



Schweizerische Eidgenossenschaft  
Confédération suisse  
Confederazione Svizzera  
Confederaziun svizra

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

Ausgabe vom 21. Dezember 2020

# BAG-Bulletin <sup>Woche</sup> 52/2020

Informationsmagazin für medizinische Fachpersonen und Medienschaffende

**SO SCHÜTZEN  
WIR UNS.**

[www.bag-coronavirus.ch](http://www.bag-coronavirus.ch)



# Impressum

## **HERAUSGEBER**

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

## **REDAKTION**

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

## **DRUCK**

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

## **ABONNEMENTE, ADRESSÄNDERUNGEN**

BBL, Vertrieb Bundespublikationen  
CH-3003 Bern  
Telefon 058 465 5050  
Fax 058 465 50 58  
[verkauf.zivil@bbl.admin.ch](mailto:verkauf.zivil@bbl.admin.ch)

ISSN 1420-4266

## **DISCLAIMER**

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

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

# Inhalt

Meldungen Infektionskrankheiten	4
Sentinella-Statistik	6
Wochenbericht zu den grippeähnlichen Erkrankungen	6
So schützen wir uns: <a href="http://www.bag-coronavirus.ch">www.bag-coronavirus.ch</a>	7
Spezialitätenliste	9
Rezeptsperrung	71

# Meldungen Infektionskrankheiten

## Stand am Ende der 50. Woche (15.12.2020)<sup>a</sup>

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

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

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

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

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

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

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

<sup>h</sup> Eingeschlossen sind Fälle von Haut- und Rachendiphtherie, aktuell gibt es ausschliesslich Fälle von Hautdiphtherie.

### Infektionskrankheiten: Stand am Ende der 50. Woche (15.12.2020)<sup>a</sup>

	Woche 50			letzte 4 Wochen			letzte 52 Wochen			seit Jahresbeginn		
	2020	2019	2018	2020	2019	2018	2020	2019	2018	2020	2019	2018
<b>Respiratorische Übertragung</b>												
<b>Haemophilus influenzae: invasive Erkrankung</b>	3 1.80	4 2.40	3 1.80	7 1.10	12 1.80	11 1.70	82 1.00	124 1.40	138 1.60	78 1.00	120 1.40	134 1.60
<b>Influenzavirus-Infektion, saisonale Typen und Subtypen<sup>b</sup></b>	3 1.80	81 49.10	62 37.60	7 1.10	155 23.50	166 25.10	11591 135.00	13691 159.50	14799 172.40	11341 137.40	13518 163.80	13813 167.40
<b>Legionellose</b>	9 5.40	10 6.10	6 3.60	24 3.60	41 6.20	40 6.10	471 5.50	582 6.80	574 6.70	462 5.60	572 6.90	557 6.80
<b>Masern</b>			1 0.60		2 0.30	1 0.20	42 0.50	214 2.50	48 0.60	35 0.40	214 2.60	48 0.60
<b>Meningokokken: invasive Erkrankung</b>		3 1.80		1 0.20	4 0.60	5 0.80	21 0.20	43 0.50	63 0.70	19 0.20	42 0.50	62 0.80
<b>Pneumokokken: invasive Erkrankung</b>	4 2.40	20 12.10	33 20.00	27 4.10	85 12.90	89 13.50	566 6.60	881 10.30	967 11.30	534 6.50	841 10.20	926 11.20
<b>Röteln<sup>c</sup></b>								1 0.01	2 0.02		1 0.01	2 0.02
<b>Röteln, materno-fötal<sup>d</sup></b>												
<b>Tuberkulose</b>	4 2.40	16 9.70	5 3.00	18 2.70	43 6.50	30 4.50	351 4.10	435 5.10	508 5.90	342 4.10	422 5.10	496 6.00
<b>Faeco-orale Übertragung</b>												
<b>Campylobacteriose</b>	76 46.00	129 78.20	149 90.30	345 52.30	513 77.70	586 88.80	6067 70.70	7284 84.90	7638 89.00	5867 71.10	7106 86.10	7495 90.80
<b>Enterohämorrhagische E.-coli-Infektion</b>	5 3.00	20 12.10	18 10.90	46 7.00	90 13.60	71 10.80	735 8.60	1128 13.10	832 9.70	712 8.60	1107 13.40	820 9.90
<b>Hepatitis A</b>		5 3.00	2 1.20	4 0.60	10 1.50	6 0.90	76 0.90	80 0.90	100 1.20	72 0.90	74 0.90	98 1.20
<b>Hepatitis E</b>	1 0.60	2 1.20	3 1.80	4 0.60	10 1.50	11 1.70	76 0.90	111 1.30	68 0.80	69 0.80	106 1.30	68 0.80
<b>Listeriose</b>			1 0.60	4 0.60	3 0.40	5 0.80	56 0.60	35 0.40	55 0.60	55 0.70	35 0.40	54 0.60
<b>Salmonellose, S. typhi/paratyphi</b>		1 0.60			3 0.40		11 0.10	23 0.30	22 0.30	11 0.10	21 0.20	21 0.20
<b>Salmonellose, übrige</b>	17 10.30	25 15.20	25 15.20	78 11.80	102 15.40	84 12.70	1241 14.50	1549 18.00	1475 17.20	1208 14.60	1516 18.40	1445 17.50
<b>Shigellose</b>	3 1.80	5 3.00	8 4.80	4 0.60	19 2.90	23 3.50	61 0.70	218 2.50	247 2.90	59 0.70	214 2.60	245 3.00

	Woche 50			letzte 4 Wochen			letzte 52 Wochen			seit Jahresbeginn		
	2020	2019	2018	2020	2019	2018	2020	2019	2018	2020	2019	2018
<b>Durch Blut oder sexuell übertragen</b>												
Aids		2 1.20		5 0.80	12 1.80	2 0.30	51 0.60	86 1.00	72 0.80	50 0.60	80 1.00	72 0.90
Chlamydiose	182 110.30	250 151.50	245 148.40	948 143.60	1032 156.30	953 144.40	11209 130.60	12312 143.40	11109 129.40	10801 130.90	12002 145.40	10837 131.30
Gonorrhoe <sup>e</sup>	42 25.40	64 38.80	83 50.30	292 44.20	286 43.30	297 45.00	3455 40.20	3874 45.10	2902 33.80	3314 40.20	3776 45.80	2839 34.40
Hepatitis B, akut		1 0.60			1 0.20	2 0.30	9 0.10	26 0.30	36 0.40	6 0.07	25 0.30	33 0.40
Hepatitis B, total Meldungen	9	34	25	82	106	95	935	1092	1202	894	1056	1167
Hepatitis C, akut						2 0.30	2 0.02	28 0.30	29 0.30	2 0.02	27 0.30	28 0.30
Hepatitis C, total Meldungen	4	20	25	67	90	80	883	1036	1289	853	999	1250
HIV-Infektion	5 3.00	4 2.40	4 2.40	30 4.50	29 4.40	32 4.80	287 3.30	423 4.90	405 4.70	266 3.20	409 5.00	393 4.80
Syphilis, Frühstadien <sup>f</sup>		13 7.90	12 7.30	16 2.40	67 10.20	47 7.10	536 6.20	731 8.50	580 6.80	512 6.20	708 8.60	580 7.00
Syphilis, total <sup>g</sup>		20 12.10	20 12.10	25 3.80	85 12.90	74 11.20	720 8.40	1041 12.10	918 10.70	686 8.30	1007 12.20	894 10.80
<b>Zoonosen und andere durch Vektoren übertragbare Krankheiten</b>												
Brucellose				1 0.20	1 0.20	1 0.20	11 0.10	6 0.07	5 0.06	10 0.10	6 0.07	5 0.06
Chikungunya-Fieber					4 0.60		11 0.10	42 0.50	4 0.05	11 0.10	41 0.50	4 0.05
Dengue-Fieber		4 2.40	9 5.40		28 4.20	17 2.60	83 1.00	248 2.90	171 2.00	72 0.90	246 3.00	169 2.00
Gelbfieber									1 0.01			1 0.01
Hantavirus-Infektion									1 0.01			1 0.01
Malaria		6 3.60	7 4.20	4 0.60	22 3.30	18 2.70	129 1.50	279 3.20	297 3.50	121 1.50	278 3.40	292 3.50
Q-Fieber		1 0.60			4 0.60	4 0.60	45 0.50	102 1.20	52 0.60	43 0.50	100 1.20	51 0.60
Trichinellose							3 0.03	2 0.02		3 0.04	2 0.02	
Tularämie	1 0.60	5 3.00	2 1.20	11 1.70	15 2.30	9 1.40	105 1.20	147 1.70	123 1.40	103 1.20	146 1.80	120 1.40
West-Nil-Fieber							1 0.01	1 0.01		1 0.01	1 0.01	
Zeckenzephalitis	4 2.40		2 1.20	17 2.60	9 1.40	6 0.90	457 5.30	264 3.10	373 4.40	457 5.50	262 3.20	373 4.50
Zika-Virus Infektion								1 0.01	3 0.03		1 0.01	3 0.04
<b>Andere Meldungen</b>												
<b>Botulismus</b>												
Creutzfeldt-Jakob-Krankheit			1 0.60		3 0.40	4 0.60	18 0.20	19 0.20	17 0.20	18 0.20	17 0.20	17 0.20
Diphtherie <sup>h</sup>							3 0.03	2 0.02	5 0.06	3 0.04	2 0.02	5 0.06
<b>Tetanus</b>												

# Sentinella-Statistik

Provisorische Daten

Sentinella:

Anzahl Meldungen (N) der letzten 4 Wochen bis am 11.12.2020 und Inzidenz pro 1000 Konsultationen (N/10<sup>3</sup>)  
Freiwillige Erhebung bei Hausärztinnen und Hausärzten (Allgemeinpraktiker, Internisten und Pädiater)

Woche	47		48		49		50		Mittel 4 Wochen	
	N	N/10 <sup>3</sup>	N	N/10 <sup>3</sup>	N	N/10 <sup>3</sup>	N	N/10 <sup>3</sup>	N	N/10 <sup>3</sup>
Mumps	2	0.1	0	0	0	0	0	0	0.5	0
Pertussis	1	0.1	1	0.1	0	0	0	0	0.5	0.1
Zeckenstiche	1	0.1	4	0.3	2	0.2	0	0	1.8	0.2
Lyme Borreliose	6	0.4	4	0.3	2	0.2	0	0	3	0.2
Herpes Zoster	9	0.7	7	0.5	5	0.4	8	0.6	7.3	0.6
Post-Zoster-Neuralgie	0	0	3	0.2	0	0	0	0	0.8	0.1
Meldende Ärzte	179		178		177		168		175.5	

## Wochenbericht zu den grippeähnlichen Erkrankungen

Die Berichterstattung zur Grippe wurde im Zusammenhang mit der COVID-19 Pandemie überarbeitet. Sie ist unter folgender Adresse zu finden: <https://www.bag.admin.ch/grippebericht>

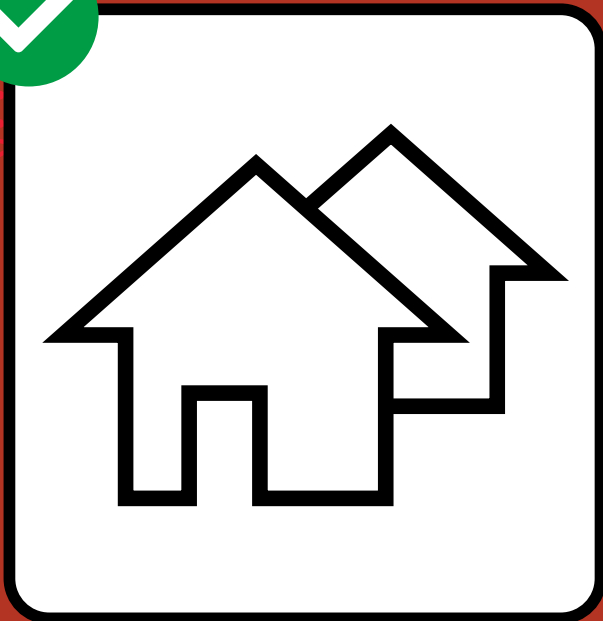


**SO SCHÜTZEN  
WIR UNS.**

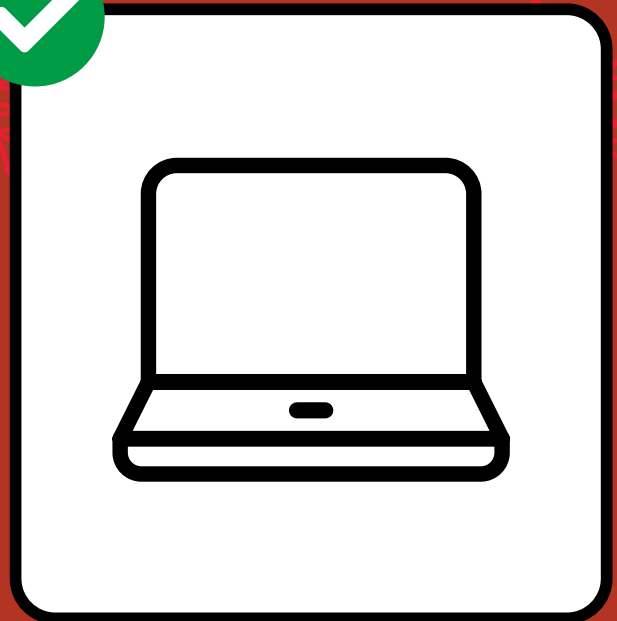


# DER BUNDES RAT EMPFIEHLT DRINGEND BIS WEIHNACHTEN:

Möglichst wenige Menschen treffen,  
um an den Festtagen das  
Ansteckungsrisiko zu reduzieren.



Treffen auf maximal  
2 Haushalte beschränken.



Unbedingt aus dem  
Homeoffice arbeiten.

[www.bag-coronavirus.ch](http://www.bag-coronavirus.ch)



Schweizerische Eidgenossenschaft  
Confédération suisse  
Confederazione Svizzera  
Confederaziun svizra

Swiss Confederation

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



SwissCovid App  
Download

«Antibiotika sind  
Lebensretter –  
gehen wir sorgfältig  
damit um.»



Schweizerische Eidgenossenschaft  
Confédération suisse  
Confederazione Svizzera  
Confederaziun svizra

Mehr Infos:  
[richtig-ist-wichtig.ch](http://richtig-ist-wichtig.ch)



**Antibiotika:  
Nutze sie richtig,  
es ist wichtig.**



# Spezialitätenliste:

Die Spezialitätenliste ist im Internet zu finden

unter: [www.spezialitätenliste.ch](http://www.spezialitätenliste.ch)

[ ] Der dem verfügbaren Publikumspreis zugrunde liegende Fabrikabgabepreis

**Gültig ab 1. Dezember 2020**

Therap. Gruppe	Dossier Nr.	PRÄPARATE/ (Wirkstoffe) Packungen	Verantwortliche Firma	SHI-Nr.	Aufnahmejahr
<b>I. Neuzugang Präparate</b>					
01.01.10		<b>MINALGIN</b> (Metamizolum natricum)	Streuli Pharma AG		
	14114	Inj Lös 1 g/2 ml i.v./i.m 10 Amp 2 ml Fr. 8.10 (3.49)		14746064	01.12.2020, B
01.08 G		<b>RASAGILIN SPIRIG HC</b> (Rasagilinum)	Spirig HealthCare AG		
	21135	Tabl 1 mg Blist 30 Stk Fr. 122.50 (92.40)		67362001	01.12.2020, B
	21135	Tabl 1 mg Blist 100 Stk Fr. 318.30 (262.99)		67362002	01.12.2020, B
01.99		<b>MAYZENT</b> (Siponimodum)	Novartis Pharma Schweiz AG		
	21105	Filmtabl 0.250 mg Blist 12 Stk Fr. 333.75 (276.43)		67230001	01.12.2020, B
	21105	Filmtabl 0.250 mg Blist 120 Stk Fr. 1880.55 (1658.59)		67230002	01.12.2020, B
	21105	Filmtabl 2 mg Blist 28 Stk Fr. 1759.30 (1548.02)		67230003	01.12.2020, B
01.99		<b>ONPATTRO</b> (Patisiranum)	Alnylam Switzerland GmbH		
	20959	Inf Konz 10 mg/5 ml Durchstf 5 ml Fr. 9482.45 (9011.19)		67304001	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.

Zur Monotherapie von symptomatischen hATTR-Patienten (PND Score = I und = IIb 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) 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 gestellt 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 = 60% mit primär polyneuropathischer Manifestation kann begonnen werden, wenn der NIS = 5 und der PND Score zwischen = I und = IIb liegt und der Patient nicht an einer Herzinsuffizienz der NYHA Klasse III oder IV leidet und eine Lebenserwartung von mindestens 2 Jahren hat.

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

**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 Onpatro 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 Onpatro-Therapie zum Stadium FAP 3 entsprechend PND Score IV (wenn Patienten an den Rollstuhl gebunden sind) fortschreitet,
- eine Progression unter Therapie mit Onpatro 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 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 Stichtatum 31. Dezember) und falls erforderlich pro rata (erstes Therapiejahr, Therapieabbruchjahr) erfolgen.

02.05.10	<b>AIMOVIG</b> (Erenumabum)	Novartis Pharma Schweiz AG		
	20777 Inj Lös 70 mg/ml Fertigen 1 ml Fr. 546.05 (461.37)		66748002	01.12.2018, B

Die Behandlung bedarf der Kostengutsprache durch den Krankenversicherer nach vorgängiger Konsultation des Vertrauensarztes. Die Erteilung der Kostengutsprache soll maximal eine Dauer von 12 Monaten abdecken.

Die Diagnosestellung, die Verordnung von AIMOVIG und die Verlaufskontrolle darf ausschliesslich durch einen Facharzt FMH der Neurologie erfolgen.

AIMOVIG wird zur Behandlung erwachsener Patienten mit während mindestens eines Jahres vorbestehender chronischer Migräne (Baseline: Mindestens 15 Migränetage pro Monat von unbehandelt mindestens 4h Dauer pro Tag lückenlos dokumentiert über mindestens 3 Monate) oder episodischer Migräne (Baseline: Mindestens 8 Migränetage pro Monat von unbehandelt mindestens 4h Dauer pro Tag lückenlos dokumentiert über mindestens 3 Monate mit Aura oder mit starker Schmerzintensität kombiniert mit starker Übelkeit/Erbrechen oder stark beeinträchtigender Photophobie oder Phonophobie) vergütet, sofern die Patienten auf mindestens zwei prophylaktische Therapien mit einem Betablocker, Kalziumantagonisten oder Antikonvulsivum, die je während mindestens 3 Monaten eingesetzt wurden, unzureichend angesprochen haben oder bei denen alle oben aufgeführten Migräneprophylaktika kontraindiziert sind oder wenn diese Therapien aufgrund von belegten, klinisch relevanten Nebenwirkungen abgebrochen werden mussten. Ein unzureichendes Ansprechen gilt als belegt, wenn nach 3-monatiger Behandlung mit einem Migräneprophylaktikum keine Reduktion der Migränetage um mindestens 50% gegenüber Therapiebeginn erzielt wurde.

Auf Verlangen müssen dem Vertrauensarzt des Krankenversicherers folgende Dokumente eingereicht werden:

- Dokumentation der Therapiedauer und des unzureichenden Ansprechens der Prophylaktika (z.B. anhand der Krankengeschichte oder Migränetagebuch)
- Migränetagebuch mindestens ab 3 Monate vor Therapiebeginn mit AIMOVIG
- Migränetagebuch nach 3, 6 und 12 Monaten der AIMOVIG Therapie

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

Kontrolle nach 3 Monaten:

- Die Behandlung mit AIMOVIG 70 mg darf basierend auf einer Kontrolle durch den Facharzt FMH der Neurologie 3 Monate nach Therapiebeginn nur fortgesetzt werden, wenn die durchschnittliche Anzahl Migränetage gegenüber Therapiebeginn mit AIMOVIG 70 mg reduziert wurde und diese Reduktion anhand eines Migränetagebuches belegt werden kann.
- Ist nach 3 Monaten eine Reduktion der Migränetage eingetreten, welche ungenügend (Reduktion um weniger als 50%) ist, kann die Dosis auf AIMOVIG 140 mg pro Monat erhöht werden. Diese Dosissteigerung ist dem Krankenversicherer schriftlich zu melden

Kontrolle nach 6 Monaten:

- Die Behandlung mit AIMOVIG darf basierend auf einer erneuten Kontrolle durch den Facharzt FMH der Neurologie 6 Monate nach Therapiebeginn nur fortgesetzt werden, wenn die durchschnittliche Anzahl Migränetage gegenüber Therapiebeginn mit AIMOVIG um mindestens 50% reduziert wurde und diese Reduktion anhand eines Migränetagebuches belegt werden kann.
- Die Reduktion um mindestens 50% der Migränetage ist dem Vertrauensarzt des Krankenversicherers schriftlich zu melden.

Absetzen der Therapie nach 1 Jahr:

- Spätestens ein Jahr nach Therapiebeginn muss die Therapie abgesetzt werden. Wird 3 Monate nach Absetzen der Therapie die Diagnose einer chronischen Migräne (Kriterien vgl. oben) oder episodischen Migräne (Kriterien vgl. oben) erneut gestellt, kann eine Wiederaufnahme einer AIMOVIG Therapie mittels erneuter Kostengutsprache für maximal 12 Monate beantragt werden.

Bei unzureichender oder nachlassender Wirksamkeit (definiert nach obenstehenden Kriterien) von AIMOVIG wird eine Rotation innerhalb der Wirkstoffklassen (CGRP-Rezeptor-Antagonisten, CGRP-Inhibitoren) nicht vergütet.

02.07.20 G		<b>AMLODIPIN VALSARTAN HCT SANDOZ</b> (Amlodipinum, Valsartanum, Hydrochlorothiazidum)	Sandoz Pharmaceuticals AG		
	21117	Filmtabl 5/160/12.5 Blist 28 Stk Fr. 34.30 (15.58)		66016009	01.12.2020, B
	21117	Filmtabl 5/160/12.5 Blist 98 Stk Fr. 78.90 (54.45)		66016010	01.12.2020, B
	21117	Filmtabl 5/160/25 Blist 28 Stk Fr. 34.30 (15.58)		66016013	01.12.2020, B
	21117	Filmtabl 5/160/25 Blist 98 Stk Fr. 78.90 (54.45)		66016014	01.12.2020, B
	21117	Filmtabl 10/160/12.5 Blist 28 Stk Fr. 34.30 (15.58)		66016011	01.12.2020, B
	21117	Filmtabl 10/160/12.5 Blist 98 Stk Fr. 78.90 (54.45)		66016012	01.12.2020, B
	21117	Filmtabl 10/160/25 Blist 28 Stk Fr. 34.30 (15.58)		66016015	01.12.2020, B
	21117	Filmtabl 10/160/25 Blist 98 Stk Fr. 78.90 (54.45)		66016016	01.12.2020, B

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

02.07.20 G		<b>AMLODIPIN VALSARTAN SANDOZ</b> (Amlodipinum, Valsartanum)	Sandoz Pharmaceuticals AG		
	21116	Filmtabl 5/80 Blist 28 Stk Fr. 25.35 (11.36)		66015010	01.12.2020, B
	21116	Filmtabl 5/80 Blist 98 Stk Fr. 58.55 (36.71)		66015011	01.12.2020, B
	21116	Filmtabl 5/160 Blist 28 Stk Fr. 27.80 (13.48)		66015012	01.12.2020, B
	21116	Filmtabl 5/160 Blist 98 Stk Fr. 70.50 (47.13)		66015013	01.12.2020, B
	21116	Filmtabl 10/160 Blist 28 Stk Fr. 27.80 (13.48)		66015014	01.12.2020, B
	21116	Filmtabl 10/160 Blist 98 Stk Fr. 70.50 (47.13)		66015015	01.12.2020, B

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

02.07.20 G		<b>OLMESARTAN-AMLODIPIN-HCT-MEPHA</b> (Olmesartani medoxomilum, Amlodipinum, Hydrochlorothiazidum)	Mepha Pharma AG		
	21155	Lactab 20/5/12.5 Blist 28 Stk Fr. 34.70 (15.93)		67602001	01.12.2020, B
	21155	Lactab 20/5/12.5 Blist 98 Stk Fr. 68.60 (45.47)		67602002	01.12.2020, B
	21155	Lactab 40/5/12.5 Blist 28 Stk Fr. 39.00 (19.69)		67602003	01.12.2020, B
	21155	Lactab 40/5/12.5 Blist 98 Stk Fr. 81.45 (56.67)		67602004	01.12.2020, B
	21155	Lactab 40/5/25 Blist 28 Stk Fr. 39.00 (19.69)		67602007	01.12.2020, B
	21155	Lactab 40/5/25 Blist 98 Stk Fr. 81.45 (56.67)		67602008	01.12.2020, B
	21155	Lactab 40/10/12.5 Blist 28 Stk Fr. 39.95 (20.53)		67602005	01.12.2020, B
	21155	Lactab 40/10/12.5 Blist 98 Stk Fr. 87.80 (62.18)		67602006	01.12.2020, B
	21155	Lactab 40/10/25 Blist 28 Stk Fr. 39.95 (20.53)		67602009	01.12.2020, B
	21155	Lactab 40/10/25 Blist 98 Stk Fr. 87.80 (62.18)		67602010	01.12.2020, B

Die gleichzeitige Therapie mit einer Fixkombination aus Olmesartan-Amlodipin oder Olmesartan-Amlodipin-Hydrochlorothiazid und einem Calciumantagonisten des I.T. 02.06. und/oder einem Angiotensin-II-Antagonisten und/oder einem ACE-Hemmer wird nicht vergütet.

Therap. Gruppe	Dossier Nr.	PRÄPARATE/ (Wirkstoffe) Packungen	Verantwortliche Firma	SHI-Nr.	Aufnahmejahr
07.10.40		<b>PENNSAID</b> (Diclofenacum natricum)	Gebro Pharma AG		
	21027	Gel Dosierpumpe 56 g Fr. 24.00 (13.01)		67138002	01.12.2020, D
07.10.99		<b>ILARIS</b> (Canakinumabum)	Novartis Pharma Schweiz AG		
	19119	Inj Lös 150 mg/ml Durchstf 1 ml Fr. 12083.70 (11548.98)		66191001	01.12.2017, A
<b>Cryopyrin-assoziiertes periodisches Syndrom (CAPS):</b>					
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					
<b>Aktive systemische juvenile idiopathische Arthritis (sJIA):</b>					
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.ch) 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					
<b>Tumornekrosefaktor-Rezeptor-assoziiertes periodisches Syndrom (TRAPS):</b>					
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					
<b>Hyperimmunglobulin-D-Syndrom (HIDS)/Mevalonatkinasedefizienz (MKD):</b>					
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					
<b>Familiäres Mittelmeerfieber (FMF):</b>					
ILARIS ist für die Behandlung von Patienten mit dem Familiären Mittelmeerfieber (FMF) indiziert, bei welchen eine herkömmliche Therapie kontraindiziert ist, nicht vertragen wird oder kein adäquates Ansprechen trotz Verabreichung der höchstverträglichen Dosis erreicht wird. Folgender Code ist an den Krankenversicherer zu übermitteln: 19119.05					
Zur ausschliesslichen Verschreibung in Zentren für Kinderrheumatologie, Rheumatologie, Kinderimmunologie und Immunologie. Patienten mit TRAPS, HIDS/MKD und FMF sind im Register JIRcohort (www.jircohort.ch) zu erfassen.					
07.16.10		<b>BORTEZOMIB ACCORD</b> (Bortezomibum)	Accord Healthcare AG		
G	21157	Trockensub 1 mg Durchstf 1 Stk Fr. 171.15 (134.80)		67481001	01.12.2020, A
	21157	Trockensub 3.5 mg Durchstf 1 Stk Fr. 474.10 (398.70)		67481002	01.12.2020, A
Zur Induktionsbehandlung in Kombination mit Standardchemotherapie vor Stammzelltransplantation bei erwachsenen Patienten mit multiplem Myelom. In Kombination mit Melphalan und Prednison bei bisher unbehandelten Patienten mit multiplem Myelom. Zur Behandlung von Patienten mit rezidivierendem/refraktärem multiplem Myelom, welche mindestens eine vorhergehende Therapie erhielten. Die Therapien bedürfen der Kostengutsprache durch den Krankenversicherer nach vorgängiger Konsultation des Vertrauensarztes.					

Therap. Gruppe	Dossier Nr.	PRÄPARATE/ (Wirkstoffe) Packungen	Verantwortliche Firma	SHI-Nr.	Aufnahmejahr
07.16.10		<b>MEKINIST</b> (Trametinibum)	Novartis Pharma Schweiz AG		
	20484	Filmtabl 0.5000 mg 7 Stk Fr. 394.50 (329.36)		65883001	01.07.2016, A
	20484	Filmtabl 0.5000 mg 7 Stk Fr. 394.50 (329.36)		65883001	01.07.2016, A
	20484	Filmtabl 0.5000 mg 30 Stk Fr. 1609.60 (1411.53)		65883002	01.07.2016, A
	20484	Filmtabl 0.5000 mg 30 Stk Fr. 1609.60 (1411.53)		65883002	01.07.2016, A
	20484	Filmtabl 2 mg 7 Stk Fr. 1506.40 (1317.42)		65883003	01.07.2016, A
	20484	Filmtabl 2 mg 7 Stk Fr. 1506.40 (1317.42)		65883003	01.07.2016, A
	20484	Filmtabl 2 mg 30 Stk Fr. 6033.25 (5646.10)		65883004	01.07.2016, A
	20484	Filmtabl 2 mg 30 Stk Fr. 6033.25 (5646.10)		65883004	01.07.2016, A

**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 Firma Novartis Pharma Schweiz AG vergütet 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 Prozentsatz von 19.51% auf den Fabrikabgabepreis jeder Mekinist-Packung. Die Mehrwertsteuer kann nicht zusätzlich zu diesem Anteil des Fabrikabgabepreises zurückgefordert werden. Die Aufforderung zur Rückvergütung soll in der Regel innerhalb von 3 Monaten nach Verabreichung erfolgen.

07.16.10		<b>TAFINLAR</b> (Dabrafenibum)	Novartis Pharma Schweiz AG		
	20115	Kaps 50 mg 28 Stk Fr. 957.95 (820.18)		62781001	01.02.2014, A
	20115	Kaps 50 mg 28 Stk Fr. 957.95 (820.18)		62781001	01.02.2014, A
	20115	Kaps 50 mg 120 Stk Fr. 3848.95 (3515.06)		62781002	01.02.2014, A
	20115	Kaps 50 mg 120 Stk Fr. 3848.95 (3515.06)		62781002	01.02.2014, A
	20115	Kaps 75 mg 28 Stk Fr. 1410.80 (1230.27)		62781003	01.02.2014, A
	20115	Kaps 75 mg 28 Stk Fr. 1410.80 (1230.27)		62781003	01.02.2014, A
	20115	Kaps 75 mg 120 Stk Fr. 5650.40 (5272.59)		62781004	01.02.2014, A
	20115	Kaps 75 mg 120 Stk Fr. 5650.40 (5272.59)		62781004	01.02.2014, A

**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 Firma Novartis Pharma Schweiz AG vergütet 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 Prozentsatz von 19.51% auf den Fabrikabgabepreis jeder Mekinist-Packung. Die Mehrwertsteuer kann nicht zusätzlich zu diesem Anteil des Fabrikabgabepreises zurückgefordert werden. Die Aufforderung zur Rückvergütung soll in der Regel innerhalb von 3 Monaten nach Verabreichung erfolgen.

07.99 G		<b>CINACALCET MEPHA</b> (Cinacalcetum)	Mepha Pharma AG		
	21154	Lactab 30 mg Blist 28 Stk Fr. 163.90 (128.50)		65736001	01.12.2020, B
	21154	Lactab 60 mg Blist 28 Stk Fr. 275.15 (225.40)		65736002	01.12.2020, B
	21154	Lactab 90 mg Blist 28 Stk Fr. 382.05 (318.50)		65736003	01.12.2020, B

Zur Behandlung von sekundärem Hyperparathyroidismus bei dialysepflichtigen Patienten mit Parathormon-Ausgangswerten von über 300 pg/ml, die Verschreibung muss durch einen in der Nephrologie ausgewiesenen Arzt erfolgen.

Bei Hyperkalzämie-Patienten mit Nebenschilddrüsenkarzinom und bei Patienten mit primärem, Hyperparathyroidismus, bei denen die Entfernung der Nebenschilddrüse keine Behandlungsmöglichkeit darstellt.

Therap. Gruppe	Dossier Nr.	PRÄPARATE/ (Wirkstoffe) Packungen	Verantwortliche Firma	SHI-Nr.	Aufnahmejahr
08.01.93 G		<b>DAPTOMYCIN LABATEC</b> (Daptomycinum)	Labatec Pharma SA		
	21115	Trockensub 350 mg Durchstf 1 Stk Fr. 101.75 (74.36)		66651001	01.12.2020, A
	21115	Trockensub 350 mg Durchstf 5 Stk Fr. 443.25 (371.81)		66651003	01.12.2020, A
	21115	Trockensub 500 mg Durchstf 1 Stk Fr. 138.35 (106.23)		66651002	01.12.2020, A
	21115	Trockensub 500 mg Durchstf 5 Stk Fr. 626.15 (531.16)		66651004	01.12.2020, A
<p>Behandlung erwachsener Patienten bei komplizierten Haut- und Weichteilinfektionen (cSSTI) verursacht durch empfindliche Gram-positive Mikroorganismen, Staphylococcus aureus Bakteriämie (SAB) und rechtsseitige infektiöse Endokarditis (RIE) verursacht durch methicillinempfindliche und methicillinresistente Keime. Die Wirksamkeit von DAPTOMYCIN LABATEC bei Patienten mit linksseitiger Endokarditis aufgrund von S. aureus wurde nicht nachgewiesen. Der Therapiebeginn muss unter Anleitung eines Spezialisten im Spital erfolgen.</p>					
08.06 G		<b>POSACONAZOL ACCORD</b> (Posaconazolium)	Accord Healthcare AG		
	21159	Susp 40 mg/ml zum Einnehmen 105 ml Fr. 621.90 (527.44)		67366001	01.12.2020, B
	21158	Tabl 100 mg 24 Stk Fr. 660.65 (561.21)		67363001	01.12.2020, B
	21158	Tabl 100 mg 96 Stk Fr. 2523.55 (2244.86)		67363002	01.12.2020, B
<p>Die Prophylaxe bei Hochrisikopatienten (siehe 1a und 1b) darf nur von qualifizierten Zentren verordnet werden. 1a. Zur Prophylaxe von invasiven Mykosen (insbesondere Aspergillose) bei neutropenischen Patienten mit akuter myeloischer Leukämie oder myelodysplastischem Syndrom, die eine zytotoxische Chemotherapie erhielten. 1b. Zur Prophylaxe von invasiven Mykosen (insbesondere Aspergillose) bei Patienten mit Graft versus Host Disease (Transplantat-gegen-Empfänger-Reaktion). 2. Fusariose bei Patienten, deren Erkrankung therapieresistent ist gegenüber Amphotericin B bzw. bei Unverträglichkeit von Amphotericin B (2nd line). 3. Chromoblastomykose und Myzetom bei Patienten, deren Erkrankung therapieresistent ist gegenüber Itraconazol bzw. bei Unverträglichkeit von Itraconazol (2nd line). 4. Kokzidioidomykose bei Patienten, deren Erkrankung therapieresistent ist gegenüber Amphotericin B, Itraconazol oder Fluconazol bzw. bei Unverträglichkeit dieser Arzneimittel (2nd line).</p>					
08.08		<b>INFLUVAC TETRA</b> (Haemagglutininum influenzae)	Mylan Pharma GmbH		
	21151	Inj Susp 2020/2021 Fertspr 1 Stk Fr. 19.20 (9.58)		68087001	01.12.2020, B
<p>Die Kostenübernahme der Impfstoffe als Teil einer präventiven Massnahme im Rahmen der obligatorischen Krankenpflegeversicherung richtet sich nach den in Artikel 12a KLV für die jeweiligen Impfungen abschliessend festgelegten Voraussetzungen. Bei beruflicher und reisemedizinischer Indikation erfolgt keine Kostenübernahme durch die obligatorische Krankenpflegeversicherung. Die Preise der Impfstoffe sind Höchstpreise (Art. 52 Abs. 3 KVG) und kommen bei Reihenimpfungen (z.B. im schulärztlichen Dienst) nicht zur Anwendung. In diesen Fällen gelten die von den Krankenversicherern mit den zuständigen Behörden ausgehandelten bzw. die allenfalls von den Behörden festgesetzten Tarife. Wenn der Impfstoff zu einem günstigeren Preis bezogen wird (z.B. im Rahmen von Reihenimpfungen), darf der Arzt oder die Ärztin nicht den Publikumspreis der SL verrechnen. Die Vergünstigung muss gemäss Artikel 56 Absatz 3 KVG weitergegeben werden, ausser es bestehen Vereinbarungen nach Artikel 56 Absatz 3bis KVG.</p>					
10.03 G		<b>CALCIPOTRIOL BETAMETHASON MEPHA</b> (Calcipotriolum, Betamethasonum)	Mepha Pharma AG		
	21140	Salbe Tb 30 g Fr. 41.25 (21.65)		65269004	01.12.2020, B
	21140	Salbe Tb 60 g Fr. 60.10 (38.07)		65269005	01.12.2020, B
17.02		<b>XOFIGO</b> (Radium-223 dichloridum)	Bayer (Schweiz) AG		
	20252	Inj Lös 1100 kBq Ra-223 /ml Vial 6.000 ml Fr. 5286.85 (4917.92)		62732001	01.10.2014, A
<p>Zur Behandlung von Patienten mit kastrationsresistentem Prostatakarzinom (CRPC) und symptomatischen Knochenmetastasen ohne bekannte viszerale Metastasen wenn eine Chemotherapie nicht indiziert ist oder bei Progredienz nach Docetaxel. Es sind maximal 6 Therapiezyklen zu vergüten. Bei nicht orchiektomierten Patienten soll eine antiandrogene Behandlung zur Suppression des Testosteronspiegels auf Kastrationsniveau weitergeführt werden.</p>					

Therap. Gruppe	Dossier Nr.	PRÄPARATE/ (Wirkstoffe) Packungen	Verantwortliche Firma	SHI-Nr.	Aufnahmejahr
<b>II. Andere Packungen und Dosierungen</b>					
01.06 G		<b>CITALOPRAM AXAPHARM</b> (Citalopramum)	Axapharm AG		
	18031	Filmtabl 20 mg 28 Stk Fr. 25.55 (11.55)		56845006	01.12.2020, B
	18031	Filmtabl 40 mg 28 Stk Fr. 41.00 (21.45)		56845007	01.12.2020, B
02.05.10		<b>AIMOVIG</b> (Erenumabum)	Novartis Pharma Schweiz AG		
	20777	Inj Lös 140 mg/ml Fertipgen 1 ml Fr. 546.05 (461.37)		66748003	01.10.2019, B

Die Behandlung bedarf der Kostengutsprache durch den Krankenversicherer nach vorgängiger Konsultation des Vertrauensarztes. Die Erteilung der Kostengutsprache soll maximal eine Dauer von 12 Monaten abdecken.

Die Diagnosestellung, die Verordnung von AIMOVIG und die Verlaufskontrolle darf ausschliesslich durch einen Facharzt FMH der Neurologie erfolgen.

AIMOVIG wird zur Behandlung erwachsener Patienten mit während mindestens eines Jahres vorbestehender chronischer Migräne (Baseline: Mindestens 15 Migränetage pro Monat von unbehandelt mindestens 4h Dauer pro Tag lückenlos dokumentiert über mindestens 3 Monate) oder episodischer Migräne (Baseline: Mindestens 8 Migränetage pro Monat von unbehandelt mindestens 4h Dauer pro Tag lückenlos dokumentiert über mindestens 3 Monate mit Aura oder mit starker Schmerzintensität kombiniert mit starker Übelkeit/Erbrechen oder stark beeinträchtigender Photophobie oder Phonophobie) vergütet, sofern die Patienten auf mindestens zwei prophylaktische Therapien mit einem Betablocker, Kalziumantagonisten oder Antikonvulsivum, die je während mindestens 3 Monaten eingesetzt wurden, unzureichend angesprochen haben oder bei denen alle oben aufgeführten Migräneprophylaktika kontraindiziert sind oder wenn diese Therapien aufgrund von belegten, klinisch relevanten Nebenwirkungen abgebrochen werden mussten. Ein unzureichendes Ansprechen gilt als belegt, wenn nach 3-monatiger Behandlung mit einem Migräneprophylaktikum keine Reduktion der Migränetage um mindestens 50% gegenüber Therapiebeginn erzielt wurde.

Auf Verlangen müssen dem Vertrauensarzt des Krankenversicherers folgende Dokumente eingereicht werden:

- Dokumentation der Therapiedauer und des unzureichenden Ansprechens der Prophylaktika (z.B. anhand der Krankengeschichte oder Migränetagebuch)
- Migränetagebuch mindestens ab 3 Monate vor Therapiebeginn mit AIMOVIG
- Migränetagebuch nach 3, 6 und 12 Monaten der AIMOVIG Therapie

Kontrolle nach 3 Monaten:

- Die Behandlung mit AIMOVIG 70 mg darf basierend auf einer Kontrolle durch den Facharzt FMH der Neurologie 3 Monate nach Therapiebeginn nur fortgesetzt werden, wenn die durchschnittliche Anzahl Migränetage gegenüber Therapiebeginn mit AIMOVIG 70 mg reduziert wurde und diese Reduktion anhand eines Migränetagebuches belegt werden kann.
- Ist nach 3 Monaten eine Reduktion der Migränetage eingetreten, welche ungenügend (Reduktion um weniger als 50%) ist, kann die Dosis auf AIMOVIG 140 mg pro Monat erhöht werden. Diese Dosissteigerung ist dem Krankenversicherer schriftlich zu melden

Kontrolle nach 6 Monaten:

- Die Behandlung mit AIMOVIG darf basierend auf einer erneuten Kontrolle durch den Facharzt FMH der Neurologie 6 Monate nach Therapiebeginn nur fortgesetzt werden, wenn die durchschnittliche Anzahl Migränetage gegenüber Therapiebeginn mit AIMOVIG um mindestens 50% reduziert wurde und diese Reduktion anhand eines Migränetagebuches belegt werden kann.
- Die Reduktion um mindestens 50% der Migränetage ist dem Vertrauensarzt des Krankenversicherers schriftlich zu melden.

Absetzen der Therapie nach 1 Jahr:

- Spätestens ein Jahr nach Therapiebeginn muss die Therapie abgesetzt werden. Wird 3 Monate nach Absetzen der Therapie die Diagnose einer chronischen Migräne (Kriterien vgl. oben) oder episodischen Migräne (Kriterien vgl. oben) erneut gestellt, kann eine Wiederaufnahme einer AIMOVIG Therapie mittels erneuter Kostengutsprache für maximal 12 Monate beantragt werden.

Bei unzureichender oder nachlassender Wirksamkeit (definiert nach obenstehenden Kriterien) von AIMOVIG wird eine Rotation innerhalb der Wirkstoffklassen (CGRP-Rezeptor-Antagonisten, CGRP-Inhibitoren) nicht vergütet.

Therap. Gruppe	Dossier Nr.	PRÄPARATE/ (Wirkstoffe) Packungen	Verantwortliche Firma	SHI-Nr.	Aufnahmejahr
07.07.25		<b>DIPROPHOS</b> (Betamethasonum, Betamethasonum)	MSD Merck Sharp & Dohme AG		
	12559	Inj Lös 5 Amp 1 ml Fr. 41.65 (21.99)		39528029	01.12.2020, B
07.08.30 0		<b>LIVIAL</b> (Tibolonum)	MSD Merck Sharp & Dohme AG		
	17141	Tabl 2.500 mg 3x 28 Stk Fr. 51.85 (30.88)		49504020	01.12.2020, B
07.12 6		<b>FLUVASTATIN MEPHA</b> (Fluvastatinum)	Mepha Pharma AG		
	20633	Kaps 20 mg 100 Stk Fr. 37.35 (18.26)		58671006	01.12.2020, B
07.13.10 0		<b>AERIUS</b> (Desloratadinum)	MSD Merck Sharp & Dohme AG		
	17673	Filmtabl 5 mg 90 Stk Fr. 45.90 (25.68)		55689001	01.12.2020, B
07.99		<b>SAXENDA</b> (Liraglutidum)	Novo Nordisk Pharma AG		
	20574	Inj Lös 6 mg/ml 3 Fertpen 3 ml Fr. 133.95 (102.40)		65899005	01.12.2020, B
Einsatz nur bei Nichtdiabetikern und Diabetikern (DM Typ 2), welche nicht mit einem GLP-1-Rezeptoragonisten vorbehandelt sind:					
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Als Ergänzung zu einer 500kcal/Tag-Defizit-Diät, begleitender Ernährungsberatung und verstärkter, belegter (bspw. Schrittzähler) körperlicher Aktivität bei motivierten Patienten (ohne vorangegangene bariatrische Operation und ohne geplante oder bevorstehende bariatrische Operation) zur Gewichtsregulierung bei erwachsenen Patienten mit: <ul style="list-style-type: none"> <li>- BMI = 35 kg/m<sup>2</sup></li> <li>- BMI = 28 kg/m<sup>2</sup> falls zusätzliche gewichtsbedingte Begleiterkrankungen (Prädiabetes oder Diabetes mellitus Typ 2, arterielle Hypertonie, Dyslipidämie) vorliegen.</li> </ul> </li> <li>- Die Behandlung bedarf der Kostengutsprache durch den Krankenversicherer nach vorgängiger Konsultation des Vertrauensarztes.</li> <li>- Die dokumentierte Einhaltung einer 500kcal/Tag-Defizit-Diät ist Voraussetzung für die Vergütung von Saxenda und muss gegenüber dem Krankenversicherer bestätigt werden.</li> <li>- Die Verschreibung darf ausschliesslich durch Fachärzte für Endokrinologie/Diabetologie FMH sowie durch ausgewählte Ärzte mit Erfahrung in der Behandlung von Adipositas erfolgen. Die entsprechende Liste der Ärzte mit Erfahrung in der Behandlung von Adipositas ist unter folgender Adresse abrufbar: <a href="http://www.bag.admin.ch/sl-ref">http://www.bag.admin.ch/sl-ref</a>.</li> <li>- Die Behandlung muss abgebrochen werden, wenn die Patienten mit BMI = 28 und &lt; 35 nach 16-wöchiger Behandlung (4 Wochen Titration, 12 Wochen Behandlung mit 3 mg/Tag) nicht mindestens 5 % ihres Ausgangskörpergewichts und die Patienten mit BMI = 35 nach 16-wöchiger Behandlung (4 Wochen Titration, 12 Wochen Behandlung mit 3 mg/Tag) nicht mindestens 7 % ihres Ausgangskörpergewichts im Vergleich zu Beginn der Therapie mit Saxenda verloren haben. Nach weiteren 6 Monaten muss die Behandlung abgebrochen werden, wenn nicht eine weitere Gewichtsreduktion von mindestens 5 % des nach 16 Wochen erreichten Gewichtes erzielt werden konnte.</li> <li>- Für eine weiterführende Therapie über diese initiale Behandlungsphase hinaus ist eine erneute Kostengutsprache, wobei die Gewichtsreduktion nach 16 Wochen und 6 Monaten zu belegen sind.</li> <li>- Eine Erfolgskontrolle hat danach grundsätzlich alle 6 Monate zu erfolgen. Saxenda kann bei Einhalten der vorgenannten Vergütungskriterien während insgesamt maximal 3 Jahren vergütet werden. Bei einer Gewichtszunahme von &gt; 2 % des Gewichtes nach 6 Monaten Behandlung ist die Therapie abzubrechen. Die Therapie ist auch abzubrechen, sobald ein BMI &lt; 25 erreicht wurde.</li> <li>- Saxenda darf weder mit anderen GLP-1-Rezeptoragonisten, noch mit Gliptinen, SGLT-2-Inhibitoren noch mit Insulin kombiniert werden. Saxenda darf nicht mit anderen Arzneimitteln (z.B. Orlistat-enthaltende Arzneimittel) zur Gewichtsreduktion kombiniert werden.</li> <li>- Patienten, die unter erstmaligem Einsatz von Saxenda nach 16-wöchiger Behandlung keine Gewichtsreduktion von mindestens 5 % bzw. 7 % ihres Ausgangskörpergewichtes erzielten (Nonresponder) sind grundsätzlich von einer Vergütung der Wiederaufnahme der Therapie ausgeschlossen.</li> </ul>					
12.02.30 6		<b>MOMETASON SPIRIG HC</b> (Mometasoni-17 furoas)	Spirig HealthCare AG		
	20515	Nasenspray 0.050 mg/Dosis 3x 140 Dos Fr. 39.00 (19.70)		67641002	01.12.2020, B



Therap. Gruppe	Dossier Nr.	PRÄPARATE/ (Wirkstoffe) Packungen	Verantwortliche Firma	SHI-Nr.	Datum der Streichung
<b>III. Neu gestrichene Präparate/Packungen</b>					
07.07.24		<b>KENACORT A SOLUBILE</b> (Triamcinoloni acetonidum)	Dermapharm AG		
	12402	Inj Lös 10 mg 5 Amp 0.250 ml Fr. 34.60 (15.86)		38774190	01.12.2020, B
	12402	Inj Lös 40 mg/1 ml Amp 5 Stk Fr. 68.90 (45.73)		38774214	01.12.2020, B
	12402	Inj Lös 80 mg Spritzamp 2 ml Fr. 37.55 (18.43)		38774107	01.12.2020, B
07.10.40		<b>TALVAL</b> (Idrocilamidum)	Merck (Schweiz) AG		
	14943	Creme Tb 50 g Fr. 7.10 (3.85)		46055012	01.12.2020, D
	14943	Creme Tb 100 g Fr. 12.50 (6.77)		46055020	01.12.2020, D
07.13.10 G		<b>CETIRIZIN STREULI</b> (Cetirizini dihydrochloridum)	Streuli Pharma AG		
	18115	Tropfen 10 mg/ml (neu) 20 ml Fr. 18.50 (9.00)		56380003	01.12.2020, B
07.15		<b>ESBRIET</b> (Pirfenidonum)	Roche Pharma (Schweiz) AG		
	20445	Kaps 267 mg Fl 270 Stk Fr. 3211.35 (2893.02)		65782001	01.12.2020, B
	20445	Filmtabl 267 mg Ds 180 Stk Fr. 2176.80 (1928.68)		66422004	01.12.2020, B
08.08		<b>TD PUR IMPFSTOFF</b> (Vaccinum diphtheriae adsorbatum, Vaccinum tetani adsorbatum)	GlaxoSmithKline AG		
	18390	Inj Lös m Nadel Fertspr 0.500 ml Fr. 9.85 (4.99)		00702002	01.12.2020, B
11.09 G		<b>LATANOPROST SANDOZ</b> (Latanoprostum)	Sandoz Pharmaceuticals AG		
	19851	Gtt Opht 2.500 ml Fr. 20.35 (10.59)		61320001	01.12.2020, B
	19851	Gtt Opht 3x 2.500 ml Fr. 52.75 (31.66)		61320002	01.12.2020, B
12.02.30		<b>RHINOCORT 100 TURBUHALER</b> (Budesonidum)	AstraZeneca AG		
	16098	Plv 0.100 mg 200 Dos Fr. 39.05 (19.71)		51932013	01.12.2020, B

PRÄPARATE/(Wirkstoffe) Packungen	Verantwortliche Firma	Therap. Gruppe	Dossier Nr.	Preis neu	Ex-Fact. neu
<b>IV. Preissenkungen</b>					
<b>IV.a. Freiwillige Preissenkung inner halb der ersten 18 Monate nach Aufnahme</b>					
<b>ADENURIC</b> Filmtabl 80 mg 14 Stk	A. Menarini AG	071130	20531	27.10	12.88
Filmtabl 80 mg 28 Stk			20531	45.60	25.43
Filmtabl 80 mg 98 Stk			20531	111.20	82.57
<b>BIKTARVY</b> Filmtabl 50/200/25 mg Fl 30 Stk	Gilead Sciences Switzerland Sàrl	080300	20840	1165.85	1006.93
<b>IV.b. Preisänderung nach 1 Jahr SL-Aufnahme</b>					
<b>ESPEROCT</b> Trockensub 500 IE c Solv Durchstf 1 Stk	Novo Nordisk Pharma AG	060110	20921	497.30	445.19
Trockensub 1000 IE c Solv Durchstf 1 Stk			20921	953.65	890.38
Trockensub 1500 IE c Solv Durchstf 1 Stk			20921	1409.95	1335.57
Trockensub 2000 IE c Solv Durchstf 1 Stk			20921	1866.30	1780.76
Trockensub 3000 IE c Solv Durchstf 1 Stk			20921	2778.90	2671.14
<b>FAMPYRA</b> Ret Tabl 10 mg Blist 56 Stk	Biogen Switzerland AG	019900	20960	295.55	243.15
<b>IV.c. Preisänderung nach 3 Jahren SL-Aufnahme</b>					
<b>OXALIPLATIN FRESENIUS</b> Inf Konz 50 mg/10 ml Amp in Folie 1 Stk	Fresenius Kabi (Schweiz) AG	071610	19446	110.55	82.01
Inf Konz 100 mg/20 ml Amp in Folie 1 Stk			19446	203.95	163.39
<b>IV.d. Preisänderung nach 3-jährlicher Überprüfung der Aufnahmebedingungen</b>					
<b>ABRAXANE</b> Trockensub 100 mg Durchstf 1 Stk	Celgene GmbH	071610	20247	405.30	338.78
<b>ACLASTA</b> Inf Lös 5 mg/100 ml Amp 100 ml	Novartis Pharma Schweiz AG	079900	18542	305.45	251.80
<b>ACTEMRA</b> Inf Konz 80 mg/4 ml Durchstf 4 ml	Roche Pharma (Schweiz) AG	071500	19015	189.20	150.53
Inj Lös 162 mg/0.9 ml Fertspr 4 Stk			20240	1286.70	1117.12
Inj Lös 162 mg/0.9 ml Fertipen Fert- pen 4 Stk			20893	1286.70	1117.12
Inf Konz 200 mg/10 ml Durchstf 10 ml			19015	448.40	376.32
Inf Konz 400 mg/20 ml Durchstf 20 ml			19015	880.45	752.64
<b>ACTIVELLE</b> Filmtabl 28 Stk	Novo Nordisk Pharma AG	070860	17273	18.45	8.92
<b>ACTONEL WOCHENTABLETTE</b> Tabl 35 mg 4 Stk	Future Health Pharma GmbH	079900	17646	37.40	18.31
Tabl 35 mg 12 Stk			17646	75.65	51.62
<b>ADCETRIS</b> Trockensub 50 mg Durchstf 1 Stk	Takeda Pharma AG	071610	19989	3688.70	3358.75
Trockensub 50 mg Durchstf 2 Stk			19989	7131.45	6717.49
<b>AERIUS</b> Filmtabl 5 mg 10 Stk	MSD Merck Sharp & Dohme AG	071310	17673	7.80	3.23
Filmtabl 5 mg 30 Stk			17673	19.00	9.40

PRÄPARATE/(Wirkstoffe) Packungen	Verantwortliche Firma	Therap. Gruppe	Dossier Nr.	Preis neu	Ex-Fact. neu
<b>ALDURAZYME</b> Inf Konz 500 IE/5 ml Durchstf 5 ml	Sanofi-Aventis (Suisse) SA	071400	18380	814.55	695.26
<b>ALENDRON D3-MEPHA WOCHENTABL</b> Tabl 70/2800 4 Stk Tabl 70/2800 12 Stk Tabl 70/5600 4 Stk Tabl 70/5600 12 Stk	Mepha Pharma AG	079900	20324 20324 20324 20324	25.65 54.80 25.65 54.80	11.61 33.43 11.61 33.43
<b>AMARYL</b> 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	9.45 33.90 15.65 41.95 17.35 48.75	4.67 15.23 6.50 22.27 7.96 28.18
<b>ANASTROZOL DEVATIS</b> Filmtabl 1 mg Blist 30 Stk Filmtabl 1 mg Blist 100 Stk	Devatis AG	071620	20905 20905	87.65 250.95	62.05 204.30
<b>ANASTROZOL HELVEPHARM</b> Filmtabl 1 mg 28 Stk Filmtabl 1 mg 98 Stk	Helvepharm AG	071620	19501 19501	83.65 246.25	58.58 200.21
<b>ANASTROZOL ORION</b> Filmtabl 1 mg 30 Stk Filmtabl 1 mg 100 Stk	Orion Pharma AG	071620	19477 19477	87.65 250.95	62.05 204.30
<b>ANASTROZOL SANDOZ</b> Filmtabl 1 mg 30 Stk Filmtabl 1 mg 100 Stk	Sandoz Pharmaceuticals AG	071620	19476 19476	87.65 250.95	62.05 204.30
<b>ANASTROZOL TEVA</b> Filmtabl 1 mg 30 Stk Filmtabl 1 mg 100 Stk	Teva Pharma AG	071620	18959 18959	87.65 250.95	62.05 204.30
<b>ANDROCUR</b> Tabl 50 mg 50 Stk Tabl 50 mg 5x 50 Stk	Bayer (Schweiz) AG	070900	11722 11722	53.05 183.00	31.92 145.13
<b>ANDROCUR 10</b> Tabl 10 mg 3x 15 Stk	Bayer (Schweiz) AG	070900	11722	19.75	10.04
<b>ANGELIQ</b> Filmtabl 28 Stk Filmtabl 3x 28 Stk	Bayer (Schweiz) AG	070860	18296 18296	25.80 54.65	11.74 33.34
<b>ANTABUS DISPERGETTEN</b> Tabl 400 mg 50 Stk	Teva Pharma AG	150000	11085	42.85	23.04
<b>APIDRA</b> Inj Lös Durchstf 10 ml Inj Lös OptiPen/ClikSTA/JuniorST 5 Amp 3 ml	Sanofi-Aventis (Suisse) SA	070610	18255 18255	44.95 63.45	24.88 41.00
<b>APIDRA SOLOSTAR</b> Inj Lös 5 Fertpen 3 ml	Sanofi-Aventis (Suisse) SA	070610	18639	56.40	34.86
<b>ARAVA</b> 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	28.20 69.80 44.25 114.15 28.20	13.84 46.51 24.27 85.13 13.84
<b>ARIMIDEX</b> Filmtabl 1 mg 30 Stk Filmtabl 1 mg 100 Stk	AstraZeneca AG	071620	16688 16688	111.60 277.00	82.93 227.00

PRÄPARATE/(Wirkstoffe) Packungen	Verantwortliche Firma	Therap. Gruppe	Dossier Nr.	Preis neu	Ex-Fact. neu
<b>ASACOL</b> Filmtabl 800 mg 48 Stk Filmtabl 400 mg (neu) 100 Stk	Sanofi-Aventis (Suisse) SA	040900	14743 14743	47.05 50.80	26.71 29.95
<b>ATOZET</b> Filmtabl 10/10 mg 30 Stk Filmtabl 10/10 mg 90 Stk Filmtabl 10/20 mg 30 Stk Filmtabl 10/20 mg 90 Stk Filmtabl 10/40 mg 30 Stk Filmtabl 10/40 mg 90 Stk Filmtabl 10/80 mg 30 Stk Filmtabl 10/80 mg 90 Stk	MSD Merck Sharp & Dohme AG	071200	20337 20337 20337 20337 20337 20337 20337 20337	62.50 154.70 62.50 154.70 62.50 154.70 62.50 154.70	40.16 120.49 40.16 120.49 40.16 120.49 40.16 120.49
<b>AZAFALK</b> Filmtabl 50 mg 50 Stk Filmtabl 50 mg 100 Stk Filmtabl 75 mg 50 Stk Filmtabl 75 mg 100 Stk Filmtabl 100 mg 50 Stk Filmtabl 100 mg 100 Stk	Vifor SA	071500	20220 20220 20220 20220 20220 20220	24.95 41.70 34.00 51.60 38.75 61.10	11.02 22.04 15.34 30.68 19.46 38.92
<b>BENERVA</b> Tabl 100 mg 100 Stk	Farmaceutica Teofarma Suisse SA	070230	6702	10.40	5.63
<b>BENLYSTA</b> Trockensub 120 mg 1 Stk Trockensub 400 mg 1 Stk Inj Lös 200 mg/ml Autoinjektor Injek- tor 1 ml Inj Lös 200 mg/ml Autoinjektor 4 In- jektor 1 ml	GlaxoSmithKline AG	071500	19903 19903 20822 20822	203.00 638.45 287.65 1098.15	162.55 541.85 236.30 945.19
<b>BICALUTAMID SANDOZ ECO</b> Filmtabl 50 mg 30 Stk Filmtabl 50 mg 100 Stk Filmtabl 150 mg 30 Stk Filmtabl 150 mg 100 Stk	Sandoz Pharmaceuticals AG	071620	20157 20157 20157 20157	113.45 339.90 192.85 604.60	84.53 281.78 153.71 512.36
<b>BICALUTAMID TEVA</b> Filmtabl 50 mg 30 Stk Filmtabl 150 mg 30 Stk	Teva Pharma AG	071620	19085 19085	113.45 192.85	84.53 153.71
<b>BINOSTO</b> Brausetabl 70 mg 4 Stk Brausetabl 70 mg 12 Stk	Labatec Pharma SA	079900	20498 20498	41.00 79.15	21.43 54.65
<b>BLEOMYCIN BAXTER</b> Trockensub 15000 I.U. Durchstf 1 Stk Trockensub 15000 I.U. Durchstf 10 Stk	Baxter AG	071610	11515 11515	71.75 490.45	48.21 412.93
<b>BONDRONAT</b> Inf Konz 6 mg/6 ml Durchstf 6 ml	Future Health Pharma GmbH	079900	18353	231.00	186.92
<b>BONVIVA</b> Filmtabl 150 mg 1 Stk Filmtabl 150 mg 3 Stk	Future Health Pharma GmbH	079900	18304 18304	39.75 80.20	20.36 55.59
<b>BUDENOFALK</b> Rektalschaum 2 mg/Dosis 14 Dos Rektalschaum 2 mg/Dosis 2x 14 Do- sen	Vifor SA	049900	19291 19291	117.10 203.05	87.72 162.59
<b>BYETTA</b> Inj Lös 5 mcg Fertpen 1 Stk Inj Lös 10 mcg Fertpen 1 Stk	AstraZeneca AG	070620	18590 18590	124.25 124.25	93.93 93.93

PRÄPARATE/(Wirkstoffe) Packungen	Verantwortliche Firma	Therap. Gruppe	Dossier Nr.	Preis neu	Ex-Fact. neu
<b>CADUET</b> Filmtabl 5 mg/10 mg 98 Stk Filmtabl 10 mg/10 mg 98 Stk	Pfizer PFE Switzerland GmbH	071200	18422 18422	85.75 85.75	60.40 60.40
<b>CALCITRIOL SALMON PHARMA</b> Kaps 0.2500 mcg 30 Stk Kaps 0.2500 mcg 100 Stk Kaps 0.5000 mcg 30 Stk Kaps 0.5000 mcg 100 Stk	Salmon Pharma GmbH	070230	17946 17946 17946 17946	18.60 46.15 29.35 64.65	9.06 25.90 14.84 42.04
<b>CALCORT</b> Tabl 6 mg 20 Stk Tabl 6 mg 100 Stk Tabl 30 mg 10 Stk Tabl 30 mg 30 Stk	Sanofi-Aventis (Suisse) SA	070727	15141 15141 15141 15141	7.70 27.35 15.35 36.05	3.13 13.12 6.22 17.10
<b>CAMPRAL</b> Filmtabl 300 mg 84 Stk Filmtabl 300 mg 168 Stk	Merck (Schweiz) AG	150000	16509 16509	41.30 63.25	21.70 40.82
<b>CAPECITABIN ACCORD</b> Filmtabl 150 mg Blist 60 Stk Filmtabl 500 mg Blist 120 Stk	Accord Healthcare AG	071610	21001 21001	50.20 245.45	29.45 199.52
<b>CAPECITABIN HELVEPHARM</b> Filmtabl 150 mg 60 Stk Filmtabl 500 mg 120 Stk	Helvepharm AG	071610	20179 20179	50.20 245.45	29.45 199.52
<b>CAPECITABIN TEVA</b> Filmtabl 150 mg 60 Stk Filmtabl 500 mg 120 Stk	Teva Pharma AG	071610	20168 20168	50.20 245.45	29.45 199.52
<b>CARBOPLATIN LABATEC</b> Inf Lös 50 mg/5 ml Durchstf 5 ml Inf Lös 150 mg/15 ml Durchstf 15 ml Inf Lös 450 mg/45 ml Durchstf 45 ml Inf Lös 600 mg/60 ml 60 ml	Labatec Pharma SA	071610	20054 20054 20054 20054	18.45 47.10 108.45 139.15	8.91 26.73 80.18 106.91
<b>CARBOPLATIN SANDOZ</b> Inf Lös 50 mg/5 ml Durchstf 1 Stk Inf Lös 150 mg/15 ml Durchstf 1 Stk Inf Lös 450 mg/45 ml Durchstf 1 Stk Inf Lös 600 mg/60 ml Durchstf 1 Stk	Sandoz Pharmaceuticals AG	071610	17732 17732 17732 17732	18.45 47.10 108.45 139.15	8.91 26.73 80.18 106.91
<b>CARBOPLATIN TEVA LIQUID</b> Inf Lös 50 mg/5 ml Durchstf 1 Stk Inf Lös 150 mg/15 ml Durchstf 1 Stk Inf Lös 450 mg/45 ml Durchstf 1 Stk Inf Lös 600 mg/60 ml Durchstf 1 Stk	Teva Pharma AG	071610	18791 18791 18791 18791	17.45 44.30 108.45 128.25	8.05 24.30 80.18 97.44
<b>CARNITENE</b> Trink Lös 1 g/10 ml 10 Fl 10 ml Inj Lös 1 g/5 ml i.v. 5 Amp 5 ml	Alfasigma Schweiz AG	079900	15537 14954	42.50 41.40	22.73 21.78
<b>CASODEX</b> Tabl 50 mg Blist 30 Stk Tabl 50 mg Blist 100 Stk Tabl 150 mg Blist 30 Stk Tabl 150 mg Blist 100 Stk	AstraZeneca AG	071620	16483 16483 16483 16483	124.20 221.85 237.80 390.00	93.92 178.95 192.84 325.42
<b>CELLCEPT</b> Susp 200 mg/ml Fl 175 ml	Roche Pharma (Schweiz) AG	071500	17478	207.00	166.01
<b>CEREZYME</b> Trockensub 400 IE Durchstf 1 Stk	Sanofi-Aventis (Suisse) SA	071400	17160	1867.90	1647.04

PRÄPARATE/(Wirkstoffe) Packungen	Verantwortliche Firma	Therap. Gruppe	Dossier Nr.	Preis neu	Ex-Fact. neu
<b>CHAMPIX</b> Filmtabl 0.500 mg 56 Stk Filmtabl 1 mg 56 Stk Filmtabl 1 mg 112 Stk	Pfizer AG	150000	18509 18509 18509	100.20 100.20 181.35	73.00 73.00 143.67
<b>CHAMPIX INITIALPACKUNG</b> Filmtabl 11x0.5 mg/42x1 mg 1 Stk	Pfizer AG	150000	18509	100.20	73.00
<b>CITRAFLEET</b> Plv 2 Stk Plv 100 Stk	Recordati AG	040811	20260 20260	20.45 499.35	10.65 420.68
<b>COLESTID</b> Gran 50 Btl 5 g	Pfizer AG	071200	13127	46.45	26.17
<b>COPAXONE</b> Inj Lös 20 mg/ml 28 Fertspr 1 ml Inj Lös 40 mg/ml 12 Fertspr 1 ml	Teva Pharma AG	019900	18034 18034	1116.30 1060.45	961.73 910.81
<b>CORTIMENT MMX</b> Ret Tabl 9 mg 30 Stk	Ferring AG	049900	20486	128.50	97.65
<b>CYTARABIN SANDOZ</b> Inj Lös 100 mg/5 ml Durchstf 1 Stk Inj Lös 500 mg/10 ml Durchstf 1 Stk Inj Lös 1000 mg/20 ml Durchstf 1 Stk Inj Lös 2000 mg/40 ml Durchstf 1 Stk	Sandoz Pharmaceuticals AG	071610	19402 19402 19402 19402	8.00 26.90 44.95 72.40	3.38 12.70 24.88 48.77
<b>CYTOSAR SOLUTION</b> Inj Lös 100 mg/5 ml Cytosafe 5 ml Inj Lös 0.500 g/25 ml Cytosafe 25 ml Inj Lös 2 g/20 ml Cytosafe 20 ml	Pfizer AG	071610	20404 20404 20404	8.20 27.55 78.60	3.57 13.30 54.19
<b>CYTOTEC</b> Tabl 200 mcg 30 Stk Tabl 200 mcg 100 Stk	Pfizer AG	049900	14831 14831	18.20 45.40	8.71 25.24
<b>DE URSIL</b> Kaps 150 mg 30 Stk Kaps 150 mg 100 Stk Kaps 300 mg 30 Stk Kaps 300 mg 100 Stk	CPS Cito Pharma Services GmbH	049900	13325 13325 13325 13325	36.35 79.50 49.15 120.80	17.36 54.97 28.53 90.92
<b>DE URSIL RR</b> Kaps 450 mg 20 Stk Kaps 450 mg 60 Stk	CPS Cito Pharma Services GmbH	049900	14480 14480	47.90 104.75	27.46 76.95
<b>DE URSIL RR MITE</b> Kaps 225 mg 20 Stk	CPS Cito Pharma Services GmbH	049900	14480	36.10	17.16
<b>DECAPEPTYL</b> Inj Lös 0.1000 mg/ml Fertspr 7 Stk	Ferring AG	070900	16621	71.55	48.02
<b>DECAPEPTYL RETARD</b> Inj Präp 3.750 mg Set 1 Stk Inj Präp 3.750 mg Set 3 Stk	Ferring AG	071620	15095 15095	170.10 457.00	133.87 383.79
<b>DESLORATADIN AXAPHARM</b> Filmtabl 5 mg Blist 10 Stk Filmtabl 5 mg Blist 30 Stk Filmtabl 5 mg Blist 50 Stk	Axapharm AG	071310	20988 20988 20988	7.35 17.90 28.20	2.85 8.46 13.83
<b>DESLORATADIN MEPHA</b> Lactabs 5 mg 10 Stk Lactabs 5 mg 30 Stk Lactabs 5 mg 50 Stk	Mepha Pharma AG	071310	19976 19976 19976	7.40 17.90 28.20	2.86 8.46 13.83

PRÄPARATE/(Wirkstoffe) Packungen	Verantwortliche Firma	Therap. Gruppe	Dossier Nr.	Preis neu	Ex-Fact. neu
<b>DESLORATADIN SANDOZ</b> Filmtabl 5 mg 10 Stk Filmtabl 5 mg 30 Stk Filmtabl 5 mg 50 Stk	Sandoz Pharmaceuticals AG	071310	19981 19981 19981	7.35 17.90 28.20	2.85 8.46 13.86
<b>DESLORATADIN SPIRIG HC</b> Filmtabl 5 mg 10 Stk Filmtabl 5 mg 30 Stk Filmtabl 5 mg 50 Stk	Spirig HealthCare AG	071310	20134 20134 20134	7.45 17.90 28.25	2.90 8.46 13.89
<b>DEXAMETHASON HELVEPHARM</b> Inj Lös 5 mg/ml Amp 1 Stk Inj Lös 5 mg/ml Amp 3 Stk Inj Lös 5 mg/ml Amp 25 Stk	Helvepharm AG	070726	12954 12954 12954	7.15 15.50 77.00	2.64 6.34 52.80
<b>DICETEL</b> Filmtabl 50 mg 60 Stk Filmtabl 50 mg 120 Stk	Mylan Pharma GmbH	040200	14828 14828	19.60 36.45	9.95 17.48
<b>DIPROPHOS</b> Inj Lös Einwegspr 1 ml Inj Lös Amp 1 ml	MSD Merck Sharp & Dohme AG	070725	12559 12559	9.15 9.15	4.40 4.40
<b>DOMPERIDON LINGUAL SPIRIG HC</b> Schmelztabl 10 mg 30 Stk Schmelztabl 10 mg 100 Stk	Spirig HealthCare AG	040600	20654 20654	7.40 17.25	2.89 7.90
<b>DOMPERIDON MEPHA ORO</b> Schmelztabl 10 mg 30 Stk Schmelztabl 10 mg 100 Stk	Mepha Pharma AG	040600	20435 20435	7.40 17.25	2.89 7.90
<b>DOSTINEX</b> Tabl 0.500 mg Fl 2 Stk Tabl 0.500 mg Fl 8 Stk	Pfizer AG	070310	16472 16472	19.65 58.80	9.99 36.95
<b>DOXORUBICIN SANDOZ ECO</b> Inj Lös 10 mg/5 ml 5 ml Inj Lös 50 mg/25 ml 25 ml Inj Lös 100 mg/50 ml 50 ml Inj Lös 200 mg/100 ml 100 ml	Sandoz Pharmaceuticals AG	071610	20228 20228 20228 20228	25.45 82.20 148.05 279.60	11.46 57.33 114.66 229.28
<b>DOXORUBICIN TEVA</b> Inj Lös 10 mg/5 ml Durchstf 5 ml Inj Lös 50 mg/25 ml Durchstf 25 ml	Teva Pharma AG	071610	19199 19199	27.45 82.20	13.18 57.33
<b>DUPHASTON</b> Tabl 10 mg 20 Stk Tabl 10 mg 40 Stk	Mylan Pharma GmbH	070830	10063 10063	14.25 18.90	5.28 9.30
<b>DUSPATALIN RETARD</b> Ret Kaps 200 mg 30 Stk Ret Kaps 200 mg 60 Stk	Mylan Pharma GmbH	040200	15755 15755	17.75 29.05	8.30 14.60
<b>ELIGARD THERMO TRAYPA</b> Trockensub 7.500 mg Sicherheitsnad Inj kit 1 Stk Trockensub 7.500 mg Sicherheitsnad Inj kit 3 Stk Trockensub 22.500 mg Sicherheitsnad Inj kit 1 Stk Trockensub 22.500 mg Sicherheitsnad Inj kit 2 Stk Trockensub 45 mg Sicherheitsnad Inj kit 1 Stk	Astellas Pharma AG	071620	18192 18192 18193 18193 18193 18798	153.15 386.30 426.70 756.25 837.00	119.14 322.22 357.41 644.45 714.82

PRÄPARATE/(Wirkstoffe) Packungen	Verantwortliche Firma	Therap. Gruppe	Dossier Nr.	Preis neu	Ex-Fact. neu
<b>ELOXATIN</b> Inf Konz 50 mg/10 ml Durchstf 10 ml Inf Konz 100 mg/20 ml Durchstf 20 ml Inf Konz 200 mg/40 ml Durchstf 40 ml	Sanofi-Aventis (Suisse) SA	071610	19231 19231 19231	127.15 237.05 395.95	96.47 192.22 330.64
<b>ELTROXIN LF</b> Tabl 0.050 mg 100 Stk Tabl 0.100 mg 100 Stk	Alfasigma Schweiz AG	070420	16147 16147	9.35 14.60	4.58 5.58
<b>ENTOCORT ENEMA</b> Klist Lösung + Tabletten 7 Stk	Tillotts Pharma AG	049900	17973	67.00	44.07
<b>EPIRUBICIN SANDOZ</b> Inj Lös 10 mg/5 ml Durchstf 5 ml Inj Lös 50 mg/25 ml Durchstf 25 ml Inj Lös 100 mg/50 ml Durchstf 50 ml Inj Lös 200 mg/100 ml Durchstf 100 ml	Sandoz Pharmaceuticals AG	071610	20472 20472 20472 20472	36.65 92.00 145.65 230.55	17.65 65.86 112.60 186.53
<b>EPIRUBICIN TEVA LIQUID</b> Inj Konz 10 mg/5 ml Durchstf 1 Stk Inj Konz 20 mg/10 ml Durchstf 1 Stk Inj Konz 50 mg/25 ml Durchstf 1 Stk Inj Konz 100 mg/50 ml Durchstf 1 Stk Inj Konz 200 mg/100 ml Durchstf 1 Stk	Teva Pharma AG	071610	18759 18759 18759 18759 18759	36.65 53.90 92.00 145.55 230.85	17.65 32.68 65.86 112.52 186.79
<b>ESBRIET</b> Filmtabl 267 mg Fl 90 Stk Filmtabl 801 mg Fl 90 Stk	Roche Pharma (Schweiz) AG	071500	20445 20445	1029.70 2960.50	882.77 2648.31
<b>EVISTA</b> Filmtabl 60 mg 28 Stk Filmtabl 60 mg 84 Stk	Leman SKL SA	070900	17510 17510	39.35 83.65	20.00 58.60
<b>EXEMESTAN DEVATIS</b> Filmtabl 25 mg Blist 30 Stk Filmtabl 25 mg Blist 100 Stk	Devatis AG	071620	20904 20904	99.40 290.05	72.31 238.38
<b>EXEMESTAN SANDOZ</b> Filmtabl 25 mg 15 Stk Filmtabl 25 mg 30 Stk Filmtabl 25 mg 90 Stk	Sandoz Pharmaceuticals AG	071620	19511 19511 19511	57.45 98.50 262.70	35.76 71.50 214.54
<b>EZETIMIB ROSUVASTATIN MEPHA</b> Kaps 10 mg/10 mg Blist 30 Stk Kaps 10 mg/10 mg Blist 90 Stk Kaps 10 mg/20 mg Blist 30 Stk Kaps 10 mg/20 mg Blist 90 Stk	Mepha Pharma AG	071200	20766 20766 20766 20766	45.15 102.65 49.50 115.70	25.05 75.15 28.83 86.50
<b>EZETROL</b> Tabl 10 mg 28 Stk Tabl 10 mg 98 Stk	MSD Merck Sharp & Dohme AG	071200	17838 17838	46.40 121.30	26.15 91.38
<b>FARMORUBICIN RD</b> Trockensub 10 mg c solv Amp 1 Stk Trockensub 50 mg Amp 2 Stk	Pfizer AG	071610	15774 15774	39.95 186.10	20.53 147.83
<b>FARMORUBICIN SOL</b> Inj Lös 10 mg Cytosafe 5 ml Inj Lös 50 mg 2 Cytosafe 25 ml Inj Lös 200 mg Cytosafe 100 ml	Pfizer AG	071610	16155 16155 16155	38.90 184.40 254.35	19.61 146.35 207.26
<b>FASLODEX</b> Inj Lös 250 mg/5 ml 2 Fertigspr 5 ml	AstraZeneca AG	071610	18045	684.10	581.64
<b>FELDEN 20</b> Tabs 20 mg 30 Stk	Pfizer AG	071010	14705	17.35	7.96



PRÄPARATE/(Wirkstoffe) Packungen	Verantwortliche Firma	Therap. Gruppe	Dossier Nr.	Preis neu	Ex-Fact. neu
<b>FELDEN LINGUAL</b> Tabl 20 mg 10 Stk Tabl 20 mg 30 Stk	Pfizer AG	071010	16552 16552	8.00 18.70	3.38 9.15
<b>FENIALLERG</b> Tropfen 1 mg/ml 20 ml	GSK Consumer Healthcare Schweiz AG	071310	9336	6.00	3.26
<b>FEXOFENADIN MEPHA</b> 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	5.85 18.05 9.10 25.85	3.18 8.59 4.36 11.82
<b>FEXOFENADIN SANDOZ</b> 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	5.85 18.05 9.10 25.85	3.18 8.59 4.36 11.82
<b>FEXOFENADINE ZENTIVA</b> Filmtabl 120 mg 10 Stk Filmtabl 120 mg 30 Stk Filmtabl 180 mg 10 Stk Filmtabl 180 mg 30 Stk	Helvepharm AG	071310	19590 19590 19590 19590	5.85 18.05 9.10 25.85	3.18 8.59 4.36 11.82
<b>FIASP</b> Inj Lös 100 E/ml Durchstf 10 ml	Novo Nordisk Pharma AG	070600	20616	43.05	23.23
<b>FIASP FLEXTOUCH</b> Inj Lös 100 E/ml 5 Fertpen 3 ml	Novo Nordisk Pharma AG	070600	20614	64.60	42.00
<b>FIASP PENFILL</b> Inj Lös 100 E/ml Patrone 5 Amp 3 ml	Novo Nordisk Pharma AG	070600	20615	61.55	39.32
<b>FIRMAGON</b> Trockensub 80 mg mit Solv in Fertspr Set 1 Stk Trockensub 120 mg mit Solv in Fertspr Set 1 Stk	Ferring AG	071620	19193 19193	171.60 335.25	135.19 277.75
<b>FORSTEO</b> Inj Lös Patrone 2.4 ml	Eli Lilly (Suisse) SA	079900	17985	412.75	345.24
<b>FORTECORTIN</b> Tabl 4 mg 30 Stk Tabl 4 mg 100 Stk	Merck (Schweiz) AG	070726	16676 16676	37.50 75.90	18.39 51.81
<b>FOSAMAX WOCHENTABLETTEN</b> Tabl 70 mg 4 Stk Tabl 70 mg 12 Stk	MSD Merck Sharp & Dohme AG	079900	17647 17647	40.75 86.45	21.21 61.04
<b>FOSAVANCE WOCHENTABLETTEN</b> Tabl 70/2800 4 Stk Tabl 70/2800 12 Stk Tabl 70/5600 4 Stk Tabl 70/5600 12 Stk	MSD Merck Sharp & Dohme AG	079900	18354 18354 18354 18354	27.10 59.05 27.10 59.05	12.91 37.14 12.91 37.14
<b>FOSRENOL</b> Kautabl 500 mg 90 Stk Kautabl 750 mg 90 Stk Kautabl 1000 mg 90 Stk	Takeda Pharma AG	079900	18766 18766 18766	207.05 265.25 338.30	166.06 216.75 280.38
<b>FULVESTRANT SANDOZ</b> Inj Lös 250 mg/5 ml i.m. 2 Fertspr 5 ml	Sandoz Pharmaceuticals AG	071620	20514	517.20	436.23

PRÄPARATE/(Wirkstoffe) Packungen	Verantwortliche Firma	Therap. Gruppe	Dossier Nr.	Preis neu	Ex-Fact. neu
<b>GALVUMET</b>	Novartis Pharma Schweiz AG	070620			
Filmtabl 50/500 mg 60 Stk			19118	62.70	40.34
Filmtabl 50/500 mg 180 Stk			19118	155.35	121.02
Filmtabl 50/850 mg 60 Stk			19118	62.70	40.34
Filmtabl 50/850 mg 180 Stk			19118	155.35	121.02
Filmtabl 50/1000 mg 60 Stk			19118	62.70	40.34
Filmtabl 50/1000 mg 180 Stk			19118	155.35	121.02
<b>GALVUS</b>	Novartis Pharma Schweiz AG	070620			
Filmtabl 50 mg 28 Stk			18641	37.50	18.40
Filmtabl 50 mg 112 Stk			18641	100.90	73.62
<b>GATINAR</b>	Melisana AG	040812			
Sirup 200 ml			12598	5.95	3.22
Sirup 500 ml			12598	11.85	6.43
<b>GENOTROPIN</b>	Pfizer AG	070310			
Trockensub 5 mg c solv Amp 1 Stk			15456	221.65	178.78
Trockensub 5 mg c solv Amp 5 Stk			15456	1041.90	893.91
Trockensub 12 mg c solv Zweik Amp 1 Stk			15456	509.00	429.08
<b>GENOTROPIN GOQUICK</b>	Pfizer AG	070310			
Trockensub 5 mg c Solv 1 Stk			19461	221.65	178.78
Trockensub 5 mg c Solv 5 Stk			19461	1041.90	893.91
Trockensub 12 mg c Solv 1 Stk			19461	509.00	429.08
Trockensub 12 mg c Solv 5 Stk			19461	2414.45	2145.37
<b>GEVILON</b>	Pfizer AG	071200			
Filmtabl 450 mg 100 Stk			14933	39.00	19.69
<b>GIOTRIF</b>	Boehringer Ingelheim (Schweiz) GmbH	071610			
Filmtabl 20 mg 28 Stk			20151	2522.75	2244.13
Filmtabl 30 mg 28 Stk			20151	2522.75	2244.13
Filmtabl 40 mg 28 Stk			20151	2522.75	2244.13
<b>GLIMEPIRID SANDOZ</b>	Sandoz Pharmaceuticals AG	070620			
Tabl 1 mg 30 Stk			18420	7.05	2.58
Tabl 1 mg 120 Stk			18420	18.35	8.84
Tabl 2 mg 30 Stk			18420	9.20	4.46
Tabl 2 mg 120 Stk			18420	29.00	14.54
Tabl 3 mg 30 Stk			18420	15.30	6.20
Tabl 3 mg 120 Stk			18420	40.80	21.26
Tabl 4 mg 30 Stk			18420	16.90	7.60
Tabl 4 mg 120 Stk			18420	45.50	25.36
<b>GLIMEPIRIDE ZENTIVA</b>	Helvepharm AG	070620			
Tabl 2 mg 30 Stk			18325	9.15	4.41
Tabl 2 mg 120 Stk			18325	28.85	14.40
Tabl 3 mg 30 Stk			18325	15.25	6.13
Tabl 3 mg 120 Stk			18325	40.55	21.04
Tabl 4 mg 30 Stk			18325	16.85	7.52
Tabl 4 mg 120 Stk			18325	45.50	25.36

PRÄPARATE/(Wirkstoffe) Packungen	Verantwortliche Firma	Therap. Gruppe	Dossier Nr.	Preis neu	Ex-Fact. neu
<b>GLIMERYL MEPHA</b> 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 Tabl 6 mg 30 Stk Tabl 6 mg 120 Stk	Mepha Pharma AG	070620	18470 18470 18470 18470 18470 18470 18470 18470 18470 18470	7.05 18.35 9.20 29.00 15.30 40.75 16.80 45.50 19.40 58.95	2.55 8.83 4.46 14.54 6.18 21.23 7.47 25.36 9.77 37.06
<b>GLIVEC</b> Filmtabl 100 mg 60 Stk Filmtabl 400 mg teilbar 30 Stk	Novartis Pharma Schweiz AG	071610	17927 17927	944.45 1832.95	808.40 1615.20
<b>GLIVEC GIST</b> Filmtabl 100 mg 60 Stk Filmtabl 400 mg 30 Stk	Novartis Pharma Schweiz AG	071610	20430 20430	956.85 1832.95	819.22 1615.20
<b>GLUCAGEN NOVO HYPO KIT</b> Trockensub 1 mg c solv Amp 1 Stk	Novo Nordisk Pharma AG	070630	10472	38.45	19.21
<b>GLUCOPHAGE 1000</b> Filmtabl 1000 mg 60 Stk Filmtabl 1000 mg 120 Stk	Merck (Schweiz) AG	070620	8800 8800	8.90 16.70	4.17 7.39
<b>GLUCOPHAGE 500</b> Filmtabl 500 mg 50 Stk	Merck (Schweiz) AG	070620	8800	6.65	2.20
<b>GLUCOPHAGE 850</b> Filmtabl 850 mg 30 Stk Filmtabl 850 mg 100 Stk	Merck (Schweiz) AG	070620	8800 8800	6.30 14.65	1.93 5.62
<b>GONAL F</b> Trockensub 75 IE (5.5 mcg) Inj kit 1 Stk Trockensub 450 IE (33 mcg) Inj kit 1 Stk Trockensub 1050 IE (77 mcg) Inj kit 1 Stk	Merck (Schweiz) AG	070810	16546 16546 16546	56.80 233.95 516.70	35.21 189.49 435.82
<b>GONAL F PEN</b> Inj Lös 300 E/0.5 ml 1 Stk Inj Lös 450 E/0.75 ml 1 Stk Inj Lös 900 E/1.5 ml 1 Stk	Merck (Schweiz) AG	070810	18012 18012 18012	156.40 226.45 430.65	121.94 182.97 360.85
<b>HERCEPTIN</b> Trockensub 150 mg Amp 1 Stk Trockensub 440 mg c solv Amp 20 ml	Roche Pharma (Schweiz) AG	071610	17354 17354	686.40 1932.85	583.61 1706.26
<b>HERCEPTIN SUBKUTAN</b> Inj Lös 600 mg/5 ml subkutan Durchstf 1 Stk	Roche Pharma (Schweiz) AG	071610	20607	1932.85	1706.26
<b>HUMALOG</b> Inj Lös Durchstf 10 ml Inj Lös f Pen 5 Amp 3 ml	Eli Lilly (Suisse) SA	070610	16473 16473	43.10 61.10	23.25 38.95
<b>HUMALOG JUNIOR KWIKPEN</b> Inj Lös 100 IE/ml 5 Fertspr 3 ml	Eli Lilly (Suisse) SA	070610	19010	68.55	45.44
<b>HUMALOG KWIKPEN</b> Inj Lös 5 Fertigspr 3 ml Inj Lös 200 IE/ml 5 Fertspr 3 ml	Eli Lilly (Suisse) SA	070610	19010 19010	68.55 120.75	45.44 90.89
<b>HUMALOG MIX 25</b> Inj Susp f Pen 5 Amp 3 ml	Eli Lilly (Suisse) SA	070610	17228	57.35	35.67

PRÄPARATE/(Wirkstoffe) Packungen	Verantwortliche Firma	Therap. Gruppe	Dossier Nr.	Preis neu	Ex-Fact. neu
<b>HUMALOG MIX 25 KWIKPEN</b> Inj Susp 5 Fertigspr 3 ml	Eli Lilly (Suisse) SA	070610	19011	68.55	45.44
<b>HUMALOG MIX 50</b> Inj Susp f Pen 5 Amp 3 ml	Eli Lilly (Suisse) SA	070610	17229	61.50	39.29
<b>HUMALOG MIX 50 KWIKPEN</b> Inj Susp 5 Fertigspr 3 ml	Eli Lilly (Suisse) SA	070610	19012	68.55	45.44
<b>HUMATROPE</b> Trockensub 6 mg c solv Amp 1 Stk	Eli Lilly (Suisse) SA	070310	16788	265.15	216.68
Trockensub 12 mg c solv Amp 1 Stk			16788	513.85	433.34
Trockensub 24 mg c solv Amp 1 Stk			16788	1011.40	866.71
<b>HUMINSULIN BASAL</b> Inj Susp f Pen 5 Amp 3 ml	Eli Lilly (Suisse) SA	070610	16073	59.50	37.56
<b>HUMINSULIN BASAL KWIKPEN</b> Inj Susp 5 Fertigspr 3 ml	Eli Lilly (Suisse) SA	070610	19901	52.55	31.47
<b>HYCAMTIN</b> Trockensub 1 mg Durchstf 1 Stk	Novartis Pharma Schweiz AG	071610	16804	115.90	86.67
Trockensub 4 mg Durchstf 1 Stk			16804	370.80	308.70
Trockensub 4 mg Durchstf 5 Stk			16804	1747.25	1537.03
<b>IBANDRONAT HELVEPHARM OSTEO</b> Inj Lös 3 mg/3 ml Fertspr 3 ml	Helvepharm AG	079900	20143	67.05	44.11
<b>IBANDRONAT MEPHA</b> Filmtabl 150 mg Monatstabletten 1 Stk	Mepha Pharma AG	079900	19940	36.20	17.23
Filmtabl 150 mg Monatstabletten Blist 3 Stk			19940	73.85	50.03
<b>IBANDRONAT SANDOZ</b> Inj Lös 3 mg/3 ml i.v. Fertigspr 1 Stk	Sandoz Pharmaceuticals AG	079900	19488	67.05	44.11
Filmtabl 150 mg 1 Stk			19864	36.20	17.23
Filmtabl 150 mg 3 Stk			19864	73.85	50.03
<b>IBANDRONAT SPIRIG HC</b> Filmtabl 150 mg Monatstabl Blist 1 Stk	Spirig HealthCare AG	079900	20083	36.20	17.23
Filmtabl 150 mg Monatstabl Blist 3 Stk			20083	73.85	50.03
Inj Lös 3 mg/3 ml Fertspr 3 ml			20413	67.05	44.11
<b>IBEROGAST</b> Tinkt 20 ml	Bayer (Schweiz) AG	549900	18835	10.50	5.68
Tinkt 50 ml			18835	23.05	12.49
Tinkt 100 ml			18835	41.35	22.42
<b>IBUPROFEN SANDOZ</b> Ret Filmtabl 800 mg 20 Stk	Sandoz Pharmaceuticals AG	071010	19755	9.05	4.31
Ret Filmtabl 800 mg 50 Stk			19755	18.95	9.37
Ret Filmtabl 800 mg 100 Stk			19755	35.45	16.58
<b>IMATINIB ACCORD</b> Filmtabl 100 mg Blist 60 Stk	Accord Healthcare AG	071610	21002	546.85	462.06
Filmtabl 400 mg Blist 30 Stk			21002	1074.05	923.22
<b>IMATINIB DEVATIS</b> Filmtabl 100 mg Blist 30 Stk	Devatis AG	071610	20906	281.60	231.03
Filmtabl 100 mg Blist 60 Stk			20906	546.85	462.06
Filmtabl 200 mg 30 Stk			20906	510.55	430.55
Filmtabl 200 mg 60 Stk			20906	886.35	757.78
Filmtabl 400 mg Blist 30 Stk			20906	1074.05	923.22
Filmtabl 400 mg Blist 60 Stk			20906	1843.60	1624.89

PRÄPARATE/(Wirkstoffe) Packungen	Verantwortliche Firma	Therap. Gruppe	Dossier Nr.	Preis neu	Ex-Fact. neu
<b>IMATINIB GIST-TEVA</b> Filmtabl 100 mg Blist 60 Stk Filmtabl 400 mg Blist 30 Stk	Teva Pharma AG	071610	21139 21139	815.80 1567.25	696.34 1372.92
<b>IMATINIB SANDOZ</b> Filmtabl 100 mg 60 Stk Filmtabl 400 mg 30 Stk	Sandoz Pharmaceuticals AG	071610	20576 20576	546.85 1074.05	462.06 923.22
<b>IMATINIB TEVA</b> Filmtabl 100 mg 60 Stk Filmtabl 400 mg 30 Stk	Teva Pharma AG	071610	20535 20535	546.85 1074.05	462.06 923.22
<b>IMATINIB ZENTIVA</b> Filmtabl 100 mg 60 Stk Filmtabl 400 mg 30 Stk	Helvepharm AG	071610	20541 20541	546.85 1074.05	462.06 923.22
<b>IMODIUM</b> Kaps 2 mg 20 Stk Kaps 2 mg 60 Stk	Janssen-Cilag AG	040900	12893 12893	7.25 19.15	3.92 9.52
<b>IMPORTAL</b> Plv Dppl Btl 10 Stk Plv Dppl Btl 25 Stk Lös 200 ml Lös 500 ml	Zambon Switzerland Ltd	040812	14926 14926 16463 16463	9.15 21.00 5.30 12.05	4.97 11.38 2.88 6.52
<b>INEGY</b> Tabl 10/10 mg 28 Stk Tabl 10/10 mg 98 Stk Tabl 10/20 mg 28 Stk Tabl 10/20 mg 98 Stk Tabl 10/40 mg 28 Stk Tabl 10/40 mg 98 Stk	MSD Merck Sharp & Dohme AG	071200	18299 18299 18299 18299 18299 18299	52.10 141.05 56.65 156.85 63.30 178.20	31.10 108.56 35.05 122.35 40.84 140.94
<b>INSULIN ACTRAPID HM</b> Inj Lös 100 IE/ml Durchstf 10 ml Inj Lös 100 IE/ml Penfill 5x 3 ml	Novo Nordisk Pharma AG	070610	14262 14939	28.25 51.35	13.90 30.46
<b>INSULIN INSULATARD HM</b> Inj Susp Amp 10 ml	Novo Nordisk Pharma AG	070610	14765	26.70	12.56
<b>INSULIN INSULATARD HM FLEXPEN</b> Inj Susp Fertigpen 5 Fertpen 3 ml	Novo Nordisk Pharma AG	070610	17725	53.80	32.58
<b>INSULIN INSULATARD HM PENFILL</b> Inj Susp Patrone 5x 3 ml	Novo Nordisk Pharma AG	070610	15828	48.20	27.68
<b>INSULIN INSUMAN BASAL</b> Inj Susp Optipen 5x 3 ml	Sanofi-Aventis (Suisse) SA	070610	17317	53.20	32.07
<b>INSULIN INSUMAN COMB 25</b> Inj Susp Optipen 5x 3 ml	Sanofi-Aventis (Suisse) SA	070610	17315	53.55	32.35
<b>INSULIN INSUMAN RAPID</b> Inj Lös Optipen 5x 3 ml	Sanofi-Aventis (Suisse) SA	070610	17313	53.65	32.46
<b>INSULIN NOVORAPID</b> Inj Lös Amp 10 ml	Novo Nordisk Pharma AG	070610	17372	43.40	23.54
<b>INSULIN NOVORAPID FLEXPEN</b> Inj Lös Fertigpen 5 Fertpen 3 ml	Novo Nordisk Pharma AG	070610	17639	66.90	43.97
<b>INSULIN NOVORAPID FLEXTOUCH</b> Inj Lös 5 Fertigpen 3 ml	Novo Nordisk Pharma AG	070610	19765	66.90	43.97
<b>INSULIN NOVORAPID PENFILL</b> Inj Lös Patrone 5x 3 ml	Novo Nordisk Pharma AG	070610	17373	61.75	39.50
<b>INSULIN NOVORAPID PUMPCART</b> Inj Lös 100 E/ml 5 Amp 1.600 ml	Novo Nordisk Pharma AG	070610	20429	40.60	21.07
<b>IPOCOL DIVISTYRAMINE</b> Plv 30 Dppl Btl 3 g	Lagap SA	071200	15640	56.80	35.18

PRÄPARATE/(Wirkstoffe) Packungen	Verantwortliche Firma	Therap. Gruppe	Dossier Nr.	Preis neu	Ex-Fact. neu
<b>IRESSA</b> Filmtabl 250 mg 30 Stk	AstraZeneca AG	071610	18046	2588.70	2304.28
<b>IRFEN RETARD</b> Ret Filmtabl 800 mg 20 Stk Ret Filmtabl 800 mg 50 Stk Ret Filmtabl 800 mg 100 Stk	Mepha Pharma AG	071010	20539 20539 20539	9.00 18.90 35.45	4.29 9.32 16.58
<b>IRINOTECAN ACCORD</b> Inf Konz 40 mg/2 ml Durchstf 2 ml Inf Konz 100 mg/5 ml Durchstf 5 ml Inf Konz 300 mg/15 ml Durchstf 15 ml Inf Konz 500 mg/25 ml Durchstf 25 ml	Accord Healthcare AG	071610	20859 20859 20859 20859	67.60 140.50 351.50 504.45	44.60 108.11 291.92 425.13
<b>IRINOTECAN FRESENIUS</b> Inf Konz 40 mg/2 ml Durchstf 2 ml Inf Konz 100 mg/5 ml Durchstf 5 ml Inf Konz 300 mg/15 ml Durchstf 15 ml Inf Konz 500 mg/25 ml Durchstf 25 ml	Fresenius Kabi (Schweiz) AG	071610	19784 19784 19784 19784	68.00 141.65 351.50 519.10	44.96 109.11 291.92 437.88
<b>IRINOTECAN LABATEC</b> Inf Konz 40 mg/2 ml Durchstf 2 ml Inf Konz 100 mg/5 ml Durchstf 5 ml Inf Konz 300 mg/15 ml Durchstf 1 Stk	Labatec Pharma SA	071610	19179 19179 19179	68.10 141.65 351.50	45.03 109.11 291.92
<b>IRINOTECAN SANDOZ ECO</b> Inf Konz 40 mg/2 ml Durchstf 2 ml Inf Konz 100 mg/5 ml Durchstf 5 ml Inf Konz 300 mg/15 ml Durchstf 15 ml Inf Konz 500 mg/25 ml Durchstf 25 ml	Sandoz Pharmaceuticals AG	071610	20349 20349 20349 20349	68.05 141.65 351.50 510.85	44.98 109.11 291.92 430.70
<b>IRINOTECAN TEVA LIQUID</b> Inf Konz 40 mg/2 ml Durchstf 1 Stk Inf Konz 100 mg/5 ml Durchstf 1 Stk Inf Konz 500 mg/25 ml Durchstf 1 Stk Inf Konz 300 mg/15 ml Durchstf 1 Stk	Teva Pharma AG	071610	19020 19020 19020 19020	68.40 141.10 504.45 351.50	45.29 108.64 425.13 291.92
<b>JAKAVI</b> Tabl 5 mg 56 Stk Tabl 10 mg 56 Stk Tabl 15 mg 56 Stk Tabl 20 mg 56 Stk	Novartis Pharma Schweiz AG	071610	19991 19991 19991 19991	2011.25 3860.25 3860.25 3860.25	1777.76 3526.11 3526.11 3526.11
<b>JANUMET</b> Filmtabl 50/500 mg 56 Stk Filmtabl 50/500 mg 196 Stk Filmtabl 50/850 mg 56 Stk Filmtabl 50/850 mg 196 Stk Filmtabl 50/1000 mg 56 Stk Filmtabl 50/1000 mg 196 Stk	MSD Merck Sharp & Dohme AG	070620	18787 18787 18787 18787 18787 18787	59.45 167.00 59.45 167.00 59.45 167.00	37.48 131.20 37.48 131.20 37.48 131.20
<b>JANUMET XR</b> Ret Filmtabl 50/500 mg 56 Stk Ret Filmtabl 50/500 mg 3 Fl 56 Stk Ret Filmtabl 50/1000 mg 56 Stk Ret Filmtabl 50/1000 mg 3 Fl 56 Stk Ret Filmtabl 100/1000 mg 28 Stk Ret Filmtabl 100/1000 mg 84 Stk	MSD Merck Sharp & Dohme AG	070620	20276 20276 20276 20276 20276 20276	63.40 155.25 63.40 155.25 63.40 155.25	40.93 120.97 40.93 120.97 40.93 120.97

PRÄPARATE/(Wirkstoffe) Packungen	Verantwortliche Firma	Therap. Gruppe	Dossier Nr.	Preis neu	Ex-Fact. neu
<b>JANUVIA</b>	MSD Merck Sharp & Dohme AG	070620			
Filmtabl 25 mg 28 Stk			18533	59.15	37.22
Filmtabl 25 mg 98 Stk			18533	165.95	130.25
Filmtabl 50 mg 28 Stk			18533	59.15	37.22
Filmtabl 50 mg 98 Stk			18533	165.95	130.25
Filmtabl 100 mg 28 Stk			18533	59.15	37.22
Filmtabl 100 mg 98 Stk			18533	165.95	130.25
<b>JARDIANCE</b>	Boehringer Ingelheim (Schweiz) GmbH	070620			
Filmtabl 10 mg 30 Stk			20244	69.95	46.64
Filmtabl 10 mg 90 Stk			20244	176.80	139.72
<b>JARDIANCE MET</b>	Boehringer Ingelheim (Schweiz) GmbH	070620			
Filmtabl 5/500 mg 60 Stk			20401	71.25	47.76
Filmtabl 5/500 mg 2x 90 Stk			20401	180.85	143.27
Filmtabl 5/850 mg 60 Stk			20401	71.25	47.76
Filmtabl 5/850 mg 2x 90 Stk			20401	180.85	143.27
Filmtabl 5/1000 mg 60 Stk			20401	71.25	47.76
Filmtabl 5/1000 mg 2x 90 Stk			20401	180.85	143.27
<b>JENTADUETO</b>	Boehringer Ingelheim (Schweiz) GmbH	070620			
Filmtabl 2.5 mg/500 mg 60 Stk			19951	65.05	42.37
Filmtabl 2.5 mg/500 mg 2x 90 Stk			19951	162.30	127.10
Filmtabl 2.5 mg/850 mg 60 Stk			19951	65.05	42.37
Filmtabl 2.5 mg/850 mg 2x 90 Stk			19951	162.30	127.10
Filmtabl 2.5 mg/1000 mg 60 Stk			19951	65.05	42.37
Filmtabl 2.5 mg/1000 mg 2x 90 Stk			19951	162.30	127.10
<b>JEVTANA</b>	Sanofi-Aventis (Suisse) SA	071610			
Inf Konz 60 mg c Solv Durchstf 1 Stk			19436	4956.80	4595.92
<b>KETESSE</b>	A. Menarini AG	071010			
Filmtabl 25 mg 20 Stk			17547	14.00	5.05
Filmtabl 25 mg 40 Stk			17547	18.40	8.90
Inj Lös 50 mg/2 ml 5 Amp 2 ml			18040	9.35	4.57
Inj Lös 50 mg/2 ml 20 Amp 2 ml			18040	29.10	14.62
<b>KLEAN PREP</b>	Norgine AG	040811			
Plv Btl 4 Stk			16532	25.55	11.54
<b>KLIIGEST N</b>	Novo Nordisk Pharma AG	070860			
Filmtabl 28 Stk			15101	18.15	8.66
<b>KOMBIGLYZE XR</b>	AstraZeneca AG	070620			
Filmtabl 2.5 mg/1000 mg 56 Stk			20036	64.35	41.78
Filmtabl 2.5 mg/1000 mg 196 Stk			20036	184.25	146.23
Filmtabl 5 mg/500 mg 28 Stk			20036	64.35	41.78
Filmtabl 5 mg/500 mg 98 Stk			20036	184.25	146.23
Filmtabl 5 mg/1000 mg 28 Stk			20036	64.35	41.78
Filmtabl 5 mg/1000 mg 98 Stk			20036	184.25	146.23
<b>LAXIPEG</b>	Zambon Switzerland Ltd	040811			
Pdr Btl 20 Stk			20106	12.95	7.02
Pdr Btl 100 Stk			20106	51.15	27.72
Pdr Ds 200 g			20106	12.95	7.02
Plv Aromafrei Btl 20 Stk			20106	12.95	7.02
Plv Aromafrei Btl 100 Stk			20106	51.15	27.72
Plv Aromafrei Ds 200 g			20106	12.95	7.02
<b>LAXIPLANT SOFT</b>	Schwabe Pharma AG	040813			
Gran 200 g			14415	12.60	6.83
Gran 400 g			14415	22.20	12.02
<b>LAXOBERON ABFÜHRTRÖPFEN</b>	Sanofi-Aventis (Suisse) SA	040811			
Tropfen 30 ml			16932	15.40	6.28

PRÄPARATE/(Wirkstoffe) Packungen	Verantwortliche Firma	Therap. Gruppe	Dossier Nr.	Preis neu	Ex-Fact. neu
<b>LEFLUNOMID GEBRO</b> Filmtabl 10 mg Blist 30 Stk Filmtabl 10 mg Blist 100 Stk Filmtabl 20 mg Blist 30 Stk Filmtabl 20 mg Blist 100 Stk	Gebro Pharma AG	071060	19885 19885 19885 19885	26.60 64.45 41.50 104.35	12.46 41.86 21.85 76.62
<b>LEFLUNOMID MEPHA</b> Lactabs 10 mg 30 Stk Lactabs 10 mg 100 Stk Lactabs 20 mg 30 Stk Lactabs 20 mg 100 Stk	Mepha Pharma AG	071060	19918 19918 19918 19918	27.35 66.25 42.80 104.35	13.11 43.42 22.99 76.62
<b>LEFLUNOMID SANDOZ</b> Filmtabl 10 mg 30 Stk Filmtabl 10 mg 100 Stk Filmtabl 20 mg 30 Stk Filmtabl 20 mg 100 Stk	Sandoz Pharmaceuticals AG	071060	19576 19576 19576 19576	26.60 64.45 41.50 104.35	12.46 41.86 21.85 76.62
<b>LEFLUNOMID SPIRIG HC</b> 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	Spirig HealthCare AG	071060	20256 20256 20256 20256 20256	27.35 66.25 42.80 104.35 27.35	13.11 43.41 22.99 76.62 13.11
<b>LEFLUNOMIDE ZENTIVA</b> 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	Helvepharm AG	071060	19592 19592 19592 19592 19592	26.60 64.45 41.50 104.35 28.90	12.47 41.86 21.85 76.62 14.47
<b>LEUPRORELIN SANDOZ</b> Inj Präp 3.600 mg Fertigspr 1 Stk Inj Präp 5 mg Fertigspr 1 Stk	Sandoz Pharmaceuticals AG	071620	18648 18701	149.85 336.70	116.25 279.02
<b>LEVOCETIRIZIN MEPHA</b> Lactabs 5 mg 10 Stk Lactabs 5 mg 30 Stk Lactabs 5 mg 50 Stk	Mepha Pharma AG	071310	20049 20049 20049	7.25 16.80 26.35	2.76 7.48 12.23
<b>LEVOCETIRIZIN SANDOZ</b> Filmtabl 5 mg 10 Stk Filmtabl 5 mg 30 Stk Filmtabl 5 mg 50 Stk	Sandoz Pharmaceuticals AG	071310	20008 20008 20008	7.20 16.70 26.35	2.70 7.39 12.23
<b>LEVOCETIRIZIN SPIRIG HC</b> Filmtabl 5 mg 10 Stk Filmtabl 5 mg 30 Stk Filmtabl 5 mg 50 Stk	Spirig HealthCare AG	071310	20133 20133 20133	7.25 16.75 26.35	2.74 7.46 12.23
<b>LIVIAL</b> Tabl 2.500 mg 28 Stk	MSD Merck Sharp & Dohme AG	070830	17141	26.20	12.11
<b>LODOTRA</b> 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	40.30 96.10 40.80 97.65 41.85 101.25	20.83 69.43 21.24 70.77 22.18 73.93
<b>LOPERAMID MEPHA</b> Lactabs 2 mg 20 Stk Lactabs 2 mg 60 Stk	Mepha Pharma AG	040900	16379 16379	6.50 17.35	3.53 7.99



PRÄPARATE/(Wirkstoffe) Packungen	Verantwortliche Firma	Therap. Gruppe	Dossier Nr.	Preis neu	Ex-Fact. neu
<b>LOPERAMID SANDOZ</b> Kaps 2 mg 20 Stk Kaps 2 mg 60 Stk	Sandoz Pharmaceuticals AG	040900	20086 20086	6.50 18.20	3.53 8.71
<b>LOPERAMID SPIRIG HC</b> Filmtabl 2 mg 20 Stk Filmtabl 2 mg 60 Stk	Spirig HealthCare AG	040900	20542 20542	6.50 17.45	3.53 8.04
<b>LOPERAMID STREULI</b> Kaps 2 mg (neu) 20 Stk Kaps 2 mg (neu) 60 Stk	Streuli Pharma AG	040900	16666 16666	6.50 18.20	3.53 8.71
<b>LOPERAMID ZENTIVA</b> Kaps 2 mg 20 Stk Kaps 2 mg 60 Stk	Helvepharm AG	040900	17756 17756	6.50 19.35	3.53 9.72
<b>LUCRIN DEPOT PDS</b> Trockensub 3.750 mg Fertspr 1 Stk Trockensub 11.250 mg Fertspr 1 Stk Trockensub 30 mg Fertigspr 1 Stk	AbbVie AG	071620	16158 17338 19232	158.35 429.70 1082.10	123.67 360.01 930.57
<b>LUTRELEF</b> Trockensub 3.200 mg c Solv Durchstf 1 Stk	Ferring AG	070310	15239	396.15	330.81
<b>LUVERIS</b> Trockensub 75 IE c Solv Durchstf 1 Stk Trockensub 75 IE c Solv Durchstf 10 Stk	Merck (Schweiz) AG	070810	17871 17871	65.90 504.00	43.12 424.75
<b>LYXUMIA</b> Inj Lös 1x10 mcg/1x20 mcg Fertpen Set 1 Stk Inj Lös 20 mcg 2 Fertpen 3 ml	Sanofi-Aventis (Suisse) SA	070620	20595 20595	108.80 108.80	80.49 80.49
<b>MABTHERA</b> Inf Konz 100 mg/10 ml 2 Amp 10 ml Inf Konz 500 mg/50 ml Amp 50 ml	Roche Pharma (Schweiz) AG	071610	17079 17079	627.30 1515.65	532.16 1325.87
<b>MABTHERA SUBKUTAN</b> Inj Lös 1400 mg/11.7 ml s.c. Durchstf 1 Stk Inj Lös 1600 mg/13.4 ml s.c. Durchstf 1 Stk	Roche Pharma (Schweiz) AG	071610	20602 20602	1949.75 2580.80	1721.66 2297.06
<b>MACROGOL MEPHA</b> Plv Btl 20 Stk Plv Btl 100 Stk	Mepha Pharma AG	040811	20298 20298	14.90 44.45	5.82 24.43
<b>MACROGOL MEPHA JUNIOR</b> Plv Btl 30 Stk	Mepha Pharma AG	040811	20298	14.45	5.44
<b>MACROGOL SANDOZ</b> Plv Btl 20 Stk Plv Btl 100 Stk	Sandoz Pharmaceuticals AG	040811	20292 20292	14.90 44.45	5.82 24.42
<b>MAG 2</b> Lös 30 Trinkamp 10 ml Plv Btl 30 Stk	Sanofi-Aventis (Suisse) SA	070210	14935 15140	9.25 14.40	4.50 5.38
<b>MAG 2 FORTE</b> Plv Btl 30 Stk	Sanofi-Aventis (Suisse) SA	070210	15140	16.45	7.18
<b>MAGNESIUM DIASPORAL</b> Gran 300 mg 20 Stk Gran 300 mg zuckerfrei 50 Stk	Doetsch Grether AG	070210	15601 20287	17.90 39.55	8.46 20.18
<b>MAGNESIUM SANDOZ 243</b> Brausetabl 243 mg (neu) Ds 20 Stk Brausetabl 243 mg (neu) Ds 40 Stk	Sandoz Pharmaceuticals AG	070210	19009 19009	16.05 28.25	8.70 15.31

PRÄPARATE/(Wirkstoffe) Packungen	Verantwortliche Firma	Therap. Gruppe	Dossier Nr.	Preis neu	Ex-Fact. neu
<b>MARYSA</b>	Gedeon Richter (Schweiz) AG	070830			
Tabl 2.5 mg Blist 28 Stk			20892	20.70	10.90
Tabl 2.5 mg 3 Blist 28 Stk			20892	48.30	27.78
<b>MEDROL</b>	Pfizer AG	070723			
Tabl 4 mg 30 Stk			12664	9.70	4.89
Tabl 16 mg 10 Stk			12664	14.40	5.40
Tabl 32 mg 10 Stk			12664	18.50	8.99
Tabl 100 mg 10 Stk			12664	43.15	23.30
<b>MEPHAMESON</b>	Mepha Pharma AG	070726			
Inj Lös 4 mg/ml 3 Amp 1 ml			11522	14.90	5.84
Inj Lös 4 mg/ml 25 Amp 1 ml			11522	72.25	48.67
Inj Lös 4 mg/ml 50 Amp 1 ml			11522	128.15	97.33
Inj Lös 8 mg/2 ml 3 Amp 2 ml			11522	19.75	10.05
Inj Lös 8 mg/2 ml 50 Amp 2 ml			11522	208.65	167.46
Inj Lös 50 mg/3 ml 5 Amp 3 ml			11522	100.95	73.65
Inj Lös 50 mg/3 ml 25 Amp 3 ml			11522	377.30	314.37
<b>METFIN</b>	Sandoz Pharmaceuticals AG	070620			
Filmtabl 500 mg (neu) 50 Stk			17586	6.40	2.01
Filmtabl 850 mg (neu) 30 Stk			17586	6.00	1.66
Filmtabl 850 mg (neu) 100 Stk			17586	9.80	4.95
Filmtabl 1000 mg (neu) 60 Stk			17586	8.35	3.70
Filmtabl 1000 mg (neu) 120 Stk			17586	15.40	6.28
<b>METFORMIN AXAPHARM</b>	Axapharm AG	070620			
Filmtabl 500 mg 50 Stk			20081	6.40	1.99
Filmtabl 500 mg 100 Stk			20081	8.20	3.57
Filmtabl 850 mg 30 Stk			20081	6.00	1.67
Filmtabl 850 mg 100 Stk			20081	9.80	4.95
Filmtabl 1000 mg 60 Stk			20081	8.35	3.69
Filmtabl 1000 mg 120 Stk			20081	15.40	6.28
<b>METFORMIN HELVEPHARM</b>	Helvepharm AG	070620			
Filmtabl 500 mg 50 Stk			19140	6.35	1.94
Filmtabl 850 mg 30 Stk			19140	5.95	1.63
Filmtabl 850 mg 100 Stk			19140	9.80	4.98
Filmtabl 1000 mg 60 Stk			19140	8.35	3.70
Filmtabl 1000 mg 120 Stk			19140	15.40	6.28
<b>METFORMIN MEPHA</b>	Mepha Pharma AG	070620			
Lactabs 500 mg (neu) 50 Stk			18692	6.35	1.94
Lactabs 850 mg (neu) 30 Stk			18692	5.95	1.63
Lactabs 850 mg (neu) 100 Stk			18692	9.80	4.98
Lactabs 1000 mg (neu) 60 Stk			18692	8.35	3.70
Lactabs 1000 mg (neu) 120 Stk			18692	15.40	6.28
<b>METFORMIN SPIRIG HC</b>	Spirig HealthCare AG	070620			
Filmtabl 500 mg 50 Stk			20055	6.20	1.81
Filmtabl 850 mg 30 Stk			20055	5.95	1.59
Filmtabl 850 mg 100 Stk			20055	9.40	4.62
Filmtabl 1000 mg 60 Stk			20055	8.20	3.55
Filmtabl 1000 mg 120 Stk			20055	15.40	6.28
<b>METFORMIN STREULI</b>	Streuli Pharma AG	070620			
Filmtabl 500 mg 50 Stk			17759	6.45	2.06
Filmtabl 850 mg 30 Stk			17759	6.65	2.21
Filmtabl 850 mg 100 Stk			17759	9.80	4.98
Filmtabl 1000 mg 60 Stk			17759	8.35	3.69
Filmtabl 1000 mg 120 Stk			17759	15.40	6.28

PRÄPARATE/(Wirkstoffe) Packungen	Verantwortliche Firma	Therap. Gruppe	Dossier Nr.	Preis neu	Ex-Fact. neu
<b>METFORMIN ZENTIVA</b> Filmtabl 500 mg 50 Stk Filmtabl 850 mg 30 Stk Filmtabl 850 mg 100 Stk Filmtabl 1000 mg 60 Stk Filmtabl 1000 mg 120 Stk	Helvepharm AG	070620	19140 19140 19140 19140 19140	6.35 5.95 9.80 8.35 15.40	1.94 1.63 4.98 3.70 6.28
<b>METHOTREXAT FARMOS</b> Tabl 2.500 mg 20 Stk Tabl 10 mg 10 Stk	Orion Pharma AG	071610	15096 15096	8.95 14.95	4.21 5.89
<b>METHOTREXAT ORION RHEUMA/ DERM</b> Tabl 2.5 mg Ds 20 Stk Tabl 10 mg Ds 10 Stk	Orion Pharma AG	071060	20945 20945	8.95 14.95	4.21 5.89
<b>METVIX</b> Creme Tb 2 g	Galderma SA	071640	17949	245.75	199.78
<b>MIMPARA</b> Filmtabl 30 mg Blist 28 Stk Filmtabl 60 mg Blist 28 Stk Filmtabl 90 mg Blist 28 Stk	Amgen Switzerland AG	079900	18118 18118 18118	226.55 385.05 537.30	183.07 321.12 453.76
<b>MINIRIN</b> Tabl 0.100 mg 30 Stk Tabl 0.100 mg 90 Stk Tabl 0.200 mg 30 Stk Tabl 0.200 mg 90 Stk	Ferring AG	070320	15870 15870 15870 15870	38.65 89.50 56.00 143.55	19.36 63.69 34.50 110.77
<b>MINIRIN MELT</b> Subling Tabl 60 mcg 30 Stk Subling Tabl 60 mcg 100 Stk Subling Tabl 120 mcg 30 Stk Subling Tabl 120 mcg 100 Stk	Ferring AG	070320	18418 18418 18418 18418	38.65 97.65 56.00 157.70	19.36 70.76 34.50 123.07
<b>MOLAXOLE</b> Plv 20 Stk Plv 2 Btl 50 Stk	MEDA Pharma GmbH	040811	19317 19317	14.90 44.45	5.82 24.43
<b>MOTILIUM</b> Filmtabl 10 mg 30 Stk Filmtabl 10 mg 100 Stk	Janssen-Cilag AG	040600	13408 13408	7.80 18.25	3.21 8.77
<b>MOVIPREP EINE ANWENDUNG</b> Plv 2 Btl A+2 Btl B Doppel Btl 2 Stk	Norgine AG	040811	19223	26.25	12.17
<b>MOVIPREP ORANGE EINE ANWEND</b> Plv 2Btl A+2Btl B Dppl Btl 2 Stk	Norgine AG	040811	19762	26.25	12.17
<b>MUCILAR</b> Plv Ds 400 g	Spirig HealthCare AG	040813	12399	11.85	6.41
<b>MUCILAR AVENA</b> Plv Ds 400 g	Spirig HealthCare AG	040813	16664	13.20	7.15
<b>MYOZYME</b> Trockensub 50 mg Durchstf 1 Stk	Sanofi-Aventis (Suisse) SA	071400	18695	567.50	536.66
<b>NAPROXEN MEPHA</b> Lactabs 250 mg 20 Stk Lactabs 500 mg 10 Stk Lactabs 500 mg 20 Stk Lactabs 500 mg 50 Stk	Mepha Pharma AG	071010	16231 16231 16231 16231	7.90 7.80 14.70 25.50	3.33 3.22 5.68 11.50

PRÄPARATE/(Wirkstoffe) Packungen	Verantwortliche Firma	Therap. Gruppe	Dossier Nr.	Preis neu	Ex-Fact. neu
<b>NOCUTIL</b>	Gebro Pharma AG	070320			
Tabl 0.100 mg 30 Stk			18419	36.40	17.42
Tabl 0.100 mg 90 Stk			18419	82.20	57.32
Tabl 0.200 mg 30 Stk			18419	52.05	31.05
Tabl 0.200 mg 90 Stk			18419	130.85	99.69
<b>NORDIMET</b>	Nordic Pharma GmbH	071060			
Inj Lös 7.500 mg/0.3 ml Fertspr 1 Stk			20596	27.00	12.81
Inj Lös 10 mg/0.4 ml Fertspr 1 Stk			20596	34.55	15.80
Inj Lös 12.500 mg/0.5 ml Fertspr 1 Stk			20596	36.45	17.46
Inj Lös 15 mg/0.6 ml Fertspr 1 Stk			20596	37.30	18.22
Inj Lös 17.500 mg/0.7 ml Fertspr 1 Stk			20596	39.15	19.83
Inj Lös 20 mg/0.8 ml Fertspr 1 Stk			20596	39.80	20.40
Inj Lös 22.500 mg/0.9 ml Fertspr 1 Stk			20596	41.30	21.70
Inj Lös 25 mg/1 ml Fertspr 1 Stk			20596	42.80	23.00
<b>NORDIMET PEN</b>	Nordic Pharma GmbH	071060			
Inj Lös 7.500 mg/0.3 ml Fertigpen 1 Stk			20660	27.00	12.81
Inj Lös 10 mg/0.4 ml Fertigpen 1 Stk			20660	34.55	15.80
Inj Lös 12.500 mg/0.5 ml Fertigpen 1 Stk			20660	36.45	17.46
Inj Lös 15 mg/0.6 ml Fertigpen 1 Stk			20660	37.30	18.22
Inj Lös 17.500 mg/0.7 ml Fertigpen 1 Stk			20660	39.15	19.83
Inj Lös 20 mg/0.8 ml Fertigpen 1 Stk			20660	39.80	20.40
Inj Lös 22.500 mg/0.9 ml Fertigpen 1 Stk			20660	41.30	21.70
Inj Lös 25 mg/1 ml Fertigpen 1 Stk			20660	42.80	23.00
<b>NORDITROPIN FLEXPRO</b>	Novo Nordisk Pharma AG	070310			
Inj Lös 5 mg Fertigpen 1.500 ml			19226	251.75	205.01
Inj Lös 10 mg Fertigpen 1.500 ml			19226	486.55	409.52
Inj Lös 15 mg Fertigpen 1.500 ml			19226	721.15	613.89
<b>NORMACOL</b>	Norgine AG	040813			
Gran Ds 500 g			5394	20.45	11.09
Gran 7 g 30 Btl 7 g			5394	9.30	5.04
<b>NORPROLAC</b>	Ferring AG	070310			
Tabl 25mcg/50mcg 3 + 3 1 Stk			16287	9.05	4.30
Tabl 75 mcg 30 Stk			16287	54.15	32.87
Tabl 150 mcg 30 Stk			16287	83.70	58.63
<b>NOVANTRON</b>	MEDA Pharma GmbH	071610			
Inj Lös 10 mg/5 ml Durchstf 5 ml			14952	184.80	146.71
Inj Lös 20 mg/10 ml Durchstf 10 ml			14952	311.90	257.41
<b>OLFEN DUO RELEASE</b>	Mepha Pharma AG	071010			
Kaps 75 mg 10 Stk			17504	7.95	3.36
Kaps 75 mg 30 Stk			17504	16.70	7.41
Kaps 75 mg 100 Stk			17504	38.50	19.25
Kaps 75 mg (neu) Blist 100 Stk			17504	38.50	19.25
<b>OMNITROPE 10 PATR SUREPAL</b>	Sandoz Pharmaceuticals AG	070310			
Inj Lös 10 mg/1.5 ml 5 Stk			19296	1826.20	1609.02
<b>OMNITROPE 15 PATR SUREPAL</b>	Sandoz Pharmaceuticals AG	070310			
Inj Lös 15 mg/1.5 ml 5 Stk			19296	2708.55	2413.55
<b>OMNITROPE 5 PATR SUREPAL</b>	Sandoz Pharmaceuticals AG	070310			
Inj Lös 5 mg/1.5 ml 1 Stk			19296	201.10	160.91
Inj Lös 5 mg/1.5 ml 5 Stk			19296	940.00	804.52

PRÄPARATE/(Wirkstoffe) Packungen	Verantwortliche Firma	Therap. Gruppe	Dossier Nr.	Preis neu	Ex-Fact. neu
<b>ONGLYZA</b> Tabl 2.500 mg 28 Stk Tabl 2.500 mg 98 Stk Tabl 5 mg 28 Stk Tabl 5 mg 98 Stk	AstraZeneca AG	070620	19172 19172 19172 19172	58.90 161.10 58.90 161.10	37.01 126.06 37.01 126.06
<b>ORENCIA</b> 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	483.65 1288.20 1288.20	407.01 1118.47 1118.47
<b>ORLISTAT MEPHA</b> Kaps 120 mg 42 Stk Kaps 120 mg 84 Stk	Mepha Pharma AG	079900	20051 20051	49.55 78.90	28.87 54.44
<b>ORLISTAT SANDOZ</b> Kaps 120 mg 42 Stk Kaps 120 mg 84 Stk	Sandoz Pharmaceuticals AG	079900	19852 19852	48.70 78.90	28.13 54.44
<b>OVITRELLE</b> Inj Lös 250 mcg/0.5 ml Fertspr 0.500 ml	Merck (Schweiz) AG	070810	17994	56.20	34.68
<b>OXALIPLATIN ACCORD</b> Inf Konz 50 mg/10 ml Durchstf 1 Stk Inf Konz 50 mg/10 ml (neu) Durchstf 1 Stk Inf Konz 100 mg/20 ml (neu) Durchstf 1 Stk Inf Konz 100 mg/20 ml Durchstf 1 Stk Inf Konz 200 mg/40 ml Durchstf 1 Stk Inf Konz 200 mg/40 ml (neu) Durchstf 1 Stk	Accord Healthcare AG	071610	21004 21004 21004 21004 21004 21004	110.50 110.50 203.95 203.95 339.00 339.00	81.99 81.99 163.39 163.39 281.03 281.03
<b>OXALIPLATIN SANDOZ LF</b> Inf Konz 50 mg/10 ml Vial 1 Stk Inf Konz 100 mg/20 ml Vial 1 Stk Inf Konz 200 mg/40 ml Vial 1 Stk	Sandoz Pharmaceuticals AG	071610	19530 19530 19530	110.55 203.95 339.00	82.00 163.39 281.03
<b>OXALIPLATIN ZENTIVA</b> Inf Konz 50 mg/10 ml Durchstf 10 ml Inf Konz 100 mg/20 ml Durchstf 20 ml Inf Konz 200 mg/40 ml Durchstf 40 ml	Helvepharm AG	071610	19515 19515 19515	110.55 203.95 339.00	82.00 163.39 281.03
<b>OXALIPLATIN-TEVA LIQUID</b> Inf Konz 50 mg/10 ml Durchstf 10 ml Inf Konz 100 mg/20 ml Durchstf 20 ml Inf Konz 200 mg/40 ml Durchstf 40 ml	Teva Pharma AG	071610	19473 19473 19473	110.55 203.95 339.00	82.00 163.39 281.03
<b>PAMORELIN LA</b> Trockensub 11.250 mg c Solv (Mixject) Set 1 Stk Trockensub 22.500 mg c Solv (Mixject) Set 1 Stk	Debiopharm Research & Manufacturing SA	071620	18229 18229	409.20 693.15	342.15 589.50
<b>PARAGAR MACROGOL</b> Plv Btl 20 Stk Plv Btl 100 Stk	Spirig HealthCare AG	040811	20770 20770	14.90 44.45	5.82 24.43
<b>PARAGAR MACROGOL JUNIOR</b> Plv Btl 30 Stk	Spirig HealthCare AG	040811	20770	14.55	5.51
<b>PARLODEL</b> Tabl 2.500 mg 30 Stk Tabl 2.500 mg 100 Stk	Novartis Pharma Schweiz AG	070310	12419 12419	29.25 68.10	14.77 45.05

PRÄPARATE/(Wirkstoffe) Packungen	Verantwortliche Firma	Therap. Gruppe	Dossier Nr.	Preis neu	Ex-Fact. neu
<b>PASPERTIN</b> Filmtabl 10 mg 50 Stk Inj Lös 10 mg/2 ml 5 Amp 2 ml Tropfen 100 ml	Mylan Pharma GmbH	040600	10713 10714 13786	7.90 5.50 7.50	3.30 1.22 2.98
<b>PENTASA</b> Depotgran 1 g Btl 50 Stk Supp 1 g 28 Stk Depotgran 1 g Btl 150 Stk Depottabl 500 mg 100 Stk Depotgran 2 g Btl 60 Stk Depottabl 500 mg 300 Stk Depottabl 1 g 60 Stk	Ferring AG	040900	17539 20275 17539 15593 17539 15593 15593	67.90 66.75 163.05 58.45 127.70 141.60 57.45	44.87 43.84 127.74 36.63 96.93 109.08 35.77
<b>PENTASA KLYSMA</b> Klist 1 g 7x 100 ml	Ferring AG	040900	20431	39.15	19.81
<b>PERGOVERIS 150/75</b> Trockensub c Sol Durchstf 1 Stk Trockensub c Sol Durchstf 10 Stk	Merck (Schweiz) AG	070810	19192 19192	108.60 938.20	80.30 802.94
<b>PERGOVERIS PEN</b> Inj Lös 300IE/150IE Fertpen 0.480 ml Inj Lös 450IE/225IE Fertpen 0.720 ml	Merck (Schweiz) AG	070810	19192 19192	200.75 292.95	160.59 240.89
<b>PICOPREP</b> Plv 2 Stk	Ferring AG	040811	20068	25.85	11.81
<b>PIROXICAM MEPHA 20</b> Tabl 20 mg 10 Stk Tabl 20 mg 30 Stk Tabl 20 mg 100 Stk	Mepha Pharma AG	071010	15530 15530 15530	7.50 16.40 49.55	2.97 7.16 28.88
<b>PONSTAN</b> Filmtabs 500 mg 10 Stk Filmtabs 500 mg 30 Stk Kaps 250 mg 36 Stk Filmtabs 500 mg 100 Stk	Pfizer AG	071010	12495 12495 10118 12495	6.25 9.30 9.25 27.35	1.87 4.51 4.48 13.10
<b>PROGESTOGEL</b> Gel 80 g	Vifor SA	070830	14170	15.10	6.01
<b>PROLIA</b> Inj Lös 60 mg/ml m Nadelschutz Fertigspr 1 Stk	Amgen Switzerland AG	079900	19237	302.45	249.17
<b>PROXEN</b> Filmtabl 500 mg 10 Stk Filmtabl 500 mg 20 Stk Filmtabl 500 mg 50 Stk Filmtabl 250 mg 50 Stk	Grünenthal Pharma AG	071010	14012 14012 14012 14012	7.90 14.95 26.95 17.65	3.32 5.87 12.78 8.23
<b>PUREGON</b> Inj Lös 300 E für Pen Amp 1 Stk Inj Lös 600 E für Pen Amp 1 Stk Inj Lös 900 E für Pen Amp 1 Stk	MSD Merck Sharp & Dohme AG	070810	17708 17708 17708	147.25 275.60 390.70	114.00 225.80 326.04
<b>PUREGON PEN</b> 1 Stk	MSD Merck Sharp & Dohme AG	070810	17709	43.35	23.48
<b>RENAGEL</b> Filmtabl 800 mg Fl 180 Stk	Sanofi-Aventis (Suisse) SA	079900	17944	199.50	159.50
<b>RESOLOR</b> Filmtabl 1 mg 28 Stk Filmtabl 2 mg 28 Stk	Takeda Pharma AG	040811	19761 19761	64.70 95.60	42.06 68.98
<b>RESONIUM A</b> Plv KabiPac 450 g	Sanofi-Aventis (Suisse) SA	160000	11526	55.85	34.36

PRÄPARATE/(Wirkstoffe) Packungen	Verantwortliche Firma	Therap. Gruppe	Dossier Nr.	Preis neu	Ex-Fact. neu
<b>ROCALTROL</b> Kaps 0.250 mcg 30 Stk Kaps 0.250 mcg 100 Stk Kaps 0.500 mcg 100 Stk	Future Health Pharma GmbH	070230	13231 13231 13231	19.20 49.45 68.55	9.60 28.78 45.42
<b>ROFERON A</b> Inj Lös 3 Mio E Fertspr 5 Stk	Roche Pharma (Schweiz) AG	071610	16619	142.15	109.54
<b>RYZODEG FLEXTOUCH</b> Fertipen 5x3 ml	Novo Nordisk Pharma AG	070610	20110	97.95	71.03
<b>RYZODEG PENFILL</b> Inj Lös 5x3 ml	Novo Nordisk Pharma AG	070610	20109	97.95	71.03
<b>SAIZEN LIQUID</b> 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	267.85 519.35 854.60	219.04 438.09 730.15
<b>SALAZOPYRIN</b> Tabl 0.500 g 100 Stk	Pfizer AG	040900	6571	26.80	12.63
<b>SALAZOPYRIN EN</b> Drag 0.500 g 100 Stk	Pfizer AG	040900	10310	27.45	13.19
<b>SALVACYL</b> Trockensub 11.250 mg c Solv (Mix- ject) Set 1 Stk	Debiopharm Research & Manufacturing SA	071620	19233	374.70	312.12
<b>SELINCRO</b> Filmtabl 18 mg 14 Stk Filmtabl 18 mg 42 Stk	Lundbeck (Schweiz) AG	150000	20251 20251	88.00 215.10	62.37 173.10
<b>SERACTIL</b> Filmtabl 200 mg 30 Stk Filmtabl 300 mg 30 Stk Filmtabl 400 mg forte 10 Stk Filmtabl 400 mg forte 30 Stk Filmtabl 400 mg forte 50 Stk Plv 400 mg Btl 10 Stk Plv 400 mg Btl 30 Stk	Gebro Pharma AG	071010	17549 17549 17549 17549 17549 19228 19228	9.10 15.50 7.30 16.50 25.75 7.30 16.50	4.34 6.38 2.80 7.21 11.73 2.80 7.21
<b>SIMPONI FERTIGSPRITZE</b> Inj Lös 50 mg/0.5 ml 0.500 ml Inj Lös 100 mg/1 ml 1 ml	MSD Merck Sharp & Dohme AG	071500	19300 19300	1371.10 2105.65	1194.09 1863.84
<b>SIMPONI PEN</b> Inj Lös 50 mg/0.5 ml Injektor 0.500 ml Inj Lös 100 mg/1 ml Injektor 1 ml	MSD Merck Sharp & Dohme AG	071500	19313 19313	1371.10 2105.65	1194.09 1863.84
<b>SOLU CORTEF</b> Trockensub 100 mg Act 0 Vial 2 ml Trockensub 500 mg Act 0 Vial 4 ml	Pfizer AG	070721	8179 8179	9.00 35.55	4.25 16.70
<b>SOLU MEDROL SAB</b> Trockensub 40 mg c Solv Act 0 Vial 1 Stk	Pfizer AG	070723	11448	7.25	2.76
<b>SPEDIFEN</b> Filmtabl 400 mg 30 Stk Gran 400 mg Btl 30 Stk Gran 600 mg Btl 30 Stk	Zambon Switzerland Ltd	071010	17672 15689 15689	14.95 14.65 16.80	5.86 5.60 7.51
<b>SPRYCEL</b> Filmtabl 20 mg 60 Stk Filmtabl 50 mg 60 Stk Filmtabl 70 mg 60 Stk Filmtabl 100 mg 30 Stk	Bristol-Myers Squibb SA	071610	18561 18561 18561 18561	1911.35 4074.65 4074.65 4180.85	1686.65 3735.25 3735.25 3838.90

PRÄPARATE/(Wirkstoffe) Packungen	Verantwortliche Firma	Therap. Gruppe	Dossier Nr.	Preis neu	Ex-Fact. neu
<b>SULIQUA 100/33</b> Inj Lös SoloStar Fertpen 3 Stk	Sanofi-Aventis (Suisse) SA	070600	20685	97.65	70.76
<b>SULIQUA 100/50</b> Inj Lös SoloStar Fertpen 3 Stk	Sanofi-Aventis (Suisse) SA	070600	20685	111.35	82.73
<b>SUTENT</b> Kaps 12.500 mg 28 Stk Kaps 25 mg 28 Stk Kaps 50 mg 28 Stk	Pfizer AG	071610	18397 18397 18397	1516.50 2965.45 5418.85	1326.64 2653.10 5046.66
<b>SYSTEM CONTI</b> Matrixpfl 50/170 8 Stk Matrixpfl 50/170 24 Stk	Future Health Pharma GmbH	070860	17276 17276	26.10 52.30	12.04 31.28
<b>SYSTEM SEQUI</b> Matrixpfl 8 Stk	Future Health Pharma GmbH	070860	17277	17.00	7.66
<b>TASIGNA</b> Kaps 200 mg 28 Stk Kaps 150 mg 112 Stk Kaps 200 mg 112 Stk	Novartis Pharma Schweiz AG	071610	18664 18664 18664	1673.75 3529.30 5188.25	1470.03 3203.24 4821.73
<b>TELFAST</b> Tabl 120 mg 10 Stk Tabl 180 mg 10 Stk Tabl 180 mg 30 Stk Tabl 120 mg 30 Stk	Sanofi-Aventis (Suisse) SA	071310	16863 16863 16863 16863	6.50 9.65 27.35 19.15	3.53 4.84 13.13 9.56
<b>TEMODAL</b> Kaps 5 mg Btl 5 Stk Kaps 5 mg Btl 20 Stk Kaps 20 mg Btl 5 Stk Kaps 20 mg Btl 20 Stk Kaps 100 mg Btl 5 Stk Kaps 100 mg Btl 20 Stk Kaps 140 mg Btl 5 Stk Kaps 140 mg Btl 20 Stk Kaps 180 mg Btl 5 Stk Kaps 180 mg Btl 20 Stk Kaps 250 mg Btl 5 Stk	MSD Merck Sharp & Dohme AG	071610	17424 17424 17424 17424 17424 17424 17424 17424 17424 17424 17424	25.90 70.85 70.85 234.45 270.95 1034.30 397.60 1518.15 502.05 1917.40 695.10	11.85 47.43 47.43 189.94 221.75 887.00 332.04 1328.15 423.03 1692.16 591.21
<b>TEMOZOLOMID ACCORD</b> Kaps 5 mg 5 Stk Kaps 5 mg 20 Stk Kaps 20 mg 5 Stk Kaps 20 mg 20 Stk Kaps 100 mg 5 Stk Kaps 100 mg 20 Stk Kaps 140 mg 5 Stk Kaps 140 mg 20 Stk Kaps 180 mg 5 Stk Kaps 180 mg 20 Stk Kaps 250 mg 5 Stk	Accord Healthcare AG	071610	21060 21060 21060 21060 21060 21060 21060 21060 21060 21060 21060	25.75 65.80 70.25 207.30 245.50 823.70 393.25 1330.05 427.15 1631.15 589.50	11.72 43.03 46.89 166.28 199.58 703.22 328.26 1156.64 357.79 1431.17 499.20
<b>TEMOZOLOMID LABATEC</b> Kaps 5 mg 5 Stk Kaps 20 mg 5 Stk Kaps 100 mg 5 Stk Kaps 140 mg 5 Stk Kaps 180 mg 5 Stk Kaps 250 mg 5 Stk	Labatec Pharma SA	071610	20290 20290 20290 20290 20290 20290	28.95 83.10 245.50 483.35 427.15 589.50	14.52 58.11 199.58 406.77 357.79 499.20



PRÄPARATE/(Wirkstoffe) Packungen	Verantwortliche Firma	Therap. Gruppe	Dossier Nr.	Preis neu	Ex-Fact. neu
<b>TEMOZOLOMID TEVA</b> Kaps 5 mg 5 Stk Kaps 5 mg 20 Stk Kaps 20 mg 5 Stk Kaps 20 mg 20 Stk Kaps 100 mg 5 Stk Kaps 140 mg 5 Stk Kaps 140 mg 20 Stk Kaps 180 mg 5 Stk Kaps 180 mg 20 Stk Kaps 250 mg 5 Stk	Teva Pharma AG	071610	19406 19406 19406 19406 19406 19406 19406 19406 19406 19406	25.75 65.80 70.25 207.30 245.50 393.25 1330.05 427.15 1631.15 589.50	11.72 43.03 46.89 166.28 199.58 328.26 1156.64 357.79 1431.17 499.20
<b>THYROGEN</b> Trockensub 0.900 mg Durchstf 2 Stk	Sanofi-Aventis (Suisse) SA	070420	18467	1139.45	982.84
<b>TIBOLON MEPHA</b> Tabl 2.500 mg 28 Stk Tabl 2.500 mg 3 x 28 Stk	Mepha Pharma AG	070830	20347 20347	20.70 48.45	10.90 27.92
<b>TIBOLON SANDOZ</b> Tabl 2.500 mg 28 Stk Tabl 2.500 mg 3 x 28 Stk	Sandoz Pharmaceuticals AG	070830	20305 20305	20.70 48.30	10.90 27.80
<b>TILCOTIL</b> Filmtabl 20 mg 10 Stk Filmtabl 20 mg 30 Stk	MEDA Pharma GmbH	071010	15042 15042	8.20 19.35	3.58 9.72
<b>TILUR</b> Kaps 60 mg 20 Stk Kaps 60 mg 50 Stk	Drossapharm AG	071010	14944 14944	14.80 27.35	5.77 13.10
<b>TRAJENTA</b> Filmtabl 5 mg 30 Stk Filmtabl 5 mg 90 Stk	Boehringer Ingelheim (Schweiz) GmbH	070620	19844 19844	63.05 156.35	40.64 121.90
<b>TRANSIPEG</b> Plv Btl 30 Stk Plv Btl 90 Stk	CPS Cito Pharma Services GmbH	040811	16533 16533	10.95 29.65	5.93 16.06
<b>TRANSIPEG FORTE</b> Plv Btl 30 Stk Plv Btl 90 Stk	CPS Cito Pharma Services GmbH	040811	16533 16533	18.85 48.20	10.23 26.12
<b>TRISENOX</b> Inf Konz 10 mg/10 ml 10 Amp 10 ml Inf Konz 12 mg/6 ml 10 Durchstf 6 ml	Teva Pharma AG	071610	20282 20282	3903.30 4634.75	3568.10 4281.72
<b>TYVERB</b> Tabs 250 mg Ds 70 Stk Tabs 250 mg Ds 140 Stk	Novartis Pharma Schweiz AG	071610	18659 18659	1394.45 2727.45	1215.38 2430.77
<b>URSOCHOL 150</b> Tabl 150 mg 20 Stk Tabl 150 mg 100 Stk	Zambon Switzerland Ltd	049900	13671 13671	19.15 60.65	9.56 38.55
<b>URSOCHOL 300</b> Tabl 300 mg 20 Stk Tabl 300 mg 100 Stk	Zambon Switzerland Ltd	049900	13671 13671	28.95 92.35	14.50 66.14
<b>URSODIOL RR ZENTIVA</b> Kaps 225 mg 20 Stk Kaps 450 mg 20 Stk Kaps 450 mg 60 Stk	Helvepharm AG	049900	19754 19754 19754	34.15 44.80 95.90	15.44 24.72 69.26

PRÄPARATE/(Wirkstoffe) Packungen	Verantwortliche Firma	Therap. Gruppe	Dossier Nr.	Preis neu	Ex-Fact. neu
<b>URSODIOL ZENTIVA</b> Kaps 150 mg 30 Stk Kaps 150 mg 100 Stk Kaps 300 mg 30 Stk Kaps 300 mg 100 Stk	Helvepharm AG	049900	19753 19753 19753 19753	34.35 73.20 45.90 110.35	15.62 49.47 25.68 81.83
<b>URSOFALK</b> Susp 250 ml	Vifor SA	049900	17269	56.10	34.57
<b>VELPHORO</b> Kautabl 500 mg 90 Stk	Vifor Fresenius Medical Care Renal Pharma Ltd	079900	20280	263.40	215.14
<b>VINCRISTIN TEVA</b> Inj Lös 1 mg/ml Durchstf 1 ml Inj Lös 2 mg/2 ml Durchstf 2 ml	Teva Pharma AG	071610	17337 17337	25.80 39.50	11.75 20.13
<b>VINCRISTINE PFIZER</b> Inj Lös 1 mg/ml 5 Durchstf 1 ml Inj Lös 2 mg/2 ml 5 Durchstf 2 ml	Pfizer AG	071610	16821 16821	83.80 132.40	58.73 101.06
<b>VIPIDIA</b> Filmtabl 6.250 mg 28 Stk Filmtabl 6.250 mg 98 Stk Filmtabl 12.500 mg 28 Stk Filmtabl 12.500 mg 98 Stk Filmtabl 25 mg 28 Stk Filmtabl 25 mg 98 Stk	Takeda Pharma AG	070620	20112 20112 20112 20112 20112 20112	57.65 160.70 57.65 160.70 57.65 160.70	35.92 125.71 35.92 125.71 35.92 125.71
<b>VOTRIENT</b> Filmtabl 200 mg 30 Stk Filmtabl 400 mg 60 Stk	Novartis Pharma Schweiz AG	071610	19302 19302	1006.05 3780.35	862.08 3448.15
<b>VOTUBIA</b> Tabl 2.500 mg 30 Stk Tabl 5 mg 30 Stk Disp Tabl 2 mg 30 Stk Disp Tabl 3 mg 30 Stk	Novartis Pharma Schweiz AG	071640	19486 19486 20122 20122	1544.00 2925.40 1247.50 1840.50	1351.72 2614.07 1081.38 1622.07
<b>XELODA</b> Filmtabl 150 mg 60 Stk Filmtabl 500 mg 120 Stk	Roche Pharma (Schweiz) AG	071610	17120 17120	53.95 270.90	32.71 221.69
<b>XENICAL</b> Kaps 120 mg 42 Stk Kaps 120 mg 84 Stk	CPS Cito Pharma Services GmbH	079900	17235 17235	63.40 85.85	40.96 60.49
<b>XIGDUO XR</b> Filmtabl 5 mg/500 mg 28 Stk Filmtabl 5 mg/500 mg 98 Stk Filmtabl 5 mg/1000 mg 28 Stk Filmtabl 5 mg/1000 mg 98 Stk Filmtabl 10 mg/500 mg 28 Stk Filmtabl 10 mg/500 mg 98 Stk Filmtabl 10 mg/1000 mg 28 Stk Filmtabl 10 mg/1000 mg 98 Stk	AstraZeneca AG	070620	20358 20358 20358 20358 20358 20358 20358 20358	43.85 112.35 43.85 112.35 71.30 208.25 71.30 208.25	23.92 83.56 23.92 83.56 47.84 167.10 47.84 167.10
<b>XULTOPHY</b> Inj Lös 100E/ml 3.6 mg/ml (neu) 3 Fertpen 3 ml	Novo Nordisk Pharma AG	070610	20269	172.20	135.70
<b>XYZAL</b> Filmtabl 5 mg teilbar 10 Stk Filmtabl 5 mg teilbar 30 Stk Filmtabl 5 mg teilbar 50 Stk	UCB-Pharma SA	071310	17728 17728 17728	7.60 17.75 27.90	3.07 8.32 13.59

PRÄPARATE/(Wirkstoffe) Packungen	Verantwortliche Firma	Therap. Gruppe	Dossier Nr.	Preis neu	Ex-Fact. neu
<b>ZADITEN</b> Tabl 1 mg 30 Stk Tabl 1 mg 100 Stk	Novartis Pharma Schweiz AG	071310	13384 13384	14.40 28.50	5.42 14.10
<b>ZALTRAP</b> Inf Konz 100 mg/4 ml Durchstf 4 ml Inf Konz 200 mg/8 ml Durchstf 8 ml	Sanofi-Aventis (Suisse) SA	071610	20041 20041	482.55 948.75	406.07 812.14
<b>ZAVESCA</b> Kaps 100 mg 84 Stk	Actelion Pharmaceuticals Ltd	079900	18079	5946.40	5561.37
<b>ZEMPLAR</b> Kaps 1 mcg 28 Stk Kaps 2 mcg 28 Stk Inj Lös 2 mcg/ml 5 Amp 1 ml Inj Lös 2 mcg/ml 5 Durchstf 1 ml Inj Lös 5 mcg/ml 5 Amp 1 ml Inj Lös 5 mcg/ml 5 Durchstf 1 ml	AbbVie AG	070520	18755 18755 18107 18107 18107 18107	145.45 274.50 72.35 72.35 132.45 132.45	112.42 224.82 48.73 48.73 101.08 101.08
<b>ZOLADEX LA SAFESYSTEM</b> Implant 10.800 mg Fertspr 1 Stk	AstraZeneca AG	071620	16565	445.10	373.44
<b>ZOLADEX SAFESYSTEM</b> Implant 3.600 mg Fertspr 1 Stk Implant 3.600 mg Fertspr 3 Stk	AstraZeneca AG	071620	15777 15777	167.85 451.30	131.91 378.82
<b>ZOLEDRONAT OSTEO SANDOZ</b> Inf Lös 5 mg/100 ml Amp 1 Stk	Sandoz Pharmaceuticals AG	079900	20002	262.10	214.03
<b>ZYBAN</b> Ret Tabl 150 mg 30 Stk Ret Tabl 150 mg 60 Stk	GlaxoSmithKline AG	150000	18777 18777	53.35 90.30	32.18 64.36
<b>IV.e. Auslandspreisvergleich</b>					
<b>ILARIS</b> Inj Lös 150 mg/ml Durchstf 1 ml	Novartis Pharma Schweiz AG	071099	19119	12083.70	11548.98
<b>IV.f. Freiwillige Preissenkung</b>					
<b>BARACLUDE</b> Filmtabl 0.500 mg 30 Stk Filmtabl 1 mg 30 Stk	Bristol-Myers Squibb SA	080300	18432 18432	483.50 665.15	406.87 565.11
<b>BICALUTAMID TEVA</b> Filmtabl 50 mg 100 Stk Filmtabl 150 mg 100 Stk	Teva Pharma AG	071620	19085 19085	220.75 389.50	178.00 325.00
<b>CASPOFUNGIN MEPHA</b> Trockensub 50 mg Durchstf 1 Stk Trockensub 70 mg Durchstf 1 Stk	Mepha Pharma AG	080600	20946 20946	350.45 441.05	290.97 369.92
<b>CASPOFUNGIN SANDOZ ECO I.V.</b> Trockensub 50 mg Vial 1 Stk Trockensub 70 mg Vial 1 Stk	Sandoz Pharmaceuticals AG	080600	20787 20787	350.45 441.05	290.98 369.92
<b>CELLCEPT (PI)</b> Kaps 250 mg Blist 100 Stk Kaps 250 mg Blist 300 Stk Filmtabl 500 mg Blist 50 Stk Filmtabl 500 mg Blist 150 Stk	APS-Arzneimittel-Parallelimport- Service AG	071500	21030 21030 21030 21030	144.15 399.65 133.35 367.25	111.30 333.86 101.88 305.63
<b>CIP ECO</b> Filmtabl 250 mg 6 Stk Filmtabl 250 mg 10 Stk Filmtabl 250 mg 20 Stk	Sandoz Pharmaceuticals AG	080180	17734 17734 17734	8.90 15.50 19.95	4.18 6.35 10.24

PRÄPARATE/(Wirkstoffe) Packungen	Verantwortliche Firma	Therap. Gruppe	Dossier Nr.	Preis neu	Ex-Fact. neu
<b>CIPROFLOXACIN HELVEPHARM</b> Filmtabl 250 mg 10 Stk Filmtabl 250 mg 20 Stk	Helvepharm AG	080180	18064 18064	15.45 19.95	6.33 10.24
<b>CIPROFLOXACIN MEPHA</b> Filmtabl 250 mg 10 Stk Filmtabl 250 mg 20 Stk	Mepha Pharma AG	080180	17880 17880	14.90 19.95	5.84 10.24
<b>CIPROFLOXACIN SANDOZ ECO</b> Filmtabl 250 mg 6 Stk Filmtabl 250 mg 10 Stk Filmtabl 250 mg 20 Stk	Sandoz Pharmaceuticals AG	080180	18502 18502 18502	8.90 15.50 19.95	4.18 6.35 10.24
<b>CIPROFLOXACIN ZENTIVA</b> Filmtabl 250 mg Blist 10 Stk Filmtabl 250 mg Blist 20 Stk	Helvepharm AG	080180	18064 18064	15.45 19.95	6.33 10.24
<b>CISPLATIN SANDOZ</b> Inf Konz 100 mg/100 ml Durchstf 100 ml	Sandoz Pharmaceuticals AG	071610	17729	139.75	107.46
<b>CO-AMOXI MEPHA</b> Lactabs 625 mg 10 Stk Lactabs 625 mg 20 Stk Lactabs 1000 mg 12 Stk Lactabs 1000 mg 20 Stk	Mepha Pharma AG	080193	17512 17512 17739 17739	25.00 34.05 34.25 36.30	11.08 15.38 15.53 17.32
<b>CONCOR 10 PLUS</b> Lacktabl 10/25 mg 30 Stk Lacktabl 10/25 mg 100 Stk	Merck (Schweiz) AG	020720	16123 16123	16.85 43.45	7.55 23.56
<b>CONCOR 5 PLUS</b> Lacktabl 5/12.5 mg 30 Stk Lacktabl 5/12.5 mg 100 Stk	Merck (Schweiz) AG	020720	16123 16123	9.40 27.45	4.60 13.21
<b>ECOFENAC SANDOZ</b> Lipogel 1 % 50 g	Sandoz Pharmaceuticals AG	071040	17278	5.60	3.04
<b>ENTECAVIR MEPHA</b> Lactab 0.500 mg Blist 30 Stk	Mepha Pharma AG	080300	20727	483.50	406.87
<b>ENTECAVIR SANDOZ</b> Filmtabl 0.500 mg 30 Stk	Sandoz Pharmaceuticals AG	080300	20655	483.50	406.87
<b>FEMARA (PI)</b> Filmtabl 2.500 mg Blist 30 Stk Filmtabl 2.500 mg Blist 100 Stk	APS-Arzneimittel-Parallelimport- Service AG	071620	21031 21031	91.60 236.55	65.50 191.75
<b>FLUIMUCIL 100</b> Gran 100 mg Kind Btl 30 Stk	Zambon Switzerland Ltd	030200	11796	3.75	2.03
<b>FLUIMUCIL 200</b> Gran 200 mg Erw Btl 30 Stk Gran 200 mg Erw Btl 90 Stk	Zambon Switzerland Ltd	030200	11796 11796	6.45 19.55	3.49 9.88
<b>FLUIMUCIL 600</b> Gran 600 mg Btl 30 Stk Brausetabl 600 mg Erw citron 10 Stk Brausetabl 600 mg Erw citron 30 Stk Brausetabl 600 mg Erw citron 100 Stk	Zambon Switzerland Ltd	030200	11796 14721 14721 14721	20.25 6.45 17.45 42.65	10.49 3.49 8.07 22.86
<b>GEMCITABIN SANDOZ</b> Inf Lös 200 mg/20 ml Durchstf 1 Stk Inf Konz 200 mg/5 ml Durchstf 1 Stk	Sandoz Pharmaceuticals AG	071610	19433 19443	38.90 38.90	19.59 19.59
<b>GEMCITABIN TEVA</b> Trockensub 200 mg Durchstf 1 Stk	Teva Pharma AG	071610	19018	38.90	19.58
<b>GEMCITABIN TEVA LIQUID</b> Inf Konz 200 mg/5 ml Durchstf 1 Stk	Teva Pharma AG	071610	20301	38.90	19.58

PRÄPARATE/(Wirkstoffe) Packungen	Verantwortliche Firma	Therap. Gruppe	Dossier Nr.	Preis neu	Ex-Fact. neu
<b>IMIGRAN 50</b> Filmtabl 50 mg 6 Stk Filmtabl 50 mg 12 Stk	GlaxoSmithKline AG	020510	16358 16358	38.65 58.85	19.37 36.98
<b>KIVEXA</b> Filmtabl 600 mg/300 mg 30 Stk	ViiV Healthcare GmbH	080300	18307	333.25	276.02
<b>LATANOPROST MEPHA</b> Gtt Opht (neu) 2.500 ml Gtt Opht (neu) 3 x 2.500 ml	Mepha Pharma AG	110900	19747 19747	19.85 51.25	10.15 30.35
<b>LATANOPROST PFIZER</b> Gtt Opht 2.500 ml Gtt Opht 3x 2.500 ml	Pfizer PFE Switzerland GmbH	110900	19599 19599	20.05 51.25	10.32 30.35
<b>LETROZOL HELVEPHARM</b> Filmtabl 2.500 mg 30 Stk Filmtabl 2.500 mg 100 Stk	Helvepharm AG	071620	19835 19835	82.95 237.10	57.95 192.24
<b>LETROZOL SANDOZ</b> Filmtabl 2.500 mg (neu) 30 Stk Filmtabl 2.500 mg (neu) 100 Stk	Sandoz Pharmaceuticals AG	071620	19855 19855	82.95 237.10	57.95 192.24
<b>LETROZOL TEVA</b> Filmtabl 2.500 mg 30 Stk Filmtabl 2.500 mg 100 Stk	Teva Pharma AG	071620	19859 19859	82.95 237.10	57.95 192.24
<b>LINEZOLID PFIZER</b> Filmtabl 600 mg 10 Stk	Pfizer AG	080190	20561	503.60	424.39
<b>LINEZOLID SANDOZ</b> Filmtabl 600 mg 10 Stk	Sandoz Pharmaceuticals AG	080190	20581	503.60	424.40
<b>LUKAIR</b> 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	MSD Merck Sharp & Dohme AG	030450	20024 20024 20025 20025 20025 20025	38.50 93.85 38.50 93.85 38.50 93.85	19.25 67.48 19.25 67.48 19.25 67.48
<b>MAXALT LINGUAL</b> Tabl 5 mg 6 Stk Tabl 10 mg 3 Stk Tabl 10 mg 6 Stk Tabl 10 mg 12 Stk	MSD Merck Sharp & Dohme AG	020510	17536 17536 17536 17536	44.50 28.45 44.80 69.40	24.49 14.08 24.76 46.18
<b>MONURIL</b> Gran 2 g Btl 1 Stk Gran 3 g Btl 1 Stk	Zambon Switzerland Ltd	080193	15477 15477	9.15 9.15	4.42 4.42
<b>NEVIRAPIN MEPHA</b> Ret Tabl 400 mg Blist 30 Stk	Mepha Pharma AG	080300	20605	272.80	223.36
<b>NEVIRAPIN SANDOZ</b> Ret Tabl 400 mg 30 Stk	Sandoz Pharmaceuticals AG	080300	20723	272.80	223.36
<b>OLFEN</b> Gel 1 % 50 g Gel 1 % 100 g	Mepha Pharma AG	071040	15255 15255	4.50 7.60	2.45 4.13
<b>PANPRAX</b> Filmtabl 20 mg 15 Stk Filmtabl 20 mg 30 Stk Filmtabl 20 mg 60 Stk Filmtabl 20 mg 120 Stk	Drossapharm AG	049900	19261 19261 19261 19261	9.55 18.30 35.60 47.80	4.76 8.79 16.74 27.35

PRÄPARATE/(Wirkstoffe) Packungen	Verantwortliche Firma	Therap. Gruppe	Dossier Nr.	Preis neu	Ex-Fact. neu
<b>PANTOPRAZOL SANDOZ</b> Tabl 20 mg 15 Stk Tabl 20 mg 30 Stk Tabl 20 mg 60 Stk Tabl 20 mg 120 Stk	Sandoz Pharmaceuticals AG	049900	19264 19264 19264 19264	9.55 18.25 34.90 47.80	4.75 8.76 16.10 27.36
<b>RASAGILIN SANDOZ</b> Tabl 1 mg 30 Stk Tabl 1 mg 100 Stk	Sandoz Pharmaceuticals AG	010800	20559 20559	126.95 331.00	96.30 274.06
<b>REQUIP MODUTAB</b> Filmtabl 8 mg 28 Stk	GlaxoSmithKline AG	010800	18670	99.15	72.08
<b>SILDENAFIL PAH SPIRIG HC</b> Filmtabl 20 mg Blist 90 Stk	Spirig HealthCare AG	020710	20830	551.90	466.47
<b>SILDENAFIL PAH-MEPHA</b> Lactab 20 mg 90 Stk	Mepha Pharma AG	020710	20667	551.90	466.47
<b>SINGULAIR</b> Filmtabl 10 mg 28 Stk Filmtabl 10 mg 98 Stk Kautabl 4 mg Kleink 28 Stk Kautabl 4 mg Kleink 98 Stk Kautabl 5 mg Kind 28 Stk Kautabl 5 mg Kind 98 Stk	MSD Merck Sharp & Dohme AG	030450	17173 17173 17253 17253 17253 17253	38.60 93.85 38.60 93.85 38.60 93.85	19.33 67.48 19.33 67.48 19.33 67.48
<b>STOCRIN</b> Filmtabl 600 mg 30 Stk	MSD Merck Sharp & Dohme AG	080300	17814	283.35	232.55
<b>TENOFOVIR MEPHA</b> Lactab 245 mg 30 Stk	Mepha Pharma AG	080300	20673	277.95	227.81
<b>TENOFOVIR SANDOZ</b> Filmtabl 245 mg 30 Stk	Sandoz Pharmaceuticals AG	080300	20726	277.95	227.82
<b>TORASEMID HELVEPHARM</b> Tabl 5 mg 20 Stk Tabl 5 mg 100 Stk	Helvepharm AG	050100	18526 18526	6.40 17.30	2.01 7.91
<b>TORASEMID MEPHA</b> Tabl 5 mg 20 Stk Tabl 5 mg 100 Stk	Mepha Pharma AG	050100	18584 18584	6.50 17.30	2.10 7.91
<b>TORASEMID ZENTIVA</b> Tabl 5 mg 20 Stk Tabl 5 mg 100 Stk	Helvepharm AG	050100	18526 18526	6.40 17.30	2.01 7.91
<b>TRAMAL RETARD</b> Ret Tabl 150 mg 10 Stk Ret Tabl 150 mg 30 Stk Ret Tabl 150 mg 50 Stk	Grünenthal Pharma AG	010130	16737 16737 16737	8.75 24.95 35.35	4.04 11.02 16.50
<b>VALDOXAN</b> Filmtabl 25 mg 28 Stk Filmtabl 25 mg 98 Stk	Servier (Suisse) SA	010600	19187 19187	49.50 128.70	28.82 97.84
<b>VELCADE</b> Trockensub 3.500 mg Durchstf 1 Stk	Janssen-Cilag AG	071610	18054	519.85	438.56
<b>VENLAFAXIN ER SANDOZ</b> Kaps 75 mg 14 Stk Kaps 75 mg 28 Stk Kaps 75 mg 98 Stk Kaps 150 mg 14 Stk Kaps 150 mg 28 Stk Kaps 150 mg 98 Stk	Sandoz Pharmaceuticals AG	010600	20062 20062 20062 20062 20062 20062	16.50 27.85 70.35 26.40 43.55 110.90	7.23 13.54 46.99 12.27 23.65 82.32

PRÄPARATE/(Wirkstoffe) Packungen	Verantwortliche Firma	Therap. Gruppe	Dossier Nr.	Preis neu	Ex-Fact. neu
<b>VENLAFAXIN MEPHA ER 150</b> Depocaps 150 mg 14 Stk Depocaps 150 mg 28 Stk Depocaps 150 mg 98 Stk	Mepha Pharma AG	010600	18843 18843 18843	25.60 43.90 110.90	11.59 23.97 82.31
<b>VENLAFAXIN MEPHA ER 75</b> Depocaps 75 mg 14 Stk Depocaps 75 mg 28 Stk Depocaps 75 mg 98 Stk	Mepha Pharma AG	010600	18843 18843 18843	16.30 28.15 70.35	7.05 13.79 46.99
<b>VENLAFAXIN PFIZER ER</b> Ret Kaps 75 mg 14 Stk Ret Kaps 75 mg 28 Stk Ret Kaps 75 mg 98 Stk Ret Kaps 150 mg 14 Stk Ret Kaps 150 mg 28 Stk Ret Kaps 150 mg 98 Stk	Pfizer PFE Switzerland GmbH	010600	19601 19601 19601 19601 19601 19601	16.65 28.10 70.35 26.25 43.90 110.90	7.37 13.78 46.99 12.13 23.96 82.31
<b>VENLAFAXIN RET HELVEPHARM</b> Ret Kaps 75 mg 14 Stk Ret Kaps 75 mg 28 Stk Ret Kaps 75 mg 98 Stk Ret Kaps 150 mg 14 Stk Ret Kaps 150 mg 28 Stk Ret Kaps 150 mg 98 Stk	Helvepharm AG	010600	18989 18989 18989 18989 18989 18989	16.65 28.15 70.35 26.20 43.90 110.90	7.37 13.80 46.99 12.12 23.95 82.32
<b>VENLAFAXIN SPIRIG HC</b> Ret Kaps 75 mg 14 Stk Ret Kaps 75 mg 28 Stk Ret Kaps 75 mg 98 Stk Ret Kaps 150 mg 14 Stk Ret Kaps 150 mg 28 Stk Ret Kaps 150 mg 98 Stk	Spirig HealthCare AG	010600	19180 19180 19180 19180 19180 19180	15.15 27.00 70.35 25.70 42.85 110.90	6.04 12.82 46.99 11.66 23.05 82.32
<b>VIBRAMYCIN TABS</b> Tabl 100 mg 8 Stk Tabl 100 mg 25 Stk Tabl 200 mg 8 Stk	Pfizer AG	080150	13770 13770 13770	8.85 27.05 15.90	4.12 12.87 6.72
<b>ZINAT</b> Filmtabl 500 mg 14 Stk	GlaxoSmithKline AG	080130	15546	35.35	16.49
<b>ZOMIG</b> Filmtabl 2.500 mg 3 Stk Filmtabl 2.500 mg 6 Stk Filmtabl 2.500 mg 12 Stk	Grünenthal Pharma AG	020510	17044 17044 17044	25.75 42.15 61.10	11.73 22.42 38.93
<b>ZOMIG ORO</b> Tabl 2.500 mg 6 Stk Tabl 2.500 mg 12 Stk	Grünenthal Pharma AG	020510	17625 17625	41.15 59.80	21.56 37.82

PRÄPARATE/(Wirkstoffe) Packungen	Verantwortliche Firma	Therap. Gruppe	Dossier Nr.	Preis neu	Ex-Fact. neu
<b>IV.g. Normale Preismutation</b>					
<b>FORXIGA</b>	AstraZeneca AG	070620			
Filmtabl 5 mg 28 Stk			20270	64.75	42.12
Filmtabl 5 mg 98 Stk			20270	184.25	146.20
Filmtabl 10 mg 28 Stk			20270	64.75	42.12
Filmtabl 10 mg 98 Stk			20270	184.25	146.20
<b>PAMORELIN LA</b>	Debiopharm Research & Manufacturing SA	071620			
Trockensub 3.750 mg c Solv (Mixject) Set 1 Stk			18229	159.20	124.37
<b>TALTZ</b>	Eli Lilly (Suisse) SA	071500			
Inj Lös 80 mg/ml Fertigspritze 1 Stk			20532	1250.10	1083.73
Inj Lös 80 mg/ml Fertigspritze 2 Stk			20532	2438.65	2167.46
Inj Lös 80 mg/ml Fertigpen 1 Stk			20532	1250.10	1083.73
Inj Lös 80 mg/ml Fertigpen 2 Stk			20532	2438.65	2167.46
<b>IV.h. Preismutation bei Erstaufnahme</b>					
<b>AIMOVIG</b>	Novartis Pharma Schweiz AG	020510			
Inj Lös 70 mg/ml Fertigpen 1 ml			20777	546.05	461.37
Inj Lös 140 mg/ml Fertigpen 1 ml			20777	546.05	461.37



PRÄPARATE / (Wirkstoffe) Packungen	Verantwortliche Firma	Therap. Gruppe	Dossier Nr.	Preis neu	Ex-Fact. neu
<b>V. Limitations-/Indikationsänderungen</b>					
<b>FORXIGA</b>	AstraZeneca AG	070620			
Filmtabl 5 mg 28 Stk			20270	64.75	42.12
Filmtabl 10 mg 28 Stk			20270	64.75	42.12
Filmtabl 5 mg 98 Stk			20270	184.25	146.20
Filmtabl 10 mg 98 Stk			20270	184.25	146.20

**Limitation alt:**

Zur Behandlung von Patienten mit einem Typ 2 Diabetes mellitus zur Verbesserung der glykämischen Kontrolle:

Als Monotherapie, wenn durch Diät und gesteigerte körperliche Aktivität keine ausreichende Kontrolle der Glykämie erreicht wird.

In Kombination mit oralen Antidiabetika (Metformin, DPP4-Inhibitoren [mit oder ohne Metformin], Sulfonylharnstoff) und/oder Insulin (mit oder ohne Metformin), wenn diese Behandlung zusammen mit Diät und körperlicher Aktivität keine ausreichende glykämische Kontrolle ermöglicht.

Kombinationstherapien mit weiteren Antidiabetika bedürfen der vorgängigen Gutsprache durch den Krankenversicherer nach vorgängiger Konsultation des Vertrauensarztes.

**Limitation neu:****Typ 2 Diabetes**

Zur Behandlung von Patienten mit einem Typ 2 Diabetes mellitus zur Verbesserung der glykämischen Kontrolle, wenn durch Diät und gesteigerte körperliche Aktivität keine ausreichende Kontrolle der Glykämie erreicht wird:

– Als Monotherapie bei Patienten, die nicht mit Metformin behandelt werden können.

– In Kombination mit

– Metformin

– einem Sulfonylharnstoff

– einem DPP4-Inhibitor (mit oder ohne Metformin).

– In Kombination mit Insulin (mit oder ohne Metformin), wenn diese Behandlung zusammen mit Diät und körperlicher Aktivität keine ausreichende glykämische Kontrolle ermöglicht.

**Limitation neu:****Befristete Limitation bis 30.11.2022****Herzinsuffizienz**

Forxiga 10 mg: In geeigneter Kombination mit einer bereits zuvor stabil eingestellten Dosis eines ACE-Hemmers oder Angiotensin-II-Rezeptorantagonisten sowie anderen Therapien für Herzinsuffizienz (z.B. Betablocker, Diuretika und Mineralokortikoidantagonisten) für die Behandlung erwachsener Patienten mit Herzinsuffizienz der NYHA Klassen II-IV, deren Ejektionsfraktion der linken Herzkammer (LVEF) vor Behandlung mit Forxiga 10 mg  $\leq$  40% beträgt. Nicht in Kombination mit der Fixkombination aus Sacubitril/Valsartan.

<b>GAZYVARO</b>	Roche Pharma (Schweiz) AG	071610			
Inj Lös 1000 mg/40 ml Durchstf 1 Stk			20248	3462.15	3137.72

**Limitation alt:****Follikuläres Lymphom (FL)**

Behandlung von Patienten mit bisher unbehandeltem follikulärem Lymphom (FL) in Kombination mit einer Chemotherapie (Bendamustin, CHOP, CVP), gefolgt von Gazyvaro Erhaltungstherapie (Erhaltungstherapie maximal für 2 Jahre)

Behandlung von Patienten mit follikulärem Lymphom (FL), welche während oder nach einer Behandlung mit Rituximab oder einer Rituximab-enthaltenden Therapie nicht auf diese Therapie angesprochen haben oder während bzw. bis zu 6 Monate nach dieser progredient waren. Behandlung in Kombination mit Bendamustin gefolgt von Gazyvaro Erhaltungstherapie (Erhaltungstherapie maximal für 2 Jahre).

**Limitation neu:****Befristete Limitation bis 28.02.2021****Follikuläres Lymphom (FL)**

Behandlung von Patienten mit bisher unbehandeltem follikulärem Lymphom (FL) in Kombination mit einer Chemotherapie (Bendamustin, CHOP, CVP), gefolgt von Gazyvaro Erhaltungstherapie (Erhaltungstherapie maximal für 2 Jahre).

Behandlung von Patienten mit follikulärem Lymphom (FL), welche während oder nach einer Behandlung mit Rituximab oder einer Rituximab-enthaltenden Therapie nicht auf diese Therapie angesprochen haben oder während bzw. bis zu 6 Monate nach dieser progredient waren. Behandlung in Kombination mit Bendamustin gefolgt von Gazyvaro Erhaltungstherapie (Erhaltungstherapie maximal für 2 Jahre).

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

**ILARIS**

Inj Lös 150 mg/ml Durchstf 1 ml

Novartis Pharma Schweiz AG

071099

19119

12083.70

11548.98

**Limitation alt:****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.

**Aktive systemische juvenile idiopathische Arthritis (sJIA):**

Zur ausschliesslichen Verschreibung in Zentren für Kinderreumatologie 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 des Krankenversicherers mit vorgängiger Konsultation des Vertrauensarztes zur Behandlung von aktiver sJIA bei Patienten ab 2 Jahren, die auf die vorangehende Therapie mit nicht-steroidalen Antirheumatika (NSAIDs) und systemischen Kortikosteroiden unzureichend angesprochen haben. ILARIS kann als Monotherapie oder in Kombination mit Methotrexat verabreicht 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.ch) zu erfassen.

Voraussetzung für eine Weiterbehandlung nach 6 Monaten ist das Ansprechen auf die Behandlung mit ILARIS. Für eine erneute Weiterbehandlung nach 6 Monaten ist erneut eine Kostengutsprache des Krankenversicherers mit vorgängiger Konsultation des Vertrauensarztes einzuholen.

**Tumornekrosefaktor-Rezeptor-assoziiertes periodisches Syndrom (TRAPS):**

ILARIS ist zur Behandlung von Patienten mit dem Tumornekrosefaktor-Rezeptor-assoziierten periodischen Syndrom (TRAPS) indiziert.

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

ILARIS ist zur Behandlung von Patienten mit dem Hyperimmunglobulin-D-Syndrom (HIDS)/Mevalonatkinasedefizienz (MKD) indiziert.

**Familiäres Mittelmeerfieber (FMF):**

ILARIS ist für die Behandlung von Patienten mit dem Familiären Mittelmeerfieber (FMF) indiziert, bei welchen eine herkömmliche Therapie kontraindiziert ist, nicht vertragen wird oder kein adäquates Ansprechen trotz Verabreichung der höchstverträglichen Dosis erreicht wird.

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

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

**Limitation neu:****Befristete Limitation bis 30.11.2023****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

**Aktive systemische juvenile idiopathische Arthritis (sJIA):**

Zur ausschliesslichen Verschreibung in Zentren für Kinderreumatologie 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.ch) 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

**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

**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

**Familiäres Mittelmeerfieber (FMF):**

ILARIS ist für die Behandlung von Patienten mit dem Familiären Mittelmeerfieber (FMF) indiziert, bei welchen eine herkömmliche Therapie kontraindiziert ist, nicht vertragen wird oder kein adäquates Ansprechen trotz Verabreichung der höchstverträglichen Dosis erreicht wird.

Folgender Code ist an den Krankenversicherer zu übermitteln: 19119.05

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

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

PRÄPARATE / (Wirkstoffe) Packungen	Verantwortliche Firma	Therap. Gruppe	Dossier Nr.	Preis neu	Ex-Fact. neu
<b>STEGLATRO</b>	MSD Merck Sharp & Dohme AG	070620			
Filmtabl 5 mg Blist 28 Stk			20805	65.45	42.74
Filmtabl 5 mg Blist 98 Stk			20805	188.15	149.59

**Limitation alt:**

Zur Behandlung von Patienten mit einem Typ 2 Diabetes mellitus zur Verbesserung der glykämischen Kontrolle:

- Als Monotherapie, wenn durch Diät und gesteigerte körperliche Aktivität keine ausreichende Kontrolle der Glykämie erreicht wird.
- In Kombination mit den blutzuckersenkenden Arzneimitteln Metformin, DPP4-Inhibitoren [mit oder ohne Metformin] oder Sulfonylharnstoffen, wenn diese Behandlung zusammen mit Diät und körperlicher Aktivität keine ausreichende glykämische Kontrolle ermöglicht.
- Es wird maximal eine Tagesdosierung von 5 mg Ertugliflozin vergütet.

**Limitation neu:**

Zur Behandlung von Patienten mit einem Typ 2 Diabetes mellitus zur Verbesserung der glykämischen Kontrolle, wenn durch Diät und gesteigerte körperliche Aktivität keine ausreichende Kontrolle der Glykämie erreicht wird:

- Als Monotherapie, bei Patienten, die nicht mit Metformin behandelt werden können.
- In Kombination mit den blutzuckersenkenden Arzneimitteln Metformin, DPP4-Inhibitoren [mit oder ohne Metformin] oder Sulfonylharnstoffen, wenn diese Behandlung keine ausreichende glykämische Kontrolle ermöglicht.

Es wird maximal eine Tagesdosierung von 5 mg Ertugliflozin vergütet.

<b>TALTZ</b>	Eli Lilly (Suisse) SA	071500			
Inj Lös 80 mg/ml Fertigspritze 1 Stk			20532	1250.10	1083.73
Inj Lös 80 mg/ml Fertigpen 1 Stk			20532	1250.10	1083.73
Inj Lös 80 mg/ml Fertigspritze 2 Stk			20532	2438.65	2167.46
Inj Lös 80 mg/ml Fertigpen 2 Stk			20532	2438.65	2167.46

**Limitation alt:**

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

Die Firma Eli Lilly (Suisse) SA vergütet in dieser Indikation für die Behandlung auf Aufforderung desjenigen Krankenversicherers, bei dem die versicherte Person zum jeweiligen Bezugspunkt versichert war, Fr. 94.93 pro 1-er Packung TALTZ zurück resp. Fr. 189.86 bei der 2-er Packung TALTZ. Die Mehrwertsteuer kann nicht zusätzlich zu diesem Betrag zurückgefordert werden. Die Aufforderung zur Rückvergütung soll ab dem Zeitpunkt der Verabreichung erfolgen.

**Limitation neu:****Befristete Limitation bis 31.12.2020**

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

Die Firma Eli Lilly (Suisse) SA vergütet in dieser Indikation für die Behandlung auf Aufforderung desjenigen Krankenversicherers, bei dem die versicherte Person zum jeweiligen Bezugspunkt versichert war, Fr. 4.77 pro 1-er Packung TALTZ zurück resp. Fr. 9.54 bei der 2-er Packung TALTZ. Die Mehrwertsteuer kann nicht zusätzlich zu diesem Betrag zurückgefordert werden. Die Aufforderung zur Rückvergütung soll ab dem Zeitpunkt der Verabreichung erfolgen.

**Limitation neu:****Befristete Limitation bis 30.11.2022**

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

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

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

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

<b>ACLASTA</b> Inf Lös 5 mg/100 ml Amp 100 ml	Novartis Pharma Schweiz AG	079900	18542	305.45	251.80
--	----------------------------	--------	-------	--------	--------

**Limitation alt:**

Dokumentierte Osteoporose bei postmenopausalen Frauen und bei Männern und zur Behandlung der GIO (in allen Fällen bei einer Reduktion um mehr als 2,5 Standard-Abweichungen oder bei Fraktur) sowie bei Morbus Paget.

**Limitation neu:**

Dokumentierte Osteoporose bei postmenopausalen Frauen und bei Männern und zur Behandlung der glukokortikoid-induzierten Osteoporose (in allen Fällen bei einer Reduktion um mehr als 2,5 Standard-Abweichungen oder bei Fraktur) sowie bei Morbus Paget.

<b>ACTEMRA</b> Inf Konz 80 mg/4 ml Durchstf 4 ml	Roche Pharma (Schweiz) AG	071500	19015	189.20	150.53
Inf Konz 200 mg/10 ml Durchstf 10 ml			19015	448.40	376.32
Inf Konz 400 mg/20 ml Durchstf 20 ml			19015	880.45	752.64
Inj Lös 162 mg/0.9 ml Fertspr 4 Stk			20240	1286.70	1117.12
Inj Lös 162 mg/0.9 ml Fertigpen Fertpen 4 Stk			20893	1286.70	1117.12

**Limitation alt:**

Nach Kostengutsprache durch den Krankenversicherer nach vorgängiger Konsultation und Genehmigung des Vertrauensarztes des Krankenversicherers zur Behandlung der aktiven rheumatoiden Arthritis bei erwachsenen Patienten, die auf die Behandlung mit DMARD (disease-modifying anti-rheumatic drugs) oder Tumornekrosefaktor (TNF)-Hemmern nicht ausreichend angesprochen haben.

Nach Kostengutsprache durch den Krankenversicherer nach vorgängiger Konsultation und Genehmigung des Vertrauensarztes in Kombination mit Kortikosteroiden und DMARD inklusive Methotrexat zur Behandlung von Kindern und Jugendlichen ab 2 Jahren bis 17 Jahren mit systemischer juveniler idiopathischer Arthritis (sJIA), welche auf eine vorgängige Therapie mit nicht-steroidalen Antirheumatika und Steroiden nicht ausreichend angesprochen haben.

Nach Kostengutsprache durch den Krankenversicherer nach vorgängiger Konsultation und Genehmigung des Vertrauensarztes in Kombination mit Methotrexat zur Behandlung von Kindern und Jugendlichen ab 2 Jahren bis 17 Jahren mit aktiver polyartikulärer juveniler idiopathischer Arthritis (pJIA), die auf eine vorgängige Therapie mit Methotrexat nicht ausreichend angesprochen haben. Bei einer Unverträglichkeit auf Methotrexat kann Actemra als Monotherapie verabreicht werden.

**Rheumatoide Arthritis (RA)**

Nach Kostengutsprache durch den Krankenversicherer nach vorgängiger Konsultation und Genehmigung des Vertrauensarztes des Krankenversicherers zur Behandlung der aktiven rheumatoiden Arthritis bei erwachsenen Patienten, die auf die Behandlung mit DMARD (disease-modifying anti-rheumatic drugs) oder Tumornekrosefaktor (TNF)-Hemmern nicht ausreichend angesprochen haben.

**Polyartikuläre juvenile idiopathische Arthritis (pJIA)**

Nach Kostengutsprache durch den Krankenversicherer nach vorgängiger Konsultation und Genehmigung des Vertrauensarztes in Kombination mit Methotrexat zur Behandlung von Kindern und Jugendlichen ab 2 Jahren bis 17 Jahren mit aktiver polyartikulärer juveniler idiopathischer Arthritis (pJIA), die auf eine vorgängige Therapie mit Methotrexat nicht ausreichend angesprochen haben. Bei einer Unverträglichkeit auf Methotrexat kann Actemra als Monotherapie verabreicht werden.

**Polyartikuläre juvenile idiopathische Arthritis (pJIA)**

Nach Kostengutsprache durch den Krankenversicherer nach vorgängiger Konsultation und Genehmigung des Vertrauensarztes in Kombination mit Methotrexat zur Behandlung von Kindern und Jugendlichen ab 12 Jahren bis 17 Jahren mit aktiver polyartikulärer juveniler idiopathischer Arthritis (pJIA), die auf eine vorgängige Therapie mit Methotrexat nicht ausreichend angesprochen haben. Bei einer Unverträglichkeit auf Methotrexat kann Actemra als Monotherapie verabreicht werden.

**Systemische juvenile idiopathische Arthritis (sJIA)**

Nach Kostengutsprache durch den Krankenversicherer nach vorgängiger Konsultation und Genehmigung des Vertrauensarztes in Kombination mit Kortikosteroiden und DMARD inklusive Methotrexat zur Behandlung von Kindern und Jugendlichen ab 2 Jahren bis 17 Jahren mit systemischer juveniler idiopathischer Arthritis (sJIA), welche auf eine vorgängige Therapie mit nicht-steroidalen Antirheumatika und Steroiden nicht ausreichend angesprochen haben.

**Systemische juvenile idiopathische Arthritis (sJIA)**

Nach Kostengutsprache durch den Krankenversicherer nach vorgängiger Konsultation und Genehmigung des Vertrauensarztes in Kombination mit Kortikosteroiden und DMARD inklusive Methotrexat zur Behandlung von Kindern und Jugendlichen ab 12 Jahren bis 17 Jahren mit systemischer juveniler idiopathischer Arthritis (sJIA), welche auf eine vorgängige Therapie mit nicht-steroidalen Antirheumatika und Steroiden nicht ausreichend angesprochen haben.

**Limitation neu:**

Die Behandlung mit Actemra bedarf der Kostengutsprache durch den Krankenversicherer nach vorgängiger Konsultation des Vertrauensarztes:

**Rheumatoide Arthritis:**

Zur Behandlung der aktiven rheumatoiden Arthritis bei erwachsenen Patienten, die auf die Behandlung mit DMARD (disease-modifying anti-rheumatic drugs) oder Tumornekrosefaktor (TNF)-Hemmern nicht ausreichend angesprochen haben.

**Systemische juvenile idiopathische Arthritis:**

In Kombination mit Kortikosteroiden und DMARD inklusive Methotrexat zur Behandlung von Kindern und Jugendlichen ab 2 Jahren bis 17 Jahren mit systemischer juveniler idiopathischer Arthritis (sJIA), welche auf eine vorgängige Therapie mit nicht-steroidalen Antirheumatika und Steroiden nicht ausreichend angesprochen haben.

**Polyartikulärer juveniler idiopathischer Arthritis:**

In Kombination mit Methotrexat zur Behandlung von Kindern und Jugendlichen ab 2 Jahren bis 17 Jahren mit aktiver polyartikulärer juveniler idiopathischer Arthritis (pJIA), die auf eine vorgängige Therapie mit Methotrexat nicht ausreichend angesprochen haben. Bei einer Unverträglichkeit auf Methotrexat kann Actemra als Monotherapie verabreicht werden.

PRÄPARATE / (Wirkstoffe) Packungen	Verantwortliche Firma	Therap. Gruppe	Dossier Nr.	Preis neu	Ex-Fact. neu
<b>ALACARE</b>	Gebro Pharma AG	071640			
Pfl 8 mg 4 Stk			20042	154.15	120.00
Pfl 8 mg 8 Stk			20042	258.85	211.20
<b>Limitation neu:</b> Werden nur einzelne Pflaster aus einer Originalpackung (OP) abgegeben, so ist der Preis der verabreichten Menge proportional dem Publikumspreis der verwendeten Packung zu verrechnen.					
<b>AMARYL</b>	Sanofi-Aventis (Suisse) SA	070620			
Tabl 2 mg 30 Stk			16476	9.45	4.67
Tabl 3 mg 30 Stk			16476	15.65	6.50
Tabl 4 mg 30 Stk			16476	17.35	7.96
Tabl 2 mg 120 Stk			16476	33.90	15.23
Tabl 3 mg 120 Stk			16476	41.95	22.27
Tabl 4 mg 120 Stk			16476	48.75	28.18
<b>Limitation neu:</b> Nur für bereits mit diesem Medikament eingestellte Patienten.					
<b>ALFARE</b>	Nestlé Health Science	070110			
Plv 400 g			14384	25.05	13.58
<b>Limitation alt:</b> Kostenübernahme für 6 Monate bei Säuglingen mit Kuhmilchproteinintoleranz. In begründeten Fällen und nach vorgängiger Kostengutsprache durch den Vertrauensarzt des Krankenversicherers Verlängerung für 3 bis maximal 6 Monate.					
<b>Limitation neu:</b> Kostenübernahme für 6 Monate bei Säuglingen mit Kuhmilchproteinintoleranz. In begründeten Fällen und nach Kostengutsprache durch den Krankenversicherer nach vorgängiger Konsultation des Vertrauensarztes Verlängerung für 3 bis maximal 6 Monate.					
<b>ALTHÉRA</b>	Nestlé Health Science	070110			
Plv 450 g			18943	30.05	16.30
Plv (neu) Ds 400 g			18943	26.75	14.49
<b>Limitation alt:</b> Kostenübernahme für 6 Monate bei Säuglingen mit Kuhmilchproteinintoleranz. In begründeten Fällen und nach vorgängiger Kostengutsprache durch den Vertrauensarzt des Krankenversicherers Verlängerung für 3 bis maximal 6 Monate.					
<b>Limitation neu:</b> Kostenübernahme für 6 Monate bei Säuglingen mit Kuhmilchproteinintoleranz. In begründeten Fällen und nach Kostengutsprache durch den Krankenversicherer nach vorgängiger Konsultation des Vertrauensarztes Verlängerung für 3 bis maximal 6 Monate.					
<b>BYETTA</b>	AstraZeneca AG	070620			
Inj Lös 5 mcg Fertpen 1 Stk			18590	124.25	93.93
Inj Lös 10 mcg Fertpen 1 Stk			18590	124.25	93.93
<b>Limitation alt:</b> Zur Behandlung von Patienten mit einem Typ 2 Diabetes mellitus; in ausschliesslicher Kombinationstherapie mit Metformin, einem Sulfonylharnstoff oder einer Kombination aus Metformin und einem Sulfonylharnstoff, wenn durch diese oralen Antidiabetika keine ausreichende Blutzuckerkontrolle erreicht wird. Zur Behandlung als Kombinationstherapie mit Basalinsulin mit oder ohne Metformin zur Verbesserung der Blutzuckerkontrolle bei Erwachsenen mit Typ 2 Diabetes mellitus. Mindestens BMI 28. Zusätzliche Medikamente zur Gewichtsreduktion werden nicht vom Krankenversicherer vergütet.					
<b>Limitation neu:</b> Zur Behandlung von Patienten mit einem Typ 2 Diabetes mellitus; in ausschliesslich folgenden Kombinationstherapien, 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 zur Verbesserung der Blutzuckerkontrolle bei Erwachsenen mit Typ 2 Diabetes mellitus Mindestens BMI 28. Zusätzliche Medikamente zur Gewichtsreduktion werden nicht vom Krankenversicherer vergütet.					
<b>COLPERMIN</b>	Tillotts Pharma AG	549900			
Kaps 30 Stk			14532	9.10	4.94
Kaps 100 Stk			14532	27.45	14.89
<b>Limitation neu:</b> Für eine Behandlungsdauer von maximal 3 Monaten, nicht in Kombination mit CARMENTHIN.					

PRÄPARATE / (Wirkstoffe) Packungen	Verantwortliche Firma	Therap. Gruppe	Dossier Nr.	Preis neu	Ex-Fact. neu
<b>DAONIL</b>	Sanofi-Aventis (Suisse) SA	070620			
Tabl 5 mg 30 Stk			11244	8.05	3.43
Tabl 5 mg 100 Stk			11244	19.45	9.80
<b>Limitation neu:</b> Nur für bereits mit diesem Medikament eingestellte Patienten.					
<b>DIAMICRON MR</b>	Servier (Suisse) SA	070620			
Tabl 60 mg 30 Stk			17707	18.40	8.88
Tabl 60 mg 90 Stk			17707	42.40	22.65
<b>Limitation neu:</b> Vergütung, wenn mit Metformin keine ausreichende Kontrolle der Glykämie erreicht wird.					
<b>FORXIGA</b>	AstraZeneca AG	070620			
Filmtabl 5 mg 28 Stk			20270	64.75	42.12
Filmtabl 10 mg 28 Stk			20270	64.75	42.12
Filmtabl 5 mg 98 Stk			20270	184.25	146.20
Filmtabl 10 mg 98 Stk			20270	184.25	146.20
<b>Limitation alt:</b> Zur Behandlung von Patienten mit einem Typ 2 Diabetes mellitus zur Verbesserung der glykämischen Kontrolle: Als Monotherapie, wenn durch Diät und gesteigerte körperliche Aktivität keine ausreichende Kontrolle der Glykämie erreicht wird. In Kombination mit oralen Antidiabetika (Metformin, DPP4-Inhibitoren (mit oder ohne Metformin), Sulfonylharnstoff) und/oder Insulin (mit oder ohne Metformin), wenn diese Behandlung zusammen mit Diät und körperlicher Aktivität keine ausreichende glykämische Kontrolle ermöglicht. Kombinationstherapien mit weiteren Antidiabetika bedürfen der vorgängigen Gutsprache durch den Krankenversicherer nach vorgängiger Konsultation des Vertrauensarztes.					
<b>Limitation neu:</b> <b>Typ 2 Diabetes</b> Zur Behandlung von Patienten mit einem Typ 2 Diabetes mellitus zur Verbesserung der glykämischen Kontrolle, wenn durch Diät und gesteigerte körperliche Aktivität keine ausreichende Kontrolle der Glykämie erreicht wird: – Als Monotherapie bei Patienten, die nicht mit Metformin behandelt werden können. – In Kombination mit – Metformin – einem Sulfonylharnstoff – einem DPP4-Inhibitor (mit oder ohne Metformin). – In Kombination mit Insulin (mit oder ohne Metformin), wenn diese Behandlung zusammen mit Diät und körperlicher Aktivität keine ausreichende glykämische Kontrolle ermöglicht.					
<b>Limitation neu:</b> <b>Befristete Limitation bis 30.11.2022</b> <b>Herzinsuffizienz</b> Forxiga 10 mg: In geeigneter Kombination mit einer bereits zuvor stabil eingestellten Dosis eines ACE-Hemmers oder Angiotensin-II-Rezeptorantagonisten sowie anderen Therapien für Herzinsuffizienz (z.B. Betablocker, Diuretika und Mineralkortikoidantagonisten) für die Behandlung erwachsener Patienten mit Herzinsuffizienz der NYHA Klassen II-IV, deren Ejektionsfraktion der linken Herzkammer (LVEF) vor Behandlung mit Forxiga 10 mg $\leq$ 40% beträgt. Nicht in Kombination mit der Fixkombination aus Sacubitril/Valsartan.					

PRÄPARATE / (Wirkstoffe) Packungen	Verantwortliche Firma	Therap. Gruppe	Dossier Nr.	Preis neu	Ex-Fact. neu
<b>GALVUMET</b>	Novartis Pharma Schweiz AG	070620			
Filmtabl 50/500 mg 60 Stk			19118	62.70	40.34
Filmtabl 50/850 mg 60 Stk			19118	62.70	40.34
Filmtabl 50/1000 mg 60 Stk			19118	62.70	40.34
Filmtabl 50/500 mg 180 Stk			19118	155.35	121.02
Filmtabl 50/850 mg 180 Stk			19118	155.35	121.02
Filmtabl 50/1000 mg 180 Stk			19118	155.35	121.02

**Limitation alt:**

Zur Behandlung von Patienten mit einem Typ 2 Diabetes mellitus. Für Patienten, welche mit den bisherigen oralen Therapien nur ungenügend eingestellt werden können oder diese nicht vertragen.

In Kombination mit einem Sulfonylharnstoff (d.h. als Dreifach-Kombinationstherapie) als Zusatz zu Diät und körperlicher Bewegung bei Patienten, deren Behandlung mit Metformin und einem Sulfonylharnstoff allein keine ausreichende Blutzuckerkontrolle bietet.

In Kombination mit Insulin zur Verbesserung der Blutzuckerkontrolle bei Patienten, bei denen durch Diät, körperliche Bewegung sowie die Behandlung mit einer stabilen Dosis Insulin und Metformin keine ausreichende Blutzuckerkontrolle erreicht werden kann.

Kombinationstherapien mit weiteren oralen Antidiabetika bedürfen der vorgängigen Gutsprache durch den Vertrauensarzt der Krankenversicherer.

**Limitation neu:**

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 Dreifachkombination mit einem Sulfonylharnstoff als Zusatz zu Diät und körperlicher Bewegung, wenn mit Metformin und einem Sulfonylharnstoff allein keine ausreichende Kontrolle der Glykämie erreicht werden kann.

– In Kombination mit Insulin zur Verbesserung der Blutzuckerkontrolle, wenn mit Diät, körperlicher Bewegung sowie durch die Behandlung mit einer stabilen Dosis Insulin und Metformin keine ausreichende Kontrolle der Glykämie erreicht werden kann.

<b>GALVUS</b>	Novartis Pharma Schweiz AG	070620			
Filmtabl 50 mg 28 Stk			18641	37.50	18.40
Filmtabl 50 mg 112 Stk			18641	100.90	73.62

**Limitation alt:**

Zur Behandlung von Patienten mit einem Typ 2 Diabetes mellitus. Für Patienten, welche mit den bisherigen oralen Therapien nur ungenügend eingestellt werden können oder diese nicht vertragen.

Als Zweifachkombination mit Metformin oder Sulfonylharnstoff (SU) oder Thiazolidindione (TZD), wenn Diät, körperliche Bewegung und Metformin oder Sulfonylharnstoff (SU) oder Thiazolidindione (TZD) allein keine ausreichende Blutzuckerkontrolle bieten.

Als Dreifachkombination mit Metformin und einem Sulfonylharnstoff, wenn Diät und körperliche Bewegung plus die Zweifachkombination mit diesen Substanzen keine ausreichende Blutzuckerkontrolle bieten.

In Kombination mit Insulin (mit oder ohne Metformin) wenn Diät, körperliche Bewegung und eine stabile Dosis Insulin keine ausreichende Blutzuckerkontrolle bieten.

Kombinationstherapien mit weiteren oralen Antidiabetika bedürfen der vorgängigen Gutsprache durch den Vertrauensarzt der Krankenversicherer.

**Limitation neu:**

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.

<b>GATINAR</b>	Melisana AG	040812			
Sirup 500 ml			12598	11.85	6.43
Kaps 100 Stk			14532	27.45	14.89

**Limitation alt:**

Hepatische Enzephalopathie.

**Limitation neu:**

Hepatische Enzephalopathie: Grosspackung 500 ml.

Die für die Arzneimittel der therapeutischen Gruppe 04.08. Laxantien geltende Gruppenlimitatio gilt in der Indikation «Hepatische Enzephalopathie» für die Grosspackung GATINAR Sirup 500 ml nicht.

PRÄPARATE / (Wirkstoffe) Packungen	Verantwortliche Firma	Therap. Gruppe	Dossier Nr.	Preis neu	Ex-Fact. neu
<b>GLIBENORM</b>	Streuli Pharma AG	070620			
Tabl 5 mg 30 Stk			17947	7.65	3.09
Tabl 5 mg 100 Stk			17947	18.35	8.82
<b>Limitation neu:</b> Nur für bereits mit diesem Medikament eingestellte Patienten.					
<b>GLICLAZID MEPHA RETARD</b>	Mepha Pharma AG	070620			
Depotabs 60 mg 30 Stk			20363	17.20	7.84
Depotabs 60 mg 90 Stk			20363	38.50	19.25
Depotabs 30 mg Blist 30 Stk			18902	8.60	3.92
Depotabs 30 mg 120 Stk			18902	27.05	12.83
<b>Limitation neu:</b> Vergütung, wenn mit Metformin keine ausreichende Kontrolle der Glykämie erreicht wird.					
<b>GLICLAZID MR SANDOZ</b>	Sandoz Pharmaceuticals AG	070620			
Ret Tabl 60 mg 30 Stk			20604	17.20	7.84
Ret Tabl 60 mg 90 Stk			20604	38.50	19.25
<b>Limitation neu:</b> Vergütung, wenn mit Metformin keine ausreichende Kontrolle der Glykämie erreicht wird.					
<b>GLICLAZID RETARD HELVEPHARM</b>	Helvepharm AG	070620			
Ret Tabl 30 mg 20 Stk			18946	6.45	2.06
Ret Tabl 30 mg 120 Stk			18946	20.45	10.66
<b>Limitation neu:</b> Vergütung, wenn mit Metformin keine ausreichende Kontrolle der Glykämie erreicht wird.					
<b>GLICLAZID RETARD ZENTIVA</b>	Helvepharm AG	070620			
Ret Tabl 60 mg 30 Stk			20369	16.85	2.06
Ret Tabl 60 mg 90 Stk			20369	38.50	19.25
<b>Limitation neu:</b> Vergütung, wenn mit Metformin keine ausreichende Kontrolle der Glykämie erreicht wird.					
<b>GLICLAZID SPIRIG HC RETARD</b>	Spirig HealthCare AG	070620			
Ret Tabl 60 mg 30 Stk			20442	16.85	7.55
Ret Tabl 60 mg 90 Stk			20442	38.50	19.25
Ret Tabl 60 mg 120 Stk			20442	44.80	24.76
<b>Limitation neu:</b> Vergütung, wenn mit Metformin keine ausreichende Kontrolle der Glykämie erreicht wird.					
<b>GLIMEPIRID SANDOZ</b>	Sandoz Pharmaceuticals AG	070620			
Tabl 1 mg 30 Stk			18420	7.05	2.58
Tabl 2 mg 30 Stk			18420	9.20	4.46
Tabl 3 mg 30 Stk			18420	15.30	6.20
Tabl 4 mg 30 Stk			18420	16.90	7.60
Tabl 1 mg 120 Stk			18420	18.35	8.84
Tabl 2 mg 120 Stk			18420	29.00	14.54
Tabl 3 mg 120 Stk			18420	40.80	21.26
Tabl 4 mg 120 Stk			18420	45.50	25.36
<b>Limitation neu:</b> Nur für bereits mit diesem Medikament eingestellte Patienten.					
<b>GLIMEPIRIDE ZENTIVA</b>	Helvepharm AG	070620			
Tabl 2 mg 30 Stk			18325	9.15	4.41
Tabl 3 mg 30 Stk			18325	15.25	6.13
Tabl 4 mg 30 Stk			18325	16.85	7.52
Tabl 3 mg 120 Stk			18325	40.55	21.04
Tabl 2 mg 120 Stk			18325	28.85	14.40
Tabl 4 mg 120 Stk			18325	45.50	25.36
<b>Limitation neu:</b> Nur für bereits mit diesem Medikament eingestellte Patienten.					



PRÄPARATE / (Wirkstoffe) Packungen	Verantwortliche Firma	Therap. Gruppe	Dossier Nr.	Preis neu	Ex-Fact. neu
<b>GLIMERYL MEPHA</b>	Mepha Pharma AG	070620			
Tabl 1 mg 30 Stk			18470	7.05	2.55
Tabl 2 mg 30 Stk			18470	9.20	4.46
Tabl 3 mg 30 Stk			18470	15.30	6.18
Tabl 4 mg 30 Stk			18470	16.80	7.47
Tabl 6 mg 30 Stk			18470	19.40	9.77
Tabl 1 mg 120 Stk			18470	18.35	8.83
Tabl 2 mg 120 Stk			18470	29.00	14.54
Tabl 3 mg 120 Stk			18470	40.75	21.23
Tabl 4 mg 120 Stk			18470	45.50	25.36
Tabl 6 mg 120 Stk			18470	58.95	37.06
<b>Limitation neu:</b> Nur für bereits mit diesem Medikament eingestellte Patienten.					
<b>IMPORTAL</b>	Zambon Switzerland Ltd	040812			
Plv Dppl Btl 25 Stk			14926	21.00	11.38
<b>Limitation alt:</b> Hepatische Enzephalopathie.					
<b>Limitation neu:</b> Hepatische Enzephalopathie: Grosspackung Pulver Doppelbeutel 25 Stk und Lösung 500 ml. Die für die Arzneimittel der therapeutischen Gruppe 04.08. Laxantien geltende Gruppenlimitatio gilt in der Indikation «Hepatische Enzephalopathie» für die Grosspackung IMPORTAL Pulver Doppelbeutel 25 Stk und IMPORTAL Lösung 500 ml nicht.					
<b>IMPORTAL</b>	Zambon Switzerland Ltd	040812			
Lös 500 ml			14926	12.05	6.52
<b>Limitation alt:</b> Hepatische Enzephalopathie.					
<b>Limitation neu:</b> Hepatische Enzephalopathie: Grosspackung Pulver Doppelbeutel 25 Stk und Lösung 500 ml. Die für die Arzneimittel der therapeutischen Gruppe 04.08. Laxantien geltende Gruppenlimitatio gilt in der Indikation «Hepatische Enzephalopathie» für die Grosspackung IMPORTAL Pulver Doppelbeutel 25 Stk und IMPORTAL Lösung 500 ml nicht.					
<b>JANUMET</b>	MSD Merck Sharp & Dohme AG	070620			
Filmtabl 50/500 mg 56 Stk			18787	59.45	37.48
Filmtabl 50/850 mg 56 Stk			18787	59.45	37.48
Filmtabl 50/1000 mg 56 Stk			18787	59.45	37.48
Filmtabl 50/500 mg 196 Stk			18787	167.00	131.20
Filmtabl 50/850 mg 196 Stk			18787	167.00	131.20
Filmtabl 50/1000 mg 196 Stk			18787	167.00	131.20
<b>Limitation alt:</b> Zur Behandlung von Patienten mit einem Typ 2 Diabetes mellitus. Für Patienten, welche mit den bisherigen oralen Therapien und/oder Insulin nur ungenügend eingestellt werden können oder diese nicht vertragen. Kombinationstherapien mit weiteren oralen Antidiabetica, ausser Sulfonylharnstoffen und/oder Insulin, bedürfen der Kostengutsprache durch den Krankenversicherer nach vorgängiger Konsultation des Vertrauensarztes.					
<b>Limitation neu:</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: Metfomin, Sitagliptin oder ein Sulfonylharnstoff. – In Kombination mit Insulin, wenn durch diese Massnahme keine ausreichende Kontrolle der Glykämie erreicht wird.					

PRÄPARATE / (Wirkstoffe) Packungen	Verantwortliche Firma	Therap. Gruppe	Dossier Nr.	Preis neu	Ex-Fact. neu
<b>JANUMET XR</b>	MSD Merck Sharp & Dohme AG	070620			
Ret Filmtabl 50/500 mg 56 Stk			20276	63.40	40.93
Ret Filmtabl 50/1000 mg 56 Stk			20276	63.40	40.93
Ret Filmtabl 100/1000 mg 28 Stk			20276	63.40	40.93
Ret Filmtabl 50/500 mg 3 Fl 56 Stk			20276	155.25	120.97
Ret Filmtabl 50/1000 mg 3 Fl 56 Stk			20276	155.25	120.97
Ret Filmtabl 100/1000 mg 84 Stk			20276	155.25	120.97

**Limitation alt:**

Zur Behandlung von Patienten mit einem Typ 2 Diabetes mellitus.

Für Patienten, welche mit den bisherigen oralen Therapien und/oder Insulin nur ungenügend eingestellt werden können oder diese nicht vertragen.

Kombinationstherapien mit weiteren oralen Antidiabetica, ausser Sulfonylharnstoffen und/oder Insulin, bedürfen der Kostengutsprache durch den Krankenversicherer nach vorgängiger Konsultation des Vertrauensarztes.

**Limitation neu:**

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.

<b>JANUVIA</b>	MSD Merck Sharp & Dohme AG	070620			
Filmtabl 25 mg 28 Stk			18533	59.15	37.22
Filmtabl 50 mg 28 Stk			18533	59.15	37.22
Filmtabl 100 mg 28 Stk			18533	59.15	37.22
Filmtabl 25 mg 98 Stk			18533	165.95	130.25
Filmtabl 50 mg 98 Stk			18533	165.95	130.25
Filmtabl 100 mg 98 Stk			18533	165.95	130.25

**Limitation alt:**

Zur Behandlung von Patienten mit einem Typ 2 Diabetes mellitus.

Für Patienten, welche mit den bisherigen oralen Therapien oder Insulin nur ungenügend eingestellt werden können oder diese nicht vertragen.

In Kombination ausschliesslich mit Metformin, einem Sulfonylharnstoff, einer Kombination aus Metformin und einem Sulfonylharnstoff oder Insulin (mit oder ohne Metformin), wenn durch diese Massnahmen keine ausreichende Blutzuckerkontrolle erreicht wird.

Kombinationstherapien mit weiteren oralen Antidiabetika bedürfen der Kostengutsprache durch den Krankenversicherer nach vorgängiger Konsultation des Vertrauensarztes.

**Limitation neu:**

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.

<b>JARDIANCE</b>	Boehringer Ingelheim (Schweiz) GmbH	070620			
Filmtabl 10 mg 30 Stk			20244	69.95	46.64
Filmtabl 10 mg 90 Stk			20244	176.80	139.72

**Limitation alt:**

Zur Behandlung von Patienten mit einem Typ 2 Diabetes mellitus, wenn durch Diät und gesteigerte körperliche Aktivität keine ausreichende Kontrolle der Glykämie erreicht wird:

– Als Monotherapie bei Patienten, die nicht mit Metformin behandelt werden können.

– In Kombination mit Metformin, alleine oder in Kombination mit einem Sulfonylharnstoff, Metformin, alleine oder in Kombination mit einem DPP4-Inhibitor oder Insulin, alleine oder in Kombination mit Metformin und/oder Sulfonylharnstoff, wenn mit diesen Behandlungen keine ausreichende Kontrolle der Glykämie erreicht wird.

**Limitation neu:**

Zur Behandlung von Patienten mit einem Typ 2 Diabetes mellitus, wenn durch Diät und gesteigerte körperliche Aktivität keine ausreichende Kontrolle der Glykämie erreicht wird:

– Als Monotherapie bei Patienten, die nicht mit Metformin behandelt werden können.

– In Kombination mit folgenden Therapieoptionen, wenn mit diesen Behandlungen keine ausreichende Kontrolle der Glykämie erreicht wird:

– Metformin, alleine oder in Kombination mit einem Sulfonylharnstoff

– Metformin, alleine oder in Kombination mit einem DPP4-Inhibitor

– Insulin, alleine oder in Kombination mit Metformin und/oder Sulfonylharnstoff.

Es wird maximal eine Tagesdosisierung von 10 mg Empagliflozin vergütet.

PRÄPARATE / (Wirkstoffe) Packungen	Verantwortliche Firma	Therap. Gruppe	Dossier Nr.	Preis neu	Ex-Fact. neu
<b>JARDIANCE MET</b>	Boehringer Ingelheim (Schweiz) GmbH	070620			
Filmtabl 5/500 mg 60 Stk			20401	71.25	47.76
Filmtabl 5/850 mg 60 Stk			20401	71.25	47.76
Filmtabl 5/1000 mg 60 Stk			20401	71.25	47.76
Filmtabl 5/500 mg 2x 90 Stk			20401	180.85	143.27
Filmtabl 5/850 mg 2x 90 Stk			20401	180.85	143.27
Filmtabl 5/1000 mg 2x 90 Stk			20401	180.85	143.27

**Limitation alt:**

Zur Behandlung von Patienten mit einem Typ 2 Diabetes mellitus.

Für Patienten, welche zusätzlich zu diätetischen Massnahmen und körperlicher Aktivität keine adäquate Blutzuckerkontrolle erzielen und mit der maximal tolerierten Dosis Metformin oder mit der maximal tolerierten Dosis Metformin zusätzlich zu einem Sulfonylharnstoff und/oder einem Insulin behandelt werden und dabei keine adäquate Blutzuckerkontrolle erzielen oder bereits mit Empagliflozin und Metformin als separate Tabletten behandelt werden.

Kombinationstherapien mit weiteren Antidiabetika bedürfen der besonderen Gutsprache durch den Krankenversicherer nach vorgängiger Konsultation des Vertrauensarztes.

**Limitation neu:**

Zur Behandlung von Patienten mit einem Typ 2 Diabetes mellitus, welche zusätzlich zu diätetischen Massnahmen und körperlicher Aktivität keine adäquate Blutzuckerkontrolle erzielen und

- mit der maximal tolerierten Dosis Metformin oder
- mit der maximal tolerierten Dosis Metformin zusätzlich zu einem Sulfonylharnstoff und/oder einem Insulin behandelt werden und dabei keine adäquate Blutzuckerkontrolle erzielen oder
- bereits mit Empagliflozin und Metformin als separate Tabletten behandelt werden.

Es wird maximal eine Tagesdosierung von 10 mg Empagliflozin vergütet.

<b>JENTADUETO</b>	Boehringer Ingelheim (Schweiz) GmbH	070620			
Filmtabl 2.5 mg/500 mg 60 Stk			19951	65.05	42.37
Filmtabl 2.5 mg/850 mg 60 Stk			19951	65.05	42.37
Filmtabl 2.5 mg/1000 mg 60 Stk			19951	65.05	42.37
Filmtabl 2.5 mg/500 mg 2x 90 Stk			19951	162.30	127.10
Filmtabl 2.5 mg/850 mg 2x 90 Stk			19951	162.30	127.10
Filmtabl 2.5 mg/1000 mg 2x 90 Stk			19951	162.30	127.10

**Limitation alt:**

Zur Behandlung von Patienten mit einem Typ 2 Diabetes mellitus.

Für Patienten, welche mit den bisherigen oralen Therapien nur ungenügend eingestellt werden können oder diese nicht vertragen.

In Kombination mit einem Sulfonylharnstoff, nur, wenn durch die maximal tolerierte Dosis an Metformin und Sulfonylharnstoff keine ausreichende Kontrolle der Glykämie erreicht wird.

Kombinationstherapien mit weiteren oralen Antidiabetika, ausser Sulfonylharnstoffen, bedürfen der besonderen Gutsprache durch den Krankenversicherer nach vorgängiger Konsultation des Vertrauensarztes.

Als Ergänzung zu einer Diät und körperlicher Aktivität in Kombination mit einem Basalinsulin, wenn mit Insulin und Metformin alleine keine ausreichende Kontrolle der Glykämie erreicht wird.

**Limitation neu:**

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

- Als Dreifachkombination mit einem Sulfonylharnstoff, nur, wenn durch die maximal tolerierte Dosis an Metformin und Sulfonylharnstoff keine ausreichende Kontrolle der Glykämie erreicht wird.
- In Kombination mit Insulin, wenn mit Diät und körperlicher Aktivität in Kombination mit einem Basalinsulin und Metformin keine ausreichende Kontrolle der Glykämie erreicht wird.

PRÄPARATE / (Wirkstoffe) Packungen	Verantwortliche Firma	Therap. Gruppe	Dossier Nr.	Preis neu	Ex-Fact. neu
<b>KOMBIGLYZE XR</b>	AstraZeneca AG	070620			
Filmtabl 5 mg/500 mg 28 Stk			20036	64.35	41.78
Filmtabl 5 mg/1000 mg 28 Stk			20036	64.35	41.78
Filmtabl 2.5 mg/1000 mg 56 Stk			20036	64.35	41.78
Filmtabl 5 mg/500 mg 98 Stk			20036	184.25	146.23
Filmtabl 5 mg/1000 mg 98 Stk			20036	184.25	146.23
Filmtabl 2.5 mg/1000 mg 196 Stk			20036	184.25	146.23

**Limitation alt:**

Zur Behandlung von Patienten mit einem Typ 2 Diabetes mellitus. Für Patienten, welche mit den bisherigen oralen Therapien nur ungenügend eingestellt werden können oder bereits mit einer freien Kombination von Saxagliptin und Metformin behandelt werden.

**Add-on-Kombinationstherapie**

In Kombination mit Insulin, wenn mit den bisherigen oralen Therapien (in maximal verträglicher Dosierung) zusammen mit Diät und vermehrter körperlicher Aktivität keine ausreichende Blutzuckerkontrolle erreicht wird.

In Kombination mit einem Sulfonylharnstoff, wenn mit Metformin und Sulfonylharnstoff (als orale Zweifachkombination und in maximal verträglicher Dosierung) keine ausreichende Blutzuckerkontrolle erreicht wird.

Kombinationstherapien mit weiteren oralen Antidiabetika bedürfen der vorgängigen Kostengutsprache durch den Krankenversicherer nach vorgängiger Konsultation des Vertrauensarztes.

**Limitation neu:**

Zur Behandlung von Patienten mit einem Typ 2 Diabetes mellitus, wenn durch Diät und gesteigerte körperliche Aktivität keine ausreichende Kontrolle der Glykämie erreicht wird:

- Als Dreifachkombination mit einem Sulfonylharnstoff, wenn mit Metformin und Sulfonylharnstoff (als orale Zweifachkombination und in maximal verträglicher Dosierung) keine ausreichende Kontrolle der Glykämie erreicht wird.
- In Kombination mit Insulin, wenn mit den bisherigen oralen Therapien (in maximal verträglicher Dosierung) zusammen mit Diät und vermehrter körperlicher Aktivität keine ausreichende Kontrolle der Glykämie erreicht wird.
- Für Patienten, die bereits mit einer freien Kombination von Saxagliptin und Metformin behandelt werden.

<b>LYXUMIA</b>	Sanofi-Aventis (Suisse) SA	070620			
Inj Lös 1x10 mcg/1x20 mcg Fertpen Set 1 Stk			20595	108.80	80.49
Inj Lös 20 mcg 2 Fertpen 3 ml			20595	108.80	80.49

**Limitation alt:**

Zur Behandlung von Patienten mit einem Typ 2 Diabetes mellitus; in ausschliesslicher Kombinationstherapie mit den folgenden oralen Antidiabetika:

Metformin, ein Sulfonylharnstoff oder eine Kombination von Metformin und einem Sulfonylharnstoff, wenn mit diesen Antidiabetika keine ausreichende Blutzuckerkontrolle erreicht wird.

Zur Behandlung als Kombinationstherapie mit einem Basalinsulin allein oder einer Kombination von einem Basalinsulin mit Metformin oder einer Kombination von einem Basalinsulin mit einem Sulfonylharnstoff, wenn mit oralen Antidiabetika und/oder Basalinsulin keine ausreichende Blutzuckerkontrolle erreicht wird.

Mindestens BMI 28. Zusätzliche Medikamente zur Gewichtsreduktion werden nicht vom Krankenversicherer vergütet.

**Limitation neu:**

Zur Behandlung von Patienten mit einem Typ 2 Diabetes mellitus; in ausschliesslich folgenden Kombinationstherapien, wenn mit oralen Antidiabetika und/oder Basalinsulin keine ausreichende Kontrolle der Glykämie erreicht wird:

- Als Zweifachkombination mit Metformin oder einem Sulfonylharnstoff
- Als Dreifachkombination mit Metformin und einem Sulfonylharnstoff
- In Kombination mit einem Basalinsulin allein oder einer Kombination von einem Basalinsulin mit Metformin oder einem Sulfonylharnstoff

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
<b>MABTHERA</b>	Roche Pharma (Schweiz) AG	071610			
Inf Konz 500 mg/50 ml Amp 50 ml			17079	1515.65	1325.87
Inf Konz 100 mg/10 ml 2 Amp 10 ml			17079	627.30	532.16
<b>Limitation alt:</b>					
<b>Hämatologie:</b>					
Die Behandlung von vorgängig unbehandelten symptomatischen Patienten mit CD20 positivem follikulärem Non-Hodgkin-Lymphom (Stadien III-IV) mit hohem Tumorload in Kombination mit CVP (Cyclophosphamid, Vincristin, Prednison) oder CHOP (Cyclophosphamid, Doxorubicin, Vincristin, Prednison). Bei Ansprechen auf die Therapie kann eine Erhaltungstherapie mit Rituximab Monotherapie über 2 Jahre verabreicht werden.					
Behandlung von Patienten mit CD20 positivem follikulärem Non-Hodgkin-Lymphom (Stadium III-IV), bei Rezidiv nach oder Nichtansprechen auf Chemotherapie.					
Erhaltungstherapie von Patienten mit CD20 positivem rezidiviertem oder refraktärem follikulärem Non-Hodgkin-Lymphom (Stadien III-IV), die auf eine Induktionstherapie mit CHOP oder R-CHOP angesprochen haben.					
Behandlung von Patienten mit CD20 positivem aggressivem B-Zell Non-Hodgkin-Lymphom (Typ: DLBCL) in Kombination mit einer CHOP ähnlichen Standard-Chemotherapie.					
Behandlung von Patienten mit therapiebedürftiger chronischer lymphatischer Leukämie (CLL) in Kombination mit Fludarabin und Cyclophosphamid (R-FC). Patienten mit Vortherapie von Fludarabin sollten über eine Dauer von mindestens 6 Monaten angesprochen haben.					
<b>Autoimmunerkrankungen:</b>					
Zur Behandlung erwachsener Patienten mit schwerer rheumatoider Arthritis, in Kombination mit Methotrexat (MTX), nach Versagen einer oder mehrerer Therapien mit Tumornekrosefaktor-(TNF-) Hemmern. Vorgängige Kostengutsprache durch den Vertrauensarzt des Krankenversicherers.					
Zur Behandlung von Patienten mit schwerer aktiver ANCA-assoziiierter Vaskulitis (Granulomatose mit Polyangiitis (auch bekannt als Morbus Wegener) und mikroskopische Polyangiitis) in Kombination mit Kortikosteroiden, wenn folg. Kriterien erfüllt sind:					
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Nach Rezidiv unter Cyclophosphamid oder Cyclophosphamid-Versagen;</li> <li>- Bei Cyclophosphamid-Unverträglichkeit oder Cyclophosphamid-Überempfindlichkeit oder falls Cyclophosphamid kontraindiziert ist;</li> <li>- Bei nicht abgeschlossener Familienplanung (Infertilitätsrisiko)</li> </ul>					
<b>Limitation neu:</b>					
<b>Hämatologie:</b>					
Die Behandlung von vorgängig unbehandelten symptomatischen Patienten mit CD20 positivem follikulärem Non-Hodgkin-Lymphom (Stadien III-IV) mit hohem Tumorload in Kombination mit CVP (Cyclophosphamid, Vincristin, Prednison) oder CHOP (Cyclophosphamid, Doxorubicin, Vincristin, Prednison). Bei Ansprechen auf die Therapie kann eine Erhaltungstherapie mit Rituximab Monotherapie über 2 Jahre verabreicht werden.					
Behandlung von Patienten mit CD20 positivem follikulärem Non-Hodgkin-Lymphom (Stadium III-IV), bei Rezidiv nach oder Nichtansprechen auf Chemotherapie.					
Erhaltungstherapie von Patienten mit CD20 positivem rezidiviertem oder refraktärem follikulärem Non-Hodgkin-Lymphom (Stadien III-IV), die auf eine Induktionstherapie mit CHOP oder R-CHOP angesprochen haben.					
Behandlung von Patienten mit CD20 positivem aggressivem B-Zell Non-Hodgkin-Lymphom (Typ: DLBCL) in Kombination mit einer CHOP ähnlichen Standard-Chemotherapie.					
Behandlung von Patienten mit therapiebedürftiger chronischer lymphatischer Leukämie (CLL) in Kombination mit Fludarabin und Cyclophosphamid (R-FC). Patienten mit Vortherapie von Fludarabin sollten über eine Dauer von mindestens 6 Monaten angesprochen haben.					
<b>Autoimmunerkrankungen:</b>					
Zur Behandlung erwachsener Patienten mit schwerer rheumatoider Arthritis, in Kombination mit Methotrexat (MTX), nach Versagen einer oder mehrerer Therapien mit Tumornekrosefaktor-(TNF-) Hemmern. Die Behandlung bedarf der Kostengutsprache durch den Krankenversicherer nach vorgängiger Konsultation des Vertrauensarztes.					
Zur Behandlung von Patienten mit schwerer aktiver ANCA-assoziiierter Vaskulitis (Granulomatose mit Polyangiitis (auch bekannt als Morbus Wegener) und mikroskopische Polyangiitis) in Kombination mit Kortikosteroiden, wenn folg. Kriterien erfüllt sind:					
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Nach Rezidiv unter Cyclophosphamid oder Cyclophosphamid-Versagen;</li> <li>- Bei Cyclophosphamid-Unverträglichkeit oder Cyclophosphamid-Überempfindlichkeit oder falls Cyclophosphamid kontraindiziert ist;</li> <li>- Bei nicht abgeschlossener Familienplanung (Infertilitätsrisiko).</li> </ul>					
<b>MELIX</b>	Lagap SA	070620			
Tabl 5 mg 30 Stk			14762	7.65	3.09
Tabl 5 mg 100 Stk			14762	18.35	8.82
<b>Limitation neu:</b>					
Nur für bereits mit diesem Medikament eingestellte Patienten.					
<b>MILUPA APTAMIL PEPTI SYNEO</b>	Milupa SA	070110			
Plv Ds 400 g			20919	27.30	14.80
<b>Limitation alt:</b>					
Kostenübernahme für 6 Monate bei Säuglingen mit Kuhmilchproteinintoleranz. In begründeten Fällen und nach vorgängiger Kostengutsprache durch den Vertrauensarzt des Krankenversicherers Verlängerung für 3 bis maximal 6 Monate.					
<b>Limitation neu:</b>					
Kostenübernahme für 6 Monate bei Säuglingen mit Kuhmilchproteinintoleranz. In begründeten Fällen und nach Kostengutsprache durch den Krankenversicherer nach vorgängiger Konsultation des Vertrauensarztes Verlängerung für 3 bis maximal 6 Monate.					

PRÄPARATE / (Wirkstoffe) Packungen	Verantwortliche Firma	Therap. Gruppe	Dossier Nr.	Preis neu	Ex-Fact. neu
<b>MILUPA APTAMIL PREGOMIN</b> Plv Ds 400 g	Milupa SA	070110	18942	27.30	14.80
<b>Limitation alt:</b> Kostenübernahme für 6 Monate bei Säuglingen mit Kuhmilchproteinintoleranz. In begründeten Fällen und nach vorgängiger Kostengutsprache durch den Vertrauensarzt des Krankenversicherers Verlängerung für 3 bis maximal 6 Monate.					
<b>Limitation neu:</b> Kostenübernahme für 6 Monate bei Säuglingen mit Kuhmilchproteinintoleranz. In begründeten Fällen und nach Kostengutsprache durch den Krankenversicherer nach vorgängiger Konsultation des Vertrauensarztes Verlängerung für 3 bis maximal 6 Monate.					
<b>MILUPA APTAMIL PREGOMIN AS</b> Plv 400 g (neu)	Milupa SA	070110	19008	69.00	37.40
<b>Limitation alt:</b> Kostenübernahme für 6 Monate bei Säuglingen mit Kuhmilchproteinintoleranz. In begründeten Fällen und nach Kostengutsprache durch den Krankenversicherer nach vorgängiger Konsultation des Vertrauensarztes Verlängerung für 3 bis maximal 6 Monate.					
<b>Limitation neu:</b> Als Zweitlinientherapie bei ungenügendem Ansprechen auf extensiv hydrolysierte Säuglingsmilch, nach Kostengutsprache durch den Krankenversicherer nach vorgängiger Konsultation des Vertrauensarztes.					
<b>MILUPA APTAMIL PREGOMIN AS</b> Plv Ds 400 g	Milupa SA	070110	19008	69.00	37.40
<b>Limitation alt:</b> Kostenübernahme für 6 Monate bei Säuglingen mit Kuhmilchproteinintoleranz. In begründeten Fällen und nach Kostengutsprache durch den Krankenversicherer nach vorgängiger Konsultation des Vertrauensarztes Verlängerung für 3 bis maximal 6 Monate.					
<b>Limitation neu:</b> Als Zweitlinientherapie bei ungenügendem Ansprechen auf extensiv hydrolysierte Säuglingsmilch, nach Kostengutsprache durch den Krankenversicherer nach vorgängiger Konsultation des Vertrauensarztes.					
<b>NEOCATE INFANT</b> Plv 400 g	Nutricia SA	070110	19460	64.90	35.17
<b>Limitation alt:</b> Kostenübernahme für 6 Monate bei Säuglingen mit Kuhmilchproteinintoleranz. In begründeten Fällen und nach Kostengutsprache durch den Krankenversicherer nach vorgängiger Konsultation des Vertrauensarztes Verlängerung für 3 bis maximal 6 Monate.					
<b>Limitation neu:</b> Als Zweitlinientherapie bei ungenügendem Ansprechen auf extensiv hydrolysierte Säuglingsmilch, nach Kostengutsprache durch den Krankenversicherer nach vorgängiger Konsultation des Vertrauensarztes.					
<b>ONGLYZA</b> Tabl 2.500 mg 28 Stk	AstraZeneca AG	070620	19172	58.90	37.01
Tabl 5 mg 28 Stk			19172	58.90	37.01
Tabl 2.500 mg 98 Stk			19172	161.10	126.06
Tabl 5 mg 98 Stk			19172	161.10	126.06
<b>Limitation alt:</b> Zur Behandlung von Patienten mit einem Typ 2 Diabetes mellitus ausschliesslich in Kombination mit Metformin, einem Sulfonylharnstoff, einem Thiazolidindion oder mit Insulin (mit oder ohne Metformin), wenn mit den bisherigen oralen Therapien oder mit Insulin zusammen mit Diät und vermehrter körperlicher Aktivität keine ausreichende Blutzuckerkontrolle erreicht wird oder wenn eine der oralen Therapien nicht vertragen wird. Zur Behandlung von Patienten mit einem Typ 2 Diabetes mellitus ausschliesslich in Kombination mit Metformin und einem Sulfonylharnstoff (als orale Dreifachtherapie), wenn mit Metformin und Sulfonylharnstoff (als Zweifachkombination und maximal verträglicher Dosierung) zusammen mit Diät und vermehrter körperlicher Aktivität keine ausreichende Blutzuckerkontrolle erreicht wird. Kombinationstherapien mit weiteren oralen Antidiabetika bedürfen der vorgängigen Gutsprache durch den Krankenversicherer nach vorgängiger Konsultation des Vertrauensarztes.					
<b>Limitation neu:</b> 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).					

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

<b>ORENCIA</b> Trockensub 250 mg mit Spritze Durchstf 1 Stk	Bristol-Myers Squibb SA	071500	18539	483.65	407.01
---	-------------------------	--------	-------	--------	--------

**Limitation alt:**

Behandlung der aktiven rheumatoiden Arthritis, wenn die vorausgegangene antirheumatische Standardtherapie mit krankheitsmodifizierenden Antirheumatika (DMARDs) unzulänglich war.

Vorgängige Kostengutsprache durch den Vertrauensarzt des Krankenversicherers.

Zur Behandlung von Patienten mit polyartikulärer juveniler idiopathischer Arthritis im Alter von 6–17 Jahren mit unzureichendem Ansprechen auf oder Unverträglichkeit gegenüber mindestens einem DMARD. Nach 4 Monaten sollte das therapeutische Ansprechen auf ORENCIA überprüft werden. Nur ansprechende Patienten sollten weiter behandelt werden.

Vorgängige Kostengutsprache durch den Vertrauensarzt des Krankenversicherers.

**Limitation neu:**

Die Behandlung mit Orencia bedarf der Kostengutsprache durch den Krankenversicherer nach vorgängiger Konsultation des Vertrauensarztes:

**Rheumatoide Arthritis:**

Zur Behandlung der aktiven rheumatoiden Arthritis, wenn die vorausgegangene antirheumatische Standardtherapie mit krankheitsmodifizierenden Antirheumatika (DMARDs) unzulänglich war.

**Polyartikuläre juvenile idiopathische Arthritis:**

Zur Behandlung von Patienten mit polyartikulärer juveniler idiopathischer Arthritis im Alter von 6–17 Jahren mit unzureichendem Ansprechen auf oder Unverträglichkeit gegenüber mindestens einem DMARD. Nach 4 Monaten sollte das therapeutische Ansprechen auf ORENCIA überprüft werden. Nur ansprechende Patienten sollten weiter behandelt werden.

<b>ORENCIA</b> Inj Lös 125 mg/ml mit Nadelschutz 4 Fertigspr 1 ml	Bristol-Myers Squibb SA	071500	19845	1288.20	1118.47
Inj Lös 125 mg/ml Fertpen 4 Stk			20724	1288.20	1118.47

**Limitation alt:**

Behandlung der aktiven rheumatoiden Arthritis, wenn die vorausgegangene antirheumatische Standardtherapie mit krankheitsmodifizierenden Antirheumatika (DMARDs) unzulänglich war.

Kostengutsprache durch den Krankenversicherer nach vorgängiger Konsultation des Vertrauensarztes.

**Limitation neu:**

Die Behandlung mit Orencia bedarf der Kostengutsprache durch den Krankenversicherer nach vorgängiger Konsultation des Vertrauensarztes:

**Rheumatoide Arthritis:**

Zur Behandlung der aktiven rheumatoiden Arthritis, wenn die vorausgegangene antirheumatische Standardtherapie mit krankheitsmodifizierenden Antirheumatika (DMARDs) unzulänglich war.

<b>RIXATHON</b> Inf Konz 100 mg/10 ml 2 Amp 10 ml	Sandoz Pharmaceuticals AG	071610	20820	505.50	426.05
Inf Konz 500 mg/50 ml Amp 50 ml			20820	1225.70	1061.49

**Limitation alt:****Hämatologie:**

Die Behandlung von vorgängig unbehandelten symptomatischen Patienten mit CD20 positivem follikulärem Non-Hodgkin-Lymphom (Stadien III-IV) mit hohem Tumorload in Kombination mit CVP (Cyclophosphamid, Vincristin, Prednison) oder CHOP (Cyclophosphamid, Doxorubicin, Vincristin, Prednison). Bei Ansprechen auf die Therapie kann eine Erhaltungstherapie mit Rituximab Monotherapie über 2 Jahre verabreicht werden.

Behandlung von Patienten mit CD20 positivem follikulärem Non-Hodgkin-Lymphom (Stadium III-IV), bei Rezidiv nach oder Nichtansprechen auf Chemotherapie.

Erhaltungstherapie von Patienten mit CD20 positivem rezidiertem oder refraktärem follikulärem Non-Hodgkin-Lymphom (Stadien III-IV), die auf eine Induktionstherapie mit CHOP oder R-CHOP angesprochen haben.

Behandlung von Patienten mit CD20 positivem aggressivem B-Zell Non-Hodgkin-Lymphom (Typ: DLBCL) in Kombination mit einer CHOP ähnlichen Standard-Chemotherapie.

Behandlung von Patienten mit therapiebedürftiger chronischer lymphatischer Leukämie (CLL) in Kombination mit Fludarabin und Cyclophosphamid (R-FC). Patienten mit Vortherapie von Fludarabin sollten über eine Dauer von mindestens 6 Monaten angesprochen haben.

**Autoimmunerkrankungen:**

Zur Behandlung erwachsener Patienten mit schwerer rheumatoider Arthritis, in Kombination mit Methotrexat (MTX), nach Versagen einer oder mehrerer Therapien mit Tumornekrosefaktor-(TNF-) Hemmern. Vorgängige Kostengutsprache durch den Vertrauensarzt des Krankenversicherers.

Zur Behandlung von Patienten mit schwerer aktiver ANCA-assoziiierter Vaskulitis (Granulomatose mit Polyangiitis (auch bekannt als Morbus Wegener) und mikroskopische Polyangiitis) in Kombination mit Kortikosteroiden, wenn folg. Kriterien erfüllt sind:

- Nach Rezidiv unter Cyclophosphamid oder Cyclophosphamid-Versagen;
- Bei Cyclophosphamid-Unverträglichkeit oder Cyclophosphamid-Überempfindlichkeit oder falls Cyclophosphamid kontraindiziert ist;
- Bei nicht abgeschlossener Familienplanung (Infertilitätsrisiko).

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

**Limitation neu:****Hämatologie:**

Die Behandlung von vorgängig unbehandelten symptomatischen Patienten mit CD20 positivem follikulärem Non-Hodgkin-Lymphom (Stadien III-IV) mit hohem Tumorload in Kombination mit CVP (Cyclophosphamid, Vincristin, Prednison) oder CHOP (Cyclophosphamid, Doxorubicin, Vincristin, Prednison). Bei Ansprechen auf die Therapie kann eine Erhaltungstherapie mit Rituximab Monotherapie über 2 Jahre verabreicht werden.

Behandlung von Patienten mit CD20 positivem follikulärem Non-Hodgkin-Lymphom (Stadium III-IV), bei Rezidiv nach oder Nichtansprechen auf Chemotherapie.

Erhaltungstherapie von Patienten mit CD20 positivem rezidiviertem oder refraktärem follikulärem Non-Hodgkin-Lymphom (Stadien III-IV), die auf eine Induktionstherapie mit CHOP oder R-CHOP angesprochen haben.

Behandlung von Patienten mit CD20 positivem aggressivem B-Zell Non-Hodgkin-Lymphom (Typ: DLBCL) in Kombination mit einer CHOP ähnlichen Standard-Chemotherapie.

Behandlung von Patienten mit therapiebedürftiger chronischer lymphatischer Leukämie (CLL) in Kombination mit Fludarabin und Cyclophosphamid (R-FC). Patienten mit Vortherapie von Fludarabin sollten über eine Dauer von mindestens 6 Monaten angesprochen haben.

**Autoimmunerkrankungen:**

Zur Behandlung erwachsener Patienten mit schwerer rheumatoider Arthritis, in Kombination mit Methotrexat (MTX), nach Versagen einer oder mehrerer Therapien mit Tumornekrosefaktor-(TNF-) Hemmern. Die Behandlung bedarf der Kostengutsprache durch den Krankenversicherer nach vorgängiger Konsultation des Vertrauensarztes.

Zur Behandlung von Patienten mit schwerer aktiver ANCA-assoziiierter Vaskulitis (Granulomatose mit Polyangiitis (auch bekannt als Morbus Wegener) und mikroskopische Polyangiitis) in Kombination mit Kortikosteroiden, wenn folg. Kriterien erfüllt sind:

- Nach Rezidiv unter Cyclophosphamid oder Cyclophosphamid-Versagen;
- Bei Cyclophosphamid-Unverträglichkeit oder Cyclophosphamid-Überempfindlichkeit oder falls Cyclophosphamid kontraindiziert ist;
- Bei nicht abgeschlossener Familienplanung (Infertilitätsrisiko).

<b>RUDDLAC STREULI PHARMA AG</b>	040812	070110			
Sirup in Flasche 500 ml				6.49	3.49
Sirup in Flasche 500 ml				13.05	7.06

**Limitation neu:**

Hepatische Enzephalopathie: Grosspackung 500ml.

Die für die Arzneimittel der therapeutischen Gruppe 04.08. Laxantien geltende Gruppenlimitatio gilt in der Indikation «Hepatische Enzephalopathie» für die Grosspackung RUDDLAC Sirup 500 ml nicht.

<b>SIMPONI FERTIGSPRITZE</b>	MSD Merck Sharp & Dohme AG	071500			
Inj Lös 50 mg/0.5ml 0.500 ml			19300	1371.10	1194.09
Inj Lös 100 mg/1ml 1 ml			19300	2105.65	1863.84

**Limitation alt:**

Zur subcutanen Behandlung der aktiven rheumatoiden Arthritis (nur in Kombination mit Methotrexat) und Psoriasis-Arthritis, wenn die vorausgegangene antirheumatische Standardtherapie mit krankheitsmodifizierenden Antirheumatika (DMARDs) unzulänglich war.

Die Therapie bedarf einer Kostengutsprache durch den Krankenversicherer nach vorgängiger Konsultation des Vertrauensarztes.

Behandlung des Morbus Bechterew, wenn die vorausgegangene konventionelle Therapie unzulänglich war.

Die Therapie bedarf einer Kostengutsprache durch den Krankenversicherer nach vorgängiger Konsultation des Vertrauensarztes.

Moderate bis schwere Colitis ulcerosa: Behandlung erwachsener Patienten mit SIMPONI, wenn die vorausgegangene konventionelle Therapie (z.B. mit Azathioprin, 6-Mercaptopurin oder Glukokortikoiden) unzulänglich war oder nicht vertragen wurde.

Die Therapie bedarf einer Kostengutsprache durch den Krankenversicherer nach vorgängiger Konsultation des Vertrauensarztes.

**Limitation neu:**

Die Behandlung mit Simponi bedarf der Kostengutsprache durch den Krankenversicherer nach vorgängiger Konsultation des Vertrauensarztes:

**Rheumatoide Arthritis:**

Zur subcutanen Behandlung der aktiven rheumatoiden Arthritis (nur in Kombination mit Methotrexat), wenn die vorausgegangene antirheumatische Standardtherapie mit krankheitsmodifizierenden Antirheumatika (DMARDs) unzulänglich war.

**Psoriasis-Arthritis:**

Zur subcutanen Behandlung der Psoriasis-Arthritis, wenn die vorausgegangene antirheumatische Standardtherapie mit krankheitsmodifizierenden Antirheumatika (DMARDs) unzulänglich war.

**Morbus Bechterew/Ankylosierende Spondylitis (AS):**

Zur Behandlung des Morbus Bechterew/Ankylosierende Spondylitis, wenn die vorausgegangene konventionelle Therapie unzulänglich war.

**Moderate bis schwere Colitis ulcerosa:**

Zur Behandlung erwachsener Patienten mit moderater bis schwerer Colitis ulcerosa, wenn die vorausgegangene konventionelle Therapie (z.B. mit Azathioprin, 6-Mercaptopurin oder Glukokortikoiden) unzulänglich war oder nicht vertragen wurde.



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

**SIMPONI PEN**

MSD Merck Sharp &amp; Dohme AG

071500

Inj Lös 50 mg/0.5ml Injektor 0.500 ml

19313

1371.10

1194.09

Inj Lös 100 mg/1ml Injektor 1 ml

19313

2105.65

1863.84

**Limitation alt:**

Zur subcutanen Behandlung der aktiven rheumatoiden Arthritis (nur in Kombination mit Methotrexat) und Psoriasis-Arthritis, wenn die vorausgegangene antirheumatische Standardtherapie mit krankheitsmodifizierenden Antirheumatika (DMARDs) unzulänglich war.

Die Therapie bedarf einer Kostengutsprache durch den Krankenversicherer nach vorgängiger Konsultation des Vertrauensarztes.

Behandlung des Morbus Bechterew, wenn die vorausgegangene konventionelle Therapie unzulänglich war.

Die Therapie bedarf einer Kostengutsprache durch den Krankenversicherer nach vorgängiger Konsultation des Vertrauensarztes.

Moderate bis schwere Colitis ulcerosa: Behandlung erwachsener Patienten mit SIMPONI, wenn die vorausgegangene konventionelle Therapie (z.B. mit Azathioprin, 6-Mercaptopurin oder Glukokortikoiden) unzulänglich war oder nicht vertragen wurde.

Die Therapie bedarf einer Kostengutsprache durch den Krankenversicherer nach vorgängiger Konsultation des Vertrauensarztes.

**Limitation neu:**

Die Behandlung mit Simponi bedarf der Kostengutsprache durch den Krankenversicherer nach vorgängiger Konsultation des Vertrauensarztes:

**Rheumatoide Arthritis:**

Zur subcutanen Behandlung der aktiven rheumatoiden Arthritis (nur in Kombination mit Methotrexat), wenn die vorausgegangene antirheumatische Standardtherapie mit krankheitsmodifizierenden Antirheumatika (DMARDs) unzulänglich war.

**Psoriasis-Arthritis:**

Zur subcutanen Behandlung der Psoriasis-Arthritis, wenn die vorausgegangene antirheumatische Standardtherapie mit krankheitsmodifizierenden Antirheumatika (DMARDs) unzulänglich war.

**Morbus Bechterew/Ankylosierende Spondylitis (AS):**

Zur Behandlung des Morbus Bechterew/Ankylosierende Spondylitis, wenn die vorausgegangene konventionelle Therapie unzulänglich war.

**Moderate bis schwere Colitis ulcerosa:**

Zur Behandlung erwachsener Patienten mit moderater bis schwerer Colitis ulcerosa, wenn die vorausgegangene konventionelle Therapie (z.B. mit Azathioprin, 6-Mercaptopurin oder Glukokortikoiden) unzulänglich war oder nicht vertragen wurde.

**TRAJENTA**Boehringer Ingelheim  
(Schweiz) GmbH

070620

Filmtabl 5 mg 30 Stk

19844

63.05

40.64

Filmtabl 5 mg 90 Stk

19844

156.35

121.90

**Limitation alt:**

Zur Behandlung von Patienten mit einem Typ 2 Diabetes mellitus. Für Patienten, welche mit den bisherigen oralen Therapien nur ungenügend eingestellt werden können oder diese nicht vertragen.

In Kombination ausschliesslich mit Metformin, einem Sulfonylharnstoff, einem Thiazolidindion oder einer Kombination aus Metformin und einem Sulfonylharnstoff, wenn durch diese oralen Antidiabetika keine ausreichende Blutzuckerkontrolle erreicht wird.

Kombinationstherapien mit weiteren oralen Antidiabetika bedürfen der besonderen Gutsprache durch den Krankenversicherer nach vorgängiger Konsultation des Vertrauensarztes.

**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.

– 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.

PRÄPARATE / (Wirkstoffe) Packungen	Verantwortliche Firma	Therap. Gruppe	Dossier Nr.	Preis neu	Ex-Fact. neu
<b>TRUXIMA</b>	iQone Healthcare Switzerland SA	071610			
Inf Konz 100 mg/10 ml 2 Vial 10 ml			20815	505.50	426.05
Inf Konz 500 mg/50 ml Vial 50 ml			20815	1225.70	1061.49

**Limitation alt****Hämatologie:**

Die Behandlung von vorgängig unbehandelten symptomatischen Patienten mit CD20 positivem follikulärem Non-Hodgkin-Lymphom (Stadien III-IV) mit hohem Tumorload in Kombination mit CVP (Cyclophosphamid, Vincristin, Prednison) oder CHOP (Cyclophosphamid, Doxorubicin, Vincristin, Prednison). Bei Ansprechen auf die Therapie kann eine Erhaltungstherapie mit Rituximab Monotherapie über 2 Jahre verabreicht werden.

Behandlung von Patienten mit CD20 positivem follikulärem Non-Hodgkin-Lymphom (Stadium III-IV), bei Rezidiv nach oder Nichtansprechen auf Chemotherapie.

Erhaltungstherapie von Patienten mit CD20 positivem rezidiviertem oder refraktärem follikulärem Non-Hodgkin-Lymphom (Stadien III-IV), die auf eine Induktionstherapie mit CHOP oder R-CHOP angesprochen haben.

Behandlung von Patienten mit CD20 positivem aggressivem B-Zell Non-Hodgkin-Lymphom (Typ: DLBCL) in Kombination mit einer CHOP ähnlichen Standard-Chemotherapie.

Behandlung von Patienten mit therapiebedürftiger chronischer lymphatischer Leukämie (CLL) in Kombination mit Fludarabin und Cyclophosphamid (R-FC). Patienten mit Vortherapie von Fludarabin sollten über eine Dauer von mindestens 6 Monaten angesprochen haben.

**Autoimmunerkrankungen:**

Zur Behandlung erwachsener Patienten mit schwerer rheumatoider Arthritis, in Kombination mit Methotrexat (MTX), nach Versagen einer oder mehrerer Therapien mit Tumornekrosefaktor-(TNF-) Hemmern. Vorgängige Kostengutsprache durch den Vertrauensarzt des Krankenversicherers.

Zur Behandlung von Patienten mit schwerer aktiver ANCA-assoziiierter Vaskulitis (Granulomatose mit Polyangiitis (auch bekannt als Morbus Wegener) und mikroskopische Polyangiitis) in Kombination mit Kortikosteroiden, wenn folg. Kriterien erfüllt sind:

- Nach Rezidiv unter Cyclophosphamid oder Cyclophosphamid-Versagen;
- Bei Cyclophosphamid-Unverträglichkeit oder Cyclophosphamid-Überempfindlichkeit oder falls Cyclophosphamid kontraindiziert ist;
- Bei nicht abgeschlossener Familienplanung (Infertilitätsrisiko).

**Limitation neu:****Hämatologie:**

Die Behandlung von vorgängig unbehandelten symptomatischen Patienten mit CD20 positivem follikulärem Non-Hodgkin-Lymphom (Stadien III-IV) mit hohem Tumorload in Kombination mit CVP (Cyclophosphamid, Vincristin, Prednison) oder CHOP (Cyclophosphamid, Doxorubicin, Vincristin, Prednison). Bei Ansprechen auf die Therapie kann eine Erhaltungstherapie mit Rituximab Monotherapie über 2 Jahre verabreicht werden.

Behandlung von Patienten mit CD20 positivem follikulärem Non-Hodgkin-Lymphom (Stadium III-IV), bei Rezidiv nach oder Nichtansprechen auf Chemotherapie.

Erhaltungstherapie von Patienten mit CD20 positivem rezidiviertem oder refraktärem follikulärem Non-Hodgkin-Lymphom (Stadien III-IV), die auf eine Induktionstherapie mit CHOP oder R-CHOP angesprochen haben.

Behandlung von Patienten mit CD20 positivem aggressivem B-Zell Non-Hodgkin-Lymphom (Typ: DLBCL) in Kombination mit einer CHOP ähnlichen Standard-Chemotherapie.

Behandlung von Patienten mit therapiebedürftiger chronischer lymphatischer Leukämie (CLL) in Kombination mit Fludarabin und Cyclophosphamid (R-FC). Patienten mit Vortherapie von Fludarabin sollten über eine Dauer von mindestens 6 Monaten angesprochen haben.

**Autoimmunerkrankungen:**

Zur Behandlung erwachsener Patienten mit schwerer rheumatoider Arthritis, in Kombination mit Methotrexat (MTX), nach Versagen einer oder mehrerer Therapien mit Tumornekrosefaktor-(TNF-) Hemmern. Die Behandlung bedarf der Kostengutsprache durch den Krankenversicherer nach vorgängiger Konsultation des Vertrauensarztes.

Zur Behandlung von Patienten mit schwerer aktiver ANCA-assoziiierter Vaskulitis (Granulomatose mit Polyangiitis (auch bekannt als Morbus Wegener) und mikroskopische Polyangiitis) in Kombination mit Kortikosteroiden, wenn folg. Kriterien erfüllt sind:

- Nach Rezidiv unter Cyclophosphamid oder Cyclophosphamid-Versagen;
- Bei Cyclophosphamid-Unverträglichkeit oder Cyclophosphamid-Überempfindlichkeit oder falls Cyclophosphamid kontraindiziert ist;
- Bei nicht abgeschlossener Familienplanung (Infertilitätsrisiko).

PRÄPARATE / (Wirkstoffe) Packungen	Verantwortliche Firma	Therap. Gruppe	Dossier Nr.	Preis neu	Ex-Fact. neu
<b>VIPDOMET</b>	Takeda Pharma AG	070620			
Filmtabl 12.5/850 mg 56 Stk			20111	54.65	33.34
Filmtabl 12.5/1000 mg 56 Stk			20111	54.65	33.34
Filmtabl 12.5/850 mg 112 Stk			20111	92.95	66.68
Filmtabl 12.5/1000 mg 112 Stk			20111	92.95	66.68
<b>Limitation alt:</b>					
Zur Behandlung von Patienten mit einem Typ 2 Diabetes mellitus.					
Für Patienten, welche mit den bisherigen oralen Therapien oder mit einer Insulin Therapie (mit oder ohne Metformin) nur ungenügend eingestellt werden können oder bereits mit einer freien Kombination von Alogliptin und Metformin oder Metformin plus Alogliptin plus Insulin behandelt werden.					
Kombinationstherapien mit weiteren Antidiabetika bedürfen der vorgängigen Kostengutsprache durch den Krankenversicherer nach vorgängiger Konsultation des Vertrauensarztes.					
<b>Limitation neu:</b>					
Zur Behandlung von Patienten mit einem Typ 2 Diabetes mellitus, wenn durch Diät und gesteigerte körperliche Aktivität und der Behandlung mit Metformin oder mit einer Insulin Therapie (mit oder ohne Metformin) keine ausreichende Kontrolle der Glykämie erreicht wird.					
Mit oder ohne Insulin anstelle der freien Kombination von Alogliptin und Metformin.					
<b>VIPIDIA</b>	Takeda Pharma AG	070620			
Filmtabl 6.250 mg 28 Stk			20112	57.65	35.92
Filmtabl 12.500 mg 28 Stk			20112	57.65	35.92
Filmtabl 25 mg 28 Stk			20112	57.65	35.92
Filmtabl 6.250 mg 98 Stk			20112	160.70	125.71
Filmtabl 12.500 mg 98 Stk			20112	160.70	125.71
Filmtabl 25 mg 98 Stk			20112	160.70	125.71
<b>Limitation alt:</b>					
Zur Behandlung von Patienten mit einem Typ 2 Diabetes mellitus ausschliesslich in Kombination mit Metformin, einem Sulfonylharnstoff oder mit Insulin (mit oder ohne Metformin), wenn mit den bisherigen Therapien zusammen mit Diät und vermehrter körperlicher Aktivität keine ausreichende Blutzuckerkontrolle erreicht wird.					
Kombinationstherapien mit weiteren Antidiabetika bedürfen der Kostengutsprache durch den Krankenversicherer nach vorgängiger Konsultation des Vertrauensarztes.					
<b>Limitation neu:</b>					
Zur Behandlung von Patienten mit einem Typ 2 Diabetes mellitus, wenn mit den bisherigen Therapien zusammen mit Diät und vermehrter körperlicher Aktivität keine ausreichende Kontrolle der Glykämie erreicht wird:					
– Als Zweifachkombination mit					
– Metformin oder					
– einem Sulfonylharnstoff					
– In Kombination mit Insulin (mit oder ohne Metformin).					
<b>VOTUBIA</b>	Novartis Pharma Schweiz AG	071640			
Disp Tabl 2 mg 30 Stk			20122	1247.50	1081.38
Disp Tabl 3 mg 30 Stk			20122	1840.50	1622.07
<b>Limitation alt:</b>					
Bei Patienten mit Tuberöser Sklerose:					
– Zur Behandlung von subependymalen Riesenzellastrozytomen (SEGA), welche nicht sofort operationsbedürftig sind.					
– Zur Behandlung von renalen Angiomyolipomen (AML), welche nicht sofort operationsbedürftig sind, ab einem Alter von 18 Jahren.					
<b>Limitation neu:</b>					
Bei Patienten mit Tuberöser Sklerose:					
– Zur Behandlung vom subependymalen Riesenzellastrozytom (SEGA), wenn eine chirurgische Behandlung nicht angemessen ist.					

PRÄPARATE / (Wirkstoffe) Packungen	Verantwortliche Firma	Therap. Gruppe	Dossier Nr.	Preis neu	Ex-Fact. neu
<b>XIGDUO XR</b>	AstraZeneca AG	070620			
Filmtabl 5 mg/500 mg 28 Stk			20358	43.85	23.92
Filmtabl 5 mg/1000 mg 28 Stk			20358	43.85	23.92
Filmtabl 10 mg/500 mg 28 Stk			20358	71.30	47.84
Filmtabl 10 mg/1000 mg 28 Stk			20358	71.30	47.84
Filmtabl 5 mg/500 mg 98 Stk			20358	112.35	83.56
Filmtabl 5 mg/1000 mg 98 Stk			20358	112.35	83.56
Filmtabl 10 mg/500 mg 98 Stk			20358	208.25	167.10
Filmtabl 10 mg/1000 mg 98 Stk			20358	208.25	167.10

**Limitation alt:**

Zur Behandlung von Patienten mit einem Typ 2 Diabetes mellitus.

Für Patienten, welche mit den bisherigen oralen Therapien nur ungenügend eingestellt werden können oder diese nicht vertragen.

In Kombination mit einem DPP4-Inhibitor oder Insulin, wenn durch die maximal tolerierte Dosis an Metformin und einem DPP4-Inhibitor oder Insulin keine ausreichende glykämische Kontrolle erreicht wird.

Für Patienten, die bereits mit einer freien Kombination von Dapagliflozin und Metformin als separate Tabletten behandelt werden.

Kombinationstherapien mit weiteren Antidiabetika bedürfen der vorgängigen Kostengutsprache durch den Krankenversicherer nach vorgängiger Konsultation des Vertrauensarztes.

**Limitation neu:**

Zur Behandlung von Patienten mit einem Typ 2 Diabetes mellitus, wenn durch Diät und gesteigerte körperliche Aktivität keine ausreichende Kontrolle der Glykämie erreicht wird:

- In Kombination mit einem DPP4-Inhibitor oder Insulin, wenn durch die maximal tolerierte Dosis an Metformin und einem DPP4-Inhibitor oder Insulin keine ausreichende glykämische Kontrolle erreicht wird.
- Für Patienten, die bereits mit einer freien Kombination von Dapagliflozin und Metformin als separate Tabletten behandelt werden.

<b>ZOLEDRONAT OSTEO SANDOZ</b>	Sandoz Pharmaceuticals AG	079900			
Inf Lös 5 mg/100 ml Amp 1 Stk			20002	262.10	214.03

**Limitation alt:**

Dokumentierte Osteoporose bei postmenopausalen Frauen und bei Männern und zur Behandlung der GIO (in allen Fällen bei einer Reduktion um mehr als 2,5 Standard-Abweichungen oder bei Fraktur) sowie bei Morbus Paget.

**Limitation neu:**

Dokumentierte Osteoporose bei postmenopausalen Frauen und bei Männern und zur Behandlung der glukokortikoid-induzierten Osteoporose (in allen Fällen bei einer Reduktion um mehr als 2,5 Standard-Abweichungen oder bei Fraktur) sowie bei Morbus Paget

Auf gehts



1. Vaginal- und Analsex mit Kondom.
2. Und weil's jede(r) anders liebt:  
Mach jetzt deinen persönlichen  
Safer-Sex-Check auf [lovelife.ch](http://lovelife.ch)



**REDE ÜBER ORGANSPENDE  
DEINEN LIEBSTEN ZULIEBE**

**LEBEN-IST-TEILEN.CH**

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



Schweizerische Eidgenossenschaft  
Confédération suisse  
Confederazione Svizzera  
Confederaziun svizra

swiss  
transplant



Eidgenössisches Departement des Innern EDI  
Bundesamt für Gesundheit BAG

# Rezeptsperrung

Swissmedic, Abteilung Betäubungsmittel

Rezeptsperrung

**Folgende Rezepte sind gesperrt**

Kanton	Block-Nr.	Rezept-Nr.
Aargau		8716090
Basel-Stadt		9017376-9017400
Thurgau		8549216
Waadt	207074F	5176849

BAG-Bulletin  
BBL, Vertrieb Publikationen  
CH-3003 Bern

P.P.

CH-3003 Bern  
Post CH AG

# BAG-Bulletin

Woche  
52/2020