



Schweizerische Eidgenossenschaft  
Confédération suisse  
Confederazione Svizzera  
Confederaziun svizra

Eidgenössisches Departement des Innern EDI  
**Bundesamt für Gesundheit BAG**

Ausgabe vom 22. August 2022

# BAG-Bulletin <sup>Woche</sup> 34/2022

Informationsmagazin für medizinische Fachpersonen und Medienschaffende

Spezialitätenliste, S. 8

# Impressum

## **HERAUSGEBER**

Bundesamt für Gesundheit  
CH-3003 Bern (Schweiz)  
[www.bag.admin.ch](http://www.bag.admin.ch)

## **REDAKTION**

Bundesamt für Gesundheit  
CH-3003 Bern  
Telefon 058 463 87 79  
[drucksachen-bulletin@bag.admin.ch](mailto:drucksachen-bulletin@bag.admin.ch)

## **DRUCK**

Stämpfli AG  
Wölflistrasse 1  
CH-3001 Bern  
Telefon 031 300 66 66

## **ABONNEMENTE, ADRESSÄNDERUNGEN**

BBL, Vertrieb Bundespublikationen  
CH-3003 Bern  
Telefon 058 465 50 00  
Fax 058 465 50 58  
[verkauf.zivil@bbl.admin.ch](mailto:verkauf.zivil@bbl.admin.ch)

ISSN 1420-4266

## **DISCLAIMER**

Das BAG-Bulletin ist eine amtliche Fachzeitschrift, die wöchentlich in französischer und deutscher Sprache erscheint. Sie richtet sich an Medizinfachpersonen, Medienschaffende, aber auch Interessierte. Die Publikation informiert aus erster Hand über die aktuellsten Gesundheitszahlen und relevante Informationen des BAG.

Abonnieren Sie das Bulletin auch elektronisch unter:  
[www.bag.admin.ch/bag-bulletin](http://www.bag.admin.ch/bag-bulletin)

# Inhalt

Meldungen Infektionskrankheiten	4
Sentinella-Statistik	7
Spezialitätenliste	8
Rezeptsperrung	71

# Meldungen Infektionskrankheiten

## Stand am Ende der 32. Woche (16.08.2022)<sup>a</sup>

<sup>a</sup> Arzt- oder Labormeldungen laut Meldeverordnung. Ausgeschlossen sind Fälle von Personen mit Wohnsitz ausserhalb der Schweiz bzw. des Fürstentums Liechtenstein. Zahlen provisorisch nach Eingangsdatum. Bei den in grauer Schrift angegebenen Daten handelt es sich um annualisierte Angaben: Fälle pro Jahr und 100 000 Personen der Wohnbevölkerung (gemäss Statistischem Jahrbuch der Schweiz). Die annualisierte Inzidenz erlaubt einen Vergleich unterschiedlicher Zeitperioden.

<sup>b</sup> Siehe Influenzüberwachung im Sentinella-Meldesystem [www.bag.admin.ch/grippebericht](http://www.bag.admin.ch/grippebericht).

<sup>c</sup> Ausgeschlossen sind materno-fötale Röteln.

<sup>d</sup> Bei schwangeren Frauen und Neugeborenen

<sup>e</sup> Die Fallzahlen für Gonorrhoe sind aufgrund einer Anpassung der Definition für eine Reinfektion erhöht und nicht mit denjenigen in früheren Bulletin-Ausgaben vergleichbar. Meldungen zum gleichen Patienten, die im Abstand von mindestens 4 Wochen eintreffen, werden neu als separate Fälle gezählt.

<sup>f</sup> Primäre, sekundäre bzw. frühlatente Syphilis.

<sup>g</sup> Die Fallzahlen für Syphilis sind aufgrund einer Anpassung der Falldefinition nicht mehr mit denjenigen in früheren Bulletin-Ausgaben vergleichbar.

<sup>h</sup> Eingeschlossen sind Fälle von Haut- und Rachendiphtherie.

### Infektionskrankheiten: Stand am Ende der 32. Woche (16.08.2022)<sup>a</sup>

	Woche 29			letzte 4 Wochen			letzte 52 Wochen			seit Jahresbeginn		
	2022	2021	2020	2022	2021	2020	2022	2021	2020	2022	2021	2020
<b>Respiratorische Übertragung</b>												
<b>Haemophilus influenzae: invasive Erkrankung</b>	2 1.20			5 0.80	5 0.80	2 0.30	110 1.30	67 0.80	94 1.10	70 1.30	42 0.80	59 1.10
<b>Influenzavirus-Infektion, saisonale Typen und Subtypen<sup>b</sup></b>	35 20.90	1 0.60		107 16.00	4 0.60	1 0.20	11910 136.80	50 0.60	11799 135.50	11476 214.10	33 0.60	11329 211.40
<b>Legionellose</b>	8 4.80	26 15.50	11 6.60	46 6.90	130 19.40	47 7.00	655 7.50	595 6.80	522 6.00	360 6.70	383 7.20	249 4.60
<b>Masern</b>									53 0.60			37 0.70
<b>Meningokokken: invasive Erkrankung</b>						1 0.20	10 0.10	8 0.09	36 0.40	6 0.10	4 0.07	16 0.30
<b>Pneumokokken: invasive Erkrankung</b>	1 0.60	6 3.60	4 2.40	20 3.00	21 3.10	27 4.00	651 7.50	387 4.40	673 7.70	411 7.70	259 4.80	429 8.00
<b>Röteln<sup>c</sup></b>												
<b>Röteln, materno-fötal<sup>d</sup></b>												
<b>Tuberkulose</b>	1 0.60	7 4.20	7 4.20	19 2.80	34 5.10	39 5.80	348 4.00	349 4.00	405 4.60	232 4.30	244 4.60	263 4.90
<b>Faeco-orale Übertragung</b>												
<b>Campylobacteriose</b>	236 140.90	217 129.60	253 151.10	978 146.00	881 131.50	815 121.60	7569 86.90	6324 72.60	6500 74.60	4679 87.30	3849 71.80	3475 64.80
<b>Enterohämorrhagische E. coli-Infektion</b>	59 35.20	43 25.70	27 16.10	165 24.60	124 18.50	78 11.60	1206 13.80	795 9.10	827 9.50	742 13.80	482 9.00	374 7.00
<b>Hepatitis A</b>	1 0.60			8 1.20		3 0.40	57 0.60	46 0.50	85 1.00	37 0.70	29 0.50	51 1.00
<b>Hepatitis E</b>	1 0.60			3 0.40	8 1.20	2 0.30	73 0.80	162 1.90	82 0.90	43 0.80	138 2.60	45 0.80
<b>Listeriose</b>	2 1.20		1 0.60	10 1.50	5 0.80	1 0.20	72 0.80	33 0.40	51 0.60	56 1.00	17 0.30	38 0.70
<b>Salmonellose, S. typhi/ paratyphi</b>	1 0.60			1 0.20			7 0.08	1 0.01	18 0.20	5 0.09		10 0.20
<b>Salmonellose, übrige</b>	70 41.80	62 37.00	33 19.70	247 36.90	213 31.80	126 18.80	1682 19.30	1394 16.00	1335 15.30	958 17.90	772 14.40	569 10.60
<b>Shigellose</b>	4 2.40	4 2.40		15 2.20	14 2.10	3 0.40	154 1.80	47 0.50	163 1.90	93 1.70	37 0.70	50 0.90

	Woche 32			letzte 4 Wochen			letzte 52 Wochen			seit Jahresbeginn		
	2022	2021	2020	2022	2021	2020	2022	2021	2020	2022	2021	2020
<b>Durch Blut oder sexuell übertragen</b>												
Aids		1 0.60			2 0.30	3 0.40	36 0.40	47 0.50	68 0.80	17 0.30	30 0.60	31 0.60
Chlamydiose	210 125.40	154 92.00	163 97.30	868 129.60	761 113.60	754 112.60	12580 144.40	11664 133.90	11715 134.50	7592 141.60	7194 134.20	6637 123.80
Gonorrhoe <sup>e</sup>	121 72.20	76 45.40	63 37.60	349 52.10	305 45.50	255 38.10	5016 57.60	3676 42.20	3555 40.80	3129 58.40	2196 41.00	1954 36.50
Hepatitis B, akut				1 0.20	2 0.30	1 0.20	26 0.30	28 0.30	25 0.30	16 0.30	17 0.30	12 0.20
Hepatitis B, total Meldungen	20	15	11	59	53	63	1105	984	1001	712	638	579
Hepatitis C, akut					1 0.20		9 0.10	18 0.20	13 0.20	4 0.07	8 0.20	7 0.10
Hepatitis C, total Meldungen	16	9	11	54	60	80	986	955	891	622	598	521
HIV-Infektion	12 7.20	7 4.20	2 1.20	34 5.10	33 4.90	21 3.10	339 3.90	311 3.60	332 3.80	215 4.00	204 3.80	171 3.20
Syphilis, Frühstadien <sup>f</sup>	9 5.40	5 3.00	9 5.40	45 6.70	36 5.40	34 5.10	700 8.00	623 7.20	691 7.90	432 8.10	411 7.70	390 7.30
Syphilis, total <sup>g</sup>	10 6.00	7 4.20	15 9.00	48 7.20	45 6.70	48 7.20	957 11.00	839 9.60	947 10.90	584 10.90	544 10.20	518 9.70
<b>Zoonosen und andere durch Vektoren übertragbare Krankheiten</b>												
Brucellose	1 0.60			2 0.30	1 0.20		7 0.08	5 0.06	4 0.05	4 0.07	3 0.06	1 0.02
Chikungunya-Fieber							5 0.06	3 0.03	26 0.30	2 0.04	3 0.06	11 0.20
Dengue-Fieber	2 1.20	1 0.60		7 1.00	1 0.20	1 0.20	54 0.60	14 0.20	191 2.20	38 0.70	10 0.20	73 1.40
<b>Gelbfieber</b>												
Hantavirus-Infektion					1 0.20		4 0.05	2 0.02			2 0.04	
Malaria	8 4.80	7 4.20	2 1.20	27 4.00	26 3.90	9 1.30	313 3.60	176 2.00	214 2.50	199 3.70	138 2.60	89 1.70
Q-Fieber		2 1.20			11 1.60	4 0.60	73 0.80	84 1.00	62 0.70	33 0.60	68 1.30	39 0.70
Trichinellose							4 0.05	2 0.02	4 0.05	4 0.07	1 0.02	3 0.06
Tularämie		12 7.20	4 2.40	2 0.30	32 4.80	11 1.60	148 1.70	190 2.20	149 1.70	50 0.90	141 2.60	70 1.30
West-Nil-Fieber								1 0.01	1 0.01			
Zeckenzephalitis	18 10.80	12 7.20	14 8.40	69 10.30	56 8.40	107 16.00	362 4.20	300 3.40	417 4.80	287 5.40	210 3.90	348 6.50
Zika-Virus Infektion									1 0.01			
<b>Andere Meldungen</b>												
Botulismus							1 0.01	1 0.01		1 0.02	1 0.02	
Creutzfeldt-Jakob-Krankheit		3 1.80		1 0.20	6 0.90		23 0.30	32 0.40	16 0.20	16 0.30	21 0.40	11 0.20
Diphtherie <sup>h</sup>	1 0.60			6 0.90			10 0.10	3 0.03	4 0.05	8 0.20	2 0.04	2 0.04
Tetanus												



**REDE ÜBER ORGANSPENDE  
DEINEN LIEBSTEN ZULIEBE**

**LEBEN-IST-TEILEN.CH**

**Weil es nicht leicht ist, für andere zu sprechen:  
Ich sage meinen Liebsten, was ich will.  
Nur wenn sie meinen Willen kennen, können  
sie in meinem Sinn entscheiden.**



Schweizerische Eidgenossenschaft  
Confédération suisse  
Confederazione Svizzera  
Confederaziun svizra

swiss  
transplant 

Eidgenössisches Departement des Innern EDI  
Bundesamt für Gesundheit BAG

# Sentinella-Statistik

Provisorische Daten

Sentinella:

Anzahl Meldungen (N) der letzten 4 Wochen bis am 12.8.2022 und Inzidenz pro 1000 Konsultationen (N/10<sup>3</sup>)  
Freiwillige Erhebung bei Hausärztinnen und Hausärzten (Allgemeinpraktiker, Internisten und Pädiater)

Woche	29		30		31		32		Mittel 4 Wochen	
	N	N/10 <sup>3</sup>	N	N/10 <sup>3</sup>						
Mumps	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Pertussis	0	0	1	0.1	1	0.2	2	0.2	1	0.1
Zeckenstiche	8	0.8	13	1.6	5	0.8	5	0.6	7.8	0.9
Lyme Borreliose	12	1.2	16	2.0	3	0.5	6	0.7	9.3	1.1
Herpes Zoster	4	0.4	8	1.0	6	0.9	8	1.0	6.5	0.8
Post-Zoster-Neuralgie	0	0	2	0.2	2	0.3	1	0.1	1.3	0.2
Meldende Ärzte	132		108		101		112		113.3	

## Spezialitätenliste:

Die Spezialitätenliste ist im Internet zu finden unter: [www.spezialitätenliste.ch](http://www.spezialitätenliste.ch)

[ ] Der dem verfügbaren Publikumspreis zugrunde liegende Fabrikabgabepreis

**Gültig ab 1. August 2022**

Therap. Gruppe	Dossier Nr.	PRÄPARATE/(Wirkstoffe) Packungen	Verantwortliche Firma	SHI-Nr.	Aufnahmejahr
<b>I. Neuzugang Präparate</b>					
01.07.10 G		<b>PREGABALIN XIROMED</b> (Pregabalinum)	Xiromed SA		
	21313	Kaps 25 mg Blist 14 Stk Fr. 7.45 (2.93)		68200001	01.08.2022, B
	21313	Kaps 25 mg Blist 56 Stk Fr. 17.95 (8.51)		68200002	01.08.2022, B
	21313	Kaps 50 mg Blist 14 Stk Fr. 7.95 (3.37)		68200003	01.08.2022, B
	21313	Kaps 50 mg Blist 84 Stk Fr. 36.95 (17.92)		68200004	01.08.2022, B
	21313	Kaps 75 mg Blist 14 Stk Fr. 8.65 (3.98)		68200005	01.08.2022, B
	21313	Kaps 75 mg Blist 56 Stk Fr. 29.50 (14.99)		68200006	01.08.2022, B
	21313	Kaps 100 mg Blist 84 Stk Fr. 39.50 (20.14)		68200007	01.08.2022, B
	21313	Kaps 150 mg Blist 56 Stk Fr. 39.50 (20.14)		68200008	01.08.2022, B
	21313	Kaps 150 mg Blist 168 Stk Fr. 79.95 (55.37)		68200009	01.08.2022, B
	21313	Kaps 200 mg Blist 84 Stk Fr. 44.95 (24.89)		68200010	01.08.2022, B
	21313	Kaps 300 mg Blist 56 Stk Fr. 44.95 (24.89)		68200011	01.08.2022, B
21313	Kaps 300 mg Blist 168 Stk Fr. 99.00 (71.97)		68200012	01.08.2022, B	
01.99		<b>MAVENCLAD</b> (Cladribinum)	Merck (Schweiz) AG		
	20873	Tabl 10 mg Blist 1 Stk Fr. 3151.45 (2834.60)		66831001	01.06.2019, A
	20873	Tabl 10 mg Blist 4 Stk Fr. 11867.85 (11338.40)		66831002	01.06.2019, A
	20873	Tabl 10 mg Blist 6 Stk Fr. 17678.80 (17007.60)		66831003	01.06.2019, A
Befristete Limitation bis 31.10.2022					
Als krankheitsmodifizierende Monotherapie von hochaktiver, schubförmig remittierend verlaufender Multipler Sklerose (MS) bei folgenden Patientengruppen:					
– Patienten mit hoher Krankheitsaktivität trotz Behandlung mit einer krankheitsmodifizierenden Therapie (in der Regel während mindestens 6 Monaten), oder					
– Patienten mit rasch fortschreitender schubförmig remittierend verlaufender Multipler Sklerose, definiert durch 2 oder mehr Schübe mit Behinderungscharakter in einem Jahr, und mit 1 oder mehr Gadolinium anreichernden Läsionen im MRI des Gehirns oder mit einer signifikanten Erhöhung der T2-Läsionen im Vergleich zu einem kürzlich durchgeführten MRI.					
Die Behandlung bedarf der Kostengutsprache durch den Krankenversicherer nach vorgängiger Konsultation des Vertrauensarztes.					
Behandlung durch einen Facharzt der Neurologie FMH mit zeitlichem Zugang zu MRI.					
02.07.20 G		<b>PERINDOPRIL-AMLODIPIN-MEPHA TEVA</b> (Perindoprilum tosylatum, Amlodipinum)	Mepha Pharma AG		
	68624	Tabl 5/5 mg Ds 30 Stk Fr. 29.05 (14.58)		68624001	01.08.2022, B
	68624	Tabl 5/5 mg Ds 90 Stk Fr. 60.35 (38.30)		68624002	01.08.2022, B
	68624	Tabl 5/10 mg Ds 30 Stk Fr. 29.05 (14.58)		68624003	01.08.2022, B
	68624	Tabl 5/10 mg Ds 90 Stk Fr. 60.35 (38.30)		68624004	01.08.2022, B
	68624	Tabl 10/5 mg Ds 30 Stk Fr. 29.05 (14.58)		68624005	01.08.2022, B
	68624	Tabl 10/5 mg Ds 90 Stk Fr. 60.35 (38.30)		68624006	01.08.2022, B
	68624	Tabl 10/10 mg Ds 30 Stk Fr. 29.05 (14.58)		68624007	01.08.2022, B
	68624	Tabl 10/10 mg Ds 90 Stk Fr. 60.35 (38.30)		68624008	01.08.2022, B

Therap. Gruppe	Dossier Nr.	PRÄPARATE/(Wirkstoffe) Packungen	Verantwortliche Firma	SHI-Nr.	Aufnahmejahr
04.06 G		<b>DOMPERIDON AXAPHARM LINGUAL</b> (Domperidonum)	Axapharm AG		
	21399	Schmelztabl 10 mg Blist 30 Stk Fr. 7.40 (2.89)		65863002	01.08.2022, B
	21399	Schmelztabl 10 mg Blist 100 Stk Fr. 17.25 (7.90)		65863003	01.08.2022, B
05.01 G		<b>EPLERENON XIROMED</b> (Eplerenonum)	Xiromed SA		
	21298	Filmtabl 25 mg Blist 30 Stk Fr. 49.00 (28.41)		68283001	01.08.2022, B
	21298	Filmtabl 25 mg Blist 100 Stk Fr. 108.00 (79.81)		68283002	01.08.2022, B
	21298	Filmtabl 50 mg Blist 30 Stk Fr. 49.00 (28.41)		68283003	01.08.2022, B
	21298	Filmtabl 50 mg Blist 100 Stk Fr. 108.00 (79.81)		68283004	01.08.2022, B
Zusätzlich zu einer Standardtherapie, welche Betablocker einschliesst, zur Verringerung des Risikos der kardiovaskulären Mortalität und Morbidität bei stabilen Patienten mit linksventrikulärer Dysfunktion (LVEF < 40%) und klinischen Zeichen einer Herzinsuffizienz nach kürzlich aufgetretenem Herzinfarkt.					
Zusätzlich zu einer optimalen Standardtherapie zur Verringerung des Risikos kardiovaskulär bedingter Mortalität und Morbidität bei erwachsenen Patienten mit (chronischer) Herzinsuffizienz der NYHA-Klasse II und linksventrikulärer systolischer Dysfunktion (LVEF ≤ 30%), die innerhalb der letzten sechs Monate hospitalisiert waren oder ein BNP-Kriterium aufweisen.					
07.02.30		<b>LUNDEOS</b> (Cholecalciferolum (Vitamin D3))	Future Health Pharma GmbH		
	21370	Kaps 20000 IE Blist 4 Stk Fr. 9.00 (4.28)		67796001	01.08.2022, B
Zur Therapie bei nachgewiesenem schwerem Vitamin D-Mangel (Serumkonzentration von 25-Hydroxycholecalciferol <25 nmol/l bzw. <10 ng/ml) bei Erwachsenen und Jugendlichen ab 12 Jahren.					
07.06.20		<b>RYBELSUS</b> (Semaglutidum)	Novo Nordisk Pharma AG		
	21073	Tabl 3 mg Blist 30 Stk Fr. 132.85 (101.42)		67446001	01.08.2020, B
	21073	Tabl 7 mg Blist 30 Stk Fr. 132.85 (101.42)		67446004	01.08.2020, B
	21073	Tabl 7 mg Blist 90 Stk Fr. 365.70 (304.25)		67446006	01.08.2020, B
	21073	Tabl 14 mg Blist 30 Stk Fr. 132.85 (101.42)		67446007	01.08.2020, B
	21073	Tabl 14 mg Blist 90 Stk Fr. 365.70 (304.25)		67446009	01.08.2020, B
Befristete Limitation bis 30.09.2022					
Zur Behandlung von Patienten mit einem unzureichend kontrollierten Typ 2 Diabetes mellitus ergänzend zu Diät und Bewegung:					
• In Monotherapie bei Patienten mit nachgewiesener Kontraindikation oder nachgewiesener Unverträglichkeit für Metformin.					
Zur Behandlung von Patienten mit einem Typ 2 Diabetes mellitus in Kombination mit folgenden Therapieoptionen, wenn durch diese Antidiabetika keine ausreichende Blutzuckerkontrolle erreicht wird:					
• Als Zweifachkombination mit Metformin oder einem Sulfonylharnstoff					
• Als Dreifachkombination mit einer Kombination aus Metformin und einem Sulfonylharnstoff					
• In Kombination mit Basalinsulin mit oder ohne Metformin.					
Mindestens BMI 28. Zusätzliche Medikamente zur Gewichtsreduktion werden nicht vom Krankenversicherer vergütet.					
07.10.10 G		<b>ETORICOXIB MYLAN</b> (Etoricoxibum)	Mylan Pharma GmbH		
	21454	Filmtabl 30 mg Blist 28 Stk Fr. 28.35 (13.99)		68091001	01.08.2022, B
	21454	Filmtabl 60 mg Blist 7 Stk Fr. 14.55 (5.55)		68091002	01.08.2022, B
	21454	Filmtabl 60 mg Blist 28 Stk Fr. 41.90 (22.21)		68091003	01.08.2022, B
Symptomatische Behandlung von Entzündungen und Schmerzen bei Patienten mit Arthrose.					
07.10.10 G		<b>ETORICOXIB SPIRIG HC</b> (Etoricoxibum)	Spirig HealthCare AG		
	21465	Filmtabl 30 mg Blist 30 Stk Fr. 29.50 (14.99)		67428001	01.08.2022, B
	21465	Filmtabl 60 mg Blist 10 Stk Fr. 17.30 (7.93)		67428002	01.08.2022, B
	21465	Filmtabl 60 mg Blist 30 Stk Fr. 43.70 (23.79)		67428003	01.08.2022, B
Symptomatische Behandlung von Entzündungen und Schmerzen bei Patienten mit Arthrose.					
07.10.10 G		<b>ETORICOXIB ZENTIVA</b> (Etoricoxibum)	Helvepharm AG		
	21458	Filmtabl 30 mg Blist 28 Stk Fr. 28.35 (13.99)		68245001	01.08.2022, B
	21458	Filmtabl 60 mg Blist 7 Stk Fr. 14.55 (5.55)		68245002	01.08.2022, B
	21458	Filmtabl 60 mg Blist 28 Stk Fr. 41.90 (22.21)		68245003	01.08.2022, B
Symptomatische Behandlung von Entzündungen und Schmerzen bei Patienten mit Arthrose.					

Therap. Gruppe	Dossier Nr.	PRÄPARATE/(Wirkstoffe) Packungen	Verantwortliche Firma	SHI-Nr.	Aufnahmejahr
07.10.10 6		<b>ETORICOXIB-MEPHA</b> (Etoricoxibum)	Mepha Pharma AG		
	21463	Lactab 30 mg Blist 28 Stk Fr. 28.35 (13.99)		67489001	01.08.2022, B
	21463	Lactab 60 mg Blist 7 Stk Fr. 14.55 (5.55)		67489002	01.08.2022, B
	21463	Lactab 60 mg Blist 28 Stk Fr. 41.90 (22.21)		67489003	01.08.2022, B

Symptomatische Behandlung von Entzündungen und Schmerzen bei Patienten mit Arthrose.

07.15		<b>HUKYNDRA</b> (Adalimumabum)	Spirig HealthCare AG		
	21453	Inj Lös 40 mg/0.4 ml Fertpen 0.400 ml Fr. 500.45 (421.64)		68234001	01.08.2022, B
	21453	Inj Lös 40 mg/0.4 ml 2 Fertpen 0.400 ml Fr. 984.50 (843.28)		68234002	01.08.2022, B
	21453	Inj Lös 40 mg/0.4 ml 6 Fertpen 0.400 ml Fr. 2490.80 (2215.00)		68234003	01.08.2022, B
	21452	Inj Lös 40 mg/0.4 ml Fertspr 0.400 ml Fr. 500.45 (421.64)		68232001	01.08.2022, B
	21452	Inj Lös 40 mg/0.4 ml 2 Fertspr 0.400 ml Fr. 984.50 (843.28)		68232002	01.08.2022, B
	21452	Inj Lös 40 mg/0.4 ml 6 Fertspr 0.400 ml Fr. 2490.80 (2215.00)		68232003	01.08.2022, B
	21452	Inj Lös 80 mg/0.8 ml Fertspr 0.800 ml Fr. 984.50 (843.28)		68232004	01.08.2022, B

Die Behandlung mit HUKYNDRA bedarf der Kostengutsprache durch den Krankenversicherer nach vorgängiger Konsultation des Vertrauensarztes.

#### Aktive rheumatoide Arthritis

Behandlung mit HUKYNDRA, wenn die vorausgegangene antirheumatische Standardtherapie mit krankheitsmodifizierenden Antirheumatika (DMARDs) unzulänglich war.

#### Aktive polyartikuläre juvenile idiopathische Arthritis bei Kindern und Jugendlichen ab einem Körpergewicht von $\geq 30$ kg

Behandlung mit HUKYNDRA, wenn die vorausgegangene Standardtherapie mit krankheitsmodifizierenden Antirheumatika (DMARDs) unzulänglich war.

#### Psoriasis-Arthritis

Behandlung mit HUKYNDRA, wenn die vorausgegangene Standardtherapie mit krankheitsmodifizierenden Antirheumatika (DMARDs) unzulänglich war.

#### Ankylosierende Spondylitis (Morbus Bechterew)

Behandlung mit HUKYNDRA, wenn die vorausgegangene konventionelle Therapie unzulänglich war oder nicht vertragen wurde.

#### Aktiver Morbus Crohn

Behandlung erwachsener Patienten mit HUKYNDRA, wenn die vorausgegangene konventionelle Therapie (z.B. mit Azathioprin, 6-Mercaptopurin oder Glukokortikoiden) unzulänglich war, sowie bei Patienten, die nicht mehr auf Infliximab ansprechen oder dieses nicht vertragen. Nach zwei Jahren ununterbrochener Therapie bedarf die Behandlung einer erneuten Kostengutsprache durch den Krankenversicherer nach vorgängiger Konsultation des Vertrauensarztes.

#### Moderate bis schwere Colitis ulcerosa

Behandlung erwachsener Patienten mit HUKYNDRA, wenn die vorausgegangene konventionelle Therapie (z.B. mit Azathioprin, 6-Mercaptopurin oder Glukokortikoiden) unzulänglich war oder nicht vertragen wurde.

Die Verschreibung von HUKYNDRA für die folgenden Behandlungen kann nur durch Fachärzte der Dermatologie oder dermatologische Universitätskliniken/Polikliniken erfolgen.

#### Schwere Plaque-Psoriasis

Behandlung erwachsener Patienten mit schwerer Plaque-Psoriasis, bei denen eine Phototherapie oder eine der folgenden konventionellen systemischen Therapien (Ciclosporin, Methotrexat, Acitretin) keinen therapeutischen Erfolg gezeigt haben. Falls nach 16 Wochen kein therapeutischer Erfolg eingetreten ist, ist die Behandlung abzubrechen.

#### Aktive, mittelschwere bis schwere Hidradenitis suppurativa (Acne inversa)

Behandlung erwachsener Patienten, wenn die vorausgegangene systemische Therapie mit Antibiotika unzulänglich war. Bei Patienten, die nach 12 Wochen kein Ansprechen nach HiSCR von mindestens 50% zeigen, ist die Behandlung abzubrechen. Nach 52 Wochen ununterbrochener Therapie bedarf die Behandlung einer erneuten Kostengutsprache durch den Krankenversicherer nach vorgängiger Konsultation des Vertrauensarztes.

Therap. Gruppe	Dossier Nr.	PRÄPARATE/(Wirkstoffe) Packungen	Verantwortliche Firma	SHI-Nr.	Aufnahmejahr
07.16.10		<b>CAPRELSA</b> (Vandetanibum)	Sanofi-Aventis (Suisse) SA		
	19924	Tabl 100 mg Blist 30 Stk Fr. 2445.50 (2173.70)		62341001	01.12.2012, A
	19924	Tabl 300 mg Blist 30 Stk Fr. 4959.05 (4598.08)		62341002	01.12.2012, A
Zur Behandlung von Patienten mit nicht resezierbarem, schnell fortschreitendem und symptomatischem, metastasiertem medullärem Schilddrüsenkarzinom. Die Patienten sollen bis zur Progression der Erkrankung behandelt werden. Die Behandlung bedarf der Kostengutsprache durch den Krankenversicherer nach vorgängiger Konsultation des Vertrauensarztes.					
07.16.10		<b>TEPMETKO</b> (Tepotinibum)	Merck (Schweiz) AG		
	21285	Filmtabl 225 mg Blist 60 Stk Fr. 6377.45 (5981.89)		68113001	01.08.2022, A
Befristete Limitation bis 31.05.2023 Nach Kostengutsprache durch den Krankenversicherer nach vorgängiger Konsultation des Vertrauensarztes. TEPMETKO ist für die Behandlung von erwachsenen Patienten mit fortgeschrittenem oder metastasierendem nicht-kleinzelligem Lungenkarzinom (NSCLC) mit einer MET-Exon-14-Skipping-Mutation indiziert. Eine Anwendung bei zusätzlichen onkogenen Treibermutationen inklusive EGFR- oder ALK Tumoraberrationen wird nicht vergütet. Die Behandlung erfolgt bis zur Progression der Erkrankung. Eine Rotation innerhalb der MET-Inhibitoren wird ausschliesslich bei Kontraindikation oder Unverträglichkeit vergütet. Die Merck (Schweiz) AG erstattet dem Krankenversicherer, bei dem die versicherte Person zum Zeitpunkt des Bezugs versichert war, auf dessen erste Aufforderung hin die ersten zwei bezogenen Packungen TEPMETKO vollständig zum Fabrikabgabepreis von Fr. 5981.89 zurück. Die Mehrwertsteuer kann nicht zusätzlich zu diesem Anteil des Fabrikabgabepreises zurückgefordert werden. Die Aufforderung zur Rückerstattung soll ab dem Zeitpunkt der Verabreichung erfolgen.					
10.05.10 G		<b>CLOBETASOL LEMAN</b> (Clobetasoli-17 propionas)	Leman SKL SA		
	21447	Shampoo 0.500 mg/g Fl 125 ml Fr. 28.30 (13.94)		68438001	01.08.2022, B
11.99		<b>VABYSMO</b> (Faricimabum)	Roche Pharma (Schweiz) AG		
	21438	Inj Lös 6 mg/0.05 ml Durchstf 1 Stk Fr. 1035.70 (888.28)		68395001	01.08.2022, B
Für die Behandlung der exsudativen (feuchten) altersbezogenen Makuladegeneration (AMD) oder eines Visusverlustes durch ein diabetisches Makulaödem (DME).  VABYSMO darf ausschliesslich durch qualifizierte Ophthalmologen der A-, B- und C-Zentren/Kliniken (gemäss der Liste der Weiterbildungszentren der FMH ( <a href="http://www.siwf-register.ch">www.siwf-register.ch</a> )) zu Lasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) angewendet werden.  Ausnahmeregelung: Die Ausbildungskliniken A, B und C sind berechtigt, mit niedergelassenen Ophthalmologen zu kooperieren, um eine patientennahe Versorgung zu gewährleisten.  Die Kooperation geschieht auf einvernehmlicher Basis zwischen beiden Partnern und gemäss folgenden Bedingungen: a) Die Ausbildungsklinik führt die Erstuntersuchung oder die Bestätigung der Diagnose durch. Dies muss für die Krankenkassen belegt werden. b) Bei Einigung auf die zugelassenen Indikationen (AMD, DME) darf auch der niedergelassene Arzt den Patienten weiterbehandeln.  Die gleichzeitige Behandlung beider Augen eines Patienten bedarf der Bewilligung des Krankenversicherers nach vorgängiger Konsultation des Vertrauensarztes.					
16.00		<b>VELTASSA</b> (Patiromerum)	Vifor Fresenius Medical Care Renal Pharma Ltd		
	20709	Plv 8.4 g Btl 30 Stk Fr. 255.00 (207.84)		66411001	01.08.2020, B
	20709	Plv 16.8 g Btl 30 Stk Fr. 255.00 (207.84)		66411002	01.08.2020, B
Befristete Limitation bis 31.10.2022 VELTASSA wird nach Kostengutsprache durch den Krankenversicherer nach vorgängiger Konsultation des Vertrauensarztes vergütet bei erwachsenen, nicht dialysierten Patienten mit chronischer Niereninsuffizienz (Behandlungsbeginn muss in CKD-Stadium III oder IV erfolgen; die glomeruläre Filtrationsrate muss unter 60 ml/min/1.73 m <sup>2</sup> liegen), die während einer Therapie mit einem Inhibitor des Renin-Angiotensin-Aldosteron-Systems eine chronisch rekurrende und durch wiederholte Messungen festgestellte Hyperkaliämie entwickelten, und bei denen Kationenaustauscher eingesetzt werden müssen, da die nicht medikamentösen Massnahmen (Diät) und die bisherigen medikamentösen Massnahmen (z.B. kaliumsenkende Diuretika) zur Normalisierung des Kaliumspiegels (unter <5.5 mmol/L) nicht genügten.  Die Erstverschreibung von VELTASSA darf nur durch Kardiologen oder Nephrologen erfolgen.  Es wird pro Monat maximal eine Packung VELTASSA mit den Dosisstärken 8.4 g oder 16.8 g vergütet. Benötigt ein Patient eine höhere Dosis als 16.8 g pro Tag, erstattet die Vifor SA dem Krankenversicherer den Publikumspreis der zweiten Packung abzüglich der MwSt. zurück.					

Therap. Gruppe	Dossier Nr.	PRÄPARATE/(Wirkstoffe) Packungen	Verantwortliche Firma	SHI-Nr.	Aufnahmejahr
01.06		<b>TRITTICO UNO</b> (Trazodoni hydrochloridum)	OM Pharma Suisse SA		
	20882	Ret Tabl 150 mg Blist 30 Stk Fr. 42.20 (22.49)		66656001	01.08.2022, B
	20882	Ret Tabl 150 mg Blist 90 Stk Fr. 82.25 (57.35)		66656002	01.08.2022, B
	20882	Ret Tabl 300 mg Blist 30 Stk Fr. 58.75 (36.88)		66656003	01.08.2022, B
	20882	Ret Tabl 300 mg Blist 90 Stk Fr. 124.35 (94.04)		66656004	01.08.2022, B
Zur Behandlung erwachsener Patienten mit Depression, mit oder ohne Angststörung. Die Dosierung beträgt maximal 300 mg/Tag.					
07.16.10		<b>ZEJULA</b>	GlaxoSmithKline AG		
	20775	Kaps 100 mg Blist 56 Stk Fr. 5201.10 (4834.23)		62341001	01.12.2012, A
	20775	Kaps 100 mg Blist 84 Stk Fr. 7668.50 (7241.48)		62341001	01.12.2012, A

Befristete Limitation bis 31.10.2022

Nur nach Verordnung durch einen Facharzt der Gynäkologie oder Onkologie und nach Kostengutsprache durch den Krankenversicherer nach vorgängiger Konsultation des Vertrauensarztes zur Monotherapie im Sinne einer Erhaltungstherapie von platin sensitivem, rezidivierendem primären epithelialen serösen high-grade (hochgradig entdifferenzierten) Ovarial-, Tuben- oder Peritonealkarzinom, unter folgenden Voraussetzungen:

- Mindestens 2 vorangehende platinbasierte Chemotherapien, wobei für die letzte platinbasierte Chemotherapie folgendes zutreffen muss:
  - die Patientinnen haben mindestens 4 Zyklen der platinbasierten Therapie erhalten und vollständig oder partiell angesprochen
  - nach der letzten Behandlung muss die Patientin entweder ein CA-125 im Normbereich aufgewiesen haben oder es muss eine CA-125-Senkung über 90% während der letzten platinbasierten Therapie erzielt worden sein, welche über mindestens 7 Tage stabil war (keine Zunahme > 15%)
  - nach der letzten Behandlung sind keine messbaren Läsionen > 2cm vorhanden
- Keine vorangehende Behandlung/Erhaltungstherapie mit PARP-Inhibitoren.

Die Behandlung erfolgt bis zur Progression.

Kombinierte oder sequentielle Therapien wie beispielsweise Bevacizumab und Niraparib oder Immunonkologika und Niraparib sowie Retreatments in höheren Behandlungslinien nach einem weiteren Rückfall sind von einer Vergütung ausgeschlossen.

Die Anfangsdosis von Zejula beträgt zwei Kapseln zu 100 mg einmal täglich, entsprechend einer täglichen Gesamtdosis von 200 mg. Für Patientinnen mit einem Gewicht  $\geq 77$  kg und einer normalen Thrombozytenzahl ( $\geq 150\,000/\mu\text{l}$ ) beträgt die Anfangsdosis drei Kapseln zu 100 mg einmal täglich, entsprechend einer täglichen Gesamtdosis von 300 mg.

In den ersten 24 Monaten erfolgt die Höhe der Vergütung zu den gelisteten SL-Preisen. Die ZulassungsinhaberIn vergütet bei einer Therapiedauer darüber hinaus (ab Monat 25) nach Aufforderung durch denjenigen Krankenversicherer, bei dem die versicherte Person zum Zeitpunkt des Bezugs versichert war, für jede weitere bezogene Packung Zejula 50% des Fabrikabgabepreises zurück.

Die Mehrwertsteuer kann nicht zusätzlich zu diesem Anteil des Fabrikabgabepreises zurückgefordert werden. Die Aufforderung zur Rückvergütung soll in der Regel innerhalb von 6 Monaten nach Verabreichung erfolgen.

Befristete Limitation bis 30.09.2024

Nach Verordnung durch einen Facharzt der Gynäkologie oder Onkologie und nach Kostengutsprache durch den Krankenversicherer nach vorgängiger Konsultation des Vertrauensarztes zur Erhaltungstherapie (Monotherapie) von einem fortgeschrittenem (FIGO Stadium III und IV) high-grade serösem Ovarial-, Tuben- oder Peritonealkarzinom bei Patientinnen mit hohem Rezidivrisiko und einer BRCA-Mutation oder einer anderen homologen Rekombinationsdefizienz (HRD) mit genomischer Instabilität unter folgenden Voraussetzungen:

- Patientinnen mit einer neoadjuvanten Chemotherapie und Intervall-Debulking-Operationen oder Patientinnen im Stadium III mit sichtbarem Resttumor nach einer primären Debulking-Operation oder Patientinnen mit einer inoperablen Erkrankung im Stadium III oder Patientinnen mit einer Erkrankung im Stadium IV
- Patientinnen mit 6 bis maximal 9 Zyklen einer platinbasierten Erstlinien-Chemotherapie und mit Vorliegen einer kompletten oder partiellen ( $\geq 30\%$  Reduktion des Tumolvolumens oder normale CA-125 Level oder > 90% Rückgang der CA-125 Ausgangswerte über mindestens 7 Tagen während der Frontline-Therapie) Remission nach  $\geq 3$  Therapiezyklen
- Patientinnen mit keiner klinischen Evidenz einer Progression oder keinen steigenden CA-125 Werten nach dem Abschluss der Chemotherapie
- Die Behandlung erfolgt bis zur Progression

Kombinierte oder sequentielle Therapien wie beispielsweise Bevacizumab und Niraparib oder Immunonkologika und Niraparib sowie Retreatments in höheren Behandlungslinien nach einem weiteren Rückfall sind von einer Vergütung ausgeschlossen.

Die Anfangsdosis von Zejula beträgt zwei Kapseln zu 100 mg einmal täglich, entsprechend einer täglichen Gesamtdosis von 200 mg. Für Patientinnen mit einem Gewicht  $\geq 77$  kg und einer normalen Thrombozytenzahl ( $\geq 150\,000/\mu\text{l}$ ) beträgt die Anfangsdosis drei Kapseln zu 100 mg einmal täglich, entsprechend einer täglichen Gesamtdosis von 300 mg. In den ersten 24 Monaten erfolgt die Höhe der Vergütung zu den gelisteten SL-Preisen.

Die ZulassungsinhaberIn vergütet bei einer Therapiedauer darüber hinaus (ab Monat 25) nach Aufforderung durch denjenigen Krankenversicherer, bei dem die versicherte Person zum Zeitpunkt des Bezugs versichert war, für jede weitere bezogene Packung Zejula 50% des Fabrikabgabepreises zurück. Die Mehrwertsteuer kann nicht zusätzlich zu diesem Anteil des Fabrikabgabepreises zurückgefordert werden. Die Aufforderung zur Rückerstattung soll ab dem Zeitpunkt der Verabreichung erfolgen.

Therap. Gruppe	Dossier Nr.	PRÄPARATE/(Wirkstoffe) Packungen	Verantwortliche Firma	SHI-Nr.	Aufnahmejahr
----------------	-------------	-------------------------------------	--------------------------	---------	--------------

## II. Andere Packungen und Dosierungen

07.08.10		<b>PERGOVERIS PEN</b> (Follitropinum alfa, Lutropinum alfa)	Merck (Schweiz) AG		
	19192	Inj Lös 900IE/450IE Fertpen 1.440 ml Fr. 569.45 (481.77)		66608003	01.08.2022, A

⌚ Nicht zur Adipositasbehandlung.

Kostenübernahme nur nach vorgängiger endokrinologischer Untersuchung, auf besondere Gutsprache der Kasse und mit ausdrücklicher Bewilligung des Vertrauensarztes. Die maximale Behandlungsdauer beträgt ein Jahr.

Nicht zur Adipositasbehandlung.

Kostenübernahme nur nach vorgängiger endokrinologischer Untersuchung, auf besondere Gutsprache der Kasse und mit ausdrücklicher Bewilligung des Vertrauensarztes. Die maximale Behandlungsdauer beträgt ein Jahr.

Nicht zur Stimulierung einer Superovulation im Rahmen einer In-Vitro-Fertilisation (IVF).

07.15		<b>AMGEVITA</b> (Adalimumabum)	Amgen Switzerland AG		
	20992	Inj Lös 20 mg/0.4 ml Fertspr 1 Stk Fr. 258.40 (210.82)		66979004	01.08.2022, B

Die 20 mg AMGEVITA-Dosisstärke ist ausschliesslich zur Anwendung bei Kindern und Jugendlichen vorgesehen.

Die Behandlung mit AMGEVITA bedarf der Kostengutsprache durch den Krankenversicherer nach vorgängiger Konsultation des Vertrauensarztes.

### Aktive polyartikuläre juvenile idiopathische Arthritis bei Kindern und Jugendlichen im Alter von 4 bis 17 Jahren

Behandlung mit AMGEVITA, wenn die vorausgegangene Standardtherapie mit krankheitsmodifizierenden Antirheumatika (DMARDs) unzulänglich war.

### Aktiver Morbus Crohn

Behandlung pädiatrischer Patienten mit AMGEVITA, wenn die vorausgegangene konventionelle Therapie (z.B. mit Azathioprin, 6-Mercaptopurin oder Glukokortikoiden) unzulänglich war, sowie bei Patienten, die nicht mehr auf Infliximab ansprechen oder dieses nicht vertragen. Nach zwei Jahren ununterbrochener Therapie bedarf die Behandlung einer erneuten Kostengutsprache durch den Krankenversicherer nach vorgängiger Konsultation des Vertrauensarztes.

Therap. Gruppe	Dossier Nr.	PRÄPARATE/(Wirkstoffe) Packungen	Verantwortliche Firma	SHI-Nr.	Datum der Streichung
<b>III. Neu gestrichene Präparate/Packungen</b>					
04.05		<b>CREON 40000</b> (Amylasum, Lipasum, Proteasum)	Mylan Pharma GmbH		
	19171	Kaps 100 Stk Fr. 144.00 (78.05)		38219004	01.08.2022, D
07.02.40		<b>DIALVIT</b> (Thiaminum (Vitamin B1), Riboflavinum (Vitamin B2, E101), Pyridoxinum (Vitamin B6))	Grosse Apotheke Dr. G. Bichsel AG Hauptstandort Produktion/Ver		
	17978	Kaps 100 Stk Fr. 34.50 (15.80)		55702002	01.08.2022, B
07.10.10 G		<b>GREFEN 400</b> (Ibuprofenum)	Doetsch Grether AG Hersteller/Importeur		
	16682	Filmtabl 400 mg 20 Stk Fr. 7.20 (2.71)		53895018	01.08.2022, B
	16682	Filmtabl 400 mg 50 Stk Fr. 15.20 (6.09)		53895026	01.08.2022, B
07.10.10 G		<b>GREFEN 600</b> (Ibuprofenum)	Doetsch Grether AG Hersteller/Importeur		
	16682	Filmtabl 600 mg 20 Stk Fr. 8.40 (3.75)		53895034	01.08.2022, B
	16682	Filmtabl 600 mg 100 Stk Fr. 34.70 (15.94)		53895042	01.08.2022, B
07.12 G		<b>PRAVASTATIN STREULI</b> (Pravastatinum natricum)	Streuli Pharma AG		
	18345	Tabl 20 mg 30 Stk Fr. 15.90 (6.70)		57534005	01.08.2022, B
	18345	Tabl 20 mg 100 Stk Fr. 47.80 (27.36)		57534007	01.08.2022, B
	18345	Tabl 40 mg 30 Stk Fr. 25.50 (11.51)		57534009	01.08.2022, B
	18345	Tabl 40 mg 100 Stk Fr. 65.85 (43.08)		57534011	01.08.2022, B
07.12 0		<b>ZOCOR</b> (Simvastatinum)	Organon GmbH		
	15662	Filmtabl 80 mg 28 Stk Fr. 38.50 (19.27)		49742088	01.08.2022, B
	15662	Filmtabl 80 mg 98 Stk Fr. 93.30 (66.98)		49742096	01.08.2022, B
07.15		<b>HUMIRA</b> (Adalimumabum)	AbbVie AG		
	18538	Inj Lös 40 mg/0.8 ml 2 Durchstf 0.800 ml Fr. 1309.85 (1138.23)		62860001	01.08.2022, B
07.99		<b>CALCIUM PHOSPHATBIND BICHSEL</b> (Calcii carbonas)	Grosse Apotheke Dr. G. Bichsel AG Hauptstandort Produktion/Ver		
	16307	Kaps 500 mg 100 Stk Fr. 8.05 (3.42)		51192037	01.08.2022, B
	16306	Tabl 500 mg 100 Stk Fr. 8.05 (3.42)		51762046	01.08.2022, B
	16307	Kaps 500 mg 250 Stk Fr. 17.20 (7.82)		51192038	01.08.2022, B
	16306	Tabl 500 mg 250 Stk Fr. 17.20 (7.82)		51762047	01.08.2022, B
	16306	Tabl 1000 mg 100 Stk Fr. 9.80 (4.95)		51762048	01.08.2022, B
	16306	Tabl 1000 mg 250 Stk Fr. 25.30 (11.33)		51762049	01.08.2022, B
10.02		<b>PROCUTOL HAUT WASHLOTION</b> (Triclosanum)	Galderma SA		
	15074	Lot 175 ml Fr. 13.30 (7.21)		47599001	01.08.2022, D
	15074	Lot 500 ml Fr. 27.90 (15.12)		47599002	01.08.2022, D
10.09.40 G		<b>AMOROCUTAN NAGELACK</b> (Amorolfinum)	Dermapharm AG		
	20712	Lös 50 mg/ml 2x 3 ml Fr. 44.95 (24.86)		66420002	01.08.2022, B

PRÄPARATE/(Wirkstoffe) Packungen	Verantwortliche Firma	Therap. Gruppe	Dossier Nr.	Preis neu	Ex-Fact. neu
<b>IV. Preissenkungen</b>					
<b>IV.a. Preisänderung nach 3-jährlicher Überprüfung der Aufnahmebedingungen</b>					
<b>BRUFEN</b>	Mylan Pharma GmbH	071010			
Filmtabl 200 mg Blist 30 Stk			14248	6.25	1.86
Brausegran 600 mg Btl 20 Stk			15529	8.45	3.79
Filmtabl 400 mg 20 Stk			11185	6.55	2.15
Filmtabl 400 mg 50 Stk			11185	9.75	4.93
Filmtabl 600 mg 20 Stk			14248	7.40	2.88
Filmtabl 600 mg 100 Stk			14248	27.15	12.94
<b>CYMBALTA</b>	Eli Lilly (Suisse) SA	010600			
Kaps 30 mg 28 Stk			18362	29.45	14.94
Kaps 60 mg 14 Stk			18362	28.25	13.88
Kaps 60 mg 28 Stk			18362	46.60	26.30
Kaps 60 mg 84 Stk			18362	104.55	76.79
<b>DULOXETIN AXAPHARM</b>	Axapharm AG	010600			
Kaps 30 mg 28 Stk			20502	20.20	10.46
Kaps 30 mg 84 Stk			20502	50.95	30.10
Kaps 60 mg 14 Stk			20502	19.35	9.72
Kaps 60 mg 28 Stk			20502	37.55	18.41
Kaps 60 mg 84 Stk			20502	78.10	53.75
<b>DULOXETIN NOBEL</b>	NOBEL Pharma Schweiz AG	010600			
Kaps 30 mg Blist 28 Stk			20936	20.20	10.46
Kaps 30 mg Blist 84 Stk			20936	50.95	30.10
Kaps 60 mg Blist 14 Stk			20936	19.35	9.72
Kaps 60 mg Blist 28 Stk			20936	37.55	18.41
Kaps 60 mg Blist 84 Stk			20936	78.10	53.75
<b>DULOXETIN SANDOZ</b>	Sandoz Pharmaceuticals AG	010600			
Kaps 30 mg 28 Stk			20538	20.20	10.46
Kaps 30 mg 84 Stk			20538	47.00	26.67
Kaps 60 mg 14 Stk			20538	19.35	9.72
Kaps 60 mg 28 Stk			20538	37.55	18.41
Kaps 60 mg 84 Stk			20538	78.10	53.75
<b>DULOXETIN SPIRIG HC</b>	Spirig HealthCare AG	010600			
Kaps 30 mg 28 Stk			20513	20.20	10.46
Kaps 30 mg 84 Stk			20513	47.00	26.67
Kaps 60 mg 14 Stk			20513	19.35	9.72
Kaps 60 mg 28 Stk			20513	37.55	18.41
Kaps 60 mg 84 Stk			20513	78.10	53.75
<b>DULOXETIN VIATRIS</b>	Mylan Pharma GmbH	010600			
Kaps 30 mg Blist 28 Stk			21418	20.20	10.46
Kaps 60 mg Blist 14 Stk			21418	19.35	9.72
Kaps 60 mg Blist 28 Stk			21418	37.55	18.41
Kaps 60 mg Blist 84 Stk			21418	78.10	53.75
<b>DULOXETIN ZENTIVA</b>	Helvepharm AG	010600			
Kaps 30 mg 28 Stk			20548	20.20	10.46
Kaps 60 mg 14 Stk			20548	19.35	9.72
Kaps 60 mg 28 Stk			20548	37.55	18.41
Kaps 60 mg 84 Stk			20548	78.10	53.75

PRÄPARATE/(Wirkstoffe) Packungen	Verantwortliche Firma	Therap. Gruppe	Dossier Nr.	Preis neu	Ex-Fact. neu
<b>DULOXETIN-MEPHA</b>	Mepha Pharma AG	010600			
Kaps 30 mg Blist 30 Stk			20930	25.15	11.21
Kaps 30 mg Blist 100 Stk			20930	52.85	31.75
Kaps 30 mg Ds 100 Stk			20930	52.85	31.75
Kaps 60 mg Blist 10 Stk			20930	16.15	6.94
Kaps 60 mg Blist 30 Stk			20930	39.05	19.73
Kaps 60 mg Ds 90 Stk			20930	79.20	54.71
Kaps 60 mg Blist 100 Stk			20930	86.20	60.79
<b>HUMIRA</b>	AbbVie AG	071500			
Inj Lös 20 mg/0.2 ml 2 Fertspr 0.200 ml			17903	578.20	489.39
Inj Lös 40 mg/0.4 ml Fertspr 0.400 ml			17903	578.20	489.39
Inj Lös 40 mg/0.4 ml vorgef Injektor 0.400 ml			18538	578.20	489.39
Inj Lös 80 mg/0.8 ml Fertspr 0.800 ml			17903	1135.00	978.78
Inj Lös 80 mg/0.8 ml vorgef Injektor 0.800 ml			18538	1135.00	978.78
<b>IBUPROFEN MYLAN</b>	Mylan Pharma GmbH	071010			
Filmtabl 200 mg Blist 30 Stk			21126	5.75	1.43
Filmtabl 400 mg Blist 20 Stk			21126	5.90	1.56
Filmtabl 400 mg Blist 50 Stk			21126	7.95	3.37
Filmtabl 600 mg Blist 20 Stk			21126	6.60	2.16
Filmtabl 600 mg Blist 100 Stk			21126	18.75	9.17
Brausegran 600 mg Btl 20 Stk			21126	7.00	2.54
<b>IBUPROFEN N ZENTIVA</b>	Helvepharm AG	071010			
Filmtabl 400 mg Blist 20 Stk			18905	5.80	1.48
Filmtabl 400 mg Blist 50 Stk			18905	7.95	3.37
Filmtabl 600 mg Blist 20 Stk			18905	6.60	2.16
Filmtabl 600 mg Blist 100 Stk			18905	18.10	8.63
<b>IBUPROFEN SANDOZ</b>	Sandoz Pharmaceuticals AG	071010			
Filmtabl 400 mg 20 Stk			15251	5.80	1.50
Filmtabl 400 mg 50 Stk			15251	7.85	3.25
Filmtabl 400 mg 100 Stk			15251	16.40	7.15
Filmtabl 600 mg 20 Stk			15252	6.60	2.16
Filmtabl 600 mg 50 Stk			15252	9.60	4.77
Filmtabl 600 mg 100 Stk			15252	18.35	8.85
<b>IRFEN 200</b>	Mepha Pharma AG	071010			
Lactabs 200 mg 30 Stk			15527	5.70	1.38
Lactabs 200 mg 100 Stk			15527	9.10	4.35
<b>IRFEN 400</b>	Mepha Pharma AG	071010			
Lactabs 400 mg 20 Stk			15527	5.90	1.58
Lactabs 400 mg 50 Stk			15527	8.35	3.70
<b>IRFEN 600</b>	Mepha Pharma AG	071010			
Lactabs 600 mg 20 Stk			15527	6.60	2.16
Lactabs 600 mg 100 Stk			15527	18.70	9.16
<b>OPTIFEN 400</b>	Spirig HealthCare AG	071010			
Filmtabl 400 mg 20 Stk			15054	5.90	1.57
Filmtabl 400 mg 50 Stk			15054	8.15	3.51
Filmtabl 400 mg Blist 100 Stk			15054	16.25	7.02
<b>OPTIFEN 600</b>	Spirig HealthCare AG	071010			
Filmtabl 600 mg 20 Stk			15054	6.60	2.16
Filmtabl 600 mg 100 Stk			15054	18.75	9.18

PRÄPARATE/(Wirkstoffe) Packungen	Verantwortliche Firma	Therap. Gruppe	Dossier Nr.	Preis neu	Ex-Fact. neu
<b>TRAMACTIL UNO</b>	Gebro Pharma AG	010130			
Ret Tabl 100 mg 5 Stk			19165	6.35	1.96
Ret Tabl 100 mg 15 Stk			19165	9.85	4.99
Ret Tabl 100 mg 30 Stk			19165	18.85	9.28
Ret Tabl 200 mg 5 Stk			19165	7.80	3.21
Ret Tabl 200 mg 15 Stk			19165	17.60	8.18
Ret Tabl 200 mg 30 Stk			19165	33.85	15.21
Ret Tabl 300 mg 5 Stk			19165	9.20	4.46
Ret Tabl 300 mg 15 Stk			19165	25.35	11.38
Ret Tabl 300 mg 30 Stk			19165	40.65	21.14
<b>IV.b. Freiwillige Preissenkung</b>					
<b>AMOROLFIN LEMAN NAGELLACK</b>	Leman SKL SA	100940			
Lös 5 % 2.5 ml			21376	16.25	7.00
Lös 5 % 5 ml			21376	28.35	14.00
<b>DUTASTERID TAMSULOSIN XIROMED</b>	Xiromed SA	059900			
Kaps 0.5/0.4 mg Ds 7 Stk			21328	6.90	2.46
Kaps 0.5/0.4 mg Ds 30 Stk			21328	19.50	9.86
Kaps 0.5/0.4 mg Ds 90 Stk			21328	39.50	20.14
<b>DUTASTERID XIROMED</b>	Xiromed SA	059900			
Kaps 0.5 mg Blist 30 Stk			21329	19.50	9.86
Kaps 0.5 mg Blist 90 Stk			21329	39.50	20.14
<b>IV.c. Preisänderung nach Überprüfung nach HTA</b>					
<b>ATORVA PFIZER</b>	Pfizer PFE Switzerland GmbH	071200			
Filmtabl 10 mg 30 Stk			19796	27.30	13.07
Filmtabl 10 mg 100 Stk			19796	65.75	42.99
Filmtabl 20 mg 30 Stk			19796	27.25	13.03
Filmtabl 20 mg 100 Stk			19796	65.65	42.88
Filmtabl 40 mg 30 Stk			19796	27.25	13.03
Filmtabl 40 mg 100 Stk			19796	65.65	42.88
Filmtabl 80 mg 30 Stk			19796	27.30	13.07
Filmtabl 80 mg 100 Stk			19796	65.75	42.99
<b>ATORVASTATIN AXAPHARM</b>	Axapharm AG	071200			
Filmtabl 10 mg 30 Stk			19912	27.30	13.07
Filmtabl 10 mg 100 Stk			19912	65.75	42.98
Filmtabl 20 mg 30 Stk			19912	27.25	13.03
Filmtabl 20 mg 100 Stk			19912	65.65	42.88
Filmtabl 40 mg 30 Stk			19912	27.25	13.03
Filmtabl 40 mg 100 Stk			19912	65.65	42.88
Filmtabl 80 mg 30 Stk			19912	27.30	13.07
Filmtabl 80 mg 100 Stk			19912	65.75	42.98
<b>ATORVASTATIN PFIZER</b>	Pfizer PFE Switzerland GmbH	071200			
Filmtabl 10 mg 30 Stk			19797	27.30	13.07
Filmtabl 10 mg 100 Stk			19797	65.75	42.99
Filmtabl 20 mg 30 Stk			19797	27.25	13.03
Filmtabl 20 mg 100 Stk			19797	65.65	42.88
Filmtabl 40 mg 30 Stk			19797	27.25	13.03
Filmtabl 40 mg 100 Stk			19797	65.65	42.88
Filmtabl 80 mg 30 Stk			19797	27.30	13.07
Filmtabl 80 mg 100 Stk			19797	65.75	42.99

PRÄPARATE/(Wirkstoffe) Packungen	Verantwortliche Firma	Therap. Gruppe	Dossier Nr.	Preis neu	Ex-Fact. neu
<b>ATORVASTATIN SANDOZ</b>	Sandoz Pharmaceuticals AG	071200			
Filmtabl 10 mg 30 Stk			19920	27.25	13.04
Filmtabl 10 mg 100 Stk			19920	65.65	42.88
Filmtabl 20 mg 30 Stk			19920	27.25	13.04
Filmtabl 20 mg 100 Stk			19920	65.65	42.88
Filmtabl 40 mg 30 Stk			19920	27.25	13.04
Filmtabl 40 mg 100 Stk			19920	65.65	42.88
Filmtabl 80 mg 30 Stk			19920	27.25	13.04
Filmtabl 80 mg 100 Stk			19920	65.65	42.88
<b>ATORVASTATIN SPIRIG HC</b>	Spirig HealthCare AG	071200			
Filmtabl 10 mg Blist 30 Stk			21196	27.25	13.04
Filmtabl 10 mg Blist 100 Stk			21196	65.65	42.88
Filmtabl 20 mg Blist 30 Stk			21196	27.25	13.04
Filmtabl 20 mg Blist 100 Stk			21196	65.65	42.88
Filmtabl 40 mg Blist 30 Stk			21196	27.25	13.04
Filmtabl 40 mg Blist 100 Stk			21196	65.65	42.88
Filmtabl 80 mg Blist 30 Stk			21196	27.25	13.04
Filmtabl 80 mg Blist 100 Stk			21196	65.65	42.88
<b>ATORVASTATIN STREULI</b>	Streuli Pharma AG	071200			
Filmtabl 10 mg 30 Stk			19939	27.25	13.03
Filmtabl 10 mg 100 Stk			19939	65.65	42.88
Filmtabl 20 mg 30 Stk			19939	27.25	13.03
Filmtabl 20 mg 100 Stk			19939	65.65	42.88
Filmtabl 40 mg 30 Stk			19939	27.25	13.03
Filmtabl 40 mg 100 Stk			19939	65.65	42.88
Filmtabl 80 mg 30 Stk			19939	27.25	13.03
Filmtabl 80 mg 100 Stk			19939	65.65	42.88
<b>ATORVASTATIN ZENTIVA</b>	Helvepharm AG	071200			
Filmtabl 10 mg 30 Stk			20449	27.30	13.06
Filmtabl 20 mg 30 Stk			20449	27.25	13.03
Filmtabl 20 mg 100 Stk			20449	65.65	42.88
Filmtabl 40 mg 30 Stk			20449	27.25	13.03
Filmtabl 40 mg 100 Stk			20449	65.65	42.88
Filmtabl 80 mg 30 Stk			20449	27.30	13.06
Filmtabl 80 mg 100 Stk			20449	65.75	42.97
<b>ATORVASTATIN-MEPHA</b>	Mepha Pharma AG	071200			
Lactabs 10 mg 30 Stk			20239	27.25	13.03
Lactabs 10 mg 90 Stk			20239	60.70	38.59
Lactabs 20 mg 30 Stk			20239	27.25	13.03
Lactabs 20 mg 90 Stk			20239	60.70	38.59
Lactabs 40 mg 30 Stk			20239	27.25	13.03
Lactabs 40 mg 90 Stk			20239	60.70	38.59
Lactabs 80 mg 30 Stk			20239	27.25	13.03
Lactabs 80 mg 100 Stk			20239	65.60	42.87

PRÄPARATE/(Wirkstoffe) Packungen	Verantwortliche Firma	Therap. Gruppe	Dossier Nr.	Preis neu	Ex-Fact. neu
<b>ATORVASTATIN-MEPHA TEVA</b>	Mepha Pharma AG	071200			
Filmtabl 10 mg 30 Stk			19873	27.25	13.03
Filmtabl 10 mg 100 Stk			19873	65.65	42.88
Filmtabl 10 mg Ds 100 Stk			19873	65.65	42.88
Filmtabl 20 mg 30 Stk			19873	27.25	13.03
Filmtabl 20 mg 100 Stk			19873	65.65	42.88
Filmtabl 20 mg Ds 100 Stk			19873	65.65	42.88
Filmtabl 40 mg 30 Stk			19873	27.25	13.03
Filmtabl 40 mg 100 Stk			19873	65.65	42.88
Filmtabl 40 mg Ds 100 Stk			19873	65.65	42.88
Filmtabl 80 mg 30 Stk			19873	27.25	13.03
Filmtabl 80 mg 100 Stk			19873	65.65	42.88
Filmtabl 80 mg Ds 100 Stk			19873	65.65	42.88
<b>ATORVASTAX</b>	Drossapharm AG	071200			
Filmtabl 10 mg 30 Stk			19879	27.25	13.03
Filmtabl 10 mg 100 Stk			19879	65.65	42.88
Filmtabl 20 mg 30 Stk			19879	27.25	13.03
Filmtabl 20 mg 100 Stk			19879	65.65	42.88
Filmtabl 40 mg 30 Stk			19879	27.25	13.03
Filmtabl 40 mg 100 Stk			19879	65.65	42.88
Filmtabl 80 mg 30 Stk			19879	27.25	13.03
Filmtabl 80 mg 100 Stk			19879	65.65	42.88
<b>ATOZET</b>	Organon GmbH	071200			
Filmtabl 10/10 mg 30 Stk			20337	58.20	36.41
Filmtabl 10/10 mg 90 Stk			20337	141.85	109.26
Filmtabl 10/20 mg 30 Stk			20337	58.20	36.41
Filmtabl 10/20 mg 90 Stk			20337	141.85	109.26
Filmtabl 10/40 mg 30 Stk			20337	58.20	36.41
Filmtabl 10/40 mg 90 Stk			20337	141.85	109.26
Filmtabl 10/80 mg 30 Stk			20337	58.20	36.41
Filmtabl 10/80 mg 90 Stk			20337	141.85	109.26
<b>CADUET</b>	Pfizer PFE Switzerland GmbH	071200			
Filmtabl 5 mg/10 mg 98 Stk			18422	80.25	55.62
Filmtabl 10 mg/10 mg 98 Stk			18422	80.25	55.62
<b>EZETIMIB-ROSUVASTATIN MYLAN</b>	Mylan Pharma GmbH	071200			
Filmtabl 10 mg/10 mg Blist 30 Stk			21311	41.30	21.68
Filmtabl 10 mg/10 mg Blist 90 Stk			21311	91.10	65.05
Filmtabl 10 mg/20 mg Blist 30 Stk			21311	45.05	24.96
Filmtabl 10 mg/20 mg Blist 90 Stk			21311	102.35	74.88
<b>EZETROL</b>	Organon GmbH	071200			
Tabl 10 mg 28 Stk			17838	44.40	24.38
Tabl 10 mg 98 Stk			17838	114.20	85.20
<b>INEGY</b>	Organon GmbH	071200			
Tabl 10/10 mg 28 Stk			18299	49.70	29.02
Tabl 10/10 mg 98 Stk			18299	132.70	101.29
Tabl 10/20 mg 28 Stk			18299	53.95	32.70
Tabl 10/20 mg 98 Stk			18299	147.45	114.16
Tabl 10/40 mg 28 Stk			18299	60.15	38.10
Tabl 10/40 mg 98 Stk			18299	167.35	131.50

PRÄPARATE/(Wirkstoffe) Packungen	Verantwortliche Firma	Therap. Gruppe	Dossier Nr.	Preis neu	Ex-Fact. neu
<b>SIMCORA</b>	Sandoz Pharmaceuticals AG	071200			
Filmtabl 20 mg 30 Stk			18013	34.15	15.48
Filmtabl 20 mg 100 Stk			18013	64.75	42.11
Filmtabl 40 mg 30 Stk			18013	34.15	15.48
Filmtabl 40 mg 100 Stk			18013	73.00	49.29
Filmtabl 80 mg Blist 30 Stk			18013	34.15	15.44
Filmtabl 80 mg Blist 100 Stk			18013	72.85	49.18
<b>SIMVASIN SPIRIG HC</b>	Spirig HealthCare AG	071200			
Filmtabl 20 mg 28 Stk			18347	34.25	15.55
Filmtabl 20 mg 98 Stk			18347	63.80	41.27
Filmtabl 40 mg 28 Stk			18347	34.15	15.46
Filmtabl 40 mg 98 Stk			18347	72.95	49.26
Filmtabl 80 mg 28 Stk			18347	29.50	14.99
Filmtabl 80 mg 98 Stk			18347	71.70	48.18
<b>SIMVASTATIN HELVEPHARM</b>	Helvepharm AG	071200			
Filmtabl 20 mg 28 Stk			18043	27.30	13.06
Filmtabl 20 mg 98 Stk			18043	63.80	41.27
Filmtabl 40 mg 28 Stk			18043	27.30	13.06
Filmtabl 40 mg 98 Stk			18043	63.80	41.27
Filmtabl 80 mg 30 Stk			18043	28.35	13.99
Filmtabl 80 mg 100 Stk			18043	67.75	44.71
<b>SIMVASTATIN SPIRIG HC</b>	Spirig HealthCare AG	071200			
Filmtabl 20 mg Blist 30 Stk			21274	34.85	16.06
Filmtabl 20 mg Blist 100 Stk			21274	64.75	42.11
Filmtabl 40 mg Blist 30 Stk			21274	34.85	16.06
Filmtabl 40 mg Blist 100 Stk			21274	72.85	49.17
Filmtabl 80 mg Blist 30 Stk			21274	34.85	16.06
Filmtabl 80 mg Blist 100 Stk			21274	72.85	49.17
<b>SIMVASTATIN ZENTIVA</b>	Helvepharm AG	071200			
Filmtabl 20 mg Blist 28 Stk			18043	27.30	13.06
Filmtabl 20 mg Blist 98 Stk			18043	63.80	41.27
Filmtabl 40 mg Blist 28 Stk			18043	27.30	13.06
Filmtabl 40 mg Blist 98 Stk			18043	63.80	41.27
Filmtabl 80 mg Blist 30 Stk			18043	28.35	13.99
Filmtabl 80 mg Blist 100 Stk			18043	67.75	44.71
<b>SIMVASTATIN-MEPHA</b>	Mepha Pharma AG	071200			
Lactabs 20 mg 30 Stk			20188	34.45	15.72
Lactabs 20 mg 100 Stk			20188	64.75	42.11
Lactabs 40 mg 30 Stk			20188	34.45	15.72
Lactabs 40 mg 100 Stk			20188	73.00	49.30
Lactabs 80 mg 30 Stk			20188	34.40	15.68
Lactabs 80 mg 100 Stk			20188	72.85	49.18
<b>SORTIS</b>	Pfizer PFE Switzerland GmbH	071200			
Filmtabl 10 mg 30 Stk			16982	39.40	20.05
Filmtabl 10 mg 100 Stk			16982	92.15	65.97
Filmtabl 20 mg 30 Stk			16982	39.40	20.05
Filmtabl 20 mg 100 Stk			16982	92.15	65.97
Filmtabl 40 mg 30 Stk			16982	39.40	20.05
Filmtabl 40 mg 100 Stk			16982	92.15	65.97
Filmtabl 80 mg 30 Stk			16982	39.40	20.05
Filmtabl 80 mg 100 Stk			16982	92.15	65.97

PRÄPARATE/(Wirkstoffe) Packungen	Verantwortliche Firma	Therap. Gruppe	Dossier Nr.	Preis neu	Ex-Fact. neu
<b>ZOCOR</b>	Organon GmbH	071200			
Filmtabl 20 mg 28 Stk			15662	34.55	15.83
Filmtabl 20 mg 98 Stk			15662	79.55	55.03
Filmtabl 40 mg 28 Stk			15662	34.55	15.83
Filmtabl 40 mg 98 Stk			15662	79.55	55.03
<b>IV.d. Normale Preismutation</b>					
<b>BENLYSTA</b>	GlaxoSmithKline AG	071500			
Trockensub 120 mg 1 Stk			19903	201.10	160.88
Trockensub 400 mg 1 Stk			19903	632.05	536.29
Inj Lös 200 mg/ml Autoinjektor Injektor 1 ml			20822	284.90	233.87
Inj Lös 200 mg/ml Autoinjektor 4 Injektor 1 ml			20822	1087.50	935.49
<b>IV.e. Preisänderung nach Patentablauf</b>					
<b>ARCOXIA</b>	Organon GmbH	071010			
Filmtabl 30 mg 28 Stk			19014	36.50	17.49
Filmtabl 60 mg 7 Stk			19014	16.15	6.94
Filmtabl 60 mg 28 Stk			19014	48.25	27.76
<b>LIVAZO</b>	Recordati AG	071200			
Filmtabl 1 mg 30 Stk			19952	46.80	26.46
Filmtabl 1 mg 90 Stk			19952	107.55	79.38
Filmtabl 2 mg 30 Stk			19952	53.35	32.20
Filmtabl 2 mg 90 Stk			19952	127.30	96.62
Filmtabl 4 mg 30 Stk			19952	70.05	46.72
Filmtabl 4 mg 90 Stk			19952	177.30	140.17
<b>OVITRELLE</b>	Merck (Schweiz) AG	070810			
Inj Lös 250 mcg/0.5 ml Fertspr 0.500 ml			17994	55.00	33.63
<b>RASILEZ</b>	Future Health Pharma GmbH	020710			
Filmtabl 150 mg 28 Stk			18628	41.15	21.57
Filmtabl 150 mg 98 Stk			18628	103.05	75.50
Filmtabl 300 mg 28 Stk			18628	45.95	25.73
Filmtabl 300 mg 98 Stk			18628	119.75	90.01
<b>IV.f. Preismutation bei Erstaufnahme</b>					
<b>ATORVASTATIN ZENTIVA</b>	Helvepharm AG	071200			
Filmtabl 10 mg 100 Stk			20449	65.75	42.97
<b>CAPRELSA</b>	Sanofi-Aventis (Suisse) SA	071610			
Tabl 100 mg Blist 30 Stk			19924	2445.50	2173.70
Tabl 300 mg Blist 30 Stk			19924	4959.05	4598.08
<b>EPLERENON XIROMED</b>	Xiromed SA	050100			
Filmtabl 25 mg Blist 30 Stk			21298	49.00	28.41
Filmtabl 25 mg Blist 100 Stk			21298	108.00	79.81
Filmtabl 50 mg Blist 30 Stk			21298	49.00	28.41
Filmtabl 50 mg Blist 100 Stk			21298	108.00	79.81

PRÄPARATE/(Wirkstoffe) Packungen	Verantwortliche Firma	Therap. Gruppe	Dossier Nr.	Preis neu	Ex-Fact. neu
<b>V. Preiserhöhungen</b>					
<b>V.a. Wechsel der Abgabekategorie</b>					
<b>MAKATUSSIN</b> 30 g	Gebro Pharma AG	030110	9628	14.90	5.82
<b>MAKATUSSIN COMP</b> 80 ml	Gebro Pharma AG	030310	15328	8.35	3.70
<b>MAKATUSSIN</b> Tb 30 g	Gebro Pharma AG	030110	9628	14.90	5.82
<b>V.b. Preiserhöhungsgesuch</b>					
<b>CUVITRU</b> Durchstf 5 ml	Takeda Pharma AG	080900	20571	92.05	65.88
<b>CUVITRU</b> Durchstf 10 ml	Takeda Pharma AG	080900	20571	167.65	131.76
<b>CUVITRU</b> Durchstf 20 ml	Takeda Pharma AG	080900	20571	318.95	263.53
<b>CUVITRU</b> Durchstf 40 ml	Takeda Pharma AG	080900	20571	621.45	527.05
<b>CUVITRU</b> Durchstf 50 ml	Takeda Pharma AG	080900	20571	772.75	658.82
<b>DAFALGAN</b> 90 ml	UPSA Switzerland AG	010110	14275	2.55	1.38
<b>DAFALGAN 80</b> 10 Stk	UPSA Switzerland AG	010110	16261	2.10	1.15
<b>DAFALGAN 150</b> 10 Stk	UPSA Switzerland AG	010110	16261	2.35	1.27
<b>DAFALGAN 300</b> 10 Stk	UPSA Switzerland AG	010110	16261	2.55	1.38
<b>DAFALGAN 600</b> 10 Stk	UPSA Switzerland AG	010110	16261	2.95	1.61
<b>HYQVIA</b> Durchstf 25 ml	Takeda Pharma AG	080900	20902	213.30	171.51
<b>HYQVIA</b> Durchstf 50 ml	Takeda Pharma AG	080900	20902	410.20	343.02
<b>HYQVIA</b> Durchstf 100 ml	Takeda Pharma AG	080900	20902	804.00	686.05
<b>HYQVIA</b> Durchstf 200 ml	Takeda Pharma AG	080900	20902	1566.35	1372.09
<b>HYQVIA</b> Durchstf 300 ml	Takeda Pharma AG	080900	20902	2318.75	2058.14

PRÄPARATE/(Wirkstoffe) Packungen	Verantwortliche Firma	Therap. Gruppe	Dossier Nr.	Preis neu	Ex-Fact. neu
-------------------------------------	--------------------------	-------------------	-------------	-----------	--------------

#### VI. Limitations-/Indikationsänderung

<b>BENLYSTA</b>	GlaxoSmithKline AG	071500			
Trockensub 120 mg 1 Stk			19903	201.10	160.88
Trockensub 400 mg 1 Stk			19903	632.05	536.29
Inj Lös 200 mg/ml Autoinjektor Injektor 1 ml			20822	284.90	233.87
Inj Lös 200 mg/ml Autoinjektor 4 Injektor 1 ml			20822	1087.50	935.49

##### Limitation alt:

Erstverordnung durch FachärztInnen für Klinische Immunologie und Rheumatologie.

Nach Kostengutsprache durch den Krankenversicherer nach vorgängiger Konsultation des Vertrauensarztes.

Zur Behandlung von erwachsenen Patienten mit serologisch aktivem systemischem Lupus erythematodes SLE (ANA-Titer >1:80 und/oder pos. anti-dsDNA-Test >30IU/ml), die trotz Basistherapie (z.B. Prednison, Antimalariamittel, Immunsuppressivum) eine hohe Krankheitsaktivität aufweisen (z.B. positiver Test auf anti-dsDNA-Antikörper  $\geq 30$  IU/ml und niedriges Komplement (C3: <90mg/dl und niedriges C4: <16mg/dl)).

Die Wirksamkeit/Zweckmässigkeit von BENLYSTA muss spätestens nach 6 Monaten durch den aktuell behandelnden Arzt zu Handen des Vertrauensarztes reevaluiert werden.

##### Limitation neu:

Nach Kostengutsprache durch den Krankenversicherer nach vorgängiger Konsultation des Vertrauensarztes.

Die Wirksamkeit/Zweckmässigkeit von BENLYSTA muss spätestens nach 6 Monaten durch den aktuell behandelnden Arzt zu Handen des Vertrauensarztes reevaluiert werden.

Nicht zur Behandlung von Patienten mit schwerem, aktivem Lupus des Zentralnervensystems.

##### Systemischer Lupus erythematodes (SLE)

Erstverordnung durch FachärztInnen für klinische Immunologie und Rheumatologie. Zur Behandlung von erwachsenen Patienten mit serologisch aktivem systemischem Lupus erythematodes SLE (ANA-Titer >1:80 und/oder pos. anti-dsDNA-Test >30IU/ml), die trotz Basistherapie (z.B. Prednison, Antimalariamittel, Immunsuppressivum) eine hohe Krankheitsaktivität aufweisen (z.B. positiver Test auf anti-dsDNA-Antikörper  $\geq 30$  IU/ml und niedriges Komplement (C3: <90mg/dl und niedriges C4: <16mg/dl)).

##### Lupusnephritis (LN)

Erstverordnung durch FachärztInnen für klinische Immunologie, Nephrologie und Rheumatologie, welche Erfahrung in der Behandlung einer Lupusnephritis haben.

Zur Behandlung von erwachsenen Patienten mit nachgewiesener, aktiver Lupusnephritis (LN) der Klasse III oder IV +/- V, die eine Standardtherapie (entsprechend der Zulassungsstudie) erhalten. Zusätzlich müssen die PatientInnen eine Autoantikörper-Positivität (d.h. ANA-Titer > 1:80 und/oder pos. Anti-dsDNA >30IU/ml) aufweisen.

<b>LENALIDOMID SPIRIG HC</b>	Spirig HealthCare AG	071610			
Kaps 2.5 mg Blist 21 Stk			21384	1679.80	1475.55
Kaps 5 mg Blist 21 Stk			21384	1723.30	1515.21
Kaps 7.5 mg Blist 21 Stk			21384	1766.80	1554.87
Kaps 10 mg Blist 21 Stk			21384	1810.30	1594.53
Kaps 15 mg Blist 21 Stk			21384	1899.50	1675.86
Kaps 20 mg Blist 21 Stk			21384	1991.45	1759.71
Kaps 25 mg Blist 21 Stk			21384	2083.45	1843.57

##### Limitation alt:

Zur Behandlung von

- erwachsenen Patienten mit unbehandeltem multiplem Myelom, die nicht transplantierbar sind, in Kombination mit Dexamethason oder in Kombination mit Melphalan und Prednison, jeweils gefolgt von einer Lenalidomid Erhaltungstherapie bis zur Progression oder Unverträglichkeit (Indikationscode: 21384.01),
- Patienten mit multiplem Myelom, die wenigstens eine vorangegangene medikamentöse Therapie erhalten haben in Kombination mit Dexamethason (Indikationscode: 21384.02),
- Patienten mit transfusionsabhängiger Anämie infolge von myelodysplastischem Syndrom mit niedrigem oder intermediärem Risiko 1 in Verbindung mit einer zytogenetischen Deletion 5q-Anomalie mit oder ohne weitere zytogenetische Anomalien (Indikationscode: 21384.03).

Nach vorgängiger Kostengutsprache durch den Krankenversicherer nach vorheriger Konsultation des Vertrauensarztes. Der Indikationscode ist an den Krankenversicherer zu übermitteln.

Befristete Limitation bis 31.07.2022

##### Erhaltungstherapie nach autologer Stammzelltransplantation

Nach Kostengutsprache durch den Krankenversicherer nach vorgängiger Konsultation des Vertrauensarztes zur Behandlung von erwachsenen Patienten mit multiplem Myelom als Erhaltungstherapie nach autologer Stammzelltransplantation.

Folgender Code ist an den Krankenversicherer zu übermitteln: 21384.04

Befristete Limitation bis 31.05.2024

##### Kombination LENALIDOMID Spirig, Carfilzomib und Dexamethason

LENALIDOMID Spirig wird nach Kostengutsprache durch den Krankenversicherer nach vorgängiger Konsultation des Vertrauensarztes in Kombination mit Carfilzomib und Dexamethason zur Behandlung von erwachsenen Patienten mit rezidivierendem multiplem Myelom, die mindestens eine vorangegangene Therapie erhalten haben, vergütet.

Die Behandlung mit LENALIDOMID Spirig kann bis zur Progression der Krankheit vergütet werden.

Folgender Code ist an den Krankenversicherer zu übermitteln: 21384.07

PRÄPARATE/(Wirkstoffe) Packungen	Verantwortliche Firma	Therap. Gruppe	Dossier Nr.	Preis neu	Ex-Fact. neu
-------------------------------------	--------------------------	-------------------	-------------	-----------	--------------

Befristete Limitation bis 28.02.2025

**Kombination LENALIDOMID Spirig, Elotuzumab und Dexamethason**

Nach Kostengutsprache durch den Krankenversicherer nach vorgängiger Konsultation des Vertrauensarztes.

LENALIDOMID Spirig wird in Kombination mit Elotuzumab und Dexamethason zur Behandlung von erwachsenen Patienten mit rezidivierendem multiplem Myelom, die mindestens eine vorangegangene Therapie erhalten haben, vergütet.

Die Behandlung mit LENALIDOMID Spirig darf maximal bis zur Progression der Krankheit vergütet werden.

Folgender Code ist an den Krankenversicherer zu übermitteln: 21384.08

Befristete Limitation bis 30.06.2025

**Kombination LENALIDOMID Spirig, Ixazomib und Dexamethason**

Nach Kostengutsprache durch den Krankenversicherer nach vorgängiger Konsultation des Vertrauensarztes.

LENALIDOMID Spirig wird in Kombination mit Ixazomib und Dexamethason vergütet zur Behandlung von erwachsenen Patienten mit multiplem Myelom, die

– mindestens eine vorangegangene Therapie erhalten haben und Hochrisikomerkmale (definiert als erhöhtes zytogenetisches Risiko [hohes Risiko für (del(17), t(4;14), t(14;16)] oder 1q21) oder ISS-Stadium III) aufweisen,

oder

– die mindestens zwei vorangegangene Therapien erhalten haben.

Falls es zu einer Progression der Krankheit kommt oder inakzeptable Toxizitätserscheinungen auftreten, muss die Behandlung mit LENALIDOMID Spirig abgebrochen werden.

Folgender Code ist an den Krankenversicherer zu übermitteln: 21384.09

Befristete Limitation bis 31.12.2023

**Kombination LENALIDOMID Spirig, Daratumumab und Dexamethason**

Nach Kostengutsprache durch den Krankenversicherer nach vorgängiger Konsultation des Vertrauensarztes.

LENALIDOMID Spirig wird vergütet in Kombination mit Daratumumab und Dexamethason für die Behandlung von Patienten mit multiplem Myelom, die mindestens eine frühere Therapielinie erhalten haben.

Nur bis zur Progression der Krankheit.

Folgender Code ist an den Krankenversicherer zu übermitteln: 21384.10

**Limitation neu:**

Zur Behandlung von

- erwachsenen Patienten mit unbehandeltem multiplem Myelom, die nicht transplantierbar sind, in Kombination mit Dexamethason oder in Kombination mit Melphalan und Prednison, jeweils gefolgt von einer Lenalidomid Erhaltungstherapie bis zur Progression oder Unverträglichkeit (Indikationscode: 21384.01),
- Patienten mit multiplem Myelom, die wenigstens eine vorangegangene medikamentöse Therapie erhalten haben in Kombination mit Dexamethason (Indikationscode: 21384.02),
- Patienten mit transfusionsabhängiger Anämie infolge von myelodysplastischem Syndrom mit niedrigem oder intermediärem Risiko 1 in Verbindung mit einer zytogenetischen Deletion 5q-Anomalie mit oder ohne weitere zytogenetische Anomalien (Indikationscode: 21384.03).

Nach vorgängiger Kostengutsprache durch den Krankenversicherer nach vorheriger Konsultation des Vertrauensarztes. Der Indikationscode ist an den Krankenversicherer zu übermitteln.

Befristete Limitation bis 31.10.2022

**Kombination LENALIDOMID Spirig, Bortezomib und Dexamethason (Induktion vor Stammzelltransplantation)**

Nach Kostengutsprache durch den Krankenversicherer nach vorgängiger Konsultation des Vertrauensarztes zur Induktionsbehandlung von erwachsenen Patienten mit unbehandeltem multiplem Myelom in Kombination mit Bortezomib und Dexamethason vor Stammzelltransplantation.

Sobald Generika mit dem Wirkstoff Bortezomib in die Spezialitätenliste aufgenommen werden, ist für die Kombination höchstens das Preisniveau von LENALIDOMID Spirig und einem Bortezomib-Generikum und Dexamethason wirtschaftlich, sofern der Arzt nicht aus medizinischen Gründen ausdrücklich das Originalpräparat verschreibt oder der Apotheker oder die Apothekerin aus medizinischen Gründen eine Substitution ablehnt.

Folgender Code ist an den Krankenversicherer zu übermitteln: 21384.05

Befristete Limitation bis 31.10.2022

**Kombination LENALIDOMID Spirig, Bortezomib und Dexamethason (ohne Stammzelltransplantation)**

Nach Kostengutsprache durch den Krankenversicherer nach vorgängiger Konsultation des Vertrauensarztes zur Behandlung von erwachsenen Patienten mit unbehandeltem Myelom, die nicht transplantierbar sind, in Kombination mit Bortezomib und Dexamethason.

Sobald Generika mit dem Wirkstoff Bortezomib in die Spezialitätenliste aufgenommen werden, ist für die Kombination höchstens das Preisniveau von LENALIDOMID Spirig und einem Bortezomib-Generikum und Dexamethason wirtschaftlich, sofern der Arzt nicht aus medizinischen Gründen ausdrücklich das Originalpräparat verschreibt oder der Apotheker oder die Apothekerin aus medizinischen Gründen eine Substitution ablehnt.

Folgender Code ist an den Krankenversicherer zu übermitteln: 21384.06

Befristete Limitation bis 31.10.2022

**Erhaltungstherapie nach autologer Stammzelltransplantation**

Nach Kostengutsprache durch den Krankenversicherer nach vorgängiger Konsultation des Vertrauensarztes zur Behandlung von erwachsenen Patienten mit multiplem Myelom als Erhaltungstherapie nach autologer Stammzelltransplantation.

Folgender Code ist an den Krankenversicherer zu übermitteln: 21384.04

PRÄPARATE/(Wirkstoffe) Packungen	Verantwortliche Firma	Therap. Gruppe	Dossier Nr.	Preis neu	Ex-Fact. neu
<p>Befristete Limitation bis 31.05.2024</p> <p><b>Kombination LENALIDOMID Spirig, Carfilzomib und Dexamethason</b></p> <p>LENALIDOMID Spirig wird nach Kostengutsprache durch den Krankenversicherer nach vorgängiger Konsultation des Vertrauensarztes in Kombination mit Carfilzomib und Dexamethason zur Behandlung von erwachsenen Patienten mit rezidivierendem multiplem Myelom, die mindestens eine vorangegangene Therapie erhalten haben, vergütet.</p> <p>Die Behandlung mit LENALIDOMID Spirig kann bis zur Progression der Krankheit vergütet werden.</p> <p>Folgender Code ist an den Krankenversicherer zu übermitteln: 21384.07</p> <p>Befristete Limitation bis 28.02.2025</p> <p><b>Kombination LENALIDOMID Spirig, Elotuzumab und Dexamethason</b></p> <p>Nach Kostengutsprache durch den Krankenversicherer nach vorgängiger Konsultation des Vertrauensarztes.</p> <p>LENALIDOMID Spirig wird in Kombination mit Elotuzumab und Dexamethason zur Behandlung von erwachsenen Patienten mit rezidivierendem multiplem Myelom, die mindestens eine vorangegangene Therapie erhalten haben, vergütet.</p> <p>Die Behandlung mit LENALIDOMID Spirig darf maximal bis zur Progression der Krankheit vergütet werden.</p> <p>Folgender Code ist an den Krankenversicherer zu übermitteln: 21384.08</p> <p>Befristete Limitation bis 30.06.2025</p> <p><b>Kombination LENALIDOMID Spirig, Ixazomib und Dexamethason</b></p> <p>Nach Kostengutsprache durch den Krankenversicherer nach vorgängiger Konsultation des Vertrauensarztes.</p> <p>LENALIDOMID Spirig wird in Kombination mit Ixazomib und Dexamethason vergütet zur Behandlung von erwachsenen Patienten mit multiplem Myelom, die</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– mindestens eine vorangegangene Therapie erhalten haben und Hochrisikomerkmale (definiert als erhöhtes zyto genetisches Risiko [hohes Risiko für (del(17), t(4;14), t(14;16)) oder 1q21] oder ISS-Stadium III) aufweisen,</li> <li>oder</li> <li>– die mindestens zwei vorangegangene Therapien erhalten haben.</li> </ul> <p>Falls es zu einer Progression der Krankheit kommt oder inakzeptable Toxizitätserscheinungen auftreten, muss die Behandlung mit LENALIDOMID Spirig abgebrochen werden.</p> <p>Folgender Code ist an den Krankenversicherer zu übermitteln: 21384.09</p> <p>Befristete Limitation bis 31.12.2023</p> <p><b>Kombination LENALIDOMID Spirig, Daratumumab und Dexamethason</b></p> <p>Nach Kostengutsprache durch den Krankenversicherer nach vorgängiger Konsultation des Vertrauensarztes.</p> <p>LENALIDOMID Spirig wird vergütet in Kombination mit Daratumumab und Dexamethason für die Behandlung von Patienten mit multiplem Myelom, die mindestens eine frühere Therapielinie erhalten haben.</p> <p>Nur bis zur Progression der Krankheit.</p> <p>Folgender Code ist an den Krankenversicherer zu übermitteln: 21384.10</p>					

PRÄPARATE/(Wirkstoffe) Packungen	Verantwortliche Firma	Therap. Gruppe	Dossier Nr.	Preis neu	Ex-Fact. neu
<b>REVLIMID</b>	Celgene GmbH	071610			
Kaps 2.5 mg 21 Stk			18541	5287.45	4918.50
Kaps 5 mg 21 Stk			18541	5423.00	5050.71
Kaps 7.5 mg 21 Stk			18541	5558.50	5182.92
Kaps 10 mg 21 Stk			18541	5694.00	5315.13
Kaps 15 mg 21 Stk			18541	5971.85	5586.20
Kaps 20 mg 21 Stk			18541	6258.35	5865.73
Kaps 25 mg 21 Stk			18541	6544.90	6145.26

**Limitation alt:**

Zur Behandlung von

- erwachsenen Patienten mit unbehandeltem multiplem Myelom, die nicht transplantierbar sind, in Kombination mit Dexamethason oder in Kombination mit Melphalan und Prednison, jeweils gefolgt von einer Revlimid Erhaltungstherapie bis zur Progression oder Unverträglichkeit (Indikationscode: 18541.01),
- Patienten mit multiplem Myelom, die wenigstens eine vorangegangene medikamentöse Therapie erhalten haben in Kombination mit Dexamethason (Indikationscode: 18541.02),
- Patienten mit transfusionsabhängiger Anämie infolge von myelodysplastischem Syndrom mit niedrigem oder intermediärem Risiko 1 in Verbindung mit einer zytogenetischen Deletion 5q-Anomalie mit oder ohne weitere zytogenetische Anomalien (Indikationscode: 18541.03).

Nach vorgängiger Kostengutsprache durch den Krankenversicherer nach vorheriger Konsultation des Vertrauensarztes. Der Indikationscode ist an den Krankenversicherer zu übermitteln.

Befristete Limitation bis 31.07.2022

**Kombination REVLIMID, Bortezomib und Dexamethason (Induktion vor Stammzelltransplantation)**

Nach Kostengutsprache durch den Krankenversicherer nach vorgängiger Konsultation des Vertrauensarztes zur Induktionsbehandlung von erwachsenen Patienten mit unbehandeltem multiplem Myelom in Kombination mit Bortezomib und Dexamethason vor Stammzelltransplantation.

Sobald Generika mit dem Wirkstoff Bortezomib in die Spezialitätenliste aufgenommen werden, ist für die Kombination höchstens das Preisniveau von REVLIMID und einem Bortezomib-Generikum und Dexamethason wirtschaftlich, sofern der Arzt nicht aus medizinischen Gründen ausdrücklich das Originalpräparat verschreibt oder der Apotheker oder die Apothekerin aus medizinischen Gründen eine Substitution ablehnt.

Folgender Code ist an den Krankenversicherer zu übermitteln: 18541.05

Befristete Limitation bis 31.07.2022

**Kombination REVLIMID, Bortezomib und Dexamethason (ohne Stammzelltransplantation)**

Nach Kostengutsprache durch den Krankenversicherer nach vorgängiger Konsultation des Vertrauensarztes zur Behandlung von erwachsenen Patienten mit unbehandeltem Myelom, die nicht transplantierbar sind, in Kombination mit Bortezomib und Dexamethason.

Die Vergütung für die ersten 24 Monate effektiver Therapie erfolgt zu den aufgeführten SL-Preisen zum Zeitpunkt des Bezugs. Die Celgene GmbH vergütet bei einer Therapiedauer darüber hinaus (ab Monat 25) nach Aufforderung durch denjenigen Krankenversicherer, bei dem die versicherte Person zum Zeitpunkt des Bezugs versichert war, für jede weitere bezogene Packung REVLIMID 50 % des Fabrikabgabepreises zurück. Die Forderung einer Rückvergütung nach 24 Monaten durch den Krankenversicherer im Rahmen der Erhaltungstherapie mit REVLIMID nach Kombination von REVLIMID, Bortezomib und Dexamethason (RvD) kann nur dann erfolgen, wenn die Kombination aus RvD nachweislich über 16 Wochen appliziert wurde. Die Mehrwertsteuer kann nicht zusätzlich zu diesem Anteil des Fabrikabgabepreises zurückgefordert werden. Die Rückvergütung gilt für Behandlungen, die ab 1. Januar 2020 initiiert werden.

Sobald Generika mit dem Wirkstoff Bortezomib in die Spezialitätenliste aufgenommen werden, ist für die Kombination höchstens das Preisniveau von REVLIMID und einem Bortezomib-Generikum und Dexamethason wirtschaftlich, sofern der Arzt nicht aus medizinischen Gründen ausdrücklich das Originalpräparat verschreibt oder der Apotheker oder die Apothekerin aus medizinischen Gründen eine Substitution ablehnt.

Folgender Code ist an den Krankenversicherer zu übermitteln: 18541.06

Befristete Limitation bis 31.07.2022

**Erhaltungstherapie nach autologer Stammzelltransplantation**

Nach Kostengutsprache durch den Krankenversicherer nach vorgängiger Konsultation des Vertrauensarztes zur Behandlung von erwachsenen Patienten mit multiplem Myelom als Erhaltungstherapie nach autologer Stammzelltransplantation.

Die Vergütung für die ersten 24 Monate effektiver Erhaltungstherapie nach autologer Stammzelltransplantation erfolgt zu den aufgeführten SL-Preisen zum Zeitpunkt des Bezugs.

Die Celgene GmbH vergütet bei einer Therapiedauer darüber hinaus (ab Monat 25) nach Aufforderung durch denjenigen Krankenversicherer, bei dem die versicherte Person zum Zeitpunkt des Bezugs versichert war, für jede weitere bezogene Packung REVLIMID 50 % des Fabrikabgabepreises zurück. Die Mehrwertsteuer kann nicht zusätzlich zu diesem Anteil des Fabrikabgabepreises zurückgefordert werden. Die Rückvergütung gilt für Behandlungen, die ab 1. Dezember 2019 initiiert werden.

Folgender Code ist an den Krankenversicherer zu übermitteln: 18541.04

Befristete Limitation bis 31.05.2024

**Kombination REVLIMID, Carfilzomib und Dexamethason**

REVLIMID wird nach Kostengutsprache durch den Krankenversicherer nach vorgängiger Konsultation des Vertrauensarztes in Kombination mit Carfilzomib und Dexamethason zur Behandlung von erwachsenen Patienten mit rezidivierendem multiplem Myelom, die mindestens eine vorangegangene Therapie erhalten haben, vergütet.

Die Behandlung mit REVLIMID kann bis zur Progression der Krankheit vergütet werden.

Die CELGENE GmbH zahlt nach Aufforderung durch denjenigen Krankenversicherer, bei dem die versicherte Person zum Zeitpunkt des Bezugs versichert war, pro Packung REVLIMID 20.62 Prozent des Fabrikabgabepreises an den Krankenversicherer zurück. Die Forderung einer Rückvergütung durch den Krankenversicherer im Rahmen der Erhaltungstherapie mit REVLIMID nach Kombination von Carfilzomib und REVLIMID kann nur dann erfolgen, wenn vorab nachweislich mindestens 12 vollständige Kombinationszyklen von Carfilzomib plus REVLIMID eingesetzt wurden.

Wird Carfilzomib vor Ablauf der 12 Zyklen abgesetzt, kann der Krankenversicherer für die darauffolgende Erhaltungstherapie keine Rückvergütung einfordern. Die Mehrwertsteuer kann nicht zusätzlich zu den Rückvergütungsbeträgen zurückgefordert werden. Die Aufforderung zur Rückvergütung soll in der Regel innerhalb von 6 Monaten nach Verabreichung erfolgen.

Folgender Code ist an den Krankenversicherer zu übermitteln: 18541.07

PRÄPARATE/(Wirkstoffe) Packungen	Verantwortliche Firma	Therap. Gruppe	Dossier Nr.	Preis neu	Ex-Fact. neu
-------------------------------------	--------------------------	-------------------	-------------	-----------	--------------

Befristete Limitation bis 28.02.2025

**Kombination REVLIMID, Elotuzumab und Dexamethason**

Nach Kostengutsprache durch den Krankenversicherer nach vorgängiger Konsultation des Vertrauensarztes.

REVLIMID wird in Kombination mit Elotuzumab und Dexamethason zur Behandlung von erwachsenen Patienten mit rezidivierendem multiplem Myelom, die mindestens eine vorangegangene Therapie erhalten haben, vergütet.

Die Behandlung mit REVLIMID darf maximal bis zur Progression der Krankheit vergütet werden.

Die Zulassungsinhaberin Celgene GmbH erstattet im Rahmen der Kombinationstherapie von REVLIMID mit Elotuzumab dem Krankenversicherer, bei dem die versicherte Person zum Zeitpunkt des Bezugs versichert war, auf dessen erste Aufforderung hin, für jede bezogene Packung REVLIMID einen festgelegten Anteil des Fabrikabgabepreises zurück. Die Zulassungsinhaberin gibt dem Krankenversicherer die Höhe der Rückerstattung bekannt.

Die Forderung einer Rückerstattung durch den Krankenversicherer gilt nur für die Kombination von REVLIMID und Elotuzumab und kann nur dann erfolgen, wenn nachweislich beide Medikamente eingesetzt wurden. Wird Elotuzumab abgesetzt, kann der Krankenversicherer für die darauffolgende Erhaltungstherapie mit REVLIMID keine Rückerstattung einfordern. Die Mehrwertsteuer kann nicht zusätzlich zu den Rückerstattungsbeträgen zurückgefordert werden. Die Aufforderung zur Rückerstattung soll ab dem Zeitpunkt der Verabreichung erfolgen.

Folgender Code ist an den Krankenversicherer zu übermitteln: 18541.08.

Befristete Limitation bis 30.06.2025

**Kombination REVLIMID, Ixazomib und Dexamethason**

Nach Kostengutsprache durch den Krankenversicherer nach vorgängiger Konsultation des Vertrauensarztes.

REVLIMID wird in Kombination mit Ixazomib und Dexamethason vergütet zur Behandlung von erwachsenen Patienten mit multiplem Myelom, die

– mindestens eine vorangegangene Therapie erhalten haben und Hochrisikomerkmale (definiert als erhöhtes zytogenetisches Risiko [hohes Risiko für del(17), t(4;14), t(14;16)] oder 1q21) oder ISS-Stadium III) aufweisen,  
oder

– die mindestens zwei vorangegangene Therapien erhalten haben.

Falls es zu einer Progression der Krankheit kommt oder inakzeptable Toxizitätserscheinungen auftreten, muss die Behandlung mit REVLIMID abgebrochen werden.

Die CELGENE GmbH erstattet im Rahmen der Kombinationstherapie von REVLIMID mit Ixazomib dem Krankenversicherer, bei dem die versicherte Person zum Zeitpunkt des Bezugs versichert war, auf dessen erste Aufforderung hin für jede bezogene Packung REVLIMID einen festgelegten Anteil des Fabrikabgabepreises zurück. Sie gibt dem Krankenversicherer die Höhe der Rückerstattung bekannt. Die Mehrwertsteuer kann nicht zusätzlich zu diesem Anteil des Fabrikabgabepreises zurückgefordert werden. Die Aufforderung zur Rückerstattung soll ab dem Zeitpunkt der Verabreichung erfolgen.

Die Forderung einer Rückerstattung durch den Krankenversicherer gilt nur für die Kombination von Ixazomib und REVLIMID und kann nur dann erfolgen, wenn nachweislich beide Medikamente eingesetzt wurden. Wird Ixazomib abgesetzt, kann der Krankenversicherer für die darauffolgende Erhaltungstherapie mit REVLIMID keine Rückerstattung einfordern.

Folgender Code ist an den Krankenversicherer zu übermitteln: 18541.09

Befristete Limitation bis 31.12.2023

**Kombination REVLIMID, Daratumumab und Dexamethason**

Nach Kostengutsprache durch den Krankenversicherer nach vorgängiger Konsultation des Vertrauensarztes.

REVLIMID wird vergütet in Kombination mit Daratumumab und Dexamethason für die Behandlung von Patienten mit multiplem Myelom, die mindestens eine frühere Therapielinie erhalten haben.

Nur bis zur Progression der Krankheit.

Die Celgene GmbH vergütet dem Krankenversicherer, bei dem die versicherte Person zum Zeitpunkt des Bezugs versichert war, auf dessen erste Aufforderung hin für jede bezogene Packung REVLIMID einen festgelegten Anteil des Fabrikabgabepreises zurück. Die Celgene GmbH gibt dem Krankenversicherer die Höhe der Rückvergütung bekannt. Die Mehrwertsteuer kann nicht zusätzlich zu diesem Anteil des Fabrikabgabepreises zurückgefordert werden.

Folgender Code ist an den Krankenversicherer zu übermitteln: 18541.10

**Limitation neu:**

Zur Behandlung von

- erwachsenen Patienten mit unbehandeltem multiplem Myelom, die nicht transplantierbar sind, in Kombination mit Dexamethason oder in Kombination mit Melphalan und Prednison, jeweils gefolgt von einer Revlimid Erhaltungstherapie bis zur Progression oder Unverträglichkeit (Indikationscode: 18541.01),
- Patienten mit multiplem Myelom, die wenigstens eine vorangegangene medikamentöse Therapie erhalten haben in Kombination mit Dexamethason (Indikationscode: 18541.02),
- Patienten mit transfusionsabhängiger Anämie infolge von myelodysplastischem Syndrom mit niedrigem oder intermediärem Risiko 1 in Verbindung mit einer zytogenetischen Deletion 5q-Anomalie mit oder ohne weitere zytogenetische Anomalien (Indikationscode: 18541.03).

Nach vorgängiger Kostengutsprache durch den Krankenversicherer nach vorheriger Konsultation des Vertrauensarztes. Der Indikationscode ist an den Krankenversicherer zu übermitteln.

Befristete Limitation bis 31.10.2022

**Kombination REVLIMID, Bortezomib und Dexamethason (Induktion vor Stammzelltransplantation)**

Nach Kostengutsprache durch den Krankenversicherer nach vorgängiger Konsultation des Vertrauensarztes zur Induktionsbehandlung von erwachsenen Patienten mit unbehandeltem multiplem Myelom in Kombination mit Bortezomib und Dexamethason vor Stammzelltransplantation.

Sobald Generika mit dem Wirkstoff Bortezomib in die Spezialitätenliste aufgenommen werden, ist für die Kombination höchstens das Preisniveau von REVLIMID und einem Bortezomib-Generikum und Dexamethason wirtschaftlich, sofern der Arzt nicht aus medizinischen Gründen ausdrücklich das Originalpräparat verschreibt oder der Apotheker oder die Apothekerin aus medizinischen Gründen eine Substitution ablehnt.

Folgender Code ist an den Krankenversicherer zu übermitteln: 18541.05

PRÄPARATE/(Wirkstoffe) Packungen	Verantwortliche Firma	Therap. Gruppe	Dossier Nr.	Preis neu	Ex-Fact. neu
-------------------------------------	--------------------------	-------------------	-------------	-----------	--------------

Befristete Limitation bis 31.10.2022

**Kombination REVLIMID, Bortezomib und Dexamethason (ohne Stammzelltransplantation)**

Nach Kostengutsprache durch den Krankenversicherer nach vorgängiger Konsultation des Vertrauensarztes zur Behandlung von erwachsenen Patienten mit unbehandeltem Myelom, die nicht transplantierbar sind, in Kombination mit Bortezomib und Dexamethason.

Die Vergütung für die ersten 24 Monate effektiver Therapie erfolgt zu den aufgeführten SL-Preisen zum Zeitpunkt des Bezugs. Die Celgene GmbH vergütet bei einer Therapiedauer darüber hinaus (ab Monat 25) nach Aufforderung durch denjenigen Krankenversicherer, bei dem die versicherte Person zum Zeitpunkt des Bezugs versichert war, für jede weitere bezogene Packung REVLIMID 50 % des Fabrikabgabepreises zurück. Die Forderung einer Rückvergütung nach 24 Monaten durch den Krankenversicherer im Rahmen der Erhaltungstherapie mit REVLIMID nach Kombination von REVLIMID, Bortezomib und Dexamethason (RvD) kann nur dann erfolgen, wenn die Kombination aus RvD nachweislich über 16 Wochen appliziert wurde. Die Mehrwertsteuer kann nicht zusätzlich zu diesem Anteil des Fabrikabgabepreises zurückgefordert werden. Die Rückvergütung gilt für Behandlungen, die ab 1. Januar 2020 initiiert werden.

Sobald Generika mit dem Wirkstoff Bortezomib in die Spezialitätenliste aufgenommen werden, ist für die Kombination höchstens das Preisniveau von REVLIMID und einem Bortezomib-Generikum und Dexamethason wirtschaftlich, sofern der Arzt nicht aus medizinischen Gründen ausdrücklich das Originalpräparat verschreibt oder der Apotheker oder die Apothekerin aus medizinischen Gründen eine Substitution ablehnt.

Folgender Code ist an den Krankenversicherer zu übermitteln: 18541.06

Befristete Limitation bis 31.10.2022

**Erhaltungstherapie nach autologer Stammzelltransplantation**

Nach Kostengutsprache durch den Krankenversicherer nach vorgängiger Konsultation des Vertrauensarztes zur Behandlung von erwachsenen Patienten mit multiplem Myelom als Erhaltungstherapie nach autologer Stammzelltransplantation.

Die Vergütung für die ersten 24 Monate effektiver Erhaltungstherapie nach autologer Stammzelltransplantation erfolgt zu den aufgeführten SL-Preisen zum Zeitpunkt des Bezugs.

Die Celgene GmbH vergütet bei einer Therapiedauer darüber hinaus (ab Monat 25) nach Aufforderung durch denjenigen Krankenversicherer, bei dem die versicherte Person zum Zeitpunkt des Bezugs versichert war, für jede weitere bezogene Packung REVLIMID 50 % des Fabrikabgabepreises zurück. Die Mehrwertsteuer kann nicht zusätzlich zu diesem Anteil des Fabrikabgabepreises zurückgefordert werden. Die Rückvergütung gilt für Behandlungen, die ab 1. Dezember 2019 initiiert werden.

Folgender Code ist an den Krankenversicherer zu übermitteln: 18541.04

Befristete Limitation bis 31.05.2024

**Kombination REVLIMID, Carfilzomib und Dexamethason**

REVLIMID wird nach Kostengutsprache durch den Krankenversicherer nach vorgängiger Konsultation des Vertrauensarztes in Kombination mit Carfilzomib und Dexamethason zur Behandlung von erwachsenen Patienten mit rezidivierendem multiplem Myelom, die mindestens eine vorangegangene Therapie erhalten haben, vergütet.

Die Behandlung mit REVLIMID kann bis zur Progression der Krankheit vergütet werden.

Die CELGENE GmbH zahlt nach Aufforderung durch denjenigen Krankenversicherer, bei dem die versicherte Person zum Zeitpunkt des Bezugs versichert war, pro Packung REVLIMID 20.62 Prozent des Fabrikabgabepreises an den Krankenversicherer zurück. Die Forderung einer Rückvergütung durch den Krankenversicherer im Rahmen der Erhaltungstherapie mit REVLIMID nach Kombination von Carfilzomib und REVLIMID kann nur dann erfolgen, wenn vorab nachweislich mindestens 12 vollständige Kombinationszyklen von Carfilzomib plus REVLIMID eingesetzt wurden.

Wird Carfilzomib vor Ablauf der 12 Zyklen abgesetzt, kann der Krankenversicherer für die darauffolgende Erhaltungstherapie keine Rückvergütung einfordern. Die Mehrwertsteuer kann nicht zusätzlich zu den Rückvergütungsbeträgen zurückgefordert werden. Die Aufforderung zur Rückvergütung soll in der Regel innerhalb von 6 Monaten nach Verabreichung erfolgen.

Folgender Code ist an den Krankenversicherer zu übermitteln: 18541.07

Befristete Limitation bis 28.02.2025

**Kombination REVLIMID, Elotuzumab und Dexamethason**

Nach Kostengutsprache durch den Krankenversicherer nach vorgängiger Konsultation des Vertrauensarztes.

REVLIMID wird in Kombination mit Elotuzumab und Dexamethason zur Behandlung von erwachsenen Patienten mit rezidivierendem multiplem Myelom, die mindestens eine vorangegangene Therapie erhalten haben, vergütet.

Die Behandlung mit REVLIMID darf maximal bis zur Progression der Krankheit vergütet werden.

Die Zulassungsinhaberin Celgene GmbH erstattet im Rahmen der Kombinationstherapie von REVLIMID mit Elotuzumab dem Krankenversicherer, bei dem die versicherte Person zum Zeitpunkt des Bezugs versichert war, auf dessen erste Aufforderung hin, für jede bezogene Packung REVLIMID einen festgelegten Anteil des Fabrikabgabepreises zurück. Die Zulassungsinhaberin gibt dem Krankenversicherer die Höhe der Rückerstattung bekannt.

Die Forderung einer Rückerstattung durch den Krankenversicherer gilt nur für die Kombination von REVLIMID und Elotuzumab und kann nur dann erfolgen, wenn nachweislich beide Medikamente eingesetzt wurden. Wird Elotuzumab abgesetzt, kann der Krankenversicherer für die darauffolgende Erhaltungstherapie mit REVLIMID keine Rückerstattung einfordern. Die Mehrwertsteuer kann nicht zusätzlich zu den Rückerstattungsbeträgen zurückgefordert werden. Die Aufforderung zur Rückerstattung soll ab dem Zeitpunkt der Verabreichung erfolgen.

Folgender Code ist an den Krankenversicherer zu übermitteln: 18541.08.

PRÄPARATE/(Wirkstoffe) Packungen	Verantwortliche Firma	Therap. Gruppe	Dossier Nr.	Preis neu	Ex-Fact. neu
<p>Befristete Limitation bis 30.06.2025</p> <p><b>Kombination REVLIMID, Ixazomib und Dexamethason</b></p> <p>Nach Kostengutsprache durch den Krankenversicherer nach vorgängiger Konsultation des Vertrauensarztes.</p> <p>REVLIMID wird in Kombination mit Ixazomib und Dexamethason vergütet zur Behandlung von erwachsenen Patienten mit multiplen Myelom, die</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– mindestens eine vorangegangene Therapie erhalten haben und Hochrisikomerkmale (definiert als erhöhtes zytogenetisches Risiko [hohes Risiko für (del(17), t(4;14), t(14;16)] oder 1q21) oder ISS-Stadium III) aufweisen,</li> <li>oder</li> <li>– die mindestens zwei vorangegangene Therapien erhalten haben.</li> </ul> <p>Falls es zu einer Progression der Krankheit kommt oder inakzeptable Toxizitätserscheinungen auftreten, muss die Behandlung mit REVLIMID abgebrochen werden.</p> <p>Die CELGENE GmbH erstattet im Rahmen der Kombinationstherapie von REVLIMID mit Ixazomib dem Krankenversicherer, bei dem die versicherte Person zum Zeitpunkt des Bezugs versichert war, auf dessen erste Aufforderung hin für jede bezogene Packung REVLIMID einen festgelegten Anteil des Fabrikabgabepreises zurück. Sie gibt dem Krankenversicherer die Höhe der Rückerstattung bekannt. Die Mehrwertsteuer kann nicht zusätzlich zu diesem Anteil des Fabrikabgabepreises zurückgefordert werden. Die Aufforderung zur Rückerstattung soll ab dem Zeitpunkt der Verabreichung erfolgen.</p> <p>Die Forderung einer Rückerstattung durch den Krankenversicherer gilt nur für die Kombination von Ixazomib und REVLIMID und kann nur dann erfolgen, wenn nachweislich beide Medikamente eingesetzt wurden. Wird Ixazomib abgesetzt, kann der Krankenversicherer für die darauffolgende Erhaltungstherapie mit REVLIMID keine Rückerstattung einfordern.</p> <p>Folgender Code ist an den Krankenversicherer zu übermitteln: 18541.09</p>					
<p>Befristete Limitation bis 31.12.2023</p> <p><b>Kombination REVLIMID, Daratumumab und Dexamethason</b></p> <p>Nach Kostengutsprache durch den Krankenversicherer nach vorgängiger Konsultation des Vertrauensarztes.</p> <p>REVLIMID wird vergütet in Kombination mit Daratumumab und Dexamethason für die Behandlung von Patienten mit multiplen Myelom, die mindestens eine frühere Therapielinie erhalten haben.</p> <p>Nur bis zur Progression der Krankheit.</p> <p>Die Celgene GmbH vergütet dem Krankenversicherer, bei dem die versicherte Person zum Zeitpunkt des Bezugs versichert war, auf dessen erste Aufforderung hin für jede bezogene Packung REVLIMID einen festgelegten Anteil des Fabrikabgabepreises zurück. Die Celgene GmbH gibt dem Krankenversicherer die Höhe der Rückvergütung bekannt. Die Mehrwertsteuer kann nicht zusätzlich zu diesem Anteil des Fabrikabgabepreises zurückgefordert werden.</p> <p>Folgender Code ist an den Krankenversicherer zu übermitteln: 18541.10</p>					
<b>ZOCOR</b>	Organon GmbH	071200			
Filmtabl 20 mg 28 Stk			15662	34.55	15.83
Filmtabl 20 mg 98 Stk			15662	79.55	55.03
Filmtabl 40 mg 28 Stk			15662	34.55	15.83
Filmtabl 40 mg 98 Stk			15662	79.55	55.03
<p><b>Limitation neu:</b></p> <p>Vergütet wird 1 Kleinpackung pro Patient pro 28 Tage oder 1 Grosspackung pro 98 Tage.</p>					

PRÄPARATE/(Wirkstoffe) Packungen	Verantwortliche Firma	Therap. Gruppe	Dossier Nr.	Preis neu	Ex-Fact. neu
<b>LENALIDOMID ACCORD</b>	Accord Healthcare AG	071610			
Kaps 2.5 mg Blist 21 Stk			21398	1679.80	1475.55
Kaps 5 mg Blist 21 Stk			21398	1723.30	1515.21
Kaps 7.5 mg Blist 21 Stk			21398	1766.80	1554.88
Kaps 10 mg Blist 21 Stk			21398	1810.30	1594.54
Kaps 15 mg Blist 21 Stk			21398	1899.50	1675.86
Kaps 20 mg Blist 21 Stk			21398	1991.45	1759.72
Kaps 25 mg Blist 21 Stk			21398	2083.45	1843.58

**Limitation alt:**

Zur Behandlung von

- erwachsenen Patienten mit unbehandeltem multiplem Myelom, die nicht transplantierbar sind, in Kombination mit Dexamethason oder in Kombination mit Melphalan und Prednison, jeweils gefolgt von einer Lenalidomid Erhaltungstherapie bis zur Progression oder Unverträglichkeit (Indikationscode: 21398.01),
- Patienten mit multiplem Myelom, die wenigstens eine vorangegangene medikamentöse Therapie erhalten haben in Kombination mit Dexamethason (Indikationscode: 21398.02),
- Patienten mit transfusionsabhängiger Anämie infolge von myelodysplastischem Syndrom mit niedrigem oder intermediärem Risiko 1 in Verbindung mit einer zytogenetischen Deletion 5q-Anomalie mit oder ohne weitere zytogenetische Anomalien (Indikationscode: 21398.03).

Nach vorgängiger Kostengutsprache durch den Krankenversicherer nach vorheriger Konsultation des Vertrauensarztes. Der Indikationscode ist an den Krankenversicherer zu übermitteln.

Befristete Limitation bis 31.07.2022

**Kombination LENALIDOMID ACCORD, Bortezomib und Dexamethason (Induktion vor Stammzelltransplantation)**

Nach Kostengutsprache durch den Krankenversicherer nach vorgängiger Konsultation des Vertrauensarztes zur Induktionsbehandlung von erwachsenen Patienten mit unbehandeltem multiplem Myelom in Kombination mit Bortezomib und Dexamethason vor Stammzelltransplantation.

Sobald Generika mit dem Wirkstoff Bortezomib in die Spezialitätenliste aufgenommen werden, ist für die Kombination höchstens das Preisniveau von LENALIDOMID ACCORD und einem Bortezomib-Generikum und Dexamethason wirtschaftlich, sofern der Arzt nicht aus medizinischen Gründen ausdrücklich das Originalpräparat verschreibt oder der Apotheker oder die Apothekerin aus medizinischen Gründen eine Substitution ablehnt.

Folgender Code ist an den Krankenversicherer zu übermitteln: 21398.05

Befristete Limitation bis 31.07.2022

**Kombination LENALIDOMID ACCORD, Bortezomib und Dexamethason (ohne Stammzelltransplantation)**

Nach Kostengutsprache durch den Krankenversicherer nach vorgängiger Konsultation des Vertrauensarztes zur Behandlung von erwachsenen Patienten mit unbehandeltem Myelom, die nicht transplantierbar sind, in Kombination mit Bortezomib und Dexamethason.

Sobald Generika mit dem Wirkstoff Bortezomib in die Spezialitätenliste aufgenommen werden, ist für die Kombination höchstens das Preisniveau von LENALIDOMID ACCORD und einem Bortezomib-Generikum und Dexamethason wirtschaftlich, sofern der Arzt nicht aus medizinischen Gründen ausdrücklich das Originalpräparat verschreibt oder der Apotheker oder die Apothekerin aus medizinischen Gründen eine Substitution ablehnt.

Folgender Code ist an den Krankenversicherer zu übermitteln: 21398.06

Befristete Limitation bis 31.07.2022

**Erhaltungstherapie nach autologer Stammzelltransplantation**

Nach Kostengutsprache durch den Krankenversicherer nach vorgängiger Konsultation des Vertrauensarztes zur Behandlung von erwachsenen Patienten mit multiplem Myelom als Erhaltungstherapie nach autologer Stammzelltransplantation.

Folgender Code ist an den Krankenversicherer zu übermitteln: 21398.04

Befristete Limitation bis 31.05.2024

**Kombination LENALIDOMID ACCORD, Carfilzomib und Dexamethason**

LENALIDOMID ACCORD wird nach Kostengutsprache durch den Krankenversicherer nach vorgängiger Konsultation des Vertrauensarztes in Kombination mit Carfilzomib und Dexamethason zur Behandlung von erwachsenen Patienten mit rezidivierendem multiplem Myelom, die mindestens eine vorangegangene Therapie erhalten haben, vergütet.

Die Behandlung mit LENALIDOMID ACCORD kann bis zur Progression der Krankheit vergütet werden.

Folgender Code ist an den Krankenversicherer zu übermitteln: 21398.07

Befristete Limitation bis 28.02.2025

**Kombination LENALIDOMID ACCORD, Elotuzumab und Dexamethason**

Nach Kostengutsprache durch den Krankenversicherer nach vorgängiger Konsultation des Vertrauensarztes.

LENALIDOMID ACCORD wird in Kombination mit Elotuzumab und Dexamethason zur Behandlung von erwachsenen Patienten mit rezidivierendem multiplem Myelom, die mindestens eine vorangegangene Therapie erhalten haben, vergütet.

Die Behandlung mit LENALIDOMID ACCORD darf maximal bis zur Progression der Krankheit vergütet werden.

Folgender Code ist an den Krankenversicherer zu übermitteln: 21398.08

PRÄPARATE/(Wirkstoffe) Packungen	Verantwortliche Firma	Therap. Gruppe	Dossier Nr.	Preis neu	Ex-Fact. neu
-------------------------------------	--------------------------	-------------------	-------------	-----------	--------------

Befristete Limitation bis 30.06.2025

**Kombination LENALIDOMID ACCORD, Ixazomib und Dexamethason**

Nach Kostengutsprache durch den Krankenversicherer nach vorgängiger Konsultation des Vertrauensarztes.

LENALIDOMID ACCORD wird in Kombination mit Ixazomib und Dexamethason vergütet zur Behandlung von erwachsenen Patienten mit multiplem Myelom, die

– mindestens eine vorangegangene Therapie erhalten haben und Hochrisikomerkmale (definiert als erhöhtes zytogenetisches Risiko [hohes Risiko für (del(17), t(4;14), t(14;16)] oder 1q21] oder ISS-Stadium III) aufweisen,

oder

– die mindestens zwei vorangegangene Therapien erhalten haben.

Falls es zu einer Progression der Krankheit kommt oder inakzeptable Toxizitätserscheinungen auftreten, muss die Behandlung mit LENALIDOMID ACCORD abgebrochen werden.

Folgender Code ist an den Krankenversicherer zu übermitteln: 21398.09

Befristete Limitation bis 31.12.2023

**Kombination LENALIDOMID ACCORD, Daratumumab und Dexamethason**

Nach Kostengutsprache durch den Krankenversicherer nach vorgängiger Konsultation des Vertrauensarztes.

LENALIDOMID ACCORD wird vergütet in Kombination mit Daratumumab und Dexamethason für die Behandlung von Patienten mit multiplem Myelom, die mindestens eine frühere Therapielinie erhalten haben.

Nur bis zur Progression der Krankheit.

Folgender Code ist an den Krankenversicherer zu übermitteln: 21398.10

**Limitation neu:**

Zur Behandlung von

– erwachsenen Patienten mit unbehandeltem multiplem Myelom, die nicht transplantierbar sind, in Kombination mit Dexamethason oder in Kombination mit Melphalan und Prednison, jeweils gefolgt von einer Lenalidomid Erhaltungstherapie bis zur Progression oder Unverträglichkeit (Indikationscode: 21398.01),

– Patienten mit multiplem Myelom, die wenigstens eine vorangegangene medikamentöse Therapie erhalten haben in Kombination mit Dexamethason (Indikationscode: 21398.02),

– Patienten mit transfusionsabhängiger Anämie infolge von myelodysplastischem Syndrom mit niedrigem oder intermediärem Risiko 1 in Verbindung mit einer zytogenetischen Deletion 5q-Anomalie mit oder ohne weitere zytogenetische Anomalien (Indikationscode: 21398.03).

Nach vorgängiger Kostengutsprache durch den Krankenversicherer nach vorheriger Konsultation des Vertrauensarztes. Der Indikationscode ist an den Krankenversicherer zu übermitteln.

Befristete Limitation bis 31.10.2022

**Kombination LENALIDOMID ACCORD, Bortezomib und Dexamethason (Induktion vor Stammzelltransplantation)**

Nach Kostengutsprache durch den Krankenversicherer nach vorgängiger Konsultation des Vertrauensarztes zur Induktionsbehandlung von erwachsenen Patienten mit unbehandeltem multiplem Myelom in Kombination mit Bortezomib und Dexamethason vor Stammzelltransplantation.

Sobald Generika mit dem Wirkstoff Bortezomib in die Spezialitätenliste aufgenommen werden, ist für die Kombination höchstens das Preisniveau von LENALIDOMID ACCORD und einem Bortezomib-Generikum und Dexamethason wirtschaftlich, sofern der Arzt nicht aus medizinischen Gründen ausdrücklich das Originalpräparat verschreibt oder der Apotheker oder die Apothekerin aus medizinischen Gründen eine Substitution ablehnt.

Folgender Code ist an den Krankenversicherer zu übermitteln: 21398.05

Befristete Limitation bis 31.10.2022

**Kombination LENALIDOMID ACCORD, Bortezomib und Dexamethason (ohne Stammzelltransplantation)**

Nach Kostengutsprache durch den Krankenversicherer nach vorgängiger Konsultation des Vertrauensarztes zur Behandlung von erwachsenen Patienten mit unbehandeltem Myelom, die nicht transplantierbar sind, in Kombination mit Bortezomib und Dexamethason.

Sobald Generika mit dem Wirkstoff Bortezomib in die Spezialitätenliste aufgenommen werden, ist für die Kombination höchstens das Preisniveau von LENALIDOMID ACCORD und einem Bortezomib-Generikum und Dexamethason wirtschaftlich, sofern der Arzt nicht aus medizinischen Gründen ausdrücklich das Originalpräparat verschreibt oder der Apotheker oder die Apothekerin aus medizinischen Gründen eine Substitution ablehnt.

Folgender Code ist an den Krankenversicherer zu übermitteln: 21398.06

Befristete Limitation bis 31.10.2022

**Erhaltungstherapie nach autologer Stammzelltransplantation**

Nach Kostengutsprache durch den Krankenversicherer nach vorgängiger Konsultation des Vertrauensarztes zur Behandlung von erwachsenen Patienten mit multiplem Myelom als Erhaltungstherapie nach autologer Stammzelltransplantation.

Folgender Code ist an den Krankenversicherer zu übermitteln: 21398.04

PRÄPARATE/(Wirkstoffe) Packungen	Verantwortliche Firma	Therap. Gruppe	Dossier Nr.	Preis neu	Ex-Fact. neu
-------------------------------------	--------------------------	-------------------	-------------	-----------	--------------

Befristete Limitation bis 31.05.2024

**Kombination LENALIDOMID ACCORD, Carfilzomib und Dexamethason**

LENALIDOMID ACCORD wird nach Kostengutsprache durch den Krankenversicherer nach vorgängiger Konsultation des Vertrauensarztes in Kombination mit Carfilzomib und Dexamethason zur Behandlung von erwachsenen Patienten mit rezidivierendem multiplem Myelom, die mindestens eine vorangegangene Therapie erhalten haben, vergütet.

Die Behandlung mit LENALIDOMID ACCORD kann bis zur Progression der Krankheit vergütet werden.

Folgender Code ist an den Krankenversicherer zu übermitteln: 21398.07

Befristete Limitation bis 28.02.2025

**Kombination LENALIDOMID ACCORD, Elotuzumab und Dexamethason**

Nach Kostengutsprache durch den Krankenversicherer nach vorgängiger Konsultation des Vertrauensarztes.

LENALIDOMID ACCORD wird in Kombination mit Elotuzumab und Dexamethason zur Behandlung von erwachsenen Patienten mit rezidivierendem multiplem Myelom, die mindestens eine vorangegangene Therapie erhalten haben, vergütet.

Die Behandlung mit LENALIDOMID ACCORD darf maximal bis zur Progression der Krankheit vergütet werden.

Folgender Code ist an den Krankenversicherer zu übermitteln: 21398.08

Befristete Limitation bis 30.06.2025

**Kombination LENALIDOMID ACCORD, Ixazomib und Dexamethason**

Nach Kostengutsprache durch den Krankenversicherer nach vorgängiger Konsultation des Vertrauensarztes.

LENALIDOMID ACCORD wird in Kombination mit Ixazomib und Dexamethason vergütet zur Behandlung von erwachsenen Patienten mit multiplem Myelom, die

– mindestens eine vorangegangene Therapie erhalten haben und Hochrisikomerkmale (definiert als erhöhtes zytogenetisches Risiko [hohes Risiko für (del(17), t(4;14), t(14;16)] oder 1q21) oder ISS-Stadium III) aufweisen,

oder

– die mindestens zwei vorangegangene Therapien erhalten haben.

Falls es zu einer Progression der Krankheit kommt oder inakzeptable Toxizitätserscheinungen auftreten, muss die Behandlung mit LENALIDOMID ACCORD abgebrochen werden.

Folgender Code ist an den Krankenversicherer zu übermitteln: 21398.09

Befristete Limitation bis 31.12.2023

**Kombination LENALIDOMID ACCORD, Daratumumab und Dexamethason**

Nach Kostengutsprache durch den Krankenversicherer nach vorgängiger Konsultation des Vertrauensarztes.

LENALIDOMID ACCORD wird vergütet in Kombination mit Daratumumab und Dexamethason für die Behandlung von Patienten mit multiplem Myelom, die mindestens eine frühere Therapielinie erhalten haben.

Nur bis zur Progression der Krankheit.

Folgender Code ist an den Krankenversicherer zu übermitteln: 21398.10

LENALIDOMID BMS	Bristol-Myers Squibb SA	071610			
Kaps 2.5 mg Blist 21 Stk			21377	1679.80	1475.55
Kaps 5 mg Blist 21 Stk			21377	1723.30	1515.21
Kaps 7.5 mg Blist 21 Stk			21377	1766.80	1554.88
Kaps 10 mg Blist 21 Stk			21377	1810.30	1594.54
Kaps 15 mg Blist 21 Stk			21377	1899.50	1675.86
Kaps 20 mg Blist 21 Stk			21377	1991.45	1759.72
Kaps 25 mg Blist 21 Stk			21377	2083.45	1843.58

**Limitation alt:**

Zur Behandlung von

- erwachsenen Patienten mit unbehandeltem multiplem Myelom, die nicht transplantierbar sind, in Kombination mit Dexamethason oder in Kombination mit Melphalan und Prednison, jeweils gefolgt von einer Lenalidomid Erhaltungstherapie bis zur Progression oder Unverträglichkeit (Indikationscode: 21377.01),
- Patienten mit multiplem Myelom, die wenigstens eine vorangegangene medikamentöse Therapie erhalten haben in Kombination mit Dexamethason (Indikationscode: 21377.02),
- Patienten mit transfusionsabhängiger Anämie infolge von myelodysplastischem Syndrom mit niedrigem oder intermediärem Risiko 1 in Verbindung mit einer zytogenetischen Deletion 5q-Anomalie mit oder ohne weitere zytogenetische Anomalien (Indikationscode: 21377.03).

Nach vorgängiger Kostengutsprache durch den Krankenversicherer nach vorheriger Konsultation des Vertrauensarztes. Der Indikationscode ist an den Krankenversicherer zu übermitteln.

Befristete Limitation bis 31.07.2022

**Kombination LENALIDOMID BMS, Bortezomib und Dexamethason (Induktion vor Stammzelltransplantation)**

Nach Kostengutsprache durch den Krankenversicherer nach vorgängiger Konsultation des Vertrauensarztes zur Induktionsbehandlung von erwachsenen Patienten mit unbehandeltem multiplem Myelom in Kombination mit Bortezomib und Dexamethason vor Stammzelltransplantation.

Sobald Generika mit dem Wirkstoff Bortezomib in die Spezialitätenliste aufgenommen werden, ist für die Kombination höchstens das Preisniveau von LENALIDOMID BMS und einem Bortezomib-Generikum und Dexamethason wirtschaftlich, sofern der Arzt nicht aus medizinischen Gründen ausdrücklich das Originalpräparat verschreibt oder der Apotheker oder die Apothekerin aus medizinischen Gründen eine Substitution ablehnt.

Folgender Code ist an den Krankenversicherer zu übermitteln: 21377.05

PRÄPARATE/(Wirkstoffe) Packungen	Verantwortliche Firma	Therap. Gruppe	Dossier Nr.	Preis neu	Ex-Fact. neu
-------------------------------------	--------------------------	-------------------	-------------	-----------	--------------

Befristete Limitation bis 31.07.2022

**Kombination LENALIDOMID BMS, Bortezomib und Dexamethason (ohne Stammzelltransplantation)**

Nach Kostengutsprache durch den Krankenversicherer nach vorgängiger Konsultation des Vertrauensarztes zur Behandlung von erwachsenen Patienten mit unbehandeltem Myelom, die nicht transplantierbar sind, in Kombination mit Bortezomib und Dexamethason.

Sobald Generika mit dem Wirkstoff Bortezomib in die Spezialitätenliste aufgenommen werden, ist für die Kombination höchstens das Preisniveau von LENALIDOMID BMS und einem Bortezomib-Generikum und Dexamethason wirtschaftlich, sofern der Arzt nicht aus medizinischen Gründen ausdrücklich das Originalpräparat verschreibt oder der Apotheker oder die Apothekerin aus medizinischen Gründen eine Substitution ablehnt.

Folgender Code ist an den Krankenversicherer zu übermitteln: 21377.06

Befristete Limitation bis 31.07.2022

**Erhaltungstherapie nach autologer Stammzelltransplantation**

Nach Kostengutsprache durch den Krankenversicherer nach vorgängiger Konsultation des Vertrauensarztes zur Behandlung von erwachsenen Patienten mit multiplem Myelom als Erhaltungstherapie nach autologer Stammzelltransplantation.

Folgender Code ist an den Krankenversicherer zu übermitteln: 21377.04

Befristete Limitation bis 31.05.2024

**Kombination LENALIDOMID BMS, Carfilzomib und Dexamethason**

LENALIDOMID BMS wird nach Kostengutsprache durch den Krankenversicherer nach vorgängiger Konsultation des Vertrauensarztes in Kombination mit Carfilzomib und Dexamethason zur Behandlung von erwachsenen Patienten mit rezidivierendem multiplem Myelom, die mindestens eine vorangegangene Therapie erhalten haben, vergütet.

Die Behandlung mit LENALIDOMID BMS kann bis zur Progression der Krankheit vergütet werden.

Folgender Code ist an den Krankenversicherer zu übermitteln: 21377.07

Befristete Limitation bis 28.02.2025

**Kombination LENALIDOMID BMS, Elotuzumab und Dexamethason**

Nach Kostengutsprache durch den Krankenversicherer nach vorgängiger Konsultation des Vertrauensarztes.

LENALIDOMID BMS wird in Kombination mit Elotuzumab und Dexamethason zur Behandlung von erwachsenen Patienten mit rezidivierendem multiplem Myelom, die mindestens eine vorangegangene Therapie erhalten haben, vergütet.

Die Behandlung mit LENALIDOMID BMS darf maximal bis zur Progression der Krankheit vergütet werden.

Folgender Code ist an den Krankenversicherer zu übermitteln: 21377.08

Befristete Limitation bis 30.06.2025

**Kombination LENALIDOMID BMS, Ixazomib und Dexamethason**

Nach Kostengutsprache durch den Krankenversicherer nach vorgängiger Konsultation des Vertrauensarztes.

LENALIDOMID BMS wird in Kombination mit Ixazomib und Dexamethason vergütet zur Behandlung von erwachsenen Patienten mit multiplem Myelom, die

– mindestens eine vorangegangene Therapie erhalten haben und Hochrisikomerkmale (definiert als erhöhtes zytogenetisches Risiko [hohes Risiko für del(17), t(4;14), t(14;16)] oder 1q21) oder ISS-Stadium III) aufweisen,

oder

– die mindestens zwei vorangegangene Therapien erhalten haben.

Falls es zu einer Progression der Krankheit kommt oder inakzeptable Toxizitätserscheinungen auftreten, muss die Behandlung mit LENALIDOMID BMS abgebrochen werden.

Folgender Code ist an den Krankenversicherer zu übermitteln: 21377.09

Befristete Limitation bis 31.12.2023

**Kombination LENALIDOMID BMS, Daratumumab und Dexamethason**

Nach Kostengutsprache durch den Krankenversicherer nach vorgängiger Konsultation des Vertrauensarztes.

LENALIDOMID BMS wird vergütet in Kombination mit Daratumumab und Dexamethason für die Behandlung von Patienten mit multiplem Myelom, die mindestens eine frühere Therapielinie erhalten haben.

Nur bis zur Progression der Krankheit.

Folgender Code ist an den Krankenversicherer zu übermitteln: 21377.10

**Limitation neu:**

Zur Behandlung von

– erwachsenen Patienten mit unbehandeltem multiplem Myelom, die nicht transplantierbar sind, in Kombination mit Dexamethason oder in Kombination mit Melphalan und Prednison, jeweils gefolgt von einer Lenalidomid Erhaltungstherapie bis zur Progression oder Unverträglichkeit (Indikationscode: 21377.01),

– Patienten mit multiplem Myelom, die wenigstens eine vorangegangene medikamentöse Therapie erhalten haben in Kombination mit Dexamethason (Indikationscode: 21377.02),

– Patienten mit transfusionsabhängiger Anämie infolge von myelodysplastischem Syndrom mit niedrigem oder intermediärem Risiko 1 in Verbindung mit einer zytogenetischen Deletion 5q-Anomalie mit oder ohne weitere zytogenetische Anomalien (Indikationscode: 21377.03).

Nach vorgängiger Kostengutsprache durch den Krankenversicherer nach vorheriger Konsultation des Vertrauensarztes. Der Indikationscode ist an den Krankenversicherer zu übermitteln.

PRÄPARATE/(Wirkstoffe) Packungen	Verantwortliche Firma	Therap. Gruppe	Dossier Nr.	Preis neu	Ex-Fact. neu
Befristete Limitation bis 31.10.2022					
<b>Kombination LENALIDOMID BMS, Bortezomib und Dexamethason (Induktion vor Stammzelltransplantation)</b>					
Nach Kostengutsprache durch den Krankenversicherer nach vorgängiger Konsultation des Vertrauensarztes zur Induktionsbehandlung von erwachsenen Patienten mit unbehandeltem multiplem Myelom in Kombination mit Bortezomib und Dexamethason vor Stammzelltransplantation.					
Sobald Generika mit dem Wirkstoff Bortezomib in die Spezialitätenliste aufgenommen werden, ist für die Kombination höchstens das Preisniveau von LENALIDOMID BMS und einem Bortezomib-Generikum und Dexamethason wirtschaftlich, sofern der Arzt nicht aus medizinischen Gründen ausdrücklich das Originalpräparat verschreibt oder der Apotheker oder die Apothekerin aus medizinischen Gründen eine Substitution ablehnt.					
Folgender Code ist an den Krankenversicherer zu übermitteln: 21377.05					
Befristete Limitation bis 31.10.2022					
<b>Kombination LENALIDOMID BMS, Bortezomib und Dexamethason (ohne Stammzelltransplantation)</b>					
Nach Kostengutsprache durch den Krankenversicherer nach vorgängiger Konsultation des Vertrauensarztes zur Behandlung von erwachsenen Patienten mit unbehandeltem Myelom, die nicht transplantierbar sind, in Kombination mit Bortezomib und Dexamethason.					
Sobald Generika mit dem Wirkstoff Bortezomib in die Spezialitätenliste aufgenommen werden, ist für die Kombination höchstens das Preisniveau von LENALIDOMID BMS und einem Bortezomib-Generikum und Dexamethason wirtschaftlich, sofern der Arzt nicht aus medizinischen Gründen ausdrücklich das Originalpräparat verschreibt oder der Apotheker oder die Apothekerin aus medizinischen Gründen eine Substitution ablehnt.					
Folgender Code ist an den Krankenversicherer zu übermitteln: 21377.06					
Befristete Limitation bis 31.10.2022					
<b>Erhaltungstherapie nach autologer Stammzelltransplantation</b>					
Nach Kostengutsprache durch den Krankenversicherer nach vorgängiger Konsultation des Vertrauensarztes zur Behandlung von erwachsenen Patienten mit multiplem Myelom als Erhaltungstherapie nach autologer Stammzelltransplantation.					
Folgender Code ist an den Krankenversicherer zu übermitteln: 21377.04					
Befristete Limitation bis 31.05.2024					
<b>Kombination LENALIDOMID BMS, Carfilzomib und Dexamethason</b>					
LENALIDOMID BMS wird nach Kostengutsprache durch den Krankenversicherer nach vorgängiger Konsultation des Vertrauensarztes in Kombination mit Carfilzomib und Dexamethason zur Behandlung von erwachsenen Patienten mit rezidivierendem multiplem Myelom, die mindestens eine vorangegangene Therapie erhalten haben, vergütet.					
Die Behandlung mit LENALIDOMID BMS kann bis zur Progression der Krankheit vergütet werden.					
Folgender Code ist an den Krankenversicherer zu übermitteln: 21377.07					
Befristete Limitation bis 28.02.2025					
<b>Kombination LENALIDOMID BMS, Elotuzumab und Dexamethason</b>					
Nach Kostengutsprache durch den Krankenversicherer nach vorgängiger Konsultation des Vertrauensarztes.					
LENALIDOMID BMS wird in Kombination mit Elotuzumab und Dexamethason zur Behandlung von erwachsenen Patienten mit rezidivierendem multiplem Myelom, die mindestens eine vorangegangene Therapie erhalten haben, vergütet.					
Die Behandlung mit LENALIDOMID BMS darf maximal bis zur Progression der Krankheit vergütet werden.					
Folgender Code ist an den Krankenversicherer zu übermitteln: 21377.08					
Befristete Limitation bis 30.06.2025					
<b>Kombination LENALIDOMID BMS, Ixazomib und Dexamethason</b>					
Nach Kostengutsprache durch den Krankenversicherer nach vorgängiger Konsultation des Vertrauensarztes.					
LENALIDOMID BMS wird in Kombination mit Ixazomib und Dexamethason vergütet zur Behandlung von erwachsenen Patienten mit multiplem Myelom, die					
– mindestens eine vorangegangene Therapie erhalten haben und Hochrisikomerkmale (definiert als erhöhtes zytogenetisches Risiko [hohes Risiko für del(17), t(4;14), t(14;16)] oder 1q21) oder ISS-Stadium III) aufweisen,					
oder					
– die mindestens zwei vorangegangene Therapien erhalten haben.					
Falls es zu einer Progression der Krankheit kommt oder inakzeptable Toxizitätserscheinungen auftreten, muss die Behandlung mit LENALIDOMID BMS abgebrochen werden.					
Folgender Code ist an den Krankenversicherer zu übermitteln: 21377.09					
Befristete Limitation bis 31.12.2023					
<b>Kombination LENALIDOMID BMS, Daratumumab und Dexamethason</b>					
Nach Kostengutsprache durch den Krankenversicherer nach vorgängiger Konsultation des Vertrauensarztes.					
LENALIDOMID BMS wird vergütet in Kombination mit Daratumumab und Dexamethason für die Behandlung von Patienten mit multiplem Myelom, die mindestens eine frühere Therapielinie erhalten haben.					
Nur bis zur Progression der Krankheit.					
Folgender Code ist an den Krankenversicherer zu übermitteln: 21377.10					

PRÄPARATE/(Wirkstoffe) Packungen	Verantwortliche Firma	Therap. Gruppe	Dossier Nr.	Preis neu	Ex-Fact. neu
<b>LENALIDOMID DEVATIS</b>	Devatis AG	071610			
Kaps 2.5 mg Blist 21 Stk			21420	1679.80	1475.55
Kaps 5 mg Blist 21 Stk			21420	1723.30	1515.21
Kaps 7.5 mg Blist 21 Stk			21420	1766.80	1554.88
Kaps 10 mg Blist 21 Stk			21420	1810.30	1594.54
Kaps 15 mg Blist 21 Stk			21420	1899.50	1675.86
Kaps 20 mg Blist 21 Stk			21420	1991.45	1759.72
Kaps 25 mg Blist 21 Stk			21420	2083.45	1843.58

**Limitation alt:**

Zur Behandlung von

- erwachsenen Patienten mit unbehandeltem multiplem Myelom, die nicht transplantierbar sind, in Kombination mit Dexamethason oder in Kombination mit Melphalan und Prednison, jeweils gefolgt von einer Lenalidomid Erhaltungstherapie bis zur Progression oder Unverträglichkeit (Indikationscode: 21420.01),
- Patienten mit multiplem Myelom, die wenigstens eine vorangegangene medikamentöse Therapie erhalten haben in Kombination mit Dexamethason (Indikationscode: 21420.02),
- Patienten mit transfusionsabhängiger Anämie infolge von myelodysplastischem Syndrom mit niedrigem oder intermediärem Risiko 1 in Verbindung mit einer zytogenetischen Deletion 5q-Anomalie mit oder ohne weitere zytogenetische Anomalien (Indikationscode: 21420.03).

Nach vorgängiger Kostengutsprache durch den Krankenversicherer nach vorheriger Konsultation des Vertrauensarztes. Der Indikationscode ist an den Krankenversicherer zu übermitteln.

Befristete Limitation bis 31.07.2022

**Kombination LENALIDOMID DEVATIS, Bortezomib und Dexamethason (Induktion vor Stammzelltransplantation)**

Nach Kostengutsprache durch den Krankenversicherer nach vorgängiger Konsultation des Vertrauensarztes zur Induktionsbehandlung von erwachsenen Patienten mit unbehandeltem multiplem Myelom in Kombination mit Bortezomib und Dexamethason vor Stammzelltransplantation.

Sobald Generika mit dem Wirkstoff Bortezomib in die Spezialitätenliste aufgenommen werden, ist für die Kombination höchstens das Preisniveau von LENALIDOMID DEVATIS und einem Bortezomib-Generikum und Dexamethason wirtschaftlich, sofern der Arzt nicht aus medizinischen Gründen ausdrücklich das Originalpräparat verschreibt oder der Apotheker oder die Apothekerin aus medizinischen Gründen eine Substitution ablehnt.

Folgender Code ist an den Krankenversicherer zu übermitteln: 21420.05

Befristete Limitation bis 31.07.2022

**Kombination LENALIDOMID DEVATIS, Bortezomib und Dexamethason (ohne Stammzelltransplantation)**

Nach Kostengutsprache durch den Krankenversicherer nach vorgängiger Konsultation des Vertrauensarztes zur Behandlung von erwachsenen Patienten mit unbehandeltem Myelom, die nicht transplantierbar sind, in Kombination mit Bortezomib und Dexamethason.

Sobald Generika mit dem Wirkstoff Bortezomib in die Spezialitätenliste aufgenommen werden, ist für die Kombination höchstens das Preisniveau von LENALIDOMID DEVATIS und einem Bortezomib-Generikum und Dexamethason wirtschaftlich, sofern der Arzt nicht aus medizinischen Gründen ausdrücklich das Originalpräparat verschreibt oder der Apotheker oder die Apothekerin aus medizinischen Gründen eine Substitution ablehnt.

Folgender Code ist an den Krankenversicherer zu übermitteln: 21420.06

Befristete Limitation bis 31.07.2022

**Erhaltungstherapie nach autologer Stammzelltransplantation**

Nach Kostengutsprache durch den Krankenversicherer nach vorgängiger Konsultation des Vertrauensarztes zur Behandlung von erwachsenen Patienten mit multiplem Myelom als Erhaltungstherapie nach autologer Stammzelltransplantation.

Folgender Code ist an den Krankenversicherer zu übermitteln: 21420.04

Befristete Limitation bis 31.05.2024

**Kombination LENALIDOMID DEVATIS, Carfilzomib und Dexamethason**

LENALIDOMID DEVATIS wird nach Kostengutsprache durch den Krankenversicherer nach vorgängiger Konsultation des Vertrauensarztes in Kombination mit Carfilzomib und Dexamethason zur Behandlung von erwachsenen Patienten mit rezidivierendem multiplem Myelom, die mindestens eine vorangegangene Therapie erhalten haben, vergütet.

Die Behandlung mit LENALIDOMID DEVATIS kann bis zur Progression der Krankheit vergütet werden.

Folgender Code ist an den Krankenversicherer zu übermitteln: 21420.07

Befristete Limitation bis 28.02.2025

**Kombination LENALIDOMID DEVATIS, Elotuzumab und Dexamethason**

Nach Kostengutsprache durch den Krankenversicherer nach vorgängiger Konsultation des Vertrauensarztes.

LENALIDOMID DEVATIS wird in Kombination mit Elotuzumab und Dexamethason zur Behandlung von erwachsenen Patienten mit rezidivierendem multiplem Myelom, die mindestens eine vorangegangene Therapie erhalten haben, vergütet.

Die Behandlung mit LENALIDOMID DEVATIS darf maximal bis zur Progression der Krankheit vergütet werden.

Folgender Code ist an den Krankenversicherer zu übermitteln: 21420.08

PRÄPARATE/(Wirkstoffe) Packungen	Verantwortliche Firma	Therap. Gruppe	Dossier Nr.	Preis neu	Ex-Fact. neu
-------------------------------------	--------------------------	-------------------	-------------	-----------	--------------

Befristete Limitation bis 30.06.2025

**Kombination LENALIDOMID DEVATIS, Ixazomib und Dexamethason**

Nach Kostengutsprache durch den Krankenversicherer nach vorgängiger Konsultation des Vertrauensarztes.

LENALIDOMID DEVATIS wird in Kombination mit Ixazomib und Dexamethason vergütet zur Behandlung von erwachsenen Patienten mit multiplem Myelom, die

– mindestens eine vorangegangene Therapie erhalten haben und Hochrisikomerkmale (definiert als erhöhtes zytogenetisches Risiko [hohes Risiko für del(17), t(4;14), t(14;16)] oder 1q21] oder ISS-Stadium III) aufweisen,

oder

– die mindestens zwei vorangegangene Therapien erhalten haben.

Falls es zu einer Progression der Krankheit kommt oder inakzeptable Toxizitätserscheinungen auftreten, muss die Behandlung mit LENALIDOMID DEVATIS abgebrochen werden.

Folgender Code ist an den Krankenversicherer zu übermitteln: 21420.09

Befristete Limitation bis 31.12.2023

**Kombination LENALIDOMID DEVATIS, Daratumumab und Dexamethason**

Nach Kostengutsprache durch den Krankenversicherer nach vorgängiger Konsultation des Vertrauensarztes.

LENALIDOMID DEVATIS wird vergütet in Kombination mit Daratumumab und Dexamethason für die Behandlung von Patienten mit multiplem Myelom, die mindestens eine frühere Therapielinie erhalten haben.

Nur bis zur Progression der Krankheit.

Folgender Code ist an den Krankenversicherer zu übermitteln: 21420.10

**Limitation neu:**

Zur Behandlung von

- erwachsenen Patienten mit unbehandeltem multiplem Myelom, die nicht transplantierbar sind, in Kombination mit Dexamethason oder in Kombination mit Melphalan und Prednison, jeweils gefolgt von einer Lenalidomid Erhaltungstherapie bis zur Progression oder Unverträglichkeit (Indikationscode: 21420.01),
- Patienten mit multiplem Myelom, die wenigstens eine vorangegangene medikamentöse Therapie erhalten haben in Kombination mit Dexamethason (Indikationscode: 21420.02),
- Patienten mit transfusionsabhängiger Anämie infolge von myelodysplastischem Syndrom mit niedrigem oder intermediärem Risiko 1 in Verbindung mit einer zytogenetischen Deletion 5q-Anomalie mit oder ohne weitere zytogenetische Anomalien (Indikationscode: 21420.03).

Nach vorgängiger Kostengutsprache durch den Krankenversicherer nach vorheriger Konsultation des Vertrauensarztes. Der Indikationscode ist an den Krankenversicherer zu übermitteln.

Befristete Limitation bis 31.10.2022

**Kombination LENALIDOMID DEVATIS, Bortezomib und Dexamethason (Induktion vor Stammzelltransplantation)**

Nach Kostengutsprache durch den Krankenversicherer nach vorgängiger Konsultation des Vertrauensarztes zur Induktionsbehandlung von erwachsenen Patienten mit unbehandeltem multiplem Myelom in Kombination mit Bortezomib und Dexamethason vor Stammzelltransplantation.

Sobald Generika mit dem Wirkstoff Bortezomib in die Spezialitätenliste aufgenommen werden, ist für die Kombination höchstens das Preisniveau von LENALIDOMID DEVATIS und einem Bortezomib-Generikum und Dexamethason wirtschaftlich, sofern der Arzt nicht aus medizinischen Gründen ausdrücklich das Originalpräparat verschreibt oder der Apotheker oder die Apothekerin aus medizinischen Gründen eine Substitution ablehnt.

Folgender Code ist an den Krankenversicherer zu übermitteln: 21420.05

Befristete Limitation bis 31.10.2022

**Kombination LENALIDOMID DEVATIS, Bortezomib und Dexamethason (ohne Stammzelltransplantation)**

Nach Kostengutsprache durch den Krankenversicherer nach vorgängiger Konsultation des Vertrauensarztes zur Behandlung von erwachsenen Patienten mit unbehandeltem Myelom, die nicht transplantierbar sind, in Kombination mit Bortezomib und Dexamethason.

Sobald Generika mit dem Wirkstoff Bortezomib in die Spezialitätenliste aufgenommen werden, ist für die Kombination höchstens das Preisniveau von LENALIDOMID DEVATIS und einem Bortezomib-Generikum und Dexamethason wirtschaftlich, sofern der Arzt nicht aus medizinischen Gründen ausdrücklich das Originalpräparat verschreibt oder der Apotheker oder die Apothekerin aus medizinischen Gründen eine Substitution ablehnt.

Folgender Code ist an den Krankenversicherer zu übermitteln: 21420.06

Befristete Limitation bis 31.10.2022

**Erhaltungstherapie nach autologer Stammzelltransplantation**

Nach Kostengutsprache durch den Krankenversicherer nach vorgängiger Konsultation des Vertrauensarztes zur Behandlung von erwachsenen Patienten mit multiplem Myelom als Erhaltungstherapie nach autologer Stammzelltransplantation.

Folgender Code ist an den Krankenversicherer zu übermitteln: 21420.04

PRÄPARATE/(Wirkstoffe) Packungen	Verantwortliche Firma	Therap. Gruppe	Dossier Nr.	Preis neu	Ex-Fact. neu
-------------------------------------	--------------------------	-------------------	-------------	-----------	--------------

Befristete Limitation bis 31.05.2024

**Kombination LENALIDOMID DEVATIS, Carfilzomib und Dexamethason**

LENALIDOMID DEVATIS wird nach Kostengutsprache durch den Krankenversicherer nach vorgängiger Konsultation des Vertrauensarztes in Kombination mit Carfilzomib und Dexamethason zur Behandlung von erwachsenen Patienten mit rezidivierendem multiplem Myelom, die mindestens eine vorangegangene Therapie erhalten haben, vergütet.

Die Behandlung mit LENALIDOMID DEVATIS kann bis zur Progression der Krankheit vergütet werden.

Folgender Code ist an den Krankenversicherer zu übermitteln: 21420.07

Befristete Limitation bis 28.02.2025

**Kombination LENALIDOMID DEVATIS, Elotuzumab und Dexamethason**

Nach Kostengutsprache durch den Krankenversicherer nach vorgängiger Konsultation des Vertrauensarztes.

LENALIDOMID DEVATIS wird in Kombination mit Elotuzumab und Dexamethason zur Behandlung von erwachsenen Patienten mit rezidivierendem multiplem Myelom, die mindestens eine vorangegangene Therapie erhalten haben, vergütet.

Die Behandlung mit LENALIDOMID DEVATIS darf maximal bis zur Progression der Krankheit vergütet werden.

Folgender Code ist an den Krankenversicherer zu übermitteln: 21420.08

Befristete Limitation bis 30.06.2025

**Kombination LENALIDOMID DEVATIS, Ixazomib und Dexamethason**

Nach Kostengutsprache durch den Krankenversicherer nach vorgängiger Konsultation des Vertrauensarztes.

LENALIDOMID DEVATIS wird in Kombination mit Ixazomib und Dexamethason vergütet zur Behandlung von erwachsenen Patienten mit multiplem Myelom, die

– mindestens eine vorangegangene Therapie erhalten haben und Hochrisikomerkmale (definiert als erhöhtes zytogenetisches Risiko [hohes Risiko für del(17), t(4;14), t(14;16)] oder 1q21) oder ISS-Stadium III) aufweisen,

oder

– die mindestens zwei vorangegangene Therapien erhalten haben.

Falls es zu einer Progression der Krankheit kommt oder inakzeptable Toxizitätserscheinungen auftreten, muss die Behandlung mit LENALIDOMID DEVATIS abgebrochen werden.

Folgender Code ist an den Krankenversicherer zu übermitteln: 21420.09

Befristete Limitation bis 31.12.2023

**Kombination LENALIDOMID DEVATIS, Daratumumab und Dexamethason**

Nach Kostengutsprache durch den Krankenversicherer nach vorgängiger Konsultation des Vertrauensarztes.

LENALIDOMID DEVATIS wird vergütet in Kombination mit Daratumumab und Dexamethason für die Behandlung von Patienten mit multiplem Myelom, die mindestens eine frühere Therapielinie erhalten haben.

Nur bis zur Progression der Krankheit.

Folgender Code ist an den Krankenversicherer zu übermitteln: 21420.10

LENALIDOMID SANDOZ	Sandoz Pharmaceuticals AG	071610			
Kaps 2.5 mg Blist 21 Stk			21312	1679.80	1475.55
Kaps 5 mg Blist 21 Stk			21312	1723.30	1515.21
Kaps 7.5 mg Blist 21 Stk			21312	1766.80	1554.88
Kaps 10 mg Blist 21 Stk			21312	1810.30	1594.54
Kaps 15 mg Blist 21 Stk			21312	1899.50	1675.86
Kaps 20 mg Blist 21 Stk			21312	1991.45	1759.72
Kaps 25 mg Blist 21 Stk			21312	2083.45	1843.58

**Limitation alt:**

Zur Behandlung von

- erwachsenen Patienten mit unbehandeltem multiplem Myelom, die nicht transplantierbar sind, in Kombination mit Dexamethason oder in Kombination mit Melphalan und Prednison, jeweils gefolgt von einer Lenalidomid Erhaltungstherapie bis zur Progression oder Unverträglichkeit (Indikationscode: 21312.01),
- Patienten mit multiplem Myelom, die wenigstens eine vorangegangene medikamentöse Therapie erhalten haben in Kombination mit Dexamethason (Indikationscode: 21312.02),
- Patienten mit transfusionsabhängiger Anämie infolge von myelodysplastischem Syndrom mit niedrigem oder intermediärem Risiko 1 in Verbindung mit einer zytogenetischen Deletion 5q-Anomalie mit oder ohne weitere zytogenetische Anomalien (Indikationscode: 21312.03).

Nach vorgängiger Kostengutsprache durch den Krankenversicherer nach vorheriger Konsultation des Vertrauensarztes. Der Indikationscode ist an den Krankenversicherer zu übermitteln.

Befristete Limitation bis 31.07.2022

**Kombination LENALIDOMID SANDOZ, Bortezomib und Dexamethason (Induktion vor Stammzelltransplantation)**

Nach Kostengutsprache durch den Krankenversicherer nach vorgängiger Konsultation des Vertrauensarztes zur Induktionsbehandlung von erwachsenen Patienten mit unbehandeltem multiplem Myelom in Kombination mit Bortezomib und Dexamethason vor Stammzelltransplantation.

Sobald Generika mit dem Wirkstoff Bortezomib in die Spezialitätenliste aufgenommen werden, ist für die Kombination höchstens das Preisniveau von LENALIDOMID SANDOZ und einem Bortezomib-Generikum und Dexamethason wirtschaftlich, sofern der Arzt nicht aus medizinischen Gründen ausdrücklich das Originalpräparat verschreibt oder der Apotheker oder die Apothekerin aus medizinischen Gründen eine Substitution ablehnt.

Folgender Code ist an den Krankenversicherer zu übermitteln: 21312.05

PRÄPARATE/(Wirkstoffe) Packungen	Verantwortliche Firma	Therap. Gruppe	Dossier Nr.	Preis neu	Ex-Fact. neu
-------------------------------------	--------------------------	-------------------	-------------	-----------	--------------

Befristete Limitation bis 31.07.2022

**Kombination LENALIDOMID SANDOZ, Bortezomib und Dexamethason (ohne Stammzelltransplantation)**

Nach Kostengutsprache durch den Krankenversicherer nach vorgängiger Konsultation des Vertrauensarztes zur Behandlung von erwachsenen Patienten mit unbehandeltem Myelom, die nicht transplantierbar sind, in Kombination mit Bortezomib und Dexamethason.

Sobald Generika mit dem Wirkstoff Bortezomib in die Spezialitätenliste aufgenommen werden, ist für die Kombination höchstens das Preisniveau von LENALIDOMID SANDOZ und einem Bortezomib-Generikum und Dexamethason wirtschaftlich, sofern der Arzt nicht aus medizinischen Gründen ausdrücklich das Originalpräparat verschreibt oder der Apotheker oder die Apothekerin aus medizinischen Gründen eine Substitution ablehnt.

Folgender Code ist an den Krankenversicherer zu übermitteln: 21312.06

Befristete Limitation bis 31.07.2022

**Erhaltungstherapie nach autologer Stammzelltransplantation**

Nach Kostengutsprache durch den Krankenversicherer nach vorgängiger Konsultation des Vertrauensarztes zur Behandlung von erwachsenen Patienten mit multiplem Myelom als Erhaltungstherapie nach autologer Stammzelltransplantation.

Folgender Code ist an den Krankenversicherer zu übermitteln: 21312.04

Befristete Limitation bis 31.05.2024

**Kombination LENALIDOMID SANDOZ, Carfilzomib und Dexamethason**

LENALIDOMID SANDOZ wird nach Kostengutsprache durch den Krankenversicherer nach vorgängiger Konsultation des Vertrauensarztes in Kombination mit Carfilzomib und Dexamethason zur Behandlung von erwachsenen Patienten mit rezidivierendem multiplem Myelom, die mindestens eine vorangegangene Therapie erhalten haben, vergütet.

Die Behandlung mit LENALIDOMID SANDOZ kann bis zur Progression der Krankheit vergütet werden.

Folgender Code ist an den Krankenversicherer zu übermitteln: 21312.07

Befristete Limitation bis 28.02.2025

**Kombination LENALIDOMID SANDOZ, Elotuzumab und Dexamethason**

Nach Kostengutsprache durch den Krankenversicherer nach vorgängiger Konsultation des Vertrauensarztes.

LENALIDOMID SANDOZ wird in Kombination mit Elotuzumab und Dexamethason zur Behandlung von erwachsenen Patienten mit rezidivierendem multiplem Myelom, die mindestens eine vorangegangene Therapie erhalten haben, vergütet.

Die Behandlung mit LENALIDOMID SANDOZ darf maximal bis zur Progression der Krankheit vergütet werden.

Folgender Code ist an den Krankenversicherer zu übermitteln: 21312.08

Befristete Limitation bis 30.06.2025

**Kombination LENALIDOMID SANDOZ, Ixazomib und Dexamethason**

Nach Kostengutsprache durch den Krankenversicherer nach vorgängiger Konsultation des Vertrauensarztes.

LENALIDOMID SANDOZ wird in Kombination mit Ixazomib und Dexamethason vergütet zur Behandlung von erwachsenen Patienten mit multiplem Myelom, die

– mindestens eine vorangegangene Therapie erhalten haben und Hochrisikomerkmale (definiert als erhöhtes zytogenetisches Risiko [hohes Risiko für del(17), t(4;14), t(14;16)] oder 1q21) oder ISS-Stadium III) aufweisen,

oder

– die mindestens zwei vorangegangene Therapien erhalten haben.

Falls es zu einer Progression der Krankheit kommt oder inakzeptable Toxizitätserscheinungen auftreten, muss die Behandlung mit LENALIDOMID SANDOZ abgebrochen werden.

Folgender Code ist an den Krankenversicherer zu übermitteln: 21312.09

Befristete Limitation bis 31.12.2023

**Kombination LENALIDOMID SANDOZ, Daratumumab und Dexamethason**

Nach Kostengutsprache durch den Krankenversicherer nach vorgängiger Konsultation des Vertrauensarztes.

LENALIDOMID SANDOZ wird vergütet in Kombination mit Daratumumab und Dexamethason für die Behandlung von Patienten mit multiplem Myelom, die mindestens eine frühere Therapielinie erhalten haben.

Nur bis zur Progression der Krankheit.

Folgender Code ist an den Krankenversicherer zu übermitteln: 21312.10

**Limitation neu:**

Zur Behandlung von

– erwachsenen Patienten mit unbehandeltem multiplem Myelom, die nicht transplantierbar sind, in Kombination mit Dexamethason oder in Kombination mit Melphalan und Prednison, jeweils gefolgt von einer Lenalidomid Erhaltungstherapie bis zur Progression oder Unverträglichkeit (Indikationscode: 21312.01),

– Patienten mit multiplem Myelom, die wenigstens eine vorangegangene medikamentöse Therapie erhalten haben in Kombination mit Dexamethason (Indikationscode: 21312.02),

– Patienten mit transfusionsabhängiger Anämie infolge von myelodysplastischem Syndrom mit niedrigem oder intermediärem Risiko 1 in Verbindung mit einer zytogenetischen Deletion 5q-Anomalie mit oder ohne weitere zytogenetische Anomalien (Indikationscode: 21312.03).

Nach vorgängiger Kostengutsprache durch den Krankenversicherer nach vorheriger Konsultation des Vertrauensarztes. Der Indikationscode ist an den Krankenversicherer zu übermitteln.

PRÄPARATE/(Wirkstoffe) Packungen	Verantwortliche Firma	Therap. Gruppe	Dossier Nr.	Preis neu	Ex-Fact. neu
-------------------------------------	--------------------------	-------------------	-------------	-----------	--------------

Befristete Limitation bis 31.10.2022

**Kombination LENALIDOMID SANDOZ, Bortezomib und Dexamethason (Induktion vor Stammzelltransplantation)**

Nach Kostengutsprache durch den Krankenversicherer nach vorgängiger Konsultation des Vertrauensarztes zur Induktionsbehandlung von erwachsenen Patienten mit unbehandeltem multiplem Myelom in Kombination mit Bortezomib und Dexamethason vor Stammzelltransplantation.

Sobald Generika mit dem Wirkstoff Bortezomib in die Spezialitätenliste aufgenommen werden, ist für die Kombination höchstens das Preisniveau von LENALIDOMID SANDOZ und einem Bortezomib-Generikum und Dexamethason wirtschaftlich, sofern der Arzt nicht aus medizinischen Gründen ausdrücklich das Originalpräparat verschreibt oder der Apotheker oder die Apothekerin aus medizinischen Gründen eine Substitution ablehnt.

Folgender Code ist an den Krankenversicherer zu übermitteln: 21312.05

Befristete Limitation bis 31.10.2022

**Kombination LENALIDOMID SANDOZ, Bortezomib und Dexamethason (ohne Stammzelltransplantation)**

Nach Kostengutsprache durch den Krankenversicherer nach vorgängiger Konsultation des Vertrauensarztes zur Behandlung von erwachsenen Patienten mit unbehandeltem Myelom, die nicht transplantierbar sind, in Kombination mit Bortezomib und Dexamethason.

Sobald Generika mit dem Wirkstoff Bortezomib in die Spezialitätenliste aufgenommen werden, ist für die Kombination höchstens das Preisniveau von LENALIDOMID SANDOZ und einem Bortezomib-Generikum und Dexamethason wirtschaftlich, sofern der Arzt nicht aus medizinischen Gründen ausdrücklich das Originalpräparat verschreibt oder der Apotheker oder die Apothekerin aus medizinischen Gründen eine Substitution ablehnt.

Folgender Code ist an den Krankenversicherer zu übermitteln: 21312.06

Befristete Limitation bis 31.10.2022

**Erhaltungstherapie nach autologer Stammzelltransplantation**

Nach Kostengutsprache durch den Krankenversicherer nach vorgängiger Konsultation des Vertrauensarztes zur Behandlung von erwachsenen Patienten mit multiplem Myelom als Erhaltungstherapie nach autologer Stammzelltransplantation.

Folgender Code ist an den Krankenversicherer zu übermitteln: 21312.04

Befristete Limitation bis 31.05.2024

**Kombination LENALIDOMID SANDOZ, Carfilzomib und Dexamethason**

LENALIDOMID SANDOZ wird nach Kostengutsprache durch den Krankenversicherer nach vorgängiger Konsultation des Vertrauensarztes in Kombination mit Carfilzomib und Dexamethason zur Behandlung von erwachsenen Patienten mit rezidivierendem multiplem Myelom, die mindestens eine vorangegangene Therapie erhalten haben, vergütet.

Die Behandlung mit LENALIDOMID SANDOZ kann bis zur Progression der Krankheit vergütet werden.

Folgender Code ist an den Krankenversicherer zu übermitteln: 21312.07

Befristete Limitation bis 28.02.2025

**Kombination LENALIDOMID SANDOZ, Elotuzumab und Dexamethason**

Nach Kostengutsprache durch den Krankenversicherer nach vorgängiger Konsultation des Vertrauensarztes.

LENALIDOMID SANDOZ wird in Kombination mit Elotuzumab und Dexamethason zur Behandlung von erwachsenen Patienten mit rezidivierendem multiplem Myelom, die mindestens eine vorangegangene Therapie erhalten haben, vergütet.

Die Behandlung mit LENALIDOMID SANDOZ darf maximal bis zur Progression der Krankheit vergütet werden.

Folgender Code ist an den Krankenversicherer zu übermitteln: 21312.08

Befristete Limitation bis 30.06.2025

**Kombination LENALIDOMID SANDOZ, Ixazomib und Dexamethason**

Nach Kostengutsprache durch den Krankenversicherer nach vorgängiger Konsultation des Vertrauensarztes.

LENALIDOMID SANDOZ wird in Kombination mit Ixazomib und Dexamethason vergütet zur Behandlung von erwachsenen Patienten mit multiplem Myelom, die

– mindestens eine vorangegangene Therapie erhalten haben und Hochrisikomerkmale (definiert als erhöhtes zytogenetisches Risiko [hohes Risiko für del(17), t(4;14), t(14;16)] oder 1q21) oder ISS-Stadium III) aufweisen,

oder

– die mindestens zwei vorangegangene Therapien erhalten haben.

Falls es zu einer Progression der Krankheit kommt oder inakzeptable Toxizitätserscheinungen auftreten, muss die Behandlung mit LENALIDOMID SANDOZ abgebrochen werden.

Folgender Code ist an den Krankenversicherer zu übermitteln: 21312.09

Befristete Limitation bis 31.12.2023

**Kombination LENALIDOMID SANDOZ, Daratumumab und Dexamethason**

Nach Kostengutsprache durch den Krankenversicherer nach vorgängiger Konsultation des Vertrauensarztes.

LENALIDOMID SANDOZ wird vergütet in Kombination mit Daratumumab und Dexamethason für die Behandlung von Patienten mit multiplem Myelom, die mindestens eine frühere Therapielinie erhalten haben.

Nur bis zur Progression der Krankheit.

Folgender Code ist an den Krankenversicherer zu übermitteln: 21312.10

PRÄPARATE/(Wirkstoffe) Packungen	Verantwortliche Firma	Therap. Gruppe	Dossier Nr.	Preis neu	Ex-Fact. neu
<b>LENALIDOMID-TEVA</b>	Teva Pharma AG	071610			
Kaps 2.5 mg Blist 21 Stk			21379	1679.80	1475.55
Kaps 5 mg Blist 21 Stk			21379	1723.30	1515.21
Kaps 7.5 mg Blist 21 Stk			21379	1766.80	1554.88
Kaps 10 mg Blist 21 Stk			21379	1810.30	1594.54
Kaps 15 mg Blist 21 Stk			21379	1899.50	1675.86
Kaps 20 mg Blist 21 Stk			21379	1991.45	1759.72
Kaps 25 mg Blist 21 Stk			21379	2083.45	1843.58

**Limitation alt:**

Zur Behandlung von

- erwachsenen Patienten mit unbehandeltem multiplem Myelom, die nicht transplantierbar sind, in Kombination mit Dexamethason oder in Kombination mit Melphalan und Prednison, jeweils gefolgt von einer Lenalidomid Erhaltungstherapie bis zur Progression oder Unverträglichkeit (Indikationscode: 21379.01),
- Patienten mit multiplem Myelom, die wenigstens eine vorangegangene medikamentöse Therapie erhalten haben in Kombination mit Dexamethason (Indikationscode: 21379.02),
- Patienten mit transfusionsabhängiger Anämie infolge von myelodysplastischem Syndrom mit niedrigem oder intermediärem Risiko 1 in Verbindung mit einer zytogenetischen Deletion 5q-Anomalie mit oder ohne weitere zytogenetische Anomalien (Indikationscode: 21379.03).

Nach vorgängiger Kostengutsprache durch den Krankenversicherer nach vorheriger Konsultation des Vertrauensarztes. Der Indikationscode ist an den Krankenversicherer zu übermitteln.

Befristete Limitation bis 31.07.2022

**Kombination LENALIDOMID-TEVA, Bortezomib und Dexamethason (Induktion vor Stammzelltransplantation)**

Nach Kostengutsprache durch den Krankenversicherer nach vorgängiger Konsultation des Vertrauensarztes zur Induktionsbehandlung von erwachsenen Patienten mit unbehandeltem multiplem Myelom in Kombination mit Bortezomib und Dexamethason vor Stammzelltransplantation.

Sobald Generika mit dem Wirkstoff Bortezomib in die Spezialitätenliste aufgenommen werden, ist für die Kombination höchstens das Preisniveau von LENALIDOMID-TEVA und einem Bortezomib-Generikum und Dexamethason wirtschaftlich, sofern der Arzt nicht aus medizinischen Gründen ausdrücklich das Originalpräparat verschreibt oder der Apotheker oder die Apothekerin aus medizinischen Gründen eine Substitution ablehnt.

Folgender Code ist an den Krankenversicherer zu übermitteln: 21379.05

Befristete Limitation bis 31.07.2022

**Kombination LENALIDOMID-TEVA, Bortezomib und Dexamethason (ohne Stammzelltransplantation)**

Nach Kostengutsprache durch den Krankenversicherer nach vorgängiger Konsultation des Vertrauensarztes zur Behandlung von erwachsenen Patienten mit unbehandeltem Myelom, die nicht transplantierbar sind, in Kombination mit Bortezomib und Dexamethason.

Sobald Generika mit dem Wirkstoff Bortezomib in die Spezialitätenliste aufgenommen werden, ist für die Kombination höchstens das Preisniveau von LENALIDOMID-TEVA und einem Bortezomib-Generikum und Dexamethason wirtschaftlich, sofern der Arzt nicht aus medizinischen Gründen ausdrücklich das Originalpräparat verschreibt oder der Apotheker oder die Apothekerin aus medizinischen Gründen eine Substitution ablehnt.

Folgender Code ist an den Krankenversicherer zu übermitteln: 21379.06

Befristete Limitation bis 31.07.2022

**Erhaltungstherapie nach autologer Stammzelltransplantation**

Nach Kostengutsprache durch den Krankenversicherer nach vorgängiger Konsultation des Vertrauensarztes zur Behandlung von erwachsenen Patienten mit multiplem Myelom als Erhaltungstherapie nach autologer Stammzelltransplantation.

Folgender Code ist an den Krankenversicherer zu übermitteln: 21379.04

Befristete Limitation bis 31.05.2024

**Kombination LENALIDOMID-TEVA, Carfilzomib und Dexamethason**

LENALIDOMID-TEVA wird nach Kostengutsprache durch den Krankenversicherer nach vorgängiger Konsultation des Vertrauensarztes in Kombination mit Carfilzomib und Dexamethason zur Behandlung von erwachsenen Patienten mit rezidivierendem multiplem Myelom, die mindestens eine vorangegangene Therapie erhalten haben, vergütet.

Die Behandlung mit LENALIDOMID-TEVA kann bis zur Progression der Krankheit vergütet werden.

Folgender Code ist an den Krankenversicherer zu übermitteln: 21379.07

Befristete Limitation bis 28.02.2025

**Kombination LENALIDOMID-TEVA, Elotuzumab und Dexamethason**

Nach Kostengutsprache durch den Krankenversicherer nach vorgängiger Konsultation des Vertrauensarztes.

LENALIDOMID-TEVA wird in Kombination mit Elotuzumab und Dexamethason zur Behandlung von erwachsenen Patienten mit rezidivierendem multiplem Myelom, die mindestens eine vorangegangene Therapie erhalten haben, vergütet.

Die Behandlung mit LENALIDOMID-TEVA darf maximal bis zur Progression der Krankheit vergütet werden.

Folgender Code ist an den Krankenversicherer zu übermitteln: 21379.08

PRÄPARATE/(Wirkstoffe) Packungen	Verantwortliche Firma	Therap. Gruppe	Dossier Nr.	Preis neu	Ex-Fact. neu
-------------------------------------	--------------------------	-------------------	-------------	-----------	--------------

Befristete Limitation bis 30.06.2025

**Kombination LENALIDOMID-TEVA, Ixazomib und Dexamethason**

Nach Kostengutsprache durch den Krankenversicherer nach vorgängiger Konsultation des Vertrauensarztes.

LENALIDOMID-TEVA wird in Kombination mit Ixazomib und Dexamethason vergütet zur Behandlung von erwachsenen Patienten mit multiplem Myelom, die

– mindestens eine vorangegangene Therapie erhalten haben und Hochrisikomerkmale (definiert als erhöhtes zytogenetisches Risiko [hohes Risiko für (del(17), t(4;14), t(14;16)] oder 1q21) oder ISS-Stadium III) aufweisen,

oder

– die mindestens zwei vorangegangene Therapien erhalten haben.

Falls es zu einer Progression der Krankheit kommt oder inakzeptable Toxizitätserscheinungen auftreten, muss die Behandlung mit LENALIDOMID-TEVA abgebrochen werden.

Folgender Code ist an den Krankenversicherer zu übermitteln: 21379.09

Befristete Limitation bis 31.12.2023

**Kombination LENALIDOMID-TEVA, Daratumumab und Dexamethason**

Nach Kostengutsprache durch den Krankenversicherer nach vorgängiger Konsultation des Vertrauensarztes.

LENALIDOMID-TEVA wird vergütet in Kombination mit Daratumumab und Dexamethason für die Behandlung von Patienten mit multiplem Myelom, die mindestens eine frühere Therapielinie erhalten haben.

Nur bis zur Progression der Krankheit.

Folgender Code ist an den Krankenversicherer zu übermitteln: 21379.10

**Limitation neu:**

Zur Behandlung von

– erwachsenen Patienten mit unbehandeltem multiplem Myelom, die nicht transplantierbar sind, in Kombination mit Dexamethason oder in Kombination mit Melphalan und Prednison, jeweils gefolgt von einer Lenalidomid Erhaltungstherapie bis zur Progression oder Unverträglichkeit (Indikationscode: 21379.01),

– Patienten mit multiplem Myelom, die wenigstens eine vorangegangene medikamentöse Therapie erhalten haben in Kombination mit Dexamethason (Indikationscode: 21379.02),

– Patienten mit transfusionsabhängiger Anämie infolge von myelodysplastischem Syndrom mit niedrigem oder intermediärem Risiko 1 in Verbindung mit einer zytogenetischen Deletion 5q-Anomalie mit oder ohne weitere zytogenetische Anomalien (Indikationscode: 21379.03).

Nach vorgängiger Kostengutsprache durch den Krankenversicherer nach vorheriger Konsultation des Vertrauensarztes. Der Indikationscode ist an den Krankenversicherer zu übermitteln.

Befristete Limitation bis 31.10.2022

**Kombination LENALIDOMID-TEVA, Bortezomib und Dexamethason (Induktion vor Stammzelltransplantation)**

Nach Kostengutsprache durch den Krankenversicherer nach vorgängiger Konsultation des Vertrauensarztes zur Induktionsbehandlung von erwachsenen Patienten mit unbehandeltem multiplem Myelom in Kombination mit Bortezomib und Dexamethason vor Stammzelltransplantation.

Sobald Generika mit dem Wirkstoff Bortezomib in die Spezialitätenliste aufgenommen werden, ist für die Kombination höchstens das Preisniveau von LENALIDOMID-TEVA und einem Bortezomib-Generikum und Dexamethason wirtschaftlich, sofern der Arzt nicht aus medizinischen Gründen ausdrücklich das Originalpräparat verschreibt oder der Apotheker oder die Apothekerin aus medizinischen Gründen eine Substitution ablehnt.

Folgender Code ist an den Krankenversicherer zu übermitteln: 21379.05

Befristete Limitation bis 31.10.2022

**Kombination LENALIDOMID-TEVA, Bortezomib und Dexamethason (ohne Stammzelltransplantation)**

Nach Kostengutsprache durch den Krankenversicherer nach vorgängiger Konsultation des Vertrauensarztes zur Behandlung von erwachsenen Patienten mit unbehandeltem Myelom, die nicht transplantierbar sind, in Kombination mit Bortezomib und Dexamethason.

Sobald Generika mit dem Wirkstoff Bortezomib in die Spezialitätenliste aufgenommen werden, ist für die Kombination höchstens das Preisniveau von LENALIDOMID-TEVA und einem Bortezomib-Generikum und Dexamethason wirtschaftlich, sofern der Arzt nicht aus medizinischen Gründen ausdrücklich das Originalpräparat verschreibt oder der Apotheker oder die Apothekerin aus medizinischen Gründen eine Substitution ablehnt.

Folgender Code ist an den Krankenversicherer zu übermitteln: 21379.06

PRÄPARATE/(Wirkstoffe) Packungen	Verantwortliche Firma	Therap. Gruppe	Dossier Nr.	Preis neu	Ex-Fact. neu
Befristete Limitation bis 31.10.2022					
<b>Erhaltungstherapie nach autologer Stammzelltransplantation</b>					
Nach Kostengutsprache durch den Krankenversicherer nach vorgängiger Konsultation des Vertrauensarztes zur Behandlung von erwachsenen Patienten mit multiplem Myelom als Erhaltungstherapie nach autologer Stammzelltransplantation.					
Folgender Code ist an den Krankenversicherer zu übermitteln: 21379.04					
Befristete Limitation bis 31.05.2024					
<b>Kombination LENALIDOMID-TEVA, Carfilzomib und Dexamethason</b>					
LENALIDOMID-TEVA wird nach Kostengutsprache durch den Krankenversicherer nach vorgängiger Konsultation des Vertrauensarztes in Kombination mit Carfilzomib und Dexamethason zur Behandlung von erwachsenen Patienten mit rezidivierendem multiplem Myelom, die mindestens eine vorangegangene Therapie erhalten haben, vergütet.					
Die Behandlung mit LENALIDOMID-TEVA kann bis zur Progression der Krankheit vergütet werden.					
Folgender Code ist an den Krankenversicherer zu übermitteln: 21379.07					
Befristete Limitation bis 28.02.2025					
<b>Kombination LENALIDOMID-TEVA, Elotuzumab und Dexamethason</b>					
Nach Kostengutsprache durch den Krankenversicherer nach vorgängiger Konsultation des Vertrauensarztes.					
LENALIDOMID-TEVA wird in Kombination mit Elotuzumab und Dexamethason zur Behandlung von erwachsenen Patienten mit rezidivierendem multiplem Myelom, die mindestens eine vorangegangene Therapie erhalten haben, vergütet.					
Die Behandlung mit LENALIDOMID-TEVA darf maximal bis zur Progression der Krankheit vergütet werden.					
Folgender Code ist an den Krankenversicherer zu übermitteln: 21379.08					
Befristete Limitation bis 30.06.2025					
<b>Kombination LENALIDOMID-TEVA, Ixazomib und Dexamethason</b>					
Nach Kostengutsprache durch den Krankenversicherer nach vorgängiger Konsultation des Vertrauensarztes.					
LENALIDOMID-TEVA wird in Kombination mit Ixazomib und Dexamethason vergütet zur Behandlung von erwachsenen Patienten mit multiplem Myelom, die					
– mindestens eine vorangegangene Therapie erhalten haben und Hochrisikomerkmale (definiert als erhöhtes zytogenetisches Risiko [hohes Risiko für del(17), t(4;14), t(14;16)] oder 1q21) oder ISS-Stadium III) aufweisen,					
oder					
– die mindestens zwei vorangegangene Therapien erhalten haben.					
Falls es zu einer Progression der Krankheit kommt oder inakzeptable Toxizitätserscheinungen auftreten, muss die Behandlung mit LENALIDOMID-TEVA abgebrochen werden.					
Folgender Code ist an den Krankenversicherer zu übermitteln: 21379.09					
Befristete Limitation bis 31.12.2023					
<b>Kombination LENALIDOMID-TEVA, Daratumumab und Dexamethason</b>					
Nach Kostengutsprache durch den Krankenversicherer nach vorgängiger Konsultation des Vertrauensarztes.					
LENALIDOMID-TEVA wird vergütet in Kombination mit Daratumumab und Dexamethason für die Behandlung von Patienten mit multiplem Myelom, die mindestens eine frühere Therapielinie erhalten haben.					
Nur bis zur Progression der Krankheit.					
Folgender Code ist an den Krankenversicherer zu übermitteln: 21379.10					

PRÄPARATE/(Wirkstoffe) Packungen	Verantwortliche Firma	Therap. Gruppe	Dossier Nr.	Preis neu	Ex-Fact. neu
-------------------------------------	--------------------------	-------------------	-------------	-----------	--------------

#### VII. Limitationsänderungen aufgrund der Überprüfung der Aufnahmebedingungen alle drei Jahre von 2020

ABRILADA	Pfizer AG	071500			
Inj Lös 40 mg/0.8ml Fertpen 0.8 ml			21203	500.45	421.64
Inj Lös 40 mg/0.8ml Fertspr 0.8 ml			21266	500.45	421.64
Inj Lös 40 mg/0.8ml 2 Fertpen 0.8 ml			21203	984.50	843.28
Inj Lös 40 mg/0.8ml 2 Fertspr 0.8 ml			21266	984.50	843.28

##### Limitation alt:

Aktive rheumatoide Arthritis, aktive polyartikuläre juvenile idiopathische Arthritis bei Jugendlichen ab dem Alter von 13 Jahren mit einer Körperoberfläche grösser als 1.7 m<sup>2</sup>, Psoriasis-Arthritis: Behandlung mit ABRILADA, wenn die vorausgegangene antirheumatische Standardtherapie mit krankheitsmodifizierenden Antirheumatika (DMARDs) unzulänglich war. Kostengutsprache durch den Krankenversicherer nach vorgängiger Konsultation des Vertrauensarztes.

Ankylosierende Spondylitis (Morbus Bechterew): Behandlung mit ABRILADA, wenn die vorausgegangene konventionelle Therapie unzulänglich war oder nicht vertragen wurde. Kostengutsprache durch den Krankenversicherer nach vorgängiger Konsultation des Vertrauensarztes.

Aktiver Morbus Crohn: Behandlung erwachsener Patienten mit ABRILADA, wenn die vorausgegangene konventionelle Therapie (z.B. mit Azathioprin, 6-Mercaptopurin oder Glukokortikoiden) unzulänglich war, sowie bei Patienten, die nicht mehr auf Remicade ansprechen oder dieses nicht vertragen. Kostengutsprache durch den Krankenversicherer nach vorgängiger Konsultation des Vertrauensarztes sowie erneute Kostengutsprache nach zwei Jahren ununterbrochener Therapie.

Moderate bis schwere Colitis ulcerosa: Behandlung erwachsener Patienten mit ABRILADA, wenn die vorausgegangene konventionelle Therapie (z.B. mit Azathioprin, 6-Mercaptopurin oder Glukokortikoiden) unzulänglich war oder nicht vertragen wurde. Kostengutsprache durch den Krankenversicherer nach vorgängiger Konsultation des Vertrauensarztes.

Schwere Plaque-Psoriasis: Behandlung erwachsener Patienten, bei denen UVB und PUVA oder eine der folgenden drei systemischen Therapien (Ciclosporin, Methotrexat, Acitretin) keinen therapeutischen Erfolg gezeigt haben. Falls nach 12 Wochen kein therapeutischer Erfolg eingetreten ist, ist die Behandlung abzubrechen. Die Verschreibung kann nur durch Fachärzte der Dermatologie oder dermatologische Universitätskliniken/Polikliniken erfolgen.

Aktive, mittelschwere bis schwere Hidradenitis suppurativa (Acne inversa): Behandlung erwachsener Patienten, wenn die vorausgegangene systemische Therapie mit Antibiotika unzulänglich war. Kostengutsprache durch den Krankenversicherer nach vorgängiger Konsultation des Vertrauensarztes. Bei Patienten, die nach 12 Wochen kein Ansprechen nach HISCR von mindestens 50% zeigen, ist die Behandlung abzubrechen. Die Verschreibung kann nur durch Fachärzte der Dermatologie oder dermatologische Universitätskliniken/Polikliniken erfolgen. Eine erneute Kostengutsprache durch den Krankenversicherer nach vorgängiger Konsultation des Vertrauensarztes nach 52 Wochen ununterbrochener Therapie.

##### Limitation neu:

Die Behandlung mit ABRILADA bedarf der Kostengutsprache durch den Krankenversicherer nach vorgängiger Konsultation des Vertrauensarztes.

##### Aktive rheumatoide Arthritis

Behandlung mit ABRILADA, wenn die vorausgegangene antirheumatische Standardtherapie mit krankheitsmodifizierenden Antirheumatika (DMARDs) unzulänglich war.

##### Aktive polyartikuläre juvenile idiopathische Arthritis bei Kindern und Jugendlichen mit einer Körperoberfläche $\geq 1.7$ m<sup>2</sup> im Alter von 4 bis 17 Jahren, denen entsprechend Fachinformation die maximale Einzeldosis von 40 mg verabreicht werden kann:

Behandlung mit ABRILADA, wenn die vorausgegangene Standardtherapie mit krankheitsmodifizierenden Antirheumatika (DMARDs) unzulänglich war.

##### Psoriasis-Arthritis

Behandlung mit ABRILADA, wenn die vorausgegangene Standardtherapie mit krankheitsmodifizierenden Antirheumatika (DMARDs) unzulänglich war.

##### Spondylitis (Morbus Bechterew)

Behandlung mit ABRILADA, wenn die vorausgegangene konventionelle Therapie unzulänglich war oder nicht vertragen wurde.

##### Aktiver Morbus Crohn

Behandlung erwachsener Patienten mit ABRILADA, wenn die vorausgegangene konventionelle Therapie (z.B. mit Azathioprin, 6-Mercaptopurin oder Glukokortikoiden) unzulänglich war, sowie bei Patienten, die nicht mehr auf Infliximab ansprechen oder dieses nicht vertragen. Nach zwei Jahren ununterbrochener Therapie bedarf die Behandlung einer erneuten Kostengutsprache durch den Krankenversicherer nach vorgängiger Konsultation des Vertrauensarztes.

##### Moderate bis schwere Colitis ulcerosa

Behandlung erwachsener Patienten mit ABRILADA, wenn die vorausgegangene konventionelle Therapie (z.B. mit Azathioprin, 6-Mercaptopurin oder Glukokortikoiden) unzulänglich war oder nicht vertragen wurde.

Die Verschreibung von ABRILADA für die folgenden Behandlungen kann nur durch Fachärzte der Dermatologie oder dermatologische Universitätskliniken/Polikliniken erfolgen:

##### Schwere Plaque-Psoriasis

Behandlung erwachsener Patienten mit schwerer Plaque-Psoriasis, bei denen eine Phototherapie oder eine der folgenden konventionellen systemischen Therapien (Ciclosporin, Methotrexat, Acitretin) keinen therapeutischen Erfolg gezeigt haben. Falls nach 16 Wochen kein therapeutischer Erfolg eingetreten ist, ist die Behandlung abzubrechen.

##### Aktive, mittelschwere bis schwere Hidradenitis suppurativa (Acne inversa)

Behandlung erwachsener Patienten, wenn die vorausgegangene systemische Therapie mit Antibiotika unzulänglich war. Bei Patienten, die nach 12 Wochen kein Ansprechen nach HISCR von mindestens 50% zeigen, ist die Behandlung abzubrechen. Nach 52 Wochen ununterbrochener Therapie bedarf die Behandlung einer erneuten Kostengutsprache durch den Krankenversicherer nach vorgängiger Konsultation des Vertrauensarztes.

PRÄPARATE/(Wirkstoffe) Packungen	Verantwortliche Firma	Therap. Gruppe	Dossier Nr.	Preis neu	Ex-Fact. neu
<b>AMGEVITA</b>	Amgen Switzerland AG	071500			
Inj Lös 40 mg/0.8ml Fertpen 1 Stk			21009	500.45	421.64
Inj Lös 40 mg/0.8ml Fertspr 1 Stk			20992	500.45	421.64
Inj Lös 40 mg/0.8ml Fertpen 2 Stk			21009	984.50	843.28
Inj Lös 40 mg/0.8ml Fertspr 2 Stk			20992	984.50	843.28
Inj Lös 40 mg/0.8ml Fertpen 6 Stk			21009	2490.80	2215.00
Inj Lös 40 mg/0.8ml Fertspr 6 Stk			20992	2490.80	2215.00

**Limitation alt:**

Aktive rheumatoide Arthritis, aktive polyartikuläre juvenile idiopathische Arthritis bei Kindern und Jugendlichen ab einem Körpergewicht von  $\geq 30$  kg, Psoriasis-Arthritis: Behandlung mit AMGEVITA, wenn die vorausgegangene antirheumatische Standardtherapie mit krankheitsmodifizierenden Antirheumatika (DMARDs) unzulänglich war. Kostengutsprache durch den Krankenversicherer nach vorgängiger Konsultation des Vertrauensarztes.

Ankylosierende Spondylitis (Morbus Bechterew): Behandlung mit AMGEVITA, wenn die vorausgegangene konventionelle Therapie unzulänglich war oder nicht vertragen wurde. Kostengutsprache durch den Krankenversicherer nach vorgängiger Konsultation des Vertrauensarztes.

Aktiver Morbus Crohn: Behandlung erwachsener und pädiatrischer Patienten ab einem Körpergewicht von  $\geq 40$  kg mit AMGEVITA, wenn die vorausgegangene konventionelle Therapie (z.B. mit Azathioprin, 6-Mercaptopurin oder Glukokortikoiden) unzulänglich war, sowie bei Patienten, die nicht mehr auf Remicade ansprechen oder dieses nicht vertragen. Kostengutsprache durch den Krankenversicherer nach vorgängiger Konsultation des Vertrauensarztes sowie erneute Kostengutsprache nach zwei Jahren ununterbrochener Therapie.

Moderate bis schwere Colitis ulcerosa: Behandlung erwachsener Patienten mit AMGEVITA, wenn die vorausgegangene konventionelle Therapie (z.B. mit Azathioprin, 6-Mercaptopurin oder Glukokortikoiden) unzulänglich war oder nicht vertragen wurde. Kostengutsprache durch den Krankenversicherer nach vorgängiger Konsultation des Vertrauensarztes.

Schwere Plaque-Psoriasis: Behandlung erwachsener Patienten, bei denen UVB und PUVA oder eine der folgenden drei systemischen Therapien (Ciclosporin, Methotrexat, Acitretin) keinen therapeutischen Erfolg gezeigt haben. Falls nach 12 Wochen kein therapeutischer Erfolg eingetreten ist, ist die Behandlung abzubrechen. Die Verschreibung kann nur durch Fachärzte der Dermatologie oder dermatologische Universitätskliniken/Polikliniken erfolgen.

Aktive, mittelschwere bis schwere Hidradenitis suppurativa (Acne inversa): Behandlung erwachsener Patienten, wenn die vorausgegangene systemische Therapie mit Antibiotika unzulänglich war. Kostengutsprache durch den Krankenversicherer nach vorgängiger Konsultation des Vertrauensarztes. Bei Patienten, die nach 12 Wochen kein Ansprechen nach HiSCR von mindestens 50% zeigen, ist die Behandlung abzubrechen. Die Verschreibung kann nur durch Fachärzte der Dermatologie oder dermatologische Universitätskliniken/Polikliniken erfolgen. Eine erneute Kostengutsprache durch den Krankenversicherer nach vorgängiger Konsultation des Vertrauensarztes nach 52 Wochen ununterbrochener Therapie.

**Limitation neu:**

Die Behandlung mit AMGEVITA bedarf der Kostengutsprache durch den Krankenversicherer nach vorgängiger Konsultation des Vertrauensarztes.

**Aktive rheumatoide Arthritis**

Behandlung mit AMGEVITA, wenn die vorausgegangene antirheumatische Standardtherapie mit krankheitsmodifizierenden Antirheumatika (DMARDs) unzulänglich war.

**Aktive polyartikuläre juvenile idiopathische Arthritis bei Kindern und Jugendlichen im Alter von 4 bis 17 Jahren ab einem Körpergewicht von  $\geq 30$  kg**

Behandlung mit AMGEVITA, wenn die vorausgegangene Standardtherapie mit krankheitsmodifizierenden Antirheumatika (DMARDs) unzulänglich war.

**Psoriasis-Arthritis**

Behandlung mit AMGEVITA, wenn die vorausgegangene Standardtherapie mit krankheitsmodifizierenden Antirheumatika (DMARDs) unzulänglich war.

**Ankylosierende Spondylitis (Morbus Bechterew)**

Behandlung mit AMGEVITA, wenn die vorausgegangene konventionelle Therapie unzulänglich war oder nicht vertragen wurde.

**Aktiver Morbus Crohn**

Behandlung erwachsener und pädiatrischer Patienten ab einem Körpergewicht von  $\geq 40$  kg mit AMGEVITA, wenn die vorausgegangene konventionelle Therapie (z.B. mit Azathioprin, 6-Mercaptopurin oder Glukokortikoiden) unzulänglich war, sowie bei Patienten, die nicht mehr auf Infliximab ansprechen oder dieses nicht vertragen. Nach zwei Jahren ununterbrochener Therapie bedarf die Behandlung einer erneuten Kostengutsprache durch den Krankenversicherer nach vorgängiger Konsultation des Vertrauensarztes.

**Moderate bis schwere Colitis ulcerosa**

Behandlung erwachsener Patienten mit AMGEVITA, wenn die vorausgegangene konventionelle Therapie (z.B. mit Azathioprin, 6-Mercaptopurin oder Glukokortikoiden) unzulänglich war oder nicht vertragen wurde.

Die Verschreibung von AMGEVITA für die folgenden Behandlungen kann nur durch Fachärzte der Dermatologie oder dermatologische Universitätskliniken/Polikliniken erfolgen:

**Schwere Plaque-Psoriasis**

Behandlung erwachsener Patienten mit schwerer Plaque-Psoriasis, bei denen eine Phototherapie oder eine der folgenden konventionellen systemischen Therapien (Ciclosporin, Methotrexat, Acitretin) keinen therapeutischen Erfolg gezeigt haben. Falls nach 16 Wochen kein therapeutischer Erfolg eingetreten ist, ist die Behandlung abzubrechen.

**Aktive, mittelschwere bis schwere Hidradenitis suppurativa (Acne inversa)**

Behandlung erwachsener Patienten, wenn die vorausgegangene systemische Therapie mit Antibiotika unzulänglich war. Bei Patienten, die nach 12 Wochen kein Ansprechen nach HiSCR von mindestens 50% zeigen, ist die Behandlung abzubrechen. Nach 52 Wochen ununterbrochener Therapie bedarf die Behandlung einer erneuten Kostengutsprache durch den Krankenversicherer nach vorgängiger Konsultation des Vertrauensarztes.

PRÄPARATE/(Wirkstoffe) Packungen	Verantwortliche Firma	Therap. Gruppe	Dossier Nr.	Preis neu	Ex-Fact. neu
<b>HULIO</b>	Mylan Pharma GmbH	071500			
Inj Lös 40 mg/0.8ml Fertpen 0.800 ml			21095	500.45	421.64
Inj Lös 40 mg/0.8ml Fertigspr 0.800 ml			21095	500.45	421.64
Inj Lös 40 mg/0.8ml Durchstf 2 Stk			21095	996.40	853.67
Inj Lös 40 mg/0.8ml Fertpen 2 x 0.800ml			21095	984.50	843.28
Inj Lös 40 mg/0.8ml Fertigspr 2 x 0.800 ml			21095	984.50	843.28

**Limitation alt:**

Aktive rheumatoide Arthritis, aktive polyartikuläre juvenile idiopathische Arthritis bei Kindern und Jugendlichen ab einem Alter von 4 Jahren, Psoriasis-Arthritis: Behandlung mit HULIO, wenn die vorausgegangene antirheumatische Standardtherapie mit krankheitsmodifizierenden Antirheumatika (DMARDs) unzulänglich war. Kostengutsprache durch den Krankenversicherer nach vorgängiger Konsultation des Vertrauensarztes.

Ankylosierende Spondylitis (Morbus Bechterew): Behandlung mit HULIO, wenn die vorausgegangene konventionelle Therapie unzulänglich war oder nicht vertragen wurde. Kostengutsprache durch den Krankenversicherer nach vorgängiger Konsultation des Vertrauensarztes.

Aktiver Morbus Crohn: Behandlung erwachsener und pädiatrischer Patienten mit HULIO, wenn die vorausgegangene konventionelle Therapie (z.B. mit Azathioprin, 6-Mercaptopurin oder Glukokortikoiden) unzulänglich war, sowie bei Patienten, die nicht mehr auf Remicade ansprechen oder dieses nicht vertragen. Kostengutsprache durch den Krankenversicherer nach vorgängiger Konsultation des Vertrauensarztes sowie erneute Kostengutsprache nach zwei Jahren ununterbrochener Therapie.

Moderate bis schwere Colitis ulcerosa: Behandlung erwachsener Patienten mit HULIO, wenn die vorausgegangene konventionelle Therapie (z.B. mit Azathioprin, 6-Mercaptopurin oder Glukokortikoiden) unzulänglich war oder nicht vertragen wurde. Kostengutsprache durch den Krankenversicherer nach vorgängiger Konsultation des Vertrauensarztes.

Schwere Plaque-Psoriasis: Behandlung erwachsener Patienten, bei denen UVB und PUVA oder eine der folgenden drei systemischen Therapien (Ciclosporin, Methotrexat, Acitretin) keinen therapeutischen Erfolg gezeigt haben. Falls nach 12 Wochen kein therapeutischer Erfolg eingetreten ist, ist die Behandlung abubrechen. Die Verschreibung kann nur durch Fachärzte der Dermatologie oder dermatologische Universitätskliniken/Polikliniken erfolgen.

Aktive, mittelschwere bis schwere Hidradenitis suppurativa (Acne inversa): Behandlung erwachsener Patienten, wenn die vorausgegangene systemische Therapie mit Antibiotika unzulänglich war. Kostengutsprache durch den Krankenversicherer nach vorgängiger Konsultation des Vertrauensarztes.

Bei Patienten, die nach 12 Wochen kein Ansprechen nach HiSCR von mindestens 50% zeigen, ist die Behandlung abubrechen. Die Verschreibung kann nur durch Fachärzte der Dermatologie oder dermatologische Universitätskliniken/Polikliniken erfolgen. Eine erneute Kostengutsprache durch den Krankenversicherer nach vorgängiger Konsultation des Vertrauensarztes nach 52 Wochen ununterbrochener Therapie.

**Limitation neu:**

Die Behandlung mit HULIO bedarf der Kostengutsprache durch den Krankenversicherer nach vorgängiger Konsultation des Vertrauensarztes.

**Aktive rheumatoide Arthritis**

Behandlung mit HULIO, wenn die vorausgegangene antirheumatische Standardtherapie mit krankheitsmodifizierenden Antirheumatika (DMARDs) unzulänglich war.

**Aktive polyartikuläre juvenile idiopathische Arthritis bei Kindern und Jugendlichen im Alter von 4 bis 17 Jahren**

Behandlung mit HULIO, wenn die vorausgegangene Standardtherapie mit krankheitsmodifizierenden Antirheumatika (DMARDs) unzulänglich war.

**Psoriasis-Arthritis**

Behandlung mit HULIO, wenn die vorausgegangene Standardtherapie mit krankheitsmodifizierenden Antirheumatika (DMARDs) unzulänglich war.

**Ankylosierende Spondylitis (Morbus Bechterew)**

Behandlung mit HULIO, wenn die vorausgegangene konventionelle Therapie unzulänglich war oder nicht vertragen wurde.

**Aktiver Morbus Crohn**

Behandlung erwachsener und pädiatrischer Patienten mit HULIO, wenn die vorausgegangene konventionelle Therapie (z.B. mit Azathioprin, 6-Mercaptopurin oder Glukokortikoiden) unzulänglich war, sowie bei Patienten, die nicht mehr auf Infleximab ansprechen oder dieses nicht vertragen. Nach zwei Jahren ununterbrochener Therapie bedarf die Behandlung einer erneuten Kostengutsprache durch den Krankenversicherer nach vorgängiger Konsultation des Vertrauensarztes.

**Moderate bis schwere Colitis ulcerosa**

Behandlung erwachsener Patienten mit HULIO, wenn die vorausgegangene konventionelle Therapie (z.B. mit Azathioprin, 6-Mercaptopurin oder Glukokortikoiden) unzulänglich war oder nicht vertragen wurde.

Die Verschreibung von HULIO für die folgenden Behandlungen kann nur durch Fachärzte der Dermatologie oder dermatologische Universitätskliniken/Polikliniken erfolgen:

**Schwere Plaque-Psoriasis**

Behandlung erwachsener Patienten mit schwerer Plaque-Psoriasis, bei denen eine Phototherapie oder eine der folgenden konventionellen systemischen Therapien (Ciclosporin, Methotrexat, Acitretin) keinen therapeutischen Erfolg gezeigt haben. Falls nach 16 Wochen kein therapeutischer Erfolg eingetreten ist, ist die Behandlung abubrechen.

**Aktive, mittelschwere bis schwere Hidradenitis suppurativa (Acne inversa)**

Behandlung erwachsener Patienten, wenn die vorausgegangene systemische Therapie mit Antibiotika unzulänglich war. Bei Patienten, die nach 12 Wochen kein Ansprechen nach HiSCR von mindestens 50% zeigen, ist die Behandlung abubrechen. Nach 52 Wochen ununterbrochener Therapie bedarf die Behandlung einer erneuten Kostengutsprache durch den Krankenversicherer nach vorgängiger Konsultation des Vertrauensarztes.

PRÄPARATE/(Wirkstoffe) Packungen	Verantwortliche Firma	Therap. Gruppe	Dossier Nr.	Preis neu	Ex-Fact. neu
<b>HUMIRA</b>	AbbVie AG	071500			
Inj Lös 20 mg/0.2 ml 2 Fertspr 0.200 ml			17903	578.20	489.39
Inj Lös 40 mg/0.8 ml 2 Durchstf 0.800 ml			18538	1309.85	1138.23
Inj Lös 40 mg/0.4 ml vorgef Injektor 0.400 ml			18538	578.20	489.39
Inj Lös 40 mg/0.4 ml Fertspr 0.400 ml			17903	578.20	489.39
Inj Lös 80 mg/0.8 ml vorgef Injektor 0.800 ml			18538	1135.00	978.78
Inj Lös 80 mg/0.8 ml Fertspr 0.800 ml			17903	1135.00	978.78

**Limitation alt:**

Aktive rheumatoide Arthritis, aktive polyartikuläre juvenile idiopathische Arthritis, Psoriasis-Arthritis: Behandlung mit HUMIRA, wenn die vorausgegangene antirheumatische Standardtherapie mit krankheitsmodifizierenden Antirheumatika (DMARDs) unzulänglich war. Kostengutsprache durch den Krankenversicherer nach vorgängiger Konsultation des Vertrauensarztes.

Ankylosierende Spondylitis (Morbus Bechterew): Behandlung mit HUMIRA, wenn die vorausgegangene konventionelle Therapie unzulänglich war oder nicht vertragen wurde. Kostengutsprache durch den Krankenversicherer nach vorgängiger Konsultation des Vertrauensarztes.

Aktiver Morbus Crohn: Behandlung erwachsener und pädiatrischer Patienten mit HUMIRA, wenn die vorausgegangene konventionelle Therapie (z.B. mit Azathioprin, 6-Mercaptopurin oder Glukokortikoiden) unzulänglich war, sowie bei Patienten, die nicht mehr auf Remicade ansprechen oder dieses nicht vertragen. Kostengutsprache durch den Krankenversicherer nach vorgängiger Konsultation des Vertrauensarztes sowie erneute Kostengutsprache nach zwei Jahren ununterbrochener Therapie.

Moderate bis schwere Colitis ulcerosa: Behandlung erwachsener Patienten mit HUMIRA, wenn die vorausgegangene konventionelle Therapie (z.B. mit Azathioprin, 6-Mercaptopurin oder Glukokortikoiden) unzulänglich war oder nicht vertragen wurde. Kostengutsprache durch den Krankenversicherer nach vorgängiger Konsultation des Vertrauensarztes.

Schwere Plaque-Psoriasis: Behandlung erwachsener Patienten, bei denen UVB und PUVA oder eine der folgenden drei systemischen Therapien (Ciclosporin, Methotrexat, Acitretin) keinen therapeutischen Erfolg gezeigt haben. Falls nach 12 Wochen kein therapeutischer Erfolg eingetreten ist, ist die Behandlung abzubrechen. Die Verschreibung kann nur durch Fachärzte der Dermatologie oder dermatologische Universitätskliniken/Polikliniken erfolgen.

Aktive, mittelschwere bis schwere Hidradenitis suppurativa (Acne inversa): Behandlung erwachsener Patienten, wenn die vorausgegangene systemische Therapie mit Antibiotika unzulänglich war. Kostengutsprache durch den Krankenversicherer nach vorgängiger Konsultation des Vertrauensarztes. Bei Patienten, die nach 12 Wochen kein Ansprechen nach HiSCR von mindestens 50% zeigen, ist die Behandlung abzubrechen. Die Verschreibung kann nur durch Fachärzte der Dermatologie oder dermatologische Universitätskliniken/Polikliniken erfolgen. Eine erneute Kostengutsprache durch den Krankenversicherer nach vorgängiger Konsultation des Vertrauensarztes nach 52 Wochen ununterbrochener Therapie.

**Limitation neu:****Humira 20 mg**

Die 20mg HUMIRA-Dosisstärke ist ausschliesslich zur Anwendung bei Kindern und Jugendlichen vorgesehen.

Die Behandlung mit HUMIRA bedarf der Kostengutsprache durch den Krankenversicherer nach vorgängiger Konsultation des Vertrauensarztes.

**Aktive polyartikuläre juvenile idiopathische Arthritis bei Kindern und Jugendlichen im Alter von 4 bis 17 Jahren**

Behandlung mit HUMIRA, wenn die vorausgegangene Standardtherapie mit krankheitsmodifizierenden Antirheumatika (DMARDs) unzulänglich war.

**Aktiver Morbus Crohn**

Behandlung pädiatrischer Patienten mit HUMIRA, wenn die vorausgegangene konventionelle Therapie (z.B. mit Azathioprin, 6-Mercaptopurin oder Glukokortikoiden) unzulänglich war, sowie bei Patienten, die nicht mehr auf Infliximab ansprechen oder dieses nicht vertragen. Nach zwei Jahren ununterbrochener Therapie bedarf die Behandlung einer erneuten Kostengutsprache durch den Krankenversicherer nach vorgängiger Konsultation des Vertrauensarztes.

**Limitation neu:****Humira 40 mg/80 mg**

Die Behandlung mit HUMIRA bedarf der Kostengutsprache durch den Krankenversicherer nach vorgängiger Konsultation des Vertrauensarztes.

**Aktive rheumatoide Arthritis**

Behandlung mit HUMIRA, wenn die vorausgegangene antirheumatische Standardtherapie mit krankheitsmodifizierenden Antirheumatika (DMARDs) unzulänglich war.

**Aktive polyartikuläre juvenile idiopathische Arthritis bei Kindern und Jugendlichen im Alter von 4 bis 17 Jahren**

Behandlung mit HUMIRA, wenn die vorausgegangene Standardtherapie mit krankheitsmodifizierenden Antirheumatika (DMARDs) unzulänglich war.

PRÄPARATE/(Wirkstoffe) Packungen	Verantwortliche Firma	Therap. Gruppe	Dossier Nr.	Preis neu	Ex-Fact. neu
-------------------------------------	--------------------------	-------------------	-------------	-----------	--------------

**Psoriasis-Arthritis**

Behandlung mit HUMIRA, wenn die vorausgegangene Standardtherapie mit krankheitsmodifizierenden Antirheumatika (DMARDs) unzulänglich war.

**Ankylosierende Spondylitis (Morbus Bechterew)**

Behandlung mit HUMIRA, wenn die vorausgegangene konventionelle Therapie unzulänglich war oder nicht vertragen wurde.

**Aktiver Morbus Crohn**

Behandlung erwachsener und pädiatrischer Patienten mit HUMIRA, wenn die vorausgegangene konventionelle Therapie (z.B. mit Azathioprin, 6-Mercaptopurin oder Glukokortikoiden) unzulänglich war, sowie bei Patienten, die nicht mehr auf Infliximab ansprechen oder dieses nicht vertragen. Nach zwei Jahren ununterbrochener Therapie bedarf die Behandlung einer erneuten Kostengutsprache durch den Krankenversicherer nach vorgängiger Konsultation des Vertrauensarztes.

**Moderate bis schwere Colitis ulcerosa**

Behandlung erwachsener Patienten mit HUMIRA, wenn die vorausgegangene konventionelle Therapie (z.B. mit Azathioprin, 6-Mercaptopurin oder Glukokortikoiden) unzulänglich war oder nicht vertragen wurde.

Die Verschreibung von HUMIRA für die folgenden Behandlungen kann nur durch Fachärzte der Dermatologie oder dermatologische Universitätskliniken/ Polikliniken erfolgen.

**Schwere Plaque-Psoriasis**

Behandlung erwachsener Patienten mit schwerer Plaque-Psoriasis, bei denen eine Phototherapie oder eine der folgenden konventionellen systemischen Therapien (Ciclosporin, Methotrexat, Acitretin) keinen therapeutischen Erfolg gezeigt haben. Falls nach 16 Wochen kein therapeutischer Erfolg eingetreten ist, ist die Behandlung abzubrechen.

**Aktive, mittelschwere bis schwere Hidradenitis suppurativa (Acne inversa)**

Behandlung erwachsener Patienten, wenn die vorausgegangene systemische Therapie mit Antibiotika unzulänglich war. Bei Patienten, die nach 12 Wochen kein Ansprechen nach HiSCR von mindestens 50% zeigen, ist die Behandlung abzubrechen. Nach 52 Wochen ununterbrochener Therapie bedarf die Behandlung einer erneuten Kostengutsprache durch den Krankenversicherer nach vorgängiger Konsultation des Vertrauensarztes.

HYRIMOZ	Sandoz Pharmaceuticals AG	071500			
Inj Lös 20 mg/0.4 ml 2 Fertspr 0.4 ml			20968	500.45	421.64
Inj Lös 40 mg/0.8 ml Fertspr 0.8 ml			20968	500.45	421.64
Inj Lös 40 mg/0.8 ml 2 Fertspr 0.8 ml			20968	923.30	790.00
Inj Lös 40 mg/0.8 ml 6 Fertspr 0.8 ml			20968	2490.80	2215.00
Inj Lös 40 mg/0.8 ml Fertpen 0.8 ml			20969	500.45	421.64
Inj Lös 40 mg/0.8 ml 2 Fertpen 0.8 ml			20969	923.30	790.00
Inj Lös 40 mg/0.8 ml 6 Fertpen 0.8 ml			20969	2490.80	2215.00

**Limitation alt:****Hyrimoz 20 mg**

Aktive rheumatoide Arthritis, aktive polyartikuläre juvenile idiopathische Arthritis, Psoriasis-Arthritis: Behandlung mit HYRIMOZ, wenn die vorausgegangene antirheumatische Standardtherapie mit krankheitsmodifizierenden Antirheumatika (DMARDs) unzulänglich war. Kostengutsprache durch den Krankenversicherer nach vorgängiger Konsultation des Vertrauensarztes.

Ankylosierende Spondylitis (Morbus Bechterew): Behandlung mit HYRIMOZ, wenn die vorausgegangene konventionelle Therapie unzulänglich war oder nicht vertragen wurde. Kostengutsprache durch den Krankenversicherer nach vorgängiger Konsultation des Vertrauensarztes.

Aktiver Morbus Crohn: Behandlung erwachsener und pädiatrischer Patienten mit HYRIMOZ, wenn die vorausgegangene konventionelle Therapie (z.B. mit Azathioprin, 6-Mercaptopurin oder Glukokortikoiden) unzulänglich war, sowie bei Patienten, die nicht mehr auf Remicade ansprechen oder dieses nicht vertragen. Kostengutsprache durch den Krankenversicherer nach vorgängiger Konsultation des Vertrauensarztes sowie erneute Kostengutsprache nach zwei Jahren ununterbrochener Therapie.

Moderate bis schwere Colitis ulcerosa: Behandlung erwachsener Patienten mit HYRIMOZ, wenn die vorausgegangene konventionelle Therapie (z.B. mit Azathioprin, 6-Mercaptopurin oder Glukokortikoiden) unzulänglich war oder nicht vertragen wurde. Kostengutsprache durch den Krankenversicherer nach vorgängiger Konsultation des Vertrauensarztes.

Schwere Plaque-Psoriasis: Behandlung erwachsener Patienten, bei denen UVB und PUVA oder eine der folgenden drei systemischen Therapien (Ciclosporin, Methotrexat, Acitretin) keinen therapeutischen Erfolg gezeigt haben. Falls nach 12 Wochen kein therapeutischer Erfolg eingetreten ist, ist die Behandlung abzubrechen. Die Verschreibung kann nur durch Fachärzte der Dermatologie oder dermatologische Universitätskliniken/Polikliniken erfolgen.

Aktive, mittelschwere bis schwere Hidradenitis suppurativa (Acne inversa): Behandlung erwachsener Patienten, wenn die vorausgegangene systemische Therapie mit Antibiotika unzulänglich war. Kostengutsprache durch den Krankenversicherer nach vorgängiger Konsultation des Vertrauensarztes. Bei Patienten, die nach 12 Wochen kein Ansprechen nach HiSCR von mindestens 50% zeigen, ist die Behandlung abzubrechen. Die Verschreibung kann nur durch Fachärzte der Dermatologie oder dermatologische Universitätskliniken/Polikliniken erfolgen. Eine erneute Kostengutsprache durch den Krankenversicherer nach vorgängiger Konsultation des Vertrauensarztes nach 52 Wochen ununterbrochener Therapie.

PRÄPARATE/(Wirkstoffe) Packungen	Verantwortliche Firma	Therap. Gruppe	Dossier Nr.	Preis neu	Ex-Fact. neu
-------------------------------------	--------------------------	-------------------	-------------	-----------	--------------

**Limitation neu:****Hyrimoz 20 mg**

Die 20mg HYRIMOZ-Dosisstärke ist ausschliesslich zur Anwendung bei Kindern und Jugendlichen vorgesehen.

Die Behandlung mit HYRIMOZ bedarf der Kostengutsprache durch den Krankenversicherer nach vorgängiger Konsultation des Vertrauensarztes.

**Aktive polyartikuläre juvenile idiopathische Arthritis bei Kindern und Jugendlichen im Alter von 4 bis 17 Jahren**

Behandlung mit HYRIMOZ, wenn die vorausgegangene Standardtherapie mit krankheitsmodifizierenden Antirheumatika (DMARDs) unzulänglich war.

**Aktiver Morbus Crohn**

Behandlung pädiatrischer Patienten mit HYRIMOZ, wenn die vorausgegangene konventionelle Therapie (z.B. mit Azathioprin, 6-Mercaptopurin oder Glukokortikoiden) unzulänglich war, sowie bei Patienten, die nicht mehr auf Infliximab ansprechen oder dieses nicht vertragen. Nach zwei Jahren ununterbrochener Therapie bedarf die Behandlung einer erneuten Kostengutsprache durch den Krankenversicherer nach vorgängiger Konsultation des Vertrauensarztes.

**Limitation alt:****Hyrimoz 40 mg**

Aktive rheumatoide Arthritis, aktive polyartikuläre juvenile idiopathische Arthritis ab dem Alter von 13 Jahren mit einer Körperoberfläche grösser als 1.7 m<sup>2</sup>, Psoriasis-Arthritis: Behandlung mit HYRIMOZ, wenn die vorausgegangene antirheumatische Standardtherapie mit krankheitsmodifizierenden Antirheumatika (DMARDs) unzulänglich war. Kostengutsprache durch den Krankenversicherer nach vorgängiger Konsultation des Vertrauensarztes.

Ankylosierende Spondylitis (Morbus Bechterew): Behandlung mit HYRIMOZ, wenn die vorausgegangene konventionelle Therapie unzulänglich war oder nicht vertragen wurde. Kostengutsprache durch den Krankenversicherer nach vorgängiger Konsultation des Vertrauensarztes.

Aktiver Morbus Crohn: Behandlung erwachsener Patienten mit HYRIMOZ, wenn die vorausgegangene konventionelle Therapie (z.B. mit Azathioprin, 6-Mercaptopurin oder Glukokortikoiden) unzulänglich war, sowie bei Patienten, die nicht mehr auf Remicade ansprechen oder dieses nicht vertragen. Kostengutsprache durch den Krankenversicherer nach vorgängiger Konsultation des Vertrauensarztes sowie erneute Kostengutsprache nach zwei Jahren ununterbrochener Therapie.

Moderate bis schwere Colitis ulcerosa: Behandlung erwachsener Patienten mit HYRIMOZ, wenn die vorausgegangene konventionelle Therapie (z.B. mit Azathioprin, 6-Mercaptopurin oder Glukokortikoiden) unzulänglich war oder nicht vertragen wurde. Kostengutsprache durch den Krankenversicherer nach vorgängiger Konsultation des Vertrauensarztes.

Schwere Plaque-Psoriasis: Behandlung erwachsener Patienten, bei denen UVB und PUVA oder eine der folgenden drei systemischen Therapien (Ciclosporin, Methotrexat, Acitretin) keinen therapeutischen Erfolg gezeigt haben. Falls nach 12 Wochen kein therapeutischer Erfolg eingetreten ist, ist die Behandlung abzubrechen. Die Verschreibung kann nur durch Fachärzte der Dermatologie oder dermatologische Universitätskliniken/Polikliniken erfolgen.

Aktive, mittelschwere bis schwere Hidradenitis suppurativa (Acne inversa): Behandlung erwachsener Patienten, wenn die vorausgegangene systemische Therapie mit Antibiotika unzulänglich war. Kostengutsprache durch den Krankenversicherer nach vorgängiger Konsultation des Vertrauensarztes. Bei Patienten, die nach 12 Wochen kein Ansprechen nach HiSCR von mindestens 50% zeigen, ist die Behandlung abzubrechen. Die Verschreibung kann nur durch Fachärzte der Dermatologie oder dermatologische Universitätskliniken/Polikliniken erfolgen. Eine erneute Kostengutsprache durch den Krankenversicherer nach vorgängiger Konsultation des Vertrauensarztes nach 52 Wochen ununterbrochener Therapie.

**Limitation neu:****Hyrimoz 40 mg**

Die Behandlung mit HYRIMOZ bedarf der Kostengutsprache durch den Krankenversicherer nach vorgängiger Konsultation des Vertrauensarztes.

**Aktive rheumatoide Arthritis**

Behandlung mit HYRIMOZ, wenn die vorausgegangene antirheumatische Standardtherapie mit krankheitsmodifizierenden Antirheumatika (DMARDs) unzulänglich war.

**Aktive polyartikuläre juvenile idiopathische Arthritis bei Kindern und Jugendlichen im Alter von 4 bis 17 Jahren**

Behandlung mit HYRIMOZ, wenn die vorausgegangene Standardtherapie mit krankheitsmodifizierenden Antirheumatika (DMARDs) unzulänglich war.

**Psoriasis-Arthritis**

Behandlung mit HYRIMOZ, wenn die vorausgegangene Standardtherapie mit krankheitsmodifizierenden Antirheumatika (DMARDs) unzulänglich war.

**Ankylosierende Spondylitis (Morbus Bechterew)**

Behandlung mit HYRIMOZ, wenn die vorausgegangene konventionelle Therapie unzulänglich war oder nicht vertragen wurde.

**Aktiver Morbus Crohn**

Behandlung erwachsener und pädiatrischer Patienten mit HYRIMOZ, wenn die vorausgegangene konventionelle Therapie (z.B. mit Azathioprin, 6-Mercaptopurin oder Glukokortikoiden) unzulänglich war, sowie bei Patienten, die nicht mehr auf Infliximab ansprechen oder dieses nicht vertragen. Nach zwei Jahren ununterbrochener Therapie bedarf die Behandlung einer erneuten Kostengutsprache durch den Krankenversicherer nach vorgängiger Konsultation des Vertrauensarztes.

**Moderate bis schwere Colitis ulcerosa**

Behandlung erwachsener Patienten mit HYRIMOZ, wenn die vorausgegangene konventionelle Therapie (z.B. mit Azathioprin, 6-Mercaptopurin oder Glukokortikoiden) unzulänglich war oder nicht vertragen wurde.

Die Verschreibung von HYRIMOZ für die folgenden Behandlungen kann nur durch Fachärzte der Dermatologie oder dermatologische Universitätskliniken/Polikliniken erfolgen:

**Schwere Plaque-Psoriasis**

Behandlung erwachsener Patienten mit schwerer Plaque-Psoriasis, bei denen eine Phototherapie oder eine der folgenden konventionellen systemischen Therapien (Ciclosporin, Methotrexat, Acitretin) keinen therapeutischen Erfolg gezeigt haben. Falls nach 16 Wochen kein therapeutischer Erfolg eingetreten ist, ist die Behandlung abzubrechen.

**Aktive, mittelschwere bis schwere Hidradenitis suppurativa (Acne inversa)**

Behandlung erwachsener Patienten, wenn die vorausgegangene systemische Therapie mit Antibiotika unzulänglich war. Bei Patienten, die nach 12 Wochen kein Ansprechen nach HiSCR von mindestens 50% zeigen, ist die Behandlung abzubrechen. Nach 52 Wochen ununterbrochener Therapie bedarf die Behandlung einer erneuten Kostengutsprache durch den Krankenversicherer nach vorgängiger Konsultation des Vertrauensarztes.

PRÄPARATE/(Wirkstoffe) Packungen	Verantwortliche Firma	Therap. Gruppe	Dossier Nr.	Preis neu	Ex-Fact. neu
<b>IDACIO</b>	Fresenius Kabi (Schweiz) AG	071500			
Inj Lös 40 mg/0.8ml Durchstf 1 Stk			21086	500.45	421.64
Inj Lös 40 mg/0.8ml Fertpen 2 Stk			21086	984.50	843.28
Inj Lös 40 mg/0.8ml Fertigspr 2 Stk			21086	984.50	843.28

**Limitation alt:**

Aktive rheumatoide Arthritis, aktive polyartikuläre juvenile idiopathische Arthritis (ab einem Alter von 4 Jahren), Psoriasis-Arthritis: Behandlung mit IDACIO, wenn die vorausgegangene antirheumatische Standardtherapie mit krankheitsmodifizierenden Antirheumatika (DMARDs) unzulänglich war. Kostengutsprache durch den Krankenversicherer nach vorgängiger Konsultation des Vertrauensarztes.

Ankylosierende Spondylitis (Morbus Bechterew): Behandlung mit IDACIO, wenn die vorausgegangene konventionelle Therapie unzulänglich war oder nicht vertragen wurde. Kostengutsprache durch den Krankenversicherer nach vorgängiger Konsultation des Vertrauensarztes.

Aktiver Morbus Crohn: Behandlung erwachsener und pädiatrischer Patienten mit IDACIO, wenn die vorausgegangene konventionelle Therapie (z.B. mit Azathioprin, 6-Mercaptopurin oder Glukokortikoiden) unzulänglich war, sowie bei Patienten, die nicht mehr auf Infliximab ansprechen oder dieses nicht vertragen. Kostengutsprache durch den Krankenversicherer nach vorgängiger Konsultation des Vertrauensarztes sowie erneute Kostengutsprache nach zwei Jahren ununterbrochener Therapie.

Moderate bis schwere Colitis ulcerosa: Behandlung erwachsener Patienten mit IDACIO, wenn die vorausgegangene konventionelle Therapie (z.B. mit Azathioprin, 6-Mercaptopurin oder Glukokortikoiden) unzulänglich war oder nicht vertragen wurde. Kostengutsprache durch den Krankenversicherer nach vorgängiger Konsultation des Vertrauensarztes.

Schwere Plaque-Psoriasis: Behandlung erwachsener Patienten, bei denen UVB und PUVA oder eine der folgenden drei systemischen Therapien (Ciclosporin, Methotrexat, Acitretin) keinen therapeutischen Erfolg gezeigt haben. Falls nach 12 Wochen kein therapeutischer Erfolg eingetreten ist, ist die Behandlung abzubrechen. Die Verschreibung kann nur durch Fachärzte der Dermatologie oder dermatologische Universitätskliniken/Polikliniken erfolgen.

Aktive, mittelschwere bis schwere Hidradenitis suppurativa (Acne inversa): Behandlung erwachsener Patienten, wenn die vorausgegangene systemische Therapie mit Antibiotika unzulänglich war. Kostengutsprache durch den Krankenversicherer nach vorgängiger Konsultation des Vertrauensarztes. Bei Patienten, die nach 12 Wochen kein Ansprechen nach HISCR von mindestens 50% zeigen, ist die Behandlung abzubrechen. Die Verschreibung kann nur durch Fachärzte der Dermatologie oder dermatologische Universitätskliniken/Polikliniken erfolgen. Eine erneute Kostengutsprache durch den Krankenversicherer nach vorgängiger Konsultation des Vertrauensarztes nach 52 Wochen ununterbrochener Therapie.

**Limitation neu:**

Die Behandlung mit IDACIO bedarf der Kostengutsprache durch den Krankenversicherer nach vorgängiger Konsultation des Vertrauensarztes.

**Aktive rheumatoide Arthritis**

Behandlung mit IDACIO, wenn die vorausgegangene antirheumatische Standardtherapie mit krankheitsmodifizierenden Antirheumatika (DMARDs) unzulänglich war.

**Aktive polyartikuläre juvenile idiopathische Arthritis bei Kindern und Jugendlichen im Alter von 4 bis 17 Jahren**

Behandlung mit IDACIO, wenn die vorausgegangene Standardtherapie mit krankheitsmodifizierenden Antirheumatika (DMARDs) unzulänglich war.

**Psoriasis-Arthritis**

Behandlung mit IDACIO, wenn die vorausgegangene Standardtherapie mit krankheitsmodifizierenden Antirheumatika (DMARDs) unzulänglich war.

**Ankylosierende Spondylitis (Morbus Bechterew)**

Behandlung mit IDACIO, wenn die vorausgegangene konventionelle Therapie unzulänglich war oder nicht vertragen wurde.

**Aktiver Morbus Crohn**

Behandlung erwachsener und pädiatrischer Patienten mit IDACIO, wenn die vorausgegangene konventionelle Therapie (z.B. mit Azathioprin, 6-Mercaptopurin oder Glukokortikoiden) unzulänglich war, sowie bei Patienten, die nicht mehr auf Infliximab ansprechen oder dieses nicht vertragen. Nach zwei Jahren ununterbrochener Therapie bedarf die Behandlung einer erneuten Kostengutsprache durch den Krankenversicherer nach vorgängiger Konsultation des Vertrauensarztes.

**Moderate bis schwere Colitis ulcerosa**

Behandlung erwachsener Patienten mit IDACIO, wenn die vorausgegangene konventionelle Therapie (z.B. mit Azathioprin, 6-Mercaptopurin oder Glukokortikoiden) unzulänglich war oder nicht vertragen wurde.

Die Verschreibung von IDACIO für die folgenden Behandlungen kann nur durch Fachärzte der Dermatologie oder dermatologische Universitätskliniken/Polikliniken erfolgen:

**Schwere Plaque-Psoriasis**

Behandlung erwachsener Patienten mit schwerer Plaque-Psoriasis, bei denen eine Phototherapie oder eine der folgenden konventionellen systemischen Therapien (Ciclosporin, Methotrexat, Acitretin) keinen therapeutischen Erfolg gezeigt haben. Falls nach 16 Wochen kein therapeutischer Erfolg eingetreten ist, ist die Behandlung abzubrechen.

**Aktive, mittelschwere bis schwere Hidradenitis suppurativa (Acne inversa)**

Behandlung erwachsener Patienten, wenn die vorausgegangene systemische Therapie mit Antibiotika unzulänglich war. Bei Patienten, die nach 12 Wochen kein Ansprechen nach HISCR von mindestens 50% zeigen, ist die Behandlung abzubrechen. Nach 52 Wochen ununterbrochener Therapie bedarf die Behandlung einer erneuten Kostengutsprache durch den Krankenversicherer nach vorgängiger Konsultation des Vertrauensarztes.

PRÄPARATE/(Wirkstoffe) Packungen	Verantwortliche Firma	Therap. Gruppe	Dossier Nr.	Preis neu	Ex-Fact. neu
<b>IMRALDI</b>	Samsung Bioepis CH GmbH	071500			
Inj Lös 40 mg/0.8ml Fertspr 0.800 ml			21076	498.55	420.00
Inj Lös 40 mg/0.8ml Fertpen 0.800 ml			21079	498.55	420.00
Inj Lös 40 mg/0.8ml 2 Fertspr 0.800 ml			21076	923.30	790.00
Inj Lös 40 mg/0.8ml 2 Fertpen 0.800 ml			21079	923.30	790.00
Inj Lös 40 mg/0.8ml 6 Fertspr 0.800 ml			21076	2490.80	2215.00
Inj Lös 40 mg/0.8ml 6 Fertpen 0.800 ml			21079	2490.80	2215.00

**Limitation alt:**

Aktive rheumatoide Arthritis, aktive polyartikuläre juvenile idiopathische Arthritis bei Jugendlichen ab dem Alter von 13 Jahren mit einer Körperoberfläche grösser als 1.7 m<sup>2</sup>, Psoriasis-Arthritis: Behandlung mit IMRALDI, wenn die vorausgegangene antirheumatische Standardtherapie mit krankheitsmodifizierenden Antirheumatika (DMARDs) unzulänglich war. Kostengutsprache durch den Krankenversicherer nach vorgängiger Konsultation des Vertrauensarztes.

Ankylosierende Spondylitis (Morbus Bechterew): Behandlung mit IMRALDI, wenn die vorausgegangene konventionelle Therapie unzulänglich war oder nicht vertragen wurde. Kostengutsprache durch den Krankenversicherer nach vorgängiger Konsultation des Vertrauensarztes.

Aktiver Morbus Crohn: Behandlung erwachsener Patienten mit IMRALDI, wenn die vorausgegangene konventionelle Therapie (z.B. mit Azathioprin, 6-Mercaptopurin oder Glukokortikoiden) unzulänglich war, sowie bei Patienten, die nicht mehr auf Remicade ansprechen oder dieses nicht vertragen. Kostengutsprache durch den Krankenversicherer nach vorgängiger Konsultation des Vertrauensarztes sowie erneute Kostengutsprache nach zwei Jahren ununterbrochener Therapie.

Moderate bis schwere Colitis ulcerosa: Behandlung erwachsener Patienten mit IMRALDI, wenn die vorausgegangene konventionelle Therapie (z.B. mit Azathioprin, 6-Mercaptopurin oder Glukokortikoiden) unzulänglich war oder nicht vertragen wurde. Kostengutsprache durch den Krankenversicherer nach vorgängiger Konsultation des Vertrauensarztes.

Schwere Plaque-Psoriasis: Behandlung erwachsener Patienten, bei denen UVB und PUVA oder eine der folgenden drei systemischen Therapien (Ciclosporin, Methotrexat, Acitretin) keinen therapeutischen Erfolg gezeigt haben. Falls nach 12 Wochen kein therapeutischer Erfolg eingetreten ist, ist die Behandlung abzubrechen. Die Verschreibung kann nur durch Fachärzte der Dermatologie oder dermatologische Universitätskliniken/Polikliniken erfolgen.

Aktive, mittelschwere bis schwere Hidradenitis suppurativa (Acne inversa): Behandlung erwachsener Patienten, wenn die vorausgegangene systemische Therapie mit Antibiotika unzulänglich war. Kostengutsprache durch den Krankenversicherer nach vorgängiger Konsultation des Vertrauensarztes. Bei Patienten, die nach 12 Wochen kein Ansprechen nach HiSCR von mindestens 50% zeigen, ist die Behandlung abzubrechen. Die Verschreibung kann nur durch Fachärzte der Dermatologie oder dermatologische Universitätskliniken/Polikliniken erfolgen. Eine erneute Kostengutsprache durch den Krankenversicherer nach vorgängiger Konsultation des Vertrauensarztes nach 52 Wochen ununterbrochener Therapie.

**Limitation neu:**

Die Behandlung mit IMRALDI bedarf der Kostengutsprache durch den Krankenversicherer nach vorgängiger Konsultation des Vertrauensarztes.

**Aktive rheumatoide Arthritis**

Behandlung mit IMRALDI, wenn die vorausgegangene antirheumatische Standardtherapie mit krankheitsmodifizierenden Antirheumatika (DMARDs) unzulänglich war.

**Aktive polyartikuläre juvenile idiopathische Arthritis bei Kindern und Jugendlichen im Alter von 4 bis 17 Jahren ab einem Körpergewicht von  $\geq 30$  kg**

Behandlung mit IMRALDI, wenn die vorausgegangene Standardtherapie mit krankheitsmodifizierenden Antirheumatika (DMARDs) unzulänglich war.

**Psoriasis-Arthritis**

Behandlung mit IMRALDI, wenn die vorausgegangene Standardtherapie mit krankheitsmodifizierenden Antirheumatika (DMARDs) unzulänglich war.

**Ankylosierende Spondylitis (Morbus Bechterew)**

Behandlung mit IMRALDI, wenn die vorausgegangene konventionelle Therapie unzulänglich war oder nicht vertragen wurde.

**Aktiver Morbus Crohn**

Behandlung erwachsener Patienten mit IMRALDI, wenn die vorausgegangene konventionelle Therapie (z.B. mit Azathioprin, 6-Mercaptopurin oder Glukokortikoiden) unzulänglich war, sowie bei Patienten, die nicht mehr auf Infliximab ansprechen oder dieses nicht vertragen. Nach zwei Jahren ununterbrochener Therapie bedarf die Behandlung einer erneuten Kostengutsprache durch den Krankenversicherer nach vorgängiger Konsultation des Vertrauensarztes.

**Moderate bis schwere Colitis ulcerosa**

Behandlung erwachsener Patienten mit IMRALDI, wenn die vorausgegangene konventionelle Therapie (z.B. mit Azathioprin, 6-Mercaptopurin oder Glukokortikoiden) unzulänglich war oder nicht vertragen wurde.

Die Verschreibung von IMRALDI für die folgenden Behandlungen kann nur durch Fachärzte der Dermatologie oder dermatologische Universitätskliniken/Polikliniken erfolgen:

**Schwere Plaque-Psoriasis**

Behandlung erwachsener Patienten mit schwerer Plaque-Psoriasis, bei denen eine Phototherapie oder eine der folgenden konventionellen systemischen Therapien (Ciclosporin, Methotrexat, Acitretin) keinen therapeutischen Erfolg gezeigt haben. Falls nach 16 Wochen kein therapeutischer Erfolg eingetreten ist, ist die Behandlung abzubrechen.

**Aktive, mittelschwere bis schwere Hidradenitis suppurativa (Acne inversa)**

Behandlung erwachsener Patienten, wenn die vorausgegangene systemische Therapie mit Antibiotika unzulänglich war. Bei Patienten, die nach 12 Wochen kein Ansprechen nach HiSCR von mindestens 50% zeigen, ist die Behandlung abzubrechen. Nach 52 Wochen ununterbrochener Therapie bedarf die Behandlung einer erneuten Kostengutsprache durch den Krankenversicherer nach vorgängiger Konsultation des Vertrauensarztes.

PRÄPARATE/(Wirkstoffe) Packungen	Verantwortliche Firma	Therap. Gruppe	Dossier Nr.	Preis neu	Ex-Fact. neu
-------------------------------------	--------------------------	-------------------	-------------	-----------	--------------

## VIII. Überprüfung der Aufnahmebedingungen nach HTA

ATORVA PFIZER	Pfizer PFE Switzerland GmbH	071200			
Filmtabl 10 mg 30 Stk			19796	27.30	13.07
Filmtabl 20 mg 30 Stk			19796	27.25	13.03
Filmtabl 40 mg 30 Stk			19796	27.25	13.03
Filmtabl 80 mg 30 Stk			19796	27.30	13.07
Filmtabl 10 mg 100 Stk			19796	65.75	42.99
Filmtabl 20 mg 100 Stk			19796	65.65	42.88
Filmtabl 40 mg 100 Stk			19796	65.65	42.88
Filmtabl 80 mg 100 Stk			19796	65.75	42.99

**Limitation neu:**

Bei Erwachsenen ab 18 bis und mit 75 Jahren wird eine Behandlung mit Statinen vergütet im Rahmen der Sekundärprävention kardiovaskulärer Ereignisse sowie im Rahmen der Primärprävention bei Personen mit hohem oder sehr hohem Risiko nach AGLA-Risikokategorie sowie bei Personen mit einem Risiko von über 1% nach AGLA-Risikokategorie. Eine entsprechend bis und mit 75 Jahren gestartete Statin-Therapie wird auch nach Vollendung des 75. Lebensjahres weiter vergütet.

Bei Personen über 75 Jahren wird eine neu beginnende Statin-Therapie nur vergütet im Rahmen der Sekundärprävention kardiovaskulärer Ereignisse sowie im Rahmen der Primärprävention bei Personen mit hohem oder sehr hohem Risiko nach AGLA-Risikokategorie.

ATORVASTATIN AXAPHARM	Axapharm AG	071200			
Filmtabl 10 mg 30 Stk			19912	27.30	13.07
Filmtabl 20 mg 30 Stk			19912	27.25	13.03
Filmtabl 40 mg 30 Stk			19912	27.25	13.03
Filmtabl 80 mg 30 Stk			19912	27.30	13.07
Filmtabl 10 mg 100 Stk			19912	65.75	42.98
Filmtabl 20 mg 100 Stk			19912	65.65	42.88
Filmtabl 40 mg 100 Stk			19912	65.65	42.88
Filmtabl 80 mg 100 Stk			19912	65.75	42.98

**Limitation neu:**

Bei Erwachsenen ab 18 bis und mit 75 Jahren wird eine Behandlung mit Statinen vergütet im Rahmen der Sekundärprävention kardiovaskulärer Ereignisse sowie im Rahmen der Primärprävention bei Personen mit hohem oder sehr hohem Risiko nach AGLA-Risikokategorie sowie bei Personen mit einem Risiko von über 1% nach AGLA-Risikokategorie. Eine entsprechend bis und mit 75 Jahren gestartete Statin-Therapie wird auch nach Vollendung des 75. Lebensjahres weiter vergütet.

Bei Personen über 75 Jahren wird eine neu beginnende Statin-Therapie nur vergütet im Rahmen der Sekundärprävention kardiovaskulärer Ereignisse sowie im Rahmen der Primärprävention bei Personen mit hohem oder sehr hohem Risiko nach AGLA-Risikokategorie.

ATORVASTATIN EZETIMIB ZENTIVA	Helvepharm AG	071200			
Tabl 10/10 mg 30 Stk			21308	39.45	20.08
Tabl 20/10 mg 30 Stk			21308	39.45	20.08
Tabl 40/10 mg 30 Stk			21308	39.45	20.08
Tabl 80/10 mg 30 Stk			21308	39.45	20.08
Tabl 10/10 mg 90 Stk			21308	85.55	60.24
Tabl 20/10 mg 90 Stk			21308	85.55	60.24
Tabl 40/10 mg 90 Stk			21308	85.55	60.24
Tabl 80/10 mg 90 Stk			21308	85.55	60.24

**Limitation alt:**

Zur Senkung des kardiovaskulären Risikos bei Vorliegen einer sehr hohen resp. hohen Risikokategorie (nach AGLA Risikokategorie), wenn die entsprechenden LDL-Cholesterin Zielwerte (1.8 mmol/l bei sehr hohem Risiko resp. 2.5 mmol/l bei hohem Risiko) unter maximal verträglich dosierten Statintherapie nicht erreicht wurden.

**Limitation neu:**

Die Vergütung erfolgt bei:

- Patienten mit hohem Risiko gemäss AGLA-Risikokategorie, die den LDL-Zielwert < 1.8 mmol/l und eine LDL-Senkung um 50% mit einem hochwirksamen Statin (Atorvastatin, Rosuvastatin) in maximal verträglicher Dosis alleine nicht erreichen.
- Patienten mit sehr hohem Risiko gemäss AGLA-Risikokategorie, die den LDL-Zielwert < 1.4 mmol/l und eine LDL-Senkung um 50% mit einem hochwirksamen Statin (Atorvastatin, Rosuvastatin) in maximal verträglicher Dosis alleine nicht erreichen.
- Patienten mit Statin-Intoleranz, d.h. Patienten, die bei Einnahme eines Statins nicht tolerierbare Muskelschmerzen und/oder messbare Muskelschwäche und/oder eine Erhöhung der Creatinkinase > 5x des oberen Grenzwertes aufweisen. Vor der Verschreibung von Ezetimib ist ein anderes Statin und, sofern dies nicht vertragen wird, Atorvastatin oder Rosuvastatin 5–10 mg 1–2x pro Woche auszuprobieren.

PRÄPARATE/(Wirkstoffe) Packungen	Verantwortliche Firma	Therap. Gruppe	Dossier Nr.	Preis neu	Ex-Fact. neu
<b>ATORVASTATIN PFIZER</b>	Pfizer PFE Switzerland GmbH	071200			
Filmtabl 10 mg 30 Stk			19797	27.30	13.07
Filmtabl 20 mg 30 Stk			19797	27.25	13.03
Filmtabl 40 mg 30 Stk			19797	27.25	13.03
Filmtabl 80 mg 30 Stk			19797	27.30	13.07
Filmtabl 10 mg 100 Stk			19797	65.75	42.99
Filmtabl 20 mg 100 Stk			19797	65.65	42.88
Filmtabl 40 mg 100 Stk			19797	65.65	42.88
Filmtabl 80 mg 100 Stk			19797	65.75	42.99
<b>Limitation neu:</b>					
Bei Erwachsenen ab 18 bis und mit 75 Jahren wird eine Behandlung mit Statinen vergütet im Rahmen der Sekundärprävention kardiovaskulärer Ereignisse sowie im Rahmen der Primärprävention bei Personen mit hohem oder sehr hohem Risiko nach AGLA-Risikokategorie sowie bei Personen mit einem Risiko von über 1% nach AGLA-Risikokategorie. Eine entsprechend bis und mit 75 Jahren gestartete Statin-Therapie wird auch nach Vollendung des 75. Lebensjahres weiter vergütet.					
Bei Personen über 75 Jahren wird eine neu beginnende Statin-Therapie nur vergütet im Rahmen der Sekundärprävention kardiovaskulärer Ereignisse sowie im Rahmen der Primärprävention bei Personen mit hohem oder sehr hohem Risiko nach AGLA-Risikokategorie.					
<b>ATORVASTATIN SANDOZ</b>	Sandoz Pharmaceuticals AG	071200			
Filmtabl 10 mg 30 Stk			19920	27.25	13.04
Filmtabl 20 mg 30 Stk			19920	27.25	13.04
Filmtabl 40 mg 30 Stk			19920	27.25	13.04
Filmtabl 80 mg 30 Stk			19920	27.25	13.04
Filmtabl 10 mg 100 Stk			19920	65.65	42.88
Filmtabl 20 mg 100 Stk			19920	65.65	42.88
Filmtabl 40 mg 100 Stk			19920	65.65	42.88
Filmtabl 80 mg 100 Stk			19920	65.65	42.88
<b>Limitation neu:</b>					
Bei Erwachsenen ab 18 bis und mit 75 Jahren wird eine Behandlung mit Statinen vergütet im Rahmen der Sekundärprävention kardiovaskulärer Ereignisse sowie im Rahmen der Primärprävention bei Personen mit hohem oder sehr hohem Risiko nach AGLA-Risikokategorie sowie bei Personen mit einem Risiko von über 1% nach AGLA-Risikokategorie. Eine entsprechend bis und mit 75 Jahren gestartete Statin-Therapie wird auch nach Vollendung des 75. Lebensjahres weiter vergütet.					
Bei Personen über 75 Jahren wird eine neu beginnende Statin-Therapie nur vergütet im Rahmen der Sekundärprävention kardiovaskulärer Ereignisse sowie im Rahmen der Primärprävention bei Personen mit hohem oder sehr hohem Risiko nach AGLA-Risikokategorie.					
<b>ATORVASTATIN SPIRIG HC</b>	Spirig HealthCare AG	071200			
Filmtabl 10 mg Blist 30 Stk			21196	27.25	13.04
Filmtabl 20 mg Blist 30 Stk			21196	27.25	13.04
Filmtabl 40 mg Blist 30 Stk			21196	27.25	13.04
Filmtabl 80 mg Blist 30 Stk			21196	27.25	13.04
Filmtabl 10 mg Blist 100 Stk			21196	65.65	42.88
Filmtabl 20 mg Blist 100 Stk			21196	65.65	42.88
Filmtabl 40 mg Blist 100 Stk			21196	65.65	42.88
Filmtabl 80 mg Blist 100 Stk			21196	65.65	42.88
<b>Limitation neu:</b>					
Bei Erwachsenen ab 18 bis und mit 75 Jahren wird eine Behandlung mit Statinen vergütet im Rahmen der Sekundärprävention kardiovaskulärer Ereignisse sowie im Rahmen der Primärprävention bei Personen mit hohem oder sehr hohem Risiko nach AGLA-Risikokategorie sowie bei Personen mit einem Risiko von über 1% nach AGLA-Risikokategorie. Eine entsprechend bis und mit 75 Jahren gestartete Statin-Therapie wird auch nach Vollendung des 75. Lebensjahres weiter vergütet.					
Bei Personen über 75 Jahren wird eine neu beginnende Statin-Therapie nur vergütet im Rahmen der Sekundärprävention kardiovaskulärer Ereignisse sowie im Rahmen der Primärprävention bei Personen mit hohem oder sehr hohem Risiko nach AGLA-Risikokategorie.					

PRÄPARATE/(Wirkstoffe) Packungen	Verantwortliche Firma	Therap. Gruppe	Dossier Nr.	Preis neu	Ex-Fact. neu
<b>ATORVASTATIN STREULI</b>	Streuli Pharma AG	071200			
Filmtabl 10 mg 30 Stk			19939	27.25	13.03
Filmtabl 20 mg 30 Stk			19939	27.25	13.03
Filmtabl 40 mg 30 Stk			19939	27.25	13.03
Filmtabl 80 mg 30 Stk			19939	27.25	13.03
Filmtabl 10 mg 100 Stk			19939	65.65	42.88
Filmtabl 20 mg 100 Stk			19939	65.65	42.88
Filmtabl 40 mg 100 Stk			19939	65.65	42.88
Filmtabl 80 mg 100 Stk			19939	65.65	42.88

**Limitation neu:**

Bei Erwachsenen ab 18 bis und mit 75 Jahren wird eine Behandlung mit Statinen vergütet im Rahmen der Sekundärprävention kardiovaskulärer Ereignisse sowie im Rahmen der Primärprävention bei Personen mit hohem oder sehr hohem Risiko nach AGLA-Risikokategorie sowie bei Personen mit einem Risiko von über 1% nach AGLA-Risikokategorie. Eine entsprechend bis und mit 75 Jahren gestartete Statin-Therapie wird auch nach Vollendung des 75. Lebensjahres weiter vergütet.

Bei Personen über 75 Jahren wird eine neu beginnende Statin-Therapie nur vergütet im Rahmen der Sekundärprävention kardiovaskulärer Ereignisse sowie im Rahmen der Primärprävention bei Personen mit hohem oder sehr hohem Risiko nach AGLA-Risikokategorie.

<b>ATORVASTATIN XIROMED</b>	Xiromed SA	071200			
Filmtabl 10 mg Blist 30 Stk			21259	25.40	11.43
Filmtabl 20 mg Blist 30 Stk			21259	25.40	11.43
Filmtabl 40 mg Blist 30 Stk			21259	25.40	11.43
Filmtabl 80 mg Blist 30 Stk			21259	25.40	11.43
Filmtabl 10 mg Blist 100 Stk			21259	58.40	36.60
Filmtabl 20 mg Blist 100 Stk			21259	58.40	36.60
Filmtabl 40 mg Blist 100 Stk			21259	58.40	36.60
Filmtabl 80 mg Blist 100 Stk			21259	58.40	36.60

**Limitation neu:**

Bei Erwachsenen ab 18 bis und mit 75 Jahren wird eine Behandlung mit Statinen vergütet im Rahmen der Sekundärprävention kardiovaskulärer Ereignisse sowie im Rahmen der Primärprävention bei Personen mit hohem oder sehr hohem Risiko nach AGLA-Risikokategorie sowie bei Personen mit einem Risiko von über 1% nach AGLA-Risikokategorie. Eine entsprechend bis und mit 75 Jahren gestartete Statin-Therapie wird auch nach Vollendung des 75. Lebensjahres weiter vergütet.

Bei Personen über 75 Jahren wird eine neu beginnende Statin-Therapie nur vergütet im Rahmen der Sekundärprävention kardiovaskulärer Ereignisse sowie im Rahmen der Primärprävention bei Personen mit hohem oder sehr hohem Risiko nach AGLA-Risikokategorie.

<b>ATORVASTATIN ZENTIVA</b>	Helvepharm AG	071200			
Filmtabl 10 mg 30 Stk			20449	27.30	13.06
Filmtabl 20 mg 30 Stk			20449	27.25	13.03
Filmtabl 40 mg 30 Stk			20449	27.25	13.03
Filmtabl 80 mg 30 Stk			20449	27.30	13.06
Filmtabl 10 mg 100 Stk			20449	65.75	42.97
Filmtabl 20 mg 100 Stk			20449	65.65	42.88
Filmtabl 40 mg 100 Stk			20449	65.65	42.88
Filmtabl 80 mg 100 Stk			20449	65.75	42.97

**Limitation neu:**

Bei Erwachsenen ab 18 bis und mit 75 Jahren wird eine Behandlung mit Statinen vergütet im Rahmen der Sekundärprävention kardiovaskulärer Ereignisse sowie im Rahmen der Primärprävention bei Personen mit hohem oder sehr hohem Risiko nach AGLA-Risikokategorie sowie bei Personen mit einem Risiko von über 1% nach AGLA-Risikokategorie. Eine entsprechend bis und mit 75 Jahren gestartete Statin-Therapie wird auch nach Vollendung des 75. Lebensjahres weiter vergütet.

Bei Personen über 75 Jahren wird eine neu beginnende Statin-Therapie nur vergütet im Rahmen der Sekundärprävention kardiovaskulärer Ereignisse sowie im Rahmen der Primärprävention bei Personen mit hohem oder sehr hohem Risiko nach AGLA-Risikokategorie.

PRÄPARATE/(Wirkstoffe) Packungen	Verantwortliche Firma	Therap. Gruppe	Dossier Nr.	Preis neu	Ex-Fact. neu
<b>ATORVASTATIN-MEPHA</b>	Mepha Pharma AG	071200			
Lactabs 10 mg 30 Stk			20239	27.25	13.03
Lactabs 20 mg 30 Stk			20239	27.25	13.03
Lactabs 40 mg 30 Stk			20239	27.25	13.03
Lactabs 80 mg 30 Stk			20239	27.25	13.03
Lactabs 10 mg 90 Stk			20239	60.70	38.59
Lactabs 20 mg 90 Stk			20239	60.70	38.59
Lactabs 40 mg 90 Stk			20239	60.70	38.59
Lactabs 80 mg 100 Stk			20239	65.60	42.87
<b>Limitation neu:</b>					
Bei Erwachsenen ab 18 bis und mit 75 Jahren wird eine Behandlung mit Statinen vergütet im Rahmen der Sekundärprävention kardiovaskulärer Ereignisse sowie im Rahmen der Primärprävention bei Personen mit hohem oder sehr hohem Risiko nach AGLA-Risikokategorie sowie bei Personen mit einem Risiko von über 1% nach AGLA-Risikokategorie. Eine entsprechend bis und mit 75 Jahren gestartete Statin-Therapie wird auch nach Vollendung des 75. Lebensjahres weiter vergütet.					
Bei Personen über 75 Jahren wird eine neu beginnende Statin-Therapie nur vergütet im Rahmen der Sekundärprävention kardiovaskulärer Ereignisse sowie im Rahmen der Primärprävention bei Personen mit hohem oder sehr hohem Risiko nach AGLA-Risikokategorie.					
<b>ATORVASTATIN-MEPHA TEVA</b>	Mepha Pharma AG	071200			
Filmtabl 10 mg 30 Stk			19873	27.25	13.03
Filmtabl 20 mg 30 Stk			19873	27.25	13.03
Filmtabl 40 mg 30 Stk			19873	27.25	13.03
Filmtabl 80 mg 30 Stk			19873	27.25	13.03
Filmtabl 10 mg 100 Stk			19873	65.65	42.88
Filmtabl 20 mg 100 Stk			19873	65.65	42.88
Filmtabl 40 mg 100 Stk			19873	65.65	42.88
Filmtabl 80 mg 100 Stk			19873	65.65	42.88
Filmtabl 10 mg Ds 100 Stk			19873	65.65	42.88
Filmtabl 20 mg Ds 100 Stk			19873	65.65	42.88
Filmtabl 40 mg Ds 100 Stk			19873	65.65	42.88
Filmtabl 80 mg Ds 100 Stk			19873	65.65	42.88
<b>Limitation neu:</b>					
Bei Erwachsenen ab 18 bis und mit 75 Jahren wird eine Behandlung mit Statinen vergütet im Rahmen der Sekundärprävention kardiovaskulärer Ereignisse sowie im Rahmen der Primärprävention bei Personen mit hohem oder sehr hohem Risiko nach AGLA-Risikokategorie sowie bei Personen mit einem Risiko von über 1% nach AGLA-Risikokategorie. Eine entsprechend bis und mit 75 Jahren gestartete Statin-Therapie wird auch nach Vollendung des 75. Lebensjahres weiter vergütet.					
Bei Personen über 75 Jahren wird eine neu beginnende Statin-Therapie nur vergütet im Rahmen der Sekundärprävention kardiovaskulärer Ereignisse sowie im Rahmen der Primärprävention bei Personen mit hohem oder sehr hohem Risiko nach AGLA-Risikokategorie.					
<b>ATORVASTAX</b>	Drossapharm AG	071200			
Filmtabl 10 mg 30 Stk			19879	27.25	13.03
Filmtabl 20 mg 30 Stk			19879	27.25	13.03
Filmtabl 40 mg 30 Stk			19879	27.25	13.03
Filmtabl 80 mg 30 Stk			19879	27.25	13.03
Filmtabl 10 mg 100 Stk			19879	65.65	42.88
Filmtabl 20 mg 100 Stk			19879	65.65	42.88
Filmtabl 40 mg 100 Stk			19879	65.65	42.88
Filmtabl 80 mg 100 Stk			19879	65.65	42.88
<b>Limitation neu:</b>					
Bei Erwachsenen ab 18 bis und mit 75 Jahren wird eine Behandlung mit Statinen vergütet im Rahmen der Sekundärprävention kardiovaskulärer Ereignisse sowie im Rahmen der Primärprävention bei Personen mit hohem oder sehr hohem Risiko nach AGLA-Risikokategorie sowie bei Personen mit einem Risiko von über 1% nach AGLA-Risikokategorie. Eine entsprechend bis und mit 75 Jahren gestartete Statin-Therapie wird auch nach Vollendung des 75. Lebensjahres weiter vergütet.					
Bei Personen über 75 Jahren wird eine neu beginnende Statin-Therapie nur vergütet im Rahmen der Sekundärprävention kardiovaskulärer Ereignisse sowie im Rahmen der Primärprävention bei Personen mit hohem oder sehr hohem Risiko nach AGLA-Risikokategorie.					

PRÄPARATE/(Wirkstoffe) Packungen	Verantwortliche Firma	Therap. Gruppe	Dossier Nr.	Preis neu	Ex-Fact. neu
<b>ATOZET</b>	Organon GmbH	071200			
Filmtabl 10/10 mg 30 Stk		20337	58.20	36.41	13.03
Filmtabl 10/20 mg 30 Stk		20337	58.20	36.41	13.03
Filmtabl 10/40 mg 30 Stk		20337	58.20	36.41	13.03
Filmtabl 10/80 mg 30 Stk		20337	58.20	36.41	13.03
Filmtabl 10/10 mg 90 Stk		20337	141.85	109.26	42.87
Filmtabl 10/20 mg 90 Stk		20337	141.85	109.26	38.59
Filmtabl 10/40 mg 90 Stk		20337	141.85	109.26	38.59
Filmtabl 10/80 mg 90 Stk		20337	141.85	109.26	38.59

**Limitation alt:**

Zur Senkung des kardiovaskulären Risikos bei Vorliegen einer sehr hohen resp. hohen Risikokategorie (nach AGLA Risikokategorie), wenn die entsprechenden LDL-Cholesterin Zielwerte (1.8 mmol/l bei sehr hohem Risiko resp. 2.5 mmol/l bei hohem Risiko) unter maximal verträglich dosierten Statintherapie nicht erreicht wurden.

**Limitation neu:**

Die Vergütung erfolgt bei:

- Patienten mit hohem Risiko gemäss AGLA-Risikokategorie, die den LDL-Zielwert <1.8 mmol/l und eine LDL-Senkung um 50% mit einem hochwirksamen Statin (Atorvastatin, Rosuvastatin) in maximal verträglicher Dosis alleine nicht erreichen.
- Patienten mit sehr hohem Risiko gemäss AGLA-Risikokategorie, die den LDL-Zielwert <1.4 mmol/l und eine LDL-Senkung um 50% mit einem hochwirksamen Statin (Atorvastatin, Rosuvastatin) in maximal verträglicher Dosis alleine nicht erreichen.
- Patienten mit Statin-Intoleranz, d.h. Patienten, die bei Einnahme eines Statins nicht tolerierbare Muskelschmerzen und/oder messbare Muskelschwäche und/oder eine Erhöhung der Creatininkinase >5x des oberen Grenzwertes aufweisen. Vor der Verschreibung von Ezetimib ist ein anderes Statin und, sofern dies nicht vertragen wird, Atorvastatin oder Rosuvastatin 5–10 mg 1–2x pro Woche auszuprobieren.

<b>CADUET</b>	Pfizer PFE Switzerland GmbH	071200			
Filmtabl 5mg/10mg 98 Stk			18422	80.25	55.62
Filmtabl 10mg/10mg 98 Stk			18422	80.25	55.62

**Limitation alt:**

Nur für bereits mit der Kombination der Monopräparate eingestellte Patientinnen und Patienten.

**Limitation neu:**

Nur für bereits mit der Kombination der Monopräparate eingestellte Patientinnen und Patienten, welche die Kriterien entsprechend der Limitierung der Atorvastatin-Monopräparate erfüllen.

<b>CHOLIB</b>	Mylan Pharma GmbH	071200			
Filmtabl 145mg/20mg 90 Stk			20272	71.10	47.64
Filmtabl 145mg/40mg 90 Stk			20272	71.10	47.64

**Limitation alt:**

Als Begleittherapie zu einer Diät und körperlicher Bewegung bei erwachsenen Patienten mit hohem kardiovaskulären Risiko und gemischter Dyslipidämie, um die Triglyzeride abzusenken und die HDL-Cholesterinspiegel zu erhöhen, wenn die LDL-Cholesterinspiegel angemessen mit der entsprechenden Dosis der Simvastatin Monotherapie eingestellt sind.

**Limitation neu:**

Als Begleittherapie zu einer Diät und körperlicher Bewegung bei erwachsenen Patienten mit hohem kardiovaskulären Risiko und gemischter Dyslipidämie, um die Triglyzeride abzusenken und die HDL-Cholesterinspiegel zu erhöhen, wenn die LDL-Cholesterinspiegel angemessen mit der entsprechenden Dosis der Simvastatin-Monotherapie eingestellt sind und die Kriterien entsprechend der Limitierung der Simvastatin-Monopräparate erfüllt sind.

PRÄPARATE/(Wirkstoffe) Packungen	Verantwortliche Firma	Therap. Gruppe	Dossier Nr.	Preis neu	Ex-Fact. neu
<b>CRESTASTATIN</b>	AstraZeneca AG	071200			
Filmtabl 5 mg 30 Stk			20628	16.35	7.12
Filmtabl 10 mg 30 Stk			20628	17.50	8.12
Filmtabl 20 mg 30 Stk			20628	25.80	11.78
Filmtabl 5 mg 100 Stk			20628	43.65	23.75
Filmtabl 10 mg 100 Stk			20628	47.50	27.08
Filmtabl 20 mg 100 Stk			20628	61.50	39.28
<b>Limitation neu:</b>					
Bei Erwachsenen ab 18 bis und mit 75 Jahren wird eine Behandlung mit Statinen vergütet im Rahmen der Sekundärprävention kardiovaskulärer Ereignisse sowie im Rahmen der Primärprävention bei Personen mit hohem oder sehr hohem Risiko nach AGLA-Risikokategorie sowie bei Personen mit einem Risiko von über 1% nach AGLA-Risikokategorie. Eine entsprechend bis und mit 75 Jahren gestartete Statin-Therapie wird auch nach Vollendung des 75. Lebensjahres weiter vergütet.					
Bei Personen über 75 Jahren wird eine neu beginnende Statin-Therapie nur vergütet im Rahmen der Sekundärprävention kardiovaskulärer Ereignisse sowie im Rahmen der Primärprävention bei Personen mit hohem oder sehr hohem Risiko nach AGLA-Risikokategorie.					
Crestastatin wird zudem vergütet bei Knaben und Mädchen (mindestens ein Jahr postmenarchal) im Alter von 10–17 Jahren mit heterozygoter familiärer Hypercholesterinämie, als Zusatz zu Diät, wenn Diät und andere nicht pharmakologische Massnahmen (z.B. Bewegung, Gewichtsreduktion) nicht ausreichend sind.					
<b>CRESTOR</b>	AstraZeneca AG	071200			
Filmtabl 5 mg 30 Stk			18471	35.80	16.92
Filmtabl 10 mg 30 Stk			18471	38.55	19.29
Filmtabl 20 mg 30 Stk			18471	48.50	27.98
Filmtabl 5 mg 100 Stk			18471	81.15	56.39
Filmtabl 10 mg 100 Stk			18471	90.20	64.30
Filmtabl 20 mg 100 Stk			18471	123.50	93.28
<b>Limitation neu:</b>					
Bei Erwachsenen ab 18 bis und mit 75 Jahren wird eine Behandlung mit Statinen vergütet im Rahmen der Sekundärprävention kardiovaskulärer Ereignisse sowie im Rahmen der Primärprävention bei Personen mit hohem oder sehr hohem Risiko nach AGLA-Risikokategorie sowie bei Personen mit einem Risiko von über 1% nach AGLA-Risikokategorie. Eine entsprechend bis und mit 75 Jahren gestartete Statin-Therapie wird auch nach Vollendung des 75. Lebensjahres weiter vergütet.					
Bei Personen über 75 Jahren wird eine neu beginnende Statin-Therapie nur vergütet im Rahmen der Sekundärprävention kardiovaskulärer Ereignisse sowie im Rahmen der Primärprävention bei Personen mit hohem oder sehr hohem Risiko nach AGLA-Risikokategorie.					
Crestor wird zudem vergütet bei Knaben und Mädchen (mindestens ein Jahr postmenarchal) im Alter von 10–17 Jahren mit heterozygoter familiärer Hypercholesterinämie, als Zusatz zu Diät, wenn Diät und andere nicht pharmakologische Massnahmen (z.B. Bewegung, Gewichtsreduktion) nicht ausreichend sind.					
<b>EZETIMIB ATORVASTATIN SANDOZ</b>	Sandoz Pharmaceuticals AG	071200			
Filmtabl 10/10 mg Blist 30 Stk			21427	39.45	20.08
Filmtabl 10/20 mg Blist 30 Stk			21427	39.45	20.08
Filmtabl 10/40 mg Blist 30 Stk			21427	39.45	20.08
Filmtabl 10/80 mg Blist 30 Stk			21427	39.45	20.08
Filmtabl 10/10 mg Blist 90 Stk			21427	85.55	60.24
Filmtabl 10/20 mg Blist 90 Stk			21427	85.55	60.24
Filmtabl 10/40 mg Blist 90 Stk			21427	85.55	60.24
Filmtabl 10/80 mg Blist 90 Stk			21427	85.55	60.24
<b>Limitation alt:</b>					
Zur Senkung des kardiovaskulären Risikos bei Vorliegen einer sehr hohen resp. hohen Risikokategorie (nach AGLA Risikokategorie), wenn die entsprechenden LDL-Cholesterin Zielwerte (1.8 mmol/l bei sehr hohem Risiko resp. 2.5 mmol/l bei hohem Risiko) unter maximal verträglich dosierten Statintherapie nicht erreicht wurden.					
<b>Limitation neu:</b>					
Die Vergütung erfolgt bei:					
– Patienten mit hohem Risiko gemäss AGLA-Risikokategorie, die den LDL-Zielwert <1.8 mmol/l und eine LDL-Senkung um 50% mit einem hochwirksamen Statin (Atorvastatin, Rosuvastatin) in maximal verträglicher Dosis alleine nicht erreichen.					
– Patienten mit sehr hohem Risiko gemäss AGLA-Risikokategorie, die den LDL-Zielwert <1.4 mmol/l und eine LDL-Senkung um 50% mit einem hochwirksamen Statin (Atorvastatin, Rosuvastatin) in maximal verträglicher Dosis alleine nicht erreichen.					
– Patienten mit Statin-Intoleranz, d.h. Patienten, die bei Einnahme eines Statins nicht tolerierbare Muskelschmerzen und/oder messbare Muskelschwäche und/oder eine Erhöhung der Creatininkinase >5x des oberen Grenzwertes aufweisen. Vor der Verschreibung von Ezetimib ist ein anderes Statin und, sofern dies nicht vertragen wird, Atorvastatin oder Rosuvastatin 5–10 mg, 1–2x pro Woche auszuprobieren.					

PRÄPARATE/(Wirkstoffe) Packungen	Verantwortliche Firma	Therap. Gruppe	Dossier Nr.	Preis neu	Ex-Fact. neu
<b>EZETIMIB ATORVASTATIN SPIRIG HC</b>	Spirig HealthCare AG	071200			
Tabl 10 mg/10 mg Blist 30 Stk			21233	39.45	20.08
Tabl 10 mg/10 mg Blist 90 Stk			21233	85.55	60.24
Tabl 10 mg/20 mg Blist 30 Stk			21233	39.45	20.08
Tabl 10 mg/20 mg Blist 90 Stk			21233	85.55	60.24
Tabl 10 mg/40 mg Blist 30 Stk			21233	39.45	20.08
Tabl 10 mg/40 mg Blist 90 Stk			21233	85.55	60.24
Tabl 10 mg/80 mg Blist 30 Stk			21233	39.45	20.08
Tabl 10 mg/80mg Blist 90 Stk			21233	85.55	60.24

**Limitation alt:**

Zur Senkung des kardiovaskulären Risikos bei Vorliegen einer sehr hohen resp. hohen Risikokategorie (nach AGLA Risikokategorie), wenn die entsprechenden LDL-Cholesterin Zielwerte (1.8 mmol/l bei sehr hohem Risiko resp. 2.5 mmol/l bei hohem Risiko) unter maximal verträglich dosierten Statintherapie nicht erreicht wurden.

**Limitation neu:**

Die Vergütung erfolgt bei:

- Patienten mit hohem Risiko gemäss AGLA-Risikokategorie, die den LDL-Zielwert <1.8 mmol/l und eine LDL-Senkung um 50% mit einem hochwirksamen Statin (Atorvastatin, Rosuvastatin) in maximal verträglicher Dosis alleine nicht erreichen.
- Patienten mit sehr hohem Risiko gemäss AGLA-Risikokategorie, die den LDL-Zielwert <1.4 mmol/l und eine LDL-Senkung um 50% mit einem hochwirksamen Statin (Atorvastatin, Rosuvastatin) in maximal verträglicher Dosis alleine nicht erreichen.
- Patienten mit Statin-Intoleranz, d.h. Patienten, die bei Einnahme eines Statins nicht tolerierbare Muskelschmerzen und/oder messbare Muskelschwäche und/oder eine Erhöhung der Creatininkinase >5x des oberen Grenzwertes aufweisen. Vor der Verschreibung von Ezetimib ist ein anderes Statin und, sofern dies nicht vertragen wird, Atorvastatin oder Rosuvastatin 5–10 mg 1–2x pro Woche auszuprobieren.

<b>EZETIMIB AXAPHARM</b>	Axapharm AG	071200			
Tabl 10 mg Blist 28 Stk			20939	36.15	17.22
Tabl 10 mg Blist 98 Stk			20939	85.50	60.20

**Limitation neu:**

Die Vergütung erfolgt bei:

- Patienten mit hohem Risiko gemäss AGLA-Risikokategorie, die den LDL-Zielwert <1.8 mmol/l und eine LDL-Senkung um 50% mit einem hochwirksamen Statin (Atorvastatin, Rosuvastatin) in maximal verträglicher Dosis alleine nicht erreichen.
- Patienten mit sehr hohem Risiko gemäss AGLA-Risikokategorie, die den LDL-Zielwert <1.4 mmol/l und eine LDL-Senkung um 50% mit einem hochwirksamen Statin (Atorvastatin, Rosuvastatin) in maximal verträglicher Dosis alleine nicht erreichen.
- Patienten mit Statin-Intoleranz, d.h. Patienten, die bei Einnahme eines Statins nicht tolerierbare Muskelschmerzen und/oder messbare Muskelschwäche und/oder eine Erhöhung der Creatininkinase >5x des oberen Grenzwertes aufweisen. Vor der Verschreibung von Ezetimib ist ein anderes Statin und, sofern dies nicht vertragen wird, Atorvastatin oder Rosuvastatin 5–10 mg 1–2x pro Woche auszuprobieren.
- Patienten mit homozygoter Sitosterinämie (Phytosterinämie).

<b>EZETIMIB ROSUVASTATIN SPIRIG HC</b>	Spirig HealthCare AG	071200			
Filmtabl 10/10 mg Blist 30 Stk			21296	45.15	25.05
Filmtabl 10/20 mg Blist 30 Stk			21296	49.50	28.83
Filmtabl 10/10 mg Blist 100 Stk			21296	112.25	83.50
Filmtabl 10/20 mg Blist 100 Stk			21296	126.75	96.11

**Limitation alt:**

EZETIMIB ROSUVASTATIN SPIRIG HC ist indiziert als Ersatztherapie bei erwachsenen Patienten, die bereits Ezetimibe und Rosuvastatin als separate Tabletten in der gleichen Dosierungsstärke erhalten.

**Limitation neu:**

Ezetimib Rosuvastatin Spirig HC ist indiziert als Ersatztherapie bei erwachsenen Patienten, die bereits Ezetimibe und Rosuvastatin als separate Tabletten in der gleichen Dosierungsstärke erhalten und die Kriterien entsprechend der Limitierungen der Ezetimibe- und Rosuvastatin-Monopräparate erfüllen.

PRÄPARATE/(Wirkstoffe) Packungen	Verantwortliche Firma	Therap. Gruppe	Dossier Nr.	Preis neu	Ex-Fact. neu
<b>EZETIMIB SANDOZ</b>	Sandoz Pharmaceuticals AG	071200			
Tabl 10 mg 28 Stk			20710	36.20	17.24
Tabl 10 mg 98 Stk			20710	85.60	60.27
<b>Limitation neu:</b>					
Die Vergütung erfolgt bei:					
- Patienten mit hohem Risiko gemäss AGLA-Risikokategorie, die den LDL-Zielwert <1.8 mmol/l und eine LDL-Senkung um 50% mit einem hochwirksamen Statin (Atorvastatin, Rosuvastatin) in maximal verträglicher Dosis alleine nicht erreichen.					
- Patienten mit sehr hohem Risiko gemäss AGLA-Risikokategorie, die den LDL-Zielwert <1.4 mmol/l und eine LDL-Senkung um 50% mit einem hochwirksamen Statin (Atorvastatin, Rosuvastatin) in maximal verträglicher Dosis alleine nicht erreichen.					
- Patienten mit Statin-Intoleranz, d.h. Patienten, die bei Einnahme eines Statins nicht tolerierbare Muskelschmerzen und/oder messbare Muskelschwäche und/oder eine Erhöhung der Creatininkinase >5x des oberen Grenzwertes aufweisen. Vor der Verschreibung von Ezetimib ist ein anderes Statin und, sofern dies nicht vertragen wird, Atorvastatin oder Rosuvastatin 5–10 mg 1–2x pro Woche auszuprobieren.					
<b>EZETIMIB SIMVA SPIRIG HC</b>	Spirig HealthCare AG	071200			
Tabl 10/10 mg Blist 30 Stk			20971	27.80	13.52
Tabl 10/20 mg Blist 30 Stk			20971	33.90	15.23
Tabl 10/40 mg Blist 30 Stk			20971	36.80	17.75
Tabl 10/80 mg Blist 30 Stk			20971	41.05	21.49
Tabl 10/10 mg Blist 100 Stk			20971	68.00	44.93
Tabl 10/20 mg Blist 100 Stk			20971	74.55	50.64
Tabl 10/40 mg Blist 100 Stk			20971	83.35	58.33
Tabl 10/80 mg Blist 100 Stk			20971	98.60	71.59
<b>Limitation neu:</b>					
Die Vergütung erfolgt bei bereits auf Ezetimib Simva Spirig HC eingestellte Patienten.					
Die Vergütung einer neuverschriebenen Ezetimib-Simva-Spirig-HC-Therapie ist zudem möglich bei:					
- Patienten mit hohem Risiko gemäss AGLA-Risikokategorie, die Atorvastatin und Rosuvastatin nicht vertragen und den LDL-Zielwert <1.8 mmol/l und eine LDL-Senkung um 50% mit Simvastatin in maximal verträglicher Dosis alleine nicht erreichen.					
- Patienten mit sehr hohem Risiko gemäss AGLA-Risikokategorie, die Atorvastatin und Rosuvastatin nicht vertragen und den LDL-Zielwert <1.4 mmol/l und eine LDL-Senkung um 50% mit Simvastatin in maximal verträglicher Dosis alleine nicht erreichen.					
- Patienten mit Statin-Intoleranz, d.h. Patienten, die bei Einnahme eines Statins nicht tolerierbare Muskelschmerzen und/oder messbare Muskelschwäche und/oder eine Erhöhung der Creatininkinase >5x des oberen Grenzwertes aufweisen. Vor der Verschreibung von Ezetimib ist ein anderes Statin und, sofern dies nicht vertragen wird, Atorvastatin oder Rosuvastatin 5–10 mg 1–2x pro Woche auszuprobieren.					
<b>EZETIMIB SIMVASTATIN AXAPHARM</b>	Axapharm AG	071200			
Tabl 10/10 mg Blist 28 Stk			20976	26.80	12.62
Tabl 10/20 mg Blist 28 Stk			20976	28.60	14.22
Tabl 10/40 mg Blist 28 Stk			20976	35.40	16.56
Tabl 10/80 mg Blist 28 Stk			20976	39.45	20.06
Tabl 10/10 mg Blist 98 Stk			20976	66.95	44.04
Tabl 10/20 mg Blist 98 Stk			20976	73.40	49.63
Tabl 10/40 mg Blist 98 Stk			20976	82.05	57.17
Tabl 10/80 mg Blist 98 Stk			20976	96.95	70.16
<b>Limitation neu:</b>					
Die Vergütung erfolgt bei bereits auf Ezetimib Simvastatin Axapharm eingestellte Patienten.					
Die Vergütung einer neuverschriebenen Ezetimib-Simvastatin-Axapharm-Therapie ist zudem möglich bei:					
- Patienten mit hohem Risiko gemäss AGLA-Risikokategorie, die Atorvastatin und Rosuvastatin nicht vertragen und den LDL-Zielwert <1.8 mmol/l und eine LDL-Senkung um 50% mit Simvastatin in maximal verträglicher Dosis alleine nicht erreichen.					
- Patienten mit sehr hohem Risiko gemäss AGLA-Risikokategorie, die Atorvastatin und Rosuvastatin nicht vertragen und den LDL-Zielwert <1.4 mmol/l und eine LDL-Senkung um 50% mit Simvastatin in maximal verträglicher Dosis alleine nicht erreichen.					
- Patienten mit Statin-Intoleranz, d.h. Patienten, die bei Einnahme eines Statins nicht tolerierbare Muskelschmerzen und/oder messbare Muskelschwäche und/oder eine Erhöhung der Creatininkinase >5x des oberen Grenzwertes aufweisen. Vor der Verschreibung von Ezetimib ist ein anderes Statin und, sofern dies nicht vertragen wird, Atorvastatin oder Rosuvastatin 5–10 mg 1–2x pro Woche auszuprobieren.					

PRÄPARATE/(Wirkstoffe) Packungen	Verantwortliche Firma	Therap. Gruppe	Dossier Nr.	Preis neu	Ex-Fact. neu
<b>EZETIMIB SIMVASTATIN SANDOZ</b>	Sandoz Pharmaceuticals AG	071200			
Tabl 10/40 mg 28 Stk			20711	35.40	16.56
Tabl 10/10 mg 28 Stk			20711	26.80	12.62
Tabl 10/20 mg 28 Stk			20711	28.60	14.22
Tabl 10/80 mg 28 Stk			20711	39.45	20.06
Tabl 10/40 mg 98 Stk			20711	82.05	57.17
Tabl 10/10 mg 98 Stk			20711	66.95	44.04
Tabl 10/20 mg 98 Stk			20711	73.40	49.63
Tabl 10/80 mg 100 Stk			20711	96.95	70.16
<b>Limitation neu:</b>					
Die Vergütung erfolgt bei bereits auf Ezetimib Simvastatin Sandoz eingestellte Patienten.					
Die Vergütung einer neuverschriebenen Ezetimib-Simvastatin-Sandoz-Therapie ist zudem möglich bei:					
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Patienten mit hohem Risiko gemäss AGLA-Risikokategorie, die Atorvastatin und Rosuvastatin nicht vertragen und den LDL-Zielwert &lt;1.8 mmol/l und eine LDL-Senkung um 50% mit Simvastatin in maximal verträglicher Dosis alleine nicht erreichen.</li> <li>- Patienten mit sehr hohem Risiko gemäss AGLA-Risikokategorie, die Atorvastatin und Rosuvastatin nicht vertragen und den LDL-Zielwert &lt;1.4 mmol/l und eine LDL-Senkung um 50% mit Simvastatin in maximal verträglicher Dosis alleine nicht erreichen.</li> <li>- Patienten mit Statin-Intoleranz, d.h. Patienten, die bei Einnahme eines Statins nicht tolerierbare Muskelschmerzen und/oder messbare Muskelschwäche und/oder eine Erhöhung der Creatinkinase &gt;5x des oberen Grenzwertes aufweisen. Vor der Verschreibung von Ezetimib ist ein anderes Statin und, sofern dies nicht vertragen wird, Atorvastatin oder Rosuvastatin 5–10 mg 1–2x pro Woche auszuprobieren.</li> </ul>					
<b>EZETIMIB SIMVASTATIN ZENTIVA</b>	Helvepharm AG	071200			
Tabl 10/10 mg Blist 28 Stk			20967	26.80	12.62
Tabl 10/20 mg Blist 28 Stk			20967	28.60	14.22
Tabl 10/40 mg Blist 28 Stk			20967	35.40	16.56
Tabl 10/10 mg Blist 98 Stk			20967	66.95	44.04
Tabl 10/20 mg Blist 98 Stk			20967	73.40	49.63
Tabl 10/40 mg Blist 98 Stk			20967	82.05	57.17
<b>Limitation neu:</b>					
Die Vergütung erfolgt bei bereits auf Ezetimib Simvastatin Zentiva eingestellte Patienten.					
Die Vergütung einer neuverschriebenen Ezetimib-Simvastatin-Zentiva-Therapie ist zudem möglich bei:					
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Patienten mit hohem Risiko gemäss AGLA-Risikokategorie, die Atorvastatin und Rosuvastatin nicht vertragen und den LDL-Zielwert &lt;1.8 mmol/l und eine LDL-Senkung um 50% mit Simvastatin in maximal verträglicher Dosis alleine nicht erreichen.</li> <li>- Patienten mit sehr hohem Risiko gemäss AGLA-Risikokategorie, die Atorvastatin und Rosuvastatin nicht vertragen und den LDL-Zielwert &lt;1.4 mmol/l und eine LDL-Senkung um 50% mit Simvastatin in maximal verträglicher Dosis alleine nicht erreichen.</li> <li>- Patienten mit Statin-Intoleranz, d.h. Patienten, die bei Einnahme eines Statins nicht tolerierbare Muskelschmerzen und/oder messbare Muskelschwäche und/oder eine Erhöhung der Creatinkinase &gt;5x des oberen Grenzwertes aufweisen. Vor der Verschreibung von Ezetimib ist ein anderes Statin und, sofern dies nicht vertragen wird, Atorvastatin oder Rosuvastatin 5–10 mg 1–2x pro Woche auszuprobieren.</li> </ul>					
<b>EZETIMIB SPIRIG HC</b>	Spirig HealthCare AG	071200			
Tabl 10 mg 28 Stk			20721	35.90	16.98
Tabl 10 mg 98 Stk			20721	85.20	59.93
<b>Limitation neu:</b>					
Die Vergütung erfolgt bei:					
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Patienten mit hohem Risiko gemäss AGLA-Risikokategorie, die den LDL-Zielwert &lt;1.8 mmol/l und eine LDL-Senkung um 50% mit einem hochwirksamen Statin (Atorvastatin, Rosuvastatin) in maximal verträglicher Dosis alleine nicht erreichen.</li> <li>- Patienten mit sehr hohem Risiko gemäss AGLA-Risikokategorie, die den LDL-Zielwert &lt;1.4 mmol/l und eine LDL-Senkung um 50% mit einem hochwirksamen Statin (Atorvastatin, Rosuvastatin) in maximal verträglicher Dosis alleine nicht erreichen.</li> <li>- Patienten mit Statin-Intoleranz, d.h. Patienten, die bei Einnahme eines Statins nicht tolerierbare Muskelschmerzen und/oder messbare Muskelschwäche und/oder eine Erhöhung der Creatinkinase &gt;5x des oberen Grenzwertes aufweisen. Vor der Verschreibung von Ezetimib ist ein anderes Statin und, sofern dies nicht vertragen wird, Atorvastatin oder Rosuvastatin 5–10 mg 1–2x pro Woche auszuprobieren.</li> <li>- Patienten mit homozygoter Sitosterinämie (Phytosterinämie).</li> </ul>					

PRÄPARATE/(Wirkstoffe) Packungen	Verantwortliche Firma	Therap. Gruppe	Dossier Nr.	Preis neu	Ex-Fact. neu
<b>EZETIMIB ZENTIVA</b>	Helvepharm AG	071200			
Tabl 10 mg Blist 28 Stk			20719	36.20	17.25
Tabl 10 mg Blist 98 Stk			20719	85.60	60.27
<b>Limitation neu:</b>					
Die Vergütung erfolgt bei:					
- Patienten mit hohem Risiko gemäss AGLA-Risikokategorie, die den LDL-Zielwert <1.8 mmol/l und eine LDL-Senkung um 50% mit einem hochwirksamen Statin (Atorvastatin, Rosuvastatin) in maximal verträglicher Dosis alleine nicht erreichen.					
- Patienten mit sehr hohem Risiko gemäss AGLA-Risikokategorie, die den LDL-Zielwert <1.4 mmol/l und eine LDL-Senkung um 50% mit einem hochwirksamen Statin (Atorvastatin, Rosuvastatin) in maximal verträglicher Dosis alleine nicht erreichen.					
- Patienten mit Statin-Intoleranz, d.h. Patienten, die bei Einnahme eines Statins nicht tolerierbare Muskelschmerzen und/oder messbare Muskelschwäche und/oder eine Erhöhung der Creatininkinase >5x des oberen Grenzwertes aufweisen. Vor der Verschreibung von Ezetimib ist ein anderes Statin und, sofern dies nicht vertragen wird, Atorvastatin oder Rosuvastatin 5–10 mg 1–2x pro Woche auszuprobieren.					
<b>EZETIMIB-ATORVASTATIN-MEPHA</b>	Mepha Pharma AG	071200			
Filmtabl 10mg/10 mg Blist 30 Stk			21415	39.15	19.83
Filmtabl 10mg/20 mg Blist 30 Stk			21415	39.15	19.83
Filmtabl 10mg/40 mg Blist 30 Stk			21415	39.15	19.83
Filmtabl 10mg/80 mg Blist 30 Stk			21415	39.15	19.83
Filmtabl 10mg/10 mg Blist 90 Stk			21415	84.70	59.50
Filmtabl 10mg/20 mg Blist 90 Stk			21415	84.70	59.50
Filmtabl 10mg/40 mg Blist 90 Stk			21415	84.70	59.50
Filmtabl 10mg/80 mg Blist 90 Stk			21415	84.70	59.50
<b>Limitation alt:</b>					
Zur Senkung des kardiovaskulären Risikos bei Vorliegen einer sehr hohen resp. hohen Risikokategorie (nach AGLA Risikokategorie), wenn die entsprechenden LDL-Cholesterin Zielwerte (1.8 mmol/l bei sehr hohem Risiko resp. 2.5 mmol/l bei hohem Risiko) unter maximal verträglich dosierten Statintherapie nicht erreicht wurden.					
<b>Limitation neu:</b>					
Die Vergütung erfolgt bei:					
- Patienten mit hohem Risiko gemäss AGLA-Risikokategorie, die den LDL-Zielwert <1.8 mmol/l und eine LDL-Senkung um 50% mit einem hochwirksamen Statin (Atorvastatin, Rosuvastatin) in maximal verträglicher Dosis alleine nicht erreichen.					
- Patienten mit sehr hohem Risiko gemäss AGLA-Risikokategorie, die den LDL-Zielwert <1.4 mmol/l und eine LDL-Senkung um 50% mit einem hochwirksamen Statin (Atorvastatin, Rosuvastatin) in maximal verträglicher Dosis alleine nicht erreichen.					
- Patienten mit Statin-Intoleranz, d.h. Patienten, die bei Einnahme eines Statins nicht tolerierbare Muskelschmerzen und/oder messbare Muskelschwäche und/oder eine Erhöhung der Creatininkinase >5x des oberen Grenzwertes aufweisen. Vor der Verschreibung von Ezetimib ist ein anderes Statin und, sofern dies nicht vertragen wird, Atorvastatin oder Rosuvastatin 5–10 mg 1–2x pro Woche auszuprobieren.					
<b>EZETIMIB ORGANON</b>	Organon GmbH	071200			
Tabl 10 mg Blist 28 Stk			20695	36.20	17.25
Tabl 10 mg Blist 98 Stk			20695	85.60	60.27
<b>Limitation neu:</b>					
Die Vergütung erfolgt bei:					
- Patienten mit hohem Risiko gemäss AGLA-Risikokategorie, die den LDL-Zielwert <1.8 mmol/l und eine LDL-Senkung um 50% mit einem hochwirksamen Statin (Atorvastatin, Rosuvastatin) in maximal verträglicher Dosis alleine nicht erreichen.					
- Patienten mit sehr hohem Risiko gemäss AGLA-Risikokategorie, die den LDL-Zielwert <1.4 mmol/l und eine LDL-Senkung um 50% mit einem hochwirksamen Statin (Atorvastatin, Rosuvastatin) in maximal verträglicher Dosis alleine nicht erreichen.					
- Patienten mit Statin-Intoleranz, d.h. Patienten, die bei Einnahme eines Statins nicht tolerierbare Muskelschmerzen und/oder messbare Muskelschwäche und/oder eine Erhöhung der Creatininkinase >5x des oberen Grenzwertes aufweisen. Vor der Verschreibung von Ezetimib ist ein anderes Statin und, sofern dies nicht vertragen wird, Atorvastatin oder Rosuvastatin 5–10 mg 1–2x pro Woche auszuprobieren.					
- Patienten mit homozygoter Sitosterinämie (Phytosterinämie).					

PRÄPARATE/(Wirkstoffe) Packungen	Verantwortliche Firma	Therap. Gruppe	Dossier Nr.	Preis neu	Ex-Fact. neu
<b>EZETIMIB-MEPHA TEVA</b>	Mepha Pharma AG	071200			
Tabl 10 mg Blist 28 Stk			20720	36.20	17.25
Tabl 10 mg Blist 98 Stk			20720	85.60	60.27
Tabl 10 mg Ds 100 Stk			20720	87.00	61.50
<b>Limitation neu:</b>					
Die Vergütung erfolgt bei:					
– Patienten mit hohem Risiko gemäss AGLA-Risikokategorie, die den LDL-Zielwert <1.8 mmol/l und eine LDL-Senkung um 50% mit einem hochwirksamen Statin (Atorvastatin, Rosuvastatin) in maximal verträglicher Dosis alleine nicht erreichen.					
– Patienten mit sehr hohem Risiko gemäss AGLA-Risikokategorie, die den LDL-Zielwert <1.4 mmol/l und eine LDL-Senkung um 50% mit einem hochwirksamen Statin (Atorvastatin, Rosuvastatin) in maximal verträglicher Dosis alleine nicht erreichen.					
– Patienten mit Statin-Intoleranz, d.h. Patienten, die bei Einnahme eines Statins nicht tolerierbare Muskelschmerzen und/oder messbare Muskelschwäche und/oder eine Erhöhung der Creatinkinase >5x des oberen Grenzwertes aufweisen. Vor der Verschreibung von Ezetimib ist ein anderes Statin und, sofern dies nicht vertragen wird, Atorvastatin oder Rosuvastatin 5–10 mg 1–2x pro Woche auszuprobieren.					
– Patienten mit homozygoter Sitosterinämie (Phytosterinämie).					
<b>EZETIMIB-ROSUVASTATIN MYLAN</b>	Mylan Pharma GmbH	071200			
Filmtabl 10 mg/10 mg Blist 30 Stk			21311	41.30	21.68
Filmtabl 10 mg/20 mg Blist 30 Stk			21311	45.05	24.96
Filmtabl 10 mg/10 mg Blist 90 Stk			21311	91.10	65.05
Filmtabl 10 mg/20 mg Blist 90 Stk			21311	102.35	74.88
<b>Limitation alt:</b>					
Ezetimib-Rosuvastatin Mylan ist indiziert als Ersatztherapie bei erwachsenen Patienten, die bereits Ezetimibe und Rosuvastatin als separate Tabletten in der gleichen Dosierungsstärke erhalten.					
<b>Limitation neu:</b>					
Ezetimib-Rosuvastatin Mylan ist indiziert als Ersatztherapie bei erwachsenen Patienten, die bereits Ezetimibe und Rosuvastatin als separate Tabletten in der gleichen Dosierungsstärke erhalten und die Kriterien entsprechend der Limitierungen der Ezetimibe- und Rosuvastatin-Monopräparate erfüllen.					
<b>EZETIMIB-ROSUVASTATIN-MEPHA</b>	Mepha Pharma AG	071200			
Kaps 10 mg/10 mg Blist 30 Stk			20766	45.15	25.05
Kaps 10 mg/20 mg Blist 30 Stk			20766	49.50	28.83
Kaps 10 mg/10 mg Blist 90 Stk			20766	102.65	75.15
Kaps 10 mg/20 mg Blist 90 Stk			20766	115.70	86.50
<b>Limitation alt:</b>					
Ezetimib-Rosuvastatin-Mepha ist indiziert als Ersatztherapie bei erwachsenen Patienten, die bereits Ezetimibe und Rosuvastatin als separate Tabletten in der gleichen Dosierungsstärke erhalten.					
<b>Limitation neu:</b>					
Ezetimib-Rosuvastatin-Mepha ist indiziert als Ersatztherapie bei erwachsenen Patienten, die bereits Ezetimibe und Rosuvastatin als separate Tabletten in der gleichen Dosierungsstärke erhalten und die Kriterien entsprechend der Limitierungen der Ezetimibe- und Rosuvastatin-Monopräparate erfüllen.					
<b>EZETIMIB-SIMVASTATIN-MEPHA</b>	Mepha Pharma AG	071200			
Tabl 10/10 mg Ds 28 Stk			20762	26.80	12.62
Tabl 10/20 mg Ds 28 Stk			20762	28.60	14.22
Tabl 10/40 mg Ds 28 Stk			20762	35.40	16.56
Tabl 10/80 mg Ds 28 Stk			20762	39.45	20.06
Tabl 10/10 mg Ds 98 Stk			20762	66.95	44.04
Tabl 10/20 mg Ds 98 Stk			20762	73.40	49.63
Tabl 10/40 mg Ds 98 Stk			20762	82.05	57.17
Tabl 10/80 mg Ds 98 Stk			20762	96.95	70.16
<b>Limitation neu:</b>					
Die Vergütung erfolgt bei bereits auf Ezetimib-Simvastatin-Mepha eingestellte Patienten.					
Die Vergütung einer neuverschriebenen Ezetimib-Simvastatin-Mepha-Therapie ist zudem möglich bei:					
– Patienten mit hohem Risiko gemäss AGLA-Risikokategorie, die Atorvastatin und Rosuvastatin nicht vertragen und den LDL-Zielwert <1.8 mmol/l und eine LDL-Senkung um 50% mit Simvastatin in maximal verträglicher Dosis alleine nicht erreichen.					
– Patienten mit sehr hohem Risiko gemäss AGLA-Risikokategorie, die Atorvastatin und Rosuvastatin nicht vertragen und den LDL-Zielwert <1.4 mmol/l und eine LDL-Senkung um 50% mit Simvastatin in maximal verträglicher Dosis alleine nicht erreichen.					
– Patienten mit Statin-Intoleranz, d.h. Patienten, die bei Einnahme eines Statins nicht tolerierbare Muskelschmerzen und/oder messbare Muskelschwäche und/oder eine Erhöhung der Creatinkinase >5x des oberen Grenzwertes aufweisen. Vor der Verschreibung von Ezetimib ist ein anderes Statin und, sofern dies nicht vertragen wird, Atorvastatin oder Rosuvastatin 5–10 mg 1–2x pro Woche auszuprobieren.					

PRÄPARATE/(Wirkstoffe) Packungen	Verantwortliche Firma	Therap. Gruppe	Dossier Nr.	Preis neu	Ex-Fact. neu
<b>EZETROL</b>	Organon GmbH	071200			
Tabl 10 mg 28 Stk			17838	44.40	24.38
Tabl 10 mg 98 Stk			17838	114.20	85.20
<b>Limitation neu:</b>					
Die Vergütung erfolgt bei:					
– Patienten mit hohem Risiko gemäss AGLA-Risikokategorie, die den LDL-Zielwert <1.8 mmol/l und eine LDL-Senkung um 50% mit einem hochwirksamen Statin (Atorvastatin, Rosuvastatin) in maximal verträglicher Dosis alleine nicht erreichen.					
– Patienten mit sehr hohem Risiko gemäss AGLA-Risikokategorie, die den LDL-Zielwert <1.4 mmol/l und eine LDL-Senkung um 50% mit einem hochwirksamen Statin (Atorvastatin, Rosuvastatin) in maximal verträglicher Dosis alleine nicht erreichen.					
– Patienten mit Statin-Intoleranz, d.h. Patienten, die bei Einnahme eines Statins nicht tolerierbare Muskelschmerzen und/oder messbare Muskelschwäche und/oder eine Erhöhung der Creatininkinase >5x des oberen Grenzwertes aufweisen. Vor der Verschreibung von Ezetimib ist ein anderes Statin und, sofern dies nicht vertragen wird, Atorvastatin oder Rosuvastatin 5–10 mg 1–2x pro Woche auszuprobieren.					
– Patienten mit homozygoter Sitosterinämie (Phytosterinämie).					
<b>FLUVASTATIN SANDOZ</b>	Sandoz Pharmaceuticals AG	071200			
Kaps 40 mg 28 Stk			18860	18.50	8.97
Kaps 40 mg 98 Stk			18860	50.05	29.32
<b>Limitation neu:</b>					
Bei Erwachsenen ab 18 bis und mit 75 Jahren wird eine Behandlung mit Statinen vergütet im Rahmen der Sekundärprävention kardiovaskulärer Ereignisse sowie im Rahmen der Primärprävention bei Personen mit hohem oder sehr hohem Risiko nach AGLA-Risikokategorie sowie bei Personen mit einem Risiko von über 1% nach AGLA-Risikokategorie. Eine entsprechend bis und mit 75 Jahren gestartete Statin-Therapie wird auch nach Vollendung des 75. Lebensjahres weiter vergütet.					
Bei Personen über 75 Jahren wird eine neu beginnende Statin-Therapie nur vergütet im Rahmen der Sekundärprävention kardiovaskulärer Ereignisse sowie im Rahmen der Primärprävention bei Personen mit hohem oder sehr hohem Risiko nach AGLA-Risikokategorie.					
Fluvastatin Sandoz wird zudem vergütet bei Knaben (9–16 Jahre) sowie postmenarchalen Mädchen (10–16 Jahre) mit heterozygoter familiärer Hypercholesterinämie, die auf eine Diät nicht genügend ansprechen.					
<b>FLUVASTATIN SANDOZ</b>	Sandoz Pharmaceuticals AG	071200			
Ret Filmtabl 80 mg 28 Stk			19409	29.20	14.71
Ret Filmtabl 80 mg 98 Stk			19409	75.40	51.40
<b>Limitation neu:</b>					
Bei Erwachsenen ab 18 bis und mit 75 Jahren wird eine Behandlung mit Statinen vergütet im Rahmen der Sekundärprävention kardiovaskulärer Ereignisse sowie im Rahmen der Primärprävention bei Personen mit hohem oder sehr hohem Risiko nach AGLA-Risikokategorie sowie bei Personen mit einem Risiko von über 1% nach AGLA-Risikokategorie. Eine entsprechend bis und mit 75 Jahren gestartete Statin-Therapie wird auch nach Vollendung des 75. Lebensjahres weiter vergütet.					
Bei Personen über 75 Jahren wird eine neu beginnende Statin-Therapie nur vergütet im Rahmen der Sekundärprävention kardiovaskulärer Ereignisse sowie im Rahmen der Primärprävention bei Personen mit hohem oder sehr hohem Risiko nach AGLA-Risikokategorie.					
Fluvastatin Sandoz Retard wird zudem vergütet bei Knaben (9–16 Jahre) sowie postmenarchalen Mädchen (10–16 Jahre) mit heterozygoter familiärer Hypercholesterinämie, die auf eine Diät nicht genügend ansprechen.					
<b>FLUVASTATIN SANDOZ MITE</b>	Sandoz Pharmaceuticals AG	071200			
Kaps 20 mg 28 Stk			18860	14.45	5.46
Kaps 20 mg 98 Stk			18860	36.95	17.89
<b>Limitation neu:</b>					
Bei Erwachsenen ab 18 bis und mit 75 Jahren wird eine Behandlung mit Statinen vergütet im Rahmen der Sekundärprävention kardiovaskulärer Ereignisse sowie im Rahmen der Primärprävention bei Personen mit hohem oder sehr hohem Risiko nach AGLA-Risikokategorie sowie bei Personen mit einem Risiko von über 1% nach AGLA-Risikokategorie. Eine entsprechend bis und mit 75 Jahren gestartete Statin-Therapie wird auch nach Vollendung des 75. Lebensjahres weiter vergütet.					
Bei Personen über 75 Jahren wird eine neu beginnende Statin-Therapie nur vergütet im Rahmen der Sekundärprävention kardiovaskulärer Ereignisse sowie im Rahmen der Primärprävention bei Personen mit hohem oder sehr hohem Risiko nach AGLA-Risikokategorie.					
Fluvastatin Sandoz mite wird zudem vergütet bei Knaben (9–16 Jahre) sowie postmenarchalen Mädchen (10–16 Jahre) mit heterozygoter familiärer Hypercholesterinämie, die auf eine Diät nicht genügend ansprechen.					
<b>FLUVASTATIN-MEPHA</b>	Mepha Pharma AG	071200			
Kaps 20 mg 30 Stk			20633	14.90	5.85
Kaps 20 mg 100 Stk			20633	37.35	18.26
Kaps 40 mg Blist 30 Stk			20633	19.25	9.64
Kaps 40 mg Blist 100 Stk			20633	50.75	29.92
<b>Limitation neu:</b>					
Bei Erwachsenen ab 18 bis und mit 75 Jahren wird eine Behandlung mit Statinen vergütet im Rahmen der Sekundärprävention kardiovaskulärer Ereignisse sowie im Rahmen der Primärprävention bei Personen mit hohem oder sehr hohem Risiko nach AGLA-Risikokategorie sowie bei Personen mit einem Risiko von über 1% nach AGLA-Risikokategorie. Eine entsprechend bis und mit 75 Jahren gestartete Statin-Therapie wird auch nach Vollendung des 75. Lebensjahres weiter vergütet.					
Bei Personen über 75 Jahren wird eine neu beginnende Statin-Therapie nur vergütet im Rahmen der Sekundärprävention kardiovaskulärer Ereignisse sowie im Rahmen der Primärprävention bei Personen mit hohem oder sehr hohem Risiko nach AGLA-Risikokategorie.					
Fluvastatin-Mepha wird zudem vergütet bei Knaben (9–16 Jahre) sowie postmenarchalen Mädchen (10–16 Jahre) mit heterozygoter familiärer Hypercholesterinämie, die auf eine Diät nicht genügend ansprechen.					

PRÄPARATE/(Wirkstoffe) Packungen	Verantwortliche Firma	Therap. Gruppe	Dossier Nr.	Preis neu	Ex-Fact. neu
<b>FLUVASTATIN-MEPHA RETARD</b>	Mepha Pharma AG	071200			
Depotabs 80 mg 28 Stk			19490	29.20	14.71
Depotabs 80 mg 98 Stk			19490	75.40	51.40
<b>Limitation neu:</b>					
Bei Erwachsenen ab 18 bis und mit 75 Jahren wird eine Behandlung mit Statinen vergütet im Rahmen der Sekundärprävention kardiovaskulärer Ereignisse sowie im Rahmen der Primärprävention bei Personen mit hohem oder sehr hohem Risiko nach AGLA-Risikokategorie sowie bei Personen mit einem Risiko von über 1% nach AGLA-Risikokategorie. Eine entsprechend bis und mit 75 Jahren gestartete Statin-Therapie wird auch nach Vollendung des 75. Lebensjahres weiter vergütet.					
Bei Personen über 75 Jahren wird eine neu beginnende Statin-Therapie nur vergütet im Rahmen der Sekundärprävention kardiovaskulärer Ereignisse sowie im Rahmen der Primärprävention bei Personen mit hohem oder sehr hohem Risiko nach AGLA-Risikokategorie.					
Fluvastatin-Mepha retard wird zudem vergütet bei Knaben (9–16 Jahre) sowie postmenarchalen Mädchen (10–16 Jahre) mit heterozygoter familiärer Hypercholesterinämie, die auf eine Diät nicht genügend ansprechen.					
<b>INEGY</b>	Organon GmbH	071200			
Tabl 10/10 mg 28 Stk			18299	49.70	29.02
Tabl 10/20 mg 28 Stk			18299	53.95	32.70
Tabl 10/40 mg 28 Stk			18299	60.15	38.10
Tabl 10/10 mg 98 Stk			18299	132.70	101.29
Tabl 10/20 mg 98 Stk			18299	147.45	114.16
Tabl 10/40 mg 98 Stk			18299	167.35	131.50
<b>Limitation neu:</b>					
Die Vergütung einer neuverschriebenen Inegy-Therapie ist zudem möglich bei:					
– Patienten mit hohem Risiko gemäss AGLA-Risikokategorie, die Atorvastatin und Rosuvastatin nicht vertragen und den LDL-Zielwert <1.8 mmol/l und eine LDL-Senkung um 50% mit Simvastatin in maximal verträglicher Dosis alleine nicht erreichen.					
– Patienten mit sehr hohem Risiko gemäss AGLA-Risikokategorie, die Atorvastatin und Rosuvastatin nicht vertragen und den LDL-Zielwert <1.4 mmol/l und eine LDL-Senkung um 50% mit Simvastatin in maximal verträglicher Dosis alleine nicht erreichen.					
– Patienten mit Statin-Intoleranz, d.h. Patienten, die bei Einnahme eines Statins nicht tolerierbare Muskelschmerzen und/oder messbare Muskelschwäche und/oder eine Erhöhung der Creatininkinase >5x des oberen Grenzwertes aufweisen. Vor der Verschreibung von Ezetimib ist ein anderes Statin und, sofern dies nicht vertragen wird, Atorvastatin oder Rosuvastatin 5–10 mg 1–2x pro Woche auszuprobieren.					
<b>LIVAZO</b>	Recordati AG	071200			
Filmtabl 1 mg 30 Stk			19952	46.80	26.46
Filmtabl 2 mg 30 Stk			19952	53.35	32.20
Filmtabl 4 mg 30 Stk			19952	70.05	46.72
Filmtabl 1 mg 90 Stk			19952	107.55	79.38
Filmtabl 2 mg 90 Stk			19952	127.30	96.62
Filmtabl 4 mg 90 Stk			19952	177.30	140.17
<b>Limitation neu:</b>					
Bei Erwachsenen ab 18 bis und mit 75 Jahren wird eine Behandlung mit Statinen vergütet im Rahmen der Sekundärprävention kardiovaskulärer Ereignisse sowie im Rahmen der Primärprävention bei Personen mit hohem oder sehr hohem Risiko nach AGLA-Risikokategorie sowie bei Personen mit einem Risiko von über 1% nach AGLA-Risikokategorie. Eine entsprechend bis und mit 75 Jahren gestartete Statin-Therapie wird auch nach Vollendung des 75. Lebensjahres weiter vergütet.					
Bei Personen über 75 Jahren wird eine neu beginnende Statin-Therapie nur vergütet im Rahmen der Sekundärprävention kardiovaskulärer Ereignisse sowie im Rahmen der Primärprävention bei Personen mit hohem oder sehr hohem Risiko nach AGLA-Risikokategorie.					
Livazo wird zudem vergütet bei Jugendlichen und Kindern ab 6 Jahren mit primärer Hypercholesterinämie, einschliesslich heterozygoter familiärer Hypercholesterinämie, zusammen mit einer unterstützenden Diät, wenn Diät und andere nicht-pharmakologische Massnahmen (z.B. Bewegung und Gewichtsreduktion) keine ausreichende Wirkung erbringen.					
<b>MEVALOTIN</b>	Daiichi Sankyo (Schweiz) AG	071200			
Tabl 20 mg 30 Stk			16479	14.40	5.41
Tabl 20 mg 100 Stk			16479	50.00	29.27
<b>Limitation neu:</b>					
Bei Erwachsenen ab 18 bis und mit 75 Jahren wird eine Behandlung mit Statinen vergütet im Rahmen der Sekundärprävention kardiovaskulärer Ereignisse sowie im Rahmen der Primärprävention bei Personen mit hohem oder sehr hohem Risiko nach AGLA-Risikokategorie sowie bei Personen mit einem Risiko von über 1% nach AGLA-Risikokategorie. Eine entsprechend bis und mit 75 Jahren gestartete Statin-Therapie wird auch nach Vollendung des 75. Lebensjahres weiter vergütet.					
Bei Personen über 75 Jahren wird eine neu beginnende Statin-Therapie nur vergütet im Rahmen der Sekundärprävention kardiovaskulärer Ereignisse sowie im Rahmen der Primärprävention bei Personen mit hohem oder sehr hohem Risiko nach AGLA-Risikokategorie.					
Mevalotin wird zudem vergütet bei Kindern und Jugendlichen im Alter von 8-18 Jahren bei heterozygoter familiärer Hypercholesterinämie zusätzlich zu einer cholesterinarmen Diät.					
<b>MEVALOTIN FORTE</b>	Daiichi Sankyo (Schweiz) AG	071200			
Tabl 40 mg 30 Stk			16479	19.80	10.10
Tabl 40 mg 100 Stk			16479	65.85	43.08
<b>Limitation neu:</b>					
Bei Erwachsenen ab 18 bis und mit 75 Jahren wird eine Behandlung mit Statinen vergütet im Rahmen der Sekundärprävention kardiovaskulärer Ereignisse sowie im Rahmen der Primärprävention bei Personen mit hohem oder sehr hohem Risiko nach AGLA-Risikokategorie sowie bei Personen mit einem Risiko von über 1% nach AGLA-Risikokategorie. Eine entsprechend bis und mit 75 Jahren gestartete Statin-Therapie wird auch nach Vollendung des 75. Lebensjahres weiter vergütet.					
Bei Personen über 75 Jahren wird eine neu beginnende Statin-Therapie nur vergütet im Rahmen der Sekundärprävention kardiovaskulärer Ereignisse sowie im Rahmen der Primärprävention bei Personen mit hohem oder sehr hohem Risiko nach AGLA-Risikokategorie.					
Mevalotin forte wird zudem vergütet bei Kindern und Jugendlichen im Alter von 8-18 Jahren bei heterozygoter familiärer Hypercholesterinämie zusätzlich zu einer cholesterinarmen Diät.					

PRÄPARATE/(Wirkstoffe) Packungen	Verantwortliche Firma	Therap. Gruppe	Dossier Nr.	Preis neu	Ex-Fact. neu
<b>PRAVASTATIN AXAPHARM</b>	Axapharm AG	071200			
Tabl 20 mg 30 Stk			20353	15.60	6.46
Tabl 40 mg 30 Stk			20353	25.25	11.29
Tabl 20 mg 100 Stk			20353	48.55	27.99
Tabl 40 mg 100 Stk			20353	70.65	47.25
<b>Limitation neu:</b>					
Bei Erwachsenen ab 18 bis und mit 75 Jahren wird eine Behandlung mit Statinen vergütet im Rahmen der Sekundärprävention kardiovaskulärer Ereignisse sowie im Rahmen der Primärprävention bei Personen mit hohem oder sehr hohem Risiko nach AGLA-Risikokategorie sowie bei Personen mit einem Risiko von über 1% nach AGLA-Risikokategorie. Eine entsprechend bis und mit 75 Jahren gestartete Statin-Therapie wird auch nach Vollendung des 75. Lebensjahres weiter vergütet.					
Bei Personen über 75 Jahren wird eine neu beginnende Statin-Therapie nur vergütet im Rahmen der Sekundärprävention kardiovaskulärer Ereignisse sowie im Rahmen der Primärprävention bei Personen mit hohem oder sehr hohem Risiko nach AGLA-Risikokategorie.					
Pravastatin Axapharm wird zudem vergütet bei Kindern und Jugendlichen im Alter von 8-18 Jahren bei heterozygoter familiärer Hypercholesterinämie zusätzlich zu einer cholesterinarmen Diät.					
<b>PRAVASTATIN SANDOZ</b>	Sandoz Pharmaceuticals AG	071200			
Tabl 20 mg 30 Stk			18301	14.95	5.90
Tabl 40 mg 30 Stk			18301	19.80	10.10
Tabl 20 mg 100 Stk			18301	44.05	24.07
Tabl 40 mg 100 Stk			18301	65.85	43.08
<b>Limitation neu:</b>					
Bei Erwachsenen ab 18 bis und mit 75 Jahren wird eine Behandlung mit Statinen vergütet im Rahmen der Sekundärprävention kardiovaskulärer Ereignisse sowie im Rahmen der Primärprävention bei Personen mit hohem oder sehr hohem Risiko nach AGLA-Risikokategorie sowie bei Personen mit einem Risiko von über 1% nach AGLA-Risikokategorie. Eine entsprechend bis und mit 75 Jahren gestartete Statin-Therapie wird auch nach Vollendung des 75. Lebensjahres weiter vergütet.					
Bei Personen über 75 Jahren wird eine neu beginnende Statin-Therapie nur vergütet im Rahmen der Sekundärprävention kardiovaskulärer Ereignisse sowie im Rahmen der Primärprävention bei Personen mit hohem oder sehr hohem Risiko nach AGLA-Risikokategorie.					
Pravastatin Sandoz wird zudem vergütet bei Kindern und Jugendlichen im Alter von 8-18 Jahren bei heterozygoter familiärer Hypercholesterinämie zusätzlich zu einer cholesterinarmen Diät.					
<b>PRAVASTATIN SPIRIG HC</b>	Spirig HealthCare AG	071200			
Tabl 10 mg 30 Stk			19946	9.35	4.56
Tabl 10 mg 100 Stk			19946	28.35	14.00
Tabl 20 mg 30 Stk			19946	15.10	6.03
Tabl 40 mg 30 Stk			19946	19.50	9.85
Tabl 20 mg 100 Stk			19946	48.60	28.07
Tabl 40 mg 100 Stk			19946	65.85	43.08
<b>Limitation neu:</b>					
Bei Erwachsenen ab 18 bis und mit 75 Jahren wird eine Behandlung mit Statinen vergütet im Rahmen der Sekundärprävention kardiovaskulärer Ereignisse sowie im Rahmen der Primärprävention bei Personen mit hohem oder sehr hohem Risiko nach AGLA-Risikokategorie sowie bei Personen mit einem Risiko von über 1% nach AGLA-Risikokategorie. Eine entsprechend bis und mit 75 Jahren gestartete Statin-Therapie wird auch nach Vollendung des 75. Lebensjahres weiter vergütet.					
Bei Personen über 75 Jahren wird eine neu beginnende Statin-Therapie nur vergütet im Rahmen der Sekundärprävention kardiovaskulärer Ereignisse sowie im Rahmen der Primärprävention bei Personen mit hohem oder sehr hohem Risiko nach AGLA-Risikokategorie.					
Pravastatin Spirig HC wird zudem vergütet bei Kindern und Jugendlichen im Alter von 8-18 Jahren bei heterozygoter familiärer Hypercholesterinämie zusätzlich zu einer cholesterinarmen Diät.					
<b>PRAVASTATIN ZENTIVA</b>	Helvepharm AG	071200			
Tabl 20 mg Blist 30 Stk			18344	15.25	6.16
Tabl 40 mg Blist 30 Stk			18344	20.00	10.29
Tabl 20 mg Blist 100 Stk			18344	45.25	25.15
Tabl 40 mg Blist 100 Stk			18344	65.85	43.08
<b>Limitation neu:</b>					
Bei Erwachsenen ab 18 bis und mit 75 Jahren wird eine Behandlung mit Statinen vergütet im Rahmen der Sekundärprävention kardiovaskulärer Ereignisse sowie im Rahmen der Primärprävention bei Personen mit hohem oder sehr hohem Risiko nach AGLA-Risikokategorie sowie bei Personen mit einem Risiko von über 1% nach AGLA-Risikokategorie. Eine entsprechend bis und mit 75 Jahren gestartete Statin-Therapie wird auch nach Vollendung des 75. Lebensjahres weiter vergütet.					
Bei Personen über 75 Jahren wird eine neu beginnende Statin-Therapie nur vergütet im Rahmen der Sekundärprävention kardiovaskulärer Ereignisse sowie im Rahmen der Primärprävention bei Personen mit hohem oder sehr hohem Risiko nach AGLA-Risikokategorie.					
Pravastatin Zentiva wird zudem vergütet bei Kindern und Jugendlichen im Alter von 8-18 Jahren bei heterozygoter familiärer Hypercholesterinämie zusätzlich zu einer cholesterinarmen Diät.					

PRÄPARATE/(Wirkstoffe) Packungen	Verantwortliche Firma	Therap. Gruppe	Dossier Nr.	Preis neu	Ex-Fact. neu
<b>PRAVASTATIN-MEPHA</b>	Mepha Pharma AG	071200			
Tabl 20 mg 30 Stk			20205	15.40	6.29
Tabl 40 mg 30 Stk			20205	20.00	10.27
Tabl 20 mg 100 Stk			20205	48.60	28.07
Tabl 40 mg 100 Stk			20205	65.85	43.08
<b>Limitation neu:</b>					
Bei Erwachsenen ab 18 bis und mit 75 Jahren wird eine Behandlung mit Statinen vergütet im Rahmen der Sekundärprävention kardiovaskulärer Ereignisse sowie im Rahmen der Primärprävention bei Personen mit hohem oder sehr hohem Risiko nach AGLA-Risikokategorie sowie bei Personen mit einem Risiko von über 1% nach AGLA-Risikokategorie. Eine entsprechend bis und mit 75 Jahren gestartete Statin-Therapie wird auch nach Vollendung des 75. Lebensjahres weiter vergütet.					
Bei Personen über 75 Jahren wird eine neu beginnende Statin-Therapie nur vergütet im Rahmen der Sekundärprävention kardiovaskulärer Ereignisse sowie im Rahmen der Primärprävention bei Personen mit hohem oder sehr hohem Risiko nach AGLA-Risikokategorie.					
Pravastatin-Mepha wird zudem vergütet bei Kindern und Jugendlichen im Alter von 8-18 Jahren bei heterozygoter familiärer Hypercholesterinämie zusätzlich zu einer cholesterinarmen Diät.					
<b>PRAVASTAX</b>	Drossapharm AG	071200			
Tabl 20 mg 30 Stk			19880	15.10	6.03
Tabl 40 mg 30 Stk			19880	19.50	9.85
Tabl 20 mg 100 Stk			19880	48.60	28.05
Tabl 40 mg 100 Stk			19880	65.85	43.08
<b>Limitation neu:</b>					
Bei Erwachsenen ab 18 bis und mit 75 Jahren wird eine Behandlung mit Statinen vergütet im Rahmen der Sekundärprävention kardiovaskulärer Ereignisse sowie im Rahmen der Primärprävention bei Personen mit hohem oder sehr hohem Risiko nach AGLA-Risikokategorie sowie bei Personen mit einem Risiko von über 1% nach AGLA-Risikokategorie. Eine entsprechend bis und mit 75 Jahren gestartete Statin-Therapie wird auch nach Vollendung des 75. Lebensjahres weiter vergütet.					
Bei Personen über 75 Jahren wird eine neu beginnende Statin-Therapie nur vergütet im Rahmen der Sekundärprävention kardiovaskulärer Ereignisse sowie im Rahmen der Primärprävention bei Personen mit hohem oder sehr hohem Risiko nach AGLA-Risikokategorie.					
Pravastax wird zudem vergütet bei Kindern und Jugendlichen im Alter von 8-18 Jahren bei heterozygoter familiärer Hypercholesterinämie zusätzlich zu einer cholesterinarmen Diät.					
<b>ROSUVASTATIN AXAPHARM</b>	Axapharm AG	071200			
Filmtabl 5 mg Blist 30 Stk			20729	16.35	7.12
Filmtabl 10 mg Blist 30 Stk			20729	17.50	8.12
Filmtabl 20 mg Blist 30 Stk			20729	25.80	11.78
Filmtabl 5 mg Blist 100 Stk			20729	43.65	23.75
Filmtabl 10 mg Blist 100 Stk			20729	47.50	27.08
Filmtabl 20 mg Blist 100 Stk			20729	61.50	39.28
<b>Limitation neu:</b>					
Bei Erwachsenen ab 18 bis und mit 75 Jahren wird eine Behandlung mit Statinen vergütet im Rahmen der Sekundärprävention kardiovaskulärer Ereignisse sowie im Rahmen der Primärprävention bei Personen mit hohem oder sehr hohem Risiko nach AGLA-Risikokategorie sowie bei Personen mit einem Risiko von über 1% nach AGLA-Risikokategorie. Eine entsprechend bis und mit 75 Jahren gestartete Statin-Therapie wird auch nach Vollendung des 75. Lebensjahres weiter vergütet.					
Bei Personen über 75 Jahren wird eine neu beginnende Statin-Therapie nur vergütet im Rahmen der Sekundärprävention kardiovaskulärer Ereignisse sowie im Rahmen der Primärprävention bei Personen mit hohem oder sehr hohem Risiko nach AGLA-Risikokategorie.					
Rosuvastatin Axapharm wird zudem vergütet bei Knaben und Mädchen (mindestens ein Jahr postmenarchal) im Alter von 10-17 Jahren mit heterozygoter familiärer Hypercholesterinämie, als Zusatz zu Diät, wenn Diät und andere nicht pharmakologische Massnahmen (z.B. Bewegung, Gewichtsreduktion) nicht ausreichend sind.					
<b>ROSUVASTATIN NOBEL</b>	NOBEL Pharma Schweiz AG	071200			
Filmtabl 5 mg Blist 30 Stk			21052	16.35	7.12
Filmtabl 10 mg Blist 30 Stk			21052	17.50	8.12
Filmtabl 20 mg Blist 30 Stk			21052	25.80	11.78
Filmtabl 5 mg Blist 105 Stk			21052	45.00	24.93
Filmtabl 10 mg Blist 105 Stk			21052	49.05	28.43
Filmtabl 20 mg Blist 105 Stk			21052	63.75	41.24
<b>Limitation neu:</b>					
Bei Erwachsenen ab 18 bis und mit 75 Jahren wird eine Behandlung mit Statinen vergütet im Rahmen der Sekundärprävention kardiovaskulärer Ereignisse sowie im Rahmen der Primärprävention bei Personen mit hohem oder sehr hohem Risiko nach AGLA-Risikokategorie sowie bei Personen mit einem Risiko von über 1% nach AGLA-Risikokategorie. Eine entsprechend bis und mit 75 Jahren gestartete Statin-Therapie wird auch nach Vollendung des 75. Lebensjahres weiter vergütet.					
Bei Personen über 75 Jahren wird eine neu beginnende Statin-Therapie nur vergütet im Rahmen der Sekundärprävention kardiovaskulärer Ereignisse sowie im Rahmen der Primärprävention bei Personen mit hohem oder sehr hohem Risiko nach AGLA-Risikokategorie.					
Rosuvastatin NOBEL wird zudem vergütet bei Knaben und Mädchen (mindestens ein Jahr postmenarchal) im Alter von 10-17 Jahren mit heterozygoter familiärer Hypercholesterinämie, als Zusatz zu Diät, wenn Diät und andere nicht pharmakologische Massnahmen (z.B. Bewegung, Gewichtsreduktion) nicht ausreichend sind.					

PRÄPARATE/(Wirkstoffe) Packungen	Verantwortliche Firma	Therap. Gruppe	Dossier Nr.	Preis neu	Ex-Fact. neu
<b>ROSUVASTATIN SANDOZ</b>	Sandoz Pharmaceuticals AG	071200			
Filmtablett 5 mg Blist 30 Stk			20661	16.35	7.12
Filmtablett 10 mg Blist 30 Stk			20661	17.50	8.12
Filmtablett 20 mg Blist 30 Stk			20661	25.80	11.78
Filmtablett 5 mg Blist 50 Stk			20661	25.95	11.87
Filmtablett 10 mg Blist 50 Stk			20661	27.85	13.53
Filmtablett 20 mg Blist 50 Stk			20661	38.95	19.63
Filmtablett 5 mg Blist 100 Stk			20661	43.65	23.75
Filmtablett 10 mg Blist 100 Stk			20661	47.50	27.08
Filmtablett 20 mg Blist 100 Stk			20661	61.50	39.28
<b>Limitation neu:</b>					
Bei Erwachsenen ab 18 bis und mit 75 Jahren wird eine Behandlung mit Statinen vergütet im Rahmen der Sekundärprävention kardiovaskulärer Ereignisse sowie im Rahmen der Primärprävention bei Personen mit hohem oder sehr hohem Risiko nach AGLA-Risikokategorie sowie bei Personen mit einem Risiko von über 1% nach AGLA-Risikokategorie. Eine entsprechend bis und mit 75 Jahren gestartete Statin-Therapie wird auch nach Vollendung des 75. Lebensjahres weiter vergütet.					
Bei Personen über 75 Jahren wird eine neu beginnende Statin-Therapie nur vergütet im Rahmen der Sekundärprävention kardiovaskulärer Ereignisse sowie im Rahmen der Primärprävention bei Personen mit hohem oder sehr hohem Risiko nach AGLA-Risikokategorie.					
Rosuvastatin Sandoz wird zudem vergütet bei Knaben und Mädchen (mindestens ein Jahr postmenarchal) im Alter von 10–17 Jahren mit heterozygoter familiärer Hypercholesterinämie, als Zusatz zu Diät, wenn Diät und andere nicht pharmakologische Massnahmen (z.B. Bewegung, Gewichtsreduktion) nicht ausreichend sind.					
<b>ROSUVASTATIN SPIRIG HC</b>	Spirig HealthCare AG	071200			
Filmtablett 5 mg 30 Stk			20666	16.35	7.12
Filmtablett 10 mg 30 Stk			20666	17.50	8.12
Filmtablett 20 mg 30 Stk			20666	25.80	11.78
Filmtablett 5 mg 100 Stk			20666	43.65	23.75
Filmtablett 10 mg 100 Stk			20666	47.50	27.08
Filmtablett 20 mg 100 Stk			20666	61.50	39.28
<b>Limitation neu:</b>					
Bei Erwachsenen ab 18 bis und mit 75 Jahren wird eine Behandlung mit Statinen vergütet im Rahmen der Sekundärprävention kardiovaskulärer Ereignisse sowie im Rahmen der Primärprävention bei Personen mit hohem oder sehr hohem Risiko nach AGLA-Risikokategorie sowie bei Personen mit einem Risiko von über 1% nach AGLA-Risikokategorie. Eine entsprechend bis und mit 75 Jahren gestartete Statin-Therapie wird auch nach Vollendung des 75. Lebensjahres weiter vergütet.					
Bei Personen über 75 Jahren wird eine neu beginnende Statin-Therapie nur vergütet im Rahmen der Sekundärprävention kardiovaskulärer Ereignisse sowie im Rahmen der Primärprävention bei Personen mit hohem oder sehr hohem Risiko nach AGLA-Risikokategorie.					
Rosuvastatin Spirig HC wird zudem vergütet bei Knaben und Mädchen (mindestens ein Jahr postmenarchal) im Alter von 10–17 Jahren mit heterozygoter familiärer Hypercholesterinämie, als Zusatz zu Diät, wenn Diät und andere nicht pharmakologische Massnahmen (z.B. Bewegung, Gewichtsreduktion) nicht ausreichend sind.					
<b>ROSUVASTATIN XIROMED</b>	Xiromed SA	071200			
Filmtablett 5 mg Blist 30 Stk			21257	13.95	5.03
Filmtablett 10 mg Blist 30 Stk			21257	14.95	5.90
Filmtablett 20 mg Blist 30 Stk			21257	24.95	11.04
Filmtablett 5 mg Blist 100 Stk			21257	38.80	19.53
Filmtablett 10 mg Blist 100 Stk			21257	42.80	23.01
Filmtablett 20 mg Blist 100 Stk			21257	58.80	36.95
<b>Limitation neu:</b>					
Bei Erwachsenen ab 18 bis und mit 75 Jahren wird eine Behandlung mit Statinen vergütet im Rahmen der Sekundärprävention kardiovaskulärer Ereignisse sowie im Rahmen der Primärprävention bei Personen mit hohem oder sehr hohem Risiko nach AGLA-Risikokategorie sowie bei Personen mit einem Risiko von über 1% nach AGLA-Risikokategorie. Eine entsprechend bis und mit 75 Jahren gestartete Statin-Therapie wird auch nach Vollendung des 75. Lebensjahres weiter vergütet.					
Bei Personen über 75 Jahren wird eine neu beginnende Statin-Therapie nur vergütet im Rahmen der Sekundärprävention kardiovaskulärer Ereignisse sowie im Rahmen der Primärprävention bei Personen mit hohem oder sehr hohem Risiko nach AGLA-Risikokategorie.					
Rosuvastatin Xiromed wird zudem vergütet bei Knaben und Mädchen (mindestens ein Jahr postmenarchal) im Alter von 10–17 Jahren mit heterozygoter familiärer Hypercholesterinämie, als Zusatz zu Diät, wenn Diät und andere nicht pharmakologische Massnahmen (z.B. Bewegung, Gewichtsreduktion) nicht ausreichend sind.					

PRÄPARATE/(Wirkstoffe) Packungen	Verantwortliche Firma	Therap. Gruppe	Dossier Nr.	Preis neu	Ex-Fact. neu
<b>ROSUVASTATIN ZENTIVA</b>	Helvepharm AG	071200			
Filmtabl 5 mg Blist 28 Stk			20728	15.85	6.65
Filmtabl 10 mg Blist 28 Stk			20728	16.90	7.58
Filmtabl 20 mg Blist 28 Stk			20728	24.95	11.00
Filmtabl 5 mg Blist 98 Stk			20728	43.10	23.27
Filmtabl 10 mg Blist 98 Stk			20728	46.85	26.53
Filmtabl 20 mg Blist 98 Stk			20728	60.60	38.49
<b>Limitation neu:</b>					
Bei Erwachsenen ab 18 bis und mit 75 Jahren wird eine Behandlung mit Statinen vergütet im Rahmen der Sekundärprävention kardiovaskulärer Ereignisse sowie im Rahmen der Primärprävention bei Personen mit hohem oder sehr hohem Risiko nach AGLA-Risikokategorie sowie bei Personen mit einem Risiko von über 1% nach AGLA-Risikokategorie. Eine entsprechend bis und mit 75 Jahren gestartete Statin-Therapie wird auch nach Vollendung des 75. Lebensjahres weiter vergütet.					
Bei Personen über 75 Jahren wird eine neu beginnende Statin-Therapie nur vergütet im Rahmen der Sekundärprävention kardiovaskulärer Ereignisse sowie im Rahmen der Primärprävention bei Personen mit hohem oder sehr hohem Risiko nach AGLA-Risikokategorie.					
Rosuvastatin Zentiva wird zudem vergütet bei Knaben und Mädchen (mindestens ein Jahr postmenarchal) im Alter von 10–17 Jahren mit heterozygoter familiärer Hypercholesterinämie, als Zusatz zu Diät, wenn Diät und andere nicht pharmakologische Massnahmen (z.B. Bewegung, Gewichtsreduktion) nicht ausreichend sind.					
<b>ROSUVASTATIN-MEPHA</b>	Mepha Pharma AG	071200			
Lactab 5 mg 30 Stk			20658	16.35	7.12
Lactab 10 mg 30 Stk			20658	17.50	8.12
Lactab 20 mg 30 Stk			20658	25.80	11.78
Lactab 5 mg 100 Stk			20658	43.65	23.75
Lactab 10 mg 100 Stk			20658	47.50	27.08
Lactab 20 mg 100 Stk			20658	61.50	39.2
Lactab 5 mg Ds 100 Stk			20658	43.65	23.75
Lactab 10 mg Ds 100 Stk			20658	47.50	27.08
Lactab 20 mg Ds 100 Stk			20658	61.50	39.28
<b>Limitation neu:</b>					
Bei Erwachsenen ab 18 bis und mit 75 Jahren wird eine Behandlung mit Statinen vergütet im Rahmen der Sekundärprävention kardiovaskulärer Ereignisse sowie im Rahmen der Primärprävention bei Personen mit hohem oder sehr hohem Risiko nach AGLA-Risikokategorie sowie bei Personen mit einem Risiko von über 1% nach AGLA-Risikokategorie. Eine entsprechend bis und mit 75 Jahren gestartete Statin-Therapie wird auch nach Vollendung des 75. Lebensjahres weiter vergütet.					
Bei Personen über 75 Jahren wird eine neu beginnende Statin-Therapie nur vergütet im Rahmen der Sekundärprävention kardiovaskulärer Ereignisse sowie im Rahmen der Primärprävention bei Personen mit hohem oder sehr hohem Risiko nach AGLA-Risikokategorie.					
Rosuvastatin-Mepha wird zudem vergütet bei Knaben und Mädchen (mindestens ein Jahr postmenarchal) im Alter von 10–17 Jahren mit heterozygoter familiärer Hypercholesterinämie, als Zusatz zu Diät, wenn Diät und andere nicht pharmakologische Massnahmen (z.B. Bewegung, Gewichtsreduktion) nicht ausreichend sind.					
<b>ROSUVASTATIN VIATRIS</b>	Mylan Pharma GmbH	071200			
Filmtabl 5 mg Blist 30 Stk			21416	16.35	7.12
Filmtabl 5 mg Blist 105 Stk			21416	43.65	23.75
Filmtabl 10 mg Blist 30 Stk			21416	17.50	8.12
Filmtabl 10 mg Blist 105 Stk			21416	47.50	27.08
Filmtabl 20 mg Blist 30 Stk			21416	25.80	11.78
Filmtabl 20 mg Blist 105 Stk			21416	61.50	39.28
<b>Limitation neu:</b>					
Bei Erwachsenen ab 18 bis und mit 75 Jahren wird eine Behandlung mit Statinen vergütet im Rahmen der Sekundärprävention kardiovaskulärer Ereignisse sowie im Rahmen der Primärprävention bei Personen mit hohem oder sehr hohem Risiko nach AGLA-Risikokategorie sowie bei Personen mit einem Risiko von über 1% nach AGLA-Risikokategorie. Eine entsprechend bis und mit 75 Jahren gestartete Statin-Therapie wird auch nach Vollendung des 75. Lebensjahres weiter vergütet.					
Bei Personen über 75 Jahren wird eine neu beginnende Statin-Therapie nur vergütet im Rahmen der Sekundärprävention kardiovaskulärer Ereignisse sowie im Rahmen der Primärprävention bei Personen mit hohem oder sehr hohem Risiko nach AGLA-Risikokategorie.					
Rosuvastatin Viatris wird zudem vergütet bei Knaben und Mädchen (mindestens ein Jahr postmenarchal) im Alter von 10–17 Jahren mit heterozygoter familiärer Hypercholesterinämie, als Zusatz zu Diät, wenn Diät und andere nicht pharmakologische Massnahmen (z.B. Bewegung, Gewichtsreduktion) nicht ausreichend sind.					

PRÄPARATE/(Wirkstoffe) Packungen	Verantwortliche Firma	Therap. Gruppe	Dossier Nr.	Preis neu	Ex-Fact. neu
<b>ROSUVASTAX</b>	Drossapharm AG	071200			
Filmtabl 5 mg 30 Stk			20692	16.35	7.12
Filmtabl 10 mg 30 Stk			20692	17.50	8.12
Filmtabl 20 mg 30 Stk			20692	25.80	11.78
Filmtabl 5 mg 100 Stk			20692	43.65	23.75
Filmtabl 10 mg 100 Stk			20692	47.50	27.08
Filmtabl 20 mg 100 Stk			20692	61.50	39.28
<b>Limitation neu:</b>					
Bei Erwachsenen ab 18 bis und mit 75 Jahren wird eine Behandlung mit Statinen vergütet im Rahmen der Sekundärprävention kardiovaskulärer Ereignisse sowie im Rahmen der Primärprävention bei Personen mit hohem oder sehr hohem Risiko nach AGLA-Risikokategorie sowie bei Personen mit einem Risiko von über 1% nach AGLA-Risikokategorie. Eine entsprechend bis und mit 75 Jahren gestartete Statin-Therapie wird auch nach Vollendung des 75. Lebensjahres weiter vergütet.					
Bei Personen über 75 Jahren wird eine neu beginnende Statin-Therapie nur vergütet im Rahmen der Sekundärprävention kardiovaskulärer Ereignisse sowie im Rahmen der Primärprävention bei Personen mit hohem oder sehr hohem Risiko nach AGLA-Risikokategorie.					
Rosuvastax wird zudem vergütet bei Knaben und Mädchen (mindestens ein Jahr postmenarchal) im Alter von 10–17 Jahren mit heterozygoter familiärer Hypercholesterinämie, als Zusatz zu Diät, wenn Diät und andere nicht pharmakologische Massnahmen (z.B. Bewegung, Gewichtsreduktion) nicht ausreichend sind.					
<b>SIMCORA</b>	Sandoz Pharmaceuticals AG	071200			
Filmtabl 20 mg 30 Stk			18013	34.15	15.48
Filmtabl 40 mg 30 Stk			18013	34.15	15.48
Filmtabl 80 mg Blist 30 Stk			18013	34.15	15.44
Filmtabl 20 mg 100 Stk			18013	64.75	42.11
Filmtabl 40 mg 100 Stk			18013	73.00	49.29
Filmtabl 80 mg Blist 100 Stk			18013	72.85	49.18
<b>Limitation neu:</b>					
Bei Erwachsenen ab 18 bis und mit 75 Jahren wird eine Behandlung mit Statinen vergütet im Rahmen der Sekundärprävention kardiovaskulärer Ereignisse sowie im Rahmen der Primärprävention bei Personen mit hohem oder sehr hohem Risiko nach AGLA-Risikokategorie sowie bei Personen mit einem Risiko von über 1% nach AGLA-Risikokategorie. Eine entsprechend bis und mit 75 Jahren gestartete Statin-Therapie wird auch nach Vollendung des 75. Lebensjahres weiter vergütet.					
Bei Personen über 75 Jahren wird eine neu beginnende Statin-Therapie nur vergütet im Rahmen der Sekundärprävention kardiovaskulärer Ereignisse sowie im Rahmen der Primärprävention bei Personen mit hohem oder sehr hohem Risiko nach AGLA-Risikokategorie.					
Simcora wird zudem vergütet bei Kindern und Jugendlichen im Alter von 10–17 Jahren bei heterozygoter familiärer Hypercholesterinämie zusätzlich zur Diät, wenn diese und andere nicht-pharmakologische Massnahme (wie Fitnesstraining und Gewichtsreduktion) keine ausreichende Wirkung erbringen. Jungen sollten mindestens im Tanner-Stadium II sein. Mädchen sollten mindestens 1 Jahr nach der Menarche sein.					
<b>SIMVASIN SPIRIG HC</b>	Spirig HealthCare AG	071200			
Filmtabl 20 mg 28 Stk			18347	34.25	15.55
Filmtabl 40 mg 28 Stk			18347	34.15	15.46
Filmtabl 80 mg 28 Stk			18347	29.50	14.99
Filmtabl 20 mg 98 Stk			18347	63.80	41.27
Filmtabl 40 mg 98 Stk			18347	72.95	49.26
Filmtabl 80 mg 98 Stk			18347	71.70	48.18
<b>Limitation neu:</b>					
Bei Erwachsenen ab 18 bis und mit 75 Jahren wird eine Behandlung mit Statinen vergütet im Rahmen der Sekundärprävention kardiovaskulärer Ereignisse sowie im Rahmen der Primärprävention bei Personen mit hohem oder sehr hohem Risiko nach AGLA-Risikokategorie sowie bei Personen mit einem Risiko von über 1% nach AGLA-Risikokategorie. Eine entsprechend bis und mit 75 Jahren gestartete Statin-Therapie wird auch nach Vollendung des 75. Lebensjahres weiter vergütet.					
Bei Personen über 75 Jahren wird eine neu beginnende Statin-Therapie nur vergütet im Rahmen der Sekundärprävention kardiovaskulärer Ereignisse sowie im Rahmen der Primärprävention bei Personen mit hohem oder sehr hohem Risiko nach AGLA-Risikokategorie.					
Simvasin Spirig HC wird zudem vergütet bei Kindern und Jugendlichen im Alter von 10–17 Jahren bei heterozygoter familiärer Hypercholesterinämie zusätzlich zur Diät, wenn diese und andere nicht-pharmakologische Massnahme (wie Fitnesstraining und Gewichtsreduktion) keine ausreichende Wirkung erbringen. Jungen sollten mindestens im Tanner-Stadium II sein. Mädchen sollten mindestens 1 Jahr nach der Menarche sein.					
<b>SIMVASTATIN HELVEPHARM</b>	Helvepharm AG	071200			
Filmtabl 20 mg 28 Stk			18043	39.70	19.80
Filmtabl 20 mg 98 Stk			18043	98.25	69.50
Filmtabl 40 mg 28 Stk			18043	39.70	19.80
Filmtabl 40 mg 98 Stk			18043	98.25	69.50
Filmtabl 80 mg 30 Stk			18043	28.35	13.99
Filmtabl 80 mg 100 Stk			18043	67.75	44.71
<b>Limitation neu:</b>					
Bei Erwachsenen ab 18 bis und mit 75 Jahren wird eine Behandlung mit Statinen vergütet im Rahmen der Sekundärprävention kardiovaskulärer Ereignisse sowie im Rahmen der Primärprävention bei Personen mit hohem oder sehr hohem Risiko nach AGLA-Risikokategorie sowie bei Personen mit einem Risiko von über 1% nach AGLA-Risikokategorie. Eine entsprechend bis und mit 75 Jahren gestartete Statin-Therapie wird auch nach Vollendung des 75. Lebensjahres weiter vergütet.					
Bei Personen über 75 Jahren wird eine neu beginnende Statin-Therapie nur vergütet im Rahmen der Sekundärprävention kardiovaskulärer Ereignisse sowie im Rahmen der Primärprävention bei Personen mit hohem oder sehr hohem Risiko nach AGLA-Risikokategorie.					
Simvastatin Helvepharm wird zudem vergütet bei Kindern und Jugendlichen im Alter von 10–17 Jahren bei heterozygoter familiärer Hypercholesterinämie zusätzlich zur Diät, wenn diese und andere nicht-pharmakologische Massnahme (wie Fitnesstraining und Gewichtsreduktion) keine ausreichende Wirkung erbringen. Jungen sollten mindestens im Tanner-Stadium II sein. Mädchen sollten mindestens 1 Jahr nach der Menarche sein.					

PRÄPARATE/(Wirkstoffe) Packungen	Verantwortliche Firma	Therap. Gruppe	Dossier Nr.	Preis neu	Ex-Fact. neu
<b>SIMVASTATIN SPIRIG HC</b>	Spirig HealthCare AG	071200			
Filmtabl 20 mg Blist 30 Stk			21274	34.85	16.06
Filmtabl 40 mg Blist 30 Stk			21274	34.85	16.06
Filmtabl 80 mg Blist 30 Stk			21274	34.85	16.06
Filmtabl 20 mg Blist 100 Stk			21274	64.75	42.11
Filmtabl 40 mg Blist 100 Stk			21274	72.85	49.17
Filmtabl 80 mg Blist 100 Stk			21274	72.85	49.17

**Limitation neu:**

Bei Erwachsenen ab 18 bis und mit 75 Jahren wird eine Behandlung mit Statinen vergütet im Rahmen der Sekundärprävention kardiovaskulärer Ereignisse sowie im Rahmen der Primärprävention bei Personen mit hohem oder sehr hohem Risiko nach AGLA-Risikokategorie sowie bei Personen mit einem Risiko von über 1% nach AGLA-Risikokategorie. Eine entsprechend bis und mit 75 Jahren gestartete Statin-Therapie wird auch nach Vollendung des 75. Lebensjahres weiter vergütet.

Bei Personen über 75 Jahren wird eine neu beginnende Statin-Therapie nur vergütet im Rahmen der Sekundärprävention kardiovaskulärer Ereignisse sowie im Rahmen der Primärprävention bei Personen mit hohem oder sehr hohem Risiko nach AGLA-Risikokategorie.

Simvastatin Spirig HC wird zudem vergütet bei Kindern und Jugendlichen im Alter von 10–17 Jahren bei heterozygoter familiärer Hypercholesterinämie zusätzlich zur Diät, wenn diese und andere nicht-pharmakologische Massnahme (wie Fitnesstraining und Gewichtsreduktion) keine ausreichende Wirkung erbringen. Jungen sollten mindestens im Tanner-Stadium II sein. Mädchen sollten mindestens 1 Jahr nach der Menarche sein.

<b>SIMVASTATIN ZENTIVA</b>	Helvepharm AG	071200			
Filmtabl 20 mg Blist 28 Stk			18043	27.30	13.06
Filmtabl 40 mg Blist 28 Stk			18043	27.30	13.06
Filmtabl 80 mg Blist 30 Stk			18043	28.35	13.99
Filmtabl 40 mg Blist 98 Stk			18043	63.80	41.27
Filmtabl 20 mg Blist 98 Stk			18043	63.80	41.27
Filmtabl 80 mg Blist 100 Stk			18043	67.75	44.71

**Limitation neu:**

Bei Erwachsenen ab 18 bis und mit 75 Jahren wird eine Behandlung mit Statinen vergütet im Rahmen der Sekundärprävention kardiovaskulärer Ereignisse sowie im Rahmen der Primärprävention bei Personen mit hohem oder sehr hohem Risiko nach AGLA-Risikokategorie sowie bei Personen mit einem Risiko von über 1% nach AGLA-Risikokategorie. Eine entsprechend bis und mit 75 Jahren gestartete Statin-Therapie wird auch nach Vollendung des 75. Lebensjahres weiter vergütet.

Bei Personen über 75 Jahren wird eine neu beginnende Statin-Therapie nur vergütet im Rahmen der Sekundärprävention kardiovaskulärer Ereignisse sowie im Rahmen der Primärprävention bei Personen mit hohem oder sehr hohem Risiko nach AGLA-Risikokategorie.

Simvastatin Zentiva wird zudem vergütet bei Kindern und Jugendlichen im Alter von 10–17 Jahren bei heterozygoter familiärer Hypercholesterinämie zusätzlich zur Diät, wenn diese und andere nicht-pharmakologische Massnahme (wie Fitnesstraining und Gewichtsreduktion) keine ausreichende Wirkung erbringen. Jungen sollten mindestens im Tanner-Stadium II sein. Mädchen sollten mindestens 1 Jahr nach der Menarche sein.

<b>SIMVASTATIN-MEPHA</b>	Mepha Pharma AG	071200			
Lactabs 20 mg 30 Stk			20188	34.45	15.72
Lactabs 40 mg 30 Stk			20188	34.45	15.72
Lactabs 80 mg 30 Stk			20188	34.40	15.68
Lactabs 20 mg 100 Stk			20188	64.75	42.11
Lactabs 40 mg 100 Stk			20188	73.00	49.30
Lactabs 80 mg 100 Stk			20188	72.85	49.18

**Limitation neu:**

Bei Erwachsenen ab 18 bis und mit 75 Jahren wird eine Behandlung mit Statinen vergütet im Rahmen der Sekundärprävention kardiovaskulärer Ereignisse sowie im Rahmen der Primärprävention bei Personen mit hohem oder sehr hohem Risiko nach AGLA-Risikokategorie sowie bei Personen mit einem Risiko von über 1% nach AGLA-Risikokategorie. Eine entsprechend bis und mit 75 Jahren gestartete Statin-Therapie wird auch nach Vollendung des 75. Lebensjahres weiter vergütet.

Bei Personen über 75 Jahren wird eine neu beginnende Statin-Therapie nur vergütet im Rahmen der Sekundärprävention kardiovaskulärer Ereignisse sowie im Rahmen der Primärprävention bei Personen mit hohem oder sehr hohem Risiko nach AGLA-Risikokategorie.

Simvastatin-Mepha wird zudem vergütet bei Kindern und Jugendlichen im Alter von 10–17 Jahren bei heterozygoter familiärer Hypercholesterinämie zusätzlich zur Diät, wenn diese und andere nicht-pharmakologische Massnahme (wie Fitnesstraining und Gewichtsreduktion) keine ausreichende Wirkung erbringen. Jungen sollten mindestens im Tanner-Stadium II sein. Mädchen sollten mindestens 1 Jahr nach der Menarche sein.

PRÄPARATE/(Wirkstoffe) Packungen	Verantwortliche Firma	Therap. Gruppe	Dossier Nr.	Preis neu	Ex-Fact. neu
<b>SORTIS</b>	Pfizer PFE Switzerland GmbH	071200			
Filmtabl 10 mg 30 Stk			16982	39.40	20.05
Filmtabl 20 mg 30 Stk			16982	39.40	20.05
Filmtabl 40 mg 30 Stk			16982	39.40	20.05
Filmtabl 80 mg 30 Stk			16982	39.40	20.05
Filmtabl 10 mg 100 Stk			16982	92.15	65.97
Filmtabl 20 mg 100 Stk			16982	92.15	65.97
Filmtabl 40 mg 100 Stk			16982	92.15	65.97
Filmtabl 80 mg 100 Stk			16982	92.15	65.97
<b>Limitation neu:</b>					
Bei Erwachsenen ab 18 bis und mit 75 Jahren wird eine Behandlung mit Statinen vergütet im Rahmen der Sekundärprävention kardiovaskulärer Ereignisse sowie im Rahmen der Primärprävention bei Personen mit hohem oder sehr hohem Risiko nach AGLA-Risikokategorie sowie bei Personen mit einem Risiko von über 1% nach AGLA-Risikokategorie. Eine entsprechend bis und mit 75 Jahren gestartete Statin-Therapie wird auch nach Vollendung des 75. Lebensjahres weiter vergütet.					
Bei Personen über 75 Jahren wird eine neu beginnende Statin-Therapie nur vergütet im Rahmen der Sekundärprävention kardiovaskulärer Ereignisse sowie im Rahmen der Primärprävention bei Personen mit hohem oder sehr hohem Risiko nach AGLA-Risikokategorie.					
<b>TRIVERAM</b>	Servier (Suisse) SA	029900			
Filmtabl 10/5/5mg 30 Stk			20453	44.80	24.75
Filmtabl 20/5/5mg 30 Stk			20453	44.80	24.75
Filmtabl 20/10/5mg 30 Stk			20453	44.80	24.75
Filmtabl 20/10/10mg 30 Stk			20453	44.80	24.75
Filmtabl 40/10/10mg 30 Stk			20453	44.80	24.75
Filmtabl 10/5/5mg 90 Stk			20453	88.85	63.11
Filmtabl 20/5/5mg 3x 30 Stk			20453	88.85	63.11
Filmtabl 20/10/5mg 3x 30 Stk			20453	88.85	63.11
Filmtabl 20/10/10mg 3x 30 Stk			20453	88.85	63.11
Filmtabl 40/10/10mg 3x 30 Stk			20453	88.85	63.11
<b>Limitation neu:</b>					
Vergütung bei erwachsenen Patienten, die mit gleichzeitig eingenommenem Perindopril, Amlodipin und Atorvastatin in gleichen Dosierungen bereits korrekt eingestellt sind und die Kriterien entsprechend der Limitierung der Atorvastatin-Monopräparate erfüllen.					
<b>ZOCOR</b>	Organon GmbH	071200			
Filmtabl 20 mg 28 Stk			15662	34.55	15.83
Filmtabl 40 mg 28 Stk			15662	34.55	15.83
Filmtabl 20 mg 98 Stk			15662	79.55	55.03
Filmtabl 40 mg 98 Stk			15662	79.55	55.03
<b>Limitation neu:</b>					
Bei Erwachsenen ab 18 bis und mit 75 Jahren wird eine Behandlung mit Statinen vergütet im Rahmen der Sekundärprävention kardiovaskulärer Ereignisse sowie im Rahmen der Primärprävention bei Personen mit hohem oder sehr hohem Risiko nach AGLA-Risikokategorie sowie bei Personen mit einem Risiko von über 1% nach AGLA-Risikokategorie. Eine entsprechend bis und mit 75 Jahren gestartete Statin-Therapie wird auch nach Vollendung des 75. Lebensjahres weiter vergütet.					
Bei Personen über 75 Jahren wird eine neu beginnende Statin-Therapie nur vergütet im Rahmen der Sekundärprävention kardiovaskulärer Ereignisse sowie im Rahmen der Primärprävention bei Personen mit hohem oder sehr hohem Risiko nach AGLA-Risikokategorie.					
Zocor wird zudem vergütet bei Kindern und Jugendlichen im Alter von 10–17 Jahren bei heterozygoter familiärer Hypercholesterinämie zusätzlich zur Diät, wenn diese und andere nicht-pharmakologische Massnahme (wie Fitnesstraining und Gewichtsreduktion) keine ausreichende Wirkung erbringen. Jungen sollten mindestens im Tanner-Stadium II sein. Mädchen sollten mindestens 1 Jahr nach der Menarche sein.					

# Rezeptsperrung

Swissmedic, Abteilung Betäubungsmittel

Rezeptsperrung

**Folgende Rezepte sind gesperrt**

Kanton	Block-Nr.	Rezept-Nr.
Basel-Stadt		9819710
Zürich		9756815
		9996301–9996325
		9996319–9996325
		10200859

BAG-Bulletin  
BBL, Vertrieb Publikationen  
CH-3003 Bern

P.P.

CH-3003 Bern  
Post CH AG

# BAG-Bulletin

Woche  
34/2022