkrankheit (Osteoporose) mit hohem Frakturrisiko oder vorhergegangenen Frakturen nach inadäquatem Trauma		1 St *3 ml*	34,85
IND	**Ibandronic Acid "Accord" 3 mg Inj.lsg. Fertigspr.** Patientinnen mit Knochenbruchkrankheit (Osteoporose) mit hohem Frakturrisiko oder vorhergegangenen Frakturen nach inadäquatem Trauma		1 St *3 ml*	29,05
IND	**Ibandronsäure "+pharma" 3 mg Inj.lsg.** Patientinnen mit Knochenbruchkrankheit (Osteoporose) mit hohem Frakturrisiko oder vorhergegangenen Frakturen nach inadäquatem Trauma		1 St *3 ml*	29,05
IND	**Ibandronsäure "Actavis" 3 mg Inj.lsg.** Patientinnen mit Knochenbruchkrankheit (Osteoporose) mit hohem Frakturrisiko oder vorhergegangenen Frakturen nach inadäquatem Trauma		1 St *3 ml*	34,00
IND	**Ibandronsäure "Genericon" 3 mg Inj.lsg.** Patientinnen mit Knochenbruchkrankheit (Osteoporose) mit hohem Frakturrisiko oder vorhergegangenen Frakturen nach inadäquatem Trauma		1 St *3 ml*	34,85
IND	**Ibandronsäure Osteoviva 3 mg Inj.lsg.** Patientinnen mit Knochenbruchkrankheit (Osteoporose) mit hohem Frakturrisiko oder vorhergegangenen Frakturen nach inadäquatem Trauma		1 St *3 ml*	34,85
IND	**Ibandronsäure "ratiopharm" 3 mg Inj.lsg.** Patientinnen mit Knochenbruchkrankheit (Osteoporose) mit hohem Frakturrisiko oder vorhergegangenen Frakturen nach inadäquatem Trauma		1 St *3 ml*	34,85

	Bezeichnung	T	OP	KVP in €
IND	**Ibandronsäure "Sandoz" 3 mg/3 ml Inj.lsg.** Patientinnen mit Knochenbruchkrankheit (Osteoporose) mit hohem Frakturrisiko oder vorhergegangenen Frakturen nach inadäquatem Trauma		1 St	29,05
IND	**Ibandronsäure "Stada" 3 mg Inj.lsg.** Patientinnen mit Knochenbruchkrankheit (Osteoporose) mit hohem Frakturrisiko oder vorhergegangenen Frakturen nach inadäquatem Trauma		1 St *3 ml*	29,05

Ibandronsäure 0,006

IND	**Bondronat 6 mg Konz. zur Herst. einer Inf.lsg.** osteolytische Knochenprozesse neoplastischer Genese (Mammakarzinom)		1 St(2)	123,00
IND	**Ibandronic Acid "Accord" 6 mg Konz. zur Herst. einer Inf.lsg.** osteolytische Knochenprozesse neoplastischer Genese (Mammakarzinom)		1 St(2)	123,00
IND	**Ibandronsäure "Sandoz" 6 mg Konz. zur Herst. einer Inf.lsg.** osteolytische Knochenprozesse neoplastischer Genese (Mammakarzinom)		1 St(2)	123,00

Ibandronsäure 0,05

IND	**Bondronat 50 mg Filmtabl.** osteolytische Knochenprozesse neoplastischer Genese (Mammakarzinom)		28 St(2)	171,00

Ibandronsäure 0,15

	Ibandronsäure "ratiopharm" 150 mg Filmtabl.		1 St(2)	7,50
	Osteoviva 150 mg Filmtabl.		1 St(2)	7,50

M05BA07 Risedronsäure

Risedronsäure 0,035

	Actonel einmal wöchentlich 35 mg Filmtabl. *Abg. gem. mit Calcium Vit. D3 "Ceutics" Kautabl. (Nahrungsergänzungsmittel)*		4 St(2)	10,05
	Risedronat "Stada" einmal wöchentlich 35 mg Filmtabl. *Abg. gem. mit CaDeStad Uno Filmtabl. (Nahrungsergänzungsmittel)*		4 St(3)	10,05
	Risedronat "Stada" einmal wöchentlich 35 mg Filmtabl.		4 St(3)	8,75
	Risedronsäure "Bluefish" einmal wöchentlich 35 mg Filmtabl. *Abg. gem. mit Calcium Vit. D3 "Ceutics" Kautabl. (Nahrungsergänzungsmittel)*		4 St(2)	10,00

M05BA08 Zoledronsäure

Zoledronsäure 0,004

IND	**Zoledronsäure "Fresenius Kabi" 4 mg/5 ml Konz. zur Herst. einer Inf.lsg.** Knochenprozesse neoplastischer Genese		1 St(2)	80,05
IND	**Zoledronsäure "Sandoz" 4 mg/100 ml Inf.lsg.** Knochenprozesse neoplastischer Genese		1 St(2)	80,05

Zoledronsäure 0,005

IND	**Aclasta 5 mg Inf.lsg.** PatientInnen mit Knochenbruchkrankheit (Osteoporose) mit hohem Frakturrisiko oder vorhergegangenen Frakturen nach inadäquatem Trauma. Bei M. Paget des Skeletts: Erstverordnung und Kontrollen durch entsprechende Fachabteilung		1 St	238,20
IND	**Zoledronsäure "Stada" 5 mg/100 ml Inf.lsg.** PatientInnen mit Knochenbruchkrankheit (Osteoporose) mit hohem Frakturrisiko oder vorhergegangenen Frakturen nach inadäquatem Trauma. Bei M. Paget des Skeletts: Erstverordnung und Kontrollen durch entsprechende Fachabteilung.		1 St	119,45

M05BX Andere Mittel mit Einfluß auf die Knochenstruktur und die Mineralisation
M05BX04 Denosumab

Denosumab 0,12

IND	**Xgeva 120 mg Inj.lsg.** Knochenprozesse neoplastischer Genese		1 St(2)	312,95

	Bezeichnung	T	OP	KVP in €

N NERVENSYSTEM
N01 ANÄSTHETIKA
N01B LOKALANÄSTHETIKA
N01BA Ester der Aminobenzoesäure
N01BA02 Procain

Procain 0,01/ml

	Novanaest purum 1 % Amp. 5 ml		10 St	10,80

Procain 0,02/ml

	Novanaest purum 2 % Amp. 5 ml		10 St	10,80

N01BB Amide
N01BB02 Lidocain

Lidocain 0,01/ml

	Lidocain "Accord" 10 mg/ml Inj.lsg.		5 St (2) *5 ml*	2,95
	Xyloneural Amp.		5 St (2) *5 ml*	3,90

Lidocain 0,02/g

	Cathejell Lidocain 2 % Gel		5 St *12,5 g*	12,45

Lidocain 0,02/ml

	Xylocain 2 % Amp.		5 St (2) *5 ml*	5,55

Lidocain 0,02/ml

	Xylocain Gel		30 ml (2)	6,90

N01BB03 Mepivacain

Mepivacain 0,005/ml

	Mepinaest purum 0,5 % Amp.		5 St (2) *5 ml*	5,55

Mepivacain 0,01/ml

	Mepinaest purum 1 % Amp.		5 St (2) *5 ml*	5,55

Mepivacain 0,02/ml

	Mepinaest purum 2 % Amp.		5 St (2) *5 ml*	5,55

N01BB52 Lidocain, Kombinationen

Lidocain 0,02, Chlorhexidin 0,0005/g

	Cathejell comp. 17,31 mg/g / 0,5 mg/g Gel		5 St *12,5 g*	12,45

N02 ANALGETIKA
N02A OPIOIDE
N02AA Natürliche Opium-Alkaloide
N02AA01 Morphin

Morphin 0,0038/ml

SG	**Vendal 5 mg/ml orale Lsg.** *Morphin HCl 0,005/ml entspr. 0,0038/ml Morphin*		100 ml (2)	21,50

	Bezeichnung	T	OP	KVP in €
Morphin 0,0075				
SG	**Vendal 10 mg Amp.** *Morphin HCl 0,01 entspr. 0,0075 Morphin*		10 St	9,30
Morphin 0,0075				
SG	**Mundidol retard 10 mg Filmtabl.** *Morphinsulfat-pentahydrat 0,01 entspr. 0,0075 Morphin*		30 St	9,70
SG	**Vendal retard 10 mg Filmtabl.** *Morphin HCl 0,01 entspr. 0,0075 Morphin*		10 St(2) 30 St	3,95 9,75
Morphin 0,0225				
SG	**Mundidol retard 30 mg Filmtabl.** *Morphinsulfat-pentahydrat 0,03 entspr. 0,0225 Morphin*		30 St	19,45
SG	**Mundidol UNO retard 30 mg Kaps.** *Morphinsulfat-pentahydrat 0,03 entspr. 0,0225 Morphin*		10 St(2)	8,50
SG	**Mundidol UNO retard 30 mg Kaps.** *Morphinsulfat-pentahydrat 0,03 entspr. 0,0225 Morphin, nicht zur Initialtherapie*		30 St	20,70
SG	**Vendal retard 30 mg Filmtabl.** *Morphin HCl 0,03 entspr. 0,0225 Morphin*		10 St(2) 30 St	8,00 19,50
Morphin 0,045				
SG	**Mundidol retard 60 mg Filmtabl.** *Morphinsulfat-pentahydrat 0,06 entspr. 0,045 Morphin*		10 St(2) 30 St	12,50 31,25
SG	**Mundidol UNO retard 60 mg Kaps.** *Morphinsulfat-pentahydrat 0,06 entspr. 0,045 Morphin*		10 St(2)	13,25
SG	**Mundidol UNO retard 60 mg Kaps.** *Morphinsulfat-pentahydrat 0,06 entspr. 0,045 Morphin, nicht zur Initialtherapie*		30 St	32,90
SG	**Vendal retard 60 mg Filmtabl.** *Morphin HCl 0,06 entspr. 0,045 Morphin*		10 St(2) 30 St	12,50 31,30
Morphin 0,075				
SG	**Vendal 100 mg Stechamp.** *Morphin HCl 0,1 entspr. 0,075 Morphin*		5 St *10 ml*	34,05
Morphin 0,075				
SG	**Mundidol retard 100 mg Filmtabl.** *Morphinsulfat-pentahydrat 0,1 entspr. 0,075 Morphin*		30 St	44,75
SG	**Vendal retard 100 mg Filmtabl.** *Morphin HCl 0,1 entspr. 0,075 Morphin*		10 St(2) 30 St	18,20 44,80
Morphin 0,09				
SG	**Mundidol UNO retard 120 mg Kaps.** *Morphinsulfat-pentahydrat 0,12 entspr. 0,09 Morphin*		10 St(2)	20,65
SG	**Mundidol UNO retard 120 mg Kaps.** *Morphinsulfat-pentahydrat 0,12 entspr. 0,09 Morphin, nicht zur Initialtherapie*		30 St	52,05
Morphin 0,15				
SG	**Vendal 200 mg Stechamp.** *Morphin HCl 0,2 entspr. 0,15 Morphin*		5 St *10 ml*	40,60
Morphin 0,15				
SG	**Mundidol retard 200 mg Filmtabl.** *Morphinsulfat-pentahydrat 0,2 entspr. 0,15 Morphin*		30 St	73,10
SG	**Mundidol UNO retard 200 mg Kaps.** *Morphinsulfat-pentahydrat 0,2 entspr. 0,15 Morphin*		10 St(2)	28,60
SG	**Mundidol UNO retard 200 mg Kaps.** *Morphinsulfat-pentahydrat 0,2 entspr. 0,15 Morphin, nicht zur Initialtherapie*		30 St	74,00
SG	**Vendal retard 200 mg Filmtabl.** *Morphin HCl 0,2 entspr. 0,15 Morphin*		10 St(2) 30 St	27,80 73,15

	Bezeichnung	T	OP	KVP in €

N02AA03 Hydromorphon

Hydromorphon 0,0013

SG	**Hydal 1,3 mg Kaps.**		10 St(2)	5,05
			30 St	11,45
SG	**Hydromorphon "Stada" 1,3 mg Hartkaps.**		10 St(2)	2,40
			30 St(2)	6,15

Hydromorphon 0,002

SG	**Hydal retard 2 mg Kaps.**		10 St(2)	3,30
			30 St(2)	7,35

Hydromorphon 0,0026

SG	**Hydal 2,6 mg Kaps.**		10 St(2)	7,70
			30 St	17,75
SG	**Hydromorphon "Stada" 2,6 mg Hartkaps.**		10 St(2)	3,55
			30 St(2)	9,50

Hydromorphon 0,004

SG	**Hydal retard 4 mg Kaps.**		10 St(2)	4,90
			30 St(2)	11,10
SG	**Hydromorphon "Stada" 4 mg Retardtabl.**	T2	10 St(2)	3,40
		T2	30 St	9,15
SG	**Hydromorphon "Stada" 4 mg Retardtabl.** *nicht zur Initialtherapie*	T2	60 St	17,00

Hydromorphon 0,008

SG	**Hydal retard 8 mg Kaps.**		10 St(2)	7,80
			30 St(2)	17,90
SG	**Hydromorphon "Stada" 8 mg Retardtabl.**	T2	10 St(2)	5,35
		T2	30 St	14,35
SG	**Hydromorphon "Stada" 8 mg Retardtabl.** *nicht zur Initialtherapie*	T2	60 St	27,55

Hydromorphon 0,016

SG	**Hydal retard 16 mg Kaps.**		10 St(2)	12,30
			30 St(2)	28,40
SG	**Hydromorphon "Stada" 16 mg Retardtabl.**	T2	10 St(2)	8,60
		T2	30 St	23,25

Hydromorphon 0,024

SG	**Hydal retard 24 mg Kaps.**		10 St(2)	14,80
			30 St(2)	34,75
SG	**Hydromorphon "Stada" 24 mg Retardtabl.**	T2	10 St(2)	10,15
		T2	30 St	10,15

N02AA05 Oxycodon

Oxycodon 0,0045

SG	**Oxygerolan 5 mg Filmtabl.** *Oxycodon HCl 0,005 entspr. 0,0045 Oxycodon*		10 St(2) 30 St	3,10 6,20
SG	**Oxygerolan 5 mg Retardtabl.** *Oxycodon HCl 0,005 entspr. 0,0045 Oxycodon*		10 St(2) 30 St	2,60 6,10
SG	**Oxygerolan 5 mg Retardtabl.** *Oxycodon HCl 0,005 entspr. 0,0045 Oxycodon, nicht zur Initialtherapie*		60 St	9,80

Oxycodon 0,009

SG	**Oxygerolan 10 mg Filmtabl.** *Oxycodon HCl 0,01 entspr. 0,009 Oxycodon*	T2 T2	10 St(2) 30 St	4,65 9,60
SG	**Oxygerolan 10 mg Retardtabl.** *Oxycodon HCl 0,01 entspr. 0,009 Oxycodon*		10 St(2) 30 St	3,95 9,80

	Bezeichnung	T	OP	KVP in €
SG	**Oxygerolan 10 mg Retardtabl.** *Oxycodon HCl 0,01 entspr. 0,009 Oxycodon, nicht zur Initialtherapie*		60 St	18,35

Oxycodon 0,018

SG	**Oxycodon-HCl "ratiopharm" 20 mg Retardtabl.** *Oxycodon HCl 0,02 entspr. 0,018 Oxycodon*	T2 T2	10 St(2) 30 St	6,20 15,35
SG	**Oxycodon-HCl "ratiopharm" 20 mg Retardtabl.** *Oxycodon HCl 0,02 entspr. 0,018 Oxycodon, nicht zur Initialtherapie*	T2	60 St	24,75
SG	**Oxygerolan 20 mg Retardtabl.** *Oxycodon HCl 0,02 entspr. 0,018 Oxycodon*		10 St(2) 30 St	6,25 15,40
SG	**Oxygerolan 20 mg Retardtabl.** *Oxycodon HCl 0,02 entspr. 0,018 Oxycodon, nicht zur Initialtherapie*		60 St	24,90

Oxycodon 0,036

SG	**Oxycodon-HCl "ratiopharm" 40 mg Retardtabl.** *Oxycodon HCl 0,04 entspr. 0,036 Oxycodon*	T2 T2	10 St(2) 30 St	10,00 24,85
SG	**Oxycodon-HCl "ratiopharm" 40 mg Retardtabl.** *Oxycodon HCl 0,04 entspr. 0,036 Oxycodon, nicht zur Initialtherapie*	T2	60 St	40,10
SG	**Oxygerolan 40 mg Retardtabl.** *Oxycodon HCl 0,04 entspr. 0,036 Oxycodon*		10 St(2) 30 St	10,10 24,95
SG	**Oxygerolan 40 mg Retardtabl.** *Oxycodon HCl 0,04 entspr. 0,036 Oxycodon, nicht zur Initialtherapie*		60 St	40,15

Oxycodon 0,072

SG	**Oxycodon-HCl "ratiopharm" 80 mg Retardtabl.** *Oxycodon HCl 0,08 entspr. 0,072 Oxycodon*	T2 T2	10 St(2) 30 St	15,60 40,10
SG	**Oxycodon-HCl "ratiopharm" 80 mg Retardtabl.** *Oxycodon HCl 0,08 entspr. 0,072 Oxycodon, nicht zur Initialtherapie*	T2	60 St	64,55
SG	**Oxygerolan 80 mg Retardtabl.** *Oxycodon HCl 0,08 entspr. 0,072 Oxycodon*		10 St(2) 30 St	15,65 40,15
SG	**Oxygerolan 80 mg Retardtabl.** *Oxycodon HCl 0,08 entspr. 0,072 Oxycodon, nicht zur Initialtherapie*		60 St	68,90

N02AA08 Dihydrocodein

Dihydrocodein 0,04

	Codidol retard 60 mg Filmtabl. *Dihydrocodein bitartrat 0,06 entspr. 0,04 Dihydrocodein*		10 St 20 St(2)	3,65 6,75
	Dehace retard 60 mg Filmtabl. *Dihydrocodein bitartrat 0,06 entspr. 0,04 Dihydrocodein*	T2 T2	10 St(2) 30 St	4,40 12,50
	Dehace retard 60 mg Filmtabl. *Dihydrocodein bitartrat 0,06 entspr. 0,04 Dihydrocodein, nicht zur Initaltherapie*	T2	60 St	19,15

Dihydrocodein 0,06

	Codidol retard 90 mg Filmtabl. *Dihydrocodein bitartrat 0,09 entspr. 0,06 Dihydrocodein*		10 St 20 St(2)	5,20 6,75
	Dehace retard 90 mg Filmtabl. *Dihydrocodein bitartrat 0,09 entspr. 0,06 Dihydrocodein*	T2 T2	10 St(2) 30 St	6,25 16,55
	Dehace retard 90 mg Filmtabl. *Dihydrocodein bitartrat 0,09 entspr. 0,06 Dihydrocodein, nicht zur Initialtherapie*	T2	60 St	27,00

Dihydrocodein 0,08

	Codidol retard 120 mg Filmtabl. *Dihydrocodein bitartrat 0,12 entspr. 0,08 Dihydrocodein*		10 St 20 St(2)	6,20 6,75

	Bezeichnung	T	OP	KVP in €
	Dehace retard 120 mg Filmtabl.	T2	10 St(2)	7,90
	Dihydrocodein bitartrat 0,12 entspr. 0,08 Dihydrocodein	T2	30 St	20,50
	Dehace retard 120 mg Filmtabl.	T2	60 St	33,55
	Dihydrocodein bitartrat 0,12 entspr. 0,08 Dihydrocodein, nicht zur Initialtherapie			

N02AB Phenylpiperidin-Derivate
N02AB02 Pethidin

Pethidin 0,1

SG	**Alodan 50 mg/ml Inj.lsg.**		5 St(2)	9,45

N02AB03 Fentanyl

Fentanyl 0,0003/die

IND SG	**Durogesic 12 mcg/h Depot-Pflaster** chronische Schmerzen, die durch starke orale Opioide nicht ausreichend behandelbar sind		5 St(2)	9,15
IND SG	**Fentanyl "Hexal" 12 mcg/h transdermales Matrixpflaster** chronische Schmerzen, die durch starke orale Opioide nicht ausreichend behandelbar sind		5 St 10 St	8,10 15,05
IND SG	**Fentanyl "Stada" 12 mcg/h transdermales Matrixpflaster** chronische Schmerzen, die durch starke orale Opioide nicht ausreichend behandelbar sind		5 St 10 St	8,05 15,00
IND SG	**Fentoron 12 mcg/h transdermales Matrixpflaster** chronische Schmerzen, die durch starke orale Opioide nicht ausreichend behandelbar sind		5 St(2)	9,05
IND SG	**Lafene 12 mcg/h transdermales Pflaster** chronische Schmerzen, die durch starke orale Opioide nicht ausreichend behandelbar sind		5 St 10 St	8,45 15,75

Fentanyl 0,0006/die

IND SG	**Durogesic 25 mcg/h Depot-Pflaster** chronische Schmerzen, die durch starke orale Opioide nicht ausreichend behandelbar sind		5 St(2)	15,30
IND SG	**Fentanyl "1A Pharma" 25 mcg/h transdermales Matrixpflaster** chronische Schmerzen, die durch starke orale Opioide nicht ausreichend behandelbar sind		5 St 10 St	13,00 24,70
IND SG	**Fentanyl "Actavis" 25 mcg/h transdermales Pflaster** chronische Schmerzen, die durch starke orale Opioide nicht ausreichend behandelbar sind		5 St(2)	15,30
IND SG	**Fentanyl "Genericon" 25 mcg/h transdermales Pflaster** chronische Schmerzen, die durch starke orale Opioide nicht ausreichend behandelbar sind		5 St 10 St	13,00 24,70
IND SG	**Fentanyl "Hexal" 25 mcg/h transdermales Matrixpflaster** chronische Schmerzen, die durch starke orale Opioide nicht ausreichend behandelbar sind		5 St 10 St	13,20 25,05
IND SG	**Fentanyl "Stada" 25 mcg/h transdermales Matrixpflaster** chronische Schmerzen, die durch starke orale Opioide nicht ausreichend behandelbar sind		5 St 10 St	13,00 24,70
IND SG	**Fentoron 25 mcg/h transdermales Matrixpflaster** chronische Schmerzen, die durch starke orale Opioide nicht ausreichend behandelbar sind		5 St(2)	15,30
IND SG	**Lafene 25 mcg/h transdermales Pflaster** chronische Schmerzen, die durch starke orale Opioide nicht ausreichend behandelbar sind		5 St 10 St	15,30 28,85

Fentanyl 0,0009/die

IND SG	**Fentanyl "1A Pharma" 37,5 mcg/h transdermales Matrixpflaster** chronische Schmerzen, die durch starke orale Opioide nicht ausreichend behandelbar sind		5 St(2)	17,40
IND SG	**Fentanyl "Hexal" 37,5 mcg/h transdermales Matrixpflaster** chronische Schmerzen, die durch starke orale Opioide nicht ausreichend behandelbar sind		5 St(2)	17,40

Fentanyl 0,0012/die

IND SG	**Durogesic 50 mcg/h Depot-Pflaster** chronische Schmerzen, die durch starke orale Opioide nicht ausreichend behandelbar sind		5 St(2)	15,30

	Bezeichnung	T	OP	KVP in €
IND SG	**Fentanyl "1A Pharma" 50 mcg/h transdermales Matrixpflaster** chronische Schmerzen, die durch starke orale Opioide nicht ausreichend behandelbar sind		5 St 10 St	15,30 28,85
IND SG	**Fentanyl "Actavis" 50 mcg/h transdermales Pflaster** chronische Schmerzen, die durch starke orale Opioide nicht ausreichend behandelbar sind		5 St(2)	15,30
IND SG	**Fentanyl "Hexal" 50 mcg/h transdermales Matrixpflaster** chronische Schmerzen, die durch starke orale Opioide nicht ausreichend behandelbar sind		5 St 10 St	15,30 28,85
IND SG	**Fentanyl "Stada" 50 mcg/h transdermales Matrixpflaster** chronische Schmerzen, die durch starke orale Opioide nicht ausreichend behandelbar sind		5 St 10 St	15,30 28,85
IND SG	**Fentoron 50 mcg/h transdermales Matrixpflaster** chronische Schmerzen, die durch starke orale Opioide nicht ausreichend behandelbar sind		5 St(2)	15,30
IND SG	**Lafene 50 mcg/h transdermales Pflaster** chronische Schmerzen, die durch starke orale Opioide nicht ausreichend behandelbar sind		5 St 10 St	15,30 28,85

Fentanyl 0,0018/die

IND SG	**Durogesic 75 mcg/h Depot-Pflaster** chronische Schmerzen, die durch starke orale Opioide nicht ausreichend behandelbar sind		5 St(2)	15,30
IND SG	**Fentanyl "1A Pharma" 75 mcg/h transdermales Matrixpflaster** chronische Schmerzen, die durch starke orale Opioide nicht ausreichend behandelbar sind		5 St 10 St	15,30 28,85
IND SG	**Fentanyl "Actavis" 75 mcg/h transdermales Pflaster** chronische Schmerzen, die durch starke orale Opioide nicht ausreichend behandelbar sind		5 St(2)	15,30
IND SG	**Fentanyl "Hexal" 75 mcg/h transdermales Matrixpflaster** chronische Schmerzen, die durch starke orale Opioide nicht ausreichend behandelbar sind		5 St 10 St	15,30 28,85
IND SG	**Fentanyl "Stada" 75 mcg/h transdermales Matrixpflaster** chronische Schmerzen, die durch starke orale Opioide nicht ausreichend behandelbar sind		5 St 10 St	15,30 28,85
IND SG	**Fentoron 75 mcg/h transdermales Matrixpflaster** chronische Schmerzen, die durch starke orale Opioide nicht ausreichend behandelbar sind		5 St(2)	15,30
IND SG	**Lafene 75 mcg/h transdermales Pflaster** chronische Schmerzen, die durch starke orale Opioide nicht ausreichend behandelbar sind		5 St 10 St	15,30 28,85

Fentanyl 0,0024/die

IND SG	**Durogesic 100 mcg/h Depot-Pflaster** chronische Schmerzen, die durch starke orale Opioide nicht ausreichend behandelbar sind		5 St(2)	15,30
IND SG	**Fentanyl "1A Pharma" 100 mcg/h transdermales Matrixpflaster** chronische Schmerzen, die durch starke orale Opioide nicht ausreichend behandelbar sind		5 St 10 St	15,30 28,85
IND SG	**Fentanyl "Actavis" 100 mcg/h transdermales Pflaster** chronische Schmerzen, die durch starke orale Opioide nicht ausreichend behandelbar sind		5 St(2)	15,30
IND SG	**Fentanyl "Hexal" 100 mcg/h transdermales Matrixpflaster** chronische Schmerzen, die durch starke orale Opioide nicht ausreichend behandelbar sind		5 St 10 St	15,30 28,85
IND SG	**Fentanyl "Stada" 100 mcg/h transdermales Matrixpflaster** chronische Schmerzen, die durch starke orale Opioide nicht ausreichend behandelbar sind		5 St 10 St	15,30 28,85
IND SG	**Fentoron 100 mcg/h transdermales Matrixpflaster** chronische Schmerzen, die durch starke orale Opioide nicht ausreichend behandelbar sind		5 St(2)	15,30
IND SG	**Lafene 100 mcg/h transdermales Pflaster** chronische Schmerzen, die durch starke orale Opioide nicht ausreichend behandelbar sind		5 St 10 St	15,30 28,85

Fentanyl 0,0036/die

IND SG	**Fentanyl "1A Pharma" 150 mcg/h transdermales Matrixpflaster** chronische Schmerzen, die durch starke orale Opioide nicht ausreichend behandelbar sind		5 St(2)	44,25
IND SG	**Fentanyl "Hexal" 150 mcg/h transdermales Matrixpflaster** chronische Schmerzen, die durch starke orale Opioide nicht ausreichend behandelbar sind		5 St(2)	44,25

	Bezeichnung	T	OP	KVP in €

N02AC Diphenylpropylamin-Derivate
N02AC03 Piritramid

Piritramid 0,015

SG	**Dipidolor Amp.**		5 St(2)	5,75

N02AE Oripavin-Derivate
N02AE01 Buprenorphin

Buprenorphin 0,00012/die

IND	**Buprenorphin "ratiopharm" 5 mcg/h transdermales Pflaster**		2 St	4,65
SG	mittelstarke chronische nicht-maligne Schmerzen, wenn ein Opioid zum Erreichen einer adäquaten Analgesie notwendig ist		4 St	8,75

Buprenorphin 0,0002

SG	**Temgesic 0,2 mg Sublingualtabl.**		10 St(2)	6,55

Buprenorphin 0,00024/die

IND	**Buprenorphin "ratiopharm" 10 mcg/h transdermales Pflaster**		2 St	7,40
SG	mittelstarke chronische nicht-maligne Schmerzen, wenn ein Opioid zum Erreichen einer adäquaten Analgesie notwendig ist		4 St	13,90

Buprenorphin 0,0004

SG	**Temgesic 0,4 mg Sublingualtabl.**		10 St(2)	7,75

Buprenorphin 0,00048/die

IND	**Buprenorphin "ratiopharm" 20 mcg/h transdermales Pflaster**		2 St	11,75
SG	mittelstarke chronische nicht-maligne Schmerzen, wenn ein Opioid zum Erreichen einer adäquaten Analgesie notwendig ist		4 St	22,20

Buprenorphin 0,00084/die

IND	**Astec 35 mcg/h transdermales Pflaster**		5 St	14,25
SG	chronische Schmerzen, die durch starke orale Opioide nicht ausreichend behandelbar sind		10 St	27,10
IND	**Buprenorphin "ratiopharm" 35 mcg/h transdermales Pflaster**		4 St(2)	14,95
SG	chronische Schmerzen, die durch starke orale Opioide nicht ausreichend behandelbar sind			
IND	**Buprenorphin "Stada" 35 mcg/h transdermales Pflaster**		4 St	14,95
SG	chronische Schmerzen, die durch starke orale Opioide nicht ausreichend behandelbar sind			
IND	**Bupretec 35 mcg/h transdermales Matrixpflaster**		4 St	14,95
SG	chronische Schmerzen, die durch starke orale Opioide nicht ausreichend behandelbar sind		8 St	28,25
IND	**Transtec 35 mcg/h transdermales Pflaster**		4 St(2)	14,95
SG	chronische Schmerzen, die durch starke orale Opioide nicht ausreichend behandelbar sind			

Buprenorphin 0,00126/die

IND	**Astec 52,5 mcg/h transdermales Pflaster**		5 St	18,10
SG	chronische Schmerzen, die durch starke orale Opioide nicht ausreichend behandelbar sind		10 St	34,25
IND	**Buprenorphin "ratiopharm" 52,5 mcg/h transdermales Pflaster**		4 St(2)	17,85
SG	chronische Schmerzen, die durch starke orale Opioide nicht ausreichend behandelbar sind			
IND	**Buprenorphin "Stada" 52,5 mcg/h transdermales Pflaster**		4 St	14,95
SG	chronische Schmerzen, die durch starke orale Opioide nicht ausreichend behandelbar sind			
IND	**Bupretec 52,5 mcg/h transdermales Matrixpflaster**		4 St	14,95
SG	chronische Schmerzen, die durch starke orale Opioide nicht ausreichend behandelbar sind		8 St	28,25
IND	**Transtec 52,5 mcg/h transdermales Pflaster**		4 St(2)	14,95
SG	chronische Schmerzen, die durch starke orale Opioide nicht ausreichend behandelbar sind			

Buprenorphin 0,00168/die

IND	**Astec 70 mcg/h transdermales Pflaster**		5 St	22,60
SG	chronische Schmerzen, die durch starke orale Opioide nicht ausreichend behandelbar sind		10 St	42,40

	Bezeichnung	T	OP	KVP in €
IND SG	**Buprenorphin "Stada" 70 mcg/h transdermales Pflaster** chronische Schmerzen, die durch starke orale Opioide nicht ausreichend behandelbar sind		4 St	14,95
IND SG	**Bupretec 70 mcg/h transdermales Matrixpflaster** chronische Schmerzen, die durch starke orale Opioide nicht ausreichend behandelbar sind		4 St 8 St	14,95 28,25
IND SG	**Transtec 70 mcg/h transdermales Pflaster** chronische Schmerzen, die durch starke orale Opioide nicht ausreichend behandelbar sind		4 St(2)	17,85

N02AX Andere Opioide
N02AX02 Tramadol

Tramadol 0,05

Tradolan 50 mg Amp.		5 St(2)	4,05
Tramabene 50 mg Amp.		5 St(2)	3,90
Tramal 50 mg Amp.		5 St(2)	4,25

Tramadol 0,05

Tradolan 50 mg Filmtabl.		10 St(2) 30 St(2)	1,45 4,40
Tramabene 50 mg Kaps.		10 St(2) 30 St(2)	1,15 3,45
Tramadol "1A Pharma" 50 mg Kaps.		10 St(2) 30 St(2)	1,30 3,40
Tramadolor 50 mg Kaps.		10 St(2) 30 St(2)	1,30 3,90
Tramal 50 mg Kaps.		10 St(2) 30 St(2)	1,45 4,40
Tramastad 50 mg Kaps.		10 St(2) 30 St(2)	1,30 3,35

Tramadol 0,1

Tradolan 100 mg Amp.		5 St(2)	4,80
Tramabene 100 mg Amp.		5 St(2)	4,55
Tramal 100 mg Amp.		5 St(2)	5,00

Tramadol 0,1

Tramabene 100 mg Retardtabl.		10 St(2) 30 St	3,25 8,95
Tramabene 100 mg Retardtabl. *nicht zur Initialtherapie*		60 St	16,15
Tramadolhydrochlorid "Actavis" 100 mg Retardtabl.		10 St(2) 30 St	3,25 8,95
Tramadolhydrochlorid "Actavis" 100 mg Retardtabl. *nicht zur Initialtherapie*		60 St	14,35
Tramadolor retard 100 mg Tabl.		10 St(2) 30 St	3,25 8,95
Tramadolor retard 100 mg Tabl. *nicht zur Initialtherapie*		60 St	14,55
Tramal retard 100 mg Filmtabl.		10 St(2) 30 St	3,25 8,95
Tramal retard 100 mg Filmtabl. *nicht zur Initialtherapie*		60 St	17,25

Tramadol 0,1/ml

Tradolan Tropf.		10 ml(2) *1 ml = 24 Tr.* 30 ml(2) *1 ml = 24 Tr.*	3,40 9,40
Tradolan Tropf. *nicht zur Initialtherapie*		50 ml *1 ml = 24 Tr.*	12,75
Tramabene Tropf.		10 ml(2) *1 ml = 40 Tr.* 30 ml(2) *1 ml = 40 Tr.*	3,40 9,40

Bezeichnung	T	OP	KVP in €
Tramadol "1A Pharma" 100 mg/ml Tropf.		10 ml (2) *1 ml = 40 Tr.* 30 ml (2) *1 ml = 40 Tr.*	3,40 9,40
Tramal Tropf.		10 ml (2) *1 ml = 40 Tr.* 30 ml (2) *1 ml = 40 Tr.*	3,40 9,40
Tramastad 100 mg/ml Tropf.		10 ml (2) *1 ml = 40 Tr.* 30 ml (2) *1 ml = 40 Tr.*	3,00 9,40
Tramastad 100 mg/ml Tropf. *nicht zur Initialtherapie*		50 ml *1 ml = 40 Tr.*	12,70

Tramadol 0,15

Tramabene 150 mg Retardtabl.		10 St (2) 30 St	4,35 8,95
Tramabene 150 mg Retardtabl. *nicht zur Initialtherapie*		60 St	17,25
Tramadolhydrochlorid "Actavis" 150 mg Retardtabl.		10 St (2) 30 St	4,35 8,95
Tramadolhydrochlorid "Actavis" 150 mg Retardtabl. *nicht zur Initialtherapie*		60 St	17,25
Tramadolor retard 150 mg Tabl.		10 St (2) 30 St	4,35 8,95
Tramadolor retard 150 mg Tabl. *nicht zur Initialtherapie*		60 St	17,25
Tramal retard 150 mg Filmtabl.		10 St (2) 30 St	4,35 8,95
Tramal retard 150 mg Filmtabl. *nicht zur Initialtherapie*		60 St	17,25

Tramadol 0,2

Tramabene 200 mg Retardtabl.		10 St (2) 30 St	5,40 8,95
Tramabene 200 mg Retardtabl. *nicht zur Initialtherapie*		60 St	17,25
Tramadolhydrochlorid "Actavis" 200 mg Retardtabl.		10 St (2) 30 St	5,40 8,95
Tramadolhydrochlorid "Actavis" 200 mg Retardtabl. *nicht zur Initialtherapie*		60 St	17,25
Tramadolor retard 200 mg Tabl.		10 St (2) 30 St	5,40 8,95
Tramal retard 200 mg Filmtabl.		10 St (2) 30 St	5,40 8,95
Tramal retard 200 mg Filmtabl. *nicht zur Initialtherapie*		60 St	17,25

N02B ANDERE ANALGETIKA UND ANTIPYRETIKA
N02BA Salicylsäure und Derivate
N02BA01 Acetylsalicylsäure

Acetylsalicylsäure 0,5

ASS "Genericon" 500 mg Tabl.	T2	20 St	2,35

N02BA51 Acetylsalicylsäure, Kombinationen exkl. Psycholeptika

Acetylsalicylsäure 0,5, Ascorbinsäure 0,02

Ascorbisal Tabl.	T2	20 St	3,75

	Bezeichnung	T	OP	KVP in €
	N02BB Pyrazolone			
	N02BB02 Metamizol-Natrium			
	Metamizol-Natrium 0,5			
	Metagelan 500 mg Filmtabl.		12 St(2)	1,20
	Aufklärung der PatientInnen über Risiko und Erscheinungsbild einer Agranulozytose		30 St	2,95
			50 St	3,90
			100 St	7,80
	Metagelan 500 mg Tabl.		10 St(2)	1,20
	Aufklärung der PatientInnen über Risiko und Erscheinungsbild einer Agranulozytose		30 St	3,60
			50 St	4,75
			100 St	9,40
			200 St	18,00
	Novalgin Filmtabl.		10 St(2)	1,25
	Aufklärung der PatientInnen über Risiko und Erscheinungsbild einer Agranulozytose		30 St	3,70
			50 St	6,20
			100 St	9,40
	Metamizol-Natrium 0,5/ml			
	Metagelan 2,5 g Inj.lsg.		5 St(2)	3,75
	Aufklärung der PatientInnen über Risiko und Erscheinungsbild einer Agranulozytose		*5 ml*	
	Novalgin 2,5 g Amp.		5 St(2)	4,65
	Aufklärung der PatientInnen über Risiko und Erscheinungsbild einer Agranulozytose		*5 ml*	
	Metamizol-Natrium 0,5/ml			
	Metagelan 500 mg/ml Tropf.		10 ml(2)	1,40
	Aufklärung der PatientInnen über Risiko und Erscheinungsbild einer Agranulozytose		*1 ml = 20 Tr.*	
			30 ml(2)	3,35
			1 ml = 20 Tr.	
			50 ml	5,50
			1 ml = 20 Tr.	
			250 ml	26,05
			1 ml = 20 Tr.	
	Novalgin Tropf.		20 ml(2)	2,75
	Aufklärung der PatientInnen über Risiko und Erscheinungsbild einer Agranulozytose		*1 ml = 20 Tr.*	
			50 ml	6,80
			1 ml = 20 Tr.	
			250 ml	26,95
			1 ml = 20 Tr.	
	Metamizol-Natrium 1,0			
	Metamizol "+pharma" 1.000 mg Filmtabl.	T2	10 St(2)	1,70
	Aufklärung der PatientInnen über Risiko und Erscheinungsbild einer Agranulozytose.	T2	30 St	4,20
		T2	60 St	8,45
		T2	100 St	13,70
	NovAkut 1.000 mg Filmtabl.	T2	10 St(2)	1,70
	Aufklärung der PatientInnen über Risiko und Erscheinungsbild einer Agranulozytose.	T2	30 St	4,20
		T2	60 St	8,45
		T2	100 St	13,70
	N02BE Anilide			
	N02BE01 Paracetamol			
	Paracetamol 0,04/ml			
F14	**Mexaratio 200 mg/5 ml Sirup**		100 ml(2)	3,95
	Paracetamol 0,125			
	Mexaratio 125 mg Zäpf.		6 St(2)	2,05
	Paracetamol 0,25			
	Mexaratio 250 mg Zäpf.		6 St(2)	2,35

	Bezeichnung	T	OP	KVP in €
Paracetamol 0,5				
	Paracetamol "Accord" 500 mg Tabl.	T2 T2	10 St(2) 30 St	0,80 2,35
	Paracetamol "Sandoz" 500 mg Tabl.		10 St(2) 30 St	1,35 3,35
Paracetamol 0,5				
	Mexaratio 500 mg Zäpf.		6 St(2)	3,15
Paracetamol 1,0				
	Mexaratio 1000 mg Zäpf.		6 St(2)	3,55

N02BF Gabapentinoide
N02BF01 Gabapentin

Gabapentin 0,1				
IND	**Gabapentin "Hexal" 100 mg Hartkaps.** Behandlung bei Epilepsien, die durch andere Antiepileptika ungenügend kontrolliert sind		100 St	39,25
Gabapentin 0,3				
IND	**Gabadal 300 mg Kaps.** Behandlung bei Epilepsien, die durch andere Antiepileptika ungenügend kontrolliert sind und Behandlung des neuropathischen Schmerzes, wenn mit kostengünstigeren Therapiealternativen (ATC N02A, N03AF01, N06A) nachweislich nicht das Auslangen gefunden werden kann.		100 St	36,30
IND	**Gabapentin "+pharma" 300 mg Kaps.** Behandlung bei Epilepsien, die durch andere Antiepileptika ungenügend kontrolliert sind und Behandlung des neuropathischen Schmerzes, wenn mit kostengünstigeren Therapiealternativen (ATC N02A, N03AF01, N06A) nachweislich nicht das Auslangen gefunden werden kann.		100 St	36,30
IND	**Gabapentin "1A Pharma" 300 mg Hartkaps.** Behandlung bei Epilepsien, die durch andere Antiepileptika ungenügend kontrolliert sind und Behandlung des neuropathischen Schmerzes, wenn mit kostengünstigeren Therapiealternativen (ATC N02A, N03AF01, N06A) nachweislich nicht das Auslangen gefunden werden kann.		100 St	36,30
IND	**Gabapentin "Hexal" 300 mg Hartkaps.** Behandlung bei Epilepsien, die durch andere Antiepileptika ungenügend kontrolliert sind und Behandlung des neuropathischen Schmerzes, wenn mit kostengünstigeren Therapiealternativen (ATC N02A, N03AF01, N06A) nachweislich nicht das Auslangen gefunden werden kann.		100 St	41,75
IND	**Gabapentin "ratiopharm" 300 mg Kaps.** Behandlung bei Epilepsien, die durch andere Antiepileptika ungenügend kontrolliert sind und Behandlung des neuropathischen Schmerzes, wenn mit kostengünstigeren Therapiealternativen (ATC N02A, N03AF01, N06A) nachweislich nicht das Auslangen gefunden werden kann.		100 St	41,75
IND	**Gabapentin "Viatris" 300 mg Hartkaps.** Behandlung bei Epilepsien, die durch andere Antiepileptika ungenügend kontrolliert sind und Behandlung des neuropathischen Schmerzes, wenn mit kostengünstigeren Therapiealternativen (ATC N02A, N03AF01, N06A) nachweislich nicht das Auslangen gefunden werden kann.		100 St	36,30
IND	**Neurontin 300 mg Hartkaps.** Behandlung bei Epilepsien, die durch andere Antiepileptika ungenügend kontrolliert sind und Behandlung des neuropathischen Schmerzes, wenn mit kostengünstigeren Therapiealternativen (ATC N02A, N03AF01, N06A) nachweislich nicht das Auslangen gefunden werden kann.		100 St	42,25
Gabapentin 0,4				
IND	**Gabapentin "+pharma" 400 mg Kaps.** Behandlung bei Epilepsien, die durch andere Antiepileptika ungenügend kontrolliert sind und Behandlung des neuropathischen Schmerzes, wenn mit kostengünstigeren Therapiealternativen (ATC N02A, N03AF01, N06A) nachweislich nicht das Auslangen gefunden werden kann.		100 St	39,30
IND	**Gabapentin "1A Pharma" 400 mg Hartkaps.** Behandlung bei Epilepsien, die durch andere Antiepileptika ungenügend kontrolliert sind und Behandlung des neuropathischen Schmerzes, wenn mit kostengünstigeren Therapiealternativen (ATC N02A, N03AF01, N06A) nachweislich nicht das Auslangen gefunden werden kann.		100 St	39,30

	Bezeichnung	T	OP	KVP in €
IND	**Gabapentin "Hexal" 400 mg Hartkaps.** Behandlung bei Epilepsien, die durch andere Antiepileptika ungenügend kontrolliert sind und Behandlung des neuropathischen Schmerzes, wenn mit kostengünstigeren Therapiealternativen (ATC N02A, N03AF01, N06A) nachweislich nicht das Auslangen gefunden werden kann.		100 St	42,25
IND	**Gabapentin "ratiopharm" 400 mg Kaps.** Behandlung bei Epilepsien, die durch andere Antiepileptika ungenügend kontrolliert sind und Behandlung des neuropathischen Schmerzes, wenn mit kostengünstigeren Therapiealternativen (ATC N02A, N03AF01, N06A) nachweislich nicht das Auslangen gefunden werden kann.		100 St	42,25
IND	**Gabapentin "Viatris" 400 mg Hartkaps.** Behandlung bei Epilepsien, die durch andere Antiepileptika ungenügend kontrolliert sind und Behandlung des neuropathischen Schmerzes, wenn mit kostengünstigeren Therapiealternativen (ATC N02A, N03AF01, N06A) nachweislich nicht das Auslangen gefunden werden kann.		100 St	39,30
IND	**Neurontin 400 mg Hartkaps.** Behandlung bei Epilepsien, die durch andere Antiepileptika ungenügend kontrolliert sind und Behandlung des neuropathischen Schmerzes, wenn mit kostengünstigeren Therapiealternativen (ATC N02A, N03AF01, N06A) nachweislich nicht das Auslangen gefunden werden kann.		100 St	42,25

Gabapentin 0,6

IND	**Gabadal 600 mg Filmtabl.** Behandlung bei Epilepsien, die durch andere Antiepileptika ungenügend kontrolliert sind und Behandlung des neuropathischen Schmerzes, wenn mit kostengünstigeren Therapiealternativen (ATC N02A, N03AF01, N06A) nachweislich nicht das Auslangen gefunden werden kann.	T2	100 St	42,25
IND	**Gabapentin "Glenmark" 600 mg Filmtabl.** Behandlung bei Epilepsien, die durch andere Antiepileptika ungenügend kontrolliert sind und Behandlung des neuropathischen Schmerzes, wenn mit kostengünstigeren Therapiealternativen (ATC N02A, N03AF01, N06A) nachweislich nicht das Auslangen gefunden werden kann.	T2 T2	100 St 50 St	26,45 13,65
IND	**Gabapentin "ratiopharm" 600 mg Filmtabl.** Behandlung bei Epilepsien, die durch andere Antiepileptika ungenügend kontrolliert sind und Behandlung des neuropathischen Schmerzes, wenn mit kostengünstigeren Therapiealternativen (ATC N02A, N03AF01, N06A) nachweislich nicht das Auslangen gefunden werden kann.		100 St	42,25
IND	**Gabapentin "Viatris" 600 mg Filmtabl.** Behandlung bei Epilepsien, die durch andere Antiepileptika ungenügend kontrolliert sind und Behandlung des neuropathischen Schmerzes, wenn mit kostengünstigeren Therapiealternativen (ATC N02A, N03AF01, N06A) nachweislich nicht das Auslangen gefunden werden kann.	T2	100 St	41,20
IND	**Neurontin 600 mg Filmtabl.** Behandlung bei Epilepsien, die durch andere Antiepileptika ungenügend kontrolliert sind und Behandlung des neuropathischen Schmerzes, wenn mit kostengünstigeren Therapiealternativen (ATC N02A, N03AF01, N06A) nachweislich nicht das Auslangen gefunden werden kann.	T2	100 St	42,25

Gabapentin 0,8

IND	**Gabapentin "Glenmark" 800 mg Filmtabl.** Behandlung bei Epilepsien, die durch andere Antiepileptika ungenügend kontrolliert sind und Behandlung des neuropathischen Schmerzes, wenn mit kostengünstigeren Therapiealternativen (ATC N02A, N03AF01, N06A) nachweislich nicht das Auslangen gefunden werden kann.	T2 T2	100 St 50 St	26,45 13,65
IND	**Gabapentin "ratiopharm" 800 mg Filmtabl.** Behandlung bei Epilepsien, die durch andere Antiepileptika ungenügend kontrolliert sind und Behandlung des neuropathischen Schmerzes, wenn mit kostengünstigeren Therapiealternativen (ATC N02A, N03AF01, N06A) nachweislich nicht das Auslangen gefunden werden kann.		100 St	42,25
IND	**Gabapentin "Viatris" 800 mg Filmtabl.** Behandlung bei Epilepsien, die durch andere Antiepileptika ungenügend kontrolliert sind und Behandlung des neuropathischen Schmerzes, wenn mit kostengünstigeren Therapiealternativen (ATC N02A, N03AF01, N06A) nachweislich nicht das Auslangen gefunden werden kann.	T2	100 St	42,25
IND	**Neurontin 800 mg Filmtabl.** Behandlung bei Epilepsien, die durch andere Antiepileptika ungenügend kontrolliert sind und Behandlung des neuropathischen Schmerzes, wenn mit kostengünstigeren Therapiealternativen (ATC N02A, N03AF01, N06A) nachweislich nicht das Auslangen gefunden werden kann.	T2	100 St	42,25

N02BF02 Pregabalin

Bezeichnung	T	OP	KVP in €
Pregabalin 0,025			
Pregabalin "Accord" 25 mg Hartkaps.		14 St	0,55
		21 St	0,85
		56 St	2,20
		90 St	3,55
Pregabalin "Krka" 25 mg Hartkaps.		14 St	0,75
		20 St	1,05
		60 St	3,10
		90 St	4,65
Pregabalin "ratiopharm" 25 mg Hartkaps.		14 St	0,75
		21 St	1,10
		56 St	2,90
		84 St	4,30
Pregabalin "Sandoz" 25 mg Hartkaps.		14 St	0,70
		56 St	2,85
Pregamid 25 mg Hartkaps.		20 St	1,00
		60 St	3,05
		90 St	4,60
PregaTab 25 mg Tabl.	T2	14 St	0,55
	T2	56 St	2,20
Pregabalin 0,05			
Pregabalin "Accord" 50 mg Hartkaps.		21 St	2,40
		90 St	10,05
Pregabalin "Krka" 50 mg Hartkaps.		20 St	2,50
		90 St	11,00
Pregabalin "ratiopharm" 50 mg Hartkaps.		21 St	3,10
		84 St	11,25
Pregabalin "Sandoz" 50 mg Hartkaps.		21 St	2,55
		84 St	10,00
Pregamid 50 mg Hartkaps.		30 St	3,65
		90 St	10,70
PregaTab 50 mg Tabl.	T2	21 St	2,40
	T2	84 St	9,60
Pregabalin 0,075			
Pregabalin "Accord" 75 mg Hartkaps.		14 St	2,40
		56 St	7,70
Pregabalin "Krka" 75 mg Hartkaps.		14 St	2,60
		60 St	8,25
Pregabalin "ratiopharm" 75 mg Hartkaps.		14 St	3,10
		56 St	7,70
Pregabalin "Sandoz" 75 mg Hartkaps.		14 St	2,55
		56 St	7,70
Pregamid 75 mg Hartkaps.		20 St	3,65
		60 St	8,25
PregaTab 75 mg Tabl.	T2	14 St	2,40
	T2	56 St	7,70
Pregabalin 0,1			
Pregabalin "Accord" 100 mg Hartkaps.		21 St	4,00
		90 St	12,05
Pregabalin "Krka" 100 mg Hartkaps.		20 St	4,55
		90 St	12,05
Pregabalin "ratiopharm" 100 mg Hartkaps.		21 St	5,20
		84 St	11,25
Pregabalin "Sandoz" 100 mg Hartkaps.		21 St	4,70
		84 St	11,25
Pregamid 100 mg Hartkaps.		30 St	6,20
		90 St	12,05
PregaTab 100 mg Tabl.	T2	21 St	4,00
	T2	84 St	11,25

	Bezeichnung	T	OP	KVP in €
Pregabalin 0,15				
	Pregabalin "Accord" 150 mg Hartkaps.		14 St	4,00
			56 St	7,70
	Pregabalin "Krka" 150 mg Hartkaps.		14 St	4,75
			60 St	8,25
	Pregabalin "ratiopharm" 150 mg Hartkaps.		14 St	5,20
			56 St	7,70
	Pregabalin "Sandoz" 150 mg Hartkaps.		14 St	4,70
			56 St	7,70
	Pregamid 150 mg Hartkaps.		20 St	6,20
			60 St	8,25
	PregaTab 150 mg Tabl.	T2	14 St	4,00
		T2	56 St	7,70
Pregabalin 0,2				
	Pregabalin "Accord" 200 mg Hartkaps.		21 St	6,20
			84 St	11,25
	Pregabalin "Krka" 200 mg Hartkaps.		20 St	6,20
			90 St	12,05
	Pregabalin "ratiopharm" 200 mg Hartkaps.		21 St	6,20
			84 St	11,25
	Pregabalin "Sandoz" 200 mg Hartkaps.		21 St	6,20
			84 St	11,25
	Pregamid 200 mg Hartkaps.		30 St	6,20
			90 St	12,05
	PregaTab 200 mg Tabl.	T2	21 St	6,20
		T2	84 St	11,25
Pregabalin 0,225				
	Pregabalin "ratiopharm" 225 mg Hartkaps.		14 St	7,20
			56 St	27,00
Pregabalin 0,3				
	Pregabalin "Accord" 300 mg Hartkaps.		14 St	6,20
			56 St	7,70
	Pregabalin "Krka" 300 mg Hartkaps.		14 St	6,20
			60 St	8,25
	Pregabalin "ratiopharm" 300 mg Hartkaps.		14 St	6,20
			56 St	7,70
	Pregabalin "Sandoz" 300 mg Hartkaps.		14 St	6,20
			56 St	7,70
	Pregamid 300 mg Hartkaps.		20 St	6,20
			60 St	8,25
	PregaTab 300 mg Tabl.	T2	14 St	6,20
		T2	56 St	7,70

N02C MIGRÄNEMITTEL
N02CA Mutterkorn-Alkaloide
N02CA01 Dihydroergotamin

Dihydroergotamin 0,004/ml				
IND	**Migranal Nasalspray** diagnostisch gesicherte Migräne		1 ml(2)	5,90

N02CC Selektive Serotonin-5HT1-Agonisten
N02CC01 Sumatriptan

Sumatriptan 0,05				
IND	**Sumatriptan "1A Pharma" 50 mg Tabl.**	T2	2 St(2)	3,05
	Migräne nach Erstverordnung durch einen Neurologen/eine Neurologin	T2	6 St	9,40

	Bezeichnung	T	OP	KVP in €
Sumatriptan 0,1				
IND	**Sumatriptan "1A Pharma" 100 mg Tabl.** Migräne nach Erstverordnung durch einen Neurologen/eine Neurologin	T2 T2	2 St(2) 6 St	3,05 9,40
IND	**Sumatriptan "Stada" 100 mg Tabl.** Migräne nach Erstverordnung durch einen Neurologen/eine Neurologin		2 St(2) 6 St	3,10 9,35

N02CC03 Zolmitriptan

Zolmitriptan 0,0025				
IND	**Zolmitriptan "1A Pharma" 2,5 mg Filmtabl.** Migräne nach Erstverordnung durch einen Neurologen/eine Neurologin		3 St 6 St	8,45 16,25
IND	**Zolmitriptan "1A Pharma" 2,5 mg Schmelztabl.** Migräne nach Erstverordnung durch einen Neurologen/eine Neurologin		2 St(2) 6 St	5,60 16,25
IND	**Zolmitriptan "Sandoz" 2,5 mg Schmelztabl.** Migräne nach Erstverordnung durch einen Neurologen/eine Neurologin		2 St(2) 6 St	5,65 16,30
IND	**Zolmitriptan "Stada" 2,5 mg Schmelztabl.** Migräne nach Erstverordnung durch einen Neurologen/eine Neurologin		2 St(2) 6 St	5,60 16,25
IND	**Zomig 2,5 mg Filmtabl.** Migräne nach Erstverordnung durch einen Neurologen		3 St 6 St	9,85 19,05
IND	**Zomig Rapimelt 2,5 mg Schmelztabl.** Migräne nach Erstverordnung durch einen Neurologen		2 St(2) 6 St	6,75 19,05
Zolmitriptan 0,005				
IND	**Zolmitriptan "Stada" 5 mg Schmelztabl.** Migräne nach Erstverordnung durch einen Neurologen/eine Neurologin		2 St(2) 6 St	5,65 16,30
IND	**Zolmitriptan "Stada" 5 mg Tabl.** Migräne nach Erstverordnung durch einen Neurologen/eine Neurologin		3 St 6 St	8,50 16,30
Zolmitriptan 0,005				
IND	**Zomig 5 mg Nasenspray** Migräne nach Erstverordnung durch einen Neurologen, wenn mit der peroralen Therapie nicht das Auslangen gefunden werden kann.		2 St	22,40

N02CC06 Eletriptan

Eletriptan 0,02				
IND	**Relpax 20 mg Filmtabl.** Migräne nach Erstverordnung durch einen Neurologen/eine Neurologin		2 St(2) 6 St	4,80 12,30
Eletriptan 0,04				
IND	**Relpax 40 mg Filmtabl.** Migräne nach Erstverordnung durch einen Neurologen/eine Neurologin		2 St(2) 6 St	4,80 12,30

N02CC07 Frovatriptan

Frovatriptan 0,0025				
IND	**Eumitan 2,5 mg Filmtabl.** Migräne nach Erstverordnung durch einen Neurologen/eine Neurologin		2 St(2) 6 St	5,90 16,95
IND	**Frovalan 2,5 mg Filmtabl.** Migräne nach Erstverordnung durch einen Neurologen/eine Neurologin		2 St(2) 6 St	5,90 16,95

	Bezeichnung	T	OP	KVP in €

N02CD Calcitonin gene-related peptide (CGRP)-Antagonisten

N02CD01 Erenumab

Erenumab 0,07

IND	**Aimovig 70 mg Inj.lsg. Fertigpen** (PM) Als Migräneprophylaxeversuch bei Erwachsenen, wenn zuvor zumindest drei medikamentöse Migräneprophylaxeversuche von ausreichender Dauer zu keinem klinisch relevanten Ansprechen geführt haben oder wegen therapiebegrenzender Nebenwirkungen abgebrochen wurden oder wegen Kontraindikationen nicht verwendet werden können. Die Migräneprophylaxe mit Erenumab ist nach drei Monaten und im weiteren Verlauf regelmäßig zu kontrollieren und nur bei ausreichendem Ansprechen (Reduktion der Migränetage um zumindest 50 % im Vergleich zu den drei Monaten vor Beginn der Prophylaxe mit Erenumab) fortzuführen. Das Nichtansprechen auf die vorherigen Migräneprophylaxeversuche ist mit einem Kopfschmerztagebuch zu dokumentieren, ebenso wie die drei Monate vor Beginn und die ersten drei Monate der Migräneprophylaxe mit Erenumab sowie die drei Monate vor jeder weiteren Kontrolle. Indikationsstellung, Erstverordnung und regelmäßige Kontrollen des Ansprechens und der Indikationsstellung durch FachärztInnen für Neurologie oder Neurologie und Psychiatrie oder Psychiatrie und Neurologie.		1 St(3)	398,45

Erenumab 0,14

IND	**Aimovig 140 mg Inj.lsg. Fertigpen** (PM) Als Migräneprophylaxeversuch bei Erwachsenen, wenn zuvor zumindest drei medikamentöse Migräneprophylaxeversuche von ausreichender Dauer zu keinem klinisch relevanten Ansprechen geführt haben oder wegen therapiebegrenzender Nebenwirkungen abgebrochen wurden oder wegen Kontraindikationen nicht verwendet werden können. Die Migräneprophylaxe mit Erenumab ist nach drei Monaten und im weiteren Verlauf regelmäßig zu kontrollieren und nur bei ausreichendem Ansprechen (Reduktion der Migränetage um zumindest 50 % im Vergleich zu den drei Monaten vor Beginn der Prophylaxe mit Erenumab) fortzuführen. Das Nichtansprechen auf die vorherigen Migräneprophylaxeversuche ist mit einem Kopfschmerztagebuch zu dokumentieren, ebenso wie die drei Monate vor Beginn und die ersten drei Monate der Migräneprophylaxe mit Erenumab sowie die drei Monate vor jeder weiteren Kontrolle. Indikationsstellung, Erstverordnung und regelmäßige Kontrollen des Ansprechens und der Indikationsstellung durch FachärztInnen für Neurologie oder Neurologie und Psychiatrie oder Psychiatrie und Neurologie.		1 St(3)	376,35

N02CD02 Galcanezumab

Galcanezumab 0,12

IND	**Emgality 120 mg Inj.lsg. Fertigpen** (PM) Als Migräneprophylaxeversuch bei Erwachsenen, wenn zuvor zumindest drei medikamentöse Migräneprophylaxeversuche von ausreichender Dauer zu keinem klinisch relevanten Ansprechen geführt haben oder wegen therapiebegrenzender Nebenwirkungen abgebrochen wurden oder wegen Kontraindikationen nicht verwendet werden können. Die Migräneprophylaxe mit Galcanezumab ist nach drei Monaten und im weiteren Verlauf regelmäßig zu kontrollieren und nur bei ausreichendem Ansprechen (Reduktion der Migränetage um zumindest 50 % im Vergleich zu den drei Monaten vor Beginn der Prophylaxe mit Galcanezumab) fortzuführen. Das Nichtansprechen auf die vorherigen Migräneprophylaxeversuche ist mit einem Kopfschmerztagebuch zu dokumentieren, ebenso wie die drei Monate vor Beginn und die ersten drei Monate der Migräneprophylaxe mit Galcanezumab sowie die drei Monate vor jeder weiteren Kontrolle. Indikationsstellung, Erstverordnung und regelmäßige Kontrollen des Ansprechens und der Indikationsstellung durch einen Facharzt/eine Fachärztin für Neurologie oder Neurologie und Psychiatrie oder Psychiatrie und Neurologie.		1 St(3)	431,40

	Bezeichnung	T	OP	KVP in €

N02CD03 Fremanezumab

Fremanezumab 0,225

IND	**Ajovy 225 mg Inj.lsg. Fertigpen** (PM) Als Migräneprophylaxeversuch bei Erwachsenen, wenn zuvor zumindest drei medikamentöse Migräneprophylaxeversuche von ausreichender Dauer zu keinem klinisch relevanten Ansprechen geführt haben oder wegen therapiebegrenzender Nebenwirkungen abgebrochen wurden oder wegen Kontraindikationen nicht verwendet werden können. Die Migräneprophylaxe mit Fremanezumab ist nach drei Monaten und im weiteren Verlauf regelmäßig zu kontrollieren und nur bei ausreichendem Ansprechen (Reduktion der Migränetage um zumindest 50 % im Vergleich zu den drei Monaten vor Beginn der Prophylaxe mit Fremanezumab) fortzuführen. Das Nichtansprechen auf die vorherigen Migräneprophylaxeversuche ist mit einem Kopfschmerztagebuch zu dokumentieren, ebenso wie die drei Monate vor Beginn und die ersten drei Monate der Migräneprophylaxe mit Fremanezumab sowie die drei Monate vor jeder weiteren Kontrolle. Indikationsstellung, Erstverordnung und regelmäßige Kontrollen des Ansprechens und der Indikationsstellung durch FachärztInnen für Neurologie oder Neurologie und Psychiatrie oder Psychiatrie und Neurologie.		1 St(3)	381,05
IND	**Ajovy 225 mg Inj.lsg. Fertigspr.** (PM) Als Migräneprophylaxeversuch bei Erwachsenen, wenn zuvor zumindest drei medikamentöse Migräneprophylaxeversuche von ausreichender Dauer zu keinem klinisch relevanten Ansprechen geführt haben oder wegen therapiebegrenzender Nebenwirkungen abgebrochen wurden oder wegen Kontraindikationen nicht verwendet werden können. Die Migräneprophylaxe mit Fremanezumab ist nach drei Monaten und im weiteren Verlauf regelmäßig zu kontrollieren und nur bei ausreichendem Ansprechen (Reduktion der Migränetage um zumindest 50 % im Vergleich zu den drei Monaten vor Beginn der Prophylaxe mit Fremanezumab) fortzuführen. Das Nichtansprechen auf die vorherigen Migräneprophylaxeversuche ist mit einem Kopfschmerztagebuch zu dokumentieren, ebenso wie die drei Monate vor Beginn und die ersten drei Monate der Migräneprophylaxe mit Fremanezumab sowie die drei Monate vor jeder weiteren Kontrolle. Indikationsstellung, Erstverordnung und regelmäßige Kontrollen des Ansprechens und der Indikationsstellung durch FachärztInnen für Neurologie oder Neurologie und Psychiatrie oder Psychiatrie und Neurologie.		1 St(3)	381,05

N02CD05 Eptinezumab

Eptinezumab 0,1

IND	**Vyepti 100 mg Konz. zur Herst. einer Inf.lsg.** (PM) Als Migräneprophylaxeversuch bei Erwachsenen, wenn zuvor zumindest drei medikamentöse Migräneprophylaxeversuche von ausreichender Dauer zu keinem klinisch relevanten Ansprechen geführt haben oder wegen therapiebegrenzender Nebenwirkungen abgebrochen wurden oder wegen Kontraindikationen nicht verwendet werden können. Die Migräneprophylaxe mit Eptinezumab ist nach drei Monaten und im weiteren Verlauf regelmäßig zu kontrollieren und nur bei ausreichendem Ansprechen (Reduktion der Migränetage um zumindest 50 % im Vergleich zu den drei Monaten vor Beginn der Prophylaxe mit Eptinezumab) fortzuführen. Das Nichtansprechen auf die vorherigen Migräneprophylaxeversuche ist mit einem Kopfschmerztagebuch zu dokumentieren, ebenso wie die drei Monate vor Beginn und die ersten drei Monate der Migräneprophylaxe mit Eptinezumab sowie die drei Monate vor jeder weiteren Kontrolle. Indikationsstellung, Erstverordnung und regelmäßige Kontrollen des Ansprechens und der Indikationsstellung durch FachärztInnen für Neurologie oder Neurologie und Psychiatrie oder Psychiatrie und Neurologie.		1 St(3)	1.034,15

N02CD06 Rimegepant

Rimegepant 0,075

IND	**Vydura 75 mg Lyophilisat zum Einnehmen** (PM) Akuttherapie der Migräne bei Erwachsenen nach Erstverordnung durch NeurologInnen, bei Unverträglichkeit, Kontraindikation oder Versagen von Triptanen.		2 St(2) 8 St	49,90 171,00

	Bezeichnung	T	OP	KVP in €
IND	**Vydura 75 mg Lyophilisat zum Einnehmen** Ⓟ Als Migräneprophylaxeversuch bei Erwachsenen mit episodischer Migräne, wenn zuvor zumindest drei medikamentöse Migräneprophylaxeversuche von ausreichender Dauer zu keinem klinisch relevanten Ansprechen geführt haben oder wegen therapiebegrenzender Nebenwirkungen abgebrochen wurden oder wegen Kontraindikationen nicht verwendet werden können. Die Migräneprophylaxe mit Rimegepant ist nach drei Monaten und im weiteren Verlauf regelmäßig zu kontrollieren und nur bei ausreichendem Ansprechen (Reduktion der Migränetage um zumindest 50 % im Vergleich zu den drei Monaten vor Beginn der Prophylaxe mit Rimegepant) fortzuführen. Das Nichtansprechen auf die vorherigen Migräneprophylaxeversuche ist mit einem Kopfschmerztagebuch zu dokumentieren, ebenso wie die drei Monate vor Beginn und die ersten drei Monate der Migräneprophylaxe mit Rimegepant sowie die drei Monate vor jeder weiteren Kontrolle. Indikationsstellung, Erstverordnung und regelmäßige Kontrollen des Ansprechens und der Indikationsstellung durch FachärztInnen für Neurologie oder Neurologie und Psychiatrie oder Psychiatrie und Neurologie.		16 St(3)	320,15

N03 ANTIEPILEPTIKA
N03A ANTIEPILEPTIKA
N03AA Barbiturate und Derivate
N03AA03 Primidon

Primidon 0,25

	Mysoline Tabl.	T2	100 St(2)	22,65

N03AB Hydantoin-Derivate
N03AB02 Phenytoin

Phenytoin 0,1

	Epilan-D 100 mg Tabl.	T2	100 St(2)	12,15

N03AD Succinimid-Derivate
N03AD01 Ethosuximid

Ethosuximid 0,05/ml

F14	**Ethosuximid "neuraxpharm" 50 mg/ml Lsg. zum Einnehmen**		250 ml(2)	9,60
F14	**Petinimid Sirup**		250 ml(2)	12,30

Ethosuximid 0,25

	Petinimid 250 mg Kaps.		100 St(2)	20,10

N03AE Benzodiazepin-Derivate
N03AE01 Clonazepam

Clonazepam 0,0005

	Rivotril 0,5 mg Tabl.	T2	100 St(2)	5,25

Clonazepam 0,002

	Rivotril 2 mg Tabl.	T4	100 St(2)	9,80

N03AF Carboxamid-Derivate
N03AF01 Carbamazepin

Carbamazepin 0,02/ml

F14	**Tegretol orale Susp.**		250 ml(2) *1 ML = 5 ml*	5,80

Carbamazepin 0,2

	Neurotop 200 mg Tabl.	T2	50 St	7,05
		T2	100 St(2)	11,45
	Tegretol 200 mg Tabl.	T2	50 St	6,75
		T2	100 St(2)	10,95

	Bezeichnung	T	OP	KVP in €
	Tegretol retard 200 mg Filmtabl.	T2	100 St(2)	13,10
Carbamazepin 0,3				
	Neurotop retard 300 mg Tabl.	T4	100 St(2)	19,65
Carbamazepin 0,4				
	Neurotop 400 mg Tabl.	T2	50 St	12,10
		T2	100 St(2)	21,35
	Tegretol 400 mg Tabl.	T2	50 St	6,75
		T2	100 St(2)	13,10
	Tegretol retard 400 mg Filmtabl.	T2	100 St(2)	13,10
Carbamazepin 0,6				
	Neurotop retard 600 mg Tabl.	T2	100 St	34,75

N03AF02 Oxcarbazepin

Oxcarbazepin 0,06/ml				
F14	**Trileptal 60 mg/ml orale Susp.**		250 ml	49,90
Oxcarbazepin 0,15				
	Trileptal 150 mg Filmtabl.		100 St	20,65
Oxcarbazepin 0,3				
	Trileptal 300 mg Filmtabl.		100 St(2)	32,35
Oxcarbazepin 0,6				
	Trileptal 600 mg Filmtabl.		100 St	38,85

N03AG Fettsäure-Derivate
N03AG01 Valproinsäure

Valproinsäure 0,05				
F14	**Depakine Chronosphere 50 mg Retardgran. Btl.**		30 St(3)	5,20
Valproinsäure 0,05/ml				
F14	**Convulex 50 mg/ml Sirup f. Kind.**		100 ml(2)	5,55
Valproinsäure 0,15				
	Convulex 150 mg Kaps.		100 St(2)	10,25
Valproinsäure 0,25				
F14	**Depakine Chronosphere 250 mg Retardgran. Btl.**		30 St(3)	5,90
Valproinsäure 0,3				
	Convulex 300 mg Kaps.		100 St(2)	18,90
	Convulex 300 mg Retardtabl.	T2	50 St(2)	5,20
	Depakine Chrono retard 300 mg Filmtabl.	T2	50 St(2)	4,35
Valproinsäure 0,3/ml				
F14	**Convulex 300 mg/ml Lsg. zum Einnehmen**		100 ml(2) *1 ml = 30 Tr.*	18,75
F14	**Depakine 300 mg/ml Tropf.**		60 ml(2) *1 ml = 36 Tr.*	13,40
Valproinsäure 0,5				
	Convulex 500 mg Kaps.		100 St(2)	27,65
	Convulex 500 mg Retardtabl.	T2	50 St(2)	7,75
	Depakine Chrono retard 500 mg Filmtabl.	T2	50 St(2)	6,45

	Bezeichnung	T	OP	KVP in €
Valproinsäure 0,5				
F14	**Depakine Chronosphere 500 mg Retardgran. Btl.**		30 St(3)	9,50

N03AG04 Vigabatrin

Vigabatrin 0,5				
IND	**Sabril 500 mg Filmtabl.** Zusatzbehandlung bei Epilepsien, die durch andere Antiepileptika ungenügend kontrolliert sind	T2	100 St(2)	84,80
Vigabatrin 0,5				
IND	**Sabril 500 mg lösl. Plv.** Zusatzbehandlung bei Epilepsien, die durch andere Antiepileptika ungenügend kontrolliert sind		50 St(2)	45,80

N03AX Andere Antiepileptika
N03AX09 Lamotrigin

Lamotrigin 0,005				
IND	**Gerolamic 5 mg lösl. Tabl.** Behandlung bei Epilepsien, die durch andere Antiepileptika ungenügend kontrolliert sind	T2	30 St(2)	4,65
IND	**Lamictal 5 mg Kau-/Schmelztabl.** Behandlung bei Epilepsien, die durch andere Antiepileptika ungenügend kontrolliert sind		30 St(2)	4,90
Lamotrigin 0,025				
IND	**Gerolamic 25 mg lösl. Tabl.** Behandlung bei Epilepsien, die durch andere Antiepileptika ungenügend kontrolliert sind und Prävention von depressiven Episoden bei manisch-depressiven Patienten		30 St(2)	8,15
IND	**Lamictal 25 mg Kau-/Schmelztabl.** Behandlung bei Epilepsien, die durch andere Antiepileptika ungenügend kontrolliert sind und Prävention von depressiven Episoden bei manisch-depressiven Patienten		30 St(2)	9,00
IND	**Lamotrigin "1A Pharma" 25 mg lösl. Tabl.** Behandlung bei Epilepsien, die durch andere Antiepileptika ungenügend kontrolliert sind		30 St(2)	7,80
IND	**Lamotrigin "Genericon" 25 mg lösl. Tabl.** Behandlung bei Epilepsien, die durch andere Antiepileptika ungenügend kontrolliert sind und Prävention von depressiven Episoden bei manisch-depressiven Patienten		30 St(2)	8,20
IND	**Lamotrigin "ratiopharm GmbH" 25 mg lösl. Tabl.** Behandlung bei Epilepsien, die durch andere Antiepileptika ungenügend kontrolliert sind sowie Prävention depressiver Episoden bei PatientInnen mit Bipolar-I-Störung und überwiegend depressiven Episoden		30 St(2)	8,00
IND	**Lamotrigin "Sandoz GmbH" 25 mg lösl. Tabl.** Behandlung bei Epilepsien, die durch andere Antiepileptika ungenügend kontrolliert sind		30 St(2)	7,80
IND	**Lamotrigin "Stada" 25 mg lösl. Tabl.** Behandlung bei Epilepsien, die durch andere Antiepileptika ungenügend kontrolliert sind und Prävention von depressiven Episoden bei manisch-depressiven Patienten		30 St(2)	7,75
Lamotrigin 0,05				
IND	**Gerolamic 50 mg lösl. Tabl.** Behandlung bei Epilepsien, die durch andere Antiepileptika ungenügend kontrolliert sind und Prävention von depressiven Episoden bei manisch-depressiven Patienten		30 St(2)	13,90
IND	**Lamictal 50 mg Kau-/Schmelztabl.** Behandlung bei Epilepsien, die durch andere Antiepileptika ungenügend kontrolliert sind und Prävention von depressiven Episoden bei manisch-depressiven Patienten		30 St(2)	14,70
IND	**Lamotrigin "1A Pharma" 50 mg lösl. Tabl.** Behandlung bei Epilepsien, die durch andere Antiepileptika ungenügend kontrolliert sind		30 St(2)	13,70
IND	**Lamotrigin "Genericon" 50 mg lösl. Tabl.** Behandlung bei Epilepsien, die durch andere Antiepileptika ungenügend kontrolliert sind und Prävention von depressiven Episoden bei manisch-depressiven Patienten		30 St(2)	13,95

	Bezeichnung	T	OP	KVP in €
IND	**Lamotrigin "ratiopharm GmbH" 50 mg lösl. Tabl.** Behandlung bei Epilepsien, die durch andere Antiepileptika ungenügend kontrolliert sind sowie Prävention depressiver Episoden bei PatientInnen mit Bipolar-I-Störung und überwiegend depressiven Episoden		30 St(2)	13,75
IND	**Lamotrigin "Sandoz GmbH" 50 mg lösl. Tabl.** Behandlung bei Epilepsien, die durch andere Antiepileptika ungenügend kontrolliert sind		30 St(2)	13,70
IND	**Lamotrigin "Stada" 50 mg lösl. Tabl.** Behandlung bei Epilepsien, die durch andere Antiepileptika ungenügend kontrolliert sind und Prävention von depressiven Episoden bei manisch-depressiven Patienten		30 St(2)	13,65

Lamotrigin 0,1

IND	**Gerolamic 100 mg lösl. Tabl.** Behandlung bei Epilepsien, die durch andere Antiepileptika ungenügend kontrolliert sind und Prävention von depressiven Episoden bei manisch-depressiven Patienten		60 St(2)	46,35
IND	**Lamictal 100 mg Kau-/Schmelztabl.** Behandlung bei Epilepsien, die durch andere Antiepileptika ungenügend kontrolliert sind und Prävention von depressiven Episoden bei manisch-depressiven Patienten		50 St(2)	39,60
IND	**Lamotrigin "1A Pharma" 100 mg lösl. Tabl.** Behandlung bei Epilepsien, die durch andere Antiepileptika ungenügend kontrolliert sind		60 St(2)	44,65
IND	**Lamotrigin "Genericon" 100 mg lösl. Tabl.** Behandlung bei Epilepsien, die durch andere Antiepileptika ungenügend kontrolliert sind und Prävention von depressiven Episoden bei manisch-depressiven Patienten		60 St(2)	46,40
IND	**Lamotrigin "ratiopharm GmbH" 100 mg lösl. Tabl.** Behandlung bei Epilepsien, die durch andere Antiepileptika ungenügend kontrolliert sind sowie Prävention depressiver Episoden bei PatientInnen mit Bipolar-I-Störung und überwiegend depressiven Episoden		60 St(2)	44,85
IND	**Lamotrigin "Sandoz GmbH" 100 mg lösl. Tabl.** Behandlung bei Epilepsien, die durch andere Antiepileptika ungenügend kontrolliert sind		60 St(2)	44,65
IND	**Lamotrigin "Stada" 100 mg lösl. Tabl.** Behandlung bei Epilepsien, die durch andere Antiepileptika ungenügend kontrolliert sind und Prävention von depressiven Episoden bei manisch-depressiven Patienten		60 St(2)	44,60

Lamotrigin 0,2

IND	**Gerolamic 200 mg lösl. Tabl.** Behandlung bei Epilepsien, die durch andere Antiepileptika ungenügend kontrolliert sind und Prävention von depressiven Episoden bei manisch-depressiven Patienten		60 St(2)	53,55
IND	**Lamictal 200 mg Kau-/Schmelztabl.** Behandlung bei Epilepsien, die durch andere Antiepileptika ungenügend kontrolliert sind und Prävention von depressiven Episoden bei manisch-depressiven Patienten		50 St(2)	44,60
IND	**Lamotrigin "1A Pharma" 200 mg lösl. Tabl.** Behandlung bei Epilepsien, die durch andere Antiepileptika ungenügend kontrolliert sind		60 St(2)	53,55
IND	**Lamotrigin "Genericon" 200 mg lösl. Tabl.** Behandlung bei Epilepsien, die durch andere Antiepileptika ungenügend kontrolliert sind und Prävention von depressiven Episoden bei manisch-depressiven Patienten		60 St(2)	53,55
IND	**Lamotrigin "ratiopharm GmbH" 200 mg lösl. Tabl.** Behandlung bei Epilepsien, die durch andere Antiepileptika ungenügend kontrolliert sind sowie Prävention depressiver Episoden bei PatientInnen mit Bipolar-I-Störung und überwiegend depressiven Episoden		60 St(2)	53,55
IND	**Lamotrigin "Sandoz GmbH" 200 mg lösl. Tabl.** Behandlung bei Epilepsien, die durch andere Antiepileptika ungenügend kontrolliert sind		60 St(2)	53,55
IND	**Lamotrigin "Stada" 200 mg lösl. Tabl.** Behandlung bei Epilepsien, die durch andere Antiepileptika ungenügend kontrolliert sind und Prävention von depressiven Episoden bei manisch-depressiven Patienten		60 St(2)	53,55

N03AX11 Topiramat

Topiramat 0,025

	Topilex 25 mg Filmtabl.		60 St(2)	7,30

	Bezeichnung	T	OP	KVP in €
	Topiramat "1A Pharma" 25 mg Filmtabl.		60 St(2)	7,55
	Topiramat "ratiopharm" 25 mg Filmtabl.		60 St(2)	7,35
	Topiramat "Sandoz" 25 mg Filmtabl.		60 St(2)	7,70
	Topiramat "Stada" 25 mg Filmtabl.		60 St(2)	7,20
	Topiramat 0,05			
	Topilex 50 mg Filmtabl.		60 St(2)	13,00
	Topiramat "1A Pharma" 50 mg Filmtabl.		60 St(2)	13,25
	Topiramat "ratiopharm" 50 mg Filmtabl.		60 St(2)	13,05
	Topiramat "Sandoz" 50 mg Filmtabl.		60 St(2)	13,40
	Topiramat "Stada" 50 mg Filmtabl.		60 St(2)	12,90
	Topiramat 0,1			
	Topilex 100 mg Filmtabl.		60 St(2)	15,10
	Topiramat "1A Pharma" 100 mg Filmtabl.		60 St(2)	15,10
	Topiramat "ratiopharm" 100 mg Filmtabl.		60 St(2)	15,10
	Topiramat "Sandoz" 100 mg Filmtabl.		60 St(2)	15,10
	Topiramat "Stada" 100 mg Filmtabl.		60 St(2)	15,10
	Topiramat 0,2			
	Topilex 200 mg Filmtabl.		60 St(2)	15,10
	Topiramat "1A Pharma" 200 mg Filmtabl.		60 St(2)	15,10
	Topiramat "ratiopharm" 200 mg Filmtabl.		60 St(2)	15,10
	Topiramat "Sandoz" 200 mg Filmtabl.		60 St(2)	15,10
	Topiramat "Stada" 200 mg Filmtabl.		60 St(2)	15,10

N03AX14 Levetiracetam

	Levetiracetam 0,1/ml			
N	**Levebon 100 mg/ml Lsg. zum Einnehmen**		300 ml	23,00
N	**Levetiracetam "Accord" 100 mg/ml Lsg. zum Einnehmen**		300 ml	19,90
N	**Levetiracetam "Aristo" 100 mg/ml Lsg. zum Einnehmen**		300 ml	19,90
N	**Levetiracetam "ratiopharm" 100 mg/ml Lsg. zum Einnehmen**		300 ml	23,00
N	**Levetiracetam "Stada" 100 mg/ml Lsg. zum Einnehmen**		300 ml	20,05
	Levetiracetam 0,25			
N	**Levetiracetam "Accord" 250 mg Filmtabl.**	T2	30 St	4,30
		T2	60 St	8,60
		T2	100 St	13,75
N	**Levetiracetam "Actavis" 250 mg Filmtabl.**		30 St	7,50
	Levetiracetam 0,5			
N	**Levebon 500 mg Filmtabl.**	T2	30 St	10,00
		T2	60 St	19,35
		T2	100 St	31,55
N	**Levetiracetam "+pharma" 500 mg Filmtabl.**	T2	100 St	31,55
N	**Levetiracetam "1A Pharma" 500 mg Filmtabl.**	T2	60 St	19,35
		T2	100 St	31,55
N	**Levetiracetam "Accord" 500 mg Filmtabl.**	T2	30 St	8,60
		T2	60 St	16,50
		T2	100 St	27,00
N	**Levetiracetam "Actavis" 500 mg Filmtabl.**		30 St	10,00
			60 St	19,35
			100 St	31,55
N	**Levetiracetam "Bluefish" 500 mg Filmtabl.**	T2	30 St	8,55
		T2	60 St	16,45
N	**Levetiracetam "Genericon" 500 mg Filmtabl.**	T2	60 St	19,35
		T2	100 St	31,55
N	**Levetiracetam "Krka" 500 mg Filmtabl.**	T2	30 St	10,00
N	**Levetiracetam "ratiopharm" 500 mg Filmtabl.**	T2	60 St	19,35
		T2	100 St	31,55

	Bezeichnung	T	OP	KVP in €
N	**Levetiracetam "Sandoz" 500 mg Filmtabl.**	T2	30 St	10,00
		T2	60 St	19,35
		T2	100 St	31,55
N	**Levetiracetam "Stada" 500 mg Filmtabl.**	T2	60 St	16,55
		T2	100 St	27,00
N	**Levetiracetam "UCB" 500 mg Filmtabl.**		100 St	31,55
Levetiracetam 0,75				
N	**Levetiracetam "Accord" 750 mg Filmtabl.**	T2	30 St	10,10
		T2	60 St	19,50
		T2	100 St	31,85
Levetiracetam 1,0				
N	**Levebon 1000 mg Filmtabl.**	T2	30 St	10,00
		T2	60 St	19,35
		T2	100 St	31,55
N	**Levetiracetam "+pharma" 1000 mg Filmtabl.**	T2	100 St	31,55
N	**Levetiracetam "1A Pharma" 1000 mg Filmtabl.**	T2	60 St	19,35
		T2	100 St	31,55
N	**Levetiracetam "Accord" 1000 mg Filmtabl.**	T2	30 St	10,00
		T2	60 St	19,35
		T2	100 St	31,55
N	**Levetiracetam "Actavis" 1000 mg Filmtabl.**		100 St	31,55
N	**Levetiracetam "Bluefish" 1000 mg Filmtabl.**	T2	30 St	10,05
		T2	60 St	19,45
N	**Levetiracetam "Genericon" 1000 mg Filmtabl.**	T2	60 St	19,35
		T2	100 St	31,55
N	**Levetiracetam "Krka" 1000 mg Filmtabl.**	T2	30 St	10,00
		T2	60 St	19,35
N	**Levetiracetam "ratiopharm" 1000 mg Filmtabl.**	T2	60 St	19,35
		T2	100 St	31,55
N	**Levetiracetam "Sandoz" 1000 mg Filmtabl.**	T2	60 St	19,35
		T2	100 St	31,55
N	**Levetiracetam "Stada" 1000 mg Filmtabl.**	T2	60 St	19,35
		T2	100 St	31,55
N	**Levetiracetam "UCB" 1000 mg Filmtabl.**		100 St	31,55
Levetiracetam 1,5				
N	**Levebon 1500 mg Filmtabl.**	T2	30 St	19,95
		T2	60 St	38,95
N	**Levetiracetam "ratiopharm" 1500 mg Filmtabl.**	T2	30 St	19,95
		T2	60 St	38,95

N03AX15 Zonisamid

Zonisamid 0,025				
IND	**Zonisamid "Aristo" 25 mg Hartkaps.** Behandlung von partiellen Anfällen mit oder ohne sekundäre Generalisierung		28 St(3)	4,60
Zonisamid 0,05				
IND	**Zonisamid "Aristo" 50 mg Hartkaps.** Behandlung von partiellen Anfällen mit oder ohne sekundäre Generalisierung		28 St(3)	9,20
Zonisamid 0,1				
IND	**Zonisamid "Aristo" 100 mg Hartkaps.** Behandlung von partiellen Anfällen mit oder ohne sekundäre Generalisierung		28 St 98 St(3)	17,60 51,95

N03AX18 Lacosamid

Lacosamid 0,01/ml				
N	**Lacopat 10 mg/ml Sirup**		200 ml(3)	12,10

	Bezeichnung	T	OP	KVP in €
N	**Lacosamid "UCB" 10 mg/ml Sirup**		200 ml(3)	14,55
Lacosamid 0,05				
N	**Lacopat 50 mg Filmtabl.**	T2	20 St	5,05
		T2	60 St(3)	14,60
N	**Lacosamid "UCB" 50 mg Filmtabl.**		14 St	6,65
Lacosamid 0,1				
N	**Lacopat 100 mg Filmtabl.**	T2	20 St	7,75
		T2	60 St(3)	21,95
N	**Lacosamid "UCB" 100 mg Filmtabl.**		14 St	6,65
			56 St(3)	25,00
Lacosamid 0,15				
N	**Lacopat 150 mg Filmtabl.**	T2	20 St	7,75
		T2	60 St(3)	21,95
N	**Lacosamid "UCB" 150 mg Filmtabl.**		14 St	6,65
			56 St(3)	25,00
Lacosamid 0,2				
N	**Lacopat 200 mg Filmtabl.**	T2	20 St	7,75
		T2	60 St(3)	21,95
N	**Lacosamid "UCB" 200 mg Filmtabl.**		56 St(3)	25,00

N04 ANTIPARKINSONMITTEL
N04A ANTICHOLINERGIKA
N04AA Tertiäre Amine
N04AA02 Biperiden

Biperiden 0,002				
	Akineton 2 mg Tabl.	T2	50 St	6,05
		T2	100 St	9,60
Biperiden 0,004				
	Akineton retard 4 mg Drag.		50 St	9,50
			100 St	15,85
Biperiden 0,005				
	Akineton Amp.		5 St(2)	3,75

N04AA04 Procyclidin

Procyclidin 0,005				
	Kemadrin Tabl.		100 St	12,75

N04B DOPAMINERGE MITTEL
N04BA Dopa und Dopa-Derivate
N04BA02 Levodopa und Decarboxylasehemmer

Benserazid 0,0125, Levodopa 0,05				
	Madopar 50 mg/12,5 mg Kaps.		30 St(2)	5,10
			100 St	13,95
Benserazid 0,025, Levodopa 0,1				
	Madopar CR 100 mg/25 mg Kaps.		30 St(2)	8,75
			100 St	23,40
	Madopar 100 mg/25 mg lösl. Tabl.	T2	30 St(2)	8,55
		T2	100 St	22,75
	Madopar 100 mg/25 mg Tabl.	T4	30 St(2)	8,55
		T4	100 St	22,75

Bezeichnung	T	OP	KVP in €
Restex 100 mg/25 mg Retardkaps.		20 St(2) 50 St	5,85 12,95
Restex 100 mg/25 mg Tabl.	T4 T4	20 St(2) 50 St	5,70 12,60
Benserazid 0,05, Levodopa 0,2			
Madopar 200 mg/50 mg Tabl.	T4 T4	30 St(2) 100 St	14,60 27,00
Carbidopa 0,025, Levodopa 0,1			
Sinemet 25 mg/100 mg Tabl.		100 St	17,15
Carbidopa 0,025, Levodopa 0,25			
Sinemet 25 mg/250 mg Tabl.		100 St	28,75
Carbidopa 0,05, Levodopa 0,2			
LevoCar retard 200 mg/50 mg Tabl.		30 St(2) 100 St	14,60 39,60

N04BA03 Levodopa, Decarboxylasehemmer und COMT-Hemmer

Levodopa 0,05, Carbidopa 0,0125, Entacapon 0,2			
Corbilta 50 mg/12,5 mg/200 mg Filmtabl.		100 St	50,75
Levodopa/Carbidopa/Entacapone "Orion" 50 mg/12,5 mg/200 mg Filmtabl.		30 St(2) 100 St	16,90 45,60
Levodopa/Carbidopa/Entacapon "ratiopharm" 50 mg/12,5 mg/200 mg Filmtabl.		30 St(2) 100 St	18,45 50,70
Pentiro 50 mg/12,5 mg/200 mg Filmtabl.		30 St(2) 100 St	17,65 50,70
Sastravi 50 mg/12,5 mg/200 mg Filmtabl.		100 St	50,70
Trigelan 50 mg/12,5 mg/200 mg Filmtabl.		30 St(2) 100 St	17,65 50,70
Levodopa 0,075, Carbidopa 0,01875, Entacapon 0,2			
Levodopa/Carbidopa/Entacapone "Orion" 75 mg/18,75 mg/200 mg Filmtabl.		30 St(2) 100 St	16,90 45,60
Levodopa/Carbidopa/Entacapon "ratiopharm" 75 mg/18,75 mg/200 mg Filmtabl.		30 St(2) 100 St	18,45 50,70
Levodopa 0,1, Carbidopa 0,025, Entacapon 0,2			
Corbilta 100 mg/25 mg/200 mg Filmtabl.		100 St	50,75
Levodopa/Carbidopa/Entacapone "Orion" 100 mg/25 mg/200 mg Filmtabl.		30 St(2) 100 St	16,90 45,60
Levodopa/Carbidopa/Entacapon "ratiopharm" 100 mg/25 mg/200 mg Filmtabl.		30 St(2) 100 St	18,45 50,70
Pentiro 100 mg/25 mg/200 mg Filmtabl.		100 St	50,70
Sastravi 100 mg/25 mg/200 mg Filmtabl.		100 St	50,70
Trigelan 100 mg/25 mg/200 mg Filmtabl.		30 St(2) 100 St	17,65 50,70
Levodopa 0,125, Carbidopa 0,03125, Entacapon 0,2			
Levodopa/Carbidopa/Entacapone "Orion" 125 mg/31,25 mg/200 mg Filmtabl.		30 St(2) 100 St	16,90 45,60
Levodopa/Carbidopa/Entacapon "ratiopharm" 125 mg/31,25 mg/ 200 mg Filmtabl.		30 St(2) 100 St	18,45 50,70
Levodopa 0,15, Carbidopa 0,0375, Entacapon 0,2			
Corbilta 150 mg/37,5 mg/200 mg Filmtabl.		100 St	50,75
Levodopa/Carbidopa/Entacapone "Orion" 150 mg/37,5 mg/200 mg Filmtabl.		30 St(2) 100 St	16,90 45,60
Levodopa/Carbidopa/Entacapon "ratiopharm" 150 mg/37,5 mg/ 200 mg Filmtabl.		30 St(2) 100 St	18,45 50,70

Bezeichnung	T	OP	KVP in €
Pentiro 150 mg/37,5 mg/200 mg Filmtabl.		100 St	50,70
Sastravi 150 mg/37,5 mg/200 mg Filmtabl.		100 St	50,70
Trigelan 150 mg/37,5 mg/200 mg Filmtabl.		30 St(2) 100 St	17,65 50,70
Levodopa 0,175, Carbidopa 0,04375, Entacapon 0,2			
Levodopa/Carbidopa/Entacapone "Orion" 175 mg/43,75 mg/200 mg Filmtabl.		30 St(2) 100 St	16,90 45,60
Levodopa/Carbidopa/Entacapon "ratiopharm" 175 mg/43,75 mg/ 200 mg Filmtabl.		30 St(2) 100 St	18,45 50,70
Levodopa 0,2, Carbidopa 0,05, Entacapon 0,2			
Levodopa/Carbidopa/Entacapone "Orion" 200 mg/50 mg/200 mg Filmtabl.		30 St(2) 100 St	16,90 45,60
Levodopa/Carbidopa/Entacapon "ratiopharm" 200 mg/50 mg/200 mg Filmtabl.		30 St(2) 100 St	18,45 50,70
Trigelan 200 mg/50 mg/200 mg Filmtabl.		30 St(2) 100 St	18,45 50,70

N04BB Adamantan-Derivate
N04BB01 Amantadin

Amantadin 0,1			
PK-Merz-Schoeller 100 mg Filmtabl.		30 St(2) 100 St	6,45 13,70

N04BC Dopamin-Agonisten
N04BC04 Ropinirol

Ropinirol 0,00025			
Requip 0,25 mg Filmtabl.		21 St(2)	3,55
Ropinirol 0,001			
Requip 1 mg Filmtabl.		21 St(2) 84 St	10,45 39,60
Ropinirol 0,002			
Requip 2 mg Filmtabl.		21 St(2) 84 St	15,50 57,75
Requip Modutab 2 mg Retardtabl.		28 St	10,85
Ropinirol "Actavis" 2 mg Retardtabl.		21 St 30 St	8,40 10,00
Ropinirol "Krka" 2 mg Retardtabl.		21 St 30 St	8,40 11,65
Ropinirol "Sandoz" 2 mg Retardtabl.		10 St(2) 30 St	4,30 10,85
Ropinirol "Stada" 2 mg Retardtabl.		21 St 28 St	8,20 9,30
Ropinirol 0,004			
Requip Modutab 4 mg Retardtabl.		28 St	22,50
Ropinirol "Actavis" 4 mg Retardtabl.		30 St	20,15
Ropinirol "Krka" 4 mg Retardtabl.		30 St	24,10
Ropinirol "Sandoz" 4 mg Retardtabl.		30 St	24,10
Ropinirol "Stada" 4 mg Retardtabl.		28 St	18,75
Ropinirol 0,005			
Requip 5 mg Filmtabl.		84 St	142,45
Ropinirol 0,008			
Requip Modutab 8 mg Retardtabl.		28 St(2)	22,50

Bezeichnung	T	OP	KVP in €
Ropinirol "Actavis" 8 mg Retardtabl.		30 St(2)	24,10
Ropinirol "Krka" 8 mg Retardtabl.		30 St(2)	24,10
Ropinirol "Sandoz" 8 mg Retardtabl.		30 St(2)	24,05
Ropinirol "Stada" 8 mg Retardtabl.		28 St(2)	22,50

N04BC05 Pramipexol

Pramipexol 0,000088

Pramipexol "Actavis" 0,088 mg Tabl.		30 St(2)	3,75
Sifrol 0,088 mg Tabl.		30 St(2)	4,20

Pramipexol 0,00018

Pramipexol "Actavis" 0,18 mg Tabl.	T2	30 St(2)	7,50
	T2	100 St	24,05
Sifrol 0,18 mg Tabl.	T2	30 St(2)	8,60
	T2	100 St	27,00

Pramipexol 0,00026

Calmolan retard 0,26 mg Tabl.		10 St(2)	5,80
Pramipexol "+pharma" 0,26 mg Retardtabl.		10 St(2)	5,40
Pramipexol "Genericon" 0,26 mg Retardtabl.		10 St(2)	5,80
Pramipexol "ratiopharm" 0,26 mg Retardtabl.		10 St(2)	5,75
Pramipexol "Sandoz" 0,26 mg Retardtabl.		10 St(2)	5,80
Pramipexol "Stada" 0,26 mg Retardtabl.		10 St(2)	5,20
Sifrol 0,26 mg Retardtabl.		10 St(2)	6,20

Pramipexol 0,00035

Pramipexol "Actavis" 0,35 mg Tabl.	T2	30 St(2)	9,00
	T2	100 St	27,70
Sifrol 0,35 mg Tabl.	T2	30 St(2)	9,00
	T2	100 St	27,70

Pramipexol 0,00052

Calmolan retard 0,52 mg Tabl.		10 St(2)	9,50
		30 St	27,10
Pramipexol "+pharma" 0,52 mg Retardtabl.		10 St(2)	8,95
		30 St(2)	25,40
Pramipexol "Genericon" 0,52 mg Retardtabl.		10 St(2)	9,50
		30 St	27,10
Pramipexol "ratiopharm" 0,52 mg Retardtabl.		10 St(2)	9,10
		30 St	27,05
Pramipexol "Sandoz" 0,52 mg Retardtabl.		10 St(2)	9,50
		30 St	27,10
Pramipexol "Stada" 0,52 mg Retardtabl.		10 St(2)	8,80
		30 St(3)	24,90
Sifrol 0,52 mg Retardtabl.		10 St(2)	10,10
		30 St	28,65

Pramipexol 0,0007

Pramipexol "Actavis" 0,7 mg Tabl.	T2	30 St(2)	9,00
	T2	100 St	27,70
Sifrol 0,7 mg Tabl.	T2	30 St(2)	9,00
	T2	100 St	27,70

Pramipexol 0,00105

Calmolan retard 1,05 mg Tabl.		10 St(2)	10,30
		30 St	29,25
Pramipexol "+pharma" 1,05 mg Retardtabl.		10 St(2)	10,30
		30 St(2)	29,25
Pramipexol "Genericon" 1,05 mg Retardtabl.		10 St(2)	10,30
		30 St	29,25

Bezeichnung	T	OP	KVP in €
Pramipexol "ratiopharm" 1,05 mg Retardtabl.		10 St(2) 30 St	10,30 29,25
Pramipexol "Sandoz" 1,05 mg Retardtabl.		10 St(2) 30 St	10,25 29,20
Pramipexol "Stada" 1,05 mg Retardtabl.		10 St(2) 30 St(3)	10,30 29,25
Sifrol 1,05 mg Retardtabl.		10 St(2) 30 St	10,30 29,25

Pramipexol 0,00157

Pramipexol "ratiopharm" 1,57 mg Retardtabl.		10 St(2) 30 St	10,30 29,25

Pramipexol 0,0021

Calmolan retard 2,1 mg Tabl.		10 St(2) 30 St	10,30 29,25
Pramipexol "+pharma" 2,1 mg Retardtabl.		10 St(2) 30 St(2)	10,30 29,25
Pramipexol "Genericon" 2,1 mg Retardtabl.		10 St(2) 30 St	10,30 29,25
Pramipexol "ratiopharm" 2,1 mg Retardtabl.		10 St(2) 30 St	10,30 29,25
Pramipexol "Sandoz" 2,1 mg Retardtabl.		10 St(2) 30 St	10,25 29,20
Pramipexol "Stada" 2,1 mg Retardtabl.		10 St(2) 30 St(3)	10,30 29,25
Sifrol 2,1 mg Retardtabl.		10 St(2) 30 St	10,30 29,25

Pramipexol 0,00262

Pramipexol "ratiopharm" 2,62 mg Retardtabl.		10 St(2) 30 St	31,15 85,40

Pramipexol 0,00315

Calmolan retard 3,15 mg Tabl.		30 St	29,25
Pramipexol "+pharma" 3,15 mg Retardtabl.		30 St(2)	29,25
Pramipexol "Genericon" 3,15 mg Retardtabl.		30 St	29,25
Pramipexol "ratiopharm" 3,15 mg Retardtabl.		30 St	29,25
Pramipexol "Sandoz" 3,15 mg Retardtabl.		30 St	29,20
Pramipexol "Stada" 3,15 mg Retardtabl.		30 St(3)	29,25
Sifrol 3,15 mg Retardtabl.		30 St	29,25

N04BC06 Cabergolin

Cabergolin 0,001

Cabaseril 1 mg Tabl.	T2	30 St	35,20

Cabergolin 0,002

Cabaseril 2 mg Tabl.	T2	30 St	40,95

N04BC09 Rotigotin

Rotigotin 0,001/die

Neupro 1 mg/24 h transdermales Pflaster		7 St(2) 28 St	25,15 90,05

Rotigotin 0,002/die

Neupro 2 mg/24 h transdermales Pflaster		7 St(2) 28 St	26,10 93,35

	Bezeichnung	T	OP	KVP in €
Rotigotin 0,003/die				
	Neupro 3 mg/24 h transdermales Pflaster		7 St(2) 28 St	31,45 115,15
Rotigotin 0,004/die				
	Neupro 4 mg/24 h transdermales Pflaster		7 St(2) 28 St	31,85 116,60
Rotigotin 0,006/die				
	Neupro 6 mg/24 h transdermales Pflaster		7 St(2) 28 St	41,45 144,95
Rotigotin 0,008/die				
	Neupro 8 mg/24 h transdermales Pflaster		7 St(2) 28 St	45,45 159,00

N04BD Monoaminoxidase-B-Hemmer
N04BD02 Rasagilin

Rasagilin 0,001				
	Rasagilin "+pharma" 1 mg Tabl.		10 St 30 St	9,00 25,50
	Rasagilin "1A Pharma" 1 mg Tabl.		10 St 30 St	9,00 25,50
	Rasagilin "Bluefish" 1 mg Tabl.		10 St 30 St	7,50 22,20
	Rasagilin "HCS" 1 mg Tabl.		14 St 28 St	12,30 23,80
	Rasagilin "ratiopharm" 1 mg Tabl.		10 St 30 St	9,00 25,50
	Rasagilin "Sandoz" 1 mg Tabl.		10 St 30 St	9,00 25,50
	Rasagilin "Stada" 1 mg Tabl.		10 St 30 St	9,00 25,50
	Rasigerolan 1 mg Tabl.		10 St 30 St	9,00 25,50

N04BX Andere dopaminerge Mittel
N04BX02 Entacapon

Entacapon 0,2				
	Comtan 200 mg Filmtabl.		100 St	123,00

N04BX04 Opicapon

Opicapon 0,05				
IND	**Ongentys 50 mg Hartkaps.** Ⓟ wenn unter Therapie mit Entacapon therapiebegrenzende Diarrhoeen auftreten		10 St 30 St	31,10 85,40

N05 PSYCHOLEPTIKA
N05A ANTIPSYCHOTIKA
N05AA Phenothiazine mit aliphatischer Seitenkette
N05AA02 Levomepromazin

Levomepromazin 0,025				
	Nozinan 25 mg Filmtabl.		50 St 100 St	6,70 11,00

Bezeichnung	T	OP	KVP in €
N05AD Butyrophenon-Derivate			
N05AD01 Haloperidol			
Haloperidol 0,001			
Haldol 1 mg Tabl.		50 St	4,10
		100 St	7,60
Haloperidol 0,002/ml			
Haldol 2 mg/ml Tropf. zum Einnehmen, Lsg.		30 ml *1 ml = 20 Tr.*	5,65
Haloperidol 0,01			
Haldol 10 mg Tabl.		20 St(2)	13,15
		100 St	56,85
Haloperidol (decanoat) 0,05/ml			
Haldol Decanoat 50 mg/ml Inj.lsg. (1 ml)		1 St(2)	9,60
Haldol Decanoat 50 mg/ml Inj.lsg. (3 ml)		1 St(2)	22,80
N05AD03 Melperon			
Melperon 0,025			
Buronil 25 mg Filmtabl.		50 St	6,20
		100 St	10,40
Melperon 0,05			
Buronil 50 mg Filmtabl.		50 St	9,60
		100 St	15,80
N05AE Indol-Derivate			
N05AE04 Ziprasidon			
Ziprasidon 0,02			
Zeldox 20 mg Hartkaps.		60 St(2)	59,85
Ziprasidon "Krka" 20 mg Hartkaps.		30 St	31,05
		60 St(2)	60,25
Ziprasidon "Stada" 20 mg Hartkaps.		10 St(2)	11,00
		60 St(2)	59,90
Ziprasidon "Viatris" 20 mg Hartkaps.		30 St	30,85
		60 St(2)	59,85
Ziprasidon 0,04			
Zeldox 40 mg Hartkaps.		60 St(2)	59,85
Ziprasidon "Krka" 40 mg Hartkaps.		30 St	31,05
		60 St(2)	60,25
Ziprasidon "Stada" 40 mg Hartkaps.		10 St(2)	11,00
		60 St(2)	59,85
Ziprasidon "Viatris" 40 mg Hartkaps.		30 St	30,85
		60 St(2)	59,85
Ziprasidon 0,06			
Zeldox 60 mg Hartkaps.		60 St(2)	59,85
Ziprasidon "Krka" 60 mg Hartkaps.		30 St	31,05
		60 St(2)	60,25
Ziprasidon "Stada" 60 mg Hartkaps.		10 St(2)	11,00
		60 St(2)	59,85
Ziprasidon "Viatris" 60 mg Hartkaps.		30 St	30,85
		60 St(2)	59,85
Ziprasidon 0,08			
Zeldox 80 mg Hartkaps.		60 St(2)	59,85

Bezeichnung	T	OP	KVP in €
Ziprasidon "Krka" 80 mg Hartkaps.		30 St	31,05
		60 St(2)	60,25
Ziprasidon "Stada" 80 mg Hartkaps.		10 St(2)	11,00
		60 St(2)	59,85
Ziprasidon "Viatris" 80 mg Hartkaps.		30 St	30,85
		60 St(2)	59,85

N05AF Thioxanthen-Derivate
N05AF01 Flupentixol

Flupentixol 0,001

Fluanxol 1 mg Filmtabl.		100 St	11,70

Flupentixol 0,005

Fluanxol 5 mg Filmtabl.		100 St	46,80

Flupentixol (decanoat) 0,02

Fluanxol Depot 20 mg Inj.lsg.		1 St(2)	8,40

Flupentixol (decanoat) 0,1

Fluanxol Depot 100 mg Amp.		1 St(2)	27,40

N05AF03 Chlorprothixen

Chlorprothixen 0,015

Truxal 15 mg Filmtabl.		50 St	4,20

Chlorprothixen 0,05

Truxal 50 mg Filmtabl.		50 St	9,40
		100 St	15,70

N05AF05 Zuclopenthixol

Zuclopenthixol 0,002

Cisordinol 2 mg Filmtabl.		50 St(2)	3,80

Zuclopenthixol 0,01

Cisordinol 10 mg Filmtabl.		100 St	17,70

Zuclopenthixol 0,025

Cisordinol 25 mg Filmtabl.		100 St	33,05

Zuclopenthixol (decanoat) 0,2

Cisordinol Depot 200 mg Amp.		1 St(2)	10,85

Zuclopenthixol (decanoat) 0,5

Cisordinol Depot 500 mg Amp.		1 St(2)	20,45

N05AH Diazepine, Oxazepine, Thiazepine und Oxepine
N05AH02 Clozapin

Clozapin 0,025

Clozapin "Accord" 25 mg Tabl.	T2	14 St	1,75
	T2	30 St(2)	3,75
Lanolept 25 mg Tabl.	T2	50 St(2)	8,10
Leponex 25 mg Tabl.	T2	50 St(2)	7,45

Clozapin 0,1

Clozapin "Accord" 100 mg Tabl.	T2	30 St	13,00
	T2	60 St(2)	25,15
Lanolept 100 mg Tabl.	T2	60 St(2)	31,95

Bezeichnung	T	OP	KVP in €
Leponex 100 mg Tabl.	T2	60 St(2)	29,50

N05AH03 Olanzapin

Olanzapin 0,0025

Aedon 2,5 mg Filmtabl.		10 St(2)	5,10
		30 St(2)	13,70
Olanzapin "+pharma" 2,5 mg Filmtabl.		10 St(2)	3,95
		30 St(2)	11,50
Olanzapin "1A Pharma" 2,5 mg Filmtabl.		7 St(2)	3,60
		28 St(2)	12,90
Olanzapin "Accord" 2,5 mg Filmtabl.		15 St	6,15
		30 St(2)	11,50
Olanzapin "Actavis" 2,5 mg Filmtabl.		10 St(2)	5,10
		28 St(2)	12,90
Olanzapin "Aristo" 2,5 mg Filmtabl.		10 St(2)	4,75
		30 St(2)	11,50
Olanzapin "G.L." 2,5 mg Filmtabl.		10 St(2)	4,10
		30 St(2)	11,95
Olanzapin "Genericon" 2,5 mg Filmtabl.		10 St(2)	3,95
		30 St(2)	11,50
Olanzapin "ratiopharm" 2,5 mg Tabl.		7 St(2)	3,40
		28 St(2)	12,90
Olanzapin "Sandoz" 2,5 mg Filmtabl.		7 St(2)	3,60
		28 St(2)	12,90
Olanzapin "Stada" 2,5 mg Filmtabl.		10 St(2)	4,75
		30 St(2)	11,90
Zyprexa 2,5 mg überzogene Tabl.		28 St(2)	12,90

Olanzapin 0,005

Aedon 5 mg Filmtabl.		10 St(2)	8,90
		30 St(2)	25,20
Olanzapin "+pharma" 5 mg Filmtabl.		10 St(2)	7,90
		30 St(2)	22,30
Olanzapin "1A Pharma" 5 mg Filmtabl.	T2	7 St(2)	6,25
	T2	28 St(2)	23,50
Olanzapin "Accord" 5 mg Filmtabl.		15 St	11,95
		30 St(2)	22,30
Olanzapin "Actavis" 5 mg Filmtabl.		10 St(2)	8,90
		28 St(2)	23,50
Olanzapin "Actavis" 5 mg Schmelztabl.		7 St(2)	6,20
		28 St(2)	23,50
Olanzapin "Aristo" 5 mg Filmtabl.		10 St(2)	8,90
		30 St(2)	22,30
Olanzapin "Bluefish" 5 mg Schmelztabl.		14 St	10,10
		28 St(2)	19,60
Olanzapin "G.L." 5 mg Filmtabl.		10 St(2)	8,90
		30 St(2)	25,20
Olanzapin "Genericon" 5 mg Filmtabl.		10 St(2)	7,90
		30 St(2)	22,30
Olanzapin "neuraxpharm" 5 mg Schmelztabl.		14 St	9,95
		28 St(2)	19,30
Olanzapin "ratiopharm" 5 mg Tabl.		7 St(2)	5,65
		28 St(2)	21,20
Olanzapin "ratiopharm GmbH" 5 mg Schmelztabl.		7 St(2)	5,65
		28 St(2)	21,20
Olanzapin "Sandoz" 5 mg Filmtabl.	T2	7 St(2)	6,25
	T2	28 St(2)	23,50
Olanzapin "Stada" 5 mg Filmtabl.		10 St(2)	8,90
		30 St(2)	22,65
Zyprexa 5 mg überzogene Tabl.		28 St(2)	23,50
Zyprexa Velotab 5 mg Schmelztabl.		28 St(2)	23,50

Bezeichnung	T	OP	KVP in €
Olanzapin 0,0075			
Olanzapin "ratiopharm" 7,5 mg Tabl.		7 St(2)	8,50
		28 St(2)	31,25
Olanzapin 0,01			
Aedon 10 mg Filmtabl.		10 St(2)	8,90
		30 St(2)	25,20
Olanzapin "+pharma" 10 mg Filmtabl.		10 St(2)	8,90
		30 St(2)	25,20
Olanzapin "1A Pharma" 10 mg Filmtabl.	T2	7 St(2)	6,85
	T2	28 St(2)	23,50
Olanzapin "Accord" 10 mg Filmtabl.		15 St	12,40
		30 St(2)	24,00
Olanzapin "Actavis" 10 mg Filmtabl.		10 St(2)	8,90
		28 St(2)	23,50
Olanzapin "Actavis" 10 mg Schmelztabl.		7 St(2)	6,85
		28 St(2)	23,50
Olanzapin "Aristo" 10 mg Filmtabl.		10 St(2)	8,90
		30 St(2)	25,20
Olanzapin "Bluefish" 10 mg Schmelztabl.		14 St	12,05
		28 St(2)	23,35
Olanzapin "G.L." 10 mg Filmtabl.		10 St(2)	8,90
		30 St(2)	25,20
Olanzapin "Genericon" 10 mg Filmtabl.		10 St(2)	8,90
		30 St(2)	25,20
Olanzapin "neuraxpharm" 10 mg Schmelztabl.		14 St	9,95
		28 St(2)	19,30
Olanzapin "ratiopharm" 10 mg Tabl.		7 St(2)	6,85
		28 St(2)	23,50
Olanzapin "ratiopharm GmbH" 10 mg Schmelztabl.		7 St(2)	6,85
		28 St(2)	23,50
Olanzapin "Sandoz" 10 mg Filmtabl.	T2	7 St(2)	6,85
	T2	28 St(2)	23,50
Olanzapin "Stada" 10 mg Filmtabl.		10 St(2)	8,90
		30 St(2)	25,20
Zyprexa 10 mg überzogene Tabl.		28 St(2)	44,60
Zyprexa Velotab 10 mg Schmelztabl.		28 St(2)	44,60
Olanzapin 0,015			
Aedon 15 mg Filmtabl.		10 St(2)	8,90
		30 St(2)	25,20
Olanzapin "Accord" 15 mg Filmtabl.		15 St	12,40
		30 St(2)	24,00
Olanzapin "Actavis" 15 mg Filmtabl.		10 St(2)	8,90
		28 St(2)	23,50
Olanzapin "Actavis" 15 mg Schmelztabl.		7 St(2)	6,85
		28 St(2)	23,50
Olanzapin "Aristo" 15 mg Filmtabl.		10 St(2)	8,90
		30 St(2)	25,20
Olanzapin "Bluefish" 15 mg Schmelztabl.		14 St	12,05
		28 St(2)	23,35
Olanzapin "G.L." 15 mg Filmtabl.		10 St(2)	8,90
		30 St(2)	25,20
Olanzapin "neuraxpharm" 15 mg Schmelztabl.		14 St	9,95
		28 St(2)	19,30
Olanzapin "ratiopharm" 15 mg Tabl.		7 St(2)	6,85
		28 St(2)	23,50
Olanzapin "ratiopharm GmbH" 15 mg Schmelztabl.		7 St(2)	6,85
		28 St(2)	23,50
Olanzapin "Sandoz" 15 mg Filmtabl.	T2	7 St(2)	6,85
	T2	28 St(2)	23,50
Zyprexa 15 mg überzogene Tabl.		28 St	44,60
Zyprexa VeloTab 15 mg Schmelztabl.		28 St	44,60

Bezeichnung	T	OP	KVP in €
Olanzapin 0,02			
Olanzapin "neuraxpharm" 20 mg Schmelztabl.		14 St	19,15
		28 St(2)	37,45
Olanzapin "ratiopharm" 20 mg Tabl.		7 St(2)	12,15
		28 St(2)	44,60
Olanzapin "ratiopharm GmbH" 20 mg Schmelztabl.		7 St(2)	12,15
		28 St(2)	44,60
Olanzapin "Sandoz" 20 mg Filmtabl.	T2	7 St(2)	17,60
	T2	28 St(2)	65,55

N05AH04 Quetiapin

Quetiapin 0,025			
Quetialan 25 mg Filmtabl.		10 St	2,90
		60 St	14,70
Quetiapin "+pharma" 25 mg Filmtabl.		10 St	2,75
		60 St	14,00
Quetiapin "1A Pharma" 25 mg Filmtabl.		6 St	1,45
		60 St	14,00
Quetiapin "Aristo" 25 mg Filmtabl.		6 St	1,75
		60 St	14,15
Quetiapin "G.L." 25 mg Filmtabl.		10 St	2,75
		60 St	14,15
Quetiapin "Genericon" 25 mg Filmtabl.		10 St	2,90
		60 St	14,55
Quetiapin "Krka" 25 mg Filmtabl.		10 St	2,75
		60 St	14,40
Quetiapin "ratiopharm" 25 mg Filmtabl.		6 St	1,65
		60 St	14,15
Quetiapin "Sandoz" 25 mg Filmtabl.		6 St	1,70
		60 St	14,25
Seroquel 25 mg Filmtabl.		6 St	1,90
		60 St	15,60
Quetiapin 0,05			
Quetialan XR 50 mg Retardtabl.		10 St(2)	1,30
		30 St	3,90
Quetiapin "neuraxpharm" 50 mg Retardtabl.		10 St(2)	0,95
		30 St	2,85
Quetiapin "Sandoz" 50 mg Retardtabl.		10 St(2)	1,30
		30 St	3,35
Quetiapin "Stada" 50 mg Retardtabl.		10 St(2)	1,30
		30 St	3,65
Quetiapin 0,1			
Quetialan 100 mg Filmtabl.	T2	30 St	8,75
	T2	60 St(2)	16,75
	T2	90 St	24,70
Quetiapin "+pharma" 100 mg Filmtabl.	T2	30 St	8,75
	T2	60 St(2)	16,80
	T2	90 St	24,75
Quetiapin "1A Pharma" 100 mg Filmtabl.	T4	6 St	3,80
	T4	60 St(2)	16,80
	T4	90 St	24,75
Quetiapin "Aristo" 100 mg Filmtabl.		30 St	8,75
		60 St(2)	16,80
		90 St	24,75
Quetiapin "G.L." 100 mg Filmtabl.	T2	30 St	8,75
	T2	60 St(2)	16,75
	T2	90 St	24,70
Quetiapin "Genericon" 100 mg Filmtabl.	T2	30 St	8,75
	T2	60 St(2)	16,80
	T2	90 St	24,75

Bezeichnung	T	OP	KVP in €
Quetiapin "Krka" 100 mg Filmtabl.		30 St	8,75
		60 St(2)	16,80
		90 St	24,75
Quetiapin "ratiopharm" 100 mg Filmtabl.	T2	30 St	8,75
	T2	60 St(2)	16,80
	T2	90 St	24,75
Quetiapin "Sandoz" 100 mg Filmtabl.	T2	6 St	4,35
	T2	60 St(2)	16,75
	T2	90 St	24,70
Seroquel 100 mg Filmtabl.		60 St(2)	16,80
		90 St	24,75
Quetiapin 0,15			
Quetialan XR 150 mg Retardtabl.		10 St(2)	5,00
		30 St	6,20
Quetiapin "neuraxpharm" 150 mg Retardtabl.		10 St(2)	2,15
		30 St	6,40
Quetiapin "Sandoz" 150 mg Retardtabl.		10 St(2)	3,20
		30 St	7,50
Quetiapin 0,2			
Quetialan 200 mg Filmtabl.		30 St	8,75
		60 St(2)	16,75
Quetialan XR 200 mg Retardtabl.		10 St(2)	3,65
		30 St(2)	6,20
Quetiapin "+pharma" 200 mg Filmtabl.		30 St	8,75
		60 St(2)	16,80
Quetiapin "1A Pharma" 200 mg Filmtabl.	T4	6 St	5,85
	T4	60 St(2)	16,80
Quetiapin "Aristo" 200 mg Filmtabl.		30 St	8,75
		60 St(2)	16,80
Quetiapin "G.L." 200 mg Filmtabl.		30 St	8,75
		60 St(2)	16,75
Quetiapin "Genericon" 200 mg Filmtabl.		30 St	8,75
		60 St(2)	16,80
Quetiapin "Krka" 200 mg Filmtabl.		30 St	8,75
		60 St(2)	16,80
Quetiapin "neuraxpharm" 200 mg Retardtabl.		10 St(2)	2,65
		30 St(2)	6,20
Quetiapin "ratiopharm" 200 mg Filmtabl.		30 St	8,75
		60 St(2)	16,80
Quetiapin "Sandoz" 200 mg Filmtabl.	T2	6 St	6,20
	T2	60 St(2)	16,75
Quetiapin "Sandoz" 200 mg Retardtabl.		10 St(2)	3,65
		30 St(2)	6,15
Quetiapin "Stada" 200 mg Retardtabl.		10 St(2)	3,60
		30 St(2)	6,20
Seroquel 200 mg Filmtabl.		60 St(2)	16,80
Seroquel XR 200 mg Retardtabl.		10 St(2)	3,65
		30 St(2)	6,20
Quetiapin 0,3			
Quetialan 300 mg Filmtabl.	T2	30 St	8,75
	T2	60 St	16,75
Quetialan XR 300 mg Retardtabl.		10 St(2)	4,90
		60 St	6,85
Quetiapin "+pharma" 300 mg Filmtabl.	T2	30 St	8,75
	T2	60 St	16,80
Quetiapin "1A Pharma" 300 mg Filmtabl.	T2	6 St	6,20
	T2	60 St	16,80
Quetiapin "Aristo" 300 mg Filmtabl.		30 St	8,75
		60 St	16,80

Bezeichnung	T	OP	KVP in €
Quetiapin "G.L." 300 mg Filmtabl.	T2	30 St	8,75
	T2	60 St	16,75
Quetiapin "Genericon" 300 mg Filmtabl.	T2	30 St	8,75
	T2	60 St	16,80
Quetiapin "Krka" 300 mg Filmtabl.		30 St	8,75
		60 St	16,80
Quetiapin "neuraxpharm" 300 mg Retardtabl.		10 St(2)	3,60
		60 St	6,85
Quetiapin "ratiopharm" 300 mg Filmtabl.	T2	30 St	8,75
	T2	60 St	16,80
Quetiapin "Sandoz" 300 mg Filmtabl.	T2	6 St	6,20
	T2	60 St	16,75
Quetiapin "Sandoz" 300 mg Retardtabl.		10 St(2)	4,90
		60 St	6,80
Quetiapin "Stada" 300 mg Retardtabl.		10 St(2)	4,90
		60 St	6,85
Seroquel 300 mg Filmtabl.		60 St	16,80
Seroquel XR 300 mg Retardtabl.		10 St(2)	4,90
		60 St	6,85

Quetiapin 0,4

Quetialan XR 400 mg Retardtabl.		10 St(2)	6,10
		60 St	6,85
Quetiapin "neuraxpharm" 400 mg Retardtabl.		10 St(2)	4,40
		60 St	6,85
Quetiapin "Sandoz" 400 mg Retardtabl.		10 St(2)	6,10
		60 St	6,80
Quetiapin "Stada" 400 mg Retardtabl.		10 St(2)	6,05
		60 St	6,85
Seroquel XR 400 mg Retardtabl.		10 St(2)	7,80
		60 St	43,45

N05AL Benzamide
N05AL01 Sulpirid

Sulpirid 0,05

Dogmatil 50 mg Kaps.		100 St	17,50

Sulpirid 0,2

Dogmatil 200 mg Tabl.	T2	20 St(2)	7,65
	T2	50 St(2)	15,40

N05AL03 Tiaprid

Tiaprid 0,1

Delpral Amp.		5 St(2)	5,40

Tiaprid 0,1

Delpral Tabl.	T4	50 St(2)	9,05

N05AL05 Amisulprid

Amisulprid 0,05

Amisu 50 mg Tabl.		20 St(2)	5,70
		60 St(2)	16,45
Solian 50 mg Tabl.		50 St	16,45
		100 St	31,60

Amisulprid 0,1

Amisu 100 mg Tabl.		20 St(2)	10,00
		60 St(2)	28,45

Bezeichnung	T	OP	KVP in €
Amisulprid 0,2			
Amisu 200 mg Tabl.	T2	20 St(2)	18,80
	T2	60 St(2)	53,45
Solian 200 mg Tabl.	T2	50 St	53,45
	T2	100 St	100,85
Amisulprid 0,4			
Amisu 400 mg Tabl.	T2	20 St(2)	22,55
	T2	60 St(2)	64,10
Solian 400 mg Filmtabl.	T2	50 St	83,90
	T2	100 St	155,55

N05AN Lithium
N05AN01 Lithium

Lithium 0,45			
Quilonorm retard Filmtabl.		60 St(2)	19,70

N05AX Andere Antipsychotika
N05AX07 Prothipendyl

Prothipendyl 0,08			
Dominal forte 80 mg Filmtabl.	T2	20 St(2)	5,65

N05AX08 Risperidon

Risperidon 0,00025			
Risperidon "Sandoz" 0,25 mg Filmtabl.		20 St	3,15
		60 St	9,45
Risperidon 0,0005			
Risperidon "1A Pharma" 0,5 mg Filmtabl.	T2	10 St(2)	2,50
	T2	60 St	13,60
Risperidon "Sandoz" 0,5 mg Filmtabl.	T2	20 St	5,00
	T2	60 St	13,60
Risperidon "Sandoz" 0,5 mg Schmelztabl.		20 St	6,05
		60 St	14,55
Risperidon 0,001			
Risperdal 1 mg Filmtabl.		6 St(2)	2,45
		60 St	23,10
Risperidon "+pharma" 1 mg Filmtabl.	T2	10 St(2)	3,75
	T2	60 St	19,25
Risperidon "1A Pharma" 1 mg Filmtabl.	T2	10 St(2)	3,75
	T2	60 St	19,25
Risperidon "Actavis" 1 mg Filmtabl.	T2	10 St(2)	4,00
	T2	60 St	19,50
Risperidon "Aristo" 1 mg Filmtabl.	T2	20 St	8,20
	T2	60 St	19,35
Risperidon "Genericon" 1 mg Filmtabl.	T2	10 St(2)	4,00
	T2	60 St	22,35
Risperidon "ratiopharm" 1 mg Filmtabl.	T2	10 St(2)	4,45
	T2	60 St	22,30
Risperidon "Sandoz" 1 mg Filmtabl.	T2	10 St(2)	4,00
	T2	60 St	22,35
Risperidon "Sandoz" 1 mg Schmelztabl.		20 St	8,15
		60 St	23,10
Risperidon 0,001/ml			
Risperdal 1 mg/ml orale Lsg.		30 ml(2)	16,60
		100 ml	51,50

	Bezeichnung	T	OP	KVP in €
Risperidon 0,002				
	Risperdal 2 mg Filmtabl.		60 St	23,10
	Risperidon "+pharma" 2 mg Filmtabl.	T2	10 St(2)	6,20
		T2	60 St	23,10
	Risperidon "1A Pharma" 2 mg Filmtabl.	T2	10 St(2)	6,20
		T2	60 St	23,10
	Risperidon "Actavis" 2 mg Filmtabl.	T2	10 St(2)	6,20
		T2	60 St	23,10
	Risperidon "Aristo" 2 mg Filmtabl.	T2	20 St	8,20
		T2	60 St	23,20
	Risperidon "Genericon" 2 mg Filmtabl.	T2	10 St(2)	6,20
		T2	60 St	23,10
	Risperidon "ratiopharm" 2 mg Filmtabl.	T2	10 St(2)	6,20
		T2	60 St	23,10
	Risperidon "Sandoz" 2 mg Filmtabl.	T2	10 St(2)	6,20
		T2	60 St	23,10
	Risperidon "Sandoz" 2 mg Schmelztabl.		20 St	8,15
			60 St	23,10
Risperidon 0,003				
	Risperdal 3 mg Filmtabl.		60 St	23,10
	Risperidon "+pharma" 3 mg Filmtabl.	T2	10 St(2)	6,20
		T2	60 St	23,10
	Risperidon "1A Pharma" 3 mg Filmtabl.	T2	10 St(2)	6,20
		T2	60 St	23,10
	Risperidon "Actavis" 3 mg Filmtabl.	T2	10 St(2)	6,20
		T2	60 St	23,10
	Risperidon "Aristo" 3 mg Filmtabl.	T2	20 St	8,20
		T2	60 St	23,20
	Risperidon "Genericon" 3 mg Filmtabl.	T2	10 St(2)	6,20
		T2	60 St	23,10
	Risperidon "ratiopharm" 3 mg Filmtabl.	T2	10 St(2)	6,20
		T2	60 St	23,10
	Risperidon "Sandoz" 3 mg Filmtabl.	T2	10 St(2)	6,20
		T2	60 St	23,10
Risperidon 0,004				
	Risperdal 4 mg Filmtabl.		60 St	23,10
	Risperidon "+pharma" 4 mg Filmtabl.	T2	10 St(2)	6,20
		T2	60 St	23,10
	Risperidon "1A Pharma" 4 mg Filmtabl.	T2	10 St(2)	6,20
		T2	60 St	23,10
	Risperidon "Actavis" 4 mg Filmtabl.	T2	10 St(2)	6,20
		T2	60 St	23,10
	Risperidon "Aristo" 4 mg Filmtabl.	T2	20 St	8,20
		T2	60 St	23,20
	Risperidon "Genericon" 4 mg Filmtabl.	T2	10 St(2)	6,20
		T2	60 St	23,10
	Risperidon "ratiopharm" 4 mg Filmtabl.	T2	10 St(2)	6,20
		T2	60 St	23,10
	Risperidon "Sandoz" 4 mg Filmtabl.	T2	10 St(2)	6,20
		T2	60 St	23,10
Risperidon 0,006				
	Risperidon "ratiopharm" 6 mg Filmtabl.	T2	10 St(2)	6,20
		T2	60 St	23,10
Risperidon 0,025				
IND	**Risperdal Consta 25 mg Plv. u. Lsgm. zur Herst. einer verzögert freisetzenden Susp. zur i.m. Inj.** Verwendung laut Fachinformation, wenn eine perorale Therapie nicht angezeigt oder zweckmäßig ist.		1 St	91,80

	Bezeichnung	T	OP	KVP in €
IND	**Risperidon "Actavis" 25 mg Plv. u. Lsgm. zur Herst. einer Depot-Inj.susp.** Verwendung laut Fachinformation, wenn eine perorale Therapie nicht angezeigt oder zweckmäßig ist.		1 St	61,50
IND	**Risperidon "ratiopharm" 25 mg Plv. u. Lsgm. zur Herst. einer Depot-Inj.susp.** Verwendung laut Fachinformation, wenn eine perorale Therapie nicht angezeigt oder zweckmäßig ist.		1 St	61,50

Risperidon 0,0375

IND	**Risperdal Consta 37,5 mg Plv. u. Lsgm. zur Herst. einer verzögert freisetzenden Susp. zur i.m. Inj.** Verwendung laut Fachinformation, wenn eine perorale Therapie nicht angezeigt oder zweckmäßig ist.		1 St	127,70
IND	**Risperidon "Actavis" 37,5 mg Plv. u. Lsgm. zur Herst. einer Depot-Inj.susp.** Verwendung laut Fachinformation, wenn eine perorale Therapie nicht angezeigt oder zweckmäßig ist.		1 St	87,00
IND	**Risperidon "ratiopharm" 37,5 mg Plv. u. Lsgm. zur Herst. einer Depot-Inj.susp.** Verwendung laut Fachinformation, wenn eine perorale Therapie nicht angezeigt oder zweckmäßig ist.		1 St	87,00

Risperidon 0,05

IND	**Risperdal Consta 50 mg Plv. u. Lsgm. zur Herst. einer verzögert freisetzenden Susp. zur i.m. Inj.** Verwendung laut Fachinformation, wenn eine perorale Therapie nicht angezeigt oder zweckmäßig ist.		1 St	150,55
IND	**Risperidon "Actavis" 50 mg Plv. u. Lsgm. zur Herst. einer Depot-Inj.susp.** Verwendung laut Fachinformation, wenn eine perorale Therapie nicht angezeigt oder zweckmäßig ist.		1 St	116,05
IND	**Risperidon "ratiopharm" 50 mg Plv. u. Lsgm. zur Herst. einer Depot-Inj.susp.** Verwendung laut Fachinformation, wenn eine perorale Therapie nicht angezeigt oder zweckmäßig ist.		1 St	116,05

Risperidon 0,075

IND	**Okedi 75 mg Plv. u. Lsgm. zur Herst. einer Depot-Inj.susp.** Ⓟ Ⓜ Verwendung laut Fachinformation, wenn eine perorale Therapie nicht angezeigt oder zweckmäßig ist.		1 Pkg	296,45

Risperidon 0,1

IND	**Okedi 100 mg Plv. u. Lsgm. zur Herst. einer Depot-Inj.susp.** Ⓟ Ⓜ Verwendung laut Fachinformation, wenn eine perorale Therapie nicht angezeigt oder zweckmäßig ist.		1 Pkg	376,95

N05AX12 Aripiprazol

Aripiprazol 0,01

	Abilify 10 mg Tabl.		14 St 28 St(2)	18,70 36,55
	Arileto 10 mg Tabl.		10 St 30 St(2)	13,70 39,15
	Aripiprazol "+pharma" 10 mg Tabl.		10 St 30 St(2)	13,70 39,15
	Aripiprazol "Accord" 10 mg Tabl.		14 St 28 St(2)	18,70 36,55
	Aripiprazol "Aristo" 10 mg Tabl.		10 St 30 St(2)	18,65 53,05
	Aripiprazol "Genericon" 10 mg Tabl.		10 St 30 St(2)	13,70 39,15
	Aripiprazol "Krka" 10 mg Tabl.		14 St 30 St(2)	18,70 39,15
	Aripiprazol "neuraxpharm" 10 mg Tabl.	T2 T2	14 St 28 St(2)	18,70 36,55
	Aripiprazol "ratiopharm" 10 mg Tabl.	T2 T2	10 St(2) 30 St(2)	13,70 39,15

	Bezeichnung	T	OP	KVP in €
	Aripiprazol "Sandoz" 10 mg Tabl.		10 St	13,70
			30 St(2)	39,15
	Aripiprazol "Stada" 10 mg Tabl.		14 St	18,70
			28 St(2)	36,55
	Aripiprazol "Zentiva" 10 mg Tabl.		14 St	15,90
			28 St(2)	30,45
	Aripiprazol 0,015			
	Abilify 15 mg Tabl.		14 St	18,70
			28 St(2)	36,55
	Arileto 15 mg Tabl.		10 St	13,70
			30 St(2)	39,15
	Aripiprazol "+pharma" 15 mg Tabl.		10 St	13,70
			30 St(2)	39,15
	Aripiprazol "Accord" 15 mg Tabl.		14 St	18,70
			28 St(2)	36,55
	Aripiprazol "Aristo" 15 mg Tabl.		10 St	18,65
			30 St(2)	53,05
	Aripiprazol "Genericon" 15 mg Tabl.		10 St	13,70
			30 St(2)	39,15
	Aripiprazol "Krka" 15 mg Tabl.		14 St	18,70
			30 St(2)	39,15
	Aripiprazol "neuraxpharm" 15 mg Tabl.		14 St	18,70
			28 St(2)	36,55
	Aripiprazol "ratiopharm" 15 mg Tabl.	T2	10 St(2)	13,70
		T2	30 St(2)	39,15
	Aripiprazol "Sandoz" 15 mg Tabl.		10 St	13,70
			30 St(2)	39,15
	Aripiprazol "Stada" 15 mg Tabl.		14 St	18,70
			28 St(2)	36,55
	Aripiprazol "Zentiva" 15 mg Tabl.		14 St	15,90
			28 St(2)	30,45
	Aripiprazol 0,02			
	Aripiprazol "ratiopharm" 20 mg Tabl.	T2	10 St(2)	18,65
		T2	30 St(2)	53,05
	Aripiprazol 0,03			
	Arileto 30 mg Tabl.		10 St	18,65
			30 St(2)	53,05
	Aripiprazol "+pharma" 30 mg Tabl.		10 St	16,95
			30 St(2)	47,30
	Aripiprazol "Accord" 30 mg Tabl.		14 St	23,00
			28 St(2)	43,55
	Aripiprazol "Genericon" 30 mg Tabl.		10 St	19,05
			30 St(2)	57,05
	Aripiprazol "Krka" 30 mg Tabl.		14 St	26,15
			30 St(2)	53,10
	Aripiprazol "neuraxpharm" 30 mg Tabl.	T2	14 St	23,00
		T2	28 St(2)	43,55
	Aripiprazol "ratiopharm" 30 mg Tabl.	T2	10 St(2)	18,65
		T2	30 St(2)	53,05
	Aripiprazol "Sandoz" 30 mg Tabl.		10 St	18,65
			30 St(2)	57,05
	Aripiprazol "Stada" 30 mg Tabl.		14 St	23,15
			28 St(2)	44,10
	Aripiprazol 0,3			
IND	**Abilify Maintena 300 mg Plv. und Lsgm. zur Herst. einer Depot-Inj.susp.** Verwendung laut Fachinformation, wenn eine perorale Therapie nicht angezeigt oder zweckmäßig ist.		1 St	283,65

	Bezeichnung	T	OP	KVP in €
Aripiprazol 0,4				
IND	**Abilify Maintena 400 mg Plv. und Lsgm. zur Herst. einer Depot-Inj.susp. Fertigspr.** Verwendung laut Fachinformation, wenn eine perorale Therapie nicht angezeigt oder zweckmäßig ist.		1 St	259,80
Aripiprazol 0,72				
IND	**Abilify Maintena 720 mg Depot-Inj.susp. Fertigspr.** Verwendung laut Fachinformation, wenn eine perorale Therapie nicht angezeigt oder zweckmäßig ist.		1 St	295,85
Aripiprazol 0,96				
IND	**Abilify Maintena 960 mg Depot-Inj.susp. Fertigspr.** Verwendung laut Fachinformation, wenn eine perorale Therapie nicht angezeigt oder zweckmäßig ist.		1 St	386,05

N05AX13 Paliperidon

Paliperidon 0,003				
	Paliperidon "ratiopharm" 3 mg Retardtabl.		10 St(2) 30 St(2)	5,35 16,90
Paliperidon 0,006				
	Paliperidon "ratiopharm" 6 mg Retardtabl.		10 St(2) 30 St(2)	8,90 27,10
Paliperidon 0,009				
	Paliperidon "ratiopharm" 9 mg Retardtabl.		10 St(2) 30 St(2)	11,70 36,55
Paliperidon 0,025				
IND	**Niapelf 25 mg Depot-Inj.susp.** Verwendung laut Fachinformation, wenn eine perorale Therapie nicht angezeigt oder zweckmäßig ist.		1 St	37,55
IND	**Palibon 25 mg Depot-Inj.susp. Fertigspr.** Verwendung laut Fachinformation, wenn eine perorale Therapie nicht angezeigt oder zweckmäßig ist.		1 St	44,40
IND	**Xeplion 25 mg Depot-Inj.susp.** Verwendung laut Fachinformation, wenn eine perorale Therapie nicht angezeigt oder zweckmäßig ist.		1 St	97,05
Paliperidon 0,05				
IND	**Niapelf 50 mg Depot-Inj.susp.** Verwendung laut Fachinformation, wenn eine perorale Therapie nicht angezeigt oder zweckmäßig ist.		1 St	72,85
IND	**Palibon 50 mg Depot-Inj.susp. Fertigspr.** Verwendung laut Fachinformation, wenn eine perorale Therapie nicht angezeigt oder zweckmäßig ist.		1 St	83,80
IND	**Xeplion 50 mg Depot-Inj.susp.** Verwendung laut Fachinformation, wenn eine perorale Therapie nicht angezeigt oder zweckmäßig ist.		1 St	165,65
Paliperidon 0,075				
IND	**Niapelf 75 mg Depot-Inj.susp.** Verwendung laut Fachinformation, wenn eine perorale Therapie nicht angezeigt oder zweckmäßig ist.		1 St	103,10
IND	**Palibon 75 mg Depot-Inj.susp. Fertigspr.** Verwendung laut Fachinformation, wenn eine perorale Therapie nicht angezeigt oder zweckmäßig ist.		1 St	123,00
IND	**Xeplion 75 mg Depot-Inj.susp.** Verwendung laut Fachinformation, wenn eine perorale Therapie nicht angezeigt oder zweckmäßig ist.		1 St	214,65
Paliperidon 0,1				
IND	**Niapelf 100 mg Depot-Inj.susp.** Verwendung laut Fachinformation, wenn eine perorale Therapie nicht angezeigt oder zweckmäßig ist.		1 St	131,85

	Bezeichnung	T	OP	KVP in €
IND	**Palibon 100 mg Depot-Inj.susp. Fertigspr.** Verwendung laut Fachinformation, wenn eine perorale Therapie nicht angezeigt oder zweckmäßig ist.		1 St	155,35
IND	**Xeplion 100 mg Depot-Inj.susp.** Verwendung laut Fachinformation, wenn eine perorale Therapie nicht angezeigt oder zweckmäßig ist.		1 St	259,25
Paliperidon 0,1 (1 St.); Paliperidon 0,15 (1 St.)				
IND	**Palibon 100 mg + 150 mg Depot-Inj.susp. Fertigspr. Starterpackung** Verwendung laut Fachinformation, wenn eine perorale Therapie nicht angezeigt oder zweckmäßig ist.		1 St	356,10
Paliperidon 0,15				
IND	**Niapelf 150 mg Depot-Inj.susp.** Verwendung laut Fachinformation, wenn eine perorale Therapie nicht angezeigt oder zweckmäßig ist.		1 St	184,35
IND	**Palibon 150 mg Depot-Inj.susp. Fertigspr.** Verwendung laut Fachinformation, wenn eine perorale Therapie nicht angezeigt oder zweckmäßig ist.		1 St	220,00
IND	**Xeplion 150 mg Depot-Inj.susp.** Verwendung laut Fachinformation, wenn eine perorale Therapie nicht angezeigt oder zweckmäßig ist.		1 St	340,65
Paliperidon 0,175				
IND	**Trevicta 175 mg Depot-Inj.susp.** (PM) Zur Erhaltungstherapie bei Erwachsenen, die seit zumindest 4 Monaten stabil auf die 1-Monats-Injektion Paliperidonpalmitat eingestellt sind und keine Dosisanpassung mehr benötigen, wenn eine perorale Therapie nicht angezeigt oder zweckmäßig ist.		1 St	621,00
Paliperidon 0,263				
IND	**Trevicta 263 mg Depot-Inj.susp.** (PM) Zur Erhaltungstherapie bei Erwachsenen, die seit zumindest 4 Monaten stabil auf die 1-Monats-Injektion Paliperidonpalmitat eingestellt sind und keine Dosisanpassung mehr benötigen, wenn eine perorale Therapie nicht angezeigt oder zweckmäßig ist.		1 St	825,55
Paliperidon 0,35				
IND	**Trevicta 350 mg Depot-Inj.susp.** (PM) Zur Erhaltungstherapie bei Erwachsenen, die seit zumindest 4 Monaten stabil auf die 1-Monats-Injektion Paliperidonpalmitat eingestellt sind und keine Dosisanpassung mehr benötigen, wenn eine perorale Therapie nicht angezeigt oder zweckmäßig ist.		1 St	1.042,50
Paliperidon 0,525				
IND	**Trevicta 525 mg Depot-Inj.susp.** (PM) Zur Erhaltungstherapie bei Erwachsenen, die seit zumindest 4 Monaten stabil auf die 1-Monats-Injektion Paliperidonpalmitat eingestellt sind und keine Dosisanpassung mehr benötigen, wenn eine perorale Therapie nicht angezeigt oder zweckmäßig ist.		1 St	1.362,15

N05AX15 Cariprazin

Cariprazin 0,0015				
	Reagila 1,5 mg Hartkaps. (PM)		7 St(2) 28 St(2)	22,40 80,05
Cariprazin 0,003				
	Reagila 3 mg Hartkaps. (PM)		7 St(2) 28 St(2)	22,40 80,05
Cariprazin 0,0045				
	Reagila 4,5 mg Hartkaps. (PM)		7 St(2) 28 St(2)	22,40 80,05

Bezeichnung	T	OP	KVP in €
Cariprazin 0,006			
Reagila 6 mg Hartkaps. Ⓟ		7 St(2) 28 St(2)	22,40 80,05

N05B ANXIOLYTIKA
N05BA Benzodiazepin-Derivate
N05BA01 Diazepam

Diazepam 0,005			
Stesolid 5 mg Rektaltuben		5 St *2,5 ml*	7,95
Diazepam 0,01			
Gewacalm Amp.		5 St(2)	11,95
Diazepam 0,01			
Stesolid 10 mg Rektaltuben		5 St *2,5 ml*	9,75
Diazepam 0,0125/ml			
Psychopax Tropf.		20 ml(2) *1 ml = 38 Tr.*	6,80

N05BA04 Oxazepam

Oxazepam 0,015			
Praxiten 15 mg Tabl.		20 St(2) 50 St	2,60 6,50
Oxazepam 0,05			
Anxiolit forte 50 mg Tabl.	T2	30 St	12,40
Praxiten 50 mg Tabl.		20 St(2)	7,70

N05BA06 Lorazepam

Lorazepam 0,001			
Temesta 1,0 mg Tabl.	T2 T2	20 St(2) 50 St	1,65 3,60
Lorazepam 0,0025			
Temesta 2,5 mg Tabl.	T2	20 St(2)	3,65

N05BA08 Bromazepam

Bromazepam 0,003			
Bromazepam "Genericon" 3 mg Filmtabl.	T2 T2	20 St(2) 50 St	2,85 6,45
Bromazepam 0,006			
Bromazepam "Genericon" 6 mg Filmtabl.	T2	20 St(2)	4,75

N05BA09 Clobazam

Clobazam 0,01			
Frisium 10 mg Tabl.	T2	50 St	4,40

N05BA12 Alprazolam

Alprazolam 0,0005			
Alprazolam "ratiopharm" 0,5 mg Tabl.	T2 T2	20 St(2) 50 St	2,10 4,50
Xanor 0,5 mg Tabl.	T2 T2	20 St(2) 50 St	2,20 4,85

Bezeichnung	T	OP	KVP in €
Alprazolam 0,001			
Alprazolam "ratiopharm" 1 mg Tabl.	T2	20 St(2)	2,10
	T2	50 St	4,50
Xanor 1 mg Tabl.	T2	20 St(2)	2,20
	T2	50 St	4,85

N05BB Diphenylmethan-Derivate
N05BB01 Hydroxyzin

Hydroxyzin 0,025			
Atarax 25 mg Filmtabl.	T2	20 St(2)	2,30
	T2	50 St	5,05
Hydroxyzin "Bluefish" 25 mg Filmtabl.	T2	20 St(2)	1,15
	T2	60 St	3,05

N05C HYPNOTIKA UND SEDATIVA
N05CD Benzodiazepin-Derivate
N05CD02 Nitrazepam

Nitrazepam 0,005			
Mogadon Tabl.	T2	10 St(2)	1,45

N05CD05 Triazolam

Triazolam 0,00025			
Halcion 0,25 mg Tabl.	T2	10 St(2)	2,05

N05CD09 Brotizolam

Brotizolam 0,00025			
Lendorm Tabl.	T2	10 St(2)	1,60

N05CF Benzodiazepin-verwandte Mittel
N05CF02 Zolpidem

Zolpidem 0,01			
Zoldem 10 mg Filmtabl.	T2	10 St(2)	1,80
Zolpidem "Hexal" Filmtabl.	T2	10 St(2)	2,40
Zolpidem "ratiopharm" 10 mg Filmtabl.	T2	10 St(2)	1,50

N06 PSYCHOANALEPTIKA
N06A ANTIDEPRESSIVA
N06AA Nichtselektive Monoamin-Wiederaufnahmehemmer
N06AA04 Clomipramin

Clomipramin 0,025			
Anafranil 25 mg Drag.		50 St	6,60
		100 St	11,40
Clomipramin 0,075			
Anafranil retard 75 mg Filmtabl.	T2	30 St(2)	9,65

N06AA09 Amitriptylin

Amitriptylin 0,01			
Saroten 10 mg Filmtabl.		100 St	3,90
Amitriptylin 0,025			
Saroten 25 mg Filmtabl.		50 St	4,20
		100 St	6,35

Bezeichnung	T	OP	KVP in €

N06AA21 Maprotilin

Maprotilin 0,025

Ludiomil 25 mg Filmtabl.		100 St	8,80

Maprotilin 0,05

Ludiomil 50 mg Filmtabl.		100 St	10,30

Maprotilin 0,075

Ludiomil 75 mg Filmtabl.		100 St	10,30

N06AB Selektive Serotonin-Wiederaufnahmehemmer
N06AB03 Fluoxetin

Fluoxetin 0,02

Felicium 20 mg Kaps.		14 St 28 St	8,05 13,10
Felicium 20 mg Tabl.		14 St 28 St	8,05 13,35
Fluctine 20 mg Kaps.		14 St 28 St	8,05 15,50
Fluoxetin "+pharma" 20 mg Tabl.	T2 T2	14 St(2) 30 St	8,05 14,35
Fluoxetin "1A Pharma" 20 mg Kaps.		14 St(2) 30 St	8,05 15,65
Fluoxetin "1A Pharma" 20 mg Tabl.	T2 T2	14 St(2) 30 St	8,05 14,35
Fluoxetin "Genericon" 20 mg Kaps.		14 St(2) 30 St	8,05 16,60
Flux "Hexal" 20 mg Kaps.		14 St(2) 30 St	8,05 15,65
Flux "Hexal" Tabs 20 mg Tabl.	T2 T2	14 St(2) 30 St	8,05 14,35
FluxoMed 20 mg Kaps.		14 St 28 St	8,05 13,10
Mutan 20 mg Filmtabl.	T2 T2	14 St 28 St	8,05 13,40

Fluoxetin 0,04

Fluoxetin "1A Pharma" 40 mg Tabl.	T4 T4	14 St(2) 30 St	8,05 14,15
Fluoxetin "Genericon" 40 mg Kaps.		14 St(2) 30 St	8,05 14,15
Flux "Hexal" Tabs 40 mg Tabl.	T4 T4	14 St(2) 30 St	8,05 14,15
Mutan 40 mg Filmtabl.	T2 T2	14 St 28 St	8,10 13,40

Fluoxetin 0,06

Mutan 60 mg Filmtabl.	T2 T2	14 St 28 St	8,10 13,40

N06AB04 Citalopram

Citalopram 0,01

Citalopram "G.L." 10 mg Filmtabl.		14 St(2) 30 St	3,10 6,10
Citalopram "Genericon" 10 mg Filmtabl.		14 St(2) 30 St	3,60 7,15
Citalopram "ratiopharm" 10 mg Filmtabl.		10 St(2) 30 St	2,60 7,15
Citalostad 10 mg Filmtabl.		10 St(2) 30 St	2,40 5,95

Bezeichnung	T	OP	KVP in €
Pram 10 mg Filmtabl.		14 St	3,60
		28 St	6,65
Seropram 10 mg Filmtabl.		14 St	3,35
		28 St	6,65
Citalopram 0,02			
Citalopram "+pharma" 20 mg Filmtabl.	T2	14 St(2)	5,15
	T2	30 St	8,70
Citalopram "1A Pharma" 20 mg Filmtabl.	T2	14 St(2)	5,15
	T2	30 St	9,00
Citalopram "G.L." 20 mg Filmtabl.	T2	14 St(2)	5,20
	T2	30 St	9,40
Citalopram "Genericon" 20 mg Filmtabl.	T2	14 St(2)	5,30
	T2	30 St	10,20
Citalopram "Hexal" 20 mg Filmtabl.	T2	14 St(2)	5,30
	T2	30 St	10,20
Citalopram "ratiopharm" 20 mg Filmtabl.	T2	10 St(2)	3,80
	T2	30 St	10,20
Citalostad 20 mg Filmtabl.		10 St(2)	3,50
		30 St	8,70
Pram 20 mg Filmtabl.	T2	14 St	5,30
	T2	28 St	9,60
Seropram 20 mg Filmtabl.	T2	14 St	4,90
	T2	28 St	9,60
Citalopram 0,03			
Citalopram "Hexal" 30 mg Filmtabl.	T2	14 St(2)	6,20
	T2	30 St	10,20
Citalopram 0,04			
Citalopram "+pharma" 40 mg Filmtabl.	T2	14 St(2)	5,20
	T2	30 St	8,90
Citalopram "G.L." 40 mg Filmtabl.	T2	14 St(2)	5,20
	T2	30 St	9,40
Citalopram "Genericon" 40 mg Filmtabl.	T2	14 St(2)	5,40
	T2	30 St	10,20
Citalopram "Hexal" 40 mg Filmtabl.	T2	14 St(2)	5,40
	T2	30 St	10,20
Citalopram "ratiopharm" 40 mg Filmtabl.	T2	10 St(2)	3,85
	T2	30 St	10,20
Citalostad 40 mg Filmtabl.		10 St(2)	3,50
		30 St	8,90
Pram 40 mg Filmtabl.	T2	14 St	5,40
	T2	28 St	9,60

N06AB05 Paroxetin

Paroxetin 0,01			
Paroxat "Hexal" 10 mg Filmtabl.		14 St(2)	7,95
		30 St	15,25
Paroxetin 0,02			
Ennos 20 mg Filmtabl.	T2	14 St	7,60
	T2	28 St	13,85
Paroxat "Hexal" 20 mg Filmtabl.	T2	14 St(2)	7,95
	T2	30 St	15,25
Paroxetin "+pharma" 20 mg Filmtabl.	T2	10 St(2)	5,45
	T2	30 St	14,85
Paroxetin "1A Pharma" 20 mg Filmtabl.	T2	14 St(2)	7,95
	T2	30 St	14,95
Paroxetin "Aristo" 20 mg Filmtabl.	T2	10 St(2)	5,55
	T2	30 St	14,85

Bezeichnung	T	OP	KVP in €
Paroxetin "Genericon" 20 mg Filmtabl.	T2	10 St(2)	5,55
	T2	30 St	15,20
Seroxat 20 mg Filmtabl.	T2	14 St	8,65
	T2	28 St	16,65
Paroxetin 0,03			
Paroxat "Hexal" 30 mg Filmtabl.	T2	14 St(2)	8,80
	T2	30 St	16,00
Paroxetin 0,04			
Paroxat "Hexal" 40 mg Filmtabl.	T4	14 St(2)	8,65
	T4	30 St	16,00
Paroxetin "ratiopharm" 40 mg Tabl.	T2	10 St(2)	5,40
	T2	30 St	15,00

N06AB06 Sertralin

Sertralin 0,05			
Adjuvin 50 mg Filmtabl.	T2	10 St(2)	3,55
	T2	30 St	9,60
Sertralin "+pharma" 50 mg Filmtabl.	T2	10 St(2)	3,55
	T2	30 St	9,60
Sertralin "1A Pharma" 50 mg Filmtabl.	T2	10 St(2)	3,55
	T2	30 St	9,60
Sertralin "Accord" 50 mg Filmtabl.	T2	10 St(2)	2,75
	T2	30 St	8,15
Sertralin "Actavis" 50 mg Filmtabl.	T2	10 St(2)	3,55
	T2	30 St	9,60
Sertralin "Aristo" 50 mg Filmtabl.	T2	14 St(2)	4,55
	T2	30 St	9,00
Sertralin "Bluefish" 50 mg Filmtabl.		10 St(2)	2,70
		30 St	8,10
Sertralin "G.L." 50 mg Filmtabl.	T2	10 St(2)	3,30
	T2	30 St	9,45
Sertralin "Hexal" 50 mg Filmtabl.	T2	10 St(2)	3,50
	T2	30 St	9,60
Sertralin "ratiopharm" 50 mg Filmtabl.	T2	14 St(2)	4,95
	T2	30 St	9,60
Sertralin "Sandoz" 50 mg Filmtabl.	T2	10 St(2)	3,50
	T2	30 St	9,60
Sertralin "Stada" 50 mg Filmtabl.	T2	10 St(2)	2,95
	T2	30 St	8,15
Sertralin "Viatris" 50 mg Filmtabl.	T2	14 St	4,65
	T2	28 St	9,10
Sertralin "Zentiva" 50 mg Filmtabl.	T2	10 St(2)	2,45
	T2	30 St	7,30
Tresleen 50 mg Filmtabl.	T2	14 St	4,95
	T2	28 St	9,10
Sertralin 0,1			
Adjuvin 100 mg Filmtabl.	T2	10 St(2)	3,60
	T2	30 St	9,60
Sertralin "+pharma" 100 mg Filmtabl.	T2	10 St(2)	3,60
	T2	30 St	10,20
Sertralin "1A Pharma" 100 mg Filmtabl.	T2	10 St(2)	3,60
	T2	30 St	10,20
Sertralin "Accord" 100 mg Filmtabl.		10 St(2)	2,75
		30 St	8,25
Sertralin "Actavis" 100 mg Filmtabl.	T2	10 St(2)	3,60
	T2	30 St	9,70
Sertralin "Aristo" 100 mg Filmtabl.	T2	10 St(2)	3,45
	T2	30 St	9,10

Bezeichnung	T	OP	KVP in €
Sertralin "Bluefish" 100 mg Filmtabl.		10 St(2)	2,70
		30 St	8,20
Sertralin "G.L." 100 mg Filmtabl.	T2	10 St(2)	3,30
	T2	30 St	9,45
Sertralin "Hexal" 100 mg Filmtabl.	T2	10 St(2)	3,50
	T2	30 St	10,20
Sertralin "ratiopharm" 100 mg Filmtabl.	T2	14 St(2)	5,00
	T2	30 St	10,20
Sertralin "Sandoz" 100 mg Filmtabl.	T2	10 St(2)	3,50
	T2	30 St	10,45
Sertralin "Viatris" 100 mg Filmtabl.		14 St	4,65
		28 St	9,35
Sertralin "Zentiva" 100 mg Filmtabl.		10 St(2)	2,45
		30 St	7,30

N06AB08 Fluvoxamin

Fluvoxamin 0,05

Floxyfral 50 mg Filmtabl.	T2	30 St	14,20
	T2	60 St	23,25

Fluvoxamin 0,1

Floxyfral 100 mg Filmtabl.	T2	30 St	23,25

N06AB10 Escitalopram

Escitalopram 0,005

Cipralex 5 mg Filmtabl.		14 St	2,10
		28 St	4,20
Escitalopram "1A Pharma" 5 mg Filmtabl.		10 St(2)	1,30
		30 St	3,90
Escitalopram "Aristo" 5 mg Filmtabl.		10 St(2)	1,50
		30 St	3,95
Escitalopram "Bluefish" 5 mg Filmtabl.		14 St	1,90
		28 St	3,20
Escitalopram "G.L." 5 mg Filmtabl.		10 St(2)	1,35
		30 St	3,95
Escitalopram "Genericon" 5 mg Filmtabl.		20 St	3,00
		30 St	4,50
Escitalopram "Glenmark" 5 mg Filmtabl.		14 St	1,55
		28 St	3,05
Escitalopram "Grindeks" 5 mg Filmtabl.		14 St	1,55
		28 St	3,05
Escitalopram "Krka" 5 mg Filmtabl.		14 St(2)	2,10
		30 St	4,50
Escitalopram "ratiopharm" 5 mg Filmtabl.		10 St(2)	1,50
		30 St	4,50
Escitalopram "Sandoz" 5 mg Filmtabl.		10 St(2)	1,50
		30 St	4,50
Escitalopram "Stada" 5 mg Filmtabl.		10 St(2)	1,50
		30 St	3,90
Pramulex 5 mg Filmtabl.		14 St(2)	2,10
		30 St	4,50

Escitalopram 0,01

Cipralex 10 mg Filmtabl.	T2	14 St	3,35
	T2	28 St	6,75
Escitalopram "+pharma" 10 mg Filmtabl.	T2	20 St	4,20
	T2	30 St	6,20
Escitalopram "1A Pharma" 10 mg Filmtabl.	T2	10 St(2)	2,10
	T2	30 St	6,25
Escitalopram "Aristo" 10 mg Filmtabl.	T2	10 St(2)	2,40
	T2	30 St	7,20

Bezeichnung	T	OP	KVP in €
Escitalopram "Bluefish" 10 mg Filmtabl.	T2	14 St	3,40
	T2	28 St	5,60
Escitalopram "G.L." 10 mg Filmtabl.	T2	10 St(2)	2,45
	T2	30 St	6,50
Escitalopram "Genericon" 10 mg Filmtabl.	T2	20 St	5,20
	T2	30 St	7,20
Escitalopram "Glenmark" 10 mg Filmtabl.	T2	14 St	2,60
	T2	28 St	5,20
Escitalopram "Grindeks" 10 mg Filmtabl.	T2	14 St	2,60
	T2	28 St	5,20
Escitalopram "Hexal" 10 mg Filmtabl.	T2	10 St(2)	2,60
	T2	30 St	7,20
Escitalopram "Krka" 10 mg Filmtabl.	T2	14 St(2)	3,65
	T2	30 St	7,20
Escitalopram "ratiopharm" 10 mg Filmtabl.	T2	10 St(2)	2,60
	T2	30 St	7,20
Escitalopram "Sandoz" 10 mg Filmtabl.	T2	10 St(2)	2,60
	T2	30 St	7,20
Escitalopram "Stada" 10 mg Filmtabl.	T2	10 St(2)	2,40
	T2	30 St	6,20
Pramulex 10 mg Filmtabl.	T2	14 St(2)	3,65
	T2	30 St	7,20
Escitalopram 0,015			
Escitalopram "1A Pharma" 15 mg Filmtabl.	T3	10 St(2)	2,10
	T3	30 St	6,25
Escitalopram "G.L." 15 mg Filmtabl.	T2	10 St(2)	2,45
	T2	30 St	6,50
Escitalopram "Glenmark" 15 mg Filmtabl.	T2	14 St	2,60
	T2	28 St	5,20
Escitalopram "Hexal" 15 mg Filmtabl.	T3	10 St(2)	2,70
	T3	30 St	8,15
Escitalopram "ratiopharm" 15 mg Filmtabl.	T2	10 St(2)	2,70
	T2	30 St	7,20
Escitalopram "Sandoz" 15 mg Filmtabl.	T3	10 St(2)	2,70
	T3	30 St	8,15
Pramulex 15 mg Filmtabl.	T2	14 St(2)	3,80
	T2	30 St	7,20
Escitalopram 0,02			
Escitalopram "+pharma" 20 mg Filmtabl.	T2	20 St	4,20
	T2	30 St	6,20
Escitalopram "1A Pharma" 20 mg Filmtabl.	T4	10 St(2)	2,10
	T4	30 St	6,25
Escitalopram "Aristo" 20 mg Filmtabl.	T2	10 St(2)	2,70
	T2	30 St	6,50
Escitalopram "G.L." 20 mg Filmtabl.	T2	10 St(2)	2,45
	T2	30 St	6,50
Escitalopram "Genericon" 20 mg Filmtabl.	T2	20 St	5,40
	T2	30 St	8,10
Escitalopram "Glenmark" 20 mg Filmtabl.	T2	14 St	2,60
	T2	28 St	5,20
Escitalopram "Grindeks" 20 mg Filmtabl.	T2	14 St	2,60
	T2	28 St	5,20
Escitalopram "Hexal" 20 mg Filmtabl.	T4	10 St(2)	2,70
	T4	30 St	8,10
Escitalopram "Krka" 20 mg Filmtabl.	T2	14 St(2)	3,75
	T2	30 St	8,10
Escitalopram "ratiopharm" 20 mg Filmtabl.	T2	10 St(2)	2,70
	T2	30 St	7,20
Escitalopram "Sandoz" 20 mg Filmtabl.	T4	10 St(2)	2,70
	T4	30 St	8,10

Bezeichnung	T	OP	KVP in €
Escitalopram "Stada" 20 mg Filmtabl.	T2	10 St(2)	2,70
	T2	30 St	6,20
Pramulex 20 mg Filmtabl.	T2	14 St(2)	3,75
	T2	30 St	7,20

N06AG Monoaminoxidase-A-Hemmer
N06AG02 Moclobemid

Moclobemid 0,15

Aurorix 150 mg Filmtabl.		30 St(2)	11,75
		100 St	31,65

Moclobemid 0,3

Aurorix 300 mg Filmtabl.	T2	30 St	19,30
	T2	60 St	32,10

N06AX Andere Antidepressiva
N06AX03 Mianserin

Mianserin 0,03

Mianserin "Arcana" 30 mg Filmtabl.		20 St(2)	7,65
		60 St	18,40
Tolvon 30 mg Filmtabl.		20 St(2)	7,80
		60 St	20,20

N06AX05 Trazodon

Trazodon 0,075

Trittico retard 75 mg Tabl.	T3	30 St(2)	4,50

Trazodon 0,15

Trittico retard 150 mg Tabl.	T3	20 St(2)	6,00
	T3	60 St	15,65

N06AX11 Mirtazapin

Mirtazapin 0,015

Mirtazapin "!@ctavis" 15 mg Filmtabl.	T2	30 St	5,95
Mirtazapin "Actavis" 15 mg Schmelztabl.		30 St	7,10
Mirtazapin "Bluefish" 15 mg Schmelztabl.		30 St	5,90
Mirtazapin "Hexal" 15 mg Tabl.	T2	30 St	8,70
Mirtazapin "Stada" 15 mg Filmtabl.	T2	30 St	6,65

Mirtazapin 0,03

Mirtabene "ratiopharm GmbH" 30 mg Filmtabl.	T2	30 St	5,95
Mirtazapin "!@ctavis" 30 mg Filmtabl.	T2	30 St	5,95
Mirtazapin "Actavis" 30 mg Schmelztabl.		30 St	7,65
Mirtazapin "Aristo" 30 mg Filmtabl.	T2	30 St	6,70
Mirtazapin "Bluefish" 30 mg Schmelztabl.		30 St	5,90
Mirtazapin "G.L." 30 mg Filmtabl.	T2	30 St	6,80
Mirtazapin "HCS" 30 mg Filmtabl.		30 St	6,60
Mirtazapin "Hexal" 30 mg Tabl.	T2	30 St	8,60
Mirtazapin "Stada" 30 mg Filmtabl.	T2	30 St	6,65
Mirtel 30 mg Filmtabl.	T2	30 St	8,60

Mirtazapin 0,045

Mirtabene "ratiopharm GmbH" 45 mg Filmtabl.		30 St	5,95
Mirtazapin "!@ctavis" 45 mg Filmtabl.		30 St	5,95
Mirtazapin "Actavis" 45 mg Schmelztabl.		30 St	8,35
Mirtazapin "Bluefish" 45 mg Schmelztabl.		30 St	5,90
Mirtazapin "G.L." 45 mg Filmtabl.		30 St	7,70
Mirtazapin "Hexal" 45 mg Tabl.		30 St	9,75

	Bezeichnung	T	OP	KVP in €
	Mirtel 45 mg Filmtabl.		30 St	9,75

N06AX12 Bupropion

Bupropion 0,15

	Bupropion "+pharma" 150 mg Tabl. mit veränderter Wirkstofffreisetzung		7 St(2) 30 St	2,20 9,35
	Bupropion "1A Pharma" 150 mg Tabl. mit veränderter Wirkstofffreisetzung		10 St(2) 30 St	3,10 9,35
	Bupropion "Genericon" 150 mg Tabl. mit veränderter Wirkstofffreisetzung		7 St(2) 30 St	2,20 9,35
	Bupropion "neuraxpharm" 150 mg Tabl. mit veränderter Wirkstofffreisetzung		10 St(2) 30 St	3,10 9,35
	Bupropion "ratiopharm" 150 mg Tabl. mit veränderter Wirkstofffreisetzung		7 St(2) 30 St	2,20 9,35

Bupropion 0,3

	Bupropion "1A Pharma" 300 mg Tabl. mit veränderter Wirkstofffreisetzung		10 St(2) 30 St	5,20 10,90
	Bupropion "neuraxpharm" 300 mg Tabl. mit veränderter Wirkstofffreisetzung		10 St(2) 30 St	5,20 10,90
	Bupropion "ratiopharm" 300 mg Tabl. mit veränderter Wirkstofffreisetzung		10 St(2) 30 St	5,20 10,90

N06AX14 Tianeptin

Tianeptin 0,0125

N P	**Stablon Drag.**		30 St 90 St	8,50 23,90

N06AX16 Venlafaxin

Venlafaxin 0,0375

	Venlafab 37,5 mg Retardkaps.		20 St 30 St	3,90 5,85
	Venlafaxin "1A Pharma GmbH" 37,5 mg Hartkaps., retardiert		10 St(2) 30 St	1,50 4,50

Venlafaxin 0,05 (nicht retardiert)

	Venlafab 50 mg Tabl.	T2 T2	30 St 60 St	4,80 9,55

Venlafaxin 0,075

	Efectin ER 75 mg Kaps.		10 St(2) 30 St	1,95 5,90
	Velostad 75 mg Hartkaps., retardiert		10 St(2) 30 St	1,60 4,50
	Venlafab 75 mg Retardkaps.		20 St 30 St	3,90 5,90
	Venlafaxin "!@ctavis" 75 mg Hartkaps., retardiert		10 St(2) 30 St	1,50 4,30
	Venlafaxin "+pharma" 75 mg Retardtabl.		10 St(2) 30 St	1,75 5,00
	Venlafaxin "1A Pharma GmbH" 75 mg Hartkaps., retardiert		10 St(2) 30 St	1,50 4,50
	Venlafaxin "Bluefish" 75 mg Hartkaps., retardiert		10 St(2) 30 St	1,45 4,25
	Venlafaxin "Genericon" 75 mg Retardkaps.		10 St(2) 30 St	1,95 5,90
	Venlafaxin "Krka" 75 mg Retardkaps.		10 St(2) 30 St	1,95 5,90
	Venlafaxin "Sandoz GmbH" 75 mg Hartkaps., retardiert		10 St(2) 30 St	1,50 4,50

	Bezeichnung	T	OP	KVP in €
Venlafaxin 0,075 (nicht retardiert)				
	Venlafab 75 mg Tabl.	T2	30 St	6,90
		T2	60 St	13,45
Venlafaxin 0,15				
	Efectin ER 150 mg Kaps.		10 St(2)	4,20
			30 St	9,85
	Velostad 150 mg Hartkaps., retardiert		10 St(2)	3,35
			30 St	9,60
	Venlafab 150 mg Retardkaps.		20 St	6,85
			30 St	9,85
	Venlafaxin "!@ctavis" 150 mg Hartkaps., retardiert		10 St(2)	2,85
			30 St	8,60
	Venlafaxin "+pharma" 150 mg Retardtabl.		10 St(2)	3,70
			30 St	9,85
	Venlafaxin "1A Pharma GmbH" 150 mg Hartkaps., retardiert		10 St(2)	3,00
			30 St	9,00
	Venlafaxin "Bluefish" 150 mg Hartkaps., retardiert		10 St(2)	2,80
			30 St	8,55
	Venlafaxin "Genericon" 150 mg Retardkaps.		10 St(2)	4,20
			30 St	9,85
	Venlafaxin "Krka" 150 mg Retardkaps.		10 St(2)	4,20
			30 St	9,85
	Venlafaxin "Sandoz GmbH" 150 mg Hartkaps., retardiert		10 St(2)	3,00
			30 St	9,00
Venlafaxin 0,225				
	Velostad 225 mg Hartkaps., retardiert		10 St(2)	3,80
			30 St	11,10
	Venlafaxin "1A Pharma GmbH" 225 mg Hartkaps., retardiert		10 St(2)	3,40
			30 St	10,00
	Venlafaxin "Genericon" 225 mg Retardtabl.		10 St(2)	5,75
			30 St	16,45
	Venlafaxin "Sandoz GmbH" 225 mg Hartkaps., retardiert		10 St(2)	3,05
			30 St	9,20

N06AX17 Milnacipran

Milnacipran 0,025				
	Milnacipran "Rivopharm" 25 mg Hartkaps.		28 St	6,50
			56 St	10,95
Milnacipran 0,05				
	Milnacipran "Rivopharm" 50 mg Hartkaps.		28 St	10,25
			56 St	17,40

N06AX18 Reboxetin

Reboxetin 0,004				
	Edronax 4 mg Tabl.	T2	20 St(2)	12,00
		T2	60 St	29,35

N06AX21 Duloxetin

Duloxetin 0,03				
N P	**Dulasolan 30 mg magensaftresistente Hartkaps.**		14 St(2)	2,60
			30 St	5,60
N P	**Duloxetin "+pharma" 30 mg magensaftresistente Hartkaps.**		20 St	2,90
			30 St	4,40
N P	**Duloxetin "1A Pharma" 30 mg magensaftresistente Hartkaps.**		14 St(2)	2,20
			30 St	4,80
N P	**Duloxetin "Accord" 30 mg magensaftresistente Hartkaps.**		14 St(2)	2,05
			30 St	4,40

	Bezeichnung	T	OP	KVP in €
N P	**Duloxetin "Genericon" 30 mg magensaftresistente Hartkaps.**		20 St 30 St	3,75 5,60
N P	**Duloxetin "Krka" 30 mg magensaftresistente Hartkaps.**		14 St(2) 30 St	2,60 5,60
N P	**Duloxetin "neuraxpharm" 30 mg magensaftresistente Hartkaps.**		14 St 28 St	1,90 3,80
N P	**Duloxetin "ratiopharm GmbH" 30 mg magensaftresistente Hartkaps.**		14 St(2) 30 St	2,05 4,40
N P	**Duloxetin "Sandoz" 30 mg magensaftresistente Hartkaps.**		14 St(2) 30 St	2,60 5,60
N P	**Duloxetin "Stada" 30 mg magensaftresistente Hartkaps.**		14 St 28 St	2,60 4,00
	Duloxetin "Zentiva" 30 mg magensaftresistente Hartkaps.		7 St(2) 28 St	0,80 3,15

Duloxetin 0,06

N P	**Dulasolan 60 mg magensaftresistente Hartkaps.**		14 St(2) 30 St	5,20 8,05
N P	**Duloxetin "+pharma" 60 mg magensaftresistente Hartkaps.**		20 St 30 St	5,75 8,05
N P	**Duloxetin "1A Pharma" 60 mg magensaftresistente Hartkaps.**		14 St(2) 30 St	4,20 8,05
N P	**Duloxetin "Accord" 60 mg magensaftresistente Hartkaps.**		14 St(2) 30 St	4,05 8,05
N P	**Duloxetin "Genericon" 60 mg magensaftresistente Hartkaps.**		20 St 30 St	6,50 8,05
N P	**Duloxetin "Krka" 60 mg magensaftresistente Hartkaps.**		14 St(2) 30 St	5,20 8,05
N P	**Duloxetin "neuraxpharm" 60 mg magensaftresistente Hartkaps.**		14 St 28 St	3,80 7,50
N P	**Duloxetin "ratiopharm GmbH" 60 mg magensaftresistente Hartkaps.**		14 St(2) 30 St	4,05 8,05
N P	**Duloxetin "Sandoz" 60 mg magensaftresistente Hartkaps.**		14 St(2) 30 St	5,20 8,05
N P	**Duloxetin "Stada" 60 mg magensaftresistente Hartkaps.**		14 St 28 St	4,55 7,50
	Duloxetin "Zentiva" 60 mg magensaftresistente Hartkaps.		14 St 28 St	3,15 6,25

N06B PSYCHOSTIMULANZIEN, MITTEL FÜR DIE ADHD UND NOOTROPIKA
N06BA Zentral wirkende Sympathomimetika
N06BA04 Methylphenidat

Methylphenidat 0,005

KNP SG	**Medikinet 5 mg Tabl.**	T2 T2	20 St 30 St	3,40 4,40

Methylphenidat 0,01

IND SG	**Methylphenidat "Stada" 10 mg Hartkaps. mit veränderter Wirkstofffreisetzung** Bei Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung (ADHS) bei Kindern ab 6 Jahren und Jugendlichen als Teil eines umfassenden Behandlungsprogramms. Diagnosestellung, Therapieeinleitung und regelmäßige Kontrolle durch NeurologInnen, PsychiaterInnen, Kinder- und JugendpsychiaterInnen oder PädiaterInnen.		10 St 30 St(2)	2,90 7,30
KNP SG	**Ritalin 10 mg Tabl.**	T2	30 St(2)	7,00

Methylphenidat 0,02

KNP SG	**Medikinet 20 mg Tabl.**	T2 T2	20 St 30 St	8,50 11,00

	Bezeichnung	T	OP	KVP in €
IND SG	**Methylphenidat "Stada" 20 mg Hartkaps. mit veränderter Wirkstofffreisetzung** Bei Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung (ADHS) bei Kindern ab 6 Jahren und Jugendlichen als Teil eines umfassenden Behandlungsprogramms. Diagnosestellung, Therapieeinleitung und regelmäßige Kontrolle durch NeurologInnen, PsychiaterInnen, Kinder- und JugendpsychiaterInnen oder PädiaterInnen.		10 St 30 St(2)	5,30 13,75

Methylphenidat 0,03

IND SG	**Methylphenidat "Stada" 30 mg Hartkaps. mit veränderter Wirkstofffreisetzung** Bei Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung (ADHS) bei Kindern ab 6 Jahren und Jugendlichen als Teil eines umfassenden Behandlungsprogramms. Diagnosestellung, Therapieeinleitung und regelmäßige Kontrolle durch NeurologInnen, PsychiaterInnen, Kinder- und JugendpsychiaterInnen oder PädiaterInnen.		10 St 30 St(2)	6,60 17,15

Methylphenidat 0,04

IND SG	**Methylphenidat "Stada" 40 mg Hartkaps. mit veränderter Wirkstofffreisetzung** Bei Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung (ADHS) bei Kindern ab 6 Jahren und Jugendlichen als Teil eines umfassenden Behandlungsprogramms. Diagnosestellung, Therapieeinleitung und regelmäßige Kontrolle durch NeurologInnen, PsychiaterInnen, Kinder- und JugendpsychiaterInnen oder PädiaterInnen.		10 St 30 St(2)	8,05 20,70

N06BA09 Atomoxetin

Atomoxetin 0,01

IND	**Atofab 10 mg Hartkaps.** Bei Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung (ADHS) bei Kindern ab 6 Jahren und Jugendlichen als Teil eines umfassenden Behandlungsprogramms. Diagnosestellung, Therapieeinleitung und regelmäßige Kontrolle durch NeurologInnen, PsychiaterInnen, Kinder- und JugendpsychiaterInnen oder PädiaterInnen.		10 St 30 St(2)	18,40 51,50
IND	**Atomoxetin "Stada" 10 mg Hartkaps.** Bei Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung (ADHS) bei Kindern ab 6 Jahren und Jugendlichen als Teil eines umfassenden Behandlungsprogramms. Diagnosestellung, Therapieeinleitung und regelmäßige Kontrolle durch NeurologInnen, PsychiaterInnen, Kinder- und JugendpsychiaterInnen oder PädiaterInnen.		7 St 28 St(2)	14,90 49,85

Atomoxetin 0,018

IND	**Atofab 18 mg Hartkaps.** Bei Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung (ADHS) bei Kindern ab 6 Jahren und Jugendlichen als Teil eines umfassenden Behandlungsprogramms. Diagnosestellung, Therapieeinleitung und regelmäßige Kontrolle durch NeurologInnen, PsychiaterInnen, Kinder- und JugendpsychiaterInnen oder PädiaterInnen.		10 St 30 St(2)	18,40 51,50
IND	**Atomoxetin "Stada" 18 mg Hartkaps.** Bei Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung (ADHS) bei Kindern ab 6 Jahren und Jugendlichen als Teil eines umfassenden Behandlungsprogramms. Diagnosestellung, Therapieeinleitung und regelmäßige Kontrolle durch NeurologInnen, PsychiaterInnen, Kinder- und JugendpsychiaterInnen oder PädiaterInnen.		7 St 28 St(2)	14,90 49,85

Atomoxetin 0,025

IND	**Atofab 25 mg Hartkaps.** Bei Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung (ADHS) bei Kindern ab 6 Jahren und Jugendlichen als Teil eines umfassenden Behandlungsprogramms. Diagnosestellung, Therapieeinleitung und regelmäßige Kontrolle durch NeurologInnen, PsychiaterInnen, Kinder- und JugendpsychiaterInnen oder PädiaterInnen.		10 St 30 St(2)	18,40 51,50

	Bezeichnung	T	OP	KVP in €
IND	**Atomoxetin "Stada" 25 mg Hartkaps.** Bei Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung (ADHS) bei Kindern ab 6 Jahren und Jugendlichen als Teil eines umfassenden Behandlungsprogramms. Diagnosestellung, Therapieeinleitung und regelmäßige Kontrolle durch NeurologInnen, PsychiaterInnen, Kinder- und JugendpsychiaterInnen oder PädiaterInnen.		7 St 28 St(2)	14,90 49,85

Atomoxetin 0,04

IND	**Atofab 40 mg Hartkaps.** Bei Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung (ADHS) bei Kindern ab 6 Jahren und Jugendlichen als Teil eines umfassenden Behandlungsprogramms. Diagnosestellung, Therapieeinleitung und regelmäßige Kontrolle durch NeurologInnen, PsychiaterInnen, Kinder- und JugendpsychiaterInnen oder PädiaterInnen.		10 St 30 St(2)	18,40 51,50
IND	**Atomoxetin "Stada" 40 mg Hartkaps.** Bei Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung (ADHS) bei Kindern ab 6 Jahren und Jugendlichen als Teil eines umfassenden Behandlungsprogramms. Diagnosestellung, Therapieeinleitung und regelmäßige Kontrolle durch NeurologInnen, PsychiaterInnen, Kinder- und JugendpsychiaterInnen oder PädiaterInnen.		7 St 28 St(2)	14,90 49,85

Atomoxetin 0,06

IND	**Atofab 60 mg Hartkaps.** Bei Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung (ADHS) bei Kindern ab 6 Jahren und Jugendlichen als Teil eines umfassenden Behandlungsprogramms. Diagnosestellung, Therapieeinleitung und regelmäßige Kontrolle durch NeurologInnen, PsychiaterInnen, Kinder- und JugendpsychiaterInnen oder PädiaterInnen.		10 St 30 St(2)	18,40 51,50
IND	**Atomoxetin "Stada" 60 mg Hartkaps.** Bei Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung (ADHS) bei Kindern ab 6 Jahren und Jugendlichen als Teil eines umfassenden Behandlungsprogramms. Diagnosestellung, Therapieeinleitung und regelmäßige Kontrolle durch NeurologInnen, PsychiaterInnen, Kinder- und JugendpsychiaterInnen oder PädiaterInnen.		7 St 28 St(2)	14,90 49,85

Atomoxetin 0,08

IND	**Atofab 80 mg Hartkaps.** Bei Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung (ADHS) bei Kindern ab 6 Jahren und Jugendlichen als Teil eines umfassenden Behandlungsprogramms. Diagnosestellung, Therapieeinleitung und regelmäßige Kontrolle durch NeurologInnen, PsychiaterInnen, Kinder- und JugendpsychiaterInnen oder PädiaterInnen.		30 St(2)	51,50
IND	**Atomoxetin "Stada" 80 mg Hartkaps.** Bei Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung (ADHS) bei Kindern ab 6 Jahren und Jugendlichen als Teil eines umfassenden Behandlungsprogramms. Diagnosestellung, Therapieeinleitung und regelmäßige Kontrolle durch NeurologInnen, PsychiaterInnen, Kinder- und JugendpsychiaterInnen oder PädiaterInnen.		28 St(2)	49,85

Atomoxetin 0,1

IND	**Atofab 100 mg Hartkaps.** Bei Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung (ADHS) bei Kindern ab 6 Jahren und Jugendlichen als Teil eines umfassenden Behandlungsprogramms. Diagnosestellung, Therapieeinleitung und regelmäßige Kontrolle durch NeurologInnen, PsychiaterInnen, Kinder- und JugendpsychiaterInnen oder PädiaterInnen.		30 St(2)	51,50

	Bezeichnung	T	OP	KVP in €

N06C PSYCHOLEPTIKA UND PSYCHOANALEPTIKA IN KOMBINATION
N06CA Antidepressiva in Kombination mit Psycholeptika
N06CA02 Melitracen und Psycholeptika

Melitracen 0,01, Flupentixol 0,0005

	Deanxit Filmtabl.		50 St 100 St	6,15 9,60

N06D ANTIDEMENTIVA
N06DA Cholinesterasehemmer
N06DA02 Donepezil

Donepezil 0,005

IND	**Donepezil "+pharma" 5 mg Filmtabl.** Demenz vom Alzheimer-Typ Erstdiagnose und regelmäßige Kontrollen durch NeurologInnen/PsychiaterInnen Nicht in Kombination mit anderen Arzneimitteln gegen Demenz		10 St(2) 30 St(3)	3,90 11,35
IND	**Donepezil HCl "1A Pharma" 5 mg Filmtabl.** Demenz vom Alzheimer-Typ Erstdiagnose und regelmäßige Kontrollen durch NeurologInnen/PsychiaterInnen Nicht in Kombination mit anderen Arzneimitteln gegen Demenz		10 St(2) 30 St(3)	4,20 12,30
IND	**Donepezil "Accord" 5 mg Filmtabl.** Demenz vom Alzheimer-Typ Erstdiagnose und regelmäßige Kontrollen durch NeurologInnen/PsychiaterInnen Nicht in Kombination mit anderen Arzneimitteln gegen Demenz		10 St(2) 30 St(3)	4,20 12,30
IND	**Donepezil "Bluefish" 5 mg Filmtabl.** Demenz vom Alzheimer-Typ Erstdiagnose und regelmäßige Kontrollen durch NeurologInnen/PsychiaterInnen Nicht in Kombination mit anderen Arzneimitteln gegen Demenz		7 St(2) 28 St(3)	2,65 10,50
IND	**Donepezil "Krka" 5 mg Filmtabl.** Demenz vom Alzheimer-Typ Erstdiagnose und regelmäßige Kontrollen durch NeurologInnen/PsychiaterInnen Nicht in Kombination mit anderen Arzneimitteln gegen Demenz		10 St(2) 30 St(3)	4,20 12,30
IND	**Donepezil "Stada" 5 mg Filmtabl.** Demenz vom Alzheimer-Typ Erstdiagnose und regelmäßige Kontrollen durch NeurologInnen/PsychiaterInnen Nicht in Kombination mit anderen Arzneimitteln gegen Demenz		14 St 28 St(3)	5,45 10,50

Donepezil 0,01

IND	**Donepezil "+pharma" 10 mg Filmtabl.** Demenz vom Alzheimer-Typ Erstdiagnose und regelmäßige Kontrollen durch NeurologInnen/PsychiaterInnen Nicht in Kombination mit anderen Arzneimitteln gegen Demenz		30 St(3)	21,90
IND	**Donepezil HCl "1A Pharma" 10 mg Filmtabl.** Demenz vom Alzheimer-Typ Erstdiagnose und regelmäßige Kontrollen durch NeurologInnen/PsychiaterInnen Nicht in Kombination mit anderen Arzneimitteln gegen Demenz	T2	30 St(3)	23,85
IND	**Donepezil "Accord" 10 mg Filmtabl.** Demenz vom Alzheimer-Typ Erstdiagnose und regelmäßige Kontrollen durch NeurologInnen/PsychiaterInnen Nicht in Kombination mit anderen Arzneimitteln gegen Demenz		30 St(3)	23,85
IND	**Donepezil "Bluefish" 10 mg Filmtabl.** Demenz vom Alzheimer-Typ Erstdiagnose und regelmäßige Kontrollen durch NeurologInnen/PsychiaterInnen Nicht in Kombination mit anderen Arzneimitteln gegen Demenz		28 St(3)	20,35
IND	**Donepezil "Krka" 10 mg Filmtabl.** Demenz vom Alzheimer-Typ Erstdiagnose und regelmäßige Kontrollen durch NeurologInnen/PsychiaterInnen Nicht in Kombination mit anderen Arzneimitteln gegen Demenz		30 St(3)	23,85

	Bezeichnung	T	OP	KVP in €
IND	**Donepezil "Stada" 10 mg Filmtabl.** Demenz vom Alzheimer-Typ Erstdiagnose und regelmäßige Kontrollen durch NeurologInnen/PsychiaterInnen Nicht in Kombination mit anderen Arzneimitteln gegen Demenz		28 St(3)	20,35

N06DA03 Rivastigmin

Rivastigmin 0,0015

IND	**Nimvastid 1,5 mg Hartkaps.** Demenz vom Alzheimer-Typ oder Demenz bei idiopathischem Parkinson-Syndrom Erstdiagnose und regelmäßige Kontrollen durch NeurologInnen/PsychiaterInnen Nicht in Kombination mit anderen Arzneimitteln gegen Demenz		30 St 60 St	18,40 35,45

Rivastigmin 0,003

IND	**Nimvastid 3 mg Hartkaps.** Demenz vom Alzheimer-Typ oder Demenz bei idiopathischem Parkinson-Syndrom Erstdiagnose und regelmäßige Kontrollen durch NeurologInnen/PsychiaterInnen Nicht in Kombination mit anderen Arzneimitteln gegen Demenz		60 St(3)	35,45

Rivastigmin 0,0045

IND	**Nimvastid 4,5 mg Hartkaps.** Demenz vom Alzheimer-Typ oder Demenz bei idiopathischem Parkinson-Syndrom Erstdiagnose und regelmäßige Kontrollen durch NeurologInnen/PsychiaterInnen Nicht in Kombination mit anderen Arzneimitteln gegen Demenz		60 St(3)	35,45

Rivastigmin 0,0046/die

IND	**Rivastigmin "1A Pharma" 4,6 mg/24 h transdermales Pflaster** Demenz vom Alzheimer-Typ Erstdiagnose und regelmäßige Kontrollen durch NeurologInnen/PsychiaterInnen Nicht in Kombination mit anderen Arzneimitteln gegen Demenz		7 St 30 St(3)	7,00 27,70
IND	**Rivastigmin "Stada" 4,6 mg/24 h transdermales Pflaster** Demenz vom Alzheimer-Typ Erstdiagnose und regelmäßige Kontrollen durch NeurologInnen/PsychiaterInnen Nicht in Kombination mit anderen Arzneimitteln gegen Demenz		7 St 30 St(3)	6,55 27,25

Rivastigmin 0,006

IND	**Nimvastid 6 mg Hartkaps.** Demenz vom Alzheimer-Typ oder Demenz bei idiopathischem Parkinson-Syndrom Erstdiagnose und regelmäßige Kontrollen durch NeurologInnen/PsychiaterInnen Nicht in Kombination mit anderen Arzneimitteln gegen Demenz		60 St(3)	35,45

Rivastigmin 0,0095/die

IND	**Rivastigmin "1A Pharma" 9,5 mg/24 h transdermales Pflaster** Demenz vom Alzheimer-Typ Erstdiagnose und regelmäßige Kontrollen durch NeurologInnen/PsychiaterInnen Nicht in Kombination mit anderen Arzneimitteln gegen Demenz		30 St(3)	27,70
IND	**Rivastigmin "Stada" 9,5 mg/24 h transdermales Pflaster** Demenz vom Alzheimer-Typ Erstdiagnose und regelmäßige Kontrollen durch NeurologInnen/PsychiaterInnen Nicht in Kombination mit anderen Arzneimitteln gegen Demenz		30 St(3)	27,25

Rivastigmin 0,0133/die

IND	**Rivastigmin "1A Pharma" 13,3 mg/24 h transdermales Pflaster** Demenz vom Alzheimer-Typ Erstdiagnose und regelmäßige Kontrollen durch NeurologInnen/PsychiaterInnen Nicht in Kombination mit anderen Arzneimitteln gegen Demenz		30 St(3)	27,70

	Bezeichnung	T	OP	KVP in €
IND	**Rivastigmin "Stada" 13,3 mg/24 h transdermales Pflaster** Demenz vom Alzheimer-Typ Erstdiagnose und regelmäßige Kontrollen durch NeurologInnen/PsychiaterInnen Nicht in Kombination mit anderen Arzneimitteln gegen Demenz		30 St(3)	27,25

N06DA04 Galantamin

Galantamin 0,008

IND	**Galantamin "Krka" 8 mg Retardkaps.** Demenz vom Alzheimer-Typ Erstdiagnose und regelmäßige Kontrollen durch NeurologInnen/PsychiaterInnen Nicht in Kombination mit anderen Arzneimitteln gegen Demenz		14 St(2) 30 St(3)	5,90 12,30

Galantamin 0,016

IND	**Galantamin "Krka" 16 mg Retardkaps.** Demenz vom Alzheimer-Typ Erstdiagnose und regelmäßige Kontrollen durch NeurologInnen/PsychiaterInnen Nicht in Kombination mit anderen Arzneimitteln gegen Demenz		30 St(3)	23,85

Galantamin 0,024

IND	**Galantamin "Krka" 24 mg Retardkaps.** Demenz vom Alzheimer-Typ Erstdiagnose und regelmäßige Kontrollen durch NeurologInnen/PsychiaterInnen Nicht in Kombination mit anderen Arzneimitteln gegen Demenz		30 St(3)	23,85

N06DX Andere Antidementiva
N06DX01 Memantin

Memantin 0,01

IND	**Memantin "ratiopharm GmbH" 10 mg Filmtabl.** Demenz vom Alzheimer-Typ Erstdiagnose und regelmäßige Kontrollen durch NeurologInnen/PsychiaterInnen Nicht in Kombination mit anderen Arzneimitteln gegen Demenz	T2 T2	14 St 28 St(3)	2,75 5,45
IND	**Memantin "Stada" 10 mg Filmtabl.** Demenz vom Alzheimer-Typ Erstdiagnose und regelmäßige Kontrollen durch NeurologInnen/PsychiaterInnen Nicht in Kombination mit anderen Arzneimitteln gegen Demenz	T2 T2	14 St 28 St(3)	3,25 6,55
IND	**Memolan 10 mg Filmtabl.** Demenz vom Alzheimer-Typ Erstdiagnose und regelmäßige Kontrollen durch NeurologInnen/PsychiaterInnen Nicht in Kombination mit anderen Arzneimitteln gegen Demenz	T2 T2	10 St 30 St(3)	1,95 5,85

Memantin 0,02

IND	**Memantin "ratiopharm GmbH" 20 mg Filmtabl.** Demenz vom Alzheimer-Typ Erstdiagnose und regelmäßige Kontrollen durch NeurologInnen/PsychiaterInnen Nicht in Kombination mit anderen Arzneimitteln gegen Demenz		14 St 28 St(3)	5,45 10,60
IND	**Memantin "Stada" 20 mg Filmtabl.** Demenz vom Alzheimer-Typ Erstdiagnose und regelmäßige Kontrollen durch NeurologInnen/PsychiaterInnen Nicht in Kombination mit anderen Arzneimitteln gegen Demenz		14 St 28 St(3)	6,55 12,70
IND	**Memolan 20 mg Filmtabl.** Demenz vom Alzheimer-Typ Erstdiagnose und regelmäßige Kontrollen durch NeurologInnen/PsychiaterInnen Nicht in Kombination mit anderen Arzneimitteln gegen Demenz		10 St 30 St(3)	3,90 11,35

N06DX02 Ginkgoblatt

Ginkgoblatt 0,04

	Tebofortan 40 mg Filmtabl.		20 St(2) 50 St	3,95 8,45

	Bezeichnung	T	OP	KVP in €
Ginkgoblatt 0,04/ml				
	Tebofortan 4 % Tropf.		20 ml (2) *1 ml = 20 Tr.* 50 ml *1 ml = 20 Tr.*	4,20 9,15
Ginkgoblatt 0,08				
	Cerebokan Filmtabl.		30 St 60 St (2)	8,00 14,55

N07 ANDERE MITTEL FÜR DAS NERVENSYSTEM
N07A PARASYMPATHOMIMETIKA
N07AA Cholinesterasehemmer
N07AA02 Pyridostigmin

Pyridostigmin 0,06				
	Mestinon Drag.		150 St	39,60

N07B MITTEL ZUR BEHANDLUNG VON SUCHTERKRANKUNGEN
N07BB Mittel zur Behandlung der Alkoholabhängigkeit
N07BB03 Acamprosat

Acamprosat 0,333				
P	**Campral Filmtabl.** *zur medikamentösen Unterstützung der Entzugsbehandlung bei Alkoholkranken*		84 St 168 St	37,00 63,80

N07BB04 Naltrexon

Naltrexon 0,05				
P	**Dependex 50 mg Filmtabl.** *zur medikamentösen Unterstützung der Entzugsbehandlung bei Alkoholkranken*	T2	28 St	52,70
P	**Naltrexon "Accord" 50 mg Filmtabl.** *zur medikamentösen Unterstützung der Entzugsbehandlung bei Alkoholkranken*	T2	28 St	44,80

N07C ANTIVERTIGINOSA
N07CA Antivertiginosa
N07CA01 Betahistin

Betahistin 0,008				
	Betahistin "Actavis" 8 mg Tabl.		30 St (2) 100 St	3,35 8,60
	Betahistin "ratiopharm" 8 mg Tabl.		30 St (2) 100 St	3,35 8,60
	Betaserc 8 mg Tabl.		30 St (2) 100 St	3,35 8,70
Betahistin 0,016				
	Betahistin "Actavis" 16 mg Tabl.	T2 T2	30 St 60 St	5,70 9,45
	Betahistin "Viatris" 16 mg Tabl.	T2 T2	30 St 60 St	5,65 9,45
	Betahistin "ratiopharm" 16 mg Tabl.	T2 T2	30 St 60 St	5,70 9,45
	Betaserc 16 mg Tabl.	T2 T2	30 St 60 St	5,70 9,55
Betahistin 0,024				
	Betahistin "Actavis" 24 mg Tabl.	T2 T2	20 St (2) 60 St	3,80 9,45

	Bezeichnung	T	OP	KVP in €
	Betahistin "ratiopharm" 24 mg Tabl.	T2	20 St(2)	3,80
		T2	60 St	9,45
	Betahistin "Viatris" 24 mg Tabl.		20 St(2)	3,75
			60 St	9,40

N07X ANDERE MITTEL FÜR DAS NERVENSYSTEM
N07XX Andere Mittel für das Nervensystem
N07XX06 Tetrabenazin

Tetrabenazin 0,025

IND	**Tetmodis 25 mg Tabl.** als Zweitlinientherapie	T2	112 St	99,40

P ANTIPARASITÄRE MITTEL, INSEKTIZIDE UND REPELLENZIEN
P01 MITTEL GEGEN PROTOZOEN-ERKRANKUNGEN
P01A MITTEL GEGEN AMÖBEN UND ANDERE PROTOZOEN-ERKRANKUNGEN
P01AB Nitroimidazol-Derivate
P01AB01 Metronidazol

Metronidazol 0,5

	Anaerobex Filmtabl.	T2	10 St	9,60
		T2	14 St	13,45
		T2	20 St	18,60

P02 ANTHELMINTIKA
P02C NEMATODENMITTEL
P02CA Benzimidazol-Derivate
P02CA01 Mebendazol

Mebendazol 0,1

	Pantelmin Tabl.	T2	6 St	3,35

P02CC Tetrahydropyrimidin-Derivate
P02CC01 Pyrantel

Pyrantel 0,05/ml

	Combantrin orale Susp.		10 ml *1 ML = 5 ml*	5,15

Pyrantel 0,25

	Combantrin 250 mg Kautabl.	T2	4 St	8,60

P02CF Avermektine
P02CF01 Ivermectin

Ivermectin 0,003

IND	**Ivergelan 3 mg Tabl.** Zur Behandlung der Skabies bei PatientInnen mit mindestens 15 kg Körpergewicht.		4 St(2)	18,40
IND	**Ivermectin "Stada" 3 mg Tabl.** Zur Behandlung der Skabies bei PatientInnen mit mindestens 15 kg Körpergewicht.		4 St(2)	18,40
IND	**Scabioral 3 mg Tabl.** Zur Behandlung der Skabies bei PatientInnen mit mindestens 15 kg Körpergewicht.		4 St(2)	22,30

P03 MITTEL GEGEN EKTOPARASITEN, INKL. ANTISCABIOSA, INSEKTIZIDE
P03A MITTEL GEGEN EKTOPARASITEN, INKL. ANTISCABIOSA
P03AC Pyrethrine, inkl. synthetische Verbindungen
P03AC04 Permethrin

Permethrin 0,05/g

	Infectoscab 5 % Creme		30 g	21,40

	Bezeichnung	T	OP	KVP in €

R RESPIRATIONSTRAKT
R01 RHINOLOGIKA
R01A DEKONGESTIVA UND ANDERE RHINOLOGIKA ZUR TOPISCHEN ANWENDUNG
R01AA Sympathomimetika, rein

Amidephrinmesylat 0,001/ml

	Fentrinol Nasentropf.		12 ml *1 ml = 25 Tr.*	3,40

R01AA08 Naphazolin

Naphazolin 0,001/ml

	Rhinon Nasentropf.		10 ml *1 ml = 35 Tr.*	2,15
	Rhinoperd Nasentropf.		10 ml (2) *1 ml = 28 Tr.*	2,20

R01AB Sympathomimetika, Kombinationen exkl. Corticosteroide
R01AB02 Naphazolin

Naphazolin 0,0005, Diphenhydramin 0,001/ml

	Coldistan Nasentropf.		10 ml *1 ml = 25 Tr.*	2,85

R01AB05 Ephedrin

Ephedrin laevulin. 0,02, Silbereiweiß 0,025/ml

	Coldargan Lsg.		10 ml *1 ml = 27 Tr.*	6,35

R01AC Antiallergika, exkl. Corticosteroide
R01AC01 Cromoglicinsäure

Cromoglicinsäure 0,0028/Hb

IND	**Lomusol Nasenspray** allerg. Rhinitis		20 ml *140 Hb*	9,40

R01AC02 Levocabastin

Levocabastin 0,00005/Hb

IND	**Livostin Nasenspray** allerg. Rhinitis		10 ml *100 Hb*	8,40

R01AC03 Azelastin

Azelastin 0,00014/Hb

IND	**Allergodil Nasenspray** allerg. Rhinitis		10 ml *70 Hb*	8,75

R01AD Corticosteroide
R01AD08 Fluticason

Fluticason 0,00005/Hb

IND	**Flixonase aquosum Nasenspray** allerg. Rhinitis		15 g *120 Hb*	15,70

R01AD09 Mometason

Mometason 0,00005/Hb

IND	**Mometason "Cipla" 50 mcg/Sprühstoß Nasenspray** allerg. Rhinitis; Behandlung nasaler Polypen		18 g *140 Hb*	6,30
IND	**Mometason "Hexal" 50 mcg/Sprühstoß Nasenspray** allerg. Rhinitis; Behandlung nasaler Polypen		18 g *140 Hb*	6,80
IND	**Mometason "ratiopharm" 50 mcg/Sprühstoß Nasenspray** allerg. Rhinitis; Behandlung nasaler Polypen		18 g *140 Hb*	6,80

	Bezeichnung	T	OP	KVP in €

R01AD12 Fluticasonfuroat

Fluticasonfuroat 0,0000275/Hb

IND	**Avamys 27,5 mcg/Sprühstoß Nasenspray, Susp.** allerg. Rhinitis		120 Hb	13,70

R01AD58 Fluticason, Kombinationen

Fluticason 0,00005, Azelastin 0,000125/Hb

IND	**Azelastin/Fluticason "ratiopharm" 137 mcg/50 mcg pro Sprühstoß Nasenspray, Susp.** Zur symptomatischen Behandlung der mittelschweren bis schweren allergischen Rhinitis, wenn eine Monotherapie entweder mit einem intranasalen Antihistaminikum oder Glucocorticoid nicht ausreichend ist.		1 St *120 Hb*	11,00
IND	**Dymista 137 mcg/50 mcg pro Sprühstoß Nasenspray, Susp.** Zur symptomatischen Behandlung der mittelschweren bis schweren allergischen Rhinitis, wenn eine Monotherapie entweder mit einem intranasalen Antihistaminikum oder Glucocorticoid nicht ausreichend ist		23 g *120 Hb*	15,30

R01AD59 Mometason, Kombinationen

Mometasonfuroat 0,000025, Olopatadin 0,0006/Hb

IND	**Ryaltris 25 mcg/600 mcg pro Sprühstoß Nasenspray, Susp.** Zur Behandlung mäßig bis stark ausgeprägter Nasensymptome der mittelschweren bis schweren allergischen Rhinitis bei PatientInnen ab 12 Jahren, wenn eine Monotherapie entweder mit einem Antihistaminikum oder intranasalen Corticosteroid nicht ausreichend ist.		240 Hb	14,95

R01AX Andere Rhinologika
R01AX03 Ipratropiumbromid

Ipratropiumbromid 0,000021/Hb

	Nasipral 0,3 mg/ml Nasenspray		20 ml *240 Hb*	9,20

R02 HALS- UND RACHENTHERAPEUTIKA
R02A HALS- UND RACHENTHERAPEUTIKA
R02AA Antiseptika
R02AA02 Dequalinium

Dequalinium 0,0001/ml

	Tonsillol Gurgellsg.		60 ml (2)	2,55

R03 MITTEL BEI OBSTRUKTIVEN ATEMWEGSERKRANKUNGEN
R03A INHALATIVE SYMPATHOMIMETIKA
R03AC Selektive Beta2-Adrenorezeptor-Agonisten
R03AC02 Salbutamol

Salbutamol 0,0001/Hb

	Novolizer Salbutamol "Meda" 100 mcg Plv. zur Inh. + Inhalator		200 Hb	10,15
	Novolizer Salbutamol "Meda" 100 mcg Plv. zur Inh. Nachfüllpackung		200 Hb (2)	6,90
	Sultanol Dosieraerosol FCKW-frei		1 St (2) *200 Hb*	4,90

Salbutamol 0,0002/Hb

	Sultanol Diskus 0,2 mg Plv. zur Trockeninh.		60 St (2)	8,45

Salbutamol 0,005/ml

	Sultanol Inh.lsg.		10 ml (2)	3,65

R03AC04 Fenoterol

Fenoterol 0,0001/Hb

	Berotec 100 mcg Dosieraerosol		14 g (2) *200 Hb*	6,20

	Bezeichnung	T	OP	KVP in €
	R03AC12 Salmeterol			
	Salmeterol 0,000025/Hb			
IND	**Serevent Evohaler 25 mcg/Sprühstoß Dosieraerosol** Mittelschweres bis schweres Asthma mit nächtlichen Anfällen; stabile mittelgradige bis schwere COPD		1 St (2) *120 Hb*	31,00
	Salmeterol 0,00005/Hb			
IND	**Serevent Diskus Plv. zur Trockeninh.** Mittelschweres bis schweres Asthma mit nächtlichen Anfällen; stabile mittelgradige bis schwere COPD		60 St (2)	31,00
	R03AC13 Formoterol			
	Formoterol 0,000012/Hb			
IND	**Forair 12 mcg Dosieraerosol** Mittelschweres bis schweres Asthma mit nächtlichen Anfällen; stabile mittelgradige bis schwere COPD		120 Hb	35,25
IND	**Novolizer Formoterol "Meda" 12 mcg Plv. zur Inh. + Inhalator** Mittelschweres bis schweres Asthma mit nächtlichen Anfällen; stabile mittelgradige bis schwere COPD		60 Hb	19,20
IND	**Novolizer Formoterol "Meda" 12 mcg Plv. zur Inh. Nachfüllpackung** Mittelschweres bis schweres Asthma mit nächtlichen Anfällen; stabile mittelgradige bis schwere COPD		60 Hb (2)	19,20
IND	**Oxis Turbohaler 12 mcg Dosier-Pulverinhalator** Mittelschweres bis schweres Asthma mit nächtlichen Anfällen; stabile mittelgradige bis schwere COPD		1 St (2) *60 Hb*	21,15
	R03AK Sympathomimetika in Kombination mit Corticosteroiden oder anderen Mitteln, exkl. Anticholinergika **R03AK06 Salmeterol und Fluticason**			
	Salmeterol 0,000025, Fluticasonpropionat 0,00005/Hb			
IND	**Seretide levis 25 mcg/50 mcg pro Sprühstoß Druckgasinh.** Mittelschweres Asthma mit nächtlichen Anfällen		1 St *120 Hb*	26,90
	Salmeterol 0,000025, Fluticasonpropionat 0,000125/Hb			
IND	**Seretide standard 25 mcg/125 mcg pro Sprühstoß Druckgasinh.** Mittelschweres bis schweres Asthma mit nächtlichen Anfällen		1 St *120 Hb*	38,10
IND	**Zoreeda 25 mcg/125 mcg pro Dosis Druckgasinh., Susp.** Mittelschweres bis schweres Asthma mit nächtlichen Anfällen		1 St *120 Hb*	28,30
	Salmeterol 0,000025, Fluticasonpropionat 0,00025/Hb			
IND	**Seretide forte 25 mcg/250 mcg pro Sprühstoß Druckgasinh.** Mittelschweres bis schweres Asthma mit nächtlichen Anfällen		1 St *120 Hb*	38,10
IND	**Zoreeda 25 mcg/250 mcg pro Dosis Druckgasinh., Susp.** Mittelschweres bis schweres Asthma mit nächtlichen Anfällen		1 St *120 Hb*	28,30
	Salmeterol 0,00005, Fluticasonpropionat 0,0001/Hb			
IND	**Everio Airmaster 50 mcg/100 mcg einzeldosiertes Plv. zur Inh.** Mittelschweres Asthma mit nächtlichen Anfällen		1 St (3) *60 Hb*	8,60
IND	**Salmeterol/Fluticason "Stada" 50 mcg/100 mcg einzeldosiertes Plv. zur Inh.** Mittelschweres Asthma mit nächtlichen Anfällen		1 St (3) *60 Hb*	8,65
	Salmeterol 0,00005, Fluticasonpropionat 0,00025/Hb			
IND	**AirFluSal Forspiro 50 mcg/250 mcg einzeldosiertes Plv. zur Inh.** Mittelschweres bis schweres Asthma mit nächtlichen Anfällen		1 St (3) *60 Hb*	19,35
IND	**Everio Airmaster 50 mcg/250 mcg einzeldosiertes Plv. zur Inh.** Mittelschweres bis schweres Asthma mit nächtlichen Anfällen		1 St (3) *60 Hb*	16,40
IND	**Salmecomp 50 mcg/250 mcg einzeldosiertes Plv. zur Inh.** Mittelschweres bis schweres Asthma mit nächtlichen Anfällen		1 St (3) *60 Hb*	19,35
IND	**Salmeterol/Fluticason "Stada" 50 mcg/250 mcg einzeldosiertes Plv. zur Inh.** Mittelschweres bis schweres Asthma mit nächtlichen Anfällen		1 St (3) *60 Hb*	16,55
IND	**Seretide Diskus standard 50 mcg/250 mcg einzeldosiertes Plv. zur Inh.** Mittelschweres bis schweres Asthma mit nächtlichen Anfällen		60 St (3)	19,35

	Bezeichnung	T	OP	KVP in €
Salmeterol 0,00005, Fluticasonpropionat 0,0005/Hb				
IND	**AirFluSal Forspiro 50 mcg/500 mcg einzeldosiertes Plv. zur Inh.** Mittelschweres bis schweres Asthma mit nächtlichen Anfällen; PatientInnen mit COPD mit FEV1 unter 60 % des Normwertes und wiederholten Exazerbationen (mehr als 1x pro Jahr) nach Erstverordnung durch PulmologInnen		1 St (3) *60 Hb*	19,35
IND	**Everio Airmaster 50 mcg/500 mcg einzeldosiertes Plv. zur Inh.** Mittelschweres bis schweres Asthma mit nächtlichen Anfällen; PatientInnen mit COPD mit FEV1 unter 60 % des Normwertes und wiederholten Exazerbationen (mehr als 1x pro Jahr) nach Erstverordnung durch PulmologInnen		1 St (3) *60 Hb*	19,30
IND	**Salmecomp 50 mcg/500 mcg einzeldosiertes Plv. zur Inh.** Mittelschweres bis schweres Asthma mit nächtlichen Anfällen; PatientInnen mit COPD mit FEV1 unter 60 % des Normwertes und wiederholten Exazerbationen (mehr als 1x pro Jahr) nach Erstverordnung durch PulmologInnen		1 St (3) *60 Hb*	19,35
IND	**Salmeterol/Fluticason "Stada" 50 mcg/500 mcg einzeldosiertes Plv. zur Inh.** Mittelschweres bis schweres Asthma mit nächtlichen Anfällen; PatientInnen mit COPD mit FEV1 unter 60 % des Normwertes und wiederholten Exazerbationen (mehr als 1x pro Jahr) nach Erstverordnung durch PulmologInnen		1 St (3) *60 Hb*	19,35
IND	**Seretide Diskus forte 50 mcg/500 mcg einzeldosiertes Plv. zur Inh.** Mittelschweres bis schweres Asthma mit nächtlichen Anfällen; PatientInnen mit COPD mit FEV1 unter 60 % des Normwertes und wiederholten Exazerbationen (mehr als 1x pro Jahr) nach Erstverordnung durch PulmologInnen		60 St (3)	19,35

R03AK07 Formoterol und Budesonid

Formoterol 0,0000045, Budesonid 0,00008/Hb				
IND	**Symbicort mite Turbohaler 80 mcg/4,5 mcg pro Dosis Plv. zur Inh.** Mittelschweres Asthma mit nächtlichen Anfällen		1 St (2) *60 Hb*	27,00
Formoterol 0,0000045, Budesonid 0,00016/Hb				
IND	**Symbicort Turbohaler 160 mcg/4,5 mcg pro Dosis Plv. zur Inh.** Mittelschweres bis schweres Asthma mit nächtlichen Anfällen; Patienten mit COPD Stadium III und IV und wiederholten Exazerbationen (mehr als 1x pro Jahr) nach Erstverordnung durch Pulmologen		1 St *60 Hb* 1 St *120 Hb*	31,30 51,25
Formoterol 0,000009, Budesonid 0,00032/Hb				
IND	**Symbicort forte Turbohaler 320 mcg/9 mcg pro Dosis Plv. zur Inh.** Mittelschweres bis schweres Asthma mit nächtlichen Anfällen; PatientInnen mit COPD Stadium III und IV und wiederholten Exazerbationen (mehr als 1x pro Jahr) nach Erstverordnung durch PulmologInnen		1 St *60 Hb*	51,25

R03AK08 Formoterol und Beclometason

Formoterol 0,000006, Beclometasondipropionat 0,0001/Hb				
IND	**Beclometason/Formoterol "Stada" 100 mcg/6 mcg pro Sprühstoß Druckgasinh., Lsg.** Erstverordnung und regelmäßige Kontrolle durch PulmologInnen.		120 Hb (3)	17,70
IND	**Befodair 100 mcg/6 mcg pro Sprühstoß, Druckgasinh., Lsg.** Erstverordnung und regelmäßige Kontrolle durch PulmologInnen.		120 Hb (3)	14,55
IND	**Foster 100 mcg/6 mcg pro Sprühstoß, Druckgasinh., Lsg.** Mittelschweres bis schweres Asthma mit nächtlichen Anfällen		120 Hb	40,00
IND	**Foster Nexthaler 100 mcg/6 mcg pro Dosis Plv. z. Inh.** Mittelschweres bis schweres Asthma mit nächtlichen Anfällen		120 Hb	40,00

R03AK10 Vilanterol und Fluticasonfuroat

Vilanterol 0,000022, Fluticasonfuroat 0,000092/Hb				
IND	**Relvar Ellipta 92 mcg/22 mcg einzeldosiertes Plv. zur Inh.** (PM) Mittelschweres bis schweres Asthma bei Erwachsenen und Jugendlichen ab 12 Jahren; Erwachsene mit COPD mit einem FEV1 kleiner 70 % des Normwertes und wiederholten Exazerbationen (mehr als 1x pro Jahr)		30 Hb	40,85

	Bezeichnung	T	OP	KVP in €

R03AK11 Formoterol und Fluticason

Formoterol 0,000005, Fluticasonpropionat 0,00005/Hb

IND	**Flutiform 50 mcg/5 mcg pro Sprühstoß Druckgasinh. Susp.** (PM) Mittelschweres Asthma mit nächtlichen Anfällen bei Erwachsenen und Jugendlichen ab 12 Jahren		120 Hb	30,70

Formoterol 0,000005, Fluticasonpropionat 0,000125/Hb

IND	**Flutiform 125 mcg/5 mcg pro Sprühstoß Druckgasinh. Susp.** Mittelschweres bis schweres Asthma mit nächtlichen Anfällen bei Erwachsenen und Jugendlichen ab 12 Jahren		120 Hb	39,75

R03AK14 Indacaterol und Mometason

Indacaterol 0,000125, Mometasonfuroat 0,0000625/Hb

IND	**Atectura Breezhaler 125 mcg/62,5 mcg Hartkaps. Plv. zur Inh.** (PM) Mittelschweres bis schweres Asthma bei PatientInnen ab 12 Jahren, die mit inhalativen Corticosteroiden und inhalativen, kurzwirksamen Beta2-Agonisten nicht ausreichend kontrolliert sind		10 St 30 St(3)	10,35 29,15

Indacaterol 0,000125, Mometasonfuroat 0,0001275/Hb

IND	**Atectura Breezhaler 125 mcg/127,5 mcg Hartkaps. Plv. zur Inh.** (PM) Mittelschweres bis schweres Asthma bei PatientInnen ab 12 Jahren, die mit inhalativen Corticosteroiden und inhalativen, kurzwirksamen Beta2-Agonisten nicht ausreichend kontrolliert sind		10 St 30 St(3)	10,35 29,30

Indacaterol 0,000125, Mometasonfuroat 0,000260/Hb

IND	**Atectura Breezhaler 125 mcg/260 mcg Hartkaps. Plv. zur Inh.** (PM) Mittelschweres bis schweres Asthma bei PatientInnen ab 12 Jahren, die mit inhalativen Corticosteroiden und inhalativen, kurzwirksamen Beta2-Agonisten nicht ausreichend kontrolliert sind		10 St 30 St(3)	10,35 29,30

R03AL Sympathomimetika in Kombination mit Anticholinergika, inkl. Dreifachkombinationen mit Corticosteroiden

R03AL01 Fenoterol und Ipratropiumbromid

Fenoterol 0,00005, Ipratropiumbromid 0,00002/Hb

	Berodual Dosieraerosol		1 St(2) *200 Hb*	10,50

Fenoterol 0,0005, Ipratropiumbromid 0,00025/ml

	Berodualin Inh.lsg.		20 ml(2)	6,35

R03AL03 Vilanterol und Umeclidiniumbromid

Vilanterol 0,000022, Umeclidinium 0,000055/Hb

IND	**Anoro Ellipta 55 mcg/22 mcg einzeldosiertes Plv. zur Inh.** COPD ab GOLD Grad B nach Erstverordnung durch PulmologInnen		30 Hb(2)	57,65

R03AL04 Indacaterol und Glycopyrroniumbromid

Indacaterol 0,000085, Glycopyrronium 0,000043/Hb

IND	**Ultibro Breezhaler 85 mcg/43 mcg Hartkaps. Plv. zur Inh.** COPD ab GOLD Grad B nach Erstverordnung durch PulmologInnen		30 St(2)	64,10

R03AL05 Formoterol und Aclidiniumbromid

Formoterol 0,000012, Aclidinium 0,00034/Hb

IND	**Brimica Genuair 340 mcg/12 mcg Plv. zur Inh.** COPD ab GOLD Grad B nach Erstverordnung durch PulmologInnen		60 Hb(2)	51,90
IND	**Duaklir Genuair 340 mcg/12 mcg Plv. zur Inh.** COPD ab GOLD Grad B nach Erstverordnung durch PulmologInnen		60 Hb(2)	51,90

R03AL06 Olodaterol und Tiotropiumbromid

Olodaterol 0,0000025, Tiotropium 0,0000025/Hb

IND	**Spiolto Respimat 2,5 mcg/2,5 mcg Lsg zur Inh.** COPD ab GOLD 2 Gruppe B nach Erstverordnung durch PulmologInnen		60 Hb	46,70

	Bezeichnung	T	OP	KVP in €
IND	**Spiolto Respimat 2,5 mcg/2,5 mcg Lsg zur Inh. Nachfüllpackung** COPD ab GOLD 2 Gruppe B nach Erstverordnung durch PulmologInnen		1 St(3) *60 Hb*	46,70

R03AL08 Vilanterol, Umeclidiniumbromid und Fluticasonfuroat

Vilanterol 0,000022, Umeclidinium 0,000055, Fluticasonfuroat 0,000092/Hb

IND	**Trelegy Ellipta 92 mcg/55 mcg/22 mcg einzeldosiertes Plv. zur Inh.** (PM) COPD ab GOLD 3 und COPD-Assessment-Test (CAT) größer/gleich 10 Punkte, wenn trotz einer täglichen maximal dosierten Therapie mit einem lang wirkenden inhalativen Anticholinergikum plus einem langwirkenden Beta2-Agonisten (LAMA + LABA) oder einem langwirkenden Beta2-Agonisten plus inhalativem Corticosteroid (LABA + ICS) mindestens zwei Exazerbationen oder mindestens eine Exazerbation mit stationärer Spitalsbehandlung in den letzten 12 Monaten auftraten, nach Erstverordnung durch PulmologInnen.		30 Hb	69,45

R03AL09 Formoterol, Glycopyrroniumbromid und Beclometason

Formoterolfumarat Dihydrat 0,000005, Glycopyrronium 0,000009, Beclometasondipropionat 0,000087/Hb

IND	**Trimbow 87 mcg/5 mcg/9 mcg Druckgasinh., Lsg.** COPD ab GOLD 3 und COPD-Assessment-Test (CAT) größer/gleich 10 Punkte, wenn trotz einer täglichen maximal dosierten Therapie mit einem lang wirkenden inhalativen Anticholinergikum plus einem langwirkenden Beta2-Agonisten (LAMA + LABA) oder einem langwirkenden Beta2-Agonisten plus inhalativem Corticosteroid (LABA + ICS) mindestens zwei Exazerbationen oder mindestens eine Exazerbation mit stationärer Spitalsbehandlung in den letzten 12 Monaten auftraten, nach Erstverordnung durch PulmologInnen.		120 Hb	63,25

R03AL11 Formoterol, Glycopyrroniumbromid und Budesonid

Formoterol 0,000005, Glycopyrroniumbromid 0,0000072, Budesonid 0,00016/Hb

IND	**Trixeo Aerosphere 5 mcg/7,2 mcg/160 mcg Druckgasinh., Susp.** (PM) COPD ab GOLD 3 und COPD-Assessment-Test (CAT) größer/gleich 10 Punkte, wenn trotz einer täglichen maximal dosierten Therapie mit einem lang wirkenden inhalativen Anticholinergikum plus einem langwirkenden Beta2-Agonisten (LAMA + LABA) oder einem langwirkenden Beta2-Agonisten plus inhalativem Corticosteroid (LABA + ICS) mindestens zwei Exazerbationen oder mindestens eine Exazerbation mit stationärer Spitalsbehandlung in den letzten 12 Monaten auftraten, nach Erstverordnung durch PulmologInnen.		120 Hb	65,75

R03AL12 Indacaterol, Glycopyrroiniumbromid und Mometason

Indacaterol 0,000114, Glycopyrronium 0,000046, Mometasonfuroat 0,000136/Hb

IND	**Enerzair Breezhaler 114 mcg/46 mcg/136 mcg Hartkaps. Plv. zur Inh.** Schweres Asthma bei Erwachsenen mit zumindest einer Asthmaexazerbation in den letzten 12 Monaten, die mit einer Kombination aus einem langwirksamen Beta2-Agonisten und einer hohen Dosis eines inhalativen Corticosteroids als Erhaltungstherapie nicht ausreichend kontrolliert sind.		10 St 30 St	22,40 63,65

R03B ANDERE INHALATIVE MITTEL BEI OBSTRUKTIVEN ATEMWEGSERKRANKUNGEN

R03BA Glucocorticoide

R03BA01 Beclometason

Beclometason 0,0001/Hb

	Aerocortin 100 mcg Autohaler		10 ml *200 Hb*	37,10

R03BA02 Budesonid

Budesonid 0,0001/Hb

	Pulmicort Turbohaler 0,1 mg Dosier-Pulverinhalator		1 St(2) *200 Hb*	18,75

Budesonid 0,0002/Hb

	Novolizer Budesonid "Meda" 200 mcg Plv. zur Inh. + Inhalator		200 Hb	27,05
	Novolizer Budesonid "Meda" 200 mcg Plv. zur Inh. Nachfüllpackung		200 Hb	21,65

	Bezeichnung	T	OP	KVP in €
	Pulmicort Turbohaler 0,2 mg Dosier-Pulverinhalator		1 St (2) *100 Hb*	16,90
Budesonid 0,0004/Hb				
	Miflonide Breezhaler 400 mcg Hartkaps. Plv. zur Inh.		60 St (2)	17,40
	Novolizer Budesonid "Meda" 400 mcg Plv. zur Inh. + Inhalator		100 Hb	27,05
	Novolizer Budesonid "Meda" 400 mcg Plv. zur Inh. Nachfüllpackung		100 Hb	21,65
	Pulmicort Turbohaler 0,4 mg Dosier-Pulverinhalator		1 St (2) *50 Hb*	14,80
Budesonid 0,0005				
F6J	**Pulmicort 0,5 mg Susp. zur Inh.**		20 St	25,70
Budesonid 0,001				
	Pulmicort 1 mg Susp. zur Inh.		20 St	39,55

R03BA05 Fluticason

Fluticason 0,00005/Hb				
	Flixotide junior 0,05 mg Dosieraerosol		1 St (2) *120 Hb*	17,65
Fluticason 0,0001/Hb				
	Flixotide Diskus junior 0,1 mg Plv. zur Trockeninh.		1 St *60 Hb*	18,60
Fluticason 0,000125/Hb				
	Flixotide standard 0,125 mg Dosieraerosol		1 St (2) *120 Hb*	27,90
Fluticason 0,00025/Hb				
	Flixotide forte 0,25 mg Dosieraerosol		1 St (2) *120 Hb*	46,25
	Flixotide Diskus standard 0,25 mg Plv. zur Trockeninh.		1 St *60 Hb*	31,00
Fluticason 0,0005/Hb				
	Flixotide Diskus forte 0,5 mg Plv. zur Trockeninh.		1 St *60 Hb*	49,55

R03BA08 Ciclesonid

Ciclesonid 0,00008/Hb				
	Alvesco 80 mcg Dosieraerosol		60 Hb	20,15
Ciclesonid 0,00016/Hb				
	Alvesco 160 mcg Dosieraerosol		60 Hb (2)	22,40

R03BB Anticholinergika
R03BB01 Ipratropiumbromid

Ipratropiumbromid 0,00002/Hb				
	Atrovent Dosieraerosol		1 St (2) *200 Hb*	8,25

R03BB04 Tiotropiumbromid

Tiotropium 0,0000025/Hb				
IND	**Spiriva Respimat 2,5 mcg Lsg. zur Inh.** COPD ab GOLD 2 nach Erstverordnung durch PulmologInnen		1 St *60 Hb*	38,85
IND	**Spiriva Respimat 2,5 mcg Lsg. zur Inh. Nachfüllpackung** COPD ab GOLD 2 nach Erstverordnung durch PulmologInnen		1 St (3) *60 Hb*	38,85

	Bezeichnung	T	OP	KVP in €
Tiotropium 0,000018/Hb				
IND	**Spiriva 18 mcg Kaps. mit Inh.plv. + Handihaler** COPD ab GOLD 2 nach Erstverordnung durch PulmologInnen		30 St	23,85
IND	**Spiriva 18 mcg Kaps. mit Inh.plv. Nachfüllpackung** COPD ab GOLD 2 nach Erstverordnung durch PulmologInnen		30 St(3)	23,85
IND	**Tiotropium "Viatris" 18 mcg Hartkaps. mit Plv. zur Inh.** COPD ab GOLD 2 nach Erstverordnung durch PulmologInnen		30 St(3)	19,85

R03BB05 Aclidiniumbromid

Aclidinium 0,000322/Hb				
IND	**Bretaris Genuair 322 mcg Plv. zur Inh.** COPD ab Stadium II nach Erstverordnung durch PulmologInnen		60 Hb(2)	43,90
IND	**Eklira Genuair 322 mcg Plv. zur Inh.** COPD ab Stadium II nach Erstverordnung durch PulmologInnen		60 Hb(2)	43,90

R03BB06 Glycopyrroniumbromid

Glycopyrronium 0,000044/Hb				
IND	**Seebri Breezhaler 44 mcg Hartkaps. mit Plv. zur Inh.** COPD ab Stadium II nach Erstverordnung durch PulmologInnen		30 St(2)	43,90

R03BB07 Umeclidiniumbromid

Umeclidinium 0,000055/Hb				
IND	**Incruse 55 mcg einzeldosiertes Plv. zur Inh.** COPD ab GOLD Grad B nach Erstverordnung durch PulmologInnen		30 Hb(2)	39,60

R03C SYMPATHOMIMETIKA ZUR SYSTEMISCHEN ANWENDUNG
R03CC Selektive Beta2-Adrenorezeptor-Agonisten
R03CC02 Salbutamol

Salbutamol 0,0004/ml				
F14	**Sultanol Saft**		150 ml(2) *1 ML = 5 ml*	3,75

R03CC03 Terbutalin

Terbutalin 0,0005				
	Bricanyl 0,5 mg Amp.		5 St(2) *1 ml*	8,80

R03D ANDERE MITTEL BEI OBSTRUKTIVEN ATEMWEGSERKRANKUNGEN ZUR SYSTEMISCHEN ANWENDUNG
R03DA Xanthine
R03DA04 Theophyllin

Theophyllin 0,15				
	Theospirex retard 150 mg Filmtabl.	T2 T2	20 St(2) 50 St(2)	2,40 4,25
Theophyllin 0,3				
	Theospirex retard 300 mg Filmtabl.	T2 T2	20 St(2) 50 St	3,10 6,30

R03DC Leukotrienrezeptor-Antagonisten
R03DC03 Montelukast

Montelukast 0,004				
	Lanair 4 mg Kautabl.		30 St(2)	15,55
	Montelukast "Accord" 4 mg Kautabl.		30 St(2)	15,05
	Montelukast "Actavis" 4 mg Kautabl.		30 St(2)	15,65
	Montelukast "Aristo" 4 mg Kautabl.		30 St(2)	15,05
	Montelukast "Krka" 4 mg Kautabl.		30 St(2)	16,80
	Montelukast "ratiopharm" 4 mg Kautabl.		30 St(2)	15,50
	Montelukast "Sandoz" 4 mg Kautabl.		30 St(2)	15,05

	Bezeichnung	T	OP	KVP in €
	Montelukast "Stada" 4 mg Kautabl.		30 St(2)	15,15
	Singulair 4 mg Kautabl. f. Kleinkinder		28 St(2)	15,30
	Montelukast 0,004/ED			
	Montelukast "ratiopharm" 4 mg Gran.		30 St(2)	15,70
	Montelukast 0,005			
	Lanair 5 mg Kautabl.		30 St(2)	16,80
	Montelukast "+pharma" 5 mg Kautabl.		30 St(2)	16,40
	Montelukast "Accord" 5 mg Kautabl.		30 St(2)	16,40
	Montelukast "Actavis" 5 mg Kautabl.		30 St(2)	16,95
	Montelukast "Aristo" 5 mg Kautabl.		10 St 30 St(2)	6,35 16,50
	Montelukast "Krka" 5 mg Kautabl.		30 St(2)	18,20
	Montelukast "ratiopharm" 5 mg Kautabl.		30 St(2)	16,75
	Montelukast "Sandoz" 5 mg Kautabl.		30 St(2)	16,40
	Montelukast "Stada" 5 mg Kautabl.		30 St(2)	16,50
	Singulair 5 mg Kautabl. f. Kinder		28 St(2)	15,05
	Montelukast 0,01			
	Lanair 10 mg Filmtabl.		30 St(2)	16,80
	Montelukast "+pharma" 10 mg Filmtabl.		30 St(2)	16,50
	Montelukast "Accord" 10 mg Filmtabl.		30 St(2)	16,50
	Montelukast "Actavis" 10 mg Filmtabl.		30 St(2)	16,80
	Montelukast "Aristo" 10 mg Filmtabl.		10 St 30 St(2)	6,35 16,50
	Montelukast "Krka" 10 mg Filmtabl.		30 St(2)	18,20
	Montelukast "ratiopharm" 10 mg Filmtabl.		30 St(2)	16,75
	Montelukast "Sandoz" 10 mg Filmtabl.		10 St 30 St(2)	6,35 16,90
	Montelukast "Stada" 10 mg Filmtabl.		30 St(2)	16,50
	Singulair 10 mg Filmtabl.		28 St(2)	15,65

R05 HUSTEN- UND ERKÄLTUNGSPRÄPARATE
R05C EXPEKTORANZIEN, EXKL. KOMBINATIONEN MIT ANTITUSSIVA
R05CB Mukolytika

	Spiköl 0,15			
	Tavipec Kaps.		30 St	4,90

R05CB01 Acetylcystein

	Acetylcystein 0,2			
	Acetylcystein "Hexal" 200 mg Gran.		20 St(2)	2,55
	Mucobene 200 mg lösb. Tabl.	T2	20 St(2)	2,55
	Acetylcystein 0,6			
	Acetylcystein "Hexal" 600 mg lösb. Tabl.		10 St(2)	3,35
	Aeromuc 600 mg lösl. Tabl.	T4	10 St(2)	3,35
	Mucobene 600 mg lösb. Tabl.	T2	10 St(2)	3,35
	Mucobene 600 mg lösl. Plv.		10 St(2)	3,35

R05CB06 Ambroxol

	Ambroxol 0,003/ml			
F14	**Ambrobene 15 mg/5 ml Saft**		100 ml *1 ML = 5 ml*	2,20
	Ambroxol 0,0075/ml			
	Ambrobene 7,5 mg/ml Lsg.		40 ml(2) *1 ml = 14 Tr.* 100 ml *1 ml = 14 Tr.*	2,05 4,00

	Bezeichnung	T	OP	KVP in €
	Ambrohexal 7,5 mg/ml Lsg.		50 ml *1 ml = 20 Tr.* 100 ml *1 ml = 20 Tr.*	2,40 3,90
Ambroxol 0,03				
	Ambrobene 30 mg Tabl.	T2	20 St(2)	2,50
	Ambroxol "Genericon" 30 mg Tabl.	T2	20 St(2)	2,50
Ambroxol 0,06				
	Ambroxol "Genericon" 60 mg lösl. Tabl.	T2	20 St(2)	3,50

R05D ANTITUSSIVA, EXKL. KOMBINATIONEN MIT EXPEKTORANZIEN
R05DA Opium-Alkaloide und Derivate

Dihydrocodein 0,01				
	Paracodin Tabl.	T2	20 St	3,20
Dihydrocodein 0,01/g				
	Paracodin Tropf.		15 g *1 g = 20 Tr.* 30 g *1 g = 20 Tr.*	2,95 4,55

R05F ANTITUSSIVA UND EXPEKTORANZIEN, KOMBINATIONEN
R05FA Opium-Derivate und Expektoranzien
R05FA02 Opium-Derivate und Expektoranzien

Codein 0,01, Guaifenesin 0,1/ml				
	Resyl c. Cod. Tropf.		15 ml *1 ml = 30 Tr.* 30 ml *1 ml = 30 Tr.*	3,05 4,75

R06 ANTIHISTAMINIKA ZUR SYSTEMISCHEN ANWENDUNG
R06A ANTIHISTAMINIKA ZUR SYSTEMISCHEN ANWENDUNG
R06AA Aminoalkylether
R06AA02 Diphenhydramin

Diphenhydramin 0,002/ml				
F14	**Dibondrin liquid**		100 ml(2)	10,35
Diphenhydramin 0,03				
	Dibondrin Amp.		5 St	7,65
Diphenhydramin 0,05				
	Dibondrin Drag.		20 St	3,90
	Noctor Drag.		20 St	2,30

R06AA11 Dimenhydrinat

Dimenhydrinat 0,05				
	Vertirosan 50 mg Drag.		10 St(2)	4,70
Dimenhydrinat 0,0925/ml				
	Vertirosan Tropf.		20 ml(2) *1 ml = 37 Tr.*	11,00

R06AA61 Dimenhydrinat, Kombinationen

Dimenhydrinat 0,05, Pyridoxin 0,025				
	Vertirosan Vit. B6 Manteldrag.		10 St(2)	4,70

	Bezeichnung	T	OP	KVP in €

R06AE Piperazin-Derivate
R06AE07 Cetirizin

Cetirizin 0,001/ml

F14	**Zyrtec 1 mg/ml orale Lsg.**		60 ml	(2) 4,30

Cetirizin 0,01

	Cetiristad 10 mg Filmtabl.	T2	10 St	(2) 2,35
		T2	30 St	6,05
	Cetirizin "Actavis" 10 mg Filmtabl.	T2	10 St	(2) 2,35
		T2	30 St	6,15
	Cetirizin "Genericon" 10 mg Filmtabl.	T2	10 St	(2) 2,55
		T2	30 St	6,15
	Cetirizin "ratiopharm" 10 mg Filmtabl.	T2	10 St	(2) 2,65
		T2	30 St	7,25
	Cetirizin "Sandoz" 10 mg Filmtabl.	T2	10 St	(2) 2,35
		T2	30 St	7,05
	Zyrtec 10 mg Filmtabl.	T2	10 St	(2) 2,60
		T2	30 St	7,25

Cetirizin 0,01/ml

F14	**Zyrtec 10 mg/ml Tropf.**		20 ml	6,20

R06AE09 Levocetirizin

Levocetirizin 0,005

	Levocetirizin "+pharma" 5 mg Filmtabl.		10 St	(2) 1,65
			30 St	4,40
	Levocetirizin "Actavis" 5 mg Filmtabl.		10 St	(2) 1,40
			30 St	(3) 4,20
	Levocetirizin "Genericon" 5 mg Filmtabl.		10 St	(2) 1,85
			30 St	4,70
	Levocetirizin "Hexal" 5 mg Filmtabl.		10 St	(2) 1,80
			30 St	4,55
	Levocetirizin "Krka" 5 mg Filmtabl.		10 St	(2) 1,80
			30 St	4,55
	Levocetirizin "Stada" 5 mg Filmtabl.		10 St	(2) 1,80
			30 St	4,70
	Xyzall 5 mg Filmtabl.		7 St	(2) 1,25
			28 St	5,10

R06AX Andere Antihistaminika zur systemischen Anwendung
R06AX13 Loratadin

Loratadin 0,01

	Allernon 10 mg Tabl.	T2	10 St	(2) 2,45
		T2	30 St	6,30
	Lorano 10 mg Schmelztabl.		10 St	(2) 2,45
			30 St	6,30
	Loratadin "Viatris" 10 mg Filmtabl.	T2	10 St	(2) 2,45
		T2	30 St	6,25

R06AX26 Fexofenadin

Fexofenadin 0,12

	Allegra 120 mg Filmtabl.		10 St	(2) 5,65
			30 St	13,25

R06AX27 Desloratadin

Desloratadin 0,0005/ml

F14	**Aerius 0,5 mg/ml Lsg. zum Einnehmen**		60 ml	4,85
			120 ml	8,10

	Bezeichnung	T	OP	KVP in €
Desloratadin 0,005				
	Dasselta 5 mg Filmtabl.		10 St(2) 30 St	1,50 4,55
	Desloratadin "+pharma" 5 mg Filmtabl.		10 St(2) 30 St	1,50 4,30
	Desloratadin "Actavis" 5 mg Filmtabl.		10 St(2) 30 St	1,50 4,35
	Desloratadin "Aristo" 5 mg Filmtabl.		10 St(2) 30 St	1,30 3,50
	Desloratadin "Genericon" 5 mg Filmtabl.		10 St(2) 30 St	1,50 4,40
	Desloratadin "Sandoz" 5 mg Filmtabl.		10 St(2) 30 St	1,50 4,30
	Desloratadin "Stada" 5 mg Filmtabl.		10 St(2) 30 St	1,50 4,35

R07 ANDERE MITTEL FÜR DEN RESPIRATIONSTRAKT
R07A ANDERE MITTEL FÜR DEN RESPIRATIONSTRAKT
R07AX Andere Mittel für den Respirationstrakt

Lyophil., norm. Bakterienlysat 0,0035 zu gleichen Teilen aus den 8 wichtigsten Erregern v. Atemwegserkrankungen

F14	**Broncho-Vaxom 3,5 mg Kaps. f. Kinder**		10 St(2) 30 St	6,85 15,75

Lyophil., norm. Bakterienlysat 0,007 zu gleichen Teilen aus den 8 wichtigsten Erregern v. Atemwegserkrankungen

	Broncho-Vaxom 7 mg Kaps. f. Erw.		10 St(2) 30 St	9,60 22,05

S SINNESORGANE
S01 OPHTHALMIKA
S01A ANTIINFEKTIVA
S01AA Antibiotika
S01AA11 Gentamicin

Gentamicin 0,003/g

	Gentax Augensalbe		5 g	9,60

Gentamicin 0,003/ml

	Gentax 30 mg/g Augentropf.		5 ml *1 ml = 33 Tr.*	9,60

S01AA12 Tobramycin

Tobramycin 0,003/g

Au	**Tobrex Augensalbe** *bei Therapieresistenz bzw. Problemkeimen*		3,5 g	3,80

S01AA13 Fusidinsäure

Fusidinsäure 0,01/g

	Fucithalmic Augengel		3 g *1 g = 20 Tr.*	3,70

S01AD Antivirale Mittel
S01AD03 Aciclovir

Aciclovir 0,03/g

IND	**Xorox Augensalbe** Herpes simplex corneae		4,5 g	28,95

	Bezeichnung	T	OP	KVP in €
	S01AE Fluorchinolone			
	S01AE01 Ofloxacin			
	Ofloxacin 0,003/g			
	Ofloxa-Vision 3 mg/g Augensalbe		3 g	3,75
	Ofloxacin 0,003/ml			
	Floxal Augentropf.		5 ml *1 ml = 30 Tr.*	3,55
IND	**Ofloxa-Vision sine 3 mg/ml Augentropf. Einzeldosen** bei Konservierungsmittelallergie oder -unverträglichkeit		10 St(2)	4,30
	S01AE03 Ciprofloxacin			
	Ciprofloxacin 0,003/ml			
	Ciloxan Augentropf.		5 ml *1 ml = 29 Tr.*	3,60
	S01B ANTIPHLOGISTIKA			
	S01BA Corticosteroide, rein			
	S01BA01 Dexamethason			
	Dexamethason 0,001/ml			
Au	**Monodex 1 mg/ml Augentropf.**		10 St(2) *0,4 ml*	4,90
	S01BA02 Hydrocortison			
	Hydrocortison 0,00335/ml			
Au	**Softacort 3,35 mg/ml Augentropf. Einzeldosen**		30 St	12,15
	S01BA04 Prednisolon			
	Prednisolon 0,005/g			
Au	**Ultracortenol 5 mg/g Augensalbe**		5 g	20,80
	Prednisolon 0,01/ml			
Au	**Prednifluid 10 mg/ml Augentropf.susp.**		5 ml *1 ml = 22 Tr.*	5,90
	S01BA14 Loteprednol			
	Loteprednol 0,005/ml			
Au	**Lotemax 0,5 % Augentropf.susp.**		5 ml	9,50
	S01BC Nichtsteroidale Antiphlogistika			
	S01BC03 Diclofenac			
	Diclofenac 0,001/ml			
	Diclo-Vision sine 1 mg/ml Augentropf. Einzeldosen		20 St	5,50
	Voltaren Ophtha Augentropf.		5 ml *1 ml = 44 Tr.*	9,60
	Voltaren Ophtha Abak 1 mg/ml Augentropf.		10 ml *1 ml = 33 Tr.*	9,60
	S01BC05 Ketorolac			
	Ketorolac 0,005/ml			
	Acular Augentropf.		5 ml *1 ml = 29 Tr.*	6,30
	Keto-Vision 5 mg/ml Augentropf.		5 ml *1 ml = 32 Tr.*	5,25

	Bezeichnung	T	OP	KVP in €

S01BC11 Bromfenac

Bromfenac 0,0009/ml

	Yellox 0,9 mg/ml Augentropf., Lsg.		5 ml *1 ml = 29 Tr.*	10,30

S01C ANTIPHLOGISTIKA UND ANTIINFEKTIVA IN KOMBINATION
S01CA Corticosteroide und Antiinfektiva in Kombination
S01CA01 Dexamethason und Antiinfektiva

Dexamethason 0,0003, Gentamicin 0,003/g

	Dexagenta POS Augensalbe		2,5 g(2)	2,30

Dexamethason 0,001, Gentamicin 0,003/ml

	Dexagenta POS Augentropf.		5 ml	3,05

Dexamethason 0,001, Tobramycin 0,003/g

Au	**Tobradex Augensalbe**		3,5 g	3,80

Dexamethason 0,001, Tobramycin 0,003/ml

Au	**Tobradex Augentropf.**		5 ml	3,75

S01E GLAUKOMMITTEL UND MIOTIKA
S01EA Sympathomimetika in der Glaukomtherapie
S01EA03 Apraclonidin

Apraclonidin 0,005/ml

Au	**Iopidine 0,5 % Augentropf.**		5 ml *1 ml = 33 Tr.*	17,45

S01EA05 Brimonidin

Brimonidin 0,0013/ml

	Alphagan 0,2 % Augentropf.		1 St(2) *1 ml = 28 Tr.* *5 ml*	8,00
	Brimogen 2 mg/ml Augentropf. *Brimonidintartrat 0,002 entspr. Brimonidin 0,0013*		5 ml(2) *1 ml = 30 Tr.*	6,65
	Brimonidin "Arcana" 2 mg/ml Augentropf. *Brimonidintartrat 0,002 entspr. Brimonidin 0,0013*		1 St(2) *1 ml = 33 Tr.* *5 ml*	6,60

S01EB Parasympathomimetika
S01EB01 Pilocarpin

Pilocarpin 0,02/g

	Pilocarpin Puroptal 2 % Augentropf.		10 g(2) *1 g = 30 Tr.*	19,85

S01EC Carboanhydrasehemmer
S01EC01 Acetazolamid

Acetazolamid 0,25

	Acetazolamid "Agepha" Tabl.		20 St(2)	6,35
	Diamox 250 mg Tabl.		20 St(2)	5,55

S01EC03 Dorzolamid

Dorzolamid 0,02/ml

	Dorlazept 20 mg/ml Augentropf.		1 St(2) *1 ml = 33 Tr.* *5 ml*	5,75
	Dorzo-Vision 20 mg/ml Augentropf.		5 ml(2) *1 ml = 31 Tr.*	5,70
	Trusopt Augentropf.		5 ml(2) *1 ml = 37 Tr.*	6,85

	Bezeichnung	T	OP	KVP in €

S01EC04 Brinzolamid

Brinzolamid 0,01/ml

	Azopt 10 mg/ml Augentropf.susp.		5 ml(2) *1 ml = 31 Tr.*	7,20
	Brinzolamid "Stada" 10 mg/ml Augentropf.susp.		5 ml(2) *1 ml = 32 Tr.*	6,00
	Brinzo-Vision 10 mg/ml Augentropf.susp.		5 ml(2) *1 ml = 32 Tr.*	6,00

S01ED Beta-Adrenorezeptor-Antagonisten
S01ED01 Timolol

Timolol 0,005/ml

	Timoftal 0,5 % Augentropf.		5 ml(2) *1 ml = 30 Tr.*	3,75
	Timoptic 0,5 % Augentropf.		5 ml(2) *1 ml = 33 Tr.*	3,00

S01ED02 Betaxolol

Betaxolol 0,0025/ml

	Betoptic S Augensusp.		5 ml(2) *1 ml = 24 Tr.*	5,10

S01ED51 Timolol, Kombinationen

Timolol 0,005, Bimatoprost 0,0003/ml

	BimatoTim-Vision 0,3 mg/ml + 5 mg/ml Augentropf.		3 ml(3) *1 ml = 38 Tr.*	6,95
Au	**Ganfort 0,3 mg/ml + 5 mg/ml Augentropf.**		1 St(2) *1 ml = 35 Tr.* *3 ml*	14,20

Timolol 0,005, Brimonidin 0,0013/ml

	Combigan Augentropf.		1 St(2) *1 ml = 28 Tr.* *5 ml*	15,40

Timolol 0,005, Brinzolamid 0,01/ml

Au	**Azarga 10 mg/ml + 5 mg/ml Augentropf.susp.**		1 St(2) *1 ml = 30 Tr.* *5 ml*	14,10

Timolol 0,005, Dorzolamid 0,02/ml

Au	**Dorzastad 20 mg/ml + 5 mg/ml Augentropf.**		5 ml(2) *1 ml = 27 Tr.*	5,70
Au	**DorzoComp-Vision 20 mg/ml + 5 mg/ml Augentropf.**		5 ml(2) *1 ml = 29 Tr.*	5,70
Au	**Dorzolamid + Timolol "1A Pharma" 20 mg/ml + 5 mg/ml Augentropf.**		5 ml(3) *1 ml = 25 Tr.*	5,50
Au	**Dorzolamid + Timolol "Viatris" 20 mg/ml + 5 mg/ml Augentropf.**		5 ml(2) *1 ml = 28 Tr.*	5,45

Timolol 0,005, Latanoprost 0,00005/ml

Au	**Akistan Duo 50 mcg/ml + 5 mg/ml Augentropf.**		2,5 ml(3) *1 ml = 32 Tr.*	9,40
Au	**Latanoprost comp "ratiopharm" 50 mcg/ml + 5 mg/ml Augentropf.**		2,5 ml(2) *1 ml = 33 Tr.*	10,00
Au	**Latanoprost/Timolol "Stada" 50 mcg/ml + 5 mg/ml Augentropf.**		2,5 ml(2) *1 ml = 33 Tr.*	9,55
Au	**Latanoprost/Timolol "Viatris" 50 mcg/ml + 5 mg/ml Augentropf.**		2,5 ml(2) *1 ml = 33 Tr.*	9,35
Au	**LatanoTim-Vision 50 mcg/ml + 5 mg/ml Augentropf.**		2,5 ml(2) *1 ml = 32 Tr.*	9,55
Au	**Xalacom Augentropf.**		2,5 ml(2) *1 ml = 33 Tr.*	10,10

	Bezeichnung	T	OP	KVP in €
Timolol 0,005, Travoprost 0,00004/ml				
Au	**DuoTrav 40 mcg/ml + 5 mg/ml Augentropf.**		2,5 ml (2) *1 ml = 36 Tr.*	22,15

S01EE Prostaglandinanaloga
S01EE01 Latanoprost

Latanoprost 0,00005/ml				
Au	**Akistan 50 mcg/ml Augentropf.**		2,5 ml (2) *1 ml = 32 Tr.*	7,85
Au	**Latacris 50 mcg/ml Augentropf.**		2,5 ml (2) *1 ml = 32 Tr.*	8,00
Au	**Latanoprost "Agepha" 50 mcg/ml Augentropf.**		2,5 ml (2) *1 ml = 32 Tr.*	9,45
Au	**Latanoprost "Stada" 50 mcg/ml Augentropf.**		2,5 ml (2) *1 ml = 32 Tr.*	8,00
Au	**Latanoprost "Unimed Pharma" 50 mcg/ml Augentropf.**		2,5 ml (2) *1 ml = 32 Tr.*	7,90
Au	**Latanoprost "Viatris" 50 mcg/ml Augentropf.**		2,5 ml (2) *1 ml = 32 Tr.*	7,85
Au	**Latano-Vision 50 mcg/ml Augentropf.**		2,5 ml (2) *1 ml = 32 Tr.*	8,00
Au	**Xalatan Augentropf.**		2,5 ml (2) *1 ml = 32 Tr.*	9,45

S01EE03 Bimatoprost

Bimatoprost 0,0001/ml				
Au	**Bimato-Vision 100 mcg/ml Augentropf.**		3 ml (2) *1 ml = 40 Tr.*	7,90
Au	**Lumigan 0,1 mg/ml Augentropf.**		1 St (2) *1 ml = 39 Tr.* *3 ml*	9,60
Bimatoprost 0,0003/ml				
Au	**Bimato-Vision 300 mcg/ml Augentropf.**		3 ml (2) *1 ml = 40 Tr.*	7,90

S01EE04 Travoprost

Travoprost 0,00004/ml				
Au	**Travatan 40 mcg/ml Augentropf.**		1 St (2) *1 ml = 42 Tr.* *2,5 ml*	5,30
Au	**Travoprost "Stada" 40 mcg/ml Augentropf.**		2,5 ml (2) *1 ml = 36 Tr.*	10,75

S01G DEKONGESTIVA UND ANTIALLERGIKA
S01GA Sympathomimetika als Dekongestiva
S01GA01 Naphazolin

Naphazolin 0,0002/ml				
	Coldophthal Augentropf.		10 ml (2) *1 ml = 24 Tr.*	3,95
Naphazolin 0,001/ml				
	Aconex Augentropf.		10 ml (2) *1 ml = 28 Tr.*	6,85

S01GA51 Naphazolin, Kombinationen

Naphazolin 0,0004, Zinksulfat 0,002/ml				
	Ophtaguttal "Agepha" Augentropf.		10 ml (2) *1 ml = 32 Tr.*	4,90
Naphazolin 0,0005, Diphenhydramin 0,001/ml				
	Coldistan Augentropf.		10 ml (2) *1 ml = 25 Tr.*	2,20

	Bezeichnung	T	OP	KVP in €

S01GX Andere Antiallergika
S01GX01 Cromoglicinsäure

Cromoglicinsäure 0,02/ml

IND	**Lomusol Augentropf.** allergische Conjunctivitis		10 ml *1 ml = 33 Tr.*	6,20

S01GX02 Levocabastin

Levocabastin 0,0005/ml

IND	**Livostin Augentropf.** allergische Conjunctivitis		4 ml *1 ml = 33 Tr.*	8,75

S01GX07 Azelastin

Azelastin 0,0005/ml

IND	**Allergodil Augentropf.** allergische Conjunctivitis		6 ml *1 ml = 33 Tr.*	7,80

S01GX08 Ketotifen

Ketotifen 0,00025/ml

IND	**Zaditen 0,025 % Augentropf.** saisonale allergische Conjunctivitis		5 ml *1 ml = 40 Tr.*	8,75
IND	**Zaditen Ophtha Abak 0,25 mg/ml Augentropf.** saisonale allergische Conjunctivitis bei Konservierungsmittelallergie oder -unverträglichkeit		5 ml *1 ml = 30 Tr.*	10,05

S01GX09 Olopatadin

Olopatadin 0,001/ml

	Olopatadin "Unimed Pharma" 1 mg/ml Augentropf.		5 ml *1 ml = 33 Tr.*	7,60

S01X ANDERE OPHTHALMIKA
S01XA Andere Ophthalmika
S01XA18 Ciclosporin

Ciclosporin 0,001/ml

Au	**Ikervis 1 mg/ml Augentropf., Emulsion** Ⓟ Ⓜ		30 St *0,3 ml*	99,05

S01XA20 Künstliche Tränen und andere indifferente Mittel

Hydroxypropylmethylcellulose 0,005/ml

	Prosicca Augentropf.		10 ml *1 ml = 32 Tr.*	9,40

S02 OTOLOGIKA
S02C CORTICOSTEROIDE UND ANTIINFEKTIVA IN KOMBINATION
S02CA Corticosteroide und Antiinfektiva in Kombination
S02CA05 Fluocinolonacetonid und Antiinfektiva

Ciprofloxacin 0,003, Fluocinolonacetonid 0,00025/ml

IND	**InfectoCiproCort 3 mg/ml + 0,25 mg/ml Ohrentropf.** Bei Erwachsenen und Kindern ab 6 Monaten mit - akuter Otitis externa (AOE) und vermuteter Trommelfellperforation oder - akuter Otitis media und Paukenröhrchen (AOMT).		10 ml	11,50

S03 OPHTHALMOLOGISCHE UND OTOLOGISCHE ZUBEREITUNGEN
S03B CORTICOSTEROIDE
S03BA Corticosteroide
S03BA03 Betamethason

Betamethason 0,001/ml

	Betnesol Augen-, Ohren-, Nasentropf.		5 ml	2,75

	Bezeichnung	T	OP	KVP in €

S03C CORTICOSTEROIDE UND ANTIINFEKTIVA IN KOMBINATION
S03CA Corticosteroide und Antiinfektiva in Kombination
S03CA06 Betamethason und Antiinfektiva

Betamethason 0,001, Neomycinsulfat 0,005/ml

	Betnesol N Augen-, Ohren-, Nasentropf.		5 ml	2,85

V VARIA
V01 ALLERGENE
V01A ALLERGENE
V01AA Allergen-Extrakte
V01AA02 Gräserpollen

Gräserpollen 100 IR (3 Tabl.); Gräserpollen 300 IR (28 Tabl.)

ADKL	**Oralair 100 IR + 300 IR Sublingualtabl.**		31 St	91,70

Gräserpollen 300 IR

ADKL	**Oralair 300 IR Sublingualtabl.**		30 St(2)	91,70

Gräserpollen 75.000 SQ

ADKL	**Grazax 75.000 SQ-T Lyophilisat zum Einnehmen**		30 St(2)	91,70

V01AA03 Hausstaubmilben

Hausstaubmilben 100 IR (3 Tabl.); Hausstaubmilben 300 IR (28 Tabl.)

ADKL	**Actair 100 IR + 300 IR Sublingualtabl.** Ⓟ		31 St	96,10

Hausstaubmilben 12 SQ

ADKL	**Acarizax 12 SQ-HDM Lyophilisat zum Einnehmen** Ⓟ		30 St(2)	97,15

Hausstaubmilben 300 IR

ADKL	**Actair 300 IR Sublingualtabl.** Ⓟ		30 St(2)	93,25

V01AA05 Baumpollen

Birkenpollen 12 SQ

ADL	**Itulazax 12 SQ-Bet Lyophilisat zum Einnehmen** Ⓟ		30 St(2)	130,80

V01AA10 Blüten

Ragweed 12 SQ

ADL	**Ragwizax 12 SQ-Amb Lyophilisat zum Einnehmen** Ⓟ		30 St(2)	226,90

V03 ALLE ÜBRIGEN THERAPEUTISCHEN MITTEL
V03A ALLE ÜBRIGEN THERAPEUTISCHEN MITTEL
V03AB Antidote
V03AB15 Naloxon

Naloxon 0,0018

IND	**Nyxoid 1,8 mg Nasenspray, Lsg. Einzeldosen** Abgabe an PatientInnen mit Opiatabhängigkeit. Erstverordnung durch ÄrztInnen mit Erfahrung in der Behandlung von Opiatabhängigkeit. Ein entsprechender Nachweis über die Einschulung zur Anwendung von Naloxon ist vor der Erstverordnung gegenüber den betreuenden ÄrztInnen zu erbringen.		2 St(2)	36,35

V03AC Eisen-Chelatbildner
V03AC01 Deferoxamin

Deferoxamin 0,5

	Desferal 500 mg Trockenstechamp.		10 St	51,95

	Bezeichnung	T	OP	KVP in €

V03AC03 Deferasirox

Deferasirox 0,09

	Deferasirox "Accord" 90 mg Filmtabl.	30 St	29,30
	Deferasirox "G.L." 90 mg Filmtabl.	30 St	32,55
	Deferasirox "ratiopharm" 90 mg Filmtabl.	30 St	36,15

Deferasirox 0,18

	Deferasirox "Accord" 180 mg Filmtabl.	30 St	56,80
	Deferasirox "G.L." 180 mg Filmtabl.	30 St	63,10
	Deferasirox "ratiopharm" 180 mg Filmtabl.	30 St	70,15

Deferasirox 0,36

	Deferasirox "Accord" 360 mg Filmtabl.	30 St 90 St	107,20 273,30
	Deferasirox "G.L." 360 mg Filmtabl.	30 St 90 St	119,10 303,65
	Deferasirox "ratiopharm" 360 mg Filmtabl.	30 St 90 St	126,95 337,45

V03AE Mittel zur Behandlung der Hyperkaliämie und Hyperphosphatämie

Calcium-natrium-hydrogencitrat (6:6:3:7) 2,5/ED

	Acetolyt Gran.	300 g(2) *1 ML = 2,5 g*	26,20

V03AE01 Polystyrolsulfonat

Polystyrolsulfonat 0,9993/g

	Resonium A Plv.	450 g *1 ML = 15 g*	38,55

V03AE04 Calciumacetat und Magnesiumcarbonat

Calciumacetat 0,435, Magnesiumcarbonat 0,235

IND	**OsvaRen 435 mg/235 mg Filmtabl.** Dialyse-Zusatztherapie *Calciumacetat 0,435 entspr. Ca++ 0,11; Magnesiumcarbonat 0,235 entspr. Mg++ 0,06*	180 St(2)	30,45

V03AE07 Calciumacetat

Calciumacetat 0,5

IND	**Calciumacetat "Medice" 500 mg Filmtabl.** Dialyse-Zusatztherapie	100 St 200 St(2)	7,05 11,45

Calciumacetat 0,7

IND	**Calciumacetat "Medice" 700 mg Filmtabl.** Dialyse-Zusatztherapie	100 St 200 St(2)	9,00 15,10

V03AF Entgiftungsmittel für die Behandlung mit Zytostatika
V03AF03 Calciumfolinat

Calciumfolinat 0,015

IND	**Calciumfolinat "Ebewe" 15 mg Kaps.** Folsäuremangel verursacht durch Methotrexat, Kombinationstherapie mit 5-Fluorouracil *Calcium folinat 0,019 entspr. Folinsäure 0,015*	20 St	92,70

	Bezeichnung	T	OP	KVP in €

V08 KONTRASTMITTEL
V08A RÖNTGENKONTRASTMITTEL, IOD-HALTIG
V08AB Wasserlösliche nephrotrope niederosmolare Röntgenkontrastmittel
V08AB04 Iopamidol

Iopamidol 0,6124/ml

R	**Jopamiro 300 mg J/ml Stechamp. 100 ml** *für die Urographie*		1 St(2)	61,60
R	**Scanlux 300 mg J/ml Inj.lsg. 50 ml** *für die Phlebographie und Urographie*		1 St(2)	31,80
R	**Scanlux 300 mg J/ml Inj.lsg. 100 ml** *für die Phlebographie und Urographie*		1 St(2)	56,05

Gelber Bereich

	Bezeichnung	T	OP	KVP in €

A ALIMENTÄRES SYSTEM UND STOFFWECHSEL
A02 MITTEL BEI SÄURE BEDINGTEN ERKRANKUNGEN
A02B MITTEL BEI PEPTISCHEM ULKUS UND GASTROESOPHAGEALER REFLUXKRANKHEIT
A02BC Protonenpumpenhemmer
A02BC05 Esomeprazol

Esomeprazol 0,01

RE1	**Nexium 10 mg magensaftresistentes Gran. zur Herst. einer Susp. zum Einnehmen** Zur Behandlung der symptomatischen gastro-oesophagealen Refluxkrankheit (GERD) bei Kindern von 1 bis einschließlich 11 Jahren, wenn mit Therapiealternativen aus dem Grünen Bereich nicht das Auslangen gefunden werden kann für maximal 8 Wochen. Nach vier Wochen soll das Ansprechen durch FachärztInnen für Kinderheilkunde oder Innere Medizin überprüft werden und die Behandlung nur dann weitergeführt werden, wenn ein Ansprechen auf die Behandlung festgestellt werden konnte. Diagnosestellung und Erstverordnung durch FachärztInnen für Kinderheilkunde oder Innere Medizin.		28 St	30,55

A03 MITTEL BEI FUNKTIONELLEN GASTROINTESTINALEN STÖRUNGEN
A03A MITTEL BEI FUNKTIONELLEN GASTROINTESTINALEN STÖRUNGEN
A03AB Synthetische Anticholinergika, quartäre Ammonium-Verbindungen
A03AB02 Glycopyrroniumbromid

Glycopyrroniumbromid 0,00032/ml

RE1 L3	**Sialanar 320 mcg/ml Lsg. zum Einnehmen** Bei PatientInnen ab 3 bis unter 18 Jahren mit chronischen neurologischen Erkrankungen und sehr schwerer Sialorrhö, definiert als nasse Kleidung, Hände und Gegenstände an 5 bis 7 Tagen pro Woche, in Kombination mit nicht-medikamentösen Best Supportive Care-Maßnahmen. Diagnosestellung, Erstverordnung und regelmäßige Kontrolle durch PädiaterInnen oder NeurologInnen mit Erfahrung in der Behandlung von Kindern und Jugendlichen mit neurologischen Erkrankungen oder durch spezialisierte Zentren. Regelmäßige Kontrollen in Zeitabständen von maximal 3 Monaten. Die Therapie ist mit Unterbrechungen und jeweils kurzfristig anzuwenden. Dauerhafte oder wiederholte Behandlungen nur nach individueller Nutzen-Risiko-Abwägung. Glycopyrroniumbromid eignet sich für eine chef(kontroll)ärztliche Langzeitbewilligung für 3 Monate (L3).		60 ml 250 ml	110,75 384,00

A03AX Andere Mittel bei funktionellen gastrointestinalen Störungen
A03AX11 Caroverin

Caroverin 0,02

RE1	**Spasmium Oralkaps.** Eine Kostenübernahme ist im ausführlich begründeten Einzelfall möglich.		25 St	14,65

A05 GALLEN- UND LEBERTHERAPIE
A05A GALLENTHERAPIE
A05AX Andere Mittel zur Gallentherapie
A05AX06 Elafibranor

Elafibranor 0,08

RE1	**Iqirvo 80 mg Filmtabl.** (PM) Bei Erwachsenen mit primärer biliärer Cholangitis (PBC) in Kombination mit Ursodeoxycholsäure (UDCA), bei medizinisch nicht ausreichendem Ansprechen (Alkalische Phosphatase [AP] größer/gleich 1,67 x Obergrenze Normalbereich) auf UDCA über mindestens 12 Monate in der höchsten zugelassenen UDCA-Dosierung (13-15 mg/kg Körpergewicht/Tag). Die Behandlung mit Elafibranor kann nur fortgesetzt werden, wenn nach einem Monat und 12 Monate nach Behandlungsbeginn eine AP-Reduktion um zumindest minus 30 % (gegenüber dem Ausgangswert vor Beginn der Therapie mit Elafibranor) erreicht wurde. Diagnose, Erstverordnung und regelmäßige Kontrollen durch ein auf PBC spezialisiertes Zentrum durch GastroenterologInnen. Die Aufnahme ist befristet und endet mit 31.3.2031.		30 St	4.714,95

	Bezeichnung	T	OP	KVP in €

A05AX07 Seladelpar

Seladelpar 0,01

RE1	**Lyvdelzi 10 mg Hartkaps.** (PM) Bei Erwachsenen mit primärer biliärer Cholangitis (PBC) - in Kombination mit Ursodeoxycholsäure (UDCA), bei medizinisch nicht ausreichendem Ansprechen (Alkalische Phosphatase (AP) größer/gleich 1,67 x Obergrenze Normalbereich) auf UDCA über mindestens 12 Monate in der höchsten zugelassenen UDCA-Dosierung (13-15 mg/kg Körpergewicht/Tag). - als Monotherapie bei dokumentierter Unverträglichkeit von UDCA. Die Behandlung mit Seladelpar kann nur fortgesetzt werden, wenn nach einem Monat und 12 Monate nach Behandlungsbeginn eine AP-Reduktion um zumindest minus 30% (gegenüber dem Ausgangswert vor Beginn der Therapie mit Seladelpar) erreicht wurde. Diagnose, Erstverordnung und regelmäßige Kontrollen durch ein auf PBC spezialisiertes Zentrum durch GastroenterologInnen. Die Aufnahme ist befristet und endet mit 30.9.2031.		30 St	4.571,35

A05B LEBERTHERAPIE, LIPOTROPE SUBSTANZEN
A05BA Lebertherapie

L-Ornithin-L-Aspartat 3,0/ED

RE2	**Hepa "Merz" 3 g Gran.** Latente oder manifeste hepatische Enzephalopathie infolge gestörter Entgiftungsleistung der Leber (z.B. Leberzirrhose) für den in der Fachinformation angegebenen Zeitraum von maximal sechs Wochen im Anschluss an eine i.v. Therapie mit Hepa-Merz.		30 St 50 St	37,20 57,55

A06 MITTEL BEI VERSTOPFUNG
A06A MITTEL BEI VERSTOPFUNG
A06AH Periphere Opioidrezeptor-Antagonisten
A06AH01 Methylnaltrexon bromid

Methylnaltrexon bromid 0,012

RE1	**Relistor 12 mg/0,6 ml Inj.lsg.** Für PatientInnen in fortgeschrittenen Krankheitsstadien zur Behandlung der Opioid-induzierten Obstipation, die eine palliative Behandlung erhalten, bei unzureichendem Ansprechen auf mindestens zwei laxative Therapien mit oralen Laxanzien und/oder rektalen Entleerungshilfen. Engmaschige Kontrolle während der gesamten Therapiedauer durch den behandelnden Arzt/die behandelnde Ärztin. Die Behandlung ist für die Dauer der Opioid-Therapie und des Auftretens der opioid-induzierten Obstipation zu begrenzen und soll vier Monate nicht überschreiten. Bei Nichtansprechen nach dreimaliger Gabe ist die Therapie zu beenden.		1 St 7 St	39,60 222,30

A06AH03 Naloxegol

Naloxegol 0,025

RE1	**Moventig 25 mg Filmtabl.** Zur Behandlung der Opioid-induzierten Obstipation bei unzureichendem Ansprechen auf zumindest zwei laxative Therapien aus dem Grünen Bereich. Die Behandlung ist auf die Dauer der Opioid-Therapie und des Auftretens der Opioid-induzierten Obstipation zu begrenzen. Bei Nichtansprechen nach 4 Behandlungswochen ist die Therapie mit Naloxegol zu beenden.		10 St 30 St	35,25 93,75

	Bezeichnung	T	OP	KVP in €

A06AX Andere Mittel bei Verstopfung
A06AX04 Linaclotid

Linaclotid 0,00029

RE1	**Constella 290 mcg Hartkaps.** PM Zur symptomatischen Behandlung des mittelschweren bis schweren Reizdarmsyndroms mit Obstipation (RDS-O) bei Erwachsenen, wenn mit mindestens 2 Therapiealternativen aus dem Grünen Bereich nachweislich nicht das Auslangen gefunden werden kann und die vorherrschende Symptomatik abdominaler Schmerz ist (mindestens 3 Punkte auf der 11 Punkte umfassenden Numeric Rating Scale NRS). Diagnosestellung (auf Basis der Rom-Kriterien) inklusive Koloskopie, Erstverordnung und Kontrolle nach 4 Behandlungswochen durch einen Facharzt/eine Fachärztin für Innere Medizin mit dem Additivfach Gastroenterologie. Wenn der Patient/die Patientin nach 4 Behandlungswochen keine Besserung der Symptome erfahren hat, ist die Therapie mit Linaclotid zu beenden. Eine Besserung der Symptome ist mittels der NRS (Verbesserung der abdominellen Schmerzintensität um mindestens 2 Punkte) und der Patient Global Impression of Change Skala PGIC (Wert kleiner/gleich 2) zu erheben und zu dokumentieren.		28 St	71,00

A07 ANTIDIARRHOIKA UND INTESTINALE ANTIPHLOGISTIKA/ANTIINFEKTIVA
A07A INTESTINALE ANTIINFEKTIVA
A07AA Antibiotika
A07AA02 Nystatin

Nystatin 0,5 MIE

RE1	**Mycostatin Filmtabl.** Eine Kostenübernahme ist nur möglich zur Therapie der schweren intestinalen Candidamykose bei immunsupprimierten Patienten.		20 St 50 St	8,50 19,40

A07AA09 Vancomycin

Vancomycin 0,125

RE1	**Vancomycin "Dr. Eberth" 125 mg Hartkaps.** Bei PatientInnen ab 12 Jahren für die Behandlung von schweren oder rezidivierenden Clostridium (Clostridioides) difficile-Infektionen, wenn eine Therapie mit kostengünstigeren Alternativen aus dem Erstattungskodex nicht möglich ist.		12 St 28 St	82,40 171,95

Vancomycin 0,25

RE1	**Vancomycin "Dr. Eberth" 250 mg Hartkaps.** Bei PatientInnen ab 12 Jahren für die Behandlung von schweren oder rezidivierenden Clostridium (Clostridioides) difficile-Infektionen, wenn eine Therapie mit kostengünstigeren Alternativen aus dem Erstattungskodex nicht möglich ist.		12 St 28 St	145,45 311,25

A07AA12 Fidaxomicin

Fidaxomicin 0,2

RE1	**Dificlir 200 mg Filmtabl.** PM Bei Erwachsenen, Kindern und Jugendlichen mit einem Körpergewicht von mindestens 12,5 kg für die Behandlung von Clostridioides (Clostridium) difficile-Infektionen.		20 St	1.396,15

A07E INTESTINALE ANTIPHLOGISTIKA
A07EA Corticosteroide mit lokaler Wirkung
A07EA06 Budesonid

Budesonid 0,0005

RE1 L6	**Jorveza 0,5 mg Schmelztabl.** PM Bei Erwachsenen zur Behandlung der eosinophilen Ösophagitis zur Erhaltungstherapie nach Induktionstherapie mit Budesonid 1 mg. Regelmäßige Kontrolle und Verordnung durch GastroenterologInnen bzw. FachärztInnen für Chirurgie, die regelmäßig Gastroskopien durchführen. Budesonid 0,5 mg eignet sich für eine chef(kontroll)ärztliche Langzeitbewilligung für 6 Monate (L6).		60 St	216,85

	Bezeichnung	T	OP	KVP in €
Budesonid 0,001				
RE1	**Jorveza 1 mg Schmelztabl.** (PM) Bei Erwachsenen zur Behandlung der eosinophilen Ösophagitis für bis zu 12 Wochen zur Induktionstherapie sowie für bis zu weitere 48 Wochen zur Erhaltungstherapie bei PatientInnen mit langjähriger Krankengeschichte und/oder großer Ausdehnung der ösophagealen Entzündung während des akuten Krankheitszustands. Diagnose durch histologischen Nachweis: Mindestens 15 eosinophile Granulozyten pro hochauflösendem Gesichtsfeld (0,345 mm2) in zumindest einer Biopsie. Indikationsstellung, regelmäßige Kontrolle und Verordnung durch GastroenterologInnen bzw. FachärztInnen für Chirurgie, die regelmäßig Gastroskopien durchführen.		30 St 60 St	137,80 244,20
Budesonid 0,004				
RE1 L3	**Kinpeygo 4 mg Hartkaps. mit veränderter Wirkstofffreisetzung** (PM) Bei Erwachsenen mit primärer Immunglobulin A-Nephropathie (IgAN), bei denen trotz Ausschöpfung bzw. Kontraindikationen konventioneller Therapien (ATC-Code: C09AA; C09CA; A10BK) eine Proteinausscheidung im Urin größer/gleich 1,0 g/Tag (oder ein Verhältnis von Protein zu Kreatinin im Urin größer/gleich 0,8 g/g, UPCR) vorliegt. Zur einmaligen 9-monatigen Therapie innerhalb von 24 Monaten. Nicht in Kombination mit anderen spezifisch für die Behandlung der IgAN zugelassenen immunmodulierenden Medikamenten. Diagnosestellung, Erstverordnung und regelmäßige Kontrollen durch NephrologInnen an einem Zentrum mit Erfahrung in der Behandlung der IgAN. Budesonid eignet sich für eine chef(kontroll)ärztliche Langzeitbewilligung für 3 Monate (L3). Die Aufnahme ist befristet und endet mit 31.3.2028.		120 St	7.112,95

A07EC Aminosalicylsäure und ähnliche Mittel
A07EC02 Mesalazin

Mesalazin 1,0				
RE2	**Mesagran 1000 mg magensaftresistentes Retardgran.** Wenn mit Therapiealternativen (Darreichungsformen) aus dem Grünen Bereich nachweislich nicht das Auslangen gefunden werden kann		50 St 100 St	55,30 97,65
RE2	**Pentasa retard 1 g Gran.** Wenn mit Therapiealternativen (Darreichungsformen) aus dem Grünen Bereich nachweislich nicht das Auslangen gefunden werden kann		50 St 100 St	39,60 76,80
Mesalazin 1,0				
RE2	**Pentasa 1 g Zäpf.** In der Indikation Colitis ulcerosa mit vorwiegendem Befall des Rektums		28 St	47,60
RE2	**Pentasa Klysma** In der Indikation Colitis ulcerosa mit vorwiegendem Befall von Rektum und Sigma		7 St	27,85
Mesalazin 1,0/ED				
RE2	**Salofalk 1 g/Sprühstoß Rektalschaum** In der Indikation Colitis ulcerosa mit vorwiegendem Befall von Rektum und Sigma		80 g *1 ED = 5,7 g*	52,10
Mesalazin 1,2				
RE2	**Mezavant 1200 mg magensaftresistente Retardtabl.** Wenn mit Therapiealternativen (Darreichungsformen) aus dem Grünen Bereich nachweislich nicht das Auslangen gefunden werden kann	T2	60 St	74,55
Mesalazin 1,5				
RE2	**Mesagran 1500 mg magensaftresistentes Retardgran.** Wenn mit Therapiealternativen (Darreichungsformen) aus dem Grünen Bereich nachweislich nicht das Auslangen gefunden werden kann		30 St	46,55
Mesalazin 2,0				
RE2	**Pentasa retard 2 g Gran.** Wenn mit Therapiealternativen (Darreichungsformen) aus dem Grünen Bereich nachweislich nicht das Auslangen gefunden werden kann		60 St	88,60

	Bezeichnung	T	OP	KVP in €
Mesalazin 3,0				
RE2	**Mesagran 3000 mg magensaftresistentes Retardgran.** Wenn mit Therapiealternativen (Darreichungsformen) aus dem Grünen Bereich nachweislich nicht das Auslangen gefunden werden kann		30 St	87,85
Mesalazin 4,0				
RE2	**Salofalk 4 g Klysmen** In der Indikation Colitis ulcerosa mit vorwiegendem Befall von Rektum und Sigma		7 St *7 x 60 g*	58,00

A07F MIKROBIELLE ANTIDIARRHOIKA
A07FA Mikrobielle Antidiarrhoika
A07FA03 Escherichia coli

Lebensfähige Bakterien E. coli (Stamm Nissle 1917) 0,5 - 5 Mrd.

RE1	**Mutaflor mite Kaps.** Eine Kostenübernahme ist möglich in Einzelfällen in der Indikation Colitis ulcerosa/Morbus Crohn, wenn mit Therapiealternativen aus dem Grünen Bereich nicht das Auslangen gefunden werden kann. Für die Indikationen "Colon Irritabile" und "chronische Obstipation" ist die Wirksamkeit durch klinische Studien nicht ausreichend belegt.		20 St	15,95

Lebensfähige Bakterien E. coli (Stamm Nissle 1917) 2,5 - 25 Mrd.

RE1	**Mutaflor Kaps.** Eine Kostenübernahme ist möglich in Einzelfällen in der Indikation Colitis ulcerosa/Morbus Crohn, wenn mit Therapiealternativen aus dem Grünen Bereich nicht das Auslangen gefunden werden kann. Für die Indikationen "Colon Irritabile" und "chronische Obstipation" ist die Wirksamkeit durch klinische Studien nicht ausreichend belegt.		20 St 100 St	17,40 76,80

A10 ANTIDIABETIKA
A10A INSULINE UND ANALOGA
A10AE Insuline und Analoga zur Injektion, lang wirkend
A10AE04 Insulin glargin

Insulin glargin 100 E/ml

RE2 L12	**Lantus 100 E/ml Inj.lsg. Patronen** Für PatientInnen mit Diabetes mellitus, wenn mit Insulinen aus dem Grünen Bereich (A10AC, A10AD, A10AE) allein bzw. in Kombination mit anderen Antidiabetika aufgrund von symptomatischen, wiederkehrenden nächtlichen Hypoglykämien eine ausreichende Therapieeinstellung nicht möglich ist. Lantus eignet sich für eine chef(kontroll)ärztliche Langzeitbewilligung für 12 Monate (L12).		5 St *3 ml*	57,80

Insulin glargin 300 E/ml

RE2 L12	**Toujeo 300 E/ml Inj.lsg. Fertigpen** Für PatientInnen mit Diabetes mellitus, wenn mit Insulinen aus dem Grünen Bereich (ATC A10AC, A10AD) allein bzw. in Kombination mit anderen Antidiabetika aufgrund von symptomatischen, wiederkehrenden nächtlichen Hypoglykämien eine ausreichende Therapieeinstellung nicht möglich ist. Insulin glargin eignet sich für eine chef(kontroll)ärztliche Langzeitbewilligung für 12 Monate (L12).		3 St *1,5 ml*	47,75

A10AE05 Insulin detemir

Insulin detemir 100 E/ml

RE1 L12	**Levemir 100 E/ml Inj.lsg. Fertigpen** 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 12 Monate (L12).		5 St *3 ml*	74,25

	Bezeichnung	T	OP	KVP in €
RE1 L12	**Levemir 100 E/ml Inj.lsg. Patronen** 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 12 Monate (L12).		5 St *3 ml*	74,25

A10AE06 Insulin degludec

Insulin degludec 100 E/ml

RE2 L12	**Tresiba 100 E/ml Fertigpen** (PM) Bei PatientInnen mit Diabetes mellitus, wenn mit Insulinen aus dem Grünen Bereich (ATC A10AC, A10AD, A10AE) allein bzw. in Kombination mit anderen Antidiabetika aufgrund von symptomatischen, wiederkehrenden nächtlichen Hypoglykämien eine ausreichende Therapieeinstellung nicht möglich ist. Insulin degludec eignet sich für eine chef(kontroll)ärztliche Langzeitbewilligung für 12 Monate (L12).		5 St	76,80
RE2 L12	**Tresiba 100 E/ml Patronen** (PM) Bei PatientInnen mit Diabetes mellitus, wenn mit Insulinen aus dem Grünen Bereich (ATC A10AC, A10AD, A10AE) allein bzw. in Kombination mit anderen Antidiabetika aufgrund von symptomatischen, wiederkehrenden nächtlichen Hypoglykämien eine ausreichende Therapieeinstellung nicht möglich ist. Insulin degludec eignet sich für eine chef(kontroll)ärztliche Langzeitbewilligung für 12 Monate (L12).		5 St	60,50

A10B ANTIDIABETIKA, EXKL. INSULINE
A10BD Kombinationen von oralen Antidiabetika
A10BD05 Metformin und Pioglitazon

Metformin 0,85, Pioglitazon 0,015

RE1 L12	**Competact 15 mg/850 mg Filmtabl.** Bei PatientInnen mit Diabetes Typ II: - Die Therapie darf erst ab einem HbA1c größer 7 begonnen werden. - Die Behandlung mit Pioglitazon/Metformin hat nur als Second-line-Therapie nach Metformin-Monotherapie zu erfolgen. - Die Behandlung mit Pioglitazon/Metformin darf nur bei PatientInnen mit einem Body Mass Index größer 26 begonnen werden. - Keine Kostenübernahme bei Vorliegen schwerwiegender Kontraindikationen (z.B. Herzinsuffizienz, Leberfunktionsstörungen). - Pioglitazon/Metformin darf nicht mit Insulin kombiniert werden. - Regelmäßige HbA1c-Bestimmungen sind durchzuführen. - Pioglitazon/Metformin eignet sich für eine chef(kontroll)ärztliche Langzeitbewilligung für 12 Monate (L12).		56 St	21,70

A10BD09 Pioglitazon und Alogliptin

Pioglitazon 0,03, Alogliptin 0,0125

RE1 L12	**Incresync 12,5 mg/30 mg Filmtabl.** Bei PatientInnen mit Diabetes Typ II und mäßiger Niereninsuffizienz (Kreatinin-Clearance größer/gleich 30 bis kleiner/gleich 50 ml/min): - Die Behandlung darf erst ab einem HbA1c größer 7 begonnen werden. - Die Behandlung mit Alogliptin/Pioglitazon hat nur als Second-line-Therapie nach unzureichender Monotherapie mit Pioglitazon zu erfolgen. - Die Kosten werden bei Vorliegen schwerwiegender Kontraindikationen (z.B. Herzinsuffizienz, Leberfunktionsstörungen) nicht übernommen. - Regelmäßige HbA1c-Bestimmungen sind durchzuführen. - Alogliptin/Pioglitazon eignet sich für eine chef(kontroll)ärztliche Langzeitbewilligung für 12 Monate (L12).		28 St	31,20

	Bezeichnung	T	OP	KVP in €
Pioglitazon 0,03, Alogliptin 0,025				
RE1 L12	**Incresync 25 mg/30 mg Filmtabl.** Bei PatientInnen mit Diabetes Typ II: - Die Behandlung darf erst ab einem HbA1c größer 7 begonnen werden. - Die Behandlung mit Alogliptin/Pioglitazon hat nur als Second-line-Therapie • nach unzureichender Monotherapie mit Pioglitazon oder bei Metformin-Unverträglichkeit oder -Kontraindikation oder • als Kombinationstherapie mit Metformin, wenn mit der Zweifachkombination aus der jeweils höchsten vertragenen Dosis von Metformin und Pioglitazon nachweislich nicht das Auslangen gefunden werden kann, zu erfolgen. - Die Kosten werden bei Vorliegen schwerwiegender Kontraindikationen (z.B. Herzinsuffizienz, Leberfunktionsstörungen) nicht übernommen. - Regelmäßige HbA1c-Bestimmungen sind durchzuführen. - Alogliptin/Pioglitazon eignet sich für eine chef(kontroll)ärztliche Langzeitbewilligung für 12 Monate (L12).		28 St	39,60

A10BD10 Metformin und Saxagliptin

Metformin 0,85, Saxagliptin 0,0025				
RE1 L6	**Komboglyze 2,5 mg/850 mg Filmtabl.** Bei PatientInnen mit Diabetes Typ II: - Die Behandlung darf erst ab einem HbA1c größer 7 begonnen werden. - Die Behandlung mit Saxagliptin/Metformin hat nur als Second-line-Therapie • nach Metformin-Monotherapie oder • als Kombinationstherapie mit Insulin zu erfolgen. - Alle 6 Monate ist eine HbA1c-Bestimmung durchzuführen. - Saxagliptin/Metformin eignet sich für eine chef(kontroll)ärztliche Langzeitbewilligung für 6 Monate (L6).		56 St	47,70
Metformin 1,0, Saxagliptin 0,0025				
RE1 L6	**Komboglyze 2,5 mg/1000 mg Filmtabl.** Bei PatientInnen mit Diabetes Typ II: - Die Behandlung darf erst ab einem HbA1c größer 7 begonnen werden. - Die Behandlung mit Saxagliptin/Metformin hat nur als Second-line-Therapie • nach Metformin-Monotherapie oder • als Kombinationstherapie mit Insulin zu erfolgen. - Alle 6 Monate ist eine HbA1c-Bestimmung durchzuführen. - Saxagliptin/Metformin eignet sich für eine chef(kontroll)ärztliche Langzeitbewilligung für 6 Monate (L6).		56 St	47,70

A10BD11 Metformin und Linagliptin

Metformin 0,85, Linagliptin 0,0025				
RE2 L6	**Jentadueto 2,5 mg/850 mg Filmtabl.** (PM) Bei PatientInnen mit Diabetes Typ II: - Die Behandlung darf erst ab einem HbA1c größer 7 begonnen werden. - Die Behandlung hat nur als Second-line-Therapie zu erfolgen. - Regelmäßige HbA1c-Bestimmungen sind durchzuführen. - Linagliptin/Metformin eignet sich für eine chef(kontroll)ärztliche Langzeitbewilligung für 6 Monate (L6).		30 St 60 St(2)	25,00 47,45
Metformin 1,0, Linagliptin 0,0025				
RE2 L6	**Jentadueto 2,5 mg/1000 mg Filmtabl.** (PM) Bei PatientInnen mit Diabetes Typ II: - Die Behandlung darf erst ab einem HbA1c größer 7 begonnen werden. - Die Behandlung hat nur als Second-line-Therapie zu erfolgen. - Regelmäßige HbA1c-Bestimmungen sind durchzuführen. - Linagliptin/Metformin eignet sich für eine chef(kontroll)ärztliche Langzeitbewilligung für 6 Monate (L6).		30 St 60 St(2)	25,00 47,45

	Bezeichnung	T	OP	KVP in €

A10BD13 Metformin und Alogliptin

Metformin 0,85, Alogliptin 0,0125

RE1 L12	**Vipdomet 12,5 mg/850 mg Filmtabl.** Bei PatientInnen mit Diabetes Typ II: - Die Behandlung darf erst ab einem HbA1c größer 7 begonnen werden. - Die Behandlung mit Alogliptin/Metformin hat nur als Second-line-Therapie • nach Metformin-Monotherapie oder • als Kombinationstherapie mit Pioglitazon, wenn mit der Zweifachkombination aus der jeweils höchsten vertragenen Dosis von Metformin und Pioglitazon nachweislich nicht das Auslangen gefunden werden kann oder • als Kombinationstherapie mit Insulin zu erfolgen. - Regelmäßige HbA1c-Bestimmungen sind durchzuführen. - Alogliptin/Metformin eignet sich für eine chef(kontroll)ärztliche Langzeitbewilligung für 12 Monate (L12).		56 St	39,60

Metformin 1,0, Alogliptin 0,0125

RE1 L12	**Vipdomet 12,5 mg/1000 mg Filmtabl.** Bei PatientInnen mit Diabetes Typ II: - Die Behandlung darf erst ab einem HbA1c größer 7 begonnen werden. - Die Behandlung mit Alogliptin/Metformin hat nur als Second-line-Therapie • nach Metformin-Monotherapie oder • als Kombinationstherapie mit Pioglitazon, wenn mit der Zweifachkombination aus der jeweils höchsten vertragenen Dosis von Metformin und Pioglitazon nachweislich nicht das Auslangen gefunden werden kann oder • als Kombinationstherapie mit Insulin zu erfolgen. - Regelmäßige HbA1c-Bestimmungen sind durchzuführen. - Alogliptin/Metformin eignet sich für eine chef(kontroll)ärztliche Langzeitbewilligung für 12 Monate (L12).		56 St	39,60

A10BD15 Metformin und Dapagliflozin

Metformin 0,85, Dapagliflozin 0,005

RE2	**Xigduo 5 mg/850 mg Filmtabl.** (PM) Bei PatientInnen mit Diabetes Typ II: - Die Behandlung darf erst ab einem HbA1c größer 7 begonnen werden. - Die Behandlung hat nur als Second-line-Therapie zu erfolgen. - Kein Einsatz bei einer Kreatinin-Clearance kleiner 30 ml/min. - Regelmäßige Kontrollen der Nierenfunktionsparameter gemäß Fachinformation. - Regelmäßige HbA1c-Bestimmungen sind durchzuführen.		56 St(2)	47,70

Metformin 1,0, Dapagliflozin 0,005

RE2	**Xigduo 5 mg/1000 mg Filmtabl.** (PM) Bei PatientInnen mit Diabetes Typ II: - Die Behandlung darf erst ab einem HbA1c größer 7 begonnen werden. - Die Behandlung hat nur als Second-line-Therapie zu erfolgen. - Kein Einsatz bei einer Kreatinin-Clearance kleiner 30 ml/min. - Regelmäßige Kontrollen der Nierenfunktionsparameter gemäß Fachinformation. - Regelmäßige HbA1c-Bestimmungen sind durchzuführen.		56 St(2)	47,70

A10BD19 Linagliptin und Empagliflozin

Linagliptin 0,005; Empagliflozin 0,01

RE2	**Glyxambi 10 mg/5 mg Filmtabl.** (PM) Bei PatientInnen mit Diabetes Typ II: - Die Behandlung darf erst ab einem HbA1c größer 7 begonnen werden. - Die Behandlung hat nur als Second-line-Therapie zu erfolgen. - Keine Neueinstellung bei einer Kreatinin-Clearance kleiner 60 ml/min, kein Einsatz bei einer Kreatinin-Clearance kleiner 45 ml/min. - Regelmäßige Kontrollen der Nierenfunktionsparameter. - Regelmäßige HbA1c-Bestimmungen sind durchzuführen.		30 St	81,75

	Bezeichnung	T	OP	KVP in €
Linagliptin 0,005; Empagliflozin 0,025				
RE2	**Glyxambi 25 mg/5 mg Filmtabl.** Ⓟ Bei PatientInnen mit Diabetes Typ II: - Die Behandlung darf erst ab einem HbA1c größer 7 begonnen werden. - Die Behandlung hat nur als Second-line-Therapie zu erfolgen. - Keine Neueinstellung bei einer Kreatinin-Clearance kleiner 60 ml/min, kein Einsatz bei einer Kreatinin-Clearance kleiner 45 ml/min. - Regelmäßige Kontrollen der Nierenfunktionsparameter. - Regelmäßige HbA1c-Bestimmungen sind durchzuführen.		30 St	81,75

A10BD20 Metformin und Empagliflozin

Metformin 0,85, Empagliflozin 0,005				
RE2	**Synjardy 5 mg/850 mg Filmtabl.** Ⓟ Bei PatientInnen mit Diabetes Typ II: - Die Behandlung darf erst ab einem HbA1c größer 7 begonnen werden. - Die Behandlung hat nur als Second-line-Therapie zu erfolgen. - Kein Einsatz bei einer Kreatinin-Clearance kleiner 30 ml/min oder eGFR von 30 ml/min/1,73 m2. - Regelmäßige Kontrollen der Nierenfunktionsparameter gemäß Fachinformation. - Regelmäßige HbA1c-Bestimmungen sind durchzuführen.		60 St(2)	46,70
Metformin 0,85, Empagliflozin 0,0125				
RE2	**Synjardy 12,5 mg/850 mg Filmtabl.** Ⓟ Bei PatientInnen mit Diabetes Typ II: - Die Behandlung darf erst ab einem HbA1c größer 7 begonnen werden. - Die Behandlung hat nur als Second-line-Therapie zu erfolgen. - Kein Einsatz bei einer Kreatinin-Clearance kleiner 30 ml/min oder eGFR von 30 ml/min/1,73 m2. - Regelmäßige Kontrollen der Nierenfunktionsparameter gemäß Fachinformation. - Regelmäßige HbA1c-Bestimmungen sind durchzuführen.		60 St(2)	46,70
Metformin 1,0, Empagliflozin 0,005				
RE2	**Synjardy 5 mg/1000 mg Filmtabl.** Ⓟ Bei PatientInnen mit Diabetes Typ II: - Die Behandlung darf erst ab einem HbA1c größer 7 begonnen werden. - Die Behandlung hat nur als Second-line-Therapie zu erfolgen. - Kein Einsatz bei einer Kreatinin-Clearance kleiner 30 ml/min oder eGFR von 30 ml/min/1,73 m2. - Regelmäßige Kontrollen der Nierenfunktionsparameter gemäß Fachinformation. - Regelmäßige HbA1c-Bestimmungen sind durchzuführen.		60 St(2)	46,70
Metformin 1,0, Empagliflozin 0,0125				
RE2	**Synjardy 12,5 mg/1000 mg Filmtabl.** Ⓟ Bei PatientInnen mit Diabetes Typ II: - Die Behandlung darf erst ab einem HbA1c größer 7 begonnen werden. - Die Behandlung hat nur als Second-line-Therapie zu erfolgen. - Kein Einsatz bei einer Kreatinin-Clearance kleiner 30 ml/min oder eGFR von 30 ml/min/1,73 m2. - Regelmäßige Kontrollen der Nierenfunktionsparameter gemäß Fachinformation. - Regelmäßige HbA1c-Bestimmungen sind durchzuführen.		60 St(2)	46,70

A10BD21 Saxagliptin und Dapagliflozin

Saxagliptin 0,005, Dapagliflozin 0,01				
RE2	**Qtern 5 mg/10 mg Filmtabl.** Ⓟ Bei PatientInnen mit Diabetes Typ II: - Die Behandlung darf erst ab einem HbA1c größer 7 begonnen werden. - Die Behandlung hat nur als Second-line-Therapie zu erfolgen. - Kein Einsatz bei einer Kreatinin-Clearance kleiner 60 ml/min. - Regelmäßige Kontrollen der Nierenfunktionsparameter. - Regelmäßige HbA1c-Bestimmungen sind durchzuführen. - Saxagliptin/Dapagliflozin wird in Kombination mit Pioglitazon nicht erstattet.		28 St	76,80

	Bezeichnung	T	OP	KVP in €

A10BH Dipeptidyl-Peptidase 4-Inhibitoren
A10BH02 Vildagliptin

Vildagliptin 0,05

RE1 L6	**Galvus 50 mg Tabl.** Bei PatientInnen mit Diabetes Typ II: - Die Behandlung darf erst ab einem HbA1c größer 7 begonnen werden. - Die Behandlung mit Vildagliptin hat nur als Second-line-Therapie • als Monotherapie bei Metformin-Unverträglichkeit oder -Kontraindikation, wenn mit kostengünstigeren Therapiealternativen aus dem Grünen Bereich (ATC-Code A10BB, A10BF, A10BX) nachweislich nicht das Auslangen gefunden werden kann, oder • als Kombinationstherapie mit Metformin oder • als Kombinationstherapie mit Sulfonylharnstoffen (bei Metformin-Unverträglichkeit oder -Kontraindikation) oder • als Kombinationstherapie mit Glitazonen bei Metformin-Unverträglichkeit oder -Kontraindikation oder • als Kombinationstherapie mit Metformin und einem Sulfonylharnstoff, wenn bei unzureichender Zweifachkombination aus der jeweils höchsten vertragenen Dosis von Metformin und eines Sulfonylharnstoffs nachweislich nicht das Auslangen gefunden werden kann oder • als Kombinationstherapie mit Insulin zu erfolgen. - Alle 6 Monate ist eine HbA1c-Bestimmung durchzuführen. - Vildagliptin eignet sich für eine chef(kontroll)ärztliche Langzeitbewilligung für 6 Monate (L6).		14 St 28 St 56 St	7,70 14,80 28,45

A10BH03 Saxagliptin

Saxagliptin 0,005

RE1 L6	**Onglyza 5 mg Filmtabl.** Bei PatientInnen mit Diabetes Typ II: - Die Behandlung darf erst ab einem HbA1c größer 7 begonnen werden. - Die Behandlung mit Onglyza hat nur als Second-line-Therapie • als Kombinationstherapie mit Metformin oder • als Kombinationstherapie mit Sulfonylharnstoffen (bei Metformin-Unverträglichkeit oder -Kontraindikation) oder • als Kombinationstherapie mit Glitazonen bei Metformin- und Sulfonylharnstoff-Unverträglichkeit oder -Kontraindikation oder • als Kombinationstherapie mit Insulin zu erfolgen. - Alle 6 Monate ist eine HbA1c-Bestimmung durchzuführen. - Onglyza eignet sich für eine chef(kontroll)ärztliche Langzeitbewilligung für 6 Monate (L6).		14 St 28 St	25,15 47,70

A10BH04 Alogliptin

Alogliptin 0,0125

RE1 L12	**Vipidia 12,5 mg Filmtabl.** Bei PatientInnen mit Diabetes Typ II und mäßiger Niereninsuffizienz (Kreatinin-Clearance größer/gleich 30 bis kleiner/gleich 50 ml/min): - Die Behandlung darf erst ab einem HbA1c größer 7 begonnen werden. - Die Behandlung mit Alogliptin hat nur als Second-line-Therapie • als Kombinationstherapie mit einem Sulfonylharnstoff oder • als Kombinationstherapie mit einem Glitazon (bei Sulfonylharnstoff-Unverträglichkeit oder -Kontraindikation) oder • als Kombinationstherapie mit Insulin zu erfolgen. - Regelmäßige HbA1c-Bestimmungen sind durchzuführen. - Alogliptin eignet sich für eine chef(kontroll)ärztliche Langzeitbewilligung für 12 Monate (L12).		28 St	31,20

	Bezeichnung	T	OP	KVP in €
Alogliptin 0,025				
RE1 L12	**Vipidia 25 mg Filmtabl.** Bei PatientInnen mit Diabetes Typ II: - Die Behandlung darf erst ab einem HbA1c größer 7 begonnen werden. - Die Behandlung mit Alogliptin hat nur als Second-line-Therapie • als Kombinationstherapie mit Metformin oder • als Kombinationstherapie mit einem Sulfonylharnstoff (bei Metformin-Unverträglichkeit oder -Kontraindikation) oder • als Kombinationstherapie mit einem Glitazon (bei Metformin- und Sulfonylharnstoff-Unverträglichkeit oder -Kontraindikation) oder • als Kombinationstherapie mit Insulin oder • als Kombinationstherapie mit einem Glitazon und Metformin oder als Kombinationstherapie mit Insulin und Metformin, wenn mit der Zweifachkombination aus der jeweils höchsten vertragenen Dosis von Metformin und eines Glitazons nachweislich nicht das Auslangen gefunden werden kann, zu erfolgen. - Regelmäßige HbA1c-Bestimmungen sind durchzuführen. - Alogliptin eignet sich für eine chef(kontroll)ärztliche Langzeitbewilligung für 12 Monate (L12).		28 St	39,60

A10BH05 Linagliptin

Linagliptin 0,005				
RE2 L6	**Trajenta 5 mg Filmtabl.** (PM) Bei PatientInnen mit Diabetes Typ II: - Die Behandlung darf erst ab einem HbA1c größer 7 begonnen werden. - Die Behandlung hat nur als Second-line-Therapie zu erfolgen. - Regelmäßige HbA1c-Bestimmungen sind durchzuführen. - Linagliptin eignet sich für eine chef(kontroll)ärztliche Langzeitbewilligung für 6 Monate (L6).		14 St 30 St(2)	23,35 47,45

A10BJ Glucagon-like Peptide 1-Rezeptor (GLP-1)-Analoga
A10BJ02 Liraglutid

Liraglutid 0,006/ml				
RE1 L6	**Victoza 6 mg/ml Inj.lsg. Fertigpen** (PM) Bei PatientInnen mit Diabetes Typ II: - Die Behandlung mit Liraglutid hat nur als Drittlinien-Therapie nach Ausschöpfung der Therapiemöglichkeiten mit kostengünstigeren, oralen Erst- und Zweitlinien-Therapien aus dem EKO im Grünen und Gelben Bereich (ATC-Codes A10BA02, A10BB, A10BX02, A10BD, A10BG, A10BH, A10BK) zu erfolgen. - Die Therapie darf nur ab einem HbA1c-Wert von 8,0 % begonnen werden. - Die Behandlung darf nur ab einem Body Mass Index von 30 kg/m2 begonnen werden. - Erstverordnung nur durch FachärztInnen für Innere Medizin mit Erfahrung auf dem Gebiet der Diabetes-Behandlung oder durch spezialisierte Zentren. - Angabe von Ausgangsgewicht, -BMI und -HbA1c bei Therapiebeginn. Die Therapie wird nach 6 Monaten evaluiert, dabei muss eine Reduktion des HbA1c um 1 % und eine Gewichtsreduktion um mindestens 3 kg gegenüber dem Ausgangswert bei Therapiebeginn erreicht werden. - Liraglutid darf nur in Kombination mit Metformin, einem Sulfonylharnstoff, einem Thiazolidindion und/oder Basalinsulin eingesetzt werden. - Liraglutid darf nicht mit DPP-IV-Hemmern, SGLT-2-Hemmern oder Gliniden kombiniert werden. - Liraglutid darf nicht als Monotherapie eingesetzt werden. - Kein Einsatz bei schwerer Nierenfunktionsstörung (Kreatinin-Clearance unter 30 ml/min) oder terminaler Niereninsuffizienz. - Liraglutid eignet sich für eine chef(kontroll)ärztliche Langzeitbewilligung für 6 Monate (L6).		2 St *3 ml*	110,75

	Bezeichnung	T	OP	KVP in €

A10BJ05 Dulaglutid

Dulaglutid 0,0015

RE1 L6	**Trulicity 1,5 mg Inj.lsg. Fertigpen** (PM) Bei PatientInnen mit Diabetes Typ II: - Die Behandlung mit Dulaglutid hat nur als Drittlinien-Therapie nach Ausschöpfung der Therapiemöglichkeiten mit kostengünstigeren, oralen Erst-und Zweitlinientherapien (ATC Codes A10BA02, A10BB, A10BX02, A10BD, A10BG, A10BH, A10BK) aus dem Grünen und Gelben Bereich zu erfolgen. - Die Therapie darf nur ab einem HbA1c-Wert von 8,0 % begonnen werden. - Die Behandlung darf nur ab einem Body Mass Index von 30 kg/m2 begonnen werden. - Erstverordnung nur durch FachärztInnen für Innere Medizin mit Erfahrung auf dem Gebiet der Diabetes-Behandlung oder durch spezialisierte Zentren. - Angabe von Ausgangsgewicht, -BMI und -HbA1c bei Therapiebeginn. Die Therapie wird nach 6 Monaten evaluiert, dabei muss eine Reduktion des HbA1c um 1 % und eine Gewichtsreduktion um mindestens 3 kg gegenüber dem Ausgangswert bei Therapiebeginn erreicht werden. - Dulaglutid darf nur in Kombination mit Metformin, einem Sulfonylharnstoff, einem Thiazolidindion und/oder Insulinen eingesetzt werden. - Dulaglutid darf nicht mit DPP-IV-Hemmern, SGLT-2-Hemmern oder Gliniden kombiniert werden. - Dulaglutid darf nicht als Monotherapie eingesetzt werden. - Kein Einsatz bei schwerer Nierenfunktionsstörung (Kreatinin-Clearance unter 30 ml/min) oder terminaler Niereninsuffizienz. - Dulaglutid eignet sich für eine chef(kontroll)ärztliche Langzeitbewilligung für 6 Monate (L6).		4 St	104,50

A10BJ06 Semaglutid

Semaglutid 0,00025/ED

RE1	**Ozempic 0,25 mg Inj.lsg Fertigpen** (PM) Bei PatientInnen mit Diabetes Typ II 1. mit einem BMI ab 30 kg/m2 und ohne kardiovaskuläre Erkrankung, Herzinsuffizienz oder chronische Nierenerkrankung - erste Injektionstherapie bei unzureichender Blutzuckerkontrolle mit oralen Therapiemöglichkeiten. - Angabe von BMI, HbA1c und individuellem HbA1c-Therapieziel bei Therapiebeginn, die Therapie wird nach 6 Monaten evaluiert, dabei muss das individuelle HbA1c-Therapieziel erreicht werden. 2. mit nachgewiesener atherosklerotischer kardiovaskulärer Erkrankung oder hohem Risiko für eine atherosklerotische kardiovaskuläre Erkrankung 3. mit chronischer Nierenerkrankung und Albuminurie Für 1-3 gilt: Nach Metformin und wenn SGLT-2-Hemmer nicht möglich sind (Kontraindikationen, Unverträglichkeit, eGFR) oder als add-on-Therapie, wenn diese unzureichend wirksam sind. Erstverordnung nur durch FachärztInnen für Innere Medizin mit Erfahrung auf dem Gebiet der Diabetes-Behandlung, ÄrztInnen, die am DMP "Therapie Aktiv - Diabetes im Griff" aktiv teilnehmen, oder durch spezialisierte Zentren. Gemäß Fachinformation ist eine Verwendung von Semaglutid nur als Zusatz zu Diät und körperlicher Aktivität bei unzureichend kontrolliertem Diabetes mellitus Typ II vorgesehen. Keine Kombination mit DPP-IV-Hemmern. Kein Einsatz bei schwerer oder terminaler Nierenfunktionsstörung unter Berücksichtigung der substanzspezifischen eGFR-Grenzwerte.		1 St *4 ED*	104,35

	Bezeichnung	T	OP	KVP in €
Semaglutid 0,0005/ED				
RE1 L6	**Ozempic 0,5 mg Inj.lsg. Fertigpen** Ⓟ Ⓜ Bei PatientInnen mit Diabetes Typ II 1. mit einem BMI ab 30 kg/m2 und ohne kardiovaskuläre Erkrankung, Herzinsuffizienz oder chronische Nierenerkrankung - erste Injektionstherapie bei unzureichender Blutzuckerkontrolle mit oralen Therapiemöglichkeiten. - Angabe von BMI, HbA1c und individuellem HbA1c-Therapieziel bei Therapiebeginn, die Therapie wird nach 6 Monaten evaluiert, dabei muss das individuelle HbA1c-Therapieziel erreicht werden. 2. mit nachgewiesener atherosklerotischer kardiovaskulärer Erkrankung oder hohem Risiko für eine atherosklerotische kardiovaskuläre Erkrankung 3. mit chronischer Nierenerkrankung und Albuminurie Für 1-3 gilt: Nach Metformin und wenn SGLT-2-Hemmer nicht möglich sind (Kontraindikationen, Unverträglichkeit, eGFR) oder als add-on-Therapie, wenn diese unzureichend wirksam sind. Erstverordnung nur durch FachärztInnen für Innere Medizin mit Erfahrung auf dem Gebiet der Diabetes-Behandlung, ÄrztInnen, die am DMP "Therapie Aktiv - Diabetes im Griff" aktiv teilnehmen, oder durch spezialisierte Zentren. Gemäß Fachinformation ist eine Verwendung von Semaglutid nur als Zusatz zu Diät und körperlicher Aktivität bei unzureichend kontrolliertem Diabetes mellitus Typ II vorgesehen. Keine Kombination mit DPP-IV-Hemmern. Kein Einsatz bei schwerer oder terminaler Nierenfunktionsstörung unter Berücksichtigung der substanzspezifischen eGFR-Grenzwerte. Semaglutid eignet sich für eine chef(kontroll)ärztliche Langzeitbewilligung für 6 Monate (L6).		1 St *4 ED*	104,35
Semaglutid 0,001/ED				
RE1 L6	**Ozempic 1,0 mg Inj.lsg. Fertigpen** Ⓟ Ⓜ Bei PatientInnen mit Diabetes Typ II 1. mit einem BMI ab 30 kg/m2 und ohne kardiovaskuläre Erkrankung, Herzinsuffizienz oder chronische Nierenerkrankung - erste Injektionstherapie bei unzureichender Blutzuckerkontrolle mit oralen Therapiemöglichkeiten. - Angabe von BMI, HbA1c und individuellem HbA1c-Therapieziel bei Therapiebeginn, die Therapie wird nach 6 Monaten evaluiert, dabei muss das individuelle HbA1c-Therapieziel erreicht werden. 2. mit nachgewiesener atherosklerotischer kardiovaskulärer Erkrankung oder hohem Risiko für eine atherosklerotische kardiovaskuläre Erkrankung 3. mit chronischer Nierenerkrankung und Albuminurie Für 1-3 gilt: Nach Metformin und wenn SGLT-2-Hemmer nicht möglich sind (Kontraindikationen, Unverträglichkeit, eGFR) oder als add-on-Therapie, wenn diese unzureichend wirksam sind. Erstverordnung nur durch FachärztInnen für Innere Medizin mit Erfahrung auf dem Gebiet der Diabetes-Behandlung, ÄrztInnen, die am DMP "Therapie Aktiv - Diabetes im Griff" aktiv teilnehmen, oder durch spezialisierte Zentren. Gemäß Fachinformation ist eine Verwendung von Semaglutid nur als Zusatz zu Diät und körperlicher Aktivität bei unzureichend kontrolliertem Diabetes mellitus Typ II vorgesehen. Keine Kombination mit DPP-IV-Hemmern. Kein Einsatz bei schwerer oder terminaler Nierenfunktionsstörung unter Berücksichtigung der substanzspezifischen eGFR-Grenzwerte. Semaglutid eignet sich für eine chef(kontroll)ärztliche Langzeitbewilligung für 6 Monate (L6).		1 St *4 ED*	104,35

	Bezeichnung	T	OP	KVP in €

A10BK Sodium-Glucose Co-Transporter 2 (SGLT-2)-Inhibitoren

A10BK01 Dapagliflozin

Dapagliflozin 0,01

RE2	**Forxiga 10 mg Filmtabl.** (PM) Bei erwachsenen PatientInnen mit Diabetes Typ II: - Die Behandlung darf erst ab einem HbA1c größer 7 begonnen werden. - Die Behandlung hat nur als Second-line-Therapie zu erfolgen. - Regelmäßige HbA1c-Bestimmungen sind durchzuführen. Bei erwachsenen PatientInnen mit chronischer Herzinsuffizienz mit reduzierter Ejektionsfraktion als Zusatztherapie - wenn die PatientInnen trotz individuell optimierter Standardtherapie mit Medikamenten aus dem Grünen Bereich noch symptomatisch sind (NYHA größer/gleich Klasse II). - Therapieeinleitung nur bei linksventrikulärer Ejektionsfraktion kleiner/gleich 40 % diagnostiziert mittels transthorakalen Echokardiographiebefundes nicht älter als 6 Monate. - Erstverordnung und regelmäßige Kontrollen durch KardiologInnen oder InternistInnen mit gültigem Diplom in transthorakaler Echokardiographie oder durch eine entsprechende Fachabteilung bzw. -ambulanz. Bei erwachsenen PatientInnen mit chronischer Niereninsuffizienz mit einer eGFR von 75 ml bis 25 ml/min/1,73 m2 als Zusatztherapie zur individuell optimierten Standardtherapie mit einem ACE-Hemmer oder einem Angiotensin-II-Rezeptorblocker.		14 St 28 St(2)	25,15 47,70

A10BK03 Empagliflozin

Empagliflozin 0,01

RE2	**Jardiance 10 mg Filmtabl.** (PM) Bei erwachsenen PatientInnen mit Diabetes Typ II: - Die Behandlung darf erst ab einem HbA1c größer 7 begonnen werden. - Die Behandlung hat nur als Second-line-Therapie zu erfolgen. - Regelmäßige HbA1c-Bestimmungen sind durchzuführen. Bei erwachsenen PatientInnen mit chronischer Herzinsuffizienz als Zusatztherapie - wenn die PatientInnen trotz individuell optimierter Standardtherapie mit Medikamenten aus dem Grünen Bereich noch symptomatisch sind (NYHA größer/gleich Klasse II). - Therapieeinleitung nur bei etablierter Diagnose der chronischen Herzinsuffizienz. - Erstverordnung und regelmäßige Kontrollen durch KardiologInnen oder InternistInnen mit gültigem Diplom in transthorakaler Echokardiographie oder durch eine entsprechende Fachabteilung bzw. -ambulanz. Bei erwachsenen PatientInnen mit chronischer Niereninsuffizienz mit einer eGFR von kleiner 90 ml bis 20 ml/min/1,73 m2 als Zusatztherapie zur individuell optimierten Standardtherapie mit einem ACE-Hemmer oder einem Angiotensin-II-Rezeptorblocker.		14 St 30 St(2)	23,00 46,70

Empagliflozin 0,025

RE2	**Jardiance 25 mg Filmtabl.** (PM) Bei PatientInnen mit Diabetes Typ II: - Die Behandlung darf erst ab einem HbA1c größer 7 begonnen werden. - Die Behandlung hat nur als Second-line-Therapie zu erfolgen. - Keine Neueinstellung bei einer Kreatinin-Clearance kleiner 60 ml/min. Wenn die Kreatinin-Clearance unter Empagliflozin-Therapie unter 60 ml/min fällt, ist eine maximale Tagesdosis von 10 mg einzusetzen. - Regelmäßige Kontrollen der Nierenfunktionsparameter gemäß Fachinformation. - Regelmäßige HbA1c-Bestimmungen sind durchzuführen.		14 St 30 St(2)	23,00 46,70

	Bezeichnung	T	OP	KVP in €

A16 ANDERE MITTEL FÜR DAS ALIMENTÄRE SYSTEM UND DEN STOFFWECHSEL
A16A ANDERE MITTEL FÜR DAS ALIMENTÄRE SYSTEM UND DEN STOFFWECHSEL
A16AB Enzyme
A16AB02 Imiglucerase

Imiglucerase 400 E

RE1 L6	**Cerezyme 400 U Plv. für ein Konz. zur Herst. einer Inf.lsg.** Eine Kostenübernahme ist nur möglich bei Patienten mit gesicherter Diagnose eines Morbus Gaucher Typ I. Erstverordnung nur durch ein auf hereditäre Stoffwechselerkrankungen spezialisiertes Zentrum oder einen Facharzt mit Erfahrung auf dem Gebiet von hereditären Stoffwechselerkrankungen. Alle sechs Monate ist eine Kontrolluntersuchung durch das o.a. Zentrum oder den o.a. Facharzt durchzuführen. Cerezyme eignet sich für eine chef(kontoll)ärztliche Langzeitbewilligung für 6 Monate (L6).		1 St 5 St	1.380,70 6.804,70

A16AB03 Agalsidase alfa

Agalsidase alfa 0,001/ml

RE1 L6	**Replagal 1 mg/ml Konz. zur Herst. einer Inf.lsg.** - Die Kostenübernahme kommt nur bei Patienten mit gesicherter Diagnose eines Morbus Fabry (alpha-Galaktosidase A-Mangel) in Frage. - Die Erstverordnung darf nur durch ein auf hereditäre Stoffwechselerkrankungen spezialisiertes Zentrum oder einen Facharzt mit Erfahrung auf dem Gebiet von hereditären Stoffwechselerkrankungen erfolgen. - Alle 6 Monate ist eine Kontrolluntersuchung durch das o.a. Zentrum oder den o.a. Facharzt durchzuführen. - Replagal 1 mg/ml Konz. z. Herst. einer Inf.lsg. eignet sich für eine chef(kontroll)ärztliche Langzeitbewilligung für 6 Monate (L6).		1 St *3,5 ml* 4 St *3,5 ml*	1.392,10 5.494,35

A16AB04 Agalsidase beta

Agalsidase beta 0,005

RE1 L6	**Fabrazyme 5 mg Plv. f. ein Konz. zur Herst. einer Inf.lsg.** - Die Kostenübernahme kommt nur bei Patienten mit gesicherter Diagnose eines Morbus Fabry (alpha-Galaktosidase A-Mangel) in Frage. - Die Erstverordnung darf nur durch ein auf hereditäre Stoffwechselerkrankungen spezialisiertes Zentrum oder einen Facharzt mit Erfahrung auf dem Gebiet von hereditären Stoffwechselerkrankungen erfolgen. - Alle 6 Monate ist eine Kontrolluntersuchung durch das o.a. Zentrum oder den o.a. Facharzt durchzuführen. - Fabrazyme eignet sich für eine chef(kontroll)ärztliche Langzeitbewilligung für 6 Monate (L6).		1 St	466,20

Agalsidase beta 0,035

RE1 L6	**Fabrazyme 35 mg Plv. f. ein Konz. zur Herst. einer Inf.lsg.** - Die Kostenübernahme kommt nur bei Patienten mit gesicherter Diagnose eines Morbus Fabry (alpha-Galaktosidase A-Mangel) in Frage. - Die Erstverordnung darf nur durch ein auf hereditäre Stoffwechselerkrankungen spezialisiertes Zentrum oder einen Facharzt mit Erfahrung auf dem Gebiet von hereditären Stoffwechselerkrankungen erfolgen. - Alle 6 Monate ist eine Kontrolluntersuchung durch das o.a. Zentrum oder den o.a. Facharzt durchzuführen. - Fabrazyme eignet sich für eine chef(kontroll)ärztliche Langzeitbewilligung für 6 Monate (L6).		1 St	3.115,30

	Bezeichnung	T	OP	KVP in €

A16AB10 Velaglucerase alfa

Velaglucerase alfa 400 E

RE1 L6	**VPRIV 400 E Plv. zur Herst. einer Inf.lsg.** - Bei PatientInnen mit gesicherter Diagnose des Morbus Gaucher Typ I. - Die Erstverordnung darf nur durch ein auf hereditäre Stoffwechselerkrankungen spezialisiertes Zentrum oder einen Facharzt/eine Fachärztin mit Erfahrung auf dem Gebiet von hereditären Stoffwechselerkrankungen erfolgen. - Alle 6 Monate ist eine Kontrolluntersuchung durch das o.a. Zentrum oder den o.a. Facharzt/die o.a. Fachärztin durchzuführen. - Velaglucerase alfa eignet sich für eine chef(kontroll)ärztliche Langzeitbewilligung für 6 Monate (L6).		1 St 5 St(2)	1.474,15 7.272,00

A16AB24 Pegzilarginase

Pegzilarginase 0,005/ml

RE1	**Loargys 5 mg/ml Inj.-/Inf.lsg.** (PM) Bei Erwachsenen, Jugendlichen und Kindern ab 2 Jahren mit Arginase-1-Mangel. Die Diagnose muss durch genetische Tests gesichert sein und die Feststellung der ARG1-D-Mutation(en) muss durch ein zertifiziertes Labor mit einem validierten Testverfahren erfolgen. Vor Therapiestart müssen die Argininkonzentration im Plasma, die grobmotorischen Funktionen (anhand des Gross Motor Function Measure [GMFM] Teil D und E) und die Gehfähigkeit (anhand des 2-Minuten-Gehtests [2MWT]) sowie die kognitive Leistungsfähigkeit dokumentiert werden. Einsatz nur bei PatientInnen, die trotz einer optimierten proteinrestriktiven Diätbehandlung erhöhte Argininkonzentrationen im Plasma (größer/gleich 200 Mikromol/l) aufweisen. Die Proteinzufuhr ist zu dokumentieren und die Behandlung ist durch einen ernährungsmedizinischen Dienst zu begleiten. Die Argininkonzentration im Plasma ist zumindest alle 4-6 Wochen zu überprüfen. Nach Erreichen eines stabilen Körpergewichtes und/oder eines stabilen Verlaufes kann das Intervall nach ärztlichem Ermessen gestreckt werden. Die Gehfähigkeit, die grobmotorischen Funktionen sowie die kognitive Leistungsfähigkeit sind zumindest jährlich durch entsprechend geschultes Personal zu überprüfen. Die Therapie darf nur fortgeführt werden, wenn - eine dauerhafte Reduktion der Argininkonzentration im Plasma (kleiner/gleich 200 Mikromol/l) erreicht wird, wobei eine dauerhafte Argininkonzentration kleiner 50 Mikromol/l zu vermeiden ist UND - eine zumindest stabile Erkrankung in Bezug auf die grobmotorischen Funktionen, die Gehfähigkeit sowie die kognitive Leistungsfähigkeit im Vergleich zum Therapiestart nachgewiesen wurde. Diagnose, Ersteinstellung und Therapieüberwachung durch ein spezialisiertes Zentrum mit Beteiligung am europäischen Referenznetzwerk MetabERN mit Erfahrung in der Behandlung des Arginase-1-Mangels. Die Liste der in Frage kommenden spezialisierten Zentren wird vom Dachverband erstellt und unter www.sozialversicherung.at/erstattungskodex_ARG1-D publiziert. Pegzilarginase sollte von medizinischem Fachpersonal verabreicht werden. Gegebenenfalls kann nach mindestens 8-wöchiger Behandlung eine subkutane Anwendung durch den/die PatientIn oder die Betreuungsperson in Erwägung gezogen werden, sobald eine stabile Erhaltungsdosis bestimmt wurde und das Risiko für Überempfindlichkeitsreaktionen als gering eingestuft wird. Vor der Selbstverabreichung muss der/die PatientIn oder die Betreuungsperson angemessen eingewiesen werden. PatientInnen, die mit Pegzilarginase behandelt werden, sind vor Therapiebeginn in das EIMD (European registry and network for Intoxication type Metabolic Disorders) Register aufzunehmen.		1 St	4.700,15

	Bezeichnung	T	OP	KVP in €

A16AX Sonstige Mittel für das alimentäre System und den Stoffwechsel
A16AX06 Miglustat

Miglustat 0,1

RE1 L6	**Miglustat "Gen.Orph" 100 mg Hartkaps.** 1. Bei PatientInnen mit gesicherter Diagnose einer leichten bis mittelschweren Form des Morbus Gaucher Typ I. Miglustat darf nur zur Behandlung von PatientInnen verwendet werden, für die eine Enzymsubstitutionstherapie nicht in Frage kommt. Erstverordnung nur durch ein auf hereditäre Stoffwechselerkrankungen spezialisiertes Zentrum oder einen Facharzt/eine Fachärztin mit Erfahrung auf dem Gebiet von hereditären Stoffwechselerkrankungen. 2. Bei PatientInnen mit gesicherter Diagnose einer Niemann-Pick-Krankheit Typ C. Miglustat darf nur zur Behandlung progressiver neurologischer Manifestationen bei erwachsenen und pädiatrischen PatientInnen verwendet werden. Erstverordnung nur durch ein Zentrum bzw. durch FachärztInnen mit Erfahrung in der Therapie der Niemann-Pick-Krankheit Typ C. Alle sechs Monate ist eine Kontrolluntersuchung durch das o.a. Zentrum oder den/die o.a. Facharzt/Fachärztin durchzuführen. Miglustat eignet sich für eine chef(kontroll)ärztliche Langzeitbewilligung für 6 Monate (L6).		84 St(2)	2.726,05
RE1 L6	**Miglustat "G.L." 100 mg Hartkaps.** 1. Bei PatientInnen mit gesicherter Diagnose einer leichten bis mittelschweren Form des Morbus Gaucher Typ I. Miglustat darf nur zur Behandlung von PatientInnen verwendet werden, für die eine Enzymsubstitutionstherapie nicht in Frage kommt. Erstverordnung nur durch ein auf hereditäre Stoffwechselerkrankungen spezialisiertes Zentrum oder einen Facharzt/eine Fachärztin mit Erfahrung auf dem Gebiet von hereditären Stoffwechselerkrankungen. 2. Bei PatientInnen mit gesicherter Diagnose einer Niemann-Pick-Krankheit Typ C. Miglustat darf nur zur Behandlung progressiver neurologischer Manifestationen bei erwachsenen und pädiatrischen PatientInnen verwendet werden. Erstverordnung nur durch ein Zentrum bzw. durch FachärztInnen mit Erfahrung in der Therapie der Niemann-Pick-Krankheit Typ C. Alle sechs Monate ist eine Kontrolluntersuchung durch das o.a. Zentrum oder den/die o.a. Facharzt/Fachärztin durchzuführen. Miglustat eignet sich für eine chef(kontroll)ärztliche Langzeitbewilligung für 6 Monate (L6).		84 St(2)	2.726,05

A16AX07 Sapropterin

Sapropterin 0,1

RE1 L12	**Kuvan 100 mg Tabl. zur Herst. einer Lsg. zum Einnehmen** Zur Behandlung einer Hyperphenylalaninämie (HPA) bei Erwachsenen und Kindern mit Phenylketonurie oder Tetrahydrobiopterin (BH4)-Mangel, wenn mit diätetischen Maßnahmen nicht das Auslangen gefunden werden kann. Kontrolle des Ansprechens mittels BH4-loading-Test; als Ansprechen gilt ein Abfall des Phenylalaninspiegels im Blut um größer/gleich 30 %. Fortsetzung der Therapie nur, wenn innerhalb von sechs Monaten ein Ansprechen erzielt wurde. Regelmäßige Kontrolle der Phenylalanin- und Tyrosinspiegel, der psychomotorischen Entwicklung und der Einhaltung der restriktiven Diät. Diagnose, Ersteinstellung und regelmäßige Kontrollen durch Zentren mit Erfahrung in der Behandlung der Phenylketonurie und des Tetrahydrobiopterin (BH4)-Mangels. Sapropterin eignet sich für eine chef(kontroll)ärztliche Langzeitbewilligung für 12 Monate (L12).		120 St	1.279,55

	Bezeichnung	T	OP	KVP in €
RE1 L12	**Sapropterin "Dipharma" 100 mg Tabl. zur Herst. einer Lsg. zum Einnehmen** Zur Behandlung einer Hyperphenylalaninämie (HPA) bei Erwachsenen und Kindern mit Phenylketonurie oder Tetrahydrobiopterin (BH4)-Mangel, wenn mit diätetischen Maßnahmen nicht das Auslangen gefunden werden kann. Kontrolle des Ansprechens mittels BH4-loading-Test; als Ansprechen gilt ein Abfall des Phenylalaninspiegels im Blut um größer/gleich 30 %. Fortsetzung der Therapie nur, wenn innerhalb von sechs Monaten ein Ansprechen erzielt wurde. Regelmäßige Kontrolle der Phenylalanin- und Tyrosinspiegel, der psychomotorischen Entwicklung und der Einhaltung der restriktiven Diät. Diagnose, Ersteinstellung und regelmäßige Kontrollen durch Zentren mit Erfahrung in der Behandlung der Phenylketonurie und des Tetrahydrobiopterin (BH4)-Mangels. Sapropterin eignet sich für eine chef(kontroll)ärztliche Langzeitbewilligung für 12 Monate (L12).		30 St 120 St	345,95 1.292,25

Sapropterin 0,1

RE1 L12	**Sapropterin "Dipharma" 100 mg Plv. zur Herst. einer Lsg. zum Einnehmen** Zur Behandlung einer Hyperphenylalaninämie (HPA) bei Erwachsenen und Kindern mit Phenylketonurie oder Tetrahydrobiopterin (BH4)-Mangel, wenn mit diätetischen Maßnahmen nicht das Auslangen gefunden werden kann. Kontrolle des Ansprechens mittels BH4-loading-Test; als Ansprechen gilt ein Abfall des Phenylalaninspiegels im Blut um größer/gleich 30 %. Fortsetzung der Therapie nur, wenn innerhalb von sechs Monaten ein Ansprechen erzielt wurde. Regelmäßige Kontrolle der Phenylalanin- und Tyrosinspiegel, der psychomotorischen Entwicklung und der Einhaltung der restriktiven Diät. Diagnose, Ersteinstellung und regelmäßige Kontrollen durch Zentren mit Erfahrung in der Behandlung der Phenylketonurie und des Tetrahydrobiopterin (BH4)-Mangels. Sapropterin eignet sich für eine chef(kontroll)ärztliche Langzeitbewilligung für 12 Monate (L12).		30 St	345,95

Sapropterin 0,5

RE1 L12	**Sapropterin "Dipharma" 500 mg Plv. zur Herst. einer Lsg. zum Einnehmen** Zur Behandlung einer Hyperphenylalaninämie (HPA) bei Erwachsenen und Kindern mit Phenylketonurie oder Tetrahydrobiopterin (BH4)-Mangel, wenn mit diätetischen Maßnahmen nicht das Auslangen gefunden werden kann. Kontrolle des Ansprechens mittels BH4-loading-Test; als Ansprechen gilt ein Abfall des Phenylalaninspiegels im Blut um größer/gleich 30 %. Fortsetzung der Therapie nur, wenn innerhalb von sechs Monaten ein Ansprechen erzielt wurde. Regelmäßige Kontrolle der Phenylalanin- und Tyrosinspiegel, der psychomotorischen Entwicklung und der Einhaltung der restriktiven Diät. Diagnose, Ersteinstellung und regelmäßige Kontrollen durch Zentren mit Erfahrung in der Behandlung der Phenylketonurie und des Tetrahydrobiopterin (BH4)-Mangels. Sapropterin eignet sich für eine chef(kontroll)ärztliche Langzeitbewilligung für 12 Monate (L12).		30 St	1.609,15

A16AX10 Eliglustat

Eliglustat 0,084

RE1 L6	**Cerdelga 84 mg Hartkaps.** Zur Monotherapie bei erwachsenen PatientInnen ab 18 Jahren mit gesicherter Diagnose eines Morbus Gaucher Typ I. Kein Einsatz bei ultraschnellen Metabolisierern oder unklarem Metabolisierungsstatus in Bezug auf Cytochrom-P450 Typ 2D6 (CYP2D6). Bestimmung des CYP2D6-Metabolisierungsstatus mit einer validierten Testmethode. Erstverordnung nur durch ein auf hereditäre Stoffwechselerkrankungen spezialisiertes Zentrum oder einen Facharzt/eine Fachärztin mit Erfahrung auf dem Gebiet von hereditären Stoffwechselerkrankungen. Alle sechs Monate ist eine Kontrolluntersuchung durch das o.a. Zentrum oder den/die o.a. Facharzt/Fachärztin durchzuführen. Eliglustat eignet sich für eine chef(kontroll)ärztliche Langzeitbewilligung für 6 Monate (L6).		14 St(2) 56 St	5.534,75 22.065,05

	Bezeichnung	T	OP	KVP in €

A16AX12 Trientin

Trientin 0,167

RE1 L6	**Cuivrin 167 mg Hartkaps.** (PM) Bei symptomatischen PatientInnen ab 5 Jahren mit Morbus Wilson, wenn eine Therapie mit D-Penicillamin aufgrund von Nebenwirkung oder absoluter Kontraindikation nachweislich nicht möglich ist. Jährliche Überprüfung der Indikationsstellung und, wenn indiziert, Therapieumstellung auf Monotherapie mit kostengünstigeren Zinksalzen. Erstverordnung und regelmäßige Kontrollen durch GastroenterologInnen. Trientin eignet sich für eine chef(kontroll)ärztliche Langzeitbewilligung für 6 Monate (L6).		100 St	2.705,70

Trientin 0,2

RE2	**Trientin "Waymade" 200 mg Hartkaps.** Bei symptomatischen PatientInnen ab 5 Jahren mit Morbus Wilson, wenn eine Therapie mit D-Penicillamin aufgrund von Nebenwirkung oder absoluter Kontraindikation nachweislich nicht möglich ist. Jährliche Überprüfung der Indikationsstellung und, wenn indiziert, Therapieumstellung auf Monotherapie mit kostengünstigeren Zinksalzen. Erstverordnung und regelmäßige Kontrollen durch GastroenterologInnen.		100 St	1.548,35

A16AX14 Migalastat

Migalastat 0,123

RE1 L6	**Galafold 123 mg Hartkaps.** (PM) - Zur Monotherapie bei PatientInnen ab 16 Jahren mit gesicherter Diagnose eines Morbus Fabry (alpha-Galaktosidase A-Mangel) und nur bei Vorliegen von auf Migalastat ansprechenden GLA-Mutationen (Nachweis mittels validierter Testmethode). - Erstverordnung nur durch ein auf hereditäre Stoffwechselerkrankungen spezialisiertes Zentrum oder einen Facharzt/eine Fachärztin mit Erfahrung auf dem Gebiet von hereditären Stoffwechselerkrankungen. - Alle 6 Monate ist eine Kontrolluntersuchung durch das o.a. Zentrum oder den/die o.a. Facharzt/Fachärztin durchzuführen. - Migalastat eignet sich für eine chef(kontroll)ärztliche Langzeitbewilligung für 6 Monate (L6).		14 St	16.159,95

B BLUT UND BLUT BILDENDE ORGANE
B01 ANTITHROMBOTISCHE MITTEL
B01A ANTITHROMBOTISCHE MITTEL
B01AB Heparingruppe
B01AB04 Dalteparin

Dalteparin Na entspr. 7.500 IE anti-Faktor Xa

RE1	**Fragmin 7.500 IE Fertigspr.** Wenn mit Therapiealternativen (Packungsgrößen, Wirkstoffstärken) aus dem Grünen Bereich nachweislich nicht das Auslangen gefunden werden kann.		10 St	62,25

Dalteparin Na entspr. 10.000 IE anti-Faktor Xa

RE1	**Fragmin 10.000 IE Fertigspr.** Wenn mit Therapiealternativen (Packungsgrößen, Wirkstoffstärken) aus dem Grünen Bereich nachweislich nicht das Auslangen gefunden werden kann.		5 St	39,60
RE1	**Fragmin 10.000 IE/4 ml Stechamp.** Eine Kostenübernahme ist nur möglich, wenn mit Therapiealternativen (Packungsgröße, Wirkstoffstärke) aus dem Grünen Bereich nachweislich nicht das Auslangen gefunden werden kann.		10 St	83,10

Dalteparin Na entspr. 12.500 IE anti-Faktor Xa

RE1	**Fragmin 12.500 IE Fertigspr.** Wenn mit Therapiealternativen (Packungsgrößen, Wirkstoffstärken) aus dem Grünen Bereich nachweislich nicht das Auslangen gefunden werden kann.		5 St	47,80

	Bezeichnung	T	OP	KVP in €
Dalteparin Na entspr. 15.000 IE anti-Faktor Xa				
RE1	**Fragmin 15.000 IE Fertigspr.** Wenn mit Therapiealternativen (Packungsgrößen, Wirkstoffstärken) aus dem Grünen Bereich nachweislich nicht das Auslangen gefunden werden kann.		5 St	57,00
Dalteparin Na entspr. 18.000 IE anti-Faktor Xa				
RE1	**Fragmin 18.000 IE Fertigspr.** Wenn mit Therapiealternativen (Packungsgrößen, Wirkstoffstärken) aus dem Grünen Bereich nachweislich nicht das Auslangen gefunden werden kann.		5 St	67,00
Dalteparin Na entspr. 25.000 IE anti-Faktor Xa				
RE1	**Fragmin 25.000 IE/1 ml Dstfl.** Eine Kostenübernahme ist nur möglich, wenn mit Therapiealternativen (Packungsgröße, Wirkstoffstärke) aus dem Grünen Bereich nachweislich nicht das Auslangen gefunden werden kann.		1 St	83,10

B01AB05 Enoxaparin

Enoxaparin Na 0,12 entspr. 12.000 IE anti-Faktor Xa				
RE1	**Lovenox 12.000 IE (120 mg)/0,8 ml Inj.lsg. Fertigspr.** Eine Kostenübernahme ist nur möglich, wenn mit Therapiealternativen (Packungsgrößen, Wirkstoffstärken) aus dem Grünen Bereich nachweislich nicht das Auslangen gefunden werden kann.		10 St	97,40
Enoxaparin Na 0,3 entspr. 30.000 IE anti-Faktor Xa				
RE1	**Lovenox 30.000 IE (300 mg)/3 ml Inj.lsg. Dstfl.** Eine Kostenübernahme ist nur möglich, wenn mit Therapiealternativen (Packungsgrößen, Wirkstoffstärken) aus dem Grünen Bereich nachweislich nicht das Auslangen gefunden werden kann.		1 St	26,60

B01AB06 Nadroparin

Nadroparin Ca entspr. 9.500 IE anti-Faktor Xa/ml				
RE1	**Fraxiparin 5.700 IE/0,6 ml Fertigspr.** Eine Kostenübernahme ist nur möglich, wenn mit Therapiealternativen (Packungsgröße, Wirkstoffstärke) aus dem Grünen Bereich nachweislich nicht das Auslangen gefunden werden kann.		10 St	56,65
RE1	**Fraxiparin 7.600 IE/0,8 ml Fertigspr.** Eine Kostenübernahme ist nur möglich, wenn mit Therapiealternativen (Packungsgröße, Wirkstoffstärke) aus dem Grünen Bereich nachweislich nicht das Auslangen gefunden werden kann.		10 St	76,55
RE1	**Fraxiparin 9.500 IE/1 ml Fertigspr.** Eine Kostenübernahme ist nur möglich, wenn mit Therapiealternativen (Packungsgröße, Wirkstoffstärke) aus dem Grünen Bereich nachweislich nicht das Auslangen gefunden werden kann.		10 St	87,05

B01AB09 Danaparoid

Danaparoid Na entspr. 750 IE anti-Faktor Xa				
RE2	**Orgaran Amp.** Eine Kostenübernahme ist möglich bei Patienten, die eine parenterale Antikoagulation bei bestehender oder vorangegangener Heparin-induzierter Thrombozytopenie (HIT) benötigen.		10 St *0,6 ml*	646,00

B01AC Thrombozytenaggregationshemmer, exkl. Heparin
B01AC11 Iloprost

Iloprost 0,00001/ml				
RE1	**Ventavis 10 mcg/ml Lsg. für einen Vernebler zur Inh.** Bei pulmonal arterieller Hypertension nach Durchführung einer kompletten invasiven hämodynamischen Messung inklusive eines akuten Vasoreaktivitätstests, wenn mit Therapiealternativen aus dem Gelbem Bereich (ATC-Code C02KX, C02KX01) nachweislich nicht das Auslangen gefunden werden kann. Diagnose, Erstverordnung und engmaschige Kontrolle durch entsprechende Fachabteilungen und Zentren.		168 St *1 ml*	3.101,25

	Bezeichnung	T	OP	KVP in €
Iloprost 0,00002/ml				
RE1	**Ilomedin 10 mcg/0,5 ml Inf.lsg.konz.** Eine Kostenübernahme ist im ausführlich begründeten Einzelfall möglich.		5 St	92,20
Iloprost 0,0001/ml				
RE1	**Ilomedin 50 mcg/0,5 ml Inf.lsg.konz.** Eine Kostenübernahme ist im ausführlich begründeten Einzelfall möglich.		5 St	359,80

B01AC21 Treprostinil

Treprostinil 0,01				
RE1	**Trisuva 1 mg/ml Inf.lsg.** Als Last-line-Therapie bei Erwachsenen mit idiopathischer oder hereditärer pulmonaler arterieller Hypertonie (PAH) mit New York Heart Association (NYHA)-Funktionsklasse III nach Durchführung einer kompletten invasiven hämodynamischen Messung inklusive eines akuten Vasoreaktivitätstests, sofern mit Kombinationstherapien mit Therapiealternativen aus dem Gelbem Bereich (ATC-Code C02KX, B01AC11) nachweislich nicht das Auslangen gefunden werden kann. Diagnose, Erstverordnung und engmaschige Kontrolle durch ein spezialisiertes Zentrum durch KardiologInnen. Die Liste der in Frage kommenden Zentren wird vom Dachverband erstellt und unter www.sozialversicherung.at/erstattungskodex_pah publiziert.		10 ml	665,45
Treprostinil 0,02				
RE1	**Remodulin 1 mg/ml Inf.lsg.** Als Last-line-Therapie bei Erwachsenen mit idiopathischer oder hereditärer pulmonaler arterieller Hypertonie (PAH) mit New York Heart Association (NYHA)-Funktionsklasse III nach Durchführung einer kompletten invasiven hämodynamischen Messung inklusive eines akuten Vasoreaktivitätstests, sofern mit Kombinationstherapien mit Therapiealternativen aus dem Gelbem Bereich (ATC-Code C02KX, B01AC11) nachweislich nicht das Auslangen gefunden werden kann. Diagnose, Erstverordnung und engmaschige Kontrolle durch ein spezialisiertes Zentrum durch KardiologInnen. Die Liste der in Frage kommenden Zentren wird vom Dachverband erstellt und unter www.sozialversicherung.at/erstattungskodex_pah publiziert.		20 ml	1.306,30
Treprostinil 0,025				
RE1	**Trisuva 2,5 mg/ml Inf.lsg.** Als Last-line-Therapie bei Erwachsenen mit idiopathischer oder hereditärer pulmonaler arterieller Hypertonie (PAH) mit New York Heart Association (NYHA)-Funktionsklasse III nach Durchführung einer kompletten invasiven hämodynamischen Messung inklusive eines akuten Vasoreaktivitätstests, sofern mit Kombinationstherapien mit Therapiealternativen aus dem Gelbem Bereich (ATC-Code C02KX, B01AC11) nachweislich nicht das Auslangen gefunden werden kann. Diagnose, Erstverordnung und engmaschige Kontrolle durch ein spezialisiertes Zentrum durch KardiologInnen. Die Liste der in Frage kommenden Zentren wird vom Dachverband erstellt und unter www.sozialversicherung.at/erstattungskodex_pah publiziert.		10 ml	1.446,60
Treprostinil 0,05				
RE1	**Remodulin 2,5 mg/ml Inf.lsg.** Als Last-line-Therapie bei Erwachsenen mit idiopathischer oder hereditärer pulmonaler arterieller Hypertonie (PAH) mit New York Heart Association (NYHA)-Funktionsklasse III nach Durchführung einer kompletten invasiven hämodynamischen Messung inklusive eines akuten Vasoreaktivitätstests, sofern mit Kombinationstherapien mit Therapiealternativen aus dem Gelbem Bereich (ATC-Code C02KX, B01AC11) nachweislich nicht das Auslangen gefunden werden kann. Diagnose, Erstverordnung und engmaschige Kontrolle durch ein spezialisiertes Zentrum durch KardiologInnen. Die Liste der in Frage kommenden Zentren wird vom Dachverband erstellt und unter www.sozialversicherung.at/erstattungskodex_pah publiziert.		20 ml	2.868,55

	Bezeichnung	T	OP	KVP in €
RE1	**Trisuva 5 mg/ml Inf.lsg.** Als Last-line-Therapie bei Erwachsenen mit idiopathischer oder hereditärer pulmonaler arterieller Hypertonie (PAH) mit New York Heart Association (NYHA)-Funktionsklasse III nach Durchführung einer kompletten invasiven hämodynamischen Messung inklusive eines akuten Vasoreaktivitätstests, sofern mit Kombinationstherapien mit Therapiealternativen aus dem Gelbem Bereich (ATC-Code C02KX, B01AC11) nachweislich nicht das Auslangen gefunden werden kann. Diagnose, Erstverordnung und engmaschige Kontrolle durch ein spezialisiertes Zentrum durch KardiologInnen. Die Liste der in Frage kommenden Zentren wird vom Dachverband erstellt und unter www.sozialversicherung.at/erstattungskodex_pah publiziert.		10 ml	2.616,60

Treprostinil 0,1

RE1	**Remodulin 5 mg/ml Inf.lsg.** Als Last-line-Therapie bei Erwachsenen mit idiopathischer oder hereditärer pulmonaler arterieller Hypertonie (PAH) mit New York Heart Association (NYHA)-Funktionsklasse III nach Durchführung einer kompletten invasiven hämodynamischen Messung inklusive eines akuten Vasoreaktivitätstests, sofern mit Kombinationstherapien mit Therapiealternativen aus dem Gelbem Bereich (ATC-Code C02KX, B01AC11) nachweislich nicht das Auslangen gefunden werden kann. Diagnose, Erstverordnung und engmaschige Kontrolle durch ein spezialisiertes Zentrum durch KardiologInnen. Die Liste der in Frage kommenden Zentren wird vom Dachverband erstellt und unter www.sozialversicherung.at/erstattungskodex_pah publiziert.		20 ml	5.208,55
RE1	**Trisuva 10 mg/ml Inf.lsg.** Als Last-line-Therapie bei Erwachsenen mit idiopathischer oder hereditärer pulmonaler arterieller Hypertonie (PAH) mit New York Heart Association (NYHA)-Funktionsklasse III nach Durchführung einer kompletten invasiven hämodynamischen Messung inklusive eines akuten Vasoreaktivitätstests, sofern mit Kombinationstherapien mit Therapiealternativen aus dem Gelbem Bereich (ATC-Code C02KX, B01AC11) nachweislich nicht das Auslangen gefunden werden kann. Diagnose, Erstverordnung und engmaschige Kontrolle durch ein spezialisiertes Zentrum durch KardiologInnen. Die Liste der in Frage kommenden Zentren wird vom Dachverband erstellt und unter www.sozialversicherung.at/erstattungskodex_pah publiziert.		10 ml	5.260,90

Treprostinil 0,2

RE1	**Remodulin 10 mg/ml Inf.lsg.** Als Last-line-Therapie bei Erwachsenen mit idiopathischer oder hereditärer pulmonaler arterieller Hypertonie (PAH) mit New York Heart Association (NYHA)-Funktionsklasse III nach Durchführung einer kompletten invasiven hämodynamischen Messung inklusive eines akuten Vasoreaktivitätstests, sofern mit Kombinationstherapien mit Therapiealternativen aus dem Gelbem Bereich (ATC-Code C02KX, B01AC11) nachweislich nicht das Auslangen gefunden werden kann. Diagnose, Erstverordnung und engmaschige Kontrolle durch ein spezialisiertes Zentrum durch KardiologInnen. Die Liste der in Frage kommenden Zentren wird vom Dachverband erstellt und unter www.sozialversicherung.at/erstattungskodex_pah publiziert.		20 ml	10.497,15

B01AC24 Ticagrelor

Ticagrelor 0,09

RE1	**Brilique 90 mg Filmtabl.** Zur Prävention atherothrombotischer Ereignisse in Kombination mit Acetylsalicylsäure (ASS, Erhaltungsdosis im Bereich von 75-150 mg pro Tag) bei erwachsenen PatientInnen mit akutem Koronarsyndrom (instabile Angina pectoris, Nicht-ST-Strecken-Hebungsinfarkt oder ST-Strecken-Hebungsinfarkt) für maximal 12 Monate.		14 St 56 St(2)	23,00 82,20

B01AE Direkte Thrombin-Inhibitoren
B01AE07 Dabigatran etexilat

Dabigatran etexilat 0,075

RE2	**Pradaxa 75 mg Hartkaps.** Zur Prophylaxe venöser thromboembolischer Ereignisse (VTE) bei erwachsenen PatientInnen nach elektivem chirurgischen Hüft- oder Kniegelenksersatz.		10 St(2) 30 St	10,45 29,70

	Bezeichnung	T	OP	KVP in €
Dabigatran etexilat 0,11				
RE2	**Pradaxa 110 mg Hartkaps.** Zur Prophylaxe venöser thromboembolischer Ereignisse (VTE) bei erwachsenen PatientInnen nach elektivem chirurgischen Hüft- oder Kniegelenksersatz.		10 St(2) 30 St	10,45 29,70
RE1 L6	**Pradaxa 110 mg Hartkaps.** Zur Prävention von Schlaganfall und systemischer Embolie bei erwachsenen PatientInnen mit nicht valvulärem Vorhofflimmern mit einem oder mehreren der folgenden Risikofaktoren: - Vorausgegangener Schlaganfall, transitorische ischämische Attacke oder systemische Embolie - Linksventrikuläre Ejektionsfraktion kleiner 40 % - Symptomatische Herzinsuffizienz größer/gleich New York Heart Association (NYHA) Klasse 2 - Alter größer/gleich 75 Jahre - Alter größer/gleich 65 Jahre einhergehend mit einer der folgenden Erkrankungen: Diabetes mellitus, koronare Herzerkrankung oder arterielle Hypertonie Behandlung von tiefen Venenthrombosen (TVT) und Lungenembolien (LE) sowie Prophylaxe von rezidivierenden TVT und LE bei Erwachsenen. Cave Nierenfunktion: Vor dem Beginn einer Behandlung mit Dabigatran etexilat ist die Nierenfunktion durch Bestimmung der Kreatinin-Clearance (CrCl) zu überprüfen, um PatientInnen mit schwerer Beeinträchtigung der Nierenfunktion (= CrCl kleiner 30 ml/min) von der Behandlung auszuschließen. Während der Behandlung ist die Nierenfunktion in bestimmten klinischen Situationen, in denen eine mögliche Abnahme oder Verschlechterung der Nierenfunktion zu vermuten ist (z.B. Hypovolämie, Dehydratation und Verwendung bestimmter Begleitmedikamente), zu überprüfen. Bei PatientInnen über 75 Jahren oder bei PatientInnen mit Beeinträchtigung der Nierenfunktion ist die Nierenfunktion mindestens einmal jährlich zu überprüfen. Dabigatran etexilat eignet sich für eine chef(kontroll)ärztliche Langzeitbewilligung für 6 Monate (L6).		60 St	57,65
Dabigatran etexilat 0,15				
RE1 L6	**Pradaxa 150 mg Hartkaps.** Zur Prävention von Schlaganfall und systemischer Embolie bei erwachsenen PatientInnen mit nicht valvulärem Vorhofflimmern mit einem oder mehreren der folgenden Risikofaktoren: - Vorausgegangener Schlaganfall, transitorische ischämische Attacke oder systemische Embolie - Linksventrikuläre Ejektionsfraktion kleiner 40 % - Symptomatische Herzinsuffizienz größer/gleich New York Heart Association (NYHA) Klasse 2 - Alter größer/gleich 75 Jahre - Alter größer/gleich 65 Jahre einhergehend mit einer der folgenden Erkrankungen: Diabetes mellitus, koronare Herzerkrankung oder arterielle Hypertonie Behandlung von tiefen Venenthrombosen (TVT) und Lungenembolien (LE) sowie Prophylaxe von rezidivierenden TVT und LE bei Erwachsenen. Cave Nierenfunktion: Vor dem Beginn einer Behandlung mit Dabigatran etexilat ist die Nierenfunktion durch Bestimmung der Kreatinin-Clearance (CrCl) zu überprüfen, um PatientInnen mit schwerer Beeinträchtigung der Nierenfunktion (= CrCl kleiner 30 ml/min) von der Behandlung auszuschließen. Während der Behandlung ist die Nierenfunktion in bestimmten klinischen Situationen, in denen eine mögliche Abnahme oder Verschlechterung der Nierenfunktion zu vermuten ist (z.B. Hypovolämie, Dehydratation und Verwendung bestimmter Begleitmedikamente), zu überprüfen. Bei PatientInnen über 75 Jahren oder bei PatientInnen mit Beeinträchtigung der Nierenfunktion ist die Nierenfunktion mindestens einmal jährlich zu überprüfen. Dabigatran etexilat eignet sich für eine chef(kontroll)ärztliche Langzeitbewilligung für 6 Monate (L6).		30 St 60 St	29,70 57,65

	Bezeichnung	T	OP	KVP in €

B01AF Direkte Faktor Xa-Inhibitoren
B01AF01 Rivaroxaban

Rivaroxaban 0,01

RE1 L6	**Xarelto 10 mg Filmtabl.** (PM) Prophylaxe von rezidivierenden tiefen Venenthrombosen (TVT) und Lungenembolien (LE) bei Erwachsenen nach Abschluss einer 6-monatigen Behandlung der TVT oder LE. Rivaroxaban eignet sich für eine chef(kontroll)ärztliche Langzeitbewilligung für 6 Monate (L6).		30 St	80,05

Rivaroxaban 0,015

RE1 L6	**Xarelto 15 mg Filmtabl.** (PM) Zur Prävention von Schlaganfall und systemischer Embolie bei erwachsenen PatientInnen mit nicht valvulärem Vorhofflimmern mit einem oder mehreren der folgenden Risikofaktoren: - Vorausgegangener Schlaganfall, transitorische ischämische Attacke oder systemische Embolie - Linksventrikuläre Ejektionsfraktion kleiner 40 % - Symptomatische Herzinsuffizienz größer/gleich New York Heart Association (NYHA) Klasse 2 - Alter ab 75 Jahre - Alter ab 65 Jahre einhergehend mit einer der folgenden Erkrankungen: Diabetes mellitus, koronare Herzerkrankung oder arterielle Hypertonie Behandlung von tiefen Venenthrombosen (TVT) und Lungenembolien (LE) sowie Prophylaxe von rezidivierenden TVT und LE bei Erwachsenen. Rivaroxaban eignet sich für eine chef(kontroll)ärztliche Langzeitbewilligung für 6 Monate (L6).		14 St 28 St 42 St	40,80 76,95 115,45

Rivaroxaban 0,02

RE1 L6	**Xarelto 20 mg Filmtabl.** (PM) Zur Prävention von Schlaganfall und systemischer Embolie bei erwachsenen PatientInnen mit nicht valvulärem Vorhofflimmern mit einem oder mehreren der folgenden Risikofaktoren: - Vorausgegangener Schlaganfall, transitorische ischämische Attacke oder systemische Embolie - Linksventrikuläre Ejektionsfraktion kleiner 40 % - Symptomatische Herzinsuffizienz größer/gleich New York Heart Association (NYHA) Klasse 2 - Alter ab 75 Jahre - Alter ab 65 Jahre einhergehend mit einer der folgenden Erkrankungen: Diabetes mellitus, koronare Herzerkrankung oder arterielle Hypertonie Behandlung von tiefen Venenthrombosen (TVT) und Lungenembolien (LE) sowie Prophylaxe von rezidivierenden TVT und LE bei Erwachsenen. Rivaroxaban eignet sich für eine chef(kontroll)ärztliche Langzeitbewilligung für 6 Monate (L6).		14 St 28 St	40,80 76,95

B01AF02 Apixaban

Apixaban 0,0025

RE1 L6	**Eliquis 2,5 mg Filmtabl.** (PM) Zur Prophylaxe venöser thromboembolischer Ereignisse (VTE) bei erwachsenen PatientInnen nach elektivem chirurgischen Hüft- oder Kniegelenksersatz. Zur Prävention von Schlaganfall und systemischer Embolie bei erwachsenen PatientInnen mit nicht valvulärem Vorhofflimmern mit einem oder mehreren der folgenden Risikofaktoren: - Vorausgegangener Schlaganfall, transitorische ischämische Attacke oder systemische Embolie - Linksventrikuläre Ejektionsfraktion kleiner 40 % - Symptomatische Herzinsuffizienz größer/gleich New York Heart Association (NYHA) Klasse 2 - Alter ab 75 Jahre - Alter ab 65 Jahre einhergehend mit einer der folgenden Erkrankungen: Diabetes mellitus, koronare Herzerkrankung oder arterielle Hypertonie. Prophylaxe von rezidivierenden tiefen Venenthrombosen (TVT) und Lungenembolien (LE) bei Erwachsenen nach Abschluss einer 6 monatigen Behandlung der TVT oder LE. Apixaban eignet sich für eine chef(kontroll)ärztliche Langzeitbewilligung für 6 Monate (L6).		10 St 20 St(2) 60 St	14,65 28,20 77,55

	Bezeichnung	T	OP	KVP in €
Apixaban 0,005				
RE1 L6	**Eliquis 5 mg Filmtabl.** Ⓟ Ⓜ Zur Prävention von Schlaganfall und systemischer Embolie bei erwachsenen PatientInnen mit nicht valvulärem Vorhofflimmern mit einem oder mehreren der folgenden Risikofaktoren: - Vorausgegangener Schlaganfall, transitorische ischämische Attacke oder systemische Embolie - Linksventrikuläre Ejektionsfraktion kleiner 40 % - Symptomatische Herzinsuffizienz größer/gleich New York Heart Association (NYHA) Klasse 2 - Alter ab 75 Jahre - Alter ab 65 Jahre einhergehend mit einer der folgenden Erkrankungen: Diabetes mellitus, koronare Herzerkrankung oder arterielle Hypertonie. Behandlung von tiefen Venenthrombosen (TVT) und Lungenembolien (LE) bei Erwachsenen für maximal 6 Monate. Apixaban eignet sich für eine chef(kontroll)ärztliche Langzeitbewilligung für 6 Monate (L6).		20 St 60 St	28,20 77,55

B01AF03 Edoxaban

Edoxaban 0,015				
RE1 L6	**Lixiana 15 mg Filmtabl.** Ⓟ Ⓜ Zur Prävention von Schlaganfall und systemischer Embolie bei erwachsenen PatientInnen mit nicht valvulärem Vorhofflimmern mit einem oder mehreren der folgenden Risikofaktoren: - Vorausgegangener Schlaganfall, transitorische ischämische Attacke oder systemische Embolie - Linksventrikuläre Ejektionsfraktion kleiner 40 % - Symptomatische Herzinsuffizienz größer/gleich New York Heart Association (NYHA) Klasse 2 - Alter ab 75 Jahre - Alter ab 65 Jahre einhergehend mit einer der folgenden Erkrankungen: Diabetes mellitus, koronare Herzerkrankung oder arterielle Hypertonie Behandlung von tiefen Venenthrombosen (TVT) und Lungenembolien (LE) sowie Prophylaxe von rezidivierenden TVT und LE bei Erwachsenen. Cave Nierenfunktion: Vor Beginn einer Behandlung mit Edoxaban ist die Nierenfunktion durch Bestimmung der Kreatinin-Clearance (CrCl) zu überprüfen. PatientInnen mit einer terminalen Niereninsuffizienz (CrCl < 15 ml/min) sind von einer Behandlung mit Edoxaban auszuschließen. Während der Behandlung ist die Nierenfunktion zu überprüfen, wenn vermutet wird, dass es zu einer Veränderung der Nierenfunktion gekommen ist (z.B. Hypovolämie, Dehydration, und bei gleichzeitiger Anwendung von bestimmten Arzneimitteln). Da ein Trend zur Wirksamkeitsabnahme bei ansteigender CrCl im Vergleich zu einem gut eingestellten Vitamin K-Antagonisten beobachtet wurde, sollte Edoxaban bei PatientInnen mit nicht valvulärem Vorhofflimmern und hoher CrCl nur nach sorgfältiger Bewertung des individuellen Thromboembolie- und Blutungsrisikos angewendet werden. Edoxaban eignet sich für eine chef(kontroll)ärztliche Langzeitbewilligung für 6 Monate (L6).		10 St	26,10

	Bezeichnung	T	OP	KVP in €
Edoxaban 0,03				
RE1 L6	**Lixiana 30 mg Filmtabl.** (PM) Zur Prävention von Schlaganfall und systemischer Embolie bei erwachsenen PatientInnen mit nicht valvulärem Vorhofflimmern mit einem oder mehreren der folgenden Risikofaktoren: - Vorausgegangener Schlaganfall, transitorische ischämische Attacke oder systemische Embolie - Linksventrikuläre Ejektionsfraktion kleiner 40 % - Symptomatische Herzinsuffizienz größer/gleich New York Heart Association (NYHA) Klasse 2 - Alter ab 75 Jahre - Alter ab 65 Jahre einhergehend mit einer der folgenden Erkrankungen: Diabetes mellitus, koronare Herzerkrankung oder arterielle Hypertonie Behandlung von tiefen Venenthrombosen (TVT) und Lungenembolien (LE) sowie Prophylaxe von rezidivierenden TVT und LE bei Erwachsenen. Cave Nierenfunktion: Vor Beginn einer Behandlung mit Edoxaban ist die Nierenfunktion durch Bestimmung der Kreatinin-Clearance (CrCl) zu überprüfen. PatientInnen mit einer terminalen Niereninsuffizienz (CrCl < 15 ml/min) sind von einer Behandlung mit Edoxaban auszuschließen. Während der Behandlung ist die Nierenfunktion zu überprüfen, wenn vermutet wird, dass es zu einer Veränderung der Nierenfunktion gekommen ist (z.B. Hypovolämie, Dehydration, und bei gleichzeitiger Anwendung von bestimmten Arzneimitteln). Da ein Trend zur Wirksamkeitsabnahme bei ansteigender CrCl im Vergleich zu einem gut eingestellten Vitamin K-Antagonisten beobachtet wurde, sollte Edoxaban bei PatientInnen mit nicht valvulärem Vorhofflimmern und hoher CrCl nur nach sorgfältiger Bewertung des individuellen Thromboembolie- und Blutungsrisikos angewendet werden. Edoxaban eignet sich für eine chef(kontroll)ärztliche Langzeitbewilligung für 6 Monate (L6).		14 St 28 St	35,75 69,30
Edoxaban 0,06				
RE1 L6	**Lixiana 60 mg Filmtabl.** (PM) Zur Prävention von Schlaganfall und systemischer Embolie bei erwachsenen PatientInnen mit nicht valvulärem Vorhofflimmern mit einem oder mehreren der folgenden Risikofaktoren: - Vorausgegangener Schlaganfall, transitorische ischämische Attacke oder systemische Embolie - Linksventrikuläre Ejektionsfraktion kleiner 40 % - Symptomatische Herzinsuffizienz größer/gleich New York Heart Association (NYHA) Klasse 2 - Alter ab 75 Jahre - Alter ab 65 Jahre einhergehend mit einer der folgenden Erkrankungen: Diabetes mellitus, koronare Herzerkrankung oder arterielle Hypertonie Behandlung von tiefen Venenthrombosen (TVT) und Lungenembolien (LE) sowie Prophylaxe von rezidivierenden TVT und LE bei Erwachsenen. Cave Nierenfunktion: Vor Beginn einer Behandlung mit Edoxaban ist die Nierenfunktion durch Bestimmung der Kreatinin-Clearance (CrCl) zu überprüfen. PatientInnen mit einer terminalen Niereninsuffizienz (CrCl < 15 ml/min) sind von einer Behandlung mit Edoxaban auszuschließen. Während der Behandlung ist die Nierenfunktion zu überprüfen, wenn vermutet wird, dass es zu einer Veränderung der Nierenfunktion gekommen ist (z.B. Hypovolämie, Dehydration, und bei gleichzeitiger Anwendung von bestimmten Arzneimitteln). Da ein Trend zur Wirksamkeitsabnahme bei ansteigender CrCl im Vergleich zu einem gut eingestellten Vitamin K-Antagonisten beobachtet wurde, sollte Edoxaban bei PatientInnen mit nicht valvulärem Vorhofflimmern und hoher CrCl nur nach sorgfältiger Bewertung des individuellen Thromboembolie- und Blutungsrisikos angewendet werden. Edoxaban eignet sich für eine chef(kontroll)ärztliche Langzeitbewilligung für 6 Monate (L6).		14 St 28 St	35,75 69,30

	Bezeichnung	T	OP	KVP in €

B01AX Andere antithrombotische Mittel
B01AX05 Fondaparinux

Fondaparinux 0,0025

RE1	**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	60,55

B02 ANTIHÄMORRHAGIKA
B02A ANTIFIBRINOLYTIKA
B02AB Proteinasehemmer
B02AB02 Alfa1-Antitrypsin

Alfa1-Antitrypsin 1,0

RE1	**Prolastin 1.000 mg Plv. u. Lsgm. zur Herst. einer Inf.lsg.** Bei progredientem Lungenemphysem mit homozygotem Alfa1-Proteinase-Inhibitormangel (kleiner 35 % des Normwertes) und einer FEV1 im Bereich von 35 bis 60 % und Tabakrauchabstinenz. Erstverordnung nur durch ein Zentrum für Pulmologie und regelmäßige Kontrolle (mindestens einmal jährlich) durch einen Facharzt/durch ein Zentrum für Pulmologie und Meldung an das nationale Register für Alfa1-Antitrypsinmangel an der Ambulanz der II. Med. Abt. der Klinik Ottakring (Lungenabteilung).		1 St	322,75
RE1	**Respreeza 1.000 mg Plv. und Lsgm. zur Herst. einer Inf.lsg.** Bei progredientem Lungenemphysem mit homozygotem Alfa1-Proteinase-Inhibitormangel (kleiner 35 % des Normwertes) und einer FEV1 im Bereich von 35 bis 60 % und Tabakrauchabstinenz. Erstverordnung nur durch ein Zentrum für Pulmologie und regelmäßige Kontrolle (mindestens einmal jährlich) durch einen Facharzt/eine Fachärztin/ein Zentrum für Pulmologie und Meldung an das nationale Register für Alfa1-Antitrypsinmangel an der Ambulanz der II. Med. Abt. der Klinik Ottakring (Lungenabteilung).		1 St	304,30

Alfa1-Antitrypsin 4,0

RE1	**Prolastin 4.000 mg Plv. und Lsgm. zur Herst. einer Inf.lsg.** (PM) Bei progredientem Lungenemphysem mit homozygotem Alfa1-Proteinase-Inhibitormangel (kleiner 35 % des Normwertes) und einer FEV1 im Bereich von 35 bis 60 % und Tabakrauchabstinenz. Erstverordnung nur durch ein Zentrum für Pulmologie und regelmäßige Kontrolle (mindestens einmal jährlich) durch einen Facharzt/eine Fachärztin/ein Zentrum für Pulmologie und Meldung an das nationale Register für Alfa1-Antitrypsinmangel an der Ambulanz der II. Med. Abt. der Klinik Ottakring (Lungenabteilung).		1 St	1.246,55
RE1	**Respreeza 4.000 mg Plv. und Lsgm. zur Herst. einer Inf.lsg.** (PM) Bei progredientem Lungenemphysem mit homozygotem Alfa1-Proteinase-Inhibitormangel (kleiner 35 % des Normwertes) und einer FEV1 im Bereich von 35 bis 60 % und Tabakrauchabstinenz. Erstverordnung nur durch ein Zentrum für Pulmologie und regelmäßige Kontrolle (mindestens einmal jährlich) durch einen Facharzt/eine Fachärztin/ein Zentrum für Pulmologie und Meldung an das nationale Register für Alfa1-Antitrypsinmangel an der Ambulanz der II. Med. Abt. der Klinik Ottakring (Lungenabteilung).		1 St	1.246,55

Alfa1-Antitrypsin 5,0

RE1	**Prolastin 5.000 mg Plv. und Lsgm. zur Herst. einer Inf.lsg.** (PM) Bei progredientem Lungenemphysem mit homozygotem Alfa1-Proteinase-Inhibitormangel (kleiner 35 % des Normwertes) und einer FEV1 im Bereich von 35 bis 60 % und Tabakrauchabstinenz. Erstverordnung nur durch ein Zentrum für Pulmologie und regelmäßige Kontrolle (mindestens einmal jährlich) durch einen Facharzt/eine Fachärztin/ein Zentrum für Pulmologie und Meldung an das nationale Register für Alfa1-Antitrypsinmangel an der Ambulanz der II. Med. Abt. der Klinik Ottakring (Lungenabteilung).		1 St	1.552,00

	Bezeichnung	T	OP	KVP in €
RE1	**Respreeza 5.000 mg Plv. und Lsgm. zur Herst. einer Inf.lsg.** (PM) Bei progredientem Lungenemphysem mit homozygotem Alfa1-Proteinase-Inhibitormangel (kleiner 35 % des Normwertes) und einer FEV1 im Bereich von 35 bis 60 % und Tabakrauchabstinenz. Erstverordnung nur durch ein Zentrum für Pulmologie und regelmäßige Kontrolle (mindestens einmal jährlich) durch einen Facharzt/eine Fachärztin/ein Zentrum für Pulmologie und Meldung an das nationale Register für Alfa1-Antitrypsinmangel an der Ambulanz der II. Med. Abt. der Klinik Ottakring (Lungenabteilung).		1 St	1.552,00

B02B VITAMIN K UND ANDERE HÄMOSTATIKA
B02BA Vitamin K
B02BA01 Phytomenadion

Phytomenadion 0,002

RE2	**Konakion 2 mg/0,2 ml Mischmizellenlsg. Amp.** Eine Kostenübernahme ist möglich zur Prophylaxe und Therapie des Morbus haemorrhagicus neonatorum.		5 St	12,70

B02BD Blutgerinnungsfaktoren
B02BD02 Gerinnungsfaktor VIII

Gerinnungsfaktor VIII

RE1	**Advate 250 IE Plv. und Lsgm. zur Herst. einer Inj.lsg.** Bei angeborenem Faktor VIII-Mangel (Hämophilie A). Diagnosestellung und regelmäßige Kontrollen in entsprechender Fachabteilung bzw. -ambulanz.		1 St	221,15
RE1	**Advate 500 IE Plv. und Lsgm. zur Herst. einer Inj.lsg.** Bei angeborenem Faktor VIII-Mangel (Hämophilie A). Diagnosestellung und regelmäßige Kontrollen in entsprechender Fachabteilung bzw. -ambulanz		1 St	429,90
RE1	**Advate 1000 IE Plv. und Lsgm. zur Herst. einer Inj.lsg.** Bei angeborenem Faktor VIII-Mangel (Hämophilie A). Diagnosestellung und regelmäßige Kontrollen in entsprechender Fachabteilung bzw. -ambulanz.		1 St	824,70
RE1	**Advate 1500 IE Plv. und Lsgm. zur Herst. einer Inj.lsg.** Bei angeborenem Faktor VIII-Mangel (Hämophilie A). Diagnosestellung und regelmäßige Kontrollen in entsprechender Fachabteilung bzw. -ambulanz.		1 St	1.224,70
RE1	**Advate 2000 IE Plv. und Lsgm. zur Herst. einer Inj.lsg.** Bei angeborenem Faktor VIII-Mangel (Hämophilie A). Diagnosestellung und regelmäßige Kontrollen in entsprechender Fachabteilung bzw. -ambulanz.		1 St	1.603,95
RE1	**Advate 3000 IE Plv. und Lsgm. zur Herst. einer Inj.lsg.** Bei angeborenem Faktor VIII-Mangel (Hämophilie A). Diagnosestellung und regelmäßige Kontrollen in entsprechender Fachabteilung bzw. -ambulanz.		1 St	2.393,60
RE1	**Afstyla 250 IE Plv. und Lsgm. zur Herst. einer Inj.lsg.** Bei angeborenem Faktor VIII-Mangel (Hämophilie A). Diagnosestellung und regelmäßige Kontrollen in entsprechender Fachabteilung bzw. -ambulanz.		1 St	145,35
RE1	**Afstyla 500 IE Plv. und Lsgm. zur Herst. einer Inj.lsg.** Bei angeborenem Faktor VIII-Mangel (Hämophilie A). Diagnosestellung und regelmäßige Kontrollen in entsprechender Fachabteilung bzw. -ambulanz.		1 St	266,55
RE1	**Afstyla 1000 IE Plv. und Lsgm. zur Herst. einer Inj.lsg.** Bei angeborenem Faktor VIII-Mangel (Hämophilie A). Diagnosestellung und regelmäßige Kontrollen in entsprechender Fachabteilung bzw. -ambulanz.		1 St	513,00
RE1	**Afstyla 1500 IE Plv. und Lsgm. zur Herst. einer Inj.lsg.** Bei angeborenem Faktor VIII-Mangel (Hämophilie A). Diagnosestellung und regelmäßige Kontrollen in entsprechender Fachabteilung bzw. -ambulanz.		1 St	757,15
RE1	**Afstyla 2000 IE Plv. und Lsgm. zur Herst. einer Inj.lsg.** Bei angeborenem Faktor VIII-Mangel (Hämophilie A). Diagnosestellung und regelmäßige Kontrollen in entsprechender Fachabteilung bzw. -ambulanz.		1 St	1.001,35
RE1	**Afstyla 2500 IE Plv. und Lsgm. zur Herst. einer Inj.lsg.** Bei angeborenem Faktor VIII-Mangel (Hämophilie A). Diagnosestellung und regelmäßige Kontrollen in entsprechender Fachabteilung bzw. -ambulanz.		1 St	1.245,50

	Bezeichnung	T	OP	KVP in €
RE1	**Altuvoct 250 IE Plv. und Lsgm. zur Herst. einer Inj.lsg.** (PM) Bei schwerem angeborenen Faktor VIII-Mangel (schwere Hämophilie A) - zur Prophylaxe von Blutungen und - zur Therapie von unter dieser Prophylaxe auftretenden Blutungen. Diagnosestellung und regelmäßige Kontrollen in entsprechender Fachabteilung bzw. -ambulanz.		1 St	317,30
RE1	**Altuvoct 500 IE Plv. und Lsgm. zur Herst. einer Inj.lsg.** (PM) Bei schwerem angeborenen Faktor VIII-Mangel (schwere Hämophilie A) - zur Prophylaxe von Blutungen und - zur Therapie von unter dieser Prophylaxe auftretenden Blutungen. Diagnosestellung und regelmäßige Kontrollen in entsprechender Fachabteilung bzw. -ambulanz		1 St	606,00
RE1	**Altuvoct 1000 IE Plv. und Lsgm. zur Herst. einer Inj.lsg.** (PM) Bei schwerem angeborenen Faktor VIII-Mangel (schwere Hämophilie A) - zur Prophylaxe von Blutungen und - zur Therapie von unter dieser Prophylaxe auftretenden Blutungen. Diagnosestellung und regelmäßige Kontrollen in entsprechender Fachabteilung bzw. -ambulanz.		1 St	1.187,35
RE1	**Altuvoct 2000 IE Plv. und Lsgm. zur Herst. einer Inj.lsg.** (PM) Bei schwerem angeborenen Faktor VIII-Mangel (schwere Hämophilie A) - zur Prophylaxe von Blutungen und - zur Therapie von unter dieser Prophylaxe auftretenden Blutungen. Diagnosestellung und regelmäßige Kontrollen in entsprechender Fachabteilung bzw. -ambulanz.		1 St	2.350,05
RE1	**Altuvoct 3000 IE Plv. und Lsgm. zur Herst. einer Inj.lsg.** (PM) Bei schwerem angeborenen Faktor VIII-Mangel (schwere Hämophilie A) - zur Prophylaxe von Blutungen und - zur Therapie von unter dieser Prophylaxe auftretenden Blutungen. Diagnosestellung und regelmäßige Kontrollen in entsprechender Fachabteilung bzw. -ambulanz.		1 St	3.512,75
RE1	**Altuvoct 4000 IE Plv. und Lsgm. zur Herst. einer Inj.lsg.** (PM) Bei schwerem angeborenen Faktor VIII-Mangel (schwere Hämophilie A) - zur Prophylaxe von Blutungen und - zur Therapie von unter dieser Prophylaxe auftretenden Blutungen. Diagnosestellung und regelmäßige Kontrollen in entsprechender Fachabteilung bzw. -ambulanz.		1 St	4.675,45
RE1	**Beriate 100 IE/ml Plv. und Lsgm. zur Herst. einer Inj.- oder Inf.lsg.** Bei angeborenem (Hämophilie A) oder erworbenem Faktor VIII-Mangel. Diagnosestellung und regelmäßige Kontrollen in entsprechender Fachabteilung bzw. -ambulanz.		1 St *500 IE* 1 St *1000 IE*	302,80 578,60
RE1	**Beriate 200 IE/ml Plv. und Lsgm. zur Herst. einer Inj.- oder Inf.lsg.** Bei angeborenem (Hämophilie A) oder erworbenem Faktor VIII-Mangel. Diagnosestellung und regelmäßige Kontrollen in entsprechender Fachabteilung bzw. -ambulanz.		1 St *2000 IE*	1.132,50
RE1	**Esperoct 500 IE Plv. und Lsgm. zur Herst. einer Inj.lsg.** (PM) Bei angeborenem Faktor VIII-Mangel (Hämophilie A). Diagnosestellung und regelmäßige Kontrollen in entsprechender Fachabteilung bzw. -ambulanz.		1 St	362,05
RE1	**Esperoct 1000 IE Plv. und Lsgm. zur Herst. einer Inj.lsg.** (PM) Bei angeborenem Faktor VIII-Mangel (Hämophilie A). Diagnosestellung und regelmäßige Kontrollen in entsprechender Fachabteilung bzw. -ambulanz.		1 St	687,95
RE1	**Esperoct 1500 IE Plv. und Lsgm. zur Herst. einer Inj.lsg.** (PM) Bei angeborenem Faktor VIII-Mangel (Hämophilie A). Diagnosestellung und regelmäßige Kontrollen in entsprechender Fachabteilung bzw. -ambulanz.		1 St	1.019,60
RE1	**Esperoct 2000 IE Plv. und Lsgm. zur Herst. einer Inj.lsg.** (PM) Bei angeborenem Faktor VIII-Mangel (Hämophilie A). Diagnosestellung und regelmäßige Kontrollen in entsprechender Fachabteilung bzw. -ambulanz.		1 St	1.351,25
RE1	**Esperoct 3000 IE Plv. und Lsgm. zur Herst. einer Inj.lsg.** (PM) Bei angeborenem Faktor VIII-Mangel (Hämophilie A). Diagnosestellung und regelmäßige Kontrollen in entsprechender Fachabteilung bzw. -ambulanz.		1 St	2.014,55
RE1	**Haemoctin SDH 50 IE/ml Plv. und Lsgm. zur Herst. einer Inj.lsg.** Bei angeborenem Faktor VIII-Mangel (Hämophilie A). Diagnosestellung und regelmäßige Kontrollen in entsprechender Fachabteilung bzw. -ambulanz.		1 St *250 IE*	172,35
RE1	**Haemoctin SDH 100 IE/ml Plv. u. Lsgm. zur Herst. einer Inj.lsg.** Bei angeborenem Faktor VIII-Mangel (Hämophilie A). Diagnosestellung und regelmäßige Kontrollen in entsprechender Fachabteilung bzw. -ambulanz.		1 St *500 IE*	327,55

	Bezeichnung	T	OP	KVP in €
RE1	**Haemoctin SDH 200 IE/ml Plv. u. Lsgm. zur Herst. einer Inj.lsg.** Bei angeborenem Faktor VIII Mangel (Hämophilie A). Diagnosestellung und regelmäßige Kontrollen in entsprechender Fachabteilung bzw. -ambulanz.		1 St *1000 IE*	541,55
RE1	**Kovaltry 250 IE Plv. und Lsgm. zur Herst. einer Inj.lsg.** Bei angeborenem Faktor VIII-Mangel (Hämophilie A). Diagnosestellung und regelmäßige Kontrollen in entsprechender Fachabteilung bzw. -ambulanz.		1 St	161,50
RE1	**Kovaltry 500 IE Plv. und Lsgm. zur Herst. einer Inj.lsg.** Bei angeborenem Faktor VIII-Mangel (Hämophilie A). Diagnosestellung und regelmäßige Kontrollen in entsprechender Fachabteilung bzw. -ambulanz.		1 St	296,20
RE1	**Kovaltry 1000 IE Plv. und Lsgm. zur Herst. einer Inj.lsg.** Bei angeborenem Faktor VIII-Mangel (Hämophilie A). Diagnosestellung und regelmäßige Kontrollen in entsprechender Fachabteilung bzw. -ambulanz.		1 St	567,35
RE1	**Kovaltry 2000 IE Plv. und Lsgm. zur Herst. einer Inj.lsg.** Bei angeborenem Faktor VIII-Mangel (Hämophilie A). Diagnosestellung und regelmäßige Kontrollen in entsprechender Fachabteilung bzw. -ambulanz.		1 St	1.110,05
RE1	**Kovaltry 3000 IE Plv. und Lsgm. zur Herst. einer Inj.lsg.** Bei angeborenem Faktor VIII-Mangel (Hämophilie A). Diagnosestellung und regelmäßige Kontrollen in entsprechender Fachabteilung bzw. -ambulanz.		1 St	1.652,75
RE1	**NovoEight 250 IE Plv. und Lsgm. zur Herst. einer Inj.lsg.** Bei angeborenem Faktor VIII-Mangel (Hämophilie A). Diagnosestellung und regelmäßige Kontrollen in entsprechender Fachabteilung bzw. -ambulanz.		1 St	173,15
RE1	**NovoEight 500 IE Plv. und Lsgm. zur Herst. einer Inj.lsg.** Bei angeborenem Faktor VIII-Mangel (Hämophilie A). Diagnosestellung und regelmäßige Kontrollen in entsprechender Fachabteilung bzw. -ambulanz.		1 St	329,15
RE1	**NovoEight 1000 IE Plv. und Lsgm. zur Herst. einer Inj.lsg.** Bei angeborenem Faktor VIII-Mangel (Hämophilie A). Diagnosestellung und regelmäßige Kontrollen in entsprechender Fachabteilung bzw. -ambulanz.		1 St	627,65
RE1	**NovoEight 2000 IE Plv. und Lsgm. zur Herst. einer Inj.lsg.** Bei angeborenem Faktor VIII-Mangel (Hämophilie A). Diagnosestellung und regelmäßige Kontrollen in entsprechender Fachabteilung bzw. -ambulanz		1 St	1.230,65
RE1	**NovoEight 3000 IE Plv. und Lsgm. zur Herst. einer Inj.lsg.** Bei angeborenem Faktor VIII-Mangel (Hämophilie A). Diagnosestellung und regelmäßige Kontrollen in entsprechender Fachabteilung bzw. -ambulanz		1 St	1.833,65
RE1	**Nuwiq 250 IE Plv. und Lsgm. zur Herst. einer Inj.lsg.** Bei angeborenem Faktor VIII-Mangel (Hämophilie A). Diagnosestellung und regelmäßige Kontrollen in entsprechender Fachabteilung bzw. -ambulanz.		1 St	192,40
RE1	**Nuwiq 500 IE Plv. und Lsgm. zur Herst. einer Inj.lsg.** Bei angeborenem Faktor VIII-Mangel (Hämophilie A). Diagnosestellung und regelmäßige Kontrollen in entsprechender Fachabteilung bzw. -ambulanz.		1 St	365,70
RE1	**Nuwiq 1000 IE Plv. und Lsgm. zur Herst. einer Inj.lsg.** Bei angeborenem Faktor VIII-Mangel (Hämophilie A). Diagnosestellung und regelmäßige Kontrollen in entsprechender Fachabteilung bzw. -ambulanz.		1 St	694,65
RE1	**Nuwiq 2000 IE Plv. und Lsgm. zur Herst. einer Inj.lsg.** Bei angeborenem Faktor VIII-Mangel (Hämophilie A). Diagnosestellung und regelmäßige Kontrollen in entsprechender Fachabteilung bzw. -ambulanz.		1 St	1.364,65
RE1	**Octanate 50 IE/ml** Eine Kostenübernahme ist möglich in der Indikation angeborener Faktor VIII-Mangel (Hämophilie A). Diagnosestellung und regelmäßige Kontrollen in entsprechender Fachabteilung bzw. -ambulanz.		1 St *250 IE*	195,15
RE1	**Octanate LV 100 IE/ml Plv.** Bei angeborenem Faktor VIII-Mangel (Hämophilie A). Diagnosestellung und regelmäßige Kontrollen in entsprechender Fachabteilung bzw. -ambulanz.		1 St *500 IE*	380,65
RE1	**Octanate LV 200 IE/ml Plv.** Bei angeborenem Faktor VIII-Mangel (Hämophilie A). Diagnosestellung und regelmäßige Kontrollen in entsprechender Fachabteilung bzw. -ambulanz.		1 St *1000 IE*	736,60

	Bezeichnung	T	OP	KVP in €
RE1	**ReFacto AF 250 IE Plv. und Lsgm. zur Herst. einer Inj.lsg. Fertigspr.** Bei angeborenem Faktor VIII-Mangel (Hämophilie A). Diagnosestellung und regelmäßige Kontrollen in entsprechender Fachabteilung bzw. -ambulanz.		1 St	213,80
RE1	**ReFacto AF 500 IE Plv. und Lsgm. zur Herst. einer Inj.lsg. Fertigspr.** Bei angeborenem Faktor VIII-Mangel (Hämophilie A). Diagnosestellung und regelmäßige Kontrollen in entsprechender Fachabteilung bzw. -ambulanz.		1 St	396,90
RE1	**ReFacto AF 1000 IE Plv. und Lsgm. zur Herst. einer Inj.lsg. Fertigspr.** Bei angeborenem Faktor VIII-Mangel (Hämophilie A). Diagnosestellung und regelmäßige Kontrollen in entsprechender Fachabteilung bzw. -ambulanz.		1 St	769,10

B02BD03 Faktor-VIII-Inhibitor bypass Aktivität

Faktor-VIII-Inhibitor bypass Aktivität

RE1	**Feiba 50 E/ml Plv. und Lsgm. zur Herst. einer Inf.lsg.** Eine Kostenübernahme ist möglich in der Indikation angeborene oder erworbene Hemmkörperhämophilie. Diagnosestellung und regelmäßige Kontrollen in entsprechender Fachabteilung bzw. -ambulanz.		1 St *1000 E*	896,90

B02BD04 Gerinnungsfaktor IX

Gerinnungsfaktor IX

RE1	**Alprolix 250 IE Plv. und Lsgm. zur Herst. einer Inj.lsg.** Bei schwerem angeborenen Faktor IX-Mangel (Hämophilie B) mit weniger als 1 % endogener Faktor IX-Aktivität - zur Prophylaxe von Blutungen und - zur Therapie von unter dieser Prophylaxe aufgetretenen Blutungen. Diagnosestellung und regelmäßige Kontrollen in entsprechender Fachabteilung bzw. -ambulanz.		1 St	290,50
RE1	**Alprolix 500 IE Plv. und Lsgm. zur Herst. einer Inj.lsg.** Bei schwerem angeborenen Faktor IX-Mangel (Hämophilie B) mit weniger als 1 % endogener Faktor IX-Aktivität - zur Prophylaxe von Blutungen und - zur Therapie von unter dieser Prophylaxe aufgetretenen Blutungen. Diagnosestellung und regelmäßige Kontrollen in entsprechender Fachabteilung bzw. -ambulanz.		1 St	556,85
RE1	**Alprolix 1000 IE Plv. und Lsgm. zur Herst. einer Inj.lsg.** Bei schwerem angeborenen Faktor IX-Mangel (Hämophilie B) mit weniger als 1 % endogener Faktor IX-Aktivität - zur Prophylaxe von Blutungen und - zur Therapie von unter dieser Prophylaxe aufgetretenen Blutungen. Diagnosestellung und regelmäßige Kontrollen in entsprechender Fachabteilung bzw. -ambulanz.		1 St	1.089,05
RE1	**Alprolix 2000 IE Plv. und Lsgm. zur Herst. einer Inj.lsg.** Bei schwerem angeborenen Faktor IX-Mangel (Hämophilie B) mit weniger als 1 % endogener Faktor IX-Aktivität - zur Prophylaxe von Blutungen und - zur Therapie von unter dieser Prophylaxe aufgetretenen Blutungen. Diagnosestellung und regelmäßige Kontrollen in entsprechender Fachabteilung bzw. -ambulanz.		1 St	2.153,45
RE1	**Alprolix 3000 IE Plv. und Lsgm. zur Herst. einer Inj.lsg.** Bei schwerem angeborenen Faktor IX-Mangel (Hämophilie B) mit weniger als 1 % endogener Faktor IX-Aktivität - zur Prophylaxe von Blutungen und - zur Therapie von unter dieser Prophylaxe aufgetretenen Blutungen. Diagnosestellung und regelmäßige Kontrollen in entsprechender Fachabteilung bzw. -ambulanz.		1 St	3.217,85
RE1	**BeneFIX 250 IE Plv. u. Lsgm. zur Herst. einer Inj.lsg.** Bei angeborenem Faktor IX-Mangel (Hämophilie B). Diagnosestellung und regelmäßige Kontrollen in entsprechender Fachabteilung bzw. -ambulanz.		1 St	235,90
RE1	**BeneFIX 500 IE Plv. u. Lsgm. zur Herst. einer Inj.lsg.** Bei angeborenem Faktor IX-Mangel (Hämophilie B). Diagnosestellung und regelmäßige Kontrollen in entsprechender Fachabteilung bzw. -ambulanz.		1 St	445,60
RE1	**BeneFIX 1000 IE Plv. u. Lsgm. zur Herst. einer Inj.lsg.** Bei angeborenem Faktor IX-Mangel (Hämophilie B). Diagnosestellung und regelmäßige Kontrollen in entsprechender Fachabteilung bzw. -ambulanz.		1 St	855,25

	Bezeichnung	T	OP	KVP in €
RE1	**BeneFIX 2000 IE Plv. u. Lsgm. zur Herst. einer Inj.lsg.** Bei angeborenem Faktor IX-Mangel (Hämophilie B). Diagnosestellung und regelmäßige Kontrollen in entsprechender Fachabteilung bzw. -ambulanz.		1 St	1.685,80
RE1	**Haemonine 100 IE/ml Plv. und Lsgm. zur Herst. einer Inj.lsg.** Bei angeborenem Faktor IX-Mangel (Hämophilie B). Diagnosestellung und regelmäßige Kontrollen in entsprechender Fachabteilung bzw. -ambulanz.		1 St *1000 IE*	589,15
RE1	**Immunine 600 IE Trockenstechamp. mit Lsgm.** Eine Kostenübernahme ist möglich in den Indikationen angeborener Faktor IX-Mangel (Hämophilie B) und erworbener Faktor IX-Mangel. Diagnosestellung und regelmäßige Kontrollen in entsprechender Fachabteilung bzw. -ambulanz.		1 St	398,30
RE1	**Immunine 1200 IE Trockenstechamp. mit Lsgm.** Eine Kostenübernahme ist möglich in den Indikationen angeborener Faktor IX-Mangel (Hämophilie B) und erworbener Faktor IX-Mangel. Diagnosestellung und regelmäßige Kontrollen in entsprechender Fachabteilung bzw. -ambulanz.		1 St	762,55
RE1	**Refixia 500 IE Plv. und Lsgm. zur Herst. einer Inj.lsg.** Bei schwerem angeborenen Faktor IX-Mangel (Hämophilie B) ab einem Alter von 12 Jahren mit weniger als 1 % endogener Faktor IX-Aktivität - zur Prophylaxe von Blutungen und - zur Therapie von unter dieser Prophylaxe aufgetretenen Blutungen. Diagnosestellung und regelmäßige Kontrollen in entsprechender Fachabteilung bzw. -ambulanz.		1 St	772,20
RE1	**Refixia 1000 IE Plv. und Lsgm. zur Herst. einer Inj.lsg.** Bei schwerem angeborenen Faktor IX-Mangel (Hämophilie B) ab einem Alter von 12 Jahren mit weniger als 1 % endogener Faktor IX-Aktivität - zur Prophylaxe von Blutungen und - zur Therapie von unter dieser Prophylaxe aufgetretenen Blutungen. Diagnosestellung und regelmäßige Kontrollen in entsprechender Fachabteilung bzw. -ambulanz.		1 St	1.519,70
RE1	**Refixia 2000 IE Plv. und Lsgm. zur Herst. einer Inj.lsg.** Bei schwerem angeborenen Faktor IX-Mangel (Hämophilie B) ab einem Alter von 12 Jahren mit weniger als 1 % endogener Faktor IX-Aktivität - zur Prophylaxe von Blutungen und - zur Therapie von unter dieser Prophylaxe aufgetretenen Blutungen. Diagnosestellung und regelmäßige Kontrollen in entsprechender Fachabteilung bzw. -ambulanz.		1 St	3.014,75

B02BD05 Gerinnungsfaktor VII

Gerinnungsfaktor VII

RE1	**Faktor VII "Baxter" 600 IE Plv. und Lsgm. zur Herst. einer Inj.lsg.** Bei isoliertem angeborenen Faktor VII-Mangel. Diagnosestellung und regelmäßige Kontrollen in entsprechender Fachabteilung bzw. -ambulanz.		1 St	287,60

B02BD06 Von-Willebrand-Faktor und Gerinnungsfaktor VIII in Kombination

Von-Willebrand-Faktor, Gerinnungsfaktor VIII

RE1	**Haemate P 500 IE FVIII/1200 IE VWF Plv. und Lsgm. zur Herst. einer Inj.- oder Inf.lsg.** Eine Kostenübernahme ist möglich in den Indikationen angeborener Faktor VIII-Mangel (Hämophilie A), erworbener Faktor VIII-Mangel und von Willebrand-Jürgens-Syndrom. Diagnosestellung und regelmäßige Kontrollen in entsprechender Fachabteilung bzw. -ambulanz.		1 St	357,75
RE1	**Haemate P 1000 IE FVIII/2400 IE VWF Plv. und Lsgm. zur Herst. einer Inj.- oder Inf.lsg.** Eine Kostenübernahme ist möglich in den Indikationen angeborener Faktor VIII-Mangel (Hämophilie A), erworbener Faktor VIII-Mangel und von Willebrand-Jürgens-Syndrom. Diagnosestellung und regelmäßige Kontrollen in entsprechender Fachabteilung bzw. -ambulanz.		1 St	670,20
RE1	**Wilate 500 IE FVIII/500 IE VWF Plv. und Lsgm. zur Herst. einer Inj.lsg.** Bei von Willebrand-Jürgens-Syndrom, wenn die Behandlung mit DDAVP (1-Desamino-8-D-Arginin-Vasopressin (Desmopressin)) ineffektiv oder kontraindiziert ist. Bei angeborenem Faktor VIII-Mangel (Hämophilie A). Diagnosestellung und regelmäßige Kontrollen in entsprechender Fachabteilung bzw. -ambulanz.		1 St	352,35

	Bezeichnung	T	OP	KVP in €
RE1	**Wilate 1000 IE FVIII/1000 IE VWF Plv. und Lsgm. zur Herst. einer Inj.lsg.** Bei von Willebrand-Jürgens-Syndrom, wenn die Behandlung mit DDAVP (1-Desamino-8-D-Arginin-Vasopressin (Desmopressin)) ineffektiv oder kontraindiziert ist. Bei angeborenem Faktor VIII-Mangel (Hämophilie A). Diagnosestellung und regelmäßige Kontrollen in entsprechender Fachabteilung bzw. -ambulanz.		1 St	670,20

B02BD07 Gerinnungsfaktor XIII

Gerinnungsfaktor XIII

RE1	**Fibrogammin 250 IE Plv. und Lsgm. zur Herst. einer Inj.-/Inf.lsg.** Eine Kostenübernahme ist möglich in der Indikation angeborener oder erworbener Faktor XIII-Mangel. Diagnosestellung und regelmäßige Kontrollen in entsprechender Fachabteilung bzw. -ambulanz.		1 St	154,60
RE1	**Fibrogammin 1250 IE Plv. und Lsgm. zur Herst. einer Inj.-/Inf.lsg.** Eine Kostenübernahme ist möglich in der Indikation angeborener oder erworbener Faktor XIII-Mangel. Diagnosestellung und regelmäßige Kontrollen in entsprechender Fachabteilung bzw. -ambulanz.		1 St	648,05

B02BX Andere systemische Hämostatika
B02BX04 Romiplostim

Romiplostim 0,00025

RE1	**Nplate 250 mcg Plv. und Lsgm. zur Herst. einer Inj.lsg.** Bei PatientInnen mit therapierefraktärer chronischer immun-(idiopathischer) thrombozytopenischer Purpura (ITP), die splenektomiert sind bzw. für die eine Splenektomie kontraindiziert ist. Die Behandlung mit Romiplostim sollte abgebrochen werden, wenn die Thrombozytenzahl nach 4-wöchiger Behandlung mit Romiplostim in der höchsten wöchentlichen Dosis von 10 mcg/kg nicht auf einen Wert steigt, der ausreichend hoch ist, um klinisch signifikante Blutungen zu vermeiden. Diagnosestellung, Therapieeinleitung, Dosisfindung (Titration) und regelmäßige Kontrollen durch entsprechende Fachabteilung bzw. -ambulanz; Weiterverordnung nur durch in der Verwendung von Nplate ausreichend informierte ÄrztInnen.		1 St *0,5 ml* 4 St *0,5 ml*	570,10 2.206,35

Romiplostim 0,0005

RE1	**Nplate 500 mcg Plv. und Lsgm. zur Herst. einer Inj.lsg.** Bei PatientInnen mit therapierefraktärer chronischer immun-(idiopathischer) thrombozytopenischer Purpura (ITP), die splenektomiert sind bzw. für die eine Splenektomie kontraindiziert ist. Die Behandlung mit Romiplostim sollte abgebrochen werden, wenn die Thrombozytenzahl nach 4-wöchiger Behandlung mit Romiplostim in der höchsten wöchentlichen Dosis von 10 mcg/kg nicht auf einen Wert steigt, der ausreichend hoch ist, um klinisch signifikante Blutungen zu vermeiden. Diagnosestellung, Therapieeinleitung, Dosisfindung (Titration) und regelmäßige Kontrollen durch entsprechende Fachabteilung bzw. -ambulanz; Weiterverordnung nur durch in der Verwendung von Nplate ausreichend informierte ÄrztInnen.		1 St *1 ml* 4 St *1 ml*	1.115,50 4.388,05

B02BX05 Eltrombopag

Eltrombopag 0,025

RE1	**Revolade 25 mg Filmtabl.** Bei PatientInnen mit therapierefraktärer chronischer immun-(idiopathischer) thrombozytopenischer Purpura (ITP), die splenektomiert sind bzw. für die eine Splenektomie kontraindiziert ist. Die Behandlung mit Eltrombopag sollte abgebrochen werden, wenn die Thrombozytenzahl nach 4-wöchiger Behandlung mit Eltrombopag in der höchsten täglichen Dosis von 75 mg nicht auf einen Wert steigt, der ausreichend hoch ist, um klinisch signifikante Blutungen zu vermeiden. Diagnosestellung, Therapieeinleitung, Dosisfindung (Titration) und regelmäßige Kontrollen durch entsprechende Fachabteilung bzw. -ambulanz; Weiterverordnung nur durch in der Verwendung von Revolade ausreichend informierte ÄrztInnen.		14 St 28 St	468,40 912,15

	Bezeichnung	T	OP	KVP in €
Eltrombopag 0,05				
RE1	**Revolade 50 mg Filmtabl.** Bei PatientInnen mit therapierefraktärer chronischer immun-(idiopathischer) thrombozytopenischer Purpura (ITP), die splenektomiert sind bzw. für die eine Splenektomie kontraindiziert ist. Die Behandlung mit Eltrombopag sollte abgebrochen werden, wenn die Thrombozytenzahl nach 4-wöchiger Behandlung mit Eltrombopag in der höchsten täglichen Dosis von 75 mg nicht auf einen Wert steigt, der ausreichend hoch ist, um klinisch signifikante Blutungen zu vermeiden. Diagnosestellung, Therapieeinleitung, Dosisfindung (Titration) und regelmäßige Kontrollen durch entsprechende Fachabteilung bzw. -ambulanz; Weiterverordnung nur durch in der Verwendung von Revolade ausreichend informierte ÄrztInnen.		14 St 28 St	912,15 1.799,65
Eltrombopag 0,075				
RE1	**Revolade 75 mg Filmtabl.** Bei PatientInnen mit therapierefraktärer chronischer immun-(idiopathischer) thrombozytopenischer Purpura (ITP), die splenektomiert sind bzw. für die eine Splenektomie kontraindiziert ist. Die Behandlung mit Eltrombopag sollte abgebrochen werden, wenn die Thrombozytenzahl nach 4-wöchiger Behandlung mit Eltrombopag in der höchsten täglichen Dosis von 75 mg nicht auf einen Wert steigt, der ausreichend hoch ist, um klinisch signifikante Blutungen zu vermeiden. Diagnosestellung, Therapieeinleitung, Dosisfindung (Titration) und regelmäßige Kontrollen durch entsprechende Fachabteilung bzw. -ambulanz; Weiterverordnung nur durch in der Verwendung von Eltrombopag ausreichend informierte ÄrztInnen.		14 St 28 St	1.355,95 2.687,20

B02BX06 Emicizumab

Emicizumab 0,03/ml				
RE1 L3	**Hemlibra 30 mg/ml Inj.lsg.** (PM) Wenn eine Routineprophylaxe indiziert ist bei - schwerem angeborenen Faktor VIII-Mangel (Hämophilie A) mit weniger als 1 % endogener Faktor VIII-Aktivität - angeborenem Faktor VIII-Mangel (Hämophilie A) mit Hemmkörpern (Titer größer/gleich 5 Bethesda U/ml) Diagnosestellung und regelmäßige Kontrollen in entsprechender Fachabteilung bzw. -ambulanz. Emicizumab eignet sich für eine chef(kontroll)ärztliche Langzeitbewilligung für 3 Monate (L3).		1 St *1 ml*	1.997,85
Emicizumab 0,15/ml				
RE1 L3	**Hemlibra 150 mg/ml Inj.lsg.** (PM) Wenn eine Routineprophylaxe indiziert ist bei - schwerem angeborenen Faktor VIII-Mangel (Hämophilie A) mit weniger als 1 % endogener Faktor VIII-Aktivität - angeborenem Faktor VIII-Mangel (Hämophilie A) mit Hemmkörpern (Titer größer/gleich 5 Bethesda U/ml) Diagnosestellung und regelmäßige Kontrollen in entsprechender Fachabteilung bzw. -ambulanz. Emicizumab eignet sich für eine chef(kontroll)ärztliche Langzeitbewilligung für 3 Monate (L3).		1 St *0,4 ml* 1 St *0,7 ml* 1 St *1 ml*	3.967,00 6.921,35 9.991,00

	Bezeichnung	T	OP	KVP in €

B02BX08 Avatrombopag

Avatrombopag 0,02

RE1	**Doptelet 20 mg Filmtabl.** Ⓟ Bei erwachsenen PatientInnen mit einer chronischen Lebererkrankung und einer Thrombozytenzahl kleiner 50.000/mcl vor einem geplanten invasiven Eingriff mit einem hohen Blutungsrisiko. Diagnosestellung und Therapieeinleitung durch ausreichend informierte ÄrztInnen der Fachrichtungen Gastroenterologie, Chirurgie, interventionelle Radiologie und Anästhesie. Bei erwachsenen PatientInnen mit therapierefraktärer primärer chronischer immun-(idiopathischer) thrombozytopenischer Purpura (ITP), die splenektomiert sind bzw. für die eine Splenektomie kontraindiziert ist. Die Behandlung mit Avatrombopag sollte abgebrochen werden, wenn die Thrombozytenzahl nach 4-wöchiger Behandlung mit Avatrombopag in der höchsten täglichen Dosis von 40 mg nicht auf einen Wert steigt, der ausreichend hoch ist, um klinisch signifikante Blutungen zu vermeiden. Diagnosestellung, Therapieeinleitung, Dosisfindung (Titration) und regelmäßige Kontrollen durch entsprechende Fachabteilung bzw. -ambulanz; Weiterverordnung nur durch in der Verwendung von Avatrombopag ausreichend informierte ÄrztInnen.		10 St 15 St 30 St	648,05 959,75 1.894,85

B03 ANTIANÄMIKA
B03A EISEN-HALTIGE ZUBEREITUNGEN
B03AC Eisen, parenterale Zubereitungen

Fe (III) 0,02/ml als Eisen(III)-Saccharose

RE2	**FerMed 100 mg/5 ml Inj.lsg. oder Konz. zur Herst. einer Inf.lsg.** Zur Eisensubstitution, wenn mit oralen Therapiealternativen (ATC-Code B03A) nachweislich nicht das Auslangen gefunden werden kann.		1 St 5 St	20,65 50,70
RE2	**Venofer 20 mg/ml Inj.lsg. oder Konz. zur Herst. einer Inf.lsg.** Zur Eisensubstitution, wenn mit oralen Therapiealternativen (ATC-Code B03A) nachweislich nicht das Auslangen gefunden werden kann.		5 St *5 ml*	68,20

Fe (III) 0,05/ml als Eisen(III)-Carboxymaltose

RE2	**Eisen-Carboxymaltose "ratiopharm" 50 mg Eisen/ml Dispersion zur Inj./Inf.** Zur Eisensubstitution, wenn mit oralen Therapiealternativen (ATC-Code B03A) nachweislich nicht das Auslangen gefunden werden kann.		1 St *10 ml* 1 St *20 ml*	33,25 64,45
RE2	**Eisencarboxymaltose "Sandoz" 50 mg/ml Dispersion zur Inj./Inf.** Zur Eisensubstitution, wenn mit oralen Therapiealternativen (ATC-Code B03A) nachweislich nicht das Auslangen gefunden werden kann.		1 St *10 ml* 1 St *20 ml*	39,60 76,80
RE2	**Ferinject 50 mg Eisen/ml Inj.lsg. oder Konz. zur Herst. einer Inf.lsg.** Zur Eisensubstitution, wenn mit oralen Therapiealternativen (ATC-Code B03A) nachweislich nicht das Auslangen gefunden werden kann.		1 St *10 ml* 1 St *20 ml*	60,65 103,80

Fe (III) 0,1/ml als Eisen(III)-Derisomaltose

RE2	**MonoFer 100 mg/ml Inj.- oder Inf.lsg.** Ⓟ Zur Eisensubstitution, wenn mit oralen Therapiealternativen (ATC Code B03A) nachweislich nicht das Auslangen gefunden werden kann.		1 St *5 ml* 1 St *10 ml*	134,45 238,20

B03X ANDERE ANTIANÄMIKA
B03XA Andere Antianämika
B03XA01 Erythropoietin

Erythropoietin 1.000 IE

RE1	**Abseamed 1.000 IE/0,5 ml Inj.lsg. Fertigspr.** Symptomatische Anämie bei chronischer Niereninsuffizienz mit Ausgangs-Hb kleiner 10 g/dl. - Zielbereich: Hb-Wert zwischen 10 und 12 g/dl - Nach Therapiebeginn und nach jeder Dosisänderung kurzfristige Hb-Kontrollen bis zur Stabilisierung des Hb, danach mindestens zweiwöchentliche Hb-Kontrollen. - Hämoglobinwerte über 12 g/dl sind zu vermeiden. - Für PatientInnen, bei denen es in irgendeinem 2-Wochen-Zeitraum zu einem Hb-Anstieg größer 1 g/dl kommt, bestehen erhöhte Sicherheitsbedenken. - Cave: Auslagerung aus dem intramuralen Bereich (Dialyseabkommen!) *Epoetin alfa 0,0000084 entspr. 1.000 IE*		6 St	48,70
RE1	**Binocrit 1.000 IE/0,5 ml Inj.lsg. Fertigspr.** Symptomatische Anämie bei chronischer Niereninsuffizienz mit Ausgangs-Hb kleiner 10 g/dl. - Zielbereich: Hb-Wert zwischen 10 und 12 g/dl - Nach Therapiebeginn und nach jeder Dosisänderung kurzfristige Hb-Kontrollen bis zur Stabilisierung des Hb, danach mindestens zweiwöchentliche Hb-Kontrollen. - Hämoglobinwerte über 12 g/dl sind zu vermeiden. - Für PatientInnen, bei denen es in irgendeinem 2-Wochen-Zeitraum zu einem Hb- Anstieg größer 1 g/dl kommt, bestehen erhöhte Sicherheitsbedenken. - Cave: Auslagerung aus dem intramuralen Bereich (Dialyseabkommen!) *Epoetin alfa 0,0000084 entspr. 1.000 IE*		6 St	48,15
RE1	**Eporatio 1.000 IE/0,5 ml Inj.lsg. Fertigspr.** Symptomatische Anämie bei chronischer Niereninsuffizienz mit Ausgangs-Hb kleiner 10 g/dl. - Zielbereich: Hb-Wert zwischen 10 und 12 g/dl - Nach Therapiebeginn und nach jeder Dosisänderung kurzfristige Hb-Kontrollen bis zur Stabilisierung des Hb, danach mindestens zweiwöchentliche Hb-Kontrollen - Hämoglobinwerte über 12 g/dl sind zu vermeiden. - Für PatientInnen, bei denen es in irgendeinem 2-Wochen-Zeitraum zu einem Hb-Anstieg größer 1 g/dl kommt, bestehen erhöhte Sicherheitsbedenken. - Cave: Auslagerung aus dem intramuralen Bereich (Dialyseabkommen!) *Epoetin theta 0,0000083 entspr. 1.000 IE*		6 St	48,15
RE1	**Erypo 1.000 IE/0,5 ml Fertigspr.** Symptomatische Anämie bei chronischer Niereninsuffizienz mit Ausgangs-Hb kleiner 10 g/dl. - Zielbereich: Hb-Wert zwischen 10 und 12 g/dl - Nach Therapiebeginn und nach jeder Dosisänderung kurzfristige Hb-Kontrollen bis zur Stabilisierung des Hb, danach mindestens zweiwöchentliche Hb-Kontrollen. - Hämoglobinwerte über 12 g/dl sind zu vermeiden. - Für Patienten, bei denen es in irgendeinem 2-Wochen-Zeitraum zu einem Hb-Anstieg größer 1 g/dl kommt, bestehen erhöhte Sicherheitsbedenken. - Cave: Auslagerung aus dem intramuralen Bereich (Dialyseabkommen!) *Epoetin alfa 0,0000084 entspr. 1.000 IE*		6 St	48,70
RE1	**Retacrit 1.000 IE/0,3 ml Inj.lsg. Fertigspr.** Symptomatische Anämie bei chronischer Niereninsuffizienz mit Ausgangs-Hb kleiner 10 g/dl. - Zielbereich: Hb-Wert zwischen 10 und 12 g/dl - Nach Therapiebeginn und nach jeder Dosisänderung kurzfristige Hb-Kontrollen bis zur Stabilisierung des Hb, danach mindestens zweiwöchentliche Hb-Kontrollen. - Hämoglobinwerte über 12 g/dl sind zu vermeiden. - Für PatientInnen, bei denen es in irgendeinem 2-Wochen-Zeitraum zu einem Hb-Anstieg größer 1 g/dl kommt, bestehen erhöhte Sicherheitsbedenken. - Cave: Auslagerung aus dem intramuralen Bereich (Dialyseabkommen!) *Epoetin zeta 0,0000084 entspr. 1.000 IE*		6 St	48,70

	Bezeichnung	T	OP	KVP in €
Erythropoietin 2.000 IE				
RE1	**Abseamed 2.000 IE/1,0 ml Inj.lsg. Fertigspr.** Symptomatische Anämie bei chronischer Niereninsuffizienz mit Ausgangs-Hb kleiner 10 g/dl. - Zielbereich: Hb-Wert zwischen 10 und 12 g/dl - Nach Therapiebeginn und nach jeder Dosisänderung kurzfristige Hb-Kontrollen bis zur Stabilisierung des Hb, danach mindestens zweiwöchentliche Hb-Kontrollen. - Hämoglobinwerte über 12 g/dl sind zu vermeiden. - Für PatientInnen, bei denen es in irgendeinem 2-Wochen-Zeitraum zu einem Hb-Anstieg größer 1 g/dl kommt, bestehen erhöhte Sicherheitsbedenken. - Cave: Auslagerung aus dem intramuralen Bereich (Dialyseabkommen!) *Epoetin alfa 0,0000168 entspr. 2.000 IE*		6 St	91,90
RE1	**Binocrit 2.000 IE/1 ml Inj.lsg. Fertigspr.** Symptomatische Anämie bei chronischer Niereninsuffizienz mit Ausgangs-Hb kleiner 10 g/dl. - Zielbereich: Hb-Wert zwischen 10 und 12 g/dl - Nach Therapiebeginn und nach jeder Dosisänderung kurzfristige Hb-Kontrollen bis zur Stabilisierung des Hb, danach mindestens zweiwöchentliche Hb-Kontrollen. - Hämoglobinwerte über 12 g/dl sind zu vermeiden. - Für PatientInnen, bei denen es in irgendeinem 2-Wochen-Zeitraum zu einem Hb- Anstieg größer 1 g/dl kommt, bestehen erhöhte Sicherheitsbedenken. - Cave: Auslagerung aus dem intramuralen Bereich (Dialyseabkommen!) *Epoetin alfa 0,0000168 entspr. 2.000 IE*		6 St	90,85
RE1	**Eporatio 2.000 IE/0,5 ml Inj.lsg. Fertigspr.** Symptomatische Anämie bei chronischer Niereninsuffizienz mit Ausgangs-Hb kleiner 10 g/dl. - Zielbereich: Hb-Wert zwischen 10 und 12 g/dl - Nach Therapiebeginn und nach jeder Dosisänderung kurzfristige Hb-Kontrollen bis zur Stabilisierung des Hb, danach mindestens zweiwöchentliche Hb-Kontrollen - Hämoglobinwerte über 12 g/dl sind zu vermeiden. - Für PatientInnen, bei denen es in irgendeinem 2-Wochen-Zeitraum zu einem Hb-Anstieg größer 1 g/dl kommt, bestehen erhöhte Sicherheitsbedenken. - Cave: Auslagerung aus dem intramuralen Bereich (Dialyseabkommen!) *Epoetin theta 0,0000167 entspr. 2.000 IE*		6 St	90,85
RE1	**Erypo 2.000 IE/0,5 ml Fertigspr.** Symptomatische Anämie bei chronischer Niereninsuffizienz mit Ausgangs-Hb kleiner 10 g/dl. - Zielbereich: Hb-Wert zwischen 10 und 12 g/dl - Nach Therapiebeginn und nach jeder Dosisänderung kurzfristige Hb-Kontrollen bis zur Stabilisierung des Hb, danach mindestens zweiwöchentliche Hb-Kontrollen. - Hämoglobinwerte über 12 g/dl sind zu vermeiden. - Für Patienten, bei denen es in irgendeinem 2-Wochen-Zeitraum zu einem Hb-Anstieg größer 1 g/dl kommt, bestehen erhöhte Sicherheitsbedenken. - Cave: Auslagerung aus dem intramuralen Bereich (Dialyseabkommen!) *Epoetin alfa 0,0000168 entspr. 2.000 IE*		6 St	91,90
RE1	**Retacrit 2.000 IE/0,6 ml Inj.lsg. Fertigspr.** Symptomatische Anämie bei chronischer Niereninsuffizienz mit Ausgangs-Hb kleiner 10 g/dl. - Zielbereich: Hb-Wert zwischen 10 und 12 g/dl - Nach Therapiebeginn und nach jeder Dosisänderung kurzfristige Hb-Kontrollen bis zur Stabilisierung des Hb, danach mindestens zweiwöchentliche Hb-Kontrollen. - Hämoglobinwerte über 12 g/dl sind zu vermeiden. - Für PatientInnen, bei denen es in irgendeinem 2-Wochen-Zeitraum zu einem Hb-Anstieg größer 1 g/dl kommt, bestehen erhöhte Sicherheitsbedenken. - Cave: Auslagerung aus dem intramuralen Bereich (Dialyseabkommen!) *Epoetin zeta 0,0000168 entspr. 2.000 IE*		6 St	91,90

	Bezeichnung	T	OP	KVP in €
Erythropoietin 3.000 IE				
RE1	**Abseamed 3.000 IE/0,3 ml Inj.lsg. Fertigspr.** Symptomatische Anämie bei chronischer Niereninsuffizienz mit Ausgangs-Hb kleiner 10 g/dl. - Zielbereich: Hb-Wert zwischen 10 und 12 g/dl - Nach Therapiebeginn und nach jeder Dosisänderung kurzfristige Hb-Kontrollen bis zur Stabilisierung des Hb, danach mindestens zweiwöchentliche Hb-Kontrollen. - Hämoglobinwerte über 12 g/dl sind zu vermeiden. - Für PatientInnen, bei denen es in irgendeinem 2-Wochen-Zeitraum zu einem Hb-Anstieg größer 1 g/dl kommt, bestehen erhöhte Sicherheitsbedenken. - Cave: Auslagerung aus dem intramuralen Bereich (Dialyseabkommen!) *Epoetin alfa 0,0000252 entspr. 3.000 IE*		6 St	132,25
RE1	**Eporatio 3.000 IE/0,5 ml Inj.lsg. Fertigspr.** Symptomatische Anämie bei chronischer Niereninsuffizienz mit Ausgangs-Hb kleiner 10 g/dl. - Zielbereich: Hb-Wert zwischen 10 und 12 g/dl - Nach Therapiebeginn und nach jeder Dosisänderung kurzfristige Hb-Kontrollen bis zur Stabilisierung des Hb, danach mindestens zweiwöchentliche Hb-Kontrollen - Hämoglobinwerte über 12 g/dl sind zu vermeiden. - Für PatientInnen, bei denen es in irgendeinem 2-Wochen-Zeitraum zu einem Hb-Anstieg größer 1 g/dl kommt, bestehen erhöhte Sicherheitsbedenken. - Cave: Auslagerung aus dem intramuralen Bereich (Dialyseabkommen!) *Epoetin theta 0,000025 entspr. 3.000 IE*		6 St	132,25
RE1	**Retacrit 3.000 IE/0,9 ml Inj.lsg. Fertigspr.** Symptomatische Anämie bei chronischer Niereninsuffizienz mit Ausgangs-Hb kleiner 10 g/dl. - Zielbereich: Hb-Wert zwischen 10 und 12 g/dl - Nach Therapiebeginn und nach jeder Dosisänderung kurzfristige Hb-Kontrollen bis zur Stabilisierung des Hb, danach mindestens zweiwöchentliche Hb-Kontrollen. - Hämoglobinwerte über 12 g/dl sind zu vermeiden. - Für PatientInnen, bei denen es in irgendeinem 2-Wochen-Zeitraum zu einem Hb-Anstieg größer 1 g/dl kommt, bestehen erhöhte Sicherheitsbedenken. - Cave: Auslagerung aus dem intramuralen Bereich (Dialyseabkommen!) *Epoetin zeta 0,0000252 entspr. 3.000 IE*		6 St	132,25
Erythropoietin 4.000 IE				
RE1	**Abseamed 4.000 IE/0,4 ml Inj.lsg. Fertigspr.** Symptomatische Anämie bei chronischer Niereninsuffizienz mit Ausgangs-Hb kleiner 10 g/dl. - Zielbereich: Hb-Wert zwischen 10 und 12 g/dl - Nach Therapiebeginn und nach jeder Dosisänderung kurzfristige Hb-Kontrollen bis zur Stabilisierung des Hb, danach mindestens zweiwöchentliche Hb-Kontrollen. - Hämoglobinwerte über 12 g/dl sind zu vermeiden. - Für PatientInnen, bei denen es in irgendeinem 2-Wochen-Zeitraum zu einem Hb-Anstieg größer 1 g/dl kommt, bestehen erhöhte Sicherheitsbedenken. - Cave: Auslagerung aus dem intramuralen Bereich (Dialyseabkommen!) *Epoetin alfa 0,0000336 entspr. 4.000 IE*		6 St	170,30
RE1	**Binocrit 4.000 IE/0,4 ml Inj.lsg. Fertigspr.** Symptomatische Anämie bei chronischer Niereninsuffizienz mit Ausgangs-Hb kleiner 10 g/dl. - Zielbereich: Hb-Wert zwischen 10 und 12 g/dl - Nach Therapiebeginn und nach jeder Dosisänderung kurzfristige Hb-Kontrollen bis zur Stabilisierung des Hb, danach mindestens zweiwöchentliche Hb-Kontrollen. - Hämoglobinwerte über 12 g/dl sind zu vermeiden. - Für PatientInnen, bei denen es in irgendeinem 2-Wochen-Zeitraum zu einem Hb- Anstieg größer 1 g/dl kommt, bestehen erhöhte Sicherheitsbedenken. - Cave: Auslagerung aus dem intramuralen Bereich (Dialyseabkommen!) *Epoetin alfa 0,0000336 entspr. 4.000 IE*		6 St	168,45

	Bezeichnung	T	OP	KVP in €
RE1	**Eporatio 4.000 IE/0,5 ml Inj.lsg. Fertigspr.** Symptomatische Anämie bei chronischer Niereninsuffizienz mit Ausgangs-Hb kleiner 10 g/dl. - Zielbereich: Hb-Wert zwischen 10 und 12 g/dl - Nach Therapiebeginn und nach jeder Dosisänderung kurzfristige Hb-Kontrollen bis zur Stabilisierung des Hb, danach mindestens zweiwöchentliche Hb-Kontrollen - Hämoglobinwerte über 12 g/dl sind zu vermeiden. - Für PatientInnen, bei denen es in irgendeinem 2-Wochen-Zeitraum zu einem Hb-Anstieg größer 1 g/dl kommt, bestehen erhöhte Sicherheitsbedenken. - Cave: Auslagerung aus dem intramuralen Bereich (Dialyseabkommen!) *Epoetin theta 0,0000333 entspr. 4.000 IE*		6 St	168,45
RE1	**Erypo 4.000 IE/0,4 ml Fertigspr.** Symptomatische Anämie bei chronischer Niereninsuffizienz mit Ausgangs-Hb kleiner 10 g/dl. - Zielbereich: Hb-Wert zwischen 10 und 12 g/dl - Nach Therapiebeginn und nach jeder Dosisänderung kurzfristige Hb-Kontrollen bis zur Stabilisierung des Hb, danach mindestens zweiwöchentliche Hb-Kontrollen. - Hämoglobinwerte über 12 g/dl sind zu vermeiden. - Für Patienten, bei denen es in irgendeinem 2-Wochen-Zeitraum zu einem Hb-Anstieg größer 1 g/dl kommt, bestehen erhöhte Sicherheitsbedenken. - Cave: Auslagerung aus dem intramuralen Bereich (Dialyseabkommen!) *Epoetin alfa 0,0000336 entspr. 4.000 IE*		6 St	170,30
RE1	**Retacrit 4.000 IE/0,4 ml Inj.lsg. Fertigspr.** Symptomatische Anämie bei chronischer Niereninsuffizienz mit Ausgangs-Hb kleiner 10 g/dl. - Zielbereich: Hb-Wert zwischen 10 und 12 g/dl - Nach Therapiebeginn und nach jeder Dosisänderung kurzfristige Hb-Kontrollen bis zur Stabilisierung des Hb, danach mindestens zweiwöchentliche Hb-Kontrollen. - Hämoglobinwerte über 12 g/dl sind zu vermeiden. - Für PatientInnen, bei denen es in irgendeinem 2-Wochen-Zeitraum zu einem Hb-Anstieg größer 1 g/dl kommt, bestehen erhöhte Sicherheitsbedenken. - Cave: Auslagerung aus dem intramuralen Bereich (Dialyseabkommen!) *Epoetin zeta 0,0000336 entspr. 4.000 IE*		6 St	170,30

Erythropoietin 5.000 IE

RE1	**Abseamed 5.000 IE/0,5 ml Inj.lsg. Fertigspr.** Symptomatische Anämie bei chronischer Niereninsuffizienz mit Ausgangs-Hb kleiner 10 g/dl. - Zielbereich: Hb-Wert zwischen 10 und 12 g/dl - Nach Therapiebeginn und nach jeder Dosisänderung kurzfristige Hb-Kontrollen bis zur Stabilisierung des Hb, danach mindestens zweiwöchentliche Hb-Kontrollen. - Hämoglobinwerte über 12 g/dl sind zu vermeiden. - Für PatientInnen, bei denen es in irgendeinem 2-Wochen-Zeitraum zu einem Hb-Anstieg größer 1 g/dl kommt, bestehen erhöhte Sicherheitsbedenken. - Cave: Auslagerung aus dem intramuralen Bereich (Dialyseabkommen!) *Epoetin alfa 0,000042 entspr. 5.000 IE*		6 St	205,45
RE1	**Binocrit 5.000 IE/0,5 ml Inj.lsg. Fertigspr.** Symptomatische Anämie bei chronischer Niereninsuffizienz mit Ausgangs-Hb kleiner 10 g/dl. - Zielbereich: Hb-Wert zwischen 10 und 12 g/dl - Nach Therapiebeginn und nach jeder Dosisänderung kurzfristige Hb-Kontrollen bis zur Stabilisierung des Hb, danach mindestens zweiwöchentliche Hb-Kontrollen. - Hämoglobinwerte über 12 g/dl sind zu vermeiden. - Für PatientInnen, bei denen es in irgendeinem 2-Wochen-Zeitraum zu einem Hb- Anstieg größer 1 g/dl kommt, bestehen erhöhte Sicherheitsbedenken. - Cave: Auslagerung aus dem intramuralen Bereich (Dialyseabkommen!) *Epoetin alfa 0,000042 entspr. 5.000 IE*		6 St	203,15

	Bezeichnung	T	OP	KVP in €
RE1	**Eporatio 5.000 IE/0,5 ml Inj.lsg. Fertigspr.** Symptomatische Anämie bei chronischer Niereninsuffizienz mit Ausgangs-Hb kleiner 10 g/dl. - Zielbereich: Hb-Wert zwischen 10 und 12 g/dl - Nach Therapiebeginn und nach jeder Dosisänderung kurzfristige Hb-Kontrollen bis zur Stabilisierung des Hb, danach mindestens zweiwöchentliche Hb-Kontrollen - Hämoglobinwerte über 12 g/dl sind zu vermeiden. - Für PatientInnen, bei denen es in irgendeinem 2-Wochen-Zeitraum zu einem Hb-Anstieg größer 1 g/dl kommt, bestehen erhöhte Sicherheitsbedenken. - Cave: Auslagerung aus dem intramuralen Bereich (Dialyseabkommen!) *Epoetin theta 0,0000417 entspr. 5.000 IE*		6 St	203,15
RE1	**Retacrit 5.000 IE/0,5 ml Inj.lsg. Fertigspr.** Symptomatische Anämie bei chronischer Niereninsuffizienz mit Ausgangs-Hb kleiner 10 g/dl. - Zielbereich: Hb-Wert zwischen 10 und 12 g/dl - Nach Therapiebeginn und nach jeder Dosisänderung kurzfristige Hb-Kontrollen bis zur Stabilisierung des Hb, danach mindestens zweiwöchentliche Hb-Kontrollen. - Hämoglobinwerte über 12 g/dl sind zu vermeiden. - Für PatientInnen, bei denen es in irgendeinem 2-Wochen-Zeitraum zu einem Hb-Anstieg größer 1 g/dl kommt, bestehen erhöhte Sicherheitsbedenken. - Cave: Auslagerung aus dem intramuralen Bereich (Dialyseabkommen!) *Epoetin zeta 0,000042 entspr. 5.000 IE*		6 St	205,45

Erythropoietin 6.000 IE

RE1	**Abseamed 6.000 IE/0,6 ml Inj.lsg. Fertigspr.** Symptomatische Anämie bei chronischer Niereninsuffizienz mit Ausgangs-Hb kleiner 10 g/dl. - Zielbereich: Hb-Wert zwischen 10 und 12 g/dl - Nach Therapiebeginn und nach jeder Dosisänderung kurzfristige Hb-Kontrollen bis zur Stabilisierung des Hb, danach mindestens zweiwöchentliche Hb-Kontrollen. - Hämoglobinwerte über 12 g/dl sind zu vermeiden. - Für PatientInnen, bei denen es in irgendeinem 2-Wochen-Zeitraum zu einem Hb-Anstieg größer 1 g/dl kommt, bestehen erhöhte Sicherheitsbedenken. - Cave: Auslagerung aus dem intramuralen Bereich (Dialyseabkommen!) *Epoetin alfa 0,0000504 entspr. 6.000 IE*		6 St	234,30
RE1	**Erypo 6.000 IE/0,6 ml Fertigspr.** Symptomatische Anämie bei chronischer Niereninsuffizienz mit Ausgangs-Hb kleiner 10 g/dl. - Zielbereich: Hb-Wert zwischen 10 und 12 g/dl - Nach Therapiebeginn und nach jeder Dosisänderung kurzfristige Hb-Kontrollen bis zur Stabilisierung des Hb, danach mindestens zweiwöchentliche Hb-Kontrollen. - Hämoglobinwerte über 12 g/dl sind zu vermeiden. - Für Patienten, bei denen es in irgendeinem 2-Wochen-Zeitraum zu einem Hb-Anstieg größer 1 g/dl kommt, bestehen erhöhte Sicherheitsbedenken. - Cave: Auslagerung aus dem intramuralen Bereich (Dialyseabkommen!) *Epoetin alfa 0,0000504 entspr. 6.000 IE*		6 St	234,30
RE1	**Retacrit 6.000 IE/0,6 ml Inj.lsg. Fertigspr.** Symptomatische Anämie bei chronischer Niereninsuffizienz mit Ausgangs-Hb kleiner 10 g/dl. - Zielbereich: Hb-Wert zwischen 10 und 12 g/dl - Nach Therapiebeginn und nach jeder Dosisänderung kurzfristige Hb-Kontrollen bis zur Stabilisierung des Hb, danach mindestens zweiwöchentliche Hb-Kontrollen. - Hämoglobinwerte über 12 g/dl sind zu vermeiden. - Für PatientInnen, bei denen es in irgendeinem 2-Wochen-Zeitraum zu einem Hb-Anstieg größer 1 g/dl kommt, bestehen erhöhte Sicherheitsbedenken. - Cave: Auslagerung aus dem intramuralen Bereich (Dialyseabkommen!) *Epoetin zeta 0,0000504 entspr. 6.000 IE*		6 St	234,40

	Bezeichnung	T	OP	KVP in €
Erythropoietin 8.000 IE				
RE1	**Abseamed 8.000 IE/0,8 ml Inj.lsg. Fertigspr.** Symptomatische Anämie bei chronischer Niereninsuffizienz mit Ausgangs-Hb kleiner 10 g/dl. - Zielbereich: Hb-Wert zwischen 10 und 12 g/dl - Nach Therapiebeginn und nach jeder Dosisänderung kurzfristige Hb-Kontrollen bis zur Stabilisierung des Hb, danach mindestens zweiwöchentliche Hb-Kontrollen. - Hämoglobinwerte über 12 g/dl sind zu vermeiden. - Für PatientInnen, bei denen es in irgendeinem 2-Wochen-Zeitraum zu einem Hb-Anstieg größer 1 g/dl kommt, bestehen erhöhte Sicherheitsbedenken. - Cave: Auslagerung aus dem intramuralen Bereich (Dialyseabkommen!) *Epoetin alfa 0,0000672 entspr. 8.000 IE*		6 St	312,35
RE1	**Retacrit 8.000 IE/0,8 ml Inj.lsg. Fertigspr.** Symptomatische Anämie bei chronischer Niereninsuffizienz mit Ausgangs-Hb kleiner 10 g/dl. - Zielbereich: Hb-Wert zwischen 10 und 12 g/dl - Nach Therapiebeginn und nach jeder Dosisänderung kurzfristige Hb-Kontrollen bis zur Stabilisierung des Hb, danach mindestens zweiwöchentliche Hb-Kontrollen. - Hämoglobinwerte über 12 g/dl sind zu vermeiden. - Für PatientInnen, bei denen es in irgendeinem 2-Wochen-Zeitraum zu einem Hb-Anstieg größer 1 g/dl kommt, bestehen erhöhte Sicherheitsbedenken. - Cave: Auslagerung aus dem intramuralen Bereich (Dialyseabkommen!) *Epoetin zeta 0,0000672 entspr. 8.000 IE*		6 St	312,35

B03XA02 Darbepoetin alfa

Darbepoetin alfa 10 mcg				
RE1	**Aranesp 10 mcg Inj.lsg. Fertigspr.** (PM) Symptomatische Anämie bei chronischer Niereninsuffizienz mit Ausgangs-Hb kleiner 10 g/dl. - Zielbereich: Hb-Wert zwischen 10 und 12 g/dl - Nach Therapiebeginn und nach jeder Dosisänderung kurzfristige Hb-Kontrollen bis zur Stabilisierung des Hb, danach mindestens zweiwöchentliche Hb-Kontrollen. - Hämoglobinwerte über 12 g/dl sind zu vermeiden. - Für Patienten, bei denen es in irgendeinem 2-Wochen-Zeitraum zu einem Hb-Anstieg größer 1 g/dl kommt, bestehen erhöhte Sicherheitsbedenken. - Cave: Auslagerung aus dem intramuralen Bereich (Dialyseabkommen!)		4 St	66,45
Darbepoetin alfa 20 mcg				
RE1	**Aranesp 20 mcg Inj.lsg. Fertigspr.** (PM) Symptomatische Anämie bei chronischer Niereninsuffizienz mit Ausgangs-Hb kleiner 10 g/dl. - Zielbereich: Hb-Wert zwischen 10 und 12 g/dl - Nach Therapiebeginn und nach jeder Dosisänderung kurzfristige Hb-Kontrollen bis zur Stabilisierung des Hb, danach mindestens zweiwöchentliche Hb-Kontrollen. - Hämoglobinwerte über 12 g/dl sind zu vermeiden. - Für Patienten, bei denen es in irgendeinem 2-Wochen-Zeitraum zu einem Hb-Anstieg größer 1 g/dl kommt, bestehen erhöhte Sicherheitsbedenken. - Cave: Auslagerung aus dem intramuralen Bereich (Dialyseabkommen!)		4 St	123,00
Darbepoetin alfa 30 mcg				
RE1	**Aranesp 30 mcg Inj.lsg. Fertigspr.** (PM) Symptomatische Anämie bei chronischer Niereninsuffizienz mit Ausgangs-Hb kleiner 10 g/dl. - Zielbereich: Hb-Wert zwischen 10 und 12 g/dl - Nach Therapiebeginn und nach jeder Dosisänderung kurzfristige Hb-Kontrollen bis zur Stabilisierung des Hb, danach mindestens zweiwöchentliche Hb-Kontrollen. - Hämoglobinwerte über 12 g/dl sind zu vermeiden. - Für Patienten, bei denen es in irgendeinem 2-Wochen-Zeitraum zu einem Hb-Anstieg größer 1 g/dl kommt, bestehen erhöhte Sicherheitsbedenken. - Cave: Auslagerung aus dem intramuralen Bereich (Dialyseabkommen!)		4 St	171,00

	Bezeichnung	T	OP	KVP in €
Darbepoetin alfa 40 mcg				
RE1	**Aranesp 40 mcg Inj.lsg. Fertigpen (SureClick)** PM Symptomatische Anämie bei chronischer Niereninsuffizienz mit Ausgangs-Hb kleiner 10 g/dl. - Zielbereich: Hb-Wert zwischen 10 und 12 g/dl - Nach Therapiebeginn und nach jeder Dosisänderung kurzfristige Hb-Kontrollen bis zur Stabilisierung des Hb, danach mindestens zweiwöchentliche Hb-Kontrollen. - Hämoglobinwerte über 12 g/dl sind zu vermeiden. - Für Patienten, bei denen es in irgendeinem 2-Wochen-Zeitraum zu einem Hb-Anstieg größer 1 g/dl kommt, bestehen erhöhte Sicherheitsbedenken. - Cave: Auslagerung aus dem intramuralen Bereich (Dialyseabkommen!)		4 St	220,00
RE1	**Aranesp 40 mcg Inj.lsg. Fertigspr.** PM Symptomatische Anämie bei chronischer Niereninsuffizienz mit Ausgangs-Hb kleiner 10 g/dl. - Zielbereich: Hb-Wert zwischen 10 und 12 g/dl - Nach Therapiebeginn und nach jeder Dosisänderung kurzfristige Hb-Kontrollen bis zur Stabilisierung des Hb, danach mindestens zweiwöchentliche Hb-Kontrollen. - Hämoglobinwerte über 12 g/dl sind zu vermeiden. - Für Patienten, bei denen es in irgendeinem 2-Wochen-Zeitraum zu einem Hb-Anstieg größer 1 g/dl kommt, bestehen erhöhte Sicherheitsbedenken. - Cave: Auslagerung aus dem intramuralen Bereich (Dialyseabkommen!)		4 St	220,00
Darbepoetin alfa 50 mcg				
RE1	**Aranesp 50 mcg Inj.lsg. Fertigspr.** PM Symptomatische Anämie bei chronischer Niereninsuffizienz mit Ausgangs-Hb kleiner 10 g/dl. - Zielbereich: Hb-Wert zwischen 10 und 12 g/dl - Nach Therapiebeginn und nach jeder Dosisänderung kurzfristige Hb-Kontrollen bis zur Stabilisierung des Hb, danach mindestens zweiwöchentliche Hb-Kontrollen. - Hämoglobinwerte über 12 g/dl sind zu vermeiden. - Für Patienten, bei denen es in irgendeinem 2-Wochen-Zeitraum zu einem Hb-Anstieg größer 1 g/dl kommt, bestehen erhöhte Sicherheitsbedenken. - Cave: Auslagerung aus dem intramuralen Bereich (Dialyseabkommen!)		4 St	266,40
Darbepoetin alfa 60 mcg				
RE1	**Aranesp 60 mcg Inj.lsg. Fertigpen (SureClick)** PM Symptomatische Anämie bei chronischer Niereninsuffizienz mit Ausgangs-Hb kleiner 10 g/dl. - Zielbereich: Hb-Wert zwischen 10 und 12 g/dl - Nach Therapiebeginn und nach jeder Dosisänderung kurzfristige Hb-Kontrollen bis zur Stabilisierung des Hb, danach mindestens zweiwöchentliche Hb-Kontrollen. - Hämoglobinwerte über 12 g/dl sind zu vermeiden. - Für Patienten, bei denen es in irgendeinem 2-Wochen-Zeitraum zu einem Hb-Anstieg größer 1 g/dl kommt, bestehen erhöhte Sicherheitsbedenken. - Cave: Auslagerung aus dem intramuralen Bereich (Dialyseabkommen!)		4 St	319,70
RE1	**Aranesp 60 mcg Inj.lsg. Fertigspr.** PM Symptomatische Anämie bei chronischer Niereninsuffizienz mit Ausgangs-Hb kleiner 10 g/dl. - Zielbereich: Hb-Wert zwischen 10 und 12 g/dl - Nach Therapiebeginn und nach jeder Dosisänderung kurzfristige Hb-Kontrollen bis zur Stabilisierung des Hb, danach mindestens zweiwöchentliche Hb-Kontrollen. - Hämoglobinwerte über 12 g/dl sind zu vermeiden. - Für Patienten, bei denen es in irgendeinem 2-Wochen-Zeitraum zu einem Hb-Anstieg größer 1 g/dl kommt, bestehen erhöhte Sicherheitsbedenken. - Cave: Auslagerung aus dem intramuralen Bereich (Dialyseabkommen!)		4 St	319,70

	Bezeichnung	T	OP	KVP in €
Darbepoetin alfa 80 mcg				
RE1	**Aranesp 80 mcg Inj.lsg. Fertigpen (SureClick)** Ⓟ Symptomatische Anämie bei chronischer Niereninsuffizienz mit Ausgangs-Hb kleiner 10 g/dl. - Zielbereich: Hb-Wert zwischen 10 und 12 g/dl - Nach Therapiebeginn und nach jeder Dosisänderung kurzfristige Hb-Kontrollen bis zur Stabilisierung des Hb, danach mindestens zweiwöchentliche Hb-Kontrollen. - Hämoglobinwerte über 12 g/dl sind zu vermeiden. - Für Patienten, bei denen es in irgendeinem 2-Wochen-Zeitraum zu einem Hb-Anstieg größer 1 g/dl kommt, bestehen erhöhte Sicherheitsbedenken. - Cave: Auslagerung aus dem intramuralen Bereich (Dialyseabkommen!)		4 St	415,15
RE1	**Aranesp 80 mcg Inj.lsg. Fertigspr.** Ⓟ Symptomatische Anämie bei chronischer Niereninsuffizienz mit Ausgangs-Hb kleiner 10 g/dl. - Zielbereich: Hb-Wert zwischen 10 und 12 g/dl - Nach Therapiebeginn und nach jeder Dosisänderung kurzfristige Hb-Kontrollen bis zur Stabilisierung des Hb, danach mindestens zweiwöchentliche Hb-Kontrollen. - Hämoglobinwerte über 12 g/dl sind zu vermeiden. - Für Patienten, bei denen es in irgendeinem 2-Wochen-Zeitraum zu einem Hb-Anstieg größer 1 g/dl kommt, bestehen erhöhte Sicherheitsbedenken. - Cave: Auslagerung aus dem intramuralen Bereich (Dialyseabkommen!)		4 St	415,15
Darbepoetin alfa 100 mcg				
RE1	**Aranesp 100 mcg Inj.lsg. Fertigpen (SureClick)** Ⓟ Symptomatische Anämie bei chronischer Niereninsuffizienz mit Ausgangs-Hb kleiner 10 g/dl. - Zielbereich: Hb-Wert zwischen 10 und 12 g/dl - Nach Therapiebeginn und nach jeder Dosisänderung kurzfristige Hb-Kontrollen bis zur Stabilisierung des Hb, danach mindestens zweiwöchentliche Hb-Kontrollen. - Hämoglobinwerte über 12 g/dl sind zu vermeiden. - Für Patienten, bei denen es in irgendeinem 2-Wochen-Zeitraum zu einem Hb-Anstieg größer 1 g/dl kommt, bestehen erhöhte Sicherheitsbedenken. - Cave: Auslagerung aus dem intramuralen Bereich (Dialyseabkommen!)		4 St	512,75
RE1	**Aranesp 100 mcg Inj.lsg. Fertigspr.** Ⓟ Symptomatische Anämie bei chronischer Niereninsuffizienz mit Ausgangs-Hb kleiner 10 g/dl. - Zielbereich: Hb-Wert zwischen 10 und 12 g/dl - Nach Therapiebeginn und nach jeder Dosisänderung kurzfristige Hb-Kontrollen bis zur Stabilisierung des Hb, danach mindestens zweiwöchentliche Hb-Kontrollen. - Hämoglobinwerte über 12 g/dl sind zu vermeiden. - Für Patienten, bei denen es in irgendeinem 2-Wochen-Zeitraum zu einem Hb-Anstieg größer 1 g/dl kommt, bestehen erhöhte Sicherheitsbedenken. - Cave: Auslagerung aus dem intramuralen Bereich (Dialyseabkommen!)		4 St	512,75

B05 BLUTERSATZMITTEL UND PERFUSIONSLÖSUNGEN
B05B I.V.-LÖSUNGEN
B05BA Lösungen zur parenteralen Ernährung
B05BA03 Kohlenhydrate

Glucose 5 %				
RE2	**Glucose 5 % "Fresenius" Plastikinf.fl. 250 ml** Bei Exsikkose, wenn eine orale Flüssigkeitszufuhr nicht ausreichend möglich ist.		10 St	13,70
RE2	**Glucose 5 % "Fresenius" Plastikinf.fl. 500 ml** Bei Exsikkose, wenn eine orale Flüssigkeitszufuhr nicht ausreichend möglich ist.		10 St	13,70

B05BB Lösungen mit Wirkung auf den Elektrolythaushalt
B05BB01 Elektrolyte

Natr. chlorid 0,9 %				
RE2	**Natr. chlorat. physiolog. "Med." Glasinf.fl. 250 ml** Bei Exsikkose, wenn eine orale Flüssigkeitszufuhr nicht ausreichend möglich ist.		10 St	9,50

	Bezeichnung	T	OP	KVP in €
RE2	**Natr. chlorat. physiolog. "Med." Glasinf.fl. 500 ml** Bei Exsikkose, wenn eine orale Flüssigkeitszufuhr nicht ausreichend möglich ist.		10 St	8,85
RE2	**Natr. chlorat. physiolog. "Med." Plastikinf.fl. 250 ml** Bei Exsikkose, wenn eine orale Flüssigkeitszufuhr nicht ausreichend möglich ist.		10 St	9,50
RE2	**Natr. chlorat. physiolog. "Med." Plastikinf.fl. 500 ml** Bei Exsikkose, wenn eine orale Flüssigkeitszufuhr nicht ausreichend möglich ist.		10 St	9,50
RE2	**Physiolog. Kochsalzlsg. "Fresenius" Inf.fl. 250 ml** Bei Exsikkose, wenn eine orale Flüssigkeitszufuhr nicht ausreichend möglich ist.		10 St	10,65
RE2	**Physiolog. Kochsalzlsg. "Fresenius" Inf.fl. 500 ml** Bei Exsikkose, wenn eine orale Flüssigkeitszufuhr nicht ausreichend möglich ist.		10 St	11,85
RE2	**Physiolog. Kochsalzlsg. "Fresenius" Inf.fl. 1000 ml** Bei Exsikkose, wenn eine orale Flüssigkeitszufuhr nicht ausreichend möglich ist.		6 St	13,20
RE2	**Physiolog. Kochsalzlsg. "Fresenius" Plastikinf.fl. 250 ml** Bei Exsikkose, wenn eine orale Flüssigkeitszufuhr nicht ausreichend möglich ist.		10 St	10,20
RE2	**Physiolog. Kochsalzlsg. "Fresenius" Plastikinf.fl. 500 ml** Bei Exsikkose, wenn eine orale Flüssigkeitszufuhr nicht ausreichend möglich ist.		10 St	11,40

Ringer-Lactat (Zusammensetzung s. Austria Codex Fachinformation)

RE2	**Ringer-Lactat-Lsg. "Fresenius" Glasinf.fl. 1000 ml** Bei Exsikkose, wenn eine orale Flüssigkeitszufuhr nicht ausreichend möglich ist.		6 St	13,20
RE2	**Ringer-Lactat-Lsg. "Fresenius" Plastikinf.fl. 500 ml** Bei Exsikkose, wenn eine orale Flüssigkeitszufuhr nicht ausreichend möglich ist		10 St	11,55

Ringer-Lsg. (Zusammensetzung s. Austria Codex Fachinformation)

RE2	**Ringer-Lsg. "Fresenius" Plastikinf.fl. 250 ml** Bei Exsikkose, wenn eine orale Flüssigkeitszufuhr nicht ausreichend möglich ist.		10 St	11,55
RE2	**Ringer-Lsg. "Fresenius" Plastikinf.fl. 500 ml** Bei Exsikkose, wenn eine orale Flüssigkeitszufuhr nicht ausreichend möglich ist.		10 St	11,55
RE2	**Ringer-Lsg. "Med." Plastikinf.fl. 500 ml** Bei Exsikkose, wenn eine orale Flüssigkeitszufuhr nicht ausreichend möglich ist.		10 St	8,80

B06 ANDERE HÄMATOLOGIKA
B06A ANDERE HÄMATOLOGIKA
B06AC Mittel zur Behandlung des hereditären Angioödems
B06AC01 C1-Inhibitor aus Humanplasma

C1-Inhibitor aus Humanplasma 500 IE

RE1	**Berinert 500 IE Plv. und Lsgm. zur Herst. einer Inj.- oder Inf.lsg.** Zur Behandlung akuter Attacken eines diagnostisch gesicherten hereditären Angioödems (HAE) mit C1-Esterase-Inhibitor-Mangel. Diagnosestellung, Erstverordnung, Überwachung und regelmäßige Kontrollen durch ÄrztInnen mit Erfahrung in der Behandlung des hereditären Angioödems. Bei der Erstverordnung ist ein entsprechender Nachweis über die PatientInnen-Einschulung zu erbringen.		1 St	606,50
RE1	**Cinryze 500 IE Plv. und Lsgm. zur Herst. einer Inj.lsg.** Zur Behandlung akuter Attacken eines diagnostisch gesicherten hereditären Angioödems (HAE) mit C1-Esterase-Inhibitor-Mangel. Zur Prophylaxe bei PatientInnen mit häufigen schweren Attacken eines HAE mit C1-Esterase-Inhibitor-Mangel, wenn orale prophylaktische Behandlungen nicht vertragen werden/keinen ausreichenden Schutz bieten UND mit wiederholten Akutbehandlungen nicht das Auslangen gefunden werden kann. Diagnosestellung, Erstverordnung, Überwachung und regelmäßige Kontrollen durch ÄrztInnen mit Erfahrung in der Behandlung des HAE. Bei der Erstverordnung ist ein entsprechender Nachweis über die PatientInnen-Einschulung zu erbringen.		2 St	1.188,35

	Bezeichnung	T	OP	KVP in €

B06AC02 Icatibant

Icatibant 0,03

RE1	**Firazyr 30 mg Inj.lsg. Fertigspr.** Zur symptomatischen Behandlung akuter Attacken eines diagnostisch gesicherten hereditären Angioödems (HAE) bei Erwachsenen mit C1-Esterase-Inhibitor-Mangel. Diagnosestellung, Erstverordnung, Überwachung und regelmäßige Kontrollen durch ÄrztInnen mit Erfahrung in der Behandlung des hereditären Angioödems. Bei der Erstverordnung ist ein entsprechender Nachweis über die PatientInnen-Einschulung zu erbringen.		1 St *3 ml*	1.246,55

B06AC04 Conestat alfa

Conestat alfa 2.100 E

RE1	**Ruconest 2100 E Plv. zur Herst. einer Inj.lsg.** Zur Behandlung akuter Attacken eines diagnostisch gesicherten hereditären Angioödems (HAE) bei Erwachsenen mit C1-Esterase-Inhibitor-Mangel. Diagnosestellung, Erstverordnung, Überwachung und regelmäßige Kontrollen durch ÄrztInnen mit Erfahrung in der Behandlung des hereditären Angioödems. Bei der Erstverordnung ist ein entsprechender Nachweis über die PatientInnen-Einschulung zu erbringen.		1 St	946,25

B06AC05 Lanadelumab

Lanadelumab 0,3

RE1	**Takhzyro 300 mg Inj.lsg. Fertigspr.** (PM) Zur Prophylaxe bei PatientInnen ab 12 Jahren mit häufigen schweren Attacken eines diagnostisch gesicherten hereditären Angioödems (HAE) mit C1-Esterase-Inhibitor-Mangel, wenn mit wiederholten Akutbehandlungen nicht das Auslangen gefunden werden kann. Keine Kombination mit C1-Inhibitor (ATC-Code B06AC01) in prophylaktischer Indikation. Diagnosestellung, Erstverordnung, Überwachung und regelmäßige Kontrollen durch ein spezialisiertes Zentrum durch ÄrztInnen mit Erfahrung in der Behandlung des HAE. Die Liste der für die Erstverordnung in Frage kommenden Einrichtungen wird vom Dachverband erstellt und unter www.sozialversicherung.at/erstattungskodex_hae publiziert. Bei der Erstverordnung ist ein entsprechender Nachweis über die PatientInnen-Einschulung zu erbringen.		1 St(2)	12.048,30

B06AC06 Berotralstat

Berotralstat 0,15

RE1	**Orladeyo 150 mg Hartkaps.** (PM) Zur Prophylaxe bei PatientInnen ab 12 Jahren mit häufigen schweren Attacken eines diagnostisch gesicherten hereditären Angioödems (HAE) mit C1-Esterase-Inhibitor-Mangel, wenn mit wiederholten Akutbehandlungen nicht das Auslangen gefunden werden kann. Keine Kombination mit C1-Inhibitor (ATC-Code B06AC01) in prophylaktischer Indikation. Diagnosestellung, Erstverordnung, Überwachung und regelmäßige Kontrollen durch ein spezialisiertes Zentrum durch ÄrztInnen mit Erfahrung in der Behandlung des HAE. Die Liste der für die Erstverordnung in Frage kommenden Einrichtungen wird vom Dachverband erstellt und unter www.sozialversicherung.at/erstattungskodex_hae publiziert. Bei der Erstverordnung ist ein entsprechender Nachweis über die PatientInnen-Einschulung zu erbringen.		28 St	12.140,50

C KARDIOVASKULÄRES SYSTEM
C01 HERZTHERAPIE
C01C KARDIOSTIMULANZIEN, EXKL. HERZGLYKOSIDE
C01CA Adrenerge und dopaminerge Mittel
C01CA24 Epinephrin

Epinephrin 0,00015/ED

RE2	**EpiPen Junior 150 mcg Inj.lsg. Fertigpen** Sofortbehandlung von akuten allergischen Reaktionen (Anaphylaxie), verursacht durch Nahrungsmittel, Arzneimittel, Insektenbisse oder -stiche und andere Allergene. Fortsetzungsbehandlung nur mit Dokumentation der Allergie.	1 St(2) *0,3 ml*	60,55
RE2	**Jext 150 mcg Inj.lsg. Fertigpen** Sofortbehandlung von akuten allergischen Reaktionen (Anaphylaxie), verursacht durch Nahrungsmittel, Arzneimittel, Insektenbisse oder -stiche und andere Allergene. Fortsetzungsbehandlung nur mit Dokumentation der Allergie.	1 St(2) *0,15 ml*	52,55

Epinephrin 0,0003/ED

RE2	**EpiPen 300 mcg Inj.lsg. Fertigpen** Sofortbehandlung von akuten allergischen Reaktionen (Anaphylaxie), verursacht durch Nahrungsmittel, Arzneimittel, Insektenbisse oder -stiche und andere Allergene. Fortsetzungsbehandlung nur mit Dokumentation der Allergie.	1 St(2) *0,3 ml*	60,55
RE2	**Jext 300 mcg Inj.lsg. Fertigpen** Sofortbehandlung von akuten allergischen Reaktionen (Anaphylaxie), verursacht durch Nahrungsmittel, Arzneimittel, Insektenbisse oder -stiche und andere Allergene. Fortsetzungsbehandlung nur mit Dokumentation der Allergie.	1 St(2) *0,3 ml*	52,55

C01D BEI HERZERKRANKUNGEN EINGESETZTE VASODILATATOREN
C01DX Andere bei Herzerkrankungen eingesetzte Vasodilatatoren
C01DX22 Vericiguat

Vericiguat 0,0025

RE2	**Verquvo 2,5 mg Filmtabl.** (PM) Bei Erwachsenen mit chronischer Herzinsuffizienz mit reduzierter Ejektionsfraktion, die nach einem kürzlich aufgetretenen Dekompensationsereignis, das eine i.v.-Therapie erforderte, stabilisiert wurden, als Zusatztherapie - wenn die PatientInnen trotz individuell optimierter Standardtherapie mit Medikamenten aus dem Grünen Bereich noch symptomatisch sind (NYHA größer/gleich Klasse II). - Therapieeinleitung nur bei linksventrikulärer Ejektionsfraktion kleiner/gleich 40 % diagnostiziert mittels transthorakalen Echokardiographiebefundes nicht älter als 6 Monate. - Erstverordnung und regelmäßige Kontrollen durch KardiologInnen oder InternistInnen mit gültigem Diplom in transthorakaler Echokardiographie oder durch eine entsprechende Fachabteilung bzw. -ambulanz.	14 St	51,50

Vericiguat 0,005

RE2	**Verquvo 5 mg Filmtabl.** (PM) Bei Erwachsenen mit chronischer Herzinsuffizienz mit reduzierter Ejektionsfraktion, die nach einem kürzlich aufgetretenen Dekompensationsereignis, das eine i.v.-Therapie erforderte, stabilisiert wurden, als Zusatztherapie - wenn die PatientInnen trotz individuell optimierter Standardtherapie mit Medikamenten aus dem Grünen Bereich noch symptomatisch sind (NYHA größer/gleich Klasse II). - Therapieeinleitung nur bei linksventrikulärer Ejektionsfraktion kleiner/gleich 40 % diagnostiziert mittels transthorakalen Echokardiographiebefundes nicht älter als 6 Monate. - Erstverordnung und regelmäßige Kontrollen durch KardiologInnen oder InternistInnen mit gültigem Diplom in transthorakaler Echokardiographie oder durch eine entsprechende Fachabteilung bzw. -ambulanz.	14 St 28 St(2)	51,50 97,15

	Bezeichnung	T	OP	KVP in €
Vericiguat 0,01				
RE2	**Verquvo 10 mg Filmtabl.** (PM) Bei Erwachsenen mit chronischer Herzinsuffizienz mit reduzierter Ejektionsfraktion, die nach einem kürzlich aufgetretenen Dekompensationsereignis, das eine i.v.-Therapie erforderte, stabilisiert wurden, als Zusatztherapie - wenn die PatientInnen trotz individuell optimierter Standardtherapie mit Medikamenten aus dem Grünen Bereich noch symptomatisch sind (NYHA größer/gleich Klasse II). - Therapieeinleitung nur bei linksventrikulärer Ejektionsfraktion kleiner/gleich 40 % diagnostiziert mittels transthorakalen Echokardiographiebefundes nicht älter als 6 Monate. - Erstverordnung und regelmäßige Kontrollen durch KardiologInnen oder InternistInnen mit gültigem Diplom in transthorakaler Echokardiographie oder durch eine entsprechende Fachabteilung bzw. -ambulanz.		14 St 28 St(2)	51,50 97,15

C01E ANDERE HERZMITTEL
C01EA Prostaglandine
C01EA01 Alprostadil

Alprostadil 0,00002				
RE1	**Pridax 20 mcg Konz. zur Herst. einer Inf.lsg.** Bei peripherer arterieller Verschlusskrankheit (Stadien III und IV nach Fontaine), wenn eine lumenerweiternde Therapie nicht möglich ist oder erfolglos war, für maximal vier Wochen.		10 St *1 ml*	128,20
RE1	**Prostavasin Trockensubst. zur Inf.bereitung** Eine Kostenübernahme ist möglich in der Indikation periphere arterielle Verschlusskrankheit (Stadien III und IV nach Fontaine), wenn eine lumenerweiternde Therapie nicht möglich ist oder erfolglos war, für maximal vier Wochen.		10 St	138,10
Alprostadil 0,0005				
RE1	**Alprostapint 500 mcg Konz. zur Herst. einer Inf.lsg.** Eine Kostenübernahme ist möglich in der Indikation schwere chronische Herzinsuffizienz bei Herztransplantationskandidaten.		5 St	576,45

C01EB Andere Herzmittel
C01EB18 Ranolazin

Ranolazin 0,375				
RE1 L3	**Ranexa 375 mg Retardtabl.** Als Ergänzungstherapie zur symptomatischen Behandlung der chronisch stabilen Angina pectoris bei PatientInnen mit koronarer Herzkrankheit, bei denen Betablocker (Präparate mit entspr. Indikation aus der Gruppe mit dem ATC-Code C07) nicht ausreichend wirksam (als add-on-Therapie), kontraindiziert oder unverträglich sind und bei denen Calciumkanalblocker (ATC-Code C08) aus dem Grünen Bereich nicht ausreichend wirksam (als add-on-Therapie), kontraindiziert oder unverträglich sind.		30 St 60 St	27,00 48,90
Ranolazin 0,5				
RE1 L3	**Ranexa 500 mg Retardtabl.** Als Ergänzungstherapie zur symptomatischen Behandlung der chronisch stabilen Angina pectoris bei PatientInnen mit koronarer Herzkrankheit, bei denen Betablocker (Präparate mit entspr. Indikation aus der Gruppe mit dem ATC-Code C07) nicht ausreichend wirksam (als add-on-Therapie), kontraindiziert oder unverträglich sind und bei denen Calciumkanalblocker (ATC-Code C08) aus dem Grünen Bereich nicht ausreichend wirksam (als add-on-Therapie), kontraindiziert oder unverträglich sind.		30 St 60 St	27,00 48,90
Ranolazin 0,75				
RE1 L3	**Ranexa 750 mg Retardtabl.** Als Ergänzungstherapie zur symptomatischen Behandlung der chronisch stabilen Angina pectoris bei PatientInnen mit koronarer Herzkrankheit, bei denen Betablocker (Präparate mit entspr. Indikation aus der Gruppe mit dem ATC-Code C07) nicht ausreichend wirksam (als add-on-Therapie), kontraindiziert oder unverträglich sind und bei denen Calciumkanalblocker (ATC-Code C08) aus dem Grünen Bereich nicht ausreichend wirksam (als add-on-Therapie), kontraindiziert oder unverträglich sind.		30 St 60 St	27,00 48,90

	Bezeichnung	T	OP	KVP in €

C01EB24 Mavacamten

Mavacamten 0,0025

RE1	**Camzyos 2,5 mg Hartkaps.** (PM)		14 St	717,20
L3	- Bei erwachsenen PatientInnen zur Behandlung der symptomatischen hypertrophen obstruktiven Kardiomyopathie (HOCM), die trotz maximal ausgeschöpfter Basistherapie (nicht-vasodilatierende Betablocker und/oder Nicht-Dihydropyridin-Calciumkanalblocker) oder bei deren Unverträglichkeit • in der Echokardiographie einen linksventrikulären Spitzen-Ausflusstraktgradienten (LVOT-Gradient) in Ruhe oder nach Provokation von größer/gleich 50 mm Hg aufweisen und • Beschwerden gemäß der New York Heart Association (NYHA) Funktionsklasse II oder III aufweisen und • eine linksventrikuläre Wanddicke von größer/gleich 15 mm (oder größer/gleich 13 mm bei einer Familienhistorie von hypertropher Kardiomyopathie) aufweisen. - Vor Beginn der Behandlung • ist die linksventrikuläre Ejektionsfraktion (LVEF) mittels Echokardiographie zu bestimmen. Die Therapie darf ab einer LVEF größer/gleich 55 % in Ruhe eingeleitet werden und • es muss bei gebärfähigen Frauen ein negativer Schwangerschaftstest vorliegen und • die PatientInnen sind für Cytochrom P450 (CYP) 2C19 zu genotypisieren, um die richtige Mavacamten-Dosis zu bestimmen. - Diagnose und Erstverordnung durch ein spezialisiertes Zentrum. Regelmäßige Kontrollen durch KardiologInnen sowie mindestens einmal jährlich Kontrolle durch ein spezialisiertes Zentrum. Die Liste der in Frage kommenden spezialisierten Zentren wird vom Dachverband erstellt und unter www.sozialversicherung.at/erstattungskodex_HOCM publiziert. - Die Behandlung mit Mavacamten kann nur fortgesetzt werden, wenn sechs Monate nach Behandlungsbeginn • bei einer Echokardiographiekontrolle der LVOT-Spitzengradient gegenüber dem Ausgangswert vor Therapiebeginn um mindestens 50 % gesunken ist oder • eine Verbesserung des NYHA-Stadiums um mindestens eine Klasse vorliegt. - Keine Fortführung der Behandlung mit Mavacamten, wenn • die LVEF auf kleiner/gleich 30 % absinkt und/oder • der Patient/die Patientin sich einer Septumsreduktionstherapie (SRT) unterzieht. - Mavacamten eignet sich für eine chef(kontroll)ärztliche Langzeitbewilligung für 3 Monate (L3). - Die Aufnahme ist befristet und endet mit 31.12.2027.		28 St	1.409,70

	Bezeichnung	T	OP	KVP in €
Mavacamten 0,005				
RE1	**Camzyos 5 mg Hartkaps.** Ⓟ Ⓜ		14 St	717,20
L3	- Bei erwachsenen PatientInnen zur Behandlung der symptomatischen hypertrophen obstruktiven Kardiomyopathie (HOCM), die trotz maximal ausgeschöpfter Basistherapie (nicht-vasodilatierende Betablocker und/oder Nicht-Dihydropyridin-Calciumkanalblocker) oder bei deren Unverträglichkeit • in der Echokardiographie einen linksventrikulären Spitzen-Ausflusstraktgradienten (LVOT-Gradient) in Ruhe oder nach Provokation von größer/gleich 50 mm Hg aufweisen und • Beschwerden gemäß der New York Heart Association (NYHA) Funktionsklasse II oder III aufweisen und • eine linksventrikuläre Wanddicke von größer/gleich 15 mm (oder größer/gleich 13 mm bei einer Familienhistorie von hypertropher Kardiomyopathie) aufweisen. - Vor Beginn der Behandlung • ist die linksventrikuläre Ejektionsfraktion (LVEF) mittels Echokardiographie zu bestimmen. Die Therapie darf ab einer LVEF größer/gleich 55 % in Ruhe eingeleitet werden und • es muss bei gebärfähigen Frauen ein negativer Schwangerschaftstest vorliegen und • die PatientInnen sind für Cytochrom P450 (CYP) 2C19 zu genotypisieren, um die richtige Mavacamten-Dosis zu bestimmen. - Diagnose und Erstverordnung durch ein spezialisiertes Zentrum. Regelmäßige Kontrollen durch KardiologInnen sowie mindestens einmal jährlich Kontrolle durch ein spezialisiertes Zentrum. Die Liste der in Frage kommenden spezialisierten Zentren wird vom Dachverband erstellt und unter www.sozialversicherung.at/erstattungskodex_HOCM publiziert. - Die Behandlung mit Mavacamten kann nur fortgesetzt werden, wenn sechs Monate nach Behandlungsbeginn • bei einer Echokardiographiekontrolle der LVOT-Spitzengradient gegenüber dem Ausgangswert vor Therapiebeginn um mindestens 50 % gesunken ist oder • eine Verbesserung des NYHA-Stadiums um mindestens eine Klasse vorliegt. - Keine Fortführung der Behandlung mit Mavacamten, wenn • die LVEF auf kleiner/gleich 30 % absinkt und/oder • der Patient/die Patientin sich einer Septumsreduktionstherapie (SRT) unterzieht. - Mavacamten eignet sich für eine chef(kontroll)ärztliche Langzeitbewilligung für 3 Monate (L3). - Die Aufnahme ist befristet und endet mit 31.12.2027.		28 St	1.409,70

	Bezeichnung	T	OP	KVP in €
Mavacamten 0,01				
RE1 L3	**Camzyos 10 mg Hartkaps.** Ⓟ Ⓜ - Bei erwachsenen PatientInnen zur Behandlung der symptomatischen hypertrophen obstruktiven Kardiomyopathie (HOCM), die trotz maximal ausgeschöpfter Basistherapie (nicht-vasodilatierende Betablocker und/oder Nicht-Dihydropyridin-Calciumkanalblocker) oder bei deren Unverträglichkeit • in der Echokardiographie einen linksventrikulären Spitzen-Ausflusstraktgradienten (LVOT-Gradient) in Ruhe oder nach Provokation von größer/gleich 50 mm Hg aufweisen und • Beschwerden gemäß der New York Heart Association (NYHA) Funktionsklasse II oder III aufweisen und • eine linksventrikuläre Wanddicke von größer/gleich 15 mm (oder größer/gleich 13 mm bei einer Familienhistorie von hypertropher Kardiomyopathie) aufweisen. - Vor Beginn der Behandlung • ist die linksventrikuläre Ejektionsfraktion (LVEF) mittels Echokardiographie zu bestimmen. Die Therapie darf ab einer LVEF größer/gleich 55 % in Ruhe eingeleitet werden und • es muss bei gebärfähigen Frauen ein negativer Schwangerschaftstest vorliegen und • die PatientInnen sind für Cytochrom P450 (CYP) 2C19 zu genotypisieren, um die richtige Mavacamten-Dosis zu bestimmen. - Diagnose und Erstverordnung durch ein spezialisiertes Zentrum. Regelmäßige Kontrollen durch KardiologInnen sowie mindestens einmal jährlich Kontrolle durch ein spezialisiertes Zentrum. Die Liste der in Frage kommenden spezialisierten Zentren wird vom Dachverband erstellt und unter www.sozialversicherung.at/erstattungskodex_HOCM publiziert. - Die Behandlung mit Mavacamten kann nur fortgesetzt werden, wenn sechs Monate nach Behandlungsbeginn • bei einer Echokardiographiekontrolle der LVOT-Spitzengradient gegenüber dem Ausgangswert vor Therapiebeginn um mindestens 50 % gesunken ist oder • eine Verbesserung des NYHA-Stadiums um mindestens eine Klasse vorliegt. - Keine Fortführung der Behandlung mit Mavacamten, wenn • die LVEF auf kleiner/gleich 30 % absinkt und/oder • der Patient/die Patientin sich einer Septumsreduktionstherapie (SRT) unterzieht. - Mavacamten eignet sich für eine chef(kontroll)ärztliche Langzeitbewilligung für 3 Monate (L3). - Die Aufnahme ist befristet und endet mit 31.12.2027.		14 St 28 St	717,20 1.409,70

	Bezeichnung	T	OP	KVP in €
Mavacamten 0,015				
RE1	**Camzyos 15 mg Hartkaps.** Ⓟ Ⓜ		14 St	717,20
L3	- Bei erwachsenen PatientInnen zur Behandlung der symptomatischen hypertrophen obstruktiven Kardiomyopathie (HOCM), die trotz maximal ausgeschöpfter Basistherapie (nicht-vasodilatierende Betablocker und/oder Nicht-Dihydropyridin-Calciumkanalblocker) oder bei deren Unverträglichkeit • in der Echokardiographie einen linksventrikulären Spitzen-Ausflusstraktgradienten (LVOT-Gradient) in Ruhe oder nach Provokation von größer/gleich 50 mm Hg aufweisen und • Beschwerden gemäß der New York Heart Association (NYHA) Funktionsklasse II oder III aufweisen und • eine linksventrikuläre Wanddicke von größer/gleich 15 mm (oder größer/gleich 13 mm bei einer Familienhistorie von hypertropher Kardiomyopathie) aufweisen. - Vor Beginn der Behandlung • ist die linksventrikuläre Ejektionsfraktion (LVEF) mittels Echokardiographie zu bestimmen. Die Therapie darf ab einer LVEF größer/gleich 55 % in Ruhe eingeleitet werden und • es muss bei gebärfähigen Frauen ein negativer Schwangerschaftstest vorliegen und • die PatientInnen sind für Cytochrom P450 (CYP) 2C19 zu genotypisieren, um die richtige Mavacamten-Dosis zu bestimmen. - Diagnose und Erstverordnung durch ein spezialisiertes Zentrum. Regelmäßige Kontrollen durch KardiologInnen sowie mindestens einmal jährlich Kontrolle durch ein spezialisiertes Zentrum. Die Liste der in Frage kommenden spezialisierten Zentren wird vom Dachverband erstellt und unter www.sozialversicherung.at/erstattungskodex_HOCM publiziert. - Die Behandlung mit Mavacamten kann nur fortgesetzt werden, wenn sechs Monate nach Behandlungsbeginn • bei einer Echokardiographiekontrolle der LVOT-Spitzengradient gegenüber dem Ausgangswert vor Therapiebeginn um mindestens 50 % gesunken ist oder • eine Verbesserung des NYHA-Stadiums um mindestens eine Klasse vorliegt. - Keine Fortführung der Behandlung mit Mavacamten, wenn • die LVEF auf kleiner/gleich 30 % absinkt und/oder • der Patient/die Patientin sich einer Septumsreduktionstherapie (SRT) unterzieht. - Mavacamten eignet sich für eine chef(kontroll)ärztliche Langzeitbewilligung für 3 Monate (L3). - Die Aufnahme ist befristet und endet mit 31.12.2027.		28 St	1.409,70

	Bezeichnung	T	OP	KVP in €

C01EB25 Acoramidis

Acoramidis 0,356

RE1	**Beyonttra 356 mg Filmtabl.** (PM) - Zur Behandlung der Wildtyp- oder hereditären Transthyretin-Amyloidose mit Kardiomyopathie (ATTR-CM) im Stadium NYHA I bis III mit Dokumentation erhöhter NT-proBNP-Werte. - Verifizierung der Diagnose durch positive Knochenszintigraphie (Perugini Grad 2-3) in Kombination mit amyloidosetypischem Befund in der kardialen MRT sowie Ausschluss monoklonaler freier Leichtketten in Serum und Urin mittels Serum- und Urin-Immunofixationselektrophorese. Im Fall eines unklaren/unsicheren Szintigraphiebefundes (Perugini Grad 1) oder/und keines eindeutigen Ausschlusses der AL-Amyloidose (Nachweis freier Leichtketten in Serum und Urin) oder/und eines nicht eindeutigen Befundes in der kardialen MRT sind eine Myokardbiopsie und der histologische Nachweis von ATTR notwendig. - Eine Genotypisierung des Transthyretins mittels validierter Testmethode zur Charakterisierung als Wildtyp oder hereditär wird empfohlen. - Dokumentation von NYHA Stadium, NT-proBNP, Herzinsuffizienz-bedingten Hospitalisationen und Diuretika-Verbrauch vor Therapiebeginn und regelmäßig während der Behandlung mit Acoramidis (zumindest alle 6 Monate) sowie von transthorakaler Echokardiographie und ggf. kardialem MRT (zumindest alle 12 Monate). - Regelmäßige Überprüfung des Behandlungserfolges. Keine Fortsetzung der Behandlung bei • substanzieller klinischer Verschlechterung (z.B. rezidivierende Hospitalisationen aufgrund kardialer Dekompensation; sinkende Leistungsfähigkeit in Kombination mit NT-proBNP-Anstieg und erhöhtem Diuretika-Verbrauch) ODER • NYHA IV für einen Zeitraum von zumindest 3 Monaten. - Der Patient/die Patientin ist vor Behandlungsbeginn über den Inhalt dieses EKO-Verwendungstextes nachweislich aufzuklären. - Acoramidis darf nicht mit anderen spezifischen Arzneimitteln zur Behandlung der Transthyretin-Amyloidose (z.B. TTR-Stabilisatoren, TTR-Gen-Silencer) kombiniert werden. - Hinweis: Es ist sinnvoll, auf gravierende Komorbiditäten und die Gesamtprognose bei der Indikationsstellung Bedacht zu nehmen. - Diagnose, Erstverordnung und regelmäßige Kontrollen durch ein spezialisiertes Zentrum. - Die Liste der in Frage kommenden Einrichtungen wird vom Dachverband erstellt und unter www.sozialversicherung.at/erstattungskodex_ATTR-CM publiziert. Die Aufnahme ist befristet und endet mit 31.10.2029.		120 St	8.908,10

C02 ANTIHYPERTONIKA
C02K ANDERE ANTIHYPERTONIKA
C02KX Antihypertonika zur Behandlung der pulmonal arteriellen Hypertonie

Sildenafil 0,02

RE1	**Granpidam 20 mg Filmtabl.** Bei pulmonal arterieller Hypertension nach Durchführung einer kompletten invasiven hämodynamischen Messung inklusive eines akuten Vasoreaktivitätstests. Diagnose, Erstverordnung und engmaschige Kontrolle durch entsprechende Fachabteilungen und Zentren.		90 St	206,35
RE1	**Pulmolan 20 mg Filmtabl.** Bei pulmonal arterieller Hypertension nach Durchführung einer kompletten invasiven hämodynamischen Messung inklusive eines akuten Vasoreaktivitätstests. Diagnose, Erstverordnung und engmaschige Kontrolle durch entsprechende Fachabteilungen und Zentren.		90 St	217,00
RE1	**Revatio 20 mg Filmtabl.** Bei pulmonal arterieller Hypertension nach Durchführung einer kompletten invasiven hämodynamischen Messung inklusive eines akuten Vasoreaktivitätstests. Diagnose, Erstverordnung und engmaschige Kontrolle durch entsprechende Fachabteilungen und Zentren.		90 St	229,60
RE1	**Sildenafil "ratiopharm" 20 mg Filmtabl.** Bei pulmonal arterieller Hypertension nach Durchführung einer kompletten invasiven hämodynamischen Messung inklusive eines akuten Vasoreaktivitätstests. Diagnose, Erstverordnung und engmaschige Kontrolle durch entsprechende Fachabteilungen und Zentren.		90 St	214,20

	Bezeichnung	T	OP	KVP in €
RE1	**Sildenafil "Sandoz" 20 mg Filmtabl.** Bei pulmonal arterieller Hypertension nach Durchführung einer kompletten invasiven hämodynamischen Messung inklusive eines akuten Vasoreaktivitätstests. Diagnose, Erstverordnung und engmaschige Kontrolle durch entsprechende Fachabteilungen und Zentren.		90 St	216,90
RE1	**Sildenafil "Stada" 20 mg Filmtabl.** Bei pulmonal arterieller Hypertension nach Durchführung einer kompletten invasiven hämodynamischen Messung inklusive eines akuten Vasoreaktivitätstests. Diagnose, Erstverordnung und engmaschige Kontrolle durch entsprechende Fachabteilungen und Zentren.		90 St	208,20
Tadalafil 0,02				
RE1	**Adcirca 20 mg Filmtabl.** Bei pulmonal arterieller Hypertension nach Durchführung einer kompletten invasiven hämodynamischen Messung inklusive eines akuten Vasoreaktivitätstests. Diagnose, Erstverordnung und engmaschige Kontrolle durch entsprechende Fachabteilungen und Zentren.		56 St	417,40
RE1	**Tadalafil "AOP" 20 mg Filmtabl.** Bei pulmonal arterieller Hypertension nach Durchführung einer kompletten invasiven hämodynamischen Messung inklusive eines akuten Vasoreaktivitätstests. Diagnose, Erstverordnung und engmaschige Kontrolle durch entsprechende Fachabteilungen und Zentren.		56 St	163,75
RE1	**Tadalafil PAH "ratiopharm" 20 mg Filmtabl.** Bei pulmonal arterieller Hypertension nach Durchführung einer kompletten invasiven hämodynamischen Messung inklusive eines akuten Vasoreaktivitätstests. Diagnose, Erstverordnung und engmaschige Kontrolle durch entsprechende Fachabteilungen und Zentren.	T2	56 St	163,75

C02KX01 Bosentan

Bosentan 0,0625				
RE2	**Bosentan "Accord" 62,5 mg Filmtabl.** - Bei pulmonal arterieller Hypertension nach Durchführung einer kompletten invasiven hämodynamischen Messung inklusive eines akuten Vasoreaktivitätstests. - Bei vorbehandelter Sklerodermie zur Reduktion der Anzahl neuer digitaler Ulzerationen. Diagnose, Erstverordnung und engmaschige Kontrolle durch entsprechende Fachabteilungen und Zentren.		56 St	580,10
RE2	**Bosentan "Reddy" 62,5 mg Filmtabl.** - Bei pulmonal arterieller Hypertension nach Durchführung einer kompletten invasiven hämodynamischen Messung inklusive eines akuten Vasoreaktivitätstests. - Bei vorbehandelter Sklerodermie zur Reduktion der Anzahl neuer digitaler Ulzerationen. Diagnose, Erstverordnung und engmaschige Kontrolle durch entsprechende Fachabteilungen und Zentren.		56 St	580,10
RE2	**Stayveer 62,5 mg Filmtabl.** - Bei pulmonal arterieller Hypertension nach Durchführung einer kompletten invasiven hämodynamischen Messung inklusive eines akuten Vasoreaktivitätstests. - Bei vorbehandelter Sklerodermie zur Reduktion der Anzahl neuer digitaler Ulzerationen. Diagnose, Erstverordnung und engmaschige Kontrolle durch entsprechende Fachabteilungen und Zentren.		56 St *Flasche* 56 St *Blister*	580,10 580,10
RE2	**Tracleer 62,5 mg Filmtabl.** - Bei pulmonal arterieller Hypertension nach Durchführung einer kompletten invasiven hämodynamischen Messung inklusive eines akuten Vasoreaktivitätstests. - Bei vorbehandelter Sklerodermie zur Reduktion der Anzahl neuer digitaler Ulzerationen. Diagnose, Erstverordnung und engmaschige Kontrolle durch entsprechende Fachabteilungen und Zentren.		56 St	580,10

	Bezeichnung	T	OP	KVP in €
Bosentan 0,125				
RE2	**Bosentan "Accord" 125 mg Filmtabl.** - Bei pulmonal arterieller Hypertension nach Durchführung einer kompletten invasiven hämodynamischen Messung inklusive eines akuten Vasoreaktivitätstests. - Bei vorbehandelter Sklerodermie zur Reduktion der Anzahl neuer digitaler Ulzerationen. Diagnose, Erstverordnung und engmaschige Kontrolle durch entsprechende Fachabteilungen und Zentren.		56 St	580,10
RE2	**Bosentan "Reddy" 125 mg Filmtabl.** - Bei pulmonal arterieller Hypertension nach Durchführung einer kompletten invasiven hämodynamischen Messung inklusive eines akuten Vasoreaktivitätstests. - Bei vorbehandelter Sklerodermie zur Reduktion der Anzahl neuer digitaler Ulzerationen. Diagnose, Erstverordnung und engmaschige Kontrolle durch entsprechende Fachabteilungen und Zentren.		56 St	580,10
RE2	**Stayveer 125 mg Filmtabl.** - Bei pulmonal arterieller Hypertension nach Durchführung einer kompletten invasiven hämodynamischen Messung inklusive eines akuten Vasoreaktivitätstests. - Bei vorbehandelter Sklerodermie zur Reduktion der Anzahl neuer digitaler Ulzerationen. Diagnose, Erstverordnung und engmaschige Kontrolle durch entsprechende Fachabteilungen und Zentren.		56 St *Blister* 56 St *Flasche*	580,10 580,10
RE2	**Tracleer 125 mg Filmtabl.** - Bei pulmonal arterieller Hypertension nach Durchführung einer kompletten invasiven hämodynamischen Messung inklusive eines akuten Vasoreaktivitätstests. - Bei vorbehandelter Sklerodermie zur Reduktion der Anzahl neuer digitaler Ulzerationen. Diagnose, Erstverordnung und engmaschige Kontrolle durch entsprechende Fachabteilungen und Zentren.		56 St	580,10

C02KX02 Ambrisentan

Ambrisentan 0,005

RE2	**Ambrisentan "Accord" 5 mg Filmtabl.** Bei pulmonal arterieller Hypertension nach Durchführung einer kompletten invasiven hämodynamischen Messung inklusive eines akuten Vasoreaktivitätstests. Diagnose, Erstverordnung und engmaschige Kontrolle durch entsprechende Fachabteilungen und Zentren.		30 St	505,00
RE2	**Ambrisentan "AOP" 5 mg Filmtabl.** Bei pulmonal arterieller Hypertension nach Durchführung einer kompletten invasiven hämodynamischen Messung inklusive eines akuten Vasoreaktivitätstests. Diagnose, Erstverordnung und engmaschige Kontrolle durch entsprechende Fachabteilungen und Zentren.		30 St	505,00
RE2	**Ambrisentan "ratiopharm" 5 mg Filmtabl.** Bei pulmonal arterieller Hypertension nach Durchführung einer kompletten invasiven hämodynamischen Messung inklusive eines akuten Vasoreaktivitätstests. Diagnose, Erstverordnung und engmaschige Kontrolle durch entsprechende Fachabteilungen und Zentren.		30 St	505,10
RE2	**Ambrisentan "Sandoz" 5 mg Filmtabl.** Bei pulmonal arterieller Hypertension nach Durchführung einer kompletten invasiven hämodynamischen Messung inklusive eines akuten Vasoreaktivitätstests. Diagnose, Erstverordnung und engmaschige Kontrolle durch entsprechende Fachabteilungen und Zentren.		30 St	505,10

Ambrisentan 0,01

RE2	**Ambrisentan "Accord" 10 mg Filmtabl.** Bei pulmonal arterieller Hypertension nach Durchführung einer kompletten invasiven hämodynamischen Messung inklusive eines akuten Vasoreaktivitätstests. Diagnose, Erstverordnung und engmaschige Kontrolle durch entsprechende Fachabteilungen und Zentren.		30 St	505,00

	Bezeichnung	T	OP	KVP in €
RE2	**Ambrisentan "AOP" 10 mg Filmtabl.** Bei pulmonal arterieller Hypertension nach Durchführung einer kompletten invasiven hämodynamischen Messung inklusive eines akuten Vasoreaktivitätstests. Diagnose, Erstverordnung und engmaschige Kontrolle durch entsprechende Fachabteilungen und Zentren.		30 St	505,00
RE2	**Ambrisentan "ratiopharm" 10 mg Filmtabl.** Bei pulmonal arterieller Hypertension nach Durchführung einer kompletten invasiven hämodynamischen Messung inklusive eines akuten Vasoreaktivitätstests. Diagnose, Erstverordnung und engmaschige Kontrolle durch entsprechende Fachabteilungen und Zentren.		30 St	505,10
RE2	**Ambrisentan "Sandoz" 10 mg Filmtabl.** Bei pulmonal arterieller Hypertension nach Durchführung einer kompletten invasiven hämodynamischen Messung inklusive eines akuten Vasoreaktivitätstests. Diagnose, Erstverordnung und engmaschige Kontrolle durch entsprechende Fachabteilungen und Zentren.		30 St	505,10

C02KX04 Macitentan

Macitentan 0,01

RE1 L3	**Opsumit 10 mg Filmtabl.** Bei pulmonal arterieller Hypertension nach Durchführung einer kompletten invasiven hämodynamischen Messung inklusive eines akuten Vasoreaktivitätstests. Diagnose, Erstverordnung und engmaschige Kontrolle durch entsprechende Fachabteilungen und Zentren. Macitentan eignet sich für eine chef(kontroll)ärztliche Langzeitbewilligung für 3 Monate (L3).		30 St	2.176,20

C02KX05 Riociguat

Riociguat 0,0005

RE1 L3	**Adempas 0,5 mg Filmtabl.** Bei erwachsenen PatientInnen mit inoperabler chronisch-thromboembolischer pulmonaler Hypertension (CTEPH) oder mit persistierender oder wiederkehrender CTEPH trotz chirurgischer Behandlung nach Durchführung einer kompletten invasiven hämodynamischen Messung. Bei erwachsenen PatientInnen mit pulmonal arterieller Hypertension (PAH) nach Durchführung einer kompletten invasiven hämodynamischen Messung inklusive eines akuten Vasoreaktivitätstests. Diagnose, Erstverordnung und engmaschige Kontrolle durch entsprechende Fachabteilungen und Zentren. Riociguat eignet sich für eine chef(kontroll)ärztliche Langzeitbewilligung für 3 Monate (L3).		42 St	1.030,40

Riociguat 0,001

RE1 L3	**Adempas 1 mg Filmtabl.** Bei erwachsenen PatientInnen mit inoperabler chronisch-thromboembolischer pulmonaler Hypertension (CTEPH) oder mit persistierender oder wiederkehrender CTEPH trotz chirurgischer Behandlung nach Durchführung einer kompletten invasiven hämodynamischen Messung. Bei erwachsenen PatientInnen mit pulmonal arterieller Hypertension (PAH) nach Durchführung einer kompletten invasiven hämodynamischen Messung inklusive eines akuten Vasoreaktivitätstests. Diagnose, Erstverordnung und engmaschige Kontrolle durch entsprechende Fachabteilungen und Zentren. Riociguat eignet sich für eine chef(kontroll)ärztliche Langzeitbewilligung für 3 Monate (L3).		42 St 84 St	1.030,40 2.036,10

	Bezeichnung	T	OP	KVP in €
Riociguat 0,0015				
RE1 L3	**Adempas 1,5 mg Filmtabl.** Bei erwachsenen PatientInnen mit inoperabler chronisch-thromboembolischer pulmonaler Hypertension (CTEPH) oder mit persistierender oder wiederkehrender CTEPH trotz chirurgischer Behandlung nach Durchführung einer kompletten invasiven hämodynamischen Messung. Bei erwachsenen PatientInnen mit pulmonal arterieller Hypertension (PAH) nach Durchführung einer kompletten invasiven hämodynamischen Messung inklusive eines akuten Vasoreaktivitätstests. Diagnose, Erstverordnung und engmaschige Kontrolle durch entsprechende Fachabteilungen und Zentren. Riociguat eignet sich für eine chef(kontroll)ärztliche Langzeitbewilligung für 3 Monate (L3).		42 St 84 St	1.030,40 2.036,10
Riociguat 0,002				
RE1 L3	**Adempas 2 mg Filmtabl.** Bei erwachsenen PatientInnen mit inoperabler chronisch-thromboembolischer pulmonaler Hypertension (CTEPH) oder mit persistierender oder wiederkehrender CTEPH trotz chirurgischer Behandlung nach Durchführung einer kompletten invasiven hämodynamischen Messung. Bei erwachsenen PatientInnen mit pulmonal arterieller Hypertension (PAH) nach Durchführung einer kompletten invasiven hämodynamischen Messung inklusive eines akuten Vasoreaktivitätstests. Diagnose, Erstverordnung und engmaschige Kontrolle durch entsprechende Fachabteilungen und Zentren. Riociguat eignet sich für eine chef(kontroll)ärztliche Langzeitbewilligung für 3 Monate (L3).		42 St 84 St	1.030,40 2.036,10
Riociguat 0,0025				
RE1 L3	**Adempas 2,5 mg Filmtabl.** Bei erwachsenen PatientInnen mit inoperabler chronisch-thromboembolischer pulmonaler Hypertension (CTEPH) oder mit persistierender oder wiederkehrender CTEPH trotz chirurgischer Behandlung nach Durchführung einer kompletten invasiven hämodynamischen Messung. Bei erwachsenen PatientInnen mit pulmonal arterieller Hypertension (PAH) nach Durchführung einer kompletten invasiven hämodynamischen Messung inklusive eines akuten Vasoreaktivitätstests. Diagnose, Erstverordnung und engmaschige Kontrolle durch entsprechende Fachabteilungen und Zentren. Riociguat eignet sich für eine chef(kontroll)ärztliche Langzeitbewilligung für 3 Monate (L3).		42 St 84 St	1.030,40 2.036,10

C02KX06 Sotatercept

Sotatercept 0,045				
RE1	**Winrevair 45 mg Plv. und Lsgm. zur Herst. einer Inf.lsg.** (PM) Bei Erwachsenen mit idiopathischer oder hereditärer oder mit Bindegewebserkrankungen assoziierter pulmonal arterieller Hypertonie (PAH) nach Durchführung einer kompletten invasiven hämodynamischen Messung inklusive eines akuten Vasoreaktivitätstests, die trotz einer Zweifach- oder Dreifach-Kombinationstherapie mit Therapiealternativen aus dem Gelben Bereich (ATC-Code C02KX, C02KX01, C02KX02, C02KX04, C02KX05, B01AC11) mit oder ohne iv./sc. Prostanoide (ATC Code B01AC21) immer noch ein intermediäres Risiko (gemäß Risikostratifizierung nach 4-Strata-Modell, ESC Guideline PAH) aufweisen. Kontrolle von Hämoglobin und Thrombozyten gemäß Fachinformation. Diagnose, Erstverordnung und engmaschige Kontrolle durch ein spezialisiertes Zentrum durch KardiologInnen oder PulmologInnen. Die Liste der in Frage kommenden Zentren wird vom Dachverband erstellt und unter www.sozialversicherung.at/erstattungskodex pah publiziert.		1 St 2 St	6.386,45 12.730,90

	Bezeichnung	T	OP	KVP in €
Sotatercept 0,06				
RE1	**Winrevair 60 mg Plv. und Lsgm. zur Herst. einer Inf.lsg.** Ⓟ Bei Erwachsenen mit idiopathischer oder hereditärer oder mit Bindegewebserkrankungen assoziierter pulmonal arterieller Hypertonie (PAH) nach Durchführung einer kompletten invasiven hämodynamischen Messung inklusive eines akuten Vasoreaktivitätstests, die trotz einer Zweifach- oder Dreifach-Kombinationstherapie mit Therapiealternativen aus dem Gelben Bereich (ATC-Code C02KX, C02KX01, C02KX02, C02KX04, C02KX05, B01AC11) mit oder ohne iv./sc. Prostanoide (ATC Code B01AC21) immer noch ein intermediäres Risiko (gemäß Risikostratifizierung nach 4-Strata-Modell, ESC Guideline PAH) aufweisen. Kontrolle von Hämoglobin und Thrombozyten gemäß Fachinformation. Diagnose, Erstverordnung und engmaschige Kontrolle durch ein spezialisiertes Zentrum durch KardiologInnen oder PulmologInnen. Die Liste der in Frage kommenden Zentren wird vom Dachverband erstellt und unter www.sozialversicherung.at/erstattungskodex pah publiziert.		1 St 2 St	8.504,00 16.983,35

C03 DIURETIKA
C03D ALDOSTERON-ANTAGONISTEN UND ANDERE KALIUM SPARENDE MITTEL
C03DA Aldosteron-Antagonisten
C03DA05 Finerenon

Finerenon 0,01				
RE2	**Kerendia 10 mg Filmtabl.** Ⓟ Bei erwachsenen PatientInnen mit Diabetes Typ II und chronischer Niereninsuffizienz mit Albuminurie als Zusatztherapie zur individuell optimierten Standardtherapie mit einem ACE-Hemmer oder einem Angiotensin-II-Rezeptorblocker, sowie einem SGLT-2-Hemmer, sofern dieser für den/die PatientIn nicht ungeeignet oder unverträglich ist. Bestimmung des Serumkaliums und der eGFR vor und während der Behandlung gemäß Fachinformation.		14 St 28 St(2)	30,65 59,40
Finerenon 0,02				
RE2	**Kerendia 20 mg Filmtabl.** Ⓟ Bei erwachsenen PatientInnen mit Diabetes Typ II und chronischer Niereninsuffizienz mit Albuminurie als Zusatztherapie zur individuell optimierten Standardtherapie mit einem ACE-Hemmer oder einem Angiotensin-II-Rezeptorblocker, sowie einem SGLT-2-Hemmer, sofern dieser für den/die PatientIn nicht ungeeignet oder unverträglich ist. Bestimmung des Serumkaliums und der eGFR vor und während der Behandlung gemäß Fachinformation.		14 St 28 St(2)	30,65 59,40

C05 VASOPROTEKTOREN
C05B ANTIVARIKOSA
C05BA Heparine oder Heparinoide zur topischen Anwendung
C05BA53 Heparin, Kombinationen

Heparin 300 IE, Dexpanthenol 0,05/g				
RE1	**Venobene Salbe** Eine Kostenübernahme ist im ausführlich begründeten Einzelfall zur Abdeckung des Monatsbedarfs möglich.		100 g	7,40

C08 CALCIUMKANALBLOCKER
C08C SELEKTIVE CALCIUMKANALBLOCKER MIT VORWIEGENDER GEFÄSSWIRKUNG
C08CA Dihydropyridin-Derivate
C08CA06 Nimodipin

Nimodipin 0,03				
RE2	**Nimotop 30 mg Filmtabl.** Orale Anwendung nach vorhergehender Behandlung mit Nimotop-Infusionslösung zur Vorbeugung und Behandlung ischämischer neurologischer Defizite infolge zerebraler Vasospasmen nach aneurysmatischer Subarachnoidalblutung (SAB).		50 St	27,75

	Bezeichnung	T	OP	KVP in €

C09 MITTEL MIT WIRKUNG AUF DAS RENIN-ANGIOTENSIN-SYSTEM
C09A ACE-HEMMER, REIN
C09AA ACE-Hemmer, rein
C09AA02 Enalapril

Enalapril 0,00025

RE1	**Aqumeldi 0,25 mg Schmelztabl.** Ⓟ Zur Behandlung von Herzinsuffizienz bei Kindern ab der Geburt bis zum Alter von unter 7 Jahren. Erstverordnung durch KardiologInnen bzw. PädiaterInnen.		50 St 100 St	59,70 112,70

Enalapril 0,001

RE1	**Aqumeldi 1 mg Schmelztabl.** Ⓟ Zur Behandlung von Herzinsuffizienz bei Kindern ab der Geburt bis zum Alter von unter 7 Jahren. Erstverordnung durch KardiologInnen bzw. PädiaterInnen.		50 St 100 St	112,70 201,55

C09D ANGIOTENSIN-II-REZEPTORBLOCKER (ARB), KOMBINATIONEN
C09DX Angiotensin-II-Rezeptorblocker (ARB), andere Kombinationen
C09DX04 Valsartan und Sacubitril

Valsartan 0,026, Sacubitril 0,024

RE1 L12	**Entresto 24 mg/26 mg Filmtabl.** Ⓟ Bei erwachsenen PatientInnen ab 18 Jahren mit chronischer Herzinsuffizienz mit reduzierter Ejektionsfraktion, wenn trotz individuell optimierter Standardtherapie mit ACE-Hemmer oder AT-II-Antagonisten der Patient/die Patientin immer noch symptomatisch ist (NYHA größer/gleich Klasse II). Therapieeinleitung bei linksventrikulärer Ejektionsfraktion kleiner/gleich 35 % (diagnostiziert mittels transthorakalem Echokardiographiebefund nicht älter als 6 Monate). Das Serumkalium muss zu Therapiebeginn kleiner/gleich 5,4 mmol/l, der systolische Blutdruck größer/gleich 100 mm Hg und die eGFR größer/gleich 30 ml/min/1,73 m2 sein. Erstverordnung und regelmäßige Kontrollen durch einen Facharzt/eine Fachärztin für Innere Medizin mit dem Additivfach Kardiologie oder einen Facharzt/eine Fachärztin für Innere Medizin mit gültigem Diplom in transthorakaler Echokardiographie oder durch eine entsprechende Fachabteilung bzw. -ambulanz. Sacubitril/Valsartan eignet sich für eine chef(kontroll)ärztliche Langzeitbewilligung für 12 Monate (L12).		28 St	76,05
RE1 L12	**Neparvis 24 mg/26 mg Filmtabl.** Ⓟ Bei erwachsenen PatientInnen ab 18 Jahren mit chronischer Herzinsuffizienz mit reduzierter Ejektionsfraktion, wenn trotz individuell optimierter Standardtherapie mit ACE-Hemmer oder AT-II-Antagonisten der Patient/die Patientin immer noch symptomatisch ist (NYHA größer/gleich Klasse II). Therapieeinleitung bei linksventrikulärer Ejektionsfraktion kleiner/gleich 35 % (diagnostiziert mittels transthorakalem Echokardiographiebefund nicht älter als 6 Monate). Das Serumkalium muss zu Therapiebeginn kleiner/gleich 5,4 mmol/l, der systolische Blutdruck größer/gleich 100 mm Hg und die eGFR größer/gleich 30 ml/min/1,73 m2 sein. Erstverordnung und regelmäßige Kontrollen durch einen Facharzt/eine Fachärztin für Innere Medizin mit dem Additivfach Kardiologie oder einen Facharzt/eine Fachärztin für Innere Medizin mit gültigem Diplom in transthorakaler Echokardiographie oder durch eine entsprechende Fachabteilung bzw. -ambulanz. Sacubitril/Valsartan eignet sich für eine chef(kontroll)ärztliche Langzeitbewilligung für 12 Monate (L12).		28 St	76,80

	Bezeichnung	T	OP	KVP in €
Valsartan 0,051, Sacubitril 0,049				
RE1 L12	**Entresto 49 mg/51 mg Filmtabl.** (PM) Bei erwachsenen PatientInnen ab 18 Jahren mit chronischer Herzinsuffizienz mit reduzierter Ejektionsfraktion, wenn trotz individuell optimierter Standardtherapie mit ACE-Hemmer oder AT-II-Antagonisten der Patient/die Patientin immer noch symptomatisch ist (NYHA größer/gleich Klasse II). Therapieeinleitung bei linksventrikulärer Ejektionsfraktion kleiner/gleich 35 % (diagnostiziert mittels transthorakalem Echokardiographiebefund nicht älter als 6 Monate). Das Serumkalium muss zu Therapiebeginn kleiner/gleich 5,4 mmol/l, der systolische Blutdruck größer/gleich 100 mm Hg und die eGFR größer/gleich 30 ml/min/1,73 m2 sein. Erstverordnung und regelmäßige Kontrollen durch einen Facharzt/eine Fachärztin für Innere Medizin mit dem Additivfach Kardiologie oder einen Facharzt/eine Fachärztin für Innere Medizin mit gültigem Diplom in transthorakaler Echokardiographie oder durch eine entsprechende Fachabteilung bzw. -ambulanz. Sacubitril/Valsartan eignet sich für eine chef(kontroll)ärztliche Langzeitbewilligung für 12 Monate (L12).		28 St 56 St	76,80 140,65
RE1 L12	**Neparvis 49 mg/51 mg Filmtabl.** (PM) Bei erwachsenen PatientInnen ab 18 Jahren mit chronischer Herzinsuffizienz mit reduzierter Ejektionsfraktion, wenn trotz individuell optimierter Standardtherapie mit ACE-Hemmer oder AT-II-Antagonisten der Patient/die Patientin immer noch symptomatisch ist (NYHA größer/gleich Klasse II). Therapieeinleitung bei linksventrikulärer Ejektionsfraktion kleiner/gleich 35 % (diagnostiziert mittels transthorakalem Echokardiographiebefund nicht älter als 6 Monate). Das Serumkalium muss zu Therapiebeginn kleiner/gleich 5,4 mmol/l, der systolische Blutdruck größer/gleich 100 mm Hg und die eGFR größer/gleich 30 ml/min/1,73 m2 sein. Erstverordnung und regelmäßige Kontrollen durch einen Facharzt/eine Fachärztin für Innere Medizin mit dem Additivfach Kardiologie oder einen Facharzt/eine Fachärztin für Innere Medizin mit gültigem Diplom in transthorakaler Echokardiographie oder durch eine entsprechende Fachabteilung bzw. -ambulanz. Sacubitril/Valsartan eignet sich für eine chef(kontroll)ärztliche Langzeitbewilligung für 12 Monate (L12).		28 St 56 St	76,80 141,60
Valsartan 0,103, Sacubitril 0,097				
RE1 L12	**Entresto 97 mg/103 mg Filmtabl.** (PM) Bei erwachsenen PatientInnen ab 18 Jahren mit chronischer Herzinsuffizienz mit reduzierter Ejektionsfraktion, wenn trotz individuell optimierter Standardtherapie mit ACE-Hemmer oder AT-II-Antagonisten der Patient/die Patientin immer noch symptomatisch ist (NYHA größer/gleich Klasse II). Therapieeinleitung bei linksventrikulärer Ejektionsfraktion kleiner/gleich 35 % (diagnostiziert mittels transthorakalem Echokardiographiebefund nicht älter als 6 Monate). Das Serumkalium muss zu Therapiebeginn kleiner/gleich 5,4 mmol/l, der systolische Blutdruck größer/gleich 100 mm Hg und die eGFR größer/gleich 30 ml/min/1,73 m2 sein. Erstverordnung und regelmäßige Kontrollen durch einen Facharzt/eine Fachärztin für Innere Medizin mit dem Additivfach Kardiologie oder einen Facharzt/eine Fachärztin für Innere Medizin mit gültigem Diplom in transthorakaler Echokardiographie oder durch eine entsprechende Fachabteilung bzw. -ambulanz. Sacubitril/Valsartan eignet sich für eine chef(kontroll)ärztliche Langzeitbewilligung für 12 Monate (L12).		56 St	140,85
RE1 L12	**Neparvis 97 mg/103 mg Filmtabl.** (PM) Bei erwachsenen PatientInnen ab 18 Jahren mit chronischer Herzinsuffizienz mit reduzierter Ejektionsfraktion, wenn trotz individuell optimierter Standardtherapie mit ACE-Hemmer oder AT-II-Antagonisten der Patient/die Patientin immer noch symptomatisch ist (NYHA größer/gleich Klasse II). Therapieeinleitung bei linksventrikulärer Ejektionsfraktion kleiner/gleich 35 % (diagnostiziert mittels transthorakalem Echokardiographiebefund nicht älter als 6 Monate). Das Serumkalium muss zu Therapiebeginn kleiner/gleich 5,4 mmol/l, der systolische Blutdruck größer/gleich 100 mm Hg und die eGFR größer/gleich 30 ml/min/1,73 m2 sein. Erstverordnung und regelmäßige Kontrollen durch einen Facharzt/eine Fachärztin für Innere Medizin mit dem Additivfach Kardiologie oder einen Facharzt/eine Fachärztin für Innere Medizin mit gültigem Diplom in transthorakaler Echokardiographie oder durch eine entsprechende Fachabteilung bzw. -ambulanz. Sacubitril/Valsartan eignet sich für eine chef(kontroll)ärztliche Langzeitbewilligung für 12 Monate (L12).		56 St	141,60

	Bezeichnung	T	OP	KVP in €

C09X ANDERE MITTEL MIT WIRKUNG AUF DAS RENIN-ANGIOTENSIN-SYSTEM
C09XX Andere Mittel mit Wirkung auf das Renin-Angiotensin-System
C09XX01 Sparsentan

Sparsentan 0,2

RE1 L3	**Filspari 200 mg Filmtabl.** (PM) Bei PatientInnen mit durch Biopsie nachgewiesener primärer Immunglobulin A Nephropathie (IgAN), die - eine Proteinurie von mindestens 1.0 g pro Tag (oder einen Protein/Kreatinin-Quotienten im Urin von größer/gleich 0,75 g/g) trotz ausgeschöpfter Therapie mit RAS-Hemmern (ACE-Inhibitoren, Angiotensin-II-Rezeptorblockern) und SGLT-2-Inhibitoren aufweisen UND - eine eGFR größer/gleich 30 ml/min pro 1.73 m2 aufweisen UND - einen systolischen Blutdruck kleiner/gleich 150 mm Hg und einen diastolischen Blutdruck kleiner/gleich 100 mm Hg aufweisen. Diagnosestellung, Erstverordnung und regelmäßige Kontrollen durch ein Zentrum mit Erfahrung in der Behandlung der IgAN durch NephrologInnen. Fortsetzung der Behandlung nur, wenn der Urinprotein/Kreatinin-Quotient (UP/C) nach 6 Monaten gegenüber dem Ausgangswert um mindestens 30 % gesunken ist. Sparsentan eignet sich für eine chef(kontroll)ärztliche Langzeitbewilligung für 3 Monate (L3). Die Aufnahme ist befristet und endet mit 31.7.2028.		30 St	3.744,80

Sparsentan 0,4

RE1 L3	**Filspari 400 mg Filmtabl.** (PM) Bei PatientInnen mit durch Biopsie nachgewiesener primärer Immunglobulin A Nephropathie (IgAN), die - eine Proteinurie von mindestens 1.0 g pro Tag (oder einen Protein/Kreatinin-Quotienten im Urin von größer/gleich 0,75 g/g) trotz ausgeschöpfter Therapie mit RAS-Hemmern (ACE-Inhibitoren, Angiotensin-II-Rezeptorblockern) und SGLT-2-Inhibitoren aufweisen UND - eine eGFR größer/gleich 30 ml/min pro 1.73 m2 aufweisen UND - einen systolischen Blutdruck kleiner/gleich 150 mm Hg und einen diastolischen Blutdruck kleiner/gleich 100 mm Hg aufweisen. Diagnosestellung, Erstverordnung und regelmäßige Kontrollen durch ein Zentrum mit Erfahrung in der Behandlung der IgAN durch NephrologInnen. Fortsetzung der Behandlung nur, wenn der Urinprotein/Kreatinin-Quotient (UP/C) nach 6 Monaten gegenüber dem Ausgangswert um mindestens 30 % gesunken ist. Sparsentan eignet sich für eine chef(kontroll)ärztliche Langzeitbewilligung für 3 Monate (L3). Die Aufnahme ist befristet und endet mit 31.7.2028.		30 St	3.744,80

C10 MITTEL, DIE DEN LIPIDSTOFFWECHSEL BEEINFLUSSEN
C10A MITTEL, DIE DEN LIPIDSTOFFWECHSEL BEEINFLUSSEN, REIN
C10AA HMG-CoA-Reduktasehemmer
C10AA07 Rosuvastatin

Rosuvastatin 0,01

RE2 L6	**Crestor 10 mg Filmtabl.** Eine Kostenübernahme ist möglich bei nachgewiesener und dokumentierter Unverträglichkeit von Therapiealternativen aus dem Grünen Bereich (Statine) und/oder wenn mit Therapiealternativen aus dem Grünen Bereich (Statine) kein ausreichender Therapieerfolg (LDL-Zielwert 100 mg/dl) erzielt werden kann. Kontraindiziert bei Patienten, die gleichzeitig Ciclosporin einnehmen. (Erlass des BMGF GZ:21.420/104-III/A/6/04)		30 St(2)	7,90

Rosuvastatin 0,02

RE2 L6	**Crestor 20 mg Filmtabl.** Eine Kostenübernahme ist möglich bei nachgewiesener und dokumentierter Unverträglichkeit von Therapiealternativen aus dem Grünen Bereich (Statine) und/oder wenn mit Crestor 10 mg kein ausreichender Therapieerfolg (LDL-Zielwert 100 mg/dl) erzielt werden kann. Kontraindiziert bei Patienten, die gleichzeitig Ciclosporin einnehmen. (Erlass des BMGF GZ:21.420/104-III/A/6/04)		30 St	7,90

	Bezeichnung	T	OP	KVP in €
Rosuvastatin 0,04				
RE1 L6	**Crestor 40 mg Filmtabl.** Eine Kostenübernahme ist möglich bei nachgewiesener und dokumentierter Unverträglichkeit von Therapiealternativen aus dem Grünen Bereich (Statine) und/oder wenn mit Crestor 20 mg kein ausreichender Therapieerfolg (LDL-Zielwert 100 mg/dl) erzielt werden kann. Kontraindiziert bei Patienten, die gleichzeitig Fibrate oder Ciclosporin einnehmen, sowie bei Patienten mit prädisponierenden Faktoren für Myopathie/Rhabdomyolyse. (Erlass des BMGF GZ:21.420/104-III/A/6/04)		30 St	40,00

C10AX Andere Mittel, die den Lipidstoffwechsel beeinflussen
C10AX06 Omega-3-Fettsäuren inkl. andere Ester und Säuren

Omega-3-Fettsäuren inkl. andere Ester und Säuren 1,0

RE1 L6	**Vazkepa 998 mg Weichkaps.** (PM) Bei erwachsenen PatientInnen mit persistierend erhöhten Triglyceriden (größer/gleich 150 - 499 mg/dl [größer/gleich 1,7- 5,63 mmol/l] bei mindestens 2 Messungen mit mindestens vierwöchigem Abstand) zur Sekundärprävention nach einem akuten atherosklerotisch bedingten, ischämischen kardiovaskulären Ereignis bei PatientInnen mit diagnostisch gesicherter koronarer Herzkrankheit und/oder peripherer arterieller Verschlusskrankheit und/oder zerebraler arterieller Verschlusskrankheit - wenn eine professionelle Ernährungsberatung erfolgt, der arterielle Blutdruck kontrolliert und der Blutzucker auf ein HbA1c kleiner 8 % eingestellt ist sowie, sofern zutreffend, eine Tabakrauchabstinenz und eine Ethanolkonsumreduktion angestrebt wird, und - wenn die PatientInnen auf eine maximal verträgliche Dosierung einer intensivierten LDL-C senkenden Therapie mit Statinen (mit oder ohne andere lipidmodifizierende Arzneimittel) zur Erreichung des individuellen LDL-Zielwerts eingestellt sind. Diagnose, Erhebung der Familienanamnese und Erstverordnung durch ein spezialisiertes Zentrum von einer/einem Angiologin/en oder Endokrinologin/en oder Kardiologin/en oder Neurologin/en. Die Liste der für die Erstverordnung in Frage kommenden Einrichtungen wird vom Dachverband erstellt und unter www.sozialversicherung.at/erstattungskodex_stoffwechsel publiziert. Regelmäßige Kontrollen durch entsprechende Fachabteilung bzw. Zentrum bzw. durch einen/eine in der Therapie von Fettstoffwechselstörungen erfahrenen/erfahrene Facharzt/Fachärztin. Icosapent-Ethyl eignet sich für eine chef(kontroll)ärztliche Langzeitbewilligung für 6 Monate (L6).		120 St	171,85

	Bezeichnung	T	OP	KVP in €

C10AX13 Evolocumab

Evolocumab 0,14

RE2	**Repatha 140 mg Inj.lsg. Fertigpen** Ⓟ Bei primärer Hypercholesterinämie zur Sekundärprävention nach einem akuten atherosklerotisch bedingten, ischämischen kardiovaskulären Ereignis bei PatientInnen mit diagnostisch gesicherter koronarer Herzkrankheit und/oder peripherer arterieller Verschlusskrankheit und/oder zerebraler arterieller Verschlusskrankheit - wenn aufgrund des sehr hohen kardiovaskulären Risikos eine zusätzliche Senkung von LDL-C medizinisch erforderlich ist, und - wenn eine professionelle Ernährungsberatung erfolgt, der arterielle Blutdruck kontrolliert und der Blutzucker auf ein HbA1c kleiner 8 % eingestellt ist sowie eine Tabakrauchabstinenz angestrebt wird, und - wenn über mindestens 3 Monate mit der maximal verträglichen Dosierung einer intensivierten LDL-C senkenden Therapie mit Atorvastatin bzw. Rosuvastatin, jeweils in Kombination mit Ezetimib (oder Ezetimib bei Statinunverträglichkeit) ein LDL-Wert von kleiner als 70 mg/dl nicht erreicht werden kann, oder wenn diese Behandlungen kontraindiziert sind. Eine Unverträglichkeit gegenüber Statinen gilt jedenfalls als belegt, wenn Therapieversuche mit mehreren Statinen - jedenfalls auch Atorvastatin und Rosuvastatin - zu Myopathien und einem Anstieg der Kreatin-Kinase auf mindestens das Fünffache des oberen Normwertes führten oder wenn durch ein Statin eine schwere Hepatopathie aufgetreten ist. Diagnose, Erhebung der Familienanamnese und Erstverordnung durch InternistInnen oder NeurologInnen mit Erfahrung in der Behandlung von Schlaganfällen. Regelmäßige Kontrollen durch einen/eine in der Therapie von Fettstoffwechselstörungen erfahrenen/erfahrene Facharzt/Fachärztin. Die Behandlung mit Evolocumab kann nur fortgesetzt werden, wenn bei einer Laborkontrolle 2 - 3 Monate nach Behandlungsbeginn das LDL-C gegenüber dem Ausgangswert unter der maximal intensivierten lipidsenkenden Therapie um mindestens 40% gesunken ist bzw. ein LDL-Wert von kleiner als 55 mg/dl erreicht wurde.		2 St	385,15

C10AX14 Alirocumab

Alirocumab 0,075

RE2	**Praluent 75 mg Inj.lsg. Fertigpen** Ⓟ Bei primärer Hypercholesterinämie zur Sekundärprävention nach einem akuten atherosklerotisch bedingten, ischämischen kardiovaskulären Ereignis bei PatientInnen mit diagnostisch gesicherter koronarer Herzkrankheit und/oder peripherer arterieller Verschlusskrankheit und/oder zerebraler arterieller Verschlusskrankheit - wenn aufgrund des sehr hohen kardiovaskulären Risikos eine zusätzliche Senkung von LDL-C medizinisch erforderlich ist, und - wenn eine professionelle Ernährungsberatung erfolgt, der arterielle Blutdruck kontrolliert und der Blutzucker auf ein HbA1c kleiner 8 % eingestellt ist sowie eine Tabakrauchabstinenz angestrebt wird, und - wenn über mindestens 3 Monate mit der maximal verträglichen Dosierung einer intensivierten LDL-C senkenden Therapie mit Atorvastatin bzw. Rosuvastatin, jeweils in Kombination mit Ezetimib (oder Ezetimib bei Statinunverträglichkeit) ein LDL-Wert von kleiner als 70 mg/dl nicht erreicht werden kann, oder wenn diese Behandlungen kontraindiziert sind. Eine Unverträglichkeit gegenüber Statinen gilt jedenfalls als belegt, wenn Therapieversuche mit mehreren Statinen - jedenfalls auch Atorvastatin und Rosuvastatin - zu Myopathien und einem Anstieg der Kreatin-Kinase auf mindestens das Fünffache des oberen Normwertes führten oder wenn durch ein Statin eine schwere Hepatopathie aufgetreten ist. Diagnose, Erhebung der Familienanamnese und Erstverordnung durch InternistInnen oder NeurologInnen mit Erfahrung in der Behandlung von Schlaganfällen. Regelmäßige Kontrollen durch einen/eine in der Therapie von Fettstoffwechselstörungen erfahrenen/erfahrene Facharzt/Fachärztin. Die Behandlung mit Alirocumab kann nur fortgesetzt werden, wenn bei einer Laborkontrolle 2-3 Monate nach Behandlungsbeginn das LDL-C gegenüber dem Ausgangswert unter der maximal intensivierten lipidsenkenden Therapie um mindestens 40 % gesunken ist bzw. ein LDL-Wert von kleiner als 55 mg/dl erreicht wurde.		2 St	379,30

	Bezeichnung	T	OP	KVP in €
Alirocumab 0,15				
RE2	**Praluent 150 mg Inj.lsg. Fertigpen** Ⓟ Bei primärer Hypercholesterinämie zur Sekundärprävention nach einem akuten atherosklerotisch bedingten, ischämischen kardiovaskulären Ereignis bei PatientInnen mit diagnostisch gesicherter koronarer Herzkrankheit und/oder peripherer arterieller Verschlusskrankheit und/oder zerebraler arterieller Verschlusskrankheit - wenn aufgrund des sehr hohen kardiovaskulären Risikos eine zusätzliche Senkung von LDL-C medizinisch erforderlich ist, und - wenn eine professionelle Ernährungsberatung erfolgt, der arterielle Blutdruck kontrolliert und der Blutzucker auf ein HbA1c kleiner 8 % eingestellt ist sowie eine Tabakrauchabstinenz angestrebt wird, und - wenn über mindestens 3 Monate mit der maximal verträglichen Dosierung einer intensivierten LDL-C senkenden Therapie mit Atorvastatin bzw. Rosuvastatin, jeweils in Kombination mit Ezetimib (oder Ezetimib bei Statinunverträglichkeit) ein LDL-Wert von kleiner als 70 mg/dl nicht erreicht werden kann, oder wenn diese Behandlungen kontraindiziert sind. Eine Unverträglichkeit gegenüber Statinen gilt jedenfalls als belegt, wenn Therapieversuche mit mehreren Statinen - jedenfalls auch Atorvastatin und Rosuvastatin - zu Myopathien und einem Anstieg der Kreatin-Kinase auf mindestens das Fünffache des oberen Normwertes führten oder wenn durch ein Statin eine schwere Hepatopathie aufgetreten ist. Diagnose, Erhebung der Familienanamnese und Erstverordnung durch InternistInnen oder NeurologInnen mit Erfahrung in der Behandlung von Schlaganfällen. Regelmäßige Kontrollen durch einen/eine in der Therapie von Fettstoffwechselstörungen erfahrenen/erfahrene Facharzt/Fachärztin. Die Behandlung mit Alirocumab kann nur fortgesetzt werden, wenn bei einer Laborkontrolle 2-3 Monate nach Behandlungsbeginn das LDL-C gegenüber dem Ausgangswert unter der maximal intensivierten lipidsenkenden Therapie um mindestens 40 % gesunken ist bzw. ein LDL-Wert von kleiner als 55 mg/dl erreicht wurde.		2 St	379,30
Alirocumab 0,3				
RE2	**Praluent 300 mg Inj.lsg. Fertigpen** Ⓟ Bei primärer Hypercholesterinämie zur Sekundärprävention nach einem akuten atherosklerotisch bedingten, ischämischen kardiovaskulären Ereignis bei PatientInnen mit diagnostisch gesicherter koronarer Herzkrankheit und/oder peripherer arterieller Verschlusskrankheit und/oder zerebraler arterieller Verschlusskrankheit - wenn aufgrund des sehr hohen kardiovaskulären Risikos eine zusätzliche Senkung von LDL-C medizinisch erforderlich ist, und - wenn eine professionelle Ernährungsberatung erfolgt, der arterielle Blutdruck kontrolliert und der Blutzucker auf ein HbA1c kleiner 8 % eingestellt ist sowie eine Tabakrauchabstinenz angestrebt wird, und - mindestens 3 Monate mit der maximal verträglichen Dosierung einer intensivierten LDL-C senkenden Therapie mit Atorvastatin bzw. Rosuvastatin, jeweils in Kombination mit Ezetimib (oder Ezetimib bei Statinunverträglichkeit) ein LDL-Wert von kleiner als 70 mg/dl nicht erreicht werden kann, oder wenn diese Behandlungen kontraindiziert sind. Eine Unverträglichkeit gegenüber Statinen gilt jedenfalls als belegt, wenn Therapieversuche mit mehreren Statinen - jedenfalls auch Atorvastatin und Rosuvastatin - zu Myopathien und einem Anstieg der Kreatin-Kinase auf mindestens das Fünffache des oberen Normwertes führten oder wenn durch ein Statin eine schwere Hepatopathie aufgetreten ist. Diagnose, Erhebung der Familienanamnese und Erstverordnung durch InternistInnen oder NeurologInnen mit Erfahrung in der Behandlung von Schlaganfällen. Regelmäßige Kontrollen durch einen/eine in der Therapie von Fettstoffwechselstörungen erfahrenen/erfahrene Facharzt/Fachärztin. Die Behandlung mit Alirocumab kann nur fortgesetzt werden, wenn bei einer Laborkontrolle 2-3 Monate nach Behandlungsbeginn das LDL-C gegenüber dem Ausgangswert unter der maximal intensivierten lipidsenkenden Therapie um mindestens 40 % gesunken ist bzw. ein LDL-Wert von kleiner als 55 mg/dl erreicht wurde.		1 St	408,85

	Bezeichnung	T	OP	KVP in €

C10AX15 Bempedoinsäure

Bempedoinsäure 0,18

RE2	**Nilemdo 180 mg Filmtabl.** (PM) Bei PatientInnen mit hohem oder sehr hohem kardiovaskulären Risiko gemäß ESC-Leitlinie zur Behandlung der primären Hypercholesterinämie oder gemischten Dyslipidämie, adjuvant zu einer Diät, wenn über mindestens 3 Monate mit der maximal verträglichen Dosierung eines hochpotenten Statins in Kombination mit Ezetimib die individuellen LDL-C-Zielwerte nicht erreicht werden können oder bei vorliegender Kontraindikation, Unverträglichkeit/Intoleranz.		14 St 28 St	41,60 78,45

C10AX16 Inclisiran

Inclisiran 0,284

RE1	**Leqvio 284 mg Inj.lsg. Fertigspr.** (PM) Bei primärer Hypercholesterinämie zur Sekundärprävention nach einem akuten atherosklerotisch bedingten, ischämischen kardiovaskulären Ereignis bei PatientInnen mit diagnostisch gesicherter koronarer Herzkrankheit und/oder peripherer arterieller Verschlusskrankheit und/oder zerebraler arterieller Verschlusskrankheit - wenn aufgrund des sehr hohen kardiovaskulären Risikos eine zusätzliche Senkung von LDL-C medizinisch erforderlich ist, und - wenn eine professionelle Ernährungsberatung erfolgt, der arterielle Blutdruck kontrolliert und der Blutzucker auf ein HbA1c kleiner 8 % eingestellt ist sowie eine Tabakrauchabstinenz angestrebt wird, und - wenn über mindestens 3 Monate mit der maximal verträglichen Dosierung einer intensivierten LDL-C senkenden Therapie mit Atorvastatin bzw. Rosuvastatin, jeweils in Kombination mit Ezetimib (oder Ezetimib mit oder ohne Colesevelam bei Statinunverträglichkeit) ein LDL-Wert von kleiner als 70 mg/dl nicht erreicht werden kann, oder wenn diese Behandlungen kontraindiziert sind. Eine Unverträglichkeit gegenüber Statinen gilt jedenfalls als belegt, wenn Therapieversuche mit mehreren Statinen - jedenfalls auch Atorvastatin und Rosuvastatin - zu Myopathien und einem Anstieg der Kreatin-Kinase auf mindestens das Fünffache des oberen Normwertes führten oder wenn durch ein Statin eine schwere Hepatopathie aufgetreten ist. Diagnose, Erhebung der Familienanamnese und Erstverordnung durch ein spezialisiertes Zentrum von einer/einem EndokrinologIn oder KardiologIn oder NeurologIn. Die Liste der für die Erstverordnung in Frage kommenden Einrichtungen wird vom Dachverband erstellt und unter www.sozialversicherung.at/erstattungskodex_stoffwechsel publiziert. Inclisiran ist gemäß Fachinformation zur Verabreichung durch medizinisches Fachpersonal vorgesehen. Regelmäßige Kontrollen durch entsprechende Fachabteilung bzw. Zentrum bzw. durch einen/eine in der Therapie von Fettstoffwechselstörungen erfahrenen/erfahrene Facharzt/Fachärztin. Die Behandlung mit Inclisiran kann nur fortgesetzt werden, wenn bei einer Laborkontrolle 2 - 3 Monate nach Behandlungsbeginn das LDL-C gegenüber dem Ausgangswert unter der maximal intensivierten lipidsenkenden Therapie um mindestens 40 % gesunken ist bzw. ein LDL-Wert von kleiner als 55 mg/dl erreicht wurde.		1 St	2.185,60

C10B MITTEL, DIE DEN LIPIDSTOFFWECHSEL BEEINFLUSSEN, KOMBINATIONEN

C10BA Kombinationen verschiedener Mittel, die den Lipidstoffwechsel beeinflussen

C10BA10 Bempedoinsäure und Ezetimib

Bempedoinsäure 0,18, Ezetimib 0,01

RE2	**Nustendi 180 mg/10 mg Filmtabl.** (PM) Bei PatientInnen mit hohem oder sehr hohem kardiovaskulären Risiko gemäß ESC-Leitlinie zur Behandlung der primären Hypercholesterinämie oder gemischten Dyslipidämie, adjuvant zu einer Diät, wenn über mindestens 3 Monate mit der maximal verträglichen Dosierung eines hochpotenten Statins in Kombination mit Ezetimib die individuellen LDL-C-Zielwerte nicht erreicht werden können oder bei vorliegender Kontraindikation, Unverträglichkeit/Intoleranz.		14 St 28 St	41,60 78,45

	Bezeichnung	T	OP	KVP in €

D DERMATIKA
D06 ANTIBIOTIKA UND CHEMOTHERAPEUTIKA ZUR DERMATOLOGISCHEN ANWENDUNG
D06B CHEMOTHERAPEUTIKA ZUR TOPISCHEN ANWENDUNG
D06BB Antivirale Mittel
D06BB03 Aciclovir

Aciclovir 0,05/g

RE1	**Zovirax 5 % Creme** Eine Kostenübernahme ist nur möglich in der Indikation Herpes genitalis, wenn mit Therapiealternativen (Darreichungsformen) aus dem Grünen Bereich nachweislich nicht das Auslangen gefunden werden kann.		10 g	18,35

D06BB10 Imiquimod

Imiquimod 0,0375/g

RE1	**Zyclara 3,75 % Creme** Bei nicht-hyperkeratotischen, nicht-hypertrophen aktinischen Keratosen im Gesicht oder Kopfbereich mit einer Fläche größer 25 cm2 nach dermatologischer Abklärung, wenn eine Kryotherapie oder operative Entfernung kontraindiziert oder nicht möglich ist und mit der therapeutischen Alternative (ATC-Code D11AX18) kein Auslangen gefunden wurde bzw. diese nicht geeignet ist.		28 St *1 ED = 0,25 g*	121,05

Imiquimod 0,05/g

RE1	**Aldara 5 % Creme** - Bei Versagen von Alternativen im Grünen Bereich zur Behandlung von Condylomata acuminata bei Erwachsenen. - Bei superfiziellen Basaliomen nach dermatologischer Abklärung, wenn eine operative Entfernung kontraindiziert oder nicht möglich ist. - Bei nicht-hyperkeratotischen, nicht-hypertrophen aktinischen Keratosen im Gesicht oder Kopfbereich, wenn durch die Größe oder die Anzahl der Läsionen eine Kryotherapie nicht möglich ist und mit anderen topischen Behandlungsmöglichkeiten (ATC-Code D11AX18) kein Auslangen gefunden wurde bzw. diese nicht geeignet sind. Diagnose und Verordnung durch DermatologInnen.		12 St(2) *1 ED = 0,25 g*	59,35

D06BB12 Sinekatechine

Trockenextrakt aus Grünteeblättern 0,1/g

RE1	**Veregen 10 % Salbe** Bei Versagen von Alternativen im Grünen Bereich zur Behandlung von Condylomata acuminata bei Erwachsenen.		15 g	54,55

D06BX Andere Chemotherapeutika
D06BX03 Tirbanibulin

Tirbanibulin 0,01/g

RE1	**Klisyri 10 mg/g Salbe** Bei Erwachsenen mit nicht-hyperkeratotischen, nicht-hypertrophen aktinischen Keratosen im Gesicht oder Kopfbereich mit einer Fläche von kleiner oder gleich 25 cm2 nach dermatologischer Abklärung, wenn eine Kryotherapie oder operative Entfernung kontraindiziert oder nicht möglich ist und mit anderen topischen Behandlungsmöglichkeiten (D11AX18-Diclofenac) kein Auslangen gefunden wurde bzw. diese nicht geeignet sind. Diagnose und Verordnung durch DermatologInnen. Cave: Grundsätzlich können Veränderungen im Erscheinungsbild der aktinischen Keratose auf eine Progression zu invasivem Plattenepithelkarzinom hindeuten. Eine für aktinische Keratose klinisch atypische Läsion oder ein Verdacht auf eine maligne Erkrankung sollten entsprechend abgeklärt werden. Ein kausaler Zusammenhang zwischen der Anwendung von Tirbanibulin und dem Auftreten maligner Erkrankungen ist nicht nachgewiesen, es sind derzeit jedoch keine Langzeitsicherheitsdaten zur Beurteilung eines eventuellen Sicherheitsrisikos verfügbar. Die Aufnahme ist befristet und endet mit 31.12.2026.		5 St	76,60

	Bezeichnung	T	OP	KVP in €

D08 ANTISEPTIKA UND DESINFEKTIONSMITTEL
D08A ANTISEPTIKA UND DESINFEKTIONSMITTEL
D08AJ Quartäre Ammonium-Verbindungen
D08AJ57 Octenidin, Kombinationen

Octenidin 0,001, 2-Phenoxyethanol 0,02/ml

RE2 L12	**Octenisept Lsg. zur Wund- u. Schleimhautdesinfektion** Eine Kostenübernahme ist nur möglich zur Selbstkatheterisierung (z.B. bei Patienten mit Querschnittlähmung).		250 ml 500 ml	8,55 12,70

D09 MEDIZINISCHE VERBÄNDE
D09A MEDIZINISCHE VERBÄNDE
D09AA Medizinische Verbände mit Antiinfektiva
D09AA09 Povidon-Iod

Povidon-Iod 0,3

RE1	**Betaisodona Wundgaze** Eine Kostenübernahme ist nur möglich bei Versagen von Therapiealternativen (Darreichungsformen) des Grünen Bereiches.		10 St *10 x 10 cm*	16,70

D11 ANDERE DERMATIKA
D11A ANDERE DERMATIKA
D11AH Mittel zur Behandlung der Dermatitis, exkl. Corticosteroide
D11AH04 Alitretinoin

Alitretinoin 0,01

RE2	**Alitretan 10 mg Kaps.** Bei Erwachsenen mit schwerem chronischen Handekzem, das überwiegend hyperkeratotische Eigenschaften aufweist und auf eine Lokaltherapie (z.B. Behandlung mit potenten topischen Corticosteroiden) nicht anspricht. Eine Schwangerschaft ist unbedingt auszuschließen (siehe dazu Fachinformation Punkt 4.4). Diagnosestellung, Therapieeinleitung und regelmäßige Kontrollen durch DermatologInnen mit Erfahrung in der Anwendung von systemischen Retinoiden. Je nach Ansprechen dauert ein Behandlungszyklus mit Alitretinoin normalerweise 12 bis 24 Wochen. Bei PatientInnen, die nach den ersten 12 Wochen kein oder nur geringes Ansprechen zeigen, sollte ein Abbruch der Therapie in Betracht gezogen werden.		30 St	216,85
RE1	**Toctino 10 mg Weichkaps.** Bei Erwachsenen mit schwerem chronischen Handekzem, das überwiegend hyperkeratotische Eigenschaften aufweist und auf eine Lokaltherapie (z.B. Behandlung mit potenten topischen Corticosteroiden) nicht anspricht. Eine Schwangerschaft ist unbedingt auszuschließen (siehe dazu Fachinformation Punkt 4.4). Diagnosestellung, Therapieeinleitung und regelmäßige Kontrollen durch DermatologInnen mit Erfahrung in der Anwendung von systemischen Retinoiden. Je nach Ansprechen dauert ein Behandlungszyklus mit Alitretinoin normalerweise 12 bis 24 Wochen. Bei PatientInnen, die nach den ersten 12 Wochen kein oder nur geringes Ansprechen zeigen, sollte ein Abbruch der Therapie in Betracht gezogen werden.		30 St	360,95

Alitretinoin 0,03

RE2	**Alitretan 30 mg Kaps.** Bei Erwachsenen mit schwerem chronischen Handekzem, das überwiegend hyperkeratotische Eigenschaften aufweist und auf eine Lokaltherapie (z.B. Behandlung mit potenten topischen Corticosteroiden) nicht anspricht. Eine Schwangerschaft ist unbedingt auszuschließen (siehe dazu Fachinformation Punkt 4.4). Diagnosestellung, Therapieeinleitung und regelmäßige Kontrollen durch DermatologInnen mit Erfahrung in der Anwendung von systemischen Retinoiden. Je nach Ansprechen dauert ein Behandlungszyklus mit Alitretinoin normalerweise 12 bis 24 Wochen. Bei PatientInnen, die nach den ersten 12 Wochen kein oder nur geringes Ansprechen zeigen, sollte ein Abbruch der Therapie in Betracht gezogen werden.		30 St	216,85

	Bezeichnung	T	OP	KVP in €
RE1	**Toctino 30 mg Weichkaps.** Bei Erwachsenen mit schwerem chronischen Handekzem, das überwiegend hyperkeratotische Eigenschaften aufweist und auf eine Lokaltherapie (z.B. Behandlung mit potenten topischen Corticosteroiden) nicht anspricht. Eine Schwangerschaft ist unbedingt auszuschließen (siehe dazu Fachinformation Punkt 4.4). Diagnosestellung, Therapieeinleitung und regelmäßige Kontrollen durch DermatologInnen mit Erfahrung in der Anwendung von systemischen Retinoiden. Je nach Ansprechen dauert ein Behandlungszyklus mit Alitretinoin normalerweise 12 bis 24 Wochen. Bei PatientInnen, die nach den ersten 12 Wochen kein oder nur geringes Ansprechen zeigen, sollte ein Abbruch der Therapie in Betracht gezogen werden.		30 St	360,95

	Bezeichnung	T	OP	KVP in €

D11AH05 Dupilumab

Dupilumab 0,2

RE1 L6	**Dupixent 200 mg Inj.lsg. Fertigpen** (PM) - Bei Kindern von 6 Monaten bis 11 Jahre mit schwerer atopischer Dermatitis mit persistierendem Ekzem nach Ausschöpfung intensivierter Lokaltherapie. Bei Jugendlichen ab 12 Jahren mit einem Körpergewicht kleiner 60 kg mit schwerer atopischer Dermatitis mit persistierendem Ekzem nach Ausschöpfung intensivierter Lokaltherapie und Versagen, Unverträglichkeit oder Kontraindikation immunmodulierender systemischer Therapie (ausgenommen Corticosteroide). Erstverordnung, Dokumentation und Kontrolle alle 6 Monate durch ein dermatologisches Zentrum oder durch DermatologInnen mit ausgewiesener Expertise in der Behandlung der atopischen Dermatitis. Die Therapie ist nur fortzuführen, wenn innerhalb der ersten 6 Monate eine Verbesserung des IGA (Investigator Global Assessment) um mindestens 2 Punkte erzielt werden kann. - Als Zusatztherapie bei PatientInnen ab 6 Jahren mit schwerem refraktärem Asthma mit Typ-2-Inflammation, gekennzeichnet durch eine erhöhte Anzahl der Eosinophilen im Blut (größer/gleich 300 Zellen/Mikroliter) und/oder eine erhöhte exhalierte Stickstoffmonoxid-Fraktion (FeNO größer/gleich 50 ppb) UND • wenn trotz täglicher Therapie mit maximal hoch dosierten inhalativen Corticosteroiden und einem lang wirkenden inhalativen Beta2-Agonisten und/oder Leukotrienrezeptor-Antagonisten in den letzten 12 Monaten UND • wenn trotz wiederholter Therapie mit systemischen Corticosteroiden (vier oder mehr Behandlungsepisoden in den letzten 12 Monaten) vier oder mehr schwere Asthma-Exazerbationen in den letzten 12 Monaten auftraten, die entweder die Gabe oder eine deutliche Dosissteigerung von systemischen Corticosteroiden über mehr als drei Tage erforderten ODER mindestens eine schwerwiegende Exazerbation mit stationärer Spitalsbehandlung in den letzten 12 Monaten auftrat. Nicht in Kombination mit anderen monoklonalen Antikörpern zur Behandlung des schweren Asthmas. Diagnose, Ersteinstellung und Weiterverordnung durch PulmologInnen oder PädiaterInnen mit dem Additivfach pulmologische Pädiatrie. Überprüfung der Wirksamkeit und Dokumentation alle 6 Monate anhand der Anzahl an schweren und schwerwiegenden Asthma-Exazerbationen (Definition siehe oben) in den letzten 12 Monaten. Die Therapie ist nur fortzuführen bei einer Reduktion der Häufigkeit an Asthma-Exazerbationen ODER bei einer gleichbleibenden Häufigkeit an Asthma-Exazerbationen in Verbindung mit einer deutlichen Dosisreduktion systemischer Corticosteroide im Vergleich zur Ausgangsdosis. - Bei Erwachsenen und Jugendlichen ab 12 Jahren sowie bei Kindern von 1-11 Jahren mit einem Körpergewicht größer/gleich 15 kg mit schwerer aktiver eosinophiler Ösophagitis (EoE) seit mindestens 6 Monaten UND wenn nach einer topischen Corticosteroid-Therapie des Ösophagus (ausgenommen PatientInnen mit Kontraindikation) über mindestens 3 Monate • mindestens 15 eosinophile Granulozyten pro hochauflösendem Gesichtsfeld (0,345 mm2) in mindestens einer Biopsie vorhanden sind UND • bei Erwachsenen und Jugendlichen ab 12 Jahren 8 oder mehr Dysphagieepisoden innerhalb der letzten 4 Wochen bzw. bei Kindern von 1-11 Jahren Symptome einer EoE auf Basis eines validierten Symptom-Scores vorliegen. Erstverordnung, Dokumentation und Kontrolle alle 6 Monate durch GastroenterologInnen. Die Therapie ist nur fortzuführen, wenn innerhalb der ersten 6 Monate eine histologische Remission (kleiner/gleich 6 eosinophile Granulozyten pro hochauflösendem Gesichtsfeld) eingetreten ist. Dupilumab eignet sich für eine chef(kontroll)ärztliche Langzeitbewilligung für 6 Monate (L6).		2 St	1.112,75

	Bezeichnung	T	OP	KVP in €
RE1 L6	**Dupixent 200 mg Inj.lsg. Fertigspr.** (PM) - Bei Kindern von 6 Monaten bis 11 Jahre mit schwerer atopischer Dermatitis mit persistierendem Ekzem nach Ausschöpfung intensivierter Lokaltherapie. Bei Jugendlichen ab 12 Jahren mit einem Körpergewicht kleiner 60 kg mit schwerer atopischer Dermatitis mit persistierendem Ekzem nach Ausschöpfung intensivierter Lokaltherapie und Versagen, Unverträglichkeit oder Kontraindikation immunmodulierender systemischer Therapie (ausgenommen Corticosteroide). Erstverordnung, Dokumentation und Kontrolle alle 6 Monate durch ein dermatologisches Zentrum oder durch DermatologInnen mit ausgewiesener Expertise in der Behandlung der atopischen Dermatitis. Die Therapie ist nur fortzuführen, wenn innerhalb der ersten 6 Monate eine Verbesserung des IGA (Investigator Global Assessment) um mindestens 2 Punkte erzielt werden kann. - Als Zusatztherapie bei PatientInnen ab 6 Jahren mit schwerem refraktärem Asthma mit Typ-2-Inflammation, gekennzeichnet durch eine erhöhte Anzahl der Eosinophilen im Blut (größer/gleich 300 Zellen/Mikroliter) und/oder eine erhöhte exhalierte Stickstoffmonoxid-Fraktion (FeNO größer/gleich 50 ppb) UND • wenn trotz täglicher Therapie mit maximal hoch dosierten inhalativen Corticosteroiden und einem lang wirkenden inhalativen Beta2-Agonisten und/oder Leukotrienrezeptor-Antagonisten in den letzten 12 Monaten UND • wenn trotz wiederholter Therapie mit systemischen Corticosteroiden (vier oder mehr Behandlungsepisoden in den letzten 12 Monaten) vier oder mehr schwere Asthma-Exazerbationen in den letzten 12 Monaten auftraten, die entweder die Gabe oder eine deutliche Dosissteigerung von systemischen Corticosteroiden über mehr als drei Tage erforderten ODER mindestens eine schwerwiegende Exazerbation mit stationärer Spitalsbehandlung in den letzten 12 Monaten auftrat. Nicht in Kombination mit anderen monoklonalen Antikörpern zur Behandlung des schweren Asthmas. Diagnose, Ersteinstellung und Weiterverordnung durch PulmologInnen oder PädiaterInnen mit dem Additivfach pulmologische Pädiatrie. Überprüfung der Wirksamkeit und Dokumentation alle 6 Monate anhand der Anzahl an schweren und schwerwiegenden Asthma-Exazerbationen (Definition siehe oben) in den letzten 12 Monaten. Die Therapie ist nur fortzuführen bei einer Reduktion der Häufigkeit an Asthma-Exazerbationen ODER bei einer gleichbleibenden Häufigkeit an Asthma-Exazerbationen in Verbindung mit einer deutlichen Dosisreduktion systemischer Corticosteroide im Vergleich zur Ausgangsdosis. - Bei Erwachsenen und Jugendlichen ab 12 Jahren sowie bei Kindern von 1-11 Jahren mit einem Körpergewicht größer/gleich 15 kg mit schwerer aktiver eosinophiler Ösophagitis (EoE) seit mindestens 6 Monaten UND wenn nach einer topischen Corticosteroid-Therapie des Ösophagus (ausgenommen PatientInnen mit Kontraindikation) über mindestens 3 Monate • mindestens 15 eosinophile Granulozyten pro hochauflösendem Gesichtsfeld (0,345 mm2) in mindestens einer Biopsie vorhanden sind UND • bei Erwachsenen und Jugendlichen ab 12 Jahren 8 oder mehr Dysphagieepisoden innerhalb der letzten 4 Wochen bzw. bei Kindern von 1-11 Jahren Symptome einer EoE auf Basis eines validierten Symptom-Scores vorliegen. Erstverordnung, Dokumentation und Kontrolle alle 6 Monate durch GastroenterologInnen. Die Therapie ist nur fortzuführen, wenn innerhalb der ersten 6 Monate eine histologische Remission (kleiner/gleich 6 eosinophile Granulozyten pro hochauflösendem Gesichtsfeld) eingetreten ist. Dupilumab eignet sich für eine chef(kontroll)ärztliche Langzeitbewilligung für 6 Monate (L6).		2 St	1.112,75

	Bezeichnung	T	OP	KVP in €
Dupilumab 0,3				
RE1 L6	**Dupixent 300 mg Inj.lsg. Fertigpen** Ⓟ Ⓜ - Bei Kindern von 6 Monaten bis 11 Jahre mit schwerer atopischer Dermatitis mit persistierendem Ekzem nach Ausschöpfung intensivierter Lokaltherapie. Bei Jugendlichen ab 12 Jahren mit einem Körpergewicht größer/gleich 60 kg und Erwachsenen mit schwerer atopischer Dermatitis mit persistierendem Ekzem nach Ausschöpfung intensivierter Lokaltherapie und Versagen, Unverträglichkeit oder Kontraindikation immunmodulierender systemischer Therapie (ausgenommen Corticosteroide). Erstverordnung, Dokumentation und Kontrolle alle 6 Monate durch ein dermatologisches Zentrum oder durch DermatologInnen mit ausgewiesener Expertise in der Behandlung der atopischen Dermatitis. Die Therapie ist nur fortzuführen, wenn innerhalb der ersten 6 Monate eine Verbesserung des IGA (Investigator Global Assessment) um mindestens 2 Punkte erzielt werden kann. - Als Zusatztherapie zu intranasalen Corticosteroiden bei Erwachsenen mit schwerer rezidivierender chronischer Rhinosinusitis mit Nasenpolypen (CRSwNP) nach chirurgischer Behandlung UND Versagen, Unverträglichkeit oder Kontraindikation systemischer Corticosteroide. Erstverordnung, Dokumentation und Kontrolle alle 6 Monate durch FachärztInnen für Hals, Nasen und Ohrenheilkunde mit ausgewiesener Expertise in der Behandlung der CRSwNP. Die Therapie ist nur fortzuführen, wenn innerhalb der ersten 6 Monate eine Verbesserung des NPS (Nasenpolypenscores) um mindestens 2 Punkte erzielt werden kann. - Als Zusatztherapie bei PatientInnen ab 6 Jahren mit schwerem refraktärem Asthma mit Typ-2-Inflammation, gekennzeichnet durch eine erhöhte Anzahl der Eosinophilen im Blut (größer/gleich 300 Zellen/Mikroliter) und/oder eine erhöhte exhalierte Stickstoffmonoxid-Fraktion (FeNO größer/gleich 50 ppb) UND • wenn trotz täglicher Therapie mit maximal hoch dosierten inhalativen Corticosteroiden und einem lang wirkenden inhalativen Beta2-Agonisten und/oder Leukotrienrezeptor-Antagonisten in den letzten 12 Monaten UND • wenn trotz wiederholter Therapie mit systemischen Corticosteroiden (vier oder mehr Behandlungsepisoden in den letzten 12 Monaten) vier oder mehr schwere Asthma-Exazerbationen in den letzten 12 Monaten auftraten, die entweder die Gabe oder eine deutliche Dosissteigerung von systemischen Corticosteroiden über mehr als drei Tage erforderten ODER mindestens eine schwerwiegende Exazerbation mit stationärer Spitalsbehandlung in den letzten 12 Monaten auftrat. Nicht in Kombination mit anderen monoklonalen Antikörpern zur Behandlung des schweren Asthmas. Diagnose, Ersteinstellung und Weiterverordnung durch PulmologInnen oder PädiaterInnen mit dem Additivfach pulmologische Pädiatrie. Überprüfung der Wirksamkeit und Dokumentation alle 6 Monate anhand der Anzahl an schweren und schwerwiegenden Asthma-Exazerbationen (Definition siehe oben) in den letzten 12 Monaten. Die Therapie ist nur fortzuführen bei einer Reduktion der Häufigkeit an Asthma-Exazerbationen ODER bei einer gleichbleibenden Häufigkeit an Asthma-Exazerbationen in Verbindung mit einer deutlichen Dosisreduktion systemischer Corticosteroide im Vergleich zur Ausgangsdosis. - Bei Erwachsenen mit schwerer Prurigo nodularis seit mindestens 6 Monaten mit chronischem Juckreiz (Worst Itching Intensity Numerical Rating Scale [WI-NRS] größer/gleich 7) und Anzeichen für ein anhaltendes Kratzverhalten nach Ausschöpfung intensivierter Lokaltherapie inklusive Phototherapie. Erstverordnung, Dokumentation und Kontrolle alle 6 Monate durch ein dermatologisches Zentrum oder durch DermatologInnen mit ausgewiesener Expertise in der Behandlung der Prurigo nodularis. Die Therapie ist nur fortzuführen, wenn innerhalb der ersten 6 Monate eine Verbesserung des Juckreizes WI-NRS um mindestens 4 Punkte und/oder eine Verbesserung des IGA (Investigator Global Assessment) PN-S um mindestens 2 Punkte erzielt werden. - Bei Erwachsenen und Jugendlichen ab 12 Jahren sowie bei Kindern von 1-11 Jahren mit einem Körpergewicht größer/gleich 15 kg mit schwerer aktiver eosinophiler Ösophagitis (EoE) seit mindestens 6 Monaten UND wenn nach einer topischen Corticosteroid-Therapie des Ösophagus (ausgenommen PatientInnen mit Kontraindikation) über mindestens 3 Monate • mindestens 15 eosinophile Granulozyten pro hochauflösendem		2 St	1.112,75

	Bezeichnung	T	OP	KVP in €
	Gesichtsfeld (0,345 mm2) in mindestens einer Biopsie vorhanden sind UND • bei Erwachsenen und Jugendlichen ab 12 Jahren 8 oder mehr Dysphagieepisoden innerhalb der letzten 4 Wochen bzw. bei Kindern von 1-11 Jahren Symptome einer EoE auf Basis eines validierten Symptom-Scores vorliegen. Erstverordnung, Dokumentation und Kontrolle alle 6 Monate durch GastroenterologInnen. Die Therapie ist nur fortzuführen, wenn innerhalb der ersten 6 Monate eine histologische Remission (kleiner/gleich 6 eosinophile Granulozyten pro hochauflösendem Gesichtsfeld) eingetreten ist. Dupilumab eignet sich für eine chef(kontroll)ärztliche Langzeitbewilligung für 6 Monate (L6).			

	Bezeichnung	T	OP	KVP in €
RE1 L6	**Dupixent 300 mg Inj.lsg. Fertigspr.** (PM) - Bei Kindern von 6 Monaten bis 11 Jahre mit schwerer atopischer Dermatitis mit persistierendem Ekzem nach Ausschöpfung intensivierter Lokaltherapie. Bei Jugendlichen ab 12 Jahren mit einem Körpergewicht größer/gleich 60 kg und Erwachsenen mit schwerer atopischer Dermatitis mit persistierendem Ekzem nach Ausschöpfung intensivierter Lokaltherapie und Versagen, Unverträglichkeit oder Kontraindikation immunmodulierender systemischer Therapie (ausgenommen Corticosteroide). Erstverordnung, Dokumentation und Kontrolle alle 6 Monate durch ein dermatologisches Zentrum oder durch DermatologInnen mit ausgewiesener Expertise in der Behandlung der atopischen Dermatitis. Die Therapie ist nur fortzuführen, wenn innerhalb der ersten 6 Monate eine Verbesserung des IGA (Investigator Global Assessment) um mindestens 2 Punkte erzielt werden kann. - Als Zusatztherapie zu intranasalen Corticosteroiden bei Erwachsenen mit schwerer rezidivierender chronischer Rhinosinusitis mit Nasenpolypen (CRSwNP) nach chirurgischer Behandlung UND Versagen, Unverträglichkeit oder Kontraindikation systemischer Corticosteroide. Erstverordnung, Dokumentation und Kontrolle alle 6 Monate durch FachärztInnen für Hals, Nasen und Ohrenheilkunde mit ausgewiesener Expertise in der Behandlung der CRSwNP. Die Therapie ist nur fortzuführen, wenn innerhalb der ersten 6 Monate eine Verbesserung des NPS (Nasenpolypenscores) um mindestens 2 Punkte erzielt werden kann. - Als Zusatztherapie bei PatientInnen ab 6 Jahren mit schwerem refraktärem Asthma mit Typ-2-Inflammation, gekennzeichnet durch eine erhöhte Anzahl der Eosinophilen im Blut (größer/gleich 300 Zellen/Mikroliter) und/oder eine erhöhte exhalierte Stickstoffmonoxid-Fraktion (FeNO größer/gleich 50 ppb) UND • wenn trotz täglicher Therapie mit maximal hoch dosierten inhalativen Corticosteroiden und einem lang wirkenden inhalativen Beta2-Agonisten und/oder Leukotrienrezeptor-Antagonisten in den letzten 12 Monaten UND • wenn trotz wiederholter Therapie mit systemischen Corticosteroiden (vier oder mehr Behandlungsepisoden in den letzten 12 Monaten) vier oder mehr schwere Asthma-Exazerbationen in den letzten 12 Monaten auftraten, die entweder die Gabe oder eine deutliche Dosissteigerung von systemischen Corticosteroiden über mehr als drei Tage erforderten ODER mindestens eine schwerwiegende Exazerbation mit stationärer Spitalsbehandlung in den letzten 12 Monaten auftrat. Nicht in Kombination mit anderen monoklonalen Antikörpern zur Behandlung des schweren Asthmas. Diagnose, Ersteinstellung und Weiterverordnung durch PulmologInnen oder PädiaterInnen mit dem Additivfach pulmologische Pädiatrie. Überprüfung der Wirksamkeit und Dokumentation alle 6 Monate anhand der Anzahl an schweren und schwerwiegenden Asthma-Exazerbationen (Definition siehe oben) in den letzten 12 Monaten. Die Therapie ist nur fortzuführen bei einer Reduktion der Häufigkeit an Asthma-Exazerbationen ODER bei einer gleichbleibenden Häufigkeit an Asthma-Exazerbationen in Verbindung mit einer deutlichen Dosisreduktion systemischer Corticosteroide im Vergleich zur Ausgangsdosis. - Bei Erwachsenen mit schwerer Prurigo nodularis seit mindestens 6 Monaten mit chronischem Juckreiz (Worst Itching Intensity Numerical Rating Scale [WI-NRS] größer/gleich 7) und Anzeichen für ein anhaltendes Kratzverhalten nach Ausschöpfung intensivierter Lokaltherapie inklusive Phototherapie. Erstverordnung, Dokumentation und Kontrolle alle 6 Monate durch ein dermatologisches Zentrum oder durch DermatologInnen mit ausgewiesener Expertise in der Behandlung der Prurigo nodularis. Die Therapie ist nur fortzuführen, wenn innerhalb der ersten 6 Monate eine Verbesserung des Juckreizes WI-NRS um mindestens 4 Punkte und/oder eine Verbesserung des IGA (Investigator Global Assessment) PN-S um mindestens 2 Punkte erzielt werden. - Bei Erwachsenen und Jugendlichen ab 12 Jahren sowie bei Kindern von 1-11 Jahren mit einem Körpergewicht größer/gleich 15 kg mit schwerer aktiver eosinophiler Ösophagitis (EoE) seit mindestens 6 Monaten UND wenn nach einer topischen Corticosteroid-Therapie des Ösophagus (ausgenommen PatientInnen mit Kontraindikation) über mindestens 3 Monate • mindestens 15 eosinophile Granulozyten pro hochauflösendem Gesichtsfeld (0,345 mm2) in mindestens einer Biopsie vorhanden sind		2 St	1.112,75

UND
- bei Erwachsenen und Jugendlichen ab 12 Jahren 8 oder mehr Dysphagieepisoden innerhalb der letzten 4 Wochen bzw. bei Kindern von 1-11 Jahren Symptome einer EoE auf Basis eines validierten Symptom-Scores vorliegen.

Erstverordnung, Dokumentation und Kontrolle alle 6 Monate durch GastroenterologInnen.
Die Therapie ist nur fortzuführen, wenn innerhalb der ersten 6 Monate eine histologische Remission (kleiner/gleich 6 eosinophile Granulozyten pro hochauflösendem Gesichtsfeld) eingetreten ist.

Dupilumab eignet sich für eine chef(kontroll)ärztliche Langzeitbewilligung für 6 Monate (L6).

D11AH08 Abrocitinib

Abrocitinib 0,05

RE2	**Cibinqo 50 mg Filmtabl.** (PM) Bei Erwachsenen mit schwerer atopischer Dermatitis mit persistierendem Ekzem nach Ausschöpfung intensivierter Lokaltherapie. Erstverordnung, Dokumentation und Kontrolle alle 6 Monate durch ein dermatologisches Zentrum oder durch DermatologInnen mit ausgewiesener Expertise in der Behandlung der atopischen Dermatitis. Die Behandlung mit Abrocitinib darf nur bei PatientInnen fortgeführt werden, die innerhalb von 12-16 Behandlungswochen auf die Therapie ansprechen.	28 St	985,55

Abrocitinib 0,1

RE2	**Cibinqo 100 mg Filmtabl.** (PM) Bei Erwachsenen mit schwerer atopischer Dermatitis mit persistierendem Ekzem nach Ausschöpfung intensivierter Lokaltherapie. Erstverordnung, Dokumentation und Kontrolle alle 6 Monate durch ein dermatologisches Zentrum oder durch DermatologInnen mit ausgewiesener Expertise in der Behandlung der atopischen Dermatitis. Die Behandlung mit Abrocitinib darf nur bei PatientInnen fortgeführt werden, die innerhalb von 12-16 Behandlungswochen auf die Therapie ansprechen.	28 St	1.015,95

Abrocitinib 0,2

RE2	**Cibinqo 200 mg Filmtabl.** (PM) Bei Erwachsenen mit schwerer atopischer Dermatitis mit persistierendem Ekzem nach Ausschöpfung intensivierter Lokaltherapie. Erstverordnung, Dokumentation und Kontrolle alle 6 Monate durch ein dermatologisches Zentrum oder durch DermatologInnen mit ausgewiesener Expertise in der Behandlung der atopischen Dermatitis. Die Behandlung mit Abrocitinib darf nur bei PatientInnen fortgeführt werden, die innerhalb von 12-16 Behandlungswochen auf die Therapie ansprechen.	28 St	1.078,00

D11AH10 Lebrikizumab

Lebrikizumab 0,25

RE1 L6	**Ebglyss 250 mg Inj.lsg. Fertigpen** (PM) Bei Erwachsenen und Jugendlichen ab 12 Jahren mit einem Körpergewicht größer/gleich 40 kg mit schwerer atopischer Dermatitis mit persistierendem Ekzem nach Ausschöpfung intensivierter Lokaltherapie und Versagen, Unverträglichkeit oder Kontraindikation immunmodulierender systemischer Therapie (ausgenommen Corticosteroide). Erstverordnung, Dokumentation und Kontrolle alle 6 Monate durch ein dermatologisches Zentrum oder durch DermatologInnen mit ausgewiesener Expertise in der Behandlung der atopischen Dermatitis. Die Therapie ist nur fortzuführen, wenn innerhalb der ersten 6 Monate eine Verbesserung des IGA (Investigator Global Assessment) um mindestens 2 Punkte erzielt werden kann. Lebrikizumab eignet sich für eine chef(kontroll)ärztliche Langzeitbewilligung für 6 Monate (L6).	1 St 2 St	1.085,75 1.951,40

	Bezeichnung	T	OP	KVP in €
RE1 L6	**Ebglyss 250 mg Inj.lsg. Fertigspr.** (PM) Bei Erwachsenen und Jugendlichen ab 12 Jahren mit einem Körpergewicht größer/gleich 40 kg mit schwerer atopischer Dermatitis mit persistierendem Ekzem nach Ausschöpfung intensivierter Lokaltherapie und Versagen, Unverträglichkeit oder Kontraindikation immunmodulierender systemischer Therapie (ausgenommen Corticosteroide). Erstverordnung, Dokumentation und Kontrolle alle 6 Monate durch ein dermatologisches Zentrum oder durch DermatologInnen mit ausgewiesener Expertise in der Behandlung der atopischen Dermatitis. Die Therapie ist nur fortzuführen, wenn innerhalb der ersten 6 Monate eine Verbesserung des IGA (Investigator Global Assessment) um mindestens 2 Punkte erzielt werden kann. Lebrikizumab eignet sich für eine chef(kontroll)ärztliche Langzeitbewilligung für 6 Monate (L6).		1 St 2 St	1.085,75 1.951,40

D11AX Andere Dermatika
D11AX23 Kalium Aminobenzoat

Kalium-4-aminobenzoat 3,0/ED

RE2	**Potaba "Glenwood" 3 g Plv.** Induratio penis plastica. Erstverordnung und regelmäßige Kontrolle durch Fachärzte für Urologie.		40 St	39,40

G UROGENITALSYSTEM UND SEXUALHORMONE
G03 SEXUALHORMONE UND MODULATOREN DES GENITALSYSTEMS
G03B ANDROGENE
G03BA 3-Oxoandrosten-4-Derivate
G03BA03 Testosteron

Testosteron 0,023/ED

RE1	**Testavan 20 mg/g transdermales Gel** Bei Hypogonadismus mit entsprechender klinischer Symptomatik und nachgewiesenem erniedrigten Testosteronspiegel, für den eine Testosteronsubstitution indiziert ist bei - Klinefelter-Syndrom - Zustand nach bilateraler Orchiektomie oder Trauma - kongenitalem Anorchismus Für seltene andere Formen des primären und sekundären Hypogonadismus durch angeborene oder erworbene Erkrankungen ist die Kostenübernahme im ausführlich begründeten Einzelfall bei Diagnosestellung und Verlaufskontrollen durch ein Zentrum möglich. Keine Kostenübernahme bei PADAM (partielles Androgendefizit des alternden Mannes). Androgene können die Entwicklung eines subklinischen Prostatakarzinoms und einer benignen Prostatahyperplasie beschleunigen.		85,5 g *56 Hb*	43,90

Testosteron 0,05/ED

RE1	**Testogel 50 mg Gel Btl.** - Bei Hypogonadismus mit entsprechender klinischer Symptomatik und nachgewiesenem erniedrigten Testosteronspiegel, für den eine Testosteronsubstitution indiziert ist bei • Klinefelter-Syndrom • Zustand nach bilateraler Orchiektomie oder Trauma • kongenitalem Anorchismus. - Für seltene andere Formen des primären und sekundären Hypogonadismus durch angeborene oder erworbene Erkrankungen ist die Kostenübernahme im ausführlich begründeten Einzelfall bei Diagnosestellung und Verlaufskontrollen durch ein Zentrum möglich. - Keine Kostenübernahme bei PADAM (partielles Androgendefizit des alternden Mannes). - Androgene können die Entwicklung eines subklinischen Prostatakrebses und einer benignen Prostatahyperplasie beschleunigen.		30 St *1 ED = 5 g*	53,90

	Bezeichnung	T	OP	KVP in €
Testosteron 1,0				
RE1	**Testomed 1.000 mg/4 ml Inj.lsg.** - Bei Hypogonadismus mit entsprechender klinischer Symptomatik und nachgewiesenem erniedrigten Testosteronspiegel, für den eine Testosteronsubstitution indiziert ist bei • Klinefelter Syndrom • Zustand nach bilateraler Orchiektomie oder Trauma • kongenitalem Anorchismus. - Für seltene andere Formen des primären und sekundären Hypogonadismus durch angeborene oder erworbene Erkrankungen ist die Kostenübernahme im ausführlich begründeten Einzelfall bei Diagnosestellung und Verlaufskontrollen durch ein Zentrum möglich. - Keine Kostenübernahme bei PADAM (partielles Androgendefizit des alternden Mannes). - Androgene können die Entwicklung eines subklinischen Prostatakrebses und einer benignen Prostatahyperplasie beschleunigen.		1 St	45,90
RE1	**Testosteron "EVER Pharma" 1.000 mg/4 ml Inj.lsg.** - Bei Hypogonadismus mit entsprechender klinischer Symptomatik und nachgewiesenem erniedrigten Testosteronspiegel, für den eine Testosteronsubstitution indiziert ist bei • Klinefelter Syndrom • Zustand nach bilateraler Orchiektomie oder Trauma • kongenitalem Anorchismus. - Für seltene andere Formen des primären und sekundären Hypogonadismus durch angeborene oder erworbene Erkrankungen ist die Kostenübernahme im ausführlich begründeten Einzelfall bei Diagnosestellung und Verlaufskontrollen durch ein Zentrum möglich. - Keine Kostenübernahme bei PADAM (partielles Androgendefizit des alternden Mannes). - Androgene können die Entwicklung eines subklinischen Prostatakrebses und einer benignen Prostatahyperplasie beschleunigen.		1 St	45,90
RE1	**Testosteron "ratiopharm" 1.000 mg/4 ml Inj.lsg.** - Bei Hypogonadismus mit entsprechender klinischer Symptomatik und nachgewiesenem erniedrigten Testosteronspiegel, für den eine Testosteronsubstitution indiziert ist bei • Klinefelter-Syndrom • Zustand nach bilateraler Orchiektomie oder Trauma • kongenitalem Anorchismus. - Für seltene andere Formen des primären und sekundären Hypogonadismus durch angeborene oder erworbene Erkrankungen ist die Kostenübernahme im ausführlich begründeten Einzelfall bei Diagnosestellung und Verlaufskontrollen durch ein Zentrum möglich. - Keine Kostenübernahme bei PADAM (partielles Androgendefizit des alternden Mannes). - Androgene können die Entwicklung eines subklinischen Prostatakrebses und einer benignen Prostatahyperplasie beschleunigen.		1 St	45,90

G03C ESTROGENE
G03CX Andere Estrogene
G03CX01 Tibolon

Tibolon 0,0025

RE1 L6	**Liviel Tabl.** Eine Kostenübernahme ist möglich zur Behandlung des schweren klimakterischen Syndroms, wenn unter Behandlung mit frei verschreibbaren Präparaten Metrorrhagien auftreten. Ein geringeres Risiko unter einer Therapie mit Liviel (im Vergleich zu kassenfreien Präparaten) an einem Mammakarzinom zu erkranken ist durch Studien nicht belegt.		28 St	17,05

G03G GONADOTROPINE UND ANDERE OVULATIONSAUSLÖSER
G03GA Gonadotropine
G03GA02 Humanes menopausales Gonadotropin

HMG entspr. FSH 75 IE, LH 75 IE

RE1	**Menopur 75 IE/75 IE Plv. und Lsgm. zur Herst. einer Inj.lsg.** Eine Kostenübernahme ist möglich in Kombination mit HCG bei: - Sterilität der Frau bedingt durch hypogonadotrope Ovarialinsuffizienz zur Stimulation des Follikelwachstums. - Sterilität des Mannes bedingt durch hypogonadotropen Hypogonadismus zur Anregung der Spermatogenese. Nicht zur Unterstützung von Maßnahmen der assistierten Reproduktion.		5 St 10 St	158,20 263,75

	Bezeichnung	T	OP	KVP in €

G03GA04 Urofollitropin

Urofollitropin 75 IE

RE1	**Fostimon 75 IE/1 ml Plv. u. Lsgm. zur Herst. einer Inj.lsg.** Bei anovulatorischen Frauen zur Auslösung der Ovulation, die auf eine Behandlung mit Clomifencitrat nicht ansprechen. Nicht zur Unterstützung von Maßnahmen der assistierten Reproduktion.		10 St	221,15

G03GA05 Follitropin alfa

Follitropin alfa 300 IE

RE1	**Gonal-f 300 IE/0,48 ml Inj.lsg. Fertigpen** Bei anovulatorischen Frauen zur Auslösung der Ovulation, die auf eine Behandlung mit Clomifencitrat nicht ansprechen. Keine Kostenübernahme zur Unterstützung von Maßnahmen der assistierten Reproduktion.		1 St	105,90
RE1	**Ovaleap 300 IE/0,5 ml Inj.lsg.** Bei anovulatorischen Frauen zur Auslösung der Ovulation, die auf eine Behandlung mit Clomifencitrat nicht ansprechen. Keine Kostenübernahme zur Unterstützung von Maßnahmen der assistierten Reproduktion.		1 St	90,95

Follitropin alfa 450 IE

RE1	**Gonal-f 450 IE/0,72 ml Inj.lsg. Fertigpen** Bei anovulatorischen Frauen zur Auslösung der Ovulation, die auf eine Behandlung mit Clomifencitrat nicht ansprechen. Keine Kostenübernahme zur Unterstützung von Maßnahmen der assistierten Reproduktion.		1 St	147,25
RE1	**Ovaleap 450 IE/0,75 ml Inj.lsg.** Bei anovulatorischen Frauen zur Auslösung der Ovulation, die auf eine Behandlung mit Clomifencitrat nicht ansprechen. Keine Kostenübernahme zur Unterstützung von Maßnahmen der assistierten Reproduktion.		1 St	130,90

Follitropin alfa 900 IE

RE1	**Gonal-f 900 IE/1,44 ml Inj.lsg. Fertigpen** Bei anovulatorischen Frauen zur Auslösung der Ovulation, die auf eine Behandlung mit Clomifencitrat nicht ansprechen. Keine Kostenübernahme zur Unterstützung von Maßnahmen der assistierten Reproduktion.		1 St	269,95
RE1	**Ovaleap 900 IE/1,5 ml Inj.lsg.** Bei anovulatorischen Frauen zur Auslösung der Ovulation, die auf eine Behandlung mit Clomifencitrat nicht ansprechen. Keine Kostenübernahme zur Unterstützung von Maßnahmen der assistierten Reproduktion.		1 St	231,90

Follitropin alfa 1.050 IE

RE1	**Gonal-f 1050 IE Plv. u. Lsgm. zur Herst. einer Inj.lsg.** Eine Kostenübernahme ist möglich bei anovulatorischen Frauen zur Auslösung der Ovulation, die auf eine Behandlung mit Clomifencitrat nicht ansprechen. Nicht zur Unterstützung von Maßnahmen der assistierten Reproduktion.		1 St	436,95

G03GA06 Follitropin beta

Follitropin beta 300 IE

RE1	**Puregon 300 IE/0,36 ml Inj.lsg.** Eine Kostenübernahme ist möglich bei anovulatorischen Frauen zur Auslösung der Ovulation, die auf eine Behandlung mit Clomifencitrat nicht ansprechen. Nicht zur Unterstützung von Maßnahmen der assistierten Reproduktion.		1 St	141,60

Follitropin beta 600 IE

RE1	**Puregon 600 IE/0,72 ml Inj.lsg.** Eine Kostenübernahme ist möglich bei anovulatorischen Frauen zur Auslösung der Ovulation, die auf eine Behandlung mit Clomifencitrat nicht ansprechen. Nicht zur Unterstützung von Maßnahmen der assistierten Reproduktion.		1 St	257,15

	Bezeichnung	T	OP	KVP in €
	G03GA08 Choriongonadotropin alfa			
	Choriongonadotropin alfa 0,00025			
RE1	**Ovitrelle 250 mcg/0,5 ml Inj.lsg. in Fertigspr.** 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	45,90
	G03H ANTIANDROGENE **G03HB Antiandrogene und Estrogene** **G03HB01 Cyproteron und Estrogen**			
	Cyproteron 0,002, Ethinylestradiol 0,000035			
RE2 L6	**Midane Drag.** - Kostenübernahme nur nach Therapieempfehlung durch einen Facharzt für Dermatologie und Abklärung durch einen Gynäkologen. - Die Kostenübernahme erfolgt bei mittelschweren bis schweren Formen der Akne, wenn mit einer lokalen Behandlung nicht das Auslangen gefunden werden kann. - Eine Langzeitbewilligung für 6 Monate ist möglich.		21 St	4,95
	G04 UROLOGIKA **G04B UROLOGIKA** **G04BX Andere Urologika**			
	Immunaktive Fraktionen 0,006 aus 18 Stämmen von E. coli			
RE1	**Uro-Vaxom Kaps.** Bei PatientInnen mit diagnostisch gesicherten, unkomplizierten, chronisch-rekurrierenden Harnwegsinfekten, wenn mit therapeutischen Alternativen (antimikrobielle Prophylaxe) aus dem Grünen Bereich nachweislich nicht das Auslangen gefunden werden kann. Diagnosestellung und Therapieeinleitung durch FachärztInnen für Urologie oder Frauenheilkunde und Geburtshilfe.		30 St	26,85
	H SYSTEMISCHE HORMONPRÄPARATE, EXKL. SEXUALHORMONE UND INSULINE **H01 HYPOPHYSEN- UND HYPOTHALAMUSHORMONE UND ANALOGA** **H01A HYPOPHYSENVORDERLAPPENHORMONE UND ANALOGA** **H01AC Somatropin und Somatropin-Agonisten** **H01AC01 Somatropin**			
	Somatropin 0,0002			
RE1 L6	**Genotropin 0,2 mg MiniQuick Spritzamp.** Eine Kostenübernahme ist möglich: Kinder: Bei Minderwuchs durch unzureichende Wachstumshormonsekretion, Minderwuchs bei Turnersyndrom oder bei chronischer Niereninsuffizienz und bei Prader-Willi-Syndrom. Erwachsene: Bei schwerwiegendem Wachstumshormondefizit (definiert als Wachstumshormon-Peak im Insulintoleranztest von weniger als 3 ng/ml): - Fortsetzung der im Kindesalter begonnenen Behandlung nach Auslassversuch von zwei bis drei Monaten; nur bis zu einem Höchstausmaß der Erwachsenenknochenmasse im Alter von 25 bis 35 Jahren. - In Folge einer Erkrankung der hypothalamo-hypophysären Achse und wenn eine Ersatztherapie mit anderen Hypophysenhormonen, für die ein Mangel besteht, stattgefunden hat und weiterhin stattfindet. Diagnosestellung und regelmäßige Kontrollen in entsprechender Fachabteilung bzw. -ambulanz.		7 St	65,50

	Bezeichnung	T	OP	KVP in €
Somatropin 0,005				
RE1	**Norditropin FlexPro 5 mg/1,5 ml Inj.lsg. Fertigpen** Kinder: Bei Minderwuchs durch unzureichende Wachstumshormonsekretion, Minderwuchs bei Turnersyndrom oder bei chronischer Niereninsuffizienz. Erwachsene: Bei schwerwiegendem Wachstumshormondefizit (definiert als Wachstumshormon-Peak im Insulintoleranztest von weniger als 3 ng/ml): - Fortsetzung der im Kindesalter begonnenen Behandlung nach Auslassversuch von zwei bis drei Monaten; nur bis zu einem Höchstausmaß der Erwachsenenknochenmasse im Alter von 25 bis 35 Jahren. - In Folge einer Erkrankung der hypothalamo-hypophysären Achse und wenn eine Ersatztherapie mit anderen Hypophysenhormonen, für die ein Mangel besteht, stattgefunden hat und weiterhin stattfindet. Diagnosestellung und regelmäßige Kontrollen in entsprechender Fachabteilung bzw. -ambulanz.		1 St	212,75
RE1	**Omnitrope 5 mg/1,5 ml Inj.lsg.** Kinder: Bei Minderwuchs durch unzureichende Wachstumshormonsekretion, Minderwuchs bei Turnersyndrom oder bei chronischer Niereninsuffizienz Erwachsene: Bei schwerwiegendem Wachstumshormondefizit (definiert als Wachstumshormon-Peak im Insulintoleranztest von weniger als 3 ng/ml): - Fortsetzung der im Kindesalter begonnenen Behandlung nach Auslassversuch von zwei bis drei Monaten; nur bis zu einem Höchstausmaß der Erwachsenenknochenmasse im Alter von 25 bis 35 Jahren. - In Folge einer Erkrankung der hypothalamo-hypophysären Achse und wenn eine Ersatztherapie mit anderen Hypophysenhormonen, für die ein Mangel besteht, stattgefunden hat und weiterhin stattfindet. Diagnosestellung und regelmäßige Kontrollen in entsprechender Fachabteilung bzw. -ambulanz.		1 St 5 St	134,70 571,25
Somatropin 0,0053				
RE1 L6	**Genotropin 5,3 mg/ml KabiPen Zylinderamp.** Eine Kostenübernahme ist möglich: Kinder: Bei Minderwuchs durch unzureichende Wachstumshormonsekretion, Minderwuchs bei Turnersyndrom oder bei chronischer Niereninsuffizienz und bei Prader-Willi-Syndrom. Erwachsene: Bei schwerwiegendem Wachstumshormondefizit (definiert als Wachstumshormon-Peak im Insulintoleranztest von weniger als 3 ng/ml): - Fortsetzung der im Kindesalter begonnenen Behandlung nach Auslassversuch von zwei bis drei Monaten; nur bis zu einem Höchstausmaß der Erwachsenenknochenmasse im Alter von 25 bis 35 Jahren. - In Folge einer Erkrankung der hypothalamo-hypophysären Achse und wenn eine Ersatztherapie mit anderen Hypophysenhormonen, für die ein Mangel besteht, stattgefunden hat und weiterhin stattfindet. Diagnosestellung und regelmäßige Kontrollen in entsprechender Fachabteilung bzw. -ambulanz.		5 St	941,55

	Bezeichnung	T	OP	KVP in €
Somatropin 0,006				
RE1 L6	**Humatrope 18 IE (6 mg) Zylinderamp.** Eine Kostenübernahme ist möglich: Kinder: Bei Minderwuchs durch unzureichende Wachstumshormonsekretion, Minderwuchs bei Turnersyndrom oder bei chronischer Niereninsuffizienz und bei Prader-Willi-Syndrom. Erwachsene: Bei schwerwiegendem Wachstumshormondefizit (definiert als Wachstumshormon-Peak im Insulintoleranztest von weniger als 3 ng/ml): - Fortsetzung der im Kindesalter begonnenen Behandlung nach Auslassversuch von zwei bis drei Monaten; nur bis zu einem Höchstausmaß der Erwachsenenknochenmasse im Alter von 25 bis 35 Jahren. - In Folge einer Erkrankung der hypothalamo-hypophysären Achse und wenn eine Ersatztherapie mit anderen Hypophysenhormonen, für die ein Mangel besteht, stattgefunden hat und weiterhin stattfindet. Diagnosestellung und regelmäßige Kontrollen in entsprechender Fachabteilung bzw. -ambulanz.		1 St	220,00
RE1	**Saizen 5,83 mg/ml Inj.lsg.** Kinder: Bei Minderwuchs durch unzureichende Wachstumshormonsekretion, Minderwuchs bei Turnersyndrom oder bei chronischer Niereninsuffizienz. Erwachsene: Bei schwerwiegendem Wachstumshormondefizit (definiert als Wachstumshormon-Peak im Insulintoleranztest von weniger als 3 ng/ml): - Fortsetzung der im Kindesalter begonnenen Behandlung nach Auslassversuch von zwei bis drei Monaten; nur bis zu einem Höchstausmaß der Erwachsenenknochenmasse im Alter von 25 bis 35 Jahren. - In Folge einer Erkrankung der hypothalamo-hypophysären Achse und wenn eine Ersatztherapie mit anderen Hypophysenhormonen, für die ein Mangel besteht, stattgefunden hat und weiterhin stattfindet. Diagnosestellung und regelmäßige Kontrollen in entsprechender Fachabteilung bzw. -ambulanz.		1 St *1,03 ml*	186,20
Somatropin 0,008/ml				
RE1	**Saizen 8 mg/ml Inj.lsg.** Kinder: Bei Minderwuchs durch unzureichende Wachstumshormonsekretion, Minderwuchs bei Turnersyndrom oder bei chronischer Niereninsuffizienz. Erwachsene: Bei schwerwiegendem Wachstumshormondefizit (definiert als Wachstumshormon-Peak im Insulintoleranztest von weniger als 3 ng/ml): - Fortsetzung der im Kindesalter begonnenen Behandlung nach Auslassversuch von zwei bis drei Monaten; nur bis zu einem Höchstausmaß der Erwachsenenknochenmasse im Alter von 25 bis 35 Jahren. - In Folge einer Erkrankung der hypothalamo-hypophysären Achse und wenn eine Ersatztherapie mit anderen Hypophysenhormonen, für die ein Mangel besteht, stattgefunden hat und weiterhin stattfindet. Diagnosestellung und regelmäßige Kontrollen in entsprechender Fachabteilung bzw. -ambulanz.		1 St *1,5 ml* 1 St *2,5 ml*	353,85 564,95

	Bezeichnung	T	OP	KVP in €
Somatropin 0,01				
RE1	**Norditropin FlexPro 10 mg/1,5 ml Inj.lsg. Fertigpen** Kinder: Bei Minderwuchs durch unzureichende Wachstumshormonsekretion, Minderwuchs bei Turnersyndrom oder bei chronischer Niereninsuffizienz. Erwachsene: Bei schwerwiegendem Wachstumshormondefizit (definiert als Wachstumshormon-Peak im Insulintoleranztest von weniger als 3 ng/ml): - Fortsetzung der im Kindesalter begonnenen Behandlung nach Auslassversuch von zwei bis drei Monaten; nur bis zu einem Höchstausmaß der Erwachsenenknochenmasse im Alter von 25 bis 35 Jahren. - In Folge einer Erkrankung der hypothalamo-hypophysären Achse und wenn eine Ersatztherapie mit anderen Hypophysenhormonen, für die ein Mangel besteht, stattgefunden hat und weiterhin stattfindet. Diagnosestellung und regelmäßige Kontrollen in entsprechender Fachabteilung bzw. -ambulanz.		1 St	395,10
RE1	**Omnitrope 10 mg/1,5 ml Inj.lsg.** Kinder: Bei Minderwuchs durch unzureichende Wachstumshormonsekretion, Minderwuchs bei Turnersyndrom oder bei chronischer Niereninsuffizienz Erwachsene: Bei schwerwiegendem Wachstumshormondefizit (definiert als Wachstumshormon-Peak im Insulintoleranztest von weniger als 3 ng/ml): - Fortsetzung der im Kindesalter begonnenen Behandlung nach Auslassversuch von zwei bis drei Monaten; nur bis zu einem Höchstausmaß der Erwachsenenknochenmasse im Alter von 25 bis 35 Jahren. - In Folge einer Erkrankung der hypothalamo-hypophysären Achse und wenn eine Ersatztherapie mit anderen Hypophysenhormonen, für die ein Mangel besteht, stattgefunden hat und weiterhin stattfindet. Diagnosestellung und regelmäßige Kontrollen in entsprechender Fachabteilung bzw. -ambulanz.		1 St 5 St	238,65 1.117,80
Somatropin 0,012				
RE1 L6	**Genotropin 12 mg/ml KabiPen Zylinderamp.** Eine Kostenübernahme ist möglich: Kinder: Bei Minderwuchs durch unzureichende Wachstumshormonsekretion, Minderwuchs bei Turnersyndrom oder bei chronischer Niereninsuffizienz und bei Prader-Willi-Syndrom. Erwachsene: Bei schwerwiegendem Wachstumshormondefizit (definiert als Wachstumshormon-Peak im Insulintoleranztest von weniger als 3 ng/ml): - Fortsetzung der im Kindesalter begonnenen Behandlung nach Auslassversuch von zwei bis drei Monaten; nur bis zu einem Höchstausmaß der Erwachsenenknochenmasse im Alter von 25 bis 35 Jahren. - In Folge einer Erkrankung der hypothalamo-hypophysären Achse und wenn eine Ersatztherapie mit anderen Hypophysenhormonen, für die ein Mangel besteht, stattgefunden hat und weiterhin stattfindet. Diagnosestellung und regelmäßige Kontrollen in entsprechender Fachabteilung bzw. -ambulanz.		5 St	2.061,85
RE1 L6	**Humatrope 36 IE (12 mg) Zylinderamp.** Eine Kostenübernahme ist möglich: Kinder: Bei Minderwuchs durch unzureichende Wachstumshormonsekretion, Minderwuchs bei Turnersyndrom oder bei chronischer Niereninsuffizienz und bei Prader-Willi-Syndrom. Erwachsene: Bei schwerwiegendem Wachstumshormondefizit (definiert als Wachstumshormon-Peak im Insulintoleranztest von weniger als 3 ng/ml): - Fortsetzung der im Kindesalter begonnenen Behandlung nach Auslassversuch von zwei bis drei Monaten; nur bis zu einem Höchstausmaß der Erwachsenenknochenmasse im Alter von 25 bis 35 Jahren. - In Folge einer Erkrankung der hypothalamo-hypophysären Achse und wenn eine Ersatztherapie mit anderen Hypophysenhormonen, für die ein Mangel besteht, stattgefunden hat und weiterhin stattfindet. Diagnosestellung und regelmäßige Kontrollen in entsprechender Fachabteilung bzw. -ambulanz.		1 St	415,95

	Bezeichnung	T	OP	KVP in €
Somatropin 0,015				
RE1	**Norditropin FlexPro 15 mg/1,5 ml Inj.lsg. Fertigpen** Kinder: Bei Minderwuchs durch unzureichende Wachstumshormonsekretion, Minderwuchs bei Turnersyndrom oder bei chronischer Niereninsuffizienz. Erwachsene: Bei schwerwiegendem Wachstumshormondefizit (definiert als Wachstumshormon-Peak im Insulintoleranztest von weniger als 3 ng/ml): - Fortsetzung der im Kindesalter begonnenen Behandlung nach Auslassversuch von zwei bis drei Monaten; nur bis zu einem Höchstausmaß der Erwachsenenknochenmasse im Alter von 25 bis 35 Jahren. - In Folge einer Erkrankung der hypothalamo-hypophysären Achse und wenn eine Ersatztherapie mit anderen Hypophysenhormonen, für die ein Mangel besteht, stattgefunden hat und weiterhin stattfindet. Diagnosestellung und regelmäßige Kontrollen in entsprechender Fachabteilung bzw. -ambulanz.		1 St	580,35
RE1	**Omnitrope 15 mg/1,5 ml Inj.lsg.** Kinder: Bei Minderwuchs durch unzureichende Wachstumshormonsekretion, Minderwuchs bei Turnersyndrom oder bei chronischer Niereninsuffizienz Erwachsene: Bei schwerwiegendem Wachstumshormondefizit (definiert als Wachstumshormon-Peak im Insulintoleranztest von weniger als 3 ng/ml): - Fortsetzung der im Kindesalter begonnenen Behandlung nach Auslassversuch von zwei bis drei Monaten; nur bis zu einem Höchstausmaß der Erwachsenenknochenmasse im Alter von 25 bis 35 Jahren. - In Folge einer Erkrankung der hypothalamo-hypophysären Achse und wenn eine Ersatztherapie mit anderen Hypophysenhormonen, für die ein Mangel besteht, stattgefunden hat und weiterhin stattfindet. Diagnosestellung und regelmäßige Kontrollen in entsprechender Fachabteilung bzw. -ambulanz.		1 St 5 St	358,00 1.664,35
Somatropin 0,024				
RE1 L6	**Humatrope 72 IE (24 mg) Zylinderamp.** Eine Kostenübernahme ist möglich: Kinder: Bei Minderwuchs durch unzureichende Wachstumshormonsekretion, Minderwuchs bei Turnersyndrom oder bei chronischer Niereninsuffizienz und bei Prader-Willi-Syndrom. Erwachsene: Bei schwerwiegendem Wachstumshormondefizit (definiert als Wachstumshormon-Peak im Insulintoleranztest von weniger als 3 ng/ml): - Fortsetzung der im Kindesalter begonnenen Behandlung nach Auslassversuch von zwei bis drei Monaten; nur bis zu einem Höchstausmaß der Erwachsenenknochenmasse im Alter von 25 bis 35 Jahren. - In Folge einer Erkrankung der hypothalamo-hypophysären Achse und wenn eine Ersatztherapie mit anderen Hypophysenhormonen, für die ein Mangel besteht, stattgefunden hat und weiterhin stattfindet. Diagnosestellung und regelmäßige Kontrollen in entsprechender Fachabteilung bzw. -ambulanz.		1 St	849,10

	Bezeichnung	T	OP	KVP in €

H01AC03 Mecasermin

Mecasermin 0,01/ml

RE1 L6	**Increlex 10 mg/ml Inj.lsg.** Bei Wachstumsstörungen von Kindern und Jugendlichen mit schwerem primären Mangel an Insulin-like Growth Factor-1 (primärer IGF-1-Mangel). Schwerer primärer IGF-1-Mangel wird definiert durch: - Körpergrößen-SDS (standard deviation score) kleiner/gleich -3,0 und - basale IGF-1-Konzentration unterhalb der 2,5. Perzentile für Alter und Geschlecht und - Wachstumshormonsuffizienz. - Ausschluss der sekundären Formen des IGF-1-Mangels wie Unterernährung, Schilddrüsenunterfunktion oder chronische Behandlung mit pharmakologischen Dosen von anti-inflammatorischen Steroiden. Schwerer primärer IGF-1-Mangel umfasst PatientInnen mit Mutationen im GH-Rezeptor (GHR), mit Mutationen im Post-GHR-Signalweg und mit IGF-1-Gendefekten; sie haben keinen Wachstumshormonmangel, weshalb nicht zu erwarten ist, dass sie auf eine Behandlung mit exogen gegebenem Wachstumshormon ausreichend ansprechen. Eine Bestätigung der Diagnose durch einen IGF-1-Generationstest ist erforderlich. Nicht zum Ausgleich eines Wachstumshormonmangels. Bei PatientInnen, die nach einem Jahr auf die Behandlung nicht ansprechen, ist diese abzusetzen. Diagnosestellung, Therapieeinleitung und regelmäßige Kontrollen durch entsprechende Fachabteilung bzw. -ambulanz. Increlex eignet sich für eine chef(kontroll)ärztliche Langzeitbewilligung für 6 Monate (L6).		1 St *4 ml*	637,70

H01B HYPOPHYSENHINTERLAPPENHORMONE
H01BA Vasopressin und Analoga
H01BA02 Desmopressin

Desmopressin 0,00006

RE2	**Minirin Melt 60 mcg Lyophilisat zum Einnehmen** 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.		30 St 100 St	23,55 66,05
RE2	**Nocutil Melt 60 mcg Sublingualtabl.** Bei Kindern mit Enuresis nocturna ab dem vollendeten 5. Lebensjahr, nach Abklärung und Erstverordnung durch PädiaterInnen oder UrologInnen, strikte Einhaltung der einmaligen Medikation am Abend. In der Indikation Diabetes insipidus keine Kostenübernahme, ausgenommen in Einzelfällen - wenn eine nasale Anwendung des Wirkstoffes Desmopressin in Form eines Nasensprays nicht möglich ist (pathologischer Nasenbefund). Bei Nykturie ist ein klinisch relevanter PatientInnennutzen durch die derzeitige Datenlage nicht ausreichend belegt; darüber hinaus kann Desmopressin zu Veränderungen im Serum-Na-Spiegel führen.		30 St 100 St	15,20 47,15

Desmopressin 0,0001

RE2	**Nocutil 0,1 mg Tabl.** Zum Ausschleichen in der Indikation Enuresis nocturna ab dem vollendeten 5. Lebensjahr durch eine/n Facharzt/-ärztin für Kinderheilkunde oder eine/n Facharzt/-ärztin für Urologie, strikte Einhaltung der einmaligen Medikation am Abend. Keine Kostenübernahme in der Indikation Diabetes insipidus. Bei Nykturie ist ein klinisch relevanter PatientInnennutzen durch die derzeitige Datenlage nicht ausreichend belegt; darüber hinaus kann Desmopressin zu Veränderungen im Serum-Na-Spiegel führen.		30 St	23,60

	Bezeichnung	T	OP	KVP in €
Desmopressin 0,00012				
RE2	**Minirin Melt 120 mcg Lyophilisat zum Einnehmen** 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.		30 St 100 St	39,60 122,65
RE2	**Nocutil Melt 120 mcg Sublingualtabl.** Bei Kindern mit Enuresis nocturna ab dem vollendeten 5. Lebensjahr, nach Abklärung und Erstverordnung durch PädiaterInnen oder UrologInnen, strikte Einhaltung der einmaligen Medikation am Abend. In der Indikation Diabetes insipidus keine Kostenübernahme, ausgenommen in Einzelfällen - wenn eine nasale Anwendung des Wirkstoffes Desmopressin in Form eines Nasensprays nicht möglich ist (pathologischer Nasenbefund). Bei Nykturie ist ein klinisch relevanter PatientInnennutzen durch die derzeitige Datenlage nicht ausreichend belegt; darüber hinaus kann Desmopressin zu Veränderungen im Serum-Na-Spiegel führen.		30 St 100 St	28,65 87,40
Desmopressin 0,0002				
RE2	**Nocutil 0,2 mg Tabl.** 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.		15 St 60 St	23,60 84,05

H01C HYPOTHALAMUSHORMONE
H01CA Gonadotropin-Releasing-Hormone
H01CA01 Gonadorelin

Gonadorelin 0,0032				
RE2	**Lutrelef 3,2 mg Plv. und Lsgm. zur Herst. einer Inj.lsg.** Eine Kostenübernahme ist möglich in der Indikation: - Hypothalamische Amenorrhoe Grad 2, 3a, 3b - Idiopathischer hypothalamischer Hypogonadismus einschließlich Pubertas tarda		1 St	344,70

H01CB Somatostatin und Analoga
H01CB02 Octreotid

Octreotid 0,00005				
RE1	**Sandostatin 50 mcg/ml Inj.-/Inf.lsg.** Eine Kostenübernahme ist möglich: 1. Akromegalie bei Patienten, bei denen eine chirurgische Behandlung, eine Strahlentherapie oder eine Behandlung mit einem Dopamin-Agonisten keinen Erfolg zeigt, bzw. bei klinisch relevantem Beschwerdebild zur Überbrückung bis die Radiotherapie ihre volle Wirkung zeigt 2. Zur symptomatischen Behandlung von GEP-Tumoren insbesondere Karzinoide mit Merkmalen des Karzinoidsyndroms 3. Zur Notfallsbehandlung bei gastro-ösophagealen Blutungen.		5 St	39,60

	Bezeichnung	T	OP	KVP in €
Octreotid 0,0001				
RE1	**Sandostatin 100 mcg/ml Inj.-/Inf.lsg.** Eine Kostenübernahme ist möglich: 1. Akromegalie bei Patienten, bei denen eine chirurgische Behandlung, eine Strahlentherapie oder eine Behandlung mit einem Dopamin-Agonisten keinen Erfolg zeigt, bzw. bei klinisch relevantem Beschwerdebild zur Überbrückung bis die Radiotherapie ihre volle Wirkung zeigt 2. Zur symptomatischen Behandlung von GEP-Tumoren insbesondere Karzinoide mit Merkmalen des Karzinoidsyndroms 3. Zur Notfallsbehandlung bei gastro-ösophagealen Blutungen.		5 St	74,10
Octreotid 0,0005				
RE1	**Sandostatin 500 mcg/ml Inj.-/Inf.lsg.** Eine Kostenübernahme ist möglich: 1. Akromegalie bei Patienten, bei denen eine chirurgische Behandlung, eine Strahlentherapie oder eine Behandlung mit einem Dopamin-Agonisten keinen Erfolg zeigt, bzw. bei klinisch relevantem Beschwerdebild zur Überbrückung bis die Radiotherapie ihre volle Wirkung zeigt 2. Zur symptomatischen Behandlung von GEP-Tumoren insbesondere Karzinoide mit Merkmalen des Karzinoidsyndroms 3. Zur Notfallsbehandlung bei gastro-ösophagealen Blutungen.		5 St	282,30

H01CB03 Lanreotid

Lanreotid 0,06				
RE1	**Mytolac 60 mg Inj.lsg. Fertigspr.** 1. Akromegalie bei PatientInnen, bei denen eine chirurgische Behandlung, eine Strahlentherapie oder eine Behandlung mit einem Dopamin-Agonisten keinen Erfolg zeigt, bzw. bei klinisch relevantem Beschwerdebild zur Überbrückung bis die Radiotherapie ihre volle Wirkung zeigt. 2. Zur symptomatischen Behandlung bei Karzinoiden mit Merkmalen des Karzinoidsyndroms.		1 St	454,30
RE1	**Somatuline Autogel 60 mg Inj.lsg.** 1. Akromegalie bei Patienten, bei denen eine chirurgische Behandlung, eine Strahlentherapie oder eine Behandlung mit einem Dopamin-Agonisten keinen Erfolg zeigt, bzw. bei klinisch relevantem Beschwerdebild zur Überbrückung bis die Radiotherapie ihre volle Wirkung zeigt 2. Zur symptomatischen Behandlung bei Karzinoiden mit Merkmalen des Karzinoidsyndroms.		1 St	638,50
Lanreotid 0,09				
RE1	**Mytolac 90 mg Inj.lsg. Fertigspr.** 1. Akromegalie bei PatientInnen, bei denen eine chirurgische Behandlung, eine Strahlentherapie oder eine Behandlung mit einem Dopamin-Agonisten keinen Erfolg zeigt, bzw. bei klinisch relevantem Beschwerdebild zur Überbrückung bis die Radiotherapie ihre volle Wirkung zeigt. 2. Zur symptomatischen Behandlung bei Karzinoiden mit Merkmalen des Karzinoidsyndroms.		1 St	592,10
RE1	**Somatuline Autogel 90 mg Inj.lsg.** 1. Akromegalie bei Patienten, bei denen eine chirurgische Behandlung, eine Strahlentherapie oder eine Behandlung mit einem Dopamin-Agonisten keinen Erfolg zeigt, bzw. bei klinisch relevantem Beschwerdebild zur Überbrückung bis die Radiotherapie ihre volle Wirkung zeigt 2. Zur symptomatischen Behandlung bei Karzinoiden mit Merkmalen des Karzinoidsyndroms.		1 St	827,10
Lanreotid 0,12				
RE1	**Mytolac 120 mg Inj.lsg. Fertigspr.** 1. Akromegalie bei PatientInnen, bei denen eine chirurgische Behandlung, eine Strahlentherapie oder eine Behandlung mit einem Dopamin-Agonisten keinen Erfolg zeigt, bzw. bei klinisch relevantem Beschwerdebild zur Überbrückung bis die Radiotherapie ihre volle Wirkung zeigt. 2. Zur symptomatischen Behandlung bei Karzinoiden mit Merkmalen des Karzinoidsyndroms.		1 St	742,20

	Bezeichnung	T	OP	KVP in €
RE1	**Somatuline Autogel 120 mg Inj.lsg.** 1. Akromegalie bei Patienten, bei denen eine chirurgische Behandlung, eine Strahlentherapie oder eine Behandlung mit einem Dopamin-Agonisten keinen Erfolg zeigt, bzw. bei klinisch relevantem Beschwerdebild zur Überbrückung bis die Radiotherapie ihre volle Wirkung zeigt 2. Zur symptomatischen Behandlung bei Karzinoiden mit Merkmalen des Karzinoidsyndroms.		1 St	1.049,70

H04 PANKREASHORMONE
H04A GLYKOGENOLYTISCHE HORMONE
H04AA Glykogenolytische Hormone
H04AA01 Glucagon

Glucagon 0,003

RE2	**Baqsimi 3 mg Nasenplv. Einzeldosis** Zur Behandlung von schwerer Hypoglykämie bei Erwachsenen, Jugendlichen und Kindern ab 4 Jahren mit insulinpflichtigem Diabetes mellitus. Die Aufnahme in den EKO ist befristet und endet mit 31.7.2028.		1 St	76,80

H05 CALCIUMHOMÖOSTASE
H05A NEBENSCHILDDRÜSENHORMONE UND ANALOGA
H05AA Nebenschilddrüsenhormone und Analoga
H05AA02 Teriparatid

Teriparatid 20 mcg/ED

RE1 L6	**Forsteo 20 mcg/0,08 ml Inj.lsg. Fertigpen** PatientInnen mit progredienter Knochenbruchkrankheit (postmenopausale Osteoporose, Osteoporose bei Männern, Glucocorticoid-induzierte Osteoporose), wenn trotz adäquat geführter, mehr als zwei Jahre währender, antiresorptiver Therapie Wirbelkörperfrakturen auftreten. Erstverordnung durch Osteoporose-Ambulanz. Die maximale Therapiedauer beträgt 24 Monate. Teriparatid eignet sich für eine chef(kontroll)ärztliche Langzeitbewilligung für 6 Monate (L6). Eine antiresorptive Anschlussbehandlung ist erforderlich.		1 St *2,4 ml (28 ED)*	187,85
RE2 L6	**Movymia 20 mcg/0,08 ml Inj.lsg.** PatientInnen mit progredienter Knochenbruchkrankheit (postmenopausale Osteoporose, Osteoporose bei Männern, Glucocorticoid-induzierte Osteoporose), wenn trotz adäquat geführter, mehr als zwei Jahre währender, antiresorptiver Therapie Wirbelkörperfrakturen auftreten. Erstverordnung durch Osteoporose-Ambulanz. Die maximale Therapiedauer beträgt 24 Monate. Teriparatid eignet sich für eine chef(kontroll)ärztliche Langzeitbewilligung für 6 Monate (L6). Eine antiresorptive Anschlussbehandlung ist erforderlich.		1 St *2,4 ml (28 ED)* 1 Pkg *2,4 ml (28 ED) + Pen*	154,40 154,40
RE2 L6	**Sondelbay 20 mcg/0,08 ml Inj.lsg. Fertigpen** PatientInnen mit progredienter Knochenbruchkrankheit (postmenopausale Osteoporose, Osteoporose bei Männern, Glucocorticoid-induzierte Osteoporose), wenn trotz adäquat geführter, mehr als zwei Jahre währender, antiresorptiver Therapie Wirbelkörperfrakturen auftreten. Erstverordnung durch Osteoporose-Ambulanz. Die maximale Therapiedauer beträgt 24 Monate. Teriparatid eignet sich für eine chef(kontroll)ärztliche Langzeitbewilligung für 6 Monate (L6). Eine antiresorptive Anschlussbehandlung ist erforderlich.		1 St *2,4 ml (28 ED)*	154,50
RE2 L6	**Teriparatid "ratiopharm" 20 mcg/0,08 ml Inj.lsg. vorgefüllter Injektor** PatientInnen mit progredienter Knochenbruchkrankheit (postmenopausale Osteoporose, Osteoporose bei Männern, Glucocorticoid-induzierte Osteoporose), wenn trotz adäquat geführter, mehr als zwei Jahre währender, antiresorptiver Therapie Wirbelkörperfrakturen auftreten. Erstverordnung durch Osteoporose-Ambulanz. Die maximale Therapiedauer beträgt 24 Monate. Teriparatid eignet sich für eine chef(kontroll)ärztliche Langzeitbewilligung für 6 Monate (L6). Eine antiresorptive Anschlussbehandlung ist erforderlich.		1 St *2,4 ml (28 ED)*	154,60

	Bezeichnung	T	OP	KVP in €
RE2 L6	**Terrosa 20 mcg/0,08 ml Inj.lsg.** PatientInnen mit progredienter Knochenbruchkrankheit (postmenopausale Osteoporose, Osteoporose bei Männern, Glucocorticoid-induzierte Osteoporose), wenn trotz adäquat geführter, mehr als zwei Jahre währender, antiresorptiver Therapie Wirbelkörperfrakturen auftreten. Erstverordnung durch Osteoporose-Ambulanz. Die maximale Therapiedauer beträgt 24 Monate. Teriparatid eignet sich für eine chef(kontroll)ärztliche Langzeitbewilligung für 6 Monate (L6). Eine antiresorptive Anschlussbehandlung ist erforderlich.		1 St *2,4 ml (28 ED)* 1 Pkg *2,4 ml (28 ED)* *+ Pen*	154,40 154,40

J ANTIINFEKTIVA ZUR SYSTEMISCHEN ANWENDUNG
J01 ANTIBIOTIKA ZUR SYSTEMISCHEN ANWENDUNG
J01G AMINOGLYKOSID-ANTIBIOTIKA
J01GB Andere Aminoglykoside
J01GB01 Tobramycin

Tobramycin 0,028

RE2	**Tobi Podhaler 28 mg Hartkaps. Plv. zur Inh.** Bei Erwachsenen und Kindern ab sechs Jahren mit zystischer Fibrose in der Indikation chronische Infektion der Lunge mit Pseudomonas aeruginosa; Erstverordnung, Therapieeinstellung und regelmäßige Kontrollen durch entsprechende Zentren.		224 St	2.200,05

Tobramycin 0,3

RE2	**Tobi 300 mg/5 ml Lsg. für einen Vernebler** Bei Erwachsenen und Kindern ab sechs Jahren mit zystischer Fibrose in der Indikation chronische Infektion der Lunge mit Pseudomonas aeruginosa; Erstverordnung, Therapieeinstellung und regelmäßige Kontrollen durch entsprechende Zentren.		56 St	2.200,05

J01X ANDERE ANTIBIOTIKA
J01XX Andere Antibiotika
J01XX08 Linezolid

Linezolid 0,6

RE1	**Linezolid "1A Pharma" 600 mg Filmtabl.** Als Reserveantibiotikum bei Erwachsenen mit Linezolid-empfindlichen grampositiven Erregern, wenn eine Therapie mit kostengünstigeren Alternativen aus dem Grünen und Gelben Bereich des EKO nicht möglich ist. Die Indikationsstellung und Verordnung muss im intramuralen Bereich erfolgen, ein Keimnachweis ist vorzulegen.		10 St 20 St 30 St	212,25 394,20 579,00
RE1	**Linezolid "Accord" 600 mg Filmtabl.** Als Reserveantibiotikum bei Erwachsenen mit Linezolid-empfindlichen grampositiven Erregern, wenn eine Therapie mit kostengünstigeren Alternativen aus dem Grünen und Gelben Bereich des EKO nicht möglich ist. Die Indikationsstellung und Verordnung muss im intramuralen Bereich erfolgen, ein Keimnachweis ist vorzulegen.		10 St 20 St	212,25 394,20
RE1	**Linezolid "HCS" 600 mg Filmtabl.** Als Reserveantibiotikum bei Erwachsenen mit Linezolid-empfindlichen grampositiven Erregern, wenn eine Therapie mit kostengünstigeren Alternativen aus dem Grünen und Gelben Bereich des EKO nicht möglich ist. Die Indikationsstellung und Verordnung muss im intramuralen Bereich erfolgen, ein Keimnachweis ist vorzulegen.		10 St 20 St	212,35 396,10
RE1	**Linezolid "ratiopharm" 600 mg Filmtabl.** Als Reserveantibiotikum bei Erwachsenen mit Linezolid-empfindlichen grampositiven Erregern, wenn eine Therapie mit kostengünstigeren Alternativen aus dem Grünen und Gelben Bereich des EKO nicht möglich ist. Die Indikationsstellung und Verordnung muss im intramuralen Bereich erfolgen, ein Keimnachweis ist vorzulegen.		10 St 20 St	213,50 396,65

	Bezeichnung	T	OP	KVP in €
RE1	**Linezolid "Sandoz" 600 mg Filmtabl.** Als Reserveantibiotikum bei Erwachsenen mit Linezolid-empfindlichen grampositiven Erregern, wenn eine Therapie mit kostengünstigeren Alternativen aus dem Grünen und Gelben Bereich des EKO nicht möglich ist. Die Indikationsstellung und Verordnung muss im intramuralen Bereich erfolgen, ein Keimnachweis ist vorzulegen.		10 St 20 St	213,50 396,65
RE1	**Linezolid "Stada" 600 mg Filmtabl.** Als Reserveantibiotikum bei Erwachsenen mit Linezolid-empfindlichen grampositiven Erregern, wenn eine Therapie mit kostengünstigeren Alternativen aus dem Grünen und Gelben Bereich des EKO nicht möglich ist. Die Indikationsstellung und Verordnung muss im intramuralen Bereich erfolgen, ein Keimnachweis ist vorzulegen.		10 St 20 St	212,40 396,15
RE1	**Zyvoxid 600 mg Filmtabl.** Als Reserveantibiotikum bei Erwachsenen mit Linezolid-empfindlichen grampositiven Erregern, wenn eine Therapie mit kostengünstigeren Alternativen aus dem Grünen und Gelben Bereich des EKO nicht möglich ist. Die Indikationsstellung und Verordnung muss im intramuralen Bereich erfolgen, ein Keimnachweis ist vorzulegen.		10 St 20 St	245,90 475,20

J01XX11 Tedizolid

Tedizolid 0,2

RE1	**Sivextro 200 mg Filmtabl.** Als Reserveantibiotikum bei nachgewiesenen akuten bakteriellen Haut- und Weichgewebeinfektionen bei Erwachsenen mit Tedizolid-empfindlichen grampositiven Erregern, wenn eine Therapie mit kostengünstigeren Alternativen aus dem Grünen und Gelben Bereich des EKO nicht möglich ist. Nur im Anschluss an eine im stationären Bereich begonnene Therapie, ein Keimnachweis ist vorzulegen.		6 St	1.044,00

J02 ANTIMYKOTIKA ZUR SYSTEMISCHEN ANWENDUNG
J02A ANTIMYKOTIKA ZUR SYSTEMISCHEN ANWENDUNG
J02AC Triazol- und Tetrazol-Derivate
J02AC01 Fluconazol

Fluconazol 0,01/ml

RE2	**Diflucan 10 mg/ml Trockensaft** Eine Kostenübernahme ist möglich, wenn mit Darreichungsformen aus dem Grünen Bereich nachweislich nicht das Auslangen gefunden werden kann.		35 ml *1 ML = 5 ml*	31,70

Fluconazol 0,04/ml

RE2	**Diflucan 40 mg/ml Trockensaft** Eine Kostenübernahme ist möglich, wenn mit Darreichungsformen aus dem Grünen Bereich nachweislich nicht das Auslangen gefunden werden kann.		35 ml *1 ML = 5 ml*	104,60

J02AC03 Voriconazol

Voriconazol 0,05

RE1	**Vfend 50 mg Filmtabl.** Zur Behandlung folgender invasiver Pilzinfektionen - invasive Aspergillose - Candidämie bei nicht neutropenischen PatientInnen - Fluconazol-resistente, schwere invasive Candida-Infektionen - Scedosporium- und Fusarium-Infektionen Zur Prophylaxe invasiver Pilzinfektionen bei HochrisikopatientInnen mit allogener hämatopoetischer Stammzelltransplantation.		10 St	41,85
RE1	**Voriconazol "Accord" 50 mg Filmtabl.** Zur Behandlung folgender invasiver Pilzinfektionen - invasive Aspergillose - Candidämie bei nicht neutropenischen PatientInnen - Fluconazol-resistente, schwere invasive Candida-Infektionen - Scedosporium- und Fusarium-Infektionen Zur Prophylaxe invasiver Pilzinfektionen bei HochrisikopatientInnen mit allogener hämatopoetischer Stammzelltransplantation.		10 St	34,70

	Bezeichnung	T	OP	KVP in €
Voriconazol 0,1				
RE1	**Voriconazol "Aristo" 100 mg Filmtabl.** Zur Behandlung folgender invasiver Pilzinfektionen - invasive Aspergillose - Candidämie bei nicht neutropenischen PatientInnen - Fluconazol-resistente, schwere invasive Candida-Infektionen - Scedosporium- und Fusarium-Infektionen Zur Prophylaxe invasiver Pilzinfektionen bei HochrisikopatientInnen mit allogener hämatopoetischer Stammzelltransplantation.	T2 T2	10 St 30 St	79,00 171,00
Voriconazol 0,2				
RE1	**Vfend 200 mg Filmtabl.** Zur Behandlung folgender invasiver Pilzinfektionen - invasive Aspergillose - Candidämie bei nicht neutropenischen PatientInnen - Fluconazol-resistente, schwere invasive Candida-Infektionen - Scedosporium- und Fusarium-Infektionen Zur Prophylaxe invasiver Pilzinfektionen bei HochrisikopatientInnen mit allogener hämatopoetischer Stammzelltransplantation.		10 St 30 St	146,40 393,55
RE1	**Voriconazol "Accord" 200 mg Filmtabl.** Zur Behandlung folgender invasiver Pilzinfektionen - invasive Aspergillose - Candidämie bei nicht neutropenischen PatientInnen - Fluconazol-resistente, schwere invasive Candida-Infektionen - Scedosporium- und Fusarium-Infektionen Zur Prophylaxe invasiver Pilzinfektionen bei HochrisikopatientInnen mit allogener hämatopoetischer Stammzelltransplantation.		10 St 30 St	127,30 339,45
RE1	**Voriconazol "Aristo" 200 mg Filmtabl.** Zur Behandlung folgender invasiver Pilzinfektionen - invasive Aspergillose - Candidämie bei nicht neutropenischen PatientInnen - Fluconazol-resistente, schwere invasive Candida-Infektionen - Scedosporium- und Fusarium-Infektionen Zur Prophylaxe invasiver Pilzinfektionen bei HochrisikopatientInnen mit allogener hämatopoetischer Stammzelltransplantation.	T2 T2	10 St 30 St	123,00 323,75
RE1	**Voriconazol "ratiopharm" 200 mg Filmtabl.** Zur Behandlung folgender invasiver Pilzinfektionen - invasive Aspergillose - Candidämie bei nicht neutropenischen PatientInnen - Fluconazol-resistente, schwere invasive Candida-Infektionen - Scedosporium- und Fusarium-Infektionen Zur Prophylaxe invasiver Pilzinfektionen bei HochrisikopatientInnen mit allogener hämatopoetischer Stammzelltransplantation.		10 St 30 St	128,30 340,75
RE1	**Voriconazol "Sandoz" 200 mg Filmtabl.** Zur Behandlung folgender invasiver Pilzinfektionen - invasive Aspergillose - Candidämie bei nicht neutropenischen PatientInnen - Fluconazol-resistente, schwere invasive Candida-Infektionen - Scedosporium- und Fusarium-Infektionen Zur Prophylaxe invasiver Pilzinfektionen bei HochrisikopatientInnen mit allogener hämatopoetischer Stammzelltransplantation.		10 St 30 St	127,40 339,70

	Bezeichnung	T	OP	KVP in €

J02AC04 Posaconazol

Posaconazol 0,04/ml

RE1	**Noxafil 40 mg/ml Susp. zum Einnehmen** 1. Zur Behandlung folgender invasiver Pilzinfektionen: - Invasive Aspergillose bei erwachsenen PatientInnen, deren Erkrankung therapierefraktär gegenüber Amphotericin B, Itraconazol bzw. Voriconazol ist oder die eine Unverträglichkeit gegen diese Wirkstoffe haben, - Fusariose bei erwachsenen PatientInnen, deren Erkrankung therapierefraktär gegenüber Amphotericin B und Voriconazol ist oder die eine Unverträglichkeit gegen diese Wirkstoffe haben, - Chromoblastomykose und Myzetom bei erwachsenen PatientInnen, deren Erkrankung therapierefraktär gegenüber Itraconazol ist oder die eine Unverträglichkeit gegen diesen Wirkstoff haben, - Kokzidioidomykose bei erwachsenen PatientInnen, deren Erkrankung therapierefraktär gegenüber Amphotericin B, Itraconazol und Fluconazol ist oder die eine Unverträglichkeit gegen diese Wirkstoffe haben. 2. Zur Prophylaxe invasiver Pilzerkrankungen für - erwachsene PatientInnen, die eine Remissions-induzierende Chemotherapie bei akuter myeloischer Leukämie (AML) oder myelodysplastischen Syndromen (MDS) erhalten, die erwartungsgemäß zu einer längerfristigen Neutropenie führt, und bei denen ein hohes Risiko für die Entwicklung invasiver Aspergillosen besteht, - erwachsene EmpfängerInnen einer hämatopoetischen Stammzelltransplantation (HSCT), die eine Hochdosis-Immunsuppressions-Therapie bei einem Graft-versus-Host-Syndrom (GVHD) erhalten und bei denen ein hohes Risiko für die Entwicklung invasiver Aspergillosen besteht. Diagnosestellung, Erstverordnung und regelmäßige Kontrolle durch entsprechende Fachabteilung bzw. Zentrum, durch einen Arzt/eine Ärztin mit Erfahrung in der Behandlung von invasiven therapieresistenten Pilzinfektionen.		1 St *105 ml*	454,95
RE2	**Posaconazol "AHCL" 40 mg/ml Susp. zum Einnehmen** 1. Zur Behandlung folgender invasiver Pilzinfektionen: - Invasive Aspergillose bei Erwachsenen, deren Erkrankung therapierefraktär gegenüber Amphotericin B, Itraconazol bzw. Voriconazol ist oder die eine Unverträglichkeit gegen diese Wirkstoffe haben, - Fusariose bei Erwachsenen, deren Erkrankung therapierefraktär gegenüber Amphotericin B und Voriconazol ist oder die eine Unverträglichkeit gegen diese Wirkstoffe haben, - Chromoblastomykose und Myzetom bei Erwachsenen, deren Erkrankung therapierefraktär gegenüber Itraconazol ist oder die eine Unverträglichkeit gegen diesen Wirkstoff haben, - Kokzidioidomykose bei Erwachsenen, deren Erkrankung therapierefraktär gegenüber Amphotericin B, Itraconazol und Fluconazol ist oder die eine Unverträglichkeit gegen diese Wirkstoffe haben. 2. Zur Prophylaxe invasiver Pilzerkrankungen für - Erwachsene, die eine Remissions-induzierende Chemotherapie bei akuter myeloischer Leukämie (AML) oder myelodysplastischen Syndromen (MDS) erhalten, die erwartungsgemäß zu einer längerfristigen Neutropenie führt, und bei denen ein hohes Risiko für die Entwicklung invasiver Aspergillosen besteht, - erwachsene EmpfängerInnen einer hämatopoetischen Stammzelltransplantation (HSCT), die eine Hochdosis-Immunsuppressions-Therapie bei einem Graft-versus-Host-Syndrom (GVHD) erhalten und bei denen ein hohes Risiko für die Entwicklung invasiver Aspergillosen besteht. Diagnosestellung, Erstverordnung und regelmäßige Kontrolle durch entsprechende Fachabteilung bzw. Zentrum, durch einen Arzt/eine Ärztin mit Erfahrung in der Behandlung von invasiven therapieresistenten Pilzinfektionen.		105 ml	211,85

	Bezeichnung	T	OP	KVP in €
Posaconazol 0,1				
RE2	**Posaconazol "Accord" 100 mg magensaftresistente Tabl.** 1. Zur Behandlung folgender invasiver Pilzinfektionen: - Invasive Aspergillose bei Erwachsenen, deren Erkrankung therapierefraktär gegenüber Amphotericin B, Itraconazol bzw. Voriconazol ist oder die eine Unverträglichkeit gegen diese Wirkstoffe haben, - Fusariose bei Erwachsenen, deren Erkrankung therapierefraktär gegenüber Amphotericin B und Voriconazol ist oder die eine Unverträglichkeit gegen diese Wirkstoffe haben, - Chromoblastomykose und Myzetom bei Erwachsenen, deren Erkrankung therapierefraktär gegenüber Itraconazol ist oder die eine Unverträglichkeit gegen diesen Wirkstoff haben, - Kokzidioidomykose bei Erwachsenen, deren Erkrankung therapierefraktär gegenüber Amphotericin B, Itraconazol und Fluconazol ist oder die eine Unverträglichkeit gegen diese Wirkstoffe haben. 2. Zur Prophylaxe invasiver Pilzerkrankungen für - Erwachsene, die eine Remissions-induzierende Chemotherapie bei akuter myeloischer Leukämie (AML) oder myelodysplastischen Syndromen (MDS) erhalten, die erwartungsgemäß zu einer längerfristigen Neutropenie führt, und bei denen ein hohes Risiko für die Entwicklung invasiver Aspergillosen besteht, - erwachsene EmpfängerInnen einer hämatopoetischen Stammzelltransplantation (HSCT), die eine Hochdosis-Immunsuppressions-Therapie bei einem Graft-versus-Host-Syndrom (GVHD) erhalten und bei denen ein hohes Risiko für die Entwicklung invasiver Aspergillosen besteht. Diagnosestellung, Erstverordnung und regelmäßige Kontrolle durch entsprechende Fachabteilung bzw. Zentrum, durch einen Arzt/eine Ärztin mit Erfahrung in der Behandlung von invasiven therapieresistenten Pilzinfektionen.		24 St 96 St	171,00 602,60
RE2	**Posaconazol "ratiopharm" 100 mg magensaftresistente Tabl.** 1. Zur Behandlung folgender invasiver Pilzinfektionen: - Invasive Aspergillose bei Erwachsenen, deren Erkrankung therapierefraktär gegenüber Amphotericin B, Itraconazol bzw. Voriconazol ist oder die eine Unverträglichkeit gegen diese Wirkstoffe haben, - Fusariose bei Erwachsenen, deren Erkrankung therapierefraktär gegenüber Amphotericin B und Voriconazol ist oder die eine Unverträglichkeit gegen diese Wirkstoffe haben, - Chromoblastomykose und Myzetom bei Erwachsenen, deren Erkrankung therapierefraktär gegenüber Itraconazol ist oder die eine Unverträglichkeit gegen diesen Wirkstoff haben, - Kokzidioidomykose bei Erwachsenen, deren Erkrankung therapierefraktär gegenüber Amphotericin B, Itraconazol und Fluconazol ist oder die eine Unverträglichkeit gegen diese Wirkstoffe haben. 2. Zur Prophylaxe invasiver Pilzerkrankungen für - Erwachsene, die eine Remissions-induzierende Chemotherapie bei akuter myeloischer Leukämie (AML) oder myelodysplastischen Syndromen (MDS) erhalten, die erwartungsgemäß zu einer längerfristigen Neutropenie führt, und bei denen ein hohes Risiko für die Entwicklung invasiver Aspergillosen besteht, - erwachsene EmpfängerInnen einer hämatopoetischen Stammzelltransplantation (HSCT), die eine Hochdosis-Immunsuppressions-Therapie bei einem Graft-versus-Host-Syndrom (GVHD) erhalten und bei denen ein hohes Risiko für die Entwicklung invasiver Aspergillosen besteht. Diagnosestellung, Erstverordnung und regelmäßige Kontrolle durch entsprechende Fachabteilung bzw. Zentrum, durch einen Arzt/eine Ärztin mit Erfahrung in der Behandlung von invasiven therapieresistenten Pilzinfektionen.		24 St 96 St	171,00 602,60

	Bezeichnung	T	OP	KVP in €
RE2	**Posaconazol "Stada" 100 mg magensaftresistente Tabl.** 1. Zur Behandlung folgender invasiver Pilzinfektionen: - Invasive Aspergillose bei Erwachsenen, deren Erkrankung therapierefraktär gegenüber Amphotericin B, Itraconazol bzw. Voriconazol ist oder die eine Unverträglichkeit gegen diese Wirkstoffe haben, - Fusariose bei Erwachsenen, deren Erkrankung therapierefraktär gegenüber Amphotericin B und Voriconazol ist oder die eine Unverträglichkeit gegen diese Wirkstoffe haben, - Chromoblastomykose und Myzetom bei Erwachsenen, deren Erkrankung therapierefraktär gegenüber Itraconazol ist oder die eine Unverträglichkeit gegen diesen Wirkstoff haben, - Kokzidioidomykose bei Erwachsenen, deren Erkrankung therapierefraktär gegenüber Amphotericin B, Itraconazol und Fluconazol ist oder die eine Unverträglichkeit gegen diese Wirkstoffe haben. 2. Zur Prophylaxe invasiver Pilzerkrankungen für - Erwachsene, die eine Remissions-induzierende Chemotherapie bei akuter myeloischer Leukämie (AML) oder myelodysplastischen Syndromen (MDS) erhalten, die erwartungsgemäß zu einer längerfristigen Neutropenie führt, und bei denen ein hohes Risiko für die Entwicklung invasiver Aspergillosen besteht, - erwachsene EmpfängerInnen einer hämatopoetischen Stammzelltransplantation (HSCT), die eine Hochdosis-Immunsuppressions-Therapie bei einem Graft-versus-Host-Syndrom (GVHD) erhalten und bei denen ein hohes Risiko für die Entwicklung invasiver Aspergillosen besteht. Diagnosestellung, Erstverordnung und regelmäßige Kontrolle durch entsprechende Fachabteilung bzw. Zentrum, durch einen Arzt/eine Ärztin mit Erfahrung in der Behandlung von invasiven therapieresistenten Pilzinfektionen.		24 St 96 St	171,00 602,60

J04 MITTEL GEGEN MYKOBAKTERIEN
J04A MITTEL ZUR BEHANDLUNG DER TUBERKULOSE
J04AB Antibiotika
J04AB04 Rifabutin

Rifabutin 0,15

	Bezeichnung	T	OP	KVP in €
RE2	**Mycobutin 150 mg Kaps.** Eine Kostenübernahme ist möglich: - zur Prophylaxe von Infektionen durch Mycobacterium avium Komplex (MAC) bei Patienten mit fortgeschrittener HIV-Infektion; - zur Therapie von nicht tuberkulösen mycobakteriellen Erkrankungen (z.B. MAC und M. xenopi); - zur Kombinationsbehandlung bei Lungentuberkulose, wenn mit Therapiealternativen aus dem Grünen Bereich nachweislich nicht das Auslangen gefunden werden kann.		30 St	118,35

J05 ANTIVIRALE MITTEL ZUR SYSTEMISCHEN ANWENDUNG
J05A DIREKT WIRKENDE ANTIVIRALE MITTEL
J05AB Nukleoside und Nukleotide, exkl. Inhibitoren der Reversen Transkriptase
J05AB14 Valganciclovir

Valganciclovir 0,45

	Bezeichnung	T	OP	KVP in €
RE2	**Valganciclovir "+pharma" 450 mg Filmtabl.** Initial- und Erhaltungstherapie der Cytomegalievirus-Retinitis bei PatientInnen mit AIDS.Valganciclovir ist zur Prophylaxe (drei bis vier Monate) einer CMV-Erkrankung bei CMV-negativen PatientInnen angezeigt, die ein Organtransplantat von einem/einer CMV-positiven Spender/Spenderin erhalten haben.		60 St	569,85
RE2	**Valganciclovir "Accord" 450 mg Filmtabl.** Initial- und Erhaltungstherapie der Cytomegalievirus-Retinitis bei PatientInnen mit AIDS. Valganciclovir ist zur Prophylaxe (drei bis vier Monate) einer CMV-Erkrankung bei CMV-negativen PatientInnen angezeigt, die ein Organtransplantat von einem/einer CMV-positiven Spender/Spenderin erhalten haben.		60 St	579,90

	Bezeichnung	T	OP	KVP in €
RE2	**Valganciclovir "Bluefish" 450 mg Filmtabl.** Initial- und Erhaltungstherapie der Cytomegalievirus-Retinitis bei PatientInnen mit AIDS. Valganciclovir ist zur Prophylaxe (drei bis vier Monate) einer CMV-Erkrankung bei CMV-negativen PatientInnen angezeigt, die ein Organtransplantat von einem/einer CMV-positiven Spender/Spenderin erhalten haben.		60 St	569,95
RE2	**Valganciclovir "ratiopharm" 450 mg Filmtabl.** Initial- und Erhaltungstherapie der Cytomegalievirus-Retinitis bei PatientInnen mit AIDS. Valganciclovir ist zur Prophylaxe (drei bis vier Monate) einer CMV-Erkrankung bei CMV-negativen PatientInnen angezeigt, die ein Organtransplantat von einem/einer CMV-positiven Spender/Spenderin erhalten haben.		60 St	592,75
RE2	**Valganciclovir "Sandoz" 450 mg Filmtabl.** Initial- und Erhaltungstherapie der Cytomegalievirus-Retinitis bei PatientInnen mit AIDS. Valganciclovir ist zur Prophylaxe (drei bis vier Monate) einer CMV-Erkrankung bei CMV-negativen PatientInnen angezeigt, die ein Organtransplantat von einem/einer CMV-positiven Spender/Spenderin erhalten haben.		60 St	585,75
RE2	**Valganciclovir "Stada" 450 mg Filmtabl.** Initial- und Erhaltungstherapie der Cytomegalievirus-Retinitis bei PatientInnen mit AIDS. Valganciclovir ist zur Prophylaxe (drei bis vier Monate) einer CMV-Erkrankung bei CMV-negativen PatientInnen angezeigt, die ein Organtransplantat von einem/einer CMV-positiven Spender/Spenderin erhalten haben.		60 St	574,35

J05AE Proteasehemmer
J05AE03 Ritonavir

Ritonavir 0,1

RE2	**Norvir 100 mg Filmtabl.** In Kombination mit anderen antiretroviralen Arzneimitteln bei HIV-1-infizierten Erwachsenen und Kindern ab 2 Jahren. Therapieeinleitung und regelmäßige Kontrollen durch einen Arzt/eine Ärztin mit Erfahrung in der HIV-Behandlung.		30 St	33,05
RE2	**Ritonavir "Accord" 100 mg Filmtabl.** In Kombination mit anderen antiretroviralen Arzneimitteln bei HIV-1-infizierten Erwachsenen und Kindern ab 2 Jahren. Therapieeinleitung und regelmäßige Kontrollen durch einen Arzt/eine Ärztin mit Erfahrung in der HIV-Behandlung		30 St	24,15

J05AE08 Atazanavir

Atazanavir 0,2

RE2	**Reyataz 200 mg Hartkaps.** In Kombination mit anderen antiretroviralen Arzneimitteln bei HIV-1-infizierten Erwachsenen und Jugendlichen ab 16 Jahren, die bereits antiretroviral vorbehandelt sind. Die Therapieeinleitung und regelmäßige -kontrollen sind von einem Arzt, der Erfahrung in der Behandlung der HIV-Infektion besitzt, durchzuführen.		60 St	338,80

Atazanavir 0,3

RE2	**Reyataz 300 mg Hartkaps.** In Kombination mit anderen antiretroviralen Arzneimitteln bei HIV-1-infizierten Erwachsenen und Jugendlichen ab 16 Jahren. Die Therapieeinleitung und regelmäßige -kontrollen sind von einem Arzt/einer Ärztin, der/die Erfahrung in der Behandlung der HIV-Infektion besitzt, durchzuführen.		30 St	336,55

	Bezeichnung	T	OP	KVP in €

J05AE10 Darunavir

Darunavir 0,6

RE1	**Prezista 600 mg Filmtabl.** 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. Therapieeinleitung und regelmäßige Kontrollen durch einen Arzt/eine Ärztin mit Erfahrung in der HIV-Behandlung.		60 St	450,25

Darunavir 0,8

RE2	**Darunavir "ratiopharm" 800 mg Filmtabl.** In Kombination mit niedrig dosiertem Ritonavir und anderen antiretroviralen Arzneimitteln zur Behandlung von HIV-1-infizierten PatientInnen ab 3 Jahren (größer/gleich 40 kg) bei - antiretroviral nicht vorbehandelten PatientInnen - antiretroviral vorbehandelten PatientInnen, wenn diese keine Darunavir-Resistenz-assoziierten Mutationen aufweisen, und eine Viruslast von kleiner als 100.000 HIV-1-RNA-Kopien/ml sowie eine CD4-Zellzahl von größer/gleich 100 Mio. Zellen/l vorliegt. Therapieeinleitung und regelmäßige Kontrollen durch einen Arzt/eine Ärztin mit Erfahrung in der HIV-Behandlung.		30 St	176,05
RE2	**Prezista 800 mg Filmtabl.** In Kombination mit niedrig dosiertem Ritonavir und anderen antiretroviralen Arzneimitteln zur Behandlung von HIV-1-infizierten PatientInnen ab 3 Jahren (größer/gleich 40 kg) bei - antiretroviral nicht vorbehandelten PatientInnen - antiretroviral vorbehandelten PatientInnen, wenn diese keine Darunavir-Resistenz-assoziierten Mutationen aufweisen, und eine Viruslast von kleiner als 100.000 HIV-1-RNA-Kopien/ml sowie eine CD4-Zellzahl von größer/gleich 100 Mio. Zellen/l vorliegt. Therapieeinleitung und regelmäßige Kontrollen durch einen Arzt/eine Ärztin mit Erfahrung in der HIV-Behandlung.		30 St	176,05

J05AE30 Nirmatrelvir und Ritonavir

Nirmatrelvir 0,15 (4 Filmtabl.), Ritonavir 0,1 (2 Filmtabl.)/Tagesblister

RE2	**Paxlovid 150 mg + 100 mg Filmtabl.** (PM) Bei Erwachsenen mit durch Antigen- oder PCR-Test bestätigter symptomatischer COVID-19-Infektion, wenn ein erhöhtes Risiko besteht, einen schweren Verlauf zu entwickeln und wenn aufgrund zirkulierender Virusvarianten kein Verdacht auf eine Unwirksamkeit von Nirmatrelvir besteht. Die Risikofaktoren für einen schweren Verlauf sind unter www.sozialversicherung.at/erstattungskodex_risikofaktoren_covid-19 publiziert. Mögliche Wechselwirkungen mit anderen Arzneimitteln sind sorgfältig zu prüfen. Therapiebeginn innerhalb von höchstens 5 Tagen nach Symptombeginn.		30 St *5 Tagesblister*	949,40

J05AF Nukleosidale und nukleotidale Inhibitoren der Reversen Transkriptase

J05AF01 Zidovudin

Zidovudin 0,01/ml

RE2	**Retrovir 100 mg/10 ml Saft** In Kombination mit anderen antiretroviralen Arzneimitteln bei HIV-1-infizierten Kindern und Erwachsenen mit schwerwiegender Schluckstörung. Die Therapieeinleitung und regelmäßige -kontrollen sind von einem Arzt, der Erfahrung in der Behandlung der HIV-Infektion besitzt, durchzuführen.		200 ml	43,40

J05AF05 Lamivudin

Lamivudin 0,01/ml

RE2	**Epivir 10 mg/ml Lsg. zum Einnehmen** In Kombination mit anderen antiretroviralen Arzneimitteln bei HIV-1-infizierten Kindern und Erwachsenen mit schwerwiegender Schluckstörung. Die Therapieeinleitung und regelmäßige -kontrollen sind von einem Arzt, der Erfahrung in der Behandlung der HIV-Infektion besitzt, durchzuführen.		240 ml	39,60

	Bezeichnung	T	OP	KVP in €
Lamivudin 0,1				
RE2	**Zeffix 100 mg Filmtabl.** Bei Erwachsenen und Jugendlichen ab 16 Jahren in der Indikation chronische Hepatitis B mit kompensierter Lebererkrankung (mit nachgewiesener Virus-Replikation und histologischem Nachweis einer aktiven Leberentzündung und/oder Fibrose) oder dekompensierter Lebererkrankung. Die Indikationsstellung und Therapieüberwachung muss von einem Arzt mit Erfahrung in der Behandlung der Hepatitis B erfolgen. Regelmäßige Überwachung der ALT-Werte (alle drei Monate) und virologischer Parameter (alle sechs Monate). Die Therapie ist außer bei Patienten mit dekompensierter Lebererkrankung abzusetzen: - bei HBeAg-positiven Patienten bei HBeAg- oder HBsAg-Serokonversion oder bei Verlust der Wirksamkeit.		84 St	196,10
Lamivudin 0,15				
RE2	**Epivir 150 mg Filmtabl.** In Kombination mit anderen antiretroviralen Arzneimitteln bei HIV-1-infizierten Erwachsenen und Kindern. Die Therapieeinleitung und regelmäßige -kontrollen sind von einem Arzt/einer Ärztin, der/die Erfahrung in der Behandlung der HIV-Infektion besitzt, durchzuführen.	T2	60 St	119,20
Lamivudin 0,3				
RE2	**Epivir 300 mg Filmtabl.** In Kombination mit anderen antiretroviralen Arzneimitteln bei HIV-1-infizierten Erwachsenen und Kindern. Die Therapieeinleitung und regelmäßige -kontrollen sind von einem Arzt/einer Ärztin, der/die Erfahrung in der Behandlung der HIV-Infektion besitzt, durchzuführen.		30 St	119,20

J05AF06 Abacavir

Abacavir 0,02/ml				
RE2	**Ziagen 20 mg/ml Lsg. zum Einnehmen** In Kombination mit anderen antiretroviralen Arzneimitteln bei HIV-1-infizierten Kindern ab drei Monaten und Erwachsenen mit schwerwiegender Schluckstörung. Die Therapieeinleitung und regelmäßige -kontrollen sind von einem Arzt, der Erfahrung in der Behandlung der HIV-Infektion besitzt, durchzuführen.		240 ml	79,30
Abacavir 0,3				
RE2	**Ziagen 300 mg Filmtabl.** In Kombination mit anderen antiretroviralen Arzneimitteln bei HIV-1-infizierten Erwachsenen und Kindern ab drei Monaten. Die Therapieeinleitung und regelmäßige -kontrollen sind von einem Arzt, der Erfahrung in der Behandlung der HIV-Infektion besitzt, durchzuführen.	T2	60 St	243,70

	Bezeichnung	T	OP	KVP in €
	J05AF07 Tenofovir Disoproxil			
	Tenofovir Disoproxil 0,245			
RE2 L6	**Tenofovir "ratiopharm" 245 mg Filmtabl.** In Kombination mit anderen antiretroviralen Arzneimitteln bei - HIV-1-infizierten Erwachsenen - HIV-1-infizierten Jugendlichen ab 12 Jahren (größer/gleich 35 kg), wenn der Einsatz von First-line-Arzneimitteln aufgrund von NRTI-Resistenzen oder Unverträglichkeiten ausgeschlossen ist. Therapieeinleitung und regelmäßige Kontrollen durch einen Arzt/eine Ärztin mit Erfahrung in der HIV-Behandlung. Bei PatientInnen ab 12 Jahren (größer/gleich 35 kg) in der Indikation chronische Hepatitis B mit kompensierter Lebererkrankung mit nachgewiesener aktiver Virus-Replikation (mehr als 10.000 HBV-DNA-Kopien/ml oder 2.000 IU/ml), kontinuierlich erhöhten Serum-Alanin-Aminotransferase (ALT)-Werten sowie Nachweis einer aktiven Leberentzündung und/oder Fibrose. Indikationsstellung und Therapieüberwachung durch einen Arzt/eine Ärztin mit Erfahrung in der Behandlung der Hepatitis B. Regelmäßige Überwachung der ALT-Werte (alle 3 Monate) und virologischer Parameter (alle 6 Monate). Die Therapie ist abzusetzen: - bei HBeAg-positiven PatientInnen ohne Zirrhose: 6 bis 12 Monate nach HBeAg-Serokonversion oder bei HBsAg-Serokonversion oder Verlust der Wirksamkeit - bei HBeAg-negativen PatientInnen ohne Zirrhose: bei HBsAg-Serokonversion oder Verlust der Wirksamkeit. Tenofovir Disoproxil eignet sich für eine chef(kontroll)ärztliche Langzeitbewilligung für 6 Monate (L6).		30 St	147,05
RE2 L6	**Tenofovir "Sandoz" 245 mg Filmtabl.** In Kombination mit anderen antiretroviralen Arzneimitteln bei - HIV-1-infizierten Erwachsenen - HIV-1-infizierten Jugendlichen ab 12 Jahren (größer/gleich 35 kg), wenn der Einsatz von First-line-Arzneimitteln aufgrund von NRTI-Resistenzen oder Unverträglichkeiten ausgeschlossen ist. Therapieeinleitung und regelmäßige Kontrollen durch einen Arzt/eine Ärztin mit Erfahrung in der HIV-Behandlung. Bei PatientInnen ab 12 Jahren (größer/gleich 35 kg) in der Indikation chronische Hepatitis B mit kompensierter Lebererkrankung mit nachgewiesener aktiver Virus-Replikation (mehr als 10.000 HBV-DNA-Kopien/ml oder 2.000 IU/ml), kontinuierlich erhöhten Serum-Alanin-Aminotransferase (ALT)-Werten sowie Nachweis einer aktiven Leberentzündung und/oder Fibrose. Indikationsstellung und Therapieüberwachung durch einen Arzt/eine Ärztin mit Erfahrung in der Behandlung der Hepatitis B. Regelmäßige Überwachung der ALT-Werte (alle 3 Monate) und virologischer Parameter (alle 6 Monate). Die Therapie ist abzusetzen: - bei HBeAg-positiven PatientInnen ohne Zirrhose: 6 bis 12 Monate nach HBeAg-Serokonversion oder bei HBsAg-Serokonversion oder Verlust der Wirksamkeit - bei HBeAg-negativen PatientInnen ohne Zirrhose: bei HBsAg-Serokonversion oder Verlust der Wirksamkeit. Tenofovir Disoproxil eignet sich für eine chef(kontroll)ärztliche Langzeitbewilligung für 6 Monate (L6).		30 St	147,05

	Bezeichnung	T	OP	KVP in €
RE2 L6	**Tenofovir Disoproxil "Accordpharma" 245 mg Filmtabl.** In Kombination mit anderen antiretroviralen Arzneimitteln bei - HIV-1-infizierten Erwachsenen - HIV-1-infizierten Jugendlichen ab 12 Jahren (größer/gleich 35 kg), wenn der Einsatz von First-line-Arzneimitteln aufgrund von NRTI-Resistenzen oder Unverträglichkeiten ausgeschlossen ist. Therapieeinleitung und regelmäßige Kontrollen durch einen Arzt/eine Ärztin mit Erfahrung in der HIV-Behandlung. Bei PatientInnen ab 12 Jahren (größer/gleich 35 kg) in der Indikation chronische Hepatitis B mit kompensierter Lebererkrankung mit nachgewiesener aktiver Virus-Replikation (mehr als 10.000 HBV-DNA-Kopien/ml), kontinuierlich erhöhten Serum-Alanin-Aminotransferase (ALT)-Werten sowie Nachweis einer aktiven Leberentzündung und/oder Fibrose. Indikationsstellung und Therapieüberwachung durch einen Arzt/eine Ärztin mit Erfahrung in der Behandlung der Hepatitis B. Regelmäßige Überwachung der ALT-Werte (alle 3 Monate) und virologischer Parameter (alle 6 Monate). Die Therapie ist abzusetzen: - bei HBeAg-positiven PatientInnen ohne Zirrhose: 6 bis 12 Monate nach HBeAg-Serokonversion oder bei HBsAg-Serokonversion oder Verlust der Wirksamkeit - bei HBeAg-negativen PatientInnen ohne Zirrhose: bei HBsAg-Serokonversion oder Verlust der Wirksamkeit. Tenofovir Disoproxil eignet sich für eine chef(kontroll)ärztliche Langzeitbewilligung für 6 Monate (L6).		30 St	144,45
RE2 L6	**Tenofovirdisoproxil "Stada" 245 mg Filmtabl.** In Kombination mit anderen antiretroviralen Arzneimitteln bei - HIV-1-infizierten Erwachsenen - HIV-1-infizierten Jugendlichen ab 12 Jahren (größer/gleich 35 kg), wenn der Einsatz von First-line-Arzneimitteln aufgrund von NRTI-Resistenzen oder Unverträglichkeiten ausgeschlossen ist. Therapieeinleitung und regelmäßige Kontrollen durch einen Arzt/eine Ärztin mit Erfahrung in der HIV-Behandlung. Bei PatientInnen ab 12 Jahren (größer/gleich 35 kg) in der Indikation chronische Hepatitis B mit kompensierter Lebererkrankung mit nachgewiesener aktiver Virus-Replikation (mehr als 10.000 HBV-DNA-Kopien/ml oder 2.000 IU/ml), kontinuierlich erhöhten Serum-Alanin-Aminotransferase (ALT)-Werten sowie Nachweis einer aktiven Leberentzündung und/oder Fibrose. Indikationsstellung und Therapieüberwachung durch einen Arzt/eine Ärztin mit Erfahrung in der Behandlung der Hepatitis B. Regelmäßige Überwachung der ALT-Werte (alle 3 Monate) und virologischer Parameter (alle 6 Monate). Die Therapie ist abzusetzen: - bei HBeAg-positiven PatientInnen ohne Zirrhose: 6 bis 12 Monate nach HBeAg-Serokonversion oder bei HBsAg-Serokonversion oder Verlust der Wirksamkeit - bei HBeAg-negativen PatientInnen ohne Zirrhose: bei HBsAg-Serokonversion oder Verlust der Wirksamkeit. Tenofovir Disoproxil eignet sich für eine chef(kontroll)ärztliche Langzeitbewilligung für 6 Monate (L6).		30 St	144,60

	Bezeichnung	T	OP	KVP in €
RE2 L6	**Viread 245 mg Filmtabl.** In Kombination mit anderen antiretroviralen Arzneimitteln bei - HIV-1-infizierten Erwachsenen - HIV-1-infizierten Jugendlichen ab 12 Jahren (größer/gleich 35 kg), wenn der Einsatz von First-line-Arzneimitteln aufgrund von NRTI-Resistenzen oder Unverträglichkeiten ausgeschlossen ist. Therapieeinleitung und regelmäßige Kontrollen durch einen Arzt/eine Ärztin mit Erfahrung in der HIV-Behandlung. Bei PatientInnen ab 12 Jahren (größer/gleich 35 kg) in der Indikation chronische Hepatitis B mit kompensierter Lebererkrankung mit nachgewiesener aktiver Virus-Replikation (mehr als 10.000 HBV-DNA-Kopien/ml oder 2.000 IU/ml), kontinuierlich erhöhten Serum-Alanin-Aminotransferase (ALT)-Werten sowie Nachweis einer aktiven Leberentzündung und/oder Fibrose. Indikationsstellung und Therapieüberwachung durch einen Arzt/eine Ärztin mit Erfahrung in der Behandlung der Hepatitis B. Regelmäßige Überwachung der ALT-Werte (alle 3 Monate) und virologischer Parameter (alle 6 Monate). Die Therapie ist abzusetzen: - bei HBeAg-positiven PatientInnen ohne Zirrhose: 6 bis 12 Monate nach HBeAg-Serokonversion oder bei HBsAg-Serokonversion oder Verlust der Wirksamkeit - bei HBeAg-negativen PatientInnen ohne Zirrhose: bei HBsAg-Serokonversion oder Verlust der Wirksamkeit. Tenofovir Disoproxil eignet sich für eine chef(kontroll)ärztliche Langzeitbewilligung für 6 Monate (L6).		30 St	147,10

J05AF09 Emtricitabin

Emtricitabin 0,2

RE1	**Emtriva 200 mg Hartkaps.** In Kombination mit anderen antiretroviralen Arzneimitteln bei HIV-1-infizierten PatientInnen größer/gleich 33 kg Körpergewicht. Therapieeinleitung und regelmäßige Kontrollen durch einen Arzt/eine Ärztin mit Erfahrung in der HIV-Behandlung.		30 St	208,85

J05AF10 Entecavir

Entecavir 0,0005

RE2	**Baraclude 0,5 mg Filmtabl.** Bei Nukleosid-naiven Erwachsenen, Kindern und Jugendlichen (ab 33 kg) in der Indikation chronische Hepatitis B mit kompensierter Lebererkrankung und nachgewiesener aktiver Virus-Replikation (mehr als 10.000 HBV-DNA-Kopien/ml oder 2.000 IU/ml), kontinuierlich erhöhten Serum-Alanin-Aminotransferase (ALT)-Werten sowie Nachweis einer aktiven Leberentzündung und/oder Fibrose. Indikationsstellung und Therapieüberwachung durch einen Arzt/eine Ärztin mit Erfahrung in der Behandlung der Hepatitis B. Regelmäßige Überwachung der ALT-Werte (alle 3 Monate) und virologischer Parameter (alle 6 Monate). Die Therapie ist abzusetzen: - bei HBeAg-positiven PatientInnen ohne Zirrhose: 6 bis 12 Monate nach HBeAg-Serokonversion oder bei HBsAg-Serokonversion oder Verlust der Wirksamkeit - bei HBeAg-negativen PatientInnen ohne Zirrhose: bei HBsAg-Serokonversion oder Verlust der Wirksamkeit.		30 St	167,25
RE2	**Entecavir "ratiopharm" 0,5 mg Filmtabl.** Bei Nukleosid-naiven Erwachsenen, Kindern und Jugendlichen (ab 33 kg) in der Indikation chronische Hepatitis B mit kompensierter Lebererkrankung und nachgewiesener aktiver Virus-Replikation (mehr als 10.000 HBV-DNA-Kopien/ml oder 2.000 IU/ml), kontinuierlich erhöhten Serum-Alanin-Aminotransferase (ALT)-Werten sowie Nachweis einer aktiven Leberentzündung und/oder Fibrose. Indikationsstellung und Therapieüberwachung durch einen Arzt/eine Ärztin mit Erfahrung in der Behandlung der Hepatitis B. Regelmäßige Überwachung der ALT-Werte (alle 3 Monate) und virologischer Parameter (alle 6 Monate). Die Therapie ist abzusetzen: - bei HBeAg-positiven PatientInnen ohne Zirrhose: 6 bis 12 Monate nach HBeAg-Serokonversion oder bei HBsAg-Serokonversion oder Verlust der Wirksamkeit - bei HBeAg-negativen PatientInnen ohne Zirrhose: bei HBsAg-Serokonversion oder Verlust der Wirksamkeit.		30 St	164,50

	Bezeichnung	T	OP	KVP in €
Entecavir 0,001				
RE2	**Baraclude 1 mg Filmtabl.** Bei Erwachsenen in der Indikation chronische Hepatitis B - bei Lamivudin-refraktären (nicht bei Lamivudin-Resistenz) PatientInnen mit kompensierter Lebererkrankung und nachgewiesener aktiver Virus-Replikation (mehr als 10.000 HBV-DNA-Kopien/ml oder 2.000 IU/ml), kontinuierlich erhöhten Serum-Alanin-Aminotransferase (ALT)-Werten sowie Nachweis einer aktiven Leberentzündung und/oder Fibrose. - bei dekompensierter Lebererkrankung Indikationsstellung und Therapieüberwachung durch einen Arzt/eine Ärztin mit Erfahrung in der Behandlung der Hepatitis B. Regelmäßige Überwachung der ALT-Werte (alle 3 Monate) und virologischer Parameter (alle 6 Monate). Die Therapie ist abzusetzen: - bei HBeAg-positiven PatientInnen ohne Zirrhose: 6 bis 12 Monate nach HBeAg-Serokonversion oder bei HBsAg-Serokonversion oder Verlust der Wirksamkeit - bei HBeAg-negativen PatientInnen ohne Zirrhose: bei HBsAg-Serokonversion oder Verlust der Wirksamkeit.		30 St	167,25
RE2	**Entecavir "ratiopharm" 1 mg Filmtabl.** Bei Erwachsenen in der Indikation chronische Hepatitis B - bei Lamivudin-refraktären (nicht bei Lamivudin-Resistenz) PatientInnen mit kompensierter Lebererkrankung und nachgewiesener aktiver Virus-Replikation (mehr als 10.000 HBV-DNA-Kopien/ml oder 2.000 IU/ml), kontinuierlich erhöhten Serum-Alanin-Aminotransferase (ALT)-Werten sowie Nachweis einer aktiven Leberentzündung und/oder Fibrose. - bei dekompensierter Lebererkrankung Indikationsstellung und Therapieüberwachung durch einen Arzt/eine Ärztin mit Erfahrung in der Behandlung der Hepatitis B. Regelmäßige Überwachung der ALT-Werte (alle 3 Monate) und virologischer Parameter (alle 6 Monate). Die Therapie ist abzusetzen: - bei HBeAg-positiven PatientInnen ohne Zirrhose: 6 bis 12 Monate nach HBeAg-Serokonversion oder bei HBsAg-Serokonversion oder Verlust der Wirksamkeit - bei HBeAg-negativen PatientInnen ohne Zirrhose: bei HBsAg-Serokonversion oder Verlust der Wirksamkeit.	T2	30 St	164,50

J05AG Nicht-nukleosidale Inhibitoren der Reversen Transkriptase
J05AG01 Nevirapin

Nevirapin 0,01/ml				
RE2	**Viramune 50 mg/5 ml Susp. zum Einnehmen** In Kombination mit mindestens zwei anderen antiretroviralen Arzneimitteln bei HIV-1-infizierten Kindern ab zwei Monaten und Erwachsenen mit schwerwiegender Schluckstörung bei fortgeschrittenem oder fortschreitendem Immundefekt (Definition siehe Fachinformation). Die Therapieeinleitung und regelmäßige -kontrollen sind von einem Arzt, der Erfahrung in der Behandlung der HIV-Infektion besitzt, durchzuführen.		240 ml	76,05
Nevirapin 0,2				
RE2	**Viramune 200 mg Tabl.** In Kombination mit mindestens zwei anderen antiretroviralen Arzneimitteln bei HIV-1-infizierten Erwachsenen und Jugendlichen ab 16 Jahren mit fortgeschrittenem oder fortschreitendem Immundefekt (Definition siehe Fachinformation). Die Therapieeinleitung und regelmäßige -kontrollen sind von einem Arzt/einer Ärztin, der/die Erfahrung in der Behandlung der HIV-Infektion besitzt, durchzuführen.		14 St 60 St	57,55 188,00
Nevirapin 0,4				
RE2	**Nevirapin "Viatris" 400 mg Retardtabl.** In Kombination mit anderen antiretroviralen Arzneimitteln zur Behandlung von HIV-1-infizierten Erwachsenen, Jugendlichen und Kindern ab 3 Jahren. Therapieeinleitung und regelmäßige Kontrollen durch einen Arzt/eine Ärztin mit Erfahrung in der HIV-Behandlung.		30 St	120,10
RE2	**Viramune 400 mg Retardtabl.** In Kombination mit anderen antiretroviralen Arzneimitteln zur Behandlung von HIV-1-infizierten Erwachsenen, Jugendlichen und Kindern ab 3 Jahren. Therapieeinleitung und regelmäßige Kontrollen durch einen Arzt/eine Ärztin mit Erfahrung in der HIV-Behandlung.		30 St	155,85

	Bezeichnung	T	OP	KVP in €

J05AG03 Efavirenz

Efavirenz 0,6

RE2	**Efavirenz "Sandoz" 600 mg Filmtabl.** In Kombination mit anderen antiretroviralen Arzneimitteln bei HIV-1-infizierten Kindern ab drei Jahren, Jugendlichen und Erwachsenen. Die Therapieeinleitung und regelmäßige -kontrollen sind von einem Arzt/einer Ärztin, der/die Erfahrung in der Behandlung der HIV-Infektion besitzt, durchzuführen.	T2	30 St	171,00

J05AG04 Etravirin

Etravirin 0,2

RE2	**Intelence 200 mg Tabl.** In Kombination mit einem geboosterten Protease-Inhibitor (PI) und anderen antiretroviralen Arzneimitteln bei mehrfach vorbehandelten HIV-1-infizierten Erwachsenen, die eine Vorbehandlung mit einem NNRTI aufweisen. Die Therapieeinleitung und regelmäßige -kontrollen sind von einem Arzt/einer Ärztin, der/die Erfahrung in der Behandlung der HIV-Infektion besitzt, durchzuführen.		60 St	456,70

J05AG05 Rilpivirin

Rilpivirin 0,025

RE2	**Edurant 25 mg Filmtabl.** In Kombination mit anderen antiretroviralen Arzneimitteln für die Behandlung von HIV-1-infizierten antiretroviral nicht vorbehandelten erwachsenen PatientInnen mit einer Viruslast von kleiner/gleich 100.000 HIV-1-RNA-Kopien/ml. Die Therapieeinleitung und regelmäßige -kontrollen sind von einem Arzt/einer Ärztin, der/die Erfahrung in der Behandlung der HIV-Infektion besitzt, durchzuführen.		30 St	256,05

Rilpivirin 0,9

RE1 L4	**Rekambys 900 mg Depot-Inj.susp.** (PM) In Kombination mit einer Cabotegravir-Injektion bei HIV-1-infizierten Erwachsenen, die auf einem stabilen antiretroviralen Regime virologisch supprimiert sind (HIV-1-RNA < 50 Kopien/ml) ohne gegenwärtige oder historisch dokumentierte Resistenzen gegenüber der NNRTI- oder INI-Klasse und ohne virologisches Versagen gegenüber Wirkstoffen der NNRTI- und INI-Klasse in der Vergangenheit. Vor Therapiebeginn hat eine sorgfältige Auswahl der PatientInnen anhand ausgezeichneter Therapieadhärenz und unter Berücksichtigung von Risikofaktoren für eine Resistenzentwicklung gemäß Fachinformation, sowie eine Beratung der PatientInnen über die Notwendigkeit der Einhaltung des geplanten Injektionsschemas, um das Risiko eines erneuten Virusanstiegs und einer potentiellen Resistenzentwicklung durch versäumte Dosen zu vermindern, zu erfolgen. Nach Absetzen der Rilpivirin- und Cabotegravir-Injektionstherapie ist es erforderlich, ein alternatives, vollständig suppressives antiretrovirales Regime innerhalb von zwei Monaten nach der letzten Injektion einzuführen. Therapieeinleitung und regelmäßige Kontrollen durch einen Arzt/eine Ärztin mit Erfahrung in der HIV-Behandlung. Rilpivirin in Kombination mit Cabotegravir eignet sich für eine chef(kontroll)ärztliche Langzeitbewilligung für 4 Monate (L4).		1 St	473,35

J05AG06 Doravirin

Doravirin 0,1

RE2 L3	**Pifeltro 100 mg Filmtabl.** In Kombination mit anderen antiretroviralen Arzneimitteln bei HIV-1-infizierten Erwachsenen, bei denen keine Resistenz gegen die Klasse der nichtnukleosidischen Reverse-Transkriptase-Inhibitoren (NNRTI) nachgewiesen wurde. Therapieeinleitung und regelmäßige Kontrolle durch einen Arzt/eine Ärztin mit Erfahrung in der HIV-Behandlung. Doravirin eignet sich für eine chef(kontroll)ärztliche Langzeitbewilligung für 3 Monate (L3).		30 St	315,95

	Bezeichnung	T	OP	KVP in €

J05AH Neuraminidasehemmer
J05AH01 Zanamivir

Zanamivir 0,005/ED

RE2	**Relenza Rotadisks 5 mg/Dosis einzeldosiertes Plv. zur Inh.** Eine Abgabe auf Kassenkosten ist ausschließlich für hoch fiebernde Patienten binnen 48 Stunden nach Auftreten der klinischen Symptome möglich, wenn eine Grippewelle in Österreich bzw. für bestimmte Bundesländer durch das Virologische Institut der Medizinischen Universität Wien diagnostiziert und verlautbart worden ist. Die diesbezügliche Information über Beginn und Ende der Grippewelle erfolgt durch die gesetzlichen Krankenversicherungsträger.		20 St	19,40

J05AH02 Oseltamivir

Oseltamivir 0,006/ml

RE2	**Tamiflu 6 mg/ml Plv. zur Herst. einer Susp. zum Einnehmen** Eine Abgabe auf Kassenkosten ist ausschließlich für hoch fiebernde PatientInnen binnen 48 Stunden nach Auftreten der klinischen Symptome möglich, wenn eine Grippewelle in Österreich bzw. für bestimmte Bundesländer durch das Virologische Institut der Medizinischen Universität Wien diagnostiziert und verlautbart worden ist. Die diesbezügliche Information über Beginn und Ende der Grippewelle erfolgt durch die gesetzlichen Krankenversicherungsträger.		65 ml (2)	15,65

Oseltamivir 0,075

RE2	**Tamiflu 75 mg Hartkaps.** Eine Abgabe auf Kassenkosten ist ausschließlich für hoch fiebernde Patienten binnen 48 Stunden nach Auftreten der klinischen Symptome möglich, wenn eine Grippewelle in Österreich bzw. für bestimmte Bundesländer durch das Virologische Institut der Medizinischen Universität Wien diagnostiziert und verlautbart worden ist. Die diesbezügliche Information über Beginn und Ende der Grippewelle erfolgt durch die gesetzlichen Krankenversicherungsträger.		10 St	28,90

J05AJ Integrase-Inhibitoren
J05AJ01 Raltegravir

Raltegravir 0,4

RE1	**Isentress 400 mg Filmtabl.** In Kombination mit anderen antiretroviralen Arzneimitteln bei HIV-1-infizierten Erwachsenen, Jugendlichen und Kindern ab sechs Jahren. Die Therapieeinleitung und regelmäßige -kontrollen sind von einem Arzt/einer Ärztin, der/die Erfahrung in der Behandlung der HIV-Infektion besitzt, durchzuführen.		60 St	569,55

Raltegravir 0,6

RE1	**Isentress 600 mg Filmtabl.** In Kombination mit anderen antiretroviralen Arzneimitteln bei HIV-1-infizierten Erwachsenen, Kindern und Jugendlichen mit einem Gewicht von mindestens 40 kg. Therapieeinleitung und regelmäßige Kontrollen durch einen Arzt/eine Ärztin mit Erfahrung in der HIV-Behandlung.		60 St	569,55

J05AJ03 Dolutegravir

Dolutegravir 0,05

RE1	**Tivicay 50 mg Filmtabl.** In Kombination mit anderen antiretroviralen Arzneimitteln bei therapienaiven oder mit antiretroviraler Therapie (ART) vorbehandelten, HIV-1-infizierten PatientInnen ab 12 Jahren, mit oder ohne Integrase-Inhibitor-Resistenzen. Die Therapieeinleitung und regelmäßige -kontrollen sind von einem Arzt/einer Ärztin, der/die Erfahrung in der Behandlung der HIV-Infektion besitzt, durchzuführen.		30 St	581,10

	Bezeichnung	T	OP	KVP in €

J05AJ04 Cabotegravir

Cabotegravir 0,03

RE1	**Vocabria 30 mg Filmtabl.** (PM) In Kombination mit Rilpivirin-Tabletten zur kurzfristigen Behandlung einer Infektion bei HIV-1-infizierten Erwachsenen, die auf einem stabilen antiretroviralen Regime virologisch supprimiert sind (HIV-1-RNA < 50 Kopien/ml) ohne gegenwärtige oder historisch dokumentierte Resistenzen gegenüber der NNRTI- oder INI-Klasse und ohne virologisches Versagen gegenüber Wirkstoffen der NNRTI- und INI-Klasse in der Vergangenheit: - für die orale Einleitungsphase ("oral lead-in"), um die Verträglichkeit von Cabotegravir und Rilpivirin vor Anwendung der langwirksamen Cabotegravir-Injektion plus langwirksamer Rilpivirin-Injektion zu prüfen - für maximal zwei Monate bei Erwachsenen, die die geplante Dosierung der Cabotegravir-Injektion plus Rilpivirin-Injektion verpassen ("oral bridging"). Vor Therapiebeginn hat eine sorgfältige Auswahl der PatientInnen anhand ausgezeichneter Therapieadhärenz und unter Berücksichtigung von Risikofaktoren für eine Resistenzentwicklung gemäß Fachinformation, sowie eine Beratung der PatientInnen über die Notwendigkeit der Einhaltung des geplanten Injektionsschemas, um das Risiko eines erneuten Virusanstiegs und einer potentiellen Resistenzentwicklung durch versäumte Dosen zu vermindern, zu erfolgen. Therapieeinleitung und regelmäßige Kontrollen durch einen Arzt/eine Ärztin mit Erfahrung in der HIV-Behandlung.		30 St	550,15

Cabotegravir 0,6

RE1 L4	**Vocabria 600 mg Depot-Inj.susp.** (PM) In Kombination mit einer Rilpivirin-Injektion bei HIV-1-infizierten Erwachsenen, die auf einem stabilen antiretroviralen Regime virologisch supprimiert sind (HIV-1-RNA < 50 Kopien/ml) ohne gegenwärtige oder historisch dokumentierte Resistenzen gegenüber der NNRTI- oder INI-Klasse und ohne virologisches Versagen gegenüber Wirkstoffen der NNRTI- und INI-Klasse in der Vergangenheit. Vor Therapiebeginn hat eine sorgfältige Auswahl der PatientInnen anhand ausgezeichneter Therapieadhärenz und unter Berücksichtigung von Risikofaktoren für eine Resistenzentwicklung gemäß Fachinformation, sowie eine Beratung der PatientInnen über die Notwendigkeit der Einhaltung des geplanten Injektionsschemas, um das Risiko eines erneuten Virusanstiegs und einer potentiellen Resistenzentwicklung durch versäumte Dosen zu vermindern, zu erfolgen. Nach Absetzen der Cabotegravir- und Rilpivirin-Injektionstherapie ist es erforderlich, ein alternatives, vollständig suppressives antiretrovirales Regime innerhalb von zwei Monaten nach der letzten Injektion einzuführen. Therapieeinleitung und regelmäßige Kontrollen durch einen Arzt/eine Ärztin mit Erfahrung in der HIV-Behandlung. Cabotegravir in Kombination mit Rilpivirin eignet sich für eine chef(kontroll)ärztliche Langzeitbewilligung für 4 Monate (L4).		1 St	1.099,15

J05AP Antivirale Mittel zur Behandlung von HCV-Infektionen
J05AP55 Sofosbuvir und Velpatasvir

Sofosbuvir 0,4, Velpatasvir 0,1

RE1	**Epclusa 400 mg/100 mg Filmtabl.** (PM) Bei erwachsenen PatientInnen mit chronischer Hepatitis C. Genotypen 1, 2, 4, 5, 6: - bei PatientInnen ohne Zirrhose oder mit kompensierter Zirrhose für 12 Wochen - bei PatientInnen mit dekompensierter Zirrhose in Kombination mit Ribavirin für 12 Wochen Genotyp 3: - bei PatientInnen ohne Zirrhose für 12 Wochen - bei PatientInnen mit kompensierter Zirrhose in Kombination mit oder ohne Ribavirin für 12 Wochen - bei PatientInnen mit dekompensierter Zirrhose in Kombination mit Ribavirin für 12 Wochen Die Verordnung hat durch ein spezialisiertes Zentrum durch GastroenterlogInnen oder InfektiologInnen mit Erfahrung in der Behandlung der Hepatitis C zu erfolgen. Die Liste der für die Verordnung in Frage kommenden Einrichtungen wird vom Dachverband erstellt und unter www.sozialversicherung.at/erstattungskodex_hepatitis_c publiziert.		28 St	8.449,90

	Bezeichnung	T	OP	KVP in €

J05AP57 Glecaprevir und Pibrentasvir

Glecaprevir 0,1, Pibrentasvir 0,04

RE1	**Maviret 100 mg/40 mg Filmtabl.** (PM) Bei Erwachsenen ab 18 Jahren mit chronischer Hepatitis C: - Therapie-naiv: für 8 Wochen. - Therapie-erfahren (nach Versagen von Peginterferon plus Ribavirin mit oder ohne Sofosbuvir oder nach Versagen von Ribavirin plus Sofosbuvir): • Genotyp 1,2,4,5,6: ohne Zirrhose für 8 Wochen, mit kompensierter Zirrhose für 12 Wochen. • Genotyp 3: für 16 Wochen. Die Verordnung hat durch ein spezialisiertes Zentrum durch GastroenterlogInnen und HepatologInnen oder InfektiologInnen mit Erfahrung in der Behandlung der Hepatitis C zu erfolgen. Die Liste der für die Verordnung in Frage kommenden Einrichtungen wird vom Dachverband erstellt und unter www.sozialversicherung.at/erstattungskodex_hepatitis_c publiziert.		84 St	12.025,10

J05AR Antivirale Mittel zur Behandlung von HIV-Infektionen, Kombinationen

J05AR01 Zidovudin und Lamivudin

Zidovudin 0,3, Lamivudin 0,15

RE2	**Combivir 150 mg/300 mg Filmtabl.** In Kombination mit anderen antiretroviralen Arzneimitteln bei HIV-1-infizierten Erwachsenen und Jugendlichen ab 12 Jahren. Die Therapieeinleitung und regelmäßige -kontrollen sind von einem Arzt, der Erfahrung in der Behandlung der HIV-Infektion besitzt, durchzuführen.	T2	60 St	416,25

J05AR02 Lamivudin und Abacavir

Lamivudin 0,3, Abacavir 0,6

RE2	**Abacavir/Lamivudin "ratiopharm" 600 mg/300 mg Filmtabl.** In Kombination mit anderen antiretroviralen Arzneimitteln bei HIV-1-infizierten PatientInnen ab 25 kg Körpergewicht. Therapieeinleitung und regelmäßige Kontrollen durch einen Arzt/eine Ärztin mit Erfahrung in der HIV-Behandlung.		30 St	123,00
RE2	**Abacavir/Lamivudin "Sandoz" 600 mg/300 mg Filmtabl.** In Kombination mit anderen antiretroviralen Arzneimitteln bei HIV-1-infizierten PatientInnen ab 25 kg Körpergewicht. Therapieeinleitung und regelmäßige Kontrollen durch einen Arzt/eine Ärztin mit Erfahrung in der HIV-Behandlung.		30 St	123,00
RE2	**Abacavir/Lamivudin "Stada" 600 mg/300 mg Filmtabl.** In Kombination mit anderen antiretroviralen Arzneimitteln bei HIV-1-infizierten PatientInnen ab 25 kg Körpergewicht. Therapieeinleitung und regelmäßige Kontrollen durch einen Arzt/eine Ärztin mit Erfahrung in der HIV-Behandlung.		30 St	123,00

J05AR03 Tenofovir Disoproxil und Emtricitabin

Emtricitabin 0,2, Tenofovir Disoproxil 0,245

RE1	**Emtricitabin/Tenofovirdisoproxil "Accordpharma" 200 mg/245 mg Filmtabl.** In Kombination mit anderen antiretroviralen Arzneimitteln bei HIV-1-infizierten Erwachsenen. Therapieeinleitung und regelmäßige Kontrollen durch einen Arzt/eine Ärztin mit Erfahrung in der HIV-Behandlung.		30 St	43,55
RE1	**Emtricitabin/Tenofovirdisoproxil "Mylan" 200 mg/245 mg Filmtabl.** In Kombination mit anderen antiretroviralen Arzneimitteln bei HIV-1-infizierten Erwachsenen. Therapieeinleitung und regelmäßige Kontrollen durch einen Arzt/eine Ärztin mit Erfahrung in der HIV-Behandlung.		30 St	39,60
RE1	**Emtricitabin/Tenofovirdisoproxil "ratiopharm" 200 mg/245 mg Filmtabl.** In Kombination mit anderen antiretroviralen Arzneimitteln bei HIV-1-infizierten Erwachsenen. Therapieeinleitung und regelmäßige Kontrollen durch einen Arzt/eine Ärztin mit Erfahrung in der HIV-Behandlung.		30 St	43,60
RE1	**Emtricitabin/Tenofovirdisoproxil "Stada" 200 mg/245 mg Filmtabl.** In Kombination mit anderen antiretroviralen Arzneimitteln bei HIV-1-infizierten Erwachsenen. Therapieeinleitung und regelmäßige Kontrollen durch einen Arzt/eine Ärztin mit Erfahrung in der HIV-Behandlung.		30 St	43,55

	Bezeichnung	T	OP	KVP in €

J05AR06 Emtricitabin, Tenofovir Disoproxil und Efavirenz

Emtricitabin 0,2, Tenofovir Disoproxil 0,245, Efavirenz 0,6

RE1	**Efavirenz/Emtricitabin/Tenofovirdisoproxil "Krka" 600 mg/200 mg/ 245 mg Filmtabl.** Bei HIV-1-infizierten Erwachsenen. Therapieeinleitung und regelmäßige Kontrollen durch einen Arzt/eine Ärztin mit Erfahrung in der HIV-Behandlung.		30 St	220,00
RE1	**Efavirenz/Emtricitabin/Tenofovirdisoproxil "ratiopharm" 600 mg/ 200 mg/245 mg Filmtabl.** Bei HIV-1-infizierten Erwachsenen. Therapieeinleitung und regelmäßige Kontrollen durch einen Arzt/eine Ärztin mit Erfahrung in der HIV-Behandlung.		30 St	220,00

J05AR08 Emtricitabin, Tenofovir Disoproxil und Rilpivirin

Emtricitabin 0,2, Tenofovir Disoproxil 0,245, Rilpivirin 0,025

RE2	**Eviplera 200 mg/25 mg/245 mg Filmtabl.** Zur Behandlung von HIV-1-Infektionen bei antiretroviral nicht vorbehandelten erwachsenen PatientInnen mit einer Viruslast von kleiner 100.000 HIV-1-RNA-Kopien/ml. Die Therapieeinleitung und regelmäßige -kontrollen sind von einem Arzt/einer Ärztin, der/die Erfahrung in der Behandlung der HIV-Infektion besitzt, durchzuführen.		30 St	835,10

J05AR09 Emtricitabin, Tenofovir Disoproxil, Elvitegravir und Cobicistat

Emtricitabin 0,2, Tenofovir Disoproxil 0,245, Elvitegravir 0,15, Cobicistat 0,15

RE2	**Stribild 150 mg/150 mg/200 mg/245 mg Filmtabl.** Zur Behandlung von HIV-1-infizierten Erwachsenen, die antiretroviral nicht vorbehandelt sind oder bei denen HIV-1 keine Mutation aufweist, die mit Resistenz gegen einen der enthaltenen Wirkstoffe assoziiert ist. Therapieeinleitung und regelmäßige Kontrollen durch einen Arzt/eine Ärztin mit Erfahrung in der HIV-Behandlung.		30 St	1.023,25

J05AR10 Lopinavir und Ritonavir

Lopinavir 0,08, Ritonavir 0,02/ml

RE2	**Kaletra Lsg. zum Einnehmen** In Kombination mit anderen antiretroviralen Arzneimitteln bei HIV-1-infizierten Erwachsenen und Kindern ab zwei Jahren. Die Therapieeinleitung und regelmäßige -kontrollen sind von einem Arzt, der Erfahrung in der Behandlung der HIV-Infektion besitzt, durchzuführen.		300 ml	503,05

Lopinavir 0,2, Ritonavir 0,05

RE2	**Kaletra 200 mg/50 mg Filmtabl.** In Kombination mit anderen antiretroviralen Arzneimitteln bei HIV-1-infizierten Erwachsenen und Kindern ab zwei Jahren. Die Therapieeinleitung und regelmäßige -kontrollen sind von einem Arzt, der Erfahrung in der Behandlung der HIV-Infektion besitzt, durchzuführen.		120 St	495,50

J05AR13 Lamivudin, Abacavir und Dolutegravir

Lamivudin 0,3, Abacavir 0,6, Dolutegravir 0,05

RE1	**Triumeq 50 mg/600 mg/300 mg Filmtabl.** Zur Behandlung von HIV-1-infizierten PatientInnen über 12 Jahren (größer/gleich 40 kg). Die Therapieeinleitung und regelmäßige -kontrollen sind von einem Arzt/einer Ärztin, der/die Erfahrung in der Behandlung der HIV-Infektion besitzt, durchzuführen.		30 St	765,65

J05AR18 Emtricitabin, Tenofovir Alafenamid, Elvitegravir und Cobicistat

Emtricitabin 0,2, Tenofovir Alafenamid 0,01, Elvitegravir 0,15, Cobicistat 0,15

RE1	**Genvoya 150 mg/150 mg/200 mg/10 mg Filmtabl.** Zur Behandlung von HIV-1-infizierten PatientInnen ab 12 Jahren (größer/gleich 35 kg), bei denen HIV-1 keine Mutation aufweist, die mit Resistenz gegen einen der enthaltenen Wirkstoffe assoziiert ist. Therapieeinleitung und regelmäßige Kontrollen durch einen Arzt/eine Ärztin mit Erfahrung in der HIV-Behandlung.		30 St	932,00

	Bezeichnung	T	OP	KVP in €

J05AR20 Emtricitabin, Tenofovir Alafenamid und Bictegravir

Emtricitabin 0,2, Tenofovir Alafenamid 0,025, Bictegravir 0,05

RE1	**Biktarvy 50 mg/200 mg/25 mg Filmtabl.** Zur Behandlung von HIV-1-infizierten Erwachsenen, bei denen keine Resistenz gegen die Klasse der Integrase-Inhibitoren, Emtricitabin oder Tenofovir nachgewiesen wurde. Therapieeinleitung und regelmäßige Kontrollen durch einen Arzt/eine Ärztin mit Erfahrung in der HIV-Behandlung.		30 St	731,20

J05AR24 Lamivudin, Tenofovir Disoproxil und Doravirin

Lamivudin 0,3, Tenofovir Disoproxil 0,245, Doravirin 0,1

RE2 L3	**Delstrigo 100 mg/300 mg/245 mg Filmtabl.** Zur Behandlung von HIV-infizierten Erwachsenen, bei denen keine Resistenz gegen die Klasse der nichtnukleosidischen Reverse-Transkriptase-Inhibitoren (NNRTI), Lamivudin oder Tenofovir nachgewiesen wurde. Therapieeinleitung und regelmäßige Kontrolle durch einen Arzt/eine Ärztin mit Erfahrung in der HIV-Behandlung. Doravirin/Lamivudin/Tenofovir eignet sich für eine chef(kontroll)ärztliche Langzeitbewilligung für 3 Monate (L3).		30 St	449,25

J05AR25 Lamivudin und Dolutegravir

Lamivudin 0,3, Dolutegravir 0,05

RE1 L6	**Dovato 50 mg/300 mg Filmtabl.** Zur Behandlung von HIV-1-infizierten Erwachsenen und Jugendlichen ab 12 Jahren mit mindestens 40 kg Körpergewicht, bei denen keine Resistenz gegen Integrase-Inhibitoren oder Lamivudin nachgewiesen wurde. Therapieeinleitung und regelmäßige Kontrollen durch einen Arzt/eine Ärztin mit Erfahrung in der HIV-Behandlung. Dolutegravir/Lamivudin eignet sich für eine chef(kontroll)ärztliche Langzeitbewilligung für 6 Monate (L6).		30 St	620,60

J05AX Andere antivirale Mittel
J05AX09 Maraviroc

Maraviroc 0,15

RE1	**Celsentri 150 mg Filmtabl.** In Kombination mit anderen antiretroviralen Arzneimitteln bei vorbehandelten HIV-1-infizierten Erwachsenen, die mehr als 6 Monate Vorbehandlung mit (oder dokumentierte genotypisch oder phänotypische Resistenzen gegenüber) 3 der 4 antiretroviralen Substanzklassen (NRTI, NNRTI, PI, entry inhibitors) aufweisen. Ein Nachweis einer HIV-1-Infektion mit ausschließlich CCR5-tropen HI-Viren muss vor Behandlungsbeginn vorliegen. Cave: Auftreten von CXCR4-tropen oder dualtropen Viren unter Behandlung. Die Therapieeinleitung und regelmäßige -kontrollen sind von einem Arzt/einer Ärztin, der/die Erfahrung in der Behandlung der HIV-Infektion besitzt, durchzuführen.		60 St	880,20

Maraviroc 0,3

RE1	**Celsentri 300 mg Filmtabl.** In Kombination mit anderen antiretroviralen Arzneimitteln bei vorbehandelten HIV-1-infizierten Erwachsenen, die mehr als 6 Monate Vorbehandlung mit (oder dokumentierte genotypisch oder phänotypische Resistenzen gegenüber) 3 der 4 antiretroviralen Substanzklassen (NRTI, NNRTI, PI, entry inhibitors) aufweisen. Ein Nachweis einer HIV-1-Infektion mit ausschließlich CCR5-tropen HI-Viren muss vor Behandlungsbeginn vorliegen. Cave: Auftreten von CXCR4-tropen oder dualtropen Viren unter Behandlung. Die Therapieeinleitung und regelmäßige -kontrollen sind von einem Arzt/einer Ärztin, der/die Erfahrung in der Behandlung der HIV-Infektion besitzt, durchzuführen.		60 St	880,20

	Bezeichnung	T	OP	KVP in €

J05AX10 Maribavir

Maribavir 0,2

RE1	**Livtencity 200 mg Filmtabl.** Ⓟ Als antivirale CMV-Monotherapie bei Erwachsenen mit einer gegenüber einer oder mehreren vorhergehenden Therapien (einschließlich Ganciclovir, Valganciclovir, Cidofovir oder Foscarnet) refraktären, klinisch signifikanten CMV-Infektion und/oder -Erkrankung nach hämatopoetischer Stammzelltransplantation (HSCT) oder Transplantation solider Organe (SOT), sofern kein Verdacht auf eine Resistenz gegenüber Maribavir vorliegt. Wöchentliche Überwachung des Therapieerfolgs anhand einer PCR-Quantifizierung der CMV-DNA. Fortführung der Therapie, bis die CMV-DNA an zwei aufeinanderfolgenden wöchentlichen Messungen unter der Nachweisgrenze liegt oder für bis zu 8 Wochen. Diagnosestellung, Verordnung und regelmäßige Kontrollen durch entsprechende Fachabteilung bzw. Zentrum, durch FachärztInnen mit Erfahrung in der Behandlung von therapierefraktären CMV-Infektionen und/oder -Erkrankungen.		28 St 56 St 112 St	6.000,00 11.156,10 21.236,90

J06 IMMUNSERA UND IMMUNGLOBULINE
J06B IMMUNGLOBULINE
J06BA Immunglobuline, normal human
J06BA01 Immunglobuline, normal human, zur extravasalen Anwendung

Immunglobuline, normal human, zur extravasalen Anwendung 0,1/ml

RE1	**HyQvia 100 mg/ml Inf.lsg. zur subkutanen Anw. (2,5 g/25 ml)** Substitutionstherapie bei gesicherter Diagnose eines primären Immunmangelsyndroms mit eingeschränkter Antikörperbildung sowie bei sekundären Immundefekten im ausführlich begründeten Einzelfall. Zur Erhaltungstherapie bei PatientInnen mit chronischer inflammatorischer demyelinisierender Polyneuropathie (CIDP) nach Stabilisierung mit intravenösen Immunglobulinen. Bei langfristiger Immunglobulintherapie sollten Versuche unternommen werden, die verabreichte Dosis zu reduzieren und/oder das Dosierungsintervall auszudehnen. Erstverordnung und regelmäßige Kontrolle durch in der Behandlung mit Immunglobulinen erfahrene ÄrztInnen oder Zentren.		1 St	185,00
RE1	**HyQvia 100 mg/ml Inf.lsg. zur subkutanen Anw. (5 g/50 ml)** Substitutionstherapie bei gesicherter Diagnose eines primären Immunmangelsyndroms mit eingeschränkter Antikörperbildung sowie bei sekundären Immundefekten im ausführlich begründeten Einzelfall. Zur Erhaltungstherapie bei PatientInnen mit chronischer inflammatorischer demyelinisierender Polyneuropathie (CIDP) nach Stabilisierung mit intravenösen Immunglobulinen. Bei langfristiger Immunglobulintherapie sollten Versuche unternommen werden, die verabreichte Dosis zu reduzieren und/oder das Dosierungsintervall auszudehnen. Erstverordnung und regelmäßige Kontrolle durch in der Behandlung mit Immunglobulinen erfahrene ÄrztInnen oder Zentren.		1 St	351,60
RE1	**HyQvia 100 mg/ml Inf.lsg. zur subkutanen Anw. (10 g/100 ml)** Substitutionstherapie bei gesicherter Diagnose eines primären Immunmangelsyndroms mit eingeschränkter Antikörperbildung sowie bei sekundären Immundefekten im ausführlich begründeten Einzelfall. Zur Erhaltungstherapie bei PatientInnen mit chronischer inflammatorischer demyelinisierender Polyneuropathie (CIDP) nach Stabilisierung mit intravenösen Immunglobulinen. Bei langfristiger Immunglobulintherapie sollten Versuche unternommen werden, die verabreichte Dosis zu reduzieren und/oder das Dosierungsintervall auszudehnen. Erstverordnung und regelmäßige Kontrolle durch in der Behandlung mit Immunglobulinen erfahrene ÄrztInnen oder Zentren.		1 St	668,85
RE1	**HyQvia 100 mg/ml Inf.lsg. zur subkutanen Anw. (20 g/200 ml)** Substitutionstherapie bei gesicherter Diagnose eines primären Immunmangelsyndroms mit eingeschränkter Antikörperbildung sowie bei sekundären Immundefekten im ausführlich begründeten Einzelfall. Zur Erhaltungstherapie bei PatientInnen mit chronischer inflammatorischer demyelinisierender Polyneuropathie (CIDP) nach Stabilisierung mit intravenösen Immunglobulinen. Bei langfristiger Immunglobulintherapie sollten Versuche unternommen werden, die verabreichte Dosis zu reduzieren und/oder das Dosierungsintervall auszudehnen. Erstverordnung und regelmäßige Kontrolle durch in der Behandlung mit Immunglobulinen erfahrene ÄrztInnen oder Zentren.		1 St	1.313,05

	Bezeichnung	T	OP	KVP in €
RE1	**HyQvia 100 mg/ml Inf.lsg. zur subkutanen Anw. (30 g/300 ml)** Substitutionstherapie bei gesicherter Diagnose eines primären Immunmangelsyndroms mit eingeschränkter Antikörperbildung sowie bei sekundären Immundefekten im ausführlich begründeten Einzelfall. Zur Erhaltungstherapie bei PatientInnen mit chronischer inflammatorischer demyelinisierender Polyneuropathie (CIDP) nach Stabilisierung mit intravenösen Immunglobulinen. Bei langfristiger Immunglobulintherapie sollten Versuche unternommen werden, die verabreichte Dosis zu reduzieren und/oder das Dosierungsintervall auszudehnen. Erstverordnung und regelmäßige Kontrolle durch in der Behandlung mit Immunglobulinen erfahrene ÄrztInnen oder Zentren.		1 St	1.957,20

Immunglobuline, normal human, zur extravasalen Anwendung 0,2/ml

RE1	**Cuvitru 200 mg/ml Inj.lsg. zur subkutanen Anw. (2 g/10 ml)** Substitutionstherapie bei gesicherter Diagnose eines primären Immunmangelsyndroms mit eingeschränkter Antikörperbildung sowie bei sekundären Immundefekten im ausführlich begründeten Einzelfall. Bei langfristiger Immunglobulintherapie sollten Versuche unternommen werden, die verabreichte Dosis zu reduzieren und/oder das Dosierungsintervall auszudehnen. Erstverordnung und regelmäßige Kontrolle durch in der Behandlung mit Immunglobulinen erfahrene ÄrztInnen oder Zentren.		1 St 10 St 30 St	150,90 1.292,25 3.827,40
RE1	**Cuvitru 200 mg/ml Inj.lsg. zur subkutanen Anw. (4 g/20 ml)** Substitutionstherapie bei gesicherter Diagnose eines primären Immunmangelsyndroms mit eingeschränkter Antikörperbildung sowie bei sekundären Immundefekten im ausführlich begründeten Einzelfall. Bei langfristiger Immunglobulintherapie sollten Versuche unternommen werden, die verabreichte Dosis zu reduzieren und/oder das Dosierungsintervall auszudehnen. Erstverordnung und regelmäßige Kontrolle durch in der Behandlung mit Immunglobulinen erfahrene ÄrztInnen oder Zentren.		1 St 10 St	276,75 2.559,85
RE1	**Cuvitru 200 mg/ml Inj.lsg. zur subkutanen Anw. (8 g/40 ml)** Substitutionstherapie bei gesicherter Diagnose eines primären Immunmangelsyndroms mit eingeschränkter Antikörperbildung sowie bei sekundären Immundefekten im ausführlich begründeten Einzelfall. Bei langfristiger Immunglobulintherapie sollten Versuche unternommen werden, die verabreichte Dosis zu reduzieren und/oder das Dosierungsintervall auszudehnen. Erstverordnung und regelmäßige Kontrolle durch in der Behandlung mit Immunglobulinen erfahrene ÄrztInnen oder Zentren.		1 St 5 St	531,70 2.559,85
RE1	**Hizentra 200 mg/ml Lsg. zur subkutanen Inj. (5 ml)** Substitutionstherapie bei gesicherter Diagnose eines primären Immunmangelsyndroms mit eingeschränkter Antikörperbildung sowie bei sekundären Immundefekten im ausführlich begründeten Einzelfall. Zur Erhaltungstherapie bei PatientInnen mit chronischer inflammatorischer demyelinisierender Polyneuropathie (CIDP) nach Stabilisierung mit intravenösen Immunglobulinen. Bei langfristiger Immunglobulintherapie sollten Versuche unternommen werden, die verabreichte Dosis zu reduzieren und/oder das Dosierungsintervall auszudehnen. Erstverordnung und regelmäßige Kontrolle durch in der Behandlung mit Immunglobulinen erfahrene ÄrztInnen oder Zentren.		10 St	663,65
RE1	**Hizentra 200 mg/ml Lsg. zur subkutanen Inj. (10 ml)** Substitutionstherapie bei gesicherter Diagnose eines primären Immunmangelsyndroms mit eingeschränkter Antikörperbildung sowie bei sekundären Immundefekten im ausführlich begründeten Einzelfall. Zur Erhaltungstherapie bei PatientInnen mit chronischer inflammatorischer demyelinisierender Polyneuropathie (CIDP) nach Stabilisierung mit intravenösen Immunglobulinen. Bei langfristiger Immunglobulintherapie sollten Versuche unternommen werden, die verabreichte Dosis zu reduzieren und/oder das Dosierungsintervall auszudehnen. Erstverordnung und regelmäßige Kontrolle durch in der Behandlung mit Immunglobulinen erfahrene ÄrztInnen oder Zentren.		10 St 20 St	1.302,65 2.580,60

	Bezeichnung	T	OP	KVP in €
RE1	**Hizentra 200 mg/ml Lsg. zur subkutanen Inj. (20 ml)** Substitutionstherapie bei gesicherter Diagnose eines primären Immunmangelsyndroms mit eingeschränkter Antikörperbildung sowie bei sekundären Immundefekten im ausführlich begründeten Einzelfall. Zur Erhaltungstherapie bei PatientInnen mit chronischer inflammatorischer demyelinisierender Polyneuropathie (CIDP) nach Stabilisierung mit intravenösen Immunglobulinen. Bei langfristiger Immunglobulintherapie sollten Versuche unternommen werden, die verabreichte Dosis zu reduzieren und/oder das Dosierungsintervall auszudehnen. Erstverordnung und regelmäßige Kontrolle durch in der Behandlung mit Immunglobulinen erfahrene ÄrztInnen oder Zentren.		20 St	5.136,55

J06BA02 Immunglobuline, normal human, zur intravasalen Anwendung

Immunglobuline, normal human, zur intravasalen Anwendung 0,05/ml

RE1	**IgVena 50 g/l Inf.lsg. (1 g/20 ml)** Eine Kostenübernahme ist im ausführlich begründeten Einzelfall möglich.		1 St	78,75
RE1	**IgVena 50 g/l Inf.lsg. (2,5 g/50 ml)** Eine Kostenübernahme ist im ausführlich begründeten Einzelfall möglich.		1 St	176,05
RE1	**IgVena 50 g/l Inf.lsg. (5 g/100 ml)** Eine Kostenübernahme ist im ausführlich begründeten Einzelfall möglich.		1 St	334,60
RE1	**IgVena 50 g/l Inf.lsg. (10 g/200 ml)** Eine Kostenübernahme ist im ausführlich begründeten Einzelfall möglich.		1 St	637,70
RE1	**Intratect 50 g/l Inf.lsg. (2,5 g/50 ml)** Substitutionstherapie bei gesicherter Diagnose eines primären Immunmangelsyndroms mit eingeschränkter Antikörperbildung sowie bei sekundären Immundefekten oder zur Immunmodulation im ausführlich begründeten Einzelfall. Bei langfristiger Immunglobulintherapie sollten Versuche unternommen werden, die verabreichte Dosis zu reduzieren und/oder das Dosierungsintervall auszudehnen. Erstverordnung und regelmäßige Kontrolle durch in der Behandlung mit Immunglobulinen erfahrene ÄrztInnen oder Zentren.		1 St	173,05
RE1	**Intratect 50 g/l Inf.lsg. (5 g/100 ml)** Substitutionstherapie bei gesicherter Diagnose eines primären Immunmangelsyndroms mit eingeschränkter Antikörperbildung sowie bei sekundären Immundefekten oder zur Immunmodulation im ausführlich begründeten Einzelfall. Bei langfristiger Immunglobulintherapie sollten Versuche unternommen werden, die verabreichte Dosis zu reduzieren und/oder das Dosierungsintervall auszudehnen. Erstverordnung und regelmäßige Kontrolle durch in der Behandlung mit Immunglobulinen erfahrene ÄrztInnen oder Zentren.		1 St	328,90
RE1	**Intratect 50 g/l Inf.lsg. (10 g/200 ml)** Substitutionstherapie bei gesicherter Diagnose eines primären Immunmangelsyndroms mit eingeschränkter Antikörperbildung sowie bei sekundären Immundefekten oder zur Immunmodulation im ausführlich begründeten Einzelfall. Bei langfristiger Immunglobulintherapie sollten Versuche unternommen werden, die verabreichte Dosis zu reduzieren und/oder das Dosierungsintervall auszudehnen. Erstverordnung und regelmäßige Kontrolle durch in der Behandlung mit Immunglobulinen erfahrene ÄrztInnen oder Zentren.		1 St	627,30
RE1	**Pentaglobin 50 g/l Inf.lsg. (2,5 g)** Eine Kostenübernahme ist im ausführlich begründeten Einzelfall möglich.		50 ml	214,45
RE1	**Pentaglobin 50 g/l Inf.lsg. (5 g)** Eine Kostenübernahme ist im ausführlich begründeten Einzelfall möglich.		100 ml	398,05

Immunglobuline, normal human, zur intravasalen Anwendung 0,1/ml

RE1	**Intratect 100 g/l Inf.lsg. (5 g/50 ml)** Substitutionstherapie bei gesicherter Diagnose eines primären Immunmangelsyndroms mit eingeschränkter Antikörperbildung sowie bei sekundären Immundefekten oder zur Immunmodulation im ausführlich begründeten Einzelfall. Bei langfristiger Immunglobulintherapie sollten Versuche unternommen werden, die verabreichte Dosis zu reduzieren und/oder das Dosierungsintervall auszudehnen. Erstverordnung und regelmäßige Kontrolle durch in der Behandlung mit Immunglobulinen erfahrene ÄrztInnen oder Zentren.		1 St	328,90

	Bezeichnung	T	OP	KVP in €
RE1	**Intratect 100 g/l Inf.lsg. (10 g/100 ml)** Substitutionstherapie bei gesicherter Diagnose eines primären Immunmangelsyndroms mit eingeschränkter Antikörperbildung sowie bei sekundären Immundefekten oder zur Immunmodulation im ausführlich begründeten Einzelfall. Bei langfristiger Immunglobulintherapie sollten Versuche unternommen werden, die verabreichte Dosis zu reduzieren und/oder das Dosierungsintervall auszudehnen. Erstverordnung und regelmäßige Kontrolle durch in der Behandlung mit Immunglobulinen erfahrene ÄrztInnen oder Zentren.		1 St	627,30
RE1	**Intratect 100 g/l Inf.lsg. (20 g/200 ml)** Substitutionstherapie bei gesicherter Diagnose eines primären Immunmangelsyndroms mit eingeschränkter Antikörperbildung sowie bei sekundären Immundefekten oder zur Immunmodulation im ausführlich begründeten Einzelfall. Bei langfristiger Immunglobulintherapie sollten Versuche unternommen werden, die verabreichte Dosis zu reduzieren und/oder das Dosierungsintervall auszudehnen. Erstverordnung und regelmäßige Kontrolle durch in der Behandlung mit Immunglobulinen erfahrene ÄrztInnen oder Zentren.		1 St	1.229,90
RE1	**Kiovig 100 mg/ml Inf.lsg. (2,5 g/25 ml)** Substitutionstherapie bei gesicherter Diagnose eines primären Immunmangelsyndroms mit eingeschränkter Antikörperbildung sowie bei sekundären Immundefekten oder zur Immunmodulation im ausführlich begründeten Einzelfall. Bei langfristiger Immunglobulintherapie sollten Versuche unternommen werden, die verabreichte Dosis zu reduzieren und/oder das Dosierungsintervall auszudehnen. Erstverordnung und regelmäßige Kontrolle durch in der Behandlung mit Immunglobulinen erfahrene ÄrztInnen oder Zentren.		1 St	176,05
RE1	**Kiovig 100 mg/ml Inf.lsg. (5 g/50 ml)** Substitutionstherapie bei gesicherter Diagnose eines primären Immunmangelsyndroms mit eingeschränkter Antikörperbildung sowie bei sekundären Immundefekten oder zur Immunmodulation im ausführlich begründeten Einzelfall. Bei langfristiger Immunglobulintherapie sollten Versuche unternommen werden, die verabreichte Dosis zu reduzieren und/oder das Dosierungsintervall auszudehnen. Erstverordnung und regelmäßige Kontrolle durch in der Behandlung mit Immunglobulinen erfahrene ÄrztInnen oder Zentren.		1 St	334,60
RE1	**Kiovig 100 mg/ml Inf.lsg. (10 g/100 ml)** Substitutionstherapie bei gesicherter Diagnose eines primären Immunmangelsyndroms mit eingeschränkter Antikörperbildung sowie bei sekundären Immundefekten oder zur Immunmodulation im ausführlich begründeten Einzelfall. Bei langfristiger Immunglobulintherapie sollten Versuche unternommen werden, die verabreichte Dosis zu reduzieren und/oder das Dosierungsintervall auszudehnen. Erstverordnung und regelmäßige Kontrolle durch in der Behandlung mit Immunglobulinen erfahrene ÄrztInnen oder Zentren.		1 St	637,70
RE1	**Kiovig 100 mg/ml Inf.lsg. (20 g/200 ml)** Substitutionstherapie bei gesicherter Diagnose eines primären Immunmangelsyndroms mit eingeschränkter Antikörperbildung sowie bei sekundären Immundefekten oder zur Immunmodulation im ausführlich begründeten Einzelfall. Bei langfristiger Immunglobulintherapie sollten Versuche unternommen werden, die verabreichte Dosis zu reduzieren und/oder das Dosierungsintervall auszudehnen. Erstverordnung und regelmäßige Kontrolle durch in der Behandlung mit Immunglobulinen erfahrene ÄrztInnen oder Zentren.		1 St	1.250,70
RE1	**Octagam 100 mg/ml Inf.lsg. (2 g/20 ml)** Substitutionstherapie bei gesicherter Diagnose eines primären Immunmangelsyndroms mit eingeschränkter Antikörperbildung sowie bei sekundären Immundefekten oder zur Immunmodulation im ausführlich begründeten Einzelfall. Bei langfristiger Immunglobulintherapie sollten Versuche unternommen werden, die verabreichte Dosis zu reduzieren und/oder das Dosierungsintervall auszudehnen. Erstverordnung und regelmäßige Kontrolle durch in der Behandlung mit Immunglobulinen erfahrene ÄrztInnen oder Zentren.		1 St	143,50

	Bezeichnung	T	OP	KVP in €
RE1	**Octagam 100 mg/ml Inf.lsg. (5 g/50 ml)** Substitutionstherapie bei gesicherter Diagnose eines primären Immunmangelsyndroms mit eingeschränkter Antikörperbildung sowie bei sekundären Immundefekten oder zur Immunmodulation im ausführlich begründeten Einzelfall. Bei langfristiger Immunglobulintherapie sollten Versuche unternommen werden, die verabreichte Dosis zu reduzieren und/oder das Dosierungsintervall auszudehnen. Erstverordnung und regelmäßige Kontrolle durch in der Behandlung mit Immunglobulinen erfahrene ÄrztInnen oder Zentren.		1 St	328,90
RE1	**Octagam 100 mg/ml Inf.lsg. (10 g/100 ml)** Substitutionstherapie bei gesicherter Diagnose eines primären Immunmangelsyndroms mit eingeschränkter Antikörperbildung sowie bei sekundären Immundefekten oder zur Immunmodulation im ausführlich begründeten Einzelfall. Bei langfristiger Immunglobulintherapie sollten Versuche unternommen werden, die verabreichte Dosis zu reduzieren und/oder das Dosierungsintervall auszudehnen. Erstverordnung und regelmäßige Kontrolle durch in der Behandlung mit Immunglobulinen erfahrene ÄrztInnen oder Zentren.		1 St	627,30
RE1	**Octagam 100 mg/ml Inf.lsg. (20 g/200 ml)** Substitutionstherapie bei gesicherter Diagnose eines primären Immunmangelsyndroms mit eingeschränkter Antikörperbildung sowie bei sekundären Immundefekten oder zur Immunmodulation im ausführlich begründeten Einzelfall. Bei langfristiger Immunglobulintherapie sollten Versuche unternommen werden, die verabreichte Dosis zu reduzieren und/oder das Dosierungsintervall auszudehnen. Erstverordnung und regelmäßige Kontrolle durch in der Behandlung mit Immunglobulinen erfahrene ÄrztInnen oder Zentren.		1 St	1.229,90
RE1	**Privigen 100 mg/ml Inf.lsg. (2,5 g/25 ml)** Substitutionstherapie bei gesicherter Diagnose eines primären Immunmangelsyndroms mit eingeschränkter Antikörperbildung sowie bei sekundären Immundefekten oder zur Immunmodulation im ausführlich begründeten Einzelfall. Bei langfristiger Immunglobulintherapie sollten Versuche unternommen werden, die verabreichte Dosis zu reduzieren und/oder das Dosierungsintervall auszudehnen. Erstverordnung und regelmäßige Kontrolle durch in der Behandlung mit Immunglobulinen erfahrene ÄrztInnen oder Zentren.		1 St	176,05
RE1	**Privigen 100 mg/ml Inf.lsg. (5 g/50 ml)** Substitutionstherapie bei gesicherter Diagnose eines primären Immunmangelsyndroms mit eingeschränkter Antikörperbildung sowie bei sekundären Immundefekten oder zur Immunmodulation im ausführlich begründeten Einzelfall. Bei langfristiger Immunglobulintherapie sollten Versuche unternommen werden, die verabreichte Dosis zu reduzieren und/oder das Dosierungsintervall auszudehnen. Erstverordnung und regelmäßige Kontrolle durch in der Behandlung mit Immunglobulinen erfahrene ÄrztInnen oder Zentren.		1 St	334,60
RE1	**Privigen 100 mg/ml Inf.lsg. (10 g/100 ml)** Substitutionstherapie bei gesicherter Diagnose eines primären Immunmangelsyndroms mit eingeschränkter Antikörperbildung sowie bei sekundären Immundefekten oder zur Immunmodulation im ausführlich begründeten Einzelfall. Bei langfristiger Immunglobulintherapie sollten Versuche unternommen werden, die verabreichte Dosis zu reduzieren und/oder das Dosierungsintervall auszudehnen. Erstverordnung und regelmäßige Kontrolle durch in der Behandlung mit Immunglobulinen erfahrene ÄrztInnen oder Zentren.		1 St	637,70
RE1	**Privigen 100 mg/ml Inf.lsg. (20 g/200 ml)** Substitutionstherapie bei gesicherter Diagnose eines primären Immunmangelsyndroms mit eingeschränkter Antikörperbildung sowie bei sekundären Immundefekten oder zur Immunmodulation im ausführlich begründeten Einzelfall. Bei langfristiger Immunglobulintherapie sollten Versuche unternommen werden, die verabreichte Dosis zu reduzieren und/oder das Dosierungsintervall auszudehnen. Erstverordnung und regelmäßige Kontrolle durch in der Behandlung mit Immunglobulinen erfahrene ÄrztInnen oder Zentren.		1 St	1.250,70

	Bezeichnung	T	OP	KVP in €
RE1	**Privigen 100 mg/ml Inf.lsg. (40 g/400 ml)** Substitutionstherapie bei gesicherter Diagnose eines primären Immunmangelsyndroms mit eingeschränkter Antikörperbildung sowie bei sekundären Immundefekten oder zur Immunmodulation im ausführlich begründeten Einzelfall. Bei langfristiger Immunglobulintherapie sollten Versuche unternommen werden, die verabreichte Dosis zu reduzieren und/oder das Dosierungsintervall auszudehnen. Erstverordnung und regelmäßige Kontrolle durch in der Behandlung mit Immunglobulinen erfahrene ÄrztInnen oder Zentren.		1 St	2.476,70

J06BB Spezifische Immunglobuline
J06BB01 Anti-D(rh)-Immunglobulin

Anti-D(rh)-Immunglobulin 1.500 IE

RE2	**Rhophylac 300 mcg/2 ml Inj.lsg. Fertigspr.** Zur Prophylaxe der Rh0(D)-Sensibilisierung bei Rh-negativen Schwangeren in der 28. - 30. Schwangerschaftswoche. Keine Kostenübernahme bei Verabreichung post partum (da grundsätzlich im Krankenhaus verabreicht; Ausnahme: Hausgeburt). Bei sicher Rh-negativem Kindesvater ist eine Anti-D-Prophylaxe nicht erforderlich.		2 ml	74,05

J06BB02 Tetanus-Immunglobulin

Tetanus-Immunglobulin 250 IE

RE2	**Tetagam P-Fertigspr.** Tetanusprophylaxe bei akuten Verletzungen und fehlender, unbekannter oder unvollständiger Grundimmunisierung.		1 ml	29,10

J06BB04 Hepatitis B-Immunglobulin

Hepatitis B-Immunglobulin 50 IE/ml

RE1	**Hepatect CP 50 IE/ml Inf.lsg.** Eine Kostenübernahme ist im ausführlich begründeten Einzelfall möglich.		1 St *2 ml* 1 St *10 ml*	82,15 314,50

J06BD Antivirale monoklonale Antikörper
J06BD01 Palivizumab

Palivizumab 0,1/ml

RE1	**Synagis 100 mg/ml Inj.lsg. 0,5 ml Dstfl.** - Indikationsstellung, Erstverordnung und Erstverabreichung bei Entlassung während der RSV-Saison (November-März) durch das Krankenhaus, weitere Verschreibung und Folgeverabreichungen durch FachärztInnen für Kinder- und Jugendheilkunde. - Frühgeborene, die in der 28. SSW und früher geboren wurden und zu Beginn der RSV-Saison jünger als 12 Monate sind. - Frühgeborene, die in der 29., 30., 31. oder 32. SSW geboren wurden, zu Beginn der RSV-Saison jünger als 6 Monate sind und Hochrisikokinder sind. - Frühgeborene, die in der 33., 34. oder 35. SSW geboren wurden, zu Beginn der RSV-Saison jünger als 3 Monate sind und Hochrisikokinder sind. - Kinder unter 2 Jahren mit hämodynamisch signifikanten angeborenen Herzfehlern. - Kinder mit chronischen Lungenerkrankungen (CLD) als Folge einer bronchopulmonalen Dysplasie bis zum Alter von 2 Jahren, die in den letzten 6 Monaten vor Beginn der RSV-Saison noch eine Behandlung (z.B. Sauerstofftherapie) für die CLD erhalten haben. Die Prophylaxe im 2. Jahr sollte der schweren Form der CLD vorbehalten sein.		1 St	556,30

	Bezeichnung	T	OP	KVP in €
RE1	**Synagis 100 mg/ml Inj.lsg. 1 ml Dstfl.** - Indikationsstellung, Erstverordnung und Erstverabreichung bei Entlassung während der RSV-Saison (November-März) durch das Krankenhaus, weitere Verschreibung und Folgeverabreichungen durch FachärztInnen für Kinder- und Jugendheilkunde. - Frühgeborene, die in der 28. SSW und früher geboren wurden und zu Beginn der RSV-Saison jünger als 12 Monate sind. - Frühgeborene, die in der 29., 30., 31. oder 32. SSW geboren wurden, zu Beginn der RSV-Saison jünger als 6 Monate sind und Hochrisikokinder sind. - Frühgeborene, die in der 33., 34. oder 35. SSW geboren wurden, zu Beginn der RSV-Saison jünger als 3 Monate sind und Hochrisikokinder sind. - Kinder unter 2 Jahren mit hämodynamisch signifikanten angeborenen Herzfehlern. - Kinder mit chronischen Lungenerkrankungen (CLD) als Folge einer bronchopulmonalen Dysplasie bis zum Alter von 2 Jahren, die in den letzten 6 Monaten vor Beginn der RSV-Saison noch eine Behandlung (z.B. Sauerstofftherapie) für die CLD erhalten haben. Die Prophylaxe im 2. Jahr sollte der schweren Form der CLD vorbehalten sein.		1 St	907,45

L ANTINEOPLASTISCHE UND IMMUNMODULIERENDE MITTEL
L01 ANTINEOPLASTISCHE MITTEL
L01B ANTIMETABOLITE
L01BC Pyrimidin-Analoga
L01BC52 Fluorouracil, Kombinationen

Fluorouracil 0,005, Salicylsäure 0,1/g

RE1	**Actikerall 5 mg/g + 100 mg/g Lsg. zur Anw. auf der Haut** Bei aktinischen Keratosen nach dermatologischer Abklärung, wenn 4 -10 Läsionen vorhanden sind oder wenn eine operative Entfernung kontraindiziert oder nicht möglich ist.		25 ml	57,35

L01BC53 Tegafur, Kombinationen

Tegafur 0,015, Gimeracil 0,00435, Oteracil 0,0118

RE2	**Teysuno 15 mg/4,35 mg/11,8 mg Hartkaps.** Zur Behandlung von erwachsenen PatientInnen mit fortgeschrittenem Magenkarzinom in Kombination mit Cisplatin; Diagnose, Erstverordnung und engmaschige Kontrolle durch entsprechende Fachabteilungen und Zentren.		42 St	152,10

Tegafur 0,02, Gimeracil 0,0058, Oteracil 0,0158

RE2	**Teysuno 20 mg/5,8 mg/15,8 mg Hartkaps.** Zur Behandlung von erwachsenen PatientInnen mit fortgeschrittenem Magenkarzinom in Kombination mit Cisplatin; Diagnose, Erstverordnung und engmaschige Kontrolle durch entsprechende Fachabteilungen und Zentren.		42 St 84 St	208,60 387,85

L01C PFLANZLICHE ALKALOIDE UND ANDERE NATÜRLICHE MITTEL
L01CA Vinka-Alkaloide und Analoga
L01CA04 Vinorelbin

Vinorelbin 0,02

RE2	**Navelbine 20 mg Kaps.** Eine Kostenübernahme ist möglich in der Indikation inoperables nicht-kleinzelliges Bronchialkarzinom und fortgeschrittenes Mammakarzinom. Diagnosestellung und regelmäßige Kontrollen in entsprechender Fachabteilung bzw. -ambulanz.		1 St 2 St 3 St 4 St	76,40 140,85 196,95 249,50

Vinorelbin 0,03

RE2	**Navelbine 30 mg Kaps.** Eine Kostenübernahme ist möglich in der Indikation inoperables nicht-kleinzelliges Bronchialkarzinom und fortgeschrittenes Mammakarzinom. Diagnosestellung und regelmäßige Kontrollen in entsprechender Fachabteilung bzw. -ambulanz.		1 St 2 St 3 St 4 St	110,10 196,95 280,70 371,00

	Bezeichnung	T	OP	KVP in €

L01D ZYTOTOXISCHE ANTIBIOTIKA UND VERWANDTE SUBSTANZEN
L01DB Anthracycline und verwandte Substanzen
L01DB06 Idarubicin

Idarubicin 0,005

RE2	**Zavedos 5 mg Kaps.** 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	62,70

Idarubicin 0,01

RE2	**Zavedos 10 mg Kaps.** 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	106,50

L01E PROTEINKINASE-INHIBITOREN
L01EB Epidermal growth factor receptor (EGFR)-Tyrosinkinase-Inhibitoren
L01EB02 Erlotinib

Erlotinib 0,1

RE1	**Tarceva 100 mg Filmtabl.** Bei lokal fortgeschrittenem oder metastasiertem nicht-kleinzelligen Lungenkarzinom (NSCLC) als Monotherapie - zur First-line-Therapie bei PatientInnen mit aktivierenden Epidermal Growth Factor Receptor (EGFR)-Mutationen oder - zur Wechsel-Erhaltungstherapie (switch maintenance treatment) bei PatientInnen mit aktivierenden EGFR-Mutationen und unverändertem Krankheitszustand nach First-line-Chemotherapie. - zur Behandlung von PatientInnen, bei denen mindestens eine vorausgegangene Chemotherapie versagt hat. Nachweis einer aktivierenden Mutation der EGFR-Tyrosinkinase mit einer validierten Testmethode. Bei PatientInnen mit EGFR-IHC-negativen Tumoren konnten weder ein Überlebensvorteil noch andere klinisch relevante Wirkungen gezeigt werden. Bei metastasiertem Pankreaskarzinom in Kombination mit Gemcitabin. Bei PatientInnen, die innerhalb der ersten 4-8 Behandlungswochen keinen Ausschlag entwickeln, sollte die Behandlung mit Erlotinib überdacht werden. Bei PatientInnen mit lokal fortgeschrittenem Pankreaskarzinom konnte ein Überlebensvorteil nicht gezeigt werden. Diagnose und Erstverordnung durch entsprechende Fachabteilung bzw. Zentrum, mittels Tumorboard sowie regelmäßige Kontrolle durch entsprechende Fachabteilung bzw. Zentrum bzw. durch einen/eine onkologisch spezialisierte/n Facharzt/Fachärztin.		30 St	1.578,55

	Bezeichnung	T	OP	KVP in €
Erlotinib 0,15				
RE1	**Tarceva 150 mg Filmtabl.** Bei lokal fortgeschrittenem oder metastasiertem nicht-kleinzelligen Lungenkarzinom (NSCLC) als Monotherapie - zur First-line-Therapie bei PatientInnen mit aktivierenden Epidermal Growth Factor Receptor (EGFR)-Mutationen oder - zur Wechsel-Erhaltungstherapie (switch maintenance treatment) bei PatientInnen mit aktivierenden EGFR-Mutationen und unverändertem Krankheitszustand nach First-line-Chemotherapie. - zur Behandlung von PatientInnen, bei denen mindestens eine vorausgegangene Chemotherapie versagt hat. Nachweis einer aktivierenden Mutation der EGFR-Tyrosinkinase mit einer validierten Testmethode. Bei PatientInnen mit EGFR-IHC-negativen Tumoren konnten weder ein Überlebensvorteil noch andere klinisch relevante Wirkungen gezeigt werden. Diagnose und Erstverordnung durch entsprechende Fachabteilung bzw. Zentrum, mittels Tumorboard sowie regelmäßige Kontrolle durch entsprechende Fachabteilung bzw. Zentrum bzw. durch einen/eine onkologisch spezialisierte/n Facharzt/Fachärztin.		30 St	1.943,40

L01EB03 Afatinib

Afatinib 0,02				
RE1	**Giotrif 20 mg Filmtabl.** - Bei Epidermal Growth Factor Receptor-Tyrosinkinase-Inhibitor (EGFR-TKI)-naiven erwachsenen PatientInnen mit lokal fortgeschrittenem oder metastasiertem, nicht-kleinzelligen Lungenkarzinom (NSCLC) mit aktivierenden Mutationen der EGFR-TK. Nachweis einer aktivierenden Mutation der EGFR-TK mit einer validierten Testmethode. - Bei lokal fortgeschrittenem oder metastasiertem NSCLC mit Plattenepithel-Histologie, das unter oder nach Platin-basierter Chemotherapie fortschreitet. Diagnose und Erstverordnung durch entsprechende Fachabteilung bzw. Zentrum, mittels Tumorboard sowie regelmäßige Kontrolle durch entsprechende Fachabteilung bzw. Zentrum bzw. durch einen onkologisch spezialisierten Facharzt/eine Fachärztin.		28 St	1.830,40
Afatinib 0,03				
RE1	**Giotrif 30 mg Filmtabl.** - Bei Epidermal Growth Factor Receptor-Tyrosinkinase-Inhibitor (EGFR-TKI)-naiven erwachsenen PatientInnen mit lokal fortgeschrittenem oder metastasiertem, nicht-kleinzelligen Lungenkarzinom (NSCLC) mit aktivierenden Mutationen der EGFR-TK. Nachweis einer aktivierenden Mutation der EGFR-TK mit einer validierten Testmethode. - Bei lokal fortgeschrittenem oder metastasiertem NSCLC mit Plattenepithel-Histologie, das unter oder nach Platin-basierter Chemotherapie fortschreitet. Diagnose und Erstverordnung durch entsprechende Fachabteilung bzw. Zentrum, mittels Tumorboard sowie regelmäßige Kontrolle durch entsprechende Fachabteilung bzw. Zentrum bzw. durch einen onkologisch spezialisierten Facharzt/eine Fachärztin.		28 St	1.830,40
Afatinib 0,04				
RE1	**Giotrif 40 mg Filmtabl.** - Bei Epidermal Growth Factor Receptor-Tyrosinkinase-Inhibitor (EGFR-TKI)-naiven erwachsenen PatientInnen mit lokal fortgeschrittenem oder metastasiertem, nicht-kleinzelligen Lungenkarzinom (NSCLC) mit aktivierenden Mutationen der EGFR-TK. Nachweis einer aktivierenden Mutation der EGFR-TK mit einer validierten Testmethode. - Bei lokal fortgeschrittenem oder metastasiertem NSCLC mit Plattenepithel-Histologie, das unter oder nach Platin-basierter Chemotherapie fortschreitet. Diagnose und Erstverordnung durch entsprechende Fachabteilung bzw. Zentrum, mittels Tumorboard sowie regelmäßige Kontrolle durch entsprechende Fachabteilung bzw. Zentrum bzw. durch einen onkologisch spezialisierten Facharzt/eine Fachärztin.		28 St	1.830,40

	Bezeichnung	T	OP	KVP in €

L01EB04 Osimertinib

Osimertinib 0,04

RE1	**Tagrisso 40 mg Filmtabl.** (PM) Bei lokal fortgeschrittenem oder metastasiertem, nicht-kleinzelligem Lungenkarzinom (NSCLC) - zur Erstlinientherapie von erwachsenen PatientInnen mit aktivierenden Mutationen des epidermalen Wachstumsfaktor-Rezeptors (Epidermal Growth Factor Receptor, EGFR). Nachweis einer aktivierenden Mutation der EGFR-Tyrosinkinase mit einer validierten Testmethode. - zur Behandlung von erwachsenen PatientInnen mit einer positiven T790M-Mutation des EGFR, bei denen eine Therapie mit einem der folgenden EGFR-Tyrosinkinasehemmer (Gefitinib, Erlotinib, Afatinib) versagt hat. Nachweis des EGFR-T790M-Mutationsstatus mit einer validierten Testmethode. Diagnose und Erstverordnung durch entsprechende Fachabteilung bzw. Zentrum, mittels Tumorboard. Regelmäßige Kontrolle durch entsprechende Fachabteilung bzw. Zentrum bzw. durch einen/eine onkologisch spezialisierten/spezialisierte Facharzt/Fachärztin.		30 St	5.306,40

Osimertinib 0,08

RE1	**Tagrisso 80 mg Filmtabl.** (PM) Bei lokal fortgeschrittenem oder metastasiertem, nicht-kleinzelligem Lungenkarzinom (NSCLC) - zur Erstlinientherapie von erwachsenen PatientInnen mit aktivierenden Mutationen des epidermalen Wachstumsfaktor-Rezeptors (Epidermal Growth Factor Receptor, EGFR). Nachweis einer aktivierenden Mutation der EGFR-Tyrosinkinase mit einer validierten Testmethode. - zur Behandlung von erwachsenen PatientInnen mit einer positiven T790M-Mutation des EGFR, bei denen eine Therapie mit einem der folgenden EGFR-Tyrosinkinasehemmer (Gefitinib, Erlotinib, Afatinib) versagt hat. Nachweis des EGFR-T790M-Mutationsstatus mit einer validierten Testmethode. Diagnose und Erstverordnung durch entsprechende Fachabteilung bzw. Zentrum, mittels Tumorboard. Regelmäßige Kontrolle durch entsprechende Fachabteilung bzw. Zentrum bzw. durch einen/eine onkologisch spezialisierten/spezialisierte Facharzt/Fachärztin.		30 St	5.306,40

L01EB09 Lazertinib

Lazertinib 0,08

RE1	**Lazcluze 80 mg Filmtabl.** (PM) In Kombination mit Amivantamab zur Erstlinientherapie bei Erwachsenen mit fortgeschrittenem nicht-kleinzelligem Lungenkarzinom (non-small cell lung cancer, NSCLC) mit EGFR Exon-19-Deletionen oder Exon-21-L858R-Substitutionsmutationen. Nachweis des EGFR-Mutationsstatus mit einer validierten Testmethode. Diagnose und Erstverordnung durch entsprechende Fachabteilung bzw. Zentrum, gegebenenfalls mit Vorlage eines Tumorboardbeschlusses. Eine zumindest einmalige dokumentierte Vorstellung der PatientInnen nach Erstdiagnose in einem Tumorboard ist erforderlich, diese ist innerhalb von 90 Tagen anzustreben. Regelmäßige Kontrolle durch entsprechende Fachabteilung bzw. Zentrum bzw. durch onkologisch spezialisierte FachärztInnen.		56 St	4.954,30

Lazertinib 0,24

RE1	**Lazcluze 240 mg Filmtabl.** (PM) In Kombination mit Amivantamab zur Erstlinientherapie bei Erwachsenen mit fortgeschrittenem nicht-kleinzelligem Lungenkarzinom (non-small cell lung cancer, NSCLC) mit EGFR Exon-19-Deletionen oder Exon-21-L858R-Substitutionsmutationen. Nachweis des EGFR-Mutationsstatus mit einer validierten Testmethode. Diagnose und Erstverordnung durch entsprechende Fachabteilung bzw. Zentrum, gegebenenfalls mit Vorlage eines Tumorboardbeschlusses. Eine zumindest einmalige dokumentierte Vorstellung der PatientInnen nach Erstdiagnose in einem Tumorboard ist erforderlich, diese ist innerhalb von 90 Tagen anzustreben. Regelmäßige Kontrolle durch entsprechende Fachabteilung bzw. Zentrum bzw. durch onkologisch spezialisierte FachärztInnen.		28 St	4.954,30

	Bezeichnung	T	OP	KVP in €

L01EC BRAF-Serin-Threoninkinase (BRAF)-Inhibitoren

L01EC01 Vemurafenib

Vemurafenib 0,24

RE1	**Zelboraf 240 mg Filmtabl.** (PM) Zur Monotherapie von erwachsenen PatientInnen mit BRAF-V600-Mutation positivem (nicht resezierbaren oder metastasierten) Melanom. Nachweis einer positiven BRAF-V600-Mutation mit einer validierten Testmethode. Diagnose und Erstverordnung durch entsprechende Fachabteilung bzw. Zentrum, gegebenenfalls Tumorboard. Regelmäßige Kontrolle durch entsprechende Fachabteilung bzw. Zentrum bzw. durch einen onkologisch spezialisierten Facharzt/eine Fachärztin; sowie regelmäßige EKG-Kontrollen.		56 St	1.599,55

L01EC02 Dabrafenib

Dabrafenib 0,05

RE1	**Tafinlar 50 mg Hartkaps.** Zur Behandlung erwachsener PatientInnen mit BRAF-V600-Mutation positivem (nicht resezierbarem oder metastasiertem) Melanom - als Kombinationstherapie mit Trametinib. Für PatientInnen, deren Erkrankung unter einer vorhergehenden Therapie mit einem BRAF-Inhibitor fortschritt, liegen nur begrenzte Daten vor, weshalb für diese PatientInnen andere Behandlungsoptionen in Betracht gezogen werden sollten. - als Monotherapie, wenn eine Kombinationstherapie mit Trametinib kontraindiziert ist. Nachweis einer positiven BRAF-V600-Mutation mit einer validierten Testmethode. Diagnose und Erstverordnung durch entsprechende Fachabteilung bzw. Zentrum, mittels Tumorboard. Regelmäßige Kontrolle (u.a. Herzfunktion) durch entsprechende Fachabteilung bzw. Zentrum bzw. durch einen onkologisch spezialisierten Facharzt/eine Fachärztin.		28 St 120 St	816,10 3.416,50

Dabrafenib 0,075

RE1	**Tafinlar 75 mg Hartkaps.** Zur Behandlung erwachsener PatientInnen mit BRAF-V600-Mutation positivem (nicht resezierbarem oder metastasiertem) Melanom - als Kombinationstherapie mit Trametinib. Für PatientInnen, deren Erkrankung unter einer vorhergehenden Therapie mit einem BRAF-Inhibitor fortschritt, liegen nur begrenzte Daten vor, weshalb für diese PatientInnen andere Behandlungsoptionen in Betracht gezogen werden sollten. - als Monotherapie, wenn eine Kombinationstherapie mit Trametinib kontraindiziert ist. Nachweis einer positiven BRAF-V600-Mutation mit einer validierten Testmethode. Diagnose und Erstverordnung durch entsprechende Fachabteilung bzw. Zentrum, mittels Tumorboard. Regelmäßige Kontrolle (u.a. Herzfunktion) durch entsprechende Fachabteilung bzw. Zentrum bzw. durch einen onkologisch spezialisierten Facharzt/eine Fachärztin.		28 St 120 St	1.211,80 5.112,40

L01EC03 Encorafenib

Encorafenib 0,05

RE1	**Braftovi 50 mg Hartkaps.** 1. Zur Kombinationstherapie mit Binimetinib bei Erwachsenen mit BRAF-V600-Mutation positivem nicht resezierbarem oder metastasiertem Melanom. Für PatientInnen, deren Erkrankung unter einer vorhergehenden Therapie mit einem BRAF-Inhibitor fortschritt, liegen nur begrenzte Daten vor, weshalb für diese PatientInnen andere Behandlungsoptionen in Betracht gezogen werden sollten. 2. Zur Kombinationstherapie mit Binimetinib bei Erwachsenen mit BRAF-V600E-Mutation positivem fortgeschrittenem nicht-kleinzelligem Lungenkarzinom (NSCLC). Nachweis einer BRAF-V600-Mutation (Melanom) bzw. BRAF-V600E-Mutation (NSCLC) mit einer validierten Testmethode. Diagnose und Erstverordnung durch entsprechende Fachabteilung bzw. Zentrum, mittels Tumorboard. Regelmäßige Kontrolle durch entsprechende Fachabteilung bzw. Zentrum bzw. durch onkologisch spezialisierte FachärztInnen.		28 St 112 St	475,60 1.828,40

	Bezeichnung	T	OP	KVP in €
Encorafenib 0,075				
RE1	**Braftovi 75 mg Hartkaps.** 1. Zur Kombinationstherapie mit Binimetinib bei Erwachsenen mit BRAF-V600-Mutation positivem nicht resezierbarem oder metastasiertem Melanom. Für PatientInnen, deren Erkrankung unter einer vorhergehenden Therapie mit einem BRAF-Inhibitor fortschritt, liegen nur begrenzte Daten vor, weshalb für diese PatientInnen andere Behandlungsoptionen in Betracht gezogen werden sollten. 2. Zur Kombinationstherapie mit Binimetinib bei Erwachsenen mit BRAF-V600E-Mutation positivem fortgeschrittenem nicht-kleinzelligem Lungenkarzinom (NSCLC). 3. Zur Kombinationstherapie mit Cetuximab bei Erwachsenen mit BRAF-V600E-Mutation positivem metastasiertem Kolorektalkarzinom, nach Versagen einer systemischen Therapie. Nachweis einer BRAF-V600-Mutation (Melanom) bzw. BRAF-V600E-Mutation (NSCLC) mit einer validierten Testmethode. Diagnose und Erstverordnung durch entsprechende Fachabteilung bzw. Zentrum, mittels Tumorboard. Regelmäßige Kontrolle durch entsprechende Fachabteilung bzw. Zentrum bzw. durch onkologisch spezialisierte FachärztInnen.		42 St 168 St	1.039,30 4.083,10

L01ED Anaplastische Lymphomkinase (ALK)-Inhibitoren
L01ED03 Alectinib

Alectinib 0,15				
RE1	**Alecensa 150 mg Hartkaps.** (PM) Bei erwachsenen PatientInnen mit lokal fortgeschrittenem oder metastasiertem, Anaplastische-Lymphomkinase (ALK)-positivem, nicht-kleinzelligem Lungenkarzinom (NSCLC) - als Erstlinientherapie - nach Vorbehandlung mit Crizotinib. Nachweis der ALK-Translokation mit einer validierten Testmethode. Diagnose und Erstverordnung durch entsprechende Fachabteilung bzw. Zentrum, mittels Tumorboard. Regelmäßige Kontrolle durch entsprechende Fachabteilung bzw. Zentrum bzw. durch einen/eine onkologisch spezialisierten/spezialisierte Facharzt/Fachärztin.		224 St	4.472,25

L01ED04 Brigatinib

Brigatinib 0,03				
RE1	**Alunbrig 30 mg Filmtabl.** Bei Erwachsenen mit lokal fortgeschrittenem oder metastasiertem, Anaplastische-Lymphomkinase (ALK)-positivem, nicht-kleinzelligem Lungenkarzinom (NSCLC) - die zuvor nicht mit einem ALK-Inhibitor behandelt wurden - als Zweitlinientherapie nach Vorbehandlung mit einem ALK-Inhibitor. Nachweis der ALK-Translokation mit einer validierten Testmethode. Diagnose und Erstverordnung durch entsprechende Fachabteilung bzw. Zentrum, mittels Tumorboard. Regelmäßige Kontrolle durch entsprechende Fachabteilung bzw. Zentrum bzw. durch OnkologInnen.		28 St	913,40
Brigatinib 0,09				
RE1	**Alunbrig 90 mg Filmtabl.** Bei Erwachsenen mit lokal fortgeschrittenem oder metastasiertem, Anaplastische-Lymphomkinase (ALK)-positivem, nicht-kleinzelligem Lungenkarzinom (NSCLC) - die zuvor nicht mit einem ALK-Inhibitor behandelt wurden - als Zweitlinientherapie nach Vorbehandlung mit einem ALK-Inhibitor. Nachweis der ALK-Translokation mit einer validierten Testmethode. Diagnose und Erstverordnung durch entsprechende Fachabteilung bzw. Zentrum, mittels Tumorboard. Regelmäßige Kontrolle durch entsprechende Fachabteilung bzw. Zentrum bzw. durch OnkologInnen.		28 St	2.694,70

	Bezeichnung	T	OP	KVP in €
Brigatinib 0,09 (7 Filmtabl.); Brigatinib 0,18 (21 Filmtabl.)				
RE1	**Alunbrig 90 mg + 180 mg Filmtabl. Starterpackung** Bei Erwachsenen mit lokal fortgeschrittenem oder metastasiertem, Anaplastische-Lymphomkinase (ALK)-positivem, nicht-kleinzelligem Lungenkarzinom (NSCLC) - die zuvor nicht mit einem ALK-Inhibitor behandelt wurden - als Zweitlinientherapie nach Vorbehandlung mit einem ALK-Inhibitor. Nachweis der ALK-Translokation mit einer validierten Testmethode. Diagnose und Erstverordnung durch entsprechende Fachabteilung bzw. Zentrum, mittels Tumorboard. Regelmäßige Kontrolle durch entsprechende Fachabteilung bzw. Zentrum bzw. durch OnkologInnen.		28 St	4.139,10
Brigatinib 0,18				
RE1	**Alunbrig 180 mg Filmtabl.** Bei Erwachsenen mit lokal fortgeschrittenem oder metastasiertem, Anaplastische-Lymphomkinase (ALK)-positivem, nicht-kleinzelligem Lungenkarzinom (NSCLC) - die zuvor nicht mit einem ALK-Inhibitor behandelt wurden - als Zweitlinientherapie nach Vorbehandlung mit einem ALK-Inhibitor. Nachweis der ALK-Translokation mit einer validierten Testmethode. Diagnose und Erstverordnung durch entsprechende Fachabteilung bzw. Zentrum, mittels Tumorboard. Regelmäßige Kontrolle durch entsprechende Fachabteilung bzw. Zentrum bzw. durch OnkologInnen.		28 St	4.139,10

L01ED05 Lorlatinib

Lorlatinib 0,025				
RE1	**Lorviqua 25 mg Filmtabl.** (PM) Bei Erwachsenen mit fortgeschrittenem Anaplastische-Lymphomkinase (ALK)-positivem, nicht-kleinzelligem Lungenkarzinom (NSCLC) - die zuvor nicht mit einem ALK-Inhibitor behandelt wurden oder - nach Vorbehandlung mit mindestens einem ALK-Inhibitor. Nachweis der ALK-Translokation mit einer validierten Testmethode. Diagnose und Erstverordnung durch entsprechende Fachabteilung bzw. Zentrum, mittels Tumorboard. Regelmäßige Kontrolle durch entsprechende Fachabteilung bzw. Zentrum bzw. durch OnkologInnen.		90 St	4.063,05
Lorlatinib 0,1				
RE1	**Lorviqua 100 mg Filmtabl.** (PM) Bei Erwachsenen mit fortgeschrittenem Anaplastische-Lymphomkinase (ALK)-positivem, nicht-kleinzelligem Lungenkarzinom (NSCLC) - die zuvor nicht mit einem ALK-Inhibitor behandelt wurden oder - nach Vorbehandlung mit mindestens einem ALK-Inhibitor. Nachweis der ALK-Translokation mit einer validierten Testmethode. Diagnose und Erstverordnung durch entsprechende Fachabteilung bzw. Zentrum, mittels Tumorboard. Regelmäßige Kontrolle durch entsprechende Fachabteilung bzw. Zentrum bzw. durch OnkologInnen.		30 St	4.307,25

L01EE Mitogen-activated Proteinkinase (MEK)-Inhibitoren
L01EE01 Trametinib

Trametinib 0,0005				
RE1	**Mekinist 0,5 mg Filmtabl.** Zur Behandlung erwachsener PatientInnen mit BRAF-V600-Mutation positivem (nicht resezierbarem oder metastasiertem) Melanom - als Kombinationstherapie mit Dabrafenib. Für PatientInnen, deren Erkrankung unter einer vorhergehenden Therapie mit einem BRAF-Inhibitor fortschritt, liegen nur begrenzte Daten vor, weshalb für diese PatientInnen andere Behandlungsoptionen in Betracht gezogen werden sollten. - als Monotherapie, wenn eine Kombinationstherapie mit Dabrafenib kontraindiziert ist. Eine Trametinib-Monotherapie zeigte keine klinische Aktivität bei PatientInnen, deren Erkrankung unter einer vorhergehenden Therapie mit einem BRAF-Inhibitor fortschritt. Nachweis einer positiven BRAF-V600-Mutation mit einer validierten Testmethode. Diagnose und Erstverordnung durch entsprechende Fachabteilung bzw. Zentrum, mittels Tumorboard. Regelmäßige Kontrolle (u.a. Herzfunktion) durch entsprechende Fachabteilung bzw. Zentrum bzw. durch einen onkologisch spezialisierten Facharzt/eine Fachärztin.		30 St	1.296,60

	Bezeichnung	T	OP	KVP in €
Trametinib 0,002				
RE1	**Mekinist 2,0 mg Filmtabl.** Zur Behandlung erwachsener PatientInnen mit BRAF-V600-Mutation positivem (nicht resezierbarem oder metastasiertem) Melanom - als Kombinationstherapie mit Dabrafenib. Für PatientInnen, deren Erkrankung unter einer vorhergehenden Therapie mit einem BRAF-Inhibitor fortschritt, liegen nur begrenzte Daten vor, weshalb für diese PatientInnen andere Behandlungsoptionen in Betracht gezogen werden sollten. - als Monotherapie, wenn eine Kombinationstherapie mit Dabrafenib kontraindiziert ist. Eine Trametinib-Monotherapie zeigte keine klinische Aktivität bei PatientInnen, deren Erkrankung unter einer vorhergehenden Therapie mit einem BRAF-Inhibitor fortschritt. Nachweis einer positiven BRAF-V600-Mutation mit einer validierten Testmethode. Diagnose und Erstverordnung durch entsprechende Fachabteilung bzw. Zentrum, mittels Tumorboard. Regelmäßige Kontrolle (u.a. Herzfunktion) durch entsprechende Fachabteilung bzw. Zentrum bzw. durch einen onkologisch spezialisierten Facharzt/eine Fachärztin.		7 St 30 St	1.211,80 5.112,40

L01EE02 Cobimetinib

Cobimetinib 0,02				
RE1	**Cotellic 20 mg Filmtabl.** (PM) Zur Behandlung erwachsener PatientInnen mit BRAF-V600-Mutation positivem (nicht resezierbarem oder metastasiertem) Melanom - als Kombinationstherapie mit Vemurafenib. Für PatientInnen, deren Erkrankung unter einer vorhergehenden Therapie mit einem BRAF-Inhibitor fortschritt, liegen nur begrenzte Daten vor, weshalb für diese PatientInnen andere Behandlungsoptionen in Betracht gezogen werden sollten. Nachweis einer positiven BRAF-V600-Mutation mit einer validierten Testmethode. Diagnose und Erstverordnung durch entsprechende Fachabteilung bzw. Zentrum, mittels Tumorboard. Regelmäßige Kontrolle (u.a. Herzfunktion) durch entsprechende Fachabteilung bzw. Zentrum bzw. durch einen onkologisch spezialisierten Facharzt/eine Fachärztin.		63 St	5.730,85

L01EE03 Binimetinib

Binimetinib 0,015				
RE1	**Mektovi 15 mg Filmtabl.** 1. Zur Kombinationstherapie mit Encorafenib bei Erwachsenen mit BRAF-V600-Mutation positivem nicht resezierbarem oder metastasiertem Melanom. Für PatientInnen, deren Erkrankung unter einer vorhergehenden Therapie mit einem BRAF-Inhibitor fortschritt, liegen nur begrenzte Daten vor, weshalb für diese PatientInnen andere Behandlungsoptionen in Betracht gezogen werden sollten. 2. Zur Kombinationstherapie mit Encorafenib bei Erwachsenen mit BRAF-V600E-Mutation positivem fortgeschrittenem nicht-kleinzelligem Lungenkarzinom (NSCLC). Nachweis einer BRAF-V600-Mutation (Melanom) bzw. BRAF-V600E-Mutation (NSCLC) mit einer validierten Testmethode. Diagnose und Erstverordnung durch entsprechende Fachabteilung bzw. Zentrum, mittels Tumorboard. Regelmäßige Kontrolle durch entsprechende Fachabteilung bzw. Zentrum bzw. durch onkologisch spezialisierte FachärztInnen.		84 St 168 St	2.053,90 4.083,10

	Bezeichnung	T	OP	KVP in €
Binimetinib 0,045				
RE1	**Mektovi 45 mg Filmtabl.** 1. Zur Kombinationstherapie mit Encorafenib bei Erwachsenen mit BRAF-V600-Mutation positivem nicht resezierbarem oder metastasiertem Melanom. Für PatientInnen, deren Erkrankung unter einer vorhergehenden Therapie mit einem BRAF-Inhibitor fortschritt, liegen nur begrenzte Daten vor, weshalb für diese PatientInnen andere Behandlungsoptionen in Betracht gezogen werden sollten. 2. Zur Kombinationstherapie mit Encorafenib bei Erwachsenen mit BRAF-V600E-Mutation positivem fortgeschrittenem nicht-kleinzelligem Lungenkarzinom (NSCLC). Nachweis einer BRAF-V600-Mutation (Melanom) bzw. BRAF-V600E-Mutation (NSCLC) mit einer validierten Testmethode. Diagnose und Erstverordnung durch entsprechende Fachabteilung bzw. Zentrum, mittels Tumorboard. Regelmäßige Kontrolle durch entsprechende Fachabteilung bzw. Zentrum bzw. durch onkologisch spezialisierte FachärztInnen.		28 St 56 St	2.053,90 4.083,10

L01EF Cyclin-abhängige Kinase (CDK)-Inhibitoren
L01EF01 Palbociclib

Palbociclib 0,075				
RE2	**Ibrance 75 mg Filmtabl.** (PM) Bei Hormonrezeptor (HR)-positivem, humanen epidermalen Wachstumsfaktor-Rezeptor-2 (HER2)-negativem lokal fortgeschrittenem oder metastasiertem Mammakarzinom: - als Erstlinientherapie in Kombination mit einem Aromatasehemmer - als Zweitlinien- oder Folgetherapie in Kombination mit Fulvestrant nach endokriner Therapie. Kein Einsatz bei vorangegangener Therapie mit einem Inhibitor von Cyclin-abhängiger Kinase (CDK) 4 und 6 und/oder kritischer viszeraler Erkrankung. Bei prä- oder perimenopausalen Frauen sollte die endokrine Therapie mit einem LHRH-Agonisten (LHRH = Luteinizing Hormone-Releasing Hormone) kombiniert werden. Diagnose und Erstverordnung durch entsprechende Fachabteilung bzw. Zentrum, mittels Tumorboard. Regelmäßige Kontrolle durch entsprechende Fachabteilung bzw. Zentrum bzw. durch gynäko-onkologisch spezialisierte FachärztInnen.		21 St	2.063,20
Palbociclib 0,1				
RE2	**Ibrance 100 mg Filmtabl.** (PM) Bei Hormonrezeptor (HR)-positivem, humanen epidermalen Wachstumsfaktor-Rezeptor-2 (HER2)-negativem lokal fortgeschrittenem oder metastasiertem Mammakarzinom: - als Erstlinientherapie in Kombination mit einem Aromatasehemmer - als Zweitlinien- oder Folgetherapie in Kombination mit Fulvestrant nach endokriner Therapie. Kein Einsatz bei vorangegangener Therapie mit einem Inhibitor von Cyclin-abhängiger Kinase (CDK) 4 und 6 und/oder kritischer viszeraler Erkrankung. Bei prä- oder perimenopausalen Frauen sollte die endokrine Therapie mit einem LHRH-Agonisten (LHRH = Luteinizing Hormone-Releasing Hormone) kombiniert werden. Diagnose und Erstverordnung durch entsprechende Fachabteilung bzw. Zentrum, mittels Tumorboard. Regelmäßige Kontrolle durch entsprechende Fachabteilung bzw. Zentrum bzw. durch gynäko-onkologisch spezialisierte FachärztInnen.		21 St	2.063,20

	Bezeichnung	T	OP	KVP in €
Palbociclib 0,125				
RE2	**Ibrance 125 mg Filmtabl.** Ⓟ Bei Hormonrezeptor (HR)-positivem, humanen epidermalen Wachstumsfaktor-Rezeptor-2 (HER2)-negativem lokal fortgeschrittenem oder metastasiertem Mammakarzinom: - als Erstlinientherapie in Kombination mit einem Aromatasehemmer - als Zweitlinien- oder Folgetherapie in Kombination mit Fulvestrant nach endokriner Therapie. Kein Einsatz bei vorangegangener Therapie mit einem Inhibitor von Cyclin-abhängiger Kinase (CDK) 4 und 6 und/oder kritischer viszeraler Erkrankung. Bei prä- oder perimenopausalen Frauen sollte die endokrine Therapie mit einem LHRH-Agonisten (LHRH = Luteinizing Hormone-Releasing Hormone) kombiniert werden. Diagnose und Erstverordnung durch entsprechende Fachabteilung bzw. Zentrum, mittels Tumorboard. Regelmäßige Kontrolle durch entsprechende Fachabteilung bzw. Zentrum bzw. durch gynäko-onkologisch spezialisierte FachärztInnen.		21 St	2.063,20

L01EF02 Ribociclib

Ribociclib 0,2				
RE1	**Kisqali 200 mg Filmtabl.** Ⓟ Bei Hormonrezeptor (HR)-positivem, humanen epidermalen Wachstumsfaktor-Rezeptor-2 (HER2)-negativem lokal fortgeschrittenem oder metastasiertem Mammakarzinom: - als Erstlinientherapie in Kombination mit einem Aromatasehemmer oder Fulvestrant - als Zweitlinientherapie in Kombination mit Fulvestrant nach endokriner Therapie. Kein Einsatz bei vorangegangener Therapie mit einem Inhibitor von Cyclin-abhängiger Kinase (CDK) 4 und 6 und/oder kritischer viszeraler Erkrankung. Bei prä- oder perimenopausalen Frauen sollte die endokrine Therapie mit einem LHRH-Agonisten (LHRH = Luteinizing Hormone-Releasing Hormone) kombiniert werden. Diagnose und Erstverordnung durch entsprechende Fachabteilung bzw. Zentrum, mittels Tumorboard. Regelmäßige Kontrolle durch entsprechende Fachabteilung bzw. Zentrum bzw. durch gynäko-onkologisch spezialisierte FachärztInnen.		21 St 42 St 63 St	710,95 1.397,25 2.083,55

L01EF03 Abemaciclib

Abemaciclib 0,05				
RE1 L6	**Verzenios 50 mg Filmtabl.** Ⓟ - Bei Hormonrezeptor (HR)-positivem, humanem epidermalen Wachstumsfaktor-Rezeptor-2 (HER2)-negativem, nodal-positivem Mammakarzinom im frühen Stadium mit einem hohen Rezidivrisiko in Kombination mit einer endokrinen Therapie innerhalb von 16 Monaten nach primärer Operation. Die Therapie kann bis 2 Jahre fortgeführt werden, sofern nicht vorher eine radiologische Krankheitsprogression oder eine inakzeptable Toxizität auftritt. Bei prä- oder perimenopausalen Frauen sollte die endokrine Aromatasehemmer-Therapie mit einem LHRH-Agonisten (LHRH = Luteinising Hormone Releasing Hormone) kombiniert werden. - Bei HR-positivem, HER2-negativem lokal fortgeschrittenem oder metastasiertem Mammakarzinom • als Erstlinientherapie in Kombination mit einem Aromatasehemmer oder Fulvestrant • als Zweitlinientherapie in Kombination mit Fulvestrant nach endokriner Therapie Bei prä- oder perimenopausalen Frauen sollte die endokrine Therapie mit einem LHRH-Agonisten kombiniert werden. Bei der Verwendung von Abemaciclib gilt: Kein Einsatz bei vorangegangener Therapie mit einem Inhibitor von Cyclin-abhängiger Kinase (CDK) 4 und 6 und/oder kritischer viszeraler Erkrankung. Diagnose und Erstverordnung durch entsprechende Fachabteilung bzw. Zentrum, mittels Tumorboard. Regelmäßige Kontrolle durch entsprechende Fachabteilung bzw. Zentrum bzw. durch gynäko-onkologisch spezialisierte FachärztInnen. Abemaciclib eignet sich für eine chef(kontroll)ärztliche Langzeitbewilligung für 6 Monate (L6).		56 St	1.960,80

	Bezeichnung	T	OP	KVP in €

Abemaciclib 0,1

RE1	**Verzenios 100 mg Filmtabl.** Ⓟ Ⓜ		14 St(2)	508,70
L6	- Bei Hormonrezeptor (HR)-positivem, humanem epidermalen Wachstumsfaktor-Rezeptor-2 (HER2)-negativem, nodal-positivem Mammakarzinom im frühen Stadium mit einem hohen Rezidivrisiko in Kombination mit einer endokrinen Therapie innerhalb von 16 Monaten nach primärer Operation. Die Therapie kann bis 2 Jahre fortgeführt werden, sofern nicht vorher eine radiologische Krankheitsprogression oder eine inakzeptable Toxizität auftritt. Bei prä- oder perimenopausalen Frauen sollte die endokrine Aromatasehemmer-Therapie mit einem LHRH-Agonisten (LHRH = Luteinising Hormone Releasing Hormone) kombiniert werden. - Bei HR-positivem, HER2-negativem lokal fortgeschrittenem oder metastasiertem Mammakarzinom • als Erstlinientherapie in Kombination mit einem Aromatasehemmer oder Fulvestrant • als Zweitlinientherapie in Kombination mit Fulvestrant nach endokriner Therapie Bei prä- oder perimenopausalen Frauen sollte die endokrine Therapie mit einem LHRH-Agonisten kombiniert werden. Bei der Verwendung von Abemaciclib gilt: Kein Einsatz bei vorangegangener Therapie mit einem Inhibitor von Cyclin-abhängiger Kinase (CDK) 4 und 6 und/oder kritischer viszeraler Erkrankung. Diagnose und Erstverordnung durch entsprechende Fachabteilung bzw. Zentrum, mittels Tumorboard. Regelmäßige Kontrolle durch entsprechende Fachabteilung bzw. Zentrum bzw. durch gynäko-onkologisch spezialisierte FachärztInnen. Abemaciclib eignet sich für eine chef(kontroll)ärztliche Langzeitbewilligung für 6 Monate (L6).		56 St	1.960,80

Abemaciclib 0,15

RE1	**Verzenios 150 mg Filmtabl.** Ⓟ Ⓜ		14 St(2)	508,70
L6	- Bei Hormonrezeptor (HR)-positivem, humanem epidermalen Wachstumsfaktor-Rezeptor-2 (HER2)-negativem, nodal-positivem Mammakarzinom im frühen Stadium mit einem hohen Rezidivrisiko in Kombination mit einer endokrinen Therapie innerhalb von 16 Monaten nach primärer Operation. Die Therapie kann bis 2 Jahre fortgeführt werden, sofern nicht vorher eine radiologische Krankheitsprogression oder eine inakzeptable Toxizität auftritt. Bei prä- oder perimenopausalen Frauen sollte die endokrine Aromatasehemmer-Therapie mit einem LHRH-Agonisten (LHRH = Luteinising Hormone Releasing Hormone) kombiniert werden. - Bei HR-positivem, HER2-negativem lokal fortgeschrittenem oder metastasiertem Mammakarzinom • als Erstlinientherapie in Kombination mit einem Aromatasehemmer oder Fulvestrant • als Zweitlinientherapie in Kombination mit Fulvestrant nach endokriner Therapie Bei prä- oder perimenopausalen Frauen sollte die endokrine Therapie mit einem LHRH-Agonisten kombiniert werden. Bei der Verwendung von Abemaciclib gilt: Kein Einsatz bei vorangegangener Therapie mit einem Inhibitor von Cyclin-abhängiger Kinase (CDK) 4 und 6 und/oder kritischer viszeraler Erkrankung. Diagnose und Erstverordnung durch entsprechende Fachabteilung bzw. Zentrum, mittels Tumorboard. Regelmäßige Kontrolle durch entsprechende Fachabteilung bzw. Zentrum bzw. durch gynäko-onkologisch spezialisierte FachärztInnen. Abemaciclib eignet sich für eine chef(kontroll)ärztliche Langzeitbewilligung für 6 Monate (L6).		56 St	1.960,80

	Bezeichnung	T	OP	KVP in €

L01EH Human epidermal growth factor receptor 2 (HER2)-Tyrosinkinase-Inhibitoren
L01EH03 Tucatinib

Tucatinib 0,05

RE1	**Tukysa 50 mg Filmtabl.** (PM) Als Kombinationstherapie mit Trastuzumab und Capecitabin bei Erwachsenen mit humanem epidermalem Wachstumsfaktor-Rezeptor-2 (HER2)-positivem lokal fortgeschrittenem oder metastasiertem Mammakarzinom nach vorangegangener Therapie mit zumindest 2 gegen HER2 gerichteten Behandlungsschemata. Für die Anwendung von Tucatinib nach einem Tyrosinkinase-Inhibitor liegen keine Daten vor. Die HER2-Überexpression oder -Amplifikation ist von einem erfahrenen Labor mittels einer validierten Testmethode festzustellen. Diagnose und Erstverordnung durch entsprechende Fachabteilung bzw. Zentrum, mittels Tumorboard. Regelmäßige Kontrolle durch entsprechende Fachabteilung bzw. Zentrum bzw. durch gynäko-onkologisch spezialisierte FachärztInnen.		88 St	1.677,85

Tucatinib 0,15

RE1	**Tukysa 150 mg Filmtabl.** (PM) Als Kombinationstherapie mit Trastuzumab und Capecitabin bei Erwachsenen mit humanem epidermalem Wachstumsfaktor-Rezeptor-2 (HER2)-positivem lokal fortgeschrittenem oder metastasiertem Mammakarzinom nach vorangegangener Therapie mit zumindest 2 gegen HER2 gerichteten Behandlungsschemata. Für die Anwendung von Tucatinib nach einem Tyrosinkinase-Inhibitor liegen keine Daten vor. Die HER2-Überexpression oder -Amplifikation ist von einem erfahrenen Labor mittels einer validierten Testmethode festzustellen. Diagnose und Erstverordnung durch entsprechende Fachabteilung bzw. Zentrum, mittels Tumorboard. Regelmäßige Kontrolle durch entsprechende Fachabteilung bzw. Zentrum bzw. durch gynäko-onkologisch spezialisierte FachärztInnen.		84 St	4.762,55

L01EJ Januskinase (JAK)-Inhibitoren
L01EJ04 Momelotinib

Momelotinib 0,1

RE1	**Omjjara 100 mg Filmtabl.** (PM) Zur Behandlung von krankheitsbedingter Splenomegalie oder Symptomen bei Erwachsenen mit moderater bis schwerer Anämie, die an primärer Myelofibrose, Post-Polycythaemia Vera-Myelofibrose oder Post-Essentieller Thrombozythämie-Myelofibrose erkrankt sind, und die nicht mit einem Januskinase (JAK)-Inhibitor vorbehandelt sind oder die mit Ruxolitinib behandelt wurden. Nicht in Kombination mit anderen JAK-Inhibitoren. Diagnose und Erstverordnung durch entsprechend spezialisierte Fachabteilung bzw. Zentrum, mittels Tumorboard. Regelmäßige Kontrollen durch entsprechend spezialisierte Fachabteilungen bzw. Zentren bzw. OnkologInnen.		30 St	4.045,80

Momelotinib 0,15

RE1	**Omjjara 150 mg Filmtabl.** (PM) Zur Behandlung von krankheitsbedingter Splenomegalie oder Symptomen bei Erwachsenen mit moderater bis schwerer Anämie, die an primärer Myelofibrose, Post-Polycythaemia Vera-Myelofibrose oder Post-Essentieller Thrombozythämie-Myelofibrose erkrankt sind, und die nicht mit einem Januskinase (JAK)-Inhibitor vorbehandelt sind oder die mit Ruxolitinib behandelt wurden. Nicht in Kombination mit anderen JAK-Inhibitoren. Diagnose und Erstverordnung durch entsprechend spezialisierte Fachabteilung bzw. Zentrum, mittels Tumorboard. Regelmäßige Kontrollen durch entsprechend spezialisierte Fachabteilungen bzw. Zentren bzw. OnkologInnen.		30 St	4.045,80

	Bezeichnung	T	OP	KVP in €
Momelotinib 0,2				
RE1	**Omjjara 200 mg Filmtabl.** Ⓟ Zur Behandlung von krankheitsbedingter Splenomegalie oder Symptomen bei Erwachsenen mit moderater bis schwerer Anämie, die an primärer Myelofibrose, Post-Polycythaemia Vera-Myelofibrose oder Post-Essentieller Thrombozythämie-Myelofibrose erkrankt sind, und die nicht mit einem Januskinase (JAK)-Inhibitor vorbehandelt sind oder die mit Ruxolitinib behandelt wurden. Nicht in Kombination mit anderen JAK-Inhibitoren. Diagnose und Erstverordnung durch entsprechend spezialisierte Fachabteilung bzw. Zentrum, mittels Tumorboard. Regelmäßige Kontrollen durch entsprechend spezialisierte Fachabteilungen bzw. Zentren bzw. OnkologInnen.		30 St	4.045,80

L01EL Bruton-Tyrosinkinase (BTK)-Inhibitoren
L01EL01 Ibrutinib

Ibrutinib 0,14				
RE1	**Imbruvica 140 mg Filmtabl.** Ⓟ Zur Monotherapie bei Erwachsenen 1. mit nicht vorbehandelter chronisch lymphatischer Leukämie (CLL) die für eine Chemoimmuntherapie nicht geeignet sind. 2. mit rezidivierender oder refraktärer CLL 3. mit rezidiviertem oder refraktärem Mantelzell-Lymphom (MCL) 4. mit rezidiviertem oder refraktärem Morbus Waldenström (MW). Diagnose und Erstverordnung durch entsprechende Fachabteilung bzw. Zentrum, mittels Tumorboard. Regelmäßige Kontrolle durch entsprechende Fachabteilung bzw. Zentrum bzw. durch (Hämato-)OnkologInnen.		28 St	1.661,15
Ibrutinib 0,28				
RE1	**Imbruvica 280 mg Filmtabl.** Ⓟ Zur Monotherapie bei Erwachsenen 1. mit nicht vorbehandelter chronisch lymphatischer Leukämie (CLL) die für eine Chemoimmuntherapie nicht geeignet sind. 2. mit rezidivierender oder refraktärer CLL 3. mit rezidiviertem oder refraktärem Mantelzell-Lymphom (MCL) 4. mit rezidiviertem oder refraktärem Morbus Waldenström (MW). Diagnose und Erstverordnung durch entsprechende Fachabteilung bzw. Zentrum, mittels Tumorboard. Regelmäßige Kontrolle durch entsprechende Fachabteilung bzw. Zentrum bzw. durch (Hämato-)OnkologInnen.		28 St	3.211,15
Ibrutinib 0,42				
RE1	**Imbruvica 420 mg Filmtabl.** Ⓟ Zur Monotherapie bei Erwachsenen 1. mit nicht vorbehandelter chronisch lymphatischer Leukämie (CLL) die für eine Chemoimmuntherapie nicht geeignet sind. 2. mit rezidivierender oder refraktärer CLL 3. mit rezidiviertem oder refraktärem Mantelzell-Lymphom (MCL) 4. mit rezidiviertem oder refraktärem Morbus Waldenström (MW). Diagnose und Erstverordnung durch entsprechende Fachabteilung bzw. Zentrum, mittels Tumorboard. Regelmäßige Kontrolle durch entsprechende Fachabteilung bzw. Zentrum bzw. durch (Hämato-)OnkologInnen.		28 St	4.934,75
Ibrutinib 0,56				
RE1	**Imbruvica 560 mg Filmtabl.** Ⓟ Zur Monotherapie bei Erwachsenen mit rezidiviertem oder refraktärem Mantelzell-Lymphom (MCL). Diagnose und Erstverordnung durch entsprechende Fachabteilung bzw. Zentrum, mittels Tumorboard. Regelmäßige Kontrolle durch entsprechende Fachabteilung bzw. Zentrum bzw. durch (Hämato-)OnkologInnen.		28 St	6.589,00

	Bezeichnung	T	OP	KVP in €

L01EL02 Acalabrutinib

Acalabrutinib 0,1

RE1	**Calquence 100 mg Filmtabl.** (PM) Als Monotherapie bei Erwachsenen - mit nicht vorbehandelter chronisch lymphatischer Leukämie (CLL), die für eine Fludarabin-basierte oder andere Chemoimmunotherapien nicht geeignet sind. - mit rezidivierender oder refraktärer CLL, die für eine Chemoimmunotherapie nicht geeignet sind. Diagnose und Erstverordnung durch entsprechende Fachabteilung bzw. Zentrum, mittels Tumorboard. Regelmäßige Kontrolle durch entsprechende Fachabteilung bzw. Zentrum bzw. durch (Hämato-)OnkologInnen.		60 St	5.365,15

L01EL03 Zanubrutinib

Zanubrutinib 0,08

RE1	**Brukinsa 80 mg Hartkaps.** (PM) 1. Zur Monotherapie bei Erwachsenen - mit nicht vorbehandelter chronisch lymphatischer Leukämie (CLL), die für eine Fludarabin-basierte oder andere Chemoimmunotherapien nicht geeignet sind. - mit rezidivierender oder refraktärer CLL, die für eine Chemoimmunotherapie nicht geeignet sind. 2. Zur Monotherapie bei Erwachsenen - mit nicht vorbehandeltem Morbus Waldenström (MW), die für eine Chemoimmunotherapie nicht geeignet sind. - mit rezidivierendem oder refraktärem MW. 3. Zur Monotherapie bei Erwachsenen mit rezidivierendem oder refraktärem Marginalzonenlymphom (MZL), die mindestens eine vorherige Therapie mit einem Anti-CD20-Antikörper erhalten haben. Diagnose und Erstverordnung durch entsprechende Fachabteilung bzw. Zentrum, mittels Tumorboard. Regelmäßige Kontrolle durch entsprechende Fachabteilung bzw. Zentrum bzw. durch (Hämato-)OnkologInnen.		120 St	4.544,30

L01EM Phosphatidylinositol-3-Kinase (Pi3K)-Inhibitoren
L01EM01 Idelalisib

Idelalisib 0,1

RE1	**Zydelig 100 mg Filmtabl.** - Zur Kombinationstherapie mit Rituximab von erwachsenen PatientInnen mit rezidivierender oder refraktärer chronischer lymphatischer Leukämie (CLL), die für eine Chemotherapie nicht geeignet sind. - Zur Kombinationstherapie mit Rituximab von erwachsenen PatientInnen mit CLL als Erstlinientherapie bei Vorliegen einer 17p-Deletion oder einer TP53-Mutation, die für keine anderen Therapien geeignet sind. - Zur Monotherapie von erwachsenen PatientInnen mit follikulärem Lymphom (FL), welche refraktär nach zwei vorausgegangenen Therapien sind. Diagnose und Erstverordnung durch entsprechende Fachabteilung bzw. Zentrum, gegebenenfalls Tumorboard. Regelmäßige Kontrolle durch entsprechende Fachabteilung bzw. Zentrum bzw. durch einen hämato-onkologisch spezialisierten Facharzt/eine Fachärztin.		60 St	3.868,95

Idelalisib 0,15

RE1	**Zydelig 150 mg Filmtabl.** - Zur Kombinationstherapie mit Rituximab von erwachsenen PatientInnen mit rezidivierender oder refraktärer chronischer lymphatischer Leukämie (CLL), die für eine Chemotherapie nicht geeignet sind. - Zur Kombinationstherapie mit Rituximab von erwachsenen PatientInnen mit CLL als Erstlinientherapie bei Vorliegen einer 17p-Deletion oder einer TP53-Mutation, die für keine anderen Therapien geeignet sind. - Zur Monotherapie von erwachsenen PatientInnen mit follikulärem Lymphom (FL), welche refraktär nach zwei vorausgegangenen Therapien sind. Diagnose und Erstverordnung durch entsprechende Fachabteilung bzw. Zentrum, gegebenenfalls Tumorboard. Regelmäßige Kontrolle durch entsprechende Fachabteilung bzw. Zentrum bzw. durch einen hämato-onkologisch spezialisierten Facharzt/eine Fachärztin.		60 St	3.868,95

	Bezeichnung	T	OP	KVP in €

L01EX Andere Proteinkinase-Inhibitoren
L01EX09 Nintedanib

Nintedanib 0,1

RE1	**Ofev 100 mg Weichkaps.** Bei erwachsenen PatientInnen zur Behandlung der idiopathischen Lungenfibrose (IPF). Diagnosesicherung und Therapiekontrolle durch einen Facharzt/eine Fachärztin für Pulmologie.		60 St	1.146,80
RE1	**Vargatef 100 mg Weichkaps.** Zur Kombinationstherapie mit Docetaxel von erwachsenen PatientInnen mit lokal fortgeschrittenem, metastasiertem oder lokal rezidiviertem nicht-kleinzelligen Lungenkarzinom (NSCLC) mit Adenokarzinom-Histologie nach Versagen einer Erstlinienchemotherapie. Diagnose und Erstverordnung durch entsprechende Fachabteilung bzw. Zentrum, mittels Tumorboard. Regelmäßige Kontrolle durch entsprechende Fachabteilung bzw. Zentrum bzw. durch einen onkologisch spezialisierten Facharzt/eine Fachärztin.		120 St	2.268,90

Nintedanib 0,15

RE1	**Ofev 150 mg Weichkaps.** Bei erwachsenen PatientInnen zur Behandlung der idiopathischen Lungenfibrose (IPF). Diagnosesicherung und Therapiekontrolle durch einen Facharzt/eine Fachärztin für Pulmologie.		30 St 60 St	1.146,80 2.268,90
RE1	**Vargatef 150 mg Weichkaps.** Zur Kombinationstherapie mit Docetaxel von erwachsenen PatientInnen mit lokal fortgeschrittenem, metastasiertem oder lokal rezidiviertem nicht-kleinzelligen Lungenkarzinom (NSCLC) mit Adenokarzinom-Histologie nach Versagen einer Erstlinienchemotherapie. Diagnose und Erstverordnung durch entsprechende Fachabteilung bzw. Zentrum, mittels Tumorboard. Regelmäßige Kontrolle durch entsprechende Fachabteilung bzw. Zentrum bzw. durch einen onkologisch spezialisierten Facharzt/eine Fachärztin.		60 St	2.268,90

L01EX12 Larotrectinib

Larotrectinib 0,02/ml

RE1	**Vitrakvi 20 mg/ml Lsg. zum Einnehmen** (PM) Als Monotherapie bei erwachsenen und pädiatrischen PatientInnen mit soliden Tumoren mit einer neurotrophen Tyrosin-Rezeptor-Kinase (NTRK)-Genfusion, - bei denen eine lokal fortgeschrittene oder metastasierte Erkrankung vorliegt oder eine Erkrankung, bei der eine chirurgische Resektion wahrscheinlich zu schwerer Morbidität führt und - für die keine Therapieoptionen zur Verfügung stehen, für die ein klinischer Nutzen festgestellt wurde, oder wenn diese Therapieoptionen ausgeschöpft sind (d.h. keine zufriedenstellenden Therapieoptionen). Diagnose und Erstverordnung durch entsprechende Fachabteilung bzw. Zentrum, mittels Tumorboard. Regelmäßige Kontrolle durch entsprechende Fachabteilung bzw. Zentrum mit Erfahrung in der Behandlung von TumorpatientInnen mit einer NTRK-Genfusion. Vor Einleitung der Therapie mit Larotrectinib ist der Nachweis einer NTRK-Genfusion durch eine validierte Testmethode erforderlich. Die Einleitung einer Diagnostik zum Nachweis einer NTRK-Genfusion ist nur dann sinnvoll, wenn die Therapie mit einem TRK-Inhibitor die bestverfügbare Therapie darstellt oder der Nachweis der Fusion in histopathologisch unklaren Fällen diagnostisch wegweisend ist. Kontrolle des Ansprechens mittels bildgebenden Verfahrens (CT und/oder MRT) alle 3 bis 4 Monate für das erste Jahr nach Therapiebeginn mit Larotrectinib. Danach können längere Intervalle in Erwägung gezogen werden. Therapiefortsetzung nur bei gesichertem Ansprechen. Die PatientInnen sollen in das PatientInnenregister European Reference Network (ERN) - for adult rare solid cancers (EURACAN) aufgenommen werden.		100 ml (2) *2 x 50 ml*	2.171,55

	Bezeichnung	T	OP	KVP in €
Larotrectinib 0,025				
RE1	**Vitrakvi 25 mg Hartkaps.** (PM) Als Monotherapie bei erwachsenen und pädiatrischen PatientInnen mit soliden Tumoren mit einer neurotrophen Tyrosin-Rezeptor-Kinase (NTRK)-Genfusion, - bei denen eine lokal fortgeschrittene oder metastasierte Erkrankung vorliegt oder eine Erkrankung, bei der eine chirurgische Resektion wahrscheinlich zu schwerer Morbidität führt und - für die keine Therapieoptionen zur Verfügung stehen, für die ein klinischer Nutzen festgestellt wurde, oder wenn diese Therapieoptionen ausgeschöpft sind (d.h. keine zufriedenstellenden Therapieoptionen). Diagnose und Erstverordnung durch entsprechende Fachabteilung bzw. Zentrum, mittels Tumorboard. Regelmäßige Kontrolle durch entsprechende Fachabteilung bzw. Zentrum mit Erfahrung in der Behandlung von TumorpatientInnen mit einer NTRK-Genfusion. Vor Einleitung der Therapie mit Larotrectinib ist der Nachweis einer NTRK-Genfusion durch eine validierte Testmethode erforderlich. Die Einleitung einer Diagnostik zum Nachweis einer NTRK-Genfusion ist nur dann sinnvoll, wenn die Therapie mit einem TRK-Inhibitor die bestverfügbare Therapie darstellt oder der Nachweis der Fusion in histopathologisch unklaren Fällen diagnostisch wegweisend ist. Kontrolle des Ansprechens mittels bildgebenden Verfahrens (CT und/oder MRT) alle 3 bis 4 Monate für das erste Jahr nach Therapiebeginn mit Larotrectinib. Danach können längere Intervalle in Erwägung gezogen werden. Therapiefortsetzung nur bei gesichertem Ansprechen. Die PatientInnen sollen in das PatientInnenregister European Reference Network (ERN) - for adult rare solid cancers (EURACAN) aufgenommen werden.		56 St(2)	1.527,50
Larotrectinib 0,1				
RE1	**Vitrakvi 100 mg Hartkaps.** (PM) Als Monotherapie bei erwachsenen und pädiatrischen PatientInnen mit soliden Tumoren mit einer neurotrophen Tyrosin-Rezeptor-Kinase (NTRK)-Genfusion, - bei denen eine lokal fortgeschrittene oder metastasierte Erkrankung vorliegt oder eine Erkrankung, bei der eine chirurgische Resektion wahrscheinlich zu schwerer Morbidität führt und - für die keine Therapieoptionen zur Verfügung stehen, für die ein klinischer Nutzen festgestellt wurde, oder wenn diese Therapieoptionen ausgeschöpft sind (d.h. keine zufriedenstellenden Therapieoptionen). Diagnose und Erstverordnung durch entsprechende Fachabteilung bzw. Zentrum, mittels Tumorboard. Regelmäßige Kontrolle durch entsprechende Fachabteilung bzw. Zentrum mit Erfahrung in der Behandlung von TumorpatientInnen mit einer NTRK-Genfusion. Vor Einleitung der Therapie mit Larotrectinib ist der Nachweis einer NTRK-Genfusion durch eine validierte Testmethode erforderlich. Die Einleitung einer Diagnostik zum Nachweis einer NTRK-Genfusion ist nur dann sinnvoll, wenn die Therapie mit einem TRK-Inhibitor die bestverfügbare Therapie darstellt oder der Nachweis der Fusion in histopathologisch unklaren Fällen diagnostisch wegweisend ist. Kontrolle des Ansprechens mittels bildgebenden Verfahrens (CT und/oder MRT) alle 3 bis 4 Monate für das erste Jahr nach Therapiebeginn mit Larotrectinib. Danach können längere Intervalle in Erwägung gezogen werden. Therapiefortsetzung nur bei gesichertem Ansprechen. Die PatientInnen sollen in das PatientInnenregister European Reference Network (ERN) - for adult rare solid cancers (EURACAN) aufgenommen werden.		56 St(2)	6.035,95

	Bezeichnung	T	OP	KVP in €
	L01EX14 Entrectinib			
	Entrectinib 0,1			
RE1	**Rozlytrek 100 mg Hartkaps.** (PM) 1. Als Monotherapie bei PatientInnen ab 12 Jahren mit soliden Tumoren mit einer neurotrophen Tyrosin-Rezeptor-Kinase (NTRK)-Genfusion, die zuvor nicht mit einem NTRK-Inhibitor behandelt wurden, - bei denen eine lokal fortgeschrittene oder metastasierte Erkrankung vorliegt oder eine Erkrankung, bei der eine chirurgische Resektion wahrscheinlich zu schwerer Morbidität führt und - für die keine Therapieoptionen zur Verfügung stehen, für die ein klinischer Nutzen festgestellt wurde, oder wenn diese Therapieoptionen ausgeschöpft sind (d.h. keine zufriedenstellenden Therapieoptionen). Diagnose und Erstverordnung durch entsprechende Fachabteilung bzw. Zentrum, mittels Tumorboard. Regelmäßige Kontrolle durch entsprechende Fachabteilung bzw. Zentrum mit Erfahrung in der Behandlung von TumorpatientInnen mit einer NTRK-Genfusion. Vor Einleitung der Therapie mit Entrectinib ist der Nachweis einer NTRK-Genfusion durch eine validierte Testmethode erforderlich. Die Einleitung einer Diagnostik zum Nachweis einer NTRK-Genfusion ist nur dann sinnvoll, wenn die Therapie mit einem TRK-Inhibitor die beste verfügbare Therapie darstellt oder der Nachweis der Fusion in histopathologisch unklaren Fällen diagnostisch wegweisend ist. Kontrolle des Ansprechens mittels bildgebenden Verfahrens (CT und/oder MRT) alle 3 bis 4 Monate für das erste Jahr nach Therapiebeginn mit Entrectinib. Danach können längere Intervalle in Erwägung gezogen werden. Therapiefortsetzung nur bei gesichertem Ansprechen. Die PatientInnen sollen in das PatientInnenregister European Reference Network (ERN) - for adult rare solid cancers (EURACAN) aufgenommen werden. 2. Als Monotherapie bei Erwachsenen mit lokal fortgeschrittenem oder metastasiertem, ROS-Proto-Oncogene-1 (ROS1)-positivem, nicht-kleinzelligem Lungenkarzinom (NSCLC), die zuvor nicht mit einem ROS1-Inhibitor behandelt wurden. Nachweis der ROS1-Translokation mit einer validierten Testmethode. Diagnose und Erstverordnung durch entsprechende Fachabteilung bzw. Zentrum, mittels Tumorboard. Regelmäßige Kontrolle durch entsprechende Fachabteilung bzw. Zentrum bzw. durch OnkologInnen.		30 St	827,30

	Bezeichnung	T	OP	KVP in €
Entrectinib 0,2				
RE1	**Rozlytrek 200 mg Hartkaps.** (PM) 1. Als Monotherapie bei PatientInnen ab 12 Jahren mit soliden Tumoren mit einer neurotrophen Tyrosin-Rezeptor-Kinase (NTRK)-Genfusion, die zuvor nicht mit einem NTRK-Inhibitor behandelt wurden, - bei denen eine lokal fortgeschrittene oder metastasierte Erkrankung vorliegt oder eine Erkrankung, bei der eine chirurgische Resektion wahrscheinlich zu schwerer Morbidität führt und - für die keine Therapieoptionen zur Verfügung stehen, für die ein klinischer Nutzen festgestellt wurde, oder wenn diese Therapieoptionen ausgeschöpft sind (d.h. keine zufriedenstellenden Therapieoptionen). Diagnose und Erstverordnung durch entsprechende Fachabteilung bzw. Zentrum, mittels Tumorboard. Regelmäßige Kontrolle durch entsprechende Fachabteilung bzw. Zentrum mit Erfahrung in der Behandlung von TumorpatientInnen mit einer NTRK-Genfusion. Vor Einleitung der Therapie mit Entrectinib ist der Nachweis einer NTRK-Genfusion durch eine validierte Testmethode erforderlich. Die Einleitung einer Diagnostik zum Nachweis einer NTRK-Genfusion ist nur dann sinnvoll, wenn die Therapie mit einem TRK-Inhibitor die beste verfügbare Therapie darstellt oder der Nachweis der Fusion in histopathologisch unklaren Fällen diagnostisch wegweisend ist. Kontrolle des Ansprechens mittels bildgebenden Verfahrens (CT und/oder MRT) alle 3 bis 4 Monate für das erste Jahr nach Therapiebeginn mit Entrectinib. Danach können längere Intervalle in Erwägung gezogen werden. Therapiefortsetzung nur bei gesichertem Ansprechen. Die PatientInnen sollen in das PatientInnenregister European Reference Network (ERN) - for adult rare solid cancers (EURACAN) aufgenommen werden. 2. Als Monotherapie bei Erwachsenen mit lokal fortgeschrittenem oder metastasiertem, ROS-Proto-Oncogene-1 (ROS1)-positivem, nicht-kleinzelligem Lungenkarzinom (NSCLC), die zuvor nicht mit einem ROS1-Inhibitor behandelt wurden. Nachweis der ROS1-Translokation mit einer validierten Testmethode. Diagnose und Erstverordnung durch entsprechende Fachabteilung bzw. Zentrum, mittels Tumorboard. Regelmäßige Kontrolle durch entsprechende Fachabteilung bzw. Zentrum bzw. durch OnkologInnen.		90 St	4.840,85

L01EX18 Avapritinib

Avapritinib 0,025				
RE1	**Ayvakyt 25 mg Filmtabl.** (PM) - Zur Behandlung von Erwachsenen mit gesicherter Diagnose nach den aktuellen WHO-Kriterien für die indolente systemische Mastozytose (ISM) mit mittelschweren bis schweren Symptomen, bei denen mit einer symptomatischen Behandlung keine ausreichende Kontrolle erzielt werden kann. Diagnose und Erstverordnung durch entsprechende Fachabteilung bzw. Zentrum mit Erfahrung in der Behandlung von ISM. Regelmäßige Kontrolle durch entsprechende Fachabteilung bzw. Zentrum bzw. durch FachärztInnen mit Erfahrung in der Behandlung von ISM. - Als Monotherapie zur Behandlung von Erwachsenen mit gesicherter Diagnose nach WHO-Kriterien für die fortgeschrittene systemische Mastozytose AdvSM (aggressive systemische Mastozytose ASM, systemische Mastozytose mit assoziierter hämatologischer Neoplasie SM-AHN oder Mastzellleukämie MCL) nach mindestens einer zielgerichteten oder zytoreduktiven systemischen Therapie. Diagnose und Erstverordnung durch entsprechende Fachabteilung bzw. Zentrum, mittels Tumorboard. Regelmäßige Kontrolle durch entsprechende Fachabteilung bzw. Zentrum bzw. durch (Hämato-)OnkologInnen. Die Aufnahme ist befristet und endet mit 30.4.2028.		30 St	12.858,40

	Bezeichnung	T	OP	KVP in €
Avapritinib 0,05				
RE1	**Ayvakyt 50 mg Filmtabl.** (PM) Als Monotherapie zur Behandlung von Erwachsenen mit gesicherter Diagnose nach WHO-Kriterien für die fortgeschrittene systemische Mastozytose AdvSM (aggressive systemische Mastozytose ASM, systemische Mastozytose mit assoziierter hämatologischer Neoplasie SM-AHN oder Mastzellleukämie MCL) nach mindestens einer zielgerichteten oder zytoreduktiven systemischen Therapie. Diagnose und Erstverordnung durch entsprechende Fachabteilung bzw. Zentrum, mittels Tumorboard. Regelmäßige Kontrolle durch entsprechende Fachabteilung bzw. Zentrum bzw. durch (Hämato-)OnkologInnen. Die Aufnahme ist befristet und endet mit 30.4.2028.		30 St	17.174,40
Avapritinib 0,1				
RE1	**Ayvakyt 100 mg Filmtabl.** (PM) - Als Monotherapie zur Behandlung von Erwachsenen mit gesicherter Diagnose nach WHO-Kriterien für die fortgeschrittene systemische Mastozytose AdvSM (aggressive systemische Mastozytose ASM, systemische Mastozytose mit assoziierter hämatologischer Neoplasie SM-AHN oder Mastzellleukämie MCL) nach mindestens einer zielgerichteten oder zytoreduktiven systemischen Therapie. Diagnose und Erstverordnung durch entsprechende Fachabteilung bzw. Zentrum, mittels Tumorboard. Regelmäßige Kontrolle durch entsprechende Fachabteilung bzw. Zentrum bzw. durch (Hämato-)OnkologInnen. - Als Monotherapie zur Behandlung von Erwachsenen mit inoperablen oder metastasierten gastrointestinalen Stromatumoren (GIST), die die Thrombozyten-Wachstumsfaktor-Rezeptor-alpha (PDGFRA)-D842V-Mutation aufweisen. Nachweis der PDGFRA-D842V-Mutation mit einer validierten Testmethode. Diagnose und Erstverordnung durch entsprechende Fachabteilung bzw. Zentrum, mittels Tumorboard. Regelmäßige Kontrolle durch entsprechende Fachabteilung bzw. Zentrum bzw. durch OnkologInnen. Die Aufnahme ist befristet und endet mit 30.4.2028.		30 St	17.174,40
Avapritinib 0,2				
RE1	**Ayvakyt 200 mg Filmtabl.** (PM) - Als Monotherapie zur Behandlung von Erwachsenen mit gesicherter Diagnose nach WHO-Kriterien für die fortgeschrittene systemische Mastozytose AdvSM (aggressive systemische Mastozytose ASM, systemische Mastozytose mit assoziierter hämatologischer Neoplasie SM-AHN oder Mastzellleukämie MCL) nach mindestens einer zielgerichteten oder zytoreduktiven systemischen Therapie. Diagnose und Erstverordnung durch entsprechende Fachabteilung bzw. Zentrum, mittels Tumorboard. Regelmäßige Kontrolle durch entsprechende Fachabteilung bzw. Zentrum bzw. durch (Hämato-)OnkologInnen. - Als Monotherapie zur Behandlung von Erwachsenen mit inoperablen oder metastasierten gastrointestinalen Stromatumoren (GIST), die die Thrombozyten-Wachstumsfaktor-Rezeptor-alpha (PDGFRA)-D842V-Mutation aufweisen. Nachweis der PDGFRA-D842V-Mutation mit einer validierten Testmethode. Diagnose und Erstverordnung durch entsprechende Fachabteilung bzw. Zentrum, mittels Tumorboard. Regelmäßige Kontrolle durch entsprechende Fachabteilung bzw. Zentrum bzw. durch OnkologInnen. Die Aufnahme ist befristet und endet mit 30.4.2028.		30 St	17.174,40
Avapritinib 0,3				
RE1	**Ayvakyt 300 mg Filmtabl.** (PM) Als Monotherapie zur Behandlung von Erwachsenen mit inoperablen oder metastasierten gastrointestinalen Stromatumoren (GIST), die die Thrombozyten-Wachstumsfaktor-Rezeptor-alpha (PDGFRA)-D842V-Mutation aufweisen. Nachweis der PDGFRA-D842V-Mutation mit einer validierten Testmethode. Diagnose und Erstverordnung durch entsprechende Fachabteilung bzw. Zentrum, mittels Tumorboard. Regelmäßige Kontrolle durch entsprechende Fachabteilung bzw. Zentrum bzw. durch OnkologInnen. Die Aufnahme ist befristet und endet mit 30.4.2028.		30 St	17.174,40

	Bezeichnung	T	OP	KVP in €

L01EX27 Capivasertib

Capivasertib 0,16

RE1	**Truqap 160 mg Filmtabl.** PM Bei Erwachsenen mit Estrogenrezeptor (ER)-positivem, humanem epidermalen Wachstumsfaktor-Rezeptor-2 (HER2)-negativem lokal fortgeschrittenem oder metastasiertem Mammakarzinom mit einer oder mehreren PIK3CA/AKT1/PTEN-Alterationen, deren Erkrankung nach mindestens einer endokrinen Therapielinie fortgeschritten ist. Bei prä- oder perimenopausalen Frauen sollte Capivasertib plus Fulvestrant mit einem LHRHAgonisten (LHRH = Luteinising Hormone Releasing Hormone) kombiniert werden. Bei Männern sollte die Anwendung eines LHRH-Agonisten gemäß aktueller klinischer Standardpraxis in Betracht gezogen werden. Der PIK3CA/AKT1/PTEN-Alterationsstatus ist von einem erfahrenen Labor mittels einer validierten Testmethode festzustellen. Diagnose und Erstverordnung durch entsprechende Fachabteilung bzw. Zentrum, mittels Tumorboard. Regelmäßige Kontrolle durch entsprechende Fachabteilung bzw. Zentrum bzw. durch gynäko-onkologisch bzw. onkologisch spezialisierte FachärztInnen.		64 St	5.632,25

Capivasertib 0,2

RE1	**Truqap 200 mg Filmtabl.** PM Bei Erwachsenen mit Estrogenrezeptor (ER)-positivem, humanem epidermalen Wachstumsfaktor-Rezeptor-2 (HER2)-negativem lokal fortgeschrittenem oder metastasiertem Mammakarzinom mit einer oder mehreren PIK3CA/AKT1/PTEN-Alterationen, deren Erkrankung nach mindestens einer endokrinen Therapielinie fortgeschritten ist. Bei prä- oder perimenopausalen Frauen sollte Capivasertib plus Fulvestrant mit einem LHRHAgonisten (LHRH = Luteinising Hormone Releasing Hormone) kombiniert werden. Bei Männern sollte die Anwendung eines LHRH-Agonisten gemäß aktueller klinischer Standardpraxis in Betracht gezogen werden. Der PIK3CA/AKT1/PTEN-Alterationsstatus ist von einem erfahrenen Labor mittels einer validierten Testmethode festzustellen. Diagnose und Erstverordnung durch entsprechende Fachabteilung bzw. Zentrum, mittels Tumorboard. Regelmäßige Kontrolle durch entsprechende Fachabteilung bzw. Zentrum bzw. durch gynäko-onkologisch bzw. onkologisch spezialisierte FachärztInnen.		64 St	5.632,25

L01X ANDERE ANTINEOPLASTISCHE MITTEL
L01XJ Hedgehog pathway-Inhibitoren
L01XJ01 Vismodegib

Vismodegib 0,15

RE1	**Erivedge 150 mg Hartkaps.** Bei erwachsenen PatientInnen mit symptomatischem metastasiertem oder lokal fortgeschrittenem Basalzellkarzinom, bei denen eine Operation oder Strahlentherapie nicht geeignet ist. Diagnose, PatientInnenaufklärung, Erstverordnung sowie Entscheidung hinsichtlich Dauer bzw. Abbruch und/oder Fortsetzung der Behandlung durch entsprechende Fachabteilung bzw. Zentrum, gegebenenfalls Tumorboard. Regelmäßige Kontrollen durch entsprechende/s Fachabteilung/Zentrum bzw. durch einen Facharzt/eine Fachärztin mit Erfahrung in der Behandlung des symptomatischen metastasierten oder lokal fortgeschrittenen Basalzellkarzinoms.		28 St	4.776,55

L01XJ02 Sonidegib

Sonidegib 0,2

RE1	**Odomzo 200 mg Hartkaps.** Bei Erwachsenen mit lokal fortgeschrittenem Basalzellkarzinom, bei denen eine kurative Operation oder Strahlentherapie nicht geeignet ist. Diagnose, Erstverordnung sowie Entscheidung hinsichtlich Dauer bzw. Abbruch und/oder Fortsetzung der Behandlung durch entsprechende Fachabteilung bzw. Zentrum, mittels Tumorboard. Regelmäßige Kontrollen durch entsprechende Fachabteilung bzw. Zentrum bzw. durch FachärztInnen mit Erfahrung in der Behandlung des lokal fortgeschrittenen Basalzellkarzinoms.		30 St	4.606,85

L01XK Poly-(ADP-Ribose)-Polymerase (PARP)-Inhibitoren
L01XK01 Olaparib

Olaparib 0,1

RE1	**Lynparza 100 mg Filmtabl.** Ⓟ 1. Als Monotherapie für die - Erhaltungstherapie erwachsener Patientinnen mit einem neu diagnostizierten, fortgeschrittenen (FIGO-Stadien III und IV) BReast CAncer 1/2 (BRCA1/2)-mutierten (in der Keimbahn und/oder somatisch), high-grade epithelialen Ovarialkarzinom, Eileiterkarzinom oder primären Peritonealkarzinom, die nach einer vorangegangenen abgeschlossenen Platin-basierten Chemotherapie ein Ansprechen zeigen. Der BRCA-Mutationsstatus ist von einem erfahrenen Labor mittels einer validierten Testmethode festzustellen. Die Therapie kann bis zur radiologischen Krankheitsprogression oder bis zum Auftreten einer inakzeptablen Toxizität fortgeführt werden oder für bis zu 2 Jahre, wenn nach 2-jähriger Behandlung die Erkrankung radiologisch nicht nachweisbar ist. - Erhaltungstherapie von erwachsenen Patientinnen mit einem Platin-sensitiven Rezidiv eines high-grade epithelialen Ovarialkarzinoms, Eileiterkarzinoms oder primären Peritonealkarzinoms, die auf eine Platin-basierte Chemotherapie ein Ansprechen zeigen. Der BRCA- und/oder homologe Rekombinations-Defizienz (HRD)-Status ist zu berücksichtigen. Die Therapie kann bis zur Progression der Grunderkrankung oder bis zum Auftreten einer inakzeptablen Toxizität fortgeführt werden. Als Kombinationstherapie mit Bevacizumab für die - Erhaltungstherapie erwachsener Patientinnen mit einem neu diagnostizierten, fortgeschrittenen (FIGO-Stadien III und IV), high-grade epithelialen Ovarialkarzinom, Eileiterkarzinom oder primären Peritonealkarzinom, die nach einer abgeschlossenen Platin-basierten Chemotherapie in Kombination mit Bevacizumab ein Ansprechen zeigen und deren Tumor mit einem positiven HRD-Status assoziiert ist. Der Status HRD-positiv ist definiert entweder durch eine BRCA1/2-Mutation und/oder genomische Instabilität. Der BRCA-Mutationsstatus und/oder eine genomische Instabilität ist von einem erfahrenen Labor mittels einer validierten Testmethode festzustellen. Die Therapie kann bis zur radiologischen Krankheitsprogression oder bis zum Auftreten einer inakzeptablen Toxizität fortgeführt werden oder für bis zu 2 Jahre, wenn nach 2-jähriger Behandlung die Erkrankung radiologisch nicht nachweisbar ist. Vor Therapiebeginn muss das vollständige oder partielle Ansprechen auf die Platin-basierte Chemotherapie mittels RECIST-Kriterien dokumentiert worden sein. Diagnose und Erstverordnung durch entsprechende Fachabteilung bzw. Zentrum, mittels Tumorboard. Regelmäßige Kontrolle durch entsprechende Fachabteilung bzw. Zentrum bzw. durch gynäko-onkologisch spezialisierte FachärztInnen. 2. Als Monotherapie oder als Kombinationstherapie mit einer endokrinen Therapie für die - adjuvante Behandlung von erwachsenen PatientInnen mit BRCA1/2-Mutationen, die ein HER2-negatives Mammakarzinom im Frühstadium mit hohem Rezidivrisiko haben und zuvor mit neoadjuvanter oder adjuvanter Chemotherapie behandelt wurden. Der BRCA-Mutationsstatus ist von einem erfahrenen Labor mittels einer validierten Testmethode festzustellen. Die Therapie kann bis zur radiologischen Krankheitsprogression oder bis zum Auftreten einer inakzeptablen Toxizität fortgeführt werden oder für bis zu 1 Jahr, je nachdem, was zuerst eintritt. Als Monotherapie bei - HER2-negativem lokal fortgeschrittenem oder metastasiertem Mammakarzinom mit Keimbahn-BRCA1/2-Mutationen nach Behandlung mit einem Anthracyclin UND einem Taxan im (neo)adjuvanten oder metastasierten Setting, es sei denn, die PatientInnen waren für diese Behandlungen nicht geeignet. Bei PatientInnen mit HR-positivem Mammakarzinom nur bei Krankheitsprogression während oder nach zumindest einer vorherigen endokrinen Therapie in Kombination mit einem Inhibitor von Cyclin-abhängiger Kinase (CDK) 4 und 6 oder wenn eine endokrine Therapie nicht geeignet ist. Der BRCA-Mutationsstatus ist von einem erfahrenen Labor mittels einer validierten Testmethode festzustellen. Die Therapie kann bis zur radiologischen Krankheitsprogression oder bis zum Auftreten einer inakzeptablen Toxizität fortgeführt werden. Diagnose und Erstverordnung durch entsprechende Fachabteilung bzw.		112 St	4.309,40

	Bezeichnung	T	OP	KVP in €
	Zentrum, mittels Tumorboard. Regelmäßige Kontrolle durch entsprechende Fachabteilung bzw. Zentrum bzw. durch gynäko-onkologisch spezialisierte FachärztInnen. 3. Als Monotherapie für die Erhaltungstherapie bei - erwachsenen PatientInnen mit metastasiertem Adenokarzinom des Pankreas mit Keimbahn-BRCA1/2-Mutationen, deren Erkrankung nach einer mindestens 16-wöchigen Platin-haltigen Behandlung im Rahmen einer Erstlinien-Chemotherapie nicht progredient war. Der BRCA-Mutationsstatus ist von einem erfahrenen Labor mittels einer validierten Testmethode festzustellen. Die Therapie kann bis zur radiologischen Krankheitsprogression oder bis zum Auftreten einer inakzeptablen Toxizität fortgeführt werden. Diagnose und Erstverordnung durch entsprechende Fachabteilung bzw. Zentrum, mittels Tumorboard. Regelmäßige Kontrolle durch entsprechende Fachabteilung bzw. Zentrum bzw. durch OnkologInnen. 4. Als Monotherapie bei - erwachsenen Patienten mit metastasiertem kastrationsresistentem Prostatakarzinom (mCRPC) und BRCA1/2-Mutationen (in der Keimbahn und/oder somatisch), deren Erkrankung nach vorheriger Behandlung, die eine neue hormonelle Substanz (new hormonal agent) umfasste, progredient ist. Der BRCA-Mutationsstatus ist von einem erfahrenen Labor mittels einer validierten Testmethode festzustellen. Die Therapie kann bis zur radiologischen Krankheitsprogression oder bis zum Auftreten einer inakzeptablen Toxizität fortgeführt werden. Als Kombinationstherapie mit Abirateron gemeinsam mit einem GnRH-Analogon und Prednison oder Prednisolon bei - erwachsenen Patienten mit mCRPC, mit asymptomatischem oder mild symptomatischem Verlauf, wenn eine Chemotherapie noch nicht klinisch indiziert ist. Der BRCA- und/oder homologe Rekombinationsreparatur (HRR)-Mutationsstatus ist zu berücksichtigen. Die Therapie kann bis zur radiologischen Krankheitsprogression oder bis zum Auftreten einer inakzeptablen Toxizität fortgeführt werden. Diagnose und Erstverordnung durch entsprechende Fachabteilung bzw. Zentrum, mittels Tumorboard. Regelmäßige Kontrolle durch entsprechende Fachabteilung bzw. Zentrum bzw. durch FachärztInnen mit Erfahrung in der Behandlung des Prostatakarzinoms. Eine Kastrationsresistenz liegt vor bei - einer PSA oder radiographischen Progression und - Versagen der Androgendeprivationstherapie (GnRH-Analogon oder -Antagonist mit ATC-Code L02AE oder L02BX02 alleine oder jeweils in Kombination mit einem Antiandrogen mit ATC-Code L02BB03) bzw. nach Entzug des Antiandrogens und - einem Serum-Testosteronwert im Kastrationsbereich (kleiner 50 ng/dl).			

	Bezeichnung	T	OP	KVP in €
Olaparib 0,15				
RE1	**Lynparza 150 mg Filmtabl.** Ⓟ Ⓜ 1. Als Monotherapie für die - Erhaltungstherapie erwachsener Patientinnen mit einem neu diagnostizierten, fortgeschrittenen (FIGO-Stadien III und IV) BReast CAncer 1/2 (BRCA1/2)-mutierten (in der Keimbahn und/oder somatisch), high-grade epithelialen Ovarialkarzinom, Eileiterkarzinom oder primären Peritonealkarzinom, die nach einer vorangegangenen abgeschlossenen Platin-basierten Chemotherapie ein Ansprechen zeigen. Der BRCA-Mutationsstatus ist von einem erfahrenen Labor mittels einer validierten Testmethode festzustellen. Die Therapie kann bis zur radiologischen Krankheitsprogression oder bis zum Auftreten einer inakzeptablen Toxizität fortgeführt werden oder für bis zu 2 Jahre, wenn nach 2-jähriger Behandlung die Erkrankung radiologisch nicht nachweisbar ist. - Erhaltungstherapie von erwachsenen Patientinnen mit einem Platin-sensitiven Rezidiv eines high-grade epithelialen Ovarialkarzinoms, Eileiterkarzinoms oder primären Peritonealkarzinoms, die auf eine Platin-basierte Chemotherapie ein Ansprechen zeigen. Der BRCA- und/oder homologe Rekombinations-Defizienz (HRD)-Status ist zu berücksichtigen. Die Therapie kann bis zur Progression der Grunderkrankung oder bis zum Auftreten einer inakzeptablen Toxizität fortgeführt werden. Als Kombinationstherapie mit Bevacizumab für die - Erhaltungstherapie erwachsener Patientinnen mit einem neu diagnostizierten, fortgeschrittenen (FIGO-Stadien III und IV), high-grade epithelialen Ovarialkarzinom, Eileiterkarzinom oder primären Peritonealkarzinom, die nach einer abgeschlossenen Platin-basierten Chemotherapie in Kombination mit Bevacizumab ein Ansprechen zeigen und deren Tumor mit einem positiven HRD-Status assoziiert ist. Der Status HRD-positiv ist definiert entweder durch eine BRCA1/2-Mutation und/oder genomische Instabilität. Der BRCA-Mutationsstatus und/oder eine genomische Instabilität ist von einem erfahrenen Labor mittels einer validierten Testmethode festzustellen. Die Therapie kann bis zur radiologischen Krankheitsprogression oder bis zum Auftreten einer inakzeptablen Toxizität fortgeführt werden oder für bis zu 2 Jahre, wenn nach 2-jähriger Behandlung die Erkrankung radiologisch nicht nachweisbar ist. Vor Therapiebeginn mit Olaparib muss das vollständige oder partielle Ansprechen auf die Platin-basierte Chemotherapie mittels RECIST-Kriterien dokumentiert worden sein. Diagnose und Erstverordnung durch entsprechende Fachabteilung bzw. Zentrum, mittels Tumorboard. Regelmäßige Kontrolle durch entsprechende Fachabteilung bzw. Zentrum bzw. durch gynäko-onkologisch spezialisierte FachärztInnen. 2. Als Monotherapie oder als Kombinationstherapie mit einer endokrinen Therapie für die - adjuvante Behandlung von erwachsenen PatientInnen mit BRCA1/2-Mutationen, die ein HER2-negatives Mammakarzinom im Frühstadium mit hohem Rezidivrisiko haben und zuvor mit neoadjuvanter oder adjuvanter Chemotherapie behandelt wurden. Der BRCA-Mutationsstatus ist von einem erfahrenen Labor mittels einer validierten Testmethode festzustellen. Die Therapie kann bis zur radiologischen Krankheitsprogression oder bis zum Auftreten einer inakzeptablen Toxizität fortgeführt werden oder für bis zu 1 Jahr, je nachdem, was zuerst eintritt. Als Monotherapie bei - HER2-negativem lokal fortgeschrittenem oder metastasiertem Mammakarzinom mit Keimbahn-BRCA1/2-Mutationen nach Behandlung mit einem Anthracyclin UND einem Taxan im (neo)adjuvanten oder metastasierten Setting, es sei denn, die PatientInnen waren für diese Behandlungen nicht geeignet. Bei PatientInnen mit HR-positivem Mammakarzinom nur bei Krankheitsprogression während oder nach zumindest einer vorherigen endokrinen Therapie in Kombination mit einem Inhibitor von Cyclin-abhängiger Kinase (CDK) 4 und 6 oder wenn eine endokrine Therapie nicht geeignet ist. Der BRCA-Mutationsstatus ist von einem erfahrenen Labor mittels einer validierten Testmethode festzustellen. Die Therapie kann bis zur radiologischen Krankheitsprogression oder bis zum Auftreten einer inakzeptablen Toxizität fortgeführt werden. Diagnose und Erstverordnung durch entsprechende Fachabteilung bzw. Zentrum, mittels Tumorboard. Regelmäßige Kontrolle durch entsprechende Fachabteilung bzw. Zentrum bzw. durch gynäko-onkologisch spezialisierte FachärztInnen.		112 St	4.613,25

	Bezeichnung	T	OP	KVP in €
	3. Als Monotherapie für die Erhaltungstherapie bei - erwachsenen PatientInnen mit metastasiertem Adenokarzinom des Pankreas mit Keimbahn-BRCA1/2-Mutationen, deren Erkrankung nach einer mindestens 16-wöchigen Platin-haltigen Behandlung im Rahmen einer Erstlinien-Chemotherapie nicht progredient war. Der BRCA-Mutationsstatus ist von einem erfahrenen Labor mittels einer validierten Testmethode festzustellen. Die Therapie kann bis zur radiologischen Krankheitsprogression oder bis zum Auftreten einer inakzeptablen Toxizität fortgeführt werden. Diagnose und Erstverordnung durch entsprechende Fachabteilung bzw. Zentrum, mittels Tumorboard. Regelmäßige Kontrolle durch entsprechende Fachabteilung bzw. Zentrum bzw. durch OnkologInnen. 4. Als Monotherapie bei - erwachsenen Patienten mit metastasiertem kastrationsresistentem Prostatakarzinom (mCRPC) und BRCA1/2-Mutationen (in der Keimbahn und/oder somatisch), deren Erkrankung nach vorheriger Behandlung, die eine neue hormonelle Substanz (new hormonal agent) umfasste, progredient ist. Der BRCA-Mutationsstatus ist von einem erfahrenen Labor mittels einer validierten Testmethode festzustellen. Die Therapie kann bis zur radiologischen Krankheitsprogression oder bis zum Auftreten einer inakzeptablen Toxizität fortgeführt werden. Als Kombinationstherapie mit Abirateron gemeinsam mit einem GnRH-Analogon und Prednison oder Prednisolon bei - erwachsenen Patienten mit mCRPC, mit asymptomatischem oder mild symptomatischem Verlauf, wenn eine Chemotherapie noch nicht klinisch indiziert ist. Der BRCA- und/oder homologe Rekombinationsreparatur (HRR)-Mutationsstatus ist zu berücksichtigen. Die Therapie kann bis zur radiologischen Krankheitsprogression oder bis zum Auftreten einer inakzeptablen Toxizität fortgeführt werden. Diagnose und Erstverordnung durch entsprechende Fachabteilung bzw. Zentrum, mittels Tumorboard. Regelmäßige Kontrolle durch entsprechende Fachabteilung bzw. Zentrum bzw. durch FachärztInnen mit Erfahrung in der Behandlung des Prostatakarzinoms. Eine Kastrationsresistenz liegt vor bei - einer PSA oder radiographischen Progression und - Versagen der Androgendeprivationstherapie (GnRH-Analogon oder -Antagonist mit ATC-Code L02AE oder L02BX02 alleine oder jeweils in Kombination mit einem Antiandrogen mit ATC-Code L02BB03) bzw. nach Entzug des Antiandrogens und - einem Serum-Testosteronwert im Kastrationsbereich (kleiner 50 ng/dl).			

L01XK02 Niraparib

Niraparib 0,1

RE1	**Zejula 100 mg Filmtabl.** Ⓟ Als Monotherapie - für die Erhaltungstherapie erwachsener Patientinnen mit einem neu diagnostizierten, fortgeschrittenen (FIGO-Stadien III und IV), high-grade epithelialen Ovarialkarzinom, Eileiterkarzinom oder primären Peritonealkarzinom, die nach einer vorangegangenen abgeschlossenen Platin-basierten Chemotherapie ein Ansprechen zeigen. - für die Erhaltungstherapie erwachsener Patientinnen mit einem Platin-sensitivem Rezidiv eines high-grade serösen epithelialen Ovarialkarzinoms, Eileiterkarzinoms oder primären Peritonealkarzinoms, die auf eine Platin-basierte Chemotherapie ein Ansprechen zeigen. Der BReast CAncer Gene (BRCA)- und/oder homologe Rekombinations-Defizienz (HRD)- Status ist zu berücksichtigen. Vor Therapiebeginn mit Niraparib muss das vollständige oder partielle Ansprechen auf die Platin-basierte Chemotherapie mittels RECIST-Kriterien dokumentiert worden sein. Die Therapie kann bis zur Progression der Grunderkrankung oder bis zum Auftreten einer inakzeptablen Toxizität fortgeführt werden. Diagnose und Erstverordnung durch entsprechende Fachabteilung bzw. Zentrum, mittels Tumorboard. Regelmäßige Kontrolle durch entsprechende Fachabteilung bzw. Zentrum bzw. durch gynäko-onkologisch spezialisierte FachärztInnen.		56 St 84 St	3.357,40 5.023,80

	Bezeichnung	T	OP	KVP in €

L01XK04 Talazoparib

Talazoparib 0,00025

RE1	**Talzenna 0,25 mg Hartkaps.** (PM) Bei humanem epidermalem Wachstumsfaktor-Rezeptor-2 (HER2)-negativem lokal fortgeschrittenem oder metastasiertem Mammakarzinom mit BReast CAncer 1/2 (BRCA1/2)-Mutationen in der Keimbahn nach Behandlung mit einem Anthracyclin UND einem Taxan im (neo)adjuvanten, lokal fortgeschrittenen oder metastasierten Setting, es sei denn, die PatientInnen waren für diese Behandlungen nicht geeignet. Bei PatientInnen mit Hormonrezeptor (HR)-positivem Mammakarzinom nur bei Krankheitsprogression während oder nach zumindest einer vorherigen endokrinen Therapie in Kombination mit einem Inhibitor von Cyclin-abhängiger Kinase (CDK) 4 und 6 oder wenn eine endokrin-basierte Therapie nicht geeignet ist. Diagnose und Erstverordnung durch entsprechende Fachabteilung bzw. Zentrum, mittels Tumorboard. Regelmäßige Kontrolle durch entsprechende Fachabteilung bzw. Zentrum bzw. durch gynäko-onkologisch spezialisierte FachärztInnen.		30 St	1.438,40

Talazoparib 0,001

RE1	**Talzenna 1 mg Hartkaps.** (PM) Bei humanem epidermalem Wachstumsfaktor-Rezeptor-2 (HER2)-negativem lokal fortgeschrittenem oder metastasiertem Mammakarzinom mit BReast CAncer 1/2 (BRCA1/2)-Mutationen in der Keimbahn nach Behandlung mit einem Anthracyclin UND einem Taxan im (neo)adjuvanten, lokal fortgeschrittenen oder metastasierten Setting, es sei denn, die PatientInnen waren für diese Behandlungen nicht geeignet. Bei PatientInnen mit Hormonrezeptor (HR)-positivem Mammakarzinom nur bei Krankheitsprogression während oder nach zumindest einer vorherigen endokrinen Therapie in Kombination mit einem Inhibitor von Cyclin-abhängiger Kinase (CDK) 4 und 6 oder wenn eine endokrin-basierte Therapie nicht geeignet ist. Diagnose und Erstverordnung durch entsprechende Fachabteilung bzw. Zentrum, mittels Tumorboard. Regelmäßige Kontrolle durch entsprechende Fachabteilung bzw. Zentrum bzw. durch gynäko-onkologisch spezialisierte FachärztInnen.		30 St	4.300,00

L01XK52 Niraparib und Abirateron

Niraparib 0,05, Abirateron 0,5

RE1	**Akeega 50 mg/500 mg Filmtabl.** (PM) In Kombination mit einem GnRH-Analogon und Prednison oder Prednisolon bei metastasiertem kastrationsresistentem Prostatakarzinom (mCRPC) und BRCA1/2-Mutationen (in der Keimbahn und/oder somatisch), mit asymptomatischem oder mild symptomatischem Verlauf, wenn eine Chemotherapie nicht klinisch indiziert ist. Der BRCA-Mutationsstatus ist von einem erfahrenen Labor mittels einer validierten Testmethode festzustellen. Die Therapie kann bis zur radiologischen Krankheitsprogression oder bis zum Auftreten einer inakzeptablen Toxizität fortgeführt werden. Diagnose und Erstverordnung durch entsprechende Fachabteilung bzw. Zentrum, mittels Tumorboard. Regelmäßige Kontrolle durch entsprechende Fachabteilung bzw. Zentrum bzw. durch FachärztInnen mit Erfahrung in der Behandlung des Prostatakarzinoms. Eine Kastrationsresistenz liegt vor bei - einer PSA oder radiographischen Progression und - Versagen der Androgendeprivationstherapie (GnRH-Analogon oder -Antagonist mit ATC-Code L02AE oder L02BX02 alleine oder jeweils in Kombination mit einem Antiandrogen mit ATC-Code L02BB03) bzw. nach Entzug des Antiandrogens und - einem Serum-Testosteronwert im Kastrationsbereich (kleiner 50 ng/dl).		56 St	4.804,05

	Bezeichnung	T	OP	KVP in €
Niraparib 0,1, Abirateron 0,5				
RE1	**Akeega 100 mg/500 mg Filmtabl.** (PM) In Kombination mit einem GnRH-Analogon und Prednison oder Prednisolon bei metastasiertem kastrationsresistentem Prostatakarzinom (mCRPC) und BRCA1/2-Mutationen (in der Keimbahn und/oder somatisch), mit asymptomatischem oder mild symptomatischem Verlauf, wenn eine Chemotherapie nicht klinisch indiziert ist. Der BRCA-Mutationsstatus ist von einem erfahrenen Labor mittels einer validierten Testmethode festzustellen. Die Therapie kann bis zur radiologischen Krankheitsprogression oder bis zum Auftreten einer inakzeptablen Toxizität fortgeführt werden. Diagnose und Erstverordnung durch entsprechende Fachabteilung bzw. Zentrum, mittels Tumorboard. Regelmäßige Kontrolle durch entsprechende Fachabteilung bzw. Zentrum bzw. durch FachärztInnen mit Erfahrung in der Behandlung des Prostatakarzinoms. Eine Kastrationsresistenz liegt vor bei - einer PSA oder radiographischen Progression und - Versagen der Androgendeprivationstherapie (GnRH-Analogon oder -Antagonist mit ATC-Code L02AE oder L02BX02 alleine oder jeweils in Kombination mit einem Antiandrogen mit ATC-Code L02BB03) bzw. nach Entzug des Antiandrogens und - einem Serum-Testosteronwert im Kastrationsbereich (kleiner 50 ng/dl).		56 St	4.804,05

L01XX Andere antineoplastische Mittel
L01XX05 Hydroxycarbamid

Hydroxycarbamid 0,5				
RE2	**Hydroxyurea "medac" Kaps.** Bei PatientInnen mit - chronisch myeloischer Leukämie - essentieller Thrombozythämie oder Polyzythämia vera mit hohem Risiko für thromboembolische Komplikationen. Diagnosestellung und regelmäßige Kontrollen in entsprechender Fachabteilung bzw. -ambulanz.		100 St	54,25
RE2	**Litalir 500 mg Kaps.** Bei PatientInnen mit - chronisch myeloischer Leukämie - essentieller Thrombozythämie oder Polyzythämia vera mit hohem Risiko für thromboembolische Komplikationen Diagnosestellung und regelmäßige Kontrollen in entsprechender Fachabteilung bzw. -ambulanz.		100 St	54,25

L01XX23 Mitotan

Mitotan 0,5				
RE1	**Lysodren 500 mg Tabl.** - Eine Kostenübernahme ist möglich zur symptomatischen Behandlung des fortgeschrittenen (nicht-resezierbaren, metastasierenden oder rezidivierenden) Nebennierenrindenkarzinoms. - Diagnosestellung und Therapieempfehlung durch einen erfahrenen Spezialisten.		100 St	648,05

L01XX35 Anagrelid

Anagrelid 0,0005				
RE2	**Anagrelid "Bluefish" 0,5 mg Hartkaps.** Second-line-Therapie der essentiellen Thrombozythämie; Erstverordnung, Therapieeinstellung und regelmäßige Kontrollen durch entsprechende Zentren.		42 St 100 St	74,55 155,25
RE2	**Anagrelid "ratiopharm" 0,5 mg Hartkaps.** Second-line-Therapie der essentiellen Thrombozythämie; Erstverordnung, Therapieeinstellung und regelmäßige Kontrollen durch entsprechende Zentren.		42 St 100 St	85,80 182,70
RE2	**Thromboreductin 0,5 mg Kaps.** Second-line-Therapie der essentiellen Thrombozythämie; Erstverordnung, Therapieeinstellung und regelmäßige Kontrollen durch entsprechende Zentren.		42 St 100 St	120,10 243,05
Anagrelid 0,001				
RE2	**Anagrelid "ratiopharm" 1 mg Hartkaps.** Second-line-Therapie der essentiellen Thrombozythämie; Erstverordnung, Therapieeinstellung und regelmäßige Kontrollen durch entsprechende Zentren.		100 St	182,70

	Bezeichnung	T	OP	KVP in €

L01XX52 Venetoclax

Venetoclax 0,01

RE1	**Venclyxto 10 mg Filmtabl.** (PM) 1. Zur Kombinationstherapie mit Obinutuzumab von Erwachsenen mit nicht vorbehandelter chronischer lymphatischer Leukämie (CLL), die für eine Chemoimmunotherapie nicht geeignet sind. 2. Zur Kombinationstherapie mit Rituximab von Erwachsenen mit rezidivierender oder refraktärer CLL. 3. Zur Monotherapie von Erwachsenen mit CLL - die eine 17p-Deletion oder TP53-Mutation aufweisen und die entweder für eine Behandlung mit einem Inhibitor des B-Zell-Rezeptor-Signalwegs nicht geeignet oder therapierefraktär sind oder - die keine 17p-Deletion oder TP53-Mutation aufweisen und sowohl unter einer Chemoimmunotherapie als auch unter einem Inhibitor des B-Zell-Rezeptor-Signalwegs therapierefraktär sind. 4. Zur Kombinatiostherapie mit einer hypomethylierenden Substanz von Erwachsenen mit neu diagnostizierter akuter myeloischer Leukämie (AML), die für eine intensive Chemotherapie nicht geeignet sind. Diagnose und Erstverordnung durch entsprechende Fachabteilung bzw. Zentrum, mittels Tumorboard. Regelmäßige Kontrolle durch entsprechende Fachabteilung bzw. Zentrum bzw. durch (Hämato-)OnkologInnen.		14 St	77,80

Venetoclax 0,05

RE1	**Venclyxto 50 mg Filmtabl.** (PM) 1. Zur Kombinationstherapie mit Obinutuzumab von Erwachsenen mit nicht vorbehandelter chronischer lymphatischer Leukämie (CLL), die für eine Chemoimmunotherapie nicht geeignet sind. 2. Zur Kombinationstherapie mit Rituximab von Erwachsenen mit rezidivierender oder refraktärer CLL. 3. Zur Monotherapie von Erwachsenen mit CLL - die eine 17p-Deletion oder TP53-Mutation aufweisen und die entweder für eine Behandlung mit einem Inhibitor des B-Zell-Rezeptor-Signalwegs nicht geeignet oder therapierefraktär sind oder - die keine 17p-Deletion oder TP53-Mutation aufweisen und sowohl unter einer Chemoimmunotherapie als auch unter einem Inhibitor des B-Zell-Rezeptor-Signalwegs therapierefraktär sind. 4. Zur Kombinatiostherapie mit einer hypomethylierenden Substanz von Erwachsenen mit neu diagnostizierter akuter myeloischer Leukämie (AML), die für eine intensive Chemotherapie nicht geeignet sind. Diagnose und Erstverordnung durch entsprechende Fachabteilung bzw. Zentrum, mittels Tumorboard. Regelmäßige Kontrolle durch entsprechende Fachabteilung bzw. Zentrum bzw. durch (Hämato-)OnkologInnen.		7 St	173,90

Venetoclax 0,1

RE1	**Venclyxto 100 mg Filmtabl.** (PM) 1. Zur Kombinationstherapie mit Obinutuzumab von Erwachsenen mit nicht vorbehandelter chronischer lymphatischer Leukämie (CLL), die für eine Chemoimmunotherapie nicht geeignet sind. 2. Zur Kombinationstherapie mit Rituximab von Erwachsenen mit rezidivierender oder refraktärer CLL. 3. Zur Monotherapie von Erwachsenen mit CLL - die eine 17p-Deletion oder TP53-Mutation aufweisen und die entweder für eine Behandlung mit einem Inhibitor des B-Zell-Rezeptor-Signalwegs nicht geeignet oder therapierefraktär sind oder - die keine 17p-Deletion oder TP53-Mutation aufweisen und sowohl unter einer Chemoimmunotherapie als auch unter einem Inhibitor des B-Zell-Rezeptor-Signalwegs therapierefraktär sind. 4. Zur Kombinatiostherapie mit einer hypomethylierenden Substanz von Erwachsenen mit neu diagnostizierter akuter myeloischer Leukämie (AML), die für eine intensive Chemotherapie nicht geeignet sind. Diagnose und Erstverordnung durch entsprechende Fachabteilung bzw. Zentrum, mittels Tumorboard. Regelmäßige Kontrolle durch entsprechende Fachabteilung bzw. Zentrum bzw. durch (Hämato-)OnkologInnen.		7 St 14 St 112 St	330,55 630,30 4.869,50

	Bezeichnung	T	OP	KVP in €

L02 ENDOKRINE THERAPIE
L02B HORMONANTAGONISTEN UND VERWANDTE MITTEL
L02BA Antiestrogene
L02BA04 Elacestrant

Elacestrant 0,086

RE1	**Orserdu 86 mg Filmtabl.** (PM) Als Monotherapie bei erwachsenen postmenopausalen Frauen sowie bei Männern mit Estrogenrezeptor (ER)-positivem, humanem epidermalen Wachstumsfaktor-Rezeptor-2 (HER2)-negativem lokal fortgeschrittenem oder metastasiertem Mammakarzinom mit einer aktivierenden ESR1-Mutation, deren Erkrankung nach mindestens einer endokrinen Therapielinie, einschließlich eines längeren Ansprechens auf einen CDK 4/6-Inhibitor, fortgeschritten ist. Diagnose und Erstverordnung durch entsprechende Fachabteilung bzw. Zentrum, mittels Tumorboard. Regelmäßige Kontrolle durch entsprechende Fachabteilung bzw. Zentrum bzw. durch gynäko-onkologisch bzw. onkologisch spezialisierte FachärztInnen.		28 St	2.968,50

Elacestrant 0,345

RE1	**Orserdu 345 mg Filmtabl.** (PM) Als Monotherapie bei erwachsenen postmenopausalen Frauen sowie bei Männern mit Estrogenrezeptor (ER)-positivem, humanem epidermalen Wachstumsfaktor-Rezeptor-2 (HER2)-negativem lokal fortgeschrittenem oder metastasiertem Mammakarzinom mit einer aktivierenden ESR1-Mutation, deren Erkrankung nach mindestens einer endokrinen Therapielinie, einschließlich eines längeren Ansprechens auf einen CDK 4/6-Inhibitor, fortgeschritten ist. Diagnose und Erstverordnung durch entsprechende Fachabteilung bzw. Zentrum, mittels Tumorboard. Regelmäßige Kontrolle durch entsprechende Fachabteilung bzw. Zentrum bzw. durch gynäko-onkologisch bzw. onkologisch spezialisierte FachärztInnen.		28 St	8.856,15

L02BB Antiandrogene
L02BB04 Enzalutamid

Enzalutamid 0,04

RE1	**Xtandi 40 mg Filmtabl.** (PM) In Kombination mit einem GnRH-Analogon bei - metastasiertem hormonsensitiven Prostatakarzinom, wenn eine Chemotherapie aufgrund eines reduzierten Allgemeinzustandes und/oder signifikanter Komorbiditäten oder bestehenden Kontraindikationen nicht geeignet ist bei • Vorliegen von Knochenmetastasen in der Knochenszintigraphie, wobei im Falle einer einzelnen Läsion diese via CT/MRT zu bestätigen ist oder Vorliegen von viszeralen Metastasen (via CT/MRI entsprechend RECIST 1.1-Kriterien gemessen; ausgeschlossen isolierter Lymphknotenbefall) und • Vorbehandlung mit einer Androgendeprivationstherapie bis maximal 6 Monate ab Diagnosestellung der Fernmetastasen - metastasiertem kastrationsresistenten Prostatakarzinom • mit asymptomatischem oder mild symptomatischem Verlauf, wenn eine Chemotherapie noch nicht klinisch indiziert ist • das während oder nach einer Docetaxel-haltigen Chemotherapie progredient ist. Diagnose und Erstverordnung durch entsprechende Fachabteilung bzw. Zentrum, mittels Tumorboard. Regelmäßige Kontrolle durch entsprechende Fachabteilung, Zentrum bzw. durch FachärztInnen mit Erfahrung in der Behandlung des Prostatakarzinoms. Eine Kastrationsresistenz liegt vor bei - einer PSA oder radiographischen Progression und - Versagen der Androgendeprivationstherapie (GnRH-Analogon oder -Antagonist mit ATC-Code L02AE oder L02BX02 alleine oder jeweils in Kombination mit einem Antiandrogen mit ATC-Code L02BB03) bzw. nach Entzug des Antiandrogens und - einem Serum-Testosteronwert im Kastrationsbereich (kleiner 50 ng/dl).		112 St (2)	2.623,25

L02BB05 Apalutamid

Apalutamid 0,06

RE1	**Erleada 60 mg Filmtabl.** (PM) In Kombination mit einem GnRH-Analogon bei - metastasiertem hormonsensitiven Prostatakarzinom, wenn eine Chemotherapie aufgrund eines reduzierten Allgemeinzustandes und/oder signifikanter Komorbiditäten oder bestehenden Kontraindikationen nicht geeignet ist bei • Vorliegen von Knochenmetastasen in der Knochenszintigraphie, wobei im Falle einer einzelnen Läsion diese via CT/MRT zu bestätigen ist und • Vorbehandlung mit einer Androgendeprivationstherapie bis maximal 6 Monate ab Diagnosestellung der Knochenmetastase(n) - nicht metastasiertem kastrationsresistenten Hochrisiko-Prostatakarzinom • ohne nachweisbare Metastasen im CT/MRT und in der Knochenszintigraphie und • einer Verdopplungszeit des Serum-PSA kleiner/gleich 10 Monate Diagnose und Erstverordnung durch entsprechende Fachabteilung bzw. Zentrum, mittels Tumorboard. Regelmäßige Kontrolle durch entsprechende Fachabteilung, Zentrum bzw. durch FachärztInnen mit Erfahrung in der Behandlung des Prostatakarzinoms. Eine Kastrationsresistenz liegt vor bei - einer PSA- oder radiographischen Progression und - Versagen der Androgendeprivationstherapie (GnRH-Analogon oder -Antagonist mit ATC-Code L02AE oder L02BX02 alleine oder jeweils in Kombination mit einem Antiandrogen mit ATC-Code L02BB03) bzw. nach Entzug des Antiandrogens und - einem Serum-Testosteronwert im Kastrationsbereich (kleiner 50 ng/dl).		112 St(2)	2.414,35

L02BB06 Darolutamid

Darolutamid 0,3

RE1	**Nubeqa 300 mg Filmtabl.** (PM) In Kombination mit einem GnRH-Analogon und Docetaxel bei metastasiertem hormonsensitiven Prostatakarzinom bei - Vorliegen von mindestens vier Knochenmetastasen (davon mindestens eine außerhalb der Wirbelsäule/Becken) in der Knochenszintigraphie, oder Vorliegen von viszeralen Metastasen (via CT/MRI entsprechend RECIST 1.1-Kriterien gemessen; ausgeschlossen isolierter Lymphknotenbefall) und - Vorbehandlung mit einer Androgendeprivationstherapie bis maximal 3 Monate ab Diagnosestellung der Fernmetastasen. In Kombination mit einem GnRH-Analogon bei nicht metastasiertem kastrationsresistenten Hochrisiko-Prostatakarzinom - ohne nachweisbare Metastasen im CT/MRT und in der Knochenszintigraphie und - bei einer Verdopplungszeit des Serum-PSA kleiner/gleich 10 Monate. Diagnose und Erstverordnung durch entsprechende Fachabteilung bzw. Zentrum, mittels Tumorboard. Regelmäßige Kontrolle durch entsprechende Fachabteilung, Zentrum bzw. durch FachärztInnen mit Erfahrung in der Behandlung des Prostatakarzinoms. Eine Kastrationsresistenz liegt vor bei: - einer PSA- oder radiographischen Progression und - Versagen der Androgendeprivationstherapie (GnRH-Analogon oder -Antagonist mit ATC-Code L02AE oder L02BX02 alleine oder jeweils in Kombination mit einem Antiandrogen mit ATC-Code L02BB03) bzw. nach Entzug des Antiandrogens und - einem Serum-Testosteronwert im Kastrationsbereich (kleiner 50 ng/dl).		112 St(2)	2.951,90

L03 IMMUNSTIMULANZIEN
L03A IMMUNSTIMULANZIEN
L03AB Interferone
L03AB03 Interferon gamma

Interferon gamma 0,0001

RE1	**Imukin Stechamp.** Eine Kostenübernahme ist im ausführlich begründeten Einzelfall möglich.		6 St *0,5 ml*	622,70

	Bezeichnung	T	OP	KVP in €

L03AB07 Interferon beta-1a

Interferon beta-1a 8,8 mcg (6 ED); Interferon beta-1a 22 mcg (6 ED)

RE1	**Rebif Inj.lsg. Fertigspr. Starterpackung** Eine Kostenübernahme ist möglich, wenn mit kostengünstigeren Therapiealternativen nachweislich nicht das Auslangen gefunden wird, in der Indikation: Schubförmig remittierende MS: Kriterien bei Ersteinstellung: - Zwei Schübe innerhalb der letzten zwei Jahre und EDSS kleiner/gleich 5,5 - Alter 18 - 50 Jahre Diagnosestellung, Verordnung, Einstellung, Therapiekontrolle und Dokumentation durch ein MS-Zentrum.		12 St	724,85

Interferon beta-1a 22 mcg/ED

RE1 L6	**Rebif 22 mcg Inj.lsg. Fertigpen** Eine Kostenübernahme ist möglich, wenn mit kostengünstigeren Therapiealternativen nachweislich nicht das Auslangen gefunden wird, in der Indikation: Schubförmig remittierende MS: Kriterien bei Ersteinstellung: - Zwei Schübe innerhalb der letzten zwei Jahre und EDSS kleiner/gleich 5,5 - Alter 18 - 50 Jahre Diagnosestellung, Verordnung, Einstellung, Therapiekontrolle und Dokumentation durch ein MS-Zentrum.		12 St	697,80
RE1 L6	**Rebif 22 mcg Inj.lsg. Fertigspr.** Eine Kostenübernahme ist möglich, wenn mit kostengünstigeren Therapiealternativen nachweislich nicht das Auslangen gefunden wird, in der Indikation: Schubförmig remittierende MS: Kriterien bei Ersteinstellung: - Zwei Schübe innerhalb der letzten zwei Jahre und EDSS kleiner/gleich 5,5 - Alter 18 - 50 Jahre Diagnosestellung, Verordnung, Einstellung, Therapiekontrolle und Dokumentation durch ein MS-Zentrum.		12 St	697,80
RE1 L6	**Rebif 22 mcg/0,5 ml Inj.lsg. Patronen** Eine Kostenübernahme ist möglich, wenn mit kostengünstigeren Therapiealternativen nachweislich nicht das Auslangen gefunden wird, in der Indikation: Schubförmig remittierende MS: Kriterien bei Ersteinstellung: - Zwei Schübe innerhalb der letzten zwei Jahre und EDSS kleiner/gleich 5,5 - Alter 18 - 50 Jahre Diagnosestellung, Verordnung, Einstellung, Therapiekontrolle und Dokumentation durch ein MS-Zentrum.		4 St *3 x 22 mcg/ Patrone*	697,80

Interferon beta-1a 30 mcg

RE1 L12	**Avonex 30 mcg/0,5 ml Inj.lsg. Fertigpen** Bei PatientInnen mit schubförmig remittierender Multipler Sklerose. Kriterien bei Ersteinstellung: 2 Schübe innerhalb der letzten 2 Jahre sowie EDSS kleiner/gleich 5,5. Diagnosestellung, Verordnung, Einstellung, Therapiekontrolle und Dokumentation durch ein MS-Zentrum. Schulung der PatientInnen in der Applikationstechnik. PatientInnen, die mit Interferon beta-1a behandelt werden, sind vor Therapiebeginn in das dafür vorgesehene Register der ÖGN aufzunehmen. Interferon beta-1a eignet sich für eine chef(kontroll)ärztliche Langzeitbewilligung für 12 Monate (L12).		4 St	702,85
RE1 L12	**Avonex 30 mcg/0,5 ml Inj.lsg. Fertigspr.** Bei PatientInnen mit schubförmig remittierender Multipler Sklerose. Kriterien bei Ersteinstellung: 2 Schübe innerhalb der letzten 2 Jahre sowie EDSS kleiner/gleich 5,5. Diagnosestellung, Verordnung, Einstellung, Therapiekontrolle und Dokumentation durch ein MS-Zentrum. Schulung der PatientInnen in der Applikationstechnik. PatientInnen, die mit Interferon beta-1a behandelt werden, sind vor Therapiebeginn in das dafür vorgesehene Register der ÖGN aufzunehmen. Interferon beta-1a eignet sich für eine chef(kontroll)ärztliche Langzeitbewilligung für 12 Monate (L12).		4 St	702,85

	Bezeichnung	T	OP	KVP in €
Interferon beta-1a 44 mcg/ED				
RE1 L6	**Rebif 44 mcg Inj.lsg. Fertigpen** Eine Kostenübernahme ist möglich, wenn mit kostengünstigeren Therapiealternativen nachweislich nicht das Auslangen gefunden wird, in der Indikation: Schubförmig remittierende MS: Kriterien bei Ersteinstellung: - Zwei Schübe innerhalb der letzten zwei Jahre und EDSS kleiner/gleich 5,5 - Alter 18 - 50 Jahre Diagnosestellung, Verordnung, Einstellung, Therapiekontrolle und Dokumentation durch ein MS-Zentrum.		12 St	829,90
RE1 L6	**Rebif 44 mcg Inj.lsg. Fertigspr.** Eine Kostenübernahme ist möglich, wenn mit kostengünstigeren Therapiealternativen nachweislich nicht das Auslangen gefunden wird, in der Indikation: Schubförmig remittierende MS: Kriterien bei Ersteinstellung: - Zwei Schübe innerhalb der letzten zwei Jahre und EDSS kleiner/gleich 5,5 - Alter 18 - 50 Jahre Diagnosestellung, Verordnung, Einstellung, Therapiekontrolle und Dokumentation durch ein MS-Zentrum.		12 St	829,90
RE1 L6	**Rebif 44 mcg/0,5 ml Inj.lsg. Patronen** Eine Kostenübernahme ist möglich, wenn mit kostengünstigeren Therapiealternativen nachweislich nicht das Auslangen gefunden wird, in der Indikation: Schubförmig remittierende MS: Kriterien bei Ersteinstellung: - Zwei Schübe innerhalb der letzten zwei Jahre und EDSS kleiner/gleich 5,5 - Alter 18 - 50 Jahre Diagnosestellung, Verordnung, Einstellung, Therapiekontrolle und Dokumentation durch ein MS-Zentrum.		4 St *3 x 44 mcg/ Patrone*	829,90

L03AB08 Interferon beta-1b

Interferon beta-1b 250 mcg/ml				
RE1 L12	**Betaferon 250 mcg/ml Plv. u. Lsgm. zur Herst. einer Inj.lsg. Starterpackung** 1. Bei PatientInnen mit erstmaligem demyelisierenden Ereignis mit aktivem entzündlichen Prozess, wenn dieses Ereignis schwer genug ist, um eine intravenöse Corticosteroidtherapie zu rechtfertigen, wenn mögliche Differentialdiagnosen ausgeschlossen wurden und wenn bei diesen PatientInnen der Beurteilung zufolge ein hohes Risiko für das Auftreten einer klinisch gesicherten Multiplen Sklerose besteht (siehe Fachinformation Abschnitt 5.1). 2. Bei PatientInnen mit schubförmig remittierender MS. Kriterien bei Ersteinstellung: 2 Schübe innerhalb der letzten 2 Jahre und EDSS kleiner/gleich 5,5. 3. Bei PatientInnen mit sekundär progredienter MS. Kriterien bei Ersteinstellung: 2 Schübe oder eine Verschlechterung um mindestens 1 Punkt im EDSS-Score innerhalb der letzten 2 Jahre und EDSS 3 - 6,5. Diagnosestellung, Verordnung, Einstellung, Therapiekontrolle und Dokumentation durch ein MS-Zentrum. Betaferon eignet sich für eine chef(kontroll)ärztliche Langzeitbewilligung für 12 Monate (L12).		12 St	498,60
RE1 L12	**Betaferon 250 mcg/ml Plv. u. Lsgm. zur Herst. einer Inj.lsg.** 1. Bei PatientInnen mit erstmaligem demyelisierenden Ereignis mit aktivem entzündlichen Prozess, wenn dieses Ereignis schwer genug ist, um eine intravenöse Corticosteroidtherapie zu rechtfertigen, wenn mögliche Differentialdiagnosen ausgeschlossen wurden und wenn bei diesen PatientInnen der Beurteilung zufolge ein hohes Risiko für das Auftreten einer klinisch gesicherten Multiplen Sklerose besteht (siehe Fachinformation Abschnitt 5.1). 2. Bei PatientInnen mit schubförmig remittierender MS. Kriterien bei Ersteinstellung: 2 Schübe innerhalb der letzten 2 Jahre und EDSS kleiner/gleich 5,5. 3. Bei PatientInnen mit sekundär progredienter MS. Kriterien bei Ersteinstellung: 2 Schübe oder eine Verschlechterung um mindestens 1 Punkt im EDSS-Score innerhalb der letzten 2 Jahre und EDSS 3 - 6,5. Diagnosestellung, Verordnung, Einstellung, Therapiekontrolle und Dokumentation durch ein MS-Zentrum. Betaferon eignet sich für eine chef(kontroll)ärztliche Langzeitbewilligung für 12 Monate (L12).		15 St	617,05

	Bezeichnung	T	OP	KVP in €

L03AB11 Peginterferon alfa-2a

Peginterferon alfa-2a 0,000135

RE2	**Pegasys 135 mcg Inj.lsg. Fertigspr.** Bei erwachsenen Patienten ab 18 Jahren in der Indikation nachgewiesene chronische Hepatitis C einschließlich kompensierte Zirrhose mit erhöhten Transaminasewerten und positiver Serum HCV-RNA oder positivem Anti-HCV, ab einem Körpergewicht von 76 kg (für Patienten bis 76 kg steht eine kostengünstigere Therapiealternative zur Verfügung), wenn eine Therapie mit 180 mcg wegen auftretender Nebenwirkungen eine Dosisreduktion erforderlich macht. Cave: - Nicht bei Patienten, die im Rahmen einer klinischen Studie behandelt werden. - Non-Responder - kein virologisches Ansprechen (zumindest 99 prozentige Reduktion der HCV-RNA) nach 12 Wochen Kombinationstherapie; daher keine Fortsetzung der Therapie. Behandlungsdauer: Mind. 6 Monate (Genotyp 2 und 3), 12 Monate (Genotyp 1) Die Indikationsstellung und Therapieüberwachung muss durch einen Arzt mit Erfahrung in der Behandlung der Hepatitis C erfolgen.		4 St	746,55

Peginterferon alfa-2a 0,00018

RE2	**Pegasys 180 mcg Inj.lsg. Fertigspr.** Bei erwachsenen Patienten ab 18 Jahren in der Indikation nachgewiesene chronische Hepatitis C einschließlich kompensierte Zirrhose mit erhöhten Transaminasewerten und positiver Serum HCV-RNA oder positivem Anti-HCV, ab einem Körpergewicht von 76 kg (für Patienten bis 76 kg steht eine kostengünstigere Therapiealternative zur Verfügung), wenn eine Therapie mit 180 mcg wegen auftretender Nebenwirkungen eine Dosisreduktion erforderlich macht. Cave: - Nicht bei Patienten, die im Rahmen einer klinischen Studie behandelt werden. - Non-Responder - kein virologisches Ansprechen (zumindest 99 prozentige Reduktion der HCV-RNA) nach 12 Wochen Kombinationstherapie; daher keine Fortsetzung der Therapie. Behandlungsdauer: Mind. 6 Monate (Genotyp 2 und 3), 12 Monate (Genotyp 1) Die Indikationsstellung und Therapieüberwachung muss durch einen Arzt mit Erfahrung in der Behandlung der Hepatitis C erfolgen.		4 St	876,65

L03AB13 Peginterferon beta-1a

Peginterferon beta-1a 63 mcg (1 ED); Peginterferon beta-1a 94 mcg (1 ED)

RE1	**Plegridy 63 mcg, 94 mcg Inj.lsg. Fertigpen Starterpackung** Bei erwachsenen PatientInnen mit schubförmig remittierender Multipler Sklerose. Kriterien bei Ersteinstellung: Zwei Schübe innerhalb der letzten zwei Jahre sowie EDSS kleiner/gleich 5,0. Diagnosestellung, Verordnung, Einstellung, Therapiekontrolle und Dokumentation durch ein MS-Zentrum. PatientInnen, die mit Peginterferon beta-1a behandelt werden, sind vor Therapiebeginn in das dafür vorgesehene Register der ÖGN aufzunehmen.		2 St	789,05
RE1	**Plegridy 63 mcg, 94 mcg Inj.lsg. Fertigspr. Starterpackung** Bei erwachsenen PatientInnen mit schubförmig remittierender Multipler Sklerose. Kriterien bei Ersteinstellung: Zwei Schübe innerhalb der letzten zwei Jahre sowie EDSS kleiner/gleich 5,0. Diagnosestellung, Verordnung, Einstellung, Therapiekontrolle und Dokumentation durch ein MS-Zentrum. PatientInnen, die mit Peginterferon beta-1a behandelt werden, sind vor Therapiebeginn in das dafür vorgesehene Register der ÖGN aufzunehmen.		2 St	789,05

	Bezeichnung	T	OP	KVP in €
Peginterferon beta-1a 125 mcg/ED				
RE1 L12	**Plegridy 125 mcg Inj.lsg. Fertigpen** Bei erwachsenen PatientInnen mit schubförmig remittierender Multipler Sklerose. Kriterien bei Ersteinstellung: Zwei Schübe innerhalb der letzten zwei Jahre sowie EDSS kleiner/gleich 5,0. Diagnosestellung, Verordnung, Einstellung, Therapiekontrolle und Dokumentation durch ein MS-Zentrum. PatientInnen, die mit Peginterferon beta-1a behandelt werden, sind vor Therapiebeginn in das dafür vorgesehene Register der ÖGN aufzunehmen. Peginterferon beta-1a eignet sich für eine chef(kontroll)ärztliche Langzeitbewilligung für 12 Monate (L12).		2 St	789,05
RE1 L12	**Plegridy 125 mcg Inj.lsg. Fertigspr.** Bei erwachsenen PatientInnen mit schubförmig remittierender Multipler Sklerose. Kriterien bei Ersteinstellung: Zwei Schübe innerhalb der letzten zwei Jahre sowie EDSS kleiner/gleich 5,0. Diagnosestellung, Verordnung, Einstellung, Therapiekontrolle und Dokumentation durch ein MS-Zentrum. PatientInnen, die mit Peginterferon beta-1a behandelt werden, sind vor Therapiebeginn in das dafür vorgesehene Register der ÖGN aufzunehmen. Peginterferon beta-1a eignet sich für eine chef(kontroll)ärztliche Langzeitbewilligung für 12 Monate (L12).		2 St	789,05

L03AB15 Ropeginterferon alfa-2b

Ropeginterferon alfa-2b 0,00025				
RE1	**Besremi 250 mcg/0,5 ml Inj.lsg. Fertigpen** (PM) Als Monotherapie bei Erwachsenen mit Polycythaemia vera ohne symptomatische Splenomegalie mit - hohem Risiko für thromboembolische Komplikationen ODER - schlechter Toleranz oder eingeschränkter Durchführbarkeit von Aderlässen ODER - persistierender (>20 000/Mikroliter, bestätigt nach 3 Monaten ohne Therapie) oder progredienter (100%-ige Zunahme der Leukozytenzahl bei Ausgangswert <10 000/Mikroliter bzw. mindestens 50%-ige Zunahme bei Ausgangswert >10 000/Mikroliter) Leukozytose ODER - Thrombozytose (>1 500 000/Mikroliter) Diagnose und Erstverordnung durch entsprechende Fachabteilung bzw. Zentrum, mittels Tumorboard. Regelmäßige Kontrolle durch entsprechende Fachabteilung bzw. Zentrum bzw. durch(Hämato-)OnkologInnen. Die Aufnahme ist befristet und endet mit 30.11.2028.		1 St	1.959,30

L03AX Andere Immunstimulanzien
L03AX03 BCG-Impfstoff

BCG-Impfstoff 0,5 MRD				
RE2	**OncoTICE Plv. zur Herst. einer Susp. zur intravesikalen Instillation** Behandlung des nicht-invasiven Urothelialzellkarzinoms der Harnblase (CIS) und adjuvante Therapie primärer und rezidivierender superfizieller Urothelialzellkarzinome der Harnblase nach transurethraler Resektion durch Fachärzte für Urologie.		1 St *2 ml*	122,00
BCG-Impfstoff 3 MRD				
RE2	**BCG "medac" Plv. u. Lsgm. zur Herst. einer Susp. zur intravesikalen Anw.** Behandlung und Rezidivprophylaxe nicht-invasiver urothelialer Harnblasenkarzinome durch Fachärzte für Urologie.		1 St	190,95

L03AX10 Immunocyanin

Immunocyanin 0,001				
RE2	**Immucothel 1 mg Trockensubst. mit Lsgm.** Prävention eines superfiziellen Blasenkarzinomrezidivs durch Fachärzte für Urologie nach transurethraler Resektion. Bei der Immuntherapie zur Rezidivprophylaxe stellt Immucothel nur die Second-line-Therapie dar.		1 St	57,10

	Bezeichnung	T	OP	KVP in €
Immunocyanin 0,01				
RE2	**Immucothel 10 mg Trockensubst. mit Lsgm.** Prävention eines superfiziellen Blasenkarzinomrezidivs durch Fachärzte für Urologie nach transurethraler Resektion. Bei der Immuntherapie zur Rezidivprophylaxe stellt Immucothel nur die Second-line-Therapie dar.		1 St	125,15

L03AX13 Glatirameracetat

Glatirameracetat 0,02				
RE1	**Copaxone 20 mg/ml Inj.lsg. Fertigspr.** - Bei schubförmiger Multipler Sklerose - Kriterien bei Einstellung: zwei Schübe innerhalb der letzten zwei Jahre sowie EDSS kleiner/gleich 5,5 - Diagnosestellung, Therapieeinstellung, Therapiekontrolle und Dokumentation durch ein MS-Zentrum.		28 St	555,60
RE2	**Perscleran 20 mg/ml Inj.lsg. Fertigspr.** - Bei schubförmiger Multipler Sklerose - Kriterien bei Einstellung: zwei Schübe innerhalb der letzten zwei Jahre sowie EDSS kleiner/gleich 5,5 - Diagnosestellung, Therapieeinstellung, Therapiekontrolle und Dokumentation durch ein MS-Zentrum.		30 St	390,35
Glatirameracetat 0,04				
RE2	**Copaxone 40 mg/ml Inj.lsg. Fertigspr.** (PM) - Bei schubförmiger Multipler Sklerose - Kriterien bei Einstellung: zwei Schübe innerhalb der letzten zwei Jahre sowie EDSS kleiner/gleich 5,5 - Diagnosestellung, Therapieeinstellung, Therapiekontrolle und Dokumentation durch ein MS-Zentrum.		12 St	605,05
RE2	**Perscleran 40 mg/ml Inj.lsg. Fertigspr.** - Bei schubförmiger Multipler Sklerose - Kriterien bei Einstellung: zwei Schübe innerhalb der letzten zwei Jahre sowie EDSS kleiner/gleich 5,5 - Diagnosestellung, Therapieeinstellung, Therapiekontrolle und Dokumentation durch ein MS-Zentrum.		12 St	266,10

L04 IMMUNSUPPRESSIVA
L04A IMMUNSUPPRESSIVA
L04AA Selektive Immunsuppressiva
L04AA06 Mycophenolsäure

Mycophenolsäure 0,144/ml				
RE2	**CellCept 1 g/5 ml Plv. zur Herst. einer Susp. zum Einnehmen** Eine Kostenübernahme ist möglich zur Prophylaxe von akuten Transplantatabstoßungsreaktionen in Kombination mit Ciclosporin und Corticosteroiden für Patienten nach allogener Herz-, Leber- oder Nierentransplantation. Therapieeinleitung und regelmäßige Kontrollen durch entsprechende Zentren. *Mycophenolatmofetil 0,2 entspr. Mycophenolsäure 0,144*		175 ml *1 ED = 5 ml*	220,00
Mycophenolsäure 0,18				
RE2	**Myfortic 180 mg magensaftresistente Tabl.** Eine Kostenübernahme ist möglich zur Prophylaxe von akuten Transplantatabstoßungsreaktionen in Kombination mit Ciclosporin und Corticosteroiden für Patienten nach allogener Nierentransplantation. Therapieeinleitung und regelmäßige Kontrollen durch entsprechende Zentren.		120 St	128,60
Mycophenolsäure 0,36				
RE2	**Myfortic 360 mg magensaftresistente Tabl.** Eine Kostenübernahme ist möglich zur Prophylaxe von akuten Transplantatabstoßungsreaktionen in Kombination mit Ciclosporin und Corticosteroiden für Patienten nach allogener Nierentransplantation. Therapieeinleitung und regelmäßige Kontrollen durch entsprechende Zentren.		120 St	227,85

	Bezeichnung	T	OP	KVP in €

L04AA24 Abatacept

Abatacept 0,125

RE1	**Orencia 125 mg Inj.lsg.** Mittelschwere bis schwere aktive rheumatoide Arthritis erwachsener PatientInnen in Kombination mit Methotrexat bei Versagen von mindestens einem DMARD (disease-modifying anti-rheumatic drug), wobei Methotrexat in ausreichender Dosierung und ausreichender Dauer verabreicht worden sein muss oder nach Versagen mindestens eines Tumornekrosefaktor-alpha (TNF-alpha)-Inhibitors, oder wenn diese nicht vertragen werden. Erstverordnung und engmaschige Kontrolle durch einen Facharzt/eine Fachärztin mit Additivfach Rheumatologie oder durch Zentren, die berechtigt sind, solche auszubilden. Wenn innerhalb von 6 Behandlungsmonaten kein Ansprechen auf Abatacept eintritt, müssen der potentielle Nutzen einer Fortsetzung der Behandlung, die bekannten und potentiellen Risiken sowie die Behandlungsalternativen abgewogen werden.		4 St	926,50

Abatacept 0,25

RE1	**Orencia 250 mg Plv. f. ein Konz. zur Herst. einer Inf.lsg.** Mittelschwere bis schwere aktive rheumatoide Arthritis erwachsener PatientInnen ab 18 Jahren in Kombination mit Methotrexat bei Versagen von mindestens einem DMARD (disease-modifying anti-rheumatic drug) inklusive Methotrexat, wobei Methotrexat in ausreichender Dosierung und ausreichender Dauer verabreicht worden sein muss oder nach Versagen mindestens eines Tumornekrosefaktor-alpha (TNF-alpha)-Inhibitors, oder wenn diese nicht vertragen werden. Erstverordnung und engmaschige Kontrolle durch einen Facharzt/Fachärztin mit Additivfach Rheumatologie oder durch Zentren, die berechtigt sind, solche auszubilden. Wenn innerhalb von 6 Behandlungsmonaten kein Ansprechen auf Abatacept eintritt, müssen der potentielle Nutzen einer Fortsetzung der Behandlung, die bekannten und potentiellen Risiken sowie die Behandlungsalternativen abgewogen werden.		2 St 3 St	750,30 1.113,10

L04AA32 Apremilast

Apremilast 0,01 (4 Filmtabl.); Apremilast 0,02 (4 Filmtabl.); Apremilast 0,03 (19 Filmtabl.)

RE1	**Otezla 10 mg, 20 mg, 30 mg Filmtabl. Starterpackung** Mittelschwere bis schwere Plaque-Psoriasis erwachsener PatientInnen bei Versagen, Unverträglichkeit oder Kontraindikation von systemischen Therapien einschließlich Ciclosporin, Methotrexat oder PUVA. Erstverordnung und engmaschige Kontrollen durch entsprechende Fachabteilung bzw. -ambulanz oder durch einen Facharzt/eine Fachärztin mit Erfahrung in der Behandlung der mittelschweren bis schweren Plaque-Psoriasis. Aktive und progressive Psoriasis-Arthritis erwachsener PatientInnen bei Versagen von mindestens zwei DMARDs (disease-modifying anti-rheumatic drugs) inklusive Methotrexat. Erstverordnung und engmaschige Kontrolle durch einen Facharzt/eine Fachärztin mit Additivfach Rheumatologie oder durch Zentren, die berechtigt sind, solche auszubilden. Keine Fortsetzung der Behandlung der PatientInnen, die innerhalb von 24 Behandlungswochen nicht klinisch ansprechen.		27 St	332,85

	Bezeichnung	T	OP	KVP in €
Apremilast 0,03				
RE1 L6	**Otezla 30 mg Filmtabl.** Mittelschwere bis schwere Plaque-Psoriasis erwachsener PatientInnen bei Versagen, Unverträglichkeit oder Kontraindikation von systemischen Therapien einschließlich Ciclosporin, Methotrexat oder PUVA. Erstverordnung und engmaschige Kontrollen durch entsprechende Fachabteilung bzw. -ambulanz oder durch einen Facharzt/eine Fachärztin mit Erfahrung in der Behandlung der mittelschweren bis schweren Plaque-Psoriasis. Aktive und progressive Psoriasis-Arthritis erwachsener PatientInnen bei Versagen von mindestens zwei DMARDs (disease-modifying anti-rheumatic drugs) inklusive Methotrexat. Erstverordnung und engmaschige Kontrolle durch einen Facharzt/eine Fachärztin mit Additivfach Rheumatologie oder durch Zentren, die berechtigt sind, solche auszubilden. Keine Fortsetzung der Behandlung der PatientInnen, die innerhalb von 24 Behandlungswochen nicht klinisch ansprechen. Apremilast eignet sich für eine chef(kontrollärztliche) Langzeitbewilligung für 6 Monate (L6).		56 St	657,05

L04AA40 Cladribin

Cladribin 0,01				
RE1	**Mavenclad 10 mg Filmtabl.** (PM) Als Monotherapie bei Erwachsenen mit hochaktiver schubförmiger Multipler Sklerose (MS) - mit einem Schub im vorausgegangenen Jahr während einer krankheitsmodifizierenden Vorbehandlung und mindestens einer Gadolinium anreichernden Läsion bzw. 9 oder mehr T2-Läsionen oder - mit 2 Schüben oder mehr im vorausgegangenen Jahr. Diagnosestellung, Verordnung, Einstellung, Therapiekontrolle und Dokumentation durch ein MS-Zentrum. Die Kostenübernahme ist auf einen vierjährigen Behandlungszeitraum (mit je einer Behandlungsphase im ersten und zweiten Jahr sowie einer verabreichungsfreien Phase im dritten und vierten Jahr) beschränkt. In klinischen Studien wurden bei PatientInnen, die mit Cladribin behandelt wurden, häufiger maligne Erkrankungen beobachtet als bei PatientInnen, die Placebo erhielten. Die Anwendung von Cladribin bei MS-PatientInnen mit aktiven malignen Erkrankungen ist kontraindiziert. Vor Beginn der Behandlung mit Cladribin sollte bei PatientInnen, bei denen schon einmal maligne Erkrankungen aufgetreten sind, eine individuelle Nutzen-Risiko-Beurteilung erfolgen. PatientInnen, die mit Cladribin behandelt werden, sollten angewiesen werden, die Standardleitlinien für Krebsvorsorgeuntersuchungen zu beachten. Hämatologische Überwachung gemäß Fachinformation. PatientInnen, die mit Cladribin behandelt werden, sind vor Therapiebeginn in das dafür vorgesehene Register der ÖGN aufzunehmen.		1 St 4 St 6 St	1.749,35 6.534,15 10.330,10

	Bezeichnung	T	OP	KVP in €

L04AB Tumornekrosefaktor-alpha (TNF-alpha)-Inhibitoren
L04AB05 Certolizumab pegol

Certolizumab pegol 0,2

RE1 L3	**Cimzia 200 mg Inj.lsg.** Ⓟ 1. Mittelschwere bis schwere aktive rheumatoide Arthritis erwachsener PatientInnen bei Versagen von mindestens einem DMARD (disease-modifying anti-rheumatic drug), wobei Methotrexat in ausreichender Dosierung und ausreichender Dauer verabreicht worden sein muss. Um eine maximale Wirksamkeit zu gewährleisten, wird Certolizumab pegol in Kombination mit Methotrexat angewendet. Certolizumab pegol kann im Falle einer Unverträglichkeit von Methotrexat als Monotherapie angewendet werden. Erstverordnung und engmaschige Kontrolle durch einen Facharzt/ eine Fachärztin mit Additivfach Rheumatologie oder durch Zentren, die berechtigt sind, solche auszubilden. 2. Aktive und progressive Psoriasis-Arthritis erwachsener PatientInnen bei Versagen von mindestens zwei anderen DMARDs (disease-modifying anti-rheumatic drugs) inklusive Methotrexat. Erstverordnung und engmaschige Kontrolle durch einen Facharzt/ eine Fachärztin mit Additivfach Rheumatologie oder durch Zentren, die berechtigt sind, solche auszubilden. 3. Schwere aktive Spondylitis ankylosans (AS, Morbus Bechterew) erwachsener PatientInnen mit schwerer Wirbelsäulensymptomatik und erhöhten Entzündungsparametern bei Versagen konventioneller Therapiemöglichkeiten. Erstverordnung und engmaschige Kontrolle durch einen Facharzt/eine Fachärztin mit Additivfach Rheumatologie oder durch Zentren, die berechtigt sind, solche auszubilden. 4. Schwere aktive axiale Spondyloarthritis erwachsener PatientInnen ohne Röntgennachweis einer AS mit schwerer Wirbelsäulensymptomatik und mit objektiven Anzeichen einer Entzündung nachgewiesen durch erhöhtes CRP und MRT, bei Versagen konventioneller Therapiemöglichkeiten, inklusive unzureichendem Ansprechen auf mindestens zwei NSAR (nichtsteroidale Antirheumatika) in maximaler Dosierung und ausreichender Dauer. Diagnose, Erstverordnung, Therapieeinstellung und engmaschige Kontrollen durch entsprechende Zentren. Keine Fortsetzung der Behandlung der PatientInnen, die innerhalb von 12 Behandlungswochen nicht klinisch ansprechen. Certolizumab pegol eignet sich für eine chef(kontroll)ärztliche Langzeitbewilligung für 3 Monate (L3).		2 St	638,70

	Bezeichnung	T	OP	KVP in €

L04AB06 Golimumab

Golimumab 0,05

RE1	**Simponi 50 mg Inj.lsg. Fertigspr.** (PM) 1. Mittelschwere bis schwere aktive rheumatoide Arthritis erwachsener PatientInnen bei Versagen von mindestens einem DMARD (disease-modifying anti-rheumatic drug), wobei Methotrexat in ausreichender Dosierung und ausreichender Dauer verabreicht worden sein muss. Die Anwendung von Golimumab soll in Kombination mit Methotrexat erfolgen. Erstverordnung und engmaschige Kontrolle durch einen Facharzt/eine Fachärztin mit Additivfach Rheumatologie oder durch Zentren, die berechtigt sind, solche auszubilden. 2. Aktive und progressive Psoriasis-Arthritis erwachsener PatientInnen bei Versagen von mindestens zwei DMARDs (disease-modifying anti-rheumatic drugs) inklusive Methotrexat. Erstverordnung und engmaschige Kontrolle durch einen Facharzt/eine Fachärztin mit Additivfach Rheumatologie oder durch Zentren, die berechtigt sind, solche auszubilden. 3. Schwere aktive ankylosierende Spondylitis (Morbus Bechterew) erwachsener PatientInnen mit schwerer Wirbelsäulensymptomatik und erhöhten Entzündungsparametern bei Versagen konventioneller Therapiemöglichkeiten. Erstverordnung und engmaschige Kontrolle durch einen Facharzt/eine Fachärztin mit Additivfach Rheumatologie oder durch Zentren, die berechtigt sind, solche auszubilden. 4. Mittelschwere bis schwere aktive Colitis ulcerosa erwachsener PatientInnen unter 80 kg Körpergewicht zur Erhaltungstherapie bei Versagen, Unverträglichkeit oder Kontraindikation der konventionellen Therapien. Erstverordnung und engmaschige Kontrolle durch einen Facharzt/eine Fachärztin mit Additivfach für Gastroenterologie. Keine Fortsetzung der Behandlung der PatientInnen, die innerhalb von 12-14 Behandlungswochen nicht klinisch ansprechen.		1 St	987,70
RE1	**Simponi 50 mg Inj.lsg. vorgefüllter Injektor** (PM) 1. Mittelschwere bis schwere aktive rheumatoide Arthritis erwachsener PatientInnen bei Versagen von mindestens einem DMARD (disease-modifying anti-rheumatic drug), wobei Methotrexat in ausreichender Dosierung und ausreichender Dauer verabreicht worden sein muss. Die Anwendung von Golimumab soll in Kombination mit Methotrexat erfolgen. Erstverordnung und engmaschige Kontrolle durch einen Facharzt/eine Fachärztin mit Additivfach Rheumatologie oder durch Zentren, die berechtigt sind, solche auszubilden. 2. Aktive und progressive Psoriasis-Arthritis erwachsener PatientInnen bei Versagen von mindestens zwei DMARDs (disease-modifying anti-rheumatic drugs) inklusive Methotrexat. Erstverordnung und engmaschige Kontrolle durch einen Facharzt/eine Fachärztin mit Additivfach Rheumatologie oder durch Zentren, die berechtigt sind, solche auszubilden. 3. Schwere aktive ankylosierende Spondylitis (Morbus Bechterew) erwachsener PatientInnen mit schwerer Wirbelsäulensymptomatik und erhöhten Entzündungsparametern bei Versagen konventioneller Therapiemöglichkeiten. Erstverordnung und engmaschige Kontrolle durch einen Facharzt/eine Fachärztin mit Additivfach Rheumatologie oder durch Zentren, die berechtigt sind, solche auszubilden. 4. Mittelschwere bis schwere aktive Colitis ulcerosa erwachsener PatientInnen unter 80 kg Körpergewicht zur Erhaltungstherapie bei Versagen, Unverträglichkeit oder Kontraindikation der konventionellen Therapien. Erstverordnung und engmaschige Kontrolle durch einen Facharzt/eine Fachärztin mit Additivfach für Gastroenterologie. Keine Fortsetzung der Behandlung der PatientInnen, die innerhalb von 12-14 Behandlungswochen nicht klinisch ansprechen.		1 St	987,70

	Bezeichnung	T	OP	KVP in €
Golimumab 0,1				
RE1	**Simponi 100 mg Inj.lsg. Fertigspr.** Ⓟ 1. Mittelschwere bis schwere aktive rheumatoide Arthritis erwachsener PatientInnen über 100 kg Körpergewicht, bei Versagen von mindestens einem DMARD (disease-modifying anti-rheumatic drug), wobei Methotrexat in ausreichender Dosierung und ausreichender Dauer verabreicht worden sein muss und wenn mit der 50 mg-Wirkstoffstärke nach 3 oder 4 Dosen kein ausreichendes klinisches Ansprechen erzielt werden konnte. Die Anwendung von Golimumab soll in Kombination mit Methotrexat erfolgen. Erstverordnung und engmaschige Kontrolle durch einen Facharzt/eine Fachärztin mit Additivfach Rheumatologie oder durch Zentren, die berechtigt sind, solche auszubilden. 2. Aktive und progressive Psoriasis-Arthritis erwachsener PatientInnen über 100 kg Körpergewicht, bei Versagen von mindestens zwei DMARDs (disease-modifying antirheumatic drugs) inklusive Methotrexat und wenn mit der 50 mg-Wirkstoffstärke nach 3 oder 4 Dosen kein ausreichendes klinisches Ansprechen erzielt werden konnte. Erstverordnung und engmaschige Kontrolle durch einen Facharzt/eine Fachärztin mit Additivfach Rheumatologie oder durch Zentren, die berechtigt sind, solche auszubilden. 3. Schwere aktive ankylosierende Spondylitis (Morbus Bechterew) erwachsener PatientInnen über 100 kg Körpergewicht mit schwerer Wirbelsäulensymptomatik und erhöhten Entzündungsparametern, bei Versagen konventioneller Therapiemöglichkeiten und wenn mit der 50 mg-Wirkstoffstärke nach 3 oder 4 Dosen kein ausreichendes klinisches Ansprechen erzielt werden konnte. Erstverordnung und engmaschige Kontrolle durch einen Facharzt/eine Fachärztin mit Additivfach Rheumatologie oder durch Zentren, die berechtigt sind, solche auszubilden. 4. Mittelschwere bis schwere aktive Colitis ulcerosa erwachsener PatientInnen - mit einem Körpergewicht unter 80 kg zur Initialtherapie - mit einem Körpergewicht ab 80 kg zur Initial- und Erhaltungstherapie bei Versagen, Unverträglichkeit oder Kontraindikation der konventionellen Therapien. Erstverordnung und engmaschige Kontrolle durch einen Facharzt/eine Fachärztin mit Additivfach für Gastroenterologie. Keine Fortsetzung der Behandlung der PatientInnen, die innerhalb von 12-14 Behandlungswochen nicht klinisch ansprechen.		1 St	987,70

	Bezeichnung	T	OP	KVP in €
RE1	**Simponi 100 mg Inj.lsg. vorgefüllter Injektor** (PM) 1. Mittelschwere bis schwere aktive rheumatoide Arthritis erwachsener PatientInnen über 100 kg Körpergewicht, bei Versagen von mindestens einem DMARD (disease-modifying antirheumatic drug), wobei Methotrexat in ausreichender Dosierung und ausreichender Dauer verabreicht worden sein muss und wenn mit der 50 mg-Wirkstoffstärke nach 3 oder 4 Dosen kein ausreichendes klinisches Ansprechen erzielt werden konnte. Die Anwendung von Golimumab soll in Kombination mit Methotrexat erfolgen. Erstverordnung und engmaschige Kontrolle durch einen Facharzt/eine Fachärztin mit Additivfach Rheumatologie oder durch Zentren, die berechtigt sind, solche auszubilden. 2. Aktive und progressive Psoriasis-Arthritis erwachsener PatientInnen über 100 kg Körpergewicht, bei Versagen von mindestens zwei DMARDs (disease-modifying antirheumatic drugs) inklusive Methotrexat und wenn mit der 50 mg-Wirkstoffstärke nach 3 oder 4 Dosen kein ausreichendes klinisches Ansprechen erzielt werden konnte. Erstverordnung und engmaschige Kontrolle durch einen Facharzt/eine Fachärztin mit Additivfach Rheumatologie oder durch Zentren, die berechtigt sind, solche auszubilden. 3. Schwere aktive ankylosierende Spondylitis (Morbus Bechterew) erwachsener PatientInnen über 100 kg Körpergewicht mit schwerer Wirbelsäulensymptomatik und erhöhten Entzündungsparametern, bei Versagen konventioneller Therapiemöglichkeiten und wenn mit der 50 mg-Wirkstoffstärke nach 3 oder 4 Dosen kein ausreichendes klinisches Ansprechen erzielt werden konnte. Erstverordnung und engmaschige Kontrolle durch einen Facharzt/eine Fachärztin mit Additivfach Rheumatologie oder durch Zentren, die berechtigt sind, solche auszubilden. 4. Mittelschwere bis schwere aktive Colitis ulcerosa erwachsener PatientInnen - mit einem Körpergewicht unter 80 kg zur Initialtherapie - mit einem Körpergewicht ab 80 kg zur Initial- und Erhaltungstherapie bei Versagen, Unverträglichkeit oder Kontraindikation der konventionellen Therapien. Erstverordnung und engmaschige Kontrolle durch einen Facharzt/eine Fachärztin mit Additivfach für Gastroenterologie. Keine Fortsetzung der Behandlung der PatientInnen, die innerhalb von 12-14 Behandlungswochen nicht klinisch ansprechen.		1 St	987,70

	Bezeichnung	T	OP	KVP in €
	L04AC Interleukin-Rezeptor-Inhibitoren **L04AC05 Ustekinumab**			
	Ustekinumab 0,045			
RE2	**Otulfi 45 mg Inj.lsg. Fertigspr.** 1. Bei Erwachsenen mit mittelschwerer bis schwerer Plaque-Psoriasis bei Versagen, Unverträglichkeit oder Kontraindikation von systemischen Therapien einschließlich Ciclosporin, Methotrexat oder PUVA. Erstverordnung und engmaschige Kontrollen durch entsprechende Fachabteilung bzw. -ambulanz oder durch FachärztInnen mit Erfahrung in der Behandlung der mittelschweren bis schweren Plaque-Psoriasis. Die Entscheidung über eine Behandlungsverlängerung nach 28 Wochen muss durch die Fachabteilung bzw. -ambulanz oder durch FachärztInnen mit Erfahrung in der Behandlung der mittelschweren bis schweren Plaque-Psoriasis erfolgen. Die Behandlung mit Ustekinumab darf nur bei PatientInnen verlängert werden, die auf die Therapie angesprochen haben. 2. Bei Erwachsenen mit aktiver und progressiver Psoriasis-Arthritis bei Versagen von mindestens einem DMARD (disease-modifying antirheumatic drug), wobei Methotrexat in ausreichender Dosierung und ausreichender Dauer verabreicht wurde. Erstverordnung und engmaschige Kontrolle durch RheumatologInnen oder durch Zentren, die berechtigt sind, solche auszubilden. Die Entscheidung über eine Behandlungsverlängerung nach 28 Wochen muss durch RheumatologInnen oder durch Zentren, die berechtigt sind, solche auszubilden, erfolgen. Die Behandlung mit Ustekinumab darf nur bei PatientInnen verlängert werden, die auf die Therapie angesprochen haben. 3. Bei Kindern und Jugendlichen ab 6 Jahren mit einem Körpergewicht von 60 bis 100 kg mit mittelschwerer bis schwerer chronischer Plaque-Psoriasis, die unzureichend auf andere systemische Therapien oder Phototherapien angesprochen oder diese nicht vertragen haben. Erstverordnung und engmaschige Kontrolle durch FachärztInnen mit Erfahrung in der Behandlung von Kindern und Jugendlichen mit Plaque-Psoriasis oder PädiaterInnen mit Spezialisierung in pädiatrischer Dermatologie oder durch Zentren, die berechtigt sind, solche auszubilden. Die Entscheidung über eine Behandlungsverlängerung nach 28 Wochen muss durch FachärztInnen mit Erfahrung in der Behandlung von Kindern und Jugendlichen mit Plaque-Psoriasis oder PädiaterInnen mit Spezialisierung in pädiatrischer Dermatologie oder durch Zentren, die berechtigt sind, solche auszubilden, erfolgen. Die Behandlung mit Ustekinumab darf nur bei PatientInnen verlängert werden, die auf die Therapie angesprochen haben.		1 St	868,15

	Bezeichnung	T	OP	KVP in €
RE2	**Steqeyma 45 mg Inj.lsg. Fertigspr.** 1. Bei Erwachsenen mit mittelschwerer bis schwerer Plaque-Psoriasis bei Versagen, Unverträglichkeit oder Kontraindikation von systemischen Therapien einschließlich Ciclosporin, Methotrexat oder PUVA. Erstverordnung und engmaschige Kontrollen durch entsprechende Fachabteilung bzw. -ambulanz oder durch FachärztInnen mit Erfahrung in der Behandlung der mittelschweren bis schweren Plaque-Psoriasis. Die Entscheidung über eine Behandlungsverlängerung nach 28 Wochen muss durch die Fachabteilung bzw. -ambulanz oder durch FachärztInnen mit Erfahrung in der Behandlung der mittelschweren bis schweren Plaque-Psoriasis erfolgen. Die Behandlung mit Ustekinumab darf nur bei PatientInnen verlängert werden, die auf die Therapie angesprochen haben. 2. Bei Erwachsenen mit aktiver und progressiver Psoriasis-Arthritis, bei Versagen von mindestens einem DMARD (disease-modifying antirheumatic drug), wobei Methotrexat in ausreichender Dosierung und ausreichender Dauer verabreicht wurde. Erstverordnung und engmaschige Kontrollen durch RheumatologInnen oder durch Zentren, die berechtigt sind, solche auszubilden. Die Entscheidung über eine Behandlungsverlängerung nach 28 Wochen muss durch RheumatologInnen oder durch Zentren, die berechtigt sind, solche auszubilden, erfolgen. Die Behandlung mit Ustekinumab darf nur bei PatientInnen verlängert werden, die auf die Therapie angesprochen haben. 3. Bei Kindern und Jugendlichen ab 6 Jahren mit einem Körpergewicht von 60 bis 100 kg mit mittelschwerer bis schwerer chronischer Plaque-Psoriasis, die unzureichend auf andere systemische Therapien oder Phototherapien angesprochen oder diese nicht vertragen haben. Erstverordnung und engmaschige Kontrolle durch FachärztInnen mit Erfahrung in der Behandlung von Kindern mit Plaque-Psoriasis oder PädiaterInnen mit Spezialisierung in pädiatrischer Dermatologie oder durch Zentren, die berechtigt sind, solche auszubilden. Die Entscheidung über eine Behandlungsverlängerung nach 28 Wochen muss durch FachärztInnen mit Erfahrung in der Behandlung von Kindern mit Plaque-Psoriasis oder PädiaterInnen mit Spezialisierung in pädiatrischer Dermatologie oder durch Zentren, die berechtigt sind, solche auszubilden, erfolgen. Die Behandlung mit Ustekinumab darf nur bei PatientInnen verlängert werden, die auf die Therapie angesprochen haben.		1 St	868,15

	Bezeichnung	T	OP	KVP in €
RE2	**Wezenla 45 mg Inj.lsg. Fertigspr.** 1. Bei Erwachsenen mit mittelschwerer bis schwerer Plaque-Psoriasis bei Versagen, Unverträglichkeit oder Kontraindikation von systemischen Therapien einschließlich Ciclosporin, Methotrexat oder PUVA. Erstverordnung und engmaschige Kontrollen durch entsprechende Fachabteilung bzw. -ambulanz oder durch FachärztInnen mit Erfahrung in der Behandlung der mittelschweren bis schweren Plaque-Psoriasis. Die Entscheidung über eine Behandlungsverlängerung nach 28 Wochen muss durch die Fachabteilung bzw. -ambulanz oder durch FachärztInnen mit Erfahrung in der Behandlung der mittelschweren bis schweren Plaque-Psoriasis erfolgen. Die Behandlung mit Ustekinumab darf nur bei PatientInnen verlängert werden, die auf die Therapie angesprochen haben. 2. Bei Erwachsenen mit aktiver und progressiver Psoriasis-Arthritis bei Versagen von mindestens einem DMARD (disease-modifying antirheumatic drug) wobei Methotrexat in ausreichender Dosierung und ausreichender Dauer verabreicht wurde. Erstverordnung und engmaschige Kontrolle durch RheumatologInnen oder durch Zentren, die berechtigt sind, solche auszubilden. Die Entscheidung über eine Behandlungsverlängerung nach 28 Wochen muss durch RheumatologInnen oder durch Zentren, die berechtigt sind, solche auszubilden, erfolgen. Die Behandlung mit Ustekinumab darf nur bei PatientInnen verlängert werden, die auf die Therapie angesprochen haben. 3. Bei Kindern und Jugendlichen ab 6 Jahren mit einem Körpergewicht von 60 bis 100 kg mit mittelschwerer bis schwerer chronischer Plaque-Psoriasis, die unzureichend auf andere systemische Therapien oder Phototherapien angesprochen oder diese nicht vertragen haben. Erstverordnung und engmaschige Kontrolle durch FachärztInnen mit Erfahrung in der Behandlung von Kindern und Jugendlichen mit Plaque-Psoriasis oder PädiaterInnen mit Spezialisierung in pädiatrischer Dermatologie oder durch Zentren, die berechtigt sind, solche auszubilden. Die Entscheidung über eine Behandlungsverlängerung nach 28 Wochen muss durch FachärztInnen mit Erfahrung in der Behandlung von Kindern und Jugendlichen mit Plaque-Psoriasis oder PädiaterInnen mit Spezialisierung in pädiatrischer Dermatologie oder durch Zentren, die berechtigt sind, solche auszubilden, erfolgen. Die Behandlung mit Ustekinumab darf nur bei PatientInnen verlängert werden, die auf die Therapie angesprochen haben.		1 St	868,15

	Bezeichnung	T	OP	KVP in €
Ustekinumab 0,09				
RE2	**Otulfi 90 mg Inj.lsg. Fertigspr.** 1. Bei Erwachsenen mit einem Körpergewicht von über 100 kg mit mittelschwerer bis schwerer Plaque-Psoriasis bei Versagen, Unverträglichkeit oder Kontraindikation von systemischen Therapien einschließlich Ciclosporin, Methotrexat oder PUVA. Erstverordnung und engmaschige Kontrollen durch entsprechende Fachabteilung bzw. -ambulanz oder durch FachärztInnen mit Erfahrung in der Behandlung der mittelschweren bis schweren Plaque-Psoriasis. Die Entscheidung über eine Behandlungsverlängerung nach 28 Wochen muss durch die Fachabteilung bzw. -ambulanz oder durch FachärztInnen mit Erfahrung in der Behandlung der mittelschweren bis schweren Plaque-Psoriasis erfolgen. Die Behandlung mit Ustekinumab darf nur bei PatientInnen verlängert werden, die auf die Therapie angesprochen haben. 2. Bei Erwachsenen mit einem Körpergewicht von über 100 kg mit aktiver und progressiver Psoriasis-Arthritis bei Versagen von mindestens einem DMARD (disease-modifying antirheumatic drug), wobei Methotrexat in ausreichender Dosierung und ausreichender Dauer verabreicht wurde. Erstverordnung und engmaschige Kontrolle durch RheumatologInnen oder durch Zentren, die berechtigt sind, solche auszubilden. Die Entscheidung über eine Behandlungsverlängerung nach 28 Wochen muss durch RheumatologInnen oder durch Zentren, die berechtigt sind, solche auszubilden, erfolgen. Die Behandlung mit Ustekinumab darf nur bei PatientInnen verlängert werden, die auf die Therapie angesprochen haben. 3. Bei Erwachsenen mit schwergradigem aktiven Morbus Crohn bei Versagen, Unverträglichkeit oder Kontraindikation der konventionellen Therapien. Erstverordnung und engmaschige Kontrolle durch GastroenterologInnen. Keine Fortsetzung der Behandlung der PatientInnen, die innerhalb von 16 Behandlungswochen nach der intravenösen Induktionsdosis nicht klinisch ansprechen. 4. Bei Kindern und Jugendlichen ab 6 Jahren mit einem Körpergewicht von über 100 kg mit mittelschwerer bis schwerer chronischer Plaque-Psoriasis, die unzureichend auf andere systemische Therapien oder Phototherapien angesprochen oder diese nicht vertragen haben. Erstverordnung und engmaschige Kontrolle durch FachärztInnen mit Erfahrung in der Behandlung von Kindern und Jugendlichen mit Plaque-Psoriasis oder PädiaterInnen mit Spezialisierung in pädiatrischer Dermatologie oder durch Zentren, die berechtigt sind, solche auszubilden. Die Entscheidung über eine Behandlungsverlängerung nach 28 Wochen muss durch FachärztInnen mit Erfahrung in der Behandlung von Kindern und Jugendlichen mit Plaque-Psoriasis oder PädiaterInnen mit Spezialisierung in pädiatrischer Dermatologie oder durch Zentren, die berechtigt sind, solche auszubilden, erfolgen. Die Behandlung mit Ustekinumab darf nur bei PatientInnen verlängert werden, die auf die Therapie angesprochen haben.		1 St	868,15

	Bezeichnung	T	OP	KVP in €
RE2	**Steqeyma 90 mg Inj.lsg. Fertigspr.** 1. Bei Erwachsenen mit einem Körpergewicht von über 100 kg mit mittelschwerer bis schwerer Plaque-Psoriasis bei Versagen, Unverträglichkeit oder Kontraindikation von systemischen Therapien einschließlich Ciclosporin, Methotrexat oder PUVA. Erstverordnung und engmaschige Kontrollen durch entsprechende Fachabteilung bzw. -ambulanz oder durch FachärztInnen mit Erfahrung in der Behandlung der mittelschweren bis schweren Plaque-Psoriasis. Die Entscheidung über eine Behandlungsverlängerung nach 28 Wochen muss durch die Fachabteilung bzw. -ambulanz oder durch FachärztInnen mit Erfahrung in der Behandlung der mittelschweren bis schweren Plaque-Psoriasis erfolgen. Die Behandlung mit Ustekinumab darf nur bei PatientInnen verlängert werden, die auf die Therapie angesprochen haben. 2. Bei Erwachsenen mit einem Körpergewicht von über 100 kg mit aktiver und progressiver Psoriasis-Arthritis, bei Versagen von mindestens einem DMARD (disease-modifying antirheumatic drug), wobei Methotrexat in ausreichender Dosierung und ausreichender Dauer verabreicht wurde. Erstverordnung und engmaschige Kontrollen durch RheumatologInnen oder durch Zentren, die berechtigt sind, solche auszubilden. Die Entscheidung über eine Behandlungsverlängerung nach 28 Wochen muss durch RheumatologInnen oder durch Zentren, die berechtigt sind, solche auszubilden, erfolgen. Die Behandlung mit Ustekinumab darf nur bei PatientInnen verlängert werden, die auf die Therapie angesprochen haben. 3. Bei Erwachsenen mit schwergradigem Morbus Crohn, bei Versagen, Unverträglichkeit oder Kontraindikation der konventionellen Therapien. Erstverordnung und engmaschige Kontrolle durch GastroenterologInnen. Keine Fortsetzung der Behandlung der PatientInnen, die innerhalb von 16 Behandlungswochen nach der intravenösen Induktionstherapie nicht klinisch ansprechen. 4. Bei Kindern und Jugendlichen ab 6 Jahren mit einem Körpergewicht von über 100 kg mit mittelschwerer bis schwerer chronischer Plaque-Psoriasis, die unzureichend auf andere systemische Therapien oder Phototherapien angesprochen oder diese nicht vertragen haben. Erstverordnung und engmaschige Kontrolle durch FachärztInnen mit Erfahrung in der Behandlung von Kindern mit Plaque-Psoriasis oder PädiaterInnen mit Spezialisierung in pädiatrischer Dermatologie oder durch Zentren, die berechtigt sind, solche auszubilden. Die Entscheidung über eine Behandlungsverlängerung nach 28 Wochen muss durch FachärztInnen mit Erfahrung in der Behandlung von Kindern mit Plaque-Psoriasis oder PädiaterInnen mit Spezialisierung in pädiatrischer Dermatologie oder durch Zentren, die berechtigt sind, solche auszubilden, erfolgen. Die Behandlung mit Ustekinumab darf nur bei PatientInnen verlängert werden, die auf die Therapie angesprochen haben.		1 St	868,15

	Bezeichnung	T	OP	KVP in €
RE2	**Wezenla 90 mg Inj.lsg. Fertigspr.** 1. Bei Erwachsenen mit einem Körpergewicht von über 100 kg mit mittelschwerer bis schwerer Plaque-Psoriasis bei Versagen, Unverträglichkeit oder Kontraindikation von systemischen Therapien einschließlich Ciclosporin, Methotrexat oder PUVA. Erstverordnung und engmaschige Kontrollen durch entsprechende Fachabteilung bzw. -ambulanz oder durch FachärztInnen mit Erfahrung in der Behandlung der mittelschweren bis schweren Plaque-Psoriasis. Die Entscheidung über eine Behandlungsverlängerung nach 28 Wochen muss durch die Fachabteilung bzw. -ambulanz oder durch FachärztInnen mit Erfahrung in der Behandlung der mittelschweren bis schweren Plaque-Psoriasis erfolgen. Die Behandlung mit Ustekinumab darf nur bei PatientInnen verlängert werden, die auf die Therapie angesprochen haben. 2. Bei Erwachsenen mit einem Körpergewicht von über 100 kg mit aktiver und progressiver Psoriasis-Arthritis bei Versagen von mindestens einem DMARD (disease-modifying antirheumatic drug) wobei Methotrexat in ausreichender Dosierung und ausreichender Dauer verabreicht wurde. Erstverordnung und engmaschige Kontrolle durch RheumatologInnen oder durch Zentren, die berechtigt sind, solche auszubilden. Die Entscheidung über eine Behandlungsverlängerung nach 28 Wochen muss durch RheumatologInnen oder durch Zentren, die berechtigt sind, solche auszubilden, erfolgen. Die Behandlung mit Ustekinumab darf nur bei PatientInnen verlängert werden, die auf die Therapie angesprochen haben. 3. Bei Erwachsenen mit schwergradigem aktiven Morbus Crohn bei Versagen, Unverträglichkeit oder Kontraindikation der konventionellen Therapien. Erstverordnung und engmaschige Kontrolle durch GastroenterologInnen. Keine Fortsetzung der Behandlung der PatientInnen, die innerhalb von 16 Behandlungswochen nach der intravenösen Induktionsdosis nicht klinisch ansprechen. 4. Bei Kindern und Jugendlichen ab 6 Jahren mit einem Körpergewicht von über 100 kg mit mittelschwerer bis schwerer chronischer Plaque-Psoriasis, die unzureichend auf andere systemische Therapien oder Phototherapien angesprochen oder diese nicht vertragen haben. Erstverordnung und engmaschige Kontrolle durch FachärztInnen mit Erfahrung in der Behandlung von Kindern und Jugendlichen mit Plaque-Psoriasis oder PädiaterInnen mit Spezialisierung in pädiatrischer Dermatologie oder durch Zentren, die berechtigt sind, solche auszubilden. Die Entscheidung über eine Behandlungsverlängerung nach 28 Wochen muss durch FachärztInnen mit Erfahrung in der Behandlung von Kindern und Jugendlichen mit Plaque-Psoriasis oder PädiaterInnen mit Spezialisierung in pädiatrischer Dermatologie oder durch Zentren, die berechtigt sind, solche auszubilden, erfolgen. Die Behandlung mit Ustekinumab darf nur bei PatientInnen verlängert werden, die auf die Therapie angesprochen haben.		1 St	868,15

Ustekinumab 0,13

RE2	**Otulfi 130 mg Konz. zur Herst. einer Inf.lsg.** Zur Anbehandlung bei Erwachsenen mit mittelschwerem bis schwerem aktivem Morbus Crohn bei Versagen, Unverträglichkeit oder Kontraindikation der konventionellen Therapien. Erstverordnung und engmaschige Kontrollen durch GastroenterologInnen.		1 St	868,15
RE2	**Steqeyma 130 mg Konz. zur Herst. einer Inf.lsg.** Zur Anbehandlung bei Erwachsenen mit mittelschwerem aktivem Morbus Crohn bei Versagen, Unverträglichkeit oder Kontraindikation der konventionellen Therapien. Erstverordnung und engmaschige Kontrollen durch GastroenterologInnen.		1 St	868,15
RE2	**Wezenla 130 mg Konz. zur Herst. einer Inf.lsg.** Zur Anbehandlung bei Erwachsenen mit mittelschwerem bis schwerem aktivem Morbus Crohn bei Versagen, Unverträglichkeit oder Kontraindikation der konventionellen Therapien. Erstverordnung und engmaschige Kontrollen durch GastroenterologInnen.		1 St	868,15

	Bezeichnung	T	OP	KVP in €

L04AC07 Tocilizumab

Tocilizumab 0,02/ml

RE1	**RoActemra 20 mg/ml Konz. zur Herst. einer Inf.lsg.** Mittelschwere bis schwere aktive rheumatoide Arthritis erwachsener PatientInnen ab 18 Jahren nach Versagen von mindestens einem DMARD (disease-modifying anti-rheumatic drug), wobei Methotrexat in ausreichender Dosierung und ausreichender Dauer verabreicht worden sein muss. Um eine maximale Wirksamkeit zu gewährleisten, wird RoActemra in Kombination mit Methotrexat angewendet. RoActemra kann, im Falle einer Unverträglichkeit von Methotrexat, als Monotherapie angewendet werden. Erstverordnung und engmaschige Kontrolle durch einen Facharzt/eine Fachärztin mit Additivfach Rheumatologie oder durch Zentren, die berechtigt sind, solche auszubilden.		1 St *80 mg/4 ml* 1 St *200 mg/10 ml* 1 St *400 mg/20 ml*	123,00 267,25 514,30
RE2	**Tyenne 20 mg/ml Konz. zur Herst. einer Inf.lsg.** Bei Erwachsenen mit mittelschwerer bis schwerer aktiver rheumatoider Arthritis bei Versagen von mindestens einem DMARD (disease-modifying anti-rheumatic drug), wobei Methotrexat in ausreichender Dosierung und ausreichender Dauer verabreicht worden sein muss. Um eine maximale Wirksamkeit zu gewährleisten, wird Tocilizumab in Kombination mit Methotrexat angewendet. Tocilizumab kann im Falle einer Unverträglichkeit von Methotrexat als Monotherapie angewendet werden. Erstverordnung und engmaschige Kontrolle durch RheumatologInnen oder durch Zentren, die berechtigt sind, solche auszubilden. Bei Kindern ab 2 Jahren mit aktiver systemischer juveniler idiopathischer Arthritis oder mit polyartikulärer juveniler idiopathischer Arthritis (Rheumafaktor-positive [RF+] oder -negative [RF-] Polyarthritis und erweiterte Oligoarthritis) bei Versagen von mindestens einem DMARD (disease-modifying anti-rheumatic drug), wobei Methotrexat in ausreichender Dosierung und ausreichender Dauer verabreicht worden sein muss. Um eine maximale Wirksamkeit zu gewährleisten, wird Tocilizumab in Kombination mit Methotrexat angewendet. Tocilizumab kann im Falle einer Unverträglichkeit von Methotrexat als Monotherapie angewendet werden. Erstverordnung und engmaschige Kontrolle durch RheumatologInnen mit Erfahrung in der Behandlung von Kindern und Jugendlichen mit juveniler idiopathischer Arthritis oder PädiaterInnen mit Spezialisierung in pädiatrischer Rheumatologie oder durch Zentren, die berechtigt sind, solche auszubilden.		4 ml 10 ml 20 ml	93,45 208,90 388,40

Tocilizumab 0,162

RE1	**RoActemra 162 mg Inj.lsg. Fertigspr.** Mittelschwere bis schwere aktive rheumatoide Arthritis erwachsener PatientInnen ab 18 Jahren nach Versagen von mindestens einem DMARD (disease-modifying anti-rheumatic drug), wobei Methotrexat in ausreichender Dosierung und ausreichender Dauer verabreicht worden sein muss. Um eine maximale Wirksamkeit zu gewährleisten, wird Tocilizumab in Kombination mit Methotrexat angewendet. Tocilizumab kann, im Falle einer Unverträglichkeit von Methotrexat, als Monotherapie angewendet werden. Erstverordnung und engmaschige Kontrolle durch einen Facharzt/eine Fachärztin mit Additivfach Rheumatologie oder durch Zentren, die berechtigt sind, solche auszubilden.		4 St	712,70

	Bezeichnung	T	OP	KVP in €
RE2	**Tyenne 162 mg Inj.lsg. Fertigpen** Bei Erwachsenen mit - mittelschwerer bis schwerer aktiver rheumatoider Arthritis bei Versagen von mindestens einem DMARD (disease-modifying anti-rheumatic drug), wobei Methotrexat in ausreichender Dosierung und ausreichender Dauer verabreicht worden sein muss. Um eine maximale Wirksamkeit zu gewährleisten, wird Tocilizumab in Kombination mit Methotrexat angewendet. Tocilizumab kann im Falle einer Unverträglichkeit von Methotrexat als Monotherapie angewendet werden. - Riesenzellarteriitis in Kombination mit einer Ausschleichtherapie der Glucocorticoide. Tocilizumab kann nach Absetzen der Glucocorticoide als Monotherapie angewendet werden. Eine Monotherapie mit Tocilizumab sollte nicht zur Behandlung akuter Rezidive angewendet werden. Die maximale Therapiedauer beträgt 52 Wochen. Erstverordnung und engmaschige Kontrolle durch RheumatologInnen oder durch Zentren, die berechtigt sind, solche auszubilden. Bei Jugendlichen ab 12 Jahren mit aktiver systemischer juveniler idiopathischer Arthritis oder mit polyartikulärer juveniler idiopathischer Arthritis (Rheumafaktor-positive [RF+] oder -negative [RF-] Polyarthritis und erweiterte Oligoarthritis) bei Versagen von mindestens einem DMARD (disease-modifying anti-rheumatic drug), wobei Methotrexat in ausreichender Dosierung und ausreichender Dauer verabreicht worden sein muss. Um eine maximale Wirksamkeit zu gewährleisten, wird Tocilizumab in Kombination mit Methotrexat angewendet. Tocilizumab kann im Falle einer Unverträglichkeit von Methotrexat als Monotherapie angewendet werden. Erstverordnung und engmaschige Kontrolle durch RheumatologInnen mit Erfahrung in der Behandlung von Kindern und Jugendlichen mit juveniler idiopathischer Arthritis oder PädiaterInnen mit Spezialisierung in pädiatrischer Rheumatologie oder durch Zentren, die berechtigt sind, solche auszubilden.		4 St	535,75
RE2	**Tyenne 162 mg Inj.lsg. Fertigspr.** Bei Erwachsenen mit - mittelschwerer bis schwerer aktiver rheumatoider Arthritis bei Versagen von mindestens einem DMARD (disease-modifying anti-rheumatic drug), wobei Methotrexat in ausreichender Dosierung und ausreichender Dauer verabreicht worden sein muss. Um eine maximale Wirksamkeit zu gewährleisten, wird Tocilizumab in Kombination mit Methotrexat angewendet. Tocilizumab kann im Falle einer Unverträglichkeit von Methotrexat als Monotherapie angewendet werden. - Riesenzellarteriitis in Kombination mit einer Ausschleichtherapie der Glucocorticoide. Tocilizumab kann nach Absetzen der Glucocorticoide als Monotherapie angewendet werden. Eine Monotherapie mit Tocilizumab sollte nicht zur Behandlung akuter Rezidive angewendet werden. Die maximale Therapiedauer beträgt 52 Wochen. Erstverordnung und engmaschige Kontrolle durch RheumatologInnen oder durch Zentren, die berechtigt sind, solche auszubilden. Bei Kindern ab 1 Jahr mit aktiver systemischer juveniler idiopathischer Arthritis oder ab 2 Jahren mit polyartikulärer juveniler idiopathischer Arthritis (Rheumafaktor-positive [RF+] oder -negative [RF-] Polyarthritis und erweiterte Oligoarthritis) bei Versagen von mindestens einem DMARD (disease-modifying anti-rheumatic drug), wobei Methotrexat in ausreichender Dosierung und ausreichender Dauer verabreicht worden sein muss. Um eine maximale Wirksamkeit zu gewährleisten, wird Tocilizumab in Kombination mit Methotrexat angewendet. Tocilizumab kann im Falle einer Unverträglichkeit von Methotrexat als Monotherapie angewendet werden. Erstverordnung und engmaschige Kontrolle durch RheumatologInnen mit Erfahrung in der Behandlung von Kindern und Jugendlichen mit juveniler idiopathischer Arthritis oder PädiaterInnen mit Spezialisierung in pädiatrischer Rheumatologie oder durch Zentren, die berechtigt sind, solche auszubilden.		4 St	535,75

	Bezeichnung	T	OP	KVP in €

L04AC08 Canakinumab

Canakinumab 0,15

RE1	**Ilaris 150 mg/ml Inj.lsg.** Bei Erwachsenen, Jugendlichen und Kindern ab 4 Jahren mit Cryopyrin-assoziierten periodischen Syndromen (CAPS), wie: - Muckle-Wells Syndrom (MWS), - Multisystemische entzündliche Erkrankung mit Beginn im Neugeborenenalter (Neonatal Onset Multisystem Inflammatory Disease; NOMID)/Chronisches infantiles neuro-dermo-artikuläres Syndrom (Chronic Infantile Neurological, Cutaneous, Articular Syndrome; CINCA), - Schwere Formen des familiären autoinflammatorischen Kältesyndroms (Familial Cold Autoinflammatory Syndrome; FCAS)/Familiäre Kälteurtikaria (Familial Cold Urticaria; FCU) mit Anzeichen und Symptomen, die über einen kälteinduzierten urtikariellen Hautausschlag hinausgehen. Die Behandlung darf nur von einem/einer spezialisierten, in der Diagnose und Behandlung von CAPS erfahrenen Arzt/Ärztin eingeleitet und überwacht werden. Nach einer sorgfältigen Einweisung in die korrekte Injektionstechnik können sich die PatientInnen Ilaris selbst verabreichen, sofern der Arzt/die Ärztin dies für angebracht hält und eine medizinische Nachsorge und Kontrolle des Therapieerfolgs erfolgt.		1 St	11.453,65

L04AC10 Secukinumab

Secukinumab 0,15

RE1 L3	**Cosentyx 150 mg Inj.lsg. Fertigpen** 1. Mittelschwere bis schwere Plaque-Psoriasis erwachsener PatientInnen bei Versagen, Unverträglichkeit oder Kontraindikation von systemischen Therapien einschließlich Ciclosporin, Methotrexat oder PUVA. Erstverordnung und engmaschige Kontrollen durch entsprechende Fachabteilung bzw. -ambulanz oder durch einen Facharzt/eine Fachärztin mit Erfahrung in der Behandlung der mittelschweren bis schweren Plaque-Psoriasis. 2. Aktive und progressive Psoriasis-Arthritis erwachsener PatientInnen bei Versagen von mindestens einem DMARD (disease-modifying anti-rheumatic drug), wobei Methotrexat in ausreichender Dosierung und ausreichender Dauer verabreicht worden sein muss. Erstverordnung und engmaschige Kontrollen durch einen Facharzt/eine Fachärztin mit Additivfach Rheumatologie oder durch Zentren, die berechtigt sind, solche auszubilden. 3. Schwere aktive ankylosierende Spondylitis (AS, Morbus Bechterew) erwachsener PatientInnen mit schwerer Wirbelsäulensymptomatik und erhöhten Entzündungsparametern bei Versagen konventioneller Therapiemöglichkeiten. Erstverordnung und engmaschige Kontrollen durch einen Facharzt/eine Fachärztin mit Additivfach Rheumatologie oder durch Zentren, die berechtigt sind, solche auszubilden. Keine Fortsetzung der Behandlung von PatientInnen, die innerhalb von 16 Behandlungswochen nicht klinisch ansprechen. Secukinumab eignet sich für eine chef(kontroll)ärztliche Langzeitbewilligung für 3 Monate (L3).		1 St 2 St	553,50 1.082,35

	Bezeichnung	T	OP	KVP in €
RE1 L3	**Cosentyx 150 mg Inj.lsg. Fertigspr.** 1. Mittelschwere bis schwere Plaque-Psoriasis erwachsener PatientInnen bei Versagen, Unverträglichkeit oder Kontraindikation von systemischen Therapien einschließlich Ciclosporin, Methotrexat oder PUVA. Erstverordnung und engmaschige Kontrollen durch entsprechende Fachabteilung bzw. -ambulanz oder durch einen Facharzt/eine Fachärztin mit Erfahrung in der Behandlung der mittelschweren bis schweren Plaque-Psoriasis. 2. Aktive und progressive Psoriasis-Arthritis erwachsener PatientInnen bei Versagen von mindestens einem DMARD (disease-modifying anti-rheumatic drug), wobei Methotrexat in ausreichender Dosierung und ausreichender Dauer verabreicht worden sein muss. Erstverordnung und engmaschige Kontrollen durch einen Facharzt/eine Fachärztin mit Additivfach Rheumatologie oder durch Zentren, die berechtigt sind, solche auszubilden. 3. Schwere aktive ankylosierende Spondylitis (AS, Morbus Bechterew) erwachsener PatientInnen mit schwerer Wirbelsäulensymptomatik und erhöhten Entzündungsparametern bei Versagen konventioneller Therapiemöglichkeiten. Erstverordnung und engmaschige Kontrollen durch einen Facharzt/eine Fachärztin mit Additivfach Rheumatologie oder durch Zentren, die berechtigt sind, solche auszubilden. Keine Fortsetzung der Behandlung von PatientInnen, die innerhalb von 16 Behandlungswochen nicht klinisch ansprechen. Secukinumab eignet sich für eine chef(kontroll)ärztliche Langzeitbewilligung für 3 Monate (L3).		1 St 2 St	553,50 1.082,35

L04AC12 Brodalumab

Brodalumab 0,21

RE1	**Kyntheum 210 mg Inj.lsg. Fertigspr.** (PM) Mittelschwere bis schwere Plaque-Psoriasis erwachsener PatientInnen bei Versagen, Unverträglichkeit oder Kontraindikation von systemischen Therapien einschließlich Ciclosporin, Methotrexat oder PUVA. Erstverordnung und engmaschige Kontrollen durch entsprechende Fachabteilung bzw. -ambulanz oder durch einen Facharzt/eine Fachärztin mit Erfahrung in der Behandlung der mittelschweren bis schweren Plaque-Psoriasis. Keine Fortsetzung der Behandlung von PatientInnen, die innerhalb von 12-16 Behandlungswochen nicht klinisch ansprechen.		2 St	954,90

L04AC13 Ixekizumab

Ixekizumab 0,08

RE1	**Taltz 80 mg Inj.lsg. Fertigpen** Mittelschwere bis schwere Plaque-Psoriasis erwachsener PatientInnen bei Versagen, Unverträglichkeit oder Kontraindikation von systemischen Therapien einschließlich Ciclosporin, Methotrexat oder PUVA. Erstverordnung und engmaschige Kontrollen durch entsprechende Fachabteilung bzw. -ambulanz oder durch einen Facharzt/eine Fachärztin mit Erfahrung in der Behandlung der mittelschweren bis schweren Plaque-Psoriasis. Keine Fortsetzung der Behandlung von PatientInnen, die innerhalb von 16-20 Behandlungswochen nicht klinisch ansprechen.		1 St	981,60
RE1	**Taltz 80 mg Inj.lsg. Fertigspr.** Mittelschwere bis schwere Plaque-Psoriasis erwachsener PatientInnen bei Versagen, Unverträglichkeit oder Kontraindikation von systemischen Therapien einschließlich Ciclosporin, Methotrexat oder PUVA. Erstverordnung und engmaschige Kontrollen durch entsprechende Fachabteilung bzw. -ambulanz oder durch einen Facharzt/eine Fachärztin mit Erfahrung in der Behandlung der mittelschweren bis schweren Plaque-Psoriasis. Keine Fortsetzung der Behandlung von PatientInnen, die innerhalb von 16-20 Behandlungswochen nicht klinisch ansprechen.		1 St	981,60

	Bezeichnung	T	OP	KVP in €

L04AC16 Guselkumab

Guselkumab 0,1

RE1 L3	**Tremfya 100 mg Inj.lsg. Fertigpen (OnePress)** (PM) Mittelschwere bis schwere Plaque-Psoriasis bei Erwachsenen bei Versagen, Unverträglichkeit oder Kontraindikation von systemischen Therapien einschließlich Ciclosporin, Methotrexat oder PUVA. Erstverordnung und engmaschige Kontrollen durch entsprechende Fachabteilung bzw. -ambulanz oder durch FachärztInnen mit Erfahrung in der Behandlung der mittelschweren bis schweren Plaque-Psoriasis. Keine Fortsetzung der Behandlung von PatientInnen, die innerhalb von 16 Behandlungswochen nicht klinisch ansprechen. Aktive und progressive Psoriasis-Arthritis bei Erwachsenen bei Versagen von mindestens einem DMARD (disease-modifying anti-rheumatic drug), wobei Methotrexat in ausreichender Dosierung und ausreichender Dauer verabreicht wurde. Erstverordnung und engmaschige Kontrolle durch RheumatologInnen oder durch Zentren, die berechtigt sind, solche auszubilden. Keine Fortsetzung der Behandlung von PatientInnen, die innerhalb von 24 Behandlungswochen nicht klinisch ansprechen. Guselkumab eignet sich für eine chef(kontroll)ärztliche Langzeitbewilligung für 3 Monate (L3).		1 St	1.848,05
RE1 L3	**Tremfya 100 mg Inj.lsg. Fertigspr.** (PM) Mittelschwere bis schwere Plaque-Psoriasis bei Erwachsenen bei Versagen, Unverträglichkeit oder Kontraindikation von systemischen Therapien einschließlich Ciclosporin, Methotrexat oder PUVA. Erstverordnung und engmaschige Kontrollen durch entsprechende Fachabteilung bzw. -ambulanz oder durch FachärztInnen mit Erfahrung in der Behandlung der mittelschweren bis schweren Plaque-Psoriasis. Keine Fortsetzung der Behandlung von PatientInnen, die innerhalb von 16 Behandlungswochen nicht klinisch ansprechen. Aktive und progressive Psoriasis-Arthritis bei Erwachsenen bei Versagen von mindestens einem DMARD (disease-modifying anti-rheumatic drug), wobei Methotrexat in ausreichender Dosierung und ausreichender Dauer verabreicht wurde. Erstverordnung und engmaschige Kontrolle durch RheumatologInnen oder durch Zentren, die berechtigt sind, solche auszubilden. Keine Fortsetzung der Behandlung von PatientInnen, die innerhalb von 24 Behandlungswochen nicht klinisch ansprechen. Guselkumab eignet sich für eine chef(kontroll)ärztliche Langzeitbewilligung für 3 Monate (L3).		1 St	1.848,05

L04AC17 Tildrakizumab

Tildrakizumab 0,1

RE1	**Ilumetri 100 mg Inj.lsg. Fertigpen** (PM) Bei Erwachsenen mit mittelschwerer bis schwerer Plaque-Psoriasis bei Versagen, Unverträglichkeit oder Kontraindikation von systemischen Therapien einschließlich Ciclosporin, Methotrexat oder PUVA. Erstverordnung und engmaschige Kontrollen durch entsprechende Fachabteilung bzw. -ambulanz oder durch FachärztInnen mit Erfahrung in der Behandlung der mittelschweren bis schweren Plaque-Psoriasis. Die Behandlung mit Tildrakizumab darf nur bei PatientInnen verlängert werden, die innerhalb von 28 Behandlungswochen auf die Therapie ansprechen.		1 St	2.660,10
RE1	**Ilumetri 100 mg Inj.lsg. Fertigspr.** (PM) Bei Erwachsenen mit mittelschwerer bis schwerer Plaque-Psoriasis bei Versagen, Unverträglichkeit oder Kontraindikation von systemischen Therapien einschließlich Ciclosporin, Methotrexat oder PUVA. Erstverordnung und engmaschige Kontrollen durch entsprechende Fachabteilung bzw. -ambulanz oder durch FachärztInnen mit Erfahrung in der Behandlung der mittelschweren bis schweren Plaque-Psoriasis. Die Behandlung mit Tildrakizumab darf nur bei PatientInnen verlängert werden, die innerhalb von 28 Behandlungswochen auf die Therapie ansprechen.		1 St	2.680,70

	Bezeichnung	T	OP	KVP in €
Tildrakizumab 0,2				
RE1	**Ilumetri 200 mg Inj.lsg. Fertigspr.** Ⓟ Bei Erwachsenen mit mittelschwerer bis schwerer Plaque-Psoriasis mit einem Körpergewicht von über 90 kg oder hoher Krankheitslast bei Versagen, Unverträglichkeit oder Kontraindikation von systemischen Therapien einschließlich Ciclosporin, Methotrexat oder PUVA. Dabei ist zu berücksichtigen, dass bei diesen PatientInnen sich auch 100 mg Tildrakizumab als wirksam erwiesen haben. Erstverordnung und engmaschige Kontrollen durch entsprechende Fachabteilung bzw. -ambulanz oder durch FachärztInnen mit Erfahrung in der Behandlung der mittelschweren bis schweren Plaque-Psoriasis. Die Behandlung mit Tildrakizumab darf nur bei PatientInnen verlängert werden, die innerhalb von 28 Behandlungswochen auf die Therapie ansprechen.		1 St	2.680,70

L04AC18 Risankizumab

Risankizumab 0,15				
RE1	**Skyrizi 150 mg Inj.lsg. Fertigpen** Ⓟ - Bei Erwachsenen mit mittelschwerer bis schwerer Plaque-Psoriasis bei Versagen, Unverträglichkeit oder Kontraindikation von systemischen Therapien einschließlich Ciclosporin, Methotrexat oder PUVA. Erstverordnung und engmaschige Kontrollen durch entsprechende Fachabteilung bzw. -ambulanz oder durch FachärztInnen mit Erfahrung in der Behandlung der mittelschweren bis schweren Plaque-Psoriasis. Keine Fortsetzung der Behandlung von PatientInnen, die innerhalb von 16 Behandlungswochen nicht klinisch ansprechen. - Bei Erwachsenen mit aktiver und progressiver Psoriasis-Arthritis bei Versagen von mindestens einem DMARD (disease-modifying anti-rheumatic drug), wobei Methotrexat in ausreichender Dosierung und ausreichender Dauer verabreicht wurde. Erstverordnung und engmaschige Kontrolle durch RheumatologInnen oder durch Zentren, die berechtigt sind, solche auszubilden. Keine Fortsetzung der Behandlung von PatientInnen, die innerhalb von 24 Behandlungswochen nicht klinisch ansprechen.		1 St	2.933,85
RE1	**Skyrizi 150 mg Inj.lsg. Fertigspr.** Ⓟ - Bei Erwachsenen mit mittelschwerer bis schwerer Plaque-Psoriasis bei Versagen, Unverträglichkeit oder Kontraindikation von systemischen Therapien einschließlich Ciclosporin, Methotrexat oder PUVA. Erstverordnung und engmaschige Kontrollen durch entsprechende Fachabteilung bzw. -ambulanz oder durch FachärztInnen mit Erfahrung in der Behandlung der mittelschweren bis schweren Plaque-Psoriasis. Keine Fortsetzung der Behandlung von PatientInnen, die innerhalb von 16 Behandlungswochen nicht klinisch ansprechen. - Bei Erwachsenen mit aktiver und progressiver Psoriasis-Arthritis bei Versagen von mindestens einem DMARD (disease-modifying anti-rheumatic drug), wobei Methotrexat in ausreichender Dosierung und ausreichender Dauer verabreicht wurde. Erstverordnung und engmaschige Kontrolle durch RheumatologInnen oder durch Zentren, die berechtigt sind, solche auszubilden. Keine Fortsetzung der Behandlung von PatientInnen, die innerhalb von 24 Behandlungswochen nicht klinisch ansprechen.		1 St	2.933,85
Risankizumab 0,18				
RE1	**Skyrizi 180 mg Inj.lsg. Patrone** Ⓟ Mittelschwere bis schwere aktive Colitis ulcerosa bei Erwachsenen bei Versagen, Unverträglichkeit oder Kontraindikation der konventionellen Therapien. Erstverordnung und engmaschige Kontrollen durch GastroenterologInnen. Die Behandlung mit Risankizumab darf nur bei PatientInnen fortgeführt werden, die innerhalb von 24 Behandlungswochen (dies umfasst eine intravenöse Verabreichung zu Woche 0, 4 und 8 mit der 600 mg-Stärke sowie eine subkutane Verabreichung zu Woche 12 und 20) klinisch ansprechen.		1 St	2.644,00

	Bezeichnung	T	OP	KVP in €
Risankizumab 0,36				
RE1	**Skyrizi 360 mg Inj.lsg. Patrone** (PM) Bei Erwachsenen mit mittelschwerem bis schwerem aktivem Morbus Crohn bei Versagen, Unverträglichkeit oder Kontraindikation der konventionellen Therapien. Erstverordnung und engmaschige Kontrollen durch GastroenterologInnen. Die Behandlung mit Risankizumab darf nur bei PatientInnen fortgeführt werden, die innerhalb von 24 Behandlungswochen (dies umfasst eine intravenöse Verabreichung zu Woche 0, 4 und 8 mit der 600 mg-Stärke sowie eine subkutane Verabreichung zu Woche 12 und 20) klinisch ansprechen.		1 St	2.644,00
Risankizumab 0,6				
RE1	**Skyrizi 600 mg Konz. zur Herst. einer Inf.lsg.** (PM) Zur Anbehandlung bei Erwachsenen mit mittelschwerem bis schwerem aktivem Morbus Crohn bei Versagen, Unverträglichkeit oder Kontraindikation der konventionellen Therapien. Erstverordnung und engmaschige Kontrollen durch GastroenterologInnen. Zur Anbehandlung bei Erwachsenen mit mittelschwerer bis schwerer aktiver Colitis ulcerosa bei Versagen, Unverträglichkeit oder Kontraindikation der konventionellen Therapien. Erstverordnung und engmaschige Kontrollen durch GastroenterologInnen.		1 St	2.644,00

L04AC21 Bimekizumab

Bimekizumab 0,16				
RE1 L3	**Bimzelx 160 mg Inj.lsg. Fertigpen** (PM) Bei Erwachsenen mit 1. aktiver und progressiver Psoriasis-Arthritis bei Versagen von mindestens einem DMARD (disease-modifying anti-rheumatic drug), wobei Methotrexat in ausreichender Dosierung und ausreichender Dauer verabreicht wurde. 2. schwerer aktiver ankylosierender Spondylitis (AS, Morbus Bechterew) mit schwerer Wirbelsäulensymptomatik und erhöhten Entzündungsparametern bei Versagen konventioneller Therapiemöglichkeiten. 3. schwerer aktiver axialer Spondyloarthritis ohne Röntgennachweis einer AS mit schwerer Wirbelsäulensymptomatik und mit objektiven Anzeichen einer Entzündung nachgewiesen durch erhöhtes CRP und MRT, bei Versagen konventioneller Therapiemöglichkeiten, inklusive unzureichendem Ansprechen auf mindestens zwei NSAR (nichtsteroidale Antirheumatika) in maximaler Dosierung und ausreichender Dauer. Erstverordnung und engmaschige Kontrolle durch RheumatologInnen oder durch Zentren, die berechtigt sind, solche auszubilden. Die Behandlung mit Bimekizumab darf nur bei PatientInnen verlängert werden, die innerhalb von 16 Behandlungswochen auf die Therapie ansprechen. Bimekizumab eignet sich für eine chef(kontroll)ärztliche Langzeitbewilligung für 3 Monate (L3).		1 St	1.033,85
RE1 L3	**Bimzelx 160 mg Inj.lsg. Fertigpen** (PM) Mittelschwere bis schwere Plaque-Psoriasis bei Erwachsenen bei Versagen, Unverträglichkeit oder Kontraindikation von systemischen Therapien einschließlich Ciclosporin, Methotrexat oder PUVA. Erstverordnung und engmaschige Kontrollen durch entsprechende Fachabteilung bzw. -ambulanz oder durch FachärztInnen mit Erfahrung in der Behandlung der mittelschweren bis schweren Plaque-Psoriasis. Die Behandlung mit Bimekizumab darf nur bei PatientInnen verlängert werden, die innerhalb von 16 Behandlungswochen auf die Therapie ansprechen. Bimekizumab eignet sich für eine chef(kontroll)ärztliche Langzeitbewilligung für 3 Monate (L3).		2 St	2.043,00

	Bezeichnung	T	OP	KVP in €
RE1 L3	**Bimzelx 160 mg Inj.lsg. Fertigspr.** (PM) Bei Erwachsenen mit 1. aktiver und progressiver Psoriasis-Arthritis bei Versagen von mindestens einem DMARD (disease-modifying anti-rheumatic drug), wobei Methotrexat in ausreichender Dosierung und ausreichender Dauer verabreicht wurde. 2. schwerer aktiver ankylosierender Spondylitis (AS, Morbus Bechterew) mit schwerer Wirbelsäulensymptomatik und erhöhten Entzündungsparametern bei Versagen konventioneller Therapiemöglichkeiten. 3. schwerer aktiver axialer Spondyloarthritis ohne Röntgennachweis einer AS mit schwerer Wirbelsäulensymptomatik und mit objektiven Anzeichen einer Entzündung nachgewiesen durch erhöhtes CRP und MRT, bei Versagen konventioneller Therapiemöglichkeiten, inklusive unzureichendem Ansprechen auf mindestens zwei NSAR (nichtsteroidale Antirheumatika) in maximaler Dosierung und ausreichender Dauer. Erstverordnung und engmaschige Kontrolle durch RheumatologInnen oder durch Zentren, die berechtigt sind, solche auszubilden. Die Behandlung mit Bimekizumab darf nur bei PatientInnen verlängert werden, die innerhalb von 16 Behandlungswochen auf die Therapie ansprechen. Bimekizumab eignet sich für eine chef(kontroll)ärztliche Langzeitbewilligung für 3 Monate (L3).		1 St	1.033,85
RE1 L3	**Bimzelx 160 mg Inj.lsg. Fertigspr.** (PM) Mittelschwere bis schwere Plaque-Psoriasis bei Erwachsenen bei Versagen, Unverträglichkeit oder Kontraindikation von systemischen Therapien einschließlich Ciclosporin, Methotrexat oder PUVA. Erstverordnung und engmaschige Kontrollen durch entsprechende Fachabteilung bzw. -ambulanz oder durch FachärztInnen mit Erfahrung in der Behandlung der mittelschweren bis schweren Plaque-Psoriasis. Die Behandlung mit Bimekizumab darf nur bei PatientInnen verlängert werden, die innerhalb von 16 Behandlungswochen auf die Therapie ansprechen. Bimekizumab eignet sich für eine chef(kontroll)ärztliche Langzeitbewilligung für 3 Monate (L3).		2 St	2.043,00

L04AC24 Mirikizumab

Mirikizumab 0,1

RE1 L6	**Omvoh 100 mg Inj.lsg. Fertigpen** (PM) Bei Erwachsenen mit mittelschwerer bis schwerer aktiver Colitis ulcerosa bei Versagen, Unverträglichkeit oder Kontraindikation konventioneller Therapien zur Erhaltungstherapie, wenn im Rahmen der Anbehandlung innerhalb von 12-24 Behandlungswochen oder im Rahmen einer Reinduktionstherapie über 12 Wochen mit der 300 mg-Wirkstoffstärke ein klinisches Ansprechen erzielt wurde. Erstverordnung und engmaschige Kontrolle durch GastroenterologInnen. Mirikizumab eignet sich für eine chef(kontroll)ärztliche Langzeitbewilligung für sechs Monate (L6).		2 St	1.215,35

Mirikizumab 0,3

RE1 L3	**Omvoh 300 mg Konz. zur Herst. einer Inf.lsg.** (PM) Zur Anbehandlung über 12-24 Wochen bei Erwachsenen mit mittelschwerer bis schwerer aktiver Colitis ulcerosa bei Versagen, Unverträglichkeit oder Kontraindikation konventioneller Therapien. Zur Reinduktionstherapie über 12 Wochen bei PatientInnen, die unter der Erhaltungstherapie das therapeutische Ansprechen verloren haben. Erstverordnung und engmaschige Kontrolle durch GastroenterologInnen. Mirikizumab eignet sich für eine chef(kontroll)ärztliche Langzeitbewilligung für drei Monate (L3).		1 St	1.215,35

	Bezeichnung	T	OP	KVP in €

L04AD Calcineurin-Inhibitoren
L04AD03 Voclosporin

Voclosporin 0,0079

RE1 L6	**Lupkynis 7,9 mg Weichkaps.** PM Bei Erwachsenen mit aktiver Lupus-Nephritis (LN) der Klassen III, IV oder V (einschließlich gemischter Klassen III/V und IV/V) in Kombination mit Mycophenolatmofetil. Nachweis der LN-Erstdiagnose mittels Nierenbiopsie. Dokumentation des Urin-Protein-Kreatinin-Verhältnis (UPCR) vor Therapiebeginn und danach zumindest alle 6 Monate. Erstverordnung und engmaschige Kontrollen durch entsprechende Fachabteilung bzw. -ambulanz oder durch NephrologInnen mit Erfahrung in der Behandlung der LN. Die Therapie ist nur fortzuführen, wenn innerhalb von 6 Therapiemonaten ein UPCR von kleiner/gleich 0,5 mg/mg oder eine Reduktion des UPCR um zumindest 50 % erreicht wird. Voclosporin eignet sich für eine chef(kontroll)ärztliche Langzeitbewilligung für 6 Monate (L6).		180 St	737,95

L04AE Sphingosin-1-Phosphat (S1P)-Rezeptor-Modulatoren
L04AE01 Fingolimod

Fingolimod 0,0005

RE2	**Chantico 0,5 mg Hartkaps.** Als Monotherapie bei Erwachsenen mit - hochaktiver, schubförmig remittierend verlaufender Multipler Sklerose (MS), die trotz eines vollständigen und angemessenen Zyklus einer krankheitsmodifizierenden Therapie (DMT) (Mindesttherapiedauer ein Jahr) weiterhin eine hohe Krankheitsaktivität aufweisen (mindestens ein Schub während der Therapie im vorangegangenen Jahr und mindestens neun T2-hyperintense Läsionen in der kranialen MRT oder mindestens eine Gadolinium anreichernde Läsion). - rasch fortschreitender schwerer schubförmig remittierend verlaufender MS, definiert durch zwei oder mehr Schübe mit Behinderungsprogression in einem Jahr, und mit einer oder mehreren Gadolinium anreichernden Läsionen in der kranialen MRT oder mit einer signifikanten Erhöhung der T2-Läsionen im Vergleich zu einer früheren in jüngerer Zeit angefertigten MRT. Diagnosestellung, Verordnung, Einstellung, Therapiekontrolle und Dokumentation durch ein MS-Zentrum. PatientInnen, die mit Fingolimod behandelt werden, sind vor Therapiebeginn in das dafür vorgesehene Register der ÖGN aufzunehmen.		10 St 30 St(3)	79,80 199,40
RE2	**Fingolimod "HCS" 0,5 mg Hartkaps.** Als Monotherapie bei Erwachsenen mit - hochaktiver, schubförmig remittierend verlaufender Multipler Sklerose (MS), die trotz eines vollständigen und angemessenen Zyklus einer krankheitsmodifizierenden Therapie (DMT) (Mindesttherapiedauer ein Jahr) weiterhin eine hohe Krankheitsaktivität aufweisen (mindestens ein Schub während der Therapie im vorangegangenen Jahr und mindestens neun T2-hyperintense Läsionen in der kranialen MRT oder mindestens eine Gadolinium anreichernde Läsion). - rasch fortschreitender schwerer schubförmig remittierend verlaufender MS, definiert durch zwei oder mehr Schübe mit Behinderungsprogression in einem Jahr, und mit einer oder mehreren Gadolinium anreichernden Läsionen in der kranialen MRT oder mit einer signifikanten Erhöhung der T2-Läsionen im Vergleich zu einer früheren in jüngerer Zeit angefertigten MRT. Diagnosestellung, Verordnung, Einstellung, Therapiekontrolle und Dokumentation durch ein MS-Zentrum. PatientInnen, die mit Fingolimod behandelt werden, sind vor Therapiebeginn in das dafür vorgesehene Register der ÖGN aufzunehmen.		7 St 28 St(3)	59,10 199,40

	Bezeichnung	T	OP	KVP in €
RE2	**Fingolimod "neuraxpharm" 0,5 mg Hartkaps.** Als Monotherapie bei Erwachsenen mit - hochaktiver, schubförmig remittierend verlaufender Multipler Sklerose (MS), die trotz eines vollständigen und angemessenen Zyklus einer krankheitsmodifizierenden Therapie (DMT) (Mindesttherapiedauer ein Jahr) weiterhin eine hohe Krankheitsaktivität aufweisen (mindestens ein Schub während der Therapie im vorangegangenen Jahr und mindestens neun T2-hyperintense Läsionen in der kranialen MRT oder mindestens eine Gadolinium anreichernde Läsion). - rasch fortschreitender schwerer schubförmig remittierend verlaufender MS, definiert durch zwei oder mehr Schübe mit Behinderungsprogression in einem Jahr, und mit einer oder mehreren Gadolinium anreichernden Läsionen in der kranialen MRT oder mit einer signifikanten Erhöhung der T2-Läsionen im Vergleich zu einer früheren in jüngerer Zeit angefertigten MRT. Diagnosestellung, Verordnung, Einstellung, Therapiekontrolle und Dokumentation durch ein MS-Zentrum. PatientInnen, die mit Fingolimod behandelt werden, sind vor Therapiebeginn in das dafür vorgesehene Register der ÖGN aufzunehmen.		7 St 28 St(3)	59,10 199,40
RE2	**Fingolimod "ratiopharm" 0,5 mg Hartkaps.** Als Monotherapie bei Erwachsenen mit - hochaktiver, schubförmig remittierend verlaufender Multipler Sklerose (MS), die trotz eines vollständigen und angemessenen Zyklus einer krankheitsmodifizierenden Therapie (DMT) (Mindesttherapiedauer ein Jahr) weiterhin eine hohe Krankheitsaktivität aufweisen (mindestens ein Schub während der Therapie im vorangegangenen Jahr und mindestens neun T2-hyperintense Läsionen in der kranialen MRT oder mindestens eine Gadolinium anreichernde Läsion). - rasch fortschreitender schwerer schubförmig remittierend verlaufender MS, definiert durch zwei oder mehr Schübe mit Behinderungsprogression in einem Jahr, und mit einer oder mehreren Gadolinium anreichernden Läsionen in der kranialen MRT oder mit einer signifikanten Erhöhung der T2-Läsionen im Vergleich zu einer früheren in jüngerer Zeit angefertigten MRT. Diagnosestellung, Verordnung, Einstellung, Therapiekontrolle und Dokumentation durch ein MS-Zentrum. PatientInnen, die mit Fingolimod behandelt werden, sind vor Therapiebeginn in das dafür vorgesehene Register der ÖGN aufzunehmen.		7 St 30 St(3)	59,10 213,65
RE2	**Fingolimod "Reddy" 0,5 mg Hartkaps.** Als Monotherapie bei Erwachsenen mit - hochaktiver, schubförmig remittierend verlaufender Multipler Sklerose (MS), die trotz eines vollständigen und angemessenen Zyklus einer krankheitsmodifizierenden Therapie (DMT) (Mindesttherapiedauer ein Jahr) weiterhin eine hohe Krankheitsaktivität aufweisen (mindestens ein Schub während der Therapie im vorangegangenen Jahr und mindestens neun T2-hyperintense Läsionen in der kranialen MRT oder mindestens eine Gadolinium anreichernde Läsion). - rasch fortschreitender schwerer schubförmig remittierend verlaufender MS, definiert durch zwei oder mehr Schübe mit Behinderungsprogression in einem Jahr, und mit einer oder mehreren Gadolinium anreichernden Läsionen in der kranialen MRT oder mit einer signifikanten Erhöhung der T2-Läsionen im Vergleich zu einer früheren in jüngerer Zeit angefertigten MRT. Diagnosestellung, Verordnung, Einstellung, Therapiekontrolle und Dokumentation durch ein MS-Zentrum. PatientInnen, die mit Fingolimod behandelt werden, sind vor Therapiebeginn in das dafür vorgesehene Register der ÖGN aufzunehmen.		7 St 28 St(3)	58,95 198,95
RE2	**Fingolimod "Stada" 0,5 mg Hartkaps.** Als Monotherapie bei Erwachsenen mit - hochaktiver, schubförmig remittierend verlaufender Multipler Sklerose (MS), die trotz eines vollständigen und angemessenen Zyklus einer krankheitsmodifizierenden Therapie (DMT) (Mindesttherapiedauer ein Jahr) weiterhin eine hohe Krankheitsaktivität aufweisen (mindestens ein Schub während der Therapie im vorangegangenen Jahr und mindestens neun T2-hyperintense Läsionen in der kranialen MRT oder mindestens eine Gadolinium anreichernde Läsion). - rasch fortschreitender schwerer schubförmig remittierend verlaufender MS, definiert durch zwei oder mehr Schübe mit Behinderungsprogression in einem Jahr, und mit einer oder mehreren Gadolinium anreichernden Läsionen in der kranialen MRT oder mit einer signifikanten Erhöhung der T2-Läsionen im Vergleich zu einer früheren in jüngerer Zeit angefertigten MRT. Diagnosestellung, Verordnung, Einstellung, Therapiekontrolle und Dokumentation durch ein MS-Zentrum. PatientInnen, die mit Fingolimod behandelt werden, sind vor Therapiebeginn in das dafür vorgesehene Register der ÖGN aufzunehmen.		7 St 28 St(3)	59,35 200,35

	Bezeichnung	T	OP	KVP in €
RE2	**Fingolimod "Zentiva" 0,5 mg Hartkaps.** Als Monotherapie bei Erwachsenen mit - hochaktiver, schubförmig remittierend verlaufender Multipler Sklerose (MS), die trotz eines vollständigen und angemessenen Zyklus einer krankheitsmodifizierenden Therapie (DMT) (Mindesttherapiedauer ein Jahr) weiterhin eine hohe Krankheitsaktivität aufweisen (mindestens ein Schub während der Therapie im vorangegangenen Jahr und mindestens neun T2-hyperintense Läsionen in der kranialen MRT oder mindestens eine Gadolinium anreichernde Läsion). - rasch fortschreitender schwerer schubförmig remittierend verlaufender MS, definiert durch zwei oder mehr Schübe mit Behinderungsprogression in einem Jahr, und mit einer oder mehreren Gadolinium anreichernden Läsionen in der kranialen MRT oder mit einer signifikanten Erhöhung der T2-Läsionen im Vergleich zu einer früheren in jüngerer Zeit angefertigten MRT. Diagnosestellung, Verordnung, Einstellung, Therapiekontrolle und Dokumentation durch ein MS-Zentrum. PatientInnen, die mit Fingolimod behandelt werden, sind vor Therapiebeginn in das dafür vorgesehene Register der ÖGN aufzunehmen.		7 St 28 St(3)	59,10 199,35

L04AE02 Ozanimod

Ozanimod 0,00023 (4 Hartkaps.); Ozanimod 0,00046 (3 Hartkaps.)

RE1	**Zeposia 0,23 mg, 0,46 mg Hartkaps. Starterpackung** (PM) - Bei erwachsenen PatientInnen mit schubförmig remittierender Multipler Sklerose (RRMS) mit aktiver Erkrankung - Kriterien bei Ersteinstellung: • Mindestens ein Schub innerhalb des letzten Jahres oder mindestens eine Gadolinium aufnehmende Läsion in einer rezenten Kernspintomographie und • EDSS kleiner/gleich 5,0 - Diagnosestellung, Verordnung, Einstellung, Therapiekontrolle und Dokumentation durch ein MS-Zentrum. - PatientInnen, die mit Ozanimod behandelt werden, sind vor Therapiebeginn in das dafür vorgesehene Register der ÖGN aufzunehmen.		7 St	322,80

Ozanimod 0,00092

RE1 L6	**Zeposia 0,92 mg Hartkaps.** (PM) - Bei erwachsenen PatientInnen mit schubförmig remittierender Multipler Sklerose (RRMS) mit aktiver Erkrankung - Kriterien bei Ersteinstellung: • Mindestens ein Schub innerhalb des letzten Jahres oder mindestens eine Gadolinium aufnehmende Läsion in einer rezenten Kernspintomographie und • EDSS kleiner/gleich 5,0 - Diagnosestellung, Verordnung, Einstellung, Therapiekontrolle und Dokumentation durch ein MS-Zentrum. - PatientInnen, die mit Ozanimod behandelt werden, sind vor Therapiebeginn in das dafür vorgesehene Register der ÖGN aufzunehmen. - Ozanimod eignet sich für eine chef(kontroll)ärztliche Langzeitbewilligung für 6 Monate (L6).		28 St	1.207,55

	Bezeichnung	T	OP	KVP in €

L04AE03 Siponimod

Siponimod 0,00025

RE1 L6	**Mayzent 0,25 mg Filmtabl.** Bei erwachsenen PatientInnen mit sekundär progredienter Multipler Sklerose (SPMS) mit Krankheitsaktivität. Kriterien bei Ersteinstellung: - Nachweis der Krankheitsaktivität: klinische Schübe oder in einem rezenten (nicht älter als 3 Monate) MRT kontrastmittelaufnehmende T1-Läsion(en) und/oder - Zunahme/Vergrößerung von T2-Läsionen gegenüber einer früheren MRT-Untersuchung und - EDSS 3 - 6.5. Vor Beginn der Behandlung mit Siponimod muss der individuelle CYP2C9-Metabolisierungsstatus mittels Genotypisierung bestimmt werden, aus dem die Dosisempfehlung oder eine Kontraindikation resultiert. Diagnosestellung, Verordnung, Einstellung, regelmäßige Therapiekontrolle und Dokumentation durch ein MS-Zentrum. PatientInnen, die mit Siponimod behandelt werden, sind vor Therapiebeginn in das dafür vorgesehene Register der ÖGN aufzunehmen. Siponimod eignet sich für eine chef(kontroll)ärztliche Langzeitbewilligung für 6 Monate (L6).		12 St 120 St	116,85 934,65

Siponimod 0,002

RE1 L6	**Mayzent 2 mg Filmtabl.** Bei erwachsenen PatientInnen mit sekundär progredienter Multipler Sklerose (SPMS) mit Krankheitsaktivität. Kriterien bei Ersteinstellung: - Nachweis der Krankheitsaktivität: klinische Schübe oder in einem rezenten (nicht älter als 3 Monate) MRT kontrastmittelaufnehmende T1-Läsion(en) und/oder - Zunahme/Vergrößerung von T2-Läsionen gegenüber einer früheren MRT-Untersuchung und - EDSS 3 - 6.5. Vor Beginn der Behandlung mit Siponimod muss der individuelle CYP2C9-Metabolisierungsstatus mittels Genotypisierung bestimmt werden, aus dem die Dosisempfehlung oder eine Kontraindikation resultiert. Diagnosestellung, Verordnung, Einstellung, regelmäßige Therapiekontrolle und Dokumentation durch ein MS-Zentrum. PatientInnen, die mit Siponimod behandelt werden, sind vor Therapiebeginn in das dafür vorgesehene Register der ÖGN aufzunehmen. Siponimod eignet sich für eine chef(kontroll)ärztliche Langzeitbewilligung für 6 Monate (L6).		28 St	874,00

L04AE04 Ponesimod

Ponesimod 0,002 (2 Filmtabl.); Ponesimod 0,003 (2 Filmtabl.); Ponesimod 0,004 (2 Filmtabl.); Ponesimod 0,005 (1 Filmtabl.); Ponesimod 0,006 (1 Filmtabl.); Ponesimod 0,007 (1 Filmtabl.); Ponesimod 0,008 (1 Filmtabl.); Ponesimod 0,009 (1 Filmtabl.); Ponesimod 0,01 (3 Filmtabl.)

RE1	**Ponvory 2 mg, 3 mg, 4 mg, 5 mg, 6 mg, 7 mg, 8 mg, 9 mg, 10 mg Filmtabl. Starterpackung** Ⓟ Ⓜ Bei erwachsenen PatientInnen mit schubförmiger Multipler Sklerose (RMS) mit aktiver Erkrankung: Kriterien bei Ersteinstellung: - Mindestens ein Schub innerhalb des letzten Jahres oder mindestens eine Gadolinium aufnehmende Läsion in einer rezenten Kernspintomographie und - EDSS kleiner/gleich 5,5 Diagnosestellung, Verordnung, Einstellung, Therapiekontrolle und Dokumentation durch ein MS-Zentrum. PatientInnen, die mit Ponesimod behandelt werden, sind vor Therapiebeginn in das dafür vorgesehene Register der ÖGN aufzunehmen.		14 St	406,75

	Bezeichnung	T	OP	KVP in €
Ponesimod 0,02				
RE1 L6	**Ponvory 20 mg Filmtabl.** Ⓟ Ⓜ Bei erwachsenen PatientInnen mit schubförmiger Multipler Sklerose (RMS) mit aktiver Erkrankung: Kriterien bei Ersteinstellung: - Mindestens ein Schub innerhalb des letzten Jahres oder mindestens eine Gadolinium aufnehmende Läsion in einer rezenten Kernspintomographie und - EDSS kleiner/gleich 5,5 Diagnosestellung, Verordnung, Einstellung, Therapiekontrolle und Dokumentation durch ein MS-Zentrum. PatientInnen, die mit Ponesimod behandelt werden, sind vor Therapiebeginn in das dafür vorgesehene Register der ÖGN aufzunehmen. Ponesimod eignet sich für eine chef(kontroll)ärztliche Langzeitbewilligung für 6 Monate (L6).		28 St	903,05

L04AE05 Etrasimod

Etrasimod 0,002				
RE1	**Velsipity 2 mg Filmtabl.** Ⓟ Ⓜ Bei PatientInnen ab 16 Jahren mit mittelschwerer bis schwerer aktiver Colitis ulcerosa bei Versagen, Unverträglichkeit oder Kontraindikation konventioneller Therapien. Erstverordnung und engmaschige Kontrolle durch GastroenterologInnen. Die Behandlung mit Etrasimod darf nur bei PatientInnen verlängert werden, die innerhalb von 12 Behandlungswochen auf die Therapie ansprechen.		28 St	907,80

	Bezeichnung	T	OP	KVP in €

L04AF Januskinase (JAK)-Inhibitoren
L04AF01 Tofacitinib

Tofacitinib 0,005

RE2	**Xeljanz 5 mg Filmtabl.** (PM) Bei Erwachsenen mit - mittelschwerer bis schwerer aktiver rheumatoider Arthritis bei Versagen von mindestens einem DMARD (disease-modifying anti-rheumatic drug), wobei Methotrexat in ausreichender Dosierung und ausreichender Dauer verabreicht worden sein muss. Um eine maximale Wirksamkeit zu gewährleisten, wird Tofacitinib in Kombination mit Methotrexat angewendet. Tofacitinib kann im Falle einer Unverträglichkeit von Methotrexat als Monotherapie angewendet werden. Erstverordnung und engmaschige Kontrolle durch RheumatologInnen oder durch Zentren, die berechtigt sind, solche auszubilden. - aktiver und progressiver Psoriasis-Arthritis bei Versagen von mindestens einem DMARD (disease-modifying anti-rheumatic drug), wobei Methotrexat in ausreichender Dosierung und ausreichender Dauer verabreicht worden sein muss. Erstverordnung und engmaschige Kontrolle durch RheumatologInnen oder durch Zentren, die berechtigt sind, solche auszubilden. - schwerer aktiver ankylosierender Spondylitis (AS, Morbus Bechterew) mit schwerer Wirbelsäulensymptomatik und erhöhten Entzündungsparametern bei Versagen konventioneller Therapiemöglichkeiten. Erstverordnung und engmaschige Kontrolle durch RheumatologInnen oder durch Zentren, die berechtigt sind, solche auszubilden. - mittelschwerer bis schwerer aktiver Colitis ulcerosa bei Versagen, Unverträglichkeit oder Kontraindikation der konventionellen Therapien. Erstverordnung und engmaschige Kontrollen durch GastroenterologInnen. Die Therapie mit Tofacitinib darf nur bei PatientInnen fortgeführt werden, die innerhalb von 8-16 Behandlungswochen auf die Therapie klinisch ansprechen. Bei Kindern ab 2 Jahren mit einem Körpergewicht größer/gleich 40 kg mit aktiver polyartikulärer juveniler idiopathischer Arthritis (Rheumafaktor-positive [RF+] oder -negative [RF-] Polyarthritis und erweiterte Oligoarthritis) oder juveniler Psoriasis-Arthritis, bei Versagen von mindestens einem DMARD (disease-modifying anti-rheumatic drug) wobei Methotrexat in ausreichender Dosierung und ausreichender Dauer verabreicht worden sein muss. Um eine maximale Wirksamkeit zu gewährleisten, wird Tofacitinib in Kombination mit Methotrexat angewendet. Tofacitinib kann im Falle einer Unverträglichkeit von Methotrexat als Monotherapie angewendet werden. Erstverordnung und engmaschige Kontrolle durch RheumatologInnen mit Erfahrung in der Behandlung von Kindern und Jugendlichen mit juveniler idiopathischer Arthritis oder PädiaterInnen mit Spezialisierung in pädiatrischer Rheumatologie oder durch Zentren, die berechtigt sind, solche auszubilden. Die Therapie mit Tofacitinib darf nur bei PatientInnen fortgeführt werden, die innerhalb von 18 Behandlungswochen auf die Therapie klinisch ansprechen.		56 St	712,80

Tofacitinib 0,01

RE2	**Xeljanz 10 mg Filmtabl.** (PM) Mittelschwere bis schwere aktive Colitis ulcerosa bei Erwachsenen bei Versagen, Unverträglichkeit oder Kontraindikation der konventionellen Therapien. Erstverordnung und engmaschige Kontrollen durch einen Facharzt/eine Fachärztin mit Additivfach für Gastroenterologie. Keine Fortsetzung der Behandlung der PatientInnen, die innerhalb von 8-16 Behandlungswochen nicht klinisch ansprechen.		56 St	1.345,45

	Bezeichnung	T	OP	KVP in €
Tofacitinib 0,011				
RE2	**Xeljanz 11 mg Retardtabl.** Ⓟ Bei Erwachsenen mit - mittelschwerer bis schwerer aktiver rheumatoider Arthritis bei Versagen von mindestens einem DMARD (disease-modifying anti-rheumatic drug), wobei Methotrexat in ausreichender Dosierung und ausreichender Dauer verabreicht worden sein muss. Um eine maximale Wirksamkeit zu gewährleisten, wird Tofacitinib in Kombination mit Methotrexat angewendet. Tofacitinib kann im Falle einer Unverträglichkeit von Methotrexat als Monotherapie angewendet werden. - aktiver und progressiver Psoriasis-Arthritis bei Versagen von mindestens einem DMARD (disease-modifying anti-rheumatic drug), wobei Methotrexat in ausreichender Dosierung und ausreichender Dauer verabreicht worden sein muss. - schwerer aktiver ankylosierender Spondylitis (AS, Morbus Bechterew) mit schwerer Wirbelsäulensymptomatik und erhöhten Entzündungsparametern bei Versagen konventioneller Therapiemöglichkeiten. Erstverordnung und engmaschige Kontrolle durch RheumatologInnen oder durch Zentren, die berechtigt sind, solche auszubilden. Die Therapie mit Tofacitinib darf nur bei PatientInnen fortgeführt werden, die innerhalb von 8-16 Behandlungswochen auf die Therapie klinisch ansprechen.		28 St	712,80

L04AF02 Baricitinib

Baricitinib 0,002				
RE2	**Olumiant 2 mg Filmtabl.** Ⓟ - Bei Erwachsenen mit mittelschwerer bis schwerer aktiver rheumatoider Arthritis bei Versagen von mindestens einem DMARD (disease-modifying anti-rheumatic drug), wobei Methotrexat in ausreichender Dosierung und ausreichender Dauer verabreicht worden sein muss. Um eine maximale Wirksamkeit zu gewährleisten, wird Baricitinib in Kombination mit Methotrexat angewendet. Baricitinib kann im Falle einer Unverträglichkeit von Methotrexat als Monotherapie angewendet werden. Erstverordnung und engmaschige Kontrolle durch RheumatologInnen oder durch Zentren, die berechtigt sind, solche auszubilden. Die Therapie mit Baricitinib darf nur bei PatientInnen fortgeführt werden, die innerhalb von 12 Behandlungswochen auf die Therapie ansprechen. - Bei Erwachsenen mit schwerer atopischer Dermatitis mit persistierendem Ekzem nach Ausschöpfung intensivierter Lokaltherapie. Erstverordnung, Dokumentation und Kontrolle alle 6 Monate durch ein dermatologisches Zentrum oder durch DermatologInnen mit ausgewiesener Expertise in der Behandlung der atopischen Dermatitis. Die Behandlung mit Baricitinib darf nur bei PatientInnen fortgeführt werden, die innerhalb von 16 Behandlungswochen auf die Therapie ansprechen.		14 St 28 St	381,60 738,55
Baricitinib 0,004				
RE2	**Olumiant 4 mg Filmtabl.** Ⓟ - Bei Erwachsenen mit mittelschwerer bis schwerer aktiver rheumatoider Arthritis bei Versagen von mindestens einem DMARD (disease-modifying anti-rheumatic drug), wobei Methotrexat in ausreichender Dosierung und ausreichender Dauer verabreicht worden sein muss. Um eine maximale Wirksamkeit zu gewährleisten, wird Baricitinib in Kombination mit Methotrexat angewendet. Baricitinib kann im Falle einer Unverträglichkeit von Methotrexat als Monotherapie angewendet werden. Erstverordnung und engmaschige Kontrolle durch RheumatologInnen oder durch Zentren, die berechtigt sind, solche auszubilden. Die Therapie mit Baricitinib darf nur bei PatientInnen fortgeführt werden, die innerhalb von 12 Behandlungswochen auf die Therapie ansprechen. - Bei Erwachsenen mit schwerer atopischer Dermatitis mit persistierendem Ekzem nach Ausschöpfung intensivierter Lokaltherapie. Erstverordnung, Dokumentation und Kontrolle alle 6 Monate durch ein dermatologisches Zentrum oder durch DermatologInnen mit ausgewiesener Expertise in der Behandlung der atopischen Dermatitis. Die Behandlung mit Baricitinib darf nur bei PatientInnen fortgeführt werden, die innerhalb von 16 Behandlungswochen auf die Therapie ansprechen.		14 St 28 St	381,60 738,55

	Bezeichnung	T	OP	KVP in €

L04AF03 Upadacitinib

Upadacitinib 0,015

RE2	**Rinvoq 15 mg Retardtabl.** Ⓟ 1. Bei Erwachsenen mit - mittelschwerer bis schwerer aktiver rheumatoider Arthritis bei Versagen von mindestens einem DMARD (disease-modifying anti-rheumatic drug), wobei Methotrexat in ausreichender Dosierung und ausreichender Dauer verabreicht worden sein muss. Um eine maximale Wirksamkeit zu gewährleisten, wird Upadacitinib in Kombination mit Methotrexat angewendet. Upadacitinib kann im Falle einer Unverträglichkeit von Methotrexat als Monotherapie angewendet werden. - aktiver und progressiver Psoriasis-Arthritis bei Versagen von mindestens einem DMARD (disease-modifying anti-rheumatic drug) wobei Methotrexat in ausreichender Dosierung und ausreichender Dauer verabreicht worden sein muss. Upadacitinib kann als Monotherapie oder in Kombination mit Methotrexat verordnet werden. - schwerer aktiver ankylosierender Spondylitis (AS, Morbus Bechterew) mit schwerer Wirbelsäulensymptomatik und erhöhten Entzündungsparametern bei Versagen konventioneller Therapiemöglichkeiten. - aktiver axialer Spondyloarthritis ohne Röntgennachweis einer AS mit schwerer Wirbelsäulensymptomatik und mit objektiven Anzeichen einer Entzündung nachgewiesen durch erhöhtes CRP und MRT, bei Versagen konventioneller Therapiemöglichkeiten, inklusive unzureichendem Ansprechen auf mindestens zwei NSAR (nichtsteroidale Antirheumatika) in maximaler Dosierung und ausreichender Dauer. Erstverordnung und engmaschige Kontrolle durch RheumatologInnen oder durch Zentren, die berechtigt sind, solche auszubilden. 2. Bei Erwachsenen und Jugendlichen ab 12 Jahren mit schwerer atopischer Dermatitis mit persistierendem Ekzem nach Ausschöpfung intensivierter Lokaltherapie. Erstverordnung, Dokumentation und Kontrolle alle 6 Monate durch ein dermatologisches Zentrum oder durch DermatologInnen mit ausgewiesener Expertise in der Behandlung der atopischen Dermatitis. Die Therapie mit Upadacitinib darf nur bei PatientInnen fortgeführt werden, die innerhalb von 12-16 Behandlungswochen auf die Therapie klinisch ansprechen. 3. Bei Erwachsenen mit mittelschwerem bis schwerem aktivem Morbus Crohn bei Versagen, Unverträglichkeit oder Kontraindikation der konventionellen Therapien, wenn im Rahmen der Anbehandlung mit der 45 mg-Wirkstoffstärke innerhalb von 12 Behandlungswochen ein klinisches Ansprechen erzielt wurde. Erstverordnung und engmaschige Kontrollen durch GastroenterologInnen. Die Behandlung mit Upadacitinib darf nur bei PatientInnen fortgeführt werden, die auf die Erhaltungstherapie klinisch ansprechen.		28 St	738,55

	Bezeichnung	T	OP	KVP in €
Upadacitinib 0,03				
RE2	**Rinvoq 30 mg Retardtabl.** (PM) 1. Bei Erwachsenen bis 65 Jahre mit schwerer atopischer Dermatitis mit persistierendem Ekzem nach Ausschöpfung intensivierter Lokaltherapie - wenn mit der 15 mg-Wirkstoffstärke nach 12-16 Wochen kein ausreichendes klinisches Ansprechen erzielt werden konnte oder - zu Therapiebeginn bei hoher Krankheitslast, wobei nach einem erzielten klinischen Ansprechen innerhalb von 12-16 Wochen ein Therapieversuch mit der 15 mg-Wirkstoffstärke als Erhaltungsdosis zu starten ist. Erstverordnung, Dokumentation und Kontrolle alle 6 Monate durch ein dermatologisches Zentrum oder durch DermatologInnen mit ausgewiesener Expertise in der Behandlung der atopischen Dermatitis. Die Behandlung mit Upadacitinib darf nur bei PatientInnen fortgeführt werden, die auf die Therapie mit der 30 mg-Wirkstoffstärke klinisch ansprechen. 2. Bei Erwachsenen bis 65 Jahre mit mittelschwerem bis schwerem aktivem Morbus Crohn bei Versagen, Unverträglichkeit oder Kontraindikation der konventionellen Therapien - wenn mit der 15 mg-Wirkstoffstärke in der Erhaltungstherapie kein ausreichendes klinisches Ansprechen erzielt werden konnte oder - bei hoher Krankheitslast zu Therapiebeginn oder wenn nach 12-wöchiger Anbehandlung mit der 45 mg-Wirkstoffstärke kein ausreichendes klinisches Ansprechen erzielt werden konnte, wobei nach einem erzielten klinischen Ansprechen ein Therapieversuch mit der 15 mg-Wirkstoffstärke als Erhaltungsdosis gestartet werden kann. Erstverordnung und engmaschige Kontrolle durch GastroenterologInnen. Die Behandlung mit Upadacitinib darf nur bei PatientInnen fortgeführt werden, die auf die Therapie mit der 30 mg-Wirkstoffstärke klinisch ansprechen.		28 St	1.216,90
Upadacitinib 0,045				
RE2	**Rinvoq 45 mg Retardtabl.** (PM) Zur Anbehandlung über 12 Wochen bei Erwachsenen mit mittelschwerem bis schwerem aktivem Morbus Crohn bei Versagen, Unverträglichkeit oder Kontraindikation der konventionellen Therapien. Erstverordnung und engmaschige Kontrolle durch GastroenterologInnen.		28 St	1.633,95

L04AF04 Filgotinib

Filgotinib 0,1				
RE2	**Jyseleca 100 mg Filmtabl.** (PM) 1. Mittelschwere bis schwere aktive rheumatoide Arthritis bei Erwachsenen bei Versagen von mindestens einem DMARD (disease-modifying anti-rheumatic drug), wobei Methotrexat in ausreichender Dosierung und ausreichender Dauer verabreicht worden sein muss. Um eine maximale Wirksamkeit zu gewährleisten, wird Filgotinib in Kombination mit Methotrexat angewendet. Filgotinib kann im Falle einer Unverträglichkeit von Methotrexat als Monotherapie angewendet werden. Erstverordnung und engmaschige Kontrolle durch RheumatologInnen oder durch Zentren, die berechtigt sind, solche auszubilden. Die Behandlung mit Filgotinib darf nur bei PatientInnen verlängert werden, die innerhalb von 12 Behandlungswochen auf die Therapie ansprechen. 2. Mittelschwere bis schwere aktive Colitis ulcerosa bei Erwachsenen bei Versagen, Unverträglichkeit oder Kontraindikation der konventionellen Therapien. Erstverordnung und engmaschige Kontrollen durch GastroenterologInnen. Die Behandlung mit Filgotinib darf nur bei PatientInnen verlängert werden, die innerhalb von 10-22 Behandlungswochen auf die Therapie ansprechen.		30 St	737,40

	Bezeichnung	T	OP	KVP in €
Filgotinib 0,2				
RE2	**Jyseleca 200 mg Filmtabl.** (PM) 1. Mittelschwere bis schwere aktive rheumatoide Arthritis bei Erwachsenen bei Versagen von mindestens einem DMARD (disease-modifying anti-rheumatic drug), wobei Methotrexat in ausreichender Dosierung und ausreichender Dauer verabreicht worden sein muss. Um eine maximale Wirksamkeit zu gewährleisten, wird Filgotinib in Kombination mit Methotrexat angewendet. Filgotinib kann im Falle einer Unverträglichkeit von Methotrexat als Monotherapie angewendet werden. Erstverordnung und engmaschige Kontrolle durch RheumatologInnen oder durch Zentren, die berechtigt sind, solche auszubilden. Die Behandlung mit Filgotinib darf nur bei PatientInnen verlängert werden, die innerhalb von 12 Behandlungswochen auf die Therapie ansprechen. 2. Mittelschwere bis schwere aktive Colitis ulcerosa bei Erwachsenen bei Versagen, Unverträglichkeit oder Kontraindikation der konventionellen Therapien. Erstverordnung und engmaschige Kontrollen durch GastroenterologInnen. Die Behandlung mit Filgotinib darf nur bei PatientInnen verlängert werden, die innerhalb von 10-22 Behandlungswochen auf die Therapie ansprechen.		30 St	737,40

L04AF07 Deucravacitinib

Deucravacitinib 0,006				
RE1	**Sotyktu 6 mg Filmtabl.** (PM)		7 St	213,45
L6	Bei Erwachsenen mit mittelschwerer bis schwerer Plaque-Psoriasis bei Versagen, Unverträglichkeit oder Kontraindikation von systemischen Therapien einschließlich Ciclosporin, Methotrexat oder PUVA. Erstverordnung und engmaschige Kontrollen durch entsprechende Fachabteilung bzw. -ambulanz oder durch DermatologInnen mit Erfahrung in der Behandlung der mittelschweren bis schweren Plaque-Psoriasis. Die Therapie mit Deucravacitinib darf nur bei PatientInnen fortgesetzt werden, die innerhalb von 24 Behandlungswochen auf die Therapie klinisch ansprechen. Deucravacitinib eignet sich für eine chef(kontroll)ärztliche Langzeitbewilligung für 6 Monate (L6).		28 St	768,00

	Bezeichnung	T	OP	KVP in €

L04AG Monoklonale Antikörper
L04AG03 Natalizumab

Natalizumab 0,15

RE1	**Tysabri 150 mg Inj.lsg. Fertigspr.** (PM) Im begründeten Einzelfall kann eine Kostenübernahme als Monotherapie erfolgen: Bei Pat. mit hochaktiver, schubförmig remittierend verlaufender Multipler Sklerose (MS), die auf einen vollständigen und angemessenen Zyklus mindestens einer krankheitsmodifizierenden Therapie [DMT] (Mindesttherapiedauer ein Jahr) nicht angesprochen haben und weiterhin eine hohe Krankheitsaktivität aufweisen. Bei diesen Pat. 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. - Die Indikationsstellung und Überwachung der Therapie mit Natalizumab sowie eine entsprechende Anamnese und gegebenenfalls Untersuchung vor jeder Injektion (cave: Kontraindikationen) muss durch in der Diagnosestellung und Behandlung von neurologischen Erkrankungen erfahrene SpezialistInnen (FacharztInnen) in von der Österreichischen Gesellschaft für Neurologie (ÖGN) approbierten Zentren mit raschem Zugang zu MRT erfolgen. - Daten zur Sicherheit und Wirksamkeit von Natalizumab (intravenöse Infusion) nach 2-jähriger Anwendung wurden aus kontrollierten, doppelblinden Studien erhoben. Nach 2 Jahren sollte eine Fortsetzung der Therapie über diesen Zeitraum hinaus nur dann in Betracht gezogen werden, wenn zuvor eine erneute Nutzen-Risiko-Abwägung vorgenommen wurde. Die Pat. müssen erneut über die Risikofaktoren für die Entwicklung einer PML wie Dauer der Behandlung, Anwendung von Immunsuppressiva vor der Anwendung des Arzneimittels und das Vorliegen von Anti-John Cunningham Virus (JCV)-Antikörpern informiert werden. - Für Pat., die nach 6-monatiger Behandlung noch keinen ausreichenden Behandlungserfolg zeigen, kann keine weitere Kostenübernahme erfolgen. - Bei jeder Verschlechterung der Erkrankung oder injektionsbedingten Ereignissen sollte das Vorhandensein von Antikörpern gegen Natalizumab untersucht werden. - Im Falle eines positiven Antikörpertests und eines positiven Bestätigungstests nach 6 Wochen ist die Behandlung abzubrechen. - Pat. mit einer Überempfindlichkeitsreaktion müssen dauerhaft von einer Behandlung mit Natalizumab ausgeschlossen werden. - Vor Beginn der Behandlung ist ein immungeschwächter Status (cave wash-out-Phase von Immunsupressiva) auszuschließen. - Pat., die mit Natalizumab behandelt werden, sind vor Therapiebeginn in das dafür vorgesehene Register der ÖGN aufzunehmen. - Pat., die mit Natalizumab behandelt werden, muss ein spezieller PatientInnenpass ausgehändigt werden. Anwendungshinweis: Die Verabreichung muss von medizinischem Fachpersonal vorgenommen werden und die Pat. müssen hinsichtlich früher Anzeichen und Symptome einer progressiven multifokalen Leukenzephalopathie (PML) beobachtet werden. Bei den ersten 6 Dosen müssen die Pat. während der Injektion und für eine Stunde danach auf Anzeichen und Symptome von Injektionsreaktionen einschließlich Überempfindlichkeit beobachtet werden. Danach kann unabhängig von der Art der Anwendung der Beobachtungszeitraum von einer Stunde nach der Injektion nach medizinischem Ermessen verkürzt oder weggelassen werden, wenn bei dem Pat. keine Injektionsreaktionen aufgetreten sind. Grundsätzlich keine Kostenübernahme als primäre krankheitsmodifizierende Therapie für Pat. mit rasch fortschreitender schubförmig remittierend verlaufender MS, 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.		2 St	1.428,80

	Bezeichnung	T	OP	KVP in €
Natalizumab 0,3				
RE1	**Tysabri 300 mg Konz. zur Herst. einer Inf.lsg.** Im begründeten Einzelfall kann eine Kostenübernahme als Monotherapie erfolgen, wenn die Verabreichung der ersten drei Infusionen im stationären Bereich erfolgte: Bei Pat. 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 Pat. 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. - 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. - 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. - Für Pat., die nach 6-monatiger Behandlung noch keinen ausreichenden Behandlungserfolg zeigen, kann keine weitere Kostenübernahme erfolgen. - Bei jeder Verschlechterung der Erkrankung oder infusionsbedingten Ereignissen sollte das Vorhandensein von Antikörpern gegen Natalizumab untersucht werden. - Im Falle eines positiven Antikörpertests und eines positiven Bestätigungstests nach 6 Wochen ist die Behandlung abzubrechen. - Pat. mit einer Überempfindlichkeitsreaktion müssen dauerhaft von einer Behandlung mit Tysabri ausgeschlossen werden. - Vor Beginn der Behandlung ist ein immungeschwächter Status (cave wash-out-Phase von Immunsupressiva) auszuschließen. - Pat., die mit Natalizumab behandelt werden, sind vor Therapiebeginn in das dafür vorgesehene Register der ÖGN aufzunehmen. - Pat., 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 Pat. sind während der Infusion und eine Stunde über das Ende der Infusion hinaus auf Anzeichen und Symptome einer Überempfindlichkeitsreaktion hin zu beobachten. Grundsätzlich keine Kostenübernahme für Pat. mit rasch fortschreitender schubförmig remittierend verlaufender MS, 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.		1 St *15 ml*	1.388,25

L04AG04 Belimumab

Belimumab 0,12 _				
RE1	**Benlysta 120 mg Plv. zur Herst. eines Inf.lsg.konz.** Bei erwachsenen PatientInnen mit aktivem, Autoantikörper-positivem systemischen Lupus erythematodes (SLE) als Zusatztherapie, wenn trotz Standardtherapie eine hohe Krankheitsaktivität (z.B. positiver Test auf Anti-dsDNA-Antikörper und niedriges Komplement) vorliegt. Therapieeinleitung, Verabreichung zumindest der ersten zwei Infusionen im stationären Bereich. Weitere Verabreichung und regelmäßige Kontrollen nur durch entsprechende Fachabteilung bzw. -ambulanz oder in der Verwendung von Belimumab ausreichend geschulte und informierte ÄrztInnen. Kontinuierliche Überwachung der Krankheitsaktivität. Wenn nach 6-monatiger Behandlung keine Verbesserung der Krankheitsaktivität erreicht werden kann, muss ein Abbruch der Behandlung mit Belimumab in Erwägung gezogen werden.		1 St	169,70

	Bezeichnung	T	OP	KVP in €
Belimumab 0,2				
RE1 L6	**Benlysta 200 mg Inj.lsg. Fertigpen** Bei erwachsenen PatientInnen mit aktivem, Autoantikörper-positivem systemischen Lupus erythematodes (SLE) als Zusatztherapie, wenn trotz Standardtherapie eine hohe Krankheitsaktivität (z.B. positiver Test auf Anti-dsDNA-Antikörper und niedriges Komplement) vorliegt. Erstverordnung und engmaschige Kontrollen durch entsprechende Fachabteilung bzw. -ambulanz oder durch einen Facharzt/eine Fachärztin mit Erfahrung in der Behandlung des SLE. Wenn nach 6-monatiger Behandlung keine Verbesserung der Krankheitsaktivität erreicht werden kann, muss ein Abbruch der Behandlung mit Belimumab in Erwägung gezogen werden. Belimumab eignet sich für eine chef(kontroll)ärztliche Langzeitbewilligung für 6 Monate (L6).		1 St 4 St	220,00 819,65
Belimumab 0,4				
RE1	**Benlysta 400 mg Plv. zur Herst. eines Inf.lsg.konz.** Bei erwachsenen PatientInnen mit aktivem, Autoantikörper-positivem systemischen Lupus erythematodes (SLE) als Zusatztherapie, wenn trotz Standardtherapie eine hohe Krankheitsaktivität (z.B. positiver Test auf Anti-dsDNA-Antikörper und niedriges Komplement) vorliegt. Therapieeinleitung, Verabreichung zumindest der ersten zwei Infusionen im stationären Bereich. Weitere Verabreichung und regelmäßige Kontrollen nur durch entsprechende Fachabteilung bzw. -ambulanz oder in der Verwendung von Belimumab ausreichend geschulte und informierte ÄrztInnen. Kontinuierliche Überwachung der Krankheitsaktivität. Wenn nach 6-monatiger Behandlung keine Verbesserung der Krankheitsaktivität erreicht werden kann, muss ein Abbruch der Behandlung mit Belimumab in Erwägung gezogen werden.		1 St	499,80

L04AG05 Vedolizumab

Vedolizumab 0,108				
RE1	**Entyvio 108 mg Inj.lsg. Fertigpen** (PM) Mittelschwerer bis schwergradiger aktiver Morbus Crohn bei Erwachsenen bei Versagen, Unverträglichkeit oder Kontraindikation der konventionellen Therapien. Keine Fortsetzung der Behandlung der PatientInnen, die innerhalb von 14 Behandlungswochen nicht klinisch ansprechen. Mittelschwere bis schwere aktive Colitis ulcerosa bei Erwachsenen bei Versagen, Unverträglichkeit oder Kontraindikation der konventionellen Therapien. Keine Fortsetzung der Behandlung der PatientInnen, die innerhalb von 10 Behandlungswochen nicht klinisch ansprechen. Erstverordnung und engmaschige Kontrolle durch GastroenterologInnen.		1 St 2 St	421,80 819,00
RE1	**Entyvio 108 mg Inj.lsg. Fertigspr.** (PM) Mittelschwerer bis schwergradiger aktiver Morbus Crohn bei Erwachsenen bei Versagen, Unverträglichkeit oder Kontraindikation der konventionellen Therapien. Keine Fortsetzung der Behandlung der PatientInnen, die innerhalb von 14 Behandlungswochen nicht klinisch ansprechen. Mittelschwere bis schwere aktive Colitis ulcerosa bei Erwachsenen bei Versagen, Unverträglichkeit oder Kontraindikation der konventionellen Therapien. Keine Fortsetzung der Behandlung der PatientInnen, die innerhalb von 10 Behandlungswochen nicht klinisch ansprechen. Erstverordnung und engmaschige Kontrolle durch GastroenterologInnen.		1 St 2 St	421,80 819,00
Vedolizumab 0,3				
RE1	**Entyvio 300 mg Plv. für ein Konz. zur Herst. einer Inf.lsg.** (PM) Mittelschwerer bis schwergradiger aktiver Morbus Crohn bei Erwachsenen bei Versagen, Unverträglichkeit oder Kontraindikation der konventionellen Therapien. Keine Fortsetzung der Behandlung der PatientInnen, die innerhalb von 14 Behandlungswochen nicht klinisch ansprechen. Mittelschwere bis schwere aktive Colitis ulcerosa bei Erwachsenen bei Versagen, Unverträglichkeit oder Kontraindikation der konventionellen Therapien. Keine Fortsetzung der Behandlung der PatientInnen, die innerhalb von 10 Behandlungswochen nicht klinisch ansprechen. Erstverordnung und engmaschige Kontrolle durch GastroenterologInnen.		1 St	1.613,30

	Bezeichnung	T	OP	KVP in €

L04AG08 Ocrelizumab

Ocrelizumab 0,3

RE1	**Ocrevus 300 mg Konz. zur Herst. einer Inf.lsg.** (PM) Als Monotherapie bei erwachsenen PatientInnen mit hochaktiver schubförmiger Multipler Sklerose (MS), bei denen während einer mindestens einjährigen krankheitsmodifizierenden Behandlung in den vorangegangenen 12 Monaten - mindestens ein Schub und mindestens eine Gadolinium anreichernde T1-Läsion bzw. mindestens 9 T2-Läsionen in der kranialen MRT oder - 2 Schübe oder mehr auftraten. Diagnosestellung, Verordnung, Einstellung, Therapiekontrolle und Dokumentation durch ein MS-Zentrum. In klinischen Studien wurde bei PatientInnen, die mit Ocrelizumab behandelt wurden, eine erhöhte Anzahl maligner Erkrankungen (einschließlich Mammakarzinom) beobachtet, verglichen mit den Kontrollgruppen. Bei PatientInnen mit bekannten Risikofaktoren für das Auftreten von malignen Erkrankungen und bei PatientInnen, die aktiv auf das Wiederauftreten einer malignen Erkrankung hin überwacht werden, ist das individuelle Nutzen-Risiko-Verhältnis abzuwägen. PatientInnen mit bekannter aktiver maligner Erkrankung dürfen nicht mit Ocrelizumab behandelt werden. PatientInnen sollen das Standard-Brustkrebs-Screening entsprechend der lokalen Leitlinien befolgen. PatientInnen, die mit Ocrelizumab behandelt werden, sind vor Therapiebeginn in das dafür vorgesehene Register der ÖGN aufzunehmen.		1 St	4.866,40

Ocrelizumab 0,92

RE1	**Ocrevus 920 mg Inj.lsg.** (PM) Als Monotherapie bei erwachsenen PatientInnen mit hochaktiver schubförmiger Multipler Sklerose (MS), bei denen während einer mindestens einjährigen krankheitsmodifizierenden Behandlung in den vorangegangenen 12 Monaten - mindestens ein Schub und mindestens eine Gadolinium-anreichernde T1-Läsion bzw. mindestens 9 T2-Läsionen in der kranialen MRT oder - 2 Schübe oder mehr auftraten. Bei erwachsenen PatientInnen mit früher primär progredienter Multipler Sklerose (PPMS), charakterisiert anhand - von MRT-Merkmalen, die typisch für eine Entzündungsaktivität sind (Gadolinium anreichernde T1-Läsion(en) und/oder aktive (neue/sich vergrößernde) T2-Läsionen) - einer Krankheitsdauer von kleiner 10 Jahren (bei PatientInnen mit einem EDSS von kleiner/gleich 5,0) oder von kleiner 15 Jahren (bei PatientInnen mit einem EDSS von größer 5,0) und eines Behinderungsgrads (EDSS) zwischen 3,0 - 6,5. Der EDSS ist zu Beginn der Therapie zu dokumentieren. Keine Fortsetzung der Therapie bei einer Steigerung des EDSS um mehr als 1 (wenn EDSS bei Therapiestart kleiner/gleich 5,5) oder um mehr als 0,5 Punkte (wenn EDSS bei Therapiestart größer 5,5) innerhalb von 120 Wochen nach Therapiestart oder wenn der EDSS auf größer/gleich 7,0 Punkte steigt. Diagnosestellung, Verordnung, Einstellung, Therapiekontrolle und Dokumentation durch ein MS-Zentrum. In klinischen Studien wurde bei PatientInnen, die mit Ocrelizumab behandelt wurden, eine erhöhte Anzahl maligner Erkrankungen (einschließlich Mammakarzinom) beobachtet, verglichen mit den Kontrollgruppen. Bei PatientInnen mit bekannten Risikofaktoren für das Auftreten von malignen Erkrankungen und bei PatientInnen, die aktiv auf das Wiederauftreten einer malignen Erkrankung hin überwacht werden, ist das individuelle Nutzen-Risiko-Verhältnis abzuwägen. PatientInnen mit bekannter aktiver maligner Erkrankung dürfen nicht mit Ocrelizumab behandelt werden. PatientInnen sollen das Standard-Brustkrebs-Screening entsprechend der lokalen Leitlinien befolgen. PatientInnen, die mit Ocrelizumab behandelt werden, sind vor Therapiebeginn in das dafür vorgesehene Register der ÖGN aufzunehmen.		1 St	10.328,45

	Bezeichnung	T	OP	KVP in €

L04AG12 Ofatumumab

Ofatumumab 0,02

RE1 L6	**Kesimpta 20 mg Inj.lsg. Fertigpen** (PM) Als Monotherapie bei erwachsenen PatientInnen mit hochaktiver schubförmiger Multipler Sklerose (MS), bei denen während einer mindestens einjährigen krankheitsmodifizierenden Behandlung in den vorangegangenen 12 Monaten - mindestens ein Schub und mindestens eine Gadolinium anreichernde T1-Läsion bzw. mindestens 9 T2-Läsionen in der kranialen MRT oder - 2 Schübe oder mehr auftraten. Diagnosestellung, Verordnung, Einstellung, Therapiekontrolle und Dokumentation durch ein MS-Zentrum. PatientInnen, die mit Ofatumumab behandelt werden, sind vor Therapiebeginn in das dafür vorgesehene Register der ÖGN aufzunehmen. Ofatumumab eignet sich für eine chef(kontroll)ärztliche Langzeitbewilligung für 6 Monate (L6).		1 St	1.276,65

L04AG14 Ublituximab

Ublituximab 0,15

RE1	**Briumvi 150 mg Konz. zur Herst. einer Inf.lsg.** (PM) Als Monotherapie bei erwachsenen PatientInnen mit hochaktiver schubförmiger Multipler Sklerose (MS), bei denen während einer mindestens einjährigen krankheitsmodifizierenden Behandlung in den vorangegangenen 12 Monaten - mindestens ein Schub und mindestens eine Gadolinium anreichernde T1-Läsion bzw. mindestens 9 T2-Läsionen in der kranialen MRT oder - 2 Schübe oder mehr auftraten. Diagnosestellung, Verordnung, Einstellung, Therapiekontrolle und Dokumentation durch ein MS-Zentrum. PatientInnen, die mit Ublituximab behandelt werden, sind vor Therapiebeginn in das dafür vorgesehene Register der ÖGN aufzunehmen.		1 St 3 St	3.058,85 9.127,15

L04AH Mammalian target of rapamycin (mTOR)-Kinase-Inhibitoren
L04AH01 Sirolimus

Sirolimus 0,0005

RE2	**Rapamune 0,5 mg überzogene Tabl.** Eine Kostenübernahme ist möglich für die ambulante (extramurale) immunsuppressive Therapie bei PatientInnen mit Hypertonie und/oder Diabetes nach Nierentransplantation. Rapamune sollte initial in Kombination mit Ciclosporin und Corticosteroiden für die Dauer von zwei bis drei Monaten angewendet werden. Rapamune kann zusammen mit Corticosteroiden als Erhaltungstherapie fortgeführt werden, wenn Ciclosporin stufenweise abgesetzt werden kann. Therapieeinleitung und regelmäßige Kontrollen durch entsprechende Zentren.		30 St 100 St	82,45 233,65

Sirolimus 0,001

RE2	**Rapamune 1 mg überzogene Tabl.** Eine Kostenübernahme ist möglich für die ambulante (extramurale) immunsuppressive Therapie bei Patienten mit Hypertonie und/oder Diabetes nach Nierentransplantation. Rapamune sollte initial in Kombination mit Ciclosporin und Corticosteroiden für die Dauer von zwei bis drei Monaten angewendet werden. Rapamune kann zusammen mit Corticosteroiden als Erhaltungstherapie fortgeführt werden, wenn Ciclosporin stufenweise abgesetzt werden kann. Therapieeinleitung und regelmäßige Kontrollen durch entsprechende Zentren.		30 St 100 St	152,90 452,75

Sirolimus 0,001/ml

RE2	**Rapamune 1 mg/1 ml Lsg. zum Einnehmen** Eine Kostenübernahme ist möglich für die ambulante (extramurale) immunsuppressive Therapie bei Patienten mit Hypertonie und/oder Diabetes nach Nierentransplantation. Rapamune sollte initial in Kombination mit Ciclosporin und Corticosteroiden für die Dauer von zwei bis drei Monaten angewendet werden. Rapamune kann zusammen mit Corticosteroiden als Erhaltungstherapie fortgeführt werden, wenn Ciclosporin stufenweise abgesetzt werden kann. Therapieeinleitung und regelmäßige Kontrollen durch entsprechende Zentren.		60 ml	280,35

	Bezeichnung	T	OP	KVP in €
Sirolimus 0,002				
RE2	**Rapamune 2 mg überzogene Tabl.** Eine Kostenübernahme ist möglich für die ambulante (extramurale) immunsuppressive Therapie bei Patienten mit Hypertonie und/oder Diabetes nach Nierentransplantation. Rapamune sollte initial in Kombination mit Ciclosporin und Corticosteroiden für die Dauer von zwei bis drei Monaten angewendet werden. Rapamune kann zusammen mit Corticosteroiden als Erhaltungstherapie fortgeführt werden, wenn Ciclosporin stufenweise abgesetzt werden kann. Therapieeinleitung und regelmäßige Kontrollen durch entsprechende Zentren.		30 St 100 St	280,35 880,80

L04AH02 Everolimus

Everolimus 0,00025				
RE2	**Certican 0,25 mg Tabl. zur Herst. einer Susp.** - Eine Kostenübernahme ist möglich zur Prophylaxe von Transplantatabstoßungsreaktionen in Kombination mit Ciclosporin und Corticosteroiden für Patienten nach allogener Nieren- oder Herztransplantation. - Therapieeinleitung und regelmäßige Kontrollen durch entsprechende Zentren.		60 St	156,35
Everolimus 0,0005				
RE2	**Certican 0,5 mg Tabl.** - Eine Kostenübernahme ist möglich zur Prophylaxe von Transplantatabstoßungsreaktionen in Kombination mit Ciclosporin und Corticosteroiden für Patienten nach allogener Nieren- oder Herztransplantation. - Therapieeinleitung und regelmäßige Kontrollen durch entsprechende Zentren.		60 St	286,75
Everolimus 0,00075				
RE2	**Certican 0,75 mg Tabl.** - Eine Kostenübernahme ist möglich zur Prophylaxe von Transplantatabstoßungsreaktionen in Kombination mit Ciclosporin und Corticosteroiden für Patienten nach allogener Nieren- oder Herztransplantation. - Therapieeinleitung und regelmäßige Kontrollen durch entsprechende Zentren.		60 St	418,65

L04AJ Komplement-Inhibitoren
L04AJ05 Avacopan

Avacopan 0,01				
RE1 L6	**Tavneos 10 mg Hartkaps.** (PM) Zur Induktionstherapie für bis zu 12 Monate bei Erwachsenen mit schwerer aktiver Granulomatose mit Polyangiitis (GPA) oder mikroskopischer Polyangiitis (MPA) in Kombination mit einem Rituximab- oder Cyclophosphamid-Dosierungsschema, wenn eine hochdosierte Glucocorticoidtherapie aufgrund von Kontraindikationen nicht möglich ist. Als Kontraindikationen für eine hochdosierte Glucocorticoidtherapie gelten insbesonders: Glaukom, manifeste Osteoporose (T-Score kleiner/gleich 2,5 mit atraumatischen Frakturen), ein schlecht einstellbarer Diabetes mellitus (HbA1c größer/gleich 8 % trotz Therapieoptimierung), unter Glucocorticoidtherapie aufgetretene Psychosen und avaskuläre Osteonekrose. Dokumentation des Schweregrads der Erkrankung vor Therapiebeginn und 6 Monate nach Therapiebeginn anhand des Birmingham Vasculitis Activity Scores (BVAS). Die Therapie ist nur fortzuführen, wenn nach 6 Therapiemonaten eine komplette Krankheitsremission (BVAS = 0) erzielt wird. Diagnose, Erstverordnung, regelmäßige Kontrolle und Weiterverordnung durch entsprechende Zentren mit Erfahrung in der Behandlung der GPA oder MPA. Avacopan eignet sich für eine chef(kontroll)ärztliche Langzeitbewilligung für 6 Monate (L6).		30 St 180 St	894,30 5.242,50

	Bezeichnung	T	OP	KVP in €

L04AJ09 Danicopan

Danicopan 0,05 (90 Filmtabl.); Danicopan 0,1 (90 Filmtabl.)

RE1	**Voydeya 50 mg + 100 mg Filmtabl.** (PM) Als Zusatztherapie zu Eculizumab oder Ravulizumab bei Erwachsenen mit paroxysmaler nächtlicher Hämoglobinurie (PNH), die trotz Behandlung mit einem C5-Inhibitor mit einer stabilen Dosis für mindestens 6 Monate nach wie vor anämisch sind. Die PNH-Diagnose muss durch hochempfindliche Durchflusszytometrie bestätigt worden sein. Der Transfusionsbedarf ist vor Therapiebeginn zu dokumentieren. Einstellungen nur bei klinisch relevanter extravasaler Hämolyse gekennzeichnet durch - symptomatische Anämie (Hämoglobinspiegel kleiner/gleich 9,5 g/dl) UND - signifikante Retikulozytose (größer 120 Gpt/l) Kein Einsatz bei - begleitender ausgeprägter Knochenmarksinsuffizienz und/oder - bekannter erblich bedingter Störung des Komplementsystems Die Therapie darf nur fortgeführt werden, wenn - eine Erhöhung des Hämoglobinspiegels im Vergleich zum Ausgangswert UND - eine Verbesserung des Retikulozytenwertes im Vergleich zum Ausgangswert UND - bei bestehender Transfusionsabhängigkeit eine Reduktion der Häufigkeit der benötigten Transfusionen im Vergleich zum Therapiestart nachgewiesen wurde. Der Hämoglobinspiegel, der Retikulozytenwert, sowie der Transfusionsbedarf sind zumindest alle 3-6 Monate zu überprüfen. Diagnose, Ersteinstellung und Therapieüberwachung durch ein spezialisiertes Zentrum mit Erfahrung in der Behandlung der PNH. Die Liste der in Frage kommenden spezialisierten Zentren wird vom Dachverband erstellt und unter www.sozialversicherung.at/erstattungskodex_pnh publiziert. Bei PatientInnen, die mit Danicopan behandelt werden, ist vor Therapiebeginn die Aufnahme in ein PNH-Register anzustreben. Die Aufnahme ist befristet und endet mit 28.2.2030.		180 St	5.320,45

Danicopan 0,1

RE1	**Voydeya 100 mg Filmtabl.** (PM) Als Zusatztherapie zu Eculizumab oder Ravulizumab bei Erwachsenen mit paroxysmaler nächtlicher Hämoglobinurie (PNH), die trotz Behandlung mit einem C5-Inhibitor mit einer stabilen Dosis für mindestens 6 Monate nach wie vor anämisch sind. Die PNH-Diagnose muss durch hochempfindliche Durchflusszytometrie bestätigt worden sein. Der Transfusionsbedarf ist vor Therapiebeginn zu dokumentieren. Einstellungen nur bei klinisch relevanter extravasaler Hämolyse gekennzeichnet durch - symptomatische Anämie (Hämoglobinspiegel kleiner/gleich 9,5 g/dl) UND - signifikante Retikulozytose (größer 120 Gpt/l) Kein Einsatz bei - begleitender ausgeprägter Knochenmarksinsuffizienz und/oder - bekannter erblich bedingter Störung des Komplementsystems Die Therapie darf nur fortgeführt werden, wenn - eine Erhöhung des Hämoglobinspiegels im Vergleich zum Ausgangswert UND - eine Verbesserung des Retikulozytenwertes im Vergleich zum Ausgangswert UND - bei bestehender Transfusionsabhängigkeit eine Reduktion der Häufigkeit der benötigten Transfusionen im Vergleich zum Therapiestart nachgewiesen wurde. Der Hämoglobinspiegel, der Retikulozytenwert, sowie der Transfusionsbedarf sind zumindest alle 3-6 Monate zu überprüfen. Diagnose, Ersteinstellung und Therapieüberwachung durch ein spezialisiertes Zentrum mit Erfahrung in der Behandlung der PNH. Die Liste der in Frage kommenden spezialisierten Zentren wird vom Dachverband erstellt und unter www.sozialversicherung.at/erstattungskodex_pnh publiziert. Bei PatientInnen, die mit Danicopan behandelt werden, ist vor Therapiebeginn die Aufnahme in ein PNH-Register anzustreben. Die Aufnahme ist befristet und endet mit 28.2.2030.		180 St	7.085,70

	Bezeichnung	T	OP	KVP in €

L04AK Dihydroorotat-Dehydrogenase (DHODH)-Inhibitoren
L04AK02 Teriflunomid

Teriflunomid 0,014

RE2	**Terebyo 14 mg Filmtabl.** Bei erwachsenen PatientInnen mit schubförmig remittierender Multipler Sklerose mit mild aktivem Verlauf, wenn therapeutische Alternativen nicht vertragen wurden. Kriterien bei der Ersteinstellung: 2 Schübe innerhalb der letzten 2 Jahre sowie EDSS kleiner/gleich 5,5. Diagnosestellung, Verordnung, Einstellung, Therapiekontrolle und Dokumentation durch ein MS-Zentrum. PatientInnen, die mit Teriflunomid behandelt werden, sind vor Therapiebeginn in das dafür vorgesehene Register der ÖGN aufzunehmen.		14 St 28 St	90,00 166,75
RE2	**Teriflunomid "Genericon" 14 mg Filmtabl.** Bei erwachsenen PatientInnen mit schubförmig remittierender Multipler Sklerose mit mild aktivem Verlauf, wenn therapeutische Alternativen nicht vertragen wurden. Kriterien bei der Ersteinstellung: 2 Schübe innerhalb der letzten 2 Jahre sowie EDSS kleiner/gleich 5,5. Diagnosestellung, Verordnung, Einstellung, Therapiekontrolle und Dokumentation durch ein MS-Zentrum. PatientInnen, die mit Teriflunomid behandelt werden, sind vor Therapiebeginn in das dafür vorgesehene Register der ÖGN aufzunehmen.		14 St 28 St	90,00 166,75
RE2	**Teriflunomid "HCS" 14 mg Filmtabl.** Bei erwachsenen PatientInnen mit schubförmig remittierender Multipler Sklerose mit mild aktivem Verlauf, wenn therapeutische Alternativen nicht vertragen wurden. Kriterien bei der Ersteinstellung: 2 Schübe innerhalb der letzten 2 Jahre sowie EDSS kleiner/gleich 5,5. Diagnosestellung, Verordnung, Einstellung, Therapiekontrolle und Dokumentation durch ein MS-Zentrum. PatientInnen, die mit Teriflunomid behandelt werden, sind vor Therapiebeginn in das dafür vorgesehene Register der ÖGN aufzunehmen.		14 St 28 St	90,15 167,05
RE2	**Teriflunomid "Stada" 14 mg Filmtabl.** Bei erwachsenen PatientInnen mit schubförmig remittierender Multipler Sklerose mit mild aktivem Verlauf, wenn therapeutische Alternativen nicht vertragen wurden. Kriterien bei der Ersteinstellung: 2 Schübe innerhalb der letzten 2 Jahre sowie EDSS kleiner/gleich 5,5. Diagnosestellung, Verordnung, Einstellung, Therapiekontrolle und Dokumentation durch ein MS-Zentrum. PatientInnen, die mit Teriflunomid behandelt werden, sind vor Therapiebeginn in das dafür vorgesehene Register der ÖGN aufzunehmen.	T2 T2	14 St 28 St	89,35 166,10
RE2	**Teriflunomid "Zentiva" 14 mg Filmtabl.** Bei erwachsenen PatientInnen mit schubförmig remittierender Multipler Sklerose mit mild aktivem Verlauf, wenn therapeutische Alternativen nicht vertragen wurden. Kriterien bei der Ersteinstellung: 2 Schübe innerhalb der letzten 2 Jahre sowie EDSS kleiner/gleich 5,5. Diagnosestellung, Verordnung, Einstellung, Therapiekontrolle und Dokumentation durch ein MS-Zentrum. PatientInnen, die mit Teriflunomid behandelt werden, sind vor Therapiebeginn in das dafür vorgesehene Register der ÖGN aufzunehmen.		14 St 28 St	98,10 166,70

	Bezeichnung	T	OP	KVP in €
	L04AL Neonatales Fragment kristallisierbarer Rezeptor (FcRn)-Inhibitoren			
	L04AL01 Efgartigimod alfa			
	Efgartigimod alfa 1,0			
RE1	**Vyvgart 1.000 mg Inj.lsg.** (PM) - Bei Acetylcholin-Rezeptor-Antikörper (AChR-Ak)-positiver generalisierter Myasthenia gravis (gMG) mit einem aktuellen Myasthenia Gravis Foundation of America (MGFA)-Status Klasse III bis IV als add-on-Therapie zur Standardtherapie (Acetylcholinesterase-Inhibitor, Glucocorticosteroide, nichtsteroidale Immunsuppressiva) bei PatientInnen mit wiederholtem Myasthenia Gravis Activities of Daily Life (MG-ADL)-Score größer/gleich 6 Punkte unter einer ausgeschöpften Therapie mit Standardtherapeutika (Acetylcholinesterase-Inhibitor, Glucocorticosteroide, nichtsteroidale Immunsuppressiva, in ausreichender Dosierung und Zeitdauer), wenn mit der Ergänzung der Standardtherapie um weitere kostengünstigere, leitlinienkonforme bzw. national/international verwendete verlaufsmodifizierende (Eskalations-)Therapien nicht das Auslangen gefunden werden kann oder Kontraindikationen gegen diese vorliegen. - Eine Thymektomie, falls im konkreten Einzelfall medizinisch sinnvoll, muss durchgeführt worden sein. - Die Therapie mit Efgartigimod alfa darf nach den 4 Verabreichungen des 2. Behandlungszyklus nur fortgesetzt werden, wenn ab 2 Wochen nach der 1. Verabreichung des 2. Behandlungszyklus im Vergleich zum Ausgangswert vor Therapiebeginn eine mindestens 4 Wochen aufrecht bleibende Verbesserung im MG-ADL-Score um zumindest 5 Punkte erreicht wird ODER wenn eine mindestens 4 Wochen aufrecht bleibende Verbesserung im MG-ADL-Score um zumindest 3 Punkte UND zusätzlich eine dokumentierte Verbesserung im MG-QoL15r von größer/gleich 3 Punkte erreicht werden kann. - Regelmäßige längere Auslassversuche (unter Beibehaltung der Begleittherapien; falls nötig, ergänzt um kostengünstigere, leitlinienkonforme bzw. national/international verwendete verlaufsmodifizierende [Eskalations-]Therapien), um zu evaluieren, ob eine Notwendigkeit für eine Eskalationstherapie im Sinne der oben angeführten Startkriterien weiterhin vorliegt. - Die Bestimmung von MG-ADL-Score und MG-QoL15r hat wiederholt vor Therapiebeginn und danach, insbesondere wie oben im Rahmen des 2. Behandlungszyklus beschrieben sowie im Zusammenhang mit Auslassversuchen, regelmäßig zu erfolgen. - Keine Kostenübernahme für eine Kombination mit einer C5-Komplementinhibitor-Behandlung. - Diagnose, Therapieeinleitung und regelmäßige Kontrollen in einem intramuralen Myasthenia gravis-Zentrum. Die Liste der in Frage kommenden Einrichtungen wird vom Dachverband erstellt und unter www.sozialversicherung.at/erstattungskodex_gMG publiziert.		1 St	14.891,60

	Bezeichnung	T	OP	KVP in €
RE1	**Vyvgart 1.000 mg Inj.lsg. Fertigspr.** (PM) - Bei Acetylcholin-Rezeptor-Antikörper (AChR-Ak)-positiver generalisierter Myasthenia gravis (gMG) mit einem aktuellen Myasthenia Gravis Foundation of America (MGFA)-Status Klasse III bis IV als add-on-Therapie zur Standardtherapie (Acetylcholinesterase-Inhibitor, Glucocorticosteroide, nichtsteroidale Immunsuppressiva) bei PatientInnen mit wiederholtem Myasthenia Gravis Activities of Daily Life (MG-ADL)-Score größer/gleich 6 Punkte unter einer ausgeschöpften Therapie mit Standardtherapeutika (Acetylcholinesterase-Inhibitor, Glucocorticosteroide, nichtsteroidale Immunsuppressiva, in ausreichender Dosierung und Zeitdauer), wenn mit der Ergänzung der Standardtherapie um weitere kostengünstigere, leitlinienkonforme bzw. national/international verwendete verlaufsmodifizierende (Eskalations-)Therapien nicht das Auslangen gefunden werden kann oder Kontraindikationen gegen diese vorliegen. - Eine Thymektomie, falls im konkreten Einzelfall medizinisch sinnvoll, muss durchgeführt worden sein. - Die Therapie mit Efgartigimod alfa darf nach den 4 Verabreichungen des 2. Behandlungszyklus nur fortgesetzt werden, wenn ab 2 Wochen nach der 1. Verabreichung des 2. Behandlungszyklus im Vergleich zum Ausgangswert vor Therapiebeginn eine mindestens 4 Wochen aufrecht bleibende Verbesserung im MG-ADL-Score um zumindest 5 Punkte erreicht wird ODER wenn eine mindestens 4 Wochen aufrecht bleibende Verbesserung im MG-ADL-Score um zumindest 3 Punkte UND zusätzlich eine dokumentierte Verbesserung im MG-QoL15r von größer/gleich 3 Punkte erreicht werden kann. - Regelmäßige längere Auslassversuche (unter Beibehaltung der Begleittherapien; falls nötig, ergänzt um kostengünstigere, leitlinienkonforme bzw. national/international verwendete verlaufsmodifizierende [Eskalations-]Therapien), um zu evaluieren, ob eine Notwendigkeit für eine Eskalationstherapie im Sinne der oben angeführten Startkriterien weiterhin vorliegt. - Die Bestimmung von MG-ADL-Score und MG-QoL15r hat wiederholt vor Therapiebeginn und danach, insbesondere wie oben im Rahmen des 2. Behandlungszyklus beschrieben sowie im Zusammenhang mit Auslassversuchen, regelmäßig zu erfolgen. - Keine Kostenübernahme für eine Kombination mit einer C5-Komplementinhibitor-Behandlung. - Diagnose, Therapieeinleitung und regelmäßige Kontrollen in einem intramuralen Myasthenia gravis-Zentrum. Die Liste der in Frage kommenden Einrichtungen wird vom Dachverband erstellt und unter www.sozialversicherung.at/erstattungskodex_gMG publiziert.		1 St	14.891,60

L04AX Andere Immunsuppressiva
L04AX05 Pirfenidon

Pirfenidon 0,267

RE1	**Esbriet 267 mg Filmtabl.** Bei Erwachsenen zur Behandlung von leichter bis mittelschwerer idiopathischer pulmonaler Fibrose (IPF). Diagnosestellung, Therapieeinleitung und regelmäßige Kontrolle durch PulmologInnen.		63 St	391,25

Pirfenidon 0,801

RE1	**Esbriet 801 mg Filmtabl.** Bei Erwachsenen zur Behandlung von leichter bis mittelschwerer idiopathischer pulmonaler Fibrose (IPF). Diagnosestellung, Therapieeinleitung und regelmäßige Kontrolle durch PulmologInnen.		84 St	1.490,90

	Bezeichnung	T	OP	KVP in €
	L04AX07 Dimethylfumarat			
	Dimethylfumarat 0,12			
RE2	**Dimethylfumarat "ratiopharm GmbH" 120 mg magensaftresistente Hartkaps.** Bei erwachsenen PatientInnen mit schubförmig-remittierender Multipler Sklerose: Kriterien bei Ersteinstellung: - Mindestens ein Schub innerhalb des letzten Jahres oder mindestens eine Gadolinium aufnehmende Läsion in einer rezenten Kernspintomographie und - EDSS kleiner/gleich 5,0 Diagnosestellung, Verordnung, Einstellung, Therapiekontrolle und Dokumentation durch ein MS-Zentrum. Regelmäßige Kontrollen des großen Blutbildes gemäß Fachinformation. PatientInnen, die mit Dimethylfumarat behandelt werden, sind vor Therapiebeginn in das dafür vorgesehene Register der ÖGN aufzunehmen.		14 St	52,00
RE2	**Dimethylfumarat "Stada" 120 mg magensaftresistente Hartkaps.** Bei erwachsenen PatientInnen mit schubförmig-remittierender Multipler Sklerose: Kriterien bei Ersteinstellung: - Mindestens ein Schub innerhalb des letzten Jahres oder mindestens eine Gadolinium aufnehmende Läsion in einer rezenten Kernspintomographie und - EDSS kleiner/gleich 5,0 Diagnosestellung, Verordnung, Einstellung, Therapiekontrolle und Dokumentation durch ein MS-Zentrum. Regelmäßige Kontrollen des großen Blutbildes gemäß Fachinformation. PatientInnen, die mit Dimethylfumarat behandelt werden, sind vor Therapiebeginn in das dafür vorgesehene Register der ÖGN aufzunehmen.		14 St	50,55
RE2	**Tecfidera 120 mg magensaftresistente Hartkaps.** (PM) Bei erwachsenen PatientInnen mit schubförmig remittierender Multipler Sklerose: Kriterien bei Ersteinstellung: - Mindestens ein Schub innerhalb des letzten Jahres oder mindestens eine Gadolinium aufnehmende Läsion in einer rezenten Kernspintomographie und - EDSS kleiner/gleich 5,0 Diagnosestellung, Verordnung, Einstellung, Therapiekontrolle und Dokumentation durch ein MS-Zentrum. Regelmäßige Kontrollen des großen Blutbildes gemäß Fachinformation. PatientInnen, die mit Dimethylfumarat behandelt werden, sind vor Therapiebeginn in das dafür vorgesehene Register der ÖGN aufzunehmen.		14 St	159,25
	Dimethylfumarat 0,24			
RE2	**Dimethylfumarat "ratiopharm GmbH" 240 mg magensaftresistente Hartkaps.** Bei erwachsenen PatientInnen mit schubförmig-remittierender Multipler Sklerose: Kriterien bei Ersteinstellung: - Mindestens ein Schub innerhalb des letzten Jahres oder mindestens eine Gadolinium aufnehmende Läsion in einer rezenten Kernspintomographie und - EDSS kleiner/gleich 5,0 Diagnosestellung, Verordnung, Einstellung, Therapiekontrolle und Dokumentation durch ein MS-Zentrum. Regelmäßige Kontrollen des großen Blutbildes gemäß Fachinformation. PatientInnen, die mit Dimethylfumarat behandelt werden, sind vor Therapiebeginn in das dafür vorgesehene Register der ÖGN aufzunehmen.		56 St	175,40
RE2	**Dimethylfumarat "Stada" 240 mg magensaftresistente Hartkaps.** Bei erwachsenen PatientInnen mit schubförmig-remittierender Multipler Sklerose: Kriterien bei Ersteinstellung: - Mindestens ein Schub innerhalb des letzten Jahres oder mindestens eine Gadolinium aufnehmende Läsion in einer rezenten Kernspintomographie und - EDSS kleiner/gleich 5,0 Diagnosestellung, Verordnung, Einstellung, Therapiekontrolle und Dokumentation durch ein MS-Zentrum. Regelmäßige Kontrollen des großen Blutbildes gemäß Fachinformation. PatientInnen, die mit Dimethylfumarat behandelt werden, sind vor Therapiebeginn in das dafür vorgesehene Register der ÖGN aufzunehmen.		56 St	174,25

	Bezeichnung	T	OP	KVP in €
RE2	**Tecfidera 240 mg magensaftresistente Hartkaps.** (PM) Bei erwachsenen PatientInnen mit schubförmig remittierender Multipler Sklerose: Kriterien bei Ersteinstellung: - Mindestens ein Schub innerhalb des letzten Jahres oder mindestens eine Gadolinium aufnehmende Läsion in einer rezenten Kernspintomographie und - EDSS kleiner/gleich 5,0 Diagnosestellung, Verordnung, Einstellung, Therapiekontrolle und Dokumentation durch ein MS-Zentrum. Regelmäßige Kontrollen des großen Blutbildes gemäß Fachinformation. PatientInnen, die mit Dimethylfumarat behandelt werden, sind vor Therapiebeginn in das dafür vorgesehene Register der ÖGN aufzunehmen.		56 St	559,75

M MUSKEL- UND SKELETTSYSTEM
M01 ANTIPHLOGISTIKA UND ANTIRHEUMATIKA
M01A NICHTSTEROIDALE ANTIPHLOGISTIKA UND ANTIRHEUMATIKA
M01AB Essigsäure-Derivate und verwandte Substanzen
M01AB55 Diclofenac, Kombinationen

Diclofenac 0,0003, Orphenadrincitrat 0,00012/ml

RE2	**Neodolpasse Inf.lsg.** Mit oral oder intramuskulär verabreichten und ausreichend hoch dosierten Therapiealternativen des Grünen Bereiches nicht beherrschbare akute radikuläre und vertebragene Schmerz- und Entzündungszustände, welche eine kurz dauernde intravenöse Infusionstherapie (für maximal fünf Tage) erforderlich machen. Darüber hinaus ist eine weitere Kostenübernahme nicht möglich (andere Therapieoptionen).		1 St *250 ml* 5 St *250 ml*	8,85 39,60

M01AH Coxibe
M01AH01 Celecoxib

Celecoxib 0,1

RE2 L6	**Celebrex 100 mg Hartkaps.** Zur Behandlung der schmerzhaften Osteoarthrose bei Patienten über dem 65. Lebensjahr - mit Ulcus in der Anamnese oder - mit Antikoagulation; zur Behandlung der schmerzhaften Polyarthritis 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).		10 St(2) 30 St	3,85 11,20

Celecoxib 0,2

RE2 L6	**Celebrex 200 mg Hartkaps.** Zur Behandlung der schmerzhaften Osteoarthrose bei Patienten über dem 65. Lebensjahr - mit Ulcus in der Anamnese oder - mit Antikoagulation; zur Behandlung der schmerzhaften Polyarthritis 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).		10 St(2) 30 St	7,65 21,60

	Bezeichnung	T	OP	KVP in €

M01AH05 Etoricoxib

Etoricoxib 0,03

RE1	**Arcoxia 30 mg Filmtabl.** Zur Behandlung der schmerzhaften Osteoarthrose bei PatientInnen über dem 65. Lebensjahr - mit Ulcus in der Anamnese oder - mit Antikoagulation; nicht in Verbindung mit Magenschutz, nicht in Kombination mit anderen NSAR, nicht bei gleichzeitiger ASS-Dauertherapie, nicht bei PatientInnen mit Hypertonie, deren Blutdruck anhaltend über 140/90 mm Hg erhöht und nicht ausreichend eingestellt ist, nicht bei koronarer Herzkrankheit und nicht bei cerebrovaskulären Erkrankungen. Arcoxia sollte in der niedrigst wirksamen Dosierung und kürzest möglichen Therapiedauer eingesetzt werden (maximal 6 Monate).		28 St	25,90

Etoricoxib 0,06

RE1	**Arcoxia 60 mg Filmtabl.** Zur Behandlung der schmerzhaften Osteoarthrose bei PatientInnen über dem 65. Lebensjahr - mit Ulcus in der Anamnese oder - mit Antikoagulation; nicht in Verbindung mit Magenschutz, nicht in Kombination mit anderen NSAR, nicht bei gleichzeitiger ASS-Dauertherapie, nicht bei PatientInnen mit Hypertonie, deren Blutdruck anhaltend über 140/90 mm Hg erhöht und nicht ausreichend eingestellt ist, nicht bei koronarer Herzkrankheit und nicht bei cerebrovaskulären Erkrankungen. Arcoxia sollte in der niedrigst wirksamen Dosierung und kürzest möglichen Therapiedauer eingesetzt werden (maximal 6 Monate).		7 St 28 St	6,85 25,90

Etoricoxib 0,09

RE1	**Arcoxia 90 mg Filmtabl.** Zur Behandlung der schmerzhaften Polyarthritis bei PatientInnen - mit Ulcus in der Anamnese oder - mit Antikoagulation; nicht in Verbindung mit Magenschutz, nicht in Kombination mit anderen NSAR, nicht bei gleichzeitiger ASS-Dauertherapie, nicht bei PatientInnen mit Hypertonie, deren Blutdruck anhaltend über 140/90 mm Hg erhöht und nicht ausreichend eingestellt ist, nicht bei koronarer Herzkrankheit und nicht bei cerebrovaskulären Erkrankungen. Arcoxia sollte in der niedrigst wirksamen Dosierung und kürzest möglichen Therapiedauer eingesetzt werden (maximal 6 Monate).		7 St 28 St	7,95 29,40

M04 GICHTMITTEL
M04A GICHTMITTEL
M04AA Urikostatika
M04AA03 Febuxostat

Febuxostat 0,08

RE1 L6	**Adenuric 80 mg Filmtabl.** Bei chronischer Hyperurikämie mit Uratablagerungen (einschließlich eines aus der Krankengeschichte bekannten oder aktuell vorliegenden Gichtknotens und/oder einer Gichtarthritis), wenn eine Intoleranz/Kontraindikation gegen die Therapiealternativen aus dem Grünen Bereich (M04AA) besteht oder trotz ausreichender Dosierung die Harnsäurewerte nicht unter 6 mg/dl gesenkt werden können. Kontrolle der Harnsäurewerte alle 3 Monate. Therapiefortsetzung nur bei gesichertem Ansprechen (Senkung des Harnsäurespiegels unter 6 mg/dl). Nach dauerhafter Senkung des Harnsäurespiegels unter 6 mg/dl über einen Zeitraum von zumindest einem Jahr kann die Therapie unter der Voraussetzung von halbjährlichen Kontrollen der Harnsäurewerte abgesetzt werden. Febuxostat eignet sich für eine chef(kontroll)ärztliche Langzeitbewilligung für 6 Monate (L6).		14 St 28 St	6,40 12,50

	Bezeichnung	T	OP	KVP in €
RE1 L6	**Feburo 80 mg Filmtabl.** Bei chronischer Hyperurikämie mit Uratablagerungen (einschließlich eines aus der Krankengeschichte bekannten oder aktuell vorliegenden Gichtknotens und/oder einer Gichtarthritis), wenn eine Intoleranz/Kontraindikation gegen die Therapiealternativen aus dem Grünen Bereich (M04AA) besteht oder trotz ausreichender Dosierung die Harnsäurewerte nicht unter 6 mg/dl gesenkt werden können. Kontrolle der Harnsäurewerte alle 3 Monate. Therapiefortsetzung nur bei gesichertem Ansprechen (Senkung des Harnsäurespiegels unter 6 mg/dl). Nach dauerhafter Senkung des Harnsäurespiegels unter 6 mg/dl über einen Zeitraum von zumindest einem Jahr kann die Therapie unter der Voraussetzung von halbjährlichen Kontrollen der Harnsäurewerte abgesetzt werden. Febuxostat eignet sich für eine chef(kontroll)ärztliche Langzeitbewilligung für 6 Monate (L6).		10 St 30 St	4,55 13,25
RE1 L6	**Febuxostat "+pharma" 80 mg Filmtabl.** Bei chronischer Hyperurikämie mit Uratablagerungen (einschließlich eines aus der Krankengeschichte bekannten oder aktuell vorliegenden Gichtknotens und/oder einer Gichtarthritis), wenn eine Intoleranz/Kontraindikation gegen die Therapiealternativen aus dem Grünen Bereich (M04AA) besteht oder trotz ausreichender Dosierung die Harnsäurewerte nicht unter 6 mg/dl gesenkt werden können. Kontrolle der Harnsäurewerte alle 3 Monate. Therapiefortsetzung nur bei gesichertem Ansprechen (Senkung des Harnsäurespiegels unter 6 mg/dl). Nach dauerhafter Senkung des Harnsäurespiegels unter 6 mg/dl über einen Zeitraum von zumindest einem Jahr kann die Therapie unter der Voraussetzung von halbjährlichen Kontrollen der Harnsäurewerte abgesetzt werden. Febuxostat eignet sich für eine chef(kontroll)ärztliche Langzeitbewilligung für 6 Monate (L6).		20 St 30 St	9,00 12,40
RE1 L6	**Febuxostat "Genericon" 80 mg Filmtabl.** Bei chronischer Hyperurikämie mit Uratablagerungen (einschließlich eines aus der Krankengeschichte bekannten oder aktuell vorliegenden Gichtknotens und/oder einer Gichtarthritis), wenn eine Intoleranz/Kontraindikation gegen die Therapiealternativen aus dem Grünen Bereich (M04AA) besteht oder trotz ausreichender Dosierung die Harnsäurewerte nicht unter 6 mg/dl gesenkt werden können. Kontrolle der Harnsäurewerte alle 3 Monate. Therapiefortsetzung nur bei gesichertem Ansprechen (Senkung des Harnsäurespiegels unter 6 mg/dl). Nach dauerhafter Senkung des Harnsäurespiegels unter 6 mg/dl über einen Zeitraum von zumindest einem Jahr kann die Therapie unter der Voraussetzung von halbjährlichen Kontrollen der Harnsäurewerte abgesetzt werden. Febuxostat eignet sich für eine chef(kontroll)ärztliche Langzeitbewilligung für 6 Monate (L6).		20 St 30 St	9,15 13,30
RE1 L6	**Febuxostat "ratiopharm" 80 mg Filmtabl.** Bei chronischer Hyperurikämie mit Uratablagerungen (einschließlich eines aus der Krankengeschichte bekannten oder aktuell vorliegenden Gichtknotens und/oder einer Gichtarthritis), wenn eine Intoleranz/Kontraindikation gegen die Therapiealternativen aus dem Grünen Bereich (M04AA) besteht oder trotz ausreichender Dosierung die Harnsäurewerte nicht unter 6 mg/dl gesenkt werden können. Kontrolle der Harnsäurewerte alle 3 Monate. Therapiefortsetzung nur bei gesichertem Ansprechen (Senkung des Harnsäurespiegels unter 6 mg/dl). Nach dauerhafter Senkung des Harnsäurespiegels unter 6 mg/dl über einen Zeitraum von zumindest einem Jahr kann die Therapie unter der Voraussetzung von halbjährlichen Kontrollen der Harnsäurewerte abgesetzt werden. Febuxostat eignet sich für eine chef(kontroll)ärztliche Langzeitbewilligung für 6 Monate (L6).		10 St 30 St	4,50 13,25
RE1 L6	**Febuxostat "Stada" 80 mg Filmtabl.** Bei chronischer Hyperurikämie mit Uratablagerungen (einschließlich eines aus der Krankengeschichte bekannten oder aktuell vorliegenden Gichtknotens und/oder einer Gichtarthritis), wenn eine Intoleranz/Kontraindikation gegen die Therapiealternativen aus dem Grünen Bereich (M04AA) besteht oder trotz ausreichender Dosierung die Harnsäurewerte nicht unter 6 mg/dl gesenkt werden können. Kontrolle der Harnsäurewerte alle 3 Monate. Therapiefortsetzung nur bei gesichertem Ansprechen (Senkung des Harnsäurespiegels unter 6 mg/dl). Nach dauerhafter Senkung des Harnsäurespiegels unter 6 mg/dl über einen Zeitraum von zumindest einem Jahr kann die Therapie unter der Voraussetzung von halbjährlichen Kontrollen der Harnsäurewerte abgesetzt werden. Febuxostat eignet sich für eine chef(kontroll)ärztliche Langzeitbewilligung für 6 Monate (L6).	T2 T2	14 St 28 St	6,40 12,50

	Bezeichnung	T	OP	KVP in €
Febuxostat 0,12				
RE1 L6	**Adenuric 120 mg Filmtabl.** Bei chronischer Hyperurikämie mit Uratablagerungen (einschließlich eines aus der Krankengeschichte bekannten oder aktuell vorliegenden Gichtknotens und/oder einer Gichtarthritis), wenn eine Intoleranz/Kontraindikation gegen die Therapiealternativen aus dem Grünen Bereich (M04AA) besteht oder trotz ausreichender Dosierung die Harnsäurewerte nicht unter 6 mg/dl gesenkt werden können. Kontrolle der Harnsäurewerte alle 3 Monate. Therapiefortsetzung nur bei gesichertem Ansprechen (Senkung des Harnsäurespiegels unter 6 mg/dl). Nach dauerhafter Senkung des Harnsäurespiegels unter 6 mg/dl über einen Zeitraum von zumindest einem Jahr kann die Therapie unter der Voraussetzung von halbjährlichen Kontrollen der Harnsäurewerte abgesetzt werden. Febuxostat eignet sich für eine chef(kontroll)ärztliche Langzeitbewilligung für 6 Monate (L6).		14 St 28 St	6,40 12,50
RE1 L6	**Feburo 120 mg Filmtabl.** Bei chronischer Hyperurikämie mit Uratablagerungen (einschließlich eines aus der Krankengeschichte bekannten oder aktuell vorliegenden Gichtknotens und/oder einer Gichtarthritis), wenn eine Intoleranz/Kontraindikation gegen die Therapiealternativen aus dem Grünen Bereich (M04AA) besteht oder trotz ausreichender Dosierung die Harnsäurewerte nicht unter 6 mg/dl gesenkt werden können. Kontrolle der Harnsäurewerte alle 3 Monate. Therapiefortsetzung nur bei gesichertem Ansprechen (Senkung des Harnsäurespiegels unter 6 mg/dl). Nach dauerhafter Senkung des Harnsäurespiegels unter 6 mg/dl über einen Zeitraum von zumindest einem Jahr kann die Therapie unter der Voraussetzung von halbjährlichen Kontrollen der Harnsäurewerte abgesetzt werden. Febuxostat eignet sich für eine chef(kontroll)ärztliche Langzeitbewilligung für 6 Monate (L6).		10 St 30 St	4,55 13,25
RE1 L6	**Febuxostat "ratiopharm" 120 mg Filmtabl.** Bei chronischer Hyperurikämie mit Uratablagerungen (einschließlich eines aus der Krankengeschichte bekannten oder aktuell vorliegenden Gichtknotens und/oder einer Gichtarthritis), wenn eine Intoleranz/Kontraindikation gegen die Therapiealternativen aus dem Grünen Bereich (M04AA) besteht oder trotz ausreichender Dosierung die Harnsäurewerte nicht unter 6 mg/dl gesenkt werden können. Kontrolle der Harnsäurewerte alle 3 Monate. Therapiefortsetzung nur bei gesichertem Ansprechen (Senkung des Harnsäurespiegels unter 6 mg/dl). Nach dauerhafter Senkung des Harnsäurespiegels unter 6 mg/dl über einen Zeitraum von zumindest einem Jahr kann die Therapie unter der Voraussetzung von halbjährlichen Kontrollen der Harnsäurewerte abgesetzt werden. Febuxostat eignet sich für eine chef(kontroll)ärztliche Langzeitbewilligung für 6 Monate (L6).		10 St 30 St	4,50 13,25
RE1 L6	**Febuxostat "Stada" 120 mg Filmtabl.** Bei chronischer Hyperurikämie mit Uratablagerungen (einschließlich eines aus der Krankengeschichte bekannten oder aktuell vorliegenden Gichtknotens und/oder einer Gichtarthritis), wenn eine Intoleranz/Kontraindikation gegen die Therapiealternativen aus dem Grünen Bereich (M04AA) besteht oder trotz ausreichender Dosierung die Harnsäurewerte nicht unter 6 mg/dl gesenkt werden können. Kontrolle der Harnsäurewerte alle 3 Monate. Therapiefortsetzung nur bei gesichertem Ansprechen (Senkung des Harnsäurespiegels unter 6 mg/dl). Nach dauerhafter Senkung des Harnsäurespiegels unter 6 mg/dl über einen Zeitraum von zumindest einem Jahr kann die Therapie unter der Voraussetzung von halbjährlichen Kontrollen der Harnsäurewerte abgesetzt werden. Febuxostat eignet sich für eine chef(kontroll)ärztliche Langzeitbewilligung für 6 Monate (L6).		14 St 28 St	6,40 12,50

	Bezeichnung	T	OP	KVP in €

M05 MITTEL ZUR BEHANDLUNG VON KNOCHENERKRANKUNGEN
M05B MITTEL MIT EINFLUSS AUF DIE KNOCHENSTRUKTUR UND DIE MINERALISATION
M05BX Andere Mittel mit Einfluß auf die Knochenstruktur und die Mineralisation
M05BX04 Denosumab

Denosumab 0,06

RE1	**Prolia 60 mg Inj.lsg. Fertigspr.** Patientinnen mit Knochenbruchkrankheit (postmenopausale Osteoporose) mit hohem Frakturrisiko oder vorhergegangenen Frakturen nach inadäquatem Trauma, bei denen eine Therapie mit oralen Bisphosphonaten (ATC-Code M05BA, welche zur Therapie der Osteoporose zugelassen sind) nicht möglich ist.		1 St *1 ml*	196,45

M05BX06 Romosozumab

Romosozumab 0,105

RE1 L3	**Evenity 105 mg Inj.lsg. Fertigpen** (PM) Bei postmenopausalen Frauen mit manifester Osteoporose (stattgehabte major osteoporotic fracture [MOF] in den letzten 24 Monaten: hüftnahe Fraktur, klinisch vertebrale Fraktur, Unterarmfraktur, Humerusfraktur), wenn trotz adäquat geführter antiresorptiver Therapie - eine neue MOF aufgetreten ist oder - ein sehr hohes 10-Jahres-Frakturrisiko gemäß Fracture Risk Assessment Tool (FRAX) besteht. Nicht in Kombination mit anderen Medikamenten zur Behandlung der Osteoporose außer Calcium und/oder Vitamin D. Indikationsstellung, Erstverordnung und regelmäßige Kontrollen durch eine Osteoporose-Ambulanz oder FachärztInnen mit einschlägiger Erfahrung in der Osteoporose-Behandlung. Die maximale Therapiedauer beträgt einmalig 12 Monate. Eine antiresorptive Anschlussbehandlung ist erforderlich. Cave: Bei der Entscheidung, ob für eine individuelle Patientin Romosozumab angewendet werden soll, sollte deren Frakturrisiko über das nächste Jahr sowie das kardiovaskuläre Risiko, basierend auf Risikofaktoren (bekannte kardiovaskuläre Erkrankung, Hypertonie, Hyperlipidämie, Diabetes mellitus, Rauchen, schwere Nierenfunktionsstörung, Alter) berücksichtigt werden. Romosozumab sollte nur angewendet werden, wenn Ärztin/Arzt und Patientin sich darüber einig sind, dass der Nutzen größer als das Risiko ist. Romosozumab eignet sich für eine chef(kontroll)ärztliche Langzeitbewilligung für 3 Monate (L3).		2 St	461,05

M09 ANDERE MITTEL GEGEN STÖRUNGEN DES MUSKEL- UND SKELETTSYSTEMS
M09A ANDERE MITTEL GEGEN STÖRUNGEN DES MUSKEL- UND SKELETTSYSTEMS
M09AX Andere Mittel gegen Störungen des Muskel- und Skelettsystems
M09AX10 Risdiplam

Risdiplam 0,00075/ml

RE1 L6	**Evrysdi 0,75 mg/ml Plv. zur Herst. einer Lsg. zum Einnehmen** (PM) Therapiebeginn bei PatientInnen mit 5q-assoziierter spinaler Muskelatrophie (SMA) und mit Nachweis des Verlusts von beiden SMN1-Genkopien und Nachweis von einer bis vier SMN2-Genkopien anhand eines validierten Testverfahrens. Startkriterien: - Keine dauerhafte invasive Beatmung - Bei PatientInnen mit einem Körpergewicht von unter 13,5 kg nur, wenn eine Therapie mit Onasemnogen-Abeparvovec nicht möglich ist - Keine Anwendung nach einer Therapie mit Onasemnogen-Abeparvovec - Keine Anwendung nach Therapieversagen mit Nusinersen - Nicht in Kombination mit Nusinersen Vor Therapiebeginn müssen die PatientInnen bzw. deren Betreuungspersonen im Rahmen eines dokumentierten Aufklärungsgesprächs über die Abbruchkriterien informiert werden. Vor Therapiebeginn sind in Abhängigkeit von Alter und Krankheitsstatus folgende Untersuchungen durchzuführen und zu dokumentieren: CHOP-INTEND-Score, HINE-2-Score, HFMSE-Score, RULM-Score, Gehfähigkeit (10 Meter-Gehstrecke ohne Unterstützung und 6 Minuten Gehtest). Das Labor hat ein ISO-zertifiziertes oder nach EN ISO 15189 akkreditiertes Verfahren zur Bestimmung der SMN2-Genkopienzahl zu verwenden und muss über Erfahrung in der Durchführung dieses Verfahrens verfügen, die über eine Gelegenheitsversorgung hinausgeht. Hierfür wird eine Mindestanzahl von 5 bis 10 SMA-Analysen pro Jahr als ausreichend angesehen. Bei Wirkungsverlust ist die Therapie abzubrechen. Dies trifft zu, wenn nach Therapiebeginn bei zumindest zwei Kontrolluntersuchungen im Abstand von maximal 6 (bzw. 12) Monaten das beste Ergebnis der beiden Untersuchungen zumindest eines der folgenden Kriterien (in Abhängigkeit von Alter und Krankheitsstatus) erfüllt: - Dauerhafte Beatmung (Tracheostomie oder mindestens 16 Stunden nicht-invasive Beatmung pro Tag oder Intubation an mehr als 21 aufeinanderfolgenden Tagen in Abwesenheit von oder im Anschluss an das Abklingen eines akuten reversiblen Ereignisses) - Verschlechterung des CHOP-INTEND-Scores um zumindest 4 Punkte gegenüber dem Ausgangswert vor Therapiebeginn oder versus letzter Messung bei wiederholter Kontrolle - Verschlechterung des HINE (Subskala 2)-Scores (Verschlechterung um mehr als 2 Punkte bei "Strampeln" oder zumindest 1 Punkt bei allen anderen Items, außer bei "bewusstem Greifen") gegenüber dem Ausgangswert vor Therapiebeginn oder versus letzter Messung bei wiederholter Kontrolle - Verschlechterung des HFMSE-Scores um zumindest 3 Punkte gegenüber dem Ausgangswert vor Therapiebeginn oder versus letzter Messung bei wiederholter Kontrolle - Verschlechterung des RULM-Scores um zumindest 2 Punkte gegenüber dem Ausgangswert vor Therapiebeginn oder versus letzter Messung bei wiederholter Kontrolle - Verlust der Gehfähigkeit, definiert als weniger als 10 Meter freies Gehen ohne Unterstützung, gegenüber dem Ausgangswert vor Therapiebeginn oder versus letzter Messung bei wiederholter Kontrolle Diagnose und Erstverordnung durch NeuropädiaterInnen oder NeurologInnen in einer entsprechenden Fachabteilung bzw. Zentrum mit dokumentierter spezifischer Erfahrung in der medikamentösen Therapie der SMA bei zumindest 5 PatientInnen innerhalb der letzten 3 Jahre. Regelmäßige Kontrolle alle 6 Monate in den ersten 18 Monaten der Behandlung, danach alle 6 bis 12 Monate nach ärztlichem Ermessen sowie Weiterverordnung durch entsprechende Fachabteilung bzw. Zentrum oder durch NeuropädiaterInnen oder NeurologInnen. Dokumentierter Einschluss in das Register SMArtCARE. Risdiplam eignet sich für eine chef(kontroll)ärztliche Langzeitbewilligung für 6 Monate (L6).		1 St *60 mg*	7.827,85

	Bezeichnung	T	OP	KVP in €
Risdiplam 0,005				
RE1 L6	**Evrysdi 5 mg Filmtabl.** (PM) Therapiebeginn bei PatientInnen mit 5q-assoziierter spinaler Muskelatrophie (SMA) und mit Nachweis des Verlusts von beiden SMN1-Genkopien und Nachweis von einer bis vier SMN2-Genkopien anhand eines validierten Testverfahrens. Startkriterien: - Keine dauerhafte invasive Beatmung - Bei PatientInnen mit einem Körpergewicht von unter 13,5 kg nur, wenn eine Therapie mit Onasemnogen-Abeparvovec nicht möglich ist - Keine Anwendung nach einer Therapie mit Onasemnogen-Abeparvovec - Keine Anwendung nach Therapieversagen mit Nusinersen - Nicht in Kombination mit Nusinersen Vor Therapiebeginn müssen die PatientInnen bzw. deren Betreuungspersonen im Rahmen eines dokumentierten Aufklärungsgesprächs über die Abbruchkriterien informiert werden. Vor Therapiebeginn sind in Abhängigkeit von Alter und Krankheitsstatus folgende Untersuchungen durchzuführen und zu dokumentieren: CHOP-INTEND-Score, HINE-2-Score, HFMSE-Score, RULM-Score, Gehfähigkeit (10 Meter-Gehstrecke ohne Unterstützung und 6 Minuten Gehtest). Das Labor hat ein ISO-zertifiziertes oder nach EN ISO 15189 akkreditiertes Verfahren zur Bestimmung der SMN2-Genkopienzahl zu verwenden und muss über Erfahrung in der Durchführung dieses Verfahrens verfügen, die über eine Gelegenheitsversorgung hinausgeht. Hierfür wird eine Mindestanzahl von 5 bis 10 SMA-Analysen pro Jahr als ausreichend angesehen. Bei Wirkungsverlust ist die Therapie abzubrechen. Dies trifft zu, wenn nach Therapiebeginn bei zumindest zwei Kontrolluntersuchungen im Abstand von maximal 6 (bzw. 12) Monaten das beste Ergebnis der beiden Untersuchungen zumindest eines der folgenden Kriterien (in Abhängigkeit von Alter und Krankheitsstatus) erfüllt: - Dauerhafte Beatmung (Tracheostomie oder mindestens 16 Stunden nicht-invasive Beatmung pro Tag oder Intubation an mehr als 21 aufeinanderfolgenden Tagen in Abwesenheit von oder im Anschluss an das Abklingen eines akuten reversiblen Ereignisses) - Verschlechterung des CHOP-INTEND-Scores um zumindest 4 Punkte gegenüber dem Ausgangswert vor Therapiebeginn oder versus letzter Messung bei wiederholter Kontrolle - Verschlechterung des HINE (Subskala 2)-Scores (Verschlechterung um mehr als 2 Punkte bei "Strampeln" oder zumindest 1 Punkt bei allen anderen Items, außer bei "bewusstem Greifen") gegenüber dem Ausgangswert vor Therapiebeginn oder versus letzter Messung bei wiederholter Kontrolle - Verschlechterung des HFMSE-Scores um zumindest 3 Punkte gegenüber dem Ausgangswert vor Therapiebeginn oder versus letzter Messung bei wiederholter Kontrolle - Verschlechterung des RULM-Scores um zumindest 2 Punkte gegenüber dem Ausgangswert vor Therapiebeginn oder versus letzter Messung bei wiederholter Kontrolle - Verlust der Gehfähigkeit, definiert als weniger als 10 Meter freies Gehen ohne Unterstützung, gegenüber dem Ausgangswert vor Therapiebeginn oder versus letzter Messung bei wiederholter Kontrolle Diagnose und Erstverordnung durch NeuropädiaterInnen oder NeurologInnen in einer entsprechenden Fachabteilung bzw. Zentrum mit dokumentierter spezifischer Erfahrung in der medikamentösen Therapie der SMA bei zumindest 5 PatientInnen innerhalb der letzten 3 Jahre. Regelmäßige Kontrolle alle 6 Monate in den ersten 18 Monaten der Behandlung, danach alle 6 bis 12 Monate nach ärztlichem Ermessen sowie Weiterverordnung durch entsprechende Fachabteilung bzw. Zentrum oder durch NeuropädiaterInnen oder NeurologInnen. Dokumentierter Einschluss in das Register SMArtCARE. Risdiplam eignet sich für eine chef(kontroll)ärztliche Langzeitbewilligung für 6 Monate (L6).		28 St	18.232,05

	Bezeichnung	T	OP	KVP in €

N NERVENSYSTEM
N01 ANÄSTHETIKA
N01B LOKALANÄSTHETIKA
N01BB Amide
N01BB52 Lidocain, Kombinationen

Lidocain 0,02, Chlorhexidin 0,0005/g

RE2 L12	**Cathejell comp. 17,31 mg/g / 0,5 mg/g Gel** Eine Kostenübernahme ist nur möglich zur Selbstkatheterisierung (z.B. bei Patienten mit Querschnittlähmung).		25 St *8,5 g* 25 St *12,5 g*	38,70 48,25

N01BX Andere Lokalanästhetika

Diphenhydramin 0,01, Chlorhexidin 0,0005/g

RE2 L12	**Cathejell Diphenhydramin 1 %/Chlorhexidin 0,05 % Gel** Eine Kostenübernahme ist nur möglich zur Selbstkatheterisierung (z.B. bei Patienten mit Querschnittlähmung).		25 St *12,5 g*	48,25
RE2 L12	**Cathejell Diphenhydramin 1 %/Chlorhexidin 0,05 % Gel (in Tuben)** Eine Kostenübernahme ist nur möglich zur Selbstkatheterisierung (z.B. bei Patienten mit Querschnittlähmung).		1 St	12,60

N01BX04 Capsaicin

Capsaicin 0,179

RE1	**Qutenza 179 mg kutanes Pflaster** Bei peripheren neuropathischen Schmerzen bei Erwachsenen, die nicht an Diabetes leiden, wenn mit Therapiealternativen aus dem Grünen Bereich (ATC-Code N02A, N03, N06A) nicht das Auslangen gefunden werden kann. Das Nichtauslangen von Therapiealternativen aus dem Grünen Bereich muss von einem Arzt/einer Ärztin in einem Schmerzzentrum oder einem Arzt/einer Ärztin mit Schmerzdiplom der Österreichischen Ärztekammer (ÖÄK) festgestellt und dokumentiert worden sein. Die Therapieeinleitung und regelmäßige Kontrolle ist in einem Schmerzzentrum oder von einem Arzt/einer Ärztin mit Schmerzdiplom der Österreichischen Ärztekammer durchzuführen. Kostenübernahme der Ersttherapie erfolgt nur - wenn diese extramural verabreicht und - ein Ansprechen auf die Ersttherapie dokumentiert wurde. Ein Ansprechen ist definiert als Abnahme des Schmerzes um größer/gleich 2 Punkte auf der 11 Punkte umfassenden VAS (Visual Analogue Scale) bei Ersttherapie. Dieses Ansprechen darf frühestens 2 Wochen nach erstmaliger Anwendung evaluiert werden. Eine Kostenübernahme für weitere Nachverordnungen erfolgt - frühestens 3 Monate nach der letzten Verabreichung und - nur bei Anwendung im extramuralen Bereich und dokumentiertem Ansprechen auf die Ersttherapie.		1 St	290,75

N02 ANALGETIKA
N02A OPIOIDE
N02AE Oripavin-Derivate
N02AE01 Buprenorphin

Buprenorphin 0,0002

RE2 SG	**Temgesic 0,2 mg Sublingualtabl.** Eine Kostenübernahme ist nur möglich, wenn mit Therapiealternativen (Packungsgrößen) aus dem Grünen Bereich nachweislich nicht das Auslangen gefunden werden kann.		50 St	22,05

Buprenorphin 0,0004

RE2 SG	**Temgesic 0,4 mg Sublingualtabl.** Eine Kostenübernahme ist nur möglich, wenn mit Therapiealternativen (Packungsgrößen) aus dem Grünen Bereich nachweislich nicht das Auslangen gefunden werden kann.		50 St	40,40

	Bezeichnung	T	OP	KVP in €

N02AX Andere Opioide
N02AX02 Tramadol

Tramadol 0,1/ml

RE2	**Tramabene Tropf.** Eine Kostenübernahme ist im ausführlich begründeten Einzelfall zur Abdeckung des Monatsbedarfs möglich.		100 ml	23,00

N02B ANDERE ANALGETIKA UND ANTIPYRETIKA
N02BG Andere Analgetika und Antipyretika
N02BG10 Cannabinoide

Delta-9-Tetrahydrocannabinol (THC) 0,0027, Cannabidiol (CBD) 0,0025/ED

RE1 SG	**Sativex Spray zur Anw. in der Mundhöhle** (PM) Bei mittelschwerer bis schwerer Spastik (definiert als Score größer/gleich 4 auf der 11 Punkte umfassenden Numeric Rating Scale (NRS)) aufgrund von Multipler Sklerose (MS) als add-on-Therapie bei erwachsenen PatientInnen, die auf eine vorausgehende Therapie mit mindestens zwei verschiedenen optimierten antispastischen Therapieschemata in ausreichender Dosierung für mindestens 3 Monate nicht adäquat angesprochen, diese nicht vertragen oder eine Kontraindikation haben. Das Ausmaß der Spastik ist vor Beginn und regelmäßig während der Behandlung mit THC/CBD auf der NRS zu dokumentieren. Fortführung der Therapie nur, wenn nach 4 Behandlungswochen eine Verbesserung der Spastik eingetreten ist (dokumentierte Verbesserung auf der NRS um mindestens 2 Punkte gegenüber dem Ausgangswert). Die Indikationsstellung, Erstverordnung und Beurteilung des Therapieerfolges nach 4 Behandlungswochen hat an einem von der Österreichischen Gesellschaft für Neurologie (ÖGN) zertifizierten MS-Zentrum durch einen/eine in der Diagnosestellung und Behandlung von MS erfahrene/n Facharzt/Fachärztin zu erfolgen.		3 St *3 x 10 ml* *1 ED = 0,1 ml*	473,90

N02C MIGRÄNEMITTEL
N02CC Selektive Serotonin-5HT1-Agonisten
N02CC01 Sumatriptan

Sumatriptan 0,006

RE1	**Imigran 6 mg/0,5 ml Spritzamp.** Eine Kostenübernahme ist nur möglich, wenn mit Therapiealternativen aus dem Grünen Bereich nachweislich nicht das Auslangen gefunden werden kann.		1 St *2 Spritzamp.+ 1 Pen* 2 St *2 Spritzamp.*	60,65 60,65

N03 ANTIEPILEPTIKA
N03A ANTIEPILEPTIKA
N03AX Andere Antiepileptika
N03AX03 Sultiam

Sultiam 0,05

RE2	**Ospolot 50 mg Filmtabl.** Bei diagnostisch gesicherter und behandlungspflichtiger Rolando-Epilepsie		50 St	15,70

Sultiam 0,2

RE2	**Ospolot 200 mg Filmtabl.** Bei diagnostisch gesicherter und behandlungspflichtiger Rolando-Epilepsie	T2	50 St	57,30

N03AX10 Felbamat

Felbamat 0,12/ml

RE1	**Taloxa 600 mg/5 ml orale Susp.** Eine Kostenübernahme ist möglich in der Indikation Lennox-Gastaut-Syndrom zur Kombinationsbehandlung bei Kindern ab vier Jahren und Erwachsenen, die refraktär auf alle derzeit verfügbaren Antiepileptika sind. Diagnosestellung, Erstverordnung und regelmäßige Kontrollen durch einen Facharzt für Neurologie bzw. Kinder- und Jugendheilkunde.		230 ml	109,60

	Bezeichnung	T	OP	KVP in €
Felbamat 0,6				
RE1 L6	**Taloxa 600 mg Tabl.** Eine Kostenübernahme ist möglich in der Indikation Lennox-Gastaut-Syndrom zur Kombinationsbehandlung bei Kindern ab vier Jahren und Erwachsenen, die refraktär auf alle derzeit verfügbaren Antiepileptika sind. Diagnosestellung, Erstverordnung und regelmäßige Kontrollen durch einen Facharzt/eine Fachärztin für Neurologie bzw. Kinder- und Jugendheilkunde.	T2	100 St	207,80

N03AX15 Zonisamid

Zonisamid 0,025				
RE2	**Zonegran 25 mg Hartkaps.** Zusatzbehandlung von therapierefraktären partiellen Anfällen mit oder ohne sekundäre Generalisierung bei erwachsenen Patienten mit Epilepsie. Diagnosestellung, Erstverordnung und regelmäßige Kontrollen durch den Facharzt.		28 St	18,35
Zonisamid 0,05				
RE2	**Zonegran 50 mg Hartkaps.** Zusatzbehandlung von therapierefraktären partiellen Anfällen mit oder ohne sekundäre Generalisierung bei erwachsenen Patienten mit Epilepsie. Diagnosestellung, Erstverordnung und regelmäßige Kontrollen durch den Facharzt.		28 St	25,15
Zonisamid 0,1				
RE2 L12	**Zonegran 100 mg Hartkaps.** Zusatzbehandlung von therapierefraktären partiellen Anfällen mit oder ohne sekundäre Generalisierung bei erwachsenen Patienten mit Epilepsie. Diagnosestellung, Erstverordnung und regelmäßige Kontrollen durch den Facharzt.		28 St 98 St	43,90 125,80

N03AX22 Perampanel

Perampanel 0,002				
RE1 L12	**Fycompa 2 mg Filmtabl.** Zusatztherapie von therapieresistenten fokalen Anfällen mit oder ohne sekundäre Generalisierung bei EpilepsiepatientInnen ab 12 Jahren. Diagnosestellung, Erstverordnung und regelmäßige Kontrollen durch den Facharzt/die Fachärztin. Perampanel eignet sich für eine chef(kontroll)ärztliche Langzeitbewilligung für 12 Monate (L12).		7 St	27,60
Perampanel 0,004				
RE1 L12	**Fycompa 4 mg Filmtabl.** Zusatztherapie von therapieresistenten fokalen Anfällen mit oder ohne sekundäre Generalisierung bei EpilepsiepatientInnen ab 12 Jahren. Diagnosestellung, Erstverordnung und regelmäßige Kontrollen durch den Facharzt/die Fachärztin. Perampanel eignet sich für eine chef(kontroll)ärztliche Langzeitbewilligung für 12 Monate (L12).		7 St 28 St	31,75 116,20
Perampanel 0,006				
RE1 L12	**Fycompa 6 mg Filmtabl.** Zusatztherapie von therapieresistenten fokalen Anfällen mit oder ohne sekundäre Generalisierung bei EpilepsiepatientInnen ab 12 Jahren. Diagnosestellung, Erstverordnung und regelmäßige Kontrollen durch den Facharzt/die Fachärztin. Perampanel eignet sich für eine chef(kontroll)ärztliche Langzeitbewilligung für 12 Monate (L12).		28 St	121,95
Perampanel 0,008				
RE1 L12	**Fycompa 8 mg Filmtabl.** Zusatztherapie von therapieresistenten fokalen Anfällen mit oder ohne sekundäre Generalisierung bei EpilepsiepatientInnen ab 12 Jahren. Diagnosestellung, Erstverordnung und regelmäßige Kontrollen durch den Facharzt/die Fachärztin. Perampanel eignet sich für eine chef(kontroll)ärztliche Langzeitbewilligung für 12 Monate (L12).		28 St	123,00

	Bezeichnung	T	OP	KVP in €
Perampanel 0,01				
RE1 L12	**Fycompa 10 mg Filmtabl.** Zusatztherapie von therapieresistenten fokalen Anfällen mit oder ohne sekundäre Generalisierung bei EpilepsiepatientInnen ab 12 Jahren. Diagnosestellung, Erstverordnung und regelmäßige Kontrollen durch den Facharzt/die Fachärztin. Perampanel eignet sich für eine chef(kontroll)ärztliche Langzeitbewilligung für 12 Monate (L12).		28 St	123,00
Perampanel 0,012				
RE1 L12	**Fycompa 12 mg Filmtabl.** Zusatztherapie von therapieresistenten fokalen Anfällen mit oder ohne sekundäre Generalisierung bei EpilepsiepatientInnen ab 12 Jahren. Diagnosestellung, Erstverordnung und regelmäßige Kontrollen durch den Facharzt/die Fachärztin. Perampanel eignet sich für eine chef(kontroll)ärztliche Langzeitbewilligung für 12 Monate (L12).		28 St	123,00
	N03AX24 Cannabidiol			
Cannabidiol 0,1/ml				
RE1	**Epidyolex 100 mg/ml Lsg. zum Einnehmen** (PM) Bei PatientInnen ab 2 Jahren zur Zusatztherapie von Krampfanfällen, die trotz adäquater antiepileptischer Therapie mit zumindest 2 Antiepileptika nicht ausreichend einzustellen sind - in Kombination mit Clobazam bei Lennox-Gastaut-Syndrom und Dravet-Syndrom - bei Tuberöser Sklerose. Dokumentation der Häufigkeit von Krampfanfällen vor Therapiebeginn und alle 6 Monate. Die Therapie kann fortgeführt werden, wenn Cannabidiol in den letzten 6 Monaten zu einer zumindest 30 %igen Reduktion der Häufigkeit von Krampfanfällen im Vergleich zu den 6 Monaten vor Therapiebeginn geführt hat. Diagnosestellung, Ersteinstellung und regelmäßige Kontrollen durch NeurologInnen oder PädiaterInnen mit Erfahrung in der Epilepsie-Behandlung oder durch spezialisierte Zentren.		100 ml	1.122,50
	N03AX25 Cenobamat			
Cenobamat 0,0125 (14 Filmtabl.); Cenobamat 0,025 (14 Filmtabl.)				
RE1	**Ontozry 12,5 mg, 25 mg Filmtabl. Starterpackung** Zusatztherapie von therapieresistenten fokalen Anfällen mit oder ohne sekundäre Generalisierung bei erwachsenen EpilepsiepatientInnen, die trotz einer vorangegangenen Behandlung mit mindestens 2 Antiepileptika nicht ausreichend kontrolliert sind. Diagnosestellung, Erstverordnung und regelmäßige Kontrollen durch den Facharzt/die Fachärztin.		28 St	143,60
Cenobamat 0,05				
RE1 L12	**Ontozry 50 mg Filmtabl.** Zusatztherapie von therapieresistenten fokalen Anfällen mit oder ohne sekundäre Generalisierung bei erwachsenen EpilepsiepatientInnen, die trotz einer vorangegangenen Behandlung mit mindestens 2 Antiepileptika nicht ausreichend kontrolliert sind. Diagnosestellung, Erstverordnung und regelmäßige Kontrollen durch den Facharzt/die Fachärztin. Cenobamat eignet sich für eine chef(kontroll)ärztliche Langzeitbewilligung für 12 Monate (L12).		14 St 28 St	77,45 136,80
Cenobamat 0,1				
RE1 L12	**Ontozry 100 mg Filmtabl.** Zusatztherapie von therapieresistenten fokalen Anfällen mit oder ohne sekundäre Generalisierung bei erwachsenen EpilepsiepatientInnen, die trotz einer vorangegangenen Behandlung mit mindestens 2 Antiepileptika nicht ausreichend kontrolliert sind. Diagnosestellung, Erstverordnung und regelmäßige Kontrollen durch den Facharzt/die Fachärztin. Cenobamat eignet sich für eine chef(kontroll)ärztliche Langzeitbewilligung für 12 Monate (L12).		14 St	77,45

	Bezeichnung	T	OP	KVP in €
RE1 L12	**Ontozry 100 mg Filmtabl.** Zusatztherapie von therapieresistenten fokalen Anfällen mit oder ohne sekundäre Generalisierung bei erwachsenen EpilepsiepatientInnen, die trotz einer vorangegangenen Behandlung mit mindestens 2 Antiepileptika nicht ausreichend kontrolliert sind. Diagnosestellung, Erstverordnung und regelmäßige Kontrollen durch den Facharzt/die Fachärztin. Cenobamat eignet sich für eine chef(kontroll)ärztliche Langzeitbewilligung für 12 Monate (L12).		28 St	143,60

Cenobamat 0,15

RE1 L12	**Ontozry 150 mg Filmtabl.** Zusatztherapie von therapieresistenten fokalen Anfällen mit oder ohne sekundäre Generalisierung bei erwachsenen EpilepsiepatientInnen, die trotz einer vorangegangenen Behandlung mit mindestens 2 Antiepileptika nicht ausreichend kontrolliert sind. Diagnosestellung, Erstverordnung und regelmäßige Kontrollen durch den Facharzt/die Fachärztin. Cenobamat eignet sich für eine chef(kontroll)ärztliche Langzeitbewilligung für 12 Monate (L12).		14 St 28 St	77,45 143,60

Cenobamat 0,2

RE1 L12	**Ontozry 200 mg Filmtabl.** Zusatztherapie von therapieresistenten fokalen Anfällen mit oder ohne sekundäre Generalisierung bei erwachsenen EpilepsiepatientInnen, die trotz einer vorangegangenen Behandlung mit mindestens 2 Antiepileptika nicht ausreichend kontrolliert sind. Diagnosestellung, Erstverordnung und regelmäßige Kontrollen durch den Facharzt/die Fachärztin. Cenobamat eignet sich für eine chef(kontroll)ärztliche Langzeitbewilligung für 12 Monate (L12).		14 St 28 St	77,45 143,60

N03AX26 Fenfluramin

Fenfluramin 0,0022/ml

RE1	**Fintepla 2,2 mg/ml Lsg. zum Einnehmen** (PM) Bei PatientInnen ab 2 Jahren als Zusatztherapie bei Krampfanfällen in Zusammenhang mit dem Dravet-Syndrom und dem Lennox-Gastaut-Syndrom, die trotz adäquater antiepileptischer Therapie mit zumindest 2 Antiepileptika nicht ausreichend einzustellen sind. Dokumentation der Häufigkeit von Krampfanfällen vor Therapiebeginn und alle 6 Monate. Die Therapie kann fortgeführt werden, wenn Fenfluramin in den letzten 6 Monaten zu einer zumindest 30 %igen Reduktion der Häufigkeit von Krampfanfällen im Vergleich zu den 6 Monaten vor Therapiebeginn geführt hat. Nicht in Kombination mit Cannabidiol. Diagnosestellung, Ersteinstellung und regelmäßige Kontrollen durch NeurologInnen oder PädiaterInnen mit Erfahrung in der Epilepsie-Behandlung oder durch spezialisierte Zentren. Überwachung (Aorten- oder Mitralklappenvitium und pulmonale arterielle Hypertonie) gemäß Fachinformation.		120 ml 360 ml	863,20 2.540,35

N04 ANTIPARKINSONMITTEL
N04B DOPAMINERGE MITTEL
N04BC Dopamin-Agonisten
N04BC07 Apomorphin

Apomorphin 0,005/ml

RE1	**Apo-go 5 mg/ml Inf.lsg. Patrone** Bei fortgeschrittenem Morbus Parkinson zur subkutanen Infusionstherapie, wenn sich motorische Wirkschwankungen mit oralen Medikamenten nicht ausreichend beherrschen lassen. Einstellung, Dosisoptimierung und eine allfällige Reduktion der oralen Medikation müssen durch neurologische Fachabteilungen erfolgen. Die PatientInnen müssen in der Lage sein, die tägliche Verabreichung selbst zu erledigen bzw. eine Pflegeperson haben, die dazu in der Lage ist.		5 St 25 St	210,30 940,10

	Bezeichnung	T	OP	KVP in €
Apomorphin 0,01/ml				
RE2	**Apo-go 10 mg/ml Inj.lsg. Pen** Eine Kostenübernahme ist möglich bei Patienten mit fortgeschrittenem Parkinson Syndrom, bei denen sich nach langjähriger L-Dopa-Behandlung die On-Off-Symptomatik mit den derzeit zur Verfügung stehenden oral verabreichbaren Medikamenten nicht ausreichend beherrschen lässt. Einstellung und Dosisoptimierung muss in entsprechenden Fachabteilungen erfolgen. Die Patienten sollten in der Lage sein, den Beginn ihrer Off-Symptome zu erkennen, und fähig sein, das Präparat selbst zu injizieren bzw. eine Pflegeperson haben, die dazu in der Lage ist.		5 St *3 ml*	194,65

N04BX Andere dopaminerge Mittel
N04BX01 Tolcapon

Tolcapon 0,1

RE1	**Tasmar 100 mg Filmtabl.** Als Mittel der weiteren Wahl in Kombination mit Levodopa/Benserazid oder Levodopa/Carbidopa (N04BA02) bei Patienten mit idiopathischem Morbus Parkinson und Fluktuationen in der Beweglichkeit, die auf andere COMT-Inhibitoren (N04BX02, N04BA03) nicht ansprechen bzw. diese nicht vertragen. Therapieabbruch, wenn innerhalb von 3 Wochen nach Beginn der Behandlung unabhängig von der Dosierung keine wesentliche Verbesserung der Symptomatik erkennbar ist. Regelmäßige Überprüfung der Leberfunktion entsprechend der Fachinformation und Therapieabbruch bei erhöhter ALT und/oder AST oder bei beginnender Leberinsuffizienz. Erstverordnung und regelmäßige Therapiekontrolle durch in der Behandlung des fortgeschrittenen Morbus Parkinson erfahrene Neurologen bzw. durch entsprechende Zentren. Tasmar darf erst nach vollständiger informativer Erörterung der Risiken mit dem Patienten verschrieben werden. Cave: Eine regelmäßige Bestimmung der Leberwerte erlaubt keine verlässliche Voraussage hinsichtlich des Auftretens einer fulminanten Hepatitis. *AST (ehemals GOT), ALT (ehemals GPT)*		100 St	147,40

N05 PSYCHOLEPTIKA
N05A ANTIPSYCHOTIKA
N05AA Phenothiazine mit aliphatischer Seitenkette
N05AA02 Levomepromazin

Levomepromazin 0,1

RE2	**Nozinan 100 mg Filmtabl.** Eine Kostenübernahme ist möglich, wenn Therapiealternativen (Packungsgrößen) des Grünen Bereiches zur Abdeckung des individuellen Monatsbedarfes nicht ausreichen.	T2	100 St	29,15

N05AE Indol-Derivate
N05AE03 Sertindol

Sertindol 0,004

RE1	**Serdolect 4 mg Filmtabl.** Wenn mit anderen Antipsychotika aus dem Grünen Bereich (ATC-Code N05A) nicht das Auslangen gefunden werden kann. Es ist sicherzustellen, dass die in der Fachinformation angeführten EKG-Kontrollen durchgeführt werden.		30 St	42,60

Sertindol 0,012

RE1	**Serdolect 12 mg Filmtabl.** Wenn mit anderen Antipsychotika aus dem Grünen Bereich (ATC-Code N05A) nicht das Auslangen gefunden werden kann. Es ist sicherzustellen, dass die in der Fachinformation angeführten EKG-Kontrollen durchgeführt werden.		28 St	114,30

	Bezeichnung	T	OP	KVP in €
Sertindol 0,016				
RE1	**Serdolect 16 mg Filmtabl.** Wenn mit anderen Antipsychotika aus dem Grünen Bereich (ATC-Code N05A) nicht das Auslangen gefunden werden kann. Es ist sicherzustellen, dass die in der Fachinformation angeführten EKG-Kontrollen durchgeführt werden.		28 St	114,30

N05AH Diazepine, Oxazepine, Thiazepine und Oxepine
N05AH03 Olanzapin

Olanzapin 0,3				
RE1	**Zypadhera 300 mg Plv. und Lsgm. zur Herst. einer Depot-Inj.susp.** Zur Erhaltungstherapie bei erwachsenen PatientInnen, wenn weder mit oralen noch mit Depot-Antipsychotika aus dem Grünen Bereich (ATC-Code N05A) das Auslangen gefunden werden kann. Die PatientInnen müssen zuvor mit oralem Olanzapin stabilisiert werden (um Verträglichkeit und Ansprechen festzustellen), nach den ersten acht Wochen der Olanzapindepottherapie einen ausreichenden Therapieerfolg aufweisen und danach mit einem Dosierungsintervall von vier Wochen das Auslangen finden können. Verordnung nur durch gemäß Risikominimierungsplan der europäischen Zulassungsbehörde EMA informierte FachärztInnen für Psychiatrie, Neurologie, Psychiatrie und Neurologie sowie Neurologie und Psychiatrie.		1 St	243,85
Olanzapin 0,405				
RE1	**Zypadhera 405 mg Plv. und Lsgm. zur Herst. einer Depot-Inj.susp.** Zur Erhaltungstherapie bei erwachsenen PatientInnen, wenn weder mit oralen noch mit Depot-Antipsychotika aus dem Grünen Bereich (ATC-Code N05A) das Auslangen gefunden werden kann. Die PatientInnen müssen zuvor mit oralem Olanzapin stabilisiert werden (um Verträglichkeit und Ansprechen festzustellen), nach den ersten acht Wochen der Olanzapindepottherapie einen ausreichenden Therapieerfolg aufweisen und danach mit einem Dosierungsintervall von vier Wochen das Auslangen finden können. Verordnung nur durch gemäß Risikominimierungsplan der europäischen Zulassungsbehörde EMA informierte FachärztInnen für Psychiatrie, Neurologie, Psychiatrie und Neurologie sowie Neurologie und Psychiatrie.		1 St	304,45

N05C HYPNOTIKA UND SEDATIVA
N05CJ Orexinrezeptor-Antagonisten
N05CJ03 Daridorexant

Daridorexant 0,025				
RE1	**Quviviq 25 mg Filmtabl.** (PM) Zur Behandlung chronischer Insomnie unter begleitendem Management allfälliger organischer Ursachen - wenn nachweislich eine kognitive Verhaltenstherapie zur Behandlung der Insomnie keine ausreichende Wirkung gezeigt hat oder nicht durchführbar ist UND - wenn eine Therapie mit kurzfristig einsetzbaren Hypnotika (Zolpidem, Benzodiazepin-Hypnotika) medizinisch kontraindiziert ist oder nachweislich nicht ausreichend wirksam war UND - wenn ein Insomnia-Severity-Index-Score größer/gleich 15 (klinische Insomnie) vorliegt. Erstverordnung und regelmäßige Kontrollen durch FachärztInnen für Psychiatrie und/oder Neurologie bzw. FachärztInnen in Schlaflaboren oder durch eine entsprechende Fachabteilung bzw. -ambulanz. Die Zweckmäßigkeit einer Weiterbehandlung muss innerhalb von drei Monaten nach Behandlungsbeginn sowie danach in regelmäßigen Abständen beurteilt werden.		10 St 30 St	28,45 78,15

	Bezeichnung	T	OP	KVP in €
Daridorexant 0,05				
RE1	**Quviviq 50 mg Filmtabl.** Ⓟ Zur Behandlung chronischer Insomnie unter begleitendem Management allfälliger organischer Ursachen - wenn nachweislich eine kognitive Verhaltenstherapie zur Behandlung der Insomnie keine ausreichende Wirkung gezeigt hat oder nicht durchführbar ist UND - wenn eine Therapie mit kurzfristig einsetzbaren Hypnotika (Zolpidem, Benzodiazepin-Hypnotika) medizinisch kontraindiziert ist oder nachweislich nicht ausreichend wirksam war UND - wenn ein Insomnia-Severity-Index-Score größer/gleich 15 (klinische Insomnie) vorliegt. Erstverordnung und regelmäßige Kontrollen durch FachärztInnen für Psychiatrie und/oder Neurologie bzw. FachärztInnen in Schlaflaboren oder durch eine entsprechende Fachabteilung bzw. -ambulanz. Die Zweckmäßigkeit einer Weiterbehandlung muss innerhalb von drei Monaten nach Behandlungsbeginn sowie danach in regelmäßigen Abständen beurteilt werden.		10 St 30 St	28,45 78,15

N06 PSYCHOANALEPTIKA
N06A ANTIDEPRESSIVA
N06AA Nichtselektive Monoamin-Wiederaufnahmehemmer
N06AA05 Opipramol

Opipramol 0,05				
RE1 L12	**Insidon Drag.** Eine Kostenübernahme ist nur möglich, wenn mit Therapiealternativen aus dem Grünen Bereich nachweislich nicht das Auslangen gefunden werden kann.		100 St	18,85

N06AX Andere Antidepressiva
N06AX27 Esketamin

Esketamin 0,028				
RE1	**Spravato 28 mg Nasenspray, Lsg.** Ⓟ In Kombination mit einem SSRI oder SNRI zur Erhaltungstherapie bei Erwachsenen < 75 Jahre mit einer therapieresistenten Depression ohne klinisch signifikante oder instabile kardiovaskuläre Erkrankungen oder Atemwegserkrankungen - nach Versagen von mindestens zwei unterschiedlichen Therapien mit Antidepressiva (mindestens zwei verschiedene Antidepressiva-Klassen) einschließlich Versagen von mindestens einer Augmentationstherapie in der aktuellen mittelschweren bis schweren depressiven Episode (MADRS-Score Baseline-Wert vor Beginn der Esketamin-Therapie mindestens 30 Punkte) und - nach erfolgter 4-wöchiger Induktionsphase und positiver therapeutischer Nutzenbeurteilung (Reduktion des MADRS-Scores um mindestens 50 % gegenüber Baseline) durch eine entsprechende intramurale Einrichtung (psychiatrische Fachabteilung bzw. Zentrum). Diagnose und Erstverordnung durch die Einrichtung, die die Induktionsphase durchführt. Weiterverordnung und Kontrolle durch entsprechend geschulte PsychiaterInnen. Die Datenlage für eine längere Therapiedauer ist begrenzt. Nach 6 Monaten (exklusive der Induktionsphase) ist zu überprüfen, ob das Medikament abgesetzt werden kann. *Esketamin ist zur Anwendung durch den Patienten selbst unter der direkten Aufsicht von medizinischem Fachpersonal vorgesehen. Eine Behandlungssitzung beinhaltet die nasale Anwendung von Esketamin und eine anschließende Nachbeobachtung. Die Anwendung von Esketamin und die anschließende Nachbeobachtung muss in einem geeigneten medizinischen Umfeld stattfinden.*		2 St 3 St 6 St	398,70 585,75 1.146,80

	Bezeichnung	T	OP	KVP in €

N06B PSYCHOSTIMULANZIEN, MITTEL FÜR DIE ADHD UND NOOTROPIKA
N06BA Zentral wirkende Sympathomimetika
N06BA04 Methylphenidat

Methylphenidat 0,005

RE1 SG L3	**Medikinet retard 5 mg Hartkaps. mit veränderter Wirkstofffreisetzung** 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. Die Anbehandlung und Dosistitration soll mit der nicht-retardierten Form von Methylphenidat erfolgen. Diagnosestellung, Therapieeinleitung und regelmäßige Kontrolle durch FachärztInnen für Neurologie oder Neurologie und Psychiatrie oder Psychiatrie und Neurologie oder Psychiatrie, Kinder- und Jugendpsychiatrie oder Pädiatrie. Medikinet ret. 5 mg eignet sich für eine chef(kontroll)ärztliche Langzeitbewilligung für 3 Monate (L3).		30 St	14,10

Methylphenidat 0,01

RE1 SG L3	**Medikinet retard 10 mg Hartkaps. mit veränderter Wirkstofffreisetzung** 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. Die Anbehandlung und Dosistitration soll mit der nicht-retardierten Form von Methylphenidat erfolgen. Diagnosestellung, Therapieeinleitung und regelmäßige Kontrolle durch FachärztInnen für Neurologie oder Neurologie und Psychiatrie oder Psychiatrie und Neurologie oder Psychiatrie, Kinder- und Jugendpsychiatrie oder Pädiatrie. Medikinet ret. 10 mg eignet sich für eine chef(kontroll)ärztliche Langzeitbewilligung für 3 Monate (L3).		30 St	15,85

Methylphenidat 0,018

RE1 SG L3	**Concerta 18 mg Retardtabl.** 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 Langzeitbewilligung für 3 Monate (L3).		30 St	58,55

Methylphenidat 0,02

RE1 SG L3	**Medikinet retard 20 mg Hartkaps. mit veränderter Wirkstofffreisetzung** 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 FachärztInnen für Neurologie oder Neurologie und Psychiatrie oder Psychiatrie und Neurologie oder Psychiatrie, Kinder- und Jugendpsychiatrie oder Pädiatrie. Methylphenidat eignet sich für eine chef(kontroll)ärztliche Langzeitbewilligung für 3 Monate (L3).		20 St 30 St	23,95 29,90
RE1 SG L3	**Ritalin LA 20 mg Kaps.** 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 FachärztInnen für Neurologie oder Neurologie und Psychiatrie oder Psychiatrie und Neurologie oder Psychiatrie, Kinder- und Jugendpsychiatrie oder Pädiatrie. Ritalin LA eignet sich für eine chef(kontroll)ärztliche Langzeitbewilligung für 3 Monate (L3).		30 St	29,25

	Bezeichnung	T	OP	KVP in €
Methylphenidat 0,03				
RE1 SG L3	**Medikinet retard 30 mg Hartkaps. mit veränderter Wirkstofffreisetzung** 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 FachärztInnen für Neurologie oder Neurologie und Psychiatrie oder Psychiatrie und Neurologie oder Psychiatrie, Kinder- und Jugendpsychiatrie oder Pädiatrie. Methylphenidat eignet sich für eine chef(kontroll)ärztliche Langzeitbewilligung für 3 Monate (L3).		20 St 30 St	31,45 40,15
RE1 SG L3	**Ritalin LA 30 mg Kaps.** 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 FachärztInnen für Neurologie oder Neurologie und Psychiatrie oder Psychiatrie und Neurologie oder Psychiatrie, Kinder- und Jugendpsychiatrie oder Pädiatrie. Ritalin LA eignet sich für eine chef(kontroll)ärztliche Langzeitbewilligung für 3 Monate (L3).		30 St	37,20
Methylphenidat 0,036				
RE1 SG L3	**Concerta 36 mg Retardtabl.** 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 Langzeitbewilligung für 3 Monate (L3).		30 St	76,50
Methylphenidat 0,04				
RE1 SG L3	**Medikinet retard 40 mg Hartkaps. mit veränderter Wirkstofffreisetzung** 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 FachärztInnen für Neurologie oder Neurologie und Psychiatrie oder Psychiatrie und Neurologie oder Psychiatrie, Kinder- und Jugendpsychiatrie oder Pädiatrie. Methylphenidat eignet sich für eine chef(kontroll)ärztliche Langzeitbewilligung für 3 Monate (L3).		20 St 30 St	38,80 48,10
RE1 SG L3	**Ritalin LA 40 mg Kaps.** 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 FachärztInnen für Neurologie oder Neurologie und Psychiatrie oder Psychiatrie und Neurologie oder Psychiatrie, Kinder- und Jugendpsychiatrie oder Pädiatrie. Ritalin LA eignet sich für eine chef(kontroll)ärztliche Langzeitbewilligung für 3 Monate (L3).		30 St	46,45
Methylphenidat 0,054				
RE1 SG L3	**Concerta 54 mg Retardtabl.** 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 Langzeitbewilligung für 3 Monate (L3).		30 St	80,60

	Bezeichnung	T	OP	KVP in €

N06BA07 Modafinil

Modafinil 0,1

RE1 L12	**Modafinil "Aristo" 100 mg Tabl.** - Diagnosestellung der Narkolepsie durch NeurologInnen bzw. entsprechende Fachabteilung mittels Untersuchung im Schlaflabor. - Erstverordnung und jährliche Überprüfung des Therapieerfolges durch NeurologInnen. - Modafinil eignet sich für eine chef(kontroll)ärztliche Langzeitbewilligung für 12 Monate (L12).		30 St(2) 100 St	41,55 125,35
RE1 L12	**Modasomil 100 mg Tabl.** - Diagnosestellung der Narkolepsie durch NeurologInnen bzw. entsprechende Fachabteilung mittels Untersuchung im Schlaflabor. - Erstverordnung und jährliche Überprüfung des Therapieerfolges durch NeurologInnen. - Modafinil eignet sich für eine chef(kontroll)ärztliche Langzeitbewilligung für 12 Monate (L12).	T2 T2	30 St(2) 90 St	62,55 152,55

N06D ANTIDEMENTIVA
N06DA Cholinesterasehemmer
N06DA02 Donepezil

Donepezil 0,005

RE2 L6	**Aricept 5 mg Filmtabl.** - Die Diagnose DAT (Demenz vom Alzheimertyp) ist von einem Facharzt/einer Fachärztin 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 10 betragen. - Vergewisserung für das Vorhandensein einer Betreuungsperson zur Sicherung der Compliance. - Eine Kontrolluntersuchung durch den/die o.a. Facharzt/Fachärztin ist nach Erreichung der Erhaltungsdosis durchzuführen. - Die Behandlung ist nur bei Ansprechen auf die Therapie weiterzuführen. - Alle 6 Monate ist eine Kontrolluntersuchung durch den/die o.a. Facharzt/Fachärztin mittels einer MMSE durchzuführen. - Die Therapie mit Donepezil ist zu beenden, wenn das Ergebnis der MMSE kleiner 10 ist. - Donepezil darf nicht mit anderen Arzneimitteln gegen Demenz kombiniert werden. - Donepezil eignet sich für eine chef(kontroll)ärztliche Langzeitbewilligung für 6 Monate (L6).		7 St(2) 28 St	4,45 17,15
RE2 L6	**Donepezil "Actavis" 5 mg Filmtabl.** - Die Diagnose DAT (Demenz vom Alzheimertyp) ist von einem Facharzt/einer Fachärztin 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 10 betragen. - Vergewisserung für das Vorhandensein einer Betreuungsperson zur Sicherung der Compliance. - Eine Kontrolluntersuchung durch den/die o.a. Facharzt/Fachärztin ist nach Erreichung der Erhaltungsdosis durchzuführen. - Die Behandlung ist nur bei Ansprechen auf die Therapie weiterzuführen. - Alle 6 Monate ist eine Kontrolluntersuchung durch den/die o.a. Facharzt/Fachärztin mittels einer MMSE durchzuführen. - Die Therapie mit Donepezil ist zu beenden, wenn das Ergebnis der MMSE kleiner 10 ist. - Donepezil darf nicht mit anderen Arzneimitteln gegen Demenz kombiniert werden. - Donepezil eignet sich für eine chef(kontroll)ärztliche Langzeitbewilligung für 6 Monate (L6).		7 St(2) 30 St	4,45 18,35

	Bezeichnung	T	OP	KVP in €
RE2 L6	**Donepezil "Genericon" 5 mg Filmtabl.** - Die Diagnose DAT (Demenz vom Alzheimertyp) ist von einem Facharzt/einer Fachärztin 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 10 betragen. - Vergewisserung für das Vorhandensein einer Betreuungsperson zur Sicherung der Compliance. - Eine Kontrolluntersuchung durch den/die o.a. Facharzt/Fachärztin ist nach Erreichung der Erhaltungsdosis durchzuführen. - Die Behandlung ist nur bei Ansprechen auf die Therapie weiterzuführen. - Alle 6 Monate ist eine Kontrolluntersuchung durch den/die o.a. Facharzt/Fachärztin mittels einer MMSE durchzuführen. - Die Therapie mit Donepezil ist zu beenden, wenn das Ergebnis der MMSE kleiner 10 ist. - Donepezil darf nicht mit anderen Arzneimitteln gegen Demenz kombiniert werden. - Donepezil eignet sich für eine chef(kontroll)ärztliche Langzeitbewilligung für 6 Monate (L6).		10 St(2) 30 St	6,35 18,35
RE2 L6	**Donepezil "ratiopharm" 5 mg Filmtabl.** - Die Diagnose DAT (Demenz vom Alzheimertyp) ist von einem Facharzt/einer Fachärztin 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 10 betragen. - Vergewisserung für das Vorhandensein einer Betreuungsperson zur Sicherung der Compliance. - Eine Kontrolluntersuchung durch den/die o.a. Facharzt/Fachärztin ist nach Erreichung der Erhaltungsdosis durchzuführen. - Die Behandlung ist nur bei Ansprechen auf die Therapie weiterzuführen. - Alle 6 Monate ist eine Kontrolluntersuchung durch den/die o.a. Facharzt/Fachärztin mittels einer MMSE durchzuführen. - Die Therapie mit Donepezil ist zu beenden, wenn das Ergebnis der MMSE kleiner 10 ist. - Donepezil darf nicht mit anderen Arzneimitteln gegen Demenz kombiniert werden. - Donepezil eignet sich für eine chef(kontroll)ärztliche Langzeitbewilligung für 6 Monate (L6).		10 St(2) 30 St	6,30 18,30
RE2 L6	**Donepezil HCl "Sandoz" 5 mg Filmtabl.** - Die Diagnose DAT (Demenz vom Alzheimertyp) ist von einem Facharzt/einer Fachärztin 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 10 betragen. - Vergewisserung für das Vorhandensein einer Betreuungsperson zur Sicherung der Compliance. - Eine Kontrolluntersuchung durch den/die o.a. Facharzt/Fachärztin ist nach Erreichung der Erhaltungsdosis durchzuführen. - Die Behandlung ist nur bei Ansprechen auf die Therapie weiterzuführen. - Alle 6 Monate ist eine Kontrolluntersuchung durch den/die o.a. Facharzt/Fachärztin mittels einer MMSE durchzuführen. - Die Therapie mit Donepezil ist zu beenden, wenn das Ergebnis der MMSE kleiner 10 ist. - Donepezil darf nicht mit anderen Arzneimitteln gegen Demenz kombiniert werden. - Donepezil eignet sich für eine chef(kontroll)ärztliche Langzeitbewilligung für 6 Monate (L6).		10 St(2) 30 St	6,35 18,20

	Bezeichnung	T	OP	KVP in €
Donepezil 0,01				
RE2 L6	**Aricept 10 mg Filmtabl.** - Die Diagnose DAT (Demenz vom Alzheimertyp) ist von einem Facharzt/einer Fachärztin 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 10 betragen. - Vergewisserung für das Vorhandensein einer Betreuungsperson zur Sicherung der Compliance. - Eine Kontrolluntersuchung durch den/die o.a. Facharzt/Fachärztin ist nach Erreichung der Erhaltungsdosis durchzuführen. - Die Behandlung ist nur bei Ansprechen auf die Therapie weiterzuführen. - Alle 6 Monate ist eine Kontrolluntersuchung durch den/die o.a. Facharzt/Fachärztin mittels einer MMSE durchzuführen. - Die Therapie mit Donepezil ist zu beenden, wenn das Ergebnis der MMSE kleiner 10 ist. - Donepezil darf nicht mit anderen Arzneimitteln gegen Demenz kombiniert werden. - Donepezil eignet sich für eine chef(kontroll)ärztliche Langzeitbewilligung für 6 Monate (L6).		28 St(2)	32,90
RE2 L6	**Donepezil "Actavis" 10 mg Filmtabl.** - Die Diagnose DAT (Demenz vom Alzheimertyp) ist von einem Facharzt/einer Fachärztin 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 10 betragen. - Vergewisserung für das Vorhandensein einer Betreuungsperson zur Sicherung der Compliance. - Eine Kontrolluntersuchung durch den/die o.a. Facharzt/Fachärztin ist nach Erreichung der Erhaltungsdosis durchzuführen. - Die Behandlung ist nur bei Ansprechen auf die Therapie weiterzuführen. - Alle 6 Monate ist eine Kontrolluntersuchung durch den/die o.a. Facharzt/Fachärztin mittels einer MMSE durchzuführen. - Die Therapie mit Donepezil ist zu beenden, wenn das Ergebnis der MMSE kleiner 10 ist. - Donepezil darf nicht mit anderen Arzneimitteln gegen Demenz kombiniert werden. - Donepezil eignet sich für eine chef(kontroll)ärztliche Langzeitbewilligung für 6 Monate (L6).		30 St(2)	35,25
RE2 L6	**Donepezil "Genericon" 10 mg Filmtabl.** - Die Diagnose DAT (Demenz vom Alzheimertyp) ist von einem Facharzt/einer Fachärztin 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 10 betragen. - Vergewisserung für das Vorhandensein einer Betreuungsperson zur Sicherung der Compliance. - Eine Kontrolluntersuchung durch den/die o.a. Facharzt/Fachärztin ist nach Erreichung der Erhaltungsdosis durchzuführen. - Die Behandlung ist nur bei Ansprechen auf die Therapie weiterzuführen. - Alle 6 Monate ist eine Kontrolluntersuchung durch den/die o.a. Facharzt/Fachärztin mittels einer MMSE durchzuführen. - Die Therapie mit Donepezil ist zu beenden, wenn das Ergebnis der MMSE kleiner 10 ist. - Donepezil darf nicht mit anderen Arzneimitteln gegen Demenz kombiniert werden. - Donepezil eignet sich für eine chef(kontroll)ärztliche Langzeitbewilligung für 6 Monate (L6).		30 St(2)	35,25

	Bezeichnung	T	OP	KVP in €
RE2 L6	**Donepezil "ratiopharm" 10 mg Filmtabl.** - Die Diagnose DAT (Demenz vom Alzheimertyp) ist von einem Facharzt/einer Fachärztin 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 10 betragen. - Vergewisserung für das Vorhandensein einer Betreuungsperson zur Sicherung der Compliance. - Eine Kontrolluntersuchung durch den/die o.a. Facharzt/Fachärztin ist nach Erreichung der Erhaltungsdosis durchzuführen. - Die Behandlung ist nur bei Ansprechen auf die Therapie weiterzuführen. - Alle 6 Monate ist eine Kontrolluntersuchung durch den/die o.a. Facharzt/Fachärztin mittels einer MMSE durchzuführen. - Die Therapie mit Donepezil ist zu beenden, wenn das Ergebnis der MMSE kleiner 10 ist. - Donepezil darf nicht mit anderen Arzneimitteln gegen Demenz kombiniert werden. - Donepezil eignet sich für eine chef(kontroll)ärztliche Langzeitbewilligung für 6 Monate (L6).		30 St(2)	35,20
RE2 L6	**Donepezil HCl "Sandoz" 10 mg Filmtabl.** - Die Diagnose DAT (Demenz vom Alzheimertyp) ist von einem Facharzt/einer Fachärztin 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 10 betragen. - Vergewisserung für das Vorhandensein einer Betreuungsperson zur Sicherung der Compliance. - Eine Kontrolluntersuchung durch den/die o.a. Facharzt/Fachärztin ist nach Erreichung der Erhaltungsdosis durchzuführen. - Die Behandlung ist nur bei Ansprechen auf die Therapie weiterzuführen. - Alle 6 Monate ist eine Kontrolluntersuchung durch den/die o.a. Facharzt/Fachärztin mittels einer MMSE durchzuführen. - Die Therapie mit Donepezil ist zu beenden, wenn das Ergebnis der MMSE kleiner 10 ist. - Donepezil darf nicht mit anderen Arzneimitteln gegen Demenz kombiniert werden. - Donepezil eignet sich für eine chef(kontroll)ärztliche Langzeitbewilligung für 6 Monate (L6).	T2	30 St(2)	35,10

N06DA03 Rivastigmin

Rivastigmin 0,0015

RE2 L6	**Exelon 1,5 mg Hartkaps.** - Die Diagnose DAT (Demenz vom Alzheimertyp) oder Demenz bei PatientInnen mit idiopathischem Parkinson-Syndrom ist von einem Facharzt/einer Fachärztin 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 10 betragen. - Vergewisserung für das Vorhandensein einer Betreuungsperson zur Sicherung der Compliance. - Eine Kontrolluntersuchung durch den/die o.a. Facharzt/Fachärztin ist nach Erreichung der Erhaltungsdosis durchzuführen. - Die Behandlung ist nur bei Ansprechen auf die Therapie weiterzuführen. - Alle 6 Monate ist eine Kontrolluntersuchung durch den/die o.a. Facharzt/Fachärztin mittels einer MMSE durchzuführen. - Die Therapie mit Rivastigmin ist zu beenden, wenn das Ergebnis der MMSE kleiner 10 ist. - Rivastigmin darf nicht mit anderen Arzneimitteln gegen Demenz kombiniert werden. - Rivastigmin eignet sich für eine chef(kontroll)ärztliche Langzeitbewilligung für 6 Monate (L6).		28 St 56 St	37,80 73,25

	Bezeichnung	T	OP	KVP in €
RE2 L6	**Rivastigmin "Actavis" 1,5 mg Hartkaps.** - Die Diagnose DAT (Demenz vom Alzheimertyp) oder Demenz bei PatientInnen mit idiopathischem Parkinson-Syndrom ist von einem Facharzt/einer Fachärztin 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 10 betragen. - Vergewisserung für das Vorhandensein einer Betreuungsperson zur Sicherung der Compliance. - Eine Kontrolluntersuchung durch den/die o.a. Facharzt/Fachärztin ist nach Erreichung der Erhaltungsdosis durchzuführen. - Die Behandlung ist nur bei Ansprechen auf die Therapie weiterzuführen. - Alle 6 Monate ist eine Kontrolluntersuchung durch den/die o.a. Facharzt/Fachärztin mittels einer MMSE durchzuführen. - Die Therapie mit Rivastigmin ist zu beenden, wenn das Ergebnis der MMSE kleiner 10 ist. - Rivastigmin darf nicht mit anderen Arzneimitteln gegen Demenz kombiniert werden. - Rivastigmin eignet sich für eine chef(kontroll)ärztliche Langzeitbewilligung für 6 Monate (L6).		28 St 56 St	24,30 46,10
RE2 L6	**Rivastigmin "Sandoz" 1,5 mg Hartkaps.** - Die Diagnose DAT (Demenz vom Alzheimertyp) oder Demenz bei PatientInnen mit idiopathischem Parkinson-Syndrom ist von einem Facharzt/einer Fachärztin 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 10 betragen. - Vergewisserung für das Vorhandensein einer Betreuungsperson zur Sicherung der Compliance. - Eine Kontrolluntersuchung durch den/die o.a. Facharzt/Fachärztin ist nach Erreichung der Erhaltungsdosis durchzuführen. - Die Behandlung ist nur bei Ansprechen auf die Therapie weiterzuführen. - Alle 6 Monate ist eine Kontrolluntersuchung durch den/die o.a. Facharzt/Fachärztin mittels einer MMSE durchzuführen. - Die Therapie mit Rivastigmin ist zu beenden, wenn das Ergebnis der MMSE kleiner 10 ist. - Rivastigmin darf nicht mit anderen Arzneimitteln gegen Demenz kombiniert werden. - Rivastigmin eignet sich für eine chef(kontroll)ärztliche Langzeitbewilligung für 6 Monate (L6).		28 St 56 St	24,15 45,95

Rivastigmin 0,003

RE2 L6	**Exelon 3 mg Hartkaps.** - Die Diagnose DAT (Demenz vom Alzheimertyp) oder Demenz bei PatientInnen mit idiopathischem Parkinson-Syndrom ist von einem Facharzt/einer Fachärztin 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 10 betragen. - Vergewisserung für das Vorhandensein einer Betreuungsperson zur Sicherung der Compliance. - Eine Kontrolluntersuchung durch den/die o.a. Facharzt/Fachärztin ist nach Erreichung der Erhaltungsdosis durchzuführen. - Die Behandlung ist nur bei Ansprechen auf die Therapie weiterzuführen. - Alle 6 Monate ist eine Kontrolluntersuchung durch den/die o.a. Facharzt/Fachärztin mittels einer MMSE durchzuführen. - Die Therapie mit Rivastigmin ist zu beenden, wenn das Ergebnis der MMSE kleiner 10 ist. - Rivastigmin darf nicht mit anderen Arzneimitteln gegen Demenz kombiniert werden. - Rivastigmin eignet sich für eine chef(kontroll)ärztliche Langzeitbewilligung für 6 Monate (L6).		56 St(2)	73,25

	Bezeichnung	T	OP	KVP in €
RE2 L6	**Rivastigmin "Actavis" 3 mg Hartkaps.** - Die Diagnose DAT (Demenz vom Alzheimertyp) oder Demenz bei PatientInnen mit idiopathischem Parkinson-Syndrom ist von einem Facharzt/einer Fachärztin 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 10 betragen. - Vergewisserung für das Vorhandensein einer Betreuungsperson zur Sicherung der Compliance. - Eine Kontrolluntersuchung durch den/die o.a. Facharzt/Fachärztin ist nach Erreichung der Erhaltungsdosis durchzuführen. - Die Behandlung ist nur bei Ansprechen auf die Therapie weiterzuführen. - Alle 6 Monate ist eine Kontrolluntersuchung durch den/die o.a. Facharzt/Fachärztin mittels einer MMSE durchzuführen. - Die Therapie mit Rivastigmin ist zu beenden, wenn das Ergebnis der MMSE kleiner 10 ist. - Rivastigmin darf nicht mit anderen Arzneimitteln gegen Demenz kombiniert werden. - Rivastigmin eignet sich für eine chef(kontroll)ärztliche Langzeitbewilligung für 6 Monate (L6).		56 St(2)	46,10
RE2 L6	**Rivastigmin "Sandoz" 3 mg Hartkaps.** - Die Diagnose DAT (Demenz vom Alzheimertyp) oder Demenz bei PatientInnen mit idiopathischem Parkinson-Syndrom ist von einem Facharzt/einer Fachärztin 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 10 betragen. - Vergewisserung für das Vorhandensein einer Betreuungsperson zur Sicherung der Compliance. - Eine Kontrolluntersuchung durch den/die o.a. Facharzt/Fachärztin ist nach Erreichung der Erhaltungsdosis durchzuführen. - Die Behandlung ist nur bei Ansprechen auf die Therapie weiterzuführen. - Alle 6 Monate ist eine Kontrolluntersuchung durch den/die o.a. Facharzt/Fachärztin mittels einer MMSE durchzuführen. - Die Therapie mit Rivastigmin ist zu beenden, wenn das Ergebnis der MMSE kleiner 10 ist. - Rivastigmin darf nicht mit anderen Arzneimitteln gegen Demenz kombiniert werden. - Rivastigmin eignet sich für eine chef(kontroll)ärztliche Langzeitbewilligung für 6 Monate (L6).		56 St(2)	45,95

Rivastigmin 0,0045

RE2 L6	**Exelon 4,5 mg Hartkaps.** - Die Diagnose DAT (Demenz vom Alzheimertyp) oder Demenz bei PatientInnen mit idiopathischem Parkinson-Syndrom ist von einem Facharzt/einer Fachärztin 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 10 betragen. - Vergewisserung für das Vorhandensein einer Betreuungsperson zur Sicherung der Compliance. - Eine Kontrolluntersuchung durch den/die o.a. Facharzt/Fachärztin ist nach Erreichung der Erhaltungsdosis durchzuführen. - Die Behandlung ist nur bei Ansprechen auf die Therapie weiterzuführen. - Alle 6 Monate ist eine Kontrolluntersuchung durch den/die o.a. Facharzt/Fachärztin mittels einer MMSE durchzuführen. - Die Therapie mit Rivastigmin ist zu beenden, wenn das Ergebnis der MMSE kleiner 10 ist. - Rivastigmin darf nicht mit anderen Arzneimitteln gegen Demenz kombiniert werden. - Rivastigmin eignet sich für eine chef(kontroll)ärztliche Langzeitbewilligung für 6 Monate (L6).		56 St(2)	73,25

	Bezeichnung	T	OP	KVP in €
RE2 L6	**Rivastigmin "Actavis" 4,5 mg Hartkaps.** - Die Diagnose DAT (Demenz vom Alzheimertyp) oder Demenz bei PatientInnen mit idiopathischem Parkinson-Syndrom ist von einem Facharzt/einer Fachärztin 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 10 betragen. - Vergewisserung für das Vorhandensein einer Betreuungsperson zur Sicherung der Compliance. - Eine Kontrolluntersuchung durch den/die o.a. Facharzt/Fachärztin ist nach Erreichung der Erhaltungsdosis durchzuführen. - Die Behandlung ist nur bei Ansprechen auf die Therapie weiterzuführen. - Alle 6 Monate ist eine Kontrolluntersuchung durch den/die o.a. Facharzt/Fachärztin mittels einer MMSE durchzuführen. - Die Therapie mit Rivastigmin ist zu beenden, wenn das Ergebnis der MMSE kleiner 10 ist. - Rivastigmin darf nicht mit anderen Arzneimitteln gegen Demenz kombiniert werden. - Rivastigmin eignet sich für eine chef(kontroll)ärztliche Langzeitbewilligung für 6 Monate (L6).		56 St(2)	46,10
RE2 L6	**Rivastigmin "Sandoz" 4,5 mg Hartkaps.** - Die Diagnose DAT (Demenz vom Alzheimertyp) oder Demenz bei PatientInnen mit idiopathischem Parkinson-Syndrom ist von einem Facharzt/einer Fachärztin 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 10 betragen. - Vergewisserung für das Vorhandensein einer Betreuungsperson zur Sicherung der Compliance. - Eine Kontrolluntersuchung durch den/die o.a. Facharzt/Fachärztin ist nach Erreichung der Erhaltungsdosis durchzuführen. - Die Behandlung ist nur bei Ansprechen auf die Therapie weiterzuführen. - Alle 6 Monate ist eine Kontrolluntersuchung durch den/die o.a. Facharzt/Fachärztin mittels einer MMSE durchzuführen. - Die Therapie mit Rivastigmin ist zu beenden, wenn das Ergebnis der MMSE kleiner 10 ist. - Rivastigmin darf nicht mit anderen Arzneimitteln gegen Demenz kombiniert werden. - Rivastigmin eignet sich für eine chef(kontroll)ärztliche Langzeitbewilligung für 6 Monate (L6).		56 St(2)	45,95

Rivastigmin 0,0046/die

RE2 L6	**Exelon 4,6 mg/24 h transdermales Pflaster** - Die Diagnose DAT (Demenz vom Alzheimertyp) ist von einem Facharzt/einer Fachärztin 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 10 betragen. - Vergewisserung für das Vorhandensein einer Betreuungsperson zur Sicherung der Compliance. - Eine Kontrolluntersuchung durch den/die o.a. Facharzt/Fachärztin ist nach Erreichung der Erhaltungsdosis durchzuführen. - Die Behandlung ist nur bei Ansprechen auf die Therapie weiterzuführen. - Alle 6 Monate ist eine Kontrolluntersuchung durch den/die o.a. Facharzt/Fachärztin mittels einer MMSE durchzuführen. - Die Therapie mit Rivastigmin ist zu beenden, wenn das Ergebnis der MMSE kleiner 10 ist. - Rivastigmin darf nicht mit anderen Arzneimitteln gegen Demenz kombiniert werden. - Rivastigmin eignet sich für eine chef(kontroll)ärztliche Langzeitbewilligung für 6 Monate (L6).		7 St 30 St(2)	10,35 40,60

	Bezeichnung	T	OP	KVP in €
RE2 L6	**Rivagelan 4,6 mg/24 h transdermales Pflaster** - Die Diagnose DAT (Demenz vom Alzheimertyp) ist von einem Facharzt/einer Fachärztin 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 10 betragen. - Vergewisserung für das Vorhandensein einer Betreuungsperson zur Sicherung der Compliance. - Eine Kontrolluntersuchung durch den/die o.a. Facharzt/Fachärztin ist nach Erreichung der Erhaltungsdosis durchzuführen. - Die Behandlung ist nur bei Ansprechen auf die Therapie weiterzuführen. - Alle 6 Monate ist eine Kontrolluntersuchung durch den/die o.a. Facharzt/Fachärztin mittels einer MMSE durchzuführen. - Die Therapie mit Rivastigmin ist zu beenden, wenn das Ergebnis der MMSE kleiner 10 ist. - Rivastigmin darf nicht mit anderen Arzneimitteln gegen Demenz kombiniert werden. - Rivastigmin eignet sich für eine chef(kontroll)ärztliche Langzeitbewilligung für 6 Monate (L6).		7 St 30 St(2)	10,15 39,95
RE2 L6	**Rivastigmin "ratiopharm" 4,6 mg/24 h transdermales Pflaster** - Die Diagnose DAT (Demenz vom Alzheimertyp) ist von einem Facharzt/einer Fachärztin 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 10 betragen. - Vergewisserung für das Vorhandensein einer Betreuungsperson zur Sicherung der Compliance. - Eine Kontrolluntersuchung durch den/die o.a. Facharzt/Fachärztin ist nach Erreichung der Erhaltungsdosis durchzuführen. - Die Behandlung ist nur bei Ansprechen auf die Therapie weiterzuführen. - Alle 6 Monate ist eine Kontrolluntersuchung durch den/die o.a. Facharzt/Fachärztin mittels einer MMSE durchzuführen. - Die Therapie mit Rivastigmin ist zu beenden, wenn das Ergebnis der MMSE kleiner 10 ist. - Rivastigmin darf nicht mit anderen Arzneimitteln gegen Demenz kombiniert werden. - Rivastigmin eignet sich für eine chef(kontroll)ärztliche Langzeitbewilligung für 6 Monate (L6).		7 St 30 St(2)	10,30 40,55
RE2 L6	**Rivastigmin "Sandoz" 4,6 mg/24 h transdermales Pflaster** - Die Diagnose DAT (Demenz vom Alzheimertyp) ist von einem Facharzt/einer Fachärztin 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 10 betragen. - Vergewisserung für das Vorhandensein einer Betreuungsperson zur Sicherung der Compliance. - Eine Kontrolluntersuchung durch den/die o.a. Facharzt/Fachärztin ist nach Erreichung der Erhaltungsdosis durchzuführen. - Die Behandlung ist nur bei Ansprechen auf die Therapie weiterzuführen. - Alle 6 Monate ist eine Kontrolluntersuchung durch den/die o.a. Facharzt/Fachärztin mittels einer MMSE durchzuführen. - Die Therapie mit Rivastigmin ist zu beenden, wenn das Ergebnis der MMSE kleiner 10 ist. - Rivastigmin darf nicht mit anderen Arzneimitteln gegen Demenz kombiniert werden. - Rivastigmin eignet sich für eine chef(kontroll)ärztliche Langzeitbewilligung für 6 Monate (L6).		7 St 30 St(2)	10,30 40,40

	Bezeichnung	T	OP	KVP in €
Rivastigmin 0,006				
RE2 L6	**Exelon 6 mg Hartkaps.** - Die Diagnose DAT (Demenz vom Alzheimertyp) oder Demenz bei PatientInnen mit idiopathischem Parkinson-Syndrom ist von einem Facharzt/einer Fachärztin 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 10 betragen. - Vergewisserung für das Vorhandensein einer Betreuungsperson zur Sicherung der Compliance. - Eine Kontrolluntersuchung durch den/die o.a. Facharzt/Fachärztin ist nach Erreichung der Erhaltungsdosis durchzuführen. - Die Behandlung ist nur bei Ansprechen auf die Therapie weiterzuführen. - Alle 6 Monate ist eine Kontrolluntersuchung durch den/die o.a. Facharzt/Fachärztin mittels einer MMSE durchzuführen. - Die Therapie mit Rivastigmin ist zu beenden, wenn das Ergebnis der MMSE kleiner 10 ist. - Rivastigmin darf nicht mit anderen Arzneimitteln gegen Demenz kombiniert werden. - Rivastigmin eignet sich für eine chef(kontroll)ärztliche Langzeitbewilligung für 6 Monate (L6).		56 St(2)	73,25
RE2 L6	**Rivastigmin "Actavis" 6 mg Hartkaps.** - Die Diagnose DAT (Demenz vom Alzheimertyp) oder Demenz bei PatientInnen mit idiopathischem Parkinson-Syndrom ist von einem Facharzt/einer Fachärztin 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 10 betragen. - Vergewisserung für das Vorhandensein einer Betreuungsperson zur Sicherung der Compliance. - Eine Kontrolluntersuchung durch den/die o.a. Facharzt/Fachärztin ist nach Erreichung der Erhaltungsdosis durchzuführen. - Die Behandlung ist nur bei Ansprechen auf die Therapie weiterzuführen. - Alle 6 Monate ist eine Kontrolluntersuchung durch den/die o.a. Facharzt/Fachärztin mittels einer MMSE durchzuführen. - Die Therapie mit Rivastigmin ist zu beenden, wenn das Ergebnis der MMSE kleiner 10 ist. - Rivastigmin darf nicht mit anderen Arzneimitteln gegen Demenz kombiniert werden. - Rivastigmin eignet sich für eine chef(kontroll)ärztliche Langzeitbewilligung für 6 Monate (L6).		56 St(2)	46,10
RE2 L6	**Rivastigmin "Sandoz" 6 mg Hartkaps.** - Die Diagnose DAT (Demenz vom Alzheimertyp) oder Demenz bei PatientInnen mit idiopathischem Parkinson-Syndrom ist von einem Facharzt/einer Fachärztin 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 10 betragen. - Vergewisserung für das Vorhandensein einer Betreuungsperson zur Sicherung der Compliance. - Eine Kontrolluntersuchung durch den/die o.a. Facharzt/Fachärztin ist nach Erreichung der Erhaltungsdosis durchzuführen. - Die Behandlung ist nur bei Ansprechen auf die Therapie weiterzuführen. - Alle 6 Monate ist eine Kontrolluntersuchung durch den/die o.a. Facharzt/Fachärztin mittels einer MMSE durchzuführen. - Die Therapie mit Rivastigmin ist zu beenden, wenn das Ergebnis der MMSE kleiner 10 ist. - Rivastigmin darf nicht mit anderen Arzneimitteln gegen Demenz kombiniert werden. - Rivastigmin eignet sich für eine chef(kontroll)ärztliche Langzeitbewilligung für 6 Monate (L6).		56 St(2)	45,95

	Bezeichnung	T	OP	KVP in €
Rivastigmin 0,0095/die				
RE2 L6	**Exelon 9,5 mg/24 h transdermales Pflaster** - Die Diagnose DAT (Demenz vom Alzheimertyp) ist von einem Facharzt/einer Fachärztin 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 10 betragen. - Vergewisserung für das Vorhandensein einer Betreuungsperson zur Sicherung der Compliance. - Eine Kontrolluntersuchung durch den/die o.a. Facharzt/Fachärztin ist nach Erreichung der Erhaltungsdosis durchzuführen. - Die Behandlung ist nur bei Ansprechen auf die Therapie weiterzuführen. - Alle 6 Monate ist eine Kontrolluntersuchung durch den/die o.a. Facharzt/Fachärztin mittels einer MMSE durchzuführen. - Die Therapie mit Rivastigmin ist zu beenden, wenn das Ergebnis der MMSE kleiner 10 ist. - Rivastigmin darf nicht mit anderen Arzneimitteln gegen Demenz kombiniert werden. - Rivastigmin eignet sich für eine chef(kontroll)ärztliche Langzeitbewilligung für 6 Monate (L6).		30 St(2)	40,60
RE2 L6	**Rivagelan 9,5 mg/24 h transdermales Pflaster** - Die Diagnose DAT (Demenz vom Alzheimertyp) ist von einem Facharzt/einer Fachärztin 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 10 betragen. - Vergewisserung für das Vorhandensein einer Betreuungsperson zur Sicherung der Compliance. - Eine Kontrolluntersuchung durch den/die o.a. Facharzt/Fachärztin ist nach Erreichung der Erhaltungsdosis durchzuführen. - Die Behandlung ist nur bei Ansprechen auf die Therapie weiterzuführen. - Alle 6 Monate ist eine Kontrolluntersuchung durch den/die o.a. Facharzt/Fachärztin mittels einer MMSE durchzuführen. - Die Therapie mit Rivastigmin ist zu beenden, wenn das Ergebnis der MMSE kleiner 10 ist. - Rivastigmin darf nicht mit anderen Arzneimitteln gegen Demenz kombiniert werden. - Rivastigmin eignet sich für eine chef(kontroll)ärztliche Langzeitbewilligung für 6 Monate (L6).		30 St(2)	39,95
RE2 L6	**Rivastigmin "ratiopharm" 9,5 mg/24 h transdermales Pflaster** - Die Diagnose DAT (Demenz vom Alzheimertyp) ist von einem Facharzt/einer Fachärztin 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 10 betragen. - Vergewisserung für das Vorhandensein einer Betreuungsperson zur Sicherung der Compliance. - Eine Kontrolluntersuchung durch den/die o.a. Facharzt/Fachärztin ist nach Erreichung der Erhaltungsdosis durchzuführen. - Die Behandlung ist nur bei Ansprechen auf die Therapie weiterzuführen. - Alle 6 Monate ist eine Kontrolluntersuchung durch den/die o.a. Facharzt/Fachärztin mittels einer MMSE durchzuführen. - Die Therapie mit Rivastigmin ist zu beenden, wenn das Ergebnis der MMSE kleiner 10 ist. - Rivastigmin darf nicht mit anderen Arzneimitteln gegen Demenz kombiniert werden. - Rivastigmin eignet sich für eine chef(kontroll)ärztliche Langzeitbewilligung für 6 Monate (L6).		30 St(2)	40,55

	Bezeichnung	T	OP	KVP in €
RE2 L6	**Rivastigmin "Sandoz" 9,5 mg/24 h transdermales Pflaster** - Die Diagnose DAT (Demenz vom Alzheimertyp) ist von einem Facharzt/einer Fachärztin 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 10 betragen. - Vergewisserung für das Vorhandensein einer Betreuungsperson zur Sicherung der Compliance. - Eine Kontrolluntersuchung durch den/die o.a. Facharzt/Fachärztin ist nach Erreichung der Erhaltungsdosis durchzuführen. - Die Behandlung ist nur bei Ansprechen auf die Therapie weiterzuführen. - Alle 6 Monate ist eine Kontrolluntersuchung durch den/die o.a. Facharzt/Fachärztin mittels einer MMSE durchzuführen. - Die Therapie mit Rivastigmin ist zu beenden, wenn das Ergebnis der MMSE kleiner 10 ist. - Rivastigmin darf nicht mit anderen Arzneimitteln gegen Demenz kombiniert werden. - Rivastigmin eignet sich für eine chef(kontroll)ärztliche Langzeitbewilligung für 6 Monate (L6).		30 St(2)	40,40

Rivastigmin 0,0133/die

RE2 L6	**Exelon 13,3 mg/24 h transdermales Pflaster** - Die Diagnose DAT (Demenz vom Alzheimertyp) ist von einem Facharzt/einer Fachärztin 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 10 betragen. - Vergewisserung für das Vorhandensein einer Betreuungsperson zur Sicherung der Compliance. - Eine Kontrolluntersuchung durch den/die o.a. Facharzt/Fachärztin ist nach Erreichung der Erhaltungsdosis durchzuführen. - Die Behandlung ist nur bei Ansprechen auf die Therapie weiterzuführen. - Alle 6 Monate ist eine Kontrolluntersuchung durch den/die o.a. Facharzt/Fachärztin mittels einer MMSE durchzuführen. - Die Therapie mit Rivastigmin ist zu beenden, wenn das Ergebnis der MMSE kleiner 10 ist. - Rivastigmin darf nicht mit anderen Arzneimitteln gegen Demenz kombiniert werden. - Rivastigmin eignet sich für eine chef(kontroll)ärztliche Langzeitbewilligung für 6 Monate (L6).		30 St(2)	40,60
RE2 L6	**Rivastigmin "ratiopharm" 13,3 mg/24 h transdermales Pflaster** - Die Diagnose DAT (Demenz vom Alzheimertyp) ist von einem Facharzt/einer Fachärztin 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 10 betragen. - Vergewisserung für das Vorhandensein einer Betreuungsperson zur Sicherung der Compliance. - Eine Kontrolluntersuchung durch den/die o.a. Facharzt/Fachärztin ist nach Erreichung der Erhaltungsdosis durchzuführen. - Die Behandlung ist nur bei Ansprechen auf die Therapie weiterzuführen. - Alle 6 Monate ist eine Kontrolluntersuchung durch den/die o.a. Facharzt/Fachärztin mittels einer MMSE durchzuführen. - Die Therapie mit Rivastigmin ist zu beenden, wenn das Ergebnis der MMSE kleiner 10 ist. - Rivastigmin darf nicht mit anderen Arzneimitteln gegen Demenz kombiniert werden. - Rivastigmin eignet sich für eine chef(kontroll)ärztliche Langzeitbewilligung für 6 Monate (L6).		30 St(2)	40,55

	Bezeichnung	T	OP	KVP in €
RE2 L6	**Rivastigmin "Sandoz" 13,3 mg/24 h transdermales Pflaster** - Die Diagnose DAT (Demenz vom Alzheimertyp) ist von einem Facharzt/einer Fachärztin 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 10 betragen. - Vergewisserung für das Vorhandensein einer Betreuungsperson zur Sicherung der Compliance. - Eine Kontrolluntersuchung durch den/die o.a. Facharzt/Fachärztin ist nach Erreichung der Erhaltungsdosis durchzuführen. - Die Behandlung ist nur bei Ansprechen auf die Therapie weiterzuführen. - Alle 6 Monate ist eine Kontrolluntersuchung durch den/die o.a. Facharzt/Fachärztin mittels einer MMSE durchzuführen. - Die Therapie mit Rivastigmin ist zu beenden, wenn das Ergebnis der MMSE kleiner 10 ist. - Rivastigmin darf nicht mit anderen Arzneimitteln gegen Demenz kombiniert werden. - Rivastigmin eignet sich für eine chef(kontroll)ärztliche Langzeitbewilligung für 6 Monate (L6).		30 St(2)	40,40

N06DA04 Galantamin

Galantamin 0,004/ml

RE2 L6	**Reminyl 4 mg/ml Lsg.** - Die Diagnose DAT (Demenz vom Alzheimertyp) 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 Langzeitbewilligung für 6 Monate (L6). - Die Lsg. wird nur bei Vorliegen von Schluckbeschwerden genehmigt.		100 ml(2)	72,60

Galantamin 0,008

RE2 L6	**Galantamin "Actavis" 8 mg Retardkaps.** - Die Diagnose DAT (Demenz vom Alzheimertyp) ist von einem Facharzt/einer Fachärztin 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 10 betragen. - Vergewisserung für das Vorhandensein einer Betreuungsperson zur Sicherung der Compliance. - Eine Kontrolluntersuchung durch den/die o.a. Facharzt/Fachärztin ist nach Erreichung der Erhaltungsdosis durchzuführen. - Die Behandlung ist nur bei Ansprechen auf die Therapie weiterzuführen. - Alle 6 Monate ist eine Kontrolluntersuchung durch den/die o.a. Facharzt/Fachärztin mittels einer MMSE durchzuführen. - Die Therapie mit Galantamin ist zu beenden, wenn das Ergebnis der MMSE kleiner 10 ist. - Galantamin darf nicht mit anderen Arzneimitteln gegen Demenz kombiniert werden. - Galantamin eignet sich für eine chef(kontroll)ärztliche Langzeitbewilligung für 6 Monate (L6).		7 St 28 St(2)	6,05 22,80

	Bezeichnung	T	OP	KVP in €
RE2 L6	**Galantamin "Aristo" 8 mg Retardkaps.** - Die Diagnose DAT (Demenz vom Alzheimertyp) ist von einem Facharzt/einer Fachärztin 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 10 betragen. - Vergewisserung für das Vorhandensein einer Betreuungsperson zur Sicherung der Compliance. - Eine Kontrolluntersuchung durch den/die o.a. Facharzt/Fachärztin ist nach Erreichung der Erhaltungsdosis durchzuführen. - Die Behandlung ist nur bei Ansprechen auf die Therapie weiterzuführen. - Alle 6 Monate ist eine Kontrolluntersuchung durch den/die o.a. Facharzt/Fachärztin mittels einer MMSE durchzuführen. - Die Therapie mit Galantamin ist zu beenden, wenn das Ergebnis der MMSE kleiner 10 ist. - Galantamin darf nicht mit anderen Arzneimitteln gegen Demenz kombiniert werden. - Galantamin eignet sich für eine chef(kontroll)ärztliche Langzeitbewilligung für 6 Monate (L6).		7 St 28 St(2)	6,00 21,00
RE2 L6	**Galantamin "ratiopharm GmbH" 8 mg Retardkaps.** - Die Diagnose DAT (Demenz vom Alzheimertyp) ist von einem Facharzt/einer Fachärztin 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 10 betragen. - Vergewisserung für das Vorhandensein einer Betreuungsperson zur Sicherung der Compliance. - Eine Kontrolluntersuchung durch den/die o.a. Facharzt/Fachärztin ist nach Erreichung der Erhaltungsdosis durchzuführen. - Die Behandlung ist nur bei Ansprechen auf die Therapie weiterzuführen. - Alle 6 Monate ist eine Kontrolluntersuchung durch den/die o.a. Facharzt/Fachärztin mittels einer MMSE durchzuführen. - Die Therapie mit Galantamin ist zu beenden, wenn das Ergebnis der MMSE kleiner 10 ist. - Galantamin darf nicht mit anderen Arzneimitteln gegen Demenz kombiniert werden. - Galantamin eignet sich für eine chef(kontroll)ärztliche Langzeitbewilligung für 6 Monate (L6).		10 St 30 St(2)	8,25 22,50
RE2 L6	**Galantamin "Sandoz" 8 mg Retardkaps.** - Die Diagnose DAT (Demenz vom Alzheimertyp) ist von einem Facharzt/einer Fachärztin 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 10 betragen. - Vergewisserung für das Vorhandensein einer Betreuungsperson zur Sicherung der Compliance. - Eine Kontrolluntersuchung durch den/die o.a. Facharzt/Fachärztin ist nach Erreichung der Erhaltungsdosis durchzuführen. - Die Behandlung ist nur bei Ansprechen auf die Therapie weiterzuführen. - Alle 6 Monate ist eine Kontrolluntersuchung durch den/die o.a. Facharzt/Fachärztin mittels einer MMSE durchzuführen. - Die Therapie mit Galantamin ist zu beenden, wenn das Ergebnis der MMSE kleiner 10 ist. - Galantamin darf nicht mit anderen Arzneimitteln gegen Demenz kombiniert werden. - Galantamin eignet sich für eine chef(kontroll)ärztliche Langzeitbewilligung für 6 Monate (L6).		10 St 30 St(2)	8,85 24,60
RE2 L6	**Reminyl retard 8 mg Kaps.** - Die Diagnose DAT (Demenz vom Alzheimertyp) ist von einem Facharzt/einer Fachärztin 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 10 betragen. - Vergewisserung für das Vorhandensein einer Betreuungsperson zur Sicherung der Compliance. - Eine Kontrolluntersuchung durch den/die o.a. Facharzt/Fachärztin ist nach Erreichung der Erhaltungsdosis durchzuführen. - Die Behandlung ist nur bei Ansprechen auf die Therapie weiterzuführen. - Alle 6 Monate ist eine Kontrolluntersuchung durch den/die o.a. Facharzt/Fachärztin mittels einer MMSE durchzuführen. - Die Therapie mit Galantamin ist zu beenden, wenn das Ergebnis der MMSE kleiner 10 ist. - Galantamin darf nicht mit anderen Arzneimitteln gegen Demenz kombiniert werden. - Galantamin eignet sich für eine chef(kontroll)ärztliche Langzeitbewilligung für 6 Monate (L6).		7 St 28 St(2)	6,20 22,95

	Bezeichnung	T	OP	KVP in €
Galantamin 0,016				
RE2 L6	**Galantamin "Actavis" 16 mg Retardkaps.** - Die Diagnose DAT (Demenz vom Alzheimertyp) ist von einem Facharzt/einer Fachärztin 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 10 betragen. - Vergewisserung für das Vorhandensein einer Betreuungsperson zur Sicherung der Compliance. - Eine Kontrolluntersuchung durch den/die o.a. Facharzt/Fachärztin ist nach Erreichung der Erhaltungsdosis durchzuführen. - Die Behandlung ist nur bei Ansprechen auf die Therapie weiterzuführen. - Alle 6 Monate ist eine Kontrolluntersuchung durch den/die o.a. Facharzt/Fachärztin mittels einer MMSE durchzuführen. - Die Therapie mit Galantamin ist zu beenden, wenn das Ergebnis der MMSE kleiner 10 ist. - Galantamin darf nicht mit anderen Arzneimitteln gegen Demenz kombiniert werden. - Galantamin eignet sich für eine chef(kontroll)ärztliche Langzeitbewilligung für 6 Monate (L6).		28 St(2)	37,35
RE2 L6	**Galantamin "Aristo" 16 mg Retardkaps.** - Die Diagnose DAT (Demenz vom Alzheimertyp) ist von einem Facharzt/einer Fachärztin 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 10 betragen. - Vergewisserung für das Vorhandensein einer Betreuungsperson zur Sicherung der Compliance. - Eine Kontrolluntersuchung durch den/die o.a. Facharzt/Fachärztin ist nach Erreichung der Erhaltungsdosis durchzuführen. - Die Behandlung ist nur bei Ansprechen auf die Therapie weiterzuführen. - Alle 6 Monate ist eine Kontrolluntersuchung durch den/die o.a. Facharzt/Fachärztin mittels einer MMSE durchzuführen. - Die Therapie mit Galantamin ist zu beenden, wenn das Ergebnis der MMSE kleiner 10 ist. - Galantamin darf nicht mit anderen Arzneimitteln gegen Demenz kombiniert werden. - Galantamin eignet sich für eine chef(kontroll)ärztliche Langzeitbewilligung für 6 Monate (L6).		28 St(2)	34,60
RE2 L6	**Galantamin "ratiopharm GmbH" 16 mg Retardkaps.** - Die Diagnose DAT (Demenz vom Alzheimertyp) ist von einem Facharzt/einer Fachärztin 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 10 betragen. - Vergewisserung für das Vorhandensein einer Betreuungsperson zur Sicherung der Compliance. - Eine Kontrolluntersuchung durch den/die o.a. Facharzt/Fachärztin ist nach Erreichung der Erhaltungsdosis durchzuführen. - Die Behandlung ist nur bei Ansprechen auf die Therapie weiterzuführen. - Alle 6 Monate ist eine Kontrolluntersuchung durch den/die o.a. Facharzt/Fachärztin mittels einer MMSE durchzuführen. - Die Therapie mit Galantamin ist zu beenden, wenn das Ergebnis der MMSE kleiner 10 ist. - Galantamin darf nicht mit anderen Arzneimitteln gegen Demenz kombiniert werden. - Galantamin eignet sich für eine chef(kontroll)ärztliche Langzeitbewilligung für 6 Monate (L6).		30 St(2)	37,10

	Bezeichnung	T	OP	KVP in €
RE2 L6	**Galantamin "Sandoz" 16 mg Retardkaps.** - Die Diagnose DAT (Demenz vom Alzheimertyp) ist von einem Facharzt/einer Fachärztin 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 10 betragen. - Vergewisserung für das Vorhandensein einer Betreuungsperson zur Sicherung der Compliance. - Eine Kontrolluntersuchung durch den/die o.a. Facharzt/Fachärztin ist nach Erreichung der Erhaltungsdosis durchzuführen. - Die Behandlung ist nur bei Ansprechen auf die Therapie weiterzuführen. - Alle 6 Monate ist eine Kontrolluntersuchung durch den/die o.a. Facharzt/Fachärztin mittels einer MMSE durchzuführen. - Die Therapie mit Galantamin ist zu beenden, wenn das Ergebnis der MMSE kleiner 10 ist. - Galantamin darf nicht mit anderen Arzneimitteln gegen Demenz kombiniert werden. - Galantamin eignet sich für eine chef(kontroll)ärztliche Langzeitbewilligung für 6 Monate (L6).		30 St(2)	39,60
RE2 L6	**Reminyl retard 16 mg Kaps.** - Die Diagnose DAT (Demenz vom Alzheimertyp) ist von einem Facharzt/einer Fachärztin 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 10 betragen. - Vergewisserung für das Vorhandensein einer Betreuungsperson zur Sicherung der Compliance. - Eine Kontrolluntersuchung durch den/die o.a. Facharzt/Fachärztin ist nach Erreichung der Erhaltungsdosis durchzuführen. - Die Behandlung ist nur bei Ansprechen auf die Therapie weiterzuführen. - Alle 6 Monate ist eine Kontrolluntersuchung durch den/die o.a. Facharzt/Fachärztin mittels einer MMSE durchzuführen. - Die Therapie mit Galantamin ist zu beenden, wenn das Ergebnis der MMSE kleiner 10 ist. - Galantamin darf nicht mit anderen Arzneimitteln gegen Demenz kombiniert werden. - Galantamin eignet sich für eine chef(kontroll)ärztliche Langzeitbewilligung für 6 Monate (L6).		28 St(2)	37,50

Galantamin 0,024

RE2 L6	**Galantamin "Actavis" 24 mg Retardkaps.** - Die Diagnose DAT (Demenz vom Alzheimertyp) ist von einem Facharzt/einer Fachärztin 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 10 betragen. - Vergewisserung für das Vorhandensein einer Betreuungsperson zur Sicherung der Compliance. - Eine Kontrolluntersuchung durch den/die o.a. Facharzt/Fachärztin ist nach Erreichung der Erhaltungsdosis durchzuführen. - Die Behandlung ist nur bei Ansprechen auf die Therapie weiterzuführen. - Alle 6 Monate ist eine Kontrolluntersuchung durch den/die o.a. Facharzt/Fachärztin mittels einer MMSE durchzuführen. - Die Therapie mit Galantamin ist zu beenden, wenn das Ergebnis der MMSE kleiner 10 ist. - Galantamin darf nicht mit anderen Arzneimitteln gegen Demenz kombiniert werden. - Galantamin eignet sich für eine chef(kontroll)ärztliche Langzeitbewilligung für 6 Monate (L6).		28 St(2)	42,30

	Bezeichnung	T	OP	KVP in €
RE2 L6	**Galantamin "Aristo" 24 mg Retardkaps.** - Die Diagnose DAT (Demenz vom Alzheimertyp) ist von einem Facharzt/einer Fachärztin 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 10 betragen. - Vergewisserung für das Vorhandensein einer Betreuungsperson zur Sicherung der Compliance. - Eine Kontrolluntersuchung durch den/die o.a. Facharzt/Fachärztin ist nach Erreichung der Erhaltungsdosis durchzuführen. - Die Behandlung ist nur bei Ansprechen auf die Therapie weiterzuführen. - Alle 6 Monate ist eine Kontrolluntersuchung durch den/die o.a. Facharzt/Fachärztin mittels einer MMSE durchzuführen. - Die Therapie mit Galantamin ist zu beenden, wenn das Ergebnis der MMSE kleiner 10 ist. - Galantamin darf nicht mit anderen Arzneimitteln gegen Demenz kombiniert werden. - Galantamin eignet sich für eine chef(kontroll)ärztliche Langzeitbewilligung für 6 Monate (L6).		28 St(2)	39,60
RE2 L6	**Galantamin "ratiopharm GmbH" 24 mg Retardkaps.** - Die Diagnose DAT (Demenz vom Alzheimertyp) ist von einem Facharzt/einer Fachärztin 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 10 betragen. - Vergewisserung für das Vorhandensein einer Betreuungsperson zur Sicherung der Compliance. - Eine Kontrolluntersuchung durch den/die o.a. Facharzt/Fachärztin ist nach Erreichung der Erhaltungsdosis durchzuführen. - Die Behandlung ist nur bei Ansprechen auf die Therapie weiterzuführen. - Alle 6 Monate ist eine Kontrolluntersuchung durch den/die o.a. Facharzt/Fachärztin mittels einer MMSE durchzuführen. - Die Therapie mit Galantamin ist zu beenden, wenn das Ergebnis der MMSE kleiner 10 ist. - Galantamin darf nicht mit anderen Arzneimitteln gegen Demenz kombiniert werden. - Galantamin eignet sich für eine chef(kontroll)ärztliche Langzeitbewilligung für 6 Monate (L6).		30 St(2)	42,00
RE2 L6	**Galantamin "Sandoz" 24 mg Retardkaps.** - Die Diagnose DAT (Demenz vom Alzheimertyp) ist von einem Facharzt/einer Fachärztin 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 10 betragen. - Vergewisserung für das Vorhandensein einer Betreuungsperson zur Sicherung der Compliance. - Eine Kontrolluntersuchung durch den/die o.a. Facharzt/Fachärztin ist nach Erreichung der Erhaltungsdosis durchzuführen. - Die Behandlung ist nur bei Ansprechen auf die Therapie weiterzuführen. - Alle 6 Monate ist eine Kontrolluntersuchung durch den/die o.a. Facharzt/Fachärztin mittels einer MMSE durchzuführen. - Die Therapie mit Galantamin ist zu beenden, wenn das Ergebnis der MMSE kleiner 10 ist. - Galantamin darf nicht mit anderen Arzneimitteln gegen Demenz kombiniert werden. - Galantamin eignet sich für eine chef(kontroll)ärztliche Langzeitbewilligung für 6 Monate (L6).		30 St(2)	45,45
RE2 L6	**Reminyl retard 24 mg Kaps.** - Die Diagnose DAT (Demenz vom Alzheimertyp) ist von einem Facharzt/einer Fachärztin 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 10 betragen. - Vergewisserung für das Vorhandensein einer Betreuungsperson zur Sicherung der Compliance. - Eine Kontrolluntersuchung durch den/die o.a. Facharzt/Fachärztin ist nach Erreichung der Erhaltungsdosis durchzuführen. - Die Behandlung ist nur bei Ansprechen auf die Therapie weiterzuführen. - Alle 6 Monate ist eine Kontrolluntersuchung durch den/die o.a. Facharzt/Fachärztin mittels einer MMSE durchzuführen. - Die Therapie mit Galantamin ist zu beenden, wenn das Ergebnis der MMSE kleiner 10 ist. - Galantamin darf nicht mit anderen Arzneimitteln gegen Demenz kombiniert werden. - Galantamin eignet sich für eine chef(kontroll)ärztliche Langzeitbewilligung für 6 Monate (L6).		28 St(2)	42,40

N06DX Andere Antidementiva
N06DX01 Memantin

Memantin 0,005 (7 Filmtabl.); Memantin 0,01 (7 Filmtabl.); Memantin 0,015 (7 Filmtabl.); Memantin 0,02 (7 Filmtabl.)

RE2	**Ebixa 5 mg, 10 mg, 15 mg, 20 mg Filmtabl. Starterpackung** - Die Diagnose DAT (Demenz vom Alzheimertyp) ist von einem Facharzt/einer Fachärztin 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) kleiner bzw. gleich 14 betragen. - Vergewisserung für das Vorhandensein einer Betreuungsperson zur Sicherung der Compliance. - Eine Kontrolluntersuchung durch den/die o.a. Facharzt/Fachärztin ist nach Erreichung der Erhaltungsdosis durchzuführen. - Die Behandlung ist nur bei Ansprechen auf die Therapie weiterzuführen. - Alle 6 Monate ist eine Kontrolluntersuchung durch den/die o.a. Facharzt/Fachärztin mittels einer MMSE durchzuführen. - Die Therapie mit Memantin ist zu beenden, wenn das Ergebnis der MMSE kleiner 3 ist. - Memantin darf nicht mit anderen Arzneimitteln gegen Demenz kombiniert werden.		28 St	21,25
RE2	**Memantin "Genericon" 5 mg, 10 mg, 15 mg, 20 mg Filmtabl. Starterpackung** - Die Diagnose DAT (Demenz vom Alzheimertyp) ist von einem Facharzt/einer Fachärztin 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) kleiner bzw. gleich 14 betragen. - Vergewisserung für das Vorhandensein einer Betreuungsperson zur Sicherung der Compliance. - Eine Kontrolluntersuchung durch den/die o.a. Facharzt/Fachärztin ist nach Erreichung der Erhaltungsdosis durchzuführen. - Die Behandlung ist nur bei Ansprechen auf die Therapie weiterzuführen. - Alle 6 Monate ist eine Kontrolluntersuchung durch den/die o.a. Facharzt/Fachärztin mittels einer MMSE durchzuführen. - Die Therapie mit Memantin ist zu beenden, wenn das Ergebnis der MMSE kleiner 3 ist. - Memantin darf nicht mit anderen Arzneimitteln gegen Demenz kombiniert werden.		28 St	21,25
RE2	**Memantine "Merz" 5 mg, 10 mg, 15 mg, 20 mg Filmtabl. Starterpackung** - Die Diagnose DAT (Demenz vom Alzheimertyp) ist von einem Facharzt/einer Fachärztin 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) kleiner bzw. gleich 14 betragen. - Vergewisserung für das Vorhandensein einer Betreuungsperson zur Sicherung der Compliance. - Eine Kontrolluntersuchung durch den/die o.a. Facharzt/Fachärztin ist nach Erreichung der Erhaltungsdosis durchzuführen. - Die Behandlung ist nur bei Ansprechen auf die Therapie weiterzuführen. - Alle 6 Monate ist eine Kontrolluntersuchung durch den/die o.a. Facharzt/Fachärztin mittels einer MMSE durchzuführen. - Die Therapie mit Memantin ist zu beenden, wenn das Ergebnis der MMSE kleiner 3 ist. - Memantin darf nicht mit anderen Arzneimitteln gegen Demenz kombiniert werden.		28 St	21,25

	Bezeichnung	T	OP	KVP in €
Memantin 0,005/ED				
RE2	**Memantine "Merz" 5 mg/Pumpenhub Lsg. zum Einnehmen** - Die Diagnose DAT (Demenz vom Alzheimertyp) ist von einem Facharzt/einer Fachärztin 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) kleiner bzw. gleich 14 betragen. - Vergewisserung für das Vorhandensein einer Betreuungsperson zur Sicherung der Compliance. - Eine Kontrolluntersuchung durch den/die o.a. Facharzt/Fachärztin ist nach Erreichung der Erhaltungsdosis durchzuführen. - Die Behandlung ist nur bei Ansprechen auf die Therapie weiterzuführen. - Alle 6 Monate ist eine Kontrolluntersuchung durch den/die o.a. Facharzt/Fachärztin mittels einer MMSE durchzuführen. - Die Therapie mit Memantin ist zu beenden, wenn das Ergebnis der MMSE kleiner 3 ist. - Memantin darf nicht mit anderen Arzneimitteln gegen DAT kombiniert werden. - Einsatz der Lsg. nur bei Vorliegen von Schluckbeschwerden.		50 ml(2)	19,50
Memantin 0,01				
RE2	**Ebixa 10 mg Filmtabl.** - Die Diagnose DAT (Demenz vom Alzheimertyp) ist von einem Facharzt/einer Fachärztin 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) kleiner bzw. gleich 14 betragen. - Vergewisserung für das Vorhandensein einer Betreuungsperson zur Sicherung der Compliance. - Eine Kontrolluntersuchung durch den/die o.a. Facharzt/Fachärztin ist nach Erreichung der Erhaltungsdosis durchzuführen. - Die Behandlung ist nur bei Ansprechen auf die Therapie weiterzuführen. - Alle 6 Monate ist eine Kontrolluntersuchung durch den/die o.a. Facharzt/Fachärztin mittels einer MMSE durchzuführen. - Die Therapie mit Memantin ist zu beenden, wenn das Ergebnis der MMSE kleiner 3 ist. - Memantin darf nicht mit anderen Arzneimitteln gegen Demenz kombiniert werden.	T2	28 St(2)	17,30
RE2	**Memantin "Accord" 10 mg Filmtabl.** - Die Diagnose DAT (Demenz vom Alzheimertyp) ist von einem Facharzt/einer Fachärztin 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) kleiner bzw. gleich 14 betragen. - Vergewisserung für das Vorhandensein einer Betreuungsperson zur Sicherung der Compliance. - Eine Kontrolluntersuchung durch den/die o.a. Facharzt/Fachärztin ist nach Erreichung der Erhaltungsdosis durchzuführen. - Die Behandlung ist nur bei Ansprechen auf die Therapie weiterzuführen. - Alle 6 Monate ist eine Kontrolluntersuchung durch den/die o.a. Facharzt/Fachärztin mittels einer MMSE durchzuführen. - Die Therapie mit Memantin ist zu beenden, wenn das Ergebnis der MMSE kleiner 3 ist. - Memantin darf nicht mit anderen Arzneimitteln gegen Demenz kombiniert werden.	T2 T2	14 St 28 St(2)	6,35 17,00
RE2	**Memantin "Aristo" 10 mg Filmtabl.** - Die Diagnose DAT (Demenz vom Alzheimertyp) ist von einem Facharzt/einer Fachärztin 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) kleiner bzw. gleich 14 betragen. - Vergewisserung für das Vorhandensein einer Betreuungsperson zur Sicherung der Compliance. - Eine Kontrolluntersuchung durch den/die o.a. Facharzt/Fachärztin ist nach Erreichung der Erhaltungsdosis durchzuführen. - Die Behandlung ist nur bei Ansprechen auf die Therapie weiterzuführen. - Alle 6 Monate ist eine Kontrolluntersuchung durch den/die o.a. Facharzt/Fachärztin mittels einer MMSE durchzuführen. - Die Therapie mit Memantin ist zu beenden, wenn das Ergebnis der MMSE kleiner 3 ist. - Memantin darf nicht mit anderen Arzneimitteln gegen Demenz kombiniert werden.	T2 T2	10 St 30 St(2)	6,45 18,40

	Bezeichnung	T	OP	KVP in €
RE2	**Memantin "Genericon" 10 mg Filmtabl.** - Die Diagnose DAT (Demenz vom Alzheimertyp) ist von einem Facharzt/einer Fachärztin 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) kleiner bzw. gleich 14 betragen. - Vergewisserung für das Vorhandensein einer Betreuungsperson zur Sicherung der Compliance. - Eine Kontrolluntersuchung durch den/die o.a. Facharzt/Fachärztin ist nach Erreichung der Erhaltungsdosis durchzuführen. - Die Behandlung ist nur bei Ansprechen auf die Therapie weiterzuführen. - Alle 6 Monate ist eine Kontrolluntersuchung durch den/die o.a. Facharzt/Fachärztin mittels einer MMSE durchzuführen. - Die Therapie mit Memantin ist zu beenden, wenn das Ergebnis der MMSE kleiner 3 ist. - Memantin darf nicht mit anderen Arzneimitteln gegen Demenz kombiniert werden.	T2	30 St(2)	18,40
RE2	**Memantin "HCS" 10 mg Filmtabl.** - Die Diagnose DAT (Demenz vom Alzheimertyp) ist von einem Facharzt/einer Fachärztin 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) kleiner bzw. gleich 14 betragen. - Vergewisserung für das Vorhandensein einer Betreuungsperson zur Sicherung der Compliance. - Eine Kontrolluntersuchung durch den/die o.a. Facharzt/Fachärztin ist nach Erreichung der Erhaltungsdosis durchzuführen. - Die Behandlung ist nur bei Ansprechen auf die Therapie weiterzuführen. - Alle 6 Monate ist eine Kontrolluntersuchung durch den/die o.a. Facharzt/Fachärztin mittels einer MMSE durchzuführen. - Die Therapie mit Memantin ist zu beenden, wenn das Ergebnis der MMSE kleiner 3 ist. - Memantin darf nicht mit anderen Arzneimitteln gegen Demenz kombiniert werden.	T2 T2	14 St 28 St(2)	9,00 17,30
RE2	**Memantine "Merz" 10 mg Filmtabl.** - Die Diagnose DAT (Demenz vom Alzheimertyp) ist von einem Facharzt/einer Fachärztin 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) kleiner bzw. gleich 14 betragen. - Vergewisserung für das Vorhandensein einer Betreuungsperson zur Sicherung der Compliance. - Eine Kontrolluntersuchung durch den/die o.a. Facharzt/Fachärztin ist nach Erreichung der Erhaltungsdosis durchzuführen. - Die Behandlung ist nur bei Ansprechen auf die Therapie weiterzuführen. - Alle 6 Monate ist eine Kontrolluntersuchung durch den/die o.a. Facharzt/Fachärztin mittels einer MMSE durchzuführen. - Die Therapie mit Memantin ist zu beenden, wenn das Ergebnis der MMSE kleiner 3 ist. - Memantin darf nicht mit anderen Arzneimitteln gegen Demenz kombiniert werden.	T2	28 St(2)	17,30

Memantin 0,02

RE2	**Ebixa 20 mg Filmtabl.** - Die Diagnose DAT (Demenz vom Alzheimertyp) ist von einem Facharzt/einer Fachärztin 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) kleiner bzw. gleich 14 betragen. - Vergewisserung für das Vorhandensein einer Betreuungsperson zur Sicherung der Compliance. - Eine Kontrolluntersuchung durch den/die o.a. Facharzt/Fachärztin ist nach Erreichung der Erhaltungsdosis durchzuführen. - Die Behandlung ist nur bei Ansprechen auf die Therapie weiterzuführen. - Alle 6 Monate ist eine Kontrolluntersuchung durch den/die o.a. Facharzt/Fachärztin mittels einer MMSE durchzuführen. - Die Therapie mit Memantin ist zu beenden, wenn das Ergebnis der MMSE kleiner 3 ist. - Memantin darf nicht mit anderen Arzneimitteln gegen Demenz kombiniert werden.		28 St(2)	33,25

	Bezeichnung	T	OP	KVP in €
RE2	**Memantin "Accord" 20 mg Filmtabl.** - Die Diagnose DAT (Demenz vom Alzheimertyp) ist von einem Facharzt/einer Fachärztin 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) kleiner bzw. gleich 14 betragen. - Vergewisserung für das Vorhandensein einer Betreuungsperson zur Sicherung der Compliance. - Eine Kontrolluntersuchung durch den/die o.a. Facharzt/Fachärztin ist nach Erreichung der Erhaltungsdosis durchzuführen. - Die Behandlung ist nur bei Ansprechen auf die Therapie weiterzuführen. - Alle 6 Monate ist eine Kontrolluntersuchung durch den/die o.a. Facharzt/Fachärztin mittels einer MMSE durchzuführen. - Die Therapie mit Memantin ist zu beenden, wenn das Ergebnis der MMSE kleiner 3 ist. - Memantin darf nicht mit anderen Arzneimitteln gegen Demenz kombiniert werden.	T2 T2	14 St 28 St(2)	12,50 33,05
RE2	**Memantin "Aristo" 20 mg Filmtabl.** - Die Diagnose DAT (Demenz vom Alzheimertyp) ist von einem Facharzt/einer Fachärztin 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) kleiner bzw. gleich 14 betragen. - Vergewisserung für das Vorhandensein einer Betreuungsperson zur Sicherung der Compliance. - Eine Kontrolluntersuchung durch den/die o.a. Facharzt/Fachärztin ist nach Erreichung der Erhaltungsdosis durchzuführen. - Die Behandlung ist nur bei Ansprechen auf die Therapie weiterzuführen. - Alle 6 Monate ist eine Kontrolluntersuchung durch den/die o.a. Facharzt/Fachärztin mittels einer MMSE durchzuführen. - Die Therapie mit Memantin ist zu beenden, wenn das Ergebnis der MMSE kleiner 3 ist. - Memantin darf nicht mit anderen Arzneimitteln gegen Demenz kombiniert werden.	T2 T2	10 St 30 St(2)	6,85 13,65
RE2	**Memantin "Genericon" 20 mg Filmtabl.** - Die Diagnose DAT (Demenz vom Alzheimertyp) ist von einem Facharzt/einer Fachärztin 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) kleiner bzw. gleich 14 betragen. - Vergewisserung für das Vorhandensein einer Betreuungsperson zur Sicherung der Compliance. - Eine Kontrolluntersuchung durch den/die o.a. Facharzt/Fachärztin ist nach Erreichung der Erhaltungsdosis durchzuführen. - Die Behandlung ist nur bei Ansprechen auf die Therapie weiterzuführen. - Alle 6 Monate ist eine Kontrolluntersuchung durch den/die o.a. Facharzt/Fachärztin mittels einer MMSE durchzuführen. - Die Therapie mit Memantin ist zu beenden, wenn das Ergebnis der MMSE kleiner 3 ist. - Memantin darf nicht mit anderen Arzneimitteln gegen Demenz kombiniert werden.	T2	30 St(2)	35,60
RE2	**Memantin "HCS" 20 mg Filmtabl.** - Die Diagnose DAT (Demenz vom Alzheimertyp) ist von einem Facharzt/einer Fachärztin 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) kleiner bzw. gleich 14 betragen. - Vergewisserung für das Vorhandensein einer Betreuungsperson zur Sicherung der Compliance. - Eine Kontrolluntersuchung durch den/die o.a. Facharzt/Fachärztin ist nach Erreichung der Erhaltungsdosis durchzuführen. - Die Behandlung ist nur bei Ansprechen auf die Therapie weiterzuführen. - Alle 6 Monate ist eine Kontrolluntersuchung durch den/die o.a. Facharzt/Fachärztin mittels einer MMSE durchzuführen. - Die Therapie mit Memantin ist zu beenden, wenn das Ergebnis der MMSE kleiner 3 ist. - Memantin darf nicht mit anderen Arzneimitteln gegen Demenz kombiniert werden.		14 St 28 St(2)	17,30 33,25

	Bezeichnung	T	OP	KVP in €
RE2	**Memantine "Merz" 20 mg Filmtabl.** - Die Diagnose DAT (Demenz vom Alzheimertyp) ist von einem Facharzt/einer Fachärztin 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) kleiner bzw. gleich 14 betragen. - Vergewisserung für das Vorhandensein einer Betreuungsperson zur Sicherung der Compliance. - Eine Kontrolluntersuchung durch den/die o.a. Facharzt/Fachärztin ist nach Erreichung der Erhaltungsdosis durchzuführen. - Die Behandlung ist nur bei Ansprechen auf die Therapie weiterzuführen. - Alle 6 Monate ist eine Kontrolluntersuchung durch den/die o.a. Facharzt/Fachärztin mittels einer MMSE durchzuführen. - Die Therapie mit Memantin ist zu beenden, wenn das Ergebnis der MMSE kleiner 3 ist. - Memantin darf nicht mit anderen Arzneimitteln gegen Demenz kombiniert werden.		28 St(2)	33,25

N07 ANDERE MITTEL FÜR DAS NERVENSYSTEM
N07A PARASYMPATHOMIMETIKA
N07AB Cholinester
N07AB02 Bethanechol

Bethanechol 0,01

RE2	**Myocholine "Glenwood" 10 mg Tabl.** Bei postoperativem Harnverhalten durch Blasenatonie Bei postpartalem Harnverhalten durch Blasenatonie Bei neurogener Detrusorschwäche Erstverordnung sowie Kontrolle des Therapieerfolges durch einen Facharzt/eine Fachärztin für Urologie		50 St	18,85

Bethanechol 0,025

RE2	**Myocholine "Glenwood" 25 mg Tabl.** Bei postoperativem Harnverhalten durch Blasenatonie Bei postpartalem Harnverhalten durch Blasenatonie Bei neurogener Detrusorschwäche Erstverordnung sowie Kontrolle des Therapieerfolges durch einen Facharzt/eine Fachärztin für Urologie		50 St	27,15

N07B MITTEL ZUR BEHANDLUNG VON SUCHTERKRANKUNGEN
N07BC Mittel zur Behandlung der Opiatabhängigkeit

Morphin 0,075

RE1 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. *Morphin HCl trihydrat 0,1 entspr. 0,075 Morphin*		10 St 30 St	13,90 34,65

Morphin 0,09

RE1 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. *Morphinsulfat-pentahydrat 0,12 entspr. 0,09 Morphin*		10 St 30 St	20,45 52,05

	Bezeichnung	T	OP	KVP in €
Morphin 0,15				
RE1	**Compensan retard 200 mg Filmtabl.**		10 St	28,60
SG	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. *Morphin HCl trihydrat 0,2 entspr. 0,15 Morphin*		30 St	74,00
RE1	**Substitol retard 200 mg Kaps.**		10 St	28,60
SG	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. *Morphinsulfat-pentahydrat 0,2 entspr. 0,15 Morphin*		30 St	74,00
Morphin 0,228				
RE1	**Compensan retard 300 mg Filmtabl.**	T2	10 St	38,45
SG	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. *Morphin HCl trihydrat 0,3 entspr. 0,228 Morphin*	T2	30 St	94,15

N07BC01 Buprenorphin

Buprenorphin 0,002				
RE1	**Bupensan 2 mg Sublingualtabl.**		7 St	4,80
SG	Zur Substitutionsbehandlung (lt. Suchtgiftverordnung)		28 St	16,80
RE1	**Buprenorphin "Hexal" 2 mg Sublingualtabl.**	T2	7 St	4,80
SG	Zur Substitutionsbehandlung (lt. Suchtgiftverordnung)	T2	30 St	18,00
Buprenorphin 0,004				
RE1	**Bupensan 4 mg Sublingualtabl.**	T2	7 St	7,65
SG	Zur Substitutionsbehandlung (lt. Suchtgiftverordnung)	T2	28 St	27,25
Buprenorphin 0,008				
RE1	**Buvidal 8 mg Depot-Inj.lsg.** (PM)		1 St	95,25
SG	Zur Substitutionsbehandlung (lt. Suchgiftverordnung). Das Wochendepot dient zur Anbehandlung. Die Arzneispezialität darf von der Apotheke nicht an PatientInnen, sondern nur direkt an medizinisches Fachpersonal abgegeben werden.			
Buprenorphin 0,008				
RE1	**Bupensan 8 mg Sublingualtabl.**	T2	7 St	12,85
SG	Zur Substitutionsbehandlung (lt. Suchtgiftverordnung)	T2	28 St	45,65
RE1	**Buprenorphin "Hexal" 8 mg Sublingualtabl.**	T2	7 St	12,85
SG	Zur Substitutionsbehandlung (lt. Suchtgiftverordnung)	T2	30 St	48,95
Buprenorphin 0,012				
RE1	**Bupensan 12 mg Sublingualtabl.**	T2	7 St	16,90
SG	Zur Substitutionsbehandlung (lt. Suchtgiftverordnung)	T2	28 St	61,45
Buprenorphin 0,016				
RE1	**Buvidal 16 mg Depot-Inj.lsg.** (PM)		1 St	95,25
SG	Zur Substitutionsbehandlung (lt. Suchgiftverordnung). Das Wochendepot dient zur Anbehandlung. Die Arzneispezialität darf von der Apotheke nicht an PatientInnen, sondern nur direkt an medizinisches Fachpersonal abgegeben werden.			
Buprenorphin 0,016				
RE1	**Bupensan 16 mg Sublingualtabl.**	T2	7 St	20,40
SG	Zur Substitutionsbehandlung (lt. Suchtgiftverordnung)	T2	28 St	75,90

	Bezeichnung	T	OP	KVP in €
Buprenorphin 0,024				
RE1	**Buvidal 24 mg Depot-Inj.lsg.** (PM)		1 St	95,25
SG	Zur Substitutionsbehandlung (lt. Suchgiftverordnung). Das Wochendepot dient zur Anbehandlung. Die Arzneispezialität darf von der Apotheke nicht an PatientInnen, sondern nur direkt an medizinisches Fachpersonal abgegeben werden.			
Buprenorphin 0,032				
RE1	**Buvidal 32 mg Depot-Inj.lsg.** (PM)		1 St	95,25
SG	Zur Substitutionsbehandlung (lt. Suchgiftverordnung). Das Wochendepot dient zur Anbehandlung. Die Arzneispezialität darf von der Apotheke nicht an PatientInnen, sondern nur direkt an medizinisches Fachpersonal abgegeben werden.			
Buprenorphin 0,064				
RE1	**Buvidal 64 mg Depot-Inj.lsg.** (PM)		1 St	342,40
SG	Zur Substitutionsbehandlung (lt. Suchgiftverordnung). Das Wochendepot dient zur Anbehandlung. Die Arzneispezialität darf von der Apotheke nicht an PatientInnen, sondern nur direkt an medizinisches Fachpersonal abgegeben werden.			
Buprenorphin 0,096				
RE1	**Buvidal 96 mg Depot-Inj.lsg.** (PM)		1 St	342,40
SG	Zur Substitutionsbehandlung (lt. Suchgiftverordnung). Das Wochendepot dient zur Anbehandlung. Die Arzneispezialität darf von der Apotheke nicht an PatientInnen, sondern nur direkt an medizinisches Fachpersonal abgegeben werden.			
Buprenorphin 0,128				
RE1	**Buvidal 128 mg Depot-Inj.lsg.** (PM)		1 St	342,40
SG	Zur Substitutionsbehandlung (lt. Suchgiftverordnung). Das Wochendepot dient zur Anbehandlung. Die Arzneispezialität darf von der Apotheke nicht an PatientInnen, sondern nur direkt an medizinisches Fachpersonal abgegeben werden.			
Buprenorphin 0,16				
RE1	**Buvidal 160 mg Depot-Inj.lsg.** (PM)		1 St	342,40
SG	Zur Substitutionsbehandlung (lt. Suchgiftverordnung). Das Wochendepot dient zur Anbehandlung. Die Arzneispezialität darf von der Apotheke nicht an PatientInnen, sondern nur direkt an medizinisches Fachpersonal abgegeben werden.			

N07BC02 Methadon

Methadon 0,005				
RE1	**Methasan 5 mg Tabl.**	T2	7 St	1,45
SG	Zur Substitutionsbehandlung (lt. Suchtgiftverordnung)	T2	28 St	4,05
Methadon 0,01				
RE1	**Methasan 10 mg Tabl.**	T2	7 St	2,30
SG	Zur Substitutionsbehandlung (lt. Suchtgiftverordnung)	T2	28 St	7,55
Methadon 0,01/ml				
RE1	**Methasan 10 mg/ml Konz. zur Herst. einer Lsg. zum Einnehmen**		100 ml	12,60
SG	Zur Substitutionsbehandlung (lt. Suchtgiftverordnung)		150 ml	18,30
			300 ml	34,70
Methadon 0,02				
RE1	**Methasan 20 mg Tabl.**	T2	7 St	4,05
SG	Zur Substitutionsbehandlung (lt. Suchtgiftverordnung)	T2	28 St	14,20
Methadon 0,04				
RE1	**Methasan 40 mg Tabl.**	T4	7 St	7,55
SG	Zur Substitutionsbehandlung (lt. Suchtgiftverordnung)	T4	28 St	26,95

	Bezeichnung	T	OP	KVP in €
Methadon 0,06				
RE1	**Methasan 60 mg Tabl.**	T2	7 St	10,75
SG	Zur Substitutionsbehandlung (lt. Suchtgiftverordnung)	T2	28 St	39,25

N07BC05 Levomethadon

Levomethadon 0,0025				
RE1	**Levo-Methasan 2,5 mg Tabl.**	T2	7 St	1,40
SG	Zur Substitutionsbehandlung (lt. Suchtgiftverordnung)	T2	28 St	3,95
Levomethadon 0,005				
RE1	**Levo-Methasan 5 mg Tabl.**	T2	7 St	2,25
SG	Zur Substitutionsbehandlung (lt. Suchtgiftverordnung)	T2	28 St	7,40
Levomethadon 0,005/ml				
RE1	**Levo-Methasan 5 mg/ml Konz. zur Herst. einer Lsg. zum Einnehmen**		100 ml	14,15
SG	Zur Substitutionsbehandlung (lt. Suchtgiftverordnung)		150 ml	20,30
			300 ml	39,20
RE1	**L-Polamidon Lsg. zur Substitution**		100 ml	19,05
SG	Zur Substitutionsbehandlung (lt. Suchtgiftverordnung), bei Unverträglichkeit der kostengünstigeren Therapiealternative Methadon.		300 ml	53,20
Levomethadon 0,01				
RE1	**Levo-Methasan 10 mg Tabl.**	T2	7 St	3,95
SG	Zur Substitutionsbehandlung (lt. Suchtgiftverordnung)	T2	28 St	13,85
Levomethadon 0,02				
RE1	**Levo-Methasan 20 mg Tabl.**	T4	7 St	7,40
SG	Zur Substitutionsbehandlung (lt. Suchtgiftverordnung)	T4	28 St	26,30
Levomethadon 0,03				
RE1	**Levo-Methasan 30 mg Tabl.**	T2	7 St	10,55
SG	Zur Substitutionsbehandlung (lt. Suchtgiftverordnung)	T2	28 St	38,35

N07BC51 Buprenorphin, Kombinationen

Buprenorphin 0,002, Naloxon 0,0005				
RE1	**Bupensan Duo 2 mg/0,5 mg Sublingualtabl.**	T2	7 St	5,95
SG	Zur Substitutionsbehandlung (lt. Suchtgiftverordnung)	T2	28 St	20,85
RE1	**Suboxone 2 mg/0,5 mg Sublingualtabl.**		7 St	8,10
SG	Zur Substitutionsbehandlung (lt. Suchtgiftverordnung), bei Unverträglichkeit der kostengünstigeren Therapiealternative Methadon.		28 St	28,30
Buprenorphin 0,004, Naloxon 0,001				
RE1	**Bupensan Duo 4 mg/1 mg Sublingualtabl.**	T2	7 St	9,55
SG	Zur Substitutionsbehandlung (lt. Suchtgiftverordnung)	T2	28 St	33,65
Buprenorphin 0,008, Naloxon 0,002				
RE1	**Bupensan Duo 8 mg/2 mg Sublingualtabl.**	T2	7 St	14,95
SG	Zur Substitutionsbehandlung (lt. Suchtgiftverordnung)	T2	28 St	54,20
RE1	**Suboxone 8 mg/2 mg Sublingualtabl.**		7 St	20,35
SG	Zur Substitutionsbehandlung (lt. Suchtgiftverordnung), bei Unverträglichkeit der kostengünstigeren Therapiealternative Methadon.		28 St	75,60

N07X ANDERE MITTEL FÜR DAS NERVENSYSTEM
N07XX Andere Mittel für das Nervensystem
N07XX02 Riluzol

Riluzol 0,05				
RE2	**Rilutek 50 mg Filmtabl.** Amyotrophe Lateralsklerose Diagnosestellung und Erstverordnung durch FachärztInnen für Neurologie bzw. durch Fachambulanzen		56 St	132,15

	Bezeichnung	T	OP	KVP in €
RE2	**Riluzol "Aristo" 50 mg Filmtabl.** Amyotrophe Lateralsklerose Diagnosestellung und Erstverordnung durch FachärztInnen für Neurologie bzw. durch Fachambulanzen		56 St	129,50
RE2	**Riluzol "PMCS" 50 mg Filmtabl.** Amyotrophe Lateralsklerose Diagnosestellung und Erstverordnung durch FachärztInnen für Neurologie bzw. durch Fachambulanzen		56 St	132,25
RE2	**Riluzol "Stada" 50 mg Filmtabl.** Amyotrophe Lateralsklerose Diagnosestellung und Erstverordnung durch FachärztInnen für Neurologie bzw. durch Fachambulanzen		56 St	132,15

N07XX04 Hydroxybuttersäure

Hydroxybuttersäure 0,175/ml

RE1 SG	**Alcover Sirup** Eine Kostenübernahme ist möglich bei Versagen von Alternativen des Grünen Bereiches im Rahmen eines therapeutischen Gesamtkonzepts bei der Langzeitentwöhnung von Alkoholabhängigen.		140 ml	27,55

Hydroxybuttersäure 0,5/ml

RE1 SG L12	**Natriumoxybat "Kalceks" 500 mg/ml Lsg. zum Einnehmen** Bei Erwachsenen mit Narkolepsie mit Kataplexie, wenn mit Modafinil keine ausreichende Wirkung erreicht wird. Diagnosestellung der Narkolepsie durch NeurologInnen bzw. entsprechende Fachabteilung mittels Untersuchung im Schlaflabor. Erstverordnung und jährliche Überprüfung des Therapieerfolges durch NeurologInnen. Natriumoxybat eignet sich für eine chef(kontroll)ärztliche Langzeitbewilligung für 12 Monate (L12).		180 ml (2)	142,15

N07XX08 Tafamidis

Tafamidis 0,02

RE1	**Vyndaqel 20 mg Weichkaps.** Zur Behandlung von Polyneuropathie im Stadium 1 bei erwachsenen PatientInnen mit Transthyretin-Amyloidose (ATTR). Diagnose, Erstverordnung und regelmäßige Kontrollen durch ein spezialisiertes Zentrum. Die Liste in Frage kommender Einrichtungen wird vom Dachverband erstellt und unter www.sozialversicherung.at/erstattungskodex_hATTR-PN publiziert. Tafamidis darf nicht mit anderen spezifischen Arzneimitteln zur Behandlung der Transthyretin-Amyloidose (z.B. Patisiran, Inotersen) kombiniert werden. Die Aufnahme ist befristet und endet mit 28.2.2026.		30 St	8.636,65

	Bezeichnung	T	OP	KVP in €
Tafamidis 0,061				
RE1	**Vyndaqel 61 mg Weichkaps.** Ⓟ - Zur Behandlung der Wildtyp- oder hereditären Transthyretin-Amyloidose mit Kardiomyopathie (ATTR-CM) im Stadium NYHA I bis III mit mindestens einer vorangegangenen Hospitalisation aufgrund von Herzinsuffizienz und/oder klinisch relevanten Episode einer symptomatischen Herzinsuffizienz mit Dokumentation erhöhter NT-proBNP-Werte. - Verifizierung der Diagnose durch positive Knochenszintigraphie (Perugini Grad 2-3) in Kombination mit amyloidosetypischem Befund in der kardialen MRT sowie Ausschluss monoklonaler freier Leichtketten in Serum und Urin mittels Serum- und Urin-Immunofixationselektrophorese. Im Fall eines unklaren/unsicheren Szintigraphiebefundes (Perugini Grad 1) oder/und keines eindeutigen Ausschlusses der AL-Amyloidose (Nachweis freier Leichtketten in Serum und Urin) oder/und eines nicht eindeutigen Befundes in der kardialen MRT sind eine Myokardbiopsie und der histologische Nachweis von ATTR notwendig. - Eine Genotypisierung des Transthyretins mittels validierter Testmethode zur Charakterisierung als Wildtyp oder hereditär wird empfohlen. - Dokumentation von NYHA Stadium, NT-proBNP, 6-Minuten-Gehtest, Herzinsuffizienz-bedingten Hospitalisationen und Diuretika-Verbrauch vor Therapiebeginn und regelmäßig während der Behandlung mit Tafamidis (zumindest alle 6 Monate) sowie von transthorakaler Echokardiographie und ggf. kardialem MRT (zumindest alle 12 Monate). - Regelmäßige Überprüfung des Behandlungserfolges. Keine Fortsetzung der Behandlung bei • substanzieller klinischer Verschlechterung (z.B. rezidivierende Hospitalisationen aufgrund kardialer Dekompensation; sinkende Leistungsfähigkeit in Kombination mit NT-proBNP-Anstieg und erhöhtem Diuretika-Verbrauch) ODER • NYHA IV für einen Zeitraum von zumindest 3 Monaten. - Der Patient/die Patientin ist vor Behandlungsbeginn über den Inhalt dieses EKO-Verwendungstextes nachweislich aufzuklären. - Tafamidis darf nicht mit anderen spezifischen Arzneimitteln zur Behandlung der Transthyretin-Amyloidose (z.B. Patisiran, Inotersen) kombiniert werden. - Hinweis: In der Zulassungsstudie zeigte sich ein Vorteil bei der Mortalität nach einer Behandlungsdauer mit Tafamidis von rund 18 Monaten. Es ist sinnvoll, auf gravierende Komorbiditäten und die Gesamtprognose bei der Indikationsstellung Bedacht zu nehmen. - Diagnose, Erstverordnung und regelmäßige Kontrollen durch ein spezialisiertes Zentrum. - Die Liste der in Frage kommenden Einrichtungen wird vom Dachverband erstellt und unter www.sozialversicherung.at/erstattungskodex_ATTR-CM publiziert. Die Aufnahme ist befristet und endet mit 28.2.2026.		30 St	9.375,65

N07XX15 Inotersen

Inotersen 0,284				
RE1	**Tegsedi 284 mg Inj.lsg. Fertigspr.** Ⓟ Zur Behandlung von Polyneuropathie der Stadien 1 oder 2 bei erwachsenen PatientInnen mit hereditärer Transthyretin-Amyloidose (hATTR). Diagnose, Erstverordnung und regelmäßige Kontrollen durch ein spezialisiertes Zentrum. Die Liste der in Frage kommenden Einrichtungen wird vom Dachverband erstellt und unter www.sozialversicherung.at/erstattungskodex_hATTR-PN publiziert. Regelmäßige Kontrollen von Thrombozytenzahl und Nierenfunktion laut Fachinformation. Bei einem Abfall der Thrombozytenzahl unter 100 Giga/l (G/l) sollte die Dosierung gemäß Fachinformation angepasst werden. Die Behandlung ist abzubrechen, wenn die Thrombozytenzahl unter 25 Giga/l (G/l) fällt.		4 St	20.929,35

	Bezeichnung	T	OP	KVP in €

N07XX18 Vutrisiran

Vutrisiran 0,025

RE1 L6	**Amvuttra 25 mg Inj.lsg. Fertigspr.** (PM) - Zur Behandlung von Polyneuropathie der Stadien 1 oder 2 bei erwachsenen PatientInnen mit hereditärer Transthyretin-Amyloidose (hATTR). Diagnose, Erstverordnung und regelmäßige Kontrollen durch ein spezialisiertes Zentrum. Die Liste der in Frage kommenden Einrichtungen wird vom Dachverband erstellt und unter www.sozialversicherung.at/erstattungskodex_hATTR-PN publiziert. Vutrisiran darf nicht mit anderen spezifischen Arzneimitteln zur Behandlung der Transthyretin-Amyloidose (z.B. TTR-Stabilisatoren, TTR-Gen-Silencer) kombiniert werden. - Zur Behandlung der Wildtyp- oder hereditären Transthyretin-Amyloidose mit Kardiomyopathie (ATTR-CM) im Stadium NYHA I bis III mit Dokumentation erhöhter NT-proBNP-Werte. Verifizierung der Diagnose durch positive Knochenszintigraphie (Perugini Grad 2-3) in Kombination mit amyloidosetypischem Befund in der kardialen MRT sowie Ausschluss monoklonaler freier Leichtketten in Serum und Urin mittels Serum- und Urin-Immunofixationselektrophorese. Im Fall eines unklaren/unsicheren Szintigraphiebefundes (Perugini Grad 1) oder/und keines eindeutigen Ausschlusses der AL-Amyloidose (Nachweis freier Leichtketten in Serum und Urin) oder/und eines nicht eindeutigen Befundes in der kardialen MRT sind eine Myokardbiopsie und der histologische Nachweis von ATTR notwendig. Eine Genotypisierung des Transthyretins mittels validierter Testmethode zur Charakterisierung als Wildtyp oder hereditär wird empfohlen. Dokumentation von NYHA Stadium, NT-proBNP, Herzinsuffizienz-bedingten Hospitalisationen und Diuretika-Verbrauch vor Therapiebeginn und regelmäßig während der Behandlung mit Vutrisiran (zumindest alle 6 Monate) sowie von transthorakaler Echokardiographie und ggf. kardialem MRT (zumindest alle 12 Monate). Regelmäßige Überprüfung des Behandlungserfolges. Keine Fortsetzung der Behandlung bei • substanzieller klinischer Verschlechterung (z.B. rezidivierende Hospitalisationen aufgrund kardialer Dekompensation; sinkende Leistungsfähigkeit in Kombination mit NT-proBNP-Anstieg und erhöhtem Diuretika-Verbrauch) ODER • NYHA IV für einen Zeitraum von zumindest 3 Monaten. Der Patient/die Patientin ist vor Behandlungsbeginn über den Inhalt dieses EKO-Verwendungstextes nachweislich aufzuklären. Vutrisiran darf nicht mit anderen spezifischen Arzneimitteln zur Behandlung der Transthyretin-Amyloidose (z.B. TTR-Stabilisatoren, TTR-Gen-Silencer) kombiniert werden. Hinweis: Es ist sinnvoll, auf gravierende Komorbiditäten und die Gesamtprognose bei der Indikationsstellung Bedacht zu nehmen. Diagnose, Erstverordnung und regelmäßige Kontrollen durch ein spezialisiertes Zentrum. Die Liste der in Frage kommenden Einrichtungen wird vom Dachverband erstellt und unter www.sozialversicherung.at/erstattungskodex_ATTR-CM publiziert. Vutrisiran eignet sich für eine chef(kontroll)ärztliche Langzeitbewilligung für 6 Monate (L6).		1 St	91.641,30

N07XX21 Eplontersen

Eplontersen 0,045

RE1 L6	**Wainzua 45 mg Inj.lsg. Fertigpen** (PM) Zur Behandlung von Polyneuropathie der Stadien 1 oder 2 bei erwachsenen PatientInnen mit hereditärer Transthyretin-Amyloidose (hATTR). Diagnose, Erstverordnung und regelmäßige Kontrollen durch ein spezialisiertes Zentrum. Die Liste der in Frage kommenden Einrichtungen wird vom Dachverband erstellt und unter www.sozialversicherung.at/erstattungskodex_hATTR-PN publiziert. Eplontersen darf nicht mit anderen spezifischen Arzneimitteln zur Behandlung der Transthyretin-Amyloidose (z.B. TTR-Stabilisatoren, TTR-Gen-Silencer) kombiniert werden. Eplontersen eignet sich für eine chef(kontroll)ärztliche Langzeitbewilligung für 6 Monate (L6). Die Aufnahme ist befristet und endet mit 31.10.2028.		1 St	30.922,85

	Bezeichnung	T	OP	KVP in €

N07XX25 Omaveloxolon

Omaveloxolon 0,05

RE1 L3	**Skyclarys 50 mg Hartkaps.** (PM) Bei PatientInnen ab 16 Jahren mit genetisch gesicherter Friedreich-Ataxie bei Vorliegen eines mFARS-Scores größer/gleich 20 und kleiner/gleich 80, wenn - kein dekompensierter Diabetes mellitus vorliegt (HbA1c kleiner/gleich 11,0 %) UND - die Leberwerte nicht erhöht sind (Alkalische Phosphatase kleiner/gleich 2-fache der ULN, Bilirubin kleiner/gleich 1,2-fache der ULN, ALT und AST kleiner/geich 1,5-fache der ULN) UND - keine dekompensierte Herzerkrankung vorliegt. Diagnose und Erstverordnung durch ein spezialisiertes Zentrum. Regelmäßige Kontrollen durch NeurologInnen sowie mindestens einmal jährlich Kontrolle durch ein spezialisiertes Zentrum. Die Liste der für die Erstverordnung in Frage kommenden Einrichtungen wird vom Dachverband erstellt und unter www.sozialversicherung.at/erstattungskodex_friedreich-ataxie publiziert. Die Behandlung mit Omaveloxolon kann nur fortgesetzt werden, wenn - drei Monate nach Behandlungsbeginn eine Abnahme des mFARS-Scores eingetreten ist UND - 12 Monate nach Behandlungsbeginn keine Zunahme des mFARS-Scores von größer/gleich 1,5 Punkten gegenüber dem Wert zu Behandlungsbeginn aufgetreten ist UND - die Leberwerte nicht die in der Fachinformation angegebenen Grenzwerte übersteigen (ALT oder AST größer 5 x ULN oder ALT oder AST größer 3 x ULN und Bilirubin größer 2 x ULN). Omaveloxolon eignet sich für eine chef(kontroll)ärztliche Langzeitbewilligung für drei Monate (L3).		90 St	23.740,10

P ANTIPARASITÄRE MITTEL, INSEKTIZIDE UND REPELLENZIEN
P02 ANTHELMINTIKA
P02C NEMATODENMITTEL
P02CA Benzimidazol-Derivate
P02CA03 Albendazol

Albendazol 0,4

RE2	**Eskazole 400 mg Tabl.** Eine Kostenübernahme ist möglich in den Indikationen zystische oder alveoläre Echinokokkose und Trichinose.		12 St	84,60

R RESPIRATIONSTRAKT
R03 MITTEL BEI OBSTRUKTIVEN ATEMWEGSERKRANKUNGEN
R03A INHALATIVE SYMPATHOMIMETIKA
R03AL Sympathomimetika in Kombination mit Anticholinergika, inkl. Dreifachkombinationen mit Corticosteroiden
R03AL02 Salbutamol und Ipratropiumbromid

Salbutamol 0,003, Ipratropiumbromid 0,00052/ED

RE2	**Combivent Inh.lsg. Einzeldosen** Zur Behandlung akuter bronchospastischer Zustände bei Exazerbationen von Asthma und COPD, wenn die Behandlung mit anderen Formen der Bronchodilatator-Therapie unzureichend ist. Erstverordnung durch einen Facharzt für Pulmologie.		10 St *2,5 ml* 60 St *2,5 ml*	8,35 42,60

	Bezeichnung	T	OP	KVP in €

R03D ANDERE MITTEL BEI OBSTRUKTIVEN ATEMWEGSERKRANKUNGEN ZUR SYSTEMISCHEN ANWENDUNG

R03DX Andere Mittel bei obstruktiven Atemwegserkrankungen zur systemischen Anwendung

R03DX05 Omalizumab

Omalizumab 0,075

RE1 L6	**Xolair 75 mg Inj.lsg. Fertigspr.** - Als Zusatztherapie bei PatientInnen ab 6 Jahren mit schwerem persistierendem allergischem Asthma (basaler IgE-Spiegel größer/gleich 76 IU/ml), die einen positiven Hauttest oder in vitro-Reaktivität gegen ein ganzjährig auftretendes Aeroallergen zeigen UND sowohl eine reduzierte Lungenfunktion (FEV1 < 80 %) haben als auch unter häufigen Symptomen während des Tages oder nächtlichem Erwachen leiden (ab 12 Jahren) oder unter häufigen Symptomen während des Tages oder nächtlichem Erwachen leiden (6 bis unter 12 Jahre) UND • wenn trotz täglicher Therapie mit hoch dosierten inhalativen Corticosteroiden und einem lang wirkenden inhalativen Beta2-Agonisten und/oder Leukotrienrezeptor-Antagonisten und/oder Theophyllin in den letzten 12 Monaten UND • wenn trotz wiederholter Therapie mit systemischen Corticosteroiden in den letzten 12 Monaten - mehrfach dokumentierte schwere Asthma-Exazerbationen in den letzten 12 Monaten auftraten, die entweder die Gabe oder eine deutliche Dosissteigerung von systemischen Corticosteroiden über mehr als drei Tage erforderten ODER - mindestens eine schwerwiegende Asthma-Exazerbation mit stationärer Spitalsbehandlung in den letzten 12 Monaten auftrat. Nicht in Kombination mit anderen monoklonalen Antikörpern zur Behandlung des schweren Asthmas. Ersteinstellung und Weiterverordnung durch PulmologInnen. Überprüfung der Wirksamkeit und Dokumentation alle 6 Monate anhand der Anzahl an schweren und schwerwiegenden Asthma-Exazerbationen (Definition siehe oben) in den letzten 12 Monaten. Die Therapie ist nur fortzuführen bei einer Reduktion der Anzahl an Asthma-Exazerbationen ODER bei einer gleichbleibenden Anzahl an Asthma-Exazerbationen in Verbindung mit einer deutlichen Dosisreduktion systemischer Corticosteroide im Vergleich zur Ausgangsdosis. Omalizumab eignet sich für eine chef(kontroll)ärztliche Langzeitbewilligung für 6 Monate (L6).		1 St *0,5 ml*	171,00

	Bezeichnung	T	OP	KVP in €
Omalizumab 0,15				
RE1 L6	**Xolair 150 mg Inj.lsg. Fertigspr.** - Als Zusatztherapie bei PatientInnen ab 6 Jahren mit schwerem persistierendem allergischem Asthma (basaler IgE-Spiegel größer/gleich 76 IU/ml), die einen positiven Hauttest oder in vitro-Reaktivität gegen ein ganzjährig auftretendes Aeroallergen zeigen UND sowohl eine reduzierte Lungenfunktion (FEV1 < 80 %) haben als auch unter häufigen Symptomen während des Tages oder nächtlichem Erwachen leiden (ab 12 Jahren) oder unter häufigen Symptomen während des Tages oder nächtlichem Erwachen leiden (6 bis unter 12 Jahre) UND • wenn trotz täglicher Therapie mit hoch dosierten inhalativen Corticosteroiden und einem lang wirkenden inhalativen Beta2-Agonisten und/oder Leukotrienrezeptor-Antagonisten und/oder Theophyllin in den letzten 12 Monaten UND • wenn trotz wiederholter Therapie mit systemischen Corticosteroiden in den letzten 12 Monaten - mehrfach dokumentierte schwere Asthma-Exazerbationen in den letzten 12 Monaten auftraten, die entweder die Gabe oder eine deutliche Dosissteigerung von systemischen Corticosteroiden über mehr als drei Tage erforderten ODER - mindestens eine schwerwiegende Asthma-Exazerbation mit stationärer Spitalsbehandlung in den letzten 12 Monaten auftrat. Nicht in Kombination mit anderen monoklonalen Antikörpern zur Behandlung des schweren Asthmas. Ersteinstellung und Weiterverordnung durch PulmologInnen. Überprüfung der Wirksamkeit und Dokumentation alle 6 Monate anhand der Anzahl an schweren und schwerwiegenden Asthma-Exazerbationen (Definition siehe oben) in den letzten 12 Monaten. Die Therapie ist nur fortzuführen bei einer Reduktion der Anzahl an Asthma-Exazerbationen ODER bei einer gleichbleibenden Anzahl an Asthma-Exazerbationen in Verbindung mit einer deutlichen Dosisreduktion systemischer Corticosteroide im Vergleich zur Ausgangsdosis. Omalizumab eignet sich für eine chef(kontroll)ärztliche Langzeitbewilligung für 6 Monate (L6).		1 St *1 ml*	317,45

R03DX07 Roflumilast

Roflumilast 0,00025				
RE1	**Daxas 250 mcg Tabl.** Zur Anbehandlung für 28 Tage in Kombination mit einer täglichen maximal hoch dosierten Therapie mit einem lang wirkenden inhalativen Anticholinergikum plus einem langwirkenden inhalativen Beta2-Agonisten (LAMA + LABA) ODER mit LAMA + LABA plus einem inhalativen Corticosteroid (LAMA + LABA + ICS) bei Erwachsenen mit - schwerer oder sehr schwerer COPD (GOLD 3 oder 4) UND - Symptomen einer chronischen Bronchitis UND - COPD-Assessment-Test (CAT) vor Therapiebeginn größer/gleich 10 Punkte UND wenn trotz einer täglichen maximal hoch dosierten Therapie mit einem LAMA + LABA oder LAMA + LABA + ICS - drei oder mehr schwere Exazerbationen in den letzten 12 Monaten auftraten, die die Gabe von systemischen Corticosteroiden über mehr als drei Tage erforderten ODER - mindestens eine schwerwiegende Exazerbation mit stationärer Spitalsbehandlung in den letzten 12 Monaten auftrat. Nicht in Kombination mit Theophyllin. Ersteinstellung und Weiterverordnung durch PulmologInnen. Weiterbehandlung ausschließlich mit der 500 mcg-Wirkstoffstärke. Überprüfung und Dokumentation der Wirksamkeit alle 6 Monate anhand der Anzahl an schweren und schwerwiegenden Exazerbationen (Definition siehe oben) in den letzten 12 Monaten. Die Therapie ist nur fortzuführen bei gleichbleibender oder sinkender CAT-Punkteanzahl und einer Reduktion der Anzahl an Exazerbationen im Vergleich zum Ausgangswert vor Therapiebeginn.		28 St	44,90

	Bezeichnung	T	OP	KVP in €
Roflumilast 0,0005				
RE1	**Daxas 500 mcg Filmtabl.** In Kombination mit einer täglichen maximal hoch dosierten Therapie mit einem lang wirkenden inhalativen Anticholinergikum plus einem langwirkenden inhalativen Beta2-Agonisten (LAMA + LABA) ODER mit LAMA + LABA plus einem inhalativen Corticosteroid (LAMA + LABA + ICS) bei Erwachsenen mit - schwerer oder sehr schwerer COPD (GOLD 3 oder 4) UND - Symptomen einer chronischen Bronchitis UND - COPD-Assessment-Test (CAT) vor Therapiebeginn größer/gleich 10 Punkte UND wenn trotz einer täglichen maximal hoch dosierten Therapie mit einem LAMA + LABA oder LAMA + LABA + ICS - drei oder mehr schwere Exazerbationen in den letzten 12 Monaten auftraten, die die Gabe von systemischen Corticosteroiden über mehr als drei Tage erforderten ODER - mindestens eine schwerwiegende Exazerbation mit stationärer Spitalsbehandlung in den letzten 12 Monaten auftrat. Nicht in Kombination mit Theophyllin. Ersteinstellung und Weiterverordnung durch PulmologInnen. Überprüfung und Dokumentation der Wirksamkeit alle 6 Monate anhand der Anzahl an schweren und schwerwiegenden Exazerbationen (Definition siehe oben) in den letzten 12 Monaten. Die Therapie ist nur fortzuführen bei gleichbleibender oder sinkender CAT-Punkteanzahl und einer Reduktion der Anzahl an Exazerbationen im Vergleich zum Ausgangswert vor Therapiebeginn.		30 St	53,45

R03DX08 Reslizumab

Reslizumab 0,01/ml				
RE1 L6	**Cinqaero 10 mg/ml Konz. zur Herst. einer Inf.lsg.** (PM) - Als Zusatztherapie bei Erwachsenen mit schwerem refraktärem eosinophilem Asthma mit Bluteosinophilen-Werten von 300 Zellen/Mikroliter oder mehr in den letzten 12 Monaten UND • wenn trotz täglicher Therapie mit maximal hoch dosierten inhalativen Corticosteroiden und einem lang wirkenden inhalativen Beta2-Agonisten und/oder Leukotrienrezeptor-Antagonisten und/oder Theophyllin in den letzten 12 Monaten UND • wenn trotz einer Therapie mit systemischen Corticosteroiden für mindestens 6 Monate in den letzten 12 Monaten - vier oder mehr schwere Asthma-Exazerbationen in den letzten 12 Monaten auftraten, die entweder die Gabe oder eine deutliche Dosissteigerung von systemischen Corticosteroiden über mehr als drei Tage erforderten ODER - mindestens eine schwerwiegende Exazerbation mit stationärer Spitalsbehandlung in den letzten 12 Monaten auftrat. Nicht in Kombination mit anderen monoklonalen Antikörpern zur Behandlung des schweren Asthmas. Ersteinstellung und Weiterverordnung durch einen Facharzt/eine Fachärztin für Pulmologie. Überprüfung der Wirksamkeit und Dokumentation alle 6 Monate anhand der Anzahl an schweren und schwerwiegenden Asthma-Exazerbationen (Definition siehe oben) in den letzten 12 Monaten. Die Therapie ist nur fortzuführen bei einer Reduktion der Anzahl an Asthma-Exazerbationen ODER bei einer gleichbleibenden Anzahl an Asthma-Exazerbationen in Verbindung mit einer deutlichen Dosisreduktion systemischer Corticosteroide im Vergleich zur Ausgangsdosis. Reslizumab eignet sich für eine chef(kontroll)ärztliche Langzeitbewilligung für 6 Monate (L6).		2,5 ml 10 ml	141,60 499,70

	Bezeichnung	T	OP	KVP in €

R03DX09 Mepolizumab

Mepolizumab 0,04

RE1 L6	**Nucala 40 mg Inj.lsg. Fertigspr.** Als Zusatztherapie bei PatientInnen von 6-11 Jahren mit schwerem refraktärem eosinophilem Asthma mit Bluteosinophilen-Werten von 300 Zellen/Mikroliter oder mehr in den letzten 12 Monaten UND - wenn trotz täglicher Therapie mit maximal hoch dosierten inhalativen Corticosteroiden und einem lang wirkenden inhalativen Beta2-Agonisten und/oder Leukotrienrezeptor-Antagonisten in den letzten 12 Monaten UND - wenn trotz wiederholter Therapie mit systemischen Corticosteroiden (vier oder mehr Behandlungsepisoden in den letzten 12 Monaten) vier oder mehr schwere Asthma-Exazerbationen in den letzten 12 Monaten auftraten, die entweder die Gabe oder eine deutliche Dosissteigerung von systemischen Corticosteroiden über mehr als drei Tage erforderten ODER mindestens eine schwerwiegende Exazerbation mit stationärer Spitalsbehandlung in den letzten 12 Monaten auftrat. Nicht in Kombination mit anderen monoklonalen Antikörpern zur Behandlung des schweren Asthmas. Ersteinstellung und Weiterverordnung durch PulmologInnen. Überprüfung der Wirksamkeit und Dokumentation alle 6 Monate anhand der Anzahl an schweren und schwerwiegenden Asthma-Exazerbationen (Definition siehe oben) in den letzten 12 Monaten. Die Therapie ist nur fortzuführen bei einer Reduktion der Anzahl an Asthma-Exazerbationen ODER bei einer gleichbleibenden Anzahl an Asthma-Exazerbationen in Verbindung mit einer deutlichen Dosisreduktion systemischer Corticosteroide im Vergleich zur Ausgangsdosis. Mepolizumab eignet sich für eine chef(kontroll)ärztliche Langzeitbewilligung für 6 Monate (L6).		1 St	412,25

	Bezeichnung	T	OP	KVP in €
Mepolizumab 0,1				
RE1 L6	**Nucala 100 mg Inj.lsg. Fertigpen** Ⓟ Ⓜ - Als Zusatztherapie bei PatientInnen ab 12 Jahren mit schwerem refraktärem eosinophilem Asthma mit Bluteosinophilen-Werten von 300 Zellen/Mikroliter oder mehr in den letzten 12 Monaten UND • wenn trotz täglicher Therapie mit maximal hoch dosierten inhalativen Corticosteroiden und einem lang wirkenden inhalativen Beta2-Agonisten und/oder Leukotrienrezeptor-Antagonisten und/oder Theophyllin in den letzten 12 Monaten UND • wenn trotz wiederholter Therapie mit systemischen Corticosteroiden (vier oder mehr Behandlungsepisoden in den letzten 12 Monaten) vier oder mehr schwere Asthma-Exazerbationen in den letzten 12 Monaten auftraten, die entweder die Gabe oder eine deutliche Dosissteigerung von systemischen Corticosteroiden über mehr als drei Tage erforderten ODER mindestens eine schwerwiegende Exazerbation mit stationärer Spitalsbehandlung in den letzten 12 Monaten auftrat. Nicht in Kombination mit anderen monoklonalen Antikörpern zur Behandlung des schweren Asthmas. Ersteinstellung und Weiterverordnung durch PulmologInnen. Überprüfung der Wirksamkeit und Dokumentation alle 6 Monate anhand der Anzahl an schweren und schwerwiegenden Asthma-Exazerbationen (Definition siehe oben) in den letzten 12 Monaten. Die Therapie ist nur fortzuführen bei einer Reduktion der Anzahl an Asthma-Exazerbationen ODER bei einer gleichbleibenden Anzahl an Asthma-Exazerbationen in Verbindung mit einer deutlichen Dosisreduktion systemischer Corticosteroide im Vergleich zur Ausgangsdosis. - Als Zusatztherapie zu intranasalen Corticosteroiden bei Erwachsenen mit schwerer rezidivierender chronischer Rhinosinusitis mit Nasenpolypen (CRSwNP) nach chirurgischer Behandlung UND Versagen, Unverträglichkeit oder Kontraindikation systemischer Corticosteroide. Erstverordnung, Dokumentation und Kontrolle alle 6 Monate durch FachärztInnen für Hals-, Nasen- und Ohrenheilkunde mit ausgewiesener Expertise in der Behandlung der CRSwNP. Die Therapie ist nur fortzuführen, wenn innerhalb der ersten 6 Monate eine Verbesserung des NPS (Nasenpolypenscores) um mindestens 1 Punkt erzielt werden kann. - Als Zusatztherapie bei PatientInnen ab 6 Jahren mit aktiver nicht organgefährdender, schubförmig remittierender oder refraktärer eosinophiler Granulomatose mit Polyangiitis (EGPA). Diagnose, Erstverordnung, regelmäßige Kontrolle und Weiterverordnung durch entsprechende Zentren mit Erfahrung in der Behandlung der EGPA. Überprüfung der Wirksamkeit und Dokumentation alle 6 Monate anhand der Beurteilung des Schweregrades der Erkrankung und der Verbesserung der Symptomkontrolle in den letzten 12 Monaten. Die Therapie ist nur fortzuführen bei einer Reduktion der Anzahl an Rezidiven und/oder bei einer gleichbleibenden Anzahl an Rezidiven in Verbindung mit einer deutlichen Dosisreduktion systemischer Corticosteroide im Vergleich zur Ausgangsdosis. - Als Zusatztherapie bei Erwachsenen mit unzureichend kontrolliertem nicht lebensbedrohlichem hypereosinophilem Syndrom (HES) ohne erkennbare, nicht-hämatologische sekundäre Ursache. Diagnose, Erstverordnung, regelmäßige Kontrolle und Weiterverordnung durch entsprechende Zentren mit Erfahrung in der Behandlung des HES. Überprüfung der Wirksamkeit und Dokumentation alle 6 Monate anhand der Beurteilung des Schweregrades der Erkrankung und der Verbesserung der Symptomkontrolle in den letzten 12 Monaten. Die Therapie ist nur fortzuführen bei einer deutlichen Reduktion der Rate an HES-Schüben innerhalb von 12 Monaten. Mepolizumab eignet sich für eine chef(kontroll)ärztliche Langzeitbewilligung für 6 Monate (L6).		1 St	960,95

	Bezeichnung	T	OP	KVP in €
RE1 L6	**Nucala 100 mg Inj.lsg. Fertigspr.** (PM) - Als Zusatztherapie bei PatientInnen ab 12 Jahren mit schwerem refraktärem eosinophilem Asthma mit Bluteosinophilen-Werten von 300 Zellen/Mikroliter oder mehr in den letzten 12 Monaten UND • wenn trotz täglicher Therapie mit maximal hoch dosierten inhalativen Corticosteroiden und einem lang wirkenden inhalativen Beta2-Agonisten und/oder Leukotrienrezeptor-Antagonisten und/oder Theophyllin in den letzten 12 Monaten UND • wenn trotz wiederholter Therapie mit systemischen Corticosteroiden (vier oder mehr Behandlungsepisoden in den letzten 12 Monaten) vier oder mehr schwere Asthma-Exazerbationen in den letzten 12 Monaten auftraten, die entweder die Gabe oder eine deutliche Dosissteigerung von systemischen Corticosteroiden über mehr als drei Tage erforderten ODER mindestens eine schwerwiegende Exazerbation mit stationärer Spitalsbehandlung in den letzten 12 Monaten auftrat. Nicht in Kombination mit anderen monoklonalen Antikörpern zur Behandlung des schweren Asthmas. Ersteinstellung und Weiterverordnung durch PulmologInnen. Überprüfung der Wirksamkeit und Dokumentation alle 6 Monate anhand der Anzahl an schweren und schwerwiegenden Asthma-Exazerbationen (Definition siehe oben) in den letzten 12 Monaten. Die Therapie ist nur fortzuführen bei einer Reduktion der Anzahl an Asthma-Exazerbationen ODER bei einer gleichbleibenden Anzahl an Asthma-Exazerbationen in Verbindung mit einer deutlichen Dosisreduktion systemischer Corticosteroide im Vergleich zur Ausgangsdosis. - Als Zusatztherapie zu intranasalen Corticosteroiden bei Erwachsenen mit schwerer rezidivierender chronischer Rhinosinusitis mit Nasenpolypen (CRSwNP) nach chirurgischer Behandlung UND Versagen, Unverträglichkeit oder Kontraindikation systemischer Corticosteroide. Erstverordnung, Dokumentation und Kontrolle alle 6 Monate durch FachärztInnen für Hals-, Nasen- und Ohrenheilkunde mit ausgewiesener Expertise in der Behandlung der CRSwNP. Die Therapie ist nur fortzuführen, wenn innerhalb der ersten 6 Monate eine Verbesserung des NPS (Nasenpolypenscores) um mindestens 1 Punkt erzielt werden kann. - Als Zusatztherapie bei PatientInnen ab 6 Jahren mit aktiver nicht organgefährdender, schubförmig remittierender oder refraktärer eosinophiler Granulomatose mit Polyangiitis (EGPA). Diagnose, Erstverordnung, regelmäßige Kontrolle und Weiterverordnung durch entsprechende Zentren mit Erfahrung in der Behandlung der EGPA. Überprüfung der Wirksamkeit und Dokumentation alle 6 Monate anhand der Beurteilung des Schweregrades der Erkrankung und der Verbesserung der Symptomkontrolle in den letzten 12 Monaten. Die Therapie ist nur fortzuführen bei einer Reduktion der Anzahl an Rezidiven und/oder bei einer gleichbleibenden Anzahl an Rezidiven in Verbindung mit einer deutlichen Dosisreduktion systemischer Corticosteroide im Vergleich zur Ausgangsdosis. - Als Zusatztherapie bei Erwachsenen mit unzureichend kontrolliertem nicht lebensbedrohlichem hypereosinophilem Syndrom (HES) ohne erkennbare, nicht-hämatologische sekundäre Ursache. Diagnose, Erstverordnung, regelmäßige Kontrolle und Weiterverordnung durch entsprechende Zentren mit Erfahrung in der Behandlung des HES. Überprüfung der Wirksamkeit und Dokumentation alle 6 Monate anhand der Beurteilung des Schweregrades der Erkrankung und der Verbesserung der Symptomkontrolle in den letzten 12 Monaten. Die Therapie ist nur fortzuführen bei einer deutlichen Reduktion der Rate an HES-Schüben innerhalb von 12 Monaten. Mepolizumab eignet sich für eine chef(kontroll)ärztliche Langzeitbewilligung für 6 Monate (L6).		1 St	968,40

	Bezeichnung	T	OP	KVP in €

R03DX10 Benralizumab

Benralizumab 0,03

RE1 L6	**Fasenra 30 mg Inj.lsg. Fertigpen** (PM) - Als Zusatztherapie bei Erwachsenen mit schwerem refraktärem eosinophilem Asthma mit Bluteosinophilen-Werten von 300 Zellen/Mikroliter oder mehr in den letzten 12 Monaten UND • wenn trotz täglicher Therapie mit maximal hoch dosierten inhalativen Corticosteroiden und einem lang wirkenden inhalativen Beta2-Agonisten und/oder Leukotrienrezeptor-Antagonisten und/oder Theophyllin in den letzten 12 Monaten UND • wenn trotz einer Therapie mit systemischen Corticosteroiden für mindestens 6 Monate in den letzten 12 Monaten - vier oder mehr schwere Asthma-Exazerbationen in den letzten 12 Monaten auftraten, die entweder die Gabe oder eine deutliche Dosissteigerung von systemischen Corticosteroiden über mehr als drei Tage erforderten ODER - mindestens eine schwerwiegende Exazerbation mit stationärer Spitalsbehandlung in den letzten 12 Monaten auftrat. Nicht in Kombination mit anderen monoklonalen Antikörpern zur Behandlung des schweren Asthmas. Ersteinstellung und Weiterverordnung durch einen Facharzt/eine Fachärztin für Pulmologie. Überprüfung der Wirksamkeit und Dokumentation alle 6 Monate anhand der Anzahl an schweren und schwerwiegenden Asthma-Exazerbationen (Definition siehe oben) in den letzten 12 Monaten. Die Therapie ist nur fortzuführen bei einer Reduktion der Anzahl an Asthma-Exazerbationen ODER bei einer gleichbleibenden Anzahl an Asthma-Exazerbationen in Verbindung mit einer deutlichen Dosisreduktion systemischer Corticosteroide im Vergleich zur Ausgangsdosis. Benralizumab eignet sich für eine chef(kontroll)ärztliche Langzeitbewilligung für 6 Monate (L6).		1 St	2.088,70
RE1 L6	**Fasenra 30 mg Inj.lsg. Fertigspr.** (PM) - Als Zusatztherapie bei Erwachsenen mit schwerem refraktärem eosinophilem Asthma mit Bluteosinophilen-Werten von 300 Zellen/Mikroliter oder mehr in den letzten 12 Monaten UND • wenn trotz täglicher Therapie mit maximal hoch dosierten inhalativen Corticosteroiden und einem lang wirkenden inhalativen Beta2-Agonisten und/oder Leukotrienrezeptor-Antagonisten und/oder Theophyllin in den letzten 12 Monaten UND • wenn trotz einer Therapie mit systemischen Corticosteroiden für mindestens 6 Monate in den letzten 12 Monaten - vier oder mehr schwere Asthma-Exazerbationen in den letzten 12 Monaten auftraten, die entweder die Gabe oder eine deutliche Dosissteigerung von systemischen Corticosteroiden über mehr als drei Tage erforderten ODER - mindestens eine schwerwiegende Exazerbation mit stationärer Spitalsbehandlung in den letzten 12 Monaten auftrat. Nicht in Kombination mit anderen monoklonalen Antikörpern zur Behandlung des schweren Asthmas. Ersteinstellung und Weiterverordnung durch einen Facharzt/eine Fachärztin für Pulmologie. Überprüfung der Wirksamkeit und Dokumentation alle 6 Monate anhand der Anzahl an schweren und schwerwiegenden Asthma-Exazerbationen (Definition siehe oben) in den letzten 12 Monaten. Die Therapie ist nur fortzuführen bei einer Reduktion der Anzahl an Asthma-Exazerbationen ODER bei einer gleichbleibenden Anzahl an Asthma-Exazerbationen in Verbindung mit einer deutlichen Dosisreduktion systemischer Corticosteroide im Vergleich zur Ausgangsdosis. Benralizumab eignet sich für eine chef(kontroll)ärztliche Langzeitbewilligung für 6 Monate (L6).		1 St	2.141,40

	Bezeichnung	T	OP	KVP in €

R03DX11 Tezepelumab

Tezepelumab 0,21

RE1 L6	**Tezspire 210 mg Inj.lsg. Fertigpen** PM Als Zusatztherapie bei PatientInnen ab 12 Jahren mit schwerem Asthma - wenn trotz täglicher Therapie mit maximal hoch dosierten inhalativen Corticosteroiden und einem lang wirkenden inhalativen Beta2-Agonisten und/oder Leukotrienrezeptor-Antagonisten in den letzten 12 Monaten UND - wenn trotz wiederholter Therapie mit systemischen Corticosteroiden (vier oder mehr Behandlungsepisoden in den letzten 12 Monaten) vier oder mehr schwere Asthma-Exazerbationen in den letzten 12 Monaten auftraten, die entweder die Gabe oder eine deutliche Dosissteigerung von systemischen Corticosteroiden über mehr als drei Tage erforderten ODER mindestens eine schwerwiegende Exazerbation mit stationärer Spitalsbehandlung in den letzten 12 Monaten auftrat. Nicht in Kombination mit anderen monoklonalen Antikörpern zur Behandlung des schweren Asthmas. Ersteinstellung und Weiterverordnung durch PulmologInnen. Überprüfung der Wirksamkeit und Dokumentation alle 6 Monate anhand der Anzahl an schweren und schwerwiegenden Asthma-Exazerbationen (Definition siehe oben) in den letzten 12 Monaten. Die Therapie ist nur fortzuführen bei einer Reduktion der Anzahl an Asthma-Exazerbationen ODER bei einer gleichbleibenden Anzahl an Asthma-Exazerbationen in Verbindung mit einer deutlichen Dosisreduktion systemischer Corticosteroide im Vergleich zur Ausgangsdosis. Tezepelumab eignet sich für eine chef(kontroll)ärztliche Langzeitbewilligung für 6 Monate (L6). Die Aufnahme ist befristet und endet mit 31.12.2031.		1 St	1.057,00
RE1 L6	**Tezspire 210 mg Inj.lsg. Fertigspr.** PM Als Zusatztherapie bei PatientInnen ab 12 Jahren mit schwerem Asthma - wenn trotz täglicher Therapie mit maximal hoch dosierten inhalativen Corticosteroiden und einem lang wirkenden inhalativen Beta2-Agonisten und/oder Leukotrienrezeptor-Antagonisten in den letzten 12 Monaten UND - wenn trotz wiederholter Therapie mit systemischen Corticosteroiden (vier oder mehr Behandlungsepisoden in den letzten 12 Monaten) vier oder mehr schwere Asthma-Exazerbationen in den letzten 12 Monaten auftraten, die entweder die Gabe oder eine deutliche Dosissteigerung von systemischen Corticosteroiden über mehr als drei Tage erforderten ODER mindestens eine schwerwiegende Exazerbation mit stationärer Spitalsbehandlung in den letzten 12 Monaten auftrat. Nicht in Kombination mit anderen monoklonalen Antikörpern zur Behandlung des schweren Asthmas. Ersteinstellung und Weiterverordnung durch PulmologInnen. Überprüfung der Wirksamkeit und Dokumentation alle 6 Monate anhand der Anzahl an schweren und schwerwiegenden Asthma-Exazerbationen (Definition siehe oben) in den letzten 12 Monaten. Die Therapie ist nur fortzuführen bei einer Reduktion der Anzahl an Asthma-Exazerbationen ODER bei einer gleichbleibenden Anzahl an Asthma-Exazerbationen in Verbindung mit einer deutlichen Dosisreduktion systemischer Corticosteroide im Vergleich zur Ausgangsdosis. Tezepelumab eignet sich für eine chef(kontroll)ärztliche Langzeitbewilligung für 6 Monate (L6). Die Aufnahme ist befristet und endet mit 31.12.2031.		1 St	1.057,00

R05 HUSTEN- UND ERKÄLTUNGSPRÄPARATE
R05C EXPEKTORANZIEN, EXKL. KOMBINATIONEN MIT ANTITUSSIVA
R05CB Mukolytika
R05CB13 Dornase alfa (Desoxyribonuclease)

Dornase alfa (Desoxyribonuclease) 0,0025

RE1 L12	**Pulmozyme 2.500 E/2,5 ml Inh.lsg.** Eine Kostenübernahme ist möglich bei Mucoviszidose nach Erstverordnung durch eine Spezialambulanz. *Dornase alfa (Desoxyribonuclease) 2.500 E entspr. 0,0025*		30 St	768,40

R07 ANDERE MITTEL FÜR DEN RESPIRATIONSTRAKT
R07A ANDERE MITTEL FÜR DEN RESPIRATIONSTRAKT
R07AX Andere Mittel für den Respirationstrakt
R07AX02 Ivacaftor

Ivacaftor 0,025

RE1 L6	**Kalydeco 25 mg Gran. Btl.** Ⓟ Bei PatientInnen mit zystischer Fibrose (CF, Mukoviszidose) ab 4 Monaten (ab 5 kg und unter 25 kg), die eine R117H-Mutation oder eine der folgenden Gating-Mutationen (Klasse III) im CFTR-Gen aufweisen: G551D, G1244E, G1349D, G178R, G551S, S1251N, S1255P, S549N oder S549R. Die Feststellung der Mutation muss mit einem validierten Testverfahren erfolgen. - Indikationsstellung, Erstverordnung und Therapieüberwachung müssen von einem Zentrum mit Erfahrung in der Behandlung der CF erfolgen. - Eine Diätberatung der Angehörigen hat vor Behandlungsbeginn zu erfolgen. - Leberfunktionstests (ALT, AST und Bilirubin) und Bestimmung von Chymotrypsin im Stuhl sind vor Beginn der Behandlung, alle 3 Monate im ersten Jahr der Behandlung und danach zumindest jährlich durchzuführen. - Schweiß-Chlorid-Level sind vor Therapiebeginn und danach alle 6 Monate zu dokumentieren. - Pulmonale Exazerbationen, der Antibiotikabedarf und das Körpergewicht (BMI) sind für den Zeitraum vor Beginn der Behandlung und alle 6 Monate nach Therapiebeginn zu dokumentieren. - Die Therapie ist nur fortzuführen, wenn • Schweiß-Chlorid-Level auf mindestens 60 mmol/l gesenkt werden oder im Vergleich zur Baseline um mindestens 30 % fallen und • eine altersentsprechend vorteilhafte Entwicklung des BMI eintritt. Ivacaftor eignet sich für eine chef(kontroll)ärztliche Langzeitbewilligung für 6 Monate (L6). Die Aufnahme in den EKO ist befristet und endet mit 30.6.2026.		56 St	12.341,65

Ivacaftor 0,05

RE1 L6	**Kalydeco 50 mg Gran. Btl.** Ⓟ Bei PatientInnen mit zystischer Fibrose (CF, Mukoviszidose) ab 4 Monaten (ab 5 kg und unter 25 kg), die eine R117H-Mutation oder eine der folgenden Gating-Mutationen (Klasse III) im CFTR-Gen aufweisen: G551D, G1244E, G1349D, G178R, G551S, S1251N, S1255P, S549N oder S549R. Die Feststellung der Mutation muss mit einem validierten Testverfahren erfolgen. - Indikationsstellung, Erstverordnung und Therapieüberwachung müssen von einem Zentrum mit Erfahrung in der Behandlung der CF erfolgen. - Eine Diätberatung der Angehörigen hat vor Behandlungsbeginn zu erfolgen. - Leberfunktionstests (ALT, AST und Bilirubin) und Bestimmung von Chymotrypsin im Stuhl sind vor Beginn der Behandlung, alle 3 Monate im ersten Jahr der Behandlung und danach zumindest jährlich durchzuführen. - Schweiß-Chlorid-Level sind vor Therapiebeginn und danach alle 6 Monate zu dokumentieren. - Pulmonale Exazerbationen, der Antibiotikabedarf und das Körpergewicht (BMI) sind für den Zeitraum vor Beginn der Behandlung und alle 6 Monate nach Therapiebeginn zu dokumentieren. - Die Therapie ist nur fortzuführen, wenn • Schweiß-Chlorid-Level auf mindestens 60 mmol/l gesenkt werden oder im Vergleich zur Baseline um mindestens 30 % fallen und • eine altersentsprechend vorteilhafte Entwicklung des BMI eintritt. Ivacaftor eignet sich für eine chef(kontroll)ärztliche Langzeitbewilligung für 6 Monate (L6). Die Aufnahme in den EKO ist befristet und endet mit 30.6.2026.		56 St	15.134,45

	Bezeichnung	T	OP	KVP in €
Ivacaftor 0,0595				
RE1 L6	**Kalydeco 59,5 mg Gran. Btl.** (PM) Als Kombinationsbehandlung mit Ivacaftor/Tezacaftor/Elexacaftor 60 mg/ 40 mg/80 mg Gran. Btl. bei PatientInnen mit zystischer Fibrose (CF, Mukoviszidose) von 2-5 Jahren (ab 10 kg und unter 14 kg), die mindestens eine F508del-Mutation im CFTR-Gen aufweisen. Die Feststellung der Mutation muss mit einem validierten Testverfahren erfolgen. - Einsatz nur bei PatientInnen mit • mehrmaligen pulmonalen Exazerbationen oder • regelmäßigen Antibiotikabehandlungen oder • einer mittels bildgebenden Verfahren (CT oder MRT) nachgewiesenen Schädigung der Lunge vor Therapiebeginn. - Indikationsstellung, Erstverordnung und Therapieüberwachung müssen von einem Zentrum mit Erfahrung in der Behandlung der CF erfolgen. - Eine Diätberatung der Angehörigen hat vor Behandlungsbeginn zu erfolgen. - Leberfunktionstests (ALT, AST und Bilirubin) und Bestimmung von Chymotrypsin im Stuhl sind vor Beginn der Behandlung, alle 3 Monate im ersten Jahr der Behandlung und danach zumindest jährlich durchzuführen. - Schweiß-Chlorid-Level sind vor Therapiebeginn und danach alle 6 Monate zu dokumentieren. - Pulmonale Exazerbationen, der Antibiotikabedarf und das Körpergewicht (BMI) sind für den Zeitraum vor Beginn der Behandlung und alle 6 Monate nach Therapiebeginn zu dokumentieren. - Die Therapie ist nur fortzuführen, wenn • Schweiß-Chlorid-Level auf mindestens 60 mmol/l gesenkt werden oder im Vergleich zur Baseline um mindestens 30 % fallen und • eine altersentsprechend vorteilhafte Entwicklung des BMI eintritt. Ivacaftor in Kombination mit Ivacaftor/Tezacaftor/Elexacaftor eignet sich für eine chef(kontroll)ärztliche Langzeitbewilligung für 6 Monate (L6). Die Aufnahme in den EKO ist befristet und endet mit 30.6.2026.		28 St	5.131,90

	Bezeichnung	T	OP	KVP in €
Ivacaftor 0,075				
RE1 L6	**Kalydeco 75 mg Filmtabl.** (PM) Als Kombinationsbehandlung mit Ivacaftor/Tezacaftor/Elexacaftor 37,5 mg/25 mg/50 mg Tabl. bei PatientInnen mit zystischer Fibrose (CF, Mukoviszidose) von 6-11 Jahren, die mindestens eine F508del-Mutation im CFTR-Gen aufweisen. Als Kombinationsbehandlung mit Tezacaftor/Ivacaftor 50 mg/75 mg Tabl. bei PatientInnen mit CF von 6-11 Jahren, die homozygot für die F508del-Mutation im CFTR-Gen sind oder heterozygot für die F508del-Mutation und eine der folgenden Mutationen im CFTR-Gen aufweisen: P67L, R117C, L206W, R352Q, A455E, D579G, 711+3A>G, S945L, S977F, R1070W, D1152H, 2789+5G>A, 3272-26A>G und 3849+10kbC>T. Die Feststellung der Mutation muss mit einem validierten Testverfahren erfolgen. - Einsatz nur bei PatientInnen mit • mehrmaligen pulmonalen Exazerbationen oder • regelmäßigen Antibiotikabehandlungen oder • einer mittels bildgebenden Verfahren (CT oder MRT) nachgewiesenen Schädigung der Lunge vor Therapiebeginn. - Indikationsstellung, Erstverordnung und Therapieüberwachung müssen von einem Zentrum mit Erfahrung in der Behandlung der CF erfolgen. - Eine Diätberatung hat vor Behandlungsbeginn zu erfolgen. - Leberfunktionstests (ALT, AST und Bilirubin) und Bestimmung von Chymotrypsin im Stuhl sind vor Beginn der Behandlung, alle 3 Monate im ersten Jahr der Behandlung und danach zumindest jährlich durchzuführen. - Lungenfunktionsparameter (FEV1) sind alle 3 Monate zu kontrollieren. - Pulmonale Exazerbationen, der Antibiotikabedarf und das Körpergewicht (BMI) sind für den Zeitraum vor Beginn der Behandlung und alle 6 Monate nach Therapiebeginn zu dokumentieren. - Die Therapie ist nur fortzuführen, wenn • eine vorteilhafte Entwicklung der Lungenfunktion gegenüber dem natürlichen Krankheitsverlauf eintritt oder • eine Reduktion der Häufigkeit pulmonaler Exazerbationen eintritt oder • eine altersentsprechend vorteilhafte Entwicklung des BMI eintritt. Ivacaftor sowohl in Kombination mit Ivacaftor/Tezacaftor/Elexacaftor als auch in Kombination mit Tezacaftor/Ivacaftor eignet sich für eine chef(kontroll)ärztliche Langzeitbewilligung für 6 Monate (L6). Die Aufnahme in den EKO ist befristet und endet mit 30.6.2026.		28 St	5.131,90

	Bezeichnung	T	OP	KVP in €
Ivacaftor 0,075				
RE1 L6	**Kalydeco 75 mg Gran. Btl.** Ⓟ Ⓜ Als Kombinationsbehandlung mit Ivacaftor/Tezacaftor/Elexacaftor 75 mg/50 mg/100 mg Gran. Btl. bei PatientInnen mit zystischer Fibrose (CF, Mukoviszidose) von 2-5 Jahren (ab 14 kg), die mindestens eine F508del-Mutation im CFTR-Gen aufweisen. Die Feststellung der Mutation muss mit einem validierten Testverfahren erfolgen. - Einsatz nur bei PatientInnen mit • mehrmaligen pulmonalen Exazerbationen oder • regelmäßigen Antibiotikabehandlungen oder • einer mittels bildgebenden Verfahren (CT oder MRT) nachgewiesenen Schädigung der Lunge vor Therapiebeginn. - Indikationsstellung, Erstverordnung und Therapieüberwachung müssen von einem Zentrum mit Erfahrung in der Behandlung der CF erfolgen. - Eine Diätberatung der Angehörigen hat vor Behandlungsbeginn zu erfolgen. - Leberfunktionstests (ALT, AST und Bilirubin) und Bestimmung von Chymotrypsin im Stuhl sind vor Beginn der Behandlung, alle 3 Monate im ersten Jahr der Behandlung und danach zumindest jährlich durchzuführen. - Schweiß-Chlorid-Level sind vor Therapiebeginn und danach alle 6 Monate zu dokumentieren. - Pulmonale Exazerbationen, der Antibiotikabedarf und das Körpergewicht (BMI) sind für den Zeitraum vor Beginn der Behandlung und alle 6 Monate nach Therapiebeginn zu dokumentieren. - Die Therapie ist nur fortzuführen, wenn • Schweiß-Chlorid-Level auf mindestens 60 mmol/l gesenkt werden oder im Vergleich zur Baseline um mindestens 30 % fallen und • eine altersentsprechend vorteilhafte Entwicklung des BMI eintritt. Ivacaftor in Kombination mit Ivacaftor/Tezacaftor/Elexacaftor eignet sich für eine chef(kontroll)ärztliche Langzeitbewilligung für 6 Monate (L6). Die Aufnahme in den EKO ist befristet und endet mit 30.6.2026.		28 St	5.131,90
RE1 L6	**Kalydeco 75 mg Gran. Btl.** Ⓟ Ⓜ Bei PatientInnen mit zystischer Fibrose (CF, Mukoviszidose) ab 4 Monaten (ab 5 kg und unter 25 kg), die eine R117H-Mutation oder eine der folgenden Gating-Mutationen (Klasse III) im CFTR-Gen aufweisen: G551D, G1244E, G1349D, G178R, G551S, S1251N, S1255P, S549N oder S549R. Die Feststellung der Mutation muss mit einem validierten Testverfahren erfolgen. - Indikationsstellung, Erstverordnung und Therapieüberwachung müssen von einem Zentrum mit Erfahrung in der Behandlung der CF erfolgen. - Eine Diätberatung der Angehörigen hat vor Behandlungsbeginn zu erfolgen. - Leberfunktionstests (ALT, AST und Bilirubin) und Bestimmung von Chymotrypsin im Stuhl sind vor Beginn der Behandlung, alle 3 Monate im ersten Jahr der Behandlung und danach zumindest jährlich durchzuführen. - Schweiß-Chlorid-Level sind vor Therapiebeginn und danach alle 6 Monate zu dokumentieren. - Pulmonale Exazerbationen, der Antibiotikabedarf und das Körpergewicht (BMI) sind für den Zeitraum vor Beginn der Behandlung und alle 6 Monate nach Therapiebeginn zu dokumentieren. - Die Therapie ist nur fortzuführen, wenn • Schweiß-Chlorid-Level auf mindestens 60 mmol/l gesenkt werden oder im Vergleich zur Baseline um mindestens 30 % fallen und • eine altersentsprechend vorteilhafte Entwicklung des BMI eintritt. Ivacaftor eignet sich für eine chef(kontroll)ärztliche Langzeitbewilligung für 6 Monate (L6). Die Aufnahme in den EKO ist befristet und endet mit 30.6.2026.		56 St	10.239,15

	Bezeichnung	T	OP	KVP in €
Ivacaftor 0,15				
RE1 L6	**Kalydeco 150 mg Filmtabl.** (PM) Als Kombinationsbehandlung mit Ivacaftor/Tezacaftor/Elexacaftor 75 mg/50 mg/100 mg Tabl. bei PatientInnen mit zystischer Fibrose (CF, Mukoviszidose) ab 6 Jahren, die mindestens eine F508del-Mutation im CFTR-Gen aufweisen. Als Kombinationsbehandlung mit Tezacaftor/Ivacaftor 100 mg/150 mg Tabl. bei PatientInnen mit CF ab 6 Jahren, die homozygot für die F508del-Mutation im CFTR-Gen sind oder heterozygot für die F508del-Mutation und eine der folgenden Mutationen im CFTR-Gen aufweisen: P67L, R117C, L206W, R352Q, A455E, D579G, 711+3A>G, S945L, S977F, R1070W, D1152H, 2789+5G>A, 3272-26A>G und 3849+10kbC>T. Die Feststellung der Mutation muss mit einem validierten Testverfahren erfolgen. - Einsatz nur bei PatientInnen mit • mehrmaligen pulmonalen Exazerbationen oder • regelmäßigen Antibiotikabehandlungen oder • einer mittels bildgebenden Verfahren (CT oder MRT) nachgewiesenen Schädigung der Lunge vor Therapiebeginn. - Indikationsstellung, Erstverordnung und Therapieüberwachung müssen von einem Zentrum mit Erfahrung in der Behandlung der CF erfolgen. - Eine Diätberatung hat vor Behandlungsbeginn zu erfolgen. - Leberfunktionstests (ALT, AST und Bilirubin) und Bestimmung von Chymotrypsin im Stuhl sind vor Beginn der Behandlung, alle 3 Monate im ersten Jahr der Behandlung und danach zumindest jährlich durchzuführen. - Lungenfunktionsparameter (FEV1) sind alle 3 Monate zu kontrollieren. - Pulmonale Exazerbationen, der Antibiotikabedarf und das Körpergewicht (BMI) sind für den Zeitraum vor Beginn der Behandlung und alle 6 Monate nach Therapiebeginn zu dokumentieren. - Die Therapie ist nur fortzuführen, wenn • eine vorteilhafte Entwicklung der Lungenfunktion gegenüber dem natürlichen Krankheitsverlauf eintritt oder • eine Reduktion der Häufigkeit pulmonaler Exazerbationen eintritt oder • eine altersentsprechend vorteilhafte Entwicklung des BMI eintritt. Ivacaftor sowohl in Kombination mit Ivacaftor/Tezacaftor/Elexacaftor als auch in Kombination mit Tezacaftor/Ivacaftor eignet sich für eine chef(kontroll)ärztliche Langzeitbewilligung für 6 Monate (L6). Die Aufnahme in den EKO ist befristet und endet mit 30.6.2026.		28 St	5.131,90
RE1 L6	**Kalydeco 150 mg Filmtabl.** (PM) Bei PatientInnen mit zystischer Fibrose (CF, Mukoviszidose) ab 6 Jahren (größer/gleich 25 kg), die eine R117H-Mutation oder eine der folgenden Gating-Mutationen (Klasse III) im CFTR-Gen aufweisen: G551D, G1244E, G1349D, G178R, G551S, S1251N, S1255P, S549N oder S549R. Die Feststellung der Mutation muss mit einem validierten Testverfahren erfolgen. - Einsatz nur bei PatientInnen mit • mehrmaligen pulmonalen Exazerbationen oder • regelmäßigen Antibiotikabehandlungen oder • einer mittels bildgebenden Verfahren (CT oder MRT) nachgewiesenen Schädigung der Lunge vor Therapiebeginn. - Indikationsstellung, Erstverordnung und Therapieüberwachung müssen von einem Zentrum mit Erfahrung in der Behandlung der CF erfolgen. - Eine Diätberatung hat vor Behandlungsbeginn zu erfolgen. - Leberfunktionstests (ALT, AST und Bilirubin) und Bestimmung von Chymotrypsin im Stuhl sind vor Beginn der Behandlung, alle 3 Monate im ersten Jahr der Behandlung und danach zumindest jährlich durchzuführen. - Lungenfunktionsparameter (FEV1) sind alle drei Monate zu kontrollieren. - Pulmonale Exazerbationen, der Antibiotikabedarf und das Körpergewicht (BMI) sind für den Zeitraum vor Beginn der Behandlung und alle 6 Monate nach Therapiebeginn zu dokumentieren. - Die Therapie ist nur fortzuführen, wenn • eine vorteilhafte Entwicklung der Lungenfunktion gegenüber dem natürlichen Krankheitsverlauf eintritt oder • eine Reduktion der Häufigkeit pulmonaler Exazerbationen eintritt oder • eine altersentsprechend vorteilhafte Entwicklung des BMI eintritt. Ivacaftor eignet sich für eine chef(kontroll)ärztliche Langzeitbewilligung für 6 Monate (L6). Die Aufnahme in den EKO ist befristet und endet mit 30.6.2026.		56 St	10.239,15

R07AX30 Ivacaftor und Lumacaftor

Ivacaftor 0,125, Lumacaftor 0,1

RE1 L6	**Orkambi 100 mg/125 mg Filmtabl.** PM - Bei PatientInnen ab 6 Jahren mit zystischer Fibrose (CF, Mukoviszidose), die homozygot für die F508del-Mutation im CFTR-Gen sind. Die Feststellung der Mutation muss mit einem validierten Testverfahren erfolgen. - Einsatz nur bei PatientInnen mit • mehrmaligen pulmonalen Exazerbationen oder • regelmäßigen Antibiotikabehandlungen oder • einer mittels bildgebenden Verfahren (CT oder MRT) nachgewiesenen Schädigung der Lunge vor Therapiebeginn. - Indikationsstellung, Erstverordnung und Therapieüberwachung müssen von einem Zentrum mit Erfahrung in der Behandlung der CF erfolgen. - Eine Diätberatung hat vor Behandlungsbeginn zu erfolgen. - Leberfunktionstests (ALT, AST und Bilirubin) und Bestimmung von Chymotrypsin im Stuhl sind vor Beginn der Behandlung, alle 3 Monate im ersten Jahr der Behandlung und danach zumindest jährlich durchzuführen. - Lungenfunktionsparameter (FEV1) sind alle 3 Monate zu kontrollieren. - Pulmonale Exazerbationen, der Antibiotikabedarf und das Körpergewicht (BMI) sind für den Zeitraum vor Beginn der Behandlung und alle 6 Monate nach Therapiebeginn zu dokumentieren. - Die Therapie ist nur fortzuführen, wenn • eine vorteilhafte Entwicklung der Lungenfunktion gegenüber dem natürlichen Krankheitsverlauf eintritt oder • eine Reduktion der Häufigkeit pulmonaler Exazerbationen eintritt oder • eine altersentsprechend vorteilhafte Entwicklung des BMI eintritt. Lumacaftor/Ivacaftor eignet sich für eine chef(kontroll)ärztliche Langzeitbewilligung für 6 Monate (L6). Die Aufnahme in den EKO ist befristet und endet mit 30.6.2026.		112 St	11.021,45

Ivacaftor 0,125, Lumacaftor 0,1

RE1 L6	**Orkambi 100 mg/125 mg Gran. Btl.** PM - Bei PatientInnen von 2-5 Jahren mit zystischer Fibrose (CF, Mukoviszidose), die homozygot für die F508del-Mutation im CFTR-Gen sind. Die Feststellung der Mutation muss mit einem validierten Testverfahren erfolgen. - Einsatz nur bei PatientInnen mit • regelmäßigen Antibiotikabehandlungen oder • einer mittels bildgebenden Verfahren (CT oder MRT) nachgewiesenen Schädigung der Lunge vor Therapiebeginn. - Indikationsstellung, Erstverordnung und Therapieüberwachung müssen von einem Zentrum mit Erfahrung in der Behandlung der CF erfolgen. - Eine Diätberatung der Angehörigen hat vor Behandlungsbeginn zu erfolgen. - Leberfunktionstests (ALT, AST und Bilirubin) und Bestimmung von Chymotrypsin im Stuhl sind vor Beginn der Behandlung, alle 3 Monate im ersten Jahr der Behandlung und danach zumindest jährlich durchzuführen. - Schweiß-Chlorid-Level sind vor Therapiebeginn und danach alle 6 Monate zu dokumentieren. - Pulmonale Exazerbationen, der Antibiotikabedarf und das Körpergewicht (BMI) sind für den Zeitraum vor Beginn der Behandlung und alle 6 Monate nach Therapiebeginn zu dokumentieren. - Die Therapie ist nur fortzuführen, wenn • Schweiß-Chlorid-Level um zumindest 15 % im Vergleich zur Baseline fallen und • eine altersentsprechend vorteilhafte Entwicklung des BMI eintritt. Lumacaftor/Ivacaftor eignet sich für eine chef(kontroll)ärztliche Langzeitbewilligung für 6 Monate (L6). Die Aufnahme in den EKO ist befristet und endet mit 30.6.2026.		56 St	10.926,10

	Bezeichnung	T	OP	KVP in €
Ivacaftor 0,125, Lumacaftor 0,2				
RE1 L6	**Orkambi 200 mg/125 mg Filmtabl.** (PM) - Bei PatientInnen ab 6 Jahren mit zystischer Fibrose (CF, Mukoviszidose), die homozygot für die F508del-Mutation im CFTR-Gen sind. Die Feststellung der Mutation muss mit einem validierten Testverfahren erfolgen. - Einsatz nur bei PatientInnen mit • mehrmaligen pulmonalen Exazerbationen oder • regelmäßigen Antibiotikabehandlungen oder • einer mittels bildgebenden Verfahren (CT oder MRT) nachgewiesenen Schädigung der Lunge vor Therapiebeginn. - Indikationsstellung, Erstverordnung und Therapieüberwachung müssen von einem Zentrum mit Erfahrung in der Behandlung der CF erfolgen. - Eine Diätberatung hat vor Behandlungsbeginn zu erfolgen. - Leberfunktionstests (ALT, AST und Bilirubin) und Bestimmung von Chymotrypsin im Stuhl sind vor Beginn der Behandlung, alle 3 Monate im ersten Jahr der Behandlung und danach zumindest jährlich durchzuführen. - Lungenfunktionsparameter (FEV1) sind alle 3 Monate zu kontrollieren. - Pulmonale Exazerbationen, der Antibiotikabedarf und das Körpergewicht (BMI) sind für den Zeitraum vor Beginn der Behandlung und alle 6 Monate nach Therapiebeginn zu dokumentieren. - Die Therapie ist nur fortzuführen, wenn • eine vorteilhafte Entwicklung der Lungenfunktion gegenüber dem natürlichen Krankheitsverlauf eintritt oder • eine Reduktion der Häufigkeit pulmonaler Exazerbationen eintritt oder • eine altersentsprechend vorteilhafte Entwicklung des BMI eintritt. Lumacaftor/Ivacaftor eignet sich für eine chef(kontroll)ärztliche Langzeitbewilligung für 6 Monate (L6). Die Aufnahme in den EKO ist befristet und endet mit 30.6.2026.		112 St	11.021,45
Ivacaftor 0,188, Lumacaftor 0,15				
RE1 L6	**Orkambi 150 mg/188 mg Gran. Btl.** (PM) - Bei PatientInnen von 2-5 Jahren mit zystischer Fibrose (CF, Mukoviszidose), die homozygot für die F508del-Mutation im CFTR-Gen sind. Die Feststellung der Mutation muss mit einem validierten Testverfahren erfolgen. - Einsatz nur bei PatientInnen mit • regelmäßigen Antibiotikabehandlungen oder • einer mittels bildgebenden Verfahren (CT oder MRT) nachgewiesenen Schädigung der Lunge vor Therapiebeginn. - Indikationsstellung, Erstverordnung und Therapieüberwachung müssen von einem Zentrum mit Erfahrung in der Behandlung der CF erfolgen. - Eine Diätberatung der Angehörigen hat vor Behandlungsbeginn zu erfolgen. - Leberfunktionstests (ALT, AST und Bilirubin) und Bestimmung von Chymotrypsin im Stuhl sind vor Beginn der Behandlung, alle 3 Monate im ersten Jahr der Behandlung und danach zumindest jährlich durchzuführen. - Schweiß-Chlorid-Level sind vor Therapiebeginn und danach alle 6 Monate zu dokumentieren. - Pulmonale Exazerbationen, der Antibiotikabedarf und das Körpergewicht (BMI) sind für den Zeitraum vor Beginn der Behandlung und alle 6 Monate nach Therapiebeginn zu dokumentieren. - Die Therapie ist nur fortzuführen, wenn • Schweiß-Chlorid-Level um zumindest 15 % im Vergleich zur Baseline fallen und • eine altersentsprechend vorteilhafte Entwicklung des BMI eintritt. Lumacaftor/Ivacaftor eignet sich für eine chef(kontroll)ärztliche Langzeitbewilligung für 6 Monate (L6). Die Aufnahme in den EKO ist befristet und endet mit 30.6.2026.		56 St	10.926,10

	Bezeichnung	T	OP	KVP in €

R07AX31 Ivacaftor und Tezacaftor

Ivacaftor 0,075, Tezacaftor 0,05

RE1 L6	**Symkevi 50 mg/75 mg Filmtabl.** (PM) Als Kombinationsbehandlung mit Ivacaftor 75 mg Tabl. 28 Stück bei PatientInnen mit zystischer Fibrose (CF, Mukoviszidose) von 6-11 Jahren, die homozygot für die F508del-Mutation im CFTR-Gen sind oder heterozygot für die F508del-Mutation und eine der folgenden Mutationen im CFTR-Gen aufweisen: P67L, R117C, L206W, R352Q, A455E, D579G, 711+3A>G, S945L, S977F, R1070W, D1152H, 2789+5G>A, 3272-26A>G und 3849+10kbC>T. Die Feststellung der Mutation muss mit einem validierten Testverfahren erfolgen. - Einsatz nur bei PatientInnen mit • mehrmaligen pulmonalen Exazerbationen oder • regelmäßigen Antibiotikabehandlungen oder • einer mittels bildgebenden Verfahren (CT oder MRT) nachgewiesenen Schädigung der Lunge vor Therapiebeginn. - Indikationsstellung, Erstverordnung und Therapieüberwachung müssen von einem Zentrum mit Erfahrung in der Behandlung der CF erfolgen. - Eine Diätberatung hat vor Behandlungsbeginn zu erfolgen. - Leberfunktionstests (ALT, AST und Bilirubin) und Bestimmung von Chymotrypsin im Stuhl sind vor Beginn der Behandlung, alle 3 Monate im ersten Jahr der Behandlung und danach zumindest jährlich durchzuführen. - Lungenfunktionsparameter (FEV1) sind alle 3 Monate zu kontrollieren. - Pulmonale Exazerbationen, der Antibiotikabedarf und das Körpergewicht (BMI) sind für den Zeitraum vor Beginn der Behandlung und alle 6 Monate nach Therapiebeginn zu dokumentieren. - Die Therapie ist nur fortzuführen, wenn • eine vorteilhafte Entwicklung der Lungenfunktion gegenüber dem natürlichen Krankheitsverlauf eintritt oder • eine Reduktion der Häufigkeit pulmonaler Exazerbationen eintritt oder • eine altersentsprechend vorteilhafte Entwicklung des BMI eintritt. Tezacaftor/Ivacaftor in Kombination mit Ivacaftor eignet sich für eine chef(kontroll)ärztliche Langzeitbewilligung für 6 Monate (L6). Die Aufnahme in den EKO ist befristet und endet mit 30.6.2026.		28 St	5.245,00

Ivacaftor 0,15, Tezacaftor 0,1

RE1 L6	**Symkevi 100 mg/150 mg Filmtabl.** (PM) Als Kombinationsbehandlung mit Ivacaftor 150 mg Tabl. 28 Stück bei PatientInnen mit zystischer Fibrose (CF, Mukoviszidose) ab 6 Jahren, die homozygot für die F508del-Mutation im CFTR-Gen sind oder heterozygot für die F508del-Mutation und eine der folgenden Mutationen im CFTR-Gen aufweisen: P67L, R117C, L206W, R352Q, A455E, D579G, 711+3A>G, S945L, S977F, R1070W, D1152H, 2789+5G>A, 3272-26A>G und 3849+10kbC>T. Die Feststellung der Mutation muss mit einem validierten Testverfahren erfolgen. - Einsatz nur bei PatientInnen mit • mehrmaligen pulmonalen Exazerbationen oder • regelmäßigen Antibiotikabehandlungen oder • einer mittels bildgebenden Verfahren (CT oder MRT) nachgewiesenenSchädigung der Lunge vor Therapiebeginn. - Indikationsstellung, Erstverordnung und Therapieüberwachung müssen von einem Zentrum mit Erfahrung in der Behandlung der CF erfolgen. - Eine Diätberatung hat vor Behandlungsbeginn zu erfolgen. - Leberfunktionstests (ALT, AST und Bilirubin) und Bestimmung von Chymotrypsin im Stuhl sind vor Beginn der Behandlung, alle 3 Monate im ersten Jahr der Behandlung und danach zumindest jährlich durchzuführen. - Lungenfunktionsparameter (FEV1) sind alle 3 Monate zu kontrollieren. - Pulmonale Exazerbationen, der Antibiotikabedarf und das Körpergewicht (BMI) sind für den Zeitraum vor Beginn der Behandlung und alle 6 Monate nach Therapiebeginn zu dokumentieren. - Die Therapie ist nur fortzuführen, wenn • eine vorteilhafte Entwicklung der Lungenfunktion gegenüber dem natürlichen Krankheitsverlauf eintritt oder • eine Reduktion der Häufigkeit pulmonaler Exazerbationen eintritt oder • eine altersentsprechend vorteilhafte Entwicklung des BMI eintritt. Tezacaftor/Ivacaftor in Kombination mit Ivacaftor eignet sich für eine chef(kontroll)ärztliche Langzeitbewilligung für 6 Monate (L6). Die Aufnahme in den EKO ist befristet und endet mit 30.6.2026.		28 St	5.457,15

R07AX32 Ivacaftor, Tezacaftor und Elexacaftor

Ivacaftor 0,0375, Tezacaftor 0,025, Elexacaftor 0,05

RE1 L6	**Kaftrio 37,5 mg/25 mg/50 mg Filmtabl.** (PM) Als Kombinationsbehandlung mit Ivacaftor 75 mg Tabl. 28 Stück bei PatientInnen mit zystischer Fibrose (CF, Mukoviszidose) von 6-11 Jahren, die mindestens eine F508del-Mutation im CFTR-Gen aufweisen. Die Feststellung der Mutation muss mit einem validierten Testverfahren erfolgen. - Einsatz nur bei PatientInnen mit • mehrmaligen pulmonalen Exazerbationen oder • regelmäßigen Antibiotikabehandlungen oder • einer mittels bildgebenden Verfahren (CT oder MRT) nachgewiesenen Schädigung der Lunge vor Therapiebeginn. - Indikationsstellung, Erstverordnung und Therapieüberwachung müssen von einem Zentrum mit Erfahrung in der Behandlung der CF erfolgen. - Eine Diätberatung hat vor Behandlungsbeginn zu erfolgen. - Leberfunktionstests (ALT, AST und Bilirubin) und Bestimmung von Chymotrypsin im Stuhl sind vor Beginn der Behandlung, alle 3 Monate im ersten Jahr der Behandlung und danach zumindest jährlich durchzuführen. - Lungenfunktionsparameter (FEV1) sind alle 3 Monate zu kontrollieren. - Pulmonale Exazerbationen, der Antibiotikabedarf und das Körpergewicht (BMI) sind für den Zeitraum vor Beginn der Behandlung und alle 6 Monate nach Therapiebeginn zu dokumentieren. - Die Therapie ist nur fortzuführen, wenn • eine vorteilhafte Entwicklung der Lungenfunktion gegenüber dem natürlichen Krankheitsverlauf eintritt oder • eine Reduktion der Häufigkeit pulmonaler Exazerbationen eintritt oder • eine altersentsprechend vorteilhafte Entwicklung des BMI eintritt. Ivacaftor/Tezacaftor/Elexacaftor in Kombination mit Ivacaftor eignet sich für eine chef(kontroll)ärztliche Langzeitbewilligung für 6 Monate (L6). Die Aufnahme in den EKO ist befristet und endet mit 30.6.2026.		56 St	9.671,70

Ivacaftor 0,06, Tezacaftor 0,04, Elexacaftor 0,08

RE1 L6	**Kaftrio 60 mg/40 mg/80 mg Gran. Btl.** (PM) Als Kombinationsbehandlung mit Ivacaftor 59,5 mg Gran. Btl. bei PatientInnen mit zystischer Fibrose (CF, Mukoviszidose) von 2-5 Jahren (ab 10 kg und unter 14 kg), die mindestens eine F508del-Mutation im CFTR-Gen aufweisen. Die Feststellung der Mutation muss mit einem validierten Testverfahren erfolgen. - Einsatz nur bei PatientInnen mit • mehrmaligen pulmonalen Exazerbationen oder • regelmäßigen Antibiotikabehandlungen oder • einer mittels bildgebenden Verfahren (CT oder MRT) nachgewiesenen Schädigung der Lunge vor Therapiebeginn. - Indikationsstellung, Erstverordnung und Therapieüberwachung müssen von einem Zentrum mit Erfahrung in der Behandlung der CF erfolgen. - Eine Diätberatung der Angehörigen hat vor Behandlungsbeginn zu erfolgen. - Leberfunktionstests (ALT, AST und Bilirubin) und Bestimmung von Chymotrypsin im Stuhl sind vor Beginn der Behandlung, alle 3 Monate im ersten Jahr der Behandlung und danach zumindest jährlich durchzuführen. - Schweiß-Chlorid-Level sind vor Therapiebeginn und danach alle 6 Monate zu dokumentieren. - Pulmonale Exazerbationen, der Antibiotikabedarf und das Körpergewicht (BMI) sind für den Zeitraum vor Beginn der Behandlung und alle 6 Monate nach Therapiebeginn zu dokumentieren. - Die Therapie ist nur fortzuführen, wenn • Schweiß-Chlorid-Level auf mindestens 60 mmol/l gesenkt werden oder im Vergleich zur Baseline um mindestens 30 % fallen und • eine altersentsprechend vorteilhafte Entwicklung des BMI eintritt. Ivacaftor/Tezacaftor/Elexacaftor in Kombination mit Ivacaftor eignet sich für eine chef(kontroll)ärztliche Langzeitbewilligung für 6 Monate (L6). Die Aufnahme in den EKO ist befristet und endet mit 30.6.2026.		28 St	9.093,70

	Bezeichnung	T	OP	KVP in €
Ivacaftor 0,075, Tezacaftor 0,05, Elexacaftor 0,1				
RE1 L6	**Kaftrio 75 mg/50 mg/100 mg Filmtabl.** (PM) Als Kombinationsbehandlung mit Ivacaftor 150 mg Tabl. 28 Stück bei PatientInnen mit zystischer Fibrose (CF, Mukoviszidose) ab 6 Jahren, die mindestens eine F508del-Mutation im CFTR-Gen aufweisen. Die Feststellung der Mutation muss mit einem validierten Testverfahren erfolgen. - Einsatz nur bei PatientInnen mit • mehrmaligen pulmonalen Exazerbationen oder • regelmäßigen Antibiotikabehandlungen oder • einer mittels bildgebenden Verfahren (CT oder MRT) nachgewiesenen Schädigung der Lunge vor Therapiebeginn. - Indikationsstellung, Erstverordnung und Therapieüberwachung müssen von einem Zentrum mit Erfahrung in der Behandlung der CF erfolgen. - Eine Diätberatung hat vor Behandlungsbeginn zu erfolgen. - Leberfunktionstests (ALT, AST und Bilirubin) und Bestimmung von Chymotrypsin im Stuhl sind vor Beginn der Behandlung, alle 3 Monate im ersten Jahr der Behandlung und danach zumindest jährlich durchzuführen. - Lungenfunktionsparameter (FEV1) sind alle 3 Monate zu kontrollieren. - Pulmonale Exazerbationen, der Antibiotikabedarf und das Körpergewicht (BMI) sind für den Zeitraum vor Beginn der Behandlung und alle 6 Monate nach Therapiebeginn zu dokumentieren. - Die Therapie ist nur fortzuführen, wenn • eine vorteilhafte Entwicklung der Lungenfunktion gegenüber dem natürlichen Krankheitsverlauf eintritt oder • eine Reduktion der Häufigkeit pulmonaler Exazerbationen eintritt oder • eine altersentsprechend vorteilhafte Entwicklung des BMI eintritt. Ivacaftor/Tezacaftor/Elexacaftor in Kombination mit Ivacaftor eignet sich für eine chef(kontroll)ärztliche Langzeitbewilligung für 6 Monate (L6). Die Aufnahme in den EKO ist befristet und endet mit 30.6.2026.		56 St	9.432,40
Ivacaftor 0,075, Tezacaftor 0,05, Elexacaftor 0,1				
RE1 L6	**Kaftrio 75 mg/50 mg/100 mg Gran. Btl.** (PM) Als Kombinationsbehandlung mit Ivacaftor 75 mg Gran. Btl. 28 Stück bei PatientInnen mit zystischer Fibrose (CF, Mukoviszidose) von 2-5 Jahren (ab 14 kg), die mindestens eine F508del-Mutation im CFTR-Gen aufweisen. Die Feststellung der Mutation muss mit einem validierten Testverfahren erfolgen. - Einsatz nur bei PatientInnen mit • mehrmaligen pulmonalen Exazerbationen oder • regelmäßigen Antibiotikabehandlungen oder • einer mittels bildgebenden Verfahren (CT oder MRT) nachgewiesenen Schädigung der Lunge vor Therapiebeginn. - Indikationsstellung, Erstverordnung und Therapieüberwachung müssen von einem Zentrum mit Erfahrung in der Behandlung der CF erfolgen. - Eine Diätberatung der Angehörigen hat vor Behandlungsbeginn zu erfolgen. - Leberfunktionstests (ALT, AST und Bilirubin) und Bestimmung von Chymotrypsin im Stuhl sind vor Beginn der Behandlung, alle 3 Monate im ersten Jahr der Behandlung und danach zumindest jährlich durchzuführen. - Schweiß-Chlorid-Level sind vor Therapiebeginn und danach alle 6 Monate zu dokumentieren. - Pulmonale Exazerbationen, der Antibiotikabedarf und das Körpergewicht (BMI) sind für den Zeitraum vor Beginn der Behandlung und alle 6 Monate nach Therapiebeginn zu dokumentieren. - Die Therapie ist nur fortzuführen, wenn • Schweiß-Chlorid-Level auf mindestens 60 mmol/l gesenkt werden oder im Vergleich zur Baseline um mindestens 30 % fallen und • eine altersentsprechend vorteilhafte Entwicklung des BMI eintritt. Ivacaftor/Tezacaftor/Elexacaftor in Kombination mit Ivacaftor eignet sich für eine chef(kontroll)ärztliche Langzeitbewilligung für 6 Monate (L6). Die Aufnahme in den EKO ist befristet und endet mit 30.6.2026.		28 St	9.150,95

	Bezeichnung	T	OP	KVP in €

S SINNESORGANE
S01 OPHTHALMIKA
S01E GLAUKOMMITTEL UND MIOTIKA
S01ED Beta-Adrenorezeptor-Antagonisten
S01ED01 Timolol

Timolol 0,005/ml

RE2	**Timophtal 0,5 % sine Einmal-Augentropf.** Eine Kostenübernahme ist nur möglich in der Indikation Glaukom bei nachgewiesener Allergie oder Unverträglichkeit von Augentropfen mit Konservierungsmittel.		30 St	11,10

S01ED51 Timolol, Kombinationen

Timolol 0,005, Bimatoprost 0,0003/ml

RE2	**Ganfort 0,3 mg/ml + 5 mg/ml Augentropf. Einzeldosen** In der Indikation Glaukom bei nachgewiesener Allergie oder Unverträglichkeit von Augentropfen mit Konservierungsmittel		30 St(2)	26,95

Timolol 0,005, Dorzolamid 0,02/ml

RE2	**Cosopt sine 20 mg/ml + 5 mg/ml Augentropf. Einzeldosen** Glaukom bei Konservierungsmittelallergie oder -unverträglichkeit		60 St(2)	20,95
RE2	**DorzoComp-Vision sine 20 mg/ml + 5 mg/ml Augentropf.** Glaukom bei Konservierungsmittelallergie oder -unverträglichkeit		5 ml(3) *1 ml = 35 Tr.*	13,20
RE2	**Duokopt 20 mg/ml + 5 mg/ml Augentropf.** Glaukom bei Konservierungsmittelallergie oder -unverträglichkeit		5 ml(2) *1 ml = 25 Tr.*	15,85
RE2	**Tidimaz 20 mg/ml + 5 mg/ml Augentropf.** Glaukom bei Konservierungsmittelallergie oder -unverträglichkeit		5 ml(3) *1 ml = 28 Tr.*	11,20

Timolol 0,005, Latanoprost 0,00005/ml

RE2	**Fixapost 50 mcg/ml + 5 mg/ml Augentropf. Einzeldosen** Glaukom bei Konservierungsmittelallergie oder -unverträglichkeit		30 St(3)	20,40

Timolol 0,005, Tafluprost 0,000015/ml

RE2	**Taptiqom 15 mcg/ml + 5 mg/ml Augentropf. Einzeldosen** Glaukom bei Konservierungsmittelallergie oder -unverträglichkeit		30 St(2)	24,25

S01EE Prostaglandinanaloga
S01EE01 Latanoprost

Latanoprost 0,00005/ml

RE2	**Monopost 50 mcg/ml Augentropf. Einzeldosen** In der Indikation Glaukom bei Konservierungsmittelallergie oder -unverträglichkeit		30 St(2)	15,10

S01EE03 Bimatoprost

Bimatoprost 0,0003/ml

RE2	**Bima-Vision sine 300 mcg/ml Augentropf. Einzeldosen** In der Indikation Glaukom bei nachgewiesener Allergie oder Unverträglichkeit von Augentropfen mit Konservierungsmittel		30 St(3)	12,30
RE2	**Lumigan 0,3 mg/ml Augentropf. Einzeldosen** In der Indikation Glaukom bei nachgewiesener Allergie oder Unverträglichkeit von Augentropfen mit Konservierungsmittel		30 St(2)	17,00

S01EE04 Travoprost

Travoprost 0,00004/ml

RE2	**Travo-Vision sine 40 mcg/ml Augentropf.** Glaukom bei Konservierungsmittelallergie oder -unverträglichkeit		30 St(3)	11,10

S01EE05 Tafluprost

Tafluprost 0,000015/ml

RE2	**Saflutan 15 mcg/ml Augentropf. Einzeldosen** In der Indikation Glaukom bei nachgewiesener Allergie oder Unverträglichkeit von Augentropfen mit Konservierungsmittel		30 St(2)	26,45

	Bezeichnung	T	OP	KVP in €

S02 OTOLOGIKA
S02A ANTIINFEKTIVA
S02AA Antiinfektiva
S02AA15 Ciprofloxacin

Ciprofloxacin 0,001/ED

RE2	**Otanol 1 mg Ohrentropf., Lsg.** Zur Therapie der chronisch suppurativen Otitis media und der Otitis externa mit vermuteter Trommelfellperforation oder Parazentese.		20 St	11,10

V VARIA
V03 ALLE ÜBRIGEN THERAPEUTISCHEN MITTEL
V03A ALLE ÜBRIGEN THERAPEUTISCHEN MITTEL
V03AC Eisen-Chelatbildner
V03AC02 Deferipron

Deferipron 0,1/ml

RE1	**Ferriprox 100 mg/ml Lsg. zum Einnehmen** PatientInnen mit Thalassaemia major, wenn eine Therapie mit Deferoxamin (ATC-Code: V03AC01) kontraindiziert ist oder der Serumferritinspiegel nicht ausreichend gesenkt werden kann. Die Therapieeinleitung und regelmäßige -kontrollen sind von einem Arzt/einer Ärztin, der/die Erfahrung in der Behandlung von Thalassaemie-PatientInnen besitzt, durchzuführen.		500 ml	240,00

Deferipron 0,5

RE1	**Ferriprox 500 mg Filmtabl.** Patienten mit Thalassaemia major, wenn eine Therapie mit Deferoxamin (ATC-Code: V03AC01) kontraindiziert ist oder der Serumferritinspiegel nicht ausreichend gesenkt werden kann. Die Therapieeinleitung und regelmäßige -kontrollen sind von einem Arzt, der Erfahrung in der Behandlung von Thalassaemie-Patienten besitzt, durchzuführen.	T2	100 St	240,00

V03AE Mittel zur Behandlung der Hyperkaliämie und Hyperphosphatämie
V03AE02 Sevelamer

Sevelamer 0,8

RE2	**Renvela 800 mg Filmtabl.** Hyperphosphatämie bei erwachsenen DialysepatientInnen ab 18 Jahren, wenn Therapiealternativen aus dem Grünen Bereich (ATC-Code V03AE, ausgenommen V03AE01) aufgrund von Kontraindikationen, insbesondere Calcifizierung und Hypercalcämie, nicht angewendet werden können.		180 St	95,20
RE2	**Sevelamer "ratiopharm" 800 mg Filmtabl.** Hyperphosphatämie bei erwachsenen DialysepatientInnen ab 18 Jahren, wenn Therapiealternativen aus dem Grünen Bereich (ATC-Code V03AE, ausgenommen V03AE01) aufgrund von Kontraindikationen, insbesondere Calcifizierung und Hypercalcämie, nicht angewendet werden können.		180 St	95,10
RE2	**Sevelamer "Sandoz" 800 mg Filmtabl.** Hyperphosphatämie bei erwachsenen DialysepatientInnen ab 18 Jahren, wenn Therapiealternativen aus dem Grünen Bereich (ATC-Code V03AE, ausgenommen V03AE01) aufgrund von Kontraindikationen, insbesondere Calcifizierung und Hypercalcämie, nicht angewendet werden können.		180 St	95,20
RE2	**Sevelamercarbonat "Stada" 800 mg Filmtabl.** Hyperphosphatämie bei erwachsenen DialysepatientInnen ab 18 Jahren, wenn Therapiealternativen aus dem Grünen Bereich (ATC-Code V03AE, ausgenommen V03AE01) aufgrund von Kontraindikationen, insbesondere Calcifizierung und Hypercalcämie, nicht angewendet werden können.		180 St	95,15

Sevelamer 2,4/ED

RE2	**Renvela 2,4 g Plv. zur Herst. einer Susp. zum Einnehmen** Hyperphosphatämie bei erwachsenen DialysepatientInnen ab 18 Jahren mit schwerer Schluckstörung, wenn Therapiealternativen aus dem Grünen Bereich (ATC-Code V03AE, ausgenommen V03AE01) aufgrund von Kontraindikationen, insbesondere Calcifizierung und Hypercalcämie, nicht angewendet werden können.		60 St	155,25

	Bezeichnung	T	OP	KVP in €

V03AE03 Lanthan(III)-carbonat

Lanthan(III)-carbonat 0,5

RE2	**Fosrenol 500 mg Kautabl.** Bei Hyperphosphatämie - erwachsener DialysepatientInnen ab 18 Jahren, wenn frei verschreibbare Therapiealternativen versagt haben bzw. kontraindiziert sind - nicht-dialysepflichtiger, erwachsener PatientInnen ab 18 Jahren mit chronischer Nierenerkrankung mit einem Serumphosphatspiegel größer/gleich 1,78 mmol/l, bei denen eine phosphatarme Ernährung alleine nicht ausreichend ist, um den Serumphosphatspiegel zu kontrollieren.		90 St	181,20

Lanthan(III)-carbonat 0,75

RE2	**Fosrenol 750 mg Kautabl.** Bei Hyperphosphatämie - erwachsener DialysepatientInnen ab 18 Jahren, wenn frei verschreibbare Therapiealternativen versagt haben bzw. kontraindiziert sind - nicht-dialysepflichtiger, erwachsener PatientInnen ab 18 Jahren mit chronischer Nierenerkrankung mit einem Serumphosphatspiegel größer/gleich 1,78 mmol/l, bei denen eine phosphatarme Ernährung alleine nicht ausreichend ist, um den Serumphosphatspiegel zu kontrollieren.		90 St	232,00

Lanthan(III)-carbonat 1,0

RE2	**Fosrenol 1000 mg Kautabl.** Bei Hyperphosphatämie - erwachsener DialysepatientInnen ab 18 Jahren, wenn frei verschreibbare Therapiealternativen versagt haben bzw. kontraindiziert sind - nicht-dialysepflichtiger, erwachsener PatientInnen ab 18 Jahren mit chronischer Nierenerkrankung mit einem Serumphosphatspiegel größer/gleich 1,78 mmol/l, bei denen eine phosphatarme Ernährung alleine nicht ausreichend ist, um den Serumphosphatspiegel zu kontrollieren.		90 St	283,50

V03AE05 Sucroferric oxyhydroxid

Sucroferric oxyhydroxid 0,5

RE1	**Velphoro 500 mg Kautabl.** Hyperphosphatämie bei erwachsenen DialysepatientInnen ab 18 Jahren, wenn Therapiealternativen aus dem Grünen Bereich (ATC-Code V03AE ausgenommen V03AE01) aufgrund von Kontraindikationen, insbesondere Calcifizierung und Hypercalcämie, nicht angewendet werden können.		90 St	192,60

V03AE09 Patiromer Calcium

Patiromer Calcium 8,4

RE1	**Veltassa 8,4 g Plv. zur Herst. einer Susp. zum Einnehmen** Ⓟ Ⓜ Bei Erwachsenen mit chronischer Niereninsuffizienz ab Stadium III (eGFR < 60 ml/min/1,73 m2) und chronisch rekurrierender und in wiederholten Messungen festgestellter Hyperkaliämie ab einem Serumkaliumspiegel von 5,5 mmol/l, wenn durch kaliumarme Diät und Behandlung mit Schleifendiuretika und/oder Natrium-Bicarbonat nicht das Auslangen gefunden wird. Kein Einsatz von Patiromer unter Dialysebehandlung. Die Therapie darf nur fortgesetzt werden, wenn nach 4 Therapiewochen ein Serumkaliumspiegel von kleiner/gleich 5,1 mmol/l oder eine Senkung des Serumkaliumspiegels um mindestens 0,5 mmol/l erreicht wird. Regelmäßige Kontrolle des Serumkaliumspiegels in den ersten 4 Therapiewochen. Erstverordnung und Therapiekontrolle durch FachärztInnen für Innere Medizin.		30 St	260,85

	Bezeichnung	T	OP	KVP in €
Patiromer Calcium 16,8				
RE1	**Veltassa 16,8 g Plv. zur Herst. einer Susp. zum Einnehmen** Ⓟ Ⓜ Bei Erwachsenen mit chronischer Niereninsuffizienz ab Stadium III (eGFR < 60 ml/min/1,73 m2) und chronisch rekurrierender und in wiederholten Messungen festgestellter Hyperkaliämie ab einem Serumkaliumspiegel von 5,5 mmol/l, wenn durch kaliumarme Diät und Behandlung mit Schleifendiuretika und/oder Natrium-Bicarbonat nicht das Auslangen gefunden wird. Kein Einsatz von Patiromer unter Dialysebehandlung. Die Therapie darf nur fortgesetzt werden, wenn nach 4 Therapiewochen ein Serumkaliumspiegel von kleiner/gleich 5,1 mmol/l oder eine Senkung des Serumkaliumspiegels um mindestens 0,5 mmol/l erreicht wird. Regelmäßige Kontrolle des Serumkaliumspiegels in den ersten 4 Therapiewochen. Erstverordnung und Therapiekontrolle durch FachärztInnen für Innere Medizin.		30 St	272,20

V03AE10 Natriumzirconiumcyclosilicat

Natriumzirconiumcyclosilicat 5,0				
RE1	**Lokelma 5 g Plv. zur Herst. einer Susp. zum Einnehmen** Ⓟ Ⓜ Bei Erwachsenen mit chronischer Niereninsuffizienz ab Stadium III (eGFR kleiner 60 ml/min/1,73 m2) und chronisch rekurrierender und in wiederholten Messungen festgestellter Hyperkaliämie ab einem Serumkaliumspiegel von 5,5 mmol/l, wenn durch kaliumarme Diät und Behandlung mit Schleifendiuretika und/oder Natriumbicarbonat nicht das Auslangen gefunden wird. Die Therapie darf nur fortgesetzt werden, wenn nach 4 Therapiewochen ein Serumkaliumspiegel von kleiner/gleich 5,1 mmol/l oder eine Senkung des Serumkaliumspiegels um mindestens 0,5 mmol/l erreicht wird. Regelmäßige Kontrolle des Serumkaliumspiegels in den ersten 4 Therapiewochen. Bei Einsatz von Natriumzirconiumhydrogencyclohexasilikat unter Dialysebehandlung an dialysefreien Tagen, monatliche Kontrollen des Serumkaliumspiegels nach den ersten 4 Therapiewochen. Erstverordnung und Therapiekontrolle durch FachärztInnen für Innere Medizin.		30 St	255,80
Natriumzirconiumcyclosilicat 10,0				
RE1	**Lokelma 10 g Plv. zur Herst. einer Susp. zum Einnehmen** Ⓟ Ⓜ Bei Erwachsenen mit chronischer Niereninsuffizienz ab Stadium III (eGFR kleiner 60 ml/min/1,73 m2) und chronisch rekurrierender und in wiederholten Messungen festgestellter Hyperkaliämie ab einem Serumkaliumspiegel von 5,5 mmol/l, wenn durch kaliumarme Diät und Behandlung mit Schleifendiuretika und/oder Natriumbicarbonat nicht das Auslangen gefunden wird. Die Therapie darf nur fortgesetzt werden, wenn nach 4 Therapiewochen ein Serumkaliumspiegel von kleiner/gleich 5,1 mmol/l oder eine Senkung des Serumkaliumspiegels um mindestens 0,5 mmol/l erreicht wird. Regelmäßige Kontrolle des Serumkaliumspiegels in den ersten 4 Therapiewochen. Bei Einsatz von Natriumzirconiumhydrogencyclohexasilikat unter Dialysebehandlung an dialysefreien Tagen, monatliche Kontrollen des Serumkaliumspiegels nach den ersten 4 Therapiewochen. Erstverordnung und Therapiekontrolle durch FachärztInnen für Innere Medizin.		30 St	372,35

V03AF Entgiftungsmittel für die Behandlung mit Zytostatika
V03AF01 Mesna

Mesna 0,4				
RE2	**Uromitexan 400 mg Filmtabl.** Eine Kostenübernahme ist möglich zur Verhütung der Harnwegstoxizität von Cyclophosphamid oder Ifosfamid oder Trofosfamid (Oxazaphosphorine) in höherer Dosierung.		10 St 20 St	38,25 72,30

Magistrale Zubereitungen

Stoffe für magistrale Zubereitungen gemäß Anlage B der Österreichischen Arzneitaxe gelten als Teil des Grünen Bereichs. Ausnahmen bilden die in folgendem Verzeichnis angeführten Stoffe für magistrale Zubereitungen, die auf Grund einer Empfehlung der HEK ausdrücklich dem Gelben Bereich zuzuordnen sind und dementsprechend – sowohl rein als auch in Verarbeitung – nur mit vorheriger Bewilligung des chef- und kontrollärztlichen Dienstes abgegeben werden können.

Stoffe	**Ausnahmen von der Chefarztpflicht**
Acetylcystein	
Aciclovir	
Aetherolea (alle)	in Verarbeitung bis zu 2 % Gesamtmenge pro Zubereitung; Verordnungen für Kinder bis zum 14. Lebensjahr bis zu 20 % Gesamtmenge pro Zubereitung
Allantoin	
Aloe / Kap-Aloe (pulv.)	
Ambroxolhydrochlorid	
Anisspiritus / Zusammengesetzter	für die Verarbeitung unbedingt erforderliche Mengen, höchstens jedoch für 100 g je Zubereitung
Arnikawurzel	
Ascorbinsäure	in Verarbeitung bis zu 50 mg pro Einzeldosis
Avocadoöl	
Benzin	
Bertramwurzel	
Betacarotin	
Biotin	
Bitterorangenblüten	
Bitterorangenfluidextrakt	
Bitterorangenschale	
Blutegel	

Stoffe	Ausnahmen von der Chefarztpflicht
Borretschöl / Raffiniertes	
Brombeerblätter	
Calciumascorbat	in Verarbeitung bis zu 50 mg pro Einzeldosis
Calciumpantothenat	
Campher (D-Campher)	
Carbomer 947P	
Citronenschalen	
Dexpanthenol	in Verarbeitung
Diclofenac-Natrium	
Dronabinol	
Eisen(III)-chlorid-Hexahydrat	
Färberginsterkraut	
Flufenaminsäure	
Gelatine (pulv.)	als Verdickungsmittel und Gelbildner für flüssige und halbfeste Arzneiformen (z.B. Globuli)
Ginsengwurzel	
Glucose-Monohydrat	in Verarbeitung
Guarana (pulv.)	
Himbeerblätter	
Holundermus	
Indometacin	
Jojobawachs / Flüssiges	
Kamille / Römische	
Kamillenfluidextrakt	in Verarbeitung
Kastanienfluidextrakt	
Kieselerde / Gereinigte	
Klatschmohnblüten	
Kolafluidextrakt / Eingestellter	
Kolasamen	
Kopaivabalsam	

Stoffe	Ausnahmen von der Chefarztpflicht
Kornblumenblüten	
Kürbissamen	
Lavendelblüten	
Levomenol	
Majorankraut	
Maltodextrin	in Verarbeitung
Malzzucker	
Melatonin	
Minoxidil	
Natrium Hyaluronat 0,25 % RK	
Natrium Hyaluronat 0,50 % RK	
Natriumcromoglicat	
Natronseife	
Nystatin	
Permethrin 25 % RK Infectopharm	
Pfefferminzspiritus	für die Verarbeitung unbedingt erforderliche Mengen, höchstens jedoch für 100 g je Zubereitung
Pfingstrosenblüten	
Pflanzenlecithin	
Piroxicam	
Prasteron (DHEA)	
Pyridoxinhydrochlorid	
Riboflavin	
Rosskastanienfluidextrakt	
Rutin wasserlöslich	
Safran	
Sandelholz / Rotes	
Sonnentaukraut	
Spiritus / Zusammengesetzter aromatischer	für die Verarbeitung unbedingt erforderliche Mengen, höchstens jedoch für 100 g je Zubereitung
Süßholzsaft (in Stäbchen)	

Süßholzwurzelextrakt	
Taigawurzel	
Teebaumöl	
Thiaminchloridhydrochlorid	
Tocopherolacetat (α-Tocopherolacetat)	als Antioxydans bis 2 %
Veilchenblüten	
Veilchenwurzelstock	
Weidenröschenkraut	
Weinbrand	
Weizenkeimöl	
Yohimbinhydrochlorid	

Besonderer Hinweis

Für die folgenden Medizinalweine (weinhaltigen Zubereitungen) sowie Gewürze und Genussmittel werden von den Krankenversicherungsträgern keine Kosten übernommen, obgleich sie in der Anlage B der Österreichischen Arzneitaxe angeführt sind:

- Malagawein
- Manna
- Myrrhe
- Pfeffer
- Likörwein
- Tee / Schwarzer
- Vanille
- Vanillin
- Weihrauch
- Zimtrinde
- Zimtrinde / Chinesische

Besondere Abgabebedingungen für magistrale Zubereitungen

1. Stoffe für magistrale Zubereitungen bedürfen der vorherigen Bewilligung des chef- und kontrollärztlichen Dienstes, wenn größere Mengen verschrieben wurden als zur Herstellung folgender magistraler Zubereitungen benötigt werden:

Darreichungsform	**Höchstmenge**
Pulver und Pulvermischungen Abgeteilte Pulver, Kapseln	200 Gramm 30 Tagesdosen (höchstens 90 Stück)
Suppositorien, Globuli	24 Stück
Flüssige Arzneimittel zur externen Anwendung	300 Gramm
Flüssige Arzneimittel zur internen Anwendung	100 Gramm
Topische Arzneimittel (Cremes, Gele, Pasten, Salben sowie Emulsionen)	100 Gramm 500 Gramm IND Psoriasis, Neurodermitis, Ichthyosis vulgaris, Mycosis fungoides
Tees	100 Gramm

2. Stoffe für die magistrale Zubereitung eines **Hustensirups** bedürfen der vorherigen Bewilligung des chef- und kontrollärztlichen Dienstes, wenn **größere Mengen** verschrieben wurden als zur Herstellung von **200 g** benötigt werden **oder** die Patientin/der Patient **das 14. Lebensjahr** überschritten hat.

3. Folgende **sterile** magistrale Zubereitungen bedürfen der vorherigen Bewilligung des chef- und kontrollärztlichen Dienstes:
   Darmspülungen, **Infusionen**, wenn
   a) eine der magistralen Zubereitung entsprechende Arzneispezialität zugelassen und im Handel ist,
   b) von der Ärztin/vom Arzt eine Mischung von Arzneispezialitäten verordnet wurde.