

**Sozialversicherung:** Ihr Partner für Gesundheit, Sicherheit und Pension

# Erstattungskodex - EKO

Stand 1. Jänner 2025



Dachverband der  
österreichischen  
Sozialversicherungen

# Inhaltsverzeichnis

<b>Vorwörter</b> .....	<b>3</b>
<b>Erläuterungen zum Erstattungskodex (EKO)</b> .....	<b>7</b>
– 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
<b>Verordnen nach Ampelsystem und RÖV</b> .....	<b>13</b>
<b>Der EKO monatsaktuell im Internet</b> .....	<b>14</b>
<b>Weitere wichtige Adressen im Internet</b> .....	<b>15</b>
<b>Liste nicht erstattungsfähiger Arzneimittelkategorien</b> .....	<b>16</b>
<b>Suchtgiftverschreibung</b> .....	<b>18</b>
<b>Zeichenerklärung und Abkürzungen</b> .....	<b>20</b>
<b>Weitere Hinweise</b> .....	<b>24</b>
<b>Verzeichnis der Arzneyspezialitäten</b> .....	<b>25</b>
<b>Verzeichnis der ATC-Codes</b> .....	<b>129</b>
<b>Verzeichnis der Wirkstoffe</b> .....	<b>135</b>
<b>Grüner Bereich nach ATC-Code</b> .....	<b>161</b>
<b>Gelber Bereich nach ATC-Code</b> .....	<b>373</b>
<b>Magistrale Zubereitungen</b> .....	<b>621</b>

## Herausgeber und Verleger:

Dachverband der Sozialversicherungsträger, 1030 Wien, Kundmanngasse 21  
Gesamtherstellung: Bindung und Druck: Print Alliance HAV Produktions GmbH.

Alle Angaben erfolgen trotz sorgfältiger Bearbeitung ohne Gewähr; eine Haftung des Herausgebers oder Verlegers ist ausgeschlossen. Rechtlich verbindlich ist ausschließlich der unter [www.ris.bka.gv.at](http://www.ris.bka.gv.at) amtlich verlaubliche Erstattungskodex.



Sehr geehrte Frau Doktorin,  
sehr geehrter Herr Doktor,

vor 20 Jahren wurde im Jänner 2005 die erste Ausgabe des Erstattungskodex (EKO) herausgegeben. Der EKO löste das bisherige Heilmittelverzeichnis ab und brachte eine Reihe von Neuerungen, die bis heute Bestand haben. So trat anstelle von Indikationsgruppen die internationale Klassifikation von Arzneispezialitäten der Weltgesundheitsorganisation in Form des ATC-Code-Systems, nach dem der EKO gegliedert ist. In seiner Ausgestaltung als Positivliste leistet er einen wichtigen Beitrag für die Zugänglichkeit zu Arzneispezialitäten, indem diese für Patientinnen und Patienten anhand einheitlicher Kriterien verschreibbar werden.

Seit jeher ist die überwiegende Mehrzahl der Präparate dem Grünen Bereich des EKO zugeordnet und kann ohne vorherige chef- und kontrollärztliche Bewilligung abgegeben werden. Zudem wird die Transparenz für die Versicherten und die Öffentlichkeit erhöht, indem der EKO einheitliche Voraussetzungen für eine Kostenübernahme der Arzneispezialitäten des Gelben Bereichs durch die soziale Krankenversicherung vorsieht.

Im Rückblick auf die vergangenen zwei Jahrzehnte zeigt sich eine Weiterentwicklung des EKO auf unterschiedlichen Ebenen. Während er im Jahr 2005 rund 4.900 Packungen umfasste, befinden sich 20 Jahre später aufgrund zahlreicher und kontinuierlicher Neuaufnahmen in den Grünen und Gelben Bereich in der aktuellen Ausgabe nunmehr rund 6.900 Packungen. Die Kassenverkaufspreise der gelisteten Arzneispezialitäten bewegten sich bei der ersten Ausgabe im Bereich von 50 Cent bis 7.600 Euro pro Packung– 20 Jahre später liegen sie im Bereich von 55 Cent bis 100.600 Euro pro Packung. Auch im Bereich von therapeutischen Alternativen, wie sie beispielsweise Nachfolgeprodukte in Form von Generika und Biosimilars darstellen, zeigt sich eine Veränderung. Waren es anfänglich noch 30 % der im EKO gelisteten Arzneispezialitäten, die auf diese Gruppe entfielen, ist dieser Anteil im Laufe der Zeit auf aktuell 56 % gestiegen.

Im Medikamentenbereich ist es für uns als Sozialversicherung oberstes Ziel, kranken Menschen alle für sie notwendigen Medikamente zur Verfügung zu stellen, die nach aktuellem Stand der Wissenschaft eine therapeutische Wirkung und einen relevanten Nutzen im Sinne der Ziele der Krankenbehandlung annehmen lassen. Es ist uns dabei ein wichtiges Anliegen, den Patientinnen und Patienten medizinische Fortschritte zugänglich zu machen, während wir als Medikamenteneinkäufer die Pflicht haben, mit den uns anvertrauten Beitragsgeldern sorgsam umzugehen. Der EKO leistet hierzu einen wichtigen

Beitrag.

**Mag. Jan Pazourek**  
Büroleiter

**Peter Lehner**  
Vorsitzender erstes Halbjahr

**Andreas Huss, MBA**  
Vorsitzender zweites Halbjahr

Entsprechend der Definition der Weltgesundheitsorganisation bedeutet „Rationale Pharmakotherapie, dass jeder Patient eine Medikation erhält, die für seinen klinischen Bedarf angemessen ist, in Dosen, die den Anforderungen entsprechen, für einen angemessenen Zeitraum und zu den niedrigsten Kosten für ihn und die Gesellschaft“. Durch den gezielten Einsatz von Medikamenten unter Berücksichtigung der vorliegenden Evidenz und der Wirtschaftlichkeit soll hierdurch eine Über-, Unter- oder Fehlversorgung mit Medikamenten vermieden werden.

Eine wichtige und unabhängige Orientierungshilfe bei der Umsetzung einer rationalen Pharmakotherapie bietet die 1986 von der Weltgesundheitsorganisation (WHO) gegründete „International Society of Drug Bulletins“ (ISDB), in der weltweit zahlreiche Arzneimittelbulletins vertreten sind. Entscheidende Voraussetzung für die Mitgliedschaft in der ISDB ist, dass diese Zeitschriften finanziell und intellektuell unabhängig von der pharmazeutischen Industrie sind und die die Autor\*innen der Artikel keine finanziellen Interessenkonflikte haben.

Wie wichtig diese Bedingung für die Umsetzung einer rationalen Pharmakotherapie auch im Jahr 2024 ist, verdeutlichen vor allem die jährlich steigenden Ausgaben für verschiedene Arzneimittelgruppen (z. B. für Onkologika), nicht selten mit fraglichem oder sogar fehlendem Zusatznutzen gegenüber den bereits seit Jahren verfügbaren Arzneistoffen. Dies führt inzwischen dazu, dass viele der unter den Top 100 gelisteten pharmazeutischen Unternehmen deutlich mehr Geld für Werbung und Verkaufsförderung ausgeben als für Forschung und Entwicklung neuer Arzneistoffe.

Der seit 1985 jährlich in Deutschland erscheinende, von unabhängigen medizinischen Expert\*innen veröffentlichte Arzneiverordnungs-Report verdeutlicht auch im Jahr 2024 diese Entwicklung anhand der Analyse der wichtigen Marktsegmente von Arzneistoffen im Bereich der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV). So zeigt das Segment der Patentarzneimittel erneut einen Anstieg im Umsatz gegenüber 2022 (+ 6,37 %) auf 28,41 Mrd. € trotz einer nur geringfügig gestiegenen Zahl an „Daily Defined Doses“ (DDD). Einen besonders deutlichen Anstieg im Umsatz (15,63 Mrd. €; +10,7 %) weisen Biologika auf, wohingegen der Umsatz der Biosimilars rückläufig ist (2,42, Mrd. €; -6,49 %).

Demgegenüber ist der Anstieg des Umsatzes bei Generika (15,43 Mrd. €; +3,99 %) deutlich geringer und vergleichbar mit 2022 (14,84 Mrd. €), obwohl zahlreiche Beispiele, vor allem auch für die in der Onkologie verordneten Arzneistoffe, eindrucksvoll das Einsparpotenzial durch Verordnung von Generika

verdeutlichen. So hat sich in der Vergangenheit gezeigt, dass Wirkstoffe von ausgewählten, sehr ausgabenstarken Onkologika in Deutschland im Rahmen des generischen Wettbewerbs bereits im ersten Monat bis zu 60 % Preisrückgang verzeichneten und somit die Nettokosten dieser Medikamente deutlich reduziert werden konnten.

Angesichts der in den letzten Jahren hinsichtlich Nettokosten mit Abstand absolut stärksten Arzneistoffgruppe (Onkologika), von denen zum Zeitpunkt der Zulassung mehr als 50% keinen gesicherten Zusatznutzen in der frühen Nutzenbewertung in Deutschland aufweisen, werden jetzt große Hoffnungen gesetzt in die Umsetzung der EU-Verordnung über die Bewertung der Gesundheitstechnologien und insbesondere auch in die ab 12. Januar 2025 erfolgende Bewertung neuer Onkologika sowie von Arzneimitteln für neuartige Therapien. Die Ergebnisse der "Health Technology Assessment" (HTA)-Bewertung werden künftig hoffentlich auch zu einer rationalen evidenzbasierten Pharmakotherapie beitragen.

**Prof. Dr. med. Wolf-Dieter Ludwig**

Vorsitzender der Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft  
Chairman der Pharmaceutical Group der European Doctors (CPME)

## Erläuterungen zum Erstattungskodex (EKO)

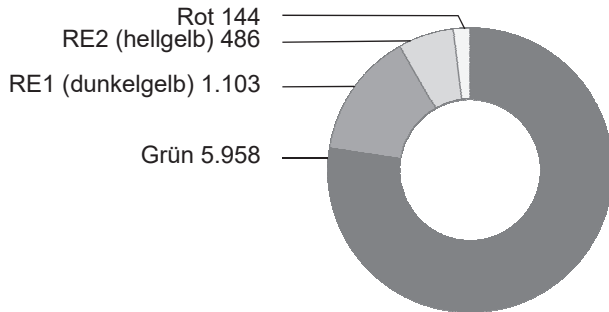
### Was ist der EKO?

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 1.11.2024



### 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](http://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 2023 bis einschließlich November 2024) 279 Empfehlungen ausgesprochen:

<b>Prüfung der Erstattungsfähigkeit</b>	<b>24 Arzneispezialitäten</b>
<b>Grüner Bereich</b>	<b>130 Arzneispezialitäten</b> (106 Aufnahme-, 10 Änderungs-, 14 Streichungsanträge)
<b>Gelber Bereich</b>	<b>112 Arzneispezialitäten</b> (84 Aufnahme-, 26 Änderungs-, 2 Streichungsanträge)
<b>Verfahren, die vom Dachverband eingeleitet wurden</b>	<b>13 Arzneispezialitäten</b> (4 Änderungs-, 9 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](http://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:

- |  |  |
|--|--|
| <b>A</b> Alimentäres System und Stoffwechsel                               | <b>L</b> Antineoplastische und immunmodulierende Mittel          |
| <b>B</b> Blut und blutbildende Organe                                      | <b>M</b> Muskel- und Skelettsystem                               |
| <b>C</b> Kardiovaskuläres System   | <b>N</b> Nervensystem  |
| <b>D</b> Dermatika   | <b>P</b> Antiparasitäre Substanzen, Insektizide und Repellentien |
| <b>G</b> Urogenitalsystem und Sexualhormone                                | <b>R</b> Respirationstrakt                                       |
| <b>H</b> Hormonpräparate, systemisch (exklusive Sexualhormone und Insulin) | <b>S</b> Sinnesorgane  |
| <b>J</b> Antinfektiva zur systemischen Anwendung                           | <b>V</b> 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 Arzneispezialitäten alphabetisch gereiht. Für Arzneispezialitäten einer solchen Vergleichsgruppe kann in der Regel die therapeutische Gleichwertigkeit angenommen werden, bei der Verschreibung ist die individuelle Indikationsstellung zu beachten.

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

## Veröffentlichung und Rechtswirksamkeit

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

### **Infotool zum Erstattungskodex**

Ein stets aktuelles Informationswerkzeug für PC oder Laptop, unter [www.sozialversicherung.at](http://www.sozialversicherung.at) und [www.erstattungskodex.at](http://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](http://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](http://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"> <li>– 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;</li> <li>– 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.</li> </ul>	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"> <li>– Arzneimittel zur Krankheitsverhütung (z.B. Reise-Prophylaxe)</li> <li>– Arzneimittel für den Einsatz in der Primärprävention</li> <li>– Mittel zur Eigenblutvorsorge</li> </ul>	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 Bachblütherapie, Arzneimittel zur Wärmetherapie, Umstimmungsmittel, Arzneimittel zur Aromatherapie, Anthroposophika, niedrigdosierte Venenmittel, Nootropika, niedrigdosierte Magnesiumarzneimittel, Organ- und Zelltherapie, Immunstimulantien, apothekeneigene Arzneispezialitäten mit einer Zulassung gemäß § 17 AMG, Arzneimittel mit einer Zulassung gemäß § 17a AMG, Badezusätze, Medizinalweine und 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"> <li>– Arzneimittel zur Anreizung bzw. Verstärkung des Sexualtriebes</li> <li>– Arzneimittel, die bei vorhandenem Sexualtrieb die Ausübung des Geschlechtsverkehrs ermöglichen</li> </ul>	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 zu sehen.

## Suchtgiftverschreibung

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

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

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

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

**Eine Suchtgiftverschreibung muss laut Gesetz bzw. Verordnung:**

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

## **Substitutions-Dauerverschreibung:**

Für die Substitutionsbehandlung sind – außer in begründeten Einzelfällen – Dauerverschreibungen mit einer maximalen Geltungsdauer von einem Monat auszustellen. Substitutions-Dauerverschreibungen haben – unabhängig davon, ob es sich um eine Ärztin/einen Arzt mit Rezeptrecht 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 Verschreibweise von Heilmitteln und Heilbehelfen entsprechende Dokumentation angefertigt wurde.

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

**Teilbarkeit:**

<b>T</b>	Teilbarkeit
<b>T2</b>	in 2 gleiche Teile teilbar
<b>T3</b>	in 3 gleiche Teile teilbar
<b>T4</b>	in 4 gleiche Teile teilbar

<b>TD</b>	siehe Erläuterungen unter „Verabreichung“
<b>U</b>	siehe Erläuterungen unter „Fachgruppen-Bestimmungen“
<b>Ur</b>	siehe Erläuterungen unter „Verabreichung“
<b>Vag</b>	siehe Erläuterungen unter „Verabreichung“

**Verabreichung:**

<b>Derm</b>	zur äußerlichen Anwendung, lokal wirksam
<b>HNO</b>	zur Anwendung im Hals-, Nasen-, Ohrenbereich, lokal wirksam
<b>Inh</b>	zur Inhalation
<b>Nas</b>	zur nasalen Anwendung, systemisch wirksam
<b>Oc</b>	zur Anwendung am Auge, lokal wirksam
<b>Oral</b>	zur oralen Anwendung
<b>Par</b>	zur parenteralen Anwendung
<b>Rec</b>	zur rektalen Anwendung
<b>SL</b>	zur buccalen/sublingualen Anwendung, systemisch wirksam
<b>TD</b>	zur transdermalen Anwendung, systemisch wirksam
<b>Ur</b>	zur urethralen Anwendung
<b>Vag</b>	zur vaginalen Anwendung
<b>Y</b>	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.....	475
RE2	Abacavir/Lamivudin "Sandoz" 600 mg/300 mg Filmtabl.....	Y	J05AR02.....	475
RE2	Abacavir/Lamivudin "Stada" 600 mg/300 mg Filmtabl. ....	Y	J05AR02.....	475
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
IND	Abilify Maintena 720 mg Depot-Inj.susp. Fertigspr.....	G	N05AX12 .....	334
IND	Abilify Maintena 960 mg Depot-Inj.susp. Fertigspr.....	G	N05AX12 .....	335
	Abilify 10 mg Tabl.....	G	N05AX12 .....	333
	Abilify 15 mg Tabl.....	G	N05AX12 .....	333
IND	Abiral 500 mg Filmtabl.....	G	L02BX03.....	273
IND	Abirateron "+pharma" 500 mg Filmtabl. ....	G	L02BX03.....	273
IND	Abirateron "1A Pharma" 500 mg Filmtabl.....	G	L02BX03.....	273
IND	Abirateron "1A Pharma" 1000 mg Filmtabl.....	G	L02BX03.....	274
IND	Abirateron "Accord" 500 mg Filmtabl. ....	G	L02BX03.....	273
IND	Abirateron "Aristo" 500 mg Filmtabl. ....	G	L02BX03.....	273
IND	Abirateron "G.L." 500 mg Filmtabl.....	G	L02BX03.....	273
IND	Abirateron "Krka" 500 mg Filmtabl. ....	G	L02BX03.....	273
IND	Abirateron "Mylan" 500 mg Filmtabl. ....	G	L02BX03.....	274
IND	Abirateron "Mylan" 1000 mg Filmtabl.....	G	L02BX03.....	274
IND	Abirateron "Sandoz" 500 mg Filmtabl. ....	G	L02BX03.....	274
IND	Abirateron "Sandoz" 1000 mg Filmtabl. ....	G	L02BX03.....	274
IND	Abirateron "Stada" 500 mg Filmtabl. ....	G	L02BX03.....	274
IND	Abirateron "Zentiva" 500 mg Filmtabl.....	G	L02BX03.....	274
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 .....	414
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 .....	191
ADKL	Acarizax 12 SQ-HDM Lyophilisat zum Einnehmen (PM) .....	G	V01AA03 .....	371
F6J	Accofil 12 Mio E/0,2 ml Inj.-/Inf.lsg. Fertigspr.....	G	L03AA02.....	274
	Accofil 30 Mio E/0,5 ml Inj.-/Inf.lsg. Fertigspr.....	G	L03AA02.....	274
	Accofil 48 Mio E/0,5 ml Inj.-/Inf.lsg. Fertigspr.....	G	L03AA02.....	274
	Acecomb semi Tabl.....	G	C09BA03 .....	217
	Acecomb mite Tabl.....	G	C09BA03 .....	217
	Acecomb Tabl. ....	G	C09BA03 .....	217
	Acelisino comp. semi Tabl.....	G	C09BA03 .....	217
	Acelisino comp. mite Tabl. ....	G	C09BA03 .....	217
	Acelisino comp. forte Tabl. ....	G	C09BA03 .....	217
	Acemin 5 mg Tabl. ....	G	C09AA03 .....	215
	Acemin 10 mg Tabl. ....	G	C09AA03 .....	215
	Acemin 20 mg Tabl. ....	G	C09AA03 .....	215
	Acetan 5 mg Tabl. ....	G	C09AA03 .....	215
	Acetan 10 mg Tabl. ....	G	C09AA03 .....	215
	Acetan 20 mg Tabl. ....	G	C09AA03 .....	215
	Acetazolamid "Agepha" Tabl.....	G	S01EC01 .....	367
	Acetolyt Gran.....	G	V03AE .....	372
	Acetylcystein "Hexal" 200 mg Gran.....	G	R05CB01.....	361

KASS	Bezeichnung	Box	ATC	Seite
	Acetylcystein "Hexal" 600 mg lös. Tabl. ....	G	R05CB01.....	361
IND	Aciclobene 200 mg Tabl. ....	G	J05AB01.....	263
IND	Aciclobene 400 mg Tabl. ....	G	J05AB01.....	264
IND	Aciclobene 800 mg Tabl. ....	G	J05AB01.....	264
IND	Aciclostad 200 mg Tabl. ....	G	J05AB01.....	263
IND	Aciclostad 400 mg Tabl. ....	G	J05AB01.....	264
IND	Aciclostad 800 mg Tabl. ....	G	J05AB01.....	264
IND	Aciclovir "1A Pharma" 200 mg Tabl. ....	G	J05AB01.....	263
IND	Aciclovir "1A Pharma" 400 mg Tabl. ....	G	J05AB01.....	264
IND	Aciclovir "1A Pharma" 800 mg Tabl. ....	G	J05AB01.....	264
IND	Aciclovir "Genericon" 200 mg Filmtabl. ....	G	J05AB01.....	263
IND	Aciclovir "Genericon" 400 mg Filmtabl. ....	G	J05AB01.....	264
IND	Aciclovir "Genericon" 800 mg Filmtabl. ....	G	J05AB01.....	264
IND	Aclasta 5 mg Inf.lsg. ....	G	M05BA08.....	294
	Acne Plus Creme "Widmer" ....	G	D10AE51.....	240
	Aconex Augentropf. ....	G	S01GA01.....	369
ADKL	Actair 100 IR + 300 IR Sublingualtabl. (PM) ....	G	V01AA03.....	371
ADKL	Actair 300 IR Sublingualtabl. (PM) ....	G	V01AA03.....	371
RE1	Actikerall 5 mg/g + 100 mg/g Lsg. zur Anw. auf der Haut ....	Y	L01BC52.....	483
IND	Activele Filmtabl. ....	G	G03FA01.....	243
	Actonel einmal wöchentlich 35 mg Filmtabl. ....	G	M05BA07.....	294
IND	Actos 15 mg Tabl. ....	G	A10BG03.....	178
IND	Actos 30 mg Tabl. ....	G	A10BG03.....	178
IND	Actos 45 mg Tabl. ....	G	A10BG03.....	179
	Actrapid Penfill 100 IE/ml Inj.lsg. Patronen ....	G	A10AB01.....	174
	Acular Augentropf. ....	G	S01BC05.....	366
RE1	Adcirca 20 mg Filmtabl. ....	Y	C02KX.....	426
RE1	Adempas 0,5 mg Filmtabl. ....	Y	C02KX05.....	428
RE1	Adempas 1 mg Filmtabl. ....	Y	C02KX05.....	428
RE1	Adempas 1,5 mg Filmtabl. ....	Y	C02KX05.....	429
RE1	Adempas 2 mg Filmtabl. ....	Y	C02KX05.....	429
RE1	Adempas 2,5 mg Filmtabl. ....	Y	C02KX05.....	429
RE1	Adenuric 80 mg Filmtabl. ....	Y	M04AA03.....	552
RE1	Adenuric 120 mg Filmtabl. ....	Y	M04AA03.....	554
	Adjuvin 50 mg Filmtabl. ....	G	N06AB06.....	341
	Adjuvin 100 mg Filmtabl. ....	G	N06AB06.....	341
IND	Adport 0,5 mg Hartkaps. ....	G	L04AD02.....	279
IND	Adport 1 mg Hartkaps. ....	G	L04AD02.....	279
IND	Adport 2 mg Hartkaps. ....	G	L04AD02.....	280
IND	Adport 5 mg Hartkaps. ....	G	L04AD02.....	280
IND	Advagraf 0,5 mg Hartkaps., retardiert (PM) ....	G	L04AD02.....	279
IND	Advagraf 1 mg Hartkaps., retardiert (PM) ....	G	L04AD02.....	279
IND	Advagraf 5 mg Hartkaps., retardiert (PM) ....	G	L04AD02.....	280
	Advantan 0,1 % Fettsalbe ....	G	D07AC14.....	238
	Advantan Creme ....	G	D07AC14.....	238
	Advantan dermatol. Lsg. ....	G	D07AC14.....	238
	Advantan Milch ....	G	D07AC14.....	238
	Advantan Salbe ....	G	D07AC14.....	238
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

KASS	Bezeichnung	Box	ATC	Seite
RE1	Advate 2000 IE Plv. und Lsgm. zur Herst. einer Inj.lsg. ....	Y	B02BD02 .....	403
RE1	Advate 3000 IE Plv. und Lsgm. zur Herst. einer Inj.lsg. ....	Y	B02BD02 .....	403
	Aedon 2,5 mg Filmtabl. ....	G	N05AH03 .....	325
	Aedon 5 mg Filmtabl. ....	G	N05AH03 .....	326
	Aedon 10 mg Filmtabl. ....	G	N05AH03 .....	326
	Aedon 15 mg Filmtabl. ....	G	N05AH03 .....	327
F14	Aerius 0,5 mg/ml Lsg. zum Einnehmen.....	G	R06AX27 .....	364
	Aerocortin 100 mcg Autohaler.....	G	R03BA01 .....	358
	Aeromuc 600 mg lösl. Tabl.....	G	R05CB01 .....	361
IND	Afinitor 5 mg Tabl. ....	G	L01EG02 .....	268
IND	Afinitor 10 mg Tabl. ....	G	L01EG02 .....	269
RE1	Afstyla 250 IE Plv. und Lsgm. zur Herst. einer Inj.lsg. ....	Y	B02BD02 .....	403
RE1	Afstyla 500 IE Plv. und Lsgm. zur Herst. einer Inj.lsg. ....	Y	B02BD02 .....	403
RE1	Afstyla 1000 IE Plv. und Lsgm. zur Herst. einer Inj.lsg. ....	Y	B02BD02 .....	403
RE1	Afstyla 1500 IE Plv. und Lsgm. zur Herst. einer Inj.lsg. ....	Y	B02BD02 .....	403
RE1	Afstyla 2000 IE Plv. und Lsgm. zur Herst. einer Inj.lsg. ....	Y	B02BD02 .....	403
RE1	Afstyla 2500 IE Plv. und Lsgm. zur Herst. einer Inj.lsg. ....	Y	B02BD02 .....	403
	Agaffin Abführgel.....	G	A06AB08 .....	170
U	Aglandin retard 0,4 mg Kaps. ....	G	G04CA02 .....	246
	Agopton 15 mg Kaps. ....	G	A02BC03 .....	166
	Agopton 30 mg Kaps. ....	G	A02BC03 .....	166
IND	Aimovig 70 mg Inj.lsg. Fertigen <sup>PM</sup> .....	G	N02CD01 .....	310
IND	Aimovig 140 mg Inj.lsg. Fertigen <sup>PM</sup> .....	G	N02CD01 .....	310
IND	AirFluSal Forspiro 50 mcg/250 mcg einzeldosiertes Plv. zur Inh. ....	G	R03AK06 .....	355
IND	AirFluSal Forspiro 50 mcg/500 mcg einzeldosiertes Plv. zur Inh. ....	G	R03AK06 .....	356
IND	Ajovy 225 mg Inj.lsg. Fertigen <sup>PM</sup> .....	G	N02CD03 .....	311
IND	Ajovy 225 mg Inj.lsg. Fertigspr. <sup>PM</sup> .....	G	N02CD03 .....	311
RE1	Akeega 50 mg/500 mg Filmtabl. <sup>PM</sup> .....	Y	L01XK52 .....	504
RE1	Akeega 100 mg/500 mg Filmtabl. <sup>PM</sup> .....	Y	L01XK52 .....	505
	Akineton Amp. ....	G	N04AA02 .....	318
	Akineton 2 mg Tabl. ....	G	N04AA02 .....	318
	Akineton retard 4 mg Drag. ....	G	N04AA02 .....	318
Au	Akistan 50 mcg/ml Augentropf. ....	G	S01EE01 .....	368
Au	Akistan Duo 50 mcg/ml + 5 mg/ml Augentropf. ....	G	S01ED51 .....	368
RE1	Alcover Sirup .....	Y	N07XX04 .....	594
	Aldactone 50 mg überzogene Tabl. ....	G	C03DA01 .....	204
	Aldactone 100 mg Hartkaps. ....	G	C03DA01 .....	204
	Aldactone-Saltucin forte Hartkaps. ....	G	C03EA14 .....	205
RE1	Aldara 5 % Creme .....	Y	D06BB10 .....	438
	Aldometil 500 mg Filmtabl. ....	G	C02AB01 .....	201
RE1	Alecensa 150 mg Hartkaps. ....	Y	L01ED03 .....	488
	Alendronsäure "Bluefish" 70 mg einmal wöchentlich Tabl. ...	G	M05BA04 .....	293
	Alendronsäure "Viatrix" 70 mg einmal wöchentlich Tabl. ....	G	M05BA04 .....	293
	Abg. gem. mit Calcium Vit. D3 "Meda" Kautabl. 56 St. ....			
	Alendronsäure "Viatrix" 70 mg einmal wöchentlich Tabl. ....	G	M05BA04 .....	293
	Alendronstad 70 mg einmal wöchentlich Tabl. ....	G	M05BA04 .....	293
U	Alfuzosin "Stada" 10 mg Retardtabl. ....	G	G04CA01 .....	246
RE2	Alitretan 10 mg Kaps. ....	Y	D11AH04 .....	439
RE2	Alitretan 30 mg Kaps. ....	Y	D11AH04 .....	439
	Alkeran 2 mg Filmtabl. ....	G	L01AA03 .....	265



















KASS	Bezeichnung	Box	ATC	Seite
F14	Alkindi 0,5 mg Gran. zur Entnahme aus Kaps. ....	G	H02AB09 .....	250
F14	Alkindi 1 mg Gran. zur Entnahme aus Kaps. ....	G	H02AB09 .....	250
F14	Alkindi 2 mg Gran. zur Entnahme aus Kaps. ....	G	H02AB09 .....	250
F14	Alkindi 5 mg Gran. zur Entnahme aus Kaps. ....	G	H02AB09 .....	250
	Allegra 120 mg Filmtabl. ....	G	R06AX26 .....	364
IND	Allergodil Augentropf. ....	G	S01GX07 .....	369
IND	Allergodil Nasenspray .....	G	R01AC03 .....	353
	Allernon 10 mg Tabl. ....	G	R06AX13 .....	364
	Allopurinol "+pharma" 300 mg teilbare Tabl. ....	G	M04AA01 .....	291
	Allopurinol "Accord" 100 mg Tabl. ....	G	M04AA01 .....	291
	Allopurinol "Accord" 300 mg Tabl. ....	G	M04AA01 .....	292
	Allopurinol "Aristo" 100 mg Tabl. ....	G	M04AA01 .....	291
	Allopurinol "Aristo" 300 mg Tabl. ....	G	M04AA01 .....	292
	Allopurinol "G.L." 300 mg Tabl. ....	G	M04AA01 .....	292
	Allopurinol "Genericon" 300 mg teilbare Tabl. ....	G	M04AA01 .....	292
	Allopurinol "Genericon" retard 300 mg Tabl. ....	G	M04AA01 .....	292
	Allopurinol "Hexal" 300 mg Tabl. ....	G	M04AA01 .....	292
	Allopurinol "Sandoz" 100 mg Tabl. ....	G	M04AA01 .....	291
	Allopurinol "Sandoz" 300 mg Tabl. ....	G	M04AA01 .....	292
	Allostad 100 mg Tabl. ....	G	M04AA01 .....	291
	Allostad 300 mg Tabl. ....	G	M04AA01 .....	292
	Alodan 50 mg/ml Inj.lsg. ....	G	N02AB02 .....	298
	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 .....	405
RE1	Alprolix 500 IE Plv. und Lsgm. zur Herst. einer Inj.lsg. ....	Y	B02BD04 .....	405
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 .....	421
RE1	Alunbrig 30 mg Filmtabl. ....	Y	L01ED04 .....	488
RE1	Alunbrig 90 mg Filmtabl. ....	Y	L01ED04 .....	488
RE1	Alunbrig 90 mg + 180 mg Filmtabl. Starterpackung .....	Y	L01ED04 .....	488
RE1	Alunbrig 180 mg Filmtabl. ....	Y	L01ED04 .....	488
	Alvesco 80 mcg Dosieraerosol .....	G	R03BA08 .....	359
	Alvesco 160 mcg Dosieraerosol .....	G	R03BA08 .....	359
RE2	Ambrisentan "Accord" 5 mg Filmtabl. ....	Y	C02KX02 .....	427
RE2	Ambrisentan "Accord" 10 mg Filmtabl. ....	Y	C02KX02 .....	427
RE2	Ambrisentan "AOP" 5 mg Filmtabl. ....	Y	C02KX02 .....	427
RE2	Ambrisentan "AOP" 10 mg Filmtabl. ....	Y	C02KX02 .....	428
RE2	Ambrisentan "ratiopharm" 5 mg Filmtabl. ....	Y	C02KX02 .....	427
RE2	Ambrisentan "ratiopharm" 10 mg Filmtabl. ....	Y	C02KX02 .....	428
RE2	Ambrisentan "Sandoz" 5 mg Filmtabl. ....	Y	C02KX02 .....	427
RE2	Ambrisentan "Sandoz" 10 mg Filmtabl. ....	Y	C02KX02 .....	428
	Ambrobene 30 mg Tabl. ....	G	R05CB06 .....	362
	Ambrobene 7,5 mg/ml Lsg. ....	G	R05CB06 .....	362
F14	Ambrobene 15 mg/5 ml Saft .....	G	R05CB06 .....	361
	Ambrohexal 7,5 mg/ml Lsg. ....	G	R05CB06 .....	362
	Ambroxol "Genericon" 30 mg Tabl. ....	G	R05CB06 .....	362
	Ambroxol "Genericon" 60 mg lösl. Tabl. ....	G	R05CB06 .....	362
	Ambroxol "Genericon" Lsg. ....	G	R05CB06 .....	362




KASS	Bezeichnung	Box	ATC	Seite
IND	Amgevita 40 mg Inj.lsg. Fertigpen.....	G	L04AB04.....	277
IND	Amgevita 40 mg Inj.lsg. Fertigspr.....	G	L04AB04.....	277
	Amiodaron "Arcana" 200 mg Tabl.....	G	C01BD01.....	199
	Amisu 50 mg Tabl.....	G	N05AL05.....	330
	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.....	212
	Amlodibene 10 mg Tabl.....	G	C08CA01.....	213
	Amlodilan 5 mg Tabl.....	G	C08CA01.....	212
	Amlodilan 10 mg Tabl.....	G	C08CA01.....	213
	Amlodinova 5 mg Tabl.....	G	C08CA01.....	212
	Amlodinova 10 mg Tabl.....	G	C08CA01.....	213
	Amlodipin "+pharma" 5 mg Tabl.....	G	C08CA01.....	212
	Amlodipin "+pharma" 10 mg Tabl.....	G	C08CA01.....	213
	Amlodipin "1A Pharma" 5 mg Tabl.....	G	C08CA01.....	212
	Amlodipin "1A Pharma" 7,5 mg Tabl.....	G	C08CA01.....	213
	Amlodipin "1A Pharma" 10 mg Tabl.....	G	C08CA01.....	213
	Amlodipin "Accord" 5 mg Tabl.....	G	C08CA01.....	212
	Amlodipin "Accord" 10 mg Tabl.....	G	C08CA01.....	213
	Amlodipin "Actavis" 5 mg Tabl.....	G	C08CA01.....	212
	Amlodipin "Actavis" 10 mg Tabl.....	G	C08CA01.....	213
	Amlodipin "Bluefish" 5 mg Tabl.....	G	C08CA01.....	212
	Amlodipin "Bluefish" 10 mg Tabl.....	G	C08CA01.....	213
	Amlodipin "Genericon" 5 mg Tabl.....	G	C08CA01.....	212
	Amlodipin "Genericon" 10 mg Tabl.....	G	C08CA01.....	213
	Amlodipin "Hexal" 5 mg Tabl.....	G	C08CA01.....	212
	Amlodipin "Hexal" 10 mg Tabl.....	G	C08CA01.....	213
	Amlodipin "Interpharm" 5 mg Tabl.....	G	C08CA01.....	212
	Amlodipin "Interpharm" 10 mg Tabl.....	G	C08CA01.....	213
	Amlodipin "ratiopharm" 5 mg Tabl.....	G	C08CA01.....	213
	Amlodipin "ratiopharm" 10 mg Tabl.....	G	C08CA01.....	213
	Amlodipin "Sandoz" 5 mg Tabl.....	G	C08CA01.....	213
	Amlodipin "Sandoz" 10 mg Tabl.....	G	C08CA01.....	213
	Amlodipin Besilat "Stada" 5 mg Tabl.....	G	C08CA01.....	213
	Amlodipin Besilat "Stada" 10 mg Tabl.....	G	C08CA01.....	213
	Amlodipin/Valsartan "+pharma" 5 mg/80 mg Filmtabl.....	G	C09DB01.....	224
	Amlodipin/Valsartan "+pharma" 5 mg/160 mg Filmtabl.....	G	C09DB01.....	224
	Amlodipin/Valsartan "+pharma" 10 mg/160 mg Filmtabl.....	G	C09DB01.....	224
	Amlodipin/Valsartan "1A Pharma" 5 mg/80 mg Filmtabl.....	G	C09DB01.....	224
	Amlodipin/Valsartan "1A Pharma" 5 mg/160 mg Filmtabl.....	G	C09DB01.....	224
	Amlodipin/Valsartan "1A Pharma" 10 mg/160 mg Filmtabl.....	G	C09DB01.....	224
	Amlodipin/Valsartan "Actavis" 5 mg/80 mg Filmtabl.....	G	C09DB01.....	224
	Amlodipin/Valsartan "Actavis" 5 mg/160 mg Filmtabl.....	G	C09DB01.....	224
	Amlodipin/Valsartan "Actavis" 10 mg/160 mg Filmtabl.....	G	C09DB01.....	224
	Amlodipin/Valsartan "Genericon" 5 mg/80 mg Filmtabl.....	G	C09DB01.....	224
	Amlodipin/Valsartan "Genericon" 5 mg/160 mg Filmtabl.....	G	C09DB01.....	224
	Amlodipin/Valsartan "Genericon" 10 mg/160 mg Filmtabl.....	G	C09DB01.....	225
	Amlodipin/Valsartan "Sandoz" 5 mg/80 mg Filmtabl.....	G	C09DB01.....	224
	Amlodipin/Valsartan "Sandoz" 5 mg/160 mg Filmtabl.....	G	C09DB01.....	224
	Amlodipin/Valsartan "Sandoz" 10 mg/160 mg Filmtabl.....	G	C09DB01.....	225
	Amlodipin/Valsartan "Stada" 5 mg/80 mg Filmtabl.....	G	C09DB01.....	224



KASS	Bezeichnung	Box	ATC	Seite
	Amlodipin/Valsartan "Stada" 5 mg/160 mg Filmtabl.....	G	C09DB01.....	224
	Amlodipin/Valsartan "Stada" 10 mg/160 mg Filmtabl.....	G	C09DB01.....	225
	Amlodipin/Valsartan "TAD" 5 mg/80 mg Filmtabl.....	G	C09DB01.....	224
	Amlodipin/Valsartan "TAD" 5 mg/160 mg Filmtabl.....	G	C09DB01.....	224
	Amlodipin/Valsartan "TAD" 10 mg/160 mg Filmtabl.....	G	C09DB01.....	225
	Amlodipin/Valsartan/HCT "1A Pharma" 5 mg/160 mg/ 12,5 mg Filmtabl.....	G	C09DX01.....	225
	Amlodipin/Valsartan/HCT "1A Pharma" 5 mg/160 mg/25 mg Filmtabl.....	G	C09DX01.....	226
	Amlodipin/Valsartan/HCT "1A Pharma" 10 mg/160 mg/ 12,5 mg Filmtabl.....	G	C09DX01.....	226
	Amlodipin/Valsartan/HCT "1A Pharma" 10 mg/160 mg/ 25 mg Filmtabl.....	G	C09DX01.....	226
	Amlodipin/Valsartan/HCT "ratiopharm" 5 mg/160 mg/ 12,5 mg Filmtabl.....	G	C09DX01.....	225
	Amlodipin/Valsartan/HCT "ratiopharm" 10 mg/320 mg/ 25 mg Filmtabl.....	G	C09DX01.....	226
	Amlodipin/Valsartan/HCT "Sandoz" 5 mg/160 mg/12,5 mg Filmtabl.....	G	C09DX01.....	225
	Amlodipin/Valsartan/HCT "Sandoz" 5 mg/160 mg/25 mg Filmtabl.....	G	C09DX01.....	226
	Amlodipin/Valsartan/HCT "Sandoz" 10 mg/160 mg/12,5 mg Filmtabl.....	G	C09DX01.....	226
	Amlodipin/Valsartan/HCT "Sandoz" 10 mg/160 mg/25 mg Filmtabl.....	G	C09DX01.....	226
	Amlodipin/Valsartan/HCT "Stada" 5 mg/160 mg/12,5 mg Filmtabl.....	G	C09DX01.....	225
	Amlodipin/Valsartan/HCT "Stada" 5 mg/160 mg/25 mg Filmtabl.....	G	C09DX01.....	226
	Amlodipin/Valsartan/HCT "Stada" 10 mg/160 mg/12,5 mg Filmtabl.....	G	C09DX01.....	226
	Amlodipin/Valsartan/HCT "Stada" 10 mg/160 mg/25 mg Filmtabl.....	G	C09DX01.....	226
	Amlodipin/Valsartan/HCT "Stada" 10 mg/320 mg/25 mg Filmtabl.....	G	C09DX01.....	226
	Amlodipin/Valsartan/HCT "TAD" 5 mg/160 mg/12,5 mg Filmtabl.....	G	C09DX01.....	225
	Amlodipin/Valsartan/HCT "TAD" 5 mg/160 mg/25 mg Filmtabl.....	G	C09DX01.....	226
	Amlodipin/Valsartan/HCT "TAD" 10 mg/160 mg/12,5 mg Filmtabl.....	G	C09DX01.....	226
	Amlodipin/Valsartan/HCT "TAD" 10 mg/160 mg/25 mg Filmtabl.....	G	C09DX01.....	226
	Amlovalsax 5 mg/80 mg Filmtabl.....	G	C09DB01.....	224
	Amlovalsax 5 mg/160 mg Filmtabl.....	G	C09DB01.....	224
	Amlovalsax 10 mg/160 mg Filmtabl.....	G	C09DB01.....	225
	Amlovalsax/HCT 5 mg/160 mg/12,5 mg Filmtabl.....	G	C09DX01.....	225
	Amlovalsax/HCT 5 mg/160 mg/25 mg Filmtabl.....	G	C09DX01.....	226
	Amlovalsax/HCT 10 mg/160 mg/12,5 mg Filmtabl.....	G	C09DX01.....	226
	Amlovalsax/HCT 10 mg/160 mg/25 mg Filmtabl.....	G	C09DX01.....	226
	Amoxicillin "1A Pharma" 1000 mg Filmtabl.....	G	J01CA04.....	254
	Amoxicillin "ratiopharm" 500 mg Filmtabl.....	G	J01CA04.....	254

KASS	Bezeichnung	Box	ATC	Seite
	Amoxicillin "ratiopharm" 1000 mg Filmtabl. ....	G	J01CA04.....	254
	Amoxicillin/Clavulansäure "Actavis" 875 mg/125 mg Filmtabl. ....	G	J01CR02 .....	256
	Amoxicillin/Clavulansäure "A-med" 500 mg/125 mg Filmtabl. ....	G	J01CR02 .....	255
	Amoxicillin/Clavulansäure "A-med" 875 mg/125 mg Filmtabl. ....	G	J01CR02 .....	256
	Amoxicillin/Clavulansäure "Krka" 875 mg/125 mg Filmtabl. ...	G	J01CR02 .....	256
	Amoxiclavulan "1A Pharma" 1 g (875 mg/125 mg) Filmtabl. ..	G	J01CR02 .....	256
	Amoxicomp "Genericon" 1 g Filmtabl. ....	G	J01CR02 .....	256
	Amoxilan 1000 mg Tabl. ....	G	J01CA04 .....	254
F14	Amoxilan 250 mg/5 ml Trockensaft .....	G	J01CA04 .....	254
F14	Amoxilan 500 mg/5 ml Trockensaft .....	G	J01CA04 .....	254
	AmoxiPlus "ratiopharm" 625 mg Filmtabl. ....	G	J01CR02 .....	255
	AmoxiPlus "ratiopharm" 1 g Filmtabl. ....	G	J01CR02 .....	256
	Amoxistad 500 mg Filmtabl. ....	G	J01CA04 .....	254
	Amoxistad 1000 mg Filmtabl. ....	G	J01CA04 .....	254
	Amoxistad plus 875 mg/125 mg Filmtabl. ....	G	J01CR02 .....	256
	Ampho-Moronal Lutschtabl. ....	G	A01AB04 .....	163
F14	Ampho-Moronal Susp. ....	G	A07AA07 .....	172
RE1	Amvuttra 25 mg Inj.lsg. Fertigspr. (PM) .....	Y	N07XX18 .....	596
D	Amykal 250 mg Tabl. ....	G	D01BA02 .....	234
	Anaerobex Filmtabl. ....	G	P01AB01 .....	352
	Anafranil 25 mg Drag. ....	G	N06AA04 .....	338
	Anafranil retard 75 mg Filmtabl. ....	G	N06AA04 .....	338
RE2	Anagrelid "Bluefish" 0,5 mg Hartkaps. ....	Y	L01XX35 .....	505
RE2	Anagrelid "ratiopharm" 0,5 mg Hartkaps. ....	Y	L01XX35 .....	505
RE2	Anagrelid "ratiopharm" 1 mg Hartkaps. ....	Y	L01XX35 .....	505
	Anastrolan 1 mg Filmtabl. ....	G	L02BG03 .....	272
	Anastrozol "+pharma" 1 mg Filmtabl. ....	G	L02BG03 .....	272
	Anastrozol "1A Pharma" 1 mg Filmtabl. ....	G	L02BG03 .....	272
	Anastrozol "Actavis" 1 mg Filmtabl. ....	G	L02BG03 .....	272
	Anastrozol "Arcana" 1 mg Filmtabl. ....	G	L02BG03 .....	272
	Anastrozol "Bluefish" 1 mg Filmtabl. ....	G	L02BG03 .....	272
	Anastrozol "Genericon" 1 mg Filmtabl. ....	G	L02BG03 .....	272
	Anastrozol "ratiopharm" 1 mg Filmtabl. ....	G	L02BG03 .....	272
	Anastrozol "Sandoz" 1 mg Filmtabl. ....	G	L02BG03 .....	272
	Anastrozol "Stada" 1 mg Filmtabl. ....	G	L02BG03 .....	272
	Androblock 50 mg Filmtabl. ....	G	L02BB03 .....	272
	Androblock 150 mg Filmtabl. ....	G	L02BB03 .....	272
IND	Androcur 50 mg Tabl. ....	G	G03HA01 .....	244
IND	Androcur 100 mg Tabl. ....	G	G03HA01 .....	244
U	Androfin 5 mg Filmtabl. ....	G	G04CB01 .....	247
IND	Anoro Ellipta 55 mcg/22 mcg einzeldosiertes Plv. zur Inh. ...	G	R03AL03 .....	357
	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 .....	337
	Apidra 100 E/ml Inj.lsg. Dstfl. ....	G	A10AB06 .....	175
	Apidra 100 E/ml Inj.lsg. Fertigenpen, SoloStar .....	G	A10AB06 .....	175
	Apidra 100 E/ml Inj.lsg. Patronen .....	G	A10AB06 .....	175

KASS	Bezeichnung	Box	ATC	Seite
RE1	Apo-go 5 mg/ml Inf.lsg. Fertigspr. ....	Y	N04BC07.....	561
RE1	Apo-go 5 mg/ml Inf.lsg. Patrone.....	Y	N04BC07.....	562
RE2	Apo-go 10 mg/ml Inj.lsg. Pen .....	Y	N04BC07.....	562
	Aprednislon 5 mg Tabl. ....	G	H02AB06.....	249
IND	Aprednislon 5 mg Tabl. ....	G	H02AB06.....	249
	Aprednislon 25 mg Tabl. ....	G	H02AB06.....	249
	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.....	417
IND	Aranesp 150 mcg Inj.lsg. Fertigpen (SureClick) 	G	B03XA02.....	196
IND	Aranesp 300 mcg Inj.lsg. Fertigpen (SureClick) 	G	B03XA02.....	196
IND	Aranesp 500 mcg Inj.lsg. Fertigpen (SureClick) 	G	B03XA02.....	197
RE1	Aranesp 10 mcg Inj.lsg. Fertigspr. 	Y	B03XA02.....	415
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.....	416
RE1	Aranesp 50 mcg Inj.lsg. Fertigspr. 	Y	B03XA02.....	416
RE1	Aranesp 60 mcg Inj.lsg. Fertigspr. 	Y	B03XA02.....	416
RE1	Aranesp 80 mcg Inj.lsg. Fertigspr. 	Y	B03XA02.....	417
RE1	Aranesp 100 mcg Inj.lsg. Fertigspr. 	Y	B03XA02.....	417
IND	Aranesp 150 mcg Inj.lsg. Fertigspr. 	G	B03XA02.....	196
IND	Aranesp 300 mcg Inj.lsg. Fertigspr. 	G	B03XA02.....	197
IND	Aranesp 500 mcg Inj.lsg. Fertigspr. 	G	B03XA02.....	197
IND	Arava 10 mg Filmtabl. ....	G	L04AK01.....	280
IND	Arava 20 mg Filmtabl. ....	G	L04AK01.....	280
RE1	Arcoxia 30 mg Filmtabl. ....	Y	M01AH05.....	551
RE1	Arcoxia 60 mg Filmtabl. ....	Y	M01AH05.....	552
RE1	Arcoxia 90 mg Filmtabl. ....	Y	M01AH05.....	552
	Arefam 200 mg Weichkaps. ....	G	G03DA04.....	243
RE2	Aricept 5 mg Filmtabl. ....	Y	N06DA02.....	570
RE2	Aricept 10 mg Filmtabl. ....	Y	N06DA02.....	572
	Arileto 10 mg Tabl. ....	G	N05AX12.....	333
	Arileto 15 mg Tabl. ....	G	N05AX12.....	333
	Arileto 30 mg Tabl. ....	G	N05AX12.....	334
	Arimidex 1 mg Filmtabl. ....	G	L02BG03.....	272
	Aripiprazol "+pharma" 10 mg Tabl.....	G	N05AX12.....	333
	Aripiprazol "+pharma" 15 mg Tabl.....	G	N05AX12.....	334
	Aripiprazol "+pharma" 30 mg Tabl.....	G	N05AX12.....	334
	Aripiprazol "Accord" 10 mg Tabl.....	G	N05AX12.....	333
	Aripiprazol "Accord" 15 mg Tabl.....	G	N05AX12.....	334
	Aripiprazol "Accord" 30 mg Tabl.....	G	N05AX12.....	334
	Aripiprazol "Aristo" 10 mg Tabl.....	G	N05AX12.....	333
	Aripiprazol "Aristo" 15 mg Tabl.....	G	N05AX12.....	334
	Aripiprazol "Aristo" 30 mg Tabl.....	G	N05AX12.....	334
	Aripiprazol "Genericon" 10 mg Tabl. ....	G	N05AX12.....	333
	Aripiprazol "Genericon" 15 mg Tabl. ....	G	N05AX12.....	334
	Aripiprazol "Genericon" 30 mg Tabl. ....	G	N05AX12.....	334
	Aripiprazol "Krka" 10 mg Tabl. ....	G	N05AX12.....	333
	Aripiprazol "Krka" 15 mg Tabl. ....	G	N05AX12.....	334

KASS	Bezeichnung	Box	ATC	Seite
	Aripiprazol "Krka" 30 mg Tabl. ....	G	N05AX12	334
	Aripiprazol "neuraxpharm" 10 mg Tabl.....	G	N05AX12	333
	Aripiprazol "neuraxpharm" 15 mg Tabl.....	G	N05AX12	334
	Aripiprazol "neuraxpharm" 30 mg Tabl.....	G	N05AX12	334
	Aripiprazol "ratiopharm" 10 mg Tabl.....	G	N05AX12	333
	Aripiprazol "ratiopharm" 15 mg Tabl.....	G	N05AX12	334
	Aripiprazol "ratiopharm" 20 mg Tabl.....	G	N05AX12	334
	Aripiprazol "ratiopharm" 30 mg Tabl.....	G	N05AX12	334
	Aripiprazol "Sandoz" 10 mg Tabl.....	G	N05AX12	333
	Aripiprazol "Sandoz" 15 mg Tabl.....	G	N05AX12	334
	Aripiprazol "Sandoz" 30 mg Tabl.....	G	N05AX12	334
	Aripiprazol "Stada" 10 mg Tabl. ....	G	N05AX12	333
	Aripiprazol "Stada" 15 mg Tabl. ....	G	N05AX12	334
	Aripiprazol "Stada" 30 mg Tabl. ....	G	N05AX12	334
	Aripiprazol "Zentiva" 10 mg Tabl. ....	G	N05AX12	333
	Aripiprazol "Zentiva" 15 mg Tabl. ....	G	N05AX12	334
	Aristocor 100 mg Tabl. ....	G	C01BC04	198
RE1	Arixtra 2,5 mg/0,5 ml Inj.lsg. Fertigspr.....	Y	B01AX05	401
	Aromasin 25 mg Tabl. ....	G	L02BG06	273
	Arosuva 5 mg Filmtabl.....	G	C10AA07	229
	Arosuva 10 mg Filmtabl.....	G	C10AA07	229
	Arosuva 20 mg Filmtabl.....	G	C10AA07	229
	Arosuva 40 mg Filmtabl.....	G	C10AA07	230
	Arosuva plus Ezetimib 5 mg/10 mg Filmtabl. ....	G	C10BA06	232
	Arosuva plus Ezetimib 10 mg/10 mg Filmtabl. ....	G	C10BA06	232
	Arosuva plus Ezetimib 20 mg/10 mg Filmtabl. ....	G	C10BA06	232
	Arosuva plus Ezetimib 40 mg/10 mg Filmtabl. ....	G	C10BA06	232
	ArthroComb 75 mg/20 mg Hartkaps. mit veränderter Wirkstofffreisetzung.....	G	M01AB55	288
	Arthrotec Manteltabl. ....	G	M01AB55	288
	Arthrotec forte Manteltabl. ....	G	M01AB55	288
	Ascalan 2 mg Tabl.....	G	C02CA04	202
	Ascalan 4 mg Tabl.....	G	C02CA04	202
	Ascalan 8 mg Tabl.....	G	C02CA04	202
	Ascorbisal Tabl.....	G	N02BA51	303
	ASS "Genericon" 500 mg Tabl. ....	G	N02BA01	303
	ASS "Hexal" 100 mg Tabl. ....	G	B01AC06	185
IND	Astec 35 mcg/h transdermales Pflaster.....	G	N02AE01	301
IND	Astec 52,5 mcg/h transdermales Pflaster.....	G	N02AE01	301
IND	Astec 70 mcg/h transdermales Pflaster.....	G	N02AE01	301
	Astonin-H Tabl.....	G	H02AA02	248
	Atarax 25 mg Filmtabl. ....	G	N05BB01	338
IND	Atazanavir "Krka" 300 mg Hartkaps. ....	G	J05AE08	265
IND	Ateectura Breezhaler 125 mcg/62,5 mcg Hartkaps. Plv. zur Inh. 	G	R03AK14	357
IND	Ateectura Breezhaler 125 mcg/127,5 mcg Hartkaps. Plv. zur Inh. 	G	R03AK14	357
IND	Ateectura Breezhaler 125 mcg/260 mcg Hartkaps. Plv. zur Inh. 	G	R03AK14	357
	Atenolol "1A Pharma" 50 mg Filmtabl. ....	G	C07AB03	209
	Atenolol "1A Pharma" 100 mg Filmtabl. ....	G	C07AB03	209
	Atenolol "Genericon" 50 mg Filmtabl.....	G	C07AB03	209

KASS	Bezeichnung	Box	ATC	Seite
	Atenolol "Genericon" 100 mg Filmtabl.....	G	C07AB03.....	209
	Atenolol "Genericon" comp. mite Filmtabl. ....	G	C07CB03.....	212
	Atenolol "Genericon" comp. Filmtabl.....	G	C07CB03.....	212
	Atenolol "Stada" 50 mg Tabl. ....	G	C07AB03.....	209
	Atenolol "Stada" 100 mg Tabl. ....	G	C07AB03.....	209
RE1	Atofab 10 mg Hartkaps.....	Y	N06BA09.....	567
RE1	Atofab 18 mg Hartkaps.....	Y	N06BA09.....	568
RE1	Atofab 25 mg Hartkaps.....	Y	N06BA09.....	568
RE1	Atofab 40 mg Hartkaps.....	Y	N06BA09.....	569
RE1	Atofab 60 mg Hartkaps.....	Y	N06BA09.....	569
RE1	Atofab 80 mg Hartkaps.....	Y	N06BA09.....	570
RE1	Atofab 100 mg Hartkaps.....	Y	N06BA09.....	570
RE1	Atomoxetin "Stada" 10 mg Hartkaps.....	Y	N06BA09.....	568
RE1	Atomoxetin "Stada" 18 mg Hartkaps.....	Y	N06BA09.....	568
RE1	Atomoxetin "Stada" 25 mg Hartkaps.....	Y	N06BA09.....	568
RE1	Atomoxetin "Stada" 40 mg Hartkaps.....	Y	N06BA09.....	569
RE1	Atomoxetin "Stada" 60 mg Hartkaps.....	Y	N06BA09.....	569
RE1	Atomoxetin "Stada" 80 mg Hartkaps.....	Y	N06BA09.....	570
	Atorvacor 10 mg Filmtabl. ....	G	C10AA05.....	228
	Atorvacor 20 mg Filmtabl. ....	G	C10AA05.....	228
	Atorvacor 40 mg Filmtabl. ....	G	C10AA05.....	228
	Atorvacor 80 mg Filmtabl. ....	G	C10AA05.....	229
	Atorvadivid 10 mg Filmtabl. ....	G	C10AA05.....	228
	Atorvadivid 20 mg Filmtabl. ....	G	C10AA05.....	228
	Atorvadivid 40 mg Filmtabl. ....	G	C10AA05.....	228
	Atorvalan 10 mg Filmtabl.....	G	C10AA05.....	228
	Atorvalan 20 mg Filmtabl.....	G	C10AA05.....	228
	Atorvalan 40 mg Filmtabl.....	G	C10AA05.....	228
	Atorvalan 80 mg Filmtabl.....	G	C10AA05.....	229
	Atorvastatin "+pharma" 10 mg Filmtabl. ....	G	C10AA05.....	228
	Atorvastatin "+pharma" 20 mg Filmtabl. ....	G	C10AA05.....	228
	Atorvastatin "+pharma" 40 mg Filmtabl. ....	G	C10AA05.....	228
	Atorvastatin "+pharma" 80 mg Filmtabl. ....	G	C10AA05.....	229
	Atorvastatin "1A Pharma" 10 mg Filmtabl. ....	G	C10AA05.....	228
	Atorvastatin "1A Pharma" 20 mg Filmtabl. ....	G	C10AA05.....	228
	Atorvastatin "1A Pharma" 40 mg Filmtabl. ....	G	C10AA05.....	228
	Atorvastatin "1A Pharma" 80 mg Filmtabl. ....	G	C10AA05.....	229
	Atorvastatin "Actavis" 10 mg Filmtabl.....	G	C10AA05.....	228
	Atorvastatin "Actavis" 20 mg Filmtabl.....	G	C10AA05.....	228
	Atorvastatin "Actavis" 40 mg Filmtabl.....	G	C10AA05.....	228
	Atorvastatin "Actavis" 80 mg Filmtabl.....	G	C10AA05.....	229
	Atorvastatin "Aristo Pharma" 10 mg Filmtabl. ....	G	C10AA05.....	228
	Atorvastatin "Aristo Pharma" 20 mg Filmtabl. ....	G	C10AA05.....	228
	Atorvastatin "Aristo Pharma" 40 mg Filmtabl. ....	G	C10AA05.....	228
	Atorvastatin "Aristo Pharma" 80 mg Filmtabl. ....	G	C10AA05.....	229
	Atorvastatin "Bluefish AB" 10 mg Filmtabl.....	G	C10AA05.....	228
	Atorvastatin "Bluefish AB" 20 mg Filmtabl.....	G	C10AA05.....	228
	Atorvastatin "Bluefish AB" 40 mg Filmtabl.....	G	C10AA05.....	228
	Atorvastatin "Bluefish AB" 80 mg Filmtabl.....	G	C10AA05.....	229
	Atorvastatin "G.L." 10 mg Filmtabl. ....	G	C10AA05.....	228
	Atorvastatin "G.L." 20 mg Filmtabl. ....	G	C10AA05.....	228
	Atorvastatin "G.L." 40 mg Filmtabl. ....	G	C10AA05.....	228

KASS	Bezeichnung	Box	ATC	Seite
	Atorvastatin "G.L." 80 mg Filmtabl. ....	G	C10AA05	229
	Atorvastatin "Genericon" 10 mg Filmtabl.....	G	C10AA05	228
	Atorvastatin "Genericon" 20 mg Filmtabl.....	G	C10AA05	228
	Atorvastatin "Genericon" 40 mg Filmtabl.....	G	C10AA05	228
	Atorvastatin "Genericon" 80 mg Filmtabl.....	G	C10AA05	229
	Atorvastatin "Krka" 10 mg Filmtabl.....	G	C10AA05	228
	Atorvastatin "Krka" 20 mg Filmtabl.....	G	C10AA05	228
	Atorvastatin "Krka" 30 mg Filmtabl.....	G	C10AA05	228
	Atorvastatin "Krka" 40 mg Filmtabl.....	G	C10AA05	228
	Atorvastatin "Krka" 60 mg Filmtabl.....	G	C10AA05	229
	Atorvastatin "ratiopharm" 10 mg Filmtabl.....	G	C10AA05	228
	Atorvastatin "ratiopharm" 20 mg Filmtabl.....	G	C10AA05	228
	Atorvastatin "ratiopharm" 40 mg Filmtabl.....	G	C10AA05	228
	Atorvastatin "ratiopharm" 80 mg Filmtabl.....	G	C10AA05	229
	Atorvastatin "Sandoz" 10 mg Filmtabl.....	G	C10AA05	228
	Atorvastatin "Sandoz" 20 mg Filmtabl.....	G	C10AA05	228
	Atorvastatin "Sandoz" 40 mg Filmtabl.....	G	C10AA05	228
	Atorvastatin "Sandoz" 80 mg Filmtabl.....	G	C10AA05	229
	Atorvastatin "Stada" 10 mg Filmtabl.....	G	C10AA05	228
	Atorvastatin "Stada" 20 mg Filmtabl.....	G	C10AA05	228
	Atorvastatin "Stada" 40 mg Filmtabl.....	G	C10AA05	228
	Atorvastatin "Stada" 80 mg Filmtabl.....	G	C10AA05	229
	Atorvastatin "Viatris" 10 mg Filmtabl.....	G	C10AA05	228
	Atorvastatin "Viatris" 20 mg Filmtabl.....	G	C10AA05	228
	Atorvastatin "Viatris" 40 mg Filmtabl.....	G	C10AA05	228
	Atorvastatin "Viatris" 80 mg Filmtabl.....	G	C10AA05	229
	Atropin. sulfuric. "Nycomed" 0,5 mg Amp. ....	G	A03BA01	169
	Atrovent Dosieraerosol.....	G	R03BB01	359
RE1	Aubagio 14 mg Filmtabl.....	Y	L04AK02	549
	Augmentin 500 mg/125 mg Filmtabl.....	G	J01CR02	255
	Augmentin 875 mg/125 mg Filmtabl.....	G	J01CR02	256
F14	Augmentin 400 mg/57 mg/5 ml Plv. zur Herst. einer Susp. zum Einnehmen .....	G	J01CR02	255
	Aureocort Salbe .....	G	D07CB01	238
	Aurorix 150 mg Filmtabl. ....	G	N06AG02	343
	Aurorix 300 mg Filmtabl. ....	G	N06AG02	343
IND	Avamys 27,5 mcg/Sprühstoß Nasenspray, Susp.....	G	R01AD12	354
	Avelox 400 mg Filmtabl. ....	G	J01MA14	261
RE1	Avonex 30 mcg/0,5 ml Inj.lsg. Fertigpen .....	Y	L03AB07	509
RE1	Avonex 30 mcg/0,5 ml Inj.lsg. Fertigspr. ....	Y	L03AB07	510
Au	Azarga 10 mg/ml + 5 mg/ml Augentropf.susp.....	G	S01ED51	368
	Azithromycin "+pharma" 500 mg Filmtabl.....	G	J01FA10	259
	Azithromycin "1A Pharma" 500 mg Filmtabl.....	G	J01FA10	259
	Azithromycin "Genericon" 500 mg Filmtabl.....	G	J01FA10	259
	Azithromycin "ratiopharm" 500 mg Filmtabl.....	G	J01FA10	259
	Azithromycin "Sandoz" 500 mg Filmtabl.....	G	J01FA10	259
F14	Azithromycin "Sandoz" 200 mg/5 ml Plv. zur Herst. einer Susp. zum Einnehmen .....	G	J01FA10	259
	Azithromycin "Stada" 500 mg Filmtabl.....	G	J01FA10	259
	Azopt 10 mg/ml Augentropf.susp. ....	G	S01EC04	367
	Azzavix 500 mg magensaftresistente Tabl.....	G	A07EC02	173
	Azzavix 1000 mg magensaftresistente Tabl.....	G	A07EC02	173

KASS	Bezeichnung	Box	ATC	Seite
	Balneum Hermal Badezusatz .....	G	D11AX .....	241
	Balneum Hermal plus Polidocanol Badezusatz .....	G	D11AX .....	241
	Bambec 10 mg Tabl. ....	G	R03CC12 .....	360
	Baneocin Puder .....	G	D06AX .....	236
	Baneocin Salbe .....	G	D06AX .....	236
RE2	Baqsimi 3 mg Nasenplv. Einzeldosis .....	Y	H04AA01 .....	457
RE2	Baraclude 0,5 mg Filmtabl. ....	Y	J05AF10 .....	470
RE2	Baraclude 1 mg Filmtabl. ....	Y	J05AF10 .....	470
RE2	BCG "medac" Plv. u. Lsgm. zur Herst. einer Susp. zur intravesikalen Anw. ....	Y	L03AX03 .....	512
	Beloc 50 mg Tabl. ....	G	C07AB02 .....	209
	Beloc 100 mg Tabl. ....	G	C07AB02 .....	209
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 <sup>PM</sup> .....	G	L04AB01 .....	276
IND	Benepali 50 mg Inj.lsg. Fertigspr. <sup>PM</sup> .....	G	L04AB01 .....	276
RE1	Benlysta 200 mg Inj.lsg. Fertigpen .....	Y	L04AG04 .....	546
RE1	Benlysta 120 mg Plv. zur Herst. eines Inf.lsg.konz. ....	Y	L04AG04 .....	545
RE1	Benlysta 400 mg Plv. zur Herst. eines Inf.lsg.konz. ....	Y	L04AG04 .....	546
	Benzaknen 5 % Gel .....	G	D10AE01 .....	239
	Benzaknen 10 % Gel .....	G	D10AE01 .....	240
	Benzaknen 5 % Susp. zum Auftragen .....	G	D10AE01 .....	239
RE1	Beriate 100 IE/ml Plv. und Lsgm. zur Herst. einer Inj.- oder Inf.lsg. ....	Y	B02BD02 .....	403
RE1	Beriate 200 IE/ml Plv. und Lsgm. zur Herst. einer Inj.- oder Inf.lsg. ....	Y	B02BD02 .....	403
RE1	Berinert 500 IE Plv. und Lsgm. zur Herst. einer Inj.- oder Inf.lsg. ....	Y	B06AC01 .....	418
	Berodual Dosieraerosol .....	G	R03AL01 .....	357
	Berodualin Inh.lsg. ....	G	R03AL01 .....	357
	Berotec 100 mcg Dosieraerosol .....	G	R03AC04 .....	354
RE1	Betaferon 250 mcg/ml Plv. u. Lsgm. zur Herst. einer Inj.lsg. Starterpackung .....	Y	L03AB08 .....	510
RE1	Betaferon 250 mcg/ml Plv. u. Lsgm. zur Herst. einer Inj.lsg. ....	Y	L03AB08 .....	511
	Betahistin "Actavis" 8 mg Tabl. ....	G	N07CA01 .....	351
	Betahistin "Actavis" 16 mg Tabl. ....	G	N07CA01 .....	351
	Betahistin "Actavis" 24 mg Tabl. ....	G	N07CA01 .....	351
	Betahistin "Arcana" 16 mg Tabl. ....	G	N07CA01 .....	351
	Betahistin "ratiopharm" 8 mg Tabl. ....	G	N07CA01 .....	351
	Betahistin "ratiopharm" 16 mg Tabl. ....	G	N07CA01 .....	351
	Betahistin "ratiopharm" 24 mg Tabl. ....	G	N07CA01 .....	351
	Betahistin "Viatris" 24 mg Tabl. ....	G	N07CA01 .....	351
	Betaisodona Lsg. standardisiert .....	G	D08AG02 .....	239
	Betaisodona Vaginal-Gel m. Applikator .....	G	G01AX11 .....	242
	Betaisodona Vaginal-Supp. ....	G	G01AX11 .....	242
RE1	Betaisodona Wundgaze .....	Y	D09AA09 .....	439
	Betaserc 8 mg Tabl. ....	G	N07CA01 .....	351
	Betaserc 16 mg Tabl. ....	G	N07CA01 .....	351
IND	Betmiga 25 mg Retardtabl. <sup>PM</sup> .....	G	G04BD12 .....	246
IND	Betmiga 50 mg Retardtabl. <sup>PM</sup> .....	G	G04BD12 .....	246

KASS	Bezeichnung	Box	ATC	Seite
	Betnesol Brausetabl. ....	G	H02AB01	248
	Betnesol Augen-, Ohren-, Nasentropf. ....	G	S03BA03	370
	Betnesol N Augen-, Ohren-, Nasentropf. ....	G	S03CA06	370
	Betnovate crinale Lsg. ....	G	D07AC01	237
	Betnovate Salbe ....	G	D07AC01	237
	Betoptic S Augensusp. ....	G	S01ED02	367
	Bezalip retard 400 mg Filmtabl. ....	G	C10AB02	230
	Bezastad 200 mg Filmtabl. ....	G	C10AB02	230
	Bicalutamid "+pharma" 50 mg Filmtabl. ....	G	L02BB03	272
	Bicalutamid "+pharma" 150 mg Filmtabl. ....	G	L02BB03	272
	Bicalutamid "Actavis" 50 mg Filmtabl. ....	G	L02BB03	272
	Bicalutamid "Actavis" 150 mg Filmtabl. ....	G	L02BB03	272
	Bicalutamid "Bluefish" 50 mg Filmtabl. ....	G	L02BB03	272
	Bicalutamid "Bluefish" 150 mg Filmtabl. ....	G	L02BB03	272
	Bicalutamid "G.L." 50 mg Filmtabl. ....	G	L02BB03	272
	Bicalutamid "G.L." 150 mg Filmtabl. ....	G	L02BB03	272
	Bicalutamid "Genericon" 50 mg Filmtabl. ....	G	L02BB03	272
	Bicalutamid "Genericon" 150 mg Filmtabl. ....	G	L02BB03	272
	Bicalutamid "ratiopharm" 50 mg Filmtabl. ....	G	L02BB03	272
	Bicalutamid "ratiopharm" 150 mg Filmtabl. ....	G	L02BB03	272
	Bicalutamid "Stada" 50 mg Filmtabl. ....	G	L02BB03	272
	Bicalutamid "Stada" 150 mg Filmtabl. ....	G	L02BB03	272
RE1	Biktarvy 50 mg/200 mg/25 mg Filmtabl. ....	Y	J05AR20	477
	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	615
RE1	Bimzelx 160 mg Inj.lsg. Fertipen <sup>PM</sup> ....	Y	L04AC21	533
RE1	Bimzelx 160 mg Inj.lsg. Fertigspr. <sup>PM</sup> ....	Y	L04AC21	533
RE1	Binocrit 1.000 IE/0,5 ml Inj.lsg. Fertigspr. ....	Y	B03XA01	410
RE1	Binocrit 2.000 IE/1 ml Inj.lsg. Fertigspr. ....	Y	B03XA01	411
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	191
IND	Binocrit 20.000 IE/0,5 ml Inj.lsg. Fertigspr. ....	G	B03XA01	193
IND	Binocrit 30.000 IE/0,75 ml Inj.lsg. Fertigspr. ....	G	B03XA01	194
IND	Binocrit 40.000 IE/1 ml Inj.lsg. Fertigspr. ....	G	B03XA01	195
	Biocef 200 mg Filmtabl. ....	G	J01DD13	257
F2J	Biocef 40 mg/5 ml Plv. zur Herst. einer Susp. zum Einnehmen ....	G	J01DD13	257
F6J	Biocef 40 mg/5 ml Plv. zur Herst. einer Susp. zum Einnehmen ....	G	J01DD13	257
	Bioflair Kaps. ....	G	A07FA	173
	Bisocor 5 mg Tabl. ....	G	C07AB07	210
	Bisocor 10 mg Tabl. ....	G	C07AB07	210
	Bisoprolol "1A Pharma" 5 mg Filmtabl. ....	G	C07AB07	210
	Bisoprolol "1A Pharma" 10 mg Filmtabl. ....	G	C07AB07	210
	Bisoprolol "Accord" 2,5 mg Filmtabl. ....	G	C07AB07	209



KASS	Bezeichnung	Box	ATC	Seite
	Bisoprolol "Accord" 5 mg Filmtabl. ....	G	C07AB07	210
	Bisoprolol "Accord" 10 mg Filmtabl. ....	G	C07AB07	210
	Bisoprolol "Arcana" 5 mg Filmtabl. ....	G	C07AB07	210
	Bisoprolol "Arcana" 10 mg Filmtabl. ....	G	C07AB07	210
	Bisoprolol "ratiopharm" 5 mg Tabl. ....	G	C07AB07	210
	Bisoprolol "ratiopharm" 10 mg Tabl. ....	G	C07AB07	210
	Bisoprolol "Sandoz" 1,25 mg Filmtabl. ....	G	C07AB07	209
	Bisoprolol "Sandoz" 2,5 mg Filmtabl. ....	G	C07AB07	209
	Bisoprolol "Sandoz" 5 mg Filmtabl. ....	G	C07AB07	210
	Bisoprolol "Sandoz" 10 mg Filmtabl. ....	G	C07AB07	210
	Bisoprolol/HCT "Arcana" 5 mg/12,5 mg Filmtabl. ....	G	C07BB07	212
	Bisostad 5 mg Filmtabl. ....	G	C07AB07	210
	Bisostad 10 mg Filmtabl. ....	G	C07AB07	210
	Bisostad plus 5 mg/12,5 mg Filmtabl. ....	G	C07BB07	212
	Blopress 4 mg Tabl. ....	G	C09CA06	221
	Blopress 8 mg Tabl. ....	G	C09CA06	221
	Blopress 16 mg Tabl. ....	G	C09CA06	221
	Blopress 32 mg Tabl. ....	G	C09CA06	221
	Blopress Plus 8 mg/12,5 mg Tabl. ....	G	C09DA06	223
	Blopress Plus 16 mg/12,5 mg Tabl. ....	G	C09DA06	223
	Blopress Plus 32 mg/12,5 mg Tabl. ....	G	C09DA06	223
	Blopress Plus 32 mg/25 mg Tabl. ....	G	C09DA06	223
IND	Bondronat 6 mg Konz. zur Herst. einer Inf.lsg. ....	G	M05BA06	293
IND	Bondronat 50 mg Filmtabl. ....	G	M05BA06	293
IND	Bonviva 3 mg Inj.lsg. Fertigspr. ....	G	M05BA06	293
RE2	Bosentan "Accord" 62,5 mg Filmtabl. ....	Y	C02KX01	426
RE2	Bosentan "Accord" 125 mg Filmtabl. ....	Y	C02KX01	427
RE2	Bosentan "Reddy" 62,5 mg Filmtabl. ....	Y	C02KX01	426
RE2	Bosentan "Reddy" 125 mg Filmtabl. ....	Y	C02KX01	427
RE1	Braftovi 50 mg Hartkaps. ....	Y	L01EC03	487
RE1	Braftovi 75 mg Hartkaps. ....	Y	L01EC03	487
IND	Bretaris Genuair 322 mcg Plv. zur Inh. ....	G	R03BB05	360
	Bricanyl 0,5 mg Amp. ....	G	R03CC03	360
RE1	Brilique 90 mg Filmtabl. ....	Y	B01AC24	397
IND	Brimica Genuair 340 mcg/12 mcg Plv. zur Inh. ....	G	R03AL05	357
	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	367
	Brinzo-Vision 10 mg/ml Augentropf.susp. ....	G	S01EC04	367
IND	Brivudin "Aristo" 125 mg Tabl. ....	G	J05AB15	264
	Bromazepam "Genericon" 3 mg Filmtabl. ....	G	N05BA08	337
	Bromazepam "Genericon" 6 mg Filmtabl. ....	G	N05BA08	337
F14	Broncho-Vaxom 3,5 mg Kaps. f. Kinder. ....	G	R07AX	364
	Broncho-Vaxom 7 mg Kaps. f. Erw. ....	G	R07AX	364
	Brufen 600 mg Filmtabl. ....	G	M01AE01	289
RE1	Brukinsa 80 mg Hartkaps. (M) ....	Y	L01EL03	495
	Budo-San Uno 9 mg magensaftresistentes Gran. ....	G	A07EA06	172
	Budo-San 3 mg Kaps. ....	G	A07EA06	172
IND	Budo-San 2 mg/Sprühstoß Rektalschaum ....	G	A07EA06	172
RE1	Bupensan 2 mg Sublingualtabl. ....	Y	N07BC01	591
RE1	Bupensan 4 mg Sublingualtabl. ....	Y	N07BC01	591
RE1	Bupensan 8 mg Sublingualtabl. ....	Y	N07BC01	591

KASS	Bezeichnung	Box	ATC	Seite
RE1	Bupensan 12 mg Sublingualtabl.....	Y	N07BC01.....	591
RE1	Bupensan 16 mg Sublingualtabl.....	Y	N07BC01.....	592
RE1	Bupensan Duo 2 mg/0,5 mg Sublingualtabl.....	Y	N07BC51.....	593
RE1	Bupensan Duo 4 mg/1 mg Sublingualtabl.....	Y	N07BC51.....	593
RE1	Bupensan Duo 8 mg/2 mg Sublingualtabl.....	Y	N07BC51.....	594
RE1	Buprenorphin "Hexal" 2 mg Sublingualtabl.....	Y	N07BC01.....	591
RE1	Buprenorphin "Hexal" 8 mg Sublingualtabl.....	Y	N07BC01.....	591
IND	Buprenorphin "ratiopharm" 5 mcg/h transdermales Pflaster	G	N02AE01.....	301
IND	Buprenorphin "ratiopharm" 10 mcg/h transdermales Pflaster.....	G	N02AE01.....	301
IND	Buprenorphin "ratiopharm" 20 mcg/h transdermales Pflaster.....	G	N02AE01.....	301
IND	Buprenorphin "ratiopharm" 35 mcg/h transdermales Pflaster.....	G	N02AE01.....	301
IND	Buprenorphin "ratiopharm" 52,5 mcg/h transdermales Pflaster.....	G	N02AE01.....	301
IND	Buprenorphin "Stada" 35 mcg/h transdermales Pflaster.....	G	N02AE01.....	301
IND	Buprenorphin "Stada" 52,5 mcg/h transdermales Pflaster....	G	N02AE01.....	301
IND	Buprenorphin "Stada" 70 mcg/h transdermales Pflaster.....	G	N02AE01.....	302
IND	Bupretec 35 mcg/h transdermales Matrixpflaster.....	G	N02AE01.....	301
IND	Bupretec 52,5 mcg/h transdermales Matrixpflaster.....	G	N02AE01.....	301
IND	Bupretec 70 mcg/h transdermales Matrixpflaster.....	G	N02AE01.....	302
	Bupropion "+pharma" 150 mg Tabl. mit veränderter Wirkstofffreisetzung.....	G	N06AX12.....	344
	Bupropion "1A Pharma" 150 mg Tabl. mit veränderter Wirkstofffreisetzung.....	G	N06AX12.....	344
	Bupropion "1A Pharma" 300 mg Tabl. mit veränderter Wirkstofffreisetzung.....	G	N06AX12.....	345
	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.....	345
	Bupropion "ratiopharm" 150 mg Tabl. mit veränderter Wirkstofffreisetzung.....	G	N06AX12.....	344
	Bupropion "ratiopharm" 300 mg Tabl. mit veränderter Wirkstofffreisetzung.....	G	N06AX12.....	345
	Burinex 1 mg Tabl.....	G	C03CA02.....	204
	Buronil 25 mg Filmtabl.....	G	N05AD03.....	324
	Buronil 50 mg Filmtabl.....	G	N05AD03.....	324
	Buscapina 20 mg/1 ml Amp.....	G	A03BB01.....	169
RE1	Buvidal 8 mg Depot-Inj.lsg. (PM).....	Y	N07BC01.....	591
RE1	Buvidal 16 mg Depot-Inj.lsg. (PM).....	Y	N07BC01.....	592
RE1	Buvidal 24 mg Depot-Inj.lsg. (PM).....	Y	N07BC01.....	592
RE1	Buvidal 32 mg Depot-Inj.lsg. (PM).....	Y	N07BC01.....	592
RE1	Buvidal 64 mg Depot-Inj.lsg. (PM).....	Y	N07BC01.....	592
RE1	Buvidal 96 mg Depot-Inj.lsg. (PM).....	Y	N07BC01.....	592
RE1	Buvidal 128 mg Depot-Inj.lsg. (PM).....	Y	N07BC01.....	592
RE1	Buvidal 160 mg Depot-Inj.lsg. (PM).....	Y	N07BC01.....	592
	Cabaseril 1 mg Tabl.....	G	N04BC06.....	322
	Cabaseril 2 mg Tabl.....	G	N04BC06.....	322

KASS	Bezeichnung	Box	ATC	Seite
	Caduet 5 mg/10 mg Filmtabl. ....	G	C10BX03	232
	Caduet 10 mg/10 mg Filmtabl. ....	G	C10BX03	232
	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	372
IND	Calciumacetat "Medice" 700 mg Filmtabl. ....	G	V03AE07	372
IND	Calciumfolinat "Ebewe" 15 mg Kaps. ....	G	V03AF03	372
	Cal-D-Vita Kautabl. ....	G	A12AX	182
	Calmolan retard 0,26 mg Tabl. ....	G	N04BC05	321
	Calmolan retard 0,52 mg Tabl. ....	G	N04BC05	321
	Calmolan retard 1,05 mg Tabl. ....	G	N04BC05	321
	Calmolan retard 2,1 mg Tabl. ....	G	N04BC05	322
	Calmolan retard 3,15 mg Tabl. ....	G	N04BC05	322
RE1	Calquence 100 mg Filmtabl. (PM) ....	Y	L01EL02	494
P	Campral Filmtabl. ....	G	N07BB03	351
RE1	Camzyos 2,5 mg Hartkaps. (PM) ....	Y	C01EB24	422
RE1	Camzyos 5 mg Hartkaps. (PM) ....	Y	C01EB24	423
RE1	Camzyos 10 mg Hartkaps. (PM) ....	Y	C01EB24	424
RE1	Camzyos 15 mg Hartkaps. (PM) ....	Y	C01EB24	425
	CandAm 8 mg/5 mg Hartkaps. ....	G	C09DB07	225
	CandAm 16 mg/5 mg Hartkaps. ....	G	C09DB07	225
	CandAm 16 mg/10 mg Hartkaps. ....	G	C09DB07	225
	CandAmComp 16 mg/5 mg/12,5 mg Hartkaps. ....	G	C09DX06	226
	CandAmComp 16 mg/10 mg/12,5 mg Hartkaps. ....	G	C09DX06	226
	Candeblo 8 mg Tabl. ....	G	C09CA06	221
	Candeblo 16 mg Tabl. ....	G	C09CA06	221
	Candeblo 32 mg Tabl. ....	G	C09CA06	221
	Candeblo Amlo plus HCT 16 mg/5 mg/12,5 mg Hartkaps. ...	G	C09DX06	226
	Candeblo Amlo plus HCT 16 mg/10 mg/12,5 mg Hartkaps. .	G	C09DX06	226
	Candeblo Amlo 8 mg/5 mg Tabl. ....	G	C09DB07	225
	Candeblo Amlo 16 mg/5 mg Tabl. ....	G	C09DB07	225
	Candeblo Amlo 16 mg/10 mg Tabl. ....	G	C09DB07	225
	Candeblo plus 8 mg/12,5 mg Tabl. ....	G	C09DA06	223
	Candeblo plus 16 mg/12,5 mg Tabl. ....	G	C09DA06	223
	Candeblo plus 32 mg/12,5 mg Tabl. ....	G	C09DA06	223
	Candeblo plus 32 mg/25 mg Tabl. ....	G	C09DA06	224
	Candecam 8 mg/5 mg Tabl. ....	G	C09DB07	225
	Candecam 16 mg/5 mg Tabl. ....	G	C09DB07	225
	Candecam 16 mg/10 mg Tabl. ....	G	C09DB07	225
	Candesarcomp 8 mg/12,5 mg Tabl. ....	G	C09DA06	223
	Candesarcomp 16 mg/12,5 mg Tabl. ....	G	C09DA06	223
	Candesartan "+pharma" 8 mg Tabl. ....	G	C09CA06	221
	Candesartan "+pharma" 16 mg Tabl. ....	G	C09CA06	221
	Candesartan "+pharma" 32 mg Tabl. ....	G	C09CA06	221
	Candesartan "1A Pharma" 4 mg Tabl. ....	G	C09CA06	221
	Candesartan "1A Pharma" 8 mg Tabl. ....	G	C09CA06	221
	Candesartan "1A Pharma" 16 mg Tabl. ....	G	C09CA06	221
	Candesartan "1A Pharma" 32 mg Tabl. ....	G	C09CA06	221
	Candesartan "Actavis" 4 mg Tabl. ....	G	C09CA06	221
	Candesartan "Actavis" 8 mg Tabl. ....	G	C09CA06	221
	Candesartan "Actavis" 16 mg Tabl. ....	G	C09CA06	221
	Candesartan "Actavis" 32 mg Tabl. ....	G	C09CA06	221

KASS	Bezeichnung	Box	ATC	Seite
	Candesartan "A-med" 8 mg Tabl.....	G	C09CA06	221
	Candesartan "A-med" 16 mg Tabl.....	G	C09CA06	221
	Candesartan "A-med" 32 mg Tabl.....	G	C09CA06	221
	Candesartan "Genericon" 8 mg Tabl.....	G	C09CA06	221
	Candesartan "Genericon" 16 mg Tabl.....	G	C09CA06	221
	Candesartan "Genericon" 32 mg Tabl.....	G	C09CA06	221
	Candesartan "Krka" 4 mg Tabl.....	G	C09CA06	221
	Candesartan "Krka" 8 mg Tabl.....	G	C09CA06	221
	Candesartan "Krka" 16 mg Tabl.....	G	C09CA06	221
	Candesartan "Krka" 32 mg Tabl.....	G	C09CA06	221
	Candesartan "ratiopharm" 4 mg Tabl.....	G	C09CA06	221
	Candesartan "ratiopharm" 8 mg Tabl.....	G	C09CA06	221
	Candesartan "ratiopharm" 16 mg Tabl.....	G	C09CA06	221
	Candesartan "ratiopharm" 32 mg Tabl.....	G	C09CA06	221
	Candesartan "Sandoz" 4 mg Tabl.....	G	C09CA06	221
	Candesartan "Sandoz" 8 mg Tabl.....	G	C09CA06	221
	Candesartan "Sandoz" 16 mg Tabl.....	G	C09CA06	221
	Candesartan "Sandoz" 32 mg Tabl.....	G	C09CA06	221
	Candesartan "Stada" 4 mg Tabl.....	G	C09CA06	221
	Candesartan "Stada" 8 mg Tabl.....	G	C09CA06	221
	Candesartan "Stada" 16 mg Tabl.....	G	C09CA06	221
	Candesartan "Stada" 32 mg Tabl.....	G	C09CA06	221
	Candesartan/Amlodipin "Sandoz" 8 mg/5 mg Hartkaps.....	G	C09DB07	225
	Candesartan/Amlodipin "Sandoz" 8 mg/10 mg Hartkaps.....	G	C09DB07	225
	Candesartan/Amlodipin "Sandoz" 16 mg/5 mg Hartkaps.....	G	C09DB07	225
	Candesartan/Amlodipin "Sandoz" 16 mg/10 mg Hartkaps.....	G	C09DB07	225
	Candesartan/Amlodipin/HCT "+pharma" 16 mg/5 mg/ 12,5 mg Hartkaps.....	G	C09DX06	226
	Candesartan/Amlodipin/HCT "+pharma" 16 mg/10 mg/ 12,5 mg Hartkaps.....	G	C09DX06	226
	Candesartan/HCT "+pharma" 8 mg/12,5 mg Tabl.....	G	C09DA06	223
	Candesartan/HCT "+pharma" 16 mg/12,5 mg Tabl.....	G	C09DA06	223
	Candesartan/HCT "1A Pharma" 8 mg/12,5 mg Tabl.....	G	C09DA06	223
	Candesartan/HCT "1A Pharma" 16 mg/12,5 mg Tabl.....	G	C09DA06	223
	Candesartan/HCT "1A Pharma" 32 mg/12,5 mg Tabl.....	G	C09DA06	223
	Candesartan/HCT "1A Pharma" 32 mg/25 mg Tabl.....	G	C09DA06	224
	Candesartan/HCT "Actavis" 8 mg/12,5 mg Tabl.....	G	C09DA06	223
	Candesartan/HCT "Actavis" 16 mg/12,5 mg Tabl.....	G	C09DA06	223
	Candesartan/HCT "Actavis" 32 mg/12,5 mg Tabl.....	G	C09DA06	223
	Candesartan/HCT "Actavis" 32 mg/25 mg Tabl.....	G	C09DA06	224
	Candesartan/HCT "Krka" 8 mg/12,5 mg Tabl.....	G	C09DA06	223
	Candesartan/HCT "Krka" 16 mg/12,5 mg Tabl.....	G	C09DA06	223
	Candesartan/HCT "Krka" 32 mg/12,5 mg Tabl.....	G	C09DA06	223
	Candesartan/HCT "Krka" 32 mg/25 mg Tabl.....	G	C09DA06	224
	Candesartan/HCT "ratiopharm" 8 mg/12,5 mg Tabl.....	G	C09DA06	223
	Candesartan/HCT "ratiopharm" 16 mg/12,5 mg Tabl.....	G	C09DA06	223
	Candesartan/HCT "ratiopharm" 32 mg/12,5 mg Tabl.....	G	C09DA06	223
	Candesartan/HCT "ratiopharm" 32 mg/25 mg Tabl.....	G	C09DA06	224
	Candesartan/HCT "Sandoz" 8 mg/12,5 mg Tabl.....	G	C09DA06	223
	Candesartan/HCT "Sandoz" 16 mg/12,5 mg Tabl.....	G	C09DA06	223
	Candesartan/HCT "Sandoz" 32 mg/12,5 mg Tabl.....	G	C09DA06	223
	Candesartan/HCT "Sandoz" 32 mg/25 mg Tabl.....	G	C09DA06	224

KASS	Bezeichnung	Box	ATC	Seite
	Candesartan/HCT "Stada" 8 mg/12,5 mg Tabl. ....	G	C09DA06.....	223
	Candesartan/HCT "Stada" 16 mg/12,5 mg Tabl. ....	G	C09DA06.....	223
	Candesartan/HCT "Stada GmbH" 32 mg/12,5 mg Tabl. ....	G	C09DA06.....	223
	Candesartan/HCT "Stada GmbH" 32 mg/25 mg Tabl. ....	G	C09DA06.....	224
	Candio Hermal soft Paste .....	G	D01AA01.....	233
	Capecel 150 mg Filmtabl. ....	G	L01BC06.....	266
	Capecel 500 mg Filmtabl. ....	G	L01BC06.....	266
	Capecitabin "Accord" 150 mg Filmtabl. ....	G	L01BC06.....	266
	Capecitabin "Accord" 500 mg Filmtabl. ....	G	L01BC06.....	266
	Capecitabin "Sandoz" 150 mg Filmtabl. ....	G	L01BC06.....	266
	Capecitabin "Sandoz" 500 mg Filmtabl. ....	G	L01BC06.....	266
	Carvedilol "+pharma" 12,5 mg Filmtabl. ....	G	C07AG02.....	211
	Carvedilol "+pharma" 25 mg Filmtabl. ....	G	C07AG02.....	211
	Carvedilol "1A Pharma" 6,25 mg Tabl. ....	G	C07AG02.....	211
	Carvedilol "1A Pharma" 12,5 mg Tabl. ....	G	C07AG02.....	211
	Carvedilol "1A Pharma" 25 mg Tabl. ....	G	C07AG02.....	211
	Carvedilol "Alternova" 6,25 mg Tabl. ....	G	C07AG02.....	211
	Carvedilol "Alternova" 12,5 mg Tabl. ....	G	C07AG02.....	211
	Carvedilol "Alternova" 25 mg Tabl. ....	G	C07AG02.....	211
	Carvedilol "Genericon" 6,25 mg Filmtabl. ....	G	C07AG02.....	211
	Carvedilol "Genericon" 12,5 mg Filmtabl. ....	G	C07AG02.....	211
	Carvedilol "Genericon" 25 mg Filmtabl. ....	G	C07AG02.....	211
	Carvedilol "Hexal" 6,25 mg Tabl. ....	G	C07AG02.....	211
	Carvedilol "Hexal" 12,5 mg Tabl. ....	G	C07AG02.....	211
	Carvedilol "Hexal" 25 mg Tabl. ....	G	C07AG02.....	211
	Carvedilol "Hexal" 50 mg Tabl. ....	G	C07AG02.....	211
	Carvedilol "ratiopharm" 6,25 mg Tabl. ....	G	C07AG02.....	211
	Carvedilol "ratiopharm" 12,5 mg Tabl. ....	G	C07AG02.....	211
	Carvedilol "ratiopharm" 25 mg Tabl. ....	G	C07AG02.....	211
	Carvedilol "Sandoz" 6,25 mg Tabl. ....	G	C07AG02.....	211
	Carvedilol "Sandoz" 12,5 mg Tabl. ....	G	C07AG02.....	211
	Carvedilol "Sandoz" 25 mg Tabl. ....	G	C07AG02.....	211
	Carvedilol "Stada" 6,25 mg Tabl. ....	G	C07AG02.....	211
	Carvedilol "Stada" 12,5 mg Tabl. ....	G	C07AG02.....	211
	Carvedilol "Stada" 25 mg Tabl. ....	G	C07AG02.....	211
	Casodex 50 mg Filmtabl. ....	G	L02BB03.....	272
	Casodex 150 mg Filmtabl. ....	G	L02BB03.....	272
	Catapresan 0,15 mg/ml Amp. ....	G	C02AC01.....	201
	Catapresan 0,15 mg Tabl. ....	G	C02AC01.....	201
	Cathejell Diphenhydramin 1 %/Chlorhexidin 0,05 % Gel .....	G	N01BX.....	295
RE2	Cathejell Diphenhydramin 1 %/Chlorhexidin 0,05 % Gel .....	Y	N01BX.....	557
RE2	Cathejell comp. 17,31 mg/g + 0,5 mg/g Gel .....	Y	N01BB52.....	557
	Cathejell comp. 17,31 mg/g + 0,5 mg/g Gel .....	G	N01BB52.....	295
RE2	Cathejell Diphenhydramin 1 %/Chlorhexidin 0,05 % Gel (in Tuben) .....	Y	N01BX.....	557
	Cathejell Lidocain 2 % Gel .....	G	N01BB02.....	295
	Ceclor 500 mg Filmtabl. ....	G	J01DC04.....	257
	Ceclor 750 mg Filmtabl. ....	G	J01DC04.....	257
F14	Ceclor 125 mg/5 ml Gran. f. orale Susp. ....	G	J01DC04.....	257
F14	Ceclor 250 mg/5 ml Gran. f. orale Susp. ....	G	J01DC04.....	257
F14	Ceclor forte 375 mg/5 ml Gran. f. orale Susp. ....	G	J01DC04.....	257
	Cefastad 500 mg Kaps. ....	G	J01DC04.....	257

KASS	Bezeichnung	Box	ATC	Seite
F14	Cefastad 250 mg/5 ml Trockensaft .....	G	J01DC04 .....	257
	Cefuroxim "1A Pharma" 250 mg Filmtabl.....	G	J01DC02 .....	256
	Cefuroxim "1A Pharma" 500 mg Filmtabl.....	G	J01DC02 .....	256
	Cefuroxim "Sandoz" 250 mg Filmtabl.....	G	J01DC02 .....	256
	Cefuroxim "Sandoz" 500 mg Filmtabl.....	G	J01DC02 .....	256
RE2	Celebrex 100 mg Hartkaps.....	Y	M01AH01 .....	551
RE2	Celebrex 200 mg Hartkaps.....	Y	M01AH01 .....	551
	Celecoxib "ratiopharm" 100 mg Hartkaps. ....	G	M01AH01 .....	290
	Celecoxib "ratiopharm" 200 mg Hartkaps. ....	G	M01AH01 .....	290
	Celestan Biphase Amp. 1 ml.....	G	H02AB01 .....	249
	CellCept 500 mg Filmtabl.....	G	L04AA06.....	275
RE2	CellCept 1 g/5 ml Plv. zur Herst. einer Susp. zum Einnehmen .....	Y	L04AA06.....	513
RE1	Celsentri 150 mg Filmtabl.....	Y	J05AX09 .....	477
RE1	Celsentri 300 mg Filmtabl.....	Y	J05AX09 .....	478
	Cenipres 10 mg/20 mg Tabl.....	G	C09BB06 .....	219
	Ceolat 1 mg/ml Lsg. zum Einnehmen .....	G	A03FA01 .....	169
	Cephalobene 500 mg Filmtabl. ....	G	J01DB01.....	256
	Cephalobene 1000 mg Filmtabl. ....	G	J01DB01.....	256
RE1	Cerdelga 84 mg Hartkaps. ....	Y	A16AX10 .....	392
	Cereboka Filmtabl.....	G	N06DX02.....	350
RE1	Cerezyme 400 U Plv. für ein Konz. zur Herst. einer Inf.lsg. ...	Y	A16AB02 .....	389
RE2	Certican 0,25 mg Tabl. zur Herst. einer Susp. ....	Y	L04AH02 .....	548
RE2	Certican 0,5 mg Tabl. ....	Y	L04AH02 .....	548
RE2	Certican 0,75 mg Tabl. ....	Y	L04AH02 .....	548
	Cetiristad 10 mg Filmtabl.....	G	R06AE07 .....	363
	Cetirizin "Actavis" 10 mg Filmtabl.....	G	R06AE07 .....	363
	Cetirizin "Genericon" 10 mg Filmtabl.....	G	R06AE07 .....	363
	Cetirizin "ratiopharm" 10 mg Filmtabl.....	G	R06AE07 .....	363
	Cetirizin "Sandoz" 10 mg Filmtabl. ....	G	R06AE07 .....	363
	Cholib 145 mg/20 mg Filmtabl.....	G	C10BA04 .....	231
	Cholib 145 mg/40 mg Filmtabl.....	G	C10BA04 .....	231
RE2	Cibinqo 50 mg Filmtabl. <sup>EM</sup> .....	Y	D11AH08.....	445
RE2	Cibinqo 100 mg Filmtabl. <sup>EM</sup> .....	Y	D11AH08.....	445
RE2	Cibinqo 200 mg Filmtabl. <sup>EM</sup> .....	Y	D11AH08.....	445
	Ciflox 250 mg Filmtabl.....	G	J01MA02 .....	260
	Ciflox 500 mg Filmtabl.....	G	J01MA02 .....	260
	Ciloxan Augentropf.....	G	S01AE03 .....	365
	Cimetidin "Genericon" 400 mg Filmtabl.....	G	A02BA01 .....	163
	Cimetidin "Genericon" 800 mg Filmtabl.....	G	A02BA01 .....	164
RE1	Cimzia 200 mg Inj.lsg. <sup>EM</sup> .....	Y	L04AB05.....	516
IND	Cinacalcet "Accordpharma" 30 mg Filmtabl.....	G	H05BX01 .....	252
IND	Cinacalcet "Accordpharma" 60 mg Filmtabl.....	G	H05BX01 .....	253
IND	Cinacalcet "Accordpharma" 90 mg Filmtabl.....	G	H05BX01 .....	253
IND	Cinacalcet "Aristo" 30 mg Filmtabl.....	G	H05BX01 .....	252
IND	Cinacalcet "Aristo" 60 mg Filmtabl.....	G	H05BX01 .....	253
IND	Cinacalcet "Aristo" 90 mg Filmtabl.....	G	H05BX01 .....	253
IND	Cinacalcet "ratiopharm" 30 mg Filmtabl.....	G	H05BX01 .....	253
IND	Cinacalcet "ratiopharm" 60 mg Filmtabl.....	G	H05BX01 .....	253
IND	Cinacalcet "ratiopharm" 90 mg Filmtabl.....	G	H05BX01 .....	253
IND	Cinacalcet "Reddy" 30 mg Filmtabl.....	G	H05BX01 .....	253
IND	Cinacalcet "Reddy" 60 mg Filmtabl.....	G	H05BX01 .....	253

KASS	Bezeichnung	Box	ATC	Seite
IND	Cinacalcet "Reddy" 90 mg Filmtabl. ....	G	H05BX01 .....	253
IND	Cinacalcet "Stada" 30 mg Filmtabl. ....	G	H05BX01 .....	253
IND	Cinacalcet "Stada" 60 mg Filmtabl. ....	G	H05BX01 .....	253
IND	Cinacalcet "Stada" 90 mg Filmtabl. ....	G	H05BX01 .....	253
IND	Cinglan 30 mg Filmtabl. ....	G	H05BX01 .....	253
IND	Cinglan 60 mg Filmtabl. ....	G	H05BX01 .....	253
IND	Cinglan 90 mg Filmtabl. ....	G	H05BX01 .....	253
RE1	Cinquaero 10 mg/ml Konz. zur Herst. einer Inf.lsg. (EM) .....	Y	R03DX08 .....	599
RE1	Cinryze 500 IE Plv. und Lsgm. zur Herst. einer Inj.lsg. ....	Y	B06AC01 .....	418
	Ciprallex 5 mg Filmtabl. ....	G	N06AB10 .....	342
	Ciprallex 10 mg Filmtabl. ....	G	N06AB10 .....	342
	Ciprofloxacin "+pharma" 250 mg Filmtabl. ....	G	J01MA02 .....	260
	Ciprofloxacin "+pharma" 500 mg Filmtabl. ....	G	J01MA02 .....	260
	Ciprofloxacin "1A Pharma" 250 mg Filmtabl. ....	G	J01MA02 .....	260
	Ciprofloxacin "1A Pharma" 500 mg Filmtabl. ....	G	J01MA02 .....	260
	Ciprofloxacin "Krka" 250 mg Filmtabl. ....	G	J01MA02 .....	260
	Ciprofloxacin "Krka" 500 mg Filmtabl. ....	G	J01MA02 .....	260
	Ciprofloxacin "ratiopharm" 250 mg Filmtabl. ....	G	J01MA02 .....	260
	Ciprofloxacin "ratiopharm" 500 mg Filmtabl. ....	G	J01MA02 .....	260
	CiproMed 250 mg Filmtabl. ....	G	J01MA02 .....	260
	CiproMed 500 mg Filmtabl. ....	G	J01MA02 .....	260
	Ciprostad 250 mg Filmtabl. ....	G	J01MA02 .....	260
	Ciprostad 500 mg Filmtabl. ....	G	J01MA02 .....	260
	Ciproxin 500 mg Filmtabl. ....	G	J01MA02 .....	260
D	Ciscutan 5 mg Kaps. ....	G	D10BA01 .....	240
D	Ciscutan 10 mg Kaps. ....	G	D10BA01 .....	240
D	Ciscutan 20 mg Kaps. ....	G	D10BA01 .....	240
D	Ciscutan 30 mg Kaps. ....	G	D10BA01 .....	240
D	Ciscutan 40 mg Kaps. ....	G	D10BA01 .....	241
	Cisordinol Depot 200 mg Amp. ....	G	N05AF05 .....	325
	Cisordinol Depot 500 mg Amp. ....	G	N05AF05 .....	325
	Cisordinol 2 mg Filmtabl. ....	G	N05AF05 .....	325
	Cisordinol 10 mg Filmtabl. ....	G	N05AF05 .....	325
	Cisordinol 25 mg Filmtabl. ....	G	N05AF05 .....	325
	Citalopram "+pharma" 20 mg Filmtabl. ....	G	N06AB04 .....	339
	Citalopram "+pharma" 40 mg Filmtabl. ....	G	N06AB04 .....	340
	Citalopram "1A Pharma" 20 mg Filmtabl. ....	G	N06AB04 .....	340
	Citalopram "G.L." 10 mg Filmtabl. ....	G	N06AB04 .....	339
	Citalopram "G.L." 20 mg Filmtabl. ....	G	N06AB04 .....	340
	Citalopram "G.L." 40 mg Filmtabl. ....	G	N06AB04 .....	340
	Citalopram "Genericon" 10 mg Filmtabl. ....	G	N06AB04 .....	339
	Citalopram "Genericon" 20 mg Filmtabl. ....	G	N06AB04 .....	340
	Citalopram "Genericon" 40 mg Filmtabl. ....	G	N06AB04 .....	340
	Citalopram "Hexal" 20 mg Filmtabl. ....	G	N06AB04 .....	340
	Citalopram "Hexal" 30 mg Filmtabl. ....	G	N06AB04 .....	340
	Citalopram "Hexal" 40 mg Filmtabl. ....	G	N06AB04 .....	340
	Citalopram "ratiopharm" 10 mg Filmtabl. ....	G	N06AB04 .....	339
	Citalopram "ratiopharm" 20 mg Filmtabl. ....	G	N06AB04 .....	340
	Citalopram "ratiopharm" 40 mg Filmtabl. ....	G	N06AB04 .....	340
	Citalostad 10 mg Filmtabl. ....	G	N06AB04 .....	339
	Citalostad 20 mg Filmtabl. ....	G	N06AB04 .....	340
	Citalostad 40 mg Filmtabl. ....	G	N06AB04 .....	340

KASS	Bezeichnung	Box	ATC	Seite
	Clarelux 500 mcg/g Schaum zur Anw. auf der Haut .....	G	D07AD01 .....	238
	Clarithromycin "1A Pharma" 250 mg Filmtabl. ....	G	J01FA09 .....	258
	Clarithromycin "1A Pharma" 500 mg Filmtabl. ....	G	J01FA09 .....	259
	Clarithromycin "Accord" 250 mg Filmtabl. ....	G	J01FA09 .....	258
	Clarithromycin "Accord" 500 mg Filmtabl. ....	G	J01FA09 .....	259
	Clarithromycin "ratiopharm GmbH" 250 mg Filmtabl. ....	G	J01FA09 .....	258
	Clarithromycin "ratiopharm GmbH" 500 mg Filmtabl. ....	G	J01FA09 .....	259
	Clarithromycin "Sandoz" 250 mg Filmtabl. ....	G	J01FA09 .....	258
	Clarithromycin "Sandoz" 500 mg Filmtabl. ....	G	J01FA09 .....	259
F14	Clarithromycin "Sandoz" 125 mg/5 ml Gran. f. orale Susp. ....	G	J01FA09 .....	258
F14	Clarithromycin "Sandoz" 250 mg/5 ml Gran. f. orale Susp. ....	G	J01FA09 .....	258
	Clarithromycin "Stada" 250 mg Filmtabl. ....	G	J01FA09 .....	258
	Clarithromycin "Stada" 500 mg Filmtabl. ....	G	J01FA09 .....	259
	Clavamox 875 mg/125 mg Filmtabl. ....	G	J01CR02 .....	256
	Clavamox 1 g Gran. zur Herst. einer Susp. zum Einnehmen	G	J01CR02 .....	256
F14	Clavamox Duo Trockensaft .....	G	J01CR02 .....	255
	Claversal 500 mg Filmtabl. ....	G	A07EC02 .....	173
	Claversal 250 mg Zäpf. ....	G	A07EC02 .....	173
	Claversal 500 mg Zäpf. ....	G	A07EC02 .....	173
	Clienzo 10 mg/g + 50 mg/g Gel. ....	G	D10AF51 .....	240
	Clindac "Sandoz" 450 mg Filmtabl. ....	G	J01FF01 .....	259
	Clindac "Sandoz" 600 mg Filmtabl. ....	G	J01FF01 .....	259
	Clindac "Sandoz" 300 mg Kaps. ....	G	J01FF01 .....	259
	Clindamycin "1A Pharma" 450 mg Filmtabl. ....	G	J01FF01 .....	259
	Clindamycin "1A Pharma" 600 mg Filmtabl. ....	G	J01FF01 .....	259
	Clindamycin "1A Pharma" 300 mg Kaps. ....	G	J01FF01 .....	259
	Clindamycin-MIP 300 mg Filmtabl. ....	G	J01FF01 .....	259
	Clindamycin-MIP 600 mg Filmtabl. ....	G	J01FF01 .....	259
	Clobex 500 mcg/g Shampoo .....	G	D07AD01 .....	238
F	Clomiphen "Arcana" Tabl. ....	G	G03GB02 .....	244
	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 .....	184
IND	Clopidogrel "Zentiva" 75 mg Filmtabl. ....	G	B01AC04 .....	184
	Clozapin "Accord" 25 mg Tabl. ....	G	N05AH02 .....	325
	Clozapin "Accord" 100 mg Tabl. ....	G	N05AH02 .....	325
	Co-Acetan mite Tabl. ....	G	C09BA03 .....	217
	Co-Acetan Tabl. ....	G	C09BA03 .....	217
	Codidol retard 60 mg Filmtabl. ....	G	N02AA08 .....	298
	Codidol retard 90 mg Filmtabl. ....	G	N02AA08 .....	298
	Codidol retard 120 mg Filmtabl. ....	G	N02AA08 .....	298
	Co-Dilatrend Filmtabl. ....	G	C07BG .....	212
	Co-Diovan 80 mg/12,5 mg Filmtabl. ....	G	C09DA03 .....	222
	Co-Diovan 160 mg/12,5 mg forte Filmtabl. ....	G	C09DA03 .....	222
	Co-Diovan 160 mg/25 mg fortissimum Filmtabl. ....	G	C09DA03 .....	222
	Co-Enac Tabl. ....	G	C09BA02 .....	217



KASS	Bezeichnung	Box	ATC	Seite
	Co-Enalapril "1A Pharma" 20 mg/12,5 mg Tabl. ....	G	C09BA02 .....	217
	Colchicin "Agepha" Tabl. ....	G	M04AC01 ....	292
	Colchicin "Ysat" 0,5 mg Tabl. ....	G	M04AC01 ....	292
	Colctab 1 mg Tabl. ....	G	M04AC01 ....	292
	Coldargan Lsg. ....	G	R01AB05 .....	353
	Coldistan Augentropf. ....	G	S01GA51 .....	369
	Coldistan Nasentropf. ....	G	R01AB02 .....	353
	Coldophthal Augentropf. ....	G	S01GA01 .....	369
	Colidimin 400 mg Filmtabl. ....	G	A07AA11 .....	172
	Co-Lisinostad 10 mg/12,5 mg Tabl. ....	G	C09BA03 .....	217
	Co-Lisinostad 20 mg/12,5 mg Tabl. ....	G	C09BA03 .....	217
	Co-Lisinostad 20 mg/25 mg Tabl. ....	G	C09BA03 .....	217
	Colofac 135 mg Drag. ....	G	A03AA04 .....	168
	Colofac retard 200 mg Kaps. ....	G	A03AA04 .....	168
	Combantrin 250 mg Kautabl. ....	G	P02CC01 .....	352
	Combantrin orale Susp. ....	G	P02CC01 .....	352
	Combigan Augentropf. ....	G	S01ED51 .....	367
RE2	Combivent Inh.lsg. Einzeldosen .....	Y	R03AL02 .....	596
RE2	Combivir 150 mg/300 mg Filmtabl. ....	Y	J05AR01 .....	475
	Co-Mepiril Tabl. ....	G	C09BA02 .....	217
RE1	Compensan retard 100 mg Filmtabl. ....	Y	N07BC .....	590
RE1	Compensan retard 200 mg Filmtabl. ....	Y	N07BC .....	591
RE1	Compensan retard 300 mg Filmtabl. ....	Y	N07BC .....	591
RE1	Competact 15 mg/850 mg Filmtabl. ....	Y	A10BD05 .....	380
	Comtan 200 mg Filmtabl. ....	G	N04BX02 .....	323
RE1	Concerta 18 mg Retardtabl. ....	Y	N06BA04 .....	565
RE1	Concerta 36 mg Retardtabl. ....	Y	N06BA04 .....	566
RE1	Concerta 54 mg Retardtabl. ....	Y	N06BA04 .....	567
	Concor 5 mg Filmtabl. ....	G	C07AB07 .....	210
	Concor 10 mg Filmtabl. ....	G	C07AB07 .....	210
	Concor Cor 1,25 mg Filmtabl. ....	G	C07AB07 .....	209
	Concor Cor 3,75 mg Filmtabl. ....	G	C07AB07 .....	210
	Concor Cor 5 mg Filmtabl. ....	G	C07AB07 .....	210
	Concor Cor 7,5 mg Filmtabl. ....	G	C07AB07 .....	210
	Concor Cor 10 mg Filmtabl. ....	G	C07AB07 .....	210
	Concor plus 5 mg/12,5 mg Filmtabl. ....	G	C07BB07 .....	212
	Condylox 0,5 % Lsg. zur Anw. auf der Haut. ....	G	D06BB04 .....	236
RE1	Constella 290 mcg Hartkaps. (PM) .....	Y	A06AX04 .....	377
	Convulex 150 mg Kaps. ....	G	N03AG01 .....	313
	Convulex 300 mg Kaps. ....	G	N03AG01 .....	313
	Convulex 500 mg Kaps. ....	G	N03AG01 .....	313
	Convulex 300 mg Retardtabl. ....	G	N03AG01 .....	313
	Convulex 500 mg Retardtabl. ....	G	N03AG01 .....	313
F14	Convulex 50 mg/ml Sirup f. Kind. ....	G	N03AG01 .....	313
F14	Convulex 300 mg/ml Lsg. zum Einnehmen. ....	G	N03AG01 .....	313
RE1	Copaxone 20 mg/ml Inj.lsg. Fertigspr. ....	Y	L03AX13 .....	513
RE2	Copaxone 40 mg/ml Inj.lsg. Fertigspr. (PM) .....	Y	L03AX13 .....	513
	Corbilta 50 mg/12,5 mg/200 mg Filmtabl. ....	G	N04BA03 .....	319
	Corbilta 100 mg/25 mg/200 mg Filmtabl. ....	G	N04BA03 .....	319
	Corbilta 150 mg/37,5 mg/200 mg Filmtabl. ....	G	N04BA03 .....	319
	Co-Renistad 20 mg/12,5 mg Tabl. ....	G	C09BA02 .....	217
	Co-Renitec Tabl. ....	G	C09BA02 .....	217

KASS	Bezeichnung	Box	ATC	Seite
	Cortiment MMX 9 mg Retardtabl. ....	G	A07EA06	172
	Cosaar 50 mg Filmtabl. ....	G	C09CA01	220
	Cosaar/HCT 50 mg/12,5 mg Filmtabl. ....	G	C09DA01	222
RE1	Cosentyx 150 mg Inj.lsg. Fertigen. ....	Y	L04AC10	529
RE1	Cosentyx 150 mg Inj.lsg. Fertigspr. ....	Y	L04AC10	530
RE2	Cosopt sine 20 mg/ml + 5 mg/ml Augentropf. Einzeldosen ..	Y	S01ED51	615
RE1	Cotellic 20 mg Filmtabl. (PM) .....	Y	L01EE02	490
RE2	Crestor 10 mg Filmtabl. ....	Y	C10AA07	432
RE2	Crestor 20 mg Filmtabl. ....	Y	C10AA07	432
RE1	Crestor 40 mg Filmtabl. ....	Y	C10AA07	432
RE1	Cuivrin 167 mg Hartkaps. (PM) .....	Y	A16AX12	392
D	Curatoderm 4 mcg/g Emulsion zur Anw. auf der Haut .....	G	D05AX04	235
D	Curatoderm Salbe .....	G	D05AX04	235
RE1	Cuvitru 200 mg/ml Inj.lsg. zur subkutanen Anw. (2 g/10 ml).	Y	J06BA01	479
RE1	Cuvitru 200 mg/ml Inj.lsg. zur subkutanen Anw. (4 g/20 ml).	Y	J06BA01	479
RE1	Cuvitru 200 mg/ml Inj.lsg. zur subkutanen Anw. (8 g/40 ml).	Y	J06BA01	479
D	CycloPel 300 mg Kaps. ....	G	J01AA04	254
	Cyklokapron 100 mg/ml Inj.lsg. ....	G	B02AA02	189
	Cyklokapron 500 mg Filmtabl. ....	G	B02AA02	190
IND	Cyprostol Tabl. ....	G	A02BB01	164
	Cystium 3 g Plv. zur Herst. einer Lsg. zum Einnehmen .....	G	J01XX01	261
IND	Dabahib 75 mg Hartkaps. ....	G	B01AE07	185
IND	Dabahib 110 mg Hartkaps. ....	G	B01AE07	186
IND	Dabahib 150 mg Hartkaps. ....	G	B01AE07	188
IND	Dabigatran etexilate "Accord" 75 mg Hartkaps. ....	G	B01AE07	185
IND	Dabigatran etexilate "Accord" 110 mg Hartkaps. ....	G	B01AE07	186
IND	Dabigatran etexilate "Accord" 150 mg Hartkaps. ....	G	B01AE07	188
IND	Dabigatranetexilat "Genericon" 75 mg Hartkaps. ....	G	B01AE07	185
IND	Dabigatranetexilat "Genericon" 110 mg Hartkaps. ....	G	B01AE07	186
IND	Dabigatranetexilat "Genericon" 150 mg Hartkaps. ....	G	B01AE07	189
IND	Dabigatranetexilat "Viatrix" 75 mg Hartkaps. ....	G	B01AE07	186
IND	Dabigatranetexilat "Viatrix" 110 mg Hartkaps. ....	G	B01AE07	187
IND	Dabigatranetexilat "Viatrix" 150 mg Hartkaps. ....	G	B01AE07	189
D	Daivobet 50 mcg/g + 0,5 mg/g Gel .....	G	D05AX52	235
	Daktarin 2 % orales Gel .....	G	A01AB09	163
	Daktarin 2 % Creme .....	G	D01AC02	233
	Dalacin Vaginalcreme .....	G	G01AA10	241
	Dalacin Lotion .....	G	D10AF01	240
	Dalacin C 150 mg Kaps. ....	G	J01FF01	259
	Dalacin C 300 mg Kaps. ....	G	J01FF01	259
IND	Darunavir "Krka" 600 mg Filmtabl. ....	G	J05AE10	265
IND	Darunavir "Krka" 800 mg Filmtabl. ....	G	J05AE10	265
RE2	Darunavir "ratiopharm" 800 mg Filmtabl. ....	Y	J05AE10	465
IND	Dasatinib "G.L." 20 mg Filmtabl. ....	G	L01EA02	268
IND	Dasatinib "G.L." 50 mg Filmtabl. ....	G	L01EA02	268
IND	Dasatinib "G.L." 80 mg Filmtabl. ....	G	L01EA02	268
IND	Dasatinib "G.L." 100 mg Filmtabl. ....	G	L01EA02	268
IND	Dasatinib "G.L." 140 mg Filmtabl. ....	G	L01EA02	268
	Dasselta 5 mg Filmtabl. ....	G	R06AX27	364
RE1	Daxas 250 mcg Tabl. ....	Y	R03DX07	598
RE1	Daxas 500 mcg Filmtabl. ....	Y	R03DX07	599
	Deanxit Filmtabl. ....	G	N06CA02	347

KASS	Bezeichnung	Box	ATC	Seite
	Deca-Durabolin 50 mg/ml Inj.lsg. ....	G	A14AB01 .....	182
	Decoderm Creme .....	G	D07AB07 .....	237
	Decoderm comp. Creme .....	G	D07CB02 .....	238
	Decostriol 0,25 mcg Weichkaps. ....	G	A11CC04 .....	181
	Decostriol 0,50 mcg Weichkaps. ....	G	A11CC04 .....	181
	Dedolor DRS 100 mg Kaps. ....	G	M01AB05 .....	287
	Deferasirox "Accord" 90 mg Filmtabl. ....	G	V03AC03 .....	371
	Deferasirox "Accord" 180 mg Filmtabl. ....	G	V03AC03 .....	371
	Deferasirox "Accord" 360 mg Filmtabl. ....	G	V03AC03 .....	371
	Deferasirox "G.L." 90 mg Filmtabl. ....	G	V03AC03 .....	371
	Deferasirox "G.L." 180 mg Filmtabl. ....	G	V03AC03 .....	371
	Deferasirox "G.L." 360 mg Filmtabl. ....	G	V03AC03 .....	371
	Deferasirox "ratiopharm" 90 mg Filmtabl. ....	G	V03AC03 .....	371
	Deferasirox "ratiopharm" 180 mg Filmtabl. ....	G	V03AC03 .....	371
	Deferasirox "ratiopharm" 360 mg Filmtabl. ....	G	V03AC03 .....	371
	Deflamat 50 mg Kaps. ....	G	M01AB05 .....	287
	Deflamat DRS 75 mg Kaps. ....	G	M01AB05 .....	287
	Deflamat retard 100 mg Kaps. ....	G	M01AB05 .....	287
	Deflamat 2 % Gel .....	G	M02AA15 .....	290
	Dehace retard 60 mg Filmtabl. ....	G	N02AA08 .....	298
	Dehace retard 90 mg Filmtabl. ....	G	N02AA08 .....	298
	Dehace retard 120 mg Filmtabl. ....	G	N02AA08 .....	298
	Dekristolmin 20.000 IE/ml Tropf. zum Einnehmen .....	G	A11CC05 .....	181
	Delpral Amp. ....	G	N05AL03 .....	330
	Delpral Tabl. ....	G	N05AL03 .....	330
RE2	Delstrigo 100 mg/300 mg/245 mg Filmtabl. ....	Y	J05AR24 .....	477
	Depakine Chrono retard 300 mg Filmtabl. ....	G	N03AG01 .....	313
	Depakine Chrono retard 500 mg Filmtabl. ....	G	N03AG01 .....	313
F14	Depakine Chronosphere 50 mg Retardgran. Btl. ....	G	N03AG01 .....	313
F14	Depakine Chronosphere 250 mg Retardgran. Btl. ....	G	N03AG01 .....	313
F14	Depakine Chronosphere 500 mg Retardgran. Btl. ....	G	N03AG01 .....	314
F14	Depakine 300 mg/ml Tropf. ....	G	N03AG01 .....	313
P	Dependex 50 mg Filmtabl. ....	G	N07BB04 .....	351
	Dermodrin Salbe .....	G	D04AA32 .....	235
	Dermovate Creme .....	G	D07AD01 .....	238
IND	Dermovate Creme .....	G	D07AD01 .....	238
	Dermovate crinale Lsg. ....	G	D07AD01 .....	238
	Dermovate Salbe .....	G	D07AD01 .....	238
IND	Dermovate Salbe .....	G	D07AD01 .....	238
	Desferal 500 mg Trockenstechamp. ....	G	V03AC01 .....	371
	Desitin Salbe .....	G	D03AA .....	234
	Desloratadin "+pharma" 5 mg Filmtabl. ....	G	R06AX27 .....	364
	Desloratadin "Actavis" 5 mg Filmtabl. ....	G	R06AX27 .....	364
	Desloratadin "Aristo" 5 mg Filmtabl. ....	G	R06AX27 .....	364
	Desloratadin "Genericon" 5 mg Filmtabl. ....	G	R06AX27 .....	364
	Desloratadin "Sandoz" 5 mg Filmtabl. ....	G	R06AX27 .....	364
	Desloratadin "Stada" 5 mg Filmtabl. ....	G	R06AX27 .....	364
	Detrusan 5 mg Tabl. ....	G	G04BD04 .....	245
	Detrusitol 1 mg Filmtabl. ....	G	G04BD07 .....	245
	Detrusitol 2 mg Filmtabl. ....	G	G04BD07 .....	245
	Dexabene 4 mg Amp. ....	G	H02AB02 .....	249
	Dexagenta POS Augensalbe .....	G	S01CA01 .....	366

KASS	Bezeichnung	Box	ATC	Seite
	Dexagenta POS Augentropf. ....	G	S01CA01 .....	366
	Diamicron MR 30 mg Tabl. mit veränderter Wirkstofffreisetzung.....	G	A10BB09 .....	176
	Diamox 250 mg Tabl. ....	G	S01EC01 .....	367
RE2	Dibenzzyran 10 mg Kaps. ....	Y	C04AX02 .....	430
	Dibondrin Amp. ....	G	R06AA02 .....	362
	Dibondrin Drag. ....	G	R06AA02 .....	363
F14	Dibondrin liquid.....	G	R06AA02 .....	362
	Diclobene 75 mg Amp. ....	G	M01AB05.....	287
	Diclobene 50 mg Filmtabl. ....	G	M01AB05.....	287
	Diclobene rapid 50 mg Filmtabl. ....	G	M01AB05.....	287
	Diclobene retard 100 mg Kaps. ....	G	M01AB05.....	287
	Diclobene UNO 150 mg Retardtabl. ....	G	M01AB05.....	288
	Diclobene Gel.....	G	M02AA15.....	290
	Diclofenac "1A Pharma" retard 75 mg Tabl.....	G	M01AB05.....	287
	Diclofenac "G.L." 50 mg Filmtabl.....	G	M01AB05.....	287
	Diclofenac "G.L." retard 100 mg Filmtabl. ....	G	M01AB05.....	287
	Diclofenac "Genericon" 50 mg Filmtabl. ....	G	M01AB05.....	287
	Diclofenac "Genericon" retard 100 mg Filmtabl. ....	G	M01AB05.....	287
	Diclofenac "S.Med" 50 mg Filmtabl. ....	G	M01AB05.....	287
	Diclofenac "S.Med" retard 75 mg Tabl. ....	G	M01AB05.....	287
	Diclofenac "S.Med" retard 100 mg Tabl. ....	G	M01AB05.....	288
	Diclofenac "Sandoz" 50 mg Filmtabl. ....	G	M01AB05.....	287
	Diclofenac "Sandoz" rapid 50 mg Tabl. zur Herst. einer Susp. zum Einnehmen .....	G	M01AB05.....	287
	Diclofenac "Sandoz" 75 mg Retardtabl. ....	G	M01AB05.....	287
	Diclofenac "Sandoz" retard 100 mg Filmtabl. ....	G	M01AB05.....	288
	Diclostad 50 mg Filmtabl. ....	G	M01AB05.....	287
	Diclostad 1 % Gel.....	G	M02AA15.....	290
	Diclo-Vision sine 1 mg/ml Augentropf. Einzeldosen.....	G	S01BC03 .....	366
	Diclovit Kaps. ....	G	M01AB55.....	288
	Differin Gel .....	G	D10AD03 .....	239
	Diflucan 50 mg Kaps. ....	G	J02AC01 .....	261
	Diflucan 100 mg Kaps. ....	G	J02AC01 .....	261
F D	Diflucan 150 mg Kaps. ....	G	J02AC01 .....	262
D	Diflucan 150 mg Kaps. ....	G	J02AC01 .....	262
F D	Diflucan 200 mg Kaps. ....	G	J02AC01 .....	262
RE2	Diflucan 10 mg/ml Trockensaft.....	Y	J02AC01 .....	460
RE2	Diflucan 40 mg/ml Trockensaft.....	Y	J02AC01 .....	460
F D	Difluzol 150 mg Kaps. ....	G	J02AC01 .....	262
D	Difluzol 150 mg Kaps. ....	G	J02AC01 .....	262
	Dilatrend 6,25 mg Tabl. ....	G	C07AG02.....	211
	Dilatrend 12,5 mg Tabl. ....	G	C07AG02.....	211
	Dilatrend 25 mg Tabl. ....	G	C07AG02.....	211
	Diltiazem "Genericon" retard 90 mg Filmtabl. ....	G	C08DB01.....	214
	Diltiazem "Genericon" retard 180 mg Filmtabl. ....	G	C08DB01.....	214
	Diltiazem "ratiopharm" 60 mg Tabl. ....	G	C08DB01.....	214
	Diltiazem "ratiopharm" retard 90 mg Filmtabl.....	G	C08DB01.....	214
RE2	Dimethylfumarat "Stada" 120 mg magensaftresistente Hartkaps. ....	Y	L04AX07 .....	550
RE2	Dimethylfumarat "Stada" 240 mg magensaftresistente Hartkaps. ....	Y	L04AX07 .....	550

KASS	Bezeichnung	Box	ATC	Seite
	Dioscomb 500 mg Filmtabl.....	G	C05CA53.....	208
	Diovan 80 mg Filmtabl.....	G	C09CA03.....	220
	Diovan 160 mg Filmtabl.....	G	C09CA03.....	220
	Dipidolor Amp.....	G	N02AC03.....	301
	Diproderm Creme.....	G	D07AC01.....	237
	Diproderm dermatol. Lsg.....	G	D07AC01.....	237
	Diproderm Salbe.....	G	D07AC01.....	237
	Diproforte Salbe.....	G	D07AC01.....	237
	Diprogenta Creme.....	G	D07CC01.....	238
	Diprogenta Salbe.....	G	D07CC01.....	238
	Diprophos 1 ml Susp. zur Inj.....	G	H02AB01.....	249
	Diprophos 2 ml Susp. zur Inj.....	G	H02AB01.....	249
	Diprosalic dermatol. Lsg.....	G	D07XC01.....	239
	Diprosalic Salbe.....	G	D07XC01.....	239
	Ditropan Tabl.....	G	G04BD04.....	245
	Döderlein Med Vaginalkaps.....	G	G02CX.....	242
	Dogmatil 50 mg Kaps.....	G	N05AL01.....	330
	Dogmatil 200 mg Tabl.....	G	N05AL01.....	330
	Dolgit 800 mg Filmtabl.....	G	M01AE01.....	289
	Dolgit Creme.....	G	M02AA13.....	290
	Dominal forte 80 mg Filmtabl.....	G	N05AX07.....	331
IND	Donepezil "+pharma" 5 mg Filmtabl.....	G	N06DA02.....	347
IND	Donepezil "+pharma" 10 mg Filmtabl.....	G	N06DA02.....	348
IND	Donepezil HCl "1A Pharma" 5 mg Filmtabl.....	G	N06DA02.....	348
IND	Donepezil HCl "1A Pharma" 10 mg Filmtabl.....	G	N06DA02.....	348
IND	Donepezil "Accord" 5 mg Filmtabl.....	G	N06DA02.....	348
IND	Donepezil "Accord" 10 mg Filmtabl.....	G	N06DA02.....	348
RE2	Donepezil "Actavis" 5 mg Filmtabl.....	Y	N06DA02.....	571
RE2	Donepezil "Actavis" 10 mg Filmtabl.....	Y	N06DA02.....	572
IND	Donepezil "Bluefish" 5 mg Filmtabl.....	G	N06DA02.....	348
IND	Donepezil "Bluefish" 10 mg Filmtabl.....	G	N06DA02.....	348
RE2	Donepezil "Genericon" 5 mg Filmtabl.....	Y	N06DA02.....	571
RE2	Donepezil "Genericon" 10 mg Filmtabl.....	Y	N06DA02.....	572
IND	Donepezil "Krka" 5 mg Filmtabl.....	G	N06DA02.....	348
IND	Donepezil "Krka" 10 mg Filmtabl.....	G	N06DA02.....	348
RE2	Donepezil "ratiopharm" 5 mg Filmtabl.....	Y	N06DA02.....	571
RE2	Donepezil "ratiopharm" 10 mg Filmtabl.....	Y	N06DA02.....	573
RE2	Donepezil HCl "Sandoz" 5 mg Filmtabl.....	Y	N06DA02.....	571
RE2	Donepezil HCl "Sandoz" 10 mg Filmtabl.....	Y	N06DA02.....	573
IND	Donepezil "Stada" 5 mg Filmtabl.....	G	N06DA02.....	348
IND	Donepezil "Stada" 10 mg Filmtabl.....	G	N06DA02.....	348
RE1	Doptelet 20 mg Filmtabl. (EM).....	Y	B02BX08.....	409
	Dorzlastept 20 mg/ml Augentropf.....	G	S01EC03.....	367
Au	Dorzastad 20 mg/ml + 5 mg/ml Augentropf.....	G	S01ED51.....	368
	Dorzo-Vision 20 mg/ml Augentropf.....	G	S01EC03.....	367
Au	DorzoComp-Vision 20 mg/ml + 5 mg/ml Augentropf.....	G	S01ED51.....	368
Au	Dorzolamid + Timolol "1A Pharma" 20 mg/ml + 5 mg/ml Augentropf.....	G	S01ED51.....	368
Au	Dorzolamid + Timolol "Viatriis" 20 mg/ml + 5 mg/ml Augentropf.....	G	S01ED51.....	368
	Dostinex 0,5 mg Tabl.....	G	G02CB03.....	242
IND	Dostinex 0,5 mg Tabl.....	G	G02CB03.....	242

KASS	Bezeichnung	Box	ATC	Seite
RE1	Dovato 50 mg/300 mg Filmtabl. ....	Y	J05AR25.....	477
	Doxapress 4 mg Tabl. ....	G	C02CA04.....	202
	Doxazosin "1A Pharma" 2 mg Tabl. ....	G	C02CA04.....	202
	Doxazosin "1A Pharma" 4 mg Tabl. ....	G	C02CA04.....	202
	Doxazosin "Actavis" 4 mg Retardtabl. ....	G	C02CA04.....	202
	Doxazosin "Arcana" 4 mg Tabl. ....	G	C02CA04.....	202
	Doxazosin "Genericon" 2 mg Tabl. ....	G	C02CA04.....	202
	Doxazosin "Genericon" 4 mg Tabl. ....	G	C02CA04.....	202
	Doxazosin "Genericon" 8 mg Tabl. ....	G	C02CA04.....	202
	Doxazosin "Hexal" 2 mg Tabl. ....	G	C02CA04.....	202
	Doxazosin "Hexal" 4 mg Tabl. ....	G	C02CA04.....	202
	Doxazosin "ratiopharm" 2 mg Tabl. ....	G	C02CA04.....	202
	Doxazosin "ratiopharm" 4 mg Tabl. ....	G	C02CA04.....	202
	Doxazosin "Stada" 2 mg Tabl. ....	G	C02CA04.....	202
	Doxazosin "Stada" 4 mg Tabl. ....	G	C02CA04.....	202
	Doxybene 100 mg lös. Tabl. ....	G	J01AA02.....	253
	Doxybene 200 mg lös. Tabl. ....	G	J01AA02.....	254
	Doxycyclin "Genericon" 100 mg lösl. Tabl. ....	G	J01AA02.....	254
	Doxycyclin "Genericon" 200 mg lösl. Tabl. ....	G	J01AA02.....	254
	Doxydyn 200 mg Filmtabl. ....	G	J01AA02.....	254
IND	Dronedaron "Aristo" 400 mg Filmtabl. ....	G	C01BD07.....	199
IND	Duaklir Genuair 340 mcg/12 mcg Plv. zur Inh. ....	G	R03AL05.....	357
N P	Dulasolan 30 mg magensaftresistente Hartkaps. ....	G	N06AX21.....	346
N P	Dulasolan 60 mg magensaftresistente Hartkaps. ....	G	N06AX21.....	347
N P	Duloxetin "+pharma" 30 mg magensaftresistente Hartkaps. ....	G	N06AX21.....	346
N P	Duloxetin "+pharma" 60 mg magensaftresistente Hartkaps. ....	G	N06AX21.....	347
N P	Duloxetin "1A Pharma" 30 mg magensaftresistente Hartkaps. ....	G	N06AX21.....	346
N P	Duloxetin "1A Pharma" 60 mg magensaftresistente Hartkaps. ....	G	N06AX21.....	347
N P	Duloxetin "Accord" 30 mg magensaftresistente Hartkaps. ....	G	N06AX21.....	346
N P	Duloxetin "Accord" 60 mg magensaftresistente Hartkaps. ....	G	N06AX21.....	347
N P	Duloxetin "Genericon" 30 mg magensaftresistente Hartkaps. ....	G	N06AX21.....	346
N P	Duloxetin "Genericon" 60 mg magensaftresistente Hartkaps. ....	G	N06AX21.....	347
N P	Duloxetin "Krka" 30 mg magensaftresistente Hartkaps. ....	G	N06AX21.....	346
N P	Duloxetin "Krka" 60 mg magensaftresistente Hartkaps. ....	G	N06AX21.....	347
N P	Duloxetin "neuraxpharm" 30 mg magensaftresistente Hartkaps. ....	G	N06AX21.....	346
N P	Duloxetin "neuraxpharm" 60 mg magensaftresistente Hartkaps. ....	G	N06AX21.....	347
N P	Duloxetin "ratiopharm GmbH" 30 mg magensaftresistente Hartkaps. ....	G	N06AX21.....	346
N P	Duloxetin "ratiopharm GmbH" 60 mg magensaftresistente Hartkaps. ....	G	N06AX21.....	347
N P	Duloxetin "Sandoz" 30 mg magensaftresistente Hartkaps. ....	G	N06AX21.....	346
N P	Duloxetin "Sandoz" 60 mg magensaftresistente Hartkaps. ....	G	N06AX21.....	347
N P	Duloxetin "Stada" 30 mg magensaftresistente Hartkaps. ....	G	N06AX21.....	347
N P	Duloxetin "Stada" 60 mg magensaftresistente Hartkaps. ....	G	N06AX21.....	347
	Duloxetin "Zentiva" 30 mg magensaftresistente Hartkaps. ....	G	N06AX21.....	347
	Duloxetin "Zentiva" 60 mg magensaftresistente Hartkaps. ....	G	N06AX21.....	347

KASS	Bezeichnung	Box	ATC	Seite
RE2	Duokopt 20 mg/ml + 5 mg/ml Augentropf.....	Y	S01ED51.....	615
Au	DuoTrav 40 mcg/ml + 5 mg/ml Augentropf. ....	G	S01ED51.....	368
	Duphaston 10 mg Filmtabl. ....	G	G03DB01.....	243
RE1	Dupixent 200 mg Inj.lsg. Fertigpen (PM) .....	Y	D11AH05.....	440
RE1	Dupixent 300 mg Inj.lsg. Fertigpen (PM) .....	Y	D11AH05.....	442
RE1	Dupixent 200 mg Inj.lsg. Fertigspr. (PM) .....	Y	D11AH05.....	441
RE1	Dupixent 300 mg Inj.lsg. Fertigspr. (PM) .....	Y	D11AH05.....	444
IND	Durogesic 12 mcg/h Depot-Pflaster .....	G	N02AB03.....	299
IND	Durogesic 25 mcg/h Depot-Pflaster .....	G	N02AB03.....	299
IND	Durogesic 50 mcg/h Depot-Pflaster .....	G	N02AB03.....	299
IND	Durogesic 75 mcg/h Depot-Pflaster .....	G	N02AB03.....	300
IND	Durogesic 100 mcg/h Depot-Pflaster .....	G	N02AB03.....	300
	Durotiv 20 mg magensaftresistente Tabl. ....	G	A02BC05.....	167
	Durotiv 40 mg magensaftresistente Tabl. ....	G	A02BC05.....	167
U	Dutaglandin 0,5 mg Weichkaps. ....	G	G04CB02.....	247
U	Dutaglandin comp. 0,5 mg/0,4 mg Hartkaps. ....	G	G04CA52.....	247
U	DuTamsul 0,5 mg/0,4 mg Hartkaps. ....	G	G04CA52.....	247
U	Dutasterid "Accord" 0,5 mg Weichkaps. ....	G	G04CB02.....	247
U	Dutasterid "Genericon" 0,5 mg Weichkaps. ....	G	G04CB02.....	247
IND	Dymista 137 mcg/50 mcg pro Sprühstoß Nasenspray, Susp. ....	G	R01AD58.....	354
	Dytide H Tabl. ....	G	C03EA01.....	205
	Ebetrexat 20 mg/ml Inj.lsg. Fertigspr. (10 mg/0,5 ml) .....	G	L04AX03.....	281
	Ebetrexat 20 mg/ml Inj.lsg. Fertigspr. (15 mg/0,75 ml) .....	G	L04AX03.....	281
	Ebetrexat 20 mg/ml Inj.lsg. Fertigspr. (20 mg/1,0 ml) .....	G	L04AX03.....	281
	Ebetrexat 20 mg/ml Inj.lsg. Fertigspr. (25 mg/1,25 ml) .....	G	L04AX03.....	281
	Ebetrexat 20 mg/ml Inj.lsg. Fertigspr. (30 mg/1,5 ml) .....	G	L04AX03.....	281
	Ebetrexat 5 mg Tabl. ....	G	L04AX03.....	281
	Ebetrexat 10 mg Tabl. ....	G	L04AX03.....	281
RE1	Ebglyss 250 mg Inj.lsg. Fertigpen (PM) .....	Y	D11AH10.....	445
RE1	Ebglyss 250 mg Inj.lsg. Fertigspr. (PM) .....	Y	D11AH10.....	446
RE2	Ebixa 5 mg, 10 mg, 15 mg, 20 mg Filmtabl. Starterpackung	Y	N06DX01.....	586
RE2	Ebixa 10 mg Filmtabl. ....	Y	N06DX01.....	587
RE2	Ebixa 20 mg Filmtabl. ....	Y	N06DX01.....	589
	Ebrantil retard 30 mg Kaps. ....	G	C02CA06.....	202
	Ebrantil retard 60 mg Kaps. ....	G	C02CA06.....	202
	Edronax 4 mg Tabl. ....	G	N06AX18.....	346
RE2	Eduvant 25 mg Filmtabl. ....	Y	J05AG05.....	472
RE2	Efavirenz "Sandoz" 600 mg Filmtabl. ....	Y	J05AG03.....	471
RE1	Efavirenz/Emtricitabin/Tenofovirdisoproxil "Krka" 600 mg/200 mg/245 mg Filmtabl. ....	Y	J05AR06.....	476
RE1	Efavirenz/Emtricitabin/Tenofovirdisoproxil "ratiopharm" 600 mg/200 mg/245 mg Filmtabl. ....	Y	J05AR06.....	476
	Efectin ER 75 mg Kaps. ....	G	N06AX16.....	345
	Efectin ER 150 mg Kaps. ....	G	N06AX16.....	345
	Effortil 7,5 mg/ml Tropf. ....	G	C01CA01.....	199
IND	Efient 5 mg Filmtabl. ....	G	B01AC22.....	185
IND	Efient 10 mg Filmtabl. ....	G	B01AC22.....	185
RE2	Eisencarboxymaltose "Sandoz" 50 mg/ml Dispersion zur Inj./Inf. ....	Y	B03AC.....	409
IND	Eklira Genuair 322 mcg Plv. zur Inh. ....	G	R03BB05.....	360
	Ekzemsalbe F "Agepha" 1 % Salbe .....	G	D07AA02.....	237

KASS	Bezeichnung	Box	ATC	Seite
IND	Eletop 20 mg Filmtabl.....	G	N02CC06.....	309
IND	Eletop 40 mg Filmtabl.....	G	N02CC06.....	309
D K	Elidel 1 % Creme.....	G	D11AH02.....	241
IND	Eligard Depot 7,5 mg Plv. u. Lsgm. zur Herst. einer Inj.lsg...	G	L02AE02.....	270
IND	Eligard Depot 22,5 mg Plv. u. Lsgm. zur Herst. einer Inj.lsg.	G	L02AE02.....	271
RE1	Eliquis 2,5 mg Filmtabl. (PM).....	Y	B01AF02.....	399
RE1	Eliquis 5 mg Filmtabl. (PM).....	Y	B01AF02.....	399
	Elmex Zahngel.....	G	A01AA51.....	163
	Elocon Creme.....	G	D07AC13.....	238
	Elocon dermatol. Lsg.....	G	D07AC13.....	238
	Elocon Salbe.....	G	D07AC13.....	238
IND	Emend 80 mg Hartkaps.....	G	A04AD12.....	170
IND	Emgality 120 mg Inj.lsg. Fertigpen (PM).....	G	N02CD02.....	311
RE1	Emtricitabin/Tenofovir "Sandoz" 200 mg/245 mg Filmtabl. ...	Y	J05AR03.....	475
RE1	Emtricitabin/Tenofovirdisoproxil "Accordpharma" 200 mg/245 mg Filmtabl.....	Y	J05AR03.....	475
RE1	Emtricitabin/Tenofovirdisoproxil "ratiopharm" 200 mg/ 245 mg Filmtabl.....	Y	J05AR03.....	475
RE1	Emtricitabin/Tenofovirdisoproxil "Stada" 200 mg/245 mg Filmtabl.....	Y	J05AR03.....	475
RE1	Emtriva 200 mg Hartkaps.....	Y	J05AF09.....	469
	Enac "Hexal" 5 mg Tabl.....	G	C09AA02.....	214
	Enac "Hexal" 10 mg Tabl.....	G	C09AA02.....	214
	Enac "Hexal" 20 mg Tabl.....	G	C09AA02.....	215
	Enac plus "Hexal" 20 mg/6 mg Tabl.....	G	C09BA02.....	217
	Enalacomp "Genericon" Tabl.....	G	C09BA02.....	217
	Enalapril "+pharma" 10 mg Tabl.....	G	C09AA02.....	214
	Enalapril "+pharma" 20 mg Tabl.....	G	C09AA02.....	215
	Enalapril "1A Pharma" 5 mg Tabl.....	G	C09AA02.....	214
	Enalapril "1A Pharma" 10 mg Tabl.....	G	C09AA02.....	214
	Enalapril "1A Pharma" 20 mg Tabl.....	G	C09AA02.....	215
	Enalapril "Genericon" 5 mg Tabl.....	G	C09AA02.....	214
	Enalapril "Genericon" 10 mg Tabl.....	G	C09AA02.....	214
	Enalapril "Genericon" 20 mg Tabl.....	G	C09AA02.....	215
	Enalapril "ratiopharm" 5 mg Tabl.....	G	C09AA02.....	214
	Enalapril "ratiopharm" 10 mg Tabl.....	G	C09AA02.....	214
	Enalapril "ratiopharm" 20 mg Tabl.....	G	C09AA02.....	215
	Enalapril "Sandoz" 5 mg Tabl.....	G	C09AA02.....	214
	Enalapril "Sandoz" 10 mg Tabl.....	G	C09AA02.....	214
	Enalapril "Sandoz" 20 mg Tabl.....	G	C09AA02.....	215
	Enalapril/HCT "+pharma" Tabl.....	G	C09BA02.....	217
	Enalapril/HCT "ratiopharm" 20 mg/12,5 mg Tabl.....	G	C09BA02.....	217
	Enalapril/HCT "Sandoz" 20 mg/12,5 mg Tabl.....	G	C09BA02.....	217
	Enalapril/Lercanidipin "Krka" 10 mg/10 mg Filmtabl.....	G	C09BB02.....	218
	Enalapril/Lercanidipin "Krka" 20 mg/10 mg Filmtabl.....	G	C09BB02.....	218
	Enalapril/Lercanidipin "ratiopharm" 10 mg/10 mg Filmtabl....	G	C09BB02.....	218
	Enalapril/Lercanidipin "ratiopharm" 20 mg/10 mg Filmtabl....	G	C09BB02.....	218
IND	Enantone Gyn Monats-Depot-Zweikammerspr.....	G	L02AE02.....	270
IND	Enantone Monats-Depot-Zweikammerspr.....	G	L02AE02.....	270
IND	Enbrel 25 mg Inj.lsg. Fertigpen (PM).....	G	L04AB01.....	275
IND	Enbrel 25 mg Inj.lsg. Fertigspr. (PM).....	G	L04AB01.....	275
IND	Enbrel 25 mg Plv. u. Lsgm. zur Herst. einer Inj.lsg. (PM).....	G	L04AB01.....	275



KASS	Bezeichnung	Box	ATC	Seite
IND	Enbrel 50 mg Inj.lsg. Fertigen $\text{\textcircled{PM}}$ .....	G	L04AB01.....	276
IND	Enbrel 50 mg Inj.lsg. Fertigspr. $\text{\textcircled{PM}}$ .....	G	L04AB01.....	276
	Endoxan "Baxter" 50 mg Drag. ....	G	L01AA01.....	265
IND	Enerzair Breezhaler 114 mcg/46 mcg/136 mcg Hartkaps. Plv. zur Inh. ....	G	R03AL12 .....	358
	Ennos 20 mg Filmtabl.....	G	N06AB05 .....	340
	Enoxaparin Becat 2.000 IE (20 mg)/0,2 ml Inj.lsg. Fertigspr.	G	B01AB05 .....	183
	Enoxaparin Becat 4.000 IE (40 mg)/0,4 ml Inj.lsg. Fertigspr.	G	B01AB05 .....	183
	Enoxaparin Becat 6.000 IE (60 mg)/0,6 ml Inj.lsg. Fertigspr.	G	B01AB05 .....	183
	Enoxaparin Becat 8.000 IE (80 mg)/0,8 ml Inj.lsg. Fertigspr.	G	B01AB05 .....	183
	Enoxaparin Becat 10.000 IE (100 mg)/1 ml Inj.lsg. Fertigspr. ....	G	B01AB05 .....	184
D	Entilar 50 mcg/g + 0,5 mg/g Schaum zur Anw. auf der Haut.....	G	D05AX52 .....	235
RE2	Entecavir "ratiopharm" 0,5 mg Filmtabl. ....	Y	J05AF10 .....	470
RE2	Entecavir "ratiopharm" 1 mg Filmtabl. ....	Y	J05AF10 .....	471
	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. $\text{\textcircled{PM}}$ .....	Y	C09DX04 .....	430
RE1	Entresto 49 mg/51 mg Filmtabl. $\text{\textcircled{PM}}$ .....	Y	C09DX04 .....	431
RE1	Entresto 97 mg/103 mg Filmtabl. $\text{\textcircled{PM}}$ .....	Y	C09DX04 .....	432
RE1	Entyvio 108 mg Inj.lsg. Fertigen $\text{\textcircled{PM}}$ .....	Y	L04AG05 .....	546
RE1	Entyvio 108 mg Inj.lsg. Fertigspr. $\text{\textcircled{PM}}$ .....	Y	L04AG05 .....	546
RE1	Entyvio 300 mg Plv. für ein Konz. zur Herst. einer Inf.lsg. $\text{\textcircled{PM}}$ .....	Y	L04AG05 .....	546
IND	Envarsus 0,75 mg Retardtabl. ....	G	L04AD02 .....	279
IND	Envarsus 1 mg Retardtabl. ....	G	L04AD02 .....	279
IND	Envarsus 4 mg Retardtabl. ....	G	L04AD02 .....	280
RE1	Eplclusa 400 mg/100 mg Filmtabl. $\text{\textcircled{PM}}$ .....	Y	J05AP55.....	474
RE1	Epidyolex 100 mg/ml Lsg. zum Einnehmen $\text{\textcircled{PM}}$ .....	Y	N03AX24 .....	560
	Epilan-D 100 mg Tabl. ....	G	N03AB02 .....	312
RE2	EpiPen Junior 150 mcg Inj.lsg. Fertigen.....	Y	C01CA24 .....	420
RE2	EpiPen 300 mcg Inj.lsg. Fertigen .....	Y	C01CA24 .....	420
RE2	Epivir 150 mg Filmtabl. ....	Y	J05AF05 .....	466
RE2	Epivir 300 mg Filmtabl. ....	Y	J05AF05 .....	466
RE2	Epivir 10 mg/ml Lsg. zum Einnehmen .....	Y	J05AF05 .....	466
IND	Eplerenon "+pharma" 25 mg Filmtabl. ....	G	C03DA04 .....	204
IND	Eplerenon "+pharma" 50 mg Filmtabl. ....	G	C03DA04 .....	205
IND	Eplerenon "Actavis" 25 mg Filmtabl. ....	G	C03DA04 .....	204
IND	Eplerenon "Actavis" 50 mg Filmtabl. ....	G	C03DA04 .....	205
IND	Eplerenon "Genericon" 25 mg Filmtabl. ....	G	C03DA04 .....	204
IND	Eplerenon "Genericon" 50 mg Filmtabl. ....	G	C03DA04 .....	205
IND	Eplerenon "HCS" 25 mg Filmtabl. ....	G	C03DA04 .....	204
IND	Eplerenon "HCS" 50 mg Filmtabl. ....	G	C03DA04 .....	205
IND	Eplerenon "ratiopharm GmbH" 25 mg Filmtabl. ....	G	C03DA04 .....	205
IND	Eplerenon "ratiopharm GmbH" 50 mg Filmtabl. ....	G	C03DA04 .....	205
IND	Eplezot 25 mg Filmtabl. ....	G	C03DA04 .....	205
IND	Eplezot 50 mg Filmtabl. ....	G	C03DA04 .....	205
RE1	Eporatio 1.000 IE/0,5 ml Inj.lsg. Fertigspr. ....	Y	B03XA01 .....	410
RE1	Eporatio 2.000 IE/0,5 ml Inj.lsg. Fertigspr. ....	Y	B03XA01 .....	411
RE1	Eporatio 3.000 IE/0,5 ml Inj.lsg. Fertigspr. ....	Y	B03XA01 .....	412

KASS	Bezeichnung	Box	ATC	Seite
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 .....	191
IND	Eporatio 20.000 IE/1 ml Inj.lsg. Fertigspr. ....	G	B03XA01 .....	193
IND	Eporatio 30.000 IE/1 ml Inj.lsg. Fertigspr. ....	G	B03XA01 .....	194
IND	Erelzi 25 mg Inj.lsg. Fertigspr. (PM) .....	G	L04AB01 .....	276
IND	Erelzi 50 mg Inj.lsg. Fertigen (PM) .....	G	L04AB01 .....	276
IND	Erelzi 50 mg Inj.lsg. Fertigspr. (PM) .....	G	L04AB01 .....	276
IND	Eremfat 450 mg Filmtabl. ....	G	J04AB02 .....	263
IND	Eremfat 600 mg Filmtabl. ....	G	J04AB02 .....	263
	Ergotop 30 mg Filmtabl. ....	G	C04AE02 .....	207
RE1	Erivedge 150 mg Hartkaps. ....	Y	L01XJ01 .....	499
RE1	Erleada 60 mg Filmtabl. (PM) .....	Y	L02BB05 .....	508
	Erycytol Depot 1 mg Amp. ....	G	B03BA03 .....	190
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 .....	413
RE1	Erypo 6.000 IE/0,6 ml Fertigspr. ....	Y	B03XA01 .....	414
IND	Erypo 10.000 IE/ml Fertigspr. ....	G	B03XA01 .....	192
IND	Erypo 40.000 IE/ml Fertigspr. ....	G	B03XA01 .....	195
	Erythrocin Lactobionat 1,0 g Trockensubst. z. Inf.bereitung. ....	G	J01FA01 .....	258
RE1	Esbriet 267 mg Filmtabl. ....	Y	L04AX05 .....	549
RE1	Esbriet 801 mg Filmtabl. ....	Y	L04AX05 .....	550
	Escitalopram "+pharma" 10 mg Filmtabl. ....	G	N06AB10 .....	342
	Escitalopram "+pharma" 20 mg Filmtabl. ....	G	N06AB10 .....	343
	Escitalopram "1A Pharma" 5 mg Filmtabl. ....	G	N06AB10 .....	342
	Escitalopram "1A Pharma" 10 mg Filmtabl. ....	G	N06AB10 .....	342
	Escitalopram "1A Pharma" 15 mg Filmtabl. ....	G	N06AB10 .....	343
	Escitalopram "1A Pharma" 20 mg Filmtabl. ....	G	N06AB10 .....	343
	Escitalopram "Actavis" 5 mg Filmtabl. ....	G	N06AB10 .....	342
	Escitalopram "Actavis" 10 mg Filmtabl. ....	G	N06AB10 .....	342
	Escitalopram "Actavis" 20 mg Filmtabl. ....	G	N06AB10 .....	343
	Escitalopram "Aristo" 5 mg Filmtabl. ....	G	N06AB10 .....	342
	Escitalopram "Aristo" 10 mg Filmtabl. ....	G	N06AB10 .....	342
	Escitalopram "Aristo" 20 mg Filmtabl. ....	G	N06AB10 .....	343
	Escitalopram "Bluefish" 5 mg Filmtabl. ....	G	N06AB10 .....	342
	Escitalopram "Bluefish" 10 mg Filmtabl. ....	G	N06AB10 .....	342
	Escitalopram "G.L." 5 mg Filmtabl. ....	G	N06AB10 .....	342
	Escitalopram "G.L." 10 mg Filmtabl. ....	G	N06AB10 .....	342
	Escitalopram "G.L." 15 mg Filmtabl. ....	G	N06AB10 .....	343
	Escitalopram "G.L." 20 mg Filmtabl. ....	G	N06AB10 .....	343
	Escitalopram "Genericon" 5 mg Filmtabl. ....	G	N06AB10 .....	342
	Escitalopram "Genericon" 10 mg Filmtabl. ....	G	N06AB10 .....	342
	Escitalopram "Genericon" 20 mg Filmtabl. ....	G	N06AB10 .....	343
	Escitalopram "Hexal" 10 mg Filmtabl. ....	G	N06AB10 .....	342
	Escitalopram "Hexal" 15 mg Filmtabl. ....	G	N06AB10 .....	343
	Escitalopram "Hexal" 20 mg Filmtabl. ....	G	N06AB10 .....	343
	Escitalopram "Krka" 5 mg Filmtabl. ....	G	N06AB10 .....	342
	Escitalopram "Krka" 10 mg Filmtabl. ....	G	N06AB10 .....	342
	Escitalopram "Krka" 20 mg Filmtabl. ....	G	N06AB10 .....	343
	Escitalopram "ratiopharm" 5 mg Filmtabl. ....	G	N06AB10 .....	342
	Escitalopram "ratiopharm" 10 mg Filmtabl. ....	G	N06AB10 .....	343

KASS	Bezeichnung	Box	ATC	Seite
	Escitalopram "ratiopharm" 15 mg Filmtabl. ....	G	N06AB10 .....	343
	Escitalopram "ratiopharm" 20 mg Filmtabl. ....	G	N06AB10 .....	343
	Escitalopram "Sandoz" 5 mg Filmtabl. ....	G	N06AB10 .....	342
	Escitalopram "Sandoz" 10 mg Filmtabl. ....	G	N06AB10 .....	343
	Escitalopram "Sandoz" 15 mg Filmtabl. ....	G	N06AB10 .....	343
	Escitalopram "Sandoz" 20 mg Filmtabl. ....	G	N06AB10 .....	343
	Escitalopram "Stada" 5 mg Filmtabl. ....	G	N06AB10 .....	342
	Escitalopram "Stada" 10 mg Filmtabl. ....	G	N06AB10 .....	343
	Escitalopram "Stada" 20 mg Filmtabl. ....	G	N06AB10 .....	343
RE2	Eskazole 400 mg Tabl. ....	Y	P02CA03 .....	596
	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 .....	167
	Esomeprazol "Actavis" 20 mg magensaftresistente Tabl. ....	G	A02BC05 .....	167
	Esomeprazol "Actavis" 40 mg magensaftresistente Tabl. ....	G	A02BC05 .....	167
	Esomeprazol "Aristo" 20 mg magensaftresistente Hartkaps.	G	A02BC05 .....	167
	Esomeprazol "Aristo" 40 mg magensaftresistente Hartkaps.	G	A02BC05 .....	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 .....	243
IND	Estrogel Gel .....	G	G03CA03 .....	242
IND	Etalpha 0,25 mcg Kaps. ....	G	A11CC03 .....	181
F14	Ethosuximid "neuraxpharm" 50 mg/ml Lsg. zum Einnehmen .....	G	N03AD01 .....	312
	Etibi 500 mg Tabl. ....	G	J04AK02 .....	263
IND	Eumitan 2,5 mg Filmtabl. ....	G	N02CC07 .....	310

KASS	Bezeichnung	Box	ATC	Seite
	Eusaprim Tabl. ....	G	J01EE01	258
	Eusaprim forte Tabl. ....	G	J01EE01	258
F14	Eusaprim Kindersusp. ....	G	J01EE01	258
	Euthyrox 25 mcg Tabl. ....	G	H03AA01	251
	Euthyrox 50 mcg Tabl. ....	G	H03AA01	251
	Euthyrox 75 mcg Tabl. ....	G	H03AA01	251
	Euthyrox 88 mcg Tabl. ....	G	H03AA01	251
	Euthyrox 100 mcg Tabl. ....	G	H03AA01	251
	Euthyrox 112 mcg Tabl. ....	G	H03AA01	251
	Euthyrox 125 mcg Tabl. ....	G	H03AA01	251
	Euthyrox 137 mcg Tabl. ....	G	H03AA01	251
	Euthyrox 150 mcg Tabl. ....	G	H03AA01	251
	Euthyrox 175 mcg Tabl. ....	G	H03AA01	251
	Euthyrox 200 mcg Tabl. ....	G	H03AA01	252
RE1	Evenity 105 mg Inj.lsg. Fertipgen <sup>Ⓜ</sup> ....	Y	M05BX06	555
IND	Everio Airmaster 50 mcg/100 mcg einzeldosiertes Plv. zur Inh. ....	G	R03AK06	355
IND	Everio Airmaster 50 mcg/250 mcg einzeldosiertes Plv. zur Inh. ....	G	R03AK06	355
IND	Everio Airmaster 50 mcg/500 mcg einzeldosiertes Plv. zur Inh. ....	G	R03AK06	356
IND	Everolimus "HCS" 2,5 mg Tabl. ....	G	L01EG02	268
IND	Everolimus "HCS" 5 mg Tabl. ....	G	L01EG02	269
IND	Everolimus "HCS" 10 mg Tabl. ....	G	L01EG02	269
IND	Everolimus "ratiopharm" 5 mg Tabl. ....	G	L01EG02	269
IND	Everolimus "ratiopharm" 10 mg Tabl. ....	G	L01EG02	269
RE2	Eviplera 200 mg/25 mg/245 mg Filmtabl. ....	Y	J05AR08	476
IND	Evista 60 mg Filmtabl. ....	G	G03XC01	244
RE1	Evrysdi 0,75 mg/ml Plv. zur Herst. einer Lsg. zum Einnehmen <sup>Ⓜ</sup> ....	Y	M09AX10	556
RE2	Exelon 1,5 mg Hartkaps. ....	Y	N06DA03	573
RE2	Exelon 3 mg Hartkaps. ....	Y	N06DA03	574
RE2	Exelon 4,5 mg Hartkaps. ....	Y	N06DA03	575
RE2	Exelon 6 mg Hartkaps. ....	Y	N06DA03	578
RE2	Exelon 4,6 mg/24 h transdermales Pflaster ....	Y	N06DA03	576
RE2	Exelon 9,5 mg/24 h transdermales Pflaster ....	Y	N06DA03	579
RE2	Exelon 13,3 mg/24 h transdermales Pflaster ....	Y	N06DA03	580
	Exemestan "Accord" 25 mg Filmtabl. ....	G	L02BG06	273
	Exemestan "ratiopharm" 25 mg Filmtabl. ....	G	L02BG06	273
IND	Exforge/HCT 5 mg/160 mg/25 mg Filmtabl. ....	G	C09DX01	226
IND	Exforge/HCT 10 mg/160 mg/12,5 mg Filmtabl. ....	G	C09DX01	226
	Ezeato 10 mg/10 mg Tabl. ....	G	C10BA05	231
	Ezeato 10 mg/20 mg Tabl. ....	G	C10BA05	231
	Ezeato 10 mg/40 mg Tabl. ....	G	C10BA05	231
	Ezeato 10 mg/80 mg Tabl. ....	G	C10BA05	231
	Ezegelan 10 mg Tabl. ....	G	C10AX09	230
	Ezerosu 10 mg/5 mg Filmtabl. ....	G	C10BA06	232
	Ezerosu 10 mg/10 mg Filmtabl. ....	G	C10BA06	232
	Ezerosu 10 mg/20 mg Filmtabl. ....	G	C10BA06	232
	Ezerosu 10 mg/40 mg Filmtabl. ....	G	C10BA06	232
	Ezesim 10 mg/10 mg Tabl. ....	G	C10BA02	231
	Ezesim 10 mg/20 mg Tabl. ....	G	C10BA02	231

KASS	Bezeichnung	Box	ATC	Seite
	Ezesim 10 mg/40 mg Tabl.....	G	C10BA02.....	231
	Ezesim 10 mg/80 mg Tabl.....	G	C10BA02.....	231
	Ezetimib "+pharma" 10 mg Tabl.....	G	C10AX09.....	230
	Ezetimib "1A Pharma" 10 mg Tabl.....	G	C10AX09.....	230
	Ezetimib "Actavis" 10 mg Tabl.....	G	C10AX09.....	230
	Ezetimib "Aristo" 10 mg Tabl.....	G	C10AX09.....	230
	Ezetimib "Genericon" 10 mg Tabl.....	G	C10AX09.....	230
	Ezetimib "HCS" 10 mg Tabl.....	G	C10AX09.....	230
	Ezetimib "ratiopharm" 10 mg Tabl.....	G	C10AX09.....	230
	Ezetimib "Sandoz" 10 mg Tabl.....	G	C10AX09.....	230
	Ezetimib "Stada" 10 mg Filmtabl.....	G	C10AX09.....	230
	Ezetimib "Zentiva" 10 mg Tabl.....	G	C10AX09.....	230
	Ezetimib/Atorvastatin "ratiopharm" 10 mg/10 mg Filmtabl. ...	G	C10BA05.....	231
	Ezetimib/Atorvastatin "ratiopharm" 10 mg/20 mg Filmtabl. ...	G	C10BA05.....	231
	Ezetimib/Atorvastatin "ratiopharm" 10 mg/40 mg Filmtabl. ...	G	C10BA05.....	231
	Ezetimib/Atorvastatin "ratiopharm" 10 mg/80 mg Filmtabl. ...	G	C10BA05.....	231
	Ezetimib/Simvastatin "Accord" 10 mg/10 mg Tabl.....	G	C10BA02.....	231
	Ezetimib/Simvastatin "Accord" 10 mg/20 mg Tabl.....	G	C10BA02.....	231
	Ezetimib/Simvastatin "Accord" 10 mg/40 mg Tabl.....	G	C10BA02.....	231
	Ezetimib/Simvastatin "Accord" 10 mg/80 mg Tabl.....	G	C10BA02.....	231
	Ezetimib/Simvastatin "Actavis" 10 mg/10 mg Tabl.....	G	C10BA02.....	231
	Ezetimib/Simvastatin "Actavis" 10 mg/20 mg Tabl.....	G	C10BA02.....	231
	Ezetimib/Simvastatin "HCS" 10 mg/10 mg Tabl.....	G	C10BA02.....	231
	Ezetimib/Simvastatin "HCS" 10 mg/20 mg Tabl.....	G	C10BA02.....	231
	Ezetimib/Simvastatin "HCS" 10 mg/40 mg Tabl.....	G	C10BA02.....	231
	Ezetimib/Simvastatin "ratiopharm GmbH" 10 mg/10 mg Tabl.....	G	C10BA02.....	231
	Ezetimib/Simvastatin "ratiopharm GmbH" 10 mg/20 mg Tabl.....	G	C10BA02.....	231
	Ezetimib/Simvastatin "ratiopharm GmbH" 10 mg/40 mg Tabl.....	G	C10BA02.....	231
	Ezetimib/Simvastatin "ratiopharm GmbH" 10 mg/80 mg Tabl.....	G	C10BA02.....	231
	Ezetimib/Simvastatin "Stada" 10 mg/10 mg Tabl.....	G	C10BA02.....	231
	Ezetimib/Simvastatin "Stada" 10 mg/20 mg Tabl.....	G	C10BA02.....	231
RE1	Fabrazyme 5 mg Plv. f. ein Konz. zur Herst. einer Inf.lsg. ....	Y	A16AB04.....	390
RE1	Fabrazyme 35 mg Plv. f. ein Konz. zur Herst. einer Inf.lsg. ...	Y	A16AB04.....	390
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.....	264
	Farlutal 500 mg Tabl.....	G	L02AB02.....	270
RE1	Fasenra 30 mg Inj.lsg. Fertigpen <sup>PM</sup> .....	Y	R03DX10.....	603
RE1	Fasenra 30 mg Inj.lsg. Fertigspr. <sup>PM</sup> .....	Y	R03DX10.....	603
IND	Faslodex 250 mg Inj.lsg. Fertigspr. <sup>PM</sup> .....	G	L02BA03.....	271
RE1	Feburo 80 mg Filmtabl.....	Y	M04AA03.....	552

KASS	Bezeichnung	Box	ATC	Seite
RE1	Feburo 120 mg Filmtabl. ....	Y	M04AA03.....	554
RE1	Febuxostat "+pharma" 80 mg Filmtabl. ....	Y	M04AA03.....	553
RE1	Febuxostat "Aristo" 80 mg Filmtabl. ....	Y	M04AA03.....	553
RE1	Febuxostat "Aristo" 120 mg Filmtabl. ....	Y	M04AA03.....	554
RE1	Febuxostat "Genericon" 80 mg Filmtabl. ....	Y	M04AA03.....	553
RE1	Febuxostat "ratiopharm" 80 mg Filmtabl. ....	Y	M04AA03.....	553
RE1	Febuxostat "ratiopharm" 120 mg Filmtabl. ....	Y	M04AA03.....	554
IND	Febuxostat "Sandoz" 80 mg Filmtabl. ....	G	M04AA03.....	292
IND	Febuxostat "Sandoz" 120 mg Filmtabl. ....	G	M04AA03.....	292
RE1	Febuxostat "Stada" 80 mg Filmtabl. ....	Y	M04AA03.....	553
RE1	Febuxostat "Stada" 120 mg Filmtabl. ....	Y	M04AA03.....	555
RE1	Feiba 50 E/ml Plv. und Lsgm. zur Herst. einer Inf.lsg. ....	Y	B02BD03.....	405
	Felden Quick Solve 20 mg Lyotabl. ....	G	M01AC01.....	288
	Felicism 20 mg Kaps. ....	G	N06AB03.....	339
	Felicism 20 mg Tabl. ....	G	N06AB03.....	339
	Felodipin "Hexal" retard 5 mg Filmtabl. ....	G	C08CA02.....	213
	Felodipin "Hexal" retard 10 mg Filmtabl. ....	G	C08CA02.....	213
	Felodistad retard 5 mg Filmtabl. ....	G	C08CA02.....	213
	Femara 2,5 mg Filmtabl. ....	G	L02BG04.....	272
IND	Femoston conti 0,5 mg/2,5 mg Filmtabl. ....	G	G03FA14.....	243
IND	Femoston conti 1 mg/5 mg Filmtabl. ....	G	G03FA14.....	244
IND	Femoston mite Filmtabl. ....	G	G03FB08.....	244
IND	Femoston Filmtabl. ....	G	G03FB08.....	244
	Fenolip retard 250 mg Kaps. ....	G	C10AB05.....	230
IND	Fentanyl "1A Pharma" 25 mcg/h transdermales Matrixpflaster .....	G	N02AB03.....	299
IND	Fentanyl "1A Pharma" 37,5 mcg/h transdermales Matrixpflaster .....	G	N02AB03.....	299
IND	Fentanyl "1A Pharma" 50 mcg/h transdermales Matrixpflaster .....	G	N02AB03.....	299
IND	Fentanyl "1A Pharma" 75 mcg/h transdermales Matrixpflaster .....	G	N02AB03.....	300
IND	Fentanyl "1A Pharma" 100 mcg/h transdermales Matrixpflaster .....	G	N02AB03.....	300
IND	Fentanyl "1A Pharma" 150 mcg/h transdermales Matrixpflaster .....	G	N02AB03.....	300
IND	Fentanyl "Actavis" 25 mcg/h transdermales Pflaster .....	G	N02AB03.....	299
IND	Fentanyl "Actavis" 50 mcg/h transdermales Pflaster .....	G	N02AB03.....	299
IND	Fentanyl "Actavis" 75 mcg/h transdermales Pflaster .....	G	N02AB03.....	300
IND	Fentanyl "Actavis" 100 mcg/h transdermales Pflaster .....	G	N02AB03.....	300
IND	Fentanyl "Genericon" 25 mcg/h transdermales Pflaster .....	G	N02AB03.....	299
IND	Fentanyl "Genericon" 50 mcg/h transdermales Pflaster .....	G	N02AB03.....	299
IND	Fentanyl "Genericon" 75 mcg/h transdermales Pflaster .....	G	N02AB03.....	300
IND	Fentanyl "Genericon" 100 mcg/h transdermales Pflaster .....	G	N02AB03.....	300
IND	Fentanyl "Hexal" 12 mcg/h transdermales Matrixpflaster .....	G	N02AB03.....	299
IND	Fentanyl "Hexal" 25 mcg/h transdermales Matrixpflaster .....	G	N02AB03.....	299
IND	Fentanyl "Hexal" 37,5 mcg/h transdermales Matrixpflaster .....	G	N02AB03.....	299
IND	Fentanyl "Hexal" 50 mcg/h transdermales Matrixpflaster .....	G	N02AB03.....	299
IND	Fentanyl "Hexal" 75 mcg/h transdermales Matrixpflaster .....	G	N02AB03.....	300
IND	Fentanyl "Hexal" 100 mcg/h transdermales Matrixpflaster .....	G	N02AB03.....	300
IND	Fentanyl "Hexal" 150 mcg/h transdermales Matrixpflaster .....	G	N02AB03.....	300
IND	Fentanyl "Stada" 12 mcg/h transdermales Matrixpflaster .....	G	N02AB03.....	299

KASS	Bezeichnung	Box	ATC	Seite
IND	Fentanyl "Stada" 25 mcg/h transdermales Matrixpflaster ....	G	N02AB03 .....	299
IND	Fentanyl "Stada" 50 mcg/h transdermales Matrixpflaster .....	G	N02AB03 .....	299
IND	Fentanyl "Stada" 75 mcg/h transdermales Matrixpflaster .....	G	N02AB03 .....	300
IND	Fentanyl "Stada" 100 mcg/h transdermales Matrixpflaster ...	G	N02AB03 .....	300
IND	Fentoron 12 mcg/h transdermales Matrixpflaster.....	G	N02AB03 .....	299
IND	Fentoron 25 mcg/h transdermales Matrixpflaster.....	G	N02AB03 .....	299
IND	Fentoron 50 mcg/h transdermales Matrixpflaster.....	G	N02AB03 .....	300
IND	Fentoron 75 mcg/h transdermales Matrixpflaster.....	G	N02AB03 .....	300
IND	Fentoron 100 mcg/h transdermales Matrixpflaster.....	G	N02AB03 .....	300
	Fentrinol Nasentropf.....	G	R01AA .....	353
RE2	Ferinject 50 mg Eisen/ml Inj.lsg. oder Konz. zur Herst. einer Inf.lsg. <sup>PM</sup> .....	Y	B03AC .....	409
RE2	FerMed 100 mg/5 ml Inj.lsg. oder Konz. zur Herst. einer Inf.lsg. ....	Y	B03AC .....	409
	Ferretab Kaps.....	G	B03AA02 .....	190
	Ferretab comp. Kaps.....	G	B03AD02 .....	190
RE1	Ferriprox 500 mg Filmtabl. ....	Y	V03AC02 .....	616
RE1	Ferriprox 100 mg/ml Lsg. zum Einnehmen .....	Y	V03AC02 .....	616
	Ferrograd-Fol Filmtabl. ....	G	B03AD03 .....	190
	Ferro-Gradumet Filmtabl. ....	G	B03AA07 .....	190
RE1	Fibrogammin 250 IE Plv. und Lsgm. zur Herst. einer Inj.-/Inf.lsg. ....	Y	B02BD07 .....	407
RE1	Fibrogammin 1250 IE Plv. und Lsgm. zur Herst. einer Inj.-/Inf.lsg. ....	Y	B02BD07 .....	407
U	Finasterid "+pharma" 5 mg Filmtabl. ....	G	G04CB01.....	247
U	Finasterid "Actavis" 5 mg Filmtabl. ....	G	G04CB01.....	247
U	Finasterid "A-med" 5 mg Filmtabl. ....	G	G04CB01.....	247
U	Finasterid "Aristo" 5 mg Filmtabl. ....	G	G04CB01.....	247
U	Finasterid "Genericon" 5 mg Filmtabl. ....	G	G04CB01.....	247
U	Finasterid "Interpharm" 5 mg Filmtabl. ....	G	G04CB01.....	247
U	Finasterid "ratiopharm" 5 mg Filmtabl. ....	G	G04CB01.....	247
U	Finasterid "Stada" 5 mg Filmtabl. ....	G	G04CB01.....	247
RE1	Fingolimod "neuraxpharm" 0,5 mg Hartkaps.....	Y	L04AE01.....	534
RE1	Fingolimod "ratiopharm" 0,5 mg Hartkaps.....	Y	L04AE01.....	535
RE1	Fingolimod "Zentiva" 0,5 mg Hartkaps.....	Y	L04AE01.....	536
RE1	Fintepla 2,2 mg/ml Lsg. zum Einnehmen <sup>PM</sup> .....	Y	N03AX26 .....	561
RE1	Firazyr 30 mg Inj.lsg. Fertigspr. ....	Y	B06AC02 .....	419
IND	Firmagon 80 mg Plv. und Lsgm. zur Herst. einer Inj.lsg. ....	G	L02BX02.....	273
IND	Firmagon 120 mg Plv. und Lsgm. zur Herst. einer Inj.lsg. ....	G	L02BX02.....	273
RE2	Fixapost 50 mcg/ml + 5 mg/ml Augentropf. Einzeldosen .....	Y	S01ED51 .....	615
	Flammazine Creme .....	G	D06BA01 .....	236
IND	Flixabi 100 mg Plv. für ein Konz. zur Herst. einer Inf.lsg. ....	G	L04AB02.....	276
IND	Flixonase aquosum Nasenspray .....	G	R01AD08.....	353
	Flixotide junior 0,05 mg Dosieraerosol .....	G	R03BA05 .....	359
	Flixotide standard 0,125 mg Dosieraerosol.....	G	R03BA05 .....	359
	Flixotide forte 0,25 mg Dosieraerosol.....	G	R03BA05 .....	359
	Flixotide Diskus junior 0,1 mg Plv. zur Trockeninh.....	G	R03BA05 .....	359
	Flixotide Diskus standard 0,25 mg Plv. zur Trockeninh. ....	G	R03BA05 .....	359
	Flixotide Diskus forte 0,5 mg Plv. zur Trockeninh. ....	G	R03BA05 .....	359
	Floxacin 400 mg Filmtabl. ....	G	J01MA06 .....	260
	Floxacil Augentropf. ....	G	S01AE01 .....	365
	Floxyfral 50 mg Filmtabl. ....	G	N06AB08 .....	342



KASS	Bezeichnung	Box	ATC	Seite
	Floxyfral 100 mg Filmtabl. ....	G	N06AB08	342
	Fluanxol Depot 100 mg Amp. ....	G	N05AF01	325
	Fluanxol Depot 20 mg Inj.lsg. ....	G	N05AF01	324
	Fluanxol 1 mg Filmtabl. ....	G	N05AF01	324
	Fluanxol 5 mg Filmtabl. ....	G	N05AF01	324
	Fluconazol "I@ctavis" 50 mg Hartkaps. ....	G	J02AC01	261
	Fluconazol "I@ctavis" 100 mg Hartkaps. ....	G	J02AC01	261
	Fluconazol "I@ctavis" 150 mg Hartkaps. ....	G	J02AC01	262
	Fluconazol "I@ctavis" 200 mg Hartkaps. ....	G	J02AC01	262
	Fluconazol "+pharma" 150 mg Kaps. ....	G	J02AC01	262
F D	Fluconazol "1A Pharma" 150 mg Kaps. ....	G	J02AC01	262
D	Fluconazol "1A Pharma" 150 mg Kaps. ....	G	J02AC01	262
F D	Fluconazol "1A Pharma" 200 mg Kaps. ....	G	J02AC01	262
	Fluconazol "ratiopharm GmbH" 50 mg Hartkaps. ....	G	J02AC01	261
	Fluconazol "ratiopharm GmbH" 100 mg Hartkaps. ....	G	J02AC01	261
	Fluconazol "ratiopharm GmbH" 150 mg Hartkaps. ....	G	J02AC01	262
	Fluconazol "ratiopharm GmbH" 200 mg Hartkaps. ....	G	J02AC01	262
F D	Flucosept 150 mg Kaps. ....	G	J02AC01	262
D	Flucosept 150 mg Kaps. ....	G	J02AC01	262
	Fluctine 20 mg Kaps. ....	G	N06AB03	339
	Fluoxetin "1A Pharma" 20 mg Kaps. ....	G	N06AB03	339
	Fluoxetin "1A Pharma" 20 mg Tabl. ....	G	N06AB03	339
	Fluoxetin "1A Pharma" 40 mg Tabl. ....	G	N06AB03	339
	Fluoxetin "Genericon" 20 mg Filmtabl. ....	G	N06AB03	339
	Fluoxetin "Genericon" 20 mg Kaps. ....	G	N06AB03	339
	Fluoxetin "Genericon" 40 mg Kaps. ....	G	N06AB03	339
IND	Flutiform 50 mcg/5 mcg pro Sprühstoß Druckgasinh. Susp. Ⓢ	G	R03AK11	356
IND	Flutiform 125 mcg/5 mcg pro Sprühstoß Druckgasinh. Susp. ....	G	R03AK11	357
	Fluvastatin "Accord" 80 mg Retardtabl. ....	G	C10AA04	228
	Flux "Hexal" 20 mg Kaps. ....	G	N06AB03	339
	Flux "Hexal" Tabs 20 mg Tabl. ....	G	N06AB03	339
	Flux "Hexal" Tabs 40 mg Tabl. ....	G	N06AB03	339
	FluxoMed 20 mg Kaps. ....	G	N06AB03	339
	Folsan 5 mg Tabl. ....	G	B03BB01	190
IND	Forair 12 mcg Dosieraerosol ....	G	R03AC13	355
RE1	Forsteo 20 mcg/0,08 ml Inj.lsg. Fertigen ....	Y	H05AA02	457
	Fortecortin 40 mg Amp. ....	G	H02AB02	249
	Fortecortin 4 mg Tabl. ....	G	H02AB02	249
	Fortecortin 8 mg Tabl. ....	G	H02AB02	249
RE2	Forxiga 10 mg Filmtabl. Ⓢ	Y	A10BK01	388
IND	Fosamax einmal wöchentlich 70 mg Tabl. ....	G	M05BA04	293
	Fosicomb Tabl. ....	G	C09BA09	218
	Fosinopril "Actavis" 10 mg Tabl. ....	G	C09AA09	216
	Fosinopril "Actavis" 20 mg Tabl. ....	G	C09AA09	216
	Fosinopril-Natrium/HCT "Actavis" 20 mg/12,5 mg Tabl. ....	G	C09BA09	218
	Fosinopril/HCT "Stada" 20 mg/12,5 mg Tabl. ....	G	C09BA09	218
	Fositens 10 mg Tabl. ....	G	C09AA09	216
	Fositens 20 mg Tabl. ....	G	C09AA09	216
RE2	Fosrenol 500 mg Kautabl. ....	Y	V03AE03	617
RE2	Fosrenol 750 mg Kautabl. ....	Y	V03AE03	617



KASS	Bezeichnung	Box	ATC	Seite
RE2	Fosrenol 1000 mg Kautabl. ....	Y	V03AE03 .....	617
IND	Foster 100 mcg/6 mcg pro Sprühstoß, Druckgasinh., Lsg. ...	G	R03AK08 .....	356
IND	Foster Nexthaler 100 mcg/6 mcg pro Dosis Plv. z. Inh. ....	G	R03AK08 .....	356
RE1	Fostimon 75 IE/1 ml Plv. u. Lsgm. zur Herst. einer Inj.lsg. ....	Y	G03GA04 ....	448
RE1	Fragmin 10.000 IE/1 ml Amp. ....	Y	B01AB04 .....	393
RE1	Fragmin 25.000 IE/1 ml Dstfl. ....	Y	B01AB04 .....	394
	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 .....	337
IND	Frovalan 2,5 mg Filmtabl. ....	G	N02CC07 .....	310
	Fucidin Filmtabl. ....	G	J01XC01 .....	261
IND	Fucidin Filmtabl. ....	G	J01XC01 .....	261
	Fucidin Salbe. ....	G	D06AX01 .....	236
	Fucithalmic Augengel. ....	G	S01AA13 .....	365
	Fulphila 6 mg Inj.lsg. Fertigspr. ....	G	L03AA13 .....	275
IND	Fulvestrant "+pharma" 250 mg Inj.lsg. Fertigspr. ....	G	L02BA03 .....	271
IND	Fulvestrant "EVER Pharma" 250 mg Inj.lsg. Fertigspr. ....	G	L02BA03 .....	271
IND	Fulvestrant "ratiopharm" 250 mg Inj.lsg. Fertigspr. ....	G	L02BA03 .....	272
IND	Fulvestrant "Ribosepharm" 250 mg Inj.lsg. Fertigspr. ....	G	L02BA03 .....	272
IND	Fulvestrant "Sandoz" 250 mg Inj.lsg. Fertigspr. ....	G	L02BA03 .....	272
IND	Fulvestrant "Stada" 250 mg Inj.lsg. Fertigspr. ....	G	L02BA03 .....	272
	Fungoral 2 % Creme. ....	G	D01AC08 .....	233
IND	Fungoral 2 % medizinisches Shampoo. ....	G	D01AC08 .....	233
	Furadantin retard Kaps. ....	G	J01XE01 .....	261
	Furohexal 40 mg Tabl. ....	G	C03CA01 .....	203
	Furohexal 80 mg Tabl. ....	G	C03CA01 .....	203
	Furohexal 500 mg Tabl. ....	G	C03CA01 .....	204
	Furon 20 mg Amp. ....	G	C03CA01 .....	203
	Furon 40 mg Amp. ....	G	C03CA01 .....	203
	Furon 40 mg Tabl. ....	G	C03CA01 .....	203
	Furon 40 mg Tabl. ....	G	C03CA01 .....	203
	Furon 500 mg Tabl. ....	G	C03CA01 .....	204
	Furosemid "1A Pharma" 40 mg Tabl. ....	G	C03CA01 .....	203
	Furosemid "Genericon" 40 mg Tabl. ....	G	C03CA01 .....	203
	Furo-Spirobene Filmtabl. ....	G	C03EB01 .....	205
	Furo-Spirobene forte Filmtabl. ....	G	C03EB01 .....	205
	Furostad 40 mg Tabl. ....	G	C03CA01 .....	203
	Fusicutan 20 mg/g + 1 mg/g Creme. ....	G	D07CC01 .....	239
RE1	Fycompa 2 mg Filmtabl. ....	Y	N03AX22 .....	559
RE1	Fycompa 4 mg Filmtabl. ....	Y	N03AX22 .....	559
RE1	Fycompa 6 mg Filmtabl. ....	Y	N03AX22 .....	559
RE1	Fycompa 8 mg Filmtabl. ....	Y	N03AX22 .....	560

KASS	Bezeichnung	Box	ATC	Seite
RE1	Fycompa 10 mg Filmtabl. ....	Y	N03AX22 ....	560
RE1	Fycompa 12 mg Filmtabl. ....	Y	N03AX22 ....	560
IND	Gabadal 600 mg Filmtabl. ....	G	N02BF01 ....	306
IND	Gabadal 300 mg Kaps. ....	G	N02BF01 ....	305
IND	Gabapentin "1A Pharma" 300 mg Hartkaps. ....	G	N02BF01 ....	305
IND	Gabapentin "1A Pharma" 400 mg Hartkaps. ....	G	N02BF01 ....	305
IND	Gabapentin "Genericon" 300 mg Kaps. ....	G	N02BF01 ....	305
IND	Gabapentin "Genericon" 400 mg Kaps. ....	G	N02BF01 ....	305
IND	Gabapentin "Hexal" 100 mg Hartkaps. ....	G	N02BF01 ....	305
IND	Gabapentin "Hexal" 300 mg Hartkaps. ....	G	N02BF01 ....	305
IND	Gabapentin "Hexal" 400 mg Hartkaps. ....	G	N02BF01 ....	306
IND	Gabapentin "ratiopharm" 600 mg Filmtabl. ....	G	N02BF01 ....	306
IND	Gabapentin "ratiopharm" 800 mg Filmtabl. ....	G	N02BF01 ....	306
IND	Gabapentin "ratiopharm" 300 mg Kaps. ....	G	N02BF01 ....	305
IND	Gabapentin "ratiopharm" 400 mg Kaps. ....	G	N02BF01 ....	306
IND	Gabapentin "Viatrix" 600 mg Filmtabl. ....	G	N02BF01 ....	306
IND	Gabapentin "Viatrix" 800 mg Filmtabl. ....	G	N02BF01 ....	306
IND	Gabapentin "Viatrix" 300 mg Hartkaps. ....	G	N02BF01 ....	305
IND	Gabapentin "Viatrix" 400 mg Hartkaps. ....	G	N02BF01 ....	306
RE1	Galafold 123 mg Hartkaps. (CM) .....	Y	A16AX14 ....	393
RE2	Galantamin "Actavis" 8 mg Retardkaps. ....	Y	N06DA04 ....	581
RE2	Galantamin "Actavis" 16 mg Retardkaps. ....	Y	N06DA04 ....	583
RE2	Galantamin "Actavis" 24 mg Retardkaps. ....	Y	N06DA04 ....	584
RE2	Galantamin "Aristo" 8 mg Retardkaps. ....	Y	N06DA04 ....	582
RE2	Galantamin "Aristo" 16 mg Retardkaps. ....	Y	N06DA04 ....	583
RE2	Galantamin "Aristo" 24 mg Retardkaps. ....	Y	N06DA04 ....	585
IND	Galantamin "Krka" 8 mg Retardkaps. ....	G	N06DA04 ....	349
IND	Galantamin "Krka" 16 mg Retardkaps. ....	G	N06DA04 ....	350
IND	Galantamin "Krka" 24 mg Retardkaps. ....	G	N06DA04 ....	350
RE2	Galantamin "ratiopharm GmbH" 8 mg Retardkaps. ....	Y	N06DA04 ....	582
RE2	Galantamin "ratiopharm GmbH" 16 mg Retardkaps. ....	Y	N06DA04 ....	583
RE2	Galantamin "ratiopharm GmbH" 24 mg Retardkaps. ....	Y	N06DA04 ....	585
RE2	Galantamin "Sandoz" 8 mg Retardkaps. ....	Y	N06DA04 ....	582
RE2	Galantamin "Sandoz" 16 mg Retardkaps. ....	Y	N06DA04 ....	584
RE2	Galantamin "Sandoz" 24 mg Retardkaps. ....	Y	N06DA04 ....	585
RE1	Galvus 50 mg Tabl. ....	Y	A10BH02 ....	384
RE2	Ganfort 0,3 mg/ml + 5 mg/ml Augentropf. Einzeldosen .....	Y	S01ED51 ....	615
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 ....	268
RE1	Genotropin 5,3 mg/ml KabiPen Zylinderamp. ....	Y	H01AC01 ....	450
RE1	Genotropin 12 mg/ml KabiPen Zylinderamp. ....	Y	H01AC01 ....	452
RE1	Genotropin 0,2 mg MiniQuick Spritzamp. ....	Y	H01AC01 ....	449
	Gentax Augensalbe. ....	G	S01AA11 ....	364
	Gentax 30 mg/g Augentropf. ....	G	S01AA11 ....	365
RE1	Genvoya 150 mg/150 mg/200 mg/10 mg Filmtabl. ....	Y	J05AR18 ....	476
	Gerofol 5 mg Tabl. ....	G	B03BB01 ....	191
IND	Gerolamic 5 mg lösl. Tabl. ....	G	N03AX09 ....	314
IND	Gerolamic 25 mg lösl. Tabl. ....	G	N03AX09 ....	314

KASS	Bezeichnung	Box	ATC	Seite
IND	Gerolamic 50 mg lösl. Tabl.....	G	N03AX09.....	314
IND	Gerolamic 100 mg lösl. Tabl.....	G	N03AX09.....	315
IND	Gerolamic 200 mg lösl. Tabl.....	G	N03AX09.....	315
	Gerosim "G.L." 20 mg Filmtabl.....	G	C10AA01.....	226
	Gerosim "G.L." 40 mg Filmtabl.....	G	C10AA01.....	227
	Gerovit D3 14.400 IE/ml Tropf. zum Einnehmen.....	G	A11CC05.....	181
	Gevilon 450 mg Filmtabl.....	G	C10AB04.....	230
	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.....	337
RE1	Gilenya 0,5 mg Hartkaps. ....	Y	L04AE01.....	536
RE1	Giotrif 20 mg Filmtabl. ....	Y	L01EB03.....	485
RE1	Giotrif 30 mg Filmtabl. ....	Y	L01EB03.....	485
RE1	Giotrif 40 mg Filmtabl. ....	Y	L01EB03.....	485
RE1	Giotrif 50 mg Filmtabl. ....	Y	L01EB03.....	486
	Gliclada 30 mg Tabl. mit veränderter Wirkstofffreisetzung ...	G	A10BB09.....	176
	Gliclada 60 mg Tabl. mit veränderter Wirkstofffreisetzung ...	G	A10BB09.....	176
	Gliclazid "ratiopharm" 30 mg Tabl. mit veränderter Wirkstofffreisetzung.....	G	A10BB09.....	176
	Glimepirid "1A Pharma" 1 mg Tabl.....	G	A10BB12.....	176
	Glimepirid "1A Pharma" 2 mg Tabl.....	G	A10BB12.....	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
IND	Glivec 100 mg Filmtabl.....	G	L01EA01.....	267
IND	Glivec 400 mg Filmtabl.....	G	L01EA01.....	267
IND	GlucaGen Hypokit 1 mg/ml Plv. u. Lsgm. zur Herst. einer Inj.lsg. Fertigspr.....	G	H04AA01.....	252
	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. <sup>PM</sup> .....	Y	A10BD19.....	382
RE2	Glyxambi 25 mg/5 mg Filmtabl. <sup>PM</sup> .....	Y	A10BD19.....	383
RE1	Gonal-f 300 IE/0,48 ml Inj.lsg. Fertipgen.....	Y	G03GA05.....	448
RE1	Gonal-f 450 IE/0,72 ml Inj.lsg. Fertipgen.....	Y	G03GA05.....	448
RE1	Gonal-f 900 IE/1,44 ml Inj.lsg. Fertipgen.....	Y	G03GA05.....	448
RE1	Gonal-f 1050 IE Plv. u. Lsgm. zur Herst. einer Inj.lsg. ....	Y	G03GA05.....	448
IND	Granisetron "Actavis" 2 mg Filmtabl.....	G	A04AA02.....	170
RE1	Granpidam 20 mg Filmtabl. ....	Y	C02KX.....	425
	Grasustek 6 mg Inj.lsg. Fertigspr. ....	G	L03AA13.....	275
ADKL	Grazax 75.000 SQ-T Lyophilisat zum Einnehmen.....	G	V01AA02.....	370
	Guttalax Tropf.....	G	A06AB08.....	170
	Gyno-Pevaryl 150 mg Ovula .....	G	G01AF05.....	242

KASS	Bezeichnung	Box	ATC	Seite
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	406
	Halcion 0,25 mg Tabl. ....	G	N05CD05	338
	Haldol Decanoat 50 mg/ml Inj.lsg. (1 ml) ....	G	N05AD01	323
	Haldol Decanoat 50 mg/ml Inj.lsg. (3 ml) ....	G	N05AD01	323
	Haldol 1 mg Tabl. ....	G	N05AD01	323
	Haldol 10 mg Tabl. ....	G	N05AD01	323
	Haldol 2 mg/ml Tropf. zum Einnehmen, Lsg. ....	G	N05AD01	323
	HCT "G.L." 50 mg Tabl. ....	G	C03AA03	203
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	482
	Herzschutz ASS "ratiopharm" 100 mg Tabl. ....	G	B01AC06	185
	Hidrasec 30 mg Gran. z. Herst. einer Susp. zum Einnehmen ....	G	A07XA04	174
	Hidrasec 100 mg Hartkaps. ....	G	A07XA04	174
	Hirudoid Gel ....	G	C05BA01	207
	Hirudoid Salbe ....	G	C05BA01	207
RE1	Hizentra 200 mg/ml Lsg. zur subkutanen Inj. (5 ml) ....	Y	J06BA01	479
RE1	Hizentra 200 mg/ml Lsg. zur subkutanen Inj. (10 ml) ....	Y	J06BA01	479
RE1	Hizentra 200 mg/ml Lsg. zur subkutanen Inj. (20 ml) ....	Y	J06BA01	479
IND	Hukyndra 40 mg Inj.lsg. Fertigen ....	G	L04AB04	277
IND	Hukyndra 40 mg Inj.lsg. Fertigspr. ....	G	L04AB04	277
IND	Hukyndra 80 mg Inj.lsg. Fertigspr. ....	G	L04AB04	279
IND	Hulio 40 mg Inj.lsg. Fertigen ....	G	L04AB04	277
IND	Hulio 40 mg Inj.lsg. Fertigspr. ....	G	L04AB04	278
	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	172
RE1	Humatrope 18 IE (6 mg) Zylinderamp. ....	Y	H01AC01	451
RE1	Humatrope 36 IE (12 mg) Zylinderamp. ....	Y	H01AC01	453
RE1	Humatrope 72 IE (24 mg) Zylinderamp. ....	Y	H01AC01	454
	Huminsulin "Lilly" Basal 100 IE/ml KwikPen ....	G	A10AC01	175
	Huminsulin "Lilly" Normal 100 IE/ml Inj.lsg. Dstfl. ....	G	A10AB01	174
	Huminsulin "Lilly" Normal 100 IE/ml Inj.lsg. Patronen ....	G	A10AB01	174
	Huminsulin "Lilly" Profil III 100 IE/ml Inj.susp. Patronen ....	G	A10AD01	175

KASS	Bezeichnung	Box	ATC	Seite
	Huminsulin "Lilly" Basal 100 IE/ml Inj.susp. Patronen.....	G	A10AC01.....	175
IND	Humira 20 mg Inj.Isg. Fertigspr. $\text{\textcircled{PM}}$ .....	G	L04AB04.....	277
IND	Humira 40 mg Inj.Isg. Fertigpen .....	G	L04AB04.....	278
IND	Humira 40 mg Inj.Isg. Fertigspr. ....	G	L04AB04.....	278
	Hydal 1,3 mg Kaps. ....	G	N02AA03.....	296
	Hydal 2,6 mg Kaps. ....	G	N02AA03.....	296
	Hydal retard 2 mg Kaps.....	G	N02AA03.....	296
	Hydal retard 4 mg Kaps.....	G	N02AA03.....	296
	Hydal retard 8 mg Kaps.....	G	N02AA03.....	297
	Hydal retard 16 mg Kaps.....	G	N02AA03.....	297
	Hydal retard 24 mg Kaps.....	G	N02AA03.....	297
	Hydrocortone Tabl. ....	G	H02AB09.....	250
	Hydromorphon "ratiopharm" 4 mg Retardtabl. ....	G	N02AA03.....	297
	Hydromorphon "ratiopharm" 8 mg Retardtabl. ....	G	N02AA03.....	297
	Hydromorphon "ratiopharm" 16 mg Retardtabl. ....	G	N02AA03.....	297
	Hydromorphon "ratiopharm" 24 mg Retardtabl. ....	G	N02AA03.....	297
	Hydromorphon "Stada" 4 mg Retardtabl. ....	G	N02AA03.....	297
	Hydromorphon "Stada" 8 mg Retardtabl. ....	G	N02AA03.....	297
	Hydromorphon "Stada" 16 mg Retardtabl. ....	G	N02AA03.....	297
	Hydromorphon "Stada" 24 mg Retardtabl. ....	G	N02AA03.....	297
	Hydrosan Tabl. ....	G	C03BA04.....	203
RE2	Hydroxyurea "medac" Kaps. ....	Y	L01XX05.....	505
	Hylak forte Tropf. ....	G	A07FA01.....	173
RE1	HyQvia 100 mg/ml Inf.Isg. zur subkutanen Anw. (2,5 g/ 25 ml) .....	Y	J06BA01.....	478
RE1	HyQvia 100 mg/ml Inf.Isg. zur subkutanen Anw. (5 g/50 ml)	Y	J06BA01.....	478
RE1	HyQvia 100 mg/ml Inf.Isg. zur subkutanen Anw. (10 g/ 100 ml) .....	Y	J06BA01.....	479
RE1	HyQvia 100 mg/ml Inf.Isg. zur subkutanen Anw. (20 g/ 200 ml) .....	Y	J06BA01.....	479
RE1	HyQvia 100 mg/ml Inf.Isg. zur subkutanen Anw. (30 g/ 300 ml) .....	Y	J06BA01.....	479
IND	Hyrimoz 40 mg Inj.Isg. Fertigpen.....	G	L04AB04.....	278
IND	Hyrimoz 40 mg Inj.Isg. Fertigspr.....	G	L04AB04.....	278
IND	Ibandronic Acid "Accord" 3 mg Inj.Isg. Fertigspr. ....	G	M05BA06.....	293
IND	Ibandronic Acid "Accord" 6 mg Konz. zur Herst. einer Inf.Isg. ....	G	M05BA06.....	293
IND	Ibandronsäure "+pharma" 3 mg Inj.Isg. ....	G	M05BA06.....	293
IND	Ibandronsäure "Actavis" 3 mg Inj.Isg. ....	G	M05BA06.....	293
IND	Ibandronsäure "Genericon" 3 mg Inj.Isg.....	G	M05BA06.....	293
IND	Ibandronsäure Osteoviva 3 mg Inj.Isg. ....	G	M05BA06.....	293
IND	Ibandronsäure "ratiopharm" 3 mg Inj.Isg. ....	G	M05BA06.....	293
IND	Ibandronsäure "Sandoz" 3 mg/3 ml Inj.Isg. ....	G	M05BA06.....	293
IND	Ibandronsäure "Sandoz" 6 mg Konz. zur Herst. einer Inf.Isg. ....	G	M05BA06.....	293
IND	Ibandronsäure "Stada" 3 mg Inj.Isg. ....	G	M05BA06.....	293
	Ibandronsäure "ratiopharm" 150 mg Filmtabl. ....	G	M05BA06.....	293
RE2	Ibrance 75 mg Filmtabl. $\text{\textcircled{PM}}$ .....	Y	L01EF01.....	490
RE2	Ibrance 100 mg Filmtabl. $\text{\textcircled{PM}}$ .....	Y	L01EF01.....	491
RE2	Ibrance 125 mg Filmtabl. $\text{\textcircled{PM}}$ .....	Y	L01EF01.....	491
	Ibuprofen "Actavis" 600 mg Filmtabl. ....	G	M01AE01.....	289
	Ibuprofen "Genericon" 400 mg Filmtabl. ....	G	M01AE01.....	289

KASS	Bezeichnung	Box	ATC	Seite
	Ibuprofen "Genericon" 600 mg forte Filmtabl. ....	G	M01AE01.....	289
IND	Icatibant "Accord" 30 mg Inj.lsg. Fertigspr. ....	G	B06AC02.....	198
IND	Icatibant "ratiopharm" 30 mg Inj.lsg. Fertigspr. ....	G	B06AC02.....	198
	Ichtho Bad .....	G	M02AX10.....	290
	Ichtholan 10 % Salbe .....	G	D03AX.....	234
	Ichtholan 20 % Salbe .....	G	D03AX.....	234
	Ichtholan 50 % Salbe .....	G	D03AX.....	234
IND	Idacio 40 mg Inj.lsg. Fertigpen .....	G	L04AB04.....	278
IND	Idacio 40 mg Inj.lsg. Fertigspr. ....	G	L04AB04.....	278
RE1	IgVena 50 g/l Inf.lsg. (1 g/20 ml) .....	Y	J06BA02.....	480
RE1	IgVena 50 g/l Inf.lsg. (2,5 g/50 ml) .....	Y	J06BA02.....	480
RE1	IgVena 50 g/l Inf.lsg. (5 g/100 ml) .....	Y	J06BA02.....	480
RE1	IgVena 50 g/l Inf.lsg. (10 g/200 ml) .....	Y	J06BA02.....	480
	Au lkervis 1 mg/ml Augentropf., Emulsion (PM) .....	G	S01XA18.....	370
RE1	Ilaris 150 mg/ml Inj.lsg. ....	Y	L04AC08.....	529
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. Fertigpen (PM) .....	Y	L04AC17.....	531
RE1	Ilumetri 100 mg Inj.lsg. Fertigspr. (PM) .....	Y	L04AC17.....	531
RE1	Ilumetri 200 mg Inj.lsg. Fertigspr. (PM) .....	Y	L04AC17.....	532
IND	Imagerolan 100 mg Filmtabl. ....	G	L01EA01.....	267
IND	Imagerolan 400 mg Filmtabl. ....	G	L01EA01.....	267
IND	Imatinib "1A Pharma" 100 mg Filmtabl. ....	G	L01EA01.....	267
IND	Imatinib "1A Pharma" 400 mg Filmtabl. ....	G	L01EA01.....	267
IND	Imatinib "Accord" 100 mg Filmtabl. ....	G	L01EA01.....	267
IND	Imatinib "Accord" 400 mg Filmtabl. ....	G	L01EA01.....	267
IND	Imatinib "HCS" 100 mg Filmtabl. ....	G	L01EA01.....	267
IND	Imatinib "HCS" 400 mg Filmtabl. ....	G	L01EA01.....	267
IND	Imatinib "Sandoz" 100 mg Filmtabl. ....	G	L01EA01.....	267
IND	Imatinib "Sandoz" 400 mg Filmtabl. ....	G	L01EA01.....	267
IND	Imatinib "Teva" 100 mg Filmtabl. ....	G	L01EA01.....	267
IND	Imatinib "Teva" 400 mg Filmtabl. ....	G	L01EA01.....	268
RE1	Imbruvica 140 mg Filmtabl. (PM) .....	Y	L01EL01.....	494
RE1	Imbruvica 280 mg Filmtabl. (PM) .....	Y	L01EL01.....	494
RE1	Imbruvica 420 mg Filmtabl. (PM) .....	Y	L01EL01.....	494
RE1	Imbruvica 560 mg Filmtabl. (PM) .....	Y	L01EL01.....	494
RE1	Imigran 6 mg/0,5 ml Spritzamp. ....	Y	N02CC01.....	558
IND	Imikeraderm 50 mg/g Creme .....	G	D06BB10.....	236
RE2	Immucothel 1 mg Trockensubst. mit Lsgm. ....	Y	L03AX10.....	512
RE2	Immucothel 10 mg Trockensubst. mit Lsgm. ....	Y	L03AX10.....	512
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.....	407
RE1	Immune 600 IE Trockenstechamp. mit Lsgm. ....	Y	B02BD04.....	406
RE1	Immune 1200 IE Trockenstechamp. mit Lsgm. ....	Y	B02BD04.....	406
	Immunoprin mite 50 mg Filmtabl. ....	G	L04AX01.....	280
	Immunoprin 75 mg Filmtabl. ....	G	L04AX01.....	281
	Immunoprin 100 mg Filmtabl. ....	G	L04AX01.....	281
	Importal Plv. ....	G	A06AD12.....	171
RE1	Imukin Stechamp. ....	Y	L03AB03.....	508
	Imurek Filmtabl. ....	G	L04AX01.....	280

KASS	Bezeichnung	Box	ATC	Seite
RE1	Increlex 10 mg/ml Inj.lsg.....	Y	H01AC03.....	454
RE1	Incresync 12,5 mg/30 mg Filmtabl. ....	Y	A10BD09.....	380
RE1	Incresync 25 mg/30 mg Filmtabl. ....	Y	A10BD09.....	381
IND	Incruse 55 mcg einzeldosiertes Plv. zur Inh.....	G	R03BB07.....	360
	Indapamid "+pharma" retard 1,5 mg Filmtabl.....	G	C03BA11.....	203
	Indapamid "Actavis" 1,5 mg Retardtabl.....	G	C03BA11.....	203
	Indapamid "ratiopharm" 1,5 mg Retardtabl.....	G	C03BA11.....	203
	Indapamid "Stada" 1,5 mg Retardtabl.....	G	C03BA11.....	203
	Inderal 10 mg Filmtabl.....	G	C07AA05.....	208
	Inderal 40 mg Filmtabl.....	G	C07AA05.....	208
	Indocid 25 mg Kaps.....	G	M01AB01.....	286
	Indocid retard 75 mg Kaps.....	G	M01AB01.....	287
IND	InfectoCiproCort 3 mg/ml + 0,25 mg/ml Ohrentropf.....	G	S02CA05.....	370
	Infectoscab 5 % Creme.....	G	P03AC04.....	352
IND	Infectra 100 mg Plv. für ein Konz. zur Herst. einer Inf.lsg. ...	G	L04AB02.....	277
	Inhibace 0,5 mg Filmtabl.....	G	C09AA08.....	216
	Inhibace 2,5 mg Filmtabl.....	G	C09AA08.....	216
	Inhibace 5 mg Filmtabl.....	G	C09AA08.....	216
	Inhibace plus 5 mg/12,5 mg Filmtabl.....	G	C09BA08.....	218
	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.....	183
	Inhixa 8.000 IE (80 mg)/0,8 ml Inj.lsg. Fertigspr.....	G	B01AB05.....	183
	Inhixa 10.000 IE (100 mg)/1 ml Inj.lsg. Fertigspr.....	G	B01AB05.....	184
	Inkontan 15 mg Filmtabl.....	G	G04BD09.....	246
	Inkontan 30 mg Filmtabl.....	G	G04BD09.....	246
	Inotyol Salbe.....	G	D05AA.....	235
RE1	Insidon Drag.....	Y	N06AA05.....	563
IND	Inspra 25 mg Filmtabl.....	G	C03DA04.....	205
IND	Inspra 50 mg Filmtabl.....	G	C03DA04.....	205
	Insulatard FlexPen 100 IE/ml Inj.susp. Fertigen.....	G	A10AC01.....	175
	Insulatard Penfill 100 IE/ml Inj.susp. Patronen.....	G	A10AC01.....	175
RE2	Intelence 200 mg Tabl.....	Y	J05AG04.....	472
RE1	Intratect 50 g/l Inf.lsg. (1 g/20 ml).....	Y	J06BA02.....	480
RE1	Intratect 50 g/l Inf.lsg. (2,5 g/50 ml).....	Y	J06BA02.....	480
RE1	Intratect 50 g/l Inf.lsg. (5 g/100 ml).....	Y	J06BA02.....	480
RE1	Intratect 50 g/l Inf.lsg. (10 g/200 ml).....	Y	J06BA02.....	480
RE1	Intratect 100 g/l Inf.lsg. (5 g/50 ml).....	Y	J06BA02.....	480
RE1	Intratect 100 g/l Inf.lsg. (10 g/100 ml).....	Y	J06BA02.....	481
RE1	Intratect 100 g/l Inf.lsg. (20 g/200 ml).....	Y	J06BA02.....	481
Au	lopidine 0,5 % Augentropf.....	G	S01EA03.....	366
IND	Ipizan 50 mg/850 mg Filmtabl.....	G	A10BD08.....	178
IND	Ipizan 50 mg/1000 mg Filmtabl.....	G	A10BD08.....	178
	Irbepress 75 mg Filmtabl.....	G	C09CA04.....	220
	Irbepress 150 mg Filmtabl.....	G	C09CA04.....	220
	Irbepress 300 mg Filmtabl.....	G	C09CA04.....	220
	Irbepress/HCT 150 mg/12,5 mg Filmtabl.....	G	C09DA04.....	223
	Irbepress/HCT 300 mg/12,5 mg Filmtabl.....	G	C09DA04.....	223
	Irbepress/HCT 300 mg/25 mg Filmtabl.....	G	C09DA04.....	223
	Irenat Tropf.....	G	H03BC.....	252
	Iruxolum Mono Salbe.....	G	D03BA02.....	234
RE1	Isentress 400 mg Filmtabl.....	Y	J05AJ01.....	473

KASS	Bezeichnung	Box	ATC	Seite
RE1	Isentress 600 mg Filmtabl. ....	Y	J05AJ01 .....	473
	ISMN "Genericon" 20 mg Tabl. ....	G	C01DA14 .....	199
	ISMN "Genericon" 40 mg Tabl. ....	G	C01DA14 .....	199
	ISMN "Genericon" retard 60 mg Kaps. ....	G	C01DA14 .....	199
	Isomonat 20 mg Tabl. ....	G	C01DA14 .....	199
	Isomonat retard 40 mg Retardtabl. ....	G	C01DA14 .....	199
	Isoptin 5 mg Amp. ....	G	C08DA01 .....	213
	Isoptin 40 mg Drag. ....	G	C08DA01 .....	214
	Isoptin retard 120 mg Filmtabl. ....	G	C08DA01 .....	214
	Isoptin RR retard 240 mg Filmtabl. ....	G	C08DA01 .....	214
	Isozid-H farblos alkohol. Lsg. z. Hautdesinfektion .....	G	D08AX53 .....	239
	Iterium 1 mg Tabl. ....	G	C02AC06 .....	201
F D	Itraconazol "Stada" 100 mg Kaps. ....	G	J02AC02 .....	262
D	Itraconazol "Stada" 100 mg Kaps. ....	G	J02AC02 .....	262
ADL	Itulazax 12 SQ-Bet Lyophilisat zum Einnehmen (PM) .....	G	V01AA05 .....	371
	Ivabradin "Aristo" 5 mg Filmtabl. ....	G	C01EB17 .....	200
	Ivabradin "Aristo" 7,5 mg Filmtabl. ....	G	C01EB17 .....	200
	Ivabradin "Genericon" 5 mg Filmtabl. ....	G	C01EB17 .....	200
	Ivabradin "Genericon" 7,5 mg Filmtabl. ....	G	C01EB17 .....	200
	Ivabradin "HCS" 5 mg Filmtabl. ....	G	C01EB17 .....	200
	Ivabradin "HCS" 7,5 mg Filmtabl. ....	G	C01EB17 .....	200
	Ivabradin "ratiopharm" 5 mg Filmtabl. ....	G	C01EB17 .....	200
	Ivabradin "ratiopharm" 7,5 mg Filmtabl. ....	G	C01EB17 .....	200
	Ivacorlan 5 mg Filmtabl. ....	G	C01EB17 .....	200
	Ivacorlan 7,5 mg Filmtabl. ....	G	C01EB17 .....	200
IND	Ivergelan 3 mg Tabl. ....	G	P02CF01 .....	352
IND	Ivermectin "Stada" 3 mg Tabl. ....	G	P02CF01 .....	352
	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
RE2	Jardiance 10 mg Filmtabl. (PM) .....	Y	A10BK03 .....	389
RE2	Jardiance 25 mg Filmtabl. (PM) .....	Y	A10BK03 .....	389
IND	Jazeta 25 mg Filmtabl. ....	G	A10BH01 .....	179
IND	Jazeta 50 mg Filmtabl. ....	G	A10BH01 .....	179
IND	Jazeta 100 mg Filmtabl. ....	G	A10BH01 .....	180
RE2	Jentadueto 2,5 mg/850 mg Filmtabl. (PM) .....	Y	A10BD11 .....	381
RE2	Jentadueto 2,5 mg/1000 mg Filmtabl. (PM) .....	Y	A10BD11 .....	381
RE2	Jext 150 mcg Inj.lsg. Fertigpen .....	Y	C01CA24 .....	420
RE2	Jext 300 mcg Inj.lsg. Fertigpen .....	Y	C01CA24 .....	420
	Jodid "Merck" 100 mcg Tabl. ....	G	H03CA .....	252
	Jodthyrox Tabl. ....	G	H03AA51 .....	252
R	Jopamiro 300 mg J/ml Stechamp. 100 ml .....	G	V08AB04 .....	372
RE1	Jorveza 0,5 mg Schmelztabl. (PM) .....	Y	A07EA06 .....	378
RE1	Jorveza 1 mg Schmelztabl. (PM) .....	Y	A07EA06 .....	378
RE2	Jyseleca 100 mg Filmtabl. (PM) .....	Y	L04AF04 .....	542
RE2	Jyseleca 200 mg Filmtabl. (PM) .....	Y	L04AF04 .....	543



KASS	Bezeichnung	Box	ATC	Seite
RE1	Kaftrio 37,5 mg/25 mg/50 mg Filmtabl. (PM)	Y	R07AX32	613
RE1	Kaftrio 75 mg/50 mg/100 mg Filmtabl. (PM)	Y	R07AX32	614
RE1	Kaftrio 60 mg/40 mg/80 mg Gran. Btl. (PM)	Y	R07AX32	613
RE1	Kaftrio 75 mg/50 mg/100 mg Gran. Btl. (PM)	Y	R07AX32	614
RE2	Kaletra 200 mg/50 mg Filmtabl.	Y	J05AR10	476
RE2	Kaletra Lsg. zum Einnehmen	Y	J05AR10	476
	Kalioral "Fresenius" Plv.	G	A12BA30	182
RE1	Kalydeco 75 mg Filmtabl. (PM)	Y	R07AX02	607
RE1	Kalydeco 150 mg Filmtabl. (PM)	Y	R07AX02	609
RE1	Kalydeco 25 mg Gran. Btl. (PM)	Y	R07AX02	605
RE1	Kalydeco 50 mg Gran. Btl. (PM)	Y	R07AX02	605
RE1	Kalydeco 59,5 mg Gran. Btl. (PM)	Y	R07AX02	606
RE1	Kalydeco 75 mg Gran. Btl. (PM)	Y	R07AX02	608
	KCl retard Slow-K 600 mg Drag.	G	A12BA01	182
	Keflex 1000 mg Filmtabl.	G	J01DB01	256
	Kemadrin Tabl.	G	N04AA04	318
D	Keracutan 10 mg Kaps.	G	D05BB02	236
D	Keracutan 25 mg Kaps.	G	D05BB02	236
	Keratosis + Tretinoin Creme "Widmer"	G	D02AE51	234
RE2	Kerendia 10 mg Filmtabl. (PM)	Y	C03DA05	429
RE2	Kerendia 20 mg Filmtabl. (PM)	Y	C03DA05	429
RE1	Kesimpta 20 mg Inj.lsg. Fertigpen (PM)	Y	L04AG12	547
	Keto-Vision 5 mg/ml Augentropf.	G	S01BC05	366
RE1	Kiovig 100 mg/ml Inf.lsg. (1 g/10 ml)	Y	J06BA02	481
RE1	Kiovig 100 mg/ml Inf.lsg. (2,5 g/25 ml)	Y	J06BA02	481
RE1	Kiovig 100 mg/ml Inf.lsg. (5 g/50 ml)	Y	J06BA02	481
RE1	Kiovig 100 mg/ml Inf.lsg. (10 g/100 ml)	Y	J06BA02	481
RE1	Kiovig 100 mg/ml Inf.lsg. (20 g/200 ml)	Y	J06BA02	481
RE1	Kisqali 200 mg Filmtabl. (PM)	Y	L01EF02	491
	Klacid Uno Filmtabl.	G	J01FA09	259
F14	Klacid 125 mg/5 ml Gran. f. orale Susp.	G	J01FA09	258
F14	Klacid 250 mg/5 ml Gran. f. orale Susp.	G	J01FA09	258
RE1	Klisyri 10 mg/g Salbe.	Y	D06BX03	438
RE1	Komboglyze 2,5 mg/850 mg Filmtabl.	Y	A10BD10	381
RE1	Komboglyze 2,5 mg/1000 mg Filmtabl.	Y	A10BD10	381
RE2	Konaktion 2 mg/0,2 ml Mischmizellenlsg. Amp.	Y	B02BA01	402
	Konaktion 10 mg/1 ml Mischmizellenlsg. Amp.	G	B02BA01	190
RE1	Kovaltry 250 IE Plv. und Lsgm. zur Herst. einer Inj.lsg.	Y	B02BD02	404
RE1	Kovaltry 500 IE Plv. und Lsgm. zur Herst. einer Inj.lsg.	Y	B02BD02	404
RE1	Kovaltry 1000 IE Plv. und Lsgm. zur Herst. einer Inj.lsg.	Y	B02BD02	404
RE1	Kovaltry 2000 IE Plv. und Lsgm. zur Herst. einer Inj.lsg.	Y	B02BD02	404
RE1	Kovaltry 3000 IE Plv. und Lsgm. zur Herst. einer Inj.lsg.	Y	B02BD02	404
	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	248
RE1	Kuvan 100 mg Tabl. zur Herst. einer Lsg. zum Einnehmen..	Y	A16AX07	391
RE1	Kyntheum 210 mg Inj.lsg. Fertigspr. (PM)	Y	L04AC12	530
N	Lacopat 50 mg Filmtabl.	G	N03AX18	318
N	Lacopat 100 mg Filmtabl.	G	N03AX18	318
N	Lacopat 150 mg Filmtabl.	G	N03AX18	318
N	Lacopat 200 mg Filmtabl.	G	N03AX18	318

KASS	Bezeichnung	Box	ATC	Seite
N	Lacopat 10 mg/ml Sirup .....	G	N03AX18 .....	318
N	Lacosamid "UCB" 50 mg Filmtabl. ....	G	N03AX18 .....	318
N	Lacosamid "UCB" 100 mg Filmtabl. ....	G	N03AX18 .....	318
N	Lacosamid "UCB" 150 mg Filmtabl. ....	G	N03AX18 .....	318
N	Lacosamid "UCB" 200 mg Filmtabl. ....	G	N03AX18 .....	318
N	Lacosamid "UCB" 10 mg/ml Sirup.....	G	N03AX18 .....	318
	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 .....	299
IND	Lafene 25 mcg/h transdermales Pflaster.....	G	N02AB03 .....	299
IND	Lafene 50 mcg/h transdermales Pflaster.....	G	N02AB03 .....	300
IND	Lafene 75 mcg/h transdermales Pflaster.....	G	N02AB03 .....	300
IND	Lafene 100 mcg/h transdermales Pflaster.....	G	N02AB03 .....	300
IND	Lamictal 5 mg Kau-/Schmelztabl. ....	G	N03AX09 .....	314
IND	Lamictal 25 mg Kau-/Schmelztabl. ....	G	N03AX09 .....	314
IND	Lamictal 50 mg Kau-/Schmelztabl. ....	G	N03AX09 .....	314
IND	Lamictal 100 mg Kau-/Schmelztabl. ....	G	N03AX09 .....	315
IND	Lamictal 200 mg Kau-/Schmelztabl. ....	G	N03AX09 .....	315
RE2	Lamivudin "Sandoz" 300 mg Filmtabl. ....	Y	J05AF05 .....	467
IND	Lamotrigin "1A Pharma" 25 mg lösl. Tabl. ....	G	N03AX09 .....	314
IND	Lamotrigin "1A Pharma" 50 mg lösl. Tabl. ....	G	N03AX09 .....	314
IND	Lamotrigin "1A Pharma" 100 mg lösl. Tabl. ....	G	N03AX09 .....	315
IND	Lamotrigin "1A Pharma" 200 mg lösl. Tabl. ....	G	N03AX09 .....	315
IND	Lamotrigin "Genericon" 25 mg lösl. Tabl. ....	G	N03AX09 .....	314
IND	Lamotrigin "Genericon" 50 mg lösl. Tabl. ....	G	N03AX09 .....	314
IND	Lamotrigin "Genericon" 100 mg lösl. Tabl. ....	G	N03AX09 .....	315
IND	Lamotrigin "Genericon" 200 mg lösl. Tabl. ....	G	N03AX09 .....	315
IND	Lamotrigin "ratiopharm GmbH" 25 mg lösl. Tabl. ....	G	N03AX09 .....	314
IND	Lamotrigin "ratiopharm GmbH" 50 mg lösl. Tabl. ....	G	N03AX09 .....	315
IND	Lamotrigin "ratiopharm GmbH" 100 mg lösl. Tabl. ....	G	N03AX09 .....	315
IND	Lamotrigin "ratiopharm GmbH" 200 mg lösl. Tabl. ....	G	N03AX09 .....	315
IND	Lamotrigin "Sandoz GmbH" 25 mg lösl. Tabl. ....	G	N03AX09 .....	314
IND	Lamotrigin "Sandoz GmbH" 50 mg lösl. Tabl. ....	G	N03AX09 .....	315
IND	Lamotrigin "Sandoz GmbH" 100 mg lösl. Tabl. ....	G	N03AX09 .....	315
IND	Lamotrigin "Sandoz GmbH" 200 mg lösl. Tabl. ....	G	N03AX09 .....	315
IND	Lamotrigin "Stada" 25 mg lösl. Tabl. ....	G	N03AX09 .....	314
IND	Lamotrigin "Stada" 50 mg lösl. Tabl. ....	G	N03AX09 .....	315
IND	Lamotrigin "Stada" 100 mg lösl. Tabl. ....	G	N03AX09 .....	315
IND	Lamotrigin "Stada" 200 mg lösl. Tabl. ....	G	N03AX09 .....	315
	Lanair 10 mg Filmtabl. ....	G	R03DC03 .....	361
	Lanair 4 mg Kautabl. ....	G	R03DC03 .....	360
	Lanair 5 mg Kautabl. ....	G	R03DC03 .....	361
	Lanitop 0,1 mg Tabl. ....	G	C01AA08 .....	198
	Lannapril 2,5 mg Tabl. ....	G	C09AA05 .....	215
	Lannapril 5 mg Tabl. ....	G	C09AA05 .....	216
	Lannapril 10 mg Tabl. ....	G	C09AA05 .....	216
	Lannapril plus Tabl. ....	G	C09BA05 .....	218
	Lannapril plus forte Tabl. ....	G	C09BA05 .....	218
	Lanolept 25 mg Tabl. ....	G	N05AH02 .....	325
	Lanolept 100 mg Tabl. ....	G	N05AH02 .....	325
	Lansobene 15 mg Kaps. ....	G	A02BC03 .....	166

KASS	Bezeichnung	Box	ATC	Seite
	Lansobene 30 mg Kaps. ....	G	A02BC03 .....	166
	Lansoprazol "+pharma" 15 mg magensaftresistente Kaps. ..	G	A02BC03 .....	166
	Lansoprazol "+pharma" 30 mg magensaftresistente Kaps. ..	G	A02BC03 .....	166
	Lansoprazol "Actavis" 15 mg magensaftresistente Hartkaps. ....	G	A02BC03 .....	166
	Lansoprazol "Actavis" 30 mg magensaftresistente Hartkaps. ....	G	A02BC03 .....	166
	Lansoprazol "Alternova" 15 mg Kaps. ....	G	A02BC03 .....	166
	Lansoprazol "Alternova" 30 mg Kaps. ....	G	A02BC03 .....	166
	Lansoprazol "Genericon" 15 mg magensaftresistente Kaps. ..	G	A02BC03 .....	166
	Lansoprazol "Genericon" 30 mg magensaftresistente Kaps. ..	G	A02BC03 .....	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 .....	205
	Lasilacton 20 mg/100 mg Kaps. ....	G	C03EB01 .....	205
	Lasix 40 mg Tabl. ....	G	C03CA01 .....	203
	Lasix 80 mg Tabl. ....	G	C03CA01 .....	203
	Lasix retard 30 mg Kaps. ....	G	C03CA01 .....	203
	Lasix retard 60 mg Kaps. ....	G	C03CA01 .....	203
Au	Latacris 50 mcg/ml Augentropf. ....	G	S01EE01 .....	368
Au	Latanoprost "Agepha" 50 mcg/ml Augentropf. ....	G	S01EE01 .....	368
Au	Latanoprost comp "ratiopharm" 50 mcg/ml + 5 mg/ml Augentropf. ....	G	S01ED51 .....	368
Au	Latanoprost "Stada" 50 mcg/ml Augentropf. ....	G	S01EE01 .....	368
Au	Latanoprost/Timolol "Stada" 50 mcg/ml + 5 mg/ml Augentropf. ....	G	S01ED51 .....	368
Au	Latanoprost "Unimed Pharma" 50 mcg/ml Augentropf. ....	G	S01EE01 .....	368
Au	Latanoprost "Viatriis" 50 mcg/ml Augentropf. ....	G	S01EE01 .....	368
Au	Latanoprost/Timolol "Viatriis" 50 mcg/ml + 5 mg/ml Augentropf. ....	G	S01ED51 .....	368
Au	Latano-Vision 50 mcg/ml Augentropf. ....	G	S01EE01 .....	368
Au	LatanoTim-Vision 50 mcg/ml + 5 mg/ml Augentropf. ....	G	S01ED51 .....	368
	Laxogol Plv. zur Herst. einer Lsg. zum Einnehmen .....	G	A06AD65 .....	171
	Lecicarbon Zäpf. ....	G	A06AX02 .....	171
IND	Leflunomid "medac" 10 mg Filmtabl. ....	G	L04AK01 .....	280
IND	Leflunomid "medac" 20 mg Filmtabl. ....	G	L04AK01 .....	280
IND	Leflunomid "Stada" 10 mg Filmtabl. ....	G	L04AK01 .....	280
IND	Leflunomid "Stada" 20 mg Filmtabl. ....	G	L04AK01 .....	280
	Legalon 70 mg Kaps. ....	G	A05BA03 .....	170
	Legalon 140 mg Kaps. ....	G	A05BA03 .....	170
IND	Lenalidomid "+pharma" 2,5 mg Hartkaps. ....	G	L04AX04 .....	281
IND	Lenalidomid "+pharma" 5 mg Hartkaps. ....	G	L04AX04 .....	282
IND	Lenalidomid "+pharma" 7,5 mg Hartkaps. ....	G	L04AX04 .....	283
IND	Lenalidomid "+pharma" 10 mg Hartkaps. ....	G	L04AX04 .....	283
IND	Lenalidomid "+pharma" 15 mg Hartkaps. ....	G	L04AX04 .....	284
IND	Lenalidomid "+pharma" 20 mg Hartkaps. ....	G	L04AX04 .....	285
IND	Lenalidomid "+pharma" 25 mg Hartkaps. ....	G	L04AX04 .....	286
IND	Lenalidomid "Accord" 2,5 mg Hartkaps. ....	G	L04AX04 .....	281
IND	Lenalidomid "Accord" 5 mg Hartkaps. ....	G	L04AX04 .....	282

KASS	Bezeichnung	Box	ATC	Seite
IND	Lenalidomid "Accord" 7,5 mg Hartkaps.	G	L04AX04	283
IND	Lenalidomid "Accord" 10 mg Hartkaps.	G	L04AX04	284
IND	Lenalidomid "Accord" 15 mg Hartkaps.	G	L04AX04	284
IND	Lenalidomid "Accord" 20 mg Hartkaps.	G	L04AX04	285
IND	Lenalidomid "Accord" 25 mg Hartkaps.	G	L04AX04	286
IND	Lenalidomid "Fresenius Kabi" 2,5 mg Hartkaps.	G	L04AX04	282
IND	Lenalidomid "Fresenius Kabi" 5 mg Hartkaps.	G	L04AX04	282
IND	Lenalidomid "Fresenius Kabi" 7,5 mg Hartkaps.	G	L04AX04	283
IND	Lenalidomid "Fresenius Kabi" 10 mg Hartkaps.	G	L04AX04	284
IND	Lenalidomid "Fresenius Kabi" 15 mg Hartkaps.	G	L04AX04	284
IND	Lenalidomid "Fresenius Kabi" 20 mg Hartkaps.	G	L04AX04	285
IND	Lenalidomid "Fresenius Kabi" 25 mg Hartkaps.	G	L04AX04	286
IND	Lenalidomid "G.L." 2,5 mg Hartkaps.	G	L04AX04	282
IND	Lenalidomid "G.L." 5 mg Hartkaps.	G	L04AX04	282
IND	Lenalidomid "G.L." 7,5 mg Hartkaps.	G	L04AX04	283
IND	Lenalidomid "G.L." 10 mg Hartkaps.	G	L04AX04	284
IND	Lenalidomid "G.L." 15 mg Hartkaps.	G	L04AX04	284
IND	Lenalidomid "G.L." 20 mg Hartkaps.	G	L04AX04	285
IND	Lenalidomid "G.L." 25 mg Hartkaps.	G	L04AX04	286
IND	Lenalidomid "Grindeks" 2,5 mg Hartkaps.	G	L04AX04	282
IND	Lenalidomid "Grindeks" 5 mg Hartkaps.	G	L04AX04	282
IND	Lenalidomid "Grindeks" 7,5 mg Hartkaps.	G	L04AX04	283
IND	Lenalidomid "Grindeks" 10 mg Hartkaps.	G	L04AX04	284
IND	Lenalidomid "Grindeks" 15 mg Hartkaps.	G	L04AX04	284
IND	Lenalidomid "Grindeks" 20 mg Hartkaps.	G	L04AX04	285
IND	Lenalidomid "Grindeks" 25 mg Hartkaps.	G	L04AX04	286
IND	Lenalidomid "Krka" 2,5 mg Hartkaps.	G	L04AX04	282
IND	Lenalidomid "Krka" 5 mg Hartkaps.	G	L04AX04	282
IND	Lenalidomid "Krka" 7,5 mg Hartkaps.	G	L04AX04	283
IND	Lenalidomid "Krka" 10 mg Hartkaps.	G	L04AX04	284
IND	Lenalidomid "Krka" 15 mg Hartkaps.	G	L04AX04	284
IND	Lenalidomid "Krka" 20 mg Hartkaps.	G	L04AX04	285
IND	Lenalidomid "Krka" 25 mg Hartkaps.	G	L04AX04	286
IND	Lenalidomid "Mylan" 2,5 mg Hartkaps.	G	L04AX04	282
IND	Lenalidomid "Mylan" 5 mg Hartkaps.	G	L04AX04	282
IND	Lenalidomid "Mylan" 7,5 mg Hartkaps.	G	L04AX04	283
IND	Lenalidomid "Mylan" 10 mg Hartkaps.	G	L04AX04	284
IND	Lenalidomid "Mylan" 15 mg Hartkaps.	G	L04AX04	284
IND	Lenalidomid "Mylan" 20 mg Hartkaps.	G	L04AX04	285
IND	Lenalidomid "Mylan" 25 mg Hartkaps.	G	L04AX04	286
IND	Lenalidomid "Sandoz" 2,5 mg Hartkaps.	G	L04AX04	282
IND	Lenalidomid "Sandoz" 5 mg Hartkaps.	G	L04AX04	282
IND	Lenalidomid "Sandoz" 7,5 mg Hartkaps.	G	L04AX04	283
IND	Lenalidomid "Sandoz" 10 mg Hartkaps.	G	L04AX04	284
IND	Lenalidomid "Sandoz" 15 mg Hartkaps.	G	L04AX04	285
IND	Lenalidomid "Sandoz" 20 mg Hartkaps.	G	L04AX04	285
IND	Lenalidomid "Sandoz" 25 mg Hartkaps.	G	L04AX04	286
IND	Lenalidomid "Stada" 2,5 mg Hartkaps.	G	L04AX04	282
IND	Lenalidomid "Stada" 5 mg Hartkaps.	G	L04AX04	283
IND	Lenalidomid "Stada" 7,5 mg Hartkaps.	G	L04AX04	283
IND	Lenalidomid "Stada" 10 mg Hartkaps.	G	L04AX04	284
IND	Lenalidomid "Stada" 15 mg Hartkaps.	G	L04AX04	285

KASS	Bezeichnung	Box	ATC	Seite
IND	Lenalidomid "Stada" 20 mg Hartkaps.	G	L04AX04	285
IND	Lenalidomid "Stada" 25 mg Hartkaps.	G	L04AX04	286
IND	Lenalidomid "Teva" 2,5 mg Hartkaps.	G	L04AX04	282
IND	Lenalidomid "Teva" 5 mg Hartkaps.	G	L04AX04	283
IND	Lenalidomid "Teva" 7,5 mg Hartkaps.	G	L04AX04	283
IND	Lenalidomid "Teva" 10 mg Hartkaps.	G	L04AX04	284
IND	Lenalidomid "Teva" 15 mg Hartkaps.	G	L04AX04	285
IND	Lenalidomid "Teva" 20 mg Hartkaps.	G	L04AX04	285
IND	Lenalidomid "Teva" 25 mg Hartkaps.	G	L04AX04	286
IND	Lenalidomid "Zentiva" 2,5 mg Hartkaps.	G	L04AX04	282
IND	Lenalidomid "Zentiva" 5 mg Hartkaps.	G	L04AX04	283
IND	Lenalidomid "Zentiva" 7,5 mg Hartkaps.	G	L04AX04	283
IND	Lenalidomid "Zentiva" 10 mg Hartkaps.	G	L04AX04	284
IND	Lenalidomid "Zentiva" 15 mg Hartkaps.	G	L04AX04	285
IND	Lenalidomid "Zentiva" 20 mg Hartkaps.	G	L04AX04	285
IND	Lenalidomid "Zentiva" 25 mg Hartkaps.	G	L04AX04	286
	Lendorm Tabl.	G	N05CD09	338
IND	Lenvima 4 mg Hartkaps. (EM)	G	L01EX08	270
	Leponex 25 mg Tabl.	G	N05AH02	325
	Leponex 100 mg Tabl.	G	N05AH02	325
RE1	Leqvio 284 mg Inj.lsg. Fertigspr. (EM)	Y	C10AX16	437
	Lercanidipin "Actavis" 10 mg Filmtabl.	G	C08CA13	213
	Lercanidipin "Actavis" 20 mg Filmtabl.	G	C08CA13	213
	Lercanidipin "Genericon" 10 mg Filmtabl.	G	C08CA13	213
	Lercanidipin "Genericon" 20 mg Filmtabl.	G	C08CA13	213
	Lercanidipin "ratiopharm" 10 mg Filmtabl.	G	C08CA13	213
	Lercanidipin "ratiopharm" 20 mg Filmtabl.	G	C08CA13	213
	Lercanidipin "Stada" 10 mg Filmtabl.	G	C08CA13	213
	Lercanidipin "Stada" 20 mg Filmtabl.	G	C08CA13	213
	Lescol MR 80 mg Filmtabl.	G	C10AA04	228
	Letrofam 2,5 mg Filmtabl.	G	L02BG04	273
	Letrozol "+pharma" 2,5 mg Filmtabl.	G	L02BG04	273
	Letrozol "Accord" 2,5 mg Filmtabl.	G	L02BG04	273
	Letrozol "Actavis" 2,5 mg Filmtabl.	G	L02BG04	273
	Letrozol "Arcana" 2,5 mg Filmtabl.	G	L02BG04	273
	Letrozol "Bluefish" 2,5 mg Filmtabl.	G	L02BG04	273
	Letrozol "Genericon" 2,5 mg Filmtabl.	G	L02BG04	273
	Letrozol "ratiopharm" 2,5 mg Filmtabl.	G	L02BG04	273
	Letrozol "Sandoz" 2,5 mg Filmtabl.	G	L02BG04	273
	Letrozol "Stada" 2,5 mg Filmtabl.	G	L02BG04	273
	Leukeran 2 mg Filmtabl.	G	L01AA02	265
IND	Leuprorelin "Sandoz" 5 mg Implantat für 3 Monate	G	L02AE02	270
N	Levebon 500 mg Filmtabl.	G	N03AX14	316
N	Levebon 1000 mg Filmtabl.	G	N03AX14	317
N	Levebon 1500 mg Filmtabl.	G	N03AX14	317
N	Levebon 100 mg/ml Lsg. zum Einnehmen	G	N03AX14	316
RE1	Levemir 100 E/ml Inj.lsg. Fertigpen	Y	A10AE05	379
RE1	Levemir 100 E/ml Inj.lsg. Patronen	Y	A10AE05	380
N	Levetiracetam "+pharma" 500 mg Filmtabl.	G	N03AX14	316
N	Levetiracetam "+pharma" 1000 mg Filmtabl.	G	N03AX14	317
N	Levetiracetam "1A Pharma" 500 mg Filmtabl.	G	N03AX14	316
N	Levetiracetam "1A Pharma" 1000 mg Filmtabl.	G	N03AX14	317

KASS	Bezeichnung	Box	ATC	Seite
N	Levetiracetam "Accord" 250 mg Filmtabl. ....	G	N03AX14	316
N	Levetiracetam "Accord" 500 mg Filmtabl. ....	G	N03AX14	316
N	Levetiracetam "Accord" 750 mg Filmtabl. ....	G	N03AX14	317
N	Levetiracetam "Accord" 1000 mg Filmtabl. ....	G	N03AX14	317
N	Levetiracetam "Accord" 100 mg/ml Lsg. zum Einnehmen ....	G	N03AX14	316
N	Levetiracetam "Actavis" 250 mg Filmtabl. ....	G	N03AX14	316
N	Levetiracetam "Actavis" 500 mg Filmtabl. ....	G	N03AX14	316
N	Levetiracetam "Actavis" 1000 mg Filmtabl. ....	G	N03AX14	317
N	Levetiracetam "Aristo" 500 mg Filmtabl. ....	G	N03AX14	316
N	Levetiracetam "Aristo" 1000 mg Filmtabl. ....	G	N03AX14	317
N	Levetiracetam "Aristo" 100 mg/ml Lsg. zum Einnehmen .....	G	N03AX14	316
N	Levetiracetam "Bluefish" 500 mg Filmtabl. ....	G	N03AX14	316
N	Levetiracetam "Bluefish" 1000 mg Filmtabl. ....	G	N03AX14	317
N	Levetiracetam "Genericon" 500 mg Filmtabl. ....	G	N03AX14	316
N	Levetiracetam "Genericon" 1000 mg Filmtabl. ....	G	N03AX14	317
N	Levetiracetam "Krka" 500 mg Filmtabl. ....	G	N03AX14	316
N	Levetiracetam "Krka" 1000 mg Filmtabl. ....	G	N03AX14	317
N	Levetiracetam "ratiopharm" 500 mg Filmtabl. ....	G	N03AX14	317
N	Levetiracetam "ratiopharm" 1000 mg Filmtabl. ....	G	N03AX14	317
N	Levetiracetam "ratiopharm" 1500 mg Filmtabl. ....	G	N03AX14	317
N	Levetiracetam "ratiopharm" 100 mg/ml Lsg. zum Einnehmen .....	G	N03AX14	316
N	Levetiracetam "Sandoz" 500 mg Filmtabl. ....	G	N03AX14	317
N	Levetiracetam "Sandoz" 1000 mg Filmtabl. ....	G	N03AX14	317
N	Levetiracetam "Sandoz" 100 mg/ml Lsg. zum Einnehmen ...	G	N03AX14	316
N	Levetiracetam "Stada" 500 mg Filmtabl. ....	G	N03AX14	317
N	Levetiracetam "Stada" 1000 mg Filmtabl. ....	G	N03AX14	317
N	Levetiracetam "Stada" 100 mg/ml Lsg. zum Einnehmen .....	G	N03AX14	316
N	Levetiracetam "UCB" 500 mg Filmtabl. ....	G	N03AX14	317
N	Levetiracetam "UCB" 1000 mg Filmtabl. ....	G	N03AX14	317
	LevoCar retard 200 mg/50 mg Tabl. ....	G	N04BA02	319
	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
	Levodopa/Carbidopa/Entacapon "ratiopharm" 50 mg/ 12,5 mg/200 mg Filmtabl. ....	G	N04BA03	319
	Levodopa/Carbidopa/Entacapon "ratiopharm" 75 mg/ 18,75 mg/200 mg Filmtabl. ....	G	N04BA03	319
	Levodopa/Carbidopa/Entacapon "ratiopharm" 100 mg/ 25 mg/200 mg Filmtabl. ....	G	N04BA03	319
	Levodopa/Carbidopa/Entacapon "ratiopharm" 125 mg/31,25 mg/200 mg Filmtabl. ....	G	N04BA03	319
	Levodopa/Carbidopa/Entacapon "ratiopharm" 150 mg/ 37,5 mg/200 mg Filmtabl. ....	G	N04BA03	319
	Levodopa/Carbidopa/Entacapon "ratiopharm" 175 mg/43,75 mg/200 mg Filmtabl. ....	G	N04BA03	320
	Levodopa/Carbidopa/Entacapon "ratiopharm" 200 mg/ 50 mg/200 mg Filmtabl. ....	G	N04BA03	320
	Levofloxacin "1A Pharma" 250 mg Filmtabl. ....	G	J01MA12	260

KASS	Bezeichnung	Box	ATC	Seite
	Levofloxacin "1A Pharma" 500 mg Filmtabl. ....	G	J01MA12 .....	260
	Levofloxacin "Actavis" 250 mg Filmtabl. ....	G	J01MA12 .....	260
	Levofloxacin "Actavis" 500 mg Filmtabl. ....	G	J01MA12 .....	260
	Levofloxacin "Krka" 250 mg Filmtabl. ....	G	J01MA12 .....	260
	Levofloxacin "Krka" 500 mg Filmtabl. ....	G	J01MA12 .....	260
	Levofloxacin "Sandoz" 500 mg Filmtabl. ....	G	J01MA12 .....	260
RE1	Levo-Methasan 2,5 mg Tabl. ....	Y	N07BC05 .....	593
RE1	Levo-Methasan 5 mg Tabl. ....	Y	N07BC05 .....	593
RE1	Levo-Methasan 10 mg Tabl. ....	Y	N07BC05 .....	593
RE1	Levo-Methasan 20 mg Tabl. ....	Y	N07BC05 .....	593
RE1	Levo-Methasan 30 mg Tabl. ....	Y	N07BC05 .....	593
RE1	Levo-Methasan 5 mg/ml Konz. zur Herst. einer Lsg. zum Einnehmen .....	Y	N07BC05 .....	593
	Lidaprim forte Filmtabl. ....	G	J01EE03 .....	258
	Lidocain "Accord" 10 mg/ml Inj.lsg. ....	G	N01BB02 .....	294
RE1	Linezolid "1A Pharma" 600 mg Filmtabl. ....	Y	J01XX08 .....	459
RE1	Linezolid "Accord" 600 mg Filmtabl. ....	Y	J01XX08 .....	459
RE1	Linezolid "HCS" 600 mg Filmtabl. ....	Y	J01XX08 .....	459
RE1	Linezolid "ratiopharm" 600 mg Filmtabl. ....	Y	J01XX08 .....	459
RE1	Linezolid "Sandoz" 600 mg Filmtabl. ....	Y	J01XX08 .....	459
RE1	Linezolid "Stada" 600 mg Filmtabl. ....	Y	J01XX08 .....	459
	Linoladiol 100 mcg/g Emulsion .....	G	G03CA03 .....	242
	Lioresal 10 mg Tabl. ....	G	M03BX01 .....	291
	Lioresal 25 mg Tabl. ....	G	M03BX01 .....	291
	Lipcor 200 mg Kaps. ....	G	C10AB05 .....	230
	Lisam 10 mg/5 mg Tabl. ....	G	C09BB03 .....	218
	Lisam 20 mg/5 mg Tabl. ....	G	C09BB03 .....	218
	Lisam 20 mg/10 mg Tabl. ....	G	C09BB03 .....	219
	Lisinocomp "Genericon" semi Tabl. ....	G	C09BA03 .....	217
	Lisinocomp "Genericon" mite Tabl. ....	G	C09BA03 .....	217
	Lisinocomp "Genericon" Tabl. ....	G	C09BA03 .....	217
	Lisinopril "1A Pharma" 5 mg Tabl. ....	G	C09AA03 .....	215
	Lisinopril "1A Pharma" 10 mg Tabl. ....	G	C09AA03 .....	215
	Lisinopril "1A Pharma" 20 mg Tabl. ....	G	C09AA03 .....	215
	Lisinopril "Actavis" 5 mg Tabl. ....	G	C09AA03 .....	215
	Lisinopril "Actavis" 10 mg Tabl. ....	G	C09AA03 .....	215
	Lisinopril "Actavis" 20 mg Tabl. ....	G	C09AA03 .....	215
	Lisinopril "Genericon" 5 mg Tabl. ....	G	C09AA03 .....	215
	Lisinopril "Genericon" 10 mg Tabl. ....	G	C09AA03 .....	215
	Lisinopril "Genericon" 20 mg Tabl. ....	G	C09AA03 .....	215
	Lisinopril "Interpharm" 5 mg Tabl. ....	G	C09AA03 .....	215
	Lisinopril "Interpharm" 10 mg Tabl. ....	G	C09AA03 .....	215
	Lisinopril "Interpharm" 20 mg Tabl. ....	G	C09AA03 .....	215
	Lisinopril "ratiopharm" 5 mg Tabl. ....	G	C09AA03 .....	215
	Lisinopril "ratiopharm" 10 mg Tabl. ....	G	C09AA03 .....	215
	Lisinopril "ratiopharm" 20 mg Tabl. ....	G	C09AA03 .....	215
	Lisinopril "Sandoz GmbH" 5 mg Tabl. ....	G	C09AA03 .....	215
	Lisinopril "Sandoz GmbH" 10 mg Tabl. ....	G	C09AA03 .....	215
	Lisinopril "Sandoz GmbH" 20 mg Tabl. ....	G	C09AA03 .....	215
	Lisinopril/HCT "1A Pharma" semi Tabl. ....	G	C09BA03 .....	217
	Lisinopril/HCT "1A Pharma" mite Tabl. ....	G	C09BA03 .....	217
	Lisinopril/HCT "Actavis" 10 mg/12,5 mg Tabl. ....	G	C09BA03 .....	217

KASS	Bezeichnung	Box	ATC	Seite
	Lisinopril/HCT "Actavis" 20 mg/12,5 mg Tabl.....	G	C09BA03	217
	Lisinopril/HCT "G.L." 10 mg/12,5 mg Tabl. ....	G	C09BA03	217
	Lisinopril/HCT "G.L." 20 mg/12,5 mg Tabl. ....	G	C09BA03	217
	Lisinopril/HCT "G.L." 20 mg/25 mg Tabl. ....	G	C09BA03	217
	Lisinopril/HCT "Interpharm" 20 mg/12,5 mg Tabl.....	G	C09BA03	217
	Lisinopril/HCT "Interpharm" 20 mg/25 mg Tabl.....	G	C09BA03	218
	Lisinopril/HCT "ratiopharm" semi Tabl. ....	G	C09BA03	217
	Lisinopril/HCT "ratiopharm" mite Tabl. ....	G	C09BA03	217
	Lisinopril/HCT "ratiopharm" Tabl.....	G	C09BA03	218
	Lisinopril/HCT "Sandoz GmbH" 10 mg/12,5 mg Tabl.....	G	C09BA03	217
	Lisinopril/HCT "Sandoz GmbH" 20 mg/12,5 mg Tabl.....	G	C09BA03	217
	Lisinopril/HCT "Sandoz GmbH" 20 mg/25 mg Tabl.....	G	C09BA03	218
	Lisinostad 5 mg Tabl. ....	G	C09AA03	215
	Lisinostad 10 mg Tabl. ....	G	C09AA03	215
	Lisinostad 20 mg Tabl. ....	G	C09AA03	215
RE2	Litalir 500 mg Kaps.....	Y	L01XX05	505
RE1	Liviel Tabl. ....	Y	G03CX01	447
IND	Livostin Augentropf.....	G	S01GX02	369
IND	Livostin Nasenspray.....	G	R01AC02	353
RE1	Livtency 200 mg Filmtabl. (PM).....	Y	J05AX10	478
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	292
	Lösferron forte Brausetabl.....	G	B03AA03	190
RE1	Lokelma 5 g Plv. zur Herst. einer Susp. zum Einnehmen (PM).....	Y	V03AE10	618
RE1	Lokelma 10 g Plv. zur Herst. einer Susp. zum Einnehmen (PM).....	Y	V03AE10	618
	Lomexin 600 mg Vaginalkaps. ....	G	G01AF12	242
	Lomexin 2 % Creme.....	G	D01AC12	233
IND	Lomusol Augentropf.....	G	S01GX01	369
IND	Lomusol Nasenspray.....	G	R01AC01	353
	Lonquex 6 mg Inj.lsg. ....	G	L03AA14	275
	Lorano 10 mg Schmelztabl.....	G	R06AX13	364
	Loratadin "Viatriis" 10 mg Filmtabl. ....	G	R06AX13	364
RE1	Lorviqua 25 mg Filmtabl. (PM).....	Y	L01ED05	489
RE1	Lorviqua 100 mg Filmtabl. (PM).....	Y	L01ED05	489
	Losarcomp "Genericon" 50 mg/12,5 mg Filmtabl.....	G	C09DA01	222
	Losarcomp "Genericon" 100 mg/25 mg Filmtabl.....	G	C09DA01	222
	Losartan "+pharma" 50 mg Filmtabl. ....	G	C09CA01	220
	Losartan "Genericon" 12,5 mg Filmtabl.....	G	C09CA01	219
	Losartan "Genericon" 50 mg Filmtabl.....	G	C09CA01	220
	Losartan "Genericon" 100 mg Filmtabl.....	G	C09CA01	220
	Losartan "Krka" 12,5 mg Filmtabl.....	G	C09CA01	219
	Losartan "Krka" 25 mg Filmtabl.....	G	C09CA01	220
	Losartan "Krka" 50 mg Filmtabl.....	G	C09CA01	220
	Losartan "Krka" 100 mg Filmtabl.....	G	C09CA01	220
	Losartan "ratiopharm" 50 mg Filmtabl.....	G	C09CA01	220
	Losartan "ratiopharm" 100 mg Filmtabl.....	G	C09CA01	220
	Losartan "Stada" 50 mg Filmtabl.....	G	C09CA01	220
	Losartan "Stada" 100 mg Filmtabl.....	G	C09CA01	220



KASS	Bezeichnung	Box	ATC	Seite
	Losartan/HCT "Actavis" 50 mg/12,5 mg Filmtabl. ....	G	C09DA01.....	222
	Losartan/HCT "Actavis" 100 mg/25 mg Filmtabl. ....	G	C09DA01.....	222
	Losartan/HCT "Krka" 50 mg/12,5 mg Filmtabl. ....	G	C09DA01.....	222
	Losartan/HCT "Krka" 100 mg/12,5 mg Filmtabl. ....	G	C09DA01.....	222
	Losartan/HCT "Krka" 100 mg/25 mg Filmtabl. ....	G	C09DA01.....	222
	Losartan/HCT "ratiopharm GmbH" 50 mg/12,5 mg Filmtabl.	G	C09DA01.....	222
	Losartan/HCT "ratiopharm GmbH" 100 mg/25 mg Filmtabl. .	G	C09DA01.....	222
	Losartan/HCT "Stada" 50 mg/12,5 mg Filmtabl. ....	G	C09DA01.....	222
	Losartan/HCT "Stada" 100 mg/12,5 mg Filmtabl. ....	G	C09DA01.....	222
	Losartan/HCT "Stada" 100 mg/25 mg Filmtabl. ....	G	C09DA01.....	222
	Losec 10 mg magensaftresistente Kaps. ....	G	A02BC01.....	164
	Losec 20 mg magensaftresistente Kaps. ....	G	A02BC01.....	164
Au	Lotemax 0,5 % Augentropf.susp. ....	G	S01BA14.....	366
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.....	593
	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.....	615
RE1	Lupkynis 7,9 mg Weichkaps. <sup>PM</sup> .....	Y	L04AD03.....	534
IND	Lutrate Depot 22,5 mg Plv. u. Lsgm. zur Herst. einer Depot-Inj.susp. ....	G	L02AE02.....	271
RE2	Lutrelif 3,2 mg Plv. und Lsgm. zur Herst. einer Inj.lsg. ....	Y	H01CA01.....	456
RE1	Lynparza 100 mg Filmtabl. <sup>PM</sup> .....	Y	L01XK01.....	500
RE1	Lynparza 150 mg Filmtabl. <sup>PM</sup> .....	Y	L01XK01.....	502
	Lyrica 25 mg Hartkaps. ....	G	N02BF02.....	306
	Lyrica 50 mg Hartkaps. ....	G	N02BF02.....	307
	Lyrica 75 mg Hartkaps. ....	G	N02BF02.....	307
	Lyrica 100 mg Hartkaps. ....	G	N02BF02.....	307
	Lyrica 150 mg Hartkaps. ....	G	N02BF02.....	308
	Lyrica 200 mg Hartkaps. ....	G	N02BF02.....	308
RE1	Lysodren 500 mg Tabl. ....	Y	L01XX23.....	505
	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.....	318
	Madopar CR 100 mg/25 mg Kaps. ....	G	N04BA02.....	318
	Madopar 100 mg/25 mg lösl. Tabl.....	G	N04BA02.....	318
	Madopar 100 mg/25 mg Tabl. ....	G	N04BA02.....	319
	Madopar 200 mg/50 mg Tabl. ....	G	N04BA02.....	319
IND	Magnonorm "Genericon" 365 mg lösl. Tabl.....	G	A12CC30.....	182
IND	Magnosolv Gran. ....	G	A12CC30.....	182
	Marcoumar Tabl. ....	G	B01AA04.....	183

KASS	Bezeichnung	Box	ATC	Seite
RE1	Mavenclad 10 mg Filmtabl. (PM).....	Y	L04AA40.....	515
RE1	Maviret 100 mg/40 mg Filmtabl. (PM).....	Y	J05AP57.....	475
	Maxi-Kalz 500 mg Brausetabl. ....	G	A12AA04.....	181
	Maxi-Kalz 1000 mg Brausetabl. ....	G	A12AA04.....	181
	Maxi-Kalz Vit. D3 500 mg/400 IE Kautabl. ....	G	A12AX.....	182
	Maxi-Kalz Vit. D3 1000 mg/880 IE Gran. ....	G	A12AX.....	182
RE1	Mayzent 0,25 mg Filmtabl. (PM).....	Y	L04AE03.....	537
RE1	Mayzent 2 mg Filmtabl. (PM).....	Y	L04AE03.....	538
	Mebeverin "Aristo" 200 mg Hartkaps. mit veränderter Wirkstofffreisetzung.....	G	A03AA04.....	168
KNP	Medikinet 5 mg Tabl. ....	G	N06BA04.....	347
KNP	Medikinet 20 mg Tabl. ....	G	N06BA04.....	347
RE1	Medikinet retard 5 mg Hartkaps. mit veränderter Wirkstofffreisetzung.....	Y	N06BA04.....	564
RE1	Medikinet retard 10 mg Hartkaps. mit veränderter Wirkstofffreisetzung.....	Y	N06BA04.....	564
RE1	Medikinet retard 20 mg Hartkaps. mit veränderter Wirkstofffreisetzung.....	Y	N06BA04.....	565
RE1	Medikinet retard 30 mg Hartkaps. mit veränderter Wirkstofffreisetzung.....	Y	N06BA04.....	565
RE1	Medikinet retard 40 mg Hartkaps. mit veränderter Wirkstofffreisetzung.....	Y	N06BA04.....	566
	Mefenam 500 mg Filmtabl. ....	G	M01AG01.....	290
RE1	Mekinist 0,5 mg Filmtabl. ....	Y	L01EE01.....	489
RE1	Mekinist 2,0 mg Filmtabl. ....	Y	L01EE01.....	489
RE1	Mektovi 15 mg Filmtabl. ....	Y	L01EE03.....	490
IND	Melkart 50 mg Tabl. ....	G	A10BH02.....	180
RE2	Memantin "Accord" 10 mg Filmtabl. ....	Y	N06DX01.....	587
RE2	Memantin "Accord" 20 mg Filmtabl. ....	Y	N06DX01.....	589
RE2	Memantin "Aristo" 10 mg Filmtabl. ....	Y	N06DX01.....	588
RE2	Memantin "Aristo" 20 mg Filmtabl. ....	Y	N06DX01.....	589
RE2	Memantin "Genericon" 5 mg, 10 mg, 15 mg, 20 mg Filmtabl. Starterpackung.....	Y	N06DX01.....	586
RE2	Memantin "Genericon" 10 mg Filmtabl. ....	Y	N06DX01.....	588
RE2	Memantin "Genericon" 20 mg Filmtabl. ....	Y	N06DX01.....	589
RE2	Memantin "HCS" 10 mg Filmtabl. ....	Y	N06DX01.....	588
RE2	Memantin "HCS" 20 mg Filmtabl. ....	Y	N06DX01.....	590
RE2	Memantin "ratiopharm" 5 mg, 10 mg, 15 mg, 20 mg Filmtabl. Starterpackung.....	Y	N06DX01.....	586
IND	Memantin "ratiopharm GmbH" 10 mg Filmtabl. ....	G	N06DX01.....	350
IND	Memantin "ratiopharm GmbH" 20 mg Filmtabl. ....	G	N06DX01.....	350
IND	Memantin "Stada" 10 mg Filmtabl. ....	G	N06DX01.....	350
IND	Memantin "Stada" 20 mg Filmtabl. ....	G	N06DX01.....	350
RE2	Memantine "Merz" 5 mg, 10 mg, 15 mg, 20 mg Filmtabl. Starterpackung.....	Y	N06DX01.....	587
RE2	Memantine "Merz" 10 mg Filmtabl. ....	Y	N06DX01.....	588
RE2	Memantine "Merz" 20 mg Filmtabl. ....	Y	N06DX01.....	590
RE2	Memantine "Merz" 5 mg/Pumpenhub Lsg. zum Einnehmen.	Y	N06DX01.....	587
IND	Memolan 10 mg Filmtabl. ....	G	N06DX01.....	350
IND	Memolan 20 mg Filmtabl. ....	G	N06DX01.....	350
RE1	Menopur 75 IE/75 IE Plv. und Lsgm. zur Herst. einer Inj.lsg.	Y	G03GA02.....	447
	Mepinaest purum 0,5 % Amp. ....	G	N01BB03.....	295

KASS	Bezeichnung	Box	ATC	Seite
	Mepinaest purum 1 % Amp. ....	G	N01BB03	295
	Mepinaest purum 2 % Amp. ....	G	N01BB03	295
	Mepiril 5 mg Tabl. ....	G	C09AA02	214
	Mepiril 10 mg Tabl. ....	G	C09AA02	214
	Mepiril 20 mg Tabl. ....	G	C09AA02	215
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	379
	Mestinon Drag. ....	G	N07AA02	351
	Metagelan 500 mg Filmtabl. ....	G	N02BB02	304
	Metagelan 2,5 g Inj.lsg. ....	G	N02BB02	304
	Metagelan 500 mg Tabl. ....	G	N02BB02	304
	Metagelan 500 mg/ml Tropf. ....	G	N02BB02	304
	Metamizol "+pharma" 1.000 mg Filmtabl. ....	G	N02BB02	304
	Metasol 250 mg Plv. und Lsgm. zur Herst. einer Inj.-/Inf.lsg. ....	G	H02AB04	249
	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	592
RE1	Methasan 10 mg Tabl. ....	Y	N07BC02	592
RE1	Methasan 20 mg Tabl. ....	Y	N07BC02	593
RE1	Methasan 40 mg Tabl. ....	Y	N07BC02	593
RE1	Methasan 60 mg Tabl. ....	Y	N07BC02	593
RE1	Methasan 10 mg/ml Konz. zur Herst. einer Lsg. zum Einnehmen ....	Y	N07BC02	593
	Methofill 50 mg/ml Inj.lsg. Fertigspr. (7,5 mg/0,15 ml) ....	G	L04AX03	281
	Methofill 50 mg/ml Inj.lsg. Fertigspr. (10 mg/0,2 ml) ....	G	L04AX03	281
	Methofill 50 mg/ml Inj.lsg. Fertigspr. (12,5 mg/0,25 ml) ....	G	L04AX03	281
	Methofill 50 mg/ml Inj.lsg. Fertigspr. (15 mg/0,3 ml) ....	G	L04AX03	281
	Methofill 50 mg/ml Inj.lsg. Fertigspr. (17,5 mg/0,35 ml) ....	G	L04AX03	281
	Methofill 50 mg/ml Inj.lsg. Fertigspr. (20 mg/0,4 ml) ....	G	L04AX03	281
	Methofill 50 mg/ml Inj.lsg. Fertigspr. (22,5 mg/0,45 ml) ....	G	L04AX03	281
	Methofill 50 mg/ml Inj.lsg. Fertigspr. (25 mg/0,5 ml) ....	G	L04AX03	281
	Methofill 50 mg/ml Inj.lsg. Fertigspr. (27,5 mg/0,55 ml) ....	G	L04AX03	281
	Methofill 50 mg/ml Inj.lsg. Fertigspr. (30 mg/0,6 ml) ....	G	L04AX03	281
	Methotrexat "Lederle" Tabl. ....	G	L04AX03	281
RE2	Methylphenidat "Stada" 10 mg Hartkaps. mit veränderter Wirkstofffreisetzung ....	Y	N06BA04	565
RE2	Methylphenidat "Stada" 20 mg Hartkaps. mit veränderter Wirkstofffreisetzung ....	Y	N06BA04	565
RE2	Methylphenidat "Stada" 30 mg Hartkaps. mit veränderter Wirkstofffreisetzung ....	Y	N06BA04	566
RE2	Methylphenidat "Stada" 40 mg Hartkaps. mit veränderter Wirkstofffreisetzung ....	Y	N06BA04	566

KASS	Bezeichnung	Box	ATC	Seite
	Metohexal retard 47,5 mg Filmtabl.....	G	C07AB02 .....	208
	Metohexal retard 95 mg Filmtabl.....	G	C07AB02 .....	209
	Metoprolol "Genericon" 50 mg Tabl.....	G	C07AB02 .....	209
	Metoprolol "Genericon" 100 mg Tabl.....	G	C07AB02 .....	209
	Metoprolol "ratiopharm" 50 mg Tabl.....	G	C07AB02 .....	209
	Metoprolol "ratiopharm" 100 mg Tabl.....	G	C07AB02 .....	209
	Metoprolol "ratiopharm" comp. Tabl.....	G	C07BB02 .....	212
	Metoprolol "Stada" 50 mg Tabl.....	G	C07AB02 .....	209
	Metoprolol "Stada" 100 mg Tabl.....	G	C07AB02 .....	209
	Metoprololsuccinat "Stada" 47,5 mg Retardtabl.....	G	C07AB02 .....	208
	Metoprololsuccinat "Stada" 95 mg Retardtabl.....	G	C07AB02 .....	209
	Metrisa 2 mg Filmtabl.....	G	G03DB08.....	243
IND	Mevir 125 mg Tabl.....	G	J05AB15.....	264
F14	Mexaratio 200 mg/5 ml Sirup .....	G	N02BE01 .....	304
	Mexaratio 125 mg Zäpf. ....	G	N02BE01 .....	304
	Mexaratio 250 mg Zäpf. ....	G	N02BE01 .....	304
	Mexaratio 500 mg Zäpf. ....	G	N02BE01 .....	305
	Mexaratio 1000 mg Zäpf. ....	G	N02BE01 .....	305
RE2	Mezavant 1200 mg magensaftresistente Retardtabl.....	Y	A07EC02 .....	378
	Mianserin "Arcana" 30 mg Filmtabl.....	G	N06AX03 .....	344
	Micro-Kalium retard Kaps.....	G	A12BA01 .....	182
	Microlax Mikroklister .....	G	A06AG11 .....	171
RE2	Midane Drag.....	Y	G03HB01 .....	449
	Miflonide Breezhaler 400 mcg Hartkaps. Plv. zur Inh. ....	G	R03BA02 .....	359
RE1	Miglustat "Gen.Orph" 100 mg Hartkaps.....	Y	A16AX06 .....	390
RE1	Miglustat "G.L." 100 mg Hartkaps.....	Y	A16AX06 .....	391
IND	Migranal Nasalspray.....	G	N02CA01 .....	309
	Milnacipran "Rivopharm" 25 mg Hartkaps.....	G	N06AX17 .....	346
	Milnacipran "Rivopharm" 50 mg Hartkaps.....	G	N06AX17 .....	346
RE2	Minirin Melt 60 mcg Lyophilisat zum Einnehmen .....	Y	H01BA02 .....	454
RE2	Minirin Melt 120 mcg Lyophilisat zum Einnehmen .....	Y	H01BA02 .....	455
	Minostad 50 mg Kaps.....	G	J01AA08 .....	254
	Miranax 550 mg Filmtabl.....	G	M01AE02.....	289
	Mirtabene "ratiopharm" 30 mg Filmtabl.....	G	N06AX11 .....	344
	Mirtabene "ratiopharm" 45 mg Filmtabl.....	G	N06AX11 .....	344
	Mirtazapin "!"@ctavis" 15 mg Filmtabl.....	G	N06AX11 .....	344
	Mirtazapin "!"@ctavis" 30 mg Filmtabl.....	G	N06AX11 .....	344
	Mirtazapin "!"@ctavis" 45 mg Filmtabl.....	G	N06AX11 .....	344
	Mirtazapin "Actavis" 15 mg Schmelztabl.....	G	N06AX11 .....	344
	Mirtazapin "Actavis" 30 mg Schmelztabl.....	G	N06AX11 .....	344
	Mirtazapin "Actavis" 45 mg Schmelztabl.....	G	N06AX11 .....	344
	Mirtazapin "Aristo" 30 mg Filmtabl.....	G	N06AX11 .....	344
	Mirtazapin "Bluefish" 15 mg Schmelztabl.....	G	N06AX11 .....	344
	Mirtazapin "Bluefish" 30 mg Schmelztabl.....	G	N06AX11 .....	344
	Mirtazapin "Bluefish" 45 mg Schmelztabl.....	G	N06AX11 .....	344
	Mirtazapin "G.L." 30 mg Filmtabl.....	G	N06AX11 .....	344
	Mirtazapin "G.L." 45 mg Filmtabl.....	G	N06AX11 .....	344
	Mirtazapin "HCS" 30 mg Filmtabl.....	G	N06AX11 .....	344
	Mirtazapin "Hexal" 15 mg Tabl.....	G	N06AX11 .....	344
	Mirtazapin "Hexal" 30 mg Tabl.....	G	N06AX11 .....	344
	Mirtazapin "Hexal" 45 mg Tabl.....	G	N06AX11 .....	344
	Mirtazapin "Stada" 15 mg Filmtabl.....	G	N06AX11 .....	344

KASS	Bezeichnung	Box	ATC	Seite
	Mirtazapin "Stada" 30 mg Filmtabl. ....	G	N06AX11 .....	344
	Mirtel 30 mg Filmtabl. ....	G	N06AX11 .....	344
	Mirtel 45 mg Filmtabl. ....	G	N06AX11 .....	344
	Mixtard 30 InnoLet 100 IE/ml Inj.susp. Fertigen. ....	G	A10AD01 .....	175
RE1	Modafinil "Aristo" 100 mg Tabl. ....	Y	N06BA07 .....	567
RE1	Modasomil 100 mg Tabl. ....	Y	N06BA07 .....	567
	Mogadon Tabl. ....	G	N05CD02 .....	338
	Molaxole Plv. zur Herst. einer Lsg. zum Einnehmen .....	G	A06AD65 .....	171
	Molsidolat 4 mg Tabl. ....	G	C01DX12 .....	199
	Momecutan 1 mg/g Creme .....	G	D07AC13 .....	238
	Momecutan 1 mg/g Lsg. zur Anw. auf der Haut .....	G	D07AC13 .....	238
	Momecutan 1 mg/g Salbe .....	G	D07AC13 .....	238
IND	Mometason "Cipla" 50 mcg/Sprühstoß Nasenspray .....	G	R01AD09 .....	353
IND	Mometason "Hexal" 50 mcg/Sprühstoß Nasenspray .....	G	R01AD09 .....	353
IND	Mometason "ratiopharm" 50 mcg/Sprühstoß Nasenspray ....	G	R01AD09 .....	353
Au	Monodex 1 mg/ml Augentropf. ....	G	S01BA01 .....	365
RE2	MonoFer 100 mg/ml Inj.- oder Inf.lsg. <small>(PM)</small> .....	Y	B03AC .....	409
	Monoket retard 50 mg Kaps. ....	G	C01DA14 .....	199
RE2	Monopost 50 mcg/ml Augentropf. Einzeldosen .....	Y	S01EE01 .....	615
	Montelukast "+pharma" 10 mg Filmtabl. ....	G	R03DC03 .....	361
	Montelukast "+pharma" 5 mg Kautabl. ....	G	R03DC03 .....	361
	Montelukast "Accord" 10 mg Filmtabl. ....	G	R03DC03 .....	361
	Montelukast "Accord" 4 mg Kautabl. ....	G	R03DC03 .....	360
	Montelukast "Accord" 5 mg Kautabl. ....	G	R03DC03 .....	361
	Montelukast "Actavis" 10 mg Filmtabl. ....	G	R03DC03 .....	361
	Montelukast "Actavis" 4 mg Kautabl. ....	G	R03DC03 .....	360
	Montelukast "Actavis" 5 mg Kautabl. ....	G	R03DC03 .....	361
	Montelukast "Aristo" 10 mg Filmtabl. ....	G	R03DC03 .....	361
	Montelukast "Aristo" 4 mg Kautabl. ....	G	R03DC03 .....	361
	Montelukast "Aristo" 5 mg Kautabl. ....	G	R03DC03 .....	361
	Montelukast "Krka" 10 mg Filmtabl. ....	G	R03DC03 .....	361
	Montelukast "Krka" 4 mg Kautabl. ....	G	R03DC03 .....	361
	Montelukast "Krka" 5 mg Kautabl. ....	G	R03DC03 .....	361
	Montelukast "ratiopharm" 10 mg Filmtabl. ....	G	R03DC03 .....	361
	Montelukast "ratiopharm" 4 mg Gran. ....	G	R03DC03 .....	361
	Montelukast "ratiopharm" 4 mg Kautabl. ....	G	R03DC03 .....	361
	Montelukast "ratiopharm" 5 mg Kautabl. ....	G	R03DC03 .....	361
	Montelukast "Sandoz" 10 mg Filmtabl. ....	G	R03DC03 .....	361
	Montelukast "Sandoz" 4 mg Kautabl. ....	G	R03DC03 .....	361
	Montelukast "Sandoz" 5 mg Kautabl. ....	G	R03DC03 .....	361
	Montelukast "Stada" 10 mg Filmtabl. ....	G	R03DC03 .....	361
	Montelukast "Stada" 4 mg Kautabl. ....	G	R03DC03 .....	361
	Montelukast "Stada" 5 mg Kautabl. ....	G	R03DC03 .....	361
	Motilium 10 mg Filmtabl. ....	G	A03FA03 .....	169
	Motrim 100 mg Tabl. ....	G	J01EA01 .....	257
	Motrim 200 mg Tabl. ....	G	J01EA01 .....	257
	Movalis 15 mg/1,5 ml Inj.lsg. ....	G	M01AC06 .....	289
	Movalis 7,5 mg Tabl. ....	G	M01AC06 .....	288
	Movalis 15 mg Tabl. ....	G	M01AC06 .....	289
RE1	Moventig 25 mg Filmtabl. ....	Y	A06AH03 .....	377
RE2	Movymia 20 mcg/0,08 ml Inj.lsg. ....	Y	H05AA02 .....	458
	Moxifloxacin "1A Pharma" 400 mg Filmtabl. ....	G	J01MA14 .....	261

KASS	Bezeichnung	Box	ATC	Seite
	Moxifloxacin "Krka" 400 mg Filmtabl. ....	G	J01MA14 ....	261
	Moxifloxacin "ratiopharm" 400 mg Filmtabl. ....	G	J01MA14 ....	261
	Moxifloxacin "Sandoz" 400 mg Filmtabl. ....	G	J01MA14 ....	261
	Moxifloxacin "Stada" 400 mg Filmtabl. ....	G	J01MA14 ....	261
	Moxonibene 0,2 mg Filmtabl. ....	G	C02AC05 ....	201
	Moxonibene 0,4 mg Filmtabl. ....	G	C02AC05 ....	201
	Moxonidin "Stada" 0,2 mg Filmtabl. ....	G	C02AC05 ....	201
	Moxonidin "Stada" 0,4 mg Filmtabl. ....	G	C02AC05 ....	201
	MTX "ratiopharm" 7,5 mg Inj.lsg. Fertigspr. ....	G	L04AX03 ....	281
	MTX "ratiopharm" 10 mg Inj.lsg. Fertigspr. ....	G	L04AX03 ....	281
	MTX "ratiopharm" 15 mg Inj.lsg. Fertigspr. ....	G	L04AX03 ....	281
	MTX "ratiopharm" 20 mg Inj.lsg. Fertigspr. ....	G	L04AX03 ....	281
	MTX "ratiopharm" 25 mg Inj.lsg. Fertigspr. ....	G	L04AX03 ....	281
	Mucobene 200 mg lös. Tabl. ....	G	R05CB01 ....	361
	Mucobene 600 mg lös. Tabl. ....	G	R05CB01 ....	361
	Mucobene 600 mg lösl. Plv. ....	G	R05CB01 ....	361
	Mucospas Tabl. ....	G	R05CB10 ....	362
F14	Mucospas Saft. ....	G	R05CB10 ....	362
IND	Multaq 400 mg Filmtabl. ....	G	C01BD07 ....	199
	Multodrin Salbe ....	G	D07XB05 ....	239
	Mundidol retard 10 mg Filmtabl. ....	G	N02AA01 ....	295
	Mundidol retard 30 mg Filmtabl. ....	G	N02AA01 ....	295
	Mundidol retard 60 mg Filmtabl. ....	G	N02AA01 ....	296
	Mundidol retard 100 mg Filmtabl. ....	G	N02AA01 ....	296
	Mundidol retard 200 mg Filmtabl. ....	G	N02AA01 ....	296
	Mundidol UNO retard 30 mg Kaps. ....	G	N02AA01 ....	295
	Mundidol UNO retard 60 mg Kaps. ....	G	N02AA01 ....	296
	Mundidol UNO retard 120 mg Kaps. ....	G	N02AA01 ....	296
	Mundidol UNO retard 200 mg Kaps. ....	G	N02AA01 ....	296
RE1	Mutaflor mite Kaps. ....	Y	A07FA03 ....	379
RE1	Mutaflor Kaps. ....	Y	A07FA03 ....	379
	Mutan 20 mg Filmtabl. ....	G	N06AB03 ....	339
	Mutan 40 mg Filmtabl. ....	G	N06AB03 ....	339
	Mutan 60 mg Filmtabl. ....	G	N06AB03 ....	339
RE2	Mycobutin 150 mg Kaps. ....	Y	J04AB04 ....	464
D	Myconormin 250 mg Tabl. ....	G	D01BA02 ....	234
	Mycophenolatmofetil "Accord" 500 mg Filmtabl. ....	G	L04AA06 ....	275
	Mycophenolatmofetil "Sandoz" 500 mg Filmtabl. ....	G	L04AA06 ....	275
	Mycophenolsäure "Accord" 180 mg magensaftresistente Tabl. ....	G	L04AA06 ....	275
	Mycophenolsäure "Accord" 360 mg magensaftresistente Tabl. ....	G	L04AA06 ....	275
RE1	Mycostatin Filmtabl. ....	Y	A07AA02 ....	377
F14	Mycostatin orale Susp. ....	G	A07AA02 ....	171
	Mycostatin Salbe ....	G	D01AA01 ....	233
	Mycostatin Zinkoxidpaste ....	G	D01AA01 ....	233
F2J	Mycostatin Zinkoxidpaste ....	G	D01AA01 ....	233
	Myfenax 500 mg Filmtabl. ....	G	L04AA06 ....	275
	Myfenax 250 mg Hartkaps. ....	G	L04AA06 ....	275
RE2	Myfortic 180 mg magensaftresistente Tabl. ....	Y	L04AA06 ....	513
RE2	Myfortic 360 mg magensaftresistente Tabl. ....	Y	L04AA06 ....	513
	Myleran 2 mg Filmtabl. ....	G	L01AB01 ....	265

KASS	Bezeichnung	Box	ATC	Seite
RE2	Myocholine "Glenwood" 10 mg Tabl. ....	Y	N07AB02.....	590
RE2	Myocholine "Glenwood" 25 mg Tabl. ....	Y	N07AB02.....	590
	Mysoline Tabl. ....	G	N03AA03.....	312
RE1	Mytolac 60 mg Inj.lsg. Fertigspr. ....	Y	H01CB03.....	456
RE1	Mytolac 90 mg Inj.lsg. Fertigspr. ....	Y	H01CB03.....	457
RE1	Mytolac 120 mg Inj.lsg. Fertigspr. ....	Y	H01CB03.....	457
	Mytra 50 mg Hartkaps. ....	G	J02AC02.....	262
P	Naltrexon "Accord" 50 mg Filmtabl. ....	G	N07BB04.....	351
	Naprobene 500 mg Filmtabl. ....	G	M01AE02.....	289
	Naproxen "Genericon" 500 mg Tabl. ....	G	M01AE02.....	289
	Naproxen "HCS" 550 mg Filmtabl. ....	G	M01AE02.....	289
F14	Naproxen "Infectopharm" 250 mg/5 ml Saft .....	G	M01AE02.....	289
	Nasipral 0,3 mg/ml Nasenspray .....	G	R01AX03.....	354
	Natr. chlorat. physiolog. "Med." Glasinfl.fl. 250 ml .....	G	B05BB01.....	197
RE2	Natr. chlorat. physiolog. "Med." Glasinfl.fl. 250 ml .....	Y	B05BB01.....	417
	Natr. chlorat. physiolog. "Med." Glasinfl.fl. 500 ml .....	G	B05BB01.....	197
RE2	Natr. chlorat. physiolog. "Med." Glasinfl.fl. 500 ml .....	Y	B05BB01.....	417
	Natr. chlorat. physiolog. "Med." Plastikinf.fl. 250 ml .....	G	B05BB01.....	197
RE2	Natr. chlorat. physiolog. "Med." Plastikinf.fl. 250 ml .....	Y	B05BB01.....	417
	Natr. chlorat. physiolog. "Med." Plastikinf.fl. 500 ml .....	G	B05BB01.....	197
RE2	Natr. chlorat. physiolog. "Med." Plastikinf.fl. 500 ml .....	Y	B05BB01.....	417
RE2	Navelbine 20 mg Kaps. ....	Y	L01CA04.....	483
RE2	Navelbine 30 mg Kaps. ....	Y	L01CA04.....	483
RE1	Nebido 1.000 mg/4 ml Inj.lsg. ....	Y	G03BA03.....	447
	Nebilan 5 mg Tabl. ....	G	C07AB12.....	210
	Nebivolol "1A Pharma" 5 mg Tabl. ....	G	C07AB12.....	210
	Nebivolol "Accord" 5 mg Tabl. ....	G	C07AB12.....	210
	Nebivolol "Actavis" 5 mg Tabl. ....	G	C07AB12.....	210
	Nebivolol "G.L." 5 mg Tabl. ....	G	C07AB12.....	210
	Nebivolol "Genericon" 5 mg Tabl. ....	G	C07AB12.....	211
	Nebivolol "ratiopharm GmbH" 5 mg Tabl. ....	G	C07AB12.....	211
	Nebivolol "Sandoz" 5 mg Tabl. ....	G	C07AB12.....	211
	Nebivolol "Stada" 5 mg Tabl. ....	G	C07AB12.....	211
RE2	Neodolpasse Inf.lsg. ....	Y	M01AB55.....	551
IND	Neoimmun 25 mg Kaps. ....	G	L04AD01.....	279
IND	Neoimmun 50 mg Kaps. ....	G	L04AD01.....	279
IND	Neoimmun 100 mg Kaps. ....	G	L04AD01.....	279
IND	Neoimmun 100 mg/ml Lsg. z. Einnehmen .....	G	L04AD01.....	279
IND	NeoRecormon 10.000 IE Inj.lsg. Fertigspr. ....	G	B03XA01.....	192
RE1	Neparvis 24 mg/26 mg Filmtabl. (PM) .....	Y	C09DX04.....	431
RE1	Neparvis 49 mg/51 mg Filmtabl. (PM) .....	Y	C09DX04.....	431
RE1	Neparvis 97 mg/103 mg Filmtabl. (PM) .....	Y	C09DX04.....	432
IND	Nephrotrans 500 mg magensaftresistente Weichkaps. ....	G	A02AH.....	163
IND	Nephrotrans 840 mg magensaftresistente Weichkaps. ....	G	A02AH.....	163
	Neriforte Salbe .....	G	D07AC06.....	237
	Nerisona Creme .....	G	D07AC06.....	237
	Nerisona Fettsalbe .....	G	D07AC06.....	237
	Nerisona Salbe .....	G	D07AC06.....	237
	Neulasta 6 mg Inj.lsg. ....	G	L03AA13.....	275
	Neupro 1 mg/24 h transdermales Pflaster .....	G	N04BC09.....	322
	Neupro 2 mg/24 h transdermales Pflaster .....	G	N04BC09.....	322
	Neupro 3 mg/24 h transdermales Pflaster .....	G	N04BC09.....	322

KASS	Bezeichnung	Box	ATC	Seite
	Neupro 4 mg/24 h transdermales Pflaster.....	G	N04BC09.....	322
	Neupro 6 mg/24 h transdermales Pflaster.....	G	N04BC09.....	322
	Neupro 8 mg/24 h transdermales Pflaster.....	G	N04BC09.....	322
	Neuromultivit Filmtabl. ....	G	A11DB.....	181
IND	Neurontin 600 mg Filmtabl. ....	G	N02BF01.....	306
IND	Neurontin 800 mg Filmtabl. ....	G	N02BF01.....	306
IND	Neurontin 300 mg Hartkaps. ....	G	N02BF01.....	305
IND	Neurontin 400 mg Hartkaps. ....	G	N02BF01.....	306
	Neurotop 200 mg Tabl.....	G	N03AF01.....	312
	Neurotop 400 mg Tabl.....	G	N03AF01.....	313
	Neurotop retard 300 mg Tabl. ....	G	N03AF01.....	313
	Neurotop retard 600 mg Tabl. ....	G	N03AF01.....	313
RE2	Nevirapin "Viatrix" 400 mg Retardtabl. ....	Y	J05AG01.....	471
IND	Nexavar 200 mg Filmtabl. ....	G	L01EX02.....	270
	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.....	200
	Nicolan 20 mg Tabl. ....	G	C01DX16.....	200
	Nicorandil "Rivopharm" 10 mg Tabl. ....	G	C01DX16.....	200
	Nicorandil "Rivopharm" 20 mg Tabl. ....	G	C01DX16.....	200
RE2	Nilemdo 180 mg Filmtabl. <small>(PM)</small> .....	Y	C10AX15.....	436
RE2	Nimotop 30 mg Filmtabl. ....	Y	C08CA06.....	430
IND	Nimvastid 1,5 mg Hartkaps. ....	G	N06DA03.....	348
IND	Nimvastid 3 mg Hartkaps. ....	G	N06DA03.....	349
IND	Nimvastid 4,5 mg Hartkaps. ....	G	N06DA03.....	349
IND	Nimvastid 6 mg Hartkaps. ....	G	N06DA03.....	349
	Nitrolingual 0,4 mg Pumpspray .....	G	C01DA02.....	199
F6J	Nivestim 12 Mio E/0,2 ml Inj./-/Inf.lsg. ....	G	L03AA02.....	274
	Nivestim 30 Mio E/0,5 ml Inj./-/Inf.lsg. ....	G	L03AA02.....	274
	Nivestim 48 Mio E/0,5 ml Inj./-/Inf.lsg. ....	G	L03AA02.....	274
	Noctor Drag. ....	G	R06AA02.....	363
RE2	Nocutil 0,1 mg Tabl. ....	Y	H01BA02.....	455
RE2	Nocutil 0,2 mg Tabl. ....	Y	H01BA02.....	455
IND	Nocutil 0,1 mg/ml Nasenspray .....	G	H01BA02.....	247
RE2	Nocutil Melt 60 mcg Sublingualtabl. ....	Y	H01BA02.....	455
RE2	Nocutil Melt 120 mcg Sublingualtabl. ....	Y	H01BA02.....	455
	Nolvadex 20 mg Filmtabl. ....	G	L02BA01.....	271
	Nomexor 5 mg Tabl. ....	G	C07AB12.....	211
	Nomexor plus HCT 5 mg/12,5 mg Filmtabl. ....	G	C07BB12.....	212
	Nomexor plus HCT 5 mg/25 mg Filmtabl. ....	G	C07BB12.....	212
RE1	Norditropin FlexPro 5 mg/1,5 ml Inj.lsg. Fertigpen .....	Y	H01AC01.....	450
RE1	Norditropin FlexPro 10 mg/1,5 ml Inj.lsg. Fertigpen .....	Y	H01AC01.....	452
RE1	Norditropin FlexPro 15 mg/1,5 ml Inj.lsg. Fertigpen .....	Y	H01AC01.....	453
	Norgesic 35 mg/450 mg Tabl. ....	G	M03BC51.....	291
	Normhydral lösl. Plv. ....	G	A07CA.....	172
F14	Normolyt lösl. Plv. f. Kinder .....	G	A07CA.....	172
IND	Norprolac 0,025 mg + 0,05 mg Tabl. Starterpackung .....	G	G02CB04.....	242
IND	Norprolac 0,075 mg Tabl. ....	G	G02CB04.....	242
	Norvasc 5 mg Tabl. ....	G	C08CA01.....	213
RE2	Norvir 100 mg Filmtabl. ....	Y	J05AE03.....	464



KASS	Bezeichnung	Box	ATC	Seite
	NovAkut 1.000 mg Filmtabl. ....	G	N02BB02.....	304
	Novalgin 2,5 g Amp. ....	G	N02BB02.....	304
	Novalgin Filmtabl. ....	G	N02BB02.....	304
	Novalgin Tropf. ....	G	N02BB02.....	304
	Novanaest purum 1 % Amp. 5 ml. ....	G	N01BA02.....	294
	Novanaest purum 2 % Amp. 5 ml. ....	G	N01BA02.....	294
RE1	NovoEight 250 IE Plv. und Lsgm. zur Herst. einer Inj.lsg. ....	Y	B02BD02.....	404
RE1	NovoEight 500 IE Plv. und Lsgm. zur Herst. einer Inj.lsg. ....	Y	B02BD02.....	404
RE1	NovoEight 1000 IE Plv. und Lsgm. zur Herst. einer Inj.lsg. ..	Y	B02BD02.....	404
RE1	NovoEight 2000 IE Plv. und Lsgm. zur Herst. einer Inj.lsg. ..	Y	B02BD02.....	404
RE1	NovoEight 3000 IE Plv. und Lsgm. zur Herst. einer Inj.lsg. ..	Y	B02BD02.....	404
	Novolizer Budesonid "Meda" 200 mcg Plv. zur Inh. + Inhalator .....	G	R03BA02.....	358
	Novolizer Budesonid "Meda" 200 mcg Plv. zur Inh. Nachfüllpackung. ....	G	R03BA02.....	358
	Novolizer Budesonid "Meda" 400 mcg Plv. zur Inh. + Inhalator .....	G	R03BA02.....	359
	Novolizer Budesonid "Meda" 400 mcg Plv. zur Inh. Nachfüllpackung. ....	G	R03BA02.....	359
IND	Novolizer Formoterol "Meda" 12 mcg Plv. zur Inh. + Inhalator .....	G	R03AC13.....	355
IND	Novolizer Formoterol "Meda" 12 mcg Plv. zur Inh. Nachfüllpackung. ....	G	R03AC13.....	355
	Novolizer Salbutamol "Meda" 100 mcg Plv. zur Inh. + Inhalator .....	G	R03AC02.....	354
	Novolizer Salbutamol "Meda" 100 mcg Plv. zur Inh. Nachfüllpackung. ....	G	R03AC02.....	354
	NovoMix 30 FlexPen 100 E/ml Inj.susp. Fertigpen .....	G	A10AD05.....	175
	NovoMix 30 Penfill 100 E/ml Inj.susp. Patronen .....	G	A10AD05.....	175
	NovoMix 50 FlexPen 100 E/ml Inj.susp. Fertigpen .....	G	A10AD05.....	175
	NovoRapid 100 E/ml Inj.lsg. Dstfl. ....	G	A10AB05.....	174
	NovoRapid Penfill 100 E/ml Inj.lsg. Patronen. ....	G	A10AB05.....	174
	NovoRapid PumpCart 100 E/ml Inj.lsg. Patronen .....	G	A10AB05.....	174
	Novothyral Tabl. ....	G	H03AA03.....	252
RE1	Noxafil 40 mg/ml Susp. zum Einnehmen .....	Y	J02AC04.....	461
	Nozinan 25 mg Filmtabl. ....	G	N05AA02.....	323
RE2	Nozinan 100 mg Filmtabl. ....	Y	N05AA02.....	562
RE1	Nplate 250 mcg Plv. und Lsgm. zur Herst. einer Inj.lsg. ....	Y	B02BX04.....	407
RE1	Nplate 500 mcg Plv. und Lsgm. zur Herst. einer Inj.lsg. ....	Y	B02BX04.....	407
RE1	Nubeqa 300 mg Filmtabl. <sup>PM</sup> .....	Y	L02BB06.....	508
RE1	Nucala 40 mg Inj.lsg. Fertigspr. ....	Y	R03DX09.....	600
RE1	Nucala 100 mg Inj.lsg. Fertigpen <sup>PM</sup> .....	Y	R03DX09.....	601
RE1	Nucala 100 mg Inj.lsg. Fertigspr. <sup>PM</sup> .....	Y	R03DX09.....	602
RE2	Nustendi 180 mg/10 mg Filmtabl. <sup>PM</sup> .....	Y	C10BA10.....	437
RE1	NutropinAq 10 mg/2 ml Inj.lsg. Zylinderamp. ....	Y	H01AC01.....	452
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
IND	Nyxoid 1,8 mg Nasenspray, Lsg. Einzeldosen. ....	G	V03AB15.....	371
RE1	Ocaliva 5 mg Filmtabl. <sup>PM</sup> .....	Y	A05AA04.....	376
RE1	Ocaliva 10 mg Filmtabl. <sup>PM</sup> .....	Y	A05AA04.....	376

KASS	Bezeichnung	Box	ATC	Seite
RE1	Ocrevus 300 mg Konz. zur Herst. einer Inf.lsg. (PM).....	Y	L04AG08 .....	547
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. zur Wund- u. Schleimhautdesinfektion.....	Y	D08AJ57 .....	438
RE1	Odefsey 200 mg/25 mg/25 mg Filmtabl. ....	Y	J05AR19 .....	477
RE1	Odomzo 200 mg Hartkaps. ....	Y	L01XJ02 .....	499
RE1	Ofev 100 mg Weichkaps. ....	Y	L01EX09 .....	495
RE1	Ofev 150 mg Weichkaps. ....	Y	L01EX09 .....	496
	Ofloxa-Vision 3 mg/g Augensalbe.....	G	S01AE01 .....	365
IND	Ofloxa-Vision sine 3 mg/ml Augentropf. Einzeldosen .....	G	S01AE01 .....	365
IND	Okedi 75 mg Plv. u. Lsgm. zur Herst. einer Depot-Inj.susp. (PM).....	G	N05AX08 .....	333
IND	Okedi 100 mg Plv. u. Lsgm. zur Herst. einer Depot-Inj.susp. (PM).....	G	N05AX08 .....	333
	Olanzapin "+pharma" 2,5 mg Filmtabl.....	G	N05AH03 .....	325
	Olanzapin "+pharma" 5 mg Filmtabl.....	G	N05AH03 .....	326
	Olanzapin "+pharma" 10 mg Filmtabl.....	G	N05AH03 .....	326
	Olanzapin "1A Pharma" 2,5 mg Filmtabl.....	G	N05AH03 .....	325
	Olanzapin "1A Pharma" 5 mg Filmtabl.....	G	N05AH03 .....	326
	Olanzapin "1A Pharma" 10 mg Filmtabl.....	G	N05AH03 .....	326
	Olanzapin "Accord" 2,5 mg Filmtabl.....	G	N05AH03 .....	325
	Olanzapin "Accord" 5 mg Filmtabl.....	G	N05AH03 .....	326
	Olanzapin "Accord" 10 mg Filmtabl.....	G	N05AH03 .....	326
	Olanzapin "Accord" 15 mg Filmtabl.....	G	N05AH03 .....	327
	Olanzapin "Actavis" 2,5 mg Filmtabl.....	G	N05AH03 .....	325
	Olanzapin "Actavis" 5 mg Filmtabl.....	G	N05AH03 .....	326
	Olanzapin "Actavis" 10 mg Filmtabl.....	G	N05AH03 .....	326
	Olanzapin "Actavis" 15 mg Filmtabl.....	G	N05AH03 .....	327
	Olanzapin "Actavis" 5 mg Schmelztabl.....	G	N05AH03 .....	326
	Olanzapin "Actavis" 10 mg Schmelztabl.....	G	N05AH03 .....	326
	Olanzapin "Actavis" 15 mg Schmelztabl.....	G	N05AH03 .....	327
	Olanzapin "Aristo" 2,5 mg Filmtabl.....	G	N05AH03 .....	325
	Olanzapin "Aristo" 5 mg Filmtabl.....	G	N05AH03 .....	326
	Olanzapin "Aristo" 10 mg Filmtabl.....	G	N05AH03 .....	326
	Olanzapin "Aristo" 15 mg Filmtabl.....	G	N05AH03 .....	327
	Olanzapin "Aristo" 5 mg Schmelztabl.....	G	N05AH03 .....	326
	Olanzapin "Aristo" 10 mg Schmelztabl.....	G	N05AH03 .....	327
	Olanzapin "Bluefish" 5 mg Schmelztabl.....	G	N05AH03 .....	326
	Olanzapin "Bluefish" 10 mg Schmelztabl.....	G	N05AH03 .....	327
	Olanzapin "Bluefish" 15 mg Schmelztabl.....	G	N05AH03 .....	327
	Olanzapin "G.L." 2,5 mg Filmtabl.....	G	N05AH03 .....	325
	Olanzapin "G.L." 5 mg Filmtabl.....	G	N05AH03 .....	326
	Olanzapin "G.L." 10 mg Filmtabl.....	G	N05AH03 .....	327
	Olanzapin "G.L." 15 mg Filmtabl.....	G	N05AH03 .....	327
	Olanzapin "Genericon" 2,5 mg Filmtabl.....	G	N05AH03 .....	326
	Olanzapin "Genericon" 5 mg Filmtabl.....	G	N05AH03 .....	326
	Olanzapin "Genericon" 10 mg Filmtabl.....	G	N05AH03 .....	327
	Olanzapin "ratiopharm" 2,5 mg Tabl.....	G	N05AH03 .....	326
	Olanzapin "ratiopharm" 5 mg Tabl.....	G	N05AH03 .....	326
	Olanzapin "ratiopharm" 7,5 mg Tabl.....	G	N05AH03 .....	326
	Olanzapin "ratiopharm" 10 mg Tabl.....	G	N05AH03 .....	327

KASS	Bezeichnung	Box	ATC	Seite
	Olanzapin "ratiopharm" 15 mg Tabl. ....	G	N05AH03.....	327
	Olanzapin "ratiopharm" 20 mg Tabl. ....	G	N05AH03.....	327
	Olanzapin "ratiopharm GmbH" 5 mg Schmelztabl. ....	G	N05AH03.....	326
	Olanzapin "ratiopharm GmbH" 10 mg Schmelztabl. ....	G	N05AH03.....	327
	Olanzapin "ratiopharm GmbH" 15 mg Schmelztabl. ....	G	N05AH03.....	327
	Olanzapin "ratiopharm GmbH" 20 mg Schmelztabl. ....	G	N05AH03.....	327
	Olanzapin "Sandoz" 2,5 mg Filmtabl. ....	G	N05AH03.....	326
	Olanzapin "Sandoz" 5 mg Filmtabl. ....	G	N05AH03.....	326
	Olanzapin "Sandoz" 10 mg Filmtabl. ....	G	N05AH03.....	327
	Olanzapin "Sandoz" 15 mg Filmtabl. ....	G	N05AH03.....	327
	Olanzapin "Sandoz" 20 mg Filmtabl. ....	G	N05AH03.....	327
	Olanzapin "Stada" 2,5 mg Filmtabl. ....	G	N05AH03.....	326
	Olanzapin "Stada" 5 mg Filmtabl. ....	G	N05AH03.....	326
	Olanzapin "Stada" 10 mg Filmtabl. ....	G	N05AH03.....	327
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	L04AF02.....	540
RE2	Olumiant 4 mg Filmtabl. (PM) ....	Y	L04AF02.....	540
	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. ...	G	A02BC01.....	164
	Omeprazol "Genericon" 20 mg magensaftresistente Kaps. ...	G	A02BC01.....	164
	Omeprazol "Genericon" 40 mg magensaftresistente Kaps. ...	G	A02BC01.....	165
	Omeprazol "ratiopharm" 10 mg magensaftresistente Hartkaps. ....	G	A02BC01.....	164
	Omeprazol "ratiopharm" 20 mg magensaftresistente Hartkaps. ....	G	A02BC01.....	164
	Omeprazol "ratiopharm" 40 mg magensaftresistente Hartkaps. ....	G	A02BC01.....	165
	Omeprazol "Sandoz" 20 mg Kaps. ....	G	A02BC01.....	164
	Omeprazol "Sandoz" 40 mg Kaps. ....	G	A02BC01.....	165
	Omeprazol "Stada" 10 mg magensaftresistente Hartkaps. ...	G	A02BC01.....	164
	Omeprazol "Stada" 20 mg magensaftresistente Hartkaps. ...	G	A02BC01.....	164
	Omeprazol "Stada" 40 mg magensaftresistente Hartkaps. ...	G	A02BC01.....	165
	Omniflora Kaps. ....	G	A07FA01.....	173
RE1	Omnitrope 5 mg/1,5 ml Inj.lsg. ....	Y	H01AC01.....	450
RE1	Omnitrope 10 mg/1,5 ml Inj.lsg. ....	Y	H01AC01.....	452
RE1	Omnitrope 15 mg/1,5 ml Inj.lsg. ....	Y	H01AC01.....	453
RE1	OmvoH 100 mg Inj.lsg. Fertigpen (PM) ....	Y	L04AC24.....	534
RE1	OmvoH 300 mg Konz. zur Herst. einer Inf.lsg. (PM) ....	Y	L04AC24.....	534
RE2	OncoTICE Plv. zur Herst. einer Susp. zur intravesikalen Instillation ....	Y	L03AX03.....	512
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

KASS	Bezeichnung	Box	ATC	Seite
IND	Ondansetron "Bluefish" 8 mg Schmelztabl.....	G	A04AA01 .....	169
IND	Ongentys 50 mg Hartkaps. (PM).....	G	N04BX04 .....	323
RE1	Onglyza 2,5 mg Filmtabl.....	Y	A10BH03 .....	384
RE1	Onglyza 5 mg Filmtabl.....	Y	A10BH03 .....	384
RE1	Ontozry 12,5 mg, 25 mg Filmtabl. Starterpackung.....	Y	N03AX25 .....	560
RE1	Ontozry 50 mg Filmtabl. ....	Y	N03AX25 .....	560
RE1	Ontozry 100 mg Filmtabl. ....	Y	N03AX25 .....	561
RE1	Ontozry 150 mg Filmtabl. ....	Y	N03AX25 .....	561
RE1	Ontozry 200 mg Filmtabl. ....	Y	N03AX25 .....	561
	Ophtaguttal "Agepha" Augentropf. ....	G	S01GA51 .....	369
RE1	Opsumit 10 mg Filmtabl. ....	Y	C02KX04 .....	428
	Optiderm Creme.....	G	D02AE51 .....	234
	Optiderm Fett-Creme .....	G	D02AE51 .....	234
ADKL	Oralair 100 IR + 300 IR Sublingualtabl.....	G	V01AA02 .....	370
ADKL	Oralair 300 IR Sublingualtabl. ....	G	V01AA02 .....	370
RE1	Orencia 125 mg Inj.lsg. ....	Y	L04AA24 .....	514
RE1	Orencia 250 mg Plv. f. ein Konz. zur Herst. einer Inf.lsg. ....	Y	L04AA24 .....	514
	Orgametril Tabl.....	G	G03DC03 .....	243
RE2	Orgaran Amp. ....	Y	B01AB09 .....	394
IND	Orgovyx 120 mg Filmtabl. ....	G	L02BX04 .....	274
RE1	Orkambi 100 mg/125 mg Filmtabl. (PM) .....	Y	R07AX30 .....	610
RE1	Orkambi 200 mg/125 mg Filmtabl. (PM) .....	Y	R07AX30 .....	611
RE1	Orkambi 100 mg/125 mg Gran. Btl. (PM).....	Y	R07AX30 .....	610
RE1	Orkambi 150 mg/188 mg Gran. Btl. (PM).....	Y	R07AX30 .....	611
RE1	Orladeyo 150 mg Hartkaps. (PM).....	Y	B06AC06 .....	419
RE1	Orserdu 86 mg Filmtabl. (PM).....	Y	L02BA04 .....	507
RE1	Orserdu 345 mg Filmtabl. (PM).....	Y	L02BA04 .....	507
	Ospamox 1000 mg Filmtabl. ....	G	J01CA04 .....	254
F14	Ospamox 250 mg/5 ml Plv. für orale Susp.....	G	J01CA04 .....	254
F14	Ospamox 500 mg/5 ml Plv. für orale Susp.....	G	J01CA04 .....	254
	Ospen 1,0 Filmtabl. ....	G	J01CE02 .....	255
	Ospen 1,5 Filmtabl. ....	G	J01CE02 .....	255
F14	Ospen 400 Saft .....	G	J01CE10 .....	255
F14	Ospen 750 Saft .....	G	J01CE10 .....	255
	Ospexin 500 mg Filmtabl.....	G	J01DB01 .....	256
	Ospexin 1000 mg Filmtabl.....	G	J01DB01 .....	256
F14	Ospexin 250 mg/5 ml Gran. f. orale Susp. ....	G	J01DB01 .....	256
RE2	Ospolot 50 mg Filmtabl. ....	Y	N03AX03 .....	558
RE2	Ospolot 200 mg Filmtabl. ....	Y	N03AX03 .....	558
	Osteoviva 150 mg Filmtabl.....	G	M05BA06 .....	293
IND	OsvaRen 435 mg/235 mg Filmtabl.....	G	V03AE04 .....	372
RE2	Otanol 1 mg Ohrentropf., Lsg.....	Y	S02AA15 .....	616
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 .....	448
RE1	Ovaleap 450 IE/0,75 ml Inj.lsg. ....	Y	G03GA05 .....	448
RE1	Ovaleap 900 IE/1,5 ml Inj.lsg. ....	Y	G03GA05 .....	448
	Ovestin 1 mg Tabl. ....	G	G03CA04 .....	243
	Ovestin Creme .....	G	G03CA04 .....	243
	Ovestin Ovula.....	G	G03CA04 .....	243
RE1	Ovitrelle 250 mcg/0,5 ml Inj.lsg. in Fertigspr. ....	Y	G03GA08 .....	449
IND	Oxis Turbohaler 12 mcg Dosier-Pulverinhalator .....	G	R03AC13 .....	355

KASS	Bezeichnung	Box	ATC	Seite
	Oxsooralen 10 mg Kaps. ....	G	D05BA02 .....	235
	Oxycodon-HCl "ratiopharm" 20 mg Retardtabl.....	G	N02AA05 .....	297
	Oxycodon-HCl "ratiopharm" 40 mg Retardtabl.....	G	N02AA05 .....	298
	Oxycodon-HCl "ratiopharm" 80 mg Retardtabl.....	G	N02AA05 .....	298
	Oxygerolan 5 mg Filmtabl. ....	G	N02AA05 .....	297
	Oxygerolan 10 mg Filmtabl. ....	G	N02AA05 .....	297
	Oxygerolan 5 mg Retardtabl. ....	G	N02AA05 .....	297
	Oxygerolan 10 mg Retardtabl. ....	G	N02AA05 .....	297
	Oxygerolan 20 mg Retardtabl. ....	G	N02AA05 .....	298
	Oxygerolan 40 mg Retardtabl. ....	G	N02AA05 .....	298
	Oxygerolan 80 mg Retardtabl. ....	G	N02AA05 .....	298
RE1	Ozempic 0,25 mg Inj.lsg Fertigpen (PM) .....	Y	A10BJ06 .....	387
RE1	Ozempic 0,5 mg Inj.lsg. Fertigpen (PM) .....	Y	A10BJ06 .....	387
RE1	Ozempic 1,0 mg Inj.lsg. Fertigpen (PM) .....	Y	A10BJ06 .....	388
IND	Palibon 100 mg + 150 mg Depot-Inj.susp. Fertigspr. Starterpackung .....	G	N05AX13 .....	335
IND	Palibon 25 mg Depot-Inj.susp. Fertigspr. ....	G	N05AX13 .....	335
IND	Palibon 50 mg Depot-Inj.susp. Fertigspr. ....	G	N05AX13 .....	335
IND	Palibon 75 mg Depot-Inj.susp. Fertigspr. ....	G	N05AX13 .....	335
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 .....	335
	Paliperidon "ratiopharm" 6 mg Retardtabl. ....	G	N05AX13 .....	335
	Paliperidon "ratiopharm" 9 mg Retardtabl. ....	G	N05AX13 .....	335
IND	Pamidronat Dinatrium "Pfizer" 3 mg/ml Konz. zur Herst. einer Inf.lsg. ....	G	M05BA03 .....	292
IND	Pamidronat Dinatrium "Pfizer" 9 mg/ml Konz. zur Herst. einer Inf.lsg. ....	G	M05BA03 .....	292
IND	Pamorelin LA 3,75 mg Plv. u. Lsgm. zur Herst. einer Inj.susp. ....	G	L02AE04 .....	271
IND	Pamorelin LA 11,25 mg Plv. u. Lsgm. zur Herst. einer Inj.susp. ....	G	L02AE04 .....	271
	Panchol 20 mg Tabl. ....	G	C10AA03 .....	227
	Panchol 40 mg Tabl. ....	G	C10AA03 .....	227
	Panprabene 20 mg magensaftresistente Tabl. ....	G	A02BC02 .....	165
	Panprabene 40 mg magensaftresistente Tabl. ....	G	A02BC02 .....	165
	Pantelmin Tabl. ....	G	P02CA01 .....	352
	Pantip 20 mg magensaftresistente Tabl. ....	G	A02BC02 .....	165
	Pantip 40 mg magensaftresistente Tabl. ....	G	A02BC02 .....	165
	Pantoloc 20 mg Filmtabl. ....	G	A02BC02 .....	165
	Pantoloc 40 mg Filmtabl. ....	G	A02BC02 .....	166
	Pantoprazol "l@ctavis" 20 mg magensaftresistente Tabl. ....	G	A02BC02 .....	165
	Pantoprazol "l@ctavis" 40 mg magensaftresistente Tabl. ....	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 "Alternova" 20 mg magensaftresistente Tabl. ....	G	A02BC02 .....	165
	Pantoprazol "Alternova" 40 mg magensaftresistente Tabl. ....	G	A02BC02 .....	166
	Pantoprazol "Bluefish" 20 mg magensaftresistente Tabl. ....	G	A02BC02 .....	165
	Pantoprazol "Bluefish" 40 mg magensaftresistente Tabl. ....	G	A02BC02 .....	166
	Pantoprazol "G.L." 20 mg magensaftresistente Tabl. ....	G	A02BC02 .....	165

KASS	Bezeichnung	Box	ATC	Seite
	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	305
	Paracetamol "Sandoz" 500 mg Tabl. ....	G	N02BE01	305
	Paracodin Tabl. ....	G	R05DA	362
	Paracodin Tropf. ....	G	R05DA	362
	Pariet 10 mg Filmtabl. ....	G	A02BC04	167
	Pariet 20 mg Filmtabl. ....	G	A02BC04	167
	ParkAkut 500 mg Filmtabl. ....	G	M01AG01	290
	Parkemed 125 mg Supp. ....	G	M01AG01	290
	Parkemed 500 mg Supp. ....	G	M01AG01	290
	Paroxat "Hexal" 10 mg Filmtabl. ....	G	N06AB05	340
	Paroxat "Hexal" 20 mg Filmtabl. ....	G	N06AB05	340
	Paroxat "Hexal" 30 mg Filmtabl. ....	G	N06AB05	340
	Paroxat "Hexal" 40 mg Filmtabl. ....	G	N06AB05	341
	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	341
	Paspertin 10 mg Amp. ....	G	A03FA01	169
	Paspertin Filmtabl. ....	G	A03FA01	169
RE2	Paxlovid 150 mg + 100 mg Filmtabl. (TM) ....	Y	J05AE30	466
RE2	Pegasys 135 mcg Inj.lsg. Fertigspr. ....	Y	L03AB11	511
RE2	Pegasys 180 mcg Inj.lsg. Fertigspr. ....	Y	L03AB11	511
	Pelgraz 6 mg Inj.lsg. Fertiginjektor ....	G	L03AA13	275
	Pelgraz 6 mg Inj.lsg. Fertigspr. ....	G	L03AA13	275
	Pelmeg 6 mg Inj.lsg. Fertigspr. ....	G	L03AA13	275
	Penbene 1 Mio. IE Filmtabl. ....	G	J01CE02	255
	Penbene 1,5 Mio. IE Filmtabl. ....	G	J01CE02	255
	Penstad V 1,5 Mio. IE Tabl. ....	G	J01CE02	255
RE1	Pentaglobin 50 g/l Inf.lsg. (2,5 g) ....	Y	J06BA02	480
RE1	Pentaglobin 50 g/l Inf.lsg. (5 g) ....	Y	J06BA02	480
	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	379
	Pentasa retard 4 g Gran. ....	G	A07EC02	173
RE2	Pentasa 1 g Zäpf. ....	Y	A07EC02	378
RE2	Pentasa Klyisma ....	Y	A07EC02	378
	Pentiro 50 mg/12,5 mg/200 mg Filmtabl. ....	G	N04BA03	319
	Pentiro 100 mg/25 mg/200 mg Filmtabl. ....	G	N04BA03	319

KASS	Bezeichnung	Box	ATC	Seite
	Pentiro 150 mg/37,5 mg/200 mg Filmtabl. ....	G	N04BA03.....	319
	Pentomer retard 400 mg Filmtabl. ....	G	C04AD03.....	207
	Pentomer retard 600 mg Filmtabl. ....	G	C04AD03.....	207
	Pentoxi "Genericon" retard 400 mg Filmtabl. ....	G	C04AD03.....	207
	Pentoxi "Genericon" retard 600 mg Filmtabl. ....	G	C04AD03.....	207
RE2	Perscleran 20 mg/ml Inj.lsg. Fertigspr. ....	Y	L03AX13.....	513
RE2	Perscleran 40 mg/ml Inj.lsg. Fertigspr. ....	Y	L03AX13.....	513
	Petinimid Kaps. ....	G	N03AD01.....	312
F14	Petinimid Sirup ....	G	N03AD01.....	312
	Pevaryl Creme.....	G	D01AC03.....	233
	Pevisone Creme.....	G	D01AC20.....	233
RE2	Physiolog. Kochsalzls. "Fresenius" Inf.fl. 250 ml.....	Y	B05BB01.....	417
RE2	Physiolog. Kochsalzls. "Fresenius" Inf.fl. 500 ml.....	Y	B05BB01.....	418
RE2	Physiolog. Kochsalzls. "Fresenius" Inf.fl. 1000 ml.....	Y	B05BB01.....	418
	Physiolog. Kochsalzls. "Fresenius" Plastikinf.fl. 250 ml.....	G	B05BB01.....	197
RE2	Physiolog. Kochsalzls. "Fresenius" Plastikinf.fl. 250 ml.....	Y	B05BB01.....	418
	Physiolog. Kochsalzls. "Fresenius" Plastikinf.fl. 500 ml.....	G	B05BB01.....	197
RE2	Physiolog. Kochsalzls. "Fresenius" Plastikinf.fl. 500 ml.....	Y	B05BB01.....	418
IND	Picoprep Plv. zur Herst. einer Lsg. zum Einnehmen.....	G	A06AB58.....	171
RE2	Pifeltro 100 mg Filmtabl.....	Y	J05AG06.....	472
	Pilocarpin Puroptal 2 % Augentropf. ....	G	S01EB01.....	367
IND	Pioglitazon "Accord" 15 mg Tabl. ....	G	A10BG03.....	178
IND	Pioglitazon "Accord" 30 mg Tabl. ....	G	A10BG03.....	178
IND	Pioglitazon "Accord" 45 mg Tabl. ....	G	A10BG03.....	179
IND	Pioglitazone "Actavis" 15 mg Tabl. ....	G	A10BG03.....	178
IND	Pioglitazone "Actavis" 30 mg Tabl. ....	G	A10BG03.....	178
IND	Pioglitazone "Actavis" 45 mg Tabl. ....	G	A10BG03.....	179
A	Pirfenidon "ratiopharm" 267 mg Filmtabl. ....	G	L04AX05.....	286
A	Pirfenidon "ratiopharm" 801 mg Filmtabl. ....	G	L04AX05.....	286
	PK-Merz-Schoeller 100 mg Filmtabl. ....	G	N04BB01.....	320
RE1	Plegridy 63 mcg, 94 mcg Inj.lsg. Fertigen Starterpackung..	Y	L03AB13.....	511
RE1	Plegridy 63 mcg, 94 mcg Inj.lsg. Fertigspr. Starterpackung..	Y	L03AB13.....	512
RE1	Plegridy 125 mcg Inj.lsg. Fertigen .....	Y	L03AB13.....	512
RE1	Plegridy 125 mcg Inj.lsg. Fertigspr. ....	Y	L03AB13.....	512
IND	Pleinvue Plv. zur Herst. einer Lsg. zum Einnehmen .....	G	A06AD65.....	171
	Plendil retard 2,5 mg Filmtabl. ....	G	C08CA02.....	213
	Plendil retard 5 mg Filmtabl. ....	G	C08CA02.....	213
RE1	Ponvory 2 mg, 3 mg, 4 mg, 5 mg, 6 mg, 7 mg, 8 mg, 9 mg, 10 mg Filmtabl. Starterpackung <sup>PM</sup> .....	Y	L04AE04.....	538
RE1	Ponvory 20 mg Filmtabl. <sup>PM</sup> .....	Y	L04AE04.....	538
RE2	Posaconazol "Accord" 100 mg magensaftresistente Tabl....	Y	J02AC04.....	462
RE2	Posaconazol "ratiopharm" 100 mg magensaftresistente Tabl. ....	Y	J02AC04.....	463
RE2	Posaconazol "Stada" 100 mg magensaftresistente Tabl. ....	Y	J02AC04.....	463
RE2	Posaconazol "AHCL" 40 mg/ml Susp. zum Einnehmen.....	Y	J02AC04.....	462
RE2	Potaba "Glenwood" 3 g Plv. ....	Y	D11AX23.....	446
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. Fertigen <sup>PM</sup> .....	Y	C10AX14.....	434
RE1	Praluent 150 mg Inj.lsg. Fertigen <sup>PM</sup> .....	Y	C10AX14.....	435

KASS	Bezeichnung	Box	ATC	Seite
RE1	Praluent 300 mg Inj.lsg. Fertigpen (PM).....	Y	C10AX14.....	436
	Pram 10 mg Filmtabl. ....	G	N06AB04.....	339
	Pram 20 mg Filmtabl. ....	G	N06AB04.....	340
	Pram 40 mg Filmtabl. ....	G	N06AB04.....	340
	Pramipexol "+pharma" 0,26 mg Retardtabl. ....	G	N04BC05.....	321
	Pramipexol "+pharma" 0,52 mg Retardtabl. ....	G	N04BC05.....	321
	Pramipexol "+pharma" 1,05 mg Retardtabl. ....	G	N04BC05.....	321
	Pramipexol "+pharma" 2,1 mg Retardtabl. ....	G	N04BC05.....	322
	Pramipexol "+pharma" 3,15 mg Retardtabl. ....	G	N04BC05.....	322
	Pramipexol "Actavis" 0,088 mg Tabl. ....	G	N04BC05.....	320
	Pramipexol "Actavis" 0,18 mg Tabl. ....	G	N04BC05.....	321
	Pramipexol "Actavis" 0,35 mg Tabl. ....	G	N04BC05.....	321
	Pramipexol "Actavis" 0,7 mg Tabl. ....	G	N04BC05.....	321
	Pramipexol "Genericon" 0,26 mg Retardtabl. ....	G	N04BC05.....	321
	Pramipexol "Genericon" 0,52 mg Retardtabl. ....	G	N04BC05.....	321
	Pramipexol "Genericon" 1,05 mg Retardtabl. ....	G	N04BC05.....	321
	Pramipexol "Genericon" 2,1 mg Retardtabl. ....	G	N04BC05.....	322
	Pramipexol "Genericon" 3,15 mg Retardtabl. ....	G	N04BC05.....	322
	Pramipexol "ratiopharm" 0,26 mg Retardtabl. ....	G	N04BC05.....	321
	Pramipexol "ratiopharm" 0,52 mg Retardtabl. ....	G	N04BC05.....	321
	Pramipexol "ratiopharm" 1,05 mg Retardtabl. ....	G	N04BC05.....	321
	Pramipexol "ratiopharm" 1,57 mg Retardtabl. ....	G	N04BC05.....	321
	Pramipexol "ratiopharm" 2,1 mg Retardtabl. ....	G	N04BC05.....	322
	Pramipexol "ratiopharm" 2,62 mg Retardtabl. ....	G	N04BC05.....	322
	Pramipexol "ratiopharm" 3,15 mg Retardtabl. ....	G	N04BC05.....	322
	Pramipexol "Sandoz" 0,26 mg Retardtabl. ....	G	N04BC05.....	321
	Pramipexol "Sandoz" 0,52 mg Retardtabl. ....	G	N04BC05.....	321
	Pramipexol "Sandoz" 1,05 mg Retardtabl. ....	G	N04BC05.....	321
	Pramipexol "Sandoz" 2,1 mg Retardtabl. ....	G	N04BC05.....	322
	Pramipexol "Sandoz" 3,15 mg Retardtabl. ....	G	N04BC05.....	322
	Pramipexol "Stada" 0,26 mg Retardtabl. ....	G	N04BC05.....	321
	Pramipexol "Stada" 0,52 mg Retardtabl. ....	G	N04BC05.....	321
	Pramipexol "Stada" 1,05 mg Retardtabl. ....	G	N04BC05.....	321
	Pramipexol "Stada" 2,1 mg Retardtabl. ....	G	N04BC05.....	322
	Pramipexol "Stada" 3,15 mg Retardtabl. ....	G	N04BC05.....	322
	Pramulex 5 mg Filmtabl. ....	G	N06AB10.....	342
	Pramulex 10 mg Filmtabl. ....	G	N06AB10.....	343
	Pramulex 15 mg Filmtabl. ....	G	N06AB10.....	343
	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.....	227
	Pravastatin "+pharma" 40 mg Filmtabl. ....	G	C10AA03.....	227
	Pravastatin "1A Pharma" 20 mg Tabl. ....	G	C10AA03.....	227
	Pravastatin "1A Pharma" 40 mg Tabl. ....	G	C10AA03.....	227
	Pravastatin "Genericon" 20 mg Filmtabl. ....	G	C10AA03.....	227
	Pravastatin "Genericon" 40 mg Filmtabl. ....	G	C10AA03.....	227
	Pravastatin "ratiopharm GmbH" 20 mg Tabl. ....	G	C10AA03.....	227
	Pravastatin "ratiopharm GmbH" 40 mg Tabl. ....	G	C10AA03.....	227
	Pravastatin "Sandoz" 20 mg Tabl. ....	G	C10AA03.....	227



KASS	Bezeichnung	Box	ATC	Seite
	Pravastatin "Sandoz" 40 mg Tabl.....	G	C10AA03 .....	227
	Praxiten 15 mg Tabl. ....	G	N05BA04 .....	337
	Praxiten 50 mg Tabl. ....	G	N05BA04 .....	337
Au	Prednifluid 10 mg/ml Augentropf.susp. ....	G	S01BA04 .....	365
	Prednisolon "Agepha" 5 mg Tabl. ....	G	H02AB06 .....	249
	Prednisolon "Nycomed" 5 mg Tabl.....	G	H02AB06 .....	249
IND	Prednisolon "Nycomed" 5 mg Tabl.....	G	H02AB06 .....	249
	Prednisolon "Nycomed" 25 mg Tabl.....	G	H02AB06 .....	250
	Pregabalin "Accord" 25 mg Hartkaps. ....	G	N02BF02 .....	306
	Pregabalin "Accord" 50 mg Hartkaps. ....	G	N02BF02 .....	307
	Pregabalin "Accord" 75 mg Hartkaps. ....	G	N02BF02 .....	307
	Pregabalin "Accord" 100 mg Hartkaps. ....	G	N02BF02 .....	307
	Pregabalin "Accord" 150 mg Hartkaps. ....	G	N02BF02 .....	308
	Pregabalin "Accord" 200 mg Hartkaps. ....	G	N02BF02 .....	308
	Pregabalin "Accord" 300 mg Hartkaps. ....	G	N02BF02 .....	308
	Pregabalin "Genericon" 25 mg Hartkaps.....	G	N02BF02 .....	307
	Pregabalin "Genericon" 50 mg Hartkaps.....	G	N02BF02 .....	307
	Pregabalin "Genericon" 75 mg Hartkaps.....	G	N02BF02 .....	307
	Pregabalin "Genericon" 100 mg Hartkaps.....	G	N02BF02 .....	307
	Pregabalin "Genericon" 150 mg Hartkaps.....	G	N02BF02 .....	308
	Pregabalin "Genericon" 200 mg Hartkaps.....	G	N02BF02 .....	308
	Pregabalin "Genericon" 300 mg Hartkaps.....	G	N02BF02 .....	308
	Pregabalin "Krka" 25 mg Hartkaps.....	G	N02BF02 .....	307
	Pregabalin "Krka" 50 mg Hartkaps.....	G	N02BF02 .....	307
	Pregabalin "Krka" 75 mg Hartkaps.....	G	N02BF02 .....	307
	Pregabalin "Krka" 100 mg Hartkaps.....	G	N02BF02 .....	308
	Pregabalin "Krka" 150 mg Hartkaps.....	G	N02BF02 .....	308
	Pregabalin "Krka" 200 mg Hartkaps.....	G	N02BF02 .....	308
	Pregabalin "Krka" 300 mg Hartkaps.....	G	N02BF02 .....	308
	Pregabalin "ratiopharm" 25 mg Hartkaps.....	G	N02BF02 .....	307
	Pregabalin "ratiopharm" 50 mg Hartkaps.....	G	N02BF02 .....	307
	Pregabalin "ratiopharm" 75 mg Hartkaps.....	G	N02BF02 .....	307
	Pregabalin "ratiopharm" 100 mg Hartkaps.....	G	N02BF02 .....	308
	Pregabalin "ratiopharm" 150 mg Hartkaps.....	G	N02BF02 .....	308
	Pregabalin "ratiopharm" 200 mg Hartkaps.....	G	N02BF02 .....	308
	Pregabalin "ratiopharm" 225 mg Hartkaps.....	G	N02BF02 .....	308
	Pregabalin "ratiopharm" 300 mg Hartkaps.....	G	N02BF02 .....	308
	Pregabalin "Sandoz" 25 mg Hartkaps.....	G	N02BF02 .....	307
	Pregabalin "Sandoz" 50 mg Hartkaps.....	G	N02BF02 .....	307
	Pregabalin "Sandoz" 75 mg Hartkaps.....	G	N02BF02 .....	307
	Pregabalin "Sandoz" 100 mg Hartkaps.....	G	N02BF02 .....	308
	Pregabalin "Sandoz" 150 mg Hartkaps.....	G	N02BF02 .....	308
	Pregabalin "Sandoz" 200 mg Hartkaps.....	G	N02BF02 .....	308
	Pregabalin "Sandoz" 300 mg Hartkaps.....	G	N02BF02 .....	308
	Pregamid 25 mg Hartkaps.....	G	N02BF02 .....	307
	Pregamid 50 mg Hartkaps.....	G	N02BF02 .....	307
	Pregamid 75 mg Hartkaps.....	G	N02BF02 .....	307
	Pregamid 100 mg Hartkaps.....	G	N02BF02 .....	308
	Pregamid 150 mg Hartkaps.....	G	N02BF02 .....	308
	Pregamid 200 mg Hartkaps.....	G	N02BF02 .....	308
	Pregamid 300 mg Hartkaps.....	G	N02BF02 .....	308
	PregaTab 25 mg Tabl.....	G	N02BF02 .....	307

KASS	Bezeichnung	Box	ATC	Seite
	PregaTab 50 mg Tabl.....	G	N02BF02	307
	PregaTab 75 mg Tabl.....	G	N02BF02	307
	PregaTab 100 mg Tabl.....	G	N02BF02	308
	PregaTab 150 mg Tabl.....	G	N02BF02	308
	PregaTab 200 mg Tabl.....	G	N02BF02	308
	PregaTab 300 mg Tabl.....	G	N02BF02	309
RE1	Prezista 600 mg Filmtabl.....	Y	J05AE10	465
RE2	Prezista 800 mg Filmtabl.....	Y	J05AE10	465
RE1	Pridax 20 mcg Konz. zur Herst. einer Inf.lsg.....	Y	C01EA01	421
RE1	Privigen 100 mg/ml Inf.lsg. (2,5 g/25 ml).....	Y	J06BA02	481
RE1	Privigen 100 mg/ml Inf.lsg. (5 g/50 ml).....	Y	J06BA02	481
RE1	Privigen 100 mg/ml Inf.lsg. (10 g/100 ml).....	Y	J06BA02	481
RE1	Privigen 100 mg/ml Inf.lsg. (20 g/200 ml).....	Y	J06BA02	481
RE1	Privigen 100 mg/ml Inf.lsg. (40 g/400 ml).....	Y	J06BA02	482
IND	Prograf 0,5 mg Kaps. ....	G	L04AD02	279
IND	Prograf 1 mg Kaps. ....	G	L04AD02	280
IND	Prograf 5 mg Kaps. ....	G	L04AD02	280
RE1	Prolastin 1.000 mg Plv. u. Lsgm. zur Herst. einer Inf.lsg. ....	Y	B02AB02	401
RE1	Prolastin 4.000 mg Plv. und Lsgm. zur Herst. einer Inf.lsg. (PM).....	Y	B02AB02	402
RE1	Prolastin 5.000 mg Plv. und Lsgm. zur Herst. einer Inf.lsg. (PM).....	Y	B02AB02	402
RE1	Prolia 60 mg Inj.lsg. Fertigspr.....	Y	M05BX04	555
	Pronerv Kaps.....	G	A11DB	181
U	Proscar 5 mg Filmtabl.....	G	G04CB01	247
	Prosicca Augentropf.....	G	S01XA20	370
U	Prosta Urgenin Kaps. ....	G	G04CX02	247
RE1	Prostavasin Trockensubst. zur Inf.bereitung.....	Y	C01EA01	421
	Prothiucil Tabl.....	G	H03BA02	252
D K	Protopic 0,03 % Salbe.....	G	D11AH01	241
D K	Protopic 0,1 % Salbe.....	G	D11AH01	241
	Proxen 500 mg Filmtabl. ....	G	M01AE02	289
D	Psorcutan Creme .....	G	D05AX02	235
D	Psorcutan Salbe .....	G	D05AX02	235
	Psychopax Tropf.....	G	N05BA01	337
F6J	Pulmicort 0,5 mg Susp. zur Inh. ....	G	R03BA02	359
	Pulmicort 1 mg Susp. zur Inh. ....	G	R03BA02	359
	Pulmicort Turbohaler 0,1 mg Dosier-Pulverinhalator .....	G	R03BA02	358
	Pulmicort Turbohaler 0,2 mg Dosier-Pulverinhalator .....	G	R03BA02	358
	Pulmicort Turbohaler 0,4 mg Dosier-Pulverinhalator .....	G	R03BA02	359
RE1	Pulmolan 20 mg Filmtabl.....	Y	C02KX	425
RE1	Pulmozyme 2.500 E/2,5 ml Inh.lsg.....	Y	R05CB13	604
RE1	Puregon 300 IE/0,36 ml Inj.lsg. ....	Y	G03GA06	448
RE1	Puregon 600 IE/0,72 ml Inj.lsg. ....	Y	G03GA06	448
	Puri-Nethol Tabl. ....	G	L01BB02	266
	Purinol 100 mg Tabl. ....	G	M04AA01	291
	Purinol 300 mg Tabl. ....	G	M04AA01	292
	Pyrafat 500 mg Tabl.....	G	J04AK01	263
RE2	Pyzchiva 45 mg Inj.lsg. Fertigspr. ....	Y	L04AC05	520
RE2	Pyzchiva 90 mg Inj.lsg. Fertigspr. ....	Y	L04AC05	523
RE2	Pyzchiva 130 mg Konz. zur Herst. einer Inf.lsg.....	Y	L04AC05	526
RE2	Qtern 5 mg/10 mg Filmtabl. (PM).....	Y	A10BD21	383

KASS	Bezeichnung	Box	ATC	Seite
IND	Quantalan zuckerfreies Plv. ....	G	C10AC01.....	230
	Quetialan 25 mg Filmtabl. ....	G	N05AH04.....	327
	Quetialan 100 mg Filmtabl. ....	G	N05AH04.....	328
	Quetialan 200 mg Filmtabl. ....	G	N05AH04.....	329
	Quetialan 300 mg Filmtabl. ....	G	N05AH04.....	329
	Quetialan XR 50 mg Retardtabl. ....	G	N05AH04.....	328
	Quetialan XR 150 mg Retardtabl. ....	G	N05AH04.....	328
	Quetialan XR 200 mg Retardtabl. ....	G	N05AH04.....	329
	Quetialan XR 300 mg Retardtabl. ....	G	N05AH04.....	329
	Quetialan XR 400 mg Retardtabl. ....	G	N05AH04.....	330
	Quetiapin "+pharma" 25 mg Filmtabl. ....	G	N05AH04.....	327
	Quetiapin "+pharma" 100 mg Filmtabl. ....	G	N05AH04.....	328
	Quetiapin "+pharma" 200 mg Filmtabl. ....	G	N05AH04.....	329
	Quetiapin "+pharma" 300 mg Filmtabl. ....	G	N05AH04.....	329
	Quetiapin "1A Pharma" 25 mg Filmtabl. ....	G	N05AH04.....	327
	Quetiapin "1A Pharma" 100 mg Filmtabl. ....	G	N05AH04.....	328
	Quetiapin "1A Pharma" 200 mg Filmtabl. ....	G	N05AH04.....	329
	Quetiapin "1A Pharma" 300 mg Filmtabl. ....	G	N05AH04.....	329
	Quetiapin "Accord" 50 mg Retardtabl. ....	G	N05AH04.....	328
	Quetiapin "Accord" 150 mg Retardtabl. ....	G	N05AH04.....	328
	Quetiapin "Accord" 400 mg Retardtabl. ....	G	N05AH04.....	330
	Quetiapin "Aristo" 25 mg Filmtabl. ....	G	N05AH04.....	327
	Quetiapin "Aristo" 100 mg Filmtabl. ....	G	N05AH04.....	328
	Quetiapin "Aristo" 200 mg Filmtabl. ....	G	N05AH04.....	329
	Quetiapin "Aristo" 300 mg Filmtabl. ....	G	N05AH04.....	329
	Quetiapin "G.L." 25 mg Filmtabl. ....	G	N05AH04.....	328
	Quetiapin "G.L." 100 mg Filmtabl. ....	G	N05AH04.....	328
	Quetiapin "G.L." 200 mg Filmtabl. ....	G	N05AH04.....	329
	Quetiapin "G.L." 300 mg Filmtabl. ....	G	N05AH04.....	329
	Quetiapin "Genericon" 25 mg Filmtabl. ....	G	N05AH04.....	328
	Quetiapin "Genericon" 100 mg Filmtabl. ....	G	N05AH04.....	328
	Quetiapin "Genericon" 200 mg Filmtabl. ....	G	N05AH04.....	329
	Quetiapin "Genericon" 300 mg Filmtabl. ....	G	N05AH04.....	329
	Quetiapin "Krka" 25 mg Filmtabl. ....	G	N05AH04.....	328
	Quetiapin "Krka" 100 mg Filmtabl. ....	G	N05AH04.....	328
	Quetiapin "Krka" 200 mg Filmtabl. ....	G	N05AH04.....	329
	Quetiapin "Krka" 300 mg Filmtabl. ....	G	N05AH04.....	329
	Quetiapin "neuraxpharm" 50 mg Retardtabl. ....	G	N05AH04.....	328
	Quetiapin "neuraxpharm" 150 mg Retardtabl. ....	G	N05AH04.....	328
	Quetiapin "neuraxpharm" 200 mg Retardtabl. ....	G	N05AH04.....	329
	Quetiapin "neuraxpharm" 300 mg Retardtabl. ....	G	N05AH04.....	329
	Quetiapin "neuraxpharm" 400 mg Retardtabl. ....	G	N05AH04.....	330
	Quetiapin "ratiopharm" 25 mg Filmtabl. ....	G	N05AH04.....	328
	Quetiapin "ratiopharm" 100 mg Filmtabl. ....	G	N05AH04.....	328
	Quetiapin "ratiopharm" 200 mg Filmtabl. ....	G	N05AH04.....	329
	Quetiapin "ratiopharm" 300 mg Filmtabl. ....	G	N05AH04.....	329
	Quetiapin "Sandoz" 25 mg Filmtabl. ....	G	N05AH04.....	328
	Quetiapin "Sandoz" 100 mg Filmtabl. ....	G	N05AH04.....	328
	Quetiapin "Sandoz" 200 mg Filmtabl. ....	G	N05AH04.....	329
	Quetiapin "Sandoz" 300 mg Filmtabl. ....	G	N05AH04.....	329
	Quetiapin "Sandoz" 50 mg Retardtabl. ....	G	N05AH04.....	328
	Quetiapin "Sandoz" 150 mg Retardtabl. ....	G	N05AH04.....	329

KASS	Bezeichnung	Box	ATC	Seite
	Quetiapin "Sandoz" 200 mg Retardtabl.....	G	N05AH04.....	329
	Quetiapin "Sandoz" 300 mg Retardtabl.....	G	N05AH04.....	329
	Quetiapin "Sandoz" 400 mg Retardtabl.....	G	N05AH04.....	330
	Quetiapin "Stada" 50 mg Retardtabl.....	G	N05AH04.....	328
	Quetiapin "Stada" 200 mg Retardtabl.....	G	N05AH04.....	329
	Quetiapin "Stada" 300 mg Retardtabl.....	G	N05AH04.....	329
	Quetiapin "Stada" 400 mg Retardtabl.....	G	N05AH04.....	330
	Quilonorm retard Filmtabl.....	G	N05AN01.....	331
RE1	Qutenza 179 mg kutanes Pflaster.....	Y	N01BX04.....	557
	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.....	371
IND	Raloxifen "Stada" 60 mg Filmtabl.....	G	G03XC01.....	244
	Ramicomp "Genericon" mite Tabl.....	G	C09BA05.....	218
	Ramicomp "Genericon" Tabl.....	G	C09BA05.....	218
	Ramipril "1A Pharma" 1,25 mg Tabl.....	G	C09AA05.....	215
	Ramipril "1A Pharma" 2,5 mg Tabl.....	G	C09AA05.....	215
	Ramipril "1A Pharma" 5 mg Tabl.....	G	C09AA05.....	216
	Ramipril "1A Pharma" 7,5 mg Tabl.....	G	C09AA05.....	216
	Ramipril "1A Pharma" 10 mg Tabl.....	G	C09AA05.....	216
	Ramipril "Actavis" 2,5 mg Tabl.....	G	C09AA05.....	215
	Ramipril "Actavis" 5 mg Tabl.....	G	C09AA05.....	216
	Ramipril "Actavis" 10 mg Tabl.....	G	C09AA05.....	216
	Ramipril "Genericon" 2,5 mg Tabl.....	G	C09AA05.....	215
	Ramipril "Genericon" 5 mg Tabl.....	G	C09AA05.....	216
	Ramipril "Genericon" 10 mg Tabl.....	G	C09AA05.....	216
	Ramipril "Hexal" 2,5 mg Tabl.....	G	C09AA05.....	216
	Ramipril "Hexal" 5 mg Tabl.....	G	C09AA05.....	216
	Ramipril "Hexal" 7,5 mg Tabl.....	G	C09AA05.....	216
	Ramipril "Hexal" 10 mg Tabl.....	G	C09AA05.....	216
	Ramipril "Krka" 2,5 mg Tabl.....	G	C09AA05.....	216
	Ramipril "Krka" 5 mg Tabl.....	G	C09AA05.....	216
	Ramipril "Krka" 10 mg Tabl.....	G	C09AA05.....	216
	Ramipril "ratiopharm" 2,5 mg Tabl.....	G	C09AA05.....	216
	Ramipril "ratiopharm" 5 mg Tabl.....	G	C09AA05.....	216
	Ramipril "ratiopharm" 10 mg Tabl.....	G	C09AA05.....	216
	Ramipril "Sandoz" 2,5 mg Tabl.....	G	C09AA05.....	216
	Ramipril "Sandoz" 5 mg Tabl.....	G	C09AA05.....	216
	Ramipril "Sandoz" 10 mg Tabl.....	G	C09AA05.....	216
	Ramipril/Amlodipin "Genericon" 2,5 mg/5 mg Hartkaps.....	G	C09BB07.....	219
	Ramipril/Amlodipin "Genericon" 5 mg/5 mg Hartkaps.....	G	C09BB07.....	219
	Ramipril/Amlodipin "Genericon" 5 mg/10 mg Hartkaps.....	G	C09BB07.....	219
	Ramipril/Amlodipin "Genericon" 10 mg/5 mg Hartkaps.....	G	C09BB07.....	219
	Ramipril/Amlodipin "Genericon" 10 mg/10 mg Hartkaps.....	G	C09BB07.....	219
	Ramipril/Amlodipin/HCT "1A Pharma" 5 mg/5 mg/12,5 mg Hartkaps.....	G	C09BX03.....	219
	Ramipril/Amlodipin/HCT "1A Pharma" 5 mg/5 mg/25 mg Hartkaps.....	G	C09BX03.....	219
	Ramipril/Amlodipin/HCT "1A Pharma" 10 mg/5 mg/25 mg Hartkaps.....	G	C09BX03.....	219

KASS	Bezeichnung	Box	ATC	Seite
	Ramipril/Amlodipin/HCT "1A Pharma" 10 mg/10 mg/25 mg Hartkaps.	G	C09BX03	219
	Ramipril/Amlodipin/HCT "Genericon" 5 mg/5 mg/12,5 mg Hartkaps.	G	C09BX03	219
	Ramipril/Amlodipin/HCT "Genericon" 5 mg/5 mg/25 mg Hartkaps.	G	C09BX03	219
	Ramipril/Amlodipin/HCT "Genericon" 10 mg/5 mg/25 mg Hartkaps.	G	C09BX03	219
	Ramipril/Amlodipin/HCT "Genericon" 10 mg/10 mg/25 mg Hartkaps.	G	C09BX03	219
	Ramipril/HCT "1A Pharma" 2,5 mg/12,5 mg Tabl.	G	C09BA05	218
	Ramipril/HCT "1A Pharma" 5 mg/25 mg Tabl.	G	C09BA05	218
	Ramipril/HCT "Actavis" 2,5 mg/12,5 mg Tabl.	G	C09BA05	218
	Ramipril/HCT "Actavis" 5 mg/12,5 mg Tabl.	G	C09BA05	218
	Ramipril/HCT "Actavis" 5 mg/25 mg Tabl.	G	C09BA05	218
	Ramipril/HCT "Hexal" 2,5 mg/12,5 mg Tabl.	G	C09BA05	218
	Ramipril/HCT "Hexal" 5 mg/25 mg Tabl.	G	C09BA05	218
	Ramipril/HCT "Krka" 2,5 mg/12,5 mg Tabl.	G	C09BA05	218
	Ramipril/HCT "Krka" 5 mg/25 mg Tabl.	G	C09BA05	218
	Ramipril/HCT "ratiopharm" 2,5 mg/12,5 mg Tabl.	G	C09BA05	218
	Ramipril/HCT "ratiopharm" 5 mg/25 mg Tabl.	G	C09BA05	218
	Ramipril/HCT "Sandoz" 2,5 mg/12,5 mg Tabl.	G	C09BA05	218
	Ramipril/HCT "Sandoz" 5 mg/25 mg Tabl.	G	C09BA05	218
	Ramlolan 2,5 mg/5 mg Hartkaps.	G	C09BB07	219
	Ramlolan 5 mg/5 mg Hartkaps.	G	C09BB07	219
	Ramlolan 5 mg/10 mg Hartkaps.	G	C09BB07	219
	Ramlolan 10 mg/5 mg Hartkaps.	G	C09BB07	219
	Ramlolan 10 mg/10 mg Hartkaps.	G	C09BB07	219
	Ramlolan/HCT 5 mg/5 mg/12,5 mg Hartkaps.	G	C09BX03	219
	Ramlolan/HCT 5 mg/5 mg/25 mg Hartkaps.	G	C09BX03	219
	Ramlolan/HCT 10 mg/5 mg/25 mg Hartkaps.	G	C09BX03	219
	Ramlolan/HCT 10 mg/10 mg/25 mg Hartkaps.	G	C09BX03	219
RE1	Ranexa 375 mg Retardtabl.	Y	C01EB18	421
RE1	Ranexa 500 mg Retardtabl.	Y	C01EB18	421
RE1	Ranexa 750 mg Retardtabl.	Y	C01EB18	421
	Ranogelan 375 mg Retardtabl.	G	C01EB18	200
	Ranogelan 500 mg Retardtabl.	G	C01EB18	200
	Ranogelan 750 mg Retardtabl.	G	C01EB18	201
	Ranolazin "Genericon" 375 mg Retardtabl.	G	C01EB18	200
	Ranolazin "Genericon" 500 mg Retardtabl.	G	C01EB18	200
	Ranolazin "Genericon" 750 mg Retardtabl.	G	C01EB18	201
	Ranolazin "ratiopharm" 375 mg Retardtabl.	G	C01EB18	200
	Ranolazin "ratiopharm" 500 mg Retardtabl.	G	C01EB18	201
	Ranolazin "ratiopharm" 750 mg Retardtabl.	G	C01EB18	201
RE2	Rapamune 0,5 mg überzogene Tabl.	Y	L04AH01	547
RE2	Rapamune 1 mg überzogene Tabl.	Y	L04AH01	547
RE2	Rapamune 2 mg überzogene Tabl.	Y	L04AH01	548
RE2	Rapamune 1 mg/1 ml Lsg. zum Einnehmen	Y	L04AH01	548
	Rasagilin "+pharma" 1 mg Tabl.	G	N04BD02	323
	Rasagilin "1A Pharma" 1 mg Tabl.	G	N04BD02	323
	Rasagilin "Aristo" 1 mg Tabl.	G	N04BD02	323
	Rasagilin "Bluefish" 1 mg Tabl.	G	N04BD02	323

KASS	Bezeichnung	Box	ATC	Seite
	Rasagilin "HCS" 1 mg Tabl. ....	G	N04BD02	323
	Rasagilin "ratiopharm" 1 mg Tabl. ....	G	N04BD02	323
	Rasagilin "Sandoz" 1 mg Tabl. ....	G	N04BD02	323
	Rasagilin "Stada" 1 mg Tabl. ....	G	N04BD02	323
	Rasigerolan 1 mg Tabl. ....	G	N04BD02	323
IND	Rasilez 150 mg Filmtabl. ....	G	C09XA02	226
IND	Rasilez 300 mg Filmtabl. ....	G	C09XA02	226
	Ratiograstim 30 Mio IE/0,5 ml mini-Fertigspr. ....	G	L03AA02	274
	Ratiograstim 48 Mio IE/0,5 ml mini-Fertigspr. ....	G	L03AA02	274
	Reagila 1,5 mg Hartkaps. <sup>PM</sup> .....	G	N05AX15	336
	Reagila 3 mg Hartkaps. <sup>PM</sup> .....	G	N05AX15	336
	Reagila 4,5 mg Hartkaps. <sup>PM</sup> .....	G	N05AX15	336
	Reagila 6 mg Hartkaps. <sup>PM</sup> .....	G	N05AX15	336
RE1	Rebif 22 mcg Inj.lsg. Fertigpen.....	Y	L03AB07	509
RE1	Rebif 44 mcg Inj.lsg. Fertigpen.....	Y	L03AB07	510
RE1	Rebif Inj.lsg. Fertigspr. Starterpackung .....	Y	L03AB07	509
RE1	Rebif 22 mcg Inj.lsg. Fertigspr.....	Y	L03AB07	509
RE1	Rebif 44 mcg Inj.lsg. Fertigspr.....	Y	L03AB07	510
RE1	Rebif Inj.lsg. Patronen Starterpackung.....	Y	L03AB07	509
RE1	Rebif 22 mcg/0,5 ml Inj.lsg. Patronen .....	Y	L03AB07	509
RE1	Rebif 44 mcg/0,5 ml Inj.lsg. Patronen .....	Y	L03AB07	510
	Rectodelt 100 mg Zäpf. ....	G	H02AB07	250
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	405
RE1	ReFacto AF 1000 IE Plv. und Lsgm. zur Herst. einer Inj.lsg. Fertigspr. ....	Y	B02BD02	405
RE1	Refixia 500 IE Plv. und Lsgm. zur Herst. einer Inj.lsg. ....	Y	B02BD04	406
RE1	Refixia 1000 IE Plv. und Lsgm. zur Herst. einer Inj.lsg. ....	Y	B02BD04	406
RE1	Refixia 2000 IE Plv. und Lsgm. zur Herst. einer Inj.lsg. ....	Y	B02BD04	406
	Refobacin Creme .....	G	D06AX07	236
RE1	Rekambys 900 mg Depot-Inj.susp. <sup>PM</sup> .....	Y	J05AG05	472
RE2	Relenza Rotadisks 5 mg/Dosis einzeldosiertes Plv. zur Inh. ....	Y	J05AH01	472
IND	Relestat 0,5 mg/ml Augentropf.....	G	S01GX10	370
RE1	Relistor 12 mg/0,6 ml Inj.lsg. ....	Y	A06AH01	377
IND	Relpax 20 mg Filmtabl.....	G	N02CC06	309
IND	Relpax 40 mg Filmtabl.....	G	N02CC06	310
IND	Relvar Ellipta 92 mcg/22 mcg einzeldosiertes Plv. zur Inh. <sup>PM</sup> .....	G	R03AK10	356
RE2	Reminyl retard 8 mg Kaps.....	Y	N06DA04	582
RE2	Reminyl retard 16 mg Kaps.....	Y	N06DA04	584
RE2	Reminyl retard 24 mg Kaps.....	Y	N06DA04	585
RE2	Reminyl 4 mg/ml Lsg. ....	Y	N06DA04	581
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	277
	Renistad 5 mg Tabl. ....	G	C09AA02	214
	Renistad 10 mg Tabl. ....	G	C09AA02	214
	Renistad 20 mg Tabl. ....	G	C09AA02	215

KASS	Bezeichnung	Box	ATC	Seite
	Renitec 5 mg Tabl. ....	G	C09AA02	214
	Renitec 10 mg Tabl. ....	G	C09AA02	214
	Renitec 20 mg Tabl. ....	G	C09AA02	215
RE2	Renvela 800 mg Filmtabl. ....	Y	V03AE02	616
RE2	Renvela 2,4 g Plv. zur Herst. einer Susp. zum Einnehmen ..	Y	V03AE02	617
	Repaglinid "Accord" 0,5 mg Tabl. ....	G	A10BX02	180
	Repaglinid "Accord" 1 mg Tabl. ....	G	A10BX02	180
	Repaglinid "Accord" 2 mg Tabl. ....	G	A10BX02	180
	Repaglinid "Actavis" 0,5 mg Tabl. ....	G	A10BX02	180
	Repaglinid "Actavis" 1 mg Tabl. ....	G	A10BX02	180
	Repaglinid "Actavis" 2 mg Tabl. ....	G	A10BX02	180
	Repaglinid "ratiopharm" 0,5 mg Tabl. ....	G	A10BX02	180
	Repaglinid "ratiopharm" 1 mg Tabl. ....	G	A10BX02	180
	Repaglinid "ratiopharm" 2 mg Tabl. ....	G	A10BX02	180
	Repaglinid "Stada" 0,5 mg Tabl. ....	G	A10BX02	180
	Repaglinid "Stada" 1 mg Tabl. ....	G	A10BX02	180
	Repaglinid "Stada" 2 mg Tabl. ....	G	A10BX02	180
	Reparil 20 mg Drag. ....	G	C05CX	208
RE1	Repatha 140 mg Inj.lsg. Fertigpen (PM) .....	Y	C10AX13	433
RE1	Replagal 1 mg/ml Konz. zur Herst. einer Inf.lsg. ....	Y	A16AB03	389
	Requip 0,25 mg Filmtabl. ....	G	N04BC04	320
	Requip 1 mg Filmtabl. ....	G	N04BC04	320
	Requip 2 mg Filmtabl. ....	G	N04BC04	320
	Requip 5 mg Filmtabl. ....	G	N04BC04	320
	Requip Modutab 2 mg Retardtabl. ....	G	N04BC04	320
	Requip Modutab 4 mg Retardtabl. ....	G	N04BC04	320
	Requip Modutab 8 mg Retardtabl. ....	G	N04BC04	320
	Resonium A Plv. ....	G	V03AE01	372
RE1	Respreeza 1.000 mg Plv. und Lsgm. zur Herst. einer Inf.lsg. ....	Y	B02AB02	401
RE1	Respreeza 4.000 mg Plv. und Lsgm. zur Herst. einer Inf.lsg. (PM) .....	Y	B02AB02	402
RE1	Respreeza 5.000 mg Plv. und Lsgm. zur Herst. einer Inf.lsg. (PM) .....	Y	B02AB02	402
	Restex 100 mg/25 mg Retardkaps. ....	G	N04BA02	319
	Restex 100 mg/25 mg Tabl. ....	G	N04BA02	319
	Resyl c. Cod. Tropf. ....	G	R05FA02	362
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	412
RE1	Retacrit 4.000 IE/0,4 ml Inj.lsg. Fertigspr. ....	Y	B03XA01	413
RE1	Retacrit 5.000 IE/0,5 ml Inj.lsg. Fertigspr. ....	Y	B03XA01	414
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	415
IND	Retacrit 10.000 IE/1,0 ml Inj.lsg. Fertigspr. ....	G	B03XA01	192
IND	Retacrit 20.000 IE/0,5 ml Inj.lsg. Fertigspr. ....	G	B03XA01	193
IND	Retacrit 30.000 IE/0,75 ml Inj.lsg. Fertigspr. ....	G	B03XA01	194
IND	Retacrit 40.000 IE/1,0 ml Inj.lsg. Fertigspr. ....	G	B03XA01	195
	Retarpen 2,4 Mio IE Plv. und Lsgm. zur Herst. einer Inj.susp. ....	G	J01CE08	255
RE2	Retrovir 100 mg/10 ml Saft. ....	Y	J05AF01	466
RE1	Revatio 20 mg Filmtabl. ....	Y	C02KX	425

KASS	Bezeichnung	Box	ATC	Seite
IND	Revlimid 2,5 mg Hartkaps. ....	G	L04AX04.....	282
IND	Revlimid 5 mg Hartkaps. ....	G	L04AX04.....	283
IND	Revlimid 7,5 mg Hartkaps. ....	G	L04AX04.....	283
IND	Revlimid 10 mg Hartkaps. ....	G	L04AX04.....	284
IND	Revlimid 15 mg Hartkaps. ....	G	L04AX04.....	285
IND	Revlimid 20 mg Hartkaps. ....	G	L04AX04.....	285
IND	Revlimid 25 mg Hartkaps. ....	G	L04AX04.....	286
RE1	Revolade 25 mg Filmtabl. ....	Y	B02BX05.....	408
RE1	Revolade 50 mg Filmtabl. ....	Y	B02BX05.....	408
RE1	Revolade 75 mg Filmtabl. ....	Y	B02BX05.....	408
RE2	Reyataz 200 mg Hartkaps. ....	Y	J05AE08.....	465
RE2	Reyataz 300 mg Hartkaps. ....	Y	J05AE08.....	465
	Rheumon Gel .....	G	M02AA06.....	290
	Rheutrop retard Kaps. ....	G	M01AB11.....	288
	Rhinon Nasentropf. ....	G	R01AA08.....	353
	Rhinoperd Nasentropf. ....	G	R01AA08.....	353
RE2	Rhophylac 300 mcg/2 ml Inj.lsg. Fertigspr. ....	Y	J06BB01.....	482
IND	Rifoldin 150 mg Kaps. ....	G	J04AB02.....	263
	Rifoldin 300 mg + INH Drag. ....	G	J04AM02.....	263
	Rilmenidin "ratiopharm" 1 mg Tabl. ....	G	C02AC06.....	201
	Rilmenidin "Zentiva" 1 mg Tabl. ....	G	C02AC06.....	201
RE2	Rilutek 50 mg Filmtabl. ....	Y	N07XX02.....	594
RE2	Riluzol "Aristo" 50 mg Filmtabl. ....	Y	N07XX02.....	594
RE2	Riluzol "PMCS" 50 mg Filmtabl. ....	Y	N07XX02.....	594
RE2	Riluzol "Stada" 50 mg Filmtabl. ....	Y	N07XX02.....	594
RE2	Ringer-Lactat-Lsg. "Fresenius" Glasinf.fl. 1000 ml. ....	Y	B05BB01.....	418
RE2	Ringer-Lactat-Lsg. "Fresenius" Plastikinf.fl. 500 ml. ....	Y	B05BB01.....	418
	Ringer-Lactat nach Hartmann "Med." Plastikinf.fl. 500 ml. ....	G	B05BB01.....	198
RE2	Ringer-Lsg. "Fresenius" Plastikinf.fl. 250 ml. ....	Y	B05BB01.....	418
RE2	Ringer-Lsg. "Fresenius" Plastikinf.fl. 500 ml. ....	Y	B05BB01.....	418
	Ringer-Lsg. "Med." Plastikinf.fl. 500 ml. ....	G	B05BB01.....	198
RE2	Ringer-Lsg. "Med." Plastikinf.fl. 500 ml. ....	Y	B05BB01.....	418
RE2	Rinvoq 15 mg Retardtabl. $\text{PM}$ .....	Y	L04AF03.....	541
RE2	Rinvoq 30 mg Retardtabl. $\text{PM}$ .....	Y	L04AF03.....	542
RE2	Rinvoq 45 mg Retardtabl. $\text{PM}$ .....	Y	L04AF03.....	542
	Risedronat "Stada" einmal wöchentlich 35 mg Filmtabl. ....	G	M05BA07.....	294
	Risedronsäure "Bluefish" einmal wöchentlich 35 mg Filmtabl. ....	G	M05BA07.....	294
	Risperdal 1 mg Filmtabl. ....	G	N05AX08.....	331
	Risperdal 2 mg Filmtabl. ....	G	N05AX08.....	331
	Risperdal 3 mg Filmtabl. ....	G	N05AX08.....	332
	Risperdal 4 mg Filmtabl. ....	G	N05AX08.....	332
	Risperdal 1 mg/ml orale Lsg. ....	G	N05AX08.....	331
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.....	333
	Risperidon "+pharma" 1 mg Filmtabl. ....	G	N05AX08.....	331
	Risperidon "+pharma" 2 mg Filmtabl. ....	G	N05AX08.....	331
	Risperidon "+pharma" 3 mg Filmtabl. ....	G	N05AX08.....	332



KASS	Bezeichnung	Box	ATC	Seite
	Risperidon "+pharma" 4 mg Filmtabl.....	G	N05AX08.....	332
	Risperidon "1A Pharma" 0,5 mg Filmtabl.....	G	N05AX08.....	331
	Risperidon "1A Pharma" 1 mg Filmtabl.....	G	N05AX08.....	331
	Risperidon "1A Pharma" 2 mg Filmtabl.....	G	N05AX08.....	331
	Risperidon "1A Pharma" 3 mg Filmtabl.....	G	N05AX08.....	332
	Risperidon "1A Pharma" 4 mg Filmtabl.....	G	N05AX08.....	332
	Risperidon "Actavis" 1 mg Filmtabl.....	G	N05AX08.....	331
	Risperidon "Actavis" 2 mg Filmtabl.....	G	N05AX08.....	331
	Risperidon "Actavis" 3 mg Filmtabl.....	G	N05AX08.....	332
	Risperidon "Actavis" 4 mg Filmtabl.....	G	N05AX08.....	332
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.....	333
IND	Risperidon "Actavis" 50 mg Plv. u. Lsgm. zur Herst. einer Depot-Inj.susp.....	G	N05AX08.....	333
	Risperidon "Aristo" 1 mg Filmtabl.....	G	N05AX08.....	331
	Risperidon "Aristo" 2 mg Filmtabl.....	G	N05AX08.....	331
	Risperidon "Aristo" 3 mg Filmtabl.....	G	N05AX08.....	332
	Risperidon "Aristo" 4 mg Filmtabl.....	G	N05AX08.....	332
	Risperidon "Genericon" 1 mg Filmtabl.....	G	N05AX08.....	331
	Risperidon "Genericon" 2 mg Filmtabl.....	G	N05AX08.....	331
	Risperidon "Genericon" 3 mg Filmtabl.....	G	N05AX08.....	332
	Risperidon "Genericon" 4 mg Filmtabl.....	G	N05AX08.....	332
	Risperidon "ratiopharm" 1 mg Filmtabl.....	G	N05AX08.....	331
	Risperidon "ratiopharm" 2 mg Filmtabl.....	G	N05AX08.....	332
	Risperidon "ratiopharm" 3 mg Filmtabl.....	G	N05AX08.....	332
	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.....	333
IND	Risperidon "ratiopharm" 50 mg Plv. u. Lsgm. zur Herst. einer Depot-Inj.susp.....	G	N05AX08.....	333
	Risperidon "Sandoz" 0,25 mg Filmtabl.....	G	N05AX08.....	331
	Risperidon "Sandoz" 0,5 mg Filmtabl.....	G	N05AX08.....	331
	Risperidon "Sandoz" 1 mg Filmtabl.....	G	N05AX08.....	331
	Risperidon "Sandoz" 2 mg Filmtabl.....	G	N05AX08.....	332
	Risperidon "Sandoz" 3 mg Filmtabl.....	G	N05AX08.....	332
	Risperidon "Sandoz" 4 mg Filmtabl.....	G	N05AX08.....	332
	Risperidon "Sandoz" 0,5 mg Schmelztabl.....	G	N05AX08.....	331
	Risperidon "Sandoz" 1 mg Schmelztabl.....	G	N05AX08.....	331
	Risperidon "Sandoz" 2 mg Schmelztabl.....	G	N05AX08.....	332
KNP	Ritalin 10 mg Tabl.....	G	N06BA04.....	347
RE1	Ritalin LA 20 mg Kaps.....	Y	N06BA04.....	565
RE1	Ritalin LA 30 mg Kaps.....	Y	N06BA04.....	566
RE1	Ritalin LA 40 mg Kaps.....	Y	N06BA04.....	566
RE2	Ritonavir "Accord" 100 mg Filmtabl.....	Y	J05AE03.....	465
	Rivacor 5 mg Filmtabl.....	G	C07AB07.....	210
	Rivacor 10 mg Filmtabl.....	G	C07AB07.....	210
RE2	Rivagelan 4,6 mg/24 h transdermales Pflaster.....	Y	N06DA03.....	577

KASS	Bezeichnung	Box	ATC	Seite
RE2	Rivagelan 9,5 mg/24 h transdermales Pflaster .....	Y	N06DA03 .....	579
IND	Rivastigmin "1A Pharma" 4,6 mg/24 h transdermales Pflaster .....	G	N06DA03 .....	349
IND	Rivastigmin "1A Pharma" 9,5 mg/24 h transdermales Pflaster .....	G	N06DA03 .....	349
IND	Rivastigmin "1A Pharma" 13,3 mg/24 h transdermales Pflaster .....	G	N06DA03 .....	349
RE2	Rivastigmin "Actavis" 1,5 mg Hartkaps. ....	Y	N06DA03 .....	574
RE2	Rivastigmin "Actavis" 3 mg Hartkaps. ....	Y	N06DA03 .....	575
RE2	Rivastigmin "Actavis" 4,5 mg Hartkaps. ....	Y	N06DA03 .....	576
RE2	Rivastigmin "Actavis" 6 mg Hartkaps. ....	Y	N06DA03 .....	578
RE2	Rivastigmin "ratiopharm" 4,6 mg/24 h transdermales Pflaster .....	Y	N06DA03 .....	577
RE2	Rivastigmin "ratiopharm" 9,5 mg/24 h transdermales Pflaster .....	Y	N06DA03 .....	579
RE2	Rivastigmin "ratiopharm" 13,3 mg/24 h transdermales Pflaster .....	Y	N06DA03 .....	580
RE2	Rivastigmin "Sandoz" 1,5 mg Hartkaps. ....	Y	N06DA03 .....	574
RE2	Rivastigmin "Sandoz" 3 mg Hartkaps. ....	Y	N06DA03 .....	575
RE2	Rivastigmin "Sandoz" 4,5 mg Hartkaps. ....	Y	N06DA03 .....	576
RE2	Rivastigmin "Sandoz" 6 mg Hartkaps. ....	Y	N06DA03 .....	578
RE2	Rivastigmin "Sandoz" 4,6 mg/24 h transdermales Pflaster ...	Y	N06DA03 .....	577
RE2	Rivastigmin "Sandoz" 9,5 mg/24 h transdermales Pflaster ...	Y	N06DA03 .....	580
RE2	Rivastigmin "Sandoz" 13,3 mg/24 h transdermales Pflaster ..	Y	N06DA03 .....	581
IND	Rivastigmin "Stada" 4,6 mg/24 h transdermales Pflaster .....	G	N06DA03 .....	349
IND	Rivastigmin "Stada" 9,5 mg/24 h transdermales Pflaster .....	G	N06DA03 .....	349
IND	Rivastigmin "Stada" 13,3 mg/24 h transdermales Pflaster ...	G	N06DA03 .....	349
	Rivotril 0,5 mg Tabl. ....	G	N03AE01 .....	312
	Rivotril 2 mg Tabl. ....	G	N03AE01 .....	312
RE1	RoActemra 162 mg Inj.lsg. Fertigspr. ....	Y	L04AC07 .....	527
RE1	RoActemra 20 mg/ml Konz. zur Herst. einer Inf.lsg. ....	Y	L04AC07 .....	527
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 .....	320
	Ropinirol "Actavis" 4 mg Retardtabl. ....	G	N04BC04 .....	320
	Ropinirol "Actavis" 8 mg Retardtabl. ....	G	N04BC04 .....	320
	Ropinirol "Krka" 2 mg Retardtabl. ....	G	N04BC04 .....	320
	Ropinirol "Krka" 4 mg Retardtabl. ....	G	N04BC04 .....	320
	Ropinirol "Krka" 8 mg Retardtabl. ....	G	N04BC04 .....	320
	Ropinirol "Sandoz" 2 mg Retardtabl. ....	G	N04BC04 .....	320
	Ropinirol "Sandoz" 4 mg Retardtabl. ....	G	N04BC04 .....	320
	Ropinirol "Sandoz" 8 mg Retardtabl. ....	G	N04BC04 .....	320
	Ropinirol "Stada" 2 mg Retardtabl. ....	G	N04BC04 .....	320
	Ropinirol "Stada" 4 mg Retardtabl. ....	G	N04BC04 .....	320
	Ropinirol "Stada" 8 mg Retardtabl. ....	G	N04BC04 .....	320
	Rosalgin 0,1 % Vaginalsg. ....	G	G02CC03 .....	242
	Rosamib 5 mg/10 mg Tabl. ....	G	C10BA06 .....	232
	Rosamib 10 mg/10 mg Tabl. ....	G	C10BA06 .....	232
	Rosamib 20 mg/10 mg Tabl. ....	G	C10BA06 .....	232
	RosuASS 5 mg/100 mg Hartkaps. ....	G	C10BX05 .....	232
	RosuASS 10 mg/100 mg Hartkaps. ....	G	C10BX05 .....	232
	RosuASS 20 mg/100 mg Hartkaps. ....	G	C10BX05 .....	232

KASS	Bezeichnung	Box	ATC	Seite
	Rosuvalan 10 mg Filmtabl.....	G	C10AA07	229
	Rosuvalan 20 mg Filmtabl.....	G	C10AA07	229
	Rosuvalan 40 mg Filmtabl.....	G	C10AA07	230
	Rosuvastatin "+pharma" 10 mg Filmtabl.....	G	C10AA07	229
	Rosuvastatin "+pharma" 20 mg Filmtabl.....	G	C10AA07	229
	Rosuvastatin "+pharma" 40 mg Filmtabl.....	G	C10AA07	230
	Rosuvastatin "1A Pharma" 5 mg Filmtabl.....	G	C10AA07	229
	Rosuvastatin "1A Pharma" 10 mg Filmtabl.....	G	C10AA07	229
	Rosuvastatin "1A Pharma" 20 mg Filmtabl.....	G	C10AA07	229
	Rosuvastatin "1A Pharma" 40 mg Filmtabl.....	G	C10AA07	230
	Rosuvastatin "Actavis Group" 5 mg Filmtabl.....	G	C10AA07	229
	Rosuvastatin "Actavis Group" 10 mg Filmtabl.....	G	C10AA07	229
	Rosuvastatin "Actavis Group" 20 mg Filmtabl.....	G	C10AA07	229
	Rosuvastatin "Actavis Group" 40 mg Filmtabl.....	G	C10AA07	230
	Rosuvastatin "Aristo" 5 mg Filmtabl.....	G	C10AA07	229
	Rosuvastatin "Aristo" 10 mg Filmtabl.....	G	C10AA07	229
	Rosuvastatin "Aristo" 20 mg Filmtabl.....	G	C10AA07	229
	Rosuvastatin "Aristo" 40 mg Filmtabl.....	G	C10AA07	230
	Rosuvastatin "G.L." 10 mg Filmtabl.....	G	C10AA07	229
	Rosuvastatin "G.L." 20 mg Filmtabl.....	G	C10AA07	229
	Rosuvastatin "G.L." 40 mg Filmtabl.....	G	C10AA07	230
	Rosuvastatin "Genericon" 10 mg Filmtabl.....	G	C10AA07	229
	Rosuvastatin "Genericon" 20 mg Filmtabl.....	G	C10AA07	229
	Rosuvastatin "Genericon" 40 mg Filmtabl.....	G	C10AA07	230
	Rosuvastatin "HCS" 5 mg Filmtabl.....	G	C10AA07	229
	Rosuvastatin "HCS" 10 mg Filmtabl.....	G	C10AA07	229
	Rosuvastatin "HCS" 20 mg Filmtabl.....	G	C10AA07	229
	Rosuvastatin "HCS" 40 mg Filmtabl.....	G	C10AA07	230
	Rosuvastatin "ratiopharm" 5 mg Filmtabl.....	G	C10AA07	229
	Rosuvastatin "ratiopharm" 10 mg Filmtabl.....	G	C10AA07	229
	Rosuvastatin "ratiopharm" 15 mg Filmtabl.....	G	C10AA07	229
	Rosuvastatin "ratiopharm" 20 mg Filmtabl.....	G	C10AA07	229
	Rosuvastatin "ratiopharm" 30 mg Filmtabl.....	G	C10AA07	230
	Rosuvastatin "ratiopharm" 40 mg Filmtabl.....	G	C10AA07	230
	Rosuvastatin "Sandoz" 5 mg Filmtabl.....	G	C10AA07	229
	Rosuvastatin "Sandoz" 10 mg Filmtabl.....	G	C10AA07	229
	Rosuvastatin "Sandoz" 20 mg Filmtabl.....	G	C10AA07	229
	Rosuvastatin "Sandoz" 40 mg Filmtabl.....	G	C10AA07	230
	Rosuvastatin "Stada" 10 mg Filmtabl.....	G	C10AA07	229
	Rosuvastatin "Stada" 20 mg Filmtabl.....	G	C10AA07	229
	Rosuvastatin "Stada" 40 mg Filmtabl.....	G	C10AA07	230
	Rosuvastatin/Ezetimib "HCS" 5 mg/10 mg Filmtabl.....	G	C10BA06	232
	Rosuvastatin/Ezetimib "HCS" 10 mg/10 mg Filmtabl.....	G	C10BA06	232
	Rosuvastatin/Ezetimib "HCS" 20 mg/10 mg Filmtabl.....	G	C10BA06	232
	Rosuvastatin/Ezetimib "ratiopharm" 10 mg/10 mg Tabl.....	G	C10BA06	232
	Rosuvastatin/Ezetimib "ratiopharm" 20 mg/10 mg Tabl.....	G	C10BA06	232
	Rowatinex Kaps. ....	G	G04BD	245
	Roxithromycin "+pharma" 300 mg Filmtabl.....	G	J01FA06	258
	Roxithromycin "Sandoz" 150 mg Filmtabl.....	G	J01FA06	258
	Roxithromycin "Sandoz" 300 mg Filmtabl.....	G	J01FA06	258
	Roxithrostatad 150 mg Filmtabl.....	G	J01FA06	258
	Roxithrostatad 300 mg Filmtabl.....	G	J01FA06	258

KASS	Bezeichnung	Box	ATC	Seite
	Rozex Gel.....	G	D06BX01	237
RE1	Rozlytrek 100 mg Hartkaps. (PM) .....	Y	L01EX14	498
RE1	Rozlytrek 200 mg Hartkaps. (PM) .....	Y	L01EX14	499
RE1	Ruconest 2100 E Plv. zur Herst. einer Inj.lsg.....	Y	B06AC04	419
IND	Ryaltris 25 mcg/600 mcg pro Sprühstoß Nasenspray, Susp.	G	R01AD59	354
IND	Ryeqo 40 mg/1 mg/0,5 mg Filmtabl. (PM).....	G	H01CC54	248
	Rytmonorma 150 mg Filmtabl. ....	G	C01BC03	198
	Rytmonorma 300 mg Filmtabl. ....	G	C01BC03	198
IND	Sabril 500 mg Filmtabl.....	G	N03AG04	314
IND	Sabril 500 mg lösl. Plv. ....	G	N03AG04	314
RE2	Safutan 15 mcg/ml Augentropf. Einzeldosen .....	Y	S01EE05	616
RE1	Saizen 5,83 mg/ml Inj.lsg. ....	Y	H01AC01	451
RE1	Saizen 8 mg/ml Inj.lsg. ....	Y	H01AC01	451
	Salazopyrin 500 mg Filmtabl. ....	G	A07EC01	172
	Salazopyrin 500 mg Tabl.....	G	A07EC01	173
IND	Salmecomp 50 mcg/250 mcg einzeldosiertes Plv. zur Inh....	G	R03AK06	355
IND	Salmecomp 50 mcg/500 mcg einzeldosiertes Plv. zur Inh....	G	R03AK06	356
IND	Salmeterol/Fluticason "Stada" 50 mcg/100 mcg einzeldosiertes Plv. zur Inh. ....	G	R03AK06	355
IND	Salmeterol/Fluticason "Stada" 50 mcg/250 mcg einzeldosiertes Plv. zur Inh. ....	G	R03AK06	355
IND	Salmeterol/Fluticason "Stada" 50 mcg/500 mcg einzeldosiertes Plv. zur Inh. ....	G	R03AK06	356
	Salofalk 500 mg magensaftresistente Tabl. ....	G	A07EC02	173
RE2	Salofalk 4 g Klysmen .....	Y	A07EC02	379
RE2	Salofalk 1 g/Sprühstoß Rektalschaum .....	Y	A07EC02	378
	Salofalk 500 mg Zäpf. ....	G	A07EC02	173
	Salofalk 1000 mg Zäpf. ....	G	A07EC02	173
IND	Samsca 7,5 mg Tabl. ....	G	C03XA01	206
IND	Samsca 15 mg Tabl. ....	G	C03XA01	206
IND	Samsca 30 mg Tabl. ....	G	C03XA01	206
IND	Sandimmun Neoral 25 mg Kaps. ....	G	L04AD01	279
IND	Sandimmun Neoral 50 mg Kaps. ....	G	L04AD01	279
IND	Sandimmun Neoral 100 mg Kaps. ....	G	L04AD01	279
IND	Sandimmun Neoral 100 mg/ml Trinklsg. ....	G	L04AD01	279
RE1	Sandostatin 50 mcg/ml Inj.-/Inf.lsg. ....	Y	H01CB02	456
RE1	Sandostatin 100 mcg/ml Inj.-/Inf.lsg. ....	Y	H01CB02	456
RE1	Sandostatin 500 mcg/ml Inj.-/Inf.lsg. ....	Y	H01CB02	456
IND	Sandostatin LAR 10 mg Plv. u. Lsgm. zur Herst. einer Inj.susp. ....	G	H01CB02	248
IND	Sandostatin LAR 20 mg Plv. u. Lsgm. zur Herst. einer Inj.susp. ....	G	H01CB02	248
IND	Sandostatin LAR 30 mg Plv. u. Lsgm. zur Herst. einer Inj.susp. ....	G	H01CB02	248
RE1	Sapropterin "Dipharma" 100 mg Plv. zur Herst. einer Lsg. zum Einnehmen .....	Y	A16AX07	392
RE1	Sapropterin "Dipharma" 500 mg Plv. zur Herst. einer Lsg. zum Einnehmen .....	Y	A16AX07	392
RE1	Sapropterin "Dipharma" 100 mg Tabl. zur Herst. einer Lsg. zum Einnehmen .....	Y	A16AX07	391
	Saroten 10 mg Filmtabl. ....	G	N06AA09	338
	Saroten 25 mg Filmtabl. ....	G	N06AA09	338

KASS	Bezeichnung	Box	ATC	Seite
	Sastravi 50 mg/12,5 mg/200 mg Filmtabl. ....	G	N04BA03	319
	Sastravi 100 mg/25 mg/200 mg Filmtabl. ....	G	N04BA03	319
	Sastravi 150 mg/37,5 mg/200 mg Filmtabl. ....	G	N04BA03	319
RE1	Sativex Spray zur Anw. in der Mundhöhle (PM) .....	Y	N02BG10	558
IND	Scabiortal 3 mg Tabl. ....	G	P02CF01	352
R	Scanlux 300 mg J/ml Inj.Isg. 50 ml .....	G	V08AB04	372
R	Scanlux 300 mg J/ml Inj.Isg. 100 ml .....	G	V08AB04	372
	Scheriproct Salbe .....	G	C05AA04	207
	Scheriproct Supp. ....	G	C05AA04	207
	Sedacoron 200 mg Tabl. ....	G	C01BD01	199
IND	Seebri Breezhaler 44 mcg Hartkaps. mit Plv. zur Inh. ....	G	R03BB06	360
	Selexid Filmtabl. ....	G	J01CA08	255
	Semglee 100 E/ml Inj.Isg. Fertigen .....	G	A10AE04	175
	Seractil 200 mg Filmtabl. ....	G	M01AE14	289
	Seractil 300 mg Filmtabl. ....	G	M01AE14	289
	Seractil forte 400 mg Filmtabl. ....	G	M01AE14	289
RE1	Serdolect 4 mg Filmtabl. ....	Y	N05AE03	562
RE1	Serdolect 12 mg Filmtabl. ....	Y	N05AE03	563
RE1	Serdolect 16 mg Filmtabl. ....	Y	N05AE03	563
IND	Seretide Diskus standard 50 mcg/250 mcg einzeldosiertes Plv. zur Inh. ....	G	R03AK06	355
IND	Seretide Diskus forte 50 mcg/500 mcg einzeldosiertes Plv. zur Inh. ....	G	R03AK06	356
IND	Seretide levis 25 mcg/50 mcg pro Sprühstoß Druckgasinh. .	G	R03AK06	355
IND	Seretide standard 25 mcg/125 mcg pro Sprühstoß Druckgasinh. ....	G	R03AK06	355
IND	Seretide forte 25 mcg/250 mcg pro Sprühstoß Druckgasinh. ....	G	R03AK06	355
IND	Serevent Diskus Plv. zur Trockeninh. ....	G	R03AC12	355
IND	Serevent Evohaler 25 mcg/Sprühstoß Dosieraerosol .....	G	R03AC12	355
	Sermion 30 mg Filmtabl. ....	G	C04AE02	207
	Seropram 20 mg Konz. z. Inf.bereitung .....	G	N06AB04	339
	Seropram 10 mg Filmtabl. ....	G	N06AB04	339
	Seropram 20 mg Filmtabl. ....	G	N06AB04	340
	Seroquel 25 mg Filmtabl. ....	G	N05AH04	328
	Seroquel 100 mg Filmtabl. ....	G	N05AH04	328
	Seroquel 200 mg Filmtabl. ....	G	N05AH04	329
	Seroquel 300 mg Filmtabl. ....	G	N05AH04	329
	Seroquel XR 200 mg Retardtabl. ....	G	N05AH04	329
	Seroquel XR 300 mg Retardtabl. ....	G	N05AH04	330
	Seroquel XR 400 mg Retardtabl. ....	G	N05AH04	330
	Seroxat 20 mg Filmtabl. ....	G	N06AB05	340
	Sertralin "1A Pharma" 50 mg Filmtabl. ....	G	N06AB06	341
	Sertralin "1A Pharma" 100 mg Filmtabl. ....	G	N06AB06	341
	Sertralin "Accord" 50 mg Filmtabl. ....	G	N06AB06	341
	Sertralin "Accord" 100 mg Filmtabl. ....	G	N06AB06	341
	Sertralin "Actavis" 50 mg Filmtabl. ....	G	N06AB06	341
	Sertralin "Actavis" 100 mg Filmtabl. ....	G	N06AB06	341
	Sertralin "Aristo" 50 mg Filmtabl. ....	G	N06AB06	341
	Sertralin "Aristo" 100 mg Filmtabl. ....	G	N06AB06	341
	Sertralin "Bluefish" 50 mg Filmtabl. ....	G	N06AB06	341
	Sertralin "Bluefish" 100 mg Filmtabl. ....	G	N06AB06	341

KASS	Bezeichnung	Box	ATC	Seite
	Sertralin "G.L." 50 mg Filmtabl. ....	G	N06AB06	341
	Sertralin "G.L." 100 mg Filmtabl. ....	G	N06AB06	341
	Sertralin "Genericon" 50 mg Filmtabl. ....	G	N06AB06	341
	Sertralin "Genericon" 100 mg Filmtabl. ....	G	N06AB06	341
	Sertralin "Hexal" 50 mg Filmtabl. ....	G	N06AB06	341
	Sertralin "Hexal" 100 mg Filmtabl. ....	G	N06AB06	341
	Sertralin "Krka" 50 mg Filmtabl. ....	G	N06AB06	341
	Sertralin "Krka" 100 mg Filmtabl. ....	G	N06AB06	341
	Sertralin "ratiopharm" 50 mg Filmtabl. ....	G	N06AB06	341
	Sertralin "ratiopharm" 100 mg Filmtabl. ....	G	N06AB06	341
	Sertralin "Sandoz" 50 mg Filmtabl. ....	G	N06AB06	341
	Sertralin "Sandoz" 100 mg Filmtabl. ....	G	N06AB06	342
	Sertralin "Stada" 50 mg Filmtabl. ....	G	N06AB06	341
	Sertralin "Viartis" 50 mg Filmtabl. ....	G	N06AB06	341
	Sertralin "Viartis" 100 mg Filmtabl. ....	G	N06AB06	342
RE2	Sevelamer "ratiopharm" 800 mg Filmtabl. ....	Y	V03AE02	616
RE2	Sevelamer "Sandoz" 800 mg Filmtabl. ....	Y	V03AE02	616
RE2	Sevelamercarbonat "Stada" 800 mg Filmtabl. ....	Y	V03AE02	616
RE1	Sialanar 320 mcg/ml Lsg. zum Einnehmen. ....	Y	A03AB02	375
	Sialin-Sigma Lsg. ....	G	A01AD11	163
	Sifrol 0,26 mg Retardtabl. ....	G	N04BC05	321
	Sifrol 0,52 mg Retardtabl. ....	G	N04BC05	321
	Sifrol 1,05 mg Retardtabl. ....	G	N04BC05	321
	Sifrol 2,1 mg Retardtabl. ....	G	N04BC05	322
	Sifrol 3,15 mg Retardtabl. ....	G	N04BC05	322
	Sifrol 0,088 mg Tabl. ....	G	N04BC05	320
	Sifrol 0,18 mg Tabl. ....	G	N04BC05	321
	Sifrol 0,35 mg Tabl. ....	G	N04BC05	321
	Sifrol 0,7 mg Tabl. ....	G	N04BC05	321
RE1	Sildenafil "ratiopharm" 20 mg Filmtabl. ....	Y	C02KX	425
RE1	Sildenafil "Sandoz" 20 mg Filmtabl. ....	Y	C02KX	426
RE1	Sildenafil "Stada" 20 mg Filmtabl. ....	Y	C02KX	426
	SimEz 10 mg/20 mg Tabl. ....	G	C10BA02	231
	SimEz 10 mg/40 mg Tabl. ....	G	C10BA02	231
RE1	Simponi 50 mg Inj.lsg. Fertigspr. $\text{\textcircled{PM}}$ ....	Y	L04AB06	517
RE1	Simponi 100 mg Inj.lsg. Fertigspr. $\text{\textcircled{PM}}$ ....	Y	L04AB06	518
RE1	Simponi 50 mg Inj.lsg. vorgefüllter Injektor $\text{\textcircled{PM}}$ ....	Y	L04AB06	517
RE1	Simponi 100 mg Inj.lsg. vorgefüllter Injektor $\text{\textcircled{PM}}$ ....	Y	L04AB06	519
	Simvastad 20 mg Filmtabl. ....	G	C10AA01	227
	Simvastad 40 mg Filmtabl. ....	G	C10AA01	227
	Simvastatin "+pharma" 20 mg Filmtabl. ....	G	C10AA01	227
	Simvastatin "+pharma" 40 mg Filmtabl. ....	G	C10AA01	227
	Simvastatin "+pharma" 80 mg Filmtabl. ....	G	C10AA01	227
	Simvastatin "1A Pharma" 20 mg Filmtabl. ....	G	C10AA01	227
	Simvastatin "1A Pharma" 40 mg Filmtabl. ....	G	C10AA01	227
	Simvastatin "Actavis" 20 mg Filmtabl. ....	G	C10AA01	227
	Simvastatin "Actavis" 40 mg Filmtabl. ....	G	C10AA01	227
	Simvastatin "Actavis" 80 mg Filmtabl. ....	G	C10AA01	227
	Simvastatin "Alternova" 20 mg Filmtabl. ....	G	C10AA01	227
	Simvastatin "Alternova" 40 mg Filmtabl. ....	G	C10AA01	227
	Simvastatin "Bluefish" 20 mg Filmtabl. ....	G	C10AA01	227
	Simvastatin "Bluefish" 40 mg Filmtabl. ....	G	C10AA01	227

KASS	Bezeichnung	Box	ATC	Seite
	Simvastatin "Genericon" 20 mg Filmtabl. ....	G	C10AA01	227
	Simvastatin "Genericon" 40 mg Filmtabl. ....	G	C10AA01	227
	Simvastatin "Genericon" 80 mg Filmtabl. ....	G	C10AA01	227
	Simvastatin "Hexal" 20 mg Filmtabl. ....	G	C10AA01	227
	Simvastatin "Hexal" 30 mg Filmtabl. ....	G	C10AA01	227
	Simvastatin "Hexal" 40 mg Filmtabl. ....	G	C10AA01	227
	Simvastatin "Hexal" 80 mg Filmtabl. ....	G	C10AA01	227
	Simvastatin "Merck" 20 mg Filmtabl. ....	G	C10AA01	227
	Simvastatin "Merck" 40 mg Filmtabl. ....	G	C10AA01	227
	Simvastatin "ratiopharm" 20 mg Filmtabl. ....	G	C10AA01	227
	Simvastatin "ratiopharm" 40 mg Filmtabl. ....	G	C10AA01	227
	Simvastatin "ratiopharm" 80 mg Filmtabl. ....	G	C10AA01	227
	Simvastatin "Sandoz" 20 mg Filmtabl. ....	G	C10AA01	227
	Simvastatin "Sandoz" 40 mg Filmtabl. ....	G	C10AA01	227
	Simvastatin "Teva" 20 mg Filmtabl. ....	G	C10AA01	227
	Simvastatin "Teva" 40 mg Filmtabl. ....	G	C10AA01	227
	Simvastatin "Teva" 80 mg Filmtabl. ....	G	C10AA01	227
	Simvatin 20 mg Filmtabl. ....	G	C10AA01	227
	Simvatin 40 mg Filmtabl. ....	G	C10AA01	227
	Simvatin 80 mg Filmtabl. ....	G	C10AA01	227
	Sinemet 25 mg/100 mg Tabl. ....	G	N04BA02	319
	Sinemet 25 mg/250 mg Tabl. ....	G	N04BA02	319
	Singulair 10 mg Filmtabl. ....	G	R03DC03	361
	Singulair 4 mg Kautabl. f. Kleinkinder ....	G	R03DC03	361
	Singulair 5 mg Kautabl. f. Kinder ....	G	R03DC03	361
	Sintrom 4 mg Tabl. ....	G	B01AA07	183
	Sirdalud 2 mg Tabl. ....	G	M03BX02	291
	Sirdalud 4 mg Tabl. ....	G	M03BX02	291
	Sirdalud MR 6 mg Kaps. ....	G	M03BX02	291
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 "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 "HCS" 25 mg Filmtabl. ....	G	A10BH01	179
IND	Sitagliptin "HCS" 50 mg Filmtabl. ....	G	A10BH01	179
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	179
IND	Sitagliptin "Mylan" 100 mg Filmtabl. ....	G	A10BH01	180
IND	Sitagliptin "ratiopharm" 50 mg Filmtabl. ....	G	A10BH01	179
IND	Sitagliptin "ratiopharm" 100 mg Filmtabl. ....	G	A10BH01	180
IND	Sitagliptin "Sandoz" 25 mg Filmtabl. ....	G	A10BH01	179
IND	Sitagliptin "Sandoz" 50 mg Filmtabl. ....	G	A10BH01	179
IND	Sitagliptin "Sandoz" 100 mg Filmtabl. ....	G	A10BH01	180
IND	Sitagliptin "Stada" 25 mg Filmtabl. ....	G	A10BH01	179
IND	Sitagliptin "Stada" 50 mg Filmtabl. ....	G	A10BH01	179
IND	Sitagliptin "Stada" 100 mg Filmtabl. ....	G	A10BH01	180

KASS	Bezeichnung	Box	ATC	Seite
IND	Sitagliptin/Metformin "1A Pharma" 50 mg/850 mg Filmtabl...	G	A10BD07	177
IND	Sitagliptin/Metformin "1A Pharma" 50 mg/1000 mg Filmtabl.	G	A10BD07	177
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/Metformin "Grindeks" 50 mg/850 mg Filmtabl. ....	G	A10BD07	177
IND	Sitagliptin/Metformin "Grindeks" 50 mg/1000 mg Filmtabl. ...	G	A10BD07	178
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/Metformin "Sandoz" 50 mg/850 mg Filmtabl. ....	G	A10BD07	177
IND	Sitagliptin/Metformin "Sandoz" 50 mg/1000 mg Filmtabl. ....	G	A10BD07	178
IND	Sitagliptin/Metformin "Sandoz GmbH" 50 mg/850 mg Filmtabl. ....	G	A10BD07	177
IND	Sitagliptin/Metformin "Stada" 50 mg/850 mg Filmtabl. ....	G	A10BD07	177
IND	Sitagliptin/Metformin "Stada" 50 mg/1000 mg Filmtabl. ....	G	A10BD07	178
IND	Sitagliptin/Metforminhydrochlorid "+pharma" 50 mg/850 mg Filmtabl. ....	G	A10BD07	177
IND	Sitagliptin/Metforminhydrochlorid "+pharma" 50 mg/ 1000 mg Filmtabl. ....	G	A10BD07	178
IND	Sitagliptin/Metforminhydrochlorid "Genericon" 50 mg/ 850 mg Filmtabl. ....	G	A10BD07	177
IND	Sitagliptin/Metforminhydrochlorid "Genericon" 50 mg/ 1000 mg Filmtabl. ....	G	A10BD07	178
RE1	Sivextro 200 mg Filmtabl. ....	Y	J01XX11	459
IND	Sixantone Zweikammerspr. ....	G	L02AE02	271
	Skinoren Creme ....	G	D10AX03	240
RE1	Skyrizi 150 mg Inj.lsg. Fertigen (PM) .....	Y	L04AC18	532
RE1	Skyrizi 150 mg Inj.lsg. Fertigspr. (PM) .....	Y	L04AC18	532
RE1	Skyrizi 360 mg Inj.lsg. Patrone (PM) .....	Y	L04AC18	532
RE1	Skyrizi 600 mg Konz. zur Herst. einer Inf.lsg. (PM) .....	Y	L04AC18	532
	Soderm 0,5 mg/g + 20 mg/g Lsg. zur Anw. auf der Haut .....	G	D07XC01	239
Au	Softacort 3,35 mg/ml Augentropf. Einzeldosen .....	G	S01BA02	365
D	Solacutan 3 % Gel .....	G	D11AX18	241
D	Solaraze 3 % Gel .....	G	D11AX18	241
	Solian 400 mg Filmtabl. ....	G	N05AL05	330
	Solian 50 mg Tabl. ....	G	N05AL05	330
	Solian 200 mg Tabl. ....	G	N05AL05	330
	Solifenacin "+pharma" 5 mg Filmtabl. ....	G	G04BD08	245
	Solifenacin "+pharma" 10 mg Filmtabl. ....	G	G04BD08	246
	Solifenacin "1A Pharma" 5 mg Filmtabl. ....	G	G04BD08	245
	Solifenacin "1A Pharma" 10 mg Filmtabl. ....	G	G04BD08	246
	Solifenacin "Aristo" 5 mg Filmtabl. ....	G	G04BD08	245
	Solifenacin "Aristo" 10 mg Filmtabl. ....	G	G04BD08	246
	Solifenacin "HCS" 5 mg Filmtabl. ....	G	G04BD08	245
	Solifenacin "HCS" 10 mg Filmtabl. ....	G	G04BD08	246
	Solifenacin "Stada" 5 mg Filmtabl. ....	G	G04BD08	245
	Solifenacin "Stada" 10 mg Filmtabl. ....	G	G04BD08	246
	Solu-Celestan Amp. ....	G	H02AB01	248
	Solu-Medrol 1.000 mg Trockenstechamp. ....	G	H02AB04	249
	Solutio Cordes dermatol. Lsg. ....	G	D11AX	241
	Solu-Volon A 40 mg Amp. ....	G	H02AB08	250
	Solu-Volon A 80 mg Inj.lsg. Amp. ....	G	H02AB08	250
RE1	Somatuline Autogel 60 mg Inj.lsg. ....	Y	H01CB03	456




KASS	Bezeichnung	Box	ATC	Seite
RE1	Somatuline Autogel 90 mg Inj.lsg. ....	Y	H01CB03.....	457
RE1	Somatuline Autogel 120 mg Inj.lsg. ....	Y	H01CB03.....	457
RE2	Sondelbay 20 mcg/0,08 ml Inj.lsg. Fertigpen .....	Y	H05AA02.....	458
IND	Sorafenib "Stada" 200 mg Filmtabl. ....	G	L01EX02.....	270
	Sotahexal 80 mg Tabl. ....	G	C07AA07.....	208
	Sotahexal 160 mg Tabl. ....	G	C07AA07.....	208
	Sotastad 80 mg Tabl. ....	G	C07AA07.....	208
RE1	Sotyktu 6 mg Filmtabl. <sup>PM</sup> .....	Y	L04AF07.....	543
RE1	Spasmium Oralkaps. ....	Y	A03AX11.....	375
	Spasmolyt Drag.....	G	G04BD09.....	246
IND	Spiolto Respimat 2,5 mcg/2,5 mcg Lsg zur Inh.....	G	R03AL06.....	357
IND	Spiolto Respimat 2,5 mcg/2,5 mcg Lsg zur Inh. Nachfüllpackung.....	G	R03AL06.....	357
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.....	359
IND	Spiriva Respimat 2,5 mcg Lsg. zur Inh. Nachfüllpackung....	G	R03BB04.....	359
	Spirobene 50 mg Tabl. ....	G	C03DA01.....	204
	Spirobene 100 mg Tabl. ....	G	C03DA01.....	204
	Spirohexal 100 mg Tabl. ....	G	C03DA01.....	204
	Spirono "Genericon" 50 mg Tabl. ....	G	C03DA01.....	204
	Spirono "Genericon" comp. Tabl. ....	G	C03EB01.....	205
	Spirono "Genericon" comp. forte Tabl. ....	G	C03EB01.....	206
F D	Sporanox Kaps. ....	G	J02AC02.....	263
D	Sporanox Derm Kaps. ....	G	J02AC02.....	263
RE1	Spravato 28 mg Nasenspray, Lsg. <sup>PM</sup> .....	Y	N06AX27.....	564
	Squamasol crinale Lsg. ....	G	D11AX.....	241
	Squamasol Gel.....	G	D11AX.....	241
N P	Stablon Drag. ....	G	N06AX14.....	345
RE2	Stayveer 62,5 mg Filmtabl. ....	Y	C02KX01.....	426
RE2	Stayveer 125 mg Filmtabl. ....	Y	C02KX01.....	427
RE1	Stelara 45 mg Inj.lsg. Fertigspr. ....	Y	L04AC05.....	520
RE1	Stelara 90 mg Inj.lsg. Fertigspr. ....	Y	L04AC05.....	524
RE1	Stelara 130 mg Konz. zur Herst. einer Inf.lsg. <sup>PM</sup> .....	Y	L04AC05.....	526
	Stesolid 5 mg Rektaltuben .....	G	N05BA01.....	336
	Stesolid 10 mg Rektaltuben .....	G	N05BA01.....	337
RE1	Strattera 4 mg/ml Lsg. zum Einnehmen .....	Y	N06BA09.....	567
RE2	Stribild 150 mg/150 mg/200 mg/245 mg Filmtabl.....	Y	J05AR09.....	476
RE1	Suboxone 2 mg/0,5 mg Sublingualtabl.....	Y	N07BC51.....	593
RE1	Suboxone 8 mg/2 mg Sublingualtabl.....	Y	N07BC51.....	594
RE1	Substitol retard 120 mg Kaps. ....	Y	N07BC.....	591
RE1	Substitol retard 200 mg Kaps. ....	Y	N07BC.....	591
	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.....	360
	Sultanol Diskus 0,2 mg Plv. zur Trockeninh.....	G	R03AC02.....	354
	Sultanol Dosieraerosol FCKW-frei .....	G	R03AC02.....	354
	Sultanol Inh.lsg. ....	G	R03AC02.....	354
RE2	Sultiam "neuraxpharm" 50 mg Filmtabl. ....	Y	N03AX03.....	558










KASS	Bezeichnung	Box	ATC	Seite
RE2	Sultiam "neuraxpharm" 200 mg Filmtabl. ....	Y	N03AX03 .....	558
IND	Sumatriptan "1A Pharma" 50 mg Tabl. ....	G	N02CC01 .....	309
IND	Sumatriptan "1A Pharma" 100 mg Tabl. ....	G	N02CC01 .....	309
IND	Sumatriptan "Stada" 100 mg Tabl. ....	G	N02CC01 .....	309
IND	Sunitinib "Rivopharm" 12,5 mg Hartkaps. ....	G	L01EX01 .....	269
IND	Sunitinib "Rivopharm" 25 mg Hartkaps. ....	G	L01EX01 .....	269
IND	Sunitinib "Rivopharm" 50 mg Hartkaps. ....	G	L01EX01 .....	269
IND	Sunitinib "Stada" 12,5 mg Hartkaps. ....	G	L01EX01 .....	269
IND	Sunitinib "Stada" 25 mg Hartkaps. ....	G	L01EX01 .....	269
IND	Sunitinib "Stada" 50 mg Hartkaps. ....	G	L01EX01 .....	269
IND	Sunitinib "Teva" 12,5 mg Hartkaps. ....	G	L01EX01 .....	269
IND	Sunitinib "Teva" 25 mg Hartkaps. ....	G	L01EX01 .....	269
IND	Sunitinib "Teva" 50 mg Hartkaps. ....	G	L01EX01 .....	269
IND	Suprecur 0,15 mg nasale Sprühlsg. ....	G	L02AE01 .....	270
IND	Suprefact 1 mg/ml Dstfl. ....	G	L02AE01 .....	270
IND	Suprefact Depot-Implantat für 3 Monate Fertigspr. ....	G	L02AE01 .....	270
	Supressin 2 mg Tabl. ....	G	C02CA04 .....	202
	Supressin 4 mg Tabl. ....	G	C02CA04 .....	202
IND	Symbicort mite Turbohaler 80 mcg/4,5 mcg pro Dosis Plv. zur Inh. ....	G	R03AK07 .....	356
IND	Symbicort Turbohaler 160 mcg/4,5 mcg pro Dosis Plv. zur Inh. ....	G	R03AK07 .....	356
IND	Symbicort forte Turbohaler 320 mcg/9 mcg pro Dosis Plv. zur Inh. ....	G	R03AK07 .....	356
RE1	Symkevi 50 mg/75 mg Filmtabl. (PM) .....	Y	R07AX31 .....	612
RE1	Symkevi 100 mg/150 mg Filmtabl. (PM) .....	Y	R07AX31 .....	612
RE1	Synagis 100 mg/ml Inj.lsg. 0,5 ml Dstfl. ....	Y	J06BD01 .....	482
RE1	Synagis 100 mg/ml Inj.lsg. 1 ml Dstfl. ....	Y	J06BD01 .....	483
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 .....	279
IND	Tacforius 1 mg Hartkaps., retardiert .....	G	L04AD02 .....	280
IND	Tacforius 3 mg Hartkaps., retardiert .....	G	L04AD02 .....	280
IND	Tacforius 5 mg Hartkaps., retardiert .....	G	L04AD02 .....	280
IND	Tacni transplant 0,5 mg Hartkaps. ....	G	L04AD02 .....	279
IND	Tacni transplant 1 mg Hartkaps. ....	G	L04AD02 .....	280
IND	Tacni transplant 5 mg Hartkaps. ....	G	L04AD02 .....	280
D K	Tacrolimus "Accord" 0,1 % Salbe .....	G	D11AH01 .....	241
RE1	Tadalafil "AOP" 20 mg Filmtabl. ....	Y	C02KX .....	426
RE1	Tadalafil PAH "ratiopharm" 20 mg Filmtabl. ....	Y	C02KX .....	426
RE1	Tafinlar 50 mg Hartkaps. ....	Y	L01EC02 .....	487
RE1	Tafinlar 75 mg Hartkaps. ....	Y	L01EC02 .....	487
RE1	Tagrisso 40 mg Filmtabl. (PM) .....	Y	L01EB04 .....	486
RE1	Tagrisso 80 mg Filmtabl. (PM) .....	Y	L01EB04 .....	486
RE1	Takhzyro 300 mg Inj.lsg. Fertigspr. (PM) .....	Y	B06AC05 .....	419
RE1	Taloxa 600 mg Tabl. ....	Y	N03AX10 .....	559
RE1	Taloxa 600 mg/5 ml orale Susp. ....	Y	N03AX10 .....	559
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 .....	504

KASS	Bezeichnung	Box	ATC	Seite
RE1	Talzenna 1 mg Hartkaps. (PM) .....	Y	L01XK04.....	504
RE2	Tamiflu 75 mg Hartkaps. ....	Y	J05AH02.....	473
RE2	Tamiflu 6 mg/ml Piv. zur Herst. einer Susp. zum Einnehmen .....	Y	J05AH02.....	473
	Tamoxifen "Arcana" 20 mg Tabl.....	G	L02BA01.....	271
	Tamoxifen "ratiopharm" 20 mg Tabl.....	G	L02BA01.....	271
	Tamoxifen "Sandoz" 20 mg Filmtabl. ....	G	L02BA01.....	271
U	Tamsu "Genericon" retard 0,4 mg Kaps.....	G	G04CA02.....	246
U	TamsuDuo 0,5 mg/0,4 mg Hartkaps. ....	G	G04CA52.....	247
U	Tamsulosin "+pharma" retard 0,4 mg Kaps. ....	G	G04CA02.....	246
U	Tamsulosin "Actavis" retard 0,4 mg Kaps. ....	G	G04CA02.....	247
U	Tamsulosin "Aristo" 0,4 mg Retardkaps. ....	G	G04CA02.....	247
U	Tamsulosin "Genericon" 0,4 mg Retardtabl. ....	G	G04CA02.....	247
U	Tamsulosin "Interpharm" retard Kaps. ....	G	G04CA02.....	247
U	Tamsulosin "Krka" 0,4 mg Retardtabl. ....	G	G04CA02.....	247
U	Tamsulosin "ratiopharm" retard 0,4 mg Kaps.....	G	G04CA02.....	247
U	Tamsulosin "Sandoz" retard 0,4 mg Kaps.....	G	G04CA02.....	247
U	Tamsulosin "Stada" retard 0,4 mg Kaps. ....	G	G04CA02.....	247
	Tanatril 5 mg Tabl. ....	G	C09AA16.....	217
	Tanatril 10 mg Tabl. ....	G	C09AA16.....	217
	Tanatril 20 mg Tabl. ....	G	C09AA16.....	217
	Tannosynt flüssig Badekonzentrat .....	G	D04AX.....	235
	Tannosynt Lotio.....	G	D04AX.....	235
RE2	Taptiqom 15 mcg/ml + 5 mg/ml Augentropf. Einzeldosen....	Y	S01ED51.....	615
RE1	Tarceva 100 mg Filmtabl. ....	Y	L01EB02.....	484
RE1	Tarceva 150 mg Filmtabl. ....	Y	L01EB02.....	485
	Tardyferon 80 mg Retardtabl. ....	G	B03AA07.....	190
	Tardyferon-Fol Retardtabl. ....	G	B03AD03.....	190
RE1	Tasmar 100 mg Filmtabl.....	Y	N04BX01.....	562
	Tavipec Kaps.....	G	R05CB.....	361
RE1	Tavneos 10 mg Hartkaps. (PM) .....	Y	L04AJ05.....	549
	Tebofortan 40 mg Filmtabl. ....	G	N06DX02.....	350
	Tebofortan 4 % Tropf. ....	G	N06DX02.....	350
RE1	Tecfidera 120 mg magensaftresistente Hartkaps. ....	Y	L04AX07.....	550
RE1	Tecfidera 240 mg magensaftresistente Hartkaps. ....	Y	L04AX07.....	550
	Tegretol 200 mg Tabl. ....	G	N03AF01.....	313
	Tegretol 400 mg Tabl. ....	G	N03AF01.....	313
	Tegretol retard 200 mg Filmtabl. ....	G	N03AF01.....	313
	Tegretol retard 400 mg Filmtabl. ....	G	N03AF01.....	313
F14	Tegretol orale Susp. ....	G	N03AF01.....	312
RE1	Tegsedi 284 mg Inj.lsg. Fertigspr. (PM) .....	Y	N07XX15.....	595
	Telhycar 80 mg/12,5 mg Tabl.....	G	C09DA07.....	224
	Telhycar 80 mg/25 mg Tabl.....	G	C09DA07.....	224
	Telmicard 40 mg Tabl.....	G	C09CA07.....	221
	Telmicard 80 mg Tabl.....	G	C09CA07.....	221
	Telmicard plus HCT 40 mg/12,5 mg Tabl.....	G	C09DA07.....	224
	Telmicard plus HCT 80 mg/12,5 mg Tabl.....	G	C09DA07.....	224
	Telmicard plus HCT 80 mg/25 mg Tabl.....	G	C09DA07.....	224
	Telmisartan "+pharma" 40 mg Tabl.....	G	C09CA07.....	221
	Telmisartan "+pharma" 80 mg Tabl.....	G	C09CA07.....	221
	Telmisartan "ratiopharm" 40 mg Tabl.....	G	C09CA07.....	221
	Telmisartan "ratiopharm" 80 mg Tabl.....	G	C09CA07.....	222

KASS	Bezeichnung	Box	ATC	Seite
	Telmisartan "Sandoz" 40 mg Tabl.....	G	C09CA07.....	221
	Telmisartan "Sandoz" 80 mg Tabl.....	G	C09CA07.....	222
	Telmisartan "Stada" 40 mg Filmtabl.....	G	C09CA07.....	221
	Telmisartan "Stada" 80 mg Filmtabl.....	G	C09CA07.....	222
	Telmisartan/HCT "+pharma" 40 mg/12,5 mg Tabl.....	G	C09DA07.....	224
	Telmisartan/HCT "+pharma" 80 mg/12,5 mg Tabl.....	G	C09DA07.....	224
	Telmisartan/HCT "+pharma" 80 mg/25 mg Tabl.....	G	C09DA07.....	224
	Telmisartan/HCT "Accord" 40 mg/12,5 mg Tabl.....	G	C09DA07.....	224
	Telmisartan/HCT "Accord" 80 mg/12,5 mg Tabl.....	G	C09DA07.....	224
	Telmisartan/HCT "Accord" 80 mg/25 mg Tabl.....	G	C09DA07.....	224
	Telmisartan/HCT "ratiopharm" 80 mg/12,5 mg Tabl.....	G	C09DA07.....	224
	Telmisartan/HCT "ratiopharm" 80 mg/25 mg Tabl.....	G	C09DA07.....	224
	Telmisartan/HCT "Sandoz" 40 mg/12,5 mg überzogene Tabl.....	G	C09DA07.....	224
	Telmisartan/HCT "Sandoz" 80 mg/12,5 mg überzogene Tabl.....	G	C09DA07.....	224
	Telmisartan/HCT "Sandoz" 80 mg/25 mg überzogene Tabl.....	G	C09DA07.....	224
	Telmisartan/HCT "Stada" 40 mg/12,5 mg Tabl.....	G	C09DA07.....	224
	Telmisartan/HCT "Stada" 80 mg/12,5 mg Tabl.....	G	C09DA07.....	224
	Telmisartan/HCT "Stada" 80 mg/25 mg Tabl.....	G	C09DA07.....	224
RE2	Telzir 700 mg Filmtabl.....	Y	J05AE07.....	465
	Temesta 1,0 mg Tabl.....	G	N05BA06.....	337
	Temesta 2,5 mg Tabl.....	G	N05BA06.....	337
	Temgesic 0,2 mg Sublingualtabl.....	G	N02AE01.....	301
RE2	Temgesic 0,2 mg Sublingualtabl.....	Y	N02AE01.....	557
	Temgesic 0,4 mg Sublingualtabl.....	G	N02AE01.....	301
RE2	Temgesic 0,4 mg Sublingualtabl.....	Y	N02AE01.....	557
	Temodal 5 mg Hartkaps. in Btl.....	G	L01AX03.....	265
	Temodal 20 mg Hartkaps. in Btl.....	G	L01AX03.....	265
	Temodal 100 mg Hartkaps. in Btl.....	G	L01AX03.....	265
	Temodal 140 mg Hartkaps. in Btl.....	G	L01AX03.....	266
	Temodal 180 mg Hartkaps. in Btl.....	G	L01AX03.....	266
	Temodal 250 mg Hartkaps. in Btl.....	G	L01AX03.....	266
	Temozolomid "Accord" 5 mg Hartkaps.....	G	L01AX03.....	265
	Temozolomid "Accord" 20 mg Hartkaps.....	G	L01AX03.....	265
	Temozolomid "Accord" 100 mg Hartkaps.....	G	L01AX03.....	266
	Temozolomid "Accord" 140 mg Hartkaps.....	G	L01AX03.....	266
	Temozolomid "Accord" 180 mg Hartkaps.....	G	L01AX03.....	266
	Temozolomid "Accord" 250 mg Hartkaps.....	G	L01AX03.....	266
RE2	Tenofovir "ratiopharm" 245 mg Filmtabl.....	Y	J05AF07.....	467
RE2	Tenofovir "Sandoz" 245 mg Filmtabl.....	Y	J05AF07.....	468
RE2	Tenofovir Disoproxil "Accordpharma" 245 mg Filmtabl.....	Y	J05AF07.....	468
RE2	Tenofovirdisoproxil "Stada" 245 mg Filmtabl.....	Y	J05AF07.....	469
	Tenoretic mite Filmtabl.....	G	C07CB03.....	212
	Tenoretic Filmtabl.....	G	C07CB03.....	212
	Tenormin 25 mg Filmtabl.....	G	C07AB03.....	209
	Tenormin 50 mg Filmtabl.....	G	C07AB03.....	209
	Tenormin 100 mg Filmtabl.....	G	C07AB03.....	209
D	Terbiderm 250 mg Tabl.....	G	D01BA02.....	234
D	Terbinafin "Genericon" 250 mg Tabl.....	G	D01BA02.....	234
	Terbinafin "ratiopharm" Creme.....	G	D01AE15.....	233
RE2	Terebyo 14 mg Filmtabl.....	Y	L04AK02.....	549

KASS	Bezeichnung	Box	ATC	Seite
RE2	Teriflunomid "Zentiva" 14 mg Filmtabl.....	Y	L04AK02.....	549
RE2	Teriparatid "ratiopharm" 20 mcg/0,08 ml Inj.lsg. vorgefüllter Injektor.....	Y	H05AA02.....	458
RE2	Terrosa 20 mcg/0,08 ml Inj.lsg. ....	Y	H05AA02.....	458
RE1	Testavan 20 mg/g transdermales Gel .....	Y	G03BA03.....	446
RE1	Testogel 50 mg Gel Btl. ....	Y	G03BA03.....	446
RE1	Testomed 1.000 mg/4 ml Inj.lsg. ....	Y	G03BA03.....	447
RE1	Testosteron "ratiopharm" 1.000 mg/4 ml Inj.lsg. ....	Y	G03BA03.....	447
RE2	Tetagam P-Fertigspr. ....	Y	J06BB02.....	482
IND	Tetmodis 25 mg Tabl.....	G	N07XX06.....	352
IND	Tetrabenazin "Aristo" 25 mg Tabl.....	G	N07XX06.....	352
IND	Teveten 600 mg Filmtabl.....	G	C09CA02.....	220
IND	Teveten plus 600 mg/12,5 mg Filmtabl. ....	G	C09DA02.....	222
RE2	Teysuno 15 mg/4,35 mg/11,8 mg Hartkaps. ....	Y	L01BC53.....	483
RE2	Teysuno 20 mg/5,8 mg/15,8 mg Hartkaps. ....	Y	L01BC53.....	483
RE1	Tezspire 210 mg Inj.lsg. Fertigpen <sup>PM</sup> .....	Y	R03DX11.....	604
RE1	Tezspire 210 mg Inj.lsg. Fertigspr. <sup>PM</sup> .....	Y	R03DX11.....	604
	Theospirex Amp. ....	G	R03DA04.....	360
	Theospirex retard 150 mg Filmtabl.....	G	R03DA04.....	360
	Theospirex retard 300 mg Filmtabl.....	G	R03DA04.....	360
	Thiamazol "Sandoz" 20 mg Tabl.....	G	H03BB02.....	252
IND	Thioctacid 600 mg Amp.....	G	A16AX01.....	183
	Thioguanin "Aspen" Tabl.....	G	L01BB03.....	266
	Thrombo ASS 50 mg Filmtabl. ....	G	B01AC06.....	184
	Thrombo ASS 75 mg Filmtabl. ....	G	B01AC06.....	184
	Thrombo ASS 100 mg Filmtabl. ....	G	B01AC06.....	185
RE2	Thromboreductin 0,5 mg Kaps. ....	Y	L01XX35.....	505
	Thrombostad 100 mg Tabl. ....	G	B01AC06.....	185
	Thyrex 25 mcg Tabl.....	G	H03AA01.....	251
	Thyrex 50 mcg Tabl.....	G	H03AA01.....	251
	Thyrex 75 mcg Tabl.....	G	H03AA01.....	251
	Thyrex 100 mcg Tabl.....	G	H03AA01.....	251
	Thyrex 125 mcg Tabl.....	G	H03AA01.....	251
	Thyrex 160 mcg Tabl.....	G	H03AA01.....	251
	Tilamcar 8 mg/5 mg Hartkaps. ....	G	C09DB07.....	225
	Tilamcar 8 mg/10 mg Hartkaps. ....	G	C09DB07.....	225
	Tilamcar 16 mg/5 mg Hartkaps. ....	G	C09DB07.....	225
	Tilamcar 16 mg/10 mg Hartkaps. ....	G	C09DB07.....	225
IND	Tilorja 2,5 mg Tabl.....	G	G03CX01.....	243
	Timoftal 0,5 % Augentropf.....	G	S01ED01.....	367
RE2	Timophtal 0,5 % sine Einmal-Augentropf.....	Y	S01ED01.....	615
	Timoptic 0,5 % Augentropf.....	G	S01ED01.....	367
IND	Tiotropium "Viatrix" 18 mcg Hartkaps. mit Plv. zur Inh.....	G	R03BB04.....	360
RE1	Tivicay 50 mg Filmtabl.....	Y	J05AJ03.....	473
	Tizagelan 2 mg Tabl.....	G	M03BX02.....	291
	Tizagelan 4 mg Tabl.....	G	M03BX02.....	291
	Tizanidin "Actavis" 2 mg Tabl.....	G	M03BX02.....	291
	Tizanidin "Actavis" 4 mg Tabl.....	G	M03BX02.....	291
RE2	Tobi 300 mg/5 ml Lsg. für einen Vernebler .....	Y	J01GB01.....	458
RE2	Tobi Podhaler 28 mg Hartkaps. Plv. zur Inh.....	Y	J01GB01.....	458
Au	Tobradex Augensalbe .....	G	S01CA01.....	366
Au	Tobradex Augentropf.....	G	S01CA01.....	366

KASS	Bezeichnung	Box	ATC	Seite
Au	Tobrex Augensalbe .....	G	S01AA12 .....	365
RE1	Toctino 10 mg Weichkaps. ....	Y	D11AH04 .....	439
RE1	Toctino 30 mg Weichkaps. ....	Y	D11AH04 .....	440
IND	Tolak 40 mg/g Creme .....	G	L01BC02 .....	266
	Tolterodin "Accord" 1 mg Filmtabl. ....	G	G04BD07 .....	245
	Tolterodin "Accord" 2 mg Filmtabl. ....	G	G04BD07 .....	245
	Tolterodin "Aristo" 1 mg Filmtabl. ....	G	G04BD07 .....	245
	Tolterodin "Aristo" 2 mg Filmtabl. ....	G	G04BD07 .....	245
IND	Tolvaptan "ratiopharm" SIADH 15 mg Tabl. ....	G	C03XA01 .....	206
IND	Tolvaptan "ratiopharm" SIADH 30 mg Tabl. ....	G	C03XA01 .....	206
IND	Tolvaptan "ratiopharm" 15 mg + 45 mg Tabl. ....	G	C03XA01 .....	206
IND	Tolvaptan "ratiopharm" 30 mg + 60 mg Tabl. ....	G	C03XA01 .....	206
IND	Tolvaptan "ratiopharm" 30 mg + 90 mg Tabl. ....	G	C03XA01 .....	207
	Tolvon 30 mg Filmtabl. ....	G	N06AX03 .....	344
	Tonsillol Gurgellsg. ....	G	R02AA02 .....	354
	Topilex 25 mg Filmtabl. ....	G	N03AX11 .....	315
	Topilex 50 mg Filmtabl. ....	G	N03AX11 .....	316
	Topilex 100 mg Filmtabl. ....	G	N03AX11 .....	316
	Topilex 200 mg Filmtabl. ....	G	N03AX11 .....	316
	Topiramate "1A Pharma" 25 mg Filmtabl. ....	G	N03AX11 .....	316
	Topiramate "1A Pharma" 50 mg Filmtabl. ....	G	N03AX11 .....	316
	Topiramate "1A Pharma" 100 mg Filmtabl. ....	G	N03AX11 .....	316
	Topiramate "1A Pharma" 200 mg Filmtabl. ....	G	N03AX11 .....	316
	Topiramate "ratiopharm" 25 mg Filmtabl. ....	G	N03AX11 .....	316
	Topiramate "ratiopharm" 50 mg Filmtabl. ....	G	N03AX11 .....	316
	Topiramate "ratiopharm" 100 mg Filmtabl. ....	G	N03AX11 .....	316
	Topiramate "ratiopharm" 200 mg Filmtabl. ....	G	N03AX11 .....	316
	Topiramate "Sandoz" 25 mg Filmtabl. ....	G	N03AX11 .....	316
	Topiramate "Sandoz" 50 mg Filmtabl. ....	G	N03AX11 .....	316
	Topiramate "Sandoz" 100 mg Filmtabl. ....	G	N03AX11 .....	316
	Topiramate "Sandoz" 200 mg Filmtabl. ....	G	N03AX11 .....	316
	Topiramate "Stada" 25 mg Filmtabl. ....	G	N03AX11 .....	316
	Topiramate "Stada" 50 mg Filmtabl. ....	G	N03AX11 .....	316
	Topiramate "Stada" 100 mg Filmtabl. ....	G	N03AX11 .....	316
	Topiramate "Stada" 200 mg Filmtabl. ....	G	N03AX11 .....	316
	Torasemid "Hexal" 2,5 mg Tabl. ....	G	C03CA04 .....	204
	Torasemid "Hexal" 5 mg Tabl. ....	G	C03CA04 .....	204
	Torasemid "Hexal" 10 mg Tabl. ....	G	C03CA04 .....	204
	Torasemid "Hexal" 20 mg Tabl. ....	G	C03CA04 .....	204
RE2	Toujeo 300 E/ml Inj. lsg. Fertipen. ....	Y	A10AE04 .....	379
RE2	Tracleer 62,5 mg Filmtabl. ....	Y	C02KX01 .....	426
RE2	Tracleer 125 mg Filmtabl. ....	Y	C02KX01 .....	427
	Tradolan 50 mg Amp. ....	G	N02AX02 .....	302
	Tradolan 100 mg Amp. ....	G	N02AX02 .....	302
	Tradolan 50 mg Filmtabl. ....	G	N02AX02 .....	302
	Tradolan Tropf. ....	G	N02AX02 .....	302
RE2	Trajenta 5 mg Filmtabl.  .....	Y	A10BH05 .....	385
	Tramabene 50 mg Amp. ....	G	N02AX02 .....	302
	Tramabene 100 mg Amp. ....	G	N02AX02 .....	302
	Tramabene 50 mg Kaps. ....	G	N02AX02 .....	302
	Tramabene 100 mg Retardtabl. ....	G	N02AX02 .....	302
	Tramabene 150 mg Retardtabl. ....	G	N02AX02 .....	303

KASS	Bezeichnung	Box	ATC	Seite
	Tramabene 200 mg Retardtabl. ....	G	N02AX02 ..... 303	
	Tramabene Tropf.....	G	N02AX02 ..... 302	
RE2	Tramabene Tropf.....	Y	N02AX02 ..... 558	
	Tramadol "1A Pharma" 50 mg Kaps. ....	G	N02AX02 ..... 302	
	Tramadol "1A Pharma" 100 mg/ml Tropf. ....	G	N02AX02 ..... 303	
	Tramadolhydrochlorid "Actavis" 100 mg Retardtabl.....	G	N02AX02 ..... 302	
	Tramadolhydrochlorid "Actavis" 150 mg Retardtabl.....	G	N02AX02 ..... 303	
	Tramadolhydrochlorid "Actavis" 200 mg Retardtabl.....	G	N02AX02 ..... 303	
	Tramadolor 50 mg Kaps.....	G	N02AX02 ..... 302	
	Tramadolor retard 100 mg Tabl.....	G	N02AX02 ..... 302	
	Tramadolor retard 150 mg Tabl.....	G	N02AX02 ..... 303	
	Tramadolor retard 200 mg Tabl.....	G	N02AX02 ..... 303	
	Tramadolor 100 mg/ml Tropf.....	G	N02AX02 ..... 303	
	Tramal 50 mg Amp.....	G	N02AX02 ..... 302	
	Tramal 100 mg Amp.....	G	N02AX02 ..... 302	
	Tramal 50 mg Kaps.....	G	N02AX02 ..... 302	
	Tramal retard 100 mg Filmtabl. ....	G	N02AX02 ..... 302	
	Tramal retard 150 mg Filmtabl. ....	G	N02AX02 ..... 303	
	Tramal retard 200 mg Filmtabl. ....	G	N02AX02 ..... 303	
	Tramal Tropf.....	G	N02AX02 ..... 303	
	Tramastad 50 mg Kaps. ....	G	N02AX02 ..... 302	
	Tramastad 100 mg/ml Tropf.....	G	N02AX02 ..... 303	
IND	Transtec 35 mcg/h transdermales Pflaster.....	G	N02AE01 ..... 301	
IND	Transtec 52,5 mcg/h transdermales Pflaster.....	G	N02AE01 ..... 301	
Au	Travatan 40 mcg/ml Augentropf.....	G	S01EE04 ..... 369	
	Travocort Creme .....	G	D01AC20 ..... 233	
	Travogen Creme .....	G	D01AC05 ..... 233	
Au	Travoprost "Stada" 40 mcg/ml Augentropf.....	G	S01EE04 ..... 369	
RE2	Travo-Vision sine 40 mcg/ml Augentropf.....	Y	S01EE04 ..... 615	
IND	Trelegy Ellipta 92 mcg/55 mcg/22 mcg einzeldosiertes Plv. zur Inh. 	G	R03AL08 ..... 358	
RE1	Tremfya 100 mg Inj.sg. Fertigpen 	Y	L04AC16 ..... 531	
RE1	Tremfya 100 mg Inj.sg. Fertigspr. 	Y	L04AC16 ..... 531	
IND	Trenantone Zweikammerspr. ....	G	L02AE02 ..... 271	
	Trental 400 mg Filmtabl.....	G	C04AD03 ..... 207	
RE2	Tresiba 100 E/ml Fertigpen 	Y	A10AE06 ..... 380	
RE2	Tresiba 100 E/ml Patronen 	Y	A10AE06 ..... 380	
	Tresleen 50 mg Filmtabl.....	G	N06AB06 ..... 341	
IND	Trevicta 175 mg Depot-Inj.susp. 	G	N05AX13 ..... 336	
IND	Trevicta 263 mg Depot-Inj.susp. 	G	N05AX13 ..... 336	
IND	Trevicta 350 mg Depot-Inj.susp. 	G	N05AX13 ..... 336	
IND	Trevicta 525 mg Depot-Inj.susp. 	G	N05AX13 ..... 336	
	Tricef 200 mg Filmtabl.....	G	J01DD08 ..... 257	
F6J	Tricef 100 mg/5 ml Trockensaft.....	G	J01DD08 ..... 257	
RE2	Trientin "Waymade" 200 mg Hartkaps.....	Y	A16AX12 ..... 393	
	Trigelan 50 mg/12,5 mg/200 mg Filmtabl.....	G	N04BA03 ..... 319	
	Trigelan 100 mg/25 mg/200 mg Filmtabl.....	G	N04BA03 ..... 319	
	Trigelan 150 mg/37,5 mg/200 mg Filmtabl.....	G	N04BA03 ..... 319	
	Trigelan 200 mg/50 mg/200 mg Filmtabl.....	G	N04BA03 ..... 320	
	Trileptal 150 mg Filmtabl.....	G	N03AF02 ..... 313	
	Trileptal 300 mg Filmtabl.....	G	N03AF02 ..... 313	
	Trileptal 600 mg Filmtabl.....	G	N03AF02 ..... 313	

KASS	Bezeichnung	Box	ATC	Seite
F14	Trileptal 60 mg/ml orale Susp.....	G	N03AF02	313
IND	Trimbow 87 mcg/5 mcg/9 mcg Druckgasinh., Lsg. ....	G	R03AL09	358
	Trinomia 100 mg/20 mg/5 mg Hartkaps. ....	G	C10BX06	232
	Trinomia 100 mg/20 mg/10 mg Hartkaps. ....	G	C10BX06	232
	Tripriam 200 mg Tabl. ....	G	J01EA01	257
	Tripriam 300 mg Tabl. ....	G	J01EA01	257
IND	Trisequens Filmtabl. ....	G	G03FB05	244
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	215
	Tritace 2,5 mg Tabl. ....	G	C09AA05	216
	Tritace 5 mg Tabl. ....	G	C09AA05	216
	Tritace 10 mg Tabl. ....	G	C09AA05	216
	Tritazide 5 mg/25 mg Tabl. ....	G	C09BA05	218
	Trittico retard 75 mg Tabl. ....	G	N06AX05	344
	Trittico retard 150 mg Tabl. ....	G	N06AX05	344
RE1	Triumeq 50 mg/600 mg/300 mg Filmtabl. ....	Y	J05AR13	476
IND	Trixeo Aerosphere 5 mcg/7,2 mcg /160 mcg Druckgasinh., Susp. $\text{PM}$ .....	G	R03AL11	358
	Trospium "Aristo" 15 mg Filmtabl. ....	G	G04BD09	246
	Trospium "Aristo" 20 mg Filmtabl. ....	G	G04BD09	246
	Trospium "Aristo" 30 mg Filmtabl. ....	G	G04BD09	246
RE1	Trulicity 1,5 mg Inj.lsg. Fertigen $\text{PM}$ .....	Y	A10BJ05	386
	Trusopt Augentropf. ....	G	S01EC03	367
	Truxal 15 mg Filmtabl. ....	G	N05AF03	325
	Truxal 50 mg Filmtabl. ....	G	N05AF03	325
RE1	Tukysa 50 mg Filmtabl. $\text{PM}$ .....	Y	L01EH03	493
RE1	Tukysa 150 mg Filmtabl. $\text{PM}$ .....	Y	L01EH03	493
IND	Twynsta 40 mg/5 mg Tabl. ....	G	C09DB04	225
IND	Twynsta 40 mg/10 mg Tabl. ....	G	C09DB04	225
IND	Twynsta 80 mg/5 mg Tabl. ....	G	C09DB04	225
IND	Twynsta 80 mg/10 mg Tabl. ....	G	C09DB04	225
RE2	Tyenne 162 mg Inj.lsg. Fertigen $\text{PM}$ .....	Y	L04AC07	528
RE2	Tyenne 162 mg Inj.lsg. Fertigspr. $\text{PM}$ .....	Y	L04AC07	528
RE2	Tyenne 20 mg/ml Konz. zur Herst. einer Inf.lsg. $\text{PM}$ .....	Y	L04AC07	527
RE1	Tysabri 150 mg Inj.lsg. Fertigspr. $\text{PM}$ .....	Y	L04AG03	544
RE1	Tysabri 300 mg Konz. zur Herst. einer Inf.lsg. ....	Y	L04AG03	545
	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	357
Au	Ultracortenol 5 mg/g Augensalbe .....	G	S01BA04	365
	Unasyn Filmtabl. ....	G	J01CR04	256
	Unidrox 600 mg Filmtabl. ....	G	J01MA17	261
	Uragelan 30 mg Hartkaps., retardiert .....	G	C02CA06	202
	Uragelan 60 mg Hartkaps., retardiert .....	G	C02CA06	202
	Uragelan 90 mg Hartkaps., retardiert .....	G	C02CA06	202
	Uralyt U Gran. ....	G	G04BC	245



KASS	Bezeichnung	Box	ATC	Seite
	Urapidil "Bluefish" 30 mg Hartkaps., retardiert.....	G	C02CA06.....	202
	Urapidil "Bluefish" 60 mg Hartkaps., retardiert.....	G	C02CA06.....	202
	Urbason 4 mg Tabl.....	G	H02AB04.....	249
IND	Urbason 4 mg Tabl.....	G	H02AB04.....	249
	Urbason 40 mg Tabl.....	G	H02AB04.....	249
	Urivesc 60 mg Retardkaps.....	G	G04BD09.....	246
	Urocard 2 mg Tabl.....	G	C02CA.....	201
	Urocard 5 mg Tabl.....	G	C02CA.....	201
RE2	Uromitexan 400 mg Filmtabl.....	Y	V03AF01.....	618
	Urosin 100 mg Tabl.....	G	M04AA01.....	291
	Urosin 300 mg Tabl.....	G	M04AA01.....	292
RE1	Uro-Vaxom Kaps.....	Y	G04BX.....	449
	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.....	243
RE2	Uzpruvo 45 mg Inj.lsg. Fertigspr.....	Y	L04AC05.....	521
RE2	Uzpruvo 90 mg Inj.lsg. Fertigspr.....	Y	L04AC05.....	525
	Valaciclovir "Bluefish" 500 mg Filmtabl.....	G	J05AB11.....	264
	Valaciclovir "Viatris" 500 mg Filmtabl.....	G	J05AB11.....	264
	Valaciclovir "Viatris" 1000 mg Filmtabl.....	G	J05AB11.....	264
RE2	Valganciclovir "Accord" 450 mg Filmtabl.....	Y	J05AB14.....	464
RE2	Valganciclovir "Bluefish" 450 mg Filmtabl.....	Y	J05AB14.....	464
RE2	Valganciclovir "ratiopharm" 450 mg Filmtabl.....	Y	J05AB14.....	464
RE2	Valganciclovir "Sandoz" 450 mg Filmtabl.....	Y	J05AB14.....	464
RE2	Valganciclovir "Stada" 450 mg Filmtabl.....	Y	J05AB14.....	464
	Valsacor 40 mg Filmtabl.....	G	C09CA03.....	220
	Valsacor 80 mg Filmtabl.....	G	C09CA03.....	220
	Valsacor 160 mg Filmtabl.....	G	C09CA03.....	220
	Valsarcomp 80 mg/12,5 mg Filmtabl.....	G	C09DA03.....	222
	Valsarcomp 160 mg/12,5 mg Filmtabl.....	G	C09DA03.....	222
	Valsarcomp 160 mg/25 mg Filmtabl.....	G	C09DA03.....	222
	Valsarcomp 320 mg/25 mg Filmtabl.....	G	C09DA03.....	223
	Valsartan "1A Pharma" 80 mg Filmtabl.....	G	C09CA03.....	220
	Valsartan "1A Pharma" 160 mg Filmtabl.....	G	C09CA03.....	220
	Valsartan "Actavis" 40 mg Filmtabl.....	G	C09CA03.....	220
	Valsartan "Actavis" 80 mg Filmtabl.....	G	C09CA03.....	220
	Valsartan "Actavis" 160 mg Filmtabl.....	G	C09CA03.....	220
	Valsartan "Sandoz" 80 mg Filmtabl.....	G	C09CA03.....	220
	Valsartan "Sandoz" 160 mg Filmtabl.....	G	C09CA03.....	220
	Valsartan "Sandoz" 320 mg Filmtabl.....	G	C09CA03.....	220
	Valsartan "Stada" 80 mg Filmtabl.....	G	C09CA03.....	220
	Valsartan "Stada" 160 mg Filmtabl.....	G	C09CA03.....	220
	Valsartan "Stada" 320 mg Filmtabl.....	G	C09CA03.....	220
	Valsartan/HCT "+pharma" 80 mg/12,5 mg Filmtabl.....	G	C09DA03.....	222
	Valsartan/HCT "+pharma" 160 mg/12,5 mg Filmtabl.....	G	C09DA03.....	222
	Valsartan/HCT "+pharma" 160 mg/25 mg Filmtabl.....	G	C09DA03.....	222
	Valsartan/HCT "1A Pharma" 80 mg/12,5 mg Filmtabl.....	G	C09DA03.....	222
	Valsartan/HCT "1A Pharma" 160 mg/12,5 mg Filmtabl.....	G	C09DA03.....	222
	Valsartan/HCT "1A Pharma" 160 mg/25 mg Filmtabl.....	G	C09DA03.....	222
	Valsartan/HCT "Actavis" 80 mg/12,5 mg Filmtabl.....	G	C09DA03.....	222
	Valsartan/HCT "Actavis" 160 mg/12,5 mg Filmtabl.....	G	C09DA03.....	222

KASS	Bezeichnung	Box	ATC	Seite
	Valsartan/HCT "Actavis" 160 mg/25 mg Filmtabl. ....	G	C09DA03	222
	Valsartan/HCT "Krka" 80 mg/12,5 mg Filmtabl. ....	G	C09DA03	222
	Valsartan/HCT "Krka" 160 mg/12,5 mg Filmtabl. ....	G	C09DA03	222
	Valsartan/HCT "Krka" 160 mg/25 mg Filmtabl. ....	G	C09DA03	222
	Valsartan/HCT "Sandoz" 80 mg/12,5 mg Filmtabl. ....	G	C09DA03	222
	Valsartan/HCT "Sandoz" 160 mg/12,5 mg Filmtabl. ....	G	C09DA03	222
	Valsartan/HCT "Sandoz" 160 mg/25 mg Filmtabl. ....	G	C09DA03	223
	Valsartan/HCT "Sandoz" 320 mg/12,5 mg Filmtabl. ....	G	C09DA03	223
	Valsartan/HCT "Sandoz" 320 mg/25 mg Filmtabl. ....	G	C09DA03	223
	Valsartan/HCT "Stada" 80 mg/12,5 mg Filmtabl. ....	G	C09DA03	222
	Valsartan/HCT "Stada" 160 mg/12,5 mg Filmtabl. ....	G	C09DA03	222
	Valsartan/HCT "Stada" 160 mg/25 mg Filmtabl. ....	G	C09DA03	223
	Valsartan/HCT "Stada" 320 mg/12,5 mg Filmtabl. ....	G	C09DA03	223
	Valsartan/HCT "Stada" 320 mg/25 mg Filmtabl. ....	G	C09DA03	223
RE1	Vancomycin "Dr. Eberth" 125 mg Hartkaps. ....	Y	A07AA09	377
RE1	Vancomycin "Dr. Eberth" 250 mg Hartkaps. ....	Y	A07AA09	378
IND	Vanquoral 25 mg Weichkaps. ....	G	L04AD01	279
IND	Vanquoral 50 mg Weichkaps. ....	G	L04AD01	279
IND	Vanquoral 100 mg Weichkaps. ....	G	L04AD01	279
RE1	Vargatef 100 mg Weichkaps. ....	Y	L01EX09	496
RE1	Vargatef 150 mg Weichkaps. ....	Y	L01EX09	496
	Vasonit retard 400 mg Filmtabl. ....	G	C04AD03	207
	Vasonit retard 600 mg Filmtabl. ....	G	C04AD03	207
	Vastarel 35 mg Filmtabl. mit veränderter Wirkstofffreisetzung. ....	G	C01EB15	200
IND	Velbienne 1 mg/2 mg Filmtabl. ....	G	G03FA15	244
	Velostad 75 mg Hartkaps., retardiert. ....	G	N06AX16	345
	Velostad 150 mg Hartkaps., retardiert. ....	G	N06AX16	345
	Velostad 225 mg Hartkaps., retardiert. ....	G	N06AX16	346
RE1	Velphoro 500 mg Kautabl. ....	Y	V03AE05	617
RE1	Velsipity 2 mg Filmtabl. (PM) ....	Y	L04AE05	538
RE1	Veltassa 8,4 g Plv. zur Herst. einer Susp. zum Einnehmen (PM) ....	Y	V03AE09	617
RE1	Veltassa 16,8 g Plv. zur Herst. einer Susp. zum Einnehmen (PM) ....	Y	V03AE09	618
RE1	Venclyxto 10 mg Filmtabl. ....	Y	L01XX52	506
RE1	Venclyxto 50 mg Filmtabl. ....	Y	L01XX52	506
RE1	Venclyxto 100 mg Filmtabl. ....	Y	L01XX52	506
	Vendal 10 mg Amp. ....	G	N02AA01	295
	Vendal 100 mg Stechamp. ....	G	N02AA01	296
	Vendal 200 mg Stechamp. ....	G	N02AA01	296
	Vendal retard 10 mg Filmtabl. ....	G	N02AA01	295
	Vendal retard 30 mg Filmtabl. ....	G	N02AA01	296
	Vendal retard 60 mg Filmtabl. ....	G	N02AA01	296
	Vendal retard 100 mg Filmtabl. ....	G	N02AA01	296
	Vendal retard 200 mg Filmtabl. ....	G	N02AA01	296
	Vendal 5 mg/ml orale Lsg. ....	G	N02AA01	295
	Venlafab 37,5 mg Retardkaps. ....	G	N06AX16	345
	Venlafab 75 mg Retardkaps. ....	G	N06AX16	345
	Venlafab 150 mg Retardkaps. ....	G	N06AX16	345
	Venlafab 50 mg Tabl. ....	G	N06AX16	345
	Venlafab 75 mg Tabl. ....	G	N06AX16	345

KASS	Bezeichnung	Box	ATC	Seite
	Venlafaxin "I@ctavis" 75 mg Hartkaps., retardiert .....	G	N06AX16 .....	345
	Venlafaxin "I@ctavis" 150 mg Hartkaps., retardiert .....	G	N06AX16 .....	346
	Venlafaxin "+pharma" 75 mg Retardtabl. ....	G	N06AX16 .....	345
	Venlafaxin "+pharma" 150 mg Retardtabl. ....	G	N06AX16 .....	346
	Venlafaxin "1A Pharma GmbH" 37,5 mg Hartkaps., retardiert .....	G	N06AX16 .....	345
	Venlafaxin "1A Pharma GmbH" 75 mg Hartkaps., retardiert.	G	N06AX16 .....	345
	Venlafaxin "1A Pharma GmbH" 150 mg Hartkaps., retardiert .....	G	N06AX16 .....	346
	Venlafaxin "1A Pharma GmbH" 225 mg Hartkaps., retardiert .....	G	N06AX16 .....	346
	Venlafaxin "Aristo" ER 75 mg Hartkaps. ....	G	N06AX16 .....	345
	Venlafaxin "Aristo" ER 150 mg Hartkaps. ....	G	N06AX16 .....	346
	Venlafaxin "Bluefish" 75 mg Hartkaps., retardiert .....	G	N06AX16 .....	345
	Venlafaxin "Bluefish" 150 mg Hartkaps., retardiert .....	G	N06AX16 .....	346
	Venlafaxin "Genericon" 75 mg Retardkaps. ....	G	N06AX16 .....	345
	Venlafaxin "Genericon" 150 mg Retardkaps. ....	G	N06AX16 .....	346
	Venlafaxin "Genericon" 225 mg Retardtabl. ....	G	N06AX16 .....	346
	Venlafaxin "Krka" 75 mg Retardkaps. ....	G	N06AX16 .....	345
	Venlafaxin "Krka" 150 mg Retardkaps. ....	G	N06AX16 .....	346
	Venlafaxin "Sandoz GmbH" 75 mg Hartkaps., retardiert. ....	G	N06AX16 .....	345
	Venlafaxin "Sandoz GmbH" 150 mg Hartkaps., retardiert. ....	G	N06AX16 .....	346
	Venlafaxin "Sandoz GmbH" 225 mg Hartkaps., retardiert. ....	G	N06AX16 .....	346
	Venobene Salbe .....	G	C05BA53 .....	208
RE1	Venobene Salbe .....	Y	C05BA53 .....	430
RE2	Venofer 20 mg/ml Inj.lsg. oder Konz. zur Herst. einer Inf.lsg. ....	Y	B03AC .....	409
	Venoruton 500 mg Tabl. ....	G	C05CA01 .....	208
	Venoruton 1000 mg Plv. zur Herst. einer Lsg. zum Einnehmen .....	G	C05CA01 .....	208
	Venosin retard 50 mg Kaps. ....	G	C05CX .....	208
RE1	Ventavis 10 mcg/ml Lsg. für einen Vernebler zur Inh. ....	Y	B01AC11 .....	395
	Verapabene 40 mg Filmtabl. ....	G	C08DA01 .....	214
	Verapabene 80 mg Filmtabl. ....	G	C08DA01 .....	214
	Verapabene 120 mg Filmtabl. ....	G	C08DA01 .....	214
RE1	Veregen 10 % Salbe .....	Y	D06BB12 .....	438
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 .....	421
	Vertirosan 50 mg Drag. ....	G	R06AA11 .....	363
	Vertirosan Tropf .....	G	R06AA11 .....	363
	Vertirosan Vit. B6 Manteltrag. ....	G	R06AA61 .....	363
RE1	Verzenios 50 mg Filmtabl. (PM) .....	Y	L01EF03 .....	492
RE1	Verzenios 100 mg Filmtabl. (PM) .....	Y	L01EF03 .....	492
RE1	Verzenios 150 mg Filmtabl. (PM) .....	Y	L01EF03 .....	493
	Vesicare 5 mg Filmtabl. ....	G	G04BD08 .....	245
	Vesicare 10 mg Filmtabl. ....	G	G04BD08 .....	246
	Vesisol 5 mg Filmtabl. ....	G	G04BD08 .....	245
	Vesisol 10 mg Filmtabl. ....	G	G04BD08 .....	246
IND	Vesoxx 1 mg/ml Lsg. zur intravesikalen Anw. (PM) .....	G	G04BD04 .....	245
RE1	Vfend 50 mg Filmtabl. ....	Y	J02AC03 .....	460
RE1	Vfend 200 mg Filmtabl. ....	Y	J02AC03 .....	460

KASS	Bezeichnung	Box	ATC	Seite
	Vibramycin 50 mg lös. Tabl. ....	G	J01AA02.....	253
	Vibramycin 100 mg lös. Tabl. ....	G	J01AA02.....	254
	Vibramycin 200 mg lös. Tabl. ....	G	J01AA02.....	254
	Vibravenös 100 mg/5 ml Amp. ....	G	J01AA02.....	253
	Vicard 1 mg Tabl. ....	G	C02CA.....	201
	Vicard 2 mg Tabl. ....	G	C02CA.....	201
	Vicard 5 mg Tabl. ....	G	C02CA.....	202
RE1	Victoza 6 mg/ml Inj.lsg. Fertigpen <sup>PM</sup> .....	Y	A10BJ02.....	386
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 "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.....	290
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.....	385
RE1	Vipidia 25 mg Filmtabl. ....	Y	A10BH04.....	385
RE2	Viramune 400 mg Retardtabl. ....	Y	J05AG01.....	471
RE2	Viramune 200 mg Tabl. ....	Y	J05AG01.....	471
RE2	Viramune 50 mg/5 ml Susp. zum Einnehmen.....	Y	J05AG01.....	471
RE2	Viread 245 mg Filmtabl. ....	Y	J05AF07.....	469
IND	ViroMed 200 mg Tabl. ....	G	J05AB01.....	264
IND	ViroMed 400 mg Tabl. ....	G	J05AB01.....	264
IND	ViroMed 800 mg Tabl. ....	G	J05AB01.....	264
	Viropel 500 mg Filmtabl. ....	G	J05AB11.....	264
	Viropel 1000 mg Filmtabl. ....	G	J05AB11.....	264
RE2	Vistagan Liquifilm unkonserviert 0,5 % Augentropf. ....	Y	S01ED03.....	615
RE1	Vitrakvi 25 mg Hartkaps. <sup>PM</sup> .....	Y	L01EX12.....	497
RE1	Vitrakvi 100 mg Hartkaps. <sup>PM</sup> .....	Y	L01EX12.....	497
RE1	Vitrakvi 20 mg/ml Lsg. zum Einnehmen <sup>PM</sup> .....	Y	L01EX12.....	496
	Vobaderm 1 mg/g + 20 mg/g Creme .....	G	D01AC20.....	233
RE1	Vocabria 600 mg Depot-Inj.susp. <sup>PM</sup> .....	Y	J05AJ04.....	474
RE1	Vocabria 30 mg Filmtabl. <sup>PM</sup> .....	Y	J05AJ04.....	474
	Volon 4 mg Tabl. ....	G	H02AB08.....	250
	Volon 8 mg Tabl. ....	G	H02AB08.....	250
	Volon A 10 mg Kristallsusp. Amp. ....	G	H02AB08.....	250
	Volon A 40 mg Kristallsusp. Amp. ....	G	H02AB08.....	250
	Volon A 40 mg Kristallsusp. Spritzamp. ....	G	H02AB08.....	250
	Volon A 80 mg Kristallsusp. Spritzamp. ....	G	H02AB08.....	250
	Volon A Creme antibiotikafrei.....	G	D07AB09.....	237
	Volon A Haftsalbe.....	G	A01AC01.....	163
	Volon A Salbe antibiotikafrei .....	G	D07AB09.....	237
	Volon A Tinktur.....	G	D07XB02.....	239
	Voltaren Amp. ....	G	M01AB05.....	287
	Voltaren 50 mg Filmtabl. ....	G	M01AB05.....	287
	Voltaren rapid 50 mg Drag. ....	G	M01AB05.....	287
	Voltaren retard 100 mg Filmtabl. ....	G	M01AB05.....	288
	Voltaren 50 mg Zäpf. f. Erw.....	G	M01AB05.....	287
	Voltaren 100 mg Zäpf. f. Erw.....	G	M01AB05.....	288

KASS	Bezeichnung	Box	ATC	Seite
	Voltaren Emulgel-Gel .....	G	M02AA15.....	290
	Voltaren Ophtha Augentropf.....	G	S01BC03.....	366
	Voltaren Ophtha Abak 1 mg/ml Augentropf.....	G	S01BC03.....	366
RE1	Voriconazol "Accord" 50 mg Filmtabl. ....	Y	J02AC03.....	460
RE1	Voriconazol "Accord" 200 mg Filmtabl. ....	Y	J02AC03.....	460
RE1	Voriconazol "Aristo" 100 mg Filmtabl. ....	Y	J02AC03.....	460
RE1	Voriconazol "Aristo" 200 mg Filmtabl. ....	Y	J02AC03.....	461
RE1	Voriconazol "ratiopharm" 200 mg Filmtabl. ....	Y	J02AC03.....	461
RE1	Voriconazol "Sandoz" 200 mg Filmtabl. ....	Y	J02AC03.....	461
RE1	Voriconazol "Stada" 200 mg Filmtabl. ....	Y	J02AC03.....	461
RE1	VPRIV 400 E Plv. zur Herst. einer Inf.lsg. ....	Y	A16AB10.....	390
IND	Vyepti 100 mg Konz. zur Herst. einer Inf.lsg. (PM) .....	G	N02CD05.....	312
	Vyndaqel 20 mg Weichkaps. ....	Y	N07XX08.....	594
RE1	Vyndaqel 61 mg Weichkaps. (PM) .....	Y	N07XX08.....	595
	Wellbutrin XR 150 mg Retardtabl. ....	G	N06AX12.....	344
	Wellbutrin XR 300 mg Retardtabl. ....	G	N06AX12.....	345
RE2	Wezenla 45 mg Inj.lsg. Fertigspr. ....	Y	L04AC05.....	522
RE2	Wezenla 90 mg Inj.lsg. Fertigspr. ....	Y	L04AC05.....	526
RE2	Wezenla 130 mg Konz. zur Herst. einer Inf.lsg. ....	Y	L04AC05.....	526
RE1	Wilate 500 IE FVIII/500 IE VWF Plv. und Lsgm. zur Herst. einer Inj.lsg. ....	Y	B02BD06.....	407
RE1	Wilate 1000 IE FVIII/1000 IE VWF Plv. und Lsgm. zur Herst. einer Inj.lsg. ....	Y	B02BD06.....	407
D	Winxory 50 mcg/g + 0,5 mg/g Creme.....	G	D05AX52.....	235
Au	Xalacom Augentropf.....	G	S01ED51.....	368
Au	Xalatan Augentropf.....	G	S01EE01.....	368
	Xanor 0,5 mg Tabl. ....	G	N05BA12.....	337
	Xanor 1 mg Tabl. ....	G	N05BA12.....	337
IND	Xarelto 10 mg Filmtabl. (PM) .....	G	B01AF01.....	189
RE1	Xarelto 10 mg Filmtabl. (PM) .....	Y	B01AF01.....	398
RE1	Xarelto 15 mg Filmtabl. (PM) .....	Y	B01AF01.....	398
RE1	Xarelto 20 mg Filmtabl. (PM) .....	Y	B01AF01.....	399
	Xefo 4 mg Filmtabl. ....	G	M01AC05.....	288
	Xefo 8 mg Filmtabl. ....	G	M01AC05.....	288
RE2	Xeljanz 5 mg Filmtabl. (PM) .....	Y	L04AF01.....	539
RE2	Xeljanz 10 mg Filmtabl. (PM) .....	Y	L04AF01.....	539
RE2	Xeljanz 11 mg Retardtabl. (PM) .....	Y	L04AF01.....	540
	Xeloda 500 mg Filmtabl. ....	G	L01BC06.....	266
IND	Xeplion 25 mg Depot-Inj.susp. ....	G	N05AX13.....	335
IND	Xeplion 50 mg Depot-Inj.susp. ....	G	N05AX13.....	335
IND	Xeplion 75 mg Depot-Inj.susp. ....	G	N05AX13.....	335
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.....	294
	Xiclav 1 g Filmtabl. ....	G	J01CR02.....	256
F14	Xiclav 312,5 mg/5 ml Trockensaft .....	G	J01CR02.....	255
F14	Xiclav duo 457 mg/5 ml Trockensaft .....	G	J01CR02.....	255
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.....	597
RE1	Xolair 150 mg Inj.lsg. Fertigspr. ....	Y	R03DX05.....	598
IND	Xorox Augensalbe .....	G	S01AD03.....	365

KASS	Bezeichnung	Box	ATC	Seite
RE1	Xtandi 40 mg Filmtabl. (PM).....	Y	L02BB04.....	507
	Xylocain 2 % Amp. ....	G	N01BB02.....	295
	Xylocain Gel .....	G	N01BB02.....	295
	Xyloneural Amp. ....	G	N01BB02.....	294
	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.....	366
	Yomogi Kaps. ....	G	A07FA02.....	173
IND	Yuflyma 40 mg Inj.lsg. Fertigpen.....	G	L04AB04.....	278
IND	Yuflyma 40 mg Inj.lsg. Fertigspr.....	G	L04AB04.....	278
IND	Zaditen 0,025 % Augentropf.....	G	S01GX08.....	369
IND	Zaditen Ophtha Abak 0,25 mg/ml Augentropf.....	G	S01GX08.....	369
	Zanidip 10 mg Filmtabl. ....	G	C08CA13.....	213
	Zanidip 20 mg Filmtabl. ....	G	C08CA13.....	213
	Zanipril 10 mg/10 mg Filmtabl. ....	G	C09BB02.....	218
	Zanipril 20 mg/10 mg Filmtabl. ....	G	C09BB02.....	218
	Zarzio 30 Mio E/0,5 ml Inj.-/Inf.lsg. Fertigspr.....	G	L03AA02.....	274
	Zarzio 48 Mio E/0,5 ml Inj.-/Inf.lsg. Fertigspr.....	G	L03AA02.....	274
RE2	Zavedos 5 mg Kaps. ....	Y	L01DB06.....	484
RE2	Zavedos 10 mg Kaps. ....	Y	L01DB06.....	484
RE1	Zavesca 100 mg Hartkaps. ....	Y	A16AX06.....	391
RE2	Zeffix 100 mg Filmtabl. ....	Y	J05AF05.....	466
RE1	Zejula 100 mg Filmtabl. (PM).....	Y	L01XK02.....	503
RE1	Zelboraf 240 mg Filmtabl. (PM).....	Y	L01EC01.....	486
	Zeldox 20 mg Hartkaps. ....	G	N05AE04.....	324
	Zeldox 40 mg Hartkaps. ....	G	N05AE04.....	324
	Zeldox 60 mg Hartkaps. ....	G	N05AE04.....	324
	Zeldox 80 mg Hartkaps. ....	G	N05AE04.....	324
RE1	Zeposia 0,23 mg, 0,46 mg Hartkaps. Starterpackung (PM).....	Y	L04AE02.....	537
RE1	Zeposia 0,92 mg Hartkaps. (PM).....	Y	L04AE02.....	537
RE2	Ziagen 300 mg Filmtabl. ....	Y	J05AF06.....	467
RE2	Ziagen 20 mg/ml Lsg. zum Einnehmen.....	Y	J05AF06.....	467
	Ziextenzo 6 mg Inj.lsg. Fertigspr. ....	G	L03AA13.....	275
	Zindaclin 1 % Gel .....	G	D10AF01.....	240
	Zinnat 250 mg Filmtabl.....	G	J01DC02.....	256
	Zinnat 500 mg Filmtabl.....	G	J01DC02.....	256
	Ziprasidon "Krka" 20 mg Hartkaps. ....	G	N05AE04.....	324
	Ziprasidon "Krka" 40 mg Hartkaps. ....	G	N05AE04.....	324
	Ziprasidon "Krka" 60 mg Hartkaps. ....	G	N05AE04.....	324
	Ziprasidon "Krka" 80 mg Hartkaps. ....	G	N05AE04.....	324
	Ziprasidon "Stada" 20 mg Hartkaps. ....	G	N05AE04.....	324
	Ziprasidon "Stada" 40 mg Hartkaps. ....	G	N05AE04.....	324
	Ziprasidon "Stada" 60 mg Hartkaps. ....	G	N05AE04.....	324
	Ziprasidon "Stada" 80 mg Hartkaps. ....	G	N05AE04.....	324
	Ziprasidon "Viatrix" 20 mg Hartkaps. ....	G	N05AE04.....	324
	Ziprasidon "Viatrix" 40 mg Hartkaps.....	G	N05AE04.....	324
	Ziprasidon "Viatrix" 60 mg Hartkaps.....	G	N05AE04.....	324
	Ziprasidon "Viatrix" 80 mg Hartkaps.....	G	N05AE04.....	324
	Zithromax 500 mg Filmtabl.....	G	J01FA10.....	259
F14	Zithromax 200 mg/5 ml Trockensaft.....	G	J01FA10.....	259
	Zocord 20 mg Filmtabl.....	G	C10AA01.....	227
IND	Zofran 4 mg Filmtabl. ....	G	A04AA01.....	169

KASS	Bezeichnung	Box	ATC	Seite
IND	Zofran 8 mg Filmtabl. ....	G	A04AA01 .....	169
IND	Zofran Zydis 4 mg Tabl. ....	G	A04AA01 .....	169
IND	Zofran Zydis 8 mg Tabl. ....	G	A04AA01 .....	170
IND	Zofran Lsg. zum Einnehmen .....	G	A04AA01 .....	169
IND	Zoladex Depot 3,6 mg Implantat .....	G	L02AE03.....	271
IND	Zoladex Depot 10,8 mg Implantat .....	G	L02AE03.....	271
	Zoldem 10 mg Filmtabl. ....	G	N05CF02.....	338
IND	Zoledronsäure "Accord" 4 mg/5 ml Konz. zur Herst. einer Inf.lsg. ....	G	M05BA08.....	294
IND	Zoledronsäure "Fresenius Kabi" 4 mg/5 ml Konz. zur Herst. einer Inf.lsg. ....	G	M05BA08.....	294
IND	Zoledronsäure "Sandoz" 4 mg/100 ml Inf.lsg. ....	G	M05BA08.....	294
IND	Zoledronsäure "Stada" 5 mg/100 ml Inf.lsg. ....	G	M05BA08.....	294
IND	Zolmitriptan "1A Pharma" 2,5 mg Filmtabl. ....	G	N02CC03.....	309
IND	Zolmitriptan "1A Pharma" 2,5 mg Schmelztabl. ....	G	N02CC03.....	309
IND	Zolmitriptan "Sandoz" 2,5 mg Schmelztabl. ....	G	N02CC03.....	309
IND	Zolmitriptan "Stada" 2,5 mg Schmelztabl. ....	G	N02CC03.....	309
IND	Zolmitriptan "Stada" 5 mg Schmelztabl. ....	G	N02CC03.....	309
IND	Zolmitriptan "Stada" 5 mg Tabl. ....	G	N02CC03.....	309
	Zolpidem "Hexal" Filmtabl. ....	G	N05CF02.....	338
	Zolpidem "ratiopharm" 10 mg Filmtabl. ....	G	N05CF02.....	338
IND	Zomig 2,5 mg Filmtabl. ....	G	N02CC03.....	309
IND	Zomig Rapimelt 2,5 mg Schmelztabl. ....	G	N02CC03.....	309
IND	Zomig 5 mg Nasenspray .....	G	N02CC03.....	309
RE2	Zonegran 25 mg Hartkaps. ....	Y	N03AX15.....	559
RE2	Zonegran 50 mg Hartkaps. ....	Y	N03AX15.....	559
RE2	Zonegran 100 mg Hartkaps. ....	Y	N03AX15.....	559
IND	Zonisamid "Aristo" 25 mg Hartkaps. ....	G	N03AX15.....	317
IND	Zonisamid "Aristo" 50 mg Hartkaps. ....	G	N03AX15.....	317
IND	Zonisamid "Aristo" 100 mg Hartkaps. ....	G	N03AX15.....	317
IND	Zoreeda 25 mcg/125 mcg pro Dosis Druckgasinh., Susp. ....	G	R03AK06.....	355
IND	Zoreeda 25 mcg/250 mcg pro Dosis Druckgasinh., Susp. ....	G	R03AK06.....	355
IND	Zovirax 200 mg Filmtabl. ....	G	J05AB01.....	264
IND	Zovirax 400 mg/5 ml Saft .....	G	J05AB01.....	263
RE1	Zovirax 5 % Creme .....	Y	D06BB03.....	437
	Zurcal 20 mg Filmtabl. ....	G	A02BC02.....	165
	Zurcal 40 mg Filmtabl. ....	G	A02BC02.....	166
RE1	Zyclara 3,75 % Creme .....	Y	D06BB10.....	438
RE1	Zydelig 100 mg Filmtabl. ....	Y	L01EM01.....	495
RE1	Zydelig 150 mg Filmtabl. ....	Y	L01EM01.....	495
	Zyloric 100 mg Tabl. ....	G	M04AA01.....	291
RE1	Zypadhera 300 mg Plv. und Lsgm. zur Herst. einer Depot-Inj.susp. ....	Y	N05AH03.....	563
RE1	Zypadhera 405 mg Plv. und Lsgm. zur Herst. einer Depot-Inj.susp. ....	Y	N05AH03.....	563
	Zyprexa 2,5 mg überzogene Tabl. ....	G	N05AH03.....	326
	Zyprexa 5 mg überzogene Tabl. ....	G	N05AH03.....	326
	Zyprexa 10 mg überzogene Tabl. ....	G	N05AH03.....	327
	Zyprexa 15 mg überzogene Tabl. ....	G	N05AH03.....	327
	Zyprexa Velotab 5 mg Schmelztabl. ....	G	N05AH03.....	326
	Zyprexa Velotab 10 mg Schmelztabl. ....	G	N05AH03.....	327
	Zyprexa VeloTab 15 mg Schmelztabl. ....	G	N05AH03.....	327

<i>KASS</i>	<i>Bezeichnung</i>	<i>Box</i>	<i>ATC</i>	<i>Seite</i>
	Zyrtec 10 mg Filmtabl. ....	G	R06AE07 .....	363
F14	Zyrtec 1 mg/ml orale Lsg. ....	G	R06AE07 .....	363
F14	Zyrtec 10 mg/ml Tropf. ....	G	R06AE07 .....	363
RE1	Zyvoxid 600 mg Filmtabl. ....	Y	J01XX08 .....	459





## Verzeichnis der ATC-Codes



<b>A</b>	<b>ALIMENTÄRES SYSTEM UND STOFFWECHSEL .....</b>	<b>163</b>	<b>375</b>
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	376
A06	MITTEL BEI VERSTOPFUNG .....	170	377
A07	ANTIDIARRHOIKA UND INTESTINALE ANTIPHLOGISTIKA/ANTIINFEKTIVA .....	171	377
A09	DIGESTIVA, INKL. ENZYME .....	174	--
A10	ANTIDIABETIKA .....	174	379
A11	VITAMINE .....	181	--
A12	MINERALSTOFFE .....	181	--
A14	ANABOLIKA ZUR SYSTEMISCHEN ANWENDUNG .....	182	--
A16	ANDERE MITTEL FÜR DAS ALIMENTÄRE SYSTEM UND DEN STOFFWECHSEL .....	183	389
<b>B</b>	<b>BLUT UND BLUT BILDENDE ORGANE .....</b>	<b>183</b>	<b>393</b>
B01	ANTITHROMBOTISCHE MITTEL .....	183	393
B02	ANTIHÄMORRHAGIKA .....	189	401
B03	ANTIANÄMIKA .....	190	409
B05	BLUTERSATZMITTEL UND PERFUSIONSLÖSUNGEN .....	197	417
B06	ANDERE HÄMATOLOGIKA .....	198	418
<b>C</b>	<b>KARDIOVASKULÄRES SYSTEM .....</b>	<b>198</b>	<b>420</b>
C01	HERZTHERAPIE .....	198	420
C02	ANTIHYPERTONIKA .....	201	426
C03	DIURETIKA .....	203	429
C04	PERIPHERE VASODILATATOREN .....	207	430
C05	VASOPROTEKTOREN .....	207	430
C07	BETA-ADRENOREZEPTOR-ANTAGONISTEN .....	208	--
C08	CALCIUMKANALBLOCKER .....	212	430
C09	MITTEL MIT WIRKUNG AUF DAS RENIN-ANGIOTENSIN-SYSTEM .....	214	430
C10	MITTEL, DIE DEN LIPIDSTOFFWECHSEL BEEINFLUSSEN .....	226	432
<b>D</b>	<b>DERMATIKA .....</b>	<b>233</b>	<b>437</b>
D01	ANTIMYKOTIKA ZUR DERMATOLOGISCHEN ANWENDUNG ....	233	--
D02	EMOLLIENTIA UND HAUTSCHUTZMITTEL .....	234	--
D03	ZUBEREITUNGEN ZUR BEHANDLUNG VON WUNDEN UND GESCHWÜREN .....	234	--
D04	ANTIPRURIGINOSA, INKL. ANTIHISTAMINIKA, ANÄSTHETIKA ETC. ....	235	--
D05	ANTIPSORIATIKA .....	235	--
D06	ANTIBIOTIKA UND CHEMOTHERAPEUTIKA ZUR DERMATOLOGISCHEN ANWENDUNG .....	236	437
D07	CORTICOSTEROIDE, DERMATOLOGISCHE ZUBEREITUNGEN .....	237	--
D08	ANTISEPTIKA UND DESINFIZIATIONSMITTEL .....	239	438
D09	MEDIZINISCHE VERBÄNDE .....	--	439
D10	AKNEMITTEL .....	239	--
D11	ANDERE DERMATIKA .....	241	439

<b>G</b>	<b>UROGENITALSYSTEM UND SEXUALHORMONE.....</b>	<b>241</b>	<b>447</b>
G01	GYNÄKOLOGISCHE ANTIINFEKTIVA UND ANTISEPTIKA .....	241	--
G02	ANDERE GYNÄKOLOGIKA.....	242	--
G03	SEXUALHORMONE UND MODULATOREN DES GENITALSYSTEMS.....	243	447
G04	UROLOGIKA.....	245	449
<b>H</b>	<b>SYSTEMISCHE HORMONPRÄPARATE, EXKL. SEXUALHORMONE UND INSULINE .....</b>	<b>247</b>	<b>450</b>
H01	HYPOPHYSEN- UND HYPOTHALAMUSHORMONE UND ANALOGA.....	247	450
H02	CORTICOSTEROIDE ZUR SYSTEMISCHEN ANWENDUNG.....	248	--
H03	SCHILDDRÜSENTHERAPIE .....	251	--
H04	PANKREASHORMONE .....	252	457
H05	CALCIUMHOMÖOSTASE .....	252	457
<b>J</b>	<b>ANTIINFEKTIVA ZUR SYSTEMISCHEN ANWENDUNG.....</b>	<b>253</b>	<b>458</b>
J01	ANTIBIOTIKA ZUR SYSTEMISCHEN ANWENDUNG .....	253	458
J02	ANTIMYKOTIKA ZUR SYSTEMISCHEN ANWENDUNG.....	261	460
J04	MITTEL GEGEN MYKOBAKTERIEN.....	263	464
J05	ANTIVIRALE MITTEL ZUR SYSTEMISCHEN ANWENDUNG.....	263	464
J06	IMMUNSERA UND IMMUNGLOBULINE.....	--	479
<b>L</b>	<b>ANTINEOPLASTISCHE UND IMMUNMODULIERENDE MITTEL .....</b>	<b>265</b>	<b>483</b>
L01	ANTINEOPLASTISCHE MITTEL .....	265	483
L02	ENDOKRINE THERAPIE .....	270	507
L03	IMMUNSTIMULANZIEN.....	274	508
L04	IMMUNSUPPRESSIVA.....	275	513
<b>M</b>	<b>MUSKEL- UND SKELETTSYSTEM.....</b>	<b>286</b>	<b>551</b>
M01	ANTIPHLOGISTIKA UND ANTIRHEUMATIKA.....	286	551
M02	TOPISCHE MITTEL GEGEN GELENK- UND MUSKELSCHMERZEN.....	290	--
M03	MUSKELRELAXANZIEN.....	291	--
M04	GICHTMITTEL .....	291	552
M05	MITTEL ZUR BEHANDLUNG VON KNOCHENERKRANKUNGEN .....	292	555
M09	ANDERE MITTEL GEGEN STÖRUNGEN DES MUSKEL- UND SKELETTSYSTEMS .....	--	556
<b>N</b>	<b>NERVENSYSTEM.....</b>	<b>294</b>	<b>557</b>
N01	ANÄSTHETIKA .....	294	557
N02	ANALGETIKA .....	295	557
N03	ANTIEPILEPTIKA.....	312	558
N04	ANTIPARKINSONMITTEL .....	318	561
N05	PSYCHOLEPTIKA .....	323	562
N06	PSYCHOANALEPTIKA.....	338	563
N07	ANDERE MITTEL FÜR DAS NERVENSYSTEM.....	351	590

Gruppe	Bezeichnung	Seite G	Seite Y
<b>P</b>	<b>ANTIPARASITÄRE MITTEL, INSEKTIZIDE UND REPELLENZIEN</b> .....	<b>352</b>	<b>596</b>
P01	MITTEL GEGEN PROTOZOEN-ERKRANKUNGEN .....	352	--
P02	ANTHELMINTIKA .....	352	596
P03	MITTEL GEGEN EKTOPARASITEN, INKL. ANTISCABIOSA, INSEKTIZIDE .....	352	--
<b>R</b>	<b>RESPIRATIONSTRAKT</b> .....	<b>353</b>	<b>596</b>
R01	RHINOLOGIKA .....	353	--
R02	HALS- UND RACHENTHERAPEUTIKA .....	354	--
R03	MITTEL BEI OBSTRUKTIVEN ATEMWEGSERKRANKUNGEN ....	354	596
R05	HUSTEN- UND ERKÄLTUNGSPRÄPARATE .....	361	604
R06	ANTI-HISTAMINIKA ZUR SYSTEMISCHEN ANWENDUNG .....	362	--
R07	ANDERE MITTEL FÜR DEN RESPIRATIONSTRAKT .....	364	607
<b>S</b>	<b>SINNESORGANE</b> .....	<b>364</b>	<b>615</b>
S01	OPHTHALMIKA .....	364	615
S02	OTOLOGIKA .....	370	616
S03	OPHTHALMOLOGISCHE UND OTOLOGISCHE ZUBEREITUNGEN .....	370	--
<b>V</b>	<b>VARIA</b> .....	<b>370</b>	<b>616</b>
V01	ALLERGENE .....	370	--
V03	ALLE ÜBRIGEN THERAPEUTISCHEN MITTEL .....	371	616
V08	KONTRASTMITTEL .....	372	--



## Verzeichnis der Wirkstoffe





Wirkstoff	Kombination	Verabreichung	Seite
Abacavir .....		Oral .....	467
.....	+	Oral .....	475f
Abatacept .....		Par .....	514
Abemaciclib .....		Oral .....	492f
Abirateron .....		Oral .....	273f
.....	+	Oral .....	504f
Abrocitinib .....		Oral .....	445
Acalabrutinib .....		Oral .....	494
Acamprosac .....		Oral .....	351
Acemetacin .....		Oral .....	288
Acenocoumarol .....		Oral .....	183
Acetazolamid .....		Oral .....	367
Acetylcystein .....		Oral .....	361
Acetylsalicylsäure .....		Oral .....	184f, 303
.....	+	Oral .....	232, 303
Aciclovir .....		Oral .....	263f
.....		Derm .....	437
.....		Oc .....	365
Acitretin .....		Oral .....	236
Acidiniumbromid .....		Inh .....	360
.....	+	Inh .....	357
Adalimumab .....		Par .....	277ff
Adapalen .....		Derm .....	239
Aescin .....		Oral .....	208
Afatinib .....		Oral .....	485f
Agalsidase alfa .....		Par .....	389
Agalsidase beta .....		Par .....	390
Albendazol .....		Oral .....	596
Alectinib .....		Oral .....	488
Alendronsäure .....		Oral .....	293
Alfa1-Antitrypsin .....		Par .....	401f
Alfacalcidol .....		Oral .....	181
Alfuzosin .....		Oral .....	246
Alirocumab .....		Par .....	434ff
Aliskiren .....		Oral .....	226
Alitretinoin .....		Oral .....	439f
Alkalicitrat .....		Oral .....	245
Allopurinol .....		Oral .....	291f
Alogliptin .....		Oral .....	385
.....	+	Oral .....	380ff
Alprazolam .....		Oral .....	337
Alprostadil .....		Par .....	421
Amantadin .....		Oral .....	320
Ambrisentan .....		Oral .....	427f
Ambroxol .....		Oral .....	361f
.....	+	Oral .....	362
Amidephrin .....		HNO .....	353
Amiodaron .....		Oral .....	199
Amisulprid .....		Oral .....	330
Amitriptylin .....		Oral .....	338
Amlodipin .....		Oral .....	212f
.....	+	Oral .....	218f, 224ff, 232

Wirkstoff	Kombination	Verabreichung	Seite
Amoxicillin .....		Oral.....	254
.....	+	Oral.....	255f
Amphotericin B .....		Oral.....	172
.....		HNO .....	163
Anagrelid .....		Oral.....	505
Anastrozol .....		Oral.....	272
Anti-D(rh)-Immunglobulin .....		Par .....	482
Apalutamid .....		Oral.....	508
Apixaban .....		Oral.....	399
Apomorphin .....		Par .....	561f
Apraclonidin.....		Oc .....	366
Apremilast .....		Oral.....	514f
Aprepitant .....		Oral.....	170
Aripiprazol .....		Par .....	334f
.....		Oral.....	333f
Ascorbinsäure .....	+	Oral.....	303
Atazanavir .....		Oral.....	265, 465
Atenolol .....		Oral.....	209
.....	+	Oral.....	212
Ätherische Öle .....	+	Oral.....	245
Atomoxetin .....		Oral.....	567ff
Atorvastatin .....		Oral.....	228f
.....	+	Oral.....	231f
Atropin .....		Par .....	169
Avacopan .....		Oral.....	549
Avatrombopag .....		Oral.....	409
Azathioprin .....		Oral.....	280f
Azelainsäure.....		Derm.....	240
Azelastin .....		Oc .....	369
.....		HNO .....	353
.....	+	HNO .....	354
Azithromycin.....		Oral.....	259
Bacitracin.....	+	Derm.....	236
Baclofen .....		Oral.....	291
Bakterienlysat .....	+	Oral.....	364
Bambuterol .....		Oral.....	360
Baricitinib .....		Oral.....	540
BCG-Impfstoff.....		Ur.....	512
Beclometason.....		Inh .....	358
.....	+	Inh .....	356, 358
Belimumab .....		Par .....	545f
Bemiparin .....		Par .....	184
Bempedoinsäure .....		Oral.....	436
.....	+	Oral.....	437
Benralizumab .....		Par .....	603
Benserazid .....	+	Oral.....	318f
Benzoylperoxid.....		Derm.....	239f
.....	+	Derm.....	240
Benzydamin.....		Vag .....	242
Benzylpenicillin-Benzathin.....		Par .....	255
Berotalstat .....		Oral.....	419
Betahistin .....		Oral.....	351

Wirkstoff	Kombination	Verabreichung	Seite
Betamethason .....	Par.....	248f	
.....	Oral.....	248	
.....	Derm.....	237	
.....	Oc.....	370	
.....	+ Derm.....	235, 238f	
.....	+ Oc.....	370	
Betaxolol.....	Oc.....	367	
Bethanechol .....	Oral.....	590	
Bezafibrat .....	Oral.....	230	
Bicalutamid .....	Oral.....	272	
Bictegravir .....	+ Oral.....	477	
Bimatoprost .....	Oc.....	368, 615	
.....	+ Oc.....	367, 615	
Bimekizumab .....	Par.....	533	
Binimetinib .....	Oral.....	490	
Biperiden .....	Par.....	318	
.....	Oral.....	318	
Birkenpollen.....	SL.....	371	
Bisoprolol.....	Oral.....	209f	
.....	+ Oral.....	212	
Bosentan .....	Oral.....	426f	
Brigatinib .....	Oral.....	488	
Brimonidin .....	Oc.....	366	
.....	+ Oc.....	367	
Brinzolamid.....	Oc.....	367	
.....	+ Oc.....	368	
Brivudin .....	Oral.....	264	
Brodalumab .....	Par.....	530	
Bromazepam.....	Oral.....	337	
Bromfenac .....	Oc.....	366	
Brotizolam .....	Oral.....	338	
Budesonid .....	Oral.....	172, 378	
.....	Rec.....	172	
.....	Inh.....	358f	
.....	+ Inh.....	356, 358	
Bumetanid .....	Oral.....	204	
Buprenorphin.....	Par.....	591f	
.....	TD.....	301f	
.....	SL.....	301, 557, 591f	
.....	+ SL.....	593f	
Bupropion.....	Oral.....	344f	
Buserelin .....	Par.....	270	
.....	Nas.....	270	
Busulfan .....	Oral.....	265	
Butizid.....	+ Oral.....	205	
Butylscopolamin .....	Par.....	169	
C1-Inhibitor aus Humanplasma.....	Par.....	418	
Cabergolin .....	Oral.....	242, 322	
Cabotegravir.....	Par.....	474	
.....	Oral.....	474	
Calcipotriol.....	Derm.....	235	
.....	+ Derm.....	235	

Wirkstoff	Kombination	Verabreichung	Seite
Calcitriol.....		Oral.....	181
Calcium (diverse Salze) .....		Par .....	182
.....		Oral.....	372
Calciumacetat.....		Oral.....	372
.....	+	Oral.....	372
Calciumcarbonat .....		Oral.....	181
.....	+	Oral.....	182
Calciumfolinat .....		Oral.....	372
Canakinumab .....		Par .....	529
Candesartan .....		Oral.....	221
.....	+	Oral.....	223ff
Cannabidiol .....		Oral.....	560
.....	+	SL .....	558
Capecitabin .....		Oral.....	266
Capsaicin .....		Derm.....	557
Carbamazepin .....		Oral.....	312f
Carbidopa .....	+	Oral.....	319f
Cariprazin .....		Oral.....	336
Caroverin .....		Oral.....	375
Carvedilol .....		Oral.....	211
.....	+	Oral.....	212
Cefaclor .....		Oral.....	257
Cefalexin .....		Oral.....	256
Cefixim .....		Oral.....	257
Cefpodoxim .....		Oral.....	257
Cefuroxim .....		Oral.....	256
Celecoxib.....		Oral.....	290, 551
Genobamat.....		Oral.....	560f
Certolizumab pegol .....		Par .....	516
Cetirizin .....		Oral.....	363
Chlorambucil .....		Oral.....	265
Chlorhexidin .....	+	Ur.....	295, 557
Chlorprothixen .....		Oral.....	325
Chlortalidon .....		Oral.....	203
.....	+	Oral.....	212
Chlortetracyclin.....	+	Derm.....	238
Choriongonadotropin alfa .....		Par .....	449
Ciclesonid .....		Inh .....	359
Ciclosporin.....		Oral.....	279
.....		Oc .....	370
Cilazapril.....		Oral.....	216
.....	+	Oral.....	218
Cimetidin .....		Oral.....	163f
Cinacalcet.....		Oral.....	252f
Ciprofloxacin.....		Oral.....	260
.....		Oc .....	365
.....		HNO .....	616
.....	+	HNO .....	370
Citalopram .....		Par .....	339
.....		Oral.....	339f
Cladribin .....		Oral.....	515
Clarithromycin .....		Oral.....	258f

Wirkstoff	Kombination	Verabreichung	Seite
Clavulansäure .....	+	Oral.....	255f
Clenbuterol .....	+	Oral.....	362
Clindamycin .....		Oral.....	259
.....		Vag.....	241
.....		Derm.....	240
.....	+	Derm.....	240
Clobazam .....		Oral.....	337
Clobetasol .....		Derm.....	238
Clodronsäure .....		Oral.....	292
Clomifen .....		Oral.....	244
Clomipramin .....		Oral.....	338
Clonazepam .....		Oral.....	312
Clonidin .....		Par.....	201
.....		Oral.....	201
Clodidogrel .....		Oral.....	184
Clozapin .....		Oral.....	325
Cobicistat.....	+	Oral.....	476
Cobimetinib .....		Oral.....	490
Codein .....	+	Oral.....	362
Colchicin .....		Oral.....	292
Colecalciferol .....		Oral.....	181
.....	+	Oral.....	182
Colestyramin .....		Oral.....	230
Conestat alfa .....		Par.....	419
Cromoglicinsäure .....		Oc.....	369
.....		HNO.....	353
Cyanocobalamin.....	+	Oral.....	181, 288
Cyclophosphamid.....		Oral.....	265
Cyproteron.....		Oral.....	244
.....	+	Oral.....	449
Dabigatran etexilat .....		Oral.....	185ff, 397f
Dabrafenib.....		Oral.....	487
Dalteparin .....		Par.....	183, 393f
Danaparoid.....		Par.....	394
Dapagliflozin .....		Oral.....	388
.....	+	Oral.....	382f
Darbepoetin alfa .....		Par.....	196f, 415ff
Darolutamid .....		Oral.....	508
Darunavir .....		Oral.....	265, 465
Dasatinib .....		Oral.....	268
Deferasirox .....		Oral.....	371
Deferipron.....		Oral.....	616
Deferoxamin .....		Par.....	371
Degarelix .....		Par.....	273
Denosumab .....		Par.....	294, 555
Dequalinium .....		HNO.....	354
Desloratadin .....		Oral.....	364
Desmopressin .....		Oral.....	455
.....		Nas.....	247
.....		SL.....	454f
Deucravacitinib .....		Oral.....	543

Wirkstoff	Kombination	Verabreichung	Seite
Dexamethason		Par	249
		Oral	249
		Oc	365
	+	Derm	239
	+	Oc	366
Dexibuprofen		Oral	289
Dexpanthenol	+	Derm	208, 430
Diazepam		Par	336
		Oral	336f
		Rec	336f
Diclofenac		Par	287
		Oral	287f
		Rec	287f
		Derm	241, 290
		Oc	366
	+	Par	551
	+	Oral	288
Dienogest		Oral	243
	+	Oral	244
Diflucortolon		Derm	237
	+	Derm	233
Dihydrocodein		Oral	298, 362
Dihydroergotamin		Nas	309
Diltiazem		Oral	214
Dimenhydrinat	+	Oral	363
Dimethylfumarat		Oral	550
Dimeticon		Oral	168
Diphenhydramin		Par	362
		Oral	362f
		Derm	235
	+	Ur	295, 557
	+	Derm	239
	+	Oc	369
	+	HNO	353
Dolutegravir		Oral	473
	+	Oral	476f
Domperidon		Oral	169
Donepezil		Oral	347f, 570ff
Doravirin		Oral	472
	+	Oral	477
Dornase alfa (Desoxyribonuclease)		Inh	604
Dorzolamid		Oc	367
	+	Oc	368, 615
Doxazosin		Oral	202
Doxycyclin		Par	253
		Oral	253f
Dronedaron		Oral	199
Dulaglutid		Par	386
Duloxetin		Oral	346f
Dupilumab		Par	440ff, 444
Dutasterid		Oral	247
	+	Oral	247

Wirkstoff	Kombination	Verabreichung	Seite
Dydrogesteron .....		Oral .....	243
.....	+	Oral .....	243f
Econazol .....		Vag .....	242
.....		Derm .....	233
.....	+	Derm .....	233
Edoxaban .....		Oral .....	400f
Efavirenz .....		Oral .....	471
.....	+	Oral .....	476
Eisen(II)fumarat .....		Oral .....	190
.....	+	Oral .....	190
Eisen(II)gluconat .....		Oral .....	190
Eisen(II)sulfat .....		Oral .....	190
.....	+	Oral .....	190
Eisen III .....		Par .....	409
Elacestrant .....		Oral .....	507
Elektrolyte .....		Par .....	197, 417f
.....	+	Par .....	198, 418
.....	+	Oral .....	172
Eletriptan .....		Oral .....	309f
Elexacaftor .....	+	Oral .....	613f
Eliglustat .....		Oral .....	392
Eltrombopag .....		Oral .....	408
Elvitegravir .....	+	Oral .....	476
Emicizumab .....		Par .....	408
Empagliflozin .....		Oral .....	389
.....	+	Oral .....	382f
Emtricitabin .....		Oral .....	469
.....	+	Oral .....	475ff
Enalapril .....		Oral .....	214f
.....	+	Oral .....	217ff
Encorafenib .....		Oral .....	487
Enoxaparin .....		Par .....	183f, 394
Entacapon .....		Oral .....	323
.....	+	Oral .....	319f
Entecavir .....		Oral .....	470f
Entrectinib .....		Oral .....	498f
Enzalutamid .....		Oral .....	507
Enzyme (Lipase, Protease etc.) .....	+	Oral .....	174
Ephedrin .....	+	HNO .....	353
Epinastin .....		Oc .....	370
Epinephrin .....		Par .....	420
Eplerenon .....		Oral .....	204f
Eprosartan .....		Oral .....	220
.....	+	Oral .....	222
Eptinezumab .....		Par .....	312
Erenumab .....		Par .....	310
Erlotinib .....		Oral .....	484f
Erythromycin .....		Par .....	258
Erythropoietin .....		Par .....	191ff, 409ff
Escherichia coli .....		Oral .....	379, 449
Escitalopram .....		Oral .....	342f
Esketamin .....		Nas .....	564



Wirkstoff	Kombination	Verabreichung	Seite
Esomeprazol .....		Oral.....	167f, 375
.....	+	Oral.....	290
Estradiol .....		Oral.....	243
.....		Vag.....	242
.....		TD.....	242
.....	+	Oral.....	243f, 248
Estriol .....		Oral.....	243
.....		Vag.....	243
Etanercept .....		Par.....	275f
Ethambutol .....		Oral.....	263
Ethinylestradiol .....	+	Oral.....	449
Ethosuximid.....		Oral.....	312
Etilefrin .....		Oral.....	199
Etofenamat .....		Derm.....	290
Etoricoxib.....		Oral.....	551f
Etrasimod .....		Oral.....	538
Etravirin .....		Oral.....	472
Everolimus.....		Oral.....	268f, 548
Evolocumab.....		Par.....	433
Exemestan .....		Oral.....	273
Ezetimib.....		Oral.....	230
.....	+	Oral.....	231f, 437
Faktor-VIII-Inhibitor bypass Aktivität.....		Par.....	405
Famciclovir .....		Oral.....	264
Famotidin.....		Oral.....	164
Febuxostat.....		Oral.....	292, 552ff
Felbamat .....		Oral.....	559
Felodipin .....		Oral.....	213
Fenfluramin .....		Oral.....	561
Fenofibrat .....		Oral.....	230
.....	+	Oral.....	231
Fenoterol .....		Inh.....	354
.....	+	Inh.....	357
Fentanyl.....		TD.....	299f
Fenticonazol .....		Vag.....	242
.....		Derm.....	233
Fexofenadin.....		Oral.....	364
Filgotinib .....		Oral.....	542f
Filgrastim .....		Par.....	274
Finasterid.....		Oral.....	247
Finerenon .....		Oral.....	429
Fingolimod.....		Oral.....	534ff
Flavonoidfraktion .....	+	Oral.....	208
Flecainid .....		Oral.....	198
Fluconazol .....		Oral.....	261f, 460
Fludrocortison.....		Oral.....	248
Fluocinolonacetonid .....	+	HNO.....	370
Fluorouracil.....		Derm.....	266
.....	+	Derm.....	483
Fluoxetin .....		Oral.....	339

Wirkstoff	Kombination	Verabreichung	Seite
Flupentixol		Par	324f
		Oral	324
	+	Oral	347
Flupredniden		Derm	237
	+	Derm	233, 238
Fluticason		HNO	353
		Inh	359
	+	HNO	354
	+	Inh	355ff
Fluticasonfuroat		HNO	354
	+	Inh	356, 358
Fluvastatin		Oral	228
Fluvoxamin		Oral	342
Follitropin alfa		Par	448
Follitropin beta		Par	448
Folsäure		Oral	190f
	+	Oral	190
Fondaparinux		Par	401
Formoterol		Inh	355
	+	Inh	356ff
Fosamprenavir		Oral	465
Fosfomycin		Oral	261
Fosinopril		Oral	216
	+	Oral	218
Fremanezumab		Par	311
Frovatriptan		Oral	310
Fulvestrant		Par	271f
Furosemid		Par	203
		Oral	203f
	+	Oral	205f
Fusidinsäure		Oral	261
		Derm	236
		Oc	365
	+	Derm	239
Gabapentin		Oral	305f
Galantamin		Oral	349f, 581ff
Galcanezumab		Par	311
Gamma-Hydroxybuttersäure		Oral	594
Gefitinib		Oral	268
Gemfibrozil		Oral	230
Gentamicin		Derm	236
		Oc	364f
	+	Derm	238
	+	Oc	366
Gerbstoff (synth.)		Derm	235
Gerinnungsfaktor VII		Par	406
Gerinnungsfaktor VIII		Par	402ff
	+	Par	406f
Gerinnungsfaktor IX		Par	405f
Gerinnungsfaktor XIII		Par	407
Gimeracil		Oral	483
Ginkgoblatt	+	Oral	350

Wirkstoff	Kombination	Verabreichung	Seite
Glatirameracetat.....		Par.....	513
Glecaprevir.....	+	Oral.....	475
Gliclazid.....		Oral.....	176
Glimepirid.....		Oral.....	176f
Gliquidon.....		Oral.....	176
Glucagon.....		Par.....	252
.....		Nas.....	457
Glucose.....		Par.....	417
.....	+	Oral.....	172
Glyceroltrinitrat.....		SL.....	199
Glycopyrroniumbromid.....		Oral.....	375
.....		Inh.....	360
.....	+	Inh.....	357f
Golimumab.....		Par.....	517ff
Gonadorelin.....		Par.....	456
.....		Nas.....	248
Goserelin.....		Par.....	271
Granisetron.....		Oral.....	170
Gräserpollen.....		SL.....	370
Guaifenesin.....	+	Oral.....	362
Guselkumab.....		Par.....	531
Haloperidol.....		Par.....	323
.....		Oral.....	323
Hamamelis.....	+	Derm.....	235
Harnstoff.....	+	Derm.....	234
Hausstaubmilben.....		Oral.....	371
.....		SL.....	371
Heparin.....		Derm.....	207
.....	+	Derm.....	208, 430
Hepatitis B-Immunglobulin.....		Par.....	482
Hexetidin.....	+	Derm.....	239
Humanes menopausales Gonadotropin.....		Par.....	447
Hydrochlorothiazid.....		Oral.....	203
.....	+	Oral.....	205, 212, 217ff, 222ff
Hydrocortison.....		Oral.....	250
.....		Derm.....	237
.....		Oc.....	365
Hydromorphon.....		Oral.....	296f
Hydroxocobalamin.....		Par.....	190
Hydroxycarbamid.....		Oral.....	505
Hydroxypropylmethylcellulose.....		Oc.....	370
Hydroxyzin.....		Oral.....	338
Ibandronsäure.....		Par.....	293
.....		Oral.....	293
Ibrutinib.....		Oral.....	494
Ibuprofen.....		Oral.....	289
.....		Derm.....	290
Icatibant.....		Par.....	198, 419
Idarubicin.....		Oral.....	484
Idelalisib.....		Oral.....	495

Wirkstoff	Kombination	Verabreichung	Seite
Iloprost.....		Par.....	395
.....		Inh.....	395
Imatinib.....		Oral.....	267f
Imidapril.....		Oral.....	217
Imiglucerase.....		Par.....	389
Imiquimod.....		Derm.....	236, 438
Immunglobuline, normal human, zur extravasalen Anwendung.....		Par.....	478f
Immunglobuline, normal human, zur intravasalen Anwendung.....		Par.....	480ff
Immuncyanin.....		Par.....	512
Inclisiran.....		Par.....	437
Indacaterol.....	+	Inh.....	357f
Indapamid.....		Oral.....	203
Indometacin.....		Oral.....	286f
Infliximab.....		Par.....	276f
Inotersen.....		Par.....	595
Insulin (human).....		Par.....	174f
Insulin aspart.....		Par.....	174f
Insulin degludec.....		Par.....	380
Insulin detemir.....		Par.....	379f
Insulin glargin.....		Par.....	175, 379
Insulin glulisin.....		Par.....	175
Insulin lispro.....		Par.....	174f
Interferon beta-1a.....		Par.....	509f
Interferon beta-1b.....		Par.....	510f
Interferon gamma.....		Par.....	508
Iopamidol.....		Par.....	372
Ipratropiumbromid.....		HNO.....	354
.....		Inh.....	359
.....	+	Inh.....	357, 596
Irbesartan.....		Oral.....	220
.....	+	Oral.....	223
Isoconazol.....		Derm.....	233
.....	+	Derm.....	233
Isoniazid.....	+	Oral.....	263
Isosorbidmononitrat.....		Oral.....	199
Isotretinoin.....		Oral.....	240f
Itraconazol.....		Oral.....	262f
Ivabradin.....		Oral.....	200
Ivacaftor.....		Oral.....	605ff
.....	+	Oral.....	610ff
Ivermectin.....		Oral.....	352
Ixekizumab.....		Par.....	530
Kalium (diverse Salze in Kombination)....	+	Oral.....	182
Kalium-4-aminobenzoat.....		Oral.....	446
Kaliumchlorid.....		Oral.....	182
Kaliumiodid.....		Oral.....	252
.....	+	Oral.....	252
Ketoconazol.....		Derm.....	233
Ketorolac.....		Oc.....	366
Ketotifen.....		Oc.....	369

Wirkstoff	Kombination	Verabreichung	Seite
Kollagenase		Derm	234
Lacosamid		Oral	318
Lactitol		Oral	171
Lactobacillus		Oral	173
		Vag	242
Lactulose		Oral	171
Lamivudin		Oral	466f
	+	Oral	475ff
Lamotrigin		Oral	314f
Lanadelumab		Par	419
Lanreotid		Par	456f
Lansoprazol		Oral	166f
Lanthan(III)-carbonat		Oral	617
Larotrectinib		Oral	496f
Latanoprost		Oc	368, 615
	+	Oc	368, 615
Lebertran	+	Derm	234
Lebrikizumab		Par	445f
Leflunomid		Oral	280
Lenalidomid		Oral	281ff
Lenvatinib		Oral	270
Lercanidipin		Oral	213
	+	Oral	218
Letrozol		Oral	272f
Leuprorelin		Par	270f
Levetiracetam		Oral	316f
Levobunolol		Oc	615
Levocabastin		Oc	369
		HNO	353
Levocetirizin		Oral	363
Levodopa	+	Oral	318ff
Levofloxacin		Oral	260
Levomepromazin		Oral	323, 562
Levomethadon		Oral	593
Levothyroxin-Natrium		Oral	251f
	+	Oral	252
Lidocain		Par	294f
		Ur	295
	+	Ur	295, 557
Linaclotid		Oral	377
Linagliptin		Oral	385
	+	Oral	381ff
Linezolid		Oral	459
Liothyronin-Natrium	+	Oral	252
Lipegfilgrastim		Par	275
Liraglutid		Par	386
Lisinopril		Oral	215
	+	Oral	217ff
Lithium		Oral	331
Loperamid		Oral	172
Lopinavir	+	Oral	476
Loratadin		Oral	364

<i>Wirkstoff</i>	<i>Kombination</i>	<i>Verabreichung</i>	<i>Seite</i>
Lorazepam .....		Oral.....	337
Lorlatinib .....		Oral.....	489
Lornoxicam.....		Oral.....	288
Losartan .....		Oral.....	219f
.....	+	Oral.....	222
Loteprednol .....		Oc.....	366
Lumacaftor .....	+	Oral.....	610f
Lymecyclin.....		Oral.....	254
Lynestrenol.....		Oral.....	243
Macitentan.....		Oral.....	428
Macrogol.....		Oral.....	171
.....	+	Oral.....	171
Magnesium.....		Oral.....	182
Magnesiumcarbonat.....	+	Oral.....	372
Magnesiumcitrat.....	+	Oral.....	171
Maprotilin.....		Oral.....	338
Maraviroc.....		Oral.....	477f
Maribavir.....		Oral.....	478
Mavacamten.....		Oral.....	422ff
Mebendazol.....		Oral.....	352
Mebeverin.....		Oral.....	168
Mecasermin.....		Par.....	454
Medroxyprogesteron .....		Oral.....	270
Mefenaminsäure.....		Oral.....	290
.....		Rec.....	290
Melitracen.....	+	Oral.....	347
Meloxicam .....		Par.....	289
.....		Oral.....	288f
Melperon .....		Oral.....	324
Melphalan.....		Oral.....	265
Memantin.....		Oral.....	350, 586ff
Mepivacain.....		Par.....	295
Mepolizumab.....		Par.....	600ff
Mercaptopurin .....		Oral.....	266
Mesalazin .....		Oral.....	173, 378f
.....		Rec.....	173, 378f
Mesna.....		Oral.....	618
Metamizol-Natrium .....		Par.....	304
.....		Oral.....	304
Metformin .....		Oral.....	176
.....	+	Oral.....	177f, 380ff
Methadon .....		Oral.....	592f
Methotrexat .....		Par.....	281
.....		Oral.....	281
Methoxsalen.....		Oral.....	235
Methyldopa (linksdrehend).....		Oral.....	201
Methylnaltrexon bromid.....		Par.....	377
Methylphenidat.....		Oral.....	347, 564ff
Methylprednisolon .....		Par.....	249
.....		Oral.....	249
Methylprednisolonaceponat .....		Derm.....	238
Metildigoxin .....		Oral.....	198

Wirkstoff	Kombination	Verabreichung	Seite
Metoclopramid .....		Par .....	169
.....		Oral .....	169
Metoprolol .....		Oral .....	208f
.....	+	Oral .....	212
Metronidazol .....		Oral .....	352
.....		Derm .....	237
Mianserin .....		Oral .....	344
Miconazol .....		Oral .....	163
.....		Derm .....	233
.....	+	Derm .....	233, 240
Migalastat .....		Oral .....	393
Miglustat .....		Oral .....	390f
Milnacipran .....		Oral .....	346
Minocyclin .....		Oral .....	254
Mirabegron .....		Oral .....	246
Mirikizumab .....		Par .....	534
Mirtazapin .....		Oral .....	344
Misoprostol .....		Oral .....	164
.....	+	Oral .....	288
Mitotan .....		Oral .....	505
Moclobemid .....		Oral .....	343
Modafinil .....		Oral .....	567
Molsidomin .....		Oral .....	199
Mometason .....		Derm .....	238
.....		HNO .....	353
.....	+	HNO .....	354
.....	+	Inh .....	357f
Montelukast .....		Oral .....	360f
Morphin .....		Par .....	295f
.....		Oral .....	295f, 590f
Moxifloxacin .....		Oral .....	261
Moxonidin .....		Oral .....	201
Mycophenolsäure .....		Oral .....	275, 513
Nadroparin .....		Par .....	184, 394
Naloxegol .....		Oral .....	377
Naloxon .....		Nas .....	371
.....	+	SL .....	593f
Naltrexon .....		Oral .....	351
Nandrolon .....		Par .....	182
Naphazolin .....		Oc .....	369
.....		HNO .....	353
.....	+	Oc .....	369
.....	+	HNO .....	353
Naproxen .....		Oral .....	289
.....	+	Oral .....	290
Natalizumab .....		Par .....	544f
Natriumfluorid .....	+	HNO .....	163
Natriumhydrogencarbonat .....		Oral .....	163
Natriumpicosulfat .....		Oral .....	170
.....	+	Oral .....	171
Natriumzirconiumcyclosilicat .....		Oral .....	618

Wirkstoff	Kombination	Verabreichung	Seite
Nebivolol.....		Oral.....	210f
.....	+	Oral.....	212
Neomycin.....	+	Derm.....	236
.....	+	Oc.....	370
Nevirapin.....		Oral.....	471
Nicergolin.....		Oral.....	207
Nicorandil.....		Oral.....	200
Nimodipin.....		Oral.....	430
Nintedanib.....		Oral.....	495f
Niraparib.....		Oral.....	503
.....	+	Oral.....	504f
Nirmatrelvir.....	+	Oral.....	466
Nitrazepam.....		Oral.....	338
Nitrendipin.....	+	Oral.....	219
Nitrofurantoin.....		Oral.....	261
Norethisteron.....	+	Oral.....	243f, 248
Norfloxacin.....		Oral.....	260
Nystatin.....		Oral.....	171, 377
.....		Derm.....	233
Obeticholsäure.....		Oral.....	376
Ocrelizumab.....		Par.....	547
Octenidin.....	+	Derm.....	438
Octreotid.....		Par.....	248, 456
Ofatumumab.....		Par.....	547
Ofloxacin.....		Oc.....	365
Olanzapin.....		Par.....	563
.....		Oral.....	325ff
Olaparib.....		Oral.....	500, 502
Olodaterol.....	+	Inh.....	357
Olopatadin.....		Oc.....	369
.....	+	HNO.....	354
Omalizumab.....		Par.....	597f
Omeprazol.....		Oral.....	164f
.....	+	Oral.....	288
Ondansetron.....		Oral.....	169f
Opicapon.....		Oral.....	323
Opipramol.....		Oral.....	563
Ornithinaspartat.....		Oral.....	376
Orphenadrin.....	+	Par.....	551
.....	+	Oral.....	291
Oseltamivir.....		Oral.....	473
Osimertinib.....		Oral.....	486
Oteracil.....	+	Oral.....	483
Oxazepam.....		Oral.....	337
Oxcarbazepin.....		Oral.....	313
Oxerutin.....		Oral.....	208
Oxybutynin.....		Oral.....	245
.....		Ur.....	245
Oxycodon.....		Oral.....	297f
Ozanimod.....		Oral.....	537
Palbociclib.....		Oral.....	490f



Wirkstoff	Kombination	Verabreichung	Seite
Paliperidon .....	Par .....		335f
.....	Oral .....		335
Palivizumab .....	Par .....		482f
Pamidronsäure .....	Par .....		292
Pantoprazol .....	Oral .....		165f
Paracetamol .....	Oral .....		304f
.....	Rec .....		304f
.....	+	Oral .....	291
Paromomycin .....	Oral .....		172
Paroxetin .....	Oral .....		340f
Patiromer Calcium .....	Oral .....		617f
Pegfilgrastim .....	Par .....		275
Peginterferon alfa-2a .....	Par .....		511
Peginterferon beta-1a .....	Par .....		511f
Pentoxifyllin .....	Oral .....		207
Perampanel .....	Oral .....		559f
Perchlorate .....	Oral .....		252
Permethrin .....	Derm .....		352
Pethidin .....	Par .....		298
Phenoxybenzamin .....	Oral .....		430
Phenoxyethylpenicillin .....	Oral .....		255
Phenoxyethylpenicillin-Benzathin .....	Oral .....		255
Phenprocoumon .....	Oral .....		183
Phenytoin .....	Oral .....		312
Phytomenadion .....	Par .....		190, 402
Pibrentasvir .....	+	Oral .....	475
Pilocarpin .....	Oc .....		367
Pimecrolimus .....	Derm .....		241
Pioglitazon .....	Oral .....		178f
.....	+	Oral .....	380f
Pirfenidon .....	Oral .....		286, 549f
Piritramid .....	Par .....		301
Piroxicam .....	Oral .....		288
Pivmecillinam .....	Oral .....		255
Podophyllotoxin .....	Derm .....		236
Polidocanol .....	+	Derm .....	234, 241
Polystyrolsulfonat .....	Oral .....		372
Ponesimod .....	Oral .....		538
Posaconazol .....	Oral .....		461ff
Povidon-Iod .....	Vag .....		242
.....	Derm .....		239, 439
Pramipexol .....	Oral .....		320ff
Prasugrel .....	Oral .....		185
Pravastatin .....	Oral .....		227
Prednisolon .....	Oral .....		249f
.....	Rec .....		207
.....	Derm .....		207
.....	Oc .....		365
Prednison .....	Rec .....		250
Pregabalin .....	Oral .....		306ff
Primidon .....	Oral .....		312
Procain .....	Par .....		294

Wirkstoff	Kombination	Verabreichung	Seite
Procyclidin .....		Oral .....	318
Progesteron .....		Oral .....	243
Propafenon .....		Oral .....	198
Propranolol .....		Oral .....	208
Propylthiouracil .....		Oral .....	252
Prothipendyl .....		Oral .....	331
Prulifloxacin .....		Oral .....	261
Pyrantel .....		Oral .....	352
Pyrazinamid .....		Oral .....	263
Pyridostigmin .....		Oral .....	351
Pyridoxin .....	+	Oral .....	181, 288, 363
Quetiapin .....		Oral .....	327ff
Quinagolid .....		Oral .....	242
Rabeprazol .....		Oral .....	167
Racecadotril .....		Oral .....	174
Ragweed .....		SL .....	371
Raloxifen .....		Oral .....	244
Raltegravir .....		Oral .....	473
Ramipril .....		Oral .....	215f
.....	+	Oral .....	218f, 232
Ranolazin .....		Oral .....	200f, 421
Rasagilin .....		Oral .....	323
Reboxetin .....		Oral .....	346
Relugolix .....		Oral .....	274
.....	+	Oral .....	248
Repaglinid .....		Oral .....	180
Reslizumab .....		Par .....	599
Ribociclib .....		Oral .....	491
Rifabutin .....		Oral .....	464
Rifampicin .....		Oral .....	263
.....	+	Oral .....	263
Rifaximin .....		Oral .....	172
Rilmidenin .....		Oral .....	201
Rilpivirin .....		Par .....	472
.....		Oral .....	472
.....	+	Oral .....	476f
Riluzol .....		Oral .....	594
Riociguat .....		Oral .....	428f
Risankizumab .....		Par .....	532
Risdiplam .....		Oral .....	556
Risedronsäure .....		Oral .....	294
Risperidon .....		Par .....	332f
.....		Oral .....	331f
Ritonavir .....		Oral .....	464f
.....	+	Oral .....	466, 476
Rivaroxaban .....		Oral .....	189, 398f
Rivastigmin .....		Oral .....	348f, 573ff, 578
.....		TD .....	349, 576f, 579ff
Roflumilast .....		Oral .....	598f
Romiplostim .....		Par .....	407
Romosozumab .....		Par .....	555
Ropinirol .....		Oral .....	320

Wirkstoff	Kombination	Verabreichung	Seite
Rosuvastatin		Oral	229f, 432
	+	Oral	232
Rotigotin		TD	322
Roxithromycin		Oral	258
Sabalis serrulatae fructus		Oral	247
Saccharomyces		Oral	173
Sacubitril	+	Oral	430ff
Salbutamol		Oral	360
		Inh	354
	+	Inh	596
Salicylsäure		Derm	241
	+	Derm	239, 483
Salmeterol		Inh	355
	+	Inh	355f
Salzkombinationen (Laxantien)	+	Rec	171
Sapropterin		Oral	391f
Saxagliptin		Oral	384
	+	Oral	381, 383
Secukinumab		Par	529f
Semaglutid		Par	387f
Sertindol		Oral	562f
Sertralin		Oral	341f
Sevelamer		Oral	616f
Silbereiweiß	+	HNO	353
Sildenafil		Oral	425f
Silymarin		Oral	170
Simvastatin		Oral	226f
	+	Oral	231
Sinekatechine		Derm	438
Siponimod		Oral	537f
Sirolimus		Oral	547f
Sitagliptin		Oral	179f
	+	Oral	177f
Sofosbuvir	+	Oral	474
Sojaöl		Derm	241
	+	Derm	241
Solifenacin		Oral	245f
Somatropin		Par	449ff
Sonidegib		Oral	499
Sorafenib		Oral	270
Sotalol		Oral	208
Speichel, künstlicher	+	HNO	163
Spiköl		Oral	361
Spironolacton		Oral	204
	+	Oral	205f
Streptococcus faecium		Oral	173
Sucralfat		Oral	168
Sucroferric oxyhydroxid		Oral	617
Sulfadiazin-Silber		Derm	236
Sulfamethoxazol	+	Oral	258
Sulfametrol	+	Oral	258
Sulfasalazin		Oral	172f

Wirkstoff	Kombination	Verabreichung	Seite
Sulfobituminate		Derm	234, 241, 290
	+	Derm	235
Sulpirid		Oral	330
Sultamicillin		Oral	256
Sultiam		Oral	558
Sumatriptan		Par	558
		Oral	309
Sunitinib		Oral	269
Tacalcitol		Derm	235
Tacrolimus		Oral	279f
		Derm	241
Tadalafil		Oral	426
Tafamidis		Oral	594f
Tafluprost		Oc	616
	+	Oc	615
Talazoparib		Oral	504
Tamoxifen		Oral	271
Tamsulosin		Oral	246f
	+	Oral	247
Tedizolid		Oral	459
Tegafur	+	Oral	483
Telmisartan		Oral	221f
	+	Oral	224f
Temozolomid		Oral	265f
Tenofovir Alafenamid	+	Oral	476f
Tenofovir Disoproxil		Oral	467ff
	+	Oral	475ff
Terazosin		Oral	201f
Terbinafin		Oral	234
		Derm	233
Terbutalin		Par	360
Teriflunomid		Oral	549
Teriparatid		Par	457f
Testosteron		Par	447
		TD	446
Tetanus-Immunglobulin		Par	482
Tetrabenazin		Oral	352
Tetrahydrocannabinol	+	SL	558
Tezacaftor	+	Oral	612ff
Tezepelumab		Par	604
Theophyllin		Par	360
		Oral	360
Thiamazol		Oral	252
Thiamin	+	Oral	181, 288
Thioctsäure		Par	183
Tianeptin		Oral	345
Tiaprid		Par	330
		Oral	330
Tibolon		Oral	243, 447
Ticagrelor		Oral	397
Tildrakizumab		Par	531f

Wirkstoff	Kombination	Verabreichung	Seite
Timolol .....		Oc .....	367, 615
.....	+	Oc .....	367f, 615
Tioguanin .....		Oral .....	266
Tiotropiumbromid .....		Inh .....	359f
.....	+	Inh .....	357
Tirbanibulin .....		Derm .....	438
Tizanidin .....		Oral .....	291
Tobramycin .....		Oc .....	365
.....		Inh .....	458
.....	+	Oc .....	366
Tocilizumab .....		Par .....	527f
Tofacitinib .....		Oral .....	539f
Tolcapon .....		Oral .....	562
Tolterodin .....		Oral .....	245
Tolvaptan .....		Oral .....	206f
Topiramat .....		Oral .....	315f
Torasemid .....		Oral .....	204
Tramadol .....		Par .....	302
.....		Oral .....	302f, 558
Trametinib .....		Oral .....	489
Tranexamsäure .....		Par .....	189
.....		Oral .....	190
Travoprost .....		Oc .....	369, 615
.....	+	Oc .....	368
Trazodon .....		Oral .....	344
Treprostinil .....		Par .....	395f
Tretinoin .....	+	Derm .....	234
Triamcinolon .....		Par .....	250
.....		Oral .....	250
.....		Derm .....	237
.....		HNO .....	163
.....	+	Derm .....	233, 238f
Triamteren .....	+	Oral .....	205
Triazolam .....		Oral .....	338
Trientin .....		Oral .....	392f
Trimetazidin .....		Oral .....	200
Trimethoprim .....		Oral .....	257
.....	+	Oral .....	258
Triptorelin .....		Par .....	271
Tropium .....		Oral .....	246
Tucatinib .....		Oral .....	493
Umeclidiniumbromid .....		Inh .....	360
.....	+	Inh .....	357f
Upadacitinib .....		Oral .....	541f
Urapidil .....		Oral .....	202
Urofollitropin .....		Par .....	448
Ursodeoxycholsäure .....		Oral .....	170
Ustekinumab .....		Par .....	520ff
Valaciclovir .....		Oral .....	264
Valganciclovir .....		Oral .....	464
Valproinsäure .....		Oral .....	313f

Wirkstoff	Kombination	Verabreichung	Seite
Valsartan .....		Oral .....	220
.....	+	Oral .....	222ff, 430ff
Vancomycin .....		Oral .....	377f
Vedolizumab .....		Par .....	546
Velaglucerase alfa .....		Par .....	390
Velpatasvir .....	+	Oral .....	474
Vemurafenib .....		Oral .....	486
Venetoclax .....		Oral .....	506
Venlafaxin .....		Oral .....	345f
Verapamil .....		Par .....	213
.....		Oral .....	214
Vericiguat .....		Oral .....	420f
Vigabatrin .....		Oral .....	314
Vilanterol .....	+	Inh .....	356ff
Vildagliptin .....		Oral .....	180, 384
.....	+	Oral .....	178
Vinorelbin .....		Oral .....	483
Vismodegib .....		Oral .....	499
Voclosporin .....		Oral .....	534
Von-Willebrand-Faktor .....	+	Par .....	406f
Voriconazol .....		Oral .....	460f
Vutrisiran .....		Par .....	596
Zanamivir .....		Inh .....	472
Zanubrutinib .....		Oral .....	495
Zidovudin .....		Oral .....	466
.....	+	Oral .....	475
Zinkoxid .....	+	Derm .....	234f
Zinksulfat .....	+	Oc .....	369
Ziprasidon .....		Oral .....	324
Zoledronsäure .....		Par .....	294
Zolmitriptan .....		Oral .....	309
.....		Nas .....	309
Zolpidem .....		Oral .....	338
Zonisamid .....		Oral .....	317, 559
Zuclopenthixol .....		Par .....	325
.....		Oral .....	325









## 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

23,10

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

23,10

Metabolische Azidose bei chronischer Niereninsuffizienz bei Erwachsenen, wenn die Bicarbonatkonzentration im Serum weniger als 22 mmol/l beträgt.

500 St

103,35

**A02B MITTEL BEI PEPTISCHEM ULKUS UND GASTROESOPHAGEALER****REFLUXKRANKHEIT****A02BA Histamin-H2-Rezeptor-Antagonisten****A02BA01 Cimetidin***Cimetidin 0,2*

Ulcostad 200 mg Tabl.

20 St(2)

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
		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 €
<b>Omeprazol 0,04</b>			
Omeprazol "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 "l@ctavis" 20 mg magensaftresistente Tabl.	14 St		1,10
	28 St(2)		2,20
Pantoprazol "+pharma" 20 mg magensaftresistente Tabl.	14 St		1,05
	30 St(2)		2,20
Pantoprazol "1A Pharma" 20 mg magensaftresistente Tabl.	14 St		1,10
	30 St(2)		2,30
Pantoprazol "Alternova" 20 mg magensaftresistente Tabl.	7 St		0,55
	14 St		1,10
Pantoprazol "Bluefish" 20 mg magensaftresistente Tabl.	30 St(2)		2,35
	14 St		0,85
Pantoprazol "G.L." 20 mg magensaftresistente Tabl.	28 St(2)		1,75
	14 St		1,10
Pantoprazol "Genericon" 20 mg magensaftresistente Tabl.	30 St(2)		2,35
	14 St		1,10
Pantoprazol "Nycomed" 20 mg magensaftresistente Tabl.	30 St(2)		2,35
	15 St		1,20
Pantoprazol "ratiopharm GmbH" 20 mg magensaftresistente Tabl.	30 St(2)		2,35
	14 St		1,10
Pantoprazol "Sandoz" 20 mg magensaftresistente Tabl.	30 St(2)		2,35
	14 St		1,10
Pantoprazol "Stada" 20 mg magensaftresistente Tabl.	30 St(2)		2,35
	14 St		1,00
Zurcal 20 mg Filmtabl.	30 St(2)		2,10
	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
Pantip 40 mg magensaftresistente Tabl.	14 St		2,25
	30 St		4,80

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

Bezeichnung	T	OP	KVP in €
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
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



Bezeichnung	T	OP	KVP in €
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 100 Hb	7,35
-----------------	--	-----------------	------

**Dimeticon 0,04, Siliciumdioxid 0,002**

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

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

**Atropin 0,0005**

Atropin. sulfuric. "Nycomed" 0,5 mg Amp.			5 St 1 ml	4,75
--	--	--	--------------	------

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

**Butylscopolamin 0,02**

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

**A03F PROKINETIKA**  
**A03FA Prokinetika**  
**A03FA01 Metoclopramid**

**Metoclopramid 0,001/ml**

Ceolat 1 mg/ml Lsg. zum Einnehmen			150 ml	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 0,01**

Motilium 10 mg Filmtabl.			50 St	5,65
--------------------------	--	--	-------	------

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

**Ondansetron 0,0008/ml**

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

**Ondansetron 0,004**

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

**Ondansetron 0,008**

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

Bezeichnung		T	OP	KVP in €
IND	Zofran Zydys 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 Abführigel		100 ml(2)	3,85
--	--------------------	--	-----------	------

#### Natriumpicosulfat 0,0075/ml

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

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

## A06AB58 Natriumpicosulfat, Kombinationen

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

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

## A06AD Osmotisch wirkende Laxanzien

### A06AD11 Lactulose

#### Lactulose 0,606/ml

	Lactulose "Genericon" Konz. orale Lsg.	200 ml (2) 500 ml	3,55 8,25
--	--	----------------------	--------------

#### Lactulose 0,65/ml

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

#### Lactulose 0,67/ml

	Laevolac Lactulose Konz. orale Lsg.	134 g (2) 670 g	1,85 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 Zur Darmreinigung vor klinischen Maßnahmen, die einen sauberen Darm erfordern	1 Pkg 3 Btl.	15,95
-----	--	-----------------	-------

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

	Laxogol Plv. zur Herst. einer Lsg. zum Einnehmen	10 St 20 St	3,15 6,10
	Molaxole Plv. zur Herst. einer Lsg. zum Einnehmen	10 St 20 St	3,25 6,20

## A06AG Klysmen

### A06AG11 Natriumlaurylsulfoacetat, inkl. Kombinationen

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

	MicroLax Microklistier	12 St 1 ED = 5 ml	9,75
--	------------------------	----------------------	------

## 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/ANTIINFEKTIVA

### A07A INTESTINALE ANTIINFEKTIVA

#### A07AA Antibiotika

#### A07AA02 Nystatin

#### Nystatin 100.000 IE/ml

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

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

### 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	6,45
-----------------------------------	--	-------	------

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

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

### A07D MOTILITÄTSCHEMMER

#### 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	78,30
Bei nicht adäquatem Ansprechen 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
------------------------------	--	-----------	-------

Bezeichnung	T	OP	KVP in €
Salazopyrin 500 mg Tabl.	T2	100 St(2)	16,90

### A07EC02 Mesalazin

#### Mesalazin 0,25

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

#### Mesalazin 0,5

Azzavix 500 mg magensaftresistente Tabl.		100 St	26,35
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

Azzavix 1000 mg magensaftresistente Tabl.		60 St	30,90
---	--	-------	-------

#### Mesalazin 1,0

Salofalk 1000 mg Zäpf.		10 St	22,30
		30 St	52,70

#### Mesalazin 1,6

Yaldigo 1600 mg Tabl. mit veränderter Wirkstofffreisetzung		60 St	74,80
--	--	-------	-------

#### Mesalazin 4,0

Pentasa retard 4 g Gran.		30 St	79,25
--------------------------	--	-------	-------

### A07F MIKROBIELLE ANTIDIARRHOIKA

#### A07FA Mikrobielle Antidiarrhoika

##### Lyophilisierte lebende Keime *Streptococcus faecium* (Stamm Cernelle 68) 75 Mio.

Bioflair Kaps.		20 St(2)	6,45
----------------	--	----------	------

#### A07FA01 Milchsäurebildner

##### *Lactobac. casei* var. *rhamnosus* 1,4 Mrd./ED

Antibiophilus Plv. zum Einnehmen		10 St(2)	6,25
----------------------------------	--	----------	------

##### *Lactobac. casei* var. *rhamnosus* 2 Mrd.

Antibiophilus Hartkaps.		20 St(2)	4,90
-------------------------	--	----------	------

##### *Lactobac. gasseri* Kulturlyoph. 0,025, *Bifidobact. longum* Kulturlyoph. 0,025 (je 20-200 Mio. KBE/Kaps.)

Omniflora Kaps.		30 St	6,20
-----------------	--	-------	------

##### Stoffwechselprodukte von Milchsäurebildnern (*Lactobac. helvetic.* u. a.) 100 Mrd./ml

Hylak forte Tropf.		30 ml(2)	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	4,50
--------------	--	-------	------

**A07X ANDERE ANTIDIARRHOIKA**  
**A07XA Andere Antidiarrhoika**  
**A07XA04 Racecadotril**

**Racecadotril 0,03**

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

**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)**

IND Kreon 25.000 E Kaps. bei exokriner Pankreasinsuffizienz infolge zystischer Fibrose	50 St(3)	21,70
	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.sg. Patronen	5 St(2) 3 ml	39,60
Huminsulin "Lilly" Normal 100 IE/ml Inj.sg. Dstfl.	2 St(2) 10 ml	43,25
Huminsulin "Lilly" Normal 100 IE/ml Inj.sg. Patronen	5 St(2) 3 ml	35,85

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

Humalog 100 E/ml Inj.sg. Dstfl.	2 St(2) 10 ml	54,55
Humalog 100 E/ml Inj.sg. KwikPen	5 St(2) 3 ml	43,40
Humalog 100 E/ml Inj.sg. Zylinderamp.	5 St(2) 3 ml	41,75
Lyumjev 100 E/ml Inj.sg. Dstfl.	1 St(2) 10 ml	24,70
Lyumjev 100 E/ml Junior KwikPen Inj.sg. Fertigpen	5 St(2) 3 ml	39,15
Lyumjev 100 E/ml KwikPen Inj.sg. Fertigpen	5 St(2) 3 ml	39,15
Lyumjev 100 E/ml Inj.sg. Patronen	5 St(2) 3 ml	39,15

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

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

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

### A10AB06 Insulin glulisin

#### Insulin glulisin 100 E/ml

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

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

#### Protamin-Humaninsulin 100 IE/ml

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

### A10AD Insuline und Analoga zur Injektion, intermediär oder lang wirkend kombiniert mit schnell wirkend

#### A10AD01 Insulin (human)

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

Huminsulin "Lilly" Profil III 100 IE/ml Inj.susp. Patronen		5 St(2) 3 ml	35,85
Mixtard 30 InnoLet 100 IE/ml Inj.susp. Fertigpen		5 St(2) 3 ml+7 Nadeln	39,60

#### A10AD04 Insulin lispro

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

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

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

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

#### A10AD05 Insulin aspart

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

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

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

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

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

#### Insulin glargin 100 E/ml

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



**A10B ANTIDIABETIKA, EXKL. INSULINE**  
**A10BA Biguanide**  
**A10BA02 Metformin**

**Metformin 0,5**

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

**Metformin 0,85**

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**

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

**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
-----------------------------------	----	----------	------

Bezeichnung	T	OP	KVP in €
Glimepirid "Hexal" 1 mg Tabl.	T2	30 St(2)	1,60
<b>Glimepirid 0,002</b>			
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
<b>Glimepirid 0,003</b>			
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
<b>Glimepirid 0,004</b>			
Glimepirid "1A Pharma" 4 mg Tabl.	T2	30 St(2)	5,50
Glimepirid "Hexal" 4 mg Tabl.	T2	30 St(2)	5,50
<b>Glimepirid 0,006</b>			
Glimepirid "ratiopharm" 6 mg Tabl.	T2	30 St(2)	5,90

### A10BD Kombinationen von oralen Antidiabetika A10BD07 Metformin und Sitagliptin

#### **Metformin 0,85, Sitagliptin 0,05**

IND	<b>Jamesi 50 mg/850 mg Filmtabl.</b> Bei Erwachsenen mit Diabetes Typ II, wenn mit Metformin keine ausreichende Blutzuckereinstellung erreicht wird.	56 St(3)	7,55
IND	<b>Jansitin Duo 50 mg/850 mg Filmtabl.</b> Bei Erwachsenen mit Diabetes Typ II, wenn mit Metformin keine ausreichende Blutzuckereinstellung erreicht wird.	60 St(3)	8,15
IND	<b>Sitagliptin/Metformin "1A Pharma" 50 mg/850 mg Filmtabl.</b> Bei Erwachsenen mit Diabetes Typ II, wenn mit Metformin keine ausreichende Blutzuckereinstellung erreicht wird.	60 St(3)	8,15
IND	<b>Sitagliptin/Metformin "Actavis" 50 mg/850 mg Filmtabl.</b> Bei Erwachsenen mit Diabetes Typ II, wenn mit Metformin keine ausreichende Blutzuckereinstellung erreicht wird.	60 St(3)	8,15
IND	<b>Sitagliptin/Metformin "Grindeks" 50 mg/850 mg Filmtabl.</b> Bei Erwachsenen mit Diabetes Typ II, wenn mit Metformin keine ausreichende Blutzuckereinstellung erreicht wird.	56 St(3)	7,15
IND	<b>Sitagliptin/Metformin "ratiopharm" 50 mg/850 mg Filmtabl.</b> Bei Erwachsenen mit Diabetes Typ II, wenn mit Metformin keine ausreichende Blutzuckereinstellung erreicht wird.	60 St(3)	8,15
IND	<b>Sitagliptin/Metformin "Sandoz" 50 mg/850 mg Filmtabl.</b> Bei Erwachsenen mit Diabetes Typ II, wenn mit Metformin keine ausreichende Blutzuckereinstellung erreicht wird.	60 St(3)	7,85
IND	<b>Sitagliptin/Metformin "Sandoz GmbH" 50 mg/850 mg Filmtabl.</b> Bei Erwachsenen mit Diabetes Typ II, wenn mit Metformin keine ausreichende Blutzuckereinstellung erreicht wird.	56 St(3)	7,65
IND	<b>Sitagliptin/Metformin "Stada" 50 mg/850 mg Filmtabl.</b> Bei Erwachsenen mit Diabetes Typ II, wenn mit Metformin keine ausreichende Blutzuckereinstellung erreicht wird.	56 St(3)	7,60
IND	<b>Sitagliptin/Metforminhydrochlorid "+pharma" 50 mg/850 mg Filmtabl.</b> Bei Erwachsenen mit Diabetes Typ II, wenn mit Metformin keine ausreichende Blutzuckereinstellung erreicht wird.	60 St(3)	7,85
IND	<b>Sitagliptin/Metforminhydrochlorid "Genericon" 50 mg/850 mg Filmtabl.</b> Bei Erwachsenen mit Diabetes Typ II, wenn mit Metformin keine ausreichende Blutzuckereinstellung erreicht wird.	60 St(3)	8,00

#### **Metformin 1,0, Sitagliptin 0,05**

IND	<b>Jamesi 50 mg/1000 mg Filmtabl.</b> Bei Erwachsenen mit Diabetes Typ II, wenn mit Metformin keine ausreichende Blutzuckereinstellung erreicht wird.	56 St(3)	7,55
IND	<b>Jansitin Duo 50 mg/1000 mg Filmtabl.</b> Bei Erwachsenen mit Diabetes Typ II, wenn mit Metformin keine ausreichende Blutzuckereinstellung erreicht wird.	60 St(3)	8,15
IND	<b>Sitagliptin/Metformin "1A Pharma" 50 mg/1000 mg Filmtabl.</b> Bei Erwachsenen mit Diabetes Typ II, wenn mit Metformin keine ausreichende Blutzuckereinstellung erreicht wird.	60 St(3)	8,15

Bezeichnung	T	OP	KVP in €
<b>IND Sitagliptin/Metformin "Actavis" 50 mg/1000 mg Filmtabl.</b> Bei Erwachsenen mit Diabetes Typ II, wenn mit Metformin keine ausreichende Blutzuckereinstellung erreicht wird.		60 St(3)	8,15
<b>IND Sitagliptin/Metformin "Grindeks" 50 mg/1000 mg Filmtabl.</b> Bei Erwachsenen mit Diabetes Typ II, wenn mit Metformin keine ausreichende Blutzuckereinstellung erreicht wird.		56 St(3)	7,15
<b>IND Sitagliptin/Metformin "ratiopharm" 50 mg/1000 mg Filmtabl.</b> Bei Erwachsenen mit Diabetes Typ II, wenn mit Metformin keine ausreichende Blutzuckereinstellung erreicht wird.		60 St(3)	8,15
<b>IND Sitagliptin/Metformin "Sandoz" 50 mg/1000 mg Filmtabl.</b> Bei Erwachsenen mit Diabetes Typ II, wenn mit Metformin keine ausreichende Blutzuckereinstellung erreicht wird.		60 St(3)	7,85
<b>IND Sitagliptin/Metformin "Stada" 50 mg/1000 mg Filmtabl.</b> Bei Erwachsenen mit Diabetes Typ II, wenn mit Metformin keine ausreichende Blutzuckereinstellung erreicht wird.		56 St(3)	7,60
<b>IND Sitagliptin/Metforminhydrochlorid "+pharma" 50 mg/1000 mg Filmtabl.</b> Bei Erwachsenen mit Diabetes Typ II, wenn mit Metformin keine ausreichende Blutzuckereinstellung erreicht wird.		60 St(3)	7,85
<b>IND Sitagliptin/Metforminhydrochlorid "Genericon" 50 mg/1000 mg Filmtabl.</b> Bei Erwachsenen mit Diabetes Typ II, wenn mit Metformin keine ausreichende Blutzuckereinstellung erreicht wird.		60 St(3)	8,00

### A10BD08 Metformin und Vildagliptin

#### Metformin 0,85, Vildagliptin 0,05

<b>IND Ipinzan 50 mg/850 mg Filmtabl.</b> Bei Erwachsenen mit Diabetes Typ II, wenn mit Metformin keine ausreichende Blutzuckereinstellung erreicht wird.		60 St(3)	6,70
<b>IND Vildagliptin/Metformin "1A Pharma" 50 mg/850 mg Filmtabl.</b> Bei Erwachsenen mit Diabetes Typ II, wenn mit Metformin keine ausreichende Blutzuckereinstellung erreicht wird.		60 St(3)	6,75
<b>IND Vilspos 50 mg/850 mg Filmtabl.</b> 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

<b>IND Ipinzan 50 mg/1000 mg Filmtabl.</b> Bei Erwachsenen mit Diabetes Typ II, wenn mit Metformin keine ausreichende Blutzuckereinstellung erreicht wird.		60 St(3)	6,70
<b>IND Vildagliptin/Metformin "1A Pharma" 50 mg/1000 mg Filmtabl.</b> Bei Erwachsenen mit Diabetes Typ II, wenn mit Metformin keine ausreichende Blutzuckereinstellung erreicht wird.		60 St(3)	6,75
<b>IND Vildagliptin/Metformin "Stada" 50 mg/1000 mg Filmtabl.</b> Bei Erwachsenen mit Diabetes Typ II, wenn mit Metformin keine ausreichende Blutzuckereinstellung erreicht wird.		60 St(3)	6,75
<b>IND Vilspos 50 mg/1000 mg Filmtabl.</b> 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

<b>IND Actos 15 mg Tabl.</b> wenn mit Metformin keine ausreichende Blutzuckereinstellung erreicht wird		28 St	9,10
<b>IND Pioglitazon "Accord" 15 mg Tabl.</b> wenn mit Metformin keine ausreichende Blutzuckereinstellung erreicht wird		30 St	9,35
<b>IND Pioglitazone "Actavis" 15 mg Tabl.</b> wenn mit Metformin keine ausreichende Blutzuckereinstellung erreicht wird		28 St(3)	8,75

#### Pioglitazon 0,03

<b>IND Actos 30 mg Tabl.</b> wenn mit Metformin keine ausreichende Blutzuckereinstellung erreicht wird		28 St	9,10
<b>IND Pioglitazon "Accord" 30 mg Tabl.</b> wenn mit Metformin keine ausreichende Blutzuckereinstellung erreicht wird		30 St	9,35
<b>IND Pioglitazone "Actavis" 30 mg Tabl.</b> wenn mit Metformin keine ausreichende Blutzuckereinstellung erreicht wird		28 St(3)	8,75

Bezeichnung	T	OP	KVP in €
<b>Pioglitazon 0,045</b>			
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

<b>Sitagliptin 0,025</b>			
IND Jansitin 25 mg Filmtabl. Bei Erwachsenen mit Diabetes Typ II, wenn mit Metformin keine ausreichende Blutzuckereinstellung erreicht wird.		30 St(3)	8,15
IND Jazeta 25 mg Filmtabl. Bei Erwachsenen mit Diabetes Typ II, wenn mit Metformin keine ausreichende Blutzuckereinstellung erreicht wird.		28 St(3)	7,60
IND Sitagliptin "+pharma" 25 mg Filmtabl. Bei Erwachsenen mit Diabetes Typ II, wenn mit Metformin keine ausreichende Blutzuckereinstellung erreicht wird.		30 St(3)	8,00
IND Sitagliptin "1A Pharma" 25 mg Filmtabl. Bei Erwachsenen mit Diabetes Typ II, wenn mit Metformin keine ausreichende Blutzuckereinstellung erreicht wird.		30 St(3)	8,15
IND Sitagliptin "Genericon" 25 mg Filmtabl. Bei Erwachsenen mit Diabetes Typ II, wenn mit Metformin keine ausreichende Blutzuckereinstellung erreicht wird.		30 St(3)	8,15
IND Sitagliptin "HCS" 25 mg Filmtabl. Bei Erwachsenen mit Diabetes Typ II, wenn mit Metformin keine ausreichende Blutzuckereinstellung erreicht wird.		28 St(3)	7,60
IND Sitagliptin "Mylan" 25 mg Filmtabl. Bei Erwachsenen mit Diabetes Typ II, wenn mit Metformin keine ausreichende Blutzuckereinstellung erreicht wird.		28 St(3)	7,60
IND Sitagliptin "Sandoz" 25 mg Filmtabl. Bei Erwachsenen mit Diabetes Typ II, wenn mit Metformin keine ausreichende Blutzuckereinstellung erreicht wird.		30 St(3)	8,00
IND Sitagliptin "Stada" 25 mg Filmtabl. Bei Erwachsenen mit Diabetes Typ II, wenn mit Metformin keine ausreichende Blutzuckereinstellung erreicht wird.		28 St(3)	7,60

<b>Sitagliptin 0,05</b>			
IND Jansitin 50 mg Filmtabl. Bei Erwachsenen mit Diabetes Typ II, wenn mit Metformin keine ausreichende Blutzuckereinstellung erreicht wird.		30 St(3)	8,15
IND Jazeta 50 mg Filmtabl. Bei Erwachsenen mit Diabetes Typ II, wenn mit Metformin keine ausreichende Blutzuckereinstellung erreicht wird.		28 St(3)	7,60
IND Sitagliptin "+pharma" 50 mg Filmtabl. Bei Erwachsenen mit Diabetes Typ II, wenn mit Metformin keine ausreichende Blutzuckereinstellung erreicht wird.		30 St(3)	8,00
IND Sitagliptin "1A Pharma" 50 mg Filmtabl. Bei Erwachsenen mit Diabetes Typ II, wenn mit Metformin keine ausreichende Blutzuckereinstellung erreicht wird.		30 St(3)	8,15
IND Sitagliptin "Genericon" 50 mg Filmtabl. Bei Erwachsenen mit Diabetes Typ II, wenn mit Metformin keine ausreichende Blutzuckereinstellung erreicht wird.		30 St(3)	8,15
IND Sitagliptin "HCS" 50 mg Filmtabl. Bei Erwachsenen mit Diabetes Typ II, wenn mit Metformin keine ausreichende Blutzuckereinstellung erreicht wird.	T2	28 St(3)	7,60
IND Sitagliptin "Mylan" 50 mg Filmtabl. Bei Erwachsenen mit Diabetes Typ II, wenn mit Metformin keine ausreichende Blutzuckereinstellung erreicht wird.		28 St(3)	7,60
IND Sitagliptin "ratiopharm" 50 mg Filmtabl. Bei Erwachsenen mit Diabetes Typ II, wenn mit Metformin keine ausreichende Blutzuckereinstellung erreicht wird.	T2	30 St(3)	8,15
IND Sitagliptin "Sandoz" 50 mg Filmtabl. Bei Erwachsenen mit Diabetes Typ II, wenn mit Metformin keine ausreichende Blutzuckereinstellung erreicht wird..		30 St(3)	8,00
IND Sitagliptin "Stada" 50 mg Filmtabl. Bei Erwachsenen mit Diabetes Typ II, wenn mit Metformin keine ausreichende Blutzuckereinstellung erreicht wird.		28 St(3)	7,60

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

### Sitagliptin 0,1

IND	<b>Jansitin 100 mg Filmtabl.</b> Bei Erwachsenen mit Diabetes Typ II, wenn mit Metformin keine ausreichende Blutzuckereinstellung erreicht wird.		30 St(3)	8,15
IND	<b>Jazeta 100 mg Filmtabl.</b> Bei Erwachsenen mit Diabetes Typ II, wenn mit Metformin keine ausreichende Blutzuckereinstellung erreicht wird.		28 St(3)	7,60
IND	<b>Sitagliptin "+pharma" 100 mg Filmtabl.</b> Bei Erwachsenen mit Diabetes Typ II, wenn mit Metformin keine ausreichende Blutzuckereinstellung erreicht wird.		30 St(3)	8,00
IND	<b>Sitagliptin "1A Pharma" 100 mg Filmtabl.</b> Bei Erwachsenen mit Diabetes Typ II, wenn mit Metformin keine ausreichende Blutzuckereinstellung erreicht wird.		30 St(3)	8,15
IND	<b>Sitagliptin "Genericon" 100 mg Filmtabl.</b> Bei Erwachsenen mit Diabetes Typ II, wenn mit Metformin keine ausreichende Blutzuckereinstellung erreicht wird.		30 St(3)	8,15
IND	<b>Sitagliptin "HCS" 100 mg Filmtabl.</b> Bei Erwachsenen mit Diabetes Typ II, wenn mit Metformin keine ausreichende Blutzuckereinstellung erreicht wird.	T2	28 St(3)	7,60
IND	<b>Sitagliptin "Mylan" 100 mg Filmtabl.</b> Bei Erwachsenen mit Diabetes Typ II, wenn mit Metformin keine ausreichende Blutzuckereinstellung erreicht wird.		28 St(3)	7,60
IND	<b>Sitagliptin "ratiopharm" 100 mg Filmtabl.</b> Bei Erwachsenen mit Diabetes Typ II, wenn mit Metformin keine ausreichende Blutzuckereinstellung erreicht wird.	T2	30 St(3)	8,15
IND	<b>Sitagliptin "Sandoz" 100 mg Filmtabl.</b> Bei Erwachsenen mit Diabetes Typ II, wenn mit Metformin keine ausreichende Blutzuckereinstellung erreicht wird.		30 St(3)	8,00
IND	<b>Sitagliptin "Stada" 100 mg Filmtabl.</b> 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	<b>Melkart 50 mg Tabl.</b> 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

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

#### Repaglinid 0,001

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

#### Repaglinid 0,002

	<b>Repaglinid "Accord" 2 mg Tabl.</b>		90 St(3)	9,35
	<b>Repaglinid "Actavis" 2 mg Tabl.</b>		90 St(2)	9,90
	<b>Repaglinid "ratiopharm" 2 mg Tabl.</b>		90 St(2)	9,60
	<b>Repaglinid "Stada" 2 mg Tabl.</b>		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)	10,90
		100 St	30,85

**A11CC04 Calcitriol****Calcitriol 0,25 mcg**

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

**Calcitriol 0,5 mcg**

	Decostriol 0,50 mcg Weichkaps.	30 St	13,90
		100 St	41,25
IND	Rocaltrol 0,5 mcg Kaps. Zusatztherapie bei Nierendialyse	30 St(2)	16,85
		100 St	52,25

**A11CC05 Colecalciferol****Colecalciferol 14.400 IE/ml**

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

**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)	3,80
		100 St	15,30

**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)	6,45
--	----------	------

*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.	40 St(2)	4,80
--------------------------------	----------	------

*Kaliumchlorid 0,6 entspr. 8 mval K+*

Micro-Kalium retard Kaps.	50 St(2)	4,60
---------------------------	----------	------

*Kaliumchlorid 0,6 entspr. 8 mval K+***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.	30 St	6,15
--	-------	------

*Magnesiumtherapie bei Risikoschwangerschaft; unterstützende Therapie bei dokumentierter KHK*

IND Magnosolv Gran.	30 St	6,15
---------------------	-------	------

*Magnesiumtherapie bei Risikoschwangerschaft; unterstützende Therapie bei dokumentierter KHK***A14 ANABOLIKA ZUR SYSTEMISCHEN ANWENDUNG****A14A ANABOLE STEROIDE****A14AB Estren-Derivate****A14AB01 Nandrolon***Nandrolon 0,05*

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

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

**Thioctsäure 0,6**

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

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

**Phenprocoumon 0,003**

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

**B01AA07 Acenocoumarol****Acenocoumarol 0,004**

	Sintrom 4 mg Tabl.	T4	100 St	9,60
--	--------------------	----	--------	------

**B01AB HeparinGruppe**  
**B01AB04 Dalteparin**

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

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

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

	Fragmin 5.000 IE Fertigspr.		5 St	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

**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



Bezeichnung	T	OP	KVP in €
<b>Enoxaparin Na 0,1 entspr. 10.000 IE anti-Faktor Xa</b>			
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

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

### B01AB12 Bemiparin

<b>Bemiparin Na entspr. 2.500 IE anti-Faktor Xa/ED</b>			
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	

<b>Bemiparin Na entspr. 3.500 IE anti-Faktor Xa/ED</b>			
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

<b>Clopidogrel 0,075</b>			
	Clopidogrel "+pharma" 75 mg Filmtabl.	20 St	4,80
		30 St(3)	7,20
IND	Clopidogrel "1A Pharma" 75 mg Filmtabl. Zur Hemmung der Thrombozytenaggregation, wenn ASS nicht ausreichend oder kontraindiziert ist	10 St	4,35
		30 St(3)	8,60
IND	Clopidogrel "Accord" 75 mg Filmtabl. Zur Hemmung der Thrombozytenaggregation, wenn ASS nicht ausreichend oder kontraindiziert ist	10 St	3,55
		30 St(3)	8,60
IND	Clopidogrel "Actavis" 75 mg Filmtabl. Zur Hemmung der Thrombozytenaggregation, wenn ASS nicht ausreichend oder kontraindiziert ist	10 St	4,70
		30 St(2)	8,65
IND	Clopidogrel "Genericon" 75 mg Filmtabl. Zur Hemmung der Thrombozytenaggregation, wenn ASS nicht ausreichend oder kontraindiziert ist	20 St	6,20
		30 St(2)	8,65
IND	Clopidogrel "Krka d.d." 75 mg Filmtabl. Zur Hemmung der Thrombozytenaggregation, wenn ASS nicht ausreichend oder kontraindiziert ist	14 St	6,20
		30 St(2)	8,65
IND	Clopidogrel "ratiopharm" 75 mg Filmtabl. Zur Hemmung der Thrombozytenaggregation, wenn ASS nicht ausreichend oder kontraindiziert ist	14 St	5,05
		30 St(3)	8,65
IND	Clopidogrel "Sandoz" 75 mg Filmtabl. Zur Hemmung der Thrombozytenaggregation, wenn ASS nicht ausreichend oder kontraindiziert ist	10 St	4,70
		30 St(2)	8,65
IND	Clopidogrel "Stada" 75 mg Filmtabl. Zur Hemmung der Thrombozytenaggregation, wenn ASS nicht ausreichend oder kontraindiziert ist	10 St	2,90
		30 St(2)	7,20
	Clopidogrel "Zentiva" 75 mg Filmtabl.	14 St	3,35
		28 St(3)	6,75

### B01AC06 Acetylsalicylsäure

<b>Acetylsalicylsäure 0,05</b>			
	Thrombo ASS 50 mg Filmtabl.	30 St(2)	1,55
		100 St	3,90

<b>Acetylsalicylsäure 0,075</b>			
	Thrombo ASS 75 mg Filmtabl.	30 St(2)	1,55
		100 St	3,90

Bezeichnung	T	OP	KVP in €
<b>Acetylsalicylsäure 0,1</b>			
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 Effient 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 Effient 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

## B01AE Direkte Thrombin-Inhibitoren B01AE07 Dabigatran etexilat

### Dabigatran etexilat 0,075

IND Dabahib 75 mg Hartkaps. Zur Prophylaxe venöser thromboembolischer Ereignisse (VTE) bei erwachsenen PatientInnen nach elektivem chirurgischen Hüft- oder Kniegelenkersatz.		10 St(2)	2,50
		30 St	7,55
IND Dabigatran etexilate "Accord" 75 mg Hartkaps. Zur Prophylaxe venöser thromboembolischer Ereignisse (VTE) bei erwachsenen PatientInnen nach elektivem chirurgischen Hüft- oder Kniegelenkersatz.		10 St(2)	3,85
		30 St	11,20
IND Dabigatranetexilat "Genericon" 75 mg Hartkaps. Zur Prophylaxe venöser thromboembolischer Ereignisse (VTE) bei erwachsenen PatientInnen nach elektivem chirurgischen Hüft- oder Kniegelenkersatz.		10 St(2)	3,15
		30 St	9,45

Bezeichnung	T	OP	KVP in €
<b>IND Dabigatranetexilat "Viatrix" 75 mg Hartkaps.</b> Zur Prophylaxe venöser thromboembolischer Ereignisse (VTE) bei erwachsenen PatientInnen nach elektivem chirurgischen Hüft- oder Kniegelenkersatz.		10 St(2) 30 St	2,65 8,05
<b>Dabigatran etexilat 0,11</b>			
<b>IND Dabahib 110 mg Hartkaps.</b> Zur Prophylaxe venöser thromboembolischer Ereignisse (VTE) bei erwachsenen PatientInnen nach elektivem chirurgischen Hüft- oder Kniegelenkersatz.		10 St(2) 30 St	2,50 7,55
<b>IND Dabahib 110 mg Hartkaps.</b> Zur Prävention von Schlaganfall und systemischer Embolie bei erwachsenen PatientInnen mit nicht valvulärem Vorhofflimmern mit einem oder mehreren der folgenden Risikofaktoren: - Vorausgegangener Schlaganfall, transitorische ischämische Attacke oder systemische Embolie - Linksventrikuläre Ejektionsfraktion kleiner 40 % - Symptomatische Herzinsuffizienz größer/gleich New York Heart Association (NYHA) Klasse 2 - Alter größer/gleich 75 Jahre - Alter größer/gleich 65 Jahre einhergehend mit einer der folgenden Erkrankungen: Diabetes mellitus, koronare Herzerkrankung oder arterielle Hypertonie  Behandlung von tiefen Venenthrombosen (TVT) und Lungenembolien (LE) sowie Prophylaxe von rezidivierenden TVT und LE bei Erwachsenen.  Cave Nierenfunktion: Vor dem Beginn einer Behandlung mit Dabigatran etexilat ist die Nierenfunktion durch Bestimmung der Kreatinin-Clearance (CrCl) zu überprüfen, um PatientInnen mit schwerer Beeinträchtigung der Nierenfunktion (= CrCl kleiner 30 ml/min) von der Behandlung auszuschließen. Während der Behandlung ist die Nierenfunktion in bestimmten klinischen Situationen, in denen eine mögliche Abnahme oder Verschlechterung der Nierenfunktion zu vermuten ist (z.B. Hypovolämie, Dehydratation und Verwendung bestimmter Begleitmedikamente), zu überprüfen. Bei PatientInnen über 75 Jahren oder bei PatientInnen mit Beeinträchtigung der Nierenfunktion ist die Nierenfunktion mindestens einmal jährlich zu überprüfen.		60 St(3)	14,50
<b>IND Dabigatran etexilate "Accord" 110 mg Hartkaps.</b> Zur Prophylaxe venöser thromboembolischer Ereignisse (VTE) bei erwachsenen PatientInnen nach elektivem chirurgischen Hüft- oder Kniegelenkersatz.		10 St(2) 30 St	3,85 11,20
<b>IND Dabigatran etexilate "Accord" 110 mg Hartkaps.</b> Zur Prävention von Schlaganfall und systemischer Embolie bei erwachsenen PatientInnen mit nicht valvulärem Vorhofflimmern mit einem oder mehreren der folgenden Risikofaktoren: - Vorausgegangener Schlaganfall, transitorische ischämische Attacke oder systemische Embolie - Linksventrikuläre Ejektionsfraktion kleiner 40 % - Symptomatische Herzinsuffizienz größer/gleich New York Heart Association (NYHA) Klasse 2 - Alter größer/gleich 75 Jahre - Alter größer/gleich 65 Jahre einhergehend mit einer der folgenden Erkrankungen: Diabetes mellitus, koronare Herzerkrankung oder arterielle Hypertonie  Behandlung von tiefen Venenthrombosen (TVT) und Lungenembolien (LE) sowie Prophylaxe von rezidivierenden TVT und LE bei Erwachsenen.  Cave Nierenfunktion: Vor dem Beginn einer Behandlung mit Dabigatran etexilat ist die Nierenfunktion durch Bestimmung der Kreatinin-Clearance (CrCl) zu überprüfen, um PatientInnen mit schwerer Beeinträchtigung der Nierenfunktion (= CrCl kleiner 30 ml/min) von der Behandlung auszuschließen. Während der Behandlung ist die Nierenfunktion in bestimmten klinischen Situationen, in denen eine mögliche Abnahme oder Verschlechterung der Nierenfunktion zu vermuten ist (z.B. Hypovolämie, Dehydratation und Verwendung bestimmter Begleitmedikamente), zu überprüfen. Bei PatientInnen über 75 Jahren oder bei PatientInnen mit Beeinträchtigung der Nierenfunktion ist die Nierenfunktion mindestens einmal jährlich zu überprüfen.		60 St(3)	21,70
<b>IND Dabigatranetexilat "Genericon" 110 mg Hartkaps.</b> Zur Prophylaxe venöser thromboembolischer Ereignisse (VTE) bei erwachsenen PatientInnen nach elektivem chirurgischen Hüft- oder Kniegelenkersatz.		10 St(2) 30 St	3,15 9,45

Bezeichnung	T	OP	KVP in €
<p><b>IND Dabigatranetexilat "Genericon" 110 mg Hartkaps.</b>  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"> <li>- Vorausgegangener Schlaganfall, transitorische ischämische Attacke oder systemische Embolie</li> <li>- Linksventrikuläre Ejektionsfraktion kleiner 40 %</li> <li>- Symptomatische Herzinsuffizienz größer/gleich New York Heart Association (NYHA) Klasse 2</li> <li>- Alter größer /gleich 75 Jahre</li> <li>- Alter größer/gleich 65 Jahre einhergehend mit einer der folgenden Erkrankungen: Diabetes mellitus, koronare Herzerkrankung oder arterielle Hypertonie</li> </ul> <p>Behandlung von tiefen Venenthrombosen (TVT) und Lungenembolien (LE) sowie Prophylaxe von rezidivierenden TVT und LE bei Erwachsenen.</p> <p>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.</p>		60 St(3)	18,10
<p><b>IND Dabigatranetexilat "Viatris" 110 mg Hartkaps.</b>  Zur Prophylaxe venöser thromboembolischer Ereignisse (VTE) bei erwachsenen PatientInnen nach elektivem chirurgischen Hüft- oder Kniegelenkersatz.</p>		10 St(2) 30 St	2,65 8,05
<p><b>IND Dabigatranetexilat "Viatris" 110 mg Hartkaps.</b>  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"> <li>- Vorausgegangener Schlaganfall, transitorische ischämische Attacke oder systemische Embolie</li> <li>- Linksventrikuläre Ejektionsfraktion kleiner 40 %</li> <li>- Symptomatische Herzinsuffizienz größer/gleich New York Heart Association (NYHA) Klasse 2</li> <li>- Alter größer/gleich 75 Jahre</li> <li>- Alter größer/gleich 65 Jahre einhergehend mit einer der folgenden Erkrankungen: Diabetes mellitus, koronare Herzerkrankung oder arterielle Hypertonie</li> </ul> <p>Behandlung von tiefen Venenthrombosen (TVT) und Lungenembolien (LE) sowie Prophylaxe von rezidivierenden TVT und LE bei Erwachsenen.</p> <p>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.</p>		60 St(3)	15,40

**Dabigatran etexilat 0,15**

<b>IND</b>	<p><b>Dabahib 150 mg Hartkaps.</b></p> <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"> <li>- Vorausgegangener Schlaganfall, transitorische ischämische Attacke oder systemische Embolie</li> <li>- Linksventrikuläre Ejektionsfraktion kleiner 40 %</li> <li>- Symptomatische Herzinsuffizienz größer/gleich New York Heart Association (NYHA) Klasse 2</li> <li>- Alter größer/gleich 75 Jahre</li> <li>- Alter größer/gleich 65 Jahre einhergehend mit einer der folgenden Erkrankungen: Diabetes mellitus, koronare Herzerkrankung oder arterielle Hypertonie</li> </ul> <p>Behandlung von tiefen Venenthrombosen (TVT) und Lungenembolien (LE) sowie Prophylaxe von rezidivierenden TVT und LE bei Erwachsenen.</p> <p>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.</p>	30 St 60 St(3)	7,55 14,50
<b>IND</b>	<p><b>Dabigatran etexilate "Accord" 150 mg Hartkaps.</b></p> <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"> <li>- Vorausgegangener Schlaganfall, transitorische ischämische Attacke oder systemische Embolie</li> <li>- Linksventrikuläre Ejektionsfraktion kleiner 40 %</li> <li>- Symptomatische Herzinsuffizienz größer/gleich New York Heart Association (NYHA) Klasse 2</li> <li>- Alter größer/gleich 75 Jahre</li> <li>- Alter größer/gleich 65 Jahre einhergehend mit einer der folgenden Erkrankungen: Diabetes mellitus, koronare Herzerkrankung oder arterielle Hypertonie</li> </ul> <p>Behandlung von tiefen Venenthrombosen (TVT) und Lungenembolien (LE) sowie Prophylaxe von rezidivierenden TVT und LE bei Erwachsenen.</p> <p>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.</p>	30 St 60 St(3)	11,20 21,70

Bezeichnung	T	OP	KVP in €
<b>IND Dabigatranetexilat "Genericon" 150 mg Hartkaps.</b> Zur Prävention von Schlaganfall und systemischer Embolie bei erwachsenen PatientInnen mit nicht valvulärem Vorhofflimmern mit einem oder mehreren der folgenden Risikofaktoren: - Vorausgegangener Schlaganfall, transitorische ischämische Attacke oder systemische Embolie - Linksventrikuläre Ejektionsfraktion kleiner 40 % - Symptomatische Herzinsuffizienz größer/gleich New York Heart Association (NYHA) Klasse 2 - Alter größer/gleich 75 Jahre - Alter größer/gleich 65 Jahre einhergehend mit einer der folgenden Erkrankungen: Diabetes mellitus, koronare Herzerkrankung oder arterielle Hypertonie  Behandlung von tiefen Venenthrombosen (TVT) und Lungenembolien (LE) sowie Prophylaxe von rezidivierenden TVT und LE bei Erwachsenen.  Cave Nierenfunktion: Vor dem Beginn einer Behandlung mit Dabigatran etexilat ist die Nierenfunktion durch Bestimmung der Kreatinin-Clearance (CrCl) zu überprüfen, um PatientInnen mit schwerer Beeinträchtigung der Nierenfunktion (= CrCl kleiner 30 ml/min) von der Behandlung auszuschließen. Während der Behandlung ist die Nierenfunktion in bestimmten klinischen Situationen, in denen eine mögliche Abnahme oder Verschlechterung der Nierenfunktion zu vermuten ist (z.B. Hypovolämie, Dehydratation und Verwendung bestimmter Begleitmedikamente), zu überprüfen. Bei PatientInnen über 75 Jahren oder bei PatientInnen mit Beeinträchtigung der Nierenfunktion ist die Nierenfunktion mindestens einmal jährlich zu überprüfen.		30 St 60 St(3)	9,45 18,10
<b>IND Dabigatranetexilat "Viatrix" 150 mg Hartkaps.</b> Zur Prävention von Schlaganfall und systemischer Embolie bei erwachsenen PatientInnen mit nicht valvulärem Vorhofflimmern mit einem oder mehreren der folgenden Risikofaktoren: - Vorausgegangener Schlaganfall, transitorische ischämische Attacke oder systemische Embolie - Linksventrikuläre Ejektionsfraktion kleiner 40 % - Symptomatische Herzinsuffizienz größer/gleich New York Heart Association (NYHA) Klasse 2 - Alter größer/gleich 75 Jahre - Alter größer/gleich 65 Jahre einhergehend mit einer der folgenden Erkrankungen: Diabetes mellitus, koronare Herzerkrankung oder arterielle Hypertonie  Behandlung von tiefen Venenthrombosen (TVT) und Lungenembolien (LE) sowie Prophylaxe von rezidivierenden TVT und LE bei Erwachsenen.  Cave Nierenfunktion: Vor dem Beginn einer Behandlung mit Dabigatran etexilat ist die Nierenfunktion durch Bestimmung der Kreatinin-Clearance (CrCl) zu überprüfen, um PatientInnen mit schwerer Beeinträchtigung der Nierenfunktion (= CrCl kleiner 30 ml/min) von der Behandlung auszuschließen. Während der Behandlung ist die Nierenfunktion in bestimmten klinischen Situationen, in denen eine mögliche Abnahme oder Verschlechterung der Nierenfunktion zu vermuten ist (z.B. Hypovolämie, Dehydratation und Verwendung bestimmter Begleitmedikamente), zu überprüfen. Bei PatientInnen über 75 Jahren oder bei PatientInnen mit Beeinträchtigung der Nierenfunktion ist die Nierenfunktion mindestens einmal jährlich zu überprüfen.		30 St 60 St(3)	8,05 15,40

### B01AF Direkte Faktor Xa-Inhibitoren B01AF01 Rivaroxaban

#### Rivaroxaban 0,01

<b>IND Xarelto 10 mg Filmtabl. <sup>PM</sup></b> Zur Prophylaxe venöser thromboembolischer Ereignisse (VTE) bei erwachsenen PatientInnen nach elektivem chirurgischen Hüft- oder Kniegelenkersatz		5 St 10 St(2)	15,20 29,15
--	--	------------------	----------------

### B02 ANTIHÄMORRHAGIKA B02A ANTIFIBRINOLYTIKA B02AA Aminosäuren B02AA02 Tranexamsäure

#### Tranexamsäure 0,5

<b>Cyklokapron 100 mg/ml Inj.lsg.</b>		5 St	22,60
---------------------------------------	--	------	-------

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

### 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 Mischmizellenlg. Amp.		5 St	9,45
---	--	------	------

## B03 ANTIANÄMIKA

### B03A EISEN-HALTIGE ZUBEREITUNGEN

#### B03AA Eisen zweiwertig, orale Zubereitungen

#### B03AA02 Eisen(II)fumarat

### Eisen(II)fumarat 0,1

Ferretab Kaps. Eisenfumarat 0,304 (entspr. 0,1 Fe II), Ascorbinsäure 0,02		30 St(2)	4,50
--	--	----------	------

#### B03AA03 Eisen(II)gluconat

### Eisen(II)gluconat 0,08

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

#### B03AA07 Eisen(II)sulfat

### Eisen(II)sulfat 0,08

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

### Eisen(II)sulfat 0,105

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

## B03AD Eisen in Kombination mit Folsäure

### B03AD02 Eisen(II)fumarat und Folsäure

### Eisen(II)fumarat 0,15 (= 0,05 Fe II), Folsäure 0,0005

Ferretab comp. Kaps.		30 St(2)	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
----------------------------	--	----------	------

### Eisen(II)sulfat 0,285 (= 0,105 Fe II), Folsäure 0,00035

Ferrograd-Fol Filmtabl.		30 St(2)	3,65
-------------------------	--	----------	------

## B03B VITAMIN B12 UND FOLSÄURE

### B03BA Vitamin B12 (Cyanocobalamin und Analoga)

#### B03BA03 Hydroxocobalamin

### Hydroxocobalamin 0,001

Erycytol Depot 1 mg Amp.		3 St(2)	8,20
--------------------------	--	---------	------

### B03BB Folsäure und Derivate

#### B03BB01 Folsäure

### Folsäure 0,005

Folsan 5 mg Tabl.	T2	20 St(2)	3,50
-------------------	----	----------	------

Bezeichnung	T	OP	KVP in €
<b>Gerofol 5 mg Tabl.</b>	T2	30 St(2)	4,80

**B03X ANDERE ANTIANÄMIKA**  
**B03XA Andere Antianämika**  
**B03XA01 Erythropoietin**

**Erythropoietin 10.000 IE**

<b>IND</b>	<b>Abseamed 10.000 IE/1,0 ml Inj.lsg. Fertigspr.</b> Symptomatische Anämie infolge Chemotherapie maligner Tumore mit Ausgangs-Hb kleiner 10 g/dl. <ul style="list-style-type: none"> <li>- Nach Therapiebeginn und nach jeder Dosisänderung kurzfristige Hb-Kontrollen bis zur Stabilisierung des Hb, danach mindestens vierwöchentliche Hb-Kontrollen.</li> <li>- 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).</li> <li>- Hämoglobinwerte über 12 g/dl sind zu vermeiden.</li> <li>- Bei Nichtansprechen Abbruch max. 8 Wochen nach Therapiebeginn.</li> <li>- Therapieende nach Abschluss des Chemotherapieschemas.</li> <li>- Für PatientInnen, bei denen es in irgendeinem 2-Wochen-Zeitraum zu einem Hb-Anstieg größer 1 g/dl kommt, bestehen erhöhte Sicherheitsbedenken.</li> <li>- 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.</li> </ul> <i>Epoetin alfa 0,000084 entspr. 10.000 IE</i>	6 St(2)	395,60
<b>IND</b>	<b>Binocrit 10.000 IE/1,0 ml Inj.lsg. Fertigspr.</b> Symptomatische Anämie infolge Chemotherapie maligner Tumore mit Ausgangs-Hb kleiner 10 g/dl. <ul style="list-style-type: none"> <li>- Nach Therapiebeginn und nach jeder Dosisänderung kurzfristige Hb-Kontrollen bis zur Stabilisierung des Hb, danach mindestens vierwöchentliche Hb-Kontrollen.</li> <li>- 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).</li> <li>- Hämoglobinwerte über 12 g/dl sind zu vermeiden.</li> <li>- Bei Nichtansprechen Abbruch max. 8 Wochen nach Therapiebeginn.</li> <li>- Therapieende nach Abschluss des Chemotherapieschemas.</li> <li>- Für PatientInnen, bei denen es in irgendeinem 2-Wochen-Zeitraum zu einem Hb-Anstieg größer 1 g/dl kommt, bestehen erhöhte Sicherheitsbedenken.</li> <li>- 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.</li> </ul> <i>Epoetin alfa 0,000084 entspr. 10.000 IE</i>	6 St(2)	344,15
<b>IND</b>	<b>Eporatio 10.000 IE/1 ml Inj.lsg. Fertigspr.</b> Symptomatische Anämie infolge Chemotherapie maligner Tumore mit Ausgangs-Hb kleiner 10 g/dl. <ul style="list-style-type: none"> <li>- Nach Therapiebeginn und nach jeder Dosisänderung kurzfristige Hb-Kontrollen bis zur Stabilisierung des Hb, danach mindestens vierwöchentliche Hb-Kontrollen.</li> <li>- 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).</li> <li>- Hämoglobinwerte über 12 g/dl sind zu vermeiden.</li> <li>- Bei Nichtansprechen Abbruch max. 8 Wochen nach Therapiebeginn.</li> <li>- Therapieende nach Abschluss des Chemotherapieschemas.</li> <li>- Für PatientInnen, bei denen es in irgendeinem 2-Wochen-Zeitraum zu einem Hb-Anstieg größer 1 g/dl kommt, bestehen erhöhte Sicherheitsbedenken.</li> <li>- 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.</li> </ul> <i>Epoetin theta 0,000083 entspr. 10.000 IE</i>	4 St	229,45



Bezeichnung	T	OP	KVP in €
<p><b>IND Erypo 10.000 IE/ml Fertigspr.</b> Symptomatische Anämie infolge Chemotherapie maligner Tumore mit Ausgangs-Hb kleiner 10 g/dl.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Nach Therapiebeginn und nach jeder Dosisänderung kurzfristige Hb-Kontrollen bis zur Stabilisierung des Hb, danach mindestens vierwöchentliche Hb-Kontrollen.</li> <li>- 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).</li> <li>- Hämoglobinwerte über 12 g/dl sind zu vermeiden.</li> <li>- Bei Nichtansprechen Abbruch max. 8 Wochen nach Therapiebeginn.</li> <li>- Therapieende nach Abschluss des Chemotherapieschemas.</li> <li>- Für Patienten, bei denen es in irgendeinem 2-Wochen-Zeitraum zu einem Hb-Anstieg größer 1 g/dl kommt, bestehen erhöhte Sicherheitsbedenken.</li> <li>- 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.</li> </ul> <p><i>Epoetin alfa 0,000084 entspr. 10.000 IE</i></p>		6 St(2)	403,00
<p><b>IND NeoRecormon 10.000 IE Inj.lsg. Fertigspr.</b> Symptomatische Anämie infolge Chemotherapie maligner Tumore mit Ausgangs-Hb kleiner 10 g/dl.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Nach Therapiebeginn und nach jeder Dosisänderung kurzfristige Hb-Kontrollen bis zur Stabilisierung des Hb, danach mindestens vierwöchentliche Hb-Kontrollen.</li> <li>- 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).</li> <li>- Hämoglobinwerte über 12 g/dl sind zu vermeiden.</li> <li>- Bei Nichtansprechen Abbruch max. 8 Wochen nach Therapiebeginn.</li> <li>- Therapieende nach Abschluss des Chemotherapieschemas.</li> <li>- Für Patienten, bei denen es in irgendeinem 2-Wochen-Zeitraum zu einem Hb-Anstieg größer 1 g/dl kommt, bestehen erhöhte Sicherheitsbedenken.</li> <li>- 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.</li> </ul> <p><i>Epoetin beta 0,000083 entspr. 10.000 IE</i></p>		6 St(2)	403,00
<p><b>IND Retacrit 10.000 IE/1,0 ml Inj.lsg. Fertigspr.</b> Symptomatische Anämie infolge Chemotherapie maligner Tumore mit Ausgangs-Hb kleiner 10 g/dl.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Nach Therapiebeginn und nach jeder Dosisänderung kurzfristige Hb-Kontrollen bis zur Stabilisierung des Hb, danach mindestens vierwöchentliche Hb-Kontrollen.</li> <li>- 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).</li> <li>- Hämoglobinwerte über 12 g/dl sind zu vermeiden.</li> <li>- Bei Nichtansprechen Abbruch max. 8 Wochen nach Therapiebeginn.</li> <li>- Therapieende nach Abschluss des Chemotherapieschemas.</li> <li>- Für PatientInnen, bei denen es in irgendeinem 2-Wochen-Zeitraum zu einem Hb-Anstieg größer 1 g/dl kommt, bestehen erhöhte Sicherheitsbedenken.</li> <li>- 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.</li> </ul> <p><i>Epoetin zeta 0,000084 entspr. 10.000 IE</i></p>		6 St(2)	395,60

**Erythropoietin 20.000 IE**

<b>IND</b>	<b>Binocrit 20.000 IE/0,5 ml Inj.lsg. Fertigspr.</b> Symptomatische Anämie infolge Chemotherapie maligner Tumore mit Ausgangs-Hb kleiner 10 g/dl. <ul style="list-style-type: none"> <li>- Nach Therapiebeginn und nach jeder Dosisänderung kurzfristige Hb-Kontrollen bis zur Stabilisierung des Hb, danach mindestens vierwöchentliche Hb-Kontrollen.</li> <li>- 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).</li> <li>- Hämoglobinwerte über 12 g/dl sind zu vermeiden.</li> <li>- Bei Nichtansprechen Abbruch max. 8 Wochen nach Therapiebeginn.</li> <li>- Therapieende nach Abschluss des Chemotherapieschemas.</li> <li>- Für PatientInnen, bei denen es in irgendeinem 2-Wochen-Zeitraum zu einem Hb-Anstieg größer 1 g/dl kommt, bestehen erhöhte Sicherheitsbedenken.</li> <li>- 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.</li> </ul>	6 St	649,95
<i>Epoetin alfa 0,000168 entspr. 20.000 IE</i>			
<b>IND</b>	<b>Eporatio 20.000 IE/1 ml Inj.lsg. Fertigspr.</b> Symptomatische Anämie infolge Chemotherapie maligner Tumore mit Ausgangs-Hb kleiner 10 g/dl. <ul style="list-style-type: none"> <li>- Nach Therapiebeginn und nach jeder Dosisänderung kurzfristige Hb-Kontrollen bis zur Stabilisierung des Hb, danach mindestens vierwöchentliche Hb-Kontrollen.</li> <li>- 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).</li> <li>- Hämoglobinwerte über 12 g/dl sind zu vermeiden.</li> <li>- Bei Nichtansprechen Abbruch max. 8 Wochen nach Therapiebeginn.</li> <li>- Therapieende nach Abschluss des Chemotherapieschemas.</li> <li>- Für PatientInnen, bei denen es in irgendeinem 2-Wochen-Zeitraum zu einem Hb-Anstieg größer 1 g/dl kommt, bestehen erhöhte Sicherheitsbedenken.</li> <li>- 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.</li> </ul>	4 St	433,30
<i>Epoetin theta 0,000167 entspr. 20.000 IE</i>			
<b>IND</b>	<b>Retacrit 20.000 IE/0,5 ml Inj.lsg. Fertigspr.</b> Symptomatische Anämie infolge Chemotherapie maligner Tumore mit Ausgangs-Hb kleiner 10 g/dl. <ul style="list-style-type: none"> <li>- Nach Therapiebeginn und nach jeder Dosisänderung kurzfristige Hb-Kontrollen bis zur Stabilisierung des Hb, danach mindestens vierwöchentliche Hb-Kontrollen.</li> <li>- 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).</li> <li>- Hämoglobinwerte über 12 g/dl sind zu vermeiden.</li> <li>- Bei Nichtansprechen Abbruch max. 8 Wochen nach Therapiebeginn.</li> <li>- Therapieende nach Abschluss des Chemotherapieschemas.</li> <li>- Für PatientInnen, bei denen es in irgendeinem 2-Wochen-Zeitraum zu einem Hb-Anstieg größer 1 g/dl kommt, bestehen erhöhte Sicherheitsbedenken.</li> <li>- 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.</li> </ul>	6 St	766,50
<i>Epoetin zeta 0,000168 entspr. 20.000 IE</i>			

**Erythropoietin 30.000 IE**

<b>IND</b>	<b>Binocrit 30.000 IE/0,75 ml Inj.Isg. Fertigspr.</b> 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.	4 St	649,95
<i>Epoetin alfa 0,000252 entspr. 30.000 IE</i>			
<b>IND</b>	<b>Eporatio 30.000 IE/1 ml Inj.Isg. Fertigspr.</b> 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.	4 St	649,95
<i>Epoetin theta 0,000250 entspr. 30.000 IE</i>			
<b>IND</b>	<b>Retacrit 30.000 IE/0,75 ml Inj.Isg. Fertigspr.</b> 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.	4 St BP 4 x 1 St.	766,50
<i>Epoetin zeta 0,000252 entspr. 30.000 IE</i>			

**Erythropoietin 40.000 IE**

<b>IND</b>	<b>Binocrit 40.000 IE/1 ml Inj.lsg. Fertigspr.</b> Symptomatische Anämie infolge Chemotherapie maligner Tumore mit Ausgangs-Hb kleiner 10 g/dl. <ul style="list-style-type: none"> <li>- Nach Therapiebeginn und nach jeder Dosisänderung kurzfristige Hb-Kontrollen bis zur Stabilisierung des Hb, danach mindestens vierwöchentliche Hb-Kontrollen.</li> <li>- 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).</li> <li>- Hämoglobinwerte über 12 g/dl sind zu vermeiden.</li> <li>- Bei Nichtansprechen Abbruch max. 8 Wochen nach Therapiebeginn.</li> <li>- Therapieende nach Abschluss des Chemotherapieschemas.</li> <li>- Für PatientInnen, bei denen es in irgendeinem 2-Wochen-Zeitraum zu einem Hb-Anstieg größer 1 g/dl kommt, bestehen erhöhte Sicherheitsbedenken.</li> <li>- 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.</li> </ul>	4 St	837,15
<i>Epoetin alfa 0,000336 entspr. 40.000 IE</i>			
<b>IND</b>	<b>Erypo 40.000 IE/ml Fertigspr.</b> Symptomatische Anämie infolge Chemotherapie maligner Tumore mit Ausgangs-Hb kleiner 10 g/dl. <ul style="list-style-type: none"> <li>- Nach Therapiebeginn und nach jeder Dosisänderung kurzfristige Hb-Kontrollen bis zur Stabilisierung des Hb, danach mindestens vierwöchentliche Hb-Kontrollen.</li> <li>- 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).</li> <li>- Hämoglobinwerte über 12 g/dl sind zu vermeiden.</li> <li>- Bei Nichtansprechen Abbruch max. 8 Wochen nach Therapiebeginn.</li> <li>- Therapieende nach Abschluss des Chemotherapieschemas.</li> <li>- Für Patienten, bei denen es in irgendeinem 2-Wochen-Zeitraum zu einem Hb-Anstieg größer 1 g/dl kommt, bestehen erhöhte Sicherheitsbedenken.</li> <li>- 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.</li> </ul>	4 St	1.202,25
<i>Epoetin alfa 0,000336 entspr. 40.000 IE</i>			
<b>IND</b>	<b>Retacrit 40.000 IE/1,0 ml Inj.lsg. Fertigspr.</b> Symptomatische Anämie infolge Chemotherapie maligner Tumore mit Ausgangs-Hb kleiner 10 g/dl. <ul style="list-style-type: none"> <li>- Nach Therapiebeginn und nach jeder Dosisänderung kurzfristige Hb-Kontrollen bis zur Stabilisierung des Hb, danach mindestens vierwöchentliche Hb-Kontrollen.</li> <li>- 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).</li> <li>- Hämoglobinwerte über 12 g/dl sind zu vermeiden.</li> <li>- Bei Nichtansprechen Abbruch max. 8 Wochen nach Therapiebeginn.</li> <li>- Therapieende nach Abschluss des Chemotherapieschemas.</li> <li>- Für PatientInnen, bei denen es in irgendeinem 2-Wochen-Zeitraum zu einem Hb-Anstieg größer 1 g/dl kommt, bestehen erhöhte Sicherheitsbedenken.</li> <li>- 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.</li> </ul>	4 St BP 4 x 1 St.	980,55
<i>Epoetin zeta 0,000336 entspr. 40.000 IE</i>			

**B03XA02 Darbepoetin alfa****Darbepoetin alfa 150 mcg**

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

**Darbepoetin alfa 300 mcg**

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

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

### Darbepoetin alfa 500 mcg

<b>IND Aranesp 500 mcg Inj.lsg. Fertigpen (SureClick) (PM)</b> 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
---	--	------	--------

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

## B05 BLUTERSATZMITTEL UND PERFUSIONSLÖSUNGEN

### B05B I.V.-LÖSUNGEN

#### B05BB Lösungen mit Wirkung auf den Elektrolythaushalt

#### B05BB01 Elektrolyte

#### Natr. chlorid 0,9 %

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

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

**Ringer-Lactat (Zusammensetzung s. Austria Codex Fachinformation)**

Ringer-Lactat nach Hartmann "Med." Plastikinf.fl. 500 ml		1 St(2)	1,90
		10 St	9,60

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

Ringer-Lsg. "Med." Plastikinf.fl. 500 ml		1 St(2)	1,50
--	--	---------	------

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

**Icatibant 0,03**

<b>IND</b>	<b>Icatibant "Accord" 30 mg Inj.lsg. Fertigspr.</b> 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
<b>IND</b>	<b>Icatibant "ratiopharm" 30 mg Inj.lsg. Fertigspr.</b> 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	28,75

### 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 Etilerfrin

#### Etilerfrin 0,0075/ml

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

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

**Nicorandil 0,02**

Nicolan 20 mg Tabl.	T2	30 St	6,20
	T2	60 St	7,40
Nicorandil "Rivopharm" 20 mg Tabl.	T2	30 St	5,15
	T2	60 St(3)	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
Ivacorlan 7,5 mg Filmtabl.		30 St	7,30
		60 St(3)	14,20

**C01EB18 Ranolazin****Ranolazin 0,375**

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

**Ranolazin 0,5**

Ranogelan 500 mg Retardtabl.		30 St	9,60
		60 St(3)	18,45
Ranolazin "Genericon" 500 mg Retardtabl.		30 St	9,60
		60 St(3)	18,45

Bezeichnung	T	OP	KVP in €
Ranolazin "ratiopharm" 500 mg Retardtabl.		30 St	8,05
		60 St(3)	15,40
<b>Ranolazin 0,75</b>			
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
Ranolazin "ratiopharm" 750 mg Retardtabl.		30 St	8,05
		60 St(3)	15,40

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

**Methyldopa (linksdrehend) 0,5**

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

**C02AC Imidazolin-Rezeptor-Agonisten**  
**C02AC01 Clonidin**

**Clonidin 0,00015**

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

**Clonidin 0,00015**

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

**C02AC05 Moxonidin**

**Moxonidin 0,0002**

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

**Moxonidin 0,0004**

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

**C02AC06 Rilmenidin**

**Rilmenidin 0,001**

Iterium 1 mg Tabl.		30 St(2)	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
--------------------	--	----------	------

Bezeichnung	T	OP	KVP in €
Vicard 5 mg Tabl.		28 St(2)	9,05

### C02CA04 Doxazosin

#### Doxazosin 0,002

Ascalan 2 mg Tabl.	T2	10 St(2)	3,10
		28 St	8,00
Doxazosin "1A Pharma" 2 mg Tabl.	T2	10 St(2)	3,05
		30 St	8,60
Doxazosin "Genericon" 2 mg Tabl.	T2	10 St(2)	3,10
		30 St	8,60
Doxazosin "Hexal" 2 mg Tabl.	T2	10 St(2)	3,05
		30 St	8,60
Doxazosin "ratiopharm" 2 mg Tabl.	T2	10 St(2)	3,10
		30 St	8,60
Doxazosin "Stada" 2 mg Tabl.	T2	10 St(2)	2,40
		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
Doxazosin "Actavis" 4 mg Retardtabl.		10 St	3,35
		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

#### Urapidil 0,06

Ebrantil retard 60 mg Kaps.		30 St(2)	7,00
Uragelan 60 mg Hartkaps., retardiert		30 St	6,95
		60 St(3)	13,65
Urapidil "Bluefish" 60 mg Hartkaps., retardiert		30 St	6,90
		60 St(3)	13,60

#### Urapidil 0,09

Uragelan 90 mg Hartkaps., retardiert		30 St	10,85
		60 St(3)	21,00

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

**Hydrochlorothiazid 0,05**

HCT "G.L." 50 mg Tabl.	T4	10 St(2)	2,50
	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 "+pharma" retard 1,5 mg Filmtabl.	10 St(2)	1,50
	30 St(2)	3,45
Indapamid "Actavis" 1,5 mg Retardtabl.	10 St(2)	1,50
	30 St(2)	3,55
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

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

### Furosemid 0,5

Furohexal 500 mg Tabl.	T4	20 St(2)	18,20
Furon 500 mg Tabl.	T4	20 St(2)	6,20

## 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	21,55

## 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

Bezeichnung	T	OP	KVP in €
<b>IND Eplerenon "ratiopharm GmbH" 25 mg Filmtabl.</b> Herzinsuffizienz mit linksventrikulärer Dysfunktion, wenn Spironolacton aufgrund endokriner Nebenwirkungen (Hirsutismus, Gynäkomastie) nachweislich nicht vertragen wurde		10 St 30 St	8,95 26,00
<b>IND Eplezot 25 mg Filmtabl.</b> Herzinsuffizienz mit linksventrikulärer Dysfunktion, wenn Spironolacton aufgrund endokriner Nebenwirkungen (Hirsutismus, Gynäkomastie) nachweislich nicht vertragen wurde		10 St 30 St	8,75 24,85
<b>IND Inspra 25 mg Filmtabl.</b> Herzinsuffizienz mit linksventrikulärer Dysfunktion, wenn Spironolacton aufgrund endokriner Nebenwirkungen (Hirsutismus, Gynäkomastie) nachweislich nicht vertragen wurde		10 St 30 St	9,40 26,55

#### **Eplerenon 0,05**

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

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

#### **Hydrochlorothiazid 0,025, Triamteren 0,05**

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

#### **C03EA14 Butizid und Kalium sparende Mittel**

##### **Butizid 0,01, Spironolacton 0,1**

<b>Aldactone-Saltucin forte Hartkaps.</b>		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**

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

#### **Furosemid 0,02, Spironolacton 0,1**

<b>Furo-Spirobene forte Filmtabl.</b>	T4	20 St(2)	8,65
<b>Lasilacton 20 mg/100 mg Kaps.</b>		20 St(2)	16,30

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

<b>Spiro "Genericon" comp. forte Tabl.</b>	T2	20 St(2)	8,65
--	----	----------	------

**C03X Andere Diuretika  
C03XA Vasopressin-Antagonisten  
C03XA01 Tolvaptan**

**Tolvaptan 0,0075**

<b>IND Samsca 7,5 mg Tabl.</b>		10 St	133,95
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.			

**Tolvaptan 0,015**

<b>IND Samsca 15 mg Tabl.</b>		10 St 30 St	291,10 676,85
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.			
<b>IND Tolvaptan "ratiopharm" SIADH 15 mg Tabl.</b>	T2	10 St 30 St	290,25 676,75
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.			

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

<b>IND Tolvaptan "ratiopharm" 15 mg + 45 mg Tabl.</b>		56 St	667,00
Bei Erwachsenen mit autosomal-dominanter polyzystischer Nierenerkrankung (ADPKD) mit eGFR größer/gleich 25 ml/min/1,73 m <sup>2</sup> 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 m <sup>2</sup> ist.			

**Tolvaptan 0,03**

<b>IND Samsca 30 mg Tabl.</b>		10 St	316,60
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.			
<b>IND Tolvaptan "ratiopharm" SIADH 30 mg Tabl.</b>		10 St	316,50
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.			

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

<b>IND Tolvaptan "ratiopharm" 30 mg + 60 mg Tabl.</b>		56 St	667,00
Bei Erwachsenen mit autosomal-dominanter polyzystischer Nierenerkrankung (ADPKD) mit eGFR größer/gleich 25 ml/min/1,73 m <sup>2</sup> 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 m <sup>2</sup> ist.			

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

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

<b>IND</b>	<b>Tolvaptan "ratiopharm" 30 mg + 90 mg Tabl.</b>		56 St	667,00
	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.			

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

**Pentoxifyllin 0,4**

	<b>Pentomer retard 400 mg Filmtabl.</b>	T2	20 St(2)	3,85
		T2	50 St	8,85
	<b>Pentoxi "Genericon" retard 400 mg Filmtabl.</b>		20 St(2)	3,85
			50 St	8,80
	<b>Trental 400 mg Filmtabl.</b>		20 St(2)	4,15
			50 St	9,55
	<b>Vasonit retard 400 mg Filmtabl.</b>	T2	20 St(2)	3,85
		T2	50 St	8,80

**Pentoxifyllin 0,6**

	<b>Pentomer retard 600 mg Filmtabl.</b>	T2	20 St(2)	4,90
		T2	50 St	10,30
	<b>Pentoxi "Genericon" retard 600 mg Filmtabl.</b>		20 St(2)	4,60
			50 St	9,60
	<b>Vasonit retard 600 mg Filmtabl.</b>	T2	20 St(2)	4,60
		T2	50 St	9,60

**C04AE Mutterkorn-Alkaloide  
C04AE02 Nicergolin**

**Nicergolin 0,03**

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

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

**Prednisolon 0,0013**

	<b>Scheriproct Supp.</b>		6 St(2)	4,55
--	--------------------------	--	---------	------

**Prednisolon 0,0019/g**

	<b>Scheriproct Salbe</b>		30 g	8,75
--	--------------------------	--	------	------

**C05B ANTIVARIKOSA  
C05BA Heparine oder Heparinoide zur topischen Anwendung  
C05BA01 Heparinoide**

**Heparinoide entspr. 250 IE Heparin/g**

	<b>Hirudoid Gel</b>		40 g(2)	4,30
	<b>Hirudoid Salbe</b>		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)	3,95
---------------------------	--	----------	------

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

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

**Aescin 0,05**

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

Bezeichnung	T	OP	KVP in €
<b>Metoprolol 0,05</b>			
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

<b>Metoprolol 0,095</b>			
Metohehexal retard 95 mg Filmtabl.	T2	10 St(2)	1,50
<i>Metoprololsuccinat 0,095 entspr. Metoprololtartrat 0,1</i>	T2	30 St(2)	3,70
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

<b>Metoprolol 0,1</b>			
Beloc 100 mg Tabl.	T2	20 St(2)	4,00
	T2	50 St	9,40
Metoprolol "Genericon" 100 mg Tabl.	T2	20 St(2)	3,50
	T2	50 St	8,55
Metoprolol "ratiopharm" 100 mg Tabl.	T2	20 St(2)	3,65
	T2	50 St	8,55
Metoprolol "Stada" 100 mg Tabl.	T2	20 St(2)	3,40
	T2	50 St	8,50

### C07AB03 Atenolol

<b>Atenolol 0,025</b>			
Tenormin 25 mg Filmtabl.	T2	20 St(2)	3,25
	T2	50 St	7,20

<b>Atenolol 0,05</b>			
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

<b>Atenolol 0,1</b>			
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

<b>Bisoprolol 0,00125</b>			
Bisoprolol "Sandoz" 1,25 mg Filmtabl.		20 St	1,35
Concor Cor 1,25 mg Filmtabl.		20 St	1,15

<b>Bisoprolol 0,0025</b>			
Bisoprolol "Accord" 2,5 mg Filmtabl.	T2	20 St	1,15
	T2	30 St(2)	1,75
Bisoprolol "Sandoz" 2,5 mg Filmtabl.	T2	10 St	0,95
	T2	30 St(2)	2,75

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

### Bisoprolol 0,00375

Concor Cor 3,75 mg Filmtabl.	T2	30 St	4,90
------------------------------	----	-------	------

### Bisoprolol 0,005

Bisocor 5 mg Tabl.	T2	20 St(2)	2,50
	T2	50 St	6,20
Bisoprolol "1A Pharma" 5 mg Filmtabl.	T4	20 St(2)	2,50
	T4	30 St	3,75
Bisoprolol "Accord" 5 mg Filmtabl.	T2	20 St(2)	1,95
	T2	30 St	2,90
Bisoprolol "Arcana" 5 mg Filmtabl.	T2	20 St(2)	2,50
	T2	50 St	6,20
Bisoprolol "ratiopharm" 5 mg Tabl.	T2	20 St(2)	2,50
	T2	30 St	3,75
Bisoprolol "Sandoz" 5 mg Filmtabl.	T4	20 St(2)	1,95
	T4	30 St	2,90
	T4	60 St	5,80
Bisostad 5 mg Filmtabl.	T2	20 St(2)	2,30
	T2	50 St	5,80
Concor 5 mg Filmtabl.	T2	20 St(2)	2,50
	T2	50 St	6,20
Concor Cor 5 mg Filmtabl.	T2	30 St	3,75
Rivacor 5 mg Filmtabl.		20 St(2)	2,50
		50 St	6,20

### 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 "Accord" 5 mg Tabl.	T4	14 St	1,50
	T4	28 St(3)	3,05
Nebivolol "Actavis" 5 mg Tabl.	T4	14 St	2,05
	T4	30 St(2)	4,40
Nebivolol "G.L." 5 mg Tabl.	T4	10 St	1,30
	T4	30 St(2)	3,85

Bezeichnung	T	OP	KVP in €
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

**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**

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

**Atenolol 0,1, Chlortalidon 0,025**

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

**C08 CALCIUMKANALBLOCKER**

**C08C SELEKTIVE CALCIUMKANALBLOCKER MIT VORWIEGENDER**  
**GEFÄSSWIRKUNG**

**C08CA Dihydropyridin-Derivate****C08CA01 Amlodipin****Amlodipin 0,005**

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

Bezeichnung	T	OP	KVP in €
Amlodipin "ratiopharm" 5 mg Tabl.		30 St(2)	3,65
Amlodipin "Sandoz" 5 mg Tabl.	T2	30 St(2)	3,65
Amlodipin Besilat "Stada" 5 mg Tabl.		30 St(2)	2,80
Norvasc 5 mg Tabl.		28 St(2)	3,40

#### Amlodipin 0,0075

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

#### Amlodipin 0,01

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

### C08CA02 Felodipin

#### Felodipin 0,0025

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

#### 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

Isopstin 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)	7,90
------------------------------------	----	----------	------

### 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
---	--	----------	------

### 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
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
Mepiril 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

Bezeichnung	T	OP	KVP in €
<b>Enalapril 0,02</b>			
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
Mepiril 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

<b>Lisinopril 0,005</b>			
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

#### 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



Bezeichnung	T	OP	KVP in €
Ramipril "Hexal" 2,5 mg Tabl.	T2	30 St(2)	3,45
Ramipril "Krka" 2,5 mg Tabl.		10 St(2)	1,15
		30 St(2)	2,85
Ramipril "ratiopharm" 2,5 mg Tabl.	T2	10 St(2)	1,15
	T2	30 St(2)	3,50
Ramipril "Sandoz" 2,5 mg Tabl.	T2	30 St(2)	3,45
Tritace 2,5 mg Tabl.	T2	28 St(2)	3,25

#### Ramipril 0,005

Lannapril 5 mg Tabl.	T2	30 St(2)	5,90
Ramipril "1A Pharma" 5 mg Tabl.	T2	30 St(2)	4,50
Ramipril "Actavis" 5 mg Tabl.	T2	10 St(2)	1,95
	T2	30 St(2)	4,50
Ramipril "Genericon" 5 mg Tabl.	T2	30 St(2)	5,90
Ramipril "Hexal" 5 mg Tabl.	T2	30 St(2)	5,20
Ramipril "Krka" 5 mg Tabl.		10 St(2)	1,95
		30 St(2)	4,90
Ramipril "ratiopharm" 5 mg Tabl.	T2	10 St(2)	1,95
	T2	30 St(2)	5,90
Ramipril "Sandoz" 5 mg Tabl.	T2	30 St(2)	5,85
Tritace 5 mg Tabl.	T2	28 St(2)	5,50

#### Ramipril 0,0075

Ramipril "1A Pharma" 7,5 mg Tabl.	T3	30 St(2)	9,05
Ramipril "Hexal" 7,5 mg Tabl.	T3	30 St(2)	9,05

#### Ramipril 0,01

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

### C09AA08 Cilazapril

#### Cilazapril 0,0005

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

#### Cilazapril 0,0025

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

#### Cilazapril 0,005

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

### C09AA09 Fosinopril

#### Fosinopril 0,01

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

#### Fosinopril 0,02

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

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

## C09AA16 Imidapril

### Imidapril 0,005

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

### Imidapril 0,01

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

### Imidapril 0,02

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

## C09B ACE-HEMMER, KOMBINATIONEN

### C09BA ACE-Hemmer und Diuretika

#### C09BA02 Enalapril und Diuretika

### Enalapril 0,02, Hydrochlorothiazid 0,006

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

### Enalapril 0,02, Hydrochlorothiazid 0,0125

Co-Enac Tabl.	T2	30 St(2)	10,20
Co-Enalapril "1A Pharma" 20 mg/12,5 mg Tabl.	T2	30 St(2)	10,20
Co-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
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

Bezeichnung	T	OP	KVP in €
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
Zanipril 20 mg/10 mg Filmtabl.		28 St(2)	7,75

### C09BB03 Lisinopril und Amlodipin

#### Lisinopril 0,01, Amlodipin 0,005

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

#### Lisinopril 0,02, Amlodipin 0,005

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

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

**Lisinopril 0,02, Amlodipin 0,01**

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

**C09BB06 Enalapril und Nitrendipin**

**Enalapril 0,01, Nitrendipin 0,02**

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

**C09BB07 Ramipril und Amlodipin**

**Ramipril 0,0025, Amlodipin 0,005**

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

**Ramipril 0,005, Amlodipin 0,005**

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

**Ramipril 0,005, Amlodipin 0,01**

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

**Ramipril 0,01, Amlodipin 0,005**

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

**Ramipril 0,01, Amlodipin 0,01**

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

**C09BX ACE-Hemmer, andere Kombinationen**

**C09BX03 Ramipril, Amlodipin und Hydrochlorothiazid**

**Ramipril 0,005, Amlodipin 0,005, Hydrochlorothiazid 0,0125**

Ramipril/Amlodipin/HCT "1A Pharma" 5 mg/5 mg/12,5 mg Hartkaps.		30 St(3)	7,45
Ramipril/Amlodipin/HCT "Genericon" 5 mg/5 mg/12,5 mg Hartkaps.		30 St(3)	8,25
Ramlolan/HCT 5 mg/5 mg/12,5 mg Hartkaps.		30 St(3)	6,55

**Ramipril 0,005, Amlodipin 0,005, Hydrochlorothiazid 0,025**

Ramipril/Amlodipin/HCT "1A Pharma" 5 mg/5 mg/25 mg Hartkaps.		30 St(3)	7,45
Ramipril/Amlodipin/HCT "Genericon" 5 mg/5 mg/25 mg Hartkaps.		30 St(3)	8,25
Ramlolan/HCT 5 mg/5 mg/25 mg Hartkaps.		30 St(3)	6,55

**Ramipril 0,01, Amlodipin 0,005, Hydrochlorothiazid 0,025**

Ramipril/Amlodipin/HCT "1A Pharma" 10 mg/5 mg/25 mg Hartkaps.		30 St(3)	7,45
Ramipril/Amlodipin/HCT "Genericon" 10 mg/5 mg/25 mg Hartkaps.		30 St(3)	8,25
Ramlolan/HCT 10 mg/5 mg/25 mg Hartkaps.		30 St(3)	6,55

**Ramipril 0,01, Amlodipin 0,01, Hydrochlorothiazid 0,025**

Ramipril/Amlodipin/HCT "1A Pharma" 10 mg/10 mg/25 mg Hartkaps.		30 St(3)	7,45
Ramipril/Amlodipin/HCT "Genericon" 10 mg/10 mg/25 mg Hartkaps.		30 St(3)	8,25
Ramlolan/HCT 10 mg/10 mg/25 mg Hartkaps.		30 St(3)	6,55

**C09C ANGIOTENSIN-II-REZEPTORBLOCKER (ARB), REIN**

**C09CA Angiotensin-II-Rezeptorblocker (ARB), rein**

**C09CA01 Losartan**

**Losartan 0,0125**

Losartan "Genericon" 12,5 mg Filmtabl.		30 St(2)	3,85
Losartan "Krka" 12,5 mg Filmtabl.		28 St(2)	3,50

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)	7,40

#### 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)	7,40
Valsartan "Sandoz" 80 mg Filmtabl.		28 St(2)	7,60
Valsartan "Stada" 80 mg Filmtabl.	T2	30 St(2)	7,55

#### Valsartan 0,16

Diovan 160 mg Filmtabl.		28 St(2)	8,45
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)	7,40
Valsartan "Sandoz" 160 mg Filmtabl.		28 St(2)	7,60
Valsartan "Stada" 160 mg Filmtabl.	T2	30 St(2)	7,55

#### Valsartan 0,32

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

### C09CA04 Irbesartan

#### Irbesartan 0,075

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

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

### 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	28 St(3)	5,05
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.		28 St(3)	5,05
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.		28 St(3)	5,05
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

#### Telmisartan 0,08

Telmicard 80 mg Tabl.	T2	30 St(2)	7,05
Telmisartan "+pharma" 80 mg Tabl.		30 St(3)	6,20

Bezeichnung	T	OP	KVP in €
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
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

Bezeichnung	T	OP	KVP in €
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 "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 "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 "Krka" 32 mg/12,5 mg Tabl.	T2	30 St(2)	7,05
Candesartan/HCT "ratiopharm" 32 mg/12,5 mg Tabl.	T2	30 St(2)	6,95
Candesartan/HCT "Sandoz" 32 mg/12,5 mg Tabl.		30 St(2)	6,95
Candesartan/HCT "Stada GmbH" 32 mg/12,5 mg Tabl.		30 St(2)	6,50

**Candesartan 0,032, Hydrochlorothiazid 0,025**

Blopress Plus 32 mg/25 mg Tabl.		28 St(2)	6,55
---------------------------------	--	----------	------



Bezeichnung	T	OP	KVP in €
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 "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)	5,20
Amlodipin/Valsartan "TAD" 5 mg/80 mg Filmtabl.		30 St(3)	6,75
Amlovalsax 5 mg/80 mg Filmtabl.		30 St(3)	6,40

#### Valsartan 0,16, Amlodipin 0,005

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

#### Valsartan 0,16, Amlodipin 0,01

Amlodipin/Valsartan "+pharma" 10 mg/160 mg Filmtabl.		30 St(3)	6,40
Amlodipin/Valsartan "1A Pharma" 10 mg/160 mg Filmtabl.		28 St(3)	5,95
Amlodipin/Valsartan "Actavis" 10 mg/160 mg Filmtabl.		30 St(3)	6,60

Bezeichnung	T	OP	KVP in €
Amlodipin/Valsartan "Genericon" 10 mg/160 mg Filmtabl.		30 St(3)	6,60
Amlodipin/Valsartan "Sandoz" 10 mg/160 mg Filmtabl.		28 St(3)	6,30
Amlodipin/Valsartan "Stada" 10 mg/160 mg Filmtabl.		28 St(3)	5,20
Amlodipin/Valsartan "TAD" 10 mg/160 mg Filmtabl.		30 St(3)	6,75
Amlovalsax 10 mg/160 mg Filmtabl.		30 St(3)	6,40

### C09DB04 Telmisartan und Amlodipin

#### Telmisartan 0,04, Amlodipin 0,005

IND Twynsta 40 mg/5 mg Tabl. wenn ACE-Hemmer nicht vertragen werden		28 St(2)	25,95
--	--	----------	-------

#### Telmisartan 0,04, Amlodipin 0,01

IND Twynsta 40 mg/10 mg Tabl. wenn ACE-Hemmer nicht vertragen werden		28 St(2)	25,95
---	--	----------	-------

#### Telmisartan 0,08, Amlodipin 0,005

IND Twynsta 80 mg/5 mg Tabl. wenn ACE-Hemmer nicht vertragen werden		28 St(2)	27,15
--	--	----------	-------

#### Telmisartan 0,08, Amlodipin 0,01

IND Twynsta 80 mg/10 mg Tabl. wenn ACE-Hemmer nicht vertragen werden		28 St(2)	27,15
---	--	----------	-------

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

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

	Amlodipin/Valsartan/HCT "1A Pharma" 5 mg/160 mg/25 mg Filmtabl.	28 St(3)	5,05
	Amlodipin/Valsartan/HCT "Sandoz" 5 mg/160 mg/25 mg Filmtabl.	28 St(3)	6,95
	Amlodipin/Valsartan/HCT "Stada" 5 mg/160 mg/25 mg Filmtabl.	28 St(3)	5,20
	Amlodipin/Valsartan/HCT "TAD" 5 mg/160 mg/25 mg Filmtabl.	30 St(3)	6,75
	Amlovalsax/HCT 5 mg/160 mg/25 mg Filmtabl.	30 St(3)	5,60
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)	5,05
	Amlodipin/Valsartan/HCT "Sandoz" 10 mg/160 mg/12,5 mg Filmtabl.	28 St(3)	6,95
	Amlodipin/Valsartan/HCT "Stada" 10 mg/160 mg/12,5 mg Filmtabl.	28 St(3)	5,20
	Amlodipin/Valsartan/HCT "TAD" 10 mg/160 mg/12,5 mg Filmtabl.	30 St(3)	6,75
	Amlovalsax/HCT 10 mg/160 mg/12,5 mg Filmtabl.	30 St(3)	5,60
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)	5,05
	Amlodipin/Valsartan/HCT "Sandoz" 10 mg/160 mg/25 mg Filmtabl.	28 St(3)	6,95
	Amlodipin/Valsartan/HCT "Stada" 10 mg/160 mg/25 mg Filmtabl.	28 St(3)	5,20
	Amlodipin/Valsartan/HCT "TAD" 10 mg/160 mg/25 mg Filmtabl.	30 St(3)	6,75
	Amlovalsax/HCT 10 mg/160 mg/25 mg Filmtabl.	30 St(3)	5,60

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

	Amlodipin/Valsartan/HCT "ratiopharm" 10 mg/320 mg/25 mg Filmtabl.	30 St(3)	5,60
	Amlodipin/Valsartan/HCT "Stada" 10 mg/320 mg/25 mg Filmtabl.	28 St(3)	5,20

**C09DX06 Candesartan, Amlodipin und Hydrochlorothiazid****Candesartan 0,016, Amlodipin 0,005, Hydrochlorothiazid 0,0125**

	CandAmComp 16 mg/5 mg/12,5 mg Hartkaps.	30 St(3)	5,60
	Candeblo Amlo plus HCT 16 mg/5 mg/12,5 mg Hartkaps.	30 St(3)	5,05
	Candesartan/Amlodipin/HCT "+pharma" 16 mg/5 mg/12,5 mg Hartkaps.	30 St(3)	5,05

**Candesartan 0,016, Amlodipin 0,01, Hydrochlorothiazid 0,0125**

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

**C09X ANDERE MITTEL MIT WIRKUNG AUF DAS RENIN-ANGIOTENSIN-SYSTEM****C09XA Renin-Inhibitoren****C09XA02 Aliskiren****Aliskiren 0,15**

IND	Rasilez 150 mg Filmtabl. wenn ACE-Hemmer nicht vertragen werden	14 St	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
--	--------------------------------	----	----------	------

Bezeichnung	T	OP	KVP in €
Simvastad 20 mg Filmtabl.	T2	30 St(2)	5,55
Simvastatin "+pharma" 20 mg Filmtabl.	T2	30 St(2)	5,65
Simvastatin "1A Pharma" 20 mg Filmtabl.	T2	30 St(2)	5,80
Simvastatin "Actavis" 20 mg Filmtabl.	T2	30 St(2)	6,60
Simvastatin "Alternova" 20 mg Filmtabl.	T2	30 St(2)	6,60
Simvastatin "Bluefish" 20 mg Filmtabl.		30 St(2)	5,50
Simvastatin "Genericon" 20 mg Filmtabl.	T2	30 St(2)	6,60
Simvastatin "Hexal" 20 mg Filmtabl.	T2	30 St(2)	6,60
Simvastatin "Merck" 20 mg Filmtabl.		30 St(2)	6,60
Simvastatin "ratiopharm" 20 mg Filmtabl.	T2	30 St(2)	6,60
Simvastatin "Sandoz" 20 mg Filmtabl.	T2	30 St(2)	6,60
Simvastatin "Teva" 20 mg Filmtabl.		30 St(2)	5,85
Simvatin 20 mg Filmtabl.	T2	30 St(2)	6,60
Zocord 20 mg Filmtabl.		30 St(2)	6,60

#### Simvastatin 0,03

Simvastatin "Hexal" 30 mg Filmtabl.	T2	30 St(2)	7,55
-------------------------------------	----	----------	------

#### Simvastatin 0,04

Gerosim "G.L." 40 mg Filmtabl.	T2	30 St(2)	5,85
Simvastad 40 mg Filmtabl.	T2	30 St(2)	5,55
Simvastatin "+pharma" 40 mg Filmtabl.	T2	30 St(2)	5,65
Simvastatin "1A Pharma" 40 mg Filmtabl.	T2	30 St(2)	5,80
Simvastatin "Actavis" 40 mg Filmtabl.	T2	30 St(2)	6,60
Simvastatin "Alternova" 40 mg Filmtabl.	T2	30 St(2)	6,60
Simvastatin "Bluefish" 40 mg Filmtabl.		30 St(2)	5,50
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**

Atorvacor 10 mg Filmtabl.		30 St(3)	5,15
Atorvavidiv 10 mg Filmtabl.		30 St(2)	6,30
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 "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)	5,10
Atorvastatin "G.L." 10 mg Filmtabl.		30 St(2)	6,35
Atorvastatin "Genericon" 10 mg Filmtabl.		30 St(2)	6,35
Atorvastatin "Krka" 10 mg Filmtabl.		30 St(2)	6,35
Atorvastatin "ratiopharm" 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 "Viatris" 10 mg Filmtabl.		30 St(2)	6,30

**Atorvastatin 0,02**

Atorvacor 20 mg Filmtabl.	T2	30 St(3)	5,15
Atorvavidiv 20 mg Filmtabl.	T2	30 St(2)	6,30
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 "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)	5,10
Atorvastatin "G.L." 20 mg Filmtabl.	T2	30 St(2)	6,35
Atorvastatin "Genericon" 20 mg Filmtabl.		30 St(2)	6,35
Atorvastatin "Krka" 20 mg Filmtabl.		30 St(2)	6,35
Atorvastatin "ratiopharm" 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 "Viatris" 20 mg Filmtabl.		30 St(2)	6,30

**Atorvastatin 0,03**

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

**Atorvastatin 0,04**

Atorvacor 40 mg Filmtabl.	T2	30 St(3)	5,15
Atorvavidiv 40 mg Filmtabl.	T4	30 St(2)	6,30
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 "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)	5,10
Atorvastatin "G.L." 40 mg Filmtabl.	T2	30 St(2)	6,35
Atorvastatin "Genericon" 40 mg Filmtabl.		30 St(2)	6,35
Atorvastatin "Krka" 40 mg Filmtabl.		30 St(2)	6,35
Atorvastatin "ratiopharm" 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
Atorvastatin "Viatris" 40 mg Filmtabl.		30 St(2)	6,30

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

### Atorvastatin 0,06

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

### Atorvastatin 0,08

Atorvacor 80 mg Filmtabl.	T2		30 St(3)	5,15
Atorvalan 80 mg Filmtabl.	T2		30 St(2)	6,35
Atorvastatin "+pharma" 80 mg Filmtabl.	T2		30 St(2)	5,80
Atorvastatin "1A Pharma" 80 mg Filmtabl.	T4		30 St(3)	5,80
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)	5,10
Atorvastatin "G.L." 80 mg Filmtabl.	T2		30 St(2)	6,35
Atorvastatin "Genericon" 80 mg Filmtabl.			30 St(2)	6,35
Atorvastatin "ratiopharm" 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

## 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
Rosuvastatin "Sandoz" 20 mg Filmtabl.			30 St(2)	7,75
Rosuvastatin "Stada" 20 mg Filmtabl.			30 St(2)	5,70

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

### 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

Ezegelelan 10 mg Tabl.		30 St(3)	9,95
Ezetimib "+pharma" 10 mg Tabl.		30 St(3)	9,60
Ezetimib "1A Pharma" 10 mg Tabl.		30 St(3)	10,10
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 "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

### *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)	6,55
-------------------------------	----------	------

**Rosuvastatin 0,01, Acetylsalicylsäure 0,1**

RosuASS 10 mg/100 mg Hartkaps.	30 St(3)	6,55
--------------------------------	----------	------

**Rosuvastatin 0,02, Acetylsalicylsäure 0,1**

RosuASS 20 mg/100 mg Hartkaps.	30 St(3)	6,55
--------------------------------	----------	------

**C10BX06 Atorvastatin, Acetylsalicylsäure und Ramipril****Atorvastatin 0,02, Acetylsalicylsäure 0,1, Ramipril 0,005**

Trinomia 100 mg/20 mg/5 mg Hartkaps.	28 St(2)	12,30
--------------------------------------	----------	-------

**Atorvastatin 0,02, Acetylsalicylsäure 0,1, Ramipril 0,01**

Trinomia 100 mg/20 mg/10 mg Hartkaps.	28 St(2)	12,65
---------------------------------------	----------	-------

**D DERMATIKA**  
**D01 ANTIMYKOTIKA ZUR DERMATOLOGISCHEN ANWENDUNG**  
**D01A ANTIMYKOTIKA ZUR TOPISCHEN ANWENDUNG**  
**D01AA Antibiotika**  
**D01AA01 Nystatin**

**Nystatin 100.000 IE/g**

Candio Hermal soft Paste	20 g	4,90
Mycostatin Salbe	20 g	3,60
Mycostatin Zinkoxidpaste	20 g	3,90
F2J Mycostatin Zinkoxidpaste	50 g	7,65

**D01AC Imidazol- und Triazol-Derivate**  
**D01AC02 Miconazol**

**Miconazol 0,02/g**

Daktarin 2 % Creme	30 g	4,70
--------------------	------	------

**D01AC03 Econazol****Econazol 0,01/g**

Pevaryl Creme	30 g	4,70
---------------	------	------

**D01AC05 Isoconazol****Isoconazol 0,01/g**

Travogen Creme	30 g	4,70
----------------	------	------

**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 Imidazole/Triazole in Kombination mit Corticosteroiden****Econazolnitrat 0,01, Triamcinolonacetonid 0,001/g**

Pevisone Creme	15 g(2)	4,00
----------------	---------	------

**Isoconazolnitrat 0,01, Diflucortolonvalerat 0,001/g**

Travocort Creme	15 g(2)	4,10
-----------------	---------	------

**Miconazolnitrat 0,02, Fluprednidenacetat 0,001/g**

Vobaderm 1 mg/g + 20 mg/g Creme	15 g(2)	2,90
---------------------------------	---------	------

**D01AE Andere Antimykotika zur topischen Anwendung**  
**D01AE15 Terbinafin**

**Terbinafin 0,01/g**

Terbinafin "ratiopharm" Creme	15 g	2,85
-------------------------------	------	------

**D01B ANTIMYKOTIKA ZUR SYSTEMISCHEN ANWENDUNG**  
**D01BA Antimykotika zur systemischen Anwendung**  
**D01BA02 Terbinafin**

**Terbinafin 0,25**

D	Amykal 250 mg Tabl. <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)	4,50
-----------------	---------	------

**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)	20,65
-----------------------	----------	-------

## D05BB Retinoide zur Behandlung der Psoriasis D05BB02 Acitretin

### Acitretin 0,01

<b>D</b>	<b>Keracutan 10 mg Kaps.</b> <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

<b>D</b>	<b>Keracutan 25 mg Kaps.</b> <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 5.000 IE/g

	<b>Baneocin Puder</b>	10 g	1,75
	<b>Baneocin Salbe</b>	5 g(2)	2,20
		20 g	3,85

### D06AX01 Fusidinsäure

#### Fusidinsäure 0,02/g

	<b>Fucidin Salbe</b>	5 g(2)	2,05
		15 g	4,60

### D06AX07 Gentamicin

#### Gentamicin 0,001/g

	<b>Refobacin Creme</b>	15 g	4,60
--	------------------------	------	------

## D06B CHEMOTHERAPEUTIKA ZUR TOPISCHEN ANWENDUNG

### D06BA Sulfonamide D06BA01 Sulfadiazin-Silber

#### Sulfadiazin-Silber 0,01/g

	<b>Flammazine Creme</b>	50 g	5,60
--	-------------------------	------	------

### D06BB Antivirale Mittel D06BB04 Podophyllotoxin

#### Podophyllotoxin 0,005/ml

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

### D06BB10 Imiquimod

#### Imiquimod 0,05/g

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

**D06BX Andere Chemotherapeutika**  
**D06BX01 Metronidazol**

**Metronidazol 0,0075/g**

Rozex Gel

30 g(2)

6,55

**D07 CORTICOSTEROIDE, DERMATOLOGISCHE ZUBEREITUNGEN**  
**D07A CORTICOSTEROIDE, REIN**

**D07AA Corticosteroide, schwach wirksam (Gruppe I)**  
**D07AA02 Hydrocortison**

**Hydrocortison 0,01/g**

Ekzemsalbe F "Agepha" 1 % Salbe

20 g

8,35

**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

**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	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

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

**Betamethason 0,001, Fusidinsäure 0,02/g**

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

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

**Triamcinolonacetonid 0,002, Salicylsäure 0,02/ml**

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

**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	4,80
	500 ml	9,20

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

**Adapalen 0,001/g**

Differin Gel	30 g	9,65
--------------	------	------

**D10AE Peroxide**  
**D10AE01 Benzoylperoxid**

**Benzoylperoxid 0,05/g**

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

**Benzoylperoxid 0,05/ml**

Benzaknen 5 % Susp. zum Auftragen	50 ml	5,65
-----------------------------------	-------	------



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

### Benzoylperoxid 0,1/g

Benzaknen 10 % Gel		30 g(2)	4,30
--------------------	--	---------	------

### D10AE51 Benzoylperoxid, Kombinationen

#### Benzoylperoxid 0,05, Miconazolnitrat 0,02/g

Acne Plus Creme "Widmer"		30 g(2)	6,10
--------------------------	--	---------	------

### D10AF Antiinfektiva zur Behandlung der Akne D10AF01 Clindamycin

#### Clindamycin 0,01/g

Zindaclin 1 % Gel		30 g	11,60
-------------------	--	------	-------

#### Clindamycin 0,01/ml

Dalacin Lotion		30 ml	6,60
----------------	--	-------	------

### D10AF51 Clindamycin, Kombinationen

#### Clindamycin 0,01, Benzoylperoxid 0,05/g

Cliezo 10 mg/g + 50 mg/g Gel		30 g(2)	15,80
------------------------------	--	---------	-------

### D10AX Andere Aknemittel zur topischen Anwendung D10AX03 Azelainsäure

#### Azelainsäure 0,2/g

Skinoren Creme		30 g	9,65
----------------	--	------	------

### D10B AKNEMITTEL ZUR SYSTEMISCHEN ANWENDUNG

#### D10BA Retinoide zur Behandlung der Akne

##### D10BA01 Isotretinoin

#### Isotretinoin 0,005

<b>D</b> Ciscutan 5 mg Kaps. <i>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).</i>		30 St	10,95
--	--	-------	-------

#### Isotretinoin 0,01

<b>D</b> Ciscutan 10 mg Kaps. <i>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).</i>		30 St	19,30
---	--	-------	-------

#### Isotretinoin 0,02

<b>D</b> Ciscutan 20 mg Kaps. <i>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).</i>		30 St	34,20
---	--	-------	-------

#### Isotretinoin 0,03

<b>D</b> Ciscutan 30 mg Kaps. <i>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).</i>		30 St	44,75
---	--	-------	-------

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

### Isotretinoin 0,04

D	Ciscutan 40 mg Kaps. <i>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).</i>		30 St	55,40
---	--	--	-------	-------

## D11 ANDERE DERMATIKA

### D11A ANDERE DERMATIKA

#### D11AH Mittel zur Behandlung der Dermatitis, exkl. Corticosteroide

##### D11AH01 Tacrolimus

### Tacrolimus 0,0003/g

D K	Protopic 0,03 % Salbe		10 g(2) 30 g(2)	9,60 27,00
-----	-----------------------	--	--------------------	---------------

### Tacrolimus 0,001/g

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

##### D11AH02 Pimecrolimus

### Pimecrolimus 0,01/g

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

##### D11AX Andere Dermatika

### Natr. sulfobituminat (hell) 0,005/g

	Solutio Cordes 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		400 ml 2 x 200 ml (BP)	8,55
--	--	--	------------------------------	------

### Sojaöl 0,8475/g

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

##### D11AX18 Diclofenac

### Diclofenac 0,03/g

D	Solacutan 3 % Gel		26 g(2)	14,05
D	Solaraze 3 % Gel		25 g(2)	13,70

## G UROGENITALSYSTEM UND SEXUALHORMONE

### G01 GYNÄKOLOGISCHE ANTIINFEKTIVA UND ANTISEPTIKA

#### G01A ANTIINFEKTIVA UND ANTISEPTIKA, EXKL. KOMBINATIONEN MIT CORTICOSTEROIDEN

##### G01AA Antibiotika

##### G01AA10 Clindamycin

### Clindamycin 0,02/g

	Dalacin Vaginalcreme		20 g(2)	8,75
--	----------------------	--	---------	------

**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**

Betasisodona Vaginal-Gel m. Applikator		50 g	6,70
--	--	------	------

**Povidon-Iod 0,2**

Betasisodona 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 + 0,05 mg Tabl. Starterpackung Hyperprolaktinämie		6 St	5,80
---	--	------	------

**Quinagolid 0,075 mg**

IND Norprolac 0,075 mg Tabl. Hyperprolaktinämie		30 St	37,60
--	--	-------	-------

**G02CC Antiphlogistika zur vaginalen Anwendung**  
**G02CC03 Benzydamin**

**Benzydamin 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/g**

IND Estrogel 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)	4,40
--	--------------------	----------	------

#### 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 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

	Metriッサ 2 mg Filmtabl.	28 St(3)	10,00
--	------------------------	----------	-------

### G03DC Estren-Derivate G03DC03 Lynestrenol

#### Lynestrenol 0,005

	Orgametril Tabl.	30 St	5,10
--	------------------	-------	------

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

#### Estradiol 0,001, Norethisteron 0,0005

IND	Activelle Filmtabl. bei schwerem klimakterischen Syndrom	28 St(2)	8,15
-----	---	----------	------

### G03FA14 Dydrogesteron und Estrogen

#### Estradiol 0,0005, Dydrogesteron 0,0025

IND	Femoston conti 0,5 mg/2,5 mg Filmtabl. bei schwerem klimakterischen Syndrom	28 St(2)	7,55
-----	--	----------	------

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

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

**G04 UROLOGIKA**  
**G04B UROLOGIKA**  
**G04BC Harnkonkrement lösende Mittel**

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

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

**G04BD Mittel bei Pollakisurie und Harninkontinenz****Terpene 0,031, Camphen 0,015, Borneol 0,01, Anethol 0,004, Fenchon 0,004, Cineol 0,003**

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

**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. <sup>(PM)</sup>		100 St 10 ml	1.801,35
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.			

**G04BD07 Tolterodin****Tolterodin 0,001**

Detrusitol 1 mg Filmtabl.		28 St	5,10
		56 St	9,95
Tolterodin "Accord" 1 mg Filmtabl.		20 St(2)	3,60
		60 St	10,60
Tolterodin "Aristo" 1 mg Filmtabl.		20 St(2)	3,60
		60 St	10,10

**Tolterodin 0,002**

Detrusitol 2 mg Filmtabl.		28 St	5,10
		56 St	9,95
Tolterodin "Accord" 2 mg Filmtabl.		20 St(2)	3,60
		60 St	10,60
Tolterodin "Aristo" 2 mg Filmtabl.	T2	20 St(2)	3,50
	T2	60 St	10,10

**G04BD08 Solifenacin****Solifenacin 0,005**

Solifenacin "+pharma" 5 mg Filmtabl.		20 St	7,00
		30 St(3)	10,50
Solifenacin "1A Pharma" 5 mg Filmtabl.		10 St	3,60
		30 St(3)	10,65
Solifenacin "Aristo" 5 mg Filmtabl.		10 St	3,50
		30 St(3)	10,50
Solifenacin "HCS" 5 mg Filmtabl.		10 St	3,60
		30 St(3)	11,05
Solifenacin "Stada" 5 mg Filmtabl.		10 St	3,50
		30 St(3)	10,50
Vesicare 5 mg Filmtabl.		10 St	6,65
		30 St	18,80
Vesisol 5 mg Filmtabl.		10 St	3,55
		30 St(3)	11,00

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

### 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)		10 St(2)	14,60
wenn Anticholinergika kontraindiziert sind		30 St	40,75

### Mirabegron 0,05

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

## G04C MITTEL BEI BENIGNER PROSTATAHYPERPLASIE

### G04CA Alpha-Adrenorezeptor-Antagonisten

#### G04CA01 Alfuzosin

### Alfuzosin 0,01

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

#### G04CA02 Tamsulosin

### Tamsulosin 0,0004

U Aglandin retard 0,4 mg Kaps.		10 St(2)	2,10
		30 St(2)	6,20
U Tamsu "Genericon" retard 0,4 mg Kaps.		10 St(2)	2,10
		30 St(2)	6,20
U Tamsulosin "+pharma" retard 0,4 mg Kaps.		10 St(2)	1,90
		30 St(2)	5,65

	Bezeichnung	T	OP	KVP in €
U	Tamsulosin "Actavis" retard 0,4 mg Kaps.		10 St(2) 30 St(2)	2,10 6,15
U	Tamsulosin "Aristo" 0,4 mg Retardkaps.		10 St(2) 30 St(2)	1,80 5,45
U	Tamsulosin "Genericon" 0,4 mg Retardtabl.		10 St(2) 30 St(2)	1,65 5,00
U	Tamsulosin "Interpharm" retard Kaps.		10 St(2) 30 St(2)	2,15 6,20
U	Tamsulosin "Krka" 0,4 mg Retardtabl.		10 St(2) 30 St(2)	1,90 5,65
U	Tamsulosin "ratiopharm" retard 0,4 mg Kaps.		10 St(2) 30 St(2)	2,15 6,10
U	Tamsulosin "Sandoz" retard 0,4 mg Kaps.		10 St(2) 30 St(2)	2,10 6,15
U	Tamsulosin "Stada" retard 0,4 mg Kaps.		10 St(2) 30 St(2)	1,85 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 "Aristo" 5 mg Filmtabl.		30 St(3)	7,75
U	Finasterid "Genericon" 5 mg Filmtabl.		30 St(2)	9,10
U	Finasterid "Interpharm" 5 mg Filmtabl.		30 St(2)	8,95
U	Finasterid "ratiopharm" 5 mg Filmtabl.		30 St(2)	8,15
U	Finasterid "Stada" 5 mg Filmtabl.		30 St(2)	8,05
U	Proscar 5 mg Filmtabl.		30 St(2)	8,05

#### G04CB02 Dutasterid

#### Dutasterid 0,0005

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

### G04CX Andere Mittel bei benigner Prostatahyperplasie

#### G04CX02 Sabalis serrulatae fructus

#### Sabalıs serrulatae fructus 0,32

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

### H SYSTEMISCHE HORMONPRÄPARATE, EXKL. SEXUALHORMONE UND INSULINE H01 HYPOPHYSEN- UND HYPOTHALAMUSHORMONE UND ANALOGA

#### H01B HYPOPHYSENHINTERLAPPENHORMONE

##### H01BA Vasopressin und Analoga

##### H01BA02 Desmopressin

#### Desmopressin 0,00001/Hb

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



**H01C HYPOTHALAMUSHORMONE**  
**H01CA Gonadotropin-Releasing-Hormone**  
**H01CA01 Gonadorelin**

**Gonadorelin 0,0002/Hb**

F2J	Kryptocur 0,2 mg/0,1 ml nasale Sprühlg.	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	<b>Ryego 40 mg/1 mg/0,5 mg Filmtabl. (PM)</b> 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 <sup>2</sup> , Rauchen, Hypertonus, familiäre Vorbelastung, Ko-Morbiditäten). Jährliche Knochendichtemessung mittels Dual-Röntgen-Absorptiometrie bzw. bei Frauen mit Risikofaktoren für Osteoporose auch vor Therapiebeginn. CAVE: die Behandlungsdauer sollte aufgrund des Risikos für einen anhaltenden Knochenverlust, der möglicherweise nicht reversibel ist, 24 Monate nicht überschreiten.	28 St	93,40
-----	---	-------	-------

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

**Fludrocortison 0,0001**

Astonin-H Tabl.	T2	100 St	43,75
-----------------	----	--------	-------

**H02AB Glucocorticoide**  
**H02AB01 Betamethason**

**Betamethason 0,0005**

Betnesol Brausetabl.	10 St(2)	1,90
	30 St	4,80

**Betamethason 0,004/ml**

Solu-Celestan Amp.	5 St	12,70
--------------------	------	-------

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

### **Betamethason (Depot) 0,0027, Betamethason 0,003/ml**

Celestan Biphase Amp. 1 ml		1 St(2)	6,50
		5 St	27,10

### **Betamethason (Depot) 0,005, Betamethason 0,002/ml**

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

## **H02AB02 Dexamethason**

### **Dexamethason 0,004**

Dexabene 4 mg Amp.		1 St(2)	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

### **Dexamethason 0,04**

Fortecortin 40 mg Amp.		1 St(2)	69,25
------------------------	--	---------	-------

## **H02AB04 Methylprednisolon**

### **Methylprednisolon 0,004**

Urbason 4 mg Tabl.	T4	20 St	3,75
IND Urbason 4 mg Tabl. Wenn eine kleinere Packungsgröße zur Abdeckung des individuellen Monatsbedarfs nicht ausreicht	T4	100 St	17,60

### **Methylprednisolon 0,04**

Urbason 40 mg Tabl.	T4	10 St(2)	17,60
	T4	50 St	77,35

### **Methylprednisolon 0,25**

Metasol 250 mg Plv. und Lsgm. zur Herst. einer Inj.-/Inf.lsg.		5 St	35,25
---	--	------	-------

### **Methylprednisolon 1,0**

Solu-Medrol 1.000 mg Trockenstechamp.		1 St(2)	32,05
---------------------------------------	--	---------	-------

## **H02AB06 Prednisolon**

### **Prednisolon 0,005**

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)	1,70
	T2	40 St	5,65
IND Prednisolon "Nycomed" 5 mg Tabl. Wenn eine kleinere Packungsgröße zur Abdeckung des individuellen Monatsbedarfs nicht ausreicht	T2	100 St	11,50

### **Prednisolon 0,025**

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

Bezeichnung	T	OP	KVP in €
Prednisolon "Nycomed" 25 mg Tabl.	T2	10 St(2)	4,60
	T2	40 St	14,75

### H02AB07 Prednison

#### Prednison 0,1

Rectodelt 100 mg Zäpf.		6 St	14,75
------------------------	--	------	-------

### H02AB08 Triamcinolon

#### Triamcinolon 0,004

Volon 4 mg Tabl.	T4	10 St	2,15
	T4	20 St	3,90

#### Triamcinolon 0,008

Volon 8 mg Tabl.	T4	10 St	3,60
	T4	20 St	6,50

#### Triamcinolon 0,04

Solu-Volon A 40 mg Amp.		1 St(2)	7,25
		3 St	17,85
		BP	

#### Triamcinolon 0,08

Solu-Volon A 80 mg Inj.lsg. Amp.		1 St(2)	13,05
----------------------------------	--	---------	-------

#### Triamcinolon (Depot) 0,01/ml

Volon A 10 mg Kristallsusp. Amp.		1 St(2)	2,15
		5 St	9,15

#### Triamcinolon (Depot) 0,04/ml

Volon A 40 mg Kristallsusp. Amp.		1 St(2)	6,35
		5 St	25,35
Volon A 40 mg Kristallsusp. Spritzamp.		1 St(2)	6,65

#### Triamcinolon (Depot) 0,08

Volon A 80 mg Kristallsusp. Spritzamp.		1 St(2)	12,35
--	--	---------	-------

### H02AB09 Hydrocortison

#### Hydrocortison 0,0005

F14 Alkindi 0,5 mg Gran. zur Entnahme aus Kaps.		50 St	37,20
---	--	-------	-------

#### Hydrocortison 0,001

F14 Alkindi 1 mg Gran. zur Entnahme aus Kaps.		50 St	72,15
---	--	-------	-------

#### Hydrocortison 0,002

F14 Alkindi 2 mg Gran. zur Entnahme aus Kaps.		50 St	130,60
---	--	-------	--------

#### Hydrocortison 0,005

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)	3,40

**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)	2,35
	T2	100 St	6,45

**Levothyroxin-Natrium 0,000075**

Euthyrox 75 mcg Tabl.	T2	20 St(2)	1,20
	T2	100 St	4,90
Thyrex 75 mcg Tabl.		30 St(2)	2,35
		100 St	6,45

**Levothyroxin-Natrium 0,000088**

Euthyrox 88 mcg Tabl.	T2	30 St(2)	1,60
	T2	100 St	4,90

**Levothyroxin-Natrium 0,0001**

Euthyrox 100 mcg Tabl.	T2	20 St(2)	1,50
	T2	100 St	6,00
Thyrex 100 mcg Tabl.	T2	30 St(2)	3,45
	T2	100 St	9,60

**Levothyroxin-Natrium 0,000112**

Euthyrox 112 mcg Tabl.	T2	30 St(2)	1,95
	T2	50 St	3,00

**Levothyroxin-Natrium 0,000125**

Euthyrox 125 mcg Tabl.	T2	20 St(2)	1,65
	T2	100 St	6,70
Thyrex 125 mcg Tabl.	T2	30 St(2)	3,45
	T2	100 St	9,60

**Levothyroxin-Natrium 0,000137**

Euthyrox 137 mcg Tabl.	T2	30 St(2)	2,20
	T2	50 St	3,35

**Levothyroxin-Natrium 0,00015**

Euthyrox 150 mcg Tabl.	T2	20 St(2)	1,85
	T2	100 St	7,20

**Levothyroxin-Natrium 0,00016**

Thyrex 160 mcg Tabl.	T2	30 St(2)	3,45
	T2	100 St	9,60

**Levothyroxin-Natrium 0,000175**

Euthyrox 175 mcg Tabl.	T2	20 St(2)	1,95
	T2	100 St	7,20

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

### 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 0,02

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

## H03BC Perchlorate

### Natr. perchlorat 0,3/ml

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

## H03C IODTHERAPIE

### H03CA Iodtherapie

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

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

## H04 PANKREASHORMONE

### H04A GLYKOGENOLYTISCHE HORMONE

#### H04AA Glykogenolytische Hormone

#### H04AA01 Glucagon

### Glucagon 0,001

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

## H05 CALCIUMHOMÖOSTASE

### H05B NEBENSCHILDDRÜSEN-ANTAGONISTEN

#### H05BX Andere Nebenschilddrüsen-Antagonisten

#### H05BX01 Cinacalcet

### Cinacalcet 0,03

IND	Cinacalcet "Accordpharma" 30 mg Filmtabl. Erstverordnung und regelmäßige Kontrolle durch NephrologInnen oder EndokrinologInnen	28 St(2)	37,05
IND	Cinacalcet "Aristo" 30 mg Filmtabl. Erstverordnung und regelmäßige Kontrolle durch NephrologInnen oder EndokrinologInnen	30 St(2)	40,65

	Bezeichnung	T	OP	KVP in €
IND	<b>Cinacalcet "ratiopharm" 30 mg Filmtabl.</b> Erstverordnung und regelmäßige Kontrolle durch NephrologInnen oder EndokrinologInnen		30 St(2)	40,80
IND	<b>Cinacalcet "Reddy" 30 mg Filmtabl.</b> Erstverordnung und regelmäßige Kontrolle durch NephrologInnen oder EndokrinologInnen		28 St(2)	37,05
IND	<b>Cinacalcet "Stada" 30 mg Filmtabl.</b> Erstverordnung und regelmäßige Kontrolle durch NephrologInnen oder EndokrinologInnen		28 St(2)	37,20
IND	<b>Cinglan 30 mg Filmtabl.</b> Erstverordnung und regelmäßige Kontrolle durch NephrologInnen oder EndokrinologInnen		30 St(2)	40,60

#### **Cinacalcet 0,06**

IND	<b>Cinacalcet "Accordpharma" 60 mg Filmtabl.</b> Erstverordnung und regelmäßige Kontrolle durch NephrologInnen oder EndokrinologInnen		28 St(2)	43,05
IND	<b>Cinacalcet "Aristo" 60 mg Filmtabl.</b> Erstverordnung und regelmäßige Kontrolle durch NephrologInnen oder EndokrinologInnen		30 St(2)	46,20
IND	<b>Cinacalcet "ratiopharm" 60 mg Filmtabl.</b> Erstverordnung und regelmäßige Kontrolle durch NephrologInnen oder EndokrinologInnen		30 St(2)	46,20
IND	<b>Cinacalcet "Reddy" 60 mg Filmtabl.</b> Erstverordnung und regelmäßige Kontrolle durch NephrologInnen oder EndokrinologInnen		28 St(2)	60,00
IND	<b>Cinacalcet "Stada" 60 mg Filmtabl.</b> Erstverordnung und regelmäßige Kontrolle durch NephrologInnen oder EndokrinologInnen		28 St(2)	43,10
IND	<b>Cinglan 60 mg Filmtabl.</b> Erstverordnung und regelmäßige Kontrolle durch NephrologInnen oder EndokrinologInnen		30 St(2)	46,20

#### **Cinacalcet 0,09**

IND	<b>Cinacalcet "Accordpharma" 90 mg Filmtabl.</b> Erstverordnung und regelmäßige Kontrolle durch NephrologInnen oder EndokrinologInnen		28 St(2)	43,05
IND	<b>Cinacalcet "Aristo" 90 mg Filmtabl.</b> Erstverordnung und regelmäßige Kontrolle durch NephrologInnen oder EndokrinologInnen		30 St(2)	46,20
IND	<b>Cinacalcet "ratiopharm" 90 mg Filmtabl.</b> Erstverordnung und regelmäßige Kontrolle durch NephrologInnen oder EndokrinologInnen		30 St(2)	46,20
IND	<b>Cinacalcet "Reddy" 90 mg Filmtabl.</b> Erstverordnung und regelmäßige Kontrolle durch NephrologInnen oder EndokrinologInnen		28 St(2)	76,80
IND	<b>Cinacalcet "Stada" 90 mg Filmtabl.</b> Erstverordnung und regelmäßige Kontrolle durch NephrologInnen oder EndokrinologInnen		28 St(2)	43,10
IND	<b>Cinglan 90 mg Filmtabl.</b> 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**

	<b>Vibramycin 50 mg lösbl. Tabl.</b>		28 St	5,45
--	--------------------------------------	--	-------	------

#### **Doxycyclin 0,1**

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

#### **Doxycyclin 0,1**

	<b>Doxybene 100 mg lösbl. Tabl.</b>	T2	5 St	2,05
		T2	10 St(2)	3,70

Bezeichnung	T	OP	KVP in €
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 Lymecyclin

#### 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
		1 ML = 5 ml	
F14 Ospamox 250 mg/5 ml Plv. für orale Susp.		100 ml(2)	5,00
		1 ML = 5 ml	

#### Amoxicillin 0,1/ml

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

#### 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

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

## J01CA08 Pivmecillinam

### Pivmecillinam 0,2

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

## J01CE Betalactamase-sensitive Penicilline J01CE02 Phenoxymethylpenicillin

### Phenoxymethylpenicillin 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

### Phenoxymethylpenicillin 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)	5,80
		1 ML = 5 ml	
		150 ml	12,45
		1 ML = 5 ml	

### Phenoxymethylpenicillin-Benzathin 0,15 MIE/ml

F14 Ospen 750 Saft		60 ml(2)	10,60
		1 ML = 5 ml	
		150 ml	22,55
		1 ML = 5 ml	

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

### Amoxicillin 0,05, Clavulansäure 0,0125/ml

F14 Xiclav 312,5 mg/5 ml Trockensaft		100 ml	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)	7,75
AmoxiPlus "ratiopharm" 625 mg Filmtabl.		12 St(2)	7,80
Augmentin 500 mg/125 mg Filmtabl.		12 St(2)	8,50



Bezeichnung	T	OP	KVP in €
<b>Amoxicillin 0,875, Clavulansäure 0,125</b>			
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)	8,10
	T2	14 St	11,05
Clavamox 1 g Gran. zur Herst. einer Susp. zum Einnehmen		10 St(2)	8,15
		14 St	11,05
Xiclav 1 g Filmtabl.		10 St(2)	7,50
		14 St	11,10

### J01CR04 Sultamicillin

<b>Sultamicillin 0,375</b>			
Unasyn Filmtabl.		12 St(2)	17,50

### J01D ANDERE BETALACTAM-ANTIBIOTIKA J01DB Cephalosporine der 1. Generation J01DB01 Cefalexin

<b>Cefalexin 0,05/ml</b>			
F14	Ospexin 250 mg/5 ml Gran. f. orale Susp.	60 ml(2) 1 ML = 5 ml	9,05

<b>Cefalexin 0,5</b>				
	Cephalobene 500 mg Filmtabl.	T2	12 St(2)	8,45
	Ospexin 500 mg Filmtabl.	T2	12 St(2)	10,70

<b>Cefalexin 1,0</b>				
	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)	17,50

### J01DC Cephalosporine der 2. Generation J01DC02 Cefuroxim

<b>Cefuroxim 0,25</b>				
	Cefuroxim "1A Pharma" 250 mg Filmtabl.		14 St	7,25
	Cefuroxim "Sandoz" 250 mg Filmtabl.		14 St	7,25
	Zinnat 250 mg Filmtabl.		14 St	7,25

<b>Cefuroxim 0,5</b>				
	Cefuroxim "1A Pharma" 500 mg Filmtabl.		14 St	11,80
	Cefuroxim "Sandoz" 500 mg Filmtabl.		14 St	11,80
	Zinnat 500 mg Filmtabl.		14 St	11,80

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

### 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)	13,50
--	-------------------------	--	----------	-------

	Cefastad 500 mg Kaps.		12 St(2)	11,75
--	-----------------------	--	----------	-------

#### Cefaclor 0,75

	Ceclor 750 mg Filmtabl.		10 St(2)	18,35
--	-------------------------	--	----------	-------

### 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	11,05
-----	---	--	--------	-------

F6J	Biocef 40 mg/5 ml Plv. zur Herst. einer Susp. zum Einnehmen		200 ml	18,70
-----	---	--	--------	-------

#### Cefpodoxim 0,2

	Biocef 200 mg Filmtabl.	T2	6 St(2) 14 St	13,70 26,05
--	-------------------------	----	------------------	----------------

### J01E SULFONAMIDE UND TRIMETHOPRIM J01EA Trimethoprim und Derivate J01EA01 Trimethoprim

#### Trimethoprim 0,1

	Motrim 100 mg Tabl.	T2	20 St(2)	3,35
--	---------------------	----	----------	------

#### Trimethoprim 0,2

	Motrim 200 mg Tabl.	T2	10 St(2) 25 St	3,25 6,65
--	---------------------	----	-------------------	--------------

	Triprim 200 mg Tabl.	T4	10 St(2) 25 St	3,10 6,35
--	----------------------	----	-------------------	--------------

#### Trimethoprim 0,3

	Triprim 300 mg Tabl.	T4	5 St 10 St	2,35 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	3,20
		1 ML = 5 ml	
		100 ml	4,75
		1 ML = 5 ml	

#### Sulfamethoxazol 0,4, Trimethoprim 0,08

	Eusaprim Tabl.	20 St(2)	3,45
--	----------------	----------	------

#### Sulfamethoxazol 0,8, Trimethoprim 0,16

	Eusaprim forte Tabl.	10 St	3,45
		20 St	6,00

## J01EE03 Sulfametrol und Trimethoprim

#### Sulfametrol 0,8, Trimethoprim 0,16

	Lidaprim forte Filmtabl.	10 St(2)	5,85
		25 St	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)	5,35
		1 ML = 5 ml	
F14	Klacid 125 mg/5 ml Gran. f. orale Susp.	40 ml	4,20
		1 ML = 5 ml	
		80 ml(2)	8,40
		1 ML = 5 ml	

#### Clarithromycin 0,05/ml

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

#### 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

Bezeichnung	T	OP	KVP in €
<b>Clarithromycin 0,5</b>			
Clarithromycin "1A Pharma" 500 mg Filmtabl.	T2	7 St	4,05
	T2	14 St	7,45
Clarithromycin "Accord" 500 mg Filmtabl.	T2	7 St	3,75
	T2	14 St	6,20
Clarithromycin "ratiopharm GmbH" 500 mg Filmtabl.		7 St	4,05
		14 St	6,40
Clarithromycin "Sandoz" 500 mg Filmtabl.	T2	7 St	3,95
	T2	14 St	7,45
Clarithromycin "Stada" 500 mg Filmtabl.		7 St	3,75
		14 St	6,35
Klacid Uno Filmtabl.		7 St	5,40

### J01FA10 Azithromycin

<b>Azithromycin 0,04/ml</b>			
F14	Azithromycin "Sandoz" 200 mg/5 ml Plv. zur Herst. einer Susp. zum Einnehmen	15 ml 1 ML = 5 ml 30 ml 1 ML = 5 ml	5,30 8,75
F14	Zithromax 200 mg/5 ml Trockensaft	15 ml 1 ML = 5 ml 30 ml 1 ML = 5 ml	5,30 8,75

### Azithromycin 0,5

	Azithromycin "+pharma" 500 mg Filmtabl.	3 St	6,10
	Azithromycin "1A Pharma" 500 mg Filmtabl.	T2 3 St	6,10
	Azithromycin "Genericon" 500 mg Filmtabl.	3 St	7,15
	Azithromycin "ratiopharm" 500 mg Filmtabl.	T2 3 St	7,10
	Azithromycin "Sandoz" 500 mg Filmtabl.	T2 3 St	7,15
	Azithromycin "Stada" 500 mg Filmtabl.	T2 3 St	6,10
	Zithromax 500 mg Filmtabl.	3 St	7,35

### J01FF Lincosamide J01FF01 Clindamycin

<b>Clindamycin 0,15</b>			
	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
	Dalacin C 300 mg Kaps.	16 St	10,45

### Clindamycin 0,45

	Clindac "Sandoz" 450 mg Filmtabl.	T2 12 St(2) T2 30 St	8,05 16,10
	Clindamycin "1A Pharma" 450 mg Filmtabl.	T2 12 St(2) T2 30 St	8,05 16,10

### Clindamycin 0,6

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

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

### J01MA14 Moxifloxacin

#### Moxifloxacin 0,4

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

### J01MA17 Prulifloxacin

#### Prulifloxacin 0,6

<b>Unidrox 600 mg Filmtabl.</b> <i>nur bei schweren Infektionen bzw. bei Infektionen mit atypischen Erregern</i>	10 St	26,45
---	-------	-------

### J01X ANDERE ANTIBIOTIKA

#### J01XC Steroid-Antibiotika

#### J01XC01 Fusidinsäure

#### Fusidinsäure 0,25

<b>Fucidin Filmtabl.</b>	12 St(2)	22,60
<b>IND Fucidin Filmtabl.</b> Fortsetzung der Therapie des Krankenhauses bei Wund-, Haut- und Weichteilinfektionen, Osteomyelitis	36 St(2)	63,20

#### J01XE Nitrofurane-Derivate

#### J01XE01 Nitrofurantoin

#### Nitrofurantoin 0,1

<b>Furadantin retard Kaps.</b>	20 St(2) 50 St	5,75 12,60
--------------------------------	-------------------	---------------

#### J01XX Andere Antibiotika

#### J01XX01 Fosfomycin

#### Fosfomycin 3,0

<b>Cystium 3 g Plv. zur Herst. einer Lsg. zum Einnehmen</b>	1 St	6,20
---	------	------

### J02 ANTIMYKOTIKA ZUR SYSTEMISCHEN ANWENDUNG

#### J02A ANTIMYKOTIKA ZUR SYSTEMISCHEN ANWENDUNG

#### J02AC Triazol- und Tetrazol-Derivate

#### J02AC01 Fluconazol

#### Fluconazol 0,05

<b>Diflucan 50 mg Kaps.</b>	7 St	11,25
<b>Fluconazol "I@ctavis" 50 mg Hartkaps.</b>	7 St	11,25
<b>Fluconazol "ratiopharm GmbH" 50 mg Hartkaps.</b>	7 St	11,25

#### Fluconazol 0,1

<b>Diflucan 100 mg Kaps.</b>	7 St	20,20
<b>Fluconazol "I@ctavis" 100 mg Hartkaps.</b>	7 St	20,20
<b>Fluconazol "ratiopharm GmbH" 100 mg Hartkaps.</b>	7 St	20,20

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

### Fluconazol 0,15

F D	Diflucan 150 mg Kaps. bei Dermatomykosen	2 St	10,70
D	Diflucan 150 mg Kaps. bei Onychomykosen	4 St	19,65
F D	Difluzol 150 mg Kaps. bei Vaginalmykosen	1 St	6,10
F D	Difluzol 150 mg Kaps. bei Dermatomykosen	2 St	10,70
D	Difluzol 150 mg Kaps. bei Onychomykosen	4 St	19,65
	Fluconazol "I@ctavis" 150 mg Hartkaps. bei Vaginalmykosen oder Candida-Balanitis	1 St	4,90
	Fluconazol "I@ctavis" 150 mg Hartkaps. bei Dermatomykosen	2 St	9,60
	Fluconazol "I@ctavis" 150 mg Hartkaps. bei Onychomykosen	4 St	18,55
	Fluconazol "+pharma" 150 mg Kaps. bei Dermatomykosen	2 St	9,60
	Fluconazol "+pharma" 150 mg Kaps. bei Onychomykosen	4 St	18,55
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 "ratiopharm GmbH" 150 mg Hartkaps. bei Vaginalmykosen oder Candida-Balanitis	1 St	4,90
	Fluconazol "ratiopharm GmbH" 150 mg Hartkaps. bei Dermatomykosen	2 St	9,60
	Fluconazol "ratiopharm GmbH" 150 mg Hartkaps. bei Onychomykosen	4 St	18,55
F D	Flucosept 150 mg Kaps. bei Vaginalmykosen	1 St	6,25
F D	Flucosept 150 mg Kaps. bei Dermatomykosen	2 St	12,20
D	Flucosept 150 mg Kaps. bei Onychomykosen	4 St	22,15

### Fluconazol 0,2

F D	Diflucan 200 mg Kaps.	7 St	39,60
	Fluconazol "I@ctavis" 200 mg Hartkaps.	7 St	36,70
F D	Fluconazol "1A Pharma" 200 mg Kaps.	7 St	38,80
	Fluconazol "ratiopharm GmbH" 200 mg Hartkaps.	7 St	36,70

## J02AC02 Itraconazol

### Itraconazol 0,05

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

### Itraconazol 0,1

F D	Itraconazol "Stada" 100 mg Kaps. bei Vaginalmykosen	4 St	4,35
F D	Itraconazol "Stada" 100 mg Kaps. bei Dermatomykosen	14 St	12,15
D	Itraconazol "Stada" 100 mg Kaps. bei Onychomykosen	28 St	22,45

Bezeichnung		T	OP	KVP in €
F D	<b>Sporanox Kaps.</b> bei <i>Dermatomykosen</i>		14 St	13,10
D	<b>Sporanox Derm Kaps.</b> bei <i>Onychomykosen</i>		28 St	23,85

**J04 MITTEL GEGEN MYKOBAKTERIEN**  
**J04A MITTEL ZUR BEHANDLUNG DER TUBERKULOSE**  
**J04AB Antibiotika**  
**J04AB02 Rifampicin**

**Rifampicin 0,15**

IND	<b>Rifoldin 150 mg Kaps.</b> TBC		100 St(2)	51,60
-----	-------------------------------------	--	-----------	-------

**Rifampicin 0,45**

IND	<b>Eremfat 450 mg Filmtabl.</b> TBC		30 St(2)	54,05
-----	--	--	----------	-------

**Rifampicin 0,6**

IND	<b>Eremfat 600 mg Filmtabl.</b> TBC		30 St(2)	76,05
-----	--	--	----------	-------

**J04AK Andere Mittel zur Behandlung der Tuberkulose**  
**J04AK01 Pyrazinamid**

**Pyrazinamid 0,5**

	<b>Pyrafat 500 mg Tabl.</b>	T2	100 St(2)	35,30
--	-----------------------------	----	-----------	-------

**J04AK02 Ethambutol**

**Ethambutol 0,5**

	<b>Etibi 500 mg Tabl.</b>	T2	100 St(2)	79,60
--	---------------------------	----	-----------	-------

**J04AM Kombinationen von Mitteln zur Behandlung der Tuberkulose**  
**J04AM02 Rifampicin und Isoniazid**

**Rifampicin 0,3, Isoniazid 0,15**

	<b>Rifoldin 300 mg + INH Drag.</b>		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	<b>Zovirax 400 mg/5 ml Saft</b> 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	<b>Aciclobene 200 mg Tabl.</b> Behandlung von ausgedehnten oder rezidivierenden Herpes simplex Infektionen der Haut und der Schleimhäute	T2	25 St	22,40
IND	<b>Aciclostad 200 mg Tabl.</b> Behandlung von ausgedehnten oder rezidivierenden Herpes simplex Infektionen der Haut und der Schleimhäute		25 St	22,00
IND	<b>Aciclovir "1A Pharma" 200 mg Tabl.</b> Behandlung von ausgedehnten oder rezidivierenden Herpes simplex Infektionen der Haut und der Schleimhäute		25 St	22,00
IND	<b>Aciclovir "Genericon" 200 mg Filmtabl.</b> Behandlung von ausgedehnten oder rezidivierenden Herpes simplex Infektionen der Haut und der Schleimhäute		25 St	22,25



Bezeichnung		T	OP	KVP in €
IND	<b>ViroMed 200 mg Tabl.</b> Behandlung von ausgedehnten oder rezidivierenden Herpes simplex Infektionen der Haut und der Schleimhäute	T2	25 St	21,50
IND	<b>Zovirax 200 mg Filmtabl.</b> Behandlung von ausgedehnten oder rezidivierenden Herpes simplex Infektionen der Haut und der Schleimhäute		25 St	24,60

#### Aciclovir 0,4

IND	<b>Aciclobene 400 mg Tabl.</b> Suppressionstherapie von häufig rezidivierendem Herpes simplex	T2	60 St	58,75
IND	<b>Aciclostad 400 mg Tabl.</b> Suppressionstherapie von häufig rezidivierendem Herpes simplex		60 St	58,75
IND	<b>Aciclovir "1A Pharma" 400 mg Tabl.</b> Suppressionstherapie von häufig rezidivierendem Herpes simplex		60 St	58,75
IND	<b>Aciclovir "Genericon" 400 mg Filmtabl.</b> Suppressionstherapie von häufig rezidivierendem Herpes simplex	T2	60 St	58,75
IND	<b>ViroMed 400 mg Tabl.</b> Suppressionstherapie von häufig rezidivierendem Herpes simplex	T2	60 St	58,75

#### Aciclovir 0,8

IND	<b>Aciclobene 800 mg Tabl.</b> Herpes zoster in der Akutphase	T2	35 St	35,30
IND	<b>Aciclostad 800 mg Tabl.</b> Herpes zoster in der Akutphase		36 St	36,35
IND	<b>Aciclovir "1A Pharma" 800 mg Tabl.</b> Herpes zoster in der Akutphase		35 St	35,30
IND	<b>Aciclovir "Genericon" 800 mg Filmtabl.</b> Herpes zoster in der Akutphase	T2	35 St	35,30
IND	<b>ViroMed 800 mg Tabl.</b> Herpes zoster in der Akutphase	T2	35 St	35,35

### J05AB09 Famciclovir

#### Famciclovir 0,5

IND	<b>Famvir 500 mg Filmtabl.</b> Herpes zoster in der Akutphase		14 St	72,60
			21 St	102,75

### J05AB11 Valaciclovir

#### Valaciclovir 0,5

	<b>Valaciclovir "Bluefish" 500 mg Filmtabl.</b>		10 St	5,00
			30 St	12,30
			42 St	15,70
	<b>Valaciclovir "Viatris" 500 mg Filmtabl.</b>		10 St	5,05
			30 St	12,35
			42 St	15,75
	<b>Viropel 500 mg Filmtabl.</b>		10 St	5,05
			30 St	12,45
			42 St	15,80

#### Valaciclovir 1,0

	<b>Valaciclovir "Viatris" 1000 mg Filmtabl.</b>		21 St	15,75
	<b>Viropel 1000 mg Filmtabl.</b>		21 St	15,80

### J05AB15 Brivudin

#### Brivudin 0,125

IND	<b>Brivudin "Aristo" 125 mg Tabl.</b> Herpes zoster in der Akutphase		7 St	51,25
IND	<b>Mevir 125 mg Tabl.</b> 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

Bezeichnung	T	OP	KVP in €
<b>Temozolomid "Accord" 100 mg Hartkaps.</b>		5 St	120,75
		20 St	400,80

#### **Temozolomid 0,14**

<b>Temodal 140 mg Hartkaps. in Btl.</b>		5 St	219,85
<b>Temozolomid "Accord" 140 mg Hartkaps.</b>		5 St	143,60
		20 St	507,10

#### **Temozolomid 0,18**

<b>Temodal 180 mg Hartkaps. in Btl.</b>		5 St	263,35
		20 St	989,75
<b>Temozolomid "Accord" 180 mg Hartkaps.</b>		5 St	171,00
		20 St	605,70

#### **Temozolomid 0,25**

<b>Temodal 250 mg Hartkaps. in Btl.</b>		5 St	335,90
<b>Temozolomid "Accord" 250 mg Hartkaps.</b>		5 St	212,75

### **L01B ANTIMETABOLITE L01BB Purin-Analoga L01BB02 Mercaptopurin**

#### **Mercaptopurin 0,05**

<b>Puri-Nethol Tabl.</b>		25 St(2)	14,80
--------------------------	--	----------	-------

### **L01BB03 Tioguanin**

#### **Tioguanin 0,04**

<b>Thioguanin "Aspen" Tabl.</b>		25 St(2)	135,70
---------------------------------	--	----------	--------

### **L01BC Pyrimidin-Analoga L01BC02 Fluorouracil**

#### **Fluorouracil 0,04/g**

<b>IND Tolak 40 mg/g Creme</b>		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**

<b>Capecel 150 mg Filmtabl.</b>		60 St	25,35
<b>Capecitabin "Accord" 150 mg Filmtabl.</b>		60 St	23,80
<b>Capecitabin "Sandoz" 150 mg Filmtabl.</b>		60 St	31,65

#### **Capecitabin 0,5**

<b>Capecel 500 mg Filmtabl.</b>		120 St	140,85
<b>Capecitabin "Accord" 500 mg Filmtabl.</b>		120 St	94,65
<b>Capecitabin "Sandoz" 500 mg Filmtabl.</b>		120 St	128,05
<b>Xeloda 500 mg Filmtabl.</b>		120 St	176,05

**L01E PROTEINKINASE-INHIBITOREN**  
**L01EA BCR-ABL-Tyrosinkinase-Inhibitoren**  
**L01EA01 Imatinib**

**Imatinib 0,1**

<b>IND</b>	<b>Glivec 100 mg Filmtabl.</b> Diagnose und Erstverordnung durch entsprechende Fachabteilung bzw. Zentrum, mittels Tumorboard. Regelmäßige Kontrolle durch entsprechende Fachabteilung bzw. Zentrum bzw. durch eine/n hämato-onkologisch bzw. onkologisch spezialisierte/n Facharzt/Fachärztin.		60 St	191,25
<b>IND</b>	<b>Imagerolan 100 mg Filmtabl.</b> Diagnose und Erstverordnung durch entsprechende Fachabteilung bzw. Zentrum, mittels Tumorboard. Regelmäßige Kontrolle durch entsprechende Fachabteilung bzw. Zentrum bzw. durch eine/n hämato-onkologisch bzw. onkologisch spezialisierte/n Facharzt/Fachärztin.	T2 T2	60 St 90 St	165,20 245,00
<b>IND</b>	<b>Imatinib "1A Pharma" 100 mg Filmtabl.</b> 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
<b>IND</b>	<b>Imatinib "Accord" 100 mg Filmtabl.</b> Diagnose und Erstverordnung durch entsprechende Fachabteilung bzw. Zentrum, mittels Tumorboard. Regelmäßige Kontrolle durch entsprechende Fachabteilung bzw. Zentrum bzw. durch eine/n hämato-onkologisch bzw. onkologisch spezialisierte/n Facharzt/Fachärztin.		30 St 60 St 90 St	106,90 165,20 245,00
<b>IND</b>	<b>Imatinib "HCS" 100 mg Filmtabl.</b> 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
<b>IND</b>	<b>Imatinib "Sandoz" 100 mg Filmtabl.</b> 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
<b>IND</b>	<b>Imatinib "Teva" 100 mg Filmtabl.</b> 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**

<b>IND</b>	<b>Glivec 400 mg Filmtabl.</b> 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
<b>IND</b>	<b>Imagerolan 400 mg Filmtabl.</b> 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
<b>IND</b>	<b>Imatinib "1A Pharma" 400 mg Filmtabl.</b> 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
<b>IND</b>	<b>Imatinib "Accord" 400 mg Filmtabl.</b> 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
<b>IND</b>	<b>Imatinib "HCS" 400 mg Filmtabl.</b> 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
<b>IND</b>	<b>Imatinib "Sandoz" 400 mg Filmtabl.</b> 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

Bezeichnung		T	OP	KVP in €
IND	<b>Imatinib "Teva" 400 mg Filmtabl.</b> 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	<b>Dasatinib "G.L." 20 mg Filmtabl.</b> 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	<b>Dasatinib "G.L." 50 mg Filmtabl.</b> 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	<b>Dasatinib "G.L." 80 mg Filmtabl.</b> 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
-----	---	--	----------------	------------------

#### Dasatinib 0,1

IND	<b>Dasatinib "G.L." 100 mg Filmtabl.</b> 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
-----	--	--	----------------	------------------

#### Dasatinib 0,14

IND	<b>Dasatinib "G.L." 140 mg Filmtabl.</b> 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
-----	--	--	----------------	------------------

### L01EB Epidermal growth factor (EGFR)-Tyrosinkinase-Inhibitoren L01EB01 Gefitinib

#### Gefitinib 0,25

IND	<b>Gefitinib "Accord" 250 mg Filmtabl.</b> 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	<b>Everolimus "HCS" 2,5 mg Tabl.</b> 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	<b>Afinitor 5 mg Tabl.</b> 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
-----	---	--	-------	--------

	Bezeichnung	T	OP	KVP in €
IND	<b>Everolimus "HCS" 5 mg Tabl.</b> 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	<b>Everolimus "ratiopharm" 5 mg Tabl.</b> 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	<b>Afinitor 10 mg Tabl.</b> 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	<b>Everolimus "HCS" 10 mg Tabl.</b> 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	<b>Everolimus "ratiopharm" 10 mg Tabl.</b> 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	<b>Sunitinib "Rivopharm" 12,5 mg Hartkaps.</b> 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	<b>Sunitinib "Stada" 12,5 mg Hartkaps.</b> 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	<b>Sunitinib "Teva" 12,5 mg Hartkaps.</b> 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	<b>Sunitinib "Rivopharm" 25 mg Hartkaps.</b> 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	<b>Sunitinib "Stada" 25 mg Hartkaps.</b> 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	<b>Sunitinib "Teva" 25 mg Hartkaps.</b> 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	<b>Sunitinib "Rivopharm" 50 mg Hartkaps.</b> 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	<b>Sunitinib "Stada" 50 mg Hartkaps.</b> 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	<b>Sunitinib "Teva" 50 mg Hartkaps.</b> 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	<b>Nexavar 200 mg Filmtabl.</b> 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	<b>Sorafenib "Stada" 200 mg Filmtabl.</b> 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	<b>Lenvima 4 mg Hartkaps. (PM)</b> 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**

	<b>Farlutal 500 mg Tabl.</b>	20 St(2)	49,45
--	------------------------------	----------	-------

**L02AE Gonadotropin-Releasing-Hormon-Analoga**  
**L02AE01 Buserelin**

**Buserelin 0,00015/Hb**

IND	<b>Suprecur 0,15 mg nasale Sprühlg.</b> Endometriose	2 St 2 x 100 Hb	144,80
-----	---	--------------------	--------

**Buserelin 0,0055**

IND	<b>Suprefact 1 mg/ml Dstfl.</b> Prostatakarzinom	2 St 5,5 ml	69,65
-----	---	----------------	-------

**Buserelin 0,00945**

IND	<b>Suprefact Depot-Implantat für 3 Monate Fertigspr.</b> Prostatakarzinom	1 St	408,15
-----	--	------	--------

**L02AE02 Leuprorelin****Leuprorelin 0,00357**

IND	<b>Enantone Gyn Monats-Depot-Zweikammerspr.</b> Endometriose; fortgeschrittenes Mammakarzinom bei Frauen vor der Menopause	1 St(2)	110,45
IND	<b>Enantone Monats-Depot-Zweikammerspr.</b> Prostatakarzinom	1 St(2)	110,45

**Leuprorelin 0,005**

IND	<b>Leuprorelin "Sandoz" 5 mg Implantat für 3 Monate</b> Prostatakarzinom	1 St	200,10
-----	---	------	--------

**Leuprorelin 0,00696**

IND	<b>Eligard Depot 7,5 mg Pliv. u. Lsgm. zur Herst. einer Inj.lsg.</b> Prostatakarzinom <i>Leuprorelinacetat 0,0075 entspr. 0,00696 Leuprorelin</i>	1 St(2)	121,05
-----	---	---------	--------

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

### Leuprorelin 0,01072

IND	<b>Trenantone Zweikammerspr.</b> Prostatakarzinom; fortgeschrittenes Mammakarzinom bei Frauen vor der Menopause		1 St	285,00
-----	--	--	------	--------

### Leuprorelin 0,021

IND	<b>Eligard Depot 22,5 mg Plv. u. Lsgm. zur Herst. einer Inj.lsg.</b> Prostatakarzinom <i>Leuprorelinacetat 0,0225 entspr. 0,021 Leuprorelin</i>		1 St	263,25
IND	<b>Lutrate Depot 22,5 mg Plv. u. Lsgm. zur Herst. einer Depot-Inj.susp.</b> Prostatakarzinom <i>Leuprorelinacetat 0,0225 entspr. 0,021 Leuprorelin</i>		1 St	200,50

### Leuprorelin 0,02858

IND	<b>Sixantone Zweikammerspr.</b> Prostatakarzinom		1 St	615,50
-----	---	--	------	--------

## L02AE03 Goserelin

### Goserelin 0,0036

IND	<b>Zoladex Depot 3,6 mg Implantat</b> Prostatakarzinom; fortgeschrittenes Mammakarzinom bei Frauen vor der Menopause; Endometriose		1 St(2)	116,40
-----	---	--	---------	--------

### Goserelin 0,0108

IND	<b>Zoladex Depot 10,8 mg Implantat</b> Prostatakarzinom		1 St	264,35
-----	--	--	------	--------

## L02AE04 Triptorelin

### Triptorelin 0,00375

IND	<b>Pamorelin LA 3,75 mg Plv. u. Lsgm. zur Herst. einer Inj.susp.</b> fortgeschrittenes Prostatakarzinom		1 St(2)	138,90
-----	--	--	---------	--------

### Triptorelin 0,01125

IND	<b>Pamorelin LA 11,25 mg Plv. u. Lsgm. zur Herst. einer Inj.susp.</b> fortgeschrittenes Prostatakarzinom		1 St	329,80
-----	---	--	------	--------

## L02B HORMONANTAGONISTEN UND VERWANDTE MITTEL

### L02BA Antiestrogene

#### L02BA01 Tamoxifen

### Tamoxifen 0,02

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

#### L02BA03 Fulvestrant

### Fulvestrant 0,25

IND	<b>Faslodex 250 mg Inj.lsg. Fertigspr. (P<sub>M</sub>)</b> 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	<b>Fulvestrant "+pharma" 250 mg Inj.lsg. Fertigspr.</b> 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	<b>Fulvestrant "EVER Pharma" 250 mg Inj.lsg. Fertigspr.</b> 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



	Bezeichnung	T	OP	KVP in €
IND	<b>Fulvestrant "ratiopharm" 250 mg Inj.lsg. Fertigspr.</b> 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	<b>Fulvestrant "Ribosepharm" 250 mg Inj.lsg. Fertigspr.</b> 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	129,30
IND	<b>Fulvestrant "Sandoz" 250 mg Inj.lsg. Fertigspr.</b> 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	<b>Fulvestrant "Stada" 250 mg Inj.lsg. Fertigspr.</b> 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

	<b>Androblock 50 mg Filmtabl.</b>		30 St	53,00
	<b>Bicalutamid "+pharma" 50 mg Filmtabl.</b>		30 St	51,60
	<b>Bicalutamid "Actavis" 50 mg Filmtabl.</b>		30 St	53,40
	<b>Bicalutamid "Bluefish" 50 mg Filmtabl.</b>		30 St	51,30
	<b>Bicalutamid "G.L." 50 mg Filmtabl.</b>		30 St	52,60
	<b>Bicalutamid "Genericon" 50 mg Filmtabl.</b>		30 St	61,55
	<b>Bicalutamid "ratiopharm" 50 mg Filmtabl.</b>		30 St	52,50
	<b>Bicalutamid "Stada" 50 mg Filmtabl.</b>		30 St	51,55
	<b>Casodex 50 mg Filmtabl.</b>		30 St	61,55

### Bicalutamid 0,15

	<b>Androblock 150 mg Filmtabl.</b>		30 St	61,55
	<b>Bicalutamid "+pharma" 150 mg Filmtabl.</b>		30 St	61,55
	<b>Bicalutamid "Actavis" 150 mg Filmtabl.</b>		30 St	61,55
	<b>Bicalutamid "Bluefish" 150 mg Filmtabl.</b>		30 St	61,50
	<b>Bicalutamid "G.L." 150 mg Filmtabl.</b>		30 St	61,55
	<b>Bicalutamid "Genericon" 150 mg Filmtabl.</b>		30 St	61,55
	<b>Bicalutamid "ratiopharm" 150 mg Filmtabl.</b>		30 St	61,55
	<b>Bicalutamid "Stada" 150 mg Filmtabl.</b>		30 St	61,55
	<b>Casodex 150 mg Filmtabl.</b>		30 St	61,55

## L02BG Aromatase-Inhibitoren L02BG03 Anastrozol

### Anastrozol 0,001

	<b>Anastrolan 1 mg Filmtabl.</b>		30 St(2)	25,55
	<b>Anastrozol "+pharma" 1 mg Filmtabl.</b>		30 St(3)	21,35
	<b>Anastrozol "1A Pharma" 1 mg Filmtabl.</b>		30 St(3)	21,55
	<b>Anastrozol "Actavis" 1 mg Filmtabl.</b>		30 St(2)	25,55
	<b>Anastrozol "Arcana" 1 mg Filmtabl.</b>		30 St(2)	21,45
	<b>Anastrozol "Bluefish" 1 mg Filmtabl.</b>		30 St(2)	20,95
	<b>Anastrozol "Genericon" 1 mg Filmtabl.</b>		30 St(2)	25,55
	<b>Anastrozol "ratiopharm" 1 mg Filmtabl.</b>		30 St(2)	25,55
	<b>Anastrozol "Sandoz" 1 mg Filmtabl.</b>		30 St(2)	25,55
	<b>Anastrozol "Stada" 1 mg Filmtabl.</b>		30 St(2)	21,45
	<b>Arimidex 1 mg Filmtabl.</b>		30 St(2)	25,55

## L02BG04 Letrozol

### Letrozol 0,0025

	<b>Femara 2,5 mg Filmtabl.</b>		30 St(2)	43,90
--	--------------------------------	--	----------	-------

Bezeichnung	T	OP	KVP in €
<b>Letrofam 2,5 mg Filmtabl.</b>		30 St(2)	43,90
<b>Letrozol "+pharma" 2,5 mg Filmtabl.</b>		30 St(3)	37,70
<b>Letrozol "Accord" 2,5 mg Filmtabl.</b>		30 St(2)	43,85
<b>Letrozol "Actavis" 2,5 mg Filmtabl.</b>		30 St(2)	43,90
<b>Letrozol "Arcana" 2,5 mg Filmtabl.</b>		30 St(2)	43,90
<b>Letrozol "Bluefish" 2,5 mg Filmtabl.</b>		30 St(3)	37,65
<b>Letrozol "Genericon" 2,5 mg Filmtabl.</b>		30 St(2)	43,90
<b>Letrozol "ratiopharm" 2,5 mg Filmtabl.</b>		30 St(2)	43,90
<b>Letrozol "Sandoz" 2,5 mg Filmtabl.</b>		30 St(2)	43,90
<b>Letrozol "Stada" 2,5 mg Filmtabl.</b>		30 St(2)	43,90

## L02BG06 Exemestan

### Exemestan 0,025

<b>Aromasin 25 mg Tabl.</b>		30 St(2)	88,60
<b>Exemestan "Accord" 25 mg Filmtabl.</b>		30 St(2)	59,30
<b>Exemestan "ratiopharm" 25 mg Filmtabl.</b>		30 St(2)	69,75

## L02BX Andere Hormonantagonisten und verwandte Mittel

### L02BX02 Degarelix

#### Degarelix 0,08

<b>IND Firmagon 80 mg Plv. und Lsgm. zur Herst. einer Inj.lsg. fortgeschrittenes hormonabhängiges Prostatakarzinom</b>		1 St(2)	153,55
--	--	---------	--------

#### Degarelix 0,12

<b>IND Firmagon 120 mg Plv. und Lsgm. zur Herst. einer Inj.lsg. fortgeschrittenes hormonabhängiges Prostatakarzinom</b>		2 St	235,35
---	--	------	--------

### L02BX03 Abirateron

#### Abirateron 0,5

<b>IND Abiral 500 mg Filmtabl.</b> 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
<b>IND Abirateron "+pharma" 500 mg Filmtabl.</b> Diagnose und Erstverordnung durch entsprechende Fachabteilung bzw. Zentrum, mittels Tumorboard. Regelmäßige Kontrolle durch entsprechende Fachabteilung bzw. Zentrum bzw. durch FachärztInnen mit Erfahrung in der Behandlung des Prostatakarzinoms.		60 St(2)	239,90
<b>IND Abirateron "1A Pharma" 500 mg Filmtabl.</b> 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
<b>IND Abirateron "Accord" 500 mg Filmtabl.</b> Diagnose und Erstverordnung durch entsprechende Fachabteilung bzw. Zentrum, mittels Tumorboard. Regelmäßige Kontrolle durch entsprechende Fachabteilung bzw. Zentrum bzw. durch FachärztInnen mit Erfahrung in der Behandlung des Prostatakarzinoms.		56 St(2)	221,75
<b>IND Abirateron "Aristo" 500 mg Filmtabl.</b> 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
<b>IND Abirateron "G.L." 500 mg Filmtabl.</b> Diagnose und Erstverordnung durch entsprechende Fachabteilung bzw. Zentrum, mittels Tumorboard. Regelmäßige Kontrolle durch entsprechende Fachabteilung bzw. Zentrum bzw. durch FachärztInnen mit Erfahrung in der Behandlung des Prostatakarzinoms.		60 St(2)	221,70
<b>IND Abirateron "Krka" 500 mg Filmtabl.</b> 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

Bezeichnung		T	OP	KVP in €
IND	<b>Abirateron "Mylan" 500 mg Filmtabl.</b> Diagnose und Erstverordnung durch entsprechende Fachabteilung bzw. Zentrum, mittels Tumorboard. Regelmäßige Kontrolle durch entsprechende Fachabteilung bzw. Zentrum bzw. durch FachärztInnen mit Erfahrung in der Behandlung des Prostatakarzinoms.		56 St(2)	239,55
IND	<b>Abirateron "Sandoz" 500 mg Filmtabl.</b> 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	<b>Abirateron "Stada" 500 mg Filmtabl.</b> Diagnose und Erstverordnung durch entsprechende Fachabteilung bzw. Zentrum, mittels Tumorboard. Regelmäßige Kontrolle durch entsprechende Fachabteilung bzw. Zentrum bzw. durch FachärztInnen mit Erfahrung in der Behandlung des Prostatakarzinoms.		56 St(2)	221,70
IND	<b>Abirateron "Zentiva" 500 mg Filmtabl.</b> Diagnose und Erstverordnung durch entsprechende Fachabteilung bzw. Zentrum, mittels Tumorboard. Regelmäßige Kontrolle durch entsprechende Fachabteilung bzw. Zentrum bzw. durch FachärztInnen mit Erfahrung in der Behandlung des Prostatakarzinoms.		56 St(2)	221,75

#### Abirateron 1,0

IND	<b>Abirateron "1A Pharma" 1000 mg Filmtabl.</b> 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	<b>Abirateron "Mylan" 1000 mg Filmtabl.</b> Diagnose und Erstverordnung durch entsprechende Fachabteilung bzw. Zentrum, mittels Tumorboard. Regelmäßige Kontrolle durch entsprechende Fachabteilung bzw. Zentrum bzw. durch FachärztInnen mit Erfahrung in der Behandlung des Prostatakarzinoms.		28 St(2)	239,55
IND	<b>Abirateron "Sandoz" 1000 mg Filmtabl.</b> Diagnose und Erstverordnung durch entsprechende Fachabteilung bzw. Zentrum, mittels Tumorboard. Regelmäßige Kontrolle durch entsprechende Fachabteilung bzw. Zentrum bzw. durch FachärztInnen mit Erfahrung in der Behandlung des Prostatakarzinoms.	T2	30 St(2)	324,85

### L02BX04 Relugolix

#### Relugolix 0,12

IND	<b>Orgovyx 120 mg Filmtabl.</b> Fortgeschrittenes hormonabhängiges Prostatakarzinom. Diagnose und Erstverordnung durch entsprechende Fachabteilung bzw. Zentrum, mittels Tumorboard. Regelmäßige Kontrolle durch entsprechende Fachabteilung bzw. Zentrum bzw. durch FachärztInnen mit Erfahrung in der Behandlung des Prostatakarzinoms.		30 St	128,75
-----	--	--	-------	--------

### L03 IMMUNSTIMULANZIEN L03A IMMUNSTIMULANZIEN L03AA Koloniestimulierende Faktoren L03AA02 Filgrastim

#### Filgrastim 12 MIE

F6J	<b>Accofil 12 Mio E/0,2 ml Inj.-/Inf.lsg. Fertigspr.</b>		5 St	106,25
F6J	<b>Nivestim 12 Mio E/0,2 ml Inj.-/Inf.lsg.</b>		5 St	224,90

#### Filgrastim 30 MIE

	<b>Accofil 30 Mio E/0,5 ml Inj.-/Inf.lsg. Fertigspr.</b>		5 St	277,25
	<b>Nivestim 30 Mio E/0,5 ml Inj.-/Inf.lsg.</b>		5 St	277,70
	<b>Ratiograstim 30 Mio IE/0,5 ml mini-Fertigspr.</b>		5 St	277,25
	<b>Zarzio 30 Mio E/0,5 ml Inj.-/Inf.lsg. Fertigspr.</b>		5 St	277,70

#### Filgrastim 48 MIE

	<b>Accofil 48 Mio E/0,5 ml Inj.-/Inf.lsg. Fertigspr.</b>		5 St	332,30
	<b>Nivestim 48 Mio E/0,5 ml Inj.-/Inf.lsg.</b>		5 St	332,70
	<b>Ratiograstim 48 Mio IE/0,5 ml mini-Fertigspr.</b>		5 St	332,70
	<b>Zarzio 48 Mio E/0,5 ml Inj.-/Inf.lsg. Fertigspr.</b>		5 St	332,70

**L03AA13 Pegfilgrastim****Pegfilgrastim 0,006**

Fulphila 6 mg Inj.lsg. Fertigspr.	1 St	427,90
Grasustek 6 mg Inj.lsg. Fertigspr.	1 St	371,00
Neulasta 6 mg Inj.lsg.	1 St	432,35
Pelgraz 6 mg Inj.lsg. Fertiginjektor	1 St	424,00
Pelgraz 6 mg Inj.lsg. Fertigspr.	1 St	424,00
Pelmeg 6 mg Inj.lsg. Fertigspr.	1 St	430,80
Ziextenzo 6 mg Inj.lsg. Fertigspr.	1 St	430,75

**L03AA14 Lipegfilgrastim****Lipegfilgrastim 0,006**

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

**L04 IMMUNSUPPRESSIVA**  
**L04A IMMUNSUPPRESSIVA**  
**L04AA Selektive Immunsuppressiva**  
**L04AA06 Mycophenolsäure**

**Mycophenolsäure 0,18**

Mycophenolsäure "Accord" 180 mg magensaftresistente Tabl.	120 St	60,90
Myfenax 250 mg Hartkaps. <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

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

**Etanercept 0,025**

<b>IND</b> Enbrel 25 mg Inj.lsg. Fertigipen <sup>(PM)</sup> 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 <a href="http://www.sozialversicherung.at/erstattungskodex_orientierende_kriterien_etanercept">www.sozialversicherung.at/erstattungskodex_orientierende_kriterien_etanercept</a> publiziert.	4 St	323,25
<b>IND</b> Enbrel 25 mg Inj.lsg. Fertigspr. <sup>(PM)</sup> 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 <a href="http://www.sozialversicherung.at/erstattungskodex_orientierende_kriterien_etanercept">www.sozialversicherung.at/erstattungskodex_orientierende_kriterien_etanercept</a> publiziert.	4 St	323,25
<b>IND</b> Enbrel 25 mg Plv. u. Lsgm. zur Herst. einer Inj.lsg. <sup>(PM)</sup> 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 <a href="http://www.sozialversicherung.at/erstattungskodex_orientierende_kriterien_etanercept">www.sozialversicherung.at/erstattungskodex_orientierende_kriterien_etanercept</a> publiziert.	4 St	323,25

Bezeichnung	T	OP	KVP in €
<b>IND Erelzi 25 mg Inj.lsg. Fertigspr. (PM)</b> 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 <a href="http://www.sozialversicherung.at/erstattungskodex_orientierende_kriterien_etanercept">www.sozialversicherung.at/erstattungskodex_orientierende_kriterien_etanercept</a> publiziert.		4 St	247,10

### Etanercept 0,05

<b>IND Benepali 50 mg Inj.lsg. Fertigpen (PM)</b> 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 <a href="http://www.sozialversicherung.at/erstattungskodex_orientierende_kriterien_etanercept">www.sozialversicherung.at/erstattungskodex_orientierende_kriterien_etanercept</a> publiziert.		4 St	611,70
<b>IND Benepali 50 mg Inj.lsg. Fertigspr. (PM)</b> 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 <a href="http://www.sozialversicherung.at/erstattungskodex_orientierende_kriterien_etanercept">www.sozialversicherung.at/erstattungskodex_orientierende_kriterien_etanercept</a> publiziert.		4 St	611,70
<b>IND Enbrel 50 mg Inj.lsg. Fertigpen (EM)</b> 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 <a href="http://www.sozialversicherung.at/erstattungskodex_orientierende_kriterien_etanercept">www.sozialversicherung.at/erstattungskodex_orientierende_kriterien_etanercept</a> publiziert.		4 St	616,90
<b>IND Enbrel 50 mg Inj.lsg. Fertigspr. (PM)</b> 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 <a href="http://www.sozialversicherung.at/erstattungskodex_orientierende_kriterien_etanercept">www.sozialversicherung.at/erstattungskodex_orientierende_kriterien_etanercept</a> publiziert.		4 St	616,90
<b>IND Erelzi 50 mg Inj.lsg. Fertigpen (PM)</b> 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 <a href="http://www.sozialversicherung.at/erstattungskodex_orientierende_kriterien_etanercept">www.sozialversicherung.at/erstattungskodex_orientierende_kriterien_etanercept</a> publiziert.		4 St	477,35
<b>IND Erelzi 50 mg Inj.lsg. Fertigspr. (PM)</b> 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 <a href="http://www.sozialversicherung.at/erstattungskodex_orientierende_kriterien_etanercept">www.sozialversicherung.at/erstattungskodex_orientierende_kriterien_etanercept</a> publiziert.		4 St	477,35

### L04AB02 Infliximab

#### Infliximab 0,1

<b>IND Flixabi 100 mg Plv. für ein Konz. zur Herst. einer Inf.lsg.</b> 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 <a href="http://www.sozialversicherung.at/erstattungskodex_orientierende_kriterien_infliximab">www.sozialversicherung.at/erstattungskodex_orientierende_kriterien_infliximab</a> publiziert.		1 St 2 St 3 St	167,00 306,25 445,45
--	--	----------------------	----------------------------

Bezeichnung	T	OP	KVP in €
<b>IND Inflectra 100 mg Plv. für ein Konz. zur Herst. einer Inf.lsg.</b> 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 <a href="http://www.sozialversicherung.at/erstattungskodex_orientierende_kriterien_infliximab">www.sozialversicherung.at/erstattungskodex_orientierende_kriterien_infliximab</a> publiziert.		1 St	179,05
		2 St	340,25
		3 St	492,20
<b>IND Remsima 100 mg Plv. für ein Konz. zur Herst. einer Inf.lsg.</b> 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 <a href="http://www.sozialversicherung.at/erstattungskodex_orientierende_kriterien_infliximab">www.sozialversicherung.at/erstattungskodex_orientierende_kriterien_infliximab</a> publiziert.		1 St	179,05
		2 St	340,25
		3 St	492,20

## L04AB04 Adalimumab

### Adalimumab 0,02

<b>IND Humira 20 mg Inj.lsg. Fertigspr. (PM)</b> 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 <a href="http://www.sozialversicherung.at/erstattungskodex_orientierende_kriterien_adalimumab">www.sozialversicherung.at/erstattungskodex_orientierende_kriterien_adalimumab</a> publiziert.		2 St	214,85
--	--	------	--------

### Adalimumab 0,04

<b>IND Amgevita 40 mg Inj.lsg. Fertigpen</b> 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 <a href="http://www.sozialversicherung.at/erstattungskodex_orientierende_kriterien_adalimumab">www.sozialversicherung.at/erstattungskodex_orientierende_kriterien_adalimumab</a> publiziert.		2 St	228,55	
	<b>IND Amgevita 40 mg Inj.lsg. Fertigspr.</b> 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 <a href="http://www.sozialversicherung.at/erstattungskodex_orientierende_kriterien_adalimumab">www.sozialversicherung.at/erstattungskodex_orientierende_kriterien_adalimumab</a> publiziert.		2 St	228,55
		<b>IND Hukyndra 40 mg Inj.lsg. Fertigpen</b> 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 <a href="http://www.sozialversicherung.at/erstattungskodex_orientierende_kriterien_adalimumab">www.sozialversicherung.at/erstattungskodex_orientierende_kriterien_adalimumab</a> publiziert.		2 St(3)
<b>IND Hukyndra 40 mg Inj.lsg. Fertigspr.</b> 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 <a href="http://www.sozialversicherung.at/erstattungskodex_orientierende_kriterien_adalimumab">www.sozialversicherung.at/erstattungskodex_orientierende_kriterien_adalimumab</a> publiziert.				2 St(3)
	<b>IND Hulio 40 mg Inj.lsg. Fertigpen</b> 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 <a href="http://www.sozialversicherung.at/erstattungskodex_orientierende_kriterien_adalimumab">www.sozialversicherung.at/erstattungskodex_orientierende_kriterien_adalimumab</a> publiziert.			2 St

Bezeichnung	T	OP	KVP in €
<b>IND Hulio 40 mg Inj.Isg. Fertigspr.</b> 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 <a href="http://www.sozialversicherung.at/erstattungskodex_orientierende_kriterien_adalimumab">www.sozialversicherung.at/erstattungskodex_orientierende_kriterien_adalimumab</a> publiziert.		2 St	228,55
<b>IND Humira 40 mg Inj.Isg. Fertigpen</b> 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 <a href="http://www.sozialversicherung.at/erstattungskodex_orientierende_kriterien_adalimumab">www.sozialversicherung.at/erstattungskodex_orientierende_kriterien_adalimumab</a> publiziert.		2 St	228,55
<b>IND Humira 40 mg Inj.Isg. Fertigspr.</b> 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 <a href="http://www.sozialversicherung.at/erstattungskodex_orientierende_kriterien_adalimumab">www.sozialversicherung.at/erstattungskodex_orientierende_kriterien_adalimumab</a> publiziert.		2 St	228,55
<b>IND Hyrimoz 40 mg Inj.Isg. Fertigpen</b> 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 <a href="http://www.sozialversicherung.at/erstattungskodex_orientierende_kriterien_adalimumab">www.sozialversicherung.at/erstattungskodex_orientierende_kriterien_adalimumab</a> publiziert.		2 St	228,55
<b>IND Hyrimoz 40 mg Inj.Isg. Fertigspr.</b> 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 <a href="http://www.sozialversicherung.at/erstattungskodex_orientierende_kriterien_adalimumab">www.sozialversicherung.at/erstattungskodex_orientierende_kriterien_adalimumab</a> publiziert.		2 St	228,55
<b>IND Idacio 40 mg Inj.Isg. Fertigpen</b> 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 <a href="http://www.sozialversicherung.at/erstattungskodex_orientierende_kriterien_adalimumab">www.sozialversicherung.at/erstattungskodex_orientierende_kriterien_adalimumab</a> publiziert.		2 St	228,55
<b>IND Idacio 40 mg Inj.Isg. Fertigspr.</b> 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 <a href="http://www.sozialversicherung.at/erstattungskodex_orientierende_kriterien_adalimumab">www.sozialversicherung.at/erstattungskodex_orientierende_kriterien_adalimumab</a> publiziert.		2 St	228,55
<b>IND Yuflyma 40 mg Inj.Isg. Fertigpen</b> 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 <a href="http://www.sozialversicherung.at/erstattungskodex_orientierende_kriterien_adalimumab">www.sozialversicherung.at/erstattungskodex_orientierende_kriterien_adalimumab</a> publiziert.		2 St	228,55
<b>IND Yuflyma 40 mg Inj.Isg. Fertigspr.</b> 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 <a href="http://www.sozialversicherung.at/erstattungskodex_orientierende_kriterien_adalimumab">www.sozialversicherung.at/erstattungskodex_orientierende_kriterien_adalimumab</a> publiziert.		2 St	228,55

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

### Adalimumab 0,08

IND	<b>Hukyndra 80 mg Inj.lsg. Fertigspr.</b> 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 <a href="http://www.sozialversicherung.at/erstattungskodex_orientierende_kriterien_adalimumab">www.sozialversicherung.at/erstattungskodex_orientierende_kriterien_adalimumab</a> publiziert.	1 St	200,40
-----	--	------	--------

## L04AD Calcineurin-Inhibitoren L04AD01 Ciclosporin

### Ciclosporin 0,025

IND	<b>Neoimmun 25 mg Kaps.</b> nach Organtransplantationen	60 St(2)	54,30
IND	<b>Sandimmun Neoral 25 mg Kaps.</b> nach Organtransplantationen	50 St(2)	46,15
IND	<b>Vanquoral 25 mg Weichkaps.</b> nach Organtransplantationen	60 St(2)	46,15

### Ciclosporin 0,05

IND	<b>Neoimmun 50 mg Kaps.</b> nach Organtransplantationen	60 St(2)	98,00
IND	<b>Sandimmun Neoral 50 mg Kaps.</b> nach Organtransplantationen	50 St(2)	83,30
IND	<b>Vanquoral 50 mg Weichkaps.</b> nach Organtransplantationen	60 St(2)	83,30

### Ciclosporin 0,1

IND	<b>Neoimmun 100 mg Kaps.</b> nach Organtransplantationen	60 St(2)	99,95
IND	<b>Sandimmun Neoral 100 mg Kaps.</b> nach Organtransplantationen	50 St(2)	83,30
IND	<b>Vanquoral 100 mg Weichkaps.</b> nach Organtransplantationen	60 St(2)	99,95

### Ciclosporin 0,1/ml

IND	<b>Neoimmun 100 mg/ml Lsg. z. Einnehmen</b> nach Organtransplantationen	50 ml(2)	128,95
IND	<b>Sandimmun Neoral 100 mg/ml Trinklsg.</b> nach Organtransplantationen	50 ml(2)	149,50

## L04AD02 Tacrolimus

### Tacrolimus 0,0005

IND	<b>Adport 0,5 mg Hartkaps.</b> nach Organtransplantationen	50 St(2)	51,50
IND	<b>Advagraf 0,5 mg Hartkaps., retardiert (PM)</b> nach Organtransplantationen	30 St(3)	45,75
IND	<b>Prograf 0,5 mg Kaps.</b> nach Organtransplantationen	50 St(2)	56,90
IND	<b>Tacforius 0,5 mg Hartkaps., retardiert</b> nach Organtransplantationen	30 St(3)	18,30
IND	<b>Tacni transplant 0,5 mg Hartkaps.</b> nach Organtransplantationen	60 St(2)	52,50

### Tacrolimus 0,00075

IND	<b>Envarsus 0,75 mg Retardtabl.</b> nach Organtransplantationen	30 St(3)	35,15
-----	--	----------	-------

### Tacrolimus 0,001

IND	<b>Adport 1 mg Hartkaps.</b> nach Organtransplantationen	50 St(2)	81,10
IND	<b>Advagraf 1 mg Hartkaps., retardiert (PM)</b> nach Organtransplantationen	60 St(3)	70,85
IND	<b>Envarsus 1 mg Retardtabl.</b> nach Organtransplantationen	60 St(3)	79,60



Bezeichnung	T	OP	KVP in €
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 Retardtbl. 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

## L04AK Dihydroorotat-Dehydrogenase (DHODH)-Inhibitoren L04AK01 Leflunomid

#### Leflunomid 0,01

IND Arava 10 mg Filmtabl. Erstverordnung und regelmäßige Kontrolle durch einen Facharzt/eine Fachärztin mit Additivfach Rheumatologie oder durch Zentren, die berechtigt sind, solche auszubilden.		30 St	25,70
IND Leflunomid "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

## L04AX Andere Immunsuppressiva L04AX01 Azathioprin

#### Azathioprin 0,05

Immunoprin mite 50 mg Filmtabl.		50 St(2)	23,55
Imurek Filmtabl.		50 St(2)	23,55

Bezeichnung	T	OP	KVP in €
<b>Azathioprin 0,075</b>			
Immunoprin 75 mg Filmtabl.		50 St(2)	38,80
<b>Azathioprin 0,1</b>			
Immunoprin 100 mg Filmtabl.		50 St(2)	44,55
<b>L04AX03 Methotrexat</b>			
<b>Methotrexat 0,0025</b>			
Methotrexat "Lederle" Tabl.		30 St(2)	15,30
<b>Methotrexat 0,005</b>			
Ebetrexat 5 mg Tabl.		20 St(2)	20,05
<b>Methotrexat 0,0075</b>			
MTX "ratiopharm" 7,5 mg Inj.lsg. Fertigspr.		4 St(3)	18,25
<b>Methotrexat 0,01</b>			
MTX "ratiopharm" 10 mg Inj.lsg. Fertigspr.		4 St(3)	23,85
<b>Methotrexat 0,01</b>			
Ebetrexat 10 mg Tabl.		10 St(2)	20,05
<b>Methotrexat 0,015</b>			
MTX "ratiopharm" 15 mg Inj.lsg. Fertigspr.		4 St(3)	35,00
<b>Methotrexat 0,02</b>			
MTX "ratiopharm" 20 mg Inj.lsg. Fertigspr.		4 St(3)	45,25
<b>Methotrexat 0,02/ml</b>			
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
<b>Methotrexat 0,025</b>			
MTX "ratiopharm" 25 mg Inj.lsg. Fertigspr.		4 St(3)	56,60
<b>Methotrexat 0,05/ml</b>			
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
<b>L04AX04 Lenalidomid</b>			
<b>Lenalidomid 0,0025</b>			
IND Lenalidomid "+pharma" 2,5 mg Hartkaps. Diagnose und Erstverordnung durch entsprechende Fachabteilung bzw. Zentrum, mittels Tumorboard. Regelmäßige Kontrolle durch entsprechende Fachabteilung bzw. Zentrum bzw. durch (Hämato-)OnkologInnen.		21 St	309,50
IND Lenalidomid "Accord" 2,5 mg Hartkaps. Diagnose und Erstverordnung durch entsprechende Fachabteilung bzw. Zentrum, mittels Tumorboard. Regelmäßige Kontrolle durch entsprechende Fachabteilung bzw. Zentrum bzw. durch (Hämato-)OnkologInnen.		21 St	446,50

	Bezeichnung	T	OP	KVP in €
IND	<b>Lenalidomid "Fresenius Kabi" 2,5 mg Hartkaps.</b> Diagnose und Erstverordnung durch entsprechende Fachabteilung bzw. Zentrum, mittels Tumorboard. Regelmäßige Kontrolle durch entsprechende Fachabteilung bzw. Zentrum bzw. durch (Hämato-)OnkologInnen.		21 St	300,00
IND	<b>Lenalidomid "G.L." 2,5 mg Hartkaps.</b> Diagnose und Erstverordnung durch entsprechende Fachabteilung bzw. Zentrum, mittels Tumorboard. Regelmäßige Kontrolle durch entsprechende Fachabteilung bzw. Zentrum bzw. durch (Hämato-)OnkologInnen.		21 St	299,90
IND	<b>Lenalidomid "Grindeks" 2,5 mg Hartkaps.</b> 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	<b>Lenalidomid "Krka" 2,5 mg Hartkaps.</b> 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	<b>Lenalidomid "Mylan" 2,5 mg Hartkaps.</b> Diagnose und Erstverordnung durch entsprechende Fachabteilung bzw. Zentrum, mittels Tumorboard. Regelmäßige Kontrolle durch entsprechende Fachabteilung bzw. Zentrum bzw. durch (Hämato-)OnkologInnen.		21 St	299,85
IND	<b>Lenalidomid "Sandoz" 2,5 mg Hartkaps.</b> Diagnose und Erstverordnung durch entsprechende Fachabteilung bzw. Zentrum, mittels Tumorboard. Regelmäßige Kontrolle durch entsprechende Fachabteilung bzw. Zentrum bzw. durch (Hämato-)OnkologInnen.		21 St	305,10
IND	<b>Lenalidomid "Stada" 2,5 mg Hartkaps.</b> 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	<b>Lenalidomid "Teva" 2,5 mg Hartkaps.</b> 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	<b>Lenalidomid "Zentiva" 2,5 mg Hartkaps.</b> Diagnose und Erstverordnung durch entsprechende Fachabteilung bzw. Zentrum, mittels Tumorboard. Regelmäßige Kontrolle durch entsprechende Fachabteilung bzw. Zentrum bzw. durch (Hämato-)OnkologInnen.		21 St	299,95
IND	<b>Revlimid 2,5 mg Hartkaps.</b> 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	<b>Lenalidomid "+pharma" 5 mg Hartkaps.</b> 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	<b>Lenalidomid "Accord" 5 mg Hartkaps.</b> 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	<b>Lenalidomid "Fresenius Kabi" 5 mg Hartkaps.</b> Diagnose und Erstverordnung durch entsprechende Fachabteilung bzw. Zentrum, mittels Tumorboard. Regelmäßige Kontrolle durch entsprechende Fachabteilung bzw. Zentrum bzw. durch (Hämato-)OnkologInnen.		21 St	300,00
IND	<b>Lenalidomid "G.L." 5 mg Hartkaps.</b> Diagnose und Erstverordnung durch entsprechende Fachabteilung bzw. Zentrum, mittels Tumorboard. Regelmäßige Kontrolle durch entsprechende Fachabteilung bzw. Zentrum bzw. durch (Hämato-)OnkologInnen.		21 St	299,90
IND	<b>Lenalidomid "Grindeks" 5 mg Hartkaps.</b> 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	<b>Lenalidomid "Krka" 5 mg Hartkaps.</b> 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	<b>Lenalidomid "Mylan" 5 mg Hartkaps.</b> Diagnose und Erstverordnung durch entsprechende Fachabteilung bzw. Zentrum, mittels Tumorboard. Regelmäßige Kontrolle durch entsprechende Fachabteilung bzw. Zentrum bzw. durch (Hämato-)OnkologInnen.		21 St	299,85
IND	<b>Lenalidomid "Sandoz" 5 mg Hartkaps.</b> Diagnose und Erstverordnung durch entsprechende Fachabteilung bzw. Zentrum, mittels Tumorboard. Regelmäßige Kontrolle durch entsprechende Fachabteilung bzw. Zentrum bzw. durch (Hämato-)OnkologInnen.		21 St	305,10

	Bezeichnung	T	OP	KVP in €
IND	<b>Lenalidomid "Stada" 5 mg Hartkaps.</b> 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	<b>Lenalidomid "Teva" 5 mg Hartkaps.</b> 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	<b>Lenalidomid "Zentiva" 5 mg Hartkaps.</b> Diagnose und Erstverordnung durch entsprechende Fachabteilung bzw. Zentrum, mittels Tumorboard. Regelmäßige Kontrolle durch entsprechende Fachabteilung bzw. Zentrum bzw. durch (Hämato-)OnkologInnen.		21 St	299,95
IND	<b>Revlimid 5 mg Hartkaps.</b> 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
<b>Lenalidomid 0,0075</b>				
IND	<b>Lenalidomid "+pharma" 7,5 mg Hartkaps.</b> 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	<b>Lenalidomid "Accord" 7,5 mg Hartkaps.</b> 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	<b>Lenalidomid "Fresenius Kabi" 7,5 mg Hartkaps.</b> Diagnose und Erstverordnung durch entsprechende Fachabteilung bzw. Zentrum, mittels Tumorboard. Regelmäßige Kontrolle durch entsprechende Fachabteilung bzw. Zentrum bzw. durch (Hämato-)OnkologInnen.		21 St	300,00
IND	<b>Lenalidomid "G.L." 7,5 mg Hartkaps.</b> Diagnose und Erstverordnung durch entsprechende Fachabteilung bzw. Zentrum, mittels Tumorboard. Regelmäßige Kontrolle durch entsprechende Fachabteilung bzw. Zentrum bzw. durch (Hämato-)OnkologInnen.		21 St	299,90
IND	<b>Lenalidomid "Grindeks" 7,5 mg Hartkaps.</b> 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	<b>Lenalidomid "Krka" 7,5 mg Hartkaps.</b> 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	<b>Lenalidomid "Mylan" 7,5 mg Hartkaps.</b> Diagnose und Erstverordnung durch entsprechende Fachabteilung bzw. Zentrum, mittels Tumorboard. Regelmäßige Kontrolle durch entsprechende Fachabteilung bzw. Zentrum bzw. durch (Hämato-)OnkologInnen.		21 St	299,85
IND	<b>Lenalidomid "Sandoz" 7,5 mg Hartkaps.</b> Diagnose und Erstverordnung durch entsprechende Fachabteilung bzw. Zentrum, mittels Tumorboard. Regelmäßige Kontrolle durch entsprechende Fachabteilung bzw. Zentrum bzw. durch (Hämato-)OnkologInnen.		21 St	305,10
IND	<b>Lenalidomid "Stada" 7,5 mg Hartkaps.</b> 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	<b>Lenalidomid "Teva" 7,5 mg Hartkaps.</b> 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	<b>Lenalidomid "Zentiva" 7,5 mg Hartkaps.</b> Diagnose und Erstverordnung durch entsprechende Fachabteilung bzw. Zentrum, mittels Tumorboard. Regelmäßige Kontrolle durch entsprechende Fachabteilung bzw. Zentrum bzw. durch (Hämato-)OnkologInnen.		21 St	299,95
IND	<b>Revlimid 7,5 mg Hartkaps.</b> 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
<b>Lenalidomid 0,01</b>				
IND	<b>Lenalidomid "+pharma" 10 mg Hartkaps.</b> 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 €
<b>IND Lenalidomid "Accord" 10 mg Hartkaps.</b> 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
<b>IND Lenalidomid "Fresenius Kabi" 10 mg Hartkaps.</b> Diagnose und Erstverordnung durch entsprechende Fachabteilung bzw. Zentrum, mittels Tumorboard. Regelmäßige Kontrolle durch entsprechende Fachabteilung bzw. Zentrum bzw. durch (Hämato-)OnkologInnen.		21 St	300,00
<b>IND Lenalidomid "G.L." 10 mg Hartkaps.</b> Diagnose und Erstverordnung durch entsprechende Fachabteilung bzw. Zentrum, mittels Tumorboard. Regelmäßige Kontrolle durch entsprechende Fachabteilung bzw. Zentrum bzw. durch (Hämato-)OnkologInnen.		21 St	299,90
<b>IND Lenalidomid "Grindeks" 10 mg Hartkaps.</b> 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
<b>IND Lenalidomid "Krka" 10 mg Hartkaps.</b> 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
<b>IND Lenalidomid "Mylan" 10 mg Hartkaps.</b> Diagnose und Erstverordnung durch entsprechende Fachabteilung bzw. Zentrum, mittels Tumorboard. Regelmäßige Kontrolle durch entsprechende Fachabteilung bzw. Zentrum bzw. durch (Hämato-)OnkologInnen.		21 St	299,85
<b>IND Lenalidomid "Sandoz" 10 mg Hartkaps.</b> Diagnose und Erstverordnung durch entsprechende Fachabteilung bzw. Zentrum, mittels Tumorboard. Regelmäßige Kontrolle durch entsprechende Fachabteilung bzw. Zentrum bzw. durch (Hämato-)OnkologInnen.		21 St	305,10
<b>IND Lenalidomid "Stada" 10 mg Hartkaps.</b> 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
<b>IND Lenalidomid "Teva" 10 mg Hartkaps.</b> 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
<b>IND Lenalidomid "Zentiva" 10 mg Hartkaps.</b> Diagnose und Erstverordnung durch entsprechende Fachabteilung bzw. Zentrum, mittels Tumorboard. Regelmäßige Kontrolle durch entsprechende Fachabteilung bzw. Zentrum bzw. durch (Hämato-)OnkologInnen.		21 St	299,95
<b>IND Revlimid 10 mg Hartkaps.</b> 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**

<b>IND Lenalidomid "+pharma" 15 mg Hartkaps.</b> 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
<b>IND Lenalidomid "Accord" 15 mg Hartkaps.</b> 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
<b>IND Lenalidomid "Fresenius Kabi" 15 mg Hartkaps.</b> Diagnose und Erstverordnung durch entsprechende Fachabteilung bzw. Zentrum, mittels Tumorboard. Regelmäßige Kontrolle durch entsprechende Fachabteilung bzw. Zentrum bzw. durch (Hämato-)OnkologInnen.		21 St	300,00
<b>IND Lenalidomid "G.L." 15 mg Hartkaps.</b> Diagnose und Erstverordnung durch entsprechende Fachabteilung bzw. Zentrum, mittels Tumorboard. Regelmäßige Kontrolle durch entsprechende Fachabteilung bzw. Zentrum bzw. durch (Hämato-)OnkologInnen.		21 St	299,90
<b>IND Lenalidomid "Grindeks" 15 mg Hartkaps.</b> 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
<b>IND Lenalidomid "Krka" 15 mg Hartkaps.</b> 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
<b>IND Lenalidomid "Mylan" 15 mg Hartkaps.</b> Diagnose und Erstverordnung durch entsprechende Fachabteilung bzw. Zentrum, mittels Tumorboard. Regelmäßige Kontrolle durch entsprechende Fachabteilung bzw. Zentrum bzw. durch (Hämato-)OnkologInnen.		21 St	299,85

	Bezeichnung	T	OP	KVP in €
IND	<b>Lenalidomid "Sandoz" 15 mg Hartkaps.</b> Diagnose und Erstverordnung durch entsprechende Fachabteilung bzw. Zentrum, mittels Tumorboard. Regelmäßige Kontrolle durch entsprechende Fachabteilung bzw. Zentrum bzw. durch (Hämato-)OnkologInnen.		21 St	305,10
IND	<b>Lenalidomid "Stada" 15 mg Hartkaps.</b> 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	<b>Lenalidomid "Teva" 15 mg Hartkaps.</b> 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	<b>Lenalidomid "Zentiva" 15 mg Hartkaps.</b> Diagnose und Erstverordnung durch entsprechende Fachabteilung bzw. Zentrum, mittels Tumorboard. Regelmäßige Kontrolle durch entsprechende Fachabteilung bzw. Zentrum bzw. durch (Hämato-)OnkologInnen.		21 St	299,95
IND	<b>Revlimid 15 mg Hartkaps.</b> Diagnose und Erstverordnung durch entsprechende Fachabteilung bzw. Zentrum, mittels Tumorboard. Regelmäßige Kontrolle durch entsprechende Fachabteilung bzw. Zentrum bzw. durch (Hämato-)OnkologInnen.		21 St	356,25

#### **Lenalidomid 0,02**

IND	<b>Lenalidomid "+pharma" 20 mg Hartkaps.</b> 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	<b>Lenalidomid "Accord" 20 mg Hartkaps.</b> 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	<b>Lenalidomid "Fresenius Kabi" 20 mg Hartkaps.</b> Diagnose und Erstverordnung durch entsprechende Fachabteilung bzw. Zentrum, mittels Tumorboard. Regelmäßige Kontrolle durch entsprechende Fachabteilung bzw. Zentrum bzw. durch (Hämato-)OnkologInnen.		21 St	300,00
IND	<b>Lenalidomid "G.L." 20 mg Hartkaps.</b> Diagnose und Erstverordnung durch entsprechende Fachabteilung bzw. Zentrum, mittels Tumorboard. Regelmäßige Kontrolle durch entsprechende Fachabteilung bzw. Zentrum bzw. durch (Hämato-)OnkologInnen.		21 St	299,90
IND	<b>Lenalidomid "Grindeks" 20 mg Hartkaps.</b> 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	<b>Lenalidomid "Krka" 20 mg Hartkaps.</b> 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	<b>Lenalidomid "Mylan" 20 mg Hartkaps.</b> Diagnose und Erstverordnung durch entsprechende Fachabteilung bzw. Zentrum, mittels Tumorboard. Regelmäßige Kontrolle durch entsprechende Fachabteilung bzw. Zentrum bzw. durch (Hämato-)OnkologInnen.		21 St	299,85
IND	<b>Lenalidomid "Sandoz" 20 mg Hartkaps.</b> Diagnose und Erstverordnung durch entsprechende Fachabteilung bzw. Zentrum, mittels Tumorboard. Regelmäßige Kontrolle durch entsprechende Fachabteilung bzw. Zentrum bzw. durch (Hämato-)OnkologInnen.		21 St	305,10
IND	<b>Lenalidomid "Stada" 20 mg Hartkaps.</b> 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	<b>Lenalidomid "Teva" 20 mg Hartkaps.</b> 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	<b>Lenalidomid "Zentiva" 20 mg Hartkaps.</b> Diagnose und Erstverordnung durch entsprechende Fachabteilung bzw. Zentrum, mittels Tumorboard. Regelmäßige Kontrolle durch entsprechende Fachabteilung bzw. Zentrum bzw. durch (Hämato-)OnkologInnen.		21 St	299,95
IND	<b>Revlimid 20 mg Hartkaps.</b> 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 0,025

IND	<b>Lenalidomid "+pharma" 25 mg Hartkaps.</b> 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	<b>Lenalidomid "Accord" 25 mg Hartkaps.</b> 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	<b>Lenalidomid "Fresenius Kabi" 25 mg Hartkaps.</b> Diagnose und Erstverordnung durch entsprechende Fachabteilung bzw. Zentrum, mittels Tumorboard. Regelmäßige Kontrolle durch entsprechende Fachabteilung bzw. Zentrum bzw. durch (Hämato-)OnkologInnen.	21 St	300,00
IND	<b>Lenalidomid "G.L." 25 mg Hartkaps.</b> Diagnose und Erstverordnung durch entsprechende Fachabteilung bzw. Zentrum, mittels Tumorboard. Regelmäßige Kontrolle durch entsprechende Fachabteilung bzw. Zentrum bzw. durch (Hämato-)OnkologInnen.	21 St	299,90
IND	<b>Lenalidomid "Grindeks" 25 mg Hartkaps.</b> 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	<b>Lenalidomid "Krka" 25 mg Hartkaps.</b> 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	<b>Lenalidomid "Mylan" 25 mg Hartkaps.</b> Diagnose und Erstverordnung durch entsprechende Fachabteilung bzw. Zentrum, mittels Tumorboard. Regelmäßige Kontrolle durch entsprechende Fachabteilung bzw. Zentrum bzw. durch (Hämato-)OnkologInnen.	21 St	299,85
IND	<b>Lenalidomid "Sandoz" 25 mg Hartkaps.</b> Diagnose und Erstverordnung durch entsprechende Fachabteilung bzw. Zentrum, mittels Tumorboard. Regelmäßige Kontrolle durch entsprechende Fachabteilung bzw. Zentrum bzw. durch (Hämato-)OnkologInnen.	21 St	305,10
IND	<b>Lenalidomid "Stada" 25 mg Hartkaps.</b> 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	<b>Lenalidomid "Teva" 25 mg Hartkaps.</b> 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	<b>Lenalidomid "Zentiva" 25 mg Hartkaps.</b> Diagnose und Erstverordnung durch entsprechende Fachabteilung bzw. Zentrum, mittels Tumorboard. Regelmäßige Kontrolle durch entsprechende Fachabteilung bzw. Zentrum bzw. durch (Hämato-)OnkologInnen.	21 St	299,95
IND	<b>Revlimid 25 mg Hartkaps.</b> 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	<b>Pirfenidon "ratiopharm" 267 mg Filmtabl.</b>	63 St	155,85
---	---	-------	--------

#### Pirfenidon 0,801

A	<b>Pirfenidon "ratiopharm" 801 mg Filmtabl.</b>	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

	<b>Indocid 25 mg Kaps.</b>	30 St(2) 50 St(2)	3,20 4,60
--	----------------------------	----------------------	--------------

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

### 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
Diclofenac 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

### 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



Bezeichnung	T	OP	KVP in €
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

#### 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

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

### 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	11,55
--	--	--------------------------	-------

### Naproxen 0,5

Miranax 550 mg Filmtabl. <i>Naproxen Natr. 0,55 entspr. Naproxen 0,5</i>	T2	10 St(2)	2,80
	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. <i>Naproxen Natr. 0,55 entspr. Naproxen 0,5</i>	T2	10 St(2)	2,15
	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

## M01AE14 Dexibuprofen

### Dexibuprofen 0,2

Seractil 200 mg Filmtabl.	T2	30 St(2)	4,40
	T2	50 St(2)	6,35

### Dexibuprofen 0,3

Seractil 300 mg Filmtabl.		10 St(2)	2,35
		30 St(2)	5,40
		50 St(2)	7,85

### Dexibuprofen 0,4

Seractil forte 400 mg Filmtabl.	T2	10 St(2)	2,85
	T2	50 St(2)	11,90

**M01AE52 Naproxen und Esomeprazol****Naproxen 0,5, Esomeprazol 0,02**

Vimovo 500 mg/20 mg Tabl. mit veränderter Wirkstofffreisetzung		30 St	14,30
		60 St	23,65

**M01AG Fenamate  
M01AG01 Mefenaminsäure****Mefenaminsäure 0,125**

Parkemed 125 mg Supp.		6 St(2)	2,35
-----------------------	--	---------	------

**Mefenaminsäure 0,5**

Mefenam 500 mg Filmtabl.	T2	10 St(2)	1,35
	T2	30 St	2,90
	T2	60 St	5,00
ParkAkut 500 mg Filmtabl.	T2	10 St(2)	1,35
	T2	30 St	2,90
	T2	60 St	5,00

**Mefenaminsäure 0,5**

Parkemed 500 mg Supp.		6 St(2)	2,75
-----------------------	--	---------	------

**M01AH Coxibe  
M01AH01 Celecoxib****Celecoxib 0,1**

Celecoxib "ratiopharm" 100 mg Hartkaps.		10 St(2)	2,35
		30 St	6,00

**Celecoxib 0,2**

Celecoxib "ratiopharm" 200 mg Hartkaps.		10 St(2)	2,65
		30 St	6,70

**M02 TOPISCHE MITTEL GEGEN GELENK- UND MUSKELSCHMERZEN  
M02A TOPISCHE MITTEL GEGEN GELENK- UND MUSKELSCHMERZEN  
M02AA Nichtsteroidale Antiphlogistika zur topischen Anwendung  
M02AA06 Etofenamat****Etofenamat 0,05/g**

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

**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)	2,10
------------------	--	---------	------

**M02AX Andere topische Mittel gegen Gelenk- und Muskelschmerzen  
M02AX10 Verschiedene****Amm. sulfobituminat 0,88/g**

Ichtho Bad		130 g	10,65
------------	--	-------	-------

**M03 MUSKELRELAXANZIEN**  
**M03B MUSKELRELAXANZIEN, ZENTRAL WIRKENDE MITTEL**  
**M03BC Ether, chemisch den Antihistaminika verwandt**  
**M03BC51 Orphenadrin, Kombinationen**

**Orphenadrin 0,035, Paracetamol 0,45**

Norgesic 35 mg/450 mg Tabl.	T2	30 St(2)	5,25
-----------------------------	----	----------	------

**M03BX Andere zentral wirkende Mittel**  
**M03BX01 Baclofen**

**Baclofen 0,01**

Lioresal 10 mg Tabl.	T2	50 St(2)	11,35
----------------------	----	----------	-------

**Baclofen 0,025**

Lioresal 25 mg Tabl.	T2	50 St(2)	13,60
----------------------	----	----------	-------

**M03BX02 Tizanidin**

**Tizanidin 0,002**

Sirdalud 2 mg Tabl.	T2	30 St(2)	4,50
Tizagelan 2 mg Tabl.	T2	10 St	0,95
	T2	30 St	2,85
	T2	60 St	5,70
Tizanidin "Actavis" 2 mg Tabl.		10 St(2)	1,35
		60 St	6,80

**Tizanidin 0,004**

Sirdalud 4 mg Tabl.	T2	30 St(2)	6,20
	T2	50 St	10,00
Tizagelan 4 mg Tabl.	T4	10 St	1,70
	T4	30 St	5,10
	T4	60 St	10,00
Tizanidin "Actavis" 4 mg Tabl.	T2	10 St(2)	2,40
	T2	60 St	12,00

**Tizanidin 0,006**

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

Bezeichnung	T	OP	KVP in €
Allopurinol "Accord" 300 mg Tabl.		30 St(3)	3,95
Allopurinol "Aristo" 300 mg Tabl.	T2	30 St	3,80
	T2	60 St(2)	7,60
Allopurinol "G.L." 300 mg Tabl.	T2	30 St(2)	4,25
Allopurinol "Genericon" 300 mg teilbare Tabl.	T3	30 St(3)	4,10
Allopurinol "Genericon" retard 300 mg Tabl.	T2	30 St(2)	4,25
Allopurinol "Hexal" 300 mg Tabl.	T2	30 St(2)	4,25
Allopurinol "Sandoz" 300 mg Tabl.	T2	30 St(2)	4,30
Allostad 300 mg Tabl.	T2	30 St(2)	4,25
Purinol 300 mg Tabl.	T2	30 St(2)	4,35
Urosin 300 mg Tabl.		30 St(2)	4,80

### M04AA03 Febuxostat

#### Febuxostat 0,08

IND	Febuxostat "Sandoz" 80 mg Filmtabl.	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

#### Febuxostat 0,12

IND	Febuxostat "Sandoz" 120 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

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

#### Pamidronsäure 0,09

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

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

### M05BA04 Alendronsäure

#### Alendronsäure 0,07

	<b>Alendronsäure "Bluefish" 70 mg einmal wöchentlich Tabl.</b> Abg. gem. mit Calcium Vit. D3 "Ceutics" Kautabl. (Nahrungsergänzungsmittel)	4 St(2)	12,50
	<b>Alendronsäure "Viatrix" 70 mg einmal wöchentlich Tabl. Abg. gem. mit Calcium Vit. D3 "Meda" Kautabl. 56 St.</b> Calcium Vit. D3 "Meda" Kautabl. enthalten Calciumcarbonat 1,25 (entspr. Ca++ 0,5), Colecalciferol 400 IE	4 St(2)	13,70
	<b>Alendronsäure "Viatrix" 70 mg einmal wöchentlich Tabl.</b>	4 St(2)	13,70
	<b>Alendronstad 70 mg einmal wöchentlich Tabl.</b> Abg. gem. mit CaDeStad Uno Filmtabl. (Nahrungsergänzungsmittel)	4 St(3)	12,50
	<b>Alendronstad 70 mg einmal wöchentlich Tabl.</b>	4 St(3)	10,95
IND	<b>Fosamax einmal wöchentlich 70 mg Tabl.</b> Langzeitbehandlung der Osteoporose (Knochendichte liegt mehr als 2,5 Standardabweichungen unter dem Durchschnittswert junger Erwachsener) oder nach osteoporotischer Fraktur Abg. gem. mit Calcium Vit. D3 "Kwizda" Tabl. (Nahrungsergänzungsmittel)	4 St(2)	16,00
IND	<b>Fosamax einmal wöchentlich 70 mg Tabl.</b> 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	<b>Bonviva 3 mg Inj.Isg. Fertigspr.</b> Patientinnen mit Knochenbruchkrankheit (Osteoporose) mit hohem Frakturrisiko oder vorhergegangenen Frakturen nach inadäquatem Trauma	1 St 3 ml	34,85
IND	<b>Ibandronic Acid "Accord" 3 mg Inj.Isg. Fertigspr.</b> Patientinnen mit Knochenbruchkrankheit (Osteoporose) mit hohem Frakturrisiko oder vorhergegangenen Frakturen nach inadäquatem Trauma	1 St 3 ml	29,05
IND	<b>Ibandronsäure "+pharma" 3 mg Inj.Isg.</b> Patientinnen mit Knochenbruchkrankheit (Osteoporose) mit hohem Frakturrisiko oder vorhergegangenen Frakturen nach inadäquatem Trauma	1 St 3 ml	29,05
IND	<b>Ibandronsäure "Actavis" 3 mg Inj.Isg.</b> Patientinnen mit Knochenbruchkrankheit (Osteoporose) mit hohem Frakturrisiko oder vorhergegangenen Frakturen nach inadäquatem Trauma	1 St 3 ml	34,00
IND	<b>Ibandronsäure "Genericon" 3 mg Inj.Isg.</b> Patientinnen mit Knochenbruchkrankheit (Osteoporose) mit hohem Frakturrisiko oder vorhergegangenen Frakturen nach inadäquatem Trauma	1 St 3 ml	34,85
IND	<b>Ibandronsäure Osteoviva 3 mg Inj.Isg.</b> Patientinnen mit Knochenbruchkrankheit (Osteoporose) mit hohem Frakturrisiko oder vorhergegangenen Frakturen nach inadäquatem Trauma	1 St 3 ml	34,85
IND	<b>Ibandronsäure "ratiopharm" 3 mg Inj.Isg.</b> Patientinnen mit Knochenbruchkrankheit (Osteoporose) mit hohem Frakturrisiko oder vorhergegangenen Frakturen nach inadäquatem Trauma	1 St 3 ml	34,85
IND	<b>Ibandronsäure "Sandoz" 3 mg/3 ml Inj.Isg.</b> Patientinnen mit Knochenbruchkrankheit (Osteoporose) mit hohem Frakturrisiko oder vorhergegangenen Frakturen nach inadäquatem Trauma	1 St	29,05
IND	<b>Ibandronsäure "Stada" 3 mg Inj.Isg.</b> Patientinnen mit Knochenbruchkrankheit (Osteoporose) mit hohem Frakturrisiko oder vorhergegangenen Frakturen nach inadäquatem Trauma	1 St 3 ml	29,05

#### Ibandronsäure 0,006

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

#### Ibandronsäure 0,05

IND	<b>Bondronat 50 mg Filmtabl.</b> osteolytische Knochenprozesse neoplastischer Genese (Mammakarzinom)	28 St(2)	171,00
-----	---	----------	--------

#### Ibandronsäure 0,15

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

**M05BA07 Risedronsäure****Risedronsäure 0,035**

	<b>Actonel einmal wöchentlich 35 mg Filmtabl.</b> Abg. gem. mit Calcium Vit. D3 "Ceutics" Kautabl. (Nahrungsergänzungsmittel)	4 St(2)	10,05
	<b>Risedronat "Stada" einmal wöchentlich 35 mg Filmtabl.</b> Abg. gem. mit CaDeStad Uno Filmtabl. (Nahrungsergänzungsmittel)	4 St(3)	10,05
	<b>Risedronat "Stada" einmal wöchentlich 35 mg Filmtabl.</b>	4 St(3)	8,75
	<b>Risedronsäure "Bluefish" einmal wöchentlich 35 mg Filmtabl.</b> Abg. gem. mit Calcium Vit. D3 "Ceutics" Kautabl. (Nahrungsergänzungsmittel)	4 St(2)	10,00

**M05BA08 Zoledronsäure****Zoledronsäure 0,004**

IND	<b>Zoledronsäure "Accord" 4 mg/5 ml Konz. zur Herst. einer Inf.lsg.</b> Knochenprozesse neoplastischer Genese	1 St(2)	70,70
IND	<b>Zoledronsäure "Fresenius Kabi" 4 mg/5 ml Konz. zur Herst. einer Inf.lsg.</b> Knochenprozesse neoplastischer Genese	1 St(2)	80,05
IND	<b>Zoledronsäure "Sandoz" 4 mg/100 ml Inf.lsg.</b> Knochenprozesse neoplastischer Genese	1 St(2)	80,05

**Zoledronsäure 0,005**

IND	<b>Aclasta 5 mg Inf.lsg.</b> 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	<b>Zoledronsäure "Stada" 5 mg/100 ml Inf.lsg.</b> 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	<b>Xgeva 120 mg Inj.lsg.</b> Knochenprozesse neoplastischer Genese	1 St(2)	312,95
-----	---	---------	--------

**N NERVENSYSTEM****N01 ANÄSTHETIKA****N01B LOKALANÄSTHETIKA****N01BA Ester der Aminobenzoesäure****N01BA02 Procain****Procain 0,01/ml**

	<b>Novanaest purum 1 % Amp. 5 ml</b>	10 St	10,80
--	--------------------------------------	-------	-------

**Procain 0,02/ml**

	<b>Novanaest purum 2 % Amp. 5 ml</b>	10 St	10,80
--	--------------------------------------	-------	-------

**N01BB Amide****N01BB02 Lidocain****Lidocain 0,01/ml**

	<b>Lidocain "Accord" 10 mg/ml Inj.lsg.</b>	5 St(2) 5 ml	2,95
	<b>Xyloneural Amp.</b>	5 St(2) 5 ml	3,90

Bezeichnung	T	OP	KVP in €
<b>Lidocain 0,02/g</b>			
Cathejell Lidocain 2 % Gel		5 St 12,5 g	10,40
<b>Lidocain 0,02/ml</b>			
Xylocain 2 % Amp.		5 St(2) 5 ml	5,55
<b>Lidocain 0,02/ml</b>			
Xylocain Gel		30 ml(2)	6,90
<b>N01BB03 Mepivacain</b>			
<b>Mepivacain 0,005/ml</b>			
Mepinaest purum 0,5 % Amp.		5 St(2) 5 ml	5,55
<b>Mepivacain 0,01/ml</b>			
Mepinaest purum 1 % Amp.		5 St(2) 5 ml	5,55
<b>Mepivacain 0,02/ml</b>			
Mepinaest purum 2 % Amp.		5 St(2) 5 ml	5,55
<b>N01BB52 Lidocain, Kombinationen</b>			
<b>Lidocain 0,02, Chlorhexidin 0,0005/g</b>			
Cathejell comp. 17,31 mg/g + 0,5 mg/g Gel		5 St 12,5 g	11,15
<b>N01BX Andere Lokalanästhetika</b>			
<b>Diphenhydramin 0,01, Chlorhexidin 0,0005/g</b>			
Cathejell Diphenhydramin 1%/Chlorhexidin 0,05 % Gel		5 St 12,5 g	10,95
<b>N02 ANALGETIKA</b>			
<b>N02A OPIOIDE</b>			
<b>N02AA Natürliche Opium-Alkaloide</b>			
<b>N02AA01 Morphin</b>			
<b>Morphin 0,0038/ml</b>			
SG Vendal 5 mg/ml orale Lsg. Morphin HCl 0,005/ml entspr. 0,0038/ml Morphin		100 ml(2)	21,50
<b>Morphin 0,0075</b>			
SG Vendal 10 mg Amp. Morphin HCl 0,01 entspr. 0,0075 Morphin		10 St	9,30
<b>Morphin 0,0075</b>			
SG Mundidol retard 10 mg Filmtabl. Morphinsulfat-pentahydrat 0,01 entspr. 0,0075 Morphin		10 St(2) 30 St	3,95 9,70
SG Vendal retard 10 mg Filmtabl. Morphin HCl 0,01 entspr. 0,0075 Morphin		10 St(2) 30 St	3,95 9,75
<b>Morphin 0,0225</b>			
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



	Bezeichnung	T	OP	KVP in €
SG	<b>Vendal retard 30 mg Filmtabl.</b> <i>Morphin HCl 0,03 entspr. 0,0225 Morphin</i>		10 St(2) 30 St	8,00 19,50

#### Morphin 0,045

SG	<b>Mundidol retard 60 mg Filmtabl.</b> <i>Morphinsulfat-pentahydrat 0,06 entspr. 0,045 Morphin</i>		10 St(2) 30 St	12,50 31,30
SG	<b>Mundidol UNO retard 60 mg Kaps.</b> <i>Morphinsulfat-pentahydrat 0,06 entspr. 0,045 Morphin</i>		10 St(2)	13,25
SG	<b>Mundidol UNO retard 60 mg Kaps.</b> <i>Morphinsulfat-pentahydrat 0,06 entspr. 0,045 Morphin, nicht zur Initialtherapie</i>		30 St	32,90
SG	<b>Vendal retard 60 mg Filmtabl.</b> <i>Morphin HCl 0,06 entspr. 0,045 Morphin</i>		10 St(2) 30 St	12,50 31,30

#### Morphin 0,075

SG	<b>Vendal 100 mg Stechamp.</b> <i>Morphin HCl 0,1 entspr. 0,075 Morphin</i>		5 St 10 ml	34,05
----	--	--	---------------	-------

#### Morphin 0,075

SG	<b>Mundidol retard 100 mg Filmtabl.</b> <i>Morphinsulfat-pentahydrat 0,1 entspr. 0,075 Morphin</i>		10 St(2) 30 St	18,20 44,80
SG	<b>Vendal retard 100 mg Filmtabl.</b> <i>Morphin HCl 0,1 entspr. 0,075 Morphin</i>		10 St(2) 30 St	18,20 44,80

#### Morphin 0,09

SG	<b>Mundidol UNO retard 120 mg Kaps.</b> <i>Morphinsulfat-pentahydrat 0,12 entspr. 0,09 Morphin</i>		10 St(2)	20,65
SG	<b>Mundidol UNO retard 120 mg Kaps.</b> <i>Morphinsulfat-pentahydrat 0,12 entspr. 0,09 Morphin, nicht zur Initialtherapie</i>		30 St	52,05

#### Morphin 0,15

SG	<b>Vendal 200 mg Stechamp.</b> <i>Morphin HCl 0,2 entspr. 0,15 Morphin</i>		5 St 10 ml	40,60
----	---	--	---------------	-------

#### Morphin 0,15

SG	<b>Mundidol retard 200 mg Filmtabl.</b> <i>Morphinsulfat-pentahydrat 0,2 entspr. 0,15 Morphin</i>		30 St	73,10
SG	<b>Mundidol UNO retard 200 mg Kaps.</b> <i>Morphinsulfat-pentahydrat 0,2 entspr. 0,15 Morphin</i>		10 St(2)	28,60
SG	<b>Mundidol UNO retard 200 mg Kaps.</b> <i>Morphinsulfat-pentahydrat 0,2 entspr. 0,15 Morphin, nicht zur Initialtherapie</i>		30 St	74,00
SG	<b>Vendal retard 200 mg Filmtabl.</b> <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	<b>Hydal 1,3 mg Kaps.</b>		10 St(2) 30 St	5,05 11,45
----	---------------------------	--	-------------------	---------------

#### Hydromorphon 0,002

SG	<b>Hydal retard 2 mg Kaps.</b>		10 St(2) 30 St(2)	3,30 7,35
----	--------------------------------	--	----------------------	--------------

#### Hydromorphon 0,0026

SG	<b>Hydal 2,6 mg Kaps.</b>		10 St(2) 30 St	7,70 17,75
----	---------------------------	--	-------------------	---------------

#### Hydromorphon 0,004

SG	<b>Hydal retard 4 mg Kaps.</b>		10 St(2) 30 St(2)	4,90 11,10
----	--------------------------------	--	----------------------	---------------

Bezeichnung	T	OP	KVP in €
SG Hydromorphon "ratiopharm" 4 mg Retardtabl.	T2	10 St(2)	3,75
	T2	30 St(2)	9,15
SG Hydromorphon "Stada" 4 mg Retardtabl.	T2	10 St(2)	3,40
	T2	30 St	9,15
SG Hydromorphon "Stada" 4 mg Retardtabl. <i>nicht zur Initialtherapie</i>	T2	60 St	17,00

#### Hydromorphon 0,008

SG Hydral retard 8 mg Kaps.		10 St(2)	7,80
		30 St(2)	17,90
SG Hydromorphon "ratiopharm" 8 mg Retardtabl.	T2	10 St(2)	5,90
	T2	30 St(2)	14,35
SG Hydromorphon "Stada" 8 mg Retardtabl.	T2	10 St(2)	5,35
	T2	30 St	14,35
SG Hydromorphon "Stada" 8 mg Retardtabl. <i>nicht zur Initialtherapie</i>	T2	60 St	27,55

#### Hydromorphon 0,016

SG Hydral retard 16 mg Kaps.		10 St(2)	12,30
		30 St(2)	28,40
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)	8,60
	T2	30 St	23,25
SG Hydromorphon "Stada" 16 mg Retardtabl. <i>nicht zur Initialtherapie</i>	T2	60 St	19,00

#### Hydromorphon 0,024

SG Hydral retard 24 mg Kaps.		10 St(2)	14,80
		30 St(2)	34,75
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)	10,15
	T2	30 St	10,15
SG Hydromorphon "Stada" 24 mg Retardtabl. <i>nicht zur Initialtherapie</i>	T2	60 St	53,50

## 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, 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, 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, nicht zur Initialtherapie</i>	T2	60 St	24,75

Bezeichnung	T	OP	KVP in €
SG <b>Oxygerolan 20 mg Retardtabl.</b> <i>Oxycodon HCl 0,02 entspr. 0,018 Oxycodon</i>		10 St(2) 30 St	6,25 15,40
SG <b>Oxygerolan 20 mg Retardtabl.</b> <i>Oxycodon HCl 0,02 entspr. 0,018 Oxycodon, nicht zur Initialtherapie</i>		60 St	24,90

#### Oxycodon 0,036

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

#### Oxycodon 0,072

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

### N02AA08 Dihydrocodein

#### Dihydrocodein 0,04

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

#### Dihydrocodein 0,06

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

#### Dihydrocodein 0,08

<b>Codidol retard 120 mg Filmtabl.</b> <i>Dihydrocodein bitartrat 0,12 entspr. 0,08 Dihydrocodein</i>		10 St 20 St(2)	6,20 6,75
<b>Dehace retard 120 mg Filmtabl.</b> <i>Dihydrocodein bitartrat 0,12 entspr. 0,08 Dihydrocodein</i>	T2	10 St(2) 30 St	7,90 20,50
<b>Dehace retard 120 mg Filmtabl.</b> <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 <b>Alodan 50 mg/ml Inj.lsg.</b>		5 St(2)	7,95
------------------------------------	--	---------	------

**N02AB03 Fentanyl****Fentanyl 0,0003/die**

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

**Fentanyl 0,0006/die**

IND	<b>Durogesic 25 mcg/h Depot-Pflaster</b>		5 St(2)	15,30
SG	chronische Schmerzen, die durch starke orale Opioide nicht ausreichend behandelbar sind			
IND	<b>Fentanyl "1A Pharma" 25 mcg/h transdermales Matrixpflaster</b>		5 St	13,00
SG	chronische Schmerzen, die durch starke orale Opioide nicht ausreichend behandelbar sind		10 St	24,70
IND	<b>Fentanyl "Actavis" 25 mcg/h transdermales Pflaster</b>		5 St(2)	15,30
SG	chronische Schmerzen, die durch starke orale Opioide nicht ausreichend behandelbar sind			
IND	<b>Fentanyl "Genericon" 25 mcg/h transdermales Pflaster</b>		5 St	13,00
SG	chronische Schmerzen, die durch starke orale Opioide nicht ausreichend behandelbar sind		10 St	24,70
IND	<b>Fentanyl "Hexal" 25 mcg/h transdermales Matrixpflaster</b>		5 St	13,20
SG	chronische Schmerzen, die durch starke orale Opioide nicht ausreichend behandelbar sind		10 St	25,05
IND	<b>Fentanyl "Stada" 25 mcg/h transdermales Matrixpflaster</b>		5 St	13,00
SG	chronische Schmerzen, die durch starke orale Opioide nicht ausreichend behandelbar sind		10 St	24,70
IND	<b>Fentoron 25 mcg/h transdermales Matrixpflaster</b>		5 St(2)	15,30
SG	chronische Schmerzen, die durch starke orale Opioide nicht ausreichend behandelbar sind			
IND	<b>Lafene 25 mcg/h transdermales Pflaster</b>		5 St	15,30
SG	chronische Schmerzen, die durch starke orale Opioide nicht ausreichend behandelbar sind		10 St	28,85

**Fentanyl 0,0009/die**

IND	<b>Fentanyl "1A Pharma" 37,5 mcg/h transdermales Matrixpflaster</b>		5 St(2)	17,40
SG	chronische Schmerzen, die durch starke orale Opioide nicht ausreichend behandelbar sind			
IND	<b>Fentanyl "Hexal" 37,5 mcg/h transdermales Matrixpflaster</b>		5 St(2)	17,40
SG	chronische Schmerzen, die durch starke orale Opioide nicht ausreichend behandelbar sind			

**Fentanyl 0,0012/die**

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

Bezeichnung		T	OP	KVP in €
IND SG	<b>Fentoron 50 mcg/h transdermales Matrixpflaster</b> chronische Schmerzen, die durch starke orale Opiode nicht ausreichend behandelbar sind		5 St(2)	15,30
IND SG	<b>Lafene 50 mcg/h transdermales Pflaster</b> 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	<b>Durogesic 75 mcg/h Depot-Pflaster</b> chronische Schmerzen, die durch starke orale Opiode nicht ausreichend behandelbar sind		5 St(2)	15,30
IND SG	<b>Fentanyl "1A Pharma" 75 mcg/h transdermales Matrixpflaster</b> chronische Schmerzen, die durch starke orale Opiode nicht ausreichend behandelbar sind		5 St 10 St	15,30 28,85
IND SG	<b>Fentanyl "Actavis" 75 mcg/h transdermales Pflaster</b> chronische Schmerzen, die durch starke orale Opiode nicht ausreichend behandelbar sind		5 St(2)	15,30
IND SG	<b>Fentanyl "Genericon" 75 mcg/h transdermales Pflaster</b> chronische Schmerzen, die durch starke orale Opiode nicht ausreichend behandelbar sind		5 St 10 St	15,30 28,85
IND SG	<b>Fentanyl "Hexal" 75 mcg/h transdermales Matrixpflaster</b> chronische Schmerzen, die durch starke orale Opiode nicht ausreichend behandelbar sind		5 St 10 St	15,30 28,85
IND SG	<b>Fentanyl "Stada" 75 mcg/h transdermales Matrixpflaster</b> chronische Schmerzen, die durch starke orale Opiode nicht ausreichend behandelbar sind		5 St 10 St	15,30 28,85
IND SG	<b>Fentoron 75 mcg/h transdermales Matrixpflaster</b> chronische Schmerzen, die durch starke orale Opiode nicht ausreichend behandelbar sind		5 St(2)	15,30
IND SG	<b>Lafene 75 mcg/h transdermales Pflaster</b> chronische Schmerzen, die durch starke orale Opiode nicht ausreichend behandelbar sind		5 St 10 St	15,30 28,85

#### **Fentanyl 0,0024/die**

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

#### **Fentanyl 0,0036/die**

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

## 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
----	---------------------------------	----------	------

### *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 Opioide nicht ausreichend behandelbar sind	10 St	27,10
IND	Buprenorphin "ratiopharm" 35 mcg/h transdermales Pflaster	4 St(2)	14,95
SG	chronische Schmerzen, die durch starke orale Opioide nicht ausreichend behandelbar sind		
IND	Buprenorphin "Stada" 35 mcg/h transdermales Pflaster	4 St	14,95
SG	chronische Schmerzen, die durch starke orale Opioide nicht ausreichend behandelbar sind		
IND	Bupretec 35 mcg/h transdermales Matrixpflaster	4 St	14,95
SG	chronische Schmerzen, die durch starke orale Opioide nicht ausreichend behandelbar sind	8 St	28,25
IND	Transtec 35 mcg/h transdermales Pflaster	4 St(2)	14,95
SG	chronische Schmerzen, die durch starke orale Opioide nicht ausreichend behandelbar sind		

### *Buprenorphin 0,00126/die*

IND	Astec 52,5 mcg/h transdermales Pflaster	5 St	18,10
SG	chronische Schmerzen, die durch starke orale Opioide nicht ausreichend behandelbar sind	10 St	34,25
IND	Buprenorphin "ratiopharm" 52,5 mcg/h transdermales Pflaster	4 St(2)	14,95
SG	chronische Schmerzen, die durch starke orale Opioide nicht ausreichend behandelbar sind		
IND	Buprenorphin "Stada" 52,5 mcg/h transdermales Pflaster	4 St	14,95
SG	chronische Schmerzen, die durch starke orale Opioide nicht ausreichend behandelbar sind		
IND	Bupretec 52,5 mcg/h transdermales Matrixpflaster	4 St	14,95
SG	chronische Schmerzen, die durch starke orale Opioide nicht ausreichend behandelbar sind	8 St	28,25
IND	Transtec 52,5 mcg/h transdermales Pflaster	4 St(2)	14,95
SG	chronische Schmerzen, die durch starke orale Opioide nicht ausreichend behandelbar sind		

### *Buprenorphin 0,00168/die*

IND	Astec 70 mcg/h transdermales Pflaster	5 St	22,60
SG	chronische Schmerzen, die durch starke orale Opioide nicht ausreichend behandelbar sind	10 St	42,40

Bezeichnung		T	OP	KVP in €
IND SG	<b>Buprenorphin "Stada" 70 mcg/h transdermales Pflaster</b> chronische Schmerzen, die durch starke orale Opiode nicht ausreichend behandelbar sind		4 St	14,95
IND SG	<b>Bupretec 70 mcg/h transdermales Matrixpflaster</b> chronische Schmerzen, die durch starke orale Opiode nicht ausreichend behandelbar sind		4 St 8 St	14,95 28,25

## N02AX Andere Opiode N02AX02 Tramadol

### Tramadol 0,05

	<b>Tradolan 50 mg Amp.</b>		5 St(2)	4,05
	<b>Tramabene 50 mg Amp.</b>		5 St(2)	3,90
	<b>Tramal 50 mg Amp.</b>		5 St(2)	4,25

### Tramadol 0,05

	<b>Tradolan 50 mg Filmtabl.</b>		10 St(2) 30 St(2)	1,45 4,40
	<b>Tramabene 50 mg Kaps.</b>		10 St(2) 30 St(2)	1,15 3,45
	<b>Tramadol "1A Pharma" 50 mg Kaps.</b>		10 St(2) 30 St(2)	1,30 3,40
	<b>Tramadolor 50 mg Kaps.</b>		10 St(2) 30 St(2)	1,30 3,90
	<b>Tramal 50 mg Kaps.</b>		10 St(2) 30 St(2)	1,45 4,40
	<b>Tramastad 50 mg Kaps.</b>		10 St(2) 30 St(2)	1,30 3,35

### Tramadol 0,1

	<b>Tradolan 100 mg Amp.</b>		5 St(2)	4,80
	<b>Tramabene 100 mg Amp.</b>		5 St(2)	4,55
	<b>Tramal 100 mg Amp.</b>		5 St(2)	5,00

### Tramadol 0,1

	<b>Tramabene 100 mg Retardtabl.</b>		10 St(2) 30 St	3,25 8,95
	<b>Tramabene 100 mg Retardtabl.</b> <i>nicht zur Initialtherapie</i>		60 St	16,15
	<b>Tramadolhydrochlorid "Actavis" 100 mg Retardtabl.</b>		10 St(2) 30 St	3,25 8,95
	<b>Tramadolhydrochlorid "Actavis" 100 mg Retardtabl.</b> <i>nicht zur Initialtherapie</i>		60 St	14,35
	<b>Tramadolor retard 100 mg Tabl.</b>		10 St(2) 30 St	3,25 8,95
	<b>Tramadolor retard 100 mg Tabl.</b> <i>nicht zur Initialtherapie</i>		60 St	14,55
	<b>Tramal retard 100 mg Filmtabl.</b>		10 St(2) 30 St	3,25 8,95
	<b>Tramal retard 100 mg Filmtabl.</b> <i>nicht zur Initialtherapie</i>		60 St	17,25

### Tramadol 0,1/ml

	<b>Tradolan Tropf.</b>		10 ml(2) <i>1 ml = 24 Tr.</i> 30 ml(2) <i>1 ml = 24 Tr.</i>	3,40 9,40
	<b>Tradolan Tropf.</b> <i>nicht zur Initialtherapie</i>		50 ml <i>1 ml = 24 Tr.</i>	12,75
	<b>Tramabene Tropf.</b>		10 ml(2) <i>1 ml = 40 Tr.</i> 30 ml(2) <i>1 ml = 40 Tr.</i>	3,40 9,40

Bezeichnung	T	OP	KVP in €
Tramadol "1A Pharma" 100 mg/ml Tropf.		10 ml(2)	3,40
		1 ml = 40 Tr.	
		30 ml(2)	9,40
Tramadolol 100 mg/ml Tropf.		10 ml(2)	3,40
		1 ml = 40 Tr.	
		30 ml(2)	9,40
Tramal Tropf.		10 ml(2)	3,40
		1 ml = 40 Tr.	
		30 ml(2)	9,40
Tramastad 100 mg/ml Tropf.		10 ml(2)	3,00
		1 ml = 40 Tr.	
		30 ml(2)	9,40
Tramastad 100 mg/ml Tropf. nicht zur Initialtherapie		50 ml	12,70
		1 ml = 40 Tr.	

#### Tramadol 0,15

Tramabene 150 mg Retardtabl.		10 St(2)	4,35
		30 St	8,95
Tramabene 150 mg Retardtabl. nicht zur Initialtherapie		60 St	17,25
Tramadolhydrochlorid "Actavis" 150 mg Retardtabl.		10 St(2)	4,35
		30 St	8,95
Tramadolhydrochlorid "Actavis" 150 mg Retardtabl. nicht zur Initialtherapie		60 St	17,25
Tramadolol retard 150 mg Tabl.		10 St(2)	4,35
		30 St	8,95
Tramadolol retard 150 mg Tabl. nicht zur Initialtherapie		60 St	17,25
Tramal retard 150 mg Filmtabl.		10 St(2)	4,35
		30 St	8,95
Tramal retard 150 mg Filmtabl. nicht zur Initialtherapie		60 St	17,25

#### Tramadol 0,2

Tramabene 200 mg Retardtabl.		10 St(2)	5,40
		30 St	8,95
Tramabene 200 mg Retardtabl. nicht zur Initialtherapie		60 St	17,25
Tramadolhydrochlorid "Actavis" 200 mg Retardtabl.		10 St(2)	5,40
		30 St	8,95
Tramadolhydrochlorid "Actavis" 200 mg Retardtabl. nicht zur Initialtherapie		60 St	17,25
Tramadolol retard 200 mg Tabl.		10 St(2)	5,40
		30 St	8,95
Tramal retard 200 mg Filmtabl.		10 St(2)	5,40
		30 St	8,95
Tramal retard 200 mg Filmtabl. nicht zur Initialtherapie		60 St	17,25

## N02B ANDERE ANALGETIKA UND ANTIPYRETIKA

### N02BA Salicylsäure und Derivate

#### N02BA01 Acetylsalicylsäure

##### Acetylsalicylsäure 0,5

ASS "Genericon" 500 mg Tabl.	T2	20 St	2,35
------------------------------	----	-------	------

#### N02BA51 Acetylsalicylsäure, Kombinationen exkl. Psycholeptika

##### Acetylsalicylsäure 0,5, Ascorbinsäure 0,02

Ascorbisal Tabl.	T2	20 St	3,55
------------------	----	-------	------



## N02BB Pyrazolone N02BB02 Metamizol-Natrium

### Metamizol-Natrium 0,5

<b>Metagelan 500 mg Filmtabl.</b>	12 St	1,20
<i>Aufklärung der PatientInnen über Risiko und Erscheinungsbild einer Agranulozytose</i>	30 St	2,95
	50 St	3,90
	100 St	7,80
<b>Metagelan 500 mg Tabl.</b>	10 St(2)	1,20
<i>Aufklärung der PatientInnen über Risiko und Erscheinungsbild einer Agranulozytose</i>	30 St	3,60
	50 St	4,75
	100 St	9,50
	200 St	18,30
<b>Novalgin Filmtabl.</b>	10 St(2)	1,25
<i>Aufklärung der PatientInnen über Risiko und Erscheinungsbild einer Agranulozytose</i>	30 St	3,70
	50 St	6,20
	100 St	11,10

### Metamizol-Natrium 0,5/ml

<b>Metagelan 2,5 g Inj.lsg.</b>	5 St(2)	3,60
<i>Aufklärung der PatientInnen über Risiko und Erscheinungsbild einer Agranulozytose</i>	5 ml	
<b>Novalgin 2,5 g Amp.</b>	5 St(2)	4,65
<i>Aufklärung der PatientInnen über Risiko und Erscheinungsbild einer Agranulozytose</i>	5 ml	

### Metamizol-Natrium 0,5/ml

<b>Metagelan 500 mg/ml Tropf.</b>	10 ml(2)	1,35
<i>Aufklärung der PatientInnen über Risiko und Erscheinungsbild einer Agranulozytose</i>	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.	
<b>Novalgin Tropf.</b>	10 ml	1,35
<i>Aufklärung der PatientInnen über Risiko und Erscheinungsbild einer Agranulozytose</i>	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.	

### Metamizol-Natrium 1,0

<b>Metamizol "+pharma" 1.000 mg Filmtabl.</b>	T2 10 St(2)	1,70
<i>Aufklärung der PatientInnen über Risiko und Erscheinungsbild einer Agranulozytose.</i>	T2 30 St	4,20
	T2 60 St	8,45
	T2 100 St	13,70
<b>NovAkut 1.000 mg Filmtabl.</b>	T2 10 St(2)	1,70
<i>Aufklärung der PatientInnen über Risiko und Erscheinungsbild einer Agranulozytose.</i>	T2 30 St	4,20
	T2 60 St	8,45
	T2 100 St	13,70

## N02BE Anilide N02BE01 Paracetamol

### Paracetamol 0,04/ml

<b>F14 Mexaratio 200 mg/5 ml Sirup</b>	100 ml(2)	2,35
--	-----------	------

### Paracetamol 0,125

<b>Mexaratio 125 mg Zäpf.</b>	6 St(2)	0,95
-------------------------------	---------	------

### Paracetamol 0,25

<b>Mexaratio 250 mg Zäpf.</b>	6 St(2)	1,05
-------------------------------	---------	------

Bezeichnung	T	OP	KVP in €
<b>Paracetamol 0,5</b>			
Paracetamol "Accord" 500 mg Tabl.	T2	10 St(2)	0,80
	T2	30 St	2,35
Paracetamol "Sandoz" 500 mg Tabl.		10 St(2)	0,80
		30 St	2,35
<b>Paracetamol 0,5</b>			
Mexaratio 500 mg Zäpf.		6 St(2)	1,15
<b>Paracetamol 1,0</b>			
Mexaratio 1000 mg Zäpf.		6 St(2)	1,80

## N02BF Gabapentinoide N02BF01 Gabapentin

### Gabapentin 0,1

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

### Gabapentin 0,3

IND	<b>Gabapentin "1A Pharma" 300 mg Hartkaps.</b> 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	<b>Gabapentin "1A Pharma" 300 mg Hartkaps.</b> 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	<b>Gabapentin "Genericon" 300 mg Kaps.</b> 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	<b>Gabapentin "Hexal" 300 mg Hartkaps.</b> 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	<b>Gabapentin "ratiopharm" 300 mg Kaps.</b> 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	<b>Gabapentin "Viatrix" 300 mg Hartkaps.</b> 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	<b>Neurontin 300 mg Hartkaps.</b> 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	<b>Gabapentin "1A Pharma" 400 mg Hartkaps.</b> 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	<b>Gabapentin "Genericon" 400 mg Kaps.</b> Behandlung bei Epilepsien, die durch andere Antiepileptika ungenügend kontrolliert sind und Behandlung des neuropathischen Schmerzes, wenn mit kostengünstigeren Therapiealternativen (ATC N02A, N03AF01, N06A) nachweislich nicht das Auslangen gefunden werden kann.	100 St	39,30

Bezeichnung	T	OP	KVP in €
<b>IND Gabapentin "Hexal" 400 mg Hartkaps.</b> 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
<b>IND Gabapentin "ratiopharm" 400 mg Kaps.</b> 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
<b>IND Gabapentin "Viatrix" 400 mg Hartkaps.</b> 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
<b>IND Neurontin 400 mg Hartkaps.</b> Behandlung bei Epilepsien, die durch andere Antiepileptika ungenügend kontrolliert sind und Behandlung des neuropathischen Schmerzes, wenn mit kostengünstigeren Therapiealternativen (ATC N02A, N03AF01, N06A) nachweislich nicht das Auslangen gefunden werden kann.		100 St	42,25

### Gabapentin 0,6

<b>IND Gabadal 600 mg Filmtabl.</b> 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
<b>IND Gabapentin "ratiopharm" 600 mg Filmtabl.</b> 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
<b>IND Gabapentin "Viatrix" 600 mg Filmtabl.</b> 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
<b>IND Neurontin 600 mg Filmtabl.</b> 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

<b>IND Gabapentin "ratiopharm" 800 mg Filmtabl.</b> 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
<b>IND Gabapentin "Viatrix" 800 mg Filmtabl.</b> 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
<b>IND Neurontin 800 mg Filmtabl.</b> 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

<b>Lyricea 25 mg Hartkaps.</b>		14 St	0,75
		21 St	1,10
		56 St	2,90
		84 St	4,30
<b>Pregabalin "Accord" 25 mg Hartkaps.</b>		14 St	0,55
		21 St	0,85
		56 St	2,20
		90 St	3,55

Bezeichnung	T	OP	KVP in €
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

#### **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

Bezeichnung	T	OP	KVP in €
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
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
Pregabalin "ratiopharm" 150 mg Hartkaps.		14 St	5,20
		56 St	11,25
Pregabalin "Sandoz" 150 mg Hartkaps.		14 St	4,70
		56 St	11,20
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	16,55
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**

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	11,20
Pregamid 300 mg Hartkaps.		20 St	6,20
		60 St	12,05

Bezeichnung	T	OP	KVP in €
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. Migräne nach Erstverordnung durch einen Neurologen/eine Neurologin	T2	2 St(2)	3,05
		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)	4,80
			6 St	12,95

**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

Bezeichnung		T	OP	KVP in €
IND	<b>Relpax 40 mg Filmtabl.</b> Migräne nach Erstverordnung durch einen Neurologen/eine Neurologin	2 St(2)		4,80
		6 St		12,95

### N02CC07 Frovatriptan

#### Frovatriptan 0,0025

IND	<b>Eumitan 2,5 mg Filmtabl.</b> Migräne nach Erstverordnung durch einen Neurologen/eine Neurologin	2 St(2)		5,90
		6 St		16,95
IND	<b>Frovalan 2,5 mg Filmtabl.</b> 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	<b>Aimovig 70 mg Inj.lsg. Fertigpen</b> <sup>(PM)</sup> Als Migräneprophylaxeversuch bei Erwachsenen, wenn zuvor zumindest drei medikamentöse Migräneprophylaxeversuche von ausreichender Dauer zu keinem klinisch relevanten Ansprechen geführt haben oder wegen therapiebegrenzender Nebenwirkungen abgebrochen wurden oder wegen Kontraindikationen nicht verwendet werden können. Die Migräneprophylaxe mit Erenumab ist nach drei Monaten und im weiteren Verlauf regelmäßig zu kontrollieren und nur bei ausreichendem Ansprechen (Reduktion der Migränetage um zumindest 50 % im Vergleich zu den drei Monaten vor Beginn der Prophylaxe mit Erenumab) fortzuführen. Das Nichtansprechen auf die vorherigen Migräneprophylaxeversuche ist mit einem Kopfschmerztagebuch zu dokumentieren, ebenso wie die drei Monate vor Beginn und die ersten drei Monate der Migräneprophylaxe mit Erenumab sowie die drei Monate vor jeder weiteren Kontrolle. Indikationsstellung, Erstverordnung und regelmäßige Kontrollen des Ansprechens und der Indikationsstellung durch FachärztInnen für Neurologie oder Neurologie und Psychiatrie oder Psychiatrie und Neurologie.	1 St(3)		398,55
-----	---	---------	--	--------

#### Erenumab 0,14

IND	<b>Aimovig 140 mg Inj.lsg. Fertigpen</b> <sup>(PM)</sup> Als Migräneprophylaxeversuch bei Erwachsenen, wenn zuvor zumindest drei medikamentöse Migräneprophylaxeversuche von ausreichender Dauer zu keinem klinisch relevanten Ansprechen geführt haben oder wegen therapiebegrenzender Nebenwirkungen abgebrochen wurden oder wegen Kontraindikationen nicht verwendet werden können. Die Migräneprophylaxe mit Erenumab ist nach drei Monaten und im weiteren Verlauf regelmäßig zu kontrollieren und nur bei ausreichendem Ansprechen (Reduktion der Migränetage um zumindest 50 % im Vergleich zu den drei Monaten vor Beginn der Prophylaxe mit Erenumab) fortzuführen. Das Nichtansprechen auf die vorherigen Migräneprophylaxeversuche ist mit einem Kopfschmerztagebuch zu dokumentieren, ebenso wie die drei Monate vor Beginn und die ersten drei Monate der Migräneprophylaxe mit Erenumab sowie die drei Monate vor jeder weiteren Kontrolle. Indikationsstellung, Erstverordnung und regelmäßige Kontrollen des Ansprechens und der Indikationsstellung durch FachärztInnen für Neurologie oder Neurologie und Psychiatrie oder Psychiatrie und Neurologie.	1 St(3)		398,55
-----	--	---------	--	--------

**N02CD02 Galcanezumab****Galcanezumab 0,12**

<b>IND</b>	<p><b>Emgality 120 mg Inj.lsg. Fertigipen <sup>(PM)</sup></b>  Als Migräneprophylaxeversuch bei Erwachsenen, wenn zuvor zumindest drei medikamentöse Migräneprophylaxeversuche von ausreichender Dauer zu keinem klinisch relevanten Ansprechen geführt haben oder wegen therapiebegrenzender Nebenwirkungen abgebrochen wurden oder wegen Kontraindikationen nicht verwendet werden können.  Die Migräneprophylaxe mit Galcanezumab ist nach drei Monaten und im weiteren Verlauf regelmäßig zu kontrollieren und nur bei ausreichendem Ansprechen (Reduktion der Migränetage um zumindest 50 % im Vergleich zu den drei Monaten vor Beginn der Prophylaxe mit Galcanezumab) fortzuführen.  Das Nichtansprechen auf die vorherigen Migräneprophylaxeversuche ist mit einem Kopfschmerztagebuch zu dokumentieren, ebenso wie die drei Monate vor Beginn und die ersten drei Monate der Migräneprophylaxe mit Galcanezumab sowie die drei Monate vor jeder weiteren Kontrolle.  Indikationsstellung, Erstverordnung und regelmäßige Kontrollen des Ansprechens und der Indikationsstellung durch einen Facharzt/eine Fachärztin für Neurologie oder Neurologie und Psychiatrie oder Psychiatrie und Neurologie.</p>	1 St(3)	431,40
------------	--	---------	--------

**N02CD03 Fremanezumab****Fremanezumab 0,225**

<b>IND</b>	<p><b>Ajovy 225 mg Inj.lsg. Fertigipen <sup>(PM)</sup></b>  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.</p>	1 St(3)	398,55
<b>IND</b>	<p><b>Ajovy 225 mg Inj.lsg. Fertigspr. <sup>(PM)</sup></b>  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.</p>	1 St(3)	398,55



**N02CD05 Eptinezumab****Eptinezumab 0,1**

<b>IND</b>	<b>Vyepti 100 mg Konz. zur Herst. einer Inf.lsg. (PM)</b> 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**

<b>Mysoline Tabl.</b>		T2	100 St(2)	22,65
-----------------------	--	----	-----------	-------

**N03AB Hydantoin-Derivate**  
**N03AB02 Phenytoin**

**Phenytoin 0,1**

<b>Epilan-D 100 mg Tabl.</b>		T2	100 St(2)	12,15
------------------------------	--	----	-----------	-------

**N03AD Succinimid-Derivate**  
**N03AD01 Ethosuximid**

**Ethosuximid 0,05/ml**

<b>F14 Ethosuximid "neuraxpharm" 50 mg/ml Lsg. zum Einnehmen</b>			250 ml(2)	9,60
<b>F14 Petinimid Sirup</b>			250 ml(2)	12,30

**Ethosuximid 0,25**

<b>Petinimid Kaps.</b>			100 St(2)	20,10
------------------------	--	--	-----------	-------

**N03AE Benzodiazepin-Derivate**  
**N03AE01 Clonazepam**

**Clonazepam 0,0005**

<b>Rivotril 0,5 mg Tabl.</b>		T2	100 St(2)	5,25
------------------------------	--	----	-----------	------

**Clonazepam 0,002**

<b>Rivotril 2 mg Tabl.</b>		T4	100 St(2)	9,80
----------------------------	--	----	-----------	------

**N03AF Carboxamid-Derivate**  
**N03AF01 Carbamazepin**

**Carbamazepin 0,02/ml**

<b>F14 Tegretol orale Susp.</b>			250 ml(2) 1 ML = 5 ml	5,80
---------------------------------	--	--	--------------------------	------

**Carbamazepin 0,2**

<b>Neurotop 200 mg Tabl.</b>		T2	50 St	7,05
		T2	100 St(2)	11,45

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

#### Oxcarbazepin 0,6

Trileptal 600 mg Filmtabl.		100 St	38,85
----------------------------	--	--------	-------

### N03AG Fettsäure-Derivate N03AG01 Valproinsäure

#### Valproinsäure 0,05

F14 Depakine Chronosphere 50 mg Retardgran. Btl.		30 St(3)	5,20
--	--	----------	------

#### Valproinsäure 0,05/ml

F14 Convulex 50 mg/ml Sirup f. Kind.		100 ml(2)	5,55
--------------------------------------	--	-----------	------

#### Valproinsäure 0,15

Convulex 150 mg Kaps.		100 St(2)	10,25
-----------------------	--	-----------	-------

#### Valproinsäure 0,25

F14 Depakine Chronosphere 250 mg Retardgran. Btl.		30 St(3)	5,90
---	--	----------	------

#### Valproinsäure 0,3

Convulex 300 mg Kaps.		100 St(2)	18,90
Convulex 300 mg Retardtabl.	T2	50 St(2)	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**

<b>F14</b>	<b>Depakine Chronosphere 500 mg Retardgran. Btl.</b>		30 St(3)	9,50
------------	--	--	----------	------

**N03AG04 Vigabatrin****Vigabatrin 0,5**

<b>IND</b>	<b>Sabril 500 mg Filmtabl.</b> Zusatzbehandlung bei Epilepsien, die durch andere Antiepileptika ungenügend kontrolliert sind	T2	100 St(2)	84,80
------------	---	----	-----------	-------

**Vigabatrin 0,5**

<b>IND</b>	<b>Sabril 500 mg lösl. Plv.</b> Zusatzbehandlung bei Epilepsien, die durch andere Antiepileptika ungenügend kontrolliert sind		50 St(2)	45,80
------------	--	--	----------	-------

**N03AX Andere Antiepileptika  
N03AX09 Lamotrigin****Lamotrigin 0,005**

<b>IND</b>	<b>Gerolamic 5 mg lösl. Tabl.</b> Behandlung bei Epilepsien, die durch andere Antiepileptika ungenügend kontrolliert sind	T2	30 St(2)	4,65
<b>IND</b>	<b>Lamictal 5 mg Kau-/Schmelztabl.</b> Behandlung bei Epilepsien, die durch andere Antiepileptika ungenügend kontrolliert sind		30 St(2)	4,90

**Lamotrigin 0,025**

<b>IND</b>	<b>Gerolamic 25 mg lösl. Tabl.</b> Behandlung bei Epilepsien, die durch andere Antiepileptika ungenügend kontrolliert sind und Prävention von depressiven Episoden bei manisch-depressiven Patienten		30 St(2)	8,15
<b>IND</b>	<b>Lamictal 25 mg Kau-/Schmelztabl.</b> Behandlung bei Epilepsien, die durch andere Antiepileptika ungenügend kontrolliert sind und Prävention von depressiven Episoden bei manisch-depressiven Patienten		30 St(2)	9,00
<b>IND</b>	<b>Lamotrigin "1A Pharma" 25 mg lösl. Tabl.</b> Behandlung bei Epilepsien, die durch andere Antiepileptika ungenügend kontrolliert sind		30 St(2)	7,80
<b>IND</b>	<b>Lamotrigin "Genericon" 25 mg lösl. Tabl.</b> Behandlung bei Epilepsien, die durch andere Antiepileptika ungenügend kontrolliert sind und Prävention von depressiven Episoden bei manisch-depressiven Patienten		30 St(2)	8,20
<b>IND</b>	<b>Lamotrigin "ratiopharm GmbH" 25 mg lösl. Tabl.</b> 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
<b>IND</b>	<b>Lamotrigin "Sandoz GmbH" 25 mg lösl. Tabl.</b> Behandlung bei Epilepsien, die durch andere Antiepileptika ungenügend kontrolliert sind		30 St(2)	7,80
<b>IND</b>	<b>Lamotrigin "Stada" 25 mg lösl. Tabl.</b> 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**

<b>IND</b>	<b>Gerolamic 50 mg lösl. Tabl.</b> Behandlung bei Epilepsien, die durch andere Antiepileptika ungenügend kontrolliert sind und Prävention von depressiven Episoden bei manisch-depressiven Patienten		30 St(2)	13,90
<b>IND</b>	<b>Lamictal 50 mg Kau-/Schmelztabl.</b> Behandlung bei Epilepsien, die durch andere Antiepileptika ungenügend kontrolliert sind und Prävention von depressiven Episoden bei manisch-depressiven Patienten		30 St(2)	14,70
<b>IND</b>	<b>Lamotrigin "1A Pharma" 50 mg lösl. Tabl.</b> Behandlung bei Epilepsien, die durch andere Antiepileptika ungenügend kontrolliert sind		30 St(2)	13,70
<b>IND</b>	<b>Lamotrigin "Genericon" 50 mg lösl. Tabl.</b> Behandlung bei Epilepsien, die durch andere Antiepileptika ungenügend kontrolliert sind und Prävention von depressiven Episoden bei manisch-depressiven Patienten		30 St(2)	13,95

	Bezeichnung	T	OP	KVP in €
IND	<b>Lamotrigin "ratiopharm GmbH" 50 mg lösl. Tabl.</b> 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	<b>Lamotrigin "Sandoz GmbH" 50 mg lösl. Tabl.</b> Behandlung bei Epilepsien, die durch andere Antiepileptika ungenügend kontrolliert sind		30 St(2)	13,70
IND	<b>Lamotrigin "Stada" 50 mg lösl. Tabl.</b> 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	<b>Gerolamic 100 mg lösl. Tabl.</b> 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	<b>Lamictal 100 mg Kau-/Schmelztabl.</b> 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	<b>Lamotrigin "1A Pharma" 100 mg lösl. Tabl.</b> Behandlung bei Epilepsien, die durch andere Antiepileptika ungenügend kontrolliert sind		60 St(2)	44,65
IND	<b>Lamotrigin "Genericon" 100 mg lösl. Tabl.</b> Behandlung bei Epilepsien, die durch andere Antiepileptika ungenügend kontrolliert sind und Prävention von depressiven Episoden bei manisch-depressiven Patienten		60 St(2)	46,40
IND	<b>Lamotrigin "ratiopharm GmbH" 100 mg lösl. Tabl.</b> 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	<b>Lamotrigin "Sandoz GmbH" 100 mg lösl. Tabl.</b> Behandlung bei Epilepsien, die durch andere Antiepileptika ungenügend kontrolliert sind		60 St(2)	44,65
IND	<b>Lamotrigin "Stada" 100 mg lösl. Tabl.</b> 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	<b>Gerolamic 200 mg lösl. Tabl.</b> 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	<b>Lamictal 200 mg Kau-/Schmelztabl.</b> Behandlung bei Epilepsien, die durch andere Antiepileptika ungenügend kontrolliert sind und Prävention von depressiven Episoden bei manisch-depressiven Patienten		50 St(2)	44,60
IND	<b>Lamotrigin "1A Pharma" 200 mg lösl. Tabl.</b> Behandlung bei Epilepsien, die durch andere Antiepileptika ungenügend kontrolliert sind		60 St(2)	53,55
IND	<b>Lamotrigin "Genericon" 200 mg lösl. Tabl.</b> 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	<b>Lamotrigin "ratiopharm GmbH" 200 mg lösl. Tabl.</b> 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	<b>Lamotrigin "Sandoz GmbH" 200 mg lösl. Tabl.</b> Behandlung bei Epilepsien, die durch andere Antiepileptika ungenügend kontrolliert sind		60 St(2)	53,55
IND	<b>Lamotrigin "Stada" 200 mg lösl. Tabl.</b> 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 Topiramamat

#### Topiramamat 0,025

	<b>Topilex 25 mg Filmtabl.</b>		60 St(2)	7,30
--	--------------------------------	--	----------	------

Bezeichnung	T	OP	KVP in €
Topiramat "1A Pharma" 25 mg Filmtabl.		60 St(2)	7,55
Topiramat "ratiopharm" 25 mg Filmtabl.		60 St(2)	7,35
Topiramat "Sandoz" 25 mg Filmtabl.		60 St(2)	7,70
Topiramat "Stada" 25 mg Filmtabl.		60 St(2)	7,20

#### Topiramat 0,05

Topilex 50 mg Filmtabl.		60 St(2)	13,00
Topiramat "1A Pharma" 50 mg Filmtabl.		60 St(2)	13,25
Topiramat "ratiopharm" 50 mg Filmtabl.		60 St(2)	13,05
Topiramat "Sandoz" 50 mg Filmtabl.		60 St(2)	13,40
Topiramat "Stada" 50 mg Filmtabl.		60 St(2)	12,90

#### Topiramat 0,1

Topilex 100 mg Filmtabl.		60 St(2)	15,10
Topiramat "1A Pharma" 100 mg Filmtabl.		60 St(2)	15,10
Topiramat "ratiopharm" 100 mg Filmtabl.		60 St(2)	15,10
Topiramat "Sandoz" 100 mg Filmtabl.		60 St(2)	15,10
Topiramat "Stada" 100 mg Filmtabl.		60 St(2)	15,10

#### Topiramat 0,2

Topilex 200 mg Filmtabl.		60 St(2)	15,10
Topiramat "1A Pharma" 200 mg Filmtabl.		60 St(2)	15,10
Topiramat "ratiopharm" 200 mg Filmtabl.		60 St(2)	15,10
Topiramat "Sandoz" 200 mg Filmtabl.		60 St(2)	15,10
Topiramat "Stada" 200 mg Filmtabl.		60 St(2)	15,10

### N03AX14 Levetiracetam

#### Levetiracetam 0,1/ml

N Levebon 100 mg/ml Lsg. zum Einnehmen		300 ml	23,00
N Levetiracetam "Accord" 100 mg/ml Lsg. zum Einnehmen		300 ml	19,90
N Levetiracetam "Aristo" 100 mg/ml Lsg. zum Einnehmen		300 ml	19,90
N Levetiracetam "ratiopharm" 100 mg/ml Lsg. zum Einnehmen		300 ml	23,00
N Levetiracetam "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

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

**Lacosamid 0,15**

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

**Lacosamid 0,2**

N	Lacopat 200 mg Filmtabl.	T2	20 St	7,75
		T2	60 St(3)	21,95
N	Lacosamid "UCB" 200 mg Filmtabl.		56 St(3)	25,00

**N04 ANTIPARKINSONMITTEL****N04A ANTICHOLINERGIKA****N04AA Tertiäre Amine****N04AA02 Biperiden****Biperiden 0,002**

	Akineton 2 mg Tabl.	T2	50 St	6,05
		T2	100 St	9,60

**Biperiden 0,004**

	Akineton retard 4 mg Drag.		50 St	9,50
			100 St	15,85

**Biperiden 0,005**

	Akineton Amp.		5 St(2)	3,75
--	---------------	--	---------	------

**N04AA04 Procyclidin****Procyclidin 0,005**

	Kemadrin Tabl.		100 St	12,75
--	----------------	--	--------	-------

**N04B DOPAMINERGE MITTEL****N04BA Dopa und Dopa-Derivate****N04BA02 Levodopa und Decarboxylasehemmer****Benserazid 0,0125, Levodopa 0,05**

	Madopar 50 mg/12,5 mg Kaps.		30 St(2)	5,10
			100 St	13,95

**Benserazid 0,025, Levodopa 0,1**

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

Bezeichnung	T	OP	KVP in €
Madopar 100 mg/25 mg Tabl.	T4	30 St(2)	8,55
	T4	100 St	22,75
Restex 100 mg/25 mg Retardkaps.		20 St(2)	5,85
		50 St	12,95
Restex 100 mg/25 mg Tabl.	T4	20 St(2)	5,70
	T4	50 St	12,60

#### **Benserazid 0,05, Levodopa 0,2**

Madopar 200 mg/50 mg Tabl.	T4	30 St(2)	14,60
	T4	100 St	27,00

#### **Carbidopa 0,025, Levodopa 0,1**

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

#### **Carbidopa 0,025, Levodopa 0,25**

Sinemet 25 mg/250 mg Tabl.		100 St	28,75
----------------------------	--	--------	-------

#### **Carbidopa 0,05, Levodopa 0,2**

LevoCar retard 200 mg/50 mg Tabl.		30 St(2)	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



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

**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)	6,45
		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)	22,50
Ropinirol "Actavis" 8 mg Retardtabl.		30 St(2)	24,10
Ropinirol "Krka" 8 mg Retardtabl.		30 St(2)	24,10
Ropinirol "Sandoz" 8 mg Retardtabl.		30 St(2)	24,05
Ropinirol "Stada" 8 mg Retardtabl.		28 St(2)	22,50

**N04BC05 Pramipexol**

**Pramipexol 0,000088**

Pramipexol "Actavis" 0,088 mg Tabl.		30 St(2)	3,75
Sifrol 0,088 mg Tabl.		30 St(2)	4,20

Bezeichnung	T	OP	KVP in €
<b>Pramipexol 0,00018</b>			
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
<b>Pramipexol 0,00026</b>			
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
<b>Pramipexol 0,00035</b>			
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
<b>Pramipexol 0,00052</b>			
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
<b>Pramipexol 0,0007</b>			
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
<b>Pramipexol 0,00105</b>			
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)	10,25
		30 St	29,20
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
<b>Pramipexol 0,00157</b>			
Pramipexol "ratiopharm" 1,57 mg Retardtabl.		10 St(2)	10,30
		30 St	29,25

Bezeichnung	T	OP	KVP in €
<b>Pramipexol 0,0021</b>			
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)	10,25
		30 St	29,20
Pramipexol "Stada" 2,1 mg Retardtabl.		10 St(2)	10,30
		30 St(3)	29,25
Sifrol 2,1 mg Retardtabl.		10 St(2)	10,30
		30 St	29,25

<b>Pramipexol 0,00262</b>			
Pramipexol "ratiopharm" 2,62 mg Retardtabl.		10 St(2)	31,15
		30 St	85,40

<b>Pramipexol 0,00315</b>			
Calmolan retard 3,15 mg Tabl.		30 St	29,25
		30 St(2)	29,25
Pramipexol "+pharma" 3,15 mg Retardtabl.		30 St	29,25
		30 St	29,25
Pramipexol "Genericon" 3,15 mg Retardtabl.		30 St	29,25
		30 St	29,25
Pramipexol "Sandoz" 3,15 mg Retardtabl.		30 St	29,20
		30 St(3)	29,25
Pramipexol "Stada" 3,15 mg Retardtabl.		30 St	29,25
		30 St(3)	29,25
Sifrol 3,15 mg Retardtabl.		30 St	29,25

## N04BC06 Cabergolin

<b>Cabergolin 0,001</b>			
Cabaseril 1 mg Tabl.	T2	30 St	35,20

<b>Cabergolin 0,002</b>			
Cabaseril 2 mg Tabl.	T2	30 St	62,75

## N04BC09 Rotigotin

<b>Rotigotin 0,001/die</b>			
Neupro 1 mg/24 h transdermales Pflaster		7 St(2)	25,15
		28 St	90,05

<b>Rotigotin 0,002/die</b>			
Neupro 2 mg/24 h transdermales Pflaster		7 St(2)	26,10
		28 St	93,35

<b>Rotigotin 0,003/die</b>			
Neupro 3 mg/24 h transdermales Pflaster		7 St(2)	31,45
		28 St	115,15

<b>Rotigotin 0,004/die</b>			
Neupro 4 mg/24 h transdermales Pflaster		7 St(2)	31,85
		28 St	116,60

<b>Rotigotin 0,006/die</b>			
Neupro 6 mg/24 h transdermales Pflaster		7 St(2)	41,45
		28 St	144,95

<b>Rotigotin 0,008/die</b>			
Neupro 8 mg/24 h transdermales Pflaster		7 St(2)	45,45
		28 St	159,00

### N04BD Monoaminoxidase-B-Hemmer N04BD02 Rasagilin

#### Rasagilin 0,001

Rasagilin "+pharma" 1 mg Tabl.	10 St	9,00
	30 St	25,50
Rasagilin "1A Pharma" 1 mg Tabl.	10 St	9,00
	30 St	25,50
Rasagilin "Aristo" 1 mg Tabl.	10 St	9,00
	30 St	25,50
Rasagilin "Bluefish" 1 mg Tabl.	10 St	7,50
	30 St	22,20
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 "Viatrix" 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 "Viatrix" 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 "Viatrix" 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 "Viatrix" 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
-------------------------------	---------	------

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

### Flupentixol (decanoat) 0,1

Fluanxol Depot 100 mg Amp.		1 St(2)	27,40
----------------------------	--	---------	-------

## N05AF03 Chlorprothixen

### Chlorprothixen 0,015

Truxal 15 mg Filmtabl.		50 St	4,20
------------------------	--	-------	------

### Chlorprothixen 0,05

Truxal 50 mg Filmtabl.		50 St	9,40
		100 St	15,70

## N05AF05 Zuclopenthixol

### Zuclopenthixol 0,002

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

### Zuclopenthixol 0,01

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

### Zuclopenthixol 0,025

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

### Zuclopenthixol (decanoat) 0,2

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

### Zuclopenthixol (decanoat) 0,5

Cisordinol Depot 500 mg Amp.		1 St(2)	20,45
------------------------------	--	---------	-------

## N05AH Diazepine, Oxazepine, Thiazepine und Oxepine

### N05AH02 Clozapin

#### Clozapin 0,025

Clozapin "Accord" 25 mg Tabl.	T2	14 St	1,75
	T2	30 St(2)	3,75
Lanolept 25 mg Tabl.	T2	50 St(2)	8,10
Leponex 25 mg Tabl.	T2	50 St(2)	7,45

#### Clozapin 0,1

Clozapin "Accord" 100 mg Tabl.	T2	30 St	13,00
	T2	60 St(2)	25,15
Lanolept 100 mg Tabl.	T2	60 St(2)	31,95
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

Bezeichnung	T	OP	KVP in €
Olanzapin "Genericon" 2,5 mg Filmtabl.		10 St(2)	3,95
		30 St(2)	11,50
Olanzapin "ratiopharm" 2,5 mg Tabl.		7 St(2)	3,40
		28 St(2)	12,90
Olanzapin "Sandoz" 2,5 mg Filmtabl.		7 St(2)	3,60
		28 St(2)	12,90
Olanzapin "Stada" 2,5 mg Filmtabl.		10 St(2)	4,75
		30 St(2)	11,90
Zyprexa 2,5 mg überzogene Tabl.		28 St(2)	12,90

#### Olanzapin 0,005

Aedon 5 mg Filmtabl.		10 St(2)	8,90
		30 St(2)	25,20
Olanzapin "+pharma" 5 mg Filmtabl.		10 St(2)	7,90
		30 St(2)	22,30
Olanzapin "1A Pharma" 5 mg Filmtabl.	T2	7 St(2)	6,25
	T2	28 St(2)	23,50
Olanzapin "Accord" 5 mg Filmtabl.		15 St	11,95
		30 St(2)	22,30
Olanzapin "Actavis" 5 mg Filmtabl.		10 St(2)	8,90
		28 St(2)	23,50
Olanzapin "Actavis" 5 mg Schmelztabl.		7 St(2)	6,20
		28 St(2)	23,50
Olanzapin "Aristo" 5 mg Filmtabl.		10 St(2)	8,90
		30 St(2)	22,30
Olanzapin "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 "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
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

Bezeichnung	T	OP	KVP in €
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
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
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 "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 "neuraxpharm" 50 mg Retardtabl.		10 St(2)	0,95
		30 St	2,85
Quetiapin "Sandoz" 50 mg Retardtabl.		10 St(2)	1,30
		30 St	3,35
Quetiapin "Stada" 50 mg Retardtabl.		10 St(2)	1,30
		30 St	3,65

#### Quetiapin 0,1

Quetialan 100 mg Filmtabl.	T2	30 St	8,75
	T2	60 St(2)	16,80
	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)	16,75
	T2	90 St	24,70
Seroquel 100 mg Filmtabl.		60 St(2)	16,80
		90 St	24,75

#### Quetiapin 0,15

Quetialan XR 150 mg Retardtabl.		10 St(2)	5,00
		30 St	6,20
Quetiapin "Accord" 150 mg Retardtabl.		10 St(2)	2,50
		30 St	6,75
Quetiapin "neuraxpharm" 150 mg Retardtabl.		10 St(2)	2,15
		30 St	6,40

Bezeichnung	T	OP	KVP in €
Quetiapin "Sandoz" 150 mg Retardtabl.		10 St(2) 30 St	3,20 7,50
<b>Quetiapin 0,2</b>			
Quetialan 200 mg Filmtabl.		30 St 60 St(2)	8,75 16,80
Quetialan XR 200 mg Retardtabl.		10 St(2) 30 St(2)	3,65 6,20
Quetiapin "+pharma" 200 mg Filmtabl.		30 St 60 St(2)	8,75 16,80
Quetiapin "1A Pharma" 200 mg Filmtabl.	T4 T4	6 St 60 St(2)	5,85 16,80
Quetiapin "Aristo" 200 mg Filmtabl.		30 St 60 St(2)	8,75 16,80
Quetiapin "G.L." 200 mg Filmtabl.		30 St 60 St(2)	8,75 16,80
Quetiapin "Genericon" 200 mg Filmtabl.		30 St 60 St(2)	8,75 16,80
Quetiapin "Krka" 200 mg Filmtabl.		30 St 60 St(2)	8,75 16,80
Quetiapin "neuraxpharm" 200 mg Retardtabl.		10 St(2) 30 St(2)	2,65 6,20
Quetiapin "ratiopharm" 200 mg Filmtabl.		30 St 60 St(2)	8,75 16,80
Quetiapin "Sandoz" 200 mg Filmtabl.	T2 T2	6 St 60 St(2)	6,20 16,75
Quetiapin "Sandoz" 200 mg Retardtabl.		10 St(2) 30 St(2)	3,65 6,15
Quetiapin "Stada" 200 mg Retardtabl.		10 St(2) 30 St(2)	3,60 6,20
Seroquel 200 mg Filmtabl.		60 St(2)	16,80
Seroquel XR 200 mg Retardtabl.		10 St(2) 30 St(2)	3,65 6,20
<b>Quetiapin 0,3</b>			
Quetialan 300 mg Filmtabl.	T2 T2	30 St 60 St	8,75 16,80
Quetialan XR 300 mg Retardtabl.		10 St(2) 60 St	4,90 6,85
Quetiapin "+pharma" 300 mg Filmtabl.	T2 T2	30 St 60 St	8,75 16,80
Quetiapin "1A Pharma" 300 mg Filmtabl.	T2 T2	6 St 60 St	6,20 16,80
Quetiapin "Aristo" 300 mg Filmtabl.		30 St 60 St	8,75 16,80
Quetiapin "G.L." 300 mg Filmtabl.	T2 T2	30 St 60 St	8,75 16,80
Quetiapin "Genericon" 300 mg Filmtabl.	T2 T2	30 St 60 St	8,75 16,80
Quetiapin "Krka" 300 mg Filmtabl.		30 St 60 St	8,75 16,80
Quetiapin "neuraxpharm" 300 mg Retardtabl.		10 St(2) 60 St	3,60 6,85
Quetiapin "ratiopharm" 300 mg Filmtabl.	T2 T2	30 St 60 St	8,75 16,80
Quetiapin "Sandoz" 300 mg Filmtabl.	T2 T2	6 St 60 St	6,20 16,75
Quetiapin "Sandoz" 300 mg Retardtabl.		10 St(2) 60 St	4,90 6,80
Quetiapin "Stada" 300 mg Retardtabl.		10 St(2) 60 St	4,90 6,85
Seroquel 300 mg Filmtabl.		60 St	16,80

Bezeichnung	T	OP	KVP in €
Seroquel XR 300 mg Retardtabl.		10 St(2)	4,90
		60 St	6,85
<b>Quetiapin 0,4</b>			
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 "neuraxpharm" 400 mg Retardtabl.		10 St(2)	4,40
		60 St	6,85
Quetiapin "Sandoz" 400 mg Retardtabl.		10 St(2)	6,10
		60 St	6,80
Quetiapin "Stada" 400 mg Retardtabl.		10 St(2)	6,05
		60 St	6,85
Seroquel XR 400 mg Retardtabl.		10 St(2)	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)	7,65
	T2	50 St(2)	15,40

### N05AL03 Tiaprid

#### Tiaprid 0,1

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

#### Tiaprid 0,1

Delpral Tabl.	T4	50 St(2)	9,05
---------------	----	----------	------

### N05AL05 Amisulprid

#### Amisulprid 0,05

Amisu 50 mg Tabl.		20 St(2)	5,70
		60 St(2)	16,45
Solian 50 mg Tabl.		50 St	16,45
		100 St	31,60

#### Amisulprid 0,1

Amisu 100 mg Tabl.		20 St(2)	10,00
		60 St(2)	28,45

#### 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 0,00025**

Risperidon "Sandoz" 0,25 mg Filmtabl.

20 St

3,15

60 St

9,45

**Risperidon 0,0005**

Risperidon "1A Pharma" 0,5 mg Filmtabl.

T2

10 St(2)

2,50

T2

60 St

13,60

Risperidon "Sandoz" 0,5 mg Filmtabl.

T2

20 St

5,00

T2

60 St

13,60

Risperidon "Sandoz" 0,5 mg Schmelztabl.

T2

20 St

6,05

T2

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

19,25

Risperidon "1A Pharma" 1 mg Filmtabl.

T2

10 St(2)

3,75

T2

60 St

19,25

Risperidon "Actavis" 1 mg Filmtabl.

T2

10 St(2)

4,00

T2

60 St

19,50

Risperidon "Aristo" 1 mg Filmtabl.

T2

20 St

8,20

T2

60 St

19,35

Risperidon "Genericon" 1 mg Filmtabl.

T2

10 St(2)

4,00

T2

60 St

22,35

Risperidon "ratiopharm" 1 mg Filmtabl.

T2

10 St(2)

4,45

T2

60 St

22,30

Risperidon "Sandoz" 1 mg Filmtabl.

T2

10 St(2)

4,00

T2

60 St

22,35

Risperidon "Sandoz" 1 mg Schmelztabl.

T2

20 St

8,20

T2

60 St

23,20

**Risperidon 0,001/ml**

Risperdal 1 mg/ml orale Lsg.

30 ml(2)

16,60

100 ml

51,50

**Risperidon 0,002**

Risperdal 2 mg Filmtabl.

60 St

23,20

Risperidon "+pharma" 2 mg Filmtabl.

T2

10 St(2)

6,20

T2

60 St

23,15

Risperidon "1A Pharma" 2 mg Filmtabl.

T2

10 St(2)

6,20

T2

60 St

23,15

Risperidon "Actavis" 2 mg Filmtabl.

T2

10 St(2)

6,20

T2

60 St

23,20

Risperidon "Aristo" 2 mg Filmtabl.

T2

20 St

8,20

T2

60 St

23,20

Risperidon "Genericon" 2 mg Filmtabl.

T2

10 St(2)

6,20

T2

60 St

23,20

Bezeichnung	T	OP	KVP in €
Risperidon "ratiopharm" 2 mg Filmtabl.	T2	10 St(2)	6,20
	T2	60 St	23,20
Risperidon "Sandoz" 2 mg Filmtabl.	T2	10 St(2)	6,20
	T2	60 St	23,20
Risperidon "Sandoz" 2 mg Schmelztabl.		20 St	8,20
		60 St	23,20

#### Risperidon 0,003

Risperdal 3 mg Filmtabl.		60 St	23,20
Risperidon "+pharma" 3 mg Filmtabl.	T2	10 St(2)	6,20
	T2	60 St	23,15
Risperidon "1A Pharma" 3 mg Filmtabl.	T2	10 St(2)	6,20
	T2	60 St	23,15
Risperidon "Actavis" 3 mg Filmtabl.	T2	10 St(2)	6,20
	T2	60 St	23,20
Risperidon "Aristo" 3 mg Filmtabl.	T2	20 St	8,20
	T2	60 St	23,20
Risperidon "Genericon" 3 mg Filmtabl.	T2	10 St(2)	6,20
	T2	60 St	23,20
Risperidon "ratiopharm" 3 mg Filmtabl.	T2	10 St(2)	6,20
	T2	60 St	23,20
Risperidon "Sandoz" 3 mg Filmtabl.	T2	10 St(2)	6,20
	T2	60 St	23,20

#### Risperidon 0,004

Risperdal 4 mg Filmtabl.		60 St	23,20
Risperidon "+pharma" 4 mg Filmtabl.	T2	10 St(2)	6,20
	T2	60 St	23,15
Risperidon "1A Pharma" 4 mg Filmtabl.	T2	10 St(2)	6,20
	T2	60 St	23,15
Risperidon "Actavis" 4 mg Filmtabl.	T2	10 St(2)	6,20
	T2	60 St	23,20
Risperidon "Aristo" 4 mg Filmtabl.	T2	20 St	8,20
	T2	60 St	23,20
Risperidon "Genericon" 4 mg Filmtabl.	T2	10 St(2)	6,20
	T2	60 St	23,20
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 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
-----	--	--	------	--------

	Bezeichnung	T	OP	KVP in €
IND	<b>Risperidon "Actavis" 37,5 mg Plv. u. Lsgm. zur Herst. einer Depot-Inj.susp.</b> Verwendung laut Fachinformation, wenn eine perorale Therapie nicht angezeigt oder zweckmäßig ist.		1 St	87,00
IND	<b>Risperidon "ratiopharm" 37,5 mg Plv. u. Lsgm. zur Herst. einer Depot-Inj.susp.</b> Verwendung laut Fachinformation, wenn eine perorale Therapie nicht angezeigt oder zweckmäßig ist.		1 St	87,00

#### Risperidon 0,05

IND	<b>Risperdal Consta 50 mg Plv. u. Lsgm. zur Herst. einer verzögert freisetzenden Susp. zur i.m. Inj.</b> Verwendung laut Fachinformation, wenn eine perorale Therapie nicht angezeigt oder zweckmäßig ist.		1 St	150,55
IND	<b>Risperidon "Actavis" 50 mg Plv. u. Lsgm. zur Herst. einer Depot-Inj.susp.</b> Verwendung laut Fachinformation, wenn eine perorale Therapie nicht angezeigt oder zweckmäßig ist.		1 St	116,05
IND	<b>Risperidon "ratiopharm" 50 mg Plv. u. Lsgm. zur Herst. einer Depot-Inj.susp.</b> Verwendung laut Fachinformation, wenn eine perorale Therapie nicht angezeigt oder zweckmäßig ist.		1 St	116,05

#### Risperidon 0,075

IND	<b>Okedi 75 mg Plv. u. Lsgm. zur Herst. einer Depot-Inj.susp. (PM)</b> Verwendung laut Fachinformation, wenn eine perorale Therapie nicht angezeigt oder zweckmäßig ist.		1 Pkg	327,00
-----	---	--	-------	--------

#### Risperidon 0,1

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

### N05AX12 Aripiprazol

#### Aripiprazol 0,01

	<b>Abilify 10 mg Tabl.</b>		14 St	29,20
			28 St(2)	56,65
	<b>Arileto 10 mg Tabl.</b>		10 St	18,65
			30 St(2)	53,05
	<b>Aripiprazol "+pharma" 10 mg Tabl.</b>		10 St	16,95
			30 St(2)	47,30
	<b>Aripiprazol "Accord" 10 mg Tabl.</b>		14 St	23,00
			28 St(2)	43,55
	<b>Aripiprazol "Aristo" 10 mg Tabl.</b>		10 St	18,65
			30 St(2)	53,05
	<b>Aripiprazol "Genericon" 10 mg Tabl.</b>		10 St	19,05
			30 St(2)	56,65
	<b>Aripiprazol "Krka" 10 mg Tabl.</b>		14 St	26,15
			30 St(2)	53,10
	<b>Aripiprazol "neuraxpharm" 10 mg Tabl.</b>	T2	14 St	23,00
		T2	28 St(2)	43,55
	<b>Aripiprazol "ratiopharm" 10 mg Tabl.</b>	T2	10 St(2)	18,65
		T2	30 St(2)	53,05
	<b>Aripiprazol "Sandoz" 10 mg Tabl.</b>		10 St	18,65
			30 St(2)	53,05
	<b>Aripiprazol "Stada" 10 mg Tabl.</b>		14 St	23,15
			28 St(2)	44,10
	<b>Aripiprazol "Zentiva" 10 mg Tabl.</b>		14 St	15,90
			28 St(2)	30,45

#### Aripiprazol 0,015

	<b>Abilify 15 mg Tabl.</b>		14 St	27,00
			28 St(2)	52,30
	<b>Arileto 15 mg Tabl.</b>		10 St	18,65
			30 St(2)	53,05

Bezeichnung	T	OP	KVP in €
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 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 "Zentiva" 15 mg Tabl.		14 St	15,90
		28 St(2)	30,45

#### Aripiprazol 0,02

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

#### Aripiprazol 0,03

Ariieto 30 mg Tabl.		10 St	18,65
		30 St(2)	53,05
Aripiprazol "+pharma" 30 mg Tabl.		10 St	16,95
		30 St(2)	47,30
Aripiprazol "Accord" 30 mg Tabl.		14 St	23,00
		28 St(2)	43,55
Aripiprazol "Genericon" 30 mg Tabl.		10 St	19,05
		30 St(2)	57,05
Aripiprazol "Krka" 30 mg Tabl.		14 St	26,15
		30 St(2)	53,10
Aripiprazol "neuraxpharm" 30 mg Tabl.	T2	14 St	23,00
	T2	28 St(2)	43,55
Aripiprazol "ratiopharm" 30 mg Tabl.	T2	10 St(2)	18,65
	T2	30 St(2)	53,05
Aripiprazol "Sandoz" 30 mg Tabl.		10 St	18,65
		30 St(2)	57,05
Aripiprazol "Stada" 30 mg Tabl.		14 St	23,15
		28 St(2)	44,10

#### Aripiprazol 0,3

IND	Abilify Maintena 300 mg Plv. und Lsgm. zur Herst. einer Depot-Inj.susp. Verwendung laut Fachinformation, wenn eine perorale Therapie nicht angezeigt oder zweckmäßig ist.		1 St	283,65
-----	--	--	------	--------

#### 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
-----	---	--	------	--------

#### Aripiprazol 0,72

IND	Abilify Maintena 720 mg Depot-Inj.susp. Fertigspr. Verwendung laut Fachinformation, wenn eine perorale Therapie nicht angezeigt oder zweckmäßig ist.		1 St	295,85
-----	---	--	------	--------

Bezeichnung		T	OP	KVP in €
<b>Aripiprazol 0,96</b>				
IND	<b>Abilify Maintena 960 mg Depot-Inj.susp. Fertigspr.</b> Verwendung laut Fachinformation, wenn eine perorale Therapie nicht angezeigt oder zweckmäßig ist.		1 St	386,05
<b>N05AX13 Paliperidon</b>				
<b>Paliperidon 0,003</b>				
	<b>Paliperidon "ratiopharm" 3 mg Retardtabl.</b>		10 St(2) 30 St(2)	5,35 16,90
<b>Paliperidon 0,006</b>				
	<b>Paliperidon "ratiopharm" 6 mg Retardtabl.</b>		10 St(2) 30 St(2)	8,90 27,10
<b>Paliperidon 0,009</b>				
	<b>Paliperidon "ratiopharm" 9 mg Retardtabl.</b>		10 St(2) 30 St(2)	11,70 36,55
<b>Paliperidon 0,025</b>				
IND	<b>Palibon 25 mg Depot-Inj.susp. Fertigspr.</b> Verwendung laut Fachinformation, wenn eine perorale Therapie nicht angezeigt oder zweckmäßig ist.		1 St	44,40
IND	<b>Xeplion 25 mg Depot-Inj.susp.</b> Verwendung laut Fachinformation, wenn eine perorale Therapie nicht angezeigt oder zweckmäßig ist.		1 St	97,05
<b>Paliperidon 0,05</b>				
IND	<b>Palibon 50 mg Depot-Inj.susp. Fertigspr.</b> Verwendung laut Fachinformation, wenn eine perorale Therapie nicht angezeigt oder zweckmäßig ist.		1 St	83,80
IND	<b>Xeplion 50 mg Depot-Inj.susp.</b> Verwendung laut Fachinformation, wenn eine perorale Therapie nicht angezeigt oder zweckmäßig ist.		1 St	165,65
<b>Paliperidon 0,075</b>				
IND	<b>Palibon 75 mg Depot-Inj.susp. Fertigspr.</b> Verwendung laut Fachinformation, wenn eine perorale Therapie nicht angezeigt oder zweckmäßig ist.		1 St	123,00
IND	<b>Xeplion 75 mg Depot-Inj.susp.</b> Verwendung laut Fachinformation, wenn eine perorale Therapie nicht angezeigt oder zweckmäßig ist.		1 St	214,65
<b>Paliperidon 0,1</b>				
IND	<b>Palibon 100 mg Depot-Inj.susp. Fertigspr.</b> Verwendung laut Fachinformation, wenn eine perorale Therapie nicht angezeigt oder zweckmäßig ist.		1 St	155,35
IND	<b>Xeplion 100 mg Depot-Inj.susp.</b> Verwendung laut Fachinformation, wenn eine perorale Therapie nicht angezeigt oder zweckmäßig ist.		1 St	259,25
<b>Paliperidon 0,1 (1 St.); Paliperidon 0,15 (1 St.)</b>				
IND	<b>Palibon 100 mg + 150 mg Depot-Inj.susp. Fertigspr. Starterpackung</b> Verwendung laut Fachinformation, wenn eine perorale Therapie nicht angezeigt oder zweckmäßig ist.		1 St	356,10
<b>Paliperidon 0,15</b>				
IND	<b>Palibon 150 mg Depot-Inj.susp. Fertigspr.</b> Verwendung laut Fachinformation, wenn eine perorale Therapie nicht angezeigt oder zweckmäßig ist.		1 St	220,00
IND	<b>Xeplion 150 mg Depot-Inj.susp.</b> Verwendung laut Fachinformation, wenn eine perorale Therapie nicht angezeigt oder zweckmäßig ist.		1 St	340,65



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

### Paliperidon 0,175

<b>IND</b>	<b>Trevicta 175 mg Depot-Inj.susp. (PM)</b> 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

<b>IND</b>	<b>Trevicta 263 mg Depot-Inj.susp. (PM)</b> 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

<b>IND</b>	<b>Trevicta 350 mg Depot-Inj.susp. (PM)</b> 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

<b>IND</b>	<b>Trevicta 525 mg Depot-Inj.susp. (PM)</b> 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

	<b>Reagila 1,5 mg Hartkaps. (PM)</b>	7 St(2) 28 St(2)	22,40 80,05
--	--------------------------------------	---------------------	----------------

### Cariprazin 0,003

	<b>Reagila 3 mg Hartkaps. (PM)</b>	7 St(2) 28 St(2)	22,40 80,05
--	------------------------------------	---------------------	----------------

### Cariprazin 0,0045

	<b>Reagila 4,5 mg Hartkaps. (PM)</b>	7 St(2) 28 St(2)	22,40 80,05
--	--------------------------------------	---------------------	----------------

### Cariprazin 0,006

	<b>Reagila 6 mg Hartkaps. (PM)</b>	7 St(2) 28 St(2)	22,40 80,05
--	------------------------------------	---------------------	----------------

## N05B ANXIOLYTIKA N05BA Benzodiazepin-Derivate N05BA01 Diazepam

### Diazepam 0,002

	<b>Gewacalm 2 mg Tabl.</b>	25 St 50 St	3,35 5,85
--	----------------------------	----------------	--------------

### Diazepam 0,005

	<b>Gewacalm 5 mg Tabl.</b>	25 St 50 St	4,00 6,70
--	----------------------------	----------------	--------------

### Diazepam 0,005

	<b>Stesolid 5 mg Rektaltuben</b>	5 St 2,5 ml	7,95
--	----------------------------------	----------------	------

### Diazepam 0,01

	<b>Gewacalm Amp.</b>	5 St(2)	11,95
--	----------------------	---------	-------

Bezeichnung	T	OP	KVP in €
<b>Diazepam 0,01</b>			
Gewacalm 10 mg Tabl.		25 St 50 St	5,80 9,60
<b>Diazepam 0,01</b>			
Stesolid 10 mg Rektaltuben		5 St 2,5 ml	9,75
<b>Diazepam 0,0125/ml</b>			
Psychopax Tropf.		20 ml(2) 1 ml = 38 Tr.	6,80
<b>N05BA04 Oxazepam</b>			
<b>Oxazepam 0,015</b>			
Praxiten 15 mg Tabl.		20 St(2) 50 St	2,50 5,65
<b>Oxazepam 0,05</b>			
Anxiolit forte 50 mg Tabl.	T2	30 St	11,70
Praxiten 50 mg Tabl.		20 St(2)	6,65
<b>N05BA06 Lorazepam</b>			
<b>Lorazepam 0,001</b>			
Temesta 1,0 mg Tabl.		20 St(2) 50 St	1,65 3,60
<b>Lorazepam 0,0025</b>			
Temesta 2,5 mg Tabl.		20 St(2)	3,65
<b>N05BA08 Bromazepam</b>			
<b>Bromazepam 0,003</b>			
Bromazepam "Genericon" 3 mg Filmtabl.	T2 T2	20 St(2) 50 St	2,85 6,45
<b>Bromazepam 0,006</b>			
Bromazepam "Genericon" 6 mg Filmtabl.	T2	20 St(2)	4,75
<b>N05BA09 Clobazam</b>			
<b>Clobazam 0,01</b>			
Frisium 10 mg Tabl.	T2	50 St	4,40
<b>N05BA12 Alprazolam</b>			
<b>Alprazolam 0,0005</b>			
Alprazolam "ratiopharm" 0,5 mg Tabl.	T2 T2	20 St(2) 50 St	1,65 3,55
Xanor 0,5 mg Tabl.	T2 T2	20 St(2) 50 St	2,20 4,85
<b>Alprazolam 0,001</b>			
Alprazolam "ratiopharm" 1 mg Tabl.	T2 T2	20 St(2) 50 St	1,85 3,90
Xanor 1 mg Tabl.	T2 T2	20 St(2) 50 St	2,20 4,85

**N05BB Diphenylmethan-Derivate  
N05BB01 Hydroxyzin**

*Hydroxyzin 0,025*

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

**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  
N06A ANTIDEPRESSIVA  
N06AA Nichtselektive Monoamin-Wiederaufnahmehemmer  
N06AA04 Clomipramin**

*Clomipramin 0,025*

Anafranil 25 mg Drag.		50 St	6,60
		100 St	11,40

*Clomipramin 0,075*

Anafranil retard 75 mg Filmtabl.	T2	30 St(2)	9,65
----------------------------------	----	----------	------

**N06AA09 Amitriptylin***Amitriptylin 0,01*

Saroten 10 mg Filmtabl.		100 St	3,90
-------------------------	--	--------	------

*Amitriptylin 0,025*

Saroten 25 mg Filmtabl.		50 St	4,20
		100 St	6,35

**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

Felicium 20 mg Kaps.		14 St	8,05
		28 St	13,10
Felicium 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
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

Bezeichnung	T	OP	KVP in €
Citalopram "1A Pharma" 20 mg Filmtabl.	T2	14 St(2)	5,15
	T2	30 St	9,00
Citalopram "G.L." 20 mg Filmtabl.	T2	14 St(2)	5,20
	T2	30 St	9,40
Citalopram "Genericon" 20 mg Filmtabl.	T2	14 St(2)	5,30
	T2	30 St	10,20
Citalopram "Hexal" 20 mg Filmtabl.	T2	14 St(2)	5,30
	T2	30 St	10,20
Citalopram "ratiopharm" 20 mg Filmtabl.	T2	10 St(2)	3,80
	T2	30 St	10,20
Citalostad 20 mg Filmtabl.		10 St(2)	3,50
		30 St	8,70
Pram 20 mg Filmtabl.	T2	14 St	5,30
	T2	28 St	9,60
Seropram 20 mg Filmtabl.	T2	14 St	4,90
	T2	28 St	9,60

#### *Citalopram 0,03*

Citalopram "Hexal" 30 mg Filmtabl.	T2	14 St(2)	6,20
	T2	30 St	10,20

#### *Citalopram 0,04*

Citalopram "+pharma" 40 mg Filmtabl.	T2	14 St(2)	5,20
	T2	30 St	8,90
Citalopram "G.L." 40 mg Filmtabl.	T2	14 St(2)	5,20
	T2	30 St	9,40
Citalopram "Genericon" 40 mg Filmtabl.	T2	14 St(2)	5,40
	T2	30 St	10,20
Citalopram "Hexal" 40 mg Filmtabl.	T2	14 St(2)	5,40
	T2	30 St	10,20
Citalopram "ratiopharm" 40 mg Filmtabl.	T2	10 St(2)	3,85
	T2	30 St	10,20
Citalostad 40 mg Filmtabl.		10 St(2)	3,50
		30 St	8,90
Pram 40 mg Filmtabl.	T2	14 St	5,40
	T2	28 St	9,60

## N06AB05 Paroxetin

#### *Paroxetin 0,01*

Paroxat "Hexal" 10 mg Filmtabl.		14 St(2)	7,95
		30 St	15,25

#### *Paroxetin 0,02*

Ennos 20 mg Filmtabl.	T2	14 St	7,60
	T2	28 St	13,85
Paroxat "Hexal" 20 mg Filmtabl.	T2	14 St(2)	7,95
	T2	30 St	15,25
Paroxetin "+pharma" 20 mg Filmtabl.	T2	10 St(2)	5,45
	T2	30 St	14,85
Paroxetin "1A Pharma" 20 mg Filmtabl.	T2	14 St(2)	7,95
	T2	30 St	14,95
Paroxetin "Aristo" 20 mg Filmtabl.	T2	10 St(2)	5,55
	T2	30 St	14,85
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

Bezeichnung	T	OP	KVP in €
<b>Paroxetin 0,04</b>			
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 "Viatris" 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
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

Bezeichnung	T	OP	KVP in €
Sertralin "Sandoz" 100 mg Filmtabl.	T2	10 St(2)	3,50
	T2	30 St	10,45
Sertralin "Viatris" 100 mg Filmtabl.		14 St	4,65
		28 St	9,35

### 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

Ciprallex 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 "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

Ciprallex 10 mg Filmtabl.	T2	14 St	3,35
	T2	28 St	6,75
Escitalopram "+pharma" 10 mg Filmtabl.	T2	20 St	4,20
	T2	30 St	6,20
Escitalopram "1A Pharma" 10 mg Filmtabl.	T2	10 St(2)	2,10
	T2	30 St	6,25
Escitalopram "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

Bezeichnung	T	OP	KVP in €
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 "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
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 "I@ctavis" 15 mg Filmtabl.	T2	30 St	5,95
Mirtazapin "Actavis" 15 mg Schmelztabl.		30 St	7,10
Mirtazapin "Bluefish" 15 mg Schmelztabl.		30 St	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 "I@ctavis" 30 mg Filmtabl.	T2	30 St	5,95
Mirtazapin "Actavis" 30 mg Schmelztabl.		30 St	7,65
Mirtazapin "Aristo" 30 mg Filmtabl.	T2	30 St	6,70
Mirtazapin "Bluefish" 30 mg Schmelztabl.		30 St	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 "I@ctavis" 45 mg Filmtabl.		30 St	5,95
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
Mirtel 45 mg Filmtabl.		30 St	9,75

## N06AX12 Bupropion

### Bupropion 0,15

Bupropion "+pharma" 150 mg Tabl. mit veränderter Wirkstofffreisetzung	7 St(2)	2,55
	30 St	10,75
Bupropion "1A Pharma" 150 mg Tabl. mit veränderter Wirkstofffreisetzung	10 St(2)	3,10
	30 St	9,35
Bupropion "Genericon" 150 mg Tabl. mit veränderter Wirkstofffreisetzung	7 St(2)	3,15
	30 St	13,10
Bupropion "neuraxpharm" 150 mg Tabl. mit veränderter Wirkstofffreisetzung	10 St(2)	3,65
	30 St	10,75
Bupropion "ratiopharm" 150 mg Tabl. mit veränderter Wirkstofffreisetzung	7 St(2)	3,15
	30 St	13,10
Wellbutrin XR 150 mg Retardtabl.	7 St(2)	6,40
	30 St	18,10

Bezeichnung	T	OP	KVP in €
<b>Bupropion 0,3</b>			
Bupropion "1A Pharma" 300 mg Tabl. mit veränderter Wirkstofffreisetzung		10 St(2)	5,20
		30 St	14,95
Bupropion "neuraxpharm" 300 mg Tabl. mit veränderter Wirkstofffreisetzung		10 St(2)	6,15
		30 St	17,70
Bupropion "ratiopharm" 300 mg Tabl. mit veränderter Wirkstofffreisetzung		10 St(2)	7,50
		30 St	21,20
Wellbutrin XR 300 mg Retardtabl.		7 St(2)	10,45
		30 St	29,00

### N06AX14 Tianeptin

#### Tianeptin 0,0125

N P Stablon Drag.		30 St	8,50
		90 St	23,90

### N06AX16 Venlafaxin

#### Venlafaxin 0,0375

Venlafab 37,5 mg Retardkaps.		20 St	3,90
		30 St	5,85
Venlafaxin "1A Pharma GmbH" 37,5 mg Hartkaps., retardiert		10 St(2)	1,50
		30 St	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)	1,95
		30 St	5,90
Velostad 75 mg Hartkaps., retardiert		10 St(2)	1,60
		30 St	4,50
Venlafab 75 mg Retardkaps.		20 St	3,90
		30 St	5,90
Venlafaxin "lactavis" 75 mg Hartkaps., retardiert		10 St(2)	1,50
		30 St	4,30
Venlafaxin "+pharma" 75 mg Retardtabl.		10 St(2)	1,75
		30 St	5,00
Venlafaxin "1A Pharma GmbH" 75 mg Hartkaps., retardiert		10 St(2)	1,50
		30 St	4,50
Venlafaxin "Aristo" ER 75 mg Hartkaps.		10 St(2)	1,95
		30 St	5,90
Venlafaxin "Bluefish" 75 mg Hartkaps., retardiert		10 St(2)	1,45
		30 St	4,25
Venlafaxin "Genericon" 75 mg Retardkaps.		10 St(2)	1,95
		30 St	5,90
Venlafaxin "Krka" 75 mg Retardkaps.		10 St(2)	1,95
		30 St	5,90
Venlafaxin "Sandoz GmbH" 75 mg Hartkaps., retardiert		10 St(2)	1,50
		30 St	4,50

#### 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

Bezeichnung	T	OP	KVP in €
Venlafaxin "l@ctavis" 150 mg Hartkaps., retardiert		10 St(2) 30 St	2,85 8,60
Venlafaxin "+pharma" 150 mg Retardtabl.		10 St(2) 30 St	3,70 10,55
Venlafaxin "1A Pharma GmbH" 150 mg Hartkaps., retardiert		10 St(2) 30 St	3,00 9,00
Venlafaxin "Aristo" ER 150 mg Hartkaps.		10 St(2) 30 St	3,60 10,55
Venlafaxin "Bluefish" 150 mg Hartkaps., retardiert		10 St(2) 30 St	2,80 8,55
Venlafaxin "Genericon" 150 mg Retardkaps.		10 St(2) 30 St	4,20 10,55
Venlafaxin "Krka" 150 mg Retardkaps.		10 St(2) 30 St	4,20 10,55
Venlafaxin "Sandoz GmbH" 150 mg Hartkaps., retardiert		10 St(2) 30 St	3,00 9,00

#### Venlafaxin 0,225

Velostad 225 mg Hartkaps., retardiert		10 St(2) 30 St	3,80 11,10
Venlafaxin "1A Pharma GmbH" 225 mg Hartkaps., retardiert		10 St(2) 30 St	3,40 10,00
Venlafaxin "Genericon" 225 mg Retardtabl.		10 St(2) 30 St	5,75 16,45
Venlafaxin "Sandoz GmbH" 225 mg Hartkaps., retardiert		10 St(2) 30 St	3,05 9,20

### N06AX17 Milnacipran

#### Milnacipran 0,025

Milnacipran "Rivopharm" 25 mg Hartkaps.		28 St 56 St	6,15 10,35
---	--	----------------	---------------

#### Milnacipran 0,05

Milnacipran "Rivopharm" 50 mg Hartkaps.		28 St 56 St	9,65 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) 30 St	2,60 5,60
N P Duloxetin "+pharma" 30 mg magensaftresistente Hartkaps.		20 St 30 St	2,90 4,40
N P Duloxetin "1A Pharma" 30 mg magensaftresistente Hartkaps.		14 St(2) 30 St	2,20 4,80
N P Duloxetin "Accord" 30 mg magensaftresistente Hartkaps.		14 St(2) 30 St	2,05 4,40
N P Duloxetin "Genericon" 30 mg magensaftresistente Hartkaps.		20 St 30 St	3,75 5,60
N P Duloxetin "Krka" 30 mg magensaftresistente Hartkaps.		14 St(2) 30 St	2,60 5,60
N P Duloxetin "neuraxpharm" 30 mg magensaftresistente Hartkaps.		14 St 28 St	1,90 3,80
N P Duloxetin "ratiopharm GmbH" 30 mg magensaftresistente Hartkaps.		14 St(2) 30 St	2,05 4,40
N P Duloxetin "Sandoz" 30 mg magensaftresistente Hartkaps.		14 St(2) 30 St	2,60 5,60

Bezeichnung		T	OP	KVP in €
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
<b>Duloxetin 0,06</b>				
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 "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 SG	Medikinet 5 mg Tabl.	T2	20 St	3,40
		T2	30 St	4,40

**Methylphenidat 0,01**

KNP SG	Ritalin 10 mg Tabl.	T2	30 St(2)	7,00
-----------	---------------------	----	----------	------

**Methylphenidat 0,02**

KNP SG	Medikinet 20 mg Tabl.	T2	20 St	8,50
		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. Demenz vom Alzheimer-Typ Erstdiagnose und regelmäßige Kontrollen durch NeurologInnen/PsychiaterInnen Nicht in Kombination mit anderen Arzneimitteln gegen Demenz		10 St(2)	3,90
			30 St(3)	11,35

Bezeichnung		T	OP	KVP in €
IND	<b>Donepezil HCl "1A Pharma" 5 mg Filmtabl.</b> Demenz vom Alzheimer-Typ Erstdiagnose und regelmäßige Kontrollen durch NeurologInnen/PsychiaterInnen Nicht in Kombination mit anderen Arzneimitteln gegen Demenz		10 St(2) 30 St(3)	4,20 12,30
IND	<b>Donepezil "Accord" 5 mg Filmtabl.</b> Demenz vom Alzheimer-Typ Erstdiagnose und regelmäßige Kontrollen durch NeurologInnen/PsychiaterInnen Nicht in Kombination mit anderen Arzneimitteln gegen Demenz		10 St(2) 30 St(3)	4,20 12,30
IND	<b>Donepezil "Bluefish" 5 mg Filmtabl.</b> Demenz vom Alzheimer-Typ Erstdiagnose und regelmäßige Kontrollen durch NeurologInnen/PsychiaterInnen Nicht in Kombination mit anderen Arzneimitteln gegen Demenz		7 St(2) 28 St(3)	2,65 10,50
IND	<b>Donepezil "Krka" 5 mg Filmtabl.</b> Demenz vom Alzheimer-Typ Erstdiagnose und regelmäßige Kontrollen durch NeurologInnen/PsychiaterInnen Nicht in Kombination mit anderen Arzneimitteln gegen Demenz		10 St(2) 30 St(3)	4,20 12,30
IND	<b>Donepezil "Stada" 5 mg Filmtabl.</b> Demenz vom Alzheimer-Typ Erstdiagnose und regelmäßige Kontrollen durch NeurologInnen/PsychiaterInnen Nicht in Kombination mit anderen Arzneimitteln gegen Demenz		14 St 28 St(3)	5,45 10,60

#### Donepezil 0,01

IND	<b>Donepezil "+pharma" 10 mg Filmtabl.</b> Demenz vom Alzheimer-Typ Erstdiagnose und regelmäßige Kontrollen durch NeurologInnen/PsychiaterInnen Nicht in Kombination mit anderen Arzneimitteln gegen Demenz		30 St(3)	21,90
IND	<b>Donepezil HCl "1A Pharma" 10 mg Filmtabl.</b> Demenz vom Alzheimer-Typ Erstdiagnose und regelmäßige Kontrollen durch NeurologInnen/PsychiaterInnen Nicht in Kombination mit anderen Arzneimitteln gegen Demenz	T2	30 St(3)	23,85
IND	<b>Donepezil "Accord" 10 mg Filmtabl.</b> Demenz vom Alzheimer-Typ Erstdiagnose und regelmäßige Kontrollen durch NeurologInnen/PsychiaterInnen Nicht in Kombination mit anderen Arzneimitteln gegen Demenz		30 St(3)	23,85
IND	<b>Donepezil "Bluefish" 10 mg Filmtabl.</b> Demenz vom Alzheimer-Typ Erstdiagnose und regelmäßige Kontrollen durch NeurologInnen/PsychiaterInnen Nicht in Kombination mit anderen Arzneimitteln gegen Demenz		28 St(3)	20,35
IND	<b>Donepezil "Krka" 10 mg Filmtabl.</b> Demenz vom Alzheimer-Typ Erstdiagnose und regelmäßige Kontrollen durch NeurologInnen/PsychiaterInnen Nicht in Kombination mit anderen Arzneimitteln gegen Demenz		30 St(3)	23,85
IND	<b>Donepezil "Stada" 10 mg Filmtabl.</b> 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	<b>Nimvastid 1,5 mg Hartkaps.</b> 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
-----	--	--	----------------	----------------

Bezeichnung		T	OP	KVP in €
<b>Rivastigmin 0,003</b>				
IND	<b>Nimvastid 3 mg Hartkaps.</b> 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
<b>Rivastigmin 0,0045</b>				
IND	<b>Nimvastid 4,5 mg Hartkaps.</b> 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
<b>Rivastigmin 0,0046/die</b>				
IND	<b>Rivastigmin "1A Pharma" 4,6 mg/24 h transdermales Pflaster</b> 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	<b>Rivastigmin "Stada" 4,6 mg/24 h transdermales Pflaster</b> 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
<b>Rivastigmin 0,006</b>				
IND	<b>Nimvastid 6 mg Hartkaps.</b> 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
<b>Rivastigmin 0,0095/die</b>				
IND	<b>Rivastigmin "1A Pharma" 9,5 mg/24 h transdermales Pflaster</b> 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	<b>Rivastigmin "Stada" 9,5 mg/24 h transdermales Pflaster</b> Demenz vom Alzheimer-Typ Erstdiagnose und regelmäßige Kontrollen durch NeurologInnen/PsychiaterInnen Nicht in Kombination mit anderen Arzneimitteln gegen Demenz		30 St(3)	27,25
<b>Rivastigmin 0,0133/die</b>				
IND	<b>Rivastigmin "1A Pharma" 13,3 mg/24 h transdermales Pflaster</b> 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	<b>Rivastigmin "Stada" 13,3 mg/24 h transdermales Pflaster</b> Demenz vom Alzheimer-Typ Erstdiagnose und regelmäßige Kontrollen durch NeurologInnen/PsychiaterInnen Nicht in Kombination mit anderen Arzneimitteln gegen Demenz		30 St(3)	27,25
<b>N06DA04 Galantamin</b>				
<b>Galantamin 0,008</b>				
IND	<b>Galantamin "Krka" 8 mg Retardkaps.</b> 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

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

### Galantamin 0,016

<b>IND Galantamin "Krka" 16 mg Retardkaps.</b>		30 St(3)	23,85
Demenz vom Alzheimer-Typ			
Erstdiagnose und regelmäßige Kontrollen durch NeurologInnen/PsychiaterInnen			
Nicht in Kombination mit anderen Arzneimitteln gegen Demenz			

### Galantamin 0,024

<b>IND Galantamin "Krka" 24 mg Retardkaps.</b>		30 St(3)	23,85
Demenz vom Alzheimer-Typ			
Erstdiagnose und regelmäßige Kontrollen durch NeurologInnen/PsychiaterInnen			
Nicht in Kombination mit anderen Arzneimitteln gegen Demenz			

## N06DX Andere Antidemantiva N06DX01 Memantin

### Memantin 0,01

<b>IND Memantin "ratiopharm GmbH" 10 mg Filmtabl.</b>	T2	14 St	2,75
	T2	28 St(3)	5,45
Demenz vom Alzheimer-Typ			
Erstdiagnose und regelmäßige Kontrollen durch NeurologInnen/PsychiaterInnen			
Nicht in Kombination mit anderen Arzneimitteln gegen Demenz			
<b>IND Memantin "Stada" 10 mg Filmtabl.</b>	T2	14 St	3,25
	T2	28 St(3)	6,55
Demenz vom Alzheimer-Typ			
Erstdiagnose und regelmäßige Kontrollen durch NeurologInnen/PsychiaterInnen			
Nicht in Kombination mit anderen Arzneimitteln gegen Demenz			
<b>IND Memolan 10 mg Filmtabl.</b>	T2	10 St	1,95
	T2	30 St(3)	5,85
Demenz vom Alzheimer-Typ			
Erstdiagnose und regelmäßige Kontrollen durch NeurologInnen/PsychiaterInnen			
Nicht in Kombination mit anderen Arzneimitteln gegen Demenz			

### Memantin 0,02

<b>IND Memantin "ratiopharm GmbH" 20 mg Filmtabl.</b>		14 St	5,45
		28 St(3)	10,60
Demenz vom Alzheimer-Typ			
Erstdiagnose und regelmäßige Kontrollen durch NeurologInnen/PsychiaterInnen			
Nicht in Kombination mit anderen Arzneimitteln gegen Demenz			
<b>IND Memantin "Stada" 20 mg Filmtabl.</b>		14 St	6,55
		28 St(3)	12,75
Demenz vom Alzheimer-Typ			
Erstdiagnose und regelmäßige Kontrollen durch NeurologInnen/PsychiaterInnen			
Nicht in Kombination mit anderen Arzneimitteln gegen Demenz			
<b>IND Memolan 20 mg Filmtabl.</b>		10 St	3,90
		30 St(3)	11,35
Demenz vom Alzheimer-Typ			
Erstdiagnose und regelmäßige Kontrollen durch NeurologInnen/PsychiaterInnen			
Nicht in Kombination mit anderen Arzneimitteln gegen Demenz			

## N06DX02 Ginkgoblatt

### Ginkgoblatt 0,04

<b>Tebofortan 40 mg Filmtabl.</b>		20 St(2)	3,95
		50 St	8,45

### Ginkgoblatt 0,04/ml

<b>Tebofortan 4 % Tropf.</b>		20 ml(2)	4,20
		1 ml = 20 Tr.	
		50 ml	9,15
		1 ml = 20 Tr.	

### Ginkgoblatt 0,08

<b>Cerebokan Filmtabl.</b>		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**

<b>P</b> Campral Filmtabl.		84 St	37,00
<i>zur medikamentösen Unterstützung der Entzugsbehandlung bei Alkoholkranken</i>		168 St	63,80

**N07BB04 Naltrexon****Naltrexon 0,05**

<b>P</b> Dependex 50 mg Filmtabl.	T2	28 St	52,70
<i>zur medikamentösen Unterstützung der Entzugsbehandlung bei Alkoholkranken</i>			
<b>P</b> Naltrexon "Accord" 50 mg Filmtabl.	T2	28 St	44,80
<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
		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
		60 St	9,45
Betahistin "ratiopharm" 24 mg Tabl.	T2	20 St(2)	3,80
	T2	60 St	9,45
Betahistin "Viartis" 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	Ivermectin "Stada" 3 mg Tabl. Zur Behandlung der Skabies bei PatientInnen mit mindestens 15 kg Körpergewicht.		4 St(2)	18,40
IND	Scabioral 3 mg Tabl. Zur Behandlung der Skabies bei PatientInnen mit mindestens 15 kg Körpergewicht.		4 St(2)	22,30

**P03 MITTEL GEGEN EKTOPARASITEN, INKL. ANTISCABIOSA, INSEKTIZIDE****P03A MITTEL GEGEN EKTOPARASITEN, INKL. ANTISCABIOSA****P03AC Pyrethrine, inkl. synthetische Verbindungen****P03AC04 Permethrin****Permethrin 0,05/g**

	Infectoscab 5 % Creme		30 g	21,40
--	-----------------------	--	------	-------

**R RESPIRATIONSTRAKT**  
**R01 RHINOLOGIKA**  
**R01A DEKONGESTIVA UND ANDERE RHINOLOGIKA ZUR TOPISCHEN**  
**ANWENDUNG**  
**R01AA Sympathomimetika, rein**

**Amidephrinmesylat 0,001/ml**

Fentrinol Nasentropf.

12 ml  
1 ml = 25 Tr.

2,85

**R01AA08 Naphazolin****Naphazolin 0,001/ml**

Rhinon Nasentropf.

10 ml  
1 ml = 35 Tr.

2,15

Rhinoperd Nasentropf.

10 ml(2)  
1 ml = 28 Tr.

2,20

**R01AB Sympathomimetika, Kombinationen exkl. Corticosteroide**  
**R01AB02 Naphazolin**

**Naphazolin 0,0005, Diphenhydramin 0,001/ml**

Coldistan Nasentropf.

10 ml  
1 ml = 25 Tr.

2,85

**R01AB05 Ephedrin****Ephedrin laevulin. 0,02, Silbereiweiß 0,025/ml**

Coldargan Lsg.

10 ml  
1 ml = 27 Tr.

6,35

**R01AC Antiallergika, exkl. Corticosteroide**  
**R01AC01 Cromoglicinsäure**

**Cromoglicinsäure 0,0028/Hb**IND Lomusol Nasenspray  
allerg. Rhinitis20 ml  
140 Hb

9,40

**R01AC02 Levocabastin****Levocabastin 0,00005/Hb**IND Livostin Nasenspray  
allerg. Rhinitis10 ml  
100 Hb

8,40

**R01AC03 Azelastin****Azelastin 0,00014/Hb**IND Allergodil Nasenspray  
allerg. Rhinitis10 ml  
70 Hb

8,75

**R01AD Corticosteroide**  
**R01AD08 Fluticason**

**Fluticason 0,00005/Hb**IND Flixonase aquosum Nasenspray  
allerg. Rhinitis15 g  
120 Hb

15,70

**R01AD09 Mometason****Mometason 0,00005/Hb**IND Mometason "Cipla" 50 mcg/Sprühstoß Nasenspray  
allerg. Rhinitis; Behandlung nasaler Polypen18 g  
140 Hb

6,30

IND Mometason "Hexal" 50 mcg/Sprühstoß Nasenspray  
allerg. Rhinitis; Behandlung nasaler Polypen18 g  
140 Hb

6,30

IND Mometason "ratiopharm" 50 mcg/Sprühstoß Nasenspray  
allerg. Rhinitis; Behandlung nasaler Polypen18 g  
140 Hb

5,70

**R01AD12 Fluticasonfuroat****Fluticasonfuroat 0,000275/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	21,50
-----	---	----------------	-------

**R01AD59 Mometason, Kombinationen****Mometasonfuroat 0,000025, Olopatadin 0,0006/Hb**

IND	Ryaltris 25 mcg/600 mcg pro Sprühstoß Nasenspray, Susp. Zur Behandlung mäßig bis stark ausgeprägter Nasensymptome der mittelschweren bis schweren allergischen Rhinitis bei PatientInnen ab 12 Jahren, wenn eine Monotherapie entweder mit einem Antihistaminikum oder intranasalen Corticosteroid nicht ausreichend ist.	240 Hb	14,95
-----	--	--------	-------

**R01AX Andere Rhinologika****R01AX03 Ipratropiumbromid****Ipratropiumbromid 0,000021/Hb**

	Nasipral 0,3 mg/ml Nasenspray	20 ml 240 Hb	9,20
--	-------------------------------	-----------------	------

**R02 HALS- UND RACHENTHERAPEUTIKA**  
**R02A HALS- UND RACHENTHERAPEUTIKA**  
**R02AA Antiseptika**  
**R02AA02 Dequalinium**

**Dequalinium 0,0001/ml**

	Tonsillol Gurgellsg.	60 ml(2)	1,80
--	----------------------	----------	------

**R03 MITTEL BEI OBSTRUKTIVEN ATEMWEGSERKRANKUNGEN****R03A INHALATIVE SYMPATHOMIMETIKA****R03AC Selektive Beta2-Adrenorezeptor-Agonisten****R03AC02 Salbutamol****Salbutamol 0,0001/Hb**

	Novolizer Salbutamol "Meda" 100 mcg Plv. zur Inh. + Inhalator	200 Hb	9,60
	Novolizer Salbutamol "Meda" 100 mcg Plv. zur Inh. Nachfüllpackung	200 Hb(2)	6,90
	Sultanol Dosieraerosol FCKW-frei	1 St(2) 200 Hb	4,90

**Salbutamol 0,0002/Hb**

	Sultanol Diskus 0,2 mg Plv. zur Trockeninh.	60 St(2)	8,45
--	---	----------	------

**Salbutamol 0,005/ml**

	Sultanol Inh.lsg.	10 ml(2)	3,65
--	-------------------	----------	------

**R03AC04 Fenoterol****Fenoterol 0,0001/Hb**

	Berotec 100 mcg Dosieraerosol	14 g(2) 200 Hb	6,20
--	-------------------------------	-------------------	------

**R03AC12 Salmeterol****Salmeterol 0,000025/Hb**

IND	<b>Serevent Evohaler 25 mcg/Sprühstoß Dosieraerosol</b> Mittelschweres bis schweres Asthma mit nächtlichen Anfällen; stabile mittelgradige bis schwere COPD	1 St(2) 120 Hb	31,00
-----	--	-------------------	-------

**Salmeterol 0,00005/Hb**

IND	<b>Serevent Diskus Plv. zur Trockeninh.</b> Mittelschweres bis schweres Asthma mit nächtlichen Anfällen; stabile mittelgradige bis schwere COPD	60 St(2)	31,00
-----	--	----------	-------

**R03AC13 Formoterol****Formoterol 0,000012/Hb**

IND	<b>Forair 12 mcg Dosieraerosol</b> Mittelschweres bis schweres Asthma mit nächtlichen Anfällen; stabile mittelgradige bis schwere COPD	120 Hb	35,25
IND	<b>Novolizer Formoterol "Meda" 12 mcg Plv. zur Inh. + Inhalator</b> Mittelschweres bis schweres Asthma mit nächtlichen Anfällen; stabile mittelgradige bis schwere COPD	60 Hb	19,20
IND	<b>Novolizer Formoterol "Meda" 12 mcg Plv. zur Inh. Nachfüllpackung</b> Mittelschweres bis schweres Asthma mit nächtlichen Anfällen; stabile mittelgradige bis schwere COPD	60 Hb(2)	19,20
IND	<b>Oxis Turbohaler 12 mcg Dosier-Pulverinhalator</b> 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	<b>Seretide levis 25 mcg/50 mcg pro Sprühstoß Druckgasinh.</b> Mittelschweres Asthma mit nächtlichen Anfällen	1 St 120 Hb	26,90
-----	--	----------------	-------

**Salmeterol 0,000025, Fluticasonpropionat 0,000125/Hb**

IND	<b>Seretide standard 25 mcg/125 mcg pro Sprühstoß Druckgasinh.</b> Mittelschweres bis schweres Asthma mit nächtlichen Anfällen	1 St 120 Hb	38,10
IND	<b>Zoreeda 25 mcg/125 mcg pro Dosis Druckgasinh., Susp.</b> Mittelschweres bis schweres Asthma mit nächtlichen Anfällen	1 St 120 Hb	28,30

**Salmeterol 0,000025, Fluticasonpropionat 0,00025/Hb**

IND	<b>Seretide forte 25 mcg/250 mcg pro Sprühstoß Druckgasinh.</b> Mittelschweres bis schweres Asthma mit nächtlichen Anfällen	1 St 120 Hb	38,10
IND	<b>Zoreeda 25 mcg/250 mcg pro Dosis Druckgasinh., Susp.</b> Mittelschweres bis schweres Asthma mit nächtlichen Anfällen	1 St 120 Hb	28,30

**Salmeterol 0,00005, Fluticasonpropionat 0,0001/Hb**

IND	<b>Everio Airmaster 50 mcg/100 mcg einzeldosiertes Plv. zur Inh.</b> Mittelschweres Asthma mit nächtlichen Anfällen	1 St(3) 60 Hb	8,60
IND	<b>Salmeterol/Fluticason "Stada" 50 mcg/100 mcg einzeldosiertes Plv. zur Inh.</b> Mittelschweres Asthma mit nächtlichen Anfällen	1 St(3) 60 Hb	8,65

**Salmeterol 0,00005, Fluticasonpropionat 0,00025/Hb**

IND	<b>AirFluSal Forspiro 50 mcg/250 mcg einzeldosiertes Plv. zur Inh.</b> Mittelschweres bis schweres Asthma mit nächtlichen Anfällen	1 St(3) 60 Hb	19,35
IND	<b>Everio Airmaster 50 mcg/250 mcg einzeldosiertes Plv. zur Inh.</b> Mittelschweres bis schweres Asthma mit nächtlichen Anfällen	1 St(3) 60 Hb	16,40
IND	<b>Salmecomp 50 mcg/250 mcg einzeldosiertes Plv. zur Inh.</b> Mittelschweres bis schweres Asthma mit nächtlichen Anfällen	1 St(3) 60 Hb	19,35
IND	<b>Salmeterol/Fluticason "Stada" 50 mcg/250 mcg einzeldosiertes Plv. zur Inh.</b> Mittelschweres bis schweres Asthma mit nächtlichen Anfällen	1 St(3) 60 Hb	16,55
IND	<b>Seretide Diskus standard 50 mcg/250 mcg einzeldosiertes Plv. zur Inh.</b> 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	<b>AirFluSal Forspiro 50 mcg/500 mcg einzeldosiertes Plv. zur Inh.</b> 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	<b>Everio Airmaster 50 mcg/500 mcg einzeldosiertes Plv. zur Inh.</b> 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	<b>Salmecomp 50 mcg/500 mcg einzeldosiertes Plv. zur Inh.</b> 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	<b>Salmeterol/Fluticason "Stada" 50 mcg/500 mcg einzeldosiertes Plv. zur Inh.</b> 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	<b>Seretide Diskus forte 50 mcg/500 mcg einzeldosiertes Plv. zur Inh.</b> Mittelschweres bis schweres Asthma mit nächtlichen Anfällen; PatientInnen mit COPD mit FEV1 unter 60 % des Normwertes und wiederholten Exazerbationen (mehr als 1x pro Jahr) nach Erstverordnung durch PulmologInnen	60 St(3)	19,35

### R03AK07 Formoterol und Budesonid

#### Formoterol 0,0000045, Budesonid 0,00008/Hb

IND	<b>Symbicort mite Turbohaler 80 mcg/4,5 mcg pro Dosis Plv. zur Inh.</b> Mittelschweres Asthma mit nächtlichen Anfällen	1 St(2) 60 Hb	27,00
-----	---	------------------	-------

#### Formoterol 0,0000045, Budesonid 0,00016/Hb

IND	<b>Symbicort Turbohaler 160 mcg/4,5 mcg pro Dosis Plv. zur Inh.</b> 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	<b>Symbicort forte Turbohaler 320 mcg/9 mcg pro Dosis Plv. zur Inh.</b> 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	<b>Foster 100 mcg/6 mcg pro Sprühstoß, Druckgasinh., Lsg.</b> Mittelschweres bis schweres Asthma mit nächtlichen Anfällen	120 Hb	40,00
IND	<b>Foster Nexthaler 100 mcg/6 mcg pro Dosis Plv. z. Inh.</b> Mittelschweres bis schweres Asthma mit nächtlichen Anfällen	120 Hb	40,00

### R03AK10 Vilanterol und Fluticasonfuroat

#### Vilanterol 0,000022, Fluticasonfuroat 0,000092/Hb

IND	<b>Relvar Ellipta 92 mcg/22 mcg einzeldosiertes Plv. zur Inh. (CM)</b> 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	<b>Flutiform 50 mcg/5 mcg pro Sprühstoß Druckgasinh. Susp. (CM)</b> 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	Aectura 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	Aectura 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	Aectura Breezhaler 125 mcg/260 mcg Hartkaps. Plv. zur Inh. (PM) Mittelschweres bis schweres Asthma bei PatientInnen ab 12 Jahren, die mit inhalativen Corticosteroiden und inhalativen, kurzwirksamen Beta2-Agonisten nicht ausreichend kontrolliert sind	10 St 30 St(3)	10,35 29,30
-----	--	-------------------	----------------

**R03AL Sympathomimetika in Kombination mit Anticholinergika, inkl. Dreifachkombinationen mit Corticosteroiden  
R03AL01 Fenoterol und Ipratropiumbromid**

**Fenoterol 0,00005, Ipratropiumbromid 0,00002/Hb**

	Berodual Dosieraerosol	1 St(2) 200 Hb	10,50
--	------------------------	-------------------	-------

**Fenoterol 0,0005, Ipratropiumbromid 0,00025/ml**

	Berodualin Inh.lsg.	20 ml(2)	6,35
--	---------------------	----------	------

**R03AL03 Vilanterol und Umeclidiniumbromid**

**Vilanterol 0,000022, Umeclidinium 0,000055/Hb**

IND	Anoro Ellipta 55 mcg/22 mcg einzeldosiertes Plv. zur Inh. COPD ab GOLD Grad B nach Erstverordnung durch PulmologInnen	30 Hb(2)	57,65
-----	--	----------	-------

**R03AL04 Indacaterol und Glycopyrroniumbromid**

**Indacaterol 0,000085, Glycopyrronium 0,000043/Hb**

IND	Ultibro Breezhaler 85 mcg/43 mcg Hartkaps. Plv. zur Inh. COPD ab GOLD Grad B nach Erstverordnung durch PulmologInnen	30 St(2)	64,10
-----	---	----------	-------

**R03AL05 Formoterol und Acridiniumbromid**

**Formoterol 0,000012, Acridinium 0,00034/Hb**

IND	Brimica Genuair 340 mcg/12 mcg Plv. zur Inh. COPD ab GOLD Grad B nach Erstverordnung durch PulmologInnen	60 Hb(2)	51,90
IND	Duaklir Genuair 340 mcg/12 mcg Plv. zur Inh. COPD ab GOLD Grad B nach Erstverordnung durch PulmologInnen	60 Hb(2)	51,90

**R03AL06 Olodaterol und Tiotropiumbromid**

**Olodaterol 0,0000025, Tiotropium 0,000025/Hb**

IND	Spiolto Respimat 2,5 mcg/2,5 mcg Lsg zur Inh. COPD ab GOLD 2 Gruppe B nach Erstverordnung durch PulmologInnen	60 Hb	46,70
IND	Spiolto Respimat 2,5 mcg/2,5 mcg Lsg zur Inh. Nachfüllpackung COPD ab GOLD 2 Gruppe B nach Erstverordnung durch PulmologInnen	1 St(3) 60 Hb	46,70

**R03AL08 Vilanterol, Umeclidiniumbromid und Fluticasonfuroat****Vilanterol 0,00022, Umeclidinium 0,000055, Fluticasonfuroat 0,000092/Hb**

IND	<b>Trelegy Ellipta 92 mcg/55 mcg/22 mcg einzeldosiertes Plv. zur Inh.</b> (PM) COPD ab GOLD 3 und COPD-Assessment-Test (CAT) größer/gleich 10 Punkte, wenn trotz einer täglichen maximal dosierten Therapie mit einem lang wirkenden inhalativen Anticholinergikum plus einem langwirkenden Beta2-Agonisten (LAMA + LABA) oder einem langwirkenden Beta2-Agonisten plus inhalativem Corticosteroid (LABA + ICS) mindestens zwei Exazerbationen oder mindestens eine Exazerbation mit stationärer Spitalsbehandlung in den letzten 12 Monaten auftraten, nach Erstverordnung durch PulmologInnen.	30 Hb	69,45
-----	---	-------	-------

**R03AL09 Formoterol, Glycopyrroniumbromid und Beclometason****Formoterolfumarat Dihydrat 0,000005, Glycopyrronium 0,000009, Beclometasondipropionat 0,000087/Hb**

IND	<b>Trimbow 87 mcg/5 mcg/9 mcg Druckgasinh., Lsg.</b> 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	<b>Trixeo Aerosphere 5 mcg/7,2 mcg /160 mcg Druckgasinh., Susp.</b> (PM) COPD ab GOLD 3 und COPD-Assessment-Test (CAT) größer/gleich 10 Punkte, wenn trotz einer täglichen maximal dosierten Therapie mit einem lang wirkenden inhalativen Anticholinergikum plus einem langwirkenden Beta2-Agonisten (LAMA + LABA) oder einem langwirkenden Beta2-Agonisten plus inhalativem Corticosteroid (LABA + ICS) mindestens zwei Exazerbationen oder mindestens eine Exazerbation mit stationärer Spitalsbehandlung in den letzten 12 Monaten auftraten, nach Erstverordnung durch PulmologInnen.	120 Hb	65,75
-----	---	--------	-------

**R03AL12 Indacaterol, Glycopyrroniumbromid und Mometason****Indacaterol 0,000114, Glycopyrronium 0,000046, Mometasonfuroat 0,000136/Hb**

IND	<b>Energair Breezhaler 114 mcg/46 mcg/136 mcg Hartkaps. Plv. zur Inh.</b> 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	23,50 63,70
-----	--	----------------	----------------

**R03B ANDERE INHALATIVE MITTEL BEI OBSTRUKTIVEN****ATEMWEGSEKRANKUNGEN****R03BA Glucocorticoide****R03BA01 Beclometason****Beclometason 0,0001/Hb**

<b>Aerocortin 100 mcg Autohaler</b>	10 ml 200 Hb	37,10
-------------------------------------	-----------------	-------

**R03BA02 Budesonid****Budesonid 0,0001/Hb**

<b>Pulmicort Turbohaler 0,1 mg Dosier-Pulverinhalator</b>	1 St(2) 200 Hb	18,75
---	-------------------	-------

**Budesonid 0,0002/Hb**

<b>Novolizer Budesonid "Meda" 200 mcg Plv. zur Inh. + Inhalator</b>	200 Hb	27,05
<b>Novolizer Budesonid "Meda" 200 mcg Plv. zur Inh. Nachfüllpackung</b>	200 Hb	21,65
<b>Pulmicort Turbohaler 0,2 mg Dosier-Pulverinhalator</b>	1 St(2) 100 Hb	17,65

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

### Budesonid 0,0004/Hb

Miflonide Breezhaler 400 mcg Hartkaps. Plv. zur Inh.		60 St(2)	17,40
Novolizer Budesonid "Meda" 400 mcg Plv. zur Inh. + Inhalator		100 Hb	27,05
Novolizer Budesonid "Meda" 400 mcg Plv. zur Inh. Nachfüllpackung		100 Hb	21,65
Pulmicort Turbohaler 0,4 mg Dosier-Pulverinhalator		1 St(2) 50 Hb	14,80

### Budesonid 0,0005

F6J Pulmicort 0,5 mg Susp. zur Inh.		20 St	25,70
-------------------------------------	--	-------	-------

### Budesonid 0,001

Pulmicort 1 mg Susp. zur Inh.		20 St	39,55
-------------------------------	--	-------	-------

## R03BA05 Fluticason

### Fluticason 0,00005/Hb

Flixotide junior 0,05 mg Dosieraerosol		1 St(2) 120 Hb	17,65
--	--	-------------------	-------

### Fluticason 0,0001/Hb

Flixotide Diskus junior 0,1 mg Plv. zur Trockeninh.		1 St 60 Hb	18,60
---	--	---------------	-------

### Fluticason 0,000125/Hb

Flixotide standard 0,125 mg Dosieraerosol		1 St(2) 120 Hb	27,90
---	--	-------------------	-------

### Fluticason 0,00025/Hb

Flixotide forte 0,25 mg Dosieraerosol		1 St(2) 120 Hb	46,25
Flixotide Diskus standard 0,25 mg Plv. zur Trockeninh.		1 St 60 Hb	31,00

### Fluticason 0,0005/Hb

Flixotide Diskus forte 0,5 mg Plv. zur Trockeninh.		1 St 60 Hb	49,55
--	--	---------------	-------

## R03BA08 Ciclesonid

### Ciclesonid 0,00008/Hb

Alvesco 80 mcg Dosieraerosol		60 Hb	20,15
------------------------------	--	-------	-------

### Ciclesonid 0,00016/Hb

Alvesco 160 mcg Dosieraerosol		60 Hb(2)	22,40
-------------------------------	--	----------	-------

## R03BB Anticholinergika R03BB01 Ipratropiumbromid

### Ipratropiumbromid 0,00002/Hb

Atrovent Dosieraerosol		1 St(2) 200 Hb	8,25
------------------------	--	-------------------	------

## R03BB04 Tiotropiumbromid

### Tiotropium 0,000025/Hb

IND Spiriva Respimat 2,5 mcg Lsg. zur Inh.		1 St	38,85
COPD ab GOLD 2 nach Erstverordnung durch PulmologInnen		60 Hb	
IND Spiriva Respimat 2,5 mcg Lsg. zur Inh. Nachfüllpackung		1 St(3)	38,85
COPD ab GOLD 2 nach Erstverordnung durch PulmologInnen		60 Hb	

### Tiotropium 0,000018/Hb

IND Spiriva 18 mcg Kaps. mit Inh.plv. + Handihaler		30 St	23,85
COPD ab GOLD 2 nach Erstverordnung durch PulmologInnen			
IND Spiriva 18 mcg Kaps. mit Inh.plv. Nachfüllpackung		30 St(3)	23,85
COPD ab GOLD 2 nach Erstverordnung durch PulmologInnen			



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

IND	Tiotropium "Viatris" 18 mcg Hartkaps. mit Plv. zur Inh. COPD ab GOLD 2 nach Erstverordnung durch PulmologInnen		30 St(3)	19,85
-----	---	--	----------	-------

### R03BB05 Acildiniumbromid

#### Acildinium 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	Increase 55 mcg einzeldosiertes Plv. zur Inh. COPD ab GOLD Grad B nach Erstverordnung durch PulmologInnen		30 Hb(2)	39,60
-----	--	--	----------	-------

## R03C SYMPATHOMIMETIKA ZUR SYSTEMISCHEN ANWENDUNG

### R03CC Selektive Beta2-Adrenorezeptor-Agonisten

#### R03CC02 Salbutamol

#### Salbutamol 0,0004/ml

F14	Sultanol Saft		150 ml(2) 1 ML = 5 ml	3,75
-----	---------------	--	--------------------------	------

#### R03CC03 Terbutalin

#### Terbutalin 0,0005

	Bricanyl 0,5 mg Amp.		5 St(2) 1 ml	8,80
--	----------------------	--	-----------------	------

#### 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

Bezeichnung	T	OP	KVP in €
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 "+pharma" 5 mg Kautabl.		30 St(2)	16,40
Montelukast "Accord" 5 mg Kautabl.		30 St(2)	16,40
Montelukast "Actavis" 5 mg Kautabl.		30 St(2)	16,95
Montelukast "Aristo" 5 mg Kautabl.		10 St	6,35
		30 St(2)	16,50
Montelukast "Krka" 5 mg Kautabl.		30 St(2)	18,20
Montelukast "ratiopharm" 5 mg Kautabl.		30 St(2)	16,75
Montelukast "Sandoz" 5 mg Kautabl.		30 St(2)	16,40
Montelukast "Stada" 5 mg Kautabl.		30 St(2)	16,50
Singulair 5 mg Kautabl. f. Kinder		28 St(2)	17,05

#### Montelukast 0,01

Lanair 10 mg Filmtabl.		30 St(2)	16,80
Montelukast "+pharma" 10 mg Filmtabl.		30 St(2)	16,50
Montelukast "Accord" 10 mg Filmtabl.		30 St(2)	16,50
Montelukast "Actavis" 10 mg Filmtabl.		30 St(2)	16,80
Montelukast "Aristo" 10 mg Filmtabl.		10 St	6,35
		30 St(2)	16,50
Montelukast "Krka" 10 mg Filmtabl.		30 St(2)	18,20
Montelukast "ratiopharm" 10 mg Filmtabl.		30 St(2)	16,75
Montelukast "Sandoz" 10 mg Filmtabl.		10 St	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 ANTITUSSIVA R05CB Mukolytika

#### Spiköl 0,15

Tavipec Kaps.		30 St	4,60
---------------	--	-------	------

### R05CB01 Acetylcystein

#### Acetylcystein 0,2

Acetylcystein "Hexal" 200 mg Gran.		20 St(2)	2,55
Mucobene 200 mg lös. Tabl.	T2	20 St(2)	2,35

#### Acetylcystein 0,6

Acetylcystein "Hexal" 600 mg lös. Tabl.		10 St(2)	3,35
Aeromuc 600 mg lösl. Tabl.	T4	10 St(2)	3,35
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
-------------------------------	--	-----------------------	------

Bezeichnung	T	OP	KVP in €
<b>Ambroxol 0,0075/ml</b>			
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 "Genericon" Lsg.		40 ml(2) 1 ml = 25 Tr.	2,05
		100 ml 1 ml = 25 Tr.	3,90

<b>Ambroxol 0,03</b>			
Ambrobene 30 mg Tabl.	T2	20 St(2)	2,50
Ambroxol "Genericon" 30 mg Tabl.	T2	20 St(2)	2,50

<b>Ambroxol 0,06</b>			
Ambroxol "Genericon" 60 mg lösl. Tabl.	T2	20 St(2)	3,50

### R05CB10 Kombinationen

<b>Ambroxol 0,0015, Clenbuterol 0,000001/ml</b>			
F14 Mucospas Saft		100 ml 1 ML = 5 ml	3,20

<b>Ambroxol 0,03, Clenbuterol 0,00002</b>			
Mucospas Tabl.	T2	20 St(2)	4,80

### R05D ANTITUSSIVA, EXKL. KOMBINATIONEN MIT EXPEKTORANZIEN

#### R05DA Opium-Alkaloide und Derivate

<b>Dihydrocodein 0,01</b>			
Paracodin Tabl.	T2	20 St	3,20

<b>Dihydrocodein 0,01/g</b>			
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

<b>Codein 0,01, Guaifenesin 0,1/ml</b>			
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

<b>Diphenhydramin 0,002/ml</b>			
F14 Dibondrin liquid		100 ml(2)	4,40

<b>Diphenhydramin 0,03</b>			
Dibondrin Amp.		5 St	5,85

Bezeichnung	T	OP	KVP in €
<b>Diphenhydramin 0,05</b>			
Dibondrin Drag.		20 St	3,00
Noctor Drag.		20 St	2,30

### R06AA11 Dimenhydrinat

<b>Dimenhydrinat 0,05</b>			
Vertirosan 50 mg Drag.		10 St(2)	4,70
		40 St	9,40

<b>Dimenhydrinat 0,0925/ml</b>			
Vertirosan Tropf.		20 ml(2)	11,00
		1 ml = 37 Tr.	

### R06AA61 Dimenhydrinat, Kombinationen

<b>Dimenhydrinat 0,05, Pyridoxin 0,025</b>			
Vertirosan Vit. B6 Manteltrag.		10 St(2)	4,70
		40 St	9,40

### R06AE Piperazin-Derivate R06AE07 Cetirizin

<b>Cetirizin 0,001/ml</b>			
F14 Zyrtec 1 mg/ml orale Lsg.		60 ml(2)	4,30

<b>Cetirizin 0,01</b>			
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

<b>Cetirizin 0,01/ml</b>			
F14 Zyrtec 10 mg/ml Tropf.		20 ml	6,20

### R06AE09 Levocetirizin

<b>Levocetirizin 0,005</b>			
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 "Viatrix" 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 Aeries 0,5 mg/ml Lsg. zum Einnehmen		60 ml	4,85
		120 ml	8,10

**Desloratadin 0,005**

Dasseita 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

**R07 ANDERE MITTEL FÜR DEN RESPIRATIONSTRAKT**  
**R07A ANDERE MITTEL FÜR DEN RESPIRATIONSTRAKT**  
**R07AX Andere Mittel für den Respirationstrakt**

**Lyophil., norm. Bakterienlysat 0,0035 zu gleichen Teilen aus den 8 wichtigsten Erregern v. Atemwegserkrankungen**

F14 Broncho-Vaxom 3,5 mg Kaps. f. Kinder		10 St(2)	6,85
		30 St	15,75

**Lyophil., norm. Bakterienlysat 0,007 zu gleichen Teilen aus den 8 wichtigsten Erregern v. Atemwegserkrankungen**

Broncho-Vaxom 7 mg Kaps. f. Erw.		10 St(2)	9,60
		30 St	22,05

**S SINNESORGANE**  
**S01 OPHTHALMIKA**  
**S01A ANTIINFEKTIVA**  
**S01AA Antibiotika**  
**S01AA11 Gentamicin**

**Gentamicin 0,003/g**

Gentax Augensalbe		5 g	8,75
-------------------	--	-----	------

Bezeichnung		T	OP	KVP in €
<b>Gentamicin 0,003/ml</b>				
	Gentax 30 mg/g Augentropf.		5 ml 1 ml = 33 Tr.	8,75
<b>S01AA12 Tobramycin</b>				
<b>Tobramycin 0,003/g</b>				
Au	Tobrex Augensalbe bei Therapieresistenz bzw. Problemkeimen		3,5 g	3,80
<b>S01AA13 Fusidinsäure</b>				
<b>Fusidinsäure 0,01/g</b>				
	Fucithalmic Augengel		3 g 1 g = 20 Tr.	3,70
<b>S01AD Antivirale Mittel S01AD03 Aciclovir</b>				
<b>Aciclovir 0,03/g</b>				
IND	Xorox Augensalbe Herpes simplex corneae		4,5 g	28,95
<b>S01AE Fluorchinolone S01AE01 Ofloxacin</b>				
<b>Ofloxacin 0,003/g</b>				
	Ofloxa-Vision 3 mg/g Augensalbe		3 g	3,75
<b>Ofloxacin 0,003/ml</b>				
	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
<b>S01AE03 Ciprofloxacin</b>				
<b>Ciprofloxacin 0,003/ml</b>				
	Ciloxan Augentropf.		5 ml 1 ml = 29 Tr.	3,60
<b>S01B ANTIPHLOGISTIKA S01BA Corticosteroide, rein S01BA01 Dexamethason</b>				
<b>Dexamethason 0,001/ml</b>				
Au	Monodex 1 mg/ml Augentropf.		10 St(2) 0,4 ml	4,90
<b>S01BA02 Hydrocortison</b>				
<b>Hydrocortison 0,00335/ml</b>				
Au	Softacort 3,35 mg/ml Augentropf. Einzeldosen		30 St	12,15
<b>S01BA04 Prednisolon</b>				
<b>Prednisolon 0,005/g</b>				
Au	Ultracortenol 5 mg/g Augensalbe		5 g	20,80
<b>Prednisolon 0,01/ml</b>				
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	9,60
		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	Iopidine 0,5 % Augentropf.	5 ml	17,45
		1 ml = 33 Tr.	

**S01EA05 Brimonidin****Brimonidin 0,0013/ml**

	Alphagan 0,2 % Augentropf.	1 St(2)	8,00
		1 ml = 28 Tr.	
		5 ml	
	Brimogen 2 mg/ml Augentropf.	5 ml(2)	6,65
	Brimonidintartrat 0,002 entspr. Brimonidin 0,0013	1 ml = 30 Tr.	
	Brimonidin "Arcana" 2 mg/ml Augentropf.	1 St(2)	6,65
	Brimonidintartrat 0,002 entspr. Brimonidin 0,0013	1 ml = 33 Tr.	
		5 ml	

### S01EB Parasympathomimetika S01EB01 Pilocarpin

#### Pilocarpin 0,02/g

Pilocarpin Puroptal 2 % Augentropf.	10 g(2) 1 g = 30 Tr.	19,85
-------------------------------------	-------------------------	-------

### S01EC Carboanhydrasehemmer S01EC01 Acetazolamid

#### Acetazolamid 0,25

Acetazolamid "Agepha" Tabl.	20 St(2)	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) 1 ml = 33 Tr. 5 ml	5,75
Dorzo-Vision 20 mg/ml Augentropf.	5 ml(2) 1 ml = 31 Tr.	5,70
Trusopt Augentropf.	5 ml(2) 1 ml = 37 Tr.	6,85

### 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

Timofthal 0,5 % Augentropf.	5 ml(2) 1 ml = 30 Tr.	3,75
Timoptic 0,5 % Augentropf.	5 ml(2) 1 ml = 33 Tr.	3,00

### S01ED02 Betaxolol

#### Betaxolol 0,0025/ml

Betoptic S Augensusp.	5 ml(2) 1 ml = 24 Tr.	5,10
-----------------------	--------------------------	------

### S01ED51 Timolol, Kombinationen

#### Timolol 0,005, Bimatoprost 0,0003/ml

Bimatoprost/Timolol "1A Pharma" 0,3 mg/ml + 5 mg/ml Augentropf.	3 ml(3) 1 ml = 35 Tr.	8,45
Bimatoprost/Timolol "Stada" 0,3 mg/ml + 5 mg/ml Augentropf.	3 ml(3) 1 ml = 19 Tr.	8,45
BimatoTim-Vision 0,3 mg/ml + 5 mg/ml Augentropf.	3 ml(3) 1 ml = 38 Tr.	6,95
Au Ganfort 0,3 mg/ml + 5 mg/ml Augentropf.	1 St(2) 1 ml = 35 Tr. 3 ml	14,20

#### Timolol 0,005, Brimonidin 0,0013/ml

Combigan Augentropf.	1 St(2) 1 ml = 28 Tr. 5 ml	15,40
----------------------	----------------------------------	-------



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

**Timolol 0,005, Brinzolamid 0,01/ml**

Au	Azarga 10 mg/ml + 5 mg/ml Augentropf.susp.	1 St(2) 1 ml = 30 Tr. 5 ml	14,10
----	--	----------------------------------	-------

**Timolol 0,005, Dorzolamid 0,02/ml**

Au	Dorzastad 20 mg/ml + 5 mg/ml Augentropf.	5 ml(2) 1 ml = 27 Tr.	5,70
Au	DorzoComp-Vision 20 mg/ml + 5 mg/ml Augentropf.	5 ml(2) 1 ml = 29 Tr.	5,70
Au	Dorzolamid + Timolol "1A Pharma" 20 mg/ml + 5 mg/ml Augentropf.	5 ml(3) 1 ml = 25 Tr.	5,50
Au	Dorzolamid + Timolol "Viatrix" 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 "Viatrix" 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 "Viatrix" 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
----	--------------------------------------	--------------------------	------

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

### 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.	9,60
--	--------------------	---------------------------	------

### 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
IND	Zaditen Ophtha Abak 0,25 mg/ml Augentropf. saisonale allergische Conjunctivitis bei Konservierungsmittelallergie oder -unverträglichkeit	5 ml 1 ml = 30 Tr.	10,05

### S01GX09 Olopatadin

#### Olopatadin 0,001/ml

	Olopatadin "Unimed Pharma" 1 mg/ml Augentropf.	5 ml 1 ml = 33 Tr.	7,60
--	--	-----------------------	------

**S01GX10 Epinastin****Epinastin 0,0005/ml**

<b>IND</b>	<b>Relestat 0,5 mg/ml Augentropf.</b> saisonale allergische Conjunctivitis	5 ml 1 ml = 33 Tr.	7,85
------------	---	-----------------------	------

**S01X ANDERE OPHTHALMIKA****S01XA Andere Ophthalmika****S01XA18 Ciclosporin****Ciclosporin 0,001/ml**

<b>Au</b>	<b>Ikervis 1 mg/ml Augentropf., Emulsion (PM)</b>	30 St 0,3 ml	99,05
-----------	---	-----------------	-------

**S01XA20 Künstliche Tränen und andere indifferente Mittel****Hydroxypropylmethylcellulose 0,005/ml**

	<b>Prosicca Augentropf.</b>	10 ml 1 ml = 32 Tr.	9,40
--	-----------------------------	------------------------	------

**S02 OTOLOGIKA****S02C CORTICOSTEROIDE UND ANTIINFEKTIVA IN KOMBINATION****S02CA Corticosteroide und Antiinfektiva in Kombination****S02CA05 Fluocinolonacetonid und Antiinfektiva****Ciprofloxacin 0,003, Fluocinolonacetonid 0,00025/ml**

<b>IND</b>	<b>InfectoCiproCort 3 mg/ml + 0,25 mg/ml Ohrentropf.</b> 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**

	<b>Betnesol Augen-, Ohren-, Nasentropf.</b>	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**

	<b>Betnesol N Augen-, Ohren-, Nasentropf.</b>	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.)**

<b>ADKL</b>	<b>Oralair 100 IR + 300 IR Sublingualtabl.</b>	31 St	91,70
-------------	--	-------	-------

**Gräserpollen 300 IR**

<b>ADKL</b>	<b>Oralair 300 IR Sublingualtabl.</b>	30 St(2)	91,70
-------------	---------------------------------------	----------	-------

**Gräserpollen 75.000 SQ**

<b>ADKL</b>	<b>Grazax 75.000 SQ-T Lyophilisat zum Einnehmen</b>	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) 93,25**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**  
**V03AB Antidote**  
**V03AB15 Naloxon**

**Naloxon 0,0018**

<b>IND</b>	<b>Nyxoid 1,8 mg Nasenspray, Lsg. Einzeldosen</b>	2 St(2)	36,35
	Abgabe an PatientInnen mit Opiatabhängigkeit. Erstverordnung durch ÄrztInnen mit Erfahrung in der Behandlung von Opiatabhängigkeit. Ein entsprechender Nachweis über die Einschulung zur Anwendung von Naloxon ist vor der Erstverordnung gegenüber den betreuenden ÄrztInnen zu erbringen.		

**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

92,70

**V08 KONTRASTMITTEL****V08A RÖNTGENKONTRASTMITTEL, IOD-HALTIG****V08AB Wasserlösliche nephrotrope niederosmolare Röntgenkontrastmittel****V08AB04 Iopamidol****Iopamidol 0,6124/ml**R Jopamiro 300 mg J/ml Stechamp. 100 ml  
für die Urographie

1 St(2)

61,60

R Scanlux 300 mg J/ml Inj.lsg. 50 ml  
für die Phlebographie und Urographie

1 St(2)

31,80

R Scanlux 300 mg J/ml Inj.lsg. 100 ml  
für die Phlebographie und Urographie

1 St(2)

56,05

## Gelber Bereich



**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**

<b>RE1</b>	<b>Nexium 10 mg magensaftresistentes Gran. zur Herst. einer Susp. zum Einnehmen</b> Zur Behandlung der symptomatischen gastro-oesophagealen Refluxkrankheit (GERD) bei Kindern von 1 bis einschließlich 11 Jahren, wenn mit Therapiealternativen aus dem Grünen Bereich nicht das Auslangen gefunden werden kann für maximal 8 Wochen. Nach vier Wochen soll das Ansprechen durch FachärztInnen für Kinderheilkunde oder Innere Medizin überprüft werden und die Behandlung nur dann weitergeführt werden, wenn ein Ansprechen auf die Behandlung festgestellt werden konnte. Diagnosestellung und Erstverordnung durch FachärztInnen für Kinderheilkunde oder Innere Medizin.	28 St	30,55
------------	---	-------	-------

**A03 MITTEL BEI FUNKTIONELLEN GASTROINTESTINALEN STÖRUNGEN**  
**A03A MITTEL BEI FUNKTIONELLEN GASTROINTESTINALEN STÖRUNGEN**  
**A03AB Synthetische Anticholinergika, quartäre Ammonium-Verbindungen**  
**A03AB02 Glycopyrroniumbromid**

**Glycopyrroniumbromid 0,00032/ml**

<b>RE1</b>	<b>Sialanar 320 mcg/ml Lsg. zum Einnehmen</b> Bei PatientInnen ab 3 bis unter 18 Jahren mit chronischen neurologischen Erkrankungen und sehr schwerer Sialorrhö, definiert als nasse Kleidung, Hände und Gegenstände an 5 bis 7 Tagen pro Woche, in Kombination mit nicht-medikamentösen Best Supportive Care-Maßnahmen. Diagnosestellung, Erstverordnung und regelmäßige Kontrolle durch PädiaterInnen oder NeurologInnen mit Erfahrung in der Behandlung von Kindern und Jugendlichen mit neurologischen Erkrankungen oder durch spezialisierte Zentren. Regelmäßige Kontrollen in Zeitabständen von maximal 3 Monaten. Die Therapie ist mit Unterbrechungen und jeweils kurzfristig anzuwenden. Dauerhafte oder wiederholte Behandlungen nur nach individueller Nutzen-Risiko-Abwägung. Glycopyrroniumbromid eignet sich für eine chef(kontroll)ärztliche Langzeitbewilligung für 3 Monate (L3).	60 ml 250 ml	110,75 383,10
------------	--	-----------------	------------------

**A03AX Andere Mittel bei funktionellen gastrointestinalen Störungen**  
**A03AX11 Caroverin**

**Caroverin 0,02**

<b>RE1</b>	<b>Spasmium Oralkaps.</b> 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**

<b>RE1</b>	<b>Ocaliva 5 mg Filmtabl. (PM)</b> Bei erwachsenen PatientInnen mit primärer biliärer Cholangitis (PBC) <ul style="list-style-type: none"> <li>- 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</li> <li>- als Monotherapie bei dokumentierter Unverträglichkeit von UDCA.</li> </ul> Die Behandlung mit Obeticholsäure (OCA) kann nur fortgesetzt werden, wenn <ul style="list-style-type: none"> <li>- einen Monat nach Behandlungsbeginn eine AP-Reduktion und</li> <li>- drei Monate nach Behandlungsbeginn eine AP-Reduktion größer/gleich 10 % und</li> <li>- 12 Monate nach Behandlungsbeginn eine AP-Reduktion größer/gleich 20 %</li> </ul> (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**

<b>RE1</b>	<b>Ocaliva 10 mg Filmtabl. (PM)</b> Bei erwachsenen PatientInnen mit primärer biliärer Cholangitis (PBC) <ul style="list-style-type: none"> <li>- 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</li> <li>- als Monotherapie bei dokumentierter Unverträglichkeit von UDCA.</li> </ul> Die Behandlung mit Obeticholsäure (OCA) kann nur fortgesetzt werden, wenn <ul style="list-style-type: none"> <li>- einen Monat nach Behandlungsbeginn eine AP-Reduktion und</li> <li>- drei Monate nach Behandlungsbeginn eine AP-Reduktion größer/gleich 10 % und</li> <li>- 12 Monate nach Behandlungsbeginn eine AP-Reduktion größer/gleich 20 %</li> </ul> (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
------------	--	-------	----------

**A05B LEBERTHERAPIE, LIPOTROPE SUBSTANZEN**  
**A05BA Lebertherapie**

**L-Ornithin-L-Aspartat 3,0/ED**

<b>RE2</b>	<b>Hepa "Merz" 3 g Gran.</b> Latente oder manifeste hepatische Enzephalopathie infolge gestörter Entgiftungsleistung der Leber (z.B. Leberzirrhose) für den in der Fachinformation angegebenen Zeitraum von maximal sechs Wochen im Anschluss an eine i.v. Therapie mit Hepa-Merz.	30 St 50 St	37,20 57,55
------------	---	----------------	----------------

**A06 MITTEL BEI VERSTOPFUNG**  
**A06A MITTEL BEI VERSTOPFUNG**  
**A06AH Periphere Opioidrezeptor-Antagonisten**  
**A06AH01 Methylnaltrexon bromid**

**Methylnaltrexon bromid 0,012**

<b>RE1</b>	<b>Relistor 12 mg/0,6 ml Inj.lsg.</b> Für PatientInnen in fortgeschrittenen Krankheitsstadien zur Behandlung der Opioid-induzierten Obstipation, die eine palliative Behandlung erhalten, bei unzureichendem Ansprechen auf mindestens zwei laxative Therapien mit oralen Laxanzien und/oder rektalen Entleerungshilfen. Engmaschige Kontrolle während der gesamten Therapiedauer durch den behandelnden Arzt/die behandelnde Ärztin. Die Behandlung ist für die Dauer der Opioid-Therapie und des Auftretens der opioid-induzierten Obstipation zu begrenzen und soll vier Monate nicht überschreiten. Bei Nichtansprechen nach dreimaliger Gabe ist die Therapie zu beenden.	1 St	39,60
		7 St	222,30

**A06AH03 Naloxegol****Naloxegol 0,025**

<b>RE1</b>	<b>Moventig 25 mg Filmtabl.</b> Zur Behandlung der Opioid-induzierten Obstipation bei unzureichendem Ansprechen auf zumindest zwei laxative Therapien aus dem Grünen Bereich. Die Behandlung ist auf die Dauer der Opioid-Therapie und des Auftretens der Opioid-induzierten Obstipation zu begrenzen. Bei Nichtansprechen nach 4 Behandlungswochen ist die Therapie mit Naloxegol zu beenden.	10 St	35,25
		30 St	93,75

**A06AX Andere Mittel bei Verstopfung**  
**A06AX04 Linaclotid**

**Linaclotid 0,00029**

<b>RE1</b>	<b>Constella 290 mcg Hartkaps. (PM)</b> 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.	28 St	71,00
------------	---	-------	-------

**A07 ANTIDIARRHOIKA UND INTESTINALE ANTIPLHLOGISTIKA/ANTIINFEKTIVA****A07A INTESTINALE ANTIINFEKTIVA****A07AA Antibiotika****A07AA02 Nystatin****Nystatin 0,5 MIE**

<b>RE1</b>	<b>Mycostatin Filmtabl.</b> Eine Kostenübernahme ist nur möglich zur Therapie der schweren intestinalen Candidamykose bei immunsupprimierten Patienten.	20 St	8,50
		50 St	19,40

**A07AA09 Vancomycin****Vancomycin 0,125**

<b>RE1</b>	<b>Vancomycin "Dr. Eberth" 125 mg Hartkaps.</b> Bei PatientInnen ab 12 Jahren für die Behandlung von schweren oder rezidivierenden Clostridium (Clostridioides) difficile-Infektionen, wenn eine Therapie mit kostengünstigeren Alternativen aus dem Erstattungskodex nicht möglich ist.	12 St	82,40
		28 St	171,95

**Vancomycin 0,25**

<b>RE1</b>	<b>Vancomycin "Dr. Eberth" 250 mg Hartkaps.</b>		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 ANTIPHLOGISTIKA**  
**A07EA Corticosteroide mit lokaler Wirkung**  
**A07EA06 Budesonid**

**Budesonid 0,005**

<b>RE1</b>	<b>Jorveza 0,5 mg Schmelztabl. (EM)</b>		60 St	219,75
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 Gastroskopien durchführen. Budesonid 0,5 mg eignet sich für eine chef(kontroll)ärztliche Langzeitbewilligung für 6 Monate (L6).			

**Budesonid 0,001**

<b>RE1</b>	<b>Jorveza 1 mg Schmelztabl. (EM)</b>		30 St	137,80
	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 <sup>2</sup> ) in zumindest einer Biopsie. Indikationsstellung, regelmäßige Kontrolle und Verordnung durch GastroenterologInnen bzw. FachärztInnen für Chirurgie, die regelmäßig Gastroskopien durchführen.		60 St	244,20

**A07EC Aminosalicylsäure und ähnliche Mittel**  
**A07EC02 Mesalazin**

**Mesalazin 1,0**

<b>RE2</b>	<b>Mesagran 1000 mg magensaftresistentes Retardgran.</b>		50 St	55,30
	Wenn mit Therapiealternativen (Darreichungsformen) aus dem Grünen Bereich nachweislich nicht das Auslangen gefunden werden kann		100 St	97,65
<b>RE2</b>	<b>Pentasa retard 1 g Gran.</b>		50 St	58,10
	Wenn mit Therapiealternativen (Darreichungsformen) aus dem Grünen Bereich nachweislich nicht das Auslangen gefunden werden kann		100 St	109,65

**Mesalazin 1,0**

<b>RE2</b>	<b>Pentasa 1 g Zäpf.</b>		28 St	79,15
	In der Indikation Colitis ulcerosa mit vorwiegendem Befall des Rektums			
<b>RE2</b>	<b>Pentasa Klyisma</b>		7 St	42,55
	In der Indikation Colitis ulcerosa mit vorwiegendem Befall von Rektum und Sigma			

**Mesalazin 1,0/ED**

<b>RE2</b>	<b>Salofalk 1 g/Sprühstoß Rektalschaum</b>		80 g	52,10
	In der Indikation Colitis ulcerosa mit vorwiegendem Befall von Rektum und Sigma		1 ED = 5,7 g	

**Mesalazin 1,2**

<b>RE2</b>	<b>Mezavant 1200 mg magensaftresistente Retardtabl.</b>	T2	60 St	74,55
	Wenn mit Therapiealternativen (Darreichungsformen) aus dem Grünen Bereich nachweislich nicht das Auslangen gefunden werden kann			

**Mesalazin 1,5**

<b>RE2</b>	<b>Mesagran 1500 mg magensaftresistentes Retardgran.</b>		30 St	46,55
	Wenn mit Therapiealternativen (Darreichungsformen) aus dem Grünen Bereich nachweislich nicht das Auslangen gefunden werden kann			

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

### Mesalazin 2,0

RE2	<b>Pentasa retard 2 g Gran.</b> Wenn mit Therapiealternativen (Darreichungsformen) aus dem Grünen Bereich nachweislich nicht das Auslangen gefunden werden kann	60 St	109,90
-----	--	-------	--------

### Mesalazin 3,0

RE2	<b>Mesagran 3000 mg magensaftresistentes Retardgran.</b> Wenn mit Therapiealternativen (Darreichungsformen) aus dem Grünen Bereich nachweislich nicht das Auslangen gefunden werden kann	30 St	87,85
-----	---	-------	-------

### Mesalazin 4,0

RE2	<b>Salofalk 4 g Klysmen</b> 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	<b>Mutaflor mite Kaps.</b> 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	<b>Mutaflor Kaps.</b> 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	<b>Lantus 100 E/ml Inj.lsg. Patronen</b>	5 St	57,80
L12	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).	3 ml	

#### Insulin glargin 300 E/ml

RE2	<b>Toujeo 300 E/ml Inj.lsg. Fertigpen</b>	3 St	47,75
L12	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).	1,5 ml	

#### A10AE05 Insulin detemir

#### Insulin detemir 100 E/ml

RE1	<b>Levemir 100 E/ml Inj.lsg. Fertigpen</b>	5 St	74,25
L12	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).	3 ml	

Bezeichnung		T	OP	KVP in €
RE1 L12	<b>Levemir 100 E/ml Inj.slg. Patronen</b> Für PatientInnen mit Diabetes mellitus Typ 1, wenn mit Insulinen aus dem Grünen Bereich (A10AC) aufgrund von symptomatischen, wiederkehrenden nächtlichen Hypoglykämien eine ausreichende Therapieeinstellung nicht möglich ist. Levemir eignet sich für eine chef(kontroll)ärztliche Langzeitbewilligung für 12 Monate (L12).		5 St 3 ml	74,25

### A10AE06 Insulin degludec

#### Insulin degludec 100 E/ml

RE2 L12	<b>Tresiba 100 E/ml Fertipgen (PM)</b> Bei PatientInnen mit Diabetes mellitus, wenn mit Insulinen aus dem Grünen Bereich (ATC A10AC, A10AD, A10AE) allein bzw. in Kombination mit anderen Antidiabetika aufgrund von symptomatischen, wiederkehrenden nächtlichen Hypoglykämien eine ausreichende Therapieeinstellung nicht möglich ist. Insulin degludec eignet sich für eine chef(kontroll)ärztliche Langzeitbewilligung für 12 Monate (L12).		5 St	76,80
RE2 L12	<b>Tresiba 100 E/ml Patronen (PM)</b> Bei PatientInnen mit Diabetes mellitus, wenn mit Insulinen aus dem Grünen Bereich (ATC A10AC, A10AD, A10AE) allein bzw. in Kombination mit anderen Antidiabetika aufgrund von symptomatischen, wiederkehrenden nächtlichen Hypoglykämien eine ausreichende Therapieeinstellung nicht möglich ist. Insulin degludec eignet sich für eine chef(kontroll)ärztliche Langzeitbewilligung für 12 Monate (L12).		5 St	60,50

### A10B ANTIDIABETIKA, EXKL. INSULINE A10BD Kombinationen von oralen Antidiabetika A10BD05 Metformin und Pioglitazon

#### Metformin 0,85, Pioglitazon 0,015

RE1 L12	<b>Competact 15 mg/850 mg Filmtabl.</b> Bei PatientInnen mit Diabetes Typ II: - Die Therapie darf erst ab einem HbA1c größer 7 begonnen werden. - Die Behandlung mit Pioglitazon/Metformin hat nur als Second-line-Therapie nach Metformin-Monotherapie zu erfolgen. - Die Behandlung mit Pioglitazon/Metformin darf nur bei PatientInnen mit einem Body Mass Index größer 26 begonnen werden. - Keine Kostenübernahme bei Vorliegen schwerwiegender Kontraindikationen (z.B. Herzinsuffizienz, Leberfunktionsstörungen). - Pioglitazon/Metformin darf nicht mit Insulin kombiniert werden. - Regelmäßige HbA1c-Bestimmungen sind durchzuführen. - Pioglitazon/Metformin eignet sich für eine chef(kontroll)ärztliche Langzeitbewilligung für 12 Monate (L12).		56 St	21,70
------------	--	--	-------	-------

### A10BD09 Pioglitazon und Alogliptin

#### Pioglitazon 0,03, Alogliptin 0,0125

RE1 L12	<b>Incesync 12,5 mg/30 mg Filmtabl.</b> Bei PatientInnen mit Diabetes Typ II und mäßiger Niereninsuffizienz (Kreatinin-Clearance größer/gleich 30 bis kleiner/gleich 50 ml/min): - Die Behandlung darf erst ab einem HbA1c größer 7 begonnen werden. - Die Behandlung mit Alogliptin/Pioglitazon hat nur als Second-line-Therapie nach unzureichender Monotherapie mit Pioglitazon zu erfolgen. - Die Kosten werden bei Vorliegen schwerwiegender Kontraindikationen (z.B. Herzinsuffizienz, Leberfunktionsstörungen) nicht übernommen. - Regelmäßige HbA1c-Bestimmungen sind durchzuführen. - Alogliptin/Pioglitazon eignet sich für eine chef(kontroll)ärztliche Langzeitbewilligung für 12 Monate (L12).		28 St	31,20
------------	---	--	-------	-------

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

### **Pioglitazon 0,03, Alogliptin 0,025**

<b>RE1</b>	<b>Incesync 25 mg/30 mg Filmtabl.</b>		28 St	39,60
L12	Bei PatientInnen mit Diabetes Typ II: - Die Behandlung darf erst ab einem HbA1c größer 7 begonnen werden. - Die Behandlung mit Alogliptin/Pioglitazon hat nur als Second-line-Therapie <ul style="list-style-type: none"> <li>• nach unzureichender Monotherapie mit Pioglitazon oder bei Metformin-Unverträglichkeit oder -Kontraindikation oder</li> <li>• 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.</li> </ul> - 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**

<b>RE1</b>	<b>Komboglyze 2,5 mg/850 mg Filmtabl.</b>		56 St	47,70
L6	Bei PatientInnen mit Diabetes Typ II: - Die Behandlung darf erst ab einem HbA1c größer 7 begonnen werden. - Die Behandlung mit Saxagliptin/Metformin hat nur als Second-line-Therapie <ul style="list-style-type: none"> <li>• nach Metformin-Monotherapie oder</li> <li>• als Kombinationstherapie mit Insulin zu erfolgen.</li> </ul> - 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**

<b>RE1</b>	<b>Komboglyze 2,5 mg/1000 mg Filmtabl.</b>		56 St	47,70
L6	Bei PatientInnen mit Diabetes Typ II: - Die Behandlung darf erst ab einem HbA1c größer 7 begonnen werden. - Die Behandlung mit Saxagliptin/Metformin hat nur als Second-line-Therapie <ul style="list-style-type: none"> <li>• nach Metformin-Monotherapie oder</li> <li>• als Kombinationstherapie mit Insulin zu erfolgen.</li> </ul> - 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**

<b>RE2</b>	<b>Jentaduo 2,5 mg/850 mg Filmtabl. (PM)</b>		30 St	25,00
L6	Bei PatientInnen mit Diabetes Typ II: - Die Behandlung darf erst ab einem HbA1c größer 7 begonnen werden. - Die Behandlung hat nur als Second-line-Therapie zu erfolgen. - Regelmäßige HbA1c-Bestimmungen sind durchzuführen. - Linagliptin/Metformin eignet sich für eine chef(kontroll)ärztliche Langzeitbewilligung für 6 Monate (L6).		60 St(2)	47,45

#### **Metformin 1,0, Linagliptin 0,0025**

<b>RE2</b>	<b>Jentaduo 2,5 mg/1000 mg Filmtabl. (PM)</b>		30 St	25,00
L6	Bei PatientInnen mit Diabetes Typ II: - Die Behandlung darf erst ab einem HbA1c größer 7 begonnen werden. - Die Behandlung hat nur als Second-line-Therapie zu erfolgen. - Regelmäßige HbA1c-Bestimmungen sind durchzuführen. - Linagliptin/Metformin eignet sich für eine chef(kontroll)ärztliche Langzeitbewilligung für 6 Monate (L6).		60 St(2)	47,45

**A10BD13 Metformin und Alogliptin****Metformin 0,85, Alogliptin 0,0125**

<b>RE1</b>	<b>Vipdomet 12,5 mg/850 mg Filmtabl.</b>	56 St	39,60
L12	Bei PatientInnen mit Diabetes Typ II: <ul style="list-style-type: none"> <li>- Die Behandlung darf erst ab einem HbA1c größer 7 begonnen werden.</li> <li>- Die Behandlung mit Alogliptin/Metformin hat nur als Second-line-Therapie <ul style="list-style-type: none"> <li>• nach Metformin-Monotherapie oder</li> <li>• 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</li> <li>• als Kombinationstherapie mit Insulin zu erfolgen.</li> </ul> </li> <li>- Regelmäßige HbA1c-Bestimmungen sind durchzuführen.</li> <li>- Alogliptin/Metformin eignet sich für eine chef(kontroll)ärztliche Langzeitbewilligung für 12 Monate (L12).</li> </ul>		

**Metformin 1,0, Alogliptin 0,0125**

<b>RE1</b>	<b>Vipdomet 12,5 mg/1000 mg Filmtabl.</b>	56 St	39,60
L12	Bei PatientInnen mit Diabetes Typ II: <ul style="list-style-type: none"> <li>- Die Behandlung darf erst ab einem HbA1c größer 7 begonnen werden.</li> <li>- Die Behandlung mit Alogliptin/Metformin hat nur als Second-line-Therapie <ul style="list-style-type: none"> <li>• nach Metformin-Monotherapie oder</li> <li>• 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</li> <li>• als Kombinationstherapie mit Insulin zu erfolgen.</li> </ul> </li> <li>- Regelmäßige HbA1c-Bestimmungen sind durchzuführen.</li> <li>- Alogliptin/Metformin eignet sich für eine chef(kontroll)ärztliche Langzeitbewilligung für 12 Monate (L12).</li> </ul>		

**A10BD15 Metformin und Dapagliflozin****Metformin 0,85, Dapagliflozin 0,005**

<b>RE2</b>	<b>Xigduo 5 mg/850 mg Filmtabl. (PM)</b>	56 St(2)	47,70
	Bei PatientInnen mit Diabetes Typ II: <ul style="list-style-type: none"> <li>- Die Behandlung darf erst ab einem HbA1c größer 7 begonnen werden.</li> <li>- Die Behandlung hat nur als Second-line-Therapie zu erfolgen.</li> <li>- Kein Einsatz bei einer Kreatinin-Clearance kleiner 30 ml/min.</li> <li>- Regelmäßige Kontrollen der Nierenfunktionsparameter gemäß Fachinformation.</li> <li>- Regelmäßige HbA1c-Bestimmungen sind durchzuführen.</li> </ul>		

**Metformin 1,0, Dapagliflozin 0,005**

<b>RE2</b>	<b>Xigduo 5 mg/1000 mg Filmtabl. (PM)</b>	56 St(2)	47,70
	Bei PatientInnen mit Diabetes Typ II: <ul style="list-style-type: none"> <li>- Die Behandlung darf erst ab einem HbA1c größer 7 begonnen werden.</li> <li>- Die Behandlung hat nur als Second-line-Therapie zu erfolgen.</li> <li>- Kein Einsatz bei einer Kreatinin-Clearance kleiner 30 ml/min.</li> <li>- Regelmäßige Kontrollen der Nierenfunktionsparameter gemäß Fachinformation.</li> <li>- Regelmäßige HbA1c-Bestimmungen sind durchzuführen.</li> </ul>		

**A10BD19 Linagliptin und Empagliflozin****Linagliptin 0,005; Empagliflozin 0,01**

<b>RE2</b>	<b>Glyxambi 10 mg/5 mg Filmtabl. (PM)</b>	30 St	81,75
	Bei PatientInnen mit Diabetes Typ II: <ul style="list-style-type: none"> <li>- Die Behandlung darf erst ab einem HbA1c größer 7 begonnen werden.</li> <li>- Die Behandlung hat nur als Second-line-Therapie zu erfolgen.</li> <li>- Keine Neueinstellung bei einer Kreatinin-Clearance kleiner 60 ml/min, kein Einsatz bei einer Kreatinin-Clearance kleiner 45 ml/min.</li> <li>- Regelmäßige Kontrollen der Nierenfunktionsparameter.</li> <li>- Regelmäßige HbA1c-Bestimmungen sind durchzuführen.</li> </ul>		

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

### **Linagliptin 0,005; Empagliflozin 0,025**

<b>RE2</b>	<b>Glyxambi 25 mg/5 mg Filmtabl. (PM)</b> 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**

<b>RE2</b>	<b>Synjardy 5 mg/850 mg Filmtabl. (PM)</b> 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 <sup>2</sup> . - Regelmäßige Kontrollen der Nierenfunktionsparameter gemäß Fachinformation. - Regelmäßige HbA1c-Bestimmungen sind durchzuführen.	60 St(2)	46,70
------------	--	----------	-------

#### **Metformin 0,85, Empagliflozin 0,0125**

<b>RE2</b>	<b>Synjardy 12,5 mg/850 mg Filmtabl. (PM)</b> 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 <sup>2</sup> . - Regelmäßige Kontrollen der Nierenfunktionsparameter gemäß Fachinformation. - Regelmäßige HbA1c-Bestimmungen sind durchzuführen.	60 St(2)	46,70
------------	---	----------	-------

#### **Metformin 1,0, Empagliflozin 0,005**

<b>RE2</b>	<b>Synjardy 5 mg/1000 mg Filmtabl. (PM)</b> 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 <sup>2</sup> . - Regelmäßige Kontrollen der Nierenfunktionsparameter gemäß Fachinformation. - Regelmäßige HbA1c-Bestimmungen sind durchzuführen.	60 St(2)	46,70
------------	---	----------	-------

#### **Metformin 1,0, Empagliflozin 0,0125**

<b>RE2</b>	<b>Synjardy 12,5 mg/1000 mg Filmtabl. (PM)</b> 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 <sup>2</sup> . - Regelmäßige Kontrollen der Nierenfunktionsparameter gemäß Fachinformation. - Regelmäßige HbA1c-Bestimmungen sind durchzuführen.	60 St(2)	46,70
------------	--	----------	-------

### **A10BD21 Saxagliptin und Dapagliflozin**

#### **Saxagliptin 0,005, Dapagliflozin 0,01**

<b>RE2</b>	<b>Qtern 5 mg/10 mg Filmtabl. (PM)</b> Bei PatientInnen mit Diabetes Typ II: - Die Behandlung darf erst ab einem HbA1c größer 7 begonnen werden. - Die Behandlung hat nur als Second-line-Therapie zu erfolgen. - Kein Einsatz bei einer Kreatinin-Clearance kleiner 60 ml/min. - Regelmäßige Kontrollen der Nierenfunktionsparameter. - Regelmäßige HbA1c-Bestimmungen sind durchzuführen. - Saxagliptin/Dapagliflozin wird in Kombination mit Pioglitazon nicht erstattet.	28 St	76,80
------------	---	-------	-------



## A10BH Dipeptidyl-Peptidase 4-Inhibitoren A10BH02 Vildagliptin

### Vildagliptin 0,05

RE1	Galvus 50 mg Tabl.		
L6	Bei PatientInnen mit Diabetes Typ II:	14 St	7,70
	- Die Behandlung darf erst ab einem HbA1c größer 7 begonnen werden.	28 St	14,80
	- Die Behandlung mit Vildagliptin hat nur als Second-line-Therapie	56 St	28,45
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• als Monotherapie bei Metformin-Unverträglichkeit oder</li> <li>-Kontraindikation, wenn mit kostengünstigeren Therapiealternativen aus dem Grünen Bereich (ATC-Code A10BB, A10BF, A10BX) nachweislich nicht das Auslangen gefunden werden kann, oder</li> <li>• als Kombinationstherapie mit Metformin oder</li> <li>• als Kombinationstherapie mit Sulfonylharnstoffen (bei Metformin-Unverträglichkeit oder -Kontraindikation) oder</li> <li>• als Kombinationstherapie mit Glitazonen bei Metformin-Unverträglichkeit oder -Kontraindikation oder</li> <li>• 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</li> <li>• als Kombinationstherapie mit Insulin</li> </ul>		
	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.		
L6	Bei PatientInnen mit Diabetes Typ II und mäßiger bis schwerer Niereninsuffizienz (Kreatinin-Clearance kleiner/gleich 50 ml/min, keine Dialysepflicht):	14 St	25,15
	- Die Behandlung darf erst ab einem HbA1c größer 7 begonnen werden.	28 St	47,70
	- Die Behandlung mit Onglyza hat nur als Second-line-Therapie		
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• als Kombinationstherapie mit Sulfonylharnstoffen oder</li> <li>• als Kombinationstherapie mit Glitazonen (bei Sulfonylharnstoff -Unverträglichkeit oder -Kontraindikation oder</li> <li>• als Kombinationstherapie mit Insulin</li> </ul>		
	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.		
L6	Bei PatientInnen mit Diabetes Typ II:	14 St	25,15
	- Die Behandlung darf erst ab einem HbA1c größer 7 begonnen werden.	28 St	47,70
	- Die Behandlung mit Onglyza hat nur als Second-line-Therapie		
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• als Kombinationstherapie mit Metformin oder</li> <li>• als Kombinationstherapie mit Sulfonylharnstoffen (bei Metformin-Unverträglichkeit oder -Kontraindikation) oder</li> <li>• als Kombinationstherapie mit Glitazonen bei Metformin- und Sulfonylharnstoff-Unverträglichkeit oder -Kontraindikation oder</li> <li>• als Kombinationstherapie mit Insulin</li> </ul>		
	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 0,0125**

<b>RE1</b>	<b>Vipidia 12,5 mg Filmtabl.</b>		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"> <li>- Die Behandlung darf erst ab einem HbA1c größer 7 begonnen werden.</li> <li>- Die Behandlung mit Alogliptin hat nur als Second-line-Therapie <ul style="list-style-type: none"> <li>• als Kombinationstherapie mit einem Sulfonylharnstoff oder</li> <li>• als Kombinationstherapie mit einem Glitazon (bei Sulfonylharnstoff-Unverträglichkeit oder -Kontraindikation) oder</li> <li>• als Kombinationstherapie mit Insulin</li> </ul> </li> <li>zu erfolgen.</li> <li>- Regelmäßige HbA1c-Bestimmungen sind durchzuführen.</li> <li>- Alogliptin eignet sich für eine chef(kontroll)ärztliche Langzeitbewilligung für 12 Monate (L12).</li> </ul>			

**Alogliptin 0,025**

<b>RE1</b>	<b>Vipidia 25 mg Filmtabl.</b>		28 St	39,60
L12	Bei PatientInnen mit Diabetes Typ II: <ul style="list-style-type: none"> <li>- Die Behandlung darf erst ab einem HbA1c größer 7 begonnen werden.</li> <li>- Die Behandlung mit Alogliptin hat nur als Second-line-Therapie <ul style="list-style-type: none"> <li>• als Kombinationstherapie mit Metformin oder</li> <li>• als Kombinationstherapie mit einem Sulfonylharnstoff (bei Metformin-Unverträglichkeit oder -Kontraindikation) oder</li> <li>• als Kombinationstherapie mit einem Glitazon (bei Metformin- und Sulfonylharnstoff-Unverträglichkeit oder -Kontraindikation) oder</li> <li>• als Kombinationstherapie mit Insulin oder</li> <li>• 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,</li> </ul> </li> <li>zu erfolgen.</li> <li>- Regelmäßige HbA1c-Bestimmungen sind durchzuführen.</li> <li>- Alogliptin eignet sich für eine chef(kontroll)ärztliche Langzeitbewilligung für 12 Monate (L12).</li> </ul>			

**A10BH05 Linagliptin****Linagliptin 0,005**

<b>RE2</b>	<b>Trajenta 5 mg Filmtabl. (PM)</b>		14 St	23,35
L6	Bei PatientInnen mit Diabetes Typ II: <ul style="list-style-type: none"> <li>- Die Behandlung darf erst ab einem HbA1c größer 7 begonnen werden.</li> <li>- Die Behandlung hat nur als Second-line-Therapie zu erfolgen.</li> <li>- Regelmäßige HbA1c-Bestimmungen sind durchzuführen.</li> <li>- Linagliptin eignet sich für eine chef(kontroll)ärztliche Langzeitbewilligung für 6 Monate (L6).</li> </ul>		30 St(2)	47,45

## A10BJ Glucagon-like Peptide 1-Rezeptor (GLP-1)-Analoge A10BJ02 Liraglutid

### Liraglutid 0,006/ml

RE1 L6	<b>Victoza 6 mg/ml Inj.lsg. Fertigpen</b> <sup>(PM)</sup>	2 St 3 ml	110,75
	<p>Bei PatientInnen mit Diabetes Typ II:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Die Behandlung mit Liraglutid hat nur als Drittlinien-Therapie nach Ausschöpfung der Therapiemöglichkeiten mit kostengünstigeren, oralen Erst- und Zweitlinientherapien aus dem EKO im Grünen und Gelben Bereich (ATC-Codes A10BA02, A10BB, A10BX02, A10BD, A10BG, A10BH, A10BK) zu erfolgen.</li> <li>- Die Therapie darf nur ab einem HbA1c-Wert von 8,0 % begonnen werden.</li> <li>- Die Behandlung darf nur ab einem Body Mass Index von 30 kg/m2 begonnen werden.</li> <li>- Erstverordnung nur durch FachärztInnen für Innere Medizin mit Erfahrung auf dem Gebiet der Diabetes-Behandlung oder durch spezialisierte Zentren.</li> <li>- 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.</li> <li>- Liraglutid darf nur in Kombination mit Metformin, einem Sulfonylharnstoff, einem Thiazolidindion und/oder Basalinsulin eingesetzt werden.</li> <li>- Liraglutid darf nicht mit DPP-IV-Hemmern, SGLT-2-Hemmern oder Gliniden kombiniert werden.</li> <li>- Liraglutid darf nicht als Monotherapie eingesetzt werden.</li> <li>- Kein Einsatz bei schwerer Nierenfunktionsstörung (Kreatinin-Clearance unter 30 ml/min) oder terminaler Niereninsuffizienz.</li> <li>- Liraglutid eignet sich für eine chef(kontroll)ärztliche Langzeitbewilligung für 6 Monate (L6).</li> </ul>		

## A10BJ05 Dulaglutid

### Dulaglutid 0,0015

RE1 L6	<b>Trulicity 1,5 mg Inj.lsg. Fertigpen</b> <sup>(PM)</sup>	4 St	104,50
	<p>Bei PatientInnen mit Diabetes Typ II:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- 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.</li> <li>- Die Therapie darf nur ab einem HbA1c-Wert von 8,0 % begonnen werden.</li> <li>- Die Behandlung darf nur ab einem Body Mass Index von 30 kg/m2 begonnen werden.</li> <li>- Erstverordnung nur durch FachärztInnen für Innere Medizin mit Erfahrung auf dem Gebiet der Diabetes-Behandlung oder durch spezialisierte Zentren.</li> <li>- 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.</li> <li>- Dulaglutid darf nur in Kombination mit Metformin, einem Sulfonylharnstoff, einem Thiazolidindion und/oder Insulinen eingesetzt werden.</li> <li>- Dulaglutid darf nicht mit DPP-IV-Hemmern, SGLT-2-Hemmern oder Gliniden kombiniert werden.</li> <li>- Dulaglutid darf nicht als Monotherapie eingesetzt werden.</li> <li>- Kein Einsatz bei schwerer Nierenfunktionsstörung (Kreatinin-Clearance unter 30 ml/min) oder terminaler Niereninsuffizienz.</li> <li>- Dulaglutid eignet sich für eine chef(kontroll)ärztliche Langzeitbewilligung für 6 Monate (L6).</li> </ul>		

**A10BJ06 Semaglutid****Semaglutid 0,0025/ED**

<b>RE1</b>	<b>Ozempic 0,25 mg Inj.lsg Fertigpen <sup>(PM)</sup></b> Bei PatientInnen mit Diabetes Typ II 1. mit einem BMI ab 30 kg/m <sup>2</sup> 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**

<b>RE1</b>	<b>Ozempic 0,5 mg Inj.lsg. Fertigpen <sup>(PM)</sup></b> Bei PatientInnen mit Diabetes Typ II 1. mit einem BMI ab 30 kg/m <sup>2</sup> 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			
L6	<p><b>Ozempic 1,0 mg Inj.lsg. Fertigpen</b> (PM)</p> <p>Bei PatientInnen mit Diabetes Typ II</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>mit einem BMI ab 30 kg/m<sup>2</sup> und ohne kardiovaskuläre Erkrankung, Herzinsuffizienz oder chronische Nierenerkrankung <ul style="list-style-type: none"> <li>erste Injektionstherapie bei unzureichender Blutzuckerkontrolle mit oralen Therapiemöglichkeiten.</li> <li>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.</li> </ul> </li> <li>mit nachgewiesener atherosklerotischer kardiovaskulärer Erkrankung oder hohem Risiko für eine atherosklerotische kardiovaskuläre Erkrankung</li> <li>mit chronischer Nierenerkrankung und Albuminurie</li> </ol> <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>	1 St	104,35

### A10BK Natrium-Glucose Co-Transporter 2 (SGLT-2)-Inhibitoren A10BK01 Dapagliflozin

**Dapagliflozin 0,01**

RE2			
	<p><b>Forxiga 10 mg Filmtabl.</b> (PM)</p> <p>Bei erwachsenen PatientInnen mit Diabetes Typ II:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Die Behandlung darf erst ab einem HbA1c größer 7 begonnen werden.</li> <li>Die Behandlung hat nur als Second-line-Therapie zu erfolgen.</li> <li>Regelmäßige HbA1c-Bestimmungen sind durchzuführen.</li> </ul> <p>Bei erwachsenen PatientInnen mit chronischer Herzinsuffizienz mit reduzierter Ejektionsfraktion als Zusatztherapie</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>wenn die PatientInnen trotz individuell optimierter Standardtherapie mit Medikamenten aus dem Grünen Bereich noch symptomatisch sind (NYHA größer/gleich Klasse II).</li> <li>Therapieeinleitung nur bei linksventrikulärer Ejektionsfraktion kleiner/gleich 40 % diagnostiziert mittels transthorakalen Echokardiographiebefundes nicht älter als 6 Monate.</li> <li>Erstverordnung und regelmäßige Kontrollen durch KardiologInnen oder InternistInnen mit gültigem Diplom in transthorakaler Echokardiographie oder durch eine entsprechende Fachabteilung bzw. -ambulanz.</li> </ul> <p>Bei erwachsenen PatientInnen mit chronischer Niereninsuffizienz mit einer eGFR von 75 ml bis 25 ml/min/1,73 m<sup>2</sup> als Zusatztherapie zur individuell optimierten Standardtherapie mit einem ACE-Hemmer oder einem Angiotensin-II-Rezeptorblocker.</p>	14 St 28 St(2)	25,15 47,70

**A10BK03 Empagliflozin****Empagliflozin 0,01**

<b>RE2</b>	<b>Jardiance 10 mg Filmtabl. <sup>CEM</sup></b>	14 St	23,00
	Bei erwachsenen PatientInnen mit Diabetes Typ II:	30 St(2)	46,70
	- Die Behandlung darf erst ab einem HbA1c größer 7 begonnen werden.		
	- Die Behandlung hat nur als Second-line-Therapie zu erfolgen.		
	- Regelmäßige HbA1c-Bestimmungen sind durchzuführen.		
	Bei erwachsenen PatientInnen mit chronischer Herzinsuffizienz als Zusatztherapie		
	- wenn die PatientInnen trotz individuell optimierter Standardtherapie mit Medikamenten aus dem Grünen Bereich noch symptomatisch sind (NYHA größer/gleich Klasse II).		
	- Therapieeinleitung nur bei etablierter Diagnose der chronischen Herzinsuffizienz.		
	- Erstverordnung und regelmäßige Kontrollen durch KardiologInnen oder InternistInnen mit gültigem Diplom in transthorakaler Echokardiographie oder durch eine entsprechende Fachabteilung bzw. -ambulanz.		
	Bei erwachsenen PatientInnen mit chronischer Niereninsuffizienz mit einer eGFR von kleiner 90 ml bis 20 ml/min/1,73 m <sup>2</sup> als Zusatztherapie zur individuell optimierten Standardtherapie mit einem ACE-Hemmer oder einem Angiotensin-II-Rezeptorblocker.		

**Empagliflozin 0,025**

<b>RE2</b>	<b>Jardiance 25 mg Filmtabl. <sup>CEM</sup></b>	14 St	23,00
	Bei PatientInnen mit Diabetes Typ II:	30 St(2)	46,70
	- 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**

<b>RE1</b>	<b>Cerezyme 400 U Plv. für ein Konz. zur Herst. einer Inf.lsg.</b>	1 St	1.380,70
<b>L6</b>	Eine Kostenübernahme ist nur möglich bei Patienten mit gesicherter Diagnose eines Morbus Gaucher Typ I. Erstverordnung nur durch ein auf hereditäre Stoffwechselerkrankungen spezialisiertes Zentrum oder einen Facharzt mit Erfahrung auf dem Gebiet von hereditären Stoffwechselerkrankungen. Alle sechs Monate ist eine Kontrolluntersuchung durch das o.a. Zentrum oder den o.a. Facharzt durchzuführen. Cerezyme eignet sich für eine chef(kontroll)ärztliche Langzeitbewilligung für 6 Monate (L6).	5 St	6.804,70

**A16AB03 Agalsidase alfa****Agalsidase alfa 0,001/ml**

<b>RE1</b>	<b>Replagal 1 mg/ml Konz. zur Herst. einer Inf.lsg.</b>	1 St	1.392,10
<b>L6</b>	- 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	5.494,35
	- 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**

<b>RE1</b>	<b>Fabrazyme 5 mg Plv. f. ein Konz. zur Herst. einer Inf.lsg.</b>	1 St	466,20
L6	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Die Kostenübernahme kommt nur bei Patienten mit gesicherter Diagnose eines Morbus Fabry (alpha-Galaktosidase A-Mangel) in Frage.</li> <li>- Die Erstverordnung darf nur durch ein auf hereditäre Stoffwechselerkrankungen spezialisiertes Zentrum oder einen Facharzt mit Erfahrung auf dem Gebiet von hereditären Stoffwechselerkrankungen erfolgen.</li> <li>- Alle 6 Monate ist eine Kontrolluntersuchung durch das o.a. Zentrum oder den o.a. Facharzt durchzuführen.</li> <li>- Fabrazyme eignet sich für eine chef(kontroll)ärztliche Langzeitbewilligung für 6 Monate (L6).</li> </ul>		

**Agalsidase beta 0,035**

<b>RE1</b>	<b>Fabrazyme 35 mg Plv. f. ein Konz. zur Herst. einer Inf.lsg.</b>	1 St	3.115,30
L6	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Die Kostenübernahme kommt nur bei Patienten mit gesicherter Diagnose eines Morbus Fabry (alpha-Galaktosidase A-Mangel) in Frage.</li> <li>- Die Erstverordnung darf nur durch ein auf hereditäre Stoffwechselerkrankungen spezialisiertes Zentrum oder einen Facharzt mit Erfahrung auf dem Gebiet von hereditären Stoffwechselerkrankungen erfolgen.</li> <li>- Alle 6 Monate ist eine Kontrolluntersuchung durch das o.a. Zentrum oder den o.a. Facharzt durchzuführen.</li> <li>- Fabrazyme eignet sich für eine chef(kontroll)ärztliche Langzeitbewilligung für 6 Monate (L6).</li> </ul>		

**A16AB10 Velaglucerase alfa****Velaglucerase alfa 400 E**

<b>RE1</b>	<b>VPRIV 400 E Plv. zur Herst. einer Inf.lsg.</b>	1 St	1.474,15
L6	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Bei PatientInnen mit gesicherter Diagnose des Morbus Gaucher Typ I.</li> <li>- 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.</li> <li>- Alle 6 Monate ist eine Kontrolluntersuchung durch das o.a. Zentrum oder den o.a. Facharzt/die o.a. Fachärztin durchzuführen.</li> <li>- Velaglucerase alfa eignet sich für eine chef(kontroll)ärztliche Langzeitbewilligung für 6 Monate (L6).</li> </ul>	5 St(2)	7.272,00

**A16AX Sonstige Mittel für das alimentäre System und den Stoffwechsel****A16AX06 Miglustat****Miglustat 0,1**

<b>RE1</b>	<b>Miglustat "Gen.Orph" 100 mg Hartkaps.</b>	84 St(2)	2.726,05
L6	<ol style="list-style-type: none"> <li>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.</li> <li>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.</li> </ol> <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 €
<b>RE1</b> L6	<b>Miglustat "G.L." 100 mg Hartkaps.</b> 1. Bei PatientInnen mit gesicherter Diagnose einer leichten bis mittelschweren Form des Morbus Gaucher Typ I. Miglustat darf nur zur Behandlung von PatientInnen verwendet werden, für die eine Enzymsubstitutionstherapie nicht in Frage kommt. Erstverordnung nur durch ein auf hereditäre Stoffwechselerkrankungen spezialisiertes Zentrum oder einen Facharzt/eine Fachärztin mit Erfahrung auf dem Gebiet von hereditären Stoffwechselerkrankungen. 2. Bei PatientInnen mit gesicherter Diagnose einer Niemann-Pick-Krankheit Typ C. Miglustat darf nur zur Behandlung progressiver neurologischer Manifestationen bei erwachsenen und pädiatrischen PatientInnen verwendet werden. Erstverordnung nur durch ein Zentrum bzw. durch FachärztInnen mit Erfahrung in der Therapie der Niemann-Pick-Krankheit Typ C.  Alle sechs Monate ist eine Kontrolluntersuchung durch das o.a. Zentrum oder den/die o.a. Facharzt/Fachärztin durchzuführen. Miglustat eignet sich für eine chef(kontroll)ärztliche Langzeitbewilligung für 6 Monate (L6).	84 St(2)		2.726,05
<b>RE1</b> L6	<b>Zavesca 100 mg Hartkaps.</b> 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).	84 St		4.959,90

### A16AX07 Sapropterin

#### Sapropterin 0,1

<b>RE1</b> L12	<b>Kuvan 100 mg Tabl. zur Herst. einer Lsg. zum Einnehmen</b> Zur Behandlung einer Hyperphenylalaninämie (HPA) bei Erwachsenen und Kindern mit Phenylketonurie oder Tetrahydrobiopterin (BH4)-Mangel, wenn mit diätetischen Maßnahmen nicht das Auslangen gefunden werden kann. Kontrolle des Ansprechens mittels BH4-loading-Test; als Ansprechen gilt ein Abfall des Phenylalaninspiegels im Blut um größer/gleich 30 %. Fortsetzung der Therapie nur, wenn innerhalb von sechs Monaten ein Ansprechen erzielt wurde. Regelmäßige Kontrolle der Phenylalanin- und Tyrosinspiegel, der psychomotorischen Entwicklung und der Einhaltung der restriktiven Diät. Diagnose, Ersteinstellung und regelmäßige Kontrollen durch Zentren mit Erfahrung in der Behandlung der Phenylketonurie und des Tetrahydrobiopterin (BH4)-Mangels. Sapropterin eignet sich für eine chef(kontroll)ärztliche Langzeitbewilligung für 12 Monate (L12).	30 St 120 St		345,95 1.292,25
<b>RE1</b> L12	<b>Sapropterin "Dipharma" 100 mg Tabl. zur Herst. einer Lsg. zum Einnehmen</b> Zur Behandlung einer Hyperphenylalaninämie (HPA) bei Erwachsenen und Kindern mit Phenylketonurie oder Tetrahydrobiopterin (BH4)-Mangel, wenn mit diätetischen Maßnahmen nicht das Auslangen gefunden werden kann. Kontrolle des Ansprechens mittels BH4-loading-Test; als Ansprechen gilt ein Abfall des Phenylalaninspiegels im Blut um größer/gleich 30 %. Fortsetzung der Therapie nur, wenn innerhalb von sechs Monaten ein Ansprechen erzielt wurde. Regelmäßige Kontrolle der Phenylalanin- und Tyrosinspiegel, der psychomotorischen Entwicklung und der Einhaltung der restriktiven Diät. Diagnose, Ersteinstellung und regelmäßige Kontrollen durch Zentren mit Erfahrung in der Behandlung der Phenylketonurie und des Tetrahydrobiopterin (BH4)-Mangels. Sapropterin eignet sich für eine chef(kontroll)ärztliche Langzeitbewilligung für 12 Monate (L12).	30 St 120 St		345,95 1.292,25



**Sapropterin 0,1**

RE1 L12	<b>Sapropterin "Dipharma" 100 mg Plv. zur Herst. einer Lsg. zum Einnehmen</b>	30 St	345,95
	Zur Behandlung einer Hyperphenylalaninämie (HPA) bei Erwachsenen und Kindern mit Phenylketonurie oder Tetrahydrobiopterin (BH4)-Mangel, wenn mit diätetischen Maßnahmen nicht das Auslangen gefunden werden kann. Kontrolle des Ansprechens mittels BH4-loading-Test; als Ansprechen gilt ein Abfall des Phenylalaninspiegels im Blut um größer/gleich 30 %. Fortsetzung der Therapie nur, wenn innerhalb von sechs Monaten ein Ansprechen erzielt wurde. Regelmäßige Kontrolle der Phenylalanin- und Tyrosinspiegel, der psychomotorischen Entwicklung und der Einhaltung der restriktiven Diät. Diagnose, Ersteinstellung und regelmäßige Kontrollen durch Zentren mit Erfahrung in der Behandlung der Phenylketonurie und des Tetrahydrobiopterin (BH4)-Mangels. Sapropterin eignet sich für eine chef(kontroll)ärztliche Langzeitbewilligung für 12 Monate (L12).		

**Sapropterin 0,5**

RE1 L12	<b>Sapropterin "Dipharma" 500 mg Plv. zur Herst. einer Lsg. zum Einnehmen</b>	30 St	1.609,15
	Zur Behandlung einer Hyperphenylalaninämie (HPA) bei Erwachsenen und Kindern mit Phenylketonurie oder Tetrahydrobiopterin (BH4)-Mangel, wenn mit diätetischen Maßnahmen nicht das Auslangen gefunden werden kann. Kontrolle des Ansprechens mittels BH4-loading-Test; als Ansprechen gilt ein Abfall des Phenylalaninspiegels im Blut um größer/gleich 30 %. Fortsetzung der Therapie nur, wenn innerhalb von sechs Monaten ein Ansprechen erzielt wurde. Regelmäßige Kontrolle der Phenylalanin- und Tyrosinspiegel, der psychomotorischen Entwicklung und der Einhaltung der restriktiven Diät. Diagnose, Ersteinstellung und regelmäßige Kontrollen durch Zentren mit Erfahrung in der Behandlung der Phenylketonurie und des Tetrahydrobiopterin (BH4)-Mangels. Sapropterin eignet sich für eine chef(kontroll)ärztliche Langzeitbewilligung für 12 Monate (L12).		

**A16AX10 Eliglustat****Eliglustat 0,084**

RE1 L6	<b>Cerdelga 84 mg Hartkaps.</b>	14 St(2) 56 St	5.534,75 22.065,05
	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).		

**A16AX12 Trientrin****Trientrin 0,167**

RE1 L6	<b>Cuivrin 167 mg Hartkaps. (EM)</b>	100 St	2.745,80
	Bei symptomatischen PatientInnen ab 5 Jahren mit Morbus Wilson, wenn eine Therapie mit D-Penicillamin aufgrund von Nebenwirkung oder absoluter Kontraindikation nachweislich nicht möglich ist. Jährliche Überprüfung der Indikationsstellung und, wenn indiziert, Therapieumstellung auf Monotherapie mit kostengünstigeren Zinksalzen. Erstverordnung und regelmäßige Kontrollen durch GastroenterologInnen. Trientrin eignet sich für eine chef(kontroll)ärztliche Langzeitbewilligung für 6 Monate (L6).		

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

### Trientin 0,2

<b>RE2</b>	<b>Trientin "Waymade" 200 mg Hartkaps.</b> Bei symptomatischen PatientInnen ab 5 Jahren mit Morbus Wilson, wenn eine Therapie mit D-Penicillamin aufgrund von Nebenwirkung oder absoluter Kontraindikation nachweislich nicht möglich ist. Jährliche Überprüfung der Indikationsstellung und, wenn indiziert, Therapieumstellung auf Monotherapie mit kostengünstigeren Zinksalzen. Erstverordnung und regelmäßige Kontrollen durch GastroenterologInnen.	100 St	1.548,35
------------	--	--------	----------

## A16AX14 Migalastat

### Migalastat 0,123

<b>RE1</b> L6	<b>Galafold 123 mg Hartkaps. (PM)</b> - 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).	14 St	16.159,95
------------------	--	-------	-----------

## B BLUT UND BLUT BILDENDE ORGANE

### B01 ANTITHROMBOTISCHE MITTEL

#### B01A ANTITHROMBOTISCHE MITTEL

##### B01AB Heparin-Gruppe

##### B01AB04 Dalteparin

### Dalteparin Na entspr. 7.500 IE anti-Faktor Xa

<b>RE1</b>	<b>Fragmin 7.500 IE Fertigspr.</b> Wenn mit Therapiealternativen (Packungsgrößen, Wirkstoffstärken) aus dem Grünen Bereich nachweislich nicht das Auslangen gefunden werden kann.	10 St	62,25
------------	--	-------	-------

### Dalteparin Na entspr. 10.000 IE anti-Faktor Xa

<b>RE1</b>	<b>Fragmin 10.000 IE/1 ml Amp.</b> Eine Kostenübernahme ist nur möglich, wenn mit Therapiealternativen (Packungsgröße, Wirkstoffstärke) aus dem Grünen Bereich nachweislich nicht das Auslangen gefunden werden kann.	10 St	83,10
<b>RE1</b>	<b>Fragmin 10.000 IE Fertigspr.</b> Wenn mit Therapiealternativen (Packungsgrößen, Wirkstoffstärken) aus dem Grünen Bereich nachweislich nicht das Auslangen gefunden werden kann.	5 St	39,60
<b>RE1</b>	<b>Fragmin 10.000 IE/4 ml Stechamp.</b> Eine Kostenübernahme ist nur möglich, wenn mit Therapiealternativen (Packungsgröße, Wirkstoffstärke) aus dem Grünen Bereich nachweislich nicht das Auslangen gefunden werden kann.	10 St	83,10

### Dalteparin Na entspr. 12.500 IE anti-Faktor Xa

<b>RE1</b>	<b>Fragmin 12.500 IE Fertigspr.</b> Wenn mit Therapiealternativen (Packungsgrößen, Wirkstoffstärken) aus dem Grünen Bereich nachweislich nicht das Auslangen gefunden werden kann.	5 St	47,80
------------	---	------	-------

### Dalteparin Na entspr. 15.000 IE anti-Faktor Xa

<b>RE1</b>	<b>Fragmin 15.000 IE Fertigspr.</b> Wenn mit Therapiealternativen (Packungsgrößen, Wirkstoffstärken) aus dem Grünen Bereich nachweislich nicht das Auslangen gefunden werden kann.	5 St	57,00
------------	---	------	-------

### Dalteparin Na entspr. 18.000 IE anti-Faktor Xa

<b>RE1</b>	<b>Fragmin 18.000 IE Fertigspr.</b> Wenn mit Therapiealternativen (Packungsgrößen, Wirkstoffstärken) aus dem Grünen Bereich nachweislich nicht das Auslangen gefunden werden kann.	5 St	67,00
------------	---	------	-------

**Dalteparin Na entspr. 25.000 IE anti-Faktor Xa**

<b>RE1</b>	<b>Fragmin 25.000 IE/1 ml Dstfl.</b> Eine Kostenübernahme ist nur möglich, wenn mit Therapiealternativen (Packungsgröße, Wirkstoffstärke) aus dem Grünen Bereich nachweislich nicht das Auslangen gefunden werden kann.	1 St	83,10
------------	--	------	-------

**B01AB05 Enoxaparin****Enoxaparin Na 0,06 entspr. 6.000 IE anti-Faktor Xa**

<b>RE1</b>	<b>Lovenox 6.000 IE (60 mg)/0,6 ml Inj.lsg. Fertigspr.</b> 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**

<b>RE1</b>	<b>Lovenox 8.000 IE (80 mg)/0,8 ml Inj.lsg. Fertigspr.</b> 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**

<b>RE1</b>	<b>Lovenox 10.000 IE (100 mg)/1 ml Inj.lsg. Fertigspr.</b> 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**

<b>RE1</b>	<b>Lovenox 12.000 IE (120 mg)/0,8 ml Inj.lsg. Fertigspr.</b> 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**

<b>RE1</b>	<b>Lovenox 15.000 IE (150 mg)/1 ml Inj.lsg. Fertigspr.</b> 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**

<b>RE1</b>	<b>Lovenox 30.000 IE (300 mg)/3 ml Inj.lsg. Dstfl.</b> 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**

<b>RE1</b>	<b>Fraxiparin 5.700 IE/0,6 ml Fertigspr.</b> 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
<b>RE1</b>	<b>Fraxiparin 7.600 IE/0,8 ml Fertigspr.</b> 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
<b>RE1</b>	<b>Fraxiparin 9.500 IE/1 ml Fertigspr.</b> 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**

<b>RE2</b>	<b>Orgaran Amp.</b> 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*

<b>RE1</b>	<b>Ventavis 10 mcg/ml Lsg. für einen Vernebler zur Inh.</b> 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*

<b>RE1</b>	<b>Ilomedin 10 mcg/0,5 ml Inf.lsg.konz.</b> Eine Kostenübernahme ist im ausführlich begründeten Einzelfall möglich.	5 St	92,20
------------	--	------	-------

### *Iloprost 0,0001/ml*

<b>RE1</b>	<b>Ilomedin 50 mcg/0,5 ml Inf.lsg.konz.</b> Eine Kostenübernahme ist im ausführlich begründeten Einzelfall möglich.	5 St	359,80
------------	--	------	--------

## B01AC21 Treprostinil

### *Treprostinil 0,01*

<b>RE1</b>	<b>Trisuva 1 mg/ml Inf.lsg.</b> 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 <a href="http://www.sozialversicherung.at/erstattungskodex_pah">www.sozialversicherung.at/erstattungskodex_pah</a> publiziert.	10 ml	665,45
------------	--	-------	--------

### *Treprostinil 0,02*

<b>RE1</b>	<b>Remodulin 1 mg/ml Inf.lsg.</b> 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 <a href="http://www.sozialversicherung.at/erstattungskodex_pah">www.sozialversicherung.at/erstattungskodex_pah</a> publiziert.	20 ml	1.306,30
------------	--	-------	----------

### *Treprostinil 0,025*

<b>RE1</b>	<b>Trisuva 2,5 mg/ml Inf.lsg.</b> 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 <a href="http://www.sozialversicherung.at/erstattungskodex_pah">www.sozialversicherung.at/erstattungskodex_pah</a> 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](http://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](http://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](http://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](http://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](http://www.sozialversicherung.at/erstattungskodex_pah) publiziert.

20 ml

10.497,15

**B01AC24 Ticagrelor****Ticagrelor 0,09**

<b>RE1</b>	<b>Brilique 90 mg Filmtabl.</b>		14 St	23,00
	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.		56 St(2)	82,20

**B01AE Direkte Thrombin-Inhibitoren  
B01AE07 Dabigatran etexilat****Dabigatran etexilat 0,075**

<b>RE2</b>	<b>Pradaxa 75 mg Hartkaps.</b>		10 St(2)	10,45
	Zur Prophylaxe venöser thromboembolischer Ereignisse (VTE) bei erwachsenen PatientInnen nach elektivem chirurgischen Hüft- oder Kniegelenksersatz.		30 St	29,70

**Dabigatran etexilat 0,11**

<b>RE2</b>	<b>Pradaxa 110 mg Hartkaps.</b>		10 St(2)	10,45
	Zur Prophylaxe venöser thromboembolischer Ereignisse (VTE) bei erwachsenen PatientInnen nach elektivem chirurgischen Hüft- oder Kniegelenksersatz.		30 St	29,70
<b>RE1</b> L6	<b>Pradaxa 110 mg Hartkaps.</b>		60 St	57,65
	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"> <li>- Vorausgegangener Schlaganfall, transitorische ischämische Attacke oder systemische Embolie</li> <li>- Linksventrikuläre Ejektionsfraktion kleiner 40 %</li> <li>- Symptomatische Herzinsuffizienz größer/gleich New York Heart Association (NYHA) Klasse 2</li> <li>- Alter größer/gleich 75 Jahre</li> <li>- Alter größer/gleich 65 Jahre einhergehend mit einer der folgenden Erkrankungen: Diabetes mellitus, koronare Herzerkrankung oder arterielle Hypertonie</li> </ul> <p>Behandlung von tiefen Venenthrombosen (TVT) und Lungenembolien (LE) sowie Prophylaxe von rezidivierenden TVT und LE bei Erwachsenen.</p> <p>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.</p> <p>Dabigatran etexilat eignet sich für eine chef(kontroll)ärztliche Langzeitbewilligung für 6 Monate (L6).</p>			

**Dabigatran etexilat 0,15**

RE1	Pradaxa 150 mg Hartkaps.	30 St	29,70
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"> <li>- Vorausgegangener Schlaganfall, transitorische ischämische Attacke oder systemische Embolie</li> <li>- Linksventrikuläre Ejektionsfraktion kleiner 40 %</li> <li>- Symptomatische Herzinsuffizienz größer/gleich New York Heart Association (NYHA) Klasse 2</li> <li>- Alter größer/gleich 75 Jahre</li> <li>- Alter größer/gleich 65 Jahre einhergehend mit einer der folgenden Erkrankungen: Diabetes mellitus, koronare Herzerkrankung oder arterielle Hypertonie</li> </ul> <p>Behandlung von tiefen Venenthrombosen (TVT) und Lungenembolien (LE) sowie Prophylaxe von rezidivierenden TVT und LE bei Erwachsenen.</p> <p>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.</p> <p>Dabigatran etexilat eignet sich für eine chef(kontroll)ärztliche Langzeitbewilligung für 6 Monate (L6).</p>	60 St	57,65

### B01AF Direkte Faktor Xa-Inhibitoren B01AF01 Rivaroxaban

**Rivaroxaban 0,01**

RE1	Xarelto 10 mg Filmtabl. <sup>(CM)</sup>	30 St	80,05
L6	<p>Prophylaxe von rezidivierenden tiefen Venenthrombosen (TVT) und Lungenembolien (LE) bei Erwachsenen nach Abschluss einer 6-monatigen Behandlung der TVT oder LE.</p> <p>Rivaroxaban eignet sich für eine chef(kontroll)ärztliche Langzeitbewilligung für 6 Monate (L6).</p>		

**Rivaroxaban 0,015**

RE1	Xarelto 15 mg Filmtabl. <sup>(CM)</sup>	14 St	40,80
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"> <li>- Vorausgegangener Schlaganfall, transitorische ischämische Attacke oder systemische Embolie</li> <li>- Linksventrikuläre Ejektionsfraktion kleiner 40 %</li> <li>- Symptomatische Herzinsuffizienz größer/gleich New York Heart Association (NYHA) Klasse 2</li> <li>- Alter ab 75 Jahre</li> <li>- Alter ab 65 Jahre einhergehend mit einer der folgenden Erkrankungen: Diabetes mellitus, koronare Herzerkrankung oder arterielle Hypertonie</li> </ul> <p>Behandlung von tiefen Venenthrombosen (TVT) und Lungenembolien (LE) sowie Prophylaxe von rezidivierenden TVT und LE bei Erwachsenen.</p> <p>Rivaroxaban eignet sich für eine chef(kontroll)ärztliche Langzeitbewilligung für 6 Monate (L6).</p>	28 St 42 St	76,95 115,45

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

### Rivaroxaban 0,02

<b>RE1</b>	<b>Xarelto 20 mg Filmtabl. (PM)</b>		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"> <li>- Vorausgegangener Schlaganfall, transitorische ischämische Attacke oder systemische Embolie</li> <li>- Linksventrikuläre Ejektionsfraktion kleiner 40 %</li> <li>- Symptomatische Herzinsuffizienz größer/gleich New York Heart Association (NYHA) Klasse 2</li> <li>- Alter ab 75 Jahre</li> <li>- Alter ab 65 Jahre einhergehend mit einer der folgenden Erkrankungen: Diabetes mellitus, koronare Herzerkrankung oder arterielle Hypertonie</li> </ul> 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

<b>RE1</b>	<b>Eliquis 2,5 mg Filmtabl. (PM)</b>		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"> <li>- Vorausgegangener Schlaganfall, transitorische ischämische Attacke oder systemische Embolie</li> <li>- Linksventrikuläre Ejektionsfraktion kleiner 40 %</li> <li>- Symptomatische Herzinsuffizienz größer/gleich New York Heart Association (NYHA) Klasse 2</li> <li>- Alter ab 75 Jahre</li> <li>- Alter ab 65 Jahre einhergehend mit einer der folgenden Erkrankungen: Diabetes mellitus, koronare Herzerkrankung oder arterielle Hypertonie.</li> </ul> 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

<b>RE1</b>	<b>Eliquis 5 mg Filmtabl. (PM)</b>		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"> <li>- Vorausgegangener Schlaganfall, transitorische ischämische Attacke oder systemische Embolie</li> <li>- Linksventrikuläre Ejektionsfraktion kleiner 40 %</li> <li>- Symptomatische Herzinsuffizienz größer/gleich New York Heart Association (NYHA) Klasse 2</li> <li>- Alter ab 75 Jahre</li> <li>- Alter ab 65 Jahre einhergehend mit einer der folgenden Erkrankungen: Diabetes mellitus, koronare Herzerkrankung oder arterielle Hypertonie.</li> </ul> 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"> <li>- Vorausgegangener Schlaganfall, transitorische ischämische Attacke oder systemische Embolie</li> <li>- Linksventrikuläre Ejektionsfraktion kleiner 40 %</li> <li>- Symptomatische Herzinsuffizienz größer/gleich New York Heart Association (NYHA) Klasse 2</li> <li>- Alter ab 75 Jahre</li> <li>- Alter ab 65 Jahre einhergehend mit einer der folgenden Erkrankungen: Diabetes mellitus, koronare Herzerkrankung oder arterielle Hypertonie</li> </ul> <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 &lt; 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"> <li>- Vorausgegangener Schlaganfall, transitorische ischämische Attacke oder systemische Embolie</li> <li>- Linksventrikuläre Ejektionsfraktion kleiner 40 %</li> <li>- Symptomatische Herzinsuffizienz größer/gleich New York Heart Association (NYHA) Klasse 2</li> <li>- Alter ab 75 Jahre</li> <li>- Alter ab 65 Jahre einhergehend mit einer der folgenden Erkrankungen: Diabetes mellitus, koronare Herzerkrankung oder arterielle Hypertonie</li> </ul> <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 &lt; 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

<b>RE1</b>	<b>Lixiana 60 mg Filmtabl. (PVL)</b>		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"> <li>- Vorausgegangener Schlaganfall, transitorische ischämische Attacke oder systemische Embolie</li> <li>- Linksventrikuläre Ejektionsfraktion kleiner 40 %</li> <li>- Symptomatische Herzinsuffizienz größer/gleich New York Heart Association (NYHA) Klasse 2</li> <li>- Alter ab 75 Jahre</li> <li>- Alter ab 65 Jahre einhergehend mit einer der folgenden Erkrankungen: Diabetes mellitus, koronare Herzerkrankung oder arterielle Hypertonie</li> </ul>		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 &lt; 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

<b>RE1</b>	<b>Arixtra 2,5 mg/0,5 ml Inj.lsg. Fertigspr.</b>		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

<b>RE1</b>	<b>Prolastin 1.000 mg Plv. u. Lsgm. zur Herst. einer Inf.lsg.</b>		1 St	322,75
Bei progredientem Lungenemphysem mit homozygotem Alfa1-Proteinase-Inhibitormangel (kleiner 35 % des Normwertes) und einer FEV1 im Bereich von 35 bis 60 % und Tabakrauchabstinenz. Erstverordnung nur durch ein Zentrum für Pulmologie und regelmäßige Kontrolle (mindestens einmal jährlich) durch einen Facharzt/durch ein Zentrum für Pulmologie und Meldung an das nationale Register für Alfa1-Antitrypsinmangel an der Ambulanz der II. Med. Abt. der Klinik Ottakring (Lungenabteilung).				
<b>RE1</b>	<b>Respreeza 1.000 mg Plv. und Lsgm. zur Herst. einer Inf.lsg.</b>		1 St	304,30
Bei progredientem Lungenemphysem mit homozygotem Alfa1-Proteinase-Inhibitormangel (kleiner 35 % des Normwertes) und einer FEV1 im Bereich von 35 bis 60 % und Tabakrauchabstinenz. Erstverordnung nur durch ein Zentrum für Pulmologie und regelmäßige Kontrolle (mindestens einmal jährlich) durch einen Facharzt/eine Fachärztin/ein Zentrum für Pulmologie und Meldung an das nationale Register für Alfa1-Antitrypsinmangel an der Ambulanz der II. Med. Abt. der Klinik Ottakring (Lungenabteilung).				

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

### Alfa1-Antitrypsin 4,0

RE1	<b>Prolastin 4.000 mg Plv. und Lsgm. zur Herst. einer Inf.lsg.</b> <sup>(PM)</sup> Bei progredientem Lungenemphysem mit homozygotem Alfa1-Proteinase-Inhibitormangel (kleiner 35 % des Normwertes) und einer FEV1 im Bereich von 35 bis 60 % und Tabakrauchabstinenz. Erstverordnung nur durch ein Zentrum für Pulmologie und regelmäßige Kontrolle (mindestens einmal jährlich) durch einen Facharzt/eine Fachärztin/ein Zentrum für Pulmologie und Meldung an das nationale Register für Alfa1-Antitrypsinmangel an der Ambulanz der II. Med. Abt. der Klinik Ottakring (Lungenabteilung).	1 St	1.246,55
RE1	<b>Respreeza 4.000 mg Plv. und Lsgm. zur Herst. einer Inf.lsg.</b> <sup>(PM)</sup> Bei progredientem Lungenemphysem mit homozygotem Alfa1-Proteinase-Inhibitormangel (kleiner 35 % des Normwertes) und einer FEV1 im Bereich von 35 bis 60 % und Tabakrauchabstinenz. Erstverordnung nur durch ein Zentrum für Pulmologie und regelmäßige Kontrolle (mindestens einmal jährlich) durch einen Facharzt/eine Fachärztin/ein Zentrum für Pulmologie und Meldung an das nationale Register für Alfa1-Antitrypsinmangel an der Ambulanz der II. Med. Abt. der Klinik Ottakring (Lungenabteilung).	1 St	1.246,55

### Alfa1-Antitrypsin 5,0

RE1	<b>Prolastin 5.000 mg Plv. und Lsgm. zur Herst. einer Inf.lsg.</b> <sup>(PM)</sup> Bei progredientem Lungenemphysem mit homozygotem Alfa1-Proteinase-Inhibitormangel (kleiner 35 % des Normwertes) und einer FEV1 im Bereich von 35 bis 60 % und Tabakrauchabstinenz. Erstverordnung nur durch ein Zentrum für Pulmologie und regelmäßige Kontrolle (mindestens einmal jährlich) durch einen Facharzt/eine Fachärztin/ein Zentrum für Pulmologie und Meldung an das nationale Register für Alfa1-Antitrypsinmangel an der Ambulanz der II. Med. Abt. der Klinik Ottakring (Lungenabteilung).	1 St	1.552,00
RE1	<b>Respreeza 5.000 mg Plv. und Lsgm. zur Herst. einer Inf.lsg.</b> <sup>(PM)</sup> Bei progredientem Lungenemphysem mit homozygotem Alfa1-Proteinase-Inhibitormangel (kleiner 35 % des Normwertes) und einer FEV1 im Bereich von 35 bis 60 % und Tabakrauchabstinenz. Erstverordnung nur durch ein Zentrum für Pulmologie und regelmäßige Kontrolle (mindestens einmal jährlich) durch einen Facharzt/eine Fachärztin/ein Zentrum für Pulmologie und Meldung an das nationale Register für Alfa1-Antitrypsinmangel an der Ambulanz der II. Med. Abt. der Klinik Ottakring (Lungenabteilung).	1 St	1.552,00

## B02B VITAMIN K UND ANDERE HÄMOSTATIKA

### B02BA Vitamin K

#### B02BA01 Phytomenadion

#### Phytomenadion 0,002

RE2	<b>Konakion 2 mg/0,2 ml Mischmizellenlsg. Amp.</b> Eine Kostenübernahme ist möglich zur Prophylaxe und Therapie des Morbus haemorrhagicus neonatorum.	5 St	11,50
-----	--	------	-------

### B02BD Blutgerinnungsfaktoren

#### B02BD02 Gerinnungsfaktor VIII

#### Gerinnungsfaktor VIII

RE1	<b>Advate 250 IE Plv. und Lsgm. zur Herst. einer Inj.lsg.</b> Bei angeborenem Faktor VIII-Mangel (Hämophilie A). Diagnosestellung und regelmäßige Kontrollen in entsprechender Fachabteilung bzw. -ambulanz.	1 St	221,15
RE1	<b>Advate 500 IE Plv. und Lsgm. zur Herst. einer Inj.lsg.</b> Bei angeborenem Faktor VIII-Mangel (Hämophilie A). Diagnosestellung und regelmäßige Kontrollen in entsprechender Fachabteilung bzw. -ambulanz.	1 St	429,90
RE1	<b>Advate 1000 IE Plv. und Lsgm. zur Herst. einer Inj.lsg.</b> Bei angeborenem Faktor VIII-Mangel (Hämophilie A). Diagnosestellung und regelmäßige Kontrollen in entsprechender Fachabteilung bzw. -ambulanz.	1 St	824,70
RE1	<b>Advate 1500 IE Plv. und Lsgm. zur Herst. einer Inj.lsg.</b> Bei angeborenem Faktor VIII-Mangel (Hämophilie A). Diagnosestellung und regelmäßige Kontrollen in entsprechender Fachabteilung bzw. -ambulanz.	1 St	1.224,70

Bezeichnung	T	OP	KVP in €
<b>RE1 Advate 2000 IE Plv. und Lsgm. zur Herst. einer Inj.lsg.</b> Bei angeborenem Faktor VIII-Mangel (Hämophilie A). Diagnosestellung und regelmäßige Kontrollen in entsprechender Fachabteilung bzw. -ambulanz.		1 St	1.603,95
<b>RE1 Advate 3000 IE Plv. und Lsgm. zur Herst. einer Inj.lsg.</b> Bei angeborenem Faktor VIII-Mangel (Hämophilie A). Diagnosestellung und regelmäßige Kontrollen in entsprechender Fachabteilung bzw. -ambulanz.		1 St	2.393,60
<b>RE1 Afstyla 250 IE Plv. und Lsgm. zur Herst. einer Inj.lsg.</b> Bei angeborenem Faktor VIII-Mangel (Hämophilie A). Diagnosestellung und regelmäßige Kontrollen in entsprechender Fachabteilung bzw. -ambulanz.		1 St	145,35
<b>RE1 Afstyla 500 IE Plv. und Lsgm. zur Herst. einer Inj.lsg.</b> Bei angeborenem Faktor VIII-Mangel (Hämophilie A). Diagnosestellung und regelmäßige Kontrollen in entsprechender Fachabteilung bzw. -ambulanz.		1 St	266,55
<b>RE1 Afstyla 1000 IE Plv. und Lsgm. zur Herst. einer Inj.lsg.</b> Bei angeborenem Faktor VIII-Mangel (Hämophilie A). Diagnosestellung und regelmäßige Kontrollen in entsprechender Fachabteilung bzw. -ambulanz.		1 St	513,00
<b>RE1 Afstyla 1500 IE Plv. und Lsgm. zur Herst. einer Inj.lsg.</b> Bei angeborenem Faktor VIII-Mangel (Hämophilie A). Diagnosestellung und regelmäßige Kontrollen in entsprechender Fachabteilung bzw. -ambulanz.		1 St	757,15
<b>RE1 Afstyla 2000 IE Plv. und Lsgm. zur Herst. einer Inj.lsg.</b> Bei angeborenem Faktor VIII-Mangel (Hämophilie A). Diagnosestellung und regelmäßige Kontrollen in entsprechender Fachabteilung bzw. -ambulanz.		1 St	1.001,35
<b>RE1 Afstyla 2500 IE Plv. und Lsgm. zur Herst. einer Inj.lsg.</b> Bei angeborenem Faktor VIII-Mangel (Hämophilie A). Diagnosestellung und regelmäßige Kontrollen in entsprechender Fachabteilung bzw. -ambulanz.		1 St	1.245,50
<b>RE1 Beriate 100 IE/ml Plv. und Lsgm. zur Herst. einer Inj.- oder Inf.lsg.</b> 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
<b>RE1 Beriate 200 IE/ml Plv. und Lsgm. zur Herst. einer Inj.- oder Inf.lsg.</b> 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
<b>RE1 Esperoct 500 IE Plv. und Lsgm. zur Herst. einer Inj.lsg. (PM)</b> Bei angeborenem Faktor VIII-Mangel (Hämophilie A). Diagnosestellung und regelmäßige Kontrollen in entsprechender Fachabteilung bzw. -ambulanz.		1 St	362,05
<b>RE1 Esperoct 1000 IE Plv. und Lsgm. zur Herst. einer Inj.lsg. (PM)</b> Bei angeborenem Faktor VIII-Mangel (Hämophilie A). Diagnosestellung und regelmäßige Kontrollen in entsprechender Fachabteilung bzw. -ambulanz.		1 St	687,95
<b>RE1 Esperoct 1500 IE Plv. und Lsgm. zur Herst. einer Inj.lsg. (PM)</b> Bei angeborenem Faktor VIII-Mangel (Hämophilie A). Diagnosestellung und regelmäßige Kontrollen in entsprechender Fachabteilung bzw. -ambulanz.		1 St	1.019,60
<b>RE1 Esperoct 2000 IE Plv. und Lsgm. zur Herst. einer Inj.lsg. (PM)</b> Bei angeborenem Faktor VIII-Mangel (Hämophilie A). Diagnosestellung und regelmäßige Kontrollen in entsprechender Fachabteilung bzw. -ambulanz.		1 St	1.351,25
<b>RE1 Esperoct 3000 IE Plv. und Lsgm. zur Herst. einer Inj.lsg. (PM)</b> Bei angeborenem Faktor VIII-Mangel (Hämophilie A). Diagnosestellung und regelmäßige Kontrollen in entsprechender Fachabteilung bzw. -ambulanz.		1 St	2.014,55
<b>RE1 Haemoclin SDH 50 IE/ml Plv. und Lsgm. zur Herst. einer Inj.lsg.</b> Bei angeborenem Faktor VIII-Mangel (Hämophilie A). Diagnosestellung und regelmäßige Kontrollen in entsprechender Fachabteilung bzw. -ambulanz.		1 St 250 IE	172,35
<b>RE1 Haemoclin SDH 100 IE/ml Plv. u. Lsgm. zur Herst. einer Inj.lsg.</b> Bei angeborenem Faktor VIII-Mangel (Hämophilie A). Diagnosestellung und regelmäßige Kontrollen in entsprechender Fachabteilung bzw. -ambulanz.		1 St 500 IE	327,55
<b>RE1 Haemoclin SDH 200 IE/ml Plv. u. Lsgm. zur Herst. einer Inj.lsg.</b> Bei angeborenem Faktor VIII Mangel (Hämophilie A). Diagnosestellung und regelmäßige Kontrollen in entsprechender Fachabteilung bzw. -ambulanz.		1 St 1000 IE	592,10

	Bezeichnung	T	OP	KVP in €
RE1	<b>Kovaltry 250 IE Plv. und Lsgm. zur Herst. einer Inj.lsg.</b> Bei angeborenem Faktor VIII-Mangel (Hämophilie A). Diagnosestellung und regelmäßige Kontrollen in entsprechender Fachabteilung bzw. -ambulanz.		1 St	161,50
RE1	<b>Kovaltry 500 IE Plv. und Lsgm. zur Herst. einer Inj.lsg.</b> Bei angeborenem Faktor VIII-Mangel (Hämophilie A). Diagnosestellung und regelmäßige Kontrollen in entsprechender Fachabteilung bzw. -ambulanz.		1 St	296,20
RE1	<b>Kovaltry 1000 IE Plv. und Lsgm. zur Herst. einer Inj.lsg.</b> Bei angeborenem Faktor VIII-Mangel (Hämophilie A). Diagnosestellung und regelmäßige Kontrollen in entsprechender Fachabteilung bzw. -ambulanz.		1 St	567,35
RE1	<b>Kovaltry 2000 IE Plv. und Lsgm. zur Herst. einer Inj.lsg.</b> Bei angeborenem Faktor VIII-Mangel (Hämophilie A). Diagnosestellung und regelmäßige Kontrollen in entsprechender Fachabteilung bzw. -ambulanz.		1 St	1.110,05
RE1	<b>Kovaltry 3000 IE Plv. und Lsgm. zur Herst. einer Inj.lsg.</b> Bei angeborenem Faktor VIII-Mangel (Hämophilie A). Diagnosestellung und regelmäßige Kontrollen in entsprechender Fachabteilung bzw. -ambulanz.		1 St	1.652,75
RE1	<b>NovoEight 250 IE Plv. und Lsgm. zur Herst. einer Inj.lsg.</b> Bei angeborenem Faktor VIII-Mangel (Hämophilie A). Diagnosestellung und regelmäßige Kontrollen in entsprechender Fachabteilung bzw. -ambulanz.		1 St	173,15
RE1	<b>NovoEight 500 IE Plv. und Lsgm. zur Herst. einer Inj.lsg.</b> Bei angeborenem Faktor VIII-Mangel (Hämophilie A). Diagnosestellung und regelmäßige Kontrollen in entsprechender Fachabteilung bzw. -ambulanz.		1 St	329,15
RE1	<b>NovoEight 1000 IE Plv. und Lsgm. zur Herst. einer Inj.lsg.</b> Bei angeborenem Faktor VIII-Mangel (Hämophilie A). Diagnosestellung und regelmäßige Kontrollen in entsprechender Fachabteilung bzw. -ambulanz.		1 St	627,65
RE1	<b>NovoEight 2000 IE Plv. und Lsgm. zur Herst. einer Inj.lsg.</b> Bei angeborenem Faktor VIII-Mangel (Hämophilie A). Diagnosestellung und regelmäßige Kontrollen in entsprechender Fachabteilung bzw. -ambulanz.		1 St	1.230,65
RE1	<b>NovoEight 3000 IE Plv. und Lsgm. zur Herst. einer Inj.lsg.</b> Bei angeborenem Faktor VIII-Mangel (Hämophilie A). Diagnosestellung und regelmäßige Kontrollen in entsprechender Fachabteilung bzw. -ambulanz.		1 St	1.833,65
RE1	<b>Nuwiq 250 IE Plv. und Lsgm. zur Herst. einer Inj.lsg.</b> Bei angeborenem Faktor VIII-Mangel (Hämophilie A). Diagnosestellung und regelmäßige Kontrollen in entsprechender Fachabteilung bzw. -ambulanz.		1 St	192,40
RE1	<b>Nuwiq 500 IE Plv. und Lsgm. zur Herst. einer Inj.lsg.</b> Bei angeborenem Faktor VIII-Mangel (Hämophilie A). Diagnosestellung und regelmäßige Kontrollen in entsprechender Fachabteilung bzw. -ambulanz.		1 St	365,70
RE1	<b>Nuwiq 1000 IE Plv. und Lsgm. zur Herst. einer Inj.lsg.</b> Bei angeborenem Faktor VIII-Mangel (Hämophilie A). Diagnosestellung und regelmäßige Kontrollen in entsprechender Fachabteilung bzw. -ambulanz.		1 St	694,65
RE1	<b>Nuwiq 2000 IE Plv. und Lsgm. zur Herst. einer Inj.lsg.</b> Bei angeborenem Faktor VIII-Mangel (Hämophilie A). Diagnosestellung und regelmäßige Kontrollen in entsprechender Fachabteilung bzw. -ambulanz.		1 St	1.364,65
RE1	<b>Octanate 50 IE/ml</b> 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	<b>Octanate LV 100 IE/ml Plv.</b> Bei angeborenem Faktor VIII-Mangel (Hämophilie A). Diagnosestellung und regelmäßige Kontrollen in entsprechender Fachabteilung bzw. -ambulanz.		1 St 500 IE	380,65
RE1	<b>Octanate LV 200 IE/ml Plv.</b> Bei angeborenem Faktor VIII-Mangel (Hämophilie A). Diagnosestellung und regelmäßige Kontrollen in entsprechender Fachabteilung bzw. -ambulanz.		1 St 1000 IE	736,60
RE1	<b>ReFacto AF 250 IE Plv. und Lsgm. zur Herst. einer Inj.lsg. Fertigspr.</b> Bei angeborenem Faktor VIII-Mangel (Hämophilie A). Diagnosestellung und regelmäßige Kontrollen in entsprechender Fachabteilung bzw. -ambulanz.		1 St	213,80

	Bezeichnung	T	OP	KVP in €
RE1	<b>ReFacto AF 500 IE Plv. und Lsgm. zur Herst. einer Inj.lsg. Fertigspr.</b> Bei angeborenem Faktor VIII-Mangel (Hämophilie A). Diagnosestellung und regelmäßige Kontrollen in entsprechender Fachabteilung bzw. -ambulanz.		1 St	396,90
RE1	<b>ReFacto AF 1000 IE Plv. und Lsgm. zur Herst. einer Inj.lsg. Fertigspr.</b> 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	<b>Feiba 50 E/ml Plv. und Lsgm. zur Herst. einer Inf.lsg.</b> 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	<b>Alprolix 250 IE Plv. und Lsgm. zur Herst. einer Inj.lsg.</b> 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	290,50
RE1	<b>Alprolix 500 IE Plv. und Lsgm. zur Herst. einer Inj.lsg.</b> 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	556,85
RE1	<b>Alprolix 1000 IE Plv. und Lsgm. zur Herst. einer Inj.lsg.</b> 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	1.089,05
RE1	<b>Alprolix 2000 IE Plv. und Lsgm. zur Herst. einer Inj.lsg.</b> 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	2.153,45
RE1	<b>Alprolix 3000 IE Plv. und Lsgm. zur Herst. einer Inj.lsg.</b> 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	3.217,85
RE1	<b>BeneFIX 250 IE Plv. u. Lsgm. zur Herst. einer Inj.lsg.</b> Bei angeborenem Faktor IX-Mangel (Hämophilie B). Diagnosestellung und regelmäßige Kontrollen in entsprechender Fachabteilung bzw. -ambulanz.		1 St	235,90
RE1	<b>BeneFIX 500 IE Plv. u. Lsgm. zur Herst. einer Inj.lsg.</b> Bei angeborenem Faktor IX-Mangel (Hämophilie B). Diagnosestellung und regelmäßige Kontrollen in entsprechender Fachabteilung bzw. -ambulanz.		1 St	445,60
RE1	<b>BeneFIX 1000 IE Plv. u. Lsgm. zur Herst. einer Inj.lsg.</b> Bei angeborenem Faktor IX-Mangel (Hämophilie B). Diagnosestellung und regelmäßige Kontrollen in entsprechender Fachabteilung bzw. -ambulanz.		1 St	855,25
RE1	<b>BeneFIX 2000 IE Plv. u. Lsgm. zur Herst. einer Inj.lsg.</b> Bei angeborenem Faktor IX-Mangel (Hämophilie B). Diagnosestellung und regelmäßige Kontrollen in entsprechender Fachabteilung bzw. -ambulanz.		1 St	1.685,80

	Bezeichnung	T	OP	KVP in €
RE1	<b>Haemonine 100 IE/ml Plv. und Lsgm. zur Herst. einer Inj.lsg.</b> Bei angeborenem Faktor IX-Mangel (Hämophilie B). Diagnosestellung und regelmäßige Kontrollen in entsprechender Fachabteilung bzw. -ambulanz.		1 St 1000 IE	589,15
RE1	<b>Immunine 600 IE Trockenstechamp. mit Lsgm.</b> 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	<b>Immunine 1200 IE Trockenstechamp. mit Lsgm.</b> 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	<b>Refixia 500 IE Plv. und Lsgm. zur Herst. einer Inj.lsg.</b> 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	<b>Refixia 1000 IE Plv. und Lsgm. zur Herst. einer Inj.lsg.</b> 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	<b>Refixia 2000 IE Plv. und Lsgm. zur Herst. einer Inj.lsg.</b> 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	<b>Faktor VII "Baxter" 600 IE Plv. und Lsgm. zur Herst. einer Inj.lsg.</b> 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	<b>Haemate P 500 IE FVIII/1200 IE VWF Plv. und Lsgm. zur Herst. einer Inj.- oder Inf.lsg.</b> 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	<b>Haemate P 1000 IE FVIII/2400 IE VWF Plv. und Lsgm. zur Herst. einer Inj.- oder Inf.lsg.</b> 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	<b>Immunate 500 IE FVIII/375 IE VWF Plv. und Lsgm. zur Herst. einer Inj.lsg.</b> 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

	Bezeichnung	T	OP	KVP in €
RE1	<b>Immunate 1000 IE FVIII/750 IE VWF Plv. und Lsgm. zur Herst. einer Inj.lsg.</b> 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	<b>Wilate 500 IE FVIII/500 IE VWF Plv. und Lsgm. zur Herst. einer Inj.lsg.</b> 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	<b>Wilate 1000 IE FVIII/1000 IE VWF Plv. und Lsgm. zur Herst. einer Inj.lsg.</b> 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	<b>Fibrogammin 250 IE Plv. und Lsgm. zur Herst. einer Inj.-/Inf.lsg.</b> 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	<b>Fibrogammin 1250 IE Plv. und Lsgm. zur Herst. einer Inj.-/Inf.lsg.</b> 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	<b>Nplate 250 mcg Plv. und Lsgm. zur Herst. einer Inj.lsg.</b> Bei PatientInnen mit therapierefraktärer chronischer immun-(idiopathischer) thrombozytopenischer Purpura (ITP), die splenektomiert sind bzw. für die eine Splenektomie kontraindiziert ist. Die Behandlung mit Romiplostim sollte abgebrochen werden, wenn die Thrombozytenzahl nach 4-wöchiger Behandlung mit Romiplostim in der höchsten wöchentlichen Dosis von 10 mcg/kg nicht auf einen Wert steigt, der ausreichend hoch ist, um klinisch signifikante Blutungen zu vermeiden. Diagnosestellung, Therapieeinleitung, Dosisfindung (Titration) und regelmäßige Kontrollen durch entsprechende Fachabteilung bzw. -ambulanz; Weiterverordnung nur durch in der Verwendung von Nplate ausreichend informierte ÄrztInnen.		1 St 0,5 ml 4 St 0,5 ml	570,10 2.206,35
-----	---	--	----------------------------------	--------------------

#### Romiplostim 0,0005

RE1	<b>Nplate 500 mcg Plv. und Lsgm. zur Herst. einer Inj.lsg.</b> Bei PatientInnen mit therapierefraktärer chronischer immun-(idiopathischer) thrombozytopenischer Purpura (ITP), die splenektomiert sind bzw. für die eine Splenektomie kontraindiziert ist. Die Behandlung mit Romiplostim sollte abgebrochen werden, wenn die Thrombozytenzahl nach 4-wöchiger Behandlung mit Romiplostim in der höchsten wöchentlichen Dosis von 10 mcg/kg nicht auf einen Wert steigt, der ausreichend hoch ist, um klinisch signifikante Blutungen zu vermeiden. Diagnosestellung, Therapieeinleitung, Dosisfindung (Titration) und regelmäßige Kontrollen durch entsprechende Fachabteilung bzw. -ambulanz; Weiterverordnung nur durch in der Verwendung von Nplate ausreichend informierte ÄrztInnen.		1 St 1 ml 4 St 1 ml	1.115,50 4.388,05
-----	---	--	------------------------------	----------------------



**B02BX05 Eltrombopag****Eltrombopag 0,025**

<b>RE1</b>	<b>Revolade 25 mg Filmtabl.</b> Bei PatientInnen mit therapierefraktärer chronischer immun-(idiopathischer) thrombozytopenischer Purpura (ITP), die splenektomiert sind bzw. für die eine Splenektomie kontraindiziert ist. Die Behandlung mit Eltrombopag sollte abgebrochen werden, wenn die Thrombozytenzahl nach 4-wöchiger Behandlung mit Eltrombopag in der höchsten täglichen Dosis von 75 mg nicht auf einen Wert steigt, der ausreichend hoch ist, um klinisch signifikante Blutungen zu vermeiden. Diagnosestellung, Therapieeinleitung, Dosisfindung (Titration) und regelmäßige Kontrollen durch entsprechende Fachabteilung bzw. -ambulanz; Weiterverordnung nur durch in der Verwendung von Revolade ausreichend informierte ÄrztInnen.	14 St	468,40
		28 St	912,15

**Eltrombopag 0,05**

<b>RE1</b>	<b>Revolade 50 mg Filmtabl.</b> Bei PatientInnen mit therapierefraktärer chronischer immun-(idiopathischer) thrombozytopenischer Purpura (ITP), die splenektomiert sind bzw. für die eine Splenektomie kontraindiziert ist. Die Behandlung mit Eltrombopag sollte abgebrochen werden, wenn die Thrombozytenzahl nach 4-wöchiger Behandlung mit Eltrombopag in der höchsten täglichen Dosis von 75 mg nicht auf einen Wert steigt, der ausreichend hoch ist, um klinisch signifikante Blutungen zu vermeiden. Diagnosestellung, Therapieeinleitung, Dosisfindung (Titration) und regelmäßige Kontrollen durch entsprechende Fachabteilung bzw. -ambulanz; Weiterverordnung nur durch in der Verwendung von Revolade ausreichend informierte ÄrztInnen.	14 St	912,15
		28 St	1.799,65

**Eltrombopag 0,075**

<b>RE1</b>	<b>Revolade 75 mg Filmtabl.</b> Bei PatientInnen mit therapierefraktärer chronischer immun-(idiopathischer) thrombozytopenischer Purpura (ITP), die splenektomiert sind bzw. für die eine Splenektomie kontraindiziert ist. Die Behandlung mit Eltrombopag sollte abgebrochen werden, wenn die Thrombozytenzahl nach 4-wöchiger Behandlung mit Eltrombopag in der höchsten täglichen Dosis von 75 mg nicht auf einen Wert steigt, der ausreichend hoch ist, um klinisch signifikante Blutungen zu vermeiden. Diagnosestellung, Therapieeinleitung, Dosisfindung (Titration) und regelmäßige Kontrollen durch entsprechende Fachabteilung bzw. -ambulanz; Weiterverordnung nur durch in der Verwendung von Eltrombopag ausreichend informierte ÄrztInnen.	14 St	1.355,95
		28 St	2.687,20

**B02BX06 Emicizumab****Emicizumab 0,03/ml**

<b>RE1</b>	<b>Hemlibra 30 mg/ml Inj.lsg. (PM)</b> 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**

<b>RE1</b>	<b>Hemlibra 150 mg/ml Inj.lsg. (EM)</b> 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

**B02BX08 Avatrombopag****Avatrombopag 0,02**

<b>RE1</b>	<b>Doptelet 20 mg Filmtabl. (PM)</b> Bei erwachsenen PatientInnen mit einer chronischen Lebererkrankung und einer Thrombozytenzahl kleiner 50.000/mcl vor einem geplanten invasiven Eingriff mit einem hohen Blutungsrisiko. Diagnosestellung und Therapieeinleitung durch ausreichend informierte ÄrztInnen der Fachrichtungen Gastroenterologie, Chirurgie, interventionelle Radiologie und Anästhesie. Bei erwachsenen PatientInnen mit therapierefraktärer primärer chronischer immun-(idiopathischer) thrombozytopenischer Purpura (ITP), die splenektomiert sind bzw. für die eine Splenektomie kontraindiziert ist. Die Behandlung mit Avatrombopag sollte abgebrochen werden, wenn die Thrombozytenzahl nach 4-wöchiger Behandlung mit Avatrombopag in der höchsten täglichen Dosis von 40 mg nicht auf einen Wert steigt, der ausreichend hoch ist, um klinisch signifikante Blutungen zu vermeiden. Diagnosestellung, Therapieeinleitung, Dosisfindung (Titration) und regelmäßige Kontrollen durch entsprechende Fachabteilung bzw. -ambulanz; Weiterverordnung nur durch in der Verwendung von Avatrombopag ausreichend informierte ÄrztInnen.	10 St	672,55
		15 St	996,50
		30 St	1.968,30

**B03 ANTIANÄMIKA****B03A EISEN-HALTIGE ZUBEREITUNGEN****B03AC Eisen, parenterale Zubereitungen****Fe (III) 0,02/ml als Eisen(III)oxid-Saccharose-Komplex**

<b>RE2</b>	<b>FerMed 100 mg/5 ml Inj.lsg. oder Konz. zur Herst. einer Inf.lsg.</b> Zur Eisensubstitution, wenn mit oralen Therapiealternativen (ATC-Code B03A) nachweislich nicht das Auslangen gefunden werden kann.	1 St	20,65
		5 St	50,70
<b>RE2</b>	<b>Venofer 20 mg/ml Inj.lsg. oder Konz. zur Herst. einer Inf.lsg.</b> Zur Eisensubstitution, wenn mit oralen Therapiealternativen (ATC-Code B03A) nachweislich nicht das Auslangen gefunden werden kann.	5 St	68,20
		5 ml	

**Fe (III) 0,05/ml als Eisen(III)-Carboxymaltose**

<b>RE2</b>	<b>Eisencarboxymaltose "Sandoz" 50 mg/ml Dispersion zur Inj./Inf.</b> Zur Eisensubstitution, wenn mit oralen Therapiealternativen (ATC-Code B03A) nachweislich nicht das Auslangen gefunden werden kann.	1 St	39,60
		10 ml	
		1 St	76,80
<b>RE2</b>	<b>Ferinject 50 mg Eisen/ml Inj.lsg. oder Konz. zur Herst. einer Inf.lsg. (PM)</b> Zur Eisensubstitution, wenn mit oralen Therapiealternativen (ATC-Code B03A) nachweislich nicht das Auslangen gefunden werden kann.	1 St	125,40
		10 ml	
		1 St	245,15
		20 ml	

**Fe (III) 0,1/ml als Eisen(III)-Isomaltosid**

<b>RE2</b>	<b>MonoFer 100 mg/ml Inj.- oder Inf.lsg. (PM)</b> Zur Eisensubstitution, wenn mit oralen Therapiealternativen (ATC Code B03A) nachweislich nicht das Auslangen gefunden werden kann.	1 St	134,45
		5 ml	
		1 St	238,20
		10 ml	

**B03X ANDERE ANTIANÄMIKA****B03XA Andere Antianämika****B03XA01 Erythropoietin****Erythropoietin 1.000 IE**

<b>RE1</b>	<b>Abseamed 1.000 IE/0,5 ml Inj.lsg. Fertigspr.</b> 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

Bezeichnung	T	OP	KVP in €
<b>RE1 Binocrit 1.000 IE/0,5 ml Inj.lsg. Fertigspr.</b> 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
<b>RE1 Eporatio 1.000 IE/0,5 ml Inj.lsg. Fertigspr.</b> 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
<b>RE1 Erypo 1.000 IE/0,5 ml Fertigspr.</b> 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 0,0000084 entspr. 1.000 IE</i>		6 St	48,70
<b>RE1 Retacrit 1.000 IE/0,3 ml Inj.lsg. Fertigspr.</b> 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 0,0000084 entspr. 1.000 IE</i>		6 St	48,70

### Erythropoietin 2.000 IE

<b>RE1 Abseamed 2.000 IE/1,0 ml Inj.lsg. Fertigspr.</b> 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 0,0000168 entspr. 2.000 IE</i>		6 St	91,90
--	--	------	-------

Bezeichnung	T	OP	KVP in €
<b>RE1 Binocrit 2.000 IE/1 ml Inj.lsg. Fertigspr.</b> 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 0,0000168 entspr. 2.000 IE</i>		6 St	90,85
<b>RE1 Eporatio 2.000 IE/0,5 ml Inj.lsg. Fertigspr.</b> 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 0,0000167 entspr. 2.000 IE</i>		6 St	90,85
<b>RE1 Erypo 2.000 IE/0,5 ml Fertigspr.</b> 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
<b>RE1 Retacrit 2.000 IE/0,6 ml Inj.lsg. Fertigspr.</b> 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**

<b>RE1 Abseamed 3.000 IE/0,3 ml Inj.lsg. Fertigspr.</b> 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
--	--	------	--------

Bezeichnung	T	OP	KVP in €
<b>RE1 Eporatio 3.000 IE/0,5 ml Inj.lsg. Fertigspr.</b> 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
<b>RE1 Retacrit 3.000 IE/0,9 ml Inj.lsg. Fertigspr.</b> 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

#### Erythropoietin 4.000 IE

<b>RE1 Abseamed 4.000 IE/0,4 ml Inj.lsg. Fertigspr.</b> 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
<b>RE1 Binocrit 4.000 IE/0,4 ml Inj.lsg. Fertigspr.</b> 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
<b>RE1 Eporatio 4.000 IE/0,5 ml Inj.lsg. Fertigspr.</b> 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

Bezeichnung	T	OP	KVP in €
<b>RE1 Erypo 4.000 IE/0,4 ml Fertigspr.</b> 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
<b>RE1 Retacrit 4.000 IE/0,4 ml Inj.lsg. Fertigspr.</b> 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
<b>Erythropoietin 5.000 IE</b>			
<b>RE1 Abseamed 5.000 IE/0,5 ml Inj.lsg. Fertigspr.</b> 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
<b>RE1 Binocrit 5.000 IE/0,5 ml Inj.lsg. Fertigspr.</b> 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
<b>RE1 Eporatio 5.000 IE/0,5 ml Inj.lsg. Fertigspr.</b> 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

Bezeichnung	T	OP	KVP in €
<b>RE1 Retacrit 5.000 IE/0,5 ml Inj.lsg. Fertigspr.</b> 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

<b>RE1 Abseamed 6.000 IE/0,6 ml Inj.lsg. Fertigspr.</b> 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
--	--	------	--------

<b>RE1 Erypo 6.000 IE/0,6 ml Fertigspr.</b> 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 0,0000504 entspr. 6.000 IE</i>		6 St	234,30
---	--	------	--------

<b>RE1 Retacrit 6.000 IE/0,6 ml Inj.lsg. Fertigspr.</b> 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 0,0000504 entspr. 6.000 IE</i>		6 St	234,40
--	--	------	--------

### Erythropoietin 8.000 IE

<b>RE1 Abseamed 8.000 IE/0,8 ml Inj.lsg. Fertigspr.</b> 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 0,0000672 entspr. 8.000 IE</i>		6 St	312,35
--	--	------	--------

Bezeichnung	T	OP	KVP in €
<b>RE1 Retacrit 8.000 IE/0,8 ml Inj.lsg. Fertigspr.</b> 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 0,0000672 entspr. 8.000 IE</i>		6 St	312,35

### B03XA02 Darbeпоetin alfa

#### Darbeпоetin alfa 10 mcg

<b>RE1 Aranesp 10 mcg Inj.lsg. Fertigspr. (PM)</b> 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
--	--	------	-------

#### Darbeпоetin alfa 20 mcg

<b>RE1 Aranesp 20 mcg Inj.lsg. Fertigspr. (PM)</b> 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

<b>RE1 Aranesp 30 mcg Inj.lsg. Fertigspr. (PM)</b> 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

<b>RE1 Aranesp 40 mcg Inj.lsg. Fertigipen (SureClick) (PM)</b> 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
--	--	------	--------



Bezeichnung	T	OP	KVP in €
<b>RE1 Aranesp 40 mcg Inj.lsg. Fertigspr. (EM)</b> 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**

<b>RE1 Aranesp 50 mcg Inj.lsg. Fertigspr. (EM)</b> 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
--	--	------	--------

#### **Darbeпоetin alfa 60 mcg**

<b>RE1 Aranesp 60 mcg Inj.lsg. Fertigpen (SureClick) (EM)</b> 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
<b>RE1 Aranesp 60 mcg Inj.lsg. Fertigspr. (EM)</b> 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

#### **Darbeпоetin alfa 80 mcg**

<b>RE1 Aranesp 80 mcg Inj.lsg. Fertigpen (SureClick) (EM)</b> 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
---	--	------	--------

Bezeichnung	T	OP	KVP in €
<b>RE1 Aranesp 80 mcg Inj.lsg. Fertigspr. (PM)</b> 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

### Darbeпоetin alfa 100 mcg

<b>RE1 Aranesp 100 mcg Inj.lsg. Fertigpen (SureClick) (PM)</b> 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
<b>RE1 Aranesp 100 mcg Inj.lsg. Fertigspr. (PM)</b> 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 parentalen Ernährung

##### B05BA03 Kohlenhydrate

#### Glucose 5 %

<b>RE2 Glucose 5 % "Fresenius" Plastikinf.fl. 250 ml</b> Bei Exsikkose, wenn eine orale Flüssigkeitszufuhr nicht ausreichend möglich ist.		10 St	12,05
<b>RE2 Glucose 5 % "Fresenius" Plastikinf.fl. 500 ml</b> 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 %

<b>RE2 Natr. chlorat. physiolog. "Med." Glasinf.fl. 250 ml</b> Bei Exsikkose, wenn eine orale Flüssigkeitszufuhr nicht ausreichend möglich ist.		10 St	9,50
<b>RE2 Natr. chlorat. physiolog. "Med." Glasinf.fl. 500 ml</b> Bei Exsikkose, wenn eine orale Flüssigkeitszufuhr nicht ausreichend möglich ist.		10 St	8,85
<b>RE2 Natr. chlorat. physiolog. "Med." Plastikinf.fl. 250 ml</b> Bei Exsikkose, wenn eine orale Flüssigkeitszufuhr nicht ausreichend möglich ist.		10 St	9,50
<b>RE2 Natr. chlorat. physiolog. "Med." Plastikinf.fl. 500 ml</b> Bei Exsikkose, wenn eine orale Flüssigkeitszufuhr nicht ausreichend möglich ist.		10 St	9,50
<b>RE2 Physiolog. Kochsalzlg. "Fresenius" Inf.fl. 250 ml</b> Bei Exsikkose, wenn eine orale Flüssigkeitszufuhr nicht ausreichend möglich ist.		10 St	9,85

	Bezeichnung	T	OP	KVP in €
RE2	<b>Physiolog. Kochsalzlg. "Fresenius" Inf.fl. 500 ml</b> Bei Exsikkose, wenn eine orale Flüssigkeitszufuhr nicht ausreichend möglich ist.		10 St	10,95
RE2	<b>Physiolog. Kochsalzlg. "Fresenius" Inf.fl. 1000 ml</b> Bei Exsikkose, wenn eine orale Flüssigkeitszufuhr nicht ausreichend möglich ist.		6 St	13,20
RE2	<b>Physiolog. Kochsalzlg. "Fresenius" Plastikinf.fl. 250 ml</b> Bei Exsikkose, wenn eine orale Flüssigkeitszufuhr nicht ausreichend möglich ist.		10 St	9,85
RE2	<b>Physiolog. Kochsalzlg. "Fresenius" Plastikinf.fl. 500 ml</b> Bei Exsikkose, wenn eine orale Flüssigkeitszufuhr nicht ausreichend möglich ist.		10 St	10,95

**Ringer-Lactat (Zusammensetzung s. Austria Codex Fachinformation)**

RE2	<b>Ringer-Lactat-Lsg. "Fresenius" Glasinf.fl. 1000 ml</b> Bei Exsikkose, wenn eine orale Flüssigkeitszufuhr nicht ausreichend möglich ist.		6 St	13,20
RE2	<b>Ringer-Lactat-Lsg. "Fresenius" Plastikinf.fl. 500 ml</b> Bei Exsikkose, wenn eine orale Flüssigkeitszufuhr nicht ausreichend möglich ist.		10 St	10,95

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

RE2	<b>Ringer-Lsg. "Fresenius" Plastikinf.fl. 250 ml</b> Bei Exsikkose, wenn eine orale Flüssigkeitszufuhr nicht ausreichend möglich ist.		10 St	10,65
RE2	<b>Ringer-Lsg. "Fresenius" Plastikinf.fl. 500 ml</b> Bei Exsikkose, wenn eine orale Flüssigkeitszufuhr nicht ausreichend möglich ist.		10 St	10,95
RE2	<b>Ringer-Lsg. "Med." Plastikinf.fl. 500 ml</b> Bei Exsikkose, wenn eine orale Flüssigkeitszufuhr nicht ausreichend möglich ist.		10 St	8,80

**B06 ANDERE HÄMATOLOGIKA**  
**B06A ANDERE HÄMATOLOGIKA**  
**B06AC Mittel zur Behandlung des hereditären Angioödems**  
**B06AC01 C1-Inhibitor aus Humanplasma**

**C1-Inhibitor aus Humanplasma 500 IE**

RE1	<b>Berinert 500 IE Plv. und Lsgm. zur Herst. einer Inj.- oder Inf.lsg.</b> 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	<b>Cinryze 500 IE Plv. und Lsgm. zur Herst. einer Inj.lsg.</b> 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**

<b>RE1</b>	<b>Firazyr 30 mg Inj.lsg. Fertigspr.</b> 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**

<b>RE1</b>	<b>Ruconest 2100 E Plv. zur Herst. einer Inj.lsg.</b> 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**

<b>RE1</b>	<b>Takhzyro 300 mg Inj.lsg. Fertigspr. (EM)</b> 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 <a href="http://www.sozialversicherung.at/erstattungskodex_hae">www.sozialversicherung.at/erstattungskodex_hae</a> 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**

<b>RE1</b>	<b>Orladeyo 150 mg Hartkaps. (EM)</b> 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 <a href="http://www.sozialversicherung.at/erstattungskodex_hae">www.sozialversicherung.at/erstattungskodex_hae</a> 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**

<b>RE2</b>	<b>EpiPen Junior 150 mcg Inj.lsg. Fertipgen</b> 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
<b>RE2</b>	<b>Jext 150 mcg Inj.lsg. Fertipgen</b> 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**

<b>RE2</b>	<b>EpiPen 300 mcg Inj.lsg. Fertipgen</b> 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
<b>RE2</b>	<b>Jext 300 mcg Inj.lsg. Fertipgen</b> 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**

<b>RE2</b>	<b>Verquvo 2,5 mg Filmtabl. (PM)</b> Bei Erwachsenen mit chronischer Herzinsuffizienz mit reduzierter Ejektionsfraktion, die nach einem kürzlich aufgetretenen Dekompensationsereignis, das eine i.v.-Therapie erforderte, stabilisiert wurden, als Zusatztherapie <ul style="list-style-type: none"> <li>- wenn die PatientInnen trotz individuell optimierter Standardtherapie mit Medikamenten aus dem Grünen Bereich noch symptomatisch sind (NYHA größer/gleich Klasse II).</li> <li>- Therapieeinleitung nur bei linksventrikulärer Ejektionsfraktion kleiner/gleich 40 % diagnostiziert mittels transthorakalen Echokardiographiebefundes nicht älter als 6 Monate.</li> <li>- Erstverordnung und regelmäßige Kontrollen durch KardiologInnen oder InternistInnen mit gültigem Diplom in transthorakaler Echokardiographie oder durch eine entsprechende Fachabteilung bzw. -ambulanz.</li> </ul>	14 St	51,50
------------	--	-------	-------

**Vericiguat 0,005**

<b>RE2</b>	<b>Verquvo 5 mg Filmtabl. (PM)</b> Bei Erwachsenen mit chronischer Herzinsuffizienz mit reduzierter Ejektionsfraktion, die nach einem kürzlich aufgetretenen Dekompensationsereignis, das eine i.v.-Therapie erforderte, stabilisiert wurden, als Zusatztherapie <ul style="list-style-type: none"> <li>- wenn die PatientInnen trotz individuell optimierter Standardtherapie mit Medikamenten aus dem Grünen Bereich noch symptomatisch sind (NYHA größer/gleich Klasse II).</li> <li>- Therapieeinleitung nur bei linksventrikulärer Ejektionsfraktion kleiner/gleich 40 % diagnostiziert mittels transthorakalen Echokardiographiebefundes nicht älter als 6 Monate.</li> <li>- Erstverordnung und regelmäßige Kontrollen durch KardiologInnen oder InternistInnen mit gültigem Diplom in transthorakaler Echokardiographie oder durch eine entsprechende Fachabteilung bzw. -ambulanz.</li> </ul>	14 St 28 St(2)	51,50 97,15
------------	--	-------------------	----------------

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

### Vericiguat 0,01

<b>RE2</b>	<b>Verquvo 10 mg Filmtabl. (PM)</b> 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

<b>RE1</b>	<b>Pridax 20 mcg Konz. zur Herst. einer Inf.lsg.</b> 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
<b>RE1</b>	<b>Prostavasin Trockensubst. zur Inf.bereitng</b> 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

<b>RE1</b>	<b>Alprostapint 500 mcg Konz. zur Herst. einer Inf.lsg.</b> Eine Kostenübernahme ist möglich in der Indikation schwere chronische Herzinsuffizienz bei Herztransplantationskandidaten.	5 St	576,45
------------	---	------	--------

## C01EB Andere Herzmittel

### C01EB18 Ranolazin

### Ranolazin 0,375

<b>RE1</b>	<b>Ranexa 375 mg Retardtabl.</b> Als Ergänzungstherapie zur symptomatischen Behandlung der chronisch stabilen Angina pectoris bei PatientInnen mit koronarer Herzkrankheit, bei denen Betablocker (Präparate mit entspr. Indikation aus der Gruppe mit dem ATC-Code C07) nicht ausreichend wirksam (als add-on-Therapie), kontraindiziert oder unverträglich sind und bei denen Calciumkanalblocker (ATC-Code C08) aus dem Grünen Bereich nicht ausreichend wirksam (als add-on-Therapie), kontraindiziert oder unverträglich sind.	30 St 60 St	27,00 48,90
------------	--	----------------	----------------

### Ranolazin 0,5

<b>RE1</b>	<b>Ranexa 500 mg Retardtabl.</b> Als Ergänzungstherapie zur symptomatischen Behandlung der chronisch stabilen Angina pectoris bei PatientInnen mit koronarer Herzkrankheit, bei denen Betablocker (Präparate mit entspr. Indikation aus der Gruppe mit dem ATC-Code C07) nicht ausreichend wirksam (als add-on-Therapie), kontraindiziert oder unverträglich sind und bei denen Calciumkanalblocker (ATC-Code C08) aus dem Grünen Bereich nicht ausreichend wirksam (als add-on-Therapie), kontraindiziert oder unverträglich sind.	30 St 60 St	27,00 48,90
------------	--	----------------	----------------

### Ranolazin 0,75

<b>RE1</b>	<b>Ranexa 750 mg Retardtabl.</b> Als Ergänzungstherapie zur symptomatischen Behandlung der chronisch stabilen Angina pectoris bei PatientInnen mit koronarer Herzkrankheit, bei denen Betablocker (Präparate mit entspr. Indikation aus der Gruppe mit dem ATC-Code C07) nicht ausreichend wirksam (als add-on-Therapie), kontraindiziert oder unverträglich sind und bei denen Calciumkanalblocker (ATC-Code C08) aus dem Grünen Bereich nicht ausreichend wirksam (als add-on-Therapie), kontraindiziert oder unverträglich sind.	30 St 60 St	27,00 48,90
------------	--	----------------	----------------

## C01EB24 Mavacamten

## Mavacamten 0,0025

RE1	Camzyos 2,5 mg Hartkaps. (CM)		
L3	- Bei erwachsenen PatientInnen zur Behandlung der symptomatischen hypertrophen obstruktiven Kardiomyopathie (HOCM), die trotz maximal ausgeschöpfter Basistherapie (nicht-vasodilatierende Betablocker und/oder Nicht-Dihydropyridin-Calciumkanalblocker) oder bei deren Unverträglichkeit <ul style="list-style-type: none"> <li>• in der Echokardiographie einen linksventrikulären Spitzen-Ausflusstraktgradienten (LVOT-Gradient) in Ruhe oder nach Provokation von größer/gleich 50 mm Hg aufweisen und</li> <li>• Beschwerden gemäß der New York Heart Association (NYHA) Funktionsklasse II oder III aufweisen und</li> <li>• eine linksventrikuläre Wanddicke von größer/gleich 15 mm (oder größer/gleich 13 mm bei einer Familienhistorie von hypertropher Kardiomyopathie) aufweisen.</li> </ul>	14 St 28 St	817,95 1.555,25
	- Vor Beginn der Behandlung <ul style="list-style-type: none"> <li>• ist die linksventrikuläre Ejektionsfraktion (LVEF) mittels Echokardiographie zu bestimmen. Die Therapie darf ab einer LVEF größer/gleich 55 % in Ruhe eingeleitet werden und</li> <li>• es muss bei gebärfähigen Frauen ein negativer Schwangerschaftstest vorliegen und</li> <li>• die PatientInnen sind für Cytochrom P450 (CYP) 2C19 zu genotypisieren, um die richtige Mavacamten-Dosis zu bestimmen.</li> </ul>		
	- Diagnose und Erstverordnung durch ein spezialisiertes Zentrum. Regelmäßige Kontrollen durch KardiologInnen sowie mindestens einmal jährlich Kontrolle durch ein spezialisiertes Zentrum. Die Liste der in Frage kommenden spezialisierten Zentren wird vom Dachverband erstellt und unter <a href="https://www.sozialversicherung.at/erstattungskodex_HOCM">https://www.sozialversicherung.at/erstattungskodex_HOCM</a> publiziert.		
	- Die Behandlung mit Mavacamten kann nur fortgesetzt werden, wenn sechs Monate nach Behandlungsbeginn <ul style="list-style-type: none"> <li>• bei einer Echokardiographiekontrolle der LVOT-Spitzengradient gegenüber dem Ausgangswert vor Therapiebeginn um mindestens 50 % gesunken ist oder</li> <li>• eine Verbesserung des NYHA-Stadiums um mindestens eine Klasse vorliegt.</li> </ul>		
	- Keine Fortführung der Behandlung mit Mavacamten, wenn <ul style="list-style-type: none"> <li>• die LVEF auf kleiner/gleich 30 % absinkt und/oder</li> <li>• der Patient/die Patientin sich einer Septumsreduktionstherapie (SRT) unterzieht.</li> </ul>		
	- Mavacamten eignet sich für eine chef(kontroll)ärztliche Langzeitbewilligung für 3 Monate (L3).		
	- Die Aufnahme ist befristet und endet mit 31.12.2027.		

**Mavacamten 0,005**

RE1	Camzyos 5 mg Hartkaps. (PM)	14 St	817,95
L3	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Bei erwachsenen PatientInnen zur Behandlung der symptomatischen hypertrophen obstruktiven Kardiomyopathie (HOCM), die trotz maximal ausgeschöpfter Basistherapie (nicht-vasodilatierende Betablocker und/oder Nicht-Dihydropyridin-Calciumkanalblocker) oder bei deren Unverträglichkeit <ul style="list-style-type: none"> <li>• in der Echokardiographie einen linksventrikulären Spitzen-Ausflusstraktgradienten (LVOT-Gradient) in Ruhe oder nach Provokation von größer/gleich 50 mm Hg aufweisen und</li> <li>• Beschwerden gemäß der New York Heart Association (NYHA) Funktionsklasse II oder III aufweisen und</li> <li>• eine linksventrikuläre Wanddicke von größer/gleich 15 mm (oder größer/gleich 13 mm bei einer Familienhistorie von hypertropher Kardiomyopathie) aufweisen.</li> </ul> </li> <li>- Vor Beginn der Behandlung <ul style="list-style-type: none"> <li>• ist die linksventrikuläre Ejektionsfraktion (LVEF) mittels Echokardiographie zu bestimmen. Die Therapie darf ab einer LVEF größer/gleich 55 % in Ruhe eingeleitet werden und</li> <li>• es muss bei gebärfähigen Frauen ein negativer Schwangerschaftstest vorliegen und</li> <li>• die PatientInnen sind für Cytochrom P450 (CYP) 2C19 zu genotypisieren, um die richtige Mavacamten-Dosis zu bestimmen.</li> </ul> </li> <li>- Diagnose und Erstverordnung durch ein spezialisiertes Zentrum. Regelmäßige Kontrollen durch KardiologInnen sowie mindestens einmal jährlich Kontrolle durch ein spezialisiertes Zentrum. Die Liste der in Frage kommenden spezialisierten Zentren wird vom Dachverband erstellt und unter <a href="https://www.sozialversicherung.at/erstattungskodex_HOCM">https://www.sozialversicherung.at/erstattungskodex_HOCM</a> publiziert.</li> <li>- Die Behandlung mit Mavacamten kann nur fortgesetzt werden, wenn sechs Monate nach Behandlungsbeginn <ul style="list-style-type: none"> <li>• bei einer Echokardiographiekontrolle der LVOT-Spitzengradient gegenüber dem Ausgangswert vor Therapiebeginn um mindestens 50 % gesunken ist oder</li> <li>• eine Verbesserung des NYHA-Stadiums um mindestens eine Klasse vorliegt.</li> </ul> </li> <li>- Keine Fortführung der Behandlung mit Mavacamten, wenn <ul style="list-style-type: none"> <li>• die LVEF auf kleiner/gleich 30 % absinkt und/oder</li> <li>• der Patient/die Patientin sich einer Septumsreduktionstherapie (SRT) unterzieht.</li> </ul> </li> <li>- Mavacamten eignet sich für eine chef(kontroll)ärztliche Langzeitbewilligung für 3 Monate (L3).</li> <li>- Die Aufnahme ist befristet und endet mit 31.12.2027.</li> </ul>	28 St	1.555,25



**Mavacamten 0,01**

RE1	Camzyos 10 mg Hartkaps. (PM)		
L3	- Bei erwachsenen PatientInnen zur Behandlung der symptomatischen hypertrophen obstruktiven Kardiomyopathie (HOCM), die trotz maximal ausgeschöpfter Basistherapie (nicht-vasodilatierende Betablocker und/oder Nicht-Dihydropyridin-Calciumkanalblocker) oder bei deren Unverträglichkeit <ul style="list-style-type: none"> <li>• in der Echokardiographie einen linksventrikulären Spitzen-Ausflusstraktgradienten (LVOT-Gradient) in Ruhe oder nach Provokation von größer/gleich 50 mm Hg aufweisen und</li> <li>• Beschwerden gemäß der New York Heart Association (NYHA) Funktionsklasse II oder III aufweisen und</li> <li>• eine linksventrikuläre Wanddicke von größer/gleich 15 mm (oder größer/gleich 13 mm bei einer Familienhistorie von hypertropher Kardiomyopathie) aufweisen.</li> </ul>	14 St 28 St	817,95 1.555,25
	- Vor Beginn der Behandlung <ul style="list-style-type: none"> <li>• ist die linksventrikuläre Ejektionsfraktion (LVEF) mittels Echokardiographie zu bestimmen. Die Therapie darf ab einer LVEF größer/gleich 55 % in Ruhe eingeleitet werden und</li> <li>• es muss bei gebärfähigen Frauen ein negativer Schwangerschaftstest vorliegen und</li> <li>• die PatientInnen sind für Cytochrom P450 (CYP) 2C19 zu genotypisieren, um die richtige Mavacamten-Dosis zu bestimmen.</li> </ul>		
	- Diagnose und Erstverordnung durch ein spezialisiertes Zentrum. Regelmäßige Kontrollen durch KardiologInnen sowie mindestens einmal jährlich Kontrolle durch ein spezialisiertes Zentrum. Die Liste der in Frage kommenden spezialisierten Zentren wird vom Dachverband erstellt und unter <a href="https://www.sozialversicherung.at/erstattungskodex_HOCM">https://www.sozialversicherung.at/erstattungskodex_HOCM</a> publiziert.		
	- Die Behandlung mit Mavacamten kann nur fortgesetzt werden, wenn sechs Monate nach Behandlungsbeginn <ul style="list-style-type: none"> <li>• bei einer Echokardiographiekontrolle der LVOT-Spitzengradient gegenüber dem Ausgangswert vor Therapiebeginn um mindestens 50 % gesunken ist oder</li> <li>• eine Verbesserung des NYHA-Stadiums um mindestens eine Klasse vorliegt.</li> </ul>		
	- Keine Fortführung der Behandlung mit Mavacamten, wenn <ul style="list-style-type: none"> <li>• die LVEF auf kleiner/gleich 30 % absinkt und/oder</li> <li>• der Patient/die Patientin sich einer Septumsreduktionstherapie (SRT) unterzieht.</li> </ul>		
	- Mavacamten eignet sich für eine chef(kontroll)ärztliche Langzeitbewilligung für 3 Monate (L3).		
	- Die Aufnahme ist befristet und endet mit 31.12.2027.		

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

### Mavacamten 0,015

<b>RE1</b>	<b>Camzyos 15 mg Hartkaps. <sup>PM</sup></b>	14 St	817,95
L3	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Bei erwachsenen PatientInnen zur Behandlung der symptomatischen hypertrophen obstruktiven Kardiomyopathie (HOCM), die trotz maximal ausgeschöpfter Basistherapie (nicht-vasodilatierende Betablocker und/oder Nicht-Dihydropyridin-Calciumkanalblocker) oder bei deren Unverträglichkeit <ul style="list-style-type: none"> <li>• in der Echokardiographie einen linksventrikulären Spitzen-Ausflusstraktgradienten (LVOT-Gradient) in Ruhe oder nach Provokation von größer/gleich 50 mm Hg aufweisen und</li> <li>• Beschwerden gemäß der New York Heart Association (NYHA) Funktionsklasse II oder III aufweisen und</li> <li>• eine linksventrikuläre Wanddicke von größer/gleich 15 mm (oder größer/gleich 13 mm bei einer Familienhistorie von hypertropher Kardiomyopathie) aufweisen.</li> </ul> </li> <li>- Vor Beginn der Behandlung <ul style="list-style-type: none"> <li>• ist die linksventrikuläre Ejektionsfraktion (LVEF) mittels Echokardiographie zu bestimmen. Die Therapie darf ab einer LVEF größer/gleich 55 % in Ruhe eingeleitet werden und</li> <li>• es muss bei gebärfähigen Frauen ein negativer Schwangerschaftstest vorliegen und</li> <li>• die PatientInnen sind für Cytochrom P450 (CYP) 2C19 zu genotypisieren, um die richtige Mavacamten-Dosis zu bestimmen.</li> </ul> </li> <li>- Diagnose und Erstverordnung durch ein spezialisiertes Zentrum. Regelmäßige Kontrollen durch KardiologInnen sowie mindestens einmal jährlich Kontrolle durch ein spezialisiertes Zentrum. Die Liste der in Frage kommenden spezialisierten Zentren wird vom Dachverband erstellt und unter <a href="https://www.sozialversicherung.at/erstattungskodex_HOCM">https://www.sozialversicherung.at/erstattungskodex_HOCM</a> publiziert.</li> <li>- Die Behandlung mit Mavacamten kann nur fortgesetzt werden, wenn sechs Monate nach Behandlungsbeginn <ul style="list-style-type: none"> <li>• bei einer Echokardiographiekontrolle der LVOT-Spitzengradient gegenüber dem Ausgangswert vor Therapiebeginn um mindestens 50 % gesunken ist oder</li> <li>• eine Verbesserung des NYHA-Stadiums um mindestens eine Klasse vorliegt.</li> </ul> </li> <li>- Keine Fortführung der Behandlung mit Mavacamten, wenn <ul style="list-style-type: none"> <li>• die LVEF auf kleiner/gleich 30 % absinkt und/oder</li> <li>• der Patient/die Patientin sich einer Septumsreduktionstherapie (SRT) unterzieht.</li> </ul> </li> <li>- Mavacamten eignet sich für eine chef(kontroll)ärztliche Langzeitbewilligung für 3 Monate (L3).</li> <li>- Die Aufnahme ist befristet und endet mit 31.12.2027.</li> </ul>	28 St	1.555,25

## C02 ANTIHYPERTONIKA

### C02K ANDERE ANTIHYPERTONIKA

#### C02KX Antihypertonika zur Behandlung der pulmonal arteriellen Hypertonie

##### Sildenafil 0,02

<b>RE1</b>	<b>Granpidam 20 mg Filmtabl.</b>	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.		
<b>RE1</b>	<b>Pulmolan 20 mg Filmtabl.</b>	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.		
<b>RE1</b>	<b>Revatio 20 mg Filmtabl.</b>	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.		
<b>RE1</b>	<b>Sildenafil "ratiopharm" 20 mg Filmtabl.</b>	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.		

	Bezeichnung	T	OP	KVP in €
RE1	<b>Sildenafil "Sandoz" 20 mg Filmtabl.</b> Bei pulmonal arterieller Hypertension nach Durchführung einer kompletten invasiven hämodynamischen Messung inklusive eines akuten Vasoreaktivitätstests. Diagnose, Erstverordnung und engmaschige Kontrolle durch entsprechende Fachabteilungen und Zentren.		90 St	216,90
RE1	<b>Sildenafil "Stada" 20 mg Filmtabl.</b> 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	<b>Adcirca 20 mg Filmtabl.</b> 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	<b>Tadalafil "AOP" 20 mg Filmtabl.</b> 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	<b>Tadalafil PAH "ratiopharm" 20 mg Filmtabl.</b> 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	<b>Bosentan "Accord" 62,5 mg Filmtabl.</b> - 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	<b>Bosentan "Reddy" 62,5 mg Filmtabl.</b> - 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	<b>Stayveer 62,5 mg Filmtabl.</b> - 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	<b>Tracleer 62,5 mg Filmtabl.</b> - 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 €
<b>Bosentan 0,125</b>			
<b>RE2 Bosentan "Accord" 125 mg Filmtabl.</b> - 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
<b>RE2 Bosentan "Reddy" 125 mg Filmtabl.</b> - 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
<b>RE2 Stayveer 125 mg Filmtabl.</b> - Bei pulmonal arterieller Hypertension nach Durchführung einer kompletten invasiven hämodynamischen Messung inklusive eines akuten Vasoreaktivitätstests. - Bei vorbehandelter Sklerodermie zur Reduktion der Anzahl neuer digitaler Ulzerationen. Diagnose, Erstverordnung und engmaschige Kontrolle durch entsprechende Fachabteilungen und Zentren.		56 St Blister 56 St Flasche	580,10 580,10
<b>RE2 Tracleer 125 mg Filmtabl.</b> - 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

<b>Ambrisentan 0,005</b>			
<b>RE2 Ambrisentan "Accord" 5 mg Filmtabl.</b> 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
<b>RE2 Ambrisentan "AOP" 5 mg Filmtabl.</b> 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
<b>RE2 Ambrisentan "ratiopharm" 5 mg Filmtabl.</b> 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
<b>RE2 Ambrisentan "Sandoz" 5 mg Filmtabl.</b> 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

<b>RE2 Ambrisentan "Accord" 10 mg Filmtabl.</b> Bei pulmonal arterieller Hypertension nach Durchführung einer kompletten invasiven hämodynamischen Messung inklusive eines akuten Vasoreaktivitätstests. Diagnose, Erstverordnung und engmaschige Kontrolle durch entsprechende Fachabteilungen und Zentren.		30 St	505,00
--	--	-------	--------

Bezeichnung		T	OP	KVP in €
RE2	<b>Ambrisentan "AOP" 10 mg Filmtabl.</b> 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	<b>Ambrisentan "ratiopharm" 10 mg Filmtabl.</b> 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	<b>Ambrisentan "Sandoz" 10 mg Filmtabl.</b> Bei pulmonal arterieller Hypertension nach Durchführung einer kompletten invasiven hämodynamischen Messung inklusive eines akuten Vasoreaktivitätstests. Diagnose, Erstverordnung und engmaschige Kontrolle durch entsprechende Fachabteilungen und Zentren.	30 St		505,10

### C02KX04 Macitentan

#### Macitentan 0,01

RE1 L3	<b>Opsumit 10 mg Filmtabl.</b> 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 L3	<b>Adempas 0,5 mg Filmtabl.</b> 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 L3	<b>Adempas 1 mg Filmtabl.</b> Bei erwachsenen PatientInnen mit inoperabler chronisch-thromboembolischer pulmonaler Hypertension (CTEPH) oder mit persistierender oder wiederkehrender CTEPH trotz chirurgischer Behandlung nach Durchführung einer kompletten invasiven hämodynamischen Messung. Bei erwachsenen PatientInnen mit pulmonal arterieller Hypertension (PAH) nach Durchführung einer kompletten invasiven hämodynamischen Messung inklusive eines akuten Vasoreaktivitätstests. Diagnose, Erstverordnung und engmaschige Kontrolle durch entsprechende Fachabteilungen und Zentren. Riociguat eignet sich für eine chef(kontroll)ärztliche Langzeitbewilligung für 3 Monate (L3).	42 St 84 St		1.218,85 2.413,05
-----------	--	----------------	--	----------------------

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

### Riociguat 0,0015

<b>RE1</b>	<b>Adempas 1,5 mg Filmtabl.</b>	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 0,002

<b>RE1</b>	<b>Adempas 2 mg Filmtabl.</b>	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

<b>RE1</b>	<b>Adempas 2,5 mg Filmtabl.</b>	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

<b>RE2</b>	<b>Kerendia 10 mg Filmtabl. (FM)</b>	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

<b>RE2</b>	<b>Kerendia 20 mg Filmtabl. (FM)</b>	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**

<b>RE2</b>	<b>Dibenzylan 10 mg Kaps.</b> Bei neurogener Blasenentleerungsstörung oder inoperablem Phäochromozytom, sowie kurzfristig vor operativen oder diagnostischen Eingriffen bei Patienten mit Phäochromozytom.	20 St 100 St	16,30 73,75
------------	---	-----------------	----------------

**C05 VASOPROTEKTOREN**  
**C05B ANTIVARIKOSA**

**C05BA Heparine oder Heparinoide zur topischen Anwendung**  
**C05BA53 Heparin, Kombinationen**

**Heparin 300 IE, Dexpanthenol 0,05/g**

<b>RE1</b>	<b>Venobene Salbe</b> 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**

<b>RE2</b>	<b>Nimotop 30 mg Filmtabl.</b> 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**

<b>RE1</b>	<b>Entresto 24 mg/26 mg Filmtabl. (PM)</b>	28 St	76,05
<b>L12</b>	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 <sup>2</sup> 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).		

Bezeichnung		T	OP	KVP in €
<b>RE1</b>	<b>Neparvis 24 mg/26 mg Filmtabl. (CM)</b>		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 <sup>2</sup> 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).			
<b>Valsartan 0,051, Sacubitril 0,049</b>				
<b>RE1</b>	<b>Entresto 49 mg/51 mg Filmtabl. (CM)</b>		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 <sup>2</sup> sein. Erstverordnung und regelmäßige Kontrollen durch einen Facharzt/eine Fachärztin für Innere Medizin mit dem Additivfach Kardiologie oder einen Facharzt/eine Fachärztin für Innere Medizin mit gültigem Diplom in transthorakaler Echokardiographie oder durch eine entsprechende Fachabteilung bzw. -ambulanz. Sacubitril/Valsartan eignet sich für eine chef(kontroll)ärztliche Langzeitbewilligung für 12 Monate (L12).		56 St	140,65
<b>RE1</b>	<b>Neparvis 49 mg/51 mg Filmtabl. (CM)</b>		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 <sup>2</sup> 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**

<b>RE1</b>	<b>Entresto 97 mg/103 mg Filmtabl. (PM)</b>	56 St	140,85
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 <sup>2</sup> 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).		
<b>RE1</b>	<b>Neparvis 97 mg/103 mg Filmtabl. (PM)</b>	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 <sup>2</sup> 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**

<b>RE2</b>	<b>Crestor 10 mg Filmtabl.</b>	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**

<b>RE2</b>	<b>Crestor 20 mg Filmtabl.</b>	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**

<b>RE1</b>	<b>Crestor 40 mg Filmtabl.</b>	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)		

## C10AX Andere Mittel, die den Lipidstoffwechsel beeinflussen C10AX13 Evolocumab

### Evolocumab 0,14

<b>RE1</b>	<b>Repatha 140 mg Inj.lsg. Fertigen <sup>(PM)</sup></b>	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"> <li>- wenn aufgrund des sehr hohen kardiovaskulären Risikos eine zusätzliche Senkung von LDL-C medizinisch erforderlich ist, und</li> <li>- 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</li> <li>- 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.</li> </ul> <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 <a href="http://www.sozialversicherung.at/erstattungskodex_stoffwechsel">www.sozialversicherung.at/erstattungskodex_stoffwechsel</a> 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 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 L6	<b>Praluent 75 mg Inj.lsg. Fertigpen <sup>CEM</sup></b>	2 St	379,30
	<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"> <li>- wenn aufgrund des sehr hohen kardiovaskulären Risikos eine zusätzliche Senkung von LDL-C medizinisch erforderlich ist, und</li> <li>- 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</li> <li>- 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.</li> </ul> <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 <a href="http://www.sozialversicherung.at/erstattungskodex_stoffwechsel">www.sozialversicherung.at/erstattungskodex_stoffwechsel</a> 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 <sup>PM</sup>**

L6

Bei primärer Hypercholesterinämie zur Sekundärprävention nach einem akuten atherosklerotisch bedingten, ischämischen kardiovaskulären Ereignis bei PatientInnen mit diagnostisch gesicherter koronarer Herzkrankheit und/oder peripherer arterieller Verschlusskrankheit und/oder zerebraler arterieller Verschlusskrankheit

- wenn aufgrund des sehr hohen kardiovaskulären Risikos eine zusätzliche Senkung von LDL-C medizinisch erforderlich ist, und
- wenn eine professionelle Ernährungsberatung erfolgt, der arterielle Blutdruck kontrolliert und der Blutzucker auf ein HbA1c kleiner 8 % eingestellt ist sowie eine Tabakrauchabstinenz angestrebt wird, und
- wenn über mindestens 3 Monate mit der maximal verträglichen Dosierung einer intensivierten LDL-C senkenden Therapie mit Atorvastatin bzw. Rosuvastatin, jeweils in Kombination mit Ezetimib (oder Ezetimib mit oder ohne Colesevelam bei Statinunverträglichkeit) ein LDL-Wert von kleiner als 70 mg/dl nicht erreicht werden kann, oder wenn diese Behandlungen kontraindiziert sind.

Eine Unverträglichkeit gegenüber Statinen gilt jedenfalls als belegt, wenn Therapieversuche mit mehreren Statinen - jedenfalls auch Atorvastatin und Rosuvastatin - zu Myopathien und einem Anstieg der Kreatin-Kinase auf mindestens das Fünffache des oberen Normwertes führten oder wenn durch ein Statin eine schwere Hepatopathie aufgetreten ist.

Diagnose, Erhebung der Familienanamnese und Erstverordnung durch ein spezialisiertes Zentrum von einer/einem Endokrinologin oder Kardiologin oder Neurologin.

Die Liste der für die Erstverordnung in Frage kommenden Einrichtungen wird vom Dachverband erstellt und unter

[www.sozialversicherung.at/erstattungskodex\\_stoffwechsel](http://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.

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.

Alirocumab eignet sich für eine cheff(kontroll)ärztliche Langzeitbewilligung für 6 Monate (L6).

2 St

379,30

**Alirocumab 0,3**

RE1	Praluent 300 mg Inj.lsg. Fertipgen (FM)	1 St	408,85
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"> <li>- wenn aufgrund des sehr hohen kardiovaskulären Risikos eine zusätzliche Senkung von LDL-C medizinisch erforderlich ist, und</li> <li>- 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</li> <li>- 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.</li> </ul> <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 <a href="http://www.sozialversicherung.at/erstattungskodex_stoffwechsel">www.sozialversicherung.at/erstattungskodex_stoffwechsel</a> 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>		

**C10AX15 Bempedoinsäure****Bempedoinsäure 0,18**

RE2	Nilemdo 180 mg Filmtabl. (FM)	14 St	41,60
	<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>	28 St	78,45

**C10AX16 Inclisiran****Inclisiran 0,284**

<b>RE1</b>	<b>Leqvio 284 mg Inj.lsg. Fertigspr. (PM)</b> Bei primärer Hypercholesterinämie zur Sekundärprävention nach einem akuten atherosklerotisch bedingten, ischämischen kardiovaskulären Ereignis bei PatientInnen mit diagnostisch gesicherter koronarer Herzkrankheit und/oder peripherer arterieller Verschlusskrankheit und/oder zerebraler arterieller Verschlusskrankheit - wenn aufgrund des sehr hohen kardiovaskulären Risikos eine zusätzliche Senkung von LDL-C medizinisch erforderlich ist, und - wenn eine professionelle Ernährungsberatung erfolgt, der arterielle Blutdruck kontrolliert und der Blutzucker auf ein HbA1c kleiner 8 % eingestellt ist sowie eine Tabakrauchabstinenz angestrebt wird, und - wenn über mindestens 3 Monate mit der maximal verträglichen Dosierung einer intensivierten LDL-C senkenden Therapie mit Atorvastatin bzw. Rosuvastatin, jeweils in Kombination mit Ezetimib (oder Ezetimib mit oder ohne Colesevelam bei Statinunverträglichkeit) ein LDL-Wert von kleiner als 70 mg/dl nicht erreicht werden kann, oder wenn diese Behandlungen kontraindiziert sind. Eine Unverträglichkeit gegenüber Statinen gilt jedenfalls als belegt, wenn Therapieversuche mit mehreren Statinen - jedenfalls auch Atorvastatin und Rosuvastatin - zu Myopathien und einem Anstieg der Kreatin-Kinase auf mindestens das Fünffache des oberen Normwertes führten oder wenn durch ein Statin eine schwere Hepatopathie aufgetreten ist. Diagnose, Erhebung der Familienanamnese und Erstverordnung durch ein spezialisiertes Zentrum von einer/einem Endokrinologin oder Kardiologin oder Neurologin. Die Liste der für die Erstverordnung in Frage kommenden Einrichtungen wird vom Dachverband erstellt und unter <a href="http://www.sozialversicherung.at/erstattungskodex_stoffwechsel">www.sozialversicherung.at/erstattungskodex_stoffwechsel</a> publiziert. Inclisiran ist gemäß Fachinformation zur Verabreichung durch medizinisches Fachpersonal vorgesehen. Regelmäßige Kontrollen durch entsprechende Fachabteilung bzw. Zentrum bzw. durch einen/eine in der Therapie von Fettstoffwechselstörungen erfahrenen/erfahrenen Facharzt/Fachärztin. Die Behandlung mit Inclisiran kann nur fortgesetzt werden, wenn bei einer Laborkontrolle 2 - 3 Monate nach Behandlungsbeginn das LDL-C gegenüber dem Ausgangswert unter der maximal intensivierten lipidsenkenden Therapie um mindestens 40 % gesunken ist bzw. ein LDL-Wert von kleiner als 55 mg/dl erreicht wurde.	1 St	2.232,25
------------	---	------	----------

**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**

<b>RE2</b>	<b>Nustendi 180 mg/10 mg Filmtabl. (PM)</b> Bei PatientInnen mit hohem oder sehr hohem kardiovaskulären Risiko gemäß ESC-Leitlinie zur Behandlung der primären Hypercholesterinämie oder gemischten Dyslipidämie, adjuvant zu einer Diät, wenn über mindestens 3 Monate mit der maximal verträglichen Dosierung eines hochpotenten Statins in Kombination mit Ezetimib die individuellen LDL-C-Zielwerte nicht erreicht werden können oder bei vorliegender Kontraindikation, Unverträglichkeit/Intoleranz.	14 St 28 St	41,60 78,45
------------	--	----------------	----------------

**D DERMATIKA****D06 ANTIBIOTIKA UND CHEMOTHERAPEUTIKA ZUR DERMATOLOGISCHEN ANWENDUNG****D06B CHEMOTHERAPEUTIKA ZUR TOPISCHEN ANWENDUNG****D06BB Antivirale Mittel****D06BB03 Aciclovir****Aciclovir 0,05/g**

<b>RE1</b>	<b>Zovirax 5 % Creme</b> Eine Kostenübernahme ist nur möglich in der Indikation Herpes genitalis, wenn mit Therapiealternativen (Darreichungsformen) aus dem Grünen Bereich nachweislich nicht das Auslangen gefunden werden kann.	10 g	18,35
------------	---	------	-------

**D06BB10 Imiquimod****Imiquimod 0,0375/g**

<b>RE1</b>	<b>Zyclara 3,75 % Creme</b> Bei nicht-hyperkeratotischen, nicht-hypertrophen aktinischen Keratosen im Gesicht oder Kopfbereich mit einer Fläche größer 25 cm <sup>2</sup> 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**

<b>RE1</b>	<b>Aldara 5 % Creme</b> - Bei Versagen von Alternativen im Grünen Bereich zur Behandlung von Condylomata acuminata bei Erwachsenen. - Bei superfiziellen Basaliomen nach dermatologischer Abklärung, wenn eine operative Entfernung kontraindiziert oder nicht möglich ist. - Bei nicht-hyperkeratotischen, nicht-hypertrophen aktinischen Keratosen im Gesicht oder Kopfbereich, wenn durch die Größe oder die Anzahl der Läsionen eine Kryotherapie nicht möglich ist und mit anderen topischen Behandlungsmöglichkeiten (ATC-Code D11AX18) kein Auslangen gefunden wurde bzw. diese nicht geeignet sind. Diagnose und Verordnung durch DermatologInnen.	12 St(2) 1 ED = 0,25 g	59,35
------------	--	---------------------------	-------

**D06BB12 Sinekatechine****Trockenextrakt aus Grünteelblättern 0,1/g**

<b>RE1</b>	<b>Veregen 10 % Salbe</b> 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**

<b>RE1</b>	<b>Klisyri 10 mg/g Salbe</b> Bei Erwachsenen mit nicht-hyperkeratotischen, nicht-hypertrophen aktinischen Keratosen im Gesicht oder Kopfbereich mit einer Fläche von kleiner oder gleich 25 cm <sup>2</sup> nach dermatologischer Abklärung, wenn eine Kryotherapie oder operative Entfernung kontraindiziert oder nicht möglich ist und mit anderen topischen Behandlungsmöglichkeiten (D11AX18-Diclofenac) kein Auslangen gefunden wurde bzw. diese nicht geeignet sind. Diagnose und Verordnung durch DermatologInnen. Cave: Grundsätzlich können Veränderungen im Erscheinungsbild der aktinischen Keratose auf eine Progression zu invasivem Plattenepithelkarzinom hindeuten. Eine für aktinische Keratose klinisch atypische Läsion oder ein Verdacht auf eine maligne Erkrankung sollten entsprechend abgeklärt werden. Ein kausaler Zusammenhang zwischen der Anwendung von Tirbanibulin und dem Auftreten maligner Erkrankungen ist nicht nachgewiesen, es sind derzeit jedoch keine Langzeitsicherheitsdaten zur Beurteilung eines eventuellen Sicherheitsrisikos verfügbar. Die Aufnahme ist befristet und endet mit 31.12.2026.	5 St	76,60
------------	--	------	-------

**D08 ANTISEPTIKA UND DESINFEKTIONSMITTEL****D08AJ ANTISEPTIKA UND DESINFEKTIONSMITTEL****D08AJ Quartäre Ammonium-Verbindungen****D08AJ57 Octenidin, Kombinationen****Octenidin 0,001, 2-Phenoxyethanol 0,02/ml**

<b>RE2</b>	<b>Octenisept Lsg. zur Wund- u. Schleimhautdesinfektion</b>	250 ml	8,55
<b>L12</b>	Eine Kostenübernahme ist nur möglich zur Selbstkatheterisierung (z.B. bei Patienten mit Querschnittlähmung).	500 ml	12,70

**D09 MEDIZINISCHE VERBÄNDE**  
**D09A MEDIZINISCHE VERBÄNDE**  
**D09AA Medizinische Verbände mit Antiinfektiva**  
**D09AA09 Povidon-Iod**

**Povidon-Iod 0,3**

<b>RE1</b>	<b>Betasisodona Wundgaze</b> 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**

<b>RE2</b>	<b>Alitretan 10 mg Kaps.</b> 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
<b>RE1</b>	<b>Toctino 10 mg Weichkaps.</b> 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**

<b>RE2</b>	<b>Alitretan 30 mg Kaps.</b> 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 €
<b>RE1 Toctino 30 mg Weichkaps.</b> 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

<b>RE1 Dupixent 200 mg Inj.lsg. Fertigpen (PM)</b> <b>L6</b>		2 St	1.112,75
<p>- 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 &lt; 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.</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"> <li>• 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</li> <li>• 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.</li> </ul> <p>Nicht in Kombination mit anderen monoklonalen Antikörpern zur Behandlung des schweren Asthmas.            Diagnose, Erstinstellung 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>			

Bezeichnung		T	OP	KVP in €
RE1	<b>Dupilumab 200 mg Inj. lsg. Fertigspr. (PM)</b>			
L6	<p>- Bei Kindern von 6 Monaten bis 11 Jahre mit schwerer atopischer Dermatitis mit persistierendem Ekzem nach Ausschöpfung intensiver Lokalthherapie.</p> <p>Bei Jugendlichen ab 12 Jahren mit einem Körpergewicht &lt; 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.</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"> <li>• 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</li> <li>• 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.</li> </ul> <p>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.</p> <p>Dupilumab eignet sich für eine chef(kontroll)ärztliche Langzeitbewilligung für 6 Monate (L6).</p>	2 St	1.112,75	

**Dupilumab 0,3**

RE1	Dupilumab 300 mg Inj.lsg. Fertigpen <sup>(EM)</sup>	2 St	1.112,75
L6	<p>- 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.</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 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"> <li>• 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</li> <li>• 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.</li> </ul> <p>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.</p> <p>- 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.</p> <p>- 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</p>		

- mindestens 15 eosinophile Granulozyten pro hochauflösendem Gesichtsfeld (0,345 mm<sup>2</sup>) 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><b>Dupixent 300 mg Inj.lsg. Fertigspr. (TM)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- 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.</li> <li>- 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 2 Punkte erzielt werden kann.</li> <li>- 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"> <li>• 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</li> <li>• 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</li> </ul>           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 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.</li> <li>- 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.</li> <li>- 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"> <li>• mindestens 15 eosinophile Granulozyten pro hochauflösendem</li> </ul> </li> </ul>	2 St		1.112,75

Bezeichnung	T	OP	KVP in €
<p>Gesichtsfeld (0,345 mm<sup>2</sup>) in mindestens einer Biopsie vorhanden sind UND</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 8 oder mehr Dysphagieepisodes innerhalb der letzten 4 Wochen auftraten.</li> </ul> <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

<b>RE2</b>	<b>Cibinqo 50 mg Filmtabl. (PM)</b> Bei Erwachsenen mit schwerer atopischer Dermatitis mit persistierendem Ekzem nach Ausschöpfung intensivierter 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 Abrocitinib darf nur bei PatientInnen fortgeführt werden, die innerhalb von 12-16 Behandlungswochen auf die Therapie ansprechen.	28 St	985,55
------------	--	-------	--------

### Abrocitinib 0,1

<b>RE2</b>	<b>Cibinqo 100 mg Filmtabl. (PM)</b> Bei Erwachsenen mit schwerer atopischer Dermatitis mit persistierendem Ekzem nach Ausschöpfung intensivierter 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 Abrocitinib darf nur bei PatientInnen fortgeführt werden, die innerhalb von 12-16 Behandlungswochen auf die Therapie ansprechen.	28 St	1.015,95
------------	---	-------	----------

### Abrocitinib 0,2

<b>RE2</b>	<b>Cibinqo 200 mg Filmtabl. (PM)</b> Bei Erwachsenen mit schwerer atopischer Dermatitis mit persistierendem Ekzem nach Ausschöpfung intensivierter 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 Abrocitinib darf nur bei PatientInnen fortgeführt werden, die innerhalb von 12-16 Behandlungswochen auf die Therapie ansprechen.	28 St	1.078,00
------------	---	-------	----------

## D11AH10 Lebrikizumab

### Lebrikizumab 0,00025

<b>RE1</b>	<b>Ebglyss 250 mg Inj.lsg. Fertigpen (PM)</b>	1 St	1.152,00
L6	Bei Erwachsenen und Jugendlichen ab 12 Jahren mit einem Körpergewicht größer/gleich 40 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. Lebrikizumab eignet sich für eine chef(kontroll)ärztliche Langzeitbewilligung für 6 Monate (L6).	2 St	2.011,15

Bezeichnung		T	OP	KVP in €
RE1	<b>Ebglyss 250 mg Inj.isg. Fertigspr. (RM)</b>		1 St	1.152,00
L6	Bei Erwachsenen und Jugendlichen ab 12 Jahren mit einem Körpergewicht größer/gleich 40 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. Lebrikizumab eignet sich für eine chef(kontroll)ärztliche Langzeitbewilligung für 6 Monate (L6).		2 St	2.011,15

**D11AX Andere Dermatika  
D11AX23 Kalium Aminobenzoat**

**Kalium-4-aminobenzoat 3,0/ED**

RE2	<b>Potaba "Glenwood" 3 g Plv.</b> Induratio penis plastica. Erstverordnung und regelmäßige Kontrolle durch Fachärzte für Urologie.		40 St	39,40
-----	--	--	-------	-------

**G UROGENITALSYSTEM UND SEXUALHORMONE  
G03 SEXUALHORMONE UND MODULATOREN DES GENITALSYSTEMS  
G03B ANDROGENE  
G03BA 3-Oxoandrogen-4-Derivate  
G03BA03 Testosteron**

**Testosteron 0,023/ED**

RE1	<b>Testavan 20 mg/g transdermales Gel</b> 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 (partieller 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	<b>Testogel 50 mg Gel Btl.</b> - 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 (partieller Androgendefizit des alternden Mannes). - Androgene können die Entwicklung eines subklinischen Prostatakrebses und einer benignen Prostatahyperplasie beschleunigen.		30 St 1 ED = 5 g	53,90
-----	--	--	---------------------	-------

Bezeichnung		T	OP	KVP in €
<b>Testosteron 1,0</b>				
RE1	<b>Nebido 1.000 mg/4 ml Inj.lsg.</b> - Bei Hypogonadismus mit entsprechender klinischer Symptomatik und nachgewiesenem erniedrigten Testosteronspiegel, für den eine Testosteronsubstitution indiziert ist bei <ul style="list-style-type: none"> <li>• Klinefelter-Syndrom</li> <li>• Zustand nach bilateraler Orchiektomie oder Trauma</li> <li>• kongenitalem Anorchismus.</li> </ul> - 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	87,00
RE1	<b>Testomed 1.000 mg/4 ml Inj.lsg.</b> - Bei Hypogonadismus mit entsprechender klinischer Symptomatik und nachgewiesenem erniedrigten Testosteronspiegel, für den eine Testosteronsubstitution indiziert ist bei <ul style="list-style-type: none"> <li>• Klinefelter Syndrom</li> <li>• Zustand nach bilateraler Orchiektomie oder Trauma</li> <li>• kongenitalem Anorchismus.</li> </ul> - 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	54,00
RE1	<b>Testosteron "ratiopharm" 1.000 mg/4 ml Inj.lsg.</b> - Bei Hypogonadismus mit entsprechender klinischer Symptomatik und nachgewiesenem erniedrigten Testosteronspiegel, für den eine Testosteronsubstitution indiziert ist bei <ul style="list-style-type: none"> <li>• Klinefelter-Syndrom</li> <li>• Zustand nach bilateraler Orchiektomie oder Trauma</li> <li>• kongenitalem Anorchismus.</li> </ul> - 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	65,85

**G03C ESTROGENE**  
**G03CX Andere Estrogene**  
**G03CX01 Tibolon**

**Tibolon 0,0025**

RE1 L6	<b>Liviel Tabl.</b> 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	<b>Menopur 75 IE/75 IE Piv. und Lsgm. zur Herst. einer Inj.lsg.</b> Eine Kostenübernahme ist möglich in Kombination mit HCG bei: <ul style="list-style-type: none"> <li>- Sterilität der Frau bedingt durch hypogonadotrope Ovarialinsuffizienz zur Stimulation des Follikelwachstums.</li> <li>- Sterilität des Mannes bedingt durch hypogonadotropen Hypogonadismus zur Anregung der Spermatogenese.</li> </ul> Nicht zur Unterstützung von Maßnahmen der assistierten Reproduktion.		5 St 10 St	158,20 263,75
-----	---	--	---------------	------------------



**G03GA04 Urofollitropin****Urofollitropin 75 IE**

RE1	<b>Fostimon 75 IE/1 ml Plv. u. Lsgm. zur Herst. einer Inj.lsg.</b> Bei anovulatorischen Frauen zur Auslösung der Ovulation, die auf eine Behandlung mit Clomifencitrat nicht ansprechen. Nicht zur Unterstützung von Maßnahmen der assistierten Reproduktion.	10 St	221,15
-----	---	-------	--------

**G03GA05 Follitropin alfa****Follitropin alfa 300 IE**

RE1	<b>Gonal-f 300 IE/0,48 ml Inj.lsg. Fertipgen</b> Bei anovulatorischen Frauen zur Auslösung der Ovulation, die auf eine Behandlung mit Clomifencitrat nicht ansprechen. Keine Kostenübernahme zur Unterstützung von Maßnahmen der assistierten Reproduktion.	1 St	105,90
RE1	<b>Ovaleap 300 IE/0,5 ml Inj.lsg.</b> Bei anovulatorischen Frauen zur Auslösung der Ovulation, die auf eine Behandlung mit Clomifencitrat nicht ansprechen. Keine Kostenübernahme zur Unterstützung von Maßnahmen der assistierten Reproduktion.	1 St	90,95

**Follitropin alfa 450 IE**

RE1	<b>Gonal-f 450 IE/0,72 ml Inj.lsg. Fertipgen</b> Bei anovulatorischen Frauen zur Auslösung der Ovulation, die auf eine Behandlung mit Clomifencitrat nicht ansprechen. Keine Kostenübernahme zur Unterstützung von Maßnahmen der assistierten Reproduktion.	1 St	147,25
RE1	<b>Ovaleap 450 IE/0,75 ml Inj.lsg.</b> Bei anovulatorischen Frauen zur Auslösung der Ovulation, die auf eine Behandlung mit Clomifencitrat nicht ansprechen. Keine Kostenübernahme zur Unterstützung von Maßnahmen der assistierten Reproduktion.	1 St	130,90

**Follitropin alfa 900 IE**

RE1	<b>Gonal-f 900 IE/1,44 ml Inj.lsg. Fertipgen</b> Bei anovulatorischen Frauen zur Auslösung der Ovulation, die auf eine Behandlung mit Clomifencitrat nicht ansprechen. Keine Kostenübernahme zur Unterstützung von Maßnahmen der assistierten Reproduktion.	1 St	269,95
RE1	<b>Ovaleap 900 IE/1,5 ml Inj.lsg.</b> Bei anovulatorischen Frauen zur Auslösung der Ovulation, die auf eine Behandlung mit Clomifencitrat nicht ansprechen. Keine Kostenübernahme zur Unterstützung von Maßnahmen der assistierten Reproduktion.	1 St	231,90

**Follitropin alfa 1.050 IE**

RE1	<b>Gonal-f 1050 IE Plv. u. Lsgm. zur Herst. einer Inj.lsg.</b> Eine Kostenübernahme ist möglich bei anovulatorischen Frauen zur Auslösung der Ovulation, die auf eine Behandlung mit Clomifencitrat nicht ansprechen. Nicht zur Unterstützung von Maßnahmen der assistierten Reproduktion.	1 St	436,95
-----	--	------	--------

**G03GA06 Follitropin beta****Follitropin beta 300 IE**

RE1	<b>Puregon 300 IE/0,36 ml Inj.lsg.</b> 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	<b>Puregon 600 IE/0,72 ml Inj.lsg.</b> 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**

<b>RE1</b>	<b>Ovitrelle 250 mcg/0,5 ml Inj.lsg. in Fertigspr.</b> 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**

<b>RE2</b>	<b>Midane Drag.</b>	21 St	4,95
L6	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Kostenübernahme nur nach Therapieempfehlung durch einen Facharzt für Dermatologie und Abklärung durch einen Gynäkologen.</li> <li>- Die Kostenübernahme erfolgt bei mittelschweren bis schweren Formen der Akne, wenn mit einer lokalen Behandlung nicht das Auslangen gefunden werden kann.</li> <li>- Eine Langzeitbewilligung für 6 Monate ist möglich.</li> </ul>		

**G04 UROLOGIKA****G04B UROLOGIKA****G04BX Andere Urologika****Immunaktive Fraktionen 0,006 aus 18 Stämmen von E. coli**

<b>RE1</b>	<b>Uro-Vaxom Kaps.</b> 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****Somatotropin 0,0002**

<b>RE1</b>	<b>Genotropin 0,2 mg MiniQuick Spritzamp.</b>	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"> <li>- 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.</li> <li>- 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.</li> </ul> <p>Diagnosestellung und regelmäßige Kontrollen in entsprechender Fachabteilung bzw. -ambulanz.</p>		

**Somatropin 0,005**

<b>RE1</b>	<b>Norditropin FlexPro 5 mg/1,5 ml Inj.lsg. Fertigpen</b>	1 St	212,75
	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.		
<b>RE1</b>	<b>Omnitrope 5 mg/1,5 ml Inj.lsg.</b>	1 St	134,70
	Kinder: Bei Minderwuchs durch unzureichende Wachstumshormonsekretion, Minderwuchs bei Turnersyndrom oder bei chronischer Niereninsuffizienz	5 St	571,25
	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 0,0053**

<b>RE1</b>	<b>Genotropin 5,3 mg/ml KabiPen Zylinderamp.</b>	5 St	941,55
L6	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.		

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

### Somatropin 0,006

<b>RE1</b>	<b>Humatrope 18 IE (6 mg) Zylinderamp.</b>		1 St	220,00
L6	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.			
<b>RE1</b>	<b>Saizen 5,83 mg/ml Inj.lsg.</b>		1 St 1,03 ml	186,20
	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.			

### Somatropin 0,008/ml

<b>RE1</b>	<b>Saizen 8 mg/ml Inj.lsg.</b>		1 St	353,85
	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.		1,5 ml 1 St 2,5 ml	564,95

**Somatropin 0,01**

<b>RE1</b>	<b>Norditropin FlexPro 10 mg/1,5 ml Inj.lsg. Fertigpen</b> Kinder: Bei Minderwuchs durch unzureichende Wachstumshormonsekretion, Minderwuchs bei Turnersyndrom oder bei chronischer Niereninsuffizienz. Erwachsene: Bei schwerwiegendem Wachstumshormondefizit (definiert als Wachstumshormon-Peak im Insulintoleranztest von weniger als 3 ng/ml): - Fortsetzung der im Kindesalter begonnenen Behandlung nach Auslassversuch von zwei bis drei Monaten; nur bis zu einem Höchstausmaß der Erwachsenenknochenmasse im Alter von 25 bis 35 Jahren. - In Folge einer Erkrankung der hypothalamo-hypophysären Achse und wenn eine Ersatztherapie mit anderen Hypophysenhormonen, für die ein Mangel besteht, stattgefunden hat und weiterhin stattfindet. Diagnosestellung und regelmäßige Kontrollen in entsprechender Fachabteilung bzw. -ambulanz.	1 St	395,10
<b>RE1</b>	<b>NutropinAq 10 mg/2 ml Inj.lsg. Zylinderamp.</b> 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.	6 St	1.972,65
<b>RE1</b>	<b>Omnitrope 10 mg/1,5 ml Inj.lsg.</b> Kinder: Bei Minderwuchs durch unzureichende Wachstumshormonsekretion, Minderwuchs bei Turnersyndrom oder bei chronischer Niereninsuffizienz Erwachsene: Bei schwerwiegendem Wachstumshormondefizit (definiert als Wachstumshormon-Peak im Insulintoleranztest von weniger als 3 ng/ml): - Fortsetzung der im Kindesalter begonnenen Behandlung nach Auslassversuch von zwei bis drei Monaten; nur bis zu einem Höchstausmaß der Erwachsenenknochenmasse im Alter von 25 bis 35 Jahren. - In Folge einer Erkrankung der hypothalamo-hypophysären Achse und wenn eine Ersatztherapie mit anderen Hypophysenhormonen, für die ein Mangel besteht, stattgefunden hat und weiterhin stattfindet. Diagnosestellung und regelmäßige Kontrollen in entsprechender Fachabteilung bzw. -ambulanz.	1 St 5 St	238,65 1.117,80

**Somatropin 0,012**

<b>RE1</b> L6	<b>Genotropin 12 mg/ml KabiPen Zylinderamp.</b> 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
------------------	---	------	----------

Bezeichnung		T	OP	KVP in €
<b>RE1</b>	<b>Humatrope 36 IE (12 mg) Zylinderamp.</b>			
L6	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
<b>Somatropin 0,015</b>				
<b>RE1</b>	<b>Norditropin FlexPro 15 mg/1,5 ml Inj.lsg. Fertigpen</b>			
	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
<b>RE1</b>	<b>Omnitrope 15 mg/1,5 ml Inj.lsg.</b>			
	Kinder: Bei Minderwuchs durch unzureichende Wachstumshormonsekretion, Minderwuchs bei Turnersyndrom oder bei chronischer Niereninsuffizienz Erwachsene: Bei schwerwiegendem Wachstumshormondefizit (definiert als Wachstumshormon-Peak im Insulintoleranztest von weniger als 3 ng/ml): - Fortsetzung der im Kindesalter begonnenen Behandlung nach Auslassversuch von zwei bis drei Monaten; nur bis zu einem Höchstausmaß der Erwachsenenknochenmasse im Alter von 25 bis 35 Jahren. - In Folge einer Erkrankung der hypothalamo-hypophysären Achse und wenn eine Ersatztherapie mit anderen Hypophysenhormonen, für die ein Mangel besteht, stattgefunden hat und weiterhin stattfindet. Diagnosestellung und regelmäßige Kontrollen in entsprechender Fachabteilung bzw. -ambulanz.		1 St 5 St	358,00 1.664,35

**Somatropin 0,024**

RE1	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"> <li>- Fortsetzung der im Kindesalter begonnenen Behandlung nach Auslassversuch von zwei bis drei Monaten; nur bis zu einem Höchstmaß der Erwachsenenknochenmasse im Alter von 25 bis 35 Jahren.</li> <li>- 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.</li> </ul> <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"> <li>- Körpergrößen-SDS (standard deviation score) kleiner/gleich -3,0 und</li> <li>- basale IGF-1-Konzentration unterhalb der 2,5. Perzentile für Alter und Geschlecht und</li> <li>- Wachstumshormonsuffizienz.</li> </ul> <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>	100 St	89,00

Bezeichnung	T	OP	KVP in €
<b>RE2 Nocutil Melt 60 mcg Sublingualtabl.</b> Bei Kindern mit Enuresis nocturna ab dem vollendeten 5. Lebensjahr, nach Abklärung und Erstverordnung durch PädiaterInnen oder UrologInnen, strikte Einhaltung der einmaligen Medikation am Abend.  In der Indikation Diabetes insipidus keine Kostenübernahme, ausgenommen in Einzelfällen - wenn eine nasale Anwendung des Wirkstoffes Desmopressin in Form eines Nasensprays nicht möglich ist (pathologischer Nasenbefund).  Bei Nykturie ist ein klinisch relevanter PatientInnennutzen durch die derzeitige Datenlage nicht ausreichend belegt; darüber hinaus kann Desmopressin zu Veränderungen im Serum-Na-Spiegel führen.		30 St 100 St	15,20 47,15
<b>Desmopressin 0,0001</b>			
<b>RE2 Nocutil 0,1 mg Tabl.</b> 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
<b>Desmopressin 0,00012</b>			
<b>RE2 Minirin Melt 120 mcg Lyophilisat zum Einnehmen</b> Enuresis nocturna ab dem vollendeten 5. Lebensjahr, nach Abklärung und Erstverordnung durch einen Facharzt für Kinderheilkunde oder einen Facharzt für Urologie, strikte Einhaltung der einmaligen Medikation am Abend.  In der Indikation Diabetes Insipidus keine Kostenübernahme, da der gleiche Wirkstoff zur nasalen Anwendung zu einem günstigeren Preis zur Verfügung steht, ausgenommen in Einzelfällen - wenn eine nasale Anwendung nicht möglich ist (pathologischer Nasenbefund).  Bei Nykturie ist ein klinisch relevanter Patientennutzen durch die derzeitige Datenlage nicht ausreichend belegt; darüber hinaus kann Desmopressin zu Veränderungen im Serum-Na-Spiegel führen.		30 St 100 St	55,60 162,40
<b>RE2 Nocutil Melt 120 mcg Sublingualtabl.</b> Bei Kindern mit Enuresis nocturna ab dem vollendeten 5. Lebensjahr, nach Abklärung und Erstverordnung durch PädiaterInnen oder UrologInnen, strikte Einhaltung der einmaligen Medikation am Abend.  In der Indikation Diabetes insipidus keine Kostenübernahme, ausgenommen in Einzelfällen - wenn eine nasale Anwendung des Wirkstoffes Desmopressin in Form eines Nasensprays nicht möglich ist (pathologischer Nasenbefund).  Bei Nykturie ist ein klinisch relevanter PatientInnennutzen durch die derzeitige Datenlage nicht ausreichend belegt; darüber hinaus kann Desmopressin zu Veränderungen im Serum-Na-Spiegel führen.		30 St 100 St	28,65 87,40
<b>Desmopressin 0,0002</b>			
<b>RE2 Nocutil 0,2 mg Tabl.</b> Enuresis nocturna ab dem vollendeten 5. Lebensjahr, nach Abklärung und Erstverordnung durch einen Facharzt für Kinderheilkunde oder einen Facharzt für Urologie, strikte Einhaltung der einmaligen Medikation am Abend.  In der Indikation Diabetes Insipidus keine Kostenübernahme, da der gleiche Wirkstoff zur nasalen Anwendung zu einem günstigeren Preis zur Verfügung steht, ausgenommen in Einzelfällen - wenn eine nasale Anwendung nicht möglich ist (pathologischer Nasenbefund).  Bei Nykturie ist ein klinisch relevanter Patientennutzen durch die derzeitige Datenlage nicht ausreichend belegt; darüber hinaus kann Desmopressin zu Veränderungen im Serum-Na-Spiegel führen.		15 St 60 St	23,60 84,05



**H01C HYPOTHALAMUSHORMONE**  
**H01CA Gonadotropin-Releasing-Hormone**  
**H01CA01 Gonadorelin**

**Gonadorelin 0,0032**

<b>RE2</b>	<b>Lutrelf 3,2 mg Plv. und Lsgm. zur Herst. einer Inj.lsg.</b> 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**

<b>RE1</b>	<b>Sandostatin 50 mcg/ml Inj.-/Inf.lsg.</b> 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
------------	--	------	-------

**Octreotid 0,0001**

<b>RE1</b>	<b>Sandostatin 100 mcg/ml Inj.-/Inf.lsg.</b> Eine Kostenübernahme ist möglich: 1. Akromegalie bei Patienten, bei denen eine chirurgische Behandlung, eine Strahlentherapie oder eine Behandlung mit einem Dopamin-Agonisten keinen Erfolg zeigt, bzw. bei klinisch relevantem Beschwerdebild zur Überbrückung bis die Radiotherapie ihre volle Wirkung zeigt 2. Zur symptomatischen Behandlung von GEP-Tumoren insbesondere Karzinoide mit Merkmalen des Karzinoidsyndroms 3. Zur Notfallsbehandlung bei gastro-ösophagealen Blutungen.	5 St	74,10
------------	---	------	-------

**Octreotid 0,0005**

<b>RE1</b>	<b>Sandostatin 500 mcg/ml Inj.-/Inf.lsg.</b> Eine Kostenübernahme ist möglich: 1. Akromegalie bei Patienten, bei denen eine chirurgische Behandlung, eine Strahlentherapie oder eine Behandlung mit einem Dopamin-Agonisten keinen Erfolg zeigt, bzw. bei klinisch relevantem Beschwerdebild zur Überbrückung bis die Radiotherapie ihre volle Wirkung zeigt 2. Zur symptomatischen Behandlung von GEP-Tumoren insbesondere Karzinoide mit Merkmalen des Karzinoidsyndroms 3. Zur Notfallsbehandlung bei gastro-ösophagealen Blutungen.	5 St	282,30
------------	---	------	--------

**H01CB03 Lanreotid**

**Lanreotid 0,06**

<b>RE1</b>	<b>Mytolac 60 mg Inj.lsg. Fertigspr.</b> 1. Akromegalie bei PatientInnen, bei denen eine chirurgische Behandlung, eine Strahlentherapie oder eine Behandlung mit einem Dopamin-Agonisten keinen Erfolg zeigt, bzw. bei klinisch relevantem Beschwerdebild zur Überbrückung bis die Radiotherapie ihre volle Wirkung zeigt. 2. Zur symptomatischen Behandlung bei Karzinoiden mit Merkmalen des Karzinoidsyndroms.	1 St	454,30
<b>RE1</b>	<b>Somatuline Autogel 60 mg Inj.lsg.</b> 1. Akromegalie bei Patienten, bei denen eine chirurgische Behandlung, eine Strahlentherapie oder eine Behandlung mit einem Dopamin-Agonisten keinen Erfolg zeigt, bzw. bei klinisch relevantem Beschwerdebild zur Überbrückung bis die Radiotherapie ihre volle Wirkung zeigt 2. Zur symptomatischen Behandlung bei Karzinoiden mit Merkmalen des Karzinoidsyndroms.	1 St	638,50

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

### Lanreotid 0,09

<b>RE1</b>	<b>Mytolac 90 mg Inj.lsg. Fertigspr.</b> 1. Akromegalie bei PatientInnen, bei denen eine chirurgische Behandlung, eine Strahlentherapie oder eine Behandlung mit einem Dopamin-Agonisten keinen Erfolg zeigt, bzw. bei klinisch relevantem Beschwerdebild zur Überbrückung bis die Radiotherapie ihre volle Wirkung zeigt. 2. Zur symptomatischen Behandlung bei Karzinoiden mit Merkmalen des Karzinoidsyndroms.	1 St	592,10
<b>RE1</b>	<b>Somatuline Autogel 90 mg Inj.lsg.</b> 1. Akromegalie bei Patienten, bei denen eine chirurgische Behandlung, eine Strahlentherapie oder eine Behandlung mit einem Dopamin-Agonisten keinen Erfolg zeigt, bzw. bei klinisch relevantem Beschwerdebild zur Überbrückung bis die Radiotherapie ihre volle Wirkung zeigt 2. Zur symptomatischen Behandlung bei Karzinoiden mit Merkmalen des Karzinoidsyndroms.	1 St	827,10

### Lanreotid 0,12

<b>RE1</b>	<b>Mytolac 120 mg Inj.lsg. Fertigspr.</b> 1. Akromegalie bei PatientInnen, bei denen eine chirurgische Behandlung, eine Strahlentherapie oder eine Behandlung mit einem Dopamin-Agonisten keinen Erfolg zeigt, bzw. bei klinisch relevantem Beschwerdebild zur Überbrückung bis die Radiotherapie ihre volle Wirkung zeigt. 2. Zur symptomatischen Behandlung bei Karzinoiden mit Merkmalen des Karzinoidsyndroms.	1 St	742,20
<b>RE1</b>	<b>Somatuline Autogel 120 mg Inj.lsg.</b> 1. Akromegalie bei Patienten, bei denen eine chirurgische Behandlung, eine Strahlentherapie oder eine Behandlung mit einem Dopamin-Agonisten keinen Erfolg zeigt, bzw. bei klinisch relevantem Beschwerdebild zur Überbrückung bis die Radiotherapie ihre volle Wirkung zeigt 2. Zur symptomatischen Behandlung bei Karzinoiden mit Merkmalen des Karzinoidsyndroms.	1 St	1.049,70

## H04 PANKREASHORMONE H04A GLYKOGENOLYTISCHE HORMONE H04AA Glykogenolytische Hormone H04AA01 Glucagon

### Glucagon 0,003

<b>RE2</b>	<b>Baqsimi 3 mg Nasenplv. Einzeldosis</b> 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.	1 St	81,65
------------	---	------	-------

## H05 CALCIUMHOMÖOSTASE H05A NEBENSCHILDDRÜSENHORMONE UND ANALOGA H05AA Nebenschilddrüsenhormone und Analoga H05AA02 Teriparatid

### Teriparatid 20 mcg/ED

<b>RE1</b>	<b>Forsteo 20 mcg/0,08 ml Inj.lsg. Fertigpen</b>	1 St	187,85
<b>L6</b>	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.	2,4 ml (28 ED)	

Bezeichnung		T	OP	KVP in €
RE2 L6	<b>Movymia 20 mcg/0,08 ml Inj.lsg.</b> 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	<b>Sondelbay 20 mcg/0,08 ml Inj.lsg. Fertigpen</b> 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	<b>Teriparatid "ratiopharm" 20 mcg/0,08 ml Inj.lsg. vorgefüllter Injektor</b> 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	<b>Terrosa 20 mcg/0,08 ml Inj.lsg.</b> 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	<b>Tobi Podhaler 28 mg Hartkaps. Plv. zur Inh.</b> Bei Erwachsenen und Kindern ab sechs Jahren mit zystischer Fibrose in der Indikation chronische Infektion der Lunge mit Pseudomonas aeruginosa; Erstverordnung, Therapieeinstellung und regelmäßige Kontrollen durch entsprechende Zentren.		224 St	2.200,05
-----	--	--	--------	----------

**Tobramycin 0,3**

RE2	<b>Tobi 300 mg/5 ml Lsg. für einen Vernebler</b> 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**

<b>RE1</b>	<b>Linezolid "1A Pharma" 600 mg Filmtabl.</b> 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
<b>RE1</b>	<b>Linezolid "Accord" 600 mg Filmtabl.</b> Als Reserveantibiotikum bei Erwachsenen mit Linezolid-empfindlichen grampositiven Erregern, wenn eine Therapie mit kostengünstigeren Alternativen aus dem Grünen und Gelben Bereich des EKO nicht möglich ist. Die Indikationsstellung und Verordnung muss im intramuralen Bereich erfolgen, ein Keimnachweis ist vorzulegen.	10 St 20 St	212,25 394,20
<b>RE1</b>	<b>Linezolid "HCS" 600 mg Filmtabl.</b> 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
<b>RE1</b>	<b>Linezolid "ratiopharm" 600 mg Filmtabl.</b> 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
<b>RE1</b>	<b>Linezolid "Sandoz" 600 mg Filmtabl.</b> 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
<b>RE1</b>	<b>Linezolid "Stada" 600 mg Filmtabl.</b> 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
<b>RE1</b>	<b>Zyvoxid 600 mg Filmtabl.</b> 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**

<b>RE1</b>	<b>Sivextro 200 mg Filmtabl.</b> 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**

<b>RE2</b>	<b>Diflucan 10 mg/ml Trockensaft</b> 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**

<b>RE2</b>	<b>Diflucan 40 mg/ml Trockensaft</b> Eine Kostenübernahme ist möglich, wenn mit Darreichungsformen aus dem Grünen Bereich nachweislich nicht das Auslangen gefunden werden kann.		35 ml 1 ML = 5 ml	104,60
------------	---	--	----------------------	--------

**J02AC03 Voriconazol****Voriconazol 0,05**

<b>RE1</b>	<b>Vfend 50 mg Filmtabl.</b> 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
<b>RE1</b>	<b>Voriconazol "Accord" 50 mg Filmtabl.</b> 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**

<b>RE1</b>	<b>Voriconazol "Aristo" 100 mg Filmtabl.</b> 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	79,00
		T2	30 St	171,00

**Voriconazol 0,2**

<b>RE1</b>	<b>Vfend 200 mg Filmtabl.</b> 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
<b>RE1</b>	<b>Voriconazol "Accord" 200 mg Filmtabl.</b> Zur Behandlung folgender invasiver Pilzinfektionen - invasive Aspergillose - Candidämie bei nicht neutropenischen PatientInnen - Fluconazol-resistente, schwere invasive Candida-Infektionen - Scedosporium- und Fusarium-Infektionen  Zur Prophylaxe invasiver Pilzinfektionen bei HochrisikopatientInnen mit allogener hämatopoetischer Stammzelltransplantation.		10 St 30 St	127,30 339,45

Bezeichnung	T	OP	KVP in €
<b>RE1 Voriconazol "Aristo" 200 mg Filmtabl.</b> Zur Behandlung folgender invasiver Pilzinfektionen - invasive Aspergillose - Candidämie bei nicht neutropenischen PatientInnen - Fluconazol-resistente, schwere invasive Candida-Infektionen - Scedosporium- und Fusarium-Infektionen Zur Prophylaxe invasiver Pilzinfektionen bei HochrisikopatientInnen mit allogener hämatopoetischer Stammzelltransplantation.	T2 T2	10 St 30 St	123,00 323,75
<b>RE1 Voriconazol "ratiopharm" 200 mg Filmtabl.</b> Zur Behandlung folgender invasiver Pilzinfektionen - invasive Aspergillose - Candidämie bei nicht neutropenischen PatientInnen - Fluconazol-resistente, schwere invasive Candida-Infektionen - Scedosporium- und Fusarium-Infektionen Zur Prophylaxe invasiver Pilzinfektionen bei HochrisikopatientInnen mit allogener hämatopoetischer Stammzelltransplantation.		10 St 30 St	128,30 340,75
<b>RE1 Voriconazol "Sandoz" 200 mg Filmtabl.</b> Zur Behandlung folgender invasiver Pilzinfektionen - invasive Aspergillose - Candidämie bei nicht neutropenischen PatientInnen - Fluconazol-resistente, schwere invasive Candida-Infektionen - Scedosporium- und Fusarium-Infektionen Zur Prophylaxe invasiver Pilzinfektionen bei HochrisikopatientInnen mit allogener hämatopoetischer Stammzelltransplantation.		10 St 30 St	127,40 339,70
<b>RE1 Voriconazol "Stada" 200 mg Filmtabl.</b> Zur Behandlung folgender invasiver Pilzinfektionen - invasive Aspergillose - Candidämie bei nicht neutropenischen PatientInnen - Fluconazol-resistente, schwere invasive Candida-Infektionen - Scedosporium- und Fusarium-Infektionen Zur Prophylaxe invasiver Pilzinfektionen bei HochrisikopatientInnen mit allogener hämatopoetischer Stammzelltransplantation.		10 St 30 St	127,30 339,45

## J02AC04 Posaconazol

### Posaconazol 0,04/ml

<b>RE1 Noxafil 40 mg/ml Susp. zum Einnehmen</b> 1. Zur Behandlung folgender invasiver Pilzinfektionen: - Invasive Aspergillose bei erwachsenen PatientInnen, deren Erkrankung therapierefraktär gegenüber Amphotericin B, Itraconazol bzw. Voriconazol ist oder die eine Unverträglichkeit gegen diese Wirkstoffe haben, - Fusariose bei erwachsenen PatientInnen, deren Erkrankung therapierefraktär gegenüber Amphotericin B und Voriconazol ist oder die eine Unverträglichkeit gegen diese Wirkstoffe haben, - Chromoblastomykose und Myzetom bei erwachsenen PatientInnen, deren Erkrankung therapierefraktär gegenüber Itraconazol ist oder die eine Unverträglichkeit gegen diesen Wirkstoff haben, - Kokzidioidomykose bei erwachsenen PatientInnen, deren Erkrankung therapierefraktär gegenüber Amphotericin B, Itraconazol und Fluconazol ist oder die eine Unverträglichkeit gegen diese Wirkstoffe haben. 2. Zur Prophylaxe invasiver Pilzkrankungen für - erwachsene PatientInnen, die eine Remissions-induzierende Chemotherapie bei akuter myeloischer Leukämie (AML) oder myelodysplastischen Syndromen (MDS) erhalten, die erwartungsgemäß zu einer längerfristigen Neutropenie führt, und bei denen ein hohes Risiko für die Entwicklung invasiver Aspergillosen besteht, - erwachsene EmpfängerInnen einer hämatopoetischen Stammzelltransplantation (HSCT), die eine Hochdosis-Immunsuppressions-Therapie bei einem Graft-versus-Host-Syndrom (GVHD) erhalten und bei denen ein hohes Risiko für die Entwicklung invasiver Aspergillosen besteht. Diagnosestellung, Erstverordnung und regelmäßige Kontrolle durch entsprechende Fachabteilung bzw. Zentrum, durch einen Arzt/eine Ärztin mit Erfahrung in der Behandlung von invasiven therapieresistenten Pilzinfektionen.		1 St 105 ml	454,95
--	--	----------------	--------

<b>RE2</b>	<b>Posaconazol "AHCL" 40 mg/ml Susp. zum Einnehmen</b>	105 ml	211,85
	<p>1. Zur Behandlung folgender invasiver Pilzinfektionen:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Invasive Aspergillose bei Erwachsenen, deren Erkrankung therapierefraktär gegenüber Amphotericin B, Itraconazol bzw. Voriconazol ist oder die eine Unverträglichkeit gegen diese Wirkstoffe haben,</li> <li>- Fusariose bei Erwachsenen, deren Erkrankung therapierefraktär gegenüber Amphotericin B und Voriconazol ist oder die eine Unverträglichkeit gegen diese Wirkstoffe haben,</li> <li>- Chromoblastomykose und Myzetom bei Erwachsenen, deren Erkrankung therapierefraktär gegenüber Itraconazol ist oder die eine Unverträglichkeit gegen diesen Wirkstoff haben,</li> <li>- Kokzidioidomykose bei Erwachsenen, deren Erkrankung therapierefraktär gegenüber Amphotericin B, Itraconazol und Fluconazol ist oder die eine Unverträglichkeit gegen diese Wirkstoffe haben.</li> </ul> <p>2. Zur Prophylaxe invasiver Pilzkrankungen für</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- 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,</li> <li>- 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.</li> </ul> <p>Diagnosestellung, Erstverordnung und regelmäßige Kontrolle durch entsprechende Fachabteilung bzw. Zentrum, durch einen Arzt/eine Ärztin mit Erfahrung in der Behandlung von invasiven therapieresistenten Pilzinfektionen.</p>		

**Posaconazol 0,1**

<b>RE2</b>	<b>Posaconazol "Accord" 100 mg magensaftresistente Tabl.</b>	24 St	171,00
	<p>1. Zur Behandlung folgender invasiver Pilzinfektionen:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Invasive Aspergillose bei Erwachsenen, deren Erkrankung therapierefraktär gegenüber Amphotericin B, Itraconazol bzw. Voriconazol ist oder die eine Unverträglichkeit gegen diese Wirkstoffe haben,</li> <li>- Fusariose bei Erwachsenen, deren Erkrankung therapierefraktär gegenüber Amphotericin B und Voriconazol ist oder die eine Unverträglichkeit gegen diese Wirkstoffe haben,</li> <li>- Chromoblastomykose und Myzetom bei Erwachsenen, deren Erkrankung therapierefraktär gegenüber Itraconazol ist oder die eine Unverträglichkeit gegen diesen Wirkstoff haben,</li> <li>- Kokzidioidomykose bei Erwachsenen, deren Erkrankung therapierefraktär gegenüber Amphotericin B, Itraconazol und Fluconazol ist oder die eine Unverträglichkeit gegen diese Wirkstoffe haben.</li> </ul> <p>2. Zur Prophylaxe invasiver Pilzkrankungen für</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- 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,</li> <li>- 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.</li> </ul> <p>Diagnosestellung, Erstverordnung und regelmäßige Kontrolle durch entsprechende Fachabteilung bzw. Zentrum, durch einen Arzt/eine Ärztin mit Erfahrung in der Behandlung von invasiven therapieresistenten Pilzinfektionen.</p>	96 St	602,60

Bezeichnung	T	OP	KVP in €
<p><b>RE2 Posaconazol "ratiopharm" 100 mg magensaftresistente Tabl.</b></p> <p>1. Zur Behandlung folgender invasiver Pilzinfektionen:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Invasive Aspergillose bei Erwachsenen, deren Erkrankung therapierefraktär gegenüber Amphotericin B, Itraconazol bzw. Voriconazol ist oder die eine Unverträglichkeit gegen diese Wirkstoffe haben,</li> <li>- Fusariose bei Erwachsenen, deren Erkrankung therapierefraktär gegenüber Amphotericin B und Voriconazol ist oder die eine Unverträglichkeit gegen diese Wirkstoffe haben,</li> <li>- Chromoblastomykose und Myzetom bei Erwachsenen, deren Erkrankung therapierefraktär gegenüber Itraconazol ist oder die eine Unverträglichkeit gegen diesen Wirkstoff haben,</li> <li>- Kokzidioidomykose bei Erwachsenen, deren Erkrankung therapierefraktär gegenüber Amphotericin B, Itraconazol und Fluconazol ist oder die eine Unverträglichkeit gegen diese Wirkstoffe haben.</li> </ul> <p>2. Zur Prophylaxe invasiver Pilzkrankungen für</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- 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 Aspergillose besteht,</li> <li>- erwachsene EmpfängerInnen einer hämatopoetischen Stammzelltransplantation (HSCT), die eine Hochdosis-Immunsuppressions-Therapie bei einem Graff-versus-Host-Syndrom (GVHD) erhalten und bei denen ein hohes Risiko für die Entwicklung invasiver Aspergillose besteht.</li> </ul> <p>Diagnosestellung, Erstverordnung und regelmäßige Kontrolle durch entsprechende Fachabteilung bzw. Zentrum, durch einen Arzt/eine Ärztin mit Erfahrung in der Behandlung von invasiven therapieresistenten Pilzinfektionen.</p>	24 St 96 St		171,00 602,60
<p><b>RE2 Posaconazol "Stada" 100 mg magensaftresistente Tabl.</b></p> <p>1. Zur Behandlung folgender invasiver Pilzinfektionen:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Invasive Aspergillose bei Erwachsenen, deren Erkrankung therapierefraktär gegenüber Amphotericin B, Itraconazol bzw. Voriconazol ist oder die eine Unverträglichkeit gegen diese Wirkstoffe haben,</li> <li>- Fusariose bei Erwachsenen, deren Erkrankung therapierefraktär gegenüber Amphotericin B und Voriconazol ist oder die eine Unverträglichkeit gegen diese Wirkstoffe haben,</li> <li>- Chromoblastomykose und Myzetom bei Erwachsenen, deren Erkrankung therapierefraktär gegenüber Itraconazol ist oder die eine Unverträglichkeit gegen diesen Wirkstoff haben,</li> <li>- Kokzidioidomykose bei Erwachsenen, deren Erkrankung therapierefraktär gegenüber Amphotericin B, Itraconazol und Fluconazol ist oder die eine Unverträglichkeit gegen diese Wirkstoffe haben.</li> </ul> <p>2. Zur Prophylaxe invasiver Pilzkrankungen für</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- 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 Aspergillose besteht,</li> <li>- erwachsene EmpfängerInnen einer hämatopoetischen Stammzelltransplantation (HSCT), die eine Hochdosis-Immunsuppressions-Therapie bei einem Graff-versus-Host-Syndrom (GVHD) erhalten und bei denen ein hohes Risiko für die Entwicklung invasiver Aspergillose besteht.</li> </ul> <p>Diagnosestellung, Erstverordnung und regelmäßige Kontrolle durch entsprechende Fachabteilung bzw. Zentrum, durch einen Arzt/eine Ärztin mit Erfahrung in der Behandlung von invasiven therapieresistenten Pilzinfektionen.</p>	24 St 96 St		171,00 602,60



**J04 MITTEL GEGEN MYKOBAKTERIEN**  
**J04A MITTEL ZUR BEHANDLUNG DER TUBERKULOSE**  
**J04AB Antibiotika**  
**J04AB04 Rifabutin**

**Rifabutin 0,15**

<b>RE2</b>	<b>Mycobutin 150 mg Kaps.</b> Eine Kostenübernahme ist möglich: - zur Prophylaxe von Infektionen durch Mycobacterium avium Komplex (MAC) bei Patienten mit fortgeschrittener HIV-Infektion; - zur Therapie von nicht tuberkulösen mycobakteriellen Erkrankungen (z.B. MAC und M. xenopi); - zur Kombinationsbehandlung bei Lungentuberkulose, wenn mit Therapiealternativen aus dem Grünen Bereich nachweislich nicht das Auslangen gefunden werden kann.	30 St	118,35
------------	---	-------	--------

**J05 ANTIVIRALE MITTEL ZUR SYSTEMISCHEN ANWENDUNG**  
**J05A DIREKT WIRKENDE ANTIVIRALE MITTEL**

**J05AB Nukleoside und Nukleotide, exkl. Inhibitoren der Reversen Transkriptase**  
**J05AB14 Valganciclovir**

**Valganciclovir 0,45**

<b>RE2</b>	<b>Valganciclovir "Accord" 450 mg Filmtabl.</b> Initial- und Erhaltungstherapie der Cytomegalievirus-Retinitis bei PatientInnen mit AIDS.  Valganciclovir ist zur Prophylaxe (drei bis vier Monate) einer CMV-Erkrankung bei CMV-negativen PatientInnen angezeigt, die ein Organtransplantat von einem/einer CMV-positiven Spender/Spenderin erhalten haben.	60 St	579,90
<b>RE2</b>	<b>Valganciclovir "Bluefish" 450 mg Filmtabl.</b> Initial- und Erhaltungstherapie der Cytomegalievirus-Retinitis bei PatientInnen mit AIDS.  Valganciclovir ist zur Prophylaxe (drei bis vier Monate) einer CMV-Erkrankung bei CMV-negativen PatientInnen angezeigt, die ein Organtransplantat von einem/einer CMV-positiven Spender/Spenderin erhalten haben.	60 St	569,95
<b>RE2</b>	<b>Valganciclovir "ratiopharm" 450 mg Filmtabl.</b> 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
<b>RE2</b>	<b>Valganciclovir "Sandoz" 450 mg Filmtabl.</b> 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
<b>RE2</b>	<b>Valganciclovir "Stada" 450 mg Filmtabl.</b> Initial- und Erhaltungstherapie der Cytomegalievirus-Retinitis bei PatientInnen mit AIDS.  Valganciclovir ist zur Prophylaxe (drei bis vier Monate) einer CMV-Erkrankung bei CMV-negativen PatientInnen angezeigt, die ein Organtransplantat von einem/einer CMV-positiven Spender/Spenderin erhalten haben.	60 St	574,35

**J05AE Proteasehemmer**  
**J05AE03 Ritonavir**

**Ritonavir 0,1**

<b>RE2</b>	<b>Norvir 100 mg Filmtabl.</b> 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
------------	---	-------	-------

Bezeichnung	T	OP	KVP in €
<b>RE2 Ritonavir "Accord" 100 mg Filmtabl.</b> 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

<b>RE2 Telzir 700 mg Filmtabl.</b> 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

<b>RE2 Reyataz 200 mg Hartkaps.</b> 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

<b>RE2 Reyataz 300 mg Hartkaps.</b> In Kombination mit niedrig dosiertem Ritonavir und 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

<b>RE1 Prezista 600 mg Filmtabl.</b> 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

<b>RE2 Darunavir "ratiopharm" 800 mg Filmtabl.</b> 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
<b>RE2 Prezista 800 mg Filmtabl.</b> In Kombination mit niedrig dosiertem Ritonavir und anderen antiretroviralen Arzneimitteln zur Behandlung von HIV-1-infizierten PatientInnen ab 3 Jahren (größer/gleich 40 kg) bei - antiretroviral nicht vorbehandelten PatientInnen - antiretroviral vorbehandelten PatientInnen, wenn diese keine Darunavir-Resistenz-assoziierten Mutationen aufweisen, und eine Viruslast von kleiner als 100.000 HIV-1-RNA-Kopien/ml sowie eine CD4-Zellzahl von größer/gleich 100 Mio. Zellen/l vorliegt. Therapieeinleitung und regelmäßige Kontrollen durch einen Arzt/eine Ärztin mit Erfahrung in der HIV-Behandlung.		30 St	176,05

**J05AE30 Nirmatrelvir und Ritonavir****Nirmatrelvir 0,15, Ritonavir 0,1**

<b>RE2</b>	<b>Paxlovid 150 mg + 100 mg Filmtabl. (RM)</b> Bei Erwachsenen mit durch Antigen- oder PCR-Test bestätigter symptomatischer COVID-19-Infektion, wenn ein erhöhtes Risiko besteht, einen schweren Verlauf zu entwickeln und wenn aufgrund zirkulierender Virusvarianten kein Verdacht auf eine Unwirksamkeit von Nirmatrelvir besteht. Die Risikofaktoren für einen schweren Verlauf sind unter <a href="http://www.sozialversicherung.at/erstattungskodex_covid-19">www.sozialversicherung.at/erstattungskodex_covid-19</a> publiziert. Mögliche Wechselwirkungen mit anderen Arzneimitteln sind sorgfältig zu prüfen. Therapiebeginn innerhalb von höchstens 5 Tagen nach Symptombeginn. Die Aufnahme ist befristet und endet mit 30.6.2025		30 St	949,40
------------	---	--	-------	--------

**J05AF Nukleosidale und nukleotidale Inhibitoren der Reversen Transkriptase  
J05AF01 Zidovudin****Zidovudin 0,01/ml**

<b>RE2</b>	<b>Retrovir 100 mg/10 ml Saft</b> 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**

<b>RE2</b>	<b>Epivir 10 mg/ml Lsg. zum Einnehmen</b> 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
------------	---	--	--------	-------

**Lamivudin 0,1**

<b>RE2</b>	<b>Zeffix 100 mg Filmtabl.</b> 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 dekomensierter 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 dekomensierter Lebererkrankung abzusetzen: - bei HBeAg-positiven Patienten bei HBeAg- oder HBsAg-Serokonversion oder bei Verlust der Wirksamkeit.		84 St	196,10
------------	--	--	-------	--------

**Lamivudin 0,15**

<b>RE2</b>	<b>Epivir 150 mg Filmtabl.</b> In Kombination mit anderen antiretroviralen Arzneimitteln bei HIV-1-infizierten Erwachsenen und Kindern. Die Therapieeinleitung und regelmäßige -kontrollen sind von einem Arzt/einer Ärztin, der/die Erfahrung in der Behandlung der HIV-Infektion besitzt, durchzuführen.	T2	60 St	119,20
------------	--	----	-------	--------

**Lamivudin 0,3**

<b>RE2</b>	<b>Epivir 300 mg Filmtabl.</b> In Kombination mit anderen antiretroviralen Arzneimitteln bei HIV-1-infizierten Erwachsenen und Kindern. Die Therapieeinleitung und regelmäßige -kontrollen sind von einem Arzt/einer Ärztin, der/die Erfahrung in der Behandlung der HIV-Infektion besitzt, durchzuführen.		30 St	119,20
------------	--	--	-------	--------

Bezeichnung		T	OP	KVP in €
<b>RE2</b>	<b>Lamivudin "Sandoz" 300 mg Filmtabl.</b> In Kombination mit anderen antiretroviralen Arzneimitteln bei HIV-1-infizierten Erwachsenen und Kindern. Die Therapieeinleitung und regelmäßige -kontrollen sind von einem Arzt/einer Ärztin, der/die Erfahrung in der Behandlung der HIV-Infektion besitzt, durchzuführen.		30 St	116,35

### J05AF06 Abacavir

#### Abacavir 0,02/ml

<b>RE2</b>	<b>Ziagen 20 mg/ml Lsg. zum Einnehmen</b> In Kombination mit anderen antiretroviralen Arzneimitteln bei HIV-1-infizierten Kindern ab drei Monaten und Erwachsenen mit schwerwiegender Schluckstörung. Die Therapieeinleitung und regelmäßige -kontrollen sind von einem Arzt, der Erfahrung in der Behandlung der HIV-Infektion besitzt, durchzuführen.		240 ml	79,30
------------	---	--	--------	-------

#### Abacavir 0,3

<b>RE2</b>	<b>Ziagen 300 mg Filmtabl.</b> In Kombination mit anderen antiretroviralen Arzneimitteln bei HIV-1-infizierten Erwachsenen und Kindern ab drei Monaten. Die Therapieeinleitung und regelmäßige -kontrollen sind von einem Arzt, der Erfahrung in der Behandlung der HIV-Infektion besitzt, durchzuführen.	T2	60 St	243,70
------------	---	----	-------	--------

### J05AF07 Tenofovir Disoproxil

#### Tenofovir Disoproxil 0,245

<b>RE2</b> L6	<b>Tenofovir "ratiopharm" 245 mg Filmtabl.</b> 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 €
<b>RE2 Tenofovir "Sandoz" 245 mg Filmtabl.</b> L6 In Kombination mit anderen antiretroviralen Arzneimitteln bei <ul style="list-style-type: none"> <li>- HIV-1-infizierten Erwachsenen</li> <li>- 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.</li> </ul> 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: <ul style="list-style-type: none"> <li>- bei HBeAg-positiven PatientInnen ohne Zirrhose: 6 bis 12 Monate nach HBeAg-Serokonversion oder bei HBsAg-Serokonversion oder Verlust der Wirksamkeit</li> <li>- bei HBeAg-negativen PatientInnen ohne Zirrhose: bei HBsAg-Serokonversion oder Verlust der Wirksamkeit.</li> </ul> Tenofovir Disoproxil eignet sich für eine chef(kontroll)ärztliche Langzeitbewilligung für 6 Monate (L6).	30 St		147,05
<b>RE2 Tenofovir Disoproxil "Accordpharma" 245 mg Filmtabl.</b> L6 In Kombination mit anderen antiretroviralen Arzneimitteln bei <ul style="list-style-type: none"> <li>- HIV-1-infizierten Erwachsenen</li> <li>- 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.</li> </ul> Therapieeinleitung und regelmäßige Kontrollen durch einen Arzt/eine Ärztin mit Erfahrung in der HIV-Behandlung.  Bei PatientInnen ab 12 Jahren (größer/gleich 35 kg) in der Indikation chronische Hepatitis B mit kompensierter Lebererkrankung mit nachgewiesener aktiver Virus-Replikation (mehr als 10.000 HBV-DNA-Kopien/ml), kontinuierlich erhöhten Serum-Alanin-Aminotransferase (ALT)-Werten sowie Nachweis einer aktiven Leberentzündung und/oder Fibrose. Indikationsstellung und Therapieüberwachung durch einen Arzt/eine Ärztin mit Erfahrung in der Behandlung der Hepatitis B. Regelmäßige Überwachung der ALT-Werte (alle 3 Monate) und virologischer Parameter (alle 6 Monate). Die Therapie ist abzusetzen: <ul style="list-style-type: none"> <li>- bei HBeAg-positiven PatientInnen ohne Zirrhose: 6 bis 12 Monate nach HBeAg-Serokonversion oder bei HBsAg-Serokonversion oder Verlust der Wirksamkeit</li> <li>- bei HBeAg-negativen PatientInnen ohne Zirrhose: bei HBsAg-Serokonversion oder Verlust der Wirksamkeit.</li> </ul> Tenofovir Disoproxil eignet sich für eine chef(kontroll)ärztliche Langzeitbewilligung für 6 Monate (L6).	30 St		144,45

Bezeichnung		T	OP	KVP in €
<b>RE2</b> L6	<p><b>Tenofovirdisoproxil "Stada" 245 mg Filmtabl.</b></p> <p>In Kombination mit anderen antiretroviralen Arzneimitteln bei</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- HIV-1-infizierten Erwachsenen</li> <li>- 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.</li> </ul> <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"> <li>- bei HBeAg-positiven PatientInnen ohne Zirrhose: 6 bis 12 Monate nach HBeAg-Serokonversion oder bei HBsAg-Serokonversion oder Verlust der Wirksamkeit</li> <li>- bei HBeAg-negativen PatientInnen ohne Zirrhose: bei HBsAg-Serokonversion oder Verlust der Wirksamkeit.</li> </ul> <p>Tenofovir Disoproxil eignet sich für eine chef(kontroll)ärztliche Langzeitbewilligung für 6 Monate (L6).</p>		30 St	144,60
<b>RE2</b> L6	<p><b>Viread 245 mg Filmtabl.</b></p> <p>In Kombination mit anderen antiretroviralen Arzneimitteln bei</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- HIV-1-infizierten Erwachsenen</li> <li>- 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.</li> </ul> <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"> <li>- bei HBeAg-positiven PatientInnen ohne Zirrhose: 6 bis 12 Monate nach HBeAg-Serokonversion oder bei HBsAg-Serokonversion oder Verlust der Wirksamkeit</li> <li>- bei HBeAg-negativen PatientInnen ohne Zirrhose: bei HBsAg-Serokonversion oder Verlust der Wirksamkeit.</li> </ul> <p>Tenofovir Disoproxil eignet sich für eine chef(kontroll)ärztliche Langzeitbewilligung für 6 Monate (L6).</p>		30 St	147,10

### J05AF09 Emtricitabin

#### Emtricitabin 0,2

<b>RE1</b>	<p><b>Emtriva 200 mg Hartkaps.</b></p> <p>In Kombination mit anderen antiretroviralen Arzneimitteln bei HIV-1-infizierten PatientInnen größer/gleich 33 kg Körpergewicht.</p> <p>Therapieeinleitung und regelmäßige Kontrollen durch einen Arzt/eine Ärztin mit Erfahrung in der HIV-Behandlung.</p>		30 St	208,85
------------	--	--	-------	--------

**J05AF10 Entecavir****Entecavir 0,0005**

<b>RE2</b>	<b>Baraclude 0,5 mg Filmtabl.</b>	30 St	167,25
------------	-----------------------------------	-------	--------

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.

<b>RE2</b>	<b>Entecavir "ratiopharm" 0,5 mg Filmtabl.</b>	30 St	164,50
------------	--	-------	--------

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.

**Entecavir 0,001**

<b>RE2</b>	<b>Baraclude 1 mg Filmtabl.</b>	30 St	167,25
------------	---------------------------------	-------	--------

Bei Erwachsenen in der Indikation chronische Hepatitis B

- bei Lamivudin-refraktären (nicht bei Lamivudin-Resistenz) PatientInnen mit kompensierter Lebererkrankung und nachgewiesener aktiver Virus-Replikation (mehr als 10.000 HBV-DNA-Kopien/ml oder 2.000 IU/ml), kontinuierlich erhöhten Serum-Alanin-Aminotransferase (ALT)-Werten sowie Nachweis einer aktiven Leberentzündung und/oder Fibrose.

- bei dekompensierter Lebererkrankung

Indikationsstellung und Therapieüberwachung durch einen Arzt/eine Ärztin mit Erfahrung in der Behandlung der Hepatitis B.

Regelmäßige Überwachung der ALT-Werte (alle 3 Monate) und virologischer Parameter (alle 6 Monate).

Die Therapie ist abzusetzen:

- bei HBeAg-positiven PatientInnen ohne Zirrhose: 6 bis 12 Monate nach HBeAg-Serokonversion oder bei HBsAg-Serokonversion oder Verlust der Wirksamkeit
- bei HBeAg-negativen PatientInnen ohne Zirrhose: bei HBsAg-Serokonversion oder Verlust der Wirksamkeit.

Bezeichnung	T	OP	KVP in €
<b>RE2 Entecavir "ratiopharm" 1 mg Filmtabl.</b> Bei Erwachsenen in der Indikation chronische Hepatitis B <ul style="list-style-type: none"> <li>- 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.</li> <li>- bei dekompensierter Lebererkrankung</li> </ul> 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: <ul style="list-style-type: none"> <li>- bei HBeAg-positiven PatientInnen ohne Zirrhose: 6 bis 12 Monate nach HBeAg-Serokonversion oder bei HBsAg-Serokonversion oder Verlust der Wirksamkeit</li> <li>- bei HBeAg-negativen PatientInnen ohne Zirrhose: bei HBsAg-Serokonversion oder Verlust der Wirksamkeit.</li> </ul>	T2	30 St	164,50

### J05AG Nicht-nukleosidale Inhibitoren der Reversen Transkriptase J05AG01 Nevirapin

#### Nevirapin 0,01/ml

<b>RE2 Viramune 50 mg/5 ml Susp. zum Einnehmen</b> In Kombination mit mindestens zwei anderen antiretroviralen Arzneimitteln bei HIV-1-infizierten Kindern ab zwei Monaten und Erwachsenen mit schwerwiegender Schluckstörung bei fortgeschrittenem oder fortschreitendem Immundefekt (Definition siehe Fachinformation). Die Therapieeinleitung und regelmäßige -kontrollen sind von einem Arzt, der Erfahrung in der Behandlung der HIV-Infektion besitzt, durchzuführen.		240 ml	76,05
---	--	--------	-------

#### Nevirapin 0,2

<b>RE2 Viramune 200 mg Tabl.</b> In Kombination mit mindestens zwei anderen antiretroviralen Arzneimitteln bei HIV-1-infizierten Erwachsenen und Jugendlichen ab 16 Jahren mit fortgeschrittenem oder fortschreitendem Immundefekt (Definition siehe Fachinformation). Die Therapieeinleitung und regelmäßige -kontrollen sind von einem Arzt/einer Ärztin, der/die Erfahrung in der Behandlung der HIV-Infektion besitzt, durchzuführen.		14 St 60 St	57,55 188,00
---	--	----------------	-----------------

#### Nevirapin 0,4

<b>RE2 Nevirapin "Viatrix" 400 mg Retardtabl.</b> In Kombination mit anderen antiretroviralen Arzneimitteln zur Behandlung von HIV-1-infizierten Erwachsenen, Jugendlichen und Kindern ab 3 Jahren. Therapieeinleitung und regelmäßige Kontrollen durch einen Arzt/eine Ärztin mit Erfahrung in der HIV-Behandlung.		30 St	120,10
<b>RE2 Viramune 400 mg Retardtabl.</b> In Kombination mit anderen antiretroviralen Arzneimitteln zur Behandlung von HIV-1-infizierten Erwachsenen, Jugendlichen und Kindern ab 3 Jahren. Therapieeinleitung und regelmäßige Kontrollen durch einen Arzt/eine Ärztin mit Erfahrung in der HIV-Behandlung.		30 St	155,85

### J05AG03 Efavirenz

#### Efavirenz 0,6

<b>RE2 Efavirenz "Sandoz" 600 mg Filmtabl.</b> 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**

<b>RE2</b>	<b>Intence 200 mg Tabl.</b> In Kombination mit einem geboosterten Protease-Inhibitor (PI) und anderen antiretroviralen Arzneimitteln bei mehrfach vorherbehandelten 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**

<b>RE2</b>	<b>Edurant 25 mg Filmtabl.</b> In Kombination mit anderen antiretroviralen Arzneimitteln für die Behandlung von HIV-1-infizierten antiretroviral nicht vorherbehandelten 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**

<b>RE1</b> L4	<b>Rekambys 900 mg Depot-Inj.susp. (CM)</b> In Kombination mit einer Cabotegravir-Injektion bei HIV-1-infizierten Erwachsenen, die auf einem stabilen antiretroviralen Regime virologisch supprimiert sind (HIV-1-RNA < 50 Kopien/ml) ohne gegenwärtige oder historisch dokumentierte Resistenzen gegenüber der NNRTI- oder INI-Klasse und ohne virologisches Versagen gegenüber Wirkstoffen der NNRTI- und INI-Klasse in der Vergangenheit. Vor Therapiebeginn hat eine sorgfältige Auswahl der PatientInnen anhand ausgezeichneter Therapieadhärenz und unter Berücksichtigung von Risikofaktoren für eine Resistenzentwicklung gemäß Fachinformation, sowie eine Beratung der PatientInnen über die Notwendigkeit der Einhaltung des geplanten Injektionsschemas, um das Risiko eines erneuten Virusanstiegs und einer potentiellen Resistenzentwicklung durch versäumte Dosen zu vermindern, zu erfolgen. Nach Absetzen der Rilpivirin- und Cabotegravir-Injektionstherapie ist es erforderlich, ein alternatives, vollständig suppressives antiretrovirales Regime innerhalb von zwei Monaten nach der letzten Injektion einzuführen. Therapieeinleitung und regelmäßige Kontrollen durch einen Arzt/eine Ärztin mit Erfahrung in der HIV-Behandlung. Rilpivirin in Kombination mit Cabotegravir eignet sich für eine chef(kontroll)ärztliche Langzeitbewilligung für 4 Monate (L4).	1 St	473,35
------------------	--	------	--------

**J05AG06 Doravirin****Doravirin 0,1**

<b>RE2</b> L3	<b>Pifeltro 100 mg Filmtabl.</b> 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**

<b>RE2</b>	<b>Relenza Rotadisks 5 mg/Dosis einzeldosiertes Plv. zur Inh.</b> Eine Abgabe auf Kassenkosten ist ausschließlich für hoch fiebernde Patienten binnen 48 Stunden nach Auftreten der klinischen Symptome möglich, wenn eine Grippewelle in Österreich bzw. für bestimmte Bundesländer durch das Virologische Institut der Medizinischen Universität Wien diagnostiziert und verlautbart worden ist. Die diesbezügliche Information über Beginn und Ende der Grippewelle erfolgt durch die gesetzlichen Krankenversicherungsträger.	20 St	19,40
------------	--	-------	-------

**J05AH02 Oseltamivir****Oseltamivir 0,006/ml**

<b>RE2</b>	<b>Tamiflu 6 mg/ml Plv. zur Herst. einer Susp. zum Einnehmen</b> Eine Abgabe auf Kassenkosten ist ausschließlich für hoch fiebernde PatientInnen binnen 48 Stunden nach Auftreten der klinischen Symptome möglich, wenn eine Grippewelle in Österreich bzw. für bestimmte Bundesländer durch das Virologische Institut der Medizinischen Universität Wien diagnostiziert und verlaubar worden ist. Die diesbezügliche Information über Beginn und Ende der Grippewelle erfolgt durch die gesetzlichen Krankenversicherungsträger.	65 ml (2)	15,65
------------	--	-----------	-------

**Oseltamivir 0,075**

<b>RE2</b>	<b>Tamiflu 75 mg Hartkaps.</b> Eine Abgabe auf Kassenkosten ist ausschließlich für hoch fiebernde Patienten binnen 48 Stunden nach Auftreten der klinischen Symptome möglich, wenn eine Grippewelle in Österreich bzw. für bestimmte Bundesländer durch das Virologische Institut der Medizinischen Universität Wien diagnostiziert und verlaubar worden ist. Die diesbezügliche Information über Beginn und Ende der Grippewelle erfolgt durch die gesetzlichen Krankenversicherungsträger.	10 St	28,90
------------	---	-------	-------

**J05AJ Integrase-Inhibitoren****J05AJ01 Raltegravir****Raltegravir 0,4**

<b>RE1</b>	<b>Isentress 400 mg Filmtabl.</b> 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**

<b>RE1</b>	<b>Isentress 600 mg Filmtabl.</b> 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**

<b>RE1</b>	<b>Tivicay 50 mg Filmtabl.</b> 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**

<b>RE1</b>	<b>Vocabria 30 mg Filmtabl. (EM)</b>	30 St	550,15
<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 &lt; 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"> <li>- 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</li> <li>- für maximal zwei Monate bei Erwachsenen, die die geplante Dosierung der Cabotegravir-Injektion plus Rilpivirin-Injektion verpassen ("oral bridging").</li> </ul> <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**

<b>RE1</b>	<b>Vocabria 600 mg Depot-Inj.susp. (EM)</b>	1 St	1.099,15
<b>L4</b>	<p>In Kombination mit einer Rilpivirin-Injektion bei HIV-1-infizierten Erwachsenen, die auf einem stabilen antiretroviralen Regime virologisch supprimiert sind (HIV-1-RNA &lt; 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**

<b>RE1</b>	<b>Epclusa 400 mg/100 mg Filmtabl. (EM)</b>	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"> <li>- bei PatientInnen ohne Zirrhose oder mit kompensierter Zirrhose für 12 Wochen</li> <li>- bei PatientInnen mit dekomensierter Zirrhose in Kombination mit Ribavirin für 12 Wochen</li> </ul> <p>Genotyp 3:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- bei PatientInnen ohne Zirrhose für 12 Wochen</li> <li>- bei PatientInnen mit kompensierter Zirrhose in Kombination mit oder ohne Ribavirin für 12 Wochen</li> <li>- bei PatientInnen mit dekomensierter Zirrhose in Kombination mit Ribavirin für 12 Wochen</li> </ul> <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 <a href="http://www.sozialversicherung.at/erstattungskodex_hepatitis_c">www.sozialversicherung.at/erstattungskodex_hepatitis_c</a> publiziert.</p>			

**J05AP57 Glecaprevir und Pibrentasvir****Glecaprevir 0,1, Pibrentasvir 0,04**

<b>RE1</b>	<b>Maviret 100 mg/40 mg Filmtabl. (EM)</b> 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 <a href="http://www.sozialversicherung.at/erstattungskodex_hepatitis_c">www.sozialversicherung.at/erstattungskodex_hepatitis_c</a> 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**

<b>RE2</b>	<b>Combivir 150 mg/300 mg Filmtabl.</b> 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**

<b>RE2</b>	<b>Abacavir/Lamivudin "ratiopharm" 600 mg/300 mg Filmtabl.</b> 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
<b>RE2</b>	<b>Abacavir/Lamivudin "Sandoz" 600 mg/300 mg Filmtabl.</b> 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
<b>RE2</b>	<b>Abacavir/Lamivudin "Stada" 600 mg/300 mg Filmtabl.</b> 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**

<b>RE1</b>	<b>Emtricitabin/Tenofovir "Sandoz" 200 mg/245 mg Filmtabl.</b> In Kombination mit anderen antiretroviralen Arzneimitteln bei HIV-1-infizierten Erwachsenen. Therapieeinleitung und regelmäßige Kontrollen durch einen Arzt/eine Ärztin mit Erfahrung in der HIV-Behandlung.		30 St	43,55
<b>RE1</b>	<b>Emtricitabin/Tenofoviridisoproxil "Accordpharma" 200 mg/245 mg Filmtabl.</b> In Kombination mit anderen antiretroviralen Arzneimitteln bei HIV-1-infizierten Erwachsenen. Therapieeinleitung und regelmäßige Kontrollen durch einen Arzt/eine Ärztin mit Erfahrung in der HIV-Behandlung.		30 St	43,55
<b>RE1</b>	<b>Emtricitabin/Tenofoviridisoproxil "ratiopharm" 200 mg/245 mg Filmtabl.</b> In Kombination mit anderen antiretroviralen Arzneimitteln bei HIV-1-infizierten Erwachsenen. Therapieeinleitung und regelmäßige Kontrollen durch einen Arzt/eine Ärztin mit Erfahrung in der HIV-Behandlung.		30 St	43,60
<b>RE1</b>	<b>Emtricitabin/Tenofoviridisoproxil "Stada" 200 mg/245 mg Filmtabl.</b> In Kombination mit anderen antiretroviralen Arzneimitteln bei HIV-1-infizierten Erwachsenen. Therapieeinleitung und regelmäßige Kontrollen durch einen Arzt/eine Ärztin mit Erfahrung in der HIV-Behandlung.		30 St	43,55

**J05AR06 Emtricitabin, Tenofovir Disoproxil und Efavirenz****Emtricitabin 0,2, Tenofovir Disoproxil 0,245, Efavirenz 0,6**

RE1	<b>Efavirenz/Emtricitabin/Tenofovir Disoproxil "Krka" 600 mg/200 mg/245 mg Filmtabl.</b> 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	<b>Efavirenz/Emtricitabin/Tenofovir Disoproxil "ratiopharm" 600 mg/200 mg/245 mg Filmtabl.</b> 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	<b>Eviplera 200 mg/25 mg/245 mg Filmtabl.</b> 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	<b>Stribild 150 mg/150 mg/200 mg/245 mg Filmtabl.</b> 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	<b>Kaletra Lsg. zum Einnehmen</b> 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	<b>Kaletra 200 mg/50 mg Filmtabl.</b> In Kombination mit anderen antiretroviralen Arzneimitteln bei HIV-1-infizierten Erwachsenen und Kindern ab zwei Jahren. Die Therapieeinleitung und regelmäßige -kontrollen sind von einem Arzt, der Erfahrung in der Behandlung der HIV-Infektion besitzt, durchzuführen.	120 St	495,50
-----	---	--------	--------

**J05AR13 Lamivudin, Abacavir und Dolutegravir****Lamivudin 0,3, Abacavir 0,6, Dolutegravir 0,05**

RE1	<b>Triumeq 50 mg/600 mg/300 mg Filmtabl.</b> Zur Behandlung von HIV-1-infizierten PatientInnen über 12 Jahren (größer/gleich 40 kg). Die Therapieeinleitung und regelmäßige -kontrollen sind von einem Arzt/einer Ärztin, der/die Erfahrung in der Behandlung der HIV-Infektion besitzt, durchzuführen.	30 St	765,65
-----	---	-------	--------

**J05AR18 Emtricitabin, Tenofovir Alafenamid, Elvitegravir und Cobicistat****Emtricitabin 0,2, Tenofovir Alafenamid 0,01, Elvitegravir 0,15, Cobicistat 0,15**

RE1	<b>Genvoya 150 mg/150 mg/200 mg/10 mg Filmtabl.</b> 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***

<b>RE1</b>	<b>Odefsey 200 mg/25 mg/25 mg Filmtabl.</b> 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 Bictegravir*****Emtricitabin 0,2, Tenofovir Alafenamid 0,025, Bictegravir 0,05***

<b>RE1</b>	<b>Biktarvy 50 mg/200 mg/25 mg Filmtabl.</b> 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***

<b>RE2</b>	<b>Delstrigo 100 mg/300 mg/245 mg Filmtabl.</b> Zur Behandlung von HIV-infizierten Erwachsenen, bei denen keine Resistenz gegen die Klasse der nichtnukleosidischen Reverse-Transkriptase-Inhibitoren (NNRTI), Lamivudin oder Tenofovir nachgewiesen wurde. Therapieeinleitung und regelmäßige Kontrolle durch einen Arzt/eine Ärztin mit Erfahrung in der HIV-Behandlung. Doravirin/Lamivudin/Tenofovir eignet sich für eine chef(kontroll)ärztliche Langzeitbewilligung für 3 Monate (L3).	30 St	449,25
------------	---	-------	--------

**J05AR25 Lamivudin und Dolutegravir*****Lamivudin 0,3, Dolutegravir 0,05***

<b>RE1</b>	<b>Dovato 50 mg/300 mg Filmtabl.</b> Zur Behandlung von HIV-1-infizierten Erwachsenen und Jugendlichen ab 12 Jahren mit mindestens 40 kg Körpergewicht, bei denen keine Resistenz gegen Integrase-Inhibitoren oder Lamivudin nachgewiesen wurde. Therapieeinleitung und regelmäßige Kontrollen durch einen Arzt/eine Ärztin mit Erfahrung in der HIV-Behandlung. Dolutegravir/Lamivudin eignet sich für eine chef(kontroll)ärztliche Langzeitbewilligung für 6 Monate (L6).	30 St	628,75
------------	--	-------	--------

**J05AX Andere antivirale Mittel****J05AX09 Maraviroc*****Maraviroc 0,15***

<b>RE1</b>	<b>Celsentri 150 mg Filmtabl.</b> In Kombination mit anderen antiretroviralen Arzneimitteln bei vorbehandelten HIV-1-infizierten Erwachsenen, die mehr als 6 Monate Vorbehandlung mit (oder dokumentierte genotypisch oder phänotypische Resistenzen gegenüber) 3 der 4 antiretroviralen Substanzklassen (NRTI, NNRTI, PI, entry inhibitors) aufweisen. Ein Nachweis einer HIV-1-Infektion mit ausschließlich CCR5-tropen HI-Viren muss vor Behandlungsbeginn vorliegen. Cave: Auftreten von CXCR4-tropen oder dualtropen Viren unter Behandlung. Die Therapieeinleitung und regelmäßige -kontrollen sind von einem Arzt/einer Ärztin, der/die Erfahrung in der Behandlung der HIV-Infektion besitzt, durchzuführen.	60 St	880,20
------------	--	-------	--------

**Maraviroc 0,3****RE1 Celsentri 300 mg Filmtabl.**

In Kombination mit anderen antiretroviralen Arzneimitteln bei vorbehandelten HIV-1-infizierten Erwachsenen, die mehr als 6 Monate Vorbehandlung mit (oder dokumentierte genotypisch oder phänotypische Resistenzen gegenüber) 3 der 4 antiretroviralen Substanzklassen (NRTI, NNRTI, PI, entry inhibitors) aufweisen.

Ein Nachweis einer HIV-1-Infektion mit ausschließlich CCR5-tropen HI-Viren muss vor Behandlungsbeginn vorliegen.

Cave: Auftreten von CXCR4-tropen oder dualtropen Viren unter Behandlung.

Die Therapieeinleitung und regelmäßige -kontrollen sind von einem Arzt/einer Ärztin, der/die Erfahrung in der Behandlung der HIV-Infektion besitzt, durchzuführen.

60 St

880,20

**J05AX10 Maribavir****Maribavir 0,2****RE1 Livtensity 200 mg Filmtabl. (CM)**

Als antivirale CMV-Monotherapie bei Erwachsenen mit einer gegenüber einer oder mehreren vorhergehenden Therapien (einschließlich Ganciclovir, Valganciclovir, Cidofovir oder Foscarnet) refraktären, klinisch signifikanten CMV-Infektion und/oder -Erkrankung nach hämatopoetischer Stammzelltransplantation (HSCT) oder Transplantation solider Organe (SOT), sofern kein Verdacht auf eine Resistenz gegenüber Maribavir vorliegt.

Wöchentliche Überwachung des Therapieerfolgs anhand einer PCR-Quantifizierung der CMV-DNA. Fortführung der Therapie, bis die CMV-DNA an zwei aufeinanderfolgenden wöchentlichen Messungen unter der Nachweisgrenze liegt oder für bis zu 8 Wochen.

Diagnosestellung, Verordnung und regelmäßige Kontrollen durch entsprechende Fachabteilung bzw. Zentrum, durch FachärztInnen mit Erfahrung in der Behandlung von therapierefraktären CMV-Infektionen und/oder -Erkrankungen.

28 St

6.024,80

56 St

11.446,40

112 St

21.236,90

**J06 IMMUNSERA UND IMMUNGLOBULINE****J06B IMMUNGLOBULINE****J06BA Immunglobuline, normal human****J06BA01 Immunglobuline, normal human, zur extravasalen Anwendung****Immunglobuline, normal human, zur extravasalen Anwendung 0,1/ml****RE1 HyQvia 100 mg/ml Inf.lsg. zur subkutanen Anw. (2,5 g/25 ml)**

Substitutionstherapie bei gesicherter Diagnose eines primären Immunmangelsyndroms mit eingeschränkter Antikörperbildung sowie bei sekundären Immundefekten im ausführlich begründeten Einzelfall. Zur Erhaltungstherapie bei PatientInnen mit chronischer inflammatorischer demyelinisierender Polyneuropathie (CIDP) nach Stabilisierung mit intravenösen Immunglobulinen.

Bei langfristiger Immunglobulintherapie sollten Versuche unternommen werden, die verabreichte Dosis zu reduzieren und/oder das Dosierungsintervall auszudehnen.

Erstverordnung und regelmäßige Kontrolle durch in der Behandlung mit Immunglobulinen erfahrene ÄrztInnen oder Zentren.

1 St

185,00

**RE1 HyQvia 100 mg/ml Inf.lsg. zur subkutanen Anw. (5 g/50 ml)**

Substitutionstherapie bei gesicherter Diagnose eines primären Immunmangelsyndroms mit eingeschränkter Antikörperbildung sowie bei sekundären Immundefekten im ausführlich begründeten Einzelfall. Zur Erhaltungstherapie bei PatientInnen mit chronischer inflammatorischer demyelinisierender Polyneuropathie (CIDP) nach Stabilisierung mit intravenösen Immunglobulinen.

Bei langfristiger Immunglobulintherapie sollten Versuche unternommen werden, die verabreichte Dosis zu reduzieren und/oder das Dosierungsintervall auszudehnen.

Erstverordnung und regelmäßige Kontrolle durch in der Behandlung mit Immunglobulinen erfahrene ÄrztInnen oder Zentren.

1 St

351,60

Bezeichnung	T	OP	KVP in €
<b>RE1 HyQvia 100 mg/ml Inf.lsg. zur subkutanen Anw. (10 g/100 ml)</b> Substitutionstherapie bei gesicherter Diagnose eines primären Immundefekts mit eingeschränkter Antikörperbildung sowie bei sekundären Immundefekten im ausführlich begründeten Einzelfall. Zur Erhaltungstherapie bei PatientInnen mit chronischer inflammatorischer demyelinisierender Polyneuropathie (CIDP) nach Stabilisierung mit intravenösen Immunglobulinen. Bei langfristiger Immunglobulintherapie sollten Versuche unternommen werden, die verabreichte Dosis zu reduzieren und/oder das Dosierungsintervall auszudehnen. Erstverordnung und regelmäßige Kontrolle durch in der Behandlung mit Immunglobulinen erfahrene ÄrztInnen oder Zentren.		1 St	668,85
<b>RE1 HyQvia 100 mg/ml Inf.lsg. zur subkutanen Anw. (20 g/200 ml)</b> Substitutionstherapie bei gesicherter Diagnose eines primären Immundefekts mit eingeschränkter Antikörperbildung sowie bei sekundären Immundefekten im ausführlich begründeten Einzelfall. Zur Erhaltungstherapie bei PatientInnen mit chronischer inflammatorischer demyelinisierender Polyneuropathie (CIDP) nach Stabilisierung mit intravenösen Immunglobulinen. Bei langfristiger Immunglobulintherapie sollten Versuche unternommen werden, die verabreichte Dosis zu reduzieren und/oder das Dosierungsintervall auszudehnen. Erstverordnung und regelmäßige Kontrolle durch in der Behandlung mit Immunglobulinen erfahrene ÄrztInnen oder Zentren.		1 St	1.313,05
<b>RE1 HyQvia 100 mg/ml Inf.lsg. zur subkutanen Anw. (30 g/300 ml)</b> Substitutionstherapie bei gesicherter Diagnose eines primären Immundefekts mit eingeschränkter Antikörperbildung sowie bei sekundären Immundefekten im ausführlich begründeten Einzelfall. Zur Erhaltungstherapie bei PatientInnen mit chronischer inflammatorischer demyelinisierender Polyneuropathie (CIDP) nach Stabilisierung mit intravenösen Immunglobulinen. Bei langfristiger Immunglobulintherapie sollten Versuche unternommen werden, die verabreichte Dosis zu reduzieren und/oder das Dosierungsintervall auszudehnen. Erstverordnung und regelmäßige Kontrolle durch in der Behandlung mit Immunglobulinen erfahrene ÄrztInnen oder Zentren.		1 St	1.957,20
<b>Immunglobuline, normal human, zur extravasalen Anwendung 0,2/ml</b>			
<b>RE1 Cuvitru 200 mg/ml Inj.lsg. zur subkutanen Anw. (2 g/10 ml)</b> 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	150,90 1.292,25 3.827,40
<b>RE1 Cuvitru 200 mg/ml Inj.lsg. zur subkutanen Anw. (4 g/20 ml)</b> 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	276,75 2.559,85
<b>RE1 Cuvitru 200 mg/ml Inj.lsg. zur subkutanen Anw. (8 g/40 ml)</b> 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	531,70 2.559,85
<b>RE1 Hizentra 200 mg/ml Lsg. zur subkutanen Inj. (5 ml)</b> Eine Kostenübernahme ist im ausführlich begründeten Einzelfall möglich.		10 St	637,70
<b>RE1 Hizentra 200 mg/ml Lsg. zur subkutanen Inj. (10 ml)</b> Eine Kostenübernahme ist im ausführlich begründeten Einzelfall möglich.		10 St 20 St	1.250,70 2.476,70
<b>RE1 Hizentra 200 mg/ml Lsg. zur subkutanen Inj. (20 ml)</b> 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	<b>IgVena 50 g/l Inf.Isg. (1 g/20 ml)</b> Eine Kostenübernahme ist im ausführlich begründeten Einzelfall möglich.	1 St	78,75
RE1	<b>IgVena 50 g/l Inf.Isg. (2,5 g/50 ml)</b> Eine Kostenübernahme ist im ausführlich begründeten Einzelfall möglich.	1 St	176,05
RE1	<b>IgVena 50 g/l Inf.Isg. (5 g/100 ml)</b> Eine Kostenübernahme ist im ausführlich begründeten Einzelfall möglich.	1 St	334,60
RE1	<b>IgVena 50 g/l Inf.Isg. (10 g/200 ml)</b> Eine Kostenübernahme ist im ausführlich begründeten Einzelfall möglich.	1 St	637,70
RE1	<b>Intratect 50 g/l Inf.Isg. (1 g/20 ml)</b> 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	77,40
RE1	<b>Intratect 50 g/l Inf.Isg. (2,5 g/50 ml)</b> 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	<b>Intratect 50 g/l Inf.Isg. (5 g/100 ml)</b> 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	<b>Intratect 50 g/l Inf.Isg. (10 g/200 ml)</b> 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	<b>Pentaglobin 50 g/l Inf.Isg. (2,5 g)</b> Eine Kostenübernahme ist im ausführlich begründeten Einzelfall möglich.	50 ml	214,45
RE1	<b>Pentaglobin 50 g/l Inf.Isg. (5 g)</b> Eine Kostenübernahme ist im ausführlich begründeten Einzelfall möglich.	100 ml	398,05

**Immunglobuline, normal human, zur intravasalen Anwendung 0,1/ml**

RE1	<b>Intratect 100 g/l Inf.Isg. (5 g/50 ml)</b> 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
-----	---	------	--------

Bezeichnung	T	OP	KVP in €
<b>RE1 Intratect 100 g/l Inf.lsg. (10 g/100 ml)</b> Substitutionstherapie bei gesicherter Diagnose eines primären Immundefizienzsyndroms 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
<b>RE1 Intratect 100 g/l Inf.lsg. (20 g/200 ml)</b> Substitutionstherapie bei gesicherter Diagnose eines primären Immundefizienzsyndroms 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
<b>RE1 Kiovig 100 mg/ml Inf.lsg. (1 g/10 ml)</b> Eine Kostenübernahme ist im ausführlich begründeten Einzelfall möglich.		1 St	77,40
<b>RE1 Kiovig 100 mg/ml Inf.lsg. (2,5 g/25 ml)</b> Eine Kostenübernahme ist im ausführlich begründeten Einzelfall möglich.		1 St	173,05
<b>RE1 Kiovig 100 mg/ml Inf.lsg. (5 g/50 ml)</b> Eine Kostenübernahme ist im ausführlich begründeten Einzelfall möglich.		1 St	328,90
<b>RE1 Kiovig 100 mg/ml Inf.lsg. (10 g/100 ml)</b> Eine Kostenübernahme ist im ausführlich begründeten Einzelfall möglich.		1 St	627,30
<b>RE1 Kiovig 100 mg/ml Inf.lsg. (20 g/200 ml)</b> Eine Kostenübernahme ist im ausführlich begründeten Einzelfall möglich.		1 St	1.229,90
<b>RE1 Privigen 100 mg/ml Inf.lsg. (2,5 g/25 ml)</b> Substitutionstherapie bei gesicherter Diagnose eines primären Immundefizienzsyndroms 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
<b>RE1 Privigen 100 mg/ml Inf.lsg. (5 g/50 ml)</b> Substitutionstherapie bei gesicherter Diagnose eines primären Immundefizienzsyndroms 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
<b>RE1 Privigen 100 mg/ml Inf.lsg. (10 g/100 ml)</b> Substitutionstherapie bei gesicherter Diagnose eines primären Immundefizienzsyndroms 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
<b>RE1 Privigen 100 mg/ml Inf.lsg. (20 g/200 ml)</b> Substitutionstherapie bei gesicherter Diagnose eines primären Immundefizienzsyndroms 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

Bezeichnung	T	OP	KVP in €
<b>RE1 Privigen 100 mg/ml Inf.lsg. (40 g/400 ml)</b> Substitutionstherapie bei gesicherter Diagnose eines primären Immundefizienzsyndroms 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

<b>RE2 Rhophylac 300 mcg/2 ml Inj.lsg. Fertigspr.</b> 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

<b>RE2 Tetagam P-Fertigspr.</b> Tetanusprophylaxe bei akuten Verletzungen und fehlender, unbekannter oder unvollständiger Grundimmunisierung.		1 ml	29,10
--	--	------	-------

### J06BB04 Hepatitis B-Immunglobulin

#### Hepatitis B-Immunglobulin 50 IE/ml

<b>RE1 Hepatect CP 50 IE/ml Inf.lsg.</b> Eine Kostenübernahme ist im ausführlich begründeten Einzelfall möglich.		1 St 2 ml 1 St 10 ml	82,15  314,50
---	--	-------------------------------	---------------------

### J06BD Antivirale monoklonale Antikörper J06BD01 Palivizumab

#### Palivizumab 0,1/ml

<b>RE1 Synagis 100 mg/ml Inj.lsg. 0,5 ml Dstfl.</b> - Indikationsstellung, Erstverordnung und Erstverabreichung bei Entlassung während der RSV-Saison (November-März) durch das Krankenhaus, weitere Verschreibung und Folgeverabreichungen durch FachärztInnen für Kinder- und Jugendheilkunde. - Frühgeborene, die in der 28. SSW und früher geboren wurden und zu Beginn der RSV-Saison jünger als 12 Monate sind. - Frühgeborene, die in der 29., 30., 31. oder 32. SSW geboren wurden, zu Beginn der RSV-Saison jünger als 6 Monate sind und Hochrisikokinder sind. - Frühgeborene, die in der 33., 34. oder 35. SSW geboren wurden, zu Beginn der RSV-Saison jünger als 3 Monate sind und Hochrisikokinder sind. - Kinder unter 2 Jahren mit hämodynamisch signifikanten angeborenen Herzfehlern. - Kinder mit chronischen Lungenerkrankungen (CLD) als Folge einer bronchopulmonalen Dysplasie bis zum Alter von 2 Jahren, die in den letzten 6 Monaten vor Beginn der RSV-Saison noch eine Behandlung (z.B. Sauerstofftherapie) für die CLD erhalten haben. Die Prophylaxe im 2. Jahr sollte der schweren Form der CLD vorbehalten sein.		1 St	556,30
--	--	------	--------

Bezeichnung	T	OP	KVP in €
<b>RE1 Synagis 100 mg/ml Inj.lsg. 1 ml Dstfl.</b>			1 St 907,45
<ul style="list-style-type: none"> <li>- 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.</li> <li>- Frühgeborene, die in der 28. SSW und früher geboren wurden und zu Beginn der RSV-Saison jünger als 12 Monate sind.</li> <li>- 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.</li> <li>- Frühgeborene, die in der 33., 34. oder 35. SSW geboren wurden, zu Beginn der RSV-Saison jünger als 3 Monate sind und Hochrisikokinder sind.</li> <li>- Kinder unter 2 Jahren mit hämodynamisch signifikanten angeborenen Herzfehlern.</li> <li>- 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.</li> </ul>			

## L ANTINEOPLASTISCHE UND IMMUNMODULIERENDE MITTEL

### L01 ANTINEOPLASTISCHE MITTEL

#### L01B ANTIMETABOLITE

#### L01BC Pyrimidin-Analoga

#### L01BC52 Fluorouracil, Kombinationen

##### *Fluorouracil 0,005, Salicylsäure 0,1/g*

<b>RE1 Actikerall 5 mg/g + 100 mg/g Lsg. zur Anw. auf der Haut</b>			25 ml 57,35
Bei aktinischen Keratosen nach dermatologischer Abklärung, wenn 4 -10 Läsionen vorhanden sind oder wenn eine operative Entfernung kontraindiziert oder nicht möglich ist.			

#### L01BC53 Tegafur, Kombinationen

##### *Tegafur 0,015, Gimeracil 0,00435, Oteracil 0,0118*

<b>RE2 Teysuno 15 mg/4,35 mg/11,8 mg Hartkaps.</b>			42 St 152,10
Zur Behandlung von erwachsenen PatientInnen mit fortgeschrittenem Magenkarzinom in Kombination mit Cisplatin; Diagnose, Erstverordnung und engmaschige Kontrolle durch entsprechende Fachabteilungen und Zentren.			

##### *Tegafur 0,02, Gimeracil 0,0058, Oteracil 0,0158*

<b>RE2 Teysuno 20 mg/5,8 mg/15,8 mg Hartkaps.</b>			42 St 208,60
			84 St 387,85
Zur Behandlung von erwachsenen PatientInnen mit fortgeschrittenem Magenkarzinom in Kombination mit Cisplatin; Diagnose, Erstverordnung und engmaschige Kontrolle durch entsprechende Fachabteilungen und Zentren.			

## L01C PFLANZLICHE ALKALOIDE UND ANDERE NATÜRLICHE MITTEL

### L01CA Vinka-Alkaloide und Analoga

#### L01CA04 Vinorelbin

##### *Vinorelbin 0,02*

<b>RE2 Navelbine 20 mg Kaps.</b>			1 St 76,40
			2 St 140,85
			3 St 196,95
			4 St 249,50
Eine Kostenübernahme ist möglich in der Indikation inoperables nicht-kleinzelliges Bronchialkarzinom und fortgeschrittenes Mammakarzinom. Diagnosestellung und regelmäßige Kontrollen in entsprechender Fachabteilung bzw. -ambulanz.			

##### *Vinorelbin 0,03*

<b>RE2 Navelbine 30 mg Kaps.</b>			1 St 110,10
			2 St 196,95
			3 St 280,70
			4 St 371,00
Eine Kostenübernahme ist möglich in der Indikation inoperables nicht-kleinzelliges Bronchialkarzinom und fortgeschrittenes Mammakarzinom. Diagnosestellung und regelmäßige Kontrollen in entsprechender Fachabteilung bzw. -ambulanz.			

**L01D ZYTOTOXISCHE ANTIBIOTIKA UND VERWANDTE SUBSTANZEN**  
**L01DB Anthracycline und verwandte Substanzen**  
**L01DB06 Idarubicin**

**Idarubicin 0,005**

<b>RE2</b>	<b>Zavedos 5 mg Kaps.</b> Eine Kostenübernahme ist möglich: - Zur Remissionsinduktion der akuten myeloischen Leukämie, wenn eine intravenöse Behandlung ausgeschlossen ist; - Bei fortgeschrittenem Mammakarzinom, wenn auf die Therapie der ersten Wahl, welche kein Anthracyclin enthielt, nicht angesprochen worden ist. Diagnose, Erstverordnung und engmaschige Kontrolle durch entsprechende Fachabteilungen und Zentren.	1 St	62,70
------------	---	------	-------

**Idarubicin 0,01**

<b>RE2</b>	<b>Zavedos 10 mg Kaps.</b> Eine Remissionsübernahme ist möglich: - Zur Remissionsinduktion der akuten myeloischen Leukämie, wenn eine intravenöse Behandlung ausgeschlossen ist; - Bei fortgeschrittenem Mammakarzinom, wenn auf die Therapie der ersten Wahl, welche kein Anthracyclin enthielt, nicht angesprochen worden ist. Diagnose, Erstverordnung und engmaschige Kontrolle durch entsprechende Fachabteilungen und Zentren.	1 St	106,50
------------	--	------	--------

**L01E PROTEINKINASE-INHIBITOREN**

**L01EB Epidermal growth factor receptor (EGFR)-Tyrosinkinase-Inhibitoren**  
**L01EB02 Erlotinib**

**Erlotinib 0,1**

<b>RE1</b>	<b>Tarceva 100 mg Filmtabl.</b> Bei lokal fortgeschrittenem oder metastasiertem nicht-kleinzelligen Lungenkarzinom (NSCLC) als Monotherapie - zur First-line-Therapie bei PatientInnen mit aktivierenden Epidermal Growth Factor Receptor (EGFR)-Mutationen oder - zur Wechsel-Erhaltungstherapie (switch maintenance treatment) bei PatientInnen mit aktivierenden EGFR-Mutationen und unverändertem Krankheitszustand nach First-line-Chemotherapie. - zur Behandlung von PatientInnen, bei denen mindestens eine vorausgegangene Chemotherapie versagt hat. Nachweis einer aktivierenden Mutation der EGFR-Tyrosinkinase mit einer validierten Testmethode. Bei PatientInnen mit EGFR-IHC-negativen Tumoren konnten weder ein Überlebensvorteil noch andere klinisch relevante Wirkungen gezeigt werden. Bei metastasiertem Pankreaskarzinom in Kombination mit Gemcitabin. Bei PatientInnen, die innerhalb der ersten 4-8 Behandlungswochen keinen Ausschlag entwickeln, sollte die Behandlung mit Erlotinib überdacht werden. Bei PatientInnen mit lokal fortgeschrittenem Pankreaskarzinom konnte ein Überlebensvorteil nicht gezeigt werden. Diagnose und Erstverordnung durch entsprechende Fachabteilung bzw. Zentrum, mittels Tumorboard sowie regelmäßige Kontrolle durch entsprechende Fachabteilung bzw. Zentrum bzw. durch einen/eine onkologisch spezialisierte/n Facharzt/Fachärztin.	30 St	1.578,55
------------	--	-------	----------

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

### Erlotinib 0,15

<b>RE1 Tarceva 150 mg Filmtabl.</b>		30 St	1.943,40
<p>Bei lokal fortgeschrittenem oder metastasiertem nicht-kleinzelligem Lungenkarzinom (NSCLC) als Monotherapie</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- zur First-line-Therapie bei PatientInnen mit aktivierenden Epidermal Growth Factor Receptor (EGFR)-Mutationen oder</li> <li>- zur Wechsel-Erhaltungstherapie (switch maintenance treatment) bei PatientInnen mit aktivierenden EGFR-Mutationen und unverändertem Krankheitszustand nach First-line-Chemotherapie.</li> <li>- zur Behandlung von PatientInnen, bei denen mindestens eine vorausgegangene Chemotherapie versagt hat.</li> </ul> <p>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.</p> <p>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.</p>			

### L01EB03 Afatinib

#### Afatinib 0,02

<b>RE1 Giotrif 20 mg Filmtabl.</b>		28 St	1.830,40
<ul style="list-style-type: none"> <li>- 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.</li> <li>- Bei lokal fortgeschrittenem oder metastasiertem NSCLC mit Plattenepithel-Histologie, das unter oder nach Platin-basierter Chemotherapie fortschreitet.</li> </ul> <p>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.</p>			

#### Afatinib 0,03

<b>RE1 Giotrif 30 mg Filmtabl.</b>		28 St	1.830,40
<ul style="list-style-type: none"> <li>- 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.</li> <li>- Bei lokal fortgeschrittenem oder metastasiertem NSCLC mit Plattenepithel-Histologie, das unter oder nach Platin-basierter Chemotherapie fortschreitet.</li> </ul> <p>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.</p>			

#### Afatinib 0,04

<b>RE1 Giotrif 40 mg Filmtabl.</b>		28 St	1.830,40
<ul style="list-style-type: none"> <li>- 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.</li> <li>- Bei lokal fortgeschrittenem oder metastasiertem NSCLC mit Plattenepithel-Histologie, das unter oder nach Platin-basierter Chemotherapie fortschreitet.</li> </ul> <p>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.</p>			

**Afatinib 0,05**

<b>RE1</b>	<b>Giotrif 50 mg Filmtabl.</b> - 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**

<b>RE1</b>	<b>Tagrisso 40 mg Filmtabl. (EM)</b> 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**

<b>RE1</b>	<b>Tagrisso 80 mg Filmtabl. (EM)</b> 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**

<b>RE1</b>	<b>Zelboraf 240 mg Filmtabl. (EM)</b> 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**

<b>RE1</b>	<b>Tafinlar 50 mg Hartkaps.</b> 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**

<b>RE1</b>	<b>Tafinlar 75 mg Hartkaps.</b> 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**

<b>RE1</b>	<b>Braftovi 50 mg Hartkaps.</b> 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**

<b>RE1</b>	<b>Braftovi 75 mg Hartkaps.</b> - 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**

<b>RE1</b>	<b>Alecensa 150 mg Hartkaps.</b> Bei erwachsenen PatientInnen mit lokal fortgeschrittenem oder metastasiertem, Anaplastische-Lymphomkinase (ALK)-positivem, nicht-kleinzelligem Lungenkarzinom (NSCLC) <ul style="list-style-type: none"> <li>- als Erstlinientherapie</li> <li>- nach Vorbehandlung mit Crizotinib.</li> </ul> Nachweis der ALK-Translokation mit einer validierten Testmethode. Diagnose und Erstverordnung durch entsprechende Fachabteilung bzw. Zentrum, mittels Tumorboard. Regelmäßige Kontrolle durch entsprechende Fachabteilung bzw. Zentrum bzw. durch einen/eine onkologisch spezialisierten/spezialisierte Facharzt/Fachärztin.	224 St	4.472,25
------------	---	--------	----------

### L01ED04 Brigatinib

#### **Brigatinib 0,03**

<b>RE1</b>	<b>Alunbrig 30 mg Filmtabl.</b> Bei Erwachsenen mit lokal fortgeschrittenem oder metastasiertem, Anaplastische-Lymphomkinase (ALK)-positivem, nicht-kleinzelligem Lungenkarzinom (NSCLC) <ul style="list-style-type: none"> <li>- die zuvor nicht mit einem ALK-Inhibitor behandelt wurden</li> <li>- als Zweitlinientherapie nach Vorbehandlung mit einem ALK-Inhibitor.</li> </ul> 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**

<b>RE1</b>	<b>Alunbrig 90 mg Filmtabl.</b> Bei Erwachsenen mit lokal fortgeschrittenem oder metastasiertem, Anaplastische-Lymphomkinase (ALK)-positivem, nicht-kleinzelligem Lungenkarzinom (NSCLC) <ul style="list-style-type: none"> <li>- die zuvor nicht mit einem ALK-Inhibitor behandelt wurden</li> <li>- als Zweitlinientherapie nach Vorbehandlung mit einem ALK-Inhibitor.</li> </ul> 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.)**

<b>RE1</b>	<b>Alunbrig 90 mg + 180 mg Filmtabl. Starterpackung</b> Bei Erwachsenen mit lokal fortgeschrittenem oder metastasiertem, Anaplastische-Lymphomkinase (ALK)-positivem, nicht-kleinzelligem Lungenkarzinom (NSCLC) <ul style="list-style-type: none"> <li>- die zuvor nicht mit einem ALK-Inhibitor behandelt wurden</li> <li>- als Zweitlinientherapie nach Vorbehandlung mit einem ALK-Inhibitor.</li> </ul> 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**

<b>RE1</b>	<b>Alunbrig 180 mg Filmtabl.</b> Bei Erwachsenen mit lokal fortgeschrittenem oder metastasiertem, Anaplastische-Lymphomkinase (ALK)-positivem, nicht-kleinzelligem Lungenkarzinom (NSCLC) <ul style="list-style-type: none"> <li>- die zuvor nicht mit einem ALK-Inhibitor behandelt wurden</li> <li>- als Zweitlinientherapie nach Vorbehandlung mit einem ALK-Inhibitor.</li> </ul> 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**

<b>RE1</b>	<b>Lorviqua 25 mg Filmtabl. (PM)</b> Bei Erwachsenen mit fortgeschrittenem Anaplastische-Lymphomkinase (ALK)-positivem, nicht-kleinzelligem Lungenkarzinom (NSCLC) - die zuvor nicht mit einem ALK-Inhibitor behandelt wurden oder - nach Vorbehandlung mit mindestens einem ALK-Inhibitor. Nachweis der ALK-Translokation mit einer validierten Testmethode. Diagnose und Erstverordnung durch entsprechende Fachabteilung bzw. Zentrum, mittels Tumorboard. Regelmäßige Kontrolle durch entsprechende Fachabteilung bzw. Zentrum bzw. durch OnkologInnen.	90 St	4.063,05
------------	--	-------	----------

**Lorlatinib 0,1**

<b>RE1</b>	<b>Lorviqua 100 mg Filmtabl. (PM)</b> 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**

<b>RE1</b>	<b>Mekinist 0,5 mg Filmtabl.</b> 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**

<b>RE1</b>	<b>Mekinist 2,0 mg Filmtabl.</b> 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	<b>Cotellic 20 mg Filmtabl. (EM)</b>	63 St	5.730,85
	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.		

**L01EE03 Binimetinib****Binimetinib 0,015**

RE1	<b>Mektovi 15 mg Filmtabl.</b>	84 St 168 St	2.116,65 4.208,65
	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.		

**L01EF Cyclin-abhängige Kinase (CDK)-Inhibitoren****L01EF01 Palbociclib****Palbociclib 0,075**

RE2	<b>Ibrance 75 mg Filmtabl. (EM)</b>	21 St	2.063,20
	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.		

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

### Palbociclib 0,1

<b>RE2</b>	<b>Ibrance 100 mg Filmtabl. (PM)</b> Bei Hormonrezeptor (HR)-positivem, humanen epidermalen Wachstumsfaktor-Rezeptor-2 (HER2)-negativem lokal fortgeschrittenem oder metastasiertem Mammakarzinom: - als Erstlinientherapie in Kombination mit einem Aromatasehemmer - als Zweitlinien- oder Folgetherapie in Kombination mit Fulvestrant nach endokriner Therapie. Kein Einsatz bei vorangegangener Therapie mit einem Inhibitor von Cyclin-abhängiger Kinase (CDK) 4 und 6 und/oder kritischer viszeraler Erkrankung. Bei prä- oder perimenopausalen Frauen sollte die endokrine Therapie mit einem LHRH-Agonisten (LHRH = Luteinizing Hormone-Releasing Hormone) kombiniert werden. Diagnose und Erstverordnung durch entsprechende Fachabteilung bzw. Zentrum, mittels Tumorboard. Regelmäßige Kontrolle durch entsprechende Fachabteilung bzw. Zentrum bzw. durch gynäko-onkologisch spezialisierte FachärztInnen.	21 St	2.063,20
------------	---	-------	----------

### Palbociclib 0,125

<b>RE2</b>	<b>Ibrance 125 mg Filmtabl. (PM)</b> Bei Hormonrezeptor (HR)-positivem, humanen epidermalen Wachstumsfaktor-Rezeptor-2 (HER2)-negativem lokal fortgeschrittenem oder metastasiertem Mammakarzinom: - als Erstlinientherapie in Kombination mit einem Aromatasehemmer - als Zweitlinien- oder Folgetherapie in Kombination mit Fulvestrant nach endokriner Therapie. Kein Einsatz bei vorangegangener Therapie mit einem Inhibitor von Cyclin-abhängiger Kinase (CDK) 4 und 6 und/oder kritischer viszeraler Erkrankung. Bei prä- oder perimenopausalen Frauen sollte die endokrine Therapie mit einem LHRH-Agonisten (LHRH = Luteinizing Hormone-Releasing Hormone) kombiniert werden. Diagnose und Erstverordnung durch entsprechende Fachabteilung bzw. Zentrum, mittels Tumorboard. Regelmäßige Kontrolle durch entsprechende Fachabteilung bzw. Zentrum bzw. durch gynäko-onkologisch spezialisierte FachärztInnen.	21 St	2.063,20
------------	---	-------	----------

## L01EF02 Ribociclib

### Ribociclib 0,2

<b>RE1</b>	<b>Kisqali 200 mg Filmtabl. (EM)</b> 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**

<b>RE1</b>	<b>Verzenios 50 mg Filmtabl. (PM)</b>	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"> <li>• als Erstlinientherapie in Kombination mit einem Aromatasehemmer oder Fulvestrant</li> <li>• als Zweitlinientherapie in Kombination mit Fulvestrant nach endokriner Therapie</li> </ul> <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>		

**Abemaciclib 0,1**

<b>RE1</b>	<b>Verzenios 100 mg Filmtabl. (EM)</b>	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"> <li>• als Erstlinientherapie in Kombination mit einem Aromatasehemmer oder Fulvestrant</li> <li>• als Zweitlinientherapie in Kombination mit Fulvestrant nach endokriner Therapie</li> </ul> <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

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

### Abemaciclib 0,15

<b>RE1</b>	<b>Verzenio 150 mg Filmtabl. (PM)</b>	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"> <li>• als Erstlinientherapie in Kombination mit einem Aromatasehemmer oder Fulvestrant</li> <li>• als Zweitlinientherapie in Kombination mit Fulvestrant nach endokriner Therapie</li> </ul> <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

### L01EH Human epidermal growth factor receptor 2 (HER2)-Tyrosinkinase-Inhibitoren L01EH03 Tucatinib

#### Tucatinib 0,05

<b>RE1</b>	<b>Tukysa 50 mg Filmtabl. (PM)</b>	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. 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

<b>RE1</b>	<b>Tukysa 150 mg Filmtabl. (PM)</b>	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. 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

<b>RE1</b>	<b>Imbruvica 140 mg Filmtabl. (PM)</b>	28 St	1.661,15
	Zur Monotherapie bei Erwachsenen		
	1. mit nicht vorbehandelter chronisch lymphatischer Leukämie (CLL) die für eine Chemoimmuntherapie nicht geeignet sind.		
	2. mit rezidivierender oder refraktärer CLL		
	3. mit rezidiviertem oder refraktärem Mantelzell-Lymphom (MCL)		
	4. mit rezidiviertem oder refraktärem Morbus Waldenström (MW).		
	Diagnose und Erstverordnung durch entsprechende Fachabteilung bzw. Zentrum, mittels Tumorboard. Regelmäßige Kontrolle durch entsprechende Fachabteilung bzw. Zentrum bzw. durch (Hämato-)OnkologInnen.		

#### Ibrutinib 0,28

<b>RE1</b>	<b>Imbruvica 280 mg Filmtabl. (PM)</b>	28 St	3.211,15
	Zur Monotherapie bei Erwachsenen		
	1. mit nicht vorbehandelter chronisch lymphatischer Leukämie (CLL) die für eine Chemoimmuntherapie nicht geeignet sind.		
	2. mit rezidivierender oder refraktärer CLL		
	3. mit rezidiviertem oder refraktärem Mantelzell-Lymphom (MCL)		
	4. mit rezidiviertem oder refraktärem Morbus Waldenström (MW).		
	Diagnose und Erstverordnung durch entsprechende Fachabteilung bzw. Zentrum, mittels Tumorboard. Regelmäßige Kontrolle durch entsprechende Fachabteilung bzw. Zentrum bzw. durch (Hämato-)OnkologInnen.		

#### Ibrutinib 0,42

<b>RE1</b>	<b>Imbruvica 420 mg Filmtabl. (PM)</b>	28 St	4.934,75
	Zur Monotherapie bei Erwachsenen		
	1. mit nicht vorbehandelter chronisch lymphatischer Leukämie (CLL) die für eine Chemoimmuntherapie nicht geeignet sind.		
	2. mit rezidivierender oder refraktärer CLL		
	3. mit rezidiviertem oder refraktärem Mantelzell-Lymphom (MCL)		
	4. mit rezidiviertem oder refraktärem Morbus Waldenström (MW).		
	Diagnose und Erstverordnung durch entsprechende Fachabteilung bzw. Zentrum, mittels Tumorboard. Regelmäßige Kontrolle durch entsprechende Fachabteilung bzw. Zentrum bzw. durch (Hämato-)OnkologInnen.		

#### Ibrutinib 0,56

<b>RE1</b>	<b>Imbruvica 560 mg Filmtabl. (PM)</b>	28 St	6.589,00
	Zur Monotherapie bei Erwachsenen mit rezidiviertem oder refraktärem Mantelzell-Lymphom (MCL).		
	Diagnose und Erstverordnung durch entsprechende Fachabteilung bzw. Zentrum, mittels Tumorboard. Regelmäßige Kontrolle durch entsprechende Fachabteilung bzw. Zentrum bzw. durch (Hämato-)OnkologInnen.		

## L01EL02 Acalabrutinib

#### Acalabrutinib 0,1

<b>RE1</b>	<b>Calquence 100 mg Filmtabl. (PM)</b>	60 St	5.365,15
	Als Monotherapie bei Erwachsenen		
	- mit nicht vorbehandelter chronisch lymphatischer Leukämie (CLL), die für eine Fludarabin-basierte oder andere Chemoimmuntherapien nicht geeignet sind.		
	- mit rezidivierender oder refraktärer CLL, die für eine Chemoimmuntherapie nicht geeignet sind.		
	Diagnose und Erstverordnung durch entsprechende Fachabteilung bzw. Zentrum, mittels Tumorboard. Regelmäßige Kontrolle durch entsprechende Fachabteilung bzw. Zentrum bzw. durch (Hämato-)OnkologInnen.		

**L01EL03 Zanubrutinib****Zanubrutinib 0,08**

<b>RE1</b>	<b>Brukina 80 mg Hartkaps. <sup>CM</sup></b>	120 St	4.907,95
	<p>1. Zur Monotherapie bei Erwachsenen</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- mit nicht vorbehandelter chronisch lymphatischer Leukämie (CLL), die für eine Fludarabin-basierte oder andere Chemoimmunotherapien nicht geeignet sind.</li> <li>- mit rezidivierender oder refraktärer CLL, die für eine Chemoimmunotherapie nicht geeignet sind.</li> </ul> <p>2. Zur Monotherapie bei Erwachsenen</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- mit nicht vorbehandeltem Morbus Waldenström (MW), die für eine Chemoimmunotherapie nicht geeignet sind.</li> <li>- mit rezidivierendem oder refraktärem MW.</li> </ul> <p>3. Zur Monotherapie bei Erwachsenen mit rezidivierendem oder refraktärem Marginalzonenlymphom (MZL), die mindestens eine vorherige Therapie mit einem Anti-CD20-Antikörper erhalten haben.</p> <p>Diagnose und Erstverordnung durch entsprechende Fachabteilung bzw. Zentrum, mittels Tumorboard. Regelmäßige Kontrolle durch entsprechende Fachabteilung bzw. Zentrum bzw. durch (Hämato-)OnkologInnen.</p>		

**L01EM Phosphatidylinositol-3-Kinase (Pi3K)-Inhibitoren**  
**L01EM01 Idelalisib****Idelalisib 0,1**

<b>RE1</b>	<b>Zydelig 100 mg Filmtabl.</b>	60 St	3.868,95
	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Zur Kombinationstherapie mit Rituximab von erwachsenen PatientInnen mit rezidivierender oder refraktärer chronischer lymphatischer Leukämie (CLL), die für eine Chemotherapie nicht geeignet sind.</li> <li>- 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.</li> <li>- Zur Monotherapie von erwachsenen PatientInnen mit follikulärem Lymphom (FL), welche refraktär nach zwei vorausgegangenen Therapien sind.</li> </ul> <p>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.</p>		

**Idelalisib 0,15**

<b>RE1</b>	<b>Zydelig 150 mg Filmtabl.</b>	60 St	3.868,95
	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Zur Kombinationstherapie mit Rituximab von erwachsenen PatientInnen mit rezidivierender oder refraktärer chronischer lymphatischer Leukämie (CLL), die für eine Chemotherapie nicht geeignet sind.</li> <li>- 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.</li> <li>- Zur Monotherapie von erwachsenen PatientInnen mit follikulärem Lymphom (FL), welche refraktär nach zwei vorausgegangenen Therapien sind.</li> </ul> <p>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.</p>		

**L01EX Andere Proteinkinase-Inhibitoren**  
**L01EX09 Nintedanib****Nintedanib 0,1**

<b>RE1</b>	<b>Ofev 100 mg Weichkaps.</b>	60 St	1.146,80
	<p>Bei erwachsenen PatientInnen zur Behandlung der idiopathischen Lungenfibrose (IPF).</p> <p>Diagnosesicherung und Therapiekontrolle durch einen Facharzt/eine Fachärztin für Pulmologie.</p>		



Bezeichnung	T	OP	KVP in €
<b>RE1 Vargatef 100 mg Weichkaps.</b> Zur Kombinationstherapie mit Docetaxel von erwachsenen PatientInnen mit lokal fortgeschrittenem, metastasiertem oder lokal rezidiertem nicht-kleinzelligem 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

<b>RE1 Ofev 150 mg Weichkaps.</b> 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
<b>RE1 Vargatef 150 mg Weichkaps.</b> Zur Kombinationstherapie mit Docetaxel von erwachsenen PatientInnen mit lokal fortgeschrittenem, metastasiertem oder lokal rezidiertem nicht-kleinzelligem 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

<b>RE1 Vitrakvi 20 mg/ml Lsg. zum Einnehmen (®)</b> Als Monotherapie bei erwachsenen und pädiatrischen PatientInnen mit soliden Tumoren mit einer neurotrophen Tyrosin-Rezeptor-Kinase (NTRK)-Genfusion, - bei denen eine lokal fortgeschrittene oder metastasierte Erkrankung vorliegt oder eine Erkrankung, bei der eine chirurgische Resektion wahrscheinlich zu schwerer Morbidität führt und - für die keine Therapieoptionen zur Verfügung stehen, für die ein klinischer Nutzen festgestellt wurde, oder wenn diese Therapieoptionen ausgeschöpft sind (d.h. keine zufriedenstellenden Therapieoptionen). Diagnose und Erstverordnung durch entsprechende Fachabteilung bzw. Zentrum, mittels Tumorboard. Regelmäßige Kontrolle durch entsprechende Fachabteilung bzw. Zentrum mit Erfahrung in der Behandlung von TumorpatientInnen mit einer NTRK-Genfusion. Vor Einleitung der Therapie mit Larotrectinib ist der Nachweis einer NTRK-Genfusion durch eine validierte Testmethode erforderlich. Die Einleitung einer Diagnostik zum Nachweis einer NTRK-Genfusion ist nur dann sinnvoll, wenn die Therapie mit einem TRK-Inhibitor die bestverfügbare Therapie darstellt oder der Nachweis der Fusion in histopathologisch unklaren Fällen diagnostisch wegweisend ist. Kontrolle des Ansprechens mittels bildgebenden Verfahrens (CT und/oder MRT) alle 3 bis 4 Monate für das erste Jahr nach Therapiebeginn mit Larotrectinib. Danach können längere Intervalle in Erwägung gezogen werden. Therapiefortsetzung nur bei gesichertem Ansprechen. Die PatientInnen sollen in das PatientInnenregister European Reference Network (ERN) - for adult rare solid cancers (EURACAN) aufgenommen werden.		100 ml(2) 2 x 50 ml	2.171,55
---	--	------------------------	----------

**Larotrectinib 0,025****RE1 Vitrakvi 25 mg Hartkaps. <sup>Ⓢ</sup>**

Als Monotherapie bei erwachsenen und pädiatrischen PatientInnen mit soliden Tumoren mit einer neurotrophen Tyrosin-Rezeptor-Kinase (NTRK)-Genfusion,

- bei denen eine lokal fortgeschrittene oder metastasierte Erkrankung vorliegt oder eine Erkrankung, bei der eine chirurgische Resektion wahrscheinlich zu schwerer Morbidität führt und
- für die keine Therapieoptionen zur Verfügung stehen, für die ein klinischer Nutzen festgestellt wurde, oder wenn diese Therapieoptionen ausgeschöpft sind (d.h. keine zufriedenstellenden Therapieoptionen).

Diagnose und Erstverordnung durch entsprechende Fachabteilung bzw. Zentrum, mittels Tumorboard. Regelmäßige Kontrolle durch entsprechende Fachabteilung bzw. Zentrum mit Erfahrung in der Behandlung von TumorpatientInnen mit einer NTRK-Genfusion.

Vor Einleitung der Therapie mit Larotrectinib ist der Nachweis einer NTRK-Genfusion durch eine validierte Testmethode erforderlich. Die Einleitung einer Diagnostik zum Nachweis einer NTRK-Genfusion ist nur dann sinnvoll, wenn die Therapie mit einem TRK-Inhibitor die bestverfügbare Therapie darstellt oder der Nachweis der Fusion in histopathologisch unklaren Fällen diagnostisch wegweisend ist. Kontrolle des Ansprechens mittels bildgebenden Verfahrens (CT und/oder MRT) alle 3 bis 4 Monate für das erste Jahr nach Therapiebeginn mit Larotrectinib. Danach können längere Intervalle in Erwägung gezogen werden. Therapiefortsetzung nur bei gesichertem Ansprechen.

Die PatientInnen sollen in das PatientInnenregister European Reference Network (ERN) - for adult rare solid cancers (EURACAN) aufgenommen werden.

56 St(2)

1.527,50

**Larotrectinib 0,1****RE1 Vitrakvi 100 mg Hartkaps. <sup>Ⓢ</sup>**

Als Monotherapie bei erwachsenen und pädiatrischen PatientInnen mit soliden Tumoren mit einer neurotrophen Tyrosin-Rezeptor-Kinase (NTRK)-Genfusion,

- bei denen eine lokal fortgeschrittene oder metastasierte Erkrankung vorliegt oder eine Erkrankung, bei der eine chirurgische Resektion wahrscheinlich zu schwerer Morbidität führt und
- für die keine Therapieoptionen zur Verfügung stehen, für die ein klinischer Nutzen festgestellt wurde, oder wenn diese Therapieoptionen ausgeschöpft sind (d.h. keine zufriedenstellenden Therapieoptionen).

Diagnose und Erstverordnung durch entsprechende Fachabteilung bzw. Zentrum, mittels Tumorboard. Regelmäßige Kontrolle durch entsprechende Fachabteilung bzw. Zentrum mit Erfahrung in der Behandlung von TumorpatientInnen mit einer NTRK-Genfusion.

Vor Einleitung der Therapie mit Larotrectinib ist der Nachweis einer NTRK-Genfusion durch eine validierte Testmethode erforderlich. Die Einleitung einer Diagnostik zum Nachweis einer NTRK-Genfusion ist nur dann sinnvoll, wenn die Therapie mit einem TRK-Inhibitor die bestverfügbare Therapie darstellt oder der Nachweis der Fusion in histopathologisch unklaren Fällen diagnostisch wegweisend ist. Kontrolle des Ansprechens mittels bildgebenden Verfahrens (CT und/oder MRT) alle 3 bis 4 Monate für das erste Jahr nach Therapiebeginn mit Larotrectinib. Danach können längere Intervalle in Erwägung gezogen werden. Therapiefortsetzung nur bei gesichertem Ansprechen.

Die PatientInnen sollen in das PatientInnenregister European Reference Network (ERN) - for adult rare solid cancers (EURACAN) aufgenommen werden.

56 St(2)

6.035,95

## L01EX14 Entrectinib

## Entrectinib 0,1

RE1	Rozylytrek 100 mg Hartkaps. <sup>(PM)</sup>	30 St	827,30
	<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"> <li>- bei denen eine lokal fortgeschrittene oder metastasierte Erkrankung vorliegt oder eine Erkrankung, bei der eine chirurgische Resektion wahrscheinlich zu schwerer Morbidität führt und</li> <li>- 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).</li> </ul> <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>		

**Entrectinib 0,2**

RE1	<b>Rozlytrek 200 mg Hartkaps. <sup>CEM</sup></b>	90 St	4.840,85
	<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"> <li>- bei denen eine lokal fortgeschrittene oder metastasierte Erkrankung vorliegt oder eine Erkrankung, bei der eine chirurgische Resektion wahrscheinlich zu schwerer Morbidität führt und</li> <li>- 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).</li> </ul> <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	<b>Erivedge 150 mg Hartkaps.</b>	28 St	4.776,85
	<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	<b>Odomzo 200 mg Hartkaps.</b>	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. (RM)	112 St	4.309,40
	<p>1. Als Monotherapie für die</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- 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.</li> <li>- 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.</li> </ul> <p>Als Kombinationstherapie mit Bevacizumab für die</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- 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.</li> </ul> <p>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.</p> <p>2. Als Monotherapie oder als Kombinationstherapie mit einer endokrinen Therapie für die</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- 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.</li> </ul> <p>Als Monotherapie bei</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- 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.</li> </ul> <p>Diagnose und Erstverordnung durch entsprechende Fachabteilung bzw.</p>		

- 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 Androgendepriuationstherapie (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. (RM)**

112 St

4.613,25

## 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-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	Zejala 100 mg Filmtabl. (RM)		56 St	3.357,40
	Als Monotherapie		84 St	5.023,80
	- für die Erhaltungstherapie erwachsener Patientinnen mit einem neu diagnostizierten, fortgeschrittenen (FIGO-Stadien III und IV), high-grade epithelialen Ovarialkarzinom, Eileiterkarzinom oder primären Peritonealkarzinom, die nach einer vorangegangenen abgeschlossenen Platin-basierten Chemotherapie ein Ansprechen zeigen.			
	- für die Erhaltungstherapie erwachsener Patientinnen mit einem Platin-sensitivem Rezidiv eines high-grade serösen epithelialen Ovarialkarzinoms, Eileiterkarzinoms oder primären Peritonealkarzinoms, die auf eine Platin-basierte Chemotherapie ein Ansprechen zeigen.			
	Der BRCA1/2 (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 0,00025**

<b>RE1</b>	<b>Talzenna 0,25 mg Hartkaps.</b> <sup>(PM)</sup> 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**

<b>RE1</b>	<b>Talzenna 1 mg Hartkaps.</b> <sup>(PM)</sup> 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
------------	---	-------	----------

**L01XK52 Niraparib und Abirateron****Niraparib 0,05, Abirateron 0,5**

<b>RE1</b>	<b>Akeega 50 mg/500 mg Filmtabl.</b> <sup>(PM)</sup> In Kombination mit einem GnRH-Analogen und Prednison oder Prednisolon bei metastasiertem kastrationsresistentem Prostatakarzinom (mCRPC) und BRCA1/2-Mutationen (in der Keimbahn und/oder somatisch), mit asymptomatischem oder mild symptomatischem Verlauf, wenn eine Chemotherapie nicht klinisch indiziert ist. Der BRCA-Mutationsstatus ist von einem erfahrenen Labor mittels einer validierten Testmethode festzustellen. Die Therapie kann bis zur radiologischen Krankheitsprogression oder bis zum Auftreten einer inakzeptablen Toxizität fortgeführt werden. Diagnose und Erstverordnung durch entsprechende Fachabteilung bzw. Zentrum, mittels Tumorboard. Regelmäßige Kontrolle durch entsprechende Fachabteilung bzw. Zentrum bzw. durch FachärztInnen mit Erfahrung in der Behandlung des Prostatakarzinoms. Eine Kastrationsresistenz liegt vor bei - einer PSA oder radiographischen Progression und - Versagen der Androgendeprivationstherapie (GnRH-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).	56 St	4.804,05
------------	--	-------	----------

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

### Niraparib 0,1, Abirateron 0,5

<b>RE1</b>	<b>Akeega 100 mg/500 mg Filmtabl. (FM)</b> In Kombination mit einem GnRH-Analogon und Prednison oder Prednisolon bei metastasiertem kastrationsresistentem Prostatakarzinom (mCRPC) und BRCA1/2-Mutationen (in der Keimbahn und/oder somatisch), mit asymptomatischem oder mild symptomatischem Verlauf, wenn eine Chemotherapie nicht klinisch indiziert ist. Der BRCA-Mutationsstatus ist von einem erfahrenen Labor mittels einer validierten Testmethode festzustellen. Die Therapie kann bis zur radiologischen Krankheitsprogression oder bis zum Auftreten einer inakzeptablen Toxizität fortgeführt werden. Diagnose und Erstverordnung durch entsprechende Fachabteilung bzw. Zentrum, mittels Tumorboard. Regelmäßige Kontrolle durch entsprechende Fachabteilung bzw. Zentrum bzw. durch FachärztInnen mit Erfahrung in der Behandlung des Prostatakarzinoms. Eine Kastrationsresistenz liegt vor bei - einer PSA oder radiographischen Progression und - Versagen der Androgendeprivationstherapie (GnRH-Analogon oder -Antagonist mit ATC-Code L02AE oder L02BX02 alleine oder jeweils in Kombination mit einem Antiandrogen mit ATC-Code L02BB03) bzw. nach Entzug des Antiandrogens und - einem Serum-Testosteronwert im Kastrationsbereich (kleiner 50 ng/dl).	56 St	4.804,05
------------	---	-------	----------

### L01XX Andere antineoplastische Mittel L01XX05 Hydroxycarbamid

#### Hydroxycarbamid 0,5

<b>RE2</b>	<b>Hydroxyurea "medac" Kaps.</b> 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
<b>RE2</b>	<b>Litalir 500 mg Kaps.</b> 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

<b>RE1</b>	<b>Lysodren 500 mg Tabl.</b> - Eine Kostenübernahme ist möglich zur symptomatischen Behandlung des fortgeschrittenen (nicht-resezierbaren, metastasierenden oder rezidivierenden) Nebennierenrindenzinoms. - Diagnosestellung und Therapieempfehlung durch einen erfahrenen Spezialisten.	100 St	648,05
------------	---	--------	--------

### L01XX35 Anagrelid

#### Anagrelid 0,0005

<b>RE2</b>	<b>Anagrelid "Bluefish" 0,5 mg Hartkaps.</b> Second-line-Therapie der essentiellen Thrombozythämie; Erstverordnung, Therapieeinstellung und regelmäßige Kontrollen durch entsprechende Zentren.	42 St 100 St	74,55 155,25
<b>RE2</b>	<b>Anagrelid "ratiopharm" 0,5 mg Hartkaps.</b> Second-line-Therapie der essentiellen Thrombozythämie; Erstverordnung, Therapieeinstellung und regelmäßige Kontrollen durch entsprechende Zentren.	42 St 100 St	85,80 182,70
<b>RE2</b>	<b>Thromboreductin 0,5 mg Kaps.</b> Second-line-Therapie der essentiellen Thrombozythämie; Erstverordnung, Therapieeinstellung und regelmäßige Kontrollen durch entsprechende Zentren.	42 St 100 St	120,10 243,05

#### Anagrelid 0,001

<b>RE2</b>	<b>Anagrelid "ratiopharm" 1 mg Hartkaps.</b> 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.	14 St	80,90
	<ol style="list-style-type: none"> <li>Zur Kombinationstherapie mit Obinutuzumab von Erwachsenen mit nicht vorbehandelter chronischer lymphatischer Leukämie (CLL) <ul style="list-style-type: none"> <li>die für eine Fludarabin-basierte Chemoimmunotherapie nicht geeignet sind oder</li> <li>die aufgrund einer 17p-Deletion oder einer TP53-Mutation für eine Chemoimmunotherapie nicht geeignet sind.</li> </ul> </li> <li>Zur Kombinationstherapie mit Rituximab von Erwachsenen mit rezidivierender oder refraktärer CLL, die für eine Chemoimmunotherapie nicht geeignet sind.</li> <li>Zur Monotherapie von Erwachsenen mit CLL <ul style="list-style-type: none"> <li>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</li> <li>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.</li> </ul> </li> </ol> <p>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.</p>		

**Venetoclax 0,05**

RE1	Venclyxto 50 mg Filmtabl.	7 St	180,90
	<ol style="list-style-type: none"> <li>Zur Kombinationstherapie mit Obinutuzumab von Erwachsenen mit nicht vorbehandelter chronischer lymphatischer Leukämie (CLL) <ul style="list-style-type: none"> <li>die für eine Fludarabin-basierte Chemoimmunotherapie nicht geeignet sind oder</li> <li>die aufgrund einer 17p-Deletion oder einer TP53-Mutation für eine Chemoimmunotherapie nicht geeignet sind.</li> </ul> </li> <li>Zur Kombinationstherapie mit Rituximab von Erwachsenen mit rezidivierender oder refraktärer CLL, die für eine Chemoimmunotherapie nicht geeignet sind.</li> <li>Zur Monotherapie von Erwachsenen mit CLL <ul style="list-style-type: none"> <li>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</li> <li>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.</li> </ul> </li> </ol> <p>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.</p>		

**Venetoclax 0,1**

RE1	Venclyxto 100 mg Filmtabl.	7 St	343,80
	<ol style="list-style-type: none"> <li>Zur Kombinationstherapie mit Obinutuzumab von Erwachsenen mit nicht vorbehandelter chronischer lymphatischer Leukämie (CLL) <ul style="list-style-type: none"> <li>die für eine Fludarabin-basierte Chemoimmunotherapie nicht geeignet sind oder</li> <li>die aufgrund einer 17p-Deletion oder einer TP53-Mutation für eine Chemoimmunotherapie nicht geeignet sind.</li> </ul> </li> <li>Zur Kombinationstherapie mit Rituximab von Erwachsenen mit rezidivierender oder refraktärer CLL, die für eine Chemoimmunotherapie nicht geeignet sind.</li> <li>Zur Monotherapie von Erwachsenen mit CLL <ul style="list-style-type: none"> <li>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</li> <li>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.</li> </ul> </li> </ol> <p>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.</p>	14 St 112 St	654,55 5.063,80

## L02 ENDOKRINE THERAPIE L02B HORMONANTAGONISTEN UND VERWANDTE MITTEL

### L02BA Antiestrogene

#### L02BA04 Elacestrant

##### Elacestrant 0,086

<b>RE1</b>	<b>Orserdu 86 mg Filmtabl. <sup>Ⓜ</sup></b> Als Monotherapie bei erwachsenen postmenopausalen Frauen sowie bei Männern mit Estrogenrezeptor (ER)-positivem, humanem epidermalen Wachstumsfaktor-Rezeptor-2 (HER2)-negativem lokal fortgeschrittenem oder metastasiertem Mammakarzinom mit einer aktivierenden ESR1-Mutation, deren Erkrankung nach mindestens einer endokrinen Therapielinie, einschließlich eines längeren Ansprechens auf einen CDK 4/6-Inhibitor, fortgeschritten ist. Diagnose und Erstverordnung durch entsprechende Fachabteilung bzw. Zentrum, mittels Tumorboard. Regelmäßige Kontrolle durch entsprechende Fachabteilung bzw. Zentrum bzw. durch gynäko-onkologisch bzw. onkologisch spezialisierte FachärztInnen.	28 St	2.968,50
------------	---	-------	----------

##### Elacestrant 0,345

<b>RE1</b>	<b>Orserdu 345 mg Filmtabl. <sup>Ⓜ</sup></b> Als Monotherapie bei erwachsenen postmenopausalen Frauen sowie bei Männern mit Estrogenrezeptor (ER)-positivem, humanem epidermalen Wachstumsfaktor-Rezeptor-2 (HER2)-negativem lokal fortgeschrittenem oder metastasiertem Mammakarzinom mit einer aktivierenden ESR1-Mutation, deren Erkrankung nach mindestens einer endokrinen Therapielinie, einschließlich eines längeren Ansprechens auf einen CDK 4/6-Inhibitor, fortgeschritten ist. Diagnose und Erstverordnung durch entsprechende Fachabteilung bzw. Zentrum, mittels Tumorboard. Regelmäßige Kontrolle durch entsprechende Fachabteilung bzw. Zentrum bzw. durch gynäko-onkologisch bzw. onkologisch spezialisierte FachärztInnen.	28 St	8.856,15
------------	--	-------	----------

### L02BB Antiandrogene

#### L02BB04 Enzalutamid

##### Enzalutamid 0,04

<b>RE1</b>	<b>Xtandi 40 mg Filmtabl. <sup>Ⓜ</sup></b> In Kombination mit einem GnRH-Analogen bei <ul style="list-style-type: none"> <li>- metastasiertem hormonsensitivem 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"> <li>• 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</li> <li>• Vorbehandlung mit einer Androgendeprivationstherapie bis maximal 6 Monate ab Diagnosestellung der Fernmetastasen</li> </ul> </li> <li>- metastasiertem kastrationsresistenten Prostatakarzinom             <ul style="list-style-type: none"> <li>• mit asymptomatischem oder mild symptomatischem Verlauf, wenn eine Chemotherapie noch nicht klinisch indiziert ist</li> <li>• das während oder nach einer Docetaxel-haltigen Chemotherapie progredient ist.</li> </ul> </li> </ul> 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"> <li>- einer PSA oder radiographischen Progression und</li> <li>- 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</li> <li>- einem Serum-Testosteronwert im Kastrationsbereich (kleiner 50 ng/dl).</li> </ul>	112 St(2)	2.623,25
------------	--	-----------	----------

**L02BB05 Apalutamid****Apalutamid 0,06**

<b>RE1</b>	<b>Erleada 60 mg Filmtabl. (PM)</b> In Kombination mit einem GnRH-Analogon bei - metastasiertem hormonsensitiven Prostatakarzinom, wenn eine Chemotherapie aufgrund eines reduzierten Allgemeinzustandes und/oder signifikanter Komorbiditäten oder bestehenden Kontraindikationen nicht geeignet ist bei • Vorliegen von Knochenmetastasen in der Knochenszintigraphie, wobei im Falle einer einzelnen Läsion diese via CT/MRT zu bestätigen ist und • Vorbehandlung mit einer Androgendeprivationstherapie bis maximal 6 Monate ab Diagnosestellung der Knochenmetastase(n) - nicht metastasiertem kastrationsresistenten Hochrisiko-Prostatakarzinom • ohne nachweisbare Metastasen im CT/MRT und in der Knochenszintigraphie und • einer Verdopplungszeit des Serum-PSA kleiner/gleich 10 Monate Diagnose und Erstverordnung durch entsprechende Fachabteilung bzw. Zentrum, mittels Tumorboard. Regelmäßige Kontrolle durch entsprechende Fachabteilung, Zentrum bzw. durch FachärztInnen mit Erfahrung in der Behandlung des Prostatakarzinoms. Eine Kastrationsresistenz liegt vor bei - einer PSA- oder radiographischen Progression und - Versagen der Androgendeprivationstherapie (GnRH-Analogon oder -Antagonist mit ATC-Code L02AE oder L02BX02 alleine oder jeweils in Kombination mit einem Antiandrogen mit ATC-Code L02BB03) bzw. nach Entzug des Antiandrogens und - einem Serum-Testosteronwert im Kastrationsbereich (kleiner 50 ng/dl).	112 St(2)	2.414,35
------------	--	-----------	----------

**L02BB06 Darolutamid****Darolutamid 0,3**

<b>RE1</b>	<b>Nubeqa 300 mg Filmtabl. (PM)</b> In Kombination mit einem GnRH-Analogon und Docetaxel bei metastasiertem hormonsensitiven Prostatakarzinom bei - Vorliegen von mindestens vier Knochenmetastasen (davon mindestens eine außerhalb der Wirbelsäule/Becken) in der Knochenszintigraphie, oder Vorliegen von viszeralen Metastasen (via CT/MRI entsprechend RECIST 1.1-Kriterien gemessen; ausgeschlossen isolierter Lymphknotenbefall) und - Vorbehandlung mit einer Androgendeprivationstherapie bis maximal 3 Monate ab Diagnosestellung der Fernmetastasen. In Kombination mit einem GnRH-Analogon bei nicht metastasiertem kastrationsresistenten Hochrisiko-Prostatakarzinom - ohne nachweisbare Metastasen im CT/MRT und in der Knochenszintigraphie und - bei einer Verdopplungszeit des Serum-PSA kleiner/gleich 10 Monate. Diagnose und Erstverordnung durch entsprechende Fachabteilung bzw. Zentrum, mittels Tumorboard. Regelmäßige Kontrolle durch entsprechende Fachabteilung, Zentrum bzw. durch FachärztInnen mit Erfahrung in der Behandlung des Prostatakarzinoms. Eine Kastrationsresistenz liegt vor bei: - einer PSA- oder radiographischen Progression und - Versagen der Androgendeprivationstherapie (GnRH-Analogon oder -Antagonist mit ATC-Code L02AE oder L02BX02 alleine oder jeweils in Kombination mit einem Antiandrogen mit ATC-Code L02BB03) bzw. nach Entzug des Antiandrogens und - einem Serum-Testosteronwert im Kastrationsbereich (kleiner 50 ng/dl).	112 St(2)	2.951,90
------------	--	-----------	----------

**L03 IMMUNSTIMULANZIEN**  
**L03A IMMUNSTIMULANZIEN**  
**L03AB Interferone**  
**L03AB03 Interferon gamma**

**Interferon gamma 0,0001**

<b>RE1</b>	<b>Imukin Stechamp.</b> 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)**

<b>RE1</b>	<b>Rebif Inj.lsg. Fertigspr. Starterpackung</b> Eine Kostenübernahme ist möglich, wenn mit kostengünstigeren Therapiealternativen nachweislich nicht das Auslangen gefunden wird, in der Indikation: Schubförmig remittierende MS: Kriterien bei Ersteinstellung: - Zwei Schübe innerhalb der letzten zwei Jahre und EDSS kleiner/gleich 5,5 - Alter 18 - 50 Jahre Diagnosestellung, Verordnung, Einstellung, Therapiekontrolle und Dokumentation durch ein MS-Zentrum.	12 St	724,85
<b>RE1</b>	<b>Rebif Inj.lsg. Patronen Starterpackung</b> 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.	2 St	724,85

**Interferon beta-1a 22 mcg/ED**

<b>RE1</b> L6	<b>Rebif 22 mcg Inj.lsg. Fertipgen</b> 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
<b>RE1</b> L6	<b>Rebif 22 mcg Inj.lsg. Fertigspr.</b> 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
<b>RE1</b> L6	<b>Rebif 22 mcg/0,5 ml Inj.lsg. Patronen</b> Eine Kostenübernahme ist möglich, wenn mit kostengünstigeren Therapiealternativen nachweislich nicht das Auslangen gefunden wird, in der Indikation: Schubförmig remittierende MS: Kriterien bei Ersteinstellung: - Zwei Schübe innerhalb der letzten zwei Jahre und EDSS kleiner/gleich 5,5 - Alter 18 - 50 Jahre Diagnosestellung, Verordnung, Einstellung, Therapiekontrolle und Dokumentation durch ein MS-Zentrum.	4 St 3 x 22 mcg/ Patrone	1.037,70

**Interferon beta-1a 30 mcg**

<b>RE1</b> L12	<b>Avonex 30 mcg/0,5 ml Inj.lsg. Fertipgen</b> 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
-------------------	---	------	--------

Bezeichnung		T	OP	KVP in €
RE1 L12	<b>Avonex 30 mcg/0,5 ml Inj.lsg. Fertigspr.</b> 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	<b>Rebif 44 mcg Inj.lsg. Fertigen</b> 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	<b>Rebif 44 mcg Inj.lsg. Fertigspr.</b> 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	<b>Rebif 44 mcg/0,5 ml Inj.lsg. Patronen</b> 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	<b>Betaferon 250 mcg/ml Plv. u. Lsgm. zur Herst. einer Inj.lsg. Starterpackung</b> 1. Bei PatientInnen mit erstmaligem demyelinisierendem 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
------------	--	--	-------	--------

Bezeichnung		T	OP	KVP in €
RE1 L12	<b>Betaferon 250 mcg/ml Plv. u. Lsgm. zur Herst. einer Inj.lsg.</b> 1. Bei PatientInnen mit erstmaligem demyelinisierendem 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. Diagnosesstellung, 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	<b>Pegasys 135 mcg Inj.lsg. Fertigspr.</b> 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	<b>Pegasys 180 mcg Inj.lsg. Fertigspr.</b> 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	<b>Plegriby 63 mcg, 94 mcg Inj.lsg. Fertigen Starterpackung</b> Bei erwachsenen PatientInnen mit schubförmig remittierender Multipler Sklerose. Kriterien bei Ersteinstellung: Zwei Schübe innerhalb der letzten zwei Jahre sowie EDSS kleiner/gleich 5,0. Diagnosesstellung, Verordnung, Einstellung, Therapiekontrolle und Dokumentation durch ein MS-Zentrum. PatientInnen, die mit Peginterferon beta-1a behandelt werden, sind vor Therapiebeginn in das dafür vorgesehene Register der ÖGN aufzunehmen.		2 St	789,05
-----	---	--	------	--------



Bezeichnung		T	OP	KVP in €
RE1	<b>Plegridy 63 mcg, 94 mcg Inj.lsg. Fertigspr. Starterpackung</b> 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	<b>Plegridy 125 mcg Inj.lsg. Fertigipen</b> 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	<b>Plegridy 125 mcg Inj.lsg. Fertigspr.</b> 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	<b>OncoTICE Plv. zur Herst. einer Susp. zur intravesikalen Instillation</b> Behandlung des nicht-invasiven Urothelialzellkarzinoms der Harnblase (CIS) und adjuvante Therapie primärer und rezidivierender superfizieller Urothelialzellkarzinome der Harnblase nach transurethraler Resektion durch Fachärzte für Urologie.		1 St 2 ml	122,00
-----	---	--	--------------	--------

##### **BCG-Impfstoff 3 MRD**

RE2	<b>BCG "medac" Plv. u. Lsgm. zur Herst. einer Susp. zur intravesikalen Anw.</b> Behandlung und Rezidivprophylaxe nicht-invasiver urothelialer Harnblasenkarzinome durch Fachärzte für Urologie.		1 St	162,90
-----	--	--	------	--------

### **L03AX10 Immunocyanin**

##### **Immunocyanin 0,001**

RE2	<b>Immucothel 1 mg Trockensubst. mit Lsgm.</b> Prävention eines superfiziellen Blasenkarzinomrezidivs durch Fachärzte für Urologie nach transurethraler Resektion. Bei der Immuntherapie zur Rezidivprophylaxe stellt Immucothel nur die Second-line-Therapie dar.		1 St	57,10
-----	---	--	------	-------

##### **Immunocyanin 0,01**

RE2	<b>Immucothel 10 mg Trockensubst. mit Lsgm.</b> Prävention eines superfiziellen Blasenkarzinomrezidivs durch Fachärzte für Urologie nach transurethraler Resektion. Bei der Immuntherapie zur Rezidivprophylaxe stellt Immucothel nur die Second-line-Therapie dar.		1 St	125,15
-----	--	--	------	--------

**L03AX13 Glatirameracetat****Glatirameracetat 0,02**

<b>RE1</b>	<b>Copaxone 20 mg/ml Inj.lsg. Fertigspr.</b> - 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
<b>RE2</b>	<b>Perscleran 20 mg/ml Inj.lsg. Fertigspr.</b> - 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**

<b>RE2</b>	<b>Copaxone 40 mg/ml Inj.lsg. Fertigspr. (PM)</b> - 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
<b>RE2</b>	<b>Perscleran 40 mg/ml Inj.lsg. Fertigspr.</b> - 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**

<b>RE2</b>	<b>CellCept 1 g/5 ml Plv. zur Herst. einer Susp. zum Einnehmen</b> 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>	175 ml 1 ED = 5 ml	220,00
------------	--	-----------------------	--------

**Mycophenolsäure 0,18**

<b>RE2</b>	<b>Myfortic 180 mg magensaftresistente Tabl.</b> 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**

<b>RE2</b>	<b>Myfortic 360 mg magensaftresistente Tabl.</b> 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
------------	---	--------	--------

**L04AA24 Abatacept****Abatacept 0,125**

<b>RE1</b>	<b>Orencia 125 mg Inj.lsg.</b> Mittelschwere bis schwere aktive rheumatoide Arthritis erwachsener PatientInnen in Kombination mit Methotrexat bei Versagen von mindestens einem DMARD (disease-modifying anti-rheumatic drug), wobei Methotrexat in ausreichender Dosierung und ausreichender Dauer verabreicht worden sein muss oder nach Versagen mindestens eines Tumornekrosefaktor-alpha (TNF-alpha)-Inhibitors, oder wenn diese nicht vertragen werden. Erstverordnung und engmaschige Kontrolle durch einen Facharzt/eine Fachärztin mit Additivfach Rheumatologie oder durch Zentren, die berechtigt sind, solche auszubilden. Wenn innerhalb von 6 Behandlungsmonaten kein Ansprechen auf Abatacept eintritt, müssen der potentielle Nutzen einer Fortsetzung der Behandlung, die bekannten und potentiellen Risiken sowie die Behandlungsalternativen abgewogen werden.	4 St	926,50
------------	--	------	--------

**Abatacept 0,25**

<b>RE1</b>	<b>Orencia 250 mg Plv. f. ein Konz. zur Herst. einer Inf.lsg.</b> Mittelschwere bis schwere aktive rheumatoide Arthritis erwachsener PatientInnen ab 18 Jahren in Kombination mit Methotrexat bei Versagen von mindestens einem DMARD (disease-modifying anti-rheumatic drug) inklusive Methotrexat, wobei Methotrexat in ausreichender Dosierung und ausreichender Dauer verabreicht worden sein muss oder nach Versagen mindestens eines Tumornekrosefaktor-alpha (TNF-alpha)-Inhibitors, oder wenn diese nicht vertragen werden. Erstverordnung und engmaschige Kontrolle durch einen Facharzt/Fachärztin mit Additivfach Rheumatologie oder durch Zentren, die berechtigt sind, solche auszubilden. Wenn innerhalb von 6 Behandlungsmonaten kein Ansprechen auf Abatacept eintritt, müssen der potentielle Nutzen einer Fortsetzung der Behandlung, die bekannten und potentiellen Risiken sowie die Behandlungsalternativen abgewogen werden.	2 St 3 St	750,30 1.113,10
------------	---	--------------	--------------------

**L04AA32 Apremilast****Apremilast 0,01 (4 Filmtabl.); Apremilast 0,02 (4 Filmtabl.); Apremilast 0,03 (19 Filmtabl.)**

<b>RE1</b>	<b>Otezla 10 mg, 20 mg, 30 mg Filmtabl. Starterpackung</b> Mittelschwere bis schwere Plaque-Psoriasis erwachsener PatientInnen bei Versagen, Unverträglichkeit oder Kontraindikation von systemischen Therapien einschließlich Ciclosporin, Methotrexat oder PUVA. Erstverordnung und engmaschige Kontrollen durch entsprechende Fachabteilung bzw. -ambulanz oder durch einen Facharzt/eine Fachärztin mit Erfahrung in der Behandlung der mittelschweren bis schweren Plaque-Psoriasis. Aktive und progressive Psoriasis-Arthritis erwachsener PatientInnen bei Versagen von mindestens zwei DMARDs (disease-modifying anti-rheumatic drugs) inklusive Methotrexat. Erstverordnung und engmaschige Kontrolle durch einen Facharzt/eine Fachärztin mit Additivfach Rheumatologie oder durch Zentren, die berechtigt sind, solche auszubilden. Keine Fortsetzung der Behandlung der PatientInnen, die innerhalb von 24 Behandlungswochen nicht klinisch ansprechen.	27 St	332,85
------------	--	-------	--------

**Apremilast 0,03**

RE1	Otezla 30 mg Filmtabl.	56 St	657,05
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>		

**L04AA40 Cladribin****Cladribin 0,01**

RE1	Mavenclad 10 mg Filmtabl. <sup>(PM)</sup>	1 St	1.749,35
	<p>Als Monotherapie bei Erwachsenen mit hochaktiver schubförmiger Multipler Sklerose (MS)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- mit einem Schub im vorausgegangenen Jahr während einer krankheitsmodifizierenden Vorbehandlung und mindestens einer Gadolinium anreichernden Läsion bzw. 9 oder mehr T2-Läsionen oder</li> <li>- mit 2 Schüben oder mehr im vorausgegangenen Jahr.</li> </ul> <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	6.534,15
		6 St	10.330,10

## L04AB Tumornekrosefaktor-alpha (TNF-alpha)-Inhibitoren L04AB05 Certalizumab pegol

### Certalizumab pegol 0,2

RE1 L3	Cimzia 200 mg Inj.lsg. <sup>Ⓜ</sup>	2 St	638,70
	<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. Um eine maximale Wirksamkeit zu gewährleisten, wird Certalizumab pegol in Kombination mit Methotrexat angewendet. Certalizumab 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. Certalizumab pegol eignet sich für eine cheff(kontroll)ärztliche Langzeitbewilligung für 3 Monate (L3).</p>		

**L04AB06 Golimumab****Golimumab 0,05**

<b>RE1</b>	<b>Simponi 50 mg Inj.lsg. Fertigspr. <sup>(PM)</sup></b> 1. Mittelschwere bis schwere aktive rheumatoide Arthritis erwachsener PatientInnen bei Versagen von mindestens einem DMARD (disease-modifying anti-rheumatic drug), wobei Methotrexat in ausreichender Dosierung und ausreichender Dauer verabreicht worden sein muss. Die Anwendung von Golimumab soll in Kombination mit Methotrexat erfolgen. Erstverordnung und engmaschige Kontrolle durch einen Facharzt/eine Fachärztin mit Additivfach Rheumatologie oder durch Zentren, die berechtigt sind, solche auszubilden. 2. Aktive und progressive Psoriasis-Arthritis erwachsener PatientInnen bei Versagen von mindestens zwei DMARDs (disease-modifying anti-rheumatic drugs) inklusive Methotrexat. Erstverordnung und engmaschige Kontrolle durch einen Facharzt/eine Fachärztin mit Additivfach Rheumatologie oder durch Zentren, die berechtigt sind, solche auszubilden. 3. Schwere aktive ankylosierende Spondylitis (Morbus Bechterew) erwachsener PatientInnen mit schwerer Wirbelsäulensymptomatik und erhöhten Entzündungsparametern bei Versagen konventioneller Therapiemöglichkeiten. Erstverordnung und engmaschige Kontrolle durch einen Facharzt/eine Fachärztin mit Additivfach Rheumatologie oder durch Zentren, die berechtigt sind, solche auszubilden. 4. Mittelschwere bis schwere aktive Colitis ulcerosa erwachsener PatientInnen unter 80 kg Körpergewicht zur Erhaltungstherapie bei Versagen, Unverträglichkeit oder Kontraindikation der konventionellen Therapien. Erstverordnung und engmaschige Kontrolle durch einen Facharzt/eine Fachärztin mit Additivfach für Gastroenterologie. Keine Fortsetzung der Behandlung der PatientInnen, die innerhalb von 12-14 Behandlungswochen nicht klinisch ansprechen.	1 St	987,70
<b>RE1</b>	<b>Simponi 50 mg Inj.lsg. vorgefüllter Injektor <sup>(PM)</sup></b> 1. Mittelschwere bis schwere aktive rheumatoide Arthritis erwachsener PatientInnen bei Versagen von mindestens einem DMARD (disease-modifying anti-rheumatic drug), wobei Methotrexat in ausreichender Dosierung und ausreichender Dauer verabreicht worden sein muss. Die Anwendung von Golimumab soll in Kombination mit Methotrexat erfolgen. Erstverordnung und engmaschige Kontrolle durch einen Facharzt/eine Fachärztin mit Additivfach Rheumatologie oder durch Zentren, die berechtigt sind, solche auszubilden. 2. Aktive und progressive Psoriasis-Arthritis erwachsener PatientInnen bei Versagen von mindestens zwei DMARDs (disease-modifying anti-rheumatic drugs) inklusive Methotrexat. Erstverordnung und engmaschige Kontrolle durch einen Facharzt/eine Fachärztin mit Additivfach Rheumatologie oder durch Zentren, die berechtigt sind, solche auszubilden. 3. Schwere aktive ankylosierende Spondylitis (Morbus Bechterew) erwachsener PatientInnen mit schwerer Wirbelsäulensymptomatik und erhöhten Entzündungsparametern bei Versagen konventioneller Therapiemöglichkeiten. Erstverordnung und engmaschige Kontrolle durch einen Facharzt/eine Fachärztin mit Additivfach Rheumatologie oder durch Zentren, die berechtigt sind, solche auszubilden. 4. Mittelschwere bis schwere aktive Colitis ulcerosa erwachsener PatientInnen unter 80 kg Körpergewicht zur Erhaltungstherapie bei Versagen, Unverträglichkeit oder Kontraindikation der konventionellen Therapien. Erstverordnung und engmaschige Kontrolle durch einen Facharzt/eine Fachärztin mit Additivfach für Gastroenterologie. Keine Fortsetzung der Behandlung der PatientInnen, die innerhalb von 12-14 Behandlungswochen nicht klinisch ansprechen.	1 St	987,70

**Golimumab 0,1**

<b>RE1 Simponi 100 mg Inj.lsg. Fertigspr. (FM)</b>	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 anti-rheumatic drug), wobei Methotrexat in ausreichender Dosierung und ausreichender Dauer verabreicht worden sein muss und wenn mit der 50 mg-Wirkstoffstärke nach 3 oder 4 Dosen kein ausreichendes klinisches Ansprechen erzielt werden konnte. Die Anwendung von Golimumab soll in Kombination mit Methotrexat erfolgen. Erstverordnung und engmaschige Kontrolle durch einen Facharzt/eine Fachärztin mit Additivfach Rheumatologie oder durch Zentren, die berechtigt sind, solche auszubilden.</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"> <li>- mit einem Körpergewicht unter 80 kg zur Initialtherapie</li> <li>- mit einem Körpergewicht ab 80 kg zur Initial- und Erhaltungstherapie bei Versagen, Unverträglichkeit oder Kontraindikation der konventionellen Therapien.</li> </ul> <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 12-14 Behandlungswochen nicht klinisch ansprechen.</p>		

RE1	<b>Simponi 100 mg Inj.lsg. vorgefüllter Injektor <sup>(EM)</sup></b>	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"> <li>- mit einem Körpergewicht unter 80 kg zur Initialtherapie</li> <li>- mit einem Körpergewicht ab 80 kg zur Initial- und Erhaltungstherapie bei Versagen, Unverträglichkeit oder Kontraindikation der konventionellen Therapien.</li> </ul> <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 12-14 Behandlungswochen nicht klinisch ansprechen.</p>			



## L04AC Interleukin-Rezeptor-Inhibitoren L04AC05 Ustekinumab

### Ustekinumab 0,045

RE2	Pzchiva 45 mg Inj.Isg. Fertigspr.	1 St	1.323,70
	<p>1. Bei Erwachsenen mit mittelschwerer bis schwerer Plaque-Psoriasis bei Versagen, Unverträglichkeit oder Kontraindikation von systemischen Therapien einschließlich Ciclosporin, Methotrexat oder PUVA. Erstverordnung und engmaschige Kontrollen durch entsprechende Fachabteilung bzw. -ambulanz oder durch FachärztInnen mit Erfahrung in der Behandlung der mittelschweren bis schweren Plaque-Psoriasis. Die Entscheidung über eine Behandlungsverlängerung nach 28 Wochen muss durch die Fachabteilung bzw. -ambulanz oder durch FachärztInnen mit Erfahrung in der Behandlung der mittelschweren bis schweren Plaque-Psoriasis erfolgen. Die Behandlung mit Ustekinumab darf nur bei PatientInnen verlängert werden, die auf die Therapie angesprochen haben.</p> <p>2. Bei Erwachsenen mit aktiver und progressiver Psoriasis-Arthritis bei Versagen von mindestens einem DMARD (disease-modifying antirheumatic drug) wobei Methotrexat in ausreichender Dosierung und ausreichender Dauer verabreicht wurde. Erstverordnung und engmaschige Kontrolle durch RheumatologInnen oder durch Zentren, die berechtigt sind, solche auszubilden. Die Entscheidung über eine Behandlungsverlängerung nach 28 Wochen muss durch RheumatologInnen oder durch Zentren, die berechtigt sind, solche auszubilden, erfolgen. Die Behandlung mit Ustekinumab darf nur bei PatientInnen verlängert werden, die auf die Therapie angesprochen haben.</p> <p>3. Bei Kindern und Jugendlichen ab 6 Jahren mit einem Körpergewicht von 60 bis 100 kg mit mittelschwerer bis schwerer chronischer Plaque-Psoriasis, die unzureichend auf andere systemische Therapien oder Phototherapien angesprochen oder diese nicht vertragen haben. Erstverordnung und engmaschige Kontrolle durch FachärztInnen mit Erfahrung in der Behandlung von Kindern und Jugendlichen mit Plaque-Psoriasis oder PädiaterInnen mit Spezialisierung in pädiatrischer Dermatologie oder durch Zentren, die berechtigt sind, solche auszubilden. Die Entscheidung über eine Behandlungsverlängerung nach 28 Wochen muss durch FachärztInnen mit Erfahrung in der Behandlung von Kindern und Jugendlichen mit Plaque-Psoriasis oder PädiaterInnen mit Spezialisierung in pädiatrischer Dermatologie oder durch Zentren, die berechtigt sind, solche auszubilden, erfolgen. Die Behandlung mit Ustekinumab darf nur bei PatientInnen verlängert werden, die auf die Therapie angesprochen haben.</p>		
RE1	Stelara 45 mg Inj.Isg. 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>		

**RE2 Uzpruvo 45 mg Inj.lsg. Fertigspr.**

1 St

1.323,70

1. Bei Erwachsenen mit mittelschwerer bis schwerer Plaque-Psoriasis bei Versagen, Unverträglichkeit oder Kontraindikation von systemischen Therapien einschließlich Ciclosporin, Methotrexat oder PUVA. Erstverordnung und engmaschige Kontrollen durch entsprechende Fachabteilung bzw. -ambulanz oder durch FachärztInnen mit Erfahrung in der Behandlung der mittelschweren bis schweren Plaque-Psoriasis. Die Entscheidung über eine Behandlungsverlängerung nach 28 Wochen muss durch die Fachabteilung bzw. -ambulanz oder durch FachärztInnen mit Erfahrung in der Behandlung der mittelschweren bis schweren Plaque-Psoriasis erfolgen. Die Behandlung mit Ustekinumab darf nur bei PatientInnen verlängert werden, die auf die Therapie angesprochen haben.
2. Bei Erwachsenen mit aktiver und progressiver Psoriasis-Arthritis bei Versagen von mindestens einem DMARD (disease-modifying antirheumatic drug) wobei Methotrexat in ausreichender Dosierung und ausreichender Dauer verabreicht wurde. Erstverordnung und engmaschige Kontrolle durch RheumatologInnen oder durch Zentren, die berechtigt sind, solche auszubilden. Die Entscheidung über eine Behandlungsverlängerung nach 28 Wochen muss durch RheumatologInnen oder durch Zentren, die berechtigt sind, solche auszubilden, erfolgen. Die Behandlung mit Ustekinumab darf nur bei PatientInnen verlängert werden, die auf die Therapie angesprochen haben.
3. Bei Kindern und Jugendlichen ab 6 Jahren mit einem Körpergewicht von 60 bis 100 kg mit mittelschwerer bis schwerer chronischer Plaque-Psoriasis, die unzureichend auf andere systemische Therapien oder Phototherapien angesprochen oder diese nicht vertragen haben. Erstverordnung und engmaschige Kontrolle durch FachärztInnen mit Erfahrung in der Behandlung von Kindern und Jugendlichen mit Plaque-Psoriasis oder PädiaterInnen mit Spezialisierung in pädiatrischer Dermatologie oder durch Zentren, die berechtigt sind, solche auszubilden. Die Entscheidung über eine Behandlungsverlängerung nach 28 Wochen muss durch FachärztInnen mit Erfahrung in der Behandlung von Kindern und Jugendlichen mit Plaque-Psoriasis oder PädiaterInnen mit Spezialisierung in pädiatrischer Dermatologie oder durch Zentren, die berechtigt sind, solche auszubilden, erfolgen. Die Behandlung mit Ustekinumab darf nur bei PatientInnen verlängert werden, die auf die Therapie angesprochen haben.

**RE2 Wezenla 45 mg Inj.lsg. Fertigspr.**

1 St

1.323,70

1. Bei Erwachsenen mit mittelschwerer bis schwerer Plaque-Psoriasis bei Versagen, Unverträglichkeit oder Kontraindikation von systemischen Therapien einschließlich Ciclosporin, Methotrexat oder PUVA.  
Erstverordnung und engmaschige Kontrollen durch entsprechende Fachabteilung bzw. -ambulanz oder durch FachärztInnen mit Erfahrung in der Behandlung der mittelschweren bis schweren Plaque-Psoriasis.  
Die Entscheidung über eine Behandlungsverlängerung nach 28 Wochen muss durch die Fachabteilung bzw. -ambulanz oder durch FachärztInnen mit Erfahrung in der Behandlung der mittelschweren bis schweren Plaque-Psoriasis erfolgen. Die Behandlung mit Ustekinumab darf nur bei PatientInnen verlängert werden, die auf die Therapie angesprochen haben.
2. Bei Erwachsenen mit aktiver und progressiver Psoriasis-Arthritis bei Versagen von mindestens einem DMARD (disease-modifying antirheumatic drug) wobei Methotrexat in ausreichender Dosierung und ausreichender Dauer verabreicht wurde.  
Erstverordnung und engmaschige Kontrolle durch RheumatologInnen oder durch Zentren, die berechtigt sind, solche auszubilden.  
Die Entscheidung über eine Behandlungsverlängerung nach 28 Wochen muss durch RheumatologInnen oder durch Zentren, die berechtigt sind, solche auszubilden, erfolgen. Die Behandlung mit Ustekinumab darf nur bei PatientInnen verlängert werden, die auf die Therapie angesprochen haben.
3. Bei Kindern und Jugendlichen ab 6 Jahren mit einem Körpergewicht von 60 bis 100 kg mit mittelschwerer bis schwerer chronischer Plaque-Psoriasis, die unzureichend auf andere systemische Therapien oder Phototherapien angesprochen oder diese nicht vertragen haben.  
Erstverordnung und engmaschige Kontrolle durch FachärztInnen mit Erfahrung in der Behandlung von Kindern und Jugendlichen mit Plaque-Psoriasis oder PädiaterInnen mit Spezialisierung in pädiatrischer Dermatologie oder durch Zentren, die berechtigt sind, solche auszubilden.  
Die Entscheidung über eine Behandlungsverlängerung nach 28 Wochen muss durch FachärztInnen mit Erfahrung in der Behandlung von Kindern und Jugendlichen mit Plaque-Psoriasis oder PädiaterInnen mit Spezialisierung in pädiatrischer Dermatologie oder durch Zentren, die berechtigt sind, solche auszubilden, erfolgen. Die Behandlung mit Ustekinumab darf nur bei PatientInnen verlängert werden, die auf die Therapie angesprochen haben.

**Ustekinumab 0,09****RE2 Pyzchiva 90 mg Inj.lsg. Fertigspr.**

1 St

1.323,70

1. Bei Erwachsenen mit einem Körpergewicht von über 100 kg mit mittelschwerer bis schwerer Plaque-Psoriasis bei Versagen, Unverträglichkeit oder Kontraindikation von systemischen Therapien einschließlich Ciclosporin, Methotrexat oder PUVA. Erstverordnung und engmaschige Kontrollen durch entsprechende Fachabteilung bzw. -ambulanz oder durch FachärztInnen mit Erfahrung in der Behandlung der mittelschweren bis schweren Plaque-Psoriasis. Die Entscheidung über eine Behandlungsverlängerung nach 28 Wochen muss durch die Fachabteilung bzw. -ambulanz oder durch FachärztInnen mit Erfahrung in der Behandlung der mittelschweren bis schweren Plaque-Psoriasis erfolgen. Die Behandlung mit Ustekinumab darf nur bei PatientInnen verlängert werden, die auf die Therapie angesprochen haben.
2. Bei Erwachsenen mit einem Körpergewicht von über 100 kg mit aktiver und progressiver Psoriasis-Arthritis bei Versagen von mindestens einem DMARD (disease-modifying antirheumatic drug) wobei Methotrexat in ausreichender Dosierung und ausreichender Dauer verabreicht wurde. Erstverordnung und engmaschige Kontrolle durch RheumatologInnen oder durch Zentren, die berechtigt sind, solche auszubilden. Die Entscheidung über eine Behandlungsverlängerung nach 28 Wochen muss durch RheumatologInnen oder durch Zentren, die berechtigt sind, solche auszubilden, erfolgen. Die Behandlung mit Ustekinumab darf nur bei PatientInnen verlängert werden, die auf die Therapie angesprochen haben.
3. Bei Erwachsenen mit schwergradigem aktiven Morbus Crohn bei Versagen, Unverträglichkeit oder Kontraindikation der konventionellen Therapien. Erstverordnung und engmaschige Kontrolle durch GastroenterologInnen. Keine Fortsetzung der Behandlung der PatientInnen, die innerhalb von 16 Behandlungswochen nach der intravenösen Induktionsdosis nicht klinisch ansprechen.
4. Bei Kindern und Jugendlichen ab 6 Jahren mit einem Körpergewicht von über 100 kg mit mittelschwerer bis schwerer chronischer Plaque-Psoriasis, die unzureichend auf andere systemische Therapien oder Phototherapien angesprochen oder diese nicht vertragen haben. Erstverordnung und engmaschige Kontrolle durch FachärztInnen mit Erfahrung in der Behandlung von Kindern und Jugendlichen mit Plaque-Psoriasis oder PädiaterInnen mit Spezialisierung in pädiatrischer Dermatologie oder durch Zentren, die berechtigt sind, solche auszubilden. Die Entscheidung über eine Behandlungsverlängerung nach 28 Wochen muss durch FachärztInnen mit Erfahrung in der Behandlung von Kindern und Jugendlichen mit Plaque-Psoriasis oder PädiaterInnen mit Spezialisierung in pädiatrischer Dermatologie oder durch Zentren, die berechtigt sind, solche auszubilden, erfolgen. Die Behandlung mit Ustekinumab darf nur bei PatientInnen verlängert werden, die auf die Therapie angesprochen haben.

**RE1 Stelara 90 mg Inj.lsg. Fertigspr.**

1 St

2.643,70

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.
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.
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.
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.

**RE2 Uzpruvo 90 mg Inj.lsg. Fertigspr.**

1 St

1.323,70

1. Bei Erwachsenen mit einem Körpergewicht von über 100 kg mit mittelschwerer bis schwerer Plaque-Psoriasis bei Versagen, Unverträglichkeit oder Kontraindikation von systemischen Therapien einschließlich Ciclosporin, Methotrexat oder PUVA. Erstverordnung und engmaschige Kontrollen durch entsprechende Fachabteilung bzw. -ambulanz oder durch FachärztInnen mit Erfahrung in der Behandlung der mittelschweren bis schweren Plaque-Psoriasis. Die Entscheidung über eine Behandlungsverlängerung nach 28 Wochen muss durch die Fachabteilung bzw. -ambulanz oder durch FachärztInnen mit Erfahrung in der Behandlung der mittelschweren bis schweren Plaque-Psoriasis erfolgen. Die Behandlung mit Ustekinumab darf nur bei PatientInnen verlängert werden, die auf die Therapie angesprochen haben.
2. Bei Erwachsenen mit einem Körpergewicht von über 100 kg mit aktiver und progressiver Psoriasis-Arthritis bei Versagen von mindestens einem DMARD (disease-modifying antirheumatic drug) wobei Methotrexat in ausreichender Dosierung und ausreichender Dauer verabreicht wurde. Erstverordnung und engmaschige Kontrolle durch RheumatologInnen oder durch Zentren, die berechtigt sind, solche auszubilden. Die Entscheidung über eine Behandlungsverlängerung nach 28 Wochen muss durch RheumatologInnen oder durch Zentren, die berechtigt sind, solche auszubilden, erfolgen. Die Behandlung mit Ustekinumab darf nur bei PatientInnen verlängert werden, die auf die Therapie angesprochen haben.
3. Bei Erwachsenen mit schwergradigem aktiven Morbus Crohn bei Versagen, Unverträglichkeit oder Kontraindikation der konventionellen Therapien. Erstverordnung und engmaschige Kontrolle durch GastroenterologInnen. Keine Fortsetzung der Behandlung der PatientInnen, die innerhalb von 16 Behandlungswochen nach der intravenösen Induktionsdosis nicht klinisch ansprechen.
4. Bei Kindern und Jugendlichen ab 6 Jahren mit einem Körpergewicht von über 100 kg mit mittelschwerer bis schwerer chronischer Plaque-Psoriasis, die unzureichend auf andere systemische Therapien oder Phototherapien angesprochen oder diese nicht vertragen haben. Erstverordnung und engmaschige Kontrolle durch FachärztInnen mit Erfahrung in der Behandlung von Kindern und Jugendlichen mit Plaque-Psoriasis oder PädiaterInnen mit Spezialisierung in pädiatrischer Dermatologie oder durch Zentren, die berechtigt sind, solche auszubilden. Die Entscheidung über eine Behandlungsverlängerung nach 28 Wochen muss durch FachärztInnen mit Erfahrung in der Behandlung von Kindern und Jugendlichen mit Plaque-Psoriasis oder PädiaterInnen mit Spezialisierung in pädiatrischer Dermatologie oder durch Zentren, die berechtigt sind, solche auszubilden, erfolgen. Die Behandlung mit Ustekinumab darf nur bei PatientInnen verlängert werden, die auf die Therapie angesprochen haben.

Bezeichnung	T	OP	KVP in €
<b>RE2 Wezenla 90 mg Inj.Isg. Fertigspr.</b>			1.323,70
<p>1. Bei Erwachsenen mit einem Körpergewicht von über 100 kg mit mittelschwerer bis schwerer Plaque-Psoriasis bei Versagen, Unverträglichkeit oder Kontraindikation von systemischen Therapien einschließlich Ciclosporin, Methotrexat oder PUVA. Erstverordnung und engmaschige Kontrollen durch entsprechende Fachabteilung bzw. -ambulanz oder durch FachärztInnen mit Erfahrung in der Behandlung der mittelschweren bis schweren Plaque-Psoriasis. Die Entscheidung über eine Behandlungsverlängerung nach 28 Wochen muss durch die Fachabteilung bzw. -ambulanz oder durch FachärztInnen mit Erfahrung in der Behandlung der mittelschweren bis schweren Plaque-Psoriasis erfolgen. Die Behandlung mit Ustekinumab darf nur bei PatientInnen verlängert werden, die auf die Therapie angesprochen haben.</p> <p>2. Bei Erwachsenen mit einem Körpergewicht von über 100 kg mit aktiver und progressiver Psoriasis-Arthritis bei Versagen von mindestens einem DMARD (disease-modifying antirheumatic drug) wobei Methotrexat in ausreichender Dosierung und ausreichender Dauer verabreicht wurde. Erstverordnung und engmaschige Kontrolle durch RheumatologInnen oder durch Zentren, die berechtigt sind, solche auszubilden. Die Entscheidung über eine Behandlungsverlängerung nach 28 Wochen muss durch RheumatologInnen oder durch Zentren, die berechtigt sind, solche auszubilden, erfolgen. Die Behandlung mit Ustekinumab darf nur bei PatientInnen verlängert werden, die auf die Therapie angesprochen haben.</p> <p>3. Bei Erwachsenen mit schwergradigem aktiven Morbus Crohn bei Versagen, Unverträglichkeit oder Kontraindikation der konventionellen Therapien. Erstverordnung und engmaschige Kontrolle durch GastroenterologInnen. Keine Fortsetzung der Behandlung der PatientInnen, die innerhalb von 16 Behandlungswochen nach der intravenösen Induktionsdosis nicht klinisch ansprechen.</p> <p>4. Bei Kindern und Jugendlichen ab 6 Jahren mit einem Körpergewicht von über 100 kg mit mittelschwerer bis schwerer chronischer Plaque-Psoriasis, die unzureichend auf andere systemische Therapien oder Phototherapien angesprochen oder diese nicht vertragen haben. Erstverordnung und engmaschige Kontrolle durch FachärztInnen mit Erfahrung in der Behandlung von Kindern und Jugendlichen mit Plaque-Psoriasis oder PädiaterInnen mit Spezialisierung in pädiatrischer Dermatologie oder durch Zentren, die berechtigt sind, solche auszubilden. Die Entscheidung über eine Behandlungsverlängerung nach 28 Wochen muss durch FachärztInnen mit Erfahrung in der Behandlung von Kindern und Jugendlichen mit Plaque-Psoriasis oder PädiaterInnen mit Spezialisierung in pädiatrischer Dermatologie oder durch Zentren, die berechtigt sind, solche auszubilden, erfolgen. Die Behandlung mit Ustekinumab darf nur bei PatientInnen verlängert werden, die auf die Therapie angesprochen haben.</p>	1 St		

### Ustekinumab 0,13

<b>RE2 Pyzchiva 130 mg Konz. zur Herst. einer Inf.Isg.</b>			1.323,70
Zur Anbehandlung bei Erwachsenen mit mittelschwerem bis schwerem aktivem Morbus Crohn bei Versagen, Unverträglichkeit oder Kontraindikation der konventionellen Therapien. Erstverordnung und engmaschige Kontrollen durch GastroenterologInnen.	1 St		
<b>RE1 Stelara 130 mg Konz. zur Herst. einer Inf.Isg. <sup>(EM)</sup></b>			2.643,70
<p>1. Zur Anbehandlung bei schwergradigem aktivem 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>	1 St		
<b>RE2 Wezenla 130 mg Konz. zur Herst. einer Inf.Isg.</b>			1.323,70
Zur Anbehandlung bei Erwachsenen mit mittelschwerem bis schwerem aktivem Morbus Crohn bei Versagen, Unverträglichkeit oder Kontraindikation der konventionellen Therapien. Erstverordnung und engmaschige Kontrollen durch GastroenterologInnen.	1 St		

## L04AC07 Tocilizumab

**Tocilizumab 0,02/ml**

<b>RE1</b>	<b>RoActemra 20 mg/ml Konz. zur Herst. einer Inf.lsg.</b> 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	123,00
		80 mg/4 ml	
		1 St	267,25
		200 mg/10 ml	
		1 St	514,30
		400 mg/20 ml	
<b>RE2</b>	<b>Tyenne 20 mg/ml Konz. zur Herst. einer Inf.lsg. (P20)</b> Bei Erwachsenen mit mittelschwerer bis schwerer aktiver rheumatoider Arthritis bei Versagen von mindestens einem DMARD (disease-modifying anti-rheumatic drug), wobei Methotrexat in ausreichender Dosierung und ausreichender Dauer verabreicht worden sein muss. Um eine maximale Wirksamkeit zu gewährleisten, wird Tocilizumab in Kombination mit Methotrexat angewendet. Tocilizumab kann im Falle einer Unverträglichkeit von Methotrexat als Monotherapie angewendet werden. Erstverordnung und engmaschige Kontrolle durch RheumatologInnen oder durch Zentren, die berechtigt sind, solche auszubilden.  Bei Kindern ab 2 Jahren mit aktiver systemischer juveniler idiopathischer Arthritis oder mit polyartikulärer juveniler idiopathischer Arthritis (Rheumafaktor-positive [RF+] oder -negative [RF-] Polyarthritis und erweiterte Oligoarthritis) bei Versagen von mindestens einem DMARD (disease-modifying anti-rheumatic drug), wobei Methotrexat in ausreichender Dosierung und ausreichender Dauer verabreicht worden sein muss. Um eine maximale Wirksamkeit zu gewährleisten, wird Tocilizumab in Kombination mit Methotrexat angewendet. Tocilizumab kann im Falle einer Unverträglichkeit von Methotrexat als Monotherapie angewendet werden. Erstverordnung und engmaschige Kontrolle durch RheumatologInnen mit Erfahrung in der Behandlung von Kindern und Jugendlichen mit juveniler idiopathischer Arthritis oder PädiaterInnen mit Spezialisierung in pädiatrischer Rheumatologie oder durch Zentren, die berechtigt sind, solche auszubilden.	4 ml	111,40
		10 ml	236,70
		20 ml	458,30

**Tocilizumab 0,162**

<b>RE1</b>	<b>RoActemra 162 mg Inj.lsg. Fertigspr.</b> Mittelschwere bis schwere aktive rheumatoide Arthritis erwachsener PatientInnen ab 18 Jahren nach Versagen von mindestens einem DMARD (disease-modifying anti-rheumatic drug), wobei Methotrexat in ausreichender Dosierung und ausreichender Dauer verabreicht worden sein muss. Um eine maximale Wirksamkeit zu gewährleisten, wird Tocilizumab in Kombination mit Methotrexat angewendet. Tocilizumab kann, im Falle einer Unverträglichkeit von Methotrexat, als Monotherapie angewendet werden. Erstverordnung und engmaschige Kontrolle durch einen Facharzt/eine Fachärztin mit Additivfach Rheumatologie oder durch Zentren, die berechtigt sind, solche auszubilden.	4 St	712,70
------------	---	------	--------



<b>RE2</b>	<b>Tyenne 162 mg Inj.lsg. Fertigpen (PM)</b> Bei Erwachsenen mit <ul style="list-style-type: none"> <li>- mittelschwerer bis schwerer aktiver rheumatoider Arthritis bei Versagen von mindestens einem DMARD (disease-modifying anti-rheumatic drug), wobei Methotrexat in ausreichender Dosierung und ausreichender Dauer verabreicht worden sein muss. Um eine maximale Wirksamkeit zu gewährleisten, wird Tocilizumab in Kombination mit Methotrexat angewendet. Tocilizumab kann im Falle einer Unverträglichkeit von Methotrexat als Monotherapie angewendet werden.</li> <li>- Riesenzellarteriitis in Kombination mit einer Ausschleithherapie der Glucocorticoide. Tocilizumab kann nach Absetzen der Glucocorticoide als Monotherapie angewendet werden. Eine Monotherapie mit Tocilizumab sollte nicht zur Behandlung akuter Rezidive angewendet werden. Die maximale Therapiedauer beträgt 52 Wochen. Erstverordnung und engmaschige Kontrolle durch RheumatologInnen oder durch Zentren, die berechtigt sind, solche auszubilden.</li> </ul> Bei Jugendlichen ab 12 Jahren mit aktiver systemischer juveniler idiopathischer Arthritis oder mit polyartikulärer juveniler idiopathischer Arthritis (Rheumafaktor-positive [RF+] oder -negative [RF-] Polyarthritis und erweiterte Oligoarthritis) bei Versagen von mindestens einem DMARD (disease-modifying anti-rheumatic drug), wobei Methotrexat in ausreichender Dosierung und ausreichender Dauer verabreicht worden sein muss. Um eine maximale Wirksamkeit zu gewährleisten, wird Tocilizumab in Kombination mit Methotrexat angewendet. Tocilizumab kann im Falle einer Unverträglichkeit von Methotrexat als Monotherapie angewendet werden. Erstverordnung und engmaschige Kontrolle durch RheumatologInnen mit Erfahrung in der Behandlung von Kindern und Jugendlichen mit juveniler idiopathischer Arthritis oder PädiaterInnen mit Spezialisierung in pädiatrischer Rheumatologie oder durch Zentren, die berechtigt sind, solche auszubilden.	4 St	634,05
<b>RE2</b>	<b>Tyenne 162 mg Inj.lsg. Fertigspr. (PM)</b> Bei Erwachsenen mit <ul style="list-style-type: none"> <li>- mittelschwerer bis schwerer aktiver rheumatoider Arthritis bei Versagen von mindestens einem DMARD (disease-modifying anti-rheumatic drug), wobei Methotrexat in ausreichender Dosierung und ausreichender Dauer verabreicht worden sein muss. Um eine maximale Wirksamkeit zu gewährleisten, wird Tocilizumab in Kombination mit Methotrexat angewendet. Tocilizumab kann im Falle einer Unverträglichkeit von Methotrexat als Monotherapie angewendet werden.</li> <li>- Riesenzellarteriitis in Kombination mit einer Ausschleithherapie der Glucocorticoide. Tocilizumab kann nach Absetzen der Glucocorticoide als Monotherapie angewendet werden. Eine Monotherapie mit Tocilizumab sollte nicht zur Behandlung akuter Rezidive angewendet werden. Die maximale Therapiedauer beträgt 52 Wochen. Erstverordnung und engmaschige Kontrolle durch RheumatologInnen oder durch Zentren, die berechtigt sind, solche auszubilden.</li> </ul> Bei Kindern ab 1 Jahr mit aktiver systemischer juveniler idiopathischer Arthritis oder ab 2 Jahren mit polyartikulärer juveniler idiopathischer Arthritis (Rheumafaktor-positive [RF+] oder -negative [RF-] Polyarthritis und erweiterte Oligoarthritis) bei Versagen von mindestens einem DMARD (disease-modifying anti-rheumatic drug), wobei Methotrexat in ausreichender Dosierung und ausreichender Dauer verabreicht worden sein muss. Um eine maximale Wirksamkeit zu gewährleisten, wird Tocilizumab in Kombination mit Methotrexat angewendet. Tocilizumab kann im Falle einer Unverträglichkeit von Methotrexat als Monotherapie angewendet werden. Erstverordnung und engmaschige Kontrolle durch RheumatologInnen mit Erfahrung in der Behandlung von Kindern und Jugendlichen mit juveniler idiopathischer Arthritis oder PädiaterInnen mit Spezialisierung in pädiatrischer Rheumatologie oder durch Zentren, die berechtigt sind, solche auszubilden.	4 St	634,05

**L04AC08 Canakinumab****Canakinumab 0,15**

<b>RE1</b>	<b>Ilaris 150 mg/ml Inj.lsg.</b> 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**

<b>RE1</b>	<b>Cosentyx 150 mg Inj.lsg. Fertipgen</b>	1 St	553,50
L3	1. Mittelschwere bis schwere Plaque-Psoriasis erwachsener PatientInnen bei Versagen, Unverträglichkeit oder Kontraindikation von systemischen Therapien einschließlich Ciclosporin, Methotrexat oder PUVA. Erstverordnung und engmaschige Kontrollen durch entsprechende Fachabteilung bzw. -ambulanz oder durch einen Facharzt/eine Fachärztin mit Erfahrung in der Behandlung der mittelschweren bis schweren Plaque-Psoriasis. 2. Aktive und progressive Psoriasis-Arthritis erwachsener PatientInnen bei Versagen von mindestens einem DMARD (disease-modifying anti-rheumatic drug), wobei Methotrexat in ausreichender Dosierung und ausreichender Dauer verabreicht worden sein muss. Erstverordnung und engmaschige Kontrollen durch einen Facharzt/eine Fachärztin mit Additivfach Rheumatologie oder durch Zentren, die berechtigt sind, solche auszubilden. 3. Schwere aktive ankylosierende Spondylitis (AS, Morbus Bechterew) erwachsener PatientInnen mit schwerer Wirbelsäulensymptomatik und erhöhten Entzündungsparametern bei Versagen konventioneller Therapiemöglichkeiten. Erstverordnung und engmaschige Kontrollen durch einen Facharzt/eine Fachärztin mit Additivfach Rheumatologie oder durch Zentren, die berechtigt sind, solche auszubilden. Keine Fortsetzung der Behandlung von PatientInnen, die innerhalb von 16 Behandlungswochen nicht klinisch ansprechen. Secukinumab eignet sich für eine chef(kontroll)ärztliche Langzeitbewilligung für 3 Monate (L3).	2 St	1.082,35

Bezeichnung		T	OP	KVP in €
<b>RE1</b>	<b>Cosentyx 150 mg Inj.lsg. Fertigspr.</b>		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 cheff(kontroll)ärztliche Langzeitbewilligung für 3 Monate (L3).</p>		2 St	1.082,35

### L04AC12 Brodalumab

#### Brodalumab 0,21

<b>RE1</b>	<b>Kyntheum 210 mg Inj.lsg. Fertigspr. <sup>PM</sup></b>		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 12-16 Behandlungswochen nicht klinisch ansprechen.</p>			

### L04AC13 Ixekizumab

#### Ixekizumab 0,08

<b>RE1</b>	<b>Taltz 80 mg Inj.lsg. Fertigpen</b>		1 St	981,60
	<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 16-20 Behandlungswochen nicht klinisch ansprechen.</p>			
<b>RE1</b>	<b>Taltz 80 mg Inj.lsg. Fertigspr.</b>		1 St	981,60
	<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 16-20 Behandlungswochen nicht klinisch ansprechen.</p>			

**L04AC16 Guselkumab****Guselkumab 0,1**

<b>RE1</b>	<b>Tremfya 100 mg Inj.lsg. Fertigipen</b> <sup>(PM)</sup>	1 St	1.848,05
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. 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).		
<b>RE1</b>	<b>Tremfya 100 mg Inj.lsg. Fertigspr.</b> <sup>(PM)</sup>	1 St	1.848,05
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. 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).		

**L04AC17 Tildrakizumab****Tildrakizumab 0,1**

<b>RE1</b>	<b>Ilumetri 100 mg Inj.lsg. Fertigipen</b> <sup>(PM)</sup>	1 St	2.680,70
	Bei Erwachsenen mit mittelschwerer bis schwerer Plaque-Psoriasis bei Versagen, Unverträglichkeit oder Kontraindikation von systemischen Therapien einschließlich Ciclosporin, Methotrexat oder PUVA. Erstverordnung und engmaschige Kontrollen durch entsprechende Fachabteilung bzw. -ambulanz oder durch FachärztInnen mit Erfahrung in der Behandlung der mittelschweren bis schweren Plaque-Psoriasis. Die Behandlung mit Tildrakizumab darf nur bei PatientInnen verlängert werden, die innerhalb von 28 Behandlungswochen auf die Therapie ansprechen.		
<b>RE1</b>	<b>Ilumetri 100 mg Inj.lsg. Fertigspr.</b> <sup>(PM)</sup>	1 St	2.680,70
	Bei Erwachsenen mit mittelschwerer bis schwerer Plaque-Psoriasis bei Versagen, Unverträglichkeit oder Kontraindikation von systemischen Therapien einschließlich Ciclosporin, Methotrexat oder PUVA. Erstverordnung und engmaschige Kontrollen durch entsprechende Fachabteilung bzw. -ambulanz oder durch FachärztInnen mit Erfahrung in der Behandlung der mittelschweren bis schweren Plaque-Psoriasis. Die Behandlung mit Tildrakizumab darf nur bei PatientInnen verlängert werden, die innerhalb von 28 Behandlungswochen auf die Therapie ansprechen.		

**Tildrakizumab 0,2**

<b>RE1</b>	<b>Ilumetri 200 mg Inj.lsg. Fertigspr. (PM)</b> Bei Erwachsenen mit mittelschwerer bis schwerer Plaque-Psoriasis mit einem Körpergewicht von über 90 kg oder hoher Krankheitslast bei Versagen, Unverträglichkeit oder Kontraindikation von systemischen Therapien einschließlich Ciclosporin, Methotrexat oder PUVA. Dabei ist zu berücksichtigen, dass bei diesen PatientInnen sich auch 100 mg Tildrakizumab als wirksam erwiesen haben. Erstverordnung und engmaschige Kontrollen durch entsprechende Fachabteilung bzw. -ambulanz oder durch FachärztInnen mit Erfahrung in der Behandlung der mittelschweren bis schweren Plaque-Psoriasis. Die Behandlung mit Tildrakizumab darf nur bei PatientInnen verlängert werden, die innerhalb von 26 Behandlungswochen auf die Therapie ansprechen.	1 St	2.680,70
------------	--	------	----------

**L04AC18 Risankizumab****Risankizumab 0,15**

<b>RE1</b>	<b>Skyrizi 150 mg Inj.lsg. Fertigipen (PM)</b> - 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
<b>RE1</b>	<b>Skyrizi 150 mg Inj.lsg. Fertigspr. (PM)</b> - Bei Erwachsenen mit mittelschwerer bis schwerer Plaque-Psoriasis bei Versagen, Unverträglichkeit oder Kontraindikation von systemischen Therapien einschließlich Ciclosporin, Methotrexat oder PUVA. Erstverordnung und engmaschige Kontrollen durch entsprechende Fachabteilung bzw. -ambulanz oder durch FachärztInnen mit Erfahrung in der Behandlung der mittelschweren bis schweren Plaque-Psoriasis. Keine Fortsetzung der Behandlung von PatientInnen, die innerhalb von 16 Behandlungswochen nicht klinisch ansprechen. - Bei Erwachsenen mit aktiver und progressiver Psoriasis-Arthritis bei Versagen von mindestens einem DMARD (disease-modifying anti-rheumatic drug), wobei Methotrexat in ausreichender Dosierung und ausreichender Dauer verabreicht wurde. Erstverordnung und engmaschige Kontrolle durch RheumatologInnen oder durch Zentren, die berechtigt sind, solche auszubilden. Keine Fortsetzung der Behandlung von PatientInnen, die innerhalb von 24 Behandlungswochen nicht klinisch ansprechen.	1 St	2.933,85

**Risankizumab 0,36**

<b>RE1</b>	<b>Skyrizi 360 mg Inj.lsg. Patrone (PM)</b> Bei Erwachsenen mit mittelschwerem bis schwerem aktivem Morbus Crohn bei Versagen, Unverträglichkeit oder Kontraindikation der konventionellen Therapien. Erstverordnung und engmaschige Kontrollen durch GastroenterologInnen. Die Behandlung mit Risankizumab darf nur bei PatientInnen fortgeführt werden, die innerhalb von 24 Behandlungswochen (dies umfasst eine intravenöse Verabreichung zu Woche 0, 4 und 8 mit der 600 mg-Stärke sowie eine subkutane Verabreichung zu Woche 12 und 20) klinisch ansprechen.	1 St	2.644,00
------------	--	------	----------

**Risankizumab 0,6**

<b>RE1</b>	<b>Skyrizi 600 mg Konz. zur Herst. einer Inf.lsg. (PM)</b> Zur Anbehandlung bei Erwachsenen mit mittelschwerem bis schwerem aktivem Morbus Crohn bei Versagen, Unverträglichkeit oder Kontraindikation der konventionellen Therapien. Erstverordnung und engmaschige Kontrollen durch GastroenterologInnen.	1 St	2.644,00
------------	---	------	----------

**L04AC21 Bimekizumab****Bimekizumab 0,16**

<b>RE1</b>	<b>Bimzelx 160 mg Inj.lsg. Fertigpen <sup>PM</sup></b>		1 St	1.115,60
L3	Bei Erwachsenen mit 1. aktiver und progressiver Psoriasis-Arthritis bei Versagen von mindestens einem DMARD (disease-modifying anti-rheumatic drug), wobei Methotrexat in ausreichender Dosierung und ausreichender Dauer verabreicht wurde. 2. schwerer aktiver ankylosierender Spondylitis (AS, Morbus Bechterew) mit schwerer Wirbelsäulensymptomatik und erhöhten Entzündungsparametern bei Versagen konventioneller Therapiemöglichkeiten. 3. schwerer aktiver axialer Spondyloarthritis ohne Röntgennachweis einer AS mit schwerer Wirbelsäulensymptomatik und mit objektiven Anzeichen einer Entzündung nachgewiesen durch erhöhtes CRP und MRT, bei Versagen konventioneller Therapiemöglichkeiten, inklusive unzureichendem Ansprechen auf mindestens zwei NSAR (nichtsteroidale Antirheumatika) in maximaler Dosierung und ausreichender Dauer.  Erstverordnung und engmaschige Kontrolle durch RheumatologInnen oder durch Zentren, die berechtigt sind, solche auszubilden. Die Behandlung mit Bimekizumab darf nur bei PatientInnen verlängert werden, die innerhalb von 16 Behandlungswochen auf die Therapie ansprechen. Bimekizumab eignet sich für eine chef(kontroll)ärztliche Langzeitbewilligung für 3 Monate (L3).			
<b>RE1</b>	<b>Bimzelx 160 mg Inj.lsg. Fertigpen <sup>PM</sup></b>		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).			
<b>RE1</b>	<b>Bimzelx 160 mg Inj.lsg. Fertigspr. <sup>PM</sup></b>		1 St	1.115,60
L3	Bei Erwachsenen mit 1. aktiver und progressiver Psoriasis-Arthritis bei Versagen von mindestens einem DMARD (disease-modifying anti-rheumatic drug), wobei Methotrexat in ausreichender Dosierung und ausreichender Dauer verabreicht wurde. 2. schwerer aktiver ankylosierender Spondylitis (AS, Morbus Bechterew) mit schwerer Wirbelsäulensymptomatik und erhöhten Entzündungsparametern bei Versagen konventioneller Therapiemöglichkeiten. 3. schwerer aktiver axialer Spondyloarthritis ohne Röntgennachweis einer AS mit schwerer Wirbelsäulensymptomatik und mit objektiven Anzeichen einer Entzündung nachgewiesen durch erhöhtes CRP und MRT, bei Versagen konventioneller Therapiemöglichkeiten, inklusive unzureichendem Ansprechen auf mindestens zwei NSAR (nichtsteroidale Antirheumatika) in maximaler Dosierung und ausreichender Dauer.  Erstverordnung und engmaschige Kontrolle durch RheumatologInnen oder durch Zentren, die berechtigt sind, solche auszubilden. Die Behandlung mit Bimekizumab darf nur bei PatientInnen verlängert werden, die innerhalb von 16 Behandlungswochen auf die Therapie ansprechen. Bimekizumab eignet sich für eine chef(kontroll)ärztliche Langzeitbewilligung für 3 Monate (L3).			
<b>RE1</b>	<b>Bimzelx 160 mg Inj.lsg. Fertigspr. <sup>PM</sup></b>		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).			

**L04AC24 Mirikizumab****Mirikizumab 0,1**

<b>RE1</b>	<b>Omvoth 100 mg Inj.Isg. Fertigpen (EM)</b>	2 St	1.215,35
L6	Bei Erwachsenen mit mittelschwerer bis schwerer aktiver Colitis ulcerosa bei Versagen, Unverträglichkeit oder Kontraindikation konventioneller Therapien zur Erhaltungstherapie, wenn im Rahmen der Anbehandlung innerhalb von 12-24 Behandlungswochen oder im Rahmen einer Reinduktionstherapie über 12 Wochen mit der 300 mg-Wirkstoffstärke ein klinisches Ansprechen erzielt wurde. Erstverordnung und engmaschige Kontrolle durch GastroenterologInnen. Mirikizumab eignet sich für eine chef(kontroll)ärztliche Langzeitbewilligung für sechs Monate (L6).		

**Mirikizumab 0,3**

<b>RE1</b>	<b>Omvoth 300 mg Konz. zur Herst. einer Inf.Isg. (EM)</b>	1 St	1.215,35
L3	Zur Anbehandlung über 12-24 Wochen bei Erwachsenen mit mittelschwerer bis schwerer aktiver Colitis ulcerosa bei Versagen, Unverträglichkeit oder Kontraindikation konventioneller Therapien. Zur Reinduktionstherapie über 12 Wochen bei PatientInnen, die unter der Erhaltungstherapie das therapeutische Ansprechen verloren haben. Erstverordnung und engmaschige Kontrolle durch GastroenterologInnen. Mirikizumab eignet sich für eine chef(kontroll)ärztliche Langzeitbewilligung für drei Monate (L3).		

**L04AD Calcineurin-Inhibitoren****L04AD03 Voclosporin****Voclosporin 0,0079**

<b>RE1</b>	<b>Lupkynis 7,9 mg Weichkaps. (EM)</b>	180 St	737,95
L6	Bei Erwachsenen mit aktiver Lupus-Nephritis (LN) der Klassen III, IV oder V (einschließlich gemischter Klassen III/IV 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).		

**L04AE Sphingosin-1-Phosphat (S1P)-Rezeptor-Modulatoren****L04AE01 Fingolimod****Fingolimod 0,0005**

<b>RE1</b>	<b>Fingolimod "neuraxpharm" 0,5 mg Hartkaps.</b>	7 St	121,45
	Als Monotherapie bei Erwachsenen mit - hochaktiver, schubförmig remittierend verlaufender Multipler Sklerose (MS), die trotz eines vollständigen und angemessenen Zyklus einer krankheitsmodifizierenden Therapie (DMT) (Mindesttherapiedauer ein Jahr) weiterhin eine hohe Krankheitsaktivität aufweisen (mindestens ein Schub während der Therapie im vorangegangenen Jahr und mindestens neun T2-hyperintense Läsionen in der kranialen MRT oder mindestens eine Gadolinium anreichernde Läsion). - rasch fortschreitender schwerer schubförmig remittierend verlaufender MS, definiert durch zwei oder mehr Schübe mit Behinderungsprogression in einem Jahr und mit einer oder mehreren Gadolinium anreichernden Läsionen in der kranialen MRT oder mit einer signifikanten Erhöhung der T2-Läsionen im Vergleich zu einer früheren in jüngerer Zeit angefertigten MRT. Diagnosestellung, Verordnung, Einstellung, Therapiekontrolle und Dokumentation durch ein MS-Zentrum. PatientInnen, die mit Fingolimod behandelt werden, sind vor Therapiebeginn in das dafür vorgesehene Register der ÖGN aufzunehmen.		

Bezeichnung		T	OP	KVP in €
RE1 L6	<b>Fingolimod "neuraxpharm" 0,5 mg Hartkaps.</b> Als Monotherapie bei Erwachsenen mit <ul style="list-style-type: none"> <li>- 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).</li> <li>- 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.</li> </ul> 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		402,90
RE1	<b>Fingolimod "ratiopharm" 0,5 mg Hartkaps.</b> Als Monotherapie bei Erwachsenen mit <ul style="list-style-type: none"> <li>- 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).</li> <li>- 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.</li> </ul> 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.	7 St		144,05
RE1 L6	<b>Fingolimod "ratiopharm" 0,5 mg Hartkaps.</b> Als Monotherapie bei Erwachsenen mit <ul style="list-style-type: none"> <li>- 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).</li> <li>- 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.</li> </ul> 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).	30 St		532,00



Bezeichnung		T	OP	KVP in €
RE1	<b>Fingolimod "Zentiva" 0,5 mg Hartkaps.</b> Als Monotherapie bei Erwachsenen mit <ul style="list-style-type: none"> <li>- 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).</li> <li>- 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.</li> </ul> Diagnosestellung, Verordnung, Einstellung, Therapiekontrolle und Dokumentation durch ein MS-Zentrum. PatientInnen, die mit Fingolimod behandelt werden, sind vor Therapiebeginn in das dafür vorgesehene Register der ÖGN aufzunehmen.		7 St	144,05
RE1 L6	<b>Fingolimod "Zentiva" 0,5 mg Hartkaps.</b> Als Monotherapie bei Erwachsenen mit <ul style="list-style-type: none"> <li>- 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).</li> <li>- 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.</li> </ul> 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).		28 St	485,90
RE1	<b>Gilenya 0,5 mg Hartkaps.</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- 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.</li> <li>- Die Indikationsstellung und Überwachung der Therapie mit Fingolimod sowie eine entsprechende Anamnese müssen durch in der Diagnosestellung und Behandlung von neurologischen Erkrankungen erfahrene SpezialistInnen (FachärztInnen) in von der Österreichischen Gesellschaft für Neurologie (ÖGN) approbierten Zentren erfolgen.</li> <li>- 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.</li> <li>- PatientInnen, die mit Fingolimod behandelt werden, sind vor Therapiebeginn in das dafür vorgesehene Register der ÖGN aufzunehmen.</li> <li>- 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.</li> </ul>		7 St 28 St	292,00 1.052,85

**L04AE02 Ozanimod****Ozanimod 0,00023 (4 Hartkaps.); Ozanimod 0,00046 (3 Hartkaps.)**

<b>RE1</b>	<b>Zeposia 0,23 mg, 0,46 mg Hartkaps. Starterpackung (PM)</b>	7 St	322,80
	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Bei erwachsenen PatientInnen mit schubförmig remittierender Multipler Sklerose (RRMS) mit aktiver Erkrankung</li> <li>- Kriterien bei Ersteinstellung: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Mindestens ein Schub innerhalb des letzten Jahres oder mindestens eine Gadolinium aufnehmende Läsion in einer rezenten Kernspintomographie und</li> <li>• EDSS kleiner/gleich 5,0</li> </ul> </li> <li>- Diagnosestellung, Verordnung, Einstellung, Therapiekontrolle und Dokumentation durch ein MS-Zentrum.</li> <li>- PatientInnen, die mit Ozanimod behandelt werden, sind vor Therapiebeginn in das dafür vorgesehene Register der ÖGN aufzunehmen.</li> </ul>		

**Ozanimod 0,00092**

<b>RE1</b>	<b>Zeposia 0,92 mg Hartkaps. (PM)</b>	28 St	1.207,55
<b>L6</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Bei erwachsenen PatientInnen mit schubförmig remittierender Multipler Sklerose (RRMS) mit aktiver Erkrankung</li> <li>- Kriterien bei Ersteinstellung: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Mindestens ein Schub innerhalb des letzten Jahres oder mindestens eine Gadolinium aufnehmende Läsion in einer rezenten Kernspintomographie und</li> <li>• EDSS kleiner/gleich 5,0</li> </ul> </li> <li>- Diagnosestellung, Verordnung, Einstellung, Therapiekontrolle und Dokumentation durch ein MS-Zentrum.</li> <li>- PatientInnen, die mit Ozanimod behandelt werden, sind vor Therapiebeginn in das dafür vorgesehene Register der ÖGN aufzunehmen.</li> <li>- Ozanimod eignet sich für eine chef(kontroll)ärztliche Langzeitbewilligung für 6 Monate (L6).</li> </ul>		

**L04AE03 Siponimod****Siponimod 0,00025**

<b>RE1</b>	<b>Mayzent 0,25 mg Filmtabl. (CM)</b>	12 St	175,05
<b>L6</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Bei erwachsenen PatientInnen mit sekundär progredienter Multipler Sklerose (SPMS) mit Krankheitsaktivität.</li> <li>- Kriterien bei Ersteinstellung: <ul style="list-style-type: none"> <li>- Nachweis der Krankheitsaktivität: klinische Schübe oder in einem rezenten (nicht älter als 3 Monate) MRT kontrastmittelaufnehmende T1-Läsion(en) und/oder</li> <li>- Zunahme/Vergrößerung von T2-Läsionen gegenüber einer früheren MRT-Untersuchung und</li> <li>- EDSS 3 - 6.5.</li> </ul> </li> <li>- Vor Beginn der Behandlung mit Siponimod muss der individuelle CYP2C9-Metabolisierungsstatus mittels Genotypisierung bestimmt werden, aus dem die Dosisempfehlung oder eine Kontraindikation resultiert.</li> <li>- Diagnosestellung, Verordnung, Einstellung, regelmäßige Therapiekontrolle und Dokumentation durch ein MS-Zentrum.</li> <li>- PatientInnen, die mit Siponimod behandelt werden, sind vor Therapiebeginn in das dafür vorgesehene Register der ÖGN aufzunehmen.</li> <li>- Siponimod eignet sich für eine chef(kontroll)ärztliche Langzeitbewilligung für 6 Monate (L6).</li> </ul>	120 St	1.548,65

**Siponimod 0,002**

<b>RE1</b>	<b>Mayzent 2 mg Filmtabl. (PM)</b>	28 St	1.447,05
L6	<p>Bei erwachsenen PatientInnen mit sekundär progredienter Multipler Sklerose (SPMS) mit Krankheitsaktivität.</p> <p>Kriterien bei Ersteinstellung:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Nachweis der Krankheitsaktivität: klinische Schübe oder in einem rezenten (nicht älter als 3 Monate) MRT kontrastmittelaufnehmende T1-Läsion(en) und/oder</li> <li>- Zunahme/Vergrößerung von T2-Läsionen gegenüber einer früheren MRT-Untersuchung und</li> <li>- EDSS 3 - 6,5.</li> </ul> <p>Vor Beginn der Behandlung mit Siponimod muss der individuelle CYP2C9-Metabolisierungsstatus mittels Genotypisierung bestimmt werden, aus dem die Dosisempfehlung oder eine Kontraindikation resultiert.</p> <p>Diagnosestellung, Verordnung, Einstellung, regelmäßige Therapiekontrolle und Dokumentation durch ein MS-Zentrum.</p> <p>PatientInnen, die mit Siponimod behandelt werden, sind vor Therapiebeginn in das dafür vorgesehene Register der ÖGN aufzunehmen.</p> <p>Siponimod eignet sich für eine chef(kontroll)ärztliche Langzeitbewilligung für 6 Monate (L6).</p>		

**L04AE04 Ponesimod**

**Ponesimod 0,002 (2 Filmtabl.); Ponesimod 0,003 (2 Filmtabl.); Ponesimod 0,004 (2 Filmtabl.); Ponesimod 0,005 (1 Filmtabl.); Ponesimod 0,006 (1 Filmtabl.); Ponesimod 0,007 (1 Filmtabl.); Ponesimod 0,008 (1 Filmtabl.); Ponesimod 0,009 (1 Filmtabl.); Ponesimod 0,01 (3 Filmtabl.)**

<b>RE1</b>	<b>Ponvory 2 mg, 3 mg, 4 mg, 5 mg, 6 mg, 7 mg, 8 mg, 9 mg, 10 mg Filmtabl. Starterpackung (PM)</b>	14 St	406,75
L6	<p>Bei erwachsenen PatientInnen mit schubförmiger Multipler Sklerose (RMS) mit aktiver Erkrankung:</p> <p>Kriterien bei Ersteinstellung:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Mindestens ein Schub innerhalb des letzten Jahres oder mindestens eine Gadolinium aufnehmende Läsion in einer rezenten Kernspintomographie und</li> <li>- EDSS kleiner/gleich 5,5</li> </ul> <p>Diagnosestellung, Verordnung, Einstellung, Therapiekontrolle und Dokumentation durch ein MS-Zentrum.</p> <p>PatientInnen, die mit Ponesimod behandelt werden, sind vor Therapiebeginn in das dafür vorgesehene Register der ÖGN aufzunehmen.</p>		

**Ponesimod 0,02**

<b>RE1</b>	<b>Ponvory 20 mg Filmtabl. (PM)</b>	28 St	903,05
L6	<p>Bei erwachsenen PatientInnen mit schubförmiger Multipler Sklerose (RMS) mit aktiver Erkrankung:</p> <p>Kriterien bei Ersteinstellung:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Mindestens ein Schub innerhalb des letzten Jahres oder mindestens eine Gadolinium aufnehmende Läsion in einer rezenten Kernspintomographie und</li> <li>- EDSS kleiner/gleich 5,5</li> </ul> <p>Diagnosestellung, Verordnung, Einstellung, Therapiekontrolle und Dokumentation durch ein MS-Zentrum.</p> <p>PatientInnen, die mit Ponesimod behandelt werden, sind vor Therapiebeginn in das dafür vorgesehene Register der ÖGN aufzunehmen.</p> <p>Ponesimod eignet sich für eine chef(kontroll)ärztliche Langzeitbewilligung für 6 Monate (L6).</p>		

**L04AE05 Etrasimod****Etrasimod 0,002**

<b>RE1</b>	<b>Velsipity 2 mg Filmtabl. (PM)</b>	28 St	907,80
L6	<p>Bei PatientInnen ab 16 Jahren mit mittelschwerer bis schwerer aktiver Colitis ulcerosa bei Versagen, Unverträglichkeit oder Kontraindikation konventioneller Therapien.</p> <p>Erstverordnung und engmaschige Kontrolle durch GastroenterologInnen.</p> <p>Die Behandlung mit Etrasimod darf nur bei PatientInnen verlängert werden, die innerhalb von 12 Behandlungswochen auf die Therapie ansprechen.</p>		

## L04AF Januskinase (JAK)-Inhibitoren L04AF01 Tofacitinib

### Tofacitinib 0,005

<b>RE2</b>	<b>Xeljanz 5 mg Filmtabl. (PM)</b>	56 St	712,80
	<p>Bei Erwachsenen mit</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- 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.</li> <li>- 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.</li> <li>- 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.</li> <li>- mittelschwerer bis schwerer aktiver Colitis ulcerosa bei Versagen, Unverträglichkeit oder Kontraindikation der konventionellen Therapien. Erstverordnung und engmaschige Kontrollen durch GastroenterologInnen.</li> </ul> <p>Die Therapie mit Tofacitinib darf nur bei PatientInnen fortgeführt werden, die innerhalb von 8-16 Behandlungswochen auf die Therapie klinisch ansprechen.</p> <p>Bei Kindern ab 2 Jahren mit einem Körpergewicht größer/gleich 40 kg mit aktiver polyartikulärer juveniler idiopathischer Arthritis (Rheumafaktor-positive [RF+] oder -negative [RF-] Polyarthritis und erweiterte Oligoarthritis) oder juveniler Psoriasis-Arthritis, bei Versagen von mindestens einem DMARD (disease-modifying anti-rheumatic drug) wobei Methotrexat in ausreichender Dosierung und ausreichender Dauer verabreicht worden sein muss. Um eine maximale Wirksamkeit zu gewährleisten, wird Tofacitinib in Kombination mit Methotrexat angewendet. Tofacitinib kann im Falle einer Unverträglichkeit von Methotrexat als Monotherapie angewendet werden. Erstverordnung und engmaschige Kontrolle durch RheumatologInnen mit Erfahrung in der Behandlung von Kindern und Jugendlichen mit juveniler idiopathischer Arthritis oder PädiaterInnen mit Spezialisierung in pädiatrischer Rheumatologie oder durch Zentren, die berechtigt sind, solche auszubilden.</p> <p>Die Therapie mit Tofacitinib darf nur bei PatientInnen fortgeführt werden, die innerhalb von 18 Behandlungswochen auf die Therapie klinisch ansprechen.</p>		

### Tofacitinib 0,01

<b>RE2</b>	<b>Xeljanz 10 mg Filmtabl. (PM)</b>	56 St	1.345,45
	<p>Mittelschwere bis schwere aktive Colitis ulcerosa bei Erwachsenen bei Versagen, Unverträglichkeit oder Kontraindikation der konventionellen Therapien. Erstverordnung und engmaschige Kontrollen durch einen Facharzt/eine Fachärztin mit Additivfach für Gastroenterologie. Keine Fortsetzung der Behandlung der PatientInnen, die innerhalb von 8-16 Behandlungswochen nicht klinisch ansprechen.</p>		

**Tofacitinib 0,011**

RE2	Xeljanz 11 mg Retardtabl. <sup>(EM)</sup>	28 St	712,80
	<p>Bei Erwachsenen mit</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- 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.</li> <li>- 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.</li> <li>- schwerer aktiver ankylosierender Spondylitis (AS, Morbus Bechterew) mit schwerer Wirbelsäulensymptomatik und erhöhten Entzündungsparametern bei Versagen konventioneller Therapiemöglichkeiten.</li> </ul> <p>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.</p>		

**L04AF02 Baricitinib****Baricitinib 0,002**

RE2	Olumiant 2 mg Filmtabl. <sup>(EM)</sup>	14 St 28 St	381,60 738,55
	<ul style="list-style-type: none"> <li>- 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.</li> <li>- Bei Erwachsenen mit schwerer atopischer Dermatitis mit persistierendem Ekzem nach Ausschöpfung intensiver Lokalthherapie.</li> </ul> <p>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. 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.</p>		

**Baricitinib 0,004**

RE2	Olumiant 4 mg Filmtabl. <sup>(EM)</sup>	14 St 28 St	381,60 738,55
	<ul style="list-style-type: none"> <li>- 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.</li> <li>- Bei Erwachsenen mit schwerer atopischer Dermatitis mit persistierendem Ekzem nach Ausschöpfung intensiver Lokalthherapie.</li> </ul> <p>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. 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.</p>		

**L04AF03 Upadacitinib****Upadacitinib 0,015**

RE2	Rinvoq 15 mg Retardtbl. (PM)	28 St	738,55
	<p>1. Bei Erwachsenen mit</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- 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.</li> <li>- 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.</li> <li>- schwerer aktiver ankylosierender Spondylitis (AS, Morbus Bechterew) mit schwerer Wirbelsäulensymptomatik und erhöhten Entzündungsparametern bei Versagen konventioneller Therapiemöglichkeiten.</li> <li>- 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.</li> </ul> <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 aktivem Morbus Crohn bei Versagen, Unverträglichkeit oder Kontraindikation der konventionellen Therapien, wenn im Rahmen der Anbehandlung mit der 45 mg-Wirkstoffstärke innerhalb von 12 Behandlungswochen ein klinisches Ansprechen erzielt wurde. Erstverordnung und engmaschige Kontrollen durch GastroenterologInnen. Die Behandlung mit Upadacitinib darf nur bei PatientInnen fortgeführt werden, die auf die Erhaltungstherapie klinisch ansprechen.</p>		

**Upadacitinib 0,03**

RE2	Rinvoq 30 mg Retardtabl. (CM)	28 St	1.216,90
1.	Bei Erwachsenen bis 65 Jahre mit schwerer atopischer Dermatitis mit persistierendem Ekzem nach Ausschöpfung intensiver Lokalthherapie - wenn mit der 15 mg-Wirkstoffstärke nach 12-16 Wochen kein ausreichendes klinisches Ansprechen erzielt werden konnte oder - zu Therapiebeginn bei hoher Krankheitslast, wobei nach einem erzielten klinischen Ansprechen innerhalb von 12-16 Wochen ein Therapieversuch mit der 15 mg-Wirkstoffstärke als Erhaltungsdosis zu starten ist. Erstverordnung, Dokumentation und Kontrolle alle 6 Monate durch ein dermatologisches Zentrum oder durch DermatologInnen mit ausgewiesener Expertise in der Behandlung der atopischen Dermatitis. Die Behandlung mit Upadacitinib darf nur bei PatientInnen fortgeführt werden, die auf die Therapie mit der 30 mg-Wirkstoffstärke klinisch ansprechen.		
2.	Bei Erwachsenen bis 65 Jahre mit mittelschwerem bis schwerem aktivem Morbus Crohn bei Versagen, Unverträglichkeit oder Kontraindikation der konventionellen Therapien - wenn mit der 15 mg-Wirkstoffstärke in der Erhaltungstherapie kein ausreichendes klinisches Ansprechen erzielt werden konnte oder - bei hoher Krankheitslast zu Therapiebeginn oder wenn nach 12-wöchiger Anbehandlung mit der 45 mg-Wirkstoffstärke kein ausreichendes klinisches Ansprechen erzielt werden konnte, wobei nach einem erzielten klinischen Ansprechen ein Therapieversuch mit der 15 mg-Wirkstoffstärke als Erhaltungsdosis gestartet werden kann. Erstverordnung und engmaschige Kontrolle durch GastroenterologInnen. Die Behandlung mit Upadacitinib darf nur bei PatientInnen fortgeführt werden, die auf die Therapie mit der 30 mg-Wirkstoffstärke klinisch ansprechen.		

**Upadacitinib 0,045**

RE2	Rinvoq 45 mg Retardtabl. (CM)	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.		

**L04AF04 Filgotinib****Filgotinib 0,1**

RE2	Jyseleca 100 mg Filmtabl. (PM)	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 10-22 Behandlungswochen auf die Therapie ansprechen.		

**Filgotinib 0,2****RE2 Jyseleca 200 mg Filmtabl. (CM)**

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 10-22 Behandlungswochen auf die Therapie ansprechen.

**L04AF07 Deucravacitinib****Deucravacitinib 0,006****RE1 Sotyktu 6 mg Filmtabl. (CM)**

7 St

220,00

L6

28 St

809,90

- 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).



## L04AG Monoklonale Antikörper L04AG03 Natalizumab

### Natalizumab 0,15

<b>RE1</b>	<b>Tysabri 150 mg Inj.lsg. Fertigspr.</b> <sup>Ⓜ</sup>	2 St	1.428,80
------------	--	------	----------

Im begründeten Einzelfall kann eine Kostenübernahme als Monotherapie erfolgen:

Bei Pat. mit hochaktiver, schubförmig remittierend verlaufender Multipler Sklerose (MS), die auf einen vollständigen und angemessenen Zyklus mindestens einer krankheitsmodifizierenden Therapie [DMT] (Mindesttherapiedauer ein Jahr) nicht angesprochen haben und weiterhin eine hohe Krankheitsaktivität aufweisen. Bei diesen Pat. sollte es während der Therapie im vorangegangenen Jahr zu mindestens einem Schub gekommen sein, und sie sollten mindestens neun T2- hyperintense Läsionen in der kranialen MRT oder mindestens eine Gadolinium anreichernde Läsion aufweisen.

- Die Indikationsstellung und Überwachung der Therapie mit Natalizumab sowie eine entsprechende Anamnese und gegebenenfalls Untersuchung vor jeder Injektion (cave: Kontraindikationen) muss durch in der Diagnosestellung und Behandlung von neurologischen Erkrankungen erfahrene SpezialistInnen (FacharztInnen) in von der Österreichischen Gesellschaft für Neurologie (ÖGN) approbierten Zentren mit raschem Zugang zu MRT erfolgen.
- Daten zur Sicherheit und Wirksamkeit von Natalizumab (intravenöse Infusion) nach 2-jähriger Anwendung wurden aus kontrollierten, doppelblinden Studien erhoben. Nach 2 Jahren sollte eine Fortsetzung der Therapie über diesen Zeitraum hinaus nur dann in Betracht gezogen werden, wenn zuvor eine erneute Nutzen-Risiko-Abwägung vorgenommen wurde. Die Pat. müssen erneut über die Risikofaktoren für die Entwicklung einer PML wie Dauer der Behandlung, Anwendung von Immunsuppressiva vor der Anwendung des Arzneimittels und das Vorliegen von Anti-John Cunningham Virus (JCV)-Antikörpern informiert werden.
- Für Pat., die nach 6-monatiger Behandlung noch keinen ausreichenden Behandlungserfolg zeigen, kann keine weitere Kostenübernahme erfolgen.
- Bei jeder Verschlechterung der Erkrankung oder injektionsbedingten Ereignissen sollte das Vorhandensein von Antikörpern gegen Natalizumab untersucht werden.
- Im Falle eines positiven Antikörpertests und eines positiven Bestätigungstests nach 6 Wochen ist die Behandlung abzubrechen.
- Pat. mit einer Überempfindlichkeitsreaktion müssen dauerhaft von einer Behandlung mit Natalizumab ausgeschlossen werden.
- Vor Beginn der Behandlung ist ein immungeschwächter Status (cave wash-out-Phase von 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.

Anwendungshinweis: Die Verabreichung muss von medizinischem Fachpersonal vorgenommen werden und die Pat. müssen hinsichtlich früher Anzeichen und Symptome einer progressiven multifokalen Leukenzephalopathie (PML) beobachtet werden. Bei den ersten 6 Dosen müssen die Pat. während der Injektion und für eine Stunde danach auf Anzeichen und Symptome von Injektionsreaktionen einschließlich Überempfindlichkeit beobachtet werden. Danach kann unabhängig von der Art der Anwendung der Beobachtungszeitraum von einer Stunde nach der Injektion nach medizinischem Ermessen verkürzt oder weggelassen werden, wenn bei dem Pat. keine Injektionsreaktionen aufgetreten sind.

Grundsätzlich keine Kostenübernahme als primäre krankheitsmodifizierende Therapie für Pat. mit rasch fortschreitender schubförmig remittierend verlaufender MS, definiert durch zwei oder mehr Schübe mit Behinderungsprogression in einem Jahr, und mit einer oder mehreren Gadolinium anreichernden Läsionen in der MRT des Gehirns oder mit einer signifikanten Erhöhung der T2-Läsionen im Vergleich zu einer früheren in jüngerer Zeit angefertigten MRT.

**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.

**L04AG04 Belimumab****Belimumab 0,12****RE1 Benlysta 120 mg Plv. zur Herst. eines Inf.lsg.konz.**

1 St

169,70

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.

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

### Belimumab 0,2

<b>RE1</b>	<b>Benlysta 200 mg Inj.Isg. Fertigen</b>	1 St	220,00
L6	Bei erwachsenen PatientInnen mit aktivem, Autoantikörper-positivem systemischen Lupus erythematoses (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).	4 St	819,65

### Belimumab 0,4

<b>RE1</b>	<b>Benlysta 400 mg Plv. zur Herst. eines Inf.Isg.konz.</b>	1 St	499,80
	Bei erwachsenen PatientInnen mit aktivem, Autoantikörper-positivem systemischen Lupus erythematoses (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.		

## L04AG05 Vedolizumab

### Vedolizumab 0,108

<b>RE1</b>	<b>Entyvio 108 mg Inj.Isg. Fertigen (PM)</b>	1 St	421,80
	Mittelschwerer bis schwergradiger aktiver Morbus Crohn bei Erwachsenen bei Versagen, Unverträglichkeit oder Kontraindikation der konventionellen Therapien. Keine Fortsetzung der Behandlung der PatientInnen, die innerhalb von 14 Behandlungswochen nicht klinisch ansprechen. Mittelschwere bis schwere aktive Colitis ulcerosa bei Erwachsenen bei Versagen, Unverträglichkeit oder Kontraindikation der konventionellen Therapien. Keine Fortsetzung der Behandlung der PatientInnen, die innerhalb von 10 Behandlungswochen nicht klinisch ansprechen. Erstverordnung und engmaschige Kontrolle durch GastroenterologInnen.	2 St	819,00
<b>RE1</b>	<b>Entyvio 108 mg Inj.Isg. Fertigspr. (PM)</b>	1 St	421,80
	Mittelschwerer bis schwergradiger aktiver Morbus Crohn bei Erwachsenen bei Versagen, Unverträglichkeit oder Kontraindikation der konventionellen Therapien. Keine Fortsetzung der Behandlung der PatientInnen, die innerhalb von 14 Behandlungswochen nicht klinisch ansprechen. Mittelschwere bis schwere aktive Colitis ulcerosa bei Erwachsenen bei Versagen, Unverträglichkeit oder Kontraindikation der konventionellen Therapien. Keine Fortsetzung der Behandlung der PatientInnen, die innerhalb von 10 Behandlungswochen nicht klinisch ansprechen. Erstverordnung und engmaschige Kontrolle durch GastroenterologInnen.	2 St	819,00

### Vedolizumab 0,3

<b>RE1</b>	<b>Entyvio 300 mg Plv. für ein Konz. zur Herst. einer Inf.Isg. (PM)</b>	1 St	1.613,30
	Mittelschwerer bis schwergradiger aktiver Morbus Crohn bei Erwachsenen bei Versagen, Unverträglichkeit oder Kontraindikation der konventionellen Therapien. Keine Fortsetzung der Behandlung der PatientInnen, die innerhalb von 14 Behandlungswochen nicht klinisch ansprechen. Mittelschwere bis schwere aktive Colitis ulcerosa bei Erwachsenen bei Versagen, Unverträglichkeit oder Kontraindikation der konventionellen Therapien. Keine Fortsetzung der Behandlung der PatientInnen, die innerhalb von 10 Behandlungswochen nicht klinisch ansprechen. Erstverordnung und engmaschige Kontrolle durch GastroenterologInnen.		

**L04AG08 Ocrelizumab****Ocrelizumab 0,3**

<b>RE1</b>	<b>Ocrevus 300 mg Konz. zur Herst. einer Inf.lsg. <sup>(PM)</sup></b> 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
------------	--	------	----------

**L04AG12 Ofatumumab****Ofatumumab 0,02**

<b>RE1</b> L6	<b>Kesimpta 20 mg Inj.lsg. Fertigen <sup>(PM)</sup></b> Als Monotherapie bei erwachsenen PatientInnen mit hochaktiver schubförmiger Multipler Sklerose (MS), bei denen während einer mindestens einjährigen krankheitsmodifizierenden Behandlung in den vorangegangenen 12 Monaten - mindestens ein Schub und mindestens eine Gadolinium anreichernde T1-Läsion bzw. mindestens 9 T2-Läsionen in der kranialen MRT oder - 2 Schübe oder mehr auftraten. Diagnosestellung, Verordnung, Einstellung, Therapiekontrolle und Dokumentation durch ein MS-Zentrum. PatientInnen, die mit Ofatumumab behandelt werden, sind vor Therapiebeginn in das dafür vorgesehene Register der ÖGN aufzunehmen. Ofatumumab eignet sich für eine chef(kontroll)ärztliche Langzeitbewilligung für 6 Monate (L6).	1 St	1.276,65
------------------	--	------	----------

**L04AH Mammalian target of rapamycin (mTOR)-Kinase-Inhibitoren****L04AH01 Sirolimus****Sirolimus 0,0005**

<b>RE2</b>	<b>Rapamune 0,5 mg überzogene Tabl.</b> 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**

<b>RE2</b>	<b>Rapamune 1 mg überzogene Tabl.</b> 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**

<b>RE2</b>	<b>Rapamune 1 mg/1 ml Lsg. zum Einnehmen</b> 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
------------	---	-------	--------

**Sirolimus 0,002**

<b>RE2</b>	<b>Rapamune 2 mg überzogene Tabl.</b> Eine Kostenübernahme ist möglich für die ambulante (extramurale) immunsuppressive Therapie bei Patienten mit Hypertonie und/oder Diabetes nach Nierentransplantation. Rapamune sollte initial in Kombination mit Ciclosporin und Corticosteroiden für die Dauer von zwei bis drei Monaten angewendet werden. Rapamune kann zusammen mit Corticosteroiden als Erhaltungstherapie fortgeführt werden, wenn Ciclosporin stufenweise abgesetzt werden kann. Therapieeinleitung und regelmäßige Kontrollen durch entsprechende Zentren.	30 St 100 St	280,35 880,80
------------	--	-----------------	------------------

**L04AH02 Everolimus****Everolimus 0,00025**

<b>RE2</b>	<b>Certican 0,25 mg Tabl. zur Herst. einer Susp.</b> - 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**

<b>RE2</b>	<b>Certican 0,5 mg Tabl.</b> - 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**

<b>RE2</b>	<b>Certican 0,75 mg Tabl.</b> - Eine Kostenübernahme ist möglich zur Prophylaxe von Transplantatabstoßungsreaktionen in Kombination mit Ciclosporin und Corticosteroiden für Patienten nach allogener Nieren- oder Herztransplantation. - Therapieeinleitung und regelmäßige Kontrollen durch entsprechende Zentren.	60 St	418,65
------------	--	-------	--------

## L04AJ Komplement-Inhibitoren L04AJ05 Avacopan

### Avacopan 0,01

<b>RE1</b>	<b>Tavneos 10 mg Hartkaps. <sup>(FM)</sup></b>		30 St	931,70
L6	Zur Induktionstherapie für bis zu 12 Monate bei Erwachsenen mit schwerer aktiver Granulomatose mit Polyangiitis (GPA) oder mikroskopischer Polyangiitis (MPA) in Kombination mit einem Rituximab- oder Cyclophosphamid-Dosierungsschema, wenn eine hochdosierte Glucocorticoidtherapie aufgrund von Kontraindikationen nicht möglich ist. Als Kontraindikationen für eine hochdosierte Glucocorticoidtherapie gelten insbesondere: Glaukom, manifeste Osteoporose (T-Score kleiner/gleich 2,5 mit atraumatischen Frakturen), ein schlecht einstellbarer Diabetes mellitus (HbA1c größer/gleich 8 % trotz Therapieoptimierung), unter Glucocorticoidtherapie aufgetretene Psychosen und avaskuläre Osteonekrose. Dokumentation des Schweregrads der Erkrankung vor Therapiebeginn und 6 Monate nach Therapiebeginn anhand des Birmingham Vasculitis Activity Scores (BVAS). Die Therapie ist nur fortzuführen, wenn nach 6 Therapiemonaten eine komplette Krankheitsremission (BVAS = 0) erzielt wird. Diagnose, Erstverordnung, regelmäßige Kontrolle und Weiterverordnung durch entsprechende Zentren mit Erfahrung in der Behandlung der GPA oder MPA. Avacopan eignet sich für eine chef(kontroll)ärztliche Langzeitbewilligung für 6 Monate (L6).		180 St	5.466,95

## L04AK Dihydroorotat-Dehydrogenase (DHODH)-Inhibitoren L04AK02 Teriflunomid

### Teriflunomid 0,014

<b>RE1</b>	<b>Aubagio 14 mg Filmtabl.</b>		14 St	292,05
L6	Bei erwachsenen PatientInnen mit schubförmig remittierender Multipler Sklerose mit mild aktivem Verlauf, wenn therapeutische Alternativen nicht vertragen wurden. Kriterien bei der Ersteinstellung: 2 Schübe innerhalb der letzten 2 Jahre sowie EDSS kleiner/gleich 5,5. Diagnosestellung, Verordnung, Einstellung, Therapiekontrolle und Dokumentation durch ein MS-Zentrum. PatientInnen, die mit Teriflunomid behandelt werden, sind vor Therapiebeginn in das dafür vorgesehene Register der ÖGN aufzunehmen. Teriflunomid eignet sich für eine chef(kontroll)ärztliche Langzeitbewilligung für 6 Monate (L6).		28 St	559,75
<b>RE2</b>	<b>Terebyo 14 mg Filmtabl.</b>		14 St	96,75
	Bei erwachsenen PatientInnen mit schubförmig remittierender Multipler Sklerose mit mild aktivem Verlauf, wenn therapeutische Alternativen nicht vertragen wurden. Kriterien bei der Ersteinstellung: 2 Schübe innerhalb der letzten 2 Jahre sowie EDSS kleiner/gleich 5,5. Diagnosestellung, Verordnung, Einstellung, Therapiekontrolle und Dokumentation durch ein MS-Zentrum. PatientInnen, die mit Teriflunomid behandelt werden, sind vor Therapiebeginn in das dafür vorgesehene Register der ÖGN aufzunehmen.		28 St	174,25
<b>RE2</b>	<b>Teriflunomid "Zentiva" 14 mg Filmtabl.</b>		14 St	98,10
	Bei erwachsenen PatientInnen mit schubförmig remittierender Multipler Sklerose mit mild aktivem Verlauf, wenn therapeutische Alternativen nicht vertragen wurden. Kriterien bei der Ersteinstellung: 2 Schübe innerhalb der letzten 2 Jahre sowie EDSS kleiner/gleich 5,5. Diagnosestellung, Verordnung, Einstellung, Therapiekontrolle und Dokumentation durch ein MS-Zentrum. PatientInnen, die mit Teriflunomid behandelt werden, sind vor Therapiebeginn in das dafür vorgesehene Register der ÖGN aufzunehmen.		28 St	175,40

## L04AX Andere Immunsuppressiva L04AX05 Pirfenidon

### Pirfenidon 0,267

<b>RE1</b>	<b>Esbriet 267 mg Filmtabl.</b>		63 St	391,25
	Bei Erwachsenen zur Behandlung von leichter bis mittelschwerer idiopathischer pulmonaler Fibrose (IPF). Diagnosestellung, Therapieeinleitung und regelmäßige Kontrolle durch PulmologInnen.			

**Pirfenidon 0,801**

<b>RE1</b>	<b>Esbriet 801 mg Filmtabl.</b> Bei Erwachsenen zur Behandlung von leichter bis mittelschwerer idiopathischer pulmonaler Fibrose (IPF). Diagnosestellung, Therapieeinleitung und regelmäßige Kontrolle durch PulmologInnen.	84 St	1.490,90
------------	---	-------	----------

**L04AX07 Dimethylfumarat****Dimethylfumarat 0,12**

<b>RE2</b>	<b>Dimethylfumarat "Stada" 120 mg magensaftresistente Hartkaps.</b> 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	61,15
<b>RE1</b>	<b>Tecfidera 120 mg magensaftresistente Hartkaps.</b> 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**

<b>RE2</b>	<b>Dimethylfumarat "Stada" 240 mg magensaftresistente Hartkaps.</b> 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	206,40
<b>RE1</b> L6	<b>Tecfidera 240 mg magensaftresistente Hartkaps.</b> 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 ANTIPHLOGISTIKA UND ANTIRHEUMATIKA**  
**M01A NICHTSTEROIDALE ANTIPHLOGISTIKA UND ANTIRHEUMATIKA**  
**M01AB Essigsäure-Derivate und verwandte Substanzen**  
**M01AB55 Diclofenac, Kombinationen**

**Diclofenac 0,0003, Orphenadrincitrat 0,00012/ml**

<b>RE2</b>	<b>Neodolpasse Inf.lsg.</b>	1 St	8,40
	Mit oral oder intramuskulär verabreichten und ausreichend hoch dosierten Therapiealternativen des Grünen Bereiches nicht beherrschbare akute radikuläre und vertebrale 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**

<b>RE2</b>	<b>Celebrex 100 mg Hartkaps.</b>	10 St(2)	3,85
L6	Zur Behandlung der schmerzhaften Osteoarthritis bei Patienten über dem 65. Lebensjahr	30 St	11,20
	- mit Ulcus in der Anamnese oder		
	- mit Antikoagulation;		
	zur Behandlung der schmerzhaften Polyarthrit 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**

<b>RE2</b>	<b>Celebrex 200 mg Hartkaps.</b>	10 St(2)	7,65
L6	Zur Behandlung der schmerzhaften Osteoarthritis bei Patienten über dem 65. Lebensjahr	30 St	21,60
	- mit Ulcus in der Anamnese oder		
	- mit Antikoagulation;		
	zur Behandlung der schmerzhaften Polyarthrit 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**

<b>RE1</b>	<b>Arcoxia 30 mg Filmtabl.</b>	28 St	25,90
	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).		



**Etoricoxib 0,06**

<b>RE1</b>	<b>Arcoxia 60 mg Filmtabl.</b>	7 St	6,85
	Zur Behandlung der schmerzhaften Osteoarthrose bei PatientInnen über dem 65. Lebensjahr	28 St	25,90
	- 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).		

**Etoricoxib 0,09**

<b>RE1</b>	<b>Arcoxia 90 mg Filmtabl.</b>	7 St	7,95
	Zur Behandlung der schmerzhaften Polyarthritiden bei PatientInnen	28 St	29,40
	- 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).		

**M04 GICHTMITTEL**  
**M04A GICHTMITTEL**  
**M04AA Urikostatika**  
**M04AA03 Febuxostat**

**Febuxostat 0,08**

<b>RE1</b>	<b>Adenuric 80 mg Filmtabl.</b>	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
<b>RE1</b>	<b>Feburo 80 mg Filmtabl.</b>	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

Bezeichnung		T	OP	KVP in €
RE1 L6	<b>Febuxostat "+pharma" 80 mg Filmtabl.</b> 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	<b>Febuxostat "Aristo" 80 mg Filmtabl.</b> 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	<b>Febuxostat "Genericon" 80 mg Filmtabl.</b> 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	<b>Febuxostat "ratiopharm" 80 mg Filmtabl.</b> 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	<b>Febuxostat "Stada" 80 mg Filmtabl.</b> 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

**Febuxostat 0,12**

<b>RE1</b>	<b>Adenuric 120 mg Filmtabl.</b>		
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).	14 St 28 St	6,40 12,50
<b>RE1</b>	<b>Feburo 120 mg Filmtabl.</b>		
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).	10 St 30 St	4,55 13,25
<b>RE1</b>	<b>Febuxostat "Aristo" 120 mg Filmtabl.</b>		
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).	14 St 28 St	6,40 12,40
<b>RE1</b>	<b>Febuxostat "ratiopharm" 120 mg Filmtabl.</b>		
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).	10 St 30 St	4,50 13,25

Bezeichnung		T	OP	KVP in €
RE1	<b>Febuxostat "Stada" 120 mg Filmtabl.</b>		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	<b>Prolia 60 mg Inj.lsg. Fertigspr.</b>		1 St	196,45
	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	

### M05BX06 Romosozumab

#### Romosozumab 0,105

RE1	<b>Evenity 105 mg Inj.lsg. Fertipgen <sup>®</sup></b>		2 St	461,05
L3	Bei postmenopausalen Frauen mit manifester Osteoporose (stattgehabte major osteoporotic fracture [MOF] in den letzten 24 Monaten: hüftnahe Fraktur, klinisch vertebrale Fraktur, Unterarmfraktur, Humerusfraktur), wenn trotz adäquat geführter antiresorptiver Therapie - eine neue MOF aufgetreten ist oder - ein sehr hohes 10-Jahres-Frakturrisiko gemäß Fracture Risk Assessment Tool (FRAX) besteht. Nicht in Kombination mit anderen Medikamenten zur Behandlung der Osteoporose außer Calcium und/oder Vitamin D. Indikationsstellung, Erstverordnung und regelmäßige Kontrollen durch eine Osteoporose-Ambulanz oder FachärztInnen mit einschlägiger Erfahrung in der Osteoporose-Behandlung. Die maximale Therapiedauer beträgt einmalig 12 Monate. Eine antiresorptive Anschlussbehandlung ist erforderlich. Cave: Bei der Entscheidung, ob für eine individuelle Patientin Romosozumab angewendet werden soll, sollte deren Frakturrisiko über das nächste Jahr sowie das kardiovaskuläre Risiko, basierend auf Risikofaktoren (bekannte kardiovaskuläre Erkrankung, Hypertonie, Hyperlipidämie, Diabetes mellitus, Rauchen, schwere Nierenfunktionsstörung, Alter) berücksichtigt werden. Romosozumab sollte nur angewendet werden, wenn Ärztin/Arzt und Patientin sich darüber einig sind, dass der Nutzen größer als das Risiko ist. Romosozumab eignet sich für eine chef(kontroll)ärztliche Langzeitbewilligung für 3 Monate (L3).			

## 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			
L4	<p><b>Evrysdi 0,75 mg/ml Plv. zur Herst. einer Lsg. zum Einnehmen</b> <sup>(EM)</sup></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"> <li>- Keine dauerhafte invasive Beatmung</li> <li>- Bei PatientInnen mit einem Körpergewicht von unter 13,5 kg nur, wenn eine Therapie mit Onasemnogen-Abepravoc nicht möglich ist</li> <li>- Keine Anwendung nach einer Therapie mit Onasemnogen-Abepravoc</li> <li>- Keine Anwendung nach Therapieversagen mit Nusinersen</li> <li>- Nicht in Kombination mit Nusinersen</li> </ul> <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"> <li>- 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)</li> <li>- Verschlechterung des CHOP-INTEND-Scores um zumindest 4 Punkte gegenüber dem Ausgangswert vor Therapiebeginn oder versus letzter Messung bei wiederholter Kontrolle</li> <li>- 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</li> <li>- Verschlechterung des HFMSE-Scores um zumindest 3 Punkte gegenüber dem Ausgangswert vor Therapiebeginn oder versus letzter Messung bei wiederholter Kontrolle</li> <li>- Verschlechterung des RULM-Scores um zumindest 2 Punkte gegenüber dem Ausgangswert vor Therapiebeginn oder versus letzter Messung bei wiederholter Kontrolle</li> <li>- 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</li> </ul> <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.</p> <p>Dokumentierter Einschluss in das Register SMARTCARE.</p> <p>Risdiplam eignet sich für eine cheff(kontroll)ärztliche Langzeitbewilligung für 4 Monate (L4).</p> <p>Die Aufnahme ist befristet und endet am 31.1.2025.</p>	1 St 60 mg	7.827,85

**N NERVENSYSTEM  
N01 ANÄSTHETIKA  
N01B LOKALANÄSTHETIKA  
N01BB Amide  
N01BB52 Lidocain, Kombinationen**

**Lidocain 0,02, Chlorhexidin 0,0005/g**

<b>RE2</b>	<b>Cathejell comp. 17,31 mg/g + 0,5 mg/g Gel</b>	25 St	34,70
L12	Eine Kostenübernahme ist nur möglich zur Selbstkatheterisierung (z.B. bei Patienten mit Querschnittlähmung).	8,5 g	
		25 St	43,25
		12,5 g	

**N01BX Andere Lokalanästhetika****Diphenhydramin 0,01, Chlorhexidin 0,0005/g**

<b>RE2</b>	<b>Cathejell Diphenhydramin 1%/Chlorhexidin 0,05 % Gel</b>	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	
<b>RE2</b>	<b>Cathejell Diphenhydramin 1%/Chlorhexidin 0,05 % Gel (in Tuben)</b>	1 St	6,45
L12	Eine Kostenübernahme ist nur möglich zur Selbstkatheterisierung (z.B. bei Patienten mit Querschnittlähmung).		

**N01BX04 Capsaicin****Capsaicin 0,179**

<b>RE1</b>	<b>Qutenza 179 mg kutanes Pflaster</b>	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 Schmerzdiplo-m 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 Schmerzdiplo-m 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 0,0002**

<b>RE2</b>	<b>Temgesic 0,2 mg Sublingualtabl.</b>	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**

<b>RE2</b>	<b>Temgesic 0,4 mg Sublingualtabl.</b>	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 Opioide

### N02AX02 Tramadol

#### Tramadol 0,1/ml

<b>RE2</b>	<b>Tramabene Tropf.</b> Eine Kostenübernahme ist im ausführlich begründeten Einzelfall zur Abdeckung des Monatsbedarfs möglich.	100 ml	23,00
------------	--	--------	-------

## N02B ANDERE ANALGETIKA UND ANTIPTYRETIKA

### N02BG Andere Analgetika und Antipyretika

### N02BG10 Cannabinoide

#### Delta-9-Tetrahydrocannabinol (THC) 0,0027, Cannabidiol (CBD) 0,0025/ED

<b>RE1</b>	<b>Sativex Spray zur Anw. in der Mundhöhle (PM)</b>	3 St	473,90
<b>SG</b>	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

<b>RE1</b>	<b>Imigran 6 mg/0,5 ml Spritzamp.</b> Eine Kostenübernahme ist nur möglich, wenn mit Therapiealternativen aus dem Grünen Bereich nachweislich nicht das Auslangen gefunden werden kann.	1 St 2 Spritzamp. + 1 Pen	60,65
		2 St 2 Spritzamp.	60,65

## N03 ANTIPILEPTIKA

### N03A ANTIPILEPTIKA

### N03AX Andere Antiepileptika

### N03AX03 Sultiam

#### Sultiam 0,05

<b>RE2</b>	<b>Ospolot 50 mg Filmtabl.</b> Bei diagnostisch gesicherter und behandlungspflichtiger Rolando-Epilepsie	50 St	15,70
<b>RE2</b>	<b>Sultiam "neuraxpharm" 50 mg Filmtabl.</b> Bei diagnostisch gesicherter und behandlungspflichtiger Rolando-Epilepsie	90 St	19,85

#### Sultiam 0,2

<b>RE2</b>	<b>Ospolot 200 mg Filmtabl.</b> Bei diagnostisch gesicherter und behandlungspflichtiger Rolando-Epilepsie	T2 50 St	57,30
<b>RE2</b>	<b>Sultiam "neuraxpharm" 200 mg Filmtabl.</b> Bei diagnostisch gesicherter und behandlungspflichtiger Rolando-Epilepsie	T4 90 St	52,40

**N03AX10 Felbamat****Felbamat 0,12/ml**

<b>RE1</b>	<b>Taloxa 600 mg/5 ml orale Susp.</b>		230 ml	109,60
	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.			

**Felbamat 0,6**

<b>RE1</b>	<b>Taloxa 600 mg Tabl.</b>	T2	100 St	207,80
L6	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.			

**N03AX15 Zonisamid****Zonisamid 0,025**

<b>RE2</b>	<b>Zonegran 25 mg Hartkaps.</b>		28 St	18,35
	Zusatzbehandlung von therapierefraktären partiellen Anfällen mit oder ohne sekundäre Generalisierung bei erwachsenen Patienten mit Epilepsie. Diagnosestellung, Erstverordnung und regelmäßige Kontrollen durch den Facharzt.			

**Zonisamid 0,05**

<b>RE2</b>	<b>Zonegran 50 mg Hartkaps.</b>		28 St	25,15
	Zusatzbehandlung von therapierefraktären partiellen Anfällen mit oder ohne sekundäre Generalisierung bei erwachsenen Patienten mit Epilepsie. Diagnosestellung, Erstverordnung und regelmäßige Kontrollen durch den Facharzt.			

**Zonisamid 0,1**

<b>RE2</b>	<b>Zonegran 100 mg Hartkaps.</b>		28 St	43,90
L12	Zusatzbehandlung von therapierefraktären partiellen Anfällen mit oder ohne sekundäre Generalisierung bei erwachsenen Patienten mit Epilepsie. Diagnosestellung, Erstverordnung und regelmäßige Kontrollen durch den Facharzt.		98 St	125,80

**N03AX22 Perampanel****Perampanel 0,002**

<b>RE1</b>	<b>Fycompa 2 mg Filmtabl.</b>		7 St	47,75
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 0,004**

<b>RE1</b>	<b>Fycompa 4 mg Filmtabl.</b>		7 St	47,75
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).		28 St	167,00

**Perampanel 0,006**

<b>RE1</b>	<b>Fycompa 6 mg Filmtabl.</b>		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).			



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

### Perampanel 0,008

<b>RE1</b>	<b>Fycompa 8 mg Filmtabl.</b>		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

<b>RE1</b>	<b>Fycompa 10 mg Filmtabl.</b>		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

<b>RE1</b>	<b>Fycompa 12 mg Filmtabl.</b>		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

<b>RE1</b>	<b>Epidyolex 100 mg/ml Lsg. zum Einnehmen (PM)</b>		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.)

<b>RE1</b>	<b>Ontozry 12,5 mg, 25 mg Filmtabl. Starterpackung</b>		28 St	143,60
	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

<b>RE1</b>	<b>Ontozry 50 mg Filmtabl.</b>		14 St	77,45
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	136,80

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

### Cenobamat 0,1

<b>RE1</b>	<b>Ontozry 100 mg Filmtabl.</b>		14 St	77,45
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	143,60

### Cenobamat 0,15

<b>RE1</b>	<b>Ontozry 150 mg Filmtabl.</b>		14 St	77,45
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	143,60

### Cenobamat 0,2

<b>RE1</b>	<b>Ontozry 200 mg Filmtabl.</b>		14 St	77,45
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	143,60

## N03AX26 Fenfluramin

### Fenfluramin 0,0022/ml

<b>RE1</b>	<b>Fintepla 2,2 mg/ml Lsg. zum Einnehmen (CM)</b>		120 ml	863,20
	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	2.540,35

## N04 ANTIPARKINSONMITTEL

### N04B DOPAMINERGE MITTEL

#### N04BC Dopamin-Agonisten

#### N04BC07 Apomorphin

### Apomorphin 0,005/ml

<b>RE1</b>	<b>Apo-go 5 mg/ml Inf.lsg. Fertigspr.</b>		5 St	117,60
	Bei fortgeschrittenem Morbus Parkinson zur subkutanen Infusionstherapie, wenn sich motorische Wirksamkeitschwankungen 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	940,10

Bezeichnung	T	OP	KVP in €
<b>RE1 Apo-go 5 mg/ml Inf.lsg. Patrone</b> Bei fortgeschrittenem Morbus Parkinson zur subkutanen Infusionstherapie, wenn sich motorische Wirkschwankungen mit oralen Medikamenten nicht ausreichend beherrschen lassen. Einstellung, Dosisoptimierung und eine allfällige Reduktion der oralen Medikation müssen durch neurologische Fachabteilungen erfolgen. Die PatientInnen müssen in der Lage sein, die tägliche Verabreichung selbst zu erledigen bzw. eine Pflegeperson haben, die dazu in der Lage ist.		5 St 25 St	210,30 940,10

#### Apomorphin 0,01/ml

<b>RE2 Apo-go 10 mg/ml Inj.lsg. Pen</b> 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

<b>RE1 Tasmar 100 mg Filmtabl.</b> 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

<b>RE2 Nozinan 100 mg Filmtabl.</b> 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

<b>RE1 Serdolect 4 mg Filmtabl.</b> 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
---	--	-------	-------

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

### Sertindol 0,012

RE1	<b>Serdolect 12 mg Filmtabl.</b> 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	<b>Serdolect 16 mg Filmtabl.</b> 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	<b>Zypadhera 300 mg Plv. und Lsgm. zur Herst. einer Depot-Inj.susp.</b> 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	<b>Zypadhera 405 mg Plv. und Lsgm. zur Herst. einer Depot-Inj.susp.</b> 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 Opipramol

### Opipramol 0,05

RE1 L12	<b>Insidon Drag.</b> Eine Kostenübernahme ist nur möglich, wenn mit Therapiealternativen aus dem Grünen Bereich nachweislich nicht das Auslangen gefunden werden kann.	100 St	18,85
------------	---	--------	-------

## N06AX Andere Antidepressiva N06AX27 Esketamin

### Esketamin 0,028

<b>RE1</b>	<b>Spravato 28 mg Nasenspray, Lsg. (EM)</b>	2 St	398,70
	In Kombination mit einem SSRI oder SNRI zur Erhaltungstherapie bei Erwachsenen < 75 Jahre mit einer therapieresistenten Depression ohne klinisch signifikante oder instabile kardiovaskuläre Erkrankungen oder Atemwegserkrankungen	3 St	585,75
	- nach Versagen von mindestens zwei unterschiedlichen Therapien mit Antidepressiva (mindestens zwei verschiedene Antidepressiva-Klassen) einschließlich Versagen von mindestens einer Augmentationstherapie in der aktuellen mittelschweren bis schweren depressiven Episode (MADRS-Score Baseline-Wert vor Beginn der Esketamin-Therapie mindestens 30 Punkte) und	6 St	1.146,80
	- nach erfolgter 4-wöchiger Induktionsphase und positiver therapeutischer Nutzenbeurteilung (Reduktion des MADRS-Scores um mindestens 50 % gegenüber Baseline) durch eine entsprechende intramurale Einrichtung (psychiatrische Fachabteilung bzw. Zentrum).		
	Diagnose und Erstverordnung durch die Einrichtung, die die Induktionsphase durchführt.		
	Weiterverordnung und Kontrolle durch entsprechend geschulte PsychiaterInnen.		
	Die Datenlage für eine längere Therapiedauer ist begrenzt. Nach 6 Monaten (exklusive der Induktionsphase) ist zu überprüfen, ob das Medikament abgesetzt werden kann.		
	<i>Esketamin ist zur Anwendung durch den Patienten selbst unter der direkten Aufsicht von medizinischem Fachpersonal vorgesehen. Eine Behandlungssitzung beinhaltet die nasale Anwendung von Esketamin und eine anschließende Nachbeobachtung. Die Anwendung von Esketamin und die anschließende Nachbeobachtung muss in einem geeigneten medizinischen Umfeld stattfinden.</i>		

## N06B PSYCHOSTIMULANZIEN, MITTEL FÜR DIE ADHD UND NOOTROPIKA N06BA Zentral wirkende Sympathomimetika N06BA04 Methylphenidat

### Methylphenidat 0,005

<b>RE1</b> SG L3	<b>Medikinet retard 5 mg Hartkaps. mit veränderter Wirkstofffreisetzung</b>	30 St	14,10
	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 Dosis titration soll mit der nicht-retardierten Form von Methylphenidat erfolgen.		
	Diagnosestellung, Therapieeinleitung und regelmäßige Kontrolle durch FachärztInnen für Neurologie oder Neurologie und Psychiatrie oder Psychiatrie und Neurologie oder Psychiatrie, Kinder- und Jugendpsychiatrie oder Pädiatrie.		
	Medikinet ret. 5 mg eignet sich für eine chef(kontroll)ärztliche Langzeitbewilligung für 3 Monate (L3).		

### Methylphenidat 0,01

<b>RE1</b> SG L3	<b>Medikinet retard 10 mg Hartkaps. mit veränderter Wirkstofffreisetzung</b>	30 St	15,85
	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 Dosis titration soll mit der nicht-retardierten Form von Methylphenidat erfolgen.		
	Diagnosestellung, Therapieeinleitung und regelmäßige Kontrolle durch FachärztInnen für Neurologie oder Neurologie und Psychiatrie oder Psychiatrie und Neurologie oder Psychiatrie, Kinder- und Jugendpsychiatrie oder Pädiatrie.		
	Medikinet ret. 10 mg eignet sich für eine chef(kontroll)ärztliche Langzeitbewilligung für 3 Monate (L3).		

Bezeichnung		T	OP	KVP in €
<b>RE2</b>	<b>Methylphenidat "Stada" 10 mg Hartkaps. mit veränderter Wirkstofffreisetzung</b>	10 St		2,90
SG	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.	30 St		7,65
<b>Methylphenidat 0,018</b>				
<b>RE1</b>	<b>Concerta 18 mg Retardtabl.</b>	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. 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).			
L3				
<b>Methylphenidat 0,02</b>				
<b>RE1</b>	<b>Medikinet retard 20 mg Hartkaps. mit veränderter Wirkstofffreisetzung</b>	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. 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).	30 St		29,90
L3				
<b>RE2</b>	<b>Methylphenidat "Stada" 20 mg Hartkaps. mit veränderter Wirkstofffreisetzung</b>	10 St		5,30
SG	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.	30 St		14,25
<b>RE1</b>	<b>Ritalin LA 20 mg Kaps.</b>	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. 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).			
L3				
<b>Methylphenidat 0,03</b>				
<b>RE1</b>	<b>Medikinet retard 30 mg Hartkaps. mit veränderter Wirkstofffreisetzung</b>	20 St		31,45
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. 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).	30 St		40,15
L3				

Bezeichnung		T	OP	KVP in €
RE2 SG	<b>Methylphenidat "Stada" 30 mg Hartkaps. mit veränderter Wirkstofffreisetzung</b> 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	<b>Ritalin LA 30 mg Kaps.</b> 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
<b>Methylphenidat 0,036</b>				
RE1 SG L3	<b>Concerta 36 mg Retardtabl.</b> 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
<b>Methylphenidat 0,04</b>				
RE1 SG L3	<b>Medikinet retard 40 mg Hartkaps. mit veränderter Wirkstofffreisetzung</b> 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	<b>Methylphenidat "Stada" 40 mg Hartkaps. mit veränderter Wirkstofffreisetzung</b> 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
RE1 SG L3	<b>Ritalin LA 40 mg Kaps.</b> 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

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

### Methylphenidat 0,054

<b>RE1</b>	<b>Concerta 54 mg Retardtabl.</b>		30 St	80,60
SG	Bei Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung (ADHS) bei Kindern ab 6 Jahren und Jugendlichen als Teil eines umfassenden			
L3	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).			

### N06BA07 Modafinil

#### Modafinil 0,1

<b>RE1</b>	<b>Modafinil "Aristo" 100 mg Tabl.</b>		30 St(2)	41,55
L12	- 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).		100 St	125,35
<b>RE1</b>	<b>Modasomil 100 mg Tabl.</b>	T2	30 St(2)	62,55
L12	- 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	90 St	152,55

### N06BA09 Atomoxetin

#### Atomoxetin 0,004/ml

<b>RE1</b>	<b>Strattera 4 mg/ml Lsg. zum Einnehmen</b>		1 St	51,50
L3	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).		100 ml 3 St 3 x 100 ml	139,80

#### Atomoxetin 0,01

<b>RE1</b>	<b>Atofab 10 mg Hartkaps.</b>		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



Bezeichnung		T	OP	KVP in €
<b>RE1</b>	<b>Atomoxetin "Stada" 10 mg Hartkaps.</b>		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

<b>RE1</b>	<b>Atofab 18 mg Hartkaps.</b>		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
<b>RE1</b>	<b>Atomoxetin "Stada" 18 mg Hartkaps.</b>		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 0,025

<b>RE1</b>	<b>Atofab 25 mg Hartkaps.</b>		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
<b>RE1</b>	<b>Atomoxetin "Stada" 25 mg Hartkaps.</b>		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 0,04

<b>RE1</b>	<b>Atofab 40 mg Hartkaps.</b>	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
<b>RE1</b>	<b>Atomoxetin "Stada" 40 mg Hartkaps.</b>	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

<b>RE1</b>	<b>Atofab 60 mg Hartkaps.</b>	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
<b>RE1</b>	<b>Atomoxetin "Stada" 60 mg Hartkaps.</b>	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

Bezeichnung		T	OP	KVP in €
<b>RE2</b>	<b>Donepezil "Actavis" 5 mg Filmtabl.</b>			
L6	<ul style="list-style-type: none"> <li>- 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.</li> <li>- Zu Therapiebeginn muss das Ergebnis der MMSE (Mini-Mental State Examination) größer bzw. gleich 10 betragen.</li> <li>- Vergewisserung für das Vorhandensein einer Betreuungsperson zur Sicherung der Compliance.</li> <li>- Eine Kontrolluntersuchung durch den/die o.a. Facharzt/Fachärztin ist nach Erreichung der Erhaltungsdosis durchzuführen.</li> <li>- Die Behandlung ist nur bei Ansprechen auf die Therapie weiterzuführen.</li> <li>- Alle 6 Monate ist eine Kontrolluntersuchung durch den/die o.a. Facharzt/Fachärztin mittels einer MMSE durchzuführen.</li> <li>- Die Therapie mit Donepezil ist zu beenden, wenn das Ergebnis der MMSE kleiner 10 ist.</li> <li>- Donepezil darf nicht mit anderen Arzneimitteln gegen Demenz kombiniert werden.</li> <li>- Donepezil eignet sich für eine chef(kontroll)ärztliche Langzeitbewilligung für 6 Monate (L6).</li> </ul>	7 St(2) 30 St	4,45 18,35	
<b>RE2</b>	<b>Donepezil "Genericon" 5 mg Filmtabl.</b>			
L6	<ul style="list-style-type: none"> <li>- 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.</li> <li>- Zu Therapiebeginn muss das Ergebnis der MMSE (Mini-Mental State Examination) größer bzw. gleich 10 betragen.</li> <li>- Vergewisserung für das Vorhandensein einer Betreuungsperson zur Sicherung der Compliance.</li> <li>- Eine Kontrolluntersuchung durch den/die o.a. Facharzt/Fachärztin ist nach Erreichung der Erhaltungsdosis durchzuführen.</li> <li>- Die Behandlung ist nur bei Ansprechen auf die Therapie weiterzuführen.</li> <li>- Alle 6 Monate ist eine Kontrolluntersuchung durch den/die o.a. Facharzt/Fachärztin mittels einer MMSE durchzuführen.</li> <li>- Die Therapie mit Donepezil ist zu beenden, wenn das Ergebnis der MMSE kleiner 10 ist.</li> <li>- Donepezil darf nicht mit anderen Arzneimitteln gegen Demenz kombiniert werden.</li> <li>- Donepezil eignet sich für eine chef(kontroll)ärztliche Langzeitbewilligung für 6 Monate (L6).</li> </ul>	10 St(2) 30 St	6,35 18,35	
<b>RE2</b>	<b>Donepezil "ratiopharm" 5 mg Filmtabl.</b>			
L6	<ul style="list-style-type: none"> <li>- 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.</li> <li>- Zu Therapiebeginn muss das Ergebnis der MMSE (Mini-Mental State Examination) größer bzw. gleich 10 betragen.</li> <li>- Vergewisserung für das Vorhandensein einer Betreuungsperson zur Sicherung der Compliance.</li> <li>- Eine Kontrolluntersuchung durch den/die o.a. Facharzt/Fachärztin ist nach Erreichung der Erhaltungsdosis durchzuführen.</li> <li>- Die Behandlung ist nur bei Ansprechen auf die Therapie weiterzuführen.</li> <li>- Alle 6 Monate ist eine Kontrolluntersuchung durch den/die o.a. Facharzt/Fachärztin mittels einer MMSE durchzuführen.</li> <li>- Die Therapie mit Donepezil ist zu beenden, wenn das Ergebnis der MMSE kleiner 10 ist.</li> <li>- Donepezil darf nicht mit anderen Arzneimitteln gegen Demenz kombiniert werden.</li> <li>- Donepezil eignet sich für eine chef(kontroll)ärztliche Langzeitbewilligung für 6 Monate (L6).</li> </ul>	10 St(2) 30 St	6,30 18,30	
<b>RE2</b>	<b>Donepezil HCl "Sandoz" 5 mg Filmtabl.</b>			
L6	<ul style="list-style-type: none"> <li>- 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.</li> <li>- Zu Therapiebeginn muss das Ergebnis der MMSE (Mini-Mental State Examination) größer bzw. gleich 10 betragen.</li> <li>- Vergewisserung für das Vorhandensein einer Betreuungsperson zur Sicherung der Compliance.</li> <li>- Eine Kontrolluntersuchung durch den/die o.a. Facharzt/Fachärztin ist nach Erreichung der Erhaltungsdosis durchzuführen.</li> <li>- Die Behandlung ist nur bei Ansprechen auf die Therapie weiterzuführen.</li> <li>- Alle 6 Monate ist eine Kontrolluntersuchung durch den/die o.a. Facharzt/Fachärztin mittels einer MMSE durchzuführen.</li> <li>- Die Therapie mit Donepezil ist zu beenden, wenn das Ergebnis der MMSE kleiner 10 ist.</li> <li>- Donepezil darf nicht mit anderen Arzneimitteln gegen Demenz kombiniert werden.</li> <li>- Donepezil eignet sich für eine chef(kontroll)ärztliche Langzeitbewilligung für 6 Monate (L6).</li> </ul>	10 St(2) 30 St	6,35 18,20	

**Donepezil 0,01**

RE2			
L6	<b>Aricept 10 mg Filmtabl.</b> - 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(2)	32,90
RE2	<b>Donepezil "Actavis" 10 mg Filmtabl.</b> - 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	<b>Donepezil "Genericon" 10 mg Filmtabl.</b> - 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

Bezeichnung		T	OP	KVP in €
<b>RE2</b>	<b>Donepezil "ratiopharm" 10 mg Filmtabl.</b>		30 St(2)	35,20
L6	<ul style="list-style-type: none"> <li>- 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.</li> <li>- Zu Therapiebeginn muss das Ergebnis der MMSE (Mini-Mental State Examination) größer bzw. gleich 10 betragen.</li> <li>- Vergewisserung für das Vorhandensein einer Betreuungsperson zur Sicherung der Compliance.</li> <li>- Eine Kontrolluntersuchung durch den/die o.a. Facharzt/Fachärztin ist nach Erreichung der Erhaltungsdosis durchzuführen.</li> <li>- Die Behandlung ist nur bei Ansprechen auf die Therapie weiterzuführen.</li> <li>- Alle 6 Monate ist eine Kontrolluntersuchung durch den/die o.a. Facharzt/Fachärztin mittels einer MMSE durchzuführen.</li> <li>- Die Therapie mit Donepezil ist zu beenden, wenn das Ergebnis der MMSE kleiner 10 ist.</li> <li>- Donepezil darf nicht mit anderen Arzneimitteln gegen Demenz kombiniert werden.</li> <li>- Donepezil eignet sich für eine chef(kontroll)ärztliche Langzeitbewilligung für 6 Monate (L6).</li> </ul>			
<b>RE2</b>	<b>Donepezil HCl "Sandoz" 10 mg Filmtabl.</b>	T2	30 St(2)	35,10
L6	<ul style="list-style-type: none"> <li>- 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.</li> <li>- Zu Therapiebeginn muss das Ergebnis der MMSE (Mini-Mental State Examination) größer bzw. gleich 10 betragen.</li> <li>- Vergewisserung für das Vorhandensein einer Betreuungsperson zur Sicherung der Compliance.</li> <li>- Eine Kontrolluntersuchung durch den/die o.a. Facharzt/Fachärztin ist nach Erreichung der Erhaltungsdosis durchzuführen.</li> <li>- Die Behandlung ist nur bei Ansprechen auf die Therapie weiterzuführen.</li> <li>- Alle 6 Monate ist eine Kontrolluntersuchung durch den/die o.a. Facharzt/Fachärztin mittels einer MMSE durchzuführen.</li> <li>- Die Therapie mit Donepezil ist zu beenden, wenn das Ergebnis der MMSE kleiner 10 ist.</li> <li>- Donepezil darf nicht mit anderen Arzneimitteln gegen Demenz kombiniert werden.</li> <li>- Donepezil eignet sich für eine chef(kontroll)ärztliche Langzeitbewilligung für 6 Monate (L6).</li> </ul>			

### N06DA03 Rivastigmin

#### Rivastigmin 0,0015

<b>RE2</b>	<b>Exelon 1,5 mg Hartkaps.</b>		28 St	37,80
L6	<ul style="list-style-type: none"> <li>- 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.</li> <li>- Zu Therapiebeginn muss das Ergebnis der MMSE (Mini-Mental State Examination) größer bzw. gleich 10 betragen.</li> <li>- Vergewisserung für das Vorhandensein einer Betreuungsperson zur Sicherung der Compliance.</li> <li>- Eine Kontrolluntersuchung durch den/die o.a. Facharzt/Fachärztin ist nach Erreichung der Erhaltungsdosis durchzuführen.</li> <li>- Die Behandlung ist nur bei Ansprechen auf die Therapie weiterzuführen.</li> <li>- Alle 6 Monate ist eine Kontrolluntersuchung durch den/die o.a. Facharzt/Fachärztin mittels einer MMSE durchzuführen.</li> <li>- Die Therapie mit Rivastigmin ist zu beenden, wenn das Ergebnis der MMSE kleiner 10 ist.</li> <li>- Rivastigmin darf nicht mit anderen Arzneimitteln gegen Demenz kombiniert werden.</li> <li>- Rivastigmin eignet sich für eine chef(kontroll)ärztliche Langzeitbewilligung für 6 Monate (L6).</li> </ul>		56 St	73,25

Bezeichnung		T	OP	KVP in €
<b>RE2</b>	<b>Rivastigmin "Actavis" 1,5 mg Hartkaps.</b>			
L6	<ul style="list-style-type: none"> <li>- 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.</li> <li>- Zu Therapiebeginn muss das Ergebnis der MMSE (Mini-Mental State Examination) größer bzw. gleich 10 betragen.</li> <li>- Vergewisserung für das Vorhandensein einer Betreuungsperson zur Sicherung der Compliance.</li> <li>- Eine Kontrolluntersuchung durch den/die o.a. Facharzt/Fachärztin ist nach Erreichung der Erhaltungsdosis durchzuführen.</li> <li>- Die Behandlung ist nur bei Ansprechen auf die Therapie weiterzuführen.</li> <li>- Alle 6 Monate ist eine Kontrolluntersuchung durch den/die o.a. Facharzt/Fachärztin mittels einer MMSE durchzuführen.</li> <li>- Die Therapie mit Rivastigmin ist zu beenden, wenn das Ergebnis der MMSE kleiner 10 ist.</li> <li>- Rivastigmin darf nicht mit anderen Arzneimitteln gegen Demenz kombiniert werden.</li> <li>- Rivastigmin eignet sich für eine chef(kontroll)ärztliche Langzeitbewilligung für 6 Monate (L6).</li> </ul>	28 St 56 St		24,30 46,10
<b>RE2</b>	<b>Rivastigmin "Sandoz" 1,5 mg Hartkaps.</b>			
L6	<ul style="list-style-type: none"> <li>- 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.</li> <li>- Zu Therapiebeginn muss das Ergebnis der MMSE (Mini-Mental State Examination) größer bzw. gleich 10 betragen.</li> <li>- Vergewisserung für das Vorhandensein einer Betreuungsperson zur Sicherung der Compliance.</li> <li>- Eine Kontrolluntersuchung durch den/die o.a. Facharzt/Fachärztin ist nach Erreichung der Erhaltungsdosis durchzuführen.</li> <li>- Die Behandlung ist nur bei Ansprechen auf die Therapie weiterzuführen.</li> <li>- Alle 6 Monate ist eine Kontrolluntersuchung durch den/die o.a. Facharzt/Fachärztin mittels einer MMSE durchzuführen.</li> <li>- Die Therapie mit Rivastigmin ist zu beenden, wenn das Ergebnis der MMSE kleiner 10 ist.</li> <li>- Rivastigmin darf nicht mit anderen Arzneimitteln gegen Demenz kombiniert werden.</li> <li>- Rivastigmin eignet sich für eine chef(kontroll)ärztliche Langzeitbewilligung für 6 Monate (L6).</li> </ul>	28 St 56 St		24,15 45,95

### Rivastigmin 0,003

<b>RE2</b>	<b>Exelon 3 mg Hartkaps.</b>			
L6	<ul style="list-style-type: none"> <li>- 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.</li> <li>- Zu Therapiebeginn muss das Ergebnis der MMSE (Mini-Mental State Examination) größer bzw. gleich 10 betragen.</li> <li>- Vergewisserung für das Vorhandensein einer Betreuungsperson zur Sicherung der Compliance.</li> <li>- Eine Kontrolluntersuchung durch den/die o.a. Facharzt/Fachärztin ist nach Erreichung der Erhaltungsdosis durchzuführen.</li> <li>- Die Behandlung ist nur bei Ansprechen auf die Therapie weiterzuführen.</li> <li>- Alle 6 Monate ist eine Kontrolluntersuchung durch den/die o.a. Facharzt/Fachärztin mittels einer MMSE durchzuführen.</li> <li>- Die Therapie mit Rivastigmin ist zu beenden, wenn das Ergebnis der MMSE kleiner 10 ist.</li> <li>- Rivastigmin darf nicht mit anderen Arzneimitteln gegen Demenz kombiniert werden.</li> <li>- Rivastigmin eignet sich für eine chef(kontroll)ärztliche Langzeitbewilligung für 6 Monate (L6).</li> </ul>	56 St(2)		73,25

Bezeichnung		T	OP	KVP in €
<b>RE2</b>	<b>Rivastigmin "Actavis" 3 mg Hartkaps.</b>			
L6	<ul style="list-style-type: none"> <li>- 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.</li> <li>- Zu Therapiebeginn muss das Ergebnis der MMSE (Mini-Mental State Examination) größer bzw. gleich 10 betragen.</li> <li>- Vergewisserung für das Vorhandensein einer Betreuungsperson zur Sicherung der Compliance.</li> <li>- Eine Kontrolluntersuchung durch den/die o.a. Facharzt/Fachärztin ist nach Erreichung der Erhaltungsdosis durchzuführen.</li> <li>- Die Behandlung ist nur bei Ansprechen auf die Therapie weiterzuführen.</li> <li>- Alle 6 Monate ist eine Kontrolluntersuchung durch den/die o.a. Facharzt/Fachärztin mittels einer MMSE durchzuführen.</li> <li>- Die Therapie mit Rivastigmin ist zu beenden, wenn das Ergebnis der MMSE kleiner 10 ist.</li> <li>- Rivastigmin darf nicht mit anderen Arzneimitteln gegen Demenz kombiniert werden.</li> <li>- Rivastigmin eignet sich für eine chef(kontroll)ärztliche Langzeitbewilligung für 6 Monate (L6).</li> </ul>		56 St(2)	46,10
<b>RE2</b>	<b>Rivastigmin "Sandoz" 3 mg Hartkaps.</b>			
L6	<ul style="list-style-type: none"> <li>- 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.</li> <li>- Zu Therapiebeginn muss das Ergebnis der MMSE (Mini-Mental State Examination) größer bzw. gleich 10 betragen.</li> <li>- Vergewisserung für das Vorhandensein einer Betreuungsperson zur Sicherung der Compliance.</li> <li>- Eine Kontrolluntersuchung durch den/die o.a. Facharzt/Fachärztin ist nach Erreichung der Erhaltungsdosis durchzuführen.</li> <li>- Die Behandlung ist nur bei Ansprechen auf die Therapie weiterzuführen.</li> <li>- Alle 6 Monate ist eine Kontrolluntersuchung durch den/die o.a. Facharzt/Fachärztin mittels einer MMSE durchzuführen.</li> <li>- Die Therapie mit Rivastigmin ist zu beenden, wenn das Ergebnis der MMSE kleiner 10 ist.</li> <li>- Rivastigmin darf nicht mit anderen Arzneimitteln gegen Demenz kombiniert werden.</li> <li>- Rivastigmin eignet sich für eine chef(kontroll)ärztliche Langzeitbewilligung für 6 Monate (L6).</li> </ul>		56 St(2)	45,95

### Rivastigmin 0,0045

<b>RE2</b>	<b>Exelon 4,5 mg Hartkaps.</b>			
L6	<ul style="list-style-type: none"> <li>- 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.</li> <li>- Zu Therapiebeginn muss das Ergebnis der MMSE (Mini-Mental State Examination) größer bzw. gleich 10 betragen.</li> <li>- Vergewisserung für das Vorhandensein einer Betreuungsperson zur Sicherung der Compliance.</li> <li>- Eine Kontrolluntersuchung durch den/die o.a. Facharzt/Fachärztin ist nach Erreichung der Erhaltungsdosis durchzuführen.</li> <li>- Die Behandlung ist nur bei Ansprechen auf die Therapie weiterzuführen.</li> <li>- Alle 6 Monate ist eine Kontrolluntersuchung durch den/die o.a. Facharzt/Fachärztin mittels einer MMSE durchzuführen.</li> <li>- Die Therapie mit Rivastigmin ist zu beenden, wenn das Ergebnis der MMSE kleiner 10 ist.</li> <li>- Rivastigmin darf nicht mit anderen Arzneimitteln gegen Demenz kombiniert werden.</li> <li>- Rivastigmin eignet sich für eine chef(kontroll)ärztliche Langzeitbewilligung für 6 Monate (L6).</li> </ul>		56 St(2)	73,25



Bezeichnung		T	OP	KVP in €
<b>RE2</b> L6	<b>Rivastigmin "Actavis" 4,5 mg Hartkaps.</b> - 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(2) 46,10
<b>RE2</b> L6	<b>Rivastigmin "Sandoz" 4,5 mg Hartkaps.</b> - 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(2) 45,95

### Rivastigmin 0,0046/die

<b>RE2</b> L6	<b>Exelon 4,6 mg/24 h transdermales Pflaster</b> - 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).			7 St 30 St(2) 10,35 40,60
------------------	---	--	--	------------------------------------

Bezeichnung		T	OP	KVP in €
<b>RE2</b>	<b>Rivagelan 4,6 mg/24 h transdermales Pflaster</b>			
L6	<ul style="list-style-type: none"> <li>- 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.</li> <li>- Zu Therapiebeginn muss das Ergebnis der MMSE (Mini-Mental State Examination) größer bzw. gleich 10 betragen.</li> <li>- Vergewisserung für das Vorhandensein einer Betreuungsperson zur Sicherung der Compliance.</li> <li>- Eine Kontrolluntersuchung durch den/die o.a. Facharzt/Fachärztin ist nach Erreichung der Erhaltungsdosis durchzuführen.</li> <li>- Die Behandlung ist nur bei Ansprechen auf die Therapie weiterzuführen.</li> <li>- Alle 6 Monate ist eine Kontrolluntersuchung durch den/die o.a. Facharzt/Fachärztin mittels einer MMSE durchzuführen.</li> <li>- Die Therapie mit Rivastigmin ist zu beenden, wenn das Ergebnis der MMSE kleiner 10 ist.</li> <li>- Rivastigmin darf nicht mit anderen Arzneimitteln gegen Demenz kombiniert werden.</li> <li>- Rivastigmin eignet sich für eine cheff(kontroll)ärztliche Langzeitbewilligung für 6 Monate (L6).</li> </ul>	7 St 30 St(2)		10,15 39,95
<b>RE2</b>	<b>Rivastigmin "ratiopharm" 4,6 mg/24 h transdermales Pflaster</b>			
L6	<ul style="list-style-type: none"> <li>- 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.</li> <li>- Zu Therapiebeginn muss das Ergebnis der MMSE (Mini-Mental State Examination) größer bzw. gleich 10 betragen.</li> <li>- Vergewisserung für das Vorhandensein einer Betreuungsperson zur Sicherung der Compliance.</li> <li>- Eine Kontrolluntersuchung durch den/die o.a. Facharzt/Fachärztin ist nach Erreichung der Erhaltungsdosis durchzuführen.</li> <li>- Die Behandlung ist nur bei Ansprechen auf die Therapie weiterzuführen.</li> <li>- Alle 6 Monate ist eine Kontrolluntersuchung durch den/die o.a. Facharzt/Fachärztin mittels einer MMSE durchzuführen.</li> <li>- Die Therapie mit Rivastigmin ist zu beenden, wenn das Ergebnis der MMSE kleiner 10 ist.</li> <li>- Rivastigmin darf nicht mit anderen Arzneimitteln gegen Demenz kombiniert werden.</li> <li>- Rivastigmin eignet sich für eine cheff(kontroll)ärztliche Langzeitbewilligung für 6 Monate (L6).</li> </ul>	7 St 30 St(2)		10,30 40,55
<b>RE2</b>	<b>Rivastigmin "Sandoz" 4,6 mg/24 h transdermales Pflaster</b>			
L6	<ul style="list-style-type: none"> <li>- 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.</li> <li>- Zu Therapiebeginn muss das Ergebnis der MMSE (Mini-Mental State Examination) größer bzw. gleich 10 betragen.</li> <li>- Vergewisserung für das Vorhandensein einer Betreuungsperson zur Sicherung der Compliance.</li> <li>- Eine Kontrolluntersuchung durch den/die o.a. Facharzt/Fachärztin ist nach Erreichung der Erhaltungsdosis durchzuführen.</li> <li>- Die Behandlung ist nur bei Ansprechen auf die Therapie weiterzuführen.</li> <li>- Alle 6 Monate ist eine Kontrolluntersuchung durch den/die o.a. Facharzt/Fachärztin mittels einer MMSE durchzuführen.</li> <li>- Die Therapie mit Rivastigmin ist zu beenden, wenn das Ergebnis der MMSE kleiner 10 ist.</li> <li>- Rivastigmin darf nicht mit anderen Arzneimitteln gegen Demenz kombiniert werden.</li> <li>- Rivastigmin eignet sich für eine cheff(kontroll)ärztliche Langzeitbewilligung für 6 Monate (L6).</li> </ul>	7 St 30 St(2)		10,30 40,40

**Rivastigmin 0,006**

RE2			
RE2 L6	<b>Exelon 6 mg Hartkaps.</b>		56 St(2) 73,25
	<ul style="list-style-type: none"> <li>- 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.</li> <li>- Zu Therapiebeginn muss das Ergebnis der MMSE (Mini-Mental State Examination) größer bzw. gleich 10 betragen.</li> <li>- Vergewisserung für das Vorhandensein einer Betreuungsperson zur Sicherung der Compliance.</li> <li>- Eine Kontrolluntersuchung durch den/die o.a. Facharzt/Fachärztin ist nach Erreichung der Erhaltungsdosis durchzuführen.</li> <li>- Die Behandlung ist nur bei Ansprechen auf die Therapie weiterzuführen.</li> <li>- Alle 6 Monate ist eine Kontrolluntersuchung durch den/die o.a. Facharzt/Fachärztin mittels einer MMSE durchzuführen.</li> <li>- Die Therapie mit Rivastigmin ist zu beenden, wenn das Ergebnis der MMSE kleiner 10 ist.</li> <li>- Rivastigmin darf nicht mit anderen Arzneimitteln gegen Demenz kombiniert werden.</li> <li>- Rivastigmin eignet sich für eine chef(kontroll)ärztliche Langzeitbewilligung für 6 Monate (L6).</li> </ul>		
RE2 L6	<b>Rivastigmin "Actavis" 6 mg Hartkaps.</b>		56 St(2) 46,10
	<ul style="list-style-type: none"> <li>- 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.</li> <li>- Zu Therapiebeginn muss das Ergebnis der MMSE (Mini-Mental State Examination) größer bzw. gleich 10 betragen.</li> <li>- Vergewisserung für das Vorhandensein einer Betreuungsperson zur Sicherung der Compliance.</li> <li>- Eine Kontrolluntersuchung durch den/die o.a. Facharzt/Fachärztin ist nach Erreichung der Erhaltungsdosis durchzuführen.</li> <li>- Die Behandlung ist nur bei Ansprechen auf die Therapie weiterzuführen.</li> <li>- Alle 6 Monate ist eine Kontrolluntersuchung durch den/die o.a. Facharzt/Fachärztin mittels einer MMSE durchzuführen.</li> <li>- Die Therapie mit Rivastigmin ist zu beenden, wenn das Ergebnis der MMSE kleiner 10 ist.</li> <li>- Rivastigmin darf nicht mit anderen Arzneimitteln gegen Demenz kombiniert werden.</li> <li>- Rivastigmin eignet sich für eine chef(kontroll)ärztliche Langzeitbewilligung für 6 Monate (L6).</li> </ul>		
RE2 L6	<b>Rivastigmin "Sandoz" 6 mg Hartkaps.</b>		56 St(2) 45,95
	<ul style="list-style-type: none"> <li>- 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.</li> <li>- Zu Therapiebeginn muss das Ergebnis der MMSE (Mini-Mental State Examination) größer bzw. gleich 10 betragen.</li> <li>- Vergewisserung für das Vorhandensein einer Betreuungsperson zur Sicherung der Compliance.</li> <li>- Eine Kontrolluntersuchung durch den/die o.a. Facharzt/Fachärztin ist nach Erreichung der Erhaltungsdosis durchzuführen.</li> <li>- Die Behandlung ist nur bei Ansprechen auf die Therapie weiterzuführen.</li> <li>- Alle 6 Monate ist eine Kontrolluntersuchung durch den/die o.a. Facharzt/Fachärztin mittels einer MMSE durchzuführen.</li> <li>- Die Therapie mit Rivastigmin ist zu beenden, wenn das Ergebnis der MMSE kleiner 10 ist.</li> <li>- Rivastigmin darf nicht mit anderen Arzneimitteln gegen Demenz kombiniert werden.</li> <li>- Rivastigmin eignet sich für eine chef(kontroll)ärztliche Langzeitbewilligung für 6 Monate (L6).</li> </ul>		

Bezeichnung		T	OP	KVP in €
<b>Rivastigmin 0,0095/die</b>				
<b>RE2</b>	<b>Exelon 9,5 mg/24 h transdermales Pflaster</b>			
L6	<ul style="list-style-type: none"> <li>- 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.</li> <li>- Zu Therapiebeginn muss das Ergebnis der MMSE (Mini-Mental State Examination) größer bzw. gleich 10 betragen.</li> <li>- Vergewisserung für das Vorhandensein einer Betreuungsperson zur Sicherung der Compliance.</li> <li>- Eine Kontrolluntersuchung durch den/die o.a. Facharzt/Fachärztin ist nach Erreichung der Erhaltungsdosis durchzuführen.</li> <li>- Die Behandlung ist nur bei Ansprechen auf die Therapie weiterzuführen.</li> <li>- Alle 6 Monate ist eine Kontrolluntersuchung durch den/die o.a. Facharzt/Fachärztin mittels einer MMSE durchzuführen.</li> <li>- Die Therapie mit Rivastigmin ist zu beenden, wenn das Ergebnis der MMSE kleiner 10 ist.</li> <li>- Rivastigmin darf nicht mit anderen Arzneimitteln gegen Demenz kombiniert werden.</li> <li>- Rivastigmin eignet sich für eine chef(kontroll)ärztliche Langzeitbewilligung für 6 Monate (L6).</li> </ul>	30 St(2)	40,60	
<b>RE2</b>	<b>Rivagelan 9,5 mg/24 h transdermales Pflaster</b>			
L6	<ul style="list-style-type: none"> <li>- 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.</li> <li>- Zu Therapiebeginn muss das Ergebnis der MMSE (Mini-Mental State Examination) größer bzw. gleich 10 betragen.</li> <li>- Vergewisserung für das Vorhandensein einer Betreuungsperson zur Sicherung der Compliance.</li> <li>- Eine Kontrolluntersuchung durch den/die o.a. Facharzt/Fachärztin ist nach Erreichung der Erhaltungsdosis durchzuführen.</li> <li>- Die Behandlung ist nur bei Ansprechen auf die Therapie weiterzuführen.</li> <li>- Alle 6 Monate ist eine Kontrolluntersuchung durch den/die o.a. Facharzt/Fachärztin mittels einer MMSE durchzuführen.</li> <li>- Die Therapie mit Rivastigmin ist zu beenden, wenn das Ergebnis der MMSE kleiner 10 ist.</li> <li>- Rivastigmin darf nicht mit anderen Arzneimitteln gegen Demenz kombiniert werden.</li> <li>- Rivastigmin eignet sich für eine chef(kontroll)ärztliche Langzeitbewilligung für 6 Monate (L6).</li> </ul>	30 St(2)	39,95	
<b>RE2</b>	<b>Rivastigmin "ratiopharm" 9,5 mg/24 h transdermales Pflaster</b>			
L6	<ul style="list-style-type: none"> <li>- 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.</li> <li>- Zu Therapiebeginn muss das Ergebnis der MMSE (Mini-Mental State Examination) größer bzw. gleich 10 betragen.</li> <li>- Vergewisserung für das Vorhandensein einer Betreuungsperson zur Sicherung der Compliance.</li> <li>- Eine Kontrolluntersuchung durch den/die o.a. Facharzt/Fachärztin ist nach Erreichung der Erhaltungsdosis durchzuführen.</li> <li>- Die Behandlung ist nur bei Ansprechen auf die Therapie weiterzuführen.</li> <li>- Alle 6 Monate ist eine Kontrolluntersuchung durch den/die o.a. Facharzt/Fachärztin mittels einer MMSE durchzuführen.</li> <li>- Die Therapie mit Rivastigmin ist zu beenden, wenn das Ergebnis der MMSE kleiner 10 ist.</li> <li>- Rivastigmin darf nicht mit anderen Arzneimitteln gegen Demenz kombiniert werden.</li> <li>- Rivastigmin eignet sich für eine chef(kontroll)ärztliche Langzeitbewilligung für 6 Monate (L6).</li> </ul>	30 St(2)	40,55	

Bezeichnung		T	OP	KVP in €
<b>RE2</b> L6	<b>Rivastigmin "Sandoz" 9,5 mg/24 h transdermales Pflaster</b> - 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

<b>RE2</b> L6	<b>Exelon 13,3 mg/24 h transdermales Pflaster</b> - 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
<b>RE2</b> L6	<b>Rivastigmin "ratiopharm" 13,3 mg/24 h transdermales Pflaster</b> - 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 €
<b>RE2</b>	<b>Rivastigmin "Sandoz" 13,3 mg/24 h transdermales Pflaster</b>			
L6	<ul style="list-style-type: none"> <li>- 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.</li> <li>- Zu Therapiebeginn muss das Ergebnis der MMSE (Mini-Mental State Examination) größer bzw. gleich 10 betragen.</li> <li>- Vergewisserung für das Vorhandensein einer Betreuungsperson zur Sicherung der Compliance.</li> <li>- Eine Kontrolluntersuchung durch den/die o.a. Facharzt/Fachärztin ist nach Erreichung der Erhaltungsdosis durchzuführen.</li> <li>- Die Behandlung ist nur bei Ansprechen auf die Therapie weiterzuführen.</li> <li>- Alle 6 Monate ist eine Kontrolluntersuchung durch den/die o.a. Facharzt/Fachärztin mittels einer MMSE durchzuführen.</li> <li>- Die Therapie mit Rivastigmin ist zu beenden, wenn das Ergebnis der MMSE kleiner 10 ist.</li> <li>- Rivastigmin darf nicht mit anderen Arzneimitteln gegen Demenz kombiniert werden.</li> <li>- Rivastigmin eignet sich für eine chef(kontroll)ärztliche Langzeitbewilligung für 6 Monate (L6).</li> </ul>	30 St(2)		40,40

### N06DA04 Galantamin

#### Galantamin 0,004/ml

<b>RE2</b>	<b>Reminyl 4 mg/ml Lsg.</b>			
L6	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Die Diagnose DAT (Demenz vom Alzheimertyp) ist von einem Facharzt für Neurologie oder Neurologie und Psychiatrie oder Psychiatrie und Neurologie oder Psychiatrie zu stellen.</li> <li>- Zu Therapiebeginn muss das Ergebnis der MMSE (Mini-Mental State Examination) größer bzw. gleich 12 betragen.</li> <li>- Vergewisserung für das Vorhandensein einer Betreuungsperson zur Sicherung der Compliance.</li> <li>- Eine Kontrolluntersuchung durch den o.a. Facharzt ist nach Erreichung der Erhaltungsdosis durchzuführen.</li> <li>- Die Behandlung ist nur bei Ansprechen auf die Therapie weiterzuführen.</li> <li>- Alle 6 Monate ist eine Kontrolluntersuchung durch den o.a. Facharzt mittels einer MMSE durchzuführen.</li> <li>- Die Therapie mit Reminyl ist zu beenden, wenn das Ergebnis der MMSE kleiner bzw. gleich 10 ist.</li> <li>- Reminyl darf nicht mit anderen Arzneimitteln gegen DAT kombiniert werden.</li> <li>- Reminyl eignet sich für eine chef(kontroll)ärztliche Langzeitbewilligung für 6 Monate (L6).</li> <li>- Die Lsg. wird nur bei Vorliegen von Schluckbeschwerden genehmigt.</li> </ul>	100 ml(2)		72,60

#### Galantamin 0,008

<b>RE2</b>	<b>Galantamin "Actavis" 8 mg Retardkaps.</b>			
L6	<ul style="list-style-type: none"> <li>- 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.</li> <li>- Zu Therapiebeginn muss das Ergebnis der MMSE (Mini-Mental State Examination) größer bzw. gleich 10 betragen.</li> <li>- Vergewisserung für das Vorhandensein einer Betreuungsperson zur Sicherung der Compliance.</li> <li>- Eine Kontrolluntersuchung durch den/die o.a. Facharzt/Fachärztin ist nach Erreichung der Erhaltungsdosis durchzuführen.</li> <li>- Die Behandlung ist nur bei Ansprechen auf die Therapie weiterzuführen.</li> <li>- Alle 6 Monate ist eine Kontrolluntersuchung durch den/die o.a. Facharzt/Fachärztin mittels einer MMSE durchzuführen.</li> <li>- Die Therapie mit Galantamin ist zu beenden, wenn das Ergebnis der MMSE kleiner 10 ist.</li> <li>- Galantamin darf nicht mit anderen Arzneimitteln gegen Demenz kombiniert werden.</li> <li>- Galantamin eignet sich für eine chef(kontroll)ärztliche Langzeitbewilligung für 6 Monate (L6).</li> </ul>	7 St 28 St(2)		6,05 22,80

Bezeichnung		T	OP	KVP in €
<b>RE2</b>	<b>Galantamin "Aristo" 8 mg Retardkaps.</b>			
L6	<ul style="list-style-type: none"> <li>- 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.</li> <li>- Zu Therapiebeginn muss das Ergebnis der MMSE (Mini-Mental State Examination) größer bzw. gleich 10 betragen.</li> <li>- Vergewisserung für das Vorhandensein einer Betreuungsperson zur Sicherung der Compliance.</li> <li>- Eine Kontrolluntersuchung durch den/die o.a. Facharzt/Fachärztin ist nach Erreichung der Erhaltungsdosis durchzuführen.</li> <li>- Die Behandlung ist nur bei Ansprechen auf die Therapie weiterzuführen.</li> <li>- Alle 6 Monate ist eine Kontrolluntersuchung durch den/die o.a. Facharzt/Fachärztin mittels einer MMSE durchzuführen.</li> <li>- Die Therapie mit Galantamin ist zu beenden, wenn das Ergebnis der MMSE kleiner 10 ist.</li> <li>- Galantamin darf nicht mit anderen Arzneimitteln gegen Demenz kombiniert werden.</li> <li>- Galantamin eignet sich für eine chef(kontroll)ärztliche Langzeitbewilligung für 6 Monate (L6).</li> </ul>	7 St 28 St(2)		6,00 21,00
<b>RE2</b>	<b>Galantamin "ratiopharm GmbH" 8 mg Retardkaps.</b>			
L6	<ul style="list-style-type: none"> <li>- 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.</li> <li>- Zu Therapiebeginn muss das Ergebnis der MMSE (Mini-Mental State Examination) größer bzw. gleich 10 betragen.</li> <li>- Vergewisserung für das Vorhandensein einer Betreuungsperson zur Sicherung der Compliance.</li> <li>- Eine Kontrolluntersuchung durch den/die o.a. Facharzt/Fachärztin ist nach Erreichung der Erhaltungsdosis durchzuführen.</li> <li>- Die Behandlung ist nur bei Ansprechen auf die Therapie weiterzuführen.</li> <li>- Alle 6 Monate ist eine Kontrolluntersuchung durch den/die o.a. Facharzt/Fachärztin mittels einer MMSE durchzuführen.</li> <li>- Die Therapie mit Galantamin ist zu beenden, wenn das Ergebnis der MMSE kleiner 10 ist.</li> <li>- Galantamin darf nicht mit anderen Arzneimitteln gegen Demenz kombiniert werden.</li> <li>- Galantamin eignet sich für eine chef(kontroll)ärztliche Langzeitbewilligung für 6 Monate (L6).</li> </ul>	10 St 30 St(2)		8,25 22,50
<b>RE2</b>	<b>Galantamin "Sandoz" 8 mg Retardkaps.</b>			
L6	<ul style="list-style-type: none"> <li>- 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.</li> <li>- Zu Therapiebeginn muss das Ergebnis der MMSE (Mini-Mental State Examination) größer bzw. gleich 10 betragen.</li> <li>- Vergewisserung für das Vorhandensein einer Betreuungsperson zur Sicherung der Compliance.</li> <li>- Eine Kontrolluntersuchung durch den/die o.a. Facharzt/Fachärztin ist nach Erreichung der Erhaltungsdosis durchzuführen.</li> <li>- Die Behandlung ist nur bei Ansprechen auf die Therapie weiterzuführen.</li> <li>- Alle 6 Monate ist eine Kontrolluntersuchung durch den/die o.a. Facharzt/Fachärztin mittels einer MMSE durchzuführen.</li> <li>- Die Therapie mit Galantamin ist zu beenden, wenn das Ergebnis der MMSE kleiner 10 ist.</li> <li>- Galantamin darf nicht mit anderen Arzneimitteln gegen Demenz kombiniert werden.</li> <li>- Galantamin eignet sich für eine chef(kontroll)ärztliche Langzeitbewilligung für 6 Monate (L6).</li> </ul>	10 St 30 St(2)		8,85 24,60
<b>RE2</b>	<b>Reminyl retard 8 mg Kaps.</b>			
L6	<ul style="list-style-type: none"> <li>- 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.</li> <li>- Zu Therapiebeginn muss das Ergebnis der MMSE (Mini-Mental State Examination) größer bzw. gleich 10 betragen.</li> <li>- Vergewisserung für das Vorhandensein einer Betreuungsperson zur Sicherung der Compliance.</li> <li>- Eine Kontrolluntersuchung durch den/die o.a. Facharzt/Fachärztin ist nach Erreichung der Erhaltungsdosis durchzuführen.</li> <li>- Die Behandlung ist nur bei Ansprechen auf die Therapie weiterzuführen.</li> <li>- Alle 6 Monate ist eine Kontrolluntersuchung durch den/die o.a. Facharzt/Fachärztin mittels einer MMSE durchzuführen.</li> <li>- Die Therapie mit Galantamin ist zu beenden, wenn das Ergebnis der MMSE kleiner 10 ist.</li> <li>- Galantamin darf nicht mit anderen Arzneimitteln gegen Demenz kombiniert werden.</li> <li>- Galantamin eignet sich für eine chef(kontroll)ärztliche Langzeitbewilligung für 6 Monate (L6).</li> </ul>	7 St 28 St(2)		6,20 22,95

Bezeichnung		T	OP	KVP in €
<b>Galantamin 0,016</b>				
<b>RE2</b>	<b>Galantamin "Actavis" 16 mg Retardkaps.</b>		28 St(2)	37,35
L6	<ul style="list-style-type: none"> <li>- 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.</li> <li>- Zu Therapiebeginn muss das Ergebnis der MMSE (Mini-Mental State Examination) größer bzw. gleich 10 betragen.</li> <li>- Vergewisserung für das Vorhandensein einer Betreuungsperson zur Sicherung der Compliance.</li> <li>- Eine Kontrolluntersuchung durch den/die o.a. Facharzt/Fachärztin ist nach Erreichung der Erhaltungsdosis durchzuführen.</li> <li>- Die Behandlung ist nur bei Ansprechen auf die Therapie weiterzuführen.</li> <li>- Alle 6 Monate ist eine Kontrolluntersuchung durch den/die o.a. Facharzt/Fachärztin mittels einer MMSE durchzuführen.</li> <li>- Die Therapie mit Galantamin ist zu beenden, wenn das Ergebnis der MMSE kleiner 10 ist.</li> <li>- Galantamin darf nicht mit anderen Arzneimitteln gegen Demenz kombiniert werden.</li> <li>- Galantamin eignet sich für eine chef(kontroll)ärztliche Langzeitbewilligung für 6 Monate (L6).</li> </ul>			
<b>RE2</b>	<b>Galantamin "Aristo" 16 mg Retardkaps.</b>		28 St(2)	34,60
L6	<ul style="list-style-type: none"> <li>- 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.</li> <li>- Zu Therapiebeginn muss das Ergebnis der MMSE (Mini-Mental State Examination) größer bzw. gleich 10 betragen.</li> <li>- Vergewisserung für das Vorhandensein einer Betreuungsperson zur Sicherung der Compliance.</li> <li>- Eine Kontrolluntersuchung durch den/die o.a. Facharzt/Fachärztin ist nach Erreichung der Erhaltungsdosis durchzuführen.</li> <li>- Die Behandlung ist nur bei Ansprechen auf die Therapie weiterzuführen.</li> <li>- Alle 6 Monate ist eine Kontrolluntersuchung durch den/die o.a. Facharzt/Fachärztin mittels einer MMSE durchzuführen.</li> <li>- Die Therapie mit Galantamin ist zu beenden, wenn das Ergebnis der MMSE kleiner 10 ist.</li> <li>- Galantamin darf nicht mit anderen Arzneimitteln gegen Demenz kombiniert werden.</li> <li>- Galantamin eignet sich für eine chef(kontroll)ärztliche Langzeitbewilligung für 6 Monate (L6).</li> </ul>			
<b>RE2</b>	<b>Galantamin "ratiopharm GmbH" 16 mg Retardkaps.</b>		30 St(2)	37,10
L6	<ul style="list-style-type: none"> <li>- 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.</li> <li>- Zu Therapiebeginn muss das Ergebnis der MMSE (Mini-Mental State Examination) größer bzw. gleich 10 betragen.</li> <li>- Vergewisserung für das Vorhandensein einer Betreuungsperson zur Sicherung der Compliance.</li> <li>- Eine Kontrolluntersuchung durch den/die o.a. Facharzt/Fachärztin ist nach Erreichung der Erhaltungsdosis durchzuführen.</li> <li>- Die Behandlung ist nur bei Ansprechen auf die Therapie weiterzuführen.</li> <li>- Alle 6 Monate ist eine Kontrolluntersuchung durch den/die o.a. Facharzt/Fachärztin mittels einer MMSE durchzuführen.</li> <li>- Die Therapie mit Galantamin ist zu beenden, wenn das Ergebnis der MMSE kleiner 10 ist.</li> <li>- Galantamin darf nicht mit anderen Arzneimitteln gegen Demenz kombiniert werden.</li> <li>- Galantamin eignet sich für eine chef(kontroll)ärztliche Langzeitbewilligung für 6 Monate (L6).</li> </ul>			



Bezeichnung		T	OP	KVP in €
<b>RE2</b> L6	<b>Galantamin "Sandoz" 16 mg Retardkaps.</b> - Die Diagnose DAT (Demenz vom Alzheimertyp) ist von einem Facharzt/einer Fachärztin für Neurologie oder Neurologie und Psychiatrie oder Psychiatrie und Neurologie oder Psychiatrie zu stellen. - Zu Therapiebeginn muss das Ergebnis der MMSE (Mini-Mental State Examination) größer bzw. gleich 10 betragen. - Vergewisserung für das Vorhandensein einer Betreuungsperson zur Sicherung der Compliance. - Eine Kontrolluntersuchung durch den/die o.a. Facharzt/Fachärztin ist nach Erreichung der Erhaltungsdosis durchzuführen. - Die Behandlung ist nur bei Ansprechen auf die Therapie weiterzuführen. - Alle 6 Monate ist eine Kontrolluntersuchung durch den/die o.a. Facharzt/Fachärztin mittels einer MMSE durchzuführen. - Die Therapie mit Galantamin ist zu beenden, wenn das Ergebnis der MMSE kleiner 10 ist. - Galantamin darf nicht mit anderen Arzneimitteln gegen Demenz kombiniert werden. - Galantamin eignet sich für eine chef(kontroll)ärztliche Langzeitbewilligung für 6 Monate (L6).		30 St(2)	39,60
<b>RE2</b> L6	<b>Reminyl retard 16 mg Kaps.</b> - Die Diagnose DAT (Demenz vom Alzheimertyp) ist von einem Facharzt/einer Fachärztin für Neurologie oder Neurologie und Psychiatrie oder Psychiatrie und Neurologie oder Psychiatrie zu stellen. - Zu Therapiebeginn muss das Ergebnis der MMSE (Mini-Mental State Examination) größer bzw. gleich 10 betragen. - Vergewisserung für das Vorhandensein einer Betreuungsperson zur Sicherung der Compliance. - Eine Kontrolluntersuchung durch den/die o.a. Facharzt/Fachärztin ist nach Erreichung der Erhaltungsdosis durchzuführen. - Die Behandlung ist nur bei Ansprechen auf die Therapie weiterzuführen. - Alle 6 Monate ist eine Kontrolluntersuchung durch den/die o.a. Facharzt/Fachärztin mittels einer MMSE durchzuführen. - Die Therapie mit Galantamin ist zu beenden, wenn das Ergebnis der MMSE kleiner 10 ist. - Galantamin darf nicht mit anderen Arzneimitteln gegen Demenz kombiniert werden. - Galantamin eignet sich für eine chef(kontroll)ärztliche Langzeitbewilligung für 6 Monate (L6).		28 St(2)	37,50

### Galantamin 0,024

<b>RE2</b> L6	<b>Galantamin "Actavis" 24 mg Retardkaps.</b> - Die Diagnose DAT (Demenz vom Alzheimertyp) ist von einem Facharzt/einer Fachärztin für Neurologie oder Neurologie und Psychiatrie oder Psychiatrie und Neurologie oder Psychiatrie zu stellen. - Zu Therapiebeginn muss das Ergebnis der MMSE (Mini-Mental State Examination) größer bzw. gleich 10 betragen. - Vergewisserung für das Vorhandensein einer Betreuungsperson zur Sicherung der Compliance. - Eine Kontrolluntersuchung durch den/die o.a. Facharzt/Fachärztin ist nach Erreichung der Erhaltungsdosis durchzuführen. - Die Behandlung ist nur bei Ansprechen auf die Therapie weiterzuführen. - Alle 6 Monate ist eine Kontrolluntersuchung durch den/die o.a. Facharzt/Fachärztin mittels einer MMSE durchzuführen. - Die Therapie mit Galantamin ist zu beenden, wenn das Ergebnis der MMSE kleiner 10 ist. - Galantamin darf nicht mit anderen Arzneimitteln gegen Demenz kombiniert werden. - Galantamin eignet sich für eine chef(kontroll)ärztliche Langzeitbewilligung für 6 Monate (L6).		28 St(2)	42,30
------------------	--	--	----------	-------

Bezeichnung		T	OP	KVP in €
<b>RE2</b>	<b>Galantamin "Aristo" 24 mg Retardkaps.</b>			
L6	<ul style="list-style-type: none"> <li>- 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.</li> <li>- Zu Therapiebeginn muss das Ergebnis der MMSE (Mini-Mental State Examination) größer bzw. gleich 10 betragen.</li> <li>- Vergewisserung für das Vorhandensein einer Betreuungsperson zur Sicherung der Compliance.</li> <li>- Eine Kontrolluntersuchung durch den/die o.a. Facharzt/Fachärztin ist nach Erreichung der Erhaltungsdosis durchzuführen.</li> <li>- Die Behandlung ist nur bei Ansprechen auf die Therapie weiterzuführen.</li> <li>- Alle 6 Monate ist eine Kontrolluntersuchung durch den/die o.a. Facharzt/Fachärztin mittels einer MMSE durchzuführen.</li> <li>- Die Therapie mit Galantamin ist zu beenden, wenn das Ergebnis der MMSE kleiner 10 ist.</li> <li>- Galantamin darf nicht mit anderen Arzneimitteln gegen Demenz kombiniert werden.</li> <li>- Galantamin eignet sich für eine chef(kontroll)ärztliche Langzeitbewilligung für 6 Monate (L6).</li> </ul>	28 St(2)		39,60
<b>RE2</b>	<b>Galantamin "ratiopharm GmbH" 24 mg Retardkaps.</b>			
L6	<ul style="list-style-type: none"> <li>- 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.</li> <li>- Zu Therapiebeginn muss das Ergebnis der MMSE (Mini-Mental State Examination) größer bzw. gleich 10 betragen.</li> <li>- Vergewisserung für das Vorhandensein einer Betreuungsperson zur Sicherung der Compliance.</li> <li>- Eine Kontrolluntersuchung durch den/die o.a. Facharzt/Fachärztin ist nach Erreichung der Erhaltungsdosis durchzuführen.</li> <li>- Die Behandlung ist nur bei Ansprechen auf die Therapie weiterzuführen.</li> <li>- Alle 6 Monate ist eine Kontrolluntersuchung durch den/die o.a. Facharzt/Fachärztin mittels einer MMSE durchzuführen.</li> <li>- Die Therapie mit Galantamin ist zu beenden, wenn das Ergebnis der MMSE kleiner 10 ist.</li> <li>- Galantamin darf nicht mit anderen Arzneimitteln gegen Demenz kombiniert werden.</li> <li>- Galantamin eignet sich für eine chef(kontroll)ärztliche Langzeitbewilligung für 6 Monate (L6).</li> </ul>	30 St(2)		42,00
<b>RE2</b>	<b>Galantamin "Sandoz" 24 mg Retardkaps.</b>			
L6	<ul style="list-style-type: none"> <li>- 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.</li> <li>- Zu Therapiebeginn muss das Ergebnis der MMSE (Mini-Mental State Examination) größer bzw. gleich 10 betragen.</li> <li>- Vergewisserung für das Vorhandensein einer Betreuungsperson zur Sicherung der Compliance.</li> <li>- Eine Kontrolluntersuchung durch den/die o.a. Facharzt/Fachärztin ist nach Erreichung der Erhaltungsdosis durchzuführen.</li> <li>- Die Behandlung ist nur bei Ansprechen auf die Therapie weiterzuführen.</li> <li>- Alle 6 Monate ist eine Kontrolluntersuchung durch den/die o.a. Facharzt/Fachärztin mittels einer MMSE durchzuführen.</li> <li>- Die Therapie mit Galantamin ist zu beenden, wenn das Ergebnis der MMSE kleiner 10 ist.</li> <li>- Galantamin darf nicht mit anderen Arzneimitteln gegen Demenz kombiniert werden.</li> <li>- Galantamin eignet sich für eine chef(kontroll)ärztliche Langzeitbewilligung für 6 Monate (L6).</li> </ul>	30 St(2)		45,45
<b>RE2</b>	<b>Reminyl retard 24 mg Kaps.</b>			
L6	<ul style="list-style-type: none"> <li>- 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.</li> <li>- Zu Therapiebeginn muss das Ergebnis der MMSE (Mini-Mental State Examination) größer bzw. gleich 10 betragen.</li> <li>- Vergewisserung für das Vorhandensein einer Betreuungsperson zur Sicherung der Compliance.</li> <li>- Eine Kontrolluntersuchung durch den/die o.a. Facharzt/Fachärztin ist nach Erreichung der Erhaltungsdosis durchzuführen.</li> <li>- Die Behandlung ist nur bei Ansprechen auf die Therapie weiterzuführen.</li> <li>- Alle 6 Monate ist eine Kontrolluntersuchung durch den/die o.a. Facharzt/Fachärztin mittels einer MMSE durchzuführen.</li> <li>- Die Therapie mit Galantamin ist zu beenden, wenn das Ergebnis der MMSE kleiner 10 ist.</li> <li>- Galantamin darf nicht mit anderen Arzneimitteln gegen Demenz kombiniert werden.</li> <li>- Galantamin eignet sich für eine chef(kontroll)ärztliche Langzeitbewilligung für 6 Monate (L6).</li> </ul>	28 St(2)		42,40

**N06DX Andere Antidementiva  
N06DX01 Memantin**

**Memantin 0,005 (7 Filmtabl.); Memantin 0,01 (7 Filmtabl.); Memantin 0,015 (7 Filmtabl.); Memantin 0,02 (7 Filmtabl.)**

<b>RE2</b>	<b>Ebixa 5 mg, 10 mg, 15 mg, 20 mg Filmtabl. Starterpackung</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- 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.</li> <li>- Zu Therapiebeginn muss das Ergebnis der MMSE (Mini-Mental State Examination) kleiner bzw. gleich 14 betragen.</li> <li>- Vergewisserung für das Vorhandensein einer Betreuungsperson zur Sicherung der Compliance.</li> <li>- Eine Kontrolluntersuchung durch den/die o.a. Facharzt/Fachärztin ist nach Erreichung der Erhaltungsdosis durchzuführen.</li> <li>- Die Behandlung ist nur bei Ansprechen auf die Therapie weiterzuführen.</li> <li>- Alle 6 Monate ist eine Kontrolluntersuchung durch den/die o.a. Facharzt/Fachärztin mittels einer MMSE durchzuführen.</li> <li>- Die Therapie mit Memantin ist zu beenden, wenn das Ergebnis der MMSE kleiner 3 ist.</li> <li>- Memantin darf nicht mit anderen Arzneimitteln gegen Demenz kombiniert werden.</li> </ul>	28 St	21,25
<b>RE2</b>	<b>Memantin "Genericon" 5 mg, 10 mg, 15 mg, 20 mg Filmtabl. Starterpackung</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- 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.</li> <li>- Zu Therapiebeginn muss das Ergebnis der MMSE (Mini-Mental State Examination) kleiner bzw. gleich 14 betragen.</li> <li>- Vergewisserung für das Vorhandensein einer Betreuungsperson zur Sicherung der Compliance.</li> <li>- Eine Kontrolluntersuchung durch den/die o.a. Facharzt/Fachärztin ist nach Erreichung der Erhaltungsdosis durchzuführen.</li> <li>- Die Behandlung ist nur bei Ansprechen auf die Therapie weiterzuführen.</li> <li>- Alle 6 Monate ist eine Kontrolluntersuchung durch den/die o.a. Facharzt/Fachärztin mittels einer MMSE durchzuführen.</li> <li>- Die Therapie mit Memantin ist zu beenden, wenn das Ergebnis der MMSE kleiner 3 ist.</li> <li>- Memantin darf nicht mit anderen Arzneimitteln gegen Demenz kombiniert werden.</li> </ul>	28 St	21,25
<b>RE2</b>	<b>Memantin "ratiopharm" 5 mg, 10 mg, 15 mg, 20 mg Filmtabl. Starterpackung</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- 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.</li> <li>- Zu Therapiebeginn muss das Ergebnis der MMSE (Mini-Mental State Examination) kleiner bzw. gleich 14 betragen.</li> <li>- Vergewisserung für das Vorhandensein einer Betreuungsperson zur Sicherung der Compliance.</li> <li>- Eine Kontrolluntersuchung durch den/die o.a. Facharzt/Fachärztin ist nach Erreichung der Erhaltungsdosis durchzuführen.</li> <li>- Die Behandlung ist nur bei Ansprechen auf die Therapie weiterzuführen.</li> <li>- Alle 6 Monate ist eine Kontrolluntersuchung durch den/die o.a. Facharzt/Fachärztin mittels einer MMSE durchzuführen.</li> <li>- Die Therapie mit Memantin ist zu beenden, wenn das Ergebnis der MMSE kleiner 3 ist.</li> <li>- Memantin darf nicht mit anderen Arzneimitteln gegen Demenz kombiniert werden.</li> </ul>	28 St	21,20

Bezeichnung	T	OP	KVP in €
<b>RE2 Memantine "Merz" 5 mg, 10 mg, 15 mg, 20 mg Filmtabl. Starterpackung</b>			
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Die Diagnose DAT (Demenz vom Alzheimerstyp) ist von einem Facharzt/einer Fachärztin für Neurologie und Psychiatrie oder Neurologie und Psychiatrie zu stellen.</li> <li>- Zu Therapiebeginn muss das Ergebnis der MMSE (Mini-Mental State Examination) kleiner bzw. gleich 14 betragen.</li> <li>- Vergewisserung für das Vorhandensein einer Betreuungsperson zur Sicherung der Compliance.</li> <li>- Eine Kontrolluntersuchung durch den/die o.a. Facharzt/Fachärztin ist nach Erreichung der Erhaltungsdosis durchzuführen.</li> <li>- Die Behandlung ist nur bei Ansprechen auf die Therapie weiterzuführen.</li> <li>- Alle 6 Monate ist eine Kontrolluntersuchung durch den/die o.a. Facharzt/Fachärztin mittels einer MMSE durchzuführen.</li> <li>- Die Therapie mit Memantin ist zu beenden, wenn das Ergebnis der MMSE kleiner 3 ist.</li> <li>- Memantin darf nicht mit anderen Arzneimitteln gegen Demenz kombiniert werden.</li> </ul>		28 St	21,25
<b>Memantin 0,005/ED</b>			
<b>RE2 Memantine "Merz" 5 mg/Pumpenhub Lsg. zum Einnehmen</b>			
<ul style="list-style-type: none"> <li>- 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.</li> <li>- Zu Therapiebeginn muss das Ergebnis der MMSE (Mini-Mental State Examination) kleiner bzw. gleich 14 betragen.</li> <li>- Vergewisserung für das Vorhandensein einer Betreuungsperson zur Sicherung der Compliance.</li> <li>- Eine Kontrolluntersuchung durch den/die o.a. Facharzt/Fachärztin ist nach Erreichung der Erhaltungsdosis durchzuführen.</li> <li>- Die Behandlung ist nur bei Ansprechen auf die Therapie weiterzuführen.</li> <li>- Alle 6 Monate ist eine Kontrolluntersuchung durch den/die o.a. Facharzt/Fachärztin mittels einer MMSE durchzuführen.</li> <li>- Die Therapie mit Memantin ist zu beenden, wenn das Ergebnis der MMSE kleiner 3 ist.</li> <li>- Memantin darf nicht mit anderen Arzneimitteln gegen DAT kombiniert werden.</li> <li>- Einsatz der Lsg. nur bei Vorliegen von Schluckbeschwerden.</li> </ul>		50 ml(2)	19,50
<b>Memantin 0,01</b>			
<b>RE2 Ebixa 10 mg Filmtabl.</b>	T2		
<ul style="list-style-type: none"> <li>- 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.</li> <li>- Zu Therapiebeginn muss das Ergebnis der MMSE (Mini-Mental State Examination) kleiner bzw. gleich 14 betragen.</li> <li>- Vergewisserung für das Vorhandensein einer Betreuungsperson zur Sicherung der Compliance.</li> <li>- Eine Kontrolluntersuchung durch den/die o.a. Facharzt/Fachärztin ist nach Erreichung der Erhaltungsdosis durchzuführen.</li> <li>- Die Behandlung ist nur bei Ansprechen auf die Therapie weiterzuführen.</li> <li>- Alle 6 Monate ist eine Kontrolluntersuchung durch den/die o.a. Facharzt/Fachärztin mittels einer MMSE durchzuführen.</li> <li>- Die Therapie mit Memantin ist zu beenden, wenn das Ergebnis der MMSE kleiner 3 ist.</li> <li>- Memantin darf nicht mit anderen Arzneimitteln gegen Demenz kombiniert werden.</li> </ul>		28 St(2)	17,30
<b>RE2 Memantin "Accord" 10 mg Filmtabl.</b>	T2		
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Die Diagnose DAT (Demenz vom Alzheimerstyp) ist von einem Facharzt/einer Fachärztin für Neurologie und Psychiatrie oder Psychiatrie und Neurologie oder Psychiatrie zu stellen.</li> <li>- Zu Therapiebeginn muss das Ergebnis der MMSE (Mini-Mental State Examination) kleiner bzw. gleich 14 betragen.</li> <li>- Vergewisserung für das Vorhandensein einer Betreuungsperson zur Sicherung der Compliance.</li> <li>- Eine Kontrolluntersuchung durch den/die o.a. Facharzt/Fachärztin ist nach Erreichung der Erhaltungsdosis durchzuführen.</li> <li>- Die Behandlung ist nur bei Ansprechen auf die Therapie weiterzuführen.</li> <li>- Alle 6 Monate ist eine Kontrolluntersuchung durch den/die o.a. Facharzt/Fachärztin mittels einer MMSE durchzuführen.</li> <li>- Die Therapie mit Memantin ist zu beenden, wenn das Ergebnis der MMSE kleiner 3 ist.</li> <li>- Memantin darf nicht mit anderen Arzneimitteln gegen Demenz kombiniert werden.</li> </ul>	T2	14 St 28 St(2)	6,35 17,00

Bezeichnung		T	OP	KVP in €
RE2	<b>Memantin "Aristo" 10 mg Filmtabl.</b> - 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	10 St	6,45
		T2	30 St(2)	18,40
RE2	<b>Memantin "Genericon" 10 mg Filmtabl.</b> - 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	<b>Memantin "HCS" 10 mg Filmtabl.</b> - 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	<b>Memantine "Merz" 10 mg Filmtabl.</b> - 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

Bezeichnung	T	OP	KVP in €
<b>Memantin 0,02</b>			
<b>RE2 Ebixa 20 mg Filmtabl.</b>		28 St(2)	33,25
<ul style="list-style-type: none"> <li>- 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.</li> <li>- Zu Therapiebeginn muss das Ergebnis der MMSE (Mini-Mental State Examination) kleiner bzw. gleich 14 betragen.</li> <li>- Vergewisserung für das Vorhandensein einer Betreuungsperson zur Sicherung der Compliance.</li> <li>- Eine Kontrolluntersuchung durch den/die o.a. Facharzt/Fachärztin ist nach Erreichung der Erhaltungsdosis durchzuführen.</li> <li>- Die Behandlung ist nur bei Ansprechen auf die Therapie weiterzuführen.</li> <li>- Alle 6 Monate ist eine Kontrolluntersuchung durch den/die o.a. Facharzt/Fachärztin mittels einer MMSE durchzuführen.</li> <li>- Die Therapie mit Memantin ist zu beenden, wenn das Ergebnis der MMSE kleiner 3 ist.</li> <li>- Memantin darf nicht mit anderen Arzneimitteln gegen Demenz kombiniert werden.</li> </ul>			
<b>RE2 Memantin "Accord" 20 mg Filmtabl.</b>	T2	14 St	12,50
<ul style="list-style-type: none"> <li>- 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.</li> <li>- Zu Therapiebeginn muss das Ergebnis der MMSE (Mini-Mental State Examination) kleiner bzw. gleich 14 betragen.</li> <li>- Vergewisserung für das Vorhandensein einer Betreuungsperson zur Sicherung der Compliance.</li> <li>- Eine Kontrolluntersuchung durch den/die o.a. Facharzt/Fachärztin ist nach Erreichung der Erhaltungsdosis durchzuführen.</li> <li>- Die Behandlung ist nur bei Ansprechen auf die Therapie weiterzuführen.</li> <li>- Alle 6 Monate ist eine Kontrolluntersuchung durch den/die o.a. Facharzt/Fachärztin mittels einer MMSE durchzuführen.</li> <li>- Die Therapie mit Memantin ist zu beenden, wenn das Ergebnis der MMSE kleiner 3 ist.</li> <li>- Memantin darf nicht mit anderen Arzneimitteln gegen Demenz kombiniert werden.</li> </ul>	T2	28 St(2)	33,05
<b>RE2 Memantin "Aristo" 20 mg Filmtabl.</b>	T2	10 St	12,55
<ul style="list-style-type: none"> <li>- 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.</li> <li>- Zu Therapiebeginn muss das Ergebnis der MMSE (Mini-Mental State Examination) kleiner bzw. gleich 14 betragen.</li> <li>- Vergewisserung für das Vorhandensein einer Betreuungsperson zur Sicherung der Compliance.</li> <li>- Eine Kontrolluntersuchung durch den/die o.a. Facharzt/Fachärztin ist nach Erreichung der Erhaltungsdosis durchzuführen.</li> <li>- Die Behandlung ist nur bei Ansprechen auf die Therapie weiterzuführen.</li> <li>- Alle 6 Monate ist eine Kontrolluntersuchung durch den/die o.a. Facharzt/Fachärztin mittels einer MMSE durchzuführen.</li> <li>- Die Therapie mit Memantin ist zu beenden, wenn das Ergebnis der MMSE kleiner 3 ist.</li> <li>- Memantin darf nicht mit anderen Arzneimitteln gegen Demenz kombiniert werden.</li> </ul>	T2	30 St(2)	35,60
<b>RE2 Memantin "Genericon" 20 mg Filmtabl.</b>	T2	30 St(2)	35,60
<ul style="list-style-type: none"> <li>- 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.</li> <li>- Zu Therapiebeginn muss das Ergebnis der MMSE (Mini-Mental State Examination) kleiner bzw. gleich 14 betragen.</li> <li>- Vergewisserung für das Vorhandensein einer Betreuungsperson zur Sicherung der Compliance.</li> <li>- Eine Kontrolluntersuchung durch den/die o.a. Facharzt/Fachärztin ist nach Erreichung der Erhaltungsdosis durchzuführen.</li> <li>- Die Behandlung ist nur bei Ansprechen auf die Therapie weiterzuführen.</li> <li>- Alle 6 Monate ist eine Kontrolluntersuchung durch den/die o.a. Facharzt/Fachärztin mittels einer MMSE durchzuführen.</li> <li>- Die Therapie mit Memantin ist zu beenden, wenn das Ergebnis der MMSE kleiner 3 ist.</li> <li>- Memantin darf nicht mit anderen Arzneimitteln gegen Demenz kombiniert werden.</li> </ul>			

Bezeichnung	T	OP	KVP in €
<b>RE2 Memantin "HCS" 20 mg Filmtabl.</b> - 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) 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
<b>RE2 Memantine "Merz" 20 mg Filmtabl.</b> - 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) 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**

<b>RE2 Myocholine "Glenwood" 10 mg Tabl.</b> 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**

<b>RE2 Myocholine "Glenwood" 25 mg Tabl.</b> 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**

<b>RE1 Compensan retard 100 mg Filmtabl.</b> <b>SG</b> 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>		10 St 30 St	13,90 34,65
--	--	----------------	----------------

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

### Morphin 0,09

RE1	<b>Substitol retard 120 mg Kaps.</b>		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	<b>Compensan retard 200 mg Filmtabl.</b>		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	<b>Substitol retard 200 mg Kaps.</b>		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	<b>Compensan retard 300 mg Filmtabl.</b>	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	<b>Bupensan 2 mg Sublingualtabl.</b>		7 St	4,80
SG	Zur Substitutionsbehandlung (lt. Suchtgiftverordnung)		28 St	16,80
RE1	<b>Buprenorphin "Hexal" 2 mg Sublingualtabl.</b>	T2	7 St	4,80
SG	Zur Substitutionsbehandlung (lt. Suchtgiftverordnung)	T2	30 St	18,00

### Buprenorphin 0,004

RE1	<b>Bupensan 4 mg Sublingualtabl.</b>	T2	7 St	7,65
SG	Zur Substitutionsbehandlung (lt. Suchtgiftverordnung)	T2	28 St	27,25

### Buprenorphin 0,008

RE1	<b>Buvidal 8 mg Depot-Inj. lsg. <sup>(P20)</sup></b>		1 St	95,25
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	<b>Bupensan 8 mg Sublingualtabl.</b>	T2	7 St	12,85
SG	Zur Substitutionsbehandlung (lt. Suchtgiftverordnung)	T2	28 St	45,65
RE1	<b>Buprenorphin "Hexal" 8 mg Sublingualtabl.</b>	T2	7 St	12,85
SG	Zur Substitutionsbehandlung (lt. Suchtgiftverordnung)	T2	30 St	48,95

### Buprenorphin 0,012

RE1	<b>Bupensan 12 mg Sublingualtabl.</b>	T2	7 St	16,90
SG	Zur Substitutionsbehandlung (lt. Suchtgiftverordnung)	T2	28 St	61,45



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

### Buprenorphin 0,016

RE1	<b>Buvidal 16 mg Depot-Inj.lsg.</b> <sup>(PM)</sup>		1 St	95,25
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	<b>Bupensan 16 mg Sublingualtabl.</b>	T2	7 St	20,40
SG	Zur Substitutionsbehandlung (lt. Suchtgiftverordnung)	T2	28 St	75,90

### Buprenorphin 0,024

RE1	<b>Buvidal 24 mg Depot-Inj.lsg.</b> <sup>(PM)</sup>		1 St	95,25
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	<b>Buvidal 32 mg Depot-Inj.lsg.</b> <sup>(PM)</sup>		1 St	95,25
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	<b>Buvidal 64 mg Depot-Inj.lsg.</b> <sup>(PM)</sup>		1 St	342,40
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	<b>Buvidal 96 mg Depot-Inj.lsg.</b> <sup>(PM)</sup>		1 St	342,40
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	<b>Buvidal 128 mg Depot-Inj.lsg.</b> <sup>(PM)</sup>		1 St	342,40
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	<b>Buvidal 160 mg Depot-Inj.lsg.</b> <sup>(PM)</sup>		1 St	342,40
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	<b>Methasan 5 mg Tabl.</b>	T2	7 St	1,45
SG	Zur Substitutionsbehandlung (lt. Suchtgiftverordnung)	T2	28 St	4,05

### Methadon 0,01

RE1	<b>Methasan 10 mg Tabl.</b>	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	<b>Methasan 10 mg/ml Konz. zur Herst. einer Lsg. zum Einnehmen</b>		100 ml	12,60
SG	Zur Substitutionsbehandlung (lt. Suchtgiftverordnung)		150 ml	18,30
			300 ml	34,70

### Methadon 0,02

RE1	<b>Methasan 20 mg Tabl.</b>	T2	7 St	4,05
SG	Zur Substitutionsbehandlung (lt. Suchtgiftverordnung)	T2	28 St	14,20

### Methadon 0,04

RE1	<b>Methasan 40 mg Tabl.</b>	T4	7 St	7,55
SG	Zur Substitutionsbehandlung (lt. Suchtgiftverordnung)	T4	28 St	26,95

### Methadon 0,06

RE1	<b>Methasan 60 mg Tabl.</b>	T2	7 St	10,75
SG	Zur Substitutionsbehandlung (lt. Suchtgiftverordnung)	T2	28 St	39,25

## N07BC05 Levomethadon

### Levomethadon 0,0025

RE1	<b>Levo-Methasan 2,5 mg Tabl.</b>	T2	7 St	1,40
SG	Zur Substitutionsbehandlung (lt. Suchtgiftverordnung)	T2	28 St	3,95

### Levomethadon 0,005

RE1	<b>Levo-Methasan 5 mg Tabl.</b>	T2	7 St	2,25
SG	Zur Substitutionsbehandlung (lt. Suchtgiftverordnung)	T2	28 St	7,40

### Levomethadon 0,005/ml

RE1	<b>Levo-Methasan 5 mg/ml Konz. zur Herst. einer Lsg. zum Einnehmen</b>		100 ml	14,15
SG	Zur Substitutionsbehandlung (lt. Suchtgiftverordnung)		150 ml	20,30
			300 ml	39,20
RE1	<b>L-Polamidon Lsg. zur Substitution</b>		100 ml	19,05
SG	Zur Substitutionsbehandlung (lt. Suchtgiftverordnung), bei Unverträglichkeit der kostengünstigeren Therapiealternative Methadon.		300 ml	53,20

### Levomethadon 0,01

RE1	<b>Levo-Methasan 10 mg Tabl.</b>	T2	7 St	3,95
SG	Zur Substitutionsbehandlung (lt. Suchtgiftverordnung)	T2	28 St	13,85

### Levomethadon 0,02

RE1	<b>Levo-Methasan 20 mg Tabl.</b>	T4	7 St	7,40
SG	Zur Substitutionsbehandlung (lt. Suchtgiftverordnung)	T4	28 St	26,30

### Levomethadon 0,03

RE1	<b>Levo-Methasan 30 mg Tabl.</b>	T2	7 St	10,55
SG	Zur Substitutionsbehandlung (lt. Suchtgiftverordnung)	T2	28 St	38,35

## N07BC51 Buprenorphin, Kombinationen

### Buprenorphin 0,002, Naloxon 0,0005

RE1	<b>Bupensan Duo 2 mg/0,5 mg Sublingualtabl.</b>	T2	7 St	5,95
SG	Zur Substitutionsbehandlung (lt. Suchtgiftverordnung)	T2	28 St	20,85
RE1	<b>Suboxone 2 mg/0,5 mg Sublingualtabl.</b>		7 St	8,10
SG	Zur Substitutionsbehandlung (lt. Suchtgiftverordnung), bei Unverträglichkeit der kostengünstigeren Therapiealternative Methadon.		28 St	28,30

### Buprenorphin 0,004, Naloxon 0,001

RE1	<b>Bupensan Duo 4 mg/1 mg Sublingualtabl.</b>	T2	7 St	9,55
SG	Zur Substitutionsbehandlung (lt. Suchtgiftverordnung)	T2	28 St	33,65

**Buprenorphin 0,008, Naloxon 0,002**

<b>RE1</b>	<b>Bupensan Duo 8 mg/2 mg Sublingualtabl.</b>	T2	7 St	14,95
SG	Zur Substitutionsbehandlung (lt. Suchtgiftverordnung)	T2	28 St	54,20
<b>RE1</b>	<b>Suboxone 8 mg/2 mg Sublingualtabl.</b>		7 St	20,35
SG	Zur Substitutionsbehandlung (lt. Suchtgiftverordnung), bei Unverträglichkeit der kostengünstigeren Therapiealternative Methadon.		28 St	75,60

**N07X ANDERE MITTEL FÜR DAS NERVENSYSTEM****N07XX Andere Mittel für das Nervensystem****N07XX02 Riluzol****Riluzol 0,05**

<b>RE2</b>	<b>Rilutek 50 mg Filmtabl.</b>		56 St	132,15
	Amyotrophe Lateralsklerose Diagnosestellung und Erstverordnung durch FachärztInnen für Neurologie bzw. durch Fachambulanzen			
<b>RE2</b>	<b>Riluzol "Aristo" 50 mg Filmtabl.</b>		56 St	129,50
	Amyotrophe Lateralsklerose Diagnosestellung und Erstverordnung durch FachärztInnen für Neurologie bzw. durch Fachambulanzen			
<b>RE2</b>	<b>Riluzol "PMCS" 50 mg Filmtabl.</b>		56 St	132,25
	Amyotrophe Lateralsklerose Diagnosestellung und Erstverordnung durch FachärztInnen für Neurologie bzw. durch Fachambulanzen			
<b>RE2</b>	<b>Riluzol "Stada" 50 mg Filmtabl.</b>		56 St	132,15
	Amyotrophe Lateralsklerose Diagnosestellung und Erstverordnung durch FachärztInnen für Neurologie bzw. durch Fachambulanzen			

**N07XX04 Hydroxybuttersäure****Hydroxybuttersäure 0,175/ml**

<b>RE1</b>	<b>Alcover Sirup</b>		140 ml	27,55
SG	Eine Kostenübernahme ist möglich bei Versagen von Alternativen des Grünen Bereiches im Rahmen eines therapeutischen Gesamtkonzeptes bei der Langzeitentwöhnung von Alkoholabhängigen.			

**N07XX08 Tafamidis****Tafamidis 0,02**

<b>RE1</b>	<b>Vyndaqel 20 mg Weichkaps.</b>		30 St	8.636,65
	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 <a href="http://www.sozialversicherung.at/erstattungskodex_hATTR-PN">http://www.sozialversicherung.at/erstattungskodex_hATTR-PN</a> 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.			

Bezeichnung	T	OP	KVP in €
<b>Tafamidis 0,061</b>			
<b>RE1 Vyndaqel 61 mg Weichkaps. <sup>(PM)</sup></b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- 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.</li> <li>- Verifizierung der Diagnose durch positive Knochenszintigraphie (Perugini Grad 2-3) in Kombination mit amyloidosetypischem Befund in der kardialen MRT sowie Ausschluss monoklonaler freier Leichtketten in Serum und Urin mittels Serum- und Urin-Immunofixationselektrophorese. Im Fall eines unklaren/unsicheren Szintigraphiebefundes (Perugini Grad 1) oder/und keines eindeutigen Ausschlusses der AL-Amyloidose (Nachweis freier Leichtketten in Serum und Urin) oder/und eines nicht eindeutigen Befundes in der kardialen MRT sind eine Myokardbiopsie und der histologische Nachweis von ATTR notwendig.</li> <li>- Eine Genotypisierung des Transthyretins mittels validierter Testmethode zur Charakterisierung als Wildtyp oder hereditär wird empfohlen.</li> <li>- 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).</li> <li>- Regelmäßige Überprüfung des Behandlungserfolges. Keine Fortsetzung der Behandlung bei <ul style="list-style-type: none"> <li>• substanziieller klinischer Verschlechterung (z.B. rezidivierende Hospitalisationen aufgrund kardialer Dekompensation; sinkende Leistungsfähigkeit in Kombination mit NT-proBNP-Anstieg und erhöhtem Diuretika-Verbrauch) ODER</li> <li>• NYHA IV für einen Zeitraum von zumindest 3 Monaten.</li> </ul> </li> <li>- Der Patient/die Patientin ist vor Behandlungsbeginn über den Inhalt dieses EKO-Verwendungstextes nachweislich aufzuklären.</li> <li>- Tafamidis darf nicht mit anderen spezifischen Arzneimitteln zur Behandlung der Transthyretin-Amyloidose (z.B. Patisiran, Inotersen) kombiniert werden.</li> <li>- 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.</li> <li>- Diagnose, Erstverordnung und regelmäßige Kontrollen durch ein spezialisiertes Zentrum.</li> <li>- Die Liste der in Frage kommenden Einrichtungen wird vom Dachverband erstellt und unter <a href="http://www.sozialversicherung.at/erstattungskodex_ATTR-CM">http://www.sozialversicherung.at/erstattungskodex_ATTR-CM</a> publiziert. Die Aufnahme ist befristet und endet mit 28.2.2026.</li> </ul>	30 St	9.375,65	

### N07XX15 Inotersen

<b>Inotersen 0,284</b>			
<b>RE1 Tegsedi 284 mg Inj.lsg. Fertigspr. <sup>(PM)</sup></b> 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 <a href="http://www.sozialversicherung.at/erstattungskodex_hATTR-PN">www.sozialversicherung.at/erstattungskodex_hATTR-PN</a> publiziert. Regelmäßige Kontrollen von Thrombozytenzahl und Nierenfunktion laut Fachinformation. Bei einem Abfall der Thrombozytenzahl unter 100 Giga/l (G/l) sollte die Dosierung gemäß Fachinformation angepasst werden. Die Behandlung ist abzubrechen, wenn die Thrombozytenzahl unter 25 Giga/l (G/l) fällt.	4 St	21.884,80	

**N07XX18 Vutrisiran****Vutrisiran 0,025**

<b>RE1</b>	<b>Amvuttra 25 mg Inj.lsg. Fertigspr. (PN)</b>	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 <a href="http://www.sozialversicherung.at/erstattungskodex_hATTR-PN">www.sozialversicherung.at/erstattungskodex_hATTR-PN</a> 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**

<b>RE2</b>	<b>Eskazole 400 mg Tabl.</b>	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**

<b>RE2</b>	<b>Combivent Inh.lsg. Einzeldosen</b>	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.	2,5 ml	
	Erstverordnung durch einen Facharzt für Pulmologie.	60 St	42,60
		2,5 ml	

## 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.lsg. Fertigspr.	1 St	171,00
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 &lt; 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"> <li>• 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</li> <li>• wenn trotz wiederholter Therapie mit systemischen Corticosteroiden in den letzten 12 Monaten</li> </ul> <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><b>Xolair 150 mg Inj.lsg. Fertigspr.</b></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 &lt; 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"> <li>• 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</li> <li>• wenn trotz wiederholter Therapie mit systemischen Corticosteroiden in den letzten 12 Monaten</li> </ul> <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 chef(kontroll)ärztliche Langzeitbewilligung für 6 Monate (L6).</p>	1 St 1 ml	317,45

**R03DX07 Roflumilast****Roflumilast 0,00025**

RE1			
	<p><b>Daxas 250 mcg Tabl.</b></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"> <li>- schwerer oder sehr schwerer COPD (GOLD 3 oder 4) UND</li> <li>- Symptomen einer chronischen Bronchitis UND</li> <li>- COPD-Assessment-Test (CAT) vor Therapiebeginn größer/gleich 10 Punkte UND</li> </ul> <p>wenn trotz einer täglichen maximal hoch dosierten Therapie mit einem LAMA + LABA oder LAMA + LABA + ICS</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- drei oder mehr schwere Exazerbationen in den letzten 12 Monaten auftraten, die die Gabe von systemischen Corticosteroiden über mehr als drei Tage erforderten ODER</li> <li>- mindestens eine schwerwiegende Exazerbation mit stationärer Spitalsbehandlung in den letzten 12 Monaten auftrat.</li> </ul> <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

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

### Roflumilast 0,0005

<b>RE1</b> <b>Daxas 500 mcg Filmtabl.</b> 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-Punktzahl und einer Reduktion der Anzahl an Exazerbationen im Vergleich zum Ausgangswert vor Therapiebeginn.	30 St	53,45
---	-------	-------

### R03DX08 Reslizumab

#### Reslizumab 0,01/ml

<b>RE1</b> <b>Cinqaero 10 mg/ml Konz. zur Herst. einer Inf.lsg. (Pfl)</b> 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 ml	141,60 499,70
--	-----------------	------------------



**R03DX09 Mepolizumab****Mepolizumab 0,04**

RE1 L6	<p><b>Nucala 40 mg Inj.lsg. Fertigspr.</b></p> <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"> <li>- 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</li> <li>- 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.</li> </ul> <p>Nicht in Kombination mit anderen monoklonalen Antikörpern zur Behandlung des schweren Asthmas.</p> <p>Erstinstellung 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>Mepolizumab eignet sich für eine chef(kontroll)ärztliche Langzeitbewilligung für 6 Monate (L6).</p>	1 St	412,25

**Mepolizumab 0,1**

RE1 L6	<b>Nucala 100 mg Inj.lsg. Fertigpen (PM)</b>	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"> <li>• 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</li> <li>• 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.</li> </ul> <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 cheff(kontroll)ärztliche Langzeitbewilligung für 6 Monate (L6).</p>		

RE1			
L6	<p><b>Nucala 100 mg Inj.lsg. Fertigspr. (PM)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- 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"> <li>• 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</li> <li>• 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. Erstinstellung 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.</li> </ul> </li> <li>- 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.</li> <li>- 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.</li> <li>- 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.</li> </ul> <p>Mepolizumab eignet sich für eine cheff(kontroll)ärztliche Langzeitbewilligung für 6 Monate (L6).</p>	1 St	974,60

**R03DX10 Benralizumab****Benralizumab 0,03**

RE1 L6	<b>Fasenra 30 mg Inj.lsg. Fertigpen (PM)</b>	1 St	2.125,90
	<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"> <li>• 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</li> <li>• wenn trotz einer Therapie mit systemischen Corticosteroiden für mindestens 6 Monate in den letzten 12 Monaten</li> </ul> <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. Ersteinstellung und Weiterverordnung durch einen Facharzt/eine Fachärztin für Pulmologie. Überprüfung der Wirksamkeit und Dokumentation alle 6 Monate anhand der Anzahl an schweren und schwerwiegenden Asthma-Exazerbationen (Definition siehe oben) in den letzten 12 Monaten. Die Therapie ist nur fortzuführen bei einer Reduktion der Anzahl an Asthma-Exazerbationen ODER bei einer gleichbleibenden Anzahl an Asthma-Exazerbationen in Verbindung mit einer deutlichen Dosisreduktion systemischer Corticosteroide im Vergleich zur Ausgangsdosis. Benralizumab eignet sich für eine chef(kontroll)ärztliche Langzeitbewilligung für 6 Monate (L6).</p>		
RE1 L6	<p><b>Fasenra 30 mg Inj.lsg. Fertigspr. (PM)</b></p> <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"> <li>• 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</li> <li>• wenn trotz einer Therapie mit systemischen Corticosteroiden für mindestens 6 Monate in den letzten 12 Monaten</li> </ul> <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. Ersteinstellung und Weiterverordnung durch einen Facharzt/eine Fachärztin für Pulmologie. Überprüfung der Wirksamkeit und Dokumentation alle 6 Monate anhand der Anzahl an schweren und schwerwiegenden Asthma-Exazerbationen (Definition siehe oben) in den letzten 12 Monaten. Die Therapie ist nur fortzuführen bei einer Reduktion der Anzahl an Asthma-Exazerbationen ODER bei einer gleichbleibenden Anzahl an Asthma-Exazerbationen in Verbindung mit einer deutlichen Dosisreduktion systemischer Corticosteroide im Vergleich zur Ausgangsdosis. Benralizumab eignet sich für eine chef(kontroll)ärztliche Langzeitbewilligung für 6 Monate (L6).</p>	1 St	2.141,40

**R03DX11 Tezepelumab****Tezepelumab 0,21**

RE1			
L6	<p><b>Tezspire 210 mg Inj.lsg. Fertigpen (EM)</b></p> <p>Als Zusatztherapie bei PatientInnen ab 12 Jahren mit schwerem Asthma</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- 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</li> <li>- 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.</li> </ul> <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>Tezepelumab eignet sich für eine chef(kontroll)ärztliche Langzeitbewilligung für 6 Monate (L6).</p> <p>Die Aufnahme ist befristet und endet mit 31.12.2026.</p>	1 St	1.167,55
RE1	<p><b>Tezspire 210 mg Inj.lsg. Fertigspr. (EM)</b></p> <p>Als Zusatztherapie bei PatientInnen ab 12 Jahren mit schwerem Asthma</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- 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</li> <li>- 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.</li> </ul> <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>Tezepelumab eignet sich für eine chef(kontroll)ärztliche Langzeitbewilligung für 6 Monate (L6).</p> <p>Die Aufnahme ist befristet und endet mit 31.12.2026.</p>	1 St	1.167,55

**R05 HUSTEN- UND ERKÄLTUNGSPRÄPARATE****R05C EXPEKTORANZIEN, EXKL. KOMBINATIONEN MIT ANTITUSSIVA****R05CB Mukolytika****R05CB13 Dornase alfa (Desoxyribonuclease)****Dornase alfa (Desoxyribonuclease) 0,0025**

RE1			
L12	<p><b>Pulmozyme 2.500 E/2,5 ml Inh.lsg.</b></p> <p>Eine Kostenübernahme ist möglich bei Mucoviszidose nach Erstverordnung durch eine Spezialambulanz.</p> <p><i>Dornase alfa (Desoxyribonuclease) 2.500 E entspr. 0,0025</i></p>	30 St	768,40

**R07 ANDERE MITTEL FÜR DEN RESPIRATIONSTRAKT**  
**R07A ANDERE MITTEL FÜR DEN RESPIRATIONSTRAKT**  
**R07AX Andere Mittel für den Respirationstrakt**  
**R07AX02 Ivacaftor**

**Ivacaftor 0,025**

<b>RE1</b>	<b>Kalydeco 25 mg Gran. Btl.</b> <small>(PM)</small>	56 St	12.964,35
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"> <li>- Indikationsstellung, Erstverordnung und Therapieüberwachung müssen von einem Zentrum mit Erfahrung in der Behandlung der CF erfolgen.</li> <li>- Eine Diätberatung der Angehörigen hat vor Behandlungsbeginn zu erfolgen.</li> <li>- 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.</li> <li>- Schweiß-Chlorid-Level sind vor Therapiebeginn und danach alle 6 Monate zu dokumentieren.</li> <li>- Pulmonale Exazerbationen, der Antibiotikabedarf und das Körpergewicht (BMI) sind für den Zeitraum vor Beginn der Behandlung und alle 6 Monate nach Therapiebeginn zu dokumentieren.</li> <li>- Die Therapie ist nur fortzuführen, wenn             <ul style="list-style-type: none"> <li>• Schweiß-Chlorid-Level auf mindestens 60 mmol/l gesenkt werden oder im Vergleich zur Baseline um mindestens 30 % fallen und</li> <li>• eine altersentsprechend vorteilhafte Entwicklung des BMI eintritt.</li> </ul> </li> </ul> <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 0,05**

<b>RE1</b>	<b>Kalydeco 50 mg Gran. Btl.</b> <small>(PM)</small>	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"> <li>- Indikationsstellung, Erstverordnung und Therapieüberwachung müssen von einem Zentrum mit Erfahrung in der Behandlung der CF erfolgen.</li> <li>- Eine Diätberatung der Angehörigen hat vor Behandlungsbeginn zu erfolgen.</li> <li>- 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.</li> <li>- Schweiß-Chlorid-Level sind vor Therapiebeginn und danach alle 6 Monate zu dokumentieren.</li> <li>- Pulmonale Exazerbationen, der Antibiotikabedarf und das Körpergewicht (BMI) sind für den Zeitraum vor Beginn der Behandlung und alle 6 Monate nach Therapiebeginn zu dokumentieren.</li> <li>- Die Therapie ist nur fortzuführen, wenn             <ul style="list-style-type: none"> <li>• Schweiß-Chlorid-Level auf mindestens 60 mmol/l gesenkt werden oder im Vergleich zur Baseline um mindestens 30 % fallen und</li> <li>• eine altersentsprechend vorteilhafte Entwicklung des BMI eintritt.</li> </ul> </li> </ul> <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 0,0595**

RE1	<b>Kalydeco 59,5 mg Gran. Btl. <sup>(PM)</sup></b>	28 St	5.422,15
L6	<p>Als Kombinationsbehandlung mit Ivacaftor/Tezacaftor/Elexacaftor 60 mg/40 mg/80 mg Gran. Btl. bei PatientInnen mit zystischer Fibrose (CF, Mukoviszidose) von 2-5 Jahren (ab 10 kg und unter 14 kg), die mindestens eine F508del-Mutation im CFTR-Gen aufweisen. Die Feststellung der Mutation muss mit einem validierten Testverfahren erfolgen.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Einsatz nur bei PatientInnen mit <ul style="list-style-type: none"> <li>• mehrmaligen pulmonalen Exazerbationen oder</li> <li>• regelmäßigen Antibiotikabehandlungen oder</li> <li>• einer mittels bildgebenden Verfahren (CT oder MRT) nachgewiesenen Schädigung der Lunge vor Therapiebeginn.</li> </ul> </li> <li>- Indikationsstellung, Erstverordnung und Therapieüberwachung müssen von einem Zentrum mit Erfahrung in der Behandlung der CF erfolgen.</li> <li>- Eine Diätberatung der Angehörigen hat vor Behandlungsbeginn zu erfolgen.</li> <li>- 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.</li> <li>- Schweiß-Chlorid-Level sind vor Therapiebeginn und danach alle 6 Monate zu dokumentieren.</li> <li>- Pulmonale Exazerbationen, der Antibiotikabedarf und das Körpergewicht (BMI) sind für den Zeitraum vor Beginn der Behandlung und alle 6 Monate nach Therapiebeginn zu dokumentieren.</li> <li>- Die Therapie ist nur fortzuführen, wenn <ul style="list-style-type: none"> <li>• Schweiß-Chlorid-Level auf mindestens 60 mmol/l gesenkt werden oder im Vergleich zur Baseline um mindestens 30 % fallen und</li> <li>• eine altersentsprechend vorteilhafte Entwicklung des BMI eintritt.</li> </ul> </li> </ul> <p>Ivacaftor in Kombination mit Ivacaftor/Tezacaftor/Elexacaftor 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**

<b>RE1</b>	<b>Kalydeco 75 mg Filmtabl. (FM)</b>	28 St	5.131,90
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&gt;G, S945L, S977F, R1070W, D1152H, 2789+5G&gt;A, 3272-26A&gt;G und 3849+10kbC&gt;T.</p> <p>Die Feststellung der Mutation muss mit einem validierten Testverfahren erfolgen.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Einsatz nur bei PatientInnen mit <ul style="list-style-type: none"> <li>• mehrmaligen pulmonalen Exazerbationen oder</li> <li>• regelmäßigen Antibiotikabehandlungen oder</li> <li>• einer mittels bildgebenden Verfahren (CT oder MRT) nachgewiesenen Schädigung der Lunge vor Therapiebeginn.</li> </ul> </li> <li>- Indikationsstellung, Erstverordnung und Therapieüberwachung müssen von einem Zentrum mit Erfahrung in der Behandlung der CF erfolgen.</li> <li>- Eine Diätberatung hat vor Behandlungsbeginn zu erfolgen.</li> <li>- 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.</li> <li>- Lungenfunktionsparameter (FEV1) sind alle 3 Monate zu kontrollieren.</li> <li>- Pulmonale Exazerbationen, der Antibiotikabedarf und das Körpergewicht (BMI) sind für den Zeitraum vor Beginn der Behandlung und alle 6 Monate nach Therapiebeginn zu dokumentieren.</li> <li>- Die Therapie ist nur fortzuführen, wenn <ul style="list-style-type: none"> <li>• eine vorteilhafte Entwicklung der Lungenfunktion gegenüber dem natürlichen Krankheitsverlauf eintritt oder</li> <li>• eine Reduktion der Häufigkeit pulmonaler Exazerbationen eintritt oder</li> <li>• eine altersentsprechend vorteilhafte Entwicklung des BMI eintritt.</li> </ul> </li> </ul> <p>Ivacaftor sowohl in Kombination mit Ivacaftor/Tezacaftor/Elxacaftor als auch in Kombination mit Tezacaftor/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**

<b>RE1</b> L6	<b>Kalydeco 75 mg Gran. Btl. (PM)</b> Als Kombinationsbehandlung mit Ivacaftor/Tezacaftor/Elxacaftor 75 mg/50 mg/100 mg Gran. Btl. bei PatientInnen mit zystischer Fibrose (CF, Mukoviszidose) von 2-5 Jahren (ab 14 kg), die mindestens eine F508del-Mutation im CFTR-Gen aufweisen. Die Feststellung der Mutation muss mit einem validierten Testverfahren erfolgen. <ul style="list-style-type: none"> <li>- Einsatz nur bei PatientInnen mit               <ul style="list-style-type: none"> <li>• mehrmaligen pulmonalen Exazerbationen oder</li> <li>• regelmäßigen Antibiotikabehandlungen oder</li> <li>• einer mittels bildgebenden Verfahren (CT oder MRT) nachgewiesenen Schädigung der Lunge vor Therapiebeginn.</li> </ul> </li> <li>- Indikationsstellung, Erstverordnung und Therapieüberwachung müssen von einem Zentrum mit Erfahrung in der Behandlung der CF erfolgen.</li> <li>- Eine Diätberatung der Angehörigen hat vor Behandlungsbeginn zu erfolgen.</li> <li>- 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.</li> <li>- Schweiß-Chlorid-Level sind vor Therapiebeginn und danach alle 6 Monate zu dokumentieren.</li> <li>- Pulmonale Exazerbationen, der Antibiotikabedarf und das Körpergewicht (BMI) sind für den Zeitraum vor Beginn der Behandlung und alle 6 Monate nach Therapiebeginn zu dokumentieren.</li> <li>- Die Therapie ist nur fortzuführen, wenn               <ul style="list-style-type: none"> <li>• Schweiß-Chlorid-Level auf mindestens 60 mmol/l gesenkt werden oder im Vergleich zur Baseline um mindestens 30 % fallen und</li> <li>• eine altersentsprechend vorteilhafte Entwicklung des BMI eintritt.</li> </ul> </li> </ul> Ivacaftor in Kombination mit Ivacaftor/Tezacaftor/Elxacaftor eignet sich für eine chef(kontroll)ärztliche Langzeitbewilligung für 6 Monate (L6). Die Aufnahme in den EKO ist befristet und endet mit 30.6.2026.	28 St	6.153,95
<b>RE1</b> L6	<b>Kalydeco 75 mg Gran. Btl. (PM)</b> 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. <ul style="list-style-type: none"> <li>- Indikationsstellung, Erstverordnung und Therapieüberwachung müssen von einem Zentrum mit Erfahrung in der Behandlung der CF erfolgen.</li> <li>- Eine Diätberatung der Angehörigen hat vor Behandlungsbeginn zu erfolgen.</li> <li>- 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.</li> <li>- Schweiß-Chlorid-Level sind vor Therapiebeginn und danach alle 6 Monate zu dokumentieren.</li> <li>- Pulmonale Exazerbationen, der Antibiotikabedarf und das Körpergewicht (BMI) sind für den Zeitraum vor Beginn der Behandlung und alle 6 Monate nach Therapiebeginn zu dokumentieren.</li> <li>- Die Therapie ist nur fortzuführen, wenn               <ul style="list-style-type: none"> <li>• Schweiß-Chlorid-Level auf mindestens 60 mmol/l gesenkt werden oder im Vergleich zur Baseline um mindestens 30 % fallen und</li> <li>• eine altersentsprechend vorteilhafte Entwicklung des BMI eintritt.</li> </ul> </li> </ul> Ivacaftor eignet sich für eine chef(kontroll)ärztliche Langzeitbewilligung für 6 Monate (L6). Die Aufnahme in den EKO ist befristet und endet mit 30.6.2026.	56 St	10.239,15

Bezeichnung		T	OP	KVP in €
<b>Ivacaftor 0,15</b>				
<b>RE1</b>	<b>Kalydeco 150 mg Filmtabl. <sup>(PM)</sup></b>		28 St	5.131,90
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&gt;G, S945L, S977F, R1070W, D1152H, 2789+5G&gt;A, 3272-26A&gt;G und 3849+10kbC&gt;T.</p> <p>Die Feststellung der Mutation muss mit einem validierten Testverfahren erfolgen.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Einsatz nur bei PatientInnen mit <ul style="list-style-type: none"> <li>• mehrmaligen pulmonalen Exazerbationen oder</li> <li>• regelmäßigen Antibiotikabehandlungen oder</li> <li>• einer mittels bildgebenden Verfahren (CT oder MRT) nachgewiesenen Schädigung der Lunge vor Therapiebeginn.</li> </ul> </li> <li>- Indikationsstellung, Erstverordnung und Therapieüberwachung müssen von einem Zentrum mit Erfahrung in der Behandlung der CF erfolgen.</li> <li>- Eine Diätberatung hat vor Behandlungsbeginn zu erfolgen.</li> <li>- 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.</li> <li>- Lungenfunktionsparameter (FEV1) sind alle 3 Monate zu kontrollieren.</li> <li>- Pulmonale Exazerbationen, der Antibiotikabedarf und das Körpergewicht (BMI) sind für den Zeitraum vor Beginn der Behandlung und alle 6 Monate nach Therapiebeginn zu dokumentieren.</li> <li>- Die Therapie ist nur fortzuführen, wenn <ul style="list-style-type: none"> <li>• eine vorteilhafte Entwicklung der Lungenfunktion gegenüber dem natürlichen Krankheitsverlauf eintritt oder</li> <li>• eine Reduktion der Häufigkeit pulmonaler Exazerbationen eintritt oder</li> <li>• eine altersentsprechend vorteilhafte Entwicklung des BMI eintritt.</li> </ul> </li> </ul> <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>			
<b>RE1</b>	<b>Kalydeco 150 mg Filmtabl. <sup>(PM)</sup></b>		56 St	10.239,15
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"> <li>- Einsatz nur bei PatientInnen mit <ul style="list-style-type: none"> <li>• mehrmaligen pulmonalen Exazerbationen oder</li> <li>• regelmäßigen Antibiotikabehandlungen oder</li> <li>• einer mittels bildgebenden Verfahren (CT oder MRT) nachgewiesenen Schädigung der Lunge vor Therapiebeginn.</li> </ul> </li> <li>- Indikationsstellung, Erstverordnung und Therapieüberwachung müssen von einem Zentrum mit Erfahrung in der Behandlung der CF erfolgen.</li> <li>- Eine Diätberatung hat vor Behandlungsbeginn zu erfolgen.</li> <li>- 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.</li> <li>- Lungenfunktionsparameter (FEV1) sind alle drei Monate zu kontrollieren.</li> <li>- Pulmonale Exazerbationen, der Antibiotikabedarf und das Körpergewicht (BMI) sind für den Zeitraum vor Beginn der Behandlung und alle 6 Monate nach Therapiebeginn zu dokumentieren.</li> <li>- Die Therapie ist nur fortzuführen, wenn <ul style="list-style-type: none"> <li>• eine vorteilhafte Entwicklung der Lungenfunktion gegenüber dem natürlichen Krankheitsverlauf eintritt oder</li> <li>• eine Reduktion der Häufigkeit pulmonaler Exazerbationen eintritt oder</li> <li>• eine altersentsprechend vorteilhafte Entwicklung des BMI eintritt.</li> </ul> </li> </ul> <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. <sup>(PM)</sup>	112 St	11.021,45
L6	<ul style="list-style-type: none"> <li>- 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.</li> <li>- Einsatz nur bei PatientInnen mit               <ul style="list-style-type: none"> <li>• mehrmaligen pulmonalen Exazerbationen oder</li> <li>• regelmäßigen Antibiotikabehandlungen oder</li> <li>• einer mittels bildgebenden Verfahren (CT oder MRT) nachgewiesenen Schädigung der Lunge</li> </ul>               vor Therapiebeginn.             </li> <li>- Indikationsstellung, Erstverordnung und Therapieüberwachung müssen von einem Zentrum mit Erfahrung in der Behandlung der CF erfolgen.</li> <li>- Eine Diätberatung hat vor Behandlungsbeginn zu erfolgen.</li> <li>- 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.</li> <li>- Lungenfunktionsparameter (FEV1) sind alle 3 Monate zu kontrollieren.</li> <li>- Pulmonale Exazerbationen, der Antibiotikabedarf und das Körpergewicht (BMI) sind für den Zeitraum vor Beginn der Behandlung und alle 6 Monate nach Therapiebeginn zu dokumentieren.</li> <li>- Die Therapie ist nur fortzuführen, wenn               <ul style="list-style-type: none"> <li>• eine vorteilhafte Entwicklung der Lungenfunktion gegenüber dem natürlichen Krankheitsverlauf eintritt oder</li> <li>• eine Reduktion der Häufigkeit pulmonaler Exazerbationen eintritt oder</li> <li>• eine altersentsprechend vorteilhafte Entwicklung des BMI eintritt.</li> </ul> </li> </ul> <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. <sup>(PM)</sup>	56 St	10.926,10
L6	<ul style="list-style-type: none"> <li>- 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.</li> <li>- Einsatz nur bei PatientInnen mit               <ul style="list-style-type: none"> <li>• regelmäßigen Antibiotikabehandlungen oder</li> <li>• einer mittels bildgebenden Verfahren (CT oder MRT) nachgewiesenen Schädigung der Lunge</li> </ul>               vor Therapiebeginn.             </li> <li>- Indikationsstellung, Erstverordnung und Therapieüberwachung müssen von einem Zentrum mit Erfahrung in der Behandlung der CF erfolgen.</li> <li>- Eine Diätberatung der Angehörigen hat vor Behandlungsbeginn zu erfolgen.</li> <li>- 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.</li> <li>- Schweiß-Chlorid-Level sind vor Therapiebeginn und danach alle 6 Monate zu dokumentieren.</li> <li>- Pulmonale Exazerbationen, der Antibiotikabedarf und das Körpergewicht (BMI) sind für den Zeitraum vor Beginn der Behandlung und alle 6 Monate nach Therapiebeginn zu dokumentieren.</li> <li>- Die Therapie ist nur fortzuführen, wenn               <ul style="list-style-type: none"> <li>• Schweiß-Chlorid-Level um zumindest 15 % im Vergleich zur Baseline fallen und</li> <li>• eine altersentsprechend vorteilhafte Entwicklung des BMI eintritt.</li> </ul> </li> </ul> <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>		

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

**Ivacaftor 0,125, Lumacaftor 0,2**

<b>RE1</b>	<b>Orkambi 200 mg/125 mg Filmtabl. <sup>(EM)</sup></b>	112 St	11.021,45
L6	<ul style="list-style-type: none"> <li>- 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.</li> <li>- Einsatz nur bei PatientInnen mit <ul style="list-style-type: none"> <li>• mehrmaligen pulmonalen Exazerbationen oder</li> <li>• regelmäßigen Antibiotikabehandlungen oder</li> <li>• einer mittels bildgebenden Verfahren (CT oder MRT) nachgewiesenen Schädigung der Lunge vor Therapiebeginn.</li> </ul> </li> <li>- Indikationsstellung, Erstverordnung und Therapieüberwachung müssen von einem Zentrum mit Erfahrung in der Behandlung der CF erfolgen.</li> <li>- Eine Diätberatung hat vor Behandlungsbeginn zu erfolgen.</li> <li>- 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.</li> <li>- Lungenfunktionsparameter (FEV1) sind alle 3 Monate zu kontrollieren.</li> <li>- Pulmonale Exazerbationen, der Antibiotikabedarf und das Körpergewicht (BMI) sind für den Zeitraum vor Beginn der Behandlung und alle 6 Monate nach Therapiebeginn zu dokumentieren.</li> <li>- Die Therapie ist nur fortzuführen, wenn <ul style="list-style-type: none"> <li>• eine vorteilhafte Entwicklung der Lungenfunktion gegenüber dem natürlichen Krankheitsverlauf eintritt oder</li> <li>• eine Reduktion der Häufigkeit pulmonaler Exazerbationen eintritt oder</li> <li>• eine altersentsprechend vorteilhafte Entwicklung des BMI eintritt.</li> </ul> </li> </ul> <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**

<b>RE1</b>	<b>Orkambi 150 mg/188 mg Gran. Btl. <sup>(EM)</sup></b>	56 St	10.926,10
L6	<ul style="list-style-type: none"> <li>- 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.</li> <li>- Einsatz nur bei PatientInnen mit <ul style="list-style-type: none"> <li>• regelmäßigen Antibiotikabehandlungen oder</li> <li>• einer mittels bildgebenden Verfahren (CT oder MRT) nachgewiesenen Schädigung der Lunge vor Therapiebeginn.</li> </ul> </li> <li>- Indikationsstellung, Erstverordnung und Therapieüberwachung müssen von einem Zentrum mit Erfahrung in der Behandlung der CF erfolgen.</li> <li>- Eine Diätberatung der Angehörigen hat vor Behandlungsbeginn zu erfolgen.</li> <li>- 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.</li> <li>- Schweiß-Chlorid-Level sind vor Therapiebeginn und danach alle 6 Monate zu dokumentieren.</li> <li>- Pulmonale Exazerbationen, der Antibiotikabedarf und das Körpergewicht (BMI) sind für den Zeitraum vor Beginn der Behandlung und alle 6 Monate nach Therapiebeginn zu dokumentieren.</li> <li>- Die Therapie ist nur fortzuführen, wenn <ul style="list-style-type: none"> <li>• Schweiß-Chlorid-Level um zumindest 15 % im Vergleich zur Baseline fallen und</li> <li>• eine altersentsprechend vorteilhafte Entwicklung des BMI eintritt.</li> </ul> </li> </ul> <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. (PM)	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&gt;G, S945L, S977F, R1070W, D1152H, 2789+5G&gt;A, 3272-26A&gt;G und 3849+10kbC&gt;T.</p> <p>Die Feststellung der Mutation muss mit einem validierten Testverfahren erfolgen.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Einsatz nur bei PatientInnen mit <ul style="list-style-type: none"> <li>• mehrmaligen pulmonalen Exazerbationen oder</li> <li>• regelmäßigen Antibiotikabehandlungen oder</li> <li>• einer mittels bildgebenden Verfahren (CT oder MRT) nachgewiesenen Schädigung der Lunge</li> </ul> </li> <li>vor Therapiebeginn.</li> <li>- Indikationsstellung, Erstverordnung und Therapieüberwachung müssen von einem Zentrum mit Erfahrung in der Behandlung der CF erfolgen.</li> <li>- Eine Diätberatung hat vor Behandlungsbeginn zu erfolgen.</li> <li>- 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.</li> <li>- Lungenfunktionsparameter (FEV1) sind alle 3 Monate zu kontrollieren.</li> <li>- Pulmonale Exazerbationen, der Antibiotikabedarf und das Körpergewicht (BMI) sind für den Zeitraum vor Beginn der Behandlung und alle 6 Monate nach Therapiebeginn zu dokumentieren.</li> <li>- Die Therapie ist nur fortzuführen, wenn <ul style="list-style-type: none"> <li>• eine vorteilhafte Entwicklung der Lungenfunktion gegenüber dem natürlichen Krankheitsverlauf eintritt oder</li> <li>• eine Reduktion der Häufigkeit pulmonaler Exazerbationen eintritt oder</li> <li>• eine altersentsprechend vorteilhafte Entwicklung des BMI eintritt.</li> </ul> </li> </ul> <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. (PM)	28 St	5.457,15
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&gt;G, S945L, S977F, R1070W, D1152H, 2789+5G&gt;A, 3272-26A&gt;G und 3849+10kbC&gt;T.</p> <p>Die Feststellung der Mutation muss mit einem validierten Testverfahren erfolgen.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Einsatz nur bei PatientInnen mit <ul style="list-style-type: none"> <li>• mehrmaligen pulmonalen Exazerbationen oder</li> <li>• regelmäßigen Antibiotikabehandlungen oder</li> <li>• einer mittels bildgebenden Verfahren (CT oder MRT) nachgewiesenen Schädigung der Lunge</li> </ul> </li> <li>vor Therapiebeginn.</li> <li>- Indikationsstellung, Erstverordnung und Therapieüberwachung müssen von einem Zentrum mit Erfahrung in der Behandlung der CF erfolgen.</li> <li>- Eine Diätberatung hat vor Behandlungsbeginn zu erfolgen.</li> <li>- 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.</li> <li>- Lungenfunktionsparameter (FEV1) sind alle 3 Monate zu kontrollieren.</li> <li>- Pulmonale Exazerbationen, der Antibiotikabedarf und das Körpergewicht (BMI) sind für den Zeitraum vor Beginn der Behandlung und alle 6 Monate nach Therapiebeginn zu dokumentieren.</li> <li>- Die Therapie ist nur fortzuführen, wenn <ul style="list-style-type: none"> <li>• eine vorteilhafte Entwicklung der Lungenfunktion gegenüber dem natürlichen Krankheitsverlauf eintritt oder</li> <li>• eine Reduktion der Häufigkeit pulmonaler Exazerbationen eintritt oder</li> <li>• eine altersentsprechend vorteilhafte Entwicklung des BMI eintritt.</li> </ul> </li> </ul> <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**

<b>RE1</b>	<b>Kaftrio 37,5 mg/25 mg/50 mg Filmtabl. (EM)</b>	56 St	9.671,70
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"> <li>- Einsatz nur bei PatientInnen mit <ul style="list-style-type: none"> <li>• mehrmaligen pulmonalen Exazerbationen oder</li> <li>• regelmäßigen Antibiotikabehandlungen oder</li> <li>• einer mittels bildgebenden Verfahren (CT oder MRT) nachgewiesenen Schädigung der Lunge vor Therapiebeginn.</li> </ul> </li> <li>- Indikationsstellung, Erstverordnung und Therapieüberwachung müssen von einem Zentrum mit Erfahrung in der Behandlung der CF erfolgen.</li> <li>- Eine Diätberatung hat vor Behandlungsbeginn zu erfolgen.</li> <li>- 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.</li> <li>- Lungenfunktionsparameter (FEV1) sind alle 3 Monate zu kontrollieren.</li> <li>- Pulmonale Exazerbationen, der Antibiotikabedarf und das Körpergewicht (BMI) sind für den Zeitraum vor Beginn der Behandlung und alle 6 Monate nach Therapiebeginn zu dokumentieren.</li> <li>- Die Therapie ist nur fortzuführen, wenn <ul style="list-style-type: none"> <li>• eine vorteilhafte Entwicklung der Lungenfunktion gegenüber dem natürlichen Krankheitsverlauf eintritt oder</li> <li>• eine Reduktion der Häufigkeit pulmonaler Exazerbationen eintritt oder</li> <li>• eine altersentsprechend vorteilhafte Entwicklung des BMI eintritt.</li> </ul> </li> </ul> <p>Ivacaftor/Tezacaftor/Elexacaftor in Kombination mit Ivacaftor eignet sich für eine chef(kontroll)ärztliche Langzeitbewilligung für 6 Monate (L6). Die Aufnahme in den EKO ist befristet und endet mit 30.6.2026.</p>		

**Ivacaftor 0,06, Tezacaftor 0,04, Elexacaftor 0,08**

<b>RE1</b>	<b>Kaftrio 60 mg/40 mg/80 mg Gran. Btl. (EM)</b>	28 St	9.093,70
L6	<p>Als Kombinationsbehandlung mit Ivacaftor 59,5 mg Gran. Btl. bei PatientInnen mit zystischer Fibrose (CF, Mukoviszidose) von 2-5 Jahren (ab 10 kg und unter 14 kg), die mindestens eine F508del-Mutation im CFTR-Gen aufweisen. Die Feststellung der Mutation muss mit einem validierten Testverfahren erfolgen.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Einsatz nur bei PatientInnen mit <ul style="list-style-type: none"> <li>• mehrmaligen pulmonalen Exazerbationen oder</li> <li>• regelmäßigen Antibiotikabehandlungen oder</li> <li>• einer mittels bildgebenden Verfahren (CT oder MRT) nachgewiesenen Schädigung der Lunge vor Therapiebeginn.</li> </ul> </li> <li>- Indikationsstellung, Erstverordnung und Therapieüberwachung müssen von einem Zentrum mit Erfahrung in der Behandlung der CF erfolgen.</li> <li>- Eine Diätberatung der Angehörigen hat vor Behandlungsbeginn zu erfolgen.</li> <li>- 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.</li> <li>- Schweiß-Chlorid-Level sind vor Therapiebeginn und danach alle 6 Monate zu dokumentieren.</li> <li>- Pulmonale Exazerbationen, der Antibiotikabedarf und das Körpergewicht (BMI) sind für den Zeitraum vor Beginn der Behandlung und alle 6 Monate nach Therapiebeginn zu dokumentieren.</li> <li>- Die Therapie ist nur fortzuführen, wenn <ul style="list-style-type: none"> <li>• Schweiß-Chlorid-Level auf mindestens 60 mmol/l gesenkt werden oder im Vergleich zur Baseline um mindestens 30 % fallen und</li> <li>• eine altersentsprechend vorteilhafte Entwicklung des BMI eintritt.</li> </ul> </li> </ul> <p>Ivacaftor/Tezacaftor/Elexacaftor in Kombination mit Ivacaftor eignet sich für eine chef(kontroll)ärztliche Langzeitbewilligung für 6 Monate (L6). Die Aufnahme in den EKO ist befristet und endet mit 30.6.2026.</p>		

**Ivacaftor 0,075, Tezacaftor 0,05, Elexacaftor 0,1**

RE1	Kaffrio 75 mg/50 mg/100 mg Filmtabl. (RM)	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"> <li>- Einsatz nur bei PatientInnen mit <ul style="list-style-type: none"> <li>• mehrmaligen pulmonalen Exazerbationen oder</li> <li>• regelmäßigen Antibiotikabehandlungen oder</li> <li>• einer mittels bildgebenden Verfahren (CT oder MRT) nachgewiesenen Schädigung der Lunge vor Therapiebeginn.</li> </ul> </li> <li>- Indikationsstellung, Erstverordnung und Therapieüberwachung müssen von einem Zentrum mit Erfahrung in der Behandlung der CF erfolgen.</li> <li>- Eine Diätberatung hat vor Behandlungsbeginn zu erfolgen.</li> <li>- 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.</li> <li>- Lungenfunktionsparameter (FEV1) sind alle 3 Monate zu kontrollieren.</li> <li>- Pulmonale Exazerbationen, der Antibiotikabedarf und das Körpergewicht (BMI) sind für den Zeitraum vor Beginn der Behandlung und alle 6 Monate nach Therapiebeginn zu dokumentieren.</li> <li>- Die Therapie ist nur fortzuführen, wenn <ul style="list-style-type: none"> <li>• eine vorteilhafte Entwicklung der Lungenfunktion gegenüber dem natürlichen Krankheitsverlauf eintritt oder</li> <li>• eine Reduktion der Häufigkeit pulmonaler Exazerbationen eintritt oder</li> <li>• eine altersentsprechend vorteilhafte Entwicklung des BMI eintritt.</li> </ul> </li> </ul> <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	Kaffrio 75 mg/50 mg/100 mg Gran. Btl. (RM)	28 St	9.150,95
L6	<p>Als Kombinationsbehandlung mit Ivacaftor 75 mg Gran. Btl. 28 Stück bei PatientInnen mit zystischer Fibrose (CF, Mukoviszidose) von 2-5 Jahren (ab 14 kg), die mindestens eine F508del-Mutation im CFTR-Gen aufweisen. Die Feststellung der Mutation muss mit einem validierten Testverfahren erfolgen.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Einsatz nur bei PatientInnen mit <ul style="list-style-type: none"> <li>• mehrmaligen pulmonalen Exazerbationen oder</li> <li>• regelmäßigen Antibiotikabehandlungen oder</li> <li>• einer mittels bildgebenden Verfahren (CT oder MRT) nachgewiesenen Schädigung der Lunge vor Therapiebeginn.</li> </ul> </li> <li>- Indikationsstellung, Erstverordnung und Therapieüberwachung müssen von einem Zentrum mit Erfahrung in der Behandlung der CF erfolgen.</li> <li>- Eine Diätberatung der Angehörigen hat vor Behandlungsbeginn zu erfolgen.</li> <li>- 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.</li> <li>- Schweiß-Chlorid-Level sind vor Therapiebeginn und danach alle 6 Monate zu dokumentieren.</li> <li>- Pulmonale Exazerbationen, der Antibiotikabedarf und das Körpergewicht (BMI) sind für den Zeitraum vor Beginn der Behandlung und alle 6 Monate nach Therapiebeginn zu dokumentieren.</li> <li>- Die Therapie ist nur fortzuführen, wenn <ul style="list-style-type: none"> <li>• Schweiß-Chlorid-Level auf mindestens 60 mmol/l gesenkt werden oder im Vergleich zur Baseline um mindestens 30 % fallen und</li> <li>• eine altersentsprechend vorteilhafte Entwicklung des BMI eintritt.</li> </ul> </li> </ul> <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**

<b>RE2</b>	<b>Timophtal 0,5 % sine Einmal-Augentropf.</b> 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**

<b>RE2</b>	<b>Vistagan Liquifilm unkonservert 0,5 % Augentropf.</b> 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**

<b>RE2</b>	<b>Ganfort 0,3 mg/ml + 5 mg/ml Augentropf. Einzeldosen</b> 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**

<b>RE2</b>	<b>Cosopt sine 20 mg/ml + 5 mg/ml Augentropf. Einzeldosen</b> Glaukom bei Konservierungsmittelallergie oder -unverträglichkeit	60 St(2)	20,95
<b>RE2</b>	<b>Duokopt 20 mg/ml + 5 mg/ml Augentropf.</b> Glaukom bei Konservierungsmittelallergie oder -unverträglichkeit	5 ml(2) 1 ml = 25 Tr.	15,85

**Timolol 0,005, Latanoprost 0,00005/ml**

<b>RE2</b>	<b>Fixapost 50 mcg/ml + 5 mg/ml Augentropf. Einzeldosen</b> Glaukom bei Konservierungsmittelallergie oder -unverträglichkeit	30 St(3)	20,40
------------	---	----------	-------

**Timolol 0,005, Tafluprost 0,000015/ml**

<b>RE2</b>	<b>Taptiqom 15 mcg/ml + 5 mg/ml Augentropf. Einzeldosen</b> Glaukom bei Konservierungsmittelallergie oder -unverträglichkeit	30 St(2)	24,25
------------	---	----------	-------

**S01EE Prostaglandinanaloga  
S01EE01 Latanoprost**

**Latanoprost 0,00005/ml**

<b>RE2</b>	<b>Monopost 50 mcg/ml Augentropf. Einzeldosen</b> In der Indikation Glaukom bei Konservierungsmittelallergie oder -unverträglichkeit	30 St(2)	15,10
------------	---	----------	-------

**S01EE03 Bimatoprost****Bimatoprost 0,0003/ml**

<b>RE2</b>	<b>Bima-Vision sine 300 mcg/ml Augentropf. Einzeldosen</b> In der Indikation Glaukom bei nachgewiesener Allergie oder Unverträglichkeit von Augentropfen mit Konservierungsmittel	30 St(3)	12,30
<b>RE2</b>	<b>Lumigan 0,3 mg/ml Augentropf. Einzeldosen</b> In der Indikation Glaukom bei nachgewiesener Allergie oder Unverträglichkeit von Augentropfen mit Konservierungsmittel	30 St(2)	17,00

**S01EE04 Travoprost****Travoprost 0,00004/ml**

<b>RE2</b>	<b>Travo-Vision sine 40 mcg/ml Augentropf.</b> Glaukom bei Konservierungsmittelallergie oder -unverträglichkeit	30 St(3)	11,10
------------	--	----------	-------



**S01EE05 Tafluprost****Tafluprost 0,000015/ml**

<b>RE2</b>	<b>Saflutan 15 mcg/ml Augentropf. Einzeldosen</b> 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**

<b>RE2</b>	<b>Otanol 1 mg Ohrentropf., Lsg.</b> 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**

<b>RE1</b>	<b>Ferriprox 100 mg/ml Lsg. zum Einnehmen</b> 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**

<b>RE1</b>	<b>Ferriprox 500 mg Filmtabl.</b> 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**

<b>RE2</b>	<b>Renvela 800 mg Filmtabl.</b> 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
<b>RE2</b>	<b>Sevelamer "ratiopharm" 800 mg Filmtabl.</b> 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
<b>RE2</b>	<b>Sevelamer "Sandoz" 800 mg Filmtabl.</b> 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
<b>RE2</b>	<b>Sevelamercarbonat "Stada" 800 mg Filmtabl.</b> 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	<b>Renvela 2,4 g Plv. zur Herst. einer Susp. zum Einnehmen</b> 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	<b>Fosrenol 500 mg Kautabl.</b> 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	<b>Fosrenol 750 mg Kautabl.</b> 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	<b>Fosrenol 1000 mg Kautabl.</b> 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 Sucroferic oxyhydroxid

#### Sucroferic oxyhydroxid 0,5

RE1	<b>Velphoro 500 mg Kautabl.</b> 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	<b>Veltassa 8,4 g Plv. zur Herst. einer Susp. zum Einnehmen (PM)</b> Bei Erwachsenen mit chronischer Niereninsuffizienz ab Stadium III (eGFR < 60 ml/min/1,73 m <sup>2</sup> ) 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. Erstverordung und Therapiekontrolle durch FachärztInnen für Innere Medizin.	30 St	260,85
-----	--	-------	--------

**Patiromer Calcium 16,8**

<b>RE1</b>	<b>Veltassa 16,8 g Plv. zur Herst. einer Susp. zum Einnehmen</b> <sup>(PM)</sup> Bei Erwachsenen mit chronischer Niereninsuffizienz ab Stadium III (eGFR < 60 ml/min/1,73 m <sup>2</sup> ) 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**

<b>RE1</b>	<b>Lokelma 5 g Plv. zur Herst. einer Susp. zum Einnehmen</b> <sup>(PM)</sup> Bei Erwachsenen mit chronischer Niereninsuffizienz ab Stadium III (eGFR kleiner 60 ml/min/1,73 m <sup>2</sup> ) 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	255,80
------------	--	-------	--------

**Natriumzirconiumcyclosilicat 10,0**

<b>RE1</b>	<b>Lokelma 10 g Plv. zur Herst. einer Susp. zum Einnehmen</b> <sup>(PM)</sup> Bei Erwachsenen mit chronischer Niereninsuffizienz ab Stadium III (eGFR kleiner 60 ml/min/1,73 m <sup>2</sup> ) 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	372,35
------------	---	-------	--------

**V03AF Entgiftungsmittel für die Behandlung mit Zytostatika****V03AF01 Mesna****Mesna 0,4**

<b>RE2</b>	<b>Uromitexan 400 mg Filmtabl.</b> 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.

<b>Stoffe</b>	<b>Ausnahmen von der Chefarztspflicht</b>
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	
Bitterorangenfluidextrakt	
Bitterorangenschale	
Blutegel	

<b>Stoffe</b>	<b>Ausnahmen von der Chefarztpflicht</b>
Borretschöl / Raffiniertes	
Brombeerblätter	
Calciumascorbat	in Verarbeitung bis zu 50 mg pro Einzeldosis
Calciumpantothenat	
Campher (D-Campher)	
Carbomer 947P	
Citronenschalen	
Dexpanthenol	in Verarbeitung
Diclofenac-Natrium	
Dronabinol	
Eisen(III)-chlorid-Hexahydrat	
Färberginsterkraut	
Flufenaminsäure	
Gelatine (pulv.)	als Verdickungsmittel und Gelbildner für flüssige und halbfeste Arzneiformen (z.B. Globuli)
Ginsengwurzel	
Glucose-Monohydrat	in Verarbeitung
Guarana (pulv.)	
Himbeerblätter	
Holundermus	
Indometacin	
Jjobawachs / Flüssiges	
Kamille / Römische	
Kamillenfluidextrakt	in Verarbeitung
Kastanienfluidextrakt	
Kieselerde / Gereinigte	
Klatschmohnblüten	
Kolafluidextrakt / Eingestellter	
Kolasamen	
Kopaivabalsam	

Stoffe	Ausnahmen von der Chefarztpflicht
Kornblumenblüten	
Kürbissamen	
Lavendelblüten	
Levomenol	
Majorankraut	
Maltodextrin	in Verarbeitung
Malzzucker	
Melatonin	
Minoxidil	
Natrium Hyaluronat 0,25 % RK	
Natrium Hyaluronat 0,50 % RK	
Natriumcromoglicat	
Natronseife	
Nystatin	
Permethrin 25 % RK Infectopharm	
Pfefferminzspiritus	für die Verarbeitung unbedingt erforderliche Mengen, höchstens jedoch für 100 g je Zubereitung
Pflingstrosenblüten	
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 ( $\alpha$ -Tocopherolacetat)	als Antioxydans bis 2 %
Veilchenblüten	
Veilchenwurzelstock	
Weidenröschenkraut	
Weinbrand	
Weizenkeimöl	
Yohimbinhydrochlorid	

## Besonderer Hinweis

Für die folgenden Medizinalweine (weinhaltigen Zubereitungen) sowie Gewürze und Genussmittel werden von den Krankenversicherungsträgern keine Kosten übernommen, obgleich sie in der Anlage B der Österreichischen Arzneitaxe angeführt sind:

- Malagawein
- Manna
- Myrrhe
- Pfeffer
- Likörwein
- Tee / Schwarzer
- Vanille
- Vanillin
- Weihrauch
- Zimtrinde
- Zimtrinde / Chinesische

## Besondere Abgabebedingungen für magistrale Zubereitungen

1. Stoffe für magistrale Zubereitungen bedürfen der vorherigen Bewilligung des chef- und kontrollärztlichen Dienstes, wenn größere Mengen verschrieben wurden als zur Herstellung folgender magistraler Zubereitungen benötigt werden:

Darreichungsform	Höchstmenge
Pulver und Pulvermischungen Abgeteilte Pulver, Kapseln	200 Gramm 30 Tagesdosen (höchstens 90 Stück)
Suppositorien, Globuli	24 Stück
Flüssige Arzneimittel zur externen Anwendung	300 Gramm
Flüssige Arzneimittel zur internen Anwendung	100 Gramm
Topische Arzneimittel (Cremes, Gele, Pasten, Salben sowie Emulsionen)	100 Gramm 500 Gramm IND Psoriasis, Neurodermitis, Ichthyosis vulgaris, Mycosis fungoides
Tees	100 Gramm

2. Stoffe für die magistrale Zubereitung eines **Hustensirups** bedürfen der vorherigen Bewilligung des chef- und kontrollärztlichen Dienstes, wenn **größere Mengen** verschrieben wurden als zur Herstellung von **200 g** benötigt werden **oder** die Patientin/der Patient **das 14. Lebensjahr** überschritten hat.
3. Folgende **sterile** magistrale Zubereitungen bedürfen der vorherigen Bewilligung des chef- und kontrollärztlichen Dienstes:  
**Darmspülungen, Infusionen**, wenn
- eine der magistralen Zubereitung entsprechende Arzneispezialität zugelassen und im Handel ist,
  - von der Ärztin/vom Arzt eine Mischung von Arzneispezialitäten verordnet wurde.















