

Sozialversicherung: Ihr Partner für Gesundheit, Sicherheit und Pension

Erstattungskodex - EKO

Stand 1. Jänner 2024



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 Arzneyspezialitäten innerhalb der Bereiche, Auswahl unter wirkstoffgleichen Arzneyspezialitäten	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 Arzneyspezialitäten	25
Verzeichnis der ATC-Codes	129
Verzeichnis der Wirkstoffe	135
Grüner Bereich nach ATC-Code	161
Gelber Bereich nach ATC-Code	373
Magistrale Zubereitungen	601

Herausgeber und Verleger:

Dachverband der Sozialversicherungsträger, 1030 Wien, Kundmannngasse 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 verlaubliche Erstattungskodex.

Sehr geehrte Frau Doktorin,
sehr geehrter Herr Doktor,

der Dachverband der Sozialversicherungsträger gewährleistet durch die Herausgabe des EKO eine qualitativ hochwertige Versorgung der Versicherten mit Medikamenten zu ökonomisch vernünftigen Preisen, wobei die gesicherte Lieferfähigkeit eine grundlegende Voraussetzung für die Aufnahme in den EKO ist.

Seit einigen Jahren sind auf globaler Ebene und auch in Österreich zunehmend Lieferengpässe von Medikamenten zu verzeichnen, die multifaktoriell z. B. durch Konzentration von Produktionsstandorten, Kontingentierung, Parallelimport/-export, erhöhten Bedarf bei unerwarteten Krankheitswellen etc. bedingt sind.

Im EKO sind per November 2023 von insgesamt 7.713 Packungen rund 7,6 % nicht lieferbar. Allerdings führt dies nur selten zu einem Versorgungsengpass, weil es im Regelfall durch eine Vielfalt an Anbietern im EKO ausreichend (wirkstoffgleiche) therapeutische Alternativen gibt.

Maßnahmen zur Verringerung bzw. Vermeidung von Lieferengpässen können nicht nur auf nationaler Ebene, sondern müssen auch innerhalb der Europäischen Union bzw. auf internationaler Ebene ergriffen werden und die betroffenen Systempartner in der Arzneimittelvertriebskette, wie Hersteller, Großhandel und Apotheken, umfassen.

Auf europäischer Ebene wird voraussichtlich noch Ende 2023 eine Liste kritischer Arzneimittel veröffentlicht, die einer strengeren Kontrolle und Beobachtung unterliegen werden. Auf nationaler Ebene sind die Zulassungsinhaber verpflichtet, Lieferengpässe an das Vertriebsbeschränkungen-Register des BASG sowie den Dachverband zu melden. Zudem kann für kritische Arzneimittel ein Exportverbot verhängt werden. Weitere diskutierte geplante Maßnahmen auf nationaler Ebene sind eine Wirkstoffverschreibung sowie eine Bevorratung essentieller Medikamente. Strukturelle Herausforderungen, wie die Konzentration von Produktionsstandorten, vorwiegend im außereuropäischen Raum asiatischen Bereich, können nur durch gemeinsame internationale Anstrengungen gelöst werden.

Bei drohenden Versorgungsengpässen erarbeitet der Dachverband gemeinsam mit den betroffenen Stakeholdern – ggf. temporäre – individuelle Lösungen (z. B. die magistrale Zubereitung von Antibiotikasäften), um die Versicherten bestmöglich mit Medikamenten versorgen zu können.

So ist Österreich international vergleichsweise gut gerüstet, um die Versorgungssicherheit mit Medikamenten im eigenen Land sicherzustellen.

Mag. Jan Pazourek
Büroleiter

Peter Lehner
Vorsitzender erstes Halbjahr

Mag.^a Ingrid Reischl
Vorsitzende zweites Halbjahr

2024 den Blick nach vorne richten

Medikamente als ein zentraler Teil der medizinischen Versorgung spielen für die Lebensqualität der Bevölkerung eine maßgebliche Rolle. In Österreich wird im internationalen Vergleich ein sehr rascher Zugang zu innovativen medikamentösen Therapien gewährleistet. Für unser öffentliches Gesundheitssystem stellen Medikamente sowohl im niedergelassenen Bereich als auch für die Spitalträger einen wesentlichen Budgetposten dar, mit in letzter Zeit sehr deutlichen Steigerungsraten. Der EKO ist ein wichtiges Instrument, den Gesundheitsbereich stabil, sicher und den modernsten Erkenntnissen Rechnung tragend weiterzuentwickeln.

Es liegt auf der Hand, dass beim Einsatz von Arzneimitteln auf Zweckmäßigkeit und Wirtschaftlichkeit zu achten ist, um die finanzielle Nachhaltigkeit des solidarischen Gesundheitssystems weiterhin zu sichern. Die Verantwortlichkeiten für den intramuralen und den extramuralen Bereich mögen unterschiedlich sein, aber beide stehen hier vor ähnlichen Herausforderungen. Künftige Strukturen visionär denken und Bestehendes kritisch hinterfragen gelingt gemeinsam am besten, wie beim Rund-um-die-Uhr Gesundheitstelefon 1450 des Bundes, der Bundesländer und der Sozialversicherung.

Gleichzeitig befruchtet das Lernen voneinander. Menschen unterschiedlichen Geschlechts reagieren bei gewissen Krankheiten mit unterschiedlichen Symptomen und sprechen unterschiedlich auf Medikamente an. Kärnten hat in diesem Sinne die erste Modellregion „Gendermedizin“ ins Leben gerufen.

Krankenanstalten sind eine entscheidende Schnitt- bzw. Nahtstelle im öffentlichen Gesundheitssystem. Nach einer Behandlung im Krankenhaus – egal ob stationär oder ambulant – folgt oftmals eine Weiterbehandlung im niedergelassenen Bereich. Nur mit einer strukturellen Vernetzung zwischen dem intramuralen und dem extramuralen Sektor lassen sich medizinisch sinnvolle und gesamtwirtschaftlich effiziente Ergebnisse erzielen.

Solidarisches Handeln ist das stabile und verlässliche Fundament, auf dem eine zeitgemäße und zukunftsfähige Weiterentwicklung unseres Gesundheitssystems aufbauen kann. Nutzen wir den EKO auch 2024 gemeinsam in diesem Sinn.

Dr.ⁱⁿ Beate Prettnner

Landesrätin, Land Kärnten

Erläuterungen zum Erstattungskodex (EKO)

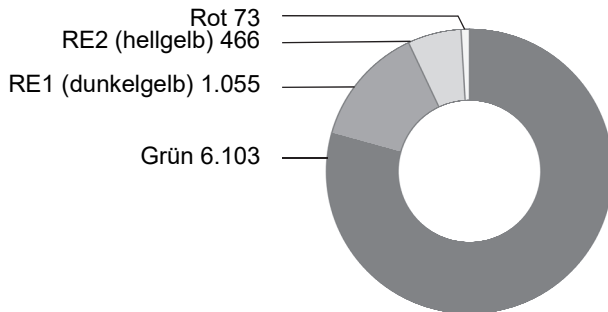
Was ist der EKO?

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 1.11.2023



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 2022 bis einschließlich November 2023) 302 Empfehlungen ausgesprochen:

Prüfung der Erstattungsfähigkeit	16 Arzneispezialitäten
Grüner Bereich	162 Arzneispezialitäten (128 Aufnahme-, 13 Änderungs-, 21 Streichungsanträge)
Gelber Bereich	106 Arzneispezialitäten (62 Aufnahme-, 43 Änderungs-, 1 Streichungsanträge)
Verfahren, die vom Dachverband eingeleitet wurden	18 Arzneispezialitäten (0 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 | L Antineoplastische und immunmodulierende Mittel |
| B Blut und blutbildende Organe | M Muskel- und Skelettsystem |
| C Kardiovaskuläres System | N Nervensystem |
| D Dermatika | P Antiparasitäre Substanzen, Insektizide und Repellentien |
| G Urogenitalsystem und Sexualhormone | R Respirationstrakt |
| H Hormonpräparate, systemisch (exklusive Sexualhormone und Insulin) | S Sinnesorgane |
| J Antinfektiva zur systemischen Anwendung | 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 ophthalmologisch 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 kontroll-ärztlichen 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 Arzneyspezialitäten alphabetisch gereiht. Für Arzneyspezialitäten einer solchen Vergleichsgruppe kann in der Regel die therapeutische Gleichwertigkeit angenommen werden, bei der Verschreibung ist die individuelle Indikationsstellung zu beachten.

Die kostengünstigste Arzneyspezialität 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 Arzneyspezialität heller. Durch diese Hervorhebungen soll die ökonomische Verschreibeweise visuell unterstützt werden.

Veröffentlichung und Rechtswirksamkeit

Der EKO wurde erstmals im Jänner 2005 im Internet kundgemacht. Das vorliegende Druckwerk enthält die Arzneyspezialitäten des Grünen und Gelben Bereiches des EKO. Da der Rote Bereich Arzneyspezialitäten 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 Arzneyspezialität 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. Regeltexthe 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	<ul style="list-style-type: none"> – 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	<ul style="list-style-type: none"> – 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, Immunstimulanzien, apothekeneigene Arzneispezialitäten mit einer Zulassung gemäß § 17 AMG, Arzneimittel mit einer Zulassung gemäß § 17a AMG, Badezusätze, Medizinalweine und weinhalige 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	<ul style="list-style-type: none"> – 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 zugrundeliegende 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 zusehen.

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 Arzneyspezialität 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 Verschreibeweise 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**, Eine Langzeitbewilligung ist für die als Zahl angegebenen Monate
- L4**, 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)**, Die Aufnahme der Arzneispezialität in den EKO beschränkt sich auf die
- (3)** 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 Verschreibeweise 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.....	469
RE2	Abacavir/Lamivudin "Sandoz" 600 mg/300 mg Filmtabl.....	Y	J05AR02.....	469
RE2	Abacavir/Lamivudin "Stada" 600 mg/300 mg Filmtabl.	Y	J05AR02.....	469
IND	Abilify Maintena 300 mg Plv. und Lsgm. zur Herst. einer Depot-Inj.susp.	G	N05AX12	334
IND	Abilify Maintena 400 mg Plv. und Lsgm. zur Herst. einer Depot-Inj.susp. Fertigspr.	G	N05AX12	334
	Abilify 10 mg Tabl.	G	N05AX12	333
	Abilify 15 mg Tabl.	G	N05AX12	333
IND	Abiral 500 mg Filmtabl.	G	L02BX03	271
IND	Abirateron "+pharma" 500 mg Filmtabl.	G	L02BX03	271
IND	Abirateron "1A Pharma" 500 mg Filmtabl.	G	L02BX03	271
IND	Abirateron "1A Pharma" 1000 mg Filmtabl.	G	L02BX03	272
IND	Abirateron "Accord" 500 mg Filmtabl.	G	L02BX03	271
IND	Abirateron "Aristo" 500 mg Filmtabl.	G	L02BX03	271
IND	Abirateron "G.L." 500 mg Filmtabl.	G	L02BX03	271
IND	Abirateron "Krka" 500 mg Filmtabl.	G	L02BX03	271
IND	Abirateron "Mylan" 500 mg Filmtabl.	G	L02BX03	271
IND	Abirateron "Mylan" 1000 mg Filmtabl.	G	L02BX03	272
IND	Abirateron "Sandoz" 500 mg Filmtabl.	G	L02BX03	271
IND	Abirateron "Sandoz" 1000 mg Filmtabl.	G	L02BX03	272
IND	Abirateron "Stada" 500 mg Filmtabl.	G	L02BX03	271
IND	Abirateron "Teva" 500 mg Filmtabl.	G	L02BX03	271
IND	Abirateron "Zentiva" 500 mg Filmtabl.	G	L02BX03	272
RE1	Abseamed 1.000 IE/0,5 ml Inj.lsg. Fertigspr.	Y	B03XA01	409
RE1	Abseamed 2.000 IE/1,0 ml Inj.lsg. Fertigspr.	Y	B03XA01	410
RE1	Abseamed 3.000 IE/0,3 ml Inj.lsg. Fertigspr.	Y	B03XA01	411
RE1	Abseamed 4.000 IE/0,4 ml Inj.lsg. Fertigspr.	Y	B03XA01	412
RE1	Abseamed 5.000 IE/0,5 ml Inj.lsg. Fertigspr.	Y	B03XA01	413
RE1	Abseamed 6.000 IE/0,6 ml Inj.lsg. Fertigspr.	Y	B03XA01	413
RE1	Abseamed 8.000 IE/0,8 ml Inj.lsg. Fertigspr.	Y	B03XA01	414
IND	Abseamed 10.000 IE/1,0 ml Inj.lsg. Fertigspr.	G	B03XA01	187
ADKLL	Acarizax 12 SQ-HDM Lyophilisat zum Einnehmen 	G	V01AA03	370
	Accofil 30 Mio E/0,5 ml Inj.-/Inf.lsg. Fertigspr.	G	L03AA02	272
	Accofil 48 Mio E/0,5 ml Inj.-/Inf.lsg. Fertigspr.	G	L03AA02	272
	Acecomb semi Tabl.	G	C09BA03	214
	Acecomb mite Tabl.	G	C09BA03	214
	Acecomb Tabl.	G	C09BA03	215
	Acelisino comp. semi Tabl.	G	C09BA03	214
	Acelisino comp. mite Tabl.	G	C09BA03	214
	Acelisino comp. forte Tabl.	G	C09BA03	215
	Acemin 5 mg Tabl.	G	C09AA03	212
	Acemin 10 mg Tabl.	G	C09AA03	212
	Acemin 20 mg Tabl.	G	C09AA03	212
	Acetan 5 mg Tabl.	G	C09AA03	212
	Acetan 10 mg Tabl.	G	C09AA03	212
	Acetan 20 mg Tabl.	G	C09AA03	212
	Acetazolamid "Agepha" Tabl.	G	S01EC01	366
	Acetolyt Gran.	G	V03AE	370
	Acetylcystein "Hexal" 200 mg Gran.	G	R05CB01	360
	Acetylcystein "Hexal" 200 mg lös. Tabl.	G	R05CB01	360
	Acetylcystein "Hexal" 600 mg lös. Tabl.	G	R05CB01	360


KASS	Bezeichnung	Box	ATC	Seite
IND	Aciclobene 200 mg Tabl.....	G	J05AB01.....	261
IND	Aciclobene 400 mg Tabl.....	G	J05AB01.....	261
IND	Aciclobene 800 mg Tabl.....	G	J05AB01.....	262
IND	Aciclostad 200 mg Tabl.....	G	J05AB01.....	261
IND	Aciclostad 400 mg Tabl.....	G	J05AB01.....	261
IND	Aciclostad 800 mg Tabl.....	G	J05AB01.....	262
IND	Aciclovir "1A Pharma" 200 mg Tabl.....	G	J05AB01.....	261
IND	Aciclovir "1A Pharma" 400 mg Tabl.....	G	J05AB01.....	261
IND	Aciclovir "1A Pharma" 800 mg Tabl.....	G	J05AB01.....	262
IND	Aciclovir "Genericon" 200 mg Filmtabl.....	G	J05AB01.....	261
IND	Aciclovir "Genericon" 400 mg Filmtabl.....	G	J05AB01.....	261
IND	Aciclovir "Genericon" 800 mg Filmtabl.....	G	J05AB01.....	262
IND	Aclasta 5 mg Inf.lsg.....	G	M05BA08.....	293
	Acne Plus Creme "Widmer".....	G	D10AE51.....	237
	Aconex Augentropf.....	G	S01GA01.....	368
ADKL	Actair 100 IR + 300 IR Sublingualtabl. (PM).....	G	V01AA03.....	370
ADKL	Actair 300 IR Sublingualtabl. (PM).....	G	V01AA03.....	370
RE1	Actikerall 5 mg/g + 100 mg/g Lsg. zur Anw. auf der Haut....	Y	L01BC52.....	476
IND	Activelle Filmtabl.....	G	G03FA01.....	240
	Actonel einmal wöchentlich 35 mg Filmtabl.....	G	M05BA07.....	292
IND	Actos 15 mg Tabl.....	G	A10BG03.....	178
IND	Actos 30 mg Tabl.....	G	A10BG03.....	179
IND	Actos 45 mg Tabl.....	G	A10BG03.....	179
	Actrapid Penfill 100 IE/ml Inj.lsg. Patronen.....	G	A10AB01.....	174
	Acular Augentropf.....	G	S01BC05.....	365
RE1	Adcirca 20 mg Filmtabl.....	Y	C02KX.....	422
RE1	Adempas 0,5 mg Filmtabl.....	Y	C02KX05.....	424
RE1	Adempas 1 mg Filmtabl.....	Y	C02KX05.....	424
RE1	Adempas 1,5 mg Filmtabl.....	Y	C02KX05.....	424
RE1	Adempas 2 mg Filmtabl.....	Y	C02KX05.....	425
RE1	Adempas 2,5 mg Filmtabl.....	Y	C02KX05.....	425
RE1	Adenuric 80 mg Filmtabl.....	Y	M04AA03.....	535
RE1	Adenuric 120 mg Filmtabl.....	Y	M04AA03.....	537
	Adjuvin 50 mg Filmtabl.....	G	N06AB06.....	340
	Adjuvin 100 mg Filmtabl.....	G	N06AB06.....	340
IND	Adport 0,5 mg Hartkaps.....	G	L04AD02.....	278
IND	Adport 1 mg Hartkaps.....	G	L04AD02.....	278
IND	Adport 2 mg Hartkaps.....	G	L04AD02.....	278
IND	Adport 5 mg Hartkaps.....	G	L04AD02.....	278
IND	Advagraf 0,5 mg Hartkaps., retardiert (PM).....	G	L04AD02.....	278
IND	Advagraf 1 mg Hartkaps., retardiert (PM).....	G	L04AD02.....	278
IND	Advagraf 5 mg Hartkaps., retardiert (PM).....	G	L04AD02.....	278
	Advantan 0,1 % Fettsalbe.....	G	D07AC14.....	235
	Advantan Creme.....	G	D07AC14.....	235
	Advantan dermatol. Lsg.....	G	D07AC14.....	235
	Advantan Milch.....	G	D07AC14.....	235
	Advantan Salbe.....	G	D07AC14.....	235
RE1	Advate 250 IE Plv. und Lsgm. zur Herst. einer Inj.lsg.....	Y	B02BD02.....	402
RE1	Advate 500 IE Plv. und Lsgm. zur Herst. einer Inj.lsg.....	Y	B02BD02.....	402
RE1	Advate 1000 IE Plv. und Lsgm. zur Herst. einer Inj.lsg.....	Y	B02BD02.....	402
RE1	Advate 1500 IE Plv. und Lsgm. zur Herst. einer Inj.lsg.....	Y	B02BD02.....	402
RE1	Advate 2000 IE Plv. und Lsgm. zur Herst. einer Inj.lsg.....	Y	B02BD02.....	402



















KASS	Bezeichnung	Box	ATC	Seite
RE1	Advate 3000 IE Plv. und Lsgm. zur Herst. einer Inj.lsg.	Y	B02BD02	402
	Aedon 2,5 mg Filmtabl.	G	N05AH03	324
	Aedon 5 mg Filmtabl.	G	N05AH03	324
	Aedon 10 mg Filmtabl.	G	N05AH03	325
	Aedon 15 mg Filmtabl.	G	N05AH03	326
	Aedon 5 mg Schmelztabl.	G	N05AH03	325
	Aedon 10 mg Schmelztabl.	G	N05AH03	325
	Aedon 15 mg Schmelztabl.	G	N05AH03	326
F14	Aerius 0,5 mg/ml Lsg. zum Einnehmen.....	G	R06AX27	363
	Aerocortin 100 mcg Autohaler.....	G	R03BA01	357
	Aeromuc 600 mg lösl. Tabl.....	G	R05CB01	360
IND	Afinitor 5 mg Tabl.	G	L01EG02	266
IND	Afinitor 10 mg Tabl.	G	L01EG02	266
RE1	Afstyla 250 IE Plv. und Lsgm. zur Herst. einer Inj.lsg.	Y	B02BD02	402
RE1	Afstyla 500 IE Plv. und Lsgm. zur Herst. einer Inj.lsg.	Y	B02BD02	402
RE1	Afstyla 1000 IE Plv. und Lsgm. zur Herst. einer Inj.lsg.	Y	B02BD02	402
RE1	Afstyla 1500 IE Plv. und Lsgm. zur Herst. einer Inj.lsg.	Y	B02BD02	402
RE1	Afstyla 2000 IE Plv. und Lsgm. zur Herst. einer Inj.lsg.	Y	B02BD02	402
RE1	Afstyla 2500 IE Plv. und Lsgm. zur Herst. einer Inj.lsg.	Y	B02BD02	402
	Agaffin Abführgel.....	G	A06AB08	170
U	Aglandin retard 0,4 mg Kaps.....	G	G04CA02	244
	Agopton 15 mg Kaps.....	G	A02BC03	166
	Agopton 30 mg Kaps.....	G	A02BC03	166
IND	Aimovig 70 mg Inj.lsg. Fertigpen (PM)	G	N02CD01	309
IND	Aimovig 140 mg Inj.lsg. Fertigpen (PM)	G	N02CD01	309
IND	AirFluSal Forspiro 50 mcg/250 mcg einzeldosiertes Plv. zur Inh.	G	R03AK06	354
IND	AirFluSal Forspiro 50 mcg/500 mcg einzeldosiertes Plv. zur Inh.	G	R03AK06	355
IND	Ajovy 225 mg Inj.lsg. Fertigpen (PM)	G	N02CD03	310
IND	Ajovy 225 mg Inj.lsg. Fertigspr. (PM)	G	N02CD03	310
	Akineton Amp.	G	N04AA02	317
	Akineton 2 mg Tabl.	G	N04AA02	317
	Akineton retard 4 mg Drag.	G	N04AA02	317
Au	Akistan 50 mcg/ml Augentropf.	G	S01EE01	367
Au	Akistan Duo 50 mcg/ml + 5 mg/ml Augentropf.....	G	S01ED51	367
RE1	Alcover Sirup	Y	N07XX04	578
	Aldactone 50 mg überzogene Tabl.	G	C03DA01	201
	Aldactone 100 mg Hartkaps.	G	C03DA01	201
	Aldactone-Saltucin forte Hartkaps.....	G	C03EA14	202
RE1	Aldara 5 % Creme	Y	D06BB10	434
	Aldometil 500 mg Filmtabl.	G	C02AB01	198
RE1	Alecensa 150 mg Hartkaps.	Y	L01ED03	481
	Alendronsäure "Arcana" 70 mg einmal wöchentlich Tabl.	G	M05BA04	291
	Abg. gem. mit Calcium Vit. D3 "Meda" Kautabl. 56 St.			
	Alendronsäure "Arcana" 70 mg einmal wöchentlich Tabl.....	G	M05BA04	291
	Alendronsäure "Bluefish" 70 mg einmal wöchentlich Tabl. ...	G	M05BA04	291
	Alendronstad 70 mg einmal wöchentlich Tabl.....	G	M05BA04	291
U	Alfuzosin "Stada" 10 mg Retardtabl.	G	G04CA01	244
RE2	Alitretan 10 mg Kaps.	Y	D11AH04	435
RE2	Alitretan 30 mg Kaps.	Y	D11AH04	435
	Alkeran 2 mg Filmtabl.....	G	L01AA03	263




KASS	Bezeichnung	Box	ATC	Seite
F14	Alkindi 0,5 mg Gran. zur Entnahme aus Kaps.	G	H02AB09.....	248
F14	Alkindi 1 mg Gran. zur Entnahme aus Kaps.	G	H02AB09.....	248
F14	Alkindi 2 mg Gran. zur Entnahme aus Kaps.	G	H02AB09.....	248
F14	Alkindi 5 mg Gran. zur Entnahme aus Kaps.	G	H02AB09.....	248
	Allegra 120 mg Filmtabl.....	G	R06AX26.....	363
IND	Allergodil Augentropf.....	G	S01GX07.....	368
IND	Allergodil Nasenspray	G	R01AC03.....	352
	Allernon 10 mg Tabl.	G	R06AX13.....	363
	Allopurinol "+pharma" 300 mg teilbare Tabl.....	G	M04AA01.....	290
	Allopurinol "Accord" 100 mg Tabl.....	G	M04AA01.....	290
	Allopurinol "Accord" 300 mg Tabl.....	G	M04AA01.....	290
	Allopurinol "Aristo" 100 mg Tabl.....	G	M04AA01.....	290
	Allopurinol "Aristo" 300 mg Tabl.....	G	M04AA01.....	290
	Allopurinol "G.L." 300 mg Tabl.	G	M04AA01.....	290
	Allopurinol "Genericon" 300 mg teilbare Tabl.....	G	M04AA01.....	290
	Allopurinol "Genericon" retard 300 mg Tabl.....	G	M04AA01.....	290
	Allopurinol "Hexal" 300 mg Tabl.....	G	M04AA01.....	290
	Allopurinol "Sandoz" 100 mg Tabl.....	G	M04AA01.....	290
	Allopurinol "Sandoz" 300 mg Tabl.....	G	M04AA01.....	290
	Allostad 100 mg Tabl.....	G	M04AA01.....	290
	Allostad 300 mg Tabl.....	G	M04AA01.....	290
	Alodan 50 mg/ml Inj.lsg.	G	N02AB02.....	297
	Alphagan 0,2 % Augentropf.	G	S01EA05.....	366
	Alprazolam "ratiopharm" 0,5 mg Tabl.....	G	N05BA12.....	337
	Alprazolam "ratiopharm" 1 mg Tabl.....	G	N05BA12.....	337
RE1	Alprolix 250 IE Plv. und Lsgm. zur Herst. einer Inj.lsg.	Y	B02BD04.....	404
RE1	Alprolix 500 IE Plv. und Lsgm. zur Herst. einer Inj.lsg.	Y	B02BD04.....	404
RE1	Alprolix 1000 IE Plv. und Lsgm. zur Herst. einer Inj.lsg.	Y	B02BD04.....	405
RE1	Alprolix 2000 IE Plv. und Lsgm. zur Herst. einer Inj.lsg.	Y	B02BD04.....	405
RE1	Alprolix 3000 IE Plv. und Lsgm. zur Herst. einer Inj.lsg.	Y	B02BD04.....	405
RE1	Alprostapint 500 mcg Konz. zur Herst. einer Inf.lsg.	Y	C01EA01.....	420
RE1	Alunbrig 30 mg Filmtabl.....	Y	L01ED04.....	481
RE1	Alunbrig 90 mg Filmtabl.....	Y	L01ED04.....	481
RE1	Alunbrig 90 mg + 180 mg Filmtabl. Starterpackung	Y	L01ED04.....	481
RE1	Alunbrig 180 mg Filmtabl.....	Y	L01ED04.....	481
	Alvesco 80 mcg Dosieraerosol.....	G	R03BA08.....	358
	Alvesco 160 mcg Dosieraerosol.....	G	R03BA08.....	358
RE2	Ambrisentan "Accord" 5 mg Filmtabl.....	Y	C02KX02.....	423
RE2	Ambrisentan "Accord" 10 mg Filmtabl.....	Y	C02KX02.....	423
RE2	Ambrisentan "AOP" 5 mg Filmtabl.	Y	C02KX02.....	423
RE2	Ambrisentan "AOP" 10 mg Filmtabl.	Y	C02KX02.....	423
RE2	Ambrisentan "ratiopharm" 5 mg Filmtabl.....	Y	C02KX02.....	423
RE2	Ambrisentan "ratiopharm" 10 mg Filmtabl.....	Y	C02KX02.....	423
RE2	Ambrisentan "Sandoz" 5 mg Filmtabl.....	Y	C02KX02.....	423
RE2	Ambrisentan "Sandoz" 10 mg Filmtabl.....	Y	C02KX02.....	424
	Ambrobene 30 mg Tabl.....	G	R05CB06.....	361
	Ambrobene 7,5 mg/ml Lsg.	G	R05CB06.....	361
F14	Ambrobene 15 mg/5 ml Saft.....	G	R05CB06.....	361
	Ambrohexal 7,5 mg/ml Lsg.....	G	R05CB06.....	361
	Ambroxol "1A Pharma" 7,5 mg/ml Lsg.	G	R05CB06.....	361
	Ambroxol "Genericon" 30 mg Tabl.....	G	R05CB06.....	361
	Ambroxol "Genericon" 60 mg lösl. Tabl.....	G	R05CB06.....	361

KASS	Bezeichnung	Box	ATC	Seite
	Ambroxol "Genericon" Lsg.	G	R05CB06	361
IND	Amgevita 40 mg Inj.lsg. Fertigipen.....	G	L04AB04	275
IND	Amgevita 40 mg Inj.lsg. Fertigspr.....	G	L04AB04	275
	Amiodaron "Arcana" 200 mg Tabl.....	G	C01BD01	195
	Amisu 50 mg Tabl.	G	N05AL05	329
	Amisu 100 mg Tabl.	G	N05AL05	330
	Amisu 200 mg Tabl.	G	N05AL05	330
	Amisu 400 mg Tabl.	G	N05AL05	330
	Amlodibene 5 mg Tabl.	G	C08CA01	209
	Amlodibene 10 mg Tabl.	G	C08CA01	210
	Amlodilan 5 mg Tabl.....	G	C08CA01	209
	Amlodilan 10 mg Tabl.....	G	C08CA01	210
	Amlodinova 5 mg Tabl.....	G	C08CA01	209
	Amlodinova 10 mg Tabl.....	G	C08CA01	210
	Amlodipin "+pharma" 5 mg Tabl.....	G	C08CA01	209
	Amlodipin "+pharma" 10 mg Tabl.....	G	C08CA01	210
	Amlodipin "1A Pharma" 5 mg Tabl.	G	C08CA01	209
	Amlodipin "1A Pharma" 7,5 mg Tabl.	G	C08CA01	210
	Amlodipin "1A Pharma" 10 mg Tabl.	G	C08CA01	210
	Amlodipin "Accord" 5 mg Tabl.....	G	C08CA01	209
	Amlodipin "Accord" 10 mg Tabl.....	G	C08CA01	210
	Amlodipin "Actavis" 5 mg Tabl.	G	C08CA01	209
	Amlodipin "Actavis" 10 mg Tabl.	G	C08CA01	210
	Amlodipin "Bluefish" 5 mg Tabl.	G	C08CA01	209
	Amlodipin "Bluefish" 10 mg Tabl.	G	C08CA01	210
	Amlodipin "Genericon" 5 mg Tabl.	G	C08CA01	209
	Amlodipin "Genericon" 10 mg Tabl.	G	C08CA01	210
	Amlodipin "Hexal" 5 mg Tabl.	G	C08CA01	209
	Amlodipin "Hexal" 10 mg Tabl.	G	C08CA01	210
	Amlodipin "Interpharm" 5 mg Tabl.....	G	C08CA01	209
	Amlodipin "Interpharm" 10 mg Tabl.....	G	C08CA01	210
	Amlodipin "ratiopharm" 5 mg Tabl.	G	C08CA01	209
	Amlodipin "ratiopharm" 10 mg Tabl.....	G	C08CA01	210
	Amlodipin "Sandoz" 5 mg Tabl.....	G	C08CA01	210
	Amlodipin "Sandoz" 10 mg Tabl.....	G	C08CA01	210
	Amlodipin Besilat "Stada" 5 mg Tabl.....	G	C08CA01	210
	Amlodipin Besilat "Stada" 10 mg Tabl.....	G	C08CA01	210
	Amlodipin/Valsartan "+pharma" 5 mg/80 mg Filmtabl.	G	C09DB01	221
	Amlodipin/Valsartan "+pharma" 5 mg/160 mg Filmtabl.	G	C09DB01	221
	Amlodipin/Valsartan "+pharma" 10 mg/160 mg Filmtabl.	G	C09DB01	222
	Amlodipin/Valsartan "1A Pharma" 5 mg/80 mg Filmtabl.	G	C09DB01	221
	Amlodipin/Valsartan "1A Pharma" 5 mg/160 mg Filmtabl.	G	C09DB01	221
	Amlodipin/Valsartan "1A Pharma" 10 mg/160 mg Filmtabl. ...	G	C09DB01	222
	Amlodipin/Valsartan "Actavis" 5 mg/80 mg Filmtabl.....	G	C09DB01	221
	Amlodipin/Valsartan "Actavis" 5 mg/160 mg Filmtabl.....	G	C09DB01	221
	Amlodipin/Valsartan "Actavis" 10 mg/160 mg Filmtabl.....	G	C09DB01	222
	Amlodipin/Valsartan "Genericon" 5 mg/80 mg Filmtabl.....	G	C09DB01	221
	Amlodipin/Valsartan "Genericon" 5 mg/160 mg Filmtabl.....	G	C09DB01	221
	Amlodipin/Valsartan "Genericon" 10 mg/160 mg Filmtabl.....	G	C09DB01	222
	Amlodipin/Valsartan "Sandoz" 5 mg/80 mg Filmtabl.	G	C09DB01	221
	Amlodipin/Valsartan "Sandoz" 5 mg/160 mg Filmtabl.	G	C09DB01	221
	Amlodipin/Valsartan "Sandoz" 10 mg/160 mg Filmtabl.	G	C09DB01	222

KASS	Bezeichnung	Box	ATC	Seite
	Amlodipin/Valsartan "Stada" 5 mg/80 mg Filmtabl.....	G	C09DB01.....	221
	Amlodipin/Valsartan "Stada" 5 mg/160 mg Filmtabl.....	G	C09DB01.....	221
	Amlodipin/Valsartan "Stada" 10 mg/160 mg Filmtabl.....	G	C09DB01.....	222
	Amlodipin/Valsartan "TAD" 5 mg/80 mg Filmtabl.....	G	C09DB01.....	221
	Amlodipin/Valsartan "TAD" 5 mg/160 mg Filmtabl.....	G	C09DB01.....	222
	Amlodipin/Valsartan "TAD" 10 mg/160 mg Filmtabl.....	G	C09DB01.....	222
	Amlodipin/Valsartan/HCT "1A Pharma" 5 mg/160 mg/12,5 mg Filmtabl.....	G	C09DX01.....	223
	Amlodipin/Valsartan/HCT "1A Pharma" 5 mg/160 mg/25 mg Filmtabl.....	G	C09DX01.....	223
	Amlodipin/Valsartan/HCT "1A Pharma" 10 mg/160 mg/12,5 mg Filmtabl.....	G	C09DX01.....	223
	Amlodipin/Valsartan/HCT "1A Pharma" 10 mg/160 mg/25 mg Filmtabl.....	G	C09DX01.....	223
	Amlodipin/Valsartan/HCT "ratiopharm" 5 mg/160 mg/12,5 mg Filmtabl.....	G	C09DX01.....	223
	Amlodipin/Valsartan/HCT "ratiopharm" 10 mg/320 mg/25 mg Filmtabl.....	G	C09DX01.....	223
	Amlodipin/Valsartan/HCT "Sandoz" 5 mg/160 mg/12,5 mg Filmtabl.....	G	C09DX01.....	223
	Amlodipin/Valsartan/HCT "Sandoz" 5 mg/160 mg/25 mg Filmtabl.....	G	C09DX01.....	223
	Amlodipin/Valsartan/HCT "Sandoz" 10 mg/160 mg/12,5 mg Filmtabl.....	G	C09DX01.....	223
	Amlodipin/Valsartan/HCT "Sandoz" 10 mg/160 mg/25 mg Filmtabl.....	G	C09DX01.....	223
	Amlodipin/Valsartan/HCT "Stada" 5 mg/160 mg/12,5 mg Filmtabl.....	G	C09DX01.....	223
	Amlodipin/Valsartan/HCT "Stada" 5 mg/160 mg/25 mg Filmtabl.....	G	C09DX01.....	223
	Amlodipin/Valsartan/HCT "Stada" 10 mg/160 mg/12,5 mg Filmtabl.....	G	C09DX01.....	223
	Amlodipin/Valsartan/HCT "Stada" 10 mg/160 mg/25 mg Filmtabl.....	G	C09DX01.....	223
	Amlodipin/Valsartan/HCT "Stada" 10 mg/320 mg/25 mg Filmtabl.....	G	C09DX01.....	223
	Amlodipin/Valsartan/HCT "TAD" 5 mg/160 mg/12,5 mg Filmtabl.....	G	C09DX01.....	223
	Amlodipin/Valsartan/HCT "TAD" 5 mg/160 mg/25 mg Filmtabl.....	G	C09DX01.....	223
	Amlodipin/Valsartan/HCT "TAD" 10 mg/160 mg/12,5 mg Filmtabl.....	G	C09DX01.....	223
	Amlodipin/Valsartan/HCT "TAD" 10 mg/160 mg/25 mg Filmtabl.....	G	C09DX01.....	223
	Amlovalsax 5 mg/80 mg Filmtabl.....	G	C09DB01.....	221
	Amlovalsax 5 mg/160 mg Filmtabl.....	G	C09DB01.....	222
	Amlovalsax 10 mg/160 mg Filmtabl.....	G	C09DB01.....	222
	Amoxicillin "1A Pharma" 1000 mg Filmtabl.....	G	J01CA04.....	252
	Amoxicillin "ratiopharm" 500 mg Filmtabl.....	G	J01CA04.....	252
	Amoxicillin "ratiopharm" 1000 mg Filmtabl.....	G	J01CA04.....	252
	Amoxicillin/Clavulansäure "Actavis" 875 mg/125 mg Filmtabl.....	G	J01CR02.....	253

KASS	Bezeichnung	Box	ATC	Seite
	Amoxicillin/Clavulansäure "A-med" 500 mg/125 mg Filmtabl.....	G	J01CR02	253
	Amoxicillin/Clavulansäure "A-med" 875 mg/125 mg Filmtabl.....	G	J01CR02	253
	Amoxicillin/Clavulansäure "Krka" 875 mg/125 mg Filmtabl...	G	J01CR02	253
	Amoxiclavulan "1A Pharma" 1 g (875 mg/125 mg) Filmtabl..	G	J01CR02	253
	Amoxicomp "Genericon" 1 g Filmtabl.....	G	J01CR02	253
	Amoxilan 1000 mg Tabl.....	G	J01CA04	252
F14	Amoxilan 250 mg/5 ml Trockensaft.....	G	J01CA04	252
F14	Amoxilan 500 mg/5 ml Trockensaft.....	G	J01CA04	252
	AmoxiPlus "ratiopharm" 625 mg Filmtabl.....	G	J01CR02	253
	AmoxiPlus "ratiopharm" 1 g Filmtabl.....	G	J01CR02	253
	Amoxistad 500 mg Filmtabl.....	G	J01CA04	252
	Amoxistad 1000 mg Filmtabl.....	G	J01CA04	252
	Amoxistad plus 875 mg/125 mg Filmtabl.....	G	J01CR02	253
	Ampho-Moronal Lutschtabl.....	G	A01AB04	163
F14	Ampho-Moronal Susp.....	G	A07AA07	172
RE1	Amvuttra 25 mg Inj.lsg. Fertigspr. 	Y	N07XX18	580
D	Amykal 250 mg Tabl.....	G	D01BA02	231
	Anaerobex Filmtabl.....	G	P01AB01	351
	Anafranil 25 mg Drag.....	G	N06AA04	337
	Anafranil retard 75 mg Filmtabl.....	G	N06AA04	337
RE2	Anagrelid "Bluefish" 0,5 mg Hartkaps.....	Y	L01XX35	498
RE2	Anagrelid "ratiopharm" 0,5 mg Hartkaps.....	Y	L01XX35	498
RE2	Anagrelid "ratiopharm" 1 mg Hartkaps.....	Y	L01XX35	498
	Anastrolan 1 mg Filmtabl.....	G	L02BG03	270
	Anastrozol "+pharma" 1 mg Filmtabl.....	G	L02BG03	270
	Anastrozol "1A Pharma" 1 mg Filmtabl.....	G	L02BG03	270
	Anastrozol "Accord" 1 mg Filmtabl.....	G	L02BG03	270
	Anastrozol "Actavis" 1 mg Filmtabl.....	G	L02BG03	270
	Anastrozol "Arcana" 1 mg Filmtabl.....	G	L02BG03	270
	Anastrozol "Bluefish" 1 mg Filmtabl.....	G	L02BG03	270
	Anastrozol "Genericon" 1 mg Filmtabl.....	G	L02BG03	270
	Anastrozol "ratiopharm" 1 mg Filmtabl.....	G	L02BG03	270
	Anastrozol "Sandoz" 1 mg Filmtabl.....	G	L02BG03	270
	Anastrozol "Stada" 1 mg Filmtabl.....	G	L02BG03	270
	Androblock 50 mg Filmtabl.....	G	L02BB03	270
	Androblock 150 mg Filmtabl.....	G	L02BB03	270
IND	Androcur 50 mg Tabl.....	G	G03HA01	241
IND	Androcur 100 mg Tabl.....	G	G03HA01	241
U	Androfin 5 mg Filmtabl.....	G	G04CB01	244
IND	Anoro Ellipta 55 mcg/22 mcg einzeldosiertes Plv. zur Inh. ...	G	R03AL03	356
	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	336
	Apidra 100 E/ml Inj.lsg. Dstfl.....	G	A10AB06	174
	Apidra 100 E/ml Inj.lsg. Fertigpen, SoloStar	G	A10AB06	174
	Apidra 100 E/ml Inj.lsg. Patronen.....	G	A10AB06	174
RE1	Apo-go 5 mg/ml Inf.lsg. Fertigspr.....	Y	N04BC07	544
RE2	Apo-go 10 mg/ml Inj.lsg. Pen.....	Y	N04BC07	545




KASS	Bezeichnung	Box	ATC	Seite
	Aprednislon 5 mg Tabl.	G	H02AB06.....	247
IND	Aprednislon 5 mg Tabl.	G	H02AB06.....	247
	Aprednislon 25 mg Tabl.	G	H02AB06.....	247
	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	Aranesp 40 mcg Inj.lsg. Fertigpen (SureClick) 	Y	B03XA02.....	415
RE1	Aranesp 60 mcg Inj.lsg. Fertigpen (SureClick) 	Y	B03XA02.....	416
RE1	Aranesp 80 mcg Inj.lsg. Fertigpen (SureClick) 	Y	B03XA02.....	416
RE1	Aranesp 100 mcg Inj.lsg. Fertigpen (SureClick) 	Y	B03XA02.....	416
IND	Aranesp 150 mcg Inj.lsg. Fertigpen (SureClick) 	G	B03XA02.....	192
IND	Aranesp 300 mcg Inj.lsg. Fertigpen (SureClick) 	G	B03XA02.....	193
IND	Aranesp 500 mcg Inj.lsg. Fertigpen (SureClick) 	G	B03XA02.....	194
RE1	Aranesp 10 mcg Inj.lsg. Fertigspr. 	Y	B03XA02.....	414
RE1	Aranesp 20 mcg Inj.lsg. Fertigspr. 	Y	B03XA02.....	415
RE1	Aranesp 30 mcg Inj.lsg. Fertigspr. 	Y	B03XA02.....	415
RE1	Aranesp 40 mcg Inj.lsg. Fertigspr. 	Y	B03XA02.....	415
RE1	Aranesp 50 mcg Inj.lsg. Fertigspr. 	Y	B03XA02.....	415
RE1	Aranesp 60 mcg Inj.lsg. Fertigspr. 	Y	B03XA02.....	416
RE1	Aranesp 80 mcg Inj.lsg. Fertigspr. 	Y	B03XA02.....	416
RE1	Aranesp 100 mcg Inj.lsg. Fertigspr. 	Y	B03XA02.....	417
IND	Aranesp 150 mcg Inj.lsg. Fertigspr. 	G	B03XA02.....	193
IND	Aranesp 300 mcg Inj.lsg. Fertigspr. 	G	B03XA02.....	193
IND	Aranesp 500 mcg Inj.lsg. Fertigspr. 	G	B03XA02.....	194
IND	Arava 10 mg Filmtabl.	G	L04AA13.....	273
IND	Arava 20 mg Filmtabl.	G	L04AA13.....	273
RE1	Arcoxia 30 mg Filmtabl.	Y	M01AH05.....	534
RE1	Arcoxia 60 mg Filmtabl.	Y	M01AH05.....	535
RE1	Arcoxia 90 mg Filmtabl.	Y	M01AH05.....	535
	Arefam 200 mg Weichkaps.	G	G03DA04.....	240
RE2	Aricept 5 mg Filmtabl.	Y	N06DA02.....	553
RE2	Aricept 10 mg Filmtabl.	Y	N06DA02.....	555
	Aridya 2 mg Tabl.	G	G03DB08.....	240
	Arileto 10 mg Tabl.	G	N05AX12.....	333
	Arileto 15 mg Tabl.	G	N05AX12.....	333
	Arileto 30 mg Tabl.	G	N05AX12.....	333
	Arimidex 1 mg Filmtabl.	G	L02BG03.....	270
	Aripiprazol "+pharma" 10 mg Tabl.	G	N05AX12.....	333
	Aripiprazol "+pharma" 15 mg Tabl.	G	N05AX12.....	333
	Aripiprazol "+pharma" 30 mg Tabl.	G	N05AX12.....	333
	Aripiprazol "Accord" 10 mg Tabl.	G	N05AX12.....	333
	Aripiprazol "Accord" 15 mg Tabl.	G	N05AX12.....	333
	Aripiprazol "Accord" 30 mg Tabl.	G	N05AX12.....	334
	Aripiprazol "Aristo" 10 mg Tabl.	G	N05AX12.....	333
	Aripiprazol "Aristo" 15 mg Tabl.	G	N05AX12.....	333
	Aripiprazol "Genericon" 10 mg Tabl.	G	N05AX12.....	333
	Aripiprazol "Genericon" 15 mg Tabl.	G	N05AX12.....	333
	Aripiprazol "Genericon" 30 mg Tabl.	G	N05AX12.....	334
	Aripiprazol "Krka" 10 mg Tabl.	G	N05AX12.....	333
	Aripiprazol "Krka" 15 mg Tabl.	G	N05AX12.....	333
	Aripiprazol "Krka" 30 mg Tabl.	G	N05AX12.....	334
	Aripiprazol "neuraxpharm" 10 mg Tabl.	G	N05AX12.....	333

KASS	Bezeichnung	Box	ATC	Seite
	Aripiprazol "neuraxpharm" 15 mg Tabl.....	G	N05AX12	333
	Aripiprazol "neuraxpharm" 30 mg Tabl.....	G	N05AX12	334
	Aripiprazol "ratiopharm" 10 mg Schmelztabl.....	G	N05AX12	333
	Aripiprazol "ratiopharm" 15 mg Schmelztabl.....	G	N05AX12	333
	Aripiprazol "ratiopharm" 10 mg Tabl.....	G	N05AX12	333
	Aripiprazol "ratiopharm" 15 mg Tabl.....	G	N05AX12	333
	Aripiprazol "ratiopharm" 20 mg Tabl.....	G	N05AX12	333
	Aripiprazol "ratiopharm" 30 mg Tabl.....	G	N05AX12	334
	Aripiprazol "Sandoz" 10 mg Tabl.....	G	N05AX12	333
	Aripiprazol "Sandoz" 15 mg Tabl.....	G	N05AX12	333
	Aripiprazol "Sandoz" 30 mg Tabl.....	G	N05AX12	334
	Aripiprazol "Stada" 10 mg Tabl.	G	N05AX12	333
	Aripiprazol "Stada" 15 mg Tabl.	G	N05AX12	333
	Aripiprazol "Stada" 30 mg Tabl.	G	N05AX12	334
	Aristocor 100 mg Tabl.	G	C01BC04	195
RE1	Arixtra 2,5 mg/0,5 ml Inj.lsg. Fertigspr.....	Y	B01AX05	401
	Aromasin 25 mg Tabl.	G	L02BG06	270
	Arosuva 5 mg Filmtabl.....	G	C10AA07	226
	Arosuva 10 mg Filmtabl.....	G	C10AA07	226
	Arosuva 20 mg Filmtabl.....	G	C10AA07	226
	Arosuva 40 mg Filmtabl.....	G	C10AA07	227
	Arosuva plus Ezetimib 5 mg/10 mg Filmtabl.	G	C10BA06	229
	Arosuva plus Ezetimib 10 mg/10 mg Filmtabl.	G	C10BA06	229
	Arosuva plus Ezetimib 20 mg/10 mg Filmtabl.	G	C10BA06	229
	Arosuva plus Ezetimib 40 mg/10 mg Filmtabl.	G	C10BA06	229
	ArthroComb 75 mg/20 mg Hartkaps. mit veränderter Wirkstofffreisetzung.....	G	M01AB55.....	286
	Arthrotec Manteltabl.	G	M01AB55.....	286
	Arthrotec forte Manteltabl.	G	M01AB55.....	286
	Ascalan 2 mg Tabl.....	G	C02CA04	198
	Ascalan 4 mg Tabl.....	G	C02CA04	199
	Ascalan 8 mg Tabl.....	G	C02CA04	199
	Ascorbisal Tabl.....	G	N02BA51	302
	ASS "Genericon" 500 mg Tabl.....	G	N02BA01	302
	ASS "Hexal" 100 mg Tabl.	G	B01AC06	185
IND	Astec 35 mcg/h transdermales Pflaster.....	G	N02AE01	300
IND	Astec 52,5 mcg/h transdermales Pflaster.....	G	N02AE01	300
IND	Astec 70 mcg/h transdermales Pflaster.....	G	N02AE01	300
	Astonin-H Tabl.....	G	H02AA02	246
	Atarax 25 mg Filmtabl.	G	N05BB01	337
IND	Atazanavir "Krka" 300 mg Hartkaps.	G	J05AE08	262
IND	Atectura Breezhaler 125 mcg/62,5 mcg Hartkaps. Plv. zur Inh. 	G	R03AK14	356
IND	Atectura Breezhaler 125 mcg/127,5 mcg Hartkaps. Plv. zur Inh. 	G	R03AK14	356
IND	Atectura Breezhaler 125 mcg/260 mcg Hartkaps. Plv. zur Inh. 	G	R03AK14	356
	Atenolan 50 mg Filmtabl.....	G	C07AB03	206
	Atenolan 100 mg Filmtabl.....	G	C07AB03	206
	Atenolan comp. mite Filmtabl.....	G	C07CB03.....	209
	Atenolan comp. Filmtabl.....	G	C07CB03.....	209
	Atenolol "1A Pharma" 50 mg Filmtabl.	G	C07AB03	206

KASS	Bezeichnung	Box	ATC	Seite
	Atenolol "1A Pharma" 100 mg Filmtabl.	G	C07AB03.....	206
	Atenolol "Genericon" 50 mg Filmtabl.....	G	C07AB03.....	206
	Atenolol "Genericon" 100 mg Filmtabl.....	G	C07AB03.....	206
	Atenolol "Genericon" comp. mite Filmtabl.	G	C07CB03.....	209
	Atenolol "Genericon" comp. Filmtabl.....	G	C07CB03.....	209
	Atenolol "Stada" 50 mg Tabl.	G	C07AB03.....	206
	Atenolol "Stada" 100 mg Tabl.	G	C07AB03.....	206
RE1	Atofab 10 mg Hartkaps.....	Y	N06BA09.....	550
RE1	Atofab 18 mg Hartkaps.....	Y	N06BA09.....	550
RE1	Atofab 25 mg Hartkaps.....	Y	N06BA09.....	551
RE1	Atofab 40 mg Hartkaps.....	Y	N06BA09.....	551
RE1	Atofab 60 mg Hartkaps.....	Y	N06BA09.....	552
RE1	Atofab 80 mg Hartkaps.....	Y	N06BA09.....	552
RE1	Atofab 100 mg Hartkaps.....	Y	N06BA09.....	553
RE1	Atomoxetin "Stada" 10 mg Hartkaps.	Y	N06BA09.....	550
RE1	Atomoxetin "Stada" 18 mg Hartkaps.	Y	N06BA09.....	550
RE1	Atomoxetin "Stada" 25 mg Hartkaps.	Y	N06BA09.....	551
RE1	Atomoxetin "Stada" 40 mg Hartkaps.	Y	N06BA09.....	551
RE1	Atomoxetin "Stada" 60 mg Hartkaps.	Y	N06BA09.....	552
RE1	Atomoxetin "Stada" 80 mg Hartkaps.	Y	N06BA09.....	552
	Atorvadivid 10 mg Filmtabl.	G	C10AA05.....	225
	Atorvadivid 20 mg Filmtabl.	G	C10AA05.....	225
	Atorvadivid 40 mg Filmtabl.	G	C10AA05.....	225
	Atorvalan 10 mg Filmtabl.....	G	C10AA05.....	225
	Atorvalan 20 mg Filmtabl.....	G	C10AA05.....	225
	Atorvalan 40 mg Filmtabl.....	G	C10AA05.....	225
	Atorvalan 80 mg Filmtabl.....	G	C10AA05.....	226
	Atorvastatin "+pharma" 10 mg Filmtabl.	G	C10AA05.....	225
	Atorvastatin "+pharma" 20 mg Filmtabl.	G	C10AA05.....	225
	Atorvastatin "+pharma" 40 mg Filmtabl.	G	C10AA05.....	225
	Atorvastatin "+pharma" 80 mg Filmtabl.	G	C10AA05.....	226
	Atorvastatin "1A Pharma" 10 mg Filmtabl.	G	C10AA05.....	225
	Atorvastatin "1A Pharma" 20 mg Filmtabl.	G	C10AA05.....	225
	Atorvastatin "1A Pharma" 40 mg Filmtabl.	G	C10AA05.....	225
	Atorvastatin "1A Pharma" 80 mg Filmtabl.	G	C10AA05.....	226
	Atorvastatin "Accord" 10 mg Filmtabl.	G	C10AA05.....	225
	Atorvastatin "Accord" 20 mg Filmtabl.	G	C10AA05.....	225
	Atorvastatin "Accord" 40 mg Filmtabl.	G	C10AA05.....	225
	Atorvastatin "Accord" 80 mg Filmtabl.	G	C10AA05.....	226
	Atorvastatin "Actavis" 10 mg Filmtabl.....	G	C10AA05.....	225
	Atorvastatin "Actavis" 20 mg Filmtabl.....	G	C10AA05.....	225
	Atorvastatin "Actavis" 40 mg Filmtabl.....	G	C10AA05.....	225
	Atorvastatin "Actavis" 80 mg Filmtabl.....	G	C10AA05.....	226
	Atorvastatin "Aristo Pharma" 10 mg Filmtabl.	G	C10AA05.....	225
	Atorvastatin "Aristo Pharma" 20 mg Filmtabl.	G	C10AA05.....	225
	Atorvastatin "Aristo Pharma" 40 mg Filmtabl.	G	C10AA05.....	225
	Atorvastatin "Aristo Pharma" 80 mg Filmtabl.	G	C10AA05.....	226
	Atorvastatin "Bluefish AB" 10 mg Filmtabl.....	G	C10AA05.....	225
	Atorvastatin "Bluefish AB" 20 mg Filmtabl.....	G	C10AA05.....	225
	Atorvastatin "Bluefish AB" 40 mg Filmtabl.....	G	C10AA05.....	225
	Atorvastatin "Bluefish AB" 80 mg Filmtabl.....	G	C10AA05.....	226
	Atorvastatin "G.L." 10 mg Filmtabl.	G	C10AA05.....	225

KASS	Bezeichnung	Box	ATC	Seite
	Atorvastatin "G.L." 20 mg Filmtabl.	G	C10AA05	225
	Atorvastatin "G.L." 40 mg Filmtabl.	G	C10AA05	225
	Atorvastatin "G.L." 80 mg Filmtabl.	G	C10AA05	226
	Atorvastatin "Genericon" 10 mg Filmtabl.	G	C10AA05	225
	Atorvastatin "Genericon" 20 mg Filmtabl.	G	C10AA05	225
	Atorvastatin "Genericon" 40 mg Filmtabl.	G	C10AA05	225
	Atorvastatin "Genericon" 80 mg Filmtabl.	G	C10AA05	226
	Atorvastatin "Krka" 10 mg Filmtabl.	G	C10AA05	225
	Atorvastatin "Krka" 20 mg Filmtabl.	G	C10AA05	225
	Atorvastatin "Krka" 30 mg Filmtabl.	G	C10AA05	225
	Atorvastatin "Krka" 40 mg Filmtabl.	G	C10AA05	225
	Atorvastatin "Krka" 60 mg Filmtabl.	G	C10AA05	226
	Atorvastatin "ratiopharm" 10 mg Filmtabl.	G	C10AA05	225
	Atorvastatin "ratiopharm" 20 mg Filmtabl.	G	C10AA05	225
	Atorvastatin "ratiopharm" 40 mg Filmtabl.	G	C10AA05	225
	Atorvastatin "ratiopharm" 80 mg Filmtabl.	G	C10AA05	226
	Atorvastatin "Sandoz" 10 mg Filmtabl.	G	C10AA05	225
	Atorvastatin "Sandoz" 20 mg Filmtabl.	G	C10AA05	225
	Atorvastatin "Sandoz" 40 mg Filmtabl.	G	C10AA05	225
	Atorvastatin "Sandoz" 80 mg Filmtabl.	G	C10AA05	226
	Atorvastatin "Stada" 10 mg Filmtabl.	G	C10AA05	225
	Atorvastatin "Stada" 20 mg Filmtabl.	G	C10AA05	225
	Atorvastatin "Stada" 40 mg Filmtabl.	G	C10AA05	225
	Atorvastatin "Stada" 80 mg Filmtabl.	G	C10AA05	226
	Atorvastatin "Viatrix" 10 mg Filmtabl.	G	C10AA05	225
	Atorvastatin "Viatrix" 20 mg Filmtabl.	G	C10AA05	225
	Atorvastatin "Viatrix" 40 mg Filmtabl.	G	C10AA05	226
	Atorvastatin "Viatrix" 80 mg Filmtabl.	G	C10AA05	226
	Atropin. sulfuric. "Nycomed" 0,5 mg Amp.	G	A03BA01	169
	Atrovent Dosieraerosol.	G	R03BB01	358
RE1	Aubagio 14 mg Filmtabl.	Y	L04AA31	514
	Augmentin 500 mg/125 mg Filmtabl.	G	J01CR02	253
	Augmentin 875 mg/125 mg Filmtabl.	G	J01CR02	253
F14	Augmentin 400 mg/57 mg/5 ml Plv. zur Herst. einer Susp. zum Einnehmen	G	J01CR02	253
	Aureocort Salbe.	G	D07CB01	235
	Aurorix 150 mg Filmtabl.	G	N06AG02	343
	Aurorix 300 mg Filmtabl.	G	N06AG02	343
IND	Avamys 27,5 mcg/Sprühstoß Nasenspray Susp.	G	R01AD12	353
	Avelox 400 mg Filmtabl.	G	J01MA14	258
RE1	Avonex 30 mcg/0,5 ml Inj.lsg. Fertigpen	Y	L03AB07	502
RE1	Avonex 30 mcg/0,5 ml Inj.lsg. Fertigspr.	Y	L03AB07	502
	Azafalk 50 mg Filmtabl.	G	L04AX01	278
Au	Azarga 10 mg/ml + 5 mg/ml Augentropf.susp.	G	S01ED51	367
	Azithromycin "+pharma" 500 mg Filmtabl.	G	J01FA10	257
	Azithromycin "1A Pharma" 500 mg Filmtabl.	G	J01FA10	257
	Azithromycin "Genericon" 500 mg Filmtabl.	G	J01FA10	257
	Azithromycin "ratiopharm" 500 mg Filmtabl.	G	J01FA10	257
	Azithromycin "Sandoz" 500 mg Filmtabl.	G	J01FA10	257
F14	Azithromycin "Sandoz" 200 mg/5 ml Plv. zur Herst. einer Susp. zum Einnehmen	G	J01FA10	256
	Azithromycin "Stada" 500 mg Filmtabl.	G	J01FA10	257

KASS	Bezeichnung	Box	ATC	Seite
	Azopt 10 mg/ml Augentropf.susp.	G	S01EC04	366
	Balneum Hermal Badezusatz	G	D11AX	238
	Balneum Hermal plus Polidocanol Badezusatz	G	D11AX	238
	Bambec 10 mg Tabl.	G	R03CC12.....	359
	Baneocin Puder	G	D06AX	233
	Baneocin Salbe	G	D06AX	233
RE2	Baqsimi 3 mg Nasenplv. Einzeldosis	Y	H04AA01	451
RE2	Baraclude 0,5 mg Filmtabl.....	Y	J05AF10	464
RE2	Baraclude 1 mg Filmtabl.....	Y	J05AF10	465
RE2	BCG "medac" Plv. u. Lsgm. zur Herst. einer Susp. zur intravesikalen Anw.	Y	L03AX03.....	505
	Beloc 50 mg Tabl.	G	C07AB02	205
	Beloc 100 mg Tabl.	G	C07AB02	205
RE1	BeneFIX 250 IE Plv. u. Lsgm. zur Herst. einer Inj.lsg.	Y	B02BD04	405
RE1	BeneFIX 500 IE Plv. u. Lsgm. zur Herst. einer Inj.lsg.	Y	B02BD04	405
RE1	BeneFIX 1000 IE Plv. u. Lsgm. zur Herst. einer Inj.lsg.	Y	B02BD04	405
RE1	BeneFIX 2000 IE Plv. u. Lsgm. zur Herst. einer Inj.lsg.	Y	B02BD04	405
IND	Benepali 50 mg Inj.lsg. Fertigpen (PM)	G	L04AB01.....	274
IND	Benepali 50 mg Inj.lsg. Fertigspr. (PM)	G	L04AB01.....	274
RE1	Benlysta 200 mg Inj.lsg. Fertigpen	Y	L04AA26.....	510
RE1	Benlysta 120 mg Plv. zur Herst. eines Inf.lsg.konz.	Y	L04AA26.....	510
RE1	Benlysta 400 mg Plv. zur Herst. eines Inf.lsg.konz.	Y	L04AA26.....	510
	Benzaknen 5 % Gel.....	G	D10AE01	236
	Benzaknen 10 % Gel.....	G	D10AE01	236
	Benzaknen 5 % Susp. zum Auftragen.....	G	D10AE01	236
RE1	Beriate 100 IE/ml Plv. und Lsgm. zur Herst. einer Inj.- oder Inf.lsg.	Y	B02BD02	402
RE1	Beriate 200 IE/ml Plv. und Lsgm. zur Herst. einer Inj.- oder Inf.lsg.	Y	B02BD02	402
RE1	Berinerit 500 IE Plv. und Lsgm. zur Herst. einer Inj.- oder Inf.lsg.	Y	B06AC01	418
	Berodual Dosieraerosol	G	R03AL01	356
	Berodualin Inh.lsg.....	G	R03AL01	356
	Berotec 100 mcg Dosieraerosol	G	R03AC04.....	353
RE1	Betaferon 250 mcg/ml Plv. u. Lsgm. zur Herst. einer Inj.lsg. Starterpackung	Y	L03AB08.....	503
RE1	Betaferon 250 mcg/ml Plv. u. Lsgm. zur Herst. einer Inj.lsg.	Y	L03AB08.....	503
	Betahistin "Actavis" 8 mg Tabl.	G	N07CA01	350
	Betahistin "Actavis" 16 mg Tabl.	G	N07CA01	350
	Betahistin "Actavis" 24 mg Tabl.	G	N07CA01	350
	Betahistin "Arcana" 16 mg Tabl.....	G	N07CA01	350
	Betahistin "ratiopharm" 8 mg Tabl.....	G	N07CA01	350
	Betahistin "ratiopharm" 16 mg Tabl.....	G	N07CA01	350
	Betahistin "ratiopharm" 24 mg Tabl.....	G	N07CA01	350
	Betahistin "Viatrix" 24 mg Tabl.	G	N07CA01	350
	Betaisodona Lsg. standardisiert.....	G	D08AG02.....	236
	Betaisodona Vaginal-Gel m. Applikator.....	G	G01AX11	239
	Betaisodona Vaginal-Supp.	G	G01AX11	239
RE1	Betaisodona Wundgaze	Y	D09AA09	435
	Betaserc 8 mg Tabl.	G	N07CA01	350
	Betaserc 16 mg Tabl.	G	N07CA01	350
IND	Betmiga 25 mg Retardtabl. (PM)	G	G04BD12.....	243

KASS	Bezeichnung	Box	ATC	Seite
IND	Betmiga 50 mg Retardtabl. 	G	G04BD12	243
	Betnesol Brausetabl.	G	H02AB01	246
	Betnesol Augen-, Ohren-, Nasentropf.	G	S03BA03	369
	Betnesol N Augen-, Ohren-, Nasentropf.	G	S03CA06	369
	Betnovate crinale Lsg.	G	D07AC01	234
	Betnovate Salbe	G	D07AC01	234
	Betoptoc S Augensusp.	G	S01ED02	366
	Bezalip retard 400 mg Filmtabl.	G	C10AB02	227
	Bezastad 200 mg Filmtabl.	G	C10AB02	227
	Bicalutamid "+pharma" 50 mg Filmtabl.	G	L02BB03	270
	Bicalutamid "+pharma" 150 mg Filmtabl.	G	L02BB03	270
	Bicalutamid "Actavis" 50 mg Filmtabl.	G	L02BB03	270
	Bicalutamid "Actavis" 150 mg Filmtabl.	G	L02BB03	270
	Bicalutamid "Bluefish" 50 mg Filmtabl.	G	L02BB03	270
	Bicalutamid "Bluefish" 150 mg Filmtabl.	G	L02BB03	270
	Bicalutamid "G.L." 50 mg Filmtabl.	G	L02BB03	270
	Bicalutamid "G.L." 150 mg Filmtabl.	G	L02BB03	270
	Bicalutamid "Genericon" 50 mg Filmtabl.	G	L02BB03	270
	Bicalutamid "Genericon" 150 mg Filmtabl.	G	L02BB03	270
	Bicalutamid "ratiopharm" 50 mg Filmtabl.	G	L02BB03	270
	Bicalutamid "ratiopharm" 150 mg Filmtabl.	G	L02BB03	270
	Bicalutamid "Stada" 50 mg Filmtabl.	G	L02BB03	270
	Bicalutamid "Stada" 150 mg Filmtabl.	G	L02BB03	270
RE1	Biktarvy 50 mg/200 mg/25 mg Filmtabl.	Y	J05AR20	471
	Bimatoprost/Timolol "1A Pharma" 0,3 mg/ml + 5 mg/ml Augentropf.	G	S01ED51	367
	Bimatoprost/Timolol "Stada" 0,3 mg/ml + 5 mg/ml Augentropf.	G	S01ED51	367
	BimatoTim-Vision 0,3 mg/ml + 5 mg/ml Augentropf.	G	S01ED51	367
Au	Bimato-Vision 100 mcg/ml Augentropf.	G	S01EE03	368
Au	Bimato-Vision 300 mcg/ml Augentropf.	G	S01EE03	368
RE2	Bima-Vision sine 300 mcg/ml Augentropf. Einzeldosen	Y	S01EE03	597
RE1	Bimzelx 160 mg Inj.lsg. Fertigen 	Y	L04AC21	532
RE1	Bimzelx 160 mg Inj.lsg. Fertigspr. 	Y	L04AC21	532
RE1	Binocrit 1.000 IE/0,5 ml Inj.lsg. Fertigspr.	Y	B03XA01	409
RE1	Binocrit 2.000 IE/1 ml Inj.lsg. Fertigspr.	Y	B03XA01	410
RE1	Binocrit 4.000 IE/0,4 ml Inj.lsg. Fertigspr.	Y	B03XA01	412
RE1	Binocrit 5.000 IE/0,5 ml Inj.lsg. Fertigspr.	Y	B03XA01	413
IND	Binocrit 10.000 IE/1,0 ml Inj.lsg. Fertigspr.	G	B03XA01	187
IND	Binocrit 20.000 IE/0,5 ml Inj.lsg. Fertigspr.	G	B03XA01	189
IND	Binocrit 30.000 IE/0,75 ml Inj.lsg. Fertigspr.	G	B03XA01	190
IND	Binocrit 40.000 IE/1 ml Inj.lsg. Fertigspr.	G	B03XA01	191
	Biocef 200 mg Filmtabl.	G	J01DD13	255
F2J	Biocef 40 mg/5 ml Plv. zur Herst. einer Susp. zum Einnehmen	G	J01DD13	255
F6J	Biocef 40 mg/5 ml Plv. zur Herst. einer Susp. zum Einnehmen	G	J01DD13	255
	Bioflair Kaps.	G	A07FA	173
	Bisocor 5 mg Tabl.	G	C07AB07	206
	Bisocor 10 mg Tabl.	G	C07AB07	207
	Bisoprolol "1A Pharma" 5 mg Filmtabl.	G	C07AB07	206
	Bisoprolol "1A Pharma" 10 mg Filmtabl.	G	C07AB07	207

KASS	Bezeichnung	Box	ATC	Seite
	Bisoprolol "Accord" 2,5 mg Filmtabl.	G	C07AB07	206
	Bisoprolol "Accord" 5 mg Filmtabl.	G	C07AB07	206
	Bisoprolol "Accord" 10 mg Filmtabl.	G	C07AB07	207
	Bisoprolol "Arcana" 5 mg Filmtabl.	G	C07AB07	207
	Bisoprolol "Arcana" 10 mg Filmtabl.	G	C07AB07	207
	Bisoprolol "ratiopharm" 5 mg Tabl.	G	C07AB07	207
	Bisoprolol "ratiopharm" 10 mg Tabl.	G	C07AB07	207
	Bisoprolol "Sandoz" 1,25 mg Filmtabl.	G	C07AB07	206
	Bisoprolol "Sandoz" 2,5 mg Filmtabl.	G	C07AB07	206
	Bisoprolol "Sandoz" 5 mg Filmtabl.	G	C07AB07	207
	Bisoprolol "Sandoz" 10 mg Filmtabl.	G	C07AB07	207
	Bisoprolol/HCT "Arcana" 5 mg/12,5 mg Filmtabl.	G	C07BB07	209
	Bisostad 5 mg Filmtabl.	G	C07AB07	207
	Bisostad 10 mg Filmtabl.	G	C07AB07	207
	Bisostad plus 5 mg/12,5 mg Filmtabl.	G	C07BB07	209
	Blopress 4 mg Tabl.	G	C09CA06	218
	Blopress 8 mg Tabl.	G	C09CA06	218
	Blopress 16 mg Tabl.	G	C09CA06	218
	Blopress 32 mg Tabl.	G	C09CA06	218
	Blopress Plus 8 mg/12,5 mg Tabl.	G	C09DA06	220
	Blopress Plus 16 mg/12,5 mg Tabl.	G	C09DA06	220
	Blopress Plus 32 mg/12,5 mg Tabl.	G	C09DA06	220
	Blopress Plus 32 mg/25 mg Tabl.	G	C09DA06	221
IND	Bondronat 6 mg Konz. zur Herst. einer Inf.lsg.	G	M05BA06	292
IND	Bondronat 50 mg Filmtabl.	G	M05BA06	292
IND	Bonviva 3 mg Inj.lsg. Fertigspr.	G	M05BA06	292
RE2	Bosentan "Accord" 62,5 mg Filmtabl.	Y	C02KX01	422
RE2	Bosentan "Accord" 125 mg Filmtabl.	Y	C02KX01	422
RE2	Bosentan "Reddy" 62,5 mg Filmtabl.	Y	C02KX01	422
RE2	Bosentan "Reddy" 125 mg Filmtabl.	Y	C02KX01	423
RE1	Braftovi 50 mg Hartkaps.	Y	L01EC03	480
RE1	Braftovi 75 mg Hartkaps.	Y	L01EC03	480
IND	Bretaris Genuair 322 mcg Plv. zur Inh.	G	R03BB05	359
	Bricanyl 0,5 mg Amp.	G	R03CC03	359
RE1	Brilique 90 mg Filmtabl.	Y	B01AC24	397
IND	Brimica Genuair 340 mcg/12 mcg Plv. zur Inh.	G	R03AL05	356
	Brimogen 2 mg/ml Augentropf.	G	S01EA05	366
	Brimonidin "Arcana" 2 mg/ml Augentropf.	G	S01EA05	366
	Brinzolamid "Stada" 10 mg/ml Augentropf.susp.	G	S01EC04	366
	Brinzo-Vision 10 mg/ml Augentropf.susp.	G	S01EC04	366
IND	Brivudin "Aristo" 125 mg Tabl.	G	J05AB15	262
	Bromazepam "Genericon" 3 mg Filmtabl.	G	N05BA08	336
	Bromazepam "Genericon" 6 mg Filmtabl.	G	N05BA08	336
F14	Broncho-Vaxom 3,5 mg Kaps. f. Kinder.	G	L03AX	272
	Broncho-Vaxom 7 mg Kaps. f. Erw.	G	L03AX	273
	Brufen 600 mg Filmtabl.	G	M01AE01	287
RE1	Brukinsa 80 mg Hartkaps. (EM)	Y	L01EL03	488
	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 12 mg Sublingualtabl.	Y	N07BC01	575
RE1	Bupensan 16 mg Sublingualtabl.	Y	N07BC01	576

KASS	Bezeichnung	Box	ATC	Seite
RE1	Bupensan 2 mg Sublingualtabl.....	Y	N07BC01	575
RE1	Bupensan 4 mg Sublingualtabl.....	Y	N07BC01	575
RE1	Bupensan 8 mg Sublingualtabl.....	Y	N07BC01	575
RE1	Bupensan Duo 2 mg/0,5 mg Sublingualtabl.....	Y	N07BC51	577
RE1	Bupensan Duo 4 mg/1 mg Sublingualtabl.....	Y	N07BC51	578
RE1	Bupensan Duo 8 mg/2 mg Sublingualtabl.....	Y	N07BC51	578
RE1	Buprenorphin "Hexal" 2 mg Sublingualtabl.....	Y	N07BC01	575
RE1	Buprenorphin "Hexal" 8 mg Sublingualtabl.....	Y	N07BC01	575
IND	Buprenorphin "ratiopharm" 5 mcg/h transdermales Pflaster.....	G	N02AE01	299
IND	Buprenorphin "ratiopharm" 10 mcg/h transdermales Pflaster.....	G	N02AE01	300
IND	Buprenorphin "ratiopharm" 20 mcg/h transdermales Pflaster.....	G	N02AE01	300
IND	Buprenorphin "ratiopharm" 35 mcg/h transdermales Pflaster.....	G	N02AE01	300
IND	Buprenorphin "ratiopharm" 52,5 mcg/h transdermales Pflaster.....	G	N02AE01	300
IND	Buprenorphin "ratiopharm" 70 mcg/h transdermales Pflaster.....	G	N02AE01	300
IND	Buprenorphin "Stada" 35 mcg/h transdermales Pflaster.....	G	N02AE01	300
IND	Buprenorphin "Stada" 52,5 mcg/h transdermales Pflaster.....	G	N02AE01	300
IND	Buprenorphin "Stada" 70 mcg/h transdermales Pflaster.....	G	N02AE01	300
IND	Bupretec 35 mcg/h transdermales Matrixpflaster.....	G	N02AE01	300
IND	Bupretec 52,5 mcg/h transdermales Matrixpflaster.....	G	N02AE01	300
IND	Bupretec 70 mcg/h transdermales Matrixpflaster.....	G	N02AE01	300
	Bupropion "+pharma" 150 mg Tabl. mit veränderter Wirkstofffreisetzung.....	G	N06AX12	344
	Bupropion "Genericon" 150 mg Tabl. mit veränderter Wirkstofffreisetzung.....	G	N06AX12	344
	Bupropion "neuraxpharm" 150 mg Tabl. mit veränderter Wirkstofffreisetzung.....	G	N06AX12	344
	Bupropion "neuraxpharm" 300 mg Tabl. mit veränderter Wirkstofffreisetzung.....	G	N06AX12	344
	Bupropion "ratiopharm" 150 mg Tabl. mit veränderter Wirkstofffreisetzung.....	G	N06AX12	344
	Bupropion "ratiopharm" 300 mg Tabl. mit veränderter Wirkstofffreisetzung.....	G	N06AX12	344
	Burinex 1 mg Tabl.....	G	C03CA02	200
	Buronil 25 mg Filmtabl.....	G	N05AD03	322
	Buronil 50 mg Filmtabl.....	G	N05AD03	322
	Buscapina 20 mg/1 ml Amp.....	G	A03BB01	169
RE1	Buvidal 8 mg Depot-Inj.lsg. ^{PM}	Y	N07BC01	575
RE1	Buvidal 16 mg Depot-Inj.lsg. ^{PM}	Y	N07BC01	576
RE1	Buvidal 24 mg Depot-Inj.lsg. ^{PM}	Y	N07BC01	576
RE1	Buvidal 32 mg Depot-Inj.lsg. ^{PM}	Y	N07BC01	576
RE1	Buvidal 64 mg Depot-Inj.lsg. ^{PM}	Y	N07BC01	576
RE1	Buvidal 96 mg Depot-Inj.lsg. ^{PM}	Y	N07BC01	576
RE1	Buvidal 128 mg Depot-Inj.lsg. ^{PM}	Y	N07BC01	576
RE1	Buvidal 160 mg Depot-Inj.lsg. ^{PM}	Y	N07BC01	576
	Cabaseril 1 mg Tabl.....	G	N04BC06	321
	Cabaseril 2 mg Tabl.....	G	N04BC06	321
	Caduet 5 mg/10 mg Filmtabl.....	G	C10BX03	229

KASS	Bezeichnung	Box	ATC	Seite
	Caduet 10 mg/10 mg Filmtabl.	G	C10BX03	229
	Calciduran Vit. D3 500 mg/800 IE Filmtabl.	G	A12AX	182
	Calcium "Fresenius" Amp.	G	A12AA20	182
IND	Calciumacetat "Medice" 500 mg Filmtabl.	G	V03AE07	371
IND	Calciumacetat "Medice" 700 mg Filmtabl.	G	V03AE07	371
IND	Calciumfolinat "Ebewe" 15 mg Kaps.	G	V03AF03	371
	Cal-D-Vita Kautabl.	G	A12AX	182
	Calmolan retard 0,26 mg Tabl.	G	N04BC05	319
	Calmolan retard 0,52 mg Tabl.	G	N04BC05	320
	Calmolan retard 1,05 mg Tabl.	G	N04BC05	320
	Calmolan retard 2,1 mg Tabl.	G	N04BC05	320
	Calmolan retard 3,15 mg Tabl.	G	N04BC05	321
RE1	Calquence 100 mg Filmtabl. ^{PM}	Y	L01EL02	488
P	Campral Filmtabl.	G	N07BB03	350
	CandAm 8 mg/5 mg Hartkaps.	G	C09DB07	222
	CandAm 16 mg/5 mg Hartkaps.	G	C09DB07	222
	CandAm 16 mg/10 mg Hartkaps.	G	C09DB07	222
	Candeblo 8 mg Tabl.	G	C09CA06	218
	Candeblo 16 mg Tabl.	G	C09CA06	218
	Candeblo 32 mg Tabl.	G	C09CA06	218
	Candeblo Amlo 8 mg/5 mg Tabl.	G	C09DB07	222
	Candeblo Amlo 16 mg/5 mg Tabl.	G	C09DB07	222
	Candeblo Amlo 16 mg/10 mg Tabl.	G	C09DB07	222
	Candeblo plus 8 mg/12,5 mg Tabl.	G	C09DA06	220
	Candeblo plus 16 mg/12,5 mg Tabl.	G	C09DA06	220
	Candeblo plus 32 mg/12,5 mg Tabl.	G	C09DA06	220
	Candeblo plus 32 mg/25 mg Tabl.	G	C09DA06	221
	Candecam 8 mg/5 mg Tabl.	G	C09DB07	222
	Candecam 16 mg/5 mg Tabl.	G	C09DB07	222
	Candecam 16 mg/10 mg Tabl.	G	C09DB07	222
	Candesarcomp 8 mg/12,5 mg Tabl.	G	C09DA06	220
	Candesarcomp 16 mg/12,5 mg Tabl.	G	C09DA06	220
	Candesartan "+pharma" 8 mg Tabl.	G	C09CA06	218
	Candesartan "+pharma" 16 mg Tabl.	G	C09CA06	218
	Candesartan "+pharma" 32 mg Tabl.	G	C09CA06	218
	Candesartan "1A Pharma" 4 mg Tabl.	G	C09CA06	218
	Candesartan "1A Pharma" 8 mg Tabl.	G	C09CA06	218
	Candesartan "1A Pharma" 16 mg Tabl.	G	C09CA06	218
	Candesartan "1A Pharma" 32 mg Tabl.	G	C09CA06	218
	Candesartan "Actavis" 4 mg Tabl.	G	C09CA06	218
	Candesartan "Actavis" 8 mg Tabl.	G	C09CA06	218
	Candesartan "Actavis" 16 mg Tabl.	G	C09CA06	218
	Candesartan "Actavis" 32 mg Tabl.	G	C09CA06	218
	Candesartan "A-med" 8 mg Tabl.	G	C09CA06	218
	Candesartan "A-med" 16 mg Tabl.	G	C09CA06	218
	Candesartan "A-med" 32 mg Tabl.	G	C09CA06	218
	Candesartan "G.L." 8 mg Tabl.	G	C09CA06	218
	Candesartan "G.L." 16 mg Tabl.	G	C09CA06	218
	Candesartan "G.L." 32 mg Tabl.	G	C09CA06	218
	Candesartan "Genericon" 8 mg Tabl.	G	C09CA06	218
	Candesartan "Genericon" 16 mg Tabl.	G	C09CA06	218
	Candesartan "Genericon" 32 mg Tabl.	G	C09CA06	218

KASS	Bezeichnung	Box	ATC	Seite
	Candesartan "Krka" 4 mg Tabl.....	G	C09CA06.....	218
	Candesartan "Krka" 8 mg Tabl.....	G	C09CA06.....	218
	Candesartan "Krka" 16 mg Tabl.....	G	C09CA06.....	218
	Candesartan "Krka" 32 mg Tabl.....	G	C09CA06.....	218
	Candesartan "ratiopharm" 4 mg Tabl.....	G	C09CA06.....	218
	Candesartan "ratiopharm" 8 mg Tabl.....	G	C09CA06.....	218
	Candesartan "ratiopharm" 16 mg Tabl.....	G	C09CA06.....	218
	Candesartan "ratiopharm" 32 mg Tabl.....	G	C09CA06.....	218
	Candesartan "Sandoz" 4 mg Tabl.....	G	C09CA06.....	218
	Candesartan "Sandoz" 8 mg Tabl.....	G	C09CA06.....	218
	Candesartan "Sandoz" 16 mg Tabl.....	G	C09CA06.....	218
	Candesartan "Sandoz" 32 mg Tabl.....	G	C09CA06.....	218
	Candesartan "Stada" 4 mg Tabl.....	G	C09CA06.....	218
	Candesartan "Stada" 8 mg Tabl.....	G	C09CA06.....	218
	Candesartan "Stada" 16 mg Tabl.....	G	C09CA06.....	218
	Candesartan "Stada" 32 mg Tabl.....	G	C09CA06.....	218
	Candesartan/Amlodipin "Sandoz" 8 mg/5 mg Hartkaps.....	G	C09DB07.....	222
	Candesartan/Amlodipin "Sandoz" 8 mg/10 mg Hartkaps.....	G	C09DB07.....	222
	Candesartan/Amlodipin "Sandoz" 16 mg/5 mg Hartkaps.....	G	C09DB07.....	222
	Candesartan/Amlodipin "Sandoz" 16 mg/10 mg Hartkaps.....	G	C09DB07.....	222
	Candesartan/HCT "+pharma" 8 mg/12,5 mg Tabl.....	G	C09DA06.....	220
	Candesartan/HCT "+pharma" 16 mg/12,5 mg Tabl.....	G	C09DA06.....	220
	Candesartan/HCT "1A Pharma" 8 mg/12,5 mg Tabl.....	G	C09DA06.....	220
	Candesartan/HCT "1A Pharma" 16 mg/12,5 mg Tabl.....	G	C09DA06.....	220
	Candesartan/HCT "1A Pharma" 32 mg/12,5 mg Tabl.....	G	C09DA06.....	220
	Candesartan/HCT "1A Pharma" 32 mg/25 mg Tabl.....	G	C09DA06.....	221
	Candesartan/HCT "Actavis" 8 mg/12,5 mg Tabl.....	G	C09DA06.....	220
	Candesartan/HCT "Actavis" 16 mg/12,5 mg Tabl.....	G	C09DA06.....	220
	Candesartan/HCT "Actavis" 32 mg/12,5 mg Tabl.....	G	C09DA06.....	220
	Candesartan/HCT "Actavis" 32 mg/25 mg Tabl.....	G	C09DA06.....	221
	Candesartan/HCT "G.L." 8 mg/12,5 mg Tabl.....	G	C09DA06.....	220
	Candesartan/HCT "G.L." 16 mg/12,5 mg Tabl.....	G	C09DA06.....	220
	Candesartan/HCT "G.L." 32 mg/12,5 mg Tabl.....	G	C09DA06.....	220
	Candesartan/HCT "G.L." 32 mg/25 mg Tabl.....	G	C09DA06.....	221
	Candesartan/HCT "Krka" 8 mg/12,5 mg Tabl.....	G	C09DA06.....	220
	Candesartan/HCT "Krka" 16 mg/12,5 mg Tabl.....	G	C09DA06.....	220
	Candesartan/HCT "Krka" 32 mg/12,5 mg Tabl.....	G	C09DA06.....	220
	Candesartan/HCT "Krka" 32 mg/25 mg Tabl.....	G	C09DA06.....	221
	Candesartan/HCT "ratiopharm" 8 mg/12,5 mg Tabl.....	G	C09DA06.....	220
	Candesartan/HCT "ratiopharm" 16 mg/12,5 mg Tabl.....	G	C09DA06.....	220
	Candesartan/HCT "ratiopharm" 32 mg/12,5 mg Tabl.....	G	C09DA06.....	221
	Candesartan/HCT "ratiopharm" 32 mg/25 mg Tabl.....	G	C09DA06.....	221
	Candesartan/HCT "Sandoz" 8 mg/12,5 mg Tabl.....	G	C09DA06.....	220
	Candesartan/HCT "Sandoz" 16 mg/12,5 mg Tabl.....	G	C09DA06.....	220
	Candesartan/HCT "Sandoz" 32 mg/12,5 mg Tabl.....	G	C09DA06.....	221
	Candesartan/HCT "Sandoz" 32 mg/25 mg Tabl.....	G	C09DA06.....	221
	Candesartan/HCT "Stada" 8 mg/12,5 mg Tabl.....	G	C09DA06.....	220
	Candesartan/HCT "Stada" 16 mg/12,5 mg Tabl.....	G	C09DA06.....	220
	Candesartan/HCT "Stada GmbH" 32 mg/12,5 mg Tabl.....	G	C09DA06.....	221
	Candesartan/HCT "Stada GmbH" 32 mg/25 mg Tabl.....	G	C09DA06.....	221
	Candibene 1 % Creme.....	G	D01AC01.....	230
	Candio Hermal soft Paste.....	G	D01AA01.....	230

KASS	Bezeichnung	Box	ATC	Seite
	Capecel 150 mg Filmtabl.....	G	L01BC06	264
	Capecel 500 mg Filmtabl.....	G	L01BC06	264
	Capecitabin "Accord" 150 mg Filmtabl.....	G	L01BC06	264
	Capecitabin "Accord" 500 mg Filmtabl.....	G	L01BC06	264
	Capecitabin "Sandoz" 150 mg Filmtabl.....	G	L01BC06	264
	Capecitabin "Sandoz" 500 mg Filmtabl.....	G	L01BC06	264
	Carvedilol "+pharma" 12,5 mg Filmtabl.....	G	C07AG02.....	208
	Carvedilol "+pharma" 25 mg Filmtabl.....	G	C07AG02.....	208
	Carvedilol "1A Pharma" 6,25 mg Tabl.....	G	C07AG02.....	208
	Carvedilol "1A Pharma" 12,5 mg Tabl.....	G	C07AG02.....	208
	Carvedilol "1A Pharma" 25 mg Tabl.....	G	C07AG02.....	208
	Carvedilol "Alternova" 6,25 mg Tabl.....	G	C07AG02.....	208
	Carvedilol "Alternova" 12,5 mg Tabl.....	G	C07AG02.....	208
	Carvedilol "Alternova" 25 mg Tabl.....	G	C07AG02.....	208
	Carvedilol "Genericon" 6,25 mg Filmtabl.....	G	C07AG02.....	208
	Carvedilol "Genericon" 12,5 mg Filmtabl.....	G	C07AG02.....	208
	Carvedilol "Genericon" 25 mg Filmtabl.....	G	C07AG02.....	208
	Carvedilol "Hexal" 6,25 mg Tabl.....	G	C07AG02.....	208
	Carvedilol "Hexal" 12,5 mg Tabl.....	G	C07AG02.....	208
	Carvedilol "Hexal" 25 mg Tabl.....	G	C07AG02.....	208
	Carvedilol "Hexal" 50 mg Tabl.....	G	C07AG02.....	208
	Carvedilol "ratiopharm" 6,25 mg Tabl.....	G	C07AG02.....	208
	Carvedilol "ratiopharm" 12,5 mg Tabl.....	G	C07AG02.....	208
	Carvedilol "ratiopharm" 25 mg Tabl.....	G	C07AG02.....	208
	Carvedilol "Sandoz" 6,25 mg Tabl.....	G	C07AG02.....	208
	Carvedilol "Sandoz" 12,5 mg Tabl.....	G	C07AG02.....	208
	Carvedilol "Sandoz" 25 mg Tabl.....	G	C07AG02.....	208
	Carvedilol "Stada" 6,25 mg Tabl.....	G	C07AG02.....	208
	Carvedilol "Stada" 12,5 mg Tabl.....	G	C07AG02.....	208
	Carvedilol "Stada" 25 mg Tabl.....	G	C07AG02.....	208
	Casodex 50 mg Filmtabl.....	G	L02BB03.....	270
	Casodex 150 mg Filmtabl.....	G	L02BB03.....	270
	Catapresan 0,15 mg/ml Amp.....	G	C02AC01.....	198
	Catapresan 0,15 mg Tabl.....	G	C02AC01.....	198
	Cathejell Diphenhydramin 1 %/Chlorhexidin 0,05 % Gel.....	G	N01BX.....	294
RE2	Cathejell Diphenhydramin 1 %/Chlorhexidin 0,05 % Gel.....	Y	N01BX.....	540
RE2	Cathejell Diphenhydramin 1 %/Chlorhexidin 0,05 % Gel (in Tuben).....	Y	N01BX.....	540
	Cathejell Lidocain 2 % Gel.....	G	N01BB02.....	293
	Cathejell Lidocain 2 %/Chlorhexidin 0,05 % Gel.....	G	N01BB52.....	294
RE2	Cathejell Lidocain 2 %/Chlorhexidin 0,05 % Gel.....	Y	N01BB52.....	540
	Ceclor 500 mg Filmtabl.....	G	J01DC04.....	254
	Ceclor 750 mg Filmtabl.....	G	J01DC04.....	255
F14	Ceclor 125 mg/5 ml Gran. f. orale Susp.....	G	J01DC04.....	254
F14	Ceclor 250 mg/5 ml Gran. f. orale Susp.....	G	J01DC04.....	254
F14	Ceclor forte 375 mg/5 ml Gran. f. orale Susp.....	G	J01DC04.....	254
	Cefastad 500 mg Kaps.....	G	J01DC04.....	254
F14	Cefastad 250 mg/5 ml Trockensaft.....	G	J01DC04.....	254
	Cefuroxim "1A Pharma" 250 mg Filmtabl.....	G	J01DC02.....	254
	Cefuroxim "1A Pharma" 500 mg Filmtabl.....	G	J01DC02.....	254
	Cefuroxim "Sandoz" 250 mg Filmtabl.....	G	J01DC02.....	254
	Cefuroxim "Sandoz" 500 mg Filmtabl.....	G	J01DC02.....	254

KASS	Bezeichnung	Box	ATC	Seite
RE2	Celebrex 100 mg Hartkaps.....	Y	M01AH01	534
RE2	Celebrex 200 mg Hartkaps.....	Y	M01AH01	534
	Celecoxib "ratiopharm" 100 mg Hartkaps.	G	M01AH01	288
	Celecoxib "ratiopharm" 200 mg Hartkaps.	G	M01AH01	288
	Celecoxib "Viartis" 100 mg Hartkaps.....	G	M01AH01	288
	Celecoxib "Viartis" 200 mg Hartkaps.....	G	M01AH01	288
	Celestan Biphase Amp. 1 ml.....	G	H02AB01	246
	CellCept 500 mg Filmtabl.....	G	L04AA06.....	273
RE2	CellCept 1 g/5 ml Plv. zur Herst. einer Susp. zum Einnehmen	Y	L04AA06.....	506
RE1	Celsentri 150 mg Filmtabl.....	Y	J05AX09.....	472
RE1	Celsentri 300 mg Filmtabl.....	Y	J05AX09.....	472
	Cenipres 10 mg/20 mg Tabl.....	G	C09BB06.....	216
	Ceolat 1 mg/ml Lsg. zum Einnehmen	G	A03FA01	169
	Cephalobene 500 mg Filmtabl.	G	J01DB01.....	254
	Cephalobene 1000 mg Filmtabl.	G	J01DB01.....	254
RE1	Cerdelga 84 mg Hartkaps.	Y	A16AX10	392
	Cerebokan Filmtabl.	G	N06DX02.....	350
RE1	Cerezyme 400 U Plv. für ein Konz. zur Herst. einer Inf.lsg. ...	Y	A16AB02.....	390
RE2	Certican 0,5 mg Tabl.....	Y	L04AA18.....	507
RE2	Certican 0,75 mg Tabl.....	Y	L04AA18.....	507
RE2	Certican 0,25 mg Tabl. zur Herst. einer Susp.	Y	L04AA18.....	507
	Cetiristad 10 mg Filmtabl.....	G	R06AE07.....	362
	Cetirizin "Actavis" 10 mg Filmtabl.....	G	R06AE07.....	362
	Cetirizin "Genericon" 10 mg Filmtabl.....	G	R06AE07.....	362
	Cetirizin "ratiopharm" 10 mg Filmtabl.....	G	R06AE07.....	362
	Cetirizin "Sandoz" 10 mg Filmtabl.....	G	R06AE07.....	362
RE1	Cholestagel 625 mg Filmtabl.....	Y	C10AC04.....	428
	Cholib 145 mg/20 mg Filmtabl.....	G	C10BA04.....	228
	Cholib 145 mg/40 mg Filmtabl.....	G	C10BA04.....	228
RE2	Cibinqo 50 mg Filmtabl. (CM).....	Y	D11AH08.....	441
RE2	Cibinqo 100 mg Filmtabl. (CM).....	Y	D11AH08.....	441
RE2	Cibinqo 200 mg Filmtabl. (CM).....	Y	D11AH08.....	441
	Ciflox 250 mg Filmtabl.....	G	J01MA02.....	257
	Ciflox 500 mg Filmtabl.....	G	J01MA02.....	257
	Ciloxan Augentropf.....	G	S01AE03.....	364
	Cimetidin "Genericon" 400 mg Filmtabl.....	G	A02BA01.....	163
	Cimetidin "Genericon" 800 mg Filmtabl.....	G	A02BA01.....	164
RE1	Cimzia 200 mg Inj.lsg.....	Y	L04AB05.....	523
IND	Cinacalcet "Accordpharma" 30 mg Filmtabl.	G	H05BX01.....	250
IND	Cinacalcet "Accordpharma" 60 mg Filmtabl.	G	H05BX01.....	250
IND	Cinacalcet "Accordpharma" 90 mg Filmtabl.	G	H05BX01.....	251
IND	Cinacalcet "Aristo" 30 mg Filmtabl.	G	H05BX01.....	250
IND	Cinacalcet "Aristo" 60 mg Filmtabl.	G	H05BX01.....	250
IND	Cinacalcet "Aristo" 90 mg Filmtabl.	G	H05BX01.....	251
IND	Cinacalcet "ratiopharm" 30 mg Filmtabl.	G	H05BX01.....	250
IND	Cinacalcet "ratiopharm" 60 mg Filmtabl.	G	H05BX01.....	250
IND	Cinacalcet "ratiopharm" 90 mg Filmtabl.	G	H05BX01.....	251
IND	Cinacalcet "Reddy" 30 mg Filmtabl.	G	H05BX01.....	250
IND	Cinacalcet "Reddy" 60 mg Filmtabl.	G	H05BX01.....	250
IND	Cinacalcet "Reddy" 90 mg Filmtabl.	G	H05BX01.....	251
IND	Cinacalcet "Stada" 30 mg Filmtabl.	G	H05BX01.....	250

KASS	Bezeichnung	Box	ATC	Seite
IND	Cinacalcet "Stada" 60 mg Filmtabl.	G	H05BX01	250
IND	Cinacalcet "Stada" 90 mg Filmtabl.	G	H05BX01	251
IND	Cinglan 30 mg Filmtabl.	G	H05BX01	250
IND	Cinglan 60 mg Filmtabl.	G	H05BX01	250
IND	Cinglan 90 mg Filmtabl.	G	H05BX01	251
RE1	Cinquaero 10 mg/ml Konz. zur Herst. einer Inf.lsg. (EM).....	Y	R03DX08	583
RE1	Cinryze 500 IE Plv. und Lsgm. zur Herst. einer Inj.lsg.	Y	B06AC01	418
	CipraleX 5 mg Filmtabl.	G	N06AB10	341
	CipraleX 10 mg Filmtabl.	G	N06AB10	341
	Ciprofloxacin "+pharma" 250 mg Filmtabl.	G	J01MA02	257
	Ciprofloxacin "+pharma" 500 mg Filmtabl.	G	J01MA02	258
	Ciprofloxacin "1A Pharma" 250 mg Filmtabl.	G	J01MA02	257
	Ciprofloxacin "1A Pharma" 500 mg Filmtabl.	G	J01MA02	258
	Ciprofloxacin "Krka" 250 mg Filmtabl.	G	J01MA02	257
	Ciprofloxacin "Krka" 500 mg Filmtabl.	G	J01MA02	258
	Ciprofloxacin "ratiopharm" 250 mg Filmtabl.	G	J01MA02	257
	Ciprofloxacin "ratiopharm" 500 mg Filmtabl.	G	J01MA02	258
	Ciprofloxacin "Sandoz" 250 mg Filmtabl.	G	J01MA02	257
	Ciprofloxacin "Sandoz" 500 mg Filmtabl.	G	J01MA02	258
	CiproMed 250 mg Filmtabl.	G	J01MA02	257
	CiproMed 500 mg Filmtabl.	G	J01MA02	258
	Ciprostad 250 mg Filmtabl.	G	J01MA02	257
	Ciprostad 500 mg Filmtabl.	G	J01MA02	258
	Ciproxin 500 mg Filmtabl.	G	J01MA02	258
D	Ciscutan 5 mg Kaps.	G	D10BA01	237
D	Ciscutan 10 mg Kaps.	G	D10BA01	237
D	Ciscutan 20 mg Kaps.	G	D10BA01	237
D	Ciscutan 30 mg Kaps.	G	D10BA01	237
D	Ciscutan 40 mg Kaps.	G	D10BA01	237
	Cisordinol Depot 200 mg Amp.	G	N05AF05	324
	Cisordinol Depot 500 mg Amp.	G	N05AF05	324
	Cisordinol 2 mg Filmtabl.	G	N05AF05	324
	Cisordinol 10 mg Filmtabl.	G	N05AF05	324
	Cisordinol 25 mg Filmtabl.	G	N05AF05	324
	Citalopram "+pharma" 20 mg Filmtabl.	G	N06AB04	339
	Citalopram "+pharma" 40 mg Filmtabl.	G	N06AB04	339
	Citalopram "1A Pharma" 20 mg Filmtabl.	G	N06AB04	339
	Citalopram "G.L." 10 mg Filmtabl.	G	N06AB04	338
	Citalopram "G.L." 20 mg Filmtabl.	G	N06AB04	339
	Citalopram "G.L." 40 mg Filmtabl.	G	N06AB04	339
	Citalopram "Genericon" 10 mg Filmtabl.	G	N06AB04	338
	Citalopram "Genericon" 20 mg Filmtabl.	G	N06AB04	339
	Citalopram "Genericon" 40 mg Filmtabl.	G	N06AB04	339
	Citalopram "Hexal" 20 mg Filmtabl.	G	N06AB04	339
	Citalopram "Hexal" 30 mg Filmtabl.	G	N06AB04	339
	Citalopram "Hexal" 40 mg Filmtabl.	G	N06AB04	339
	Citalopram "ratiopharm" 10 mg Filmtabl.	G	N06AB04	339
	Citalopram "ratiopharm" 20 mg Filmtabl.	G	N06AB04	339
	Citalopram "ratiopharm" 40 mg Filmtabl.	G	N06AB04	339
	Citalostad 10 mg Filmtabl.	G	N06AB04	339
	Citalostad 20 mg Filmtabl.	G	N06AB04	339
	Citalostad 40 mg Filmtabl.	G	N06AB04	339

KASS	Bezeichnung	Box	ATC	Seite
	Clarelux 500 mcg/g Schaum zur Anw. auf der Haut	G	D07AD01	235
	Clarithromycin "1A Pharma" 250 mg Filmtabl.	G	J01FA09	256
	Clarithromycin "1A Pharma" 500 mg Filmtabl.	G	J01FA09	256
	Clarithromycin "Accord" 250 mg Filmtabl.	G	J01FA09	256
	Clarithromycin "Accord" 500 mg Filmtabl.	G	J01FA09	256
	Clarithromycin "ratiopharm GmbH" 250 mg Filmtabl.....	G	J01FA09	256
	Clarithromycin "ratiopharm GmbH" 500 mg Filmtabl.....	G	J01FA09	256
	Clarithromycin "Sandoz" 250 mg Filmtabl.	G	J01FA09	256
	Clarithromycin "Sandoz" 500 mg Filmtabl.	G	J01FA09	256
F14	Clarithromycin "Sandoz" 125 mg/5 ml Gran. f. orale Susp....	G	J01FA09	256
F14	Clarithromycin "Sandoz" 250 mg/5 ml Gran. f. orale Susp....	G	J01FA09	256
	Clarithromycin "Stada" 250 mg Filmtabl.	G	J01FA09	256
	Clarithromycin "Stada" 500 mg Filmtabl.	G	J01FA09	256
	Clavamox 875 mg/125 mg Filmtabl.	G	J01CR02	253
	Clavamox 1 g Gran. zur Herst. einer Susp. zum Einnehmen	G	J01CR02	254
F14	Clavamox Duo Trockensaft	G	J01CR02	253
	Claversal 500 mg Filmtabl.	G	A07EC02	173
	Claversal 250 mg Zäpf.	G	A07EC02	173
	Claversal 500 mg Zäpf.	G	A07EC02	173
	Clindac "Sandoz" 450 mg Filmtabl.	G	J01FF01	257
	Clindac "Sandoz" 600 mg Filmtabl.	G	J01FF01	257
	Clindac "Sandoz" 150 mg Kaps.	G	J01FF01	257
	Clindac "Sandoz" 300 mg Kaps.	G	J01FF01	257
	Clindamycin "1A Pharma" 450 mg Filmtabl.....	G	J01FF01	257
	Clindamycin "1A Pharma" 600 mg Filmtabl.....	G	J01FF01	257
	Clindamycin "1A Pharma" 300 mg Kaps.	G	J01FF01	257
	Clindamycin-MIP 300 mg Filmtabl.....	G	J01FF01	257
	Clindamycin-MIP 600 mg Filmtabl.....	G	J01FF01	257
	Clindamycin "ratiopharm" 300 mg Kaps.	G	J01FF01	257
	Clobex 500 mcg/g Shampoo	G	D07AD01	235
F	Clomiphen "Arcana" Tabl.	G	G03GB02	241
IND	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
IND	Clopidogrel "Stada" 75 mg Filmtabl.....	G	B01AC04	185
	Clopidogrel "Zentiva" 75 mg Filmtabl.	G	B01AC04	185
	Clozapin "Accord" 25 mg Tabl.....	G	N05AH02	324
	Clozapin "Accord" 100 mg Tabl.....	G	N05AH02	324
	Co-Acetan mite Tabl.....	G	C09BA03	214
	Co-Acetan Tabl.	G	C09BA03	215
	Codidol retard 60 mg Filmtabl.	G	N02AA08	297
	Codidol retard 90 mg Filmtabl.	G	N02AA08	297
	Codidol retard 120 mg Filmtabl.	G	N02AA08	297
	Co-Dilatrend Filmtabl.....	G	C07BG	209
	Co-Diovan 80 mg/12,5 mg Filmtabl.....	G	C09DA03	219
	Co-Diovan 160 mg/12,5 mg forte Filmtabl.....	G	C09DA03	219
	Co-Diovan 160 mg/25 mg fortissimum Filmtabl.	G	C09DA03	219

KASS	Bezeichnung	Box	ATC	Seite
	Co-Enac Tabl.	G	C09BA02.....	214
	Co-Enalapril "1A Pharma" 20 mg/12,5 mg Tabl.	G	C09BA02.....	214
	Colchicin "Agepha" Tabl.	G	M04AC01	291
	Colchicin "Ysat" 0,5 mg Tabl.	G	M04AC01	291
	Coltab 1 mg Tabl.	G	M04AC01	291
	Coldargan Lsg.	G	R01AB05.....	352
	Coldistan Augentropf.	G	S01GA51.....	368
	Coldistan Nasentropf.	G	R01AB02.....	352
	Coldophthal Augentropf.	G	S01GA01.....	368
	Colidimin 400 mg Filmtabl.	G	A07AA11.....	172
	Co-Lisinostad 10 mg/12,5 mg Tabl.	G	C09BA03.....	214
	Co-Lisinostad 20 mg/12,5 mg Tabl.	G	C09BA03.....	214
	Co-Lisinostad 20 mg/25 mg Tabl.	G	C09BA03.....	215
	Colofac 135 mg Drag.	G	A03AA04.....	168
	Colofac retard 200 mg Kaps.	G	A03AA04.....	168
	Combantrin 250 mg Kautabl.	G	P02CC01.....	351
	Combantrin orale Susp.	G	P02CC01.....	351
	Combigan Augentropf.	G	S01ED51.....	367
RE2	Combivent Inh. Lsg. Einzeldosen	Y	R03AL02.....	580
RE2	Combivir 150 mg/300 mg Filmtabl.	Y	J05AR01.....	469
	Co-Mepiril Tabl.	G	C09BA02.....	214
RE1	Compensan retard 100 mg Filmtabl.	Y	N07BC.....	574
RE1	Compensan retard 200 mg Filmtabl.	Y	N07BC.....	575
RE1	Compensan retard 300 mg Filmtabl.	Y	N07BC.....	575
RE1	Competact 15 mg/850 mg Filmtabl.	Y	A10BD05.....	380
	Comtan 200 mg Filmtabl.	G	N04BX02.....	322
RE1	Concerta 18 mg Retardtabl.	Y	N06BA04.....	547
RE1	Concerta 36 mg Retardtabl.	Y	N06BA04.....	548
RE1	Concerta 54 mg Retardtabl.	Y	N06BA04.....	549
	Concor 5 mg Filmtabl.	G	C07AB07.....	207
	Concor 10 mg Filmtabl.	G	C07AB07.....	207
	Concor Cor 1,25 mg Filmtabl.	G	C07AB07.....	206
	Concor Cor 3,75 mg Filmtabl.	G	C07AB07.....	206
	Concor Cor 5 mg Filmtabl.	G	C07AB07.....	207
	Concor Cor 7,5 mg Filmtabl.	G	C07AB07.....	207
	Concor Cor 10 mg Filmtabl.	G	C07AB07.....	207
	Concor plus 5 mg/12,5 mg Filmtabl.	G	C07BB07.....	209
	Condylox 0,5 % Lsg. zur Anw. auf der Haut.	G	D06BB04.....	233
RE1	Constella 290 mcg Hartkaps. (PM)	Y	A06AX04.....	377
	Convulex 150 mg Kaps.	G	N03AG01.....	312
	Convulex 300 mg Kaps.	G	N03AG01.....	312
	Convulex 500 mg Kaps.	G	N03AG01.....	312
	Convulex 300 mg Retardtabl.	G	N03AG01.....	312
	Convulex 500 mg Retardtabl.	G	N03AG01.....	312
F14	Convulex 50 mg/ml Sirup f. Kind.	G	N03AG01.....	312
F14	Convulex 300 mg/ml Lsg. zum Einnehmen.	G	N03AG01.....	312
RE1	Copaxone 20 mg/ml Inj. Lsg. Fertigspr.	Y	L03AX13.....	505
RE2	Copaxone 40 mg/ml Inj. Lsg. Fertigspr. (PM)	Y	L03AX13.....	505
	Corbilta 50 mg/12,5 mg/200 mg Filmtabl.	G	N04BA03.....	318
	Corbilta 100 mg/25 mg/200 mg Filmtabl.	G	N04BA03.....	318
	Corbilta 150 mg/37,5 mg/200 mg Filmtabl.	G	N04BA03.....	318
	Co-Renistad 20 mg/12,5 mg Tabl.	G	C09BA02.....	214

KASS	Bezeichnung	Box	ATC	Seite
	Co-Renitec Tabl.	G	C09BA02	214
	Cortiment MMX 9 mg Retardtabl.	G	A07EA06	172
	Cosaar 50 mg Filmtabl.	G	C09CA01	217
	Cosaar/HCT 50 mg/12,5 mg Filmtabl.	G	C09DA01	219
RE1	Cosentyx 150 mg Inj.lsg. Fertigpen.	Y	L04AC10	529
RE1	Cosentyx 150 mg Inj.lsg. Fertigspr.	Y	L04AC10	529
RE2	Cosopt sine 20 mg/ml + 5 mg/ml Augentropf. Einzeldosen ..	Y	S01ED51	597
RE1	Cotellic 20 mg Filmtabl. (EM)	Y	L01EE02	483
RE2	Crestor 10 mg Filmtabl.	Y	C10AA07	428
RE2	Crestor 20 mg Filmtabl.	Y	C10AA07	428
RE1	Crestor 40 mg Filmtabl.	Y	C10AA07	428
D	Curatoderm 4 mcg/g Emulsion zur Anw. auf der Haut.	G	D05AX04	232
D	Curatoderm Salbe	G	D05AX04	232
RE1	Cuvitru 200 mg/ml Inj.lsg. zur subkutanen Anw. (2 g/10 ml) .	Y	J06BA01	473
RE1	Cuvitru 200 mg/ml Inj.lsg. zur subkutanen Anw. (4 g/20 ml) .	Y	J06BA01	473
RE1	Cuvitru 200 mg/ml Inj.lsg. zur subkutanen Anw. (8 g/40 ml) .	Y	J06BA01	473
D	CycloPel 300 mg Kaps.	G	J01AA04	251
	Cyklokapron 100 mg/ml Inj.lsg.	G	B02AA02	186
	Cyklokapron 500 mg Filmtabl.	G	B02AA02	186
IND	Cyprostol Tabl.	G	A02BB01	164
	Cystium 3 g Plv. zur Herst. einer Lsg. zum Einnehmen	G	J01XX01	259
IND	Dailiport 0,5 mg Hartkaps., retardiert	G	L04AD02	278
D	Daivobet 50 mcg/g + 0,5 mg/g Gel.	G	D05AX52	232
	Daktarin 2 % orales Gel	G	A01AB09	163
	Daktarin 2 % Creme	G	D01AC02	230
	Dalacin Vaginalcreme	G	G01AA10	238
	Dalacin Lotion	G	D10AF01	237
	Dalacin C 150 mg Kaps.	G	J01FF01	257
	Dalacin C 300 mg Kaps.	G	J01FF01	257
	Dancor 10 mg Tabl.	G	C01DX16	196
	Dancor 20 mg Tabl.	G	C01DX16	197
IND	Darunavir "Krka" 600 mg Filmtabl.	G	J05AE10	262
IND	Darunavir "Krka" 800 mg Filmtabl.	G	J05AE10	262
RE2	Darunavir "Mylan" 800 mg Filmtabl.	Y	J05AE10	460
RE2	Darunavir "ratiopharm" 800 mg Filmtabl.	Y	J05AE10	460
IND	Dasatinib "G.L." 20 mg Filmtabl.	G	L01EA02	265
IND	Dasatinib "G.L." 50 mg Filmtabl.	G	L01EA02	265
IND	Dasatinib "G.L." 80 mg Filmtabl.	G	L01EA02	265
IND	Dasatinib "G.L." 100 mg Filmtabl.	G	L01EA02	266
IND	Dasatinib "G.L." 140 mg Filmtabl.	G	L01EA02	266
	Dasselta 5 mg Filmtabl.	G	R06AX27	363
RE1	Daxas 250 mcg Tabl.	Y	R03DX07	582
RE1	Daxas 500 mcg Filmtabl.	Y	R03DX07	583
	Deanxit Filmtabl.	G	N06CA02	347
	Deca-Durabolin 50 mg/ml Inj.lsg.	G	A14AB01	183
	Decoderm Creme	G	D07AB07	234
	Decoderm comp. Creme	G	D07CB02	235
	Dedolor DRS 100 mg Kaps.	G	M01AB05	286
	Deferasirox "Accord" 90 mg Filmtabl.	G	V03AC03	370
	Deferasirox "Accord" 180 mg Filmtabl.	G	V03AC03	370
	Deferasirox "Accord" 360 mg Filmtabl.	G	V03AC03	370
	Deferasirox "G.L." 90 mg Filmtabl.	G	V03AC03	370

KASS	Bezeichnung	Box	ATC	Seite
	Deferasirox "G.L." 180 mg Filmtabl.	G	V03AC03.....	370
	Deferasirox "G.L." 360 mg Filmtabl.	G	V03AC03.....	370
	Deferasirox "ratiopharm" 90 mg Filmtabl.....	G	V03AC03.....	370
	Deferasirox "ratiopharm" 180 mg Filmtabl.....	G	V03AC03.....	370
	Deferasirox "ratiopharm" 360 mg Filmtabl.....	G	V03AC03.....	370
	Deflamat 50 mg Kaps.	G	M01AB05.....	285
	Deflamat DRS 75 mg Kaps.	G	M01AB05.....	285
	Deflamat retard 100 mg Kaps.	G	M01AB05.....	286
	Deflamat 2 % Gel	G	M02AA15.....	289
	Dehace retard 60 mg Filmtabl.	G	N02AA08.....	297
	Dehace retard 90 mg Filmtabl.	G	N02AA08.....	297
	Dehace retard 120 mg Filmtabl.	G	N02AA08.....	297
	Dekristolmin 20.000 IE/ml Tropf. zum Einnehmen	G	A11CC05.....	181
	Delpral Amp.....	G	N05AL03.....	329
	Delpral Tabl.	G	N05AL03.....	329
RE2	Delstrigo 100 mg/300 mg/245 mg Filmtabl.....	Y	J05AR24.....	471
	Delta Hädensa Zäpf.	G	C05AA04.....	204
	Depakine Chrono retard 300 mg Filmtabl.	G	N03AG01.....	312
	Depakine Chrono retard 500 mg Filmtabl.	G	N03AG01.....	312
F14	Depakine Chronosphere 50 mg Retardgran. Btl.	G	N03AG01.....	312
F14	Depakine Chronosphere 250 mg Retardgran. Btl.	G	N03AG01.....	312
F14	Depakine Chronosphere 500 mg Retardgran. Btl.	G	N03AG01.....	312
F14	Depakine 300 mg/ml Tropf.	G	N03AG01.....	312
P	Dependex 50 mg Filmtabl.	G	N07BB04.....	350
	Dermodrin Salbe	G	D04AA32.....	232
	Dermovate Creme	G	D07AD01.....	235
IND	Dermovate Creme	G	D07AD01.....	235
	Dermovate crinale Lsg.	G	D07AD01.....	235
	Dermovate Salbe.....	G	D07AD01.....	235
IND	Dermovate Salbe.....	G	D07AD01.....	235
	Desferal 500 mg Trockenstechamp.	G	V03AC01.....	370
	Desitin Salbe	G	D03AA.....	231
	Desloratadin "+pharma" 5 mg Filmtabl.....	G	R06AX27.....	363
	Desloratadin "Actavis" 5 mg Filmtabl.	G	R06AX27.....	363
	Desloratadin "Aristo" 5 mg Filmtabl.....	G	R06AX27.....	363
	Desloratadin "Genericon" 5 mg Filmtabl.	G	R06AX27.....	363
	Desloratadin "Sandoz" 5 mg Filmtabl.....	G	R06AX27.....	363
	Desloratadin "Stada" 5 mg Filmtabl.....	G	R06AX27.....	363
	Detrusan 5 mg Tabl.....	G	G04BD04.....	242
	Detrusitol 1 mg Filmtabl.....	G	G04BD07.....	242
	Detrusitol 2 mg Filmtabl.....	G	G04BD07.....	242
	Dexabene 4 mg Amp.....	G	H02AB02.....	246
	Dexagenta POS Augensalbe	G	S01CA01.....	365
	Dexagenta POS Augentropf.....	G	S01CA01.....	365
	Diabetex 500 mg Filmtabl.....	G	A10BA02.....	176
	Diabetex 850 mg Filmtabl.....	G	A10BA02.....	176
	Diabetex 1000 mg Filmtabl.....	G	A10BA02.....	176
	Diamicron MR 30 mg Tabl. mit veränderter Wirkstofffreisetzung.....	G	A10BB09.....	176
	Diamox 250 mg Tabl.	G	S01EC01.....	366
RE2	Dibenzylan 10 mg Kaps.	Y	C04AX02.....	425
	Dibondrin Amp.....	G	R06AA02.....	362

KASS	Bezeichnung	Box	ATC	Seite
	Dibondrin Drag.	G	R06AA02	362
F14	Dibondrin liquid.....	G	R06AA02	362
	Diclobene 75 mg Amp.	G	M01AB05	285
	Diclobene 50 mg Filmtabl.....	G	M01AB05	285
	Diclobene rapid 50 mg Filmtabl.....	G	M01AB05	285
	Diclobene retard 100 mg Kaps.....	G	M01AB05	286
	Diclobene UNO 150 mg Retardtabl.....	G	M01AB05	286
	Diclobene Gel.....	G	M02AA15	289
	Diclofenac "1A Pharma" retard 75 mg Tabl.....	G	M01AB05	285
	Diclofenac "G.L." 50 mg Filmtabl.....	G	M01AB05	285
	Diclofenac "G.L." retard 100 mg Filmtabl.	G	M01AB05	286
	Diclofenac "Genericon" 50 mg Filmtabl.....	G	M01AB05	285
	Diclofenac "Genericon" retard 100 mg Filmtabl.	G	M01AB05	286
	Diclofenac "S.Med" 50 mg Filmtabl.....	G	M01AB05	285
	Diclofenac "S.Med" retard 75 mg Tabl.	G	M01AB05	285
	Diclofenac "S.Med" retard 100 mg Tabl.	G	M01AB05	286
	Diclofenac "Sandoz" 50 mg Filmtabl.	G	M01AB05	285
	Diclofenac "Sandoz" rapid 50 mg Tabl. zur Herst. einer Susp. zum Einnehmen	G	M01AB05	285
	Diclofenac "Sandoz" 75 mg Retardtabl.	G	M01AB05	285
	Diclofenac "Sandoz" retard 100 mg Filmtabl.....	G	M01AB05	286
	Diclostad 50 mg Filmtabl.	G	M01AB05	285
	Diclostad 1 % Gel.....	G	M02AA15	289
	Diclo-Vision sine 1 mg/ml Augentropf. Einzeldosen.....	G	S01BC03	365
	Diclovit Kaps.....	G	M01AB55	286
	Differin Gel	G	D10AD03	236
F D	Diflucan 50 mg Kaps.	G	J02AC01	259
F D	Diflucan 100 mg Kaps.	G	J02AC01	259
F D	Diflucan 150 mg Kaps.	G	J02AC01	259
D	Diflucan 150 mg Kaps.	G	J02AC01	259
F D	Diflucan 200 mg Kaps.	G	J02AC01	260
RE2	Diflucan 10 mg/ml Trockensaft.....	Y	J02AC01	454
RE2	Diflucan 40 mg/ml Trockensaft.....	Y	J02AC01	454
F D	Difluzol 150 mg Kaps.	G	J02AC01	259
D	Difluzol 150 mg Kaps.	G	J02AC01	259
	Dilatrend 6,25 mg Tabl.	G	C07AG02	208
	Dilatrend 12,5 mg Tabl.	G	C07AG02	208
	Dilatrend 25 mg Tabl.	G	C07AG02	208
	Diltiazem "Genericon" retard 90 mg Filmtabl.	G	C08DB01	211
	Diltiazem "Genericon" retard 180 mg Filmtabl.	G	C08DB01	211
	Diltiazem "ratiopharm" 60 mg Tabl.	G	C08DB01	211
	Diltiazem "ratiopharm" retard 90 mg Filmtabl.....	G	C08DB01	211
RE2	Dimethylfumarat "Neuraxpharm" 120 mg magensaftresistente Hartkaps.....	Y	L04AX07	533
RE2	Dimethylfumarat "Neuraxpharm" 240 mg magensaftresistente Hartkaps.....	Y	L04AX07	533
	Dioscomb 500 mg Filmtabl.....	G	C05CA53	204
	Diovan 80 mg Filmtabl.....	G	C09CA03	217
	Diovan 160 mg Filmtabl.....	G	C09CA03	217
	Dipidolor Amp.	G	N02AC03	299
	Diproderm Creme.....	G	D07AC01	234
	Diproderm dermatol. Lsg.....	G	D07AC01	234

KASS	Bezeichnung	Box	ATC	Seite
	Diproderm Salbe	G	D07AC01	234
	Diproforte Salbe	G	D07AC01	234
	Diprogenta Creme	G	D07CC01	235
	Diprogenta Salbe	G	D07CC01	235
	Diprophos 1 ml Susp. z. Inj.	G	H02AB01	246
	Diprophos 2 ml Susp. z. Inj.	G	H02AB01	246
	Diprosalic dermatol. Lsg.	G	D07XC01	236
	Diprosalic Salbe	G	D07XC01	236
	Ditropan Tabl.	G	G04BD04	242
	Döderlein Med Vaginalkaps.	G	G02CX	239
	Dogmatil 50 mg Kaps.	G	N05AL01	329
	Dogmatil 200 mg Tabl.	G	N05AL01	329
	Dolgit 800 mg Filmtabl.	G	M01AE01	287
	Dolgit Creme	G	M02AA13	289
	Dominal forte 80 mg Filmtabl.	G	N05AX07	330
IND	Donepezil "+pharma" 5 mg Filmtabl.	G	N06DA02	347
IND	Donepezil "+pharma" 10 mg Filmtabl.	G	N06DA02	347
IND	Donepezil HCl "1A Pharma" 5 mg Filmtabl.	G	N06DA02	347
IND	Donepezil HCl "1A Pharma" 10 mg Filmtabl.	G	N06DA02	347
IND	Donepezil "Accord" 5 mg Filmtabl.	G	N06DA02	347
IND	Donepezil "Accord" 10 mg Filmtabl.	G	N06DA02	347
RE2	Donepezil "Actavis" 5 mg Filmtabl.	Y	N06DA02	553
RE2	Donepezil "Actavis" 10 mg Filmtabl.	Y	N06DA02	555
RE2	Donepezil "Bluefish" 5 mg Filmtabl.	Y	N06DA02	554
RE2	Donepezil "Bluefish" 10 mg Filmtabl.	Y	N06DA02	555
RE2	Donepezil "Genericon" 5 mg Filmtabl.	Y	N06DA02	554
RE2	Donepezil "Genericon" 10 mg Filmtabl.	Y	N06DA02	556
IND	Donepezil "Krka" 5 mg Filmtabl.	G	N06DA02	347
IND	Donepezil "Krka" 10 mg Filmtabl.	G	N06DA02	347
RE2	Donepezil "ratiopharm" 5 mg Filmtabl.	Y	N06DA02	554
RE2	Donepezil "ratiopharm" 10 mg Filmtabl.	Y	N06DA02	556
RE2	Donepezil HCl "Sandoz" 5 mg Filmtabl.	Y	N06DA02	554
RE2	Donepezil HCl "Sandoz" 10 mg Filmtabl.	Y	N06DA02	556
IND	Donepezil "Stada" 5 mg Filmtabl.	G	N06DA02	347
IND	Donepezil "Stada" 10 mg Filmtabl.	G	N06DA02	348
RE1	Doptelet 20 mg Filmtabl. (EM)	Y	B02BX08	408
	Dorzolamid 20 mg/ml Augentropf.	G	S01EC03	366
Au	Dorzastad 20 mg/ml + 5 mg/ml Augentropf.	G	S01ED51	367
	Dorzo-Vision 20 mg/ml Augentropf.	G	S01EC03	366
Au	DorzoComp-Vision 20 mg/ml + 5 mg/ml Augentropf.	G	S01ED51	367
Au	Dorzolamid + Timolol "1A Pharma" 20 mg/ml + 5 mg/ml Augentropf.	G	S01ED51	367
Au	Dorzolamid + Timolol "Viatrix" 20 mg/ml + 5 mg/ml Augentropf.	G	S01ED51	367
	Dostinex 0,5 mg Tabl.	G	G02CB03	239
IND	Dostinex 0,5 mg Tabl.	G	G02CB03	239
RE1	Dovato 50 mg/300 mg Filmtabl.	Y	J05AR25	471
	Doxapress 4 mg Tabl.	G	C02CA04	199
	Doxazosin "1A Pharma" 2 mg Tabl.	G	C02CA04	198
	Doxazosin "1A Pharma" 4 mg Tabl.	G	C02CA04	199
	Doxazosin "Actavis" 4 mg Retardtabl.	G	C02CA04	199
	Doxazosin "Arcana" 4 mg Tabl.	G	C02CA04	199

KASS	Bezeichnung	Box	ATC	Seite
	Doxazosin "Genericon" 2 mg Tabl.	G	C02CA04	198
	Doxazosin "Genericon" 4 mg Tabl.	G	C02CA04	199
	Doxazosin "Genericon" 8 mg Tabl.	G	C02CA04	199
	Doxazosin "Hexal" 2 mg Tabl.	G	C02CA04	199
	Doxazosin "Hexal" 4 mg Tabl.	G	C02CA04	199
	Doxazosin "ratiopharm" 2 mg Tabl.	G	C02CA04	199
	Doxazosin "ratiopharm" 4 mg Tabl.	G	C02CA04	199
	Doxazosin "Stada" 2 mg Tabl.	G	C02CA04	199
	Doxazosin "Stada" 4 mg Tabl.	G	C02CA04	199
	Doxybene 100 mg lös. Tabl.	G	J01AA02	251
	Doxybene 200 mg lös. Tabl.	G	J01AA02	251
	Doxycyclin "Genericon" 100 mg lösl. Tabl.	G	J01AA02	251
	Doxycyclin "Genericon" 200 mg lösl. Tabl.	G	J01AA02	251
	Doxydyn 200 mg Filmtabl.	G	J01AA02	251
IND	Dronedaron "Aristo" 400 mg Filmtabl.	G	C01BD07	196
IND	Duaklir Genuair 340 mcg/12 mcg Plv. zur Inh.	G	R03AL05	356
N P	Dulasolan 30 mg magensaftresistente Hartkaps.	G	N06AX21	346
N P	Dulasolan 60 mg magensaftresistente Hartkaps.	G	N06AX21	346
N P	Duloxetin "+pharma" 30 mg magensaftresistente Hartkaps.	G	N06AX21	346
N P	Duloxetin "+pharma" 60 mg magensaftresistente Hartkaps.	G	N06AX21	346
N P	Duloxetin "1A Pharma" 30 mg magensaftresistente Hartkaps.	G	N06AX21	346
N P	Duloxetin "1A Pharma" 60 mg magensaftresistente Hartkaps.	G	N06AX21	346
N P	Duloxetin "Accord" 30 mg magensaftresistente Hartkaps.	G	N06AX21	346
N P	Duloxetin "Accord" 60 mg magensaftresistente Hartkaps.	G	N06AX21	346
N P	Duloxetin "G.L." 30 mg magensaftresistente Hartkaps.	G	N06AX21	346
N P	Duloxetin "G.L." 60 mg magensaftresistente Hartkaps.	G	N06AX21	346
N P	Duloxetin "Genericon" 30 mg magensaftresistente Hartkaps.	G	N06AX21	346
N P	Duloxetin "Genericon" 60 mg magensaftresistente Hartkaps.	G	N06AX21	346
N P	Duloxetin "Krka" 30 mg magensaftresistente Hartkaps.	G	N06AX21	346
N P	Duloxetin "Krka" 60 mg magensaftresistente Hartkaps.	G	N06AX21	346
N P	Duloxetin "neuraxpharm" 30 mg magensaftresistente Hartkaps.	G	N06AX21	346
N P	Duloxetin "neuraxpharm" 60 mg magensaftresistente Hartkaps.	G	N06AX21	346
N P	Duloxetin "ratiopharm GmbH" 30 mg magensaftresistente Hartkaps.	G	N06AX21	346
N P	Duloxetin "ratiopharm GmbH" 60 mg magensaftresistente Hartkaps.	G	N06AX21	346
N P	Duloxetin "Sandoz" 30 mg magensaftresistente Hartkaps.	G	N06AX21	346
N P	Duloxetin "Sandoz" 60 mg magensaftresistente Hartkaps.	G	N06AX21	346
N P	Duloxetin "Stada" 30 mg magensaftresistente Hartkaps.	G	N06AX21	346
N P	Duloxetin "Stada" 60 mg magensaftresistente Hartkaps.	G	N06AX21	346
	Duloxetin "Zentiva" 30 mg magensaftresistente Hartkaps.	G	N06AX21	346
	Duloxetin "Zentiva" 60 mg magensaftresistente Hartkaps.	G	N06AX21	346
RE2	Duokopt 20 mg/ml + 5 mg/ml Augentropf.	Y	S01ED51	597
Au	DuoTrav 40 mcg/ml + 5 mg/ml Augentropf.	G	S01ED51	367
	Duphaston 10 mg Filmtabl.	G	G03DB01	240
RE1	Dupixent 200 mg Inj.lsg. Fertigpen (P)	Y	D11AH05	436

KASS	Bezeichnung	Box	ATC	Seite
RE1	Dupixent 300 mg Inj.lsg. Fertigpen (PM)	Y	D11AH05.....	438
RE1	Dupixent 200 mg Inj.lsg. Fertigspr. (PM)	Y	D11AH05.....	437
RE1	Dupixent 300 mg Inj.lsg. Fertigspr. (PM)	Y	D11AH05.....	440
IND	Durogesic 12 mcg/h Depot-Pflaster	G	N02AB03.....	297
IND	Durogesic 25 mcg/h Depot-Pflaster	G	N02AB03.....	298
IND	Durogesic 50 mcg/h Depot-Pflaster	G	N02AB03.....	298
IND	Durogesic 75 mcg/h Depot-Pflaster	G	N02AB03.....	298
IND	Durogesic 100 mcg/h Depot-Pflaster	G	N02AB03.....	299
	Durotiv 20 mg magensaftresistente Tabl.....	G	A02BC05.....	167
	Durotiv 40 mg magensaftresistente Tabl.....	G	A02BC05.....	167
U	Dutaglandin 0,5 mg Weichkaps.....	G	G04CB02.....	244
U	Dutaglandin comp. 0,5 mg/0,4 mg Hartkaps.....	G	G04CA52.....	244
U	DuTamsul 0,5 mg/0,4 mg Hartkaps.....	G	G04CA52.....	244
U	Dutasterid "Accord" 0,5 mg Weichkaps.....	G	G04CB02.....	244
U	Dutasterid "Genericon" 0,5 mg Weichkaps.....	G	G04CB02.....	244
IND	Dymista 137 mcg/50 mcg pro Sprühstoß Nasenspray Susp.	G	R01AD58.....	353
	Dytide H Tabl.....	G	C03EA01.....	202
	Ebetrexat 20 mg/ml Inj.lsg. Fertigspr. (10 mg/0,5 ml)	G	L04AX03.....	279
	Ebetrexat 20 mg/ml Inj.lsg. Fertigspr. (15 mg/0,75 ml)	G	L04AX03.....	279
	Ebetrexat 20 mg/ml Inj.lsg. Fertigspr. (20 mg/1,0 ml)	G	L04AX03.....	279
	Ebetrexat 20 mg/ml Inj.lsg. Fertigspr. (25 mg/1,25 ml)	G	L04AX03.....	279
	Ebetrexat 20 mg/ml Inj.lsg. Fertigspr. (30 mg/1,5 ml)	G	L04AX03.....	279
	Ebetrexat 5 mg Tabl.....	G	L04AX03.....	279
	Ebetrexat 10 mg Tabl.....	G	L04AX03.....	279
RE2	Ebixa 5 mg, 10 mg, 15 mg, 20 mg Filmtabl. Starterpackung	Y	N06DX01.....	569
RE2	Ebixa 10 mg Filmtabl.....	Y	N06DX01.....	571
RE2	Ebixa 20 mg Filmtabl.....	Y	N06DX01.....	572
	Ebrantil retard 30 mg Kaps.....	G	C02CA06.....	199
	Ebrantil retard 60 mg Kaps.....	G	C02CA06.....	199
	Edronax 4 mg Tabl.....	G	N06AX18.....	345
RE2	Edurant 25 mg Filmtabl.....	Y	J05AG05.....	466
RE1	Efatrien 600 mg/200 mg/245 mg Filmtabl.....	Y	J05AR06.....	470
RE2	Efavirenz "Sandoz" 600 mg Filmtabl.....	Y	J05AG03.....	466
RE1	Efavirenz/Emtricitabin/Tenofovirdisoproxil "Krka" 600 mg/200 mg/245 mg Filmtabl.....	Y	J05AR06.....	470
RE1	Efavirenz/Emtricitabin/Tenofovirdisoproxil "ratiopharm" 600 mg/200 mg/245 mg Filmtabl.....	Y	J05AR06.....	470
	Efectin ER 75 mg Kaps.....	G	N06AX16.....	344
	Efectin ER 150 mg Kaps.....	G	N06AX16.....	345
	Effortil 7,5 mg/ml Tropf.....	G	C01CA01.....	196
IND	Efient 5 mg Filmtabl.....	G	B01AC22.....	185
IND	Efient 10 mg Filmtabl.....	G	B01AC22.....	185
IND	Eklira Genuair 322 mcg Plv. zur Inh.....	G	R03BB05.....	359
	Ekzemsalbe F "Agepha" 1 % Salbe	G	D07AA02.....	234
IND	Eletop 20 mg Filmtabl.....	G	N02CC06.....	308
IND	Eletop 40 mg Filmtabl.....	G	N02CC06.....	308
D K	Elidel 1 % Creme.....	G	D11AH02.....	238
IND	Eligard Depot 7,5 mg Plv. u. Lsgm. zur Herst. einer Inj.lsg...	G	L02AE02.....	268
IND	Eligard Depot 22,5 mg Plv. u. Lsgm. zur Herst. einer Inj.lsg.	G	L02AE02.....	268
IND	Eligard Depot 45 mg Plv. u. Lsgm. zur Herst. einer Inj.lsg...	G	L02AE02.....	268
RE1	Eliquis 2,5 mg Filmtabl. (PM)	Y	B01AF02.....	399
RE1	Eliquis 5 mg Filmtabl. (PM)	Y	B01AF02.....	399

KASS	Bezeichnung	Box	ATC	Seite
	Elmex Zahngel	G	A01AA51	163
	Elocon Creme.....	G	D07AC13.....	234
	Elocon dermatol. Lsg.....	G	D07AC13.....	235
	Elocon Salbe	G	D07AC13.....	234
IND	Emend 80 mg Hartkaps.....	G	A04AD12	170
IND	Emgality 120 mg Inj.lsg. Fertigpen $\text{\textcircled{M}}$	G	N02CD02.....	309
RE1	Emtricitabin/Tenofovir "Sandoz" 200 mg/245 mg Filmtabl. ...	Y	J05AR03.....	469
RE1	Emtricitabin/Tenofoviridisoproxil "Accordpharma" 200 mg/245 mg Filmtabl.....	Y	J05AR03.....	469
RE1	Emtricitabin/Tenofoviridisoproxil "ratiopharm" 200 mg/245 mg Filmtabl.....	Y	J05AR03.....	469
RE1	Emtricitabin/Tenofoviridisoproxil "Stada" 200 mg/245 mg Filmtabl.....	Y	J05AR03.....	469
RE1	Emtriva 200 mg Hartkaps.....	Y	J05AF09	464
	Enac "Hexal" 5 mg Tabl.	G	C09AA02	211
	Enac "Hexal" 10 mg Tabl.	G	C09AA02	211
	Enac "Hexal" 20 mg Tabl.	G	C09AA02	212
	Enac plus "Hexal" 20 mg/6 mg Tabl.....	G	C09BA02	214
	Enalacomp "Genericon" Tabl.	G	C09BA02	214
	Enalapril "+pharma" 10 mg Tabl.....	G	C09AA02	211
	Enalapril "+pharma" 20 mg Tabl.....	G	C09AA02	212
	Enalapril "1A Pharma" 5 mg Tabl.....	G	C09AA02	211
	Enalapril "1A Pharma" 10 mg Tabl.....	G	C09AA02	211
	Enalapril "1A Pharma" 20 mg Tabl.....	G	C09AA02	212
	Enalapril "Genericon" 5 mg Tabl.	G	C09AA02	211
	Enalapril "Genericon" 10 mg Tabl.	G	C09AA02	212
	Enalapril "Genericon" 20 mg Tabl.	G	C09AA02	212
	Enalapril "ratiopharm" 5 mg Tabl.....	G	C09AA02	211
	Enalapril "ratiopharm" 10 mg Tabl.....	G	C09AA02	212
	Enalapril "ratiopharm" 20 mg Tabl.....	G	C09AA02	212
	Enalapril "Sandoz" 5 mg Tabl.....	G	C09AA02	211
	Enalapril "Sandoz" 10 mg Tabl.....	G	C09AA02	212
	Enalapril "Sandoz" 20 mg Tabl.....	G	C09AA02	212
	Enalapril/HCT "+pharma" Tabl.	G	C09BA02	214
	Enalapril/HCT "ratiopharm" 20 mg/12,5 mg Tabl.	G	C09BA02	214
	Enalapril/HCT "Sandoz" 20 mg/12,5 mg Tabl.	G	C09BA02	214
	Enalapril/Lercanidipin "Krka" 10 mg/10 mg Filmtabl.	G	C09BB02	215
	Enalapril/Lercanidipin "Krka" 20 mg/10 mg Filmtabl.	G	C09BB02	215
	Enalapril/Lercanidipin "ratiopharm" 10 mg/10 mg Filmtabl....	G	C09BB02	215
	Enalapril/Lercanidipin "ratiopharm" 20 mg/10 mg Filmtabl....	G	C09BB02	215
IND	Enantone Gyn Monats-Depot-Zweikammerspr.	G	L02AE02	268
IND	Enantone Monats-Depot-Zweikammerspr.....	G	L02AE02	268
IND	Enbrel 25 mg Inj.lsg. Fertigpen $\text{\textcircled{M}}$	G	L04AB01	273
IND	Enbrel 25 mg Inj.lsg. Fertigspr. $\text{\textcircled{M}}$	G	L04AB01	274
IND	Enbrel 25 mg Plv. u. Lsgm. zur Herst. einer Inj.lsg. $\text{\textcircled{M}}$	G	L04AB01	274
IND	Enbrel 50 mg Inj.lsg. Fertigen $\text{\textcircled{M}}$	G	L04AB01	274
IND	Enbrel 50 mg Inj.lsg. Fertigspr. $\text{\textcircled{M}}$	G	L04AB01	274
	Endoxan "Baxter" 50 mg Drag.	G	L01AA01	263
IND	Energair Breezhaler 114 mcg/46 mcg/136 mcg Hartkaps. Plv. zur Inh.	G	R03AL12	357
	Ennos 20 mg Filmtabl.....	G	N06AB05	339
	Enoxaparin Becat 2.000 IE (20 mg)/0,2 ml Inj.lsg. Fertigspr.	G	B01AB05	183

KASS	Bezeichnung	Box	ATC	Seite
	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	184
	Enoxaparin Becat 8.000 IE (80 mg)/0,8 ml Inj.lsg. Fertigspr.	G	B01AB05	184
	Enoxaparin Becat 10.000 IE (100 mg)/1 ml Inj.lsg. Fertigspr.	G	B01AB05	184
D	Enstilar 50 mcg/g + 0,5 mg/g Schaum zur Anw. auf der Haut	G	D05AX52	232
RE2	Entecavir "ratiopharm" 0,5 mg Filmtabl.	Y	J05AF10	464
RE2	Entecavir "ratiopharm" 1 mg Filmtabl.	Y	J05AF10	465
	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	426
RE1	Entresto 49 mg/51 mg Filmtabl. (PM)	Y	C09DX04	427
RE1	Entresto 97 mg/103 mg Filmtabl. (PM)	Y	C09DX04	427
RE1	Entyvio 108 mg Inj.lsg. Fertigen (PM)	Y	L04AA33	515
RE1	Entyvio 108 mg Inj.lsg. Fertigspr. (PM)	Y	L04AA33	515
RE1	Entyvio 300 mg Plv. für ein Konz. zur Herst. einer Inf.lsg. (PM)	Y	L04AA33	515
IND	Envarsus 0,75 mg Retardtabl.	G	L04AD02	278
IND	Envarsus 1 mg Retardtabl.	G	L04AD02	278
IND	Envarsus 4 mg Retardtabl.	G	L04AD02	278
RE1	Eplusa 400 mg/100 mg Filmtabl. (PM)	Y	J05AP55	468
RE1	Epidyolex 100 mg/ml Lsg. zum Einnehmen (PM)	Y	N03AX24	543
	Epilan-D 100 mg Tabl.	G	N03AB02	311
RE2	EpiPen Junior 0,15 mg/Dosis Inj.lsg.	Y	C01CA24	419
RE2	EpiPen 0,3 mg/Dosis Inj.lsg.	Y	C01CA24	419
RE2	Epivir 150 mg Filmtabl.	Y	J05AF05	461
RE2	Epivir 300 mg Filmtabl.	Y	J05AF05	461
RE2	Epivir 10 mg/ml Lsg. zum Einnehmen	Y	J05AF05	460
IND	Eplerenon "+pharma" 25 mg Filmtabl.	G	C03DA04	201
IND	Eplerenon "+pharma" 50 mg Filmtabl.	G	C03DA04	202
IND	Eplerenon "Actavis" 25 mg Filmtabl.	G	C03DA04	201
IND	Eplerenon "Actavis" 50 mg Filmtabl.	G	C03DA04	202
IND	Eplerenon "Genericon" 25 mg Filmtabl.	G	C03DA04	201
IND	Eplerenon "Genericon" 50 mg Filmtabl.	G	C03DA04	202
IND	Eplerenon "HCS" 25 mg Filmtabl.	G	C03DA04	201
IND	Eplerenon "HCS" 50 mg Filmtabl.	G	C03DA04	202
IND	Eplerenon "ratiopharm GmbH" 25 mg Filmtabl.	G	C03DA04	201
IND	Eplerenon "ratiopharm GmbH" 50 mg Filmtabl.	G	C03DA04	202
IND	Eplezot 25 mg Filmtabl.	G	C03DA04	201
IND	Eplezot 50 mg Filmtabl.	G	C03DA04	202
RE1	Eporatio 1.000 IE/0,5 ml Inj.lsg. Fertigspr.	Y	B03XA01	409
RE1	Eporatio 2.000 IE/0,5 ml Inj.lsg. Fertigspr.	Y	B03XA01	410
RE1	Eporatio 3.000 IE/0,5 ml Inj.lsg. Fertigspr.	Y	B03XA01	411
RE1	Eporatio 4.000 IE/0,5 ml Inj.lsg. Fertigspr.	Y	B03XA01	412
RE1	Eporatio 5.000 IE/0,5 ml Inj.lsg. Fertigspr.	Y	B03XA01	413
IND	Eporatio 10.000 IE/1 ml Inj.lsg. Fertigspr.	G	B03XA01	188
IND	Eporatio 20.000 IE/1 ml Inj.lsg. Fertigspr.	G	B03XA01	189
IND	Eporatio 30.000 IE/1 ml Inj.lsg. Fertigspr.	G	B03XA01	190
IND	Erelzi 25 mg Inj.lsg. Fertigspr. (PM)	G	L04AB01	274
IND	Erelzi 50 mg Inj.lsg. Fertigen (PM)	G	L04AB01	274

KASS	Bezeichnung	Box	ATC	Seite
IND	Erelzi 50 mg Inj.lsg. Fertigspr. (CM)	G	L04AB01	274
IND	Eremfat 450 mg Filmtabl.	G	J04AB02	260
IND	Eremfat 600 mg Filmtabl.	G	J04AB02	261
	Ergotop 30 mg Filmtabl.	G	C04AE02	204
RE1	Erivedge 150 mg Hartkaps.	Y	L01XJ01	492
RE1	Erleada 60 mg Filmtabl. (CM)	Y	L02BB05	500
	Erycytol Depot 1 mg Amp.	G	B03BA03	187
RE1	Erypo 1.000 IE/0,5 ml Fertigspr.	Y	B03XA01	410
RE1	Erypo 2.000 IE/0,5 ml Fertigspr.	Y	B03XA01	411
RE1	Erypo 4.000 IE/0,4 ml Fertigspr.	Y	B03XA01	412
RE1	Erypo 6.000 IE/0,6 ml Fertigspr.	Y	B03XA01	414
IND	Erypo 10.000 IE/ml Fertigspr.	G	B03XA01	188
IND	Erypo 40.000 IE/ml Fertigspr.	G	B03XA01	192
	Erythrocin Lactobionat 1,0 g Trockensubst. z. Inf.bereitung.	G	J01FA01	256
RE1	Esbriet 267 mg Filmtabl.	Y	L04AX05	532
RE1	Esbriet 801 mg Filmtabl.	Y	L04AX05	532
	Escitalopram "+pharma" 10 mg Filmtabl.	G	N06AB10	342
	Escitalopram "+pharma" 20 mg Filmtabl.	G	N06AB10	342
	Escitalopram "1A Pharma" 5 mg Filmtabl.	G	N06AB10	341
	Escitalopram "1A Pharma" 10 mg Filmtabl.	G	N06AB10	342
	Escitalopram "1A Pharma" 15 mg Filmtabl.	G	N06AB10	342
	Escitalopram "1A Pharma" 20 mg Filmtabl.	G	N06AB10	342
	Escitalopram "Accord" 5 mg Filmtabl.	G	N06AB10	341
	Escitalopram "Accord" 10 mg Filmtabl.	G	N06AB10	342
	Escitalopram "Accord" 20 mg Filmtabl.	G	N06AB10	342
	Escitalopram "Actavis" 5 mg Filmtabl.	G	N06AB10	341
	Escitalopram "Actavis" 10 mg Filmtabl.	G	N06AB10	342
	Escitalopram "Actavis" 20 mg Filmtabl.	G	N06AB10	342
	Escitalopram "Aristo" 5 mg Filmtabl.	G	N06AB10	341
	Escitalopram "Aristo" 10 mg Filmtabl.	G	N06AB10	342
	Escitalopram "Aristo" 20 mg Filmtabl.	G	N06AB10	342
	Escitalopram "Bluefish" 5 mg Filmtabl.	G	N06AB10	341
	Escitalopram "Bluefish" 10 mg Filmtabl.	G	N06AB10	342
	Escitalopram "G.L." 5 mg Filmtabl.	G	N06AB10	341
	Escitalopram "G.L." 10 mg Filmtabl.	G	N06AB10	342
	Escitalopram "G.L." 15 mg Filmtabl.	G	N06AB10	342
	Escitalopram "G.L." 20 mg Filmtabl.	G	N06AB10	342
	Escitalopram "Genericon" 5 mg Filmtabl.	G	N06AB10	341
	Escitalopram "Genericon" 10 mg Filmtabl.	G	N06AB10	342
	Escitalopram "Genericon" 20 mg Filmtabl.	G	N06AB10	342
	Escitalopram "Hexal" 10 mg Filmtabl.	G	N06AB10	342
	Escitalopram "Hexal" 15 mg Filmtabl.	G	N06AB10	342
	Escitalopram "Hexal" 20 mg Filmtabl.	G	N06AB10	342
	Escitalopram "Krka" 5 mg Filmtabl.	G	N06AB10	341
	Escitalopram "Krka" 10 mg Filmtabl.	G	N06AB10	342
	Escitalopram "Krka" 20 mg Filmtabl.	G	N06AB10	342
	Escitalopram "ratiopharm" 5 mg Filmtabl.	G	N06AB10	341
	Escitalopram "ratiopharm" 10 mg Filmtabl.	G	N06AB10	342
	Escitalopram "ratiopharm" 15 mg Filmtabl.	G	N06AB10	342
	Escitalopram "ratiopharm" 20 mg Filmtabl.	G	N06AB10	343
	Escitalopram "Sandoz" 5 mg Filmtabl.	G	N06AB10	341
	Escitalopram "Sandoz" 10 mg Filmtabl.	G	N06AB10	342

KASS	Bezeichnung	Box	ATC	Seite
	Escitalopram "Sandoz" 15 mg Filmtabl.	G	N06AB10	342
	Escitalopram "Sandoz" 20 mg Filmtabl.	G	N06AB10	343
	Escitalopram "Stada" 5 mg Filmtabl.	G	N06AB10	341
	Escitalopram "Stada" 10 mg Filmtabl.	G	N06AB10	342
	Escitalopram "Stada" 20 mg Filmtabl.	G	N06AB10	343
RE2	Eskazole 400 mg Tabl.	Y	P02CA03	580
	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
	Esomeprazol "1A Pharma" 40 mg magensaftresistente Tabl.	G	A02BC05	168
	Esomeprazol "Actavis" 20 mg magensaftresistente Tabl.	G	A02BC05	167
	Esomeprazol "Actavis" 40 mg magensaftresistente Tabl.	G	A02BC05	168
	Esomeprazol "Aristo" 20 mg magensaftresistente Hartkaps.	G	A02BC05	167
	Esomeprazol "Aristo" 40 mg magensaftresistente Hartkaps.	G	A02BC05	168
	Esomeprazol "Genericon" 20 mg magensaftresistente Tabl.	G	A02BC05	167
	Esomeprazol "Genericon" 40 mg magensaftresistente Tabl.	G	A02BC05	168
	Esomeprazol "Krka" 20 mg magensaftresistente Hartkaps. ...	G	A02BC05	167
	Esomeprazol "Krka" 40 mg magensaftresistente Hartkaps. ...	G	A02BC05	168
	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	403
RE1	Esperoct 1000 IE Plv. und Lsgm. zur Herst. einer Inj.lsg. (PM)	Y	B02BD02	403
RE1	Esperoct 1500 IE Plv. und Lsgm. zur Herst. einer Inj.lsg. (PM)	Y	B02BD02	403
RE1	Esperoct 2000 IE Plv. und Lsgm. zur Herst. einer Inj.lsg. (PM)	Y	B02BD02	403
RE1	Esperoct 3000 IE Plv. und Lsgm. zur Herst. einer Inj.lsg. (PM)	Y	B02BD02	403
IND	Estrofem 2 mg Filmtabl.	G	G03CA03	240
IND	Estrogel Gel	G	G03CA03	239
IND	Etalpha 0,25 mcg Kaps.	G	A11CC03	181
IND	Etalpha 1 mcg Kaps.	G	A11CC03	181
F14	Ethosuximid "neuraxpharm" 50 mg/ml Lsg. zum Einnehmen	G	N03AD01	311
	Etibi 500 mg Tabl.	G	J04AK02	261
IND	Eumitan 2,5 mg Filmtabl.	G	N02CC07	308
	Eusaprim Tabl.	G	J01EE01	255
	Eusaprim forte Tabl.	G	J01EE01	255
F14	Eusaprim Kindersusp.	G	J01EE01	255


KASS	Bezeichnung	Box	ATC	Seite
	Euthyrox 25 mcg Tabl.	G	H03AA01	248
	Euthyrox 50 mcg Tabl.	G	H03AA01	248
	Euthyrox 75 mcg Tabl.	G	H03AA01	248
	Euthyrox 88 mcg Tabl.	G	H03AA01	248
	Euthyrox 100 mcg Tabl.	G	H03AA01	249
	Euthyrox 112 mcg Tabl.	G	H03AA01	249
	Euthyrox 125 mcg Tabl.	G	H03AA01	249
	Euthyrox 137 mcg Tabl.	G	H03AA01	249
	Euthyrox 150 mcg Tabl.	G	H03AA01	249
	Euthyrox 175 mcg Tabl.	G	H03AA01	249
	Euthyrox 200 mcg Tabl.	G	H03AA01	249
IND	Everio Airmaster 50 mcg/100 mcg einzeldosiertes Plv. zur Inh.	G	R03AK06	354
IND	Everio Airmaster 50 mcg/250 mcg einzeldosiertes Plv. zur Inh.	G	R03AK06	354
IND	Everio Airmaster 50 mcg/500 mcg einzeldosiertes Plv. zur Inh.	G	R03AK06	355
IND	Everolimus "HCS" 2,5 mg Tabl.	G	L01EG02	266
IND	Everolimus "HCS" 5 mg Tabl.	G	L01EG02	266
IND	Everolimus "HCS" 10 mg Tabl.	G	L01EG02	266
IND	Everolimus "ratiopharm" 5 mg Tabl.	G	L01EG02	266
IND	Everolimus "ratiopharm" 10 mg Tabl.	G	L01EG02	266
RE2	Eviplera 200 mg/25 mg/245 mg Filmtabl.	Y	J05AR08	470
IND	Evista 60 mg Filmtabl.	G	G03XC01	241
RE1	Evrysdi 0,75 mg/ml Plv. zur Herst. einer Lsg. zum Einnehmen (CM)	Y	M09AX10	539
RE2	Exelon 1,5 mg Hartkaps.	Y	N06DA03	557
RE2	Exelon 3 mg Hartkaps.	Y	N06DA03	558
RE2	Exelon 4,5 mg Hartkaps.	Y	N06DA03	559
RE2	Exelon 6 mg Hartkaps.	Y	N06DA03	561
RE2	Exelon 4,6 mg/24 h transdermales Pflaster	Y	N06DA03	560
RE2	Exelon 9,5 mg/24 h transdermales Pflaster	Y	N06DA03	562
RE2	Exelon 13,3 mg/24 h transdermales Pflaster	Y	N06DA03	563
	Exemestan "Accord" 25 mg Filmtabl.	G	L02BG06	270
	Exemestan "ratiopharm" 25 mg Filmtabl.	G	L02BG06	270
IND	Exforge HCT 5 mg/160 mg/12,5 mg Filmtabl.	G	C09DX01	223
IND	Exforge HCT 5 mg/160 mg/25 mg Filmtabl.	G	C09DX01	223
IND	Exforge HCT 10 mg/160 mg/12,5 mg Filmtabl.	G	C09DX01	223
IND	Exforge HCT 10 mg/160 mg/25 mg Filmtabl.	G	C09DX01	223
	Ezeato 10 mg/10 mg Tabl.	G	C10BA05	228
	Ezeato 10 mg/20 mg Tabl.	G	C10BA05	228
	Ezeato 10 mg/40 mg Tabl.	G	C10BA05	228
	Ezeato 10 mg/80 mg Tabl.	G	C10BA05	229
	Ezegelan 10 mg Tabl.	G	C10AX09	227
	Ezerosu 10 mg/5 mg Filmtabl.	G	C10BA06	229
	Ezerosu 10 mg/10 mg Filmtabl.	G	C10BA06	229
	Ezerosu 10 mg/20 mg Filmtabl.	G	C10BA06	229
	Ezerosu 10 mg/40 mg Filmtabl.	G	C10BA06	229
	Ezesim 10 mg/10 mg Tabl.	G	C10BA02	228
	Ezesim 10 mg/20 mg Tabl.	G	C10BA02	228
	Ezesim 10 mg/40 mg Tabl.	G	C10BA02	228
	Ezesim 10 mg/80 mg Tabl.	G	C10BA02	228

KASS	Bezeichnung	Box	ATC	Seite
	Ezetimib "+pharma" 10 mg Tabl.....	G	C10AX09.....	227
	Ezetimib "Accord" 10 mg Tabl.....	G	C10AX09.....	227
	Ezetimib "Actavis" 10 mg Tabl.....	G	C10AX09.....	227
	Ezetimib "Aristo" 10 mg Tabl.....	G	C10AX09.....	227
	Ezetimib "Genericon" 10 mg Tabl.....	G	C10AX09.....	227
	Ezetimib "HCS" 10 mg Tabl.....	G	C10AX09.....	227
	Ezetimib "Hexal" 10 mg Tabl.....	G	C10AX09.....	227
	Ezetimib "ratiopharm" 10 mg Tabl.....	G	C10AX09.....	228
	Ezetimib "Sandoz" 10 mg Tabl.....	G	C10AX09.....	228
	Ezetimib "Stada" 10 mg Filmtabl.....	G	C10AX09.....	228
	Ezetimib "Zentiva" 10 mg Tabl.....	G	C10AX09.....	228
	Ezetimib/Atorvastatin "ratiopharm" 10 mg/10 mg Filmtabl. ...	G	C10BA05.....	228
	Ezetimib/Atorvastatin "ratiopharm" 10 mg/20 mg Filmtabl. ...	G	C10BA05.....	228
	Ezetimib/Atorvastatin "ratiopharm" 10 mg/40 mg Filmtabl. ...	G	C10BA05.....	228
	Ezetimib/Atorvastatin "ratiopharm" 10 mg/80 mg Filmtabl. ...	G	C10BA05.....	229
	Ezetimib/Simvastatin "Accord" 10 mg/10 mg Tabl.....	G	C10BA02.....	228
	Ezetimib/Simvastatin "Accord" 10 mg/20 mg Tabl.....	G	C10BA02.....	228
	Ezetimib/Simvastatin "Accord" 10 mg/40 mg Tabl.....	G	C10BA02.....	228
	Ezetimib/Simvastatin "Accord" 10 mg/80 mg Tabl.....	G	C10BA02.....	228
	Ezetimib/Simvastatin "Actavis" 10 mg/10 mg Tabl.....	G	C10BA02.....	228
	Ezetimib/Simvastatin "Actavis" 10 mg/20 mg Tabl.....	G	C10BA02.....	228
	Ezetimib/Simvastatin "HCS" 10 mg/10 mg Tabl.....	G	C10BA02.....	228
	Ezetimib/Simvastatin "HCS" 10 mg/20 mg Tabl.....	G	C10BA02.....	228
	Ezetimib/Simvastatin "HCS" 10 mg/40 mg Tabl.....	G	C10BA02.....	228
	Ezetimib/Simvastatin "ratiopharm GmbH" 10 mg/10 mg Tabl.	G	C10BA02.....	228
	Ezetimib/Simvastatin "ratiopharm GmbH" 10 mg/20 mg Tabl.	G	C10BA02.....	228
	Ezetimib/Simvastatin "ratiopharm GmbH" 10 mg/40 mg Tabl.	G	C10BA02.....	228
	Ezetimib/Simvastatin "ratiopharm GmbH" 10 mg/80 mg Tabl.	G	C10BA02.....	228
	Ezetimib/Simvastatin "Stada" 10 mg/10 mg Tabl.....	G	C10BA02.....	228
	Ezetimib/Simvastatin "Stada" 10 mg/20 mg Tabl.....	G	C10BA02.....	228
RE1	Fabrazyme 5 mg Plv. f. ein Konz. zur Herst. einer Inf.lsg.	Y	A16AB04.....	391
RE1	Fabrazyme 35 mg Plv. f. ein Konz. zur Herst. einer Inf.lsg. ...	Y	A16AB04.....	391
RE1	Faktor VII "Baxter" 600 IE Plv. und Lsgm. zur Herst. einer Inj.lsg.	Y	B02BD05.....	406
	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.....	262
	Farlutal 500 mg Tabl.....	G	L02AB02.....	268
RE1	Fasenra 30 mg Inj.lsg. Fertigpen ^{PM}	Y	R03DX10.....	588
RE1	Fasenra 30 mg Inj.lsg. Fertigspr. ^{PM}	Y	R03DX10.....	588
IND	Faslodex 250 mg Inj.lsg. Fertigspr. ^{PM}	G	L02BA03.....	269
RE1	Feburo 80 mg Filmtabl.....	Y	M04AA03.....	535
RE1	Feburo 120 mg Filmtabl.....	Y	M04AA03.....	537



KASS	Bezeichnung	Box	ATC	Seite
RE1	Febuxostat "+pharma" 80 mg Filmtabl.	Y	M04AA03.....	536
IND	Febuxostat "Accord" 80 mg Filmtabl.	G	M04AA03.....	290
IND	Febuxostat "Accord" 120 mg Filmtabl.	G	M04AA03.....	291
RE1	Febuxostat "Aristo" 80 mg Filmtabl.	Y	M04AA03.....	536
RE1	Febuxostat "Aristo" 120 mg Filmtabl.	Y	M04AA03.....	537
RE1	Febuxostat "Genericon" 80 mg Filmtabl.	Y	M04AA03.....	536
RE1	Febuxostat "Genericon" 120 mg Filmtabl.	Y	M04AA03.....	537
RE1	Febuxostat "ratiopharm" 80 mg Filmtabl.	Y	M04AA03.....	536
RE1	Febuxostat "ratiopharm" 120 mg Filmtabl.	Y	M04AA03.....	538
IND	Febuxostat "Sandoz" 80 mg Filmtabl.	G	M04AA03.....	290
IND	Febuxostat "Sandoz" 120 mg Filmtabl.	G	M04AA03.....	291
RE1	Febuxostat "Stada" 80 mg Filmtabl.	Y	M04AA03.....	536
RE1	Febuxostat "Stada" 120 mg Filmtabl.	Y	M04AA03.....	538
RE1	Feiba 50 E/ml Plv. und Lsgm. zur Herst. einer Inf.lsg.	Y	B02BD03	404
	Felden Quick Solve 20 mg Lyotabl.	G	M01AC01	286
	Feliciium 20 mg Kaps.	G	N06AB03	338
	Feliciium 20 mg Tabl.	G	N06AB03	338
	Felodipin "Hexal" retard 5 mg Filmtabl.	G	C08CA02	210
	Felodipin "Hexal" retard 10 mg Filmtabl.	G	C08CA02	210
	Felodistad retard 5 mg Filmtabl.	G	C08CA02	210
	Femara 2,5 mg Filmtabl.	G	L02BG04	270
IND	Femoston conti 0,5 mg/2,5 mg Filmtabl.	G	G03FA14	241
IND	Femoston conti 1 mg/5 mg Filmtabl.	G	G03FA14	241
IND	Femoston mite Filmtabl.	G	G03FB08	241
IND	Femoston Filmtabl.	G	G03FB08	241
	Fenolip retard 250 mg Kaps.	G	C10AB05	227
IND	Fentanyl "1A Pharma" 25 mcg/h transdermales Matrixpflaster	G	N02AB03	298
IND	Fentanyl "1A Pharma" 37,5 mcg/h transdermales Matrixpflaster	G	N02AB03	298
IND	Fentanyl "1A Pharma" 50 mcg/h transdermales Matrixpflaster	G	N02AB03	298
IND	Fentanyl "1A Pharma" 75 mcg/h transdermales Matrixpflaster	G	N02AB03	298
IND	Fentanyl "1A Pharma" 100 mcg/h transdermales Matrixpflaster	G	N02AB03	299
IND	Fentanyl "1A Pharma" 150 mcg/h transdermales Matrixpflaster	G	N02AB03	299
IND	Fentanyl "Actavis" 25 mcg/h transdermales Pflaster.....	G	N02AB03	298
IND	Fentanyl "Actavis" 50 mcg/h transdermales Pflaster.....	G	N02AB03	298
IND	Fentanyl "Actavis" 75 mcg/h transdermales Pflaster.....	G	N02AB03	298
IND	Fentanyl "Actavis" 100 mcg/h transdermales Pflaster.....	G	N02AB03	299
IND	Fentanyl "Genericon" 25 mcg/h transdermales Pflaster.....	G	N02AB03	298
IND	Fentanyl "Genericon" 50 mcg/h transdermales Pflaster.....	G	N02AB03	298
IND	Fentanyl "Genericon" 75 mcg/h transdermales Pflaster.....	G	N02AB03	299
IND	Fentanyl "Genericon" 100 mcg/h transdermales Pflaster.....	G	N02AB03	299
IND	Fentanyl "Hexal" 12 mcg/h transdermales Matrixpflaster.....	G	N02AB03	297
IND	Fentanyl "Hexal" 25 mcg/h transdermales Matrixpflaster.....	G	N02AB03	298
IND	Fentanyl "Hexal" 37,5 mcg/h transdermales Matrixpflaster...	G	N02AB03	298
IND	Fentanyl "Hexal" 50 mcg/h transdermales Matrixpflaster.....	G	N02AB03	298
IND	Fentanyl "Hexal" 75 mcg/h transdermales Matrixpflaster.....	G	N02AB03	299
IND	Fentanyl "Hexal" 100 mcg/h transdermales Matrixpflaster...	G	N02AB03	299

KASS	Bezeichnung	Box	ATC	Seite
IND	Fentanyl "Hexal" 150 mcg/h transdermales Matrixpflaster....	G	N02AB03.....	299
IND	Fentanyl "Stada" 12 mcg/h transdermales Matrixpflaster	G	N02AB03.....	297
IND	Fentanyl "Stada" 25 mcg/h transdermales Matrixpflaster	G	N02AB03.....	298
IND	Fentanyl "Stada" 50 mcg/h transdermales Matrixpflaster	G	N02AB03.....	298
IND	Fentanyl "Stada" 75 mcg/h transdermales Matrixpflaster	G	N02AB03.....	299
IND	Fentanyl "Stada" 100 mcg/h transdermales Matrixpflaster ...	G	N02AB03.....	299
IND	Fentoron 12 mcg/h transdermales Matrixpflaster.....	G	N02AB03.....	297
IND	Fentoron 25 mcg/h transdermales Matrixpflaster.....	G	N02AB03.....	298
IND	Fentoron 50 mcg/h transdermales Matrixpflaster.....	G	N02AB03.....	298
IND	Fentoron 75 mcg/h transdermales Matrixpflaster.....	G	N02AB03.....	299
IND	Fentoron 100 mcg/h transdermales Matrixpflaster.....	G	N02AB03.....	299
	Fentrinol Nasentropf.....	G	R01AA.....	352
RE2	Ferinject 50 mg Eisen/ml Inj.lsg. oder Konz. zur Herst. einer Inf.lsg. (PM).....	Y	B03AC.....	409
RE2	FerMed 100 mg/5 ml Inj.lsg. oder Konz. zur Herst. einer Inf.lsg.....	Y	B03AC.....	408
	Ferretab Kaps.....	G	B03AA02.....	186
	Ferretab comp. Kaps.....	G	B03AD02.....	186
RE1	Ferriprox 500 mg Filmtabl.	Y	V03AC02.....	598
RE1	Ferriprox 100 mg/ml Lsg. zum Einnehmen	Y	V03AC02.....	598
	Ferrograd-Fol Filmtabl.....	G	B03AD03.....	187
	Ferro-Gradumet Filmtabl.....	G	B03AA07.....	186
RE1	Fibrogammin 250 IE Plv. und Lsgm. zur Herst. einer Inj.-/Inf.lsg.....	Y	B02BD07.....	406
RE1	Fibrogammin 1250 IE Plv. und Lsgm. zur Herst. einer Inj.-/Inf.lsg.....	Y	B02BD07.....	406
U	Finasterid "+pharma" 5 mg Filmtabl.	G	G04CB01.....	244
U	Finasterid "Actavis" 5 mg Filmtabl.....	G	G04CB01.....	244
U	Finasterid "A-med" 5 mg Filmtabl.....	G	G04CB01.....	244
U	Finasterid "Genericon" 5 mg Filmtabl.....	G	G04CB01.....	244
U	Finasterid "Interpharm" 5 mg Filmtabl.....	G	G04CB01.....	244
U	Finasterid "ratiopharm" 5 mg Filmtabl.....	G	G04CB01.....	244
U	Finasterid "Stada" 5 mg Filmtabl.....	G	G04CB01.....	244
RE1	Fingolimod "ratiopharm" 0,5 mg Hartkaps.....	Y	L04AA27.....	511
RE1	Fingolimod "Zentiva" 0,5 mg Hartkaps.	Y	L04AA27.....	511
RE1	Fintepla 2,2 mg/ml Lsg. zum Einnehmen (PM).....	Y	N03AX26.....	544
RE1	Firazyr 30 mg Inj.lsg. Fertigspr.....	Y	B06AC02.....	418
IND	Firmagon 80 mg Plv. und Lsgm. zur Herst. einer Inj.lsg.	G	L02BX02.....	271
IND	Firmagon 120 mg Plv. und Lsgm. zur Herst. einer Inj.lsg.	G	L02BX02.....	271
RE2	Fixapost 50 mcg/ml + 5 mg/ml Augentropf. Einzeldosen	Y	S01ED51.....	597
	Flammazine Creme	G	D06BA01.....	233
IND	Flixabi 100 mg Plv. für ein Konz. zur Herst. einer Inf.lsg. (PM) G	L04AB02.....	275	
IND	Flixonase aquosum Nasenspray.....	G	R01AD08.....	352
	Flixotide junior 0,05 mg Dosieraerosol	G	R03BA05.....	358
	Flixotide standard 0,125 mg Dosieraerosol.....	G	R03BA05.....	358
	Flixotide forte 0,25 mg Dosieraerosol.....	G	R03BA05.....	358
	Flixotide Diskus junior 0,1 mg Plv. z. Trockeninh.....	G	R03BA05.....	358
	Flixotide Diskus standard 0,25 mg Plv. z. Trockeninh.	G	R03BA05.....	358
	Flixotide Diskus forte 0,5 mg Plv. z. Trockeninh.	G	R03BA05.....	358
	Floxacin 400 mg Filmtabl.	G	J01MA06.....	258
	Floxal Augentropf.	G	S01AE01.....	364
	Floxyfral 50 mg Filmtabl.	G	N06AB08.....	341

KASS	Bezeichnung	Box	ATC	Seite
RE1	Fragmin 10.000 IE/1 ml Amp.....	Y	B01AB04.....	393
RE1	Fragmin 25.000 IE/1 ml Dstfl.....	Y	B01AB04.....	393
	Fragmin 2.500 IE Fertigspr.....	G	B01AB04.....	183
	Fragmin 5.000 IE Fertigspr.....	G	B01AB04.....	183
RE1	Fragmin 7.500 IE Fertigspr.....	Y	B01AB04.....	393
RE1	Fragmin 10.000 IE Fertigspr.....	Y	B01AB04.....	393
RE1	Fragmin 12.500 IE Fertigspr.....	Y	B01AB04.....	393
RE1	Fragmin 15.000 IE Fertigspr.....	Y	B01AB04.....	393
RE1	Fragmin 18.000 IE Fertigspr.....	Y	B01AB04.....	393
RE1	Fragmin 10.000 IE/4 ml Stechamp.....	Y	B01AB04.....	393
	Fraxiparin 2.850 IE/0,3 ml Fertigspr.....	G	B01AB06.....	184
	Fraxiparin 3.800 IE/0,4 ml Fertigspr.....	G	B01AB06.....	184
RE1	Fraxiparin 5.700 IE/0,6 ml Fertigspr.....	Y	B01AB06.....	394
RE1	Fraxiparin 7.600 IE/0,8 ml Fertigspr.....	Y	B01AB06.....	394
RE1	Fraxiparin 9.500 IE/1 ml Fertigspr.....	Y	B01AB06.....	394
	Frisium 10 mg Tabl.....	G	N05BA09.....	336
IND	Frovalan 2,5 mg Filmtabl.....	G	N02CC07.....	308
	Fucidin Filmtabl.....	G	J01XC01.....	259
IND	Fucidin Filmtabl.....	G	J01XC01.....	259
	Fucidin Salbe.....	G	D06AX01.....	233
	Fucithalamic Augengel.....	G	S01AA13.....	364
	Fulphila 6 mg Inj.lsg. Fertigspr.....	G	L03AA13.....	272
IND	Fulvestrant "+pharma" 250 mg Inj.lsg. Fertigspr.....	G	L02BA03.....	269
IND	Fulvestrant "Accord" 250 mg Inj.lsg. Fertigspr.....	G	L02BA03.....	269
IND	Fulvestrant "EVER Pharma" 250 mg Inj.lsg. Fertigspr.....	G	L02BA03.....	269
IND	Fulvestrant "ratiopharm" 250 mg Inj.lsg. Fertigspr.....	G	L02BA03.....	269
IND	Fulvestrant "Sandoz" 250 mg Inj.lsg. Fertigspr.....	G	L02BA03.....	269
IND	Fulvestrant "Stada" 250 mg Inj.lsg. Fertigspr.....	G	L02BA03.....	269
	Fungoral 2 % Creme.....	G	D01AC08.....	230
IND	Fungoral 2 % medizinisches Shampoo.....	G	D01AC08.....	230
	Furadantin retard Kaps.....	G	J01XE01.....	259
	Furohexal 40 mg Tabl.....	G	C03CA01.....	200
	Furohexal 80 mg Tabl.....	G	C03CA01.....	200
	Furohexal 500 mg Tabl.....	G	C03CA01.....	200
	Furon 20 mg Amp.....	G	C03CA01.....	200
	Furon 40 mg Amp.....	G	C03CA01.....	200
	Furon 40 mg Tabl.....	G	C03CA01.....	200
	Furon 500 mg Tabl.....	G	C03CA01.....	200
	Furosemid "1A Pharma" 40 mg Tabl.....	G	C03CA01.....	200
	Furosemid "Genericon" 40 mg Tabl.....	G	C03CA01.....	200
	Furo-Spirobene Filmtabl.....	G	C03EB01.....	202
	Furo-Spirobene forte Filmtabl.....	G	C03EB01.....	202
	Furostad 40 mg Tabl.....	G	C03CA01.....	200
	Fusicutan 20 mg/g + 1 mg/g Creme.....	G	D07CC01.....	235
RE1	Fycompa 2 mg Filmtabl.....	Y	N03AX22.....	542
RE1	Fycompa 4 mg Filmtabl.....	Y	N03AX22.....	542
RE1	Fycompa 6 mg Filmtabl.....	Y	N03AX22.....	542
RE1	Fycompa 8 mg Filmtabl.....	Y	N03AX22.....	543
RE1	Fycompa 10 mg Filmtabl.....	Y	N03AX22.....	543
RE1	Fycompa 12 mg Filmtabl.....	Y	N03AX22.....	543
IND	Gabadal 600 mg Filmtabl.....	G	N02BF01.....	305
IND	Gabadal 300 mg Kaps.....	G	N02BF01.....	304

KASS	Bezeichnung	Box	ATC	Seite
IND	Gabapentin "1A Pharma" 300 mg Hartkaps.	G	N02BF01	304
IND	Gabapentin "1A Pharma" 400 mg Hartkaps.	G	N02BF01	304
IND	Gabapentin "Genericon" 300 mg Kaps.	G	N02BF01	304
IND	Gabapentin "Genericon" 400 mg Kaps.	G	N02BF01	304
IND	Gabapentin "Hexal" 100 mg Hartkaps.	G	N02BF01	303
IND	Gabapentin "Hexal" 300 mg Hartkaps.	G	N02BF01	304
IND	Gabapentin "Hexal" 400 mg Hartkaps.	G	N02BF01	304
IND	Gabapentin "ratiopharm" 600 mg Filmtabl.	G	N02BF01	305
IND	Gabapentin "ratiopharm" 800 mg Filmtabl.	G	N02BF01	305
IND	Gabapentin "ratiopharm" 300 mg Kaps.	G	N02BF01	304
IND	Gabapentin "ratiopharm" 400 mg Kaps.	G	N02BF01	304
IND	Gabapentin "Viatrix" 600 mg Filmtabl.	G	N02BF01	305
IND	Gabapentin "Viatrix" 800 mg Filmtabl.	G	N02BF01	305
IND	Gabapentin "Viatrix" 300 mg Hartkaps.	G	N02BF01	304
IND	Gabapentin "Viatrix" 400 mg Hartkaps.	G	N02BF01	304
RE1	Galafold 123 mg Hartkaps. 	Y	A16AX14	393
RE2	Galantamin "Actavis" 8 mg Retardkaps.	Y	N06DA04	565
RE2	Galantamin "Actavis" 16 mg Retardkaps.	Y	N06DA04	566
RE2	Galantamin "Actavis" 24 mg Retardkaps.	Y	N06DA04	568
RE2	Galantamin "Aristo" 8 mg Retardkaps.	Y	N06DA04	565
RE2	Galantamin "Aristo" 16 mg Retardkaps.	Y	N06DA04	567
RE2	Galantamin "Aristo" 24 mg Retardkaps.	Y	N06DA04	568
IND	Galantamin "Krka" 8 mg Retardkaps.	G	N06DA04	349
IND	Galantamin "Krka" 16 mg Retardkaps.	G	N06DA04	349
IND	Galantamin "Krka" 24 mg Retardkaps.	G	N06DA04	349
RE2	Galantamin "ratiopharm GmbH" 8 mg Retardkaps.	Y	N06DA04	565
RE2	Galantamin "ratiopharm GmbH" 16 mg Retardkaps.	Y	N06DA04	567
RE2	Galantamin "ratiopharm GmbH" 24 mg Retardkaps.	Y	N06DA04	568
RE2	Galantamin "Sandoz" 8 mg Retardkaps.	Y	N06DA04	566
RE2	Galantamin "Sandoz" 16 mg Retardkaps.	Y	N06DA04	567
RE2	Galantamin "Sandoz" 24 mg Retardkaps.	Y	N06DA04	569
RE1	Galvus 50 mg Tabl.	Y	A10BH02	385
RE2	Ganfort 0,3 mg/ml + 5 mg/ml Augentropf. Einzeldosen	Y	S01ED51	597
Au	Ganfort 0,3 mg/ml + 5 mg/ml Augentropf.	G	S01ED51	367
	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	266
RE1	Genotropin 5,3 mg/ml KabiPen Zylinderamp.	Y	H01AC01	446
RE1	Genotropin 12 mg/ml KabiPen Zylinderamp.	Y	H01AC01	448
RE1	Genotropin 0,2 mg MiniQuick Spritzamp.	Y	H01AC01	445
	Gentax Augensalbe.	G	S01AA11	364
	Gentax 30 mg/g Augentropf.	G	S01AA11	364
RE1	Genvoya 150 mg/150 mg/200 mg/10 mg Filmtabl.	Y	J05AR18	471
	Gerofol 5 mg Tabl.	G	B03BB01	187
IND	Gerolamic 5 mg lösl. Tabl.	G	N03AX09	312
IND	Gerolamic 25 mg lösl. Tabl.	G	N03AX09	313
IND	Gerolamic 50 mg lösl. Tabl.	G	N03AX09	313
IND	Gerolamic 100 mg lösl. Tabl.	G	N03AX09	313
IND	Gerolamic 200 mg lösl. Tabl.	G	N03AX09	314
	Gerosim "G.L." 20 mg Filmtabl.	G	C10AA01	223

KASS	Bezeichnung	Box	ATC	Seite
	Gerosim "G.L." 40 mg Filmtabl.	G	C10AA01	224
	Gerovit D3 14.400 IE/ml Tropf. zum Einnehmen.....	G	A11CC05.....	181
	Gevilon 450 mg Filmtabl.....	G	C10AB04.....	227
	Gewacalm Amp.	G	N05BA01	336
	Gewacalm 2 mg Tabl.	G	N05BA01	336
	Gewacalm 5 mg Tabl.	G	N05BA01	336
	Gewacalm 10 mg Tabl.	G	N05BA01	336
RE1	Gilenya 0,5 mg Hartkaps.	Y	L04AA27.....	512
RE1	Giotrif 20 mg Filmtabl.	Y	L01EB03.....	478
RE1	Giotrif 30 mg Filmtabl.	Y	L01EB03.....	478
RE1	Giotrif 40 mg Filmtabl.	Y	L01EB03.....	478
RE1	Giotrif 50 mg Filmtabl.	Y	L01EB03.....	479
	Gliclada 30 mg Tabl. mit veränderter Wirkstofffreisetzung ...	G	A10BB09	176
	Gliclada 60 mg Tabl. mit veränderter Wirkstofffreisetzung ...	G	A10BB09	177
	Gliclazid "ratiopharm" 30 mg Tabl. mit veränderter Wirkstofffreisetzung.....	G	A10BB09	176
	Glimepirid "1A Pharma" 1 mg Tabl.....	G	A10BB12	177
	Glimepirid "1A Pharma" 2 mg Tabl.....	G	A10BB12	177
	Glimepirid "1A Pharma" 3 mg Tabl.....	G	A10BB12	177
	Glimepirid "1A Pharma" 4 mg Tabl.....	G	A10BB12	177
	Glimepirid "Hexal" 1 mg Tabl.	G	A10BB12	177
	Glimepirid "Hexal" 2 mg Tabl.	G	A10BB12	177
	Glimepirid "Hexal" 3 mg Tabl.	G	A10BB12	177
	Glimepirid "Hexal" 4 mg Tabl.	G	A10BB12	177
	Glimepirid "ratiopharm" 2 mg Tabl.	G	A10BB12	177
	Glimepirid "ratiopharm" 3 mg Tabl.	G	A10BB12	177
	Glimepirid "ratiopharm" 6 mg Tabl.	G	A10BB12	177
	Glimepirid "Stada" 2 mg Tabl.	G	A10BB12	177
	Glimepirid "Stada" 3 mg Tabl.	G	A10BB12	177
	Glimepirid "Stada" 4 mg Tabl.	G	A10BB12	177
	Glimepirid "Stada" 6 mg Tabl.	G	A10BB12	177
IND	Glivec 100 mg Filmtabl.	G	L01EA01	264
IND	Glivec 400 mg Filmtabl.....	G	L01EA01.....	265
IND	GlucaGen Hypokit 1 mg/ml Plv. u. Lsgm. zur Herst. einer Inj.lsg. Fertigspr.	G	H04AA01	250
	Glucophage 500 mg Filmtabl.	G	A10BA02	176
	Glucophage 850 mg Filmtabl.	G	A10BA02	176
RE2	Glucose 5 % "Fresenius" Plastikinf.fl. 250 ml.....	Y	B05BA03	417
RE2	Glucose 5 % "Fresenius" Plastikinf.fl. 500 ml.....	Y	B05BA03	417
	Glurenorm 30 mg Tabl.	G	A10BB08	176
RE2	Glyxambi 10 mg/5 mg Filmtabl. <small>(PM)</small>	Y	A10BD19.....	383
RE2	Glyxambi 25 mg/5 mg Filmtabl. <small>(PM)</small>	Y	A10BD19.....	383
RE1	Gonal-f 300 IE Inj.lsg. Injektor.....	Y	G03GA05	443
RE1	Gonal-f 450 IE Inj.lsg. Injektor.....	Y	G03GA05	443
RE1	Gonal-f 900 IE Inj.lsg. Injektor.....	Y	G03GA05	443
RE1	Gonal-f 1050 IE (77 mcg) Plv. u. Lsgm. zur Herst. einer Inj.lsg.	Y	G03GA05	443
IND	Granisetron "Actavis" 2 mg Filmtabl.....	G	A04AA02	170
RE1	Granpidam 20 mg Filmtabl.	Y	C02KX	421
	Grasustek 6 mg Inj.lsg. Fertigspr.	G	L03AA13.....	272
ADKL	Grazax 75.000 SQ-T Lyophilisat zum Einnehmen	G	V01AA02	370
	Guttalax Tropf.....	G	A06AB08	170

KASS	Bezeichnung	Box	ATC	Seite
	Gyno-Pevaryl 150 mg Ovula	G	G01AF05	239
RE1	Haemate P 500 IE FVIII/1200 IE VWF Plv. und Lsgm. zur Herst. einer Inj.- oder Inf.lsg.	Y	B02BD06	406
RE1	Haemate P 1000 IE FVIII/2400 IE VWF Plv. und Lsgm. zur Herst. einer Inj.- oder Inf.lsg.	Y	B02BD06	406
RE1	Haemoctin SDH 50 IE/ml Plv. und Lsgm. zur Herst. einer Inj.lsg.	Y	B02BD02	403
RE1	Haemoctin SDH 100 IE/ml Plv. u. Lsgm. zur Herst. einer Inj.lsg.	Y	B02BD02	403
RE1	Haemoctin SDH 200 IE/ml Plv. u. Lsgm. zur Herst. einer Inj.lsg.	Y	B02BD02	403
RE1	Haemonine 100 IE/ml Plv. und Lsgm. zur Herst. einer Inj.lsg.	Y	B02BD04	405
	Halcion 0,25 mg Tabl.	G	N05CD05.....	337
	Haldol Decanoat 50 mg/ml Inj.lsg. (1 ml)	G	N05AD01	322
	Haldol Decanoat 50 mg/ml Inj.lsg. (3 ml)	G	N05AD01	322
	Haldol 1 mg Tabl.	G	N05AD01	322
	Haldol 10 mg Tabl.	G	N05AD01	322
	Haldol 2 mg/ml Tropf. zum Einnehmen, Lsg.	G	N05AD01	322
	Halomycetin Augensalbe.....	G	S01AA01	364
	HCT "G.L." 50 mg Tabl.....	G	C03AA03	199
RE1	Hemlibra 30 mg/ml Inj.lsg. 	Y	B02BX06	408
RE1	Hemlibra 150 mg/ml Inj.lsg. 	Y	B02BX06	408
RE2	Hepa "Merz" 3 g Gran.	Y	A05BA	376
RE1	Hepatect CP 50 IE/ml Inf.lsg.	Y	J06BB04	475
	Herzschutz ASS "ratiopharm" 100 mg Tabl.	G	B01AC06	185
	Hidrasec 30 mg Gran. z. Herst. einer Susp. zum Einnehmen	G	A07XA04	173
	Hidrasec 100 mg Hartkaps.....	G	A07XA04	174
	Hirudoid Gel	G	C05BA01	204
	Hirudoid Salbe	G	C05BA01	204
RE1	Hizentra 200 mg/ml Lsg. zur subkutanen Inj. (5 ml).....	Y	J06BA01	473
RE1	Hizentra 200 mg/ml Lsg. zur subkutanen Inj. (10 ml).....	Y	J06BA01	473
RE1	Hizentra 200 mg/ml Lsg. zur subkutanen Inj. (20 ml).....	Y	J06BA01	473
IND	Hukyndra 40 mg Inj.lsg. Fertigpen	G	L04AB04	275
IND	Hukyndra 40 mg Inj.lsg. Fertigspr.	G	L04AB04	275
IND	Hukyndra 80 mg Inj.lsg. Fertigspr.	G	L04AB04	277
IND	Hulio 40 mg Inj.lsg. Fertigpen.....	G	L04AB04	276
IND	Hulio 40 mg Inj.lsg. Fertigspr.....	G	L04AB04	276
	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	446
RE1	Humatrope 36 IE (12 mg) Zylinderamp.	Y	H01AC01	448
RE1	Humatrope 72 IE (24 mg) Zylinderamp.	Y	H01AC01	449
	Huminsulin "Lilly" Basal 100 IE/ml Inj.susp. Dstfl.	G	A10AC01	175
	Huminsulin "Lilly" Basal 100 IE/ml KwikPen.....	G	A10AC01	175


KASS	Bezeichnung	Box	ATC	Seite
	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. Dstfl.	G	A10AD01	175
	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.....	275
IND	Humira 40 mg Inj.lsg. Fertigpen	G	L04AB04.....	276
IND	Humira 40 mg Inj.lsg. Fertigspr.	G	L04AB04.....	276
	Hydal 1,3 mg Kaps.	G	N02AA03	295
	Hydal 2,6 mg Kaps.	G	N02AA03	295
	Hydal retard 2 mg Kaps.	G	N02AA03	295
	Hydal retard 4 mg Kaps.	G	N02AA03	295
	Hydal retard 8 mg Kaps.	G	N02AA03	295
	Hydal retard 16 mg Kaps.	G	N02AA03	296
	Hydal retard 24 mg Kaps.	G	N02AA03	296
	Hydrocortone Tabl.	G	H02AB09	248
	Hydromorphon "ratiopharm" 4 mg Retardtabl.	G	N02AA03	295
	Hydromorphon "ratiopharm" 8 mg Retardtabl.	G	N02AA03	295
	Hydromorphon "ratiopharm" 16 mg Retardtabl.	G	N02AA03	296
	Hydromorphon "ratiopharm" 24 mg Retardtabl.	G	N02AA03	296
	Hydromorphon "Stada" 4 mg Retardtabl.	G	N02AA03	295
	Hydromorphon "Stada" 8 mg Retardtabl.	G	N02AA03	295
	Hydromorphon "Stada" 16 mg Retardtabl.	G	N02AA03	296
	Hydromorphon "Stada" 24 mg Retardtabl.	G	N02AA03	296
	Hydrosan Tabl.	G	C03BA04	200
RE2	Hydroxyurea "medac" Kaps.	Y	L01XX05.....	497
	Hylak forte Tropf.	G	A07FA01	173
RE1	HyQvia 100 mg/ml Inf.lsg. zur subkutanen Anw. (2,5 g/25 ml)	Y	J06BA01	472
RE1	HyQvia 100 mg/ml Inf.lsg. zur subkutanen Anw. (5 g/50 ml)	Y	J06BA01	472
RE1	HyQvia 100 mg/ml Inf.lsg. zur subkutanen Anw. (10 g/100 ml)	Y	J06BA01	472
RE1	HyQvia 100 mg/ml Inf.lsg. zur subkutanen Anw. (20 g/200 ml)	Y	J06BA01	473
RE1	HyQvia 100 mg/ml Inf.lsg. zur subkutanen Anw. (30 g/300 ml)	Y	J06BA01	473
IND	Hyrimoz 40 mg Inj.lsg. Fertigpen.....	G	L04AB04.....	276
IND	Hyrimoz 40 mg Inj.lsg. Fertigspr.....	G	L04AB04.....	276
IND	Ibandronic Acid "Accord" 3 mg Inj.lsg. Fertigspr.	G	M05BA06.....	292
IND	Ibandronic Acid "Accord" 6 mg Konz. zur Herst. einer Inf.lsg.	G	M05BA06.....	292
IND	Ibandronsäure "+pharma" 3 mg Inj.lsg.	G	M05BA06.....	292
IND	Ibandronsäure "Actavis" 3 mg Inj.lsg.	G	M05BA06.....	292
IND	Ibandronsäure "Genericon" 3 mg Inj.lsg.	G	M05BA06.....	292
IND	Ibandronsäure Osteoviva 3 mg Inj.lsg.	G	M05BA06.....	292
IND	Ibandronsäure "ratiopharm" 3 mg Inj.lsg.	G	M05BA06.....	292
	Ibandronsäure "ratiopharm" 150 mg Filmtabl.	G	M05BA06.....	292
IND	Ibandronsäure "Sandoz" 3 mg/3 ml Inj.lsg.	G	M05BA06.....	292
IND	Ibandronsäure "Sandoz" 6 mg Konz. zur Herst. einer Inf.lsg.	G	M05BA06.....	292
IND	Ibandronsäure "Stada" 3 mg Inj.lsg.	G	M05BA06.....	292
RE1	Ibrance 75 mg Hartkaps. (PM)	Y	L01EF01	483

KASS	Bezeichnung	Box	ATC	Seite
RE1	Ibrance 100 mg Hartkaps. (PM)	Y	L01EF01	484
RE1	Ibrance 125 mg Hartkaps. (PM)	Y	L01EF01	484
	Ibuprofen "Actavis" 600 mg Filmtabl.	G	M01AE01	287
	Ibuprofen "Genericon" 400 mg Filmtabl.	G	M01AE01	287
	Ibuprofen "Genericon" 600 mg forte Filmtabl.	G	M01AE01	287
IND	Icatibant "Accord" 30 mg Inj.lsg. Fertigspr.	G	B06AC02	195
IND	Icatibant "ratiopharm" 30 mg Inj.lsg. Fertigspr.	G	B06AC02	195
	Ichtho Bad	G	M02AX10	289
	Ichtholan 10 % Salbe	G	D03AX	231
	Ichtholan 20 % Salbe	G	D03AX	231
	Ichtholan 50 % Salbe	G	D03AX	231
IND	Idacio 40 mg Inj.lsg. Fertigpen	G	L04AB04	276
IND	Idacio 40 mg Inj.lsg. Fertigspr.	G	L04AB04	276
RE1	IgVena 50 g/l Inf.lsg. (1 g/20 ml)	Y	J06BA02	473
RE1	IgVena 50 g/l Inf.lsg. (2,5 g/50 ml)	Y	J06BA02	473
RE1	IgVena 50 g/l Inf.lsg. (5 g/100 ml)	Y	J06BA02	473
RE1	IgVena 50 g/l Inf.lsg. (10 g/200 ml)	Y	J06BA02	473
Au	Ikervis 1 mg/ml Augentropf., Emulsion (PM)	G	S01XA18	369
RE1	Ilaris 150 mg/ml Inj.lsg.	Y	L04AC08	528
RE1	Ilomedin 10 mcg/0,5 ml Inf.lsg.konz.	Y	B01AC11	395
RE1	Ilomedin 50 mcg/0,5 ml Inf.lsg.konz.	Y	B01AC11	395
RE1	Ilumetri 100 mg Inj.lsg. Fertigspr. (PM)	Y	L04AC17	531
IND	Imagerolan 100 mg Filmtabl.	G	L01EA01	264
IND	Imagerolan 400 mg Filmtabl.	G	L01EA01	265
IND	Imatinib "1A Pharma" 100 mg Filmtabl.	G	L01EA01	264
IND	Imatinib "1A Pharma" 400 mg Filmtabl.	G	L01EA01	265
IND	Imatinib "Accord" 100 mg Filmtabl.	G	L01EA01	264
IND	Imatinib "Accord" 400 mg Filmtabl.	G	L01EA01	265
IND	Imatinib "HCS" 100 mg Filmtabl.	G	L01EA01	264
IND	Imatinib "HCS" 400 mg Filmtabl.	G	L01EA01	265
IND	Imatinib "Sandoz" 100 mg Filmtabl.	G	L01EA01	265
IND	Imatinib "Sandoz" 400 mg Filmtabl.	G	L01EA01	265
IND	Imatinib "Teva" 100 mg Filmtabl.	G	L01EA01	265
IND	Imatinib "Teva" 400 mg Filmtabl.	G	L01EA01	265
RE1	Imbruvica 140 mg Filmtabl. (PM)	Y	L01EL01	487
RE1	Imbruvica 280 mg Filmtabl. (PM)	Y	L01EL01	487
RE1	Imbruvica 420 mg Filmtabl. (PM)	Y	L01EL01	487
RE1	Imbruvica 560 mg Filmtabl. (PM)	Y	L01EL01	488
RE1	Imigran 6 mg/0,5 ml Spritzamp.	Y	N02CC01	541
RE2	Immucothel 1 mg Trockensubst. mit Lsgm.	Y	L03AX10	505
RE2	Immucothel 10 mg Trockensubst. mit Lsgm.	Y	L03AX10	505
RE1	Immunate 500 IE FVIII/375 IE VWF Plv. und Lsgm. zur Herst. einer Inj.lsg.	Y	B02BD06	406
RE1	Immunate 1000 IE FVIII/750 IE VWF Plv. und Lsgm. zur Herst. einer Inj.lsg.	Y	B02BD06	406
RE1	Immunine 600 IE Trockenstechamp. mit Lsgm.	Y	B02BD04	405
RE1	Immunine 1200 IE Trockenstechamp. mit Lsgm.	Y	B02BD04	405
	Immunoprin 75 mg Filmtabl.	G	L04AX01	279
	Immunoprin 100 mg Filmtabl.	G	L04AX01	279
	Immunoprin mite 50 mg Filmtabl.	G	L04AX01	278
	Importal Plv.	G	A06AD12	171
IND	Imraldi 40 mg Inj.lsg. Fertigen (PM)	G	L04AB04	276

KASS	Bezeichnung	Box	ATC	Seite
IND	Imraldi 40 mg Inj.lsg. Fertigspr. (PM)	G	L04AB04.....	277
RE1	Imukin Stechamp.....	Y	L03AB03.....	500
	Imurek Filmtabl.....	G	L04AX01.....	278
RE1	Increlex 10 mg/ml Inj.lsg.....	Y	H01AC03.....	449
RE1	Incresync 12,5 mg/30 mg Filmtabl.	Y	A10BD09.....	381
RE1	Incresync 25 mg/30 mg Filmtabl.	Y	A10BD09.....	381
IND	Incruse 55 mcg einzeldosiertes Plv. zur Inh.....	G	R03BB07.....	359
	Indapamid "Actavis" 1,5 mg Retardtabl.....	G	C03BA11.....	200
	Indapamid "+pharma" retard 1,5 mg Filmtabl.....	G	C03BA11.....	200
	Indapamid "ratiopharm" 1,5 mg Retardtabl.	G	C03BA11.....	200
	Indapamid "Stada" 1,5 mg Retardtabl.	G	C03BA11.....	200
	Inderal 10 mg Filmtabl.....	G	C07AA05.....	205
	Inderal 40 mg Filmtabl.....	G	C07AA05.....	205
	Indocid 25 mg Kaps.....	G	M01AB01.....	285
	Indocid retard 75 mg Kaps.	G	M01AB01.....	285
IND	InfectoCiproCort 3 mg/ml + 0,25 mg/ml Ohrentropf.	G	S02CA05.....	369
	Infectoscab 5 % Creme	G	P03AC04.....	351
IND	Infectra 100 mg Plv. für ein Konz. zur Herst. einer Inf.lsg. ...	G	L04AB02.....	275
	Inhibace 0,5 mg Filmtabl.	G	C09AA08.....	213
	Inhibace 2,5 mg Filmtabl.	G	C09AA08.....	213
	Inhibace 5 mg Filmtabl.	G	C09AA08.....	213
	Inhibace plus 5 mg/12,5 mg Filmtabl.....	G	C09BA08.....	215
	Inhixa 2.000 IE (20 mg)/0,2 ml Inj.lsg. Fertigspr.....	G	B01AB05.....	183
	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.....	184
	Inhixa 8.000 IE (80 mg)/0,8 ml Inj.lsg. Fertigspr.....	G	B01AB05.....	184
	Inhixa 10.000 IE (100 mg)/1 ml Inj.lsg. Fertigspr.....	G	B01AB05.....	184
	Inkontan 15 mg Filmtabl.	G	G04BD09.....	243
	Inkontan 30 mg Filmtabl.	G	G04BD09.....	243
	Inotyol Salbe.....	G	D05AA.....	232
RE1	Insidon Drag.....	Y	N06AA05.....	546
IND	Inspra 25 mg Filmtabl.....	G	C03DA04.....	202
IND	Inspra 50 mg Filmtabl.....	G	C03DA04.....	202
	Insulatard FlexPen 100 IE/ml Inj.susp. Fertigpen.....	G	A10AC01.....	175
	Insulatard Penfill 100 IE/ml Inj.susp. Patronen.....	G	A10AC01.....	175
	Insuman Comb 25 - 100 IE/ml Inj.susp. Fertigpen, SoloStar	G	A10AD01.....	175
	Insuman Comb 25 - 100 IE/ml Inj.susp. Patronen.....	G	A10AD01.....	175
RE2	Intelence 200 mg Tabl.....	Y	J05AG04.....	466
RE1	Intratect 50 g/l Inf.lsg. (1 g/20 ml).....	Y	J06BA02.....	473
RE1	Intratect 50 g/l Inf.lsg. (2,5 g/50 ml).....	Y	J06BA02.....	473
RE1	Intratect 50 g/l Inf.lsg. (5 g/100 ml).....	Y	J06BA02.....	473
RE1	Intratect 50 g/l Inf.lsg. (10 g/200 ml).....	Y	J06BA02.....	473
RE1	Intratect 100 g/l Inf.lsg. (5 g/50 ml).....	Y	J06BA02.....	474
RE1	Intratect 100 g/l Inf.lsg. (10 g/100 ml).....	Y	J06BA02.....	474
RE1	Intratect 100 g/l Inf.lsg. (20 g/200 ml).....	Y	J06BA02.....	474
Au	lopidine 0,5 % Augentropf.	G	S01EA03.....	366
IND	lpinzan 50 mg/850 mg Filmtabl.	G	A10BD08.....	178
IND	lpinzan 50 mg/1000 mg Filmtabl.	G	A10BD08.....	178
	lrbepress 75 mg Filmtabl.....	G	C09CA04.....	217
	lrbepress 150 mg Filmtabl.....	G	C09CA04.....	217
	lrbepress 300 mg Filmtabl.....	G	C09CA04.....	217
	lrbepress/HCT 150 mg/12,5 mg Filmtabl.	G	C09DA04.....	220

KASS	Bezeichnung	Box	ATC	Seite
	Irbepress/HCT 300 mg/12,5 mg Filmtabl.	G	C09DA04.....	220
	Irbepress/HCT 300 mg/25 mg Filmtabl.	G	C09DA04.....	220
	Irenat Tropf.....	G	H03BC.....	250
RE1	Iressa 250 mg Filmtabl.	Y	L01EB01.....	477
	Irxolum Mono Salbe	G	D03BA02.....	231
RE1	Isentress 400 mg Filmtabl.	Y	J05AJ01.....	467
RE1	Isentress 600 mg Filmtabl.	Y	J05AJ01.....	467
	ISMN "Genericon" 20 mg Tabl.	G	C01DA14.....	196
	ISMN "Genericon" 40 mg Tabl.	G	C01DA14.....	196
	ISMN "Genericon" retard 60 mg Kaps.....	G	C01DA14.....	196
	Isomonat 20 mg Tabl.....	G	C01DA14.....	196
	Isomonat retard 40 mg Retardtabl.....	G	C01DA14.....	196
	Isoptin 5 mg Amp.	G	C08DA01.....	210
	Isoptin 40 mg Drag.	G	C08DA01.....	211
	Isoptin retard 120 mg Filmtabl.....	G	C08DA01.....	211
	Isoptin RR retard 240 mg Filmtabl.....	G	C08DA01.....	211
	Isozid-H farblos alkohol. Lsg. z. Hautdesinfektion	G	D08AX53.....	236
	Iterium 1 mg Tabl.	G	C02AC06.....	198
	Itrabene Kaps.	G	J02AC02.....	260
	Itrabene Dermis Kaps.....	G	J02AC02.....	260
F D	Itraconazol "Stada" 100 mg Kaps.....	G	J02AC02.....	260
D	Itraconazol "Stada" 100 mg Kaps.....	G	J02AC02.....	260
F D	Itraderm 100 mg Hartkaps.....	G	J02AC02.....	260
D	Itraderm 100 mg Hartkaps.....	G	J02AC02.....	260
ADL	Itulazax 12 SQ-Bet Lyophilisat zum Einnehmen (PM)	G	V01AA05.....	370
	Ivabradin "Aristo" 5 mg Filmtabl.	G	C01EB17.....	197
	Ivabradin "Aristo" 7,5 mg Filmtabl.	G	C01EB17.....	197
	Ivabradin "Genericon" 5 mg Filmtabl.	G	C01EB17.....	197
	Ivabradin "Genericon" 7,5 mg Filmtabl.....	G	C01EB17.....	197
	Ivabradin "HCS" 5 mg Filmtabl.....	G	C01EB17.....	197
	Ivabradin "HCS" 7,5 mg Filmtabl.....	G	C01EB17.....	197
	Ivabradin "ratiopharm" 5 mg Filmtabl.	G	C01EB17.....	197
	Ivabradin "ratiopharm" 7,5 mg Filmtabl.	G	C01EB17.....	197
	Ivabradin "Stada" 7,5 mg Filmtabl.....	G	C01EB17.....	197
	Ivacorlan 5 mg Filmtabl.	G	C01EB17.....	197
	Ivacorlan 7,5 mg Filmtabl.	G	C01EB17.....	197
IND	Ivergelan 3 mg Tabl.....	G	P02CF01.....	351
	Ivor 2.500 IE Anti-Xa/0,2 ml Inj.lsg. Fertigspr.....	G	B01AB12.....	184
	Ivor 3.500 IE Anti-Xa/0,2 ml Inj.lsg. Fertigspr.....	G	B01AB12.....	184
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.....	179
IND	Jansitin 50 mg Filmtabl.....	G	A10BH01.....	179
IND	Jansitin 100 mg Filmtabl.....	G	A10BH01.....	180
IND	Jansitin Duo 50 mg/850 mg Filmtabl.	G	A10BD07.....	177
IND	Jansitin Duo 50 mg/1000 mg Filmtabl.	G	A10BD07.....	177
RE1	Januvia 25 mg Filmtabl.	Y	A10BH01.....	384
RE1	Januvia 50 mg Filmtabl.	Y	A10BH01.....	384
RE1	Januvia 100 mg Filmtabl.	Y	A10BH01.....	384
RE2	Jardiance 10 mg Filmtabl. (PM)	Y	A10BK03.....	390
RE2	Jardiance 25 mg Filmtabl. (PM)	Y	A10BK03.....	390
IND	Jazeta 25 mg Filmtabl.	G	A10BH01.....	179

KASS	Bezeichnung	Box	ATC	Seite
IND	Jazeta 50 mg Filmtabl.	G	A10BH01	179
IND	Jazeta 100 mg Filmtabl.	G	A10BH01	180
RE2	Jentaduetto 2,5 mg/850 mg Filmtabl. (PM)	Y	A10BD11	381
RE2	Jentaduetto 2,5 mg/1000 mg Filmtabl. (PM)	Y	A10BD11	382
RE2	Jext 150 mcg Inj.lsg. Fertigpen	Y	C01CA24	419
RE2	Jext 300 mcg Inj.lsg. Fertigpen	Y	C01CA24	419
	Jodid "Merck" 100 mcg Tabl.	G	H03CA	250
	Jodthyrox Tabl.	G	H03AA51	249
R	Jopamiro 370 mg Amp.	G	V08AB04	371
R	Jopamiro 300 mg Stechamp. 30 ml.	G	V08AB04	371
R	Jopamiro 300 mg Stechamp. 50 ml.	G	V08AB04	371
R	Jopamiro 300 mg Stechamp. 100 ml.	G	V08AB04	371
RE1	Jorveza 0,5 mg Schmelztabl. (PM)	Y	A07EA06	377
RE1	Jorveza 1 mg Schmelztabl. (PM)	Y	A07EA06	378
RE2	Jyseleca 100 mg Filmtabl. (PM)	Y	L04AA45	520
RE2	Jyseleca 200 mg Filmtabl. (PM)	Y	L04AA45	521
RE1	Kaftrio 37,5 mg/25 mg/50 mg Filmtabl. (PM)	Y	R07AX32	596
RE1	Kaftrio 75 mg/50 mg/100 mg Filmtabl. (PM)	Y	R07AX32	596
RE2	Kaletra 200 mg/50 mg Filmtabl.	Y	J05AR10	470
RE2	Kaletra Lsg. zum Einnehmen	Y	J05AR10	470
	Kalioral "Fresenius" Plv.	G	A12BA30	182
RE1	Kalydeco 75 mg Filmtabl. (PM)	Y	R07AX02	591
RE1	Kalydeco 150 mg Filmtabl. (PM)	Y	R07AX02	592
RE1	Kalydeco 25 mg Gran. Btl. (PM)	Y	R07AX02	590
RE1	Kalydeco 50 mg Gran. Btl. (PM)	Y	R07AX02	590
RE1	Kalydeco 75 mg Gran. Btl. (PM)	Y	R07AX02	591
	KCl retard Slow-K 600 mg Drag.	G	A12BA01	182
	Keflex 1000 mg Filmtabl.	G	J01DB01	254
	Kemadrin Tabl.	G	N04AA04	317
D	Keracutan 10 mg Kaps.	G	D05BB02	233
D	Keracutan 25 mg Kaps.	G	D05BB02	233
	Keratosis + Tretinoin Creme "Widmer"	G	D02AE51	231
RE2	Kerendia 10 mg Filmtabl. (PM)	Y	C03DA05	425
RE2	Kerendia 20 mg Filmtabl. (PM)	Y	C03DA05	425
RE1	Kesimpta 20 mg Inj.lsg. Fertigpen (PM)	Y	L04AA52	522
	Keto-Vision 5 mg/ml Augentropf.	G	S01BC05	365
RE1	Kiovig 100 mg/ml Inf.lsg. (1 g/10 ml)	Y	J06BA02	474
RE1	Kiovig 100 mg/ml Inf.lsg. (2,5 g/25 ml)	Y	J06BA02	474
RE1	Kiovig 100 mg/ml Inf.lsg. (5 g/50 ml)	Y	J06BA02	474
RE1	Kiovig 100 mg/ml Inf.lsg. (10 g/100 ml)	Y	J06BA02	474
RE1	Kiovig 100 mg/ml Inf.lsg. (20 g/200 ml)	Y	J06BA02	474
RE1	Kisqali 200 mg Filmtabl. (PM)	Y	L01EF02	484
	Klacid Uno Filmtabl.	G	J01FA09	256
F14	Klacid 125 mg/5 ml Gran. f. orale Susp.	G	J01FA09	256
F14	Klacid 250 mg/5 ml Gran. f. orale Susp.	G	J01FA09	256
RE1	Klisyri 10 mg/g Salbe.	Y	D06BX03	434
RE1	Komboglyze 2,5 mg/850 mg Filmtabl.	Y	A10BD10	381
RE1	Komboglyze 2,5 mg/1000 mg Filmtabl.	Y	A10BD10	381
RE2	Konakion 2 mg/0,2 ml Mischmizellenlsg. Amp.	Y	B02BA01	402
	Konakion 10 mg/1 ml Mischmizellenlsg. Amp.	G	B02BA01	186
RE1	Kovaltry 250 IE Plv. und Lsgm. zur Herst. einer Inj.lsg.	Y	B02BD02	403
RE1	Kovaltry 500 IE Plv. und Lsgm. zur Herst. einer Inj.lsg.	Y	B02BD02	403

KASS	Bezeichnung	Box	ATC	Seite
RE1	Kovaltry 1000 IE Plv. und Lsgm. zur Herst. einer Inj.lsg.	Y	B02BD02	403
RE1	Kovaltry 2000 IE Plv. und Lsgm. zur Herst. einer Inj.lsg.	Y	B02BD02	403
RE1	Kovaltry 3000 IE Plv. und Lsgm. zur Herst. einer Inj.lsg.	Y	B02BD02	403
	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
F2J	Kryptocur 0,2 mg/0,1 ml nasale Sprühlsg.	G	H01CA01	245
RE1	Kuvan 100 mg Tabl. zur Herst. einer Lsg. zum Einnehmen..	Y	A16AX07	392
RE1	Kyntheum 210 mg Inj.lsg. Fertigspr. 	Y	L04AC12	529
N	Lacopat 50 mg Filmtabl.	G	N03AX18	316
N	Lacopat 100 mg Filmtabl.	G	N03AX18	316
N	Lacopat 150 mg Filmtabl.	G	N03AX18	317
N	Lacopat 200 mg Filmtabl.	G	N03AX18	317
N	Lacopat 10 mg/ml Sirup	G	N03AX18	316
N	Lacosamid "UCB" 50 mg Filmtabl.	G	N03AX18	316
N	Lacosamid "UCB" 100 mg Filmtabl.	G	N03AX18	317
N	Lacosamid "UCB" 150 mg Filmtabl.	G	N03AX18	317
N	Lacosamid "UCB" 200 mg Filmtabl.	G	N03AX18	317
N	Lacosamid "UCB" 10 mg/ml Sirup.....	G	N03AX18	316
	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	297
IND	Lafene 25 mcg/h transdermales Pflaster.....	G	N02AB03	298
IND	Lafene 50 mcg/h transdermales Pflaster.....	G	N02AB03	298
IND	Lafene 75 mcg/h transdermales Pflaster.....	G	N02AB03	299
IND	Lafene 100 mcg/h transdermales Pflaster.....	G	N02AB03	299
IND	Lamictal 5 mg Kau-/Schmelztabl.	G	N03AX09	312
IND	Lamictal 25 mg Kau-/Schmelztabl.	G	N03AX09	313
IND	Lamictal 50 mg Kau-/Schmelztabl.	G	N03AX09	313
IND	Lamictal 100 mg Kau-/Schmelztabl.	G	N03AX09	313
IND	Lamictal 200 mg Kau-/Schmelztabl.	G	N03AX09	314
RE2	Lamivudin "Sandoz" 300 mg Filmtabl.....	Y	J05AF05	461
IND	Lamotrigin "1A Pharma" 25 mg lösl. Tabl.....	G	N03AX09	313
IND	Lamotrigin "1A Pharma" 50 mg lösl. Tabl.....	G	N03AX09	313
IND	Lamotrigin "1A Pharma" 100 mg lösl. Tabl.....	G	N03AX09	313
IND	Lamotrigin "1A Pharma" 200 mg lösl. Tabl.....	G	N03AX09	314
IND	Lamotrigin "Genericon" 25 mg lösl. Tabl.	G	N03AX09	313
IND	Lamotrigin "Genericon" 50 mg lösl. Tabl.	G	N03AX09	313
IND	Lamotrigin "Genericon" 100 mg lösl. Tabl.	G	N03AX09	313
IND	Lamotrigin "Genericon" 200 mg lösl. Tabl.	G	N03AX09	314
IND	Lamotrigin "ratiopharm GmbH" 25 mg lösl. Tabl.	G	N03AX09	313
IND	Lamotrigin "ratiopharm GmbH" 50 mg lösl. Tabl.	G	N03AX09	313
IND	Lamotrigin "ratiopharm GmbH" 100 mg lösl. Tabl.	G	N03AX09	314
IND	Lamotrigin "ratiopharm GmbH" 200 mg lösl. Tabl.	G	N03AX09	314
IND	Lamotrigin "Sandoz GmbH" 25 mg lösl. Tabl.	G	N03AX09	313
IND	Lamotrigin "Sandoz GmbH" 50 mg lösl. Tabl.	G	N03AX09	313
IND	Lamotrigin "Sandoz GmbH" 100 mg lösl. Tabl.	G	N03AX09	314
IND	Lamotrigin "Sandoz GmbH" 200 mg lösl. Tabl.	G	N03AX09	314
IND	Lamotrigin "Stada" 25 mg lösl. Tabl.	G	N03AX09	313
IND	Lamotrigin "Stada" 50 mg lösl. Tabl.	G	N03AX09	313
IND	Lamotrigin "Stada" 100 mg lösl. Tabl.	G	N03AX09	314

KASS	Bezeichnung	Box	ATC	Seite
IND	Lamotrigin "Stada" 200 mg lösl. Tabl.	G	N03AX09	314
	Lanair 10 mg Filmtabl.	G	R03DC03.....	360
	Lanair 4 mg Kautabl.	G	R03DC03.....	360
	Lanair 5 mg Kautabl.	G	R03DC03.....	360
	Lanitop 0,1 mg Tabl.	G	C01AA08	195
	Lannapril 2,5 mg Tabl.	G	C09AA05	213
	Lannapril 5 mg Tabl.	G	C09AA05	213
	Lannapril 10 mg Tabl.	G	C09AA05	213
	Lannapril plus Tabl.	G	C09BA05	215
	Lannapril plus forte Tabl.	G	C09BA05	215
	Lanolept 25 mg Tabl.	G	N05AH02.....	324
	Lanolept 100 mg Tabl.	G	N05AH02.....	324
	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	167
	Lansoprazol "Alternova" 15 mg Kaps.	G	A02BC03	166
	Lansoprazol "Alternova" 30 mg Kaps.	G	A02BC03	167
	Lansoprazol "Genericon" 15 mg magensaftresistente Kaps.	G	A02BC03	166
	Lansoprazol "Genericon" 30 mg magensaftresistente Kaps.	G	A02BC03	167
	Lansoprazol "Sandoz" 15 mg Hartkaps.	G	A02BC03	166
	Lansoprazol "Sandoz" 30 mg Hartkaps.	G	A02BC03	167
	Lansoprazol "Stada" 15 mg magensaftresistente Hartkaps. ..	G	A02BC03	166
	Lansoprazol "Stada" 30 mg magensaftresistente Hartkaps. ..	G	A02BC03	167
RE2	Lantus 100 E/ml Inj.lsg. Patronen	Y	A10AE04	379
	Lasilacton 20 mg/50 mg Kaps.	G	C03EB01	202
	Lasilacton 20 mg/100 mg Kaps.	G	C03EB01	202
	Lasix 40 mg Tabl.	G	C03CA01	200
	Lasix 80 mg Tabl.	G	C03CA01	200
	Lasix 500 mg Tabl.	G	C03CA01	200
	Lasix retard 30 mg Kaps.	G	C03CA01	200
	Lasix retard 60 mg Kaps.	G	C03CA01	200
Au	Latacris 50 mcg/ml Augentropf.	G	S01EE01	367
Au	Latanoprost "Agepha" 50 mcg/ml Augentropf.	G	S01EE01	367
Au	Latanoprost comp "ratiopharm" 50 mcg/ml + 5 mg/ml Augentropf.	G	S01ED51	367
Au	Latanoprost "Stada" 50 mcg/ml Augentropf.	G	S01EE01	367
Au	Latanoprost/Timolol "Stada" 50 mcg/ml + 5 mg/ml Augentropf.	G	S01ED51	367
Au	Latanoprost "Unimed Pharma" 50 mcg/ml Augentropf.	G	S01EE01	367
Au	Latanoprost "Viatrix" 50 mcg/ml Augentropf.	G	S01EE01	367
Au	Latanoprost/Timolol "Viatrix" 50 mcg/ml + 5 mg/ml Augentropf.	G	S01ED51	367
Au	Latano-Vision 50 mcg/ml Augentropf.	G	S01EE01	367
Au	LatanoTim-Vision 50 mcg/ml + 5 mg/ml Augentropf.	G	S01ED51	367
	Laxogol Plv. zur Herst. einer Lsg. zum Einnehmen	G	A06AD65	171
	Lecicarbon Zäpf.	G	A06AX02	171
IND	Leflunomid "medac" 10 mg Filmtabl.	G	L04AA13.....	273

KASS	Bezeichnung	Box	ATC	Seite
IND	Leflunomid "medac" 20 mg Filmtabl.....	G	L04AA13.....	273
IND	Leflunomid "Stada" 10 mg Filmtabl.....	G	L04AA13.....	273
IND	Leflunomid "Stada" 20 mg Filmtabl.....	G	L04AA13.....	273
	Legalon 70 mg Kaps.	G	A05BA03.....	170
	Legalon 140 mg Kaps.	G	A05BA03.....	170
IND	Lenalidomid "+pharma" 2,5 mg Hartkaps.....	G	L04AX04.....	279
IND	Lenalidomid "+pharma" 5 mg Hartkaps.....	G	L04AX04.....	280
IND	Lenalidomid "+pharma" 7,5 mg Hartkaps.....	G	L04AX04.....	281
IND	Lenalidomid "+pharma" 10 mg Hartkaps.....	G	L04AX04.....	282
IND	Lenalidomid "+pharma" 15 mg Hartkaps.....	G	L04AX04.....	282
IND	Lenalidomid "+pharma" 20 mg Hartkaps.....	G	L04AX04.....	283
IND	Lenalidomid "+pharma" 25 mg Hartkaps.....	G	L04AX04.....	284
IND	Lenalidomid "Accord" 2,5 mg Hartkaps.....	G	L04AX04.....	280
IND	Lenalidomid "Accord" 5 mg Hartkaps.....	G	L04AX04.....	280
IND	Lenalidomid "Accord" 7,5 mg Hartkaps.....	G	L04AX04.....	281
IND	Lenalidomid "Accord" 10 mg Hartkaps.....	G	L04AX04.....	282
IND	Lenalidomid "Accord" 15 mg Hartkaps.....	G	L04AX04.....	282
IND	Lenalidomid "Accord" 20 mg Hartkaps.....	G	L04AX04.....	283
IND	Lenalidomid "Accord" 25 mg Hartkaps.....	G	L04AX04.....	284
IND	Lenalidomid "Fresenius Kabi" 2,5 mg Hartkaps.....	G	L04AX04.....	280
IND	Lenalidomid "Fresenius Kabi" 5 mg Hartkaps.....	G	L04AX04.....	280
IND	Lenalidomid "Fresenius Kabi" 7,5 mg Hartkaps.....	G	L04AX04.....	281
IND	Lenalidomid "Fresenius Kabi" 10 mg Hartkaps.....	G	L04AX04.....	282
IND	Lenalidomid "Fresenius Kabi" 15 mg Hartkaps.....	G	L04AX04.....	282
IND	Lenalidomid "Fresenius Kabi" 20 mg Hartkaps.....	G	L04AX04.....	283
IND	Lenalidomid "Fresenius Kabi" 25 mg Hartkaps.....	G	L04AX04.....	284
IND	Lenalidomid "G.L." 2,5 mg Hartkaps.....	G	L04AX04.....	280
IND	Lenalidomid "G.L." 5 mg Hartkaps.....	G	L04AX04.....	280
IND	Lenalidomid "G.L." 7,5 mg Hartkaps.....	G	L04AX04.....	281
IND	Lenalidomid "G.L." 10 mg Hartkaps.....	G	L04AX04.....	282
IND	Lenalidomid "G.L." 15 mg Hartkaps.....	G	L04AX04.....	282
IND	Lenalidomid "G.L." 20 mg Hartkaps.....	G	L04AX04.....	283
IND	Lenalidomid "G.L." 25 mg Hartkaps.....	G	L04AX04.....	284
IND	Lenalidomid "Grindeks" 2,5 mg Hartkaps.....	G	L04AX04.....	280
IND	Lenalidomid "Grindeks" 5 mg Hartkaps.....	G	L04AX04.....	280
IND	Lenalidomid "Grindeks" 7,5 mg Hartkaps.....	G	L04AX04.....	281
IND	Lenalidomid "Grindeks" 10 mg Hartkaps.....	G	L04AX04.....	282
IND	Lenalidomid "Grindeks" 15 mg Hartkaps.....	G	L04AX04.....	282
IND	Lenalidomid "Grindeks" 20 mg Hartkaps.....	G	L04AX04.....	283
IND	Lenalidomid "Grindeks" 25 mg Hartkaps.....	G	L04AX04.....	284
IND	Lenalidomid "Krka" 2,5 mg Hartkaps.....	G	L04AX04.....	280
IND	Lenalidomid "Krka" 5 mg Hartkaps.....	G	L04AX04.....	280
IND	Lenalidomid "Krka" 7,5 mg Hartkaps.....	G	L04AX04.....	281
IND	Lenalidomid "Krka" 10 mg Hartkaps.....	G	L04AX04.....	282
IND	Lenalidomid "Krka" 15 mg Hartkaps.....	G	L04AX04.....	283
IND	Lenalidomid "Krka" 20 mg Hartkaps.....	G	L04AX04.....	283
IND	Lenalidomid "Krka" 25 mg Hartkaps.....	G	L04AX04.....	284
IND	Lenalidomid "Mylan" 2,5 mg Hartkaps.....	G	L04AX04.....	280
IND	Lenalidomid "Mylan" 5 mg Hartkaps.....	G	L04AX04.....	280
IND	Lenalidomid "Mylan" 7,5 mg Hartkaps.....	G	L04AX04.....	281
IND	Lenalidomid "Mylan" 10 mg Hartkaps.....	G	L04AX04.....	282
IND	Lenalidomid "Mylan" 15 mg Hartkaps.....	G	L04AX04.....	283

KASS	Bezeichnung	Box	ATC	Seite
IND	Lenalidomid "Mylan" 20 mg Hartkaps.	G	L04AX04.....	283
IND	Lenalidomid "Mylan" 25 mg Hartkaps.	G	L04AX04.....	284
IND	Lenalidomid "Sandoz" 2,5 mg Hartkaps.	G	L04AX04.....	280
IND	Lenalidomid "Sandoz" 5 mg Hartkaps.	G	L04AX04.....	281
IND	Lenalidomid "Sandoz" 7,5 mg Hartkaps.	G	L04AX04.....	281
IND	Lenalidomid "Sandoz" 10 mg Hartkaps.	G	L04AX04.....	282
IND	Lenalidomid "Sandoz" 15 mg Hartkaps.	G	L04AX04.....	283
IND	Lenalidomid "Sandoz" 20 mg Hartkaps.	G	L04AX04.....	283
IND	Lenalidomid "Sandoz" 25 mg Hartkaps.	G	L04AX04.....	284
IND	Lenalidomid "Stada" 2,5 mg Hartkaps.	G	L04AX04.....	280
IND	Lenalidomid "Stada" 5 mg Hartkaps.	G	L04AX04.....	281
IND	Lenalidomid "Stada" 7,5 mg Hartkaps.	G	L04AX04.....	281
IND	Lenalidomid "Stada" 10 mg Hartkaps.	G	L04AX04.....	282
IND	Lenalidomid "Stada" 15 mg Hartkaps.	G	L04AX04.....	283
IND	Lenalidomid "Stada" 20 mg Hartkaps.	G	L04AX04.....	283
IND	Lenalidomid "Stada" 25 mg Hartkaps.	G	L04AX04.....	284
IND	Lenalidomid "Teva" 2,5 mg Hartkaps.	G	L04AX04.....	280
IND	Lenalidomid "Teva" 5 mg Hartkaps.	G	L04AX04.....	281
IND	Lenalidomid "Teva" 7,5 mg Hartkaps.	G	L04AX04.....	281
IND	Lenalidomid "Teva" 10 mg Hartkaps.	G	L04AX04.....	282
IND	Lenalidomid "Teva" 15 mg Hartkaps.	G	L04AX04.....	283
IND	Lenalidomid "Teva" 20 mg Hartkaps.	G	L04AX04.....	283
IND	Lenalidomid "Teva" 25 mg Hartkaps.	G	L04AX04.....	284
IND	Lenalidomid "Zentiva" 2,5 mg Hartkaps.	G	L04AX04.....	280
IND	Lenalidomid "Zentiva" 5 mg Hartkaps.	G	L04AX04.....	281
IND	Lenalidomid "Zentiva" 7,5 mg Hartkaps.	G	L04AX04.....	281
IND	Lenalidomid "Zentiva" 10 mg Hartkaps.	G	L04AX04.....	282
IND	Lenalidomid "Zentiva" 15 mg Hartkaps.	G	L04AX04.....	283
IND	Lenalidomid "Zentiva" 20 mg Hartkaps.	G	L04AX04.....	283
IND	Lenalidomid "Zentiva" 25 mg Hartkaps.	G	L04AX04.....	284
	Lendorm Tabl.	G	N05CD09.....	337
IND	Lenvima 4 mg Hartkaps. (EM).....	G	L01EX08.....	267
	Leponex 25 mg Tabl.	G	N05AH02.....	324
	Leponex 100 mg Tabl.	G	N05AH02.....	324
RE1	Leqvio 284 mg Inj. Isg. Fertigspr. (EM)	Y	C10AX16.....	433
	Lercanidipin "Actavis" 10 mg Filmtabl.	G	C08CA13.....	210
	Lercanidipin "Actavis" 20 mg Filmtabl.	G	C08CA13.....	210
	Lercanidipin "Genericon" 10 mg Filmtabl.	G	C08CA13.....	210
	Lercanidipin "Genericon" 20 mg Filmtabl.	G	C08CA13.....	210
	Lercanidipin "ratiopharm" 10 mg Filmtabl.	G	C08CA13.....	210
	Lercanidipin "ratiopharm" 20 mg Filmtabl.	G	C08CA13.....	210
	Lercanidipin "Stada" 10 mg Filmtabl.	G	C08CA13.....	210
	Lercanidipin "Stada" 20 mg Filmtabl.	G	C08CA13.....	210
	Lescol MR 80 mg Filmtabl.	G	C10AA04.....	225
	Letrofam 2,5 mg Filmtabl.	G	L02BG04.....	270
	Letrozol "+pharma" 2,5 mg Filmtabl.	G	L02BG04.....	270
	Letrozol "Accord" 2,5 mg Filmtabl.	G	L02BG04.....	270
	Letrozol "Actavis" 2,5 mg Filmtabl.	G	L02BG04.....	270
	Letrozol "Arcana" 2,5 mg Filmtabl.	G	L02BG04.....	270
	Letrozol "Bluefish" 2,5 mg Filmtabl.	G	L02BG04.....	270
	Letrozol "Genericon" 2,5 mg Filmtabl.	G	L02BG04.....	270
	Letrozol "ratiopharm" 2,5 mg Filmtabl.	G	L02BG04.....	270

KASS	Bezeichnung	Box	ATC	Seite
	Letrozol "Sandoz" 2,5 mg Filmtabl.	G	L02BG04	270
	Letrozol "Stada" 2,5 mg Filmtabl.	G	L02BG04	270
	Leukeran 2 mg Filmtabl.	G	L01AA02	263
IND	Leuprorelin "Sandoz" 5 mg Implantat für 3 Monate.....	G	L02AE02	268
N	Levebon 500 mg Filmtabl.	G	N03AX14	315
N	Levebon 1000 mg Filmtabl.	G	N03AX14	315
N	Levebon 1500 mg Filmtabl.	G	N03AX14	316
N	Levebon 100 mg/ml Lsg. zum Einnehmen.....	G	N03AX14	315
RE1	Levemir 100 E/ml Inj.lsg. Fertigpen.....	Y	A10AE05	379
RE1	Levemir 100 E/ml Inj.lsg. Patronen	Y	A10AE05	379
N	Levetiracetam "+pharma" 500 mg Filmtabl.	G	N03AX14	315
N	Levetiracetam "+pharma" 1000 mg Filmtabl.	G	N03AX14	315
N	Levetiracetam "1A Pharma" 500 mg Filmtabl.....	G	N03AX14	315
N	Levetiracetam "1A Pharma" 1000 mg Filmtabl.....	G	N03AX14	316
N	Levetiracetam "Accord" 250 mg Filmtabl.	G	N03AX14	315
N	Levetiracetam "Accord" 500 mg Filmtabl.	G	N03AX14	315
N	Levetiracetam "Accord" 750 mg Filmtabl.	G	N03AX14	315
N	Levetiracetam "Accord" 1000 mg Filmtabl.	G	N03AX14	316
N	Levetiracetam "Accord" 100 mg/ml Lsg. zum Einnehmen ...	G	N03AX14	315
N	Levetiracetam "Actavis" 250 mg Filmtabl.	G	N03AX14	315
N	Levetiracetam "Actavis" 500 mg Filmtabl.	G	N03AX14	315
N	Levetiracetam "Actavis" 1000 mg Filmtabl.	G	N03AX14	316
N	Levetiracetam "Aristo" 500 mg Filmtabl.	G	N03AX14	315
N	Levetiracetam "Aristo" 1000 mg Filmtabl.	G	N03AX14	316
N	Levetiracetam "Aristo" 100 mg/ml Lsg. zum Einnehmen	G	N03AX14	315
N	Levetiracetam "Bluefish" 500 mg Filmtabl.....	G	N03AX14	315
N	Levetiracetam "Bluefish" 1000 mg Filmtabl.....	G	N03AX14	316
N	Levetiracetam "G.L." 1000 mg Filmtabl.....	G	N03AX14	316
N	Levetiracetam "Genericon" 500 mg Filmtabl.	G	N03AX14	315
N	Levetiracetam "Genericon" 1000 mg Filmtabl.	G	N03AX14	316
N	Levetiracetam "Krka" 500 mg Filmtabl.	G	N03AX14	315
N	Levetiracetam "Krka" 1000 mg Filmtabl.	G	N03AX14	316
N	Levetiracetam "ratiopharm" 500 mg Filmtabl.	G	N03AX14	315
N	Levetiracetam "ratiopharm" 1000 mg Filmtabl.	G	N03AX14	316
N	Levetiracetam "ratiopharm" 1500 mg Filmtabl.	G	N03AX14	316
N	Levetiracetam "ratiopharm" 100 mg/ml Lsg. zum Einnehmen	G	N03AX14	315
N	Levetiracetam "Sandoz" 500 mg Filmtabl.	G	N03AX14	315
N	Levetiracetam "Sandoz" 1000 mg Filmtabl.	G	N03AX14	316
N	Levetiracetam "Sandoz" 100 mg/ml Lsg. zum Einnehmen ...	G	N03AX14	315
N	Levetiracetam "Stada" 500 mg Filmtabl.	G	N03AX14	315
N	Levetiracetam "Stada" 1000 mg Filmtabl.	G	N03AX14	316
N	Levetiracetam "Stada" 100 mg/ml Lsg. zum Einnehmen	G	N03AX14	315
N	Levetiracetam "UCB" 500 mg Filmtabl.	G	N03AX14	315
N	Levetiracetam "UCB" 1000 mg Filmtabl.	G	N03AX14	316
	LevoCar retard 200 mg/50 mg Tabl.	G	N04BA02	318
	Levocetirizin "+pharma" 5 mg Filmtabl.	G	R06AE09	363
	Levocetirizin "Actavis" 5 mg Filmtabl.....	G	R06AE09	363
	Levocetirizin "Genericon" 5 mg Filmtabl.....	G	R06AE09	363
	Levocetirizin "Hexal" 5 mg Filmtabl.	G	R06AE09	363
	Levocetirizin "Krka" 5 mg Filmtabl.....	G	R06AE09	363
	Levocetirizin "Stada" 5 mg Filmtabl.	G	R06AE09	363

KASS	Bezeichnung	Box	ATC	Seite
	Levodopa/Carbidopa/Entacapon "ratiopharm" 50 mg/12,5 mg/200 mg Filmtabl.....	G	N04BA03	318
	Levodopa/Carbidopa/Entacapon "ratiopharm" 75 mg/18,75 mg/200 mg Filmtabl.....	G	N04BA03	318
	Levodopa/Carbidopa/Entacapon "ratiopharm" 100 mg/25 mg/200 mg Filmtabl.....	G	N04BA03	318
	Levodopa/Carbidopa/Entacapon "ratiopharm" 125 mg/31,25 mg/200 mg Filmtabl.....	G	N04BA03	318
	Levodopa/Carbidopa/Entacapon "ratiopharm" 150 mg/37,5 mg/200 mg Filmtabl.....	G	N04BA03	318
	Levodopa/Carbidopa/Entacapon "ratiopharm" 175 mg/43,75 mg/200 mg Filmtabl.....	G	N04BA03	318
	Levodopa/Carbidopa/Entacapon "ratiopharm" 200 mg/50 mg/200 mg Filmtabl.....	G	N04BA03	318
	Levofloxacin "1A Pharma" 250 mg Filmtabl.....	G	J01MA12	258
	Levofloxacin "1A Pharma" 500 mg Filmtabl.....	G	J01MA12	258
	Levofloxacin "Actavis" 250 mg Filmtabl.....	G	J01MA12	258
	Levofloxacin "Actavis" 500 mg Filmtabl.....	G	J01MA12	258
	Levofloxacin "Bluefish" 500 mg Filmtabl.....	G	J01MA12	258
	Levofloxacin "Krka" 250 mg Filmtabl.....	G	J01MA12	258
	Levofloxacin "Krka" 500 mg Filmtabl.....	G	J01MA12	258
	Levofloxacin "Sandoz" 500 mg Filmtabl.....	G	J01MA12	258
RE1	Levo-Methasan 2,5 mg Tabl.....	Y	N07BC05.....	577
RE1	Levo-Methasan 5 mg Tabl.....	Y	N07BC05.....	577
RE1	Levo-Methasan 10 mg Tabl.....	Y	N07BC05.....	577
RE1	Levo-Methasan 20 mg Tabl.....	Y	N07BC05.....	577
RE1	Levo-Methasan 30 mg Tabl.....	Y	N07BC05.....	577
RE1	Levo-Methasan 5 mg/ml Konz. zur Herst. einer Lsg. zum Einnehmen	Y	N07BC05.....	577
	Lidaprim forte Filmtabl.....	G	J01EE03.....	255
	Lidocain "Accord" 10 mg/ml Inj.lsg.....	G	N01BB02	293
RE1	Linezolid "1A Pharma" 600 mg Filmtabl.....	Y	J01XX08.....	453
RE1	Linezolid "Accord" 600 mg Filmtabl.....	Y	J01XX08.....	453
RE1	Linezolid "HCS" 600 mg Filmtabl.....	Y	J01XX08.....	453
RE1	Linezolid "ratiopharm" 600 mg Filmtabl.....	Y	J01XX08.....	453
RE1	Linezolid "Sandoz" 600 mg Filmtabl.....	Y	J01XX08.....	453
RE1	Linezolid "Stada" 600 mg Filmtabl.....	Y	J01XX08.....	453
	Linoladiol 100 mcg/g Emulsion.....	G	G03CA03	239
	Lioresal 10 mg Tabl.....	G	M03BX01.....	289
	Lioresal 25 mg Tabl.....	G	M03BX01.....	289
	Lipcor 200 mg Kaps.	G	C10AB05	227
	Lisam 10 mg/5 mg Tabl.....	G	C09BB03	216
	Lisam 20 mg/5 mg Tabl.....	G	C09BB03	216
	Lisam 20 mg/10 mg Tabl.....	G	C09BB03	216
	Lisinocomp "Genericon" semi Tabl.....	G	C09BA03	214
	Lisinocomp "Genericon" mite Tabl.....	G	C09BA03	214
	Lisinocomp "Genericon" Tabl.....	G	C09BA03	215
	Lisinopril "1A Pharma" 5 mg Tabl.....	G	C09AA03	212
	Lisinopril "1A Pharma" 10 mg Tabl.....	G	C09AA03	212
	Lisinopril "1A Pharma" 20 mg Tabl.....	G	C09AA03	212
	Lisinopril "Actavis" 5 mg Tabl.....	G	C09AA03	212
	Lisinopril "Actavis" 10 mg Tabl.....	G	C09AA03	212


KASS	Bezeichnung	Box	ATC	Seite
	Lisinopril "Actavis" 20 mg Tabl.....	G	C09AA03	212
	Lisinopril "Genericon" 5 mg Tabl.....	G	C09AA03	212
	Lisinopril "Genericon" 10 mg Tabl.....	G	C09AA03	212
	Lisinopril "Genericon" 20 mg Tabl.....	G	C09AA03	212
	Lisinopril "Interpharm" 5 mg Tabl.....	G	C09AA03	212
	Lisinopril "Interpharm" 10 mg Tabl.....	G	C09AA03	212
	Lisinopril "Interpharm" 20 mg Tabl.....	G	C09AA03	212
	Lisinopril "ratiopharm" 5 mg Tabl.....	G	C09AA03	212
	Lisinopril "ratiopharm" 10 mg Tabl.....	G	C09AA03	212
	Lisinopril "ratiopharm" 20 mg Tabl.....	G	C09AA03	212
	Lisinopril "Sandoz GmbH" 5 mg Tabl.....	G	C09AA03	212
	Lisinopril "Sandoz GmbH" 10 mg Tabl.....	G	C09AA03	212
	Lisinopril "Sandoz GmbH" 20 mg Tabl.....	G	C09AA03	212
	Lisinopril/HCT "1A Pharma" semi Tabl.....	G	C09BA03	214
	Lisinopril/HCT "1A Pharma" mite Tabl.....	G	C09BA03	214
	Lisinopril/HCT "Actavis" 10 mg/12,5 mg Tabl.....	G	C09BA03	214
	Lisinopril/HCT "Actavis" 20 mg/12,5 mg Tabl.....	G	C09BA03	214
	Lisinopril/HCT "G.L." 10 mg/12,5 mg Tabl.....	G	C09BA03	214
	Lisinopril/HCT "G.L." 20 mg/12,5 mg Tabl.....	G	C09BA03	214
	Lisinopril/HCT "G.L." 20 mg/25 mg Tabl.....	G	C09BA03	215
	Lisinopril/HCT "Interpharm" 20 mg/12,5 mg Tabl.....	G	C09BA03	214
	Lisinopril/HCT "Interpharm" 20 mg/25 mg Tabl.....	G	C09BA03	215
	Lisinopril/HCT "ratiopharm" semi Tabl.....	G	C09BA03	214
	Lisinopril/HCT "ratiopharm" mite Tabl.....	G	C09BA03	214
	Lisinopril/HCT "ratiopharm" Tabl.....	G	C09BA03	215
	Lisinopril/HCT "Sandoz GmbH" 10 mg/12,5 mg Tabl.....	G	C09BA03	214
	Lisinopril/HCT "Sandoz GmbH" 20 mg/12,5 mg Tabl.....	G	C09BA03	215
	Lisinopril/HCT "Sandoz GmbH" 20 mg/25 mg Tabl.....	G	C09BA03	215
	Lisinostad 5 mg Tabl.....	G	C09AA03	212
	Lisinostad 10 mg Tabl.....	G	C09AA03	212
	Lisinostad 20 mg Tabl.....	G	C09AA03	212
RE2	Litalir 500 mg Kaps.....	Y	L01XX05	497
RE1	Liviel Tabl.....	Y	G03CX01	442
IND	Livostin Augentropf.....	G	S01GX02	368
IND	Livostin Nasenspray.....	G	R01AC02	352
RE1	Lixiana 15 mg Filmtabl. (PM).....	Y	B01AF03	400
RE1	Lixiana 30 mg Filmtabl. (PM).....	Y	B01AF03	400
RE1	Lixiana 60 mg Filmtabl. (PM).....	Y	B01AF03	401
IND	Lodronat 520 mg Filmtabl.....	G	M05BA02	291
	Lösferron forte Brausetabl.....	G	B03AA03	186
RE1	Lokelma 5 g Plv. zur Herst. einer Susp. zum Einnehmen (PM).....	Y	V03AE10	600
RE1	Lokelma 10 g Plv. zur Herst. einer Susp. zum Einnehmen (PM).....	Y	V03AE10	600
	Lomexin 600 mg Vaginalkaps.....	G	G01AF12	239
	Lomexin 2 % Creme.....	G	D01AC12	230
IND	Lomusol Augentropf.....	G	S01GX01	368
IND	Lomusol Nasenspray.....	G	R01AC01	352
	Lonquex 6 mg Inj.lsg.....	G	L03AA14	272
	Lorano 10 mg Schmelztabl.....	G	R06AX13	363
	Loratadin "Arcana" 10 mg Filmtabl.....	G	R06AX13	363
RE1	Lorviqua 25 mg Filmtabl. (PM).....	Y	L01ED05	482

KASS	Bezeichnung	Box	ATC	Seite
RE1	Lorviqua 100 mg Filmtabl. (PM)	Y	L01ED05	482
	Losarcomp "Genericon" 50 mg/12,5 mg Filmtabl.....	G	C09DA01	219
	Losarcomp "Genericon" 100 mg/25 mg Filmtabl.....	G	C09DA01	219
	Losartan "+pharma" 50 mg Filmtabl.....	G	C09CA01	217
	Losartan "Genericon" 12,5 mg Filmtabl.....	G	C09CA01	216
	Losartan "Genericon" 50 mg Filmtabl.....	G	C09CA01	217
	Losartan "Genericon" 100 mg Filmtabl.....	G	C09CA01	217
	Losartan "Krka" 12,5 mg Filmtabl.....	G	C09CA01	216
	Losartan "Krka" 25 mg Filmtabl.....	G	C09CA01	217
	Losartan "Krka" 50 mg Filmtabl.....	G	C09CA01	217
	Losartan "Krka" 100 mg Filmtabl.....	G	C09CA01	217
	Losartan "ratiopharm" 50 mg Filmtabl.....	G	C09CA01	217
	Losartan "ratiopharm" 100 mg Filmtabl.....	G	C09CA01	217
	Losartan "Stada" 50 mg Filmtabl.....	G	C09CA01	217
	Losartan "Stada" 100 mg Filmtabl.....	G	C09CA01	217
	Losartan/HCT "Actavis" 50 mg/12,5 mg Filmtabl.....	G	C09DA01	219
	Losartan/HCT "Actavis" 100 mg/25 mg Filmtabl.....	G	C09DA01	219
	Losartan/HCT "Krka" 50 mg/12,5 mg Filmtabl.....	G	C09DA01	219
	Losartan/HCT "Krka" 100 mg/12,5 mg Filmtabl.....	G	C09DA01	219
	Losartan/HCT "Krka" 100 mg/25 mg Filmtabl.....	G	C09DA01	219
	Losartan/HCT "ratiopharm GmbH" 50 mg/12,5 mg Filmtabl.....	G	C09DA01	219
	Losartan/HCT "ratiopharm GmbH" 100 mg/25 mg Filmtabl.....	G	C09DA01	219
	Losartan/HCT "Stada" 50 mg/12,5 mg Filmtabl.....	G	C09DA01	219
	Losartan/HCT "Stada" 100 mg/12,5 mg Filmtabl.....	G	C09DA01	219
	Losartan/HCT "Stada" 100 mg/25 mg Filmtabl.....	G	C09DA01	219
	Losec 10 mg magensaftresistente Kaps.....	G	A02BC01	164
	Losec 20 mg magensaftresistente Kaps.....	G	A02BC01	164
Au	Lotemax 0,5 % Augentropf.susp.....	G	S01BA14	365
RE1	Lovenox 10.000 IE (100 mg)/10 ml Inj.lsg. Dstfl.....	Y	B01AB05	394
RE1	Lovenox 30.000 IE (300 mg)/3 ml Inj.lsg. Dstfl.....	Y	B01AB05	394
	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
RE1	Lovenox 6.000 IE (60 mg)/0,6 ml Inj.lsg. Fertigspr.....	Y	B01AB05	394
RE1	Lovenox 8.000 IE (80 mg)/0,8 ml Inj.lsg. Fertigspr.....	Y	B01AB05	394
RE1	Lovenox 10.000 IE (100 mg)/1 ml Inj.lsg. Fertigspr.....	Y	B01AB05	394
RE1	Lovenox 12.000 IE (120 mg)/0,8 ml Inj.lsg. Fertigspr.....	Y	B01AB05	394
RE1	Lovenox 15.000 IE (150 mg)/1 ml Inj.lsg. Fertigspr.....	Y	B01AB05	394
RE1	L-Polamidon Lsg. zur Substitution.....	Y	N07BC05	577
	Ludiomil 25 mg Filmtabl.....	G	N06AA21	338
	Ludiomil 50 mg Filmtabl.....	G	N06AA21	338
	Ludiomil 75 mg Filmtabl.....	G	N06AA21	338
Au	Lumigan 0,1 mg/ml Augentropf.....	G	S01EE03	368
RE2	Lumigan 0,3 mg/ml Augentropf. Einzeldosen.....	Y	S01EE03	597
RE1	Lupkynis 7,9 mg Weichkaps. (PM).....	Y	L04AD03	532
IND	Lutrate Depot 22,5 mg Plv. u. Lsgm. zur Herst. einer Depot-Inj.susp.....	G	L02AE02.....	268
RE2	Lutrelaf 3,2 mg Plv. und Lsgm. zur Herst. einer Inj.lsg.....	Y	H01CA01	450
RE1	Lynparza 100 mg Filmtabl. (PM).....	Y	L01XK01.....	493
RE1	Lynparza 150 mg Filmtabl. (PM).....	Y	L01XK01.....	495
	Lyrica 25 mg Hartkaps.....	G	N02BF02	305
	Lyrica 50 mg Hartkaps.....	G	N02BF02	306
	Lyrica 75 mg Hartkaps.....	G	N02BF02	306

KASS	Bezeichnung	Box	ATC	Seite
	Lyrica 100 mg Hartkaps.	G	N02BF02	306
	Lyrica 150 mg Hartkaps.	G	N02BF02	306
	Lyrica 200 mg Hartkaps.	G	N02BF02	307
	Lyrica 300 mg Hartkaps.	G	N02BF02	307
RE1	Lysodren 500 mg Tabl.	Y	L01XX23	497
	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
	Madopar 50 mg/12,5 mg Kaps.	G	N04BA02	317
	Madopar CR 100 mg/25 mg Kaps.	G	N04BA02	317
	Madopar 100 mg/25 mg lösl. Tabl.	G	N04BA02	317
	Madopar 100 mg/25 mg Tabl.	G	N04BA02	317
	Madopar 200 mg/50 mg Tabl.	G	N04BA02	317
IND	Magnonorm "Genericon" 365 mg lösl. Tabl.	G	A12CC30	182
IND	Magnosolv Gran.	G	A12CC30	182
	Marcoumar Tabl.	G	B01AA04	183
RE1	Mavenclad 10 mg Filmtabl. $\text{\textcircled{PM}}$	Y	L04AA40	517
RE1	Maviret 100 mg/40 mg Filmtabl. $\text{\textcircled{PM}}$	Y	J05AP57	469
	Maxi-Kalz 500 mg Brausetabl.	G	A12AA04	182
	Maxi-Kalz 1000 mg Brausetabl.	G	A12AA04	182
	Maxi-Kalz Vit. D3 500 mg/400 IE Kautabl.	G	A12AX	182
	Maxi-Kalz Vit. D3 1000 mg/880 IE Gran.	G	A12AX	182
RE1	Mayzent 0,25 mg Filmtabl. $\text{\textcircled{PM}}$	Y	L04AA42	518
RE1	Mayzent 2 mg Filmtabl. $\text{\textcircled{PM}}$	Y	L04AA42	518
	Mebeverin "Aristo" 200 mg Hartkaps. mit veränderter Wirkstofffreisetzung.	G	A03AA04	168
KNP	Medikinet 5 mg Tabl.	G	N06BA04	346
KNP	Medikinet 20 mg Tabl.	G	N06BA04	347
RE1	Medikinet retard 5 mg Hartkaps. mit veränderter Wirkstofffreisetzung.	Y	N06BA04	546
RE1	Medikinet retard 10 mg Hartkaps. mit veränderter Wirkstofffreisetzung.	Y	N06BA04	547
RE1	Medikinet retard 20 mg Hartkaps. mit veränderter Wirkstofffreisetzung.	Y	N06BA04	547
RE1	Medikinet retard 30 mg Hartkaps. mit veränderter Wirkstofffreisetzung.	Y	N06BA04	548
RE1	Medikinet retard 40 mg Hartkaps. mit veränderter Wirkstofffreisetzung.	Y	N06BA04	548
	Mefenam 500 mg Filmtabl.	G	M01AG01	288
RE1	Mekinist 0,5 mg Filmtabl.	Y	L01EE01	482
RE1	Mekinist 2,0 mg Filmtabl.	Y	L01EE01	482
RE1	Mektovi 15 mg Filmtabl.	Y	L01EE03	483
IND	Melkart 50 mg Tabl.	G	A10BH02	180
IND	Melkart Duo 50 mg/850 mg Filmtabl.	G	A10BD08	178
IND	Melkart Duo 50 mg/1000 mg Filmtabl.	G	A10BD08	178
RE2	Memantin "Accord" 10 mg Filmtabl.	Y	N06DX01	571
RE2	Memantin "Accord" 20 mg Filmtabl.	Y	N06DX01	573
RE2	Memantin "Aristo" 10 mg Filmtabl.	Y	N06DX01	571
RE2	Memantin "Aristo" 20 mg Filmtabl.	Y	N06DX01	573
RE2	Memantin "Genericon" 5 mg, 10 mg, 15 mg, 20 mg Filmtabl. Starterpackung	Y	N06DX01	570

KASS	Bezeichnung	Box	ATC	Seite
RE2	Memantin "Genericon" 10 mg Filmtabl.	Y	N06DX01	571
RE2	Memantin "Genericon" 20 mg Filmtabl.	Y	N06DX01	573
RE2	Memantin "HCS" 10 mg Filmtabl.	Y	N06DX01	572
RE2	Memantin "HCS" 20 mg Filmtabl.	Y	N06DX01	573
RE2	Memantin "ratiopharm" 5 mg, 10 mg, 15 mg, 20 mg Filmtabl. Starterpackung	Y	N06DX01	570
RE2	Memantin "ratiopharm" 10 mg Filmtabl.	Y	N06DX01	572
RE2	Memantin "ratiopharm" 20 mg Filmtabl.	Y	N06DX01	574
IND	Memantin "Stada" 10 mg Filmtabl.	G	N06DX01	349
IND	Memantin "Stada" 20 mg Filmtabl.	G	N06DX01	349
RE2	Memantine "Merz" 5 mg, 10 mg, 15 mg, 20 mg Filmtabl. Starterpackung	Y	N06DX01	570
RE2	Memantine "Merz" 10 mg Filmtabl.	Y	N06DX01	572
RE2	Memantine "Merz" 20 mg Filmtabl.	Y	N06DX01	574
RE2	Memantine "Merz" 5 mg/Pumpenhub Lsg. zum Einnehmen.	Y	N06DX01	570
IND	Memolan 10 mg Filmtabl.	G	N06DX01	349
IND	Memolan 20 mg Filmtabl.	G	N06DX01	349
RE1	Menopur 75 IE/75 IE Plv. und Lsgm. zur Herst. einer Inj.lsg.	Y	G03GA02	443
	Mepinaest purum 0,5 % Amp.	G	N01BB03	293
	Mepinaest purum 1 % Amp.	G	N01BB03	294
	Mepinaest purum 2 % Amp.	G	N01BB03	294
	Mepiril 5 mg Tabl.	G	C09AA02	211
	Mepiril 10 mg Tabl.	G	C09AA02	212
	Mepiril 20 mg Tabl.	G	C09AA02	212
RE2	Mesagran 1000 mg magensaftresistentes Retardgran.	Y	A07EC02	378
RE2	Mesagran 1500 mg magensaftresistentes Retardgran.	Y	A07EC02	378
RE2	Mesagran 3000 mg magensaftresistentes Retardgran.	Y	A07EC02	378
	Mestinon Drag.	G	N07AA02	350
	Metagelan 2,5 g Inj.lsg.	G	N02BB02	303
	Metagelan 500 mg Tabl.	G	N02BB02	302
	Metagelan 500 mg/ml Tropf.	G	N02BB02	303
	Metasol 250 mg Plv. und Lsgm. zur Herst. einer Inj.-/Inf.lsg.	G	H02AB04	247
	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	176
	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	576
RE1	Methasan 10 mg Tabl.	Y	N07BC02	576
RE1	Methasan 20 mg Tabl.	Y	N07BC02	577
RE1	Methasan 40 mg Tabl.	Y	N07BC02	577
RE1	Methasan 60 mg Tabl.	Y	N07BC02	577
RE1	Methasan 10 mg/ml Konz. zur Herst. einer Lsg. zum Einnehmen	Y	N07BC02	577
	Methofill 50 mg/ml Inj.lsg. Fertigspr. (7,5 mg/0,15 ml)	G	L04AX03	279
	Methofill 50 mg/ml Inj.lsg. Fertigspr. (10 mg/0,2 ml)	G	L04AX03	279

KASS	Bezeichnung	Box	ATC	Seite
	Methofill 50 mg/ml Inj.lsg. Fertigspr. (12,5 mg/0,25 ml)	G	L04AX03.....	279
	Methofill 50 mg/ml Inj.lsg. Fertigspr. (15 mg/0,3 ml)	G	L04AX03.....	279
	Methofill 50 mg/ml Inj.lsg. Fertigspr. (17,5 mg/0,35 ml)	G	L04AX03.....	279
	Methofill 50 mg/ml Inj.lsg. Fertigspr. (20 mg/0,4 ml)	G	L04AX03.....	279
	Methofill 50 mg/ml Inj.lsg. Fertigspr. (22,5 mg/0,45 ml)	G	L04AX03.....	279
	Methofill 50 mg/ml Inj.lsg. Fertigspr. (25 mg/0,5 ml)	G	L04AX03.....	279
	Methofill 50 mg/ml Inj.lsg. Fertigspr. (27,5 mg/0,55 ml)	G	L04AX03.....	279
	Methofill 50 mg/ml Inj.lsg. Fertigspr. (30 mg/0,6 ml)	G	L04AX03.....	279
	Methotrexat "Lederle" 25 mg Stechamp.....	G	L04AX03.....	279
	Methotrexat "Lederle" Tabl.....	G	L04AX03.....	279
RE2	Methylphenidat "Stada" 10 mg Hartkaps. mit veränderter Wirkstofffreisetzung.....	Y	N06BA04.....	547
RE2	Methylphenidat "Stada" 20 mg Hartkaps. mit veränderter Wirkstofffreisetzung.....	Y	N06BA04.....	547
RE2	Methylphenidat "Stada" 30 mg Hartkaps. mit veränderter Wirkstofffreisetzung.....	Y	N06BA04.....	548
RE2	Methylphenidat "Stada" 40 mg Hartkaps. mit veränderter Wirkstofffreisetzung.....	Y	N06BA04.....	548
	Metohexal retard 47,5 mg Filmtabl.....	G	C07AB02.....	205
	Metohexal retard 95 mg Filmtabl.....	G	C07AB02.....	205
	Metoprolol "Genericon" 50 mg Tabl.	G	C07AB02.....	205
	Metoprolol "Genericon" 100 mg Tabl.	G	C07AB02.....	206
	Metoprolol "ratiopharm" 50 mg Tabl.....	G	C07AB02.....	205
	Metoprolol "ratiopharm" 100 mg Tabl.....	G	C07AB02.....	206
	Metoprolol "ratiopharm" comp. Tabl.....	G	C07BB02.....	208
	Metoprolol "Stada" 50 mg Tabl.....	G	C07AB02.....	205
	Metoprolol "Stada" 100 mg Tabl.....	G	C07AB02.....	206
	Metoprolol "Stada" retard 200 mg Filmtabl.....	G	C07AB02.....	206
	Metoprololsuccinat "Stada" 47,5 mg Retardtabl.....	G	C07AB02.....	205
	Metoprololsuccinat "Stada" 95 mg Retardtabl.....	G	C07AB02.....	205
	Metrixa 2 mg Filmtabl.	G	G03DB08.....	240
IND	Mevir 125 mg Tabl.....	G	J05AB15.....	262
F14	Mexalen 200 mg/5 ml Sirup.....	G	N02BE01.....	303
	Mexalen 125 mg Zäpf. f. Säugl.	G	N02BE01.....	303
	Mexalen 250 mg Zäpf. f. Kleink.....	G	N02BE01.....	303
	Mexalen 500 mg Zäpf. f. Schulk.....	G	N02BE01.....	303
	Mexalen 1000 mg Zäpf. f. Jugendl. u. Erw.....	G	N02BE01.....	303
RE2	Mezavant 1200 mg magensaftresistente Retardtabl.....	Y	A07EC02.....	378
	Mianserin "Arcana" 30 mg Filmtabl.	G	N06AX03.....	343
	Micro-Kalium retard Kaps.....	G	A12BA01.....	182
	MicroLax Microklistier.....	G	A06AG11.....	171
RE2	Midane Drag.....	Y	G03HB01.....	444
	Miflonide Breezhaler 200 mcg Hartkaps. Plv. zur Inh.	G	R03BA02.....	357
	Miflonide Breezhaler 400 mcg Hartkaps. Plv. zur Inh.	G	R03BA02.....	358
RE1	Miglustat "Gen.Orph" 100 mg Hartkaps.	Y	A16AX06.....	391
RE1	Miglustat "G.L." 100 mg Hartkaps.	Y	A16AX06.....	392
IND	Migranal Nasalspray.....	G	N02CA01.....	307
	Milnacipran "Rivopharm" 25 mg Hartkaps.....	G	N06AX17.....	345
	Milnacipran "Rivopharm" 50 mg Hartkaps.....	G	N06AX17.....	345
RE2	Minirin Melt 60 mcg Lyophilisat zum Einnehmen	Y	H01BA02.....	449
RE2	Minirin Melt 120 mcg Lyophilisat zum Einnehmen	Y	H01BA02.....	450
	Minostad 50 mg Kaps.....	G	J01AA08.....	251

KASS	Bezeichnung	Box	ATC	Seite
	Miranax 550 mg Filmtabl.	G	M01AE02.....	287
	Mirtabene "ratiopharm" 30 mg Filmtabl.	G	N06AX11	343
	Mirtabene "ratiopharm" 45 mg Filmtabl.	G	N06AX11	343
	Mirtazapin "Actavis" 15 mg Schmelztabl.	G	N06AX11	343
	Mirtazapin "Actavis" 30 mg Schmelztabl.	G	N06AX11	343
	Mirtazapin "Actavis" 45 mg Schmelztabl.	G	N06AX11	343
	Mirtazapin "Aristo" 30 mg Filmtabl.	G	N06AX11	343
	Mirtazapin "Bluefish" 15 mg Schmelztabl.	G	N06AX11	343
	Mirtazapin "Bluefish" 30 mg Schmelztabl.	G	N06AX11	343
	Mirtazapin "Bluefish" 45 mg Schmelztabl.	G	N06AX11	343
	Mirtazapin "G.L." 30 mg Filmtabl.	G	N06AX11	343
	Mirtazapin "G.L." 45 mg Filmtabl.	G	N06AX11	343
	Mirtazapin "HCS" 30 mg Filmtabl.	G	N06AX11	343
	Mirtazapin "Hexal" 15 mg Tabl.	G	N06AX11	343
	Mirtazapin "Hexal" 30 mg Tabl.	G	N06AX11	343
	Mirtazapin "Hexal" 45 mg Tabl.	G	N06AX11	343
	Mirtazapin "Stada" 15 mg Filmtabl.	G	N06AX11	343
	Mirtazapin "Stada" 30 mg Filmtabl.	G	N06AX11	343
	Mirtel 30 mg Filmtabl.	G	N06AX11	343
	Mirtel 45 mg Filmtabl.	G	N06AX11	344
	Mixtard 30 InnoLet 100 IE/ml Inj.susp. Fertigpen.	G	A10AD01	175
	Mobilat Salbe.	G	M02AC	289
RE1	Modafinil "Aristo" 100 mg Tabl.	Y	N06BA07	549
RE1	Modasomil 100 mg Tabl.	Y	N06BA07	549
	Mogadon Tabl.	G	N05CD02	337
	Molaxole Plv. zur Herst. einer Lsg. zum Einnehmen	G	A06AD65	171
	Molsidolat 4 mg Tabl.	G	C01DX12	196
	Momecutan 1 mg/g Creme	G	D07AC13	234
	Momecutan 1 mg/g Lsg. zur Anw. auf der Haut	G	D07AC13	235
	Momecutan 1 mg/g Salbe	G	D07AC13	234
IND	Mometason "Cipla" 50 mcg/Sprühstoß Nasenspray	G	R01AD09	352
IND	Mometason "Hexal" 50 mcg/Sprühstoß Nasenspray	G	R01AD09	352
IND	Mometason "ratiopharm" 50 mcg/Sprühstoß Nasenspray ...	G	R01AD09	352
Au	Monodex 1 mg/ml Augentropf.	G	S01BA01	364
RE2	MonoFer 100 mg/ml Inj.- oder Inf.lsg. 	Y	B03AC	409
	Monoket retard 50 mg Kaps.	G	C01DA14	196
RE2	Monopost 50 mcg/ml Augentropf. Einzeldosen	Y	S01EE01	597
	Montelukast "Accord" 10 mg Filmtabl.	G	R03DC03	360
	Montelukast "Accord" 4 mg Kautabl.	G	R03DC03	360
	Montelukast "Accord" 5 mg Kautabl.	G	R03DC03	360
	Montelukast "Actavis" 10 mg Filmtabl.	G	R03DC03	360
	Montelukast "Actavis" 4 mg Kautabl.	G	R03DC03	360
	Montelukast "Actavis" 5 mg Kautabl.	G	R03DC03	360
	Montelukast "Aristo" 10 mg Filmtabl.	G	R03DC03	360
	Montelukast "Aristo" 4 mg Kautabl.	G	R03DC03	360
	Montelukast "Aristo" 5 mg Kautabl.	G	R03DC03	360
	Montelukast "Genericon" 10 mg Filmtabl.	G	R03DC03	360
	Montelukast "Genericon" 5 mg Kautabl.	G	R03DC03	360
	Montelukast "Krka" 10 mg Filmtabl.	G	R03DC03	360
	Montelukast "Krka" 4 mg Kautabl.	G	R03DC03	360
	Montelukast "Krka" 5 mg Kautabl.	G	R03DC03	360
	Montelukast "ratiopharm" 10 mg Filmtabl.	G	R03DC03	360

KASS	Bezeichnung	Box	ATC	Seite
	Montelukast "ratiopharm" 4 mg Gran.	G	R03DC03.....	360
	Montelukast "ratiopharm" 4 mg Kautabl.	G	R03DC03.....	360
	Montelukast "ratiopharm" 5 mg Kautabl.	G	R03DC03.....	360
	Montelukast "Sandoz" 10 mg Filmtabl.	G	R03DC03.....	360
	Montelukast "Sandoz" 4 mg Kautabl.	G	R03DC03.....	360
	Montelukast "Sandoz" 5 mg Kautabl.	G	R03DC03.....	360
	Montelukast "Stada" 10 mg Filmtabl.	G	R03DC03.....	360
	Montelukast "Stada" 4 mg Kautabl.	G	R03DC03.....	360
	Montelukast "Stada" 5 mg Kautabl.	G	R03DC03.....	360
	Motilium 10 mg Filmtabl.	G	A03FA03	169
	Motilium 1 mg/ml orale Susp.	G	A03FA03	169
	Motrim 100 mg Tabl.	G	J01EA01	255
	Motrim 200 mg Tabl.	G	J01EA01	255
	Movalis 15 mg/1,5 ml Inj.lsg.	G	M01AC06	287
	Movalis 7,5 mg Tabl.	G	M01AC06	287
	Movalis 15 mg Tabl.	G	M01AC06	287
RE1	Moventig 25 mg Filmtabl.	Y	A06AH03	376
RE2	Movymia 20 mcg/0,08 ml Inj.lsg.	Y	H05AA02	452
	Moxifloxacin "1A Pharma" 400 mg Filmtabl.	G	J01MA14	258
	Moxifloxacin "Krka" 400 mg Filmtabl.	G	J01MA14	258
	Moxifloxacin "ratiopharm" 400 mg Filmtabl.	G	J01MA14	258
	Moxifloxacin "Sandoz" 400 mg Filmtabl.	G	J01MA14	258
	Moxifloxacin "Stada" 400 mg Filmtabl.	G	J01MA14	258
	Moxonibene 0,2 mg Filmtabl.	G	C02AC05.....	198
	Moxonibene 0,4 mg Filmtabl.	G	C02AC05.....	198
	Moxonidin "Stada" 0,2 mg Filmtabl.	G	C02AC05.....	198
	Moxonidin "Stada" 0,4 mg Filmtabl.	G	C02AC05.....	198
	MTX "ratiopharm" 7,5 mg Inj.lsg. Fertigspr.	G	L04AX03.....	279
	MTX "ratiopharm" 10 mg Inj.lsg. Fertigspr.	G	L04AX03.....	279
	MTX "ratiopharm" 15 mg Inj.lsg. Fertigspr.	G	L04AX03.....	279
	MTX "ratiopharm" 20 mg Inj.lsg. Fertigspr.	G	L04AX03.....	279
	MTX "ratiopharm" 25 mg Inj.lsg. Fertigspr.	G	L04AX03.....	279
	Mucobene 200 mg lös. Tabl.	G	R05CB01	360
	Mucobene 600 mg lös. Tabl.	G	R05CB01	361
	Mucobene 600 mg lösl. Plv.	G	R05CB01	361
	Mucospas Tabl.	G	R05CB10.....	361
F14	Mucospas Saft.....	G	R05CB10.....	361
IND	Multaq 400 mg Filmtabl.	G	C01BD07	196
	Multodrin Salbe	G	D07XB05	236
	Mundidol retard 10 mg Filmtabl.	G	N02AA01	294
	Mundidol retard 30 mg Filmtabl.	G	N02AA01	294
	Mundidol retard 60 mg Filmtabl.	G	N02AA01	294
	Mundidol retard 100 mg Filmtabl.	G	N02AA01	295
	Mundidol retard 200 mg Filmtabl.	G	N02AA01	295
	Mundidol UNO retard 30 mg Kaps.	G	N02AA01	294
	Mundidol UNO retard 60 mg Kaps.	G	N02AA01	294
	Mundidol UNO retard 120 mg Kaps.	G	N02AA01	295
	Mundidol UNO retard 200 mg Kaps.	G	N02AA01	295
RE1	Mutaflor mite Kaps.	Y	A07FA03	379
RE1	Mutaflor Kaps.	Y	A07FA03	379
	Mutan 20 mg Filmtabl.	G	N06AB03	338
	Mutan 40 mg Filmtabl.	G	N06AB03	338

KASS	Bezeichnung	Box	ATC	Seite
	Mutan 60 mg Filmtabl.....	G	N06AB03.....	338
RE2	Mycobutin 150 mg Kaps.....	Y	J04AB04.....	458
D	Myconormin 250 mg Tabl.....	G	D01BA02.....	231
	Mycophenolatmofetil "Accord" 500 mg Filmtabl.....	G	L04AA06.....	273
	Mycophenolatmofetil "Sandoz" 500 mg Filmtabl.....	G	L04AA06.....	273
	Mycophenolsäure "Accord" 180 mg magensaftresistente Tabl.....	G	L04AA06.....	273
	Mycophenolsäure "Accord" 360 mg magensaftresistente Tabl.....	G	L04AA06.....	273
RE1	Mycostatin Filmtabl.....	Y	A07AA02.....	377
F14	Mycostatin orale Susp.....	G	A07AA02.....	171
	Mycostatin Salbe.....	G	D01AA01.....	230
	Mycostatin Zinkoxidpaste.....	G	D01AA01.....	230
F2J	Mycostatin Zinkoxidpaste.....	G	D01AA01.....	230
	Myfenax 500 mg Filmtabl.....	G	L04AA06.....	273
	Myfenax 250 mg Hartkaps.....	G	L04AA06.....	273
RE2	Myfortic 180 mg magensaftresistente Tabl.....	Y	L04AA06.....	506
RE2	Myfortic 360 mg magensaftresistente Tabl.....	Y	L04AA06.....	506
	Mylecytan 500 mg Filmtabl.....	G	N02BB02.....	302
	Myleran 2 mg Filmtabl.....	G	L01AB01.....	263
RE2	Myocholine "Glenwood" 10 mg Tabl.....	Y	N07AB02.....	574
RE2	Myocholine "Glenwood" 25 mg Tabl.....	Y	N07AB02.....	574
	Mysoline Tabl.....	G	N03AA03.....	310
	Mytra 50 mg Hartkaps.....	G	J02AC02.....	260
P	Naltrexon "Accord" 50 mg Filmtabl.....	G	N07BB04.....	350
	Naprobene 500 mg Filmtabl.....	G	M01AE02.....	287
	Naproxen "Genericon" 500 mg Tabl.....	G	M01AE02.....	287
	Naproxen "HCS" 550 mg Filmtabl.....	G	M01AE02.....	287
F14	Naproxen "Infectopharm" 250 mg/5 ml Saft.....	G	M01AE02.....	287
	Nasipral 0,3 mg/ml Nasenspray.....	G	R01AX03.....	353
	Natr. chlorat. physiolog. "Med." Glasinfl. 250 ml.....	G	B05BB01.....	194
RE2	Natr. chlorat. physiolog. "Med." Glasinfl. 250 ml.....	Y	B05BB01.....	417
	Natr. chlorat. physiolog. "Med." Glasinfl. 500 ml.....	G	B05BB01.....	194
RE2	Natr. chlorat. physiolog. "Med." Glasinfl. 500 ml.....	Y	B05BB01.....	417
	Natr. chlorat. physiolog. "Med." Plastikinf. 250 ml.....	G	B05BB01.....	194
RE2	Natr. chlorat. physiolog. "Med." Plastikinf. 250 ml.....	Y	B05BB01.....	417
	Natr. chlorat. physiolog. "Med." Plastikinf. 500 ml.....	G	B05BB01.....	194
RE2	Natr. chlorat. physiolog. "Med." Plastikinf. 500 ml.....	Y	B05BB01.....	417
RE2	Navelbine 20 mg Kaps.....	Y	L01CA04.....	476
RE2	Navelbine 30 mg Kaps.....	Y	L01CA04.....	476
RE1	Nebido 1000 mg/4 ml Inj.lsg.....	Y	G03BA03.....	442
	Nebilan 5 mg Tabl.....	G	C07AB12.....	207
	Nebivolol "1A Pharma" 5 mg Tabl.....	G	C07AB12.....	207
	Nebivolol "Actavis" 5 mg Tabl.....	G	C07AB12.....	207
	Nebivolol "G.L." 5 mg Tabl.....	G	C07AB12.....	207
	Nebivolol "Genericon" 5 mg Tabl.....	G	C07AB12.....	207
	Nebivolol "ratiopharm GmbH" 5 mg Tabl.....	G	C07AB12.....	207
	Nebivolol "Sandoz" 5 mg Tabl.....	G	C07AB12.....	207
	Nebivolol "Stada" 5 mg Tabl.....	G	C07AB12.....	207
RE2	Neodolpasse Inf.lsg.....	Y	M01AB55.....	534
IND	Neoimmun 25 mg Kaps.....	G	L04AD01.....	277
IND	Neoimmun 50 mg Kaps.....	G	L04AD01.....	277

KASS	Bezeichnung	Box	ATC	Seite
IND	Neoimmun 100 mg Kaps.	G	L04AD01	277
IND	Neoimmun 100 mg/ml Lsg. z. Einnehmen	G	L04AD01	277
IND	NeoRecormon 10.000 IE Inj.lsg. Fertigspr.	G	B03XA01	188
IND	NeoRecormon 30.000 IE Inj.lsg. Fertigspr.	G	B03XA01	191
RE1	Neparvis 24 mg/26 mg Filmtabl. (PM)	Y	C09DX04	426
RE1	Neparvis 49 mg/51 mg Filmtabl. (PM)	Y	C09DX04	427
RE1	Neparvis 97 mg/103 mg Filmtabl. (PM)	Y	C09DX04	427
IND	Nephrotrans 500 mg magensaftresistente Weichkaps.	G	A02AH	163
IND	Nephrotrans 840 mg magensaftresistente Weichkaps.	G	A02AH	163
	Neriforte Salbe	G	D07AC06	234
	Nerisona Creme	G	D07AC06	234
	Nerisona Fettsalbe	G	D07AC06	234
	Nerisona Salbe	G	D07AC06	234
	Neulasta 6 mg Inj.lsg.	G	L03AA13	272
	Neupro 1 mg/24 h transdermales Pflaster.....	G	N04BC09	321
	Neupro 2 mg/24 h transdermales Pflaster.....	G	N04BC09	321
	Neupro 3 mg/24 h transdermales Pflaster.....	G	N04BC09	321
	Neupro 4 mg/24 h transdermales Pflaster.....	G	N04BC09	321
	Neupro 6 mg/24 h transdermales Pflaster.....	G	N04BC09	321
	Neupro 8 mg/24 h transdermales Pflaster.....	G	N04BC09	321
	Neuromultivit Filmtabl.	G	A11DB	181
IND	Neurontin 600 mg Filmtabl.	G	N02BF01	305
IND	Neurontin 800 mg Filmtabl.	G	N02BF01	305
IND	Neurontin 300 mg Hartkaps.	G	N02BF01	304
IND	Neurontin 400 mg Hartkaps.	G	N02BF01	304
	Neurotop 200 mg Tabl.	G	N03AF01	311
	Neurotop 400 mg Tabl.	G	N03AF01	311
	Neurotop retard 300 mg Tabl.	G	N03AF01	311
	Neurotop retard 600 mg Tabl.	G	N03AF01	311
RE2	Nevirapin "Viatrix" 400 mg Retardtabl.	Y	J05AG01	465
IND	Nexavar 200 mg Filmtabl.	G	L01EX02	267
	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	375
	Nicolan 10 mg Tabl.	G	C01DX16	196
	Nicolan 20 mg Tabl.	G	C01DX16	197
	Nicorandil "Rivopharm" 10 mg Tabl.	G	C01DX16	196
	Nicorandil "Rivopharm" 20 mg Tabl.	G	C01DX16	197
RE1	Nilemdo 180 mg Filmtabl. (PM)	Y	C10AX15	432
RE2	Nimotop 30 mg Filmtabl.	Y	C08CA06	426
IND	Nimvastid 1,5 mg Hartkaps.	G	N06DA03	348
IND	Nimvastid 3 mg Hartkaps.	G	N06DA03	348
IND	Nimvastid 4,5 mg Hartkaps.	G	N06DA03	348
IND	Nimvastid 6 mg Hartkaps.	G	N06DA03	348
	Nitrolingual 0,4 mg Pumpspray	G	C01DA02	196
F6J	Nivestim 12 Mio E/0,2 ml Inj./-Inf.lsg.	G	L03AA02	272
	Nivestim 30 Mio E/0,5 ml Inj./-Inf.lsg.	G	L03AA02	272
	Nivestim 48 Mio E/0,5 ml Inj./-Inf.lsg.	G	L03AA02	272
	Noctor Drag.	G	R06AA02	362
RE2	Nocutil 0,1 mg Tabl.	Y	H01BA02	450
RE2	Nocutil 0,2 mg Tabl.	Y	H01BA02	450

KASS	Bezeichnung	Box	ATC	Seite
IND	Nocutil 0,1 mg/ml Nasenspray	G	H01BA02.....	245
	Nolvadex 20 mg Filmtabl.....	G	L02BA01.....	269
	Nomexor 5 mg Tabl.....	G	C07AB12.....	207
	Nomexor plus HCT 5 mg/12,5 mg Filmtabl.....	G	C07BB12.....	209
	Nomexor plus HCT 5 mg/25 mg Filmtabl.....	G	C07BB12.....	209
RE1	Norditropin FlexPro 5 mg/1,5 ml Inj.lsg. Fertigen	Y	H01AC01.....	445
RE1	Norditropin FlexPro 10 mg/1,5 ml Inj.lsg. Fertigen	Y	H01AC01.....	447
RE1	Norditropin FlexPro 15 mg/1,5 ml Inj.lsg. Fertigen	Y	H01AC01.....	448
	Norgesic 35 mg/450 mg Tabl.....	G	M03BC51.....	289
	Normhydral lösl. Plv.....	G	A07CA.....	172
F14	Normolyt lösl. Plv. f. Kinder.....	G	A07CA.....	172
IND	Norprolac 0,025 mg + 0,050 mg Tabl. Starterpackung	G	G02CB04.....	239
IND	Norprolac 0,075 mg Tabl.....	G	G02CB04.....	239
	Norvasc 5 mg Tabl.....	G	C08CA01.....	210
RE2	Norvir 100 mg Filmtabl.....	Y	J05AE03.....	459
	Novalgin 2,5 g Amp.....	G	N02BB02.....	303
	Novalgin Filmtabl.....	G	N02BB02.....	303
	Novalgin Tropf.....	G	N02BB02.....	303
	Novanaest purum 1 % Amp. 5 ml.....	G	N01BA02.....	293
	Novanaest purum 2 % Amp. 5 ml.....	G	N01BA02.....	293
RE1	NovoEight 250 IE Plv. und Lsgm. zur Herst. einer Inj.lsg.	Y	B02BD02.....	403
RE1	NovoEight 500 IE Plv. und Lsgm. zur Herst. einer Inj.lsg.	Y	B02BD02.....	403
RE1	NovoEight 1000 IE Plv. und Lsgm. zur Herst. einer Inj.lsg. ..	Y	B02BD02.....	403
RE1	NovoEight 1500 IE Plv. und Lsgm. zur Herst. einer Inj.lsg. ..	Y	B02BD02.....	403
RE1	NovoEight 2000 IE Plv. und Lsgm. zur Herst. einer Inj.lsg. ..	Y	B02BD02.....	403
RE1	NovoEight 3000 IE Plv. und Lsgm. zur Herst. einer Inj.lsg. ..	Y	B02BD02.....	404
	Novolizer Budesonid "Meda" 200 mcg Plv. z. Inh. + Inhalator	G	R03BA02.....	357
	Novolizer Budesonid "Meda" 200 mcg Plv. z. Inh. Nachfüllpackung.....	G	R03BA02.....	357
	Novolizer Budesonid "Meda" 400 mcg Plv. z. Inh. + Inhalator	G	R03BA02.....	358
	Novolizer Budesonid "Meda" 400 mcg Plv. z. Inh. Nachfüllpackung.....	G	R03BA02.....	358
IND	Novolizer Formoterol "Meda" 12 mcg Plv. z. Inh. + Inhalator	G	R03AC13.....	354
IND	Novolizer Formoterol "Meda" 12 mcg Plv. z. Inh. Nachfüllpackung.....	G	R03AC13.....	354
	Novolizer Salbutamol "Meda" 100 mcg Plv. z. Inh. + Inhalator	G	R03AC02.....	353
	Novolizer Salbutamol "Meda" 100 mcg Plv. z. Inh. Nachfüllpackung.....	G	R03AC02.....	353
	NovoMix 30 FlexPen 100 E/ml Inj.susp. Fertigen	G	A10AD05.....	175
	NovoMix 30 Penfill 100 E/ml Inj.susp. Patronen	G	A10AD05.....	175
	NovoMix 50 FlexPen 100 E/ml Inj.susp. Fertigen	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.....	249
RE1	Noxafil 40 mg/ml Susp. zum Einnehmen	Y	J02AC04.....	456
	Nozinan 25 mg Filmtabl.....	G	N05AA02.....	322
RE2	Nozinan 100 mg Filmtabl.....	Y	N05AA02.....	545
RE1	Nplate 250 mcg Plv. und Lsgm. zur Herst. einer Inj.lsg.	Y	B02BX04.....	407

KASS	Bezeichnung	Box	ATC	Seite
RE1	Nplate 500 mcg Plv. und Lsgm. zur Herst. einer Inj.lsg.	Y	B02BX04	407
RE1	Nubeqa 300 mg Filmtabl. (PM)	Y	L02BB06	500
RE1	Nucala 40 mg Inj.lsg. Fertigspr.	Y	R03DX09	584
RE1	Nucala 100 mg Inj.lsg. Fertipen (PM)	Y	R03DX09	585
RE1	Nucala 100 mg Inj.lsg. Fertigspr. (PM)	Y	R03DX09	586
RE1	Nucala 100 mg Plv. zur Herst. einer Inj.lsg. (PM)	Y	R03DX09	587
RE1	Nustendi 180 mg/10 mg Filmtabl. (PM)	Y	C10BA10	433
RE1	NutropinAq 10 mg/2 ml Inj.lsg. Zylinderamp.	Y	H01AC01	447
RE1	Nuwiq 250 IE Plv. und Lsgm. zur Herst. einer Inj.lsg.	Y	B02BD02	404
RE1	Nuwiq 500 IE Plv. und Lsgm. zur Herst. einer Inj.lsg.	Y	B02BD02	404
RE1	Nuwiq 1000 IE Plv. und Lsgm. zur Herst. einer Inj.lsg.	Y	B02BD02	404
RE1	Nuwiq 2000 IE Plv. und Lsgm. zur Herst. einer Inj.lsg.	Y	B02BD02	404
	Nyzoc 20 mg Filmtabl.	G	C10AA01	223
	Nyzoc 40 mg Filmtabl.	G	C10AA01	224
RE1	Ocaliva 5 mg Filmtabl. (PM)	Y	A05AA04	375
RE1	Ocaliva 10 mg Filmtabl. (PM)	Y	A05AA04	376
RE1	Ocrevus 300 mg Konz. zur Herst. einer Inf.lsg. (PM)	Y	L04AA36	516
RE1	Octanate 50 IE/ml	Y	B02BD02	404
RE1	Octanate LV 100 IE/ml Plv.	Y	B02BD02	404
RE1	Octanate LV 200 IE/ml Plv.	Y	B02BD02	404
RE2	Octenisept Lsg. z. Wund- u. Schleimhautdesinfektion	Y	D08AJ57	434
RE1	Odefsey 200 mg/25 mg/25 mg Filmtabl.	Y	J05AR19	471
RE1	Odomzo 200 mg Hartkaps.	Y	L01XJ02	492
RE1	Ofev 100 mg Weichkaps.	Y	L01EX09	489
RE1	Ofev 150 mg Weichkaps.	Y	L01EX09	489
	Ofloxa-Vision 3 mg/g Augensalbe	G	S01AE01	364
IND	Ofloxa-Vision sine 3 mg/ml Augentropf. Einzeldosen	G	S01AE01	364
IND	Okedi 75 mg Plv. u. Lsgm. zur Herst. einer Depot-Inj.susp. (PM)	G	N05AX08	332
IND	Okedi 100 mg Plv. u. Lsgm. zur Herst. einer Depot-Inj.susp. (PM)	G	N05AX08	332
	Olanzapin "+pharma" 2,5 mg Filmtabl.	G	N05AH03	324
	Olanzapin "+pharma" 5 mg Filmtabl.	G	N05AH03	325
	Olanzapin "+pharma" 10 mg Filmtabl.	G	N05AH03	325
	Olanzapin "1A Pharma" 2,5 mg Filmtabl.	G	N05AH03	324
	Olanzapin "1A Pharma" 5 mg Filmtabl.	G	N05AH03	325
	Olanzapin "1A Pharma" 10 mg Filmtabl.	G	N05AH03	325
	Olanzapin "Accord" 2,5 mg Filmtabl.	G	N05AH03	324
	Olanzapin "Accord" 5 mg Filmtabl.	G	N05AH03	325
	Olanzapin "Accord" 10 mg Filmtabl.	G	N05AH03	325
	Olanzapin "Accord" 15 mg Filmtabl.	G	N05AH03	326
	Olanzapin "Actavis" 2,5 mg Filmtabl.	G	N05AH03	324
	Olanzapin "Actavis" 5 mg Filmtabl.	G	N05AH03	325
	Olanzapin "Actavis" 10 mg Filmtabl.	G	N05AH03	325
	Olanzapin "Actavis" 15 mg Filmtabl.	G	N05AH03	326
	Olanzapin "Actavis" 5 mg Schmelztabl.	G	N05AH03	325
	Olanzapin "Actavis" 10 mg Schmelztabl.	G	N05AH03	325
	Olanzapin "Actavis" 15 mg Schmelztabl.	G	N05AH03	326
	Olanzapin "Aristo" 2,5 mg Filmtabl.	G	N05AH03	324
	Olanzapin "Aristo" 5 mg Filmtabl.	G	N05AH03	325
	Olanzapin "Aristo" 10 mg Filmtabl.	G	N05AH03	325
	Olanzapin "Aristo" 15 mg Filmtabl.	G	N05AH03	326

KASS	Bezeichnung	Box	ATC	Seite
	Olanzapin "Aristo" 5 mg Schmelztabl.....	G	N05AH03.....	325
	Olanzapin "Aristo" 10 mg Schmelztabl.....	G	N05AH03.....	325
	Olanzapin "Bluefish" 5 mg Schmelztabl.....	G	N05AH03.....	325
	Olanzapin "Bluefish" 10 mg Schmelztabl.....	G	N05AH03.....	325
	Olanzapin "Bluefish" 15 mg Schmelztabl.....	G	N05AH03.....	326
	Olanzapin "G.L." 2,5 mg Filmtabl.....	G	N05AH03.....	324
	Olanzapin "G.L." 5 mg Filmtabl.....	G	N05AH03.....	325
	Olanzapin "G.L." 10 mg Filmtabl.....	G	N05AH03.....	325
	Olanzapin "G.L." 15 mg Filmtabl.....	G	N05AH03.....	326
	Olanzapin "G.L." 5 mg Schmelztabl.....	G	N05AH03.....	325
	Olanzapin "G.L." 10 mg Schmelztabl.....	G	N05AH03.....	326
	Olanzapin "G.L." 15 mg Schmelztabl.....	G	N05AH03.....	326
	Olanzapin "Genericon" 2,5 mg Filmtabl.....	G	N05AH03.....	324
	Olanzapin "Genericon" 5 mg Filmtabl.....	G	N05AH03.....	325
	Olanzapin "Genericon" 10 mg Filmtabl.....	G	N05AH03.....	326
	Olanzapin "ratiopharm" 2,5 mg Tabl.....	G	N05AH03.....	324
	Olanzapin "ratiopharm" 5 mg Tabl.....	G	N05AH03.....	325
	Olanzapin "ratiopharm" 7,5 mg Tabl.....	G	N05AH03.....	325
	Olanzapin "ratiopharm" 10 mg Tabl.....	G	N05AH03.....	326
	Olanzapin "ratiopharm" 15 mg Tabl.....	G	N05AH03.....	326
	Olanzapin "ratiopharm" 20 mg Tabl.....	G	N05AH03.....	326
	Olanzapin "ratiopharm GmbH" 5 mg Schmelztabl.....	G	N05AH03.....	325
	Olanzapin "ratiopharm GmbH" 10 mg Schmelztabl.....	G	N05AH03.....	326
	Olanzapin "ratiopharm GmbH" 15 mg Schmelztabl.....	G	N05AH03.....	326
	Olanzapin "ratiopharm GmbH" 20 mg Schmelztabl.....	G	N05AH03.....	326
	Olanzapin "Sandoz" 2,5 mg Filmtabl.....	G	N05AH03.....	324
	Olanzapin "Sandoz" 5 mg Filmtabl.....	G	N05AH03.....	325
	Olanzapin "Sandoz" 10 mg Filmtabl.....	G	N05AH03.....	326
	Olanzapin "Sandoz" 15 mg Filmtabl.....	G	N05AH03.....	326
	Olanzapin "Sandoz" 20 mg Filmtabl.....	G	N05AH03.....	326
	Olanzapin "Stada" 2,5 mg Filmtabl.....	G	N05AH03.....	324
	Olanzapin "Stada" 5 mg Filmtabl.....	G	N05AH03.....	325
	Olanzapin "Stada" 10 mg Filmtabl.....	G	N05AH03.....	326
IND	Oleo-D3 30.000 IE Filmtabl.....	G	A11CC05.....	181
	Oleovit D3 Tropf.....	G	A11CC05.....	181
	Olopatadin "Unimed Pharma" 1 mg/ml Augentropf.....	G	S01GX09.....	369
RE2	Olumiant 2 mg Filmtabl. (PM).....	Y	L04AA37.....	516
RE2	Olumiant 4 mg Filmtabl. (PM).....	Y	L04AA37.....	516
	Omec "Hexal" 10 mg Kaps.....	G	A02BC01.....	164
	Omec "Hexal" 20 mg Kaps.....	G	A02BC01.....	164
	Omec "Hexal" 40 mg Kaps.....	G	A02BC01.....	165
	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.....	165
	Omeprazol "Genericon" 10 mg magensaftresistente Kaps... Hartkaps.....	G	A02BC01.....	164
	Omeprazol "Genericon" 20 mg magensaftresistente Kaps... Hartkaps.....	G	A02BC01.....	164
	Omeprazol "Genericon" 40 mg magensaftresistente Kaps... Hartkaps.....	G	A02BC01.....	165
	Omeprazol "ratiopharm" 10 mg magensaftresistente Hartkaps.....	G	A02BC01.....	164
	Omeprazol "ratiopharm" 20 mg magensaftresistente Hartkaps.....	G	A02BC01.....	164

KASS	Bezeichnung	Box	ATC	Seite
	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
	Omniflora Kaps.	G	A07FA01	173
RE1	Omnitrope 5 mg/1,5 ml Inj.lsg.	Y	H01AC01	445
RE1	Omnitrope 10 mg/1,5 ml Inj.lsg.	Y	H01AC01	447
RE1	Omnitrope 15 mg/1,5 ml Inj.lsg.	Y	H01AC01	448
RE2	OncoTICE Plv. zur Herst. einer Susp. zur intravesikalen Instillation	Y	L03AX03	505
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	170
IND	Ongentys 50 mg Hartkaps. (PM)	G	N04BX04	322
RE1	Onglyza 2,5 mg Filmtabl.	Y	A10BH03	385
RE1	Onglyza 5 mg Filmtabl.	Y	A10BH03	385
RE1	Ontozry 12,5 mg, 25 mg Filmtabl. Starterpackung	Y	N03AX25	543
RE1	Ontozry 50 mg Filmtabl.	Y	N03AX25	543
RE1	Ontozry 100 mg Filmtabl.	Y	N03AX25	544
RE1	Ontozry 150 mg Filmtabl.	Y	N03AX25	544
RE1	Ontozry 200 mg Filmtabl.	Y	N03AX25	544
	Ophtaguttal "Agepha" Augentropf.	G	S01GA51	368
RE1	Opsumit 10 mg Filmtabl.	Y	C02KX04	424
	Optiderm Creme	G	D02AE51	231
	Optiderm Fett-Creme	G	D02AE51	231
ADKL	Oralair 100 IR + 300 IR Sublingualtabl.	G	V01AA02	369
ADKL	Oralair 300 IR Sublingualtabl.	G	V01AA02	370
RE1	Orencia 125 mg Inj.lsg.	Y	L04AA24	509
RE1	Orencia 250 mg Plv. f. ein Konz. zur Herst. einer Inf.lsg.	Y	L04AA24	510
	Orgametril Tabl.	G	G03DC03	240
RE2	Orgaran Amp.	Y	B01AB09	394
RE1	Orkambi 100 mg/125 mg Filmtabl. (PM)	Y	R07AX30	593
RE1	Orkambi 200 mg/125 mg Filmtabl. (PM)	Y	R07AX30	594
RE1	Orkambi 100 mg/125 mg Gran. Btl. (PM)	Y	R07AX30	593
RE1	Orkambi 150 mg/188 mg Gran. Btl. (PM)	Y	R07AX30	594
RE1	Orladeyo 150 mg Hartkaps. (PM)	Y	B06AC06	419
	Ospamox 1000 mg Filmtabl.	G	J01CA04	252
F14	Ospamox 250 mg/5 ml Plv. für orale Susp.	G	J01CA04	252
F14	Ospamox 500 mg/5 ml Plv. für orale Susp.	G	J01CA04	252
	Ospen 1,0 Filmtabl.	G	J01CE02	252
	Ospen 1,5 Filmtabl.	G	J01CE02	252
F14	Ospen 400 Saft	G	J01CE10	253
F14	Ospen 750 Saft	G	J01CE10	253
	Ospexin 500 mg Filmtabl.	G	J01DB01	254
	Ospexin 1000 mg Filmtabl.	G	J01DB01	254
F14	Ospexin 250 mg/5 ml Gran. f. orale Susp.	G	J01DB01	254

KASS	Bezeichnung	Box	ATC	Seite
RE2	Ospolot 50 mg Filmtabl.	Y	N03AX03.....	541
RE2	Ospolot 200 mg Filmtabl.	Y	N03AX03.....	541
	Osteoviva 150 mg Filmtabl.	G	M05BA06.....	292
IND	OsvaRen 435 mg/235 mg Filmtabl.	G	V03AE04.....	371
RE2	Otanol 1 mg Ohrentropf., Lsg.	Y	S02AA15.....	598
RE1	Otezla 10 mg, 20 mg, 30 mg Filmtabl. Starterpackung	Y	L04AA32.....	514
RE1	Otezla 30 mg Filmtabl.	Y	L04AA32.....	515
RE1	Ovaleap 300 IE/0,5 ml Inj.lsg.	Y	G03GA05.....	443
RE1	Ovaleap 450 IE/0,75 ml Inj.lsg.	Y	G03GA05.....	443
RE1	Ovaleap 900 IE/1,5 ml Inj.lsg.	Y	G03GA05.....	443
	Ovestin 1 mg Tabl.	G	G03CA04.....	240
	Ovestin Creme	G	G03CA04.....	240
	Ovestin Ovula.....	G	G03CA04.....	240
RE1	Ovitrelle 250 mcg/0,5 ml Inj.lsg. in Fertigspr.	Y	G03GA08.....	444
IND	Oxis Turbohaler 12 mcg Dosier-Pulverinhalator	G	R03AC13.....	354
	Oxsoralen 10 mg Kaps.	G	D05BA02.....	232
	Oxycodon-HCl "ratiopharm" 20 mg Retardtabl.	G	N02AA05.....	296
	Oxycodon-HCl "ratiopharm" 40 mg Retardtabl.	G	N02AA05.....	296
	Oxycodon-HCl "ratiopharm" 80 mg Retardtabl.	G	N02AA05.....	297
	Oxygerolan 5 mg Filmtabl.	G	N02AA05.....	296
	Oxygerolan 10 mg Filmtabl.	G	N02AA05.....	296
	Oxygerolan 5 mg Retardtabl.	G	N02AA05.....	296
	Oxygerolan 10 mg Retardtabl.	G	N02AA05.....	296
	Oxygerolan 20 mg Retardtabl.	G	N02AA05.....	296
	Oxygerolan 40 mg Retardtabl.	G	N02AA05.....	296
	Oxygerolan 80 mg Retardtabl.	G	N02AA05.....	297
RE1	Ozempic 0,25 mg Inj.lsg Fertigen ^{PM}	Y	A10BJ06.....	388
RE1	Ozempic 0,5 mg Inj.lsg. Fertigen ^{PM}	Y	A10BJ06.....	388
RE1	Ozempic 1,0 mg Inj.lsg. Fertigen ^{PM}	Y	A10BJ06.....	389
IND	Palibon 100 mg + 150 mg Depot-Inj.susp. Fertigspr. Starterpackung	G	N05AX13.....	335
IND	Palibon 25 mg Depot-Inj.susp. Fertigspr.	G	N05AX13.....	334
IND	Palibon 50 mg Depot-Inj.susp. Fertigspr.	G	N05AX13.....	334
IND	Palibon 75 mg Depot-Inj.susp. Fertigspr.	G	N05AX13.....	334
IND	Palibon 100 mg Depot-Inj.susp. Fertigspr.	G	N05AX13.....	335
IND	Palibon 150 mg Depot-Inj.susp. Fertigspr.	G	N05AX13.....	335
	Paliperidon "ratiopharm" 3 mg Retardtabl.	G	N05AX13.....	334
	Paliperidon "ratiopharm" 6 mg Retardtabl.	G	N05AX13.....	334
	Paliperidon "ratiopharm" 9 mg Retardtabl.	G	N05AX13.....	334
IND	Pamidronat Dinatrium Hospira 3 mg/ml Konz. zur Herst. einer Inf.lsg.	G	M05BA03.....	291
IND	Pamidronat Dinatrium Hospira 9 mg/ml Konz. zur Herst. einer Inf.lsg.	G	M05BA03.....	291
IND	Pamorelin LA 3,75 mg Plv. u. Lsgm. zur Herst. einer Inj.susp.	G	L02AE04.....	269
IND	Pamorelin LA 11,25 mg Plv. u. Lsgm. zur Herst. einer Inj.susp.	G	L02AE04.....	269
	Panchol 20 mg Tabl.	G	C10AA03.....	224
	Panchol 40 mg Tabl.	G	C10AA03.....	224
	Panprabene 20 mg magensaftresistente Tabl.	G	A02BC02.....	165
	Panprabene 40 mg magensaftresistente Tabl.	G	A02BC02.....	165
	Pantelmin Tabl.	G	P02CA01.....	351

KASS	Bezeichnung	Box	ATC	Seite
	Pantip 20 mg magensaftresistente Tabl.....	G	A02BC02	165
	Pantip 40 mg magensaftresistente Tabl.....	G	A02BC02	166
	Pantoloc 20 mg Filmtabl.....	G	A02BC02	165
	Pantoloc 40 mg Filmtabl.....	G	A02BC02	166
	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 "I@ctavis" 20 mg magensaftresistente Tabl.	G	A02BC02	165
	Pantoprazol "I@ctavis" 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 "A-med" 20 mg magensaftresistente Tabl.....	G	A02BC02	165
	Pantoprazol "A-med" 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
	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	303
	Paracetamol "Sandoz" 500 mg Tabl.	G	N02BE01	303
	Paracodin Tabl.	G	R05DA	361
	Paracodin Tropf.	G	R05DA	361
	Pariet 10 mg Filmtabl.	G	A02BC04	167
	Pariet 20 mg Filmtabl.	G	A02BC04	167
	Parkemed 250 mg Kaps.	G	M01AG01	288
	Parkemed 125 mg Supp.	G	M01AG01	288
	Parkemed 500 mg Supp.	G	M01AG01	288
	Paroxat "Hexal" 10 mg Filmtabl.....	G	N06AB05	339
	Paroxat "Hexal" 20 mg Filmtabl.....	G	N06AB05	339
	Paroxat "Hexal" 30 mg Filmtabl.....	G	N06AB05	340
	Paroxat "Hexal" 40 mg Filmtabl.....	G	N06AB05	340
	Paroxetin "+pharma" 20 mg Filmtabl.....	G	N06AB05	340
	Paroxetin "1A Pharma" 20 mg Filmtabl.	G	N06AB05	340
	Paroxetin "Aristo" 20 mg Filmtabl.....	G	N06AB05	340
	Paroxetin "Genericon" 20 mg Filmtabl.	G	N06AB05	340
	Paroxetin "ratiopharm" 40 mg Tabl.	G	N06AB05	340
	Paspertin 10 mg Amp.	G	A03FA01	169
	Paspertin Filmtabl.....	G	A03FA01	169
RE2	Pegasys 135 mcg Inj.lsg. Fertigspr.	Y	L03AB11	503
RE2	Pegasys 180 mcg Inj.lsg. Fertigspr.	Y	L03AB11	504

KASS	Bezeichnung	Box	ATC	Seite
	Pelgraz 6 mg Inj.lsg. Fertiginjektor	G	L03AA13.....	272
	Pelgraz 6 mg Inj.lsg. Fertigspr.....	G	L03AA13.....	272
	Pelmeg 6 mg Inj.lsg. Fertigspr.....	G	L03AA13.....	272
	Penbene 1 Mio. IE Filmtabl.	G	J01CE02.....	252
	Penbene 1,5 Mio. IE Filmtabl.	G	J01CE02.....	252
	Penstad V 1,5 Mio. IE Tabl.....	G	J01CE02.....	252
RE1	Pentaglobin 50 g/l Inf.lsg. (2,5 g).....	Y	J06BA02.....	474
RE1	Pentaglobin 50 g/l Inf.lsg. (5 g).....	Y	J06BA02.....	474
	Pentasa retard 500 mg Tabl.....	G	A07EC02.....	173
RE2	Pentasa retard 1 g Gran.....	Y	A07EC02.....	378
RE2	Pentasa retard 2 g Gran.....	Y	A07EC02.....	378
	Pentasa retard 4 g Gran.....	G	A07EC02.....	173
RE2	Pentasa 1 g Zäpf.....	Y	A07EC02.....	378
RE2	Pentasa Klysm	Y	A07EC02.....	378
	Pentiro 50 mg/12,5 mg/200 mg Filmtabl.	G	N04BA03.....	318
	Pentiro 100 mg/25 mg/200 mg Filmtabl.	G	N04BA03.....	318
	Pentiro 150 mg/37,5 mg/200 mg Filmtabl.	G	N04BA03.....	318
	Pentomer retard 400 mg Filmtabl.....	G	C04AD03.....	203
	Pentomer retard 600 mg Filmtabl.....	G	C04AD03.....	204
	Pentoxi "Genericon" retard 400 mg Filmtabl.	G	C04AD03.....	203
	Pentoxi "Genericon" retard 600 mg Filmtabl.	G	C04AD03.....	204
RE2	Perscleran 20 mg/ml Inj.lsg. Fertigspr.....	Y	L03AX13.....	505
RE2	Perscleran 40 mg/ml Inj.lsg. Fertigspr.....	Y	L03AX13.....	505
	Petinimid Kaps.	G	N03AD01.....	311
F14	Petinimid Sirup	G	N03AD01.....	311
	Pevaryl Creme.....	G	D01AC03.....	230
	Pevisone Creme.....	G	D01AC20.....	230
RE2	Physiolog. Kochsalzls. "Fresenius" Inf.fl. 250 ml.....	Y	B05BB01.....	417
RE2	Physiolog. Kochsalzls. "Fresenius" Inf.fl. 500 ml.....	Y	B05BB01.....	417
RE2	Physiolog. Kochsalzls. "Fresenius" Inf.fl. 1000 ml.....	Y	B05BB01.....	417
	Physiolog. Kochsalzls. "Fresenius" Plastikinf.fl. 250 ml	G	B05BB01.....	194
RE2	Physiolog. Kochsalzls. "Fresenius" Plastikinf.fl. 250 ml	Y	B05BB01.....	417
	Physiolog. Kochsalzls. "Fresenius" Plastikinf.fl. 500 ml	G	B05BB01.....	194
RE2	Physiolog. Kochsalzls. "Fresenius" Plastikinf.fl. 500 ml	Y	B05BB01.....	417
RE2	Pifelro 100 mg Filmtabl.....	Y	J05AG06.....	466
	Pilocarpin Puroptal 2 % Augentropf.	G	S01EB01.....	366
IND	Pioglitazon "Accord" 15 mg Tabl.	G	A10BG03.....	178
IND	Pioglitazon "Accord" 30 mg Tabl.	G	A10BG03.....	179
IND	Pioglitazon "Accord" 45 mg Tabl.	G	A10BG03.....	179
IND	Pioglitazone "Actavis" 15 mg Tabl.....	G	A10BG03.....	179
IND	Pioglitazone "Actavis" 30 mg Tabl.....	G	A10BG03.....	179
IND	Pioglitazone "Actavis" 45 mg Tabl.....	G	A10BG03.....	179
A	Pirfenidon "ratiopharm" 267 mg Filmtabl.....	G	L04AX05.....	284
A	Pirfenidon "ratiopharm" 801 mg Filmtabl.....	G	L04AX05.....	284
	PK-Merz-Schoeller 100 mg Filmtabl.....	G	N04BB01.....	318
IND	Plavix 75 mg Filmtabl.	G	B01AC04.....	185
RE1	Plegridy 63 mcg, 94 mcg Inj.lsg. Fertigpen Starterpackung..	Y	L03AB13.....	504
RE1	Plegridy 63 mcg, 94 mcg Inj.lsg. Fertigspr. Starterpackung..	Y	L03AB13.....	504
RE1	Plegridy 125 mcg Inj.lsg. Fertigpen	Y	L03AB13.....	504
RE1	Plegridy 125 mcg Inj.lsg. Fertigspr.	Y	L03AB13.....	504
IND	Pleinvue Plv. zur Herst. einer Lsg. zum Einnehmen	G	A06AD65.....	171
	Plendil retard 2,5 mg Filmtabl.....	G	C08CA02.....	210

KASS	Bezeichnung	Box	ATC	Seite
	Plendil retard 5 mg Filmtabl.....	G	C08CA02.....	210
RE1	Ponvory 2 mg, 3 mg, 4 mg, 5 mg, 6 mg, 7 mg, 8 mg, 9 mg, 10 mg Filmtabl. Starterpackung (PM).....	Y	L04AA50.....	521
RE1	Ponvory 20 mg Filmtabl. (PM).....	Y	L04AA50.....	521
RE2	Posaconazol "Accord" 100 mg magensaftresistente Tabl.....	Y	J02AC04.....	457
RE2	Posaconazol "AHCL" 40 mg/ml Susp. zum Einnehmen.....	Y	J02AC04.....	456
RE2	Posaconazol "ratiopharm" 100 mg magensaftresistente Tabl.	Y	J02AC04.....	457
RE2	Posaconazol "Stada" 100 mg magensaftresistente Tabl.	Y	J02AC04.....	458
RE2	Potaba "Glenwood" 3 g Plv.	Y	D11AX23.....	441
RE2	Pradaxa 75 mg Hartkaps.....	Y	B01AE07.....	397
RE2	Pradaxa 110 mg Hartkaps.....	Y	B01AE07.....	397
RE1	Pradaxa 110 mg Hartkaps.....	Y	B01AE07.....	397
RE1	Pradaxa 150 mg Hartkaps.....	Y	B01AE07.....	398
RE1	Praluent 75 mg Inj.lsg. Fertigpen (PM).....	Y	C10AX14.....	430
RE1	Praluent 150 mg Inj.lsg. Fertigpen (PM).....	Y	C10AX14.....	431
RE1	Praluent 300 mg Inj.lsg. Fertigpen (PM).....	Y	C10AX14.....	432
	Pram 10 mg Filmtabl.	G	N06AB04.....	339
	Pram 20 mg Filmtabl.	G	N06AB04.....	339
	Pram 40 mg Filmtabl.	G	N06AB04.....	339
	Pramipexol "+pharma" 0,26 mg Retardtabl.....	G	N04BC05.....	319
	Pramipexol "+pharma" 0,52 mg Retardtabl.....	G	N04BC05.....	320
	Pramipexol "+pharma" 1,05 mg Retardtabl.....	G	N04BC05.....	320
	Pramipexol "+pharma" 2,1 mg Retardtabl.....	G	N04BC05.....	320
	Pramipexol "+pharma" 3,15 mg Retardtabl.....	G	N04BC05.....	321
	Pramipexol "Actavis" 0,088 mg Tabl.	G	N04BC05.....	319
	Pramipexol "Actavis" 0,18 mg Tabl.	G	N04BC05.....	319
	Pramipexol "Actavis" 0,35 mg Tabl.	G	N04BC05.....	320
	Pramipexol "Actavis" 0,7 mg Tabl.	G	N04BC05.....	320
	Pramipexol "Genericon" 0,26 mg Retardtabl.....	G	N04BC05.....	319
	Pramipexol "Genericon" 0,52 mg Retardtabl.....	G	N04BC05.....	320
	Pramipexol "Genericon" 1,05 mg Retardtabl.....	G	N04BC05.....	320
	Pramipexol "Genericon" 2,1 mg Retardtabl.....	G	N04BC05.....	320
	Pramipexol "Genericon" 3,15 mg Retardtabl.....	G	N04BC05.....	321
	Pramipexol "ratiopharm" 0,26 mg Retardtabl.....	G	N04BC05.....	319
	Pramipexol "ratiopharm" 0,52 mg Retardtabl.....	G	N04BC05.....	320
	Pramipexol "ratiopharm" 1,05 mg Retardtabl.....	G	N04BC05.....	320
	Pramipexol "ratiopharm" 1,57 mg Retardtabl.....	G	N04BC05.....	320
	Pramipexol "ratiopharm" 2,1 mg Retardtabl.....	G	N04BC05.....	320
	Pramipexol "ratiopharm" 2,62 mg Retardtabl.....	G	N04BC05.....	321
	Pramipexol "ratiopharm" 3,15 mg Retardtabl.....	G	N04BC05.....	321
	Pramipexol "Sandoz" 0,26 mg Retardtabl.....	G	N04BC05.....	319
	Pramipexol "Sandoz" 0,52 mg Retardtabl.....	G	N04BC05.....	320
	Pramipexol "Sandoz" 1,05 mg Retardtabl.....	G	N04BC05.....	320
	Pramipexol "Sandoz" 2,1 mg Retardtabl.....	G	N04BC05.....	320
	Pramipexol "Sandoz" 3,15 mg Retardtabl.....	G	N04BC05.....	321
	Pramipexol "Stada" 0,26 mg Retardtabl.....	G	N04BC05.....	319
	Pramipexol "Stada" 0,52 mg Retardtabl.....	G	N04BC05.....	320
	Pramipexol "Stada" 1,05 mg Retardtabl.....	G	N04BC05.....	320
	Pramipexol "Stada" 2,1 mg Retardtabl.....	G	N04BC05.....	320
	Pramipexol "Stada" 3,15 mg Retardtabl.....	G	N04BC05.....	321
	Pramulex 5 mg Filmtabl.....	G	N06AB10.....	341

KASS	Bezeichnung	Box	ATC	Seite
	Pramulex 10 mg Filmtabl.....	G	N06AB10	342
	Pramulex 15 mg Filmtabl.....	G	N06AB10	342
	Pramulex 20 mg Filmtabl.....	G	N06AB10	343
IND	Prasugrel "ratiopharm" 5 mg Filmtabl.....	G	B01AC22	185
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" 20 mg Filmtabl.....	G	C10AA03	224
	Pravastatin "+pharma" 40 mg Filmtabl.....	G	C10AA03	224
	Pravastatin "1A Pharma" 20 mg Tabl.....	G	C10AA03	224
	Pravastatin "1A Pharma" 40 mg Tabl.....	G	C10AA03	224
	Pravastatin "Genericon" 20 mg Filmtabl.....	G	C10AA03	224
	Pravastatin "Genericon" 40 mg Filmtabl.....	G	C10AA03	224
	Pravastatin "ratiopharm GmbH" 20 mg Tabl.....	G	C10AA03	224
	Pravastatin "ratiopharm GmbH" 40 mg Tabl.....	G	C10AA03	224
	Pravastatin "Sandoz" 20 mg Tabl.....	G	C10AA03	224
	Pravastatin "Sandoz" 40 mg Tabl.....	G	C10AA03	224
	Praxiten 15 mg Tabl.....	G	N05BA04	336
	Praxiten 50 mg Tabl.....	G	N05BA04	336
Au	Prednifluid 10 mg/ml Augentropf.susp.....	G	S01BA04	365
	Prednisolon "Agepha" 5 mg Tabl.....	G	H02AB06	247
	Prednisolon "Nycomed" 5 mg Tabl.....	G	H02AB06	247
IND	Prednisolon "Nycomed" 5 mg Tabl.....	G	H02AB06	247
	Prednisolon "Nycomed" 25 mg Tabl.....	G	H02AB06	247
	Pregabalin "Accord" 25 mg Hartkaps.....	G	N02BF02	305
	Pregabalin "Accord" 50 mg Hartkaps.....	G	N02BF02	306
	Pregabalin "Accord" 75 mg Hartkaps.....	G	N02BF02	306
	Pregabalin "Accord" 100 mg Hartkaps.....	G	N02BF02	306
	Pregabalin "Accord" 150 mg Hartkaps.....	G	N02BF02	306
	Pregabalin "Accord" 200 mg Hartkaps.....	G	N02BF02	307
	Pregabalin "Accord" 300 mg Hartkaps.....	G	N02BF02	307
	Pregabalin "Genericon" 25 mg Hartkaps.....	G	N02BF02	305
	Pregabalin "Genericon" 50 mg Hartkaps.....	G	N02BF02	306
	Pregabalin "Genericon" 75 mg Hartkaps.....	G	N02BF02	306
	Pregabalin "Genericon" 100 mg Hartkaps.....	G	N02BF02	306
	Pregabalin "Genericon" 150 mg Hartkaps.....	G	N02BF02	306
	Pregabalin "Genericon" 200 mg Hartkaps.....	G	N02BF02	307
	Pregabalin "Genericon" 300 mg Hartkaps.....	G	N02BF02	307
	Pregabalin "Krka" 25 mg Hartkaps.....	G	N02BF02	305
	Pregabalin "Krka" 50 mg Hartkaps.....	G	N02BF02	306
	Pregabalin "Krka" 75 mg Hartkaps.....	G	N02BF02	306
	Pregabalin "Krka" 100 mg Hartkaps.....	G	N02BF02	306
	Pregabalin "Krka" 150 mg Hartkaps.....	G	N02BF02	306
	Pregabalin "Krka" 200 mg Hartkaps.....	G	N02BF02	307
	Pregabalin "Krka" 300 mg Hartkaps.....	G	N02BF02	307
	Pregabalin "ratiopharm" 25 mg Hartkaps.....	G	N02BF02	305
	Pregabalin "ratiopharm" 50 mg Hartkaps.....	G	N02BF02	306
	Pregabalin "ratiopharm" 75 mg Hartkaps.....	G	N02BF02	306
	Pregabalin "ratiopharm" 100 mg Hartkaps.....	G	N02BF02	306
	Pregabalin "ratiopharm" 150 mg Hartkaps.....	G	N02BF02	307
	Pregabalin "ratiopharm" 200 mg Hartkaps.....	G	N02BF02	307
	Pregabalin "ratiopharm" 225 mg Hartkaps.....	G	N02BF02	307

KASS	Bezeichnung	Box	ATC	Seite
	Pregabalin "ratiopharm" 300 mg Hartkaps.	G	N02BF02	307
	Pregabalin "Sandoz" 25 mg Hartkaps.	G	N02BF02	305
	Pregabalin "Sandoz" 50 mg Hartkaps.	G	N02BF02	306
	Pregabalin "Sandoz" 75 mg Hartkaps.	G	N02BF02	306
	Pregabalin "Sandoz" 100 mg Hartkaps.	G	N02BF02	306
	Pregabalin "Sandoz" 150 mg Hartkaps.	G	N02BF02	307
	Pregabalin "Sandoz" 200 mg Hartkaps.	G	N02BF02	307
	Pregabalin "Sandoz" 300 mg Hartkaps.	G	N02BF02	307
	Pregamid 25 mg Hartkaps.	G	N02BF02	305
	Pregamid 50 mg Hartkaps.	G	N02BF02	306
	Pregamid 75 mg Hartkaps.	G	N02BF02	306
	Pregamid 100 mg Hartkaps.	G	N02BF02	306
	Pregamid 150 mg Hartkaps.	G	N02BF02	307
	Pregamid 200 mg Hartkaps.	G	N02BF02	307
	Pregamid 300 mg Hartkaps.	G	N02BF02	307
	PregaTab 25 mg Tabl.	G	N02BF02	305
	PregaTab 50 mg Tabl.	G	N02BF02	306
	PregaTab 75 mg Tabl.	G	N02BF02	306
	PregaTab 100 mg Tabl.	G	N02BF02	306
	PregaTab 150 mg Tabl.	G	N02BF02	307
	PregaTab 200 mg Tabl.	G	N02BF02	307
	PregaTab 300 mg Tabl.	G	N02BF02	307
RE1	Prezista 600 mg Filmtabl.	Y	J05AE10	460
RE2	Prezista 800 mg Filmtabl.	Y	J05AE10	460
RE1	Pridax 20 mcg Konz. zur Herst. einer Inf.lsg.	Y	C01EA01	420
RE1	Privigen 100 mg/ml Inf.lsg. (2,5 g/25 ml)	Y	J06BA02	474
RE1	Privigen 100 mg/ml Inf.lsg. (5 g/50 ml)	Y	J06BA02	474
RE1	Privigen 100 mg/ml Inf.lsg. (10 g/100 ml)	Y	J06BA02	474
RE1	Privigen 100 mg/ml Inf.lsg. (20 g/200 ml)	Y	J06BA02	474
RE1	Privigen 100 mg/ml Inf.lsg. (40 g/400 ml)	Y	J06BA02	474
	Profenid 50 mg Kaps.	G	M01AE03	287
	Profenid 100 mg Kaps.	G	M01AE03	288
IND	Prograf 0,5 mg Kaps.	G	L04AD02	278
IND	Prograf 1 mg Kaps.	G	L04AD02	278
IND	Prograf 5 mg Kaps.	G	L04AD02	278
RE1	Prolastin 1000 mg Plv. u. Lsgm. zur Herst. einer Inf.lsg.	Y	B02AB02	401
RE1	Prolia 60 mg Inj.lsg. Fertigspr.	Y	M05BX04	538
	Proluton Depot 250 mg Amp.	G	G03DA03	240
	Pronerv Kaps.	G	A11DB	182
U	Proscar 5 mg Filmtabl.	G	G04CB01	244
	Prosicca Augentropf.	G	S01XA20	369
U	Prosta Urgenin Kaps.	G	G04CX02	245
RE1	Prostavasin Trockensubst. zur Inf.bereitung	Y	C01EA01	420
	Prothiucil Tabl.	G	H03BA02	249
D K	Protopic 0,03 % Salbe	G	D11AH01	238
D K	Protopic 0,1 % Salbe	G	D11AH01	238
	Proxen 500 mg Filmtabl.	G	M01AE02	287
D	Psorcutan Creme	G	D05AX02	232
D	Psorcutan Salbe	G	D05AX02	232
	Psychopax Tropf.	G	N05BA01	336
F6J	Pulmicort 0,5 mg Susp. z. Inh.	G	R03BA02	358
	Pulmicort 1 mg Susp. z. Inh.	G	R03BA02	358

KASS	Bezeichnung	Box	ATC	Seite
	Pulmicort Turbohaler 0,1 mg Dosier-Pulverinhalator	G	R03BA02	357
	Pulmicort Turbohaler 0,2 mg Dosier-Pulverinhalator	G	R03BA02	358
	Pulmicort Turbohaler 0,4 mg Dosier-Pulverinhalator	G	R03BA02	358
RE1	Pulmolan 20 mg Filmtabl.	Y	C02KX	421
RE1	Pulmozyme 2.500 E/2,5 ml Inh.lsg.	Y	R05CB13	589
RE1	Puregon 300 IE/0,36 ml Inj.lsg.	Y	G03GA06	444
RE1	Puregon 600 IE/0,72 ml Inj.lsg.	Y	G03GA06	444
	Puri-Nethol Tabl.	G	L01BB02	264
	Purinol 100 mg Tabl.	G	M04AA01	290
	Purinol 300 mg Tabl.	G	M04AA01	290
	Pyrafat 500 mg Tabl.	G	J04AK01	261
RE2	Qtern 5 mg/10 mg Filmtabl. (PM)	Y	A10BD21	384
IND	Quantalan zuckerfreies Plv.	G	C10AC01	227
	Quetialan 25 mg Filmtabl.	G	N05AH04	326
	Quetialan 100 mg Filmtabl.	G	N05AH04	327
	Quetialan 200 mg Filmtabl.	G	N05AH04	328
	Quetialan 300 mg Filmtabl.	G	N05AH04	328
	Quetialan XR 50 mg Retardtabl.	G	N05AH04	327
	Quetialan XR 150 mg Retardtabl.	G	N05AH04	327
	Quetialan XR 200 mg Retardtabl.	G	N05AH04	328
	Quetialan XR 300 mg Retardtabl.	G	N05AH04	328
	Quetialan XR 400 mg Retardtabl.	G	N05AH04	329
	Quetiapin "+pharma" 25 mg Filmtabl.	G	N05AH04	326
	Quetiapin "+pharma" 100 mg Filmtabl.	G	N05AH04	327
	Quetiapin "+pharma" 200 mg Filmtabl.	G	N05AH04	328
	Quetiapin "+pharma" 300 mg Filmtabl.	G	N05AH04	328
	Quetiapin "1A Pharma" 25 mg Filmtabl.	G	N05AH04	326
	Quetiapin "1A Pharma" 100 mg Filmtabl.	G	N05AH04	327
	Quetiapin "1A Pharma" 200 mg Filmtabl.	G	N05AH04	328
	Quetiapin "1A Pharma" 300 mg Filmtabl.	G	N05AH04	328
	Quetiapin "Accord" 50 mg Retardtabl.	G	N05AH04	327
	Quetiapin "Accord" 150 mg Retardtabl.	G	N05AH04	328
	Quetiapin "Accord" 200 mg Retardtabl.	G	N05AH04	328
	Quetiapin "Accord" 300 mg Retardtabl.	G	N05AH04	328
	Quetiapin "Accord" 400 mg Retardtabl.	G	N05AH04	329
	Quetiapin "Aristo" 25 mg Filmtabl.	G	N05AH04	326
	Quetiapin "Aristo" 100 mg Filmtabl.	G	N05AH04	327
	Quetiapin "Aristo" 200 mg Filmtabl.	G	N05AH04	328
	Quetiapin "Aristo" 300 mg Filmtabl.	G	N05AH04	328
	Quetiapin "G.L." 25 mg Filmtabl.	G	N05AH04	327
	Quetiapin "G.L." 100 mg Filmtabl.	G	N05AH04	327
	Quetiapin "G.L." 200 mg Filmtabl.	G	N05AH04	328
	Quetiapin "G.L." 300 mg Filmtabl.	G	N05AH04	328
	Quetiapin "G.L." 50 mg Retardtabl.	G	N05AH04	327
	Quetiapin "G.L." 150 mg Retardtabl.	G	N05AH04	328
	Quetiapin "G.L." 200 mg Retardtabl.	G	N05AH04	328
	Quetiapin "G.L." 300 mg Retardtabl.	G	N05AH04	328
	Quetiapin "G.L." 400 mg Retardtabl.	G	N05AH04	329
	Quetiapin "Genericon" 25 mg Filmtabl.	G	N05AH04	327
	Quetiapin "Genericon" 100 mg Filmtabl.	G	N05AH04	327
	Quetiapin "Genericon" 200 mg Filmtabl.	G	N05AH04	328
	Quetiapin "Genericon" 300 mg Filmtabl.	G	N05AH04	329

KASS	Bezeichnung	Box	ATC	Seite
	Quetiapin "Krka" 25 mg Filmtabl.	G	N05AH04	327
	Quetiapin "Krka" 100 mg Filmtabl.	G	N05AH04	327
	Quetiapin "Krka" 200 mg Filmtabl.	G	N05AH04	328
	Quetiapin "Krka" 300 mg Filmtabl.	G	N05AH04	329
	Quetiapin "neuraxpharm" 50 mg Retardtabl.	G	N05AH04	327
	Quetiapin "neuraxpharm" 150 mg Retardtabl.	G	N05AH04	328
	Quetiapin "neuraxpharm" 200 mg Retardtabl.	G	N05AH04	328
	Quetiapin "neuraxpharm" 300 mg Retardtabl.	G	N05AH04	329
	Quetiapin "neuraxpharm" 400 mg Retardtabl.	G	N05AH04	329
	Quetiapin "ratiopharm" 25 mg Filmtabl.	G	N05AH04	327
	Quetiapin "ratiopharm" 100 mg Filmtabl.	G	N05AH04	327
	Quetiapin "ratiopharm" 200 mg Filmtabl.	G	N05AH04	328
	Quetiapin "ratiopharm" 300 mg Filmtabl.	G	N05AH04	329
	Quetiapin "ratiopharm" 50 mg Retardtabl.	G	N05AH04	327
	Quetiapin "ratiopharm" 200 mg Retardtabl.	G	N05AH04	328
	Quetiapin "ratiopharm" 300 mg Retardtabl.	G	N05AH04	329
	Quetiapin "ratiopharm" 400 mg Retardtabl.	G	N05AH04	329
	Quetiapin "Sandoz" 25 mg Filmtabl.	G	N05AH04	327
	Quetiapin "Sandoz" 100 mg Filmtabl.	G	N05AH04	327
	Quetiapin "Sandoz" 200 mg Filmtabl.	G	N05AH04	328
	Quetiapin "Sandoz" 300 mg Filmtabl.	G	N05AH04	329
	Quetiapin "Sandoz" 50 mg Retardtabl.	G	N05AH04	327
	Quetiapin "Sandoz" 150 mg Retardtabl.	G	N05AH04	328
	Quetiapin "Sandoz" 200 mg Retardtabl.	G	N05AH04	328
	Quetiapin "Sandoz" 300 mg Retardtabl.	G	N05AH04	329
	Quetiapin "Sandoz" 400 mg Retardtabl.	G	N05AH04	329
	Quetiapin "Stada" 50 mg Retardtabl.	G	N05AH04	327
	Quetiapin "Stada" 200 mg Retardtabl.	G	N05AH04	328
	Quetiapin "Stada" 300 mg Retardtabl.	G	N05AH04	329
	Quetiapin "Stada" 400 mg Retardtabl.	G	N05AH04	329
	Quilonorm retard Filmtabl.	G	N05AN01	330
RE1	Qutenza 179 mg kutanes Pflaster	Y	N01BX04	540
	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 (EM)	G	V01AA10	370
IND	Raloxifen "Stada" 60 mg Filmtabl.	G	G03XC01	242
	Ramicomp "Genericon" mite Tabl.	G	C09BA05	215
	Ramicomp "Genericon" Tabl.	G	C09BA05	215
	Ramipril "1A Pharma" 1,25 mg Tabl.	G	C09AA05	212
	Ramipril "1A Pharma" 2,5 mg Tabl.	G	C09AA05	213
	Ramipril "1A Pharma" 5 mg Tabl.	G	C09AA05	213
	Ramipril "1A Pharma" 7,5 mg Tabl.	G	C09AA05	213
	Ramipril "1A Pharma" 10 mg Tabl.	G	C09AA05	213
	Ramipril "Actavis" 2,5 mg Tabl.	G	C09AA05	213
	Ramipril "Actavis" 5 mg Tabl.	G	C09AA05	213
	Ramipril "Actavis" 10 mg Tabl.	G	C09AA05	213
	Ramipril "Genericon" 2,5 mg Tabl.	G	C09AA05	213
	Ramipril "Genericon" 5 mg Tabl.	G	C09AA05	213
	Ramipril "Genericon" 10 mg Tabl.	G	C09AA05	213
	Ramipril "Hexal" 2,5 mg Tabl.	G	C09AA05	213

KASS	Bezeichnung	Box	ATC	Seite
	Ramipril "Hexal" 5 mg Tabl.	G	C09AA05	213
	Ramipril "Hexal" 7,5 mg Tabl.	G	C09AA05	213
	Ramipril "Hexal" 10 mg Tabl.	G	C09AA05	213
	Ramipril "Krka" 2,5 mg Tabl.	G	C09AA05	213
	Ramipril "Krka" 5 mg Tabl.	G	C09AA05	213
	Ramipril "Krka" 10 mg Tabl.	G	C09AA05	213
	Ramipril "ratiopharm" 2,5 mg Tabl.	G	C09AA05	213
	Ramipril "ratiopharm" 5 mg Tabl.	G	C09AA05	213
	Ramipril "ratiopharm" 10 mg Tabl.	G	C09AA05	213
	Ramipril "Sandoz" 2,5 mg Tabl.	G	C09AA05	213
	Ramipril "Sandoz" 5 mg Tabl.	G	C09AA05	213
	Ramipril "Sandoz" 10 mg Tabl.	G	C09AA05	213
	Ramipril/Amlodipin "Genericon" 2,5 mg/5 mg Hartkaps.	G	C09BB07	216
	Ramipril/Amlodipin "Genericon" 5 mg/5 mg Hartkaps.	G	C09BB07	216
	Ramipril/Amlodipin "Genericon" 5 mg/10 mg Hartkaps.	G	C09BB07	216
	Ramipril/Amlodipin "Genericon" 10 mg/5 mg Hartkaps.	G	C09BB07	216
	Ramipril/Amlodipin "Genericon" 10 mg/10 mg Hartkaps.	G	C09BB07	216
	Ramipril/Amlodipin/HCT "1A Pharma" 5 mg/5 mg/12,5 mg Hartkaps.	G	C09BX03	216
	Ramipril/Amlodipin/HCT "1A Pharma" 5 mg/5 mg/25 mg Hartkaps.	G	C09BX03	216
	Ramipril/Amlodipin/HCT "1A Pharma" 10 mg/5 mg/25 mg Hartkaps.	G	C09BX03	216
	Ramipril/Amlodipin/HCT "1A Pharma" 10 mg/10 mg/25 mg Hartkaps.	G	C09BX03	216
	Ramipril/Amlodipin/HCT "Genericon" 5 mg/5 mg/12,5 mg Hartkaps.	G	C09BX03	216
	Ramipril/Amlodipin/HCT "Genericon" 5 mg/5 mg/25 mg Hartkaps.	G	C09BX03	216
	Ramipril/Amlodipin/HCT "Genericon" 10 mg/5 mg/25 mg Hartkaps.	G	C09BX03	216
	Ramipril/Amlodipin/HCT "Genericon" 10 mg/10 mg/25 mg Hartkaps.	G	C09BX03	216
	Ramipril/HCT "1A Pharma" 2,5 mg/12,5 mg Tabl.	G	C09BA05	215
	Ramipril/HCT "1A Pharma" 5 mg/25 mg Tabl.	G	C09BA05	215
	Ramipril/HCT "Actavis" 2,5 mg/12,5 mg Tabl.	G	C09BA05	215
	Ramipril/HCT "Actavis" 5 mg/12,5 mg Tabl.	G	C09BA05	215
	Ramipril/HCT "Actavis" 5 mg/25 mg Tabl.	G	C09BA05	215
	Ramipril/HCT "Hexal" 2,5 mg/12,5 mg Tabl.	G	C09BA05	215
	Ramipril/HCT "Hexal" 5 mg/25 mg Tabl.	G	C09BA05	215
	Ramipril/HCT "Krka" 2,5 mg/12,5 mg Tabl.	G	C09BA05	215
	Ramipril/HCT "Krka" 5 mg/25 mg Tabl.	G	C09BA05	215
	Ramipril/HCT "ratiopharm" 2,5 mg/12,5 mg Tabl.	G	C09BA05	215
	Ramipril/HCT "ratiopharm" 5 mg/25 mg Tabl.	G	C09BA05	215
	Ramipril/HCT "Sandoz" 2,5 mg/12,5 mg Tabl.	G	C09BA05	215
	Ramipril/HCT "Sandoz" 5 mg/25 mg Tabl.	G	C09BA05	215
RE1	Ranexa 375 mg Retardtbl.	Y	C01EB18	421
RE1	Ranexa 500 mg Retardtbl.	Y	C01EB18	421
RE1	Ranexa 750 mg Retardtbl.	Y	C01EB18	421
	Ranogelan 375 mg Retardtbl.	G	C01EB18	197
	Ranogelan 500 mg Retardtbl.	G	C01EB18	197
	Ranogelan 750 mg Retardtbl.	G	C01EB18	197

KASS	Bezeichnung	Box	ATC	Seite
	Ranolazin "Genericon" 375 mg Retardtabl.....	G	C01EB18	197
	Ranolazin "Genericon" 500 mg Retardtabl.....	G	C01EB18	197
	Ranolazin "Genericon" 750 mg Retardtabl.....	G	C01EB18	197
RE2	Rapamune 0,5 mg überzogene Tabl.....	Y	L04AA10.....	506
RE2	Rapamune 1 mg überzogene Tabl.....	Y	L04AA10.....	506
RE2	Rapamune 2 mg überzogene Tabl.....	Y	L04AA10.....	507
RE2	Rapamune 1 mg/1 ml Lsg. zum Einnehmen	Y	L04AA10.....	506
	Rasagilin "+ pharma" 1 mg Tabl.....	G	N04BD02.....	321
	Rasagilin "1A Pharma" 1 mg Tabl.....	G	N04BD02.....	321
	Rasagilin "Aristo" 1 mg Tabl.....	G	N04BD02.....	321
	Rasagilin "Bluefish" 1 mg Tabl.....	G	N04BD02.....	321
	Rasagilin "HCS" 1 mg Tabl.....	G	N04BD02.....	322
	Rasagilin "ratiopharm" 1 mg Tabl.....	G	N04BD02.....	322
	Rasagilin "Sandoz" 1 mg Tabl.....	G	N04BD02.....	322
	Rasagilin "Stada" 1 mg Tabl.....	G	N04BD02.....	322
	Rasigerolan 1 mg Tabl.....	G	N04BD02.....	322
IND	Rasilez 150 mg Filmtabl.....	G	C09XA02	223
IND	Rasilez 300 mg Filmtabl.....	G	C09XA02	223
	Ratiograstim 30 Mio IE/0,5 ml mini-Fertigspr.....	G	L03AA02.....	272
	Ratiograstim 48 Mio IE/0,5 ml mini-Fertigspr.....	G	L03AA02.....	272
	Reagila 1,5 mg Hartkaps. ^{PM}	G	N05AX15	335
	Reagila 3 mg Hartkaps. ^{PM}	G	N05AX15	335
	Reagila 4,5 mg Hartkaps. ^{PM}	G	N05AX15	335
	Reagila 6 mg Hartkaps. ^{PM}	G	N05AX15	335
RE1	Rebif Inj.lsg. Fertigpen Starterpackung.....	Y	L03AB07.....	501
RE1	Rebif 22 mcg Inj.lsg. Fertigpen.....	Y	L03AB07.....	501
RE1	Rebif 44 mcg Inj.lsg. Fertigpen.....	Y	L03AB07.....	502
RE1	Rebif Inj.lsg. Fertigspr. Starterpackung.....	Y	L03AB07.....	501
RE1	Rebif 22 mcg Inj.lsg. Fertigspr.....	Y	L03AB07.....	501
RE1	Rebif 44 mcg Inj.lsg. Fertigspr.....	Y	L03AB07.....	502
RE1	Rebif Inj.lsg. Patronen Starterpackung.....	Y	L03AB07.....	501
RE1	Rebif 22 mcg/0,5 ml Inj.lsg. Patronen	Y	L03AB07.....	501
RE1	Rebif 44 mcg/0,5 ml Inj.lsg. Patronen	Y	L03AB07.....	502
	Rectodelt 100 mg Zäpf.....	G	H02AB07	247
RE1	ReFacto AF 250 IE Plv. und Lsgm. zur Herst. einer Inj.lsg. Fertigspr.....	Y	B02BD02	404
RE1	ReFacto AF 500 IE Plv. und Lsgm. zur Herst. einer Inj.lsg. Fertigspr.....	Y	B02BD02	404
RE1	ReFacto AF 1000 IE Plv. und Lsgm. zur Herst. einer Inj.lsg. Fertigspr.....	Y	B02BD02	404
RE1	Refixia 500 IE Plv. und Lsgm. zur Herst. einer Inj.lsg.....	Y	B02BD04	405
RE1	Refixia 1000 IE Plv. und Lsgm. zur Herst. einer Inj.lsg.....	Y	B02BD04	405
RE1	Refixia 2000 IE Plv. und Lsgm. zur Herst. einer Inj.lsg.....	Y	B02BD04	405
	Refobacin Creme	G	D06AX07	233
RE1	Rekambys 900 mg Depot-Inj.susp. ^{PM}	Y	J05AG05	466
RE2	Relenza Rotadisks 5 mg/Dosis einzeldosiertes Plv. zur Inh.	Y	J05AH01	467
IND	Relestat 0,5 mg/ml Augentropf.....	G	S01GX10	369
RE1	Relistor 12 mg/0,6 ml Inj.lsg.....	Y	A06AH01	376
IND	Relpax 20 mg Filmtabl.....	G	N02CC06.....	308
IND	Relpax 40 mg Filmtabl.....	G	N02CC06.....	308
IND	Relvar Ellipta 92 mcg/22 mcg einzeldosiertes Plv. zur Inh. ^{PM}	G	R03AK10	355

KASS	Bezeichnung	Box	ATC	Seite
RE2	Reminyl retard 8 mg Kaps.	Y	N06DA04.....	566
RE2	Reminyl retard 16 mg Kaps.	Y	N06DA04.....	567
RE2	Reminyl retard 24 mg Kaps.	Y	N06DA04.....	569
RE2	Reminyl 4 mg/ml Lsg.	Y	N06DA04.....	564
RE1	Remodulin 1 mg/ml Inf.lsg.	Y	B01AC21.....	395
RE1	Remodulin 2,5 mg/ml Inf.lsg.	Y	B01AC21.....	396
RE1	Remodulin 5 mg/ml Inf.lsg.	Y	B01AC21.....	396
RE1	Remodulin 10 mg/ml Inf.lsg.	Y	B01AC21.....	396
IND	Remsima 100 mg Plv. für ein Konz. zur Herst. einer Inf.lsg..	G	L04AB02.....	275
	Renistad 5 mg Tabl.	G	C09AA02.....	211
	Renistad 10 mg Tabl.	G	C09AA02.....	212
	Renistad 20 mg Tabl.	G	C09AA02.....	212
	Renitec 5 mg Tabl.	G	C09AA02.....	211
	Renitec 10 mg Tabl.	G	C09AA02.....	212
	Renitec 20 mg Tabl.	G	C09AA02.....	212
	Renitec plus Tabl.	G	C09BA02.....	214
RE2	Renvela 800 mg Filmtabl.	Y	V03AE02.....	598
RE2	Renvela 2,4 g Plv. zur Herst. einer Susp. zum Einnehmen ..	Y	V03AE02.....	599
	Repaglinid "Accord" 0,5 mg Tabl.	G	A10BX02.....	180
	Repaglinid "Accord" 1 mg Tabl.	G	A10BX02.....	181
	Repaglinid "Accord" 2 mg Tabl.	G	A10BX02.....	181
	Repaglinid "Actavis" 0,5 mg Tabl.	G	A10BX02.....	180
	Repaglinid "Actavis" 1 mg Tabl.	G	A10BX02.....	181
	Repaglinid "Actavis" 2 mg Tabl.	G	A10BX02.....	181
	Repaglinid "ratiopharm" 0,5 mg Tabl.	G	A10BX02.....	180
	Repaglinid "ratiopharm" 1 mg Tabl.	G	A10BX02.....	181
	Repaglinid "ratiopharm" 2 mg Tabl.	G	A10BX02.....	181
	Repaglinid "Stada" 0,5 mg Tabl.	G	A10BX02.....	181
	Repaglinid "Stada" 1 mg Tabl.	G	A10BX02.....	181
	Repaglinid "Stada" 2 mg Tabl.	G	A10BX02.....	181
	Reparil 20 mg Drag.	G	C05CX.....	205
RE1	Repatha 140 mg Inj.lsg. Fertigpen (PM)	Y	C10AX13.....	429
RE1	Replagal 1 mg/ml Konz. zur Herst. einer Inf.lsg.	Y	A16AB03.....	390
	Requip 0,25 mg Filmtabl.	G	N04BC04.....	319
	Requip 1 mg Filmtabl.	G	N04BC04.....	319
	Requip 2 mg Filmtabl.	G	N04BC04.....	319
	Requip 5 mg Filmtabl.	G	N04BC04.....	319
	Requip Modutab 2 mg Retardtabl.	G	N04BC04.....	319
	Requip Modutab 4 mg Retardtabl.	G	N04BC04.....	319
	Requip Modutab 8 mg Retardtabl.	G	N04BC04.....	319
	Resonium A Plv.	G	V03AE01.....	371
RE1	Respreeza 1000 mg Plv. und Lsgm. zur Herst. einer Inf.lsg.	Y	B02AB02.....	401
	Restex 100 mg/25 mg Retardkaps.	G	N04BA02.....	317
	Restex 100 mg/25 mg Tabl.	G	N04BA02.....	317
	Resyl c. Cod. Tropf.	G	R05FA02.....	361
RE1	Retacrit 1.000 IE/0,3 ml Inj.lsg. Fertigspr.	Y	B03XA01.....	410
RE1	Retacrit 2.000 IE/0,6 ml Inj.lsg. Fertigspr.	Y	B03XA01.....	411
RE1	Retacrit 3.000 IE/0,9 ml Inj.lsg. Fertigspr.	Y	B03XA01.....	411
RE1	Retacrit 4.000 IE/0,4 ml Inj.lsg. Fertigspr.	Y	B03XA01.....	412
RE1	Retacrit 5.000 IE/0,5 ml Inj.lsg. Fertigspr.	Y	B03XA01.....	413
RE1	Retacrit 6.000 IE/0,6 ml Inj.lsg. Fertigspr.	Y	B03XA01.....	414
RE1	Retacrit 8.000 IE/0,8 ml Inj.lsg. Fertigspr.	Y	B03XA01.....	414

KASS	Bezeichnung	Box	ATC	Seite
IND	Retacrit 10.000 IE/1,0 ml Inj.lsg. Fertigspr.	G	B03XA01	189
IND	Retacrit 20.000 IE/0,5 ml Inj.lsg. Fertigspr.	G	B03XA01	190
IND	Retacrit 30.000 IE/0,75 ml Inj.lsg. Fertigspr.	G	B03XA01	191
IND	Retacrit 40.000 IE/1,0 ml Inj.lsg. Fertigspr.	G	B03XA01	192
	Retarpen 2,4 Mio IE Plv. und Lsgm. zur Herst. einer Inj.susp.	G	J01CE08.....	252
RE2	Retrovir 100 mg/10 ml Saft.....	Y	J05AF01	460
RE1	Revatio 20 mg Filmtabl.....	Y	C02KX	421
IND	Revlimid 2,5 mg Hartkaps.	G	L04AX04	280
IND	Revlimid 5 mg Hartkaps.	G	L04AX04	281
IND	Revlimid 7,5 mg Hartkaps.	G	L04AX04	281
IND	Revlimid 10 mg Hartkaps.	G	L04AX04	282
IND	Revlimid 15 mg Hartkaps.	G	L04AX04	283
IND	Revlimid 20 mg Hartkaps.	G	L04AX04	284
IND	Revlimid 25 mg Hartkaps.	G	L04AX04	284
RE1	Revolade 25 mg Filmtabl.....	Y	B02BX05	407
RE1	Revolade 50 mg Filmtabl.....	Y	B02BX05	407
RE1	Revolade 75 mg Filmtabl.....	Y	B02BX05	408
RE2	Reyataz 200 mg Hartkaps.	Y	J05AE08	459
RE2	Reyataz 300 mg Hartkaps.	Y	J05AE08	459
	Rheumon-Depot-Amp.	G	M01AG	288
	Rheumon Gel	G	M02AA06.....	289
	Rheutrop retard Kaps.	G	M01AB11	286
	Rhinon Nasentropf.	G	R01AA08	352
	Rhinoperd Nasentropf.	G	R01AA08	352
RE2	Rhophylac 300 mcg/2 ml Inj.lsg. Fertigspr.	Y	J06BB01	475
IND	Rifoldin 150 mg Kaps.	G	J04AB02	260
	Rifoldin 300 mg + INH Drag.	G	J04AM02	261
	Rilmenidin "ratiopharm" 1 mg Tabl.....	G	C02AC06	198
	Rilmenidin "Zentiva" 1 mg Tabl.	G	C02AC06	198
RE2	Rilutek 50 mg Filmtabl.....	Y	N07XX02	578
RE2	Riluzol "Aristo" 50 mg Filmtabl.....	Y	N07XX02	578
RE2	Riluzol "PMCS" 50 mg Filmtabl.....	Y	N07XX02	578
RE2	Riluzol "Stada" 50 mg Filmtabl.....	Y	N07XX02	578
RE2	Ringer-Lactat-Lsg. "Fresenius" Glasinf.fl. 1000 ml.....	Y	B05BB01	417
RE2	Ringer-Lactat-Lsg. "Fresenius" Plastikinf.fl. 500 ml	Y	B05BB01	417
	Ringer-Lactat nach Hartmann "Med." Plastikinf.fl. 500 ml....	G	B05BB01	194
RE2	Ringer-Lsg. "Fresenius" Plastikinf.fl. 250 ml	Y	B05BB01	417
RE2	Ringer-Lsg. "Fresenius" Plastikinf.fl. 500 ml	Y	B05BB01	418
	Ringer-Lsg. "Med." Plastikinf.fl. 500 ml	G	B05BB01	194
RE2	Ringer-Lsg. "Med." Plastikinf.fl. 500 ml	Y	B05BB01	418
RE2	Rinvoq 15 mg Retardtabl. (PM).....	Y	L04AA44	519
RE2	Rinvoq 30 mg Retardtabl. (PM).....	Y	L04AA44	520
RE2	Rinvoq 45 mg Retardtabl. (PM).....	Y	L04AA44	520
	Risedronat "Stada" einmal wöchentlich 35 mg Filmtabl.....	G	M05BA07.....	292
	Risedronsäure "Bluefish" einmal wöchentlich 35 mg Filmtabl.....	G	M05BA07.....	292
	Risperdal 1 mg Filmtabl.....	G	N05AX08	330
	Risperdal 2 mg Filmtabl.....	G	N05AX08	331
	Risperdal 3 mg Filmtabl.....	G	N05AX08	331
	Risperdal 4 mg Filmtabl.....	G	N05AX08	331
	Risperdal 1 mg/ml orale Lsg.....	G	N05AX08	331

KASS	Bezeichnung	Box	ATC	Seite
IND	Risperdal Consta 25 mg Plv. u. Lsgm. zur Herst. einer verzögert freisetzenden Susp. zur i.m. Inj.	G	N05AX08	332
IND	Risperdal Consta 37,5 mg Plv. u. Lsgm. zur Herst. einer verzögert freisetzenden Susp. zur i.m. Inj.	G	N05AX08	332
IND	Risperdal Consta 50 mg Plv. u. Lsgm. zur Herst. einer verzögert freisetzenden Susp. zur i.m. Inj.	G	N05AX08	332
	Risperidon "+pharma" 1 mg Filmtabl.	G	N05AX08	330
	Risperidon "+pharma" 2 mg Filmtabl.	G	N05AX08	331
	Risperidon "+pharma" 3 mg Filmtabl.	G	N05AX08	331
	Risperidon "+pharma" 4 mg Filmtabl.	G	N05AX08	331
	Risperidon "1A Pharma" 0,5 mg Filmtabl.	G	N05AX08	330
	Risperidon "1A Pharma" 1 mg Filmtabl.	G	N05AX08	330
	Risperidon "1A Pharma" 2 mg Filmtabl.	G	N05AX08	331
	Risperidon "1A Pharma" 3 mg Filmtabl.	G	N05AX08	331
	Risperidon "1A Pharma" 4 mg Filmtabl.	G	N05AX08	331
	Risperidon "1A Pharma" 1 mg/ml Lsg. zum Einnehmen	G	N05AX08	331
	Risperidon "Actavis" 1 mg Filmtabl.	G	N05AX08	330
	Risperidon "Actavis" 2 mg Filmtabl.	G	N05AX08	331
	Risperidon "Actavis" 3 mg Filmtabl.	G	N05AX08	331
	Risperidon "Actavis" 4 mg Filmtabl.	G	N05AX08	331
IND	Risperidon "Actavis" 25 mg Plv. u. Lsgm. zur Herst. einer Depot-Inj.susp.	G	N05AX08	332
IND	Risperidon "Actavis" 37,5 mg Plv. u. Lsgm. zur Herst. einer Depot-Inj.susp.	G	N05AX08	332
IND	Risperidon "Actavis" 50 mg Plv. u. Lsgm. zur Herst. einer Depot-Inj.susp.	G	N05AX08	332
	Risperidon "Aristo" 1 mg Filmtabl.	G	N05AX08	330
	Risperidon "Aristo" 2 mg Filmtabl.	G	N05AX08	331
	Risperidon "Aristo" 3 mg Filmtabl.	G	N05AX08	331
	Risperidon "Aristo" 4 mg Filmtabl.	G	N05AX08	331
	Risperidon "Genericon" 1 mg Filmtabl.	G	N05AX08	330
	Risperidon "Genericon" 2 mg Filmtabl.	G	N05AX08	331
	Risperidon "Genericon" 3 mg Filmtabl.	G	N05AX08	331
	Risperidon "Genericon" 4 mg Filmtabl.	G	N05AX08	332
	Risperidon "Hexal" 0,5 mg Filmtabl.	G	N05AX08	330
	Risperidon "Hexal" 1 mg Filmtabl.	G	N05AX08	330
	Risperidon "Hexal" 3 mg Filmtabl.	G	N05AX08	331
	Risperidon "Hexal" 4 mg Filmtabl.	G	N05AX08	332
	Risperidon "ratiopharm" 1 mg Filmtabl.	G	N05AX08	330
	Risperidon "ratiopharm" 2 mg Filmtabl.	G	N05AX08	331
	Risperidon "ratiopharm" 3 mg Filmtabl.	G	N05AX08	331
	Risperidon "ratiopharm" 4 mg Filmtabl.	G	N05AX08	332
	Risperidon "ratiopharm" 6 mg Filmtabl.	G	N05AX08	332
IND	Risperidon "ratiopharm" 25 mg Plv. u. Lsgm. zur Herst. einer Depot-Inj.susp.	G	N05AX08	332
IND	Risperidon "ratiopharm" 37,5 mg Plv. u. Lsgm. zur Herst. einer Depot-Inj.susp.	G	N05AX08	332
IND	Risperidon "ratiopharm" 50 mg Plv. u. Lsgm. zur Herst. einer Depot-Inj.susp.	G	N05AX08	332
	Risperidon "Sandoz" 0,25 mg Filmtabl.	G	N05AX08	330
	Risperidon "Sandoz" 0,5 mg Filmtabl.	G	N05AX08	330
	Risperidon "Sandoz" 1 mg Filmtabl.	G	N05AX08	330

KASS	Bezeichnung	Box	ATC	Seite
	Risperidon "Sandoz" 2 mg Filmtabl.....	G	N05AX08	331
	Risperidon "Sandoz" 3 mg Filmtabl.....	G	N05AX08	331
	Risperidon "Sandoz" 4 mg Filmtabl.....	G	N05AX08	332
	Risperidon "Sandoz" 0,5 mg Schmelztabl.....	G	N05AX08	330
	Risperidon "Sandoz" 1 mg Schmelztabl.....	G	N05AX08	331
	Risperidon "Sandoz" 2 mg Schmelztabl.....	G	N05AX08	331
	Risperidon "Stada" 1 mg Filmtabl.....	G	N05AX08	331
	Risperidon "Stada" 2 mg Filmtabl.....	G	N05AX08	331
	Risperidon "Stada" 3 mg Filmtabl.....	G	N05AX08	331
	Risperidon "Stada" 4 mg Filmtabl.....	G	N05AX08	332
KNP	Ritalin 10 mg Tabl.....	G	N06BA04	347
RE1	Ritalin LA 20 mg Kaps.....	Y	N06BA04	547
RE1	Ritalin LA 30 mg Kaps.....	Y	N06BA04	548
RE1	Ritalin LA 40 mg Kaps.....	Y	N06BA04	549
RE2	Ritonavir "Accord" 100 mg Filmtabl.....	Y	J05AE03	459
	Rivacor 5 mg Filmtabl.....	G	C07AB07	207
	Rivacor 10 mg Filmtabl.....	G	C07AB07	207
	Rivacor plus Filmtabl.....	G	C07BB07	209
	Rivacor plus forte Filmtabl.....	G	C07BB07	209
RE2	Rivagelan 4,6 mg/24 h transdermales Pflaster	Y	N06DA03.....	560
RE2	Rivagelan 9,5 mg/24 h transdermales Pflaster	Y	N06DA03.....	562
IND	Rivastigmin "1A Pharma" 4,6 mg/24 h transdermales Pflaster	G	N06DA03.....	348
IND	Rivastigmin "1A Pharma" 9,5 mg/24 h transdermales Pflaster	G	N06DA03.....	348
IND	Rivastigmin "1A Pharma" 13,3 mg/24 h transdermales Pflaster	G	N06DA03.....	348
RE2	Rivastigmin "Actavis" 1,5 mg Hartkaps.....	Y	N06DA03.....	557
RE2	Rivastigmin "Actavis" 3 mg Hartkaps.....	Y	N06DA03.....	558
RE2	Rivastigmin "Actavis" 4,5 mg Hartkaps.....	Y	N06DA03.....	559
RE2	Rivastigmin "Actavis" 6 mg Hartkaps.....	Y	N06DA03.....	561
RE2	Rivastigmin "ratiopharm" 4,6 mg/24 h transdermales Pflaster	Y	N06DA03.....	560
RE2	Rivastigmin "ratiopharm" 9,5 mg/24 h transdermales Pflaster	Y	N06DA03.....	563
RE2	Rivastigmin "ratiopharm" 13,3 mg/24 h transdermales Pflaster	Y	N06DA03.....	564
RE2	Rivastigmin "Sandoz" 1,5 mg Hartkaps.....	Y	N06DA03.....	557
RE2	Rivastigmin "Sandoz" 3 mg Hartkaps.....	Y	N06DA03.....	558
RE2	Rivastigmin "Sandoz" 4,5 mg Hartkaps.....	Y	N06DA03.....	559
RE2	Rivastigmin "Sandoz" 6 mg Hartkaps.....	Y	N06DA03.....	562
RE2	Rivastigmin "Sandoz" 4,6 mg/24 h transdermales Pflaster...	Y	N06DA03.....	561
RE2	Rivastigmin "Sandoz" 9,5 mg/24 h transdermales Pflaster...	Y	N06DA03.....	563
RE2	Rivastigmin "Sandoz" 13,3 mg/24 h transdermales Pflaster...	Y	N06DA03.....	564
IND	Rivastigmin "Stada" 4,6 mg/24 h transdermales Pflaster.....	G	N06DA03.....	348
IND	Rivastigmin "Stada" 9,5 mg/24 h transdermales Pflaster.....	G	N06DA03.....	348
IND	Rivastigmin "Stada" 13,3 mg/24 h transdermales Pflaster....	G	N06DA03.....	349
	Rivotril 0,5 mg Tabl.....	G	N03AE01	311
	Rivotril 2 mg Tabl.....	G	N03AE01	311
RE1	RoActemra 162 mg Inj.lsg. Fertigspr.....	Y	L04AC07	528
RE1	RoActemra 20 mg/ml Konz. zur Herst. einer Inf.lsg. (80 mg/4 ml)	Y	L04AC07	527

KASS	Bezeichnung	Box	ATC	Seite
RE1	RoActemra 20 mg/ml Konz. zur Herst. einer Inf.lsg. (200 mg/10 ml)	Y	L04AC07	528
RE1	RoActemra 20 mg/ml Konz. zur Herst. einer Inf.lsg. (400 mg/20 ml)	Y	L04AC07	528
IND	Rocaltrol 0,25 mcg Kaps.	G	A11CC04	181
IND	Rocaltrol 0,5 mcg Kaps.	G	A11CC04	181
	Ropinirol "Actavis" 2 mg Retardtabl.	G	N04BC04	319
	Ropinirol "Actavis" 4 mg Retardtabl.	G	N04BC04	319
	Ropinirol "Actavis" 8 mg Retardtabl.	G	N04BC04	319
	Ropinirol "Krka" 2 mg Retardtabl.	G	N04BC04	319
	Ropinirol "Krka" 4 mg Retardtabl.	G	N04BC04	319
	Ropinirol "Krka" 8 mg Retardtabl.	G	N04BC04	319
	Ropinirol "Sandoz" 2 mg Retardtabl.	G	N04BC04	319
	Ropinirol "Sandoz" 4 mg Retardtabl.	G	N04BC04	319
	Ropinirol "Sandoz" 8 mg Retardtabl.	G	N04BC04	319
	Ropinirol "Stada" 2 mg Retardtabl.	G	N04BC04	319
	Ropinirol "Stada" 4 mg Retardtabl.	G	N04BC04	319
	Ropinirol "Stada" 8 mg Retardtabl.	G	N04BC04	319
	Rosalgin 0,1 % Vaginalissg.	G	G02CC03	239
	Rosamib 5 mg/10 mg Tabl.	G	C10BA06	229
	Rosamib 10 mg/10 mg Tabl.	G	C10BA06	229
	Rosamib 20 mg/10 mg Tabl.	G	C10BA06	229
	RosuASS 5 mg/100 mg Hartkaps.	G	C10BX05	229
	RosuASS 10 mg/100 mg Hartkaps.	G	C10BX05	229
	RosuASS 20 mg/100 mg Hartkaps.	G	C10BX05	229
	Rosuvalan 10 mg Filmtabl.	G	C10AA07	226
	Rosuvalan 20 mg Filmtabl.	G	C10AA07	226
	Rosuvalan 40 mg Filmtabl.	G	C10AA07	227
	Rosuvastatin "+pharma" 10 mg Filmtabl.	G	C10AA07	226
	Rosuvastatin "+pharma" 20 mg Filmtabl.	G	C10AA07	226
	Rosuvastatin "+pharma" 40 mg Filmtabl.	G	C10AA07	227
	Rosuvastatin "1A Pharma" 5 mg Filmtabl.	G	C10AA07	226
	Rosuvastatin "1A Pharma" 10 mg Filmtabl.	G	C10AA07	226
	Rosuvastatin "1A Pharma" 20 mg Filmtabl.	G	C10AA07	226
	Rosuvastatin "1A Pharma" 40 mg Filmtabl.	G	C10AA07	227
	Rosuvastatin "Actavis Group" 5 mg Filmtabl.	G	C10AA07	226
	Rosuvastatin "Actavis Group" 10 mg Filmtabl.	G	C10AA07	226
	Rosuvastatin "Actavis Group" 20 mg Filmtabl.	G	C10AA07	226
	Rosuvastatin "Actavis Group" 40 mg Filmtabl.	G	C10AA07	227
	Rosuvastatin "Aristo" 5 mg Filmtabl.	G	C10AA07	226
	Rosuvastatin "Aristo" 10 mg Filmtabl.	G	C10AA07	226
	Rosuvastatin "Aristo" 20 mg Filmtabl.	G	C10AA07	226
	Rosuvastatin "Aristo" 40 mg Filmtabl.	G	C10AA07	227
	Rosuvastatin "G.L." 10 mg Filmtabl.	G	C10AA07	226
	Rosuvastatin "G.L." 20 mg Filmtabl.	G	C10AA07	226
	Rosuvastatin "G.L." 40 mg Filmtabl.	G	C10AA07	227
	Rosuvastatin "Genericon" 10 mg Filmtabl.	G	C10AA07	226
	Rosuvastatin "Genericon" 20 mg Filmtabl.	G	C10AA07	226
	Rosuvastatin "Genericon" 40 mg Filmtabl.	G	C10AA07	227
	Rosuvastatin "HCS" 5 mg Filmtabl.	G	C10AA07	226
	Rosuvastatin "HCS" 10 mg Filmtabl.	G	C10AA07	226
	Rosuvastatin "HCS" 20 mg Filmtabl.	G	C10AA07	226

KASS	Bezeichnung	Box	ATC	Seite
	Rosuvastatin "HCS" 40 mg Filmtabl.	G	C10AA07	227
	Rosuvastatin "ratiopharm" 5 mg Filmtabl.	G	C10AA07	226
	Rosuvastatin "ratiopharm" 10 mg Filmtabl.	G	C10AA07	226
	Rosuvastatin "ratiopharm" 15 mg Filmtabl.	G	C10AA07	226
	Rosuvastatin "ratiopharm" 20 mg Filmtabl.	G	C10AA07	226
	Rosuvastatin "ratiopharm" 30 mg Filmtabl.	G	C10AA07	227
	Rosuvastatin "ratiopharm" 40 mg Filmtabl.	G	C10AA07	227
	Rosuvastatin "Sandoz" 5 mg Filmtabl.	G	C10AA07	226
	Rosuvastatin "Sandoz" 10 mg Filmtabl.	G	C10AA07	226
	Rosuvastatin "Sandoz" 20 mg Filmtabl.	G	C10AA07	227
	Rosuvastatin "Sandoz" 40 mg Filmtabl.	G	C10AA07	227
	Rosuvastatin "Stada" 10 mg Filmtabl.	G	C10AA07	226
	Rosuvastatin "Stada" 20 mg Filmtabl.	G	C10AA07	227
	Rosuvastatin "Stada" 40 mg Filmtabl.	G	C10AA07	227
	Rosuvastatin/Ezetimib "HCS" 5 mg/10 mg Filmtabl.	G	C10BA06	229
	Rosuvastatin/Ezetimib "HCS" 10 mg/10 mg Filmtabl.	G	C10BA06	229
	Rosuvastatin/Ezetimib "HCS" 20 mg/10 mg Filmtabl.	G	C10BA06	229
	Rosuvastatin/Ezetimib "ratiopharm" 10 mg/10 mg Tabl.	G	C10BA06	229
	Rosuvastatin/Ezetimib "ratiopharm" 20 mg/10 mg Tabl.	G	C10BA06	229
	Rowatinex Kaps.	G	G04BD	242
	Roxithromycin "+pharma" 300 mg Filmtabl.	G	J01FA06	256
	Roxithromycin "Sandoz" 150 mg Filmtabl.	G	J01FA06	256
	Roxithromycin "Sandoz" 300 mg Filmtabl.	G	J01FA06	256
	Roxithrostat 150 mg Filmtabl.	G	J01FA06	256
	Roxithrostat 300 mg Filmtabl.	G	J01FA06	256
	Rozex Gel.	G	D06BX01	233
RE1	Rozlytrek 100 mg Hartkaps. (PM)	Y	L01EX14	491
RE1	Rozlytrek 200 mg Hartkaps. (PM)	Y	L01EX14	492
RE1	Ruconest 2100 E Plv. zur Herst. einer Inj.lsg.	Y	B06AC04	418
IND	Ryaltris 25 mcg/600 mcg pro Sprühstoß Nasenspray Susp.	G	R01AD59	353
IND	Ryeqo 40 mg/1 mg/0,5 mg Filmtabl. (PM)	G	H01CC54	246
	Rytmonorma 150 mg Filmtabl.	G	C01BC03	195
	Rytmonorma 300 mg Filmtabl.	G	C01BC03	195
IND	Sabril 500 mg Filmtabl.	G	N03AG04	312
IND	Sabril 500 mg lösl. Plv.	G	N03AG04	312
RE2	Saf lutan 15 mcg/ml Augentropf. Einzeldosen	Y	S01EE05	598
RE1	Saizen 5,83 mg/ml Inj.lsg.	Y	H01AC01	446
RE1	Saizen 8 mg/ml Inj.lsg.	Y	H01AC01	447
	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	354
IND	Salmecomp 50 mcg/500 mcg einzeldosiertes Plv. zur Inh.	G	R03AK06	355
IND	Salmeterol/Fluticason "Stada" 50 mcg/100 mcg einzeldosiertes Plv. zur Inh.	G	R03AK06	354
IND	Salmeterol/Fluticason "Stada" 50 mcg/250 mcg einzeldosiertes Plv. zur Inh.	G	R03AK06	354
IND	Salmeterol/Fluticason "Stada" 50 mcg/500 mcg einzeldosiertes Plv. zur Inh.	G	R03AK06	355
	Salofalk 500 mg magensaftresistente Tabl.	G	A07EC02	173
RE2	Salofalk 4 g Klysmen.	Y	A07EC02	378
RE2	Salofalk 1 g/Sprühstoß Rektalschaum.	Y	A07EC02	378
	Salofalk 500 mg Zäpf.	G	A07EC02	173

KASS	Bezeichnung	Box	ATC	Seite
	Salofalk 1000 mg Zäpf.	G	A07EC02.....	173
IND	Sandimmun Neoral 25 mg Kaps.	G	L04AD01.....	277
IND	Sandimmun Neoral 50 mg Kaps.	G	L04AD01.....	277
IND	Sandimmun Neoral 100 mg Kaps.	G	L04AD01.....	277
IND	Sandimmun Neoral 100 mg/ml Trinklsg.	G	L04AD01.....	277
RE1	Sandostatin 50 mcg/ml Inj.-/Inf.lsg.	Y	H01CB02.....	450
RE1	Sandostatin 100 mcg/ml Inj.-/Inf.lsg.	Y	H01CB02.....	451
RE1	Sandostatin 500 mcg/ml Inj.-/Inf.lsg.	Y	H01CB02.....	451
IND	Sandostatin LAR 10 mg Plv. u. Lsgm. zur Herst. einer Inj.susp.	G	H01CB02.....	245
IND	Sandostatin LAR 20 mg Plv. u. Lsgm. zur Herst. einer Inj.susp.	G	H01CB02.....	245
IND	Sandostatin LAR 30 mg Plv. u. Lsgm. zur Herst. einer Inj.susp.	G	H01CB02.....	245
	Saroten 10 mg Filmtabl.	G	N06AA09.....	337
	Saroten 25 mg Filmtabl.	G	N06AA09.....	338
	Sastravi 50 mg/12,5 mg/200 mg Filmtabl.	G	N04BA03.....	318
	Sastravi 100 mg/25 mg/200 mg Filmtabl.	G	N04BA03.....	318
	Sastravi 150 mg/37,5 mg/200 mg Filmtabl.	G	N04BA03.....	318
RE1	Sativex Spray zur Anw. in der Mundhöhle (PM).....	Y	N02BG10.....	541
IND	Scabioral 3 mg Tabl.	G	P02CF01.....	351
R	Scanlux 300 mg J/ml Inj.lsg. 50 ml.....	G	V08AB04.....	371
R	Scanlux 300 mg J/ml Inj.lsg. 100 ml.....	G	V08AB04.....	371
	Scheriproct Salbe.....	G	C05AA04.....	204
	Scheriproct Supp.	G	C05AA04.....	204
	Sedacoron 200 mg Tabl.	G	C01BD01.....	195
IND	Seebri Breezhaler 44 mcg Hartkaps. mit Plv. zur Inh.	G	R03BB06.....	359
	Selexid Filmtabl.	G	J01CA08.....	252
	Semglee 100 E/ml Inj.lsg. Fertigpen	G	A10AE04.....	175
	Seractil 200 mg Filmtabl.	G	M01AE14.....	288
	Seractil 300 mg Filmtabl.	G	M01AE14.....	288
	Seractil forte 400 mg Filmtabl.	G	M01AE14.....	288
RE1	Serdolect 4 mg Filmtabl.	Y	N05AE03.....	545
RE1	Serdolect 12 mg Filmtabl.	Y	N05AE03.....	545
RE1	Serdolect 16 mg Filmtabl.	Y	N05AE03.....	546
IND	Seretide Diskus standard 50 mcg/250 mcg einzeldosiertes Plv. zur Inh.	G	R03AK06.....	354
IND	Seretide Diskus forte 50 mcg/500 mcg einzeldosiertes Plv. zur Inh.	G	R03AK06.....	355
IND	Seretide levis 25 mcg/50 mcg pro Sprühstoß Druckgasinh. .	G	R03AK06.....	354
IND	Seretide standard 25 mcg/125 mcg pro Sprühstoß Druckgasinh.	G	R03AK06.....	354
IND	Seretide forte 25 mcg/250 mcg pro Sprühstoß Druckgasinh.	G	R03AK06.....	354
IND	Serevent Diskus Plv. z. Trockeninh.	G	R03AC12.....	354
IND	Serevent Evohaler 25 mcg/Sprühstoß Dosieraerosol	G	R03AC12.....	354
	Sermion 30 mg Filmtabl.	G	C04AE02.....	204
	Seropram 20 mg Konz. z. Inf.bereitung.....	G	N06AB04.....	339
	Seropram 10 mg Filmtabl.	G	N06AB04.....	339
	Seropram 20 mg Filmtabl.	G	N06AB04.....	339
	Seroquel 25 mg Filmtabl.	G	N05AH04.....	327
	Seroquel 100 mg Filmtabl.	G	N05AH04.....	327

KASS	Bezeichnung	Box	ATC	Seite
	Seroquel 200 mg Filmtabl.	G	N05AH04	328
	Seroquel 300 mg Filmtabl.	G	N05AH04	329
	Seroquel XR 200 mg Retardtabl.	G	N05AH04	328
	Seroquel XR 300 mg Retardtabl.	G	N05AH04	329
	Seroquel XR 400 mg Retardtabl.	G	N05AH04	329
	Seroxat 20 mg Filmtabl.	G	N06AB05	340
	Sertralin "1A Pharma" 50 mg Filmtabl.	G	N06AB06	340
	Sertralin "1A Pharma" 100 mg Filmtabl.	G	N06AB06	340
	Sertralin "Accord" 50 mg Filmtabl.	G	N06AB06	340
	Sertralin "Accord" 100 mg Filmtabl.	G	N06AB06	340
	Sertralin "Actavis" 50 mg Filmtabl.	G	N06AB06	340
	Sertralin "Actavis" 100 mg Filmtabl.	G	N06AB06	341
	Sertralin "Aristo" 50 mg Filmtabl.	G	N06AB06	340
	Sertralin "Aristo" 100 mg Filmtabl.	G	N06AB06	341
	Sertralin "Bluefish" 50 mg Filmtabl.	G	N06AB06	340
	Sertralin "Bluefish" 100 mg Filmtabl.	G	N06AB06	341
	Sertralin "G.L." 50 mg Filmtabl.	G	N06AB06	340
	Sertralin "G.L." 100 mg Filmtabl.	G	N06AB06	341
	Sertralin "Genericon" 50 mg Filmtabl.	G	N06AB06	340
	Sertralin "Genericon" 100 mg Filmtabl.	G	N06AB06	341
	Sertralin "Hexal" 50 mg Filmtabl.	G	N06AB06	340
	Sertralin "Hexal" 100 mg Filmtabl.	G	N06AB06	341
	Sertralin "Krka" 50 mg Filmtabl.	G	N06AB06	340
	Sertralin "Krka" 100 mg Filmtabl.	G	N06AB06	341
	Sertralin "ratiopharm" 50 mg Filmtabl.	G	N06AB06	340
	Sertralin "ratiopharm" 100 mg Filmtabl.	G	N06AB06	341
	Sertralin "Sandoz" 50 mg Filmtabl.	G	N06AB06	340
	Sertralin "Sandoz" 100 mg Filmtabl.	G	N06AB06	341
	Sertralin "Stada" 50 mg Filmtabl.	G	N06AB06	340
	Sertralin "Viatis" 50 mg Filmtabl.	G	N06AB06	340
	Sertralin "Viatis" 100 mg Filmtabl.	G	N06AB06	341
RE2	Sevelamer "ratiopharm" 800 mg Filmtabl.	Y	V03AE02	598
RE2	Sevelamer "Sandoz" 800 mg Filmtabl.	Y	V03AE02	598
RE2	Sevelamercarbonat "Stada" 800 mg Filmtabl.	Y	V03AE02	598
	Sialin-Sigma Lsg.	G	A01AD11	163
	Sifrol 0,26 mg Retardtabl.	G	N04BC05	319
	Sifrol 0,52 mg Retardtabl.	G	N04BC05	320
	Sifrol 1,05 mg Retardtabl.	G	N04BC05	320
	Sifrol 2,1 mg Retardtabl.	G	N04BC05	321
	Sifrol 3,15 mg Retardtabl.	G	N04BC05	321
	Sifrol 0,088 mg Tabl.	G	N04BC05	319
	Sifrol 0,18 mg Tabl.	G	N04BC05	319
	Sifrol 0,35 mg Tabl.	G	N04BC05	320
	Sifrol 0,7 mg Tabl.	G	N04BC05	320
RE1	Sildenafil "ratiopharm" 20 mg Filmtabl.	Y	C02KX	421
RE1	Sildenafil "Sandoz" 20 mg Filmtabl.	Y	C02KX	421
RE1	Sildenafil "Stada" 20 mg Filmtabl.	Y	C02KX	422
	SimEz 10 mg/20 mg Tabl.	G	C10BA02	228
	SimEz 10 mg/40 mg Tabl.	G	C10BA02	228
RE1	Simponi 50 mg Inj.lsg. Fertigspr. (PM)	Y	L04AB06	524
RE1	Simponi 100 mg Inj.lsg. Fertigspr. (PM)	Y	L04AB06	525
RE1	Simponi 50 mg Inj.lsg. vorgefüllter Injektor (PM)	Y	L04AB06	524

KASS	Bezeichnung	Box	ATC	Seite
RE1	Simponi 100 mg Inj.lsg. vorgefüllter Injektor (PM).....	Y	L04AB06.....	526
	Simvastad 20 mg Filmtabl.	G	C10AA01.....	223
	Simvastad 40 mg Filmtabl.	G	C10AA01.....	224
	Simvastatin "+pharma" 20 mg Filmtabl.	G	C10AA01.....	223
	Simvastatin "+pharma" 40 mg Filmtabl.	G	C10AA01.....	224
	Simvastatin "+pharma" 80 mg Filmtabl.	G	C10AA01.....	224
	Simvastatin "1A Pharma" 20 mg Filmtabl.....	G	C10AA01.....	224
	Simvastatin "1A Pharma" 40 mg Filmtabl.....	G	C10AA01.....	224
	Simvastatin "Actavis" 20 mg Filmtabl.	G	C10AA01.....	224
	Simvastatin "Actavis" 40 mg Filmtabl.	G	C10AA01.....	224
	Simvastatin "Actavis" 80 mg Filmtabl.	G	C10AA01.....	224
	Simvastatin "Alternova" 20 mg Filmtabl.	G	C10AA01.....	224
	Simvastatin "Alternova" 40 mg Filmtabl.	G	C10AA01.....	224
	Simvastatin "Bluefish" 20 mg Filmtabl.....	G	C10AA01.....	224
	Simvastatin "Bluefish" 40 mg Filmtabl.....	G	C10AA01.....	224
	Simvastatin "Genericon" 20 mg Filmtabl.....	G	C10AA01.....	224
	Simvastatin "Genericon" 40 mg Filmtabl.....	G	C10AA01.....	224
	Simvastatin "Genericon" 80 mg Filmtabl.....	G	C10AA01.....	224
	Simvastatin "Hexal" 20 mg Filmtabl.	G	C10AA01.....	224
	Simvastatin "Hexal" 30 mg Filmtabl.	G	C10AA01.....	224
	Simvastatin "Hexal" 40 mg Filmtabl.	G	C10AA01.....	224
	Simvastatin "Hexal" 80 mg Filmtabl.	G	C10AA01.....	224
	Simvastatin "Merck" 20 mg Filmtabl.....	G	C10AA01.....	224
	Simvastatin "Merck" 40 mg Filmtabl.....	G	C10AA01.....	224
	Simvastatin "ratiopharm" 20 mg Filmtabl.	G	C10AA01.....	224
	Simvastatin "ratiopharm" 40 mg Filmtabl.	G	C10AA01.....	224
	Simvastatin "ratiopharm" 80 mg Filmtabl.	G	C10AA01.....	224
	Simvastatin "Sandoz" 20 mg Filmtabl.	G	C10AA01.....	224
	Simvastatin "Sandoz" 40 mg Filmtabl.	G	C10AA01.....	224
	Simvastatin "Teva" 20 mg Filmtabl.....	G	C10AA01.....	224
	Simvastatin "Teva" 40 mg Filmtabl.....	G	C10AA01.....	224
	Simvastatin "Teva" 80 mg Filmtabl.....	G	C10AA01.....	224
	Simvatin 20 mg Filmtabl.....	G	C10AA01.....	224
	Simvatin 40 mg Filmtabl.....	G	C10AA01.....	224
	Simvatin 80 mg Filmtabl.....	G	C10AA01.....	224
	Sinemet 25 mg/100 mg Tabl.	G	N04BA02.....	317
	Sinemet 25 mg/250 mg Tabl.	G	N04BA02.....	318
	Singulair 10 mg Filmtabl.....	G	R03DC03.....	360
	Singulair 4 mg Kautabl. f. Kleinkinder	G	R03DC03.....	360
	Singulair 5 mg Kautabl. f. Kinder.....	G	R03DC03.....	360
	Sintrom Tabl.	G	B01AA07.....	183
	Sirdalud 2 mg Tabl.	G	M03BX02.....	289
	Sirdalud 4 mg Tabl.	G	M03BX02.....	290
	Sirdalud MR 6 mg Kaps.	G	M03BX02.....	290
IND	Sitagliptin "+pharma" 25 mg Filmtabl.	G	A10BH01.....	179
IND	Sitagliptin "+pharma" 50 mg Filmtabl.	G	A10BH01.....	179
IND	Sitagliptin "+pharma" 100 mg Filmtabl.	G	A10BH01.....	180
IND	Sitagliptin "1A Pharma" 25 mg Filmtabl.....	G	A10BH01.....	179
IND	Sitagliptin "1A Pharma" 50 mg Filmtabl.....	G	A10BH01.....	179
IND	Sitagliptin "1A Pharma" 100 mg Filmtabl.....	G	A10BH01.....	180
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.....	178

KASS	Bezeichnung	Box	ATC	Seite
IND	Sitagliptin/Metformin "Actavis" 50 mg/850 mg Filmtabl.	G	A10BD07	177
IND	Sitagliptin/Metformin "Actavis" 50 mg/1000 mg Filmtabl.	G	A10BD07	178
IND	Sitagliptin "Genericon" 25 mg Filmtabl.	G	A10BH01	179
IND	Sitagliptin "Genericon" 50 mg Filmtabl.	G	A10BH01	179
IND	Sitagliptin "Genericon" 100 mg Filmtabl.	G	A10BH01	180
IND	Sitagliptin "Grindeks" 25 mg Filmtabl.	G	A10BH01	179
IND	Sitagliptin "Grindeks" 50 mg Filmtabl.	G	A10BH01	180
IND	Sitagliptin "Grindeks" 100 mg Filmtabl.	G	A10BH01	180
IND	Sitagliptin "HCS" 25 mg Filmtabl.	G	A10BH01	179
IND	Sitagliptin "HCS" 50 mg Filmtabl.	G	A10BH01	180
IND	Sitagliptin "HCS" 100 mg Filmtabl.	G	A10BH01	180
IND	Sitagliptin "Mylan" 25 mg Filmtabl.	G	A10BH01	179
IND	Sitagliptin "Mylan" 50 mg Filmtabl.	G	A10BH01	180
IND	Sitagliptin "Mylan" 100 mg Filmtabl.	G	A10BH01	180
IND	Sitagliptin "ratiopharm" 50 mg Filmtabl.	G	A10BH01	180
IND	Sitagliptin "ratiopharm" 100 mg Filmtabl.	G	A10BH01	180
IND	Sitagliptin/Metformin "ratiopharm" 50 mg/850 mg Filmtabl. ..	G	A10BD07	177
IND	Sitagliptin/Metformin "ratiopharm" 50 mg/1000 mg Filmtabl.	G	A10BD07	178
IND	Sitagliptin "Sandoz GmbH" 25 mg Filmtabl.	G	A10BH01	179
IND	Sitagliptin "Sandoz GmbH" 50 mg Filmtabl.	G	A10BH01	180
IND	Sitagliptin "Sandoz GmbH" 100 mg Filmtabl.	G	A10BH01	180
IND	Sitagliptin/Metformin "Sandoz GmbH" 50 mg/850 mg Filmtabl.	G	A10BD07	177
IND	Sitagliptin/Metformin "Sandoz GmbH" 50 mg/1000 mg Filmtabl.	G	A10BD07	178
IND	Sitagliptin "Stada" 25 mg Filmtabl.	G	A10BH01	179
IND	Sitagliptin "Stada" 50 mg Filmtabl.	G	A10BH01	180
IND	Sitagliptin "Stada" 100 mg Filmtabl.	G	A10BH01	180
IND	Sitagliptin/Metformin "Stada" 50 mg/850 mg Filmtabl.	G	A10BD07	177
IND	Sitagliptin/Metformin "Stada" 50 mg/1000 mg Filmtabl.	G	A10BD07	178
RE1	Sivextro 200 mg Filmtabl.	Y	J01XX11	453
IND	Sixantone Zweikammerspr.	G	L02AE02	268
	Skinoren Creme	G	D10AX03	237
RE1	Skyrizi 150 mg Inj.lsg. Fertigpen $\text{\textcircled{PM}}$	Y	L04AC18	531
RE1	Skyrizi 75 mg Inj.lsg. Fertigspr. $\text{\textcircled{PM}}$	Y	L04AC18	531
RE1	Skyrizi 150 mg Inj.lsg. Fertigspr. $\text{\textcircled{PM}}$	Y	L04AC18	531
	Soderm 0,5 mg/g + 20 mg/g Lsg. zur Anw. auf der Haut	G	D07XC01	236
Au	Softacort 3,35 mg/ml Augentropf. Einzeldosen	G	S01BA02	365
D	Solacutan 3 % Gel	G	D11AX18	238
D	Solaraze 3 % Gel	G	D11AX18	238
	Solian 400 mg Filmtabl.	G	N05AL05	330
	Solian 50 mg Tabl.	G	N05AL05	329
	Solian 200 mg Tabl.	G	N05AL05	330
	Solifenacin "+ pharma" 5 mg Filmtabl.	G	G04BD08	242
	Solifenacin "+ pharma" 10 mg Filmtabl.	G	G04BD08	243
	Solifenacin "1A Pharma" 5 mg Filmtabl.	G	G04BD08	242
	Solifenacin "1A Pharma" 10 mg Filmtabl.	G	G04BD08	243
	Solifenacin "Aristo" 5 mg Filmtabl.	G	G04BD08	242
	Solifenacin "Aristo" 10 mg Filmtabl.	G	G04BD08	243
	Solifenacin "HCS" 5 mg Filmtabl.	G	G04BD08	242
	Solifenacin "HCS" 10 mg Filmtabl.	G	G04BD08	243
	Solifenacin "Stada" 5 mg Filmtabl.	G	G04BD08	242

KASS	Bezeichnung	Box	ATC	Seite
	Solifenacin "Stada" 10 mg Filmtabl.	G	G04BD08.....	243
	Solu-Celestan Amp.	G	H02AB01	246
	Solu-Medrol 1000 mg Trockenstechamp.	G	H02AB04	247
	Solutio Cordes dermatol. Lsg.	G	D11AX	238
	Solu-Volon A 40 mg Amp.	G	H02AB08	247
	Solu-Volon A 80 mg Inj.lsg. Amp.	G	H02AB08	248
RE1	Somatuline Autogel 60 mg Inj.lsg.	Y	H01CB03.....	451
RE1	Somatuline Autogel 90 mg Inj.lsg.	Y	H01CB03.....	451
RE1	Somatuline Autogel 120 mg Inj.lsg.	Y	H01CB03.....	451
RE2	Sondelbay 20 mcg/0,08 ml Inj.lsg. Fertigen IND	Y	H05AA02	452
	Sorafenib "Stada" 200 mg Filmtabl.	G	L01EX02.....	267
	Sortis 10 mg Filmtabl.	G	C10AA05	225
	Sortis 20 mg Filmtabl.	G	C10AA05	225
	Sortis 40 mg Filmtabl.	G	C10AA05	226
	Sortis 80 mg Filmtabl.	G	C10AA05	226
	Sotahexal 80 mg Tabl.	G	C07AA07	205
	Sotahexal 160 mg Tabl.	G	C07AA07	205
	Sotastad 80 mg Tabl.	G	C07AA07	205
RE1	Sotyktu 6 mg Filmtabl. (PM)	Y	L04AA56.....	522
RE1	Spasmium Oralkaps.	Y	A03AX11	375
	Spasmolyt Drag.	G	G04BD09.....	243
IND	Spiolto Respimat 2,5 mcg/2,5 mcg Lsg zur Inh.	G	R03AL06	356
IND	Spiolto Respimat 2,5 mcg/2,5 mcg Lsg zur Inh. Nachfüllpackung	G	R03AL06	356
IND	Spiriva 18 mcg Kaps. mit Inh.plv. + Handihaler	G	R03BB04	359
IND	Spiriva 18 mcg Kaps. mit Inh.plv. Nachfüllpackung	G	R03BB04	359
IND	Spiriva Respimat 2,5 mcg Lsg. zur Inh.	G	R03BB04	358
IND	Spiriva Respimat 2,5 mcg Lsg. zur Inh. Nachfüllpackung	G	R03BB04	358
	Spirobene 50 mg Tabl.	G	C03DA01	201
	Spirobene 100 mg Tabl.	G	C03DA01	201
	Spirohexal 100 mg Tabl.	G	C03DA01	201
	Spirono "Genericon" 50 mg Tabl.	G	C03DA01	201
	Spirono "Genericon" comp. Tabl.	G	C03EB01	202
	Spirono "Genericon" comp. forte Tabl.	G	C03EB01	202
	Spironolacton "Agepha" Tabl.	G	C03DA01	201
F D	Sporanox Kaps.	G	J02AC02.....	260
D	Sporanox Derm Kaps.	G	J02AC02.....	260
RE2	Sporanox 10 mg/ml Lsg. zum Einnehmen	Y	J02AC02.....	454
	Squamasol crinale Lsg.	G	D11AX	238
	Squamasol Gel	G	D11AX	238
N P	Stablon Drag.	G	N06AX14	344
RE2	Stayveer 62,5 mg Filmtabl.	Y	C02KX01	422
RE2	Stayveer 125 mg Filmtabl.	Y	C02KX01	423
RE1	Stelara 45 mg Inj.lsg. Fertigspr.	Y	L04AC05	526
RE1	Stelara 90 mg Inj.lsg. Fertigspr.	Y	L04AC05	527
RE1	Stelara 130 mg Konz. zur Herst. einer Inf.lsg. (PM)	Y	L04AC05	527
	Stesolid 5 mg Rektaltuben	G	N05BA01	336
	Stesolid 10 mg Rektaltuben	G	N05BA01	336
RE1	Strattera 4 mg/ml Lsg. zum Einnehmen	Y	N06BA09	549
RE2	Stribild 150 mg/150 mg/200 mg/245 mg Filmtabl.	Y	J05AR09.....	470
RE1	Suboxone 2 mg/0,5 mg Sublingualtabl.	Y	N07BC51	577
RE1	Suboxone 8 mg/2 mg Sublingualtabl.	Y	N07BC51	578

KASS	Bezeichnung	Box	ATC	Seite
RE1	Substitol retard 120 mg Kaps.	Y	N07BC	575
RE1	Substitol retard 200 mg Kaps.	Y	N07BC	575
	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	359
	Sultanol Diskus 0,2 mg Plv. z. Trockeninh.	G	R03AC02	353
	Sultanol Dosieraerosol FCKW-frei	G	R03AC02	353
	Sultanol Inh.lsg.	G	R03AC02	353
RE2	Sultiam "neuraxpharm" 50 mg Filmtabl.	Y	N03AX03	541
RE2	Sultiam "neuraxpharm" 200 mg Filmtabl.	Y	N03AX03	541
IND	Sumatriptan "1A Pharma" 50 mg Tabl.	G	N02CC01	307
IND	Sumatriptan "1A Pharma" 100 mg Tabl.	G	N02CC01	308
IND	Sumatriptan "Sandoz" 50 mg Filmtabl.	G	N02CC01	308
IND	Sumatriptan "Stada" 100 mg Tabl.	G	N02CC01	308
IND	Sunitinib "Rivopharm" 12,5 mg Hartkaps.	G	L01EX01	267
IND	Sunitinib "Rivopharm" 25 mg Hartkaps.	G	L01EX01	267
IND	Sunitinib "Rivopharm" 50 mg Hartkaps.	G	L01EX01	267
IND	Sunitinib "Stada" 12,5 mg Hartkaps.	G	L01EX01	267
IND	Sunitinib "Stada" 25 mg Hartkaps.	G	L01EX01	267
IND	Sunitinib "Stada" 50 mg Hartkaps.	G	L01EX01	267
IND	Sunitinib "Teva" 12,5 mg Hartkaps.	G	L01EX01	267
IND	Sunitinib "Teva" 25 mg Hartkaps.	G	L01EX01	267
IND	Sunitinib "Teva" 50 mg Hartkaps.	G	L01EX01	267
IND	Suprecur 0,15 mg nasale Sprühlsg.	G	L02AE01	268
IND	Suprefact 1 mg/ml Dstfl.	G	L02AE01	268
IND	Suprefact Depot-Implantat für 3 Monate Fertigspr.	G	L02AE01	268
	Supressin 2 mg Tabl.	G	C02CA04	199
	Supressin 4 mg Tabl.	G	C02CA04	199
IND	Symbicort mite Turbohaler 80 mcg/4,5 mcg pro Dosis Plv. zur Inh.	G	R03AK07	355
IND	Symbicort Turbohaler 160 mcg/4,5 mcg pro Dosis Plv. zur Inh.	G	R03AK07	355
IND	Symbicort forte Turbohaler 320 mcg/9 mcg pro Dosis Plv. zur Inh.	G	R03AK07	355
RE1	Symkevi 50 mg/75 mg Filmtabl. (PM)	Y	R07AX31	595
RE1	Symkevi 100 mg/150 mg Filmtabl. (PM)	Y	R07AX31	595
	Synacthen Depot Amp.	G	H01AA02	245
RE1	Synagis 100 mg/ml Inj.lsg. 0,5 ml Dstfl.	Y	J06BD01	475
RE1	Synagis 100 mg/ml Inj.lsg. 1 ml Dstfl.	Y	J06BD01	475
RE2	Synjardy 5 mg/850 mg Filmtabl. (PM)	Y	A10BD20	383
RE2	Synjardy 5 mg/1000 mg Filmtabl. (PM)	Y	A10BD20	383
RE2	Synjardy 12,5 mg/850 mg Filmtabl. (PM)	Y	A10BD20	383
RE2	Synjardy 12,5 mg/1000 mg Filmtabl. (PM)	Y	A10BD20	383
IND	Tacforius 0,5 mg Hartkaps., retardiert	G	L04AD02	278
IND	Tacforius 1 mg Hartkaps., retardiert	G	L04AD02	278
IND	Tacforius 3 mg Hartkaps., retardiert	G	L04AD02	278
IND	Tacforius 5 mg Hartkaps., retardiert	G	L04AD02	278
IND	Tacni transplant 0,5 mg Hartkaps.	G	L04AD02	278
IND	Tacni transplant 1 mg Hartkaps.	G	L04AD02	278












KASS	Bezeichnung	Box	ATC	Seite
IND	Tacni transplant 5 mg Hartkaps.	G	L04AD02	278
D K	Tacrolimus "Accord" 0,1 % Salbe.....	G	D11AH01	238
RE1	Tadalafil "AOP" 20 mg Filmtabl.	Y	C02KX	422
RE1	Tadalafil PAH "ratiopharm" 20 mg Filmtabl.	Y	C02KX	422
RE1	Tafinlar 50 mg Hartkaps.	Y	L01EC02	480
RE1	Tafinlar 75 mg Hartkaps.	Y	L01EC02	480
RE1	Tagrisso 40 mg Filmtabl. (PM)	Y	L01EB04.....	479
RE1	Tagrisso 80 mg Filmtabl. (PM)	Y	L01EB04.....	479
RE1	Takhzyro 300 mg Inj.lsg. Fertigspr. (PM)	Y	B06AC05.....	419
RE1	Taloxa 600 mg Tabl.	Y	N03AX10	542
RE1	Taloxa 600 mg/5 ml orale Susp.	Y	N03AX10	542
RE1	Taltz 80 mg Inj.lsg. Fertigpen	Y	L04AC13	530
RE1	Taltz 80 mg Inj.lsg. Fertigspr.	Y	L04AC13	530
RE1	Talzenna 0,25 mg Hartkaps. (PM)	Y	L01XK04.....	497
RE1	Talzenna 1 mg Hartkaps. (PM)	Y	L01XK04.....	497
RE2	Tamiflu 75 mg Hartkaps.	Y	J05AH02.....	467
RE2	Tamiflu 6 mg/ml Plv. zur Herst. einer Susp. zum Einnehmen	Y	J05AH02.....	467
	Tamoxifen "Arcana" 20 mg Tabl.	G	L02BA01.....	269
	Tamoxifen "ratiopharm" 20 mg Tabl.	G	L02BA01.....	269
	Tamoxifen "Sandoz" 20 mg Filmtabl.	G	L02BA01.....	269
U	Tamsu "Genericon" retard 0,4 mg Kaps.	G	G04CA02.....	244
U	TamsuDuo 0,5 mg/0,4 mg Hartkaps.	G	G04CA52.....	244
U	Tamsulosin "+pharma" retard 0,4 mg Kaps.	G	G04CA02.....	244
U	Tamsulosin "Actavis" retard 0,4 mg Kaps.	G	G04CA02.....	244
U	Tamsulosin "Aristo" 0,4 mg Retardkaps.	G	G04CA02.....	244
U	Tamsulosin "Genericon" 0,4 mg Retardtabl.	G	G04CA02.....	244
U	Tamsulosin "Interpharm" retard Kaps.	G	G04CA02.....	244
U	Tamsulosin "Krka" 0,4 mg Retardtabl.	G	G04CA02.....	244
U	Tamsulosin "ratiopharm" retard 0,4 mg Kaps.	G	G04CA02.....	244
U	Tamsulosin "Sandoz" retard 0,4 mg Kaps.	G	G04CA02.....	244
U	Tamsulosin "Stada" retard 0,4 mg Kaps.	G	G04CA02.....	244
	Tanatril 5 mg Tabl.	G	C09AA16	214
	Tanatril 10 mg Tabl.	G	C09AA16	214
	Tanatril 20 mg Tabl.	G	C09AA16	214
RE1	Tandemact 30 mg/2 mg Tabl.	Y	A10BD06.....	380
RE1	Tandemact 30 mg/4 mg Tabl.	Y	A10BD06.....	380
	Tannosynt flüssig Badekonzentrat	G	D04AX	232
	Tannosynt Lotio	G	D04AX	232
RE2	Taptiqom 15 mcg/ml + 5 mg/ml Augentropf. Einzeldosen....	Y	S01ED51	597
RE1	Tarceva 100 mg Filmtabl.	Y	L01EB02.....	477
RE1	Tarceva 150 mg Filmtabl.	Y	L01EB02.....	478
	Tardyferon 80 mg Retardtabl.	G	B03AA07	186
	Tardyferon-Fol Retardtabl.	G	B03AD03	186
RE1	Tasmar 100 mg Filmtabl.	Y	N04BX01.....	545
	Tavanic 500 mg Filmtabl.	G	J01MA12	258
	Tavipec Kaps.	G	R05CB	360
	Tebofortan 40 mg Filmtabl.	G	N06DX02.....	349
	Tebofortan 4 % Tropf.	G	N06DX02.....	349
RE1	Tecfidera 120 mg magensaftresistente Hartkaps.	Y	L04AX07.....	533
RE1	Tecfidera 240 mg magensaftresistente Hartkaps.	Y	L04AX07.....	533
	Tegretol 200 mg Tabl.	G	N03AF01	311

KASS	Bezeichnung	Box	ATC	Seite
	Tegretol 400 mg Tabl.	G	N03AF01	311
	Tegretol retard 200 mg Filmtabl.	G	N03AF01	311
	Tegretol retard 400 mg Filmtabl.	G	N03AF01	311
F14	Tegretol orale Susp.	G	N03AF01	311
RE1	Tegsedi 284 mg Inj.lsg. Fertigspr. (PM)	Y	N07XX15	580
	Telhycar 80 mg/12,5 mg Tabl.	G	C09DA07	221
	Telhycar 80 mg/25 mg Tabl.	G	C09DA07	221
	Telmicard 40 mg Tabl.	G	C09CA07	218
	Telmicard 80 mg Tabl.	G	C09CA07	219
	Telmicard plus HCT 40 mg/12,5 mg Tabl.	G	C09DA07	221
	Telmicard plus HCT 80 mg/12,5 mg Tabl.	G	C09DA07	221
	Telmicard plus HCT 80 mg/25 mg Tabl.	G	C09DA07	221
	Telmisartan "+pharma" 40 mg Tabl.	G	C09CA07	218
	Telmisartan "+pharma" 80 mg Tabl.	G	C09CA07	219
	Telmisartan/HCT "+pharma" 40 mg/12,5 mg Tabl.	G	C09DA07	221
	Telmisartan/HCT "+pharma" 80 mg/12,5 mg Tabl.	G	C09DA07	221
	Telmisartan/HCT "+pharma" 80 mg/25 mg Tabl.	G	C09DA07	221
	Telmisartan "ratiopharm" 40 mg Tabl.	G	C09CA07	218
	Telmisartan "ratiopharm" 80 mg Tabl.	G	C09CA07	219
	Telmisartan "Sandoz" 40 mg Tabl.	G	C09CA07	218
	Telmisartan "Sandoz" 80 mg Tabl.	G	C09CA07	219
	Telmisartan "Stada" 40 mg Filmtabl.	G	C09CA07	218
	Telmisartan "Stada" 80 mg Filmtabl.	G	C09CA07	219
	Telmisartan/HCT "Accord" 40 mg/12,5 mg Tabl.	G	C09DA07	221
	Telmisartan/HCT "Accord" 80 mg/12,5 mg Tabl.	G	C09DA07	221
	Telmisartan/HCT "Accord" 80 mg/25 mg Tabl.	G	C09DA07	221
	Telmisartan/HCT "ratiopharm" 80 mg/12,5 mg Tabl.	G	C09DA07	221
	Telmisartan/HCT "ratiopharm" 80 mg/25 mg Tabl.	G	C09DA07	221
	Telmisartan/HCT "Sandoz" 40 mg/12,5 mg überzogene Tabl.	G	C09DA07	221
	Telmisartan/HCT "Sandoz" 80 mg/12,5 mg überzogene Tabl.	G	C09DA07	221
	Telmisartan/HCT "Sandoz" 80 mg/25 mg überzogene Tabl.	G	C09DA07	221
	Telmisartan/HCT "Stada" 40 mg/12,5 mg Tabl.	G	C09DA07	221
	Telmisartan/HCT "Stada" 80 mg/12,5 mg Tabl.	G	C09DA07	221
	Telmisartan/HCT "Stada" 80 mg/25 mg Tabl.	G	C09DA07	221
RE2	Telzir 700 mg Filmtabl.	Y	J05AE07	459
	Temesta 1,0 mg Tabl.	G	N05BA06	336
	Temesta 2,5 mg Tabl.	G	N05BA06	336
	Temgesic 0,2 mg Sublingualtabl.	G	N02AE01	299
RE2	Temgesic 0,2 mg Sublingualtabl.	Y	N02AE01	540
	Temgesic 0,4 mg Sublingualtabl.	G	N02AE01	300
RE2	Temgesic 0,4 mg Sublingualtabl.	Y	N02AE01	540
	Temodal 5 mg Hartkaps. in Btl.	G	L01AX03	263
	Temodal 20 mg Hartkaps. in Btl.	G	L01AX03	263
	Temodal 100 mg Hartkaps. in Btl.	G	L01AX03	263
	Temodal 140 mg Hartkaps. in Btl.	G	L01AX03	263
	Temodal 180 mg Hartkaps. in Btl.	G	L01AX03	263
	Temodal 250 mg Hartkaps. in Btl.	G	L01AX03	263
	Temozolomid "Accord" 5 mg Hartkaps.	G	L01AX03	263
	Temozolomid "Accord" 20 mg Hartkaps.	G	L01AX03	263
	Temozolomid "Accord" 100 mg Hartkaps.	G	L01AX03	263

KASS	Bezeichnung	Box	ATC	Seite
	Temozolomid "Accord" 140 mg Hartkaps.....	G	L01AX03.....	263
	Temozolomid "Accord" 180 mg Hartkaps.....	G	L01AX03.....	263
	Temozolomid "Accord" 250 mg Hartkaps.....	G	L01AX03.....	263
RE2	Tenofovir "ratiopharm" 245 mg Filmtabl.....	Y	J05AF07.....	462
RE2	Tenofovir "Sandoz" 245 mg Filmtabl.....	Y	J05AF07.....	462
RE2	Tenofovir Disoproxil "Accordpharma" 245 mg Filmtabl.....	Y	J05AF07.....	463
RE2	Tenofovirdisoproxil "Stada" 245 mg Filmtabl.....	Y	J05AF07.....	463
	Tenoretic mite Filmtabl.....	G	C07CB03.....	209
	Tenoretic Filmtabl.....	G	C07CB03.....	209
	Tenormin 25 mg Filmtabl.....	G	C07AB03.....	206
	Tenormin 50 mg Filmtabl.....	G	C07AB03.....	206
	Tenormin 100 mg Filmtabl.....	G	C07AB03.....	206
D	Terbiderm 250 mg Tabl.....	G	D01BA02.....	231
D	Terbinafin "Genericon" 250 mg Tabl.....	G	D01BA02.....	231
	Terbinafin "ratiopharm" Creme.....	G	D01AE15.....	230
RE2	Teriparatid "ratiopharm" 20 mcg/0,08 ml Inj.lsg. vorgefüllter Injektor.....	Y	H05AA02.....	452
RE2	Terrosa 20 mcg/0,08 ml Inj.lsg.....	Y	H05AA02.....	452
RE1	Testavan 20 mg/g transdermales Gel.....	Y	G03BA03.....	442
RE1	Testogel 50 mg Gel Btl.....	Y	G03BA03.....	442
RE2	Tetagam P-Fertigspr.....	Y	J06BB02.....	475
IND	Tetmodis 25 mg Tabl.....	G	N07XX06.....	351
IND	Tetrabenazin "Aristo" 25 mg Tabl.....	G	N07XX06.....	351
IND	Teveten 600 mg Filmtabl.....	G	C09CA02.....	217
IND	Teveten plus 600 mg/12,5 mg Filmtabl.....	G	C09DA02.....	219
RE2	Teysuno 15 mg/4,35 mg/11,8 mg Hartkaps.....	Y	L01BC53.....	476
RE2	Teysuno 20 mg/5,8 mg/15,8 mg Hartkaps.....	Y	L01BC53.....	476
RE1	Tezspire 210 mg Inj.lsg. Fertigpen ^{PM}	Y	R03DX11.....	589
RE1	Tezspire 210 mg Inj.lsg. Fertigspr. ^{PM}	Y	R03DX11.....	589
	Theospirex Amp.....	G	R03DA04.....	359
	Theospirex retard 150 mg Filmtabl.....	G	R03DA04.....	359
	Theospirex retard 300 mg Filmtabl.....	G	R03DA04.....	359
	Thiamazol "Sandoz" 20 mg Tabl.....	G	H03BB02.....	249
IND	Thioctacid 600 mg Amp.....	G	A16AX01.....	183
	Thioguanin "Aspen" Tabl.....	G	L01BB03.....	264
	Thrombo ASS 50 mg Filmtabl.....	G	B01AC06.....	185
	Thrombo ASS 75 mg Filmtabl.....	G	B01AC06.....	185
	Thrombo ASS 100 mg Filmtabl.....	G	B01AC06.....	185
RE2	Thromboreductin 0,5 mg Kaps.....	Y	L01XX35.....	498
	Thrombostad 100 mg Tabl.....	G	B01AC06.....	185
	Thyrex 25 mcg Tabl.....	G	H03AA01.....	248
	Thyrex 50 mcg Tabl.....	G	H03AA01.....	248
	Thyrex 75 mcg Tabl.....	G	H03AA01.....	248
	Thyrex 100 mcg Tabl.....	G	H03AA01.....	249
	Thyrex 125 mcg Tabl.....	G	H03AA01.....	249
	Thyrex 160 mcg Tabl.....	G	H03AA01.....	249
	Tilamcar 8 mg/5 mg Hartkaps.....	G	C09DB07.....	222
	Tilamcar 8 mg/10 mg Hartkaps.....	G	C09DB07.....	222
	Tilamcar 16 mg/5 mg Hartkaps.....	G	C09DB07.....	222
	Tilamcar 16 mg/10 mg Hartkaps.....	G	C09DB07.....	222
IND	Tilorin 2,5 mg Tabl.....	G	G03CX01.....	240
	Timoftal 0,5 % Augentropf.....	G	S01ED01.....	366

KASS	Bezeichnung	Box	ATC	Seite
RE2	Timoptal 0,5 % sine Einmal-Augentropf.	Y	S01ED01	597
	Timoptic 0,5 % Augentropf.	G	S01ED01	366
IND	Tiotropium "Mylan" 18 mcg Hartkaps. mit Plv. zur Inh.	G	R03BB04	359
RE1	Tivicay 50 mg Filmtabl.	Y	J05AJ03	467
	Tizagelan 2 mg Tabl.	G	M03BX02	289
	Tizagelan 4 mg Tabl.	G	M03BX02	290
	Tizanidin "Actavis" 2 mg Tabl.	G	M03BX02	289
	Tizanidin "Actavis" 4 mg Tabl.	G	M03BX02	290
RE2	Tobi 300 mg/5 ml Lsg. für einen Vernebler	Y	J01GB01	453
RE2	Tobi Podhaler 28 mg Hartkaps. Plv. zur Inh.	Y	J01GB01	452
Au	Tobradex Augensalbe	G	S01CA01	365
Au	Tobradex Augentropf.	G	S01CA01	365
Au	Tobrex Augensalbe	G	S01AA12	364
RE1	Toctino 10 mg Weichkaps.	Y	D11AH04	435
RE1	Toctino 30 mg Weichkaps.	Y	D11AH04	436
IND	Tolak 40 mg/g Creme	G	L01BC02	264
	Tolterodin "Accord" 1 mg Filmtabl.	G	G04BD07	242
	Tolterodin "Accord" 2 mg Filmtabl.	G	G04BD07	242
	Tolterodin "Aristo" 1 mg Filmtabl.	G	G04BD07	242
	Tolterodin "Aristo" 2 mg Filmtabl.	G	G04BD07	242
IND	Tolvaptan "ratiopharm" SIADH 15 mg Tabl.	G	C03XA01	203
IND	Tolvaptan "ratiopharm" SIADH 30 mg Tabl.	G	C03XA01	203
IND	Tolvaptan "ratiopharm" 15 mg + 45 mg Tabl.	G	C03XA01	203
IND	Tolvaptan "ratiopharm" 30 mg + 60 mg Tabl.	G	C03XA01	203
IND	Tolvaptan "ratiopharm" 30 mg + 90 mg Tabl.	G	C03XA01	203
	Tolvon 30 mg Filmtabl.	G	N06AX03	343
	Tonsillol Gurgellsg.	G	R02AA02	353
	Topilex 25 mg Filmtabl.	G	N03AX11	314
	Topilex 50 mg Filmtabl.	G	N03AX11	314
	Topilex 100 mg Filmtabl.	G	N03AX11	314
	Topilex 200 mg Filmtabl.	G	N03AX11	314
	Topiramamat "1A Pharma" 25 mg Filmtabl.	G	N03AX11	314
	Topiramamat "1A Pharma" 50 mg Filmtabl.	G	N03AX11	314
	Topiramamat "1A Pharma" 100 mg Filmtabl.	G	N03AX11	314
	Topiramamat "1A Pharma" 200 mg Filmtabl.	G	N03AX11	315
	Topiramamat "Accord" 25 mg Filmtabl.	G	N03AX11	314
	Topiramamat "Accord" 50 mg Filmtabl.	G	N03AX11	314
	Topiramamat "Accord" 100 mg Filmtabl.	G	N03AX11	314
	Topiramamat "Accord" 200 mg Filmtabl.	G	N03AX11	315
	Topiramamat "ratiopharm" 25 mg Filmtabl.	G	N03AX11	314
	Topiramamat "ratiopharm" 50 mg Filmtabl.	G	N03AX11	314
	Topiramamat "ratiopharm" 100 mg Filmtabl.	G	N03AX11	314
	Topiramamat "ratiopharm" 200 mg Filmtabl.	G	N03AX11	315
	Topiramamat "Sandoz" 25 mg Filmtabl.	G	N03AX11	314
	Topiramamat "Sandoz" 50 mg Filmtabl.	G	N03AX11	314
	Topiramamat "Sandoz" 100 mg Filmtabl.	G	N03AX11	314
	Topiramamat "Sandoz" 200 mg Filmtabl.	G	N03AX11	315
	Topiramamat "Stada" 25 mg Filmtabl.	G	N03AX11	314
	Topiramamat "Stada" 50 mg Filmtabl.	G	N03AX11	314
	Topiramamat "Stada" 100 mg Filmtabl.	G	N03AX11	314
	Topiramamat "Stada" 200 mg Filmtabl.	G	N03AX11	315
	Torasemid "Hexal" 2,5 mg Tabl.	G	C03CA04	201

KASS	Bezeichnung	Box	ATC	Seite
	Toraseמיד "Hexal" 5 mg Tabl.....	G	C03CA04.....	201
	Toraseמיד "Hexal" 10 mg Tabl.....	G	C03CA04.....	201
	Toraseמיד "Hexal" 20 mg Tabl.....	G	C03CA04.....	201
RE2	Toujeo 300 E/ml Inj.lsg. Fertigen.....	Y	A10AE04.....	379
RE2	Tracleer 62,5 mg Filmtabl.....	Y	C02KX01.....	422
RE2	Tracleer 125 mg Filmtabl.....	Y	C02KX01.....	423
	Tradolan 50 mg Amp.....	G	N02AX02.....	300
	Tradolan 100 mg Amp.....	G	N02AX02.....	301
	Tradolan 50 mg Filmtabl.....	G	N02AX02.....	301
	Tradolan Tropf.....	G	N02AX02.....	301
RE2	Trajenta 5 mg Filmtabl. $\text{\textcircled{M}}$	Y	A10BH05.....	386
	Tramabene 50 mg Amp.....	G	N02AX02.....	301
	Tramabene 100 mg Amp.....	G	N02AX02.....	301
	Tramabene 50 mg Kaps.....	G	N02AX02.....	301
	Tramabene 100 mg Retardtabl.....	G	N02AX02.....	301
	Tramabene 150 mg Retardtabl.....	G	N02AX02.....	302
	Tramabene 200 mg Retardtabl.....	G	N02AX02.....	302
	Tramabene Tropf.....	G	N02AX02.....	301
RE2	Tramabene Tropf.....	Y	N02AX02.....	541
	Tramadol "1A Pharma" 50 mg Kaps.....	G	N02AX02.....	301
	Tramadol "1A Pharma" 100 mg/ml Tropf.....	G	N02AX02.....	301
	Tramadolphydrochlorid "Actavis" 100 mg Retardtabl.....	G	N02AX02.....	301
	Tramadolphydrochlorid "Actavis" 150 mg Retardtabl.....	G	N02AX02.....	302
	Tramadolphydrochlorid "Actavis" 200 mg Retardtabl.....	G	N02AX02.....	302
	Tramadolor 50 mg Kaps.....	G	N02AX02.....	301
	Tramadolor retard 100 mg Tabl.....	G	N02AX02.....	301
	Tramadolor retard 150 mg Tabl.....	G	N02AX02.....	302
	Tramadolor retard 200 mg Tabl.....	G	N02AX02.....	302
	Tramadolor 100 mg/ml Tropf.....	G	N02AX02.....	301
	Tramal 50 mg Amp.....	G	N02AX02.....	301
	Tramal 100 mg Amp.....	G	N02AX02.....	301
	Tramal 50 mg Kaps.....	G	N02AX02.....	301
	Tramal retard 100 mg Filmtabl.....	G	N02AX02.....	301
	Tramal retard 150 mg Filmtabl.....	G	N02AX02.....	302
	Tramal retard 200 mg Filmtabl.....	G	N02AX02.....	302
	Tramal Tropf.....	G	N02AX02.....	301
	Tramastad 50 mg Kaps.....	G	N02AX02.....	301
	Tramastad 100 mg/ml Tropf.....	G	N02AX02.....	301
IND	Transtec 35 mcg/h transdermales Pflaster.....	G	N02AE01.....	300
IND	Transtec 52,5 mcg/h transdermales Pflaster.....	G	N02AE01.....	300
IND	Transtec 70 mcg/h transdermales Pflaster.....	G	N02AE01.....	300
Au	Travatan 40 mcg/ml Augentropf.....	G	S01EE04.....	368
	Travocort Creme.....	G	D01AC20.....	230
	Travogen Creme.....	G	D01AC05.....	230
Au	Travoprost "Stada" 40 mcg/ml Augentropf.....	G	S01EE04.....	368
RE2	Travo-Vision sine 40 mcg/ml Augentropf.....	Y	S01EE04.....	597
IND	Trelegy Ellipta 92 mcg/55 mcg/22 mcg einzeldosiertes Plv. zur Inh. $\text{\textcircled{M}}$	G	R03AL08.....	357
RE1	Tremfya 100 mg Inj.lsg. Fertigen $\text{\textcircled{M}}$	Y	L04AC16.....	530
RE1	Tremfya 100 mg Inj.lsg. Fertigspr. $\text{\textcircled{M}}$	Y	L04AC16.....	530
IND	Trenantone Zweikammerspr.....	G	L02AE02.....	268
	Trental 400 mg Filmtabl.....	G	C04AD03.....	204

KASS	Bezeichnung	Box	ATC	Seite
RE2	Tresiba 100 E/ml Fertigpen 	Y	A10AE06	380
RE2	Tresiba 100 E/ml Patronen 	Y	A10AE06	380
	Tresleen 50 mg Filmtabl.	G	N06AB06	340
IND	Trevicta 175 mg Depot-Inj.susp. 	G	N05AX13	335
IND	Trevicta 263 mg Depot-Inj.susp. 	G	N05AX13	335
IND	Trevicta 350 mg Depot-Inj.susp. 	G	N05AX13	335
IND	Trevicta 525 mg Depot-Inj.susp. 	G	N05AX13	335
	Tricef 200 mg Filmtabl.	G	J01DD08	255
F6J	Tricef 100 mg/5 ml Trockensaft	G	J01DD08	255
	Trigelan 50 mg/12,5 mg/200 mg Filmtabl.	G	N04BA03	318
	Trigelan 100 mg/25 mg/200 mg Filmtabl.	G	N04BA03	318
	Trigelan 150 mg/37,5 mg/200 mg Filmtabl.	G	N04BA03	318
	Trigelan 200 mg/50 mg/200 mg Filmtabl.	G	N04BA03	318
	Trileptal 150 mg Filmtabl.	G	N03AF02	311
	Trileptal 300 mg Filmtabl.	G	N03AF02	311
	Trileptal 600 mg Filmtabl.	G	N03AF02	312
F14	Trileptal 60 mg/ml orale Susp.	G	N03AF02	311
IND	Trimbow 87 mcg/5 mcg/9 mcg Druckgasinh., Lsg.	G	R03AL09	357
	Trinomia 100 mg/20 mg/5 mg Hartkaps.	G	C10BX06	229
	Trinomia 100 mg/20 mg/10 mg Hartkaps.	G	C10BX06	229
	Tripriam 200 mg Tabl.	G	J01EA01	255
	Tripriam 300 mg Tabl.	G	J01EA01	255
IND	Trisequens Filmtabl.	G	G03FB05	241
RE1	Trisuva 1 mg/ml Inf.lsg.	Y	B01AC21	395
RE1	Trisuva 2,5 mg/ml Inf.lsg.	Y	B01AC21	395
RE1	Trisuva 5 mg/ml Inf.lsg.	Y	B01AC21	396
RE1	Trisuva 10 mg/ml Inf.lsg.	Y	B01AC21	396
	Tritace 1,25 mg Tabl.	G	C09AA05	212
	Tritace 2,5 mg Tabl.	G	C09AA05	213
	Tritace 5 mg Tabl.	G	C09AA05	213
	Tritace 10 mg Tabl.	G	C09AA05	213
	Tritazide 5 mg/25 mg Tabl.	G	C09BA05	215
	Trittico retard 75 mg Tabl.	G	N06AX05	343
	Trittico retard 150 mg Tabl.	G	N06AX05	343
RE1	Triumeq 50 mg/600 mg/300 mg Filmtabl.	Y	J05AR13	471
IND	Trixeo Aerosphere 5 mcg/7,2 mcg /160 mcg Druckgasinh. 	G	R03AL11	357
RE2	Trizivir 300 mg/150 mg/300 mg Filmtabl.	Y	J05AR04	470
	Trospium "Aristo" 15 mg Filmtabl.	G	G04BD09	243
	Trospium "Aristo" 20 mg Filmtabl.	G	G04BD09	243
	Trospium "Aristo" 30 mg Filmtabl.	G	G04BD09	243
RE1	Trulicity 1,5 mg Inj.lsg. Fertigpen 	Y	A10BJ05	387
	Trusopt Augentropf.	G	S01EC03	366
	Truxal 15 mg Filmtabl.	G	N05AF03	323
	Truxal 50 mg Filmtabl.	G	N05AF03	323
RE1	Tukysa 50 mg Filmtabl. 	Y	L01EH03	486
RE1	Tukysa 150 mg Filmtabl. 	Y	L01EH03	486
IND	Twynsta 40 mg/5 mg Tabl.	G	C09DB04	222
IND	Twynsta 40 mg/10 mg Tabl.	G	C09DB04	222
IND	Twynsta 80 mg/5 mg Tabl.	G	C09DB04	222
IND	Twynsta 80 mg/10 mg Tabl.	G	C09DB04	222
RE1	Tysabri 150 mg Inj.lsg. Fertigspr. 	Y	L04AA23	508

KASS	Bezeichnung	Box	ATC	Seite
RE1	Tysabri 300 mg Konz. zur Herst. einer Inf.lsg.	Y	L04AA23.....	509
	Ulcostad 200 mg Tabl.	G	A02BA01	163
	Ulcostad 400 mg Tabl.	G	A02BA01	163
	Ulcostad 800 mg Tabl.	G	A02BA01	164
	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	356
Au	Ultracortenol 0,5 % Augensalbe.....	G	S01BA04	365
	Unasyn Filmtabl.....	G	J01CR04	254
	Unidrox 600 mg Filmtabl.	G	J01MA17	259
	Uragelan 30 mg Hartkaps., retardiert.....	G	C02CA06.....	199
	Uragelan 60 mg Hartkaps., retardiert.....	G	C02CA06.....	199
	Uragelan 90 mg Hartkaps., retardiert.....	G	C02CA06.....	199
	Uralyt U Gran.	G	G04BC.....	242
	Urapidil "Bluefish" 30 mg Hartkaps., retardiert.....	G	C02CA06.....	199
	Urapidil "Bluefish" 60 mg Hartkaps., retardiert.....	G	C02CA06.....	199
	Uratens 30 mg Hartkaps., retardiert.....	G	C02CA06.....	199
	Uratens 60 mg Hartkaps., retardiert.....	G	C02CA06.....	199
	Urbason 4 mg Tabl.	G	H02AB04	247
IND	Urbason 4 mg Tabl.	G	H02AB04	247
	Urbason 40 mg Tabl.	G	H02AB04	247
	Urivesc 60 mg Retardkaps.	G	G04BD09.....	243
	Urocard 2 mg Tabl.	G	C02CA	198
	Urocard 5 mg Tabl.	G	C02CA	198
RE2	Uromitexan 400 mg Filmtabl.	Y	V03AF01	600
	Uromont Emulsion.....	G	G04BX	243
	Urosin 100 mg Tabl.	G	M04AA01.....	290
	Urosin 300 mg Tabl.	G	M04AA01.....	290
RE1	Uro-Vaxom Kaps.	Y	G04BX	444
	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.....	240
	Valaciclovir "Arcana" 500 mg Filmtabl.	G	J05AB11	262
	Valaciclovir "Arcana" 1000 mg Filmtabl.	G	J05AB11	262
	Valaciclovir "Bluefish" 500 mg Filmtabl.	G	J05AB11	262
	Valaciclovir "Sandoz" 500 mg Filmtabl.	G	J05AB11	262
	Valaciclovir "Sandoz" 1000 mg Filmtabl.	G	J05AB11	262
RE2	Valganciclovir "Accord" 450 mg Filmtabl.	Y	J05AB14.....	458
RE2	Valganciclovir "Bluefish" 450 mg Filmtabl.	Y	J05AB14.....	458
RE2	Valganciclovir "ratiopharm" 450 mg Filmtabl.	Y	J05AB14.....	459
RE2	Valganciclovir "Sandoz" 450 mg Filmtabl.	Y	J05AB14.....	459
RE2	Valganciclovir "Stada" 450 mg Filmtabl.	Y	J05AB14.....	459
	Valsacor 40 mg Filmtabl.	G	C09CA03.....	217
	Valsacor 80 mg Filmtabl.	G	C09CA03.....	217
	Valsacor 160 mg Filmtabl.	G	C09CA03.....	217
	Valsarcomp 80 mg/12,5 mg Filmtabl.	G	C09DA03.....	219
	Valsarcomp 160 mg/12,5 mg Filmtabl.	G	C09DA03.....	219
	Valsarcomp 160 mg/25 mg Filmtabl.	G	C09DA03.....	219
	Valsarcomp 320 mg/25 mg Filmtabl.	G	C09DA03.....	220
	Valsartan "1A Pharma" 80 mg Filmtabl.	G	C09CA03.....	217
	Valsartan "1A Pharma" 160 mg Filmtabl.	G	C09CA03.....	217

KASS	Bezeichnung	Box	ATC	Seite
	Valsartan "Actavis" 40 mg Filmtabl.	G	C09CA03.....	217
	Valsartan "Actavis" 80 mg Filmtabl.	G	C09CA03.....	217
	Valsartan "Actavis" 160 mg Filmtabl.	G	C09CA03.....	217
	Valsartan "Sandoz" 80 mg Filmtabl.	G	C09CA03.....	217
	Valsartan "Sandoz" 160 mg Filmtabl.	G	C09CA03.....	217
	Valsartan "Sandoz" 320 mg Filmtabl.	G	C09CA03.....	217
	Valsartan "Stada" 80 mg Filmtabl.	G	C09CA03.....	217
	Valsartan "Stada" 160 mg Filmtabl.	G	C09CA03.....	217
	Valsartan "Stada" 320 mg Filmtabl.	G	C09CA03.....	217
	Valsartan/HCT "+pharma" 80 mg/12,5 mg Filmtabl.	G	C09DA03.....	219
	Valsartan/HCT "+pharma" 160 mg/12,5 mg Filmtabl.	G	C09DA03.....	219
	Valsartan/HCT "+pharma" 160 mg/25 mg Filmtabl.	G	C09DA03.....	219
	Valsartan/HCT "1A Pharma" 80 mg/12,5 mg Filmtabl.	G	C09DA03.....	219
	Valsartan/HCT "1A Pharma" 160 mg/12,5 mg Filmtabl.	G	C09DA03.....	219
	Valsartan/HCT "1A Pharma" 160 mg/25 mg Filmtabl.	G	C09DA03.....	220
	Valsartan/HCT "Actavis" 80 mg/12,5 mg Filmtabl.	G	C09DA03.....	219
	Valsartan/HCT "Actavis" 160 mg/12,5 mg Filmtabl.	G	C09DA03.....	219
	Valsartan/HCT "Actavis" 160 mg/25 mg Filmtabl.	G	C09DA03.....	220
	Valsartan/HCT "Krka" 80 mg/12,5 mg Filmtabl.	G	C09DA03.....	219
	Valsartan/HCT "Krka" 160 mg/12,5 mg Filmtabl.	G	C09DA03.....	219
	Valsartan/HCT "Krka" 160 mg/25 mg Filmtabl.	G	C09DA03.....	220
	Valsartan/HCT "Sandoz" 80 mg/12,5 mg Filmtabl.	G	C09DA03.....	219
	Valsartan/HCT "Sandoz" 160 mg/12,5 mg Filmtabl.	G	C09DA03.....	219
	Valsartan/HCT "Sandoz" 160 mg/25 mg Filmtabl.	G	C09DA03.....	220
	Valsartan/HCT "Sandoz" 320 mg/12,5 mg Filmtabl.	G	C09DA03.....	220
	Valsartan/HCT "Sandoz" 320 mg/25 mg Filmtabl.	G	C09DA03.....	220
	Valsartan/HCT "Stada" 80 mg/12,5 mg Filmtabl.	G	C09DA03.....	219
	Valsartan/HCT "Stada" 160 mg/12,5 mg Filmtabl.	G	C09DA03.....	219
	Valsartan/HCT "Stada" 160 mg/25 mg Filmtabl.	G	C09DA03.....	220
	Valsartan/HCT "Stada" 320 mg/12,5 mg Filmtabl.	G	C09DA03.....	220
	Valsartan/HCT "Stada" 320 mg/25 mg Filmtabl.	G	C09DA03.....	220
RE1	Vancomycin "Dr. Eberth" 125 mg Hartkaps.	Y	A07AA09.....	377
RE1	Vancomycin "Dr. Eberth" 250 mg Hartkaps.	Y	A07AA09.....	377
IND	Vanquoral 25 mg Weichkaps.	G	L04AD01.....	277
IND	Vanquoral 50 mg Weichkaps.	G	L04AD01.....	277
IND	Vanquoral 100 mg Weichkaps.	G	L04AD01.....	277
RE1	Vargatef 100 mg Weichkaps.	Y	L01EX09.....	489
RE1	Vargatef 150 mg Weichkaps.	Y	L01EX09.....	489
	Vasonit retard 400 mg Filmtabl.	G	C04AD03.....	204
	Vasonit retard 600 mg Filmtabl.	G	C04AD03.....	204
	Vastarel 35 mg Filmtabl. mit veränderter Wirkstofffreisetzung.....	G	C01EB15.....	197
IND	Velbienne 1 mg/2 mg Filmtabl.	G	G03FA15.....	241
	Velostad 75 mg Hartkaps., retardiert.....	G	N06AX16.....	344
	Velostad 150 mg Hartkaps., retardiert.....	G	N06AX16.....	345
	Velostad 225 mg Hartkaps., retardiert.....	G	N06AX16.....	345
RE1	Velphoro 500 mg Kautabl.	Y	V03AE05.....	599
RE1	Veltassa 8,4 g Plv. zur Herst. einer Susp. zum Einnehmen Ⓜ.....	Y	V03AE09.....	599
RE1	Veltassa 16,8 g Plv. zur Herst. einer Susp. zum Einnehmen Ⓜ.....	Y	V03AE09.....	600
RE1	Venclyxto 10 mg Filmtabl.	Y	L01XX52.....	498

KASS	Bezeichnung	Box	ATC	Seite
RE1	Venclyxto 50 mg Filmtabl.	Y	L01XX52.....	498
RE1	Venclyxto 100 mg Filmtabl.	Y	L01XX52.....	499
	Vendal 10 mg Amp.	G	N02AA01.....	294
	Vendal 100 mg Stechamp.	G	N02AA01.....	294
	Vendal 200 mg Stechamp.	G	N02AA01.....	295
	Vendal retard 10 mg Filmtabl.	G	N02AA01.....	294
	Vendal retard 30 mg Filmtabl.	G	N02AA01.....	294
	Vendal retard 60 mg Filmtabl.	G	N02AA01.....	294
	Vendal retard 100 mg Filmtabl.	G	N02AA01.....	295
	Vendal retard 200 mg Filmtabl.	G	N02AA01.....	295
	Vendal 5 mg/ml orale Lsg.	G	N02AA01.....	294
	Venlafab 37,5 mg Retardkaps.	G	N06AX16.....	344
	Venlafab 75 mg Retardkaps.	G	N06AX16.....	344
	Venlafab 150 mg Retardkaps.	G	N06AX16.....	345
	Venlafab 50 mg Tabl.	G	N06AX16.....	344
	Venlafab 75 mg Tabl.	G	N06AX16.....	345
	Venlafaxin "+pharma" 75 mg Retardtabl.	G	N06AX16.....	344
	Venlafaxin "+pharma" 150 mg Retardtabl.	G	N06AX16.....	345
	Venlafaxin "1A Pharma GmbH" 37,5 mg Hartkaps., retardiert.	G	N06AX16.....	344
	Venlafaxin "1A Pharma GmbH" 75 mg Hartkaps., retardiert.	G	N06AX16.....	344
	Venlafaxin "1A Pharma GmbH" 150 mg Hartkaps., retardiert.	G	N06AX16.....	345
	Venlafaxin "1A Pharma GmbH" 225 mg Hartkaps., retardiert.	G	N06AX16.....	345
	Venlafaxin "Actavis" 75 mg Retardkaps.	G	N06AX16.....	344
	Venlafaxin "Actavis" 150 mg Retardkaps.	G	N06AX16.....	345
	Venlafaxin "Aristo" ER 75 mg Hartkaps.	G	N06AX16.....	344
	Venlafaxin "Aristo" ER 150 mg Hartkaps.	G	N06AX16.....	345
	Venlafaxin "Bluefish" 75 mg Hartkaps., retardiert.	G	N06AX16.....	344
	Venlafaxin "Bluefish" 150 mg Hartkaps., retardiert.	G	N06AX16.....	345
	Venlafaxin "Genericon" 75 mg Retardkaps.	G	N06AX16.....	344
	Venlafaxin "Genericon" 150 mg Retardkaps.	G	N06AX16.....	345
	Venlafaxin "Genericon" 225 mg Retardtabl.	G	N06AX16.....	345
	Venlafaxin "Krka" 75 mg Retardkaps.	G	N06AX16.....	344
	Venlafaxin "Krka" 150 mg Retardkaps.	G	N06AX16.....	345
	Venlafaxin "Sandoz GmbH" 75 mg Hartkaps., retardiert.	G	N06AX16.....	345
	Venlafaxin "Sandoz GmbH" 150 mg Hartkaps., retardiert.	G	N06AX16.....	345
	Venlafaxin "Sandoz GmbH" 225 mg Hartkaps., retardiert.	G	N06AX16.....	345
	Venlafaxin "Viatrix" 75 mg Hartkaps., retardiert.	G	N06AX16.....	345
	Venlafaxin "Viatrix" 150 mg Hartkaps., retardiert.	G	N06AX16.....	345
	Venobene Salbe.	G	C05BA53.....	204
RE1	Venobene Salbe.	Y	C05BA53.....	426
RE2	Venofer 20 mg/ml Inj.lsg. oder Konz. zur Herst. einer Inf.lsg.	Y	B03AC.....	409
	Venoruton 500 mg Tabl.	G	C05CA01.....	204
	Venoruton 1000 mg Plv. zur Herst. einer Lsg. zum Einnehmen.	G	C05CA01.....	204
	Venosin retard 50 mg Kaps.	G	C05CX.....	205
RE1	Ventavis 10 mcg/ml Lsg. für einen Vernebler zur Inh.	Y	B01AC11.....	395
	Verapabene 40 mg Filmtabl.	G	C08DA01.....	211
	Verapabene 80 mg Filmtabl.	G	C08DA01.....	211

KASS	Bezeichnung	Box	ATC	Seite
	Verapabene 120 mg Filmtabl.	G	C08DA01	211
RE1	Veregen 10 % Salbe	Y	D06BB12	434
RE2	Verquvo 2,5 mg Filmtabl. (PM).....	Y	C01DX22	420
RE2	Verquvo 5 mg Filmtabl. (PM).....	Y	C01DX22	420
RE2	Verquvo 10 mg Filmtabl. (PM).....	Y	C01DX22	420
	Vertirosan 50 mg Drag.	G	R06AA11	362
	Vertirosan Tropf.....	G	R06AA11	362
	Vertirosan 50 mg Zäpf. f. Kind.....	G	R06AA11	362
	Vertirosan 100 mg Zäpf.....	G	R06AA11	362
	Vertirosan Vit. B6 Manteldrag.	G	R06AA61	362
	Vertirosan Vit. B6 Zäpf.	G	R06AA61	362
RE1	Verzenios 50 mg Filmtabl. (PM).....	Y	L01EF03	485
RE1	Verzenios 100 mg Filmtabl. (PM).....	Y	L01EF03	485
RE1	Verzenios 150 mg Filmtabl. (PM).....	Y	L01EF03	486
	Vesicare 5 mg Filmtabl.	G	G04BD08.....	243
	Vesicare 10 mg Filmtabl.	G	G04BD08.....	243
	Vesisol 5 mg Filmtabl.	G	G04BD08.....	243
	Vesisol 10 mg Filmtabl.	G	G04BD08.....	243
IND	Vesoxx 1 mg/ml Lsg. zur intravesikalen Anw. (PM).....	G	G04BD04.....	242
RE1	Vfend 50 mg Filmtabl.	Y	J02AC03.....	454
RE1	Vfend 200 mg Filmtabl.	Y	J02AC03.....	454
	Vibramycin 50 mg lös. Tabl.	G	J01AA02	251
	Vibramycin 100 mg lös. Tabl.	G	J01AA02	251
	Vibramycin 200 mg lös. Tabl.	G	J01AA02	251
	Vibravenös 100 mg/5 ml Amp.	G	J01AA02	251
	Vicard 1 mg Tabl.	G	C02CA.....	198
	Vicard 2 mg Tabl.	G	C02CA.....	198
	Vicard 5 mg Tabl.	G	C02CA.....	198
RE1	Victoza 6 mg/ml Inj.lsg. Fertigen (PM).....	Y	A10BJ02	387
IND	Vildagliptin/Metformin "+pharma" 50 mg/850 mg Filmtabl. ...	G	A10BD08	178
IND	Vildagliptin/Metformin "+pharma" 50 mg/1000 mg Filmtabl. .	G	A10BD08	178
IND	Vildagliptin/Metformin "1A Pharma" 50 mg/850 mg Filmtabl.	G	A10BD08	178
IND	Vildagliptin/Metformin "1A Pharma" 50 mg/1000 mg Filmtabl.	G	A10BD08	178
IND	Vildagliptin/Metformin "Genericon" 50 mg/850 mg Filmtabl. .	G	A10BD08	178
IND	Vildagliptin/Metformin "Genericon" 50 mg/1000 mg Filmtabl.	G	A10BD08	178
IND	Vildagliptin/Metformin "Stada" 50 mg/850 mg Filmtabl.	G	A10BD08	178
IND	Vildagliptin/Metformin "Stada" 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.....	288
RE1	Vipdomet 12,5 mg/850 mg Filmtabl.....	Y	A10BD13	382
RE1	Vipdomet 12,5 mg/1000 mg Filmtabl.....	Y	A10BD13	382
RE1	Vipidia 12,5 mg Filmtabl.	Y	A10BH04	386
RE1	Vipidia 25 mg Filmtabl.	Y	A10BH04	386
RE2	Viramune 400 mg Retardtabl.	Y	J05AG01	465
RE2	Viramune 200 mg Tabl.	Y	J05AG01	465
RE2	Viramune 50 mg/5 ml Susp. zum Einnehmen	Y	J05AG01	465
RE2	Viread 245 mg Filmtabl.	Y	J05AF07	464
IND	ViroMed 200 mg Tabl.	G	J05AB01	261

KASS	Bezeichnung	Box	ATC	Seite
IND	ViroMed 400 mg Tabl.	G	J05AB01.....	261
IND	ViroMed 800 mg Tabl.	G	J05AB01.....	262
	Viropel 500 mg Filmtabl.	G	J05AB11.....	262
	Viropel 1000 mg Filmtabl.	G	J05AB11.....	262
RE2	Vistagan Liquifilm unkonserviert 0,5 % Augentropf.	Y	S01ED03.....	597
RE1	Vitrakvi 25 mg Hartkaps. PM	Y	L01EX12.....	490
RE1	Vitrakvi 100 mg Hartkaps. PM	Y	L01EX12.....	491
RE1	Vitrakvi 20 mg/ml Lsg. zum Einnehmen PM	Y	L01EX12.....	490
	Vobaderm 1 mg/g + 20 mg/g Creme	G	D01AC20.....	230
RE1	Vocabria 600 mg Depot-Inj.susp. PM	Y	J05AJ04.....	468
RE1	Vocabria 30 mg Filmtabl. PM	Y	J05AJ04.....	468
	Volon 4 mg Tabl.	G	H02AB08.....	247
	Volon 8 mg Tabl.	G	H02AB08.....	247
	Volon A 10 mg Kristallsusp. Amp.	G	H02AB08.....	248
	Volon A 40 mg Kristallsusp. Amp.	G	H02AB08.....	248
	Volon A 40 mg Kristallsusp. Spritzamp.	G	H02AB08.....	248
	Volon A 80 mg Kristallsusp. Spritzamp.	G	H02AB08.....	248
	Volon A Creme antibiotikafrei	G	D07AB09.....	234
	Volon A Haftsalbe	G	A01AC01.....	163
	Volon A Salbe antibiotikafrei	G	D07AB09.....	234
	Volon A Tinktur	G	D07XB02.....	236
	Voltaren Amp.	G	M01AB05.....	285
	Voltaren 50 mg Filmtabl.	G	M01AB05.....	285
	Voltaren rapid 50 mg Drag.	G	M01AB05.....	285
	Voltaren retard 100 mg Filmtabl.	G	M01AB05.....	286
	Voltaren 50 mg Zäpf. f. Erw.	G	M01AB05.....	285
	Voltaren 100 mg Zäpf. f. Erw.	G	M01AB05.....	286
	Voltaren Emulgel-Gel	G	M02AA15.....	289
	Voltaren Ophtha Augentropf.	G	S01BC03.....	365
	Voltaren Ophtha Abak 1 mg/ml Augentropf.	G	S01BC03.....	365
RE1	Voriconazol "Accord" 50 mg Filmtabl.	Y	J02AC03.....	454
RE1	Voriconazol "Accord" 200 mg Filmtabl.	Y	J02AC03.....	455
RE1	Voriconazol "Aristo" 100 mg Filmtabl.	Y	J02AC03.....	454
RE1	Voriconazol "Aristo" 200 mg Filmtabl.	Y	J02AC03.....	455
RE1	Voriconazol "ratiopharm" 200 mg Filmtabl.	Y	J02AC03.....	455
RE1	Voriconazol "Sandoz" 200 mg Filmtabl.	Y	J02AC03.....	455
RE1	Voriconazol "Stada" 200 mg Filmtabl.	Y	J02AC03.....	455
RE1	VPRIV 400 E Plv. zur Herst. einer Inf.lsg.	Y	A16AB10.....	391
IND	Vyepti 100 mg Konz. zur Herst. einer Inf.lsg. PM	G	N02CD05.....	310
RE1	Vyndaqel 20 mg Weichkaps.	Y	N07XX08.....	579
RE1	Vyndaqel 61 mg Weichkaps. PM	Y	N07XX08.....	579
	Wellbutrin XR 150 mg Retardtabl.	G	N06AX12.....	344
	Wellbutrin XR 300 mg Retardtabl.	G	N06AX12.....	344
RE1	Wilate 500 IE FVIII und 500 IE VWF	Y	B02BD06.....	406
RE1	Wilate 1000 IE FVIII und 1000 IE VWF	Y	B02BD06.....	406
D	Winxoryl 50 mcg/g + 0,5 mg/g Creme	G	D05AX52.....	232
Au	Xalacom Augentropf.	G	S01ED51.....	367
Au	Xalatan Augentropf.	G	S01EE01.....	367
	Xanor 0,5 mg Tabl.	G	N05BA12.....	337
P	Xanor 1 mg Tabl.	G	N05BA12.....	337
IND	Xarelto 10 mg Filmtabl. PM	G	B01AF01.....	186
RE1	Xarelto 10 mg Filmtabl. PM	Y	B01AF01.....	398

KASS	Bezeichnung	Box	ATC	Seite
RE1	Xarelto 15 mg Filmtabl. (PM).....	Y	B01AF01	398
RE1	Xarelto 20 mg Filmtabl. (PM).....	Y	B01AF01	399
	Xefo 4 mg Filmtabl.	G	M01AC05	286
	Xefo 8 mg Filmtabl.	G	M01AC05	287
RE2	Xeljanz 5 mg Filmtabl. (PM).....	Y	L04AA29.....	513
RE2	Xeljanz 10 mg Filmtabl. (PM).....	Y	L04AA29.....	513
RE2	Xeljanz 11 mg Retardtabl. (PM).....	Y	L04AA29.....	514
	Xeloda 500 mg Filmtabl.....	G	L01BC06	264
IND	Xeplion 25 mg Depot-Inj.susp.	G	N05AX13	334
IND	Xeplion 50 mg Depot-Inj.susp.	G	N05AX13	334
IND	Xeplion 75 mg Depot-Inj.susp.	G	N05AX13	334
IND	Xeplion 100 mg Depot-Inj.susp.	G	N05AX13	335
IND	Xeplion 150 mg Depot-Inj.susp.	G	N05AX13	335
IND	Xgeva 120 mg Inj.lsg.....	G	M05BX04.....	293
	Xiclav 625 mg Filmtabl.	G	J01CR02	253
	Xiclav 1 g Filmtabl.	G	J01CR02	254
	Xiclav Quicktab 625 mg Tabl.....	G	J01CR02	253
	Xiclav Quicktab 1 g Tabl.....	G	J01CR02	254
F14	Xiclav 156,25 mg/5 ml Trockensaft	G	J01CR02	253
F14	Xiclav 312,5 mg/5 ml Trockensaft	G	J01CR02	253
F14	Xiclav duo 457 mg/5 ml Trockensaft	G	J01CR02	253
RE2	Xigduo 5 mg/850 mg Filmtabl. (PM).....	Y	A10BD15	382
RE2	Xigduo 5 mg/1000 mg Filmtabl. (PM).....	Y	A10BD15	382
RE1	Xolair 75 mg Inj.lsg. Fertigspr.....	Y	R03DX05.....	581
RE1	Xolair 150 mg Inj.lsg. Fertigspr.....	Y	R03DX05.....	582
IND	Xorox Augensalbe	G	S01AD03	364
RE1	Xtandi 40 mg Filmtabl. (PM).....	Y	L02BB04.....	499
	Xylocain 2 % Amp.	G	N01BB02	293
	Xylocain Gel	G	N01BB02	293
	Xyloneural Amp.	G	N01BB02	293
	Xyzall 5 mg Filmtabl.	G	R06AE09	363
	Yaldigo 1600 mg Tabl. mit veränderter Wirkstofffreisetzung	G	A07EC02	173
	Yellox 0,9 mg/ml Augentropf., Lsg.	G	S01BC11	365
	Yomogi Kaps.	G	A07FA02	173
IND	Yuflyma 40 mg Inj.lsg. Fertipgen.....	G	L04AB04.....	277
IND	Yuflyma 40 mg Inj.lsg. Fertigspr.....	G	L04AB04.....	277
IND	Zaditen 0,025 % Augentropf.....	G	S01GX08.....	368
IND	Zaditen Ophtha Abak 0,25 mg/ml Augentropf.....	G	S01GX08.....	369
	Zanidip 10 mg Filmtabl.	G	C08CA13.....	210
	Zanidip 20 mg Filmtabl.	G	C08CA13.....	210
	Zanipril 10 mg/10 mg Filmtabl.....	G	C09BB02	215
	Zanipril 20 mg/10 mg Filmtabl.....	G	C09BB02	216
	Zarzio 30 Mio E/0,5 ml Inj.-/Inf.lsg. Fertigspr.....	G	L03AA02.....	272
	Zarzio 48 Mio E/0,5 ml Inj.-/Inf.lsg. Fertigspr.....	G	L03AA02.....	272
RE2	Zavedos 5 mg Kaps.	Y	L01DB06	476
RE2	Zavedos 10 mg Kaps.	Y	L01DB06	477
RE1	Zavesca 100 mg Hartkaps.	Y	A16AX06	392
RE2	Zeffix 100 mg Filmtabl.	Y	J05AF05	461
RE1	Zejula 100 mg Filmtabl. (PM).....	Y	L01XK02.....	496
RE1	Zelboraf 240 mg Filmtabl. (PM).....	Y	L01EC01	479
	Zeldox 20 mg Hartkaps.	G	N05AE04	323
	Zeldox 40 mg Hartkaps.	G	N05AE04	323

KASS	Bezeichnung	Box	ATC	Seite
	Zeldox 60 mg Hartkaps.	G	N05AE04.....	323
	Zeldox 80 mg Hartkaps.	G	N05AE04.....	323
RE1	Zeposia 0,23 mg, 0,46 mg Hartkaps. Starterpackung (PM)	Y	L04AA38.....	517
RE1	Zeposia 0,92 mg Hartkaps. (PM)	Y	L04AA38.....	517
RE2	Ziagen 300 mg Filmtabl.	Y	J05AF06.....	461
RE2	Ziagen 20 mg/ml Lsg. zum Einnehmen	Y	J05AF06.....	461
	Ziextenzo 6 mg Inj.Lsg. Fertigspr.	G	L03AA13.....	272
	Zindaclin 1 % Gel	G	D10AF01.....	237
	Zinnat 250 mg Filmtabl.	G	J01DC02.....	254
	Zinnat 500 mg Filmtabl.	G	J01DC02.....	254
	Ziprasidon "Krka" 20 mg Hartkaps.	G	N05AE04.....	323
	Ziprasidon "Krka" 40 mg Hartkaps.	G	N05AE04.....	323
	Ziprasidon "Krka" 60 mg Hartkaps.	G	N05AE04.....	323
	Ziprasidon "Krka" 80 mg Hartkaps.	G	N05AE04.....	323
	Ziprasidon "Stada" 20 mg Hartkaps.	G	N05AE04.....	323
	Ziprasidon "Stada" 40 mg Hartkaps.	G	N05AE04.....	323
	Ziprasidon "Stada" 60 mg Hartkaps.	G	N05AE04.....	323
	Ziprasidon "Stada" 80 mg Hartkaps.	G	N05AE04.....	323
	Ziprasidon "Viatrix" 20 mg Hartkaps.	G	N05AE04.....	323
	Ziprasidon "Viatrix" 40 mg Hartkaps.	G	N05AE04.....	323
	Ziprasidon "Viatrix" 60 mg Hartkaps.	G	N05AE04.....	323
	Ziprasidon "Viatrix" 80 mg Hartkaps.	G	N05AE04.....	323
	Zithromax 500 mg Filmtabl.	G	J01FA10.....	257
F14	Zithromax 200 mg/5 ml Trockensaft.	G	J01FA10.....	256
	Zocord 20 mg Filmtabl.	G	C10AA01.....	224
IND	Zofran 4 mg Filmtabl.	G	A04AA01.....	169
IND	Zofran 8 mg Filmtabl.	G	A04AA01.....	170
IND	Zofran Zydis 4 mg Tabl.	G	A04AA01.....	169
IND	Zofran Zydis 8 mg Tabl.	G	A04AA01.....	170
IND	Zofran Lsg. zum Einnehmen	G	A04AA01.....	169
IND	Zoladex Depot 3,6 mg Implantat	G	L02AE03.....	269
IND	Zoladex Depot 10,8 mg Implantat	G	L02AE03.....	269
	Zoldem 10 mg Filmtabl.	G	N05CF02.....	337
IND	Zoledronsäure "Accord" 4 mg/5 ml Konz. zur Herst. einer Inf.lsg.	G	M05BA08.....	292
IND	Zoledronsäure "Fresenius Kabi" 4 mg/5 ml Konz. zur Herst. einer Inf.lsg.	G	M05BA08.....	293
IND	Zoledronsäure "Sandoz" 4 mg/100 ml Inf.lsg.	G	M05BA08.....	293
IND	Zoledronsäure "Stada" 5 mg/100 ml Inf.lsg.	G	M05BA08.....	293
IND	Zolmitriptan "1A Pharma" 2,5 mg Filmtabl.	G	N02CC03.....	308
IND	Zolmitriptan "1A Pharma" 2,5 mg Schmelztabl.	G	N02CC03.....	308
IND	Zolmitriptan "Sandoz" 2,5 mg Schmelztabl.	G	N02CC03.....	308
IND	Zolmitriptan "Stada" 2,5 mg Schmelztabl.	G	N02CC03.....	308
IND	Zolmitriptan "Stada" 5 mg Schmelztabl.	G	N02CC03.....	308
IND	Zolmitriptan "Stada" 5 mg Tabl.	G	N02CC03.....	308
	Zolpidem "Hexal" Filmtabl.	G	N05CF02.....	337
	Zolpidem "ratiopharm" 10 mg Filmtabl.	G	N05CF02.....	337
IND	Zometa 4 mg/100 ml Inf.lsg.	G	M05BA08.....	293
IND	Zomig 2,5 mg Filmtabl.	G	N02CC03.....	308
IND	Zomig Rapimelt 2,5 mg Schmelztabl.	G	N02CC03.....	308
IND	Zomig 5 mg Nasenspray	G	N02CC03.....	308
RE2	Zonegran 25 mg Hartkaps.	Y	N03AX15.....	542

KASS	Bezeichnung	Box	ATC	Seite
RE2	Zonegran 50 mg Hartkaps.....	Y	N03AX15	542
RE2	Zonegran 100 mg Hartkaps.....	Y	N03AX15	542
IND	Zonisamid "Aristo" 25 mg Hartkaps.....	G	N03AX15	316
IND	Zonisamid "Aristo" 50 mg Hartkaps.....	G	N03AX15	316
IND	Zonisamid "Aristo" 100 mg Hartkaps.....	G	N03AX15	316
IND	Zoreeda 25 mcg/125 mcg pro Dosis Druckgasinh., Susp.....	G	R03AK06	354
IND	Zoreeda 25 mcg/250 mcg pro Dosis Druckgasinh., Susp.....	G	R03AK06	354
IND	Zovirax 200 mg Filmtabl.....	G	J05AB01	261
IND	Zovirax 400 mg/5 ml Saft	G	J05AB01	261
RE1	Zovirax 5 % Creme.....	Y	D06BB03	433
RE1	Zubsolv 1,4 mg/0,36 mg Sublingualtabl.....	Y	N07BC51	577
RE1	Zubsolv 2,9 mg/0,71 mg Sublingualtabl.....	Y	N07BC51	578
RE1	Zubsolv 5,7 mg/1,4 mg Sublingualtabl.....	Y	N07BC51	578
RE1	Zubsolv 8,6 mg/2,1 mg Sublingualtabl.....	Y	N07BC51	578
RE1	Zubsolv 11,4 mg/2,9 mg Sublingualtabl.....	Y	N07BC51	578
	Zurcal 20 mg Filmtabl.....	G	A02BC02	165
	Zurcal 40 mg Filmtabl.....	G	A02BC02	166
RE1	Zyclara 3,75 % Creme.....	Y	D06BB10	434
RE1	Zydelig 100 mg Filmtabl.....	Y	L01EM01	488
RE1	Zydelig 150 mg Filmtabl.....	Y	L01EM01	489
	Zyloric 100 mg Tabl.....	G	M04AA01	290
	Zyloric 300 mg Tabl.....	G	M04AA01	290
RE1	Zypadhera 300 mg Plv. und Lsgm. zur Herst. einer Depot-Inj.susp.....	Y	N05AH03.....	546
RE1	Zypadhera 405 mg Plv. und Lsgm. zur Herst. einer Depot-Inj.susp.....	Y	N05AH03.....	546
	Zyprexa 2,5 mg überzogene Tabl.....	G	N05AH03.....	324
	Zyprexa 5 mg überzogene Tabl.....	G	N05AH03.....	325
	Zyprexa 10 mg überzogene Tabl.....	G	N05AH03.....	326
	Zyprexa 15 mg überzogene Tabl.....	G	N05AH03.....	326
	Zyprexa Velotab 5 mg Schmelztabl.....	G	N05AH03.....	325
	Zyprexa Velotab 10 mg Schmelztabl.....	G	N05AH03.....	326
	Zyprexa VeloTab 15 mg Schmelztabl.....	G	N05AH03.....	326
	Zyrtec 10 mg Filmtabl.....	G	R06AE07	362
F14	Zyrtec 1 mg/ml orale Lsg.....	G	R06AE07	362
F14	Zyrtec 10 mg/ml Tropf.....	G	R06AE07	362
RE1	Zyvoxid 600 mg Filmtabl.....	Y	J01XX08.....	453

Verzeichnis der ATC-Codes

A	ALIMENTÄRES SYSTEM UND STOFFWECHSEL	163	375
A01	STOMATOLOGIKA	163	--
A02	MITTEL BEI SÄURE BEDINGTEN ERKRANKUNGEN	163	375
A03	MITTEL BEI FUNKTIONELLEN GASTROINTESTINALEN STÖRUNGEN	168	375
A04	ANTIEMETIKA UND MITTEL GEGEN ÜBELKEIT	169	--
A05	GALLEN- UND LEBERTHERAPIE	170	375
A06	MITTEL BEI VERSTOPFUNG	170	376
A07	ANTIDIARRHOIKA UND INTESTINALE ANTIPHLOGISTIKA/ANTIINFEKTIVA	171	377
A09	DIGESTIVA, INKL. ENZYME	174	--
A10	ANTIDIABETIKA	174	379
A11	VITAMINE	181	--
A12	MINERALSTOFFE	182	--
A14	ANABOLIKA ZUR SYSTEMISCHEN ANWENDUNG	183	--
A16	ANDERE MITTEL FÜR DAS ALIMENTÄRE SYSTEM UND DEN STOFFWECHSEL	183	390
B	BLUT UND BLUT BILDENDE ORGANE	183	393
B01	ANTITHROMBOTISCHE MITTEL	183	393
B02	ANTIHÄMORRHAGIKA	186	401
B03	ANTIANÄMIKA	186	409
B05	BLUTERSATZMITTEL UND PERFUSIONSLÖSUNGEN	194	417
B06	ANDERE HÄMATOLOGIKA	195	418
C	KARDIOVASKULÄRES SYSTEM	195	419
C01	HERZTHERAPIE	195	419
C02	ANTIHYPERTONIKA	198	422
C03	DIURETIKA	199	425
C04	PERIPHERE VASODILATATOREN	203	425
C05	VASOPROTEKTOREN	204	426
C07	BETA-ADRENOREZEPTOR-ANTAGONISTEN	205	--
C08	CALCIUMKANALBLOCKER	209	426
C09	MITTEL MIT WIRKUNG AUF DAS RENIN-ANGIOTENSIN-SYSTEM	211	426
C10	MITTEL, DIE DEN LIPIDSTOFFWECHSEL BEEINFLUSSEN	223	428
D	DERMATIKA	230	433
D01	ANTIMYKOTIKA ZUR DERMATOLOGISCHEN ANWENDUNG	230	--
D02	EMOLLIENTIA UND HAUTSCHUTZMITTEL	231	--
D03	ZUBEREITUNGEN ZUR BEHANDLUNG VON WUNDEN UND GESCHWÜREN	231	--
D04	ANTIPRURIGINOSA, INKL. ANTIHISTAMINIKA, ANÄSTHETIKA ETC.	232	--
D05	ANTIPSORIATIKA	232	--
D06	ANTIBIOTIKA UND CHEMOTHERAPEUTIKA ZUR DERMATOLOGISCHEN ANWENDUNG	233	433
D07	CORTICOSTEROIDE, DERMATOLOGISCHE ZUBEREITUNGEN	234	--
D08	ANTISEPTIKA UND DESINFEKTIONSMITTEL	236	434
D09	MEDIZINISCHE VERBÄNDE	--	435
D10	AKNEMITTEL	236	--
D11	ANDERE DERMATIKA	238	435

G	UROGENITALSYSTEM UND SEXUALHORMONE.....	238	442
G01	GYNÄKOLOGISCHE ANTIINFEKTIVA UND ANTISEPTIKA	238	--
G02	ANDERE GYNÄKOLOGIKA.....	239	--
G03	SEXUALHORMONE UND MODULATOREN DES GENITALSYSTEMS.....	240	442
G04	UROLOGIKA.....	242	444
H	SYSTEMISCHE HORMONPRÄPARATE, EXKL. SEXUALHORMONE UND INSULINE	245	446
H01	HYPOPHYSEN- UND HYPOTHALAMUSHORMONE UND ANALOGA.....	245	446
H02	CORTICOSTEROIDE ZUR SYSTEMISCHEN ANWENDUNG.....	246	--
H03	SCHILDDRÜSENTHERAPIE	248	--
H04	PANKREASHORMONE	250	451
H05	CALCIUMHOMÖOSTASE	250	452
J	ANTIINFEKTIVA ZUR SYSTEMISCHEN ANWENDUNG.....	251	453
J01	ANTIBIOTIKA ZUR SYSTEMISCHEN ANWENDUNG	251	453
J02	ANTIMYKOTIKA ZUR SYSTEMISCHEN ANWENDUNG.....	259	454
J04	MITTEL GEGEN MYKOBAKTERIEN.....	260	458
J05	ANTIVIRALE MITTEL ZUR SYSTEMISCHEN ANWENDUNG.....	261	458
J06	IMMUNSERA UND IMMUNGLOBULINE.....	--	473
L	ANTINEOPLASTISCHE UND IMMUNMODULIERENDE MITTEL	263	476
L01	ANTINEOPLASTISCHE MITTEL	263	476
L02	ENDOKRINE THERAPIE	268	499
L03	IMMUNSTIMULANZIEN.....	272	500
L04	IMMUNSUPPRESSIVA.....	273	506
M	MUSKEL- UND SKELETTSYSTEM.....	285	534
M01	ANTIPHLOGISTIKA UND ANTIRHEUMATIKA.....	285	534
M02	TOPISCHE MITTEL GEGEN GELENK- UND MUSKELSCHMERZEN	289	--
M03	MUSKELRELAXANZIEN.....	289	--
M04	GICHTMITTEL	290	535
M05	MITTEL ZUR BEHANDLUNG VON KNOCHENERKRANKUNGEN	291	538
M09	ANDERE MITTEL GEGEN STÖRUNGEN DES MUSKEL- UND SKELETTSYSTEMS	--	539
N	NERVENSYSTEM.....	293	540
N01	ANÄSTHETIKA	293	540
N02	ANALGETIKA	294	540
N03	ANTIEPILEPTIKA.....	310	541
N04	ANTIPARKINSONMITTEL	317	544
N05	PSYCHOLEPTIKA	322	545
N06	PSYCHOANALEPTIKA	337	546
N07	ANDERE MITTEL FÜR DAS NERVENSYSTEM.....	350	574

Gruppe	Bezeichnung	Seite G	Seite Y
P	ANTIPARASITÄRE MITTEL, INSEKTIZIDE UND REPELLENZIEN	351	580
P01	MITTEL GEGEN PROTOZOEN-ERKRANKUNGEN	351	--
P02	ANTHELMINTIKA	351	580
P03	MITTEL GEGEN EKTOPARASITEN, INKL. ANTISCABIOSA, INSEKTIZIDE	351	--
R	RESPIRATIONSTRAKT	352	580
R01	RHINOLOGIKA	352	--
R02	HALS- UND RACHENTHERAPEUTIKA	353	--
R03	MITTEL BEI OBSTRUKTIVEN ATEMWEGSERKRANKUNGEN ...	353	580
R05	HUSTEN- UND ERKÄLTUNGSPRÄPARATE	360	589
R06	ANTI-HISTAMINIKA ZUR SYSTEMISCHEN ANWENDUNG	362	--
R07	ANDERE MITTEL FÜR DEN RESPIRATIONSTRAKT	--	591
S	SINNESORGANE	364	597
S01	OPHTHALMIKA	364	597
S02	OTOLOGIKA	369	598
S03	OPHTHALMOLOGISCHE UND OTOLOGISCHE ZUBEREITUNGEN	369	--
V	VARIA	370	598
V01	ALLERGENE	370	--
V03	ALLE ÜBRIGEN THERAPEUTISCHEN MITTEL	370	598
V08	KONTRASTMITTEL	371	--

Verzeichnis der Wirkstoffe

Wirkstoff	Kombination	Verabreichung	Seite
Abacavir		Oral.....	461
.....	+	Oral.....	469ff
Abatacept		Par.....	509f
Abemaciclib		Oral.....	485f
Abirateron		Oral.....	271f
Abrocitinib.....		Oral.....	441
Acalabrutinib.....		Oral.....	488
Acamprosat		Oral.....	350
Acemetacin.....		Oral.....	286
Acenocoumarol		Oral.....	183
Acetazolamid.....		Oral.....	366
Acetylcystein.....		Oral.....	360f
Acetylsalicylsäure.....		Oral.....	185, 302
.....	+	Oral.....	229, 302
Aciclovir		Oral.....	261f
.....		Derm.....	433
.....		Oc.....	364
Acitretin		Oral.....	233
Acidiniumbromid		Inh.....	359
.....	+	Inh.....	356
Adalimumab		Par.....	275ff
Adapalen		Derm.....	236
Aescin.....		Oral.....	205
Afatinib		Oral.....	478f
Agalsidase alfa.....		Par.....	390
Agalsidase beta.....		Par.....	391
Albendazol.....		Oral.....	580
Alectinib.....		Oral.....	481
Alendronsäure		Oral.....	291f
Alfa1-Antitrypsin		Par.....	401
Alfacalcidol		Oral.....	181
Alfuzosin		Oral.....	244
Alirocumab		Par.....	430ff
Aliskiren		Oral.....	223
Alitretinoin.....		Oral.....	435f
Allopurinol.....		Oral.....	290
Alogliptin		Oral.....	386
.....	+	Oral.....	381f
Alprazolam		Oral.....	337
Alprostadil.....		Par.....	420
Amantadin		Oral.....	318
Ambrisentan		Oral.....	423f
Ambroxol		Oral.....	361
.....	+	Oral.....	361
Amidephrin		HNO.....	352
Amiodaron		Oral.....	195
Amisulprid.....		Oral.....	329f
Amitriptylin.....		Oral.....	337f
Amlodipin.....		Oral.....	209f
.....	+	Oral.....	211, 216, 221ff, 229
Amoxicillin		Oral.....	252
.....	+	Oral.....	253f

Wirkstoff	Kombination	Verabreichung	Seite
Amphotericin B		Oral.....	172
.....		HNO	163
Anagrelid		Oral.....	498
Anastrozol		Oral.....	270
Anti-D(rh)-Immunglobulin		Par	475
Apalutamid		Oral.....	500
Apixaban		Oral.....	399
Apomorphin		Par	544f
Apraclonidin.....		Oc.....	366
Apremilast		Oral.....	514f
Aprepitant		Oral.....	170
Aripiprazol		Par	334
.....		Oral.....	333f
Ascorbinsäure	+	Oral.....	302
Atazanavir		Oral.....	262, 459
Atenolol		Oral.....	206
.....	+	Oral.....	209
Ätherische Öle	+	Oral.....	242
Atomoxetin		Oral.....	549ff
Atorvastatin		Oral.....	225f
.....	+	Oral.....	228f
Atropin		Par	169
Avatrombopag		Oral.....	408
Azathioprin		Oral.....	278f
Azelainsäure.....		Derm.....	237
Azelastin.....		Oc.....	368
.....		HNO	352
.....	+	HNO	353
Azithromycin.....		Oral.....	256f
Bacitracin.....	+	Derm.....	233
Baclofen		Oral.....	289
Bakterienlysat.....	+	Oral.....	272f
Bambuterol		Oral.....	359
Baricitinib		Oral.....	516
BCG-Impfstoff.....		Ur.....	505
Beclometason.....		Inh	357
.....	+	Inh	355, 357
Belimumab		Par	510
Bemiparin		Par	184
Bempedoinsäure		Oral.....	432
.....	+	Oral.....	433
Benralizumab		Par	588
Benserazid	+	Oral.....	317
Benzoylperoxid.....		Derm.....	236
.....	+	Derm.....	237
Benzydamin.....		Vag	239
Benzylpenicillin-Benzathin.....		Par	252
Berotalstat		Oral.....	419
Betahistin.....		Oral.....	350

Wirkstoff	Kombination	Verabreichung	Seite
Betamethason		Par.....	246
.....		Oral.....	246
.....		Derm.....	234
.....		Oc.....	369
.....	+	Derm.....	232, 235f
.....	+	Oc.....	369
Betaxolol.....		Oc.....	366
Bethanechol		Oral.....	574
Bezafibrat		Oral.....	227
Bicalutamid.....		Oral.....	270
Bictegravir	+	Oral.....	471
Bimatoprost		Oc.....	368, 597
.....	+	Oc.....	367, 597
Bimekizumab.....		Par.....	532
Binimetinib.....		Oral.....	483
Biperiden		Par.....	317
.....		Oral.....	317
Birkenpollen.....		SL.....	370
Bisoprolol.....		Oral.....	206f
.....	+	Oral.....	209
Bosentan		Oral.....	422f
Brigatinib		Oral.....	481
Brimonidin		Oc.....	366
.....	+	Oc.....	367
Brinzolamid.....		Oc.....	366
.....	+	Oc.....	367
Brivudin		Oral.....	262
Brodalumab		Par.....	529
Bromazepam.....		Oral.....	336
Bromfenac		Oc.....	365
Brotizolam		Oral.....	337
Budesonid		Oral.....	172, 377f
.....		Rec.....	172
.....		Inh.....	357f
.....	+	Inh.....	355, 357
Bumetanid		Oral.....	200
Buprenorphin.....		Par.....	575f
.....		TD.....	299f
.....		SL.....	299f, 540, 575f
.....	+	SL.....	577f
Bupropion.....		Oral.....	344
Buserelin		Par.....	268
.....		Nas.....	268
Busulfan		Oral.....	263
Butizid.....	+	Oral.....	202
Butylscopolamin		Par.....	169
C1-Inhibitor aus Humanplasma.....		Par.....	418
Cabergolin		Oral.....	239, 321
Cabotegravir.....		Par.....	468
.....		Oral.....	468
Calcipotriol.....		Derm.....	232
.....	+	Derm.....	232

Wirkstoff	Kombination	Verabreichung	Seite
Calcitriol.....		Oral.....	181
Calcium (diverse Salze)		Par	182
.....		Oral.....	370
Calciumacetat.....		Oral.....	371
.....	+	Oral.....	371
Calciumcarbonat		Oral.....	182
.....	+	Oral.....	182
Calciumfolinat		Oral.....	371
Canakinumab		Par	528
Candesartan.....		Oral.....	218
.....	+	Oral.....	220ff
Cannabidiol		Oral.....	543
.....	+	SL	541
Capecitabin		Oral.....	264
Capsaicin.....		Derm.....	540
Carbamazepin		Oral.....	311
Carbidopa	+	Oral.....	317f
Cariprazin		Oral.....	335
Caroverin		Oral.....	375
Carvedilol		Oral.....	208
.....	+	Oral.....	209
Cefaclor		Oral.....	254f
Cefalexin		Oral.....	254
Cefixim		Oral.....	255
Cefpodoxim		Oral.....	255
Cefuroxim		Oral.....	254
Celecoxib.....		Oral.....	288, 534
Cenobamat.....		Oral.....	543f
Certolizumab pegol		Par	523
Cetirizin		Oral.....	362
Chlorambucil		Oral.....	263
Chloramphenicol		Oc.....	364
Chlorhexidin	+	Ur.....	294, 540
Chlorprothixen		Oral.....	323
Chlortalidon		Oral.....	200
.....	+	Oral.....	209
Chlortetracyclin.....	+	Derm.....	235
Choriongonadotropin alfa		Par	444
Ciclesonid.....		Inh	358
Ciclosporin.....		Oral.....	277
.....		Oc.....	369
Cilazapril.....		Oral.....	213
.....	+	Oral.....	215
Cimetidin		Oral.....	163f
Cinacalcet.....		Oral.....	250f
Ciprofloxacin.....		Oral.....	257f
.....		Oc.....	364
.....		HNO	598
.....	+	HNO	369
Citalopram		Par	339
.....		Oral.....	338f
Cladribin		Oral.....	517

Wirkstoff	Kombination	Verabreichung	Seite
Clarithromycin		Oral.....	256
Clavulansäure	+	Oral.....	253f
Clenbuterol	+	Oral.....	361
Clindamycin		Oral.....	257
.....		Vag	238
.....		Derm.....	237
Clobazam		Oral.....	336
Clobetasol		Derm.....	235
Clodronsäure		Oral.....	291
Clomifen		Oral.....	241
Clomipramin		Oral.....	337
Clonazepam		Oral.....	311
Clonidin		Par	198
.....		Oral.....	198
Clodidogrel		Oral.....	184f
Clotrimazol		Derm.....	230
Clozapin		Oral.....	324
Cobicistat.....	+	Oral.....	470f
Cobimetinib		Oral.....	483
Codein	+	Oral.....	361
Colchicin		Oral.....	291
Colecalciferol.....		Oral.....	181
.....	+	Oral.....	182
Colesevelam.....		Oral.....	428
Colestyramin		Oral.....	227
Conestat alfa		Par	418
Cromoglicinsäure		Oc.....	368
.....		HNO	352
Cyanocobalamin.....	+	Oral.....	181f, 286
Cyclophosphamid.....		Oral.....	263
Cyproteron.....		Oral.....	241
.....	+	Oral.....	444
Dabigatran etexilat		Oral.....	397f
Dabrafenib.....		Oral.....	480
Dalteparin		Par	183, 393
Danaparoid.....		Par	394
Dapagliflozin.....		Oral.....	389
.....	+	Oral.....	382, 384
Darbepoetin alfa		Par	192ff, 414ff
Darolutamid		Oral.....	500
Darunavir.....		Oral.....	262, 460
Dasatinib		Oral.....	265f
Deferasirox.....		Oral.....	370
Deferipron.....		Oral.....	598
Deferoxamin		Par	370
Degarelix		Par	271
Denosumab		Par	293, 538
Dequalinium		HNO	353
Desloratadin		Oral.....	363
Desmopressin		Oral.....	450
.....		Nas	245
.....		SL	449f

Wirkstoff	Kombination	Verabreichung	Seite
Deucravacitinib		Oral.....	522
Dexamethason		Par	246f
.....		Oral.....	246
.....		Oc.....	364
.....	+	Ur.....	243
.....	+	Derm.....	236
.....	+	Oc.....	365
Dexibuprofen		Oral.....	288
Dexpanthenol	+	Derm.....	204, 426
Diazepam		Par	336
.....		Oral.....	336
.....		Rec	336
Diclofenac.....		Par	285
.....		Oral.....	285f
.....		Rec	285f
.....		Derm.....	238, 289
.....		Oc.....	365
.....	+	Par	534
.....	+	Oral.....	286
Dienogest		Oral.....	240
.....	+	Oral.....	241
Diflucortolon		Derm.....	234
.....	+	Derm.....	230
Dihydrocodein		Oral.....	297, 361
Dihydroergotamin		Nas	307
Diltiazem.....		Oral.....	211
Dimenhydrinat	+	Oral.....	362
.....	+	Rec	362
Dimethylfumarat		Oral.....	533
Dimeticon		Oral.....	168
Diphenhydramin		Par	362
.....		Oral.....	362
.....		Rec	362
.....		Derm.....	232
.....	+	Ur.....	294, 540
.....	+	Derm.....	236
.....	+	Oc.....	368
.....	+	HNO	352
Dolutegravir		Oral.....	467
.....	+	Oral.....	471
Domperidon.....		Oral.....	169
Donepezil		Oral.....	347f, 553ff
Doravirin		Oral.....	466
.....	+	Oral.....	471
Dornase alfa (Desoxyribonuclease)		Inh	589
Dorzolamid		Oc.....	366
.....	+	Oc.....	367, 597
Doxazosin.....		Oral.....	198f
Doxycyclin		Par	251
.....		Oral.....	251
Dronedaron		Oral.....	196
Dulaglutid		Par	387

Wirkstoff	Kombination	Verabreichung	Seite
Duloxetine		Oral.....	346
Dupilumab		Par	436ff, 440
Dutasterid		Oral.....	244
.....	+	Oral.....	244
Dydrogesteron		Oral.....	240
.....	+	Oral.....	241
Econazol.....		Vag	239
.....		Derm.....	230
.....	+	Derm.....	230
Edoxaban		Oral.....	400f
Efavirenz		Oral.....	466
.....	+	Oral.....	470
Eisen(II)fumarat		Oral.....	186
.....	+	Oral.....	186
Eisen(II)gluconat		Oral.....	186
Eisen(II)sulfat		Oral.....	186
.....	+	Oral.....	186f
Eisen III		Par	408f
Elektrolyte.....		Par.....	194, 417
.....	+	Par	194, 417f
.....	+	Oral.....	172
Eletriptan		Oral.....	308
Elexacaftor	+	Oral.....	596
Eliglustat		Oral.....	392
Eltrombopag		Oral.....	407f
Elvitegravir.....	+	Oral.....	470f
Emicizumab		Par	408
Empagliflozin		Oral.....	390
.....	+	Oral.....	383
Emtricitabin		Oral.....	464
.....	+	Oral.....	469ff
Enalapril		Oral.....	211f
.....	+	Oral.....	214ff
Encorafenib		Oral.....	480
Enoxaparin		Par	183f, 394
Entacapon		Oral.....	322
.....	+	Oral.....	318
Entecavir		Oral.....	464f
Entrectinib		Oral.....	491f
Enzalutamid.....		Oral.....	499
Enzyme (Lipase, Protease etc.)	+	Oral.....	174
Ephedrin	+	HNO	352
Epinastin.....		Oc.....	369
Epinephrin		Par	419
Eplerenon		Oral.....	201f
Eprosartan		Oral.....	217
.....	+	Oral.....	219
Eptinezumab		Par	310
Erenumab		Par	309
Erlotinib		Oral.....	477f
Erythromycin		Par	256
Erythropoietin		Par	187ff, 409ff

Wirkstoff	Kombination	Verabreichung	Seite
Escherichia coli		Oral.....	379, 444
Escitalopram.....		Oral.....	341ff
Esomeprazol		Oral.....	167f, 375
.....	+	Oral.....	288
Estradiol		Oral.....	240
.....		Vag	239
.....		TD.....	239
.....	+	Oral.....	240f, 246
Estriol		Oral.....	240
.....		Vag	240
Etanercept		Par	273f
Ethambutol		Oral.....	261
Ethinylestradiol.....	+	Oral.....	444
Ethosuximid.....		Oral.....	311
Etilefrin		Oral.....	196
Etofenamat		Par	288
.....		Derm.....	289
Etoricoxib.....		Oral.....	534f
Etravirin		Oral.....	466
Everolimus.....		Oral.....	266, 507
Evolocumab.....		Par	429
Exemestan		Oral.....	270
Ezetimib.....		Oral.....	227f
.....	+	Oral.....	228f, 433
Faktor-VIII-Inhibitor bypass Aktivität.....		Par	404
Famciclovir		Oral.....	262
Famotidin.....		Oral.....	164
Febuxostat.....		Oral.....	290f, 535ff
Felbamat		Oral.....	542
Felodipin		Oral.....	210
Fenfluramin		Oral.....	544
Fenofibrat		Oral.....	227
.....	+	Oral.....	228
Fenoterol		Inh	353
.....	+	Inh	356
Fentanyl.....		TD.....	297ff
Fenticonazol		Vag	239
.....		Derm.....	230
Fexofenadin.....		Oral.....	363
Filgotinib		Oral.....	520f
Filgrastim.....		Par	272
Finasterid.....		Oral.....	244
Finerenon		Oral.....	425
Fingolimod		Oral.....	511f
Flavonoidfraktion	+	Oral.....	204
Flecainid		Oral.....	195
Fluconazol		Oral.....	259f, 454
Fludrocortison.....		Oral.....	246
Fluocinolonacetonid	+	HNO	369
Fluorouracil.....		Derm.....	264
.....	+	Derm.....	476
Fluoxetin		Oral.....	338

Wirkstoff	Kombination	Verabreichung	Seite
Flupentixol		Par.....	323
.....		Oral.....	323
.....	+	Oral.....	347
Flupredniden		Derm.....	234
.....	+	Derm.....	230, 235
Fluticason		HNO	352
.....		Inh	358
.....	+	HNO	353
.....	+	Inh	354ff
Fluticasonfuroat.....		HNO	353
.....	+	Inh	355, 357
Fluvastatin		Oral.....	225
Fluvoxamin		Oral.....	341
Follitropin alfa		Par	443
Follitropin beta.....		Par	444
Folsäure		Oral.....	187
.....	+	Oral.....	186f
Fondaparinux		Par	401
Formoterol		Inh	354
.....	+	Inh	355ff
Fosamprenavir		Oral.....	459
Fosfomycin		Oral.....	259
Fosinopril		Oral.....	213f
.....	+	Oral.....	215
Fremanezumab		Par.....	310
Frovatriptan		Oral.....	308
Fulvestrant.....		Par	269
Furosemid		Par	200
.....		Oral.....	200
.....	+	Oral.....	202
Fusidinsäure.....		Oral.....	259
.....		Derm.....	233
.....		Oc	364
.....	+	Derm.....	235
Gabapentin		Oral.....	303ff
Galantamin		Oral.....	349, 564ff
Galcanezumab		Par	309
Gamma-Hydroxybuttersäure		Oral.....	578
Gefitinib		Oral.....	266, 477
Gemfibrozil		Oral.....	227
Gentamicin		Derm.....	233
.....		Oc.....	364
.....	+	Derm.....	235
.....	+	Oc	365
Gerbstoff (synth.).....		Derm.....	232
Gerinnungsfaktor VII		Par	406
Gerinnungsfaktor VIII		Par	402ff
.....	+	Par	406
Gerinnungsfaktor IX		Par	404f
Gerinnungsfaktor XIII		Par	406
Gimeracil	+	Oral.....	476
Ginkgoblatt		Oral.....	349f

Wirkstoff	Kombination	Verabreichung	Seite
Glatirameracetat.....		Par.....	505
Glecaprevir.....	+	Oral.....	469
Gliclazid.....		Oral.....	176f
Glimepirid.....		Oral.....	177
.....	+	Oral.....	380
Gliquidon.....		Oral.....	176
Glucagon.....		Par.....	250
.....		Nas.....	451
Glucose.....		Par.....	417
.....	+	Oral.....	172
Glyceroltrinitrat.....		SL.....	196
Glycopyrroniumbromid.....		Inh.....	359
.....	+	Inh.....	356f
Golimumab.....		Par.....	524ff
Gonadorelin.....		Par.....	450
.....		Nas.....	245
Goserelin.....		Par.....	269
Granisetron.....		Oral.....	170
Gräserpollen.....		SL.....	369f
Guaifenesin.....	+	Oral.....	361
Guselkumab.....		Par.....	530
Haloperidol.....		Par.....	322
.....		Oral.....	322
Hamamelis.....	+	Derm.....	232
Harnstoff.....	+	Derm.....	231
Hausstaubmilben.....		Oral.....	370
.....		SL.....	370
Heparin.....		Derm.....	204
.....	+	Derm.....	204, 426
Hepatitis B-Immunglobulin.....		Par.....	475
Hexakalium-hexanatrium-trihydrogen-pentacitrat.....		Oral.....	242
Hexetidid.....	+	Derm.....	236
Humanes menopausales Gonadotrophin.....		Par.....	443
Hydrochlorothiazid.....		Oral.....	199
.....	+	Oral.....	202, 208f, 214ff, 219ff, 223
Hydrocortison.....		Oral.....	248
.....		Derm.....	234
.....		Oc.....	365
Hydromorphon.....		Oral.....	295f
Hydroxocobalamin.....		Par.....	187
Hydroxycarbamid.....		Oral.....	497
Hydroxyprogesteron.....		Par.....	240
Hydroxypropylmethylcellulose.....		Oc.....	369
Hydroxyzin.....		Oral.....	337
Ibandronsäure.....		Par.....	292
.....		Oral.....	292
Ibrutinib.....		Oral.....	487f
Ibuprofen.....		Oral.....	287
.....		Derm.....	289
Icatibant.....		Par.....	195, 418

Idarubicin.....		Oral.....	476f
Idelalisib.....		Oral.....	488f
Iloprost.....		Par.....	395
.....		Inh.....	395
Imatinib.....		Oral.....	264f
Imidapril.....		Oral.....	214
Imiglucerase.....		Par.....	390
Imiquimod.....		Derm.....	434
Immunglobuline, normal human, zur extravasalen Anwendung.....		Par.....	472f
Immunglobuline, normal human, zur intravasalen Anwendung.....		Par.....	473f
Immuncyanin.....		Par.....	505
Inclisiran.....		Par.....	433
Indacaterol.....	+	Inh.....	356f
Indapamid.....		Oral.....	200
.....	+	Oral.....	211
Indometacin.....		Oral.....	285
Infliximab.....		Par.....	275
Inotersen.....		Par.....	580
Insulin (human).....		Par.....	174f
Insulin aspart.....		Par.....	174f
Insulin degludec.....		Par.....	380
Insulin detemir.....		Par.....	379
Insulin glargin.....		Par.....	175, 379
Insulin glulisin.....		Par.....	174
Insulin lispro.....		Par.....	174f
Interferon beta-1a.....		Par.....	501f
Interferon beta-1b.....		Par.....	503
Interferon gamma.....		Par.....	500
Iopamidol.....		Par.....	371
Ipratropiumbromid.....		HNO.....	353
.....		Inh.....	358
.....	+	Inh.....	356, 580
Irbesartan.....		Oral.....	217
.....	+	Oral.....	220
Isoconazol.....		Derm.....	230
.....	+	Derm.....	230
Isoniazid.....	+	Oral.....	261
Isosorbidmononitrat.....		Oral.....	196
Isotretinoin.....		Oral.....	237
Itraconazol.....		Oral.....	260, 454
Ivabradin.....		Oral.....	197
Ivacaftor.....		Oral.....	590ff
.....	+	Oral.....	593ff
Ivermectin.....		Oral.....	351
Ixekizumab.....		Par.....	530
Kalium (diverse Salze in Kombination)....	+	Oral.....	182
Kalium-4-aminobenzoat.....		Oral.....	441
Kaliumchlorid.....		Oral.....	182
Kaliumiodid.....		Oral.....	250
.....	+	Oral.....	249

Wirkstoff	Kombination	Verabreichung	Seite
Ketoconazol.....		Derm.....	230
Ketoprofen.....		Oral.....	287f
Ketorolac.....		Oc.....	365
Ketotifen.....		Oc.....	368f
Kollagenase.....		Derm.....	231
Lacosamid.....		Oral.....	316f
Lactitol.....		Oral.....	171
Lactobacillus.....		Oral.....	173
.....		Vag.....	239
Lactulose.....		Oral.....	171
Lamivudin.....		Oral.....	460f
.....	+	Oral.....	469ff
Lamotrigin.....		Oral.....	312ff
Lanadelumab.....		Par.....	419
Lanreotid.....		Par.....	451
Lansoprazol.....		Oral.....	166f
Lanthan(III)-carbonat.....		Oral.....	599
Larotrectinib.....		Oral.....	490f
Latanoprost.....		Oc.....	367, 597
.....	+	Oc.....	367, 597
Lebertran.....	+	Derm.....	231
Leflunomid.....		Oral.....	273
Lenalidomid.....		Oral.....	279ff
Lenvatinib.....		Oral.....	267
Lercanidipin.....		Oral.....	210
.....	+	Oral.....	215f
Letrozol.....		Oral.....	270
Leuprorelin.....		Par.....	268
Levetiracetam.....		Oral.....	315f
Levobunolol.....		Oc.....	597
Levocabastin.....		Oc.....	368
.....		HNO.....	352
Levocetirizin.....		Oral.....	363
Levodopa.....	+	Oral.....	317f
Levofloxacin.....		Oral.....	258
Levomepromazin.....		Oral.....	322, 545
Levomethadon.....		Oral.....	577
Levothyroxin-Natrium.....		Oral.....	248f
.....	+	Oral.....	249
Lidocain.....		Par.....	293
.....		Ur.....	293
.....	+	Ur.....	243, 294, 540
Linaclotid.....		Oral.....	377
Linagliptin.....		Oral.....	386
.....	+	Oral.....	381ff
Linezolid.....		Oral.....	453
Liothyronin-Natrium.....	+	Oral.....	249
Lipegfilgrastim.....		Par.....	272
Liraglutid.....		Par.....	387
Lisinopril.....		Oral.....	212
.....	+	Oral.....	214ff
Lithium.....		Oral.....	330

Wirkstoff	Kombination	Verabreichung	Seite
Loperamid		Oral.....	172
Lopinavir	+	Oral.....	470
Loratadin		Oral.....	363
Lorazepam		Oral.....	336
Lorlatinib		Oral.....	482
Lornoxicam		Oral.....	286f
Losartan		Oral.....	216f
.....	+	Oral.....	219
Loteprednol		Oc.....	365
Lumacaftor	+	Oral.....	593f
Lymecyclin.....		Oral.....	251
Lynestrenol.....		Oral.....	240
Macitentan.....		Oral.....	424
Macrogol.....		Oral.....	171
.....	+	Oral.....	171
Magnesium.....		Oral.....	182
Magnesiumcarbonat.....	+	Oral.....	371
Maprotilin.....		Oral.....	338
Maraviroc.....		Oral.....	472
Mebendazol.....		Oral.....	351
Mebeverin.....		Oral.....	168
Mecasermin.....		Par.....	449
Medroxyprogesteron.....		Oral.....	268
Mefenaminsäure.....		Oral.....	288
.....		Rec.....	288
Melitracen.....	+	Oral.....	347
Meloxicam.....		Par.....	287
.....		Oral.....	287
Melperon.....		Oral.....	322
Melphalan.....		Oral.....	263
Memantin.....		Oral.....	349, 569ff
Mepivacain.....		Par.....	293f
Mepolizumab.....		Par.....	584ff
Mercaptopurin.....		Oral.....	264
Mesalazin.....		Oral.....	173, 378
.....		Rec.....	173, 378
Mesna.....		Oral.....	600
Metamizol-Natrium.....		Par.....	303
.....		Oral.....	302f
Metformin.....		Oral.....	176
.....	+	Oral.....	177f, 380ff
Methadon.....		Oral.....	576f
Methotrexat.....		Par.....	279
.....		Oral.....	279
Methoxsalen.....		Oral.....	232
Methyldopa (linksdrehend).....		Oral.....	198
Methylnaltrexon bromid.....		Par.....	376
Methylphenidat.....		Oral.....	346f, 546ff
Methylprednisolon.....		Par.....	247
.....		Oral.....	247
Methylprednisolonaceponat.....		Derm.....	235
Metildigoxin.....		Oral.....	195

Wirkstoff	Kombination	Verabreichung	Seite
Metoclopramid		Par	169
.....		Oral	169
Metoprolol		Oral	205f
.....	+	Oral	208
Metronidazol		Oral	351
.....		Derm	233
Mianserin		Oral	343
Miconazol		Oral	163
.....		Derm	230
.....	+	Derm	230, 237
Migalastat		Oral	393
Miglustat		Oral	391f
Milnacipran		Oral	345
Minocyclin		Oral	251
Mirabegron		Oral	243
Mirtazapin		Oral	343f
Misoprostol		Oral	164
.....	+	Oral	286
Mitotan		Oral	497
Moclobemid		Oral	343
Modafinil		Oral	549
Molsidomin		Oral	196
Mometason		Derm	234f
.....		HNO	352
.....	+	HNO	353
.....	+	Inh	356f
Montelukast		Oral	360
Morphin		Par	294f
.....		Oral	294f, 574f
Moxifloxacin		Oral	258
Moxonidin		Oral	198
Mycophenolsäure		Oral	273, 506
Nadroparin		Par	184, 394
Naloxegol		Oral	376
Naloxon	+	SL	577f
Naltrexon		Oral	350
Nandrolon		Par	183
Naphazolin		Oc	368
.....		HNO	352
.....	+	Oc	368
.....	+	HNO	352
Naproxen		Oral	287
.....	+	Oral	288
Natalizumab		Par	508f
Natriumfluorid	+	HNO	163
Natriumhydrogencarbonat		Oral	163
Natriumpicosulfat		Oral	170
Natriumzirconiumcyclosilicat		Oral	600
Nebennierenextrakt	+	Derm	289
Nebivolol		Oral	207
.....	+	Oral	209

Wirkstoff	Kombination	Verabreichung	Seite
Neomycin	+	Derm.....	233
.....	+	Oc.....	369
Nevirapin		Oral.....	465
Nicergolin		Oral.....	204
Nicorandil		Oral.....	196f
Nimodipin		Oral.....	426
Nintedanib		Oral.....	489
Niraparib		Oral.....	496
Nitrazepam		Oral.....	337
Nitrendipin	+	Oral.....	216
Nitrofurantoin		Oral.....	259
Norethisteron	+	Oral.....	240f, 246
Norfloxacin		Oral.....	258
Nystatin		Oral.....	171, 377
.....		Derm.....	230
Obeticholsäure		Oral.....	375f
Ocrelizumab		Par.....	516
Octenidin	+	Derm.....	434
Octreotid		Par.....	245, 450f
Ofatumumab.....		Par.....	522
Ofloxacin		Oc.....	364
Olanzapin		Par.....	546
.....		Oral.....	324ff
Olaparib		Oral.....	493, 495
Olodaterol	+	Inh.....	356
Olopatadin		Oc.....	369
.....	+	HNO.....	353
Omalizumab		Par.....	581f
Omeprazol.....		Oral.....	164f
.....	+	Oral.....	286
Ondansetron.....		Oral.....	169f
Opicapon		Oral.....	322
Opipramol.....		Oral.....	546
Ornithinaspartat.....		Oral.....	376
Orphenadrin	+	Par.....	534
.....	+	Oral.....	289
Osetamivir		Oral.....	467
Osimertinib		Oral.....	479
Oteracil	+	Oral.....	476
Oxazepam		Oral.....	336
Oxcarbazepin		Oral.....	311f
Oxerutin		Oral.....	204
Oxybutynin		Oral.....	242
.....		Ur.....	242
Oxycodon		Oral.....	296f
Ozanimod		Oral.....	517
Palbociclib		Oral.....	483f
Paliperidon		Par.....	334f
.....		Oral.....	334
Palivizumab		Par.....	475
Pamidronsäure		Par.....	291
Pantoprazol		Oral.....	165f

Wirkstoff	Kombination	Verabreichung	Seite
Paracetamol		Oral.....	303
.....		Rec	303
.....	+	Oral.....	289
Paromomycin		Oral.....	171
Paroxetin		Oral.....	339f
Patiromer Calcium.....		Oral.....	599f
Pegfilgrastim.....		Par	272
Peginterferon alfa-2a.....		Par	503f
Peginterferon beta-1a.....		Par	504
Pentoxifyllin		Oral.....	203f
Perampanel		Oral.....	542f
Perchlorate		Oral.....	250
Permethrin.....		Derm.....	351
Pethidin		Par	297
Phenoxybenzamin.....		Oral.....	425
Phenoxymethylpenicillin.....		Oral.....	252
Phenoxymethylpenicillin-Benzathin.....		Oral.....	253
Phenprocoumon		Oral.....	183
Phenytoin		Oral.....	311
Phytomenadion		Par	186, 402
Pibrentasvir	+	Oral.....	469
Pilocarpin.....		Oc.....	366
Pimecrolimus.....		Derm.....	238
Pioglitazon.....		Oral.....	178f
.....	+	Oral.....	380f
Pirfenidon		Oral.....	284, 532
Piritramid		Par	299
Piroxicam.....		Oral.....	286
Pivmecillinam		Oral.....	252
Podophyllotoxin		Derm.....	233
Polidocanol.....	+	Derm.....	231, 238
Polystyrolsulfonat		Oral.....	371
Ponesimod		Oral.....	521
Posaconazol.....		Oral.....	456ff
Povidon-Iod		Vag	239
.....		Derm.....	236, 435
Pramipexol		Oral.....	319ff
Prasugrel		Oral.....	185
Pravastatin		Oral.....	224
Prednisolon		Oral.....	247
.....		Rec	204
.....		Derm.....	204
.....		Oc.....	365
Prednison		Rec	247
Pregabalin		Oral.....	305ff
Primidon		Oral.....	310
Procain		Par	293
Procyclidin		Oral.....	317
Progesteron.....		Oral.....	240
Propafenon.....		Oral.....	195
Propranolol.....		Oral.....	205
Propylthiouracil.....		Oral.....	249

Wirkstoff	Kombination	Verabreichung	Seite
Prothipendyl		Oral.....	330
Prulifloxacin		Oral.....	259
Pyrantel		Oral.....	351
Pyrazinamid.....		Oral.....	261
Pyridostigmin.....		Oral.....	350
Pyridoxin.....	+	Oral.....	181f, 286, 362
.....	+	Rec.....	362
Quetiapin		Oral.....	326ff
Quinagolid		Oral.....	239
Rabeprazol		Oral.....	167
Racecadotril		Oral.....	173f
Ragweed		SL	370
Raloxifen		Oral.....	241f
Raltegravir		Oral.....	467
Ramipril		Oral.....	212f
.....	+	Oral.....	215f, 229
Ranolazin		Oral.....	197, 421
Rasagilin.....		Oral.....	321f
Reboxetin		Oral.....	345
Relugolix.....	+	Oral.....	246
Repaglinid		Oral.....	180f
Reslizumab.....		Par	583
Ribociclib		Oral.....	484
Rifabutin		Oral.....	458
Rifampicin.....		Oral.....	260f
.....	+	Oral.....	261
Rifaximin.....		Oral.....	172
Rilmenedin.....		Oral.....	198
Rilpivirin.....		Par	466
.....		Oral.....	466
.....	+	Oral.....	470f
Riluzol.....		Oral.....	578
Riociguat		Oral.....	424f
Risankizumab.....		Par	531
Risdiplam.....		Oral.....	539
Risedronsäure		Oral.....	292
Risperidon		Par	332
.....		Oral.....	330ff
Ritonavir		Oral.....	459
.....	+	Oral.....	470
Rivaroxaban		Oral.....	186, 398f
Rivastigmin.....		Oral.....	348, 557ff, 561f
.....		TD.....	348f, 560ff
Roflumilast.....		Oral.....	582f
Romiplostim.....		Par	407
Ropinirol		Oral.....	319
Rosuvastatin.....		Oral.....	226f, 428
.....	+	Oral.....	229
Rotigotin		TD	321
Roxithromycin.....		Oral.....	256
Sabalís serrulatae fructus.....		Oral.....	245
Saccharomyces.....		Oral.....	173

Wirkstoff	Kombination	Verabreichung	Seite
Sacubitril.....	+	Oral.....	426f
Salbutamol		Oral.....	359
.....		Inh	353
.....	+	Inh	580
Salicylsäure		Derm.....	238
.....	+	Derm.....	236, 289, 476
Salmeterol		Inh	354
.....	+	Inh	354f
Salzkombinationen (Laxantien).....	+	Rec	171
Sapropterin		Oral.....	392
Saxagliptin		Oral.....	385
.....	+	Oral.....	381, 384
Secukinumab.....		Par	529
Semaglutid		Par	388f
Sertindol		Oral.....	545f
Sertralin		Oral.....	340f
Sevelamer		Oral.....	598f
Silbereiweiß	+	HNO	352
Sildenafil.....		Oral.....	421f
Silymarin.....		Oral.....	170
Simvastatin		Oral.....	223f
.....	+	Oral.....	228
Sinekatechine		Derm.....	434
Siponimod		Oral.....	518
Sirolimus.....		Oral.....	506f
Sitagliptin		Oral.....	179f, 384
.....	+	Oral.....	177f
Sofosbuvir	+	Oral.....	468
Sojaöl		Derm.....	238
.....	+	Derm.....	238
Solifenacin		Oral.....	242f
Somatropin		Par	445ff
Sonidegib		Oral.....	492
Sorafenib		Oral.....	267
Sotalol		Oral.....	205
Speichel, künstlicher	+	HNO	163
Spiköl.....		Oral.....	360
Spironolacton		Oral.....	201
.....	+	Oral.....	202
Streptococcus faecium		Oral.....	173
Sucralfat		Oral.....	168
Sucroferric oxyhydroxid.....		Oral.....	599
Sulfadiazin-Silber		Derm.....	233
Sulfamethoxazol.....	+	Oral.....	255
Sulfametrol	+	Oral.....	255
Sulfasalazin		Oral.....	172
Sulfobituminate.....		Derm.....	231, 238, 289
.....	+	Derm.....	232
Sulpirid		Oral.....	329
Sultamicillin		Oral.....	254
Sultiam		Oral.....	541

Sumatriptan	Par.....	541
.....	Oral.....	307f
Sunitinib.....	Oral.....	267
Tacalcitol	Derm.....	232
Tacrolimus	Oral.....	278
.....	Derm.....	238
Tadalafil.....	Oral.....	422
Tafamidis.....	Oral.....	579
Tafuprost	Oc.....	598
.....	+ Oc.....	597
Talazoparib.....	Oral.....	497
Tamoxifen.....	Oral.....	269
Tamsulosin	Oral.....	244
.....	+ Oral.....	244
Tedizolid	Oral.....	453
Tegafur	+ Oral.....	476
Telmisartan.....	Oral.....	218f
.....	+ Oral.....	221f
Temozolomid.....	Oral.....	263
Tenofovir Alafenamid	+ Oral.....	471
Tenofovir Disoproxil.....	Oral.....	462ff
.....	+ Oral.....	469ff
Terazosin.....	Oral.....	198
Terbinafin	Oral.....	231
.....	Derm.....	230
Terbutalin	Par.....	359
Teriflunomid.....	Oral.....	514
Teriparatid	Par.....	452
Testosteron	Par.....	442
.....	TD.....	442
Tetanus-Immunglobulin.....	Par.....	475
Tetrabenazin	Oral.....	351
Tetracosactid.....	Par.....	245
Tetrahydrocannabinol.....	+ SL.....	541
Tezacaftor	+ Oral.....	595f
Tezepelumab.....	Par.....	589
Theophyllin	Par.....	359
.....	Oral.....	359
Thiamazol.....	Oral.....	249
Thiamin.....	+ Oral.....	181f, 286
Thioctsäure.....	Par.....	183
Tianeptin.....	Oral.....	344
Tiaprid	Par.....	329
.....	Oral.....	329
Tibolon.....	Oral.....	240, 442
Ticagrelor	Oral.....	397
Tildrakizumab	Par.....	531
Timolol.....	Oc.....	366, 597
.....	+ Oc.....	367, 597
Tioguanin.....	Oral.....	264
Tiotropiumbromid	Inh.....	358f
.....	+ Inh.....	356

Wirkstoff	Kombination	Verabreichung	Seite
Tirbanibulin		Derm.....	434
Tizanidin		Oral.....	289f
Tobramycin.....		Oc.....	364
.....		Inh	452f
.....	+	Oc.....	365
Tocilizumab		Par.....	527f
Tofacitinib		Oral.....	513f
Tolcapon.....		Oral.....	545
Tolterodin		Oral.....	242
Tolvaptan.....		Oral.....	203
Topiramate		Oral.....	314f
Torasemid		Oral.....	201
Tramadol		Par.....	300f
.....		Oral.....	301f, 541
Trametinib		Oral.....	482
Tranexamsäure		Par.....	186
.....		Oral.....	186
Travoprost		Oc.....	368, 597
.....	+	Oc.....	367
Trazodon		Oral.....	343
Treprostinil.....		Par.....	395f
Tretinoin	+	Derm.....	231
Triamcinolon.....		Par.....	247f
.....		Oral.....	247
.....		Derm.....	234
.....		HNO	163
.....	+	Derm.....	230, 235f
Triamteren	+	Oral.....	202
Triazolam.....		Oral.....	337
Trimetazidin.....		Oral.....	197
Trimethoprim		Oral.....	255
.....	+	Oral.....	255
Triptorelin		Par.....	269
Tropium		Oral.....	243
Tucatinib		Oral.....	486
Umeclidiniumbromid.....		Inh	359
.....	+	Inh	356f
Upadacitinib.....		Oral.....	519f
Urapidil		Oral.....	199
Urofollitropin		Par.....	443
Ursodeoxycholsäure.....		Oral.....	170
Ustekinumab		Par.....	526f
Valaciclovir		Oral.....	262
Valganciclovir		Oral.....	458f
Valproinsäure		Oral.....	312
Valsartan		Oral.....	217
.....	+	Oral.....	219ff, 426f
Vancomycin.....		Oral.....	377
Vedolizumab		Par.....	515
Velaglucerase alfa.....		Par.....	391
Velpatasvir.....	+	Oral.....	468
Vemurafenib.....		Oral.....	479

Wirkstoff	Kombination	Verabreichung	Seite
Venetoclax.....		Oral.....	498f
Venlafaxin.....		Oral.....	344f
Verapamil		Par	210
.....		Oral.....	211
Vericiguat		Oral.....	420
Vigabatrin		Oral.....	312
Vilanterol	+	Inh	355ff
Vildagliptin		Oral.....	180, 385
.....	+	Oral.....	178
Vinorelbin		Oral.....	476
Vismodegib.....		Oral.....	492
Voclosporin.....		Oral.....	532
Von-Willebrand-Faktor	+	Par	406
Voriconazol.....		Oral.....	454f
Vutrisiran		Par	580
Zanamivir.....		Inh	467
Zanubrutinib		Oral.....	488
Zidovudin		Oral.....	460
.....	+	Oral.....	469f
Zinkoxid	+	Derm.....	231f
Zinksulfat	+	Oc.....	368
Ziprasidon.....		Oral.....	323
Zoledronsäure		Par	292f
Zolmitriptan.....		Oral.....	308
.....		Nas	308
Zolpidem.....		Oral.....	337
Zonisamid.....		Oral.....	316, 542
Zuclopenthixol		Par	324
.....		Oral.....	324

Grüner Bereich

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

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

Elmex Zahngel	25 g	7,15
---------------	------	------

A01AB Antiinfektiva und Antiseptika zur oralen Lokalbehandlung
A01AB04 Amphotericin B

Amphotericin B 0,01

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

A01AB09 Miconazol

Miconazol 0,02/g

Daktarin 2 % orales Gel	40 g(2)	5,60
-------------------------	---------	------

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.	100 St	21,00
	Metabolische Azidose bei chronischer Niereninsuffizienz bei Erwachsenen, wenn die Bicarbonatkonzentration im Serum weniger als 22 mmol/l beträgt.	500 St	94,05

Natriumhydrogencarbonat 0,84

IND	Nephrotrans 840 mg magensaftresistente Weichkaps.	100 St	21,00
	Metabolische Azidose bei chronischer Niereninsuffizienz bei Erwachsenen, wenn die Bicarbonatkonzentration im Serum weniger als 22 mmol/l beträgt.	500 St	94,05

A02B MITTEL BEI PEPTISCHEM ULKUS UND GASTROESOPHAGEALER REFLUXKRANKHEIT

A02BA Histamin-H2-Rezeptorantagonisten
A02BA01 Cimetidin

Cimetidin 0,2

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

Cimetidin 0,4

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

Bezeichnung	T	OP	KVP in €
-------------	---	----	----------

Cimetidin 0,8

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

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

Bezeichnung	T	OP	KVP in €
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
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 "+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 "!@ctavis" 20 mg magensaftresistente Tabl.	14 St		1,10
	28 St(2)		2,20
Pantoprazol "Alternova" 20 mg magensaftresistente Tabl.	7 St		0,55
	14 St		1,10
	30 St(2)		2,35
Pantoprazol "A-med" 20 mg magensaftresistente Tabl.	14 St		0,90
	30 St(2)		2,00
Pantoprazol "Bluefish" 20 mg magensaftresistente Tabl.	14 St		0,85
	28 St(2)		1,80
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.	7 St		1,10
	14 St		2,25
	30 St		4,80

Bezeichnung	T	OP	KVP in €
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 "+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 "I@ctavis" 40 mg magensaftresistente Tabl.		7 St	1,10
		14 St	2,25
		30 St	4,85
Pantoprazol "Alternova" 40 mg magensaftresistente Tabl.		7 St	1,10
		14 St	2,25
		30 St	4,85
Pantoprazol "A-med" 40 mg magensaftresistente Tabl.		14 St	1,85
		30 St	4,05
Pantoprazol "Bluefish" 40 mg magensaftresistente Tabl.		7 St	1,00
		14 St	1,75
		28 St	3,75
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.		7 St	1,10
		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

Bezeichnung	T	OP	KVP in €
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

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

Bezeichnung	T	OP	KVP in €
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
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)	12,20
		1 MB = 5 ml	
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)	12,20
		1 MB = 5 ml	
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
Mebeverin "Aristo" 200 mg Hartkaps. mit veränderter Wirkstofffreisetzung		30 St	3,95
		60 St(3)	7,90

**A03AX Andere Mittel bei funktionellen gastrointestinalen Störungen
A03AX13 Silikone**

Dimeticon 0,04, Siliciumdioxid 0,001/ml

Antiflat Tropf.		50 ml	6,20
		100 Hb	

Dimeticon 0,04, Siliciumdioxid 0,002

Antiflat Kautabl.		30 St(2)	3,70
		50 St	5,00

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	4,75
--	--	--------------	------

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

Butylscopolamin 0,02

Buscapina 20 mg/1 ml Amp.		5 St	4,50
---------------------------	--	------	------

A03F PROKINETIKA
A03FA Prokinetika
A03FA01 Metoclopramid

Metoclopramid 0,001/ml

Ceolat 1 mg/ml Lsg. zum Einnehmen		150 ml	5,20
-----------------------------------	--	--------	------

Metoclopramid 0,01

Paspertin 10 mg Amp.		5 St(2) 2 ml	2,75
----------------------	--	-----------------	------

Metoclopramid 0,01

Paspertin Filmtabl.	T2	10 St(2)	1,05
	T2	50 St	5,25

A03FA03 Domperidon**Domperidon 0,001/ml**

Motilium 1 mg/ml orale Susp.		200 ml	4,60
------------------------------	--	--------	------

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	26,20
IND Ondansetron "Bluefish" 4 mg Schmelztabl. Zusatzbehandlung bei Chemo- oder Radiotherapie		10 St	26,35
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	41,55

	Bezeichnung	T	OP	KVP in €
IND	Ondansetron "Bluefish" 8 mg Schmelztabl. Zusatzbehandlung bei Chemo- oder Radiotherapie		10 St	41,70
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
-----	--	--	------	-------

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.	5,35
			30 ml 1 ml = 15 Tr.	8,80

A06AD Osmotisch wirkende Laxanzien A06AD11 Lactulose

Lactulose 0,606/ml

Lactulose "Genericon" Konz. orale Lsg.

200 ml(2)

3,55

500 ml

8,25

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

Laevolac Lactulose Konz. orale Lsg.

134 g(2)

1,85

670 g

9,25

A06AD12 Lactitol

Lactitol 10,0

Importal Plv.

20 St

7,30

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

1 Pkg

15,95

Zur Darmreinigung vor klinischen Maßnahmen, die einen sauberen Darm erfordern

3 Btl.

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

3,15

20 St

6,10

Molaxole Plv. zur Herst. einer Lsg. zum Einnehmen

10 St

3,25

20 St

6,20

A06AG Klysmen

A06AG11 Laurylsulfat, inkl. Kombinationen

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

Microlax Mikroklistier

12 St

9,75

1 ED = 5 ml

A06AX Andere Mittel bei Verstopfung

A06AX02 Kohlendioxid-freisetzende Mittel

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

Lecicarbon Zäpf.

6 St(2)

3,50

A07 ANTIDIARRHOIKA UND INTESTINALE ANTIPLHLOGISTIKA/ANTIINFJEKTIVA

A07A INTESTINALE ANTIINFJEKTIVA

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
--	-----------------------------------	-----------	-------

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	5,90
------------	--------------------------------------	-------	------

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

	Normhydral lösl. Plv.	5 St	5,90
		1 ED = 13,1 g	

A07D MOTILITÄTSHEMMER**A07DA Motilitätshemmer****A07DA03 Loperamid****Loperamid 0,002**

	Enterobene 2 mg Filmtabl.	10 St	2,05
		20 St	2,90

A07E INTESTINALE ANTIPHLOGISTIKA**A07EA Corticosteroide mit lokaler Wirkung****A07EA06 Budesonid****Budesonid 0,002**

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

Budesonid 0,002/Hb

IND	Budo-San 2 mg/Sprühstoß Rektalschaum	1 St	76,75
	Bei nicht adäquater Ansprechung auf oder Intoleranz gegen topische Mesalazine (ATC-Code A07EC02)	14 ED	

Budesonid 0,003

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

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.	30 St	92,65
	kollagene Colitis		

A07EC Aminosalicylsäure und ähnliche Mittel**A07EC01 Sulfasalazin****Sulfasalazin 0,5**

	Salazopyrin 500 mg Filmtabl.	100 St (2)	21,05
	Salazopyrin 500 mg Tabl.	T2 100 St (2)	16,90

Bezeichnung	T	OP	KVP in €
-------------	---	----	----------

A07EC02 Mesalazin

Mesalazin 0,25

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

Mesalazin 0,5

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)	19,45
	100 St(2)	41,55

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

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)	5,70
----------------	----------	------

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)	2,35
	1 ml = 20 Tr.	
	100 ml	4,95
	1 ml = 20 Tr.	

A07FA02 *Saccharomyces boulardii*

Trockenhefe aus *Saccharomyces boulardii* 0,25 (entspr. mind. 2,5 Mrd. lebensfähige Zellen)

Yomogi Kaps.	10 St	4,25
--------------	-------	------

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
--	-------	------

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)

5,05

50 St(3)

10,15

500 St

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)

39,60

3 ml

Huminsulin "Lilly" Normal 100 IE/ml Inj.lsg. Dstfl.

2 St(2)

43,25

10 ml

Huminsulin "Lilly" Normal 100 IE/ml Inj.lsg. Patronen

5 St(2)

35,85

3 ml

A10AB04 Insulin lispro**Insulin lispro 100 E/ml**

Humalog 100 E/ml Inj.lsg. Dstfl.

2 St(2)

54,55

10 ml

Humalog 100 E/ml Inj.lsg. KwikPen

5 St(2)

43,40

3 ml

Humalog 100 E/ml Inj.lsg. Zylinderamp.

5 St(2)

41,75

3 ml

Lyumjev 100 E/ml Inj.lsg. Dstfl.

1 St(2)

25,55

10 ml

Lyumjev 100 E/ml Junior KwikPen Inj.lsg. Fertigpen

5 St(2)

39,15

3 ml

Lyumjev 100 E/ml KwikPen Inj.lsg. Fertigpen

5 St(2)

39,15

3 ml

Lyumjev 100 E/ml Inj.lsg. Patronen

5 St(2)

39,15

3 ml

A10AB05 Insulin aspart**Insulin aspart 100 E/ml**

NovoRapid 100 E/ml Inj.lsg. Dstfl.

1 St(2)

28,10

10 ml

NovoRapid Penfill 100 E/ml Inj.lsg. Patronen

5 St(2)

41,75

3 ml+7 Nadeln

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)

27,70

10 ml

Apidra 100 E/ml Inj.lsg. Fertigpen, SoloStar

5 St(2)

42,00

3 ml+6 Nadeln

Apidra 100 E/ml Inj.lsg. Patronen

5 St(2)

40,30

3 ml

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

Protamin-Humaninsulin 100 IE/ml

Huminsulin "Lilly" Basal 100 IE/ml Inj.susp. Dstfl.	2 St(2) 10 ml	43,25
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	40,90
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 25 IE, Protamin-Humaninsulin 75 IE/ml

Insuman Comb 25 - 100 IE/ml Inj.susp. Fertigpen, SoloStar	5 St(2) 3 ml	40,50
Insuman Comb 25 - 100 IE/ml Inj.susp. Patronen	5 St(2) 3 ml	38,90

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

Huminsulin "Lilly" Profil III 100 IE/ml Inj.susp. Dstfl.	2 St(2) 10 ml	43,25
Huminsulin "Lilly" Profil III 100 IE/ml Inj.susp. Patronen	5 St(2) 3 ml	35,85
Mixtard 30 InnoLet 100 IE/ml Inj.susp. Fertigpen	5 St(2) 3 ml+7 Nadeln	40,90

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.isg. Fertigpen	5 St(3) 3 ml	36,95
-------------------------------------	-----------------	-------

A10B ANTIDIABETIKA, EXKL. INSULINE
A10BA Biguanide
A10BA02 Metformin

Metformin 0,5

Diabetex 500 mg Filmtabl.	T2	40 St(2)	2,70
	T2	200 St	12,10
Glucophage 500 mg Filmtabl.		40 St(2)	2,95
		200 St	10,55
Metformin "Hexal" 500 mg Filmtabl.		40 St(2)	2,70
		200 St	10,55

Metformin 0,85

Diabetex 850 mg Filmtabl.		20 St(2)	1,20
		100 St	5,90
Glucophage 850 mg Filmtabl.		30 St(2)	1,75
		100 St	5,90
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

Diabetex 1000 mg Filmtabl.	T2	20 St(2)	0,95
	T2	60 St	2,90
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**

Diamicon 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

Bezeichnung	T	OP	KVP in €
-------------	---	----	----------

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 "Stada" 2 mg Tabl.	T2	30 St(2)	3,10

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
Glimepirid "Stada" 3 mg Tabl.	T2	30 St(2)	4,65

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 "Stada" 4 mg Tabl.	T2	30 St(2)	4,40

Glimepirid 0,006

Glimepirid "ratiopharm" 6 mg Tabl.	T2	30 St(2)	5,90
Glimepirid "Stada" 6 mg Tabl.	T2	30 St(2)	5,85

A10BD Kombinationen mit 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)	7,65
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 "Actavis" 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 "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 GmbH" 50 mg/850 mg Filmtabl. Bei Erwachsenen mit Diabetes Typ II, wenn mit Metformin keine ausreichende Blutzuckereinstellung erreicht wird.		56 St(3)	7,65
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

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)	7,65
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

	Bezeichnung	T	OP	KVP in €
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 "Actavis" 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 "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 GmbH" 50 mg/1000 mg Filmtabl. Bei Erwachsenen mit Diabetes Typ II, wenn mit Metformin keine ausreichende Blutzuckereinstellung erreicht wird.		56 St(3)	7,65
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

A10BD08 Metformin und Vildagliptin

Metformin 0,85, Vildagliptin 0,05

IND	Ipinzan 50 mg/850 mg Filmtabl. Bei Erwachsenen mit Diabetes Typ II, wenn mit Metformin keine ausreichende Blutzuckereinstellung erreicht wird.		60 St(3)	6,70
IND	Melkart Duo 50 mg/850 mg Filmtabl. Bei Erwachsenen mit Diabetes Typ II, wenn mit Metformin keine ausreichende Blutzuckereinstellung erreicht wird.	30 St 60 St(3)		3,35 6,75
IND	Vildagliptin/Metformin "+pharma" 50 mg/850 mg Filmtabl. Bei Erwachsenen mit Diabetes Typ II, wenn mit Metformin keine ausreichende Blutzuckereinstellung erreicht wird.	30 St 60 St(3)		3,35 6,75
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
IND	Vildagliptin/Metformin "Genericon" 50 mg/850 mg Filmtabl. Bei Erwachsenen mit Diabetes Typ II, wenn mit Metformin keine ausreichende Blutzuckereinstellung erreicht wird.	30 St 60 St(3)		3,35 6,75
IND	Vildagliptin/Metformin "Stada" 50 mg/850 mg Filmtabl. Bei Erwachsenen mit Diabetes Typ II, wenn mit Metformin keine ausreichende Blutzuckereinstellung erreicht wird.		60 St(3)	6,75
IND	Vilspx 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	Ipinzan 50 mg/1000 mg Filmtabl. Bei Erwachsenen mit Diabetes Typ II, wenn mit Metformin keine ausreichende Blutzuckereinstellung erreicht wird.		60 St(3)	6,70
IND	Melkart Duo 50 mg/1000 mg Filmtabl. Bei Erwachsenen mit Diabetes Typ II, wenn mit Metformin keine ausreichende Blutzuckereinstellung erreicht wird.	30 St 60 St(3)		3,35 6,75
IND	Vildagliptin/Metformin "+pharma" 50 mg/1000 mg Filmtabl. Bei Erwachsenen mit Diabetes Typ II, wenn mit Metformin keine ausreichende Blutzuckereinstellung erreicht wird.	30 St 60 St(3)		3,35 6,75
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	Vildagliptin/Metformin "Genericon" 50 mg/1000 mg Filmtabl. Bei Erwachsenen mit Diabetes Typ II, wenn mit Metformin keine ausreichende Blutzuckereinstellung erreicht wird.	30 St 60 St(3)		3,35 6,75
IND	Vildagliptin/Metformin "Stada" 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	Vilspx 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	Actos 15 mg Tabl. wenn mit Metformin keine ausreichende Blutzuckereinstellung erreicht wird		28 St	9,10
IND	Pioglitazon "Accord" 15 mg Tabl. wenn mit Metformin keine ausreichende Blutzuckereinstellung erreicht wird		30 St	9,35

Bezeichnung	T	OP	KVP in €
IND Pioglitazone "Actavis" 15 mg Tabl. wenn mit Metformin keine ausreichende Blutzuckereinstellung erreicht wird		28 St(3)	8,75
Pioglitazon 0,03			
IND Actos 30 mg Tabl. wenn mit Metformin keine ausreichende Blutzuckereinstellung erreicht wird		28 St	9,10
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 Actos 45 mg Tabl. wenn mit Metformin keine ausreichende Blutzuckereinstellung erreicht wird		28 St	9,10
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)	11,50
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)	8,15
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 "Grindeks" 25 mg Filmtabl. Bei Erwachsenen mit Diabetes Typ II, wenn mit Metformin keine ausreichende Blutzuckereinstellung erreicht wird.		28 St(3)	9,05
IND Sitagliptin "HCS" 25 mg Filmtabl. Bei Erwachsenen mit Diabetes Typ II, wenn mit Metformin keine ausreichende Blutzuckereinstellung erreicht wird.		28 St(3)	10,75
IND Sitagliptin "Mylan" 25 mg Filmtabl. Bei Erwachsenen mit Diabetes Typ II, wenn mit Metformin keine ausreichende Blutzuckereinstellung erreicht wird.		28 St(3)	10,40
IND Sitagliptin "Sandoz GmbH" 25 mg Filmtabl. Bei Erwachsenen mit Diabetes Typ II, wenn mit Metformin keine ausreichende Blutzuckereinstellung erreicht wird.		28 St(3)	10,75
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
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)	11,50
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)	8,15
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

Bezeichnung	T	OP	KVP in €
IND Sitagliptin "Grindeks" 50 mg Filmtabl. Bei Erwachsenen mit Diabetes Typ II, wenn mit Metformin keine ausreichende Blutzuckereinstellung erreicht wird.		28 St(3)	9,05
IND Sitagliptin "HCS" 50 mg Filmtabl. Bei Erwachsenen mit Diabetes Typ II, wenn mit Metformin keine ausreichende Blutzuckereinstellung erreicht wird.	T2	28 St(3)	10,75
IND Sitagliptin "Mylan" 50 mg Filmtabl. Bei Erwachsenen mit Diabetes Typ II, wenn mit Metformin keine ausreichende Blutzuckereinstellung erreicht wird.		28 St(3)	10,40
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 GmbH" 50 mg Filmtabl. Bei Erwachsenen mit Diabetes Typ II, wenn mit Metformin keine ausreichende Blutzuckereinstellung erreicht wird.		28 St(3)	10,75
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

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)	11,50
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)	8,15
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 "Grindeks" 100 mg Filmtabl. Bei Erwachsenen mit Diabetes Typ II, wenn mit Metformin keine ausreichende Blutzuckereinstellung erreicht wird.		28 St(3)	9,05
IND Sitagliptin "HCS" 100 mg Filmtabl. Bei Erwachsenen mit Diabetes Typ II, wenn mit Metformin keine ausreichende Blutzuckereinstellung erreicht wird.	T2	28 St(3)	10,75
IND Sitagliptin "Mylan" 100 mg Filmtabl. Bei Erwachsenen mit Diabetes Typ II, wenn mit Metformin keine ausreichende Blutzuckereinstellung erreicht wird.		28 St(3)	10,40
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 GmbH" 100 mg Filmtabl. Bei Erwachsenen mit Diabetes Typ II, wenn mit Metformin keine ausreichende Blutzuckereinstellung erreicht wird.		28 St(3)	10,75
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

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
---	--	-------------------	---------------

A10BX Andere Antidiabetika, exkl. Insuline A10BX02 Repaglinid

Repaglinid 0,0005

Repaglinid "Accord" 0,5 mg Tabl.		30 St 90 St(3)	0,85 2,55
Repaglinid "Actavis" 0,5 mg Tabl.		30 St 90 St(2)	1,10 3,30
Repaglinid "ratiopharm" 0,5 mg Tabl.		30 St 90 St(2)	1,10 2,70

Bezeichnung	T	OP	KVP in €
Repaglinid "Stada" 0,5 mg Tabl.		30 St 90 St(2)	1,10 3,30

Repaglinid 0,001

Repaglinid "Accord" 1 mg Tabl.		90 St(3)	5,00
Repaglinid "Actavis" 1 mg Tabl.		90 St(2)	6,10
Repaglinid "ratiopharm" 1 mg Tabl.		90 St(2)	5,40
Repaglinid "Stada" 1 mg Tabl.		90 St(2)	5,15

Repaglinid 0,002

Repaglinid "Accord" 2 mg Tabl.		90 St(3)	9,35
Repaglinid "Actavis" 2 mg Tabl.		90 St(2)	9,90
Repaglinid "ratiopharm" 2 mg Tabl.		90 St(2)	9,60
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
--	--	--------------------	----------------

Alfacalcidol 1 mcg

IND Etalpha 1 mcg Kaps. Zusatztherapie bei Nierendialyse		30 St(2) 100 St	27,40 76,80
---	--	--------------------	----------------

A11CC04 Calcitriol

Calcitriol 0,25 mcg

IND Rocaltrol 0,25 mcg Kaps. Zusatztherapie bei Nierendialyse		30 St(2) 100 St	14,65 43,55
--	--	--------------------	----------------

Calcitriol 0,5 mcg

IND Rocaltrol 0,5 mcg Kaps. Zusatztherapie bei Nierendialyse		30 St(2) 100 St	16,85 52,25
---	--	--------------------	----------------

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/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
--	--	---------	------

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	2,55 10,35
-------------------------	--	--------------------	---------------

Bezeichnung	T	OP	KVP in €
Thiamin 0,1, Pyridoxin 0,2, Cyanocobalamin 0,0005			
Pronerv Kaps.		20 St(2)	2,55
		100 St	10,35

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)	3,10
		30 St	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	5,45

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)	6,25

Calciumcarbonat 1,5 (entspr. Ca++ 0,6), Colecalciferol 400 IE			
Cal-D-Vita Kautabl.		60 St(2)	8,75

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)	4,00
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	5,50

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 Tabl.	T4	30 St(2)	3,60
	T4	100 St	9,65

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	23,85
		10 St	45,25

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	17,50
Inhixa 2.000 IE (20 mg)/0,2 ml Inj.lsg. Fertigspr.		10 St	15,00
Lovenox 2.000 IE (20 mg)/0,2 ml Inj.lsg. Fertigspr.		5 St	9,90
		10 St	19,15

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	16,25
		10 St	30,50
Inhixa 4.000 IE (40 mg)/0,4 ml Inj.lsg. Fertigspr.		6 St	18,00
		10 St	28,80
Lovenox 4.000 IE (40 mg)/0,4 ml Inj.lsg. Fertigspr.		5 St	19,15
		10 St	37,40

Bezeichnung	T	OP	KVP in €
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	36,90
Inhixa 6.000 IE (60 mg)/0,6 ml Inj.lsg. Fertigspr.		10 St	31,40
		30 St	86,10
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	47,70
		30 St	119,40
Inhixa 8.000 IE (80 mg)/0,8 ml Inj.lsg. Fertigspr.		10 St	40,50
		30 St	114,70
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	56,25
		30 St	147,60
Inhixa 10.000 IE (100 mg)/1 ml Inj.lsg. Fertigspr.		10 St	47,80
		30 St	129,80

B01AB06 Nadroparin

Nadroparin Ca entspr. 9.500 IE anti-Faktor Xa/ml			
Fraxiparin 2.850 IE/0,3 ml Fertigspr.		6 St(2)	21,10
		10 St	32,60
Fraxiparin 3.800 IE/0,4 ml Fertigspr.		6 St(2)	27,45
		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	24,25
		+Nadelschutz	
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	41,65
		+Nadelschutz	

B01AC Thrombozytenaggregationshemmer, exkl. Heparin

B01AC04 Clopidogrel

Clopidogrel 0,075			
IND	Clopidogrel "pharma" 75 mg Filmtabl. Zur Hemmung der Thrombozytenaggregation, wenn ASS nicht ausreichend oder kontraindiziert ist	20 St 30 St(2)	6,20 8,65
IND	Clopidogrel "1A Pharma" 75 mg Filmtabl. Zur Hemmung der Thrombozytenaggregation, wenn ASS nicht ausreichend oder kontraindiziert ist	10 St 30 St(3)	4,35 8,65
IND	Clopidogrel "Accord" 75 mg Filmtabl. Zur Hemmung der Thrombozytenaggregation, wenn ASS nicht ausreichend oder kontraindiziert ist	10 St 30 St(3)	3,55 8,60
IND	Clopidogrel "Actavis" 75 mg Filmtabl. Zur Hemmung der Thrombozytenaggregation, wenn ASS nicht ausreichend oder kontraindiziert ist	10 St 30 St(2)	4,70 8,65
IND	Clopidogrel "Genericon" 75 mg Filmtabl. Zur Hemmung der Thrombozytenaggregation, wenn ASS nicht ausreichend oder kontraindiziert ist	20 St 30 St(2)	6,20 8,65
IND	Clopidogrel "Krka d.d." 75 mg Filmtabl. Zur Hemmung der Thrombozytenaggregation, wenn ASS nicht ausreichend oder kontraindiziert ist	14 St 30 St(2)	6,20 8,65
IND	Clopidogrel "ratiopharm" 75 mg Filmtabl. Zur Hemmung der Thrombozytenaggregation, wenn ASS nicht ausreichend oder kontraindiziert ist	14 St 30 St(3)	5,05 8,65
IND	Clopidogrel "Sandoz" 75 mg Filmtabl. Zur Hemmung der Thrombozytenaggregation, wenn ASS nicht ausreichend oder kontraindiziert ist	10 St 30 St(2)	4,70 8,65

Bezeichnung	T	OP	KVP in €
IND Clopidogrel "Stada" 75 mg Filmtabl. Zur Hemmung der Thrombozytenaggregation, wenn ASS nicht ausreichend oder kontraindiziert ist		10 St	2,90
		30 St(2)	8,65
Clopidogrel "Zentiva" 75 mg Filmtabl.		14 St	3,35
		28 St(3)	6,75
IND Plavix 75 mg Filmtabl. Zur Hemmung der Thrombozytenaggregation, wenn ASS nicht ausreichend oder kontraindiziert ist		7 St	3,25
		28 St(2)	12,80

B01AC06 Acetylsalicylsäure

Acetylsalicylsäure 0,05

Thrombo ASS 50 mg Filmtabl.		30 St(2)	1,55
		100 St	3,90

Acetylsalicylsäure 0,075

Thrombo ASS 75 mg Filmtabl.		30 St(2)	1,55
		100 St	3,90

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)	0,90
	T4	100 St	2,35
Thrombo ASS 100 mg Filmtabl.		30 St(2)	1,60
		100 St	4,05
Thrombostad 100 mg Tabl.	T2	30 St(2)	0,90
	T2	100 St	2,30

B01AC22 Prasugrel

Prasugrel 0,005

IND Efiest 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
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)	18,20

Prasugrel 0,01

IND Efiest 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)	18,20

B01AF Direkte Faktor Xa-Inhibitoren
B01AF01 Rivaroxaban

Rivaroxaban 0,01

IND	Xarelto 10 mg Filmtabl. (FM)	5 St	15,20
	Zur Prophylaxe venöser thromboembolischer Ereignisse (VTE) bei erwachsenen PatientInnen nach elektivem chirurgischen Hüft- oder Kniegelenkersatz	10 St(2)	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)	13,50
		100 St	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.	30 St(2)	4,50
	<i>Eisenfumarat 0,304 (entspr. 0,1 Fe II), Ascorbinsäure 0,02</i>		

B03AA03 Eisen(II)gluconat

Eisen(II)gluconat 0,08

	Lösferron forte Brausetabl.	30 St(2)	4,50
	<i>Eisengluconat 0,695 (entspr. 0,08 Fe II), Ascorbinsäure 0,1</i>		

B03AA07 Eisen(II)sulfat

Eisen(II)sulfat 0,08

	Tardyferon 80 mg Retardtabl.	30 St(2)	3,95
	<i>Eisensulfat 0,26 (entspr. 0,08 Fe II)</i>		

Eisen(II)sulfat 0,105

	Ferro-Gradumet Filmtabl.	30 St(2)	3,65
	<i>Eisensulfat 0,285 (entspr. 0,105 Fe II)</i>		

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)	3,65
		100 St	8,55

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
--	-----------------------------------	----------	------

Bezeichnung	T	OP	KVP in €
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			
Eryctol Depot 1 mg Amp.		3 St(2)	8,20

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)	4,80

B03X ANDERE ANTIANÄMIKA
B03XA Andere Antianämika
B03XA01 Erythropoietin

Erythropoietin 10.000 IE			
IND	Abseamed 10.000 IE/1,0 ml Inj.lsg. Fertigspr.		6 St(2) 395,60
	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.		
	<i>Epoetin alfa 0,000084 entspr. 10.000 IE</i>		
IND	Binocrit 10.000 IE/1,0 ml Inj.lsg. Fertigspr.		6 St(2) 344,15
	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.		
	<i>Epoetin alfa 0,000084 entspr. 10.000 IE</i>		

Bezeichnung	T	OP	KVP in €
<p>IND Eporatio 10.000 IE/1 ml Inj.lsg. Fertigspr. Symptomatische Anämie infolge Chemotherapie maligner Tumore mit Ausgangs-Hb kleiner 10 g/dl.</p> <ul style="list-style-type: none"> - 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. <p><i>Epoetin theta 0,000083 entspr. 10.000 IE</i></p>	4 St		229,45
<p>IND Erypo 10.000 IE/ml Fertigspr. Symptomatische Anämie infolge Chemotherapie maligner Tumore mit Ausgangs-Hb kleiner 10 g/dl.</p> <ul style="list-style-type: none"> - 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. <p><i>Epoetin alfa 0,000084 entspr. 10.000 IE</i></p>	6 St(2)		403,00
<p>IND NeoRecormon 10.000 IE Inj.lsg. Fertigspr. Symptomatische Anämie infolge Chemotherapie maligner Tumore mit Ausgangs-Hb kleiner 10 g/dl.</p> <ul style="list-style-type: none"> - 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. <p><i>Epoetin beta 0,000083 entspr. 10.000 IE</i></p>	6 St(2)		403,00

Bezeichnung	T	OP	KVP in €
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. <i>Epoetin zeta 0,000084 entspr. 10.000 IE</i>			6 St(2) 395,60
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. <i>Epoetin alfa 0,000168 entspr. 20.000 IE</i>			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. <i>Epoetin theta 0,000167 entspr. 20.000 IE</i>			4 St 433,30

Bezeichnung	T	OP	KVP in €
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. <i>Epoetin zeta 0,000168 entspr. 20.000 IE</i>		6 St	766,50

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. <i>Epoetin alfa 0,000252 entspr. 30.000 IE</i>		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. <i>Epoetin theta 0,000250 entspr. 30.000 IE</i>		4 St	649,95

IND	<p>NeoRecormon 30.000 IE Inj.lsg. Fertigspr. Symptomatische Anämie infolge Chemotherapie maligner Tumore mit Ausgangs-Hb kleiner 10 g/dl.</p> <ul style="list-style-type: none"> - 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. <p><i>Epoetin beta 0,000249 entspr. 30.000 IE</i></p>	4 St	837,50
IND	<p>Retacrit 30.000 IE/0,75 ml Inj.lsg. Fertigspr. Symptomatische Anämie infolge Chemotherapie maligner Tumore mit Ausgangs-Hb kleiner 10 g/dl.</p> <ul style="list-style-type: none"> - 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. <p><i>Epoetin zeta 0,000252 entspr. 30.000 IE</i></p>	4 St BP 4 x 1 St.	766,50

Erythropoietin 40.000 IE

IND	<p>Binocrit 40.000 IE/1 ml Inj.lsg. Fertigspr. Symptomatische Anämie infolge Chemotherapie maligner Tumore mit Ausgangs-Hb kleiner 10 g/dl.</p> <ul style="list-style-type: none"> - 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. <p><i>Epoetin alfa 0,000336 entspr. 40.000 IE</i></p>	4 St	837,15
------------	--	------	--------

Bezeichnung	T	OP	KVP in €
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. <i>Epoetin alfa 0,000336 entspr. 40.000 IE</i>		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. <i>Epoetin zeta 0,000336 entspr. 40.000 IE</i>		4 St BP 4 x 1 St.	980,55

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
---	--	------	--------

Bezeichnung	T	OP	KVP in €
IND Aranesp 150 mcg Inj.Isg. Fertigspr. (CM) Symptomatische Anämie infolge Chemotherapie maligner Tumore mit Ausgangs-Hb kleiner 10 g/dl. <ul style="list-style-type: none"> - 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.Isg. Fertigpen (SureClick) (CM) Symptomatische Anämie infolge Chemotherapie maligner Tumore mit Ausgangs-Hb kleiner 10 g/dl. <ul style="list-style-type: none"> - 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
IND Aranesp 300 mcg Inj.Isg. Fertigspr. (CM) Symptomatische Anämie infolge Chemotherapie maligner Tumore mit Ausgangs-Hb kleiner 10 g/dl. <ul style="list-style-type: none"> - 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) ^(PM) 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. ^(PM) 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)	1,65
Natr. chlorat. physiolog. "Med." Glasinf.fl. 500 ml	1 St(2)	1,70
Natr. chlorat. physiolog. "Med." Plastikinf.fl. 250 ml	1 St(2)	1,20
Natr. chlorat. physiolog. "Med." Plastikinf.fl. 500 ml	1 St(2)	1,45
Physiolog. Kochsalzlg. "Fresenius" Plastikinf.fl. 250 ml	1 St(2)	1,85
Physiolog. Kochsalzlg. "Fresenius" Plastikinf.fl. 500 ml	1 St(2)	1,95

Ringer-Lactat (Zusammensetzung s. Austria Codex Fachinformation)

Ringer-Lactat nach Hartmann "Med." Plastikinf.fl. 500 ml	1 St(2)	1,60
	10 St	8,80

Ringer-Lsg. (Zusammensetzung s. Austria Codex Fachinformation)

Ringer-Lsg. "Med." Plastikinf.fl. 500 ml	1 St(2)	1,25
---	---------	------

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	378,15
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	378,15

C KARDIOVASKULÄRES SYSTEM
C01 HERZTHERAPIE
C01A HERZGLYKOSIDE
C01AA Digitalisglykoside
C01AA08 Metildigoxin

Metildigoxin 0,0001

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

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

Propafenon 0,15

	Rytmonorma 150 mg Filmtabl.		20 St(2)	3,45
			50 St(2)	7,95

Propafenon 0,3

	Rytmonorma 300 mg Filmtabl.		20 St(2)	6,00
			50 St	14,40

C01BC04 Flecainid**Flecainid 0,1**

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

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	23,70

C01BD07 Dronedaron**Dronedaron 0,4**

IND	Dronedaron "Aristo" 400 mg Filmtabl. Erstverordnung und regelmäßige Kontrolle durch InternistInnen		20 St	9,70
			60 St	27,55
IND	Multaq 400 mg Filmtabl. Erstverordnung und regelmäßige Kontrolle durch InternistInnen		20 St	10,55
			60 St	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)	2,55
			1 ml = 15 Tr.	
			50 ml	7,05
			1 ml = 15 Tr.	

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	8,55
--	-------------------------------	--	---------------------	------

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
--	----------------------------	--	----------	-------

Isosorbidmononitrat 0,06

	ISMN "Genericon" retard 60 mg Kaps.		30 St(2)	9,60
--	-------------------------------------	--	----------	------

C01DX Andere bei Herzerkrankungen eingesetzte Vasodilatoren**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**

	Dancor 10 mg Tabl.	T2	30 St	4,90
		T2	60 St	9,60
	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			
Dancor 20 mg Tabl.		30 St	8,15
nur in Kombination mit Standardtherapie		60 St	15,65
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)	10,00

**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
Ivabradin "Stada" 7,5 mg Filmtabl.		56 St(3)	13,25
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 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 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

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)	7,10
----------------------------	--	---------	------

Clonidin 0,00015

Catapresan 0,15 mg Tabl.	T2	30 St(2)	5,30
	T2	100 St	14,25

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)	8,30
Rilmenidin "ratiopharm" 1 mg Tabl.		10 St	2,30
		30 St(2)	6,90
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

Urocard 2 mg Tabl.		14 St	3,45
		28 St	6,55
Vicard 2 mg Tabl.		28 St(2)	7,45

Terazosin 0,005

Urocard 5 mg Tabl.		28 St(2)	7,70
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.		10 St(2)	3,10
		28 St	8,00

Doxazosin 0,004

Ascalan 4 mg Tabl.	T2	28 St(2)	9,80
Doxapress 4 mg Tabl.	T2	28 St(2)	10,05
Doxazosin "1A Pharma" 4 mg Tabl.	T2	30 St(2)	10,50
		10 St	3,35
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.		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
Uratens 30 mg Hartkaps., retardiert		30 St	4,20
		60 St(3)	8,40

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
Uratens 60 mg Hartkaps., retardiert		30 St	7,00
		60 St(3)	13,65

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)	2,50
	T4	30 St(2)	6,20

C03B LOW-CEILING-DIURETIKA, EXKL. THIAZIDE
C03BA Sulfonamide, rein
C03BA04 Chlortalidon

Chlortalidon 0,025

Hydrosan Tabl.	T2	30 St(2)	3,30
----------------	----	----------	------

C03BA11 Indapamid**Indapamid 0,0015**

Indapamid "Actavis" 1,5 mg Retardtabl.		10 St(2)	1,50
		30 St(2)	3,55
Indapamid "+pharma" retard 1,5 mg Filmtabl.		10 St(2)	1,50
		30 St(2)	3,80
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)	2,15
		2 ml	
Furon 40 mg Amp.		5 St(2)	3,60
		4 ml	

Furosemid 0,03

Lasix retard 30 mg Kaps.		20 St(2)	3,05
--------------------------	--	----------	------

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
Lasix 80 mg Tabl.	T2	30 St(2)	4,50

Furosemid 0,5

Furohexal 500 mg Tabl.	T4	20 St(2)	6,20
Furon 500 mg Tabl.	T4	20 St(2)	6,20
Lasix 500 mg Tabl.	T4	20 St(2)	23,70

C03CA02 Bumetanid**Bumetanid 0,001**

Burinex 1 mg Tabl.	T2	50 St	7,20
--------------------	----	-------	------

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
Spirobene 50 mg Tabl.	T2	20 St(2)	8,15
	T2	50 St	18,35
Spiro "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	21,60
Spironolacton "Agepha" Tabl.		20 St(2)	17,00
		50 St	37,80

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	16,50
		30 St(3)	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	9,40
		30 St	26,55
IND Eplerenon "Genericon" 25 mg Filmtabl. Herzinsuffizienz mit linksventrikulärer Dysfunktion, wenn Spironolacton aufgrund endokriner Nebenwirkungen (Hirsutismus, Gynäkomastie) nachweislich nicht vertragen wurde		20 St	18,00
		30 St	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	8,80
		30 St(3)	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	8,95
		30 St	26,00
IND Eplezot 25 mg Filmtabl. Herzinsuffizienz mit linksventrikulärer Dysfunktion, wenn Spironolacton aufgrund endokriner Nebenwirkungen (Hirsutismus, Gynäkomastie) nachweislich nicht vertragen wurde		10 St	8,75
		30 St	24,85

Bezeichnung	T	OP	KVP in €
IND Inspira 25 mg Filmtabl.		10 St	9,40
Herzinsuffizienz mit linksventrikulärer Dysfunktion, wenn Spironolacton aufgrund endokriner Nebenwirkungen (Hirsutismus, Gynäkomastie) nachweislich nicht vertragen wurde		30 St	26,55

Eplerenon 0,05

IND Eplerenon "+pharma" 50 mg Filmtabl.		20 St	16,50
Herzinsuffizienz mit linksventrikulärer Dysfunktion, wenn Spironolacton aufgrund endokriner Nebenwirkungen (Hirsutismus, Gynäkomastie) nachweislich nicht vertragen wurde		30 St(3)	24,35
IND Eplerenon "Actavis" 50 mg Filmtabl.		10 St	9,40
Herzinsuffizienz mit linksventrikulärer Dysfunktion, wenn Spironolacton aufgrund endokriner Nebenwirkungen (Hirsutismus, Gynäkomastie) nachweislich nicht vertragen wurde		30 St	26,55
IND Eplerenon "Genericon" 50 mg Filmtabl.		20 St	18,00
Herzinsuffizienz mit linksventrikulärer Dysfunktion, wenn Spironolacton aufgrund endokriner Nebenwirkungen (Hirsutismus, Gynäkomastie) nachweislich nicht vertragen wurde		30 St	26,05
IND Eplerenon "HCS" 50 mg Filmtabl.		10 St	8,80
Herzinsuffizienz mit linksventrikulärer Dysfunktion, wenn Spironolacton aufgrund endokriner Nebenwirkungen (Hirsutismus, Gynäkomastie) nachweislich nicht vertragen wurde		30 St(3)	24,90
IND Eplerenon "ratiopharm GmbH" 50 mg Filmtabl.		10 St	8,95
Herzinsuffizienz mit linksventrikulärer Dysfunktion, wenn Spironolacton aufgrund endokriner Nebenwirkungen (Hirsutismus, Gynäkomastie) nachweislich nicht vertragen wurde		30 St	26,00
IND Eplezot 50 mg Filmtabl.		10 St	8,75
Herzinsuffizienz mit linksventrikulärer Dysfunktion, wenn Spironolacton aufgrund endokriner Nebenwirkungen (Hirsutismus, Gynäkomastie) nachweislich nicht vertragen wurde		30 St	24,85
IND Inspira 50 mg Filmtabl.		10 St	9,40
Herzinsuffizienz mit linksventrikulärer Dysfunktion, wenn Spironolacton aufgrund endokriner Nebenwirkungen (Hirsutismus, Gynäkomastie) nachweislich nicht vertragen wurde		30 St	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	20 St(2)	3,10
	T2	50 St	6,55

C03EA14 Butizid und Kalium sparende Mittel

Butizid 0,01, Spironolacton 0,1

Alidactone-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)	8,00
		50 St	17,30
Lasilacton 20 mg/50 mg Kaps.		50 St	18,70
Spiro "Genericon" comp. Tabl.	T2	20 St(2)	8,00
	T2	50 St	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)	16,30
Spiro "Genericon" comp. forte Tabl.	T2	20 St(2)	8,65

C03X Andere Diuretika
C03XA Vasopressin-Antagonisten
C03XA01 Tolvaptan

Tolvaptan 0,015

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	10 St	323,45
		T2	30 St	749,30

Tolvaptan 0,015 (28 Tabl.); Tolvaptan 0,045 (28 Tabl.)

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	667,00
------------	--	--	-------	--------

Tolvaptan 0,03

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	351,80
------------	---	--	-------	--------

Tolvaptan 0,03 (28 Tabl.); Tolvaptan 0,06 (28 Tabl.)

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	667,00
------------	--	--	-------	--------

Tolvaptan 0,03 (28 Tabl.); Tolvaptan 0,09 (28 Tabl.)

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	667,00
------------	--	--	-------	--------

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

Pentoxifyllin 0,4

Pentomer retard 400 mg Filmtabl.	T2	20 St(2)	3,85
	T2	50 St	8,85
Pentoxi "Genericon" retard 400 mg Filmtabl.		20 St(2)	3,85
		50 St	8,80

Bezeichnung	T	OP	KVP in €
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

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 0,001

Delta Hädensa Zäpf.		5 St(2)	3,35
---------------------	--	---------	------

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)	2,70
----------------	--	---------	------

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)	3,55
---------------------------	--	----------	------

C05CX Andere kapillarstabilisierende Mittel**Aescin 0,02**

Reparil 20 mg Drag.		60 St	4,40
---------------------	--	-------	------

Aescin 0,05

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

**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)	0,60
<i>Metoprololsuccinat 0,0475 entspr. Metoprololtartrat 0,05</i>	T2	30 St(2)	1,50
Metoprololsuccinat "Stada" 47,5 mg Retardtabl.	T2	10 St(2)	0,60
<i>Metoprololsuccinat 0,0475 entspr. Metoprololtartrat 0,05</i>	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)	1,00
<i>Metoprololsuccinat 0,095 entspr. Metoprololtartrat 0,1</i>	T2	30 St(2)	2,50
Metoprololsuccinat "Stada" 95 mg Retardtabl.	T2	10 St(2)	1,00
<i>Metoprololsuccinat 0,095 entspr. Metoprololtartrat 0,1</i>	T2	30 St	2,50

Metoprolol 0,1

Beloc 100 mg Tabl.	T2	20 St(2)	4,00
	T2	50 St	9,40

Bezeichnung	T	OP	KVP in €
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

Metoprolol 0,2

Metoprolol "Stada" retard 200 mg Filmtabl.	T2	20 St(2)	2,00
	T2	50 St	5,00

C07AB03 Atenolol

Atenolol 0,025

Tenormin 25 mg Filmtabl.	T2	20 St(2)	3,25
	T2	50 St	7,20

Atenolol 0,05

Atenolan 50 mg Filmtabl.	T4	20 St(2)	3,55
	T4	50 St	8,35
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

Atenolan 100 mg Filmtabl.	T2	20 St(2)	6,20
	T2	50 St	9,60
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	0,90
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	0,60
	T2	30 St(2)	1,75

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

Bezeichnung	T	OP	KVP in €
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

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 "1A Pharma" 5 mg Tabl.	T4	14 St	2,05
	T4	30 St(2)	4,45
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 "Genericon" 5 mg Tabl.	T4	10 St	1,50
	T4	30 St(2)	4,45
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

Carvedilol 0,0125

Carvedilol "+pharma" 12,5 mg Filmtabl.	T2	10 St(2)	2,10
	T2	30 St	6,10
Carvedilol "1A Pharma" 12,5 mg Tabl.	T2	30 St	6,25
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)	10,05
Carvedilol "1A Pharma" 25 mg Tabl.	T2	30 St(2)	10,05
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)	12,15
--------------------------------	----	----------	-------

C07B BETA-ADRENOREZEPTOR-ANTAGONISTEN UND THIAZIDE C07BB Beta-Adrenorezeptor-Antagonisten, selektiv, und Thiazide C07BB02 Metoprolol und Thiazide

Metoprololtartrat 0,1, Hydrochlorothiazid 0,0125

Metoprolol "ratiopharm" comp. Tabl.	T2	20 St(2)	3,90
	T2	50 St	9,25

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
Rivacor plus Filmtabl.		50 St	8,20

Bisoprolol(fumarat) 0,01, Hydrochlorothiazid 0,025

Rivacor plus forte Filmtabl.		50 St	9,60
------------------------------	--	-------	------

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
------------------------	----	----------	-------

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***

Atenolan comp. mite Filmtabl.	T2	50 St	9,90
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

Atenolan comp. Filmtabl.	T2	50 St	16,10
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

Bezeichnung	T	OP	KVP in €
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
---------------------------------	--	----------	------

Felodipin 0,005

Felodipin "Hexal" retard 5 mg Filmtabl.		30 St(2)	8,25
Felodistad retard 5 mg Filmtabl.		30 St(2)	8,20
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)	2,15
-------------------	--	---------	------

Bezeichnung	T	OP	KVP in €
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)	6,50

**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
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

**C08G CALCIUMKANALBLOCKER UND DIURETIKA
C08GA Calciumkanalblocker und Diuretika
C08GA02 Amlodipin und Diuretika**

Amlodipin 0,01, Indapamid 0,0015			
Fludexam 1,5 mg/10 mg Tabl. mit veränderter Wirkstofffreisetzung		30 St(2)	7,60

**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
Mepiril 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

Bezeichnung	T	OP	KVP in €
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
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

Bezeichnung	T	OP	KVP in €
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.	T2	30 St(2)	9,05
Ramipril "Hexal" 7,5 mg Tabl.	T2	30 St(2)	9,05

Ramipril 0,01

Lannapril 10 mg Tabl.	T2	30 St(2)	9,05
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

Bezeichnung	T	OP	KVP in €
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			
Tanatriil 5 mg Tabl.	T2	28 St(2)	5,95
Imidapril 0,01			
Tanatriil 10 mg Tabl.	T2	28 St(2)	10,40
Imidapril 0,02			
Tanatriil 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
Renitec plus Tabl.		28 St(2)	13,70

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-Mepiril 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
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

Bezeichnung	T	OP	KVP in €
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
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
Fosinopril/HCT "Stada" 20 mg/12,5 mg Tabl.		30 St(2)	6,70

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)	7,75

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

Bezeichnung	T	OP	KVP in €
Zanipril 20 mg/10 mg Filmtabl.		28 St(2)	7,75
C09BB03 Lisinopril und Amlodipin			
<i>Lisinopril 0,01, Amlodipin 0,005</i>			
Lisam 10 mg/5 mg Tabl.		30 St(2)	7,65
<i>Lisinopril 0,02, Amlodipin 0,005</i>			
Lisam 20 mg/5 mg Tabl.		30 St(2)	7,65
<i>Lisinopril 0,02, Amlodipin 0,01</i>			
Lisam 20 mg/10 mg Tabl.		30 St(2)	7,65
C09BB06 Enalapril und Nitrendipin			
<i>Enalapril 0,01, Nitrendipin 0,02</i>			
Cenipres 10 mg/20 mg Tabl.		30 St(2)	24,60
C09BB07 Ramipril und Amlodipin			
<i>Ramipril 0,0025, Amlodipin 0,005</i>			
Ramipril/Amlodipin "Genericon" 2,5 mg/5 mg Hartkaps.		30 St(2)	8,25
<i>Ramipril 0,005, Amlodipin 0,005</i>			
Ramipril/Amlodipin "Genericon" 5 mg/5 mg Hartkaps.		30 St(2)	8,25
<i>Ramipril 0,005, Amlodipin 0,01</i>			
Ramipril/Amlodipin "Genericon" 5 mg/10 mg Hartkaps.		30 St(2)	8,25
<i>Ramipril 0,01, Amlodipin 0,005</i>			
Ramipril/Amlodipin "Genericon" 10 mg/5 mg Hartkaps.		30 St(2)	8,25
<i>Ramipril 0,01, Amlodipin 0,01</i>			
Ramipril/Amlodipin "Genericon" 10 mg/10 mg Hartkaps.		30 St(2)	8,25
C09BX ACE-Hemmer, andere Kombinationen			
C09BX03 Ramipril, Amlodipin und Hydrochlorothiazid			
<i>Ramipril 0,005, Amlodipin 0,005, Hydrochlorothiazid 0,0125</i>			
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
<i>Ramipril 0,005, Amlodipin 0,005, Hydrochlorothiazid 0,025</i>			
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
<i>Ramipril 0,01, Amlodipin 0,005, Hydrochlorothiazid 0,025</i>			
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
<i>Ramipril 0,01, Amlodipin 0,01, Hydrochlorothiazid 0,025</i>			
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
C09C ANGIOTENSIN-II-REZEPTORBLOCKER (ARB), REIN			
C09CA Angiotension-II-Rezeptorblocker (ARB), rein			
C09CA01 Losartan			
<i>Losartan 0,0125</i>			
Losartan "Genericon" 12,5 mg Filmtabl.		30 St(2)	3,85
Losartan "Krka" 12,5 mg Filmtabl.		28 St(2)	3,50

Bezeichnung	T	OP	KVP in €
-------------	---	----	----------

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 "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 "Stada" 50 mg Filmtabl.	T4	30 St(2)	4,40

Losartan 0,1

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
Losartan "Stada" 100 mg Filmtabl.	T2	30 St(2)	4,95

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
Valsartan "Actavis" 40 mg Filmtabl.	T2	30 St(2)	9,35

Valsartan 0,08

Diovan 80 mg Filmtabl.		28 St(2)	8,45
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)	8,25
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)	8,45
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)	8,25
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

Irbespress 75 mg Filmtabl.		30 St(2)	5,75
----------------------------	--	----------	------

Irbesartan 0,15

Irbespress 150 mg Filmtabl.	T2	30 St(2)	5,75
-----------------------------	----	----------	------

Irbesartan 0,3

Irbespress 300 mg Filmtabl.	T2	30 St(2)	5,75
-----------------------------	----	----------	------

C09CA06 Candesartan**Candesartan 0,004**

Blopress 4 mg Tabl.		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 "Krka" 4 mg Tabl.		30 St(2)	6,60
Candesartan "ratiopharm" 4 mg Tabl.	T2	30 St(2)	6,95
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.		28 St(2)	6,50
Candeblo 8 mg Tabl.	T2	30 St(2)	6,95
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 "A-med" 8 mg Tabl.	T2	30 St(2)	5,80
Candesartan "G.L." 8 mg Tabl.	T2	30 St(2)	6,50
Candesartan "Genericon" 8 mg Tabl.	T2	30 St(2)	6,95
Candesartan "Krka" 8 mg Tabl.		30 St(2)	6,60
Candesartan "ratiopharm" 8 mg Tabl.	T2	30 St(2)	6,95
Candesartan "Sandoz" 8 mg Tabl.	T2	30 St(2)	6,95
Candesartan "Stada" 8 mg Tabl.	T2	30 St(2)	5,85

Candesartan 0,016

Blopress 16 mg Tabl.		28 St(2)	6,50
Candeblo 16 mg Tabl.	T2	30 St(2)	6,95
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 "A-med" 16 mg Tabl.	T2	30 St(2)	5,80
Candesartan "G.L." 16 mg Tabl.	T2	30 St(2)	6,50
Candesartan "Genericon" 16 mg Tabl.	T2	30 St(2)	6,95
Candesartan "Krka" 16 mg Tabl.		30 St(2)	6,60
Candesartan "ratiopharm" 16 mg Tabl.	T2	30 St(2)	6,95
Candesartan "Sandoz" 16 mg Tabl.	T2	30 St(2)	6,95
Candesartan "Stada" 16 mg Tabl.	T2	30 St(2)	5,85

Candesartan 0,032

Blopress 32 mg Tabl.		28 St(2)	6,50
Candeblo 32 mg Tabl.	T2	30 St(2)	6,95
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 "A-med" 32 mg Tabl.	T2	30 St(2)	5,80
Candesartan "G.L." 32 mg Tabl.	T2	30 St(2)	6,50
Candesartan "Genericon" 32 mg Tabl.	T2	30 St(2)	6,95
Candesartan "Krka" 32 mg Tabl.		30 St(2)	6,95
Candesartan "ratiopharm" 32 mg Tabl.	T2	30 St(2)	6,95
Candesartan "Sandoz" 32 mg Tabl.	T2	30 St(2)	6,95
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

Bezeichnung	T	OP	KVP in €
-------------	---	----	----------

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 "Krka" 50 mg/12,5 mg Filmtabl.		30 St(2)	4,95
Losartan/HCT "ratiopharm GmbH" 50 mg/12,5 mg Filmtabl.		30 St(2)	4,45
Losartan/HCT "Stada" 50 mg/12,5 mg Filmtabl.		30 St(2)	4,20

Losartan 0,1, Hydrochlorothiazid 0,0125

Losartan/HCT "Krka" 100 mg/12,5 mg Filmtabl.		30 St(2)	4,95
Losartan/HCT "Stada" 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 "Krka" 100 mg/25 mg Filmtabl.		30 St(2)	4,95
Losartan/HCT "ratiopharm GmbH" 100 mg/25 mg Filmtabl.		30 St(2)	4,45
Losartan/HCT "Stada" 100 mg/25 mg Filmtabl.	T2	30 St(2)	4,40

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 0,16, 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

Bezeichnung	T	OP	KVP in €
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)	5,75
--	--	----------	------

Irbesartan 0,3, Hydrochlorothiazid 0,0125

Irbepress/HCT 300 mg/12,5 mg Filmtabl.		30 St(2)	5,75
--	--	----------	------

Irbesartan 0,3, Hydrochlorothiazid 0,025

Irbepress/HCT 300 mg/25 mg Filmtabl.	T2	30 St(2)	5,75
--------------------------------------	----	----------	------

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 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 "G.L." 8 mg/12,5 mg Tabl.		30 St(2)	6,80
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 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 "G.L." 16 mg/12,5 mg Tabl.		30 St(2)	6,80
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 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 "G.L." 32 mg/12,5 mg Tabl.		30 St(2)	6,80
Candesartan/HCT "Krka" 32 mg/12,5 mg Tabl.	T2	30 St(2)	7,05

Bezeichnung	T	OP	KVP in €
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 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 "G.L." 32 mg/25 mg Tabl.	T2	30 St(2)	6,80
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

Telhycar 80 mg/12,5 mg Tabl.		28 St(3)	5,95
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
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

Telhycar 80 mg/25 mg Tabl.		28 St(3)	5,95
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)	5,95
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)	5,95

Bezeichnung	T	OP	KVP in €
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)	5,95
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
---	--	----------	-------

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 "Sandoz" 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 "Sandoz" 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 "Sandoz" 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.	T2	30 St(3)	5,70
Candecam 16 mg/10 mg Tabl.		28 St(3)	6,60
Candesartan/Amlodipin "Sandoz" 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)	6,30
	Amlodipin/Valsartan/HCT "ratiopharm" 5 mg/160 mg/12,5 mg Filmtabl.	30 St(3)	6,60
	Amlodipin/Valsartan/HCT "Sandoz" 5 mg/160 mg/12,5 mg Filmtabl.	28 St(3)	6,95
	Amlodipin/Valsartan/HCT "Stada" 5 mg/160 mg/12,5 mg Filmtabl.	28 St(3)	6,30
	Amlodipin/Valsartan/HCT "TAD" 5 mg/160 mg/12,5 mg Filmtabl.	30 St(3)	6,75
IND	Exforge HCT 5 mg/160 mg/12,5 mg Filmtabl. wenn ACE-Hemmer nicht vertragen werden	28 St(2)	20,30

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

	Amlodipin/Valsartan/HCT "1A Pharma" 5 mg/160 mg/25 mg Filmtabl.	28 St(3)	6,30
	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)	6,30
	Amlodipin/Valsartan/HCT "TAD" 5 mg/160 mg/25 mg Filmtabl.	30 St(3)	6,75
IND	Exforge HCT 5 mg/160 mg/25 mg Filmtabl. wenn ACE-Hemmer nicht vertragen werden	28 St(2)	20,30

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)	6,30
	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)	6,30
	Amlodipin/Valsartan/HCT "TAD" 10 mg/160 mg/12,5 mg Filmtabl.	30 St(3)	6,75
IND	Exforge HCT 10 mg/160 mg/12,5 mg Filmtabl. wenn ACE-Hemmer nicht vertragen werden	28 St(2)	20,30

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

	Amlodipin/Valsartan/HCT "1A Pharma" 10 mg/160 mg/25 mg Filmtabl.	28 St(3)	6,30
	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)	6,30
	Amlodipin/Valsartan/HCT "TAD" 10 mg/160 mg/25 mg Filmtabl.	30 St(3)	6,75
IND	Exforge HCT 10 mg/160 mg/25 mg Filmtabl. wenn ACE-Hemmer nicht vertragen werden	28 St(2)	20,30

Valsartan 0,32, Amlodipin 0,01, Hydrochlorothiazid 0,025

	Amlodipin/Valsartan/HCT "ratiopharm" 10 mg/320 mg/25 mg Filmtabl.	30 St(3)	6,60
	Amlodipin/Valsartan/HCT "Stada" 10 mg/320 mg/25 mg Filmtabl.	28 St(3)	6,30

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	12,70
		28 St(2)	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
	Nyzoc 20 mg Filmtabl.	T2	30 St(2)	6,60
	Simvastad 20 mg Filmtabl.	T2	30 St(2)	5,55
	Simvastatin "+pharma" 20 mg Filmtabl.	T2	30 St(2)	5,65

Bezeichnung	T	OP	KVP in €
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
Nyzoc 40 mg Filmtabl.	T2	30 St(2)	6,60
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
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 "+pharma" 20 mg Filmtabl.	T2	30 St(2)	8,05
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**

Fluvastatin "Accord" 80 mg Retardtabl.		30 St(3)	5,35
Lescol MR 80 mg Filmtabl.		28 St(2)	6,30

C10AA05 Atorvastatin**Atorvastatin 0,01**

Atorvavidiv 10 mg Filmtabl.		30 St(2)	6,35
Atorvalan 10 mg Filmtabl.		30 St(2)	6,35
Atorvastatin "+pharma" 10 mg Filmtabl.		30 St(2)	5,80
Atorvastatin "1A Pharma" 10 mg Filmtabl.		30 St(3)	5,80
Atorvastatin "Accord" 10 mg Filmtabl.		30 St(3)	5,55
Atorvastatin "Actavis" 10 mg Filmtabl.		30 St(2)	6,35
Atorvastatin "Aristo Pharma" 10 mg Filmtabl.		30 St(3)	5,35
Atorvastatin "Bluefish AB" 10 mg Filmtabl.		30 St(3)	5,30
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" 10 mg Filmtabl.		30 St(2)	6,35
Atorvastatin "Sandoz" 10 mg Filmtabl.		30 St(2)	6,35
Atorvastatin "Stada" 10 mg Filmtabl.		30 St(2)	5,70
Atorvastatin "Viatrix" 10 mg Filmtabl.		30 St(2)	6,30
Sortis 10 mg Filmtabl.		30 St(2)	7,20

Atorvastatin 0,02

Atorvavidiv 20 mg Filmtabl.	T2	30 St(2)	6,35
Atorvalan 20 mg Filmtabl.	T2	30 St(2)	6,35
Atorvastatin "+pharma" 20 mg Filmtabl.	T2	30 St(2)	5,80
Atorvastatin "1A Pharma" 20 mg Filmtabl.	T2	30 St(3)	5,80
Atorvastatin "Accord" 20 mg Filmtabl.		30 St(3)	5,55
Atorvastatin "Actavis" 20 mg Filmtabl.		30 St(2)	6,35
Atorvastatin "Aristo Pharma" 20 mg Filmtabl.		30 St(3)	5,35
Atorvastatin "Bluefish AB" 20 mg Filmtabl.		30 St(3)	5,30
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" 20 mg Filmtabl.		30 St(2)	6,35
Atorvastatin "Sandoz" 20 mg Filmtabl.	T2	30 St(2)	6,35
Atorvastatin "Stada" 20 mg Filmtabl.		30 St(2)	5,70
Atorvastatin "Viatrix" 20 mg Filmtabl.		30 St(2)	6,30
Sortis 20 mg Filmtabl.		30 St(2)	7,20

Atorvastatin 0,03

Atorvastatin "Krka" 30 mg Filmtabl.		30 St(2)	8,90
-------------------------------------	--	----------	------

Atorvastatin 0,04

Atorvavidiv 40 mg Filmtabl.	T4	30 St(2)	6,35
Atorvalan 40 mg Filmtabl.	T2	30 St(2)	6,35
Atorvastatin "+pharma" 40 mg Filmtabl.	T2	30 St(2)	5,80
Atorvastatin "1A Pharma" 40 mg Filmtabl.	T4	30 St(3)	5,80
Atorvastatin "Accord" 40 mg Filmtabl.		30 St(3)	5,55
Atorvastatin "Actavis" 40 mg Filmtabl.		30 St(2)	6,35
Atorvastatin "Aristo Pharma" 40 mg Filmtabl.		30 St(3)	5,35
Atorvastatin "Bluefish AB" 40 mg Filmtabl.		30 St(3)	5,30
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" 40 mg Filmtabl.		30 St(2)	6,35
Atorvastatin "Sandoz" 40 mg Filmtabl.	T4	30 St(2)	6,35
Atorvastatin "Stada" 40 mg Filmtabl.		30 St(2)	5,70

Bezeichnung	T	OP	KVP in €
Atorvastatin "Viatrix" 40 mg Filmtabl.		30 St(2)	6,30
Sortis 40 mg Filmtabl.		30 St(2)	7,20

Atorvastatin 0,06

Atorvastatin "Krka" 60 mg Filmtabl.		30 St(2)	10,70
-------------------------------------	--	----------	-------

Atorvastatin 0,08

Atorvalan 80 mg Filmtabl.	T2	30 St(2)	6,35
Atorvastatin "+pharma" 80 mg Filmtabl.	T2	30 St(2)	5,80
Atorvastatin "1A Pharma" 80 mg Filmtabl.	T4	30 St(3)	5,80
Atorvastatin "Accord" 80 mg Filmtabl.		30 St(3)	5,55
Atorvastatin "Actavis" 80 mg Filmtabl.		30 St(2)	6,35
Atorvastatin "Aristo Pharma" 80 mg Filmtabl.		30 St(3)	5,35
Atorvastatin "Bluefish AB" 80 mg Filmtabl.		30 St(3)	5,30
Atorvastatin "G.L." 80 mg Filmtabl.	T2	30 St(2)	6,35
Atorvastatin "Genericon" 80 mg Filmtabl.		30 St(2)	6,35
Atorvastatin "ratiopharm" 80 mg Filmtabl.		30 St(2)	6,35
Atorvastatin "Sandoz" 80 mg Filmtabl.	T4	30 St(2)	6,35
Atorvastatin "Stada" 80 mg Filmtabl.		30 St(2)	5,70
Atorvastatin "Viatrix" 80 mg Filmtabl.		30 St(2)	6,30
Sortis 80 mg Filmtabl.		30 St(2)	7,20

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 "Aristo" 5 mg Filmtabl.		30 St(2)	5,35
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

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 "Aristo" 10 mg Filmtabl.		30 St(2)	5,35
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 "Aristo" 20 mg Filmtabl.		30 St(2)	5,35
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

Bezeichnung	T	OP	KVP in €
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 "Aristo" 40 mg Filmtabl.		30 St(2)	5,35
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)	8,25
		100 St	23,25

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)	11,75
-----------------------------	--	----------	-------

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 "Accord" 10 mg Tabl.		30 St(3)	8,75
Ezetimib "Actavis" 10 mg Tabl.		30 St(3)	10,10
Ezetimib "Aristo" 10 mg Tabl.		30 St(3)	9,95
Ezetimib "Genericon" 10 mg Tabl.		30 St(3)	10,35
Ezetimib "HCS" 10 mg Tabl.		30 St(3)	9,50
Ezetimib "Hexal" 10 mg Tabl.		30 St(3)	10,10

Bezeichnung	T	OP	KVP in €
Ezetimib "ratiopharm" 10 mg Tabl.		30 St(3)	8,75
Ezetimib "Sandoz" 10 mg Tabl.		30 St(3)	10,30
Ezetimib "Stada" 10 mg Filmtabl.		30 St(3)	10,00
Ezetimib "Zentiva" 10 mg Tabl.		30 St(3)	8,70

**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
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

Ezeato 10 mg/10 mg Tabl.		30 St(3)	11,40
Ezetimib/Atorvastatin "ratiopharm" 10 mg/10 mg Filmtabl.		30 St(3)	10,25

Atorvastatin 0,02, Ezetimib 0,01

Ezeato 10 mg/20 mg Tabl.		30 St(3)	11,40
Ezetimib/Atorvastatin "ratiopharm" 10 mg/20 mg Filmtabl.		30 St(3)	10,25

Atorvastatin 0,04, Ezetimib 0,01

Ezeato 10 mg/40 mg Tabl.		30 St(3)	11,40
Ezetimib/Atorvastatin "ratiopharm" 10 mg/40 mg Filmtabl.		30 St(3)	10,25

Bezeichnung	T	OP	KVP in €
-------------	---	----	----------

Atorvastatin 0,08, Ezetimib 0,01

Ezeato 10 mg/80 mg Tabl.		30 St(3)	11,40
Ezetimib/Atorvastatin "ratiopharm" 10 mg/80 mg Filmtabl.		30 St(3)	10,25

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

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

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)	5,60
-------------------------------	--	----------	------

Rosuvastatin 0,01, Acetylsalicylsäure 0,1

RosuASS 10 mg/100 mg Hartkaps.		30 St(3)	5,60
--------------------------------	--	----------	------

Rosuvastatin 0,02, Acetylsalicylsäure 0,1

RosuASS 20 mg/100 mg Hartkaps.		30 St(3)	5,60
--------------------------------	--	----------	------

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
D01AC01 Clotrimazol

Clotrimazol 0,01/g

Candibene 1 % Creme	30 g	3,60
---------------------	------	------

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
----------------	------	------

D01AC08 Ketoconazol**Ketoconazol 0,02/g**

Fungoral 2 % Creme	30 g	4,95
--------------------	------	------

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 Kombinationen**Econazolnitrat 0,01, Triamcinolonacetonid 0,001/g**

Pevisone Creme	15 g(2)	2,95
----------------	---------	------

Isoconazolnitrat 0,01, Diflucortolonvalerat 0,001/g

Travocort Creme	15 g(2)	3,05
-----------------	---------	------

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. <i>bei Dermatomykosen bzw. Onychomykosen</i>		14 St	12,25
D	Amykal 250 mg Tabl. <i>bei Onychomykosen</i>		28 St	23,00
D	Myconormin 250 mg Tabl. <i>bei Dermatomykosen bzw. Onychomykosen</i>	T2	14 St	12,25
D	Myconormin 250 mg Tabl. <i>bei Onychomykosen</i>	T2	28 St	23,00
D	Terbiderm 250 mg Tabl. <i>bei Dermatomykosen bzw. Onychomykosen</i>	T2	14 St	12,20
D	Terbiderm 250 mg Tabl. <i>bei Onychomykosen</i>	T2	28 St	22,90
D	Terbinafin "Genericon" 250 mg Tabl. <i>bei Dermatomykosen bzw. Onychomykosen</i>	T2	14 St	12,20
D	Terbinafin "Genericon" 250 mg Tabl. <i>bei Onychomykosen</i>	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	3,70
	Optiderm Fett-Creme		50 g	3,70

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	6,65
--	-----------------------------	--	------	------

Amm. sulfobituminat 0,2/g

	Ichtholan 20 % Salbe		40 g	7,55
--	-----------------------------	--	------	------

Amm. sulfobituminat 0,5/g

	Ichtholan 50 % Salbe		40 g	8,85
--	-----------------------------	--	------	------

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)	2,25
-----------------	---------	------

D04AX Andere Antipruriginosa**Gerbstoff (synth.) 0,01/g**

Tannosynt Lotio	100 g	4,10
-----------------	-------	------

Gerbstoff (synth.) 0,4/g

Tannosynt flüssig Badekonzentrat	100 g	6,50
----------------------------------	-------	------

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	4,80
	50 g	6,50

D05AX Andere Antipsoriatika zur topischen Anwendung
D05AX02 Calcipotriol

Calcipotriol 0,00005/g

D Psorcutan Creme	30 g(2)	16,15
	120 g	43,60
D Psorcutan Salbe	30 g(2)	16,15
	120 g	43,60

D05AX04 Tacalcitol**Tacalcitol 0,000004/g**

D Curatoderm 4 mcg/g Emulsion zur Anw. auf der Haut	30 ml(2)	24,45
	50 ml	37,50
D Curatoderm Salbe	20 g(2)	16,60
	60 g	43,60

D05AX52 Calcipotriol, Kombinationen**Calcipotriol 0,00005, Betamethason 0,0005/g**

D Daivobet 50 mcg/g + 0,5 mg/g Gel	30 g	23,95
	60 g	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
D05BA Psoralene zur systemischen Anwendung
D05BA02 Methoxsalen

Methoxsalen 0,01

Oxsoralen 10 mg Kaps.	50 St(2)	24,75
-----------------------	----------	-------

**D05BB Retinoide zur Behandlung der Psoriasis
D05BB02 Acitretin**

Acitretin 0,01

D	Keracutan 10 mg Kaps. <i>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).</i>	30 St	11,25
		100 St	35,45

Acitretin 0,025

D	Keracutan 25 mg Kaps. <i>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).</i>	30 St	22,90
		100 St	72,45

D06 ANTIBIOTIKA UND CHEMOTHERAPEUTIKA ZUR DERMATOLOGISCHEN ANWENDUNG

**D06A ANTIBIOTIKA ZUR TOPISCHEN ANWENDUNG
D06AX Andere Antibiotika zur topischen Anwendung**

Bacitracin 250 IE, Neomycin 5000 IE/g

	Baneocin Puder	10 g	1,75
	Baneocin Salbe	5 g(2)	1,85
		20 g	3,85

D06AX01 Fusidinsäure**Fusidinsäure 0,02/g**

	Fucidin Salbe	5 g(2)	2,05
		15 g	3,65

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
--	-------------------------	------	------

**D06BB Antivirale Mittel
D06BB04 Podophyllotoxin**

Podophyllotoxin 0,005/ml

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

**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	7,60
---------------------------------	------	------

D07AB Corticosteroide, mittelstark wirksam (Gruppe II)**D07AB07 Flupredniden****Flupredniden 0,001/g**

Decoderm Creme	30 g	5,75
----------------	------	------

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.	15 ml	3,75
	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
------------------------	-------	------

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

Bezeichnung	T	OP	KVP in €
-------------	---	----	----------

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

Methylprednisolonaceponat 0,001/ml

Advantan dermatol. Lsg.		20 ml(2)	5,60
-------------------------	--	----------	------

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

Triamcinolonacetamid 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		15 g	2,95
		30 g	5,75

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

Triamcinolonacetamid 0,002, Salicylsäure 0,02/ml

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

D07XB05 Dexamethason*Dexamethason 0,001, Diphenhydramin 0,015/g*

Multodrin Salbe	15 g	3,70
	30 g	5,25

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	4,00
	500 ml	7,65

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
-------------------	---------	------

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

D10AX Andere Aknemittel zur topischen Anwendung**D10AX03 Azelainsäure****Azelainsäure 0,2/g**

Skinoren Creme

30 g

9,50

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

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)	9,60
		30 g(2)	27,00

Tacrolimus 0,001/g

D K	Protopic 0,1 % Salbe	10 g(2)	9,60
		30 g(2)	27,00
D K	Tacrolimus "Accord" 0,1 % Salbe	10 g(2)	8,05
		30 g(2)	22,70

D11AH02 Pimecrolimus**Pimecrolimus 0,01/g**

D K	Elidel 1 % Creme	15 g	21,55
		30 g(2)	39,60

D11AX Andere Dermatika**Natr. sulfobituminat (hell) 0,005/g**

	Solutio Cordes dermatol. Lsg.	100 g	4,65
--	-------------------------------	-------	------

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	100 ml(2)	2,55
		400 ml	8,55
		2 x 200 ml (BP)	

Sojaöl 0,8475/g

	Balneum Hermal Badezusatz	100 ml(2)	2,05
		400 ml	6,15
		2 x 200 ml (BP)	

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
--	----------------------	---------	------

**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

G02CB04 Quinagolid

Quinagolid 0,025 mg (3 Tabl.); Quinagolid 0,05 mg (3 Tabl.)IND Norprolac 0,025 mg + 0,050 mg Tabl. Starterpackung
Hyperprolaktinämie

6 St

5,80

Quinagolid 0,075 mgIND Norprolac 0,075 mg Tabl.
Hyperprolaktinämie

30 St

37,60

**G02CC Antiphlogistika zur vaginalen Anwendung
G02CC03 Benzylamin**

Benzylamin 0,14

Rosalgin 0,1 % Vaginalsg.

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/gIND Estrogele Gel
bei schwerem klimakterischen Syndrom

80 g(2)

7,35

Bezeichnung	T	OP	KVP in €
-------------	---	----	----------

Estradiol 0,002

IND	Estrofem 2 mg Filmtabl. bei schwerem klimakterischen Syndrom	28 St(2)	4,90
		84 St	12,85

G03CA04 Estriol

Estriol 0,0005

	Ovestin Ovula	15 St	8,00
--	----------------------	-------	------

Estriol 0,001

	Ovestin 1 mg Tabl.	30 St(2)	4,20
--	---------------------------	----------	------

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)	6,75
-----	---	----------	------

G03D GESTAGENE G03DA Pregnen-4-Derivate G03DA03 Hydroxyprogesteron

Hydroxyprogesteron 0,25

	Proluton Depot 250 mg Amp.	3 St	9,55
--	-----------------------------------	------	------

G03DA04 Progesteron

Progesteron 0,1

	Utrogestan Kaps.	30 St(2)	7,75
--	-------------------------	----------	------

Progesteron 0,2

	Arefam 200 mg Weichkaps.	15 St(2)	6,45
--	---------------------------------	----------	------

G03DB Pregnadien-Derivate G03DB01 Dydrogesteron

Dydrogesteron 0,01

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

G03DB08 Dienogest

Dienogest 0,002

	Aridya 2 mg Tabl.	28 St(3)	5,80
	Metrissa 2 mg Filmtabl.	28 St(3)	5,80

G03DC Estren-Derivate G03DC03 Lynestrenol

Lynestrenol 0,005

	Orgametriil 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
-----	---	--	--	----------	------

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 OVULATIONS AUSLÖSER**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
-----	--	--	--	----------	-------

Bezeichnung		T	OP	KVP in €
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)	16,25
		1 ML = 2,5 g	

G04BD Mittel bei Pollakisurie und Harninkontinenz

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

Rowatinox Kaps.		50 St	4,75
------------------------	--	-------	------

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. [®] 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	1.801,35
-----	---	--	-----------------	----------

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

Bezeichnung	T	OP	KVP in €
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

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)	14,60
		30 St	40,75

Mirabegron 0,05

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

G04BX Andere Urologika

Dexamethason 0,0004, Lidocain 0,02/g

Uromont Emulsion		5 St	12,10
		5 x 10 g	

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

Alfuzosin 0,01

U	Alfuzosin "Stada" 10 mg Retardtabl.	10 St(2)	3,35
		30 St(2)	7,60

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
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

G04CA52 Tamsulosin und Dutasterid**Tamsulosin 0,0004, Dutasterid 0,0005**

U	Dutaglandin comp. 0,5 mg/0,4 mg Hartkaps.	30 St(3)	9,60
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 "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
H01A HYPOPHYSENVORDERLAPPENHORMONE UND ANALOGA
H01AA ACTH
H01AA02 Tetracosactid

Tetracosactid 0,001

Synacthen Depot Amp.

1 St(2)

6,65

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
H01CA Gonadotropin-Releasing-Hormone
H01CA01 Gonadorelin

Gonadorelin 0,0002/Hb

F2J Kryptocur 0,2 mg/0,1 ml nasale Sprühsg.

2 St
2 x 84 Hb

363,70

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

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)	28 St	93,40
	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/m ² , 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.		

H02 CORTICOSTEROIDE ZUR SYSTEMISCHEN ANWENDUNG

H02A CORTICOSTEROIDE ZUR SYSTEMISCHEN ANWENDUNG, REIN

H02AA Mineralocorticoide

H02AA02 Fludrocortison

Fludrocortison 0,0001

Astonin-H Tabl.	T2	100 St	39,75
------------------------	----	--------	-------

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. z. Inj.		1 St(2)	6,10
		5 St	26,60
Diprophos 2 ml Susp. z. Inj.		1 St(2)	9,40

H02AB02 Dexamethason

Dexamethason 0,004

Dexabene 4 mg Amp.		1 St(2)	1,40
		5 St	5,50

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

Bezeichnung	T	OP	KVP in €
-------------	---	----	----------

Dexamethason 0,04

Fortecortin 40 mg Amp.		1 St(2)	23,15
------------------------	--	---------	-------

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 1000 mg Trockenstechamp.		1 St(2)	32,05
--------------------------------------	--	---------	-------

H02AB06 Prednisolon

Prednisolon 0,005

Aprednisolon 5 mg Tabl.	T2	10 St(2)	1,25
	T2	40 St	4,20
IND Aprednisolon 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)	1,25
	T2	40 St	4,20
IND Prednisolon "Nycomed" 5 mg Tabl. Wenn eine kleinere Packungsgröße zur Abdeckung des individuellen Monatsbedarfs nicht ausreicht	T2	100 St	9,20

Prednisolon 0,025

Aprednisolon 25 mg Tabl.	T4	10 St(2)	3,05
	T4	40 St	10,00
Prednisolon "Nycomed" 25 mg Tabl.	T2	10 St(2)	3,05
	T2	40 St	10,00

H02AB07 Prednison

Prednison 0,1

Rectodelt 100 mg Zäpf.		6 St	14,85
------------------------	--	------	-------

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

Triamcinolon 0,04

Solu-Volon A 40 mg Amp.		1 St(2)	6,90
		3 St	17,00
		BP	

Bezeichnung	T	OP	KVP in €
Triamcinolon 0,08			
Solu-Volon A 80 mg Inj.slg. Amp.		1 St(2)	12,45
Triamcinolon (Depot) 0,01/ml			
Volon A 10 mg Kristallsusp. Amp.		1 St(2)	2,05
		5 St	8,70
Triamcinolon (Depot) 0,04/ml			
Volon A 40 mg Kristallsusp. Amp.		1 St(2)	6,05
		5 St	24,15
Volon A 40 mg Kristallsusp. Spritzamp.		1 St(2)	6,35
Triamcinolon (Depot) 0,08			
Volon A 80 mg Kristallsusp. Spritzamp.		1 St(2)	11,80

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 0,005			
F14 Alkindi 5 mg Gran. zur Entnahme aus Kaps.		50 St	289,20
Hydrocortison 0,02			
Hydrocortone Tabl.		30 St(2)	23,75

H03 SCHILDDRÜSENTHERAPIE H03A SCHILDDRÜSENPRÄPARATE H03AA Schilddrüsenhormone H03AA01 Levothyroxin-Natrium

Levothyroxin-Natrium 0,000025			
Euthyrox 25 mcg Tabl.	T2	20 St(2)	0,65
	T2	100 St	2,55
Thyrex 25 mcg Tabl.		30 St(2)	0,80
Levothyroxin-Natrium 0,00005			
Euthyrox 50 mcg Tabl.	T2	20 St(2)	0,90
	T2	100 St	3,60
Thyrex 50 mcg Tabl.	T2	30 St(2)	1,30
	T2	100 St	3,60
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)	1,50
		100 St	4,90
Levothyroxin-Natrium 0,000088			
Euthyrox 88 mcg Tabl.	T2	30 St(2)	1,60
	T2	100 St	4,90

Bezeichnung	T	OP	KVP in €
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)	2,35
	T2	100 St	6,30
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)	2,05
	T2	100 St	6,70
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)	2,50
	T2	100 St	6,80
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	20 St(2)	1,70
	T2	100 St	7,25
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
H03B THYREOSTATIKA			
H03BA Thiouracile			
H03BA02 Propylthiouracil			
Propylthiouracil 0,02			
Prothiucil Tabl.		50 St	7,10
H03BB Schwefel-haltige Imidazol-Derivate			
H03BB02 Thiamazol			
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.	5,55
---------------	--	------------------------	------

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 "Aristo" 30 mg Filmtabl. Erstverordnung und regelmäßige Kontrolle durch NephrologInnen oder EndokrinologInnen		30 St(2)	40,65
IND Cinacalcet "ratiopharm" 30 mg Filmtabl. Erstverordnung und regelmäßige Kontrolle durch NephrologInnen oder EndokrinologInnen		30 St(2)	40,80
IND Cinacalcet "Reddy" 30 mg Filmtabl. Erstverordnung und regelmäßige Kontrolle durch NephrologInnen oder EndokrinologInnen		28 St(2)	37,05
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 "Aristo" 60 mg Filmtabl. Erstverordnung und regelmäßige Kontrolle durch NephrologInnen oder EndokrinologInnen		30 St(2)	46,20
IND Cinacalcet "ratiopharm" 60 mg Filmtabl. Erstverordnung und regelmäßige Kontrolle durch NephrologInnen oder EndokrinologInnen		30 St(2)	46,20
IND Cinacalcet "Reddy" 60 mg Filmtabl. Erstverordnung und regelmäßige Kontrolle durch NephrologInnen oder EndokrinologInnen		28 St(2)	60,00
IND Cinacalcet "Stada" 60 mg Filmtabl. Erstverordnung und regelmäßige Kontrolle durch NephrologInnen oder EndokrinologInnen		28 St(2)	43,10
IND Cinglan 60 mg Filmtabl. Erstverordnung und regelmäßige Kontrolle durch NephrologInnen oder EndokrinologInnen		30 St(2)	46,20

Bezeichnung	T	OP	KVP in €
-------------	---	----	----------

Cinacalcet 0,09

IND	Cinacalcet "Accordpharma" 90 mg Filmtabl. Erstverordnung und regelmäßige Kontrolle durch NephrologInnen oder EndokrinologInnen	28 St(2)	43,05
IND	Cinacalcet "Aristo" 90 mg Filmtabl. Erstverordnung und regelmäßige Kontrolle durch NephrologInnen oder EndokrinologInnen	30 St(2)	46,20
IND	Cinacalcet "ratiopharm" 90 mg Filmtabl. Erstverordnung und regelmäßige Kontrolle durch NephrologInnen oder EndokrinologInnen	30 St(2)	46,20
IND	Cinacalcet "Reddy" 90 mg Filmtabl. Erstverordnung und regelmäßige Kontrolle durch NephrologInnen oder EndokrinologInnen	28 St(2)	76,80
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 lös. Tabl.	28 St	5,45
--	------------------------------------	-------	------

Doxycyclin 0,1

	Vibravenös 100 mg/5 ml Amp.	1 St(2)	11,55
--	------------------------------------	---------	-------

Doxycyclin 0,1

	Doxybene 100 mg lös. Tabl.	T2	5 St	2,05
		T2	10 St(2)	3,70
	Doxycyclin "Genericon" 100 mg lösl. Tabl.	T2	5 St	2,45
		T2	10 St(2)	4,10
	Vibramycin 100 mg lös. Tabl.	10 St(2)	4,10	

Doxycyclin 0,2

	Doxybene 200 mg lös. Tabl.	T4	5 St	2,85
		T4	10 St	5,35
	Doxycyclin "Genericon" 200 mg lösl. Tabl.	T2	5 St	3,40
		T2	10 St	5,65
	Doxydyn 200 mg Filmtabl.	T2	5 St	2,85
		T2	10 St	5,40
	Vibramycin 200 mg lös. Tabl.	10 St	5,65	

J01AA04 Lyme cyclin

Lymecyclin 0,3

D	CycloPel 300 mg Kaps. <i>bei mittelschwerer und schwerer Akne</i>	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	3,40
		1 ML = 5 ml 120 ml	6,75
F14	Ospamox 250 mg/5 ml Plv. für orale Susp.	100 ml(2) 1 ML = 5 ml	5,00

Amoxicillin 0,1/ml

F14	Amoxilan 500 mg/5 ml Trockensaft	60 ml	6,20
		1 ML = 5 ml 120 ml	11,10
F14	Ospamox 500 mg/5 ml Plv. für orale Susp.	100 ml(2) 1 ML = 5 ml	8,45

Amoxicillin 0,5

	Amoxicillin "ratiopharm" 500 mg Filmtabl.	T2 10 St(2)	3,70
		T2 30 St	9,10
	Amoxistad 500 mg Filmtabl.	10 St(2)	3,65
		30 St	9,05

Amoxicillin 1,0

	Amoxicillin "1A Pharma" 1000 mg Filmtabl.	T2 10 St(2)	4,65
		T2 14 St	6,55
	Amoxicillin "ratiopharm" 1000 mg Filmtabl.	T2 10 St(2)	4,85
		T2 14 St	6,85
	Amoxilan 1000 mg Tabl.	T2 10 St(2)	6,00
		T2 14 St	7,75
	Amoxistad 1000 mg Filmtabl.	T2 10 St(2)	4,60
		T2 14 St	6,50
	Ospamox 1000 mg Filmtabl.	T2 10 St(2)	6,00
		T2 14 St	7,75

J01CA08 Pivmecillinam**Pivmecillinam 0,2**

	Selexid Filmtabl.	12 St(2)	8,50
--	-------------------	----------	------

J01CE Betalactamase-sensitive Penicilline
J01CE02 Phenoxyethylpenicillin

Phenoxyethylpenicillin 1 MIE

	Ospen 1,0 Filmtabl.	T2 12 St(2)	5,40
		T2 30 St	11,65
	Penbene 1 Mio. IE Filmtabl.	T2 12 St(2)	5,75
		T2 30 St	12,25

Phenoxyethylpenicillin 1,5 MIE

	Ospen 1,5 Filmtabl.	12 St(2)	7,10
		30 St	15,00
	Penbene 1,5 Mio. IE Filmtabl.	T2 12 St(2)	7,15
		T2 30 St	15,05
	Penstad V 1,5 Mio. IE Tabl.	12 St(2)	7,10
		30 St	15,00

J01CE08 Benzylpenicillin-Benzathin**Benzylpenicillin-Benzathin 2,4 MIE**

	Retarpen 2,4 Mio IE Plv. und Lsgm. zur Herst. einer Inj.susp.	1 St(2)	9,50
--	---	---------	------

J01CE10 Phenoxymethylpenicillin-Benzathin**Phenoxymethylpenicillin-Benzathin 0,08 MIE/ml**

F14	Ospen 400 Saft	60 ml(2)	4,15
		1 ML = 5 ml	
		150 ml	9,15
		1 ML = 5 ml	

Phenoxymethylpenicillin-Benzathin 0,15 MIE/ml

F14	Ospen 750 Saft	60 ml(2)	7,80
		1 ML = 5 ml	
		150 ml	16,40
		1 ML = 5 ml	

J01CR Kombinationen von Penicillinen, inkl. Betalactamase-Inhibitoren
J01CR02 Amoxicillin und Betalactamase-Inhibitoren

Amoxicillin 0,025, Clavulansäure 0,00625/ml

F14	Xiclav 156,25 mg/5 ml Trockensaft	60 ml	4,40
		1 ML = 5 ml	
		120 ml	7,50
		1 ML = 5 ml	

Amoxicillin 0,05, Clavulansäure 0,0125/ml

F14	Xiclav 312,5 mg/5 ml Trockensaft	100 ml	9,55
		1 ML = 5 ml	

Amoxicillin 0,08, Clavulansäure 0,0114/ml

F14	Augmentin 400 mg/57 mg/5 ml Plv. zur Herst. einer Susp. zum Einnehmen	70 ml	4,30
		1 ML = 5 ml	
		140 ml	7,35
		1 ML = 5 ml	
F14	Clavamox Duo Trockensaft	70 ml	4,80
		1 ML = 5 ml	
		140 ml	8,15
		1 ML = 5 ml	
F14	Xiclav duo 457 mg/5 ml Trockensaft	70 ml	4,80
		1 ML = 5 ml	
		140 ml	8,15
		1 ML = 5 ml	

Amoxicillin 0,5, Clavulansäure 0,125

	Amoxicillin/Clavulansäure "A-med" 500 mg/125 mg Filmtabl.	12 St(2)	7,80
	AmoxiPlus "ratiopharm" 625 mg Filmtabl.	12 St(2)	7,80
	Augmentin 500 mg/125 mg Filmtabl.	12 St(2)	8,50
	Xiclav 625 mg Filmtabl.	12 St(2)	7,80
	Xiclav Quicktab 625 mg Tabl.	12 St(2)	7,80

Amoxicillin 0,875, Clavulansäure 0,125

	Amoxicillin/Clavulansäure "Actavis" 875 mg/125 mg Filmtabl.	10 St(2)	7,50
		14 St	8,75
	Amoxicillin/Clavulansäure "A-med" 875 mg/125 mg Filmtabl.	10 St(2)	7,45
		14 St	8,70
	Amoxicillin/Clavulansäure "Krka" 875 mg/125 mg Filmtabl.	10 St(2)	7,50
		14 St	9,10
	Amoxiclavulan "1A Pharma" 1 g (875 mg/125 mg) Filmtabl.	10 St(2)	7,50
		14 St	10,25
	Amoxicomp "Genericon" 1 g Filmtabl.	10 St(2)	7,50
		14 St	11,10
	AmoxiPlus "ratiopharm" 1 g Filmtabl.	10 St(2)	7,50
		14 St	10,25
	Amoxistad plus 875 mg/125 mg Filmtabl.	10 St(2)	7,50
		15 St	9,50
	Augmentin 875 mg/125 mg Filmtabl.	10 St(2)	8,15
		14 St	11,10
	Clavamox 875 mg/125 mg Filmtabl.	T2	10 St(2)
		T2	14 St
			7,50
			8,95

Bezeichnung	T	OP	KVP in €
Clavamox 1 g Gran. zur Herst. einer Susp. zum Einnehmen		10 St(2)	8,15
		14 St	10,15
Xiclav 1 g Filmtabl.		10 St(2)	7,50
		14 St	11,10
Xiclav Quicktab 1 g Tabl.		10 St(2)	7,50
		14 St	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	5,60
--	--	-------------------------	------

Cefalexin 0,5

Cephalobene 500 mg Filmtabl.	T2	12 St(2)	8,45
Ospexin 500 mg Filmtabl.	T2	12 St(2)	8,45

Cefalexin 1,0

Cephalobene 1000 mg Filmtabl.		12 St(2)	13,65
Keflex 1000 mg Filmtabl.	T2	12 St(2)	14,80
Ospexin 1000 mg Filmtabl.		12 St(2)	13,65

J01DC Cephalosporine der 2. Generation

J01DC02 Cefuroxim

Cefuroxim 0,25

Cefuroxim "1A Pharma" 250 mg Filmtabl.		14 St	5,60
Cefuroxim "Sandoz" 250 mg Filmtabl.		14 St	5,60
Zinnat 250 mg Filmtabl.		14 St	5,60

Cefuroxim 0,5

Cefuroxim "1A Pharma" 500 mg Filmtabl.		14 St	9,35
Cefuroxim "Sandoz" 500 mg Filmtabl.		14 St	9,35
Zinnat 500 mg Filmtabl.		14 St	9,35

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	7,05

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

Bezeichnung	T	OP	KVP in €
-------------	---	----	----------

Cefaclor 0,75

Ceclor 750 mg Filmtabl.		10 St(2)	15,95
-------------------------	--	----------	-------

J01DD Cephalosporine der 3. Generation J01DD08 Cefixim

Cefixim 0,02/ml

F6J Tricef 100 mg/5 ml Trockensaft		60 ml 1 ML = 5 ml	14,30
------------------------------------	--	----------------------	-------

Cefixim 0,2

Tricef 200 mg Filmtabl.		6 St(2) 14 St	11,60 21,70
-------------------------	--	------------------	----------------

J01DD13 Cefpodoxim

Cefpodoxim 0,008/ml

F2J Biocef 40 mg/5 ml Plv. zur Herst. einer Susp. zum Einnehmen		100 ml	9,05
F6J Biocef 40 mg/5 ml Plv. zur Herst. einer Susp. zum Einnehmen		200 ml	15,20

Cefpodoxim 0,2

Biocef 200 mg Filmtabl.	T2	6 St(2)	11,60
	T2	14 St	21,70

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)	3,10
	T4	25 St	6,35

Trimethoprim 0,3

Triprim 300 mg Tabl.	T4	5 St	2,35
	T4	10 St	3,95

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 20 St	3,45 6,00
----------------------	--	----------------	--------------

J01EE03 Sulfametrol und Trimethoprim

Sulfametrol 0,8, Trimethoprim 0,16

Lidaprim forte Filmtabl.		10 St(2) 25 St	5,85 12,10
--------------------------	--	-------------------	---------------

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)	10,65
Roxithrostat 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	11,35
Roxithrostat 300 mg Filmtabl.		7 St	11,25

J01FA09 Clarithromycin**Clarithromycin 0,025/ml**

F14 Clarithromycin "Sandoz" 125 mg/5 ml Gran. f. orale Susp.		70 ml(2) 1 ML = 5 ml	5,35
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	8,40

Clarithromycin 0,05/ml

F14 Clarithromycin "Sandoz" 250 mg/5 ml Gran. f. orale Susp.		70 ml(2) 1 ML = 5 ml	8,90
F14 Klacid 250 mg/5 ml Gran. f. orale Susp.		70 ml(2) 1 ML = 5 ml	14,10

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	4,30

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

Bezeichnung	T	OP	KVP in €
-------------	---	----	----------

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

Clindac "Sandoz" 150 mg Kaps.		16 St	6,40
Dalacin C 150 mg Kaps.		16 St	6,40

Clindamycin 0,3

Clindac "Sandoz" 300 mg Kaps.		16 St	10,45
Clindamycin "1A Pharma" 300 mg Kaps.		16 St	10,45
Clindamycin-MIP 300 mg Filmtabl.		16 St	10,45
Clindamycin "ratiopharm" 300 mg Kaps.		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)	8,05
	T2	30 St	16,10
Clindamycin "1A Pharma" 450 mg Filmtabl.	T2	12 St(2)	8,05
	T2	30 St	16,10

Clindamycin 0,6

Clindac "Sandoz" 600 mg Filmtabl.	T2	12 St(2)	8,05
	T2	30 St	16,10
Clindamycin "1A Pharma" 600 mg Filmtabl.	T2	12 St(2)	8,05
	T2	30 St	16,10
Clindamycin-MIP 600 mg Filmtabl.	T2	16 St	10,45
	T2	32 St	17,15

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
Ciprofloxacin "Sandoz" 250 mg Filmtabl.	T2	10 St	7,20
	T2	20 St	13,80
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
<i>nur bei schweren Infektionen bzw. bei Infektionen mit atypischen Erregern</i>	T2	20 St	26,15

Bezeichnung	T	OP	KVP in €
Ciprofloxacin "+pharma" 500 mg Filmtabl.	T2	10 St	12,50
<i>nur bei schweren Infektionen bzw. bei Infektionen mit atypischen Erregern</i>	T2	20 St	24,20
Ciprofloxacin "1A Pharma" 500 mg Filmtabl.	T2	10 St	12,50
<i>nur bei schweren Infektionen bzw. bei Infektionen mit atypischen Erregern</i>	T2	20 St	24,20
Ciprofloxacin "Krka" 500 mg Filmtabl.		10 St	13,30
<i>nur bei schweren Infektionen bzw. bei Infektionen mit atypischen Erregern</i>		20 St	25,15
Ciprofloxacin "ratiopharm" 500 mg Filmtabl.		10 St	13,90
<i>nur bei schweren Infektionen bzw. bei Infektionen mit atypischen Erregern</i>		20 St	25,75
Ciprofloxacin "Sandoz" 500 mg Filmtabl.	T2	10 St	13,60
<i>nur bei schweren Infektionen bzw. bei Infektionen mit atypischen Erregern</i>	T2	20 St	25,45
CiproMed 500 mg Filmtabl.		10 St	12,55
<i>nur bei schweren Infektionen bzw. bei Infektionen mit atypischen Erregern</i>		20 St	24,50
Ciprostad 500 mg Filmtabl.		10 St	12,55
<i>nur bei schweren Infektionen bzw. bei Infektionen mit atypischen Erregern</i>		20 St	24,50
Ciproxin 500 mg Filmtabl.	T2	10 St	14,75
<i>nur bei schweren Infektionen bzw. bei Infektionen mit atypischen Erregern</i>	T2	20 St	28,35

J01MA06 Norfloxacin

Norfloxacin 0,4

Floxacin 400 mg Filmtabl.		10 St	8,65
		20 St	14,30

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.	T2	7 St	12,85
<i>nur bei schweren Infektionen bzw. bei Infektionen mit atypischen Erregern</i>			
Levofloxacin "Actavis" 500 mg Filmtabl.	T2	7 St	12,95
<i>nur bei schweren Infektionen bzw. bei Infektionen mit atypischen Erregern</i>			
Levofloxacin "Bluefish" 500 mg Filmtabl.	T2	7 St	12,80
<i>nur bei schweren Infektionen bzw. bei Infektionen mit atypischen Erregern</i>			
Levofloxacin "Krka" 500 mg Filmtabl.	T2	7 St	12,95
<i>nur bei schweren Infektionen bzw. bei Infektionen mit atypischen Erregern</i>	T2	14 St	20,85
Levofloxacin "Sandoz" 500 mg Filmtabl.	T2	7 St	12,90
<i>nur bei schweren Infektionen bzw. bei Infektionen mit atypischen Erregern</i>			
Tavanic 500 mg Filmtabl.	T2	7 St	12,95
<i>nur bei schweren Infektionen bzw. bei Infektionen mit atypischen Erregern</i>			

J01MA14 Moxifloxacin

Moxifloxacin 0,4

Avelox 400 mg Filmtabl.		7 St	12,20
<i>nur bei schweren Infektionen bzw. bei Infektionen mit atypischen Erregern</i>			
Moxifloxacin "1A Pharma" 400 mg Filmtabl.		5 St	8,95
<i>nur bei schweren Infektionen bzw. bei Infektionen mit atypischen Erregern</i>		7 St	12,20
Moxifloxacin "Krka" 400 mg Filmtabl.		5 St	8,95
<i>nur bei schweren Infektionen bzw. bei Infektionen mit atypischen Erregern</i>		7 St	12,20
		10 St	17,15
Moxifloxacin "ratiopharm" 400 mg Filmtabl.		5 St	8,95
<i>nur bei schweren Infektionen bzw. bei Infektionen mit atypischen Erregern</i>		7 St	12,20
		10 St	17,15
		14 St	23,60
Moxifloxacin "Sandoz" 400 mg Filmtabl.		5 St	8,95
<i>nur bei schweren Infektionen bzw. bei Infektionen mit atypischen Erregern</i>		7 St	12,20
Moxifloxacin "Stada" 400 mg Filmtabl.		5 St	8,90
<i>nur bei schweren Infektionen bzw. bei Infektionen mit atypischen Erregern</i>		7 St	12,15
		10 St	17,15

J01MA17 Prulifloxacin**Prulifloxacin 0,6****Unidrox 600 mg Filmtabl.***nur bei schweren Infektionen bzw. bei Infektionen mit atypischen Erregern*

10 St

26,45

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 Nitrofurantolinderivate**J01XE01 Nitrofurantoin****Nitrofurantoin 0,1****Furadantin retard Kaps.**

20 St(2)

5,75

50 St

12,60

J01XX Andere Antibiotika**J01XX01 Fosfomycin****Fosfomycin 3,0****Cystium 3 g Plv. zur Herst. einer Lsg. zum Einnehmen**

1 St

4,35

**J02 ANTIMYKOTIKA ZUR SYSTEMISCHEN ANWENDUNG
J02A ANTIMYKOTIKA ZUR SYSTEMISCHEN ANWENDUNG****J02AC Triazol- und Tetrazol-Derivate****J02AC01 Fluconazol****Fluconazol 0,05****F D Diflucan 50 mg Kaps.**

7 St

13,70

Fluconazol 0,1**F D Diflucan 100 mg Kaps.**

7 St

25,05

Fluconazol 0,15**F D Diflucan 150 mg Kaps.***bei Dermatomykosen*

2 St

12,20

D**Diflucan 150 mg Kaps.***bei Onychomykosen*

4 St

22,30

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 "+ pharma" 150 mg Kaps.*bei Dermatomykosen*

2 St

10,70

Fluconazol "+ pharma" 150 mg Kaps.*bei Onychomykosen*

4 St

19,65

F D Fluconazol "1A Pharma" 150 mg Kaps.*bei Dermatomykosen*

2 St

10,70

D**Fluconazol "1A Pharma" 150 mg Kaps.***bei Onychomykosen*

4 St

19,65

Fluconazol "Actavis" 150 mg Kaps.*bei Vaginalmykosen oder Candida-Balanitis*

1 St

6,10

Fluconazol "Actavis" 150 mg Kaps.*bei Dermatomykosen*

2 St

10,90

Fluconazol "Actavis" 150 mg Kaps.*bei Onychomykosen*

4 St

19,85

Bezeichnung	T	OP	KVP in €
F D Flucosept 150 mg Kaps. <i>bei Vaginalmykosen</i>		1 St	6,25
F D Flucosept 150 mg Kaps. <i>bei Dermatomykosen</i>		2 St	12,20
D Flucosept 150 mg Kaps. <i>bei Onychomykosen</i>		4 St	22,15

Fluconazol 0,2

F D Diflucan 200 mg Kaps.		7 St	39,60
F D Fluconazol "1A Pharma" 200 mg Kaps.		7 St	38,80

J02AC02 Itraconazol

Itraconazol 0,05

Mytra 50 mg Hartkaps. <i>bei Dermatomykosen</i> Cave: NICHT mit anderen Itraconazol-Produkten austauschbar oder ersetzbar.		14 St	12,15
Mytra 50 mg Hartkaps. <i>bei Onychomykosen oder Dermatomykosen</i> Cave: NICHT mit anderen Itraconazol-Produkten austauschbar oder ersetzbar.		28 St	22,45
Mytra 50 mg Hartkaps. <i>bei Onychomykosen</i> Cave: NICHT mit anderen Itraconazol-Produkten austauschbar oder ersetzbar.		60 St	42,60

Itraconazol 0,1

Itrabene Kaps. <i>bei Vaginalmykosen</i>		4 St	4,40
Itrabene Kaps. <i>bei Dermatomykosen oder oralen Candidosen</i>		14 St	12,20
Itrabene Dermis Kaps. <i>bei Onychomykosen</i>		28 St	22,50
F D Itraconazol "Stada" 100 mg Kaps. <i>bei Vaginalmykosen</i>		4 St	4,35
F D Itraconazol "Stada" 100 mg Kaps. <i>bei Dermatomykosen</i>		14 St	12,15
D Itraconazol "Stada" 100 mg Kaps. <i>bei Onychomykosen</i>		28 St	22,45
F D Itraderm 100 mg Hartkaps. <i>bei Vaginalmykosen</i>		4 St	4,40
F D Itraderm 100 mg Hartkaps. <i>bei Dermatomykosen</i>		14 St	12,90
D Itraderm 100 mg Hartkaps. <i>bei Onychomykosen</i>		28 St	23,65
F D Sporanox Kaps. <i>bei Dermatomykosen</i>		14 St	13,10
D Sporanox Derm Kaps. <i>bei Onychomykosen</i>		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
--	--	----------	-------

Bezeichnung	T	OP	KVP in €
-------------	---	----	----------

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)	79,60
--	--------------------	----	-----------	-------

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
--	-----------------------------	--	----------	-------

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

Bezeichnung		T	OP	KVP in €
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	72,60
			21 St	102,75

J05AB11 Valaciclovir

Valaciclovir 0,5				
	Valaciclovir "Arcana" 500 mg Filmtabl.		10 St	5,05
			30 St	12,35
			42 St	15,75
	Valaciclovir "Bluefish" 500 mg Filmtabl.		10 St	5,00
			30 St	12,30
			42 St	15,70
	Valaciclovir "Sandoz" 500 mg Filmtabl.		10 St	5,05
			30 St	12,50
			42 St	15,90
	Viropep 500 mg Filmtabl.		10 St	5,05
			30 St	12,45
			42 St	15,80

Valaciclovir 1,0				
	Valaciclovir "Arcana" 1000 mg Filmtabl.		21 St	9,60
	Valaciclovir "Sandoz" 1000 mg Filmtabl.		21 St	15,90
	Viropep 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 J05AE08 Atazanavir

Atazanavir 0,3				
IND	Atazanavir "Krka" 300 mg Hartkaps. Therapieeinleitung und regelmäßige Kontrollen durch ÄrztInnen mit Erfahrung in der HIV-Behandlung		30 St(3)	171,00

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
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
	20 St	507,10
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		20 g	39,60
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.			

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

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.		60 St	191,25
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.			
IND Imagerolan 100 mg Filmtabl.	T2	60 St	165,20
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.			
IND Imatinib "1A Pharma" 100 mg Filmtabl.	T2	60 St	165,20
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.			
IND Imatinib "Accord" 100 mg Filmtabl.		30 St	106,90
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.			
IND Imatinib "HCS" 100 mg Filmtabl.	T2	60 St	165,20
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.			

	Bezeichnung	T	OP	KVP in €
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
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	114,60 560,05
-----	---	--	----------------	------------------

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	114,60 560,05
-----	---	--	----------------	------------------

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	114,60 292,25
-----	---	--	----------------	------------------

Bezeichnung	T	OP	KVP in €
-------------	---	----	----------

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	114,60
		30 St	292,25

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	114,60
		30 St	292,25

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

L01EX Andere Proteinkinase-Inhibitoren

L01EX01 Sunitinib

Sunitinib 0,0125

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 "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 "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 "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. (PM) 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	1.375,35 2.726,05
------------	---	----------------	----------------------

L02 ENDOKRINE THERAPIE
L02A HORMONE UND VERWANDTE MITTEL
L02AB Gestagene
L02AB02 Medroxyprogesteron

Medroxyprogesteron 0,5

IND	Farlutal 500 mg Tabl.	20 St(2)	49,45
-----	-----------------------	----------	-------

L02AE Gonadotropin-Releasing-Hormon-Analoga
L02AE01 Buserelin

Buserelin 0,00015/Hb

IND	Suprecur 0,15 mg nasale Sprühlsg. Endometriose	2 St 2 x 100 Hb	144,80
-----	---	--------------------	--------

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)	174,25
IND	Enantone Monats-Depot-Zweikammerspr. Prostatakarzinom	1 St(2)	174,25

Leuprorelin 0,005

IND	Leuprorelin "Sandoz" 5 mg Implantat für 3 Monate Prostatakarzinom	1 St	219,75
-----	--	------	--------

Leuprorelin 0,00696

IND	Eligard Depot 7,5 mg Plv. u. Lsgm. zur Herst. einer Inj.lsg. Prostatakarzinom <i>Leuprorelinacetat 0,0075 entspr. 0,00696 Leuprorelin</i>	1 St(2)	162,55
-----	---	---------	--------

Leuprorelin 0,01072

IND	Trenantone Zweikammerspr. Prostatakarzinom; fortgeschrittenes Mammakarzinom bei Frauen vor der Menopause	1 St	397,65
-----	---	------	--------

Leuprorelin 0,021

IND	Eligard Depot 22,5 mg Plv. u. Lsgm. zur Herst. einer Inj.lsg. Prostatakarzinom <i>Leuprorelinacetat 0,0225 entspr. 0,021 Leuprorelin</i>	1 St	366,45
IND	Lutrate Depot 22,5 mg Plv. u. Lsgm. zur Herst. einer Depot-Inj.susp. Prostatakarzinom <i>Leuprorelinacetat 0,0225 entspr. 0,021 Leuprorelin</i>	1 St	200,50

Leuprorelin 0,02858

IND	Sixantone Zweikammerspr. Prostatakarzinom	1 St	615,50
-----	--	------	--------

Leuprorelin 0,0417

IND	Eligard Depot 45 mg Plv. u. Lsgm. zur Herst. einer Inj.lsg. Prostatakarzinom <i>Leuprorelinacetat 0,045 entspr. 0,0417 Leuprorelin</i>	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)	171,00
-----	---	--	---------	--------

Goserelin 0,0108

IND	Zoladex Depot 10,8 mg Implantat Prostatakarzinom		1 St	417,30
-----	--	--	------	--------

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)	25,60
	Tamoxifen "Arcana" 20 mg Tabl.		30 St(2)	23,15
	Tamoxifen "ratiopharm" 20 mg Tabl.	T2	30 St(3)	10,50
	Tamoxifen "Sandoz" 20 mg Filmtabl.		30 St(2)	23,20

L02BA03 Fulvestrant**Fulvestrant 0,25**

IND	Faslodex 250 mg Inj.lsg. Fertigspr. (E) 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	522,20
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	129,95
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 "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
IND	Fulvestrant "Stada" 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	130,60

L02BB Antiandrogene

L02BB03 Bicalutamid

Bicalutamid 0,05

Androblock 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 "G.L." 50 mg Filmtabl.	30 St	52,60
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

Bicalutamid 0,15

Androblock 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 "G.L." 150 mg Filmtabl.	30 St	61,55
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)	25,55
Anastrozol "+pharma" 1 mg Filmtabl.	30 St(3)	21,35
Anastrozol "1A Pharma" 1 mg Filmtabl.	30 St(3)	21,55
Anastrozol "Accord" 1 mg Filmtabl.	30 St(2)	21,35
Anastrozol "Actavis" 1 mg Filmtabl.	30 St(2)	25,55
Anastrozol "Arcana" 1 mg Filmtabl.	30 St(2)	21,45
Anastrozol "Bluefish" 1 mg Filmtabl.	30 St(2)	21,30
Anastrozol "Genericon" 1 mg Filmtabl.	30 St(2)	25,55
Anastrozol "ratiopharm" 1 mg Filmtabl.	30 St(2)	25,55
Anastrozol "Sandoz" 1 mg Filmtabl.	30 St(2)	25,55
Anastrozol "Stada" 1 mg Filmtabl.	30 St(2)	21,45
Arimidex 1 mg Filmtabl.	30 St(2)	25,55

L02BG04 Letrozol

Letrozol 0,0025

Femara 2,5 mg Filmtabl.	30 St(2)	43,90
Letrofam 2,5 mg Filmtabl.	30 St(2)	43,90
Letrozol "+pharma" 2,5 mg Filmtabl.	30 St(3)	43,90
Letrozol "Accord" 2,5 mg Filmtabl.	30 St(2)	43,85
Letrozol "Actavis" 2,5 mg Filmtabl.	30 St(2)	43,90
Letrozol "Arcana" 2,5 mg Filmtabl.	30 St(2)	43,90
Letrozol "Bluefish" 2,5 mg Filmtabl.	30 St(3)	37,70
Letrozol "Genericon" 2,5 mg Filmtabl.	30 St(2)	43,90
Letrozol "ratiopharm" 2,5 mg Filmtabl.	30 St(2)	43,90
Letrozol "Sandoz" 2,5 mg Filmtabl.	30 St(2)	43,90
Letrozol "Stada" 2,5 mg Filmtabl.	30 St(2)	43,90

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)	179,05
-----	---	---------	--------

Degarelix 0,12

IND	Firmagon 120 mg Plv. und Lsgm. zur Herst. einer Inj.lsg. fortgeschrittenes hormonabhängiges Prostatakarzinom	2 St	289,20
-----	--	------	--------

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)	259,75
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)	259,75
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)	259,15
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)	282,40
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)	240,30
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)	324,85
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)	240,30
IND	Abirateron "Teva" 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

Bezeichnung	T	OP	KVP in €
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) 240,35

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) 240,30
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

L03 IMMUNSTIMULANZIEN L03A IMMUNSTIMULANZIEN L03AA Koloniestimulierende Faktoren L03AA02 Filgrastim

Filgrastim 12 MIE

F6J Nivestim 12 Mio E/0,2 ml Inj./Inf.sg.			5 St 224,90
--	--	--	-------------

Filgrastim 30 MIE

Accofil 30 Mio E/0,5 ml Inj./Inf.sg. Fertigspr.			5 St 277,25
Nivestim 30 Mio E/0,5 ml Inj./Inf.sg.			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.sg. Fertigspr.			5 St 277,70

Filgrastim 48 MIE

Accofil 48 Mio E/0,5 ml Inj./Inf.sg. Fertigspr.			5 St 332,30
Nivestim 48 Mio E/0,5 ml Inj./Inf.sg.			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.sg. Fertigspr.			5 St 332,70

L03AA13 Pegfilgrastim

Pegfilgrastim 0,006

Fulphila 6 mg Inj.sg. Fertigspr.			1 St 427,90
Grasustek 6 mg Inj.sg. Fertigspr.			1 St 388,30
Neulasta 6 mg Inj.sg.			1 St 432,35
Pelgraz 6 mg Inj.sg. Fertiginjektor			1 St 424,00
Pelgraz 6 mg Inj.sg. Fertigspr.			1 St 424,00
Pelmeg 6 mg Inj.sg. Fertigspr.			1 St 430,80
Ziextenzo 6 mg Inj.sg. Fertigspr.			1 St 430,75

L03AA14 Lipefilgrastim

Lipefilgrastim 0,006

Lonquex 6 mg Inj.sg.			1 St 432,15
-----------------------------	--	--	-------------

L03AX Andere Immunstimulanzen

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) 5,70
			30 St 13,30

Bezeichnung	T	OP	KVP in €
-------------	---	----	----------

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)	8,10
		30 St	18,40

**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. <i>Mycophenolatmofetil 0,25 entspr. Mycophenolsäure 0,18</i>		100 St	54,45

Mycophenolsäure 0,36

CellCept 500 mg Filmtabl. <i>Mycophenolatmofetil 0,5 entspr. Mycophenolsäure 0,36</i>		150 St	142,90
Mycophenolatmofetil "Accord" 500 mg Filmtabl. <i>Mycophenolatmofetil 0,5 entspr. Mycophenolsäure 0,36</i>		150 St	131,25
Mycophenolatmofetil "Sandoz" 500 mg Filmtabl. <i>Mycophenolatmofetil 0,5 entspr. Mycophenolsäure 0,36</i>		150 St	133,10
Mycophenolsäure "Accord" 360 mg magensaftresistente Tabl.		120 St	114,90
Myfenax 500 mg Filmtabl. <i>Mycophenolatmofetil 0,5 entspr. Mycophenolsäure 0,36</i>		150 St	142,90

L04AA13 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 "medac" 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	20,65
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 "medac" 20 mg Filmtabl. Erstverordnung und regelmäßige Kontrolle durch einen Facharzt/eine Fachärztin mit Additivfach Rheumatologie oder durch Zentren, die berechtigt sind, solche auszubilden.	T2	30 St	20,65
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

**L04AB Tumornekrosefaktor-alpha (TNF-alpha)-Inhibitoren
L04AB01 Etanercept**

Etanercept 0,025

IND Enbrel 25 mg Inj.lsg. Fertipgen (®) 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	323,25
--	--	------	--------

Bezeichnung	T	OP	KVP in €
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	323,25
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	323,25
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
IND Enbrel 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	616,90
IND Enbrel 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	616,90
IND Erelzi 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	477,35
IND Erelzi 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	477,35

L04AB02 Infliximab**Infliximab 0,1**

IND	Flixabi 100 mg Plv. für ein Konz. zur Herst. einer Inf.lsg. (PM) 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	228,95
		2 St	444,10
		3 St	653,85
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	179,05
		2 St	340,25
		3 St	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	179,05
		2 St	340,25
		3 St	492,20

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

Bezeichnung	T	OP	KVP in €
IND Hulio 40 mg Inj.Isg. 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.Isg. 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.Isg. 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 Humira 40 mg Inj.Isg. 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.Isg. 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.Isg. 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.Isg. 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.Isg. 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 Imraldi 40 mg Inj.Isg. Fertigpen ^{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	398,70

	Bezeichnung	T	OP	KVP in €
IND	Imraldi 40 mg Inj.lsg. Fertigspr. ^(CM) 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	398,70
IND	Yuflyma 40 mg Inj.lsg. Fertigtgen 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. 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
-----	---	--	------	--------

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	Dailiport 0,5 mg Hartkaps., retardiert nach Organtransplantationen	30 St(3)	18,30
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
-----	---	----------	-------

Tacrolimus 0,001

IND	Adport 1 mg Hartkaps. nach Organtransplantationen	50 St(2)	81,10
IND	Advagraf 1 mg Hartkaps., retardiert (PM) 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 (PM) 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

**L04AX Andere Immunsuppressiva
L04AX01 Azathioprin****Azathioprin 0,05**

	Azafalk 50 mg Filmtabl.	50 St(2)	23,55
	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)	31,10
Azathioprin 0,1			
Immunoprin 100 mg Filmtabl.		50 St(2)	38,50
L04AX03 Methotrexat			
Methotrexat 0,0025			
Methotrexat "Lederle" Tabl.		30 St(2)	15,30
Methotrexat 0,005			
Ebetrexat 5 mg Tabl.		20 St(2)	17,05
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)	17,05
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			
Methotrexat "Lederle" 25 mg Stechamp.		1 St	4,55
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

Bezeichnung	T	OP	KVP in €
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	446,50
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	306,25
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	311,80
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	314,65
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	167,50 446,75
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	302,85
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	356,15
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	399,00
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	306,20
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	446,50
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	306,25
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	311,80
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	314,65
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	167,50 446,75
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	302,85

Bezeichnung	T	OP	KVP in €
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	356,15
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
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	399,00
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	306,20
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	446,50
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	306,25
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	311,80
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	314,65
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	167,50 446,75
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	302,85
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	356,15
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	399,00
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	306,20
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

Bezeichnung	T	OP	KVP in €
-------------	---	----	----------

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	446,50
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	306,25
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	311,80
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	314,65
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	167,50 446,75
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	302,85
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	356,15
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	399,00
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	306,20
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	446,50
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	306,25
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	311,80
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	314,65

Bezeichnung	T	OP	KVP in €
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
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	446,50
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	306,25
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	311,80
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	314,65
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	167,50 446,75
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	302,85
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	356,15
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	399,00
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	306,20
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 "ratiopharm" 267 mg Filmtabl.		63 St	155,85
---	--	-------	--------

Pirfenidon 0,801

A Pirfenidon "ratiopharm" 801 mg Filmtabl.		84 St	548,30
---	--	-------	--------

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)	3,20
	50 St(2)	4,60

Indometacin 0,075

Indocid retard 75 mg Kaps.	30 St(2)	7,45
	50 St	10,75

M01AB05 Diclofenac**Diclofenac 0,05**

Deflamat 50 mg Kaps.	30 St(2)	4,90
	50 St(2)	7,10
Diclobene 50 mg Filmtabl.	10 St(2)	1,65
	30 St(2)	4,70
	50 St(2)	6,75
Diclobene rapid 50 mg Filmtabl.	10 St(2)	1,65
Diclofenac "G.L." 50 mg Filmtabl.	10 St(2)	1,60
	30 St(2)	4,25
	50 St(2)	6,45
Diclofenac "Genericon" 50 mg Filmtabl.	10 St(2)	1,65
	30 St(2)	4,55
	50 St(2)	6,55
Diclofenac "S.Med" 50 mg Filmtabl.	10 St(2)	1,55
	30 St(2)	4,20
	50 St(2)	6,40
Diclofenac "Sandoz" 50 mg Filmtabl.	30 St(2)	4,35
	50 St(2)	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)	1,55
	30 St(2)	4,20
	50 St(2)	6,40
Voltaren 50 mg Filmtabl.	30 St(2)	5,00
	50 St(2)	7,45
Voltaren rapid 50 mg Drag.	10 St(2)	1,65

Diclofenac 0,05

Voltaren 50 mg Zäpf. f. Erw.	6 St(2)	1,80
------------------------------	---------	------

Diclofenac 0,075

Diclobene 75 mg Amp.	5 St	2,45
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

Bezeichnung	T	OP	KVP in €
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)		7,25
	50 St		11,80

Diclofenac 0,1			
Voltaren 100 mg Zäpf. f. Erw.	6 St(2)		3,05

Diclofenac 0,15			
Diclobene UNO 150 mg Retardtabl.	10 St		2,20
	20 St		4,25

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

Diclofenac 0,075, Omeprazol 0,02			
ArthroComb 75 mg/20 mg Hartkaps. mit veränderter Wirkstofffreisetzung	10 St		2,25
	30 St		6,75

M01AC Oxicame M01AC01 Piroxicam

Piroxicam 0,02			
Felden Quick Solve 20 mg Lyotabl.	10 St(2)		4,00
	30 St		10,15

M01AC05 Lornoxicam

Lornoxicam 0,004			
Xefo 4 mg Filmtabl.	30 St(2)		4,45
	50 St(2)		6,50

Bezeichnung	T	OP	KVP in €
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)	3,80
	T2	50 St(2)	6,15

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) 1 ML = 5 ml	9,60

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

M01AE03 Ketoprofen

Ketoprofen 0,05			
Profenid 50 mg Kaps.		30 St(2)	3,35

Bezeichnung	T	OP	KVP in €
Ketoprofen 0,1			
Profenid 100 mg Kaps.		10 St(2)	2,05
		30 St(2)	5,80
		50 St(2)	8,60
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			
Etofenamat 1,0			
Rheumon-Depot-Amp.		3 St	4,90
M01AG01 Mefenaminsäure			
Mefenaminsäure 0,125			
Parkemed 125 mg Supp.		6 St(2)	2,35
Mefenaminsäure 0,25			
Parkemed 250 mg Kaps.		10 St(2)	1,00
		30 St(2)	2,10
		50 St	3,05
Mefenaminsäure 0,5			
Mefenam 500 mg Filmtabl.	T2	10 St(2)	1,60
	T2	30 St	3,40
	T2	60 St	5,90
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 "Viatris" 100 mg Hartkaps.		10 St(2)	2,05
		30 St	6,05
Celecoxib 0,2			
Celecoxib "ratiopharm" 200 mg Hartkaps.		10 St(2)	2,65
		30 St	6,70
Celecoxib "Viatris" 200 mg Hartkaps.		10 St(2)	2,25
		30 St	6,75

M02 TOPIISCHE MITTEL GEGEN GELENK- UND MUSKELSCHMERZEN
M02A TOPIISCHE MITTEL GEGEN GELENK- UND MUSKELSCHMERZEN
M02AA Nichtsteroidale Antiphlogistika zur topischen Anwendung
M02AA06 Etofenamat

Etofenamat 0,05/g

Rheumon Gel		40 g(2)	2,40
-------------	--	---------	------

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
Voltaren Emulgel-Gel		40 g(2)	2,10

Diclofenac 0,02/g

Deflamat 2 % Gel		40 g(2)	2,00
------------------	--	---------	------

M02AC Zubereitungen mit Salicylsäure-Derivaten

Salicylsäure 0,02, Mucopolysaccharidpolyschwefelsäureester 0,002, Nebennierenextrakt (stand. Gesamtketosteroidgehalt 2 %) 0,01/g

Mobilat Salbe		40 g(2)	2,40
---------------	--	---------	------

M02AX Andere topische Mittel gegen Gelenk- und Muskelschmerzen
M02AX10 Verschiedene

Amm. sulfobituminat 0,88/g

Ichtho Bad		130 g	9,70
------------	--	-------	------

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)	3,70
-----------------------------	----	----------	------

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
		10 St(2)	1,35
Tizanidin "Actavis" 2 mg Tabl.		60 St	6,80

Bezeichnung	T	OP	KVP in €
-------------	---	----	----------

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

Sirdalud MR 6 mg Kaps.		30 St(2)	21,10
------------------------	--	----------	-------

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
Zyloric 100 mg Tabl.		20 St(2)	1,30
		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
Zyloric 300 mg Tabl.		30 St(2)	4,80

M04AA03 Febuxostat

Febuxostat 0,08

IND	Febuxostat "Accord" 80 mg Filmtabl.	14 St	2,35
	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.	28 St(3)	4,75
IND	Febuxostat "Sandoz" 80 mg Filmtabl.	14 St	2,35
	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.	30 St(3)	5,10

Bezeichnung	T	OP	KVP in €
-------------	---	----	----------

Febuxostat 0,12

IND	Febuxostat "Accord" 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	2,35
		28 St(3)	4,75
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	2,35
		30 St(3)	5,10

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

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 Hospira 3 mg/ml Konz. zur Herst. einer Inf.lsg. osteolytische Knochenprozesse neoplast. Genese	1 St(2)	56,90
-----	---	---------	-------

Pamidronsäure 0,09

IND	Pamidronat Dinatrium Hospira 9 mg/ml Konz. zur Herst. einer Inf.lsg. osteolytische Knochenprozesse neoplast. Genese	1 St(2)	121,40
-----	---	---------	--------

M05BA04 Alendronsäure

Alendronsäure 0,07

	Alendronsäure "Arcana" 70 mg einmal wöchentlich Tabl. Abg. gem. mit Calcium Vit. D3 "Meda" Kautabl. 56 St. <i>Calcium Vit. D3 "Meda" Kautabl. enthalten Calciumcarbonat 1,25 (entspr. Ca++ 0,5), Colecalciferol 400 IE</i>	4 St(2)	13,70
	Alendronsäure "Arcana" 70 mg einmal wöchentlich Tabl.	4 St(2)	13,70
	Alendronsäure "Bluefish" 70 mg einmal wöchentlich Tabl. Abg. gem. mit Calcium Vit. D3 "Ceutics" Kautabl. (Nahrungsergänzungsmittel)	4 St(2)	12,50
	Alendronstad 70 mg einmal wöchentlich Tabl.	4 St(3)	10,95
	Alendronstad 70 mg einmal wöchentlich Tabl. Abg. gem. mit CaDeStad Uno Filmtabl. (Nahrungsergänzungsmittel)	4 St(3)	12,50
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

Bezeichnung	T	OP	KVP in €
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)	15,05

M05BA06 Ibandronsäure

Ibandronsäure 0,003

IND Bonviva 3 mg Inj.Isg. 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.Isg. 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.Isg. Patientinnen mit Knochenbruchkrankheit (Osteoporose) mit hohem Frakturrisiko oder vorhergegangenen Frakturen nach inadäquatem Trauma		1 St 3 ml	34,00
IND Ibandronsäure "Actavis" 3 mg Inj.Isg. 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.Isg. 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.Isg. 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.Isg. Patientinnen mit Knochenbruchkrankheit (Osteoporose) mit hohem Frakturrisiko oder vorhergegangenen Frakturen nach inadäquatem Trauma		1 St 3 ml	34,85
IND Ibandronsäure "Sandoz" 3 mg/3 ml Inj.Isg. Patientinnen mit Knochenbruchkrankheit (Osteoporose) mit hohem Frakturrisiko oder vorhergegangenen Frakturen nach inadäquatem Trauma		1 St	29,05
IND Ibandronsäure "Stada" 3 mg Inj.Isg. Patientinnen mit Knochenbruchkrankheit (Osteoporose) mit hohem Frakturrisiko oder vorhergegangenen Frakturen nach inadäquatem Trauma		1 St 3 ml	34,85

Ibandronsäure 0,006

IND Bondronat 6 mg Konz. zur Herst. einer Inf.Isg. osteolytische Knochenprozesse neoplastischer Genese (Mammakarzinom)		1 St(2)	123,00
IND Ibandronic Acid "Accord" 6 mg Konz. zur Herst. einer Inf.Isg. osteolytische Knochenprozesse neoplastischer Genese (Mammakarzinom)		1 St(2)	123,00
IND Ibandronsäure "Sandoz" 6 mg Konz. zur Herst. einer Inf.Isg. 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)	207,20
---	--	----------	--------

Ibandronsäure 0,15

Ibandronsäure "ratiopharm" 150 mg Filmtabl.		1 St(2)	7,50
Osteoviva 150 mg Filmtabl.		1 St(2)	6,55

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 "Accord" 4 mg/5 ml Konz. zur Herst. einer Inf.Isg. Knochenprozesse neoplastischer Genese		1 St(2)	70,70
--	--	---------	-------

	Bezeichnung	T	OP	KVP in €
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
IND	Zometa 4 mg/100 ml Inf.lsg. Knochenprozesse neoplastischer Genese		1 St(2)	86,75

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)	314,05
-----	--	--	---------	--------

N NERVENSYSTEM N01 ANÄSTHETIKA N01B LOKALANÄSTHETIKA N01BA Ester der Aminobenzoessäure N01BA02 Procain

Procain 0,01/ml

	Novanaest purum 1 % Amp. 5 ml		10 St	9,50
--	-------------------------------	--	-------	------

Procain 0,02/ml

	Novanaest purum 2 % Amp. 5 ml		10 St	9,50
--	-------------------------------	--	-------	------

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	10,40
--	----------------------------	--	----------------	-------

Lidocain 0,02/ml

	Xylocain 2 % Amp.		5 St(2) 5 ml	3,90
--	-------------------	--	-----------------	------

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	3,90
--	----------------------------	--	-----------------	------

Bezeichnung	T	OP	KVP in €
-------------	---	----	----------

Mepivacain 0,01/ml

Mepinaest purum 1 % Amp.		5 St(2) 5 ml	3,90
--------------------------	--	-----------------	------

Mepivacain 0,02/ml

Mepinaest purum 2 % Amp.		5 St(2) 5 ml	3,90
--------------------------	--	-----------------	------

N01BB52 Lidocain, Kombinationen

Lidocain 0,02, Chlorhexidin 0,0005/g

Cathejell Lidocain 2 %/Chlorhexidin 0,05 % Gel		5 St 12,5 g	10,95
--	--	----------------	-------

N01BX Andere Lokalanästhetika

Diphenhydramin 0,01, Chlorhexidin 0,0005/g

Cathejell Diphenhydramin 1 %/Chlorhexidin 0,05 % Gel		5 St 12,5 g	10,95
--	--	----------------	-------

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)	20,00
--	--	-----------	-------

Morphin 0,0075

SG Vendal 10 mg Amp. Morphin HCl 0,01 entspr. 0,0075 Morphin		10 St	8,70
---	--	-------	------

Morphin 0,0075

SG Mundidol retard 10 mg Filmtabl. Morphinsulfat-pentahydrat 0,01 entspr. 0,0075 Morphin		10 St(2) 30 St	3,95 9,75
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		10 St(2) 30 St	8,00 19,50
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 31,30
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	31,65
---	--	---------------	-------

Bezeichnung	T	OP	KVP in €
Morphin 0,075			
SG Mundidol retard 100 mg Filmtabl. <i>Morphinsulfat-pentahydrat 0,1 entspr. 0,075 Morphin</i>		10 St(2) 30 St	18,20 44,80
SG Vendal retard 100 mg Filmtabl. <i>Morphin HCl 0,1 entspr. 0,075 Morphin</i>		10 St(2) 30 St	18,20 44,80
Morphin 0,09			
SG Mundidol UNO retard 120 mg Kaps. <i>Morphinsulfat-pentahydrat 0,12 entspr. 0,09 Morphin</i>		10 St(2)	20,65
SG Mundidol UNO retard 120 mg Kaps. <i>Morphinsulfat-pentahydrat 0,12 entspr. 0,09 Morphin, nicht zur Initialtherapie</i>		30 St	52,05
Morphin 0,15			
SG Vendal 200 mg Stechamp. <i>Morphin HCl 0,2 entspr. 0,15 Morphin</i>		5 St 10 ml	38,90
Morphin 0,15			
SG Mundidol retard 200 mg Filmtabl. <i>Morphinsulfat-pentahydrat 0,2 entspr. 0,15 Morphin</i>		10 St(2) 30 St	27,80 73,15
SG Mundidol UNO retard 200 mg Kaps. <i>Morphinsulfat-pentahydrat 0,2 entspr. 0,15 Morphin</i>		10 St(2)	28,60
SG Mundidol UNO retard 200 mg Kaps. <i>Morphinsulfat-pentahydrat 0,2 entspr. 0,15 Morphin, nicht zur Initialtherapie</i>		30 St	74,00
SG Vendal retard 200 mg Filmtabl. <i>Morphin HCl 0,2 entspr. 0,15 Morphin</i>		10 St(2) 30 St	27,80 73,15
N02AA03 Hydromorphon			
Hydromorphon 0,0013			
SG Hydal 1,3 mg Kaps.		10 St(2) 30 St	4,85 11,00
Hydromorphon 0,002			
SG Hydal retard 2 mg Kaps.		10 St(2) 30 St(2)	3,20 7,10
Hydromorphon 0,0026			
SG Hydal 2,6 mg Kaps.		10 St(2) 30 St	7,45 17,05
Hydromorphon 0,004			
SG Hydal retard 4 mg Kaps.		10 St(2) 30 St(2)	4,70 10,65
SG Hydromorphon "ratiopharm" 4 mg Retardtabl.	T2	10 St(2) 30 St(2)	3,75 9,15
SG Hydromorphon "Stada" 4 mg Retardtabl.	T2	10 St(2) 30 St	3,40 9,15
SG Hydromorphon "Stada" 4 mg Retardtabl. <i>nicht zur Initialtherapie</i>	T2	60 St	17,00
Hydromorphon 0,008			
SG Hydal retard 8 mg Kaps.		10 St(2) 30 St(2)	7,50 17,20
SG Hydromorphon "ratiopharm" 8 mg Retardtabl.	T2	10 St(2) 30 St(2)	5,90 14,35
SG Hydromorphon "Stada" 8 mg Retardtabl.	T2	10 St(2) 30 St	5,35 10,15
SG Hydromorphon "Stada" 8 mg Retardtabl. <i>nicht zur Initialtherapie</i>	T2	60 St	19,00

Bezeichnung	T	OP	KVP in €
-------------	---	----	----------

Hydromorphon 0,016

SG	Hydal retard 16 mg Kaps.		10 St(2)	11,85
			30 St(2)	27,55
SG	Hydromorphon "ratiopharm" 16 mg Retardtabl.	T2	10 St(2)	9,50
		T2	30 St(2)	23,25
SG	Hydromorphon "Stada" 16 mg Retardtabl.	T2	10 St(2)	6,75
		T2	30 St	10,15
SG	Hydromorphon "Stada" 16 mg Retardtabl. <i>nicht zur Initialtherapie</i>	T2	60 St	19,00

Hydromorphon 0,024

SG	Hydal retard 24 mg Kaps.		10 St(2)	14,25
			30 St(2)	33,40
SG	Hydromorphon "ratiopharm" 24 mg Retardtabl.	T2	10 St(2)	11,85
		T2	30 St(2)	27,85
SG	Hydromorphon "Stada" 24 mg Retardtabl.	T2	10 St(2)	6,75
		T2	30 St	10,15
SG	Hydromorphon "Stada" 24 mg Retardtabl. <i>nicht zur Initialtherapie</i>	T2	60 St	19,00

N02AA05 Oxycodon

Oxycodon 0,0045

SG	Oxygerolan 5 mg Filmtabl. <i>Oxycodon HCl 0,005 entspr. 0,0045 Oxycodon</i>		10 St(2)	3,10
			30 St	6,20
SG	Oxygerolan 5 mg Retardtabl. <i>Oxycodon HCl 0,005 entspr. 0,0045 Oxycodon</i>		10 St(2)	2,60
			30 St	6,10
SG	Oxygerolan 5 mg Retardtabl. <i>Oxycodon HCl 0,005 entspr. 0,0045 Oxycodon,</i> <i>nicht zur Initialtherapie</i>		60 St	9,80

Oxycodon 0,009

SG	Oxygerolan 10 mg Filmtabl. <i>Oxycodon HCl 0,01 entspr. 0,009 Oxycodon</i>	T2	10 St(2)	4,65
		T2	30 St	9,60
SG	Oxygerolan 10 mg Retardtabl. <i>Oxycodon HCl 0,01 entspr. 0,009 Oxycodon</i>		10 St(2)	3,95
			30 St	9,80
SG	Oxygerolan 10 mg Retardtabl. <i>Oxycodon HCl 0,01 entspr. 0,009 Oxycodon,</i> <i>nicht zur Initialtherapie</i>		60 St	18,35

Oxycodon 0,018

SG	Oxycodon-HCl "ratiopharm" 20 mg Retardtabl. <i>Oxycodon HCl 0,02 entspr. 0,018 Oxycodon</i>	T2	10 St(2)	6,20
		T2	30 St	15,35
SG	Oxycodon-HCl "ratiopharm" 20 mg Retardtabl. <i>Oxycodon HCl 0,02 entspr. 0,018 Oxycodon,</i> <i>nicht zur Initialtherapie</i>	T2	60 St	24,75
SG	Oxygerolan 20 mg Retardtabl. <i>Oxycodon HCl 0,02 entspr. 0,018 Oxycodon</i>		10 St(2)	6,25
			30 St	15,40
SG	Oxygerolan 20 mg Retardtabl. <i>Oxycodon HCl 0,02 entspr. 0,018 Oxycodon,</i> <i>nicht zur Initialtherapie</i>		60 St	24,90

Oxycodon 0,036

SG	Oxycodon-HCl "ratiopharm" 40 mg Retardtabl. <i>Oxycodon HCl 0,04 entspr. 0,036 Oxycodon</i>	T2	10 St(2)	10,00
		T2	30 St	24,85
SG	Oxycodon-HCl "ratiopharm" 40 mg Retardtabl. <i>Oxycodon HCl 0,04 entspr. 0,036 Oxycodon,</i> <i>nicht zur Initialtherapie</i>	T2	60 St	40,10
SG	Oxygerolan 40 mg Retardtabl. <i>Oxycodon HCl 0,04 entspr. 0,036 Oxycodon</i>		10 St(2)	10,10
			30 St	24,95
SG	Oxygerolan 40 mg Retardtabl. <i>Oxycodon HCl 0,04 entspr. 0,036 Oxycodon,</i> <i>nicht zur Initialtherapie</i>		60 St	40,15

Bezeichnung		T	OP	KVP in €
Oxycodon 0,072				
SG	Oxycodon-HCl "ratiopharm" 80 mg Retardtabl. <i>Oxycodon HCl 0,08 entspr. 0,072 Oxycodon</i>	T2	10 St(2)	15,60
		T2	30 St	40,10
SG	Oxycodon-HCl "ratiopharm" 80 mg Retardtabl. <i>Oxycodon HCl 0,08 entspr. 0,072 Oxycodon, nicht zur Initialtherapie</i>	T2	60 St	64,55
SG	Oxygerolan 80 mg Retardtabl. <i>Oxycodon HCl 0,08 entspr. 0,072 Oxycodon</i>		10 St(2)	15,65
			30 St	40,15
SG	Oxygerolan 80 mg Retardtabl. <i>Oxycodon HCl 0,08 entspr. 0,072 Oxycodon, nicht zur Initialtherapie</i>		60 St	68,90

N02AA08 Dihydrocodein

Dihydrocodein 0,04

	Codidol retard 60 mg Filmtabl. <i>Dihydrocodein bitartrat 0,06 entspr. 0,04 Dihydrocodein</i>		10 St	3,65
			20 St(2)	6,75
	Dehace retard 60 mg Filmtabl. <i>Dihydrocodein bitartrat 0,06 entspr. 0,04 Dihydrocodein</i>	T2	10 St(2)	4,40
		T2	30 St	12,50
	Dehace retard 60 mg Filmtabl. <i>Dihydrocodein bitartrat 0,06 entspr. 0,04 Dihydrocodein, nicht zur Initialtherapie</i>	T2	60 St	19,15

Dihydrocodein 0,06

	Codidol retard 90 mg Filmtabl. <i>Dihydrocodein bitartrat 0,09 entspr. 0,06 Dihydrocodein</i>		10 St	5,20
			20 St(2)	6,75
	Dehace retard 90 mg Filmtabl. <i>Dihydrocodein bitartrat 0,09 entspr. 0,06 Dihydrocodein</i>	T2	10 St(2)	6,25
		T2	30 St	16,55
	Dehace retard 90 mg Filmtabl. <i>Dihydrocodein bitartrat 0,09 entspr. 0,06 Dihydrocodein, nicht zur Initialtherapie</i>	T2	60 St	27,00

Dihydrocodein 0,08

	Codidol retard 120 mg Filmtabl. <i>Dihydrocodein bitartrat 0,12 entspr. 0,08 Dihydrocodein</i>		10 St	6,20
			20 St(2)	6,75
	Dehace retard 120 mg Filmtabl. <i>Dihydrocodein bitartrat 0,12 entspr. 0,08 Dihydrocodein</i>	T2	10 St(2)	7,90
		T2	30 St	20,50
	Dehace retard 120 mg Filmtabl. <i>Dihydrocodein bitartrat 0,12 entspr. 0,08 Dihydrocodein, nicht zur Initialtherapie</i>	T2	60 St	33,55

N02AB Phenylpiperidin-Derivate

N02AB02 Pethidin

Pethidin 0,1

SG	Alodan 50 mg/ml Inj.lsg.		5 St(2)	7,95
----	---------------------------------	--	---------	------

N02AB03 Fentanyl

Fentanyl 0,0003/die

IND	Durogesic 12 mcg/h Depot-Pflaster		5 St(2)	9,15
SG	chronische Schmerzen, die durch starke orale Opiode nicht ausreichend behandelbar sind			
IND	Fentanyl "Hexal" 12 mcg/h transdermales Matrixpflaster		5 St	8,10
SG	chronische Schmerzen, die durch starke orale Opiode nicht ausreichend behandelbar sind		10 St	15,05
IND	Fentanyl "Stada" 12 mcg/h transdermales Matrixpflaster		5 St	8,05
SG	chronische Schmerzen, die durch starke orale Opiode nicht ausreichend behandelbar sind		10 St	15,00
IND	Fentoron 12 mcg/h transdermales Matrixpflaster		5 St(2)	9,05
SG	chronische Schmerzen, die durch starke orale Opiode nicht ausreichend behandelbar sind			
IND	Lafene 12 mcg/h transdermales Pflaster		5 St	8,45
SG	chronische Schmerzen, die durch starke orale Opiode nicht ausreichend behandelbar sind		10 St	15,75

Bezeichnung	T	OP	KVP in €
-------------	---	----	----------

Fentanyl 0,0006/die

IND SG	Durogesic 25 mcg/h Depot-Pflaster chronische Schmerzen, die durch starke orale Opiode 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 Opiode 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 Opiode nicht ausreichend behandelbar sind	5 St(2)	15,30
IND SG	Fentanyl "Genericon" 25 mcg/h transdermales Pflaster chronische Schmerzen, die durch starke orale Opiode 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 Opiode 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 Opiode 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 Opiode nicht ausreichend behandelbar sind	5 St(2)	15,30
IND SG	Lafene 25 mcg/h transdermales Pflaster chronische Schmerzen, die durch starke orale Opiode 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 Opiode 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 Opiode 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 Opiode nicht ausreichend behandelbar sind	5 St(2)	15,30
IND SG	Fentanyl "1A Pharma" 50 mcg/h transdermales Matrixpflaster chronische Schmerzen, die durch starke orale Opiode 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 Opiode nicht ausreichend behandelbar sind	5 St(2)	15,30
IND SG	Fentanyl "Genericon" 50 mcg/h transdermales Pflaster chronische Schmerzen, die durch starke orale Opiode nicht ausreichend behandelbar sind	5 St 10 St	15,30 28,85
IND SG	Fentanyl "Hexal" 50 mcg/h transdermales Matrixpflaster chronische Schmerzen, die durch starke orale Opiode 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 Opiode 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 Opiode nicht ausreichend behandelbar sind	5 St(2)	15,30
IND SG	Lafene 50 mcg/h transdermales Pflaster chronische Schmerzen, die durch starke orale Opiode 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 Opiode 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 Opiode 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 Opiode nicht ausreichend behandelbar sind	5 St(2)	15,30

Bezeichnung		T	OP	KVP in €
IND	Fentanyl "Genericon" 75 mcg/h transdermales Pflaster		5 St	15,30
SG	chronische Schmerzen, die durch starke orale Opioide nicht ausreichend behandelbar sind		10 St	28,85
IND	Fentanyl "Hexal" 75 mcg/h transdermales Matrixpflaster		5 St	15,30
SG	chronische Schmerzen, die durch starke orale Opioide nicht ausreichend behandelbar sind		10 St	28,85
IND	Fentanyl "Stada" 75 mcg/h transdermales Matrixpflaster		5 St	15,30
SG	chronische Schmerzen, die durch starke orale Opioide nicht ausreichend behandelbar sind		10 St	28,85
IND	Fentoron 75 mcg/h transdermales Matrixpflaster		5 St(2)	15,30
SG	chronische Schmerzen, die durch starke orale Opioide nicht ausreichend behandelbar sind			
IND	Lafene 75 mcg/h transdermales Pflaster		5 St	15,30
SG	chronische Schmerzen, die durch starke orale Opioide nicht ausreichend behandelbar sind		10 St	28,85

Fentanyl 0,0024/die

IND	Durogesic 100 mcg/h Depot-Pflaster		5 St(2)	15,30
SG	chronische Schmerzen, die durch starke orale Opioide nicht ausreichend behandelbar sind			
IND	Fentanyl "1A Pharma" 100 mcg/h transdermales Matrixpflaster		5 St	15,30
SG	chronische Schmerzen, die durch starke orale Opioide nicht ausreichend behandelbar sind		10 St	28,85
IND	Fentanyl "Actavis" 100 mcg/h transdermales Pflaster		5 St(2)	15,30
SG	chronische Schmerzen, die durch starke orale Opioide nicht ausreichend behandelbar sind			
IND	Fentanyl "Genericon" 100 mcg/h transdermales Pflaster		5 St	15,30
SG	chronische Schmerzen, die durch starke orale Opioide nicht ausreichend behandelbar sind		10 St	28,85
IND	Fentanyl "Hexal" 100 mcg/h transdermales Matrixpflaster		5 St	15,30
SG	chronische Schmerzen, die durch starke orale Opioide nicht ausreichend behandelbar sind		10 St	28,85
IND	Fentanyl "Stada" 100 mcg/h transdermales Matrixpflaster		5 St	15,30
SG	chronische Schmerzen, die durch starke orale Opioide nicht ausreichend behandelbar sind		10 St	28,85
IND	Fentoron 100 mcg/h transdermales Matrixpflaster		5 St(2)	15,30
SG	chronische Schmerzen, die durch starke orale Opioide nicht ausreichend behandelbar sind			
IND	Lafene 100 mcg/h transdermales Pflaster		5 St	15,30
SG	chronische Schmerzen, die durch starke orale Opioide nicht ausreichend behandelbar sind		10 St	28,85

Fentanyl 0,0036/die

IND	Fentanyl "1A Pharma" 150 mcg/h transdermales Matrixpflaster		5 St(2)	44,25
SG	chronische Schmerzen, die durch starke orale Opioide nicht ausreichend behandelbar sind			
IND	Fentanyl "Hexal" 150 mcg/h transdermales Matrixpflaster		5 St(2)	44,25
SG	chronische Schmerzen, die durch starke orale Opioide nicht ausreichend behandelbar sind			

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	4,30
SG	mittelstarke chronische nicht-maligne Schmerzen, wenn ein Opioid zum Erreichen einer adäquaten Analgesie notwendig ist		4 St	8,00

Buprenorphin 0,0002

SG	Temgesic 0,2 mg Sublingualtabl.		10 St(2)	6,55
----	--	--	----------	------

Bezeichnung	T	OP	KVP in €
-------------	---	----	----------

Buprenorphin 0,00024/die

IND	Buprenorphin "ratiopharm" 10 mcg/h transdermales Pflaster	2 St	6,80
SG	mittelstarke chronische nicht-maligne Schmerzen, wenn ein Opioid zum Erreichen einer adäquaten Analgesie notwendig ist	4 St	12,70

Buprenorphin 0,0004

SG	Temgesic 0,4 mg Sublingualtabl.	10 St(2)	10,50
----	--	----------	-------

Buprenorphin 0,00048/die

IND	Buprenorphin "ratiopharm" 20 mcg/h transdermales Pflaster	2 St	10,70
SG	mittelstarke chronische nicht-maligne Schmerzen, wenn ein Opioid zum Erreichen einer adäquaten Analgesie notwendig ist	4 St	20,20

Buprenorphin 0,00084/die

IND	Astec 35 mcg/h transdermales Pflaster	5 St	14,25
SG	chronische Schmerzen, die durch starke orale Opiode 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 Opiode nicht ausreichend behandelbar sind		
IND	Buprenorphin "Stada" 35 mcg/h transdermales Pflaster	4 St	12,75
SG	chronische Schmerzen, die durch starke orale Opiode nicht ausreichend behandelbar sind		
IND	Bupretec 35 mcg/h transdermales Matrixpflaster	4 St	14,95
SG	chronische Schmerzen, die durch starke orale Opiode nicht ausreichend behandelbar sind	8 St	28,25
IND	Transtec 35 mcg/h transdermales Pflaster	4 St(2)	16,20
SG	chronische Schmerzen, die durch starke orale Opiode nicht ausreichend behandelbar sind		

Buprenorphin 0,00126/die

IND	Astec 52,5 mcg/h transdermales Pflaster	5 St	14,25
SG	chronische Schmerzen, die durch starke orale Opiode nicht ausreichend behandelbar sind	10 St	27,10
IND	Buprenorphin "ratiopharm" 52,5 mcg/h transdermales Pflaster	4 St(2)	14,95
SG	chronische Schmerzen, die durch starke orale Opiode nicht ausreichend behandelbar sind		
IND	Buprenorphin "Stada" 52,5 mcg/h transdermales Pflaster	4 St	14,95
SG	chronische Schmerzen, die durch starke orale Opiode nicht ausreichend behandelbar sind	8 St	28,25
IND	Bupretec 52,5 mcg/h transdermales Matrixpflaster	4 St	14,95
SG	chronische Schmerzen, die durch starke orale Opiode nicht ausreichend behandelbar sind	8 St	28,25
IND	Transtec 52,5 mcg/h transdermales Pflaster	4 St(2)	21,25
SG	chronische Schmerzen, die durch starke orale Opiode nicht ausreichend behandelbar sind		

Buprenorphin 0,00168/die

IND	Astec 70 mcg/h transdermales Pflaster	5 St	14,25
SG	chronische Schmerzen, die durch starke orale Opiode nicht ausreichend behandelbar sind	10 St	27,10
IND	Buprenorphin "ratiopharm" 70 mcg/h transdermales Pflaster	4 St(2)	26,05
SG	chronische Schmerzen, die durch starke orale Opiode nicht ausreichend behandelbar sind		
IND	Buprenorphin "Stada" 70 mcg/h transdermales Pflaster	4 St	14,95
SG	chronische Schmerzen, die durch starke orale Opiode nicht ausreichend behandelbar sind		
IND	Bupretec 70 mcg/h transdermales Matrixpflaster	4 St	14,95
SG	chronische Schmerzen, die durch starke orale Opiode nicht ausreichend behandelbar sind	8 St	28,25
IND	Transtec 70 mcg/h transdermales Pflaster	4 St(2)	26,05
SG	chronische Schmerzen, die durch starke orale Opiode nicht ausreichend behandelbar sind		

N02AX Andere Opiode N02AX02 Tramadol

Tramadol 0,05

	Tradolan 50 mg Amp.	5 St(2)	4,05
--	----------------------------	---------	------

Bezeichnung	T	OP	KVP in €
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)	1,45
		30 St(2)	4,40
Tramabene 50 mg Kaps.		10 St(2)	1,15
		30 St(2)	3,45
Tramadol "1A Pharma" 50 mg Kaps.		10 St(2)	1,30
		30 St(2)	3,40
Tramadol 50 mg Kaps.		10 St(2)	1,30
		30 St(2)	3,90
Tramal 50 mg Kaps.		10 St(2)	1,45
		30 St(2)	4,40
Tramastad 50 mg Kaps.		10 St(2)	1,30
		30 St(2)	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)	3,25
		30 St	8,95
Tramabene 100 mg Retardtabl. <i>nicht zur Initialtherapie</i>		60 St	16,15
Tramadolhydrochlorid "Actavis" 100 mg Retardtabl.		10 St(2)	3,25
		30 St	8,95
Tramadolhydrochlorid "Actavis" 100 mg Retardtabl. <i>nicht zur Initialtherapie</i>		60 St	14,35
Tramadol retard 100 mg Tabl.		10 St(2)	3,25
		30 St	8,95
Tramadol retard 100 mg Tabl. <i>nicht zur Initialtherapie</i>		60 St	14,55
Tramal retard 100 mg Filmtabl.		10 St(2)	3,25
		30 St	8,95
Tramal retard 100 mg Filmtabl. <i>nicht zur Initialtherapie</i>		60 St	17,25
Tramadol 0,1/ml			
Tradolan Tropf.		10 ml(2)	3,40
		1 ml = 24 Tr.	
		30 ml(2)	9,40
		1 ml = 24 Tr.	
Tradolan Tropf. <i>nicht zur Initialtherapie</i>		50 ml	12,75
		1 ml = 24 Tr.	
Tramabene Tropf.		10 ml(2)	3,40
		1 ml = 40 Tr.	
		30 ml(2)	9,40
		1 ml = 40 Tr.	
Tramadol "1A Pharma" 100 mg/ml Tropf.		10 ml(2)	3,40
		1 ml = 40 Tr.	
		30 ml(2)	9,40
		1 ml = 40 Tr.	
Tramadol 100 mg/ml Tropf.		10 ml(2)	3,40
		1 ml = 40 Tr.	
		30 ml(2)	9,40
		1 ml = 40 Tr.	
Tramal Tropf.		10 ml(2)	3,40
		1 ml = 40 Tr.	
		30 ml(2)	9,40
		1 ml = 40 Tr.	
Tramastad 100 mg/ml Tropf.		10 ml(2)	3,00
		1 ml = 40 Tr.	
		30 ml(2)	9,40
		1 ml = 40 Tr.	

Bezeichnung	T	OP	KVP in €
Tramastad 100 mg/ml Tropf. <i>nicht zur Initialtherapie</i>		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. <i>nicht zur Initialtherapie</i>		60 St	17,25
Tramadolhydrochlorid "Actavis" 150 mg Retardtabl.		10 St(2) 30 St	4,35 8,95
Tramadolhydrochlorid "Actavis" 150 mg Retardtabl. <i>nicht zur Initialtherapie</i>		60 St	17,25
Tramadolor retard 150 mg Tabl.		10 St(2) 30 St	4,35 8,95
Tramadolor retard 150 mg Tabl. <i>nicht zur Initialtherapie</i>		60 St	17,25
Tramal retard 150 mg Filmtabl.		10 St(2) 30 St	4,35 8,95
Tramal retard 150 mg Filmtabl. <i>nicht zur Initialtherapie</i>		60 St	17,25

Tramadol 0,2

Tramabene 200 mg Retardtabl.		10 St(2) 30 St	5,40 8,95
Tramabene 200 mg Retardtabl. <i>nicht zur Initialtherapie</i>		60 St	17,25
Tramadolhydrochlorid "Actavis" 200 mg Retardtabl.		10 St(2) 30 St	5,40 8,95
Tramadolhydrochlorid "Actavis" 200 mg Retardtabl. <i>nicht zur Initialtherapie</i>		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. <i>nicht zur Initialtherapie</i>		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	3,55
-------------------------	----	-------	------

N02BB Pyrazolone

N02BB02 Metamizol-Natrium

Metamizol-Natrium 0,5

Metagefan 500 mg Tabl.		10 St(2)	1,20
<i>Aufklärung der PatientInnen über Risiko und Erscheinungsbild einer Agranulozytose</i>		30 St 50 St 100 St 200 St	3,60 4,75 9,50 18,30
Mylecytan 500 mg Filmtabl.		12 St	1,20
<i>Aufklärung der PatientInnen über Risiko und Erscheinungsbild einer Agranulozytose</i>		30 St 50 St 100 St	2,95 3,90 7,80

Bezeichnung	T	OP	KVP in €
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	11,10

Metamizol-Natrium 0,5/ml

Metagelan 2,5 g Inj.lsg.		5 St(2)	3,60
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)	1,35
Aufklärung der PatientInnen über Risiko und Erscheinungsbild einer Agranulozytose		1 ml = 20 Tr.	
		30 ml(2)	3,15
		1 ml = 20 Tr.	
		50 ml	5,25
		1 ml = 20 Tr.	
		250 ml	24,70
		1 ml = 20 Tr.	
Novalgin Tropf.		10 ml	1,35
Aufklärung der PatientInnen über Risiko und Erscheinungsbild einer Agranulozytose		1 ml = 20 Tr.	
		20 ml(2)	2,75
		1 ml = 20 Tr.	
		50 ml	6,80
		1 ml = 20 Tr.	
		250 ml	26,95
		1 ml = 20 Tr.	

N02BE Anilide N02BE01 Paracetamol

Paracetamol 0,04/ml

F14 Mexalen 200 mg/5 ml Sirup		100 ml(2)	2,35
		1 ML = 5 ml	

Paracetamol 0,125

Mexalen 125 mg Zäpf. f. Säugl.		6 St(2)	0,95
---------------------------------------	--	---------	------

Paracetamol 0,25

Mexalen 250 mg Zäpf. f. Kleink.		6 St(2)	1,05
--	--	---------	------

Paracetamol 0,5

Paracetamol "Accord" 500 mg Tabl.	T2	10 St(2)	0,80
		30 St	2,35
Paracetamol "Sandoz" 500 mg Tabl.		10 St(2)	0,80
		30 St	2,35

Paracetamol 0,5

Mexalen 500 mg Zäpf. f. Schulc.		6 St(2)	1,15
--	--	---------	------

Paracetamol 1,0

Mexalen 1000 mg Zäpf. f. Jugendl. u. Erw.		6 St(2)	1,80
--	--	---------	------

N02BF Gabapentinoide N02BF01 Gabapentin

Gabapentin 0,1

IND Gabapentin "Hexal" 100 mg Hartkaps.		100 St	39,25
Behandlung bei Epilepsien, die durch andere Antiepileptika ungenügend kontrolliert sind			

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 "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 "Genericon" 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 "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 "Viatrix" 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	44,60

Gabapentin 0,4

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
IND	Gabapentin "Genericon" 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 "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 "Viatrix" 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

Bezeichnung	T	OP	KVP in €
-------------	---	----	----------

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 "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 "Viatrix" 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 "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.	T2	100 St	42,25
IND Gabapentin "Viatrix" 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

Pregabalin 0,025

Lyrca 25 mg Hartkaps.		14 St	0,75
		21 St	1,10
		56 St	2,90
		84 St	4,30
Pregabalin "Accord" 25 mg Hartkaps.		14 St	0,55
		21 St	0,85
		56 St	2,20
		90 St	3,55
Pregabalin "Genericon" 25 mg Hartkaps.		20 St	1,05
		60 St	3,10
		90 St	4,65
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

Bezeichnung	T	OP	KVP in €
Pregabalin 0,05			
Lyrica 50 mg Hartkaps.		21 St	3,15
		84 St	11,25
Pregabalin "Accord" 50 mg Hartkaps.		21 St	2,40
		90 St	10,05
Pregabalin "Genericon" 50 mg Hartkaps.		30 St	4,05
		90 St	11,75
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			
Lyrica 75 mg Hartkaps.		14 St	3,15
		56 St	11,25
Pregabalin "Accord" 75 mg Hartkaps.		14 St	2,40
		56 St	9,60
Pregabalin "Genericon" 75 mg Hartkaps.		20 St	4,45
		60 St	12,05
Pregabalin "Krka" 75 mg Hartkaps.		14 St	2,60
		60 St	11,00
Pregabalin "ratiopharm" 75 mg Hartkaps.		14 St	3,10
		56 St	11,25
Pregabalin "Sandoz" 75 mg Hartkaps.		14 St	2,55
		56 St	10,00
Pregamid 75 mg Hartkaps.		20 St	3,65
		60 St	10,70
PregaTab 75 mg Tabl.	T2	14 St	2,40
	T2	56 St	9,60
Pregabalin 0,1			
Lyrica 100 mg Hartkaps.		21 St	5,20
		84 St	16,60
Pregabalin "Accord" 100 mg Hartkaps.		21 St	4,00
		90 St	16,50
Pregabalin "Genericon" 100 mg Hartkaps.		30 St	6,20
		90 St	17,80
Pregabalin "Krka" 100 mg Hartkaps.		20 St	4,55
		90 St	17,80
Pregabalin "ratiopharm" 100 mg Hartkaps.		21 St	5,20
		84 St	16,60
Pregabalin "Sandoz" 100 mg Hartkaps.		21 St	4,70
		84 St	16,60
Pregamid 100 mg Hartkaps.		30 St	6,20
		90 St	17,80
PregaTab 100 mg Tabl.	T2	21 St	4,00
	T2	84 St	15,40
Pregabalin 0,15			
Lyrica 150 mg Hartkaps.		14 St	5,20
		56 St	19,65
Pregabalin "Accord" 150 mg Hartkaps.		14 St	4,00
		56 St	11,25
Pregabalin "Genericon" 150 mg Hartkaps.		20 St	6,20
		60 St	12,05
Pregabalin "Krka" 150 mg Hartkaps.		14 St	4,75
		60 St	12,05

Bezeichnung	T	OP	KVP in €
Pregabalin "ratiopharm" 150 mg Hartkaps.		14 St	5,20
		56 St	11,25
Pregabalin "Sandoz" 150 mg Hartkaps.		14 St	4,70
		56 St	11,25
Pregamid 150 mg Hartkaps.		20 St	6,20
		60 St	12,05
PregaTab 150 mg Tabl.	T2	14 St	4,00
	T2	56 St	11,25

Pregabalin 0,2

Lyrica 200 mg Hartkaps.		21 St	6,20
		84 St	16,60
Pregabalin "Accord" 200 mg Hartkaps.		21 St	6,20
		84 St	16,60
Pregabalin "Genericon" 200 mg Hartkaps.		30 St	6,20
		90 St	17,80
Pregabalin "Krka" 200 mg Hartkaps.		20 St	6,20
		90 St	17,80
Pregabalin "ratiopharm" 200 mg Hartkaps.		21 St	6,20
		84 St	16,60
Pregabalin "Sandoz" 200 mg Hartkaps.		21 St	6,20
		84 St	16,60
Pregamid 200 mg Hartkaps.		30 St	6,20
		90 St	17,80
PregaTab 200 mg Tabl.	T2	21 St	6,20
	T2	84 St	16,60

Pregabalin 0,225

Pregabalin "ratiopharm" 225 mg Hartkaps.		14 St	7,20
		56 St	27,00

Pregabalin 0,3

Lyrica 300 mg Hartkaps.		14 St	8,70
		56 St	32,15
Pregabalin "Accord" 300 mg Hartkaps.		14 St	6,20
		56 St	11,25
Pregabalin "Genericon" 300 mg Hartkaps.		20 St	6,20
		60 St	12,05
Pregabalin "Krka" 300 mg Hartkaps.		14 St	6,20
		60 St	12,05
Pregabalin "ratiopharm" 300 mg Hartkaps.		14 St	6,20
		56 St	11,25
Pregabalin "Sandoz" 300 mg Hartkaps.		14 St	6,20
		56 St	11,25
Pregamid 300 mg Hartkaps.		20 St	6,20
		60 St	12,05
PregaTab 300 mg Tabl.	T2	14 St	6,20
	T2	56 St	11,25

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 €
IND	Sumatriptan "Sandoz" 50 mg Filmtabl. Migräne nach Erstverordnung durch einen Neurologen/eine Neurologin	T2	2 St(2)	3,10
		T2	6 St	9,40

Sumatriptan 0,1

IND	Sumatriptan "1A Pharma" 100 mg Tabl. Migräne nach Erstverordnung durch einen Neurologen/eine Neurologin	T2	2 St(2)	3,05
		T2	6 St	9,40
IND	Sumatriptan "Stada" 100 mg Tabl. Migräne nach Erstverordnung durch einen Neurologen/eine Neurologin		2 St(2)	3,10
			6 St	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	8,45
			6 St	16,25
IND	Zolmitriptan "1A Pharma" 2,5 mg Schmelztabl. Migräne nach Erstverordnung durch einen Neurologen/eine Neurologin		2 St(2)	5,60
			6 St	16,25
IND	Zolmitriptan "Sandoz" 2,5 mg Schmelztabl. Migräne nach Erstverordnung durch einen Neurologen/eine Neurologin		2 St(2)	5,65
			6 St	16,30
IND	Zolmitriptan "Stada" 2,5 mg Schmelztabl. Migräne nach Erstverordnung durch einen Neurologen/eine Neurologin		2 St(2)	5,60
			6 St	16,25
IND	Zomig 2,5 mg Filmtabl. Migräne nach Erstverordnung durch einen Neurologen		3 St	9,85
			6 St	19,05
IND	Zomig Rapimelt 2,5 mg Schmelztabl. Migräne nach Erstverordnung durch einen Neurologen		2 St(2)	6,75
			6 St	19,05

Zolmitriptan 0,005

IND	Zolmitriptan "Stada" 5 mg Schmelztabl. Migräne nach Erstverordnung durch einen Neurologen/eine Neurologin		2 St(2)	5,65
			6 St	16,30
IND	Zolmitriptan "Stada" 5 mg Tabl. Migräne nach Erstverordnung durch einen Neurologen/eine Neurologin		3 St	8,50
			6 St	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	Eletop 20 mg Filmtabl. Migräne nach Erstverordnung durch einen Neurologen/eine Neurologin		2 St(2)	4,20
			6 St	12,25
			10 St	16,85
IND	Relpax 20 mg Filmtabl. Migräne nach Erstverordnung durch einen Neurologen/eine Neurologin		2 St(2)	4,60
			6 St	12,30

Eletriptan 0,04

IND	Eletop 40 mg Filmtabl. Migräne nach Erstverordnung durch einen Neurologen/eine Neurologin		2 St(2)	4,60
			6 St	12,30
			10 St	16,85
IND	Relpax 40 mg Filmtabl. Migräne nach Erstverordnung durch einen Neurologen/eine Neurologin		2 St(2)	4,60
			6 St	12,30

N02CC07 Frovatriptan

Frovatriptan 0,0025

IND	Eumitan 2,5 mg Filmtabl. Migräne nach Erstverordnung durch einen Neurologen/eine Neurologin		2 St(2)	5,90
			6 St	16,95
IND	Frovalan 2,5 mg Filmtabl. Migräne nach Erstverordnung durch einen Neurologen/eine Neurologin		2 St(2)	4,90
			6 St	14,10

N02CD Calcitonin gene-related peptide (CGRP)-Antagonisten N02CD01 Erenumab

Erenumab 0,07

IND	Aimovig 70 mg Inj.lsg. Fertipgen ^(PM)	1 St(3)	398,55
<p>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.</p> <p>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.</p> <p>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.</p> <p>Indikationsstellung, Erstverordnung und regelmäßige Kontrollen des Ansprechens und der Indikationsstellung durch FachärztInnen für Neurologie oder Neurologie und Psychiatrie oder Psychiatrie und Neurologie.</p>			

Erenumab 0,14

IND	Aimovig 140 mg Inj.lsg. Fertipgen ^(PM)	1 St(3)	398,55
<p>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.</p> <p>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.</p> <p>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.</p> <p>Indikationsstellung, Erstverordnung und regelmäßige Kontrollen des Ansprechens und der Indikationsstellung durch FachärztInnen für Neurologie oder Neurologie und Psychiatrie oder Psychiatrie und Neurologie.</p>			

N02CD02 Galcanezumab

Galcanezumab 0,12

IND	Emgality 120 mg Inj.lsg. Fertipgen ^(PM)	1 St(3)	440,25
<p>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.</p> <p>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.</p> <p>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.</p> <p>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.</p>			

N02CD03 Fremanezumab**Fremanezumab 0,225**

IND	Ajovy 225 mg Inj.lsg. Fertigpen ^(EM) 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)	398,55
IND	Ajovy 225 mg Inj.lsg. Fertigspr. ^(EM) 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)	398,55

N02CD05 Eptinezumab**Eptinezumab 0,1**

IND	Vyepti 100 mg Konz. zur Herst. einer Inf.lsg. ^(EM) 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
------------	---	---------	----------

N03 ANTIPILEPTIKA**N03A ANTIPILEPTIKA****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)	9,85

Ethosuximid 0,25

Petinimid Kaps.		100 St(2)	17,80
-----------------	--	-----------	-------

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
Tegretol retard 200 mg Filmtabl.	T2	100 St(2)	13,45

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)	23,60

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
----------------------------	--	-----------	-------

Bezeichnung	T	OP	KVP in €
-------------	---	----	----------

Oxcarbazepin 0,6

F14	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)	4,35
	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)	6,45
	Depakine Chrono retard 500 mg Filmtabl.	T2	50 St(2)	6,45

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

Bezeichnung	T	OP	KVP in €
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
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

Bezeichnung	T	OP	KVP in €
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)	66,75
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
Topiramat "1A Pharma" 25 mg Filmtabl.		60 St(2)	7,55
Topiramat "Accord" 25 mg Filmtabl.		60 St(2)	7,05
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 "Accord" 50 mg Filmtabl.		60 St(2)	12,75
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 "Accord" 100 mg Filmtabl.		60 St(2)	15,05
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
---------------------------------	--	----------	-------

Bezeichnung	T	OP	KVP in €
Topiramat "1A Pharma" 200 mg Filmtabl.		60 St(2)	15,10
Topiramat "Accord" 200 mg Filmtabl.		60 St(2)	15,05
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 "Sandoz" 100 mg/ml Lsg. zum Einnehmen		300 ml	20,05
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	10,10	
		T2	60 St	19,50	
		T2	100 St	31,85	
N	Levetiracetam "+pharma" 500 mg Filmtabl.		T2	100 St	31,85
N	Levetiracetam "1A Pharma" 500 mg Filmtabl.	T2	60 St	19,50	
		T2	100 St	31,85	
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	10,10	
			60 St	19,50	
			100 St	31,85	
N	Levetiracetam "Aristo" 500 mg Filmtabl.		60 St	19,50	
			100 St	31,85	
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	19,50	
		T2	100 St	31,85	
N	Levetiracetam "Krka" 500 mg Filmtabl.	T2	30 St	10,10	
		T2	60 St	19,50	
N	Levetiracetam "ratiopharm" 500 mg Filmtabl.	T2	60 St	19,50	
		T2	100 St	31,85	
N	Levetiracetam "Sandoz" 500 mg Filmtabl.	T2	30 St	10,10	
		T2	60 St	19,50	
		T2	100 St	31,85	
N	Levetiracetam "Stada" 500 mg Filmtabl.	T2	60 St	16,55	
		T2	100 St	27,00	
N	Levetiracetam "UCB" 500 mg Filmtabl.		100 St	31,85	

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	10,10	
		T2	60 St	19,50	
		T2	100 St	31,85	
N	Levetiracetam "+pharma" 1000 mg Filmtabl.		T2	100 St	31,85

Bezeichnung		T	OP	KVP in €
N	Levetiracetam "1A Pharma" 1000 mg Filmtabl.	T2	60 St	19,50
		T2	100 St	31,85
N	Levetiracetam "Accord" 1000 mg Filmtabl.	T2	30 St	10,10
		T2	60 St	19,50
		T2	100 St	31,85
N	Levetiracetam "Actavis" 1000 mg Filmtabl.		30 St	10,10
			100 St	31,85
N	Levetiracetam "Aristo" 1000 mg Filmtabl.		60 St	19,50
			100 St	31,85
N	Levetiracetam "Bluefish" 1000 mg Filmtabl.	T2	30 St	10,05
		T2	60 St	19,45
N	Levetiracetam "G.L." 1000 mg Filmtabl.	T2	30 St	10,10
		T2	60 St	19,50
		T2	100 St	31,85
N	Levetiracetam "Genericon" 1000 mg Filmtabl.	T2	60 St	19,50
		T2	100 St	31,85
N	Levetiracetam "Krka" 1000 mg Filmtabl.	T2	30 St	10,10
		T2	60 St	19,50
N	Levetiracetam "ratiopharm" 1000 mg Filmtabl.	T2	60 St	19,50
		T2	100 St	31,85
N	Levetiracetam "Sandoz" 1000 mg Filmtabl.	T2	60 St	19,50
		T2	100 St	31,85
N	Levetiracetam "Stada" 1000 mg Filmtabl.	T2	60 St	19,50
		T2	100 St	31,85
N	Levetiracetam "UCB" 1000 mg Filmtabl.		100 St	31,85

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
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

Bezeichnung		T	OP	KVP in €
N	Lacosamid "UCB" 100 mg Filmtabl.		14 St 56 St(3)	6,65 25,00

Lacosamid 0,15

N	Lacoppat 150 mg Filmtabl.	T2 T2	20 St 60 St(3)	7,75 21,95
N	Lacosamid "UCB" 150 mg Filmtabl.		14 St 56 St(3)	6,65 25,00

Lacosamid 0,2

N	Lacoppat 200 mg Filmtabl.	T2 T2	20 St 60 St(3)	7,75 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 T2	50 St 100 St	6,05 9,60
--	---------------------	----------	-----------------	--------------

Biperiden 0,004

	Akineton retard 4 mg Drag.		50 St 100 St	9,50 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) 100 St	5,10 13,95
--	-----------------------------	--	--------------------	---------------

Benserazid 0,025, Levodopa 0,1

	Madopar CR 100 mg/25 mg Kaps.		30 St(2) 100 St	8,75 23,40
	Madopar 100 mg/25 mg lösl. Tabl.	T2 T2	30 St(2) 100 St	8,55 22,75
	Madopar 100 mg/25 mg Tabl.	T4 T4	30 St(2) 100 St	8,55 22,75
	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 39,60
--	----------------------------	----------	--------------------	----------------

Carbidopa 0,025, Levodopa 0,1

	Sinemet 25 mg/100 mg Tabl.		100 St	17,15
--	----------------------------	--	--------	-------

Bezeichnung	T	OP	KVP in €
-------------	---	----	----------

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)	14,60
		100 St	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/Entacapon "ratiopharm" 50 mg/12,5 mg/200 mg Filmtabl.		30 St(2)	18,45
		100 St	50,70
Pentiro 50 mg/12,5 mg/200 mg Filmtabl.		30 St(2)	18,50
		100 St	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)	18,45
		100 St	50,70

Levodopa 0,075, Carbidopa 0,01875, Entacapon 0,2

Levodopa/Carbidopa/Entacapon "ratiopharm" 75 mg/18,75 mg/200 mg Filmtabl.		30 St(2)	18,45
		100 St	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/Entacapon "ratiopharm" 100 mg/25 mg/200 mg Filmtabl.		30 St(2)	18,45
		100 St	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)	18,45
		100 St	50,70

Levodopa 0,125, Carbidopa 0,03125, Entacapon 0,2

Levodopa/Carbidopa/Entacapon "ratiopharm" 125 mg/31,25 mg/200 mg Filmtabl.		30 St(2)	18,45
		100 St	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/Entacapon "ratiopharm" 150 mg/37,5 mg/200 mg Filmtabl.		30 St(2)	18,45
		100 St	50,70
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)	18,45
		100 St	50,70

Levodopa 0,175, Carbidopa 0,04375, Entacapon 0,2

Levodopa/Carbidopa/Entacapon "ratiopharm" 175 mg/43,75 mg/200 mg Filmtabl.		30 St(2)	18,45
		100 St	50,70

Levodopa 0,2, Carbidopa 0,05, Entacapon 0,2

Levodopa/Carbidopa/Entacapon "ratiopharm" 200 mg/50 mg/200 mg Filmtabl.		30 St(2)	18,45
		100 St	50,70
Trigelan 200 mg/50 mg/200 mg Filmtabl.		30 St(2)	18,45
		100 St	50,70

**N04BB Adamantan-Derivate
N04BB01 Amantadin**

Amantadin 0,1

PK-Merz-Schoeller 100 mg Filmtabl.		30 St(2)	5,05
		100 St	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)	10,45
		84 St	39,60

Ropinirol 0,002

Requip 2 mg Filmtabl.		21 St(2)	15,50
		84 St	57,75
Requip Modutab 2 mg Retardtabl.		28 St	10,85
Ropinirol "Actavis" 2 mg Retardtabl.		21 St	8,40
		30 St	10,00
Ropinirol "Krka" 2 mg Retardtabl.		21 St	8,40
		30 St	11,65
Ropinirol "Sandoz" 2 mg Retardtabl.		10 St(2)	4,30
		30 St	10,85
Ropinirol "Stada" 2 mg Retardtabl.		21 St	8,20
		28 St	9,30

Ropinirol 0,004

Requip Modutab 4 mg Retardtabl.		28 St	22,55
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)	39,45
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)	24,10
Ropinirol "Stada" 8 mg Retardtabl.		28 St(2)	22,50

N04BC05 Pramipexol

Pramipexol 0,00088

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

Bezeichnung	T	OP	KVP in €
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
Pramipexol "ratiopharm" 1,05 mg Retardtabl.		10 St(2)	10,30
		30 St	29,25
Pramipexol "Sandoz" 1,05 mg Retardtabl.		10 St(2)	10,30
		30 St	29,25
Pramipexol "Stada" 1,05 mg Retardtabl.		10 St(2)	10,30
		30 St(3)	29,25
Sifrol 1,05 mg Retardtabl.		10 St(2)	10,30
		30 St	29,25
Pramipexol 0,00157			
Pramipexol "ratiopharm" 1,57 mg Retardtabl.		10 St(2)	10,30
		30 St	29,25
Pramipexol 0,0021			
Calmolan retard 2,1 mg Tabl.		10 St(2)	10,30
		30 St	29,25
Pramipexol "+pharma" 2,1 mg Retardtabl.		10 St(2)	10,30
		30 St(2)	29,25
Pramipexol "Genericon" 2,1 mg Retardtabl.		10 St(2)	10,30
		30 St	29,25
Pramipexol "ratiopharm" 2,1 mg Retardtabl.		10 St(2)	10,30
		30 St	29,25
Pramipexol "Sandoz" 2,1 mg Retardtabl.		10 St(2)	10,30
		30 St	29,25
Pramipexol "Stada" 2,1 mg Retardtabl.		10 St(2)	10,30
		30 St(3)	29,25

Bezeichnung	T	OP	KVP in €
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	29,25
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	62,75

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
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 "Aristo" 1 mg Tabl.		10 St 30 St	9,00 25,50
Rasagilin "Bluefish" 1 mg Tabl.		10 St 30 St	7,50 22,20

Bezeichnung	T	OP	KVP in €
Rasagilin "HCS" 1 mg Tabl.		14 St	12,30
		28 St	23,80
Rasagilin "ratiopharm" 1 mg Tabl.		10 St	9,00
		30 St	25,50
Rasagilin "Sandoz" 1 mg Tabl.		10 St	9,00
		30 St	25,50
Rasagilin "Stada" 1 mg Tabl.		10 St	9,00
		30 St	25,50
Rasigerolan 1 mg Tabl.		10 St	9,00
		30 St	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. ^(PM) wenn unter Therapie mit Entacapon therapiebegrenzende Diarrhoeen auftreten		10 St	31,10
		30 St	85,40

N05 PSYCHOLEPTIKA

N05A ANTIPSYCHOTIKA

N05AA Phenothiazine mit aliphatischer Seitenkette

N05AA02 Levomepromazin

Levomepromazin 0,025

Nozinan 25 mg Filmtabl.		50 St	6,35
		100 St	10,40

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	5,65
		1 ml = 20 Tr.	

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)	10,25
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
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 Zuclopendithoxol**Zuclopendithoxol 0,002**

Cisordinol 2 mg Filmtabl.		50 St(2)	3,80
---------------------------	--	----------	------

Zuclopendithoxol 0,01

Cisordinol 10 mg Filmtabl.		100 St	17,70
----------------------------	--	--------	-------

Zuclopendithoxol 0,025

Cisordinol 25 mg Filmtabl.		100 St	33,05
----------------------------	--	--------	-------

Zuclopendithoxol (decanoat) 0,2

Cisordinol Depot 200 mg Amp.		1 St(2)	10,85
------------------------------	--	---------	-------

Zuclopendithoxol (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
		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
		60 St(2)	25,15
Lanolept 100 mg Tabl.	T2	60 St(2)	31,95
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

Bezeichnung	T	OP	KVP in €
Aedon 5 mg Schmelztabl.		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 "Aristo" 5 mg Schmelztabl.		14 St	10,15
		28 St(2)	19,65
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 "G.L." 5 mg Schmelztabl.		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 "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

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)	17,10
		30 St(2)	47,80
Aedon 10 mg Schmelztabl.		10 St(2)	17,10
		30 St(2)	47,80
Olanzapin "+pharma" 10 mg Filmtabl.		10 St(2)	15,15
		30 St(2)	42,25
Olanzapin "1A Pharma" 10 mg Filmtabl.	T2	7 St(2)	12,15
	T2	28 St(2)	44,60
Olanzapin "Accord" 10 mg Filmtabl.		15 St	23,00
		30 St(2)	42,25
Olanzapin "Actavis" 10 mg Filmtabl.		10 St(2)	17,10
		28 St(2)	42,00
Olanzapin "Actavis" 10 mg Schmelztabl.		7 St(2)	12,15
		28 St(2)	42,00
Olanzapin "Aristo" 10 mg Filmtabl.		10 St(2)	17,10
		30 St(2)	42,25
Olanzapin "Aristo" 10 mg Schmelztabl.		14 St	19,65
		28 St(2)	38,45
Olanzapin "Bluefish" 10 mg Schmelztabl.		14 St	19,60
		28 St(2)	38,40
Olanzapin "G.L." 10 mg Filmtabl.		10 St(2)	15,85
		30 St(2)	45,00

Bezeichnung	T	OP	KVP in €
Olanzapin "G.L." 10 mg Schmelztabl.		10 St(2)	17,10
		30 St(2)	45,00
Olanzapin "Genericon" 10 mg Filmtabl.		10 St(2)	15,15
		30 St(2)	42,25
Olanzapin "ratiopharm" 10 mg Tabl.		7 St(2)	11,00
		28 St(2)	40,45
Olanzapin "ratiopharm GmbH" 10 mg Schmelztabl.		7 St(2)	11,00
		28 St(2)	40,45
Olanzapin "Sandoz" 10 mg Filmtabl.	T2	7 St(2)	12,15
	T2	28 St(2)	44,60
Olanzapin "Stada" 10 mg Filmtabl.		10 St(2)	17,10
		30 St(2)	43,25
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)	17,10
		30 St(2)	47,80
Aedon 15 mg Schmelztabl.		10 St(2)	17,10
		30 St(2)	47,80
Olanzapin "Accord" 15 mg Filmtabl.		15 St	25,20
		30 St(2)	47,80
Olanzapin "Actavis" 15 mg Filmtabl.		10 St(2)	17,10
		28 St(2)	44,60
Olanzapin "Actavis" 15 mg Schmelztabl.		7 St(2)	12,15
		28 St(2)	44,60
Olanzapin "Aristo" 15 mg Filmtabl.		10 St(2)	17,10
		30 St(2)	47,80
Olanzapin "Bluefish" 15 mg Schmelztabl.		14 St	23,45
		28 St(2)	44,50
Olanzapin "G.L." 15 mg Filmtabl.		10 St(2)	17,10
		30 St(2)	47,80
Olanzapin "G.L." 15 mg Schmelztabl.		10 St(2)	17,10
		30 St(2)	47,80
Olanzapin "ratiopharm" 15 mg Tabl.		7 St(2)	12,15
		28 St(2)	44,60
Olanzapin "ratiopharm GmbH" 15 mg Schmelztabl.		7 St(2)	12,15
		28 St(2)	44,60
Olanzapin "Sandoz" 15 mg Filmtabl.	T2	7 St(2)	12,15
	T2	28 St(2)	44,60
Zyprexa 15 mg überzogene Tabl.		28 St	44,60
Zyprexa VeloTab 15 mg Schmelztabl.		28 St	44,60

Olanzapin 0,02

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

Bezeichnung	T	OP	KVP in €
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 "Accord" 50 mg Retardtabl.		10 St(2)	1,10
		30 St	3,00
Quetiapin "G.L." 50 mg Retardtabl.		10 St(2)	1,25
		30 St	3,15
Quetiapin "neuraxpharm" 50 mg Retardtabl.		10 St(2)	0,95
		30 St	2,85
Quetiapin "ratiopharm" 50 mg Retardtabl.		10 St(2)	1,30
		30 St	3,65
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)	16,80
	T2	90 St	24,75
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)	16,80
	T2	90 St	24,75
Quetiapin "Genericon" 100 mg Filmtabl.	T2	30 St	8,75
	T2	60 St(2)	16,80
	T2	90 St	24,75
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)	16,80
	T2	90 St	24,75
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

Bezeichnung	T	OP	KVP in €
Quetiapin "Accord" 150 mg Retardtabl.		10 St(2)	2,50
		30 St	6,75
Quetiapin "G.L." 150 mg Retardtabl.		10 St(2)	2,85
		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)	16,80
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
		60 St(2)	16,80
Quetiapin "Accord" 200 mg Retardtabl.		10 St(2)	3,10
		30 St(2)	6,20
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)	16,80
Quetiapin "G.L." 200 mg Retardtabl.		10 St(2)	3,55
		30 St(2)	6,20
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 "ratiopharm" 200 mg Retardtabl.		10 St(2)	3,65
		30 St(2)	9,90
Quetiapin "Sandoz" 200 mg Filmtabl.	T2	6 St	6,20
		60 St(2)	16,80
Quetiapin "Sandoz" 200 mg Retardtabl.		10 St(2)	3,65
		30 St(2)	6,20
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
		60 St	16,80
Quetialan XR 300 mg Retardtabl.		10 St(2)	4,90
		60 St	6,85
Quetiapin "+pharma" 300 mg Filmtabl.	T2	30 St	8,75
		60 St	16,80
Quetiapin "1A Pharma" 300 mg Filmtabl.	T2	6 St	6,20
		60 St	16,80
Quetiapin "Accord" 300 mg Retardtabl.		10 St(2)	4,20
		60 St	6,85
Quetiapin "Aristo" 300 mg Filmtabl.		30 St	8,75
		60 St	16,80
Quetiapin "G.L." 300 mg Filmtabl.	T2	30 St	8,75
		60 St	16,80
Quetiapin "G.L." 300 mg Retardtabl.	T2	10 St(2)	4,75
		60 St	6,85

Bezeichnung	T	OP	KVP in €
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 "ratiopharm" 300 mg Retardtabl.		10 St(2)	4,90
		60 St	25,85
Quetiapin "Sandoz" 300 mg Filmtabl.	T2	6 St	6,20
	T2	60 St	16,80
Quetiapin "Sandoz" 300 mg Retardtabl.		10 St(2)	4,90
		60 St	6,85
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 "Accord" 400 mg Retardtabl.		10 St(2)	5,15
		60 St	6,85
Quetiapin "G.L." 400 mg Retardtabl.		10 St(2)	5,90
		60 St	6,85
Quetiapin "neuraxpharm" 400 mg Retardtabl.		10 St(2)	4,40
		60 St	6,85
Quetiapin "ratiopharm" 400 mg Retardtabl.		10 St(2)	6,10
		60 St	31,25
Quetiapin "Sandoz" 400 mg Retardtabl.		10 St(2)	6,10
		60 St	6,85
Quetiapin "Stada" 400 mg Retardtabl.		10 St(2)	6,05
		60 St	6,85
Seroquel XR 400 mg Retardtabl.		10 St(2)	6,10
		60 St	6,85

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)	6,20
	T2	50 St(2)	10,65

N05AL03 Tiaprid

Tiaprid 0,1

Delpral Amp.		5 St(2)	5,40
--------------	--	---------	------

Tiaprid 0,1

Delpral Tabl.	T4	50 St(2)	7,90
---------------	----	----------	------

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

Bezeichnung	T	OP	KVP in €
Amisulprid 0,1			
Amisu 100 mg Tabl.		20 St(2)	10,00
		60 St(2)	28,45
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)	64,15
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)	5,40

N05AX08 Risperidon

Risperidon 0,0025			
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 "Hexal" 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	23,20
Risperidon "+pharma" 1 mg Filmtabl.	T2	10 St(2)	3,75
	T2	60 St	19,30
Risperidon "1A Pharma" 1 mg Filmtabl.	T2	10 St(2)	3,75
	T2	60 St	19,30
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 "Hexal" 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

Bezeichnung	T	OP	KVP in €
Risperidon "Sandoz" 1 mg Schmelztabl.		20 St 60 St	8,20 23,20
Risperidon "Stada" 1 mg Filmtabl.	T2 T2	10 St(2) 60 St	3,80 19,35

Risperidon 0,001/ml

Risperdal 1 mg/ml orale Lsg.		30 ml(2) 100 ml	16,60 51,50
Risperidon "1A Pharma" 1 mg/ml Lsg. zum Einnehmen		100 ml	42,90

Risperidon 0,002

Risperdal 2 mg Filmtabl.		60 St	23,20
Risperidon "+pharma" 2 mg Filmtabl.	T2 T2	10 St(2) 60 St	6,20 23,20
Risperidon "1A Pharma" 2 mg Filmtabl.	T2 T2	10 St(2) 60 St	6,20 23,20
Risperidon "Actavis" 2 mg Filmtabl.	T2 T2	10 St(2) 60 St	6,20 23,20
Risperidon "Aristo" 2 mg Filmtabl.	T2 T2	20 St 60 St	8,20 23,20
Risperidon "Genericon" 2 mg Filmtabl.	T2 T2	10 St(2) 60 St	6,20 23,20
Risperidon "ratiopharm" 2 mg Filmtabl.	T2 T2	10 St(2) 60 St	6,20 23,20
Risperidon "Sandoz" 2 mg Filmtabl.	T2 T2	10 St(2) 60 St	6,20 23,20
Risperidon "Sandoz" 2 mg Schmelztabl.		20 St 60 St	8,20 23,20
Risperidon "Stada" 2 mg Filmtabl.	T2 T2	10 St(2) 60 St	4,10 23,20

Risperidon 0,003

Risperdal 3 mg Filmtabl.		60 St	23,20
Risperidon "+pharma" 3 mg Filmtabl.	T2 T2	10 St(2) 60 St	6,20 23,20
Risperidon "1A Pharma" 3 mg Filmtabl.	T2 T2	10 St(2) 60 St	6,20 23,20
Risperidon "Actavis" 3 mg Filmtabl.	T2 T2	10 St(2) 60 St	6,20 23,20
Risperidon "Aristo" 3 mg Filmtabl.	T2 T2	20 St 60 St	8,20 23,20
Risperidon "Genericon" 3 mg Filmtabl.	T2 T2	10 St(2) 60 St	6,20 23,20
Risperidon "Hexal" 3 mg Filmtabl.	T2 T2	10 St(2) 60 St	9,20 48,00
Risperidon "ratiopharm" 3 mg Filmtabl.	T2 T2	10 St(2) 60 St	6,20 23,20
Risperidon "Sandoz" 3 mg Filmtabl.	T2 T2	10 St(2) 60 St	6,20 23,20
Risperidon "Stada" 3 mg Filmtabl.	T2 T2	10 St(2) 60 St	4,10 23,20

Risperidon 0,004

Risperdal 4 mg Filmtabl.		60 St	23,20
Risperidon "+pharma" 4 mg Filmtabl.	T2 T2	10 St(2) 60 St	6,20 23,20
Risperidon "1A Pharma" 4 mg Filmtabl.	T2 T2	10 St(2) 60 St	6,20 23,20
Risperidon "Actavis" 4 mg Filmtabl.	T2 T2	10 St(2) 60 St	6,20 23,20
Risperidon "Aristo" 4 mg Filmtabl.	T2 T2	20 St 60 St	8,20 23,20

Bezeichnung	T	OP	KVP in €
Risperidon "Genericon" 4 mg Filmtabl.	T2	10 St(2)	6,20
	T2	60 St	23,20
Risperidon "Hexal" 4 mg Filmtabl.	T2	10 St(2)	6,20
	T2	60 St	23,20
Risperidon "ratiopharm" 4 mg Filmtabl.	T2	10 St(2)	6,20
	T2	60 St	23,20
Risperidon "Sandoz" 4 mg Filmtabl.	T2	10 St(2)	6,20
	T2	60 St	23,20
Risperidon "Stada" 4 mg Filmtabl.	T2	10 St(2)	4,10
	T2	60 St	23,20

Risperidon 0,006

Risperidon "ratiopharm" 6 mg Filmtabl.	T2	10 St(2)	6,20
	T2	60 St	23,20

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
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. (M) Verwendung laut Fachinformation, wenn eine perorale Therapie nicht angezeigt oder zweckmäßig ist.		1 Pkg	327,00
-----	---	--	-------	--------

Risperidon 0,1

IND	Okedi 100 mg Plv. u. Lsgm. zur Herst. einer Depot-Inj.susp. (M) Verwendung laut Fachinformation, wenn eine perorale Therapie nicht angezeigt oder zweckmäßig ist.		1 Pkg	411,75
-----	--	--	-------	--------

N05AX12 Aripiprazol**Aripiprazol 0,01**

Abilify 10 mg Tabl.		14 St	29,20
		28 St(2)	56,65
Arileteo 10 mg Tabl.		10 St	18,65
		30 St(2)	53,05
Aripiprazol "+pharma" 10 mg Tabl.		10 St	16,95
		30 St(2)	47,30
Aripiprazol "Accord" 10 mg Tabl.		14 St	23,00
		28 St(2)	43,55
Aripiprazol "Aristo" 10 mg Tabl.		10 St	18,65
		30 St(2)	53,05
Aripiprazol "Genericon" 10 mg Tabl.		10 St	19,05
		30 St(2)	56,65
Aripiprazol "Krka" 10 mg Tabl.		14 St	26,15
		30 St(2)	53,10
Aripiprazol "neuraxpharm" 10 mg Tabl.	T2	14 St	23,00
	T2	28 St(2)	43,55
Aripiprazol "ratiopharm" 10 mg Schmelztabl.		10 St(2)	18,70
		30 St(2)	53,15
Aripiprazol "ratiopharm" 10 mg Tabl.	T2	10 St(2)	18,65
	T2	30 St(2)	53,05
Aripiprazol "Sandoz" 10 mg Tabl.		10 St	18,65
		30 St(2)	53,05
Aripiprazol "Stada" 10 mg Tabl.		14 St	23,15
		28 St(2)	44,10

Aripiprazol 0,015

Abilify 15 mg Tabl.		14 St	27,00
		28 St(2)	52,30
Arileteo 15 mg Tabl.		10 St	18,65
		30 St(2)	53,05
Aripiprazol "+pharma" 15 mg Tabl.		10 St	16,95
		30 St(2)	47,30
Aripiprazol "Accord" 15 mg Tabl.		14 St	23,00
		28 St(2)	43,55
Aripiprazol "Aristo" 15 mg Tabl.		10 St	18,65
		30 St(2)	53,05
Aripiprazol "Genericon" 15 mg Tabl.		10 St	19,05
		30 St(2)	56,00
Aripiprazol "Krka" 15 mg Tabl.		14 St	26,15
		30 St(2)	53,10
Aripiprazol "neuraxpharm" 15 mg Tabl.		14 St	23,00
		28 St(2)	43,55
Aripiprazol "ratiopharm" 15 mg Schmelztabl.		10 St(2)	18,70
		30 St(2)	53,15
Aripiprazol "ratiopharm" 15 mg Tabl.	T2	10 St(2)	18,65
	T2	30 St(2)	53,05
Aripiprazol "Sandoz" 15 mg Tabl.		10 St	18,65
		30 St(2)	56,00
Aripiprazol "Stada" 15 mg Tabl.		14 St	23,15
		28 St(2)	44,10

Aripiprazol 0,02

Aripiprazol "ratiopharm" 20 mg Tabl.	T2	10 St(2)	18,65
	T2	30 St(2)	53,05

Aripiprazol 0,03

Arileteo 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

Bezeichnung	T	OP	KVP in €
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
-----	--	------	--------

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	309,20
-----	--	------	--------

N05AX13 Paliperidon

Paliperidon 0,003

	Paliperidon "ratiopharm" 3 mg Retardtabl.	10 St(2)	5,35
		30 St(2)	16,15

Paliperidon 0,006

	Paliperidon "ratiopharm" 6 mg Retardtabl.	10 St(2)	8,90
		30 St(2)	26,45

Paliperidon 0,009

	Paliperidon "ratiopharm" 9 mg Retardtabl.	10 St(2)	11,70
		30 St(2)	34,90

Paliperidon 0,025

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	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	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

Bezeichnung		T	OP	KVP in €
Paliperidon 0,1				
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	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
Cariprazin 0,006				
	Reagila 6 mg Hartkaps. (PM)		7 St(2) 28 St(2)	22,40 80,05

N05B ANXIOLYTIKA
N05BA Benzodiazepin-Derivate
N05BA01 Diazepam

Diazepam 0,002

Gewacalm 2 mg Tabl.		25 St	3,35
		50 St	5,85

Diazepam 0,005

Gewacalm 5 mg Tabl.		25 St	4,00
		50 St	6,70

Diazepam 0,005

Stesolid 5 mg Rektaltuben		5 St	7,95
		2,5 ml	

Diazepam 0,01

Gewacalm Amp.		5 St(2)	11,95
---------------	--	---------	-------

Diazepam 0,01

Gewacalm 10 mg Tabl.		25 St	5,80
		50 St	9,60

Diazepam 0,01

Stesolid 10 mg Rektaltuben		5 St	9,75
		2,5 ml	

Diazepam 0,0125/ml

Psychopax Tropf.		20 ml(2)	6,80
		1 ml = 38 Tr.	

N05BA04 Oxazepam

Oxazepam 0,015

Praxiten 15 mg Tabl.		20 St(2)	2,50
		50 St	5,65

Oxazepam 0,05

Anxiolit forte 50 mg Tabl.	T2	30 St	11,70
Praxiten 50 mg Tabl.		20 St(2)	6,65

N05BA06 Lorazepam

Lorazepam 0,001

Temesta 1,0 mg Tabl.		20 St(2)	1,65
		50 St	3,60

Lorazepam 0,0025

Temesta 2,5 mg Tabl.		20 St(2)	3,65
----------------------	--	----------	------

N05BA08 Bromazepam

Bromazepam 0,003

Bromazepam "Genericon" 3 mg Filmtabl.	T2	20 St(2)	2,35
	T2	50 St	5,15

Bromazepam 0,006

Bromazepam "Genericon" 6 mg Filmtabl.	T2	20 St(2)	3,55
---------------------------------------	----	----------	------

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	20 St(2)	1,65
	T2	50 St	3,55
Xanor 0,5 mg Tabl.	T2	20 St(2)	1,85
	T2	50 St	3,90

Alprazolam 0,001

Alprazolam "ratiopharm" 1 mg Tabl.	T2	20 St(2)	1,85
	T2	50 St	3,90
P Xanor 1 mg Tabl.	T2	20 St(2)	1,90
	T2	50 St	4,30

N05BB Diphenylmethan-Derivate**N05BB01 Hydroxyzin****Hydroxyzin 0,025**

Atarax 25 mg Filmtabl.	T2	20 St(2)	2,30
	T2	50 St	5,05

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)	1,50
Zolpidem "ratiopharm" 10 mg Filmtabl.	T2	10 St(2)	1,50

N06 PSYCHOANALEPTIKA**N06AA 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
-------------------------	--	--------	------

Bezeichnung	T	OP	KVP in €
Amitriptylin 0,025			
Saroten 25 mg Filmtabl.		50 St	4,20
		100 St	6,35

N06AA21 Maprotilin

Maprotilin 0,025			
Ludiomil 25 mg Filmtabl.		100 St	8,80

Maprotilin 0,05			
Ludiomil 50 mg Filmtabl.		100 St	15,75

Maprotilin 0,075			
Ludiomil 75 mg Filmtabl.		100 St	21,90

N06AB Selektive Serotonin-Wiederaufnahmehemmer N06AB03 Fluoxetin

Fluoxetin 0,02			
Felicism 20 mg Kaps.		14 St	8,05
		28 St	13,10
Felicism 20 mg Tabl.		14 St	8,05
		28 St	13,35
Fluctine 20 mg Kaps.		14 St	8,05
		28 St	15,50
Fluoxetin "1A Pharma" 20 mg Kaps.		14 St(2)	8,05
		30 St	15,65
Fluoxetin "1A Pharma" 20 mg Tabl.	T2	14 St(2)	8,05
	T2	30 St	14,35
Fluoxetin "Genericon" 20 mg Filmtabl.	T2	14 St(2)	8,05
	T2	30 St	16,60
Fluoxetin "Genericon" 20 mg Kaps.		14 St(2)	8,05
		30 St	16,60
Flux "Hexal" 20 mg Kaps.		14 St(2)	8,05
		30 St	15,65
Flux "Hexal" Tabs 20 mg Tabl.	T2	14 St(2)	8,05
	T2	30 St	14,35
FluxoMed 20 mg Kaps.		14 St	8,05
		28 St	13,10
Mutan 20 mg Filmtabl.	T2	14 St	8,05
	T2	28 St	13,40

Fluoxetin 0,04			
Fluoxetin "1A Pharma" 40 mg Tabl.	T4	14 St(2)	8,05
	T4	30 St	14,15
Fluoxetin "Genericon" 40 mg Kaps.		14 St(2)	8,05
		30 St	14,15
Flux "Hexal" Tabs 40 mg Tabl.	T4	14 St(2)	8,05
	T4	30 St	14,15
Mutan 40 mg Filmtabl.	T2	14 St	8,10
	T2	28 St	13,40

Fluoxetin 0,06			
Mutan 60 mg Filmtabl.	T2	14 St	8,10
	T2	28 St	13,40

N06AB04 Citalopram

Citalopram 0,01			
Citalopram "G.L." 10 mg Filmtabl.		14 St(2)	3,10
		30 St	6,10
Citalopram "Genericon" 10 mg Filmtabl.		14 St(2)	3,60
		30 St	7,15

Bezeichnung	T	OP	KVP in €
Citalopram "ratiopharm" 10 mg Filmtabl.		10 St(2)	2,60
		30 St	7,15
Citalostad 10 mg Filmtabl.		10 St(2)	2,40
		30 St	5,95
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

Seropram 20 mg Konz. z. Inf.bereitung		2 St	14,30
---------------------------------------	--	------	-------

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

Bezeichnung	T	OP	KVP in €
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
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 "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 "Genericon" 50 mg Filmtabl.	T2	10 St(2)	3,55
	T2	30 St	9,60
Sertralin "Hexal" 50 mg Filmtabl.	T2	10 St(2)	3,50
	T2	30 St	9,60
Sertralin "Krka" 50 mg Filmtabl.	T2	10 St(2)	3,05
	T2	30 St	9,00
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 "Viatrix" 50 mg Filmtabl.	T2	14 St	4,65
	T2	28 St	9,10
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 "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

Bezeichnung	T	OP	KVP in €
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
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 "Genericon" 100 mg Filmtabl.	T2	10 St(2)	3,60
	T2	30 St	10,45
Sertralin "Hexal" 100 mg Filmtabl.	T2	10 St(2)	3,50
	T2	30 St	10,20
Sertralin "Krka" 100 mg Filmtabl.	T2	10 St(2)	3,05
	T2	30 St	9,10
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 "Viatrix" 100 mg Filmtabl.		14 St	4,65
		28 St	9,35

N06AB08 Fluvoxamin

Fluvoxamin 0,05

Floxyfral 50 mg Filmtabl.	T2	30 St	15,20
	T2	60 St	23,25

Fluvoxamin 0,1

Floxyfral 100 mg Filmtabl.	T2	30 St	23,25
----------------------------	----	-------	-------

N06AB10 Escitalopram

Escitalopram 0,005

Ciprexal 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 "Accord" 5 mg Filmtabl.		14 St	1,90
		28 St	3,65
Escitalopram "Actavis" 5 mg Filmtabl.		14 St(2)	2,10
		30 St	4,50
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 "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

Ciprexal 10 mg Filmtabl.	T2	14 St	3,35
	T2	28 St	6,75

Bezeichnung	T	OP	KVP in €
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 "Accord" 10 mg Filmtabl.	T2	14 St	3,40
	T2	28 St	6,00
Escitalopram "Actavis" 10 mg Filmtabl.	T2	14 St(2)	3,65
	T2	30 St	7,20
Escitalopram "Aristo" 10 mg Filmtabl.	T2	10 St(2)	2,40
	T2	30 St	7,20
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 "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 "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 "Accord" 20 mg Filmtabl.	T2	14 St	3,40
	T2	28 St	6,10
Escitalopram "Actavis" 20 mg Filmtabl.	T2	14 St(2)	3,75
	T2	30 St	7,20
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 "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

Bezeichnung	T	OP	KVP in €
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
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 "Actavis" 15 mg Schmelztabl.		30 St	7,10
Mirtazapin "Bluefish" 15 mg Schmelztabl.		30 St	6,65
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" 30 mg Filmtabl.	T2	30 St	8,60
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	6,60
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" 45 mg Filmtabl.		30 St	9,75
Mirtazapin "Actavis" 45 mg Schmelztabl.		30 St	8,35
Mirtazapin "Bluefish" 45 mg Schmelztabl.		30 St	7,70
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	3,15 13,10
Bupropion "Genericon" 150 mg Tabl. mit veränderter Wirkstofffreisetzung		7 St(2) 30 St	3,15 13,10
Bupropion "neuraxpharm" 150 mg Tabl. mit veränderter Wirkstofffreisetzung		10 St(2) 30 St	3,65 10,75
Bupropion "ratiopharm" 150 mg Tabl. mit veränderter Wirkstofffreisetzung		7 St(2) 30 St	3,15 13,10
Wellbutrin XR 150 mg Retardtabl.		7 St(2) 30 St	6,40 18,10

Bupropion 0,3

Bupropion "neuraxpharm" 300 mg Tabl. mit veränderter Wirkstofffreisetzung		10 St(2) 30 St	6,15 17,70
Bupropion "ratiopharm" 300 mg Tabl. mit veränderter Wirkstofffreisetzung		10 St(2) 30 St	7,50 21,20
Wellbutrin XR 300 mg Retardtabl.		7 St(2) 30 St	10,45 29,00

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	30 St	4,80
	T2	60 St	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 "+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 "Actavis" 75 mg Retardkaps.		20 St 30 St	3,90 5,90
Venlafaxin "Aristo" ER 75 mg Hartkaps.		10 St(2) 30 St	1,95 5,90
Venlafaxin "Bluefish" 75 mg Hartkaps., retardiert		10 St(2) 30 St	1,55 4,45
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

Bezeichnung	T	OP	KVP in €
Venlafaxin "Sandoz GmbH" 75 mg Hartkaps., retardiert		10 St(2)	1,50
		30 St	4,50
Venlafaxin "Viatris" 75 mg Hartkaps., retardiert		10 St(2)	1,95
		30 St	5,85

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	10,55
Velostad 150 mg Hartkaps., retardiert		10 St(2)	3,35
		30 St	9,60
Venlafab 150 mg Retardkaps.		20 St	7,20
		30 St	10,50
Venlafaxin "+pharma" 150 mg Retardtabl.		10 St(2)	3,70
		30 St	10,55
Venlafaxin "1A Pharma GmbH" 150 mg Hartkaps., retardiert		10 St(2)	3,00
		30 St	9,00
Venlafaxin "Actavis" 150 mg Retardkaps.		20 St	7,20
		30 St	10,55
Venlafaxin "Aristo" ER 150 mg Hartkaps.		10 St(2)	3,60
		30 St	10,55
Venlafaxin "Bluefish" 150 mg Hartkaps., retardiert		10 St(2)	3,30
		30 St	8,95
Venlafaxin "Genericon" 150 mg Retardkaps.		10 St(2)	4,20
		30 St	10,55
Venlafaxin "Krka" 150 mg Retardkaps.		10 St(2)	4,20
		30 St	10,55
Venlafaxin "Sandoz GmbH" 150 mg Hartkaps., retardiert		10 St(2)	3,00
		30 St	9,00
Venlafaxin "Viatris" 150 mg Hartkaps., retardiert		10 St(2)	3,90
		30 St	11,35

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	6,15
		56 St	10,35

Milnacipran 0,05

Milnacipran "Rivopharm" 50 mg Hartkaps.		28 St	9,65
		56 St	16,45

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
N P	Duloxetin "G.L." 30 mg magensaftresistente Hartkaps.	14 St(2)	2,25
		30 St	4,90
N P	Duloxetin "Genericon" 30 mg magensaftresistente Hartkaps.	20 St	3,75
		30 St	5,60
N P	Duloxetin "Krka" 30 mg magensaftresistente Hartkaps.	14 St(2)	2,60
		30 St	5,60
N P	Duloxetin "neuraxpharm" 30 mg magensaftresistente Hartkaps.	14 St	1,90
		28 St	3,80
N P	Duloxetin "ratiopharm GmbH" 30 mg magensaftresistente Hartkaps.	14 St(2)	2,05
		30 St	4,40
N P	Duloxetin "Sandoz" 30 mg magensaftresistente Hartkaps.	14 St(2)	2,60
		30 St	5,60
N P	Duloxetin "Stada" 30 mg magensaftresistente Hartkaps.	14 St	2,60
		28 St	4,00
	Duloxetin "Zentiva" 30 mg magensaftresistente Hartkaps.	7 St(2)	0,80
		28 St	3,15

Duloxetin 0,06

N P	Dulasolan 60 mg magensaftresistente Hartkaps.	14 St(2)	5,20
		30 St	9,60
N P	Duloxetin "+pharma" 60 mg magensaftresistente Hartkaps.	20 St	5,75
		30 St	8,65
N P	Duloxetin "1A Pharma" 60 mg magensaftresistente Hartkaps.	14 St(2)	4,20
		30 St	9,50
N P	Duloxetin "Accord" 60 mg magensaftresistente Hartkaps.	14 St(2)	4,05
		30 St	8,65
N P	Duloxetin "G.L." 60 mg magensaftresistente Hartkaps.	14 St(2)	4,55
		30 St	9,60
N P	Duloxetin "Genericon" 60 mg magensaftresistente Hartkaps.	20 St	6,50
		30 St	9,60
N P	Duloxetin "Krka" 60 mg magensaftresistente Hartkaps.	14 St(2)	5,20
		30 St	9,60
N P	Duloxetin "neuraxpharm" 60 mg magensaftresistente Hartkaps.	14 St	3,80
		28 St	7,60
N P	Duloxetin "ratiopharm GmbH" 60 mg magensaftresistente Hartkaps.	14 St(2)	4,05
		30 St	8,65
N P	Duloxetin "Sandoz" 60 mg magensaftresistente Hartkaps.	14 St(2)	5,20
		30 St	9,60
N P	Duloxetin "Stada" 60 mg magensaftresistente Hartkaps.	14 St	4,55
		28 St	7,95
	Duloxetin "Zentiva" 60 mg magensaftresistente Hartkaps.	14 St	3,15
		28 St	6,25

N06B PSYCHOSTIMULANZIEN, MITTEL FÜR DIE ADHD UND NOOTROPIKA**N06BA Zentral wirkende Sympathomimetika****N06BA04 Methylphenidat****Methylphenidat 0,005**

KNP	Medikinet 5 mg Tabl.	T2	20 St	3,40
SG		T2	30 St	4,40

Bezeichnung	T	OP	KVP in €
-------------	---	----	----------

Methylphenidat 0,01

KNP	Ritalin 10 mg Tabl.	T2	30 St(2)	7,00
SG				

Methylphenidat 0,02

KNP	Medikinet 20 mg Tabl.	T2	20 St	8,50
SG		T2	30 St	11,00

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	6,15
			100 St	9,60

N06D ANTIDEMENTIVA

N06DA Cholinesterasehemmer

N06DA02 Donepezil

Donepezil 0,005

IND	Donepezil "+pharma" 5 mg Filmtabl.		10 St(2)	3,90
	Demenz vom Alzheimer-Typ		30 St(3)	11,35
	Erstdiagnose und regelmäßige Kontrollen durch NeurologInnen/PsychiaterInnen			
	Nicht in Kombination mit anderen Arzneimitteln gegen Demenz			
IND	Donepezil HCl "1A Pharma" 5 mg Filmtabl.		10 St(2)	4,20
	Demenz vom Alzheimer-Typ		30 St(3)	12,30
	Erstdiagnose und regelmäßige Kontrollen durch NeurologInnen/PsychiaterInnen			
	Nicht in Kombination mit anderen Arzneimitteln gegen Demenz			
IND	Donepezil "Accord" 5 mg Filmtabl.		10 St(2)	4,20
	Demenz vom Alzheimer-Typ		30 St(3)	12,30
	Erstdiagnose und regelmäßige Kontrollen durch NeurologInnen/PsychiaterInnen			
	Nicht in Kombination mit anderen Arzneimitteln gegen Demenz			
IND	Donepezil "Krka" 5 mg Filmtabl.		10 St(2)	4,20
	Demenz vom Alzheimer-Typ		30 St(3)	12,30
	Erstdiagnose und regelmäßige Kontrollen durch NeurologInnen/PsychiaterInnen			
	Nicht in Kombination mit anderen Arzneimitteln gegen Demenz			
IND	Donepezil "Stada" 5 mg Filmtabl.		14 St	5,45
	Demenz vom Alzheimer-Typ		28 St(3)	10,60
	Erstdiagnose und regelmäßige Kontrollen durch NeurologInnen/PsychiaterInnen			
	Nicht in Kombination mit anderen Arzneimitteln gegen Demenz			

Donepezil 0,01

IND	Donepezil "+pharma" 10 mg Filmtabl.		30 St(3)	21,90
	Demenz vom Alzheimer-Typ			
	Erstdiagnose und regelmäßige Kontrollen durch NeurologInnen/PsychiaterInnen			
	Nicht in Kombination mit anderen Arzneimitteln gegen Demenz			
IND	Donepezil HCl "1A Pharma" 10 mg Filmtabl.	T2	30 St(3)	23,85
	Demenz vom Alzheimer-Typ			
	Erstdiagnose und regelmäßige Kontrollen durch NeurologInnen/PsychiaterInnen			
	Nicht in Kombination mit anderen Arzneimitteln gegen Demenz			
IND	Donepezil "Accord" 10 mg Filmtabl.		30 St(3)	23,85
	Demenz vom Alzheimer-Typ			
	Erstdiagnose und regelmäßige Kontrollen durch NeurologInnen/PsychiaterInnen			
	Nicht in Kombination mit anderen Arzneimitteln gegen Demenz			
IND	Donepezil "Krka" 10 mg Filmtabl.		30 St(3)	23,85
	Demenz vom Alzheimer-Typ			
	Erstdiagnose und regelmäßige Kontrollen durch NeurologInnen/PsychiaterInnen			
	Nicht in Kombination mit anderen Arzneimitteln gegen Demenz			

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)	20,45

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 "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 "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 12,75
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
-----------------------------------	--	-------------------	--------------

Ginkgoblatt 0,04/ml

Tebofortan 4 % Tropf.		20 ml(2) 1 ml = 20 Tr. 50 ml 1 ml = 20 Tr.	4,20 9,15
------------------------------	--	---	--------------

Bezeichnung	T	OP	KVP in €
-------------	---	----	----------

Ginkgoblatt 0,08

Cerebogan Filmtabl.		30 St	8,00
		60 St(2)	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.		84 St	37,00
<i>zur medikamentösen Unterstützung der Entzugsbehandlung bei Alkoholkranken</i>		168 St	63,80

N07BB04 Naltrexon

Naltrexon 0,05

P Dependex 50 mg Filmtabl.	T2	28 St	52,70
<i>zur medikamentösen Unterstützung der Entzugsbehandlung bei Alkoholkranken</i>			
P Naltrexon "Accord" 50 mg Filmtabl.	T2	28 St	49,95
<i>zur medikamentösen Unterstützung der Entzugsbehandlung bei Alkoholkranken</i>			

N07C ANTIVERTIGINOSA

N07CA Antivertiginosa

N07CA01 Betahistin

Betahistin 0,008

Betahistin "Actavis" 8 mg Tabl.		30 St(2)	3,35
		100 St	8,60
Betahistin "ratiopharm" 8 mg Tabl.		30 St(2)	3,35
		100 St	8,60
Betaserc 8 mg Tabl.		30 St(2)	3,35
		100 St	8,70

Betahistin 0,016

Betahistin "Actavis" 16 mg Tabl.	T2	30 St	5,70
	T2	60 St	9,45
Betahistin "Arcana" 16 mg Tabl.	T2	30 St	5,65
	T2	60 St	9,45
Betahistin "ratiopharm" 16 mg Tabl.	T2	30 St	5,70
	T2	60 St	9,45
Betaserc 16 mg Tabl.	T2	30 St	5,70
	T2	60 St	9,55

Betahistin 0,024

Betahistin "Actavis" 24 mg Tabl.	T2	20 St(2)	3,80
	T2	60 St	9,45
Betahistin "ratiopharm" 24 mg Tabl.	T2	20 St(2)	3,80
	T2	60 St	9,45
Betahistin "Viatrix" 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
IND	Tetrabenazin "Aristo" 25 mg Tabl. als Zweitlinientherapie	T2	112 St	97,45

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	8,85
		T2	14 St	12,05
		T2	20 St	17,00

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	4,05
--	------------------------	--	----------------------	------

Pyrantel 0,25

	Combantrin 250 mg Kautabl.	T2	4 St	6,75
--	----------------------------	----	------	------

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)	22,30
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
--	-----------------------	--	------	-------

**R RESPIRATIONSTRAKT
R01 RHINOLOGIKA
R01A DEKONGESTIVA UND ANDERE RHINOLOGIKA ZUR TOPISCHEN
ANWENDUNG
R01AA Sympathomimetika, rein**

Amidephrinmesylat 0,001/ml

Fentrirol Nasentropf.	12 ml 1 ml = 25 Tr.	2,85
------------------------------	------------------------	------

R01AA08 Naphazolin**Naphazolin 0,001/ml**

Rhinon Nasentropf.	10 ml (2) 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 (2) 1 ml = 25 Tr.	2,85
------------------------------	----------------------------	------

R01AB05 Ephedrin**Ephedrin laevulin. 0,02, Silberweiß 0,025/ml**

Coldargan Lsg.	10 ml (2) 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	6,30
IND Mometason "ratiopharm" 50 mcg/Sprühstoß Nasenspray allerg. Rhinitis; Behandlung nasaler Polypen	18 g 140 Hb	5,70

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	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	24,40
-----	--	----------------	-------

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 Gurgelsg.	60 ml(2)	1,80
--	---------------------	----------	------

R03 MITTEL BEI OBSTRUKTIVEN ATEMWEGSERKRANKUNGEN**R03A INHALATIVE SYMPATHOMIMETIKA****R03AC Selektive Beta-2-Adrenorezeptor-Agonisten****R03AC02 Salbutamol****Salbutamol 0,0001/Hb**

	Novolizer Salbutamol "Meda" 100 mcg Plv. z. Inh. + Inhalator	200 Hb	8,85
	Novolizer Salbutamol "Meda" 100 mcg Plv. z. 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. z. 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
--	-------------------------------	-------------------	------

R03AC12 Salmeterol**Salmeterol 0,00025/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. z. 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. z. 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. z. 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)	24,40

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	31,30
		1 St 120 Hb	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	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
-----	---	-------	-------

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
-----	---	--------	-------

Bezeichnung	T	OP	KVP in €
-------------	---	----	----------

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	Ateectura 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 29,30
-----	---	-------------------	----------------

Indacaterol 0,000125, Mometasonfuroat 0,0001275/Hb

IND	Ateectura 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	Ateectura 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 0,000005, 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 Acclidiniumbromid

Formoterol 0,000012, Acclidinium 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	Duakir 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	Spioito Respimat 2,5 mcg/2,5 mcg Lsg zur Inh. COPD ab GOLD 2 Gruppe B nach Erstverordnung durch PulmologInnen	60 Hb	46,70
IND	Spioito 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 0,00022, 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	69,50
-----	--	-------	-------

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 0,000072, Budesonid 0,00016/Hb**

IND	Trixeo Aerosphere 5 mcg/7.2 mcg /160 mcg Druckgasinh. ^(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. Die Aufnahme ist befristet und endet mit 30.4.2026.	120 Hb	69,30
-----	--	--------	-------

R03AL12 Indacaterol, Glycopyrroniumbromid und Mometason**Indacaterol 0,000114, Glycopyrronium 0,000046, Mometasonfuroat 0,000136/Hb**

IND	Energair 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 30 St + Sensor	23,50 66,80 66,80
-----	--	-------------------------------------	-------------------------

R03B ANDERE INHALATIVE MITTEL BEI OBSTRUKTIVEN**ATEMWEGSEKRANKUNGEN****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

Miflonide Breezhaler 200 mcg Hartkaps. Plv. zur Inh.	60 St(2)	9,05
Novolizer Budesonid "Meda" 200 mcg Plv. z. Inh. + Inhalator	200 Hb	27,05
Novolizer Budesonid "Meda" 200 mcg Plv. z. Inh. Nachfüllpackung	200 Hb	21,65

Bezeichnung	T	OP	KVP in €
Pulmicort Turbohaler 0,2 mg Dosier-Pulverinhalator		1 St(2) 100 Hb	17,65
Budesonid 0,0004/Hb			
Miflonide Breezhaler 400 mcg Hartkaps. Plv. zur Inh.		60 St(2)	17,40
Novolizer Budesonid "Meda" 400 mcg Plv. z. Inh. + Inhalator		100 Hb	27,05
Novolizer Budesonid "Meda" 400 mcg Plv. z. 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. z. Inh.		20 St	25,70
Budesonid 0,001			
Pulmicort 1 mg Susp. z. 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. z. 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. z. Trockeninh.		1 St 60 Hb	31,00
Fluticason 0,0005/Hb			
Flixotide Diskus forte 0,5 mg Plv. z. 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 0,000025/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 0,00018/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 "Mylan" 18 mcg Hartkaps. mit Plv. zur Inh. COPD ab GOLD 2 nach Erstverordnung durch PulmologInnen		30 St(3)	19,85

R03BB05 Acclidiniumbromid

Acclidinium 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 Beta-2-Adrenorezeptor-Agonisten

R03CC02 Salbutamol

Salbutamol 0,0004/ml

F14	Sultanol Saft		150 ml(2) 1 ML = 5 ml	2,35
-----	---------------	--	--------------------------	------

R03CC03 Terbutalin

Terbutalin 0,0005

	Bricanyl 0,5 mg Amp.		5 St(2) 1 ml	4,50
--	----------------------	--	-----------------	------

R03CC12 Bambuterol

Bambuterol 0,01

	Bambec 10 mg Tabl.		30 St(2)	14,40
--	--------------------	--	----------	-------

R03D ANDERE MITTEL BEI OBSTRUKTIVEN ATEMWEGSERKRANKUNGEN ZUR SYSTEMISCHEN ANWENDUNG

R03DA Xanthine

R03DA04 Theophyllin

Theophyllin 0,15

	Theospirex retard 150 mg Filmtabl.	T2	20 St(2)	2,40
		T2	50 St(2)	4,25

Theophyllin 0,2

	Theospirex Amp.		5 St(2)	5,40
--	-----------------	--	---------	------

Theophyllin 0,3

	Theospirex retard 300 mg Filmtabl.	T2	20 St(2)	3,10
		T2	50 St	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
Montelukast "Stada" 4 mg Kautabl.	30 St(2)	15,15
Singulair 4 mg Kautabl. f. Kleinkinder	28 St(2)	15,75

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 "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	6,35
	30 St(2)	16,50
Montelukast "Genericon" 5 mg Kautabl.	30 St(2)	16,80
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)	17,05

Montelukast 0,01

Lanair 10 mg Filmtabl.	30 St(2)	16,80
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	6,35
	30 St(2)	16,50
Montelukast "Genericon" 10 mg Filmtabl.	30 St(2)	16,80
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	6,35
	30 St(2)	16,90
Montelukast "Stada" 10 mg Filmtabl.	30 St(2)	16,50
Singulair 10 mg Filmtabl.	28 St(2)	17,05

R05 HUSTEN- UND ERKÄLTUNGSPRÄPARATE R05C EXPEKTORANZIEN, EXKL. KOMBINATIONEN MIT ANTIUSSIVA R05CB Mukolytika

Spiköl 0,15

Tavipec Kaps.	30 St	4,60
---------------	-------	------

R05CB01 Acetylcystein

Acetylcystein 0,2

Acetylcystein "Hexal" 200 mg Gran.	20 St(2)	2,35
Acetylcystein "Hexal" 200 mg lös. Tabl.	20 St(2)	2,35
Mucobene 200 mg lös. Tabl.	T2 20 St(2)	2,35

Acetylcystein 0,6

Acetylcystein "Hexal" 600 mg lös. Tabl.	10 St(2)	2,60
Aeromuc 600 mg lösl. Tabl.	T4 10 St(2)	3,35
Fluimucil 600 mg lösl. Tabl.	10 St(2)	2,70

Bezeichnung	T	OP	KVP in €
Mucobene 600 mg lös. Tabl.	T2	10 St(2)	2,60
Mucobene 600 mg lösl. Plv.		10 St(2)	2,60

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.	2,05
		100 ml 1 ml = 14 Tr.	4,00
Ambrohexal 7,5 mg/ml Lsg.		50 ml 1 ml = 20 Tr.	2,40
		100 ml 1 ml = 20 Tr.	3,90
Ambroxol "1A Pharma" 7,5 mg/ml Lsg.		50 ml 1 ml = 20 Tr.	2,40
		100 ml 1 ml = 20 Tr.	3,90
Ambroxol "Genericon" Lsg.		40 ml(2) 1 ml = 25 Tr.	2,05
		100 ml 1 ml = 25 Tr.	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
--	----	----------	------

R05CB10 Kombinationen

Ambroxol 0,0015, Clenbuterol 0,000001/ml

F14 Mucospas Saft		100 ml 1 ML = 5 ml	3,20
-------------------	--	-----------------------	------

Ambroxol 0,03, Clenbuterol 0,00002

Mucospas Tabl.	T2	20 St(2)	4,80
----------------	----	----------	------

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.	2,95
		30 g 1 g = 20 Tr.	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.	3,05
		30 ml 1 ml = 30 Tr.	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)	4,40
----------------------	--	-----------	------

Diphenhydramin 0,03

Dibondrin Amp.		5 St	5,85
----------------	--	------	------

Diphenhydramin 0,05

Dibondrin Drag.		20 St	3,00
Noctor Drag.		20 St	2,30

R06AA11 Dimenhydrinat**Dimenhydrinat 0,05**

Vertirosan 50 mg Drag.		10 St(2)	2,55
		40 St	4,60

Dimenhydrinat 0,05

Vertirosan 50 mg Zäpf. f. Kind.		5 St(2)	2,50
---------------------------------	--	---------	------

Dimenhydrinat 0,0925/ml

Vertirosan Tropf.		20 ml(2)	4,10
		1 ml = 37 Tr.	

Dimenhydrinat 0,1

Vertirosan 100 mg Zäpf.		5 St(2)	2,50
-------------------------	--	---------	------

R06AA61 Dimenhydrinat, Kombinationen**Dimenhydrinat 0,05, Pyridoxin 0,025**

Vertirosan Vit. B6 Manteldrag.		10 St(2)	2,55
		40 St	4,60

Dimenhydrinat 0,05, Pyridoxin 0,05

Vertirosan Vit. B6 Zäpf.		5 St(2)	2,50
--------------------------	--	---------	------

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 "Arcana" 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

Desloratadin 0,005

Dasselta 5 mg Filmtabl.		10 St(2)	1,50
		30 St	4,55
Desloratadin "+pharma" 5 mg Filmtabl.		10 St(2)	1,50
		30 St	4,30
Desloratadin "Actavis" 5 mg Filmtabl.		10 St(2)	1,50
		30 St	4,35
Desloratadin "Aristo" 5 mg Filmtabl.		10 St(2)	1,30
		30 St	3,50
Desloratadin "Genericon" 5 mg Filmtabl.		10 St(2)	1,50
		30 St	4,40
Desloratadin "Sandoz" 5 mg Filmtabl.		10 St(2)	1,50
		30 St	4,30
Desloratadin "Stada" 5 mg Filmtabl.		10 St(2)	1,50
		30 St	4,35

S SINNESORGANE
S01 OPHTHALMIKA
S01A ANTIINFEKTIVA
S01AA Antibiotika
S01AA01 Chloramphenicol

Chloramphenicol 0,01/g

Halomycetin Augensalbe	5 g	3,50
------------------------	-----	------

S01AA11 Gentamicin**Gentamicin 0,003/g**

Gentax Augensalbe	5 g	8,75
-------------------	-----	------

Gentamicin 0,003/ml

Gentax 30 mg/g Augentropf.	5 ml 1 ml = 33 Tr.	8,75
----------------------------	-----------------------	------

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	27,00
--	-------	-------

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 0,5 % Augensalbe	5 g	17,50
----	--------------------------------	-----	-------

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	9,60
--	-----------------------------	------	------

1 ml = 44 Tr.

	Voltaren Ophtha Abak 1 mg/ml Augentropf.	10 ml	8,15
--	--	-------	------

1 ml = 33 Tr.

S01BC05 Ketorolac**Ketorolac 0,005/ml**

	Acular Augentropf.	5 ml	6,30
--	--------------------	------	------

1 ml = 29 Tr.

	Keto-Vision 5 mg/ml Augentropf.	5 ml	5,25
--	---------------------------------	------	------

1 ml = 32 Tr.

S01BC11 Bromfenac**Bromfenac 0,0009/ml**

	Yellox 0,9 mg/ml Augentropf., Lsg.	5 ml	10,30
--	------------------------------------	------	-------

1 ml = 29 Tr.

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	lopidine 0,5 % Augentropf.	5 ml 1 ml = 33 Tr.	17,45
----	----------------------------	-----------------------	-------

S01EA05 Brimonidid**Brimonidid 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. Brimonidid 0,0013	5 ml(2) 1 ml = 30 Tr.	6,65
	Brimonidid "Arcana" 2 mg/ml Augentropf. Brimonidintartrat 0,002 entspr. Brimonidid 0,0013	1 St(2) 1 ml = 33 Tr. 5 ml	6,65

S01EB Parasympathomimetika
S01EB01 Pilocarpin

Pilocarpin 0,02/g

	Pilocarpin Puroptal 2 % Augentropf.	10 g(2) 1 g = 30 Tr.	16,85
--	-------------------------------------	-------------------------	-------

S01EC Carboanhydrasehemmer
S01EC01 Acetazolamid

Acetazolamid 0,25

	Acetazolamid "Agepha" Tabl.	20 St(2)	5,55
	Diamox 250 mg Tabl.	20 St(2)	3,20

S01EC03 Dorzolamid**Dorzolamid 0,02/ml**

	Dorzolamid 20 mg/ml Augentropf.	1 St(2) 5 ml	5,75
	Dorzo-Vision 20 mg/ml Augentropf.	5 ml(2) 1 ml = 31 Tr.	5,70
	Trusopt Augentropf.	5 ml(2)	6,85

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

	Timofтал 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**

	Betoptoc S Augensusp.	5 ml(2) 1 ml = 24 Tr.	5,10
--	-----------------------	--------------------------	------

S01ED51 Timolol, Kombinationen**Timolol 0,005, Bimatoprost 0,0003/ml**

	Bimatoprost/Timolol "1A Pharma" 0,3 mg/ml + 5 mg/ml Augentropf.	3 ml(3)	8,45
	Bimatoprost/Timolol "Stada" 0,3 mg/ml + 5 mg/ml Augentropf.	3 ml(3)	8,45
	BimatoTim-Vision 0,3 mg/ml + 5 mg/ml Augentropf.	3 ml(3)	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.	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)	5,50
Au	Dorzolamid + Timolol "Viartis" 20 mg/ml + 5 mg/ml Augentropf.	5 ml(2) 1 ml = 28 Tr.	5,65

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 "Viartis" 50 mcg/ml + 5 mg/ml Augentropf.	2,5 ml(2) 1 ml = 33 Tr.	10,10
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

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.	9,50
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 "Viartis" 50 mcg/ml Augentropf.	2,5 ml(2) 1 ml = 32 Tr.	9,50
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.	9,50

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.	4,90
--	--------------------	---------------------------	------

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
--	-----------------------	---------------------------	------

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
-----	---	-----------------------	------

Bezeichnung		T	OP	KVP in €
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	7,60
--	--	--	------	------

S01GX10 Epinastin

Epinastin 0,0005/ml

IND	Relestat 0,5 mg/ml Augentropf. saisonale allergische Conjunctivitis		5 ml 1 ml = 33 Tr.	7,85
-----	---	--	-----------------------	------

S01X ANDERE OPHTHALMIKA

S01XA Andere Ophthalmika

S01XA18 Ciclosporin

Ciclosporin 0,001/ml

Au	Ikervis 1 mg/ml Augentropf., Emulsion (PM)		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.	3,30
--	----------------------	--	------------------------	------

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	9,60
-----	--	--	-------	------

S03 OPHTHALMOLOGISCHE UND OTOLOGISCHE ZUBEREITUNGEN

S03B CORTICOSTEROIDE

S03BA Corticosteroide

S03BA03 Betamethason

Betamethason 0,001/ml

	Betnesol Augen-, Ohren-, Nasentropf.		5 ml	2,75
--	--------------------------------------	--	------	------

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
------	---	--	-------	-------

Bezeichnung	T	OP	KVP in €
-------------	---	----	----------

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. (PM)		31 St	96,10
--	--	-------	-------

Hausstaubmilben 12 SQ

ADKL Acarizax 12 SQ-HDM Lyophilisat zum Einnehmen (PM)		30 St(2)	97,15
--	--	----------	-------

Hausstaubmilben 300 IR

ADKL Actair 300 IR Sublingualtabl. (PM)		30 St(2)	96,10
---	--	----------	-------

V01AA05 Baumpollen

Birkenpollen 12 SQ

ADL Itulazax 12 SQ-Bet Lyophilisat zum Einnehmen (PM)		30 St(2)	130,80
---	--	----------	--------

V01AA10 Blüten

Ragweed 12 SQ

ADL Ragwizax 12 SQ-Amb Lyophilisat zum Einnehmen (PM)		30 St(2)	226,90
---	--	----------	--------

V03 ALLE ÜBRIGEN THERAPEUTISCHEN MITTEL V03A ALLE ÜBRIGEN THERAPEUTISCHEN MITTEL

V03AC Eisen-Chelatbildner V03AC01 Deferoxamin

Deferoxamin 0,5

Desferal 500 mg Trockenstechamp.		10 St	51,95
----------------------------------	--	-------	-------

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	107,20
		90 St	273,30
Deferasirox "G.L." 360 mg Filmtabl.		30 St	119,10
		90 St	303,65
Deferasirox "ratiopharm" 360 mg Filmtabl.		30 St	126,95
		90 St	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 0,993/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

7,05

200 St(2)

11,45

Calciumacetat 0,7

IND Calciumacetat "Medice" 700 mg Filmtabl.

Dialyse-Zusatztherapie

100 St

9,00

200 St(2)

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. Folsäure 0,015

20 St

56,25

V08 KONTRASTMITTEL**V08A RÖNTGENKONTRASTMITTEL, IOD-HALTIG****V08AB Wasserlösliche nephrotrope niederosmolare Röntgenkontrastmittel****V08AB04 Iopamidol****Iopamidol 0,6124/ml**R Jopamiro 300 mg Stechamp. 30 ml
für die Phlebographie und Urographie

1 St(2)

22,05

R Jopamiro 300 mg Stechamp. 50 ml
für die Phlebographie und Urographie

1 St(2)

35,00

R Jopamiro 300 mg 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

Iopamidol 0,7552/mlR Jopamiro 370 mg Amp.
für die Urographie1 St(2)
20 ml

18,75

Gelber Bereich

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
A03AX Andere Mittel bei funktionellen gastrointestinalen Störungen
A03AX11 Caroverin

Caroverin 0,02

RE1	Spasium Oralkaps. Eine Kostenübernahme ist im ausführlich begründeten Einzelfall möglich.	25 St	14,65
------------	---	-------	-------

A05 GALLEN- UND LEBERTHERAPIE
A05A GALLENTHERAPIE
A05AA Gallensäuren und Derivate
A05AA04 Obeticholsäure

Obeticholsäure 0,005

RE1	Ocaliva 5 mg Filmtabl. (M) Bei erwachsenen PatientInnen mit primärer biliärer Cholangitis (PBC) <ul style="list-style-type: none"> - 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) oder - als Monotherapie bei dokumentierter Unverträglichkeit von UDCA. Die Behandlung mit Obeticholsäure (OCA) kann nur fortgesetzt werden, wenn <ul style="list-style-type: none"> - einen Monat nach Behandlungsbeginn eine AP-Reduktion und - drei Monate nach Behandlungsbeginn eine AP-Reduktion größer gleich 10 % und - 12 Monate nach Behandlungsbeginn eine AP-Reduktion größer gleich 20 % (jeweils gegenüber dem Ausgangswert vor Beginn der Therapie mit OCA) erreicht wurde. Diagnose, Erstverordnung und regelmäßige Kontrollen durch ein auf PBC spezialisiertes Zentrum durch GastroenterologInnen. Die Aufnahme ist befristet und endet mit 31.12.2025.	30 St	2.787,85
------------	--	-------	----------

Obeticholsäure 0,01

RE1	Ocaliva 10 mg Filmtabl. ^{CEM}	30 St	2.787,85
<p>Bei erwachsenen PatientInnen mit primärer biliärer Cholangitis (PBC)</p> <ul style="list-style-type: none"> - 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) oder - als Monotherapie bei dokumentierter Unverträglichkeit von UDCA. <p>Die Behandlung mit Obeticholsäure (OCA) kann nur fortgesetzt werden, wenn</p> <ul style="list-style-type: none"> - einen Monat nach Behandlungsbeginn eine AP-Reduktion und - drei Monate nach Behandlungsbeginn eine AP-Reduktion größer gleich 10 % und - 12 Monate nach Behandlungsbeginn eine AP-Reduktion größer gleich 20 % <p>(jeweils gegenüber dem Ausgangswert vor Beginn der Therapie mit OCA) erreicht wurde.</p> <p>Diagnose, Erstverordnung und regelmäßige Kontrollen durch ein auf PBC spezialisiertes Zentrum durch GastroenterologInnen.</p> <p>Die Aufnahme ist befristet und endet mit 31.12.2025.</p>			

A05B LEBERTHERAPIE, LIPOTROPE SUBSTANZEN**A05BA Lebertherapie****L-Ornithin-L-Aspartat 3,0/ED**

RE2	Hepa "Merz" 3 g Gran.	30 St	32,35
<p>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.</p>		50 St	50,95

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.	1 St	39,60
<p>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.</p> <p>Engmaschige Kontrolle während der gesamten Therapiedauer durch den behandelnden Arzt/die behandelnde Ärztin.</p> <p>Die Behandlung ist für die Dauer der Opioid-Therapie und des Auftretens der opioid-induzierten Obstipation zu begrenzen und soll vier Monate nicht überschreiten.</p> <p>Bei Nichtansprechen nach dreimaliger Gabe ist die Therapie zu beenden.</p>		7 St	222,30

A06AH03 Naloxegol**Naloxegol 0,025**

RE1	Moventig 25 mg Filmtabl.	10 St	35,25
<p>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.</p> <p>Bei Nichtansprechen nach 4 Behandlungswochen ist die Therapie mit Naloxegol zu beenden.</p>		30 St	93,75

A06AX Andere Mittel bei Verstopfung A06AX04 Linaclotid

Linaclotid 0,00029

RE1	Constella 290 mcg Hartkaps. (RM)		28 St	71,00
	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 abdominalen Schmerzintensität um mindestens 2 Punkte) und der Patient Global Impression of Change Skala PGIC (Wert kleiner gleich 2) zu erheben und zu dokumentieren.			

A07 ANTIDIARRHOIKA UND INTESTINALE ANTIPLHLOGISTIKA/ANTIINFEKTIVA

A07A INTESTINALE ANTIINFEKTIVA

A07AA Antibiotika

A07AA02 Nystatin

Nystatin 0,5 MIE

RE1	Mycostatin Filmtabl.		20 St	8,50
	Eine Kostenübernahme ist nur möglich zur Therapie der schweren intestinalen Candidamykose bei immunsupprimierten Patienten.			
			50 St	19,40

A07AA09 Vancomycin

Vancomycin 0,125

RE1	Vancomycin "Dr. Eberth" 125 mg Hartkaps.		12 St	78,45
	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.			
			28 St	169,70

Vancomycin 0,25

RE1	Vancomycin "Dr. Eberth" 250 mg Hartkaps.		12 St	145,45
	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.			
			28 St	311,25

A07E INTESTINALE ANTIPLHLOGISTIKA

A07EA Corticosteroide mit lokaler Wirkung

A07EA06 Budesonid

Budesonid 0,0005

RE1	Jorveza 0,5 mg Schmelztabl. (RM)		60 St	219,90
L6	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 Gastroskopen durchführen. Budesonid 0,5 mg eignet sich für eine chef(kontroll)ärztliche Langzeitbewilligung für 6 Monate (L6).			

Bezeichnung	T	OP	KVP in €
-------------	---	----	----------

Budesonid 0,001

RE1	Jorveza 1 mg Schmelztabl. ^(EM) 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 mm ²) in zumindest einer Biopsie. Indikationsstellung, regelmäßige Kontrolle und Verordnung durch GastroenterologInnen bzw. FachärztInnen für Chirurgie, die regelmäßig Gastroskopen durchführen.	30 St	140,90
		60 St	249,65

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	55,30
		100 St	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	58,10
		100 St	109,65

Mesalazin 1,0

RE2	Pentasa 1 g Zäpf. In der Indikation Colitis ulcerosa mit vorwiegendem Befall des Rektums	28 St	79,15
RE2	Pentasa Klyisma In der Indikation Colitis ulcerosa mit vorwiegendem Befall von Rektum und Sigma	7 St	42,55

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	109,90
-----	--	-------	--------

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	420 g 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	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	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	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
RE1	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**

RE1	Tresiba 100 E/ml Fertigen (EM)	5 St	76,80
L12	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).		
RE2	Tresiba 100 E/ml Patronen (EM)	5 St	60,50
L12	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).		

A10B ANTIDIABETIKA, EXKL. INSULINE
A10BD Kombinationen mit oralen Antidiabetika
A10BD05 Metformin und Pioglitazon

Metformin 0,85, Pioglitazon 0,015

RE1	Competact 15 mg/850 mg Filmtabl.	56 St	21,70
L12	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).		

A10BD06 Glimepirid und Pioglitazon**Glimepirid 0,002, Pioglitazon 0,03**

RE1	Tandemact 30 mg/2 mg Tabl.	28 St	16,90
L12	Bei PatientInnen mit Diabetes Typ II, für die eine Behandlung mit Metformin wegen bestehender Kontraindikation oder Unverträglichkeit ungeeignet ist. - Die Therapie darf erst ab einem HbA1c größer 7 begonnen werden. - Die Behandlung hat nur als Second-line-Therapie nach Sulfonylharnstoff-Monotherapie zu erfolgen. - Keine Kostenübernahme bei Vorliegen schwerwiegender Kontraindikation (z.B. Herzinsuffizienz, Leberfunktionsstörungen). - Pioglitazon/Glimepirid darf nicht mit Insulin kombiniert werden. - Regelmäßige HbA1c-Bestimmungen sind durchzuführen. - Pioglitazon/Glimepirid eignet sich für eine chef(kontroll)ärztliche Langzeitbewilligung für 12 Monate (L12).		

Glimepirid 0,004, Pioglitazon 0,03

RE1	Tandemact 30 mg/4 mg Tabl.	28 St	16,90
L12	Bei PatientInnen mit Diabetes Typ II, für die eine Behandlung mit Metformin wegen bestehender Kontraindikation oder Unverträglichkeit ungeeignet ist. - Die Therapie darf erst ab einem HbA1c größer 7 begonnen werden. - Die Behandlung hat nur als Second-line-Therapie nach Sulfonylharnstoff-Monotherapie zu erfolgen. - Keine Kostenübernahme bei Vorliegen schwerwiegender Kontraindikation (z.B. Herzinsuffizienz, Leberfunktionsstörungen). - Pioglitazon/Glimepirid darf nicht mit Insulin kombiniert werden. - Regelmäßige HbA1c-Bestimmungen sind durchzuführen. - Pioglitazon/Glimepirid eignet sich für eine chef(kontroll)ärztliche Langzeitbewilligung für 12 Monate (L12).		

A10BD09 Pioglitazon und Alogliptin**Pioglitazon 0,03, Alogliptin 0,0125**

RE1	Incesync 12,5 mg/30 mg Filmtabl.		28 St	31,20
L12	Bei PatientInnen mit Diabetes Typ II und mäßiger Niereninsuffizienz (Kreatinin-Clearance größer gleich 30 bis kleiner gleich 50 ml/min): <ul style="list-style-type: none"> - 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). 			

Pioglitazon 0,03, Alogliptin 0,025

RE1	Incesync 25 mg/30 mg Filmtabl.		28 St	39,60
L12	Bei PatientInnen mit Diabetes Typ II: <ul style="list-style-type: none"> - Die Behandlung darf erst ab einem HbA1c größer 7 begonnen werden. - Die Behandlung mit Alogliptin/Pioglitazon hat nur als Second-line-Therapie <ul style="list-style-type: none"> • 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). 			

A10BD10 Metformin und Saxagliptin**Metformin 0,85, Saxagliptin 0,0025**

RE1	Komboglyze 2,5 mg/850 mg Filmtabl.		56 St	47,70
L6	Bei PatientInnen mit Diabetes Typ II: <ul style="list-style-type: none"> - Die Behandlung darf erst ab einem HbA1c größer 7 begonnen werden. - Die Behandlung mit Saxagliptin/Metformin hat nur als Second-line-Therapie <ul style="list-style-type: none"> • 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). 			

Metformin 1,0, Saxagliptin 0,0025

RE1	Komboglyze 2,5 mg/1000 mg Filmtabl.		56 St	47,70
L6	Bei PatientInnen mit Diabetes Typ II: <ul style="list-style-type: none"> - Die Behandlung darf erst ab einem HbA1c größer 7 begonnen werden. - Die Behandlung mit Saxagliptin/Metformin hat nur als Second-line-Therapie <ul style="list-style-type: none"> • 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). 			

A10BD11 Metformin und Linagliptin**Metformin 0,85, Linagliptin 0,0025**

RE2	Jentaduetto 2,5 mg/850 mg Filmtabl. (PM)		30 St	25,00
L6	Bei PatientInnen mit Diabetes Typ II: <ul style="list-style-type: none"> - 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). 		60 St(2)	47,45

Metformin 1,0, Linagliptin 0,0025

RE2	Jentadueto 2,5 mg/1000 mg Filmtabl. ^(PM)	30 St	25,00
L6	Bei PatientInnen mit Diabetes Typ II: <ul style="list-style-type: none"> - 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). 	60 St(2)	47,45

A10BD13 Metformin und Alogliptin**Metformin 0,85, Alogliptin 0,0125**

RE1	Vipdomet 12,5 mg/850 mg Filmtabl.	56 St	39,60
L12	Bei PatientInnen mit Diabetes Typ II: <ul style="list-style-type: none"> - Die Behandlung darf erst ab einem HbA1c größer 7 begonnen werden. - Die Behandlung mit Alogliptin/Metformin hat nur als Second-line-Therapie <ul style="list-style-type: none"> • 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). 		

Metformin 1,0, Alogliptin 0,0125

RE1	Vipdomet 12,5 mg/1000 mg Filmtabl.	56 St	39,60
L12	Bei PatientInnen mit Diabetes Typ II: <ul style="list-style-type: none"> - Die Behandlung darf erst ab einem HbA1c größer 7 begonnen werden. - Die Behandlung mit Alogliptin/Metformin hat nur als Second-line-Therapie <ul style="list-style-type: none"> • 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). 		

A10BD15 Metformin und Dapagliflozin**Metformin 0,85, Dapagliflozin 0,005**

RE2	Xigduo 5 mg/850 mg Filmtabl. ^(PM)	56 St(2)	47,70
	Bei PatientInnen mit Diabetes Typ II: <ul style="list-style-type: none"> - 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. 		

Metformin 1,0, Dapagliflozin 0,005

RE2	Xigduo 5 mg/1000 mg Filmtabl. ^(PM)	56 St(2)	47,70
	Bei PatientInnen mit Diabetes Typ II: <ul style="list-style-type: none"> - 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. 		

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
------------	--	-------	-------

Linagliptin 0,005; Empagliflozin 0,025

RE2	Glyxambi 25 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
------------	--	-------	-------

A10BD20 Metformin und Empagliflozin**Metformin 0,85, Empagliflozin 0,005**

RE2	Synjardy 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 oder eGFR von 30 ml/min/1,73 m ² . - Regelmäßige Kontrollen der Nierenfunktionsparameter gemäß Fachinformation. - Regelmäßige HbA1c-Bestimmungen sind durchzuführen.	60 St(2)	48,80
------------	--	----------	-------

Metformin 0,85, Empagliflozin 0,0125

RE2	Synjardy 12,5 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 oder eGFR von 30 ml/min/1,73 m ² . - Regelmäßige Kontrollen der Nierenfunktionsparameter gemäß Fachinformation. - Regelmäßige HbA1c-Bestimmungen sind durchzuführen.	60 St(2)	48,80
------------	---	----------	-------

Metformin 1,0, Empagliflozin 0,005

RE2	Synjardy 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 oder eGFR von 30 ml/min/1,73 m ² . - Regelmäßige Kontrollen der Nierenfunktionsparameter gemäß Fachinformation. - Regelmäßige HbA1c-Bestimmungen sind durchzuführen.	60 St(2)	48,80
------------	---	----------	-------

Metformin 1,0, Empagliflozin 0,0125

RE2	Synjardy 12,5 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 oder eGFR von 30 ml/min/1,73 m ² . - Regelmäßige Kontrollen der Nierenfunktionsparameter gemäß Fachinformation. - Regelmäßige HbA1c-Bestimmungen sind durchzuführen.	60 St(2)	48,80
------------	--	----------	-------

A10BD21 Saxagliptin und Dapagliflozin**Saxagliptin 0,005, Dapagliflozin 0,01**

RE2	Qtern 5 mg/10 mg Filmtabl. ^{CEM}	28 St	76,80
	Bei PatientInnen mit Diabetes Typ II: <ul style="list-style-type: none"> - 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. 		

**A10BH Dipeptidyl-Peptidase 4-Inhibitoren
A10BH01 Sitagliptin****Sitagliptin 0,025**

RE1	Januvia 25 mg Filmtabl.	28 St	22,35
L12	Bei PatientInnen mit Diabetes Typ II und schwerer Nierenfunktionsstörung (Kreatinin-Clearance kleiner als 30 ml/min oder Endstadium, das eine Hämo- oder Peritonealdialyse erfordert): <ul style="list-style-type: none"> - Die Behandlung darf erst ab einem HbA1c größer 7 begonnen werden. - Die Behandlung mit Sitagliptin 25 mg hat nur als Second-line-Therapie <ul style="list-style-type: none"> • als Kombinationstherapie mit einem Sulfonylharnstoff oder • als Kombinationstherapie mit Glitazonen bei Sulfonylharnstoff-Unverträglichkeit oder -Kontraindikation oder • als Kombinationstherapie mit Insulin zu erfolgen. - Regelmäßige HbA1c-Bestimmungen sind durchzuführen. - Sitagliptin 25 mg eignet sich für eine chef(kontroll)ärztliche Langzeitbewilligung für 12 Monate (L12). 		

Sitagliptin 0,05

RE1	Januvia 50 mg Filmtabl.	28 St	22,35
L12	Bei PatientInnen mit Diabetes Typ II und mäßiger Nierenfunktionsstörung (Kreatinin-Clearance größer gleich 30 bis kleiner als 50 ml/min): <ul style="list-style-type: none"> - Die Behandlung darf erst ab einem HbA1c größer 7 begonnen werden. - Die Behandlung mit Sitagliptin 50 mg hat nur als Second-line-Therapie <ul style="list-style-type: none"> • als Kombinationstherapie mit einem Sulfonylharnstoff oder • als Kombinationstherapie mit Glitazonen bei Sulfonylharnstoff-Unverträglichkeit oder -Kontraindikation oder • als Kombinationstherapie mit Insulin zu erfolgen. - Regelmäßige HbA1c-Bestimmungen sind durchzuführen. - Sitagliptin 50 mg eignet sich für eine chef(kontroll)ärztliche Langzeitbewilligung für 12 Monate (L12). 		

Sitagliptin 0,1

RE1	Januvia 100 mg Filmtabl.	28 St	29,75
L12	Bei PatientInnen mit Diabetes Typ II: <ul style="list-style-type: none"> - Die Behandlung darf erst ab einem HbA1c größer 7 begonnen werden. - Die Behandlung mit Sitagliptin hat nur als Second-line-Therapie <ul style="list-style-type: none"> • als Kombinationstherapie mit Metformin oder • als Kombinationstherapie mit einem Sulfonylharnstoff bei Metformin-Unverträglichkeit oder -Kontraindikation • als Kombinationstherapie mit Glitazonen bei Metformin- und Sulfonylharnstoff-Unverträglichkeit oder -Kontraindikation oder • als Kombinationstherapie mit einem Sulfonylharnstoff und Metformin oder einem Glitazon und Metformin, wenn bei unzureichender Zweifachkombination aus der jeweils höchsten vertragenen Dosis von Metformin und eines Sulfonylharnstoffs bzw. eines Glitazons nachweislich nicht das Auslangen gefunden werden kann oder • als Kombinationstherapie mit Insulin zu erfolgen. - Regelmäßige HbA1c-Bestimmungen sind durchzuführen. - Sitagliptin eignet sich für eine chef(kontroll)ärztliche Langzeitbewilligung für 12 Monate (L12). 		

A10BH02 Vildagliptin**Vildagliptin 0,05**

RE1	Galvus 50 mg Tabl.		14 St	7,70
L6	Bei PatientInnen mit Diabetes Typ II:		28 St	14,80
	- Die Behandlung darf erst ab einem HbA1c größer 7 begonnen werden.		56 St	28,45
	- Die Behandlung mit Vildagliptin hat nur als Second-line-Therapie			
	<ul style="list-style-type: none"> • 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).			

A10BH03 Saxagliptin**Saxagliptin 0,0025**

RE1	Onglyza 2,5 mg Filmtabl.		14 St	25,15
L6	Bei PatientInnen mit Diabetes Typ II und mäßiger bis schwerer Niereninsuffizienz (Kreatinin-Clearance kleiner gleich 50 ml/min, keine Dialysepflicht):		28 St	47,70
	- Die Behandlung darf erst ab einem HbA1c größer 7 begonnen werden.			
	- Die Behandlung mit Onglyza hat nur als Second-line-Therapie			
	<ul style="list-style-type: none"> • als Kombinationstherapie mit Sulfonylharnstoffen oder • als Kombinationstherapie mit Glitazonen (bei 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).			

Saxagliptin 0,005

RE1	Onglyza 5 mg Filmtabl.		14 St	25,15
L6	Bei PatientInnen mit Diabetes Typ II:		28 St	47,70
	- Die Behandlung darf erst ab einem HbA1c größer 7 begonnen werden.			
	- Die Behandlung mit Onglyza hat nur als Second-line-Therapie			
	<ul style="list-style-type: none"> • 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).			

A10BH04 Alogliptin**Alogliptin 0,025**

RE1	Vipidia 12,5 mg Filmtabl.	28 St	31,20
L12	Bei PatientInnen mit Diabetes Typ II und mäßiger Niereninsuffizienz (Kreatinin-Clearance größer gleich 30 bis kleiner gleich 50 ml/min): <ul style="list-style-type: none"> - Die Behandlung darf erst ab einem HbA1c größer 7 begonnen werden. - Die Behandlung mit Alogliptin hat nur als Second-line-Therapie <ul style="list-style-type: none"> • 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). 		

Alogliptin 0,025

RE1	Vipidia 25 mg Filmtabl.	28 St	39,60
L12	Bei PatientInnen mit Diabetes Typ II: <ul style="list-style-type: none"> - Die Behandlung darf erst ab einem HbA1c größer 7 begonnen werden. - Die Behandlung mit Alogliptin hat nur als Second-line-Therapie <ul style="list-style-type: none"> • 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). 		

A10BH05 Linagliptin**Linagliptin 0,005**

RE2	Trajenta 5 mg Filmtabl. (PM)	14 St	23,35
L6	Bei PatientInnen mit Diabetes Typ II: <ul style="list-style-type: none"> - 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). 	30 St(2)	47,45

A10BJ Glucagon-like Peptide 1-Rezeptor (GLP-1)-Analoge A10BJ02 Liraglutid

Liraglutid 0,006/ml

RE1	Victoza 6 mg/ml Inj.lsg. Fertigpen [®]	2 St	110,75
L6	<p>Bei PatientInnen mit Diabetes Typ II:</p> <ul style="list-style-type: none"> - 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). 	3 ml	

A10BJ05 Dulaglutid

Dulaglutid 0,0015

RE1	Trulicity 1,5 mg Inj.lsg. Fertigpen [®]	4 St	104,50
L6	<p>Bei PatientInnen mit Diabetes Typ II:</p> <ul style="list-style-type: none"> - 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). 		

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/m ² 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	104,35
------------	--	------	--------

Semaglutid 0,0005/ED

RE1 L6	Ozempic 0,5 mg Inj.lsg. Fertigpen (PM) Bei PatientInnen mit Diabetes Typ II 1. mit einem BMI ab 30 kg/m ² 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	104,35
-------------------------	--	------	--------

Semaglutid 0,001/ED

RE1	Ozempic 1,0 mg Inj.lsg. Fertigpen [Ⓜ]	1 St	104,35
L6	<p>Bei PatientInnen mit Diabetes Typ II</p> <ol style="list-style-type: none"> mit einem BMI ab 30 kg/m² und ohne kardiovaskuläre Erkrankung, Herzinsuffizienz oder chronische Nierenerkrankung <ul style="list-style-type: none"> 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. mit nachgewiesener atherosklerotischer kardiovaskulärer Erkrankung oder hohem Risiko für eine atherosklerotische kardiovaskuläre Erkrankung mit chronischer Nierenerkrankung und Albuminurie <p>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.</p> <p>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.</p> <p>Gemäß Fachinformation ist eine Verwendung von Semaglutid nur als Zusatz zu Diät und körperlicher Aktivität bei unzureichend kontrolliertem Diabetes mellitus Typ II vorgesehen.</p> <p>Keine Kombination mit DPP-IV-Hemmern.</p> <p>Kein Einsatz bei schwerer oder terminaler Nierenfunktionsstörung unter Berücksichtigung der substanzspezifischen eGFR-Grenzwerte.</p> <p>Semaglutid eignet sich für eine chef(kontroll)ärztliche Langzeitbewilligung für 6 Monate (L6).</p>		

A10BK Sodium-Glucose Co-Transporter 2 (SGLT-2)-Inhibitoren A10BK01 Dapagliflozin

Dapagliflozin 0,01

RE2	Forxiga 10 mg Filmtabl. [Ⓜ]	14 St	25,15
	<p>Bei erwachsenen PatientInnen mit Diabetes Typ II:</p> <ul style="list-style-type: none"> 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. <p>Bei erwachsenen PatientInnen mit chronischer Herzinsuffizienz mit reduzierter Ejektionsfraktion als Zusatztherapie</p> <ul style="list-style-type: none"> 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. <p>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.</p>	28 St(2)	47,70

A10BK03 Empagliflozin**Empagliflozin 0,01**

RE2	Jardiance 10 mg Filmtabl. (PM)	14 St	24,00
	Bei PatientInnen mit Diabetes Typ II:	30 St(2)	48,80
	- 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 kleiner 30 ml/min/1,73 m ² .		
	- Regelmäßige Kontrollen der Nierenfunktionsparameter gemäß Fachinformation.		
	- 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.		
	- Kein Einsatz bei einer Kreatinin-Clearance kleiner 20 ml/min oder eGFR kleiner 20 ml/min/1,73 m ² .		

Empagliflozin 0,025

RE2	Jardiance 25 mg Filmtabl. (PM)	14 St	24,00
	Bei PatientInnen mit Diabetes Typ II:	30 St(2)	48,80
	- 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.		

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	Cerezyme 400 U Plv. für ein Konz. zur Herst. einer Inf.lsg.	1 St	1.380,70
L6	Eine Kostenübernahme ist nur möglich bei Patienten mit gesicherter Diagnose eines Morbus Gaucher Typ I.	5 St	6.804,70
	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).		

A16AB03 Agalsidase alfa**Agalsidase alfa 0,001/ml**

RE1	Replagal 1 mg/ml Konz. zur Herst. einer Inf.lsg.	1 St	1.929,60
L6	- Die Kostenübernahme kommt nur bei Patienten mit gesicherter Diagnose eines Morbus Fabry (alpha-Galaktosidase A-Mangel) in Frage.	3,5 ml	
	- Die Erstverordnung darf nur durch ein auf hereditäre Stoffwechselerkrankungen spezialisiertes Zentrum oder einen Facharzt mit Erfahrung auf dem Gebiet von hereditären Stoffwechselerkrankungen erfolgen.	4 St	7.644,35
	- Alle 6 Monate ist eine Kontrolluntersuchung durch das o.a. Zentrum oder den o.a. Facharzt durchzuführen.	3,5 ml	
	- Replagal 1 mg/ml Konz. z. Herst. einer Inf.lsg. eignet sich für eine chef(kontroll)ärztliche Langzeitbewilligung für 6 Monate (L6).		

A16AB04 Agalsidase beta**Agalsidase beta 0,005**

RE1	Fabrazyme 5 mg Plv. f. ein Konz. zur Herst. einer Inf.lsg.		1 St	607,55
L6	<ul style="list-style-type: none"> - 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). 			

Agalsidase beta 0,035

RE1	Fabrazyme 35 mg Plv. f. ein Konz. zur Herst. einer Inf.lsg.		1 St	3.915,70
L6	<ul style="list-style-type: none"> - 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). 			

A16AB10 Velaglucerase alfa**Velaglucerase alfa 400 E**

RE1	VPRIV 400 E Plv. zur Herst. einer Inf.lsg.		1 St	1.474,15
L6	<ul style="list-style-type: none"> - 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). 		5 St(2)	7.272,00

**A16AX Sonstige Mittel für das alimentäre System und den Stoffwechsel
A16AX06 Miglustat****Miglustat 0,1**

RE1	Miglustat "Gen.Orph" 100 mg Hartkaps.		84 St(2)	2.726,05
L6	<ol style="list-style-type: none"> 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. <p>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).</p>			

Bezeichnung		T	OP	KVP in €
RE1 L6	<p>Miglustat "G.L." 100 mg Hartkaps.</p> <p>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.</p> <p>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.</p> <p>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).</p>	84 St(2)		2.726,05
RE1 L6	<p>Zavesca 100 mg Hartkaps.</p> <p>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. einen Facharzt/eine Fachärztin 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).</p>	84 St		4.959,90

A16AX07 Sapropterin

Sapropterin 0,1

RE1 L6	<p>Kuvan 100 mg Tabl. zur Herst. einer Lsg. zum Einnehmen</p> <p>Zur Behandlung einer Hyperphenylalaninämie (HPA) bei Erwachsenen und Kindern ab 4 Jahren mit Phenylketonurie oder bei Erwachsenen und Kindern mit Tetrahydrobiopterin (BH4)-Mangel, die nachweislich ("BH4 loading test") auf eine solche Therapie ansprechen und deren Phenylalaninspiegel durch diätetische Maßnahmen nicht ausreichend eingestellt werden können. Als Ansprechen gilt der Abfall der Phenylalaninspiegel im Blut um größer gleich 30 % oder ein vom behandelnden Arzt/von der behandelnden Ärztin für einen Patient/eine Patientin individuell definierter therapeutischer Phenylalaninzielwert. Diagnosestellung, Nachweis des Ansprechens, Therapieeinleitung, Überwachung (Phenylalaninblutspiegel, Tyrosinspiegel, Einhaltung der restriktiven Diät und psychomotorische Entwicklung) und regelmäßige Kontrollen durch entsprechende Fachabteilungen (Stoffwechselzentren). Die PatientInnen sollen in das mit der EMEA abgestimmte Kuvan Adult Maternal Pediatric European Registry (KAMPER) aufgenommen werden. Kuvan eignet sich für eine chef(kontroll)ärztliche Langzeitbewilligung für 6 Monate (L6).</p>	30 St 120 St		694,80 2.705,30
-----------	--	-----------------	--	--------------------

A16AX10 Eliglustat

Eliglustat 0,084

RE1 L6	<p>Cerdega 84 mg Hartkaps.</p> <p>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).</p>	14 St(2) 56 St		5.534,75 22.065,05
-----------	--	-------------------	--	-----------------------

A16AX14 Migalastat**Migalastat 0,123**

RE1	Galafold 123 mg Hartkaps. (TM)		14 St	16.159,95
L6	<ul style="list-style-type: none"> - Zur Monotherapie bei PatientInnen ab 16 Jahren mit gesicherter Diagnose eines Morbus Fabry (alpha-Galaktosidase Å-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). 			

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.		10 St	62,25
	Wenn mit Therapiealternativen (Packungsgrößen, Wirkstoffstärken) aus dem Grünen Bereich nachweislich nicht das Auslangen gefunden werden kann.			

Dalteparin Na entspr. 10.000 IE anti-Faktor Xa

RE1	Fragmin 10.000 IE/1 ml Amp.		10 St	83,10
	Eine Kostenübernahme ist nur möglich, wenn mit Therapiealternativen (Packungsgröße, Wirkstoffstärke) aus dem Grünen Bereich nachweislich nicht das Auslangen gefunden werden kann.			
RE1	Fragmin 10.000 IE Fertigspr.		5 St	39,60
	Wenn mit Therapiealternativen (Packungsgrößen, Wirkstoffstärken) aus dem Grünen Bereich nachweislich nicht das Auslangen gefunden werden kann.			
RE1	Fragmin 10.000 IE/4 ml Stechamp.		10 St	83,10
	Eine Kostenübernahme ist nur möglich, wenn mit Therapiealternativen (Packungsgröße, Wirkstoffstärke) aus dem Grünen Bereich nachweislich nicht das Auslangen gefunden werden kann.			

Dalteparin Na entspr. 12.500 IE anti-Faktor Xa

RE1	Fragmin 12.500 IE Fertigspr.		5 St	47,80
	Wenn mit Therapiealternativen (Packungsgrößen, Wirkstoffstärken) aus dem Grünen Bereich nachweislich nicht das Auslangen gefunden werden kann.			

Dalteparin Na entspr. 15.000 IE anti-Faktor Xa

RE1	Fragmin 15.000 IE Fertigspr.		5 St	57,00
	Wenn mit Therapiealternativen (Packungsgrößen, Wirkstoffstärken) aus dem Grünen Bereich nachweislich nicht das Auslangen gefunden werden kann.			

Dalteparin Na entspr. 18.000 IE anti-Faktor Xa

RE1	Fragmin 18.000 IE Fertigspr.		5 St	67,00
	Wenn mit Therapiealternativen (Packungsgrößen, Wirkstoffstärken) aus dem Grünen Bereich nachweislich nicht das Auslangen gefunden werden kann.			

Dalteparin Na entspr. 25.000 IE anti-Faktor Xa

RE1	Fragmin 25.000 IE/1 ml Dstfl.		1 St	83,10
	Eine Kostenübernahme ist nur möglich, wenn mit Therapiealternativen (Packungsgröße, Wirkstoffstärke) aus dem Grünen Bereich nachweislich nicht das Auslangen gefunden werden kann.			

B01AB05 Enoxaparin**Enoxaparin Na 0,06 entspr. 6.000 IE anti-Faktor Xa**

RE1	Lovenox 6.000 IE (60 mg)/0,6 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	39,75
-----	--	-------	-------

Enoxaparin Na 0,08 entspr. 8.000 IE anti-Faktor Xa

RE1	Lovenox 8.000 IE (80 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	53,00
-----	--	-------	-------

Enoxaparin Na 0,1 entspr. 10.000 IE anti-Faktor Xa

RE1	Lovenox 10.000 IE (100 mg)/10 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.	5 St	47,30
RE1	Lovenox 10.000 IE (100 mg)/1 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	66,25

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 0,15 entspr. 15.000 IE anti-Faktor Xa

RE1	Lovenox 15.000 IE (150 mg)/1 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	109,30
-----	--	-------	--------

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	Organ 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
------------	--	----------------	----------

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
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	23,00
		56 St(2)	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 Kniegelenkersatz.	10 St(2)	14,75
		30 St	41,15

Dabigatran etexilat 0,11

RE2	Pradaxa 110 mg Hartkaps. Zur Prophylaxe venöser thromboembolischer Ereignisse (VTE) bei erwachsenen PatientInnen nach elektivem chirurgischen Hüft- oder Kniegelenkersatz.	10 St(2)	14,75
		30 St	41,15
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: <ul style="list-style-type: none"> - 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	77,65

Dabigatran etexilat 0,15

RE1	Pradaxa 150 mg Hartkaps.	30 St	41,15
L6	Zur Prävention von Schlaganfall und systemischer Embolie bei erwachsenen PatientInnen mit nicht valvulärem Vorhofflimmern mit einem oder mehreren der folgenden Risikofaktoren: <ul style="list-style-type: none"> - 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	77,65

B01AF Direkte Faktor Xa-Inhibitoren
B01AF01 Rivaroxaban

Rivaroxaban 0,01

RE1	Xarelto 10 mg Filmtabl. ^(CM)	30 St	80,05
L6	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).		

Rivaroxaban 0,015

RE1	Xarelto 15 mg Filmtabl. ^(CM)	14 St	40,80
L6	Zur Prävention von Schlaganfall und systemischer Embolie bei erwachsenen PatientInnen mit nicht valvulärem Vorhofflimmern mit einem oder mehreren der folgenden Risikofaktoren: <ul style="list-style-type: none"> - 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).	28 St 42 St	76,95 115,45

Bezeichnung	T	OP	KVP in €
-------------	---	----	----------

Rivaroxaban 0,02

RE1	Xarelto 20 mg Filmtabl. (PM)		14 St	40,80
L6	Zur Prävention von Schlaganfall und systemischer Embolie bei erwachsenen PatientInnen mit nicht valvulärem Vorhofflimmern mit einem oder mehreren der folgenden Risikofaktoren: <ul style="list-style-type: none"> - 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).		28 St	76,95

B01AF02 Apixaban

Apixaban 0,0025

RE1	Eliquis 2,5 mg Filmtabl. (PM)		10 St	14,65
L6	Zur Prophylaxe venöser thromboembolischer Ereignisse (VTE) bei erwachsenen PatientInnen nach elektivem chirurgischen Hüft- oder Kniegelenkersatz. Zur Prävention von Schlaganfall und systemischer Embolie bei erwachsenen PatientInnen mit nicht valvulärem Vorhofflimmern mit einem oder mehreren der folgenden Risikofaktoren: <ul style="list-style-type: none"> - 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).		20 St(2) 60 St	28,20 77,55

Apixaban 0,005

RE1	Eliquis 5 mg Filmtabl. (PM)		20 St	28,20
L6	Zur Prävention von Schlaganfall und systemischer Embolie bei erwachsenen PatientInnen mit nicht valvulärem Vorhofflimmern mit einem oder mehreren der folgenden Risikofaktoren: <ul style="list-style-type: none"> - 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).		60 St	77,55

B01AF03 Edoxaban**Edoxaban 0,015**

RE1	Lixiana 15 mg Filmtabl. (CM)	10 St	26,10
L6	<p>Zur Prävention von Schlaganfall und systemischer Embolie bei erwachsenen PatientInnen mit nicht valvulärem Vorhofflimmern mit einem oder mehreren der folgenden Risikofaktoren:</p> <ul style="list-style-type: none"> - 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 <p>Behandlung von tiefen Venenthrombosen (TVT) und Lungenembolien (LE) sowie Prophylaxe von rezidivierenden TVT und LE bei Erwachsenen.</p> <p>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, Dehydratation, und bei gleichzeitiger Anwendung von bestimmten Arzneimitteln).</p> <p>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.</p> <p>Edoxaban eignet sich für eine chef(kontroll)ärztliche Langzeitbewilligung für 6 Monate (L6).</p>		

Edoxaban 0,03

RE1	Lixiana 30 mg Filmtabl. (CM)	14 St	35,75
L6	<p>Zur Prävention von Schlaganfall und systemischer Embolie bei erwachsenen PatientInnen mit nicht valvulärem Vorhofflimmern mit einem oder mehreren der folgenden Risikofaktoren:</p> <ul style="list-style-type: none"> - 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 <p>Behandlung von tiefen Venenthrombosen (TVT) und Lungenembolien (LE) sowie Prophylaxe von rezidivierenden TVT und LE bei Erwachsenen.</p> <p>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, Dehydratation, und bei gleichzeitiger Anwendung von bestimmten Arzneimitteln).</p> <p>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.</p> <p>Edoxaban eignet sich für eine chef(kontroll)ärztliche Langzeitbewilligung für 6 Monate (L6).</p>	28 St	69,30

Bezeichnung	T	OP	KVP in €
-------------	---	----	----------

Edoxaban 0,06

RE1	Lixiana 60 mg Filmtabl. (RM)	14 St	35,75
L6	Zur Prävention von Schlaganfall und systemischer Embolie bei erwachsenen PatientInnen mit nicht valvulärem Vorhofflimmern mit einem oder mehreren der folgenden Risikofaktoren: <ul style="list-style-type: none"> - 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 	28 St	69,30
<p>Behandlung von tiefen Venenthrombosen (TVT) und Lungenembolien (LE) sowie Prophylaxe von rezidivierenden TVT und LE bei Erwachsenen.</p> <p>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, Dehydratation, und bei gleichzeitiger Anwendung von bestimmten Arzneimitteln).</p> <p>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.</p> <p>Edoxaban eignet sich für eine chef(kontroll)ärztliche Langzeitbewilligung für 6 Monate (L6).</p>			

B01AX Andere antithrombotische Mittel

B01AX05 Fondaparinux

Fondaparinux 0,0025

RE1	Arixtra 2,5 mg/0,5 ml Inj.lsg. Fertigspr.	10 St	60,55
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.			

B02 ANTIHÄMORRHAGIKA

B02A ANTIFIBRINOLYTIKA

B02AB Proteinasehemmer

B02AB02 Alfa1-Antitrypsin

Alfa1-Antitrypsin 1,0

RE1	Prolastin 1000 mg Plv. u. Lsgm. zur Herst. einer Inf.lsg.	1 St	307,35
Bei progredientem Lungenemphysem mit homozygotem Alpha-1-Proteinase-Inhibitor-mangel (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 Alpha-1 Antitrypsinmangel an der Ambulanz der II. Med. Abt. des Wilhelminenspitals (Lungenabteilung).			
RE1	Respreeza 1000 mg Plv. und Lsgm. zur Herst. einer Inf.lsg.	1 St	276,65
Bei progredientem Lungenemphysem mit homozygotem Alpha-1-Proteinase-Inhibitor-mangel (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 Alpha-1 Antitrypsinmangel an der Ambulanz der II. Med. Abt. des Wilhelminenspitals (Lungenabteilung).			

B02B VITAMIN K UND ANDERE HÄMOSTATIKA
B02BA Vitamin K
B02BA01 Phytomenadion

Phytomenadion 0,002

RE2	Konaktion 2 mg/0,2 ml Mischmizellenslg. Amp. Eine Kostenübernahme ist möglich zur Prophylaxe und Therapie des Morbus haemorrhagicus neonatorum.	5 St	11,50
-----	---	------	-------

B02BD Blutgerinnungsfaktoren
B02BD02 Gerinnungsfaktor VIII

Gerinnungsfaktor VIII

RE1	Advate 250 IE Plv. und Lsgm. zur Herst. einer Inj.slg. 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.slg. 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.slg. 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.slg. 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.slg. 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.slg. 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.slg. 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.slg. 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.slg. 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.slg. 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.slg. 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.slg. Bei angeborenem Faktor VIII-Mangel (Hämophilie A). Diagnosestellung und regelmäßige Kontrollen in entsprechender Fachabteilung bzw. -ambulanz.	1 St	1.245,50
RE1	Beriate 100 IE/ml Plv. und Lsgm. zur Herst. einer Inj.- oder Inf.slg. Bei angeborenem (Hämophilie A) oder erworbenem Faktor VIII-Mangel. Diagnosestellung und regelmäßige Kontrollen in entsprechender Fachabteilung bzw. -ambulanz.	1 St 250 IE	171,00
		1 St 500 IE	302,80
		1 St 1000 IE	578,60
RE1	Beriate 200 IE/ml Plv. und Lsgm. zur Herst. einer Inj.- oder Inf.slg. 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

Bezeichnung	T	OP	KVP in €
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 Haemoclin 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 Haemoclin 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
RE1 Haemoclin 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	592,10
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 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	929,15
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

	Bezeichnung	T	OP	KVP in €
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
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	351,05
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	665,15

Bezeichnung	T	OP	KVP in €
RE1 Alprolix 1000 IE Plv. und Lsgm. zur Herst. einer Inj.lsg. Bei schwerem angeborenem 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	1.307,00
RE1 Alprolix 2000 IE Plv. und Lsgm. zur Herst. einer Inj.lsg. Bei schwerem angeborenem 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	2.589,15
RE1 Alprolix 3000 IE Plv. und Lsgm. zur Herst. einer Inj.lsg. Bei schwerem angeborenem 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	3.871,35
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
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 angeborenem 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 angeborenem 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 angeborenem 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 angeborenem 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	Immunate 500 IE FVIII/375 IE VWF Plv. und Lsgm. zur Herst. einer Inj.lsg. Eine Kostenübernahme ist möglich in den Indikationen angeborener Faktor VIII-Mangel (Hämophilie A) und erworbener Faktor VIII-Mangel sowie von Willebrand-Jürgens-Syndrom mit Faktor VIII-Mangel. Diagnosestellung und regelmäßige Kontrollen in entsprechender Fachabteilung bzw. -ambulanz.	5 ml	327,55
RE1	Immunate 1000 IE FVIII/750 IE VWF Plv. und Lsgm. zur Herst. einer Inj.lsg. Eine Kostenübernahme ist möglich in den Indikationen angeborener Faktor VIII-Mangel (Hämophilie A) und erworbener Faktor VIII-Mangel sowie von Willebrand-Jürgens-Syndrom mit Faktor VIII-Mangel. Diagnosestellung und regelmäßige Kontrollen in entsprechender Fachabteilung bzw. -ambulanz.	10 ml	624,75
RE1	Wilate 500 IE FVIII und 500 IE VWF 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
RE1	Wilate 1000 IE FVIII und 1000 IE VWF 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.	1 St	570,10
	Die Behandlung mit Romiplostim sollte abgebrochen werden, wenn die Thrombozytenzahl nach vierwöchiger 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.	0,5 ml	
		4 St	2.206,35
		0,5 ml	

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.	1 St	1.115,50
	Die Behandlung mit Romiplostim sollte abgebrochen werden, wenn die Thrombozytenzahl nach vierwöchiger 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 ml	
		4 St	4.388,05
		1 ml	

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.	14 St	468,40
	Die Behandlung mit Eltrombopag sollte abgebrochen werden, wenn die Thrombozytenzahl nach vierwöchiger 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.	28 St	912,15

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.	14 St	912,15
	Die Behandlung mit Eltrombopag sollte abgebrochen werden, wenn die Thrombozytenzahl nach vierwöchiger 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.	28 St	1.799,65

Bezeichnung	T	OP	KVP in €
-------------	---	----	----------

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 vierwöchiger 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	1.355,95
		28 St	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 angeborenem 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	2.159,10
		1 ml	

Emicizumab 0,15/ml

RE1 L3	Hemlibra 150 mg/ml Inj.lsg. ^(PM) Wenn eine Routineprophylaxe indiziert ist bei - schwerem angeborenem 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	4.279,65
		0,4 ml	
		1 St	7.468,35
		0,7 ml	
		1 St	10.666,95
		1 ml	

B02BX08 Avatrombopag

Avatrombopag 0,02

RE1	Doptelet 20 mg Filmtabl. ^(PM) 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 vierwöchiger 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	710,40
		15 St	1.053,30
		30 St	2.081,90

B03 ANTIANÄMIKA

B03A EISEN-HALTIGE ZUBEREITUNGEN

B03AC Eisen, parenterale Zubereitungen

Fe (III) 0,02/ml als Eisen(III)oxid-Saccharose-Komplex

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	20,65
		5 St	50,70

Bezeichnung	T	OP	KVP in €
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 Ferinject 50 mg Eisen/ml Inj.lsg. oder Konz. zur Herst. einer Inf.lsg. (EM) Zur Eisensubstitution, wenn mit oralen Therapiealternativen (ATC-Code B03A) nachweislich nicht das Auslangen gefunden werden kann.		1 St 5 ml 1 St 20 ml	125,40 245,15
Fe (III) 0,1/ml als Eisen(III)-Isomaltosid			
RE2 MonoFer 100 mg/ml Inj.- oder Inf.lsg. (EM) 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!) <i>Epoetin alfa 0,0000084 entspr. 1.000 IE</i>		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!) <i>Epoetin alfa 0,0000084 entspr. 1.000 IE</i>		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!) <i>Epoetin theta 0,0000083 entspr. 1.000 IE</i>		6 St	48,15

Bezeichnung	T	OP	KVP in €
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!) <i>Epoetin alfa 0,000084 entspr. 1.000 IE</i>		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!) <i>Epoetin zeta 0,000084 entspr. 1.000 IE</i>		6 St	48,70

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!) <i>Epoetin alfa 0,000168 entspr. 2.000 IE</i>		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!) <i>Epoetin alfa 0,000168 entspr. 2.000 IE</i>		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!) <i>Epoetin theta 0,000167 entspr. 2.000 IE</i>		6 St	90,85

Bezeichnung	T	OP	KVP in €
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!) <i>Epoetin alfa 0,0000168 entspr. 2.000 IE</i>		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!) <i>Epoetin zeta 0,0000168 entspr. 2.000 IE</i>		6 St	91,90
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!) <i>Epoetin alfa 0,0000252 entspr. 3.000 IE</i>		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!) <i>Epoetin theta 0,000025 entspr. 3.000 IE</i>		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!) <i>Epoetin zeta 0,0000252 entspr. 3.000 IE</i>		6 St	132,25

Bezeichnung	T	OP	KVP in €
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!) <i>Epoetin alfa 0,0000336 entspr. 4.000 IE</i>		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!) <i>Epoetin alfa 0,0000336 entspr. 4.000 IE</i>		6 St	168,45
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!) <i>Epoetin theta 0,0000333 entspr. 4.000 IE</i>		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!) <i>Epoetin alfa 0,0000336 entspr. 4.000 IE</i>		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!) <i>Epoetin zeta 0,0000336 entspr. 4.000 IE</i>		6 St	170,30

Bezeichnung	T	OP	KVP in €
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!) <i>Epoetin alfa 0,000042 entspr. 5.000 IE</i>		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!) <i>Epoetin alfa 0,000042 entspr. 5.000 IE</i>		6 St	203,15
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!) <i>Epoetin theta 0,0000417 entspr. 5.000 IE</i>		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!) <i>Epoetin zeta 0,000042 entspr. 5.000 IE</i>		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!) <i>Epoetin alfa 0,0000504 entspr. 6.000 IE</i>		6 St	234,30
--	--	------	--------

Bezeichnung	T	OP	KVP in €
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!) <i>Epoetin alfa 0,000504 entspr. 6.000 IE</i>		6 St	234,30
RE1 Retacrit 6.000 IE/0,6 ml Inj.Isg. 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!) <i>Epoetin zeta 0,000504 entspr. 6.000 IE</i>		6 St	234,40

Erythropoietin 8.000 IE

RE1 Abseamed 8.000 IE/0,8 ml Inj.Isg. 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!) <i>Epoetin alfa 0,000672 entspr. 8.000 IE</i>		6 St	312,35
RE1 Retacrit 8.000 IE/0,8 ml Inj.Isg. 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!) <i>Epoetin zeta 0,000672 entspr. 8.000 IE</i>		6 St	312,35

B03XA02 Darbeпоetin alfa

Darbeпоetin alfa 10 mcg

RE1 Aranesp 10 mcg Inj.Isg. Fertigspr. (M) 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
---	--	------	-------

Bezeichnung	T	OP	KVP in €
Darbeпоetin 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
Darbeпоetin 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
Darbeпоetin alfa 40 mcg			
RE1 Aranesp 40 mcg Inj.lsg. Fertigipen (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
Darbeпоetin 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

Bezeichnung	T	OP	KVP in €
-------------	---	----	----------

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

Darbepoetin alfa 80 mcg

RE1	Aranesp 80 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	415,15
RE1	Aranesp 80 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	415,15

Darbepoetin alfa 100 mcg

RE1	Aranesp 100 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	512,75
------------	---	------	--------

Bezeichnung	T	OP	KVP in €
RE1 Aranesp 100 mcg Inj.lsg. Fertigspr. (CM) 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	12,05
RE2 Glucose 5 % "Fresenius" Plastikinf.fl. 500 ml Bei Exsikkose, wenn eine orale Flüssigkeitszufuhr nicht ausreichend möglich ist.		10 St	12,20

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	8,30
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	7,55
RE2 Natr. chlorat. physiolog. "Med." Plastikinf.fl. 500 ml Bei Exsikkose, wenn eine orale Flüssigkeitszufuhr nicht ausreichend möglich ist.		10 St	7,90
RE2 Physiolog. Kochsalzlg. "Fresenius" Inf.fl. 250 ml Bei Exsikkose, wenn eine orale Flüssigkeitszufuhr nicht ausreichend möglich ist.		10 St	9,85
RE2 Physiolog. Kochsalzlg. "Fresenius" Inf.fl. 500 ml Bei Exsikkose, wenn eine orale Flüssigkeitszufuhr nicht ausreichend möglich ist.		10 St	10,95
RE2 Physiolog. Kochsalzlg. "Fresenius" Inf.fl. 1000 ml Bei Exsikkose, wenn eine orale Flüssigkeitszufuhr nicht ausreichend möglich ist.		6 St	13,20
RE2 Physiolog. Kochsalzlg. "Fresenius" Plastikinf.fl. 250 ml Bei Exsikkose, wenn eine orale Flüssigkeitszufuhr nicht ausreichend möglich ist.		10 St	9,85
RE2 Physiolog. Kochsalzlg. "Fresenius" Plastikinf.fl. 500 ml Bei Exsikkose, wenn eine orale Flüssigkeitszufuhr nicht ausreichend möglich ist.		10 St	10,95

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	10,95

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	10,65
--	--	-------	-------

Bezeichnung	T	OP	KVP in €
RE2 Ringer-Lsg. "Fresenius" Plastikinf.fl. 500 ml Bei Exsikkose, wenn eine orale Flüssigkeitszufuhr nicht ausreichend möglich ist.		10 St	10,95
RE2 Ringer-Lsg. "Med." Plastikinf.fl. 500 ml Bei Exsikkose, wenn eine orale Flüssigkeitszufuhr nicht ausreichend möglich ist.		10 St	7,90

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

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.slg. Fertigspr. (EM) 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. (EM) 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 0,15 mg/Dosis Inj.slg. 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	52,30
RE2	Jext 150 mcg Inj.slg. 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 0,3 mg/Dosis Inj.slg. 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	52,30
RE2	Jext 300 mcg Inj.slg. 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 VASODILATOREN
C01DX Andere bei Herzerkrankungen eingesetzte Vasodilatoren
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
------------	--	-------------------	----------------

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	106,90
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	Ranexa 375 mg Retardtabl.	30 St	37,90
L3	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.	60 St	69,90

Ranolazin 0,5

RE1	Ranexa 500 mg Retardtabl.	30 St	37,90
L3	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.	60 St	69,90

Ranolazin 0,75

RE1	Ranexa 750 mg Retardtabl.	30 St	37,90
L3	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.	60 St	69,90

C02 ANTIHYPERTONIKA C02K ANDERE ANTIHYPERTONIKA

C02KX Antihypertonika zur Behandlung der pulmonal arteriellen Hypertonie

Sildenafil 0,02

RE1	Granpidam 20 mg Filmtabl.	90 St	206,35
	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.		
RE1	Pulmolan 20 mg Filmtabl.	90 St	217,00
	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.		
RE1	Revatio 20 mg Filmtabl.	90 St	229,60
	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.		
RE1	Sildenafil "ratiopharm" 20 mg Filmtabl.	90 St	214,20
	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.		
RE1	Sildenafil "Sandoz" 20 mg Filmtabl.	90 St	216,90
	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.		

Bezeichnung	T	OP	KVP in €
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	580,10
		56 St Blister	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

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
--	--	-------	--------

Bezeichnung	T	OP	KVP in €
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	580,10
		56 St Flasche	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	505,10
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	505,10
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

Bezeichnung		T	OP	KVP in €
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	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	2.304,70
------------	---	--	-------	----------

C02KX05 Riociguat

Riociguat 0,0005

RE1	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	1.218,85
------------	--	--	-------	----------

Riociguat 0,001

RE1	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	1.218,85
L3			84 St	2.413,05

Riociguat 0,0015

RE1	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	1.218,85
L3			84 St	2.413,05

Bezeichnung	T	OP	KVP in €
-------------	---	----	----------

Riociguat 0,002

RE1	Adempas 2 mg Filmtabl.	42 St	1.218,85
L3	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).	84 St	2.413,05

Riociguat 0,0025

RE1	Adempas 2,5 mg Filmtabl.	42 St	1.218,85
L3	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).	84 St	2.413,05

C03 DIURETIKA

C03D ALDOSTERON-ANTAGONISTEN UND ANDERE KALIUM SPARENDE MITTEL

C03DA Aldosteron-Antagonisten

C03DA05 Finerenon

Finerenon 0,01

RE2	Kerendia 10 mg Filmtabl. (RM)	14 St	30,65
	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.	28 St(2)	59,40

Finerenon 0,02

RE2	Kerendia 20 mg Filmtabl. (RM)	14 St	30,65
	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.	28 St(2)	59,40

C04 PERIPHERE VASODILATATOREN

C04A PERIPHERE VASODILATATOREN

C04AX Andere periphere Vasodilatoren

C04AX02 Phenoxybenzamin

Phenoxybenzamin 0,01

RE2	Dibenzylran 10 mg Kaps.	20 St	16,30
	Bei neurogener Blasenentleerungsstörung oder inoperablem Phäochromozytom, sowie kurzfristig vor operativen oder diagnostischen Eingriffen bei Patienten mit Phäochromozytom.	100 St	73,75

**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	6,60
-----	--	-------	------

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
-----	---	-------	-------

C09 MITTEL MIT WIRKUNG AUF DAS RENIN-ANGIOTENSIN-SYSTEM

**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. (EM) 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 m ² 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
RE1 L12	Neparvis 24 mg/26 mg Filmtabl. (EM) 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 m ² 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	Entresto 49 mg/51 mg Filmtabl. ^(EM)	28 St	76,80
L12	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 m ² 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
RE1	Neparvis 49 mg/51 mg Filmtabl. ^(EM)	28 St	76,80
L12	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 m ² 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

Valsartan 0,103, Sacubitril 0,097

RE1	Entresto 97 mg/103 mg Filmtabl. ^(EM)	56 St	141,60
L12	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 m ² 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).		
RE1	Neparvis 97 mg/103 mg Filmtabl. ^(EM)	56 St	141,60
L12	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 m ² 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).		

C10 MITTEL, DIE DEN LIPIDSTOFFWECHSEL BEEINFLUSSEN
C10A MITTEL, DIE DEN LIPIDSTOFFWECHSEL BEEINFLUSSEN, REIN
C10AA HMG-CoA-Reduktasehemmer
C10AA07 Rosuvastatin

Rosuvastatin 0,01

RE2	Crestor 10 mg Filmtabl.	30 St(2)	7,90
L6	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)		

Rosuvastatin 0,02

RE2	Crestor 20 mg Filmtabl.	30 St	7,90
L6	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)		

Rosuvastatin 0,04

RE1	Crestor 40 mg Filmtabl.	30 St	40,00
L6	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)		

C10AC Gallensäure bindende Mittel
C10AC04 Colesevelam

Colesevelam 0,625

RE1	Cholestagel 625 mg Filmtabl.	180 St	141,75
	Bei diagnostisch gesicherter KHK mit Hypercholesterinämie, wenn Statine (C10AA), Colestyramin (C10AC01) und Ezetimib (C10AX09) alleine und in Kombination (C10BA02) nicht ausreichend wirksam (LDL-Werte über 113 mg/dl) oder kontraindiziert sind.		

C10AX Andere Mittel, die den Lipidstoffwechsel beeinflussen C10AX13 Evolocumab

Evolocumab 0,14

RE1	Repatha 140 mg Inj.lsg. Fertigen ^(FM)	2 St	410,05
L6	<p>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</p> <ul style="list-style-type: none"> - 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. <p>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. Regelmäßige Kontrollen durch entsprechende Fachabteilung bzw. Zentrum bzw. durch einen/eine in der Therapie von Fettstoffwechselstörungen erfahrenen/erfahrene Facharzt/Fachärztin.</p> <p>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.</p> <p>Evolocumab eignet sich für eine chef(kontrollärztliche) Langzeitbewilligung für 6 Monate (L6).</p>		

C10AX14 Alirocumab**Alirocumab 0,075**

RE1	Praluent 75 mg Inj.lsg. Fertipgen ^{CM}	2 St	410,05
L6	<p>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</p> <ul style="list-style-type: none"> - 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. <p>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.</p> <p>Diagnose, Erhebung der Familienanamnese und Erstverordnung durch ein spezialisiertes Zentrum von einer/einem Endokrinologin oder Kardiologin oder Neurologin.</p> <p>Die Liste der für die Erstverordnung in Frage kommenden Einrichtungen wird vom Dachverband erstellt und unter www.sozialversicherung.at/erstattungskodex_stoffwechsel publiziert.</p> <p>Regelmäßige Kontrollen durch entsprechende Fachabteilung bzw. Zentrum bzw. durch einen/eine in der Therapie von Fettstoffwechselstörungen erfahrenen/erfahrene Facharzt/Fachärztin.</p> <p>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.</p> <p>Alirocumab eignet sich für eine chef(kontroll)ärztliche Langzeitbewilligung für 6 Monate (L6).</p>		

Alirocumab 0,15

RE1	Praluent 150 mg Inj.lsg. Fertigpen ^(PM)	2 St	410,05
L6	<p>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</p> <ul style="list-style-type: none"> - 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. <p>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.</p> <p>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.</p> <p>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.</p> <p>Alirocumab eignet sich für eine chef(kontroll)ärztliche Langzeitbewilligung für 6 Monate (L6).</p>		

Alirocumab 0,3

RE1			
L6	<p>Praluent 300 mg Inj.lsg. Fertipgen (EM)</p> <p>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</p> <ul style="list-style-type: none"> - 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. <p>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.</p> <p>Diagnose, Erhebung der Familienanamnese und Erstverordnung durch ein spezialisiertes Zentrum von einer/einem Endokrinologin oder Kardiologin oder NeurologIn.</p> <p>Die Liste der für die Erstverordnung in Frage kommenden Einrichtungen wird vom Dachverband erstellt und unter www.sozialversicherung.at/erstattungskodex_stoffwechsel publiziert.</p> <p>Regelmäßige Kontrollen durch entsprechende Fachabteilung bzw. Zentrum bzw. durch einen/eine in der Therapie von Fettstoffwechselsstörungen erfahrenen/erfahrene Facharzt/Fachärztin.</p> <p>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.</p> <p>Alirocumab eignet sich für eine chef(kontroll)ärztliche Langzeitbewilligung für 6 Monate (L6).</p>	1 St	410,05

C10AX15 Bempedoinsäure**Bempedoinsäure 0,18**

RE1			
	<p>Nilemdo 180 mg Filmtabl. (EM)</p> <p>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.</p>	14 St 28 St	41,60 78,45

C10AX16 Inclisiran**Inclisiran 0,284**

RE1	Leqvio 284 mg Inj.lsg. Fertigspr. (RM)	1 St	2.232,25
	<p>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</p> <ul style="list-style-type: none"> - 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 Statinverträglichkeit) ein LDL-Wert von kleiner als 70 mg/dl nicht erreicht werden kann, oder wenn diese Behandlungen kontraindiziert sind. <p>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.</p> <p>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.</p> <p>Inclisiran ist gemäß Fachinformation zur Verabreichung durch medizinisches Fachpersonal vorgesehen.</p> <p>Regelmäßige Kontrollen durch entsprechende Fachabteilung bzw. Zentrum bzw. durch einen/eine in der Therapie von Fettstoffwechselstörungen erfahrenen/erfahrenen Facharzt/Fachärztin.</p> <p>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.</p>		

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

RE1	Nustendi 180 mg/10 mg Filmtabl. (RM)	14 St 28 St	41,60 78,45
	<p>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.</p>		

D DERMATIKA**D06 ANTILOTIKA UND CHEMOTHERAPEUTIKA ZUR DERMATOLOGISCHEN ANWENDUNG****D06B CHEMOTHERAPEUTIKA ZUR TOPISCHEN ANWENDUNG****D06BB Antivirale Mittel****D06BB03 Aciclovir****Aciclovir 0,05/g**

RE1	Zovirax 5 % Creme	10 g	18,35
	<p>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.</p>		

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 cm ² 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.	12 St(2) 1 ED = 0,25 g	80,00
------------	--	---------------------------	-------

D06BB12 Sinekatechine**Trockenextrakt aus Grünteelblättern 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 cm ² 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	96,00
------------	--	------	-------

D08 ANTISEPTIKA UND DESINFEKTIONSMITTEL**D08A ANTISEPTIKA UND DESINFEKTIONSMITTEL****D08AJ Quartäre Ammonium-Verbindungen****D08AJ57 Octenidin, Kombinationen****Octenidin 0,001, 2-Phenoxyethanol 0,02/ml**

RE2	Octenisept Lsg. z. Wund- u. Schleimhautdesinfektion	250 ml	7,75
L12	Eine Kostenübernahme ist nur möglich zur Selbstkatheterisierung (z.B. bei Patienten mit Querschnittlähmung).	500 ml	11,40

D09 MEDIZINISCHE VERBÄNDE
D09A MEDIZINISCHE VERBÄNDE
D09AA Medizinische Verbände mit Antiinfektiva
D09AA09 Povidon-Iod

Povidon-Iod 0,3

RE1	Betasisodona 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 Lokalthherapie (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 Lokalthherapie (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 Lokalthherapie (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 Lokalthherapie (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

D11AH05 Dupilumab

Dupilumab 0,2

RE1 Dupixent 200 mg Inj.lsg. Fertigpen (EM) L6	- Bei Kindern von 6 Monaten bis 11 Jahre mit schwerer atopischer Dermatitis mit persistierendem Ekzem nach Ausschöpfung intensiver Lokalthherapie. Bei Jugendlichen ab 12 Jahren mit einem Körpergewicht < 60 kg mit schwerer atopischer Dermatitis mit persistierendem Ekzem nach Ausschöpfung intensiver Lokalthherapie 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 <ul style="list-style-type: none"> • 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 Anzahl an Asthma-Exazerbationen ODER bei einer gleichbleibenden Anzahl an Asthma-Exazerbationen in Verbindung mit einer deutlichen Dosisreduktion systemischer Corticosteroide im Vergleich zur Ausgangsdosis. Dupilumab eignet sich für eine chef(kontroll)ärztliche Langzeitbewilligung für 6 Monate (L6).	2 St	1.152,00
---	---	------	----------

Bezeichnung		T	OP	KVP in €
RE1	Dupixent 200 mg Inj.lsg. Fertigspr. (CM)			
L6	<p>- Bei Kindern von 6 Monaten bis 11 Jahre mit schwerer atopischer Dermatitis mit persistierendem Ekzem nach Ausschöpfung intensivierter Lokalthherapie. Bei Jugendlichen ab 12 Jahren mit einem Körpergewicht < 60 kg mit schwerer atopischer Dermatitis mit persistierendem Ekzem nach Ausschöpfung intensivierter Lokalthherapie 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.</p> <p>- 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 exhalierete Stickstoffmonoxid-Fraktion (FeNO größer/gleich 50 ppb) UND</p> <ul style="list-style-type: none"> • 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. <p>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 Anzahl an Asthma-Exazerbationen ODER bei einer gleichbleibenden Anzahl an Asthma-Exazerbationen in Verbindung mit einer deutlichen Dosisreduktion systemischer Corticosteroide im Vergleich zur Ausgangsdosis.</p> <p>Dupilumab eignet sich für eine chef(kontroll)ärztliche Langzeitbewilligung für 6 Monate (L6).</p>	2 St	1.152,00	

Dupilumab 0,3

RE1	Dupilumab 0,3	2 St	1.152,00
L6	<p>Dupilumab 300 mg Inj.lsg. Fertigpen (CM)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Bei Kindern von 6 Monaten bis 11 Jahre mit schwerer atopischer Dermatitis mit persistierendem Ekzem nach Ausschöpfung intensiver Lokalthherapie. Bei Jugendlichen ab 12 Jahren mit einem Körpergewicht größer/gleich 60 kg und Erwachsenen mit schwerer atopischer Dermatitis mit persistierendem Ekzem nach Ausschöpfung intensiver Lokalthherapie 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 exhalierete Stickstoffmonoxid-Fraktion (FeNO größer/gleich 50 ppb) UND <ul style="list-style-type: none"> • 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 pulmonologische 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 Anzahl an Asthma-Exazerbationen ODER bei einer gleichbleibenden Anzahl 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 intensiver Lokalthherapie 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 mit einem Körpergewicht größer/gleich 40 kg mit schwerer aktiver eosinophiler Ösophagitis 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
- 8 oder mehr Dysphagieepisoden innerhalb der letzten 4 Wochen auftraten.

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).

RE1	Bezeichnung	T	OP	KVP in €	
L6	<p>Dupixent 300 mg Inj.lsg. Fertigspr. [Ⓜ]</p> <ul style="list-style-type: none"> - Bei Kindern von 6 Monaten bis 11 Jahre mit schwerer atopischer Dermatitis mit persistierendem Ekzem nach Ausschöpfung intensiver Lokalthherapie. Bei Jugendlichen ab 12 Jahren mit einem Körpergewicht größer/gleich 60 kg und Erwachsenen mit schwerer atopischer Dermatitis mit persistierendem Ekzem nach Ausschöpfung intensiver Lokalthherapie 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 exhalierete Stickstoffmonoxid-Fraktion (FeNO größer/gleich 50 ppb) UND <ul style="list-style-type: none"> • 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 Spitalbehandlung 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 Anzahl an Asthma-Exazerbationen ODER bei einer gleichbleibenden Anzahl 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 intensiver Lokalthherapie 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 mit einem Körpergewicht größer/gleich 40 kg mit schwerer aktiver eosinophiler Ösophagitis seit mindestens 6 Monaten UND wenn nach einer topischen Corticosteroid-Therapie des Ösophagus (ausgenommen PatientInnen mit Kontraindikation) über mindestens 3 Monate <ul style="list-style-type: none"> • mindestens 15 eosinophile Granulozyten pro hochauflösendem 			2 St	1.152,00

Bezeichnung	T	OP	KVP in €
<p>Gesichtsfeld (0,345 mm²) in mindestens einer Biopsie vorhanden sind UND</p> <ul style="list-style-type: none"> • 8 oder mehr Dysphagieepisodes innerhalb der letzten 4 Wochen auftraten. <p>Erstverordnung, Dokumentation und Kontrolle alle 6 Monate durch GastroenterologInnen.</p> <p>Die Therapie ist nur fortzuführen, wenn innerhalb der ersten 6 Monate eine histologische Remission (kleiner/gleich 6 eosinophile Granulozyten pro hochauflösendem Gesichtsfeld) eingetreten ist.</p> <p>Dupilumab eignet sich für eine chef(kontroll)ärztliche Langzeitbewilligung für 6 Monate (L6).</p>			

D11AH08 Abrocitinib

Abrocitinib 0,05

<p>RE2 Cibinqo 50 mg Filmtabl. (PM)</p> <p>Bei Erwachsenen mit schwerer atopischer Dermatitis mit persistierendem Ekzem nach Ausschöpfung intensiver Lokalthherapie.</p> <p>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.</p>	28 St	1.020,95
---	-------	----------

Abrocitinib 0,1

<p>RE2 Cibinqo 100 mg Filmtabl. (PM)</p> <p>Bei Erwachsenen mit schwerer atopischer Dermatitis mit persistierendem Ekzem nach Ausschöpfung intensiver Lokalthherapie.</p> <p>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.</p>	28 St	1.052,10
--	-------	----------

Abrocitinib 0,2

<p>RE2 Cibinqo 200 mg Filmtabl. (PM)</p> <p>Bei Erwachsenen mit schwerer atopischer Dermatitis mit persistierendem Ekzem nach Ausschöpfung intensiver Lokalthherapie.</p> <p>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.</p>	28 St	1.116,40
--	-------	----------

D11AX Andere Dermatika D11AX23 Kalium Aminobenzoat

Kalium-4-aminobenzoat 3,0/ED

<p>RE2 Potaba "Glenwood" 3 g Plv.</p> <p>Induratio penis plastica.</p> <p>Erstverordnung und regelmäßige Kontrolle durch Fachärzte für Urologie.</p>	40 St	39,40
---	-------	-------

G UROGENITALSYSTEM UND SEXUALHORMONE
G03 SEXUALHORMONE UND MODULATOREN DES GENITALSYSTEMS
G03B ANDROGENE
G03BA 3-Oxoandrogen-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
------------	--	---------------------	-------

Testosteron 1,0

RE1	Nebido 1000 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	123,00
------------	---	------	--------

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 OVULATIONS AUSLÖSER
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.	5 St	158,20
	Eine Kostenübernahme ist möglich in Kombination mit HCG bei:	10 St	263,75
	- 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.		

G03GA04 Urofollitropin**Urofollitropin 75 IE**

RE1	Fostimon 75 IU/1 ml Plv. u. Lsgm. zur Herst. einer Inj.lsg.	10 St	221,15
	Bei anovulatorischen Frauen zur Auslösung der Ovulation, die auf eine Behandlung mit Clomifencitrat nicht ansprechen.		
	Nicht zur Unterstützung von Maßnahmen der assistierten Reproduktion.		

G03GA05 Follitropin alfa**Follitropin alfa 300 IE**

RE1	Gonal-f 300 IE Inj.lsg. Injektor	1 St	105,90
	Bei anovulatorischen Frauen zur Auslösung der Ovulation, die auf eine Behandlung mit Clomifencitrat nicht ansprechen.		
	Keine Kostenübernahme zur Unterstützung von Maßnahmen der assistierten Reproduktion.		
RE1	Ovaleap 300 IE/0,5 ml Inj.lsg.	1 St	90,95
	Bei anovulatorischen Frauen zur Auslösung der Ovulation, die auf eine Behandlung mit Clomifencitrat nicht ansprechen.		
	Keine Kostenübernahme zur Unterstützung von Maßnahmen der assistierten Reproduktion.		

Follitropin alfa 450 IE

RE1	Gonal-f 450 IE Inj.lsg. Injektor	1 St	147,25
	Bei anovulatorischen Frauen zur Auslösung der Ovulation, die auf eine Behandlung mit Clomifencitrat nicht ansprechen.		
	Keine Kostenübernahme zur Unterstützung von Maßnahmen der assistierten Reproduktion.		
RE1	Ovaleap 450 IE/0,75 ml Inj.lsg.	1 St	130,90
	Bei anovulatorischen Frauen zur Auslösung der Ovulation, die auf eine Behandlung mit Clomifencitrat nicht ansprechen.		
	Keine Kostenübernahme zur Unterstützung von Maßnahmen der assistierten Reproduktion.		

Follitropin alfa 900 IE

RE1	Gonal-f 900 IE Inj.lsg. Injektor	1 St	269,95
	Bei anovulatorischen Frauen zur Auslösung der Ovulation, die auf eine Behandlung mit Clomifencitrat nicht ansprechen.		
	Keine Kostenübernahme zur Unterstützung von Maßnahmen der assistierten Reproduktion.		
RE1	Ovaleap 900 IE/1,5 ml Inj.lsg.	1 St	231,90
	Bei anovulatorischen Frauen zur Auslösung der Ovulation, die auf eine Behandlung mit Clomifencitrat nicht ansprechen.		
	Keine Kostenübernahme zur Unterstützung von Maßnahmen der assistierten Reproduktion.		

Follitropin alfa 1.050 IE

RE1	Gonal-f 1050 IE (77 mcg) Plv. u. Lsgm. zur Herst. einer Inj.lsg.	1 St	436,95
	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.		

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
------------	--	------	--------

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	Midane Drag.	21 St	4,95
L6	<ul style="list-style-type: none"> - 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. 		

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 Somatotropin und Somatotropin-Agonisten
H01AC01 Somatotropin

Somatropin 0,002

RE1	Genotropin 0,2 mg MiniQuick Spritzamp.	7 St	65,50
L6	<p>Eine Kostenübernahme ist möglich:</p> <p>Kinder: Bei Minderwuchs durch unzureichende Wachstumshormonsekretion, Minderwuchs bei Turnersyndrom oder bei chronischer Niereninsuffizienz und bei Prader-Willi-Syndrom.</p> <p>Erwachsene: Bei schwerwiegendem Wachstumshormondefizit (definiert als Wachstumshormon-Peak im Insulintoleranztest von weniger als 3 ng/ml):</p> <ul style="list-style-type: none"> - Fortsetzung der im Kindesalter begonnenen Behandlung nach Auslassversuch von zwei bis drei Monaten; nur bis zu einem Höchstausmaß der Erwachsenenknöchelmasse 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. <p>Diagnosestellung und regelmäßige Kontrollen in entsprechender Fachabteilung bzw. -ambulanz.</p>		

Somatropin 0,005

RE1	Norditropin FlexPro 5 mg/1,5 ml Inj.lsg. Fertipgen	1 St	212,75
	<p>Kinder: Bei Minderwuchs durch unzureichende Wachstumshormonsekretion, Minderwuchs bei Turnersyndrom oder bei chronischer Niereninsuffizienz.</p> <p>Erwachsene: Bei schwerwiegendem Wachstumshormondefizit (definiert als Wachstumshormon-Peak im Insulintoleranztest von weniger als 3 ng/ml):</p> <ul style="list-style-type: none"> - Fortsetzung der im Kindesalter begonnenen Behandlung nach Auslassversuch von zwei bis drei Monaten; nur bis zu einem Höchstausmaß der Erwachsenenknöchelmasse 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. <p>Diagnosestellung und regelmäßige Kontrollen in entsprechender Fachabteilung bzw. -ambulanz.</p>		
RE1	Omnitrope 5 mg/1,5 ml Inj.lsg.	1 St	134,70
	<p>Kinder: Bei Minderwuchs durch unzureichende Wachstumshormonsekretion, Minderwuchs bei Turnersyndrom oder bei chronischer Niereninsuffizienz</p> <p>Erwachsene: Bei schwerwiegendem Wachstumshormondefizit (definiert als Wachstumshormon-Peak im Insulintoleranztest von weniger als 3 ng/ml):</p> <ul style="list-style-type: none"> - Fortsetzung der im Kindesalter begonnenen Behandlung nach Auslassversuch von zwei bis drei Monaten; nur bis zu einem Höchstausmaß der Erwachsenenknöchelmasse 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. <p>Diagnosestellung und regelmäßige Kontrollen in entsprechender Fachabteilung bzw. -ambulanz.</p>	5 St	571,25

Somatropin 0,0053

RE1	Genotropin 5,3 mg/ml KabiPen Zylinderamp.	5 St	941,55
L6	<p>Eine Kostenübernahme ist möglich:</p> <p>Kinder: Bei Minderwuchs durch unzureichende Wachstumshormonsekretion, Minderwuchs bei Turnersyndrom oder bei chronischer Niereninsuffizienz und bei Prader-Willi-Syndrom.</p> <p>Erwachsene: Bei schwerwiegendem Wachstumshormondefizit (definiert als Wachstumshormon-Peak im Insulintoleranztest von weniger als 3 ng/ml):</p> <ul style="list-style-type: none"> - 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. <p>Diagnosestellung und regelmäßige Kontrollen in entsprechender Fachabteilung bzw. -ambulanz.</p>		

Somatropin 0,006

RE1	Humatrope 18 IE (6 mg) Zylinderamp.	1 St	220,00
L6	<p>Eine Kostenübernahme ist möglich:</p> <p>Kinder: Bei Minderwuchs durch unzureichende Wachstumshormonsekretion, Minderwuchs bei Turnersyndrom oder bei chronischer Niereninsuffizienz und bei Prader-Willi-Syndrom.</p> <p>Erwachsene: Bei schwerwiegendem Wachstumshormondefizit (definiert als Wachstumshormon-Peak im Insulintoleranztest von weniger als 3 ng/ml):</p> <ul style="list-style-type: none"> - 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. <p>Diagnosestellung und regelmäßige Kontrollen in entsprechender Fachabteilung bzw. -ambulanz.</p>		
RE1	Saizen 5,83 mg/ml Inj.lsg.	1 St	186,20
	<p>Kinder: Bei Minderwuchs durch unzureichende Wachstumshormonsekretion, Minderwuchs bei Turnersyndrom oder bei chronischer Niereninsuffizienz.</p> <p>Erwachsene: Bei schwerwiegendem Wachstumshormondefizit (definiert als Wachstumshormon-Peak im Insulintoleranztest von weniger als 3 ng/ml):</p> <ul style="list-style-type: none"> - 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. <p>Diagnosestellung und regelmäßige Kontrollen in entsprechender Fachabteilung bzw. -ambulanz.</p>	1,03 ml	

Bezeichnung	T	OP	KVP in €
Somatropin 0,008/ml			
RE1 Saizen 8 mg/ml Inj.lsg.		1 St	353,85
Kinder: Bei Minderwuchs durch unzureichende Wachstumshormonsekretion, Minderwuchs bei Turnersyndrom oder bei chronischer Niereninsuffizienz.		1,5 ml	564,95
Erwachsene: Bei schwerwiegendem Wachstumshormondefizit (definiert als Wachstumshormon-Peak im Insulintoleranztest von weniger als 3 ng/ml):		1 St	
- 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.		2,5 ml	
- 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.			
Somatropin 0,01			
RE1 Norditropin FlexPro 10 mg/1,5 ml Inj.lsg. Fertigpen		1 St	395,10
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.			
RE1 NutropinAq 10 mg/2 ml Inj.lsg. Zylinderamp.		1 St	354,40
Kinder: Bei Minderwuchs durch unzureichende Wachstumshormonsekretion, Minderwuchs bei Turnersyndrom oder bei chronischer Niereninsuffizienz und bei Prader-Willi-Syndrom.		6 St	1.972,65
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.			
RE1 Omnitrope 10 mg/1,5 ml Inj.lsg.		1 St	238,65
Kinder: Bei Minderwuchs durch unzureichende Wachstumshormonsekretion, Minderwuchs bei Turnersyndrom oder bei chronischer Niereninsuffizienz		5 St	1.117,80
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.			

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

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

Bezeichnung	T	OP	KVP in €
-------------	---	----	----------

Somatropin 0,024

RE1	Humatrope 72 IE (24 mg) Zylinderamp.		1 St	849,10
L6	<p>Eine Kostenübernahme ist möglich:</p> <p>Kinder: Bei Minderwuchs durch unzureichende Wachstumshormonsekretion, Minderwuchs bei Turnersyndrom oder bei chronischer Niereninsuffizienz und bei Prader-Willi-Syndrom.</p> <p>Erwachsene: Bei schwerwiegendem Wachstumshormondefizit (definiert als Wachstumshormon-Peak im Insulintoleranztest von weniger als 3 ng/ml):</p> <ul style="list-style-type: none"> - 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. <p>Diagnosestellung und regelmäßige Kontrollen in entsprechender Fachabteilung bzw. -ambulanz.</p>			

H01AC03 Mecasermin

Mecasermin 0,01/ml

RE1	Increlex 10 mg/ml Inj.lsg.		1 St	637,70
L6	<p>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:</p> <ul style="list-style-type: none"> - 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. <p>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).</p>		4 ml	

H01B HYPOPHYSENHINTERLAPPENHORMONE

H01BA Vasopressin und Analoga

H01BA02 Desmopressin

Desmopressin 0,00006

RE2	Minirin Melt 60 mcg Lyophilisat zum Einnehmen		30 St	32,90
	<p>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.</p> <p>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).</p> <p>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.</p> <p><i>Desmopressinacetat 0,000067 entspr. Desmopressin 0,00006</i></p>		100 St	89,00

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
------------	--	-------	-------

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. <i>Desmopressinacetat 0,000135 entspr. Desmopressin 0,00012</i>	30 St 100 St	55,60 162,40
------------	---	-----------------	-----------------

Desmopressin 0,000178

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. <i>Desmopressinacetat 0,0002 entspr. Desmopressin 0,000178</i>	15 St 60 St	23,60 84,05
------------	--	----------------	----------------

H01C HYPOTHALAMUSHORMONE
H01CA Gonadotropin-Releasing-Hormone
H01CA01 Gonadorelin

Gonadorelin 0,0032

RE2	Lutrelf 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 0,0005

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.		5 St	74,10
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 Notfallbehandlung bei gastro-ösophagealen Blutungen.			

Octreotid 0,0005

RE1 Sandostatin 500 mcg/ml Inj./-Inf.lsg.		5 St	282,30
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 Notfallbehandlung bei gastro-ösophagealen Blutungen.			

H01CB03 Lanreotid

Lanreotid 0,06

RE1 Somatuline Autogel 60 mg Inj.lsg.		1 St	901,55
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.			

Lanreotid 0,09

RE1 Somatuline Autogel 90 mg Inj.lsg.		1 St	1.171,00
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.			

Lanreotid 0,12

RE1 Somatuline Autogel 120 mg Inj.lsg.		1 St	1.489,05
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.			

H04 PANKREASHORMONE H04A GLYKOGENOLYTISCHE HORMONE H04AA Glykogenolytische Hormone H04AA01 Glucagon

Glucagon 0,003

RE2 Baqsimi 3 mg Nasenplv. Einzeldosis		1 St	81,65
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 31.7.2025.			

H05 CALCIUMHOMÖOSTASE
H05A NEBENSCHILDRÜSENHORMONE 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	154,50 154,50
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
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	154,60 154,60

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
-----	--	--------	----------

Bezeichnung	T	OP	KVP in €
-------------	---	----	----------

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	212,35 396,10
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
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 Weichgewebeeinfektionen 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
------------	---	----------------------	--------

J02AC02 Itraconazol**Itraconazol 0,01/ml**

RE2	Sporanox 10 mg/ml Lsg. zum Einnehmen Eine Kostenübernahme ist möglich in der Indikation orale und/oder ösophageale Candidose bei HIV positiven oder anderen immunsupprimierten Patienten.	150 ml 1 MB = 10 ml	84,75
------------	---	------------------------	-------

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

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 10 St T2 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
------------	--	----------------	------------------

Bezeichnung		T	OP	KVP in €
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	127,30
			30 St	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	10 St	123,00
		T2	30 St	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	128,30
			30 St	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	127,40
			30 St	339,70
RE1	Voriconazol "Stada" 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	127,30
			30 St	339,45

J02AC04 Posaconazol**Posaconazol 0,04/ml**

RE1	Noxafil 40 mg/ml Susp. zum Einnehmen 1. Zur Behandlung folgender invasiver Pilzinfektionen: <ul style="list-style-type: none"> - 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 Pilzkrankungen für <ul style="list-style-type: none"> - 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: <ul style="list-style-type: none"> - 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 Pilzkrankungen für <ul style="list-style-type: none"> - 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.		24 St	171,00
	1. Zur Behandlung folgender invasiver Pilzinfektionen:		96 St	602,60
	- 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 Pilzkrankungen 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.			
RE2	Posaconazol "ratiopharm" 100 mg magensaftresistente Tabl.		24 St	171,00
	1. Zur Behandlung folgender invasiver Pilzinfektionen:		96 St	602,60
	- 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 Pilzkrankungen 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.			

Bezeichnung	T	OP	KVP in €
RE2 Posaconazol "Stada" 100 mg magensaftresistente Tabl.		24 St	171,00
1. Zur Behandlung folgender invasiver Pilzinfektionen:		96 St	602,60
- 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 Pilzkrankungen 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.			

J04 MITTEL GEGEN MYKOBAKTERIEN
J04A MITTEL ZUR BEHANDLUNG DER TUBERKULOSE
J04AB Antibiotika
J04AB04 Rifabutin

Rifabutin 0,15

RE2 Mycobutin 150 mg Kaps.		30 St	118,35
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.			

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

RE2 Valganciclovir "Accord" 450 mg Filmtabl.		60 St	585,75
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.			
RE2 Valganciclovir "Bluefish" 450 mg Filmtabl.		60 St	579,90
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.			

Bezeichnung	T	OP	KVP in €
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	592,45

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

J05AE07 Fosamprenavir

Fosamprenavir 0,7

RE2 Telzir 700 mg Filmtabl. In Kombination mit antiretroviralen Nucleosidanaloga bei HIV-1-infizierten Erwachsenen. Die Therapieeinleitung und regelmäßige -kontrollen sind von einem Arzt, der Erfahrung in der Behandlung der HIV-Infektion besitzt, durchzuführen.		60 St	423,25
--	--	-------	--------

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
---	--	-------	--------

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 "Mylan" 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	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

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.			84 St	196,10
<p>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.</p>				

Lamivudin 0,15

RE2 Epivir 150 mg Filmtabl.	T2		60 St	119,20
<p>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.</p>				

Lamivudin 0,3

RE2 Epivir 300 mg Filmtabl.			30 St	119,20
<p>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.</p>				
RE2 Lamivudin "Sandoz" 300 mg Filmtabl.			30 St	116,35
<p>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.</p>				

J05AF06 Abacavir

Abacavir 0,02/ml

RE2 Ziagen 20 mg/ml Lsg. zum Einnehmen			240 ml	79,30
<p>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.</p>				

Abacavir 0,3

RE2 Ziagen 300 mg Filmtabl.	T2		60 St	243,70
<p>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.</p>				

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.	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	<p>Tenofovir Disoproxil "Accordpharma" 245 mg Filmtabl.</p> <p>In Kombination mit anderen antiretroviralen Arzneimitteln bei</p> <ul style="list-style-type: none"> - 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. <p>Therapieeinleitung und regelmäßige Kontrollen durch einen Arzt/eine Ärztin mit Erfahrung in der HIV-Behandlung.</p> <p>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.</p> <p>Indikationsstellung und Therapieüberwachung durch einen Arzt/eine Ärztin mit Erfahrung in der Behandlung der Hepatitis B.</p> <p>Regelmäßige Überwachung der ALT-Werte (alle 3 Monate) und virologischer Parameter (alle 6 Monate).</p> <p>Die Therapie ist abzusetzen:</p> <ul style="list-style-type: none"> - 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. <p>Tenofovir Disoproxil eignet sich für eine chef(kontroll)ärztliche Langzeitbewilligung für 6 Monate (L6).</p>	30 St		144,45
RE2 L6	<p>Tenofovirdisoproxil "Stada" 245 mg Filmtabl.</p> <p>In Kombination mit anderen antiretroviralen Arzneimitteln bei</p> <ul style="list-style-type: none"> - 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. <p>Therapieeinleitung und regelmäßige Kontrollen durch einen Arzt/eine Ärztin mit Erfahrung in der HIV-Behandlung.</p> <p>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.</p> <p>Indikationsstellung und Therapieüberwachung durch einen Arzt/eine Ärztin mit Erfahrung in der Behandlung der Hepatitis B.</p> <p>Regelmäßige Überwachung der ALT-Werte (alle 3 Monate) und virologischer Parameter (alle 6 Monate).</p> <p>Die Therapie ist abzusetzen:</p> <ul style="list-style-type: none"> - 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. <p>Tenofovir Disoproxil eignet sich für eine chef(kontroll)ärztliche Langzeitbewilligung für 6 Monate (L6).</p>	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.		30 St	167,25
<p>Bei Erwachsenen in der Indikation chronische Hepatitis B</p> <ul style="list-style-type: none"> - 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 <p>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:</p> <ul style="list-style-type: none"> - 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. 			
RE2 Entecavir "ratiopharm" 1 mg Filmtabl.	T2	30 St	164,50
<p>Bei Erwachsenen in der Indikation chronische Hepatitis B</p> <ul style="list-style-type: none"> - 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 <p>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:</p> <ul style="list-style-type: none"> - 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. 			

J05AG Nicht-nukleosidale Inhibitoren der Reversen Transkriptase J05AG01 Nevirapin

Nevirapin 0,01/ml

RE2 Viramune 50 mg/5 ml Susp. zum Einnehmen		240 ml	76,05
<p>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.</p>			

Nevirapin 0,2

RE2 Viramune 200 mg Tabl.		14 St 60 St	57,55 188,00
<p>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.</p>			

Nevirapin 0,4

RE2 Nevirapin "Viatris" 400 mg Retardtabl.		30 St	120,10
<p>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.</p>			
RE2 Viramune 400 mg Retardtabl.		30 St	155,85
<p>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.</p>			

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	Intence 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	Rekombys 900 mg Depot-Inj.susp. (CM) 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	479,50
------------------	---	--	------	--------

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
------------------	---	--	-------	--------

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 Grippeperiode in Österreich bzw. für bestimmte Bundesländer durch das Virologische Institut der Medizinischen Universität Wien diagnostiziert und verlaubar worden ist. Die diesbezügliche Information über Beginn und Ende der Grippeperiode 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 Grippeperiode in Österreich bzw. für bestimmte Bundesländer durch das Virologische Institut der Medizinischen Universität Wien diagnostiziert und verlaubar worden ist. Die diesbezügliche Information über Beginn und Ende der Grippeperiode 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 Grippeperiode in Österreich bzw. für bestimmte Bundesländer durch das Virologische Institut der Medizinischen Universität Wien diagnostiziert und verlaubar worden ist. Die diesbezügliche Information über Beginn und Ende der Grippeperiode 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 therapie-naiven 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
------------	---	-------	--------

J05AJ04 Cabotegravir**Cabotegravir 0,03**

RE1	Vocabria 30 mg Filmtabl. (PM)	30 St	557,15
<p>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:</p> <ul style="list-style-type: none"> - 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"). <p>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.</p> <p>Therapieeinleitung und regelmäßige Kontrollen durch einen Arzt/eine Ärztin mit Erfahrung in der HIV-Behandlung.</p>			

Cabotegravir 0,6

RE1 L4	Vocabria 600 mg Depot-Inj.susp. (PM)	1 St	1.121,45
<p>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.</p> <p>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.</p> <p>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.</p> <p>Therapieeinleitung und regelmäßige Kontrollen durch einen Arzt/eine Ärztin mit Erfahrung in der HIV-Behandlung.</p> <p>Cabotegravir in Kombination mit Rilpivirin eignet sich für eine chef(kontroll)ärztliche Langzeitbewilligung für 4 Monate (L4).</p>			

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)	28 St	8.449,90
<p>Bei erwachsenen PatientInnen mit chronischer Hepatitis C. Genotypen 1, 2, 4, 5, 6:</p> <ul style="list-style-type: none"> - bei PatientInnen ohne Zirrhose oder mit kompensierter Zirrhose für 12 Wochen - bei PatientInnen mit dekompensierter Zirrhose in Kombination mit Ribavirin für 12 Wochen <p>Genotyp 3:</p> <ul style="list-style-type: none"> - 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 <p>Die Verordnung hat durch ein spezialisiertes Zentrum durch GastroenterologInnen 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.</p>			

J05AP57 Glecaprevir und Pibrentasvir***Glecaprevir 0,1, Pibrentasvir 0,04***

RE1	Maviret 100 mg/40 mg Filmtabl. ^{CM} 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 GastroenterologInnen 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/Tenofovir "Sandoz" 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	182,60
RE1	Emtricitabin/Tenofoviridisoproxil "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	141,60
RE1	Emtricitabin/Tenofoviridisoproxil "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	143,75
RE1	Emtricitabin/Tenofoviridisoproxil "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	153,20

J05AR04 Zidovudin, Lamivudin und Abacavir**Zidovudin 0,3, Lamivudin 0,15, Abacavir 0,3**

RE2	Trizivir 300 mg/150 mg/300 mg Filmtabl. Bei HIV-1-infizierten Erwachsenen nach sechs bis acht Wochen Vorbehandlung mit den Einzelsubstanzen (Abacavir, Lamivudin und Zidovudin), bei denen die Krankheit zu Therapiebeginn noch nicht weit fortgeschritten war. Die Therapieeinleitung und regelmäßige -kontrollen sind von einem Arzt, der Erfahrung in der Behandlung der HIV-Infektion besitzt, durchzuführen.	60 St	687,10
------------	--	-------	--------

J05AR06 Emtricitabin, Tenofovir Disoproxil und Efavirenz**Emtricitabin 0,2, Tenofovir Disoproxil 0,245, Efavirenz 0,6**

RE1	Efritren 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/Tenofoviridisoproxil "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/Tenofoviridisoproxil "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 Dolutedgravi**Lamivudin 0,3, Abacavir 0,6, Dolutedgravi 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, Elvitegravi und Cobicistat**Emtricitabin 0,2, Tenofovir Alafenamid 0,01, Elvitegravi 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
-----	---	-------	--------

J05AR19 Emtricitabin, Tenofovir Alafenamid und Rilpivirin**Emtricitabin 0,2, Tenofovir Alafenamid 0,025, Rilpivirin 0,025**

RE1	Odefsey 200 mg/25 mg/25 mg Filmtabl. Zur Behandlung von HIV-1-infizierten PatientInnen ab 12 Jahren (größer gleich 35 kg) mit einer Viruslast kleiner gleich 100.000 HIV-1-RNA-Kopien/ml, 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	835,10
-----	--	-------	--------

J05AR20 Emtricitabin, Tenofovir Alafenamid und Bictegravi**Emtricitabin 0,2, Tenofovir Alafenamid 0,025, Bictegravi 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 Dolutedgravi**Lamivudin 0,3, Dolutedgravi 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. Dolutedgravi/Lamivudin eignet sich für eine chef(kontroll)ärztliche Langzeitbewilligung für 6 Monate (L6).	30 St	628,75
-----------	--	-------	--------

J05AX Andere antivirale Mittel

J05AX09 Maraviroc

Maraviroc 0,15

RE1	Celsenti 150 mg Filmtabl.	60 St	880,20
	<p>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.</p> <p>Ein Nachweis einer HIV-1-Infektion mit ausschließlich CCR5-tropen HI-Viren muss vor Behandlungsbeginn vorliegen.</p> <p>Cave: Auftreten von CXCR4-tropen oder dualtropen Viren unter Behandlung.</p> <p>Die Therapieeinleitung und regelmäßige -kontrollen sind von einem Arzt/einer Ärztin, der/die Erfahrung in der Behandlung der HIV-Infektion besitzt, durchzuführen.</p>		

Maraviroc 0,3

RE1	Celsenti 300 mg Filmtabl.	60 St	880,20
	<p>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.</p> <p>Ein Nachweis einer HIV-1-Infektion mit ausschließlich CCR5-tropen HI-Viren muss vor Behandlungsbeginn vorliegen.</p> <p>Cave: Auftreten von CXCR4-tropen oder dualtropen Viren unter Behandlung.</p> <p>Die Therapieeinleitung und regelmäßige -kontrollen sind von einem Arzt/einer Ärztin, der/die Erfahrung in der Behandlung der HIV-Infektion besitzt, durchzuführen.</p>		

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)	1 St	179,05
	<p>Substitutionstherapie bei gesicherter Diagnose eines primären Immunmangelsyndroms mit eingeschränkter Antikörperbildung sowie bei sekundären Immundefekten im ausführlich begründeten Einzelfall.</p> <p>Bei langfristiger Immunglobulintherapie sollten Versuche unternommen werden, die verabreichte Dosis zu reduzieren und/oder das Dosierungsintervall auszudehnen.</p> <p>Erstverordnung und regelmäßige Kontrolle durch in der Behandlung mit Immunglobulinen erfahrene ÄrztInnen oder Zentren.</p>		
RE1	HyQvia 100 mg/ml Inf.lsg. zur subkutanen Anw. (5 g/50 ml)	1 St	340,25
	<p>Substitutionstherapie bei gesicherter Diagnose eines primären Immunmangelsyndroms mit eingeschränkter Antikörperbildung sowie bei sekundären Immundefekten im ausführlich begründeten Einzelfall.</p> <p>Bei langfristiger Immunglobulintherapie sollten Versuche unternommen werden, die verabreichte Dosis zu reduzieren und/oder das Dosierungsintervall auszudehnen.</p> <p>Erstverordnung und regelmäßige Kontrolle durch in der Behandlung mit Immunglobulinen erfahrene ÄrztInnen oder Zentren.</p>		
RE1	HyQvia 100 mg/ml Inf.lsg. zur subkutanen Anw. (10 g/100 ml)	1 St	648,05
	<p>Substitutionstherapie bei gesicherter Diagnose eines primären Immunmangelsyndroms mit eingeschränkter Antikörperbildung sowie bei sekundären Immundefekten im ausführlich begründeten Einzelfall.</p> <p>Bei langfristiger Immunglobulintherapie sollten Versuche unternommen werden, die verabreichte Dosis zu reduzieren und/oder das Dosierungsintervall auszudehnen.</p> <p>Erstverordnung und regelmäßige Kontrolle durch in der Behandlung mit Immunglobulinen erfahrene ÄrztInnen oder Zentren.</p>		

Bezeichnung	T	OP	KVP in €
RE1 HyQvia 100 mg/ml Inf.lsg. zur subkutanen Anw. (20 g/200 ml) Substitutionstherapie bei gesicherter Diagnose eines primären Immundefekts 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	1.271,45
RE1 HyQvia 100 mg/ml Inf.lsg. zur subkutanen Anw. (30 g/300 ml) Substitutionstherapie bei gesicherter Diagnose eines primären Immundefekts 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	1.894,85

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 Immundefekts 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	145,95 1.250,70 3.702,75
RE1 Cuvitru 200 mg/ml Inj.lsg. zur subkutanen Anw. (4 g/20 ml) Substitutionstherapie bei gesicherter Diagnose eines primären Immundefekts 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	267,65 2.476,70
RE1 Cuvitru 200 mg/ml Inj.lsg. zur subkutanen Anw. (8 g/40 ml) Substitutionstherapie bei gesicherter Diagnose eines primären Immundefekts 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	515,05 2.476,70
RE1 Hizentra 200 mg/ml Lsg. zur subkutanen Inj. (5 ml) Eine Kostenübernahme ist im ausführlich begründeten Einzelfall möglich.		10 St	637,70
RE1 Hizentra 200 mg/ml Lsg. zur subkutanen Inj. (10 ml) Eine Kostenübernahme ist im ausführlich begründeten Einzelfall möglich.		10 St 20 St	1.250,70 2.476,70
RE1 Hizentra 200 mg/ml Lsg. zur subkutanen Inj. (20 ml) Eine Kostenübernahme ist im ausführlich begründeten Einzelfall möglich.		20 St	4.928,75

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. (1 g/20 ml) Eine Kostenübernahme ist im ausführlich begründeten Einzelfall möglich.		1 St	74,95
RE1 Intratect 50 g/l Inf.lsg. (2,5 g/50 ml) Eine Kostenübernahme ist im ausführlich begründeten Einzelfall möglich.		1 St	163,90
RE1 Intratect 50 g/l Inf.lsg. (5 g/100 ml) Eine Kostenübernahme ist im ausführlich begründeten Einzelfall möglich.		1 St	300,55
RE1 Intratect 50 g/l Inf.lsg. (10 g/200 ml) Eine Kostenübernahme ist im ausführlich begründeten Einzelfall möglich.		1 St	575,35

	Bezeichnung	T	OP	KVP in €
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	Intratec 100 g/l Inf.lsg. (5 g/50 ml) Eine Kostenübernahme ist im ausführlich begründeten Einzelfall möglich.		1 St	300,55
RE1	Intratec 100 g/l Inf.lsg. (10 g/100 ml) Eine Kostenübernahme ist im ausführlich begründeten Einzelfall möglich.		1 St	575,35
RE1	Intratec 100 g/l Inf.lsg. (20 g/200 ml) Eine Kostenübernahme ist im ausführlich begründeten Einzelfall möglich.		1 St	1.126,00
RE1	Kiovig 100 mg/ml Inf.lsg. (1 g/10 ml) Eine Kostenübernahme ist im ausführlich begründeten Einzelfall möglich.		1 St	77,40
RE1	Kiovig 100 mg/ml Inf.lsg. (2,5 g/25 ml) Eine Kostenübernahme ist im ausführlich begründeten Einzelfall möglich.		1 St	173,05
RE1	Kiovig 100 mg/ml Inf.lsg. (5 g/50 ml) Eine Kostenübernahme ist im ausführlich begründeten Einzelfall möglich.		1 St	328,90
RE1	Kiovig 100 mg/ml Inf.lsg. (10 g/100 ml) Eine Kostenübernahme ist im ausführlich begründeten Einzelfall möglich.		1 St	627,30
RE1	Kiovig 100 mg/ml Inf.lsg. (20 g/200 ml) Eine Kostenübernahme ist im ausführlich begründeten Einzelfall möglich.		1 St	1.229,90
RE1	Privigen 100 mg/ml Inf.lsg. (2,5 g/25 ml) Substitutionstherapie bei gesicherter Diagnose eines primären Immundefekts 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	Privigen 100 mg/ml Inf.lsg. (5 g/50 ml) Substitutionstherapie bei gesicherter Diagnose eines primären Immundefekts 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	Privigen 100 mg/ml Inf.lsg. (10 g/100 ml) Substitutionstherapie bei gesicherter Diagnose eines primären Immundefekts 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	Privigen 100 mg/ml Inf.lsg. (20 g/200 ml) Substitutionstherapie bei gesicherter Diagnose eines primären Immundefekts 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. (40 g/400 ml) Substitutionstherapie bei gesicherter Diagnose eines primären Immundefekts 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	2.435,15

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	82,15
		1 St 10 ml	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
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
------------	--	------------------------------	--------------------------------------

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
------------	---	------	-------

Bezeichnung	T	OP	KVP in €
-------------	---	----	----------

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

L01EB01 Gefitinib

Gefitinib 0,25

RE1 Iressa 250 mg Filmtabl. Bei erwachsenen PatientInnen mit lokal fortgeschrittenem oder metastasiertem, nicht-kleinzelligem Lungenkarzinom (NSCLC) mit aktivierenden Mutationen der EGFR-TK (epidermal growth factor receptor-tyrosine kinase). Nachweis einer aktivierenden Mutation der EGFR-TK mit einer validierten Testmethode. 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	1.731,70
---	--	-------	----------

L01EB02 Erlotinib

Erlotinib 0,1

RE1 Tarceva 100 mg Filmtabl. Bei lokal fortgeschrittenem oder metastasiertem nicht-kleinzelligem 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
--	--	-------	----------

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 €
-------------	---	----	----------

Afatinib 0,05

RE1 Giotrif 50 mg Filmtabl. - Bei Epidermal Growth Factor Receptor-Tyrosinkinase-Inhibitor (EGFR-TKI)-naiven erwachsenen PatientInnen mit lokal fortgeschrittenem oder metastasiertem, nicht-kleinzelligem 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
--	-------	----------

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
--	-------	----------

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. Als Kombinationstherapie mit Binimetinib zur Behandlung erwachsener PatientInnen 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. 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 112 St	489,55 1.884,20
------------	--	-----------------	--------------------

Encorafenib 0,075

RE1	Braftovi 75 mg Hartkaps. - Bei Erwachsenen mit BRAF-V600-Mutation positivem (nicht resezierbarem oder metastasiertem) Melanom in Kombination mit Binimetinib. 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. - Bei Erwachsenen mit BRAF-V600E-Mutation positivem metastasiertem Kolorektalkarzinom in Kombination mit Cetuximab nach Versagen einer systemischen Therapie. Nachweis einer BRAF-V600-Mutation (Melanom) bzw. BRAF-V600E-Mutation (Kolorektalkarzinom) 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	1.070,65 4.208,65
------------	--	-----------------	----------------------

L01ED Anaplastische Lymphomkinase (ALK)-Inhibitoren L01ED03 Alectinib

Alectinib 0,15

RE1	Alecensa 150 mg Hartkaps. 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	4.859,00
------------	--	--------	----------

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	961,45
------------	--	-------	--------

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	2.846,20
------------	--	-------	----------

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	4.360,05
------------	--	-------	----------

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	4.565,15
------------	---	-------	----------

**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
------------	---	-------	----------

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. Als Kombinationstherapie mit Encorafenib zur Behandlung erwachsener PatientInnen 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. 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.	84 St 168 St	2.116,65 4.208,65
------------	---	-----------------	----------------------

L01EF Cyclin-abhängige Kinase (CDK)-Inhibitoren**L01EF01 Palbociclib****Palbociclib 0,075**

RE1	Ibrance 75 mg Hartkaps. (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. Die Aufnahme ist befristet und endet mit 31.10.2024.	21 St	2.063,20
------------	--	-------	----------

Palbociclib 0,1

RE1	Ibrance 100 mg Hartkaps. ^(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. Die Aufnahme ist befristet und endet mit 31.10.2024.	21 St	2.063,20
------------	--	-------	----------

Palbociclib 0,125

RE1	Ibrance 125 mg Hartkaps. ^(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. Die Aufnahme ist befristet und endet mit 31.10.2024.	21 St	2.063,20
------------	--	-------	----------

L01EF02 Ribociclib**Ribociclib 0,2**

RE1	Kisqali 200 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 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	Verzenio 50 mg Filmtabl. ^{CM}	56 St	1.960,80
L6	<p>- 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.</p> <p>- Bei HR-positivem, HER2-negativem lokal fortgeschrittenem oder metastasiertem Mammakarzinom</p> <ul style="list-style-type: none"> • als Erstlinientherapie in Kombination mit einem Aromatasehemmer oder Fulvestrant • als Zweitlinientherapie in Kombination mit Fulvestrant nach endokriner Therapie <p>Bei prä- oder perimenopausalen Frauen sollte die endokrine Therapie mit einem LHRH-Agonisten kombiniert werden.</p> <p>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).</p>		

Abemaciclib 0,1

RE1	Verzenio 100 mg Filmtabl. ^{CM}	14 St(2)	508,70
L6	<p>- 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.</p> <p>- Bei HR-positivem, HER2-negativem lokal fortgeschrittenem oder metastasiertem Mammakarzinom</p> <ul style="list-style-type: none"> • als Erstlinientherapie in Kombination mit einem Aromatasehemmer oder Fulvestrant • als Zweitlinientherapie in Kombination mit Fulvestrant nach endokriner Therapie <p>Bei prä- oder perimenopausalen Frauen sollte die endokrine Therapie mit einem LHRH-Agonisten kombiniert werden.</p> <p>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).</p>	56 St	1.960,80

Bezeichnung	T	OP	KVP in €
-------------	---	----	----------

Abemaciclib 0,15

RE1	Verzenio 150 mg Filmtabl. (EM)	14 St(2)	508,70
L6	<p>- 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.</p> <p>- Bei HR-positivem, HER2-negativem lokal fortgeschrittenem oder metastasiertem Mammakarzinom</p> <ul style="list-style-type: none"> • als Erstlinientherapie in Kombination mit einem Aromatasehemmer oder Fulvestrant • als Zweitlinientherapie in Kombination mit Fulvestrant nach endokriner Therapie <p>Bei prä- oder perimenopausalen Frauen sollte die endokrine Therapie mit einem LHRH-Agonisten kombiniert werden.</p> <p>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.</p> <p>Diagnose und Erstverordnung durch entsprechende Fachabteilung bzw. Zentrum, mittels Tumorboard. Regelmäßige Kontrolle durch entsprechende Fachabteilung bzw. Zentrum bzw. durch gynäko-onkologisch spezialisierte FachärztInnen.</p> <p>Abemaciclib eignet sich für eine chef(kontroll)ärztliche Langzeitbewilligung für 6 Monate (L6).</p>	56 St	1.960,80

L01EH Human epidermal growth factor receptor 2 (HER2)-Tyrosinkinase-Inhibitoren L01EH03 Tucatinib

Tucatinib 0,05

RE1	Tukyasa 50 mg Filmtabl. (EM)	88 St	1.967,40
	<p>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.</p> <p>Diagnose und Erstverordnung durch entsprechende Fachabteilung bzw. Zentrum, mittels Tumorboard. Regelmäßige Kontrolle durch entsprechende Fachabteilung bzw. Zentrum bzw. durch gynäko-onkologisch spezialisierte FachärztInnen.</p>		

Tucatinib 0,15

RE1	Tukyasa 150 mg Filmtabl. (EM)	84 St	5.597,95
	<p>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.</p> <p>Diagnose und Erstverordnung durch entsprechende Fachabteilung bzw. Zentrum, mittels Tumorboard. Regelmäßige Kontrolle durch entsprechende Fachabteilung bzw. Zentrum bzw. durch gynäko-onkologisch spezialisierte FachärztInnen.</p>		

L01EL Bruton-Tyrosinkinase (BTK)-Inhibitoren L01EL01 Ibrutinib

Ibrutinib 0,14

RE1	Imbruvica 140 mg Filmtabl. ^(EM)	28 St	1.661,15
<p>Zur Monotherapie von erwachsenen PatientInnen</p> <p>1. mit nicht vorbehandelter chronisch lymphatischer Leukämie (CLL)</p> <ul style="list-style-type: none"> - die für eine Fludarabin-basierte Chemoimmunotherapie nicht geeignet sind oder - die aufgrund einer 17p-Deletion oder einer TP53-Mutation für eine Chemoimmunotherapie nicht geeignet sind. <p>2. mit rezidivierender oder refraktärer CLL, die für eine Chemoimmunotherapie nicht geeignet sind</p> <p>3. mit rezidiviertem oder refraktärem Mantelzell-Lymphom (MCL)</p> <p>4. mit rezidiviertem oder refraktärem Morbus Waldenström (MW)</p> <p>Diagnose und Erstverordnung durch entsprechende Fachabteilung bzw. Zentrum, mittels Tumorboard. Regelmäßige Kontrolle durch entsprechende Fachabteilung bzw. Zentrum bzw. durch einen/eine hämato-onkologisch spezialisierte/n Facharzt/Fachärztin.</p> <p>Die Aufnahme ist befristet und endet mit 31.1.2025.</p>			

Ibrutinib 0,28

RE1	Imbruvica 280 mg Filmtabl. ^(EM)	28 St	3.211,15
<p>Zur Monotherapie von erwachsenen PatientInnen</p> <p>1. mit nicht vorbehandelter chronisch lymphatischer Leukämie (CLL)</p> <ul style="list-style-type: none"> - die für eine Fludarabin-basierte Chemoimmunotherapie nicht geeignet sind oder - die aufgrund einer 17p-Deletion oder einer TP53-Mutation für eine Chemoimmunotherapie nicht geeignet sind. <p>2. mit rezidivierender oder refraktärer CLL, die für eine Chemoimmunotherapie nicht geeignet sind</p> <p>3. mit rezidiviertem oder refraktärem Mantelzell-Lymphom (MCL)</p> <p>4. mit rezidiviertem oder refraktärem Morbus Waldenström (MW)</p> <p>Diagnose und Erstverordnung durch entsprechende Fachabteilung bzw. Zentrum, mittels Tumorboard. Regelmäßige Kontrolle durch entsprechende Fachabteilung bzw. Zentrum bzw. durch einen/eine hämato-onkologisch spezialisierte/n Facharzt/Fachärztin.</p> <p>Die Aufnahme ist befristet und endet mit 31.1.2025.</p>			

Ibrutinib 0,42

RE1	Imbruvica 420 mg Filmtabl. ^(EM)	28 St	4.934,75
<p>Zur Monotherapie von erwachsenen PatientInnen</p> <p>1. mit nicht vorbehandelter chronisch lymphatischer Leukämie (CLL)</p> <ul style="list-style-type: none"> - die für eine Fludarabin-basierte Chemoimmunotherapie nicht geeignet sind oder - die aufgrund einer 17p-Deletion oder einer TP53-Mutation für eine Chemoimmunotherapie nicht geeignet sind. <p>2. mit rezidivierender oder refraktärer CLL, die für eine Chemoimmunotherapie nicht geeignet sind</p> <p>3. mit rezidiviertem oder refraktärem Mantelzell-Lymphom (MCL)</p> <p>4. mit rezidiviertem oder refraktärem Morbus Waldenström (MW)</p> <p>Diagnose und Erstverordnung durch entsprechende Fachabteilung bzw. Zentrum, mittels Tumorboard. Regelmäßige Kontrolle durch entsprechende Fachabteilung bzw. Zentrum bzw. durch einen/eine hämato-onkologisch spezialisierte/n Facharzt/Fachärztin.</p> <p>Die Aufnahme ist befristet und endet mit 31.1.2025.</p>			

Ibrutinib 0,56

RE1	Imbruvica 560 mg Filmtabl. ^(PM) Zur Monotherapie von erwachsenen PatientInnen 1. mit nicht vorbehandelter chronisch lymphatischer Leukämie (CLL) - die für eine Fludarabin-basierte Chemoimmunotherapie nicht geeignet sind oder - die aufgrund einer 17p-Deletion oder einer TP53-Mutation für eine Chemoimmunotherapie nicht geeignet sind. 2. mit rezidivierender oder refraktärer CLL, die für eine Chemoimmunotherapie nicht geeignet sind 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 einen/eine hämato-onkologisch spezialisierte/n Facharzt/Fachärztin. Die Aufnahme ist befristet und endet mit 31.1.2025.	28 St	6.589,00
------------	---	-------	----------

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	5.153,75
------------	--	--------	----------

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
------------	--	-------	----------

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	Vitakvi 20 mg/ml Lsg. zum Einnehmen (EM) Als Monotherapie bei erwachsenen und pädiatrischen PatientInnen mit soliden Tumoren mit einer neurotrophen Tyrosin-Rezeptor-Kinase (NTRK)-Genfusion, <ul style="list-style-type: none"> - 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
------------	---	------------------------	----------

Larotrectinib 0,025

RE1	Vitakvi 25 mg Hartkaps. (EM) Als Monotherapie bei erwachsenen und pädiatrischen PatientInnen mit soliden Tumoren mit einer neurotrophen Tyrosin-Rezeptor-Kinase (NTRK)-Genfusion, <ul style="list-style-type: none"> - 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. ^(EM)	56 St(2)	6.035,95
	<p>Als Monotherapie bei erwachsenen und pädiatrischen PatientInnen mit soliden Tumoren mit einer neurotrophen Tyrosin-Rezeptor-Kinase (NTRK)-Genfusion,</p> <ul style="list-style-type: none"> - 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). <p>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.</p> <p>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.</p> <p>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.</p> <p>Die PatientInnen sollen in das PatientInnenregister European Reference Network (ERN) - for adult rare solid cancers (EURACAN) aufgenommen werden.</p>		

L01EX14 Entrectinib**Entrectinib 0,1**

RE1	Rozlytrek 100 mg Hartkaps. ^(EM)	30 St	1.010,30
	<p>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,</p> <ul style="list-style-type: none"> - 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). <p>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.</p> <p>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.</p> <p>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.</p> <p>Die PatientInnen sollen in das PatientInnenregister European Reference Network (ERN) - for adult rare solid cancers (EURACAN) aufgenommen werden.</p> <p>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.</p> <p>Nachweis der ROS1-Translokation mit einer validierten Testmethode.</p> <p>Diagnose und Erstverordnung durch entsprechende Fachabteilung bzw. Zentrum, mittels Tumorboard. Regelmäßige Kontrolle durch entsprechende Fachabteilung bzw. Zentrum bzw. durch OnkologInnen.</p>		

Entrectinib 0,2

RE1	Rozlytrek 200 mg Hartkaps. ^(PM)	90 St	5.938,60
	<p>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,</p> <ul style="list-style-type: none"> - 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). <p>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.</p> <p>Die PatientInnen sollen in das PatientInnenregister European Reference Network (ERN) - for adult rare solid cancers (EURACAN) aufgenommen werden.</p> <p>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.</p> <p>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.</p>		

L01X ANDERE ANTINEOPLASTISCHE MITTEL**L01XJ Hedgehog pathway-Inhibitoren****L01XJ01 Vismodegib****Vismodegib 0,15**

RE1	Erivedge 150 mg Hartkaps.	28 St	4.776,55
	<p>Bei erwachsenen PatientInnen mit symptomatischem metastasiertem oder lokal fortgeschrittenem Basalzellkarzinom, bei denen eine Operation oder Strahlentherapie nicht geeignet ist.</p> <p>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.</p>		

L01XJ02 Sonidegib**Sonidegib 0,2**

RE1	Odomzo 200 mg Hartkaps.	30 St	4.606,85
	<p>Bei Erwachsenen mit lokal fortgeschrittenem Basalzellkarzinom, bei denen eine kurative Operation oder Strahlentherapie nicht geeignet ist.</p> <p>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.</p>		

L01XK Poly-(ADP-Ribose)-Polymerase (PARP)-Inhibitoren L01XK01 Olaparib

Olaparib 0,1

RE1 Lynparza 100 mg Filmtabl. (FM)

112 St

4.309,40

1. Als Monotherapie für die

- Erhaltungstherapie erwachsener Patientinnen mit einem neu diagnostizierten, fortgeschrittenen (FIGO-Stadien III und IV) BRCA1/2 (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.

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-Analogen 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-Analogen 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).

Olaparib 0,15**RE1 Lynparza 150 mg Filmtabl. (PM)**

112 St

4.613,25

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.

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. (PM)		
	Als Monotherapie	56 St	3.357,40
	- 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.	84 St	5.023,80
	- 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.		

L01XK04 Talazoparib**Talazoparib 0,0025**

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	1.589,50
------------	--	-------	----------

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	4.746,55
------------	---	-------	----------

**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) Nebennierenrindenzarzinoms. - 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	74,55
		100 St	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	85,80
		100 St	182,70
RE2	Thromboreductin 0,5 mg Kaps. Second-line-Therapie der essentiellen Thrombozythämie; Erstverordnung, Therapieeinstellung und regelmäßige Kontrollen durch entsprechende Zentren.	42 St	120,10
		100 St	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
------------	--	--------	--------

L01XX52 Venetoclax**Venetoclax 0,01**

RE1	Venclyxto 10 mg Filmtabl. 1. Zur Kombinationstherapie mit Obinutuzumab von Erwachsenen mit nicht vorbehandelter chronischer lymphatischer Leukämie (CLL) - die für eine Fludarabin-basierte Chemoimmunotherapie nicht geeignet sind oder - die aufgrund einer 17p-Deletion oder einer TP53-Mutation für eine Chemoimmunotherapie nicht geeignet sind. 2. Zur Kombinationstherapie mit Rituximab von Erwachsenen mit rezidivierender oder refraktärer CLL, die für eine Chemoimmunotherapie nicht geeignet sind. 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. 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 30.11.2025.	14 St	80,90
------------	---	-------	-------

Venetoclax 0,05

RE1	Venclyxto 50 mg Filmtabl. 1. Zur Kombinationstherapie mit Obinutuzumab von Erwachsenen mit nicht vorbehandelter chronischer lymphatischer Leukämie (CLL) - die für eine Fludarabin-basierte Chemoimmunotherapie nicht geeignet sind oder - die aufgrund einer 17p-Deletion oder einer TP53-Mutation für eine Chemoimmunotherapie nicht geeignet sind. 2. Zur Kombinationstherapie mit Rituximab von Erwachsenen mit rezidivierender oder refraktärer CLL, die für eine Chemoimmunotherapie nicht geeignet sind. 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. 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 30.11.2025.	7 St	180,90
------------	---	------	--------

Venetoclax 0,1

RE1	Venclyxto 100 mg Filmtabl.	7 St	343,80
	1. Zur Kombinationstherapie mit Obinutuzumab von Erwachsenen mit nicht vorbehandelter chronischer lymphatischer Leukämie (CLL)	14 St	654,55
	- die für eine Fludarabin-basierte Chemoimmunotherapie nicht geeignet sind oder	112 St	5.063,80
	- die aufgrund einer 17p-Deletion oder einer TP53-Mutation für eine Chemoimmunotherapie nicht geeignet sind.		
	2. Zur Kombinationstherapie mit Rituximab von Erwachsenen mit rezidivierender oder refraktärer CLL, die für eine Chemoimmunotherapie nicht geeignet sind.		
	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.		
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 30.11.2025.			

L02 ENDOKRINE THERAPIE
L02B HORMONANTAGONISTEN UND VERWANDTE MITTEL
L02BB Antiandrogene
L02BB04 Enzalutamid

Enzalutamid 0,04

RE1	Xtandi 40 mg Filmtabl. ^{CM}	112 St(2)	2.886,95
	In Kombination mit einem GnRH-Analogen 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-Analogen 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).		

L02BB05 Apalutamid**Apalutamid 0,06**

RE1	Erleada 60 mg Filmtabl. ^{CM} 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 <ul style="list-style-type: none"> • Vorliegen von Knochenmetastasen in der Knochenszintigraphie, wobei im Falle einer einzelnen Läsion diese via CT/MRT zu bestätigen ist und • Vorbehandlung mit einer Androgendprivationstherapie bis maximal 6 Monate ab Diagnosestellung der Knochenmetastase(n) - nicht metastasiertem kastrationsresistenten Hochrisiko-Prostatakarzinom <ul style="list-style-type: none"> • 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 <ul style="list-style-type: none"> - einer PSA- oder radiographischen Progression und - Versagen der Androgendprivationstherapie (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)	2.676,80
------------	--	-----------	----------

L02BB06 Darolutamid**Darolutamid 0,3**

RE1	Nubeqa 300 mg Filmtabl. ^{CM} In Kombination mit einem GnRH-Analogon und Docetaxel bei metastasiertem hormonsensitiven Prostatakarzinom bei <ul style="list-style-type: none"> - Vorliegen von mindestens vier Knochenmetastasen (davon mindestens eine außerhalb der Wirbelsäule/Becken) in der Knochenszintigraphie, oder Vorliegen von viszerale Metastasen (via CT/MRI entsprechend RECIST 1.1-Kriterien gemessen; ausgeschlossen isolierter Lymphknotenbefall) und - Vorbehandlung mit einer Androgendprivationstherapie bis maximal 3 Monate ab Diagnosestellung der Fernmetastasen. In Kombination mit einem GnRH-Analogon bei nicht metastasiertem kastrationsresistenten Hochrisiko-Prostatakarzinom <ul style="list-style-type: none"> - 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: <ul style="list-style-type: none"> - einer PSA- oder radiographischen Progression und - Versagen der Androgendprivationstherapie (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
------------	--	----------------	--------

L03AB07 Interferon beta-1a**Interferon beta-1a 8,8 mcg (6 ED); Interferon beta-1a 22 mcg (6 ED)**

RE1	Rebif Inj.lsg. Fertipgen 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 Diagnosstellung, Verordnung, Einstellung, Therapiekontrolle und Dokumentation durch ein MS-Zentrum.	12 St	724,85
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 Diagnosstellung, Verordnung, Einstellung, Therapiekontrolle und Dokumentation durch ein MS-Zentrum.	12 St	724,85
RE1	Rebif Inj.lsg. Patronen 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 Diagnosstellung, Verordnung, Einstellung, Therapiekontrolle und Dokumentation durch ein MS-Zentrum.	2 St	724,85

Interferon beta-1a 22 mcg/ED

RE1 L6	Rebif 22 mcg Inj.lsg. Fertipgen 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 Diagnosstellung, Verordnung, Einstellung, Therapiekontrolle und Dokumentation durch ein MS-Zentrum.	12 St	1.037,70
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 Diagnosstellung, Verordnung, Einstellung, Therapiekontrolle und Dokumentation durch ein MS-Zentrum.	12 St	1.037,70
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 Diagnosstellung, Verordnung, Einstellung, Therapiekontrolle und Dokumentation durch ein MS-Zentrum.	4 St 3 x 22 mcg/ Patrone	1.037,70

Bezeichnung		T	OP	KVP in €
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	824,70
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	824,70
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	1.037,70
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	1.037,70
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	1.037,70

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 demyelinisierenden 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	752,65
RE1 L12	Betaferon 250 mcg/ml Plv. u. Lsgm. zur Herst. einer Inj.lsg. 1. Bei PatientInnen mit erstmaligem demyelinisierenden 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	934,65

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. Fertigipen 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

Peginterferon beta-1a 125 mcg/ED

RE1 L12	Plegridy 125 mcg Inj.lsg. Fertigipen 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

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 Urotheliazellkarzinoms der Harnblase (CIS) und adjuvante Therapie primärer und rezidivierender superfiizieller Urotheliazellkarzinome 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	162,90
-----	--	------	--------

L03AX10 Immunocyanin

Immunocyanin 0,001

RE2	Immucothel 1 mg Trockensubst. mit Lsgm. Prävention eines superfiiziellen Blasenkarzinomrezidivs durch Fachärzte für Urologie nach transurethraler Resektion. Bei der Immuntherapie zur Rezidivprophylaxe stellt Immucothel nur die Second-line-Therapie dar.	1 St	54,40
-----	--	------	-------

Immunocyanin 0,01

RE2	Immucothel 10 mg Trockensubst. mit Lsgm. Prävention eines superfiiziellen Blasenkarzinomrezidivs durch Fachärzte für Urologie nach transurethraler Resektion. Bei der Immuntherapie zur Rezidivprophylaxe stellt Immucothel nur die Second-line-Therapie dar.	1 St	123,00
-----	---	------	--------

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. ^{EM} - 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. <i>Mycophenolatmofetil 0,2 entspr. Mycophenolsäure 0,144</i>	1 St 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
------------	---	--------	--------

L04AA10 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	280,35
		100 St	880,80

L04AA18 Everolimus

Everolimus 0,0025

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

L04AA23 Natalizumab**Natalizumab 0,15**

RE1	Tysabri 150 mg Inj.lsg. Fertigspr. ^(PM)	2 St	1.428,80
	<p>Im begründeten Einzelfall kann eine Kostenübernahme als Monotherapie erfolgen:</p> <p>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.</p> <ul style="list-style-type: none"> - 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 Immunsuppressiva) 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. <p>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.</p> <p>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.</p>		

Natalizumab 0,3**RE1 Tysabri 300 mg Konz. zur Herst. einer Inf.lsg.**1 St
15 ml

1.388,25

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 Immunsuppressiva) 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.

L04AA24 Abatacept**Abatacept 0,125****RE1 Orencia 125 mg Inj.lsg.**

4 St

926,50

Mittelschwere bis schwere aktive rheumatoide Arthritis erwachsener PatientInnen in Kombination mit Methotrexat bei Versagen von mindestens einem DMARD (disease-modifying antirheumatic 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.

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 antirheumatic 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	750,30
		3 St	1.113,10

L04AA26 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
------------	--	------	--------

Belimumab 0,2

RE1 L6	Benlysta 200 mg Inj.lsg. Fertigen 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	220,00
		4 St	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
------------	--	------	--------

L04AA27 Fingolimod

Fingolimod 0,0005

RE1	<p>Fingolimod "ratiopharm" 0,5 mg Hartkaps. Als Monotherapie bei Erwachsenen mit</p> <ul style="list-style-type: none"> - 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. <p>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.</p>	7 St	144,05
RE1 L6	<p>Fingolimod "ratiopharm" 0,5 mg Hartkaps. Als Monotherapie bei Erwachsenen mit</p> <ul style="list-style-type: none"> - 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. <p>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. Fingolimod eignet sich für eine chef(kontroll)ärztliche Langzeitbewilligung für 6 Monate (L6).</p>	30 St	532,00
RE1	<p>Fingolimod "Zentiva" 0,5 mg Hartkaps. Als Monotherapie bei Erwachsenen mit</p> <ul style="list-style-type: none"> - 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. <p>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.</p>	7 St	144,05

Bezeichnung	T	OP	KVP in €
RE1 Fingolimod "Zentiva" 0,5 mg Hartkaps. L6 Als Monotherapie bei Erwachsenen mit <ul style="list-style-type: none"> - 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. Diagnosesstellung, 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. Fingolimod eignet sich für eine chef(kontroll)ärztliche Langzeitbewilligung für 6 Monate (L6).	28 St		485,90
RE1 Gilenya 0,5 mg Hartkaps. <ul style="list-style-type: none"> - Im begründeten Einzelfall kann bei erwachsenen PatientInnen 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, eine Kostenübernahme als Monotherapie erfolgen. Bei diesen PatientInnen 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 Fingolimod sowie eine entsprechende Anamnese müssen durch in der Diagnosesstellung und Behandlung von neurologischen Erkrankungen erfahrene SpezialistInnen (FachärztInnen) in von der Österreichischen Gesellschaft für Neurologie (ÖGN) approbierten Zentren erfolgen. - Daten zur Sicherheit und Wirksamkeit von Fingolimod über einen Behandlungszeitraum von 2 Jahren hinaus sind nicht verfügbar. Eine Kostenübernahme darüber hinaus kann nur erwogen werden, wenn zu diesem Zeitpunkt Sicherheits- und Wirksamkeitsdaten für einen entsprechend längeren Zeitraum vorliegen. - PatientInnen, die mit Fingolimod behandelt werden, sind vor Therapiebeginn in das dafür vorgesehene Register der ÖGN aufzunehmen. - Grundsätzlich keine Kostenübernahme für PatientInnen 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. 	7 St 28 St		292,00 1.052,85

L04AA29 Tofacitinib**Tofacitinib 0,005****RE2 Xeljanz 5 mg Filmtabl. (EM)**

56 St

730,55

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-positiv [RF+] oder -negativ [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.

Tofacitinib 0,01**RE2 Xeljanz 10 mg Filmtabl. (EM)**

56 St

1.379,50

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 bis 16 Behandlungswochen nicht klinisch ansprechen.

Tofacitinib 0,011

RE2	Xeljanz 11 mg Retardtbl. ^{CM}	28 St	730,55
	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.		

L04AA31 Teriflunomid**Teriflunomid 0,014**

RE1	Aubagio 14 mg Filmtabl.	14 St	406,85
L6	Bei erwachsenen PatientInnen mit schubförmig remittierender Multipler Sklerose mit mild aktivem Verlauf, wenn therapeutische Alternativen nicht vertragen wurden.	28 St	789,05
	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.		
	Teriflunomid eignet sich für eine chef(kontroll)ärztliche Langzeitbewilligung für 6 Monate (L6).		

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	27 St	370,95
	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.		

Bezeichnung	T	OP	KVP in €
-------------	---	----	----------

Apremilast 0,03

RE1	Otezla 30 mg Filmtabl.		56 St	729,50
L6	<p>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.</p> <p>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.</p> <p>Keine Fortsetzung der Behandlung der PatientInnen, die innerhalb von 24 Behandlungswochen nicht klinisch ansprechen.</p> <p>Apremilast eignet sich für eine chef(kontrollärztliche) Langzeitbewilligung für 6 Monate (L6).</p>			

L04AA33 Vedolizumab

Vedolizumab 0,108

RE1	Entyvio 108 mg Inj.lsg. Fertigpen ^(EM)		1 St	421,80
	<p>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.</p> <p>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.</p> <p>Erstverordnung und engmaschige Kontrolle durch GastroenterologInnen.</p>		2 St	819,00
RE1	Entyvio 108 mg Inj.lsg. Fertigspr. ^(EM)		1 St	421,80
	<p>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.</p> <p>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.</p> <p>Erstverordnung und engmaschige Kontrolle durch GastroenterologInnen.</p>		2 St	819,00

Vedolizumab 0,3

RE1	Entyvio 300 mg Plv. für ein Konz. zur Herst. einer Inf.lsg. ^(EM)		1 St	1.613,30
	<p>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.</p> <p>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.</p> <p>Erstverordnung und engmaschige Kontrolle durch GastroenterologInnen.</p>			

L04AA36 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
------------	---	------	----------

L04AA37 Baricitinib**Baricitinib 0,002**

RE2	Olumiant 2 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 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 intensiver Lokalthherapie. 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. (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 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 intensiver Lokalthherapie. 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
------------	---	----------------	------------------

L04AA38 Ozanimod**Ozanimod 0,00023 (4 Hartkaps.); Ozanimod 0,00046 (3 Hartkaps.)**

RE1	Zeposia 0,23 mg, 0,46 mg Hartkaps. Starterpackung ^(PM)	7 St	322,80
	<ul style="list-style-type: none"> - Bei erwachsenen PatientInnen mit schubförmig remittierender Multipler Sklerose (RRMS) mit aktiver Erkrankung - Kriterien bei Ersteinstellung: <ul style="list-style-type: none"> • 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 0,00092

RE1	Zeposia 0,92 mg Hartkaps. ^(PM)	28 St	1.207,55
L6	<ul style="list-style-type: none"> - Bei erwachsenen PatientInnen mit schubförmig remittierender Multipler Sklerose (RRMS) mit aktiver Erkrankung - Kriterien bei Ersteinstellung: <ul style="list-style-type: none"> • 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). 		

L04AA40 Cladribin**Cladribin 0,01**

RE1	Mavenclad 10 mg Filmtabl. ^(PM)	1 St	1.869,90
	<p>Als Monotherapie bei Erwachsenen mit hochaktiver schubförmiger Multipler Sklerose (MS)</p> <ul style="list-style-type: none"> - 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. <p>Diagnosestellung, Verordnung, Einstellung, Therapiekontrolle und Dokumentation durch ein MS-Zentrum.</p> <p>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.</p> <p>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.</p> <p>Hämatologische Überwachung gemäß Fachinformation.</p> <p>PatientInnen, die mit Cladribin behandelt werden, sind vor Therapiebeginn in das dafür vorgesehene Register der ÖGN aufzunehmen.</p>	4 St 6 St	7.162,30 10.881,65

L04AA42 Siponimod**Siponimod 0,00025**

RE1	Mayzent 0,25 mg Filmtabl. (PM)	12 St	175,05
L6	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).	120 St	1.548,65

Siponimod 0,002

RE1	Mayzent 2 mg Filmtabl. (PM)	28 St	1.447,05
L6	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).		

L04AA44 Upadacitinib**Upadacitinib 0,015**

RE2	Rinvoq 15 mg Retardtbl. (CM)	28 St	738,55
	<p>1. Bei Erwachsenen mit</p> <ul style="list-style-type: none"> - 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. <p>Erstverordnung und engmaschige Kontrolle durch RheumatologInnen oder durch Zentren, die berechtigt sind, solche auszubilden.</p> <p>2. Bei Erwachsenen und Jugendlichen ab 12 Jahren mit schwerer atopischer Dermatitis mit persistierendem Ekzem nach Ausschöpfung intensiver Lokalthherapie. 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.</p> <p>3. Bei Erwachsenen mit mittelschwerem bis schwerem aktiven 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.</p>		

Upadacitinib 0,03

RE2	Rinvoq 30 mg Retardtabl. (EM)	28 St	1.216,90
1.	Bei Erwachsenen bis 65 Jahre mit schwerer atopischer Dermatitis mit persistierendem Ekzem nach Ausschöpfung intensiver Lokalthherapie <ul style="list-style-type: none"> - 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 <ul style="list-style-type: none"> - 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.		

Upadacitinib 0,045

RE2	Rinvoq 45 mg Retardtabl. (EM)	28 St	1.633,95
	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.		

L04AA45 Filgotinib**Filgotinib 0,1**

RE2	Jyseleca 100 mg Filmtabl. (EM)	30 St	737,40
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 bis 22 Behandlungswochen auf die Therapie ansprechen.		
	Cave: In tierexperimentellen Studien wurden eine verringerte Fertilität, eine eingeschränkte Spermato-genese und histopathologische Auswirkungen auf die männlichen Fortpflanzungsorgane beobachtet. Die potenzielle Wirkung von Filgotinib auf die Spermienproduktion und die männliche Fertilität beim Menschen ist derzeit nicht bekannt. Die Reversibilität dieser potentiellen Wirkungen ist nicht bekannt. Das potentielle Risiko einer verringerten Fertilität oder Infertilität sollte vor Behandlungsbeginn mit männlichen Patienten besprochen werden. Die Aufnahme ist befristet und endet mit 30.4.2025.		

Filgotinib 0,2**RE2 Jyseleca 200 mg Filmtabl. ^{CM}**

30 St

737,40

- 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.
 - 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 bis 22 Behandlungswochen auf die Therapie ansprechen.
- Cave: In tierexperimentellen Studien wurden eine verringerte Fertilität, eine eingeschränkte Spermatogenese und histopathologische Auswirkungen auf die männlichen Fortpflanzungsorgane beobachtet. Die potenzielle Wirkung von Filgotinib auf die Spermienproduktion und die männliche Fertilität beim Menschen ist derzeit nicht bekannt. Die Reversibilität dieser potentiellen Wirkungen ist nicht bekannt. Das potentielle Risiko einer verringerten Fertilität oder Infertilität sollte vor Behandlungsbeginn mit männlichen Patienten besprochen werden.
Die Aufnahme ist befristet und endet mit 30.4.2025.

L04AA50 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 ^{PM}

14 St

406,75

- 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 0,02**RE1 Ponvory 20 mg Filmtabl. ^{PM}**

L6

28 St

903,05

- 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 cheff(kontroll)ärztliche Langzeitbewilligung für 6 Monate (L6).

L04AA52 Ofatumumab**Ofatumumab 0,02**

RE1	Kesimpta 20 mg Inj.lsg. Fertigpen (PM)	1 St	1.276,65
L6	<p>Als Monotherapie bei erwachsenen PatientInnen mit hochaktiver schubförmiger Multipler Sklerose (MS), bei denen während einer mindestens einjährigen krankheitsmodifizierenden Behandlung in den vorangegangenen 12 Monaten</p> <ul style="list-style-type: none"> - 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. <p>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).</p>		

L04AA56 Deucravacitinib**Deucravacitinib 0,006**

RE1	Sotyktu 6 mg Filmtabl. (PM)	7 St	230,85
L6	<p>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).</p>	28 St	870,45

L04AB Tumornekrosefaktor-alpha (TNF-alpha)-Inhibitoren L04AB05 Certolizumab pegol

Certolizumab pegol 0,2

RE1	Cimzia 200 mg Inj.lsg.	2 St	638,70
L3	<p>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.</p> <p>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.</p> <p>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.</p> <p>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.</p> <p>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).</p>		

L04AB06 Golimumab**Golimumab 0,05**

RE1	Simponi 50 mg Inj.lsg. Fertigspr. ^(CM)	1 St	987,70
	<p>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.</p> <p>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.</p> <p>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.</p> <p>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.</p> <p>Keine Fortsetzung der Behandlung der PatientInnen, die innerhalb von 12 bis 14 Behandlungswochen nicht klinisch ansprechen.</p>		
RE1	<p>Simponi 50 mg Inj.lsg. vorgefüllter Injektor ^(CM)</p> <p>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.</p> <p>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.</p> <p>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.</p> <p>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.</p> <p>Keine Fortsetzung der Behandlung der PatientInnen, die innerhalb von 12 bis 14 Behandlungswochen nicht klinisch ansprechen.</p>	1 St	987,70

Golimumab 0,1

RE1	Simponi 100 mg Inj.lsg. Fertigspr. ^(PM)	1 St	987,70
	<p>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.</p> <p>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.</p> <p>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.</p> <p>4. Mittelschwere bis schwere aktive Colitis ulcerosa erwachsener PatientInnen</p> <ul style="list-style-type: none"> - 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. <p>Erstverordnung und engmaschige Kontrolle durch einen Facharzt/eine Fachärztin mit Additivfach für Gastroenterologie.</p> <p>Keine Fortsetzung der Behandlung der PatientInnen, die innerhalb von 12 bis 14 Behandlungswochen nicht klinisch ansprechen.</p>		

RE1	Simponi 100 mg Inj.lsg. vorgefüllter Injektor ^(TM)	1 St	987,70
	<p>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.</p> <p>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.</p> <p>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.</p> <p>4. Mittelschwere bis schwere aktive Colitis ulcerosa erwachsener PatientInnen</p> <ul style="list-style-type: none"> - 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. <p>Erstverordnung und engmaschige Kontrolle durch einen Facharzt/eine Fachärztin mit Additivfach für Gastroenterologie.</p> <p>Keine Fortsetzung der Behandlung der PatientInnen, die innerhalb von 12 bis 14 Behandlungswochen nicht klinisch ansprechen.</p>		

L04AC Interleukin-Rezeptor-Inhibitoren L04AC05 Ustekinumab

Ustekinumab 0,045

RE1	Stelara 45 mg Inj.lsg. Fertigspr.	1 St	2.643,70
	<p>1. Mittelschwere bis schwere Plaque-Psoriasis erwachsener PatientInnen bei Versagen, Unverträglichkeit oder Kontraindikation von systemischen Therapien einschließlich Ciclosporin, Methotrexat oder PUVA. Diagnosestellung, 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. Die Entscheidung über eine Behandlungsverlängerung nach 28 Wochen muss durch die Fachabteilung bzw. -ambulanz oder durch einen Facharzt/eine Fachärztin 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.</p> <p>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. Die Entscheidung über eine Behandlungsverlängerung nach 28 Wochen muss durch einen Facharzt/eine Fachärztin mit Additivfach Rheumatologie 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.</p> <p>Die PatientInnen sollen in ein entsprechendes Register aufgenommen werden.</p>		

Bezeichnung	T	OP	KVP in €
-------------	---	----	----------

Ustekinumab 0,09

RE1	Stelara 90 mg Inj.lsg. Fertigspr.	1 St	2.643,70
	<p>1. Mittelschwere bis schwere Plaque-Psoriasis erwachsener PatientInnen mit einem Körpergewicht von über 100 kg bei Versagen, Unverträglichkeit oder Kontraindikation von systemischen Therapien einschließlich Ciclosporin, Methotrexat oder PUVA. Dabei ist zu berücksichtigen, dass bei diesen PatientInnen sich auch 45 mg Ustekinumab als wirksam erwiesen haben. Diagnosestellung, 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.</p> <p>2. Aktive und progressive Psoriasis-Arthritis erwachsener PatientInnen mit einem Körpergewicht von über 100 kg bei Versagen von mindestens zwei DMARDs (disease-modifying anti-rheumatic drugs) inklusive Methotrexat. Dabei ist zu berücksichtigen, dass bei diesen PatientInnen sich auch 45 mg Ustekinumab als wirksam erwiesen haben. 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.</p> <p>3. Schweregradiger aktiver Morbus Crohn erwachsener PatientInnen nach Versagen der konventionellen Therapien und mindestens eines Tumornekrosefaktor-alpha (TNF-alpha)-Inhibitors oder wenn diese nicht vertragen werden. Erstverordnung und engmaschige Kontrolle durch GastroenterologInnen. Keine Fortsetzung der Behandlung der PatientInnen, die innerhalb von 16 Behandlungswochen nach der intravenösen Induktionsdosis nicht klinisch ansprechen.</p> <p>4. Mittelschwere bis schwere aktive Colitis ulcerosa erwachsener PatientInnen nach Versagen der konventionellen Therapien und mindestens eines Biologikums oder wenn diese nicht vertragen werden. Erstverordnung und engmaschige Kontrolle durch GastroenterologInnen. Keine Fortsetzung der Behandlung der PatientInnen, die innerhalb von 16 Behandlungswochen nach der intravenösen Induktionsdosis nicht klinisch ansprechen.</p>		

Ustekinumab 0,13

RE1	Stelara 130 mg Konz. zur Herst. einer Inf.lsg. (P/M)	1 St	2.643,70
	<p>1. Zur Anbehandlung bei schwergradigem aktiven Morbus Crohn erwachsener PatientInnen nach Versagen der konventionellen Therapien und mindestens eines Tumornekrosefaktor-alpha (TNF-alpha)-Inhibitors oder wenn diese nicht vertragen werden. Erstverordnung und engmaschige Kontrolle durch GastroenterologInnen.</p> <p>2. Zur Anbehandlung bei mittelschwerer bis schwerer aktiver Colitis ulcerosa erwachsener PatientInnen nach Versagen der konventionellen Therapien und mindestens eines Biologikums oder wenn diese nicht vertragen werden. Erstverordnung und engmaschige Kontrolle durch GastroenterologInnen.</p>		

L04AC07 Tocilizumab

Tocilizumab 0,02/ml

RE1	RoActemra 20 mg/ml Konz. zur Herst. einer Inf.lsg. (80 mg/4 ml)	1 St	166,55
	<p>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.</p>		

Bezeichnung		T	OP	KVP in €
RE1	RoActemra 20 mg/ml Konz. zur Herst. einer Inf.lsg. (200 mg/10 ml) 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	374,20
RE1	RoActemra 20 mg/ml Konz. zur Herst. einer Inf.lsg. (400 mg/20 ml) 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	724,10

Canilzumab 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	1.007,55
-----	---	--	------	----------

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	Cosentyx 150 mg Inj.lsg. Fertigipen		1 St	553,50
L3	<p>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.</p> <p>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.</p> <p>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.</p> <p>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).</p>		2 St	1.082,35
RE1	Cosentyx 150 mg Inj.lsg. Fertigspr.		1 St	553,50
L3	<p>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.</p> <p>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.</p> <p>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.</p> <p>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).</p>		2 St	1.082,35

L04AC12 Brodalumab**Brodalumab 0,21**

RE1	Kyntheum 210 mg Inj.lsg. Fertigspr. (PM)		2 St	954,90
	<p>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.</p> <p>Keine Fortsetzung der Behandlung von PatientInnen, die innerhalb von 12 bis 16 Behandlungswochen nicht klinisch ansprechen.</p>			

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 bis 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 bis 20 Behandlungswochen nicht klinisch ansprechen.	1 St	981,60

L04AC16 Guselkumab**Guselkumab 0,1**

RE1 L3	Tremfya 100 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. 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. Fertigspr. (EM) Mittelschwere bis schwere Plaque-Psoriasis erwachsener PatientInnen bei Versagen, Unverträglichkeit oder Kontraindikation von systemischen Therapien einschließlich Ciclosporin, Methotrexat oder PUVA, in einer Dosierung von maximal 100 mg alle 12 Wochen. 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 28 Behandlungswochen nicht klinisch ansprechen.	1 St	2.829,95
------------	---	------	----------

L04AC18 Risankizumab**Risankizumab 0,075**

RE1	Skyrizi 75 mg Inj.lsg. Fertigspr. (EM) - 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.	2 St	2.933,85
------------	---	------	----------

Risankizumab 0,15

RE1	Skyrizi 150 mg Inj.lsg. Fertigspr. (EM) - 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. (EM) - 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

L04AC21 Bimekizumab**Bimekizumab 0,16**

RE1	Bimzelx 160 mg Inj.lsg. Fertigpen (PM)	2 St	2.206,55
L3	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).		
RE1	Bimzelx 160 mg Inj.lsg. Fertigspr. (PM)	2 St	2.206,55
L3	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).		

L04AD Calcineurin-Inhibitoren**L04AD03 Voclosporin****Voclosporin 0,0079**

RE1	Lupkynis 7,9 mg Weichkaps. (PM)	180 St	737,95
L6	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).		

L04AX Andere Immunsuppressiva**L04AX05 Pirfenidon****Pirfenidon 0,267**

RE1	Esbriet 267 mg Filmtabl.	63 St	391,25
	Bei Erwachsenen zur Behandlung von leichter bis mittelschwerer idiopathischer pulmonaler Fibrose (IPF). Diagnosedstellung, Therapieeinleitung und regelmäßige Kontrolle durch PulmologInnen.		

Pirfenidon 0,801

RE1	Esbriet 801 mg Filmtabl.	84 St	1.490,90
	Bei Erwachsenen zur Behandlung von leichter bis mittelschwerer idiopathischer pulmonaler Fibrose (IPF). Diagnosedstellung, Therapieeinleitung und regelmäßige Kontrolle durch PulmologInnen.		

L04AX07 Dimethylfumarat**Dimethylfumarat 0,12**

RE2	Dimethylfumarat "Neuraxpharm" 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	74,55
RE1	Tecfidera 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	216,85

Dimethylfumarat 0,24

RE2	Dimethylfumarat "Neuraxpharm" 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	239,20
RE1 L6	Tecfidera 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. Dimethylfumarat eignet sich für eine chef(kontroll)ärztliche Langzeitbewilligung für 6 Monate (L6).	56 St	789,05

M MUSKEL- UND SKELETTSYSTEM
M01 ANTIHLOGISTIKA UND ANTIRHEUMATIKA
M01A NICHTSTEROIDALE ANTIHLOGISTIKA UND ANTIRHEUMATIKA
M01AB Essigsäure-Derivate und verwandte Substanzen
M01AB55 Diclofenac, Kombinationen

Diclofenac 0,0003, Orphenadrincitrat 0,00012/ml

RE2	Neodolpasse Inf.lsg.	1 St	8,40
	Mit oral oder intramuskulär verabreichten und ausreichend hoch dosierten Therapiealternativen des Grünen Bereiches nicht beherrschbare akute radikuläre und vertebrogenen Schmerz- und Entzündungszustände, welche eine kurz dauernde intravenöse Infusionstherapie (für maximal fünf Tage) erforderlich machen.	250 ml	
	Darüber hinaus ist eine weitere Kostenübernahme nicht möglich (andere Therapieoptionen).	5 St	37,35
		250 ml	

M01AH Coxibe
M01AH01 Celecoxib

Celecoxib 0,1

RE2	Celebrex 100 mg Hartkaps.	10 St(2)	3,85
L6	Zur Behandlung der schmerzhaften Osteoarthrose bei Patienten über dem 65. Lebensjahr	30 St	11,20
	- 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).		

Celecoxib 0,2

RE2	Celebrex 200 mg Hartkaps.	10 St(2)	7,65
L6	Zur Behandlung der schmerzhaften Osteoarthrose bei Patienten über dem 65. Lebensjahr	30 St	21,60
	- 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).		

M01AH05 Etoricoxib

Etoricoxib 0,03

RE1	Arcoxia 30 mg Filmtabl.	28 St	25,90
	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).		

Bezeichnung	T	OP	KVP in €
-------------	---	----	----------

Etoricoxib 0,06

RE1	Arcoxia 60 mg Filmtabl. Zur Behandlung der schmerzhaften Osteoarthritis 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	6,85
		28 St	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	7,95
		28 St	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	6,40
		28 St	12,50
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	4,55
		30 St	13,25

Bezeichnung		T	OP	KVP in €
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 "Aristo" 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
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	Adenuric 120 mg Filmtabl.		14 St	6,40
L6	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).		28 St	12,50
RE1	Feburo 120 mg Filmtabl.		10 St	4,55
L6	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).		30 St	13,25
RE1	Febuxostat "Aristo" 120 mg Filmtabl.		14 St	6,40
L6	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).		28 St	12,40
RE1	Febuxostat "Genericon" 120 mg Filmtabl.		20 St	9,15
L6	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).		30 St	13,30

Bezeichnung		T	OP	KVP in €
RE1	Febuxostat "ratiopharm" 120 mg Filmtabl.		10 St	4,50
L6	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).		30 St	13,25
RE1	Febuxostat "Stada" 120 mg Filmtabl.		14 St	6,40
L6	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).		28 St	12,50

**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.		1 St	214,30
	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 ml	

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		1 St	8.632,80
L4	<p>Evrysdi 0,75 mg/ml Plv. zur Herst. einer Lsg. zum Einnehmen (PM)</p> <p>Therapiebeginn bei PatientInnen mit 5q-assoziiertes spinaler Muskelatrophie (SMA) und mit Nachweis von einer bis vier SMN2-Genkopien anhand eines validierten Testverfahrens ab dem 2. Lebensmonat.</p> <p>Startkriterien:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Keine dauerhafte invasive Beatmung - Bei PatientInnen mit einem Körpergewicht von unter 13,5 kg nur, wenn eine Therapie mit Onasemnogen-Abepravovec nicht möglich ist - Keine Anwendung nach einer Therapie mit Onasemnogen-Abepravovec - Keine Anwendung nach Therapieversagen mit Nusinersen - Nicht in Kombination mit Nusinersen <p>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).</p> <p>Das Labor hat ein validiertes Verfahren zur Bestimmung der SMN2-Genkopienzahl mittels MLPA-Analytik zu verwenden und muss über Erfahrung in der Durchführung dieses Verfahrens verfügen, die über eine Gelegenheitsversorgung hinausgeht. Hierfür wird eine Mindestanzahl von 20 Genuntersuchungen (SMA-unabhängig) pro Jahr als ausreichend angesehen.</p> <p>Bei Wirkungsverlust ist die Therapie abzubrechen. Dies trifft zu, wenn nach Therapiebeginn bei zumindest zwei Kontrolluntersuchungen im Abstand von maximal 16 Wochen das beste Ergebnis der beiden Untersuchungen zumindest eines der folgenden Kriterien (in Abhängigkeit von Alter und Krankheitsstatus) erfüllt:</p> <ul style="list-style-type: none"> - 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 <p>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 4 Monate sowie Weiterverordnung durch entsprechende Fachabteilung bzw. Zentrum bzw. durch NeuropädiaterInnen oder NeurologInnen. Dokumentierter Einschluss in das Register SMARtCARE. Risdiplam eignet sich für eine chef(kontroll)ärztliche Langzeitbewilligung für 4 Monate (L4). Die Aufnahme ist befristet und endet am 31.1.2025.</p>	60 mg	

**N NERVENSYSTEM
N01 ANÄSTHETIKA
N01B LOKALANÄSTHETIKA
N01BB Amide
N01BB52 Lidocain, Kombinationen**

Lidocain 0,02, Chlorhexidin 0,0005/g

RE2	Cathejell Lidocain 2 %/Chlorhexidin 0,05 % Gel	25 St	34,10
L12	Eine Kostenübernahme ist nur möglich zur Selbstkatheterisierung (z.B. bei Patienten mit Querschnittlähmung).	8,5 g	
		25 St	42,50
		12,5 g	

N01BX Andere Lokalanästhetika**Diphenhydramin 0,01, Chlorhexidin 0,0005/g**

RE2	Cathejell Diphenhydramin 1 %/Chlorhexidin 0,05 % Gel	25 St	34,10
L12	Eine Kostenübernahme ist nur möglich zur Selbstkatheterisierung (z.B. bei Patienten mit Querschnittlähmung).	8,5 g	
		25 St	42,50
		12,5 g	
RE2	Cathejell Diphenhydramin 1 %/Chlorhexidin 0,05 % Gel (in Tuben)	100 g	6,45
L12	Eine Kostenübernahme ist nur möglich zur Selbstkatheterisierung (z.B. bei Patienten mit Querschnittlähmung).		

N01BX04 Capsaicin**Capsaicin 0,179**

RE1	Qutenza 179 mg kutanes Pflaster	1 St	290,75
	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.		

N02 ANALGETIKA**N02A OPIOIDE****N02AE Oripavin-Derivate****N02AE01 Buprenorphin****Buprenorphin 0,002**

RE2	Temgesic 0,2 mg Sublingualtabl.	50 St	22,05
SG	Eine Kostenübernahme ist nur möglich, wenn mit Therapiealternativen (Packungsgrößen) aus dem Grünen Bereich nachweislich nicht das Auslangen gefunden werden kann.		

Buprenorphin 0,0004

RE2	Temgesic 0,4 mg Sublingualtabl.	50 St	40,40
SG	Eine Kostenübernahme ist nur möglich, wenn mit Therapiealternativen (Packungsgrößen) aus dem Grünen Bereich nachweislich nicht das Auslangen gefunden werden kann.		

N02AX Andere Opiode
N02AX02 Tramadol

Tramadol 0,1/ml

RE2	Tramabene Tropf. Eine Kostenübernahme ist im ausführend 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	Sativex Spray zur Anw. in der Mundhöhle (®)	3 St	473,90
SG	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 x 10 ml 1 ED = 0,1 ml	

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	60,65
		2 Spritzamp. + 1 Pen	
		2 St	60,65
		2 Spritzamp.	

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
RE2	Sultiam "neuraxpharm" 50 mg Filmtabl. Bei diagnostisch gesicherter und behandlungspflichtiger Rolando-Epilepsie	90 St	19,85

Sultiam 0,2

RE2	Ospolot 200 mg Filmtabl. Bei diagnostisch gesicherter und behandlungspflichtiger Rolando-Epilepsie	T2 50 St	57,30
RE2	Sultiam "neuraxpharm" 200 mg Filmtabl. Bei diagnostisch gesicherter und behandlungspflichtiger Rolando-Epilepsie	T4 90 St	52,40

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
-----	--	--	--------	--------

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	47,75
------------	--	--	------	-------

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	47,75 167,00
------------	--	--	---------------	-----------------

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	167,00
------------	--	--	-------	--------

Bezeichnung	T	OP	KVP in €
-------------	---	----	----------

Perampanel 0,008

RE1	Fycompa 8 mg Filmtabl.		28 St	167,00
L12	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).			

Perampanel 0,01

RE1	Fycompa 10 mg Filmtabl.		28 St	167,00
L12	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).			

Perampanel 0,012

RE1	Fycompa 12 mg Filmtabl.		28 St	167,00
L12	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).			

N03AX24 Cannabidiol

Cannabidiol 0,1/ml

RE1	Epidyolex 100 mg/ml Lsg. zum Einnehmen ^(EM)		100 ml	1.156,95
	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.			

N03AX25 Cenobamat

Cenobamat 0,0125 (14 Filmtabl.); Cenobamat 0,025 (14 Filmtabl.)

RE1	Ontozry 12,5 mg, 25 mg Filmtabl. Starterpackung		28 St	167,00
	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 0,05

RE1	Ontozry 50 mg Filmtabl.		14 St	90,10
L12	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	167,00

Bezeichnung	T	OP	KVP in €
-------------	---	----	----------

Cenobamat 0,1

RE1	Ontozry 100 mg Filmtabl.	14 St	90,10
L12	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	167,00

Cenobamat 0,15

RE1	Ontozry 150 mg Filmtabl.	14 St	90,10
L12	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	167,00

Cenobamat 0,2

RE1	Ontozry 200 mg Filmtabl.	14 St	90,10
L12	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	167,00

N03AX26 Fenfluramin

Fenfluramin 0,0022/ml

RE1	Fintepla 2,2 mg/ml Lsg. zum Einnehmen [Ⓜ]	120 ml	864,00
	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.	360 ml	2.542,70

N04 ANTIPARKINSONMITTEL

N04B DOPAMINERGE MITTEL

N04BC Dopamin-Agonisten

N04BC07 Apomorphin

Apomorphin 0,005/ml

RE1	Apo-go 5 mg/ml Inf.lsg. Fertigspr.	5 St	131,15
	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.	10 ml 50 St 10 ml	1.088,80

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
------------	--	--	-------	--------

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
-----	---	------	--------

N06 PSYCHOANALEPTIKA**N06A ANTIDEPRESSIVA****N06AA Nichtselektive Monoamin-Wiederaufnahmehemmer****N06AA05 Pipramol****Pipramol 0,05**

RE1 L12	Insidon Drag. Bei Kostenübernahme ist nur möglich, wenn mit Therapiealternativen aus dem Grünen Bereich nachweislich nicht das Auslangen gefunden werden kann.	100 St	18,85
------------	--	--------	-------

N06B PSYCHOSTIMULANZIEN, MITTEL FÜR DIE ADHD UND NOOTROPIKA**N06BA Zentral wirkende Sympathomimetika****N06BA04 Methyphenidat****Methyphenidat 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 Dosisanpassung soll mit der nicht-retardierten Form von Methyphenidat 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
-----------------	---	-------	-------

Bezeichnung	T	OP	KVP in €
-------------	---	----	----------

Methylphenidat 0,01

RE1	Medikinet retard 10 mg Hartkaps. mit veränderter Wirkstofffreisetzung	30 St	15,85
SG	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 Dosisstratation soll mit der nicht-retardierten Form von Methylphenidat erfolgen.		
L3	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).		
RE2	Methylphenidat "Stada" 10 mg Hartkaps. mit veränderter Wirkstofffreisetzung	10 St	2,90
SG	Bei Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung (ADHS) bei Kindern ab 6 Jahren und Jugendlichen als Teil eines umfassenden Behandlungsprogramms.	30 St	7,65
	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 0,018

RE1	Concerta 18 mg Retardtbl.	30 St	58,55
SG	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.		
L3	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).		

Methylphenidat 0,02

RE1	Medikinet retard 20 mg Hartkaps. mit veränderter Wirkstofffreisetzung	20 St	23,95
SG	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.	30 St	29,90
L3	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).		
RE2	Methylphenidat "Stada" 20 mg Hartkaps. mit veränderter Wirkstofffreisetzung	10 St	5,30
SG	Bei Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung (ADHS) bei Kindern ab 6 Jahren und Jugendlichen als Teil eines umfassenden Behandlungsprogramms.	30 St	14,25
	Diagnosestellung, Therapieeinleitung und regelmäßige Kontrolle durch FachärztInnen für Neurologie oder Neurologie und Psychiatrie oder Psychiatrie und Neurologie oder Psychiatrie, Kinder- und Jugendpsychiatrie oder Pädiatrie.		
RE1	Ritalin LA 20 mg Kaps.	30 St	29,25
SG	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.		
L3	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).		

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
RE2 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 FachärztInnen für Neurologie oder Neurologie und Psychiatrie oder Psychiatrie und Neurologie oder Psychiatrie, Kinder- und Jugendpsychiatrie oder Pädiatrie.	10 St 30 St		6,60 18,00
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
RE2 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 FachärztInnen für Neurologie oder Neurologie und Psychiatrie oder Psychiatrie und Neurologie oder Psychiatrie, Kinder- und Jugendpsychiatrie oder Pädiatrie.	10 St 30 St		8,05 21,75

Bezeichnung		T	OP	KVP in €
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
-----------------	--	--	-------	-------

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

N06BA09 Atomoxetin

Atomoxetin 0,004/ml

RE1 L3	Strattera 4 mg/ml Lsg. zum Einnehmen Bei Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung (ADHS) bei Kindern ab 6 Jahren und Jugendlichen als Teil eines umfassenden Behandlungsprogramms, - wenn der Einsatz von Stimulanzien (ATC-Code N06BA04) nicht angezeigt ist, - wenn Hinweise auf einen Substanzmissbrauch bestehen oder ein solcher bestand, - bei PatientInnen mit komorbider Tic- oder Angststörung. Diagnosestellung, Therapieeinleitung und regelmäßige Kontrolle durch einen Facharzt/eine Fachärztin für Neurologie, Psychiatrie, Kinder- und Jugendpsychiatrie oder Pädiatrie. Atomoxetin eignet sich für eine chef(kontroll)ärztliche Langzeitbewilligung für 3 Monate (L3).		1 St 100 ml 3 St 3 x 100 ml	51,50 139,80
-----------	---	--	--------------------------------------	-----------------

Atomoxetin 0,01

RE1	Atofab 10 mg Hartkaps.	10 St	20,90
L3	Bei Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung (ADHS) bei Kindern ab 6 Jahren und Jugendlichen als Teil eines umfassenden Behandlungsprogramms, - wenn der Einsatz von Stimulantien (ATC-Code N06BA04) nicht angezeigt ist, - wenn Hinweise auf einen Substanzmissbrauch bestehen oder ein solcher bestand, - bei Patienten/Patientinnen mit komorbider Tic- oder Angststörung. Diagnosestellung, Therapieeinleitung und regelmäßige Kontrolle durch einen/eine Facharzt/Fachärztin für Neurologie, Psychiatrie, Kinder- und Jugendpsychiatrie oder Pädiatrie. Atomoxetin eignet sich für eine chef(kontroll)ärztliche Langzeitbewilligung für 3 Monate (L3).	30 St	59,30
RE1	Atomoxetin "Stada" 10 mg Hartkaps.	7 St	14,90
L3	Bei Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung (ADHS) bei Kindern ab 6 Jahren und Jugendlichen als Teil eines umfassenden Behandlungsprogramms, - wenn der Einsatz von Stimulantien (ATC-Code N06BA04) nicht angezeigt ist, - wenn Hinweise auf einen Substanzmissbrauch bestehen oder ein solcher bestand, - bei Patienten/Patientinnen mit komorbider Tic- oder Angststörung. Diagnosestellung, Therapieeinleitung und regelmäßige Kontrolle durch einen/eine Facharzt/Fachärztin für Neurologie, Psychiatrie, Kinder- und Jugendpsychiatrie oder Pädiatrie. Atomoxetin eignet sich für eine chef(kontroll)ärztliche Langzeitbewilligung für 3 Monate (L3).	28 St	55,35

Atomoxetin 0,018

RE1	Atofab 18 mg Hartkaps.	10 St	20,90
L3	Bei Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung (ADHS) bei Kindern ab 6 Jahren und Jugendlichen als Teil eines umfassenden Behandlungsprogramms, - wenn der Einsatz von Stimulantien (ATC-Code N06BA04) nicht angezeigt ist, - wenn Hinweise auf einen Substanzmissbrauch bestehen oder ein solcher bestand, - bei Patienten/Patientinnen mit komorbider Tic- oder Angststörung. Diagnosestellung, Therapieeinleitung und regelmäßige Kontrolle durch einen/eine Facharzt/Fachärztin für Neurologie, Psychiatrie, Kinder- und Jugendpsychiatrie oder Pädiatrie. Atomoxetin eignet sich für eine chef(kontroll)ärztliche Langzeitbewilligung für 3 Monate (L3).	30 St	59,30
RE1	Atomoxetin "Stada" 18 mg Hartkaps.	7 St	14,90
L3	Bei Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung (ADHS) bei Kindern ab 6 Jahren und Jugendlichen als Teil eines umfassenden Behandlungsprogramms, - wenn der Einsatz von Stimulantien (ATC-Code N06BA04) nicht angezeigt ist, - wenn Hinweise auf einen Substanzmissbrauch bestehen oder ein solcher bestand, - bei Patienten/Patientinnen mit komorbider Tic- oder Angststörung. Diagnosestellung, Therapieeinleitung und regelmäßige Kontrolle durch einen/eine Facharzt/Fachärztin für Neurologie, Psychiatrie, Kinder- und Jugendpsychiatrie oder Pädiatrie. Atomoxetin eignet sich für eine chef(kontroll)ärztliche Langzeitbewilligung für 3 Monate (L3).	28 St	55,35

Bezeichnung		T	OP	KVP in €
Atomoxetin 0,025				
RE1	Atofab 25 mg Hartkaps.		10 St	20,90
L3	Bei Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung (ADHS) bei Kindern ab 6 Jahren und Jugendlichen als Teil eines umfassenden Behandlungsprogramms, - wenn der Einsatz von Stimulantien (ATC-Code N06BA04) nicht angezeigt ist, - wenn Hinweise auf einen Substanzmissbrauch bestehen oder ein solcher bestand, - bei Patienten/Patientinnen mit komorbider Tic- oder Angststörung. Diagnosestellung, Therapieeinleitung und regelmäßige Kontrolle durch einen/eine Facharzt/Fachärztin für Neurologie, Psychiatrie, Kinder- und Jugendpsychiatrie oder Pädiatrie. Atomoxetin eignet sich für eine chef(kontroll)ärztliche Langzeitbewilligung für 3 Monate (L3).		30 St	59,30
RE1	Atomoxetin "Stada" 25 mg Hartkaps.		7 St	14,90
L3	Bei Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung (ADHS) bei Kindern ab 6 Jahren und Jugendlichen als Teil eines umfassenden Behandlungsprogramms, - wenn der Einsatz von Stimulantien (ATC-Code N06BA04) nicht angezeigt ist, - wenn Hinweise auf einen Substanzmissbrauch bestehen oder ein solcher bestand, - bei Patienten/Patientinnen mit komorbider Tic- oder Angststörung. Diagnosestellung, Therapieeinleitung und regelmäßige Kontrolle durch einen/eine Facharzt/Fachärztin für Neurologie, Psychiatrie, Kinder- und Jugendpsychiatrie oder Pädiatrie. Atomoxetin eignet sich für eine chef(kontroll)ärztliche Langzeitbewilligung für 3 Monate (L3).		28 St	55,35
Atomoxetin 0,04				
RE1	Atofab 40 mg Hartkaps.		10 St	20,90
L3	Bei Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung (ADHS) bei Kindern ab 6 Jahren und Jugendlichen als Teil eines umfassenden Behandlungsprogramms, - wenn der Einsatz von Stimulantien (ATC-Code N06BA04) nicht angezeigt ist, - wenn Hinweise auf einen Substanzmissbrauch bestehen oder ein solcher bestand, - bei Patienten/Patientinnen mit komorbider Tic- oder Angststörung. Diagnosestellung, Therapieeinleitung und regelmäßige Kontrolle durch einen/eine Facharzt/Fachärztin für Neurologie, Psychiatrie, Kinder- und Jugendpsychiatrie oder Pädiatrie. Atomoxetin eignet sich für eine chef(kontroll)ärztliche Langzeitbewilligung für 3 Monate (L3).		30 St	59,30
RE1	Atomoxetin "Stada" 40 mg Hartkaps.		7 St	14,90
L3	Bei Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung (ADHS) bei Kindern ab 6 Jahren und Jugendlichen als Teil eines umfassenden Behandlungsprogramms, - wenn der Einsatz von Stimulantien (ATC-Code N06BA04) nicht angezeigt ist, - wenn Hinweise auf einen Substanzmissbrauch bestehen oder ein solcher bestand, - bei Patienten/Patientinnen mit komorbider Tic- oder Angststörung. Diagnosestellung, Therapieeinleitung und regelmäßige Kontrolle durch einen/eine Facharzt/Fachärztin für Neurologie, Psychiatrie, Kinder- und Jugendpsychiatrie oder Pädiatrie. Atomoxetin eignet sich für eine chef(kontroll)ärztliche Langzeitbewilligung für 3 Monate (L3).		28 St	55,35

Atomoxetin 0,06

RE1	Atofab 60 mg Hartkaps.	10 St	20,90
L3	Bei Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung (ADHS) bei Kindern ab 6 Jahren und Jugendlichen als Teil eines umfassenden Behandlungsprogramms, - wenn der Einsatz von Stimulantien (ATC-Code N06BA04) nicht angezeigt ist, - wenn Hinweise auf einen Substanzmissbrauch bestehen oder ein solcher bestand, - bei Patienten/Patientinnen mit komorbider Tic- oder Angststörung. Diagnosestellung, Therapieeinleitung und regelmäßige Kontrolle durch einen/eine Facharzt/Fachärztin für Neurologie, Psychiatrie, Kinder- und Jugendpsychiatrie oder Pädiatrie. Atomoxetin eignet sich für eine chef(kontroll)ärztliche Langzeitbewilligung für 3 Monate (L3).	30 St	59,30
RE1	Atomoxetin "Stada" 60 mg Hartkaps.	7 St	14,90
L3	Bei Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung (ADHS) bei Kindern ab 6 Jahren und Jugendlichen als Teil eines umfassenden Behandlungsprogramms, - wenn der Einsatz von Stimulantien (ATC-Code N06BA04) nicht angezeigt ist, - wenn Hinweise auf einen Substanzmissbrauch bestehen oder ein solcher bestand, - bei Patienten/Patientinnen mit komorbider Tic- oder Angststörung. Diagnosestellung, Therapieeinleitung und regelmäßige Kontrolle durch einen/eine Facharzt/Fachärztin für Neurologie, Psychiatrie, Kinder- und Jugendpsychiatrie oder Pädiatrie. Atomoxetin eignet sich für eine chef(kontroll)ärztliche Langzeitbewilligung für 3 Monate (L3).	28 St	55,35

Atomoxetin 0,08

RE1	Atofab 80 mg Hartkaps.	30 St	59,30
L3	Bei Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung (ADHS) bei Kindern ab 6 Jahren und Jugendlichen als Teil eines umfassenden Behandlungsprogramms, - wenn der Einsatz von Stimulantien (ATC-Code N06BA04) nicht angezeigt ist, - wenn Hinweise auf einen Substanzmissbrauch bestehen oder ein solcher bestand, - bei Patienten/Patientinnen mit komorbider Tic- oder Angststörung. Diagnosestellung, Therapieeinleitung und regelmäßige Kontrolle durch einen/eine Facharzt/Fachärztin für Neurologie, Psychiatrie, Kinder- und Jugendpsychiatrie oder Pädiatrie. Atomoxetin eignet sich für eine chef(kontroll)ärztliche Langzeitbewilligung für 3 Monate (L3).		
RE1	Atomoxetin "Stada" 80 mg Hartkaps.	28 St	55,35
L3	Bei Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung (ADHS) bei Kindern ab 6 Jahren und Jugendlichen als Teil eines umfassenden Behandlungsprogramms, - wenn der Einsatz von Stimulantien (ATC-Code N06BA04) nicht angezeigt ist, - wenn Hinweise auf einen Substanzmissbrauch bestehen oder ein solcher bestand, - bei Patienten/Patientinnen mit komorbider Tic- oder Angststörung. Diagnosestellung, Therapieeinleitung und regelmäßige Kontrolle durch einen/eine Facharzt/Fachärztin für Neurologie, Psychiatrie, Kinder- und Jugendpsychiatrie oder Pädiatrie. Atomoxetin eignet sich für eine chef(kontroll)ärztliche Langzeitbewilligung für 3 Monate (L3).		

Atomoxetin 0,1

RE1	Atofab 100 mg Hartkaps.		30 St	59,30
L3	Bei Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung (ADHS) bei Kindern ab 6 Jahren und Jugendlichen als Teil eines umfassenden Behandlungsprogramms, - wenn der Einsatz von Stimulantien (ATC-Code N06BA04) nicht angezeigt ist, - wenn Hinweise auf einen Substanzmissbrauch bestehen oder ein solcher bestand, - bei Patienten/Patientinnen mit komorbider Tic- oder Angststörung. Diagnosestellung, Therapieeinleitung und regelmäßige Kontrolle durch einen/eine Facharzt/Fachärztin für Neurologie, Psychiatrie, Kinder- und Jugendpsychiatrie oder Pädiatrie. Atomoxetin eignet sich für eine chef(kontroll)ärztliche Langzeitbewilligung für 3 Monate (L3).			

N06D ANTIDEMENTIVA
N06DA Cholinesterasehemmer
N06DA02 Donepezil

Donepezil 0,005

RE2	Aricept 5 mg Filmtabl.		7 St(2)	4,45
L6	- Die Diagnose DAT (Demenz vom Alzheimerstyp) 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	17,15
RE2	Donepezil "Actavis" 5 mg Filmtabl.		7 St(2)	4,45
L6	- Die Diagnose DAT (Demenz vom Alzheimerstyp) 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	18,35

Bezeichnung		T	OP	KVP in €
RE2	Donepezil "Bluefish" 5 mg Filmtabl.			
L6	<ul style="list-style-type: none"> - 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		4,20 16,25
RE2	Donepezil "Genericon" 5 mg Filmtabl.			
L6	<ul style="list-style-type: none"> - 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	Donepezil "ratiopharm" 5 mg Filmtabl.			
L6	<ul style="list-style-type: none"> - 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	Donepezil HCl "Sandoz" 5 mg Filmtabl.			
L6	<ul style="list-style-type: none"> - 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

Donepezil 0,01

		T	OP	KVP in €
RE2	Aricept 10 mg Filmtabl.		28 St(2)	32,90
L6	<ul style="list-style-type: none"> - Die Diagnose DAT (Demenz vom Alzheimerstyp) 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). 			
RE2	Donepezil "Actavis" 10 mg Filmtabl.		30 St(2)	35,25
L6	<ul style="list-style-type: none"> - Die Diagnose DAT (Demenz vom Alzheimerstyp) 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). 			
RE2	Donepezil "Bluefish" 10 mg Filmtabl.		28 St(2)	31,40
L6	<ul style="list-style-type: none"> - Die Diagnose DAT (Demenz vom Alzheimerstyp) 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). 			

Bezeichnung		T	OP	KVP in €
RE2 L6	Donepezil "Genericon" 10 mg Filmtabl. - Die Diagnose DAT (Demenz vom Alzheimerstyp) 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 "ratiopharm" 10 mg Filmtabl. - Die Diagnose DAT (Demenz vom Alzheimerstyp) 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 Alzheimerstyp) 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**

		28 St	37,80
RE2	Exelon 1,5 mg Hartkaps.		
L6	<ul style="list-style-type: none"> - Die Diagnose DAT (Demenz vom Alzheimerstyp) 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	73,25
RE2	Rivastigmin "Actavis" 1,5 mg Hartkaps.		
L6	<ul style="list-style-type: none"> - Die Diagnose DAT (Demenz vom Alzheimerstyp) 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	46,10
RE2	Rivastigmin "Sandoz" 1,5 mg Hartkaps.		
L6	<ul style="list-style-type: none"> - Die Diagnose DAT (Demenz vom Alzheimerstyp) 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	45,95

Rivastigmin 0,003

RE2			
L6	Exelon 3 mg Hartkaps.		56 St(2) 73,25
	<ul style="list-style-type: none"> - Die Diagnose DAT (Demenz vom Alzheimer Typ) 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). 		
L6	Rivastigmin "Actavis" 3 mg Hartkaps.		56 St(2) 46,10
	<ul style="list-style-type: none"> - Die Diagnose DAT (Demenz vom Alzheimer Typ) 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). 		
L6	Rivastigmin "Sandoz" 3 mg Hartkaps.		56 St(2) 45,95
	<ul style="list-style-type: none"> - Die Diagnose DAT (Demenz vom Alzheimer Typ) 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). 		

Bezeichnung		T	OP	KVP in €
Rivastigmin 0,0045				
RE2	Exelon 4,5 mg Hartkaps.		56 St(2)	73,25
L6	<ul style="list-style-type: none"> - Die Diagnose DAT (Demenz vom Alzheimer Typ) 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). 			
RE2	Rivastigmin "Actavis" 4,5 mg Hartkaps.		56 St(2)	46,10
L6	<ul style="list-style-type: none"> - Die Diagnose DAT (Demenz vom Alzheimer Typ) 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). 			
RE2	Rivastigmin "Sandoz" 4,5 mg Hartkaps.		56 St(2)	45,95
L6	<ul style="list-style-type: none"> - Die Diagnose DAT (Demenz vom Alzheimer Typ) 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). 			

Rivastigmin 0,0046/die

RE2	Exelon 4,6 mg/24 h transdermales Pflaster	7 St	10,35
L6	<ul style="list-style-type: none"> - Die Diagnose DAT (Demenz vom Alzheimerstyp) 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	Rivagelan 4,6 mg/24 h transdermales Pflaster	7 St	10,15
L6	<ul style="list-style-type: none"> - Die Diagnose DAT (Demenz vom Alzheimerstyp) 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	Rivastigmin "ratiopharm" 4,6 mg/24 h transdermales Pflaster	7 St	10,30
L6	<ul style="list-style-type: none"> - Die Diagnose DAT (Demenz vom Alzheimerstyp) 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	Rivastigmin "Sandoz" 4,6 mg/24 h transdermales Pflaster		7 St	10,30
L6	<ul style="list-style-type: none"> - 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 0,006				
RE2	Exelon 6 mg Hartkaps.		56 St(2)	73,25
L6	<ul style="list-style-type: none"> - 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). 			
RE2	Rivastigmin "Actavis" 6 mg Hartkaps.		56 St(2)	46,10
L6	<ul style="list-style-type: none"> - 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). 			

RE2	Rivastigmin "Sandoz" 6 mg Hartkaps.	56 St(2)	45,95
L6	<ul style="list-style-type: none"> - Die Diagnose DAT (Demenz vom Alzheimerstyp) 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). 		

Rivastigmin 0,0095/die

RE2	Exelon 9,5 mg/24 h transdermales Pflaster	30 St(2)	40,60
L6	<ul style="list-style-type: none"> - Die Diagnose DAT (Demenz vom Alzheimerstyp) 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). 		
RE2	Rivagelan 9,5 mg/24 h transdermales Pflaster	30 St(2)	39,95
L6	<ul style="list-style-type: none"> - Die Diagnose DAT (Demenz vom Alzheimerstyp) 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). 		

Bezeichnung		T	OP	KVP in €
RE2 L6	Rivastigmin "ratiopharm" 9,5 mg/24 h transdermales Pflaster - Die Diagnose DAT (Demenz vom Alzheimerstyp) 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
RE2 L6	Rivastigmin "Sandoz" 9,5 mg/24 h transdermales Pflaster - Die Diagnose DAT (Demenz vom Alzheimerstyp) 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 Alzheimerstyp) 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
------------------	--	--	--	----------------

Bezeichnung		T	OP	KVP in €
RE2 L6	Rivastigmin "ratiopharm" 13,3 mg/24 h transdermales Pflaster - Die Diagnose DAT (Demenz vom Alzheimerstyp) 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
RE2 L6	Rivastigmin "Sandoz" 13,3 mg/24 h transdermales Pflaster - Die Diagnose DAT (Demenz vom Alzheimerstyp) 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 Alzheimerstyp) ist von einem Facharzt für Neurologie oder Neurologie und Psychiatrie oder Psychiatrie und Neurologie oder Psychiatrie zu stellen. - Zu Therapiebeginn muss das Ergebnis der MMSE (Mini-Mental State Examination) größer bzw. gleich 12 betragen. - Vergewisserung für das Vorhandensein einer Betreuungsperson zur Sicherung der Compliance. - Eine Kontrolluntersuchung durch den o.a. Facharzt ist nach Erreichung der Erhaltungsdosis durchzuführen. - Die Behandlung ist nur bei Ansprechen auf die Therapie weiterzuführen. - Alle 6 Monate ist eine Kontrolluntersuchung durch den o.a. Facharzt mittels einer MMSE durchzuführen. - Die Therapie mit Reminyl ist zu beenden, wenn das Ergebnis der MMSE kleiner bzw. gleich 10 ist. - Reminyl darf nicht mit anderen Arzneimitteln gegen DAT kombiniert werden. - Reminyl eignet sich für eine chef(kontroll)ärztliche Langzeitbewilligung für 6 Monate (L6). - Die Lsg. wird nur bei Vorliegen von Schluckbeschwerden genehmigt.		100 ml(2)	72,60
-----------	---	--	-----------	-------

Galantamin 0,008

		T	OP	KVP in €
RE2	Galantamin "Actavis" 8 mg Retardkaps.		7 St	6,05
L6	<ul style="list-style-type: none"> - Die Diagnose DAT (Demenz vom Alzheimer Typ) 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)	22,80	
RE2	Galantamin "Aristo" 8 mg Retardkaps.		7 St	6,00
L6	<ul style="list-style-type: none"> - Die Diagnose DAT (Demenz vom Alzheimer Typ) 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)	21,00	
RE2	Galantamin "ratiopharm GmbH" 8 mg Retardkaps.		10 St	8,25
L6	<ul style="list-style-type: none"> - Die Diagnose DAT (Demenz vom Alzheimer Typ) 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)	22,50	

Bezeichnung		T	OP	KVP in €
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

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
------------------	--	--	----------	-------

Bezeichnung		T	OP	KVP in €
RE2	Galantamin "Aristo" 16 mg Retardkaps.			
L6	<ul style="list-style-type: none"> - Die Diagnose DAT (Demenz vom Alzheimerstyp) 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 cheff(kontroll)ärztliche Langzeitbewilligung für 6 Monate (L6). 	28 St(2)		34,60
RE2	Galantamin "ratiopharm GmbH" 16 mg Retardkaps.			
L6	<ul style="list-style-type: none"> - Die Diagnose DAT (Demenz vom Alzheimerstyp) 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 cheff(kontroll)ärztliche Langzeitbewilligung für 6 Monate (L6). 	30 St(2)		37,10
RE2	Galantamin "Sandoz" 16 mg Retardkaps.			
L6	<ul style="list-style-type: none"> - Die Diagnose DAT (Demenz vom Alzheimerstyp) 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 cheff(kontroll)ärztliche Langzeitbewilligung für 6 Monate (L6). 	30 St(2)		39,60
RE2	Reminyl retard 16 mg Kaps.			
L6	<ul style="list-style-type: none"> - Die Diagnose DAT (Demenz vom Alzheimerstyp) 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 cheff(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 Alzheimer Typ) 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
L6	Galantamin "Aristo" 24 mg Retardkaps. - Die Diagnose DAT (Demenz vom Alzheimer Typ) 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
L6	Galantamin "ratiopharm GmbH" 24 mg Retardkaps. - Die Diagnose DAT (Demenz vom Alzheimer Typ) 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

Bezeichnung		T	OP	KVP in €
RE2	Galantamin "Sandoz" 24 mg Retardkaps.		30 St(2)	45,45
L6	<ul style="list-style-type: none"> - Die Diagnose DAT (Demenz vom Alzheimerstyp) 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). 			
RE2	Reminyl retard 24 mg Kaps.		28 St(2)	42,40
L6	<ul style="list-style-type: none"> - Die Diagnose DAT (Demenz vom Alzheimerstyp) 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). 			

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		28 St	21,25
	<ul style="list-style-type: none"> - Die Diagnose DAT (Demenz vom Alzheimerstyp) 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. 			

Bezeichnung		T	OP	KVP in €
RE2	Memantin "Genericon" 5 mg, 10 mg, 15 mg, 20 mg Filmtabl. Starterpackung <ul style="list-style-type: none"> - Die Diagnose DAT (Demenz vom Alzheimerstyp) 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 "ratiopharm" 5 mg, 10 mg, 15 mg, 20 mg Filmtabl. Starterpackung <ul style="list-style-type: none"> - Die Diagnose DAT (Demenz vom Alzheimerstyp) 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		21,20
RE2	Memantine "Merz" 5 mg, 10 mg, 15 mg, 20 mg Filmtabl. Starterpackung <ul style="list-style-type: none"> - Die Diagnose DAT (Demenz vom Alzheimerstyp) 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
Memantin 0,005/ED				
RE2	Memantine "Merz" 5 mg/Pumpenhub Lsg. zum Einnehmen <ul style="list-style-type: none"> - Die Diagnose DAT (Demenz vom Alzheimerstyp) 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

Bezeichnung	T	OP	KVP in €
Memantin 0,01			
RE2 Ebixa 10 mg Filmtabl.	T2	28 St(2)	17,30
<ul style="list-style-type: none"> - Die Diagnose DAT (Demenz vom Alzheimerstyp) 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. 			
RE2 Memantin "Accord" 10 mg Filmtabl.	T2	14 St	6,35
<ul style="list-style-type: none"> - Die Diagnose DAT (Demenz vom Alzheimerstyp) 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. 			
RE2 Memantin "Aristo" 10 mg Filmtabl.	T2	10 St	6,45
<ul style="list-style-type: none"> - Die Diagnose DAT (Demenz vom Alzheimerstyp) 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. 			
RE2 Memantin "Genericon" 10 mg Filmtabl.	T2	30 St(2)	18,40
<ul style="list-style-type: none"> - Die Diagnose DAT (Demenz vom Alzheimerstyp) 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. 			

Bezeichnung		T	OP	KVP in €
RE2	Memantin "HCS" 10 mg Filmtabl. <ul style="list-style-type: none"> - 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	14 St	9,00
		T2	28 St(2)	17,30
RE2	Memantin "ratiopharm" 10 mg Filmtabl. <ul style="list-style-type: none"> - 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	Memantine "Merz" 10 mg Filmtabl. <ul style="list-style-type: none"> - 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. <ul style="list-style-type: none"> - 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 Alzheimerstyp) 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 Alzheimerstyp) 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)	12,55 35,60
RE2 Memantin "Genericon" 20 mg Filmtabl. - Die Diagnose DAT (Demenz vom Alzheimerstyp) 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 Alzheimerstyp) 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	Memantin "ratiopharm" 20 mg Filmtabl. <ul style="list-style-type: none"> - 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	Memantine "Merz" 20 mg Filmtabl. <ul style="list-style-type: none"> - 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	17,85
-----	--	--	-------	-------

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	25,90
-----	--	--	-------	-------

N07B MITTEL ZUR BEHANDLUNG VON SUCHTERKRANKUNGEN
N07BC Mittel zur Behandlung der Opiatabhängigkeit

Morphin 0,075

RE1	Compensan retard 100 mg Filmtabl.		10 St	13,90
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 Verschreibeweise von Heilmitteln und Heilbehelfen Methadon der Vorzug zu geben ist. <i>Morphin HCl trihydrat 0,1 entspr. 0,075 Morphin</i>		30 St	34,65

Bezeichnung	T	OP	KVP in €
-------------	---	----	----------

Morphin 0,09

RE1	Substitol retard 120 mg Kaps.		10 St	20,45
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 Verschreibeweise von Heilmitteln und Heilbehelfen Methadon der Vorzug zu geben ist. <i>Morphinsulfat-pentahydrat 0,12 entspr. 0,09 Morphin</i>		30 St	52,05

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 Verschreibeweise von Heilmitteln und Heilbehelfen Methadon der Vorzug zu geben ist. <i>Morphin HCl trihydrat 0,2 entspr. 0,15 Morphin</i>		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 Verschreibeweise von Heilmitteln und Heilbehelfen Methadon der Vorzug zu geben ist. <i>Morphinsulfat-pentahydrat 0,2 entspr. 0,15 Morphin</i>		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 Verschreibeweise von Heilmitteln und Heilbehelfen Methadon der Vorzug zu geben ist. <i>Morphin HCl trihydrat 0,3 entspr. 0,228 Morphin</i>	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. 		1 St	96,35
SG	Zur Substitutionsbehandlung (lt. Suchtgiftverordnung). Das Wochendepot dient zur Anbehandlung. Die Arzneyspezialität 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

Bezeichnung	T	OP	KVP in €
-------------	---	----	----------

Buprenorphin 0,016

RE1	Buvidal 16 mg Depot-Inj.Isg. (PM)		1 St	96,35
SG	Zur Substitutionsbehandlung (lt. Suchtgiftverordnung). 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

Buprenorphin 0,024

RE1	Buvidal 24 mg Depot-Inj.Isg. (PM)		1 St	96,35
SG	Zur Substitutionsbehandlung (lt. Suchtgiftverordnung). 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.Isg. (PM)		1 St	96,35
SG	Zur Substitutionsbehandlung (lt. Suchtgiftverordnung). 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.Isg. (PM)		1 St	353,40
SG	Zur Substitutionsbehandlung (lt. Suchtgiftverordnung). 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.Isg. (PM)		1 St	353,40
SG	Zur Substitutionsbehandlung (lt. Suchtgiftverordnung). 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.Isg. (PM)		1 St	353,40
SG	Zur Substitutionsbehandlung (lt. Suchtgiftverordnung). 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.Isg. (PM)		1 St	353,40
SG	Zur Substitutionsbehandlung (lt. Suchtgiftverordnung). 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

Bezeichnung	T	OP	KVP in €
-------------	---	----	----------

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

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 0,0014, Naloxon 0,00036

RE1	Zubsolv 1,4 mg/0,36 mg Sublingualtabl.			7 St	4,10
SG	Zur Substitutionsbehandlung (lt. Suchtgiftverordnung)			28 St	14,25

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

Bezeichnung	T	OP	KVP in €
-------------	---	----	----------

Buprenorphin 0,0029, Naloxon 0,0071

RE1	Zubsolv 2,9 mg/0,71 mg Sublingualtabl.		7 St	6,60
SG	Zur Substitutionsbehandlung (lt. Suchtgiftverordnung)		28 St	23,30

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 0,0057, Naloxon 0,0014

RE1	Zubsolv 5,7 mg/1,4 mg Sublingualtabl.		7 St	10,25
SG	Zur Substitutionsbehandlung (lt. Suchtgiftverordnung)		28 St	37,25

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

Buprenorphin 0,0086, Naloxon 0,0021

RE1	Zubsolv 8,6 mg/2,1 mg Sublingualtabl.		7 St	13,70
SG	Zur Substitutionsbehandlung (lt. Suchtgiftverordnung)		28 St	48,80

Buprenorphin 0,0114, Naloxon 0,0029

RE1	Zubsolv 11,4 mg/2,9 mg Sublingualtabl.		7 St	16,50
SG	Zur Substitutionsbehandlung (lt. Suchtgiftverordnung)		28 St	60,00

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
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	Alcover Sirup		140 ml	27,55
SG	Eine Kostenübernahme ist möglich bei Versagen von Alternativen des Grünen Bereiches im Rahmen eines therapeutischen Gesamtkonzepts bei der Langzeitentwöhnung von Alkoholabhängigen.			

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 http://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

9.375,65

Tafamidis 0,061**RE1 Vyndaqel 61 mg Weichkaps. (PM)**

- 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-Immuno-fixationselektrophorese. 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 Myokardiopsie 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. kardialen 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 http://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. (PM)	4 St	21.932,00
	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.		

N07XX18 Vutrisiran**Vutrisiran 0,025**

RE1	Amvuttra 25 mg Inj.lsg. Fertigspr. (PM)	1 St	100.612,35
L6	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. Patisiran, Inotersen, Tafamidis) kombiniert werden. Vutrisiran eignet sich für eine chef(kontroll)ärztliche Langzeitbewilligung für 6 Monate (L6). Die Aufnahme ist befristet und endet mit 30.9.2028.		

P ANTIPARASITÄRE MITTEL, INSEKTIZIDE UND REPELLENZIEN**P02 ANTHELMINTIKA****P02C NEMATODENMITTEL****P02CA Benzimidazol-Derivate****P02CA03 Albendazol****Albendazol 0,4**

RE2	Eskazole 400 mg Tabl.	12 St	84,60
	Eine Kostenübernahme ist möglich in den Indikationen zystische oder alveoläre Echinokokkose und Trichinose.		

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	10 St	8,35
	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.	2,5 ml 60 St 2,5 ml	42,60

R03D ANDERE MITTEL BEI OBSTRUKTIVEN ATEMWEGSERKRANKUNGEN ZUR SYSTEMISCHEN ANWENDUNG

R03DX Andere Mittel bei obstruktiven Atemwegserkrankungen zur systemischen Anwendung

R03DX05 Omalizumab

Omalizumab 0,075

RE1	Xolair 75 mg Inj.slg. Fertigspr.	1 St	179,05
L6	<p>- 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</p> <ul style="list-style-type: none"> • 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 <p>- 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</p> <p>- mindestens eine schwerwiegende Asthma-Exazerbation mit stationärer Spitalsbehandlung in den letzten 12 Monaten auftrat.</p> <p>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).</p>	0,5 ml	

Omalizumab 0,15

RE1			
L6	<p>Xolair 150 mg Inj.lsg. Fertigspr.</p> <p>- 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</p> <ul style="list-style-type: none"> 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 <p>- 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</p> <p>- mindestens eine schwerwiegende Asthma-Exazerbation mit stationärer Spitalsbehandlung in den letzten 12 Monaten auftrat.</p> <p>Nicht in Kombination mit anderen monoklonalen Antikörpern zur Behandlung des schweren Asthmas.</p> <p>Ersteinstellung und Weiterverordnung durch PulmologInnen.</p> <p>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.</p> <p>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.</p> <p>Omalizumab eignet sich für eine chel(kontroll)ärztliche Langzeitbewilligung für 6 Monate (L6).</p>	1 St 1 ml	340,25

R03DX07 Roflumilast**Roflumilast 0,00025**

RE1			
	<p>Daxas 250 mcg Tabl.</p> <p>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</p> <ul style="list-style-type: none"> - 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 <p>wenn trotz einer täglichen maximal hoch dosierten Therapie mit einem LAMA + LABA oder LAMA + LABA + ICS</p> <ul style="list-style-type: none"> - 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. <p>Nicht in Kombination mit Theophyllin.</p> <p>Ersteinstellung und Weiterverordnung durch PulmologInnen.</p> <p>Weiterbehandlung ausschließlich mit der 500 mcg-Wirkstoffstärke.</p> <p>Überprüfung und Dokumentation der Wirksamkeit alle 6 Monate anhand der Anzahl an schweren und schwerwiegenden Exazerbationen (Definition siehe oben) in den letzten 12 Monaten.</p> <p>Die Therapie ist nur fortzuführen bei gleichbleibender oder sinkender CAT-Punkteanzahl und einer Reduktion der Anzahl an Exazerbationen im Vergleich zum Ausgangswert vor Therapiebeginn.</p>	28 St	44,90

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-Punktezahl und einer Reduktion der Anzahl an Exazerbationen im Vergleich zum Ausgangswert vor Therapiebeginn.

30 St

53,45

R03DX08 Reslizumab**Reslizumab 0,01/ml****RE1 Cinquaero 10 mg/ml Konz. zur Herst. einer Inf.lsg. (PMD)**

L6

- 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 ml141,60
499,70

R03DX09 Mepolizumab**Mepolizumab 0,04**

RE1	Nucalea 40 mg Inj.lsg. Fertigspr.	1 St	412,25
L6	<p>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</p> <ul style="list-style-type: none"> - 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. <p>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).</p>		

Mepolizumab 0,1

RE1 L6	Nucala 100 mg Inj.lsg. Fertipgen (RM)	1 St	968,30
	<p>- 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</p> <ul style="list-style-type: none"> • 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. <p>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.</p> <p>- 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.</p> <p>- 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.</p> <p>- 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.</p> <p>Mepolizumab eignet sich für eine chef(kontroll)ärztliche Langzeitbewilligung für 6 Monate (L6).</p>		

RE1	Bezeichnung	T	OP	KVP in €	
L6	<p>Nucala 100 mg Inj.lsg. Fertigspr. (CM)</p> <ul style="list-style-type: none"> - 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 <ul style="list-style-type: none"> • 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 Rhinosinuitis 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. <p>Mepolizumab eignet sich für eine chef(kontroll)ärztliche Langzeitbewilligung für 6 Monate (L6).</p>			1 St	974,60

Bezeichnung		T	OP	KVP in €
RE1	Nucala 100 mg Plv. zur Herst. einer Inj.lsg. [Ⓜ]			
L6	<ul style="list-style-type: none"> - Als Zusatztherapie bei PatientInnen ab 6 Jahren mit schwerem refraktärem eosinophilem Asthma mit Bluteosinophilen-Werten von 300 Zellen/Mikroliter oder mehr in den letzten 12 Monaten UND <ul style="list-style-type: none"> • 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. <p>Mepolizumab eignet sich für eine chef(kontroll)ärztliche Langzeitbewilligung für 6 Monate (L6).</p>	1 St	993,60	

R03DX10 Benralizumab**Benralizumab 0,03**

RE1	Fasenra 30 mg Inj.lsg. Fertigpen (EM)	1 St	2.125,90
L6	<p>- Als Zusatztherapie bei Erwachsenen mit schwerem refraktärem eosinophilem Asthma mit Bluteosinophilen-Werten von 300 Zellen/Mikroliter oder mehr in den letzten 12 Monaten UND</p> <ul style="list-style-type: none"> 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 <p>- 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</p> <p>- mindestens eine schwerwiegende Exazerbation mit stationärer Spitalsbehandlung in den letzten 12 Monaten auftrat.</p> <p>Nicht in Kombination mit anderen monoklonalen Antikörpern zur Behandlung des schweren Asthmas.</p> <p>Ersteinstellung und Weiterverordnung durch einen Facharzt/eine Fachärztin für Pulmologie.</p> <p>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.</p> <p>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.</p> <p>Benralizumab eignet sich für eine chef(kontroll)ärztliche Langzeitbewilligung für 6 Monate (L6).</p>		
RE1	Fasenra 30 mg Inj.lsg. Fertigspr. (EM)	1 St	2.141,40
L6	<p>- Als Zusatztherapie bei Erwachsenen mit schwerem refraktärem eosinophilem Asthma mit Bluteosinophilen-Werten von 300 Zellen/Mikroliter oder mehr in den letzten 12 Monaten UND</p> <ul style="list-style-type: none"> 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 <p>- 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</p> <p>- mindestens eine schwerwiegende Exazerbation mit stationärer Spitalsbehandlung in den letzten 12 Monaten auftrat.</p> <p>Nicht in Kombination mit anderen monoklonalen Antikörpern zur Behandlung des schweren Asthmas.</p> <p>Ersteinstellung und Weiterverordnung durch einen Facharzt/eine Fachärztin für Pulmologie.</p> <p>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.</p> <p>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.</p> <p>Benralizumab eignet sich für eine chef(kontroll)ärztliche Langzeitbewilligung für 6 Monate (L6).</p>		

R03DX11 Tezepelumab**Tezepelumab 0,21**

RE1	Tezspire 210 mg Inj.lsg. Fertigpen (PM)	1 St	1.167,55
L6	<p>Als Zusatztherapie bei PatientInnen ab 12 Jahren mit schwerem Asthma</p> <ul style="list-style-type: none"> - 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. <p>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 31.12.2026.</p>		
RE1	Tezspire 210 mg Inj.lsg. Fertigspr. (PM)	1 St	1.167,55
L6	<p>Als Zusatztherapie bei PatientInnen ab 12 Jahren mit schwerem Asthma</p> <ul style="list-style-type: none"> - 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. <p>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 31.12.2026.</p>		

R05 HUSTEN- UND ERKÄLTUNGSPRÄPARATE**R05C EXPEKTORANZIEN, EXKL. KOMBINATIONEN MIT ANTITUSSIVA****R05CB Mukolytika****R05CB13 Dornase alfa (Desoxyribonuclease)****Dornase alfa (Desoxyribonuclease) 0,0025**

RE1	Pulmozyme 2.500 E/2,5 ml Inh.lsg.	30 St	768,40
L12	<p>Eine Kostenübernahme ist möglich bei Mucoviszidose nach Erstverordnung durch eine Spezialambulanz. Dornase alfa (Desoxyribonuclease) 2.500 E entspr. 0,0025</p>		

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. (PM) 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 <ul style="list-style-type: none"> • 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	12.964,35
-------------------------	--	-------	-----------

Ivacaftor 0,05

RE1 L6	Kalydeco 50 mg Gran. Btl. (PM) 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 <ul style="list-style-type: none"> • 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
-------------------------	--	-------	-----------

Ivacaftor 0,075

RE1	Kalydeco 75 mg Filmtabl. ^(PM)	28 St	6.153,95
L6	<p>Als Kombinationsbehandlung mit Ivacaftor/Tezacaftor/Elxacaftor 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.</p> <p>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.</p> <p>Die Feststellung der Mutation muss mit einem validierten Testverfahren erfolgen.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Einsatz nur bei PatientInnen mit <ul style="list-style-type: none"> • 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 <ul style="list-style-type: none"> • 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. <p>Ivacaftor sowohl in Kombination mit Ivacaftor/Tezacaftor/Elxacaftor 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.</p>		

Ivacaftor 0,075

RE1	Kalydeco 75 mg Gran. Btl. ^(PM)	56 St	15.134,45
L6	<p>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.</p> <ul style="list-style-type: none"> - 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 <ul style="list-style-type: none"> • 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. <p>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.</p>		

Ivacaftor 0,15

RE1	Kalydeco 150 mg Filmtabl. (RM)	28 St	6.450,20
L6	<p>Als Kombinationsbehandlung mit Ivacaftor/Tezacaftor/Elxacaftor 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.</p> <p>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.</p> <p>Die Feststellung der Mutation muss mit einem validierten Testverfahren erfolgen.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Einsatz nur bei PatientInnen mit <ul style="list-style-type: none"> • 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 <ul style="list-style-type: none"> • 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. <p>Ivacaftor sowohl in Kombination mit Ivacaftor/Tezacaftor/Elxacaftor 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.</p>		
RE1	Kalydeco 150 mg Filmtabl. (RM)	56 St	15.134,45
L6	<p>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.</p> <p>Die Feststellung der Mutation muss mit einem validierten Testverfahren erfolgen.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Einsatz nur bei PatientInnen mit <ul style="list-style-type: none"> • 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 <ul style="list-style-type: none"> • 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. <p>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.</p>		

R07AX30 Ivacaftor und Lumacaftor**Ivacaftor 0,125, Lumacaftor 0,1**

RE1	Orkambi 100 mg/125 mg Filmtabl. ^(PM)	112 St	11.021,45
L6	<ul style="list-style-type: none"> - 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 <ul style="list-style-type: none"> • 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 <ul style="list-style-type: none"> • 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. <p>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.</p>		

Ivacaftor 0,125, Lumacaftor 0,1

RE1	Orkambi 100 mg/125 mg Gran. Btl. ^(PM)	56 St	10.926,10
L6	<ul style="list-style-type: none"> - 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 <ul style="list-style-type: none"> • 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 <ul style="list-style-type: none"> • Schweiß-Chlorid-Level um zumindest 15 % im Vergleich zur Baseline fallen und • eine altersentsprechend vorteilhafte Entwicklung des BMI eintritt. <p>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.</p>		

Ivacaftor 0,125, Lumacaftor 0,2

RE1	Orkambi 200 mg/125 mg Filmtabl. (RM)	112 St	11.021,45
L6	<ul style="list-style-type: none"> - 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 <ul style="list-style-type: none"> • 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 <ul style="list-style-type: none"> • 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. <p>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.</p>		

Ivacaftor 0,188, Lumacaftor 0,15

RE1	Orkambi 150 mg/188 mg Gran. Btl. (RM)	56 St	10.926,10
L6	<ul style="list-style-type: none"> - 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 <ul style="list-style-type: none"> • 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 <ul style="list-style-type: none"> • Schweiß-Chlorid-Level um zumindest 15 % im Vergleich zur Baseline fallen und • eine altersentsprechend vorteilhafte Entwicklung des BMI eintritt. <p>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.</p>		

R07AX31 Ivacaftor und Tezacaftor**Ivacaftor 0,075, Tezacaftor 0,05**

RE1	Symkevi 50 mg/75 mg Filmtabl. (EM)	28 St	5.451,75
L6	<p>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.</p> <p>Die Feststellung der Mutation muss mit einem validierten Testverfahren erfolgen.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Einsatz nur bei PatientInnen mit <ul style="list-style-type: none"> • 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 <ul style="list-style-type: none"> • 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. <p>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.</p>		

Ivacaftor 0,15, Tezacaftor 0,1

RE1	Symkevi 100 mg/150 mg Filmtabl. (EM)	28 St	5.601,40
L6	<p>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.</p> <p>Die Feststellung der Mutation muss mit einem validierten Testverfahren erfolgen.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Einsatz nur bei PatientInnen mit <ul style="list-style-type: none"> • 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 <ul style="list-style-type: none"> • 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. <p>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.</p>		

R07AX32 Ivacaftor, Tezacaftor und Elexacaftor**Ivacaftor 0,0375, Tezacaftor 0,025, Elexacaftor 0,05**

RE1	Kaftrio 37,5 mg/25 mg/50 mg Filmtabl. (CM)	56 St	10.226,80
L6	<p>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.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Einsatz nur bei PatientInnen mit <ul style="list-style-type: none"> • 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 <ul style="list-style-type: none"> • 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. <p>Ivacaftor/Tezacaftor/Elexacaftor in Kombination mit Ivacaftor eignet sich für eine cheff(kontroll)ärztliche Langzeitbewilligung für 6 Monate (L6). Die Aufnahme in den EKO ist befristet und endet mit 30.6.2026.</p>		

Ivacaftor 0,075, Tezacaftor 0,05, Elexacaftor 0,1

RE1	Kaftrio 75 mg/50 mg/100 mg Filmtabl. (CM)	56 St	10.186,25
L6	<p>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.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Einsatz nur bei PatientInnen mit <ul style="list-style-type: none"> • 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 <ul style="list-style-type: none"> • 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. <p>Ivacaftor/Tezacaftor/Elexacaftor in Kombination mit Ivacaftor eignet sich für eine cheff(kontroll)ärztliche Langzeitbewilligung für 6 Monate (L6). Die Aufnahme in den EKO ist befristet und endet mit 30.6.2026.</p>		

**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
------------	--	-------	-------

S01ED03 Levobunolol**Levobunolol 0,005/ml**

RE2	Vistagan Liquifilm unkonserviert 0,5 % Augentropf. Eine Kostenübernahme ist nur möglich bei nachgewiesener Allergie oder Unverträglichkeit von Augentropfen mit Konservierungsmittel.	60 St	15,20
------------	---	-------	-------

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	Duokopt 20 mg/ml + 5 mg/ml Augentropf. Glaukom bei Konservierungsmittelallergie oder -unverträglichkeit	5 ml(2) 1 ml = 25 Tr.	15,85

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 0,00015/ml**

RE2	Saftan 15 mcg/ml Augentropf. Einzeldosen In der Indikation Glaukom bei nachgewiesener Allergie oder Unverträglichkeit von Augentropfen mit Konservierungsmittel		30 St(2)	26,45
------------	---	--	----------	-------

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	95,20
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

Bezeichnung	T	OP	KVP in €
-------------	---	----	----------

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
-----	--	-------	--------

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 phosphatarne 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 phosphatarne 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 phosphatarne 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	Velta 8,4 g Plv. zur Herst. einer Susp. zum Einnehmen (PM) Bei Erwachsenen mit chronischer Niereninsuffizienz ab Stadium III (eGFR < 60 ml/min/1,73 m ²) und chronisch rekurrender 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
-----	--	-------	--------

Patiromer Calcium 16,8

RE1	Veltassa 16,8 g Plv. zur Herst. einer Susp. zum Einnehmen ^(PM) Bei Erwachsenen mit chronischer Niereninsuffizienz ab Stadium III (eGFR < 60 ml/min/1,73 m ²) und chronisch rekurrender 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 ^(PM) Bei Erwachsenen mit chronischer Niereninsuffizienz ab Stadium III (eGFR kleiner 60 ml/min/1,73 m ²) und chronisch rekurrender 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	272,20
------------	--	-------	--------

Natriumzirconiumcyclosilicat 10,0

RE1	Lokelma 10 g Plv. zur Herst. einer Susp. zum Einnehmen ^(PM) Bei Erwachsenen mit chronischer Niereninsuffizienz ab Stadium III (eGFR kleiner 60 ml/min/1,73 m ²) und chronisch rekurrender 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	398,70
------------	---	-------	--------

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 Chefarztspflicht
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	
Anissspiritus / 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	
Bitterorangenblütenwasser	
Bitterorangenfluidextrakt	

Stoffe	Ausnahmen von der Chefarztpflicht
Bitterorangenschale	
Blutegel	
Borretschöl / Raffiniertes	
Brombeerblätter	
Calciumascorbat	in Verarbeitung bis zu 50 mg pro Einzeldosis
Calciumpantothenat	
Campher (D-Campher)	
Carbomer 947P	
Citronellspiritus (3 ‰)	für die Verarbeitung unbedingt erforderliche Mengen, höchstens jedoch für 100 g je Zubereitung
Citronenschalen	
Dexpanthenol	in Verarbeitung
Diclofenac-Natrium	
Dronabinol	
Eisen(III)-chlorid-Hexahydrat	
Färberginsterkraut	
Fenchelspiritus (3 ‰)	für die Verarbeitung unbedingt erforderliche Mengen, höchstens jedoch für 100 g je Zubereitung
Flufenaminsäure	
Gelatine (pulv.)	als Verdickungsmittel und Gelbildner für flüssige und halb feste Arzneiformen (z.B. Globuli)
Ginsengwurzel	
Glucose-Monohydrat	in Verarbeitung
Guarana (pulv.)	
Himbeerblätter	
Holundermus	
Indometacin	
Jojobawachs / Flüssiges	

Stoffe	Ausnahmen von der Chefarztpflicht
Kamille / Römische	
Kamillenfluidextrakt	in Verarbeitung
Kastanienfluidextrakt	
Kieselerde / Gereinigte	
Klatschmohnblüten	
Kolafluidextrakt / Eingestellter	
Kolasamen	
Kopaivabalsam	
Kornblumenblüten	
Kümmelspiritus (3 ‰)	für die Verarbeitung unbedingt erforderliche Mengen, höchstens jedoch für 100 g je Zubereitung
Kürbissamen	
Lavendelblüten	
Lavendelspiritus	für die Verarbeitung unbedingt erforderliche Mengen, höchstens jedoch für 100 g je Zubereitung
Levomenol	
Majorankraut	
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

Stoffe	Ausnahmen von der Chefarztpflicht
Pfingstrosenblüten	
Pflanzenlecithin	
Piroxicam	
Prasteron (DHEA)	
Pyridoxinhydrochlorid	
Riboflavin	
Roskastanienfluidextrakt	
Rutin wasserlöslich	
Safran	
Sandelholz / Rotes	
Sonnentaukraut	
Spiritus / Zusammengesetzter aromatischer	für die Verarbeitung unbedingt erforderliche Mengen, höchstens jedoch für 100 g je Zubereitung
Süßholzsafte (in Stäbchen)	
Süßholzwurzelextrakt	
Taigawurzel	
Teebaumöl	
Thiaminchloridhydrochlorid	
Tocopherolacetat (α -Tocopherolacetat)	als Antioxydants 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
- Pepsinwein
- 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
- eine der magistralen Zubereitung entsprechende Arzneispezialität zugelassen und im Handel ist,
 - von der Ärztin/vom Arzt eine Mischung von Arzneispezialitäten verordnet wurde.

