



Schweizerische Eidgenossenschaft
Confédération suisse
Confederazione Svizzera
Confederaziun svizra

Eidgenössisches Departement des Innern EDI
Bundesamt für Gesundheit BAG

Ausgabe vom 19. Dezember 2022

BAG-Bulletin ^{Woche} 51/2022

Informationsmagazin für medizinische Fachpersonen und Medienschaffende

**Sachgerechter Antibiotikaeinsatz in der ambulanten Medizin
mit Shared Decision Making, S. 8**

Spezialitätenliste, S. 10

Impressum

HERAUSGEBER

Bundesamt für Gesundheit
CH-3003 Bern (Schweiz)
www.bag.admin.ch

REDAKTION

Bundesamt für Gesundheit
CH-3003 Bern
Telefon 058 463 87 79
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

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

Inhalt

Meldungen Infektionskrankheiten	4
Sentinella-Statistik	7
Wochenbericht zu den grippeähnlichen Erkrankungen	7
Sachgerechter Antibiotikaeinsatz in der ambulanten Medizin mit Shared Decision Making	8
Spezialitätenliste	10
Rezeptsperrung	67

Meldungen Infektionskrankheiten

Stand am Ende der 49. Woche (13.12.2022)^a

^a 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.

^b Siehe Influenzüberwachung im Sentinella-Meldesystem www.bag.admin.ch/grippebericht.

^c Ausgeschlossen sind materno-fötale Röteln.

^d Bei schwangeren Frauen und Neugeborenen

^e 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.

^f Primäre, sekundäre bzw. frühlatente Syphilis.

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

^h Eingeschlossen sind Fälle von Haut- und Rachendiphtherie.

Infektionskrankheiten: Stand am Ende der 49. Woche (13.12.2022)^a

	Woche 49			letzte 4 Wochen			letzte 52 Wochen			seit Jahresbeginn		
	2022	2021	2020	2022	2021	2020	2022	2021	2020	2022	2021	2020
Respiratorische Übertragung												
Haemophilus influenzae: invasive Erkrankung	4 2.40	2 1.20	1 0.60	11 1.60	14 2.10	4 0.60	120 1.40	76 0.90	86 1.00	112 1.40	73 0.90	78 1.00
Influenzavirus-Infektion, saisonale Typen und Subtypen^b	1039 615.50	27 16.00	2 1.20	1942 287.60	68 10.10	5 0.80	14146 161.20	128 1.50	11669 134.00	13801 166.80	122 1.50	11338 138.20
Legionellose	8 4.70	12 7.10	6 3.60	53 7.80	40 5.90	22 3.30	671 7.60	662 7.50	469 5.40	634 7.70	640 7.70	450 5.50
Masern									44 0.50			37 0.40
Meningokokken: invasive Erkrankung						1 0.20	13 0.20	8 0.09	24 0.30	12 0.20	7 0.08	19 0.20
Pneumokokken: invasive Erkrankung	33 19.60	17 10.10	5 3.00	95 14.10	62 9.20	31 4.60	681 7.80	485 5.50	584 6.70	645 7.80	463 5.60	532 6.50
Röteln^c												
Röteln, materno-fötal^d												
Tuberkulose	4 2.40	4 2.40	4 2.40	19 2.80	21 3.10	19 2.80	373 4.20	359 4.10	365 4.20	347 4.20	334 4.00	340 4.10
Faeco-orale Übertragung												
Campylobacteriose	126 74.60	110 65.20	93 55.50	517 76.60	476 70.50	356 53.10	7756 88.40	6644 75.70	6087 69.90	7327 88.60	6310 76.30	5759 70.20
Enterohämorrhagische E. coli-Infektion	21 12.40	18 10.70	13 7.80	100 14.80	76 11.30	48 7.20	1221 13.90	931 10.60	717 8.20	1179 14.20	904 10.90	675 8.20
Hepatitis A	1 0.60	2 1.20	2 1.20	2 0.30	6 0.90	5 0.80	49 0.60	49 0.60	76 0.90	48 0.60	48 0.60	67 0.80
Hepatitis E	5 3.00	2 1.20	1 0.60	7 1.00	8 1.20	4 0.60	77 0.90	166 1.90	76 0.90	73 0.90	164 2.00	67 0.80
Listeriose	2 1.20		1 0.60	4 0.60	6 0.90	4 0.60	77 0.90	34 0.40	56 0.60	75 0.90	31 0.40	55 0.70
Salmonellose, S. typhi/ paratyphi					1 0.20		9 0.10	2 0.02	12 0.10	9 0.10	2 0.02	11 0.10
Salmonellose, übrige	8 4.70	13 7.70	22 13.10	98 14.50	74 11.00	81 12.10	1849 21.10	1513 17.20	1238 14.20	1809 21.90	1456 17.60	1181 14.40
Shigellose	4 2.40	3 1.80		22 3.30	9 1.30	1 0.20	186 2.10	98 1.10	62 0.70	184 2.20	96 1.20	55 0.70

	Woche 49			letzte 4 Wochen			letzte 52 Wochen			seit Jahresbeginn		
	2022	2021	2020	2022	2021	2020	2022	2021	2020	2022	2021	2020
Durch Blut oder sexuell übertragen												
Aids		1 0.60	1 0.60		4 0.60	5 0.80	36 0.40	49 0.60	53 0.60	35 0.40	48 0.60	50 0.60
Chlamydiose	313 185.40	284 168.20	293 174.90	1092 161.70	1083 160.40	998 149.00	12842 146.30	12074 137.60	11277 129.50	12237 147.90	11577 140.00	10619 129.40
Gonorrhoe ^e	144 85.30	100 59.20	79 47.20	466 69.00	375 55.50	327 48.80	5129 58.40	4010 45.70	3485 40.00	4875 58.90	3833 46.30	3280 40.00
Hepatitis B, akut			1 0.60		2 0.30	3 0.40	24 0.30	27 0.30	26 0.30	23 0.30	26 0.30	22 0.30
Hepatitis B, total Meldungen	29	18	24	101	88	90	1130	1022	960	1082	984	885
Hepatitis C, akut		1 0.60	2 1.20		2 0.30	2 0.30	9 0.10	12 0.10	17 0.20	8 0.10	12 0.20	17 0.20
Hepatitis C, total Meldungen	38	18	23	97	78	75	1070	959	904	1029	921	854
HIV-Infektion	8 4.70	9 5.30	15 9.00	24 3.60	39 5.80	27 4.00	338 3.80	335 3.80	285 3.30	327 4.00	317 3.80	260 3.20
Syphilis, Frühstadien ^f	12 7.10	13 7.70	8 4.80	41 6.10	63 9.30	39 5.80	751 8.60	674 7.70	620 7.10	705 8.50	644 7.80	577 7.00
Syphilis, total ^g	13 7.70	19 11.30	13 7.80	49 7.30	93 13.80	63 9.40	996 11.40	902 10.30	843 9.70	930 11.20	862 10.40	784 9.60
Zoonosen und andere durch Vektoren übertragbare Krankheiten												
Brucellose							5 0.06	6 0.07	4 0.05	5 0.06	6 0.07	3 0.04
Chikungunya-Fieber					1 0.20		4 0.05	6 0.07	11 0.10	4 0.05	6 0.07	11 0.10
Dengue-Fieber		1 0.60		9 1.30	4 0.60	1 0.20	96 1.10	24 0.30	92 1.10	94 1.10	24 0.30	77 0.90
Gelbfieber												
Hantavirus-Infektion								6 0.07			6 0.07	
Malaria	1 0.60	2 1.20	1 0.60	19 2.80	9 1.30	6 0.90	321 3.70	247 2.80	132 1.50	306 3.70	237 2.90	118 1.40
Q-Fieber		3 1.80	1 0.60	5 0.70	7 1.00	3 0.40	89 1.00	104 1.20	55 0.60	81 1.00	100 1.20	51 0.60
Trichinellose							5 0.06	2 0.02	3 0.03	5 0.06	1 0.01	3 0.04
Tularämie	1 0.60	3 1.80	3 1.80	4 0.60	12 1.80	19 2.80	113 1.30	239 2.70	122 1.40	108 1.30	235 2.80	115 1.40
West-Nil-Fieber									1 0.01			1 0.01
Zeckenzephalitis	1 0.60	1 0.60	1 0.60	20 3.00	8 1.20	14 2.10	394 4.50	284 3.20	450 5.20	392 4.70	283 3.40	450 5.50
Zika-Virus Infektion												
Andere Meldungen												
Botulismus							1 0.01	1 0.01		1 0.01	1 0.01	
Creutzfeldt-Jakob-Krankheit		1 0.60		1 0.20	2 0.30	1 0.20	27 0.30	27 0.30	19 0.20	23 0.30	24 0.30	19 0.20
Diphtherie ^h		1 0.60		8 1.20	1 0.20		69 0.80	4 0.05	3 0.03	69 0.80	4 0.05	3 0.04
Tetanus												

Coronavirus

**SO SCHÜTZEN
WIR UNS.**



Sehr
empfohlen
für Personen ab
65 Jahren

BESSER GESCHÜTZT DANK DER AUFFRISCHIMPFUNG

Um im Herbst und Winter bestmöglich gegen einen schweren Krankheitsverlauf von Covid-19 geschützt zu sein, wird die Auffrischimpfung besonders Personen ab 65 Jahren, Schwangeren und Personen mit bestimmten Vorerkrankungen empfohlen. Zusätzlich haben alle ab 16 Jahren die Möglichkeit, ihre Impfung aufzufrischen.

bag-coronavirus.ch/impfung



Schweizerische Eidgenossenschaft
Confédération suisse
Confederazione Svizzera
Confederaziun svizra

Swiss Confederation

Bundesamt für Gesundheit BAG
Office fédéral de la santé publique OFSP
Ufficio federale della sanità pubblica UFSP
Uffizi federal da sanadad publica UFSP

Diese Informationskampagne wird unterstützt durch folgende Organisationen:



VKS /
AMCS

KAV/APC



pharmaSuisse
Schweizerischer Apothekerverband



pädlatrfe
schweiz

SGAIM SSMIG SSGIM

Sentinella-Statistik

Provisorische Daten

Sentinella:

Anzahl Meldungen (N) der letzten 4 Wochen bis am 9.12.2022 und Inzidenz pro 1000 Konsultationen (N/10³)
Freiwillige Erhebung bei Hausärztinnen und Hausärzten (Allgemeinpraktiker, Internisten und Pädiater)

Woche	46		47		48		49		Mittel 4 Wochen	
	N	N/10 ³	N	N/10 ³	N	N/10 ³	N	N/10 ³	N	N/10 ³
Mumps	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Pertussis	1	0.1	0	0	0	0	1	0.1	0.5	0.1
Zeckenstiche	3	0.2	1	0.1	0	0	0	0	1	0.1
Lyme Borreliose	1	0.1	1	0.1	3	0.2	2	0.2	1.8	0.2
Herpes Zoster	7	0.5	7	0.5	11	0.8	8	0.7	8.3	0.6
Post-Zoster-Neuralgie	1	0.1	1	0.1	0	0	1	0.1	0.8	0.1
Meldende Ärzte	161		160		156		148		156.3	

Wochenbericht zu den grippeähnlichen Erkrankungen

Die wöchentliche Berichterstattung zur Grippe erfolgt elektronisch und ist unter folgender Adresse zu finden: <https://www.bag.admin.ch/grippebericht>



Sachgerechter Antibiotikaeinsatz in der ambulanten Medizin mit Shared Decision Making

Je sparsamer und sachgemässer der Einsatz von Antibiotika, umso geringer die Wahrscheinlichkeit, dass sich Antibiotikaresistenzen verbreiten. Im Rahmen der Strategie Antibiotikaresistenzen (StAR) hat das Berner Institut für Hausarztmedizin (BIHAM) mit Unterstützung des Bundesamtes für Gesundheit (BAG) Hilfsinstrumente zur partizipativen Entscheidungsfindung bei der Antibiotikavergabe entwickelt. Diese helfen Haus- und Kinderärztinnen und -ärzten, ihre Verschreibungspraxis zu optimieren.

ANTIBIOTIKAEINSATZ IM AMBULANTEN BEREICH

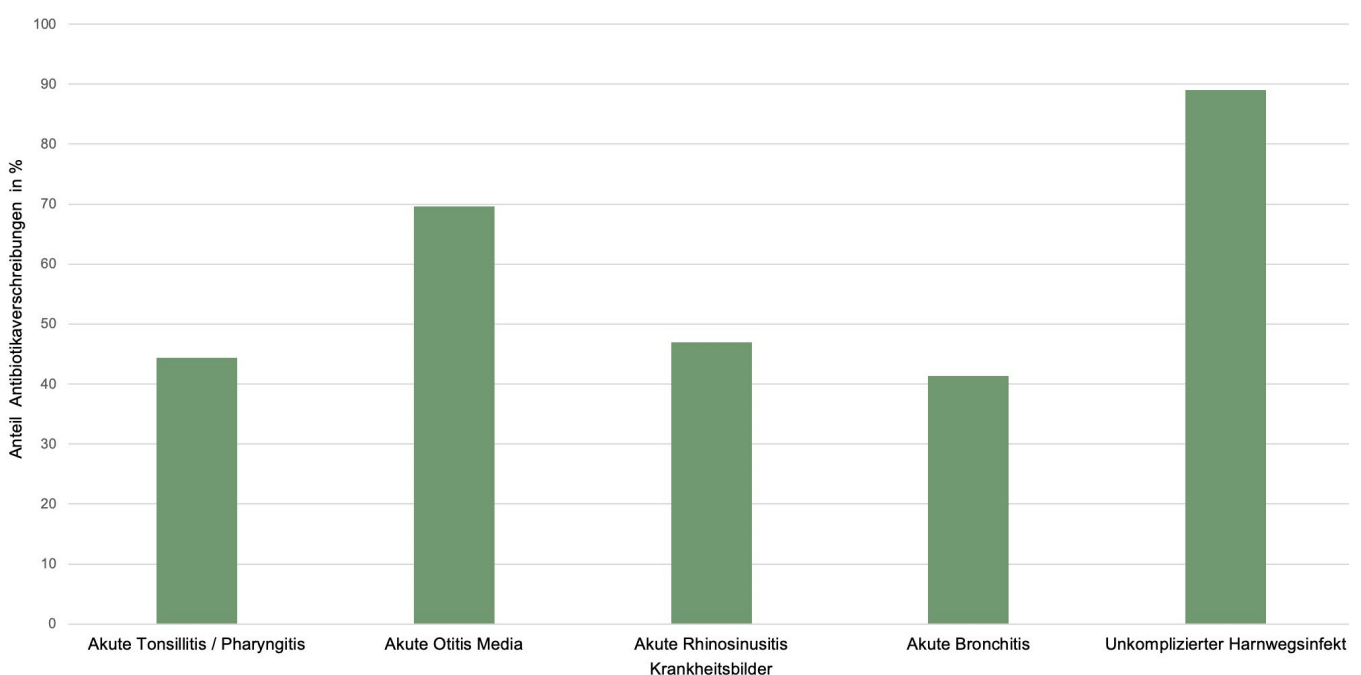
Im ambulanten Bereich der Humanmedizin werden heute rund 85 % der Antibiotika verschrieben, allen voran von der Haus- und der Kinderärzteschaft. Die Verschreibungspraxis zeigt, dass der Antibiotikaeinsatz noch optimiert werden kann. Die Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftler des BIHAM schätzen, dass

rund die Hälfte der Antibiotikaverschreibungen unnötig ist, weil sie selbstlimitierende oder virale Infektionen betrifft. Zum Beispiel erhalten viele der Patientinnen und Patienten mit akuter Bronchitis nach wie vor Antibiotika, obwohl sie sich bei dieser Diagnose nicht auf den Behandlungserfolg auswirken.

Abbildung 1

Häufigkeit Antibiotikaverschreibung nach Krankheitsbild

Häufigkeit von Antibiotikaverschreibungen für wichtige Indikationen in Prozent. Diese Infektionen sind oft selbstlimitierend, weshalb eine Antibiotikagabe meist nicht nötig ist. Für Tonsillitis, Otitis Media und Rhinosinusitis empfiehlt etwa das European Surveillance of Antimicrobial Consumption Network (ESAC), dass in maximal 20 % der Fälle Antibiotika verschrieben werden sollen.



Datenquelle: Glinz et al. (2018), Ärztezeitung, basierend auf einem Survey unter Schweizer Ärzt/innen mit hohen Antibiotikaverschreibungsraten.

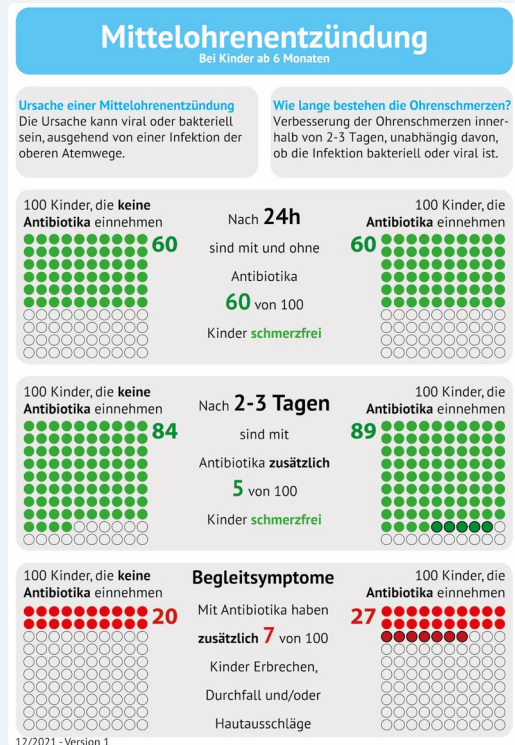
Entscheidungshilfen Antibiotikavergabe für Praxis und Qualitätszirkel

Das Berner Institut für Hausarztmedizin (BIHAM) stellt ambulanten Grundversorger/innen Tools auf Deutsch, Französisch und Englisch zur Verfügung. Diese helfen ihnen, wenn sie mit ihren Patientinnen und Patienten zusammen eine Entscheidung treffen wollen, ob eine Antibiotikatherapie sinnvoll ist oder nicht.

Bislang decken die Hilfsmittel folgende Indikationen ab:

- Mittelohrentzündung (*Otitis Media*)
- Halsschmerzen (*Tonsillopharyngitis*)
- Akuter einfacher Harnwegsinfekt.

Für jede Indikation steht eine zweiseitige evidenzbasierte Zusammenfassung wichtiger Fakten zur Verfügung sowie ein einseitiges Informationsblatt für die Konsultation, in dem in gut verständlichen Grafiken die Vor- und Nachteile einer Therapie mit und ohne Antibiotika aufgezeigt werden. Die Hilfsmittel eignen sich optimal als Denkanstoss und Trainingshilfe in Qualitätszirkeln. Die Tools sind auf der [Website des BIHAM](#) verfügbar.



Das hat sowohl negative Auswirkungen auf die Patientinnen und Patienten als auch auf die öffentliche Gesundheit. Denn je höher der Antibiotikaverbrauch ist, desto eher können sich resistente Erreger verbreiten, und umso höher ist die Wahrscheinlichkeit, dass Patient/innen an Erkrankungen durch resistente Bakterienstämme leiden.

INNOVATION WIRD BELOHNT

Ein Forschungsteam des BIHAM hat es sich zum Ziel gesetzt, die Situation rund um Antibiotikaverschreibungen zu verbessern. Die Leitfrage, die zum [Forschungsprojekt](#) geführt hat, lautete: Wie kann unnötiger Antibiotikaeinsatz und damit die Bildung von Antibiotikaresistenzen reduziert werden?

Hierfür entwickelte es das Projekt «Partizipative Entscheidungsfindung bei der leitliniengerechten Behandlung selbstlimitierender Infektionskrankheiten in Schweizer Hausarztpraxen». Das Projekt wurde dieses Jahr von der Forschungsstiftung der Schweizerischen Gesellschaft für Allgemeine Innere Medizin (SGAIM) ausgezeichnet, weil es auf innovative Weise dazu beiträgt, unnötigen Antibiotikaeinsatz in der Schweiz zu reduzieren. Innovativ ist, dass Patientinnen und Patienten in den Entscheidungsprozess eingebunden werden (*Shared Decision Making*). Dies erhöht die Patientenzufriedenheit und damit auch die Akzeptanz einer allfälligen Nichtbehandlung bei selbstlimitierenden Infektionen.

Die Hilfsmittel wurden während der zweijährigen Entwicklungszeit in drei Hausarztpraxen an Medbase- und MediX-Bern-Standorten auf ihre Praxistauglichkeit hin getestet. Die Entwicklung erfolgte partizipativ, indem eine interprofessionelle Gruppe von Forschenden, Hausärztinnen und -ärzte, Patientinnen und Patienten und Spezialistinnen und Spezialisten in Epidemiologie

und Infektiologie die Instrumente gemeinsam erarbeitet haben. Die in das Projekt involvierten Hausärztinnen und -ärzte nutzten die Hilfsmittel im Arbeitsalltag und gaben strukturiertes Feedback. So konnten die Tools sukzessive verbessert werden.

HILFSINSTRUMENTE FÜR HAUS- UND KINDERÄRZTINNIEN UND -ÄRZTE

Die Produkte des Forschungsprojekts stehen allen ambulanten Grundversorger/innen zur Verfügung. Sie sind auf der [Webseite des BIHAM](#) publiziert. Die Hilfsmittel können sowohl für Konsultationen als auch in Qualitätszirkeln eingesetzt werden und sollen in den nächsten Jahren auf weitere Diagnosen ausgedehnt werden. Detaillierte Informationen zu den Hilfsmitteln finden sich in der Infobox.

Kontakt

Bundesamt für Gesundheit
Direktionsbereich Prävention und Gesundheitsversorgung
Abteilung Übertragbare Krankheiten
Telefon 058 463 87 08
star@bag.admin.ch

Referenzen

1. Deborah Holzer, Adrian Rohrbassert et al. (2021): Primary care physicians in quality circles can use evidence-based summaries and shared decision-making instruments to reduce antibiotic pre-prescription for the most common infections, lowering the rate of anti-biotic resistance. [University of Berne.](#)
2. Deborah Holzer, Adrian Rohrbassert et al. (2021): Development of tools to implement shared decision-making for guideline-recommended antibiotic prescriptions in primary healthcare physician practices in Switzerland. [University of Berne.](#)
3. Dominik Glinz (2018): Verbesserungspotential beim Antibiotikaeinsatz. [SCHWEIZERISCHE ÄRZTEZEITUNG 2018; 99\(45\): 1591-1593](#)

Spezialitätenliste:

Die Spezialitätenliste ist im Internet zu finden unter: www.spezialitätenliste.ch

[] Der dem verfügbaren Publikumspreis zugrunde liegende Fabrikabgabepreis

Gültig ab 1. Dezember 2022

Therap. Gruppe	Dossier Nr.	PRÄPARATE/ (Wirkstoffe) Packungen	Verantwortliche Firma	SHI-Nr.	Aufnahmejahr
I. Neuzugang Präparate					
01.01.10		PARACETAMOL ZENTIVA (Paracetamolum)	Helvepharm AG		
	21542	Tabl 500 mg 20 Stk Fr. 2.60 (1.40)		68375001	01.12.2022, D
	21542	Tabl 500 mg 100 Stk Fr. 14.95 (5.90)		68375002	01.12.2022, B
	21542	Tabl 1000 mg 20 Stk Fr. 6.80 (2.34)		68375003	01.12.2022, B
	21542	Tabl 1000 mg 40 Stk Fr. 8.85 (4.12)		68375004	01.12.2022, B
	21542	Tabl 1000 mg 100 Stk Fr. 19.30 (9.68)		68375005	01.12.2022, B
01.08		ONGENTYS (Opicaponium)	Bial SA		
	20994	Kaps 50 mg 30 Stk Fr. 162.55 (127.32)		66547001	01.10.2020, B
	20994	Kaps 50 mg 90 Stk Fr. 454.85 (381.94)		66547002	01.12.2022, B
01.99 G		FINGOLIMOD VIATRIS (Fingolimodum)	Mylan Pharma GmbH		
	21528	Kaps 0.5 mg Blist 28 Stk Fr. 453.25 (380.52)		68601001	01.12.2022, B
	21528	Kaps 0.5 mg Blist 98 Stk Fr. 1522.20 (1331.83)		68601002	01.12.2022, B
Behandlung der schubförmig remittierenden multiplen Sklerose (MS) bei Erwachsenen. Erstverschreibung durch den Facharzt für Neurologie.					
02.05.20		EMERADE (Adrenalinum)	Bausch & Lomb Swiss AG		
	21537	Inj Lös 300 mcg/0.3 ml Fertpen 1 Stk Fr. 68.70 (45.56)		67620003	01.12.2022, B
	21537	Inj Lös 500 mcg/0.5 ml Fertpen 1 Stk Fr. 68.70 (45.56)		67620005	01.12.2022, B
02.07.20 G		AMLODIPIN VALSARTAN HCT VIATRIS (Amlodipinum, Valsartanum, Hydrochlorothiazidum)	Mylan Pharma GmbH		
	21534	Filmtabl 5/160/12.5 Blist 28 Stk Fr. 34.30 (15.58)		68872001	01.12.2022, B
	21534	Filmtabl 5/160/12.5 Blist 98 Stk Fr. 78.90 (54.45)		68872002	01.12.2022, B
	21534	Filmtabl 5/160/25 Blist 28 Stk Fr. 34.30 (15.58)		68872005	01.12.2022, B
	21534	Filmtabl 5/160/25 Blist 98 Stk Fr. 78.90 (54.45)		68872006	01.12.2022, B
	21534	Filmtabl 10/160/12.5 Blist 28 Stk Fr. 34.30 (15.58)		68872003	01.12.2022, B
	21534	Filmtabl 10/160/12.5 Blist 98 Stk Fr. 78.90 (54.45)		68872004	01.12.2022, B
	21534	Filmtabl 10/160/25 Blist 28 Stk Fr. 34.30 (15.58)		68872007	01.12.2022, B
	21534	Filmtabl 10/160/25 Blist 98 Stk Fr. 78.90 (54.45)		68872008	01.12.2022, B

Die gleichzeitige Therapie mit AMLODIPIN VALSARTAN HCT VIATRIS und einem Calciumantagonisten des I.T. 02.06 und/oder einem Angiotensin-II-Antagonisten und/oder einem ACE-Hemmer wird von der Grundversicherung nicht vergütet.

Therap. Gruppe	Dossier Nr.	PRÄPARATE/ (Wirkstoffe) Packungen	Verantwortliche Firma	SHI-Nr.	Aufnahmejahr
04.99		OCALIVA (Acidum obeticholicum)	Advanz Pharma Specialty Medicine Switzerland GmbH		
	20733	Filmtabl 5 mg 30 Stk Fr. 3108.65 (2792.83)		66530001	01.12.2022, B
	20733	Filmtabl 10 mg 30 Stk Fr. 3108.65 (2792.83)		66530002	01.12.2022, B
Befristete Limitation bis 30.11.2025					
Ocaliva ist indiziert für die Behandlung der primären biliären Cholangitis (PBC) ohne Zirrhose oder mit kompensierter Zirrhose ohne Anzeichen einer portalen Hypertension in Verbindung mit Ursodesoxycholsäure (UDCA) bei Erwachsenen, die unzureichend auf UDCA ansprechen (alkalische Phosphatase $\geq 1.67 \times$ ULN und/oder Gesamtbilirubin-Wert $> 1 \times$ ULN, jedoch $< 2 \times$ ULN) oder als Monotherapie bei Erwachsenen, die UDCA nicht tolerieren können.					
Die Therapie mit Ocaliva kann nur fortgesetzt werden, wenn die alkalische Phosphatase gegenüber dem Ausgangswert					
– 1 Monat nach Behandlungsbeginn reduziert ist,					
– 3 Monate nach Behandlungsbeginn um $\geq 10\%$ reduziert ist,					
– 12 Monate nach Behandlungsbeginn um $\geq 20\%$ reduziert ist.					
Die Verschreibung darf nur durch einen Gastroenterologen erfolgen.					
Nur nach vorgängiger Kostengutsprache durch den Krankenversicherer nach vorheriger Konsultation des Vertrauensarztes. Für eine Verlängerung der Therapie nach 12 Monaten bedarf es einer erneuten Kostengutsprache.					
Die Zulassungsinhaberin Advanz Pharma Specialty Medicine Switzerland GmbH erstattet dem Krankenversicherer, bei dem die versicherte Person zum Zeitpunkt des Bezugs versichert war, auf dessen erste Aufforderung hin für jede bezogene Packung Ocaliva 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.					
05.02		ELMIRON (Natrii pentosanpolysulfas)	Curatis AG		
	20980	Kaps 100 mg Ds 90 Stk Fr. 545.65 (461.02)		67306001	01.12.2022, B
Befristete Limitation bis 30.11.2025					
Nach vorgängiger Kostengutsprache zur symptomatischen Behandlung von persistierenden oder rezidivierenden Schmerzen / unangenehmes Gefühl/Druckgefühl, welche als mit der Blase zusammenhängend empfunden werden und begleitet von Symptomen des unteren Harntraktes (Pollakisurie (10x/Tag) oder Drang bedingt durch Schmerzen, Druckgefühle oder Missempfinden ohne Angst vor Inkontinenz) beim Syndrom der schmerzhaften Harnblase (BPS) bei Erwachsenen mit einer Dauer von mehr als 3 Monaten, sofern:					
– Die Einleitung der Behandlung nach Ausschluss eines HWI oder anderer erkennbarer Ursachen durch einen Facharzt der Urologie oder Gynäkologie mit Schwerpunkt Urogynäkologie erfolgt					
– Hunner Läsionen und/oder Glomerulationen zystoskopisch nachgewiesen wurden					
– die Erkrankung nicht auf orale Therapien wie klassische und neuropathische Analgetika, Anticholinergika, Antihistaminika und klassische nicht-medikamentöse Ansätze angesprochen hat oder diese nach Ansicht des behandelnden Facharztes nicht indiziert sind					
– keine gleichzeitige Behandlung mit Blaseninstillationen stattfindet.					
Ist nach 6 Monaten Behandlung keine Besserung ersichtlich, soll auf eine andere geeignetere Therapie umgestellt werden. Bei Ansprechen soll die Behandlung alle 3-6 Monate neu evaluiert werden.					
07.10.10 G		ETORICOXIB SANDOZ (Etoricoxibum)	Sandoz- Pharmaceuticals AG		
	21462	Filmtabl 30 mg Blist 28 Stk Fr. 28.35 (13.99)		67853001	01.12.2022, B
	21462	Filmtabl 60 mg Blist 7 Stk Fr. 14.55 (5.55)		67853002	01.12.2022, B
	21462	Filmtabl 60 mg Blist 28 Stk Fr. 41.90 (22.21)		67853003	01.12.2022, B
Symptomatische Behandlung von Entzündungen und Schmerzen bei Patienten mit Arthrose.					
07.15		BIMZELX (Bimekizumabum)	UCB-Pharma SA		
	21476	Inj Lös 160 mg/ml 2 Fertspr 1 ml Fr. 2412.30 (2143.41)		68548002	01.12.2022, B
	21477	Inj Lös 160 mg/ml 2 Fertpen 1 ml Fr. 2412.30 (2143.41)		68612002	01.12.2022, B
Plaque-Psoriasis					
Behandlung erwachsener Patienten mit schwerer Plaque-Psoriasis in einer Dosierung von 320 mg in Woche 0, 4, 8, 12, 16 und danach alle 8 Wochen, bei denen eine Phototherapie oder eine der folgenden konventionellen systemischen Therapien (Ciclosporin, Methotrexat, Acitretin) keinen therapeutischen Erfolg gezeigt haben.					
Falls nach 16-wöchiger Behandlung kein therapeutischer Erfolg eingetreten ist, ist die Behandlung abzubrechen.					
Die Verschreibung kann nur durch Fachärzte der Dermatologie oder dermatologische Universitätskliniken/Polikliniken erfolgen.					

Therap. Gruppe	Dossier Nr.	PRÄPARATE/ (Wirkstoffe) Packungen	Verantwortliche Firma	SHI-Nr.	Aufnahmejahr
07.16.10 G		DASATINIB ZENTIVA (Dasatinibum)	Helvepharm AG		
	21540	Filmtabl 20 mg Blist 60 Stk Fr. 984.55 (843.33)		68256001	01.12.2022, A
	21540	Filmtabl 50 mg Blist 60 Stk Fr. 2109.80 (1867.63)		68256002	01.12.2022, A
	21540	Filmtabl 70 mg Blist 60 Stk Fr. 2109.80 (1867.63)		68256003	01.12.2022, A
	21540	Filmtabl 100 mg Blist 30 Stk Fr. 2166.65 (1919.45)		68256004	01.12.2022, A
<p>Filmtabl 100 mg: Nicht für die Behandlung von Patienten mit Philadelphia-chromosom-positiver chronischer myeloischer Leukämie (Ph+CML) in der akzelerierten Phase oder Blastenkrise.</p> <p>Filmtabl 20 mg, 50 mg, 70 mg, 100 mg: Zur Behandlung von neu diagnostizierter Philadelphia-chromosom-positiver chronischer myeloischer Leukämie (Ph+CML) in der chronischen Phase.</p> <p>Behandlung von Patienten mit Philadelphia-chromosom-positiver chronischer myeloischer Leukämie (Ph+CML) in der chronischen Phase bei Progression oder Resistenz auf optimale Imatinib-Dosierung, in der akzelerierten Phase oder Blastenkrise bei Progression oder Resistenz auf Imatinib.</p> <p>Behandlung von Patienten mit Philadelphia-chromosom-positiver chronischer myeloischer Leukämie (Ph+CML) in der chronischen Phase, der akzelerierten Phase oder Blastenkrise bei signifikanter Toxizität unter Therapie mit Imatinib.</p>					
07.16.10 G		DASATINIB-TEVA (Dasatinibum)	Teva Pharma AG		
	21535	Filmtabl 20 mg Blist 60 Stk Fr. 984.55 (843.33)		67100011	01.12.2022, A
	21535	Filmtabl 50 mg Blist 60 Stk Fr. 2109.80 (1867.63)		67100012	01.12.2022, A
	21535	Filmtabl 70 mg Blist 60 Stk Fr. 2109.80 (1867.63)		67100013	01.12.2022, A
	21535	Filmtabl 100 mg Blist 30 Stk Fr. 2166.65 (1919.45)		67100009	01.12.2022, A
<p>Filmtabl 100 mg: Nicht für die Behandlung von Patienten mit Philadelphia-chromosom-positiver chronischer myeloischer Leukämie (Ph+CML) in der akzelerierten Phase oder Blastenkrise.</p> <p>Filmtabl 20 mg, 50 mg, 70 mg, 100 mg: Zur Behandlung von neu diagnostizierter Philadelphia-chromosom-positiver chronischer myeloischer Leukämie (Ph+CML) in der chronischen Phase.</p> <p>Behandlung von Patienten mit Philadelphia-chromosom-positiver chronischer myeloischer Leukämie (Ph+CML) in der chronischen Phase bei Progression oder Resistenz auf optimale Imatinib-Dosierung, in der akzelerierten Phase oder Blastenkrise bei Progression oder Resistenz auf Imatinib.</p> <p>Behandlung von Patienten mit Philadelphia-chromosom-positiver chronischer myeloischer Leukämie (Ph+CML) in der chronischen Phase, der akzelerierten Phase oder Blastenkrise bei signifikanter Toxizität unter Therapie mit Imatinib.</p>					
07.16.10 G		DECITABIN SANDOZ (Decitabinum)	Sandoz Pharmaceuticals AG		
	21512	Trockensub 50 mg Durchstf 1 Stk Fr. 998.45 (855.44)		68233001	01.12.2022, A
<p>Für die Behandlung erwachsener Patienten mit akuter myeloischer Leukämie (AML), für welche eine intensive Chemotherapie und/oder Stammzelltransplantation nicht in Frage kommen.</p> <p>Befristete Limitation bis 31.08.2025</p> <p>Kombination DECITABIN SANDOZ und Venetoclax</p> <p>Nach vorgängiger Kostengutsprache durch den Krankenversicherer nach vorheriger Konsultation des Vertrauensarztes.</p> <p>DECITABIN SANDOZ wird in Kombination mit Venetoclax (VENCLYXTO) zur Behandlung von erwachsenen Patienten mit neu diagnostizierter (therapienaiver) akuter myeloischer Leukämie (AML), für die eine intensive Chemotherapie nicht infrage kommt, vergütet. Ausgenommen sind Patienten mit akuter Promyelozytenleukämie (APL).</p> <p>Die Behandlung wird vergütet bis eine Krankheitsprogression oder inakzeptable Toxizität auftritt.</p> <p>Folgender Code ist an den Krankenversicherer zu übermitteln: 21512.01</p>					
07.16.10		MINJUVI (Tafasitamabum)	Incyte Biosciences International Sàrl		
	21401	Trockensub 200 mg Durchstf 1 Stk Fr. 965.70 (826.90)		68083001	01.12.2022, A
<p>Befristete Limitation bis 29.02.2024</p> <p>Rezidiertem oder refraktärem diffussem grosszelligem B-Zell-Lymphom (DLBCL) in Kombination mit Lenalidomid</p> <p>Nach vorgängiger Kostengutsprache durch den Krankenversicherer nach vorheriger Konsultation des Vertrauensarztes.</p> <p>MINJUVI wird in Kombination mit Lenalidomid, und anschliessend als Monotherapie, zur Behandlung von erwachsenen Patienten mit rezidiertem oder refraktärem diffussem grosszelligem B-Zell-Lymphom (diffuse large B-cell lymphoma, DLBCL), nach mindestens einer vorherigen systemischen Behandlungslinie, einschliesslich eines CD20-gerichteten Antikörpers, für die eine autologe Stammzelltransplantation (ASZT) nicht infrage kommt, vergütet.</p> <p>Die Behandlung mit MINJUVI wird vergütet bis eine Krankheitsprogression oder inakzeptable Toxizität auftritt.</p> <p>Für MINJUVI bestehen Preismodelle. Die Zulassungsinhaberin erstattet dem Krankenversicherer, bei dem die versicherte Person zum Zeitpunkt des Bezugs versichert war, auf dessen erste Aufforderung hin, für jede bezogene Packung MINJUVI 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 zeitnah zur Verabreichung erfolgen.</p> <p>Die Lenalidomid-Generika sind in Kombination mit MINJUVI ohne Rückerstattung für die Generika wirtschaftlich. Für die Kombination von MINJUVI mit dem Originalpräparat Lenalidomid ist in der entsprechenden Limitierung ebenfalls eine Rückerstattung festgelegt.</p> <p>Folgender Code ist an den Krankenversicherer zu übermitteln: 21401.01</p>					

Therap. Gruppe	Dossier Nr.	PRÄPARATE/ (Wirkstoffe) Packungen	Verantwortliche Firma	SHI-Nr.	Aufnahmejahr
07.16.10		PADCEV (Enfortumabum vedotinum)	Astellas Pharma AG		
	21478	Trockensub 20 mg Durchstf 1 Stk Fr. 798.45 (681.24)		68291001	01.12.2022, A
	21478	Trockensub 30 mg Durchstf 1 Stk Fr. 1189.05 (1028.09)		68291002	01.12.2022, A

Befristete Limitation bis 30.11.2024

Nach Kostengutsprache durch den Krankenversicherer nach vorgängiger Konsultation des Vertrauensarztes.

PADCEV als Monotherapie ist indiziert für die Behandlung erwachsener Patienten mit lokal fortgeschrittenem oder metastasiertem Urothelkarzinom (mUC), die eine platinhaltige Chemotherapie im neoadjuvanten/adjuvanten, lokal fortgeschrittenen oder metastasierten Setting erhalten haben und die während oder nach der Behandlung mit einem Inhibitor des programmierten Zelltodrezeptors-1 (PD-1) oder des programmierten Zelltod-Liganden 1 (PD-L1) einen Progress oder einen Rückfall der Erkrankung erlitten haben.

Die Behandlung von PADCEV erfolgt bis zur Progression der Erkrankung oder dem Auftreten inakzeptabler Toxizität.

Für PADCEV besteht ein Preismodell. Die Zulassungsinhaberin Astellas Pharma AG gibt dieses dem Krankenversicherer, bei dem die versicherte Person zum Zeitpunkt des Bezugs versichert war, auf dessen erste Aufforderung hin bekannt.

Die Astellas Pharma AG erstattet dem Krankenversicherer, bei dem die versicherte Person zum Zeitpunkt des Bezugs versichert war, auf dessen erste Aufforderung hin für jede bezogene Packung PADCEV einen festgelegten Anteil des Fabrikabgabepreises zurück. Sie gibt dem Krankenversicherer die Höhe der Rückerstattungen bekannt. Die Mehrwertsteuer kann nicht zusätzlich zu diesem Anteil des Fabrikabgabepreises zurückgefordert werden. Die Aufforderung zur Rückerstattung soll ab dem Zeitpunkt der Verabreichung erfolgen.

Folgender Code ist an den Krankenversicherer zu übermitteln: 21478.

08.06 G		ANIDULAFUNGIN ACCORD (Anidulafunginum)	Accord Healthcare AG		
	21538	Trockensub 100 mg Durchstf 1 Stk Fr. 455.45 (382.45)		68357001	01.12.2022, A

Zur Behandlung von Candidämien und invasiver Candidiasis bei erwachsenen Patienten mit unmittelbar vorausgegangener Azol-Exposition (z.B. Fluconazol). Nicht zur Behandlung von Infektionen durch Aspergillus.

16.00		VELTASSA (Patiomerum)	Vifor Fresenius Medical Care Renal Pharma Ltd		
	20709	Plv 8.4 g Btl 30 Stk Fr. 240.40 (195.13)		66411001	01.08.2020, B
	20709	Plv 16.8 g Btl 30 Stk Fr. 240.40 (195.13)		66411002	01.08.2020, B

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/1.73m² 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.

II. Andere Packungen und Dosierungen

01.08		ONGENTYS (Opicaponium)	Bial SA		
	20994	Kaps 50 mg 90 Stk Fr. 454.85 (381.94)		66547002	01.12.2022, B
52.97 K		REZIRKANE (Ginkgonis extractum siccum raffinatum et quantificatum)	Zeller Medical AG Pflanzliche Heilmittel		
	^{L1} 20273	Filmtabl 240 mg 90 Stk Fr. 106.60 (78.57)		62948006	01.12.2022, B

Gesamthaft zugelassen: 240 Punkte (innerhalb von drei Monaten)

^{L1} Gesamthaft zugelassen: 240 Punkte (innerhalb von drei Monaten)

Therap. Gruppe	Dossier Nr.	PRÄPARATE/ (Wirkstoffe) Packungen	Verantwortliche Firma	SHI-Nr.	Datum der Streichung
III. Neu gestrichene Präparate/Packungen					
02.01.10		DIGOXIN JUVISÉ (Digoxinum)	Medius AG		
	8959	Tabl 0.125 mg Blist 100 Stk Fr. 7.10 (2.60)		26728002	01.12.2022, B
	8959	Tabl 0.250 mg Blist 100 Stk Fr. 8.80 (4.12)		26728001	01.12.2022, B
02.07.10		VENTAVIS (Iloprostum)	Bayer (Schweiz) AG		
	17938	Inhal Lös 20 mcg/2 ml 10x 30 Stk Fr. 10064.60 (9579.11)		56213008	01.12.2022, B
03.02		RHINATHIOL (Carbocisteinum)	Opella Healthcare Switzerland AG		
	18101	Sirup Kind ohne Zucker Fl 125 ml Fr. 6.45 (3.49)		56169002	01.12.2022, D
06.03.30		FRAGMIN (Dalteparinum natricum)	Pfizer AG		
	15523	Inj Lös 10000 E/ml 10 Amp 1 ml Fr. 85.75 (60.42)		47249066	01.12.2022, B
07.15		SKYRIZI (Risankizumabum)	AbbVie AG		
	20922	Inj Lös 75 mg/0.83 ml 2 Fertspr 0.83 ml Fr. 3622.10 (3293.76)		66944001	01.12.2022, B
07.99 6		ALENDRON D3-MEPHA WOCHENTABL (Acidum alendronicum, Cholecalciferolum (Vitamin D3))	Mepha Pharma AG		
	20324	Tabl 70/2800 4 Stk Fr. 25.65 (11.61)		65131001	01.12.2022, B
	20324	Tabl 70/2800 12 Stk Fr. 54.80 (33.43)		65131002	01.12.2022, B
	20324	Tabl 70/5600 4 Stk Fr. 25.65 (11.61)		65131003	01.12.2022, B
	20324	Tabl 70/5600 12 Stk Fr. 54.80 (33.43)		65131004	01.12.2022, B
08.01.80 6		LEVOFLOXACIN-MEPHA (Levofloxacinum)	Mepha Pharma AG		
	19503	Lactabs 250 mg 5 Stk Fr. 15.70 (6.53)		60115007	01.12.2022, A
	19503	Lactabs 250 mg 7 Stk Fr. 18.10 (8.61)		60115008	01.12.2022, A
	19503	Lactabs 250 mg 10 Stk Fr. 25.50 (11.52)		60115009	01.12.2022, A
	19503	Lactabs 500 mg 5 Stk Fr. 19.50 (9.83)		60115010	01.12.2022, A
	19503	Lactabs 500 mg 7 Stk Fr. 27.15 (12.93)		60115011	01.12.2022, A
	19503	Lactabs 500 mg 10 Stk Fr. 36.30 (17.33)		60115012	01.12.2022, A

Therap. Gruppe	Dossier Nr.	PRÄPARATE/ (Wirkstoffe) Packungen	Verantwortliche Firma	SHI-Nr.	Datum der Streichung
08.09		GAMMANORM (Immunglobulinum humanum normale)	Octapharma AG		
	18656	Inj Lös 1 g/6 ml 10 Durchstf Fr. 785.10 (669.58)		00701017	01.12.2022, B
	18656	Inj Lös 1.65 g/10 ml 1 Durchstf Fr. 129.10 (98.17)		00701010	01.12.2022, B
	18656	Inj Lös 1.65 g/10 ml 10 Durchstf Fr. 1138.15 (981.67)		00701011	01.12.2022, B
	18656	Inj Lös 2 g/12 ml 1 Durchstf 12 ml Fr. 170.15 (133.92)		00701019	01.12.2022, B
	18656	Inj Lös 2 g/12 ml 10 Durchstf 12 ml Fr. 1530.20 (1339.16)		00701020	01.12.2022, B
	18656	Inj Lös 3.3 g/20 ml 10 Durchstf Fr. 2214.80 (1963.34)		00701014	01.12.2022, B
	18656	Inj Lös 4 g/24 ml 10 Durchstf 24 ml Fr. 2991.25 (2678.31)		00701023	01.12.2022, B
	18656	Inj Lös 8 g/48 ml 10 Durchstf Fr. 5736.55 (5356.62)		00701026	01.12.2022, B
11.08.20		LACRYVISC (Carbomerum 974 P)	Alcon Switzerland SA		
	16426	Augengel 10 g Fr. 5.85 (3.16)		49954034	01.12.2022, D
11.08.20		LACRYVISC SE (Carbomerum 974 P)	Alcon Switzerland SA		
	17345	Augengel 20x 0.500 g Fr. 9.70 (5.27)		54944039	01.12.2022, D
	17345	Augengel 50x 0.500 g Fr. 21.70 (11.76)		54944047	01.12.2022, D

PRÄPARATE / (Wirkstoffe) Packungen	Verantwortliche Firma	Therap. Gruppe	Dossier Nr.	Preis neu	Ex-Fact. neu
IV. Preissenkungen					
IV.a. Preisänderung nach 1 Jahr SL-Aufnahme					
CALQUENCE Kaps 100 mg Blist 60 Stk	AstraZeneca AG	071610	21177	5238.25	4870.48
KESIMPTA Inj Lös 20 mg/0.4 ml Fertpen 0.4 ml	Novartis Pharma Schweiz AG	019900	21187	1391.40	1212.56
IV.b. Preisänderung nach 3-jährlicher Überprüfung der Aufnahmebedingungen					
ABACAVIR LAMIVUDIN SANDOZ Filmtabl 600/300 mg Blist 30 Stk	Sandoz Pharmaceuticals AG	080300	20759	301.60	248.42
ABACAVIR-LAMIVUDIN-MEPHA Lactab 600/300 mg Blist 30 Stk	Mepha Pharma AG	080300	20836	301.60	248.42
ACCUPRO 10 Filmtabl 10 mg 100 Stk	Pfizer AG	020710	15578	35.15	16.33
ACCUPRO 20 Filmtabl 20 mg 100 Stk	Pfizer AG	020710	15578	47.10	26.76
ACETYLCYSTEIN ZENTIVA Brausetabl 200 mg 30 Stk	Helvepharm AG	030200	18037	5.25	2.84
Brausetabl 600 mg 10 Stk			18037	5.80	3.14
ACULAR Gtt Opht 5 ml	AbbVie AG	110630	16868	9.55	4.75
ACYCLOVIR-MEPHA Tabl 200 mg 25 Stk	Mepha Pharma AG	080300	16831	20.65	10.83
Tabl 400 mg 30 Stk			16831	40.85	21.31
Tabl 400 mg 70 Stk			16831	71.00	47.58
Tabl 800 mg 35 Stk			16831	65.00	42.35
ADCIRCA Filmtabl 20 mg 56 Stk	Eli Lilly (Suisse) SA	020710	19838	596.85	505.60
ADEMPAS Filmtabl 0.500 mg 42 Stk	Bayer (Schweiz) AG	020710	20163	1474.85	1288.67
Filmtabl 1 mg 42 Stk			20163	1474.85	1288.67
Filmtabl 1 mg 84 Stk			20163	2887.75	2577.34
Filmtabl 1.500 mg 42 Stk			20163	1474.85	1288.67
Filmtabl 1.500 mg 84 Stk			20163	2887.75	2577.34
Filmtabl 2 mg 42 Stk			20163	1474.85	1288.67
Filmtabl 2 mg 84 Stk			20163	2887.75	2577.34
Filmtabl 2.500 mg 42 Stk			20163	1474.85	1288.67
Filmtabl 2.500 mg 84 Stk			20163	2887.75	2577.34
ALMOGRAN Filmtabl 12.500 mg 9 Stk	Almirall AG	020510	18410	54.45	33.16
Filmtabl 12.500 mg 12 Stk			18410	64.80	42.14
ALVESCO Dosieraeros 80 mcg 120 Dos	Covis Pharma GmbH	030440	18489	39.75	20.33
Dosieraeros 160 mcg 120 Dos			18489	45.60	25.45
AMBISOME Trockensub 50 mg Durchstf 1 Stk	Gilead Sciences Switzerland Sàrl	080600	17605	172.80	136.24
Trockensub 50 mg Durchstf 10 Stk			17605	1555.70	1362.40
AMBRISANTAN DEVATIS Filmtabl 5 mg 30 Stk	Devatis AG	020710	21319	1147.90	990.57
Filmtabl 10 mg 30 Stk			21319	1147.90	990.57
AMBRISANTAN-MEPHA Lactab 5 mg Blist 30 Stk	Mepha Pharma AG	020710	21191	1147.90	990.57
Lactab 10 mg Blist 30 Stk			21191	1147.90	990.57

PRÄPARATE / (Wirkstoffe) Packungen	Verantwortliche Firma	Therap. Gruppe	Dossier Nr.	Preis neu	Ex-Fact. neu
AMLODIPIN AXAPHARM Tabl 5 mg 30 Stk Tabl 5 mg 100 Stk Tabl 10 mg 30 Stk Tabl 10 mg 100 Stk	Axapharm AG	020610	18996 18996 18996 18996	18.45 36.90 26.35 60.95	8.94 17.86 12.25 38.82
AMLODIPIN PFIZER Tabl 5 mg 30 Stk Tabl 5 mg 100 Stk Tabl 10 mg 30 Stk Tabl 10 mg 100 Stk	Pfizer PFE Switzerland GmbH	020610	19169 19169 19169 19169	15.35 36.90 18.55 56.75	6.24 17.86 9.02 35.16
AMLODIPIN SANDOZ ECO Tabl 5 mg 30 Stk Tabl 5 mg 100 Stk Tabl 10 mg 30 Stk Tabl 10 mg 100 Stk	Sandoz Pharmaceuticals AG	020610	18281 18281 18281 18281	15.70 36.90 18.80 56.75	6.53 17.86 9.22 35.16
AMLODIPIN SPIRIG HC Tabl 5 mg 30 Stk Tabl 5 mg 100 Stk Tabl 10 mg 30 Stk Tabl 10 mg 100 Stk	Spirig HealthCare AG	020610	20085 20085 20085 20085	15.75 36.90 18.80 56.75	6.56 17.86 9.23 35.16
AMLODIPIN ZENTIVA Tabl 5 mg Blist 30 Stk Tabl 5 mg Blist 100 Stk Tabl 10 mg Blist 30 Stk Tabl 10 mg Blist 100 Stk	Helvepharm AG	020610	18132 18132 18132 18132	16.10 36.90 20.30 56.40	6.89 17.86 10.55 34.85
AMLODIPIN-MEPHA 10 Tabl 10 mg 30 Stk Tabl 10 mg 100 Stk	Mepha Pharma AG	020610	18133 18133	18.80 56.75	9.23 35.16
AMLODIPIN-MEPHA 5 Tabl 5 mg 30 Stk Tabl 5 mg 100 Stk	Mepha Pharma AG	020610	18133 18133	15.70 36.90	6.53 17.86
AMPHO-MORONAL Susp 10% 24 ml	Dermapharm AG	080600	12061	18.15	8.68
ANORO ELLIPTA Inh Plv 55mcg/22mcg 30 Dos Inh Plv 55mcg/22mcg 3 x 30 Dosen	GlaxoSmithKline AG	030430	20196 20196	67.45 169.60	44.48 133.45
ARLEVERT Tabl 20 Stk Tabl 50 Stk Tabl 100 Stk	Zambon Switzerland Ltd	020620	19353 19353 19353	9.75 25.35 39.70	4.91 11.36 20.29
ARTEOPTIC LA Gtt Opht 2% Fl 3 ml Gtt Opht 2% 3 Fl 3 ml	Bausch & Lomb Swiss AG Division Pharma	110900	17741 17741	14.00 27.15	5.05 12.93
ARTEOPTIC LA UD Gtt Opht 2% 30 Unidos 0.200 ml	Bausch & Lomb Swiss AG Division Pharma	110900	17954	16.75	7.45

PRÄPARATE / (Wirkstoffe) Packungen	Verantwortliche Firma	Therap. Gruppe	Dossier Nr.	Preis neu	Ex-Fact. neu
ATACAND PLUS Tabl 8/12.5 mg 28 Stk Tabl 8/12.5 mg 98 Stk Tabl 16/12.5 mg 28 Stk Tabl 16/12.5 mg 98 Stk Tabl 32/12.5 mg 28 Stk Tabl 32/12.5 mg 98 Stk Tabl 32/25 mg 28 Stk Tabl 32/25 mg 98 Stk	CPS Cito Pharma Services GmbH	020720	17323 17323 17323 17323 17323 17323 17323 17323	19.50 53.35 26.30 65.35 37.05 84.40 37.05 84.40	9.85 32.20 12.21 42.62 17.99 59.24 17.99 59.24
ATAZANAVIR-MEPHA Kaps 200 mg Blist 60 Stk Kaps 300 mg Ds 30 Stk	Mepha Pharma AG	080300	20927 20927	422.45 422.45	353.72 353.72
ATOVAQUON PLUS SPIRIG HC Filmtabl 250/100 12 Stk	Spirig HealthCare AG	080410	20279	39.70	20.30
ATOVAQUON-PROGUANIL-MEPHA Filmtabl 250/100 Blist 12 Stk	Mepha Pharma AG	080410	21346	39.70	20.30
ATROVENT Inhal Lös 250 mcg/2 ml 60 Monodos 2 ml	Boehringer Ingelheim (Schweiz) GmbH	030430	16371	36.30	17.33
ATROVENT N Dosieraeros 10 ml	Boehringer Ingelheim (Schweiz) GmbH	030430	17777	19.15	9.52
AVALOX Filmtabl 400 mg 5 Stk Filmtabl 400 mg 7 Stk Filmtabl 400 mg 10 Stk	Bayer (Schweiz) AG	080180	17482 17482 17482	36.20 44.15 51.30	17.26 24.16 30.42
AVAMYS Nasenspray 27.500 mcg/Dosis 120 Dos	GlaxoSmithKline AG	120230	18658	18.25	8.77
AXOTIDE 100 DISKUS MULTIDOSEN Inh Plv 100 mcg 60 Dos	GlaxoSmithKline AG	030440	16458	17.05	7.73
AXOTIDE 125 Dosieraeros 125 mcg FCKW-frei 120 Dos	GlaxoSmithKline AG	030440	16930	35.75	16.87
AXOTIDE 250 Dosieraeros 250 mcg FCKW-frei 120 Dos	GlaxoSmithKline AG	030440	16930	47.20	26.84
AXOTIDE 250 DISKUS MULTIDOSEN Inh Plv 250 mcg 60 Dos	GlaxoSmithKline AG	030440	16458	35.75	16.87
AXOTIDE 50 Dosieraeros 50 mcg FCKW-frei 120 Dos	GlaxoSmithKline AG	030440	16215	17.05	7.73
AXOTIDE 500 DISKUS MULTIDOSEN Inh Plv 500 mcg 60 Dos	GlaxoSmithKline AG	030440	16458	47.20	26.84
AZOPT Susp Opht 5 ml Susp Opht 3x 5 ml	Novartis Pharma Schweiz AG	110900	17487 17487	19.65 45.55	9.96 25.41
BECLORION EASYHALER Inh Plv 0.200 mg 200 Dos	Orion Pharma AG	030440	17224	49.45	28.79
BELOC ZOK 100 Ret Tabl 100 mg 30 Stk Ret Tabl 100 mg 100 Stk	Recordati AG	020300	16049 16049	15.85 38.25	6.66 19.05
BELOC ZOK 200 Ret Tabl 200 mg 30 Stk Ret Tabl 200 mg 100 Stk	Recordati AG	020300	16049 16049	17.85 44.15	8.41 24.17

PRÄPARATE / (Wirkstoffe) Packungen	Verantwortliche Firma	Therap. Gruppe	Dossier Nr.	Preis neu	Ex-Fact. neu
BELOC ZOK 25 Ret Tabl 25 mg 30 Stk Ret Tabl 25 mg 100 Stk	Recordati AG	020300	16049 16049	7.35 17.55	2.83 8.14
BELOC ZOK 50 Ret Tabl 50 mg 30 Stk Ret Tabl 50 mg 100 Stk	Recordati AG	020300	16049 16049	9.45 28.45	4.65 14.06
BETADINE VAGINAL-OVULA Ovula 14 Stk	Mundipharma Medical Company Hamilton, Bermuda, Basel Branch	090300	16730	17.35	7.99
BETASERC Tropfen 8 mg/ml 120 ml	Mylan Pharma GmbH	020440	16894	17.30	7.92
BETOPTIC S Gtt Opht 5 ml Gtt Opht 3x 5 ml	Medius AG	110900	16501 16501	14.00 27.10	5.05 12.89
BILOL Filmtabl 2.500 mg 30 Stk Filmtabl 2.500 mg 100 Stk Filmtabl 5 mg 30 Stk Filmtabl 5 mg 100 Stk Filmtabl 10 mg 30 Stk Filmtabl 10 mg 100 Stk	Sandoz Pharmaceuticals AG	020300	17570 17570 17570 17570 17570 17570	7.25 16.40 9.10 26.15 17.20 41.85	2.74 7.13 4.37 12.05 7.82 22.15
BILOL COMP Filmtabl 5/12.5 mg 30 Stk Filmtabl 5/12.5 mg 100 Stk Filmtabl 10/25 mg 30 Stk Filmtabl 10/25 mg 100 Stk	Sandoz Pharmaceuticals AG	020720	18284 18284 18284 18284	8.85 25.95 16.00 40.75	4.13 11.89 6.79 21.20
BISOPROLOL HELVEPHARM Tabl 2.500 mg 30 Stk Tabl 2.500 mg 100 Stk Tabl 5 mg 30 Stk Tabl 5 mg 100 Stk Tabl 10 mg 30 Stk Tabl 10 mg 100 Stk	Helvepharm AG	020300	20178 20178 20178 20178 20178 20178	7.25 16.30 9.10 26.15 17.20 41.85	2.75 7.04 4.37 12.05 7.82 22.15
BISOPROLOL NOBEL Filmtabl 2.5 mg Blist 30 Stk Filmtabl 2.5 mg Blist 100 Stk Filmtabl 5 mg Blist 30 Stk Filmtabl 5 mg Blist 100 Stk Filmtabl 10 mg Blist 30 Stk Filmtabl 10 mg Blist 100 Stk	NOBEL Pharma Schweiz AG	020300	21297 21297 21297 21297 21297 21297	7.25 16.30 9.10 26.15 17.20 41.85	2.74 7.04 4.37 12.05 7.82 22.15
BISOPROLOL SPIRIG HC Tabl 2.5 mg Blist 30 Stk Tabl 2.5 mg Blist 100 Stk Tabl 5 mg Blist 30 Stk Tabl 5 mg Blist 100 Stk Tabl 10 mg Blist 30 Stk Tabl 10 mg Blist 100 Stk	Spirig HealthCare AG	020300	21034 21034 21034 21034 21034 21034	7.25 16.30 9.10 26.15 17.20 41.85	2.74 7.04 4.37 12.05 7.82 22.15
BISOPROLOL-HCT-MEPHA Lactabs 5/12.5 mg 30 Stk Lactabs 5/12.5 mg 100 Stk Lactabs 10/25 mg 30 Stk Lactabs 10/25 mg 100 Stk	Mepha Pharma AG	020720	20136 20136 20136 20136	8.85 25.95 16.00 40.75	4.13 11.89 6.79 21.20

PRÄPARATE / (Wirkstoffe) Packungen	Verantwortliche Firma	Therap. Gruppe	Dossier Nr.	Preis neu	Ex-Fact. neu
BISOPROLOL-MEPHA Tabl 2.500 mg 30 Stk Tabl 2.500 mg 100 Stk Tabl 5 mg 30 Stk Tabl 5 mg 100 Stk Tabl 10 mg 30 Stk Tabl 10 mg 100 Stk	Mepha Pharma AG	020300	20137 20137 20137 20137 20137 20137	7.25 16.40 9.10 26.15 17.20 41.85	2.74 7.13 4.37 12.05 7.82 22.15
BLOPRESS PLUS Tabl 8/12.5 mg 28 Stk Tabl 8/12.5 mg 98 Stk Tabl 16/12.5 mg 28 Stk Tabl 16/12.5 mg 98 Stk Tabl 32/12.5 mg 28 Stk Tabl 32/12.5 mg 98 Stk Tabl 32/25 mg 28 Stk Tabl 32/25 mg 98 Stk	CPS Cito Pharma Services GmbH	020720	17458 17458 17458 17458 17458 17458 17458 17458	18.05 48.50 20.35 58.90 29.45 73.90 34.40 74.35	8.56 27.96 10.60 37.00 14.92 50.07 15.68 50.48
BOOSTRIX POLIO Inj Susp Fertspr 1 Stk	GlaxoSmithKline AG	080800	18073	44.95	24.86
BOSENTAN-MEPHA Filmtabl 62.5 mg 56 Stk Filmtabl 125 mg 56 Stk	Mepha Pharma AG	020710	20675 20675	969.05 969.05	829.85 829.85
BRAMITOB Inhal Lös 300 mg/4 ml 56 Amp 4 ml	Chiesi SA	030500	19000	2543.40	2262.98
BRICANYL TURBUHALER Inh Plv 0.500 mg 120 Dos	AstraZeneca AG	030430	15330	16.35	7.09
BRINAVESS Inf Konz 500 mg/25 ml Durchstf 25 ml	Curatis AG	020200	19451	496.35	418.07
BRIVEX Tabl 125 mg 7 Stk	A. Menarini GmbH	080300	17905	86.30	60.90
CANCIDAS Trockensub 50 mg Durchstf 1 Stk Trockensub 70 mg Durchstf 1 Stk	MSD Merck Sharp & Dohme AG	080600	17802 17802	510.75 644.90	430.63 547.48
CANSARTAN-MEPHA PLUS Tabl 8/12.5 28 Stk Tabl 8/12.5 98 Stk Tabl 16/12.5 28 Stk Tabl 16/12.5 98 Stk Tabl 32/12.5 28 Stk Tabl 32/12.5 98 Stk Tabl 32/25 28 Stk Tabl 32/25 98 Stk	Mepha Pharma AG	020720	20009 20009 20009 20009 20009 20009 20009 20009	16.55 43.70 18.55 52.50 19.50 53.55 19.50 53.55	7.27 23.77 9.01 31.45 9.84 32.37 9.84 32.37
CARDURA CR Filmtabl 4 mg 30 Stk Filmtabl 4 mg 100 Stk Filmtabl 8 mg 100 Stk	Pfizer PFE Switzerland GmbH	020710	17412 17412 17412	20.40 54.25 71.85	10.62 32.97 48.28
CARVEDILOL SANDOZ Tabl 6.250 mg 14 Stk Tabl 12.500 mg 30 Stk Tabl 12.500 mg 100 Stk Tabl 25 mg 30 Stk Tabl 25 mg 100 Stk Tabl 50 mg 30 Stk Tabl 50 mg 100 Stk	Sandoz Pharmaceuticals AG	020710	18413 18413 18413 18413 18413 18413 18413	5.15 16.80 36.85 25.55 55.80 36.80 92.45	0.91 7.48 17.81 11.53 34.34 17.75 66.23

PRÄPARATE / (Wirkstoffe) Packungen	Verantwortliche Firma	Therap. Gruppe	Dossier Nr.	Preis neu	Ex-Fact. neu
CARVEDILOL SPIRIG HC Tabl 3.125 mg 30 Stk Tabl 6.250 mg 30 Stk Tabl 12.500 mg 30 Stk Tabl 12.500 mg 100 Stk Tabl 12.500 mg Blist 105 Stk Tabl 25 mg 30 Stk Tabl 25 mg 100 Stk	Spirig HealthCare AG	020710	18461 18461 18461 18461 18461 18461 18461	6.55 6.55 16.70 36.75 37.75 25.60 55.80	2.13 2.13 7.42 17.71 18.58 11.59 34.34
CARVEDILOL ZENTIVA Tabl 6.250 mg Blist 14 Stk Tabl 12.500 mg Blist 30 Stk Tabl 12.500 mg Blist 100 Stk Tabl 25 mg Blist 30 Stk Tabl 25 mg Blist 100 Stk	Helvepharm AG	020710	18511 18511 18511 18511 18511	5.25 16.70 36.20 25.15 55.80	1.00 7.41 17.25 11.18 34.34
CARVEDILOL-MEPHA Tabl 3.125 mg 30 Stk Tabl 6.250 mg 30 Stk Tabl 12.500 mg 30 Stk Tabl 12.500 mg 100 Stk Tabl 25 mg 30 Stk Tabl 25 mg 100 Stk	Mepha Pharma AG	020710	18460 18460 18460 18460 18460 18460	6.55 6.55 16.75 36.85 25.55 55.80	2.14 2.14 7.46 17.81 11.53 34.34
CAYSTON Trockensub 75 mg c Solv Durchstf 84 Stk	Gilead Sciences Switzerland Sàrl	080125	19428	2986.85	2674.00
CIPROXIN Inf Lös 0.200 g Fl 100 ml Susp 5 g/100 ml 100 ml Susp 10 g/100 ml 100 ml	Bayer (Schweiz) AG	080180	16572 16827 16827	19.95 61.40 96.40	10.25 39.22 69.70
CLARITHROMYCIN SANDOZ Filmtabl 250 mg 14 Stk Filmtabl 250 mg 20 Stk Filmtabl 500 mg 14 Stk Filmtabl 500 mg 20 Stk Susp 125 mg/5 ml 100 ml Susp 250 mg/5 ml 100 ml	Sandoz Pharmaceuticals AG	080160	18355 18355 18355 18355 18356 18356	19.70 26.60 33.85 43.80 15.05 19.65	10.01 12.47 15.18 23.88 5.98 9.98
CLARITHROMYCIN SPIRIG HC Filmtabl 250 mg 14 Stk Filmtabl 250 mg 20 Stk Filmtabl 500 mg 14 Stk Filmtabl 500 mg 20 Stk	Spirig HealthCare AG	080160	21072 21072 21072 21072	18.90 26.50 33.85 42.95	9.30 12.39 15.18 23.13
CLARITHROMYCIN-MEPHA Lactab 250 mg Blist 14 Stk Lactab 250 mg Blist 20 Stk Lactab 500 mg Blist 14 Stk Lactab 500 mg Blist 20 Stk Lactab 500 mg 30 Stk Susp 125 mg/5 ml Fl 100 ml Susp 250 mg/5 ml Fl 100 ml	Mepha Pharma AG	080160	18197 18197 18197 18197 18197 18233 18233	18.90 26.50 33.85 41.25 53.30 14.50 19.65	9.30 12.38 15.18 21.66 32.13 5.48 9.98
CLAROMYCIN Susp 125 mg/5 ml 100 ml	Spirig HealthCare AG	080160	18428	15.00	5.93
CLAROMYCIN FORTE Susp 250 mg/5 ml 100 ml	Spirig HealthCare AG	080160	18428	19.65	9.98

PRÄPARATE / (Wirkstoffe) Packungen	Verantwortliche Firma	Therap. Gruppe	Dossier Nr.	Preis neu	Ex-Fact. neu
CO LATANOPROST PFIZER Gtt Opht 2.500 ml Gtt Opht 3x 2.500 ml	Pfizer PFE Switzerland GmbH	110900	19598 19598	26.55 58.30	12.42 36.51
CO-DIOVAN Filmtabl 80/12.5 mg 28 Stk Filmtabl 80/12.5 mg 98 Stk Filmtabl 160/12.5 mg 28 Stk Filmtabl 160/12.5 mg 98 Stk Filmtabl 160/25 mg 28 Stk Filmtabl 160/25 mg 98 Stk	Novartis Pharma Schweiz AG	020720	17048 17048 17048 17048 17048 17048	25.40 58.80 27.85 70.85 27.85 70.85	11.43 36.93 13.56 47.42 13.56 47.42
CO-LOSARTAN SANDOZ Filmtabl 50/12.5 mg 28 Stk (alt) Filmtabl 50/12.5 mg 98 Stk (alt) Filmtabl 100/12.5 mg 28 Stk Filmtabl 100/12.5 mg 98 Stk Filmtabl 100/25 mg 28 Stk (alt) Filmtabl 100/25 mg 98 Stk (alt)	Sandoz Pharmaceuticals AG	020720	19849 19849 19849 19849 19849 19849	19.95 54.25 26.90 67.35 26.90 67.35	10.22 32.97 12.73 44.39 12.73 44.39
CO-LOSARTAN SPIRIG HC Filmtabl 50/12.5 mg 28 Stk Filmtabl 50/12.5 mg 98 Stk Filmtabl 100/12.5 mg 28 Stk Filmtabl 100/12.5 mg 98 Stk Filmtabl 100/25 mg 28 Stk Filmtabl 100/25 mg 98 Stk	Spirig HealthCare AG	020720	19862 19862 19862 19862 19862 19862	19.85 54.25 26.90 67.40 26.90 67.40	10.16 32.97 12.70 44.42 12.70 44.42
CONCOR Lacktabl 2.500 mg 30 Stk Lacktabl 2.500 mg 100 Stk Lacktabl 5 mg 30 Stk Lacktabl 5 mg 100 Stk Lacktabl 10 mg 30 Stk Lacktabl 10 mg 100 Stk	Merck (Schweiz) AG	020300	15017 15017 15017 15017 15017 15017	7.95 19.10 15.00 34.85 20.00 50.30	3.36 9.51 5.92 16.06 10.29 29.52
CO-OLMESARTAN SPIRIG HC Filmtabl 20/12.5 mg 30 Stk Filmtabl 20/12.5 mg 100 Stk Filmtabl 20/25 mg 30 Stk Filmtabl 20/25 mg 100 Stk Filmtabl 40/12.5 mg 30 Stk Filmtabl 40/12.5 mg 100 Stk Filmtabl 40/25 mg 30 Stk Filmtabl 40/25 mg 100 Stk	Spirig HealthCare AG	020720	20649 20649 20649 20649 20649 20649 20649 20649	28.05 63.30 28.05 63.30 36.50 76.25 36.50 76.25	13.74 40.86 13.74 40.86 17.53 52.13 17.53 52.13
CORVATON Tabl 2 mg 30 Stk Tabl 2 mg 100 Stk	CPS Cito Pharma Services GmbH	020440	14212 14212	7.20 15.35	2.71 6.24
CORVATON FORTE Tabl 4 mg 30 Stk Tabl 4 mg 100 Stk	CPS Cito Pharma Services GmbH	020440	14212 14212	7.50 17.90	2.96 8.44
COSAAR PLUS Filmtabl 50/12.5 28 Stk Filmtabl 50/12.5 98 Stk Filmtabl 100/12.5 28 Stk Filmtabl 100/12.5 98 Stk Filmtabl 100/25 28 Stk Filmtabl 100/25 98 Stk	Organon GmbH	020720	16761 16761 16761 16761 16761 16761	26.10 60.95 29.50 76.35 29.50 76.35	12.02 38.79 14.98 52.23 14.98 52.23

PRÄPARATE / (Wirkstoffe) Packungen	Verantwortliche Firma	Therap. Gruppe	Dossier Nr.	Preis neu	Ex-Fact. neu
COSYREL	Servier (Suisse) SA	020720			
Filmtabl 5 mg/5 mg 30 Stk			20570	24.95	11.03
Filmtabl 5 mg/5 mg 90 Stk			20570	48.70	28.12
Filmtabl 5 mg/10 mg 30 Stk			20570	27.30	13.06
Filmtabl 5 mg/10 mg 90 Stk			20570	54.60	33.29
Filmtabl 10 mg/5 mg 30 Stk			20570	27.60	13.31
Filmtabl 10 mg/5 mg 90 Stk			20570	55.75	34.27
Filmtabl 10 mg/10 mg 30 Stk			20570	34.00	15.34
Filmtabl 10 mg/10 mg 90 Stk			20570	61.30	39.12
CO-TELMISARTAN SANDOZ	Sandoz Pharmaceuticals AG	020720			
Filmtabl 80/12.5 28 Stk			20421	27.50	13.25
Filmtabl 80/12.5 98 Stk			20421	69.20	46.00
Filmtabl 80/25 28 Stk			20421	27.80	13.51
Filmtabl 80/25 98 Stk			20421	70.25	46.90
CO-TELMISARTAN SPIRIG HC	Spirig HealthCare AG	020720			
Tabl 80/12.5 28 Stk			20606	27.50	13.25
Tabl 80/12.5 98 Stk			20606	69.20	46.00
Tabl 80/25 28 Stk			20606	27.80	13.51
Tabl 80/25 98 Stk			20606	70.25	46.90
CO-VALSARTAN SANDOZ	Sandoz Pharmaceuticals AG	020720			
Filmtabl 80/12.5 28 Stk			19444	19.35	9.71
Filmtabl 80/12.5 98 Stk			19444	52.45	31.40
Filmtabl 160/12.5 28 Stk			19444	25.55	11.53
Filmtabl 160/12.5 98 Stk			19444	62.70	40.31
Filmtabl 160/25 28 Stk			19444	25.55	11.53
Filmtabl 160/25 98 Stk			19444	62.70	40.31
CO-VALTAN-MEPHA	Mepha Pharma AG	020720			
Filmtabl 80/12.5 mg 28 Stk			19584	19.35	9.71
Filmtabl 80/12.5 mg 98 Stk			19584	52.45	31.40
Filmtabl 160/12.5 mg 28 Stk			19584	25.55	11.53
Filmtabl 160/12.5 mg 98 Stk			19584	62.70	40.31
Filmtabl 160/25 mg 28 Stk			19584	25.55	11.53
Filmtabl 160/25 mg 98 Stk			19584	62.70	40.31
COVERAM	Servier (Suisse) SA	020720			
Tabl 5/5 mg 30 Stk			19114	34.25	15.53
Tabl 5/5 mg 90 Stk			19114	63.30	40.84
Tabl 10/5 mg 30 Stk			19114	34.25	15.53
Tabl 10/5 mg 90 Stk			19114	63.30	40.84
Tabl 5/10 mg 30 Stk			19114	34.25	15.53
Tabl 5/10 mg 90 Stk			19114	63.30	40.84
Tabl 10/10 mg 30 Stk			19114	34.25	15.53
Tabl 10/10 mg 90 Stk			19114	63.30	40.84
COVERSUM N	Servier (Suisse) SA	020710			
Filmtabl 5 mg 30 Stk			18462	25.95	11.91
Filmtabl 5 mg 90 Stk			18462	53.35	32.19
Filmtabl 10 mg 30 Stk			18462	28.45	14.05
Filmtabl 10 mg 90 Stk			18462	60.30	38.25

PRÄPARATE / (Wirkstoffe) Packungen	Verantwortliche Firma	Therap. Gruppe	Dossier Nr.	Preis neu	Ex-Fact. neu
COVERSUM N COMBI Filmtabl 2.5/0.625 mg 30 Stk Filmtabl 2.5/0.625 mg 90 Stk Filmtabl 5/1.25 mg 30 Stk Filmtabl 5/1.25 mg 90 Stk Filmtabl 10/2.5 mg 30 Stk Filmtabl 10/2.5 mg 90 Stk	Servier (Suisse) SA	020720	19190 19190 19190 19190 19452 19452	26.35 52.20 25.40 49.80 39.75 76.00	12.24 31.20 11.40 29.08 20.36 51.93
CRESEMBA Kaps 100 mg Blist 14 Stk	Basilea Pharmaceutica International AG, Allschwil	080600	20846	895.90	766.10
DAKTARIN Gel 20 mg/g oral 40 g	Janssen-Cilag AG	080600	14049	7.90	3.32
DAXAS Filmtabl 500 mcg 30 Stk Filmtabl 500 mcg 90 Stk	AstraZeneca AG	030450	19760 19760	78.45 174.65	54.06 137.85
DELSTRIGO Filmtabl 100/300/245 mg Ds 30 Stk	MSD Merck Sharp & Dohme AG	080300	20983	737.90	628.50
DEPONIT 10 Matrixpfl 10 mg/24h 10 Stk Matrixpfl 10 mg/24h 30 Stk Matrixpfl 10 mg/24h 100 Stk	Norgine AG	020410	14574 14574 14574	16.85 38.75 90.95	7.55 19.49 64.95
DEPONIT 5 Matrixpfl 5 mg/24h 10 Stk Matrixpfl 5 mg/24h 30 Stk Matrixpfl 5 mg/24h 100 Stk	Norgine AG	020410	14574 14574 14574	14.45 29.30 69.50	5.45 14.82 46.26
DILATREND Tabl 6.250 mg 14 Stk Tabl 12.500 mg 30 Stk Tabl 12.500 mg 100 Stk Tabl 25 mg 30 Stk Tabl 25 mg 100 Stk	CPS Cito Pharma Services GmbH	020710	16449 16449 16449 16449 16449	6.75 16.75 41.00 26.40 60.20	2.29 7.46 21.43 12.28 38.16
DOXAZOSIN RETARD ZENTIVA Ret Filmtabl 4 mg 28 Stk (alt) Ret Filmtabl 4 mg 98 Stk (alt) Ret Filmtabl 4 mg Blist 28 Stk Ret Filmtabl 4 mg Blist 98 Stk Ret Filmtabl 8 mg 28 Stk (alt) Ret Filmtabl 8 mg 98 Stk (alt) Ret Filmtabl 8 mg Blist 28 Stk Ret Filmtabl 8 mg Blist 98 Stk	Helvepharm AG	020710	18931 18931 18931 18931 18931 18931 18931 18931	18.45 49.80 18.45 49.80 25.60 65.30 25.60 65.30	8.92 29.08 8.92 29.08 11.58 42.59 11.58 42.59
DOXYLAG Kaps 100 mg 8 Stk	Lagap SA	080150	13888	8.35	3.71
DOXSOL 100 Tabs 100 mg 8 Stk	Sandoz Pharmaceuticals AG	080150	15840	8.35	3.71
DOXSOL 200 Tabs 200 mg 8 Stk	Sandoz Pharmaceuticals AG	080150	15840	15.25	6.13
DUOTRAV Gtt Opht 2.500 ml Gtt Opht 3x 2.500 ml	Novartis Pharma Schweiz AG	110900	18506 18506	29.45 65.35	14.95 42.62
DYNAMUCIL Brausetabl 600 mg 10 Stk Gran 100 mg Btl 30 Stk Gran 200 mg Btl 20 Stk Gran 200 mg Btl 30 Stk	Siphar SA	030200	17324 16126 16126 16126	5.80 3.65 4.55 5.80	3.14 1.97 2.46 3.14

PRÄPARATE / (Wirkstoffe) Packungen	Verantwortliche Firma	Therap. Gruppe	Dossier Nr.	Preis neu	Ex-Fact. neu
ECOMUCYL SANDOZ	Sandoz Pharmaceuticals AG	030200			
Brausetabl 200 mg 30 Stk			16208	5.75	3.12
Brausetabl 600 mg 10 Stk			16208	5.80	3.14
Gran 100 mg Btl 30 Stk			15119	3.40	1.83
Gran 200 mg Btl 30 Stk			15119	5.80	3.14
Gran 200 mg Btl 100 Stk			15119	15.25	6.14
Gran 600 mg Btl 10 Stk			15119	5.80	3.14
Gran 600 mg Btl 100 Stk			15119	37.50	18.40
EKLIRA GENUAIR	Covis Pharma GmbH	030430			
Inh Plv 60 Dos			20034	59.40	37.46
Inh Plv 3 x 60 Dosen			20034	135.25	103.54
ELETRIPTAN AXAPHARM	Axapharm AG	020510			
Filmtabl 40 mg 4 Stk			20579	27.15	12.93
Filmtabl 40 mg 6 Stk			20579	36.45	17.46
Filmtabl 40 mg 20 Stk			20579	78.70	54.25
Filmtabl 80 mg 6 Stk			20579	36.45	17.46
Filmtabl 80 mg 20 Stk			20579	78.70	54.25
ELETRIPTAN PFIZER	Pfizer PFE Switzerland GmbH	020510			
Filmtabl 40 mg 4 Stk			20422	27.15	12.93
Filmtabl 40 mg 6 Stk			20422	36.45	17.45
Filmtabl 40 mg 20 Stk			20422	78.70	54.25
Filmtabl 80 mg 6 Stk			20422	36.45	17.45
Filmtabl 80 mg 20 Stk			20422	78.70	54.25
ELETRIPTAN-MEPHA	Mepha Pharma AG	020510			
Filmtabl 40 mg 4 Stk			20450	27.15	12.93
Filmtabl 40 mg 6 Stk			20450	36.45	17.46
Filmtabl 40 mg 20 Stk			20450	78.70	54.25
Filmtabl 80 mg 6 Stk			20450	36.45	17.46
Filmtabl 80 mg 20 Stk			20450	78.70	54.25
EMTRIVA	Gilead Sciences Switzerland Sàrl	080300			
Kaps 200 mg 30 Stk			18072	250.45	203.88
EXFORGE HCT	Novartis Pharma Schweiz AG	020720			
Filmtabl 5 mg/160 mg/12.5 mg 28 Stk			19115	41.65	21.99
Filmtabl 5 mg/160 mg/12.5 mg 98 Stk			19115	104.65	76.88
Filmtabl 5 mg/160 mg/25 mg 28 Stk			19115	41.65	21.99
Filmtabl 5 mg/160 mg/25 mg 98 Stk			19115	104.65	76.88
Filmtabl 10 mg/160 mg/12.5 mg 28 Stk			19115	41.65	21.99
Filmtabl 10 mg/160 mg/12.5 mg 98 Stk			19115	104.65	76.88
Filmtabl 10 mg/160 mg/25 mg 28 Stk			19115	41.65	21.99
Filmtabl 10 mg/160 mg/25 mg 98 Stk			19115	104.65	76.88
EYLEA	Bayer (Schweiz) AG	119900			
Inj Lös 2 mg/0.05 ml Durchstfl Durchstf 1 Stk			19958	987.50	845.90
Inj Lös 2 mg/0.05 ml Fertigspritze Fertspr 1 Stk			19958	987.50	845.90

PRÄPARATE / (Wirkstoffe) Packungen	Verantwortliche Firma	Therap. Gruppe	Dossier Nr.	Preis neu	Ex-Fact. neu
FAMVIR Tabl 125 mg 10 Stk Tabl 250 mg 15 Stk Tabl 500 mg 14 Stk Tabl 500 mg 21 Stk Tabl 500 mg 30 Stk	Future Health Pharma GmbH	080300	16610 16610 16610 16610 16610	41.60 86.15 134.90 178.30 258.30	21.95 60.74 103.21 141.01 210.71
FAROS 300 Drag 50 Stk Drag 100 Stk	OM Pharma Suisse SA	529800	17114 17114	15.65 28.95	8.48 15.68
FIRAZYR Inj Lös 30 mg/3 ml Fertigspr 3 ml	Takeda Pharma AG	029900	19116	2081.90	1842.17
FLAGYL Filmtabl 250 mg 20 Stk Filmtabl 500 mg 20 Stk	Sanofi-Aventis (Suisse) SA	080430	9151 9151	8.70 15.90	4.01 6.70
FLAGYL TRICHOPAK Filmtabl 500 mg 4 Stk	Sanofi-Aventis (Suisse) SA	090300	9151	5.85	1.51
FLOXAL Gtt Opht 0.300% 5 ml Augensalbe 0.300% 3 g	Bausch & Lomb Swiss AG Division Pharma	110710	15978 15979	8.60 8.60	3.92 3.92
FLOXAL UD Gtt Opht 0.300% 30 Unidos 0.500 ml	Bausch & Lomb Swiss AG Division Pharma	110710	17655	16.10	6.87
FLUOMIZIN Vag Tabl 10 mg 6 Stk	Medinova AG	090300	17790	18.80	9.24
FLUTINASE POLYNEX Susp 28 Monodos 0.400 ml	GlaxoSmithKline AG	120230	17394	25.80	11.74
FML NEO LIQUIFILM Gtt Opht 5 ml	AbbVie AG	110610	12168	8.75	4.07
FORTAM Trockensub 500 mg Durchstf 1 Stk Trockensub 1 g Durchstf 1 Stk Trockensub 2 g Durchstf 1 Stk	GlaxoSmithKline AG	080130	16569 16569 16569	14.25 19.30 35.60	5.29 9.69 16.73
GLANDOSANE Spray aromatisiert 50 ml Spray neutral 50 ml	Helvepharm AG	129900	13952 13952	8.65 8.65	4.68 4.68
GUTRON Tabl 2.500 mg 20 Stk Tabl 2.500 mg 50 Stk Tropfen 10 mg/ml 10 ml Tropfen 10 mg/ml 20 ml	CPS Cito Pharma Services GmbH	020520	14916 14916 14917 14917	14.10 25.60 19.15 35.45	5.16 11.58 9.55 16.60
HAVRIX 1440 Inj Susp Fertspr 1 ml	GlaxoSmithKline AG	080800	18772	52.95	31.84
HAVRIX 720 Inj Susp Fertspr 0.500 ml	GlaxoSmithKline AG	080800	18811	42.20	22.48
HEPATECT CP Inj Lös 500 E/10 ml Amp 10 ml Inj Lös 2000 E/40 ml Durchstf 40 ml Inj Lös 5000 E/100 ml Durchstf 100 ml	Biotest (Schweiz) AG	080900	16710 16710 16710	414.85 1584.15 3803.60	347.09 1388.34 3470.85
ILOMEDIN Inf Konz 20 mcg/ml i.v. Amp 1 ml Inf Konz 50 mcg/2.5 ml i.v. Amp 2.500 ml	Bayer (Schweiz) AG	020440	16519 16519	55.25 94.75	33.85 68.27
IMIGRAN 10 Nasenspray 10 mg 2x 1 Dosen	GlaxoSmithKline AG	020510	16751	29.30	14.81

PRÄPARATE / (Wirkstoffe) Packungen	Verantwortliche Firma	Therap. Gruppe	Dossier Nr.	Preis neu	Ex-Fact. neu
IMIGRAN 20 Nasenspray 20 mg 2x 1 Dosen Nasenspray 20 mg 6x 1 Dosen	GlaxoSmithKline AG	020510	16751 16751	37.55 68.05	18.43 45.00
INCRUSE ELLIPTA Inh Plv 55 mcg 30 Dos Inh Plv 55 mcg 3x 30 Dosen	GlaxoSmithKline AG	030430	20268 20268	56.15 134.65	34.64 103.00
INDERAL Tabl 10 mg Blist 50 Stk Tabl 40 mg Blist 50 Stk Tabl 40 mg Blist 150 Stk	Atnahs Pharma Switzerland AG	020300	10847 10847 10847	5.40 7.95 18.10	1.15 3.34 8.63
INFANRIX DTPA-IPV+HIB Inj Susp Fertspr 1 Dos	GlaxoSmithKline AG	080800	17237	55.80	34.32
INFANRIX HEXA Inj Susp Fertspr 1 Dos	GlaxoSmithKline AG	080800	17615	75.70	51.66
INHIBACE Filmtabl 5 mg 28 Stk Filmtabl 5 mg 100 Stk	CPS Cito Pharma Services GmbH	020710	15704 15704	26.40 56.90	12.29 35.29
INHIBACE MITE Filmtabl 2.500 mg 28 Stk Filmtabl 2.500 mg Glasfl 100 Stk	CPS Cito Pharma Services GmbH	020710	15704 15704	16.20 41.85	6.99 22.19
INTELENCE Tabl 200 mg 60 Stk	Janssen-Cilag AG	080300	18839	482.10	405.67
IOPIDINE Gtt Opht 1 % 2 Monodos 0.250 ml Gtt Opht 0.500 % 5 ml	Novartis Pharma Schweiz AG	110900	17100 16613	19.25 28.85	9.61 14.42
ISENTRESS Filmtabl 400 mg 60 Stk Filmtabl 600 mg Fl 60 Stk	MSD Merck Sharp & Dohme AG	080300	18812 18812	759.10 759.10	646.97 646.97
ISOKET Spray 15 ml	Norgine AG	020410	12555	17.25	7.90
ISOKET RETARD Ret Tabl 20 mg 50 Stk Ret Tabl 20 mg 100 Stk Ret Tabl 40 mg 100 Stk Ret Tabl 60 mg 100 Stk Ret Kaps 120 mg 100 Stk	Norgine AG	020410	14424 14424 14424 14424 14531	8.00 14.80 18.00 25.55 36.20	3.38 5.75 8.53 11.56 17.26
IVABRADIN MYLAN Filmtabl 5 mg Blist 56 Stk Filmtabl 5 mg Blist 112 Stk Filmtabl 7.500 mg Blist 56 Stk Filmtabl 7.500 mg Blist 112 Stk	Mylan Pharma GmbH	029900	20986 20986 20986 20986	50.25 83.95 50.25 83.95	29.50 58.85 29.50 58.85
IVABRADIN SANDOZ Filmtabl 5 mg 56 Stk Filmtabl 5 mg 112 Stk Filmtabl 7.500 mg 56 Stk Filmtabl 7.500 mg 112 Stk	Sandoz Pharmaceuticals AG	029900	20748 20748 20748 20748	50.25 83.95 50.25 83.95	29.50 58.85 29.50 58.85
KALETRA Filmtabl 100 mg/25 mg 60 Stk Filmtabl 200 mg/50 mg 120 Stk Sirup 80 mg/20 mg/ml 5x 60 ml	AbbVie AG	080300	18475 18475 17619	161.35 596.15 583.85	126.25 504.99 494.31
KETOVISION Gtt Opht Fl 5 ml	OmniVision AG	110630	19792	9.00	4.28

PRÄPARATE / (Wirkstoffe) Packungen	Verantwortliche Firma	Therap. Gruppe	Dossier Nr.	Preis neu	Ex-Fact. neu
KLACID Filmtabl 250 mg 14 Stk Filmtabl 250 mg 20 Stk Filmtabl 250 mg 70 Stk Filmtablets 500 mg 14 Stk Filmtablets 500 mg 20 Stk Filmtablets 500 mg 30 Stk	Mylan Pharma GmbH	080160	15841 15841 15841 15841 15841 15841	18.90 29.10 69.80 35.75 46.20 57.80	9.30 14.65 46.51 16.87 25.94 36.08
KLACIPED Gran 125 mg/5 ml f Susp Fl 100 ml	Mylan Pharma GmbH	080160	16168	15.35	6.23
KLACIPED FORTE Susp 250 mg/5 ml Fl 100 ml	Mylan Pharma GmbH	080160	16168	25.05	11.09
LACRYVISC Augengel 10 g	Alcon Switzerland SA	110820	16426	5.85	3.16
LACRYVISC SE Augengel 20x 0.500 g Augengel 50x 0.500 g	Alcon Switzerland SA	110820	17345 17345	9.70 21.70	5.27 11.76
LATANOPROST PFIZER Gtt Opht 2.500 ml Gtt Opht 3x 2.500 ml	Pfizer PFE Switzerland GmbH	110900	19599 19599	19.85 50.60	10.13 29.79
LATANOPROST-MEPHA Gtt Opht 2.500 ml Gtt Opht 3 x 2.500 ml	Mepha Pharma AG	110900	19747 19747	19.65 50.60	9.96 29.79
LATANOPROST-MEPHA PLUS Gtt Opht Fl 2.500 ml Gtt Opht 3 Fl 2.500 ml	Mepha Pharma AG	110900	20356 20356	26.55 58.30	12.42 36.51
LATANOTIM-VISION Gtt Opht 2.500 ml Gtt Opht 3x 2.500 ml	OmniVision AG	110900	20063 20063	26.50 58.30	12.37 36.51
LEVOFLOXACIN SANDOZ 250 Filmtabl 250 mg 5 Stk Filmtabl 250 mg 7 Stk Filmtabl 250 mg 10 Stk	Sandoz Pharmaceuticals AG	080180	19487 19487 19487	15.70 18.10 25.50	6.53 8.61 11.52
LEVOFLOXACIN SANDOZ 500 Filmtabl 500 mg 5 Stk Filmtabl 500 mg 7 Stk Filmtabl 500 mg 10 Stk	Sandoz Pharmaceuticals AG	080180	19487 19487 19487	19.50 27.15 36.30	9.84 12.93 17.33
LEVOFLOXACIN-MEPHA Lactabs 250 mg 5 Stk Lactabs 250 mg 7 Stk Lactabs 250 mg 10 Stk Lactabs 500 mg 5 Stk Lactabs 500 mg 7 Stk Lactabs 500 mg 10 Stk	Mepha Pharma AG	080180	19503 19503 19503 19503 19503 19503	15.70 18.10 25.50 19.50 27.15 36.30	6.53 8.61 11.52 9.83 12.93 17.33
LEVOFLOXACIN-MEPHA TEVA Filmtabl 250 mg Blist 5 Stk Filmtabl 250 mg Blist 7 Stk Filmtabl 250 mg Blist 10 Stk Filmtabl 500 mg Blist 5 Stk Filmtabl 500 mg Blist 7 Stk Filmtabl 500 mg Blist 10 Stk	Mepha Pharma AG	080180	21428 21428 21428 21428 21428 21428	15.70 18.10 25.50 19.50 27.15 36.30	6.53 8.61 11.52 9.83 12.93 17.33
LIVOSTIN Gtt Opht 0.500 mg/ml 4 ml	Janssen-Cilag AG	110620	15977	13.30	7.22

PRÄPARATE / (Wirkstoffe) Packungen	Verantwortliche Firma	Therap. Gruppe	Dossier Nr.	Preis neu	Ex-Fact. neu
LODOZ 10 Filmtabl 10/6.25 mg 30 Stk Filmtabl 10/6.25 mg 100 Stk	Merck (Schweiz) AG	020720	17899 17899	18.20 47.60	8.71 27.17
LODOZ 2.5 Filmtabl 2.5/6.25 mg 30 Stk Filmtabl 2.5/6.25 mg 100 Stk	Merck (Schweiz) AG	020720	17899 17899	8.90 26.00	4.20 11.94
LODOZ 5 Filmtabl 5/6.25 mg 30 Stk Filmtabl 5/6.25 mg 100 Stk	Merck (Schweiz) AG	020720	17899 17899	14.30 33.90	5.31 15.24
LOGIMAX Ret Tabl 5/50 30 Stk Ret Tabl 5/50 100 Stk Ret Tabl 10/100 30 Stk Ret Tabl 10/100 100 Stk	Recordati AG	020720	16125 16125 16125 16125	26.75 61.30 39.70 91.65	12.57 39.13 20.31 65.53
LOMIR SRO Kaps 2.500 mg mite 100 Stk Kaps 5 mg 100 Stk	Daiichi Sankyo (Schweiz) AG	020610	15860 15860	43.85 65.35	23.90 42.63
LOPRESOR RETARD Divitabs 200 mg 56 Stk	Daiichi Sankyo (Schweiz) AG	020300	14168	25.40	11.40
LOSARTAN HCT AXAPHARM Filmtabl 50/12.5 mg 28 Stk Filmtabl 50/12.5 mg 98 Stk Filmtabl 100/12.5 mg 28 Stk Filmtabl 100/12.5 mg 98 Stk Filmtabl 100/25 mg 28 Stk Filmtabl 100/25 mg 98 Stk	Axapharm AG	020720	20078 20078 20078 20078 20078 20078	19.90 54.25 26.90 67.35 26.90 67.35	10.19 32.97 12.72 44.40 12.72 44.40
LOSARTAN HCT ZENTIVA Filmtabl 50/12.5 mg Blist 28 Stk Filmtabl 50/12.5 mg Blist 98 Stk Filmtabl 100/12.5 mg Blist 28 Stk Filmtabl 100/12.5 mg Blist 98 Stk Filmtabl 100/25 mg Blist 28 Stk Filmtabl 100/25 mg Blist 98 Stk	Helvepharm AG	020720	19836 19836 19836 19836 19836 19836	19.95 54.25 26.95 67.40 26.95 67.40	10.23 32.97 12.76 44.41 12.76 44.41
LOSARTAN-HCT-MEPHA Filmtabl 50/12.5 mg 28 Stk Filmtabl 50/12.5 mg 98 Stk Filmtabl 100/12.5 mg 28 Stk Filmtabl 100/12.5 mg 98 Stk Filmtabl 100/25 mg 28 Stk Filmtabl 100/25 mg 98 Stk	Mepha Pharma AG	020720	20189 20189 20189 20189 20189 20189	19.95 54.25 26.95 67.40 26.95 67.40	10.22 32.97 12.74 44.41 12.74 44.41
LUKAIR Filmtabl 10 mg 28 Stk Filmtabl 10 mg 98 Stk Kautabl 4 mg 28 Stk Kautabl 4 mg 98 Stk Kautabl 5 mg 28 Stk Kautabl 5 mg 98 Stk Gran 4 mg Btl 28 Stk	Organon GmbH	030450	20024 20024 20025 20025 20025 20025 20026	37.75 91.15 37.75 91.15 37.75 91.15 39.20	18.58 65.13 18.58 65.13 18.58 65.13 19.87
LUMIGAN Gtt Opht 0.100 mg/ml 3 ml Gtt Opht 0.100 mg/ml 3x 3 ml	AbbVie AG	110900	17820 17820	29.15 63.65	14.66 41.16

PRÄPARATE / (Wirkstoffe) Packungen	Verantwortliche Firma	Therap. Gruppe	Dossier Nr.	Preis neu	Ex-Fact. neu
LUMIGAN UNIT DOSE Gtt Opht 0.300 mg/ml 30 x 0.4 ml Gtt Opht 0.300 mg/ml 90 x 0.4 ml	AbbVie AG	110900	20119 20119	36.85 74.70	17.82 50.80
MAXIDEX Susp Opht 5 ml	Novartis Pharma Schweiz AG	110610	10160	8.05	3.45
MAXITROL Gtt Opht 5 ml Augensalbe 3.500 g	Novartis Pharma Schweiz AG	110610	10737 10738	8.55 8.20	3.89 3.55
MENAMIG Filmtabl 6 Stk Filmtabl 12 Stk	Recordati AG	020510	18169 18169	39.95 57.80	20.51 36.07
MENVEO Trockensub c Solv Durchstf 1 Stk	GlaxoSmithKline AG	080800	19973	63.05	40.62
MERONEM Trockensub 500 mg i.v Durchstf 10 Stk Trockensub 1 g i.v. Durchstf 10 Stk	Pfizer AG	080125	17136 17136	167.35 307.50	131.49 253.55
MEROPENEM FRESENIUS Trockensub 500 mg i.v. 10 Stk Trockensub 1 g i.v. 10 Stk	Fresenius Kabi (Schweiz) AG	080125	20265 20265	144.70 263.80	111.75 215.52
MEROPENEM LABATEC Trockensub 500 mg i.v. Durchstf 10 Stk Trockensub 1 g i.v. Durchstf 10 Stk	Labatec Pharma SA	080125	19284 19284	144.60 263.80	111.69 215.52
METO ZEROK Ret Tabl 25 mg 30 Stk Ret Tabl 25 mg 100 Stk Ret Tabl 50 mg 30 Stk Ret Tabl 50 mg 100 Stk Ret Tabl 100 mg 30 Stk Ret Tabl 100 mg 100 Stk Ret Tabl 200 mg 30 Stk Ret Tabl 200 mg 100 Stk	Sandoz Pharmaceuticals AG	020300	18245 18245 18245 18245 18245 18245 18245 18245	6.70 15.80 8.40 20.30 15.20 36.25 16.80 41.05	2.28 6.60 3.73 10.55 6.10 17.30 7.48 21.48
METOPROLOL AXAPHARM Ret Tabl 25 mg 30 Stk Ret Tabl 25 mg 100 Stk Ret Tabl 50 mg 30 Stk Ret Tabl 50 mg 100 Stk Ret Tabl 100 mg 30 Stk Ret Tabl 100 mg 100 Stk Ret Tabl 200 mg 30 Stk Ret Tabl 200 mg 100 Stk	Axapharm AG	020300	20473 20473 20473 20473 20473 20473 20473 20473	6.55 15.30 8.30 20.30 14.70 35.25 15.70 40.10	2.13 6.19 3.64 10.55 5.68 16.40 6.53 20.66
METOPROLOL SPIRIG HC Ret Filmtabl 25 mg 30 Stk Ret Filmtabl 25 mg 100 Stk Ret Filmtabl 50 mg 30 Stk Ret Filmtabl 50 mg 100 Stk Ret Filmtabl 100 mg 30 Stk Ret Filmtabl 100 mg 100 Stk Ret Filmtabl 200 mg 30 Stk Ret Filmtabl 200 mg 100 Stk	Spirig HealthCare AG	020300	20447 20447 20447 20447 20447 20447 20447 20447	6.55 15.35 8.35 20.30 14.95 35.85 16.50 40.85	2.14 6.21 3.69 10.55 5.86 16.93 7.21 21.29

PRÄPARATE / (Wirkstoffe) Packungen	Verantwortliche Firma	Therap. Gruppe	Dossier Nr.	Preis neu	Ex-Fact. neu
METOPROLOL-MEPHA	Mepha Pharma AG	020300			
Depotabs 25 mg 30 Stk			20517	6.55	2.13
Depotabs 25 mg 100 Stk			20517	15.35	6.21
Depotabs 50 mg 30 Stk			20517	8.30	3.68
Depotabs 50 mg 100 Stk			20517	20.30	10.55
Depotabs 100 mg 30 Stk			20517	14.90	5.83
Depotabs 100 mg 100 Stk			20517	35.75	16.84
Depotabs 200 mg 30 Stk			20517	16.35	7.10
Depotabs 200 mg 100 Stk			20517	40.70	21.18
MICARDIS AMLO	Boehringer Ingelheim (Schweiz) GmbH	020720			
Tabl 40/5 mg 28 Stk			19355	38.75	19.47
Tabl 40/5 mg 98 Stk			19355	82.90	57.92
Tabl 80/5 mg 28 Stk			19355	42.55	22.78
Tabl 80/5 mg 98 Stk			19355	94.20	67.76
Tabl 80/10 mg 28 Stk			19355	43.95	23.98
Tabl 80/10 mg 98 Stk			19355	98.30	71.35
MICARDISPLUS	Boehringer Ingelheim (Schweiz) GmbH	020720			
Tabl 80/12.5 mg 28 Stk			17824	29.20	14.72
Tabl 80/12.5 mg 98 Stk			17824	75.05	51.11
Tabl 80/25 mg 28 Stk			17824	33.65	15.01
Tabl 80/25 mg 98 Stk			17824	76.25	52.12
MIFLONIDE BREEZHALER	Novartis Pharma Schweiz AG	030440			
Inh Kaps 200 mcg Blist 60 Stk			17561	18.65	9.12
Inh Kaps 400 mcg Blist 60 Stk			17561	37.35	18.24
MINITRAN 10	MEDA Pharma GmbH	020410			
TTS 10 mg/24h 30 Stk			16119	37.15	18.06
MINITRAN 5	MEDA Pharma GmbH	020410			
TTS 5 mg/24h 30 Stk			16119	28.05	13.70
TTS 5 mg/24h 100 Stk			16119	65.60	42.84
MONTELUKAST HELVEPHARM	Helvepharm AG	030450			
Filmtabl 10 mg 28 Stk			20088	35.55	16.70
Filmtabl 10 mg 98 Stk			20088	83.70	58.62
MONTELUKAST SANDOZ	Sandoz Pharmaceuticals AG	030450			
Filmtabl 10 mg 28 Stk			20094	35.65	16.79
Filmtabl 10 mg 98 Stk			20094	83.70	58.62
Kautabl 4 mg 28 Stk			20095	35.65	16.79
Kautabl 4 mg 98 Stk			20095	83.70	58.62
Kautabl 5 mg 28 Stk			20095	35.65	16.79
Kautabl 5 mg 98 Stk			20095	83.70	58.62
Gran 4 mg Btl 28 Stk			20096	35.65	16.79
MONTELUKAST SPIRIG HC	Spirig HealthCare AG	030450			
Kautabl 4 mg 28 Stk			20129	35.70	16.80
Kautabl 4 mg 98 Stk			20129	83.70	58.62
Kautabl 5 mg 28 Stk			20129	35.70	16.80
Kautabl 5 mg 98 Stk			20129	83.70	58.62
Filmtabl 10 mg 28 Stk			20128	35.70	16.80
Filmtabl 10 mg 98 Stk			20128	83.70	58.62

PRÄPARATE / (Wirkstoffe) Packungen	Verantwortliche Firma	Therap. Gruppe	Dossier Nr.	Preis neu	Ex-Fact. neu
MONTELUKAST-MEPHA	Mepha Pharma AG	030450			
Lactabs 10 mg 28 Stk			20092	35.65	16.79
Lactabs 10 mg 98 Stk			20092	83.70	58.62
Kautabl 4 mg 28 Stk			20093	35.65	16.79
Kautabl 4 mg 98 Stk			20093	83.70	58.62
Kautabl 5 mg 28 Stk			20093	35.65	16.79
Kautabl 5 mg 98 Stk			20093	83.70	58.62
Gran 4 mg 28 Stk			20264	35.65	16.79
MOXIFLOXACIN SANDOZ	Sandoz Pharmaceuticals AG	080180			
Filmtabl 400 mg 5 Stk			20267	34.25	15.53
Filmtabl 400 mg 7 Stk			20267	41.35	21.75
Filmtabl 400 mg 10 Stk			20267	47.85	27.38
MOXIFLOXACIN SPIRIG HC	Spirig HealthCare AG	080180			
Filmtabl 400 mg 5 Stk			20480	34.25	15.54
Filmtabl 400 mg 7 Stk			20480	41.20	21.62
Filmtabl 400 mg 10 Stk			20480	47.85	27.38
MOXIFLOXACIN-MEPHA	Mepha Pharma AG	080180			
Filmtabl 400 mg 5 Stk			20259	34.25	15.54
Filmtabl 400 mg 7 Stk			20259	41.20	21.62
Filmtabl 400 mg 10 Stk			20259	47.85	27.38
MUCOFLUID	Spirig HealthCare AG	030200			
Brausetabl 600 mg 7 Stk			16928	3.65	1.98
Brausetabl 600 mg 14 Stk			16928	8.10	4.40
MUCOFLUID 200	Spirig HealthCare AG	030200			
Tabl 200 mg solubile 30 Stk			15749	7.45	4.04
MUCOFOR	OM Pharma Suisse SA	030200			
Kaps 300 mg 20 Stk			16510	7.95	3.37
MUCO-MEPHA	Mepha Pharma AG	030200			
Gran 100 mg Btl 30 Stk			16369	3.65	1.99
Gran 200 mg Btl 30 Stk			16369	5.80	3.14
Gran 600 mg 10 Stk			16368	5.80	3.14
MUCO-MEPHA 200	Mepha Pharma AG	030200			
Brausetabl 200 mg 30 Stk			16368	5.75	3.12
MUCO-MEPHA 600	Mepha Pharma AG	030200			
Brausetabl 600 mg 10 Stk			16368	5.80	3.14
MYCAMINE	Astellas Pharma AG	080600			
Trockensub 50 mg Durchstf 1 Stk			20249	307.50	253.58
Trockensub 100 mg Durchstf 1 Stk			20249	503.55	424.35
MYCOBUTIN	Pfizer AG	080210			
Kaps 150 mg 30 Stk			16239	143.65	110.86
NARAMIG	GlaxoSmithKline AG	020510			
Tabl 2.500 mg 6 Stk			17043	41.00	21.41
Tabl 2.500 mg 12 Stk			17043	63.40	40.96
NASACORT DOSIERSPRAY	Opella Healthcare Switzerland AG	120230			
Spray 120 Dos			16854	18.80	9.25
NEBILET	A. Menarini GmbH	020300			
Tabl 5 mg 28 Stk			17041	14.65	5.61
Tabl 5 mg 98 Stk			17041	35.55	16.70
NEBILET PLUS	A. Menarini GmbH	020720			
Filmtabl 5/12.5 mg 28 Stk			19220	16.45	7.19
Filmtabl 5/12.5 mg 98 Stk			19220	40.95	21.39
Filmtabl 5/25 mg 28 Stk			19220	16.45	7.19
Filmtabl 5/25 mg 98 Stk			19220	40.95	21.39

PRÄPARATE / (Wirkstoffe) Packungen	Verantwortliche Firma	Therap. Gruppe	Dossier Nr.	Preis neu	Ex-Fact. neu
NEBIVOLOL AXAPHARM Tabl 5 mg 28 Stk Tabl 5 mg 98 Stk	Axapharm AG	020300	19795 19795	14.20 28.60	5.23 14.20
NEBIVOLOL SANDOZ 5 Tabl 5 mg 28 Stk Tabl 5 mg 56 Stk Tabl 5 mg 98 Stk	Sandoz Pharmaceuticals AG	020300	19397 19397 19397	9.65 17.95 28.60	4.83 8.50 14.20
NEBIVOLOL SPIRIG HC Tabl 5 mg 28 Stk Tabl 5 mg 56 Stk Tabl 5 mg 98 Stk	Spirig HealthCare AG	020300	19282 19282 19282	9.65 17.95 28.60	4.83 8.50 14.20
NEBIVOLOL STREULI Tabl 5 mg 30 Stk Tabl 5 mg 100 Stk	Streuli Pharma AG	020300	19200 19200	14.15 28.90	5.20 14.48
NEBIVOLOL ZENTIVA Tabl 5 mg Blist 28 Stk Tabl 5 mg Blist 98 Stk	Helvepharm AG	020300	19865 19865	9.65 28.60	4.83 14.20
NEVANAC Susp Opht 1 mg/ml 5 ml Susp Opht 3 mg/ml Fl 3 ml	Novartis Pharma Schweiz AG	110630	18966 20761	26.90 26.90	12.73 12.73
NIMOTOP Lacktabl 30 mg 100 Stk	Bayer (Schweiz) AG	020610	15427	69.05	45.86
NITRODERM 10 TTS 10 mg/24h 10 Stk TTS 10 mg/24h 30 Stk	Sandoz Pharmaceuticals AG	020410	14065 14065	16.05 36.35	6.85 17.37
NITRODERM 5 TTS 5 mg/24h 10 Stk TTS 5 mg/24h 30 Stk TTS 5 mg/24h 100 Stk	Sandoz Pharmaceuticals AG	020410	14065 14065 14065	9.80 27.75 63.75	4.95 13.45 41.25
NORVASC Tabl 5 mg 30 Stk Tabl 5 mg 100 Stk Tabl 10 mg 30 Stk Tabl 10 mg 100 Stk	Pfizer PFE Switzerland GmbH	020610	15730 15730 15730 15730	17.65 45.70 28.25 67.85	8.21 25.52 13.88 44.80
NORVIR Filmtabl 100 mg 30 Stk	AbbVie AG	080300	19238	47.20	26.84
NOXAFIL Susp 40 mg/ml Fl 105 ml Tabl magensaftres 100 mg 24 Stk Tabl magensaftres 100 mg 96 Stk	MSD Merck Sharp & Dohme AG	080600	18609 20341 20341	670.95 799.70 3043.45	570.16 682.31 2729.23
OCULAC Gtt Opht 10 ml Gtt Opht 3x 10 ml	Alcon Switzerland SA	110820	16719 16719	4.30 11.00	2.34 5.97
OCULAC SDU Gtt Opht 20x 0.400 ml Gtt Opht 60x 0.400 ml	Alcon Switzerland SA	110820	16847 16847	7.70 19.45	4.18 10.55
ODEFSEY Filmtabl 200 mg/25 mg/25 mg Fl 30 Stk	Gilead Sciences Switzerland Sàrl	080300	20732	974.25	834.37
OFEV Kaps 100 mg 60 Stk Kaps 150 mg 60 Stk	Boehringer Ingelheim (Schweiz) GmbH	039900	20362 20362	2792.40 2792.40	2489.98 2489.98

PRÄPARATE / (Wirkstoffe) Packungen	Verantwortliche Firma	Therap. Gruppe	Dossier Nr.	Preis neu	Ex-Fact. neu
OLMESARTAN HCT MYLAN	Mylan Pharma GmbH	020720			
Filmtabl 20/12.5 mg Blist 28 Stk			20833	27.75	13.44
Filmtabl 20/12.5 mg Blist 98 Stk			20833	62.35	40.04
Filmtabl 20/25 mg Blist 28 Stk			20833	27.75	13.44
Filmtabl 20/25 mg Blist 98 Stk			20833	62.35	40.04
Filmtabl 40/12.5 mg Blist 28 Stk			20833	35.55	16.67
Filmtabl 40/12.5 mg Blist 98 Stk			20833	75.05	51.09
Filmtabl 40/25 mg Blist 28 Stk			20833	36.05	17.11
Filmtabl 40/25 mg Blist 98 Stk			20833	75.05	51.09
OLMESARTAN PLUS SANDOZ	Sandoz Pharmaceuticals AG	020720			
Filmtabl 20/12.5 mg 28 Stk			20632	27.75	13.46
Filmtabl 20/12.5 mg 98 Stk			20632	62.35	40.04
Filmtabl 20/25 mg 28 Stk			20632	27.75	13.46
Filmtabl 20/25 mg 98 Stk			20632	62.35	40.04
Filmtabl 40/12.5 mg 28 Stk			20632	36.10	17.17
Filmtabl 40/12.5 mg 98 Stk			20632	75.05	51.08
Filmtabl 40/25 mg 28 Stk			20632	36.10	17.17
Filmtabl 40/25 mg 98 Stk			20632	75.05	51.08
OLMESARTAN-HCT-MEPHA	Mepha Pharma AG	020720			
Filmtabl 20 mg/12.5 mg 28 Stk			20619	27.75	13.46
Filmtabl 20 mg/12.5 mg 98 Stk			20619	62.35	40.04
Filmtabl 20 mg/25 mg 28 Stk			20619	27.75	13.46
Filmtabl 20 mg/25 mg 98 Stk			20619	62.35	40.04
Filmtabl 40 mg/12.5 mg 28 Stk			20619	34.10	15.42
Filmtabl 40 mg/12.5 mg 98 Stk			20619	75.05	51.08
Filmtabl 40 mg/25 mg 28 Stk			20619	36.10	17.18
Filmtabl 40 mg/25 mg 98 Stk			20619	75.05	51.08
OLMETEC PLUS	Daiichi Sankyo (Schweiz) AG	020720			
Filmtabl 20/12.5 28 Stk			18286	29.45	14.96
Filmtabl 20/12.5 98 Stk			18286	67.45	44.49
Filmtabl 20/25 28 Stk			18286	29.45	14.96
Filmtabl 20/25 98 Stk			18286	67.45	44.49
Filmtabl 40/12.5 28 Stk			18286	38.30	19.09
Filmtabl 40/12.5 98 Stk			18286	81.55	56.76
Filmtabl 40/25 28 Stk			18286	38.30	19.09
Filmtabl 40/25 98 Stk			18286	81.55	56.76
OMIDA RUBISAN N	Omida AG	200110			
Salbe 50 g			16497	13.80	7.48
Salbe 100 g			16497	24.30	13.16
ONBREZ BREEZHALER	Novartis Pharma Schweiz AG	030430			
Inh Kaps 0.150 mg Blist 30 Stk			19221	56.65	35.06
Inh Kaps 0.150 mg 3 Blist 30 Stk			19221	119.05	89.40
Inh Kaps 0.300 mg Blist 30 Stk			19221	63.60	41.12
Inh Kaps 0.300 mg 3 Blist 30 Stk			19221	136.80	104.88
OPATANOL	Novartis Pharma Schweiz AG	110620			
Gtt Opht 5 ml			17953	16.75	7.46
OPSUMIT	Actelion Pharmaceuticals Ltd	020710			
Filmtabl 10 mg 30 Stk			20166	3117.00	2800.97
ORACEA	Galderma SA	080150			
Kaps 40 mg 28 Stk			19907	34.85	16.07
Kaps 40 mg 56 Stk			19907	53.30	32.13

PRÄPARATE / (Wirkstoffe) Packungen	Verantwortliche Firma	Therap. Gruppe	Dossier Nr.	Preis neu	Ex-Fact. neu
OXIS TURBUHALER Inh Plv 6 mcg/Dosis 60 Dos Inh Plv 12 mcg/Dosis 60 Dos	AstraZeneca AG	030430	16770 16770	35.50 41.45	16.64 21.80
PEGASYS Inj Lös 135 mcg/0.5 ml 4 Fertspr 0.500 ml Inj Lös 180 mcg/0.5 ml 4 Fertspr 0.500 ml	CPS Cito Pharma Services GmbH	080300	17686 17686	725.65 826.90	617.82 706.02
PENTACARINAT Inj Lös 300 mg Durchstf 5 Stk	Sanofi-Aventis (Suisse) SA	080193	15697	191.50	152.53
PENTAVAC Inj Susp Trockensub+Susp+Nadeln Fertigspr 1 Stk	Sanofi-Aventis (Suisse) SA	080800	17426	55.65	34.19
PERINDOPRIL AMLODIPIN-MEPHA (ALT) Tabl 5 mg/5 mg 30 Stk Tabl 5 mg/5 mg 90 Stk Tabl 5 mg/10 mg 30 Stk Tabl 5 mg/10 mg 90 Stk Tabl 10 mg/5 mg 30 Stk Tabl 10 mg/5 mg 90 Stk Tabl 10 mg/10 mg 30 Stk Tabl 10 mg/10 mg 90 Stk	Mepha Pharma AG	020720	20263 20263 20263 20263 20263 20263 20263 20263	27.45 56.25 27.45 56.25 27.45 56.25 27.45 56.25	13.21 34.71 13.21 34.71 13.21 34.71 13.21 34.71
PERINDOPRIL INDAPAMID-MEPHA Filmtabl 2.5/0.625 mg 30 Stk Filmtabl 2.5/0.625 mg 90 Stk Filmtabl 5/1.25 mg 30 Stk Filmtabl 5/1.25 mg 90 Stk Lactab 10/2.5 Ds 30 Stk Lactab 10/2.5 Ds 90 Stk	Mepha Pharma AG	020720	20162 20162 20162 20162 20162 20162	19.05 44.05 19.35 44.80 33.90 61.00	9.46 24.10 9.70 24.72 15.23 38.85
PERINDOPRIL-AMLODIPIN-MEPHA TEVA Tabl 5/5 mg Ds 30 Stk Tabl 5/5 mg Ds 90 Stk Tabl 5/10 mg Ds 30 Stk Tabl 5/10 mg Ds 90 Stk Tabl 10/5 mg Ds 30 Stk Tabl 10/5 mg Ds 90 Stk Tabl 10/10 mg Ds 30 Stk Tabl 10/10 mg Ds 90 Stk	Mepha Pharma AG	020720	68624 68624 68624 68624 68624 68624 68624 68624	27.45 56.25 27.45 56.25 27.45 56.25 27.45 56.25	13.21 34.71 13.21 34.71 13.21 34.71 13.21 34.71
PHYSIOTENS Tabl 0.300 mg 28 Stk Tabl 0.300 mg 98 Stk	Mylan Pharma GmbH	020710	16206 16206	18.60 50.15	9.07 29.42
PHYSIOTENS FORTE Tabl 0.400 mg 28 Stk Tabl 0.400 mg 98 Stk	Mylan Pharma GmbH	020710	16206 16206	20.15 55.45	10.40 34.01
PHYSIOTENS MITE Tabl 0.200 mg 28 Stk Tabl 0.200 mg 98 Stk	Mylan Pharma GmbH	020710	16206 16206	16.15 40.30	6.91 20.81
POSACONAZOL ACCORD Susp 40 mg/ml zum Einnehmen 105 ml	Accord Healthcare AG	080600	21159	605.50	513.14
POSACONAZOL DEVATIS Susp 40 mg/ml zum Einnehmen 105 ml	Devatis AG	080600	21269	605.50	513.14

PRÄPARATE / (Wirkstoffe) Packungen	Verantwortliche Firma	Therap. Gruppe	Dossier Nr.	Preis neu	Ex-Fact. neu
POSACONAZOL MYLAN Susp 40 mg/ml zum Einnehmen Fl 105 ml	Mylan Pharma GmbH	080600	21310	605.50	513.14
PREVYMIS Filmtabl 240 mg 28 Stk Filmtabl 480 mg 28 Stk Inf Konz 240 mg/12 ml 1 Stk Inf Konz 480 mg/24 ml 1 Stk	MSD Merck Sharp & Dohme AG	080300	20765 20765 20765 20765	4897.65 9450.60 215.35 413.10	4538.18 8980.11 173.31 345.56
PREZISTA Filmtabl 600 mg 60 Stk Filmtabl 800 mg 30 Stk	Janssen-Cilag AG	080300	18447 18447	745.05 502.20	634.72 423.15
PRIORIX Trockensub c Solv Fertspr 1 Stk	GlaxoSmithKline AG	080800	17289	36.55	17.57
PROCORALAN Filmtabl 5 mg 56 Stk Filmtabl 5 mg 112 Stk Filmtabl 7.500 mg 56 Stk Filmtabl 7.500 mg 112 Stk	Servier (Suisse) SA	029900	18623 18623 18623 18623	54.05 91.45 54.05 91.45	32.78 65.39 32.78 65.39
PROCTO SYNALAR N Supp 10 Stk Salbe Tb 15 g Salbe 30 g	Farmaceutica Teofarma Suisse SA	020920	10481 10482 10482	7.75 8.10 15.20	3.16 3.48 6.11
PROPRANOLOL ZENTIVA Filmtabl 10 mg Ds 60 Stk Filmtabl 40 mg Ds 60 Stk Filmtabl 40 mg Ds 180 Stk Filmtabl 80 mg Ds 60 Stk Filmtabl 80 mg Ds 180 Stk	Helvepharm AG	020300	14921 14921 14921 14921 14921	5.65 9.15 18.90 17.00 38.80	1.36 4.42 9.32 7.68 19.53
PROTAGENT Gtt Opht 10 ml	Alcon Switzerland SA	110820	16500	5.85	3.16
PROTAGENT SE Gtt Opht 20x 0.400 ml Gtt Opht 80x 0.400 ml	Alcon Switzerland SA	110820	16425 16425	10.60 35.65	5.75 19.33
PULMOZYME Inhal Lös 2.500 mg 30 Amp 2.500 ml	Roche Pharma (Schweiz) AG	039900	16272	802.35	684.62
QUINSAIR Inhal Lös 240 mg/2.4 ml 56 Amp 2.4 ml	Chiesi SA	080180	20908	3065.45	2750.66
RAMIPRIL SANDOZ Tabl 1.250 mg 20 Stk Tabl 1.250 mg 100 Stk Tabl 2.500 mg 20 Stk Tabl 2.500 mg 100 Stk Tabl 5 mg 20 Stk Tabl 5 mg 100 Stk Tabl 10 mg 20 Stk Tabl 10 mg 100 Stk	Sandoz Pharmaceuticals AG	020710	18283 18283 18283 18283 18283 18283 18283 18283	7.50 25.40 8.95 37.90 9.20 39.20 14.35 40.75	2.97 11.43 4.23 18.72 4.46 19.86 5.36 21.21

PRÄPARATE / (Wirkstoffe) Packungen	Verantwortliche Firma	Therap. Gruppe	Dossier Nr.	Preis neu	Ex-Fact. neu
RAMIPRIL ZENTIVA	Helvepharm AG	020710			
Tabl 1.250 mg 20 Stk			18579	7.55	3.00
Tabl 1.250 mg 100 Stk			18579	25.55	11.56
Tabl 2.500 mg 20 Stk			18579	8.95	4.23
Tabl 2.500 mg 100 Stk			18579	37.90	18.72
Tabl 5 mg 20 Stk			18579	9.20	4.46
Tabl 5 mg 100 Stk			18579	39.20	19.86
Tabl 10 mg 20 Stk			18579	14.35	5.37
Tabl 10 mg 100 Stk			18579	40.75	21.22
RAMIPRIL-MEPHA	Mepha Pharma AG	020710			
Tabl 1.250 mg 20 Stk			20537	7.50	2.97
Tabl 1.250 mg 100 Stk			20537	25.40	11.43
Tabl 2.500 mg 20 Stk			20537	8.75	4.07
Tabl 2.500 mg 100 Stk			20537	37.35	18.27
Tabl 5 mg 20 Stk			20537	9.25	4.47
Tabl 5 mg 100 Stk			20537	39.20	19.86
Tabl 10 mg 20 Stk			20537	9.80	4.98
Tabl 10 mg 100 Stk			20537	39.75	20.34
RANEXA	A. Menarini GmbH	029900			
Ret Tabl 375 mg 60 Stk			19219	75.05	51.11
Ret Tabl 375 mg 100 Stk			19219	112.35	83.59
Ret Tabl 500 mg 60 Stk			19219	75.05	51.11
Ret Tabl 500 mg 100 Stk			19219	112.35	83.59
Ret Tabl 750 mg 60 Stk			19219	75.05	51.11
Ret Tabl 750 mg 100 Stk			19219	112.35	83.59
RECTOGESIC	Cederberg GmbH	020910			
Salbe 4 mg/g Tb 30 g			19356	69.70	46.42
RELPAK	Pfizer PFE Switzerland GmbH	020510			
Filmtabl 40 mg 4 Stk			17624	33.85	15.20
Filmtabl 40 mg 6 Stk			17624	40.00	20.54
Filmtabl 40 mg 20 Stk			17624	89.65	63.82
Filmtabl 80 mg 6 Stk			17624	40.00	20.54
Filmtabl 80 mg 20 Stk			17624	89.65	63.82
RELVAR ELLIPTA	GlaxoSmithKline AG	030430			
Inh Plv 92mcg/22mcg 30 Dos			20105	51.60	30.67
Inh Plv 92mcg/22mcg 3x 30 Dosen			20105	122.05	92.01
Inh Plv 184mcg/22mcg 30 Dos			20105	61.05	38.90
Inh Plv 184mcg/22mcg 3x 30 Dosen			20105	150.35	116.70
REMODULIN	Gebro Pharma AG	020710			
Inf Lös 20 mg/20 ml Vial 20 ml			18094	2714.05	2418.57
Inf Lös 50 mg/20 ml Vial 20 ml			18094	5315.35	4945.69
Inf Lös 100 mg/20 ml Vial 20 ml			18094	10384.65	9891.38
Inf Lös 200 mg/20 ml Vial 20 ml			18094	20523.35	19782.76
RETROVIR AZT	ViiV Healthcare GmbH	080300			
Kaps 250 mg 40 Stk			15291	179.75	142.30
Sirup 10 mg/ml 200 ml			16240	48.05	27.56
REVATIO	Pfizer PFE Switzerland GmbH	020710			
Filmtabl 20 mg 90 Stk			18371	599.40	507.84
REVAXIS	Sanofi-Aventis (Suisse) SA	080800			
Inj Susp m Nadeln Fertigspr 0.500 ml			17608	25.90	11.86

PRÄPARATE / (Wirkstoffe) Packungen	Verantwortliche Firma	Therap. Gruppe	Dossier Nr.	Preis neu	Ex-Fact. neu
REYATAZ Kaps 150 mg 60 Stk Kaps 200 mg 60 Stk Kaps 300 mg 30 Stk	Bristol-Myers Squibb SA	080300	18048 18048 18048	467.60 467.60 467.60	393.02 393.02 393.02
REZIRKANE Filmtabl 120 mg 60 Stk Filmtabl 240 mg 30 Stk Filmtabl 240 mg 60 Stk	Zeller Medical AG Pflanzliche Heilmittel	529700	20273 20273 20273	54.40 51.75 78.70	33.08 30.81 54.25
RIAMET Tabl 24 Stk	Novartis Pharma Schweiz AG	080410	17288	46.20	25.94
RIAMET DISPERSIBLE Tabl 20/120 mg 12 Stk	Novartis Pharma Schweiz AG	080410	19036	27.20	12.97
ROCEPHIN Trockensub 1 g i.v. c Solv Durchstf 1 Stk Trockensub 1 g i.m. c Lidoc Durchstf 1 Stk Trockensub 2 g i.v. Durchstf 1 Stk	Roche Pharma (Schweiz) AG	080130	14772 14772 14772	25.20 25.20 43.25	11.22 11.22 23.41
SALAGEN Filmtabl 5 mg 84 Stk	Norgine AG	129900	18025	87.70	62.12
SEEBRI BREEZHALER Inh Kaps 50 mcg 30 Stk Inh Kaps 50 mcg 3 x 30 Stk	Novartis Pharma Schweiz AG	030430	20035 20035	57.00 138.25	35.38 106.13
SEVIKAR Filmtabl 20/5 mg Blist 28 Stk Filmtabl 20/5 mg Blist 98 Stk Filmtabl 40/5 mg Blist 28 Stk Filmtabl 40/5 mg Blist 98 Stk Filmtabl 40/10 mg Blist 28 Stk Filmtabl 40/10 mg Blist 98 Stk	Daiichi Sankyo (Schweiz) AG	020720	18889 18889 18889 18889 18889 18889	40.10 84.05 45.65 100.70 46.95 108.85	20.63 58.91 25.50 73.42 26.60 80.55
SEVIKAR HCT Filmtabl 20/5/12.5 mg 28 Stk Filmtabl 20/5/12.5 mg 98 Stk Filmtabl 40/5/12.5 mg 28 Stk Filmtabl 40/5/12.5 mg 98 Stk Filmtabl 40/10/12.5 mg 28 Stk Filmtabl 40/10/12.5 mg 98 Stk Filmtabl 40/5/25 mg 28 Stk Filmtabl 40/5/25 mg 98 Stk Filmtabl 40/10/25 mg 28 Stk Filmtabl 40/10/25 mg 98 Stk	Daiichi Sankyo (Schweiz) AG	020720	19455 19455 19455 19455 19455 19455 19455 19455 19455 19455	40.30 84.60 45.95 101.40 47.20 109.70 45.95 101.40 47.20 109.70	20.81 59.42 25.73 74.05 26.83 81.25 25.73 74.05 26.83 81.25
SILDENAFIL PAH SPIRIG HC Filmtabl 20 mg Blist 90 Stk	Spirig HealthCare AG	020710	20830	541.10	457.06
SILDENAFIL PAH-MEPHA Filmtabl 20 mg 90 Stk	Mepha Pharma AG	020710	20667	541.10	457.06
SINGULAIR Filmtabl 10 mg 28 Stk Filmtabl 10 mg 98 Stk Kautabl 4 mg Kleink 28 Stk Kautabl 4 mg Kleink 98 Stk Kautabl 5 mg Kind 28 Stk Kautabl 5 mg Kind 98 Stk Gran 4 mg Btl 28 Stk	Organon GmbH	030450	17173 17173 17253 17253 17253 17253 18008	37.80 91.15 37.80 91.15 37.80 91.15 39.30	18.66 65.13 18.65 65.10 18.66 65.13 19.96

PRÄPARATE / (Wirkstoffe) Packungen	Verantwortliche Firma	Therap. Gruppe	Dossier Nr.	Preis neu	Ex-Fact. neu
SOLMUCOL 100 Gran 100 mg o Zucker 20 Btl 1.500 g	IBSA Institut Biochimique SA	030200	15028	2.75	1.50
SOLMUCOL 200 Gran 200 mg o Zucker 20 Btl 1.500 g Gran 200 mg o Zucker 40 Btl 1.500 g	IBSA Institut Biochimique SA	030200	15028 15028	4.50 7.95	2.45 4.31
SOLMUCOL 400 Gran 400 mg o Zucker 30 Btl 1.800 g Gran 400 mg o Zucker 90 Btl 1.800 g	IBSA Institut Biochimique SA	030200	15028 15028	14.40 29.20	5.41 14.73
SOLMUCOL 600 Gran 600 mg o Zucker Btl 10 Stk Gran 600 mg o Zucker Btl 90 Stk Brausetabl 600 mg 10 Stk	IBSA Institut Biochimique SA	030200	15028 15028 15028	5.80 39.30 5.80	3.14 19.94 3.14
SPERSADEX MONO Gtt Opht 0.100 % 5 ml	OmniVision AG	110610	12320	9.45	4.64
SPIOLTO RESPIMAT Inhal Lös 2.500 mcg/Hub wiederverw Dosierspr 60 Dos Inhal Lös 2.500 mcg/Hub wiederverw 3 Dosierspr 60 Dos	Boehringer Ingelheim (Schweiz) GmbH	030430	20975 20975	70.15 177.70	46.84 140.52
SPIRIVA Inh Kaps 18 mcg 30 Stk Inh Kaps 18 mcg 90 Stk	Boehringer Ingelheim (Schweiz) GmbH	030430	17867 17867	50.80 118.20	29.98 88.66
SPIRIVA RESPIMAT Inhal Lös 2.500 mcg/Hub wiederverw 60 Dos Inhal Lös 2.500 mcg/Hub wiederverw 3 x 60 Dos	Boehringer Ingelheim (Schweiz) GmbH	030430	20974 20974	50.80 118.20	29.98 88.66
STRIVERDI RESPIMAT Inhal Lös 2.500 mcg/Hub wiederve 60 Dos Inhal Lös 2.500 mcg/Hub wiederve 3 x 60 Dos	Boehringer Ingelheim (Schweiz) GmbH	030430	20973 20973	53.70 128.35	32.51 97.53
SYMFONA 120 Kaps 120 mg 60 Stk Kaps 120 mg 120 Stk	OM Pharma Suisse SA	529700	17113 17113	54.50 83.45	33.18 58.40
SYMFONA 240 Filmtabl 240 mg 30 Stk Filmtabl 240 mg 60 Stk	OM Pharma Suisse SA	529700	20424 20424	54.50 83.45	33.18 58.40
TADALAFIL PAH ORPHA Filmtabl 20 mg 56 Stk	OrPha Swiss GmbH	020710	21236	538.80	455.04
TADALAFIL PAH SPIRIG HC Filmtabl 20 mg Blist 56 Stk	Spirig HealthCare AG	020710	21194	538.80	455.04
TADALAFIL PAH-MEPHA Lactab 20 mg Blist 56 Stk	Mepha Pharma AG	020710	20928	538.80	455.04
TADALAFIL-PAH-MEPHA TEVA Lactab 20 mg Blist 60 Stk	Mepha Pharma AG	020710	20928	576.10	487.54
TAMBOCOR Tabl 100 mg 20 Stk Tabl 100 mg 100 Stk	MEDA Pharma GmbH	020200	14680 14680	17.60 57.90	8.19 36.16
TARGOCID Trockensub 400 mg c Solv i.v./i.m. Amp 1 Stk	Sanofi-Aventis (Suisse) SA	080193	15881	97.60	70.74
TARKA Filmtabl 30 Stk Filmtabl 100 Stk	Mylan Pharma GmbH	020720	16923 16923	34.70 73.20	15.92 49.49

PRÄPARATE / (Wirkstoffe) Packungen	Verantwortliche Firma	Therap. Gruppe	Dossier Nr.	Preis neu	Ex-Fact. neu
TAVANIC Tabl 250 mg 7 Stk Tabl 250 mg 10 Stk Tabl 500 mg 5 Stk Tabl 500 mg 7 Stk Tabl 500 mg 10 Stk	Sanofi-Aventis (Suisse) SA	080180	17089 17089 17089 17089 17089	19.20 27.00 20.75 28.80 38.50	9.57 12.81 10.94 14.38 19.26
TELMISARTAN-HCT-MEPHA Tabl 80/12.5 mg 28 Stk Tabl 80/12.5 mg 98 Stk Tabl 80/25 mg 28 Stk Tabl 80/25 mg 98 Stk	Mepha Pharma AG	020720	20423 20423 20423 20423	27.50 69.20 27.80 70.25	13.25 46.00 13.51 46.90
TIMOGEL UD Augengel 0.100 % 30 Monodos 0.400 g	Théa PHARMA SA	110900	18314	15.75	6.59
TIVICAY Filmtabl 50 mg 30 Stk	ViiV Healthcare GmbH	080300	20200	741.10	631.26
TOBI Inhal Lös 300 mg/5 ml 56 Amp 5 ml	Mylan Pharma GmbH	030500	17702	2613.10	2326.52
TOBI PODHALER Inh Kaps 28 mg 224 Stk	Mylan Pharma GmbH	030500	19839	2613.10	2326.52
TRACLEER Filmtabl 62.500 mg 56 Stk Filmtabl 62.500 mg Fl 56 Stk Filmtabl 125 mg 56 Stk Filmtabl 125 mg Fl 56 Stk	Janssen-Cilag AG	020710	17748 17748 17748 17748	1072.75 1072.75 1072.75 1072.75	922.05 922.05 922.05 922.05
TRANDATE Tabl 100 mg Ds 100 Stk Tabl 200 mg Ds 100 Stk	Aspen Pharma Schweiz GmbH	020300	13232 13232	20.80 35.25	10.96 16.42
TRAVATAN Gtt Opht 40 mcg/ml 2.500 ml Gtt Opht 40 mcg/ml 3x 2.500 ml	Novartis Pharma Schweiz AG	110900	17797 17797	24.95 52.50	11.02 31.44
TRAVOPROST-MEPHA Gtt Opht 40 mcg/ml Fl 2.500 ml Gtt Opht 40 mcg/ml 3 Fl 2.500 ml	Mepha Pharma AG	110900	20652 20652	19.60 48.90	9.93 28.30
TRAVOPROST-MEPHA PLUS Gtt Opht 0.04 mg/5 mg Fl 2.500 ml Gtt Opht 0.04 mg/5 mg 3 Fl 2.500 ml	Mepha Pharma AG	110900	21012 21012	27.75 60.45	13.46 38.36
TRAVOTIM-VISION Gtt Opht 3 Fl 2.5 ml	OmniVision AG	110900	21141	60.45	38.36
TRAVO-VISION Gtt Opht 40 mcg/ml 3 Fl 2.500 ml	OmniVision AG	110900	20832	48.90	28.30
TRELEGY ELLIPTA Inh Plv 92/55/22mcg 30 Dos Inh Plv 92/55/22mcg 3 x 30 Dosen	GlaxoSmithKline AG	039900	20837 20837	90.95 239.95	64.92 194.75
TREPROSTINIL IDEOGEN Inf Lös 1 mg/ml Durchstf 20 ml Inf Lös 2.5 mg/ml Durchstf 20 ml Inf Lös 5 mg/ml Durchstf 20 ml Inf Lös 10 mg/ml Durchstf 20 ml	Ideogen AG	020710	21450 21450 21450 21450	2448.80 4808.40 9370.80 18495.60	2176.71 4451.12 8902.24 17804.48
TREPROSTINIL ORPHA Inf Lös 1 mg/ml Durchstf 10 ml Inf Lös 2.5 mg/ml Durchstf 10 ml Inf Lös 5 mg/ml Durchstf 10 ml Inf Lös 10 mg/ml Durchstf 10 ml	OrPha Swiss GmbH	020710	21092 21092 21092 21092	1255.15 2502.40 4808.40 9370.80	1088.35 2225.56 4451.12 8902.24

PRÄPARATE / (Wirkstoffe) Packungen	Verantwortliche Firma	Therap. Gruppe	Dossier Nr.	Preis neu	Ex-Fact. neu
TRIA TEC 1.25 Tabl 1.250 mg 20 Stk Tabl 1.250 mg 100 Stk	Sanofi-Aventis (Suisse) SA	020710	17862 17862	8.10 27.75	3.50 13.44
TRIA TEC 10 Tabl 10 mg 20 Stk Tabl 10 mg 100 Stk	Sanofi-Aventis (Suisse) SA	020710	17862 17862	15.45 45.05	6.31 24.96
TRIA TEC 2.5 Tabl 2.500 mg 20 Stk Tabl 2.500 mg 100 Stk	Sanofi-Aventis (Suisse) SA	020710	17862 17862	9.80 41.70	4.97 22.03
TRIA TEC 5 Tabl 5 mg 20 Stk Tabl 5 mg 100 Stk	Sanofi-Aventis (Suisse) SA	020710	17862 17862	14.25 43.25	5.26 23.37
TRIA TEC COMP Tabl 5 mg 5/25 20 Stk Tabl 5 mg 5/25 100 Stk	Sanofi-Aventis (Suisse) SA	020720	16270 16270	14.20 42.50	5.23 22.73
TRIA TEC COMP MITE Tabl 2.5/12.5 20 Stk Tabl 2.5/12.5 100 Stk	Sanofi-Aventis (Suisse) SA	020720	16270 16270	9.65 39.85	4.82 20.42
TRIMBOW Inhal Lös 87µg/5µg/9µg 120 Dos Inhal Lös 87µg/5µg/9µg 360 Dos	Chiesi SA	030430	21023 21023	85.15 222.65	59.88 179.64
TRIZIVIR Filmtabl 300 mg/150 mg/300 mg 60 Stk	ViiV Healthcare GmbH	080300	17649	755.35	643.70
TRUSOPT Gtt Opht 2 % Fl 5 ml Gtt Opht 2 % 3x Fl 5 ml	Santen SA	110900	16427 16427	20.05 44.10	10.33 24.15
ULTIBRO BREEZHALER Inh Kaps 110mcg/50mcg 30 Stk Inh Kaps 110mcg/50mcg 90 Stk	Novartis Pharma Schweiz AG	030430	20197 20197	68.70 173.15	45.57 136.55
VALACICLOVIR SANDOZ Filmtabl 250 mg 60 Stk Filmtabl 500 mg 10 Stk Filmtabl 500 mg 30 Stk Filmtabl 500 mg 42 Stk Filmtabl 500 mg 90 Stk Filmtabl 1000 mg 21 Stk	Sandoz Pharmaceuticals AG	080300	19159 19159 19159 19159 19159 19159	54.60 25.05 54.55 68.00 113.60 68.00	33.27 11.11 33.25 44.93 84.65 44.93
VALACICLOVIR THERICA Filmtabl 500 mg Blist 10 Stk Filmtabl 500 mg 30 Stk Filmtabl 500 mg Blist 42 Stk Filmtabl 500 mg 90 Stk	Bailleul (Suisse) SA	080300	19207 19207 19207 19207	25.30 54.60 68.00 122.90	11.32 33.26 44.93 92.75
VALACICLOVIR ZENTIVA Filmtabl 500 mg Blist 10 Stk Filmtabl 500 mg Blist 30 Stk Filmtabl 500 mg Blist 42 Stk Filmtabl 500 mg Blist 90 Stk	Helvepharm AG	080300	19247 19247 19247 19247	20.50 53.25 68.00 124.60	10.71 32.10 44.93 94.25
VALACICLOVIR-MEPHA Lactabs 1000 mg 21 Stk Lactabs 1000 mg 49 Stk	Mepha Pharma AG	080300	19348 19348	68.05 136.75	44.97 104.83

PRÄPARATE / (Wirkstoffe) Packungen	Verantwortliche Firma	Therap. Gruppe	Dossier Nr.	Preis neu	Ex-Fact. neu
VALACIVIR-MEPHA Lactabs 500 mg Blist 10 Stk Lactabs 500 mg Blist 30 Stk Lactabs 500 mg Blist 42 Stk Lactabs 500 mg Blist 90 Stk	Mepha Pharma AG	080300	19099 19099 19099 19099	25.05 54.55 68.00 113.60	11.11 33.25 44.93 84.65
VALCYTE Filmtabl 60 Stk	CPS Cito Pharma Services GmbH	080300	17787	1345.95	1171.12
VALGANCICLOVIR SANDOZ Filmtabl 450 mg 60 Stk	Sandoz Pharmaceuticals AG	080300	20386	1217.50	1054.01
VALGANCICLOVIR-MEPHA Lactabs 450 mg 60 Stk	Mepha Pharma AG	080300	20389	1217.50	1054.01
VALSARTAN HCT ZENTIVA Filmtabl 80/12.5 mg Blist 28 Stk Filmtabl 80/12.5 mg Blist 98 Stk Filmtabl 160/25 mg Blist 28 Stk Filmtabl 160/25 mg Blist 98 Stk Filmtabl 160/12.5 mg Blist 28 Stk Filmtabl 160/12.5 mg Blist 98 Stk	Helvepharm AG	020720	19781 19781 19781 19781 19781 19781	19.35 52.45 25.55 62.70 25.55 62.70	9.71 31.40 11.53 40.31 11.53 40.31
VALTREX Filmtabl 250 mg 60 Stk Filmtabl 500 mg 10 Stk Filmtabl 500 mg 30 Stk Filmtabl 500 mg 42 Stk	GlaxoSmithKline AG	080300	16495 16495 16495 16495	68.85 27.80 62.80 85.15	45.69 13.49 40.41 59.90
VANCOGIN Trockensub 500 mg i.v. Durchstf 1 Stk Trockensub 1 g i.v. Durchstf 1 Stk	Teva Pharma AG	080193	16830 16830	28.50 45.80	14.11 25.62
VANCOMYCIN LABATEC Trockensub 500 mg Durchstf 1 Stk Trockensub 500 mg Durchstf 10 Stk Trockensub 1 g Durchstf 1 Stk Trockensub 1 g Durchstf 10 Stk	Labatec Pharma SA	080193	19349 19349 19349 19349	20.70 141.35 41.40 266.45	10.89 108.85 21.78 217.80
VANCOMYCIN SANDOZ Trockensub 500 mg i.v. Durchstf 1 Stk Trockensub 1 g i.v. Durchstf 1 Stk	Sandoz Pharmaceuticals AG	080193	18386 18386	20.70 41.40	10.89 21.78
VARILRIX Trockensub c solv Fertspr 0.500 ml	GlaxoSmithKline AG	080800	18076	65.20	42.53
VARIVAX Inj Susp Fertspr 0.500 ml	MSD Merck Sharp & Dohme AG	080800	18208	66.05	43.25
VFEND Plv 40 mg/ml für Susp 70 ml Filmtabl 50 mg 56 Stk Filmtabl 200 mg 28 Stk	Pfizer AG	080600	18119 17815 17815	733.35 596.65 1170.20	624.51 505.45 1010.90
VISCOTEARS Augengel 10 g Augengel 3x 10 g	Bausch & Lomb Swiss AG	110820	18125 18125	6.35 18.15	3.45 9.83
VISCOTEARS SDU Augengel 30x 0.600 g	Bausch & Lomb Swiss AG	110820	18122	13.05	7.08
VISUDYNE Trockensub 15 mg Durchstf 1 Stk	CPS Cito Pharma Services GmbH	119900	17451	1330.70	1157.25
VOLIBRIS Filmtabl 5 mg 30 Stk Filmtabl 10 mg 30 Stk	GlaxoSmithKline AG	020710	18885 18885	1268.60 1268.60	1100.63 1100.63

PRÄPARATE / (Wirkstoffe) Packungen	Verantwortliche Firma	Therap. Gruppe	Dossier Nr.	Preis neu	Ex-Fact. neu
VORICONAZOL ACCORD Filmtabl 50 mg Blist 56 Stk Filmtabl 200 mg Blist 28 Stk	Accord Healthcare AG	080600	21061 21061	527.30 1037.70	445.05 890.10
VORICONAZOL PFIZER Filmtabl 50 mg 56 Stk Filmtabl 200 mg 28 Stk Plv 40 mg/ml 70 ml	Pfizer AG	080600	20441 20441 20440	527.30 1037.70 661.65	445.05 890.10 562.06
VORICONAZOL SANDOZ Filmtabl 50 mg 56 Stk Filmtabl 200 mg 28 Stk	Sandoz Pharmaceuticals AG	080600	20476 20476	527.30 1037.70	445.05 890.10
VORICONAZOL-MEPHA Lactabs 50 mg 56 Stk Lactabs 200 mg 28 Stk	Mepha Pharma AG	080600	20546 20546	527.30 1037.70	445.05 890.10
VOTUM PLUS Filmtabl 20/12.5 28 Stk Filmtabl 20/12.5 98 Stk Filmtabl 20/25 28 Stk Filmtabl 20/25 98 Stk Filmtabl 40/12.5 28 Stk Filmtabl 40/12.5 98 Stk Filmtabl 40/25 28 Stk Filmtabl 40/25 98 Stk	A. Menarini GmbH	020720	18287 18287 18287 18287 18287 18287 18287 18287	29.45 67.45 29.45 67.45 38.30 81.55 38.30 81.55	14.96 44.49 14.96 44.49 19.08 56.76 19.08 56.76
WELLVONE Susp 750 mg/5 ml 210 ml	GlaxoSmithKline AG	080430	16702	512.50	432.15
XALACOM Gtt Opht 2.500 ml Gtt Opht 3x 2.500 ml	Pfizer PFE Switzerland GmbH	110900	17712 17712	28.15 62.95	13.80 40.57
XALATAN Gtt Opht 2.500 ml Gtt Opht 3x 2.500 ml	Pfizer PFE Switzerland GmbH	110900	16851 16851	25.25 54.40	11.26 33.10
ZADITEN OPHTHA Gtt Opht 5 ml	Novartis Pharma Schweiz AG	110620	17556	16.95	7.61
ZADITEN OPHTHA SDU Gtt Opht 20x 0.400 ml	Novartis Pharma Schweiz AG	110620	17557	17.80	8.35
ZANIPRESS Filmtabl 10/10 mg 28 Stk Filmtabl 10/10 mg 98 Stk Filmtabl 10/20 mg 28 Stk Filmtabl 10/20 mg 98 Stk	Recordati AG	020720	19170 19170 19170 19170	19.55 50.95 25.20 54.95	9.89 30.10 11.23 33.59
ZEFFIX Filmtabl 100 mg 28 Stk Filmtabl 100 mg 84 Stk Trink Lös o Alkohol 240 ml	GlaxoSmithKline AG	080300	17341 17341 17351	97.50 225.50 48.25	70.63 182.15 27.75
ZIAGEN Tabl 300 mg 60 Stk Trink Lös 20 mg/ml 240 ml	ViiV Healthcare GmbH	080300	17386 17387	278.90 93.30	228.64 66.97
ZOLMITRIPTAN SANDOZ Filmtabl 2.500 mg 3 Stk Filmtabl 2.500 mg 6 Stk Filmtabl 2.500 mg 12 Stk Schmelztabl 2.500 mg 2 Stk Schmelztabl 2.500 mg 6 Stk Schmelztabl 2.500 mg 12 Stk	Sandoz Pharmaceuticals AG	020510	20016 20016 20016 20017 20017 20017	19.85 38.65 55.50 15.75 38.05 54.35	10.14 19.40 34.04 6.56 18.85 33.07

PRÄPARATE / (Wirkstoffe) Packungen	Verantwortliche Firma	Therap. Gruppe	Dossier Nr.	Preis neu	Ex-Fact. neu
ZOLMITRIPTAN SPIRIG HC Tabl 2.500 mg 3 Stk Schmelztabl 2.500 mg 2 Stk Schmelztabl 2.500 mg 6 Stk Tabl 2.500 mg 6 Stk Tabl 2.500 mg 12 Stk Schmelztabl 2.500 mg 12 Stk	Spirig HealthCare AG	020510	20225 20226 20226 20225 20225 20226	19.85 15.75 38.05 38.65 55.50 54.35	10.14 6.56 18.85 19.40 34.04 33.07
ZOLMITRIPTAN ZENTIVA Schmelztabl 2.500 mg Blist 6 Stk Schmelztabl 2.500 mg Blist 12 Stk	Helvepharm AG	020510	20006 20006	38.65 55.50	19.40 34.04
ZOLMITRIPTAN-MEPHA ORO Schmelztabl 2.500 mg 3 Stk Schmelztabl 2.500 mg 6 Stk Schmelztabl 2.500 mg 12 Stk	Mepha Pharma AG	020510	20011 20011 20011	19.85 38.65 55.50	10.14 19.40 34.04
ZOVIRAX Filmtabl 200 mg 25 Stk Filmtabl 800 mg 35 Stk	GlaxoSmithKline AG	080300	14456 14456	26.95 70.40	12.74 47.05
IV.c. Wechsel der Abgabekategorie					
BEXIN Sirup 25 mg/10 ml 130 ml Tropfen 20.800 mg/ml 20 ml	Spirig HealthCare AG	030120	12676 12675	8.60 3.26	3.90 7.85
IV.d. Freiwillige Preissenkung					
ADRIBLASTIN SOL Inj Lös 50 mg/25 ml 2 Cytosafe 25 ml	Pfizer AG	071610	15876	157.55	122.97
ALOXI Inj Lös 0.250 mg/5 ml Amp 5 ml	Vifor SA	010900	18404	73.55	49.80
BRUFEN Filmtabl 200 mg Blist 30 Stk Brausegran 600 mg Btl 20 Stk Filmtabl 400 mg 20 Stk Filmtabl 400 mg 50 Stk Filmtabl 600 mg 20 Stk Filmtabl 600 mg 100 Stk	Mylan Pharma GmbH	071010	14248 15529 11185 11185 14248 14248	5.85 6.80 5.95 8.40 6.80 20.40	1.51 2.37 1.63 3.74 2.37 10.61
CELEBREX Kaps 100 mg 30 Stk Kaps 200 mg 30 Stk Kaps 200 mg 100 Stk	Pfizer PFE Switzerland GmbH	071010	17306 17306 17306	19.80 35.55 76.25	10.10 16.66 52.13
CIP ECO Filmtabl 250 mg 6 Stk Filmtabl 250 mg 10 Stk Filmtabl 250 mg 20 Stk	Sandoz Pharmaceuticals AG	080180	17734 17734 17734	8.90 15.45 19.90	4.16 6.32 10.19
CIPROFLOXACIN AXAPHARM Filmtabl 250 mg Blist 10 Stk Filmtabl 250 mg Blist 20 Stk	Axapharm AG	080180	18021 18021	15.60 19.90	6.43 10.19
CIPROFLOXACIN SANDOZ ECO Filmtabl 250 mg 6 Stk Filmtabl 250 mg 10 Stk Filmtabl 250 mg 20 Stk	Sandoz Pharmaceuticals AG	080180	18502 18502 18502	8.90 15.45 19.90	4.16 6.32 10.19
CIPROFLOXACIN ZENTIVA Filmtabl 250 mg Blist 10 Stk Filmtabl 250 mg Blist 20 Stk	Helvepharm AG	080180	18064 18064	15.45 19.90	6.30 10.19

PRÄPARATE / (Wirkstoffe) Packungen	Verantwortliche Firma	Therap. Gruppe	Dossier Nr.	Preis neu	Ex-Fact. neu
CIPROFLOXACIN-MEPHA Filmtabl 250 mg 10 Stk Filmtabl 250 mg 20 Stk	Mepha Pharma AG	080180	17880 17880	14.85 19.90	5.81 10.19
DUTASTERID SPIRIG HC Kaps 0.5 mg Blist 30 Stk Kaps 0.5 mg Blist 90 Stk	Spirig HealthCare AG	059900	20749 20749	16.65 41.80	7.37 22.14
ECOFENAC SANDOZ Lipogel 1 % 50 g Lipogel 1 % 100 g	Sandoz Pharmaceuticals AG	071040	17278 17278	5.55 7.60	3.02 4.12
FENTANYL SANDOZ MAT Matrixpfl 50 mcg/h 5 Stk	Sandoz Pharmaceuticals AG	010130	18614	53.40	32.25
FENTANYL SPIRIG HC Matrixpfl 50 mcg/h 5 Stk Matrixpfl 50 mcg/h 10 Stk	Spirig HealthCare AG	010130	18921 18921	53.40 81.60	32.25 56.78
FENTANYL-MEPHA Matrixpfl 50 mcg/h 5 Stk Matrixpfl 50 mcg/h 10 Stk	Mepha Pharma AG	010130	18512 18512	53.40 81.55	32.24 56.74
FLUIMUCIL Gran 200 mg Erw Btl 30 Stk Gran 200 mg Erw Btl 90 Stk	Zambon Switzerland Ltd	030200	11796 11796	6.05 18.85	3.27 9.26
IBUPROFEN MYLAN Brausegran 600 mg Btl 20 Stk	Mylan Pharma GmbH	071010	21126	6.80	2.37
INSPRA Filmtabl 25 mg 30 Stk Filmtabl 25 mg 100 Stk Filmtabl 50 mg 30 Stk Filmtabl 50 mg 100 Stk	Pfizer PFE Switzerland GmbH	050100	18249 18249 18249 18249	69.55 193.85 69.55 193.85	46.29 154.56 46.29 154.56
INVEGA Ret Tabl 3 mg 28 Stk Ret Tabl 6 mg 28 Stk Ret Tabl 9 mg 28 Stk	Janssen-Cilag AG	010500	18727 18727 18727	159.55 159.55 213.70	124.69 124.69 171.86
LEPONEX Tabl 100 mg 50 Stk	Mylan Pharma GmbH	010500	11732	45.25	25.14
LITALIR Kaps 500 mg 100 Stk	CPS Cito Pharma Services GmbH	071610	16482	92.20	66.04
LIVIAL Tabl 2.500 mg 28 Stk Tabl 2.500 mg 3x 28 Stk	Organon GmbH	070830	17141 17141	26.05 51.45	11.98 30.55
MIRTAZAPIN STREULI Filmtabl 30 mg 10 Stk Filmtabl 30 mg 30 Stk Filmtabl 30 mg 100 Stk	Streuli Pharma AG	010600	19482 19482 19482	17.15 39.35 84.65	7.78 20.00 59.43
OLFEN Gel 1 % 50 g Gel 1 % 100 g	Mepha Pharma AG	071040	15255 15255	4.50 7.60	2.44 4.12
ONDANSETRON ODT LABATEC Schmelztabl 8 mg 6 Stk	Labatec Pharma SA	010900	20306	45.65	25.50
ONDANSETRON ODT SANDOZ Schmelztabl 8 mg Blist 6 Stk	Sandoz Pharmaceuticals AG	010900	20896	45.65	25.50
ONDANSETRON-TEVA ORO Schmelztabl 8 mg 6 Stk	Teva Pharma AG	010900	18780	45.65	25.50

PRÄPARATE / (Wirkstoffe) Packungen	Verantwortliche Firma	Therap. Gruppe	Dossier Nr.	Preis neu	Ex-Fact. neu
PANPRAX Filmtabl 20 mg 15 Stk Filmtabl 20 mg 30 Stk Filmtabl 20 mg 60 Stk Filmtabl 20 mg 120 Stk	Drossapharm AG	049900	19261 19261 19261 19261	9.55 18.20 35.50 47.55	4.73 8.73 16.62 27.15
PANTOPRAZOL SANDOZ Tabl 20 mg 15 Stk Tabl 20 mg 30 Stk Tabl 20 mg 60 Stk Tabl 20 mg 120 Stk	Sandoz Pharmaceuticals AG	049900	19264 19264 19264 19264	9.50 18.20 34.80 47.65	4.72 8.71 16.01 27.21
PANTOPRAZOL STREULI Filmtabl 20 mg 15 Stk Filmtabl 20 mg 30 Stk Filmtabl 20 mg 60 Stk Filmtabl 20 mg 120 Stk	Streuli Pharma AG	049900	19263 19263 19263 19263	9.40 17.90 34.05 47.65	4.62 8.45 15.39 27.21
PRAVASTATIN AXAPHARM Tabl 20 mg 30 Stk Tabl 20 mg 100 Stk	Axapharm AG	071200	20353 20353	15.35 47.50	6.24 27.07
PRAVASTATIN SPIRIG HC Tabl 20 mg 30 Stk Tabl 20 mg 100 Stk	Spirig HealthCare AG	071200	19946 19946	14.85 47.45	5.80 27.06
PRAVASTATIN-MEPHA Tabl 20 mg 30 Stk Tabl 20 mg 100 Stk	Mepha Pharma AG	071200	20205 20205	15.15 47.45	6.06 27.06
PRAVASTAX Tabl 20 mg 30 Stk Tabl 20 mg 100 Stk	Drossapharm AG	071200	19880 19880	14.85 47.40	5.80 27.00
PRIMOFENAC EMULSIONS-GEL Gel 1 % 50 g Gel 1 % 100 g	Streuli Pharma AG	071040	15770 15770	4.50 7.60	2.45 4.12
REMINYL PROLONGED RELEASE Kaps 8 mg 28 Stk Kaps 16 mg 28 Stk Kaps 24 mg 28 Stk	Janssen-Cilag AG	019900	18168 18168 18168	65.95 65.95 65.95	43.17 43.17 43.17
REQUIP MODUTAB Filmtabl 2 mg 28 Stk Filmtabl 4 mg 28 Stk Filmtabl 8 mg 28 Stk	GlaxoSmithKline AG	010800	18670 18670 18670	36.80 52.65 76.65	17.76 31.58 52.47
RISPERDAL Filmtabl 1 mg 20 Stk Filmtabl 1 mg 60 Stk Filmtabl 2 mg 20 Stk Filmtabl 2 mg 60 Stk Filmtabl 3 mg 60 Stk Filmtabl 4 mg 60 Stk	Janssen-Cilag AG	010500	16264 16264 16264 16264 16264 16264	18.00 41.45 28.60 57.90 77.75 89.85	8.55 21.84 14.19 36.14 53.45 64.00
SIMCORA Filmtabl 40 mg 30 Stk Filmtabl 40 mg 100 Stk	Sandoz Pharmaceuticals AG	071200	18013 18013	29.00 69.60	14.54 46.32
SIMVASTATIN SPIRIG HC Filmtabl 40 mg Blist 30 Stk Filmtabl 40 mg Blist 100 Stk	Spirig HealthCare AG	071200	21274 21274	33.75 69.55	15.12 46.31

PRÄPARATE / (Wirkstoffe) Packungen	Verantwortliche Firma	Therap. Gruppe	Dossier Nr.	Preis neu	Ex-Fact. neu
SIMVASTATIN-MEPHA Lactabs 40 mg 30 Stk Lactabs 40 mg 100 Stk	Mepha Pharma AG	071200	20188 20188	29.25 69.55	14.77 46.31
TELFAST Tabl 120 mg 10 Stk Tabl 120 mg 30 Stk Tabl 180 mg Blist 10 Stk Tabl 180 mg Blist 30 Stk	Opella Healthcare Switzerland AG	071310	16863 16863 16863 16863	6.45 17.40 8.85 23.95	3.49 9.44 4.79 12.99
TEMODAL Kaps 100 mg Btl 5 Stk Kaps 100 mg Btl 20 Stk Kaps 180 mg Btl 5 Stk Kaps 180 mg Btl 20 Stk Kaps 250 mg Btl 5 Stk	MSD Merck Sharp & Dohme AG	071610	17424 17424 17424 17424 17424	268.40 1024.50 468.20 1788.10 646.80	219.53 878.12 393.56 1574.27 549.11
TRAMAL Kaps 50 mg 10 Stk Kaps 50 mg 20 Stk Kaps 50 mg 60 Stk	Grünenthal Pharma AG	010130	14191 14191 14191	5.35 6.25 14.60	1.07 1.88 5.57
TRAMAL RETARD Ret Tabl 100 mg 10 Stk Ret Tabl 100 mg 30 Stk Ret Tabl 100 mg 50 Stk Ret Tabl 150 mg 10 Stk Ret Tabl 150 mg 30 Stk Ret Tabl 150 mg 50 Stk Ret Tabl 200 mg 10 Stk Ret Tabl 200 mg 30 Stk Ret Tabl 200 mg 50 Stk	Grünenthal Pharma AG	010130	16737 16737 16737 16737 16737 16737 16737 16737 16737	7.65 18.20 26.15 8.70 20.70 35.15 9.40 26.55 35.95	3.10 8.72 12.07 4.00 10.91 16.33 4.63 12.43 17.02
TRAVOTIM-VISION Gtt Opht Fl 2.5 ml	OmniVision AG	110900	21141	27.75	13.46
TRAVO-VISION Gtt Opht 40 mcg/ml Fl 2.500 ml	OmniVision AG	110900	20832	19.60	9.93
VALSARTAN AXAPHARM Filmtabl 80 mg 28 Stk Filmtabl 80 mg 98 Stk Filmtabl 160 mg 28 Stk Filmtabl 160 mg 98 Stk	Axapharm AG	020710	20176 20176 20176 20176	19.60 53.25 26.00 64.85	9.93 32.09 11.94 42.21
VALSARTAN SANDOZ Filmtabl 80 mg 28 Stk Filmtabl 80 mg 98 Stk Filmtabl 160 mg 28 Stk Filmtabl 160 mg 98 Stk	Sandoz Pharmaceuticals AG	020710	19445 19445 19445 19445	19.60 53.25 26.00 64.85	9.92 32.09 11.95 42.21
VALSARTAN ZENTIVA Filmtabl 80 mg 28 Stk Filmtabl 80 mg 98 Stk Filmtabl 160 mg 28 Stk Filmtabl 160 mg 98 Stk	Helvepharm AG	020710	19748 19748 19748 19748	15.80 53.25 18.85 64.85	6.62 32.09 9.26 42.21
VALTAN-MEPHA Filmtabl 80 mg 28 Stk Filmtabl 80 mg 98 Stk Filmtabl 160 mg 28 Stk Filmtabl 160 mg 98 Stk	Mepha Pharma AG	020710	19583 19583 19583 19583	19.60 53.25 26.05 64.85	9.92 32.08 11.96 42.21

PRÄPARATE / (Wirkstoffe) Packungen	Verantwortliche Firma	Therap. Gruppe	Dossier Nr.	Preis neu	Ex-Fact. neu
VIBRAMYCIN TABS	Pfizer AG	080150			
Tabl 100 mg 8 Stk			13770	8.25	3.63
Tabl 100 mg 25 Stk			13770	25.35	11.35
ZALDIAR	Grünenthal Pharma AG	010140			
Filmtabl 10 Stk			17828	6.00	1.65
Filmtabl 20 Stk			17828	7.45	2.93
Filmtabl 60 Stk			17828	18.20	8.70
IV.e. Normale Preismutation					
JINARC	Otsuka Pharmaceutical (Switzer- land) GmbH	050200			
Tabl 45 mg/15 mg 56 Stk			20456	1648.75	1447.22
Tabl 60 mg/30 mg 56 Stk			20456	1648.75	1447.22
Tabl 90 mg/30 mg 56 Stk			20456	1648.75	1447.22
Tabl 15 mg 28 Stk			20456	1648.75	1447.22
Tabl 30 mg 28 Stk			20456	1648.75	1447.22
TALTZ	Eli Lilly (Suisse) SA	071500			
Inj Lös 80 mg/ml Fertigspritze 1 Stk			20532	1200.35	1038.37
Inj Lös 80 mg/ml Fertigspritze 2 Stk			20532	2339.15	2076.73
Inj Lös 80 mg/ml Fertigpen 1 Stk			20532	1200.35	1038.37
Inj Lös 80 mg/ml Fertigpen 2 Stk			20532	2339.15	2076.73
IV.f. Preisänderung nach Patentablauf					
CIMZIA	UCB-Pharma SA	071500			
Inj Lös 200 mg/ml 2 Fertigspr 1 ml			19229	1051.45	902.63
CIMZIA AUTOCLICKS	UCB-Pharma SA	071500			
Inj Lös 200 mg/ml Fertpen 2 Stk			19229	1051.45	902.63
LUCENTIS	Novartis Pharma Schweiz AG	119900			
Inj Lös 1.650 mg/0.165 ml Fertspr 0.165 ml			20214	866.75	740.72
Inj Lös 2.3000 mg/0.23 ml m Filterna- del 0.230 ml			18483	866.75	740.72
IV.g. Preismutation bei Erstaufnahme					
ONGENTYS	Bial SA	010800			
Kaps 50 mg 30 Stk			20994	162.55	127.32
VELTASSA	Vifor Fresenius Medical Care Renal Pharma Ltd	160000			
Plv 8.4 g Btl 30 Stk			20709	240.40	195.13
Plv 16.8 g Btl 30 Stk			20709	240.40	195.13
130 ml			12676	8.60	3.90

PRÄPARATE/(Wirkstoffe) Packungen	Verantwortliche Firma	Therap. Gruppe	Dossier Nr.	Preis neu	Ex-Fact. neu
V. Limitations-/Indikationsänderung					
AZACITIDIN ACCORD Trockensub 100 mg Durchstf 1 Stk	Accord Healthcare AG	071610	20876	273.85	224.25
<p>Limitation alt: Behandlung von Patienten, die für eine Transplantation hämatopoetischer Stammzellen nicht geeignet sind und eines der folgenden Krankheitsbilder aufweisen:</p> <ul style="list-style-type: none"> – Myelodysplastisches Syndrom mit intermediärem oder hohem Risiko gemäss International Prognostic Scoring System (IPSS) vom Typ refraktäre Zytopenie mit multilineärer Dysplasie (RCMD) oder refraktäre Anämie mit 5-19% Knochenmarksblasten (RAEB I und II) – Chronisch myelomonozytäre Leukämie – Akute myeloische Leukämie (AML) mit 20-30% Knochenmarksblasten und Mehrlinien-Dysplasie (gemäss Klassifikation der World Health Organisation (WHO) 2008) – Akute myeloische Leukämie (AML) mit >30% Knochenmarksblasten, gemäss Klassifikation der WHO, bei älteren Patienten, die für eine intensive Chemotherapie nicht geeignet sind oder diese nicht vertragen. <p>Limitation neu: Behandlung von Patienten, die für eine Transplantation hämatopoetischer Stammzellen nicht geeignet sind und eines der folgenden Krankheitsbilder aufweisen:</p> <ul style="list-style-type: none"> – Myelodysplastisches Syndrom mit intermediärem oder hohem Risiko gemäss International Prognostic Scoring System (IPSS) vom Typ refraktäre Zytopenie mit multilineärer Dysplasie (RCMD) oder refraktäre Anämie mit 5-19% Knochenmarksblasten (RAEB I und II) – Chronisch myelomonozytäre Leukämie – Akute myeloische Leukämie (AML) mit 20-30% Knochenmarksblasten und Mehrlinien-Dysplasie (gemäss Klassifikation der World Health Organisation (WHO) 2008) – Akute myeloische Leukämie (AML) mit >30% Knochenmarksblasten, gemäss Klassifikation der WHO, bei älteren Patienten, die für eine intensive Chemotherapie nicht geeignet sind oder diese nicht vertragen. <p>Limitation befristet bis 31.08.2025</p> <p>Kombination AZACITIDIN ACCORD und Venetoclax Nach vorgängiger Kostengutsprache durch den Krankenversicherer nach vorheriger Konsultation des Vertrauensarztes. AZACITIDIN ACCORD wird in Kombination mit Venetoclax (VENCLYXTO) zur Behandlung von erwachsenen Patienten mit neu diagnostizierter (therapienaiver) akuter myeloischer Leukämie (AML), für die eine intensive Chemotherapie nicht infrage kommt, vergütet. Ausgenommen sind Patienten mit akuter Promyelozytenleukämie (APL). Die Behandlung wird vergütet bis eine Krankheitsprogression oder inakzeptable Toxizität auftritt. Folgender Code ist an den Krankenversicherer zu übermitteln: 20876.01</p>					
AZACITIDIN IDEOGEN Trockensub 100 mg Durchstf 1 Stk	Ideogen AG	071610	21414	233.35	189.00
<p>Limitation alt: Behandlung von Patienten, die für eine Transplantation hämatopoetischer Stammzellen nicht geeignet sind und eines der folgenden Krankheitsbilder aufweisen:</p> <ul style="list-style-type: none"> – Myelodysplastisches Syndrom mit intermediärem oder hohem Risiko gemäss International Prognostic Scoring System (IPSS) vom Typ refraktäre Zytopenie mit multilineärer Dysplasie (RCMD) oder refraktäre Anämie mit 5-19% Knochenmarksblasten (RAEB I und II) – Chronisch myelomonozytäre Leukämie – Akute myeloische Leukämie (AML) mit 20-30% Knochenmarksblasten und Mehrlinien-Dysplasie (gemäss Klassifikation der World Health Organisation (WHO) 2008) – Akute myeloische Leukämie (AML) mit >30% Knochenmarksblasten, gemäss Klassifikation der WHO, bei älteren Patienten, die für eine intensive Chemotherapie nicht geeignet sind oder diese nicht vertragen. <p>Limitation neu: Behandlung von Patienten, die für eine Transplantation hämatopoetischer Stammzellen nicht geeignet sind und eines der folgenden Krankheitsbilder aufweisen:</p> <ul style="list-style-type: none"> – Myelodysplastisches Syndrom mit intermediärem oder hohem Risiko gemäss International Prognostic Scoring System (IPSS) vom Typ refraktäre Zytopenie mit multilineärer Dysplasie (RCMD) oder refraktäre Anämie mit 5-19% Knochenmarksblasten (RAEB I und II) – Chronisch myelomonozytäre Leukämie – Akute myeloische Leukämie (AML) mit 20-30% Knochenmarksblasten und Mehrlinien-Dysplasie (gemäss Klassifikation der World Health Organisation (WHO) 2008) – Akute myeloische Leukämie (AML) mit >30% Knochenmarksblasten, gemäss Klassifikation der WHO, bei älteren Patienten, die für eine intensive Chemotherapie nicht geeignet sind oder diese nicht vertragen. <p>Limitation befristet bis 31.08.2025</p> <p>Kombination AZACITIDIN IDEOGEN und Venetoclax Nach vorgängiger Kostengutsprache durch den Krankenversicherer nach vorheriger Konsultation des Vertrauensarztes. AZACITIDIN IDEOGEN wird in Kombination mit Venetoclax (VENCLYXTO) zur Behandlung von erwachsenen Patienten mit neu diagnostizierter (therapienaiver) akuter myeloischer Leukämie (AML), für die eine intensive Chemotherapie nicht infrage kommt, vergütet. Ausgenommen sind Patienten mit akuter Promyelozytenleukämie (APL). Die Behandlung wird vergütet bis eine Krankheitsprogression oder inakzeptable Toxizität auftritt. Folgender Code ist an den Krankenversicherer zu übermitteln: 21414.01</p>					

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

AZACITIDIN MYLAN

Mylan Pharma GmbH

071610

Trockensub 100 mg Durchstf 1 Stk

21235

273.85

224.25

Limitation alt:

Behandlung von Patienten, die für eine Transplantation hämatopoetischer Stammzellen nicht geeignet sind und eines der folgenden Krankheitsbilder aufweisen:

- Myelodysplastisches Syndrom mit intermediärem oder hohem Risiko gemäss International Prognostic Scoring System (IPSS) vom Typ refraktäre Zytopenie mit multilineärer Dysplasie (RCMD) oder refraktäre Anämie mit 5–19% Knochenmarksblasten (RAEB I und II)
- Chronisch myelomonozytäre Leukämie
- Akute myeloische Leukämie (AML) mit 20–30% Knochenmarksblasten und Mehrlinien-Dysplasie (gemäss Klassifikation der World Health Organisation (WHO) 2008)
- Akute myeloische Leukämie (AML) mit >30% Knochenmarksblasten, gemäss Klassifikation der WHO, bei älteren Patienten, die für eine intensive Chemotherapie nicht geeignet sind oder diese nicht vertragen.

Limitation neu:

Behandlung von Patienten, die für eine Transplantation hämatopoetischer Stammzellen nicht geeignet sind und eines der folgenden Krankheitsbilder aufweisen:

- Myelodysplastisches Syndrom mit intermediärem oder hohem Risiko gemäss International Prognostic Scoring System (IPSS) vom Typ refraktäre Zytopenie mit multilineärer Dysplasie (RCMD) oder refraktäre Anämie mit 5–19% Knochenmarksblasten (RAEB I und II)
- Chronisch myelomonozytäre Leukämie
- Akute myeloische Leukämie (AML) mit 20–30% Knochenmarksblasten und Mehrlinien-Dysplasie (gemäss Klassifikation der World Health Organisation (WHO) 2008)
- Akute myeloische Leukämie (AML) mit >30% Knochenmarksblasten, gemäss Klassifikation der WHO, bei älteren Patienten, die für eine intensive Chemotherapie nicht geeignet sind oder diese nicht vertragen.

Limitation befristet bis 31.08.2025

Kombination AZACITIDIN MYLAN und Venetoclax

Nach vorgängiger Kostengutsprache durch den Krankenversicherer nach vorheriger Konsultation des Vertrauensarztes.

AZACITIDIN MYLAN wird in Kombination mit Venetoclax (VENCLYXTO) zur Behandlung von erwachsenen Patienten mit neu diagnostizierter (therapienaiver) akuter myeloischer Leukämie (AML), für die eine intensive Chemotherapie nicht infrage kommt, vergütet. Ausgenommen sind Patienten mit akuter Promyelozytenleukämie (APL). Die Behandlung wird vergütet bis eine Krankheitsprogression oder inakzeptable Toxizität auftritt.

Folgender Code ist an den Krankenversicherer zu übermitteln: 21235.01

AZACITIDIN SANDOZ

Sandoz Pharmaceuticals AG

071610

Trockensub 100 mg Durchstf 1 Stk

21123

273.85

224.25

Limitation alt:

Behandlung von Patienten, die für eine Transplantation hämatopoetischer Stammzellen nicht geeignet sind und eines der folgenden Krankheitsbilder aufweisen:

- Myelodysplastisches Syndrom mit intermediärem oder hohem Risiko gemäss International Prognostic Scoring System (IPSS) vom Typ refraktäre Zytopenie mit multilineärer Dysplasie (RCMD) oder refraktäre Anämie mit 5–19% Knochenmarksblasten (RAEB I und II)
- Chronisch myelomonozytäre Leukämie
- Akute myeloische Leukämie (AML) mit 20–30% Knochenmarksblasten und Mehrlinien-Dysplasie (gemäss Klassifikation der World Health Organisation (WHO) 2008)
- Akute myeloische Leukämie (AML) mit >30% Knochenmarksblasten, gemäss Klassifikation der WHO, bei älteren Patienten, die für eine intensive Chemotherapie nicht geeignet sind oder diese nicht vertragen.

Limitation neu:

Behandlung von Patienten, die für eine Transplantation hämatopoetischer Stammzellen nicht geeignet sind und eines der folgenden Krankheitsbilder aufweisen:

- Myelodysplastisches Syndrom mit intermediärem oder hohem Risiko gemäss International Prognostic Scoring System (IPSS) vom Typ refraktäre Zytopenie mit multilineärer Dysplasie (RCMD) oder refraktäre Anämie mit 5–19% Knochenmarksblasten (RAEB I und II)
- Chronisch myelomonozytäre Leukämie
- Akute myeloische Leukämie (AML) mit 20–30% Knochenmarksblasten und Mehrlinien-Dysplasie (gemäss Klassifikation der World Health Organisation (WHO) 2008)
- Akute myeloische Leukämie (AML) mit >30% Knochenmarksblasten, gemäss Klassifikation der WHO, bei älteren Patienten, die für eine intensive Chemotherapie nicht geeignet sind oder diese nicht vertragen.

Limitation befristet bis 31.08.2025

Kombination AZACITIDIN SANDOZ und Venetoclax

Nach vorgängiger Kostengutsprache durch den Krankenversicherer nach vorheriger Konsultation des Vertrauensarztes.

AZACITIDIN SANDOZ wird in Kombination mit Venetoclax (VENCLYXTO) zur Behandlung von erwachsenen Patienten mit neu diagnostizierter (therapienaiver) akuter myeloischer Leukämie (AML), für die eine intensive Chemotherapie nicht infrage kommt, vergütet. Ausgenommen sind Patienten mit akuter Promyelozytenleukämie (APL). Die Behandlung wird vergütet bis eine Krankheitsprogression oder inakzeptable Toxizität auftritt.

Folgender Code ist an den Krankenversicherer zu übermitteln: 21123.01

PRÄPARATE/(Wirkstoffe) Packungen	Verantwortliche Firma	Therap. Gruppe	Dossier Nr.	Preis neu	Ex-Fact. neu
AZACITIDIN SPIRIG HC Trockensub 100 mg Durchstf 1 Stk	Spirig HealthCare AG	071610	21234	273.85	224.25

Limitation alt:

Behandlung von Patienten, die für eine Transplantation hämatopoetischer Stammzellen nicht geeignet sind und eines der folgenden Krankheitsbilder aufweisen:

- Myelodysplastisches Syndrom mit intermediärem oder hohem Risiko gemäss International Prognostic Scoring System (IPSS) vom Typ refraktäre Zytopenie mit multilineärer Dysplasie (RCMD) oder refraktäre Anämie mit 5–19% Knochenmarksblasten (RAEB I und II)
- Chronisch myelomonozytäre Leukämie
- Akute myeloische Leukämie (AML) mit 20–30% Knochenmarksblasten und Mehrlinien-Dysplasie (gemäss Klassifikation der World Health Organisation (WHO) 2008)
- Akute myeloische Leukämie (AML) mit > 30% Knochenmarksblasten, gemäss Klassifikation der WHO, bei älteren Patienten, die für eine intensive Chemotherapie nicht geeignet sind oder diese nicht vertragen.

Limitation neu:

Behandlung von Patienten, die für eine Transplantation hämatopoetischer Stammzellen nicht geeignet sind und eines der folgenden Krankheitsbilder aufweisen:

- Myelodysplastisches Syndrom mit intermediärem oder hohem Risiko gemäss International Prognostic Scoring System (IPSS) vom Typ refraktäre Zytopenie mit multilineärer Dysplasie (RCMD) oder refraktäre Anämie mit 5–19% Knochenmarksblasten (RAEB I und II)
- Chronisch myelomonozytäre Leukämie
- Akute myeloische Leukämie (AML) mit 20–30% Knochenmarksblasten und Mehrlinien-Dysplasie (gemäss Klassifikation der World Health Organisation (WHO) 2008)
- Akute myeloische Leukämie (AML) mit > 30% Knochenmarksblasten, gemäss Klassifikation der WHO, bei älteren Patienten, die für eine intensive Chemotherapie nicht geeignet sind oder diese nicht vertragen.

Neue Limitation befristet bis 31.08.2025

Kombination AZACITIDIN SPIRIG HC und Venetoclax

Nach vorgängiger Kostengutsprache durch den Krankenversicherer nach vorheriger Konsultation des Vertrauensarztes.

AZACITIDIN SPIRIG HC wird in Kombination mit Venetoclax (VENCLYXTO) zur Behandlung von erwachsenen Patienten mit neu diagnostizierter (therapienaiver) akuter myeloischer Leukämie (AML), für die eine intensive Chemotherapie nicht infrage kommt, vergütet. Ausgenommen sind Patienten mit akuter Promyelozytenleukämie (APL).

Die Behandlung wird vergütet bis eine Krankheitsprogression oder inakzeptable Toxizität auftritt.

Folgender Code ist an den Krankenversicherer zu übermitteln: 21234.01

LENALIDOMID ACCORD	Accord Healthcare AG	071610			
Kaps 2.5 mg Blist 21 Stk			21398	807.65	689.23
Kaps 5 mg Blist 21 Stk			21398	828.90	707.76
Kaps 7.5 mg Blist 21 Stk			21398	850.15	726.28
Kaps 10 mg Blist 21 Stk			21398	871.45	744.81
Kaps 15 mg Blist 21 Stk			21398	915.05	782.79
Kaps 20 mg Blist 21 Stk			21398	960.00	821.96
Kaps 25 mg Blist 21 Stk			21398	1005.00	861.14

Limitation alt:

Zur Behandlung von

- erwachsenen Patienten mit einem unbehandelten multiplen Myelom in Kombination mit Bortezomib und Dexamethason
- erwachsenen Patienten mit multiplen Myelom als Erhaltungstherapie nach autologer Stammzelltransplantation
- erwachsenen Patienten mit unbehandeltem multiplen Myelom, die nicht transplantationsfähig sind, in Kombination mit Dexamethason oder in Kombination mit Melphalan und Prednison, jeweils gefolgt von einer Lenalidomid Erhaltungstherapie bis zur Progression oder Unverträglichkeit
- Patienten mit multiplen Myelom, die wenigstens eine vorangegangene medikamentöse Therapie erhalten haben in Kombination mit Dexamethason
- 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

Nach vorgängiger Kostengutsprache durch den Krankenversicherer nach vorheriger Konsultation des Vertrauensarztes.

Limitation neu:

Zur Behandlung von

- erwachsenen Patienten mit einem unbehandelten multiplen Myelom in Kombination mit Bortezomib und Dexamethason
- erwachsenen Patienten mit multiplen Myelom als Erhaltungstherapie nach autologer Stammzelltransplantation
- erwachsenen Patienten mit unbehandeltem multiplen Myelom, die nicht transplantationsfähig sind, in Kombination mit Dexamethason oder in Kombination mit Melphalan und Prednison, jeweils gefolgt von einer Lenalidomid Erhaltungstherapie bis zur Progression oder Unverträglichkeit
- Patienten mit multiplen Myelom, die wenigstens eine vorangegangene medikamentöse Therapie erhalten haben in Kombination mit Dexamethason
- 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

Nach vorgängiger Kostengutsprache durch den Krankenversicherer nach vorheriger Konsultation des Vertrauensarztes.

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

Limitation befristet bis 29.02.2024

Kombination LENALIDOMID ACCORD und Tafasitamab

Nach vorgängiger Kostengutsprache durch den Krankenversicherer nach vorheriger Konsultation des Vertrauensarztes.

LENALIDOMID ACCORD wird in Kombination mit Tafasitamab (MINJUVI) zur Behandlung von erwachsenen Patienten mit rezidiviertem oder refraktärem diffusem grosszelligem B-Zell-Lymphom (diffuse large B-cell lymphoma, DLBCL), nach mindestens einer vorherigen systemischen Behandlungslinie, einschliesslich eines CD20-gerichteten Antikörpers, für die eine autologe Stammzelltransplantation (ASZT) nicht infrage kommt, vergütet.

Die maximale Anzahl an erstattbaren Packungen LENALIDOMID ACCORD in dieser Indikation beträgt 12.

Folgender Code ist an den Krankenversicherer zu übermitteln: 21398.11.

LENALIDOMID BMS	Bristol-Myers Squibb SA	071610			
Kaps 2.5 mg Blist 21 Stk			21377	807.65	689.23
Kaps 5 mg Blist 21 Stk			21377	828.90	707.76
Kaps 7.5 mg Blist 21 Stk			21377	850.15	726.28
Kaps 10 mg Blist 21 Stk			21377	871.45	744.81
Kaps 15 mg Blist 21 Stk			21377	915.05	782.79
Kaps 20 mg Blist 21 Stk			21377	960.00	821.96
Kaps 25 mg Blist 21 Stk			21377	1005.00	861.14

Limitation alt:

Zur Behandlung von

- erwachsenen Patienten mit einem unbehandelten multiplen Myelom in Kombination mit Bortezomib und Dexamethason
- erwachsenen Patienten mit multiplen Myelom als Erhaltungstherapie nach autologer Stammzelltransplantation
- erwachsenen Patienten mit unbehandeltem multiplen Myelom, die nicht transplantationsfähig sind, in Kombination mit Dexamethason oder in Kombination mit Melphalan und Prednison, jeweils gefolgt von einer Lenalidomid Erhaltungstherapie bis zur Progression oder Unverträglichkeit
- Patienten mit multiplen Myelom, die wenigstens eine vorangegangene medikamentöse Therapie erhalten haben in Kombination mit Dexamethason
- 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

Nach vorgängiger Kostengutsprache durch den Krankenversicherer nach vorheriger Konsultation des Vertrauensarztes.

Limitation neu:

Zur Behandlung von

- erwachsenen Patienten mit einem unbehandelten multiplen Myelom in Kombination mit Bortezomib und Dexamethason
- erwachsenen Patienten mit multiplen Myelom als Erhaltungstherapie nach autologer Stammzelltransplantation
- erwachsenen Patienten mit unbehandeltem multiplen Myelom, die nicht transplantationsfähig sind, in Kombination mit Dexamethason oder in Kombination mit Melphalan und Prednison, jeweils gefolgt von einer Lenalidomid Erhaltungstherapie bis zur Progression oder Unverträglichkeit
- Patienten mit multiplen Myelom, die wenigstens eine vorangegangene medikamentöse Therapie erhalten haben in Kombination mit Dexamethason
- 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

Nach vorgängiger Kostengutsprache durch den Krankenversicherer nach vorheriger Konsultation des Vertrauensarztes.

Limitation befristet bis 29.02.2024

Kombination LENALIDOMID BMS und Tafasitamab

Nach vorgängiger Kostengutsprache durch den Krankenversicherer nach vorheriger Konsultation des Vertrauensarztes.

LENALIDOMID BMS wird in Kombination mit Tafasitamab (MINJUVI) zur Behandlung von erwachsenen Patienten mit rezidiviertem oder refraktärem diffusem grosszelligem B-Zell-Lymphom (diffuse large B-cell lymphoma, DLBCL), nach mindestens einer vorherigen systemischen Behandlungslinie, einschliesslich eines CD20-gerichteten Antikörpers, für die eine autologe Stammzelltransplantation (ASZT) nicht infrage kommt, vergütet.

Die maximale Anzahl an erstattbaren Packungen LENALIDOMID BMS in dieser Indikation beträgt 12.

Folgender Code ist an den Krankenversicherer zu übermitteln: 21377.11.

PRÄPARATE/(Wirkstoffe) Packungen	Verantwortliche Firma	Therap. Gruppe	Dossier Nr.	Preis neu	Ex-Fact. neu
LENALIDOMID DEVATIS	Devatis AG	071610			
Kaps 2.5 mg Blist 21 Stk			21420	807.65	689.23
Kaps 5 mg Blist 21 Stk			21420	828.90	707.76
Kaps 7.5 mg Blist 21 Stk			21420	850.15	726.28
Kaps 10 mg Blist 21 Stk			21420	871.45	744.81
Kaps 15 mg Blist 21 Stk			21420	915.05	782.79
Kaps 20 mg Blist 21 Stk			21420	960.00	821.96
Kaps 25 mg Blist 21 Stk			21420	1005.00	861.14

Limitation alt:

Zur Behandlung von

- erwachsenen Patienten mit einem unbehandelten multiplen Myelom in Kombination mit Bortezomib und Dexamethason
- erwachsenen Patienten mit multiplen Myelom als Erhaltungstherapie nach autologer Stammzelltransplantation
- erwachsenen Patienten mit unbehandeltem multiplen Myelom, die nicht transplantationsfähig sind, in Kombination mit Dexamethason oder in Kombination mit Melphalan und Prednison, jeweils gefolgt von einer Lenalidomid Erhaltungstherapie bis zur Progression oder Unverträglichkeit
- Patienten mit multiplen Myelom, die wenigstens eine vorangegangene medikamentöse Therapie erhalten haben in Kombination mit Dexamethason
- 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

Nach vorgängiger Kostengutsprache durch den Krankenversicherer nach vorheriger Konsultation des Vertrauensarztes.

Limitation neu:

Zur Behandlung von

- erwachsenen Patienten mit einem unbehandelten multiplen Myelom in Kombination mit Bortezomib und Dexamethason
- erwachsenen Patienten mit multiplen Myelom als Erhaltungstherapie nach autologer Stammzelltransplantation
- erwachsenen Patienten mit unbehandeltem multiplen Myelom, die nicht transplantationsfähig sind, in Kombination mit Dexamethason oder in Kombination mit Melphalan und Prednison, jeweils gefolgt von einer Lenalidomid Erhaltungstherapie bis zur Progression oder Unverträglichkeit
- Patienten mit multiplen Myelom, die wenigstens eine vorangegangene medikamentöse Therapie erhalten haben in Kombination mit Dexamethason
- 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

Nach vorgängiger Kostengutsprache durch den Krankenversicherer nach vorheriger Konsultation des Vertrauensarztes.

Limitation befristet bis 29.02.2024

Kombination LENALIDOMID DEVATIS und Tafasitamab

Nach vorgängiger Kostengutsprache durch den Krankenversicherer nach vorheriger Konsultation des Vertrauensarztes.

LENALIDOMID DEVATIS wird in Kombination mit Tafasitamab (MINJUVI) zur Behandlung von erwachsenen Patienten mit rezidiviertem oder refraktärem diffussem grosszelligem B-Zell-Lymphom (diffuse large B-cell lymphoma, DLBCL), nach mindestens einer vorherigen systemischen Behandlungslinie, einschliesslich eines CD20-gerichteten Antikörpers, für die eine autologe Stammzelltransplantation (ASZT) nicht infrage kommt, vergütet.

Die maximale Anzahl an erstattbaren Packungen LENALIDOMID DEVATIS in dieser Indikation beträgt 12.

Folgender Code ist an den Krankenversicherer zu übermitteln: 21420.11.

LENALIDOMID SANDOZ	Sandoz Pharmaceuticals AG	071610			
Kaps 2.5 mg Blist 21 Stk			21312	807.65	689.23
Kaps 5 mg Blist 21 Stk			21312	828.90	707.76
Kaps 7.5 mg Blist 21 Stk			21312	850.15	726.28
Kaps 10 mg Blist 21 Stk			21312	871.45	744.81
Kaps 15 mg Blist 21 Stk			21312	915.05	782.79
Kaps 20 mg Blist 21 Stk			21312	960.00	821.96
Kaps 25 mg Blist 21 Stk			21312	1005.00	861.14

Limitation alt:

Zur Behandlung von

- erwachsenen Patienten mit einem unbehandelten multiplen Myelom in Kombination mit Bortezomib und Dexamethason
- erwachsenen Patienten mit multiplen Myelom als Erhaltungstherapie nach autologer Stammzelltransplantation
- erwachsenen Patienten mit unbehandeltem multiplen Myelom, die nicht transplantationsfähig sind, in Kombination mit Dexamethason oder in Kombination mit Melphalan und Prednison, jeweils gefolgt von einer Lenalidomid Erhaltungstherapie bis zur Progression oder Unverträglichkeit
- Patienten mit multiplen Myelom, die wenigstens eine vorangegangene medikamentöse Therapie erhalten haben in Kombination mit Dexamethason
- 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

Nach vorgängiger Kostengutsprache durch den Krankenversicherer nach vorheriger Konsultation des Vertrauensarztes.

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

Limitation neu:

Zur Behandlung von

- erwachsenen Patienten mit einem unbehandelten multiplen Myelom in Kombination mit Bortezomib und Dexamethason
- erwachsenen Patienten mit multiplen Myelom als Erhaltungstherapie nach autologer Stammzelltransplantation
- erwachsenen Patienten mit unbehandeltem multiplen Myelom, die nicht transplantationsfähig sind, in Kombination mit Dexamethason oder in Kombination mit Melphalan und Prednison, jeweils gefolgt von einer Lenalidomid Erhaltungstherapie bis zur Progression oder Unverträglichkeit
- Patienten mit multiplen Myelom, die wenigstens eine vorangegangene medikamentöse Therapie erhalten haben in Kombination mit Dexamethason
- 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

Nach vorgängiger Kostengutsprache durch den Krankenversicherer nach vorheriger Konsultation des Vertrauensarztes.

Limitation befristet bis 29.02.2024

Kombination LENALIDOMID SANDOZ und Tafasitamab

Nach vorgängiger Kostengutsprache durch den Krankenversicherer nach vorheriger Konsultation des Vertrauensarztes.

LENALIDOMID SANDOZ wird in Kombination mit Tafasitamab (MINJUVI) zur Behandlung von erwachsenen Patienten mit rezidiviertem oder refraktärem diffusem grosszelligem B-Zell-Lymphom (diffuse large B-cell lymphoma, DLBCL), nach mindestens einer vorherigen systemischen Behandlungslinie, einschliesslich eines CD20-gerichteten Antikörpers, für die eine autologe Stammzelltransplantation (ASZT) nicht infrage kommt, vergütet.

Die maximale Anzahl an erstattbaren Packungen LENALIDOMID SANDOZ in dieser Indikation beträgt 12.

Folgender Code ist an den Krankenversicherer zu übermitteln: 21312.11.

LENALIDOMID SPIRIG HC	Spirig HealthCare AG	071610			
Kaps 2.5 mg Blist 21 Stk			21384	807.65	689.23
Kaps 5 mg Blist 21 Stk			21384	828.90	707.76
Kaps 7.5 mg Blist 21 Stk			21384	850.15	726.28
Kaps 10 mg Blist 21 Stk			21384	871.45	744.81
Kaps 15 mg Blist 21 Stk			21384	915.05	782.79
Kaps 20 mg Blist 21 Stk			21384	960.00	821.96
Kaps 25 mg Blist 21 Stk			21384	1005.00	861.14

Limitation alt:

Zur Behandlung von

- erwachsenen Patienten mit einem unbehandelten multiplen Myelom in Kombination mit Bortezomib und Dexamethason
- erwachsenen Patienten mit multiplen Myelom als Erhaltungstherapie nach autologer Stammzelltransplantation
- erwachsenen Patienten mit unbehandeltem multiplen Myelom, die nicht transplantationsfähig sind, in Kombination mit Dexamethason oder in Kombination mit Melphalan und Prednison, jeweils gefolgt von einer Lenalidomid Erhaltungstherapie bis zur Progression oder Unverträglichkeit
- Patienten mit multiplen Myelom, die wenigstens eine vorangegangene medikamentöse Therapie erhalten haben in Kombination mit Dexamethason
- 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

Nach vorgängiger Kostengutsprache durch den Krankenversicherer nach vorheriger Konsultation des Vertrauensarztes.

Limitation neu:

Zur Behandlung von

- erwachsenen Patienten mit einem unbehandelten multiplen Myelom in Kombination mit Bortezomib und Dexamethason
- erwachsenen Patienten mit multiplen Myelom als Erhaltungstherapie nach autologer Stammzelltransplantation
- erwachsenen Patienten mit unbehandeltem multiplen Myelom, die nicht transplantationsfähig sind, in Kombination mit Dexamethason oder in Kombination mit Melphalan und Prednison, jeweils gefolgt von einer Lenalidomid Erhaltungstherapie bis zur Progression oder Unverträglichkeit
- Patienten mit multiplen Myelom, die wenigstens eine vorangegangene medikamentöse Therapie erhalten haben in Kombination mit Dexamethason
- 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

Nach vorgängiger Kostengutsprache durch den Krankenversicherer nach vorheriger Konsultation des Vertrauensarztes.

Limitation befristet bis 29.02.2024

Kombination LENALIDOMID SPIRIG HC und Tafasitamab

Nach vorgängiger Kostengutsprache durch den Krankenversicherer nach vorheriger Konsultation des Vertrauensarztes.

LENALIDOMID SPIRIG HC wird in Kombination mit Tafasitamab (MINJUVI) zur Behandlung von erwachsenen Patienten mit rezidiviertem oder refraktärem diffusem grosszelligem B-Zell-Lymphom (diffuse large B-cell lymphoma, DLBCL), nach mindestens einer vorherigen systemischen Behandlungslinie, einschliesslich eines CD20-gerichteten Antikörpers, für die eine autologe Stammzelltransplantation (ASZT) nicht infrage kommt, vergütet.

Die maximale Anzahl an erstattbaren Packungen LENALIDOMID SPIRIG HC in dieser Indikation beträgt 12.

Folgender Code ist an den Krankenversicherer zu übermitteln: 21384.11.

PRÄPARATE/(Wirkstoffe) Packungen	Verantwortliche Firma	Therap. Gruppe	Dossier Nr.	Preis neu	Ex-Fact. neu
LENALIDOMID ZENTIVA	Helvepharm AG	071610			
Kaps 2.5 mg Blist 21 Stk			21381	807.65	689.23
Kaps 5 mg Blist 21 Stk			21381	828.90	707.76
Kaps 7.5 mg Blist 21 Stk			21381	850.15	726.28
Kaps 10 mg Blist 21 Stk			21381	871.45	744.81
Kaps 15 mg Blist 21 Stk			21381	915.05	782.79
Kaps 20 mg Blist 21 Stk			21381	960.00	821.96
Kaps 25 mg Blist 21 Stk			21381	1005.00	861.14

Limitation alt:

Zur Behandlung von

- erwachsenen Patienten mit einem unbehandelten multiplen Myelom in Kombination mit Bortezomib und Dexamethason
- erwachsenen Patienten mit multiplen Myelom als Erhaltungstherapie nach autologer Stammzelltransplantation
- erwachsenen Patienten mit unbehandeltem multiplen Myelom, die nicht transplantationsfähig sind, in Kombination mit Dexamethason oder in Kombination mit Melphalan und Prednison, jeweils gefolgt von einer Lenalidomid Erhaltungstherapie bis zur Progression oder Unverträglichkeit
- Patienten mit multiplen Myelom, die wenigstens eine vorangegangene medikamentöse Therapie erhalten haben in Kombination mit Dexamethason
- 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

Nach vorgängiger Kostengutsprache durch den Krankenversicherer nach vorheriger Konsultation des Vertrauensarztes.

Limitation neu:

Zur Behandlung von

- erwachsenen Patienten mit einem unbehandelten multiplen Myelom in Kombination mit Bortezomib und Dexamethason
- erwachsenen Patienten mit multiplen Myelom als Erhaltungstherapie nach autologer Stammzelltransplantation
- erwachsenen Patienten mit unbehandeltem multiplen Myelom, die nicht transplantationsfähig sind, in Kombination mit Dexamethason oder in Kombination mit Melphalan und Prednison, jeweils gefolgt von einer Lenalidomid Erhaltungstherapie bis zur Progression oder Unverträglichkeit
- Patienten mit multiplen Myelom, die wenigstens eine vorangegangene medikamentöse Therapie erhalten haben in Kombination mit Dexamethason
- 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

Nach vorgängiger Kostengutsprache durch den Krankenversicherer nach vorheriger Konsultation des Vertrauensarztes.

Limitation befristet bis 29.02.2024

Kombination LENALIDOMID ZENTIVA und Tafasitamab

Nach vorgängiger Kostengutsprache durch den Krankenversicherer nach vorheriger Konsultation des Vertrauensarztes.

LENALIDOMID ZENTIVA wird in Kombination mit Tafasitamab (MINJUVI) zur Behandlung von erwachsenen Patienten mit rezidiviertem oder refraktärem diffussem grosszelligem B-Zell-Lymphom (diffuse large B-cell lymphoma, DLBCL), nach mindestens einer vorherigen systemischen Behandlungslinie, einschliesslich eines CD20-gerichteten Antikörpers, für die eine autologe Stammzelltransplantation (ASZT) nicht infrage kommt, vergütet.

Die maximale Anzahl an erstattbaren Packungen LENALIDOMID ZENTIVA in dieser Indikation beträgt 12.

Folgender Code ist an den Krankenversicherer zu übermitteln: 21381.11.

PRÄPARATE/(Wirkstoffe) Packungen	Verantwortliche Firma	Therap. Gruppe	Dossier Nr.	Preis neu	Ex-Fact. neu
LENALIDOMID-TEVA	Teva Pharma AG	071610			
Kaps 2.5 mg Blist 21 Stk			21379	807.65	689.23
Kaps 5 mg Blist 21 Stk			21379	828.90	707.76
Kaps 7.5 mg Blist 21 Stk			21379	850.15	726.28
Kaps 10 mg Blist 21 Stk			21379	871.45	744.81
Kaps 15 mg Blist 21 Stk			21379	915.05	782.79
Kaps 20 mg Blist 21 Stk			21379	960.00	821.96
Kaps 25 mg Blist 21 Stk			21379	1005.00	861.14

Limitation alt:

Zur Behandlung von

- erwachsenen Patienten mit einem unbehandelten multiplen Myelom in Kombination mit Bortezomib und Dexamethason
- erwachsenen Patienten mit multiplen Myelom als Erhaltungstherapie nach autologer Stammzelltransplantation
- erwachsenen Patienten mit unbehandeltem multiplen Myelom, die nicht transplantationsfähig sind, in Kombination mit Dexamethason oder in Kombination mit Melphalan und Prednison, jeweils gefolgt von einer Lenalidomid Erhaltungstherapie bis zur Progression oder Unverträglichkeit
- Patienten mit multiplen Myelom, die wenigstens eine vorangegangene medikamentöse Therapie erhalten haben in Kombination mit Dexamethason
- 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

Nach vorgängiger Kostengutsprache durch den Krankenversicherer nach vorheriger Konsultation des Vertrauensarztes.

PRÄPARATE/(Wirkstoffe) Packungen	Verantwortliche Firma	Therap. Gruppe	Dossier Nr.	Preis neu	Ex-Fact. neu
LENALIDOMID-TEVA	Teva Pharma AG	071610			
Kaps 2.5 mg Blist 21 Stk			21379	807.65	689.23
Kaps 5 mg Blist 21 Stk			21379	828.90	707.76
Kaps 7.5 mg Blist 21 Stk			21379	850.15	726.28
Kaps 10 mg Blist 21 Stk			21379	871.45	744.81
Kaps 15 mg Blist 21 Stk			21379	915.05	782.79
Kaps 20 mg Blist 21 Stk			21379	960.00	821.96
Kaps 25 mg Blist 21 Stk			21379	1005.00	861.14

Limitation alt:

Zur Behandlung von

- erwachsenen Patienten mit einem unbehandelten multiplen Myelom in Kombination mit Bortezomib und Dexamethason
- erwachsenen Patienten mit multiplen Myelom als Erhaltungstherapie nach autologer Stammzelltransplantation
- erwachsenen Patienten mit unbehandeltem multiplen Myelom, die nicht transplantationsfähig sind, in Kombination mit Dexamethason oder in Kombination mit Melphalan und Prednison, jeweils gefolgt von einer Lenalidomid Erhaltungstherapie bis zur Progression oder Unverträglichkeit
- Patienten mit multiplen Myelom, die wenigstens eine vorangegangene medikamentöse Therapie erhalten haben in Kombination mit Dexamethason
- 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

Nach vorgängiger Kostengutsprache durch den Krankenversicherer nach vorheriger Konsultation des Vertrauensarztes.

Limitation neu:

Zur Behandlung von

- erwachsenen Patienten mit einem unbehandelten multiplen Myelom in Kombination mit Bortezomib und Dexamethason
- erwachsenen Patienten mit multiplen Myelom als Erhaltungstherapie nach autologer Stammzelltransplantation
- erwachsenen Patienten mit unbehandeltem multiplen Myelom, die nicht transplantationsfähig sind, in Kombination mit Dexamethason oder in Kombination mit Melphalan und Prednison, jeweils gefolgt von einer Lenalidomid Erhaltungstherapie bis zur Progression oder Unverträglichkeit
- Patienten mit multiplen Myelom, die wenigstens eine vorangegangene medikamentöse Therapie erhalten haben in Kombination mit Dexamethason
- 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

Nach vorgängiger Kostengutsprache durch den Krankenversicherer nach vorheriger Konsultation des Vertrauensarztes.

Limitation befristet bis 29.02.2024

Kombination LENALIDOMID-TEVA und Tafasitamab

Nach vorgängiger Kostengutsprache durch den Krankenversicherer nach vorheriger Konsultation des Vertrauensarztes.

LENALIDOMID-TEVA wird in Kombination mit Tafasitamab (MINJUVI) zur Behandlung von erwachsenen Patienten mit rezidiviertem oder refraktärem diffusen grosszelligem B-Zell-Lymphom (diffuse large B-cell lymphoma, DLBCL), nach mindestens einer vorherigen systemischen Behandlungslinie, einschliesslich eines CD20-gerichteten Antikörpers, für die eine autologe Stammzelltransplantation (ASZT) nicht infrage kommt, vergütet.

Die maximale Anzahl an erstattbaren Packungen LENALIDOMID-TEVA in dieser Indikation beträgt 12.

Folgender Code ist an den Krankenversicherer zu übermitteln: 21379.11.

PRÄPARATE/(Wirkstoffe) Packungen	Verantwortliche Firma	Therap. Gruppe	Dossier Nr.	Preis neu	Ex-Fact. neu
PRALUENT	Sanofi-Aventis (Suisse) SA	071200			
Inj Lös 75 mg/ml Fertigen 1 Stk			20487	233.35	188.96
Inj Lös 75 mg/ml Fertigen 2 Stk			20487	450.25	377.92
Inj Lös 150 mg/ml Fertigen 2 Stk			20487	450.25	377.92

Limitation alt:

Nach Kostengutsprache durch den Krankenversicherer nach vorgängiger Konsultation des Vertrauensarztes.

PRALUENT wird vergütet begleitend zu einer Diät und zusätzlich zu einer maximal verträglichen Dosierung einer intensivierten LDL-C senkenden Therapie.

In der Sekundärprävention nach einem klinisch manifesten atherosklerotisch bedingten, ischämischen kardiovaskulären Ereignis mit einem LDL-C > 2.6 mmol/L

- bei Erwachsenen mit Hypercholesterinämie
- bei Erwachsenen mit heterozygoter familiärer Hypercholesterinämie

In der Primärprävention nur bei Hochrisikopatienten:

- mit einem LDL-C > 5.0 mmol/L bei Erwachsenen mit einer schweren heterozygoten familiären Hypercholesterinämie
- mit einem LDL-C > 4.5 mmol/L bei Erwachsenen mit einer schweren heterozygoten familiären Hypercholesterinämie mit mindestens einem der folgenden zusätzlichen Risikofaktoren: Diabetes Mellitus, erhöhtes Lipoprotein (a) > 50 mg/dL resp. > 120 nmol/L, ausgeprägte arterielle Hypertonie

PRALUENT wird nur vergütet, wenn aufgrund des sehr hohen kardiovaskulären Risikos eine zusätzliche LDL-C Senkung medizinisch erforderlich ist, d.h.

- wenn über mindestens 3 Monate mit der maximal verträglichen Dosierung einer intensivierten LDL-C senkenden Therapie mit mindestens zwei verschiedenen Statinen mit oder ohne Ezetimib (oder Ezetimib mit oder ohne weiteren Lipidsenker bei Statin-Unverträglichkeit) die oben erwähnten LDL-C-Werte nicht erreicht werden können und
- wenn der arterielle Blutdruck kontrolliert und wenn eine Einstellung des Blutzuckers auf ein HbA1c-Wert kleiner 8 % sowie eine Nikotinabstinenz angestrebt werden.

Eine Unverträglichkeit gegenüber Statinen gilt als belegt, wenn

- Therapieversuche mit mehreren Statinen zu Myalgien oder
- einem Anstieg der Kreatinin-Kinase auf mindestens das Fünffache des oberen Normwertes führten oder
- wenn durch ein Statin eine schwere Hepatopathie aufgetreten ist.

Diagnose und Erstverordnung sowie regelmässige Kontrollen müssen durch einen Facharzt FMH der Angiologie, Diabetologie / Endokrinologie, Kardiologie, Nephrologie, Neurologie oder durch ausgewiesene Hypercholesterinämie-Experten durchgeführt werden. Die entsprechende Liste mit den Experten ist unter folgender Adresse abrufbar: <http://www.bag.admin.ch/sl-ref>

Die Behandlung darf nur fortgesetzt werden, wenn bei einer Kontrolle innerhalb von 6 Monaten nach Behandlungsbeginn das LDL-C gegenüber dem Ausgangswert unter der maximal intensivierten lipid-senkenden Therapie um mindestens 40 % gesenkt werden konnte oder ein LDL-C Wert von kleiner als 1.8 mmol/L erreicht wurde.

Die Sanofi-Aventis (Suisse) SA vergütet dem Krankenversicherer, bei dem die versicherte Person zum Zeitpunkt des Bezugs versichert war, auf dessen erste Aufforderung hin für jede bezogene Packung PRALUENT einen festgelegten Anteil des Fabrikabgabepreises zurück. Sie gibt dem Krankenversicherer die Höhe der Rückvergütung bekannt. Die Mehrwertsteuer kann nicht zusätzlich zu diesem Anteil des Fabrikabgabepreises zurückgefordert werden. Die Aufforderung zur Rückvergütung soll ab dem Zeitpunkt der Verabreichung erfolgen.

Limitation neu:

Befristete Limitation bis 31.12.2025

PRALUENT wird vergütet begleitend zu einer Diät und zusätzlich zu einer maximal verträglichen Dosierung einer intensivierten LDL-C senkenden Therapie:

- In der Sekundärprävention bei Patienten nach einem klinisch manifesten atherosklerotisch bedingten, ischämischen kardiovaskulären Ereignis und einem LDL-C Spiegel von > 1.8 mmol/L.
- Bei Patienten mit heterozygoter familiärer Hypercholesterinämie und einem LDL-C Spiegel von > 2.6 mmol/L.

PRALUENT wird vergütet, wenn unter der maximal verträglichen Dosierung einer intensivierten LDL-C senkenden Therapie über mindestens drei Monate, bestehend aus dem Versuch von mindestens zwei verschiedenen Statinen mit oder ohne Ezetimib (oder Ezetimib mit oder ohne weiteren Lipidsenker bei Statin-Unverträglichkeit) obige LDL-C Werte nicht erreicht werden konnten.

Eine Unverträglichkeit gegenüber Statinen gilt als belegt, wenn

- Therapieversuche mit mehreren Statinen zu Myalgien oder
- einem Anstieg der Kreatinin-Kinase auf mindestens das Fünffache des oberen Normwertes führten oder
- wenn durch ein Statin eine schwere Hepatopathie aufgetreten ist.

Diagnose und Erstverordnung sowie regelmässige Kontrollen müssen durch einen Facharzt FMH der Angiologie, Diabetologie / Endokrinologie, Kardiologie, Nephrologie, Neurologie oder durch ausgewiesene Hypercholesterinämie-Experten durchgeführt werden. Die entsprechende Liste mit den Experten ist unter folgender Adresse abrufbar: <http://www.bag.admin.ch/sl-ref>

Die Behandlung darf nur fortgesetzt werden, wenn bei einer Kontrolle innerhalb von 6 Monaten das LDL-C gegenüber dem Ausgangswert unter der maximal intensivierten lipid-senkenden Therapie um mindestens 40% gesenkt werden konnte oder ein LDL-C Wert von kleiner 1.4 mmol/l erreicht wurde. Bei Patienten, welche vorgängig eine Behandlung mit einem PCSK9-Inhibitor/-Senker (Inclisiran) erhalten haben, muss eine Senkung von mindestens 40% gegenüber dem Ausgangswert unter maximal intensiver lipid-senkender Therapie vor der Behandlung mit einem PCSK9-Inhibitor/-Senker oder ein LDL-C Wert von kleiner 1.4 mmol/l erreicht werden.

Die Vergütung in Kombination mit der Anwendung von PCSK9-Inhibitoren/-Senkern (bspw. Inclisiran) ist ausgeschlossen.

Die Sanofi-Aventis (Suisse) SA vergütet dem Krankenversicherer, bei dem die versicherte Person zum Zeitpunkt des Bezugs versichert war, auf dessen erste Aufforderung hin für jede bezogene Packung PRALUENT einen festgelegten Anteil des Fabrikabgabepreises zurück. Sie gibt dem Krankenversicherer die Höhe der Rückvergütung bekannt. Die Mehrwertsteuer kann nicht zusätzlich zu diesem Anteil des Fabrikabgabepreises zurückgefordert werden. Die Aufforderung zur Rückvergütung soll ab dem Zeitpunkt der Verabreichung erfolgen.

Kontrollen der Wirtschaftlichkeit nach Art. 56 Abs. 6 KVG müssen diese Rückvergütungen berücksichtigen.

PRÄPARATE/(Wirkstoffe) Packungen	Verantwortliche Firma	Therap. Gruppe	Dossier Nr.	Preis neu	Ex-Fact. neu
REPATHA	Amgen Switzerland AG	071200			
Inj Lös 140 mg/ml Pen 1 Stk			20427	233.35	188.96
Inj Lös 140 mg/ml Pen 2 Stk			20427	450.25	377.92

Limitation alt:

Nach Kostengutsprache durch den Krankenversicherer nach vorgängiger Konsultation des Vertrauensarztes.

Repatha wird vergütet begleitend zu einer Diät und zusätzlich zu einer maximal verträglichen Dosierung einer intensivierten LDL-C senkenden Therapie.

In der Sekundärprävention nach einem klinisch manifesten atherosklerotisch bedingten, ischämischen kardiovaskulären Ereignis mit einem LDL-C > 2.6 mmol/L

- bei Erwachsenen mit Hypercholesterinämie
- bei Erwachsenen und pädiatrischen Patienten ab einem Alter von 10 Jahren mit heterozygoten familiären Hypercholesterinämie
- bei Erwachsenen und pädiatrischen Patienten ab einem Alter von 10 Jahren mit einer homozygoten familiären Hypercholesterinämie

In der Primärprävention nur bei Hochrisikopatienten:

- mit einem LDL-C > 5.0 mmol/L bei Erwachsenen und pädiatrischen Patienten ab einem Alter von 10 Jahren mit einer schweren heterozygoten familiären Hypercholesterinämie
- mit einem LDL-C > 5.0 mmol/L bei Erwachsenen und pädiatrischen Patienten ab einem Alter von 10 Jahren mit einer homozygoten familiären Hypercholesterinämie
- mit einem LDL-C > 4.5 mmol/L bei Erwachsenen mit einer schweren heterozygoten familiären Hypercholesterinämie mit mindestens einem der folgenden zusätzlichen Risikofaktoren: Diabetes Mellitus, erhöhtes Lipoprotein (a) > 50 mg/dL resp. 120nmol/L, ausgeprägte arterielle Hypertonie

Repatha wird nur vergütet, wenn aufgrund des sehr hohen kardiovaskulären Risikos eine zusätzliche LDL-C Senkung medizinisch erforderlich ist, d.h.

- wenn über mindestens 3 Monate mit der maximal verträglichen Dosierung einer intensivierten LDL-C senkenden Therapie mit mindestens zwei verschiedenen Statinen mit oder ohne Ezetimib (oder Ezetimib mit oder ohne weiteren Lipidsenker bei Statin-Unverträglichkeit) die oben erwähnten LDL-C-Werte nicht erreicht werden können und
- wenn der arterielle Blutdruck kontrolliert und wenn eine Einstellung des Blutzuckers auf ein HbA1c-Wert kleiner 8 % sowie eine Nikotinabstinenz angestrebt werden.

Eine Unverträglichkeit gegenüber Statinen gilt als belegt, wenn

- Therapieversuche mit mehreren Statinen zu Myalgien oder
- einem Anstieg der Kreatinin-Kinase auf mindestens das Fünffache des oberen Normwertes führten oder
- wenn durch ein Statin eine schwere Hepatopathie aufgetreten ist.

Diagnose und Erstverordnung sowie regelmässige Kontrollen müssen durch einen Facharzt FMH der Angiologie, Diabetologie / Endokrinologie, Kardiologie, Nephrologie, Neurologie oder durch ausgewiesene Hypercholesterinämie-Experten durchgeführt werden. Die entsprechende Liste mit den Experten ist unter folgender Adresse abrufbar: <http://www.bag.admin.ch/sl-ref>

Die Behandlung darf nur fortgesetzt werden, wenn bei einer Kontrolle innerhalb von 6 Monaten nach Behandlungsbeginn das LDL-C gegenüber dem Ausgangswert unter der maximal intensivierten lipidsenkenden Therapie um mindestens 40 % gesenkt werden konnte oder ein LDL-Wert von kleiner als 1.8 mmol/l erreicht wurde (exklusive homozygoter familiärer Hypercholesterinämie).

Die Amgen AG vergütet dem Krankenversicherer, bei dem die versicherte Person zum Zeitpunkt des Bezugs versichert war, auf dessen erste Aufforderung hin für jede bezogene Packung Repatha einen festgelegten Anteil des Fabrikabgabepreises zurück. Sie gibt dem Krankenversicherer die Höhe der Rückvergütung bekannt. Die Mehrwertsteuer kann nicht zusätzlich zu diesem Anteil des Fabrikabgabepreises zurückgefordert werden. Die Aufforderung zur Rückvergütung soll ab dem Zeitpunkt der Verabreichung erfolgen.

Limitation neu:

Befristete Limitation bis 31.12.2025

REPATHA wird vergütet begleitend zu einer Diät und zusätzlich zu einer maximal verträglichen Dosierung einer intensivierten LDL-C senkenden Therapie:

- In der Sekundärprävention bei Patienten nach einem klinisch manifesten atherosklerotisch bedingten, ischämischen kardiovaskulären Ereignis und einem LDL-C Spiegel von > 1.8 mmol/L.
- Bei Patienten ab einem Alter von 10 Jahren mit heterozygoter und homozygoter familiärer Hypercholesterinämie und einem LDL-C Spiegel von > 2.6 mmol/L.

REPATHA wird vergütet, wenn unter der maximal verträglichen Dosierung einer intensivierten LDL-C senkenden Therapie über mindestens drei Monate, bestehend aus dem Versuch von mindestens zwei verschiedenen Statinen mit oder ohne Ezetimib (oder Ezetimib mit oder ohne weiteren Lipidsenker bei Statin-Unverträglichkeit) obige LDL-C Werte nicht erreicht werden konnten.

Eine Unverträglichkeit gegenüber Statinen gilt als belegt, wenn

- Therapieversuche mit mehreren Statinen zu Myalgien oder
- einem Anstieg der Kreatinin-Kinase auf mindestens das Fünffache des oberen Normwertes führten oder
- wenn durch ein Statin eine schwere Hepatopathie aufgetreten ist.

Diagnose und Erstverordnung sowie regelmässige Kontrollen müssen durch einen Facharzt FMH der Angiologie, Diabetologie / Endokrinologie, Kardiologie, Nephrologie, Neurologie oder durch ausgewiesene Hypercholesterinämie-Experten durchgeführt werden. Die entsprechende Liste mit den Experten ist unter folgender Adresse abrufbar: <http://www.bag.admin.ch/sl-ref>

Die Behandlung darf nur fortgesetzt werden, wenn bei einer Kontrolle innerhalb von 6 Monaten das LDL-C gegenüber dem Ausgangswert unter der maximal intensivierten lipidsenkenden Therapie um mindestens 40% gesenkt werden konnte oder ein LDL-C Wert von kleiner 1.4 mmol/l erreicht wurde.

Bei Patienten, welche vorgängig eine Behandlung mit einem PCSK9-Inhibitor/-Senker (bspw. Inclisiran) erhalten haben, muss eine Senkung von mindestens 40% gegenüber dem Ausgangswert unter maximal intensiverter lipidsenkender Therapie vor der Behandlung mit einem PCSK9-Inhibitor/-Senker oder ein LDL-C Wert von kleiner 1.4 mmol/l erreicht werden.

Die Vergütung in Kombination mit der Anwendung von PCSK9-Inhibitoren/-Senkern (bspw. Inclisiran) ist ausgeschlossen.

Die Amgen Switzerland AG vergütet dem Krankenversicherer, bei dem die versicherte Person zum Zeitpunkt des Bezugs versichert war, auf dessen erste Aufforderung hin für jede bezogene Packung REPATHA einen festgelegten Anteil des Fabrikabgabepreises zurück. Sie gibt dem Krankenversicherer die Höhe der Rückvergütung bekannt. Die Mehrwertsteuer kann nicht zusätzlich zu diesem Anteil des Fabrikabgabepreises zurückgefordert werden. Die Aufforderung zur Rückvergütung soll ab dem Zeitpunkt der Verabreichung erfolgen.

Kontrollen der Wirtschaftlichkeit nach Art. 56 Abs. 6 KVG müssen diese Rückvergütungen berücksichtigen.

PRÄPARATE/(Wirkstoffe) Packungen	Verantwortliche Firma	Therap. Gruppe	Dossier Nr.	Preis neu	Ex-Fact. neu
REVLIMID	Bristol-Myers Squibb SA	071610			
Kaps 2.5 mg 21 Stk			18541	2581.20	2297.43
Kaps 5 mg 21 Stk			18541	2648.95	2359.19
Kaps 7.5 mg 21 Stk			18541	2716.65	2420.94
Kaps 10 mg 21 Stk			18541	2784.40	2482.70
Kaps 15 mg 21 Stk			18541	2920.55	2609.31
Kaps 25 mg 21 Stk			18541	3188.20	2870.45
Kaps 20 mg 21 Stk			18541	3054.40	2739.88

Limitation alt:

Zur Behandlung von

- erwachsenen Patienten mit einem unbehandeltem multiplen Myelom in Kombination mit Bortezomib und Dexamethason
- erwachsenen Patienten mit multiplen Myelom als Erhaltungstherapie nach autologer Stammzelltransplantation
- erwachsenen Patienten mit unbehandeltem multiplen Myelom, die nicht transplantationsfähig sind, in Kombination mit Dexamethason oder in Kombination mit Melphalan und Prednison, jeweils gefolgt von einer Revlimid Erhaltungstherapie bis zur Progression oder Unverträglichkeit
- Patienten mit multiplen Myelom, die wenigstens eine vorangegangene medikamentöse Therapie erhalten haben in Kombination mit Dexamethason
- 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

Nach vorgängiger Kostengutsprache durch den Krankenversicherer nach vorheriger Konsultation des Vertrauensarztes.

Limitation neu:

Zur Behandlung von

- erwachsenen Patienten mit einem unbehandeltem multiplen Myelom in Kombination mit Bortezomib und Dexamethason
- erwachsenen Patienten mit multiplen Myelom als Erhaltungstherapie nach autologer Stammzelltransplantation
- erwachsenen Patienten mit unbehandeltem multiplen Myelom, die nicht transplantationsfähig sind, in Kombination mit Dexamethason oder in Kombination mit Melphalan und Prednison, jeweils gefolgt von einer Revlimid Erhaltungstherapie bis zur Progression oder Unverträglichkeit
- Patienten mit multiplen Myelom, die wenigstens eine vorangegangene medikamentöse Therapie erhalten haben in Kombination mit Dexamethason
- 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

Nach vorgängiger Kostengutsprache durch den Krankenversicherer nach vorheriger Konsultation des Vertrauensarztes.

Limitation befristet bis 29.02.2024

Kombination REVLIMID und Tafasitamab

Nach vorgängiger Kostengutsprache durch den Krankenversicherer nach vorheriger Konsultation des Vertrauensarztes.

REVLIMID wird in Kombination mit Tafasitamab (MINJUVI) zur Behandlung von erwachsenen Patienten mit rezidiviertem oder refraktärem diffusem grosszelligem B-Zell-Lymphom (diffuse large B-cell lymphoma, DLBCL), nach mindestens einer vorherigen systemischen Behandlungslinie, einschliesslich eines CD20-gerichteten Antikörpers, für die eine autologe Stammzelltransplantation (ASZT) nicht infrage kommt, vergütet.

Die maximale Anzahl an erstattbaren Packungen REVLIMID in dieser Indikation beträgt 12.

Die Zulassungsinhaberin erstattet 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 Rückvergütung bekannt. Die Mehrwertsteuer kann nicht zusätzlich zu diesem Anteil des Fabrikabgabepreises zurückgefordert werden. Die Aufforderung zur Rückerstattung soll zeitnah zur Verabreichung erfolgen.

Folgender Code ist an den Krankenversicherer zu übermitteln: 18541.11

PRÄPARATE/(Wirkstoffe) Packungen	Verantwortliche Firma	Therap. Gruppe	Dossier Nr.	Preis neu	Ex-Fact. neu
TALTZ	Eli Lilly (Suisse) SA	071500			
Inj Lös 80 mg/ml Fertigspritze 1 Stk			20532	1200.35	1038.37
Inj Lös 80 mg/ml Fertigpen 1 Stk			20532	1200.35	1038.37
Inj Lös 80 mg/ml Fertigspritze 2 Stk			20532	2339.15	2076.73
Inj Lös 80 mg/ml Fertigpen 2 Stk			20532	2339.15	2076.73

Limitation alt:

Die Verschreibung kann nur durch Fachärzte der Dermatologie oder Rheumatologie oder dermatologische oder rheumatologische Universitätskliniken/Polikliniken erfolgen.

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 20 Wochen kein therapeutischer Erfolg eingetreten ist, ist die Behandlung abzubrechen.

Psoriasis-Arthritis

Alleine oder in Kombination mit konventionellen krankheitsmodifizierenden Antirheumatika (DMARD, disease-modifying anti-rheumatic drugs), zur Behandlung erwachsener Patienten mit aktiver Psoriasis-Arthritis, die auf eine Behandlung mit einem oder mehreren DMARDs unzureichend angesprochen haben oder diese nicht vertragen haben.

Die Firma Eli Lilly (Suisse) SA erstattet dem Krankenversicherer, bei dem die versicherte Person zum Zeitpunkt des Bezugs versichert war, auf dessen erste Aufforderung hin für jede zur Behandlung der Psoriasis-Arthritis bezogene Packung TALTZ einen Anteil von Fr. 36.05 pro Packung mit 1 Stk. resp. Fr. 72.10 pro Packung mit 2 Stk. zurück. Die Mehrwertsteuer kann nicht zusätzlich zu diesem Anteil des Fabrikabgabepreises zurückgefordert werden. Die Aufforderung zur Rückvergütung soll ab dem Zeitpunkt der Verabreichung erfolgen.

Ankylosierende Spondylitis

Zur Behandlung erwachsener Patienten mit schwerer, aktiver ankylosierender Spondylitis, die auf eine konventionelle Therapie (z.B. NSAIDs) unzureichend angesprochen haben oder diese nicht vertragen.

Die Firma Eli Lilly (Suisse) SA erstattet dem Krankenversicherer, bei dem die versicherte Person zum Zeitpunkt des Bezugs versichert war, auf dessen erste Aufforderung hin für jede zur Behandlung der ankylosierenden Spondylitis bezogene Packung TALTZ einen Anteil von Fr. 133.99 pro Packung mit 1 Stk. resp. Fr. 267.98 pro Packung mit 2 Stk. zurück. Die Mehrwertsteuer kann nicht zusätzlich zu diesem Anteil des Fabrikabgabepreises zurückgefordert werden. Die Aufforderung zur Rückvergütung soll ab dem Zeitpunkt der Verabreichung erfolgen.

Limitation neu:

Die Verschreibung kann nur durch Fachärzte der Dermatologie oder Rheumatologie oder dermatologische oder rheumatologische Universitätskliniken/Polikliniken erfolgen.

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 20 Wochen kein therapeutischer Erfolg eingetreten ist, ist die Behandlung abzubrechen.

Folgender Indikationscode ist an den Krankenversicherer zu übermitteln: 20532.01

Psoriasis-Arthritis

Alleine oder in Kombination mit konventionellen krankheitsmodifizierenden Antirheumatika (DMARD, disease-modifying anti-rheumatic drugs), zur Behandlung erwachsener Patienten mit aktiver Psoriasis-Arthritis, die auf eine Behandlung mit einem oder mehreren DMARDs unzureichend angesprochen haben oder diese nicht vertragen haben.

Folgender Indikationscode ist an den Krankenversicherer zu übermitteln: 20532.02

Limitation befristet bis 30.11.2024

Ankylosierende Spondylitis

Zur Behandlung erwachsener Patienten mit schwerer, aktiver ankylosierender Spondylitis, die auf eine konventionelle Therapie (z.B. NSAIDs) unzureichend angesprochen haben oder diese nicht vertragen.

Die Firma Eli Lilly (Suisse) SA erstattet dem Krankenversicherer, bei dem die versicherte Person zum Zeitpunkt des Bezugs versichert war, auf dessen erste Aufforderung hin für jede zur Behandlung der ankylosierenden Spondylitis bezogene Packung TALTZ einen Anteil von Fr. 109.15 pro Packung mit 1 Stk. resp. Fr. 218.29 pro Packung mit 2 Stk. zurück. Die Mehrwertsteuer kann nicht zusätzlich zu diesem Anteil des Fabrikabgabepreises zurückgefordert werden. Die Aufforderung zur Rückvergütung soll ab dem Zeitpunkt der Verabreichung erfolgen.

Folgender Indikationscode ist an den Krankenversicherer zu übermitteln: 20532.03

PRÄPARATE/(Wirkstoffe) Packungen	Verantwortliche Firma	Therap. Gruppe	Dossier Nr.	Preis neu	Ex-Fact. neu
VENCLYXTO	AbbVie AG	071610			
Filmtabl 10 mg Blist 14 Stk			20764	99.10	72.05
Filmtabl 50 mg Blist 7 Stk			20764	223.15	180.11
Filmtabl 100 mg Blist 7 Stk			20764	429.95	360.23
Filmtabl 100 mg Blist 14 Stk			20764	843.50	2076.73
Filmtabl 100 mg Blist 112 Stk			20764	6153.75	5763.66

Limitation alt:**Chronisch lymphatische Leukämie in Kombination mit Rituximab**

Nach vorgängiger Kostengutsprache durch den Krankenversicherer nach vorheriger Konsultation des Vertrauensarztes.

Venclyxto als Kombinationstherapie mit Rituximab bei Erwachsenen zur Behandlung einer chronisch lymphatischen Leukämie (CLL), die mindestens eine Vortherapie erhalten haben.

Die Behandlung (inkl. maximal 6 Zyklen Rituximab) wird für max. 24 Monate + 5 Wochen (Therapiedauer gemäss Fachinformation) vergütet.

Es werden keine weiteren anti-CLL Arzneimitteltherapien vergütet bis eine Krankheitsprogression auftritt.

Folgender Code ist an den Krankenversicherer zu übermitteln: 20764.02

Befristete Limitation bis 31.10.2023

Chronisch lymphatische Leukämie (Monotherapie) bei Patienten mit del17p/TP53mut und nach Therapieversagen unter einem BCRi

Nach vorgängiger Kostengutsprache durch den Krankenversicherer nach vorheriger Konsultation des Vertrauensarztes.

Als Monotherapie bei Erwachsenen zur Behandlung einer chronischen lymphatischen Leukämie (CLL), die eine 17p-Deletion oder TP53-Mutation aufweisen und die unter einer Behandlung mit einem Inhibitor des B-Zell-Rezeptor-Signalwegs ein Therapieversagen zeigten. Die Behandlung wird vergütet bis eine Krankheitsprogression oder inakzeptable Toxizität auftritt.

Die Zulassungsinhaberin AbbVie AG vergütet nach Aufforderung durch denjenigen Krankenversicherer, bei dem die versicherte Person zum Zeitpunkt des Bezugs versichert war, für jede bezogene Packung Venclyxto 4.2 % des Fabrikabgabepreises zurück. Die Rückvergütung gilt nicht für Packungen, die in der Indikation Venetoclax + Rituximab angewendet wurden. Die Mehrwertsteuer kann nicht zusätzlich zu diesem Anteil des Fabrikabgabepreises zurückgefordert werden.

Folgender Code ist an den Krankenversicherer zu übermitteln: 20764.01

Befristete Limitation bis 31.08.2025

Akute myeloische Leukämie in Kombination mit Azacitidin oder Decitabin

Nach vorgängiger Kostengutsprache durch den Krankenversicherer nach vorheriger Konsultation des Vertrauensarztes.

VENCLYXTO wird in Kombination mit Azacitidin oder Decitabin zur Behandlung von erwachsenen Patienten mit neu diagnostizierter (therapienaiver) akuter myeloischer Leukämie (AML), für die eine intensive Chemotherapie nicht infrage kommt, vergütet. Ausgenommen sind Patienten mit akuter Promyelozytenleukämie (APL).

Die Behandlung wird vergütet bis eine Krankheitsprogression oder inakzeptable Toxizität auftritt.

Die Zulassungsinhaberin AbbVie AG erstattet dem Krankenversicherer, bei dem die versicherte Person zum Zeitpunkt des Bezugs versichert war, auf dessen erste Aufforderung hin für jede bezogene Packung VENCLYXTO einen festgelegten Anteil des Fabrikabgabepreises zurück. Dieser Rückerstattungsanteil entspricht der Differenz des wirtschaftlichen Preises und des aktuell gelisteten SL-FAP. Die wirtschaftlichen Preise für VENCLYXTO in Kombination mit Azacitidin oder Decitabin sind wie folgt:

- Filmtabl. 10 mg, 14 Stk Fr. 55.04
- Filmtabl. 50 mg, 7 Stk Fr. 137.59
- Filmtabl. 100 mg, 7 Stk Fr. 275.18
- Filmtabl. 100 mg, 14 Stk Fr. 550.36
- Filmtabl. 100 mg, 112 Stk. Fr. 4402.85

Die Forderung einer Rückerstattung durch den Krankenversicherer gilt nur für die Kombination von VENCLYXTO mit Azacitidin oder Decitabin. Die Mehrwertsteuer kann nicht zusätzlich zu diesem Anteil des Fabrikabgabepreises zurückgefordert werden. Die Aufforderung zur Rückerstattung soll ab dem Zeitpunkt der Verabreichung erfolgen. Die Azacitidin-Generika sind in Kombination mit VENCLYXTO ohne Rückerstattung für die Generika wirtschaftlich. Für die Kombination von VENCLYXTO mit den Originalpräparaten Azacitidin oder Decitabin ist in deren Limitierungen ebenfalls eine Rückerstattung festgelegt.

Folgender Code ist an den Krankenversicherer zu übermitteln: 20764.03

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

Limitation neu:**Chronisch lymphatische Leukämie in Kombination mit Rituximab**

Nach vorgängiger Kostengutsprache durch den Krankenversicherer nach vorheriger Konsultation des Vertrauensarztes.

Venclyxto als Kombinationstherapie mit Rituximab bei Erwachsenen zur Behandlung einer chronisch lymphatischen Leukämie (CLL), die mindestens eine Vortherapie erhalten haben.

Die Behandlung (inkl. maximal 6 Zyklen Rituximab) wird für max. 24 Monate + 5 Wochen (Therapiedauer gemäss Fachinformation) vergütet.

Es werden keine weiteren anti-CLL Arzneimitteltherapien vergütet bis eine Krankheitsprogression auftritt.

Folgender Code ist an den Krankenversicherer zu übermitteln: 20764.02

Befristete Limitation bis 31.10.2023

Chronisch lymphatische Leukämie (Monotherapie) bei Patienten mit del17p/TP53mut und nach Therapieversagen unter einem BCRI

Nach vorgängiger Kostengutsprache durch den Krankenversicherer nach vorheriger Konsultation des Vertrauensarztes.

Als Monotherapie bei Erwachsenen zur Behandlung einer chronischen lymphatischen Leukämie (CLL), die eine 17p-Deletion oder TP53-Mutation aufweisen und die unter einer Behandlung mit einem Inhibitor des B-Zell-Rezeptor-Signalwegs ein Therapieversagen zeigten. Die Behandlung wird vergütet bis eine Krankheitsprogression oder inakzeptable Toxizität auftritt.

Die Zulassungsinhaberin AbbVie AG vergütet nach Aufforderung durch denjenigen Krankenversicherer, bei dem die versicherte Person zum Zeitpunkt des Bezugs versichert war, für jede bezogene Packung Venclyxto 4,2% des Fabrikabgabepreises zurück. Die Rückvergütung gilt nicht für Packungen, die in der Indikation Venetoclax + Rituximab angewendet wurden. Die Mehrwertsteuer kann nicht zusätzlich zu diesem Anteil des Fabrikabgabepreises zurückgefordert werden.

Folgender Code ist an den Krankenversicherer zu übermitteln: 20764.01

Limitation befristet bis 31.08.2025

Akute myeloische Leukämie in Kombination mit Azacitidin oder Decitabin

Nach vorgängiger Kostengutsprache durch den Krankenversicherer nach vorheriger Konsultation des Vertrauensarztes.

VENCLYXTO wird in Kombination mit Azacitidin oder Decitabin zur Behandlung von erwachsenen Patienten mit neu diagnostizierter (therapienaiver) akuter myeloischer Leukämie (AML), für die eine intensive Chemotherapie nicht infrage kommt, vergütet. Ausgenommen sind Patienten mit akuter Promyelozytenleukämie (APL).

Die Behandlung wird vergütet bis eine Krankheitsprogression oder inakzeptable Toxizität auftritt.

Die Zulassungsinhaberin AbbVie AG erstattet dem Krankenversicherer, bei dem die versicherte Person zum Zeitpunkt des Bezugs versichert war, auf dessen erste Aufforderung hin für jede bezogene Packung VENCLYXTO einen festgelegten Anteil des Fabrikabgabepreises zurück. Dieser Rückerstattungsanteil entspricht der Differenz des wirtschaftlichen Preises und des aktuell gelisteten SL-FAP. Die wirtschaftlichen Preise für VENCLYXTO in Kombination mit Azacitidin oder Decitabin sind wie folgt:

– Filmtabl. 10 mg, 14 Stk Fr. 55.04

– Filmtabl. 50 mg, 7 Stk Fr. 137.59

– Filmtabl. 100 mg, 7 Stk Fr. 275.18

– Filmtabl. 100 mg, 14 Stk Fr. 550.36

– Filmtabl. 100 mg, 112 Stk. Fr. 4'402.85

Die Forderung einer Rückerstattung durch den Krankenversicherer gilt nur für die Kombination von VENCLYXTO mit Azacitidin oder Decitabin. Die Mehrwertsteuer kann nicht zusätzlich zu diesem Anteil des Fabrikabgabepreises zurückgefordert werden. Die Aufforderung zur Rückerstattung soll ab dem Zeitpunkt der Verabreichung erfolgen. Die Bedingungen für eine Vergütung der Kombinationspartner Azacitidin oder Decitabin sowie eine allfällige Rückerstattung ist in deren Limitierung festgehalten.

Folgender Code ist an den Krankenversicherer zu übermitteln: 20764.03

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

VI. Limitierung bei Neuaufnahme

JINARC	Otsuka Pharmaceutical (Switzerland) GmbH	050200			
Tabl 45 mg/15 mg 56 Stk			20456	1648.75	1447.22
Tabl 60 mg/30 mg 56 Stk			20456	1648.75	1447.22
Tabl 90 mg/30 mg 56 Stk			20456	1648.75	1447.22
Tabl 15 mg 28 Stk			20456	1648.75	1447.22
Tabl 30 mg 28 Stk			20456	1648.75	1447.22

Befristete Limitation bis 31.01.2023

Nach Kostengutsprache durch den Krankenversicherer nach vorgängiger Konsultation des Vertrauensarztes. Zur Verlangsamung der Progression von Zystenentwicklung und Niereninsuffizienz bei typischer autosomaldominanter polyzystischer Nierenerkrankung (ADPKD Class 1) bei Erwachsenen mit chronischer Nierenerkrankung (CKD) im Stadium 1 bis 3 zu Behandlungsbeginn mit Anzeichen für eine rasch fortschreitende Erkrankung, wenn das Gesamtnierenvolumen (TKV) zu Behandlungsbeginn mindestens 750 ml beträgt, die geschätzte glomeruläre Filtrationsrate (eGFR) mindestens 30 ml/min/1.73 m², und wenn zudem bei Patienten mit CKD im Stadium 1 gleichzeitig eine Mayo-Klasse 1D oder 1E und bei Patienten mit CKD in den Stadien 2 und 3 eine Mayo-Klasse 1C, 1D oder 1E vorliegt.

Die Diagnose, die Verordnung und die Überwachung der Therapie mit JINARC darf ausschliesslich durch einen Facharzt der Nephrologie erfolgen, der an einem durch das BAG definierten Spital mit einem Zentrum für Nephrologie tätig ist. Die vom BAG definierten Zentren [vgl. Liste publiziert unter <http://www.bag.admin.ch/sl-ref>] erfüllen mindestens zwei der folgenden drei Kriterien:

- Das Zentrum ist eine als FMH-Weiterbildungsstätte der Kategorie A oder B definierte Klinik für Nephrologie.
- Am Zentrum ist mindestens ein von Otsuka Pharmaceutical (Switzerland) GmbH geschulter Facharzt der Nephrologie tätig.
- Das Zentrum hat sich zur Teilnahme an der PASS-Studie zu JINARC verpflichtet. Dabei sind folgende Daten zu erfassen:

Alter des Patienten zu Behandlungsbeginn, Geschlecht des Patienten, eGFR vor Behandlungsbeginn, CKD-Stadium und Gesamtnierenvolumen zu Beginn der Behandlung, Mayo-Klasse zu Beginn der Behandlung sowie Anfangsdosierung. Weiter zu liefern sind im Abstand von 6 Monaten die eGFR, Dosisänderungen, Grund für eine Dosisreduktion falls zutreffend und Grund für den Therapieabbruch falls zutreffend.

Das Kostengutsprachege such hat folgende Angaben zu enthalten:

- gesicherte Diagnose einer typischen ADPKD (Class 1) anhand der Anzahl Zysten/Niere und Alter (nach Pei-Ravine Kriterien) oder anhand eines genetischen Testes
- CKD-Stadium, eGFR, Gesamtnierenvolumen, Alter des Patienten und Mayo-Klasse zu Beginn der Behandlung
- Anfangsdosierung

Bricht ein Patient die Therapie nach einer Behandlungsdauer von 3 Monaten oder weniger ab, werden die gesamten Therapiekosten auf Basis FAP von der Firma Otsuka Pharmaceutical (Switzerland) GmbH demjenigen Krankenversicherer rückvergütet, bei dem die versicherte Person zum Zeitpunkt des Bezuges versichert war. Die MWSt kann nicht zusätzlich zum FAP zurückgefordert werden. Als Therapieabbruch gilt, wenn ein Patient nach Bezug der ersten, der ersten zwei oder der ersten drei monatlich bezogenen Packungen während 2 Monaten keine Packung mehr bezieht. Der Krankenversicherer fordert die Firma Otsuka Pharmaceutical (Switzerland) GmbH zur Rückvergütung auf. Die Aufforderung soll innerhalb von 6 Monaten nach Therapieabbruch erfolgen.

Entstehen aufgrund einer Dosisanpassung Therapiekosten pro Jahr, die die Kosten von 13 Packungen zu Fr. 1695.85 übersteigen, werden die Kosten, die über diesen Betrag hinausgehen, auf Basis FAP von der Firma Otsuka Pharmaceutical (Switzerland) GmbH demjenigen Krankenversicherer rückvergütet, bei dem die versicherte Person zum Zeitpunkt des Bezuges versichert war. Die MWSt kann nicht zusätzlich zum FAP zurückgefordert werden. Der Krankenversicherer fordert die Firma Otsuka Pharmaceutical (Switzerland) GmbH zur Rückvergütung auf. Zur Beurteilung der Therapiekosten pro Jahr soll eine Bezugsperiode von 15 Monaten berücksichtigt werden. Die Aufforderung zur Rückvergütung soll innerhalb von einem Monat, der über diese 15 Monate Bezugsperiode hinausgeht, erfolgen.

LUXTURNA	Novartis Pharma Schweiz AG	119900			
Inj Konz c Solv 1 Stk			21179	368319.16	359095.78
Filmtabl 150 mg Blist 112 Stk			20852	5360.25	4989.53

Limitation befristet bis 28.02.2023

Nach Kostengutsprache des Krankenversicherers nach vorgängiger Konsultation des Vertrauensarztes zur Behandlung von erwachsenen und pädiatrischen Patienten mit Sehverlust aufgrund einer erblichen Netzhautdystrophie, die auf nachgewiesenen biallelischen RPE65-Mutationen beruht, und die über ausreichend lebensfähige Netzhautzellen (retinaler Bereich innerhalb des hinteren Pols von >100 Mikrometer Dicke) verfügen.

Keine Vergütung für Kinder unter 3 Jahren. Die Vergütung von Luxturna erfolgt pro Patient und Auge nur einmalig. Die Applikation von Luxturna wird nur in einem zertifizierten Behandlungszentrum durchgeführt.

Die Novartis Pharma Schweiz AG erstattet dem Krankenversicherer, bei dem die versicherte Person zum Zeitpunkt des Bezuges versichert war, auf dessen erste Aufforderung hin für jede bezogene Packung Luxturna 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.

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

LYNPARZA

AstraZeneca AG

071610

Filmtabl 100 mg Blist 112 Stk

20852

5360.25

4989.53

Filmtabl 150 mg Blist 112 Stk

20852

5360.25

4989.53

Limitation befristet bis 31.12.2022

Ovarialkarzinom nach Erstlinienchemotherapie

Monotherapie

Nur nach Verordnung durch einen Facharzt der Gynäkologie oder Onkologie und nach Kostengutsprache durch den Krankenversicherer nach vorgängiger Konsultation des Vertrauensarztes zur Erhaltungstherapie (Monotherapie) bei Patientinnen mit BRCA-mutiertem fortgeschrittenem (FIGO Stadium III und IV) high-grade serösem Ovarialkarzinom im Anschluss an eine (neoadjuvante platinhaltige Erstlinien-)Chemotherapie bei Vorliegen einer kompletten oder partiellen ($\geq 30\%$ Reduktion des Tumorumfanges oder CA-125 Werte, die nicht bis zum Normalbereich abnehmen) Remission und keiner klinischen Evidenz einer Progression oder steigenden CA-125 Werten nach dem Abschluss der Chemotherapie unter folgenden Voraussetzungen:

- Mindestens 6 Zyklen der platin-basierten Chemotherapie oder bei Abbruch der Chemotherapie aufgrund von Toxizität mindestens 4 Zyklen
- Die Behandlung erfolgt bis zur Progression.
- Für Patientinnen, die sich nach 2 Jahren in kompletter Remission befinden (kein radiologischer Tumornachweis), beträgt die maximal vergütete Therapiedauer 24 Monate.

Die ZulassungsinhaberIn vergütet bei Patientinnen mit messbarem Resttumor bei einer Therapiedauer über 24 Monate (ab Monat 25) nach Aufforderung durch denjenigen Krankenversicherer, bei dem die versicherte Person zum Zeitpunkt des Bezugs versichert war, für jede weitere bezogene Packung Lynparza 50% des Fabrikabgabepreises zurück. In den ersten 24 Monaten erfolgt die Höhe der Vergütung zu den gelisteten SL-Preisen. Die Mehrwertsteuer kann nicht zusätzlich zu diesem Anteil des Fabrikabgabepreises zurückgefordert werden. Die Aufforderung zur Rückvergütung soll ab dem Zeitpunkt der Verabreichung erfolgen.

Kombinierte Therapien wie beispielsweise Olaparib und Immunonkologika sowie Retreatments in höheren Behandlungslinien nach einem Rückfall sind von einer Vergütung ausgeschlossen.

Limitation befristet bis 31.12.2022

Ovarialkarzinom nach Rezidiv

Nur nach Verordnung durch einen Facharzt der Gynäkologie oder Onkologie und nach Kostengutsprache durch den Krankenversicherer nach vorgängiger Konsultation des Vertrauensarztes zur Erhaltungstherapie (Monotherapie) bei Patientinnen mit fortgeschrittenem, platin-sensitivem rezidiviertem high-grade serösem Ovarialkarzinom im Anschluss an eine platinhaltige Chemotherapie bei Vorliegen einer kompletten oder partiellen Remission, unter folgenden Voraussetzungen:

- ≥ 2 platinbasierte Chemotherapien, letzte platinhaltige Chemotherapie mit ≥ 4 Zyklen.
- Keine vorangehende Behandlung/Erhaltungstherapie mit PARP-Inhibitoren.
- Die Behandlung erfolgt bis zur Progression.

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

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 Lynparza 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.

Limitation befristet bis 31.12.2022

Pankreaskarzinom nach Erstlinientherapie

Nur nach Verordnung durch einen Facharzt der Gastroenterologie oder Onkologie und nach Kostengutsprache durch den Krankenversicherer nach vorgängiger Konsultation des Vertrauensarztes zur Erhaltungstherapie (Monotherapie) bei erwachsenen Patienten mit metastasiertem Adenokarzinom des Pankreas mit deletärer oder vermuteter deletärer gBRCA-Mutation, deren Erkrankung während mindestens 16 Wochen einer platinhaltigen Erstlinien-Chemotherapie nicht fortgeschritten ist unter folgenden Voraussetzungen:

- Performance Status ECOG 0 – 1
- Die Behandlung erfolgt bis zur Progression.

Retreatments in höheren Behandlungslinien nach einem Rückfall sind von einer Vergütung ausgeschlossen.

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 2022

IMPFSTOFFE

080800

Limitation alt:

Die Kostenübernahme der Impfstoffe als Teil einer präventiven Massnahme im Rahmen der obligatorischen Krankenpflegeversicherung richtet sich nach den in Artikel 12a KLV für die jeweiligen Impfungen abschliessend festgelegten Voraussetzungen. Bei beruflicher und reisemedizinischer Indikation erfolgt keine Kostenübernahme durch die obligatorische Krankenpflegeversicherung.

Die Preise der Impfstoffe sind Höchstpreise (Art. 52 Abs. 3 KVG) und kommen bei Reihenimpfungen (z.B. im schulärztlichen Dienst) nicht zur Anwendung. In diesen Fällen gelten die von den Krankenversicherern mit den zuständigen Behörden ausgehandelten bzw. die allenfalls von den Behörden festgesetzten Tarife. Wenn der Impfstoff zu einem günstigeren Preis bezogen wird (z.B. im Rahmen von Reihenimpfungen), darf der Arzt oder die Ärztin nicht den Publikumspreis der SL verrechnen.

Die Vergünstigung muss gemäss Artikel 56 Absatz 3 KVG weitergegeben werden, ausser es bestehen Vereinbarungen nach Artikel 56 Absatz 3bis KVG.

Limitation neu:

Die Kostenübernahme der Impfstoffe als Teil einer präventiven Massnahme im Rahmen der obligatorischen Krankenpflegeversicherung richtet sich nach den in Artikel 12a KLV für die jeweiligen Impfungen abschliessend festgelegten Voraussetzungen und erfolgt nur innerhalb der Zulassung durch Swissmedic. Bei beruflicher und reisemedizinischer Indikation erfolgt keine Kostenübernahme durch die obligatorische Krankenpflegeversicherung.

Die Preise der Impfstoffe sind Höchstpreise (Art. 52 Abs. 3 KVG) und kommen bei Reihenimpfungen (z.B. im schulärztlichen Dienst) nicht zur Anwendung. In diesen Fällen gelten die von den Krankenversicherern mit den zuständigen Behörden ausgehandelten bzw. die allenfalls von den Behörden festgesetzten Tarife. Wenn der Impfstoff zu einem günstigeren Preis bezogen wird (z.B. im Rahmen von Reihenimpfungen), darf der Arzt oder die Ärztin nicht den Publikumspreis der SL verrechnen.

Die Vergünstigung muss gemäss Artikel 56 Absatz 3 KVG weitergegeben werden, ausser es bestehen Vereinbarungen nach Artikel 56 Absatz 3bis KVG.

MYCAMINE

Astellas Pharma AG

080600

Trockensub 50 mg Durchstf 1 Stk

20249

307.50

253.58

Trockensub 100 mg Durchstf 1 Stk

20249

503.55

424.35

Limitation alt:

Mycamine sollte nur eingesetzt werden, wenn andere systemische Antimykotika wie Azole oder andere Echinocandine nicht in Frage kommen.

- Bei Erwachsenen und Jugendlichen ≥ 16 Jahre zur Behandlung der Candidämie.
- Bei Kindern ab 4 Wochen und Jugendlichen < 16 Jahren zur Behandlung der invasiven Candidiasis.
- Bei ösophagealer Candidiasis bei Patienten, bei welchen eine intravenöse Therapie indiziert ist.

Limitation neu:

Mycamine wird nur vergütet, wenn andere systemische Antimykotika wie Azole oder andere Echinocandine nicht in Frage kommen.

- Bei Erwachsenen und Jugendlichen ≥ 16 Jahren zur Behandlung der Candidämie.
- Bei Erwachsenen und Jugendlichen ≥ 16 Jahren zur Behandlung der ösophagealen Candidiasis, wenn eine intravenöse Therapie indiziert ist.
- Bei Kindern ab 4 Wochen und Jugendlichen < 16 Jahren zur Behandlung der invasiven Candidiasis.

OMIDA RUBISAN N

Omida AG

200110

Salbe 50 g

16497

13.80

7.48

Salbe 100 g

16497

24.30

13.16

Limitation neu:

Anwendung zwischen den akuten Schüben der Schuppenflechte (Psoriasis).



**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

Rezeptsperrung

Swissmedic, Abteilung Betäubungsmittel

Rezeptsperrung

Folgende Rezepte sind gesperrt

Kanton	Block-Nr.	Rezept-Nr.
Bern		10069954
		10468151
Graubünden		9870635
Waadt		19838871
		10421626-10421650

BAG-Bulletin
BBL, Vertrieb Publikationen
CH-3003 Bern

P.P.

CH-3003 Bern
Post CH AG

BAG-Bulletin

Woche
51/2022