



Schweizerische Eidgenossenschaft
Confédération suisse
Confederazione Svizzera
Confederaziun svizra

Eidgenössisches Departement des Innern EDI
Bundesamt für Gesundheit BAG

Ausgabe vom 18. Dezember 2023

Woche
BAG-Bulletin 51/2023

Informationsmagazin für medizinische Fachpersonen und Medienschaffende

Spezialitätenliste, S. 8

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

LAYOUT UND DRUCK

Cavelti AG
Wilerstrasse 73
CH-9201 Gossau
Telefon 071 388 81 81

ABONNEMENTE, ADRESSÄNDERUNGEN

BBL, Vertrieb Bundespublikationen
CH-3003 Bern
Telefon 058 465 50 00
Fax 058 465 50 58
verkauf.abo@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
Spezialitätenliste	8
Rezeptsperrung	79

Meldungen Infektionskrankheiten

Stand am Ende der 49. Woche (11.12.2023)^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 Ausgeschlossen sind materno-fötale Röteln.
- ^c Bei schwangeren Frauen und Neugeborenen
- ^d Primäre, sekundäre bzw. frühlatente Syphilis.
- ^e Eingeschlossen sind Fälle von Haut- und Rachendiphtherie.

Infektionskrankheiten

Stand am Ende der 49. Woche (11.12.2023)^a

	Woche 49			letzte 4 Wochen			letzte 52 Wochen			seit Jahresbeginn		
	2023	2022	2021	2023	2022	2021	2023	2022	2021	2023	2022	2021
Respiratorische Übertragung												
Haemophilus influenzae: invasive Erkrankung	2 1.2	4 2.4	2 1.2	8 1.2	12 1.8	14 2.1	137 1.6	121 1.4	76 0.9	118 1.4	113 1.4	73 0.9
Influenzavirus-Infektion, saisonale Typen und Subtypen	https://idd.bag.admin.ch											
Legionellose	10 5.9	8 4.7	12 7.1	38 5.6	51 7.6	40 5.9	647 7.4	666 7.6	662 7.5	609 7.4	629 7.6	640 7.7
Masern				3 0.4			42 0.5			41 0.5		
Meningokokken: invasive Erkrankung		1 0.6		2 0.3	1 0.2		37 0.4	15 0.2	8 0.09	34 0.4	14 0.2	7 0.08
Pneumokokken: invasive Erkrankung	25 14.8	35 20.7	17 10.1	103 15.2	99 14.7	62 9.2	945 10.8	690 7.9	485 5.5	837 10.1	654 7.9	463 5.6
Röteln^b												
Röteln, materno-foetal^c												
Tuberkulose	14 8.3	5 3	4 2.4	28 4.2	24 3.6	21 3.1	414 4.7	360 4.1	352 4	398 4.8	337 4.1	327 4
Faeco-orale Übertragung												
Campylobacteriose	157 93	126 74.6	110 65.2	594 88	517 76.6	476 70.5	6596 75.1	7755 88.4	6644 75.7	6279 75.9	7326 88.6	6310 76.3
Enterohämorrhagische E. coli-Infektion	40 23.7	15 8.9	18 10.7	113 16.7	82 12.1	76 11.3	1297 14.8	1193 13.6	931 10.6	1252 15.1	1151 13.9	904 10.9
Hepatitis A		2 1.2	2 1.2	3 0.4	3 0.4	6 0.9	57 0.6	46 0.5	49 0.6	55 0.7	45 0.5	48 0.6
Hepatitis E	1 0.6	5 3	2 1.2	6 0.9	7 1	8 1.2	80 0.9	77 0.9	166 1.9	78 0.9	73 0.9	164 2
Listeriose	3 1.8	2 1.2		12 1.8	4 0.6	6 0.9	75 0.8	77 0.9	34 0.4	72 0.9	75 0.9	31 0.4
Salmonellose, S. typhi/paratyphi						1 0.2	20 0.2	9 0.1	2 0.02	18 0.2	9 0.1	2 0.02
Salmonellose, übrige	40 23.7	8 4.7	10 5.9	111 16.4	95 14.1	71 10.5	1865 21.2	1802 20.5	1510 17.2	1794 21.7	1762 21.3	1453 17.6
Shigellose	9 5.3	4 2.4	3 1.8	29 4.3	21 3.1	9 1.3	183 2.1	185 2.1	98 1.1	174 2.1	183 2.2	96 1.2

	Woche 49			letzte 4 Wochen			letzte 52 Wochen			seit Jahresbeginn		
	2023	2022	2021	2023	2022	2021	2023	2022	2021	2023	2022	2021
Durch Blut oder sexuell übertragen												
Aids	1 0.6	1 0.6	1 0.6	4 0.6	3 0.4	4 0.6	38 0.4	43 0.5	49 0.6	38 0.5	42 0.5	48 0.6
Chlamydiose	264 156.4	313 185.4	289 171.2	1015 150.3	1098 162.6	1110 164.4	12542 142.9	13075 149	12257 139.6	11955 144.5	12462 150.7	11760 142.2
Gonorrhoe	109 64.6	146 86.5	101 59.8	599 88.7	464 68.7	381 56.4	6019 68.6	5172 58.9	4053 46.2	5759 69.6	4916 59.4	3876 46.9
Hepatitis B, akut					1 0.2	1 0.2	12 0.1	13 0.2	15 0.2	11 0.1	12 0.2	15 0.2
Hepatitis B, total Meldungen	22	27	18	112	96	87	1173	1086	1001	1103	1039	965
Hepatitis C, akut			1 0.6		2 0.3	2 0.3	10 0.1	12 0.1	13 0.2	10 0.1	11 0.1	13 0.2
Hepatitis C, total Meldungen	28	35	16	89	91	69	1063	1026	919	1011	986	882
HIV-Infektion	3 1.8	8 4.7	9 5.3	30 4.4	24 3.6	39 5.8	356 4.1	334 3.8	335 3.8	333 4	323 3.9	317 3.8
Syphilis, Frühstadien ^d	5 3	17 10.1	13 7.7	30 4.4	61 9	63 9.3	732 8.3	814 9.3	695 7.9	691 8.4	768 9.3	664 8
Syphilis, total	5 3	21 12.4	19 11.3	42 6.2	80 11.8	92 13.6	994 11.3	1084 12.4	924 10.5	944 11.4	1017 12.3	883 10.7
Zoonosen und andere durch Vektoren übertragbare Krankheiten												
Brucellose	2 1.2			2 0.3			12 0.1	5 0.06	6 0.07	11 0.1	5 0.06	6 0.07
Chikungunya-Fieber	1 0.6	1 0.6		2 0.3	1 0.2	1 0.2	21 0.2	5 0.06	6 0.07	21 0.2	5 0.06	6 0.07
Dengue-Fieber	1 0.6		1 0.6	19 2.8	15 2.2	4 0.6	239 2.7	107 1.2	24 0.3	236 2.8	105 1.3	24 0.3
Gelbfieber												
Hantavirus-Infektion									6 0.07			6 0.07
Malaria	6 3.6	1 0.6	2 1.2	26 3.8	18 2.7	9 1.3	349 4	318 3.6	247 2.8	338 4.1	303 3.7	237 2.9
Q-Fieber		4 2.4	3 1.8		10 1.5	7 1	83 1	94 1.1	104 1.2	78 0.9	86 1	100 1.2
Trichinellose				1 0.2			3 0.03	4 0.05	2 0.02	3 0.04	4 0.05	1 0.01
Tularämie		5 3	3 1.8	5 0.7	11 1.6	12 1.8	99 1.1	124 1.4	239 2.7	96 1.2	119 1.4	235 2.8
West-Nil-Fieber							1 0.01			1 0.01		
Zeckenzephalitis	4 2.4		1 0.6	14 2.1	18 2.7	8 1.2	306 3.5	386 4.4	284 3.2	302 3.6	384 4.6	283 3.4
Zika-Virus-Infektion							4 0.05			4 0.05		
Andere Meldungen												
Affenpocken	1 0.6			1 0.2	5 0.7		12 0.1	551 6.3		12 0.2	551 6.7	
Botulismus							2 0.02	1 0.01	1 0.01	2 0.02	1 0.01	1 0.01
Creutzfeldt-Jakob-Krankheit		1 0.6	1 0.6		2 0.3	2 0.3	28 0.3	27 0.3	27 0.3	28 0.3	23 0.3	24 0.3
Diphtherie ^e		2 1.2	1 0.6		11 1.6	1 0.2	31 0.4	88 1	4 0.05	25 0.3	88 1.1	4 0.05
Tetanus												

So schützen wir uns. ✓

Zum Schutz vor Grippe und Covid-19 empfehlen wir:



Bei Symptomen zu Hause bleiben



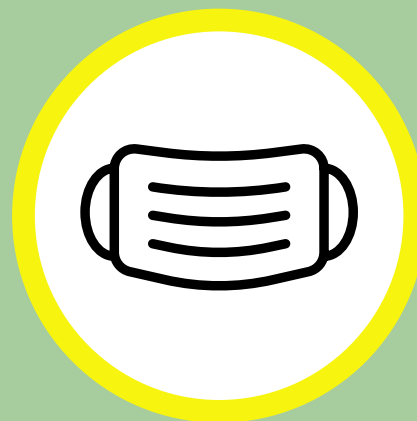
Mehrmals täglich lüften



In Taschentuch oder Armbeuge husten und niesen



Gründlich Hände waschen oder desinfizieren



Maske tragen bei Symptomen



Sentinella-Statistik

Provisorische Daten

Sentinella:

Anzahl Meldungen (N) der letzten 4 Wochen bis am 8.12.2023 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	0	0	2	0.2	0	0	2	0.2	1	0.1
Zeckenstiche	0	0	0	0	0	0	1	0.1	0.3	0
Lyme Borreliose	3	0.2	2	0.2	3	0.3	1	0.1	2.3	0.2
Herpes Zoster	7	0.6	6	0.5	2	0.2	4	0.4	4.8	0.4
Post-Zoster-Neuralgie	1	0.1	1	0.1	0	0	0	0	0.5	0.1
Meldende Ärzte	154		154		148		140		149	

Wochenbericht zu den grippeähnlichen Erkrankungen

Die wöchentliche Berichterstattung zur Grippe erfolgt elektronisch und ist unter folgender Adresse zu finden: <https://idd.bag.admin.ch/>
Die Aktualisierung erfolgt jeweils am Mittwoch um 12.00 Uhr.



Spezialitätenliste:

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

[] Der dem verfügbaren Publikumspreis zugrunde liegende Fabrikabgabepreis

Gültig ab 1. Dezember 2023

Therap. Gruppe	Dossier Nr.	PRÄPARATE/ (Wirkstoffe) Packungen	Verantwortliche Firma	SHI-Nr.	Aufnahmejahr
I. Neuzugang Präparate					
01.99		MAYZENT (Siponimodum)	Novartis Pharma Schweiz AG		
	21105	Filmtabl 0.25mg Blist 12 Stk Fr. 280.60 (230.16)		67230001	01.12.2020, B
	21105	Filmtabl 0.25mg Blist 120 Stk Fr. 1576.00 (1380.92)		67230002	01.12.2020, B
	21105	Filmtabl 2mg Blist 28 Stk Fr. 1475.05 (1288.86)		67230003	01.12.2020, B
Erstverschreibung durch den Facharzt für Neurologie. MAYZENT wird angewendet zur Behandlung von erwachsenen Patienten mit sekundär progredienter Multipler Sklerose (SPMS) mit entzündlicher Krankheitsaktivität, nachgewiesen durch klinische Schübe oder Bildgebung.					
01.99 G		TERIFLUNOMID SANDOZ (Teriflunomidum)	Sandoz Pharmaceuticals AG		
	21701	Filmtabl 14mg Blist 28 Stk Fr. 589.55 (499.27)		68740001	01.12.2023, B
	21701	Filmtabl 14mg Blist 84 Stk Fr. 1704.25 (1497.82)		68740002	01.12.2023, B
02.07.10 G		PERINDOPRIL ARGININ SPIRIG HC (Perindoprilum argininum)	Spirig HealthCare AG		
	21703	Filmtabl 2.5mg Blist 30 Stk Fr. 15.65 (6.50)		69100001	01.12.2023, B
	21703	Filmtabl 2.5mg Blist 90 Stk Fr. 38.45 (19.20)		69100002	01.12.2023, B
	21703	Filmtabl 5mg Blist 30 Stk Fr. 18.85 (9.29)		69100003	01.12.2023, B
	21703	Filmtabl 5mg Blist 90 Stk Fr. 38.65 (19.38)		69100004	01.12.2023, B
	21703	Filmtabl 10mg Blist 30 Stk Fr. 25.60 (11.58)		69100005	01.12.2023, B
	21703	Filmtabl 10mg Blist 90 Stk Fr. 42.45 (22.68)		69100006	01.12.2023, B
02.99		CAMZYOS (Mavacamtenum)	Bristol-Myers Squibb SA		
	21530	Kaps 2.5mg Blist 28 Stk Fr. 1601.25 (1403.91)		68477001	01.12.2023, B
	21530	Kaps 5mg Blist 28 Stk Fr. 1601.25 (1403.91)		68477003	01.12.2023, B
	21530	Kaps 10mg Blist 28 Stk Fr. 1601.25 (1403.91)		68477004	01.12.2023, B
	21530	Kaps 15mg Blist 28 Stk Fr. 1601.25 (1403.91)		68477005	01.12.2023, B

Befristete Limitation bis 30.11.2025

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

Die Verschreibung von CAMZYOS® darf ausschliesslich durch einen Facharzt in Kardiologie erfolgen.

CAMZYOS® wird zur Behandlung erwachsener Patienten mit symptomatischer (NYHA II-III) obstruktiver hypertropher Kardiomyopathie (oHCM) in Kombination mit einem Betablocker oder einem Kalziumkanalblocker vergütet, wenn die Therapie mit einem Betablocker oder einem Kalziumkanalblocker nicht ausreichend wirksam ist. Bei einer Unverträglichkeit auf einen Betablocker und einen Kalziumkanalblocker oder wenn die Behandlung mit diesen beiden Optionen ungeeignet ist, kann CAMZYOS® als Monotherapie vergütet werden.

CAMZYOS® wird nur bei Patienten vergütet, die vor Beginn der Behandlung die folgenden Kriterien erfüllen:

- eine LVEF von mindestens 55% **und**
- einen LVOT-Spitzengradienten ≥ 50 mmHg (in Ruhe, unter Valsalva-Manöver, oder nach Belastung)

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

Kontrolle nach 6 Monaten mit der maximal verträglichen Dosis (spätestens 15 Monaten nach Therapiebeginn):

CAMZYOS® wird nach 6 Monaten mit der maximal verträglichen Dosis nur dann vergütet, wenn ein minimales Ansprechen auf die Behandlung nachgewiesen wird. Ein minimales Ansprechen auf die Behandlung nachgewiesen wird, wenn:

- eine Verringerung um mindestens **eine NYHA-Klasse** und eine Verringerung des LVOT-Gradient unter Valsalva-Manöver auf **<50 mmHg**, oder
- eine Verringerung des LVOT-Gradient unter Valsalva-Manöver auf **<30 mmHg**

Das Resultat des Ansprechens auf die Behandlung nach 6 Monaten mit der maximal verträglichen Dosis ist dem Vertrauensarzt des Krankenversicherers schriftlich zu melden.

07.06.20 G		SITAGLIPTIN-METFORMIN-MEPHA RETARD (Sitagliptinum, Metformini hydrochloridum)	Mepha Pharma AG		
	21699	Ret Tabl 50/500mg Blist 60 Stk Fr. 34.00 (15.35)		69033001	01.12.2023, B
	21699	Ret Tabl 50/500mg Blist 160 Stk Fr. 62.70 (40.31)		69033002	01.12.2023, B
	21699	Ret Tabl 50/1000mg Blist 60 Stk Fr. 34.00 (15.35)		69033003	01.12.2023, B
	21699	Ret Tabl 50/1000mg Blist 160 Stk Fr. 62.70 (40.31)		69033004	01.12.2023, B
	21699	Ret Tabl 100/1000mg Blist 30 Stk Fr. 34.00 (15.35)		69033005	01.12.2023, B
	21699	Ret Tabl 100/1000mg Blist 90 Stk Fr. 68.45 (45.35)		69033006	01.12.2023, B

Zur Behandlung von Patienten mit einem Typ 2 Diabetes mellitus, welche mit Diät und gesteigerter körperlicher Aktivität und den bisherigen oralen Therapien und/oder Insulin nur ungenügend eingestellt werden können oder diese nicht vertragen.

- Wenn weder mit Metformin noch mit Sitagliptin als Monotherapie eine ausreichende Kontrolle der Glykämie erreicht wird, oder bei Patienten, die bereits eine Kombination von Sitagliptin und Metformin erhalten.
- Als Dreifachkombination in Kombination mit einem Sulfonylharnstoff, wenn durch eine Kombination von zwei der drei folgenden Wirkstoffe keine ausreichende Kontrolle der Glykämie erreicht wird: Metformin, Sitagliptin oder ein Sulfonylharnstoff.
- In Kombination mit Insulin, wenn durch diese Massnahme keine ausreichende Kontrolle der Glykämie erreicht wird.

07.16.10 G		CABAZITAXEL LABATEC (Cabazitaxelum)	Labatec Pharma SA		
	21700	Inf Konz 60mg/6ml Durchstf 1 Stk Fr. 2960.05 (2647.85)		69233003	01.12.2023, A

In Kombination mit Prednison bzw. Prednisolon zur Behandlung des metastasierten kastrationsresistenten Prostatakarzinoms (mCRPC) bei Patienten, die zuvor mit Docetaxel chemotherapeutisch behandelt wurden, falls diese Patienten nicht auf Docetaxel angesprochen haben oder bei denen das Karzinom eine Progression innerhalb von 6 Monaten nach Ende der Therapie mit Docetaxel gezeigt hat.

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

Es sind maximal 10 Zyklen zu vergüten.

Bei Abbruch der Therapie vor Beginn des 2. Zyklus mit Cabazitaxel Labatec werden von der Zulassungsinhaberin auf Antrag des Versicherers die Kosten für die während des 1. Zyklus verabreichte Dosis von Cabazitaxel Labatec im Publikumspreis dem Kostenträger vergütet.

08.03		PAXLOVID (Nirmatrelvirum, Ritonavirum)	Pfizer AG		
	21529	Filmtabl 4x150mg/2x100mg 5 Blist 6 Stk Fr. 1112.85 (958.62)		68793001	01.12.2023, A

Befristete Limitation bis 31.12.2025

PAXLOVID wird als antivirale Monotherapie für die Behandlung einer bestätigten Covid-19 Infektion (Positiver Erregernachweis Antigen/PCR und vorhandener Covid-19-Symptome) in folgenden Fällen vergütet:

- in einer Dosierung von 300 mg Nirmatrelvir (zwei Tabletten zu je 150 mg) und 100 mg Ritonavir (eine Tablette zu 100 mg) zur gleichzeitigen Einnahme alle 12 Stunden, über einen Zeitraum von 5 Tagen
- zur Frühbehandlung (ausser bei immunsupprimierten Personen vorzugsweise innerhalb von 5 Tagen nach Symptombeginn) bei Erwachsenen, die keine Sauerstofftherapie oder Hospitalisierung aufgrund von COVID-19 benötigen und für welche gemäss der aktuell gültigen Kriterienliste der Schweizerischen Gesellschaft für Infektiologie (SSI) (<https://www.bag.admin.ch/bag/de/home/medizin-und-forschung/heilmittel/versorgung-covid-19-arzneimittel.html>) ein erhöhtes Risiko für einen schweren COVID-19-Verlauf besteht.

Therap. Gruppe	Dossier Nr.	PRÄPARATE/ (Wirkstoffe) Packungen	Verantwortliche Firma	SHI-Nr.	Aufnahmejahr
II. Andere Packungen und Dosierungen					
04.99		BUDENOFALK (Budesonidum)	Dr. Falk Pharma AG		
	21710	Supp 4mg 12 Stk Fr. 102.70 (75.19)		68683001	01.12.2023, B
	21710	Supp 4mg 60 Stk Fr. 387.55 (323.32)		68683002	01.12.2023, B
01.01.10		DAFALGAN (Paracetamolum)	UPSA Switzerland AG		
	14984	Tabl 500mg (neu) Blist 30 Stk Fr. 6.60 (2.19)		46206007	01.12.2023, B
	15103	Brausetabl 500mg 40 Stk Fr. 7.75 (3.16)		47503001	01.12.2023, B
01.99		AUBAGIO QOD (Teriflunomidum)	Sanofi-Aventis (Suisse) SA		
	20065	Filmtabl 14mg Blist 28 Stk Fr. 1156.65 (998.54)		62761006	01.12.2023, B
07.15		SKYRIZI (Risankizumabum)	AbbVie AG		
	21718	Inj Lös 360mg/2.4ml Patrone 1 Stk Fr. 2581.05 (2297.30)		68946001	01.12.2023, B
	21719	Inf Konz 600mg/10ml Durchstf 1 Stk Fr. 2581.05 (2297.30)		68947001	01.12.2023, B

Morbus Crohn (nur 360 mg und 600 mg)

Die Verschreibung kann nur durch Fachärzte der Gastroenterologie oder gastroenterologische Universitätskliniken/ Polikliniken erfolgen.

Zur Behandlung erwachsener Patienten mit moderatem bis schwerem Morbus Crohn, die auf eine konventionelle Therapie oder eine Behandlung mit einem Biologikum nicht ausreichend oder nicht mehr ansprechen oder eine Unverträglichkeit zeigten.

Bei einem Nicht-Ansprechen nach Woche 12 soll SKYRIZI abgesetzt werden.

Eine Weiterbehandlung nach einer Therapie mit SKYRIZI von einem Jahr bedürfen der Kostengutsprache durch den Krankenversicherer nach vorgängiger Konsultation des Vertrauensarztes.

Folgender Code ist an den Krankenversicherer zu übermitteln: 21719.03

Therap. Gruppe	Dossier Nr.	PRÄPARATE/ (Wirkstoffe) Packungen	Verantwortliche Firma	SHI-Nr.	Datum der Streichung
III. Neu gestrichene Präparate/Packungen					
01.01.10		BEN-U-RON (Paracetamolum)	UPSA Switzerland AG		
	14984	Tabl 500 mg 20 Stk Fr. 2.55 (1.38)		46206126	01.12.2023, D
	14984	Tabl 1000 mg 20 Stk Fr. 8.20 (3.55)		46206131	01.12.2023, B
	14984	Tabl 1000 mg 40 Stk Fr. 15.25 (6.12)		46206132	01.12.2023, B
	14984	Tabl 1000 mg 100 Stk Fr. 20.45 (10.66)		46206133	01.12.2023, B
01.01.10		DAFALGAN (Paracetamolum)	UPSA Switzerland AG		
	15205	Tabl 500 mg 16 Stk Fr. 2.45 (1.33)		47504015	01.12.2023, D
	15205	Tabl 500 mg 100 Stk Fr. 15.50 (6.38)		47504023	01.12.2023, B
02.07.10		ACCUPRO 10 (Quinaprilum)	Pfizer AG		
	15578	Filmtabl 10 mg 100 Stk Fr. 35.15 (16.33)		50141055	01.12.2023, B
02.07.10		ACCUPRO 20 (Quinaprilum)	Pfizer AG		
	15578	Filmtabl 20 mg 100 Stk Fr. 47.10 (26.76)		50141098	01.12.2023, B
02.07.20		ACCURETIC 10/12.5 (Quinaprilum, Hydrochlorothiazidum)	Pfizer AG		
	16122	Filmtabl 10/12.5mg 100 Stk Fr. 38.00 (18.82)		51946022	01.12.2023, B
02.07.20		ACCURETIC 20/12.5 (Quinaprilum, Hydrochlorothiazidum)	Pfizer AG		
	16122	Filmtabl 20/12.5mg 30 Stk Fr. 16.50 (7.23)		51946057	01.12.2023, B
	16122	Filmtabl 20/12.5mg 100 Stk Fr. 45.10 (24.99)		51946065	01.12.2023, B
04.01		ANDURSIL (Aluminii hydroxidum / Magnesii carbonas, Simeconum)	Dr. Heinz Welti AG Fabrikation chemisch- pharmazeu		
	12293	Kautabl 24 Stk Fr. 7.85 (4.25)		38845039	01.12.2023, D
	12293	Kautabl 100 Stk Fr. 27.65 (14.98)		38845020	01.12.2023, D
07.06.20		BYETTA (Exenatidum)	AstraZeneca AG		
	18590	Inj Lös 5mcg Fertpen 1 Stk Fr. 121.85 (91.87)		57760001	01.12.2023, B
	18590	Inj Lös 10mcg Fertpen 1 Stk Fr. 121.85 (91.87)		57760003	01.12.2023, B
07.08.30		PROGESTOGEL (Progesteronum)	Vifor (International) Inc.		
	14170	Gel 80 g Fr. 15.10 (6.01)		39699029	01.12.2023, B
07.10.10 G		IRFEN RETARD (Ibuprofenum)	Mepha Pharma AG		
	20539	Ret Filmtabl 800 mg 20 Stk Fr. 8.95 (4.24)		66064001	01.12.2023, B
	20539	Ret Filmtabl 800 mg 50 Stk Fr. 18.85 (9.29)		66064002	01.12.2023, B
	20539	Ret Filmtabl 800 mg 100 Stk Fr. 35.45 (16.58)		66064003	01.12.2023, B
07.10.10 G		RHUMALGAN (Diclofenacum natricum)	Lagap SA		
	15143	Filmtabl 25 mg 30 Stk Fr. 6.25 (1.87)		47696003	01.12.2023, B
	15143	Filmtabl 25 mg 100 Stk Fr. 14.50 (5.49)		47696004	01.12.2023, B
	15143	Filmtabl 50 mg 20 Stk Fr. 6.85 (2.39)		47696001	01.12.2023, B
	15143	Filmtabl 50 mg 100 Stk Fr. 19.50 (9.85)		47696002	01.12.2023, B

Therap. Gruppe	Dossier Nr.	PRÄPARATE/ (Wirkstoffe) Packungen	Verantwortliche Firma	SHI-Nr.	Datum der Streichung
07.16.10		NOVANTRON (Mitoxantronum)	MEDA Pharma GmbH		
	14952	Inj Lös 10mg/5ml Durchstf 5ml Fr. 184.80 (146.71)		46574036	01.12.2023, A
	14952	Inj Lös 20mg/10ml Durchstf 10ml Fr. 311.90 (257.41)		46574044	01.12.2023, A
07.16.10		PADCEV (Enfortumabum vedotinum)	Astellas Pharma AG		
	21478	Trockensub 20 mg Durchstf 1 Stk Fr. 798.45 (681.24)		68291001	01.12.2023, A
	21478	Trockensub 30 mg Durchstf 1 Stk Fr. 1189.05 (1028.09)		68291002	01.12.2023, A
07.16.20 0		NOLVADEX (Tamoxifenum)	AstraZeneca AG		
	12645	Tabl 20 mg 30 Stk Fr. 27.65 (13.38)		39053039	01.12.2023, A
	12645	Tabl 20 mg 100 Stk Fr. 58.05 (36.26)		39053047	01.12.2023, A
08.06 G		FLUCONAZOL-MEPHA 150 N (Fluconazolium)	Mepha Pharma AG		
	18712	Kaps 150 mg 1 Stk Fr. 13.95 (5.02)		58063006	01.12.2023, B
	18712	Kaps 150 mg 4 Stk Fr. 36.70 (17.67)		58063008	01.12.2023, B
08.06 G		FLUCONAZOL-MEPHA 200 N (Fluconazolium)	Mepha Pharma AG		
	18712	Kaps 200 mg 2 Stk Fr. 19.70 (10.01)		58063010	01.12.2023, B
	18712	Kaps 200 mg 7 Stk Fr. 56.65 (35.04)		58063012	01.12.2023, B
08.06 G		FLUCONAZOL-MEPHA 50 N (Fluconazolium)	Mepha Pharma AG		
	18712	Kaps 50 mg 7 Stk Fr. 19.70 (10.01)		58063002	01.12.2023, B
	18712	Kaps 50 mg 28 Stk Fr. 62.35 (40.04)		58063004	01.12.2023, B
08.09		KIOVIG (Immunoglobulinum humanum normale)	Takeda Pharma AG		
	18391	Inf Lös 1g/10ml i.v. Durchstf 10ml Fr. 94.45 (68.00)		57469001	01.12.2023, B
11.06.10		FML NEO LIQUIFILM (Fluorometholonum, Neomycinum)	AbbVie AG		
	12168	Gtt Opht 5ml Fr. 8.75 (4.07)		38174010	01.12.2023, A
12.02.10		RHINOVENT (Ipratropii bromidum anhydricum)	Opella Healthcare Switzerland AG		
	16180	Nasenspray 0.03% 15ml Fr. 8.65 (3.96)		52445019	01.12.2023, B
14.02 G		DOTAGRAF (Acidum gadotericum)	Berlis AG		
	20448	Inj Lös 2.793g/10ml Amp 10ml Fr. 54.80 (33.46)		65310001	01.12.2023, B
	20448	Inj Lös 4.189g/15ml Amp 15ml Fr. 68.60 (45.47)		65310002	01.12.2023, B
	20448	Inj Lös 5.586g/20ml Amp 20ml Fr. 82.35 (57.46)		65310003	01.12.2023, B
	20448	Inj Lös 16.76g/60ml Amp 60ml Fr. 200.80 (160.63)		65310004	01.12.2023, B
	20448	Inj Lös 27.93g/100ml Amp 100ml Fr. 323.75 (267.71)		65310005	01.12.2023, B

PRÄPARATE / (Wirkstoffe) Packungen	Verantwortliche Firma	Therap. Gruppe	Dossier Nr.	Preis neu	Ex-Fact. neu
IV. Preissenkungen					
IV.a. Preisänderung nach 1 Jahr SL-Aufnahme					
ENSPRYNG Inj Lös 120 mg/ml Fertspr 1 ml	Roche Pharma (Schweiz) AG	119900	21119	7095.60	6682.56
TEGSEDI Inj Lös 284 mg/1.5 ml 4 Fertspr 1.5 ml	Swedish Orphan Biovitrum AG	019900	21287	21556.00	20790.25
IV.b. Preisänderung nach 3-jährlicher Überprüfung der Aufnahmebedingungen					
A.T. 10 Lös 30 ml	Farmaceutica Teofarma Suisse SA	070230	647	66.00	43.20
ABASAGLAR Inj Lös 100 E/ml KwikPen 5 Fertspr 3 ml	Eli Lilly (Suisse) SA	070610	20346	67.35	44.37
ABRAXANE Trockensub 100 mg Durchstf 1 Stk	Bristol-Myers Squibb SA	071610	20247	357.35	296.98
ABRILADA Inj Lös 40 mg/0.8 ml Fertspr 0.8 ml Inj Lös 40 mg/0.8 ml Fertpen 0.8 ml Inj Lös 40 mg/0.8 ml 2 Fertpen 0.8 ml Inj Lös 40 mg/0.8 ml 2 Fertspr 0.8 ml	Pfizer AG	071500	21266 21203 21203 21266	442.40 442.40 868.45 868.45	371.10 371.10 742.20 742.20
ACARIZAX LYOPHILISAT ZUM EINNEHMEN Subling Tabl 12 SQ-HDM Ds 30 Stk Subling Tabl 12 SQ-HDM Ds 90 Stk	ALK-Abelló AG	071330	20553 20553	105.15 282.65	77.30 231.92
ACTIKERALL Lös Fl 25 ml	Almirall AG	071640	19521	56.35	34.81
ACTIVELLE Filmtabl 28 Stk	Novo Nordisk Pharma AG	070860	17273	17.80	8.38
ADRIBLASTIN RD Trockensub 10 mg c solv Durchstf 1 Stk Trockensub 50 mg c Solv Durchstf 1 Stk	Pfizer AG	071610	15691 15691	29.05 100.20	14.60 73.00
AERIUS Filmtabl 5 mg 10 Stk Filmtabl 5 mg 30 Stk Filmtabl 5 mg 90 Stk	Organon GmbH	071310	17673 17673 17673	7.35 17.65 42.30	2.84 8.25 22.54
AGIOLAX Gran Ds 250 g Gran Ds 1000 g	MEDA Pharma GmbH	040815	16377 16377	14.65 42.20	5.62 22.48
AMARYL Tabl 2 mg 30 Stk Tabl 2 mg 120 Stk Tabl 3 mg 30 Stk Tabl 3 mg 120 Stk Tabl 4 mg 30 Stk Tabl 4 mg 120 Stk	Sanofi-Aventis (Suisse) SA	070620	16476 16476 16476 16476 16476 16476	7.55 19.45 8.90 28.75 14.00 37.00	3.00 9.79 4.18 14.32 5.07 17.93
ANAGRELID NORDIC Tabl 0.5 mg 50 Stk Tabl 0.5 mg 100 Stk Tabl 0.75 mg 100 Stk Tabl 1 mg 100 Stk	Nordic Pharma GmbH	071640	20763 20763 20763 20763	132.75 221.15 286.70 352.20	101.34 178.36 235.44 292.52

PRÄPARATE / (Wirkstoffe) Packungen	Verantwortliche Firma	Therap. Gruppe	Dossier Nr.	Preis neu	Ex-Fact. neu
ANASTROZOL DEVATIS Filmtabl 1 mg Blist 30 Stk Filmtabl 1 mg Blist 100 Stk	Devatis AG	071620	20905 20905	80.00 225.90	55.42 182.48
ANASTROZOL HELVEPHARM Filmtabl 1 mg 28 Stk Filmtabl 1 mg 98 Stk	Helvepharm AG	071620	19501 19501	76.45 221.70	52.32 178.83
ANASTROZOL SANDOZ Filmtabl 1 mg 30 Stk Filmtabl 1 mg 100 Stk	Sandoz Pharmaceuticals AG	071620	19476 19476	80.00 225.90	55.42 182.48
ANASTROZOL ZENTIVA Filmtabl 1 mg Blist 28 Stk Filmtabl 1 mg Blist 98 Stk	Helvepharm AG	071620	19501 19501	76.45 221.70	52.32 178.83
ANASTROZOL-TEVA Filmtabl 1 mg 30 Stk Filmtabl 1 mg 100 Stk	Teva Pharma AG	071620	18959 18959	80.00 225.90	55.42 182.48
ANDROCUR Tabl 50 mg 50 Stk Tabl 50 mg 5 × 50 Stk	Bayer (Schweiz) AG	070900	11722 11722	49.75 168.05	29.05 132.08
ANDROCUR 10 Tabl 10 mg 3 × 15 Stk	Bayer (Schweiz) AG	070900	11722	18.70	9.14
ANDROCUR DEPOT Inj Lös 300 mg/3ml i. m. 3 Amp 3ml	Bayer (Schweiz) AG	070900	16681	60.95	38.82
ANGELIQ Filmtabl 28 Stk Filmtabl 3 × 28 Stk	Bayer (Schweiz) AG	070860	18296 18296	20.60 51.60	10.80 30.67
APIDRA Inj Lös Durchstf 10ml Inj Lös OptiPen/ClikSTA/JuniorST 5 Amp 3ml	Sanofi-Aventis (Suisse) SA	070610	18255 18255	42.35 59.20	22.62 37.28
APIDRA SOLOSTAR Inj Lös 5 Fertpen 3ml	Sanofi-Aventis (Suisse) SA	070610	18639	52.80	31.70
APTAMIL AS SYNEO Plv Ds 400g	Danone Schweiz AG	070110	21153	65.85	35.69
ARAVA Filmtabl 10 mg 30 Stk Filmtabl 10 mg 100 Stk Filmtabl 20 mg 30 Stk Filmtabl 20 mg 100 Stk Filmtabl 100 mg 3 Stk	Sanofi-Aventis (Suisse) SA	071060	17279 17279 17279 17279 17279	26.70 64.40 41.65 100.65 26.70	12.55 41.83 22.01 73.37 12.55
ARIMIDEX Filmtabl 1 mg 30 Stk Filmtabl 1 mg 100 Stk	Medius AG	071620	16688 16688	101.45 249.15	74.08 202.76
ARIMIDEX (PI) Filmtabl 1 mg Blist 28 Stk Filmtabl 1 mg Blist 112 Stk	APS-Arzneimittel-Parallelimport- Service AG	071620	21583 21583	83.85 238.00	58.77 193.03
ASACOL Filmtabl 800 mg 48 Stk Filmtabl 400 mg 100 Stk	Medinova AG	040900	14743 14743	46.10 49.70	25.87 29.01
ATRIANCE Inf Lös 250 mg/50ml Durchstf 50ml	Sandoz Pharmaceuticals AG	071610	18646	354.40	294.44
ATROMED Gel 50ml Gel 100ml	A.Vogel AG	571040	17989 17989	7.90 13.85	4.27 7.51

PRÄPARATE / (Wirkstoffe) Packungen	Verantwortliche Firma	Therap. Gruppe	Dossier Nr.	Preis neu	Ex-Fact. neu
AZAREK Filmtabl 25mg 50 Stk Filmtabl 50mg 50 Stk Filmtabl 50mg 100 Stk	Sandoz Pharmaceuticals AG	071500	17675 17675 17675	9.65 19.05 36.30	4.82 9.44 17.34
BENERVA Tabl 100mg 100 Stk	Farmaceutica Teofarma Suisse SA	070230	6702	9.50	5.15
BESPONSA Trockensub 1 mg Durchstf 1 Stk	Pfizer AG	071610	20696	11689.90	11164.76
BETNESOL Tabl 0.5mg 30 Stk	Alfasigma Schweiz AG	070725	9944	6.75	2.31
BILAXTEN Schmelztabl 20mg Blist 10 Stk Schmelztabl 20mg Blist 30 Stk Schmelztabl 20mg Blist 50 Stk Tabl 20mg Blist 10 Stk Tabl 20mg Blist 30 Stk Tabl 20mg Blist 50 Stk	A. Menarini GmbH	071310	21466 21466 21466 19519 19519 19519	5.75 15.65 25.55 5.75 15.65 25.55	3.13 8.48 13.85 3.13 8.48 13.85
BILAXTEN KIDS Schmelztabl 10mg Blist 10 Stk Schmelztabl 10mg Blist 30 Stk Schmelztabl 10mg Blist 50 Stk	A. Menarini GmbH	071310	20911 20911 20911	7.40 17.10 27.05	2.87 7.76 12.86
BOSULIF Filmtabl 100mg Blist 28 Stk Filmtabl 400mg Blist 28 Stk Filmtabl 500mg Blist 28 Stk	Pfizer AG	071610	20114 20114 20114	920.95 3476.50 4052.80	787.92 3151.69 3713.97
BUDEFALK Kaps 3mg 50 Stk Kaps 3mg 100 Stk Rektalschaum 2mg/Dosis 14 Dos Rektalschaum 2mg/Dosis 2 x 14 Dosen	Dr. Falk Pharma AG	049900	17225 17225 19291 19291	73.45 123.90 107.30 184.90	49.70 93.62 79.18 146.76
BUDEFALK UNO Gran 9mg Btl 20 Stk Gran 9mg Btl 60 Stk	Dr. Falk Pharma AG	049900	19456 19456	85.75 223.75	60.39 180.62
BYDUREON BCISE DEPOT Inj Susp 2mg Autoinjektor Injektor 4 Stk	AstraZeneca AG	070600	21192	120.35	90.57
CAELYX Inf Konz 20mg/10ml Amp 10ml	Baxter AG	071610	16985	283.15	232.38
CALCITRIOL SALMON PHARMA Kaps 0.25mcg 30 Stk Kaps 0.25mcg 100 Stk Kaps 0.5mcg 100 Stk	Salmon Pharma GmbH	070230	17946 17946 17946	16.10 39.00 53.05	6.88 19.68 31.94
CALPEROS D3 Lutschtabl mint 60 Stk Lutschtabl lemon 60 Stk Lutschtabl nature 60 Stk Lutschtabl nature 180 Stk Lutschtabl lemon 180 Stk Lutschtabl mint 180 Stk	Recordati AG	070250	17307 17307 17307 17307 17307 17307	12.65 12.65 12.65 36.40 36.40 36.40	6.86 6.86 6.86 19.72 19.72 19.72

PRÄPARATE / (Wirkstoffe) Packungen	Verantwortliche Firma	Therap. Gruppe	Dossier Nr.	Preis neu	Ex-Fact. neu
CAMPTO Inf Konz 40mg/2ml Cytosafe 2 ml Inf Konz 100mg/5ml Cytosafe 5 ml Inf Konz 300mg/15ml Cytosafe 15 ml	Pfizer AG	071610	17119 17119 17119	67.50 140.15 348.15	44.51 107.78 288.99
CAPECITABIN ACCORD Filmtabl 150mg Blist 60 Stk Filmtabl 500mg Blist 120 Stk	Accord Healthcare AG	071610	21001 21001	44.95 209.85	24.87 168.50
CAPECITABIN ZENTIVA Filmtabl 150mg Blist 60 Stk Filmtabl 500mg Blist 120 Stk	Helvepharm AG	071610	20179 20179	44.95 209.85	24.87 168.50
CAPECITABIN-TEVA Filmtabl 150mg 60 Stk Filmtabl 500mg 120 Stk	Teva Pharma AG	071610	20168 20168	44.95 209.85	24.87 168.50
CAPRELSA Tabl 100 mg Blist 30 Stk Tabl 300 mg Blist 30 Stk	Sanofi-Aventis (Suisse) SA	071610	19924 19924	2393.30 4855.85	2126.12 4497.43
CARBOPLATIN ACCORD Inf Lös 50mg/5ml Durchstf 5 ml Inf Lös 150mg/15ml Durchstf 15 ml Inf Lös 450mg/45ml Durchstf 45 ml Inf Lös 600mg/60ml Durchstf 60 ml	Accord Healthcare AG	071610	20825 20825 20825 20825	18.25 46.80 107.50 137.90	8.77 26.46 79.37 105.83
CARBOPLATIN LABATEC Inf Lös 50mg/5ml Durchstf 5 ml Inf Lös 150mg/15ml Durchstf 15 ml Inf Lös 450mg/45ml Durchstf 45 ml Inf Lös 600mg/60ml Durchstf 60 ml	Labatec Pharma SA	071610	20054 20054 20054 20054	18.25 46.75 107.50 137.90	8.76 26.45 79.37 105.83
CARBOPLATIN SANDOZ Inf Lös 50mg/5ml Durchstf 1 Stk Inf Lös 150mg/15ml Durchstf 1 Stk Inf Lös 450mg/45ml Durchstf 1 Stk Inf Lös 600mg/60ml Durchstf 1 Stk	Sandoz Pharmaceuticals AG	071610	17732 17732 17732 17732	18.25 46.75 107.50 137.90	8.76 26.45 79.37 105.83
CARBOPLATIN-TEVA LIQUID Inf Lös 50mg/5ml Durchstf 1 Stk Inf Lös 150mg/15ml Durchstf 1 Stk Inf Lös 450mg/45ml Durchstf 1 Stk Inf Lös 600mg/60ml Durchstf 1 Stk	Teva Pharma AG	071610	18791 18791 18791 18791	17.35 44.00 107.50 127.15	7.97 24.05 79.37 96.46
CARIBAN Ret Kaps 10mg/10mg Blist 24 Stk Ret Kaps 10mg/10mg Blist 48 Stk	Effik SA	071310	21148 21148	35.90 50.70	16.98 29.88
CARMENTHIN Kaps magensaftresistent Blist 28 Stk Kaps magensaftresistent Blist 84 Stk	Schwabe Pharma AG	549900	20956 20956	20.00 45.00	10.26 24.92
CARNITENE Trink Lös 1g/10ml 10 Fl 10ml Inj Lös 1g/5ml i.v. 5 Amp 5ml	Alfasigma Schweiz AG	079900	15537 14954	39.00 39.45	19.69 20.07
CELEBREX Kaps 100mg 30 Stk Kaps 200mg 30 Stk Kaps 200mg 100 Stk	Viatrix Pharma GmbH	071010	17306 17306 17306	19.65 35.25 75.40	9.96 16.43 51.41

PRÄPARATE / (Wirkstoffe) Packungen	Verantwortliche Firma	Therap. Gruppe	Dossier Nr.	Preis neu	Ex-Fact. neu
CELECOXIB AXAPHARM Kaps 100 mg Blist 30 Stk Kaps 200 mg Blist 30 Stk Kaps 200 mg Blist 100 Stk	Axapharm AG	071010	21359 21359 21359	18.70 29.15 69.50	9.14 14.66 46.27
CELECOXIB HELVEPHARM Kaps 100 mg 30 Stk Kaps 200 mg 30 Stk Kaps 200 mg 100 Stk	Helvepharm AG	071010	20293 20293 20293	18.50 29.35 69.50	8.97 14.86 46.27
CELECOXIB PFIZER Kaps 100 mg 30 Stk Kaps 200 mg 30 Stk Kaps 200 mg 100 Stk	Viatrix Pharma GmbH	071010	20278 20278 20278	18.60 29.35 69.50	9.07 14.86 46.27
CELECOXIB SANDOZ Kaps 100 mg 30 Stk Kaps 200 mg 30 Stk Kaps 200 mg 100 Stk	Sandoz Pharmaceuticals AG	071010	20304 20304 20304	18.50 29.35 69.50	8.97 14.86 46.27
CELECOXIB SPIRIG HC Kaps 100 mg 30 Stk Kaps 200 mg 30 Stk Kaps 200 mg 100 Stk	Spirig HealthCare AG	071010	20302 20302 20302	18.75 28.80 69.50	9.18 14.37 46.27
CELECOXIB VIATRIS Kaps 100 mg Blist 30 Stk Kaps 200 mg Blist 30 Stk Kaps 200 mg Blist 100 Stk	Viatrix Pharma GmbH	071010	20278 20278 20278	18.60 29.35 69.50	9.07 14.86 46.27
CELECOXIB ZENTIVA Kaps 100 mg Blist 30 Stk Kaps 200 mg Blist 30 Stk Kaps 200 mg Blist 100 Stk	Helvepharm AG	071010	20293 20293 20293	18.50 29.35 69.50	8.97 14.86 46.27
CELECOXIB-MEPHA Kaps 100 mg 30 Stk Kaps 200 mg 30 Stk Kaps 200 mg 100 Stk	Mepha Pharma AG	071010	20297 20297 20297	19.10 28.75 69.50	9.51 14.35 46.27
CELESTONE CHRONODOSE Inj Lös Amp 1 ml	Organon GmbH	070725	10419	8.20	3.56
CELLCEPT Susp 200 mg/ml Fl 175 ml	Roche Pharma (Schweiz) AG	071500	17478	186.50	148.18
CERTICAN Tabl 0.25 mg 6 × 10 Stk Tabl 0.5 mg 6 × 10 Stk Tabl 0.75 mg 6 × 10 Stk Tabl 1 mg 6 × 10 Stk Disp Tabl 0.1 mg 6 × 10 Stk	Novartis Pharma Schweiz AG	071500	18227 18227 18227 18227 18228	183.60 350.80 517.95 685.15 83.30	145.64 291.27 436.91 582.55 58.26
CLARITINE Tabl 10 mg 14 Stk Tabl 10 mg 42 Stk	Bayer (Schweiz) AG	071310	15954 15954	10.05 20.25	5.44 10.48
COMPETACT Filmtabl 15/850 mg 28 Stk Filmtabl 15/850 mg 98 Stk	CPS Cito Pharma Services GmbH	070620	18532 18532	38.55 82.30	19.30 57.39
CONSTELLA Kaps 290 mcg 28 Stk Kaps 290 mcg 90 Stk	AbbVie AG	040811	20067 20067	76.40 180.40	52.28 142.84

PRÄPARATE / (Wirkstoffe) Packungen	Verantwortliche Firma	Therap. Gruppe	Dossier Nr.	Preis neu	Ex-Fact. neu
CORTIMENT MMX Ret Tabl 9mg 30 Stk	Ferring AG	049900	20486	115.65	86.47
CUPRIOR Filmtabl 150mg 72 Stk	Curatis AG	079900	21208	3343.85	3022.28
DECAPEPTYL Inj Lös 0.1mg/ml Fertspr 7 Stk	Ferring AG	070900	16621	68.50	45.38
DECITABIN ACCORD Trockensub 50mg Durchstf 1 Stk	Accord Healthcare AG	071610	21554	934.60	799.83
DECITABIN SANDOZ Trockensub 50mg Durchstf 1 Stk	Sandoz Pharmaceuticals AG	071610	21512	934.60	799.83
DES Loratadin SANDOZ Filmtabl 5mg 10 Stk Filmtabl 5mg 30 Stk Filmtabl 5mg 50 Stk	Sandoz Pharmaceuticals AG	071310	19981 19981 19981	6.75 16.10 25.25	2.32 6.88 11.27
DES Loratadin SPIRIG HC Filmtabl 5mg 10 Stk Filmtabl 5mg 30 Stk Filmtabl 5mg 50 Stk	Spirig HealthCare AG	071310	20134 20134 20134	4.35 12.65 20.80	2.35 6.86 11.27
DES Loratadin-MEPHA Lactabs 5mg 10 Stk Lactabs 5mg 30 Stk Lactabs 5mg 50 Stk	Mepha Pharma AG	071310	19976 19976 19976	6.75 16.10 25.25	2.33 6.89 11.27
DE-URSIL Kaps 150mg 30 Stk Kaps 150mg 100 Stk Kaps 300mg 30 Stk Kaps 300mg 100 Stk	CPS Cito Pharma Services GmbH	049900	13325 13325 13325 13325	36.05 78.60 48.70 119.25	17.11 54.18 28.12 89.61
DE-URSIL RR Kaps 450mg 20 Stk Kaps 450mg 60 Stk	CPS Cito Pharma Services GmbH	049900	14480 14480	47.50 103.50	27.07 75.86
DE-URSIL RR MITE Kaps 225mg 20 Stk	CPS Cito Pharma Services GmbH	049900	14480	35.80	16.92
DEXAMETHASON GALEPHARM AMP Inj Lös 4mg/ml 3 Amp 1ml Inj Lös 4mg/ml 10 Amp 1ml Inj Lös 8mg/2ml 3 Amp 2ml	Galepharm AG	070726	20937 20937 20937	15.10 39.35 19.90	6.00 20.00 10.20
DICETEL Filmtabl 50mg 60 Stk Filmtabl 50mg 120 Stk	Viatrix Pharma GmbH	040200	14828 14828	19.00 35.35	9.39 16.49
DOCETAXEL ACCORD Inf Konz 20mg/ml Durchstf 1 Stk Inf Konz 80mg/4ml Durchstf 1 Stk Inf Konz 160mg/8ml Durchstf 1 Stk	Accord Healthcare AG	071610	21008 21008 21008	70.85 234.10 451.80	47.41 189.64 379.28
DOCETAXEL FRESENIUS Inf Konz 20mg/1ml Durchstf 1 Stk. Inf Konz 80mg/4ml Durchstf 1 Stk. Inf Konz 160mg/8ml Durchstf 1 Stk.	Fresenius Kabi (Schweiz) AG	071610	20048 20048 20048	70.85 234.10 451.80	47.41 189.64 379.28
DOCETAXEL ZENTIVA Inf Konz 20mg/1ml Durchstf 1 Stk Inf Konz 80mg/4ml Durchstf 1 Stk	Helvepharm AG	071610	19794 19794	71.90 234.10	48.36 189.64
DOCETAXEL-TEVA Inf Konz 20mg/1ml Durchstf 1 Stk Inf Konz 80mg/4ml Durchstf 1 Stk Inf Konz 140mg/7ml Durchstf 1 Stk	Teva Pharma AG	071610	19787 19787 19787	71.95 234.10 399.85	48.37 189.64 334.01

PRÄPARATE / (Wirkstoffe) Packungen	Verantwortliche Firma	Therap. Gruppe	Dossier Nr.	Preis neu	Ex-Fact. neu
DOMPERIDON AXAPHARM LINGUAL Schmelztabl 10 mg Blist 30 Stk Schmelztabl 10 mg Blist 100 Stk	Axapharm AG	040600	21399 21399	6.90 15.90	2.46 6.72
DOMPERIDON LINGUAL SPIRIG HC Schmelztabl 10 mg 30 Stk Schmelztabl 10 mg 100 Stk	Spirig HealthCare AG	040600	20654 20654	6.90 15.90	2.46 6.72
DOMPERIDON-MEPHA ORO Schmelztabl 10 mg 30 Stk Schmelztabl 10 mg 100 Stk	Mepha Pharma AG	040600	20435 20435	6.90 15.90	2.46 6.72
DOSTINEX Tabl 0.5 mg Fl 2 Stk Tabl 0.5 mg Fl 8 Stk	Pfizer AG	070310	16472 16472	18.45 54.25	8.92 32.99
DOXORUBICIN ACCORD Inj Lös 10 mg/5ml Durchstf 1 Stk Inj Lös 20 mg/10ml Durchstf 1 Stk Inj Lös 50 mg/25ml Durchstf 1 Stk Inj Lös 100 mg/50ml Durchstf 1 Stk Inj Lös 200 mg/100ml Durchstf 1 Stk	Accord Healthcare AG	071610	21523 21523 21523 21523 21523	25.15 42.15 79.95 143.45 270.50	11.20 22.41 55.34 110.68 221.36
DOXORUBICIN SANDOZ ECO Inj Lös 10 mg/5ml 5 ml Inj Lös 50 mg/25ml 25 ml Inj Lös 100 mg/50ml 50 ml Inj Lös 200 mg/100ml 100 ml	Sandoz Pharmaceuticals AG	071610	20228 20228 20228 20228	25.00 79.90 143.35 270.35	11.06 55.30 110.60 221.20
DOXORUBICIN-TEVA Inj Lös 10 mg/5ml Durchstf 5 ml Inj Lös 50 mg/25ml Durchstf 25 ml	Teva Pharma AG	071610	19199 19199	26.55 79.95	12.42 55.34
DUPHALAC Sirup Fl 200 ml Sirup Fl 500 ml Sirup 12 x Fl 500 ml	Mylan Pharma GmbH	040812	11212 11212 11212	4.10 8.70 104.30	2.23 4.71 56.52
DUSPATALIN RETARD Ret Kaps 200 mg 30 Stk Ret Kaps 200 mg 60 Stk	Viartis Pharma GmbH	040200	15755 15755	16.65 27.20	7.38 12.99
ELDISINE Trockensub 5 mg Durchstf 1 Stk	Spirig HealthCare AG	071610	16562	162.30	127.10
ELIGARD THERMO TRAYPA Trockensub 7.5 mg Sicherheitsnad Inj kit 1 Stk Trockensub 22.5 mg Sicherheitsnad Inj kit 1 Stk Trockensub 45 mg Sicherheitsnad Inj kit 1 Stk	Recordati AG	071620	18192 18193 18798	135.55 373.85 731.25	103.79 311.35 622.70
ENTOCORT CIR Ret Kaps 3 mg 20 Stk Ret Kaps 3 mg 50 Stk Ret Kaps 3 mg 100 Stk	Tillotts Pharma AG	049900	17268 17268 17268	38.35 71.25 125.90	19.11 47.76 95.39
ENTOCORT ENEMA Klist Lösung + Tabletten 7 Stk	Tillotts Pharma AG	049900	17973	63.35	40.89
EPIRUBICIN SANDOZ Inj Lös 10 mg/5ml Durchstf 5 ml Inj Lös 50 mg/25ml Durchstf 25 ml Inj Lös 100 mg/50ml Durchstf 50 ml Inj Lös 200 mg/100ml Durchstf 100 ml	Sandoz Pharmaceuticals AG	071610	20472 20472 20472 20472	36.45 91.25 144.35 228.40	17.47 65.20 111.47 184.65

PRÄPARATE / (Wirkstoffe) Packungen	Verantwortliche Firma	Therap. Gruppe	Dossier Nr.	Preis neu	Ex-Fact. neu
EPIRUBICIN-TEVA LIQUID Inj Konz 10 mg/5ml Durchstf 1 Stk Inj Konz 20 mg/10ml Durchstf 1 Stk Inj Konz 50 mg/25ml Durchstf 1 Stk Inj Konz 100 mg/50ml Durchstf 1 Stk Inj Konz 200 mg/100ml Durchstf 1 Stk	Teva Pharma AG	071610	18759 18759 18759 18759 18759	36.45 53.50 91.15 144.10 228.40	17.45 32.31 65.11 111.23 184.65
ERIVEDGE Kaps 150mg 28 Stk	Roche Pharma (Schweiz) AG	071640	20038	5250.30	4882.26
ESBRIET Filmtabl 267 mg Fl 90 Stk Filmtabl 801 mg Fl 90 Stk	Roche Pharma (Schweiz) AG	071500	20445 20445	918.35 2646.55	785.67 2357.01
ESTRADOT Matrixpfl 25 mcg/24h 8 Stk Matrixpfl 25 mcg/24h 24 Stk Matrixpfl 37.5 mcg/24h 8 Stk Matrixpfl 37.5 mcg/24h 24 Stk Matrixpfl 50 mcg/24h 8 Stk Matrixpfl 50 mcg/24h 24 Stk Matrixpfl 75 mcg/24h 8 Stk Matrixpfl 75 mcg/24h 24 Stk Matrixpfl 100 mcg/24h 8 Stk Matrixpfl 100 mcg/24h 24 Stk	Sandoz Pharmaceuticals AG	070820	17808 17808 17808 17808 17808 17808 17808 17808 17808 17808	15.95 36.40 15.95 36.40 15.95 36.40 15.95 36.40 15.95 36.40	6.74 17.41 6.74 17.41 6.74 17.41 6.74 17.41 6.74 17.41
ESTROFEM N Filmtabl 1 mg 28 Stk Filmtabl 2 mg 28 Stk	Novo Nordisk Pharma AG	070820	12815 12815	8.20 8.95	3.57 4.22
EVISTA Filmtabl 60 mg 28 Stk Filmtabl 60 mg 84 Stk	Leman SKL SA	070900	17510 17510	36.40 74.95	17.41 51.02
EXEMESTAN DEVATIS Filmtabl 25 mg Blist 30 Stk Filmtabl 25 mg Blist 100 Stk	Devatis AG	071620	20904 20904	91.10 262.70	65.08 214.54
EXEMESTAN MYLAN Filmtabl 25mg Blist 30 Stk Filmtabl 25mg Blist 100 Stk	Viartis Pharma GmbH	071620	20865 20865	91.10 262.70	65.08 214.54
EXEMESTAN SANDOZ Filmtabl 25mg 30 Stk Filmtabl 25mg 90 Stk	Sandoz Pharmaceuticals AG	071620	19511 19511	90.25 238.05	64.35 193.09
FARLUTAL Tabl 500 mg 60 Stk	Pfizer AG	071620	14097	148.50	115.08
FELDEN 20 Tabs 20 mg 30 Stk	Pfizer AG	071010	14705	16.25	7.02
FELDEN LINGUAL Tabl 20 mg 10 Stk Tabl 20 mg 30 Stk	Pfizer AG	071010	16552 16552	7.50 17.45	2.98 8.07
FEMARA Filmtabl 2.5 mg 30 Stk Filmtabl 2.5 mg 100 Stk	Novartis Pharma Schweiz AG	071620	16818 16818	111.60 295.10	82.94 242.78
FEMOSTON Tabl 1/10mg 28 Stk Tabl 2/10mg 28 Stk	Viartis Pharma GmbH	070860	16799 16799	14.40 15.25	5.42 6.15
FEMOSTON CONTI Filmtabl 0.5/2.5 28 Stk Filmtabl 1/5 28 Stk	Viartis Pharma GmbH	070860	17420 17420	16.45 18.25	7.17 8.74

PRÄPARATE / (Wirkstoffe) Packungen	Verantwortliche Firma	Therap. Gruppe	Dossier Nr.	Preis neu	Ex-Fact. neu
FEMOSTON MONO Filmtabl 2 mg 28 Stk	Viatrix Pharma GmbH	070820	17274	8.90	4.17
FEXOFENADIN SANDOZ Filmtabl 120 mg 10 Stk Filmtabl 120 mg 30 Stk Filmtabl 180 mg 10 Stk Filmtabl 180 mg 30 Stk	Sandoz Pharmaceuticals AG	071310	20650 20650 20650 20650	5.25 17.05 8.60 20.35	2.85 7.70 3.91 10.59
FEXOFENADIN SPIRIG HC Filmtabl 120 mg 10 Stk Filmtabl 120 mg 30 Stk Filmtabl 180 mg 10 Stk Filmtabl 180 mg 30 Stk	Spirig HealthCare AG	071310	21577 21577 21577 21577	5.25 14.20 7.20 19.55	2.85 7.70 3.91 10.59
FEXOFENADINE ZENTIVA Filmtabl 120 mg 10 Stk Filmtabl 120 mg 30 Stk Filmtabl 180 mg 10 Stk (alt) Filmtabl 180 mg Blist 10 Stk Filmtabl 180 mg Blist 30 Stk Filmtabl 180 mg 30 Stk (alt)	Helvepharm AG	071310	19590 19590 19590 19590 19590 19590	5.25 17.05 7.20 7.20 19.55 19.55	2.85 7.70 3.91 3.91 10.59 10.59
FEXOFENADIN-MEPHA Lactab 120 mg Blist 10 Stk Lactab 120 mg Blist 30 Stk Lactab 180 mg Blist 10 Stk Lactab 180 mg Blist 30 Stk	Mepha Pharma AG	071310	21050 21050 21050 21050	5.25 17.05 8.60 20.35	2.85 7.70 3.91 10.59
FIASP Inj Lös 100 E/ml Durchstf 10 ml	Novo Nordisk Pharma AG	070610	20616	40.45	20.96
FIASP FLEXTOUCH Inj Lös 100 E/ml 5 Fertpen 3 ml	Novo Nordisk Pharma AG	070610	20614	59.90	37.90
FIASP PENFILL Inj Lös 100 E/ml Patrone 5 Amp 3 ml	Novo Nordisk Pharma AG	070610	20615	57.15	35.48
FIASP PUMPCART Inj Lös 100 E/ml Patrone 5 Amp 1.6 ml	Novo Nordisk Pharma AG	070610	21232	38.10	18.92
FLATULEX Tropfen 41.2 mg/ml mit Dosierpumpe 50 ml	Bayer (Schweiz) AG	040400	13698	9.00	4.89
FORTECORTIN Tabl 4 mg 30 Stk Tabl 4 mg 100 Stk	Merck (Schweiz) AG	070726	16676 16676	36.65 73.40	17.62 49.64
FOSRENOL Kautabl 500 mg 90 Stk Kautabl 750 mg 90 Stk Kautabl 1000 mg 90 Stk	Takeda Pharma AG	079900	18766 18766 18766	194.55 248.95 317.20	155.20 202.57 262.04
GALVUMET Filmtabl 50/500 mg 60 Stk Filmtabl 50/500 mg 180 Stk Filmtabl 50/850 mg 60 Stk Filmtabl 50/850 mg 180 Stk Filmtabl 50/1000 mg 60 Stk Filmtabl 50/1000 mg 180 Stk	Novartis Pharma Schweiz AG	070620	19118 19118 19118 19118 19118 19118	49.50 115.75 49.50 115.75 49.50 115.75	28.85 86.56 28.85 86.56 28.85 86.56
GENOTROPIN Trockensub 5 mg c solv Amp 1 Stk Trockensub 5 mg c solv Amp 5 Stk Trockensub 12 mg c solv Zweik Amp 1 Stk	Pfizer AG	070310	15456 15456 15456	195.25 910.65 445.65	155.79 778.97 373.91

PRÄPARATE / (Wirkstoffe) Packungen	Verantwortliche Firma	Therap. Gruppe	Dossier Nr.	Preis neu	Ex-Fact. neu
GENOTROPIN GOQUICK Trockensub 5 mg c Solv 1 Stk Trockensub 5 mg c Solv 5 Stk Trockensub 12 mg c Solv 1 Stk Trockensub 12 mg c Solv 5 Stk	Pfizer AG	070310	19461 19461 19461 19461	195.25 910.65 445.65 2111.90	155.79 778.97 373.91 1869.52
GEVILON Filmtabl 450 mg 100 Stk	Pfizer AG	071200	14933	37.45	18.34
GIOTRIF Filmtabl 20 mg 28 Stk Filmtabl 30 mg 28 Stk Filmtabl 40 mg 28 Stk	Boehringer Ingelheim (Schweiz) GmbH	071610	20151 20151 20151	2382.65 2382.65 2382.65	2116.41 2116.41 2116.41
GLIMEPIRID SANDOZ Tabl 1 mg 30 Stk Tabl 1 mg 120 Stk Tabl 2 mg 30 Stk Tabl 2 mg 120 Stk Tabl 3 mg 30 Stk Tabl 3 mg 120 Stk Tabl 4 mg 30 Stk Tabl 4 mg 120 Stk	Sandoz Pharmaceuticals AG	070620	18420 18420 18420 18420 18420 18420 18420 18420	6.00 14.65 7.35 18.80 8.65 27.85 9.65 34.95	1.64 5.63 2.84 9.25 3.95 13.53 4.84 16.14
GLIMEPIRIDE ZENTIVA Tabl 2 mg 30 Stk Tabl 2 mg 120 Stk Tabl 3 mg 30 Stk Tabl 3 mg 120 Stk Tabl 4 mg 30 Stk Tabl 4 mg 120 Stk	Helvepharm AG	070620	18325 18325 18325 18325 18325 18325	7.35 18.70 8.60 27.65 9.60 34.95	2.81 9.16 3.90 13.39 4.79 16.14
GLIMERYL-MEPHA Tabl 1 mg 30 Stk Tabl 1 mg 120 Stk Tabl 2 mg 30 Stk Tabl 2 mg 120 Stk Tabl 3 mg 30 Stk Tabl 3 mg 120 Stk Tabl 4 mg 30 Stk Tabl 4 mg 120 Stk	Mepha Pharma AG	070620	18470 18470 18470 18470 18470 18470 18470 18470	5.95 14.65 7.35 18.80 8.60 27.80 9.55 34.95	1.62 5.62 2.84 9.25 3.93 13.51 4.75 16.14
GLIVEC GIST Filmtabl 100 mg 60 Stk Filmtabl 400 mg 30 Stk	Novartis Pharma Schweiz AG	071610	20430 20430	717.65 1382.45	610.86 1204.40
GLYXAMBI Filmtabl 10mg/5mg Blist 30 Stk Filmtabl 10mg/5mg Blist 90 Stk	Boehringer Ingelheim (Schweiz) GmbH	070620	20598 20598	100.35 265.40	73.14 216.89
GRAZAX LYOPHILISAT ORAL Tabl 75000 SQ-T 30 x 1 Dosen Tabl 75000 SQ-T 100 x 1 Dosen	ALK-Abelló AG	071330	18694 18694	116.05 348.60	86.82 289.38
HALAVEN Inj Lös 1 mg/2ml Durchstf 2 ml	Eisai Pharma AG	071610	19427	275.45	225.64
HEPA S Kaps 50 Stk Kaps 100 Stk	OM Pharma Suisse SA	541120	17301 17301	20.20 35.50	10.94 19.25
HERCEPTIN Trockensub 150 mg Amp 1 Stk Trockensub 440 mg c solv Amp 20 ml	Roche Pharma (Schweiz) AG	071610	17354 17354	599.10 1689.10	507.60 1484.04

PRÄPARATE / (Wirkstoffe) Packungen	Verantwortliche Firma	Therap. Gruppe	Dossier Nr.	Preis neu	Ex-Fact. neu
HERCEPTIN SUBKUTAN Inj Lös 600 mg/5 ml subkutan Durchstf 1 Stk	Roche Pharma (Schweiz) AG	071610	20607	1689.10	1484.04
HERZUMA Trockensub 150 mg Durchstf 1 Stk Trockensub 440 mg c Solv Durchstf 1 Stk	iQone Healthcare Switzerland SA	071610	21304 21304	540.85 1526.35	456.84 1335.64
HULIO Inj Lös 40 mg/0.8 ml Fertigspr 0.8 ml Inj Lös 40 mg/0.8 ml Fertigspr 2 × 0.8 ml Inj Lös 40 mg/0.8 ml Fertpen 0.8 ml Inj Lös 40 mg/0.8 ml Fertpen 2 × 0.8 ml Inj Lös 40 mg/0.8 ml Durchstf 2 Stk	Mylan Pharma GmbH	071500	21095 21095 21095 21095 21095	442.40 868.45 442.40 868.45 878.95	371.10 742.20 371.10 742.20 751.34
HUMALOG Inj Lös Durchstf 10 ml Inj Lös f Pen 5 Amp 3 ml	Eli Lilly (Suisse) SA	070610	16473 16473	39.85 55.70	20.43 34.23
HUMALOG JUNIOR KWIKPEN Inj Lös 100 IE/ml 5 Fertspr 3 ml	Eli Lilly (Suisse) SA	070610	19010	62.25	39.93
HUMALOG KWIKPEN Inj Lös 5 Fertigspr 3 ml Inj Lös 200 IE/ml 5 Fertspr 3 ml	Eli Lilly (Suisse) SA	070610	19010 19010	62.25 108.10	39.93 79.87
HUMALOG MIX 25 Inj Susp f Pen 5 Amp 3 ml	Eli Lilly (Suisse) SA	070610	17228	52.40	31.34
HUMALOG MIX 25 KWIKPEN Inj Susp 5 Fertigspr 3 ml	Eli Lilly (Suisse) SA	070610	19011	62.25	39.93
HUMALOG MIX 50 Inj Susp f Pen 5 Amp 3 ml	Eli Lilly (Suisse) SA	070610	17229	56.05	34.53
HUMALOG MIX 50 KWIKPEN Inj Susp 5 Fertigspr 3 ml	Eli Lilly (Suisse) SA	070610	19012	62.25	39.93
HUMATROPE Trockensub 6 mg c solv Amp 1 Stk Trockensub 12 mg c solv Amp 1 Stk Trockensub 24 mg c solv Amp 1 Stk	Eli Lilly (Suisse) SA	070310	16788 16788 16788	242.30 468.15 919.90	196.76 393.50 787.02
HUMIRA Inj Lös 20 mg/0.2 ml 2 Fertspr 0.2 ml Inj Lös 40 mg/0.4 ml vorgef Injektor 0.4 ml Inj Lös 40 mg/0.4 ml Fertspr 0.4 ml Inj Lös 80 mg/0.8 ml vorgef Injektor 0.8 ml Inj Lös 80 mg/0.8 ml Fertspr 0.8 ml	AbbVie AG	071500	17903 18538 17903 18538 17903	489.75 489.75 489.75 963.10 963.10	412.33 412.33 412.33 824.66 824.66
HYCAMTIN Kaps 0.25 mg 10 Stk Kaps 1 mg 10 Stk Trockensub 1 mg Durchstf 1 Stk Trockensub 4 mg Durchstf 1 Stk Trockensub 4 mg Durchstf 5 Stk	Sandoz Pharmaceuticals AG	071610	19019 19019 16804 16804 16804	174.15 647.35 103.35 326.20 1535.25	137.40 549.59 75.72 269.88 1343.74

PRÄPARATE / (Wirkstoffe) Packungen	Verantwortliche Firma	Therap. Gruppe	Dossier Nr.	Preis neu	Ex-Fact. neu
IDACIO Inj Lös 40 mg/0.8ml Fertigspritze Fertspr 2 Stk	Fresenius Kabi (Schweiz) AG	071500	21086	868.45	742.19
Inj Lös 40 mg/0.8ml Fertipen Fert- pen 2 Stk			21086	868.45	742.19
Inj Lös 40 mg/0.8ml Durchstechfla- sche Durchstf 1 Stk			21086	442.40	371.10
IMATINIB GIST-TEVA Filmtabl 100mg Blist 60 Stk	Teva Pharma AG	071610	21139	612.50	519.23
Filmtabl 400mg Blist 30 Stk			21139	1184.30	1023.74
IMNOVID Kaps 1 mg 21 Stk	Bristol-Myers Squibb SA	071640	20221	8255.55	7814.18
Kaps 2 mg 21 Stk			20221	8360.00	7916.10
Kaps 3 mg 21 Stk			20221	8464.50	8018.03
Kaps 4 mg 21 Stk			20221	8534.35	8086.21
IMRALDI Inj Lös 40 mg/0.8ml Fertigspr Fertspr 0.8ml	Samsung Bioepis CH GmbH	071500	21076	442.40	371.10
Inj Lös 40 mg/0.8ml Fertpen Fertpen 0.8ml			21079	442.40	371.10
Inj Lös 40 mg/0.8ml Fertpen 2 Fert- pen 0.8ml			21079	868.45	742.20
Inj Lös 40 mg/0.8ml Fertigspr 2 Fertspr 0.8ml			21076	868.45	742.20
Inj Lös 40 mg/0.8ml Fertigspr 6 Fertspr 0.8ml			21076	2343.80	2080.98
Inj Lös 40 mg/0.8ml Fertpen 6 Fert- pen 0.8ml			21079	2343.80	2080.98
IMUREK Filmtabl 25mg 50 Stk	Aspen Pharma Schweiz GmbH	071500	10351	14.20	5.24
Filmtabl 50mg 50 Stk			10351	20.25	10.50
Filmtabl 50mg 100 Stk			10351	38.50	19.27
INFLECTRA Trockensub 100mg Durchstf 1 Stk	Pfizer AG	071500	20458	585.60	495.81
INLYTA Filmtabl 1 mg 28 Stk	Pfizer AG	071610	19860	408.25	341.34
Filmtabl 1 mg 56 Stk			19860	800.15	682.69
Filmtabl 3 mg 28 Stk			19860	1184.60	1024.04
Filmtabl 5 mg 28 Stk			19860	1933.35	1706.74
Filmtabl 5 mg 56 Stk			19860	3744.80	3413.48
Filmtabl 7 mg 28 Stk			19860	2682.10	2389.44
INSULIN ACTRAPID HM Inj Lös 100 IE/ml Durchstf 10ml	Novo Nordisk Pharma AG	070610	14262	25.25	11.30
Inj Lös 100 IE/ml Penfill 5 × 3ml			14939	44.80	24.76
INSULIN INSULATARD HM Inj Susp Amp 10ml	Novo Nordisk Pharma AG	070610	14765	25.40	11.41
INSULIN INSULATARD HM FLEXPEN Inj Susp Fertigpen 5 Fertpen 3ml	Novo Nordisk Pharma AG	070610	17725	50.35	29.59
INSULIN INSULATARD HM PENFILL Inj Susp Patrone 5 × 3ml	Novo Nordisk Pharma AG	070610	15828	45.25	25.14
INSULIN LEVEMIR FLEXPEN Inj Lös Fertigpen 5 Fertpen 3ml	Novo Nordisk Pharma AG	070610	17979	73.95	50.15
INSULIN LEVEMIR PENFILL Inj Lös Patrone 5 × 3ml	Novo Nordisk Pharma AG	070610	17980	69.85	46.55

PRÄPARATE / (Wirkstoffe) Packungen	Verantwortliche Firma	Therap. Gruppe	Dossier Nr.	Preis neu	Ex-Fact. neu
INSULIN NOVORAPID Inj Lös Amp 10ml	Novo Nordisk Pharma AG	070610	17372	39.10	19.77
INSULIN NOVORAPID FLEXPEN Inj Lös Fertipen 5 Fertpen 3ml	Novo Nordisk Pharma AG	070610	17639	58.80	36.93
INSULIN NOVORAPID FLEXTOUCH Inj Lös 5 Fertipen 3ml	Novo Nordisk Pharma AG	070610	19765	58.80	36.93
INSULIN NOVORAPID PENFILL Inj Lös Patrone 5 x 3ml	Novo Nordisk Pharma AG	070610	17373	54.50	33.18
INSULIN NOVORAPID PUMPCART Inj Lös 100 E/ml 5 Amp 1.6ml	Novo Nordisk Pharma AG	070610	20429	36.70	17.70
INVOKANA Filmtabl 100mg 30 Stk	Janssen-Cilag AG	070620	20149	59.35	37.41
Filmtabl 100mg 100 Stk			20149	159.55	124.71
Filmtabl 300mg 30 Stk			20149	78.25	53.88
Filmtabl 300mg 100 Stk			20149	222.55	179.58
IRESSA Filmtabl 250mg 30 Stk	AstraZeneca AG	071610	18046	2432.25	2161.60
IRINOTECAN ACCORD Inf Konz 40mg/2ml Durchstf 2ml	Accord Healthcare AG	071610	20859	59.50	37.53
Inf Konz 100mg/5ml Durchstf 5ml			20859	120.85	90.97
Inf Konz 300mg/15ml Durchstf 15ml			20859	298.40	245.64
Inf Konz 500mg/25ml Durchstf 25ml			20859	427.05	357.73
IRINOTECAN FRESENIUS Inf Konz 40mg/2ml Durchstf 2ml	Fresenius Kabi (Schweiz) AG	071610	19784	59.85	37.83
Inf Konz 100mg/5ml Durchstf 5ml			19784	121.80	91.81
Inf Konz 300mg/15ml Durchstf 15ml			19784	298.40	245.64
Inf Konz 500mg/25ml Durchstf 25ml			19784	439.40	368.46
IRINOTECAN LABATEC Inf Konz 40mg/2ml Durchstf 2ml	Labatec Pharma SA	071610	19179	59.90	37.89
Inf Konz 100mg/5ml Durchstf 5ml			19179	121.80	91.81
Inf Konz 300mg/15ml Durchstf 1 Stk			19179	298.40	245.64
IRINOTECAN SANDOZ ECO Inf Konz 40mg/2ml Durchstf 2ml	Sandoz Pharmaceuticals AG	071610	20349	59.85	37.85
Inf Konz 100mg/5ml Durchstf 5ml			20349	121.80	91.81
Inf Konz 300mg/15ml Durchstf 15ml			20349	298.40	245.64
Inf Konz 500mg/25ml Durchstf 25ml			20349	432.45	362.42
IRINOTECAN-TEVA LIQUID Inf Konz 40mg/2ml Durchstf 1 Stk	Teva Pharma AG	071610	19020	60.15	38.11
Inf Konz 100mg/5ml Durchstf 1 Stk			19020	121.35	91.42
Inf Konz 500mg/25ml Durchstf 1 Stk			19020	427.05	357.73
Inf Konz 300mg/15ml Durchstf 1 Stk			19020	298.40	245.64
JAKAVI Tabl 5mg 56 Stk	Novartis Pharma Schweiz AG	071610	19991	1799.65	1584.82
Tabl 10mg 56 Stk			19991	3468.00	3143.42
Tabl 15mg 56 Stk			19991	3468.00	3143.42
Tabl 20mg 56 Stk			19991	3468.00	3143.42
JANUMET Filmtabl 50/500mg 56 Stk	MSD Merck Sharp & Dohme AG	070620	18787	43.60	23.69
Filmtabl 50/500mg 196 Stk			18787	111.60	82.94
Filmtabl 50/850mg 56 Stk			18787	43.60	23.69
Filmtabl 50/850mg 196 Stk			18787	111.60	82.94
Filmtabl 50/1000mg 56 Stk			18787	43.60	23.69
Filmtabl 50/1000mg 196 Stk			18787	111.60	82.94

PRÄPARATE / (Wirkstoffe) Packungen	Verantwortliche Firma	Therap. Gruppe	Dossier Nr.	Preis neu	Ex-Fact. neu
JANUMET XR	MSD Merck Sharp & Dohme AG	070620			
Ret Filmtabl 50/500mg 56 Stk			20276	39.85	20.42
Ret Filmtabl 50/500mg 3 Fl 56 Stk			20276	85.70	60.35
Ret Filmtabl 50/1000mg 56 Stk			20276	39.85	20.42
Ret Filmtabl 50/1000mg 3 Fl 56 Stk			20276	85.70	60.35
Ret Filmtabl 100/1000mg 28 Stk			20276	39.85	20.42
Ret Filmtabl 100/1000mg 84 Stk			20276	85.70	60.35
JANUVIA	MSD Merck Sharp & Dohme AG	070620			
Filmtabl 25mg 28 Stk			18533	47.20	26.82
Filmtabl 25mg 98 Stk			18533	124.15	93.85
Filmtabl 50mg 28 Stk			18533	47.20	26.82
Filmtabl 50mg 98 Stk			18533	124.15	93.85
Filmtabl 100mg 28 Stk			18533	47.20	26.82
Filmtabl 100mg 98 Stk			18533	124.15	93.85
JARDIANCE MET	Boehringer Ingelheim (Schweiz) GmbH	070620			
Filmtabl 5/500mg 60 Stk			20401	66.10	43.31
Filmtabl 5/500mg 2 x 90 Stk			20401	165.55	129.91
Filmtabl 5/850mg 60 Stk			20401	66.10	43.31
Filmtabl 5/850mg 2 x 90 Stk			20401	165.55	129.91
Filmtabl 5/1000mg 60 Stk			20401	66.10	43.31
Filmtabl 5/1000mg 2 x 90 Stk			20401	165.55	129.91
JENTADUETO	Boehringer Ingelheim (Schweiz) GmbH	070620			
Filmtabl 2.5mg/500mg 60 Stk			19951	59.85	37.85
Filmtabl 2.5mg/500mg 3 x 60 Stk			19951	146.75	113.55
Filmtabl 2.5mg/850mg 60 Stk			19951	59.85	37.85
Filmtabl 2.5mg/850mg 3 x 60 Stk			19951	146.75	113.55
Filmtabl 2.5mg/1000mg 60 Stk			19951	59.85	37.85
Filmtabl 2.5mg/1000mg 3 x 60 Stk			19951	146.75	113.55
KANJINTI	Amgen Switzerland AG	071610			
Trockensub 150mg Durchstf 1 Stk			21018	540.85	456.84
Trockensub 440mg c Solv Durchstf 1 Stk			21018	1526.35	1335.64
KENACORT	Dermapharm AG	070724			
Tabl 4mg 20 Stk			8269	7.65	3.10
KETESSE	A. Menarini GmbH	071010			
Filmtabl 25mg 20 Stk			17547	8.85	4.14
Filmtabl 25mg 40 Stk			17547	16.60	7.30
Inj Lös 50mg/2ml 5 Amp 2 ml			18040	9.00	4.25
Inj Lös 50mg/2ml 20 Amp 2 ml			18040	27.90	13.60
KLEAN PREP	Norgine AG	040811			
Plv Btl 4 Stk			16532	25.35	11.35
KLIOGEST N	Novo Nordisk Pharma AG	070860			
Filmtabl 28 Stk			15101	17.60	8.20
LANTUS	Sanofi-Aventis (Suisse) SA	070610			
Inj Lös 100 E/ml SoloStar Pen 5 x 3ml			18640	73.00	49.30
Inj Lös 100 E/ml Klikstar/OptiPen/ JuniorSt 5 Amp 3ml			17870	71.45	47.94
LAXIPEG	Zambon Switzerland Ltd	040811			
Pdr Btl 20 Stk			20106	11.95	6.49
Pdr Btl 100 Stk			20106	47.30	25.63
Pdr Ds 200g			20106	11.95	6.49
Plv Aromafrei Btl 20 Stk			20106	11.95	6.49
Plv Aromafrei Btl 100 Stk			20106	47.30	25.63
Plv Aromafrei Ds 200g			20106	11.95	6.49

PRÄPARATE / (Wirkstoffe) Packungen	Verantwortliche Firma	Therap. Gruppe	Dossier Nr.	Preis neu	Ex-Fact. neu
LEFLUNOMID GEBRO	Gebro Pharma AG	071060			
Filmtabl 10mg Blist 30 Stk			19885	20.55	10.74
Filmtabl 10mg Blist 100 Stk			19885	57.50	35.80
Filmtabl 20mg Blist 30 Stk			19885	38.00	18.83
Filmtabl 20mg Blist 100 Stk			19885	88.45	62.77
LEFLUNOMID SANDOZ	Sandoz Pharmaceuticals AG	071060			
Filmtabl 10mg 30 Stk			19576	20.55	10.74
Filmtabl 10mg 100 Stk			19576	57.50	35.80
Filmtabl 20mg 30 Stk			19576	38.00	18.83
Filmtabl 20mg 100 Stk			19576	88.45	62.77
LEFLUNOMID SPIRIG HC	Spirig HealthCare AG	071060			
Filmtabl 10mg 30 Stk			20256	25.25	11.30
Filmtabl 10mg 100 Stk			20256	59.35	37.41
Filmtabl 20mg 30 Stk			20256	39.15	19.81
Filmtabl 20mg 100 Stk			20256	92.20	66.03
Filmtabl 100mg 3 Stk			20256	25.25	11.30
LEFLUNOMIDE ZENTIVA	Helvepharm AG	071060			
Filmtabl 10mg 30 Stk			19592	20.55	10.75
Filmtabl 10mg 100 Stk			19592	57.55	35.83
Filmtabl 20mg 30 Stk			19592	38.00	18.83
Filmtabl 20mg 100 Stk			19592	88.45	62.77
Filmtabl 100mg 3 Stk			19592	20.55	10.75
LEFLUNOMID-MEPHA	Mepha Pharma AG	071060			
Lactabs 10mg 30 Stk			19918	25.25	11.30
Lactabs 10mg 100 Stk			19918	59.35	37.42
Lactabs 20mg 30 Stk			19918	39.15	19.81
Lactabs 20mg 100 Stk			19918	92.20	66.03
LETROZOL DEVATIS	Devatis AG	071620			
Filmtabl 2.5mg Blist 30 Stk			20903	79.40	54.89
Filmtabl 2.5mg Blist 100 Stk			20903	225.45	182.09
LETROZOL LABATEC	Labatec Pharma SA	071620			
Filmtabl 2.5mg 30 Stk			20320	79.40	54.88
Filmtabl 2.5mg 100 Stk			20320	225.45	182.09
LETROZOL SANDOZ	Sandoz Pharmaceuticals AG	071620			
Filmtabl 2.5mg 30 Stk			19855	79.40	54.89
Filmtabl 2.5mg 100 Stk			19855	225.45	182.09
LETROZOL ZENTIVA	Helvepharm AG	071620			
Filmtabl 2.5mg Blist 30 Stk			19835	79.40	54.89
Filmtabl 2.5mg Blist 100 Stk			19835	225.45	182.09
LETROZOL-TEVA	Teva Pharma AG	071620			
Filmtabl 2.5mg 30 Stk			19859	79.40	54.89
Filmtabl 2.5mg 100 Stk			19859	225.45	182.09
LEUPRORELIN SANDOZ	Sandoz Pharmaceuticals AG	071620			
Inj Präp 3.6mg Fertigspr 1 Stk			18648	134.30	102.71
Inj Präp 5mg Fertigspr 1 Stk			18701	299.40	246.51
LEVOCETIRIZIN SANDOZ	Sandoz Pharmaceuticals AG	071310			
Filmtabl 5mg 10 Stk			20008	7.00	2.53
Filmtabl 5mg 30 Stk			20008	16.15	6.94
Filmtabl 5mg 50 Stk			20008	25.50	11.48
LEVOCETIRIZIN SPIRIG HC	Spirig HealthCare AG	071310			
Filmtabl 5mg Blist 10 Stk			20133	4.75	2.57
Filmtabl 5mg Blist 30 Stk			20133	12.90	7.00
Filmtabl 5mg Blist 50 Stk			20133	21.20	11.48

PRÄPARATE / (Wirkstoffe) Packungen	Verantwortliche Firma	Therap. Gruppe	Dossier Nr.	Preis neu	Ex-Fact. neu
LEVOCETIRIZIN-MEPHA Lactabs 5 mg 10 Stk Lactabs 5 mg 30 Stk Lactabs 5 mg 50 Stk	Mepha Pharma AG	071310	20049 20049 20049	7.05 16.25 25.50	2.59 7.02 11.48
LEVOSERT IUP 20mcg/24h 1 Stk	Gedeon Richter (Schweiz) AG	070830	20964	153.00	119.00
LEVOSERT ONE IUP 20mcg/24h 1 Stk	Gedeon Richter (Schweiz) AG	070830	21587	153.00	119.00
LIPANTHYL 200 M Kaps 200 mg 30 Stk Kaps 200 mg 100 Stk	Viatriis Pharma GmbH	071200	16559 16559	19.30 50.70	9.66 29.86
LIPANTHYL 267 M Kaps 267 mg 30 Stk Kaps 267 mg 90 Stk	Viatriis Pharma GmbH	071200	16559 16559	27.10 57.55	12.89 35.83
LIVIAL Tabl 2.5mg 28 Stk Tabl 2.5mg 3×28 Stk	Organon GmbH	070830	17141 17141	25.95 51.15	11.87 30.28
LODINE 300 Filmtabl 300mg 10 Stk Filmtabl 300mg 30 Stk Filmtabl 300mg 100 Stk	Alfasigma Schweiz AG	071010	15342 15342 15342	7.65 17.90 46.15	3.10 8.44 25.91
LODOTRA Ret Tabl 1 mg 30 Stk Ret Tabl 1 mg 100 Stk Ret Tabl 2 mg 30 Stk Ret Tabl 2 mg 100 Stk Ret Tabl 5 mg 30 Stk Ret Tabl 5 mg 100 Stk	Mundipharma Medical Company Hamilton, Bermuda, Basel Branch	071060	19769 19769 19769 19769 19769 19769	37.25 85.90 37.65 87.20 38.60 90.40	18.16 60.52 18.51 61.69 19.33 64.44
LONSURF Filmtabl 15mg/6.14mg 20 Stk Filmtabl 15mg/6.14mg 60 Stk Filmtabl 20mg/8.19mg 20 Stk Filmtabl 20mg/8.19mg 60 Stk	Servier (Suisse) SA	071610	20642 20642 20642 20642	803.70 2318.00 1064.40 3057.85	685.82 2057.46 914.42 2743.26
LOPERAMID SANDOZ Kaps 2 mg 20 Stk Kaps 2 mg 60 Stk	Sandoz Pharmaceuticals AG	040900	20086 20086	6.40 18.05	3.48 8.59
LOPERAMID SPIRIG HC Filmtabl 2 mg 20 Stk Filmtabl 2 mg 60 Stk	Spirig HealthCare AG	040900	20542 20542	6.40 17.30	3.48 7.93
LOPERAMID STREULI Kaps 2 mg 20 Stk Kaps 2 mg 60 Stk	Streuli Pharma AG	040900	16666 16666	6.40 18.05	3.48 8.59
LOPERAMID ZENTIVA Kaps 2 mg 20 Stk Kaps 2 mg 60 Stk	Helvepharm AG	040900	17756 17756	6.40 19.20	3.48 9.58
LOPERAMID-MEPHA Lactabs 2 mg 20 Stk Lactabs 2 mg 60 Stk	Mepha Pharma AG	040900	16379 16379	6.40 17.25	3.48 7.88
LUTRELEF Trockensub 3.2 mg c Solv Durchstf 1 Stk	Ferring AG	070310	15239	361.60	300.71
LYUMJEV Inj Lös 100 IE/ml Durchstf 10ml Inj Lös 100 IE/ml f Pen 5 Amp 3ml	Eli Lilly (Suisse) SA	070610	21097 21097	40.60 55.80	21.07 34.33

PRÄPARATE / (Wirkstoffe) Packungen	Verantwortliche Firma	Therap. Gruppe	Dossier Nr.	Preis neu	Ex-Fact. neu
LYUMJEV KWIKPEN Inj Lös 100 IE/ml 5 Fertpen 3ml	Eli Lilly (Suisse) SA	070610	21097	59.60	37.61
MACROGOL SANDOZ Plv Btl 20 Stk Plv Btl 100 Stk	Sandoz Pharmaceuticals AG	040811	20292 20292	14.45 42.60	5.44 22.82
MACROGOL SPIRIG HC Plv 20 Stk Plv 100 Stk	Spirig HealthCare AG	040811	20770 20770	14.45 42.60	5.44 22.82
MACROGOL SPIRIG HC JUNIOR Plv 30 Stk	Spirig HealthCare AG	040811	20770	14.10	5.15
MACROGOL-MEPHA Plv Btl 20 Stk Plv Btl 100 Stk	Mepha Pharma AG	040811	20298 20298	14.45 42.60	5.44 22.82
MACROGOL-MEPHA JUNIOR Plv Btl 30 Stk	Mepha Pharma AG	040811	20298	14.05	5.08
MAGNESIUM SANDOZ 243 Brausetabl 243mg Ds 20 Stk Brausetabl 243mg Ds 40 Stk	Sandoz Pharmaceuticals AG	070210	19009 19009	14.10 24.80	7.64 13.45
MEDROL Tabl 4mg 30 Stk Tabl 16mg 10 Stk Tabl 32mg 10 Stk Tabl 100mg 10 Stk	Pfizer AG	070723	12664 12664 12664 12664	8.50 9.00 16.30 37.45	3.85 4.25 7.07 18.32
METHREXX Inj Lös 7.5mg/0.375ml Fertspr 0.375ml Inj Lös 10mg/0.5ml Fertspr 0.5ml Inj Lös 12.5mg/0.625ml Fertspr 0.625ml Inj Lös 15mg/0.75ml Fertspr 0.75ml Inj Lös 17.5mg/0.875ml Fertspr 0.875ml Inj Lös 20mg/ml Fertspr 1 Stk Inj Lös 25mg/1.25ml Fertspr 1 Stk Inj Lös 30mg/1.5ml Fertspr 1 Stk	Sandoz Pharmaceuticals AG	071060	20191 20191 20191 20191 20191 20191 20191	26.95 34.50 36.40 37.25 39.10 39.75 42.70 44.80	12.77 15.75 17.41 18.16 19.77 20.33 22.92 24.75
MIMPARA Filmtabl 30mg Blist 28 Stk Filmtabl 60mg Blist 28 Stk Filmtabl 90mg Blist 28 Stk	Amgen Switzerland AG	079900	18118 18118 18118	187.80 317.10 441.30	149.32 261.92 370.11
MODIGRAF Gran 0.2mg Btl 50 Stk Gran 1mg Btl 50 Stk	Astellas Pharma AG	071500	20742 20742	71.45 266.35	47.96 217.71
MOLAXOLE Plv 20 Stk Plv 2 Btl 50 Stk	MEDA Pharma GmbH	040811	19317 19317	14.45 42.60	5.44 22.82
MOTILIUM Filmtabl 10mg 30 Stk Filmtabl 10mg 100 Stk	JNTL Consumer Health II (Switzerland) GmbH	040600	13408 13408	7.25 16.75	2.73 7.46
MOVENTIG Filmtabl 12.5mg 30 Stk Filmtabl 25mg 30 Stk Filmtabl 25mg 90 Stk	Cederberg GmbH	040811	20309 20309 20309	103.80 103.80 276.65	76.13 76.13 226.69
MOVICOL LIQUID Trink Lös Orange Fl 500ml	Norgine AG	040811	19895	17.00	7.66

PRÄPARATE / (Wirkstoffe) Packungen	Verantwortliche Firma	Therap. Gruppe	Dossier Nr.	Preis neu	Ex-Fact. neu
MOVICOL TRINKFERTIG Lösung z Einnehmen Btl 20 Stk	Norgine AG	040811	20703	17.00	7.66
MOVIPREP EINE ANWENDUNG Plv 2 Btl A+2 Btl B Doppel Btl 2 Stk	Norgine AG	040811	19223	25.50	11.51
MOVIPREP ORANGE EINE ANWEND Plv 2Btl A+2Btl B Dppl Btl 2 Stk	Norgine AG	040811	19762	25.50	11.51
MUTAFLOR Kaps Blist 100 Stk	OM Pharma Suisse SA	049900	18219	72.10	48.52
MUTAFLOR MITE Kaps Blist 20 Stk	OM Pharma Suisse SA	049900	18219	19.15	9.52
MYFORTIC Filmtabl 180mg 12 × 10 Stk Filmtabl 360mg 12 × 10 Stk	Novartis Pharma Schweiz AG	071500	17839 17839	160.45 280.05	125.48 229.66
NAPROXEN-MEPHA Lactabs 250mg 20 Stk Lactabs 500mg 10 Stk Lactabs 500mg 20 Stk Lactabs 500mg 50 Stk	Mepha Pharma AG	071010	16231 16231 16231 16231	7.35 7.25 9.70 19.50	2.85 2.76 4.87 9.86
NAVELBINE Kaps 20mg 1 Stk Kaps 30mg 1 Stk	Pierre Fabre Pharma AG	071610	18116 18116	52.35 70.30	31.30 46.96
NEXAVAR Filmtabl 200mg 112 Stk	Bayer (Schweiz) AG	071610	18396	3186.80	2869.05
NEXIUM Trockensub 40mg i. v. Vial 1 Stk	Grünenthal Pharma AG	049900	18220	9.75	4.91
NORDIMET Inj Lös 7.5mg/0.3ml Fertspr 1 Stk Inj Lös 10mg/0.4ml Fertspr 1 Stk Inj Lös 12.5mg/0.5ml Fertspr 1 Stk Inj Lös 15mg/0.6ml Fertspr 1 Stk Inj Lös 17.5mg/0.7ml Fertspr 1 Stk Inj Lös 20mg/0.8ml Fertspr 1 Stk Inj Lös 22.5mg/0.9ml Fertspr 1 Stk Inj Lös 25mg/1ml Fertspr 1 Stk	Nordic Pharma GmbH	071060	20596 20596 20596 20596 20596 20596 20596 20596	25.40 28.50 34.30 35.05 36.70 37.30 38.65 39.95	11.43 14.10 15.58 16.26 17.70 18.21 19.37 20.53
NORDIMET PEN Inj Lös 7.5mg/0.3ml Fertipen 1 Stk Inj Lös 10mg/0.4ml Fertipen 1 Stk Inj Lös 12.5mg/0.5ml Fertipen 1 Stk Inj Lös 15mg/0.6ml Fertipen 1 Stk Inj Lös 17.5mg/0.7ml Fertipen 1 Stk Inj Lös 20mg/0.8ml Fertipen 1 Stk Inj Lös 22.5mg/0.9ml Fertipen 1 Stk Inj Lös 25mg/1ml Fertipen 1 Stk	Nordic Pharma GmbH	071060	20660 20660 20660 20660 20660 20660 20660 20660	25.40 28.50 34.30 35.05 36.70 37.30 38.65 39.95	11.43 14.10 15.58 16.26 17.70 18.21 19.37 20.53
NORDITROPIN FLEXP Inj Lös 5mg Fertipen 1.5ml Inj Lös 10mg Fertipen 1.5ml Inj Lös 15mg Fertipen 1.5ml	Novo Nordisk Pharma AG	070310	19226 19226 19226	212.80 408.70 604.45	171.06 341.71 512.24
NORMACOL Gran Ds 500g Gran 7g 30 Btl 7g	Norgine AG	040813	5394 5394	17.95 8.15	9.74 4.43
NORPROLAC Tabl 25mcg/50mcg 3 + 3 1 Stk Tabl 75mcg 30 Stk Tabl 150mcg 30 Stk	Ferring AG	070310	16287 16287 16287	8.75 51.75 79.50	4.03 30.81 54.96

PRÄPARATE / (Wirkstoffe) Packungen	Verantwortliche Firma	Therap. Gruppe	Dossier Nr.	Preis neu	Ex-Fact. neu
NOVOFEM Filmtabl Disp 28 Stk	Novo Nordisk Pharma AG	070860	17874	14.45	5.46
NOVONORM Tabl 0.5 mg 90 Stk Tabl 1 mg 90 Stk Tabl 2 mg 90 Stk	Novo Nordisk Pharma AG	070620	17417 17417 17417	18.90 25.25 27.50	9.32 11.28 13.22
OCTREOTID LABATEC Inj Lös 0.05 mg/ml 5 Amp 1 ml Inj Lös 0.1 mg/ml 5 Amp 1 ml Inj Lös 0.5 mg/ml 5 Amp 1 ml Inj Lös 1 mg/5ml Durchstf 5 ml	Labatec Pharma SA	071620	20254 20254 20254 20254	39.35 59.15 251.70 96.25	19.99 37.24 204.98 69.54
ODOMZO Kaps 200 mg 10 Stk Kaps 200 mg 30 Stk	Sun Pharma Switzerland Ltd	071640	20731 20731	1928.55 5480.70	1702.34 5107.02
OESTROGEL Gel Disp 80 g Gel 3 Disp 80 g	Vifor (International) Inc.	070820	15162 15162	17.25 39.45	7.88 20.09
OGIVRI Trockensub 150 mg Durchstf 1 Stk Trockensub 440 mg Durchstf 1 Stk	Mylan Pharma GmbH	071610	21087 21109	540.85 1526.35	456.84 1335.64
OMNITROPE 10 PATR SUREPAL Inj Lös 10 mg/1.5 ml 5 Stk	Sandoz Pharmaceuticals AG	070310	19296	1599.30	1402.12
OMNITROPE 15 PATR SUREPAL Inj Lös 15 mg/1.5 ml 5 Stk	Sandoz Pharmaceuticals AG	070310	19296	2368.20	2103.20
OMNITROPE 5 PATR SUREPAL Inj Lös 5 mg/1.5 ml 5 Stk	Sandoz Pharmaceuticals AG	070310	19296	821.25	701.07
ONGLYZA Tabl 2.5 mg 28 Stk Tabl 2.5 mg 98 Stk Tabl 5 mg 28 Stk Tabl 5 mg 98 Stk	AstraZeneca AG	070620	19172 19172 19172 19172	55.35 149.00 55.35 149.00	33.91 115.49 33.91 115.49
ORLAIR Subling Tabl 300 IR 30 Stk Subling Tabl 300 IR 90 Stk	Stallergenes AG	071330	19463 19463	114.95 312.00	85.83 257.50
ORLAIR KOMBIPAC Subling Tabl 100 IR/300 IR 31 Stk	Stallergenes AG	071330	19463	113.15	84.26
ORENCIA Trockensub 250 mg mit Spritze Durchstf 1 Stk Inj Lös 125 mg/ml mit Nadelschutz 4 Fertigspr 1 ml Inj Lös 125 mg/ml Fertpen 4 Stk	Bristol-Myers Squibb SA	071500	18539 19845 20724	411.40 1098.50 1098.50	344.08 945.54 945.54
ORLISTAT SANDOZ Kaps 120 mg 42 Stk Kaps 120 mg 84 Stk	Sandoz Pharmaceuticals AG	079900	19852 19852	43.85 69.55	23.93 46.31
ORLISTAT SPIRIG HC Kaps 120 mg 42 Stk Kaps 120 mg 84 Stk	Spirig HealthCare AG	079900	20351 20351	43.65 69.55	23.72 46.31
ORLISTAT-MEPHA Kaps 120 mg 42 Stk Kaps 120 mg 84 Stk	Mepha Pharma AG	079900	20051 20051	44.60 69.55	24.56 46.31
OSTEOCAL D3 Brausetabl 1200/800 20 Stk Brausetabl 1200/800 40 Stk	Dr. Heinz Welti AG Fabrikation chemisch-pharmazeu	070250	18182 18182	13.00 22.90	7.05 12.41

PRÄPARATE / (Wirkstoffe) Packungen	Verantwortliche Firma	Therap. Gruppe	Dossier Nr.	Preis neu	Ex-Fact. neu
OXALIPLATIN ACCORD Inf Konz 50 mg/10ml Durchstf 1 Stk Inf Konz 100 mg/20ml Durchstf 1 Stk Inf Konz 200 mg/40ml Durchstf 1 Stk	Accord Healthcare AG	071610	21004 21004 21004	104.40 191.75 318.05	76.66 152.76 262.75
OXALIPLATIN SANDOZ Inf Konz 50 mg/10ml Vial 1 Stk Inf Konz 100 mg/20ml Vial 1 Stk Inf Konz 200 mg/40ml Vial 1 Stk	Sandoz Pharmaceuticals AG	071610	19530 19530 19530	104.40 191.75 318.05	76.67 152.76 262.75
OXALIPLATIN ZENTIVA Inf Konz 50 mg/10ml Durchstf 10ml Inf Konz 100 mg/20ml Durchstf 20 ml Inf Konz 200 mg/40ml Durchstf 40 ml	Helvepharm AG	071610	19515 19515 19515	104.40 191.75 318.05	76.67 152.76 262.75
OXALIPLATIN-TEVA LIQUID Inf Konz 50 mg/10ml Durchstf 10ml Inf Konz 100 mg/20ml Durchstf 20 ml Inf Konz 200 mg/40ml Durchstf 40 ml	Teva Pharma AG	071610	19473 19473 19473	104.40 191.75 318.05	76.67 152.76 262.75
OZEMPIC DUALDOSE Inj Lös 2 mg/1.5ml Fertpen 1.5 ml	Novo Nordisk Pharma AG	070620	20753	120.40	90.58
OZEMPIC FIXDOSE Inj Lös 4 mg/3ml (1 mg/Dosis) Fert- pen 3ml	Novo Nordisk Pharma AG	070620	20753	120.40	90.58
PACLITAXEL ACCORD Inf Konz 30 mg/5ml Durchstf 5ml Inf Konz 100 mg/16.7ml Durchstf 16.7ml Inf Konz 150 mg/25ml Durchstf 25 ml Inf Konz 300 mg/50ml Durchstf 50 ml Inf Konz 600 mg/100ml Durchstf 100 ml	Accord Healthcare AG	071610	21091 21091 21091 21091 21091	38.55 88.10 127.25 231.55 424.75	19.30 62.47 96.58 187.43 355.70
PACLITAXEL FRESENIUS Inf Konz 30 mg/5ml Durchstf 1 Stk Inf Konz 100 mg/16.7ml Durchstf 1 Stk Inf Konz 300 mg/50ml Durchstf 1 Stk	Fresenius Kabi (Schweiz) AG	071610	20491 20491 20491	40.80 88.10 231.55	21.24 62.47 187.43
PACLITAXEL LABATEC Inf Konz 30 mg/5ml Durchstf 8ml Inf Konz 100 mg/16.7ml Durchstf 20ml Inf Konz 300 mg/50ml Durchstf 50 ml	Labatec Pharma SA	071610	19366 19366 19366	40.80 88.10 231.55	21.24 62.47 187.43
PACLITAXEL SANDOZ Inf Konz 30 mg/5ml Durchstf 5ml Inf Konz 100 mg/16.7ml Durchstf 16.7ml Inf Konz 150 mg/25ml Durchstf 25 ml Inf Konz 300 mg/50ml Durchstf 50 ml	Sandoz Pharmaceuticals AG	071610	18191 18191 18191 18191	38.60 89.65 127.30 231.55	19.32 63.80 96.59 187.43
PACLITAXEL-TEVA LIQUID Inf Konz 30 mg/5ml Durchstf 1 Stk Inf Konz 100 mg/16.7ml Durchstf 1 Stk Inf Konz 150 mg/25ml Durchstf 1 Stk Inf Konz 300 mg/50ml Durchstf 1 Stk	Teva Pharma AG	071610	18796 18796 18796 18796	40.75 88.10 138.25 231.55	21.22 62.47 106.13 187.43
PARSABIV Inj Lös 2.5 mg/0.5ml 6 Durchstf 0.5ml Inj Lös 5 mg/1ml 6 Durchstf 1 ml Inj Lös 10 mg/2ml 6 Durchstf 2 ml	Amgen Switzerland AG	070500	20706 20706 20706	124.00 201.45 339.20	93.72 161.20 281.17

PRÄPARATE / (Wirkstoffe) Packungen	Verantwortliche Firma	Therap. Gruppe	Dossier Nr.	Preis neu	Ex-Fact. neu
PEMETREXED ACCORD LIQUID	Accord Healthcare AG	071610			
Inf Konz 100 mg/4ml Durchstf 1 Stk			21262	114.10	85.10
Inf Konz 500 mg/20ml Durchstf 1 Stk			21262	504.85	425.50
Inf Konz 850 mg/34ml Durchstf 1 Stk			21262	846.80	723.35
Inf Konz 1000 mg/40ml Durchstf 1 Stk			21262	993.35	851.00
PEMETREXED MYLAN	Viartis Pharma GmbH	071610			
Inf Konz 100 mg/4ml Durchstf 1 Stk			21263	114.10	85.10
Inf Konz 500 mg/20ml Durchstf 1 Stk			21263	504.85	425.50
Inf Konz 1000 mg/40ml Durchstf 1 Stk			21263	993.35	851.00
PEMETREXED PFIZER	Pfizer AG	071610			
Trockensub 100 mg Durchstf 1 Stk			21273	114.10	85.10
Trockensub 500 mg Durchstf 1 Stk			21273	504.85	425.50
PEMETREXED SANDOZ CONC.	Sandoz Pharmaceuticals AG	071610			
Inf Konz 100 mg/4ml Durchstf 1 Stk			21251	114.10	85.10
Inf Konz 500 mg/20ml Durchstf 1 Stk			21251	504.85	425.50
PEMETREXED SPIRIG HC	Spirig HealthCare AG	071610			
Inf Konz 100 mg/4ml Durchstf 1 Stk			21256	114.10	85.10
Inf Konz 500 mg/20ml Durchstf 1 Stk			21256	504.85	425.50
Inf Konz 1000 mg/40ml Durchstf 1 Stk			21256	993.35	851.00
PEMETREXED VIATRIS	Viartis Pharma GmbH	071610			
Inf Konz 100 mg/4ml Durchstf 1 Stk			21263	114.10	85.10
Inf Konz 500 mg/20ml Durchstf 1 Stk			21263	504.85	425.50
Inf Konz 1000 mg/40ml Durchstf 1 Stk			21263	993.35	851.00
PEMETREXED ZENTIVA	Helvepharm AG	071610			
Inf Konz 100 mg/4ml Durchstf 1 Stk			21352	114.10	85.10
Inf Konz 500 mg/20ml Durchstf 1 Stk			21352	504.85	425.50
Inf Konz 1000 mg/40ml Durchstf 1 Stk			21352	993.35	851.00
PEMETREXED-TEVA LIQUID	Teva Pharma AG	071610			
Inf Konz 100 mg/4ml Durchstf 4ml			21243	114.10	85.10
Inf Konz 500 mg/20ml Durchstf 20 ml			21243	504.85	425.50
Inf Konz 850 mg/34ml Durchstf 34 ml			21243	846.80	723.35
Inf Konz 1000 mg/40ml Durchstf 40 ml			21243	993.35	851.00
PENTASA	Ferring AG	040900			
Supp 1 g 28 Stk			20275	62.10	39.81
Depotgran 1 g Btl 50 Stk			17539	57.95	36.20
Depotgran 1 g Btl 150 Stk			17539	134.70	103.07
Depottabl 500 mg 100 Stk			15593	50.35	29.56
Depotgran 2 g Btl 60 Stk			17539	106.20	78.21
Depottabl 500 mg 300 Stk			15593	117.45	88.01
Depottabl 1 g 60 Stk			15593	49.55	28.86
PENTASA KLYSMA	Ferring AG	040900			
Klist 1 g 7 × 100 ml			20431	37.05	17.99
PERENTEROL	Zambon Switzerland Ltd	040900			
Kaps 250 mg 10 Stk			16065	8.60	4.67
Kaps 250 mg 20 Stk			16065	17.25	9.35
Kaps 250 mg 10 × 20 Stk			16065	159.70	86.56
Plv 250 mg Btl 10 Stk			16066	8.60	4.67
Plv 250 mg Btl 20 Stk			16066	17.25	9.35
Plv 250 mg 10 Btl 20 Stk			16066	159.70	86.56

PRÄPARATE / (Wirkstoffe) Packungen	Verantwortliche Firma	Therap. Gruppe	Dossier Nr.	Preis neu	Ex-Fact. neu
PICOPREP Plv 2 Stk	Ferring AG	040811	20068	25.30	11.34
PLENVU Plv für Trinklösung Btl 3 Stk	Norgine AG	040811	20817	25.95	11.88
PROGYNOVA Drag 2 mg Blist 28 Stk	Bayer (Schweiz) AG	070820	10880	9.60	4.79
Drag 2 mg Blist 3 × 28 Stk			10880	25.70	11.69
PROGYNOVA MITE Drag 1 mg 3 × 28 Stk	Bayer (Schweiz) AG	070820	10880	18.75	9.18
PROXEN Filmtabl 500mg 10 Stk	Grünenthal Pharma AG	071010	14012	7.35	2.84
Filmtabl 500mg 20 Stk			14012	14.00	5.04
Filmtabl 500mg 50 Stk			14012	20.80	10.96
Filmtabl 250 mg 50 Stk			14012	16.30	7.06
QTERN Filmtabl 5 mg/10 mg 28 Stk	AstraZeneca AG	070620	20611	96.10	69.43
Filmtabl 5 mg/10 mg 98 Stk			20611	295.40	243.02
RAPAMUNE Tabl 1 mg 30 Stk	Pfizer AG	071500	17763	173.65	136.98
Tabl 0.5 mg 30 Stk			17763	89.70	63.87
Tabl 1 mg 100 Stk			17763	467.50	392.93
Tabl 2 mg 100 Stk			17763	900.75	770.34
Lös 1 mg/ml Fl 60 ml			17597	294.40	242.16
REMICADE Trockensub 100mg Durchstf 1 Stk	MSD Merck Sharp & Dohme AG	071500	17463	648.85	550.90
REMICADE (PI) Trockensub 100mg Durchstf 1 Stk	APS-Arzneimittel-Parallelimport-Service AG	071500	21536	553.95	468.27
REMSIMA Trockensub 100mg Durchstf 1 Stk	iQone Healthcare Switzerland SA	071500	20402	585.60	495.81
RENACET Filmtabl 950mg 100 Stk	Curatis AG	079900	19465	18.30	8.80
RENAGEL Filmtabl 800mg Fl 180 Stk	Sanofi-Aventis (Suisse) SA	079900	17944	189.10	150.43
REVELA Filmtabl 800mg 180 Stk	Sanofi-Aventis (Suisse) SA	079900	19528	179.05	141.67
Plv 2.4 g 60 Stk			19516	179.05	141.67
REPAGLINIDE RIVOPHARM Tabl 0.5 mg Blist 90 Stk	Rivopharm SA	070620	21590	17.85	8.39
Tabl 1 mg Blist 90 Stk			21590	19.85	10.16
Tabl 2 mg Blist 90 Stk			21590	25.95	11.90
REPARIL N Gel 40g	MEDA Pharma GmbH	071040	18557	6.60	3.58
Gel 100g			18557	13.20	7.15
REPLAGAL Inf Konz 3.5mg/3.5ml Durchstf 3.5ml	Takeda Pharma AG	071400	17762	2022.35	1787.89
RESOLOR Filmtabl 1 mg 28 Stk	Takeda Pharma AG	040811	19761	58.70	36.85
Filmtabl 2 mg 28 Stk			19761	85.80	60.44
RIBOMUSTIN Trockensub 25 mg Durchstf 1 Stk	CPS Cito Pharma Services GmbH	071610	19023	87.75	62.17
Trockensub 25 mg Durchstf 5 Stk			19023	312.95	258.33
Trockensub 100 mg Durchstf 1 Stk			19023	247.40	201.22

PRÄPARATE / (Wirkstoffe) Packungen	Verantwortliche Firma	Therap. Gruppe	Dossier Nr.	Preis neu	Ex-Fact. neu
ROCALTROL Kaps 0.25 mcg 30 Stk Kaps 0.25 mcg 100 Stk Kaps 0.5 mcg 100 Stk	Atnahs Pharma Switzerland AG	070230	13231 13231 13231	16.80 42.20 57.15	7.50 22.49 35.49
SAIZEN LIQUID Inj Lös 6 mg Zyl Amp 1 Stk Inj Lös 12 mg Zyl Amp 1 Stk Inj Lös 20 mg Zyl Amp 1 Stk	Merck (Schweiz) AG	070310	19358 19358 19358	234.70 453.00 744.10	190.16 380.33 633.88
SALAZOPYRIN Tabl 0.5g 100 Stk	Pfizer AG	040900	6571	20.15	10.42
SALAZOPYRIN EN Drag 0.5g 100 Stk	Pfizer AG	040900	10310	20.70	10.88
SALOFALK Filmtabl 250 mg 100 Stk Filmtabl 500 mg 100 Stk Filmtabl 1 g Blist 20 Stk Filmtabl 1 g Blist 100 Stk Supp 500 mg Blist 20 Stk Supp 500 mg Blist 50 Stk Supp 1 g Blist 10 Stk Supp 1 g Blist 30 Stk Supp 1 g Blist 60 Stk Rektsch 1000 mg/Dosis 14 Dos	Dr. Falk Pharma AG	040900	14744 14744 21040 21040 14745 14745 14745 14745 14745 19421	43.05 60.40 27.20 91.00 28.90 51.30 41.30 91.15 147.95 49.65	23.20 38.31 13.00 64.97 14.46 30.41 21.70 65.10 114.57 28.95
SALOFALK KLYSMEN Rektsusp 2g 7 Stk Rektsusp 4g 7 Stk	Dr. Falk Pharma AG	040900	15678 15678	41.85 57.05	22.15 35.41
SALVACYL Trockensub 11.25mg c Solv (Mixject) Set 1 Stk	Debiopharm Research & Manu- facturing SA	071620	19233	351.70	292.07
SANDIMMUN Inf Konz 50 mg/ml 10 Amp 1 ml Inf Konz 250 mg/5ml 10 Amp 5 ml	Novartis Pharma Schweiz AG	071500	16811 16811	47.60 165.25	27.18 129.64
SANDIMMUN NEORAL Caps 10mg 60 Stk Caps 25mg 50 Stk Caps 50mg 50 Stk Caps 100mg 50 Stk	Novartis Pharma Schweiz AG	071500	16302 16302 16302 16302	45.95 65.75 102.20 168.50	25.72 42.99 74.74 132.50
SANDOSTATIN Inj Lös 0.05mg/ml 5 Amp 1 ml Inj Lös 0.1 mg/ml 5 Amp 1 ml Inj Lös 0.5mg/ml 5 Amp 1 ml	Novartis Pharma Schweiz AG	071620	15538 15538 15538	41.85 63.90 277.75	22.19 41.38 227.65
SANDOSTATIN LAR Trockensub 10 mg c Sol 1 Stk Trockensub 20 mg c Sol 1 Stk Trockensub 30 mg c Sol 1 Stk	Novartis Pharma Schweiz AG	071620	16484 16484 16484	597.05 1046.25 1449.40	505.79 897.90 1265.46
SEGLUROMET Filmtabl 2.5/1000mg Blist 56 Stk Filmtabl 2.5/1000mg Blist 196 Stk	MSD Merck Sharp & Dohme AG	070620	20804 20804	63.15 180.10	40.74 142.59
SELINCRO Filmtabl 18mg 14 Stk Filmtabl 18mg 42 Stk	Lundbeck (Schweiz) AG	150000	20251 20251	85.00 206.80	59.76 165.85

PRÄPARATE / (Wirkstoffe) Packungen	Verantwortliche Firma	Therap. Gruppe	Dossier Nr.	Preis neu	Ex-Fact. neu
SERACTIL	Gebro Pharma AG	071010			
Filmtabl 200mg 30 Stk			17549	8.65	3.95
Filmtabl 300mg 30 Stk			17549	14.85	5.81
Filmtabl 400mg forte 10 Stk			17549	7.05	2.55
Filmtabl 400mg forte 30 Stk			17549	15.75	6.56
Filmtabl 400mg forte 50 Stk			17549	20.45	10.67
Plv 400mg Btl 10 Stk			19228	7.05	2.55
Plv 400mg Btl 30 Stk			19228	15.75	6.56
SOMATULINE AUTOGEL	Future Health Pharma GmbH	071620			
Inj Lös 60mg Fertspr 1 Stk			17948	849.65	725.83
Inj Lös 90mg Fertspr 1 Stk			17948	1160.35	1001.92
Inj Lös 120mg Fertspr 1 Stk			17948	1477.10	1290.70
SPRYCEL	Bristol-Myers Squibb SA	071610			
Filmtabl 20mg 60 Stk			18561	1730.65	1521.92
Filmtabl 50mg 60 Stk			18561	3700.70	3370.44
Filmtabl 70mg 60 Stk			18561	3700.70	3370.44
Filmtabl 100mg 30 Stk			18561	3796.55	3463.97
STEGLATRO	MSD Merck Sharp & Dohme AG	070620			
Filmtabl 5mg Blist 28 Stk			20805	60.45	38.39
Filmtabl 5mg Blist 98 Stk			20805	170.65	134.36
STEGLUJAN	MSD Merck Sharp & Dohme AG	070620			
Filmtabl 5mg/100mg Blist 28 Stk			20806	83.35	58.33
Filmtabl 5mg/100mg Blist 98 Stk			20806	250.80	204.16
STIVARGA	Bayer (Schweiz) AG	071610			
Filmtabl 40mg 84 Stk			20050	3283.95	2963.85
SUNITINIB MYLAN	Viartis Pharma GmbH	071610			
Kaps 12.5mg Blist 28 Stk			21330	935.75	800.81
Kaps 25mg Blist 28 Stk			21330	1817.95	1601.50
Kaps 50mg Blist 28 Stk			21330	3368.50	3046.34
SUNITINIB VIATRIS	Viartis Pharma GmbH	071610			
Kaps 12.5mg Blist 28 Stk			21330	935.75	800.81
Kaps 25mg Blist 28 Stk			21330	1817.95	1601.50
Kaps 50mg Blist 28 Stk			21330	3368.50	3046.34
SUNITINIB ZENTIVA	Helvepharm AG	071610			
Kaps 12.5mg Blist 28 Stk			21351	935.75	800.81
Kaps 25mg Blist 28 Stk			21351	1817.95	1601.50
Kaps 50mg Blist 28 Stk			21351	3368.50	3046.34
SUNITINIB-TEVA	Teva Pharma AG	071610			
Kaps 12.5mg Blist 28 Stk			21333	935.75	800.81
Kaps 25mg Blist 28 Stk			21333	1817.95	1601.50
Kaps 50mg Blist 28 Stk			21333	3368.50	3046.34
SUTENT	Pfizer AG	071610			
Kaps 12.5mg 28 Stk			18397	1037.35	889.78
Kaps 25mg 28 Stk			18397	2013.10	1779.44
Kaps 50mg 28 Stk			18397	3715.40	3384.80
TARCEVA	Roche Pharma (Schweiz) AG	071610			
Filmtabl 100mg 30 Stk			18210	1963.15	1733.91
Filmtabl 150mg 30 Stk			18210	2325.35	2064.16
TASIGNA	Novartis Pharma Schweiz AG	071610			
Kaps 200mg 28 Stk			18664	1587.65	1391.53
Kaps 150mg 112 Stk			18664	3354.00	3032.19
Kaps 200mg 112 Stk			18664	4924.35	4564.25

PRÄPARATE / (Wirkstoffe) Packungen	Verantwortliche Firma	Therap. Gruppe	Dossier Nr.	Preis neu	Ex-Fact. neu
TAXOTERE	Sanofi-Aventis (Suisse) SA	071610			
Inf Konz 20 mg/ml Durchstf 1 ml			16819	80.40	55.77
Inf Konz 80 mg/4ml Durchstf 4 ml			16819	272.50	223.10
TELFAST	Opella Healthcare Switzerland AG	071310			
Tabl 120 mg 10 Stk			16863	5.85	3.16
Tabl 120 mg 30 Stk			16863	15.75	8.55
Tabl 180 mg Blist 10 Stk			16863	8.00	4.34
Tabl 180 mg Blist 30 Stk			16863	21.70	11.77
TEMODAL	MSD Merck Sharp & Dohme AG	071610			
Kaps 5 mg Btl 5 Stk			17424	20.45	10.67
Kaps 5 mg Btl 20 Stk			17424	65.45	42.71
Kaps 20 mg Btl 5 Stk			17424	65.45	42.71
Kaps 20 mg Btl 20 Stk			17424	212.75	171.04
Kaps 100 mg Btl 5 Stk			17424	243.35	197.69
Kaps 100 mg Btl 20 Stk			17424	924.20	790.76
Kaps 140 mg Btl 5 Stk			17424	359.65	299.01
Kaps 140 mg Btl 20 Stk			17424	1373.25	1196.02
Kaps 180 mg Btl 5 Stk			17424	423.25	354.41
Kaps 180 mg Btl 20 Stk			17424	1616.30	1417.65
Kaps 250 mg Btl 5 Stk			17424	584.05	494.48
TEMOZOLOMID DEVATIS	Devatis AG	071610			
Kaps 5 mg Fl 5 Stk			21592	20.20	10.45
Kaps 5 mg Fl 20 Stk			21592	60.45	38.36
Kaps 20 mg Fl 5 Stk			21592	64.40	41.80
Kaps 20 mg Fl 20 Stk			21592	186.55	148.23
Kaps 100 mg Fl 5 Stk			21592	220.65	177.92
Kaps 100 mg Fl 20 Stk			21592	736.10	626.91
Kaps 140 mg Fl 5 Stk			21592	352.35	292.63
Kaps 140 mg Fl 20 Stk			21592	1192.40	1031.13
Kaps 180 mg Fl 5 Stk			21592	382.55	318.96
Kaps 180 mg Fl 20 Stk			21592	1460.80	1275.86
Kaps 250 mg Fl 5 Stk			21592	527.30	445.03
TEMOZOLOMID-TEVA	Teva Pharma AG	071610			
Kaps 5 mg 5 Stk			19406	20.20	10.45
Kaps 5 mg 20 Stk			19406	60.45	38.36
Kaps 20 mg 5 Stk			19406	64.40	41.80
Kaps 20 mg 20 Stk			19406	186.55	148.23
Kaps 100 mg 5 Stk			19406	220.65	177.92
Kaps 140 mg 5 Stk			19406	352.35	292.63
Kaps 140 mg 20 Stk			19406	1192.35	1031.11
Kaps 180 mg 5 Stk			19406	382.55	318.96
Kaps 180 mg 20 Stk			19406	1460.80	1275.85
Kaps 250 mg 5 Stk			19406	527.30	445.02
THROMBOREDUCTIN	OrPha Swiss GmbH	071640			
Kaps 0.5 mg 42 Stk			19234	125.00	94.59
Kaps 0.5 mg 100 Stk			19234	243.90	198.18
Kaps 1 mg 100 Stk			19234	389.50	325.02
THYROGEN	Sanofi-Aventis (Suisse) SA	070420			
Trockensub 0.9 mg Durchstf 2 Stk			18467	1059.75	910.20
TIBOLON SANDOZ	Sandoz Pharmaceuticals AG	070830			
Tabl 2.5 mg 28 Stk			20305	20.45	10.68
Tabl 2.5 mg 3 × 28 Stk			20305	47.70	27.25

PRÄPARATE / (Wirkstoffe) Packungen	Verantwortliche Firma	Therap. Gruppe	Dossier Nr.	Preis neu	Ex-Fact. neu
TIBOLON SPIRIG HC Tabl 2.5mg 28 Stk Tabl 2.5mg 3 × 28 Stk	Spirig HealthCare AG	070830	21255 21255	20.45 47.70	10.67 27.25
TIBOLON-MEPHA Tabl 2.5mg 28 Stk Tabl 2.5mg 3 × 28 Stk	Mepha Pharma AG	070830	20347 20347	20.40 47.70	10.64 27.25
TILCOTIL Filmtabl 20 mg 10 Stk Filmtabl 20 mg 30 Stk	MEDA Pharma GmbH	071010	15042 15042	7.90 18.50	3.31 8.98
TOMUDEX Trockensub 2 mg Vial 1 Stk	Pfizer AG	071610	17186	216.65	174.43
TOPOTECAN ACCORD Inf Konz 1 mg/ml Durchstf 1 Stk Inf Konz 4 mg/4ml Durchstf 1 Stk Inf Konz 4 mg/4ml Durchstf 5 Stk	Accord Healthcare AG	071610	20943 20943 20943	94.65 295.25 1387.90	68.15 242.89 1209.37
TOUJEO SOLOSTAR Inj Lös 300 E/ml Pen 3 × 1.5 ml	Sanofi-Aventis (Suisse) SA	070610	20372	63.35	40.88
TRAJENTA Filmtabl 5 mg 30 Stk Filmtabl 5 mg 90 Stk	Boehringer Ingelheim (Schweiz) GmbH	070620	19844 19844	58.65 143.20	36.82 110.44
TRANSIPEG Plv Btl 30 Stk Plv Btl 90 Stk	CPS Cito Pharma Services GmbH	040811	16533 16533	10.50 28.45	5.69 15.41
TRANSIPEG FORTE Plv Btl 30 Stk Plv Btl 90 Stk	CPS Cito Pharma Services GmbH	040811	16533 16533	18.10 46.25	9.81 25.06
TRAZIMERA Trockensub 150 mg Durchstf 1 Stk Trockensub 440 mg c Solv Durchstf 1 Stk	Pfizer AG	071610	20966 20966	540.85 1526.35	456.84 1335.64
TRECONDI Trockensub 1 g Durchstf 1 Stk Trockensub 5 g Durchstf 1 Stk	Ideogen AG	071610	21101 21101	147.55 646.40	114.23 548.76
TRISENOX Inf Konz 12 mg/6ml 10 Durchstf 6 ml	Teva Pharma AG	071610	20282	3748.10	3416.68
TRISEQUENS N Filmtabl 28 Stk	Novo Nordisk Pharma AG	070860	12814	14.40	5.38
URSOCHOL 150 Tabl 150 mg 20 Stk Tabl 150 mg 100 Stk	Zambon Switzerland Ltd	049900	13671 13671	15.80 46.95	6.60 26.62
URSOCHOL 300 Tabl 300 mg 20 Stk Tabl 300 mg 100 Stk	Zambon Switzerland Ltd	049900	13671 13671	19.70 68.85	10.01 45.67
URSOFALK Susp 250 ml	Dr. Falk Pharma AG	049900	17269	55.50	34.04
VELPHORO Kautabl 500 mg 90 Stk	Vifor Fresenius Medical Care Renal Pharma Ltd	079900	20280	235.70	191.04
VICTOZA Inj Lös 6 mg/ml 2 Fertigpen 3 ml	Novo Nordisk Pharma AG	070620	19173	112.15	83.40
VIDAZA Trockensub 100 mg Durchstf 1 Stk	Bristol-Myers Squibb SA	071610	18384	375.45	312.78
VIFEROL D3 25'000 Trink Lös 25 000 IE/ml Amp 4 Stk	OM Pharma Suisse SA	070230	21085	14.60	5.59

PRÄPARATE / (Wirkstoffe) Packungen	Verantwortliche Firma	Therap. Gruppe	Dossier Nr.	Preis neu	Ex-Fact. neu
VINORELBIN SANDOZ Kaps 20mg 1 Stk Kaps 30mg 1 Stk	Sandoz Pharmaceuticals AG	071610	21218 21218	48.75 64.90	28.17 42.26
VOKANAMET Filmtabl 50/850mg Fl 60 Stk Filmtabl 50/850mg 3 Fl 60 Stk Filmtabl 50/1000mg Fl 60 Stk Filmtabl 50/1000mg 3 Fl 60 Stk Filmtabl 150/850mg Fl 60 Stk Filmtabl 150/850mg 3 Fl 60 Stk Filmtabl 150/1000mg Fl 60 Stk Filmtabl 150/1000mg 3 Fl 60 Stk	Janssen-Cilag AG	070620	20245 20245 20245 20245 20245 20245 20245 20245	58.60 139.15 58.60 139.15 78.30 202.05 78.30 202.05	36.76 106.91 36.76 106.91 53.91 161.71 53.91 161.71
VOTRIENT Filmtabl 200mg 30 Stk Filmtabl 400mg 60 Stk	Novartis Pharma Schweiz AG	071610	19302 19302	938.70 3539.80	803.40 3213.46
VOTUBIA Tabl 2.5mg 30 Stk Tabl 5mg 30 Stk Disp Tabl 2mg 30 Stk Disp Tabl 3mg 30 Stk	Novartis Pharma Schweiz AG	071640	19486 19486 20122 20122	1310.40 2476.80 1060.65 1560.20	1138.75 2202.22 911.01 1366.51
XAGRID Kaps 0.5mg 100 Stk	Takeda Pharma AG	071640	17508	254.80	207.67
XELODA Filmtabl 150mg 60 Stk Filmtabl 500mg 120 Stk	CPS Cito Pharma Services GmbH	071610	17120 17120	48.10 231.35	27.62 187.22
XENICAL Kaps 120mg 42 Stk Kaps 120mg 84 Stk	CPS Cito Pharma Services GmbH	079900	17235 17235	56.40 75.45	34.84 51.45
XYZAL Filmtabl 5mg teilbar 10 Stk Filmtabl 5mg teilbar 30 Stk Filmtabl 5mg teilbar 50 Stk	UCB-Pharma SA	071310	17728 17728 17728	7.40 17.15 26.95	2.88 7.81 12.75
YALDIGO Tabl 1600mg 60 Stk	Tillotts Pharma AG	040900	20979	85.40	60.09
YERVOY Inf Konz 50mg/10ml Durchstf 1 Stk Inf Konz 200mg/40ml Durchstf 1 Stk	Bristol-Myers Squibb SA	071610	19520 19520	4004.00 15278.05	3666.36 14665.40
YONDELIS Trockensub 0.25mg Durchstf 1 Stk Trockensub 1mg Durchstf 1 Stk	PharmaMar AG	071610	19024 19024	489.50 1762.10	412.11 1550.57
YUFLYMA Inj Lös 40mg/0.4ml Fertipen Fert- pen 1 Stk Inj Lös 40mg/0.4ml Fertigspr Nadel- schutz Fertspr 1 Stk Inj Lös 40mg/0.4ml Fertpen Fertpen 2 Stk (Mehrfachpackung) Inj Lös 40mg/0.4ml Fertspr Nadel- schutz Fertspr 2 Stk (Mehrfach- packung) Inj Lös 80mg/0.8ml Fertipen Fert- pen 1 Stk Inj Lös 80mg/0.8ml Fertigspr Nadel- schutz Fertspr 1 Stk	iQone Healthcare Switzerland SA	071500	21479 21480 21479 21480 21479 21480	442.40 442.40 868.45 868.45 758.10 758.10	371.10 371.10 742.20 742.20 646.09 646.09

PRÄPARATE / (Wirkstoffe) Packungen	Verantwortliche Firma	Therap. Gruppe	Dossier Nr.	Preis neu	Ex-Fact. neu
ZALTRAP Inf Konz 100 mg/4ml Durchstf 4ml Inf Konz 200 mg/8ml Durchstf 8ml	Sanofi-Aventis (Suisse) SA	071610	20041 20041	462.90 909.40	388.94 777.87
ZEMPLAR Kaps 1 mcg 28 Stk Kaps 2 mcg 28 Stk Inj Lös 2 mcg/ml 5 Durchstf 1 ml Inj Lös 5 mcg/ml 5 Durchstf 1 ml	AbbVie AG	070520	18755 18755 18107 18107	142.05 267.70 70.60 128.85	109.46 218.90 47.23 97.97
ZYBAN Ret Tabl 150 mg 30 Stk Ret Tabl 150 mg 60 Stk	GlaxoSmithKline AG	150000	18777 18777	48.00 79.60	27.52 55.04
ZYDELIG Filmtabl 100 mg 60 Stk Filmtabl 150 mg 60 Stk	Gilead Sciences Switzerland Sàrl	071610	20331 20331	3715.35 3715.35	3384.74 3384.74
ZYKADIA Filmtabl 150 mg 84 Stk	Novartis Pharma Schweiz AG	071610	21110	4349.85	4003.77
ZYTIGA Filmtabl 500 mg 56 Stk	Janssen-Cilag AG	071620	19608	2557.80	2276.07
IV.c. Freiwillige Preissenkung					
ALLOPUR Tabl 100 mg 50 Stk	Sandoz Pharmaceuticals AG	071130	11999	7.05	2.57
AMLODIPIN AXAPHARM Tabl 10 mg 30 Stk Tabl 10 mg 100 Stk	Axapharm AG	020610	18996 18996	26.25 60.65	12.16 38.56
AMOROLFIN-MEPHA NAGELLACK Lös 5 % 5 ml	Mepha Pharma AG	100940	20325	34.05	15.39
ARICEPT Tabl 5 mg 28 Stk Tabl 10 mg 28 Stk Tabl 10 mg 98 Stk Tabl 5 mg 98 Stk	Pfizer AG	019900	16862 16862 16862 16862	73.25 73.25 215.40 215.40	49.52 49.52 173.36 173.36
ARICEPT EVESS Schmelztabl 5 mg 28 Stk Schmelztabl 10 mg 28 Stk Schmelztabl 10 mg 98 Stk Schmelztabl 5 mg 98 Stk	Pfizer AG	019900	19112 19112 19112 19112	73.25 73.25 215.40 215.40	49.52 49.52 173.36 173.36
AVALOX Filmtabl 400 mg 5 Stk Filmtabl 400 mg 7 Stk Filmtabl 400 mg 10 Stk	Bayer (Schweiz) AG	080180	17482 17482 17482	36.00 43.85 50.95	17.08 23.91 30.11
CO-AMOXICILLIN AXAPHARM Filmtabl 1000 mg Blist 12 Stk Filmtabl 1000 mg Blist 20 Stk	Axapharm AG	080193	19938 19938	27.80 39.55	13.51 20.17
CO-AMOXICILLIN SANDOZ Disp Tabl 1 g 12 Stk Disp Tabl 1 g Blist 20 Stk Filmtabl 1 g 12 Stk Filmtabl 1 g 20 Stk	Sandoz Pharmaceuticals AG	080193	18549 18549 17738 17738	28.05 39.55 28.05 39.55	13.73 20.17 13.73 20.17
CO-AMOXICILLIN SPIRIG HC Filmtabl 1000 mg Blist 12 Stk Filmtabl 1000 mg Blist 20 Stk	Spirig HealthCare AG	080193	21201 21201	28.15 39.55	13.79 20.16

PRÄPARATE / (Wirkstoffe) Packungen	Verantwortliche Firma	Therap. Gruppe	Dossier Nr.	Preis neu	Ex-Fact. neu
CO-AMOXI-MEPHA	Mepha Pharma AG	080193			
Disp Tabl 625 mg (alt) 10 Stk			18550	25.00	11.08
Disp Tabl 625 mg Blist 10 Stk			18550	25.00	11.08
Disp Tabl 625 mg Blist 20 Stk			18550	34.05	15.38
Disp Tabl 625 mg (alt) 20 Stk			18550	34.05	15.38
CONCERTA	Janssen-Cilag AG	011020			
Tabl 18 mg 30 Stk			17898	50.30	29.51
Tabl 18 mg 60 Stk			17898	76.05	51.95
Tabl 27 mg 30 Stk			17898	58.55	36.71
Tabl 27 mg 60 Stk			17898	90.55	64.61
Tabl 36 mg 30 Stk			17898	64.35	41.75
Tabl 36 mg 60 Stk			17898	100.75	73.49
Tabl 54 mg 30 Stk			17898	73.40	49.67
Tabl 54 mg 60 Stk			17898	116.75	87.42
CONCOR 10 PLUS	Merck (Schweiz) AG	020720			
Lacktabl 10/25 mg 30 Stk			16123	16.80	7.47
Lacktabl 10/25 mg 100 Stk			16123	43.15	23.31
CONCOR 5 PLUS	Merck (Schweiz) AG	020720			
Lacktabl 5/12.5 mg 30 Stk			16123	9.30	4.55
Lacktabl 5/12.5 mg 100 Stk			16123	27.30	13.07
DACOGEN	Janssen-Cilag AG	071610			
Trockensub 50 mg i. v. Durchstf 1 Stk			19990	1038.60	890.92
DALACIN C	Pfizer AG	080192			
Kaps 150 mg 16 Stk			11443	17.75	8.34
Kaps 300 mg 16 Stk			11443	27.15	12.93
DIFLUCAN	Pfizer AG	080600			
Kaps 50 mg 7 Stk			15732	24.95	11.01
Kaps 50 mg 28 Stk			15732	66.95	44.03
Kaps 150 mg 1 Stk			15732	14.55	5.52
Kaps 150 mg 4 Stk			15732	38.70	19.43
Kaps 200 mg 2 Stk			15732	25.10	11.15
Kaps 200 mg 7 Stk			15732	60.65	38.53
DUTASTERID SPIRIG HC	Spirig HealthCare AG	059900			
Kaps 0.5 mg Blist 30 Stk			20749	14.50	5.47
Kaps 0.5 mg Blist 90 Stk			20749	35.30	16.47
EBIXA	Lundbeck (Schweiz) AG	019900			
Filmtabl 10 mg 50 Stk			17960	72.20	48.60
Filmtabl 20 mg 98 Stk			17960	226.70	183.17
FLUIMUCIL	Zambon Switzerland Ltd	030200			
Gran 100 mg Kind Btl 30 Stk			11796	3.70	2.01
Gran 600 mg Btl 30 Stk			11796	19.70	10.01
FLUIMUCIL 600	Zambon Switzerland Ltd	030200			
Brausetabl 600 mg Erw citron 10 Stk			14721	6.15	3.34
Brausetabl 600 mg Erw citron 30 Stk			14721	17.05	7.72
Brausetabl 600 mg Erw citron 100 Stk			14721	41.50	21.87
FULVESTRANT ACCORD	Accord Healthcare AG	071620			
Inj Lös 250 mg/5ml 2 Fertspr 5ml			21202	500.10	421.32
FULVESTRANT SANDOZ	Sandoz Pharmaceuticals AG	071620			
Inj Lös 250 mg/5ml i. m. 2 Fertspr 5ml			20514	500.10	421.32
FULVESTRANT-TEVA	Teva Pharma AG	071620			
Inj Lös 250 mg/5ml 2 Fertspr 5ml			21163	500.05	421.31
JEVTANA	Sanofi-Aventis (Suisse) SA	071610			
Inf Konz 60 mg c Solv Durchstf 1 Stk			19436	3231.45	2912.63

PRÄPARATE / (Wirkstoffe) Packungen	Verantwortliche Firma	Therap. Gruppe	Dossier Nr.	Preis neu	Ex-Fact. neu
KIVEXA Filmtabl 600mg/300mg 30 Stk	ViiV Healthcare GmbH	080300	18307	330.05	273.20
KLACID Filmtabs 500 mg 14 Stk Filmtabs 500 mg 20 Stk Filmtabs 500 mg 30 Stk	Viartis Pharma GmbH	080160	15841 15841 15841	35.50 45.80 57.30	16.65 25.60 35.61
KLACIPED Gran 125 mg/5ml f Susp Fl 100 ml	Viartis Pharma GmbH	080160	16168	15.10	6.00
KLACIPED FORTE Susp 250 mg/5ml Fl 100 ml	Viartis Pharma GmbH	080160	16168	20.70	10.90
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	Organon GmbH	030450	20024 20024 20025 20025 20025 20025	37.50 90.40 37.60 90.70 37.50 90.40	18.39 64.48 18.46 64.71 18.39 64.48
MALARONE Tabl 250/100 mg 12 Stk	GlaxoSmithKline AG	080410	16994	42.00	22.30
MAXALT LINGUAL Tabl 5 mg 6 Stk Tabl 10 mg 3 Stk Tabl 10 mg 6 Stk Tabl 10 mg 12 Stk	Organon GmbH	020510	17536 17536 17536 17536	42.70 27.40 42.85 66.00	22.92 13.17 23.04 43.21
METHOTREXAT PFIZER Tabl 2.5 mg Blist 30 Stk	Pfizer AG	071610	8446	16.15	6.94
NIZORAL SHAMPOO Lös 20 mg/g 60 ml Lös 20 mg/g 100 ml	Spirig HealthCare AG	100941	15385 15385	14.95 17.40	5.89 8.02
OLMETEC 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	Daiichi Sankyo (Schweiz) AG	020720	18286 18286 18286 18286 18286 18286 18286 18286	29.30 66.95 29.30 66.95 38.10 80.90 38.10 80.90	14.81 44.03 14.81 44.03 18.89 56.17 18.89 56.17
PARAPLATIN Inf Lös 450 mg/45ml i. v. Durchstf 45ml	CPS Cito Pharma Services GmbH	071610	15149	117.60	88.15
PEMZEK Tabl 4 mg 7 Stk Tabl 16 mg 28 Stk Tabl 16 mg 98 Stk	AstraZeneca AG	020710	19875 19875 19875	6.00 19.75 52.60	1.64 10.05 31.54
PEMZEK 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	AstraZeneca AG	020720	19876 19876 19876 19876 19876 19876 19876 19876	17.70 47.50 20.00 57.55 29.45 59.30 29.45 59.30	8.29 27.09 10.26 35.85 14.94 37.38 14.94 37.38

PRÄPARATE / (Wirkstoffe) Packungen	Verantwortliche Firma	Therap. Gruppe	Dossier Nr.	Preis neu	Ex-Fact. neu
SINGULAIR	Organon GmbH	030450			
Filmtabl 10mg 28 Stk			17173	37.60	18.47
Filmtabl 10mg 98 Stk			17173	90.40	64.48
Kautabl 4mg Kleink 28 Stk			17253	37.60	18.46
Kautabl 4mg Kleink 98 Stk			17253	90.40	64.44
Kautabl 5mg Kind 28 Stk			17253	37.60	18.47
Kautabl 5mg Kind 98 Stk			17253	90.40	64.48
TAXOL	CPS Cito Pharma Services GmbH	071610			
Inf Konz 30mg/5ml Durchstf 5ml			16236	42.45	22.71
TOPAMAX	Janssen-Cilag AG	010710			
Filmtabl 25mg 60 Stk			16516	36.70	17.70
Filmtabl 50mg 60 Stk			16516	52.55	31.49
Filmtabl 100mg 60 Stk			16516	83.20	58.18
Kaps 50mg 60 Stk			17320	52.55	31.49
TORASEMID SANDOZ ECO	Sandoz Pharmaceuticals AG	050100			
Tabl 2.5mg 20 Stk			18250	5.30	1.04
Tabl 2.5mg 100 Stk			18250	9.35	4.58
Tabl 5mg 20 Stk			18250	6.05	1.69
Tabl 5mg 100 Stk			18250	16.85	7.52
Tabl 10mg 20 Stk			18250	7.55	3.00
Tabl 10mg 100 Stk			18250	28.05	13.72
Tabl 200mg 20 Stk			18250	27.15	12.95
Tabl 200mg 100 Stk			18250	82.85	57.87
TORASEMID SPIRIG HC	Spirig HealthCare AG	050100			
Tabl 10mg 20 Stk			18221	6.75	2.33
Tabl 10mg 100 Stk			18221	28.05	13.71
TORASEMID-MEPHA	Mepha Pharma AG	050100			
Tabl 5mg 20 Stk			18584	6.40	1.99
Tabl 5mg 100 Stk			18584	16.80	7.51
Tabl 10mg 20 Stk			18584	7.25	2.75
Tabl 10mg 100 Stk			18584	28.05	13.72
Tabl 200mg 20 Stk			19069	26.80	12.61
Tabl 200mg 100 Stk			19069	82.80	57.86
TRAMAL	Grünenthal Pharma AG	010130			
Tropfen 100mg/ml m Dosierpumpe 30ml			15796	18.95	9.35
Tropfen 100mg/ml m Dosierpumpe 50ml			15796	27.45	13.18
TRAMAL RETARD	Grünenthal Pharma AG	010130			
Ret Tabl 100mg 10 Stk			16737	7.05	2.58
Ret Tabl 100mg 30 Stk			16737	16.50	7.25
Ret Tabl 100mg 50 Stk			16737	19.75	10.04
Ret Tabl 150mg 10 Stk			16737	7.90	3.33
Ret Tabl 150mg 30 Stk			16737	18.60	9.08
Ret Tabl 150mg 50 Stk			16737	27.90	13.59
Ret Tabl 200mg 10 Stk			16737	8.50	3.85
Ret Tabl 200mg 30 Stk			16737	20.10	10.35
Ret Tabl 200mg 50 Stk			16737	28.55	14.17
VALCYTE	CPS Cito Pharma Services GmbH	080300			
Filmtabl 60 Stk			17787	1333.10	1159.41

PRÄPARATE / (Wirkstoffe) Packungen	Verantwortliche Firma	Therap. Gruppe	Dossier Nr.	Preis neu	Ex-Fact. neu
VALSARTAN AXAPHARM	Axapharm AG	020710			
Filmtabl 80mg 28 Stk			20176	19.55	9.90
Filmtabl 80mg 98 Stk			20176	53.15	32.01
Filmtabl 160mg 28 Stk			20176	25.95	11.91
Filmtabl 160mg 98 Stk			20176	64.75	42.11
VALSARTAN SANDOZ	Sandoz Pharmaceuticals AG	020710			
Filmtabl 80mg 28 Stk			19445	19.55	9.90
Filmtabl 80mg 98 Stk			19445	53.15	32.01
Filmtabl 160mg 28 Stk			19445	26.00	11.92
Filmtabl 160mg 98 Stk			19445	64.75	42.11
VALTAN-MEPHA	Mepha Pharma AG	020710			
Filmtabl 80mg 28 Stk			19583	19.55	9.90
Filmtabl 80mg 98 Stk			19583	53.15	32.01
Filmtabl 160mg 28 Stk			19583	26.00	11.93
Filmtabl 160mg 98 Stk			19583	64.75	42.11
VALTRES	GlaxoSmithKline AG	080300			
Filmtabl 500mg 10 Stk			16495	25.05	11.12
Filmtabl 500mg 30 Stk			16495	54.65	33.33
Filmtabl 500mg 42 Stk			16495	73.10	49.40
VIMPAT	UCB-Pharma SA	010710			
Filmtabl 50mg 14 Stk			19049	14.45	5.45
Filmtabl 100mg 14 Stk			19049	20.55	10.77
Filmtabl 100mg 56 Stk			19049	63.00	40.61
Filmtabl 100mg 168 Stk			19049	152.60	118.62
Filmtabl 150mg 14 Stk			19049	34.55	15.79
Filmtabl 150mg 56 Stk			19049	85.25	59.98
Filmtabl 150mg 3 x 56 Stk			19049	217.75	175.39
Filmtabl 200mg 14 Stk			19049	40.55	21.04
Filmtabl 200mg 56 Stk			19049	108.15	79.94
Filmtabl 200mg 3 x 56 Stk			19049	284.85	233.86
Sirup 10mg/ml Fl 200ml			19051	36.60	17.61
VOLIBRIS	GlaxoSmithKline AG	020710			
Filmtabl 5mg 30 Stk			18885	1256.50	1089.60
Filmtabl 10mg 30 Stk			18885	1256.50	1089.60
ZITHROMAX	Pfizer AG	080160			
Filmtabl 250mg 4 Stk			16696	16.00	6.80
Filmtabl 250mg 6 Stk			16696	19.90	10.21
Susp 200mg/5ml 15 ml			16089	14.10	5.15
Filmtabl 500mg 3 Stk			16696	19.90	10.21
Susp 200mg/5ml 30 ml			16089	18.50	8.96
ZOMIG	Grünenthal Pharma AG	020510			
Filmtabl 2.5mg 3 Stk			17044	20.80	10.96
Filmtabl 2.5mg 6 Stk			17044	40.45	20.94
Filmtabl 2.5mg 12 Stk			17044	58.15	36.37
ZOMIG ORO	Grünenthal Pharma AG	020510			
Tabl 2.5mg 6 Stk			17625	40.20	20.73
Tabl 2.5mg 12 Stk			17625	58.15	36.37
IV.d. Normale Preismutation					
ADCETRIS	Takeda Pharma AG	071610			
Trockensub 50mg Durchstf 1 Stk			19989	3306.55	2985.90
Trockensub 50mg Durchstf 2 Stk			19989	6367.10	5971.80

PRÄPARATE / (Wirkstoffe) Packungen	Verantwortliche Firma	Therap. Gruppe	Dossier Nr.	Preis neu	Ex-Fact. neu
BENLYSTA Trockensub 120mg 1 Stk Trockensub 400mg 1 Stk Inj Lös 200mg/ml Autoinjektor Injektor 1 ml Inj Lös 200mg/ml Autoinjektor 4 Injektor 1 ml	GlaxoSmithKline AG	071500	19903 19903 20822 20822	196.05 615.30 276.80 1055.10	156.50 521.67 226.83 905.93
ILARIS Inj Lös 150mg/ml Durchstf 1 ml	Novartis Pharma Schweiz AG	071099	19119	10974.50	10466.84
IMBRUVICA Filmtabl 140mg 28 Stk Filmtabl 280mg 28 Stk Filmtabl 420mg 28 Stk Filmtabl 560mg 28 Stk	Janssen-Cilag AG	071610	21011 21011 21011 21011	1608.30 3133.30 4584.40 6030.50	1410.33 2816.90 4232.57 5643.42
IMFINZI Inf Konz 120mg Durchstf 2.4ml Inf Konz 500mg Durchstf 10ml	AstraZeneca AG	071610	20791 20791	610.05 2424.70	517.13 2154.71
MAYZENT Filmtabl 0.25mg Blist 12 Stk Filmtabl 0.25mg Blist 120 Stk Filmtabl 2mg Blist 28 Stk	Novartis Pharma Schweiz AG	019900	21105 21105 21105	280.60 1576.00 1475.05	230.16 1380.92 1288.86
MEKINIST Filmtabl 0.5mg 7 Stk Filmtabl 0.5mg 30 Stk Filmtabl 2mg 7 Stk Filmtabl 2mg 30 Stk	Novartis Pharma Schweiz AG	071610	20484 20484 20484 20484	342.40 1396.35 1307.40 5236.15	283.99 1217.11 1135.97 4868.44
SKYRIZI Inj Lös 150mg/ml Fertspr 1 Stk Inj Lös 150mg/ml Fertpen 1 Stk	AbbVie AG	071500	20922 21327	3408.60 3408.60	3085.45 3085.45
VEKLURY Trockensub 100mg Durchstf 1 Stk	Gilead Sciences Switzerland Sàrl	080300	21439	453.20	380.50
ZEJULA Kaps 100mg Blist 84 Stk	GlaxoSmithKline AG	071610	20775	7357.30	6937.86
IV.e. Preisänderung nach Patentablauf					
AUBAGIO Filmtabl 14mg 28 Stk Filmtabl 14mg 84 Stk	Sanofi-Aventis (Suisse) SA	019900	20065 20065	1156.65 3316.55	998.54 2995.64
CELSENTRI Filmtabl 150mg 60 Stk Filmtabl 300mg 60 Stk	ViiV Healthcare GmbH	089900	18724 18724	824.90 824.90	704.29 704.29

PRÄPARATE / (Wirkstoffe) Packungen	Verantwortliche Firma	Therap. Gruppe	Dossier Nr.	Preis neu	Ex-Fact. neu
V. Preiserhöhungen					
V.a. Preisänderung nach 3-jährlicher Überprüfung der Aufnahmebedingungen					
ALFAMINO Plv Ds 400g	Nestlé Health Science Nestlé Suisse S.A.	070110	19899	67.95	36.84

PRÄPARATE / (Wirkstoffe) Packungen	Verantwortliche Firma	Therap. Gruppe	Dossier Nr.	Preis neu	Ex-Fact. neu
VI. Limitations-/Indikationsänderung					
ADCETRIS	Takeda Pharma AG	071610			
Trockensub 50 mg Durchstf 1 Stk			19989	3306.55	2985.90
Trockensub 50 mg Durchstf 2 Stk			19989	6367.10	5971.80

Limitation alt

Für eine Therapiedauer von maximal 16 Zyklen nach Kostengutsprache durch den Krankenversicherer aufgrund der Beurteilung durch den Vertrauensarzt.

Zur Behandlung von rezidiviertem oder refraktärem CD30 positivem Hodgkin-Lymphom (HL) nach autologer Stammzell- Transplantation (SZT) oder nach zumindest zwei vorherigen Behandlungen, falls eine SZT keine Behandlungsmöglichkeit darstellt sowie zur Behandlung von rezidiviertem oder refraktärem (nach Chemotherapie oder SZT) systemischem anaplastischem grosszelligem Lymphom (sALCL).

Der behandelnde Arzt ist verpflichtet, die erforderlichen Daten laufend im vorgegebenen Internettool des Registers, abrufbar auf <http://www.lymphomaregistry.ch>, zu erfassen. Eine schriftliche Einwilligung des Patienten muss vorliegen. Es sind folgende Daten zu erfassen:

- 1) Geburtsjahr, Geschlecht und das Gewicht der Patienten und Indikationsstellung (HL oder sALCL) sowie die Vortherapien für HL oder sALCL,
- 2) Applikationsdatum, Dosierung und Anzahl verwendete Ampullen von Adcetris pro Zyklus, Zusatztherapien, Datum Therapieende.

Limitation neu

Für alle vergütungspflichtigen Indikationen gilt:

Die Behandlungen bedürfen der Kostengutsprache durch den Krankenversicherer nach vorgängiger Konsultation des Vertrauensarztes. Eine Kostengutsprache hat den entsprechenden Indikationscode (19989.XX) zu enthalten.

Falls ADCETRIS in einer bestimmten Indikation in erster Linie vergütet wurde und es unter ADCETRIS-Therapie nach kurzzeitigem Ansprechen zu einer Progression kam, soll ADCETRIS in derselben Indikation in nachfolgenden Therapielinien nicht mehr vergütet werden.

Für Behandlungen in Indikationen mit Preismodell erstattet die Takeda Pharma AG nach Aufforderung durch denjenigen Krankenversicherer, bei dem die versicherte Person zum Zeitpunkt des Bezugs versichert war, eine Rückvergütung pro nachweislich verabreichter Packung ADCETRIS (1 bzw. 2 Durchstf) zurück. Es gelten die zum Verabreichungszeitpunkt aktuellen Preise und Prozentsätze. Für die Beantragung dieser Rückerstattungen ist vom Krankenversicherer mit jeder Rückvergütungs-forderung der jeweilige Indikationscode (19989.XX) zwingend bekanntzugeben. Die Mehrwertsteuer kann nicht zusätzlich zu diesem Anteil des Fabrikabgabepreises zurückgefordert werden. Die Aufforderung zur Rückerstattung soll zeitnah zur Verabreichung erfolgen.

Der behandelnde Arzt ist verpflichtet, die erforderlichen Daten für alle vergüteten Indikationen laufend im vorgegebenen Internettool des Registers, abrufbar auf <http://www.lymphomaregistry.ch>, zu erfassen. Eine schriftliche Einwilligung des Patienten muss vorliegen. Es sind folgende Daten zu erfassen:

- 1) Bei Therapiebeginn: Geburtsjahr, Geschlecht und das Gewicht der Patienten und Indikationsstellung (HL (Stadium IV), rrHL, PTCL, rrsALCL, CTCL) sowie die Vortherapien für rrHL, rrsALCL oder CTCL. Beim CTCL und PTCL ist die CTCL- resp. PTCL-Histologie sowie der CD30-Expressions-Wert zu erfassen. Sofern beim CTCL keine vorgängige Therapie mit Methotrexat durchgeführt wurde, ist der Grund anzugeben.
- 2) Applikationsdatum, Dosierung und Anzahl verwendete Ampullen von Adcetris pro Zyklus, Zusatztherapien, Datum Therapieende sowie Angabe des Grundes für Therapieende.

Befristete Limitation bis 30.11.2026

Hodgkin-Lymphom (HL)**HL (Stadium IV), Kombinationstherapie (mit Preismodell)**

Vergütung zur Behandlung von bisher unvorbehandelten erwachsenen Patienten (≥ 18 Jahren) mit CD30 positivem, Stadium IV Hodgkin-Lymphom (HL) in Kombination mit einer Chemotherapie bestehend aus Doxorubicin, Vinblastin und Dacarbazin (AVD), wenn die Behandlung mit einer Bleomycin-haltigen Polychemotherapie (wie bspw. BEACOPP eskalierte-Chemotherapie oder ABVD-Chemotherapie) kontraindiziert oder aus medizinischen Gründen nicht angezeigt ist.

ADCETRIS wird bis zur Progression der Erkrankung, bis zum Auftreten unzumutbarer Toxizität oder für eine maximale Therapiedauer von 6 Zyklen vergütet.

ADCETRIS in Kombination mit AVD ist nicht mit einer BEACOPP eskalierten-Chemotherapie verglichen worden, sondern mit ABVD-Chemotherapie bestehend aus Doxorubicin, Bleomycin, Vinblastin und Dacarbazin.

Folgender Indikationscode ist an den Krankenversicherer zu übermitteln: 19989.01

Hodgkin-Lymphom (HL)**Rezidiviertes oder refraktäres HL, Monotherapie (mit Preismodell)**

Vergütung zur Behandlung von erwachsenen Patienten (≥ 18 Jahren) mit rezidiviertem oder refraktärem CD30 positivem Hodgkin-Lymphom (rrHL) nach einer autologen Stammzell- Transplantation (SZT) oder nach zumindest zwei vorherigen Behandlungen, falls eine SZT keine Behandlungsmöglichkeit darstellt.

ADCETRIS wird für eine maximale Therapiedauer von 16 Zyklen vergütet.

Folgender Indikationscode ist an den Krankenversicherer zu übermitteln: 19989.02

Befristete Limitation bis 30.11.2026

Periphere T-Zell-Lymphome (PTCL)**PTCL, Kombinationstherapie (mit Preismodell)**

Vergütung bei erwachsenen Patienten (≥ 18 Jahren) mit zuvor unbehandelten CD30 positiven peripheren T-Zell-Lymphomen (PTCL) in Kombination mit einer Chemotherapie mit Cyclophosphamid, Doxorubicin und Prednison (CHP).

Patienten mit ALK-positivem systemischem anaplastischem grosszelligem Lymphom (sALCL) müssen einen International Prognostic Index (IPI) score von ≥ 2 aufweisen.

ADCETRIS wird bis zur Progression der Erkrankung, bis zum Auftreten unzumutbarer Toxizität oder für eine maximale Therapiedauer von 8 Zyklen vergütet.

Folgender Indikationscode ist an den Krankenversicherer zu übermitteln: 19989.03

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

Periphere T-Zell-Lymphome (PTCL)**Rezidiertes oder refraktäres sALCL, Monotherapie (mit Preismodell)**

Vergütung zur Behandlung von erwachsenen Patienten (≥ 18 Jahren) mit rezidiertem oder refraktärem (nach Chemotherapie oder SZT) systemischem anaplastischem grosszelligem Lymphom (sALCL).

ADCETRIS wird für eine maximale Therapiedauer von 16 Zyklen vergütet.

Folgender Indikationscode ist an den Krankenversicherer zu übermitteln: 19989.04

Befristete Limitation bis 30.11.2026

Kutane T-Zell-Lymphome (CTCL), Monotherapie (mit Preismodell)

Vergütung bei erwachsenen Patienten (≥ 18 Jahren) mit CD30 positiven kutanen T-Zell-Lymphomen (CTCL), die

– unter systemischer Therapie (inkl. Methotrexat, ausser es sei aus medizinischen Gründen nicht angezeigt oder kontraindiziert) eine Progression zeigen ODER

– für eine andere systemische Therapie (inkl. Methotrexat, ausser es sei aus medizinischen Gründen nicht angezeigt oder kontraindiziert) nicht in Frage kommen.

Nicht in Kombination mit anderen systemischen Arzneimitteln zur Behandlung des CTCL.

ADCETRIS wird bis zur Progression der Erkrankung, bis zum Auftreten unzumutbarer Toxizität oder für eine maximale Therapiedauer von 16 Zyklen vergütet.

Folgender Indikationscode ist an den Krankenversicherer zu übermitteln: 19989.05

BENLYSTA	GlaxoSmithKline AG	071500			
Trockensub 120 mg 1 Stk			19903	196.05	156.50
Trockensub 400 mg 1 Stk			19903	615.30	521.67
Inj Lös 200 mg/ml Autoinjektor Injektor 1 ml			20822	276.80	226.83
Inj Lös 200 mg/ml Autoinjektor 4 Injektor 1 ml			20822	1055.10	905.93

Limitation alt

Nach Kostengutsprache durch den Krankenversicherer nach vorgängiger Konsultation des Vertrauensarztes.

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

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

Systemischer Lupus erythematoses (SLE)

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

Lupusnephritis (LN)

Erstverordnung durch FachärztInnen für klinische Immunologie, Nephrologie und Rheumatologie, welche Erfahrung in der Behandlung einer Lupusnephritis haben. Zur Behandlung von erwachsenen Patienten mit nachgewiesener, aktiver Lupusnephritis (LN) der Klasse III oder IV +/- V, die eine Standardtherapie (entsprechend der Zulassungsstudie) erhalten. Zusätzlich müssen die PatientInnen eine Autoantikörper-Positivität (d. h. ANA-Titer > 1:80 und/oder pos. Anti-dsDNA >30IU/ml) aufweisen.

Limitation neu

Nach Kostengutsprache durch den Krankenversicherer nach vorgängiger Konsultation des Vertrauensarztes.

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

Systemischer Lupus erythematoses (SLE)

Erstverordnung durch FachärztInnen für klinische Immunologie und Rheumatologie. Zur Behandlung von erwachsenen Patienten mit aktivem, Autoantikörper-positivem systemischem Lupus erythematoses SLE, die trotz Basistherapie eine hohe Krankheitsaktivität aufweisen (z. B. positiver Test auf anti-dsDNA-Antikörper und niedriges Komplement (C3 und C4)).

Lupusnephritis (LN)

Erstverordnung durch FachärztInnen für klinische Immunologie, Nephrologie und Rheumatologie, welche Erfahrung in der Behandlung einer Lupusnephritis haben. Zur Behandlung von erwachsenen Patienten mit nachgewiesener, aktiver Lupusnephritis (LN) der Klasse III oder IV +/- V, die eine Standardtherapie (entsprechend der Zulassungsstudie) erhalten.

BRAFTOVI	Pierre Fabre Pharma AG	071610			
Kaps 50 mg Blist 28 Stk			20874	724.05	616.44
Kaps 75 mg Blist 42 Stk			20874	1582.65	1386.98
Kaps 75 mg Blist 168 Stk			20874	5932.60	5547.92

Limitation alt

Nur in Kombination mit Binimetinib zur Behandlung von erwachsenen Patienten mit nicht-resezierbarem oder metastasiertem Melanom mit einer BRAF-V600-Mutation. Therapie nur bis zur Progression der Krankheit.

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

Die Pierre Fabre Pharma AG vergütet nach Aufforderung durch denjenigen Krankenversicherer, bei dem die versicherte Person zum Zeitpunkt des Bezugs versichert war, auf die Kombination von Braftovi und Mektovi dem Krankenversicherer für jede bezogene Mektovi Packung (=Indikator für einen Behandlungszyklus) einen Prozentsatz von 38.60% auf den Fabrikabgabepreis jeder Mektovi Packung. Die Mehrwertsteuer kann nicht zusätzlich zu diesem Anteil des Fabrikabgabepreises zurückgefordert werden. Die Aufforderung zur Rückvergütung soll ab dem Zeitpunkt der Verabreichung erfolgen.

PRÄPARATE / (Wirkstoffe) Packungen	Verantwortliche Firma	Therap. Gruppe	Dossier Nr.	Preis neu	Ex-Fact. neu
<p>Befristete Limitation bis 31.03.2024</p> <p>Nur in Kombination mit MEKTOVI zur Behandlung von erwachsenen Patienten mit nicht-resezierbarem oder metastasiertem Melanom mit einer BRAF-V600-Mutation. Therapie nur bis zur Progression der Krankheit.</p> <p>Die Behandlung bedarf der Kostengutsprache durch den Krankenversicherer nach vorgängiger Konsultation des Vertrauensarztes.</p> <p>Die Pierre Fabre Pharma AG erstattet nach Aufforderung durch denjenigen Krankenversicherer, bei dem die versicherte Person zum Zeitpunkt des Bezugs versichert war, auf die Kombination von BRAFTOVI und MEKTOVI für jede bezogene MEKTOVI Packung (=Indikator für einen Behandlungszyklus) 31.75% des Fabrikabgabepreises zurück. Die Mehrwertsteuer kann nicht zusätzlich zu diesem Anteil des Fabrikabgabepreises zurückgefordert werden. Die Aufforderung zur Rückvergütung soll ab dem Zeitpunkt der Verabreichung erfolgen.</p> <p>Folgender Indikationscode ist an den Krankenversicherer zu übermitteln: 20874.01</p>					
MEKTOVI	Pierre Fabre Pharma AG	071610			
Filmtabl 15 mg Blist 84 Stk			20875	2684.05	2391.22
Filmtabl 15 mg Blist 168 Stk			20875	5148.00	4782.44
<p>Limitation alt</p> <p>Nur in Kombination mit Encorafenib zur Behandlung von erwachsenen Patienten mit nicht-resezierbarem oder metastasiertem Melanom mit einer BRAF-V600-Mutation. Therapie nur bis zur Progression der Krankheit.</p> <p>Die Behandlung bedarf der Kostengutsprache durch den Krankenversicherer nach vorgängiger Konsultation des Vertrauensarztes.</p> <p>Die Pierre Fabre Pharma AG vergütet nach Aufforderung durch denjenigen Krankenversicherer, bei dem die versicherte Person zum Zeitpunkt des Bezugs versichert war, auf die Kombination von Braftovi und Mektovi dem Krankenversicherer für jede bezogene Mektovi Packung (=Indikator für einen Behandlungszyklus) einen Prozentsatz von 38.60% auf den Fabrikabgabepreis jeder Mektovi Packung. Die Mehrwertsteuer kann nicht zusätzlich zu diesem Anteil des Fabrikabgabepreises zurückgefordert werden. Die Aufforderung zur Rückvergütung soll ab dem Zeitpunkt der Verabreichung erfolgen.</p> <p>Neue Limitation befristet bis 31.03.2024</p> <p>Nur in Kombination mit BRAFTOVI zur Behandlung von erwachsenen Patienten mit nicht-resezierbarem oder metastasiertem Melanom mit einer BRAF-V600-Mutation. Therapie nur bis zur Progression der Krankheit.</p> <p>Die Behandlung bedarf der Kostengutsprache durch den Krankenversicherer nach vorgängiger Konsultation des Vertrauensarztes.</p> <p>Die Pierre Fabre Pharma AG erstattet nach Aufforderung durch denjenigen Krankenversicherer, bei dem die versicherte Person zum Zeitpunkt des Bezugs versichert war, auf die Kombination von BRAFTOVI und MEKTOVI für jede bezogene MEKTOVI Packung (=Indikator für einen Behandlungszyklus) 31.75% des Fabrikabgabepreises zurück. Die Mehrwertsteuer kann nicht zusätzlich zu diesem Anteil des Fabrikabgabepreises zurückgefordert werden. Die Aufforderung zur Rückvergütung soll ab dem Zeitpunkt der Verabreichung erfolgen.</p> <p>Folgender Indikationscode ist an den Krankenversicherer zu übermitteln: 20875.01</p>					
DACOGEN	Janssen-Cilag AG	071610			
Trockensub 50 mg i.v. Durchstf 1 Stk			19990	1038.60	890.92
<p>Limitation alt</p> <p>Kombination DACOGEN und Venetoclax</p> <p>Nach vorgängiger Kostengutsprache durch den Krankenversicherer nach vorheriger Konsultation des Vertrauensarztes.</p> <p>DACOGEN 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>Die Zulassungsinhaberin Janssen-Cilag AG erstattet dem Krankenversicherer, bei dem die versicherte Person zum Zeitpunkt des Bezugs versichert war, auf dessen erste Aufforderung hin, für jede bezogene Packung DACOGEN Fr. 85.54 zurück. Die Forderung einer Rückerstattung durch den Krankenversicherer gilt nur für die Kombination von DACOGEN mit Venetoclax. Die Mehrwertsteuer kann nicht zusätzlich zu diesem Anteil des Fabrikabgabepreises zurückgefordert werden. Die Aufforderung zur Rückerstattung soll ab dem Zeitpunkt der Verabreichung erfolgen.</p> <p>Folgender Code ist an den Krankenversicherer zu übermitteln: 19990.01</p> <p>Befristete Limitation bis 31.08.2025</p> <p>Kombination DACOGEN und Venetoclax</p> <p>Nach vorgängiger Kostengutsprache durch den Krankenversicherer nach vorheriger Konsultation des Vertrauensarztes.</p> <p>DACOGEN 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>Die Zulassungsinhaberin Janssen-Cilag AG erstattet dem Krankenversicherer, bei dem die versicherte Person zum Zeitpunkt des Bezugs versichert war, auf dessen erste Aufforderung hin, für jede bezogene Packung DACOGEN Fr. 35.48 zurück. Die Forderung einer Rückerstattung durch den Krankenversicherer gilt nur für die Kombination von DACOGEN mit Venetoclax. Die Mehrwertsteuer kann nicht zusätzlich zu diesem Anteil des Fabrikabgabepreises zurückgefordert werden. Die Aufforderung zur Rückerstattung soll ab dem Zeitpunkt der Verabreichung erfolgen.</p> <p>Folgender Code ist an den Krankenversicherer zu übermitteln: 19990.01</p>					

PRÄPARATE / (Wirkstoffe) Packungen	Verantwortliche Firma	Therap. Gruppe	Dossier Nr.	Preis neu	Ex-Fact. neu
ILARIS Inj Lös 150 mg/ml Durchstechfl 1 ml	Novartis Pharma Schweiz AG	071099	19119	10974.50	10466.84
<p>Limitation alt</p> <p>Cryopyrin-assoziiertes periodisches Syndrom (CAPS): Nach Kostengutsprache des Krankenversicherers und vorgängiger Konsultation des Vertrauensarztes zur Behandlung von Patienten mit CAPS mit bestätigter Mutation des NLRP3-Gens. Folgender Code ist an den Krankenversicherer zu übermitteln: 19119.01</p> <p>Aktive systemische juvenile idiopathische Arthritis (sJIA): Zur ausschliesslichen Verschreibung in Zentren für Kinderrheumatologie durch Fachärzte der Rheumatologie in Zusammenarbeit mit Fachärzten für Kinder- und Jugendmedizin oder durch Fachärzte für Kinder- und Jugendmedizin mit Weiterbildung im Schwerpunkt pädiatrischer Rheumatologie (Weiterbildung Anhang 10 nach SIWF, FMH). Nach Kostengutsprache durch den Krankenversicherer nach vorgängiger Konsultation des Vertrauensarztes zur Behandlung von aktiver sJIA bei Patienten ab 2 Jahren, welche auf eine vorgängige Therapie mit nicht-steroidalen Antirheumatika (NSAIDs) und systemischen Kortikosteroiden und Tocilizumab unzureichend angesprochen haben. Die Behandlung mit ILARIS darf ab dem 1.12.2020 nur nach nachgewiesenem ungenügendem Ansprechen auf Tocilizumab oder nach nachgewiesener Unverträglichkeit auf Tocilizumab initiiert werden. Ein dokumentierter Abbruch der Therapie mit Tocilizumab muss für eine Kostengutsprache bei Neueinstellung vorgelegt werden. In einer Dosierung von maximal 4 mg/kg (bis maximal 300 mg), verabreicht alle 4 Wochen über eine subkutane Injektion. Bei Patienten mit deutlichem initialem Ansprechen und anhaltender Remission von mehr als 24 Wochen unter ILARIS ist eine Reduktion der Dosis auf 2 mg/kg alle 4 Wochen und allenfalls anschliessend ein Absetzen der Therapie mit ILARIS in Erwägung zu ziehen. Patienten mit aktiver sJIA sind im Register JIRcohort (www.jircohort.org) zu erfassen. Voraussetzung für eine Weiterbehandlung nach 6 Monaten ist das dokumentierte Ansprechen auf die Behandlung mit ILARIS. Für eine Weiterbehandlung nach 6 Monaten ist erneut eine Kostengutsprache des Krankenversicherers mit vorgängiger Konsultation des Vertrauensarztes einzuholen. Folgender Code ist an den Krankenversicherer zu übermitteln: 19119.02</p> <p>Tumornekrosefaktor-Rezeptor-assoziiertes periodisches Syndrom (TRAPS): ILARIS ist zur Behandlung von Patienten mit dem Tumornekrosefaktor-Rezeptor-assoziierten periodischen Syndrom (TRAPS) indiziert. Folgender Code ist an den Krankenversicherer zu übermitteln: 19119.03</p> <p>Hyperimmunglobulin-D-Syndrom (HIDS)/Mevalonatkinasedefizienz (MKD): ILARIS ist zur Behandlung von Patienten mit dem Hyperimmunglobulin-D-Syndrom (HIDS)/Mevalonatkinasedefizienz (MKD) indiziert. Folgender Code ist an den Krankenversicherer zu übermitteln: 19119.04</p> <p>Familiäres Mittelmeerfieber (FMF): ILARIS ist für die Behandlung von Patienten mit dem Familiären Mittelmeerfieber (FMF) indiziert, bei welchen eine herkömmliche Therapie kontraindiziert ist, nicht getragen wird oder kein adäquates Ansprechen trotz Verabreichung der höchstverträglichen Dosis erreicht wird. Folgender Code ist an den Krankenversicherer zu übermitteln: 19119.05</p> <p>Zur ausschliesslichen Verschreibung in Zentren für Kinderrheumatologie, Rheumatologie, Kinderimmunologie und Immunologie. Patienten mit TRAPS, HIDS/MKD und FMF sind im Register JIRcohort (www.jircohort.org) zu erfassen.</p> <p>Limitation neu</p> <p>Cryopyrin-assoziiertes periodisches Syndrom (CAPS): Nach Kostengutsprache des Krankenversicherers und vorgängiger Konsultation des Vertrauensarztes zur Behandlung von Patienten mit CAPS mit bestätigter Mutation des NLRP3-Gens. Folgender Code ist an den Krankenversicherer zu übermitteln: 19119.01</p> <p>Befristete Limitation bis 31.01.2024</p> <p>Aktive systemische juvenile idiopathische Arthritis (sJIA): Zur ausschliesslichen Verschreibung in Zentren für Kinderrheumatologie durch Fachärzte der Rheumatologie in Zusammenarbeit mit Fachärzten für Kinder- und Jugendmedizin oder durch Fachärzte für Kinder- und Jugendmedizin mit Weiterbildung im Schwerpunkt pädiatrischer Rheumatologie (Weiterbildung Anhang 10 nach SIWF, FMH). Nach Kostengutsprache durch den Krankenversicherer nach vorgängiger Konsultation des Vertrauensarztes zur Behandlung von aktiver sJIA bei Patienten ab 2 Jahren, welche auf eine vorgängige Therapie mit nicht-steroidalen Antirheumatika (NSAIDs) und systemischen Kortikosteroiden und Tocilizumab unzureichend angesprochen haben. Die Behandlung mit ILARIS darf ab dem 1.12.2020 nur nach nachgewiesenem ungenügendem Ansprechen auf Tocilizumab oder nach nachgewiesener Unverträglichkeit auf Tocilizumab initiiert werden. Ein dokumentierter Abbruch der Therapie mit Tocilizumab muss für eine Kostengutsprache bei Neueinstellung vorgelegt werden. In einer Dosierung von maximal 4 mg/kg (bis maximal 300 mg), verabreicht alle 4 Wochen über eine subkutane Injektion. Bei Patienten mit deutlichem initialem Ansprechen und anhaltender Remission von mehr als 24 Wochen unter ILARIS ist eine Reduktion der Dosis auf 2 mg/kg alle 4 Wochen und allenfalls anschliessend ein Absetzen der Therapie mit ILARIS in Erwägung zu ziehen. Patienten mit aktiver sJIA sind im Register JIRcohort (www.jircohort.org) zu erfassen. Voraussetzung für eine Weiterbehandlung nach 6 Monaten ist das dokumentierte Ansprechen auf die Behandlung mit ILARIS. Für eine Weiterbehandlung nach 6 Monaten ist erneut eine Kostengutsprache des Krankenversicherers mit vorgängiger Konsultation des Vertrauensarztes einzuholen. Folgender Code ist an den Krankenversicherer zu übermitteln: 19119.02</p> <p>Befristete Limitation bis 31.01.2024</p> <p>Tumornekrosefaktor-Rezeptor-assoziiertes periodisches Syndrom (TRAPS): ILARIS ist zur Behandlung von Patienten mit dem Tumornekrosefaktor-Rezeptor-assoziierten periodischen Syndrom (TRAPS) indiziert. Folgender Code ist an den Krankenversicherer zu übermitteln: 19119.03</p>					

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

Befristete Limitation bis 31.01.2024

Hyperimmunglobulin-D-Syndrom (HIDS)/Mevalonatkinasedefizienz (MKD):

ILARIS ist zur Behandlung von Patienten mit dem Hyperimmunglobulin-D-Syndrom (HIDS)/Mevalonatkinasedefizienz (MKD) indiziert. Folgender Code ist an den Krankenversicherer zu übermitteln: 19119.04

Befristete Limitation bis 31.01.2024

Familiäres Mittelmeerfieber (FMF):

ILARIS ist für die Behandlung von Patienten mit dem Familiären Mittelmeerfieber (FMF) indiziert, bei welchen eine herkömmliche Therapie kontraindiziert ist, nicht vertrauenswürdig ist oder kein adäquates Ansprechen trotz Verabreichung der höchstverträglichen Dosis erreicht wird. Folgender Code ist an den Krankenversicherer zu übermitteln: 19119.05

Befristete Limitation bis 31.01.2024

Zur ausschliesslichen Verschreibung in Zentren für Kinderreumatologie, Rheumatologie, Kinderimmunologie und Immunologie.

Patienten mit TRAPS, HIDS/MKD und FMF sind im Register JIRcohort (www.jircohort.org) zu erfassen.

IMBRUVICA	Janssen-Cilag AG	071610			
Filmtabl 140 mg 28 Stk			21011	1608.30	1410.33
Filmtabl 280 mg 28 Stk			21011	3133.30	2816.90
Filmtabl 420 mg 28 Stk			21011	4584.40	4232.57

Ibrutinib wird nicht bei Patienten vergütet, bei denen unter BTK-Inhibitoren eine Krankheitsprogression auftrat.

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

Befristete Limitation bis 30.04.2025

1L chronisch lymphatische Leukämie, uIGHV (CLL, Monotherapie)

Als Monotherapie zur Behandlung erwachsener Patienten ≥65 Jahren mit unmutiertem IGHV Status, die nicht vorbehandelt sind und für die eine Fludarabin-basierte Immunchemotherapie in voller Dosis nicht in Frage kommt.

Die Janssen-Cilag AG erstattet dem Krankenversicherer, bei dem die versicherte Person zum Zeitpunkt des Bezugs versichert war, auf dessen erste Aufforderung hin für jede zur Behandlung der 1L CLL mit unmutiertem IGHV Status und ohne 17p-Deletion oder TP53-Mutation bezogene Packung IMBRUVICA einen Anteil des FAP zurück. Die Janssen-Cilag AG 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. Folgender Code ist an den Krankenversicherer zu übermitteln: 21011.01

Befristete Limitation bis 30.04.2025

1L chronisch lymphatische Leukämie, uIGHV (CLL, Kombinationstherapie)

Als Kombinationstherapie mit Rituximab zur Behandlung erwachsener Patienten ≤70 Jahren mit unmutiertem IGHV Status, die nicht vorbehandelt sind und für die eine Fludarabin-basierte Immunchemotherapie in voller Dosis nicht in Frage kommt.

Die Janssen-Cilag AG erstattet dem Krankenversicherer, bei dem die versicherte Person zum Zeitpunkt des Bezugs versichert war, auf dessen erste Aufforderung hin für jede zur Behandlung der 1L CLL mit unmutiertem IGHV Status und ohne 17p-Deletion oder TP53-Mutation bezogene Packung IMBRUVICA einen Anteil des FAP zurück. Die Janssen-Cilag AG 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.

Die Janssen-Cilag AG erstattet nach Aufforderung durch denjenigen Krankenversicherer, bei dem die versicherte Person zum Zeitpunkt des Bezuges versichert war, die Therapiekosten für Rituximab in der Kombinationstherapie mit Ibrutinib der 1L CLL auf Basis des Fabrikabgabepreises zurück. Die Mehrwertsteuer kann nicht zusätzlich zum Fabrikabgabepreis zurückgefordert werden.

Folgender Code ist an den Krankenversicherer zu übermitteln: 21011.02

1L chronisch lymphatische Leukämie, 17p-Deletion oder TP53-Mutation (CLL, Monotherapie)

Als Monotherapie zur Behandlung erwachsener Patienten mit unbehandelter CLL mit 17p-Deletion oder TP53-Mutation.

Folgender Code ist an den Krankenversicherer zu übermitteln: 21011.03

2L+ chronisch lymphatische Leukämie (CLL, Monotherapie)

Als Monotherapie zur Behandlung erwachsener Patienten mit CLL, die mindestens eine Vortherapie erhalten haben.

Folgender Code ist an den Krankenversicherer zu übermitteln: 21011.04

Morbus Waldenström (MW, Monotherapie)

Als Monotherapie in der ersten Linie zur Behandlung symptomatischer erwachsener Patienten mit MW, die für eine Rituximab-basierte Chemo-Immuntherapie (DRC, BR, BDR, VR) nicht in Frage kommen, oder als Monotherapie zur Behandlung symptomatischer erwachsener Patienten mit MW, die mindestens eine vorangehende Therapie erhalten haben und innerhalb von 24 Monaten nach einem Rituximab-basierenden Therapieregime einen Rückfall hatten.

Folgender Code ist an den Krankenversicherer zu übermitteln: 21011.05

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

Morbus Waldenström (MW, Kombinationstherapie)

Kombinationstherapie Ibrutinib + Rituximab

In Kombination mit Rituximab ab der ersten Linie zur Behandlung symptomatischer erwachsener Patienten mit MW, die für mindestens eine der nachfolgenden Therapien nicht in Frage kommen: Chemoimmuntherapie (DRC, BR, BDR, VR), Chemotherapie, Rituximab-Monotherapie (aufgrund von Tumorlast, Fitness oder Kontraindikationen).

Die Janssen-Cilag AG erstattet nach Aufforderung durch denjenigen Krankenversicherer, bei dem die versicherte Person zum Zeitpunkt des Bezuges versichert war, die Therapiekosten von Rituximab sowie die erstverschriebene Packung Imbruvica auf Basis Fabrikabgabepreis zurück. Die Mehrwertsteuer kann nicht zusätzlich zum Fabrikabgabepreis zurückgefordert werden. Die Aufforderung zur Rückvergütung soll ab dem Zeitpunkt der Verabreichung erfolgen.

Folgender Code ist an den Krankenversicherer zu übermitteln: 21011.06

Mantelzellymphom (MCL, Monotherapie)

Als Monotherapie zur Behandlung von erwachsenen Patienten mit MCL, charakterisiert durch Translokation t(11;14) und/oder Expression von Cyclin D1, in denen kein partielles Ansprechen erreicht wurde mit vorheriger Therapie oder die eine Progression nach der vorherigen Therapie gezeigt haben.

Folgender Code ist an den Krankenversicherer zu übermitteln: 21011.07

MEKINIST	Novartis Pharma Schweiz AG	071610			
Filmtabl 0.5 mg 7 Stk			20484	342.40	283.99
Filmtabl 0.5 mg 30 Stk			20484	1396.35	1217.11
Filmtabl 2 mg 7 Stk			20484	1307.40	1135.97
Filmtabl 2 mg 30 Stk			20484	5236.15	4868.44

Limitation alt

Melanom metastasierend

Trametinib in Kombination mit Dabrafenib ist angezeigt zur Behandlung von erwachsenen Patienten mit nicht resezierbarem oder metastasiertem Melanom mit einer BRAF-V600-Mutation (V600E oder V600K). Therapie nur bis zur Progression der Krankheit. Die Behandlung bedarf der Kostengutsprache durch den Krankenversicherer nach vorgängiger Konsultation des Vertrauensarztes.

Die Novartis Pharma Schweiz AG erstattet nach Aufforderung durch denjenigen Krankenversicherer, bei dem die versicherte Person zum Zeitpunkt des Bezugs versichert war, auf die Kombination von MEKINIST und TAFINLAR dem Krankenversicherer für jede bezogene Packung MEKINIST (=Indikator für einen Behandlungszyklus) einen festgelegten Prozentsatz von 14.73% auf den Fabrikabgabepreis jeder bezogenen MEKINIST-Packung zurück. Die Mehrwertsteuer kann nicht zusätzlich zu diesem Anteil des Fabrikabgabepreises zurückgefordert werden. Die Aufforderung zur Rückerstattung soll ab dem Zeitpunkt der Verabreichung erfolgen.

Melanom adjuvant

Trametinib in Kombination mit Dabrafenib ist angezeigt zur adjuvanten Behandlung von Patienten mit Melanom mit einer BRAF-V600-Mutation (V600E oder V600K) nach vollständiger Resektion bei Patienten ohne vorangegangene systemische Therapie zur Behandlung des Melanoms. Die Vergütung ist eingeschränkt auf folgende Stadien:

- nach AJCC 7th edition: Stadium IIIA (limitiert auf Lymphknotenmetastasen >1 mm und T3-4a N1a/N2a), IIIB (T2-4b N1a/N2a, T1-4a N1b/N2b/N2c) und IIIC
- nach AJCC 8th edition: Stadium IIIB-IIID, wobei die Stadien IIIB T3a N1a/N2a sowie IIIC T4a N1a/N2a Lymphknotenmetastasen >1 mm aufweisen müssen

Die adjuvante Therapie mit Trametinib in Kombination mit Dabrafenib soll innerhalb von 15 Wochen nach Resektion gestartet werden.

Die Patienten können bis zu maximal 12 Monaten oder bis zu einem vorher auftretenden Rezidiv der Erkrankung behandelt werden. Die Behandlung bedarf der Kostengutsprache durch den Krankenversicherer nach vorgängiger Konsultation des Vertrauensarztes.

Die Novartis Pharma Schweiz AG erstattet nach Aufforderung durch denjenigen Krankenversicherer, bei dem die versicherte Person zum Zeitpunkt des Bezugs versichert war, dem Krankenversicherer auf jede bezogene Packung MEKINIST einen festgelegten Prozentsatz von 41.71% auf den Fabrikabgabepreis jeder bezogenen Packung MEKINIST und auf jede bezogene Packung TAFINLAR einen festgelegten Prozentsatz von 31.58% auf den Fabrikabgabepreis jeder bezogenen Packung TAFINLAR zurück. Die Mehrwertsteuer kann nicht zusätzlich zu diesem Anteil des Fabrikabgabepreises zurückgefordert werden. Die Aufforderung zur Rückerstattung soll ab dem Zeitpunkt der Verabreichung erfolgen.

Neue Limitation

Befristete Limitation bis 30.11.2026

Melanom metastasierend

Trametinib in Kombination mit Dabrafenib wird vergütet zur Behandlung von erwachsenen Patienten mit nicht resezierbarem oder metastasiertem Melanom mit einer BRAF-V600-Mutation (V600E oder V600K). Therapie nur bis zur Progression der Krankheit. Die Behandlung bedarf der Kostengutsprache durch den Krankenversicherer nach vorgängiger Konsultation des Vertrauensarztes.

Die Novartis Pharma Schweiz AG erstattet dem Krankenversicherer, bei dem die versicherte Person zum Zeitpunkt des Bezugs versichert war, auf dessen erste Aufforderung hin, für jede bezogene Packung MEKINIST 22.31% des Fabrikabgabepreises zurück. Die Mehrwertsteuer kann nicht zusätzlich zu diesem Anteil des Fabrikabgabepreises zurückgefordert werden. Die Aufforderung zur Rückerstattung soll ab dem Zeitpunkt der Verabreichung erfolgen.

Folgender Indikationscode ist an den Krankenversicherer zu übermitteln: 20484.01

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

Befristete Limitation bis 30.11.2026

Melanom adjuvant

Trametinib in Kombination mit Dabrafenib wird vergütet zur adjuvanten Behandlung von Patienten mit Melanom mit einer BRAF-V600-Mutation (V600E oder V600K) nach vollständiger Resektion bei Patienten ohne vorangegangene systemische Therapie zur Behandlung des Melanoms.

Die Vergütung ist eingeschränkt auf folgende Stadien:

- nach AJCC 7th edition: Stadium IIIA (limitiert auf Lymphknotenmetastasen >1 mm und T3-4a N1a/N2a), IIIB (T2-4b N1a/N2a, T1-4a N1b/N2b/N2c) und IIIC
- nach AJCC 8th edition: Stadium IIIB-IIID, wobei die Stadien IIIB T3a N1a/N2a sowie IIIC T4a N1a/N2a Lymphknotenmetastasen >1 mm aufweisen müssen

Die adjuvante Therapie mit Trametinib in Kombination mit Dabrafenib soll innerhalb von 15 Wochen nach Resektion gestartet werden. Die Patienten können bis zu maximal 12 Monaten oder bis zu einem vorher auftretenden Rezidiv der Erkrankung behandelt werden. Die Behandlung bedarf der Kostengutsprache durch den Krankenversicherer nach vorgängiger Konsultation des Vertrauensarztes.

Die Novartis Pharma Schweiz AG erstattet dem Krankenversicherer, bei dem die versicherte Person zum Zeitpunkt des Bezugs versichert war, auf dessen erste Aufforderung hin, für jede bezogene Packung MEKINIST 42.90% des Fabrikabgabepreises und für jede bezogene Packung TAFINLAR 31.58% des Fabrikabgabepreises zurück. Die Mehrwertsteuer kann nicht zusätzlich zu diesen Anteilen der Fabrikabgabepreise zurückgefordert werden. Die Aufforderung zur Rückerstattung soll ab dem Zeitpunkt der Verabreichung erfolgen.

Folgender Indikationscode ist an den Krankenversicherer zu übermitteln: 20484.02

Befristete Limitation bis 30.11.2026

Nicht-kleinzelliges Lungenkarzinom metastasierend

Trametinib in Kombination mit Dabrafenib wird vergütet zur Behandlung von erwachsenen Patienten mit metastasiertem, nicht-kleinzelligem Lungenkarzinom (NSCLC; non-small cell lung cancer) mit einer BRAF-V600E Mutation. Die Patienten sollen eine Lebenserwartung von mind. 3 Monaten aufweisen. Die Behandlung bedarf der Kostengutsprache durch den Krankenversicherer nach vorgängiger Konsultation des Vertrauensarztes. Die Therapie wird bis zur Progression der Krankheit vergütet.

Die Novartis Pharma Schweiz AG erstattet dem Krankenversicherer, bei dem die versicherte Person zum Zeitpunkt des Bezugs versichert war, auf dessen erste Aufforderung hin, für jede bezogene Packung MEKINIST 54.67% des Fabrikabgabepreises und für jede bezogene Packung TAFINLAR 54.67% des Fabrikabgabepreises zurück. Die Mehrwertsteuer kann nicht zusätzlich zu diesen Anteilen der Fabrikabgabepreise zurückgefordert werden. Die Aufforderung zur Rückerstattung soll ab dem Zeitpunkt der Verabreichung erfolgen.

Folgender Indikationscode ist an den Krankenversicherer zu übermitteln: 20484.03

TAFINLAR	Novartis Pharma Schweiz AG	071610			
Kaps 50mg 28 Stk			20115	957.95	820.18
Kaps 50mg 120 Stk			20115	3848.95	3515.06
Kaps 75mg 28 Stk			20115	1410.80	1230.27
Kaps 75mg 120 Stk			20115	5650.40	5272.59

Limitation alt

Melanom metastasierend

Trametinib in Kombination mit Dabrafenib ist angezeigt zur Behandlung von erwachsenen Patienten mit nicht resezierbarem oder metastasiertem Melanom mit einer BRAF-V600-Mutation (V600E oder V600K). Therapie nur bis zur Progression der Krankheit. Die Behandlung bedarf der Kostengutsprache durch den Krankenversicherer nach vorgängiger Konsultation des Vertrauensarztes.

Die Novartis Pharma Schweiz AG erstattet nach Aufforderung durch denjenigen Krankenversicherer, bei dem die versicherte Person zum Zeitpunkt des Bezugs versichert war, auf die Kombination von MEKINIST und TAFINLAR dem Krankenversicherer für jede bezogene Packung MEKINIST (=Indikator für einen Behandlungszyklus) einen festgelegten Prozentsatz von 14.73% auf den Fabrikabgabepreis jeder bezogenen MEKINIST-Packung zurück. Die Mehrwertsteuer kann nicht zusätzlich zu diesem Anteil des Fabrikabgabepreises zurückgefordert werden. Die Aufforderung zur Rückerstattung soll ab dem Zeitpunkt der Verabreichung erfolgen.

Melanom adjuvant

Trametinib in Kombination mit Dabrafenib ist angezeigt zur adjuvanten Behandlung von Patienten mit Melanom mit einer BRAF-V600-Mutation (V600E oder V600K) nach vollständiger Resektion bei Patienten ohne vorangegangene systemische Therapie zur Behandlung des Melanoms. Die Vergütung ist eingeschränkt auf folgende Stadien:

- nach AJCC 7th edition: Stadium IIIA (limitiert auf Lymphknotenmetastasen >1 mm und T3-4a N1a/N2a), IIIB (T2-4b N1a/N2a, T1-4a N1b/N2b/N2c) und IIIC
- nach AJCC 8th edition: Stadium IIIB-IIID, wobei die Stadien IIIB T3a N1a/N2a sowie IIIC T4a N1a/N2a Lymphknotenmetastasen >1 mm aufweisen müssen

Die adjuvante Therapie mit Trametinib in Kombination mit Dabrafenib soll innerhalb von 15 Wochen nach Resektion gestartet werden.

Die Patienten können bis zu maximal 12 Monaten oder bis zu einem vorher auftretenden Rezidiv der Erkrankung behandelt werden. Die Behandlung bedarf der Kostengutsprache durch den Krankenversicherer nach vorgängiger Konsultation des Vertrauensarztes.

Die Novartis Pharma Schweiz AG erstattet nach Aufforderung durch denjenigen Krankenversicherer, bei dem die versicherte Person zum Zeitpunkt des Bezugs versichert war, dem Krankenversicherer auf jede bezogene Packung MEKINIST einen festgelegten Prozentsatz von 41.71% auf den Fabrikabgabepreis jeder bezogenen Packung MEKINIST und auf jede bezogene Packung TAFINLAR einen festgelegten Prozentsatz von 31.58% auf den Fabrikabgabepreis jeder bezogenen Packung TAFINLAR zurück. 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
<p>Neue Limitation Befristete Limitation bis 30.11.2026</p> <p>Melanom metastasierend Trametinib in Kombination mit Dabrafenib wird vergütet zur Behandlung von erwachsenen Patienten mit nicht resezierbarem oder metastasiertem Melanom mit einer BRAF-V600-Mutation (V600E oder V600K). Therapie nur bis zur Progression der Krankheit. Die Behandlung bedarf der Kostengutsprache durch den Krankenversicherer nach vorgängiger Konsultation des Vertrauensarztes.</p> <p>Die Novartis Pharma Schweiz AG erstattet dem Krankenversicherer, bei dem die versicherte Person zum Zeitpunkt des Bezugs versichert war, auf dessen erste Aufforderung hin, für jede bezogene Packung MEKINIST 22.31% des Fabrikabgabepreises zurück. Die Mehrwertsteuer kann nicht zusätzlich zu diesem Anteil des Fabrikabgabepreises zurückgefordert werden. Die Aufforderung zur Rückerstattung soll ab dem Zeitpunkt der Verabreichung erfolgen. Folgender Indikationscode ist an den Krankenversicherer zu übermitteln: 20115.01</p> <p>Befristete Limitation bis 30.11.2026</p> <p>Melanom adjuvant Trametinib in Kombination mit Dabrafenib wird vergütet zur adjuvanten Behandlung von Patienten mit Melanom mit einer BRAF-V600-Mutation (V600E oder V600K) nach vollständiger Resektion bei Patienten ohne vorangegangene systemische Therapie zur Behandlung des Melanoms.</p> <p>Die Vergütung ist eingeschränkt auf folgende Stadien: – nach AJCC 7th edition: Stadium IIIA (limitiert auf Lymphknotenmetastasen >1 mm und T3-4a N1a/N2a), IIIB (T2-4b N1a/N2a, T1-4a N1b/N2b/N2c) und IIIC – nach AJCC 8th edition: Stadium IIIB-IIIID, wobei die Stadien IIIB T3a N1a/N2a sowie IIIC T4a N1a/N2a Lymphknotenmetastasen >1 mm aufweisen müssen</p> <p>Die adjuvante Therapie mit Trametinib in Kombination mit Dabrafenib soll innerhalb von 15 Wochen nach Resektion gestartet werden. Die Patienten können bis zu maximal 12 Monaten oder bis zu einem vorher auftretenden Rezidiv der Erkrankung behandelt werden. Die Behandlung bedarf der Kostengutsprache durch den Krankenversicherer nach vorgängiger Konsultation des Vertrauensarztes.</p> <p>Die Novartis Pharma Schweiz AG erstattet dem Krankenversicherer, bei dem die versicherte Person zum Zeitpunkt des Bezugs versichert war, auf dessen erste Aufforderung hin, für jede bezogene Packung MEKINIST 42.90% des Fabrikabgabepreises und für jede bezogene Packung TAFINLAR 31.58% des Fabrikabgabepreises zurück. Die Mehrwertsteuer kann nicht zusätzlich zu diesen Anteilen der Fabrikabgabepreise zurückgefordert werden. Die Aufforderung zur Rückerstattung soll ab dem Zeitpunkt der Verabreichung erfolgen. Folgender Indikationscode ist an den Krankenversicherer zu übermitteln: 20115.02</p> <p>Befristete Limitation bis 30.11.2026</p> <p>Nicht-kleinzelliges Lungenkarzinom metastasierend Trametinib in Kombination mit Dabrafenib wird vergütet zur Behandlung von erwachsenen Patienten mit metastasiertem, nicht-kleinzelligem Lungenkarzinom (NSCLC; non-small cell lung cancer) mit einer BRAF-V600E Mutation. Die Patienten sollen eine Lebenserwartung von mind. 3 Monaten aufweisen. Die Behandlung bedarf der Kostengutsprache durch den Krankenversicherer nach vorgängiger Konsultation des Vertrauensarztes. Die Therapie wird bis zur Progression der Krankheit vergütet.</p> <p>Die Novartis Pharma Schweiz AG erstattet dem Krankenversicherer, bei dem die versicherte Person zum Zeitpunkt des Bezugs versichert war, auf dessen erste Aufforderung hin, für jede bezogene Packung MEKINIST 54.67% des Fabrikabgabepreises und für jede bezogene Packung TAFINLAR 54.67% des Fabrikabgabepreises zurück. Die Mehrwertsteuer kann nicht zusätzlich zu diesen Anteilen der Fabrikabgabepreise zurückgefordert werden. Die Aufforderung zur Rückerstattung soll ab dem Zeitpunkt der Verabreichung erfolgen. Folgender Indikationscode ist an den Krankenversicherer zu übermitteln: 20115.03</p>					

PRÄPARATE / (Wirkstoffe) Packungen	Verantwortliche Firma	Therap. Gruppe	Dossier Nr.	Preis neu	Ex-Fact. neu
SKYRIZI	AbbVie AG	071500			
Inj Lös 150 mg/ml Fertspr 1 Stk			20922	3408.60	3085.45
Inj Lös 150 mg/ml Fertpen 1 Stk			21327	3408.60	3085.45
Inj Lös 360 mg/2.4ml Patrone 1 Stk			21718	2581.05	2297.30
Inf Konz 600 mg/10ml Durchstechfl 1 Stk			21719	2581.05	2297.30

Limitation alt

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

Schwere Plaque-Psoriasis

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

Folgender Code ist an den Krankenversicherer zu übermitteln: 20922.01.

Psoriasis-Arthritis:

Behandlung erwachsener Patientinnen und Patienten mit aktiver Psoriasis-Arthritis alleine oder in Kombination mit konventionellen systemischen krankheitsmodifizierenden Antirheumatika (csDMARD), die auf eine vorgängige Therapie mit einem oder mehreren csDMARDs unzureichend angesprochen oder dieses nicht vertragen haben.

Die Firma AbbVie AG 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 SKYRIZI einen Anteil von Fr. 243.93 pro Packung 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 Code ist an den Krankenversicherer zu übermitteln: 20922.02.

Limitation neu

Schwere Plaque-Psoriasis (nur 150 mg)

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

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

Folgender Code ist an den Krankenversicherer zu übermitteln: 20922.01

Befristete Limitation bis 31.08.2025

Psoriasis-Arthritis (nur 150 mg)

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

Behandlung erwachsener Patientinnen und Patienten mit aktiver Psoriasis-Arthritis alleine oder in Kombination mit konventionellen systemischen krankheitsmodifizierenden Antirheumatika (csDMARD), die auf eine vorgängige Therapie mit einem oder mehreren csDMARDs unzureichend angesprochen oder dieses nicht vertragen haben.

Die Zulassungsinhaberin erstattet dem Krankenversicherer, bei dem die versicherte Person zum Zeitpunkt des Bezugs versichert war, auf dessen erste Aufforderung hin für die erste zur Behandlung der Psoriasis-Arthritis bezogene Packung SKYRIZI 150 mg einen Anteil von Fr. 410.70 zurück (gültig ab dem 01.12.2023). Die Mehrwertsteuer kann nicht zusätzlich zu diesem Anteil des Fabrikabgabepreises zurückgefordert werden. Die Aufforderung zur Rückvergütung soll ab dem Zeitpunkt der Verabreichung erfolgen.

Folgender Code ist an den Krankenversicherer zu übermitteln: 20922.02

Morbus Crohn (nur 360 mg und 600 mg)

Die Verschreibung kann nur durch Fachärzte der Gastroenterologie oder gastroenterologische Universitätskliniken/ Polikliniken erfolgen.

Zur Behandlung erwachsener Patienten mit moderatem bis schwerem Morbus Crohn, die auf eine konventionelle Therapie oder eine Behandlung mit einem Biologikum nicht ausreichend oder nicht mehr ansprechen oder eine Unverträglichkeit zeigten.

Bei einem Nicht-Ansprechen nach Woche 12 soll SKYRIZI abgesetzt werden.

Eine Weiterbehandlung nach einer Therapie mit SKYRIZI von einem Jahr bedürfen der Kostengutsprache durch den Krankenversicherer nach vorgängiger Konsultation des Vertrauensarztes.

Folgender Code ist an den Krankenversicherer zu übermitteln: 21718.03

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

TEGSEDI

Inj Lös 284mg/1.5ml 4 Fertspr 1.5 ml

Swedish Orphan Biovitrum AG

019900

21287

21556.00

20790.25

Limitation alt

Zur Monotherapie von symptomatischen hATTR-Patienten (PND Score \geq I und \leq IIIb oder FAP $>$ 0 und \leq 2) mit vererbter, pathogener TTR-Mutation (hATTR Amyloidose) und primär polyneuropathischer Manifestation (Polyneuropathie Stadien 1 und 2, NIS zwischen 5 und 130) mit bestätigtem Krankheitsbeginn. Es sind obligat anderweitige Ursachen für eine periphere Neuropathie wie ein Diabetes mellitus oder Vitamin-B12-Mangel abzuklären. Wenn solche vorliegen, muss nachgewiesen werden, dass es trotz adäquater Behandlung der anderweitigen Polyneuropathie-Ursachen zu einer weiteren Progression der Polyneuropathie gekommen ist.

Vor Therapiebeginn:

Bevor die Therapie in einem Referenzzentrum für Amyloidose (Universitätsspital Zürich, Centre Hospitalier Universitaire Vaudois) eingeleitet werden kann, ist der Patient über die Vergütungskriterien (inkl. Therapieabbruchkriterien) schriftlich aufzuklären.

Vor Therapiebeginn muss durch ein Referenzzentrum für Amyloidose eine Kostengutsprache des Krankenversicherers nach vorgängiger Konsultation des Vertrauensarztes eingeholt werden. Eine Kostengutsprache kann vom Krankenversicherer nur erteilt werden, wenn der/die behandelnde Neurologe/Neurologin (bei erstmaligem Gesuch um Kostenübernahme: Neurologe/Neurologin eines Referenzzentrums, bei nachfolgenden Gesuchen um weiterführende Kostenübernahme: Neurologe/Neurologin eines neuromuskulären Zentrums in Kooperation mit einem Referenzzentrum bzw. Neurologe/Neurologin eines Referenzzentrums) – bei Vorliegen der Einwilligung des Patienten zur Erfassung seiner Daten in das bestehende Register – während der Therapie die vergütungsrelevanten Daten im bestehenden Register des Referenzzentrums kontinuierlich erfasst bzw. erfassen lässt und die Erfassung gegenüber dem Vertrauensarzt im Rahmen des Gesuches um Kostenübernahme bestätigt. Sofern ein Patient keine Einwilligung zur Erfassung seiner Daten in das bestehende Register gibt, muss dies ausgewiesen werden. Auf Anfrage müssen die Daten, gestützt auf welche über eine Therapiefortführung oder einen Therapieabbruch entschieden werden muss, dem Vertrauensarzt zugestellt werden.

Der Behandlungsbeginn hat in einem Referenzzentrum für Amyloidose (Universitätsspital Zürich, Centre Hospitalier Universitaire Vaudois) zu erfolgen. Die Therapie der symptomatischen hATTR-Patienten mit Karnofsky Performance Status \geq 60% mit primär polyneuropathischer Manifestation kann begonnen werden, wenn der NIS \geq 5 und der PND Score zwischen \geq I und \leq IIIb liegt und der Patient nicht an einer Herzinsuffizienz der NYHA Klasse III oder IV leidet und eine Lebenserwartung von mindestens 2 Jahren hat.

Therapiefortführung:

Die Fortführung der Therapie kann auch in einem Neuromuskulären Zentrum erfolgen, das sich dem Schweizerischen Amyloidosenetzwerk angeschlossen hat und mit einem der Referenzzentren kooperiert. Es sollten mindestens jährliche Evaluationen in einem Referenzzentrum erfolgen.

Die Therapie kann fortgeführt werden, wenn nach 1 Jahr ein Ansprechen festgestellt werden konnte und folgende Kriterien erfüllt sind:

- NIS-Zunahme \leq 10 Punkte
- Keine Zunahme im PND Score.

Bei Langzeitbehandlung kann die Therapie mit Tegsedi fortgeführt werden unter der Bedingung, dass die NIS-Zunahme \leq 10 Punkte pro Jahr beträgt und der PND Score nicht mehr als eine Stufe (eine Zunahme von PND IIIa zu PND IIIb entspricht einer Stufe) innerhalb von 12 Monaten angestiegen ist. Bei Erreichen eines PND Score IV muss die Therapie abgebrochen werden. Alle 6 Monate ist die Krankheitsaktivität und der Therapieeffekt in einem Referenzzentrum oder einem neuromuskulären Zentrum zu evaluieren.

Therapieabbruch:

Die Therapie ist abzubrechen, wenn

- die Erkrankung unter Tegsedi-Therapie zum Stadium FAP 3 entsprechend PND Score IV (wenn Patienten an den Rollstuhl gebunden sind) fortschreitet,
- eine Progression unter Therapie mit Tegsedi auftritt, die mit einer NIS-Zunahme von $>$ 10 Punkten und einer Zunahme im PND Score sowie einer Verschlechterung in mindestens 2 der folgenden Parameter innerhalb von 12 Monaten einhergeht:
 - Composite Score ENMG $>$ 50% Abnahme pro Jahr der Amplitude im Vergleich zu Baseline (Composite Score motor + sensory), ESC (Sum Score Füsse und Hände) $>$ 25% Abnahme
 - 6-Minuten-Gehtest (klinisch relevante Verringerung der Gehdistanz)
 - Unbeabsichtigter Gewichtsverlust
 - Zunahme der gastrointestinalen Beschwerden (z. B. von Konstipation / Diarrhoe $<$ 2x/Woche auf Konstipation / Diarrhoe $>$ 3x/Woche oder von Konstipation / Diarrhoe $>$ 2x/Woche auf Konstipation / Diarrhoe jeden Tag) nach Ausschluss anderer Ursachen
 - Harnwegsprobleme (Zunahme von Harnverhalt bis permanente Harninkontinenz) nach Ausschluss anderer Ursachen
 - Klinisch relevante Verschlechterung der Lebensqualität (z. B. anhand des Norfolk QoL-DN Fragebogens)
- der Patient eine Herzinsuffizienz der NYHA Klasse III oder IV trotz optimaler Herzinsuffizienztherapie entwickelt.

hATTR-Patienten mit primär kardiomyopathischer Manifestation und Patienten mit Wildtyp Form (ohne Mutation im TTR-Gen) sind von der Vergütung einer Therapie mit Tegsedi ausgeschlossen.

Falls eine Therapie mit Tegsedi oder mit einem anderen Oligonukleotid oder siRNA infolge unzureichender Wirksamkeit (siehe obengenannte Therapieabbruchkriterien) abgebrochen werden musste, werden sämtliche weitere Behandlungsversuche mit Tegsedi oder mit einem anderen Oligonukleotid oder siRNA nicht mehr erstattet.

Die Zulassungsinhaberin Swedish Orphan Biovitrum AG erstattet nach Aufforderung durch denjenigen Krankenversicherer, bei dem die versicherte Person zum Zeitpunkt des Bezugs versichert war, für jede bezogene Packung Tegsedi einen festgelegten Betrag des Fabrikabgabepreises zurück. Sie gibt dem Krankenversicherer den entsprechenden Betrag bekannt, der bezogen auf den Fabrikabgabepreis pro Packung zurückerstattet wird. 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
---------------------------------------	--------------------------	-------------------	-------------	-----------	--------------

Neue Limitation

Neue Limitation befristet bis 30.11.2024

Zur Monotherapie von symptomatischen hATTR-Patienten (PND Score ≥ 1 und \leq IIIb oder FAP > 0 und ≤ 2) mit vererbter, pathogener TTR-Mutation (hATTR Amyloidose) und primär polyneuropathischer Manifestation (Polyneuropathie Stadien 1 und 2, NIS zwischen 5 und 130) mit bestätigtem Krankheitsbeginn. Es sind obligat anderweitige Ursachen für eine periphere Neuropathie wie ein Diabetes mellitus oder Vitamin-B12-Mangel abzuklären. Wenn solche vorliegen, muss nachgewiesen werden, dass es trotz adäquater Behandlung der anderweitigen Polyneuropathie-Ursachen zu einer weiteren Progression der Polyneuropathie gekommen ist.

Vor Therapiebeginn:

Bevor die Therapie in einem Referenzzentrum für Amyloidose (Universitätsspital Zürich, Centre Hospitalier Universitaire Vaudois) eingeleitet werden kann, ist der Patient über die Vergütungskriterien (inkl. Therapieabbruchkriterien) schriftlich aufzuklären.

Vor Therapiebeginn muss durch ein Referenzzentrum für Amyloidose eine Kostengutsprache des Krankenversicherers nach vorgängiger Konsultation des Vertrauensarztes eingeholt werden. Eine Kostengutsprache kann vom Krankenversicherer nur erteilt werden, wenn der/die behandelnde Neurologe/Neurologin (bei erstmaligem Gesuch um Kostenübernahme: Neurologe/Neurologin eines Referenzzentrums, bei nachfolgenden Gesuchen um weiterführende Kostenübernahme: Neurologe/Neurologin eines neuromuskulären Zentrums in Kooperation mit einem Referenzzentrum bzw. Neurologe/Neurologin eines Referenzzentrums) – bei Vorliegen der Einwilligung des Patienten zur Erfassung seiner Daten in das bestehende Register – während der Therapie die vergütungsrelevanten Daten im bestehenden Register des Referenzzentrums kontinuierlich erfasst bzw. erfassen lässt und die Erfassung gegenüber dem Vertrauensarzt im Rahmen des Gesuches um Kostenübernahme bestätigt. Sofern ein Patient keine Einwilligung zur Erfassung seiner Daten in das bestehende Register gibt, muss dies ausgewiesen werden. Auf Anfrage müssen die Daten, gestützt auf welche über eine Therapiefortführung oder einen Therapieabbruch entschieden werden muss, dem Vertrauensarzt zugestellt werden.

Der Behandlungsbeginn hat in einem Referenzzentrum für Amyloidose (Universitätsspital Zürich, Centre Hospitalier Universitaire Vaudois) zu erfolgen. Die Therapie der symptomatischen hATTR-Patienten mit Karnofsky Performance Status $\geq 60\%$ mit primär polyneuropathischer Manifestation kann begonnen werden, wenn der NIS ≥ 5 und der PND Score zwischen ≥ 1 und \leq IIIb liegt und der Patient nicht an einer Herzinsuffizienz der NYHA Klasse III oder IV leidet und eine Lebenserwartung von mindestens 2 Jahren hat.

Therapiefortführung:

Die Fortführung der Therapie kann auch in einem Neuromuskulären Zentrum erfolgen, das sich dem Schweizerischen Amyloidosenetzwerk angeschlossen hat und mit einem der Referenzzentren kooperiert. Es sollten mindestens jährliche Evaluationen in einem Referenzzentrum erfolgen.

Die Therapie kann fortgeführt werden, wenn nach 1 Jahr ein Ansprechen festgestellt werden konnte und folgende Kriterien erfüllt sind:

- NIS-Zunahme ≤ 10 Punkte
- Keine Zunahme im PND Score.

Bei Langzeitbehandlung kann die Therapie mit Tegsedi fortgeführt werden unter der Bedingung, dass die NIS-Zunahme ≤ 10 Punkte pro Jahr beträgt und der PND Score nicht mehr als eine Stufe (eine Zunahme von PND IIIa zu PND IIIb entspricht einer Stufe) innerhalb von 12 Monaten angestiegen ist. Bei Erreichen eines PND Score IV muss die Therapie abgebrochen werden. Alle 6 Monate ist die Krankheitsaktivität und der Therapieeffekt in einem Referenzzentrum oder einem neuromuskulären Zentrum zu evaluieren.

Therapieabbruch:

Die Therapie ist abzubrechen, wenn

- die Erkrankung unter Tegsedi-Therapie zum Stadium FAP 3 entsprechend PND Score IV (wenn Patienten an den Rollstuhl gebunden sind) fortschreitet,
- eine Progression unter Therapie mit Tegsedi auftritt, die mit einer NIS-Zunahme von > 10 Punkten und einer Zunahme im PND Score sowie einer Verschlechterung in mindestens 2 der folgenden Parameter innerhalb von 12 Monaten einhergeht:
 - Composite Score ENMG $> 50\%$ Abnahme pro Jahr der Amplitude im Vergleich zu Baseline (Composite Score motor + sensory), ESC (Sum Score Füsse und Hände) $> 25\%$ Abnahme
 - 6-Minuten-Gehtest (klinisch relevante Verringerung der Gehdistanz)
 - Unbeabsichtigter Gewichtsverlust
 - Zunahme der gastrointestinalen Beschwerden (z. B. von Konstipation / Diarrhoe $< 2x$ /Woche auf Konstipation / Diarrhoe $> 3x$ /Woche oder von Konstipation / Diarrhoe $> 2x$ /Woche auf Konstipation / Diarrhoe jeden Tag) nach Ausschluss anderer Ursachen
 - Harnwegsprobleme (Zunahme von Harnverhalt bis permanente Harninkontinenz) nach Ausschluss anderer Ursachen
 - Klinisch relevante Verschlechterung der Lebensqualität (z. B. anhand des Norfolk QoL-DN Fragebogens)
- der Patient eine Herzinsuffizienz der NYHA Klasse III oder IV trotz optimaler Herzinsuffizienztherapie entwickelt.

hATTR-Patienten mit primär kardiomyopathischer Manifestation und Patienten mit Wildtyp Form (ohne Mutation im TTR-Gen) sind von der Vergütung einer Therapie mit Tegsedi ausgeschlossen.

Falls eine Therapie mit Tegsedi oder mit einem anderen Oligonukleotid oder siRNA infolge unzureichender Wirksamkeit (siehe obengenannte Therapieabbruchkriterien) abgebrochen werden musste, werden sämtliche weitere Behandlungsversuche mit Tegsedi oder mit einem anderen Oligonukleotid oder siRNA nicht mehr erstattet.

Die Zulassungsinhaberin Swedish Orphan Biovitrum AG erstattet nach Aufforderung durch denjenigen Krankenversicherer, bei dem die versicherte Person zum Zeitpunkt des Bezugs versichert war, für jede bezogene Packung Tegsedi einen Betrag von Fr. 3'460.70 auf den Fabrikabgabepreises zurück. Die Mehrwertsteuer kann nicht zusätzlich zu diesem Anteil des Fabrikabgabepreises zurückgefordert werden. Die Aufforderung zur Rückerstattung soll ab dem Zeitpunkt der Verabreichung erfolgen.

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

VEKLURY

Trockensub 100mg Durchstf 1 Stk

Gilead Sciences Switzerland Sàrl 080300

21439

453.20

380.50

Limitation alt

VEKLURY als antivirale Monotherapie wird bei einer Behandlung einer bestätigten Covid-19 Infektion (Symptomatik und positiver Erregernachweis Antigen/PCR) in folgenden Fällen vergütet:

- für Erwachsene mit einer Pneumonie die eine zusätzliche Sauerstoffzufuhr erfordert und
- zur Frühbehandlung bei Erwachsenen ohne Sauerstoffsupplementierung mit deutlich erhöhtem Risiko für einen schweren COVID-19-Verlauf.

Die Behandlung muss durch entsprechend spezialisierte Zentren oder Universitätsspitäler (<https://www.bag.admin.ch/dam/bag/de/dokumente/biomed/heilmittel/COVID-19/liste-kant-zentren-mak-covid-2021.pdf.download.pdf/Liste%20der%20kantonalen%20Zentren.pdf>) eingeleitet werden und innerhalb der aktuell gültigen Richtlinien der Schweizerischen Gesellschaft für Infektiologie (SSI) und der obgenannten Indikationen entsprechend der in der Fachinformation für diese Indikation vorgegebenen Dosierungsempfehlungen erfolgen.

Aufgrund des Direktvertriebs ist die Zulassungsinhaberin verpflichtet, den festgelegten Betrag von Fr. 63.96 vom Fabrikabgabepreis bei der Rechnungsstellung abzu-ziehen. Die Leistungserbringer sind verpflichtet, diesen Rabatt an den Kostenträger weiterzugeben (Art. 56 Abs. 3 lit. b KVG). Zusätzlich Vertriebsanteil ergibt sich ein zu verrechnender Betrag von Fr. 453.20. Im stationären Bereich erfolgt die Vergütung über das festgelegte Zusatzentgelt entsprechend dem wirtschaftlichen FAP.

Neue Limitation befristet bis 31.12.2026

VEKLURY als antivirale Monotherapie wird bei einer Behandlung einer bestätigten Covid-19 Infektion (Symptomatik und positiver Erregernachweis Antigen/PCR) in folgenden Fällen vergütet:

- Erwachsenen und pädiatrischen Patienten (im Alter von mindestens 4 Wochen und mit einem Körpergewicht von mindestens 3kg) mit einer Pneumonie, die eine zusätzliche Sauerstoffzufuhr erfordert (Low- oder High-Flow-Sauerstoff oder andere nicht-invasive Beatmung zu Beginn der Behandlung)
- zur Frühbehandlung (innerhalb von 5 Tagen nach Symptombeginn, ausser bei immunsupprimierten Personen) bei Erwachsenen und pädiatrischen Patienten (mit einem Körpergewicht von mindestens 40kg), die keine zusätzliche Sauerstoffzufuhr oder Hospitalisierung aufgrund von COVID-19 benötigen und bei welchen gemäss der aktuell gültigen Richtlinie der Schweizerischen Gesellschaft für Infektiologie (SSI) <https://www.sginf.ch/guidelines/guidelines-overview.html> ein erhöhtes Risiko für einen schweren COVID-19-Verlauf besteht.

Für die frühzeitige ambulante Behandlung von Hochrisikopatienten, die keine zusätzliche Sauerstoffzufuhr oder Hospitalisierung aufgrund von COVID-19 benötigen, wird für eine Erkrankung maximal eine Dosierung von 400mg während 3 Tagen vergütet (Tag 1: 200mg, Tag 2: 100mg; Tag 3: 100mg).

Die ambulante Behandlung muss durch entsprechend spezialisierte Zentren oder Universitätsspitäler (<https://www.bag.admin.ch/dam/bag/de/dokumente/biomed/heilmittel/COVID-19/liste-kant-zentren-mak-covid-2021.pdf.download.pdf/Liste%20der%20kantonalen%20Zentren.pdf>) eingeleitet werden.

ZIRABEV

Pfizer AG

071610

Inf Konz 100 mg/4ml Vial 4ml

21090

312.10

257.57

Inf Konz 400 mg/16ml Vial 16ml

21090

1117.50

962.84

Limitation alt

Kolorektalkarzinom

Nach Kostengutsprache durch den Krankenversicherer nach vorgängiger Konsultation und Genehmigung des Vertrauensarztes zur Erstlinientherapie bei Patienten mit metastasiertem Karzinom des Kolons oder Rektums in Kombination mit 5-Fluorouracil/Folinsäure, 5-Fluorouracil/Folinsäure/Irinotecan oder Capecitabine/Oxaliplatin (XELOX). Zirabev wird bei entsprechender ärztlicher Verordnung bis zur Progression der Krankheit vergütet.

Nach Kostengutsprache durch den Krankenversicherer nach vorgängiger Konsultation und Genehmigung des Vertrauensarztes zur Zweitlinientherapie in Kombination mit einem Irinotecan- oder Oxaliplatin-haltigen Chemotherapieschema bei Patienten mit metastasiertem Kolon- oder Rektumkarzinom mit vorheriger Oxaliplatin- oder Irinotecan-basierter Chemotherapie mit oder ohne Bevacizumab. Zirabev wird bei entsprechender ärztlicher Verordnung bis zur Progression der Krankheit vergütet.

Folgender Indikationscode ist an den Krankenversicherer zu übermitteln: 21090.01.

Lungenkarzinom

Nach Kostengutsprache durch den Krankenversicherer nach vorgängiger Konsultation und Genehmigung des Vertrauensarztes zur Erstlinientherapie von Patienten bei nicht-resezierbarem, fortgeschrittenem, metastasiertem oder rezidivierendem, nicht-platteneithelartigem, nicht-kleinzelligem Lungenkarzinom (NSCLC). Die Dosierung von Zirabev beträgt 7.5 mg/kg Körpergewicht (KGW) alle 3 Wochen. Die Dosierung von 15 mg/ kg KGW alle 3 Wochen ist nicht kassenzulässig. Nach bis zu 6 Behandlungszyklen in Kombination mit einer Cisplatin- und Gemcitabin-haltigen Chemotherapie wird Zirabev bis zur Progression der Krankheit vergütet.

Folgender Indikationscode ist an den Krankenversicherer zu übermitteln: 21090.02.

Nierenzellkarzinom

Nach Kostengutsprache durch den Krankenversicherer nach vorgängiger Konsultation und Genehmigung des Vertrauensarztes zur Erstlinientherapie bei nephrektomierten Patienten mit fortgeschrittenem und/oder metastasiertem Nierenzellkarzinom in Kombination mit Interferon alfa-2a. Die Firma Pfizer AG vergütet in dieser Indikation für die Behandlung auf Aufforderung desjenigen Krankenversicherers, bei dem die versicherte Person zum jeweiligen Bezugspunkt versichert war, Fr. 0.27 pro mg Zirabev zurück. Zirabev wird bei entsprechender ärztlicher Verordnung bis zur Progression der Krankheit vergütet. Die Mehrwertsteuer kann nicht zusätzlich zu diesem Betrag zurückgefordert werden. Die Aufforderung zur Rückvergütung soll in der Regel innerhalb von 3 Monaten nach Verabreichung erfolgen.

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

Abwicklung der Rückvergütung:

- a.) Der Leistungserbringer holt beim Krankenversicherer eine Kostengutsprache nach vorheriger Konsultation des Vertrauensarztes ein. Dem Vertrauensarzt werden Diagnose, Gewicht des Patienten und die Dosierung bekanntgegeben.
 - b.) Der Krankenversicherer bestätigt dem Leistungserbringer die Kostengutsprache.
 - c.) Der Leistungserbringer stellt dem Krankversicherer die Rechnungen während der ganzen Therapiedauer über die vollen Medikamentenkosten.
 - d.) Der Krankenversicherer bezahlt dem Leistungserbringer den vollen Rechnungsbetrag. Im tiers garant vergütet der Krankenversicherer dem Versicherten dementsprechend die vollen Medikamentenkosten. Der Krankenversicherer erhebt eine allfällige Kostenbeteiligung einzig auf dem Betrag nach Rückvergütung. Der versicherten Person entstehen keine weiteren Kosten.
 - e.) Den Rückvergütungsbetrag pro mg stellt der Versicherer der Firma Pfizer AG in Rechnung.
 - f.) Kommt es im Verlaufe einer Zirabev-Behandlung zum Wechsel des behandelnden Leistungserbringers, so hat der jeweils nachbehandelnde Leistungserbringer eine erneute Kostengutsprache einzufordern.
 - g.) Wechselt der Versicherungsnehmer den Versicherer, kann der vertrauensärztliche Dienst die Daten zur laufenden Behandlung beim vormaligen Versicherer nachfragen.
- Folgender Indikationscode ist an den Krankenversicherer zu übermitteln: 21090.03.

Mammakarzinom

Nach Kostengutsprache durch den Krankenversicherer nach vorgängiger Konsultation und Genehmigung des Vertrauensarztes zur Erstlinientherapie von Patientinnen mit HER2-negativem, lokal rezidivierendem oder metastasiertem Mammakarzinom in Kombination mit Paclitaxel. Die Firma Pfizer AG vergütet in dieser Indikation für die Behandlung auf Aufforderung desjenigen Krankenversicherers, bei dem die versicherte Person zum jeweiligen Bezugspunkt versichert war, Fr. 0.10 pro mg Zirabev zurück. Zirabev wird bei entsprechender ärztlicher Verordnung bis zur Progression der Krankheit vergütet. Die Mehrwertsteuer kann nicht zusätzlich zu diesem Betrag zurückgefordert werden. Die Aufforderung zur Rückvergütung soll in der Regel innerhalb von 3 Monaten nach Verabreichung erfolgen.

Abwicklung der Rückvergütung:

- a.) Der Leistungserbringer holt beim Krankenversicherer eine Kostengutsprache nach vorheriger Konsultation des Vertrauensarztes ein. Dem Vertrauensarzt werden Diagnose, Gewicht des Patienten und die Dosierung bekanntgegeben.
 - b.) Der Krankenversicherer bestätigt dem Leistungserbringer die Kostengutsprache.
 - c.) Der Leistungserbringer stellt dem Krankversicherer die Rechnungen während der ganzen Therapiedauer über die vollen Medikamentenkosten.
 - d.) Der Krankenversicherer bezahlt dem Leistungserbringer den vollen Rechnungsbetrag. Im tiers garant vergütet der Krankenversicherer dem Versicherten dementsprechend die vollen Medikamentenkosten. Der Krankenversicherer erhebt eine allfällige Kostenbeteiligung einzig auf dem Betrag nach Rückvergütung. Der versicherten Person entstehen keine weiteren Kosten.
 - e.) Den Rückvergütungsbetrag pro mg stellt der Versicherer der Firma Pfizer AG in Rechnung.
 - f.) Kommt es im Verlaufe einer Zirabev-Behandlung zum Wechsel des behandelnden Leistungserbringers, so hat der jeweils nachbehandelnde Leistungserbringer eine erneute Kostengutsprache einzufordern.
 - g.) Wechselt der Versicherungsnehmer den Versicherer, kann der vertrauensärztliche Dienst die Daten zur laufenden Behandlung beim vormaligen Versicherer nachfragen.
- Folgender Indikationscode ist an den Krankenversicherer zu übermitteln: 21090.04.

Neue Limitation befristet bis 31.01.2024

Ovarialkarzinom nach Erstlinienchemotherapie

Kombinationstherapie mit Lynparza (Olaparib)

Nur nach Verordnung durch einen Facharzt der Gynäkologie oder Onkologie und nach Kostengutsprache durch den Krankenversicherer nach vorgängiger Konsultation des Vertrauensarztes.

Zur Erhaltungstherapie in Kombination mit Lynparza (Olaparib) bei Patientinnen mit fortgeschrittenem (FIGO Stadium III und IV) high-grade serösem Ovarialkarzinom mit einer BRCA-Mutation oder einer anderen homologen Rekombinationsdefizienz (HRD) mit genomischer Instabilität (Myriad myChoice CDx Test mit einem Score für genomische Instabilität (GIS) ≥ 42 oder ein anderer validierter Test mit vergleichbarem Cutoff) im Anschluss an eine mit Bevacizumab kombinierte Platin-Taxan-haltige Erstlinien-Chemotherapie bei Vorliegen einer kompletten oder partiellen Remission.

Unter folgenden Voraussetzungen:

- keine klinische Evidenz einer Progression oder steigender CA-125 Werte nach dem Abschluss der Chemotherapie.
- Mindestens 6 Behandlungszyklen bis maximal 9 Zyklen einer Platin-Taxan-haltigen Chemotherapie (mind. 4 Behandlungszyklen im Falle von nichthämatologischer Toxizität aufgrund von Platin).
- mindestens drei Zyklen Bevacizumab in Kombination mit den drei letzten Zyklen der platinbasierten Chemotherapie. Im Falle einer zytoreduktiven Intervalloperation dürfen die Patienten nur zwei Zyklen Bevacizumab in Kombination mit den letzten drei Zyklen einer platinbasierten Chemotherapie erhalten haben.
- Die Behandlung mit Bevacizumab erfolgt für maximal 15 Monate (inkl. den Zyklen verabreicht in Kombination mit der Chemotherapie).

Auf die Kombination von Zirabev mit Lynparza (Olaparib) ist dem Krankenversicherer für jede bezogene Packung Zirabev und für jede bezogene Packung Lynparza je ein festgelegter Anteil des Fabrikabgabepreises zurückzuerstatten.

Die Zulassungsinhaberin von Zirabev erstattet dem Krankenversicherer, bei dem die versicherte Person zum Zeitpunkt des Bezugs versichert war, auf dessen erste Aufforderung hin für jede bezogene Packung Zirabev eingesetzt in Kombination mit Lynparza einen festgelegten Anteil des Fabrikabgabepreises zurück. Die Zulassungsinhaberin 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.

Folgender Indikationscode ist an den Krankenversicherer zu übermitteln: 21090.08.

PRÄPARATE / (Wirkstoffe) Packungen	Verantwortliche Firma	Therap. Gruppe	Dossier Nr.	Preis neu	Ex-Fact. neu
Ovarialkarzinom					
Nach Kostengutsprache durch den Krankenversicherer nach vorgängiger Konsultation und Genehmigung des Vertrauensarztes für die Therapie nicht vorbehandelter Patienten mit Ovarialkarzinom (FIGO Stadium III und IV), bei welchen der Tumor nicht vollständig reseziert werden konnte und welche von einer im Anschluss an die Chemotherapie durchzuführenden weiteren Operation (Second look mit interval debulking) nicht potenziell profitieren. Zirabev wird nach 6 Zyklen in Kombination mit Carboplatin und Paclitaxel während 15 Monaten oder, falls diese eher eintritt, bis zur Progression der Krankheit vergütet.					
Nach Kostengutsprache durch den Krankenversicherer nach vorgängiger Konsultation und Genehmigung des Vertrauensarztes in Kombination mit Carboplatin und Gemcitabin oder in Kombination mit Carboplatin und Paclitaxel zur Behandlung von Patienten mit rezidivierendem, platin sensitivem epitheliale Ovarialkarzinom, Eileiterkarzinom oder primärem Peritonealkarzinom (mit einem platinfreien Intervall von mindestens 6 Monaten). Nach 6 bis 10 Zyklen in Kombination mit Carboplatin und Gemcitabin oder in Kombination mit Carboplatin und Paclitaxel über eine Dauer von 6–8 Behandlungszyklen wird Zirabev bis zur Progression der Krankheit vergütet.					
Zirabev ist indiziert in Kombination mit Paclitaxel, Topotecan oder pegyliertem liposomalem Doxorubicin zur Behandlung von Patienten mit rezidivierendem, platin-resistentem epitheliale Ovarialkarzinom, Eileiterkarzinom oder primärem Peritonealkarzinom, die mit bis zu zwei vorgängigen Chemotherapieregimen behandelt wurden, und nicht vorbehandelt wurden mit Bevacizumab oder anderen VEGF-Inhibitoren. Nach ca. 6 Zyklen in Kombination mit Paclitaxel, Topotecan oder pegyliertem liposomalem Doxorubicin wird Zirabev bei entsprechender ärztlicher Verordnung bis zur Progression der Krankheit vergütet.					
Folgender Indikationscode ist an den Krankenversicherer zu übermitteln: 21090.05.					
Zervixkarzinom					
Zirabev ist in Kombination mit Chemotherapie für die Behandlung von Patienten mit persistierendem, rezidivierendem oder metastasiertem Zervixkarzinom indiziert. Nach ca. 7 Zyklen in Kombination mit Chemotherapie wird Zirabev bei entsprechender ärztlicher Verordnung bis zur Progression der Krankheit vergütet.					
Folgender Indikationscode ist an den Krankenversicherer zu übermitteln: 21090.06.					
Befristete Limitation bis 30.06.2026					
Glioblastom					
Nach Kostengutsprache durch den Krankenversicherer nach vorgängiger Konsultation und Genehmigung des Vertrauensarztes zur Zweitlinien-Monotherapie bei Patienten mit rezidivierendem Glioblastom (WHO Grad IV) nach Vortherapie mit Temozolimid. Zirabev wird bei entsprechender ärztlicher Verordnung bis zur Progression der Krankheit vergütet.					
Folgender Indikationscode ist an den Krankenversicherer zu übermitteln: 21090.07.					
Befristete Limitation bis 30.06.2025					
ZIRABEV in Kombination mit Atezolizumab (TECENTRIQ) zur Behandlung des inoperablen oder metastasierten hepatozellulären Karzinoms (HCC)					
Es gelten die entsprechenden Vergütungskriterien gemäss der Limitation für Atezolizumab (siehe Limitation TECENTRIQ) und bezüglich der Rückerstattung für ZIRABEV in dieser Indikation gilt zusätzlich folgende Limitation:					
Die Zulassungsinhaberin erstattet dem Krankenversicherer, bei dem die versicherte Person zum Zeitpunkt des Bezugs versichert war, auf dessen erste Aufforderung hin, für jede für die Indikation HCC Behandlung bezogene Packung ZIRABEV in Kombination mit Atezolizumab (TECENTRIQ) einen festgelegten Anteil des Fabrikabgabepreises zurück. Pfizer AG gibt dem Krankenversicherer die wirtschaftlichen Preise für Bevacizumab bekannt. Die Anteile der Rückerstattung entsprechen der Differenz der publizierten und der wirtschaftlichen Preise. Die Mehrwertsteuer kann nicht zusätzlich zu diesem Anteil des Fabrikabgabepreises zurückgefordert werden. Die Aufforderung zur Rückerstattung soll ab dem Zeitpunkt der Verabreichung erfolgen.					
Folgender Indikationscode ist an den Krankenversicherer zu übermitteln: 21090.09.					

PRÄPARATE / (Wirkstoffe) Packungen	Verantwortliche Firma	Therap. Gruppe	Dossier Nr.	Preis neu	Ex-Fact. neu
VII. Limitierung bei Neuaufnahme					
LUTATHERA Inf Lös 370 MBq/ml Fl 1 Stk	Advanced Accelerator Applications International SA	170200	21181	20077.55	19347.84

Befristete Limitation bis 31.01.2024

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

Lutathera wird zur Behandlung von metastatischen oder nicht resezierbaren, progressiven, gut differenzierten (G1 und G2) Somatostatinrezeptor-positiven gastroenteropankreatischen neuroendokrinen Tumoren (GEP-NETs) bei Erwachsenen vergütet.

Es werden maximal 4 Lutathera Verabreichungen vergütet.

ONPATTRO Inf Konz 10 mg/5 ml Durchstf 5 ml	Alnylam Switzerland GmbH	019900	20959	9372.50	8903.91
--	--------------------------	--------	-------	---------	---------

Befristete Limitation bis 31.01.2024

Zur Monotherapie von symptomatischen hATTR-Patienten (PND Score \geq I und \leq IIIb oder FAP $>$ 0 und \leq 2) mit vererbter, pathogener TTR-Mutation (hATTR Amyloidose) und primär polyneuropathischer Manifestation (Polyneuropathie Stadien 1 und 2, NIS zwischen 5 und 130) mit bestätigtem Krankheitsbeginn. Es sind obligat anderweitige Ursachen für eine periphere Neuropathie wie ein Diabetes mellitus oder Vitamin-B12-Mangel abzuklären. Wenn solche vorliegen, muss nachgewiesen werden, dass es trotz adäquater Behandlung der anderweitigen Polyneuropathie-Ursachen zu einer weiteren Progression der Polyneuropathie gekommen ist.

Vor Therapiebeginn:

Bevor die Therapie in einem Referenzzentrum für Amyloidose (Universitätsspital Zürich, Centre Hospitalier Universitaire Vaudois) eingeleitet werden kann, ist der Patient über die Vergütungskriterien (inkl. Therapieabbruchkriterien) schriftlich aufzuklären.

Vor Therapiebeginn muss durch ein Referenzzentrum für Amyloidose eine Kostengutsprache des Krankenversicherers nach vorgängiger Konsultation des Vertrauensarztes eingeholt werden. Eine Kostengutsprache kann vom Krankenversicherer nur erteilt werden, wenn der/die behandelnde Neurologe/Neurologin (bei erstmaligem Gesuch um Kostenübernahme: Neurologe/Neurologin eines Referenzzentrums, bei nachfolgenden Gesuchen um weiterführende Kostenübernahme: Neurologe/Neurologin eines neuromuskulären Zentrums in Kooperation mit einem Referenzzentrum bzw. Neurologe/Neurologin eines Referenzzentrums) während der Therapie die vergütungsrelevanten Daten im bestehenden Register des Referenzzentrums kontinuierlich erfasst bzw. erfassen lässt und die Erfassung gegenüber dem Vertrauensarzt im Rahmen des Gesuches um Kostenübernahme bestätigt.

Auf Anfrage müssen die Daten, gestützt auf welche über eine Therapiefortführung oder einen Therapieabbruch entschieden werden muss, dem Vertrauensarzt zugeestellt werden. Sofern ein Patient keine Einwilligung zur Erfassung seiner Daten in das bestehende Register gibt, muss dies ausgewiesen werden.

Der Behandlungsbeginn hat in einem Referenzzentrum für Amyloidose (Universitätsspital Zürich, Centre Hospitalier Universitaire Vaudois) zu erfolgen.

Die Therapie der symptomatischen hATTR-Patienten mit Karnofsky Performance Status \geq 60% mit primär polyneuropathischer Manifestation kann begonnen werden, wenn der NIS \geq 5 und der PND Score zwischen \geq I und \leq IIIb liegt und der Patient nicht an einer Herzinsuffizienz der NYHA Klasse III oder IV leidet und eine Lebenserwartung von mindestens 2 Jahren hat.

Therapiefortführung:

Die Fortführung der Therapie kann auch in einem Neuromuskulären Zentrum erfolgen, das sich dem Schweizerischen Amyloidosenetzwerk angeschlossen hat und mit einem der Referenzzentren kooperiert. Es sollten mindestens jährliche Evaluationen in einem Referenzzentrum erfolgen.

Die Therapie kann fortgeführt werden, wenn nach 1 Jahr ein Ansprechen festgestellt werden konnte und folgende Kriterien erfüllt sind:

- NIS-Zunahme \leq 10 Punkte
- Keine Zunahme im PND Score.

Bei Langzeitbehandlung kann die Therapie mit Onpattro fortgeführt werden unter der Bedingung, dass die NIS-Zunahme \leq 10 Punkte pro Jahr beträgt und der PND Score nicht mehr als eine Stufe (eine Zunahme von PND IIIa zu PND IIIb entspricht einer Stufe) innerhalb von 12 Monaten angestiegen ist. Bei Erreichen eines PND Score IV muss die Therapie abgebrochen werden. Alle 6 Monate ist die Krankheitsaktivität und der Therapieeffekt in einem Referenzzentrum oder einem neuromuskulären Zentrum zu evaluieren.

Therapieabbruch:

Die Therapie ist abzubrechen, wenn

- die Erkrankung unter Onpattro-Therapie zum Stadium FAP 3 entsprechend PND Score IV (wenn Patienten an den Rollstuhl gebunden sind) fortschreitet,
- eine Progression unter Therapie mit Onpattro auftritt, die mit einer NIS-Zunahme von $>$ 10 Punkten und einer Zunahme im PND Score sowie einer Verschlechterung in mindestens 2 der folgenden Parameter innerhalb von 12 Monaten einhergeht:
 - Composite Score ENMG $>$ 50% Abnahme pro Jahr der Amplitude im Vergleich zu Baseline (Composite Score motor + sensory), ESC (Sum Score Füsse und Hände) $>$ 25% Abnahme
 - 6-Minuten-Gehtest (klinisch relevante Verringerung der Gehdistanz)
 - Unbeabsichtigter Gewichtsverlust
 - Zunahme der gastrointestinalen Beschwerden (z. B. von Konstipation / Diarrhoe $<$ 2x/Woche auf Konstipation / Diarrhoe $>$ 3x/Woche oder von Konstipation / Diarrhoe $>$ 2x/Woche auf Konstipation / Diarrhoe jeden Tag) nach Ausschluss anderer Ursachen
 - Harnwegsprobleme (Zunahme von Harnverhalt bis permanente Harninkontinenz) nach Ausschluss anderer Ursachen
 - Klinisch relevante Verschlechterung der Lebensqualität (z. B. anhand des Norfolk QoL-DN Fragebogens)
- der Patient eine Herzinsuffizienz der NYHA Klasse III oder IV trotz optimaler Herzinsuffizienztherapie entwickelt.

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

hATTR-Patienten mit primär kardiomyopathischer Manifestation und Patienten mit Wildtyp Form (ohne Mutation im TTR-Gen) sind von der Vergütung einer Therapie mit Onpatro ausgeschlossen.

Die Zulassungsinhaberin Alnylam Switzerland GmbH erstattet nach Aufforderung durch denjenigen Krankenversicherer, bei dem die versicherte Person zum Zeitpunkt des Bezugs versichert war, für jede bezogene Packung Onpatro einen festgelegten Betrag des Fabrikabgabepreises zurück. Sie gibt dem Krankenversicherer den entsprechenden Betrag bekannt, der bezogen auf den Fabrikabgabepreis pro Durchstechflasche zurückerstattet wird. Die Mehrwertsteuer kann nicht zusätzlich zu diesem Anteil des Fabrikabgabepreises zurückgefordert werden. Die Aufforderung zur Rückerstattung soll ab dem Zeitpunkt der Verabreichung erfolgen.

Darüber hinaus erstattet die Zulassungsinhaberin dem Krankenversicherer, bei dem die versicherte Person zum Zeitpunkt des Bezugs versichert war, den vollen Betrag in Höhe des Fabrikabgabepreises für diejenige Anzahl Durchstechflaschen zurück, die eine festgelegte Anzahl Durchstechflaschen pro Kalenderjahr pro Patient übersteigt. Sie gibt dem Krankenversicherer den Schwellenwert für die Anzahl Durchstechflaschen pro Patient pro Kalenderjahr bekannt, ab dem die Zulassungsinhaberin den Fabrikabgabepreis pro Durchstechflasche zurückerstattet. Die Mehrwertsteuer kann nicht zusätzlich zu diesem Betrag (Basis Fabrikabgabepreis) zurückgefordert werden. Die Rückerstattung für die Anzahl Durchstechflaschen, die den Schwellenwert pro Kalenderjahr übersteigen, soll rückwirkend pro Kalenderjahr (mit Sticht datum 31. Dezember) und falls erforderlich pro rata (erstes Therapiejahr, Therapieabbruchjahr) erfolgen.

VYNDAQEL Kaps 61 mg Blist 30 Stk	Pfizer AG	019900	21057	11 126.25	10614.89
--	-----------	--------	-------	-----------	----------

Befristete Limitation bis 29.02.2024

Zur Behandlung der Wildtyp- oder hereditären Transthyretin-Amyloidose mit Kardiomyopathie (ATTR-CM) im Stadium NYHA I bis II mit mindestens einer vorangegangenen Hospitalisation aufgrund von Herzinsuffizienz und/oder einer Episode einer symptomatischen dokumentierten Herzinsuffizienz.

hATTR-Patienten mit primär polyneuropathischer Manifestation sind von der Vergütung einer Therapie mit VYNDAQEL ausgeschlossen.

Die Diagnosestellung der kardialen ATTR-Amyloidose hat wie folgt zu erfolgen: Positive Knochenszintigraphie (Perugini Grad 2-3), Echokardiographie (z. B. typisches Strain-Muster), bei gleichzeitigem Ausschluss einer AL-Amyloidose (Ausschluss einer monoklonalen Gammopathie mittels Messung der freien Leichtketten im Serum, sowie Serum- und Urin-Immunfixationselektrophorese).

Im Fall eines unklaren/unsicheren Szintigraphiebefundes oder/und keines eindeutigen Ausschlusses der AL-Amyloidose oder/und eines nicht eindeutigen Befundes in der kardialen Bildgebung ist eine Biopsie mit histologischem Nachweis von Transthyretin-Amyloid notwendig.

Vor Therapiebeginn:

Die Diagnosestellung der kardialen Transthyretin-Amyloidose, die Verschreibung und die Überwachung der Therapie mit VYNDAQEL kann nur durch ein spezialisiertes, interdisziplinär zusammengesetztes Ärzteteam in einer zertifizierten kardiologischen Weiterbildungsstätte der Kategorie A erfolgen:

Kantonsspital Aarau, Universitätsspital Basel, Inselspital Bern, Kantonsspital Freiburg, HUG Genf, CHUV Lausanne, Luzerner Kantonsspital, Istituto Cardiocentro Ticino Lugano, Kantonsspital St. Gallen, Stadtspital Triemli Zürich, Klinik Hirslanden Zürich, Universitätsspital Zürich.

Bevor die Therapie eingeleitet werden kann, ist der Patient über die Vergütungskriterien (inkl. Therapieabbruchkriterien) schriftlich aufzuklären.

Vor Therapiebeginn muss eine Kostengutsprache des Krankenversicherers nach vorgängiger Konsultation des Vertrauensarztes eingeholt werden.

Folgende Einschlusskriterien der ATTR-ACT Studie müssen kumulativ erfüllt sein für einen Therapiebeginn mit VYNDAQEL:

- NT-pro BNP Konzentration ≥ 600 pg/ml
- Distanz gemäss 6-Minuten-Gehtest >100 Meter
- eine Lebenserwartung von mindestens 2 Jahren (in der ATTR-ACT Studie zeigte sich ein Vorteil bei der Mortalität nach einer Behandlungsdauer mit Tafamidis von rund 18 Monaten).

VYNDAQEL wird nicht vergütet bei Patienten mit Vorgeschichte einer Leber- oder Herztransplantation, bei Patienten, denen «mechanic assist devices» (LVAD, RVAD, BIVAD) implantiert wurde oder bei Patienten mit Niereninsuffizienz (glomeruläre Filtrationsrate < 25 mL/Min./1.73 m²).

VYNDAQEL darf nicht mit anderen spezifischen Arzneimitteln zur Behandlung Transthyretin-Amyloidose (z. B. Patisiran, Inotersen) kombiniert werden.

Die Dosierung bei der Transthyretin-Amyloidose mit Kardiomyopathie (ATTR-CM) hat mit einer Dosis von 61 mg täglich zu erfolgen.

Die Dosierung VYNDAQEL 4x20mg täglich wird nicht von der OKP vergütet.

Therapiefortführung:

Dokumentation von NYHA Stadium, NT-proBNP, 6-Minuten-Gehtest, Herzinsuffizienz-bedingten Hospitalisationen und Diuretika-Verbrauch vor Therapiebeginn und regelmässig während der Behandlung mit VYNDAQEL (zumindest alle 6 Monate) sowie von transthorakaler Echokardiographie (zumindest alle 12 Monate).

Regelmässige Überprüfung des Behandlungserfolges.

Therapieabbruch:

Die Therapie ist abzubrechen bei ATTR-CM bedingter

- substantieller klinischer Verschlechterung während 6 Monaten (z. B. rezidivierende Hospitalisationen aufgrund kardialer Dekompensation);
- sinkender Leistungsfähigkeit während 6 Monaten in Kombination mit NT-proBNP-Anstieg und erhöhtem Diuretika-Verbrauch
- wenn der Patient trotz optimaler Therapie eine Herzinsuffizienz der NYHA Klasse III oder IV entwickelt
- 6-Minuten-Gehtest (klinisch relevante Verringerung der Gehdistanz)
- Durchführung einer Herz- oder Lebertransplantation
- Implantierung von «mechanic assist devices» (LVAD, RVAD, BIVAD)

Die Zulassungsinhaberin Pfizer AG erstattet nach Aufforderung durch denjenigen Krankenversicherer, bei dem die versicherte Person zum Zeitpunkt des Bezugs versichert war, für jede bezogene Packung VYNDAQEL 30 Weichkaps. 61mg einen festgelegten Betrag des Fabrikabgabepreises zurück. Sie gibt dem Krankenversicherer den entsprechenden Betrag bekannt, der bezogen auf den Fabrikabgabepreis pro Packung VYNDAQEL 30 Weichkaps. 61 mg zurückerstattet wird. Die Mehrwertsteuer kann nicht zusätzlich zu diesem Anteil des Fabrikabgabepreises zurückgefordert werden. Die Aufforderung zur Rückerstattung soll ab dem Zeitpunkt der Verabreichung erfolgen.

Kontaktadresse: Pfizer-Rueckverguetung@pfizer.com

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

IMFINZI

AstraZeneca AG

071610

Inf Konz 120 mg Durchstechfl 2.4ml

20791

610.05

517.13

Inf Konz 500 mg Durchstechfl 10 ml

20791

2424.70

2154.71

Befristete Limitation bis 30.11.2026

NSCLC

Als Monotherapie nach Kostengutsprache durch den Krankenversicherer nach vorgängiger Konsultation des Vertrauensarztes für die Behandlung von Patienten mit histologisch oder zytologisch bestätigtem lokal fortgeschrittenem, nicht resezierbarem nicht-kleinzelligem Lungenkarzinom Stadium III, deren Erkrankung nach einer definitiven platinbasierten Chemoradiotherapie nicht fortgeschritten ist.

Klinisch stabile Patienten mit initialem Befund einer Progression können bis zur Bestätigung der Progression der Erkrankung weiter behandelt werden. Voraussetzung für die Therapie ist eine Vortherapie mit ≥ 2 Zyklen platinbasierter Chemotherapie plus begleitender Radiotherapie, ein Alter ≥ 18 Jahre sowie eine geschätzte Restlebenserwartung ≥ 12 Wochen. Die Therapiedauer ist auf 12 Monate beschränkt.

Folgender Indikationscode ist an den Krankenversicherer zu übermitteln: 20791.01

Befristete Limitation bis 30.11.2026

SCLC

Als Erstlinienbehandlung in Kombination mit Etoposid und entweder Carboplatin oder Cisplatin von Patienten mit fortgeschrittenem, unbehandeltem, histologisch oder zytologisch bestätigtem kleinzelligem Lungenkarzinom (ES-SCLC, extensive-stage small cell lung cancer) entsprechend den Kriterien des American Joint Committee on Cancer (AJCC, Version 8, Stadium IV (T alle, N alle, M1a-c) oder T3-4 ohne verträgliche Bestrahlungsmöglichkeit).

Voraussetzung für die Therapie ist ein Alter von 18 Jahren, eine geschätzte Restlebenserwartung von 12 Wochen sowie eine nach RECIST Version 1.1 messbare Krankheit. Die Patienten sollten bis zur Progression der Erkrankung behandelt werden. Klinisch stabile Patienten mit initialem Befund einer Progression können bis zur Bestätigung der Progression der Erkrankung weiter behandelt werden.

Dem Krankenversicherer ist bei Therapiebeginn die Indikation mitzuteilen.

Die Zulassungsinhaber AstraZeneca AG erstattet dem Krankenversicherer, bei dem die versicherte Person zum Zeitpunkt des Bezugs versichert war, auf dessen Aufforderung hin für jede für die Nebenindikation SCLC Behandlung bezogene Packung IMFINZI einen festgelegten Anteil des Fabrikabgabepreises zurück. Die Zulassungsinhaber gibt dem Krankenversicherer die jeweilige Höhe der Rückerstattungen bekannt. Die Mehrwertsteuer kann nicht zusätzlich zurückgefordert werden. Die Aufforderung zur Rückerstattung soll ab dem Zeitpunkt der Verabreichung erfolgen.

Folgender Indikationscode ist an den Krankenversicherer zu übermitteln: 20791.02

LYNPARZA

AstraZeneca AG

071610

Filmtabl 100 mg Blist 112 Stk

20852

5289.85

4920.82

Filmtabl 150 mg Blist 112 Stk

20852

5289.85

4920.82

Befristete Limitation bis 31.01.2026

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 (neo)adjuvante platinhaltige Erstlinien-Chemotherapie bei Vorliegen einer kompletten oder partiellen ($\geq 30\%$ Reduktion des Tumolvolumens 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 Zulassungsinhaber 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.

Folgender Code ist an den Krankenversicherer zu übermitteln: 20852.01

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

Befristete Limitation bis 31.01.2024

Ovarialkarzinom nach Erstlinienchemotherapie

Kombinationstherapie mit Bevacizumab

Nur nach Verordnung durch einen Facharzt der Gynäkologie oder Onkologie und nach Kostengutsprache durch den Krankenversicherer nach vorgängiger Konsultation des Vertrauensarztes. Zur Erhaltungstherapie in Kombination mit Bevacizumab bei Patientinnen mit fortgeschrittenem (FIGO Stadium III und IV) high-grade serösem Ovarialkarzinom mit einer BRCA-Mutation oder einer anderen homologen Rekombinationsdefizienz (HRD) mit genomischer Instabilität (Myriad myChoice CDx Test mit einem Score für genomische Instabilität (GIS) ≥ 42 oder ein anderer validierter Test mit vergleichbarem Cutoff) im Anschluss an eine mit Bevacizumab kombinierte Platin-Taxan-haltige Erstlinien-Chemotherapie bei Vorliegen einer kompletten oder partiellen Remission.

Unter folgenden Voraussetzungen:

- keine klinische Evidenz einer Progression oder steigender CA-125 Werte nach dem Abschluss der Chemotherapie.
- Mindestens 6 Behandlungszyklen bis maximal 9 Zyklen einer Platin-Taxan-haltigen Chemotherapie (mind. 4 Behandlungszyklen im Falle von nichthämatologischer Toxizität aufgrund von Platin).
- mindestens drei Zyklen Bevacizumab in Kombination mit den drei letzten Zyklen der platinbasierten Chemotherapie. Im Falle einer zytoreduktiven Intervalloperation dürfen die Patienten nur zwei Zyklen Bevacizumab in Kombination mit den letzten drei Zyklen einer platinbasierten Chemotherapie erhalten haben.
- Die Behandlung mit Bevacizumab erfolgt für maximal 15 Monate (inkl. den Zyklen verabreicht in Kombination mit der Chemotherapie).
- Die Behandlung mit Lynparza 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.

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

Auf die Kombination von Lynparza mit Bevacizumab ist dem Krankenversicherer für jede bezogene Packung Lynparza und jede bezogene Packung des Bevacizumab Präparates je ein festgelegter Anteil des Fabrikabgabepreises zurückzuerstatten.

Die ZulassungsinhaberIn von Lynparza erstattet dem Krankenversicherer, bei dem die versicherte Person zum Zeitpunkt des Bezugs versichert war, auf dessen erste Aufforderung hin für jede bezogene Packung Lynparza eingesetzt in Kombination mit Bevacizumab einen festgelegten Anteil des Fabrikabgabepreises zurück. Die ZulassungsinhaberIn gibt dem Krankenversicherer die Höhe der Rückerstattung bekannt. Die Mehrwertsteuer kann nicht zusätzlich zu diesem Anteil des Fabrikabgabepreises zurückgefordert werden. Die Aufforderung zur Rückerstattung soll ab dem Zeitpunkt der Verabreichung erfolgen.

Die ZulassungsinhaberIn vergütet 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. Die Rückerstattung auf das Bevacizumab Präparat, eingesetzt in Kombination mit Lynparza, ist in der Limitation des Bevacizumab Präparates festgelegt. Es werden für diese Indikation nur diejenigen Bevacizumab-Präparate vergütet, die über die entsprechende Limitierung Olaparib in Kombination mit Bevacizumab verfügen.

Folgender Code ist an den Krankenversicherer zu übermitteln: 20852.02

Befristete Limitation bis 31.01.2026

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 rezidiertem 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. Hiervon ausgenommen ist ein verträglichkeitsbedingter Wechsel in derselben Behandlungslinie unter 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.

Folgender Code ist an den Krankenversicherer zu übermitteln: 20852.03

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

Befristete Limitation bis 31.01.2026

Frühes Hochrisiko-Mammakarzinom

Nur nach Verordnung durch einen Facharzt der Gynäkologie oder Onkologie und nach Kostengutsprache durch den Krankenversicherer nach vorgängiger Konsultation des Vertrauensarztes als Monotherapie zur adjuvanten Therapie bei erwachsenen Patientinnen und Patienten mit gBRCA-mutiertem HER2-negativem frühem Hochrisiko-Mammakarzinom unter folgenden Voraussetzungen:

- Vorbehandlung neoadjuvant oder adjuvant mit ≥ 6 Zyklen Anthracyclin- und/oder Taxan-basierte Chemotherapie
- Erfüllung der Hochrisikokriterien der OlympiA-Studie (siehe «Eigenschaften/Wirkungen» der genehmigten Fachinformation)
- Keine vorangehende Behandlung/Erhaltungstherapie mit PARP-Inhibitoren.

Die Vergütung erfolgt für maximal 1 Jahr oder bis zum Auftreten eines Krankheitsrezidivs, je nachdem, was zuerst eintritt.

Folgender Code ist an den Krankenversicherer zu übermitteln: 20852.04

Befristete Limitation bis 31.01.2026

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.

Folgender Code ist an den Krankenversicherer zu übermitteln: 20852.05

Befristete Limitation bis 31.01.2026

Prostatakarzinom

Nur nach Verordnung durch einen Facharzt der Urologie oder Onkologie und nach Kostengutsprache durch den Krankenversicherer nach vorgängiger Konsultation des Vertrauensarztes. Als Monotherapie bei erwachsenen Patienten mit metastasiertem kastrationsresistentem Prostatakarzinom mit deletärer oder vermuteter deletärer BRCA-Mutation (Keimbahn und/oder somatisch), deren Erkrankung nach vorheriger Behandlung mit einem New Hormonal Agent fortgeschritten ist.

- Vor Beginn der Behandlung mit Lynparza Filmtabletten muss bestätigt sein, dass eine BRCA1/2 Genmutation vorliegt (unter Verwendung von Tumor-DNA aus einer Gewebeprobe, oder Keimbahn-DNA).
- Die Behandlung erfolgt bis zur Progression.

Retreatments nach einem Rückfall sind von einer Vergütung ausgeschlossen.

Im Falle eines Therapieabbruchs innert 28 Tagen nach Behandlungsbeginn werden dem Krankenversicherer von der Zulassungsinhaberin die Kosten der gesamten Packung zurückerstattet. Die Therapieabbrüche sind dem Krankenversicherer unverzüglich vom behandelnden Arzt zu melden.

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 Lynparza 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.

Folgender Code ist an den Krankenversicherer zu übermitteln: 20852.06.

PRÄPARATE / (Wirkstoffe) Packungen	Verantwortliche Firma	Therap. Gruppe	Dossier Nr.	Preis neu	Ex-Fact. neu
VIII. Limitationsänderungen aufgrund der Überprüfung der Aufnahmebedingungen alle drei Jahre von 2023					
ALIMTA	Eli Lilly (Suisse) SA	071610			
Trockensub 100mg für Inf Lös Durchstf 1 Stk			18262	155.95	121.57
Trockensub 500mg für Inf Lös Durchstf 1 Stk			18262	714.20	607.85
Limitation alt					
Nach vorgängiger Kostengutsprache durch den Vertrauensarzt des Krankenversicherers. In Kombination mit Cisplatin für die First-line-Chemotherapie von Patienten mit lokal fortgeschrittenem oder metastasiertem nicht-kleinzelligem Lungenkarzinom ausser bei überwiegender plattenepithelialer Histologie.					
Nach vorgängiger Kostengutsprache durch den Vertrauensarzt des Krankenversicherers. Monotherapie bei Patienten mit lokal fortgeschrittenem oder metastasiertem nicht-kleinzelligem Lungenkarzinom nach vorangegangener Chemotherapie ausser bei überwiegender plattenepithelialer Histologie.					
Behandlung von Patienten mit malignem Pleuramesotheliom in Kombination mit Cisplatin.					
Limitation neu					
Behandlung bedarf der Kostengutsprache durch den Krankenversicherer nach vorgängiger Konsultation des Vertrauensarztes. In Kombination mit Cisplatin für die First-line-Chemotherapie von Patienten mit lokal fortgeschrittenem oder metastasiertem nicht-kleinzelligem Lungenkarzinom ausser bei überwiegender plattenepithelialer Histologie.					
Behandlung bedarf der Kostengutsprache durch den Krankenversicherer nach vorgängiger Konsultation des Vertrauensarztes. Monotherapie bei Patienten mit lokal fortgeschrittenem oder metastasiertem nicht-kleinzelligem Lungenkarzinom nach vorangegangener Chemotherapie ausser bei überwiegender plattenepithelialer Histologie.					
Behandlung von Patienten mit malignem Pleuramesotheliom in Kombination mit Cisplatin.					
CARNITENE	Alfasigma Schweiz AG	079900			
Kautabl 1g Blist 30 Stk			15343	123.30	93.13
Trink Lös 1g/10ml 10 Fl 10ml			15537	39.00	19.69
Limitation alt					
Angeborene Störungen des Aminosäuren- und Fettstoffwechsels sowie nachgewiesener Carnitin-Mangel bei Myopathien und chronischer Dialyse.					
Limitation neu					
Angeborene Störungen des Aminosäuren- und Fettstoffwechsels sowie nachgewiesener Carnitin-Mangel bei Myopathien.					
CARNITENE	Alfasigma Schweiz AG	079900			
Inj Lös 1g/5ml i. v. 5 Amp 5ml			14954	39.45	20.07
Limitation alt					
Angeborene Störungen des Aminosäuren- und Fettstoffwechsels sowie nachgewiesener Carnitin-Mangel bei Myopathien und chronischer Dialyse.					
Limitation neu					
Nachgewiesener Carnitin-Mangel bei chronischer Dialyse.					
DECA DURABOLIN	Aspen Pharma Schweiz GmbH	070850			
Inj Lös 50mg i. m. Amp 1ml			9224	16.55	7.26
Limitation alt					
Ausschliesslich zugelassen bei schwerer postmenopausaler Osteoporose, wenn andere Therapieoptionen ausgeschöpft wurden.					
Limitation neu					
Vergütung ausschliesslich bei schwerer postmenopausaler Osteoporose, wenn andere Therapieoptionen ausgeschöpft wurden.					

PRÄPARATE / (Wirkstoffe) Packungen	Verantwortliche Firma	Therap. Gruppe	Dossier Nr.	Preis neu	Ex-Fact. neu
GALVUS	Novartis Pharma Schweiz AG	070620			
Filmtabl 50 mg 28 Stk			18641	27.30	13.06
Filmtabl 50 mg 112 Stk			18641	76.40	52.25
Limitation alt					
Zur Behandlung von Patienten mit einem Typ 2 Diabetes mellitus, welche mit den bisherigen oralen Therapien nur ungenügend eingestellt werden können oder diese nicht vertragen.					
– Als Zweifachkombination mit folgenden Therapieoptionen, wenn mit Diät, körperlicher Bewegung und diesen Behandlungen keine ausreichende Kontrolle der Glykämie erreicht werden kann:					
– mit Metformin oder					
– mit einem Sulfonylharnstoff (SU) oder					
– mit Thiazolidindione (TZD)					
– Als Dreifachkombination mit Metformin und einem Sulfonylharnstoff, wenn mit Diät und körperliche Bewegung plus der Zweifachkombination mit diesen Substanzen keine ausreichende Kontrolle der Glykämie erreicht werden kann.					
– In Kombination mit Insulin (mit oder ohne Metformin) wenn mit Diät, körperliche Bewegung und einer stabilen Dosis Insulin keine ausreichende Kontrolle der Glykämie erreicht werden kann.					
Limitation neu					
Zur Behandlung von Patienten mit einem Typ 2 Diabetes mellitus, wenn Diät und körperlicher Bewegung nicht ausreichen:					
– Als Monotherapie, für Patienten, welche mit den bisherigen oralen Therapien nur ungenügend eingestellt werden können oder diese nicht vertragen.					
– Als Zweifachkombination mit folgenden Therapieoptionen, wenn mit diesen Behandlungen keine ausreichende Kontrolle der Glykämie erreicht werden kann:					
– mit Metformin oder					
– mit einem Sulfonylharnstoff (SU) oder					
– mit Thiazolidindione (TZD)					
– Als Dreifachkombination mit Metformin und einem Sulfonylharnstoff, wenn mit der Zweifachkombination mit diesen Substanzen keine ausreichende Kontrolle der Glykämie erreicht werden kann.					
– In Kombination mit Insulin (mit oder ohne Metformin), wenn mit einer stabilen Dosis Insulin keine ausreichende Kontrolle der Glykämie erreicht werden kann.					
INDIVINA	Orion Pharma AG	070860			
Tabl 1 mg/2.5 mg 3 × 28 Stk			17546	43.60	23.71
Tabl 1 mg/5 mg 3 × 28 Stk			17546	43.60	23.71
Tabl 2 mg/5 mg 3 × 28 Stk			17546	43.60	23.71
Limitation alt					
Nur für bereits mit diesem Medikament eingestellte Patienten.					
Limitation neu					
Nur für bereits mit diesem Medikament eingestellte Patientinnen.					
JANUVIA	MSD Merck Sharp & Dohme AG	070620			
Filmtabl 25 mg 28 Stk			18533	47.20	26.82
Filmtabl 25 mg 98 Stk			18533	124.15	93.85
Filmtabl 50 mg 28 Stk			18533	47.20	26.82
Filmtabl 50 mg 98 Stk			18533	124.15	93.85
Filmtabl 100 mg 28 Stk			18533	47.20	26.82
Filmtabl 100 mg 98 Stk			18533	124.15	93.85
Limitation alt					
Zur Behandlung von Patienten mit einem Typ 2 Diabetes mellitus, welche mit Diät und vermehrter körperlicher Aktivität und den bisherigen oralen Therapien oder Insulin nur ungenügend eingestellt werden können oder diese nicht vertragen.					
– Als Zweifachkombination ausschliesslich mit Metformin oder einem Sulfonylharnstoff.					
– Als Dreifachkombination mit einer Kombination aus Metformin und einem Sulfonylharnstoff.					
– In Kombination mit Insulin (mit oder ohne Metformin), wenn durch diese Massnahmen keine ausreichende Kontrolle der Glykämie erreicht wird.					
Limitation neu					
Zur Behandlung von Patienten mit einem Typ 2 Diabetes mellitus, wenn Diät und vermehrte körperliche Aktivität nicht ausreichen:					
– Als Monotherapie, für Patienten, welche mit den bisherigen oralen Therapien nur ungenügend eingestellt werden können oder diese nicht vertragen.					
– Als Zweifachkombination ausschliesslich mit Metformin oder einem Sulfonylharnstoff, wenn mit Metformin oder Sulfonylharnstoff alleine keine ausreichende Kontrolle der Glykämie erreicht werden kann.					
– Als Dreifachkombination mit einer Kombination aus Metformin und einem Sulfonylharnstoff, wenn mit der Zweifachkombination mit diesen Substanzen keine ausreichende Kontrolle der Glykämie erreicht werden kann.					
– In Kombination mit Insulin (mit oder ohne Metformin), wenn durch diese Massnahmen keine ausreichende Kontrolle der Glykämie erreicht wird.					

PRÄPARATE / (Wirkstoffe) Packungen	Verantwortliche Firma	Therap. Gruppe	Dossier Nr.	Preis neu	Ex-Fact. neu
METHREXX	Sandoz Pharmaceuticals AG	071060			
Inj Lös 7.5 mg/0.375 ml Fertspr 0.375 ml			20191	26.95	12.77
Inj Lös 10 mg/0.5 ml Fertspr 0.5 ml			20191	34.50	15.75
Inj Lös 12.5 mg/0.625 ml Fertspr 0.625 ml			20191	36.40	17.41
Inj Lös 15 mg/0.75 ml Fertspr 0.75 ml			20191	37.25	18.16
Inj Lös 17.5 mg/0.875 ml Fertspr 0.875 ml			20191	39.10	19.77
Inj Lös 20 mg/ml Fertspr 1 Stk			20191	39.75	20.33
Inj Lös 25 mg/1.25 ml Fertspr 1 Stk			20191	42.70	22.92
Inj Lös 30 mg/1.5 ml Fertspr 1 Stk			20191	44.80	24.75
Limitation neu Wird nicht vergütet in folgender Indikation: Leichter bis mittelschwerer Morbus Crohn, entweder allein oder in Kombination mit Kortikosteroiden bei erwachsenen Patienten, die auf Thiopurine nicht ansprechen oder diese nicht vertragen.					
ONGLYZA	AstraZeneca AG	070620			
Tabl 2.5 mg 28 Stk			19172	55.35	33.91
Tabl 2.5 mg 98 Stk			19172	149.00	115.49
Tabl 5 mg 28 Stk			19172	55.35	33.91
Tabl 5 mg 98 Stk			19172	149.00	115.49
Limitation alt Zur Behandlung von Patienten mit einem Typ 2 Diabetes mellitus, wenn mit den bisherigen oralen Therapien oder mit Insulin zusammen mit Diät und vermehrter körperlicher Aktivität keine ausreichende Kontrolle der Glykämie erreicht wird oder wenn eine der oralen Therapien nicht vertragen wird: – Als Zweifachkombination mit – Metformin oder – mit einem Sulfonylharnstoff oder – mit einem Thiazolidindion – Als Dreifachkombination mit Metformin und einem Sulfonylharnstoff, wenn mit Metformin und einem Sulfonylharnstoff (als Zweifachkombination und maximal verträglicher Dosierung) zusammen mit Diät und vermehrter körperlicher Aktivität keine ausreichende Kontrolle der Glykämie erreicht wird. – In Kombination mit Insulin (mit oder ohne Metformin).					
Limitation neu Zur Behandlung von Patienten mit einem Typ 2 Diabetes mellitus, wenn mit Diät und vermehrter körperlicher Aktivität keine ausreichende Kontrolle der Glykämie erreicht wird: – Als Monotherapie, für Patienten, welche mit den bisherigen oralen Therapien nur ungenügend eingestellt werden können oder diese nicht vertragen. – Als Zweifachkombination mit – Metformin oder – mit einem Sulfonylharnstoff oder – mit einem Thiazolidindion, wenn mit diesen Behandlungen keine ausreichende Kontrolle der Glykämie erreicht werden kann. – Als Dreifachkombination mit Metformin und einem Sulfonylharnstoff, wenn mit Metformin und einem Sulfonylharnstoff (als Zweifachkombination und maximal verträglicher Dosierung) zusammen mit Diät und vermehrter körperlicher Aktivität keine ausreichende Kontrolle der Glykämie erreicht wird. – In Kombination mit Insulin (mit oder ohne Metformin), wenn durch diese Massnahmen keine ausreichende Kontrolle der Glykämie erreicht werden kann.					
OZEMPIC	Novo Nordisk Pharma AG	070620			
DualDose Inj Lös 2 mg/1.5 ml Fertpen 1.5 ml			20753	120.40	90.58
FixDose Inj Lös 4 mg/3 ml (1 mg/ Dosis) Fertpen 3 ml			20753	120.40	90.58
Limitation alt Zur Behandlung von Patienten mit einem unzureichend kontrollierten Typ 2 Diabetes mellitus ergänzend zu Diät und Bewegung: – In Monotherapie bei Patienten mit nachgewiesener Kontraindikation oder nachgewiesener Unverträglichkeit für Metformin. Zur Behandlung von Patienten mit einem Typ 2 Diabetes mellitus in Kombination mit folgenden Therapieoptionen, wenn durch diese Antidiabetika keine ausreichende Blutzuckerkontrolle erreicht wird: – Als Zweifachkombination mit Metformin oder einem Sulfonylharnstoff – Als Dreifachkombination mit einer Kombination aus Metformin und einem Sulfonylharnstoff – In Kombination mit Basalinsulin mit oder ohne Metformin. Mindestens BMI 28. Zusätzliche Medikamente zur Gewichtsreduktion werden nicht vom Krankenversicherer vergütet.					

PRÄPARATE / (Wirkstoffe) Packungen	Verantwortliche Firma	Therap. Gruppe	Dossier Nr.	Preis neu	Ex-Fact. neu
<p>Limitation neu</p> <p>Zur Behandlung von Patienten mit einem unzureichend kontrollierten Typ 2 Diabetes mellitus ergänzend zu Diät und Bewegung:</p> <ul style="list-style-type: none"> – In Monotherapie bei Patienten mit nachgewiesener Kontraindikation oder nachgewiesener Unverträglichkeit für Metformin. <p>Zur Behandlung von Patienten mit einem Typ 2 Diabetes mellitus in Kombination mit folgenden Therapieoptionen, wenn durch diese Antidiabetika keine ausreichende Blutzuckerkontrolle erreicht wird:</p> <ul style="list-style-type: none"> – Als Zweifachkombination mit Metformin oder einem Sulfonylharnstoff – Als Dreifachkombination mit einer Kombination aus Metformin und einem Sulfonylharnstoff – In Kombination mit Basalinsulin mit oder ohne Metformin. <p>Mindestens BMI 28. Zusätzliche Medikamente zur Gewichtsreduktion werden nicht vom Krankenversicherer vergütet.</p> <p>Es wird maximal eine Dosis von 1 mg Semaglutide pro Woche vergütet.</p>					
PEMETREXED ACCORD LIQUID	Accord Healthcare AG	071610			
Inf Konz 100 mg/4ml Durchstf 1 Stk			21262	114.10	85.10
Inf Konz 500 mg/20ml Durchstf 1 Stk			21262	504.85	425.50
Inf Konz 850 mg/34ml Durchstf 1 Stk			21262	846.80	723.35
Inf Konz 1000mg/40ml Durchstf 1 Stk			21262	993.35	851.00
<p>Limitation alt</p> <p>Nach vorgängiger Kostengutsprache durch den Vertrauensarzt des Krankenversicherers. In Kombination mit Cisplatin für die First-line-Chemotherapie von Patienten mit lokal fortgeschrittenem oder metastasiertem nicht-kleinzelligem Lungenkarzinom ausser bei überwiegender plattenepithelialer Histologie.</p> <p>Nach vorgängiger Kostengutsprache durch den Vertrauensarzt des Krankenversicherers. Monotherapie bei Patienten mit lokal fortgeschrittenem oder metastasiertem nicht-kleinzelligem Lungenkarzinom nach vorangegangener Chemotherapie ausser bei überwiegender plattenepithelialer Histologie.</p> <p>Behandlung von Patienten mit malignem Pleuramesotheliom in Kombination mit Cisplatin.</p> <p>Limitation neu</p> <p>Behandlung bedarf der Kostengutsprache durch den Krankenversicherer nach vorgängiger Konsultation des Vertrauensarztes. In Kombination mit Cisplatin für die First-line-Chemotherapie von Patienten mit lokal fortgeschrittenem oder metastasiertem nicht-kleinzelligem Lungenkarzinom ausser bei überwiegender plattenepithelialer Histologie.</p> <p>Behandlung bedarf der Kostengutsprache durch den Krankenversicherer nach vorgängiger Konsultation des Vertrauensarztes. Monotherapie bei Patienten mit lokal fortgeschrittenem oder metastasiertem nicht-kleinzelligem Lungenkarzinom nach vorangegangener Chemotherapie ausser bei überwiegender plattenepithelialer Histologie.</p> <p>Behandlung von Patienten mit malignem Pleuramesotheliom in Kombination mit Cisplatin.</p>					
PEMETREXED MYLAN	Viatrix Pharma GmbH	071610			
Inf Konz 100 mg/4ml Durchstf 1 Stk			21263	114.10	85.10
Inf Konz 500 mg/20ml Durchstf 1 Stk			21263	504.85	425.50
Inf Konz 1000 mg/40 ml Durchstf 1 Stk			21263	993.35	851.00
<p>Limitation alt</p> <p>Nach vorgängiger Kostengutsprache durch den Vertrauensarzt des Krankenversicherers. In Kombination mit Cisplatin für die First-line-Chemotherapie von Patienten mit lokal fortgeschrittenem oder metastasiertem nicht-kleinzelligem Lungenkarzinom ausser bei überwiegender plattenepithelialer Histologie.</p> <p>Nach vorgängiger Kostengutsprache durch den Vertrauensarzt des Krankenversicherers. Monotherapie bei Patienten mit lokal fortgeschrittenem oder metastasiertem nicht-kleinzelligem Lungenkarzinom nach vorangegangener Chemotherapie ausser bei überwiegender plattenepithelialer Histologie.</p> <p>Behandlung von Patienten mit malignem Pleuramesotheliom in Kombination mit Cisplatin.</p> <p>Limitation neu</p> <p>Behandlung bedarf der Kostengutsprache durch den Krankenversicherer nach vorgängiger Konsultation des Vertrauensarztes. In Kombination mit Cisplatin für die First-line-Chemotherapie von Patienten mit lokal fortgeschrittenem oder metastasiertem nicht-kleinzelligem Lungenkarzinom ausser bei überwiegender plattenepithelialer Histologie.</p> <p>Behandlung bedarf der Kostengutsprache durch den Krankenversicherer nach vorgängiger Konsultation des Vertrauensarztes. Monotherapie bei Patienten mit lokal fortgeschrittenem oder metastasiertem nicht-kleinzelligem Lungenkarzinom nach vorangegangener Chemotherapie ausser bei überwiegender plattenepithelialer Histologie.</p> <p>Behandlung von Patienten mit malignem Pleuramesotheliom in Kombination mit Cisplatin.</p>					

PRÄPARATE / (Wirkstoffe) Packungen	Verantwortliche Firma	Therap. Gruppe	Dossier Nr.	Preis neu	Ex-Fact. neu
PEMETREXED PFIZER	Pfizer AG	071610			
Trockensub 100mg Durchstf 1 Stk			21273	114.10	85.10
Trockensub 500mg Durchstf 1 Stk			21273	504.85	425.50
Limitation alt					
Nach vorgängiger Kostengutsprache durch den Vertrauensarzt des Krankenversicherers. In Kombination mit Cisplatin für die First-line-Chemotherapie von Patienten mit lokal fortgeschrittenem oder metastasiertem nicht-kleinzelligem Lungenkarzinom ausser bei überwiegender plattenepithelialer Histologie.					
Nach vorgängiger Kostengutsprache durch den Vertrauensarzt des Krankenversicherers. Monotherapie bei Patienten mit lokal fortgeschrittenem oder metastasiertem nicht-kleinzelligem Lungenkarzinom nach vorangegangener Chemotherapie ausser bei überwiegender plattenepithelialer Histologie.					
Behandlung von Patienten mit malignem Pleuramesotheliom in Kombination mit Cisplatin.					
Limitation neu					
Behandlung bedarf der Kostengutsprache durch den Krankenversicherer nach vorgängiger Konsultation des Vertrauensarztes. In Kombination mit Cisplatin für die First-line-Chemotherapie von Patienten mit lokal fortgeschrittenem oder metastasiertem nicht-kleinzelligem Lungenkarzinom ausser bei überwiegender plattenepithelialer Histologie.					
Behandlung bedarf der Kostengutsprache durch den Krankenversicherer nach vorgängiger Konsultation des Vertrauensarztes. Monotherapie bei Patienten mit lokal fortgeschrittenem oder metastasiertem nicht-kleinzelligem Lungenkarzinom nach vorangegangener Chemotherapie ausser bei überwiegender plattenepithelialer Histologie.					
Behandlung von Patienten mit malignem Pleuramesotheliom in Kombination mit Cisplatin.					
PEMETREXED SANDOZ CONC.	Sandoz Pharmaceuticals AG	071610			
Inf Konz 100mg/4ml Durchstf 1 Stk			21251	114.10	85.10
Inf Konz 500mg/20ml Durchstf 1 Stk			21251	504.85	425.50
Limitation alt					
Nach vorgängiger Kostengutsprache durch den Vertrauensarzt des Krankenversicherers. In Kombination mit Cisplatin für die First-line-Chemotherapie von Patienten mit lokal fortgeschrittenem oder metastasiertem nicht-kleinzelligem Lungenkarzinom ausser bei überwiegender plattenepithelialer Histologie.					
Nach vorgängiger Kostengutsprache durch den Vertrauensarzt des Krankenversicherers. Monotherapie bei Patienten mit lokal fortgeschrittenem oder metastasiertem nicht-kleinzelligem Lungenkarzinom nach vorangegangener Chemotherapie ausser bei überwiegender plattenepithelialer Histologie.					
Behandlung von Patienten mit malignem Pleuramesotheliom in Kombination mit Cisplatin.					
Limitation neu					
Behandlung bedarf der Kostengutsprache durch den Krankenversicherer nach vorgängiger Konsultation des Vertrauensarztes. In Kombination mit Cisplatin für die First-line-Chemotherapie von Patienten mit lokal fortgeschrittenem oder metastasiertem nicht-kleinzelligem Lungenkarzinom ausser bei überwiegender plattenepithelialer Histologie.					
Behandlung bedarf der Kostengutsprache durch den Krankenversicherer nach vorgängiger Konsultation des Vertrauensarztes. Monotherapie bei Patienten mit lokal fortgeschrittenem oder metastasiertem nicht-kleinzelligem Lungenkarzinom nach vorangegangener Chemotherapie ausser bei überwiegender plattenepithelialer Histologie.					
Behandlung von Patienten mit malignem Pleuramesotheliom in Kombination mit Cisplatin.					
PEMETREXED SPIRIG HC	Spirig HealthCare AG	071610			
Inf Konz 100mg/4ml Durchstf 1 Stk			21256	114.10	85.10
Inf Konz 500mg/20ml Durchstf 1 Stk			21256	504.85	425.50
Inf Konz 1000mg/40ml Durchstf 1 Stk			21256	993.35	851.00
Limitation alt					
Nach vorgängiger Kostengutsprache durch den Vertrauensarzt des Krankenversicherers. In Kombination mit Cisplatin für die First-line-Chemotherapie von Patienten mit lokal fortgeschrittenem oder metastasiertem nicht-kleinzelligem Lungenkarzinom ausser bei überwiegender plattenepithelialer Histologie.					
Nach vorgängiger Kostengutsprache durch den Vertrauensarzt des Krankenversicherers. Monotherapie bei Patienten mit lokal fortgeschrittenem oder metastasiertem nicht-kleinzelligem Lungenkarzinom nach vorangegangener Chemotherapie ausser bei überwiegender plattenepithelialer Histologie.					
Behandlung von Patienten mit malignem Pleuramesotheliom in Kombination mit Cisplatin.					

PRÄPARATE / (Wirkstoffe) Packungen	Verantwortliche Firma	Therap. Gruppe	Dossier Nr.	Preis neu	Ex-Fact. neu
Limitation neu					
Behandlung bedarf der Kostengutsprache durch den Krankenversicherer nach vorgängiger Konsultation des Vertrauensarztes. In Kombination mit Cisplatin für die First-line-Chemotherapie von Patienten mit lokal fortgeschrittenem oder metastasiertem nicht-kleinzelligem Lungenkarzinom ausser bei überwiegender plattenepithelialer Histologie.					
Behandlung bedarf der Kostengutsprache durch den Krankenversicherer nach vorgängiger Konsultation des Vertrauensarztes. Monotherapie bei Patienten mit lokal fortgeschrittenem oder metastasiertem nicht-kleinzelligem Lungenkarzinom nach vorangegangener Chemotherapie ausser bei überwiegender plattenepithelialer Histologie.					
Behandlung von Patienten mit malignem Pleuramesotheliom in Kombination mit Cisplatin.					
PEMETREXED VIATRIS	Viatrix Pharma GmbH	071610			
Inf Konz 100 mg/4ml Durchstf 1 Stk			21263	114.10	85.10
Inf Konz 500 mg/20ml Durchstf 1 Stk			21263	504.85	425.50
Inf Konz 1000 mg/40ml Durchstf 1 Stk			21263	993.35	851.00
Limitation alt					
Nach vorgängiger Kostengutsprache durch den Vertrauensarzt des Krankenversicherers. In Kombination mit Cisplatin für die First-line-Chemotherapie von Patienten mit lokal fortgeschrittenem oder metastasiertem nicht-kleinzelligem Lungenkarzinom ausser bei überwiegender plattenepithelialer Histologie.					
Nach vorgängiger Kostengutsprache durch den Vertrauensarzt des Krankenversicherers. Monotherapie bei Patienten mit lokal fortgeschrittenem oder metastasiertem nicht-kleinzelligem Lungenkarzinom nach vorangegangener Chemotherapie ausser bei überwiegender plattenepithelialer Histologie.					
Behandlung von Patienten mit malignem Pleuramesotheliom in Kombination mit Cisplatin.					
Limitation neu					
Behandlung bedarf der Kostengutsprache durch den Krankenversicherer nach vorgängiger Konsultation des Vertrauensarztes. In Kombination mit Cisplatin für die First-line-Chemotherapie von Patienten mit lokal fortgeschrittenem oder metastasiertem nicht-kleinzelligem Lungenkarzinom ausser bei überwiegender plattenepithelialer Histologie.					
Behandlung bedarf der Kostengutsprache durch den Krankenversicherer nach vorgängiger Konsultation des Vertrauensarztes. Monotherapie bei Patienten mit lokal fortgeschrittenem oder metastasiertem nicht-kleinzelligem Lungenkarzinom nach vorangegangener Chemotherapie ausser bei überwiegender plattenepithelialer Histologie.					
Behandlung von Patienten mit malignem Pleuramesotheliom in Kombination mit Cisplatin.					
PEMETREXED ZENTIVA	Helvepharm AG	071060			
Inf Konz 100 mg/4ml Durchstf 1 Stk			21352	114.10	85.10
Inf Konz 500 mg/20ml Durchstf 1 Stk			21352	504.85	425.50
Inf Konz 1000 mg/40ml Durchstf 1 Stk			21352	993.35	851.00
Limitation alt					
Nach vorgängiger Kostengutsprache durch den Vertrauensarzt des Krankenversicherers. In Kombination mit Cisplatin für die First-line-Chemotherapie von Patienten mit lokal fortgeschrittenem oder metastasiertem nicht-kleinzelligem Lungenkarzinom ausser bei überwiegender plattenepithelialer Histologie.					
Nach vorgängiger Kostengutsprache durch den Vertrauensarzt des Krankenversicherers. Monotherapie bei Patienten mit lokal fortgeschrittenem oder metastasiertem nicht-kleinzelligem Lungenkarzinom nach vorangegangener Chemotherapie ausser bei überwiegender plattenepithelialer Histologie.					
Behandlung von Patienten mit malignem Pleuramesotheliom in Kombination mit Cisplatin.					
Limitation neu					
Behandlung bedarf der Kostengutsprache durch den Krankenversicherer nach vorgängiger Konsultation des Vertrauensarztes. In Kombination mit Cisplatin für die First-line-Chemotherapie von Patienten mit lokal fortgeschrittenem oder metastasiertem nicht-kleinzelligem Lungenkarzinom ausser bei überwiegender plattenepithelialer Histologie.					
Behandlung bedarf der Kostengutsprache durch den Krankenversicherer nach vorgängiger Konsultation des Vertrauensarztes. Monotherapie bei Patienten mit lokal fortgeschrittenem oder metastasiertem nicht-kleinzelligem Lungenkarzinom nach vorangegangener Chemotherapie ausser bei überwiegender plattenepithelialer Histologie.					
Behandlung von Patienten mit malignem Pleuramesotheliom in Kombination mit Cisplatin.					

PRÄPARATE / (Wirkstoffe) Packungen	Verantwortliche Firma	Therap. Gruppe	Dossier Nr.	Preis neu	Ex-Fact. neu
PEMETREXED-TEVA LIQUID	Teva Pharma AG	071610			
Inf Konz 100 mg/4ml Durchstf 4ml			21243	114.10	85.10
Inf Konz 500 mg/20ml Durchstf 20ml			21243	504.85	425.50
Inf Konz 850 mg/34ml Durchstf 34ml			21243	846.80	723.35
Inf Konz 1000 mg/40ml Durchstf 40ml			21243	993.35	851.00
Limitation alt					
Nach vorgängiger Kostengutsprache durch den Vertrauensarzt des Krankenversicherers. In Kombination mit Cisplatin für die First-line-Chemotherapie von Patienten mit lokal fortgeschrittenem oder metastasiertem nicht-kleinzelligem Lungenkarzinom ausser bei überwiegender plattenepithelialer Histologie.					
Nach vorgängiger Kostengutsprache durch den Vertrauensarzt des Krankenversicherers. Monotherapie bei Patienten mit lokal fortgeschrittenem oder metastasiertem nicht-kleinzelligem Lungenkarzinom nach vorangegangener Chemotherapie ausser bei überwiegender plattenepithelialer Histologie.					
Behandlung von Patienten mit malignem Pleuramesotheliom in Kombination mit Cisplatin.					
Limitation neu					
Behandlung bedarf der Kostengutsprache durch den Krankenversicherer nach vorgängiger Konsultation des Vertrauensarztes. In Kombination mit Cisplatin für die First-line-Chemotherapie von Patienten mit lokal fortgeschrittenem oder metastasiertem nicht-kleinzelligem Lungenkarzinom ausser bei überwiegender plattenepithelialer Histologie.					
Behandlung bedarf der Kostengutsprache durch den Krankenversicherer nach vorgängiger Konsultation des Vertrauensarztes. Monotherapie bei Patienten mit lokal fortgeschrittenem oder metastasiertem nicht-kleinzelligem Lungenkarzinom nach vorangegangener Chemotherapie ausser bei überwiegender plattenepithelialer Histologie.					
Behandlung von Patienten mit malignem Pleuramesotheliom in Kombination mit Cisplatin.					
SANTURIL	Lipomed AG	071120			
Tabl 500 mg Blist 30 Stk			18342	39.40	20.04
Tabl 500 mg Blist 100 Stk			18342	86.00	60.65
Limitation neu					
Zur Behandlung der symptomatischen Hyperurikämie (Gichtarthritis) bei Patienten, die mit anderen die Harnsäure senkenden Arzneimitteln nicht behandelt werden können.					
SITAGLIPTIN SANDOZ ECO	Sandoz Pharmaceuticals AG	070620			
Filmtabl 25 mg 28 Stk			21541	28.45	14.08
Filmtabl 25 mg 98 Stk			21541	72.95	49.25
Filmtabl 50 mg 28 Stk			21541	28.45	14.08
Filmtabl 50 mg 98 Stk			21541	72.95	49.25
Filmtabl 100 mg 28 Stk			21541	28.45	14.08
Filmtabl 100 mg 98 Stk			21541	72.95	49.25
Limitation alt					
Zur Behandlung von Patienten mit einem Typ 2 Diabetes mellitus, welche mit Diät und vermehrter körperlicher Aktivität und den bisherigen oralen Therapien oder Insulin nur ungenügend eingestellt werden können oder diese nicht vertragen.					
– Als Zweifachkombination ausschliesslich mit Metformin oder einem Sulfonylharnstoff.					
– Als Dreifachkombination mit einer Kombination aus Metformin und einem Sulfonylharnstoff.					
– In Kombination mit Insulin (mit oder ohne Metformin), wenn durch diese Massnahmen keine ausreichende Kontrolle der Glykämie erreicht wird.					
Limitation neu					
Zur Behandlung von Patienten mit einem Typ 2 Diabetes mellitus, wenn Diät und vermehrte körperliche Aktivität nicht ausreichen:					
– Als Monotherapie, für Patienten, welche mit den bisherigen oralen Therapien nur ungenügend eingestellt werden können oder diese nicht vertragen.					
– Als Zweifachkombination ausschliesslich mit Metformin oder einem Sulfonylharnstoff, wenn mit Metformin oder Sulfonylharnstoff alleine keine ausreichende Kontrolle der Glykämie erreicht werden kann.					
– Als Dreifachkombination mit einer Kombination aus Metformin und einem Sulfonylharnstoff, wenn mit der Zweifachkombination mit diesen Substanzen keine ausreichende Kontrolle der Glykämie erreicht werden kann.					
– In Kombination mit Insulin (mit oder ohne Metformin), wenn durch diese Massnahmen keine ausreichende Kontrolle der Glykämie erreicht wird.					

PRÄPARATE / (Wirkstoffe) Packungen	Verantwortliche Firma	Therap. Gruppe	Dossier Nr.	Preis neu	Ex-Fact. neu
SITAGLIPTIN SPIRIG HC	Spirig HealthCare AG	070620			
Filmtabl 25mg 28 Stk			21575	28.45	14.08
Filmtabl 25mg 98 Stk			21575	72.95	49.25
Filmtabl 25mg 100 Stk			21575	74.10	50.26
Filmtabl 50mg 28 Stk			21575	28.45	14.08
Filmtabl 50mg 98 Stk			21575	72.95	49.25
Filmtabl 50mg 100 Stk			21575	74.10	50.26
Filmtabl 100mg 28 Stk			21575	28.45	14.08
Filmtabl 100mg 98 Stk			21575	72.95	49.25
Filmtabl 100mg 100 Stk			21575	74.10	50.26
Limitation alt					
Zur Behandlung von Patienten mit einem Typ 2 Diabetes mellitus, welche mit Diät und vermehrter körperlicher Aktivität und den bisherigen oralen Therapien oder Insulin nur ungenügend eingestellt werden können oder diese nicht vertragen.					
– Als Zweifachkombination ausschliesslich mit Metformin oder einem Sulfonylharnstoff.					
– Als Dreifachkombination mit einer Kombination aus Metformin und einem Sulfonylharnstoff.					
– In Kombination mit Insulin (mit oder ohne Metformin), wenn durch diese Massnahmen keine ausreichende Kontrolle der Glykämie erreicht wird.					
Limitation neu					
Zur Behandlung von Patienten mit einem Typ 2 Diabetes mellitus, wenn Diät und vermehrte körperliche Aktivität nicht ausreichen:					
– Als Monotherapie, für Patienten, welche mit den bisherigen oralen Therapien nur ungenügend eingestellt werden können oder diese nicht vertragen.					
– Als Zweifachkombination ausschliesslich mit Metformin oder einem Sulfonylharnstoff, wenn mit Metformin oder Sulfonylharnstoff alleine keine ausreichende Kontrolle der Glykämie erreicht werden kann.					
– Als Dreifachkombination mit einer Kombination aus Metformin und einem Sulfonylharnstoff, wenn mit der Zweifachkombination mit diesen Substanzen keine ausreichende Kontrolle der Glykämie erreicht werden kann.					
– In Kombination mit Insulin (mit oder ohne Metformin), wenn durch diese Massnahmen keine ausreichende Kontrolle der Glykämie erreicht wird.					
SITAGLIPTIN ZENTIVA	Helvepharm AG	070620			
Filmtabl 25mg 28 Stk			21574	28.45	14.08
Filmtabl 25mg 98 Stk			21574	72.95	49.25
Filmtabl 50mg 28 Stk			21574	28.45	14.08
Filmtabl 50mg 98 Stk			21574	72.95	49.25
Filmtabl 100mg 28 Stk			21574	28.45	14.08
Filmtabl 100mg 98 Stk			21574	72.95	49.25
Limitation alt					
Zur Behandlung von Patienten mit einem Typ 2 Diabetes mellitus, welche mit Diät und vermehrter körperlicher Aktivität und den bisherigen oralen Therapien oder Insulin nur ungenügend eingestellt werden können oder diese nicht vertragen.					
– Als Zweifachkombination ausschliesslich mit Metformin oder einem Sulfonylharnstoff.					
– Als Dreifachkombination mit einer Kombination aus Metformin und einem Sulfonylharnstoff.					
– In Kombination mit Insulin (mit oder ohne Metformin), wenn durch diese Massnahmen keine ausreichende Kontrolle der Glykämie erreicht wird.					
Limitation neu					
Zur Behandlung von Patienten mit einem Typ 2 Diabetes mellitus, wenn Diät und vermehrte körperliche Aktivität nicht ausreichen:					
– Als Monotherapie, für Patienten, welche mit den bisherigen oralen Therapien nur ungenügend eingestellt werden können oder diese nicht vertragen.					
– Als Zweifachkombination ausschliesslich mit Metformin oder einem Sulfonylharnstoff, wenn mit Metformin oder Sulfonylharnstoff alleine keine ausreichende Kontrolle der Glykämie erreicht werden kann.					
– Als Dreifachkombination mit einer Kombination aus Metformin und einem Sulfonylharnstoff, wenn mit der Zweifachkombination mit diesen Substanzen keine ausreichende Kontrolle der Glykämie erreicht werden kann.					
– In Kombination mit Insulin (mit oder ohne Metformin), wenn durch diese Massnahmen keine ausreichende Kontrolle der Glykämie erreicht wird.					
THYROGEN	Sanofi-Aventis (Suisse) SA	070420			
Trockensub 0.9mg Durchstf 2 Stk			18467	1059.75	910.20
Limitation alt					
Zur zweimaligen Tg-Messung bei low-risk-SD-Karzinom. Weitere Anwendungen nach Kostengutsprache durch den Vertrauensarzt.					
Einmalige Anwendung zur Ablation bei low-risk-Karzinom.					
Limitation neu					
Zur zweimaligen Tg-Messung bei low-risk-SD-Karzinom. Die Kostenübernahme weiterer Anwendungen nur bei Vorliegen einer Kostengutsprache durch den Krankenversicherer nach vorgängiger Konsultation des Vertrauensarztes.					
Einmalige Anwendung zur Ablation bei low-risk-Karzinom.					

PRÄPARATE / (Wirkstoffe) Packungen	Verantwortliche Firma	Therap. Gruppe	Dossier Nr.	Preis neu	Ex-Fact. neu
TRAJENTA	Boehringer Ingelheim (Schweiz)	070620			
Filmtabl 5 mg 30 Stk	GmbH		19844	58.65	36.82
Filmtabl 5 mg 90 Stk			19844	143.20	110.44
Limitation alt					
Zur Behandlung von Patienten mit einem Typ 2 Diabetes mellitus, welche mit Diät, körperlicher Bewegung und den bisherigen oralen Therapien nur ungenügend eingestellt werden können oder diese nicht vertragen.					
<ul style="list-style-type: none"> - Als Zweifachkombination ausschliesslich mit Metformin oder einem Sulfonylharnstoff oder einem Thiazolidindion, oder - Als Dreifachkombination mit Metformin und einem Sulfonylharnstoff, wenn durch diese oralen Antidiabetika keine ausreichende Kontrolle der Glykämie erreicht wird. 					
Limitation neu					
Zur Behandlung von Patienten mit einem Typ 2 Diabetes mellitus, welche mit Diät, körperlicher Bewegung und den bisherigen oralen Therapien nur ungenügend eingestellt werden können oder diese nicht vertragen.					
<ul style="list-style-type: none"> - Als Monotherapie, bei Patienten mit einer Unverträglichkeit oder Kontraindikation für Metformin. - Als Zweifachkombination ausschliesslich mit Metformin oder einem Sulfonylharnstoff oder einem Thiazolidindion, wenn mit diesen Behandlungen keine ausreichende Kontrolle der Glykämie erreicht werden kann. - Als Dreifachkombination mit Metformin und einem Sulfonylharnstoff, wenn durch diese oralen Antidiabetika keine ausreichende Kontrolle der Glykämie erreicht wird. 					
VILDAGLIPTIN NOBEL	NOBEL Pharma Schweiz AG	070620			
Tabl 50 mg Blist 28 Stk			21610	20.20	10.45
Tabl 50 mg Blist 112 Stk			21610	64.40	41.80
Limitation alt					
Zur Behandlung von Patienten mit einem Typ 2 Diabetes mellitus, welche mit den bisherigen oralen Therapien nur ungenügend eingestellt werden können oder diese nicht vertragen.					
<ul style="list-style-type: none"> - Als Zweifachkombination mit folgenden Therapieoptionen, wenn mit Diät, körperlicher Bewegung und diesen Behandlungen keine ausreichende Kontrolle der Glykämie erreicht werden kann: - mit Metformin oder - mit einem Sulfonylharnstoff (SU) oder - mit Thiazolidindione (TZD) - Als Dreifachkombination mit Metformin und einem Sulfonylharnstoff, wenn mit Diät und körperliche Bewegung plus der Zweifachkombination mit diesen Substanzen keine ausreichende Kontrolle der Glykämie erreicht werden kann. - In Kombination mit Insulin (mit oder ohne Metformin) wenn mit Diät, körperliche Bewegung und einer stabilen Dosis Insulin keine ausreichende Kontrolle der Glykämie erreicht werden kann. 					
Limitation neu					
Zur Behandlung von Patienten mit einem Typ 2 Diabetes mellitus, wenn Diät und körperlicher Bewegung nicht ausreichen:					
<ul style="list-style-type: none"> - Als Monotherapie, für Patienten, welche mit den bisherigen oralen Therapien nur ungenügend eingestellt werden können oder diese nicht vertragen. - Als Zweifachkombination mit folgenden Therapieoptionen, wenn mit diesen Behandlungen keine ausreichende Kontrolle der Glykämie erreicht werden kann: - mit Metformin oder - mit einem Sulfonylharnstoff (SU) oder - mit Thiazolidindione (TZD) - Als Dreifachkombination mit Metformin und einem Sulfonylharnstoff, wenn mit der Zweifachkombination mit diesen Substanzen keine ausreichende Kontrolle der Glykämie erreicht werden kann. - In Kombination mit Insulin (mit oder ohne Metformin), wenn mit einer stabilen Dosis Insulin keine ausreichende Kontrolle der Glykämie erreicht werden kann. 					
VILDAGLIPTIN SANDOZ	Sandoz Pharmaceuticals AG	070620			
Tabl 50 mg Blist 28 Stk			21625	20.20	10.45
Tabl 50 mg Blist 112 Stk			21625	64.40	41.80
Limitation alt					
Zur Behandlung von Patienten mit einem Typ 2 Diabetes mellitus, welche mit den bisherigen oralen Therapien nur ungenügend eingestellt werden können oder diese nicht vertragen.					
<ul style="list-style-type: none"> - Als Zweifachkombination mit folgenden Therapieoptionen, wenn mit Diät, körperlicher Bewegung und diesen Behandlungen keine ausreichende Kontrolle der Glykämie erreicht werden kann: - mit Metformin oder - mit einem Sulfonylharnstoff (SU) oder - mit Thiazolidindione (TZD) - Als Dreifachkombination mit Metformin und einem Sulfonylharnstoff, wenn mit Diät und körperliche Bewegung plus der Zweifachkombination mit diesen Substanzen keine ausreichende Kontrolle der Glykämie erreicht werden kann. - In Kombination mit Insulin (mit oder ohne Metformin) wenn mit Diät, körperliche Bewegung und einer stabilen Dosis Insulin keine ausreichende Kontrolle der Glykämie erreicht werden kann. 					

PRÄPARATE / (Wirkstoffe) Packungen	Verantwortliche Firma	Therap. Gruppe	Dossier Nr.	Preis neu	Ex-Fact. neu
<p>Limitation neu</p> <p>Zur Behandlung von Patienten mit einem Typ 2 Diabetes mellitus, wenn Diät und körperlicher Bewegung nicht ausreichen:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Als Monotherapie, für Patienten, welche mit den bisherigen oralen Therapien nur ungenügend eingestellt werden können oder diese nicht vertragen. - Als Zweifachkombination mit folgenden Therapieoptionen, wenn mit diesen Behandlungen keine ausreichende Kontrolle der Glykämie erreicht werden kann: <ul style="list-style-type: none"> - mit Metformin oder - mit einem Sulfonylharnstoff (SU) oder - mit Thiazolidindione (TZD) - Als Dreifachkombination mit Metformin und einem Sulfonylharnstoff, wenn mit der Zweifachkombination mit diesen Substanzen keine ausreichende Kontrolle der Glykämie erreicht werden kann. - In Kombination mit Insulin (mit oder ohne Metformin), wenn mit einer stabilen Dosis Insulin keine ausreichende Kontrolle der Glykämie erreicht werden kann. 					
VILDAGLIPTIN SPIRIG HC	Spirig HealthCare AG	070620			
Tabl 50 mg Blist 28 Stk			21614	20.20	10.45
Tabl 50 mg Blist 112 Stk			21614	64.40	41.80
<p>Limitation alt</p> <p>Zur Behandlung von Patienten mit einem Typ 2 Diabetes mellitus, welche mit den bisherigen oralen Therapien nur ungenügend eingestellt werden können oder diese nicht vertragen.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Als Zweifachkombination mit folgenden Therapieoptionen, wenn mit Diät, körperlicher Bewegung und diesen Behandlungen keine ausreichende Kontrolle der Glykämie erreicht werden kann: <ul style="list-style-type: none"> - mit Metformin oder - mit einem Sulfonylharnstoff (SU) oder - mit Thiazolidindione (TZD) - Als Dreifachkombination mit Metformin und einem Sulfonylharnstoff, wenn mit Diät und körperliche Bewegung plus der Zweifachkombination mit diesen Substanzen keine ausreichende Kontrolle der Glykämie erreicht werden kann. - In Kombination mit Insulin (mit oder ohne Metformin) wenn mit Diät, körperliche Bewegung und einer stabilen Dosis Insulin keine ausreichende Kontrolle der Glykämie erreicht werden kann. 					
<p>Limitation neu</p> <p>Zur Behandlung von Patienten mit einem Typ 2 Diabetes mellitus, wenn Diät und körperlicher Bewegung nicht ausreichen:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Als Monotherapie, für Patienten, welche mit den bisherigen oralen Therapien nur ungenügend eingestellt werden können oder diese nicht vertragen. - Als Zweifachkombination mit folgenden Therapieoptionen, wenn mit diesen Behandlungen keine ausreichende Kontrolle der Glykämie erreicht werden kann: <ul style="list-style-type: none"> - mit Metformin oder - mit einem Sulfonylharnstoff (SU) oder - mit Thiazolidindione (TZD) - Als Dreifachkombination mit Metformin und einem Sulfonylharnstoff, wenn mit der Zweifachkombination mit diesen Substanzen keine ausreichende Kontrolle der Glykämie erreicht werden kann. - In Kombination mit Insulin (mit oder ohne Metformin), wenn mit einer stabilen Dosis Insulin keine ausreichende Kontrolle der Glykämie erreicht werden kann. 					
YERVOY	Bristol-Myers Squibb SA	071610			
Inf Konz 50 mg/10 ml Durchstf 1 Stk			19520	4004.00	3666.36
Inf Konz 200 mg/40 ml Durchstf 1 Stk			19520	15278.05	14665.40
<p>Limitation alt</p> <p>Behandlung von fortgeschrittenen (nicht resezierbaren oder metastasierten) Melanomen bei Erwachsenen, die bereits zuvor eine Therapie erhalten haben.</p> <p>Die maximale Dosierung beträgt 3mg/kg Körpergewicht. Es werden maximal 4 Dosen YERVOY 3mg/kg vergütet.</p> <p>Eine Reinduktionsbehandlung mit YERVOY wird nicht rückerstattet.</p> <p>Die Behandlung bedarf der Kostengutsprache durch den Krankenversicherer nach vorgängiger Konsultation des Vertrauensarztes.</p>					
<p>Limitation neu</p> <p>Vergütet wird die Monotherapie von fortgeschrittenen (nicht resezierbaren oder metastasierten) Melanomen bei Erwachsenen, die bereits zuvor eine Therapie erhalten haben.</p> <p>Die maximale Dosierung beträgt 3mg/kg Körpergewicht. Es werden maximal 4 Dosen YERVOY 3mg/kg vergütet.</p> <p>Eine Reinduktionsbehandlung mit YERVOY wird nicht rückerstattet.</p> <p>Die Kostenübernahme bedarf der Kostengutsprache durch den Krankenversicherer nach vorgängiger Konsultation des Vertrauensarztes.</p>					
<p>Vergütet wird ausserdem die Kombination von YERVOY mit Nivolumab entsprechend der Limitierung des Nivolumab-Präparates.</p>					

PRÄPARATE / (Wirkstoffe) Packungen	Verantwortliche Firma	Therap. Gruppe	Dossier Nr.	Preis neu	Ex-Fact. neu
ZYBAN	GlaxoSmithKline AG	150000			
Ret Tabl 150 mg 30 Stk			18777	48.00	27.52
Ret Tabl 150 mg 60 Stk			18777	79.60	55.04

Limitation alt

Die Rauchentwöhnung mit Zyban wird vergütet bei einem Rauchverhalten, das die Kriterien des Abhängigkeitssyndroms nach dem Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM) Version IV oder der International Classification of Diseases (ICD) erfüllt und bei welchem zusätzlich ein Schweregrad vorliegt, der eines der folgenden Kriterien erfüllt:

- Bestehen einer Folgekrankheit des Rauchens oder
 - Bestehen einer Abhängigkeit, bei welcher der Fagerström-Test einen Score von 6 oder mehr ergibt.
- Für Patienten ab 18 Jahren, die zu einem Rauchstopp mit Zyban motiviert sind und Beratung und Unterstützung durch eine medizinische Fachperson erhalten.
Pro 18 Monate wird eine einmalige Therapie von 7 Wochen vergütet.

Limitation neu

Die Rauchentwöhnung mit Zyban wird vergütet bei einem Rauchverhalten, das die Kriterien des Abhängigkeitssyndroms nach dem Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM) Version 5 oder der International Classification of Diseases (ICD) erfüllt und bei welchem zusätzlich ein Schweregrad vorliegt, der eines der folgenden Kriterien erfüllt:

- Bestehen einer Folgekrankheit des Rauchens oder
 - Bestehen einer Abhängigkeit, bei welcher der Fagerström-Test einen Score von 6 oder mehr ergibt.
- Für Patienten ab 18 Jahren, die zu einem Rauchstopp mit Zyban motiviert sind und Beratung und Unterstützung durch eine medizinische Fachperson erhalten.
Pro 18 Monate wird eine einmalige Therapie von 7 Wochen vergütet.

«Erhöhte Sicherheit und bessere Kommunikation – alle profitieren.»

Das EPD wirkt.



EPD
elektronisches
Patientendossier



Schweizerische Eidgenossenschaft
Confédération suisse
Confederazione Svizzera
Confederaziun svizra

Eine Partnerkampagne des
Bundesamtes für Gesundheit BAG
und der Kantone.

Rachel Jenkins,
Pflegeexpertin APN,
Spitex Zürich

Schliessen Sie sich jetzt dem
elektronischen Patientendossier an:
patientendossier.ch




Regeln statt aufschieben: die Organspende.

Bestimme selbst, was mit deinem Körper passiert, im Leben und darüber hinaus. Halte deshalb deinen Willen zur Organspende fest und informiere auch deine Liebsten darüber.

leben-ist-
teilen.ch

Machs
dir zuliebe.



 Schweizerische Eidgenossenschaft
Confédération suisse
Confederazione Svizzera
Confederaziun svizra

Eidgenössisches Departement des Innern EDI
Bundesamt für Gesundheit BAG

 swiss
transplant

Schweizerische Nationale Stiftung für Organpende und Transplantation
Fondation nationale suisse pour la vie et la transplantation d'organes
Fondazione nazionale svizzera per il dono e il trapianto di organi
Swiss National Foundation for organ donation and transplantation



ORGANSPENDE

ENTSCHEIDEN. MITTEILEN. FESTHALTEN.

Rezeptsperrung

Swissmedic, Abteilung Betäubungsmittel

Rezeptsperrung

Folgende Rezepte sind gesperrt

Kanton	Block-Nr.	Rezept-Nr.
Bern		10638925
		10793951
Zürich		8165473
		10693069
		10822253

BAG-Bulletin
BBL, Vertrieb Publikationen
CH-3003 Bern

P.P.

CH-3003 Bern
Post CH AG

BAG-Bulletin

Woche
51/2023