

Bereichs- zugehörigkeit	Kassen- zeichen	Name	Menge	Mengen- art	Abgabe- anzahl	Kassen- preis
G	IND	ABILIFY MAI PLV+LSM FSP400MG Verwendung laut Fachinformation, wenn eine perorale Therapie nicht angezeigt oder zweckmäßig ist.	1	ST		308,50
G		ABILIFY TBL 10MG	28	ST	2	55,35
G		ABILIFY TBL 10MG	28	ST	2	55,35
G		ABILIFY TBL 10MG	28	ST	2	55,35
G		ABILIFY TBL 10MG	28	ST	2	55,35
G		ABILIFY TBL 10MG	28	ST	2	55,35
G		ABILIFY TBL 15MG	28	ST	2	55,35
G		ABILIFY TBL 15MG	28	ST	2	55,35
G		ABILIFY TBL 15MG	28	ST	2	55,35
G		ABILIFY TBL 15MG	28	ST	2	55,35
G		ABILIFY TBL 15MG	28	ST	2	55,35
G		ACCOFIL FSPR 30MIO.E/0,5ML	5	ST		272,00
G		ACCOFIL FSPR 30MIO.E/0,5ML	5	ST		272,00
G		ACCOFIL FSPR 30MIO.E/0,5ML	5	ST		272,00
G		ACCOFIL FSPR 48MIO.E/0,5ML	5	ST		394,75
G		ACCOFIL FSPR 48MIO.E/0,5ML	5	ST		394,75
G		ACCOFIL FSPR 48MIO.E/0,5ML	5	ST		394,75
G		ACCOFIL FSPR 48MIO.E/0,5ML	5	ST		394,75
G	IND	ACLASTA ILSG 5MG 100ML 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		235,80

Bereichs- zugehörigkeit	Kassen- zeichen	Name	Menge	Mengen- art	Abgabe- anzahl	Kassen- preis
G	IND	ACLASTA ILSG FL 5MG 100ML 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		235,80
G	IND	ACLASTA ILSG FL 5MG 100ML 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		235,80
G	IND	ANDROCUR TBL 50MG inoperables Prostatakarzinom	50	ST		70,05
G	IND	ANDROCUR TBL 50MG inoperables Prostatakarzinom	50	ST		70,05
G	IND	ANDROCUR TBL 50MG inoperables Prostatakarzinom	50	ST		70,05
G		ARIPIRAZOL ACCORD TBL 10MG	28	ST	2	43,15
G		AROMASIN TBL 25MG	30	ST	2	86,60
G		AROMASIN TBL 25MG	30	ST	2	86,60
G		AROMASIN TBL 25MG	30	ST	2	86,60
G		AROMASIN TBL 25MG	30	ST	2	86,60
G		AROMASIN TBL 25MG	30	ST	2	86,70
G		ASTONIN-H TBL	100	ST		39,60
G		ASTONIN-H TBL	100	ST		39,60
G		ASTONIN-H TBL	100	ST		39,60
G	IND	AVAMYS 27,5MCG NA-SPRAY allerg. Rhinitis	120	HB		13,40
G	IND	AVAMYS 27,5MCG NA-SPRAY allerg. Rhinitis	120	HB		13,40

Bereichs- zugehörigkeit	Kassen- zeichen	Name	Menge	Mengen- art	Abgabe- anzahl	Kassen- preis
G	IND	AVAMYS 27,5MCG NA-SPRAY allerg. Rhinitis	120	HB		13,40
G	IND	BINOCRIT FSPR 10000IE/1ML+NS Symptomatische Anämie infolge Chemotherapie maligner Tumore mit Ausgangs-Hb kleiner 10 g/dl. - Nach Therapiebeginn und nach jeder Dosisänderung kurzfristige Hb-Kontrollen bis zur Stabilisierung des Hb, danach mindestens vierwöchentliche Hb-Kontrollen. - Es ist die niedrigst mögliche Dosierung zu wählen, die ausreicht, das Hb schrittweise so weit zu erhöhen, damit Transfusionen vermieden werden (Grenzwert üblicherweise Hb 8 g/dl). - Hämoglobinwerte über 12 g/dl sind zu vermeiden. - Bei Nichtansprechen Abbruch max. 8 Wochen nach Therapiebeginn. - Therapieende nach Abschluss des Chemotherapieschemas. - Für PatientInnen, bei denen es in irgendeinem 2-Wochen-Zeitraum zu einem Hb-Anstieg größer 1 g/dl kommt, bestehen erhöhte Sicherheitsbedenken. - Cave: in kontrollierten klinischen Studien bei PatientInnen mit verschiedenen Tumorerkrankungen, die mit ESAs (Erythropoiesis Stimulating Agents) behandelt wurden, ist eine nicht erklärbare höhere Mortalität beobachtet worden. Epoetin alfa 0,000084 entspr. 10.000 IE	6	ST	2	341,40
G	IND	BINOCRIT FSPR 10000IE/1ML+NS Symptomatische Anämie infolge Chemotherapie maligner Tumore mit Ausgangs-Hb kleiner 10 g/dl. - Nach Therapiebeginn und nach jeder Dosisänderung kurzfristige Hb-Kontrollen bis zur Stabilisierung des Hb, danach mindestens vierwöchentliche Hb-Kontrollen. - Es ist die niedrigst mögliche Dosierung zu wählen, die ausreicht, das Hb schrittweise so weit zu erhöhen, damit Transfusionen vermieden werden (Grenzwert üblicherweise Hb 8 g/dl). - Hämoglobinwerte über 12 g/dl sind zu vermeiden. - Bei Nichtansprechen Abbruch max. 8 Wochen nach Therapiebeginn. - Therapieende nach Abschluss des Chemotherapieschemas. - Für PatientInnen, bei denen es in irgendeinem 2-Wochen-Zeitraum zu einem Hb-Anstieg größer 1 g/dl kommt, bestehen erhöhte Sicherheitsbedenken. - Cave: in kontrollierten klinischen Studien bei PatientInnen mit verschiedenen Tumorerkrankungen, die mit ESAs (Erythropoiesis Stimulating Agents) behandelt wurden, ist eine nicht erklärbare höhere Mortalität beobachtet worden. Epoetin alfa 0,000084 entspr. 10.000 IE	6	ST	2	341,40

Bereichs- zugehörigkeit	Kassen- zeichen	Name	Menge	Mengen- art	Abgabe- anzahl	Kassen- preis
G	IND	BINOCRIT FSPR 10000IE/1ML+NS Symptomatische Anämie infolge Chemotherapie maligner Tumore mit Ausgangs-Hb kleiner 10 g/dl. - Nach Therapiebeginn und nach jeder Dosisänderung kurzfristige Hb-Kontrollen bis zur Stabilisierung des Hb, danach mindestens vierwöchentliche Hb-Kontrollen. - Es ist die niedrigst mögliche Dosierung zu wählen, die ausreicht, das Hb schrittweise so weit zu erhöhen, damit Transfusionen vermieden werden (Grenzwert üblicherweise Hb 8 g/dl). - Hämoglobinwerte über 12 g/dl sind zu vermeiden. - Bei Nichtansprechen Abbruch max. 8 Wochen nach Therapiebeginn. - Therapieende nach Abschluss des Chemotherapieschemas. - Für PatientInnen, bei denen es in irgendeinem 2-Wochen-Zeitraum zu einem Hb-Anstieg größer 1 g/dl kommt, bestehen erhöhte Sicherheitsbedenken. - Cave: in kontrollierten klinischen Studien bei PatientInnen mit verschiedenen Tumorerkrankungen, die mit ESAs (Erythropoiesis Stimulating Agents) behandelt wurden, ist eine nicht erklärbare höhere Mortalität beobachtet worden. Epoetin alfa 0,000084 entspr. 10.000 IE	6	ST	2	341,40
G	IND	BINOCRIT FSPR 40000IE/1ML+NS Symptomatische Anämie infolge Chemotherapie maligner Tumore mit Ausgangs-Hb kleiner 10 g/dl. - Nach Therapiebeginn und nach jeder Dosisänderung kurzfristige Hb-Kontrollen bis zur Stabilisierung des Hb, danach mindestens vierwöchentliche Hb-Kontrollen. - Es ist die niedrigst mögliche Dosierung zu wählen, die ausreicht, das Hb schrittweise so weit zu erhöhen, damit Transfusionen vermieden werden (Grenzwert üblicherweise Hb 8 g/dl). - Hämoglobinwerte über 12 g/dl sind zu vermeiden. - Bei Nichtansprechen Abbruch max. 8 Wochen nach Therapiebeginn. - Therapieende nach Abschluss des Chemotherapieschemas. - Für PatientInnen, bei denen es in irgendeinem 2-Wochen-Zeitraum zu einem Hb-Anstieg größer 1 g/dl kommt, bestehen erhöhte Sicherheitsbedenken. - Cave: in kontrollierten klinischen Studien bei PatientInnen mit verschiedenen Tumorerkrankungen, die mit ESAs (Erythropoiesis Stimulating Agents) behandelt wurden, ist eine nicht erklärbare höhere Mortalität beobachtet worden. Epoetin alfa 0,000336 entspr. 40.000 IE	4	ST		829,90
G	IND	BINOCRIT FSPR 40000IE/1ML+NS Symptomatische Anämie infolge Chemotherapie maligner Tumore mit Ausgangs-Hb kleiner 10 g/dl. - Nach Therapiebeginn und nach jeder Dosisänderung kurzfristige Hb-Kontrollen bis zur Stabilisierung des Hb, danach mindestens vierwöchentliche Hb-Kontrollen. - Es ist die niedrigst mögliche Dosierung zu wählen, die ausreicht, das Hb schrittweise so weit zu erhöhen, damit Transfusionen vermieden werden (Grenzwert üblicherweise Hb 8 g/dl). - Hämoglobinwerte über 12 g/dl sind zu vermeiden. - Bei Nichtansprechen Abbruch max. 8 Wochen nach Therapiebeginn. - Therapieende nach Abschluss des Chemotherapieschemas. - Für PatientInnen, bei denen es in irgendeinem 2-Wochen-Zeitraum zu einem Hb-Anstieg größer 1 g/dl kommt, bestehen erhöhte Sicherheitsbedenken. - Cave: in kontrollierten klinischen Studien bei PatientInnen mit verschiedenen Tumorerkrankungen, die mit ESAs (Erythropoiesis Stimulating Agents) behandelt wurden, ist eine nicht erklärbare höhere Mortalität beobachtet worden. Epoetin alfa 0,000336 entspr. 40.000 IE	4	ST		829,90

Bereichs- zugehörigkeit	Kassen- zeichen	Name	Menge	Mengen- art	Abgabe- anzahl	Kassen- preis
G	IND	<p>BINOCRIT FSPR 40000IE/1ML+NS</p> <p>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>Epoetin alfa 0,000336 entspr. 40.000 IE</p>	4	ST		829,90
G	IND	<p>BINOCRIT FSPR30000IE/0,75+NS</p> <p>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>Epoetin alfa 0,000252 entspr. 30.000 IE</p>	4	ST		636,65
G	IND	<p>BINOCRIT FSPR30000IE/0,75+NS</p> <p>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>Epoetin alfa 0,000252 entspr. 30.000 IE</p>	4	ST		636,65

Bereichs- zugehörigkeit	Kassen- zeichen	Name	Menge	Mengen- art	Abgabe- anzahl	Kassen- preis
G	IND	BINOCRIT FSPR30000IE/0,75+NS Symptomatische Anämie infolge Chemotherapie maligner Tumore mit Ausgangs-Hb kleiner 10 g/dl. - Nach Therapiebeginn und nach jeder Dosisänderung kurzfristige Hb-Kontrollen bis zur Stabilisierung des Hb, danach mindestens vierwöchentliche Hb-Kontrollen. - Es ist die niedrigst mögliche Dosierung zu wählen, die ausreicht, das Hb schrittweise so weit zu erhöhen, damit Transfusionen vermieden werden (Grenzwert üblicherweise Hb 8 g/dl). - Hämoglobinwerte über 12 g/dl sind zu vermeiden. - Bei Nichtansprechen Abbruch max. 8 Wochen nach Therapiebeginn. - Therapieende nach Abschluss des Chemotherapieschemas. - Für PatientInnen, bei denen es in irgendeinem 2-Wochen-Zeitraum zu einem Hb-Anstieg größer 1 g/dl kommt, bestehen erhöhte Sicherheitsbedenken. - Cave: in kontrollierten klinischen Studien bei PatientInnen mit verschiedenen Tumorerkrankungen, die mit ESAs (Erythropoiesis Stimulating Agents) behandelt wurden, ist eine nicht erklärbare höhere Mortalität beobachtet worden. Epoetin alfa 0,000252 entspr. 30.000 IE	4	ST		637,45
G		CAPECITABIN ACC FTBL 500MG	120	ST		92,80
G		CAPECITABIN ACC FTBL 500MG	120	ST		92,80
G		CAPECITABIN ACC FTBL 500MG	120	ST		92,80
G		CELLCEPT FTBL 500MG Mycophenolatmofetil 0,5 entspr. Mycophenolsäure 0,36	150	ST		141,60
G		CLOBEX 500MCG/G SH.	125	ML		22,30
G		CLOBEX 500MCG/G SH.	125	ML		22,30
G		DILATREND TBL 25MG	28	ST	2	12,05
G		DILATREND TBL 25MG	28	ST	2	12,05
G		DILATREND TBL 25MG	28	ST	2	12,05
G		DIPRODERM SLB	30	G		6,10
G	IND	DOSTINEX TBL 0,5MG Hyperprolaktinämie	8	ST		39,70
G	IND	DOSTINEX TBL 0,5MG Hyperprolaktinämie	8	ST		40,10
G	IND	DOSTINEX TBL 0,5MG Hyperprolaktinämie	8	ST		40,10

Bereichs- zugehörigkeit	Kassen- zeichen	Name	Menge	Mengen- art	Abgabe- anzahl	Kassen- preis
G	Au	DUOTRAV 40MCG+5MG/ML AU-TR	2,5	ML	2	21,70
G	Au	DUOTRAV AU-TR 40MCG+5MG/ML	2,5	ML	2	21,70
G		DUPHASTON FTBL 10MG	28	ST	2	12,05
G		DUPHASTON FTBL 10MG	28	ST	2	12,05
G	D K	ELIDEL CR 1%	30	G	2	39,35
G	D K	ELIDEL CR 1%	30	G	2	39,35
G	D K	ELIDEL CR 1%	30	G	2	39,35
G	IND	ELIGARD DEP PLV FSPR 22,5MG Prostatakarzinom Leuprorelinacetat 0,0225 entspr. 0,02087 Leuprorelin	1	ST		359,00
G	IND	ELIGARD DEP PLV FSPR 22,5MG Prostatakarzinom Leuprorelinacetat 0,0225 entspr. 0,02087 Leuprorelin	1	ST		359,00
G	IND	ELIGARD DEP PLV FSPR 22,5MG Prostatakarzinom Leuprorelinacetat 0,0225 entspr. 0,021 Leuprorelin	1	ST		359,00
G	IND	ELIGARD DEP PLV FSPR 22,5MG Prostatakarzinom Leuprorelinacetat 0,0225 entspr. 0,021 Leuprorelin	1	ST		359,00
G	IND	ELIGARD DEP PLV FSPR 45MG Prostatakarzinom Leuprorelinacetat 0,045 entspr. 0,0417 Leuprorelin	1	ST		603,10
G	IND	ELIGARD DEP PLV FSPR 45MG Prostatakarzinom Leuprorelinacetat 0,045 entspr. 0,0417 Leuprorelin	1	ST		603,10
G	IND	ELIGARD DEP PLV FSPR 45MG Prostatakarzinom Leuprorelinacetat 0,045 entspr. 0,0417 Leuprorelin	1	ST		603,10

Bereichs- zugehörigkeit	Kassen- zeichen	Name	Menge	Mengen- art	Abgabe- anzahl	Kassen- preis
G	IND	<p>EPORATIO FSPR 10.000IE 1ML</p> <p>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>Epoetin theta 0,000083 entspr. 10.000 IE</p>	4	ST		224,85
G	IND	<p>EPORATIO FSPR 10.000IE/1ML</p> <p>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>Epoetin theta 0,000083 entspr. 10.000 IE</p>	4	ST		224,85
G	IND	<p>EPORATIO FSPR 10.000IE/1ML</p> <p>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>Epoetin theta 0,000083 entspr. 10.000 IE</p>	4	ST		224,85



Bereichs- zugehörigkeit	Kassen- zeichen	Name	Menge	Mengen- art	Abgabe- anzahl	Kassen- preis
G	IND	<p>EPORATIO FSPR 20.000IE/1ML</p> <p>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>Epoetin theta 0,000167 entspr. 20.000 IE</p>	4	ST		425,15
G	IND	<p>EPORATIO FSPR 20.000IE/1ML</p> <p>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>Epoetin theta 0,000167 entspr. 20.000 IE</p>	4	ST		425,15
G	IND	<p>EPORATIO FSPR 30.000IE 1ML</p> <p>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>Epoetin theta 0,000250 entspr. 30.000 IE</p>	4	ST		637,45

Bereichs- zugehörigkeit	Kassen- zeichen	Name	Menge	Mengen- art	Abgabe- anzahl	Kassen- preis
G	IND	<p>EPORATIO FSPR 30.000IE/1ML</p> <p>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>Epoetin theta 0,000250 entspr. 30.000 IE</p>	4	ST		637,45
G	IND	<p>EPORATIO FSPR 30.000IE/1ML</p> <p>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>Epoetin theta 0,000250 entspr. 30.000 IE</p>	4	ST		637,45
G		ERYTHROMYCIN LACT TRSUB 1G	1	ST	2	13,70
G	IND	<p>EVISTA FTBL 60MG</p> <p>Postmenopausale Patientinnen mit Knochenbruchkrankheit (Osteoporose) mit hohem Frakturrisiko oder vorhergegangenen Frakturen nach inadäquatem Trauma</p>	28	ST	2	21,20
G	IND	<p>EVISTA FTBL 60MG</p> <p>Postmenopausale Patientinnen mit Knochenbruchkrankheit (Osteoporose) mit hohem Frakturrisiko oder vorhergegangenen Frakturen nach inadäquatem Trauma</p>	28	ST	2	21,20
G		EXEMESTAN ACC FTBL 25MG	30	ST	2	58,15
G		EXEMESTAN ACC FTBL 25MG	30	ST	2	58,15
G		EXEMESTAN ACC FTBL 25MG	30	ST	2	58,15

Bereichs- zugehörigkeit	Kassen- zeichen	Name	Menge	Mengen- art	Abgabe- anzahl	Kassen- preis
G		FEMARA FTBL 2,5MG	30	ST	2	59,60
G		FEMARA FTBL 2,5MG	30	ST	2	59,60
G		FEMARA FTBL 2,5MG	30	ST	2	59,65
G		FEMARA FTBL 2,5MG	30	ST	2	59,65
G	IND	FIRMAGON PLV IJLSG DFL 80MG fortgeschrittenes hormonabhängiges Prostatakarzinom	1	ST	2	175,45
G	IND	FIRMAGON PLV IJLSG DFL 80MG fortgeschrittenes hormonabhängiges Prostatakarzinom	1	ST	2	175,45
G		FLIXOTIDE DISK STD0,25MG 60D	1	ST		30,70
G	IND	FOSAMAX TBL 70MG 1XWOECHENTL Langzeitbehandlung der Osteoporose (Knochendichte liegt mehr als 2,5 Standardabweichungen unter dem Durchschnittswert junger Erwachsener) oder nach osteoporotischer Fraktur	4	ST	2	14,75
G	IND	FOSAMAX TBL 70MG 1XWOECHENTL Langzeitbehandlung der Osteoporose (Knochendichte liegt mehr als 2,5 Standardabweichungen unter dem Durchschnittswert junger Erwachsener) oder nach osteoporotischer Fraktur	4	ST	2	14,75
G		FUCIDIN FTBL	12	ST	2	22,15
G	IND	FUCIDIN FTBL Fortsetzung der Therapie des Krankenhauses bei Wund-, Haut- und Weichteilinfektionen, Osteomyelitis	36	ST	2	61,80
G	IND	FUCIDIN FTBL Fortsetzung der Therapie des Krankenhauses bei Wund-, Haut- und Weichteilinfektionen, Osteomyelitis	36	ST	2	61,80
G		GRASUSTEK INJ FSPR 6MG	1	ST		381,05
G		GRASUSTEK INJ FSPR 6MG	1	ST		381,05
G		GRASUSTEK INJ FSPR 6MG/0,6ML	1	ST		381,05
G		HALDOL DECANOAT AMP 50MG	1	ST	2	9,70
G		HALDOL TBL 10MG	100	ST		55,70

Bereichs- zugehörigkeit	Kassen- zeichen	Name	Menge	Mengen- art	Abgabe- anzahl	Kassen- preis
G	IND	IMATINIB ACC FTBL 400MG 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		574,95
G		IMUREK FTBL	50	ST	2	23,15
G		IMUREK FTBL	50	ST	2	23,15
G		IMUREK FTBL	50	ST	2	23,15
G		INHIBACE PLUS FTBL	28	ST	2	20,85
G		INHIBACE PLUS FTBL	28	ST	2	20,85
G		INHIBACE PLUS FTBL 5/12,5MG	28	ST	2	20,85
G		IVOR FSPR 3500IE/0,2ML	10	ST		41,00
G	IND	LAMICTAL KAU/SCHMTBL 100MG Behandlung bei Epilepsien, die durch andere Antiepileptika ungenügend kontrolliert sind und Prävention von depressiven Episoden bei manisch-depressiven Patienten	50	ST	2	39,60
G	IND	LAMICTAL KAU/SCHMTBL 100MG Behandlung bei Epilepsien, die durch andere Antiepileptika ungenügend kontrolliert sind und Prävention von depressiven Episoden bei manisch-depressiven Patienten	50	ST	2	39,60
G	IND	LAMICTAL KAU/SCHMTBL 200MG Behandlung bei Epilepsien, die durch andere Antiepileptika ungenügend kontrolliert sind und Prävention von depressiven Episoden bei manisch-depressiven Patienten	50	ST	2	65,40
G	IND	LAMICTAL KAU/SCHMTBL 200MG Behandlung bei Epilepsien, die durch andere Antiepileptika ungenügend kontrolliert sind und Prävention von depressiven Episoden bei manisch-depressiven Patienten	50	ST	2	65,40
G	IND	LAMICTAL KAU/SCHMTBL 200MG Behandlung bei Epilepsien, die durch andere Antiepileptika ungenügend kontrolliert sind und Prävention von depressiven Episoden bei manisch-depressiven Patienten	50	ST	2	65,40
G		LASIX TBL 500MG	20	ST	2	23,25
G		LEPONEX TBL 100MG	60	ST	2	31,35
G		LEPONEX TBL 100MG	60	ST	2	31,35

Bereichs- zugehörigkeit	Kassen- zeichen	Name	Menge	Mengen- art	Abgabe- anzahl	Kassen- preis
G		LEPONEX TBL 100MG	60	ST	2	31,95
G		LETROZOL ACC FTBL 2,5MG	30	ST	2	47,45
G		LETROZOL ACC FTBL 2,5MG	30	ST	2	47,45
G		LETROZOL ACC FTBL 2,5MG	30	ST	2	47,45
G		LETROZOL SAN FTBL 2,5MG	30	ST	2	59,65
G		LETROZOL SAN FTBL 2,5MG	30	ST	2	59,65
G		LETROZOL SAN FTBL 2,5MG	30	ST	2	59,65
G	IND	LEUPRORELIN SAN IMPLANT 5MG Prostatakarzinom	1	ST		216,85
G	IND	LEUPRORELIN SAN IMPLANT 5MG Prostatakarzinom	1	ST		216,85
G		LIORESAL TBL 10MG	50	ST	2	11,20
G		LIORESAL TBL 10MG	50	ST	2	11,20
G		LIORESAL TBL 25MG	50	ST	2	23,45
G		LIORESAL TBL 25MG	50	ST	2	23,45
G		LIORESAL TBL 25MG	50	ST	2	23,45
G		LONQUEX IJLSG 6MG FSPR 0,6ML	1	ST		429,90
G		MADOPAR TBL 200/50MG	100	ST		39,60
G		MADOPAR TBL 200/50MG	100	ST		39,60
G		MADOPAR TBL 200MG/50MG	100	ST		39,60
G		MADOPAR TBL LSL 100/25MG	100	ST		22,30
G		MYFENAX FTBL 500MG Mycophenolatmofetil 0,5 entspr. Mycophenolsäure 0,36	150	ST		141,60

Bereichs- zugehörigkeit	Kassen- zeichen	Name	Menge	Mengen- art	Abgabe- anzahl	Kassen- preis
G		MYFENAX FTBL 500MG Mycophenolatmofetil 0,5 entspr. Mycophenolsäure 0,36	150	ST		141,60
G		MYFENAX FTBL 500MG Mycophenolatmofetil 0,5 entspr. Mycophenolsäure 0,36	150	ST		141,60
G	IND	NEORECORMON FSP30000IE/0,6ML Symptomatische Anämie infolge Chemotherapie maligner Tumore mit Ausgangs-Hb kleiner 10 g/dl. - Nach Therapiebeginn und nach jeder Dosisänderung kurzfristige Hb-Kontrollen bis zur Stabilisierung des Hb, danach mindestens vierwöchentliche Hb-Kontrollen. - Es ist die niedrigst mögliche Dosierung zu wählen, die ausreicht, das Hb schrittweise so weit zu erhöhen, damit Transfusionen vermieden werden (Grenzwert üblicherweise Hb 8 g/dl). - Hämoglobinwerte über 12 g/dl sind zu vermeiden. - Bei Nichtansprechen Abbruch max. 8 Wochen nach Therapiebeginn. - Therapieende nach Abschluss des Chemotherapieschemas. - Für Patienten, bei denen es in irgendeinem 2-Wochen-Zeitraum zu einem Hb-Anstieg größer 1 g/dl kommt, bestehen erhöhte Sicherheitsbedenken. - Cave: in kontrollierten klinischen Studien bei Patienten mit verschiedenen Tumorerkrankungen, die mit ESAs (Erythropoiesis Stimulating Agents) behandelt wurden, ist eine nicht erklärbare höhere Mortalität beobachtet worden. Epoetin beta 0,000249 entspr. 30.000 IE	4	ST		821,25
G	IND	NEORECORMON FSPR 10000/0,6ML Symptomatische Anämie infolge Chemotherapie maligner Tumore mit Ausgangs-Hb kleiner 10 g/dl. - Nach Therapiebeginn und nach jeder Dosisänderung kurzfristige Hb-Kontrollen bis zur Stabilisierung des Hb, danach mindestens vierwöchentliche Hb-Kontrollen. - Es ist die niedrigst mögliche Dosierung zu wählen, die ausreicht, das Hb schrittweise so weit zu erhöhen, damit Transfusionen vermieden werden (Grenzwert üblicherweise Hb 8 g/dl). - Hämoglobinwerte über 12 g/dl sind zu vermeiden. - Bei Nichtansprechen Abbruch max. 8 Wochen nach Therapiebeginn. - Therapieende nach Abschluss des Chemotherapieschemas. - Für Patienten, bei denen es in irgendeinem 2-Wochen-Zeitraum zu einem Hb-Anstieg größer 1 g/dl kommt, bestehen erhöhte Sicherheitsbedenken. - Cave: in kontrollierten klinischen Studien bei Patienten mit verschiedenen Tumorerkrankungen, die mit ESAs (Erythropoiesis Stimulating Agents) behandelt wurden, ist eine nicht erklärbare höhere Mortalität beobachtet worden. Epoetin beta 0,000083 entspr. 10.000 IE	6	ST	2	426,35

Bereichs- zugehörigkeit	Kassen- zeichen	Name	Menge	Mengen- art	Abgabe- anzahl	Kassen- preis
G	IND	<p>NEORECORMON FSPR 10000/0,6ML</p> <p>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>Epoetin beta 0,000083 entspr. 10.000 IE</p>	6	ST	2	426,35
G	IND	<p>NEURONTIN FTBL 600MG</p> <p>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.</p>	100	ST		47,40
G	IND	<p>NEURONTIN FTBL 600MG</p> <p>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.</p>	100	ST		47,40
G	IND	<p>NEURONTIN FTBL 600MG</p> <p>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.</p>	100	ST		47,45
G	IND	<p>NEURONTIN HARTKPS 300MG</p> <p>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.</p>	100	ST		43,70
G	IND	<p>NEURONTIN HARTKPS 300MG</p> <p>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.</p>	100	ST		43,70
G	IND	<p>NEURONTIN HARTKPS 400MG</p> <p>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.</p>	100	ST		44,70

Bereichs- zugehörigkeit	Kassen- zeichen	Name	Menge	Mengen- art	Abgabe- anzahl	Kassen- preis
G	IND	NEURONTIN KPS 300MG 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		43,70
G	IND	NEURONTIN KPS 300MG 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		43,70
G		NEUROTOP RET TBL 300MG	100	ST	2	19,25
G		NEUROTOP RET TBL 300MG	100	ST	2	19,25
G	IND	NEXAVAR FTBL 200MG 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.	112	ST		1.933,25
G	IND	NEXAVAR FTBL 200MG 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
G		NIVESTIM FSPR 30MIO/0,5ML	5	ST		272,60
G		NOLVADEX FTBL 20MG	30	ST	2	25,10
G		NOLVADEX FTBL 20MG	30	ST	2	25,10
G		NOLVADEX FTBL 20MG	30	ST	2	25,10
G		NOVOLIZER BUDES0.200MCG+INHA	200	HB		27,00
G	IND	ONGENTYS HKPS 50MG wenn unter Therapie mit Entacapon therapiebegrenzende Diarrhoeen auftreten	30	ST		79,15
G	IND	PAMORELIN LA PLV+LSM 11,25MG fortgeschrittenes Prostatakarzinom	1	ST		326,50
G		PELGRAZ 6MG FSPR 0,6ML	1	ST		420,00
G		PELGRAZ IJLSG 6MG FSPR	1	ST		420,00
G		PELGRAZ INJ FSPR 6MG/0,6ML	1	ST		420,00



Bereichs- zugehörigkeit	Kassen- zeichen	Name	Menge	Mengen- art	Abgabe- anzahl	Kassen- preis
G		PELGRAZ INJ FSPR 6MG/0,6ML	1	ST		422,70
G		PELMEG IJLSG 6MG FSPR 0,6ML	1	ST		422,70
G		PELMEG IJLSG 6MG FSPR 0,6ML	1	ST		422,70
G		PELMEG IJLSG 6MG FSPR 0,6ML	1	ST		422,70
G	F6J	PULMICORT SUS INH 0,5MG/2ML	20	ST		32,55
G		RATIOGRASTIM FSPR 30MIO	5	ST		272,00
G		RATIOGRASTIM FSPR 30MIO	5	ST		272,00
G		RATIOGRASTIM FSPR 30MIO	5	ST		272,00
G		RATIOGRASTIM FSPR 30MIO	5	ST		272,00
G		RATIOGRASTIM FSPR 48MIO	5	ST		394,95
G		RATIOGRASTIM FSPR 48MIO	5	ST		394,95
G		RATIOGRASTIM FSPR 48MIO	5	ST		395,00
G		RATIOGRASTIM FSPR 48MIO	5	ST		395,00
G	IND	RELPAX FTBL 40MG Migräne nach Erstverordnung durch einen Neurologen/eine Neurologin	6	ST		13,30
G	IND	REMSIMA PLV IKONZ DFL 100MG 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.	3	ST		487,00
G	IND	REMSIMA PLV ILSG 100MG 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		177,25

Bereichs- zugehörigkeit	Kassen- zeichen	Name	Menge	Mengen- art	Abgabe- anzahl	Kassen- preis
G	IND	REMSIMA PLV ILSG 100MG 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.	2	ST		336,30
G	IND	REMSIMA PLV ILSG 100MG 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.	3	ST		487,00
G	IND	REMSIMA PLV ILSG 100MG 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.	3	ST		487,55
G	IND	RISPERDAL CON PLV+LSM 25MG Verwendung laut Fachinformation bei nicht beherrschbarer Negativsymptomatik oder wenn eine perorale Therapie nicht angezeigt oder zweckmäßig ist.	1	ST		124,55
G	IND	RISPERDAL CON PLV+LSM 37,5MG Verwendung laut Fachinformation bei nicht beherrschbarer Negativsymptomatik oder wenn eine perorale Therapie nicht angezeigt oder zweckmäßig ist.	1	ST		171,00
G	IND	RISPERDAL CON PLV+LSM 50MG Verwendung laut Fachinformation bei nicht beherrschbarer Negativsymptomatik oder wenn eine perorale Therapie nicht angezeigt oder zweckmäßig ist.	1	ST		205,45
G		RISPERDAL FBTL 3MG	60	ST		53,25
G		RISPERDAL FTBL 1MG	60	ST		24,60
G		RISPERDAL FTBL 1MG	60	ST		24,60
G		RISPERDAL FTBL 1MG	60	ST		24,70
G		RISPERDAL FTBL 2MG	60	ST		39,60
G		RISPERDAL FTBL 2MG	60	ST		39,60
G		RISPERDAL FTBL 2MG	60	ST		39,60

Bereichs- zugehörigkeit	Kassen- zeichen	Name	Menge	Mengen- art	Abgabe- anzahl	Kassen- preis
G		RISPERDAL FTBL 4MG	60	ST		66,60
G		RISPERDAL FTBL 4MG	60	ST		66,60
G		RISPERDAL OR LSG 1MG/ML	30	ML	2	17,60
G		RISPERDAL OR LSG 1MG/ML	100	ML		54,65
G		RISPERDAL OR LSG 1MG/ML	100	ML		54,65
G		RISPERDAL OR LSG 1MG/ML	100	ML		54,65
G		RISPERDAL OR LSG 1MG/ML	100	ML		54,65
G	IND	ROCALTROL KPS 0,25MCG Zusatztherapie bei Nierendialyse	100	ST		42,70
G	IND	ROCALTROL KPS 0,25MCG Zusatztherapie bei Nierendialyse	100	ST		42,70
G	IND	ROCALTROL KPS 0,25MCG Zusatztherapie bei Nierendialyse	100	ST		42,70
G	IND	ROCALTROL KPS 0,50MCG Zusatztherapie bei Nierendialyse	100	ST		69,80
G	IND	ROCALTROL KPS 0,50MCG Zusatztherapie bei Nierendialyse	100	ST		69,80
G	IND	ROCALTROL KPS 0,5MCG Zusatztherapie bei Nierendialyse	100	ST		69,80
G		SALAZOPYRIN FTBL 500MG	100	ST	2	20,65
G	IND	SANDOSTATIN LAR PLV+LSM 10MG Erstverordnung und regelmäßige Kontrollen durch EndokrinologInnen, OnkologInnen, GastroenterologInnen oder PädiaterInnen	1	ST		183,55
G	IND	SANDOSTATIN LAR PLV+LSM 20MG Erstverordnung und regelmäßige Kontrollen durch EndokrinologInnen, OnkologInnen, GastroenterologInnen oder PädiaterInnen	1	ST		291,30
G	IND	SANDOSTATIN LAR PLV+LSM 30MG Erstverordnung und regelmäßige Kontrollen durch EndokrinologInnen, OnkologInnen, GastroenterologInnen oder PädiaterInnen	1	ST		384,90

Bereichs- zugehörigkeit	Kassen- zeichen	Name	Menge	Mengen- art	Abgabe- anzahl	Kassen- preis
G		SEDACORON TBL 200MG	50	ST		25,20
G		SEDACORON TBL 200MG	50	ST		25,20
G		SEDACORON TBL 200MG	50	ST		25,65
G		SEROQUEL FTBL 100MG	60	ST	2	39,50
G		SEROQUEL FTBL 100MG	90	ST		56,60
G		SEROQUEL FTBL 100MG	90	ST		56,60
G		SEROQUEL FTBL 200MG	60	ST	2	57,40
G		SEROQUEL FTBL 200MG	60	ST	2	57,40
G		SEROQUEL FTBL 300MG	60	ST		76,05
G		SEROXAT FTBL 20MG	28	ST		17,65
G		SEROXAT FTBL 20MG	28	ST		17,65
G		SEROXAT FTBL 20MG	28	ST		17,65
G		SIFROL RET TBL 0,52MG	30	ST		28,10
G		SIFROL RET TBL 0,52MG	30	ST		28,10
G		SIFROL RET TBL 1,05MG	30	ST		45,80
G		SIFROL RET TBL 1,05MG	30	ST		45,80
G		SIFROL RET TBL 1,05MG	30	ST		45,80
G		SIFROL RET TBL 2,1MG	30	ST		76,05
G		SIFROL RET TBL 2,1MG	30	ST		76,05
G		SINGULAIR FTBL 10MG	28	ST	2	16,70
G		SINGULAIR FTBL 10MG	28	ST	2	16,70
G		SIRDALUD TBL 4MG	30	ST	2	8,10

Bereichs- zugehörigkeit	Kassen- zeichen	Name	Menge	Mengen- art	Abgabe- anzahl	Kassen- preis
G		SIRDALUD TBL 4MG	50	ST		13,15
G		SIRDALUD TBL 4MG	50	ST		13,15
G		SIRDALUD-MR KPS 6MG	30	ST	2	21,05
G		SOLIAN FTBL 400MG	50	ST		89,40
G		SOLIAN FTBL 400MG	50	ST		90,40
G		SOLIAN FTBL 400MG	100	ST		159,65
G		SOLIAN FTBL 400MG	100	ST		159,65
G		SOLIAN FTBL 400MG	100	ST		165,35
G		SOLIAN TBL 200MG	50	ST		56,60
G		SOLIAN TBL 200MG	50	ST		56,60
G		SOLIAN TBL 200MG	100	ST		107,05
G		SOLIAN TBL 200MG	100	ST		107,05
G		SOLIAN TBL 200MG	100	ST		107,75
G		SPIROBENE TBL 50MG	50	ST		18,00
G		SPIROBENE TBL 50MG	50	ST		18,00
G		SPIROBENE TBL 50MG	50	ST		18,00
G		SPIROBENE TBL 100MG	50	ST		37,40
G		SPIROBENE TBL 100MG	50	ST		37,40
G	IND	SYMBICORT TRBH 160/4,5 60HB 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		30,65
G	IND	SYMBICORT TURBOH.160/4,5 120 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		53,35

Bereichs- zugehörigkeit	Kassen- zeichen	Name	Menge	Mengen- art	Abgabe- anzahl	Kassen- preis
G	IND	SYMBICORT TURBOH.160/4,5 120 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		53,35
G	IND	SYMBICORT TURBOH.160/4,5 120 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		53,45
G	IND	SYMBICORT TURBOH.320 FTE 60 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		53,35
G	IND	SYMBICORT TURBOH.320 FTE 60 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		53,35
G	IND	SYMBICORT TURBOH.320 FTE 60 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		53,45
G		TRANEXAMSRE MED FTBL 500MG	20	ST	2	12,50
G		TRANEXAMSRE MED FTBL 500MG	100	ST		49,50
G		TRILEPTAL FTBL 600MG	100	ST		59,70
G	IND	TWYNSTA TBL 80/ 5MG wenn ACE-Hemmer nicht vertragen werden	28	ST	2	27,00
G	IND	TWYNSTA TBL 80/ 5MG wenn ACE-Hemmer nicht vertragen werden	28	ST	2	27,00
G		UNASYN FTBL	12	ST	2	17,15
G		UNASYN FTBL	12	ST	2	17,15
G		UNASYN FTBL	12	ST	2	17,15
G		URSOFALK KPS 250MG	50	ST	2	27,55
G		URSOFALK KPS 250MG	50	ST	2	27,55
G		URSOFALK KPS 250MG	50	ST	2	27,55
G		VOLTAREN OPHTHA AU-TR	5	ML		10,30

Bereichs- zugehörigkeit	Kassen- zeichen	Name	Menge	Mengen- art	Abgabe- anzahl	Kassen- preis
G		VOLTAREN RET FTBL 100MG	50	ST		12,55
G		VOLTAREN RET FTBL 100MG	50	ST		12,55
G		XELODA FTBL 500MG	120	ST		172,40
G		YELLOX AU-TR LSG 0,9MG/ML	5	ML		10,20
G		ZARZIO FSPR 30MIO/0,5ML	5	ST		271,30
G		ZARZIO FSPR 30MIO/0,5ML	5	ST		271,30
G		ZARZIO FSPR 30MIO/0,5ML	5	ST		271,35
G		ZARZIO FSPR 30MIO/0,5ML	5	ST		271,35
G		ZARZIO FSPR 30MIO/0,5ML	5	ST		272,15
G		ZARZIO FSPR 48MIO/0,5ML	5	ST		393,95
G		ZARZIO FSPR 48MIO/0,5ML	5	ST		393,95
G		ZARZIO FSPR 48MIO/0,5ML	5	ST		394,00
G		ZARZIO FSPR 48MIO/0,5ML	5	ST		394,00
G		ZARZIO FSPR 48MIO/0,5ML	5	ST		395,05
G		ZIEXTENZO IJLSG 6MG FSPR	1	ST		424,00
G		ZIEXTENZO INJ FSPR 6MG	1	ST		424,00
G		ZIEXTENZO INJ FSPR 6MG/0,6ML	1	ST		424,00
G		ZIEXTENZO INJ FSPR 6MG/0,6ML	1	ST		424,00
G	IND	ZOFRAN FTBL 4MG Zusatzbehandlung bei Chemo- oder Radiotherapie	10	ST		29,50
G	IND	ZOFRAN FTBL 8MG Zusatzbehandlung bei Chemo- oder Radiotherapie	10	ST		44,10
G	IND	ZOFRAN FTBL 8MG Zusatzbehandlung bei Chemo- oder Radiotherapie	10	ST		44,10

Bereichs- zugehörigkeit	Kassen- zeichen	Name	Menge	Mengen- art	Abgabe- anzahl	Kassen- preis
G	IND	ZOFRAN FTBL 8MG Zusatzbehandlung bei Chemo- oder Radiotherapie	10	ST		44,10
G	IND	ZOFRAN ZYDIS TBL 8MG Zusatzbehandlung bei Chemo- oder Radiotherapie	10	ST		44,10
G	IND	ZOFRAN ZYDIS TBL 8MG Zusatzbehandlung bei Chemo- oder Radiotherapie	10	ST		44,10
G	IND	ZOFRAN ZYDIS TBL 8MG Zusatzbehandlung bei Chemo- oder Radiotherapie	10	ST		44,10
G	IND	ZOLADEX DEP IMPL.SPRAMP 3,6 Prostatakarzinom; fortgeschrittenes Mammakarzinom bei Frauen vor der Menopause; Endometriose	1	ST	2	171,00
G	IND	ZOLADEX DEP IMPL.SPRAMP 3,6 Prostatakarzinom; fortgeschrittenes Mammakarzinom bei Frauen vor der Menopause; Endometriose	1	ST	2	171,00
G	IND	ZOLADEX DEP IMPL.SPRAMP 3,6 Prostatakarzinom; fortgeschrittenes Mammakarzinom bei Frauen vor der Menopause; Endometriose	1	ST	2	171,00
G	IND	ZOLADEX DEP IMPL.SPRAMP 3,6 Prostatakarzinom; fortgeschrittenes Mammakarzinom bei Frauen vor der Menopause; Endometriose	1	ST	2	171,00
G	IND	ZOLADEX DEP IMPL.SPRAMP 3,6 Prostatakarzinom; fortgeschrittenes Mammakarzinom bei Frauen vor der Menopause; Endometriose	1	ST	2	171,00
G	IND	ZOLADEX DEP IMPL.SPRAMP 10,8 Prostatakarzinom	1	ST		409,10
G	IND	ZOLADEX DEP IMPL.SPRAMP 10,8 Prostatakarzinom	1	ST		409,35
G	IND	ZOLADEX DEP IMPL.SPRAMP 10,8 Prostatakarzinom	1	ST		409,35
G	IND	ZOLADEX DEP IMPL.SPRAMP 10,8 Prostatakarzinom	1	ST		409,35
G	IND	ZOLADEX DEP IMPL.SPRAMP 10,8 Prostatakarzinom	1	ST		409,45



Bereichs- zugehörigkeit	Kassen- zeichen	Name	Menge	Mengen- art	Abgabe- anzahl	Kassen- preis
G	IND	ZOVIRAX SFT 400MG/5ML 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		49,25
G		ZYPREXA UEBERZ.TBL 5MG	28	ST	2	26,50
G		ZYPREXA UEBERZ.TBL 5MG	28	ST	2	26,50
G		ZYPREXA UEBERZ.TBL 5MG	28	ST	2	26,50
G		ZYPREXA UEBERZ.TBL 5MG	28	ST	2	26,85
G		ZYPREXA UEBERZ.TBL 10MG	28	ST	2	50,25
G		ZYPREXA UEBERZ.TBL 10MG	28	ST	2	50,25
G		ZYPREXA UEBERZ.TBL 10MG	28	ST	2	50,25
G		ZYPREXA UEBERZ.TBL 10MG	28	ST	2	50,70
G		ZYPREXA VELOTAB 5MG	28	ST	2	26,50
G		ZYPREXA VELOTAB 5MG	28	ST	2	26,85
G		ZYPREXA VELOTAB 10MG	28	ST	2	50,25
G		ZYPREXA VELOTAB 10MG	28	ST	2	50,25
G		ZYPREXA VELOTAB 10MG	28	ST	2	50,70
G		ZYPREXA VELOTAB SCHMTBL 5MG	28	ST	2	26,50
G		ZYPREXA VELOTAB SCHMTBL 10MG	28	ST	2	50,25
G		ZYPREXA VELOTAB SCHMTBL 15MG	28	ST		59,55
G		ZYPREXA VELOTAB SCHMTBL 5MG	28	ST	2	26,50

Bereichs- zugehörigkeit	Kassen- zeichen	Name	Menge	Mengen- art	Abgabe- anzahl	Kassen- preis
Y	RE1	<p>ADEMPAS FTBL 1,5MG</p> <p>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.</p> <p>Bei erwachsenen PatientInnen mit pulmonal arterieller Hypertension (PAH) nach Durchführung einer kompletten invasiven hämodynamischen Messung inklusive eines akuten Vasoreaktivitätstests.</p> <p>Diagnose, Erstverordnung und engmaschige Kontrolle durch entsprechende Fachabteilungen und Zentren. Riociguat eignet sich für eine chef(kontroll)ärztliche Langzeitbewilligung für 3 Monate (L3).</p>	84	ST		2.389,15
Y	RE1	<p>ADEMPAS FTBL 1,5MG</p> <p>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.</p> <p>Bei erwachsenen PatientInnen mit pulmonal arterieller Hypertension (PAH) nach Durchführung einer kompletten invasiven hämodynamischen Messung inklusive eines akuten Vasoreaktivitätstests.</p> <p>Diagnose, Erstverordnung und engmaschige Kontrolle durch entsprechende Fachabteilungen und Zentren. Riociguat eignet sich für eine chef(kontroll)ärztliche Langzeitbewilligung für 3 Monate (L3).</p>	84	ST		2.389,15
Y	RE1	<p>ADEMPAS FTBL 1MG</p> <p>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.</p> <p>Bei erwachsenen PatientInnen mit pulmonal arterieller Hypertension (PAH) nach Durchführung einer kompletten invasiven hämodynamischen Messung inklusive eines akuten Vasoreaktivitätstests.</p> <p>Diagnose, Erstverordnung und engmaschige Kontrolle durch entsprechende Fachabteilungen und Zentren. Riociguat eignet sich für eine chef(kontroll)ärztliche Langzeitbewilligung für 3 Monate (L3).</p>	84	ST		2.365,25
Y	RE1	<p>ADEMPAS FTBL 1MG</p> <p>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.</p> <p>Bei erwachsenen PatientInnen mit pulmonal arterieller Hypertension (PAH) nach Durchführung einer kompletten invasiven hämodynamischen Messung inklusive eines akuten Vasoreaktivitätstests.</p> <p>Diagnose, Erstverordnung und engmaschige Kontrolle durch entsprechende Fachabteilungen und Zentren. Riociguat eignet sich für eine chef(kontroll)ärztliche Langzeitbewilligung für 3 Monate (L3).</p>	84	ST		2.365,25

Bereichs- zugehörigkeit	Kassen- zeichen	Name	Menge	Mengen- art	Abgabe- anzahl	Kassen- preis
Y	RE1	<p>ADEMPAS FTBL 2,5MG</p> <p>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.</p> <p>Bei erwachsenen PatientInnen mit pulmonal arterieller Hypertension (PAH) nach Durchführung einer kompletten invasiven hämodynamischen Messung inklusive eines akuten Vasoreaktivitätstests.</p> <p>Diagnose, Erstverordnung und engmaschige Kontrolle durch entsprechende Fachabteilungen und Zentren. Riociguat eignet sich für eine chef(kontroll)ärztliche Langzeitbewilligung für 3 Monate (L3).</p>	84	ST		2.365,25
Y	RE1	<p>ADEMPAS FTBL 2,5MG</p> <p>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.</p> <p>Bei erwachsenen PatientInnen mit pulmonal arterieller Hypertension (PAH) nach Durchführung einer kompletten invasiven hämodynamischen Messung inklusive eines akuten Vasoreaktivitätstests.</p> <p>Diagnose, Erstverordnung und engmaschige Kontrolle durch entsprechende Fachabteilungen und Zentren. Riociguat eignet sich für eine chef(kontroll)ärztliche Langzeitbewilligung für 3 Monate (L3).</p>	84	ST		2.365,25
Y	RE1	<p>ADEMPAS FTBL 2,5MG</p> <p>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.</p> <p>Bei erwachsenen PatientInnen mit pulmonal arterieller Hypertension (PAH) nach Durchführung einer kompletten invasiven hämodynamischen Messung inklusive eines akuten Vasoreaktivitätstests.</p> <p>Diagnose, Erstverordnung und engmaschige Kontrolle durch entsprechende Fachabteilungen und Zentren. Riociguat eignet sich für eine chef(kontroll)ärztliche Langzeitbewilligung für 3 Monate (L3).</p>	84	ST		2.365,25
Y	RE1	<p>ADEMPAS FTBL 2MG</p> <p>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.</p> <p>Bei erwachsenen PatientInnen mit pulmonal arterieller Hypertension (PAH) nach Durchführung einer kompletten invasiven hämodynamischen Messung inklusive eines akuten Vasoreaktivitätstests.</p> <p>Diagnose, Erstverordnung und engmaschige Kontrolle durch entsprechende Fachabteilungen und Zentren. Riociguat eignet sich für eine chef(kontroll)ärztliche Langzeitbewilligung für 3 Monate (L3).</p>	84	ST		2.389,15

Bereichs- zugehörigkeit	Kassen- zeichen	Name	Menge	Mengen- art	Abgabe- anzahl	Kassen- preis
Y	RE1	<p>ADEMPAS FTBL 2MG</p> <p>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.</p> <p>Bei erwachsenen PatientInnen mit pulmonal arterieller Hypertension (PAH) nach Durchführung einer kompletten invasiven hämodynamischen Messung inklusive eines akuten Vasoreaktivitätstests.</p> <p>Diagnose, Erstverordnung und engmaschige Kontrolle durch entsprechende Fachabteilungen und Zentren. Riociguat eignet sich für eine chef(kontroll)ärztliche Langzeitbewilligung für 3 Monate (L3).</p>	84	ST		2.389,15
Y	RE1	<p>ALDARA CR 5% SACHETS</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Bei Versagen von Alternativen im Grünen Bereich zur Behandlung von Condylomata acuminata bei Erwachsenen.</li> <li>- Bei superfiziellen Basaliomen nach dermatologischer Abklärung, wenn eine operative Entfernung kontraindiziert oder nicht möglich ist.</li> <li>- 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.</li> </ul>	12	ST	2	76,80
Y	RE1	<p>ALDARA CR 5% SACHETS</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Bei Versagen von Alternativen im Grünen Bereich zur Behandlung von Condylomata acuminata bei Erwachsenen.</li> <li>- Bei superfiziellen Basaliomen nach dermatologischer Abklärung, wenn eine operative Entfernung kontraindiziert oder nicht möglich ist.</li> <li>- 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.</li> </ul>	12	ST	2	76,80
Y	RE1	<p>ALDARA CR 5% SACHETS</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Bei Versagen von Alternativen im Grünen Bereich zur Behandlung von Condylomata acuminata bei Erwachsenen.</li> <li>- Bei superfiziellen Basaliomen nach dermatologischer Abklärung, wenn eine operative Entfernung kontraindiziert oder nicht möglich ist.</li> <li>- 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.</li> </ul>	12	ST	2	76,80

Bereichs- zugehörigkeit	Kassen- zeichen	Name	Menge	Mengen- art	Abgabe- anzahl	Kassen- preis
Y	RE1	ALDARA CR 5% SACHETS - Bei Versagen von Alternativen im Grünen Bereich zur Behandlung von Condylomata acuminata bei Erwachsenen. - Bei superfiziellen Basaliomen nach dermatologischer Abklärung, wenn eine operative Entfernung kontraindiziert oder nicht möglich ist. - Bei nicht-hyperkeratotischen, nicht-hypertrophen aktinischen Keratosen im Gesicht oder Kopfbereich, wenn durch die Größe oder die Anzahl der Läsionen eine Kryotherapie nicht möglich ist und mit anderen topischen Behandlungsmöglichkeiten (ATC-Code D11AX18) kein Auslangen gefunden wurde bzw. diese nicht geeignet sind.	12	ST	2	76,80
Y	RE1	ALDARA CR 5% SACHETS - Bei Versagen von Alternativen im Grünen Bereich zur Behandlung von Condylomata acuminata bei Erwachsenen. - Bei superfiziellen Basaliomen nach dermatologischer Abklärung, wenn eine operative Entfernung kontraindiziert oder nicht möglich ist. - Bei nicht-hyperkeratotischen, nicht-hypertrophen aktinischen Keratosen im Gesicht oder Kopfbereich, wenn durch die Größe oder die Anzahl der Läsionen eine Kryotherapie nicht möglich ist und mit anderen topischen Behandlungsmöglichkeiten (ATC-Code D11AX18) kein Auslangen gefunden wurde bzw. diese nicht geeignet sind.	12	ST	2	76,80
Y	RE1	ALECENSA HARTKPS 150MG Bei erwachsenen PatientInnen mit lokal fortgeschrittenem oder metastasiertem, Anaplastische-Lymphomkinase (ALK)-positivem, nicht-kleinzelligem Lungenkarzinom (NSCLC) - als Erstlinientherapie - nach Vorbehandlung mit Crizotinib. Nachweis der ALK-Translokation mit einer validierten Testmethode. Diagnose und Erstverordnung durch entsprechende Fachabteilung bzw. Zentrum, mittels Tumorboard. Regelmäßige Kontrolle durch entsprechende Fachabteilung bzw. Zentrum bzw. durch einen/eine onkologisch spezialisierten/spezialisierte Facharzt/Fachärztin.	224	ST		4.991,10
Y	RE1	ALECENSA HARTKPS 150MG Bei erwachsenen PatientInnen mit lokal fortgeschrittenem oder metastasiertem, Anaplastische-Lymphomkinase (ALK)-positivem, nicht-kleinzelligem Lungenkarzinom (NSCLC) - als Erstlinientherapie - nach Vorbehandlung mit Crizotinib. Nachweis der ALK-Translokation mit einer validierten Testmethode. Diagnose und Erstverordnung durch entsprechende Fachabteilung bzw. Zentrum, mittels Tumorboard. Regelmäßige Kontrolle durch entsprechende Fachabteilung bzw. Zentrum bzw. durch einen/eine onkologisch spezialisierten/spezialisierte Facharzt/Fachärztin.	224	ST		5.011,85

Bereichs- zugehörigkeit	Kassen- zeichen	Name	Menge	Mengen- art	Abgabe- anzahl	Kassen- preis
Y	RE1	ALUNBRIG FTBL 90MG Bei Erwachsenen mit lokal fortgeschrittenem oder metastasiertem, Anaplastische-Lymphomkinase (ALK)-positivem, nicht-kleinzelligem Lungenkarzinom (NSCLC) - die zuvor nicht mit einem ALK-Inhibitor behandelt wurden - als Zweitlinientherapie nach Vorbehandlung mit einem ALK-Inhibitor. Nachweis der ALK-Translokation mit einer validierten Testmethode. Diagnose und Erstverordnung durch entsprechende Fachabteilung bzw. Zentrum, mittels Tumorboard. Regelmäßige Kontrolle durch entsprechende Fachabteilung bzw. Zentrum bzw. durch OnkologInnen.	28	ST		3.110,50
Y	RE2	ARICEPT FTBL 10MG - 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	32,25
Y	RE2	ARICEPT FTBL 10MG - 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	32,25
Y	RE1	ARIXTRA IJLSG FSPR 2,5MG Zur Prophylaxe venöser thromboembolischer Ereignisse (VTE) bei Patienten, die sich größeren orthopädischen Eingriffen an den unteren Extremitäten unterziehen müssen, wie beispielsweise Hüftfrakturen, Knie- oder Hüftersatzoperationen.	10	ST		59,30

Bereichs- zugehörigkeit	Kassen- zeichen	Name	Menge	Mengen- art	Abgabe- anzahl	Kassen- preis
Y	RE1	ARIXTRA INJ FSPR 2,5MG/0,5ML Zur Prophylaxe venöser thromboembolischer Ereignisse (VTE) bei Patienten, die sich größeren orthopädischen Eingriffen an den unteren Extremitäten unterziehen müssen, wie beispielsweise Hüftfrakturen, Knie- oder Hüftersatzoperationen.	10	ST		59,30
Y	RE1	BETAFERON PLV+LSM FSPR 1. Bei Patienten mit erstmaligem demyelinisierenden Ereignis mit aktivem entzündlichen Prozess, wenn dieses Ereignis schwer genug ist, um eine intravenöse Corticosteroidtherapie zu rechtfertigen, wenn mögliche Differentialdiagnosen ausgeschlossen wurden und wenn bei diesen Patienten der Beurteilung zufolge ein hohes Risiko für das Auftreten einer klinisch gesicherten Multiplen Sklerose besteht (siehe Fachinformation Abschnitt 5.1). 2. Bei Patienten mit schubförmig remittierender MS. Kriterien bei Ersteinstellung: 2 Schübe innerhalb der letzten 2 Jahre und EDSS kleiner gleich 5,5. 3. Bei Patienten mit sekundär progredienter MS. Kriterien bei Ersteinstellung: 2 Schübe oder eine Verschlechterung um mindestens 1 Punkt im EDSS-Score innerhalb der letzten 2 Jahre und EDSS 3 - 6,5. Diagnosestellung, Verordnung, Einstellung, Therapiekontrolle und Dokumentation durch ein MS-Zentrum. Betaferon eignet sich für eine chef(kontroll)ärztliche Langzeitbewilligung für 12 Monate (L12).	15	ST		916,35
Y	RE1	BETAFERON PLV+LSM FSPR 1. Bei PatientInnen mit erstmaligem demyelinisierenden Ereignis mit aktivem entzündlichen Prozess, wenn dieses Ereignis schwer genug ist, um eine intravenöse Corticosteroidtherapie zu rechtfertigen, wenn mögliche Differentialdiagnosen ausgeschlossen wurden und wenn bei diesen PatientInnen der Beurteilung zufolge ein hohes Risiko für das Auftreten einer klinisch gesicherten Multiplen Sklerose besteht (siehe Fachinformation Abschnitt 5.1). 2. Bei PatientInnen mit schubförmig remittierender MS. Kriterien bei Ersteinstellung: 2 Schübe innerhalb der letzten 2 Jahre und EDSS kleiner gleich 5,5. 3. Bei PatientInnen mit sekundär progredienter MS. Kriterien bei Ersteinstellung: 2 Schübe oder eine Verschlechterung um mindestens 1 Punkt im EDSS-Score innerhalb der letzten 2 Jahre und EDSS 3 - 6,5. Diagnosestellung, Verordnung, Einstellung, Therapiekontrolle und Dokumentation durch ein MS-Zentrum. Betaferon eignet sich für eine chef(kontroll)ärztliche Langzeitbewilligung für 12 Monate (L12).	15	ST		916,35
Y	RE1	BETAFERON PLV+LSM FSPR 1. Bei Patienten mit erstmaligem demyelinisierenden Ereignis mit aktivem entzündlichen Prozess, wenn dieses Ereignis schwer genug ist, um eine intravenöse Corticosteroidtherapie zu rechtfertigen, wenn mögliche Differentialdiagnosen ausgeschlossen wurden und wenn bei diesen Patienten der Beurteilung zufolge ein hohes Risiko für das Auftreten einer klinisch gesicherten Multiplen Sklerose besteht (siehe Fachinformation Abschnitt 5.1). 2. Bei Patienten mit schubförmig remittierender MS. Kriterien bei Ersteinstellung: 2 Schübe innerhalb der letzten 2 Jahre und EDSS kleiner gleich 5,5. 3. Bei Patienten mit sekundär progredienter MS. Kriterien bei Ersteinstellung: 2 Schübe oder eine Verschlechterung um mindestens 1 Punkt im EDSS-Score innerhalb der letzten 2 Jahre und EDSS 3 - 6,5. Diagnosestellung, Verordnung, Einstellung, Therapiekontrolle und Dokumentation durch ein MS-Zentrum. Betaferon eignet sich für eine chef(kontroll)ärztliche Langzeitbewilligung für 12 Monate (L12).	15	ST		916,35

Bereichs- zugehörigkeit	Kassen- zeichen	Name	Menge	Mengen- art	Abgabe- anzahl	Kassen- preis
Y	RE1	<p>BETAFERON PLV+LSM FSPR</p> <p>1. Bei PatientInnen mit erstmaligem demyelinisierenden Ereignis mit aktivem entzündlichen Prozess, wenn dieses Ereignis schwer genug ist, um eine intravenöse Corticosteroidtherapie zu rechtfertigen, wenn mögliche Differentialdiagnosen ausgeschlossen wurden und wenn bei diesen PatientInnen der Beurteilung zufolge ein hohes Risiko für das Auftreten einer klinisch gesicherten Multiplen Sklerose besteht (siehe Fachinformation Abschnitt 5.1).</p> <p>2. Bei PatientInnen mit schubförmig remittierender MS. Kriterien bei Ersteinstellung: 2 Schübe innerhalb der letzten 2 Jahre und EDSS kleiner gleich 5,5.</p> <p>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).</p>	15	ST		916,35
Y	RE1	<p>BETAFERON PLV+LSM FSPR</p> <p>1. Bei Patienten mit erstmaligem demyelinisierenden Ereignis mit aktivem entzündlichen Prozess, wenn dieses Ereignis schwer genug ist, um eine intravenöse Corticosteroidtherapie zu rechtfertigen, wenn mögliche Differentialdiagnosen ausgeschlossen wurden und wenn bei diesen Patienten der Beurteilung zufolge ein hohes Risiko für das Auftreten einer klinisch gesicherten Multiplen Sklerose besteht (siehe Fachinformation Abschnitt 5.1).</p> <p>2. Bei Patienten mit schubförmig remittierender MS. Kriterien bei Ersteinstellung: 2 Schübe innerhalb der letzten 2 Jahre und EDSS kleiner gleich 5,5.</p> <p>3. Bei Patienten 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).</p>	15	ST		916,45
Y	RE1	<p>BIKTARVY FTBL 50/200/25MG</p> <p>Zur Behandlung von HIV-1-infizierten Erwachsenen, bei denen keine Resistenz gegen die Klasse der Integrase-Inhibitoren, Emtricitabin oder Tenofovir nachgewiesen wurde.</p> <p>Therapieeinleitung und regelmäßige Kontrollen durch einen Arzt/eine Ärztin mit Erfahrung in der HIV-Behandlung.</p>	30	ST		730,15
Y	RE1	<p>BIKTARVY FTBL 50/200/25MG</p> <p>Zur Behandlung von HIV-1-infizierten Erwachsenen, bei denen keine Resistenz gegen die Klasse der Integrase-Inhibitoren, Emtricitabin oder Tenofovir nachgewiesen wurde.</p> <p>Therapieeinleitung und regelmäßige Kontrollen durch einen Arzt/eine Ärztin mit Erfahrung in der HIV-Behandlung.</p>	30	ST		730,15



Bereichs- zugehörigkeit	Kassen- zeichen	Name	Menge	Mengen- art	Abgabe- anzahl	Kassen- preis
Y	RE1	BINOCRIT FSPR 4000IE/0,4+NS Symptomatische Anämie bei chronischer Niereninsuffizienz mit Ausgangs-Hb kleiner 10 g/dl. - Zielbereich: Hb-Wert zwischen 10 und 12 g/dl - Nach Therapiebeginn und nach jeder Dosisänderung kurzfristige Hb-Kontrollen bis zur Stabilisierung des Hb, danach mindestens zweiwöchentliche Hb-Kontrollen. - Hämoglobinwerte über 12 g/dl sind zu vermeiden. - Für PatientInnen, bei denen es in irgendeinem 2-Wochen-Zeitraum zu einem Hb- Anstieg größer 1 g/dl kommt, bestehen erhöhte Sicherheitsbedenken. - Cave: Auslagerung aus dem intramuralen Bereich (Dialyseabkommen!) Epoetin alfa 0,0000336 entspr. 4.000 IE	6	ST		165,05
Y	RE2	CELLCEPT PLV 1G/5ML FL 110G Eine Kostenübernahme ist möglich zur Prophylaxe von akuten Transplantatabstoßungsreaktionen in Kombination mit Ciclosporin und Corticosteroiden für Patienten nach allogener Herz-, Leber- oder Nierentransplantation. Therapieeinleitung und regelmäßige Kontrollen durch entsprechende Zentren. Mycophenolatmofetil 0,2 entspr. Mycophenolsäure 0,144	1	ST		218,40
Y	RE2	CELLCEPT PLV 1G/5ML FL 110G Eine Kostenübernahme ist möglich zur Prophylaxe von akuten Transplantatabstoßungsreaktionen in Kombination mit Ciclosporin und Corticosteroiden für Patienten nach allogener Herz-, Leber- oder Nierentransplantation. Therapieeinleitung und regelmäßige Kontrollen durch entsprechende Zentren. Mycophenolatmofetil 0,2 entspr. Mycophenolsäure 0,144	1	ST		218,40

Bereichs- zugehörigkeit	Kassen- zeichen	Name	Menge	Mengen- art	Abgabe- anzahl	Kassen- preis
Y	RE1	<p>CIMZIA IJLSG FSPR 200MG</p> <p>1. Mittelschwere bis schwere aktive rheumatoide Arthritis erwachsener PatientInnen bei Versagen von mindestens einem DMARD (disease-modifying anti-rheumatic drug), wobei Methotrexat in ausreichender Dosierung und ausreichender Dauer verabreicht worden sein muss. Um eine maximale Wirksamkeit zu gewährleisten, wird Certolizumab pegol in Kombination mit Methotrexat angewendet. Certolizumab pegol kann im Falle einer Unverträglichkeit von Methotrexat als Monotherapie angewendet werden. Erstverordnung und engmaschige Kontrolle durch einen Facharzt/ eine Fachärztin mit Additivfach Rheumatologie oder durch Zentren, die berechtigt sind, solche auszubilden.</p> <p>2. Aktive und progressive Psoriasis-Arthritis erwachsener PatientInnen bei Versagen von mindestens zwei anderen DMARDs (disease-modifying anti-rheumatic drugs) inklusive Methotrexat. Erstverordnung und engmaschige Kontrolle durch einen Facharzt/ eine Fachärztin mit Additivfach Rheumatologie oder durch Zentren, die berechtigt sind, solche auszubilden.</p> <p>3. Schwere aktive Spondylitis ankylosans (AS, Morbus Bechterew) erwachsener PatientInnen mit schwerer Wirbelsäulensymptomatik und erhöhten Entzündungsparametern bei Versagen konventioneller Therapiemöglichkeiten. Erstverordnung und engmaschige Kontrolle durch einen Facharzt/eine Fachärztin mit Additivfach Rheumatologie oder durch Zentren, die berechtigt sind, solche auszubilden.</p> <p>4. Schwere aktive axiale Spondyloarthritis erwachsener PatientInnen ohne Röntgennachweis einer AS mit schwerer Wirbelsäulensymptomatik und mit objektiven Anzeichen einer Entzündung nachgewiesen durch erhöhtes CRP und MRT, bei Versagen konventioneller Therapiemöglichkeiten, inklusive unzureichendem Ansprechen auf mindestens zwei NSAR (nichtsteroidale Antirheumatika) in maximaler Dosierung und ausreichender Dauer. Diagnose, Erstverordnung, Therapieeinstellung und engmaschige Kontrollen durch entsprechende Zentren.</p> <p>Keine Fortsetzung der Behandlung der PatientInnen, die innerhalb von 12 Behandlungswochen nicht klinisch ansprechen. Certolizumab pegol eignet sich für eine chef(kontroll)ärztliche Langzeitbewilligung für 3 Monate (L3).</p>	2	ST		703,35

Bereichs- zugehörigkeit	Kassen- zeichen	Name	Menge	Mengen- art	Abgabe- anzahl	Kassen- preis
Y	RE1	<p>CIMZIA INJ FSPR 200MG/1ML</p> <p>1. Mittelschwere bis schwere aktive rheumatoide Arthritis erwachsener PatientInnen bei Versagen von mindestens einem DMARD (disease-modifying anti-rheumatic drug), wobei Methotrexat in ausreichender Dosierung und ausreichender Dauer verabreicht worden sein muss. Um eine maximale Wirksamkeit zu gewährleisten, wird Certolizumab pegol in Kombination mit Methotrexat angewendet. Certolizumab pegol kann im Falle einer Unverträglichkeit von Methotrexat als Monotherapie angewendet werden. Erstverordnung und engmaschige Kontrolle durch einen Facharzt/ eine Fachärztin mit Additivfach Rheumatologie oder durch Zentren, die berechtigt sind, solche auszubilden.</p> <p>2. Aktive und progressive Psoriasis-Arthritis erwachsener PatientInnen bei Versagen von mindestens zwei anderen DMARDs (disease-modifying anti-rheumatic drugs) inklusive Methotrexat. Erstverordnung und engmaschige Kontrolle durch einen Facharzt/ eine Fachärztin mit Additivfach Rheumatologie oder durch Zentren, die berechtigt sind, solche auszubilden.</p> <p>3. Schwere aktive Spondylitis ankylosans (AS, Morbus Bechterew) erwachsener PatientInnen mit schwerer Wirbelsäulensymptomatik und erhöhten Entzündungsparametern bei Versagen konventioneller Therapiemöglichkeiten. Erstverordnung und engmaschige Kontrolle durch einen Facharzt/eine Fachärztin mit Additivfach Rheumatologie oder durch Zentren, die berechtigt sind, solche auszubilden.</p> <p>4. Schwere aktive axiale Spondyloarthritis erwachsener PatientInnen ohne Röntgennachweis einer AS mit schwerer Wirbelsäulensymptomatik und mit objektiven Anzeichen einer Entzündung nachgewiesen durch erhöhtes CRP und MRT, bei Versagen konventioneller Therapiemöglichkeiten, inklusive unzureichendem Ansprechen auf mindestens zwei NSAR (nichtsteroidale Antirheumatika) in maximaler Dosierung und ausreichender Dauer. Diagnose, Erstverordnung, Therapieeinstellung und engmaschige Kontrollen durch entsprechende Zentren.</p> <p>Keine Fortsetzung der Behandlung der PatientInnen, die innerhalb von 12 Behandlungswochen nicht klinisch ansprechen. Certolizumab pegol eignet sich für eine chef(kontroll)ärztliche Langzeitbewilligung für 3 Monate (L3).</p>	2	ST		700,00

Bereichs- zugehörigkeit	Kassen- zeichen	Name	Menge	Mengen- art	Abgabe- anzahl	Kassen- preis
Y	RE1	<p>CIMZIA INJ FSPR 200MG/1ML</p> <p>1. Mittelschwere bis schwere aktive rheumatoide Arthritis erwachsener PatientInnen bei Versagen von mindestens einem DMARD (disease-modifying anti-rheumatic drug), wobei Methotrexat in ausreichender Dosierung und ausreichender Dauer verabreicht worden sein muss. Um eine maximale Wirksamkeit zu gewährleisten, wird Certolizumab pegol in Kombination mit Methotrexat angewendet. Certolizumab pegol kann im Falle einer Unverträglichkeit von Methotrexat als Monotherapie angewendet werden. Erstverordnung und engmaschige Kontrolle durch einen Facharzt/ eine Fachärztin mit Additivfach Rheumatologie oder durch Zentren, die berechtigt sind, solche auszubilden.</p> <p>2. Aktive und progressive Psoriasis-Arthritis erwachsener PatientInnen bei Versagen von mindestens zwei anderen DMARDs (disease-modifying anti-rheumatic drugs) inklusive Methotrexat. Erstverordnung und engmaschige Kontrolle durch einen Facharzt/ eine Fachärztin mit Additivfach Rheumatologie oder durch Zentren, die berechtigt sind, solche auszubilden.</p> <p>3. Schwere aktive Spondylitis ankylosans (AS, Morbus Bechterew) erwachsener PatientInnen mit schwerer Wirbelsäulensymptomatik und erhöhten Entzündungsparametern bei Versagen konventioneller Therapiemöglichkeiten. Erstverordnung und engmaschige Kontrolle durch einen Facharzt/eine Fachärztin mit Additivfach Rheumatologie oder durch Zentren, die berechtigt sind, solche auszubilden.</p> <p>4. Schwere aktive axiale Spondyloarthritis erwachsener PatientInnen ohne Röntgennachweis einer AS mit schwerer Wirbelsäulensymptomatik und mit objektiven Anzeichen einer Entzündung nachgewiesen durch erhöhtes CRP und MRT, bei Versagen konventioneller Therapiemöglichkeiten, inklusive unzureichendem Ansprechen auf mindestens zwei NSAR (nichtsteroidale Antirheumatika) in maximaler Dosierung und ausreichender Dauer. Diagnose, Erstverordnung, Therapieeinstellung und engmaschige Kontrollen durch entsprechende Zentren.</p> <p>Keine Fortsetzung der Behandlung der PatientInnen, die innerhalb von 12 Behandlungswochen nicht klinisch ansprechen. Certolizumab pegol eignet sich für eine chef(kontroll)ärztliche Langzeitbewilligung für 3 Monate (L3).</p>	2	ST		702,30

Bereichs- zugehörigkeit	Kassen- zeichen	Name	Menge	Mengen- art	Abgabe- anzahl	Kassen- preis
Y	RE1	<p>CIMZIA INJ FSPR 200MG/1ML</p> <p>1. Mittelschwere bis schwere aktive rheumatoide Arthritis erwachsener PatientInnen bei Versagen von mindestens einem DMARD (disease-modifying anti-rheumatic drug), wobei Methotrexat in ausreichender Dosierung und ausreichender Dauer verabreicht worden sein muss. Um eine maximale Wirksamkeit zu gewährleisten, wird Certolizumab pegol in Kombination mit Methotrexat angewendet. Certolizumab pegol kann im Falle einer Unverträglichkeit von Methotrexat als Monotherapie angewendet werden. Erstverordnung und engmaschige Kontrolle durch einen Facharzt/ eine Fachärztin mit Additivfach Rheumatologie oder durch Zentren, die berechtigt sind, solche auszubilden.</p> <p>2. Aktive und progressive Psoriasis-Arthritis erwachsener PatientInnen bei Versagen von mindestens zwei anderen DMARDs (disease-modifying anti-rheumatic drugs) inklusive Methotrexat. Erstverordnung und engmaschige Kontrolle durch einen Facharzt/ eine Fachärztin mit Additivfach Rheumatologie oder durch Zentren, die berechtigt sind, solche auszubilden.</p> <p>3. Schwere aktive Spondylitis ankylosans (AS, Morbus Bechterew) erwachsener PatientInnen mit schwerer Wirbelsäulensymptomatik und erhöhten Entzündungsparametern bei Versagen konventioneller Therapiemöglichkeiten. Erstverordnung und engmaschige Kontrolle durch einen Facharzt/eine Fachärztin mit Additivfach Rheumatologie oder durch Zentren, die berechtigt sind, solche auszubilden.</p> <p>4. Schwere aktive axiale Spondyloarthritis erwachsener PatientInnen ohne Röntgennachweis einer AS mit schwerer Wirbelsäulensymptomatik und mit objektiven Anzeichen einer Entzündung nachgewiesen durch erhöhtes CRP und MRT, bei Versagen konventioneller Therapiemöglichkeiten, inklusive unzureichendem Ansprechen auf mindestens zwei NSAR (nichtsteroidale Antirheumatika) in maximaler Dosierung und ausreichender Dauer. Diagnose, Erstverordnung, Therapieeinstellung und engmaschige Kontrollen durch entsprechende Zentren.</p> <p>Keine Fortsetzung der Behandlung der PatientInnen, die innerhalb von 12 Behandlungswochen nicht klinisch ansprechen. Certolizumab pegol eignet sich für eine chef(kontroll)ärztliche Langzeitbewilligung für 3 Monate (L3).</p>	2	ST		703,35

Bereichs- zugehörigkeit	Kassen- zeichen	Name	Menge	Mengen- art	Abgabe- anzahl	Kassen- preis
Y	RE1	<p>COSENTYX IJLSG FPEN 150MG</p> <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.</p> <p>Secukinumab eignet sich für eine chef(kontroll)ärztliche Langzeitbewilligung für 3 Monate (L3).</p>	2	ST		1.079,25
Y	RE1	<p>CRESTOR FTBL 40MG</p> <p>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.</p> <p>Kontraindiziert bei Patienten, die gleichzeitig Fibrate oder Ciclosporin einnehmen, sowie bei Patienten mit prädisponierenden Faktoren für Myopathie/Rhabdomyolyse.</p> <p>(Erlass des BMGF GZ:21.420/104-III/A/6/04)</p>	30	ST		39,60
Y	RE2	<p>DONEPEZIL ACT FTBL 10MG</p> <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>	30	ST	2	32,90

Bereichs- zugehörigkeit	Kassen- zeichen	Name	Menge	Mengen- art	Abgabe- anzahl	Kassen- preis
Y	RE2	<p>DONEPEZIL-HCL SAN FTBL 10MG</p> <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>	30	ST	2	34,45
Y	RE2	<p>EDURANT FTBL 25MG</p> <p>In Kombination mit anderen antiretroviralen Arzneimitteln für die Behandlung von HIV-1-infizierten antiretroviral nicht vorbehandelten erwachsenen PatientInnen mit einer Viruslast von kleiner gleich 100.000 HIV-1-RNA-Kopien/ml.</p> <p>Die Therapieeinleitung und regelmäßige -kontrollen sind von einem Arzt/einer Ärztin, der/die Erfahrung in der Behandlung der HIV-Infektion besitzt, durchzuführen.</p>	30	ST		256,05
Y	RE1	<p>EPORATIO FSPR 5.000IE/0,5ML</p> <p>Symptomatische Anämie bei chronischer Niereninsuffizienz mit Ausgangs-Hb kleiner 10 g/dl.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Zielbereich: Hb-Wert zwischen 10 und 12 g/dl</li> <li>- Nach Therapiebeginn und nach jeder Dosisänderung kurzfristige Hb-Kontrollen bis zur Stabilisierung des Hb, danach mindestens zweiwöchentliche Hb-Kontrollen</li> <li>- Hämoglobinwerte über 12 g/dl sind zu vermeiden.</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: Auslagerung aus dem intramuralen Bereich (Dialyseabkommen!)</li> </ul> <p>Epoetin theta 0,0000417 entspr. 5.000 IE</p>	6	ST		201,10
Y	RE1	<p>ERIVEDGE HKPS 150MG</p> <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>	28	ST		4.776,55

Bereichs- zugehörigkeit	Kassen- zeichen	Name	Menge	Mengen- art	Abgabe- anzahl	Kassen- preis
Y	RE1	ERIVEDGE HKPS 150MG Bei erwachsenen PatientInnen mit symptomatischem metastasiertem oder lokal fortgeschrittenem Basalzellkarzinom, bei denen eine Operation oder Strahlentherapie nicht geeignet ist. Diagnose, PatientInnenaufklärung, Erstverordnung sowie Entscheidung hinsichtlich Dauer bzw. Abbruch und/oder Fortsetzung der Behandlung durch entsprechende Fachabteilung bzw. Zentrum, gegebenenfalls Tumorboard. Regelmäßige Kontrollen durch entsprechende/s Fachabteilung/Zentrum bzw. durch einen Facharzt/eine Fachärztin mit Erfahrung in der Behandlung des symptomatischen metastasierten oder lokal fortgeschrittenen Basalzellkarzinoms.	28	ST		4.776,55
Y	RE1	ERIVEDGE HKPS 150MG Bei erwachsenen PatientInnen mit symptomatischem metastasiertem oder lokal fortgeschrittenem Basalzellkarzinom, bei denen eine Operation oder Strahlentherapie nicht geeignet ist. Diagnose, PatientInnenaufklärung, Erstverordnung sowie Entscheidung hinsichtlich Dauer bzw. Abbruch und/oder Fortsetzung der Behandlung durch entsprechende Fachabteilung bzw. Zentrum, gegebenenfalls Tumorboard. Regelmäßige Kontrollen durch entsprechende/s Fachabteilung/Zentrum bzw. durch einen Facharzt/eine Fachärztin mit Erfahrung in der Behandlung des symptomatischen metastasierten oder lokal fortgeschrittenen Basalzellkarzinoms.	28	ST		4.776,55
Y	RE2	ESKAZOLE TBL 400MG Eine Kostenübernahme ist möglich in den Indikationen zystische oder alveoläre Echinokokkose und Trichinose.	12	ST		83,35
Y	RE2	ESKAZOLE TBL 400MG Eine Kostenübernahme ist möglich in den Indikationen zystische oder alveoläre Echinokokkose und Trichinose.	12	ST		83,35
Y	RE1	EUCREAS FTBL 50/1000MG Bei PatientInnen mit Diabetes Typ II - Die Behandlung darf erst ab einem HbA1c größer 7 begonnen werden. - Die Behandlung mit Vildagliptin/Metformin hat nur als Second-line-Therapie • nach Metformin-Monotherapie oder • als Kombinationstherapie mit einem Sulfonylharnstoff, wenn bei unzureichender Zweifachkombination aus der jeweils höchsten vertragenen Dosis von Metformin und eines Sulfonylharnstoffs nachweislich nicht das Auslangen gefunden werden kann oder • als Kombinationstherapie mit Insulin zu erfolgen. - Alle 6 Monate ist eine HbA1c-Bestimmung durchzuführen. - Vildagliptin/Metformin eignet sich für eine chef(kontroll)ärztliche Langzeitbewilligung für 6 Monate (L6).	60	ST		42,20



Bereichs- zugehörigkeit	Kassen- zeichen	Name	Menge	Mengen- art	Abgabe- anzahl	Kassen- preis
Y	RE1	<p>EUCREAS FTBL 50/1000MG</p> <p>Bei 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 mit Vildagliptin/Metformin hat nur als Second-line-Therapie <ul style="list-style-type: none"> <li>• nach Metformin-Monotherapie oder</li> <li>• als Kombinationstherapie mit 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 zu erfolgen.</li> </ul> </li> <li>- Alle 6 Monate ist eine HbA1c-Bestimmung durchzuführen.</li> <li>- Vildagliptin/Metformin eignet sich für eine chef(kontroll)ärztliche Langzeitbewilligung für 6 Monate (L6).</li> </ul>	60	ST		42,20
Y	RE2	<p>EVIPLERA FTBL 200/25/245MG</p> <p>Zur Behandlung von HIV-1-Infektionen bei antiretroviral nicht vorbehandelten erwachsenen PatientInnen mit einer Viruslast von kleiner 100.000 HIV-1-RNA-Kopien/ml.</p> <p>Die Therapieeinleitung und regelmäßige -kontrollen sind von einem Arzt/einer Ärztin, der/die Erfahrung in der Behandlung der HIV-Infektion besitzt, durchzuführen.</p>	30	ST		834,05
Y	RE2	<p>EVIPLERA FTBL 200/25/245MG</p> <p>Zur Behandlung von HIV-1-Infektionen bei antiretroviral nicht vorbehandelten erwachsenen PatientInnen mit einer Viruslast von kleiner 100.000 HIV-1-RNA-Kopien/ml.</p> <p>Die Therapieeinleitung und regelmäßige -kontrollen sind von einem Arzt/einer Ärztin, der/die Erfahrung in der Behandlung der HIV-Infektion besitzt, durchzuführen.</p>	30	ST		834,05
Y	RE2	<p>EXELON HARTKPS 1,5MG</p> <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		71,75

Bereichs- zugehörigkeit	Kassen- zeichen	Name	Menge	Mengen- art	Abgabe- anzahl	Kassen- preis
Y	RE2	EXELON HARTKPS 1,5MG - 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		71,75
Y	RE2	EXELON HARTKPS 3MG - 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	71,75
Y	RE2	EXELON HARTKPS 3MG - 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	71,75

Bereichs- zugehörigkeit	Kassen- zeichen	Name	Menge	Mengen- art	Abgabe- anzahl	Kassen- preis
Y	RE2	EXELON HARTKPS 4,5MG - 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	71,75
Y	RE2	EXELON HARTKPS 4,5MG - 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	71,75
Y	RE2	EXELON HARTKPS 6MG - 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	72,50

Bereichs- zugehörigkeit	Kassen- zeichen	Name	Menge	Mengen- art	Abgabe- anzahl	Kassen- preis
Y	RE1	FIRAZYR IJLSG 30MG FSPR 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		1.240,30
Y	RE1	FIRAZYR IJLSG 30MG FSPR 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		1.246,55
Y	RE1	FYCOMPA FTBL 2MG Zusatztherapie von therapieresistenten fokalen Anfällen mit oder ohne sekundäre Generalisierung bei EpilepsiepatientInnen ab 12 Jahren. Diagnosestellung, Erstverordnung und regelmäßige Kontrollen durch den Facharzt/die Fachärztin. Perampanel eignet sich für eine chef(kontroll)ärztliche Langzeitbewilligung für 12 Monate (L12).	7	ST		44,20
Y	RE1	FYCOMPA FTBL 4MG 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		163,60
Y	RE1	FYCOMPA FTBL 4MG 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		163,60
Y	RE1	FYCOMPA FTBL 4MG 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		163,60
Y	RE1	FYCOMPA FTBL 4MG 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		163,65

Bereichs- zugehörigkeit	Kassen- zeichen	Name	Menge	Mengen- art	Abgabe- anzahl	Kassen- preis
Y	RE1	FYCOMPA FTBL 4MG 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		163,65
Y	RE1	FYCOMPA FTBL 6MG 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		163,60
Y	RE1	FYCOMPA FTBL 6MG 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		163,60
Y	RE1	FYCOMPA FTBL 6MG 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		163,60
Y	RE1	FYCOMPA FTBL 6MG 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		163,65
Y	RE1	FYCOMPA FTBL 8MG 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		163,60
Y	RE1	FYCOMPA FTBL 8MG 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		163,65
Y	RE1	FYCOMPA FTBL 8MG 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		163,65

Bereichs- zugehörigkeit	Kassen- zeichen	Name	Menge	Mengen- art	Abgabe- anzahl	Kassen- preis
Y	RE1	FYCOMPA FTBL 10MG 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		163,60
Y	RE1	FYCOMPA FTBL 6MG 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		163,60
Y	RE1	FYCOMPA FTBL 8MG 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		163,60
Y	RE1	GALVUS TBL 50MG Bei PatientInnen mit Diabetes Typ II - Die Behandlung darf erst ab einem HbA1c größer 7 begonnen werden. - Die Behandlung mit Vildagliptin hat nur als Second-line-Therapie <ul style="list-style-type: none"> <li>als Monotherapie bei Metformin-Unverträglichkeit oder -Kontraindikation, wenn mit kostengünstigeren Therapiealternativen aus dem Grünen Bereich (ATC-Code A10BB, A10BF, A10BX) nachweislich nicht das Auslangen gefunden werden kann, oder</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 zu erfolgen.</li> </ul> - Alle 6 Monate ist eine HbA1c-Bestimmung durchzuführen. - Vildagliptin eignet sich für eine chef(kontroll)ärztliche Langzeitbewilligung für 6 Monate (L6).	56	ST		39,60

Bereichs- zugehörigkeit	Kassen- zeichen	Name	Menge	Mengen- art	Abgabe- anzahl	Kassen- preis
Y	RE1	<p>GALVUS TBL 50MG</p> <p>Bei 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 mit Vildagliptin hat nur als Second-line-Therapie <ul style="list-style-type: none"> <li>• als Monotherapie bei Metformin-Unverträglichkeit oder -Kontraindikation, wenn mit kostengünstigeren Therapiealternativen aus dem Grünen Bereich (ATC-Code A10BB, A10BF, A10BX) nachweislich nicht das Auslangen gefunden werden kann, oder</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 zu erfolgen.</li> </ul> </li> <li>- Alle 6 Monate ist eine HbA1c-Bestimmung durchzuführen.</li> <li>- Vildagliptin eignet sich für eine chef(kontroll)ärztliche Langzeitbewilligung für 6 Monate (L6).</li> </ul>	56	ST		39,60
Y	RE1	<p>GENOTROPIN KABIPEN 5,3MG/ML</p> <p>Eine Kostenübernahme ist möglich:</p> <p>Kinder:</p> <p>Bei Minderwuchs durch unzureichende Wachstumshormonsekretion, Minderwuchs bei Turnersyndrom oder bei chronischer Niereninsuffizienz und bei Prader-Willi-Syndrom.</p> <p>Erwachsene:</p> <p>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>	5	ST		923,20

Bereichs- zugehörigkeit	Kassen- zeichen	Name	Menge	Mengen- art	Abgabe- anzahl	Kassen- preis
Y	RE1	<p>GENOTROPIN KABIPEN 12MG/ML</p> <p>Eine Kostenübernahme ist möglich:</p> <p>Kinder:</p> <p>Bei Minderwuchs durch unzureichende Wachstumshormonsekretion, Minderwuchs bei Turnersyndrom oder bei chronischer Niereninsuffizienz und bei Prader-Willi-Syndrom.</p> <p>Erwachsene:</p> <p>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>	5	ST		2.041,45
Y	RE1	<p>GENVOYA FTBL 150/150/200/10</p> <p>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.</p> <p>Therapieeinleitung und regelmäßige Kontrollen durch einen Arzt/eine Ärztin mit Erfahrung in der HIV-Behandlung.</p>	30	ST		922,95
Y	RE1	<p>GENVOYA FTBL 150/150/200/10</p> <p>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.</p> <p>Therapieeinleitung und regelmäßige Kontrollen durch einen Arzt/eine Ärztin mit Erfahrung in der HIV-Behandlung.</p>	30	ST		922,95
Y	RE1	<p>GENVOYA FTBL 150/150/200/10</p> <p>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.</p> <p>Therapieeinleitung und regelmäßige Kontrollen durch einen Arzt/eine Ärztin mit Erfahrung in der HIV-Behandlung.</p>	30	ST		922,95
Y	RE1	<p>GENVOYA FTBL 150/150/200/10</p> <p>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.</p> <p>Therapieeinleitung und regelmäßige Kontrollen durch einen Arzt/eine Ärztin mit Erfahrung in der HIV-Behandlung.</p>	30	ST		922,95



Bereichs- zugehörigkeit	Kassen- zeichen	Name	Menge	Mengen- art	Abgabe- anzahl	Kassen- preis
Y	RE1	<p>GILENYA HARTKPS 0,5MG</p> <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>	28	ST		1.492,75
Y	RE1	<p>GILENYA HARTKPS 0,5MG</p> <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>	28	ST		1.492,75

Bereichs- zugehörigkeit	Kassen- zeichen	Name	Menge	Mengen- art	Abgabe- anzahl	Kassen- preis
Y	RE1	<p>GILENYA HARTKPS 0,5MG</p> <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>	28	ST		1.493,50
Y	RE1	<p>GILENYA HARTKPS 0,5MG</p> <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>	28	ST		1.493,50

Bereichs- zugehörigkeit	Kassen- zeichen	Name	Menge	Mengen- art	Abgabe- anzahl	Kassen- preis
Y	RE1	<p>GILENYA HARTKPS 0,5MG</p> <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>	28	ST		1.493,50
Y	RE1	<p>HMG AST PLV+LSM INJ 75/75IE</p> <p>Eine Kostenübernahme ist möglich in Kombination mit HCG bei:</p> <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> <p>Nicht zur Unterstützung von Maßnahmen der assistierten Reproduktion.</p>	10	ST		220,00
Y	RE1	<p>ISENTRESS FTBL 400MG</p> <p>In Kombination mit anderen antiretroviralen Arzneimitteln bei HIV-1-infizierten Erwachsenen, Jugendlichen und Kindern ab sechs Jahren.</p> <p>Die Therapieeinleitung und regelmäßige -kontrollen sind von einem Arzt/einer Ärztin, der/die Erfahrung in der Behandlung der HIV-Infektion besitzt, durchzuführen.</p>	60	ST		580,55
Y	RE1	<p>ISENTRESS FTBL 600MG</p> <p>In Kombination mit anderen antiretroviralen Arzneimitteln bei HIV-1-infizierten Erwachsenen, Kindern und Jugendlichen mit einem Gewicht von mindestens 40 kg.</p> <p>Therapieeinleitung und regelmäßige Kontrollen durch einen Arzt/eine Ärztin mit Erfahrung in der HIV-Behandlung.</p>	60	ST		580,55

Bereichs- zugehörigkeit	Kassen- zeichen	Name	Menge	Mengen- art	Abgabe- anzahl	Kassen- preis
Y	RE1	<p>JANUMET FTBL 50/ 850MG</p> <p>Bei 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 mit Sitagliptin/Metformin hat nur als Second-line-Therapie <ul style="list-style-type: none"> <li>• nach Metformin-Monotherapie oder</li> <li>• als Kombinationstherapie mit einem Sulfonylharnstoff, wenn bei unzureichender Zweifachkombination aus der jeweils höchsten vertragenen Dosis von Metformin und eines Sulfonylharnstoffs nachweislich nicht das Auslangen gefunden werden kann</li> <li>• als Kombinationstherapie mit einem Glitazon, wenn bei unzureichender Zweifachkombination aus der jeweils höchsten vertragenen Dosis von Metformin und eines Glitazons nachweislich nicht das Auslangen gefunden werden kann</li> <li>• als Kombinationstherapie mit Insulin zu erfolgen.</li> </ul> </li> <li>- Regelmäßige HbA1c-Bestimmungen sind durchzuführen.</li> <li>- Sitagliptin/Metformin eignet sich für eine chef(kontroll)ärztliche Langzeitbewilligung für 12 Monate (L12).</li> </ul>	56	ST		41,25
Y	RE1	<p>JANUMET FTBL 50/1000MG</p> <p>Bei 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 mit Sitagliptin/Metformin hat nur als Second-line-Therapie <ul style="list-style-type: none"> <li>• nach Metformin-Monotherapie oder</li> <li>• als Kombinationstherapie mit einem Sulfonylharnstoff, wenn bei unzureichender Zweifachkombination aus der jeweils höchsten vertragenen Dosis von Metformin und eines Sulfonylharnstoffs nachweislich nicht das Auslangen gefunden werden kann</li> <li>• als Kombinationstherapie mit einem Glitazon, wenn bei unzureichender Zweifachkombination aus der jeweils höchsten vertragenen Dosis von Metformin und eines Glitazons nachweislich nicht das Auslangen gefunden werden kann</li> <li>• als Kombinationstherapie mit Insulin zu erfolgen.</li> </ul> </li> <li>- Regelmäßige HbA1c-Bestimmungen sind durchzuführen.</li> <li>- Sitagliptin/Metformin eignet sich für eine chef(kontroll)ärztliche Langzeitbewilligung für 12 Monate (L12).</li> </ul>	56	ST		41,25
Y	RE1	<p>JANUMET FTBL 50MG/ 850MG</p> <p>Bei 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 mit Sitagliptin/Metformin hat nur als Second-line-Therapie <ul style="list-style-type: none"> <li>• nach Metformin-Monotherapie oder</li> <li>• als Kombinationstherapie mit einem Sulfonylharnstoff, wenn bei unzureichender Zweifachkombination aus der jeweils höchsten vertragenen Dosis von Metformin und eines Sulfonylharnstoffs nachweislich nicht das Auslangen gefunden werden kann</li> <li>• als Kombinationstherapie mit einem Glitazon, wenn bei unzureichender Zweifachkombination aus der jeweils höchsten vertragenen Dosis von Metformin und eines Glitazons nachweislich nicht das Auslangen gefunden werden kann</li> <li>• als Kombinationstherapie mit Insulin zu erfolgen.</li> </ul> </li> <li>- Regelmäßige HbA1c-Bestimmungen sind durchzuführen.</li> <li>- Sitagliptin/Metformin eignet sich für eine chef(kontroll)ärztliche Langzeitbewilligung für 12 Monate (L12).</li> </ul>	56	ST		41,25

Bereichs- zugehörigkeit	Kassen- zeichen	Name	Menge	Mengen- art	Abgabe- anzahl	Kassen- preis
Y	RE1	<p>JANUMET FTBL 50MG/1000MG</p> <p>Bei 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 mit Sitagliptin/Metformin hat nur als Second-line-Therapie <ul style="list-style-type: none"> <li>• nach Metformin-Monotherapie oder</li> <li>• als Kombinationstherapie mit einem Sulfonylharnstoff, wenn bei unzureichender Zweifachkombination aus der jeweils höchsten vertragenen Dosis von Metformin und eines Sulfonylharnstoffs nachweislich nicht das Auslangen gefunden werden kann</li> <li>• als Kombinationstherapie mit einem Glitazon, wenn bei unzureichender Zweifachkombination aus der jeweils höchsten vertragenen Dosis von Metformin und eines Glitazons nachweislich nicht das Auslangen gefunden werden kann</li> <li>• als Kombinationstherapie mit Insulin zu erfolgen.</li> </ul> </li> <li>- Regelmäßige HbA1c-Bestimmungen sind durchzuführen.</li> <li>- Sitagliptin/Metformin eignet sich für eine chef(kontroll)ärztliche Langzeitbewilligung für 12 Monate (L12).</li> </ul>	56	ST		41,25
Y	RE1	<p>JANUMET FTBL 50MG/1000MG</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Bei PatientInnen mit Diabetes Typ II</li> <li>- Die Behandlung darf erst ab einem HbA1c größer 7 begonnen werden.</li> <li>- Die Behandlung mit Sitagliptin/Metformin hat nur als Second-line-Therapie <ul style="list-style-type: none"> <li>• nach Metformin-Monotherapie oder</li> <li>• als Kombinationstherapie mit einem Sulfonylharnstoff, wenn bei unzureichender Zweifachkombination aus der jeweils höchsten vertragenen Dosis von Metformin und eines Sulfonylharnstoffs nachweislich nicht das Auslangen gefunden werden kann</li> <li>• als Kombinationstherapie mit einem Glitazon, wenn bei unzureichender Zweifachkombination aus der jeweils höchsten vertragenen Dosis von Metformin und eines Glitazons nachweislich nicht das Auslangen gefunden werden kann</li> <li>• als Kombinationstherapie mit Insulin zu erfolgen.</li> </ul> </li> <li>- Regelmäßige HbA1c-Bestimmungen sind durchzuführen.</li> <li>- Sitagliptin/Metformin eignet sich für eine chef(kontroll)ärztliche Langzeitbewilligung für 12 Monate (L12).</li> </ul>	56	ST		41,25
Y	RE1	<p>KOMBOGLYZE FTBL 2,5/1000MG</p> <p>Bei 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 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> </li> <li>- Alle 6 Monate ist eine HbA1c-Bestimmung durchzuführen.</li> <li>- Saxagliptin/Metformin eignet sich für eine chef(kontroll)ärztliche Langzeitbewilligung für 6 Monate (L6).</li> </ul>	56	ST		46,75
Y	RE2	<p>LANTUS PEN PATR.</p> <p>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).</p>	5	ST		57,80

Bereichs- zugehörigkeit	Kassen- zeichen	Name	Menge	Mengen- art	Abgabe- anzahl	Kassen- preis
Y	RE1	LINEZOLID ACC FTBL 600MG 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.	20	ST		392,40
Y	RE2	LITALIR KPS 500MG 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		52,50
Y	RE2	LITALIR KPS 500MG 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		52,50
Y	RE2	LITALIR KPS 500MG 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		52,50
Y	RE2	LITALIR KPS 500MG 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		52,50

Bereichs- zugehörigkeit	Kassen- zeichen	Name	Menge	Mengen- art	Abgabe- anzahl	Kassen- preis
Y	RE1	<p>LYNPARZA FTBL 100MG BP2X56</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Als Monotherapie für die <ul style="list-style-type: none"> <li>• Erhaltungstherapie erwachsener Patientinnen mit einem neu diagnostizierten, fortgeschrittenen (FIGO-Stadien III und IV) BReast CAncer 1/2 (BRCA1/2)-mutierten (in der Keimbahn und/oder somatisch), high-grade epithelialen Ovarialkarzinom, Eileiterkarzinom oder primären Peritonealkarzinom, die nach einer vorangegangenen abgeschlossenen Platin-basierten Chemotherapie ein Ansprechen zeigen. Der BRCA-Mutationsstatus ist von einem erfahrenen Labor mittels einer validierten Testmethode festzustellen.</li> </ul> </li> <li>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. Die Therapie kann bis zur Progression der Grunderkrankung oder bis zum Auftreten einer inakzeptablen Toxizität fortgeführt werden.</li> </ul> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Als Kombinationstherapie mit Bevacizumab für die <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 Status der homologen Rekombinations-Defizienz (HRD) 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.</li> <li>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>Vor Therapiebeginn mit Olaparib muss das vollständige oder partielle Ansprechen auf die Platin-basierte Chemotherapie mittels RECIST-Kriterien dokumentiert worden sein.</li> </ul> </li> <li>- 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 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 endokrine Therapie nicht geeignet ist.</li> </ul> <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>	112	ST		4.066,65

Bereichs- zugehörigkeit	Kassen- zeichen	Name	Menge	Mengen- art	Abgabe- anzahl	Kassen- preis
Y	RE1	<p>LYNPARZA FTBL 100MG BP2X56</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Als Monotherapie für die <ul style="list-style-type: none"> <li>• Erhaltungstherapie erwachsener Patientinnen mit einem neu diagnostizierten, fortgeschrittenen (FIGO-Stadien III und IV) BReast CAncer 1/2 (BRCA1/2)-mutierten (in der Keimbahn und/oder somatisch), high-grade epithelialen Ovarialkarzinom, Eileiterkarzinom oder primären Peritonealkarzinom, die nach einer vorangegangenen abgeschlossenen Platin-basierten Chemotherapie ein Ansprechen zeigen. Der BRCA-Mutationsstatus ist von einem erfahrenen Labor mittels einer validierten Testmethode festzustellen.</li> </ul> </li> <li>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. Die Therapie kann bis zur Progression der Grunderkrankung oder bis zum Auftreten einer inakzeptablen Toxizität fortgeführt werden.</li> <li>- Als Kombinationstherapie mit Bevacizumab für die <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 Status der homologen Rekombinations-Defizienz (HRD) 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.</li> <li>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>Vor Therapiebeginn mit Olaparib muss das vollständige oder partielle Ansprechen auf die Platin-basierte Chemotherapie mittels RECIST-Kriterien dokumentiert worden sein.</li> </ul> </li> <li>- 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 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 endokrine Therapie nicht geeignet ist.</li> </ul> <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>	112	ST		4.066,65



Bereichs- zugehörigkeit	Kassen- zeichen	Name	Menge	Mengen- art	Abgabe- anzahl	Kassen- preis
Y	RE1	<p>LYNPARZA FTBL 100MG BP2X56</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Als Monotherapie für die <ul style="list-style-type: none"> <li>• Erhaltungstherapie erwachsener Patientinnen mit einem neu diagnostizierten, fortgeschrittenen (FIGO-Stadien III und IV) BReast CAncer 1/2 (BRCA1/2)-mutierten (in der Keimbahn und/oder somatisch), high-grade epithelialen Ovarialkarzinom, Eileiterkarzinom oder primären Peritonealkarzinom, die nach einer vorangegangenen abgeschlossenen Platin-basierten Chemotherapie ein Ansprechen zeigen. Der BRCA-Mutationsstatus ist von einem erfahrenen Labor mittels einer validierten Testmethode festzustellen.</li> </ul> </li> <li>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. Die Therapie kann bis zur Progression der Grunderkrankung oder bis zum Auftreten einer inakzeptablen Toxizität fortgeführt werden.</li> </ul> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Als Kombinationstherapie mit Bevacizumab für die <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 Status der homologen Rekombinations-Defizienz (HRD) 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.</li> <li>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>Vor Therapiebeginn mit Olaparib muss das vollständige oder partielle Ansprechen auf die Platin-basierte Chemotherapie mittels RECIST-Kriterien dokumentiert worden sein.</li> </ul> </li> <li>- 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 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 endokrine Therapie nicht geeignet ist.</li> </ul> <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>	112	ST		4.066,65

Bereichs- zugehörigkeit	Kassen- zeichen	Name	Menge	Mengen- art	Abgabe- anzahl	Kassen- preis
Y	RE1	<p>MEKINIST FTBL 0,5MG</p> <p>Zur Behandlung erwachsener PatientInnen mit BRAF-V600-Mutation positivem (nicht resezierbarem oder metastasiertem) Melanom</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- 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.</li> <li>- 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.</li> </ul> <p>Nachweis einer positiven BRAF-V600-Mutation mit einer validierten Testmethode.</p> <p>Diagnose und Erstverordnung durch entsprechende Fachabteilung bzw. Zentrum, mittels Tumorboard.</p> <p>Regelmäßige Kontrolle (u.a. Herzfunktion) durch entsprechende Fachabteilung bzw. Zentrum bzw. durch einen onkologisch spezialisierten Facharzt/eine Fachärztin.</p>	30	ST		1.271,15
Y	RE1	<p>MEKINIST FTBL 0,5MG</p> <p>Zur Behandlung erwachsener PatientInnen mit BRAF-V600-Mutation positivem (nicht resezierbarem oder metastasiertem) Melanom</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- 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.</li> <li>- 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.</li> </ul> <p>Nachweis einer positiven BRAF-V600-Mutation mit einer validierten Testmethode.</p> <p>Diagnose und Erstverordnung durch entsprechende Fachabteilung bzw. Zentrum, mittels Tumorboard.</p> <p>Regelmäßige Kontrolle (u.a. Herzfunktion) durch entsprechende Fachabteilung bzw. Zentrum bzw. durch einen onkologisch spezialisierten Facharzt/eine Fachärztin.</p>	30	ST		1.271,15
Y	RE1	<p>MEKINIST FTBL 0,5MG</p> <p>Zur Behandlung erwachsener PatientInnen mit BRAF-V600-Mutation positivem (nicht resezierbarem oder metastasiertem) Melanom</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- 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.</li> <li>- 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.</li> </ul> <p>Nachweis einer positiven BRAF-V600-Mutation mit einer validierten Testmethode.</p> <p>Diagnose und Erstverordnung durch entsprechende Fachabteilung bzw. Zentrum, mittels Tumorboard.</p> <p>Regelmäßige Kontrolle (u.a. Herzfunktion) durch entsprechende Fachabteilung bzw. Zentrum bzw. durch einen onkologisch spezialisierten Facharzt/eine Fachärztin.</p>	30	ST		1.271,15

Bereichs- zugehörigkeit	Kassen- zeichen	Name	Menge	Mengen- art	Abgabe- anzahl	Kassen- preis
Y	RE1	<p>MEKINIST FTBL 0,5MG</p> <p>Zur Behandlung erwachsener PatientInnen mit BRAF-V600-Mutation positivem (nicht resezierbarem oder metastasiertem) Melanom</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- 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.</li> <li>- 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.</li> </ul> <p>Nachweis einer positiven BRAF-V600-Mutation mit einer validierten Testmethode.</p> <p>Diagnose und Erstverordnung durch entsprechende Fachabteilung bzw. Zentrum, mittels Tumorboard.</p> <p>Regelmäßige Kontrolle (u.a. Herzfunktion) durch entsprechende Fachabteilung bzw. Zentrum bzw. durch einen onkologisch spezialisierten Facharzt/eine Fachärztin.</p>	30	ST		1.271,15
Y	RE1	<p>MEKINIST FTBL 2,0MG</p> <p>Zur Behandlung erwachsener PatientInnen mit BRAF-V600-Mutation positivem (nicht resezierbarem oder metastasiertem) Melanom</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- 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.</li> <li>- 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.</li> </ul> <p>Nachweis einer positiven BRAF-V600-Mutation mit einer validierten Testmethode.</p> <p>Diagnose und Erstverordnung durch entsprechende Fachabteilung bzw. Zentrum, mittels Tumorboard.</p> <p>Regelmäßige Kontrolle (u.a. Herzfunktion) durch entsprechende Fachabteilung bzw. Zentrum bzw. durch einen onkologisch spezialisierten Facharzt/eine Fachärztin.</p>	30	ST		5.010,65
Y	RE1	<p>MEKINIST FTBL 2,0MG</p> <p>Zur Behandlung erwachsener PatientInnen mit BRAF-V600-Mutation positivem (nicht resezierbarem oder metastasiertem) Melanom</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- 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.</li> <li>- 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.</li> </ul> <p>Nachweis einer positiven BRAF-V600-Mutation mit einer validierten Testmethode.</p> <p>Diagnose und Erstverordnung durch entsprechende Fachabteilung bzw. Zentrum, mittels Tumorboard.</p> <p>Regelmäßige Kontrolle (u.a. Herzfunktion) durch entsprechende Fachabteilung bzw. Zentrum bzw. durch einen onkologisch spezialisierten Facharzt/eine Fachärztin.</p>	30	ST		5.010,65

Bereichs- zugehörigkeit	Kassen- zeichen	Name	Menge	Mengen- art	Abgabe- anzahl	Kassen- preis
Y	RE1	<p>MEKINIST FTBL 2,0MG</p> <p>Zur Behandlung erwachsener PatientInnen mit BRAF-V600-Mutation positivem (nicht resezierbarem oder metastasiertem) Melanom</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- 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.</li> <li>- 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.</li> </ul> <p>Nachweis einer positiven BRAF-V600-Mutation mit einer validierten Testmethode.</p> <p>Diagnose und Erstverordnung durch entsprechende Fachabteilung bzw. Zentrum, mittels Tumorboard.</p> <p>Regelmäßige Kontrolle (u.a. Herzfunktion) durch entsprechende Fachabteilung bzw. Zentrum bzw. durch einen onkologisch spezialisierten Facharzt/eine Fachärztin.</p>	30	ST		5.010,65
Y	RE1	<p>MEKINIST FTBL 2,0MG</p> <p>Zur Behandlung erwachsener PatientInnen mit BRAF-V600-Mutation positivem (nicht resezierbarem oder metastasiertem) Melanom</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- 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.</li> <li>- 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.</li> </ul> <p>Nachweis einer positiven BRAF-V600-Mutation mit einer validierten Testmethode.</p> <p>Diagnose und Erstverordnung durch entsprechende Fachabteilung bzw. Zentrum, mittels Tumorboard.</p> <p>Regelmäßige Kontrolle (u.a. Herzfunktion) durch entsprechende Fachabteilung bzw. Zentrum bzw. durch einen onkologisch spezialisierten Facharzt/eine Fachärztin.</p>	30	ST		5.010,65
Y	RE1	<p>MEKTOVI FTBL 15MG</p> <p>Als Kombinationstherapie mit Encorafenib zur Behandlung erwachsener PatientInnen mit BRAF-V600-Mutation positivem (nicht resezierbarem oder metastasiertem) Melanom.</p> <p>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.</p> <p>Nachweis einer positiven BRAF-V600-Mutation mit einer validierten Testmethode.</p> <p>Diagnose und Erstverordnung durch entsprechende Fachabteilung bzw. Zentrum, mittels Tumorboard.</p> <p>Regelmäßige Kontrolle (u.a. Herzfunktion) durch entsprechende Fachabteilung bzw. Zentrum bzw. durch einen onkologisch spezialisierten Facharzt/eine Fachärztin.</p>	84	ST		2.116,65

Bereichs- zugehörigkeit	Kassen- zeichen	Name	Menge	Mengen- art	Abgabe- anzahl	Kassen- preis
Y	RE1	MEKTOVI FTBL 15MG Als Kombinationstherapie mit Encorafenib zur Behandlung erwachsener PatientInnen mit BRAF-V600-Mutation positivem (nicht resezierbarem oder metastasiertem) Melanom. Für PatientInnen, deren Erkrankung unter einer vorhergehenden Therapie mit einem BRAF-Inhibitor fortschritt, liegen nur begrenzte Daten vor, weshalb für diese PatientInnen andere Behandlungsoptionen in Betracht gezogen werden sollten. Nachweis einer positiven BRAF-V600-Mutation mit einer validierten Testmethode. Diagnose und Erstverordnung durch entsprechende Fachabteilung bzw. Zentrum, mittels Tumorboard. Regelmäßige Kontrolle (u.a. Herzfunktion) durch entsprechende Fachabteilung bzw. Zentrum bzw. durch einen onkologisch spezialisierten Facharzt/eine Fachärztin.	84	ST		2.116,65
Y	RE1	MEKTOVI FTBL 15MG 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.	168	ST		4.186,90
Y	RE1	MEKTOVI FTBL 15MG 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.	168	ST		4.187,70
Y	RE1	MEKTOVI FTBL 15MG 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.	168	ST		4.187,70

Bereichs- zugehörigkeit	Kassen- zeichen	Name	Menge	Mengen- art	Abgabe- anzahl	Kassen- preis
Y	RE1	MEKTOVI FTBL 15MG 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.	168	ST		4.187,70
Y	RE2	MYFORTIC MSR FTBL 180MG 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		126,05
Y	RE2	MYFORTIC MSR FTBL 360MG 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		223,30
Y	RE2	MYFORTIC MSR FTBL 360MG 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		223,30
Y	RE2	NAVELBINE KPS 30MG BP3X1 Eine Kostenübernahme ist möglich in der Indikation inoperables nicht-kleinzelliges Bronchialkarzinom und fortgeschrittenes Mammakarzinom. Diagnosestellung und regelmäßige Kontrollen in entsprechender Fachabteilung bzw. -ambulanz.	3	ST		277,30
Y	RE2	NAVELBINE KPS 30MG BP4X1 Eine Kostenübernahme ist möglich in der Indikation inoperables nicht-kleinzelliges Bronchialkarzinom und fortgeschrittenes Mammakarzinom. Diagnosestellung und regelmäßige Kontrollen in entsprechender Fachabteilung bzw. -ambulanz.	4	ST		366,80
Y	RE2	NAVELBINE KPS 30MG BP4X1 Eine Kostenübernahme ist möglich in der Indikation inoperables nicht-kleinzelliges Bronchialkarzinom und fortgeschrittenes Mammakarzinom. Diagnosestellung und regelmäßige Kontrollen in entsprechender Fachabteilung bzw. -ambulanz.	4	ST		366,80
Y	RE2	NAVELBINE KPS 30MG BP4X1 Eine Kostenübernahme ist möglich in der Indikation inoperables nicht-kleinzelliges Bronchialkarzinom und fortgeschrittenes Mammakarzinom. Diagnosestellung und regelmäßige Kontrollen in entsprechender Fachabteilung bzw. -ambulanz.	4	ST		366,80

Bereichs- zugehörigkeit	Kassen- zeichen	Name	Menge	Mengen- art	Abgabe- anzahl	Kassen- preis
Y	RE1	<p>NINLARO HARTKPS 2,3MG</p> <p>In Kombination mit Lenalidomid und Dexamethason bei erwachsenen PatientInnen mit rezidivierendem oder refraktärem multiplen Myelom, die zumindest eine Bortezomib-haltige Vortherapie erhalten haben.</p> <p>Diagnose und Erstverordnung durch entsprechende Fachabteilung bzw. Zentrum, mittels Tumorboard.</p> <p>Regelmäßige Kontrollen durch entsprechende Fachabteilung bzw. Zentrum bzw. durch hämato-onkologisch spezialisierte FachärztInnen.</p> <p>Die Aufnahme ist befristet bis 31.12.2022.</p>	3	ST		5.048,25
Y	RE1	<p>NINLARO HARTKPS 4MG</p> <p>In Kombination mit Lenalidomid und Dexamethason bei erwachsenen PatientInnen mit rezidivierendem oder refraktärem multiplen Myelom, die zumindest eine Bortezomib-haltige Vortherapie erhalten haben.</p> <p>Diagnose und Erstverordnung durch entsprechende Fachabteilung bzw. Zentrum, mittels Tumorboard.</p> <p>Regelmäßige Kontrollen durch entsprechende Fachabteilung bzw. Zentrum bzw. durch hämato-onkologisch spezialisierte FachärztInnen.</p> <p>Die Aufnahme ist befristet bis 31.12.2022.</p>	3	ST		5.048,25
Y	RE1	<p>NORDITROPIN FLEXP 5MG/1,5ML</p> <p>Kinder:</p> <p>Bei Minderwuchs durch unzureichende Wachstumshormonsekretion, Minderwuchs bei Turnersyndrom oder bei chronischer Niereninsuffizienz.</p> <p>Erwachsene:</p> <p>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 Erwachsenenknöchenmasse 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>	1	ST		208,50
Y	RE1	<p>NORDITROPIN FLEXP 5MG/1,5ML</p> <p>Kinder:</p> <p>Bei Minderwuchs durch unzureichende Wachstumshormonsekretion, Minderwuchs bei Turnersyndrom oder bei chronischer Niereninsuffizienz.</p> <p>Erwachsene:</p> <p>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 Erwachsenenknöchenmasse 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>	1	ST		208,50

Bereichs- zugehörigkeit	Kassen- zeichen	Name	Menge	Mengen- art	Abgabe- anzahl	Kassen- preis
Y	RE1	<p>NORDITROPIN FLEXP 10MG/1,5ML</p> <p>Kinder: Bei Minderwuchs durch unzureichende Wachstumshormonsekretion, Minderwuchs bei Turnersyndrom oder bei chronischer Niereninsuffizienz.</p> <p>Erwachsene: Bei schwerwiegendem Wachstumshormondefizit (definiert als Wachstumshormon-Peak im Insulintoleranztest von weniger als 3 ng/ml):</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Fortsetzung der im Kindesalter begonnenen Behandlung nach Auslassversuch von zwei bis drei Monaten; nur bis zu einem Höchstausmaß der Erwachsenenknöchelmasse im Alter von 25 bis 35 Jahren.</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>	1	ST		391,40
Y	RE1	<p>NORDITROPIN FLEXP 10MG/1,5ML</p> <p>Kinder: Bei Minderwuchs durch unzureichende Wachstumshormonsekretion, Minderwuchs bei Turnersyndrom oder bei chronischer Niereninsuffizienz.</p> <p>Erwachsene: Bei schwerwiegendem Wachstumshormondefizit (definiert als Wachstumshormon-Peak im Insulintoleranztest von weniger als 3 ng/ml):</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Fortsetzung der im Kindesalter begonnenen Behandlung nach Auslassversuch von zwei bis drei Monaten; nur bis zu einem Höchstausmaß der Erwachsenenknöchelmasse im Alter von 25 bis 35 Jahren.</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>	1	ST		391,40
Y	RE1	<p>NORDITROPIN FLEXP 15MG/1,5ML</p> <p>Kinder: Bei Minderwuchs durch unzureichende Wachstumshormonsekretion, Minderwuchs bei Turnersyndrom oder bei chronischer Niereninsuffizienz.</p> <p>Erwachsene: Bei schwerwiegendem Wachstumshormondefizit (definiert als Wachstumshormon-Peak im Insulintoleranztest von weniger als 3 ng/ml):</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Fortsetzung der im Kindesalter begonnenen Behandlung nach Auslassversuch von zwei bis drei Monaten; nur bis zu einem Höchstausmaß der Erwachsenenknöchelmasse im Alter von 25 bis 35 Jahren.</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>	1	ST		574,80



Bereichs- zugehörigkeit	Kassen- zeichen	Name	Menge	Mengen- art	Abgabe- anzahl	Kassen- preis
Y	RE1	<p>NORDITROPIN FLEXP 15MG/1,5ML</p> <p>Kinder: Bei Minderwuchs durch unzureichende Wachstumshormonsekretion, Minderwuchs bei Turnersyndrom oder bei chronischer Niereninsuffizienz.</p> <p>Erwachsene: Bei schwerwiegendem Wachstumshormondefizit (definiert als Wachstumshormon-Peak im Insulintoleranztest von weniger als 3 ng/ml):</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Fortsetzung der im Kindesalter begonnenen Behandlung nach Auslassversuch von zwei bis drei Monaten; nur bis zu einem Höchstausmaß der Erwachsenenknöchelmasse im Alter von 25 bis 35 Jahren.</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>	1	ST		574,80
Y	RE1	<p>NUTROPINAQ 10MG/2ML ILSG</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 Erwachsenenknöchelmasse 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>	6	ST		1.933,60
Y	RE1	<p>NUTROPINAQ 10MG/2ML ILSG</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 Erwachsenenknöchelmasse 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>	6	ST		1.933,60

Bereichs- zugehörigkeit	Kassen- zeichen	Name	Menge	Mengen- art	Abgabe- anzahl	Kassen- preis
Y	RE1	<p>NUTROPINAQ 10MG/2ML ILSG</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 Erwachsenenknockenmasse 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>	6	ST		1.933,60
Y	RE1	<p>NUTROPINAQ 10MG/2ML ZYLAMP</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 Erwachsenenknockenmasse 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>	6	ST		1.933,60
Y	RE1	<p>ODEFSEY FTBL 200/25/25MG</p> <p>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.</p> <p>Therapieeinleitung und regelmäßige Kontrollen durch einen Arzt/eine Ärztin mit Erfahrung in der HIV-Behandlung.</p>	30	ST		834,05
Y	RE1	<p>ODEFSEY FTBL 200/25/25MG</p> <p>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.</p> <p>Therapieeinleitung und regelmäßige Kontrollen durch einen Arzt/eine Ärztin mit Erfahrung in der HIV-Behandlung.</p>	30	ST		834,05

Bereichs- zugehörigkeit	Kassen- zeichen	Name	Menge	Mengen- art	Abgabe- anzahl	Kassen- preis
Y	RE1	ODEFSEY FTBL 200/25/25MG 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		834,05
Y	RE1	ODEFSEY FTBL 200/25/25MG 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		834,05
Y	RE1	OPSUMIT FTBL 10MG 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		2.304,25
Y	RE2	PEGASYS FSPR 135MCG 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		731,95

Bereichs- zugehörigkeit	Kassen- zeichen	Name	Menge	Mengen- art	Abgabe- anzahl	Kassen- preis
Y	RE2	<p>PEGASYS FSPR 135MCG</p> <p>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.</p> <p>Cave:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Nicht bei Patienten, die im Rahmen einer klinischen Studie behandelt werden.</li> <li>- Non-Responder - kein virologisches Ansprechen (zumindest 99 prozentige Reduktion der HCV-RNA) nach 12 Wochen Kombinationstherapie; daher keine Fortsetzung der Therapie.</li> </ul> <p>Behandlungsdauer: Mind. 6 Monate (Genotyp 2 und 3), 12 Monate (Genotyp 1)</p> <p>Die Indikationsstellung und Therapieüberwachung muss durch einen Arzt mit Erfahrung in der Behandlung der Hepatitis C erfolgen.</p>	4	ST		731,95
Y	RE2	<p>PEGASYS FSPR 135MCG</p> <p>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.</p> <p>Cave:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Nicht bei Patienten, die im Rahmen einer klinischen Studie behandelt werden.</li> <li>- Non-Responder - kein virologisches Ansprechen (zumindest 99 prozentige Reduktion der HCV-RNA) nach 12 Wochen Kombinationstherapie; daher keine Fortsetzung der Therapie.</li> </ul> <p>Behandlungsdauer: Mind. 6 Monate (Genotyp 2 und 3), 12 Monate (Genotyp 1)</p> <p>Die Indikationsstellung und Therapieüberwachung muss durch einen Arzt mit Erfahrung in der Behandlung der Hepatitis C erfolgen.</p>	4	ST		731,95
Y	RE2	<p>PEGASYS FSPR 135MCG</p> <p>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.</p> <p>Cave:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Nicht bei Patienten, die im Rahmen einer klinischen Studie behandelt werden.</li> <li>- Non-Responder - kein virologisches Ansprechen (zumindest 99 prozentige Reduktion der HCV-RNA) nach 12 Wochen Kombinationstherapie; daher keine Fortsetzung der Therapie.</li> </ul> <p>Behandlungsdauer: Mind. 6 Monate (Genotyp 2 und 3), 12 Monate (Genotyp 1)</p> <p>Die Indikationsstellung und Therapieüberwachung muss durch einen Arzt mit Erfahrung in der Behandlung der Hepatitis C erfolgen.</p>	4	ST		732,00

Bereichs- zugehörigkeit	Kassen- zeichen	Name	Menge	Mengen- art	Abgabe- anzahl	Kassen- preis
Y	RE2	<p>PEGASYS FSPR 180MCG</p> <p>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.</p> <p>Cave:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Nicht bei Patienten, die im Rahmen einer klinischen Studie behandelt werden.</li> <li>- Non-Responder - kein virologisches Ansprechen (zumindest 99 prozentige Reduktion der HCV-RNA) nach 12 Wochen Kombinationstherapie; daher keine Fortsetzung der Therapie.</li> </ul> <p>Behandlungsdauer: Mind. 6 Monate (Genotyp 2 und 3), 12 Monate (Genotyp 1)</p> <p>Die Indikationsstellung und Therapieüberwachung muss durch einen Arzt mit Erfahrung in der Behandlung der Hepatitis C erfolgen.</p>	4	ST		859,50
Y	RE2	<p>PEGASYS FSPR 180MCG</p> <p>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.</p> <p>Cave:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Nicht bei Patienten, die im Rahmen einer klinischen Studie behandelt werden.</li> <li>- Non-Responder - kein virologisches Ansprechen (zumindest 99 prozentige Reduktion der HCV-RNA) nach 12 Wochen Kombinationstherapie; daher keine Fortsetzung der Therapie.</li> </ul> <p>Behandlungsdauer: Mind. 6 Monate (Genotyp 2 und 3), 12 Monate (Genotyp 1)</p> <p>Die Indikationsstellung und Therapieüberwachung muss durch einen Arzt mit Erfahrung in der Behandlung der Hepatitis C erfolgen.</p>	4	ST		859,50
Y	RE2	<p>PEGASYS FSPR 180MCG</p> <p>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.</p> <p>Cave:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Nicht bei Patienten, die im Rahmen einer klinischen Studie behandelt werden.</li> <li>- Non-Responder - kein virologisches Ansprechen (zumindest 99 prozentige Reduktion der HCV-RNA) nach 12 Wochen Kombinationstherapie; daher keine Fortsetzung der Therapie.</li> </ul> <p>Behandlungsdauer: Mind. 6 Monate (Genotyp 2 und 3), 12 Monate (Genotyp 1)</p> <p>Die Indikationsstellung und Therapieüberwachung muss durch einen Arzt mit Erfahrung in der Behandlung der Hepatitis C erfolgen.</p>	4	ST		859,50

Bereichs- zugehörigkeit	Kassen- zeichen	Name	Menge	Mengen- art	Abgabe- anzahl	Kassen- preis
Y	RE1	PREZISTA FTBL 600MG 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		441,70
Y	RE1	PULMICORT SUS INH 1MG/2ML Eine Kostenübernahme ist nur möglich, wenn mit Therapiealternativen (Darreichungsformen) aus dem Grünen Bereich nachweislich nicht das Auslangen gefunden werden kann.	20	ST		47,25
Y	RE1	PULMICORT SUS INHAL 1MG/2ML Eine Kostenübernahme ist nur möglich, wenn mit Therapiealternativen (Darreichungsformen) aus dem Grünen Bereich nachweislich nicht das Auslangen gefunden werden kann.	20	ST		47,25
Y	RE1	PULMICORT SUS INHAL 1MG/2ML Eine Kostenübernahme ist nur möglich, wenn mit Therapiealternativen (Darreichungsformen) aus dem Grünen Bereich nachweislich nicht das Auslangen gefunden werden kann.	20	ST		47,25
Y	RE1	PULMOZYME LSG 2.500E/2,5ML Eine Kostenübernahme ist möglich bei Mucoviszidose nach Erstverordnung durch eine Spezialambulanz. Dornase alfa (Desoxyribonuclease) 2.500 E entspr. 0,0025	30	ST		753,40
Y	RE1	PULMOZYME LSG 2.500E/2,5ML Eine Kostenübernahme ist möglich bei Mucoviszidose nach Erstverordnung durch eine Spezialambulanz. Dornase alfa (Desoxyribonuclease) 2.500 E entspr. 0,0025	30	ST		753,40
Y	RE1	PULMOZYME LSG 2.500E/2,5ML Eine Kostenübernahme ist möglich bei Mucoviszidose nach Erstverordnung durch eine Spezialambulanz. Dornase alfa (Desoxyribonuclease) 2.500 E entspr. 0,0025	30	ST		753,45
Y	RE1	PULMOZYME VERNEB 2500E/2,5ML Eine Kostenübernahme ist möglich bei Mucoviszidose nach Erstverordnung durch eine Spezialambulanz. Dornase alfa (Desoxyribonuclease) 2.500 E entspr. 0,0025	30	ST		753,40
Y	RE1	PUREGON IJLSG 300IE 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
Y	RE1	PUREGON IJLSG 300IE 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

Bereichs- zugehörigkeit	Kassen- zeichen	Name	Menge	Mengen- art	Abgabe- anzahl	Kassen- preis
Y	RE1	PUREGON IJLSG 300IE 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
Y	RE1	PUREGON IJLSG 600IE 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		250,50
Y	RE1	PUREGON IJLSG 600IE 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		250,50
Y	RE1	PUREGON IJLSG 600IE 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		250,50
Y	RE1	PUREGON IJLSG 600IE 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		250,65
Y	RE1	QUTENZA KUTANES PFL 179MG Bei peripheren neuropathischen Schmerzen bei Erwachsenen, die nicht an Diabetes leiden, wenn mit Therapiealternativen aus dem Grünen Bereich (ATC-Code N02A, N03, N06A) nicht das Auslangen gefunden werden kann. Das Nichtauslangen von Therapiealternativen aus dem Grünen Bereich muss von einem Arzt/einer Ärztin in einem Schmerzzentrum oder einem Arzt/einer Ärztin mit Schmerzdiplom der Österreichischen Ärztekammer (ÖÄK) festgestellt und dokumentiert worden sein. Die Therapieeinleitung und regelmäßige Kontrolle ist in einem Schmerzzentrum oder von einem Arzt/einer Ärztin mit Schmerzdiplom der Österreichischen Ärztekammer durchzuführen. Kostenübernahme der Ersttherapie erfolgt nur - wenn diese extramural verabreicht und - ein Ansprechen auf die Ersttherapie dokumentiert wurde. Ein Ansprechen ist definiert als Abnahme des Schmerzes um größer gleich 2 Punkte auf der 11 Punkte umfassenden VAS (Visual Analogue Scale) bei Ersttherapie. Dieses Ansprechen darf frühestens 2 Wochen nach erstmaliger Anwendung evaluiert werden. Eine Kostenübernahme für weitere Nachverordnungen erfolgt - frühestens 3 Monate nach der letzten Verabreichung und - nur bei Anwendung im extramuralen Bereich und dokumentiertem Ansprechen auf die Ersttherapie.	1	ST		284,95

Bereichs- zugehörigkeit	Kassen- zeichen	Name	Menge	Mengen- art	Abgabe- anzahl	Kassen- preis
Y	RE1	REBIF 22MCG FSPR REBIJECT 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		1.017,35
Y	RE1	REBIF 22MCG FSPR REBIJECT 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		1.017,35
Y	RE1	REBIF 22MCG/0,5ML PATR 1,5ML 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		1.017,35
Y	RE1	REBIF 44MCG FSPR REBIJECT 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		1.017,35
Y	RE1	REBIF 44MCG FSPR REBIJECT 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		1.017,35



Bereichs- zugehörigkeit	Kassen- zeichen	Name	Menge	Mengen- art	Abgabe- anzahl	Kassen- preis
Y	RE1	REBIF 44MCG PATR REBISMART 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		1.017,35
Y	RE1	REBIF 44MCG/0,5ML PATR 1,5ML 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		1.017,35
Y	RE1	REBIF 44MCG/0,5ML PATR 1,5ML 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		1.017,35
Y	RE1	REBIF FSPR 0,5ML 22MCG 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		1.017,35
Y	RE1	REBIF FSPR 0,5ML 44MCG 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		1.017,35

Bereichs- zugehörigkeit	Kassen- zeichen	Name	Menge	Mengen- art	Abgabe- anzahl	Kassen- preis
Y	RE1	<p>RELISTOR DFL 12MG/0,6ML</p> <p>Für PatientInnen in fortgeschrittenen Krankheitsstadien zur Behandlung der Opioid-induzierten Obstipation, die eine palliative Behandlung erhalten, bei unzureichendem Ansprechen auf mindestens zwei laxative Therapien mit oralen Laxanzien und/oder rektalen Entleerungshilfen.</p> <p>Engmaschige Kontrolle während der gesamten Therapiedauer durch den behandelnden Arzt/die behandelnde Ärztin.</p> <p>Die Behandlung ist für die Dauer der Opioid-Therapie und des Auftretens der opioid-induzierten Obstipation zu begrenzen und soll vier Monate nicht überschreiten.</p> <p>Bei Nichtansprechen nach dreimaliger Gabe ist die Therapie zu beenden.</p>	7	ST		220,05
Y	RE1	<p>SAIZEN 8MG/ML PATR 12MG</p> <p>Kinder:</p> <p>Bei Minderwuchs durch unzureichende Wachstumshormonsekretion, Minderwuchs bei Turnersyndrom oder bei chronischer Niereninsuffizienz.</p> <p>Erwachsene:</p> <p>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 Erwachsenenknöchenmasse 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>	1	ST		346,80
Y	RE1	<p>SAIZEN 8MG/ML PATR 12MG</p> <p>Kinder:</p> <p>Bei Minderwuchs durch unzureichende Wachstumshormonsekretion, Minderwuchs bei Turnersyndrom oder bei chronischer Niereninsuffizienz.</p> <p>Erwachsene:</p> <p>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 Erwachsenenknöchenmasse 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>	1	ST		346,80

Bereichs- zugehörigkeit	Kassen- zeichen	Name	Menge	Mengen- art	Abgabe- anzahl	Kassen- preis
Y	RE1	<p>SAIZEN 8MG/ML PATR 12MG</p> <p>Kinder: Bei Minderwuchs durch unzureichende Wachstumshormonsekretion, Minderwuchs bei Turnersyndrom oder bei chronischer Niereninsuffizienz.</p> <p>Erwachsene: Bei schwerwiegendem Wachstumshormondefizit (definiert als Wachstumshormon-Peak im Insulintoleranztest von weniger als 3 ng/ml):</p> <ul style="list-style-type: none"> <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>	1	ST		346,80
Y	RE1	<p>SAIZEN 8MG/ML PATR 20MG</p> <p>Kinder: Bei Minderwuchs durch unzureichende Wachstumshormonsekretion, Minderwuchs bei Turnersyndrom oder bei chronischer Niereninsuffizienz.</p> <p>Erwachsene: Bei schwerwiegendem Wachstumshormondefizit (definiert als Wachstumshormon-Peak im Insulintoleranztest von weniger als 3 ng/ml):</p> <ul style="list-style-type: none"> <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>	1	ST		559,55
Y	RE1	<p>SOMATULINE IJLSG 90MG</p> <p>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</p> <p>2. Zur symptomatischen Behandlung bei Karzinoiden mit Merkmalen des Karzinoidsyndroms.</p>	1	ST		1.159,55
Y	RE1	<p>SOMATULINE IJLSG 120MG</p> <p>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</p> <p>2. Zur symptomatischen Behandlung bei Karzinoiden mit Merkmalen des Karzinoidsyndroms.</p>	1	ST		1.459,70
Y	RE1	<p>SOMATULINE IJLSG 120MG</p> <p>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</p> <p>2. Zur symptomatischen Behandlung bei Karzinoiden mit Merkmalen des Karzinoidsyndroms.</p>	1	ST		1.459,70

Bereichs- zugehörigkeit	Kassen- zeichen	Name	Menge	Mengen- art	Abgabe- anzahl	Kassen- preis
Y	RE1	SOMATULINE IJLSG 120MG 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		1.459,75
Y	RE1	SOMATULINE IJLSG 120MG 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		1.474,40
Y	RE1	SOMATULINE IJLSG FSPR 60MG 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		892,75
Y	RE1	SOMATULINE IJLSG FSPR 120MG 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		1.459,70
Y	RE1	STAYVEER FTBL 62,5MG - 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		1.062,85
Y	RE1	TALOXIA TBL 600MG 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.	100	ST		203,65
Y	RE2	TAMIFLU HARTKPS 75MG Eine Abgabe auf Kassenkosten ist ausschließlich für hoch fiebernde Patienten binnen 48 Stunden nach Auftreten der klinischen Symptome möglich, wenn eine Grippewelle in Österreich bzw. für bestimmte Bundesländer durch das Virologische Institut der Medizinischen Universität Wien diagnostiziert und verlautbart worden ist. Die diesbezügliche Information über Beginn und Ende der Grippewelle erfolgt durch die gesetzlichen Krankenversicherungsträger.	10	ST		28,35

Bereichs- zugehörigkeit	Kassen- zeichen	Name	Menge	Mengen- art	Abgabe- anzahl	Kassen- preis
Y	RE1	TECFIDERA MSP HARTKPS 120MG 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		209,75
Y	RE1	TECFIDERA MSR HARTKPS 120MG 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		209,75
Y	RE1	TECFIDERA MSR HARTKPS 120MG 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		209,75
Y	RE1	TECFIDERA MSR HARTKPS 120MG 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		209,75

Bereichs- zugehörigkeit	Kassen- zeichen	Name	Menge	Mengen- art	Abgabe- anzahl	Kassen- preis
Y	RE1	TECFIDERA MSR HARTKPS 120MG 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		209,75
Y	RE1	TECFIDERA MSR HARTKPS 240MG 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		780,00
Y	RE2	THROMBOREDUCTIN KPS 0,5MG Second-line-Therapie der essentiellen Thrombozythämie; Erstverordnung, Therapieeinstellung und regelmäßige Kontrollen durch entsprechende Zentren.	100	ST		239,45
Y	RE2	THROMBOREDUCTIN KPS 0,5MG Second-line-Therapie der essentiellen Thrombozythämie; Erstverordnung, Therapieeinstellung und regelmäßige Kontrollen durch entsprechende Zentren.	100	ST		239,45
Y	RE2	THROMBOREDUCTIN KPS 0,5MG Second-line-Therapie der essentiellen Thrombozythämie; Erstverordnung, Therapieeinstellung und regelmäßige Kontrollen durch entsprechende Zentren.	100	ST		239,45
Y	RE1	TIVICAY FTBL 50MG In Kombination mit anderen antiretroviralen Arzneimitteln bei therapienaiven oder mit antiretroviraler Therapie (ART) vorbehandelten, HIV-1-infizierten PatientInnen ab 12 Jahren, mit oder ohne Integrase-Inhibitor-Resistenzen. Die Therapieeinleitung und regelmäßige -kontrollen sind von einem Arzt/einer Ärztin, der/die Erfahrung in der Behandlung der HIV-Infektion besitzt, durchzuführen.	30	ST		589,90
Y	RE2	TOBI LSG VERNEBLER 300MG/5ML 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		2.156,50

Bereichs- zugehörigkeit	Kassen- zeichen	Name	Menge	Mengen- art	Abgabe- anzahl	Kassen- preis
Y	RE1	TOCTINO WKPS 10MG 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
Y	RE1	TOCTINO WKPS 30MG 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
Y	RE2	TOUJEO 300E/ML SOLPEN 1,5ML Für PatientInnen mit Diabetes mellitus, wenn mit Insulinen aus dem Grünen Bereich (ATC A10AC, A10AD) allein bzw. in Kombination mit anderen Antidiabetika aufgrund von symptomatischen, wiederkehrenden nächtlichen Hypoglykämien eine ausreichende Therapieeinstellung nicht möglich ist. Insulin glargin eignet sich für eine chef(kontroll)ärztliche Langzeitbewilligung für 12 Monate (L12).	3	ST		47,75
Y	RE1	TRACLEER FTBL 125MG - 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		1.520,70
Y	RE1	TRIUMEQ FTBL 50/600/300MG 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		762,35
Y	RE2	VALGANCICLOVIR ACC FTBL450MG 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		580,10

Bereichs- zugehörigkeit	Kassen- zeichen	Name	Menge	Mengen- art	Abgabe- anzahl	Kassen- preis
Y	RE1	VARGATEF WKPS 100MG Zur Kombinationstherapie mit Docetaxel von erwachsenen PatientInnen mit lokal fortgeschrittenem, metastasiertem oder lokal rezidiertem nicht-kleinzelligen Lungenkarzinom (NSCLC) mit Adenokarzinom-Histologie nach Versagen einer Erstlinienchemotherapie. Diagnose und Erstverordnung durch entsprechende Fachabteilung bzw. Zentrum, mittels Tumorboard. Regelmäßige Kontrolle durch entsprechende Fachabteilung bzw. Zentrum bzw. durch einen onkologisch spezialisierten Facharzt/eine Fachärztin.	120	ST		2.267,85
Y	RE1	VELMETIA FTBL 50/1000MG Bei PatientInnen mit Diabetes Typ II - Die Behandlung darf erst ab einem HbA1c größer 7 begonnen werden. - Die Behandlung mit Sitagliptin/Metformin hat nur als Second-line-Therapie <ul style="list-style-type: none"> <li>• nach Metformin-Monotherapie oder</li> <li>• als Kombinationstherapie mit einem Sulfonylharnstoff, wenn bei unzureichender Zweifachkombination aus der jeweils höchsten vertragenen Dosis von Metformin und eines Sulfonylharnstoffs nachweislich nicht das Auslangen gefunden werden kann</li> <li>• als Kombinationstherapie mit einem Glitazon, wenn bei unzureichender Zweifachkombination aus der jeweils höchsten vertragenen Dosis von Metformin und eines Glitazons nachweislich nicht das Auslangen gefunden werden kann</li> <li>• als Kombinationstherapie mit Insulin zu erfolgen.</li> </ul> - Regelmäßige HbA1c-Bestimmungen sind durchzuführen. - Sitagliptin/Metformin eignet sich für eine chef(kontroll)ärztliche Langzeitbewilligung für 12 Monate (L12).	56	ST		40,25
Y	RE1	VELMETIA FTBL 50/1000MG Bei PatientInnen mit Diabetes Typ II - Die Behandlung darf erst ab einem HbA1c größer 7 begonnen werden. - Die Behandlung mit Sitagliptin/Metformin hat nur als Second-line-Therapie <ul style="list-style-type: none"> <li>• nach Metformin-Monotherapie oder</li> <li>• als Kombinationstherapie mit einem Sulfonylharnstoff, wenn bei unzureichender Zweifachkombination aus der jeweils höchsten vertragenen Dosis von Metformin und eines Sulfonylharnstoffs nachweislich nicht das Auslangen gefunden werden kann</li> <li>• als Kombinationstherapie mit einem Glitazon, wenn bei unzureichender Zweifachkombination aus der jeweils höchsten vertragenen Dosis von Metformin und eines Glitazons nachweislich nicht das Auslangen gefunden werden kann</li> <li>• als Kombinationstherapie mit Insulin zu erfolgen.</li> </ul> - Regelmäßige HbA1c-Bestimmungen sind durchzuführen. - Sitagliptin/Metformin eignet sich für eine chef(kontroll)ärztliche Langzeitbewilligung für 12 Monate (L12).	56	ST		40,25



Bereichs- zugehörigkeit	Kassen- zeichen	Name	Menge	Mengen- art	Abgabe- anzahl	Kassen- preis
Y	RE1	<p>VENCLYXTO FTBL 100MG 4X28</p> <p>1. Zur Kombinationstherapie mit Obinutuzumab von Erwachsenen mit nicht vorbehandelter chronischer lymphatischer Leukämie (CLL)</p> <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> <p>2. Zur Kombinationstherapie mit Rituximab von Erwachsenen mit rezidivierender oder refraktärer CLL, die für eine Chemoimmunotherapie nicht geeignet sind.</p> <p>3. Zur Monotherapie von Erwachsenen mit CLL</p> <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> <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>	112	ST		5.063,80
Y	RE2	<p>VENOFER IJLSG 20MG/ML 5ML</p> <p>Zur Eisensubstitution, wenn mit oralen Therapiealternativen (ATC-Code B03A) nachweislich nicht das Auslangen gefunden werden kann.</p>	5	ST		66,85
Y	RE1	<p>VIPDOMET FTBL 12,5/1000MG</p> <p>Bei 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 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>	56	ST		39,45

Bereichs- zugehörigkeit	Kassen- zeichen	Name	Menge	Mengen- art	Abgabe- anzahl	Kassen- preis
Y	RE2	<p>VIREAD 245MG FTBL</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		145,95
Y	RE1	<p>VORICONAZOL ACC FTBL 200MG</p> <p>Zur Behandlung folgender invasiver Pilzinfektionen</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- invasive Aspergillose</li> <li>- Candidämie bei nicht neutropenischen PatientInnen</li> <li>- Fluconazol-resistente, schwere invasive Candida-Infektionen</li> <li>- Scedosporium- und Fusarium-Infektionen</li> </ul> <p>Zur Prophylaxe invasiver Pilzinfektionen bei HochrisikopatientInnen mit allogener hämatopoetischer Stammzelltransplantation.</p>	30	ST		336,05
Y	RE1	<p>VYNDAQEL WKPS 20MG</p> <p>Zur Behandlung von Polyneuropathie im Stadium 1 bei erwachsenen PatientInnen mit Transthyretin-Amyloidose (ATTR).</p> <p>Diagnose, Erstverordnung und regelmäßige Kontrollen durch ein spezialisiertes Zentrum.</p> <p>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.</p> <p>Tafamidis darf nicht mit anderen spezifischen Arzneimitteln zur Behandlung der Transthyretin-Amyloidose (z.B. Patisiran, Inotersen) kombiniert werden.</p> <p>Die Aufnahme ist befristet und endet mit 28.2.2026.</p>	30	ST		9.271,75

Bereichs- zugehörigkeit	Kassen- zeichen	Name	Menge	Mengen- art	Abgabe- anzahl	Kassen- preis
Y	RE1	<p>VYNDAQEL WKPS 20MG</p> <p>Zur Behandlung von Polyneuropathie im Stadium 1 bei erwachsenen PatientInnen mit Transthyretin-Amyloidose (ATTR).</p> <p>Diagnose, Erstverordnung und regelmäßige Kontrollen durch ein spezialisiertes Zentrum.</p> <p>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.</p> <p>Tafamidis darf nicht mit anderen spezifischen Arzneimitteln zur Behandlung der Transthyretin-Amyloidose (z.B. Patisiran, Inotersen) kombiniert werden.</p> <p>Die Aufnahme ist befristet und endet mit 28.2.2026.</p>	30	ST		9.365,30
Y	RE1	<p>VYNDAQEL WKPS 20MG</p> <p>Zur Behandlung von Polyneuropathie im Stadium 1 bei erwachsenen PatientInnen mit Transthyretin-Amyloidose (ATTR).</p> <p>Diagnose, Erstverordnung und regelmäßige Kontrollen durch ein spezialisiertes Zentrum.</p> <p>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.</p> <p>Tafamidis darf nicht mit anderen spezifischen Arzneimitteln zur Behandlung der Transthyretin-Amyloidose (z.B. Patisiran, Inotersen) kombiniert werden.</p> <p>Die Aufnahme ist befristet und endet mit 28.2.2026.</p>	30	ST		9.375,65
Y	RE1	<p>XOLAIR IJLSG 150MG</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- 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 <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> </li> <li>- 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</li> <li>- mindestens eine schwerwiegende Asthma-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 einen Facharzt/eine Fachärztin für Pulmologie.</p> <p>Überprüfung der Wirksamkeit und Dokumentation alle 6 Monate anhand der Anzahl an schweren und schwerwiegenden Asthma-Exazerbationen (Definition siehe oben) in den letzten 12 Monaten.</p> <p>Die Therapie ist nur fortzuführen bei einer Reduktion der Anzahl an Asthma-Exazerbationen ODER bei einer gleichbleibenden Anzahl an Asthma-Exazerbationen in Verbindung mit einer deutlichen Dosisreduktion systemischer Corticosteroide im Vergleich zur Ausgangsdosis.</p> <p>Omalizumab eignet sich für eine chef(kontroll)ärztliche Langzeitbewilligung für 6 Monate (L6).</p>	1	ST		371,00

Bereichs- zugehörigkeit	Kassen- zeichen	Name	Menge	Mengen- art	Abgabe- anzahl	Kassen- preis
Y	RE1	<p>XOLAIR IJLSG 150MG</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- 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 <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> </li> <li>- 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</li> <li>- mindestens eine schwerwiegende Asthma-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 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. Omalizumab eignet sich für eine chef(kontroll)ärztliche Langzeitbewilligung für 6 Monate (L6).</p>	1	ST		371,00

Bereichs- zugehörigkeit	Kassen- zeichen	Name	Menge	Mengen- art	Abgabe- anzahl	Kassen- preis
Y	RE1	<p>XOLAIR IJLSG 150MG</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- 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 <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> </li> <li>- 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</li> <li>- mindestens eine schwerwiegende Asthma-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 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. Omalizumab eignet sich für eine chef(kontroll)ärztliche Langzeitbewilligung für 6 Monate (L6).</p>	1	ST		371,00

Bereichs- zugehörigkeit	Kassen- zeichen	Name	Menge	Mengen- art	Abgabe- anzahl	Kassen- preis
Y	RE1	<p>XOLAIR IJLSG FSPR 75MG</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- 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 <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> </li> <li>- 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</li> <li>- mindestens eine schwerwiegende Asthma-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 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. Omalizumab eignet sich für eine chef(kontroll)ärztliche Langzeitbewilligung für 6 Monate (L6).</p>	1	ST		201,80
Y	RE1	<p>XTANDI FTBL 40MG 4X28</p> <p>In Kombination mit einem GnRH-Analagon bei metastasiertem kastrationsresistenten Prostatakarzinom</p> <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> <p>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 kastrationsresistenten Prostatakarzinoms. Eine Kastrationsresistenz liegt vor bei</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- einer PSA- oder radiographischen Progression und</li> <li>- Versagen der Androgendeprivationstherapie (GnRH-Analagon 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	2.806,30

Bereichs- zugehörigkeit	Kassen- zeichen	Name	Menge	Mengen- art	Abgabe- anzahl	Kassen- preis
Y	RE1	<p>XTANDI FTBL 40MG 4X28</p> <p>In Kombination mit einem GnRH-Analogen bei metastasiertem kastrationsresistenten Prostatakarzinom</p> <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> <p>Diagnose und Erstverordnung durch entsprechende Fachabteilung bzw. Zentrum, mittels Tumorboard.</p> <p>Regelmäßige Kontrolle durch entsprechende Fachabteilung, Zentrum bzw. durch FachärztInnen mit Erfahrung in der Behandlung des kastrationsresistenten Prostatakarzinoms.</p> <p>Eine Kastrationsresistenz liegt vor bei</p> <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	2.806,30
Y	RE2	<p>ZONEGRAN HKPS 50MG</p> <p>Zusatzbehandlung von therapierefraktären partiellen Anfällen mit oder ohne sekundäre Generalisierung bei erwachsenen Patienten mit Epilepsie. Diagnosestellung, Erstverordnung und regelmäßige Kontrollen durch den Facharzt.</p>	28	ST		24,45
Y	RE2	<p>ZONEGRAN HKPS 50MG</p> <p>Zusatzbehandlung von therapierefraktären partiellen Anfällen mit oder ohne sekundäre Generalisierung bei erwachsenen Patienten mit Epilepsie. Diagnosestellung, Erstverordnung und regelmäßige Kontrollen durch den Facharzt.</p>	28	ST		24,45
Y	RE2	<p>ZONEGRAN HKPS 100MG</p> <p>Zusatzbehandlung von therapierefraktären partiellen Anfällen mit oder ohne sekundäre Generalisierung bei erwachsenen Patienten mit Epilepsie. Diagnosestellung, Erstverordnung und regelmäßige Kontrollen durch den Facharzt.</p>	98	ST		123,00
Y	RE2	<p>ZONEGRAN HKPS 100MG</p> <p>Zusatzbehandlung von therapierefraktären partiellen Anfällen mit oder ohne sekundäre Generalisierung bei erwachsenen Patienten mit Epilepsie. Diagnosestellung, Erstverordnung und regelmäßige Kontrollen durch den Facharzt.</p>	98	ST		123,30
Y	RE2	<p>ZONEGRAN HKPS 100MG</p> <p>Zusatzbehandlung von therapierefraktären partiellen Anfällen mit oder ohne sekundäre Generalisierung bei erwachsenen Patienten mit Epilepsie. Diagnosestellung, Erstverordnung und regelmäßige Kontrollen durch den Facharzt.</p>	98	ST		123,30
Y	RE2	<p>ZONEGRAN HKPS 100MG</p> <p>Zusatzbehandlung von therapierefraktären partiellen Anfällen mit oder ohne sekundäre Generalisierung bei erwachsenen Patienten mit Epilepsie. Diagnosestellung, Erstverordnung und regelmäßige Kontrollen durch den Facharzt.</p>	98	ST		125,35

Bereichs- zugehörigkeit	Kassen- zeichen	Name	Menge	Mengen- art	Abgabe- anzahl	Kassen- preis
Y	RE1	ZYCLARA CR 3,75% BTL Bei nicht-hyperkeratotischen, nicht-hypertrophen aktinischen Keratosen im Gesicht oder Kopfbereich mit einer Fläche größer 25 cm2 nach dermatologischer Abklärung, wenn eine Kryotherapie oder operative Entfernung kontraindiziert oder nicht möglich ist und mit der therapeutischen Alternative (ATC-Code D11AX18) kein Auslangen gefunden wurde bzw. diese nicht geeignet ist.	28	ST		118,55
Y	RE1	ZYCLARA CR 3,75% BTL Bei nicht-hyperkeratotischen, nicht-hypertrophen aktinischen Keratosen im Gesicht oder Kopfbereich mit einer Fläche größer 25 cm2 nach dermatologischer Abklärung, wenn eine Kryotherapie oder operative Entfernung kontraindiziert oder nicht möglich ist und mit der therapeutischen Alternative (ATC-Code D11AX18) kein Auslangen gefunden wurde bzw. diese nicht geeignet ist.	28	ST		118,55
Y	RE1	ZYCLARA CR 3,75% BTL Bei nicht-hyperkeratotischen, nicht-hypertrophen aktinischen Keratosen im Gesicht oder Kopfbereich mit einer Fläche größer 25 cm2 nach dermatologischer Abklärung, wenn eine Kryotherapie oder operative Entfernung kontraindiziert oder nicht möglich ist und mit der therapeutischen Alternative (ATC-Code D11AX18) kein Auslangen gefunden wurde bzw. diese nicht geeignet ist.	28	ST		118,55
Y	RE1	ZYCLARA CR 3,75% BTL Bei nicht-hyperkeratotischen, nicht-hypertrophen aktinischen Keratosen im Gesicht oder Kopfbereich mit einer Fläche größer 25 cm2 nach dermatologischer Abklärung, wenn eine Kryotherapie oder operative Entfernung kontraindiziert oder nicht möglich ist und mit der therapeutischen Alternative (ATC-Code D11AX18) kein Auslangen gefunden wurde bzw. diese nicht geeignet ist.	28	ST		118,60