



Schweizerische Eidgenossenschaft
Confédération suisse
Confederazione Svizzera
Confederaziun svizra

Eidgenössisches Departement des Innern EDI
Bundesamt für Gesundheit BAG

Ausgabe vom 20. Dezember 2021

Woche
BAG-Bulletin 51/2021

Informationsmagazin für medizinische Fachpersonen und Medienschaffende

**SO SCHÜTZEN
WIR UNS.**

www.bag-coronavirus.ch



Impressum

HERAUSGEBER

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

REDAKTION

Bundesamt für Gesundheit
CH-3003 Bern
Telefon 058 463 87 79
drucksachen-bulletin@bag.admin.ch

DRUCK

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

ABONNEMENTE, ADRESSÄNDERUNGEN

BBL, Vertrieb Bundespublikationen
CH-3003 Bern
Telefon 058 465 5050
Fax 058 465 50 58
verkauf.zivil@bbl.admin.ch

ISSN 1420-4266

DISCLAIMER

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

Abonnieren Sie das Bulletin auch elektronisch unter:
www.bag.admin.ch/bag-bulletin

Inhalt

Meldungen Infektionskrankheiten	4
Sentinella-Statistik	6
Wochenbericht zu den grippeähnlichen Erkrankungen	6
www.bag-coronavirus.ch/impfung : Informationen zur COVID-19-Impfung	7
Revision der Verordnung des EDI über die Meldung von Beobachtungen übertragbarer Krankheiten des Menschen: Anpassungen per 1. Januar 2022	8
Revisione dell'Ordinanza del DFI sulla dichiarazione di osservazioni relative alle malattie trasmissibili dell'essere umano: modifiche dal 1° gennaio 2022	10
Spezialitätenliste	12
Rezeptsperrung	87

Meldungen Infektionskrankheiten

Stand am Ende der 49. Woche (14.12.2021)^a

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

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

^c Ausgeschlossen sind materno-fötale Röteln.

^d Bei schwangeren Frauen und Neugeborenen

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

^f Primäre, sekundäre bzw. frühlaterente Syphilis.

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

^h Eingeschlossen sind Fälle von Haut- und Rachendiphtherie, aktuell gibt es ausschliesslich Fälle von Hautdiphtherie.

Infektionskrankheiten: Stand am Ende der 49. Woche (14.12.2021)^a

	Woche 49			letzte 4 Wochen			letzte 52 Wochen			seit Jahresbeginn		
	2021	2020	2019	2021	2020	2019	2021	2020	2019	2021	2020	2019
Respiratorische Übertragung												
Haemophilus influenzae: invasive Erkrankung	3	1	5	14	4	9	81	86	123	78	78	116
	1.80	0.60	3.00	2.10	0.60	1.40	0.90	1.00	1.40	1.00	1.00	1.40
Influenzavirus-Infektion, saisonale Typen und Subtypen^b	25	2	30	66	5	90	126	11669	13672	120	11338	13437
	15.00	1.20	18.00	9.90	0.80	13.50	1.50	135.00	158.20	1.50	139.20	165.00
Legionellose	13	6	6	41	22	45	663	469	578	641	450	562
	7.80	3.60	3.60	6.20	3.30	6.80	7.70	5.40	6.70	7.90	5.50	6.90
Masern			1			3		44	215		37	214
			0.60			0.40		0.50	2.50		0.40	2.60
Meningokokken: invasive Erkrankung					1	3	8	24	40	7	19	39
					0.20	0.40	0.09	0.30	0.50	0.09	0.20	0.50
Pneumokokken: invasive Erkrankung	15	5	16	56	31	74	480	586	895	458	534	822
	9.00	3.00	9.60	8.40	4.70	11.10	5.60	6.80	10.40	5.60	6.60	10.10
Röteln^c									1			1
									0.01			0.01
Röteln, materno-fötal^d												
Tuberkulose	2	4	3	17	19	27	357	366	424	330	341	406
	1.20	2.40	1.80	2.60	2.90	4.10	4.10	4.20	4.90	4.00	4.20	5.00
Faeco-orale Übertragung												
Campylobacteriose	64	93	114	430	356	520	6610	6090	7284	6274	5761	6957
	38.50	55.90	68.60	64.70	53.50	78.20	76.50	70.40	84.30	77.00	70.70	85.40
Enterohämorrhagische E.-coli-Infektion	18	13	22	77	48	75	936	719	1095	909	677	1056
	10.80	7.80	13.20	11.60	7.20	11.30	10.80	8.30	12.70	11.20	8.30	13.00
Hepatitis A	2	2	1	5	5	7	53	76	76	52	67	68
	1.20	1.20	0.60	0.80	0.80	1.00	0.60	0.90	0.90	0.60	0.80	0.80
Hepatitis E	2	1	2	8	4	9	166	76	112	164	67	104
	1.20	0.60	1.20	1.20	0.60	1.40	1.90	0.90	1.30	2.00	0.80	1.30
Listeriose		1		6	4	4	34	56	36	31	55	35
		0.60		0.90	0.60	0.60	0.40	0.60	0.40	0.40	0.70	0.40
Salmonellose, S. typhi/paratyphi				1		2	2	12	22	2	11	20
				0.20		0.30	0.02	0.10	0.20	0.02	0.10	0.20
Salmonellose, übrige	13	22	25	77	81	115	1518	1238	1542	1461	1181	1484
	7.80	13.20	15.00	11.60	12.20	17.30	17.60	14.30	17.80	17.90	14.50	18.20
Shigellose	3		6	9	1	19	98	62	220	96	55	208
	1.80		3.60	1.40	0.20	2.90	1.10	0.70	2.50	1.20	0.70	2.60

	Woche 49			letzte 4 Wochen			letzte 52 Wochen			seit Jahresbeginn		
	2021	2020	2019	2021	2020	2019	2021	2020	2019	2021	2020	2019
Durch Blut oder sexuell übertragen												
Aids	1 0.60	1 0.60	3 1.80	4 0.60	5 0.80	10 1.50	49 0.60	53 0.60	84 1.00	48 0.60	50 0.60	78 1.00
Chlamydiose	163 98.00	293 176.20	234 140.80	956 143.80	998 150.10	1050 157.90	11946 138.20	11277 130.40	12307 142.40	11449 140.60	10619 130.40	11752 144.30
Gonorrhoe ^e	40 24.10	79 47.50	78 46.90	321 48.30	327 49.20	286 43.00	3959 45.80	3485 40.30	3922 45.40	3782 46.40	3280 40.30	3741 45.90
Hepatitis B, akut		1 0.60	1 0.60		3 0.40	1 0.20	22 0.20	26 0.30	26 0.30	21 0.30	22 0.30	25 0.30
Hepatitis B, total Meldungen	13	24	27	83	91	94	1030	960	1084	992	885	1023
Hepatitis C, akut		2 1.20			2 0.30		11 0.10	17 0.20	28 0.30	11 0.10	17 0.20	27 0.30
Hepatitis C, total Meldungen	8	23	25	68	75	83	951	905	1041	913	855	979
HIV-Infektion	8 4.80	15 9.00	8 4.80	38 5.70	27 4.10	40 6.00	334 3.90	285 3.30	423 4.90	316 3.90	260 3.20	405 5.00
Syphilis, Frühstadien ^f	10 6.00	8 4.80	24 14.40	29 4.40	39 5.90	73 11.00	586 6.80	604 7.00	744 8.60	556 6.80	564 6.90	708 8.70
Syphilis, total ^g	12 7.20	13 7.80	30 18.00	41 6.20	63 9.50	95 14.30	784 9.10	827 9.60	1052 12.20	745 9.20	772 9.50	997 12.20
Zoonosen und andere durch Vektoren übertragbare Krankheiten												
Brucellose						1 0.20	6 0.07	4 0.05	6 0.07	6 0.07	3 0.04	6 0.07
Chikungunya-Fieber			2 1.20			5 0.80	5 0.06	11 0.10	42 0.50	5 0.06	11 0.10	41 0.50
Dengue-Fieber			12 7.20	2 0.30	1 0.20	30 4.50	21 0.20	92 1.10	253 2.90	21 0.30	77 1.00	242 3.00
Gelbfieber												
Hantavirus-Infektion							6 0.07			6 0.07		
Malaria	2 1.20	1 0.60	5 3.00	9 1.40	6 0.90	25 3.80	247 2.90	132 1.50	280 3.20	237 2.90	118 1.40	272 3.30
Q-Fieber	3 1.80	1 0.60	2 1.20	7 1.00	3 0.40	4 0.60	103 1.20	55 0.60	102 1.20	99 1.20	51 0.60	100 1.20
Trichinellose							2 0.02	2 0.02	2 0.02	1 0.01	2 0.02	2 0.02
Tularämie		3 1.80	4 2.40	3 0.40	19 2.90	18 2.70	220 2.50	122 1.40	144 1.70	216 2.60	115 1.40	141 1.70
West-Nil-Fieber								1 0.01	1 0.01		1 0.01	1 0.01
Zeckenzephalitis	1 0.60	1 0.60		8 1.20	14 2.10	14 2.10	285 3.30	450 5.20	266 3.10	284 3.50	450 5.50	262 3.20
Zika-Virus Infektion						1 0.20			1 0.01			1 0.01
Andere Meldungen												
Botulismus							1 0.01			1 0.01		
Creutzfeldt-Jakob-Krankheit				1 0.20	3 0.40	25 0.30	19 0.20	20 0.20	22 0.30	19 0.20	17 0.20	
Diphtherie ^h							3 0.03	3 0.03	2 0.02	3 0.04	3 0.04	2 0.02
Tetanus												

Sentinella-Statistik

Provisorische Daten

Sentinella:

Anzahl Meldungen (N) der letzten 4 Wochen bis am 10.12.2021 und Inzidenz pro 1000 Konsultationen (N/10³)
Freiwillige Erhebung bei Hausärztinnen und Hausärzten (Allgemeinpraktiker, Internisten und Pädiater)

Woche	46		47		48		49		Mittel 4 Wochen	
	N	N/10 ³	N	N/10 ³						
Mumps	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Pertussis	0	0	1	0.1	2	0.1	1	0.1	1	0.1
Zeckenstiche	1	0.1	0	0	0	0	1	0.1	0.5	0.1
Lyme Borreliose	5	0.4	1	0.1	1	0.1	3	0.2	2.5	0.2
Herpes Zoster	7	0.5	7	0.5	9	0.6	8	0.6	7.8	0.6
Post-Zoster-Neuralgie	1	0.1	3	0.2	1	0.1	1	0.1	1.5	0.1
Meldende Ärzte	165		165		160		150		160	

Wochenbericht zu den grippeähnlichen Erkrankungen

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



Coronavirus

SO SCHÜTZEN
WIR UNS.



Vor jeder
Reise wegen
Testen
stressen?

LIEBER
IMPFFEN
LASSEN

bag-coronavirus.ch/impfung

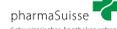


Schweizerische Eidgenossenschaft
Confédération suisse
Confederazione Svizzera
Confederaziun svizra

Swiss Confederation

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

Diese Informationskampagne wird unterstützt durch folgende Organisationen:



Revision der Verordnung des EDI über die Meldung von Beobachtungen übertragbarer Krankheiten des Menschen: Anpassungen per 1. Januar 2022

Die diesjährige Überprüfung der Verordnung des EDI über die Meldung von Beobachtungen übertragbarer Krankheiten des Menschen sieht die Streichung des Anhangs 4 (Statistiken zu laboranalytischen Befunden) vor. Aufgrund zahlreicher methodischer Schwierigkeiten konnten diese Statistiken nur limitiert genutzt werden. Zudem soll im Anhang 2 das Meldekriterium für die Ergänzungsmeldung von Tuberkulose angepasst werden, um die Erhebung der Behandlungsergebnisse zu erleichtern. Weiter soll die Meldefrist von West-Nil-Fieber bzw. vom West-Nil-Virus in den Anhängen 1 und 3 von einer Woche auf 24 Stunden verkürzt werden, damit bei einem autochthonen Fall Massnahmen möglichst rasch eingeleitet werden können. In Bezug auf Covid-19 bzw. Sars-CoV-2 erfolgen formale und technische Anpassungen in den Anhängen 1 und 3.

Die Verordnung des EDI über die Meldung von Beobachtungen übertragbarer Krankheiten des Menschen (SR 818.101.126), welche die meldepflichtigen Infektionskrankheiten einzeln nennt, wird einmal pro Jahr auf Notwendigkeit und Zweckmässigkeit überprüft und nach Bedarf revidiert. Die diesjährigen Änderungen betreffen sowohl die Arzt- wie auch die Labor-meldungen.

NEUERUNGEN BEI ARZTMELDUNGEN

Meldungen zu klinischen Befunden (Anhang 1)

- Covid-19: Die Meldung erfolgt gemäss den jeweils aktuellen Vorgaben der Verdachts-, Beprobungs- und Meldekriterien des Bundesamts für Gesundheit (BAG) mit Stand 1.1.2022 (www.bag.admin.ch/covid19-meldung, www.bag.admin.ch/declarazione-covid19, www.bag.admin.ch/dichiarazione-covid19). Diese Kriterien legen fest, für welche Patientenkategorien eine Meldung zum klinischen Befund fällig ist.
- West-Nil-Fieber: Im Jahr 2020 traten humane autochthone Fälle in grenznahen Gebieten in Italien auf. Das Risiko für einen ersten autochthonen West-Nil-Fieber-Fall in der Schweiz hat zugenommen. Damit bei lokal übertragenen Fällen entsprechende Massnahmen zeitnahe eingeleitet werden können, bedarf es einer kürzeren Meldefrist.

Aus diesem Grund wird die Frist für die Meldung zum klinischen Befund von einer Woche auf 24 Stunden verkürzt.

Ergänzungsmeldungen von klinischen Befunden (Anhang 2)

- Tuberkulose: Die Erhebung der Behandlungsergebnisse erfordert wegen der hohen Anzahl fehlender Angaben eine Vereinfachung der Abläufe. Insbesondere sollen durch diese Änderung die behandelnden Ärztinnen und Ärzte vermehrt in die Verantwortung genommen werden, unter Beibehaltung der aktuellen Praxis mit Aufforderung zur Meldung durch den Kantonsarzt oder die Kantonsärztin. Die Neuerung ermöglicht es auch, Änderungen der Therapieempfehlungen mit Verkürzung der Behandlung zu berücksichtigen. Hinzukommt, dass mit der Änderung der Meldepraxis eine Anpassung im Sinne der WHO-Meldekriterien umgesetzt wird. Zu melden ist:
 - der Abschluss der Behandlung und/oder ein Wechsel von der Behandlung mit Heilmitteln der ersten Wahl (Isoniazid, Rifampicin, Ethambutol, Pyrazinamid) zu einer mit Reservemedikamenten (insbesondere Fluoroquinolone, Amikacin, Kanamycin, Bedaquiline, Delamanid, Linezolid) und/oder
 - der Kantonswechsel und/oder
 - das Behandlungsergebnis nach Aufforderung durch die Kantonsärztin oder den Kantonsarzt.

NEUERUNGEN BEI LABORMELDUNGEN

Meldungen von laboranalytischen Befunden (Anhang 3)

- Sars-CoV-2: Die Meldung erfolgt gemäss den Vorgaben der Verdachts-, Beprobungs- und Meldekriterien des BAG mit Stand 1.1.2022. Diese Kriterien legen fest, welche Laboratorien welche Arten von Laborergebnissen melden sollen, abhängig vom Kontext des Tests. (www.bag.admin.ch/covid19-meldung, www.bag.admin.ch/declaration-covid19, www.bag.admin.ch/dichiarazione-covid19). Neben der Bestätigung der Diagnose ist es wichtig, die genetische Entwicklung des Covid-19-Virus zu überwachen. Einige neue Varianten zeichnen sich durch eine erhöhte Infektiosität oder Virulenz oder eine verringerte Empfindlichkeit gegenüber Impfstoffen aus. Das BAG hat daher ein Überwachungsprogramm für Virusmutationen erarbeitet. Jede genetische Charakterisierung des Virus muss gemeldet werden, unabhängig davon, ob sie zu privaten Forschungszwecken, im Rahmen der Überwachung des BAG oder auf Anordnung eines Kantonsarztes oder einer Kantonsärztin erfolgt. Darin ist festgehalten, an welche Laboratorien die Proben geschickt werden können. Das Netzwerk umfasst neben dem Referenzzentrum weitere Laboratorien. Das Referenzzentrum übernimmt die Koordinationsrolle. Die Kantonsärztinnen und Kantonsärzte können eine genetische Charakterisierung von Proben anordnen.
- West-Nil-Fieber: Im Jahr 2020 traten humane autochthone Fälle in grenznahen Gebieten in Italien auf. Das Risiko für einen ersten autochthonen West-Nil-Fieber-Fall in der Schweiz hat zugenommen. Damit bei lokal übertragenen Fällen entsprechende Massnahmen zeitnahe eingeleitet werden können, bedarf es einer kürzeren Meldefrist. Aus diesem Grund wird die Frist für die Meldung von laboranalytischen Befunden von einer Woche auf 24 Stunden verkürzt.

Statistiken zu laboranalytischen Befunden (Anhang 4)

- Der Anhang 4 wird aufgehoben. Aufgrund zahlreicher methodischer Schwierigkeiten konnten diese Statistiken nur limitiert genutzt werden. Somit müssen Laboratorien dem BAG keine Sammelstatistiken zu laboranalytischen Befunden in aggregierter Form mehr melden.

Besten Dank für zeitgerechte und vollständige Meldungen – Sie leisten damit einen wichtigen Beitrag zum Schutz der Bevölkerung vor übertragbaren Krankheiten!

Kontakt

Bundesamt für Gesundheit
Direktionsbereich Öffentliche Gesundheit
Abteilung Übertragbare Krankheiten
Telefon 058 463 87 06

Revisione dell'Ordinanza del DFI sulla dichiarazione di osservazioni relative alle malattie trasmissibili dell'essere umano: modifiche dal 1° gennaio 2022

Il riesame di quest'anno dell'Ordinanza del DFI sulla dichiarazione di osservazioni prevede lo stralcio dell'allegato 4 (Statistiche dei referti delle analisi di laboratorio). A causa di numerose difficoltà metodologiche, infatti, è stato possibile utilizzare solo limitatamente tali statistiche. Inoltre, nell'allegato 2 il criterio per la dichiarazione complementare della tubercolosi deve essere modificato per facilitare il rilevamento dei risultati della terapia. Oltre a ciò, negli allegati 1 e 3 il termine di dichiarazione per la febbre del Nilo occidentale, rispettivamente per il virus del Nilo occidentale, deve essere ridotto da una settimana a 24 ore, per permettere la tempestiva adozione di misure qualora dovesse verificarsi un caso autoctono. Per quel che riguarda la COVID-19, rispettivamente il SARS-CoV-2, vi sono modifiche formali e tecniche negli allegati 1 e 3.

Una volta all'anno viene riesaminata la necessità e l'opportunità dell'Ordinanza del DFI sulla dichiarazione di osservazioni relative alle malattie trasmissibili dell'essere umano (RS 818.101.126), che indica singolarmente le malattie infettive soggette all'obbligo di dichiarazione e, se del caso, l'ordinanza viene rivista. Quest'anno le modifiche riguardano sia le dichiarazioni dei medici che quelle dei laboratori.

NOVITÀ NELLE DICHIARAZIONI DEI MEDICI

Dichiarazioni di referti clinici (allegato 1)

- COVID-19: la dichiarazione avviene secondo le direttive dei criteri di sospetto, di prelievo di campioni e di dichiarazione dell'Ufficio federale della sanità pubblica (UFSP) nella versione del 1° gennaio 2022 (www.bag.admin.ch/covid19-meldung, www.bag.admin.ch/declaration-covid19, www.bag.admin.ch/dichiarazione-covid19). Tali criteri stabiliscono per quali categorie di pazienti sia necessaria una dichiarazione di referto clinico.
- Febbre del Nilo occidentale: nel 2020 si sono verificati casi autoctoni umani in regioni italiane vicine al confine svizzero. Il rischio di avere un primo caso autoctono di febbre del Nilo occidentale in Svizzera è aumentato. Per poter adottare tempestivamente le misure opportune nel caso in cui do-

vessero presentarsi casi trasmessi localmente, è necessario avere un termine di dichiarazione più breve. Per questa ragione il termine per la dichiarazione del referto clinico viene ridotto da una settimana a 24 ore.

Dichiarazioni complementari di referti clinici (allegato 2)

- Tubercolosi: la procedura di rilevamento dei risultati della terapia deve essere semplificata a causa dell'alto numero di informazioni mancanti. In particolare, con la presente modifica si intende responsabilizzare maggiormente i medici curanti mantenendo la prassi attuale con l'invito da parte del medico cantonale a dichiarare il risultato. La modifica permette di tener conto anche di cambiamenti delle raccomandazioni terapeutiche con diminuzione della durata del trattamento. A ciò si aggiunge il fatto che con la modifica della prassi di dichiarazione viene attuato un adeguamento in linea con i criteri di dichiarazione dell'OMS. Vanno dichiarati:
 - la conclusione del trattamento e/o il passaggio da un trattamento con farmaci di prima scelta (isoniazide, rifampicina, etambutolo, pirazinamide) a uno con farmaci di riserva (in particolare fluorochinoloni, amikacina, kanamicina, bedaquilina, delamanid, linezolid); e/o
 - il passaggio a un altro Cantone; e/o
 - dopo invito da parte del medico cantonale, il risultato della terapia.

NOVITÀ NELLE DICHIARAZIONI DEI LABORATORI

Dichiarazioni di referti delle analisi di laboratorio (allegato 3)

- SARS-CoV-2: la dichiarazione avviene secondo le direttive dei criteri di sospetto, di prelievo di campioni e di dichiarazione dell'UFSP nella versione del 1° gennaio 2022. Tali criteri stabiliscono quali laboratori debbano dichiarare quale tipo di risultati di laboratorio a seconda del contesto del test (www.bag.admin.ch/covid19-meldung, www.bag.admin.ch/declaration-covid19, www.bag.admin.ch/dichiarazione-covid19). Oltre alla conferma della diagnosi, è importante monitorare l'evoluzione genetica del virus COVID-19. Alcune nuove varianti si contraddistinguono per una maggiore infettività o virulenza oppure per una minore sensibilità ai vaccini. Ogni caratterizzazione genetica del virus deve dunque essere dichiarata, indipendentemente dal fatto che sia stata effettuata a scopo di ricerca privata, nell'ambito del monitoraggio dell'UFSP o su ordine del medico cantonale. L'UFSP ha elaborato un programma di monitoraggio delle mutazioni virali. In esso è indicato a quali laboratori è possibile inviare i campioni. La rete comprende, oltre al centro di riferimento, altri laboratori. Il centro di riferimento riveste il ruolo di coordinatore. I medici cantonali possono ordinare la caratterizzazione genetica di campioni.
- Febbre del Nilo occidentale: nel 2020 si sono verificati casi autoctoni umani in regioni italiane vicine al confine svizzero. Il rischio di avere un primo caso autoctono di febbre del Nilo occidentale in Svizzera è aumentato. Per poter adottare tempestivamente le misure opportune nel caso in cui dovessero presentarsi casi trasmessi localmente, è necessario avere un termine di dichiarazione più breve. Per questa ragione il termine per la dichiarazione di referti delle analisi di laboratorio viene ridotto da una settimana a 24 ore.

Statistiche dei referti delle analisi di laboratorio (allegato 4)

- L'allegato 4 viene abrogato. A causa di numerose difficoltà metodologiche, infatti, è stato possibile utilizzare solo limitatamente tali statistiche. I laboratori non devono dunque più dichiarare all'UFSP le statistiche globali in forma aggregata dei referti delle analisi di laboratorio.

Grazie per le vostre dichiarazioni tempestive e complete, in questo modo contribuite considerevolmente a proteggere la popolazione dalle malattie trasmissibili.

Contatto

Ufficio federale della sanità pubblica
Unità di direzione Sanità pubblica
Divisione Malattie trasmissibili
Telefono: 058 463 87 06

Spezialitätenliste:

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

[] Der dem verfügbaren Publikumspreis zugrunde liegende Fabrikabgabepreis

Gültig ab 1. Dezember 2021

Therap. Gruppe	Dossier Nr.	PRÄPARATE/ (Wirkstoffe) Packungen	Verantwortliche Firma	SHI-Nr.	Aufnahmejahr
I. Neuzugang Präparate					
01.99		EVRYSDI (Risdiplamum)	Roche Pharma (Schweiz) AG		
	21253	Plv 0.75 mg/ml für Lös Fl 80 ml Fr. 9825.55 (9345.92)		67251001	01.12.2021, A

Befristete Limitation bis 31.12.2023

Zur Behandlung der 5q-assoziierten spinalen Muskelatrophie (SMA) bei Patienten ab 20 Jahren mit späterem Krankheitsbeginn (Typ II und III) nach Kostengutsprache durch den Krankenversicherer mit vorgängiger Konsultation des Vertrauensarztes.

Für Patienten ab 2 Monaten bis zum vollendeten 20. Altersjahr (SMA Typ I bis III) zur Behandlung der 5q-assoziierten spinalen Muskelatrophie (SMA) gilt die Kostenübernahme von EVRYSDI durch die IV, nach Kostengutsprache durch die IV-Stelle nach vorgängiger Konsultation des regionalärztlichen Dienstes (RAD).

Patienten mit Dokumentierung von homozygoter Deletion, homozygoter Mutation oder komplexer Heterozygotie (z.B. Deletion von SMN1 exon 7 [Allel 1] und Mutation von SMN1 [Allel 2] mit mindestens 2 Kopien des SMN2 Gens).

Bei SMA-Typ I (infantile Form):

- SMN2-Kopien \geq 2.
- Beginn der Symptome und der klinischen Zeichen \leq 6 Monate (180 Tage).

Bei SMA mit späterem Krankheitsbeginn (Typ II und III):

- SMN2-Kopien \geq 2.
- Beginn der Symptome > 6 Monaten.

EVRYSDI darf nur in Spital-basierten, spezialisierten neuromuskulären Zentren des Netzwerks Myosuisse (siehe z.B. www.fsrm.ch/projekte/netzwerk-myosuisse) von einem Facharzt der Neurologie/Neuropädiatrie verschrieben werden. Das behandelnde medizinische Personal muss zwingend Erfahrung mit der Diagnostik und der Behandlung von Patienten mit spinaler Muskelatrophie haben.

Es werden pro Behandlungsjahr maximal 33 Packungen EVRYSDI vergütet.

Der behandelnde Arzt ist verpflichtet, die erforderlichen Daten laufend im Schweizer Register für neuromuskuläre Erkrankungen Swiss-Reg-NMD (<https://www.swiss-reg-nmd.ch/>) zu erfassen.

Alle mit EVRYSDI behandelten Patienten werden vom behandelnden Facharzt für Neurologie im spezialisierten Zentrum regelmässig nach den Beurteilungsparametern bzw. nach dem Ansprechen auf das Präparat untersucht, dabei werden dem Alter und motorischen Fähigkeiten entsprechend Assessments durchgeführt und im Register erfasst. Je nach Krankheitsstadium werden der 6MWT, der HFMSE, der RULM, der HFMS, der CHOP-INTEND und die Lungenfunktion (VC, FEV1) in der Regel alle 4 bzw. 6 Monate erfasst und im Register nachgeführt.

Die Untersuchungen erfolgen bei Behandlungsbeginn und danach in folgenden Abständen:

- Für Patienten unter 6 Jahren: alle 4 Monate
- Für Patienten, die älter als 6 Jahre sind: alle 6 Monate
- Während der ersten 2 Jahren der Behandlung für alle Patienten: alle 4 Monate.

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

Ein spezifischer Antrag für Verlängerung der Behandlung nach 12 Monaten ist vom behandelnden Arzt zu erstellen und dem Vertrauensarzt des Krankenversicherers bzw. der IV-Stelle erneut vorzulegen.

Ausgeschlossen sind:

- Patienten mit SMA-Typ 0 und IV sowie präsymptomatische Patienten und alle spinalen und neuronalen Muskelatrophien, die nicht auf eine Gendelektion oder -mutation auf Chromosom 5q zurückzuführen sind;
- Patienten, die eine Dauerbeatmung (16 oder mehr Stunden pro Tag an 21 aufeinander folgenden Tagen, wenn keine akute reversible Infektion vorliegt) oder die Notwendigkeit einer permanenten Tracheostomie haben;
- EVRYSID darf nicht vor, nach oder zusammen mit einer für SMA spezifischen Gentherapie angewendet werden. EVRYSID darf nicht zusammen mit einer anderen auf die Expression der SMN-Proteine einwirkenden medikamentösen Behandlung der spinalen Muskelatrophie (SMA) verabreicht werden.

Die Therapie ist abzubrechen bei:

- Patienten, die unter der Therapie mit EVRYSID neu eine Dauerbeatmung benötigen (16 oder mehr Stunden pro Tag an 21 aufeinander folgenden Tagen, wenn keine akute reversible Infektion vorliegt) oder die unter der Therapie mit EVRYSID die Notwendigkeit einer permanenten Tracheostomie haben, bei gleichzeitiger Verschlechterung der motorischen Funktionen gemäss einem der unten genannten motorischen Scores;
- Gesamtverschlechterung der motorischen Funktion in 2 unterschiedlichen motorischen Scores (Ausnahme CHOP-INTEND als einziges Kriterium bei schwer beeinträchtigten Patienten), bestätigt durch 2 aufeinanderfolgende Messungen, ohne alternative Begründung für die Verschlechterungen:
 - Gehfähige Patienten: 6MWT (Reduktion von > 10% gegenüber Messung Zeitpunkt Therapiestart mit EVRYSID) und HFMSE (>3 Punkte)
 - Nicht gehfähige Patienten: RULM und HFMS (je >3 Punkte)
 - Schwer beeinträchtigte Patienten: CHOP-INTEND (>4 Punkte)

*CHOP-INTEND = Children's Hospital of Philadelphia Infant Test of Neuromuscular Disorders; 6MWT = Six-Minute Walk Test; HFMSE = Hammersmith Functional Motor Scale Expanded; RULM = Revised Upper limb Module; HFMS = Hammersmith Functional Motor Scale.

- Nichteinhaltung des Behandlungsplans.

Die Zulassungsinhaberin Roche Pharma (Schweiz) AG erstattet dem Krankenversicherer resp. an die Invalidenversicherung, bei dem die versicherte Person zum Zeitpunkt des Bezugs versichert war, auf dessen erste Aufforderung hin für jede bezogene Packung EVRYSID einen festgelegten Anteil des Fabrikabgabepreises zurück.

Die Zulassungsinhaberin gibt dem Krankenversicherer die jeweilige Höhe der Rückerstattungen bekannt. Die Mehrwertsteuer kann nicht zusätzlich zurückgefordert werden. Die Aufforderung zur Rückerstattung soll ab dem Zeitpunkt der Verabreichung erfolgen.

01.99		FAMPYRA (Fampridinum)	Biogen Switzerland AG		
	20960	Ret Tabl 10 mg Blist 56 Stk Fr. 295.55 (243.15)		67139002	01.12.2019, B

Befristete Limitation bis 28.02.2022

Zur Verbesserung der Gehfähigkeit von erwachsenen MS-Patienten mit Gehbehinderung (EDSS 4.0-7.0).

FAMPYRA kann nur von in der Multiple Sklerose (MS)-Therapie erfahrenen Neurologen verschrieben werden.

Die Erstverordnung sollte auf eine zwei- bis vierwöchige Therapie begrenzt sein, da ein klinischer Behandlungserfolg im Allgemeinen innerhalb von zwei bis vier Wochen nach Behandlungsbeginn mit FAMPYRA erkennbar sein sollte. Zur Beurteilung der Verbesserung nach zwei bis vier Wochen ist eine Bewertung der Gehfähigkeit durchzuführen, z.B. durch die Durchführung des Timed 25 Foot Walk-Tests (T25FW), oder die Anwendung der Bewertungsskala Twelve Item Multiple Sclerosis Walking Scale (MSWS12) empfohlen. Wenn keine Verbesserung beobachtet wird, muss FAMPYRA abgesetzt werden. Der Behandlungserfolg unter FAMPYRA muss reevaluiert werden:

- Wenn der Neurologe beobachtet, dass sich die Gehfähigkeit wieder verschlechtert, muss er eine Unterbrechung der Behandlung in Betracht ziehen und die Wirkung von FAMPYRA erneut bewerten. (Die Neubewertung muss ein Absetzen von FAMPYRA und eine Beurteilung der Gehfähigkeit umfassen.)
- FAMPYRA muss abgesetzt werden, wenn Patienten keine weiteren positiven Wirkungen auf das Gehen erfahren.
- FAMPYRA muss bei Patienten, die während der Behandlung einen Krampfanfall erleiden, abgesetzt werden.

Therap. Gruppe	Dossier Nr.	PRÄPARATE/ (Wirkstoffe) Packungen	Verantwortliche Firma	SHI-Nr.	Aufnahmejahr
01.99		VYNDAQEL (Tafamidisum)	Pfizer AG		
	21057	Kaps 61 mg Blist 30 Stk Fr. 13154.75 (12593.89)		67518001	01.12.2021, B

Befristete Limitation bis 30.11.2023

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

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

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

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

Vor Therapiebeginn:

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Die Dosierung VYNDAQEL 4 x 20 mg täglich wird nicht von der OKP vergütet.

Therapiefortführung:

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

Regelmässige Überprüfung des Behandlungserfolges.

Therapieabbruch:

Die Therapie ist abzubrechen bei ATTR-CM bedingter

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

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

Kontaktadresse: Pfizer-Rueckverguetung@pfizer.com

Therap. Gruppe	Dossier Nr.	PRÄPARATE/ (Wirkstoffe) Packungen	Verantwortliche Firma	SHI-Nr.	Aufnahmejahr
05.02		JINARC (Tolvaptanum, Tolvaptanum)	Otsuka Pharma- ceutical (Switzerland) GmbH		
	20456	Tabl 45 mg/15 mg 56 Stk Fr. 1695.85 (1490.17)		65676006	01.11.2016, A
	20456	Tabl 60 mg/30 mg 56 Stk Fr. 1695.85 (1490.17)		65676009	01.11.2016, A
	20456	Tabl 90 mg/30 mg 56 Stk Fr. 1695.85 (1490.17)		65676012	01.11.2016, A
	20456	Tabl 15 mg 28 Stk Fr. 1695.85 (1490.17)		65676002	01.11.2016, A
	20456	Tabl 30 mg 28 Stk Fr. 1695.85 (1490.17)		65676004	01.11.2016, A

Befristete Limitation bis 30.04.2022

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

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

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

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

Das Kostengutsprachegegesuch hat folgende Angaben zu enthalten:

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

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

Entstehen aufgrund einer Dosisanpassung Therapiekosten pro Jahr, die die Kosten von 13 Packungen zu Fr. 1931.75 übersteigen, werden die Kosten, die über diesen Betrag hinausgehen, auf Basis FAP von der Firma Otsuka Pharmaceutical (Switzerland) GmbH demjenigen Krankenversicherer rückvergütet, bei dem die versicherte Person zum Zeitpunkt des Bezuges versichert war. Die MWSt kann nicht zusätzlich zum FAP zurückgefordert werden. Der Krankenversicherer fordert die Firma Otsuka Pharmaceutical (Switzerland) GmbH zur Rückvergütung auf. Zur Beurteilung der Therapiekosten pro Jahr soll eine Bezugsperiode von 15 Monaten berücksichtigt werden. Die Aufforderung zur Rückvergütung soll innerhalb von einem Monat, der über diese 15 Monate Bezugsperiode hinausgeht, erfolgen.

07.10.60 G		METHOTREXAT ACCORD (Methotrexatum)	Accord Healthcare AG		
	21350	Inj Lös 7.5 mg/0.15 ml Fertinj 0.15 ml Fr. 27.25 (13.04)		68244001	01.12.2021, A
	21350	Inj Lös 10 mg/0.2 ml Fertinj 0.2 ml Fr. 29.20 (14.73)		68244002	01.12.2021, A
	21350	Inj Lös 12.5 mg/0.25 ml Fertinj 0.25 ml Fr. 34.60 (15.86)		68244003	01.12.2021, A
	21350	Inj Lös 15 mg/0.3 ml Fertinj 0.3 ml Fr. 35.90 (16.99)		68244004	01.12.2021, A
	21350	Inj Lös 17.5 mg/0.35 ml Fertinj 0.35 ml Fr. 37.10 (18.01)		68244005	01.12.2021, A
	21350	Inj Lös 20 mg/0.4 ml Fertinj 0.4 ml Fr. 38.25 (19.02)		68244006	01.12.2021, A
	21350	Inj Lös 22.5 mg/0.45 ml Fertinj 0.45 ml Fr. 39.60 (20.23)		68244007	01.12.2021, A
	21350	Inj Lös 25 mg/0.5 ml Fertinj 0.5 ml Fr. 41.00 (21.44)		68244008	01.12.2021, A

Therap. Gruppe	Dossier Nr.	PRÄPARATE/ (Wirkstoffe) Packungen	Verantwortliche Firma	SHI-Nr.	Aufnahmejahr
07.12 6		EZETIMIBE MSD (Ezetimibum)	Organon GmbH		
	20695	Tabl 10 mg 28 Stk Fr. 36.20 (17.25)		66551001	01.10.2017, B
	20695	Tabl 10 mg 98 Stk Fr. 85.60 (60.27)		66551002	01.10.2017, B
07.16.10		ALUNBRIG (Brigatinibum)	Takeda Pharma AG		
	21205	Filmtabl 30 mg Blist 28 Stk Fr. 951.95 (814.95)		66738001	01.12.2021, A
	21205	Filmtabl 90 mg Blist 7 Stk Fr. 718.05 (611.21)		66738004	01.12.2021, A
	21205	Filmtabl 90 mg Blist 28 Stk Fr. 2742.90 (2444.84)		66738005	01.12.2021, A
	21205	Filmtabl 180 mg Blist 28 Stk Fr. 5257.90 (4889.68)		66738006	01.12.2021, A
<p>Befristete Limitation bis 30.11.2024 Erstlinientherapie (ohne Preismodell) Nach Kostengutsprache durch den Krankenversicherer nach vorgängiger Konsultation des Vertrauensarztes. Zur Behandlung von erwachsenen Patienten mit lokal fortgeschrittenem oder metastasiertem ALK (Anaplastic-lymphoma-kinase)-positivem nicht-kleinzelligem Lungenkarzinom (NSCLC), die nicht mit einem ALK-Inhibitor vorbehandelt sind, als Monotherapie. Im Falle einer Progression ist die Behandlung abzubrechen. Folgender Code ist an den Krankenversicherer zu übermitteln: 21205.01</p>					
<p>Befristete Limitation bis 30.11.2024 Spätere Therapielinie (mit Preismodell) Nach Kostengutsprache durch den Krankenversicherer nach vorgängiger Konsultation des Vertrauensarztes. Zur Behandlung von erwachsenen Patienten mit metastasiertem ALK (Anaplastic-lymphoma-kinase)-positivem nicht-kleinzelligem Lungenkarzinom (NSCLC) als Monotherapie nach Progression unter vorangegangener Behandlung mit Crizotinib. Im Falle einer Progression ist die Behandlung abzubrechen. Die Takeda Pharma AG vergütet im Rahmen des post-Crizotinib Einsatzes von ALUNBRIG dem Krankenversicherer, bei dem die versicherte Person zum Zeitpunkt des Bezugs versichert war, auf dessen Aufforderung hin für jede bezogene Packung ALUNBRIG 9.079% des Fabrikabgabepreises zurück. Die Mehrwertsteuer kann nicht zusätzlich zu den Rückvergütungsbeträgen zurückgefordert werden. Die Aufforderung zur Rückerstattung soll ab dem Zeitpunkt der Verabreichung erfolgen. Folgender Code ist an den Krankenversicherer zu übermitteln: 21205.02</p>					
07.16.10		ALUNBRIG STARTERPACKUNG (Brigatinibum, Brigatinibum)	Takeda Pharma AG		
	21205	7x90,21x180 mg Blist 28 Stk Fr. 5257.90 (4889.68)		66738007	01.12.2021, A
<p>Befristete Limitation bis 30.11.2024 Erstlinientherapie (ohne Preismodell) Nach Kostengutsprache durch den Krankenversicherer nach vorgängiger Konsultation des Vertrauensarztes. Zur Behandlung von erwachsenen Patienten mit lokal fortgeschrittenem oder metastasiertem ALK (Anaplastic-lymphoma-kinase)-positivem nicht-kleinzelligem Lungenkarzinom (NSCLC), die nicht mit einem ALK-Inhibitor vorbehandelt sind, als Monotherapie. Im Falle einer Progression ist die Behandlung abzubrechen. Folgender Code ist an den Krankenversicherer zu übermitteln: 21205.01</p>					
<p>Befristete Limitation bis 30.11.2024 Spätere Therapielinie (mit Preismodell) Nach Kostengutsprache durch den Krankenversicherer nach vorgängiger Konsultation des Vertrauensarztes. Zur Behandlung von erwachsenen Patienten mit metastasiertem ALK (Anaplastic-lymphoma-kinase)-positivem nicht-kleinzelligem Lungenkarzinom (NSCLC) als Monotherapie nach Progression unter vorangegangener Behandlung mit Crizotinib. Im Falle einer Progression ist die Behandlung abzubrechen. Die Takeda Pharma AG vergütet im Rahmen des post-Crizotinib Einsatzes von ALUNBRIG dem Krankenversicherer, bei dem die versicherte Person zum Zeitpunkt des Bezugs versichert war, auf dessen Aufforderung hin für jede bezogene Packung ALUNBRIG 9.079% des Fabrikabgabepreises zurück. Die Mehrwertsteuer kann nicht zusätzlich zu den Rückvergütungsbeträgen zurückgefordert werden. Die Aufforderung zur Rückerstattung soll ab dem Zeitpunkt der Verabreichung erfolgen. Folgender Code ist an den Krankenversicherer zu übermitteln: 21205.02</p>					
07.16.10		BESREMI (Ropeginterferonum alfa-2b)	OrPha Swiss GmbH		
	21108	Inj Lös 250 mcg/0.5 ml Fertpen 0.5 ml Fr. 1712.70 (1505.56)		67488001	01.12.2021, A
<p>Befristete Limitation bis 31.12.2024 BESREMI wird nach Kostengutsprache durch den Krankenversicherer nach vorgängiger Konsultation des Vertrauensarztes als Monotherapie vergütet zur Behandlung von erwachsenen Patienten mit Polycythaemia vera ohne symptomatische Splenomegalie und mit Indikation zur zytoreduktiven Therapie. Die Orpha Swiss GmbH vergütet nach Aufforderung durch denjenigen Krankenversicherer, bei dem die versicherte Person zum Zeitpunkt des Bezugs versichert war, für jede bezogene Packung BESREMI einen festgelegten Betrag auf den Fabrikabgabepreis jeder BESREMI Packung zurück. Die Orpha Swiss GmbH gibt dem Krankenversicherer die Höhe der Rückvergütung bekannt. Die Mehrwertsteuer kann nicht zusätzlich zu diesem Anteil des Fabrikabgabepreises zurückgefordert werden.</p>					

Therap. Gruppe	Dossier Nr.	PRÄPARATE/ (Wirkstoffe) Packungen	Verantwortliche Firma	SHI-Nr.	Aufnahmejahr
07.16.10		BRAFTOVI (Encorafenibum)	Pierre Fabre Pharma AG		
	20874	Kaps 50 mg Blist 28 Stk Fr. 780.20 (665.32)		66795001	01.12.2019, A
	20874	Kaps 75 mg Blist 42 Stk Fr. 1703.30 (1496.97)		66795002	01.12.2019, A
	20874	Kaps 75 mg Blist 168 Stk Fr. 6383.60 (5987.88)		66795004	01.12.2019, A

Befristete Limitation bis 28.02.2022

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

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

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

07.16.10		HERZUMA (Trastuzumabum)	iQone Healthcare Switzerland SA		
	21304	Trockensub 150 mg Durchstf 1 Stk Fr. 562.45 (475.67)		67892002	01.12.2021, A
	21304	Trockensub 440 mg c Solv Durchstf 1 Stk Fr. 1586.75 (1390.68)		67892001	01.12.2021, A
07.16.10		LYNPARZA (Olaparibum)	AstraZeneca AG		
	20852	Filmtabl 100 mg Blist 112 Stk Fr. 5360.25 (4989.53)		66745002	01.09.2019, A
	20852	Filmtabl 150 mg Blist 112 Stk Fr. 5360.25 (4989.53)		66745004	01.09.2019, A

Befristete Limitation bis 31.08.2022

Ovarialkarzinom nach Erstlinienchemotherapie

Monotherapie

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

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

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

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

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

Befristete Limitation bis 30.11.2023

Ovarialkarzinom nach Erstlinienchemotherapie

Kombinationstherapie mit Bevacizumab

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

Unter folgenden Voraussetzungen:

- keine klinische Evidenz einer Progression oder steigender CA-125 Werte nach dem Abschluss der Chemotherapie.
- Mindestens 6 Behandlungszyklen bis maximal 9 Zyklen einer Platin-Taxan-haltigen Chemotherapie (mind. 4 Behandlungszyklen im Falle von nichthämatologischer Toxizität aufgrund von Platin).
- mindestens drei Zyklen Bevacizumab in Kombination mit den drei letzten Zyklen der platinbasierten Chemotherapie. Im Falle einer zytoreduktiven Intervalloperation dürfen die Patienten nur zwei Zyklen Bevacizumab in Kombination mit den letzten drei Zyklen einer platinbasierten Chemotherapie erhalten haben.
- Die Behandlung mit Bevacizumab erfolgt für maximal 15 Monate (inkl. den Zyklen verabreicht in Kombination mit der Chemotherapie).
- Die Behandlung mit Lynparza erfolgt bis zur Progression.
- Für Patientinnen, die sich nach 2 Jahren in kompletter Remission befinden (kein radiologischer Tumornachweis), beträgt die maximal vergütete Therapiedauer 24 Monate.

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

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

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

Die Zulassungsinhaberin vergütet bei einer Therapiedauer über 24 Monate (ab Monat 25) nach Aufforderung durch denjenigen Krankenversicherer, bei dem die versicherte Person zum Zeitpunkt des Bezugs versichert war, für jede weitere bezogene Packung Lynparza 50% des Fabrikabgabepreises zurück.

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

Befristete Limitation bis 31.08.2022

Ovarialkarzinom nach Rezidiv

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

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

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

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

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

Befristete Limitation bis 31.08.2022

Pankreaskarzinom nach Erstlinientherapie

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

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

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

Therap. Gruppe	Dossier Nr.	PRÄPARATE/ (Wirkstoffe) Packungen	Verantwortliche Firma	SHI-Nr.	Aufnahmejahr
07.16.10		MEKTOVI (Binimetinibum)	Pierre Fabre Pharma AG		
	20875	Filmtabl 15 mg Blist 84 Stk Fr. 2895.70 (2585.05)		66907001	01.12.2019, A
	20875	Filmtabl 15 mg Blist 168 Stk Fr. 5545.35 (5170.10)		66907002	01.12.2019, A
Befristete Limitation bis 28.02.2022					
Nur in Kombination mit Encorafenib zur Behandlung von erwachsenen Patienten mit nicht-resezierbarem oder metastasiertem Melanom mit einer BRAF-V600-Mutation. Therapie nur bis zur Progression der Krankheit.					
Die Behandlung bedarf der Kostengutsprache durch den Krankenversicherer nach vorgängiger Konsultation des Vertrauensarztes.					
Die Pierre Fabre Pharma AG vergütet nach Aufforderung durch denjenigen Krankenversicherer, bei dem die versicherte Person zum Zeitpunkt des Bezugs versichert war, auf die Kombination von Braftovi und Mektovi dem Krankenversicherer für jede bezogene Mektovi Packung (=Indikator für einen Behandlungszyklus) einen Prozentsatz von 38.60% auf den Fabrikabgabepreis jeder Mektovi Packung. Die Mehrwertsteuer kann nicht zusätzlich zu diesem Anteil des Fabrikabgabepreises zurückgefordert werden. Die Aufforderung zur Rückvergütung soll ab dem Zeitpunkt der Verabreichung erfolgen.					
07.16.10 G		PEMETREXED ZENTIVA (Pemetrexedum)	Helvepharm AG		
	21352	Inf Konz 100 mg/4 ml Durchstf 1 Stk Fr. 143.40 (110.62)		68404001	01.12.2021, A
	21352	Inf Konz 500 mg/20 ml Durchstf 1 Stk Fr. 651.35 (553.10)		68404002	01.12.2021, A
	21352	Inf Konz 1000 mg/40 ml Durchstf 1 Stk Fr. 1274.70 (1106.20)		68404003	01.12.2021, A
Nach vorgängiger Kostengutsprache durch den Vertrauensarzt des Krankenversicherers. In Kombination mit Cisplatin für die First-line-Chemotherapie von Patienten mit lokal fortgeschrittenem oder metastasiertem nicht-kleinzelligem Lungenkarzinom ausser bei überwiegender plattenepithelialer Histologie.					
Nach vorgängiger Kostengutsprache durch den Vertrauensarzt des Krankenversicherers. Monotherapie bei Patienten mit lokal fortgeschrittenem oder metastasiertem nicht-kleinzelligem Lungenkarzinom nach vorangegangener Chemotherapie ausser bei überwiegender plattenepithelialer Histologie.					
Behandlung von Patienten mit malignem Pleuramesotheliom in Kombination mit Cisplatin.					
Die Packung zu 1000 mg/40 ml darf nur für Patienten mit einer Körperoberfläche von 2 m ² oder mehr vergütet werden.					
07.16.10 G		SUNITINIB ZENTIVA (Sunitinibum)	Helvepharm AG		
	21351	Kaps 12.5 mg Blist 28 Stk Fr. 1132.90 (976.88)		68134001	01.12.2021, A
	21351	Kaps 25 mg Blist 28 Stk Fr. 2204.15 (1953.62)		68134002	01.12.2021, A
	21351	Kaps 50 mg Blist 28 Stk Fr. 4055.05 (3716.13)		68134003	01.12.2021, A
Behandlung von Patienten mit malignem gastrointestinalem Stromatumor (GIST) bei Resistenz oder Intoleranz auf Imatinib Mesylat.					
Behandlung von Patienten mit fortgeschrittenem und/oder metastasierendem Nierenzellkarzinom.					
08.01.80		QUOFENIX (Delafloxacinum)	A. Menarini GmbH		
	21149	Tabl 450 mg Blist 10 Stk Fr. 802.70 (684.95)		67238001	01.12.2021, A
	21195	Trockensub 300 mg Durchstf 10 Stk Fr. 802.70 (684.95)		67239001	01.12.2021, A
Zur Behandlung akuter bakterieller Haut- und Hautstrukturinfektionen (ABSSSI) bei Erwachsenen. Dies schliesst folgende Infektionsarten ein: Cellulitis/Erysipel, Wundinfektion, grösserer kutaner Abszess oder Verbrennungswunden, deren Erythem ≥ 75 cm ² beträgt und ≥ 2 Zeichen einer systemischen Infektion vorliegen.					
Die QUOFENIX Tabletten dürfen erst nach 6 Dosen QUOFENIX i.v. eingesetzt werden. Die Gesamtdauer der Behandlung beträgt 5 bis maximal 14 Tage nach Ermessen des Arztes. Die Behandlung mit QUOFENIX ist nur dann angezeigt, wenn die für die Initialbehandlung dieser Infektionen empfohlenen Antibiotika als nicht geeignet erachtet werden. Die allgemein anerkannten Richtlinien für den angemessenen Gebrauch von antimikrobiellen Wirkstoffen sind zu berücksichtigen, insbesondere Anwendungsempfehlungen zur Verhinderung der Zunahme von Antibiotikaresistenz. Daher soll die Indikationsstellung und die Therapie mit QUOFENIX nur unter Anleitung eines Infektiologen erfolgen. QUOFENIX darf nur bei schwerwiegenden Infektionen und wenn keine andere geeignete Therapieoption in Frage kommt, eingesetzt werden.					

Therap. Gruppe	Dossier Nr.	PRÄPARATE/ (Wirkstoffe) Packungen	Verantwortliche Firma	SHI-Nr.	Aufnahmejahr
08.01.93 6		CO-AMOXICILLIN DEVATIS (Amoxicillinum anhydricum, Acidum clavulanicum)	Devatis AG		
	21344	Plv 312.5 mg f Susp Fl 100 ml Fr. 20.05 (10.33)		67384001	01.12.2021, A
	21345	Plv 457 mg f Susp Fl 35 ml Fr. 8.05 (3.46)		67383001	01.12.2021, A
	21345	Plv 457 mg f Susp Fl 70 ml Fr. 16.15 (6.92)		67383002	01.12.2021, A
	21345	Plv 457 mg f Susp Fl 140 ml Fr. 25.65 (11.65)		67383003	01.12.2021, A
08.03		EPCLUSA (Sofosbuvirum, Velpatasvirum)	Gilead Sciences Switzerland Sàrl		
	20566	Filmtabl 400/100 28 Stk Fr. 10317.40 (9825.75)		66095001	01.01.2017, A
Zur Behandlung der chronischen Infektion mit dem Hepatitis-C-Virus (HCV) vom Genotyp 1 bis 6 bei Erwachsenen und pädiatrischen Patienten ab 12 Jahren oder mit einem Körpergewicht von mindestens 30 kg sowie in Kombination mit Ribavirin bei Patienten mit HCV vom Genotyp 3 mit kompensierter Zirrhose und Patienten mit HCV vom Genotyp 1 bis 6 mit dekompensierter Zirrhose. Die maximale Vergütungsdauer ist wie folgt zu begrenzen: – Patienten ohne Zirrhose: 12 Wochen. – Patienten mit kompensierter Zirrhose (bei Bedarf bei Patienten mit HCV Genotyp 3 in Kombination mit Ribavirin): 12 Wochen. – Patienten mit dekompensierter Zirrhose in Kombination mit Ribavirin: 12 Wochen.					
08.03		HARVONI (Sofosbuvirum, Ledipasvirum)	Gilead Sciences Switzerland Sàrl		
	20308	Filmtabl 90/400 28 Stk Fr. 14631.30 (14034.42)		65331001	01.02.2015, A
Zur Behandlung der chronischen Hepatitis C (CHC) Genotyp 1 bei Erwachsenen. Die maximale Vergütungsdauer ist wie folgt zu begrenzen: – Therapienaive Patienten ohne Zirrhose mit HCV RNA vor der Behandlung < 6 Millionen I.E./ml: 8 Wochen; – Therapienaive Patienten ohne Zirrhose mit HCV RNA vor der Behandlung ≥ 6 Millionen I.E./ml: 12 Wochen; – Therapienaive Patienten mit Zirrhose: 12 Wochen; – Therapieerfahrene Patienten ohne Zirrhose: 12 Wochen; – Therapieerfahrene Patienten mit Zirrhose: 12 Wochen; – Patienten nach Lebertransplantation ohne Zirrhose oder mit kompensierter Zirrhose: Harvoni + Ribavirin für 12 Wochen; – Patienten mit dekompensierter Zirrhose, unabhängig vom Transplantationsstatus: Harvoni + Ribavirin für 12 Wochen. Bei einer 12-wöchigen Behandlung mit Harvoni vergütet Gilead Sciences Switzerland Sàrl nach Aufforderung durch denjenigen Krankenversicherer, bei dem die versicherte Person zum Zeitpunkt des Bezugs versichert war, den Fabrikabgabepreis der dritten, nachweislich verabreichten Packung zu Fr. 14034.42 zurück. Die Mehrwertsteuer kann nicht zusätzlich zu diesem Betrag zurückgefordert werden. Die Aufforderung zur Rückvergütung soll ab dem Zeitpunkt der Verabreichung erfolgen. Kombinationstherapien mit weiteren Hepatitis C Medikamenten werden nicht vergütet.					
08.03		MAVIRET (Glecaprevirum, Pibrentasvirum)	AbbVie AG		
	20698	Filmtabl 100 mg/40 mg 84 Stk Fr. 15353.10 (14738.63)		66472001	01.12.2017, A
Befristete Limitation bis 31.12.2021 Zur Behandlung der chronischen Hepatitis C (CHC) Genotyp 1–6 bei Erwachsenen. Die Verschreibung darf ausschliesslich durch Fachärzte für Gastroenterologie, insbesondere Träger des Schwerpunkttitels Hepatologie oder durch Fachärzte für Infektiologie, sowie durch ausgewählte Ärzte mit Erfahrung in Suchtmedizin und in der Behandlung von CHC erfolgen. Die entsprechende Liste der Ärzte mit Erfahrung in Suchtmedizin und in der Behandlung von CHC ist unter folgender Adresse abrufbar: http://www.bag.admin.ch/sl-ref . Ist eine 12- oder 16-wöchige Behandlung mit MAVIRET® erforderlich, vergütet die AbbVie AG nach Aufforderung durch denjenigen Krankenversicherer, bei dem die versicherte Person zum Zeitpunkt des Bezugs versichert war, den Fabrikabgabepreis der dritten/vierten, nachweislich verabreichten Packung à je Fr. 14738.63 zurück. Die Mehrwertsteuer kann nicht zusätzlich zu diesem Betrag zurückgefordert werden. Die Aufforderung zur Rückvergütung soll in der Regel innerhalb von 3 Monaten nach Verabreichung erfolgen.					

Therap. Gruppe	Dossier Nr.	PRÄPARATE/ (Wirkstoffe) Packungen	Verantwortliche Firma	SHI-Nr.	Aufnahmejahr
08.03		ZEPATIER (Grazoprevirum, Elbasvirum)	MSD Merck Sharp & Dohme AG		
	20504	Filmtabl 100/50 28 Stk Fr. 9569.20 (9095.80)		65861001	01.05.2016, A
Zur Behandlung der chronischen Hepatitis C (CHC) Genotyp 1 und 4 bei Erwachsenen.					
Die maximale Vergütungsdauer für Patienten ist wie folgt zu begrenzen:					
– Behandlungsnaive und vorbehandelte Genotyp 1a Patienten ohne Resistenz assoziiertem NS5A Polymorphismus* im HCV Genom: 12 Wochen					
– Behandlungsnaive und vorbehandelte Genotyp 1a Patienten mit Resistenz assoziiertem NS5A Polymorphismus* im HCV Genom: 16 Wochen mit Ribavirin					
– Genotyp 1b** behandlungsnaive Patienten mit Leberfibrose Grad 0, 1 oder 2: 8 bis 12 Wochen.					
– Genotyp 1b** behandlungsnaive Patienten mit Leberfibrose Grad 3 oder 4 (Metavir-Score) und vorbehandelte Patienten: 12 Wochen					
– Genotyp 4 behandlungsnaive oder vorbehandelte Patienten mit Rezidiv (Relapser): 12 Wochen					
– Genotyp 4 vorbehandelte Patienten mit virologischem Therapieversagen*** ohne Zirrhose und mit einer basalen Viruslast < 2 000 000 UI/ml: 12 Wochen					
– Genotyp 4 vorbehandelte Patienten* mit virologischem Therapieversagen***: 16 Wochen mit Ribavirin					
Bei einer 16-wöchigen Behandlung mit Zepatier, vergütet MSD Merck Sharp & Dohme AG nach Aufforderung durch denjenigen Krankenversicherer, bei dem die versicherte Person zum Zeitpunkt des Bezugs versichert war, den Fabrikabgabepreis der vierten, nachweislich verabreichten Packung zu Fr. 9095.80 zurück. Die Mehrwertsteuer kann nicht zusätzlich zu diesem Betrag zurückgefordert werden. Die Aufforderung zur Rückvergütung soll ab dem Zeitpunkt der Verabreichung erfolgen.					
Kombinationen mit weiteren Arzneimitteln ausser mit Ribavirin zur Behandlung von CHC werden nicht vergütet.					
Die Kosten für den Test auf Resistenz assoziierte NS5A Polymorphismen bei CHC Genotyp 1a werden von der Firma MSD Merck Sharp & Dohme AG übernommen.					
* NS5A Polymorphismen M28T/A, Q30E/H/R/G/K/L/D, L31M/V/F, H58D und Y93C/H/N					
** Schliesst Patienten mit bekannten Genotyp-1-Subtypen ein, bei denen es sich nicht um die Subtypen 1a oder 1b handelt.					
*** Bei Patienten mit virologischem Therapieversagen handelt es sich um solche, bei denen es im Rahmen einer früheren Behandlung zu einem Nichtansprechen (Null-Response), zu einem Teilansprechen, zu einem virologischen Durchbruch bzw. einem Wiederanstieg der Viruslast (Rebound) oder zu Unverträglichkeit gekommen war.					
08.04.10		ATOVAQUON PROGUANIL MEPHA (Atovaquonum, Proguanili hydrochloridum)	Mepha Pharma AG		
G	21346	Filmtabl 250/100 Blist 12 Stk Fr. 39.95 (20.53)		67872001	01.12.2021, A
Behandlung resistenter Stämme von Plasmodium falciparum und eventuelle Notfallbehandlung bei Reisenden, bei welchen Mefloquin kontraindiziert ist.					
⌞ Prophylaktische Anwendung nicht zu Lasten der Krankenversicherer.					
08.06		POSACONAZOL MYLAN (Posaconazolium)	Mylan Pharma GmbH		
G	21347	Filmtabl 100 mg Blist 24 Stk Fr. 660.65 (561.21)		68121001	01.12.2021, B
	21347	Filmtabl 100 mg Blist 96 Stk Fr. 2523.55 (2244.86)		68121002	01.12.2021, B
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.					
3. Chromoblastomykose und Myzetom bei Patienten, deren Erkrankung therapieresistent ist gegenüber Itraconazol bzw. bei Unverträglichkeit von Itraconazol.					
4. Kokzidioidomykose bei Patienten, deren Erkrankung therapieresistent ist gegenüber Amphotericin B, Itraconazol oder Fluconazol bzw. bei Unverträglichkeit dieser Arzneimittel.					
11.07.20		VIRGAN (Ganciclovirum)	Théa PHARMA SA		
	21238	Augengel 1.5 mg/g Tb 5 g Fr. 26.30 (12.20)		67710001	01.12.2021, A

Therap. Gruppe	Dossier Nr.	PRÄPARATE/ (Wirkstoffe) Packungen	Verantwortliche Firma	SHI-Nr.	Aufnahmejahr
II. Andere Packungen und Dosierungen					
01.01.30		KAPANOL (Morphini sulfas pentahydricus (2:1))	Lipomed AG		
	16626	Ret Kaps 50 mg Fl 100 Stk Fr. 105.85 (77.91)			01.12.2021, A
	16626	Ret Kaps 100 mg Fl 50 Stk Fr. 100.80 (73.50)			01.12.2021, A
01.03.10 0		STILNOX (Zolpidemi tartras (2:1))	Sanofi-Aventis (Suisse) SA		
	15711	Tabl 10 mg Blist 14 Stk Fr. 8.05 (3.42)		49106001	01.12.2021, B
01.09 0		ZOFRAN (Ondansetronum)	Novartis Pharma Schweiz AG		
	⊥ 15858	Inf Konz 4 mg/2 ml 10 Amp 2 ml Fr. 134.50 (102.88)		50709003	01.12.2021, B
	⊥ 15858	Inf Konz 8 mg/4 ml 8 Amp 4 ml Fr. 190.65 (151.78)		50709004	01.12.2021, B
Stark emetogene Chemotherapie.					
⊥ Es wird lediglich die abgegebene Teilpackung, die zur Therapie notwendig ist, vergütet. Der Preis für die abgegebene Teilpackung ist proportional zum Publikumspreis der verwendeten Packung zu berechnen.					
01.10.20		ATTENTIN (Dexamphetamini sulfas)	Salmon Pharma GmbH		
	21176	Tabl 20 mg Blist 30 Stk Fr. 121.15 (91.25)		67475003	01.12.2021, A
Nur zur second-line Behandlung der Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung (ADHS), d.h. bei Unverträglichkeit, Kontraindikation oder nicht Ansprechen von Methylphenidat bei Kindern ab 6 Jahren und Jugendlichen bis 18 Jahren im Rahmen einer therapeutischen Gesamtstrategie. Die Diagnose, der Beginn sowie die Überwachung der Behandlung erfolgt durch einen Facharzt der Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie, einen Facharzt der Kinder- und Jugendmedizin mit Schwerpunkt Entwicklungspädiatrie oder einen Facharzt der Psychiatrie und Psychotherapie. Wenn Patienten über 1 Jahr hinaus behandelt werden, so hat eine erneute Überprüfung der Behandlungsnotwendigkeit durch einen der genannten Fachärzte zu erfolgen.					
02.07.10 G		TELMISARTAN MEPHA (Telmisartanum)	Mepha Pharma AG		
	20475	Tabl 40 mg 30 Stk Fr. 28.65 (14.23)		62921009	01.12.2021, B

Therap. Gruppe	Dossier Nr.	PRÄPARATE/ (Wirkstoffe) Packungen	Verantwortliche Firma	SHI-Nr.	Datum der Streichung
III. Neu gestrichene Präparate/Packungen					
01.09 0		ZOFRAN (Ondansetronum)	GlaxoSmithKline AG		
	16638	Sirup 4 mg/5 ml 50 ml Fr. 72.65 (48.99)		53591019	01.12.2021, B
02.07.10		LONITEN (Minoxidilum)	Pfizer AG		
	13857	Tabl 2.500 mg 30 Stk Fr. 17.50 (8.12)		43328018	01.12.2021, B
	13857	Tabl 2.500 mg Blist 30 Stk Fr. 17.50 (8.12)		43328043	01.12.2021, B
	13857	Tabl 2.500 mg 100 Stk Fr. 43.80 (23.91)		43328026	01.12.2021, B
	13857	Tabl 2.500 mg Blist 100 Stk Fr. 43.80 (23.91)		43328044	01.12.2021, B
		Tabl 10 mg Blist 100 Stk Fr. 90.35 (64.43)		43328046	01.12.2021, B
	13857	Tabl 10 mg 100 Stk Fr. 90.35 (64.43)		43328042	01.12.2021, B
05.01		LASIX LONG (Furosemidum)	Sanofi-Aventis Suisse) SA		
	13849	Kaps 30 mg 50 Stk Fr. 9.40 (4.61)		42482021	01.12.2021, B
07.06.20 6		PIOGLITAZON MEPHA (Pioglitazonum)	Mepha Pharma AG		
	19943	Tabl 15 mg 28 Stk Fr. 36.60 (17.61)		62100001	01.12.2021, B
	19943	Tabl 15 mg 98 Stk Fr. 87.05 (61.54)		62100002	01.12.2021, B
	19943	Tabl 30 mg 28 Stk Fr. 43.85 (23.91)		62100003	01.12.2021, B
	19943	Tabl 30 mg 98 Stk Fr. 112.00 (83.26)		62100004	01.12.2021, B
	19943	Tabl 45 mg 28 Stk Fr. 49.30 (28.68)		62100005	01.12.2021, B
	19943	Tabl 45 mg 98 Stk Fr. 131.00 (99.82)		62100006	01.12.2021, B
07.08.30		PRODAFEM (Medroxyprogesteroni acetat)	Pharmacia AG		
	11445	Tabl 2.500 mg 3x 28 Stk Fr. 17.45 (8.07)		30773160	01.12.2021, B
	11445	Tabl 5 mg 3x 10 Stk Fr. 14.10 (5.13)		30773101	01.12.2021, B
	11445	Tabl 5 mg 3x 12 Stk Fr. 15.65 (6.47)		30773128	01.12.2021, B
	11445	Tabl 5 mg 3x 28 Stk Fr. 27.40 (13.14)		30773136	01.12.2021, B
	11445	Tabl 10 mg 3x 10 Stk Fr. 18.45 (8.94)		30773144	01.12.2021, B
	11445	Tabl 10 mg 3x 12 Stk Fr. 20.50 (10.70)		30773152	01.12.2021, B
07.13.30		ALUTARD SQ 6-GRÄSERMISCHUNG (Pollinis allergeni extractum, Pollinis allergeni extractum, Pollinis allergeni extractum)	ALK-Abelló AG		
	19814	Inj Susp Anf Be4x 5 ml Fr. 359.40 (298.80)		60709001	01.12.2021, A
07.13.30		ALUTARD SQ EQUUS CABALLUS (Pellis allergeni extractum (Equus caballus), Pellis allergeni extractum (Equus caballus), Pellis allergeni extractum (Equus caballus))	ALK-Abelló AG		
	19822	Inj Susp Anf Be4x 5 ml Fr. 359.40 (298.80)		60690001	01.12.2021, A
	19822	Inj Susp Fortsetz Be5 ml Fr. 291.10 (239.28)		60690002	01.12.2021, A

Therap. Gruppe	Dossier Nr.	PRÄPARATE/ (Wirkstoffe) Packungen	Verantwortliche Firma	SHI-Nr.	Datum der Streichung
07.16.10		KEYTRUDA (Pembrolizumabum)	MSD Merck Sharp & Dohme AG		
	20416	Inf Konz 100 mg/4 ml Durchstf 1 Stk Fr. 2548.15 (2267.29)		66231001	01.12.2021, A
10.02		AIROL (Tretinoinum)	Pierre Fabre (Suisse) S.A.		
	11936	Creme 0.050 % Tb 20 g Fr. 7.70 (3.13)		38009028	01.12.2021, B
	11937	Lot 0.050 % Fl 50 ml Fr. 9.45 (4.64)		38008013	01.12.2021, B
10.02		AKNILOX (Erythromycinum)	Drossapharm AG		
	16173	Gel 2 % 30 g Fr. 15.80 (6.64)		51303032	01.12.2021, B
	16173	Gel 4 % 30 g Fr. 16.65 (7.36)		51303040	01.12.2021, B
14.02		MULTIHANCE (Dimeglumini gadobenas)	Bracco Suisse SA		
	18030	Inj Lös 5.290 g/10 ml Durchstf 10 ml Fr. 76.05 (51.97)		56212001	01.12.2021, B
	18030	Inj Lös 5.290 g/10 ml Fertigspr 10 ml Fr. 76.05 (51.97)		56212006	01.12.2021, B
	18030	Inj Lös 7.935 g/15 ml Durchstf 15 ml Fr. 97.55 (70.68)		56212003	01.12.2021, B
	18030	Inj Lös 10.580 g/20 ml Durchstf 20 ml Fr. 119.00 (89.38)		56212005	01.12.2021, B

PRÄPARATE / (Wirkstoffe) Packungen	Verantwortliche Firma	Therap. Gruppe	Dossier Nr.	Preis neu	Ex-Fact. neu
IV. Preissenkungen					
IV.a. Preisänderung nach 1 Jahr SL-Aufnahme					
ORKAMBI Filmtabl 100 mg/125 mg (ab 6 J.) 112 Stk	Vertex Pharmaceuticals (CH) GmbH	039900	20543	11885.00	11355.11
Filmtabl 200 mg/125 mg (ab 12 J.) 112 Stk			20543	11885.00	11355.11
Gran 100 mg/125 mg (ab 2 J.) Btl 56 Stk			20543	11885.00	11355.11
Gran 150 mg/188 mg (ab 2 J.) Btl 56 Stk			20543	11885.00	11355.11
SYMDEKO Filmtabl 56 Stk	Vertex Pharmaceuticals (CH) GmbH	039900	20914	13464.85	12896.42
TALZENNA Kaps 0.25 mg Fl 30 Stk	Pfizer AG	071610	20978	1980.90	1750.07
Kaps 1 mg Fl 30 Stk			20978	5628.15	5250.89
IV.b. Preisänderung nach 3-jährlicher Überprüfung der Aufnahmebedingungen					
ABILIFY Sirup 1 mg/ml (neu) Fl 150 ml	Otsuka Pharmaceutical (Schweiz) GmbH	010500	19044	131.30	100.08
ABILIFY MAINTENA DEPOT Inj Susp 400 mg Fertigspritze 1 Stk	Lundbeck (Schweiz) AG	010500	20501	409.05	342.02
Inj Susp 300 mg Inj kit 1 Stk			20241	409.05	342.02
ACCOFIL Inj Lös 300 mcg/0.5 ml Fertspr 5 Fertspr 0.5 ml	Accord Healthcare AG	060730	20992	479.65	403.51
Inj Lös 480 mcg/0.5 ml Fertspr 5 Fertspr 0.5 ml			20992	668.45	568.00
ACETALGIN Supp 125 mg 10 Stk	Streuli Pharma AG	010110	15570	2.90	1.56
Supp 250 mg 10 Stk			15570	3.15	1.72
Supp 500 mg 10 Stk			15570	3.65	1.97
ACTIQ Buccal tabl m integr Applikator 200 mcg 3 Stk	Teva Pharma AG	010130	18126	44.95	24.86
Buccal tabl m integr Applikator 200 mcg 30 Stk			18126	287.45	236.11
Buccal tabl m integr Applikator 400 mcg 3 Stk			18126	44.95	24.86
Buccal tabl m integr Applikator 400 mcg 30 Stk			18126	287.45	236.11
Buccal tabl m integr Applikator 600 mcg 3 Stk			18126	44.95	24.86
Buccal tabl m integr Applikator 600 mcg 30 Stk			18126	287.45	236.11
Buccal tabl m integr Applikator 800 mcg 3 Stk			18126	44.95	24.86
Buccal tabl m integr Applikator 800 mcg 30 Stk			18126	287.45	236.11
Buccal tabl m integr Applikator 1200 mcg 3 Stk			18126	44.95	24.86
Buccal tabl m integr Applikator 1200 mcg 30 Stk			18126	287.45	236.11
Buccal tabl m integr Applikator 1600 mcg 3 Stk			18126	44.95	24.86
Buccal tabl m integr Applikator 1600 mcg 30 Stk			18126	287.45	236.11

PRÄPARATE / (Wirkstoffe) Packungen	Verantwortliche Firma	Therap. Gruppe	Dossier Nr.	Preis neu	Ex-Fact. neu
ACYCLOVIR HELVEPHARM	Helvepharm AG	100930			
Creme 50 mg/g 5 g			17652	9.65	4.85
Creme 50 mg/g 2x 5 g			17652	19.35	9.70
ACYCLOVIR ZENTIVA	Helvepharm AG	100930			
Creme 50 mg/g Tb 5 g			17652	9.65	4.85
Creme 50 mg/g 2 x Tb 5 g			17652	19.35	9.70
ADVANTAN	LEO Pharmaceutical Products Sarath Ltd.	100510			
Creme 0.100 % 30 g			15967	14.70	5.66
Creme 0.100 % 50 g			15967	18.10	8.63
Salbe 0.100 % 30 g			15968	14.70	5.66
Salbe 0.100 % 50 g			15968	18.10	8.63
Fettsalbe 0.100 % 30 g			15969	14.70	5.66
ADVATE	Takeda Pharma AG	060110			
Trockensub 250 IE c Solv 2 ml Durchstf 1 Stk			18009	247.30	201.26
Trockensub 500 IE c Solv 2 ml Durchstf 1 Stk			18009	452.35	401.32
Trockensub 1000 IE c Solv 2 ml Durchstf 1 Stk			18009	863.30	802.25
Trockensub 1500 IE c Solv 2 ml Durchstf 1 Stk			18009	1272.60	1201.54
Trockensub 2000 IE c Solv 5 ml Durchstf 1 Stk			18009	1683.20	1602.14
Trockensub 3000 IE c Solv 5 ml Durchstf 1 Stk			18009	2504.25	2403.18
ADYNOVI	Takeda Pharma AG	060110			
Trockensub 250 IE cum Solv 5 ml 1 Stk			20527	268.20	221.68
Trockensub 500 IE cum Solv 5 ml 1 Stk			20527	495.45	443.36
Trockensub 1000 IE cum Solv 5 ml 1 Stk			20527	949.90	886.73
Trockensub 1500 IE cum Solv 2 ml 1 Stk			20527	1404.30	1330.07
Trockensub 2000 IE cum Solv 5 ml 1 Stk			20527	1858.75	1773.42
Trockensub 3000 IE cum Solv 5 ml 1 Stk			20527	2767.65	2660.14
AFSTYLA	CSL Behring Lengnau AG	060110			
Trockensub 250 IE c Solv+Set Durchstf 1 Stk			20609	257.35	211.09
Trockensub 500 IE c Solv+Set Durchstf 1 Stk			20609	473.10	421.58
Trockensub 1000 IE c Solv+Set Durchstf 1 Stk			20609	906.35	844.22
Trockensub 1500 IE c Solv Durchstf 1 Stk			20609	1329.25	1256.83
Trockensub 2000 IE c Solv+Set Durchstf 1 Stk			20609	1766.90	1683.82
Trockensub 3000 IE c Solv+Set Durchstf 1 Stk			20609	2618.90	2515.01
ALBUMIN CSL 20 %	CSL Behring AG	060110			
Inf Lös 100 ml			8329	96.75	70.00
Inf Lös 50 ml			8329	56.60	35.00

PRÄPARATE / (Wirkstoffe) Packungen	Verantwortliche Firma	Therap. Gruppe	Dossier Nr.	Preis neu	Ex-Fact. neu
ALBUMIN CSL 5 % Inf Lös 100 ml Inf Lös 250 ml Inf Lös 500 ml	CSL Behring AG	060110	8329 8329 8329	37.90 68.75 117.90	18.73 45.60 88.42
ALDACTONE Filmtabl 25 mg 20 Stk Filmtabl 25 mg 100 Stk Filmtabl 50 mg 20 Stk Filmtabl 50 mg 50 Stk Filmtabl 100 mg 30 Stk Filmtabl 100 mg 100 Stk	Pfizer AG	050100	9413 9413 9413 9413 9413 9413	5.80 15.75 7.40 15.15 17.05 39.75	1.48 6.58 2.88 6.04 7.69 20.33
ALFUZOSIN AXAPHARM Ret Tabl 10 mg 10 Stk Ret Tabl 10 mg 30 Stk Ret Tabl 10 mg 90 Stk	Axapharm AG	050200	19005 19005 19005	9.85 28.35 60.15	4.99 13.97 38.12
ALFUZOSIN MEPHA RETARD Ret Tabl 10 mg Blist 10 Stk Ret Tabl 10 mg Blist 30 Stk Ret Tabl 10 mg Blist 90 Stk	Mepha Pharma AG	050200	21190 21190 21190	9.70 28.25 60.15	4.89 13.91 38.12
ALFUZOSIN SANDOZ Ret Tabl 10 mg 10 Stk Ret Tabl 10 mg 30 Stk Ret Tabl 10 mg 90 Stk	Sandoz Pharmaceuticals AG	050200	18334 18334 18334	9.70 28.25 60.15	4.89 13.91 38.12
ALFUZOSINE UNO ZENTIVA Ret Tabl 10 mg 10 Stk Ret Tabl 10 mg 30 Stk Ret Tabl 10 mg 90 Stk	Helvepharm AG	050200	18465 18465 18465	9.70 28.25 60.15	4.89 13.91 38.12
ALOXI Kaps 500 mcg 1 Stk	Vifor SA	010900	20104	92.95	66.66
ALPROLIX Trockensub 250 IE cum Solv Durchstf 1 Stk Trockensub 500 IE cum Solv Durchstf 1 Stk Trockensub 1000 IE cum Solv Durchstf 1 Stk Trockensub 2000 IE cum Solv Durchstf 1 Stk Trockensub 3000 IE c Solv (neu) Durchstf 1 Stk	Swedish Orphan Biovitrum AG	060110	20572 20572 20572 20572 20572	390.85 740.70 1440.45 2839.90 4239.30	341.33 682.65 1365.31 2730.61 4095.92
ANAFRANIL Drag 10 mg 30 Stk Drag 10 mg 200 Stk Drag 25 mg 30 Stk Drag 25 mg 200 Stk	Farmaceutica Teofarma Suisse SA	010600	10585 10585 10585 10585	5.80 17.60 6.95 28.20	1.47 8.19 2.47 13.84
ANAFRANIL SR 75 Divitabs 75 mg 20 Stk Divitabs 75 mg 100 Stk	Farmaceutica Teofarma Suisse SA	010600	14239 14239	9.80 41.80	4.96 22.14
ARICEPT EVESS Schmelztabl 10 mg 28 Stk Schmelztabl 5 mg 28 Stk Schmelztabl 5 mg 98 Stk Schmelztabl 10 mg 98 Stk	Pfizer AG	019900	19112 19112 19112 19112	77.20 77.20 229.25 229.25	52.97 52.97 185.42 185.42
ARIPIPAZOL NOBEL Sirup 1 mg/ml Fl 150 ml	NOBEL Pharma Schweiz AG	010500	21224	119.80	90.07

PRÄPARATE / (Wirkstoffe) Packungen	Verantwortliche Firma	Therap. Gruppe	Dossier Nr.	Preis neu	Ex-Fact. neu
ASPIRIN CARDIO Filmtabl 100 mg 28 Stk Filmtabl 100 mg 90 Stk Filmtabl 100 mg 98 Stk Filmtabl 300 mg 30 Stk Filmtabl 300 mg 90 Stk	Bayer (Schweiz) AG	060320	16068 16068 16068 16068 16068	6.45 14.90 15.50 7.05 16.15	2.05 5.84 6.35 2.58 6.91
ASS CARDIO SPIRIG HC Filmtabl 100 mg 30 Stk Filmtabl 100 mg 60 Stk Filmtabl 100 mg 100 Stk Filmtabl 100 mg Fl 100 Stk Filmtabl 100 mg 120 Stk	Spirig HealthCare AG	060320	18690 18690 18690 18690 18690	6.60 9.15 14.85 14.85 16.70	2.19 4.38 5.79 5.79 7.42
AUBAGIO Filmtabl 14 mg 28 Stk Filmtabl 14 mg 84 Stk	Sanofi-Aventis (Suisse) SA	019900	20065 20065	1313.35 3755.90	1141.42 3424.27
AVODART Kaps 0.500 mg 30 Stk Kaps 0.500 mg 90 Stk	GlaxoSmithKline AG	059900	17837 17837	41.00 90.05	21.41 64.14
AVONEX Inj Lös mit Nadeln 4 Fertspr 0.500 ml	Biogen Switzerland AG	019900	18019	1095.30	942.59
AVONEX PEN Inj Lös 4 Fertipgen 0.500 ml	Biogen Switzerland AG	019900	19514	1095.30	942.59
AXURA Filmtabl 10 mg 50 Stk Filmtabl 20 mg 98 Stk	Merz Pharma (Schweiz) AG	019900	17962 17962	72.05 228.80	48.48 185.02
AXURA LÖSUNG Lös Dosierfl 100 g	Merz Pharma (Schweiz) AG	019900	17963	149.45	115.89
AXURA STARTERPACK Filmtabl 7x5,7x10,7x15,7x20 mg 28 Stk	Merz Pharma (Schweiz) AG	019900	17962	51.60	30.68
BAIN EXTRA DOUX liq Widmer 250 ml	Louis Widmer AG	101000	12915	12.45	6.75
BALMED HERMAL F ÖLBAD liq 200 ml liq 500 ml	Almirall AG	101000	13131 13131	9.25 15.25	5.01 8.27
BALMED HERMAL ÖLBAD liq 200 ml liq 500 ml	Almirall AG	101000	12524 12524	9.25 14.50	5.01 7.87
BALMED HERMAL PLUS ÖLBAD liq 200 ml liq 500 ml	Almirall AG	101000	15386 15386	9.25 14.45	5.01 7.82
BENEFIX Trockensub 250 IE c Solv Durchstf 5 ml Trockensub 500 IE c Solv Durchstf 5 ml Trockensub 1000 IE c Solv Durchstf 5 ml Trockensub 2000 IE c Solv Durchstf 5 ml Trockensub 3000 IE c Solv Durchstf 5 ml	Pfizer AG	060110	17063 17063 17063 17063 17063	241.50 442.40 843.35 1645.70 2394.80	195.59 391.59 782.78 1565.55 2296.41
BEN-U-RON Sirup 200 mg/5 ml m Dosierspritze Fl 100 ml	Nutrimed SA	010110	13550	3.50	1.89

PRÄPARATE / (Wirkstoffe) Packungen	Verantwortliche Firma	Therap. Gruppe	Dossier Nr.	Preis neu	Ex-Fact. neu
BERIATE Trockensub 500 IE c Solv + Set Durchstf 1 Stk	CSL Behring AG	060110	17540	408.50	358.55
Trockensub 1000 IE c Solv + Set Durchstf 1 Stk			17540	775.95	717.02
BERINERT Trockensub 500 IE/10 ml c Solv neu Set 1 Stk	CSL Behring AG	060110	16778	736.20	678.25
BETAFERON Trockensub c Solv Fertspr 15 Stk	Bayer (Schweiz) AG	019900	16480	1051.95	903.06
BETMIGA Ret Tabl 25 mg 30 Stk	Astellas Pharma AG	050200	20198	58.60	36.74
Ret Tabl 25 mg 90 Stk			20198	140.55	108.15
Ret Tabl 50 mg 30 Stk			20198	58.60	36.74
Ret Tabl 50 mg 90 Stk			20198	140.55	108.15
BETNOVATE Creme 30 g	GlaxoSmithKline AG	100510	12092	8.20	3.58
Lot 20 ml			12441	6.90	2.44
Salbe 30 g			12089	8.20	3.58
BETNOVATE SCALP APPL liq 30 ml	GlaxoSmithKline AG	100510	12095	9.40	4.61
liq 100 ml			12095	25.45	11.45
BINOCRIT Inj Lös 1000 IE/0.5 ml 6 Fertigspr 0.500 ml	Sandoz Pharmaceuticals AG	060730	19007	66.15	43.32
Inj Lös 2000 IE/ml 6 Fertigspr 1 ml			19007	115.70	86.50
Inj Lös 3000 IE/0.3 ml 6 Fertigspr 0.300 ml			19007	165.25	129.68
Inj Lös 4000 IE/0.4 ml 6 Fertigspr 0.400 ml			19007	214.70	172.74
Inj Lös 5000 IE/0.5 ml 6 Fertigspr 0.500 ml			19007	264.50	216.12
Inj Lös 6000 IE/0.6 ml 6 Fertigspr 0.600 ml			19007	313.85	259.11
Inj Lös 8000 IE/0.8 ml 6 Fertigspr 0.800 ml			19007	412.55	345.09
Inj Lös 10000 IE/ml 6 Fertigspr 1 ml			19007	512.10	431.79
BRIVIACT Filmtabl 10 mg 14 Stk	UCB-Pharma SA	010710	20506	56.15	34.62
Filmtabl 25 mg 56 Stk			20506	170.55	134.27
Filmtabl 50 mg 56 Stk			20506	170.55	134.27
Filmtabl 75 mg 56 Stk			20506	170.55	134.27
Filmtabl 100 mg 56 Stk			20506	170.55	134.27
Lös 10 mg/ml zum Einnehmen 300 ml			20510	183.25	145.34
CABASER Tabl 1 mg (neu) Fl 20 Stk	Pfizer AG	010800	17357	58.65	36.82
Tabl 2 mg (neu) Fl 20 Stk			17357	70.70	47.29
CARBAMID VAS 0.03 Creme Widmer 30 ml	Louis Widmer AG	100700	12215	9.65	4.82
Creme Widmer 100 ml			12215	17.55	8.14
CARDIAX ASS Filmtabl 100 mg 60 Stk	Drossapharm AG	060320	14277	9.15	4.38
Filmtabl 100 mg 120 Stk			14277	17.00	7.66
CICLOPOLI NAGELLACK liq 8 % 3.300 ml	Polichem SA, Lussemburgo, succursale di Mendrisio	100941	19124	26.80	12.61
liq 8 % 6.600 ml			19124	40.00	20.54

PRÄPARATE / (Wirkstoffe) Packungen	Verantwortliche Firma	Therap. Gruppe	Dossier Nr.	Preis neu	Ex-Fact. neu
CINRYZE Trockensub 500 E c Solv (neu) Durch- stf 2 Stk	Takeda Pharma AG	060110	19896	1457.60	1382.03
CLARISCAN Inj Lös 2.793 g/10 ml Durchstf 10 ml Inj Lös 2.793 g/10 ml Fertspr 10 ml Inj Lös 4.189 g/15 ml Durchstf 15 ml Inj Lös 4.189 g/15 ml Fertspr 15 ml Inj Lös 5.586 g/20 ml Durchstf 20 ml Inj Lös 5.586 g/20 ml Fertspr 20 ml Inj Lös 13.965 g/50 ml PP Fl 50 ml Inj Lös 27.930 g/100 ml PP Fl 100 ml	GE Healthcare AG	140200	20689 20689 20689 20689 20689 20689 20689 20689	54.80 54.80 68.60 68.60 82.35 82.35 170.05 323.75	33.46 33.46 45.47 45.47 57.46 57.46 133.86 267.71
CLOPIN ECO Tabl 25 mg 50 Stk Tabl 100 mg 50 Stk	Sandoz Pharmaceuticals AG	010500	17998 17998	18.20 42.65	8.69 22.86
CODICONTIN Ret Tabl 60 mg (neu) 30 Stk Ret Tabl 60 mg (neu) 60 Stk Ret Tabl 90 mg (neu) 30 Stk Ret Tabl 90 mg (neu) 60 Stk Ret Tabl 120 mg (neu) 30 Stk Ret Tabl 120 mg (neu) 60 Stk	Mundipharma Medical Company Hamilton, Bermuda, Basel Branch	010130	16445 16445 16445 16445 16445 16445	27.30 42.85 36.90 54.85 41.05 63.45	13.07 23.05 17.87 33.51 21.48 41.00
COMTAN Filmtabl 200 mg Ds 30 Stk Filmtabl 200 mg Ds 100 Stk	Orion Pharma AG	010800	17305 17305	42.50 99.75	22.72 72.60
CONTRACTUBEX Gel Tb 20 g Gel Tb 50 g	Merz Pharma (Schweiz) AG	109900	11086 11086	13.50 29.05	7.31 15.74
COPAXONE Inj Lös 20 mg/ml 28 Fertspr 1 ml Inj Lös 40 mg/ml 12 Fertspr 1 ml	Teva Pharma AG	019900	18034 18034	1004.70 952.35	860.87 815.29
COPAXONE PEN Inj Lös 40 mg/ml 12 Fertpen 1 ml	Teva Pharma AG	019900	21051	952.35	815.29
CUTIVATE Salbe Tb 30 g	GlaxoSmithKline AG	100510	16421	8.80	4.08
CYKLOKAPRON Tabl 500 mg 30 Stk	MEDA Pharma GmbH	060600	11586	26.10	12.02
DAIVOBET Salbe Tb 30 g Salbe Tb 60 g Gel 60 g Gel 2x 60 g	LEO Pharmaceutical Products Sarath Ltd.	100300	17792 17792 19430 19430	46.05 68.60 62.40 97.40	25.84 45.45 40.08 70.56
DALACIN T AKNE EMULSION Emuls 1 % 60 ml	Pfizer AG	100200	15277	25.70	11.68
DALMADORM Tabl 30 mg 10 Stk Tabl 30 mg 30 Stk Tabl 30 mg 100 Stk	MEDA Pharmaceuticals Switzerland GmbH	010310	12711 12711 12711	7.70 17.40 47.10	3.12 8.03 26.76
DALMADORM MITE Tabl 15 mg 10 Stk Tabl 15 mg 30 Stk Tabl 15 mg 100 Stk	MEDA Pharmaceuticals Switzerland GmbH	010310	12711 12711 12711	6.70 14.85 38.50	2.25 5.78 19.25

PRÄPARATE / (Wirkstoffe) Packungen	Verantwortliche Firma	Therap. Gruppe	Dossier Nr.	Preis neu	Ex-Fact. neu
DEPAKINE CHRONO Filmtabl 300 mg teilbar 100 Stk Filmtabl 500 mg teilbar 60 Stk	Sanofi-Aventis (Suisse) SA	010720	15111 15111	26.90 28.05	12.73 13.71
DETRUSITOL SR Ret Kaps 4 mg 14 Stk Ret Kaps 4 mg 56 Stk	Pfizer PFE Switzerland GmbH	050200	17637 17637	26.00 71.15	11.93 47.69
DICYNONE Inj Lös 250 mg 4 Amp 2 ml	OM Pharma SA	060200	10996	9.35	4.59
DIPROGENTA Salbe Tb 30 g Creme Tb 10 g Creme Tb 30 g	Organon GmbH	100520	12171 12172 12172	19.35 8.75 19.35	9.73 4.04 9.73
DIPROSALIC Salbe 30 g Lös 30 ml Lös 100 ml	Organon GmbH	100520	12281 13151 13151	15.95 17.35 38.65	6.77 7.95 19.38
DIPROSONE Creme 0.050 % 30 g	Organon GmbH	100510	12068	8.65	3.95
DONEPEZIL MEPHA Lactabs 5 mg 30 Stk Lactabs 5 mg 50 Stk Lactabs 5 mg 100 Stk Lactabs 10 mg 30 Stk Lactabs 10 mg 50 Stk Lactabs 10 mg 100 Stk	Mepha Pharma AG	019900	19911 19911 19911 19911 19911 19911	72.50 109.70 201.00 72.50 109.70 201.00	48.86 81.28 160.82 48.86 81.28 160.82
DONEPEZIL SANDOZ Filmtabl 5 mg 28 Stk Filmtabl 5 mg 98 Stk Filmtabl 10 mg 28 Stk Filmtabl 10 mg 98 Stk	Sandoz Pharmaceuticals AG	019900	19921 19921 19921 19921	68.10 197.35 68.10 197.35	45.03 157.61 45.03 157.61
DONEPEZIL SPIRIG HC Filmtabl 5 mg 28 Stk Filmtabl 5 mg 98 Stk Filmtabl 10 mg 28 Stk Filmtabl 10 mg 98 Stk	Spirig HealthCare AG	019900	20237 20237 20237 20237	68.70 197.35 68.70 197.35	45.55 157.61 45.55 157.61
DONEPEZIL ZENTIVA Filmtabl 5 mg Blist 28 Stk Filmtabl 5 mg Blist 98 Stk Filmtabl 10 mg Blist 28 Stk Filmtabl 10 mg Blist 98 Stk	Helvepharm AG	019900	20888 20888 20888 20888	68.10 197.35 68.10 197.35	45.03 157.61 45.03 157.61
DOTAGRAF Inj Lös 2.793 g/10 ml Amp 10 ml Inj Lös 4.189 g/15 ml Amp 15 ml Inj Lös 5.586 g/20 ml Amp 20 ml Inj Lös 16.760 g/60 ml Amp 60 ml Inj Lös 27.930 g/100 ml Amp 100 ml	Berlis AG	140200	20448 20448 20448 20448 20448	54.80 68.60 82.35 200.80 323.75	33.46 45.47 57.46 160.63 267.71

PRÄPARATE / (Wirkstoffe) Packungen	Verantwortliche Firma	Therap. Gruppe	Dossier Nr.	Preis neu	Ex-Fact. neu
DOTAREM	Guerbet AG	140200			
Inj Lös 2.793 g/10 ml Durchstf 10 ml			15913	71.25	47.80
Inj Lös 4.189 g/15 ml Durchstf 15 ml			15913	90.95	64.96
Inj Lös 5.586 g/20 ml Durchstf 20 ml			15913	110.65	82.09
Inj Lös 16.760 g/60 ml Durchstf 60 ml			15913	299.10	246.27
Inj Lös 2.793 g/10 ml Plastik-Fertspr 10 ml			15913	71.25	47.80
Inj Lös 4.189 g/15 ml Plastik-Fertspr 15 ml			15913	90.95	64.96
Inj Lös 5.586 g/20 ml Plastik-Fertspr 20 ml			15913	110.65	82.09
DUAC AKNE	GlaxoSmithKline AG	100200			
Gel Tb 30 g			18829	29.20	14.73
DUOFER	Andreabal AG	060711			
Filmtabl Erw (neu) Blist 40 Stk			12038	12.25	6.63
Filmtabl Erw (neu) Blist 100 Stk			12038	26.80	14.53
DUOFER FOL	Andreabal AG	060711			
Filmtabl (neu) Blist 40 Stk			16285	14.20	7.69
Filmtabl (neu) Blist 100 Stk			16285	31.20	16.90
DUOPLAVIN	Sanofi-Aventis (Suisse) SA	060320			
Tabl 75/100 28 Stk			19292	50.75	29.93
Tabl 75/100 84 Stk			19292	119.50	89.80
EBIXA	Lundbeck (Schweiz) AG	019900			
Filmtabl 10 mg 50 Stk			17960	74.95	51.01
Filmtabl 20 mg 98 Stk			17960	228.80	185.02
EBIXA STARTERPACK	Lundbeck (Schweiz) AG	019900			
Filmtabl 7x5,7x10,7x15,7x20 mg 28 Stk			17960	54.50	33.18
EFFENTORA	Teva Pharma AG	010130			
Buccal tabl 100 mcg 4 Stk			19449	51.35	30.45
Buccal tabl 100 mcg 28 Stk			19449	261.00	213.07
Buccal tabl 200 mcg 4 Stk			19449	52.65	31.57
Buccal tabl 200 mcg 28 Stk			19449	270.10	220.98
Buccal tabl 400 mcg 28 Stk			19449	270.10	220.98
Buccal tabl 600 mcg 28 Stk			19449	270.10	220.98
Buccal tabl 800 mcg 28 Stk			19449	270.10	220.98
EFIENT	Daiichi Sankyo (Schweiz) AG	060320			
Filmtabl 5 mg 28 Stk			19071	58.00	36.25
Filmtabl 5 mg 98 Stk			19071	162.10	126.90
Filmtabl 10 mg 28 Stk			19071	58.00	36.25
Filmtabl 10 mg 30 Stk			19071	61.00	38.84
Filmtabl 10 mg 98 Stk			19071	162.10	126.90
ELIDEL	MEDA Pharma GmbH	100400			
Creme 1 % 30 g			17886	48.85	28.28
Creme 1 % 60 g			17886	73.35	49.60
ELIQUIS	Bristol-Myers Squibb SA	060340			
Filmtabl 2.5 mg 20 Stk			19459	43.25	23.39
Filmtabl 2.5 mg Blist 56 Stk			19459	91.60	65.50
Filmtabl 2.5 mg 100 Stk			19459	150.65	116.95
Filmtabl 2.5 mg Blist 168 Stk			19459	242.00	196.51
Filmtabl 5 mg 56 Stk			19459	91.60	65.50
Filmtabl 5 mg 100 Stk			19459	150.65	116.95
Filmtabl 5 mg 168 Stk			19459	242.00	196.51

PRÄPARATE / (Wirkstoffe) Packungen	Verantwortliche Firma	Therap. Gruppe	Dossier Nr.	Preis neu	Ex-Fact. neu
ELOCOM	Organon GmbH	100510			
Creme 1 mg/g 30 g			15644	14.50	5.48
Lös 1 mg/g 30 ml			16094	15.20	6.08
Lös 1 mg/g 100 ml			16094	34.05	15.37
Creme 1 mg/g 50 g			15644	17.50	8.10
Salbe 1 mg/g 30 g			15645	14.50	5.48
Salbe 1 mg/g 50 g			15645	17.50	8.10
ELOCTA	Swedish Orphan Biovitrum AG	060110			
Trockensub 250 IE c Solv Set 1 Stk			20508	265.45	218.98
Trockensub 500 IE c Solv Set 1 Stk			20508	489.90	437.95
Trockensub 1000 IE c Solv Set 1 Stk			20508	938.80	875.92
Trockensub 1500 IE c Solv Set 1 Stk			20508	1387.75	1313.88
Trockensub 2000 IE c Solv Set 1 Stk			20508	1836.65	1751.83
Trockensub 3000 IE c Solv Set 1 Stk			20508	2734.45	2627.75
ELOTRANS	Helvepharm AG	059900			
Plv 20 Btl 6.030 g			14383	8.45	4.58
EMEND	MSD Merck Sharp & Dohme AG	010900			
Kaps 1x125 mg, 2x80 mg 3 Stk			17967	84.90	59.67
EMOVATE	GlaxoSmithKline AG	100510			
Creme 30 g			13839	8.05	3.46
Salbe 30 g			13840	8.05	3.46
EMSELEX	CPS Cito Pharma Services GmbH	050200			
Ret Tabl 7.500 mg 14 Stk			18253	33.90	15.24
Ret Tabl 7.500 mg 56 Stk			18253	86.30	60.90
Ret Tabl 15 mg 14 Stk			18253	33.90	15.24
Ret Tabl 15 mg 56 Stk			18253	86.30	60.90
EPLERENON MEPHA	Mepha Pharma AG	050100			
Lactab 25 mg 30 Stk			20560	64.75	42.11
Lactab 25 mg 100 Stk			20560	177.70	140.52
Lactab 50 mg 30 Stk			20560	64.75	42.11
Lactab 50 mg 100 Stk			20560	177.70	140.52
EPLERENON SANDOZ	Sandoz Pharmaceuticals AG	050100			
Filmtabl 25 mg 30 Stk			20583	64.75	42.10
Filmtabl 25 mg 100 Stk			20583	177.70	140.52
Filmtabl 50 mg 30 Stk			20583	64.75	42.10
Filmtabl 50 mg 100 Stk			20583	177.70	140.52
EPLERENON SPIRIG HC	Spirig HealthCare AG	050100			
Filmtabl 25 mg 30 Stk			20564	64.75	42.10
Filmtabl 25 mg 100 Stk			20564	177.70	140.52
Filmtabl 50 mg 30 Stk			20564	64.75	42.10
Filmtabl 50 mg 100 Stk			20564	177.70	140.52
EPOGAM 1000 VEGICAPS SOFT	Zeller Medical AG Pflanzliche Heilmittel	600400			
Kaps 1000 mg 120 Stk			17685	77.10	41.80
Kaps 1000 mg 240 Stk			17685	135.55	73.48

PRÄPARATE / (Wirkstoffe) Packungen	Verantwortliche Firma	Therap. Gruppe	Dossier Nr.	Preis neu	Ex-Fact. neu
EPOTHETA TEVA	Teva Pharma AG	060730			
Inj Lös 1000 IE/0.5 ml mit Stichschutz 6 Stk			19293	69.05	45.86
Inj Lös 2000 IE/0.5 ml mit Stichschutz 6 Stk			19293	121.70	91.73
Inj Lös 3000 IE/0.5 ml mit Stichschutz 6 Stk			19293	174.35	137.60
Inj Lös 4000 IE/0.5 ml mit Stichschutz 6 Stk			19293	227.00	183.47
Inj Lös 5000 IE/0.5 ml mit Stichschutz 6 Stk			19293	278.90	228.64
Inj Lös 10000 E/ml mit Stichschutz 6 Stk			19293	517.00	436.08
Inj Lös 20000 E/ml mit Stichschutz 4 Stk			19293	707.20	601.74
Inj Lös 30000 E/ml mit Stichschutz 4 Stk			19293	1030.95	883.95
EPREX	Janssen-Cilag AG	060730			
Inj Lös 1000 IE/0.5 ml (Protecs) 6 Fertigspr 0.500 ml			15497	71.50	47.98
Inj Lös 2000 IE/0.5 ml (Protecs) 6 Fertigspr 0.500 ml			15497	126.55	95.96
Inj Lös 3000 IE/0.3 ml (Protecs) 6 Fertigspr 0.300 ml			15497	181.65	143.94
Inj Lös 4000 IE/0.4 ml (Protecs) 6 Fertigspr 0.400 ml			15497	236.75	191.93
Inj Lös 5000 IE/0.5 ml (Protecs) 6 Fertigspr 0.500 ml			15497	291.80	239.91
Inj Lös 10000 E/ml (Protecs) 6 Fertigspr 1 ml			15497	567.20	479.81
Inj Lös 20000 IE/0.5 ml (Protecs) Fertigspr 0.500 ml			15497	200.00	159.93
Inj Lös 30000 IE/0.75 ml (Protecs) Fertigspr 0.750 ml			15497	291.80	239.91
Inj Lös 40000 E/ml (Protecs) Fertigspr 1 ml			15497	383.60	319.88
EQUASYM XR	Takeda Pharma AG	011020			
Ret Kaps 10 mg 30 Stk			19948	41.00	21.41
Ret Kaps 10 mg 60 Stk			19948	59.65	37.69
Ret Kaps 20 mg 30 Stk			19948	50.90	30.06
Ret Kaps 20 mg 60 Stk			19948	77.15	52.90
Ret Kaps 30 mg 30 Stk			19948	61.05	38.89
Ret Kaps 30 mg 60 Stk			19948	95.00	68.45
ESPEROCT	Novo Nordisk Pharma AG	060110			
Trockensub 500 IE c Solv Durchstf 1 Stk			20921	494.40	442.32
Trockensub 1000 IE c Solv Durchstf 1 Stk			20921	947.75	884.65
Trockensub 1500 IE c Solv Durchstf 1 Stk			20921	1401.15	1326.98
Trockensub 2000 IE c Solv Durchstf 1 Stk			20921	1854.55	1769.30
Trockensub 3000 IE c Solv Durchstf 1 Stk			20921	2761.30	2653.95
EUCERIN UREA	Beiersdorf AG Derma	101000			
Creme 10 % 100 ml			18148	7.75	4.20
EUCERIN UREA LOTION	Beiersdorf AG Derma	101000			
Lot 10 % 250 ml			18149	10.80	5.85

PRÄPARATE / (Wirkstoffe) Packungen	Verantwortliche Firma	Therap. Gruppe	Dossier Nr.	Preis neu	Ex-Fact. neu
EXELON	Novartis Pharma Schweiz AG	019900			
Kaps 1.500 mg 28 Stk			16871	43.65	23.73
Kaps 1.500 mg 56 Stk			16871	65.20	42.53
Kaps 1.500 mg 112 Stk			16871	123.45	93.27
Kaps 3 mg 28 Stk			16871	43.65	23.73
Kaps 3 mg 56 Stk			16871	65.20	42.53
Kaps 3 mg 112 Stk			16871	123.45	93.27
Kaps 4.500 mg 28 Stk			16871	43.65	23.73
Kaps 4.500 mg 112 Stk			16871	123.45	93.27
Kaps 6 mg 28 Stk			16871	43.65	23.73
Kaps 6 mg 112 Stk			16871	123.45	93.27
Lös 2 mg/ml 120 ml			17359	95.60	68.98
EXELON PATCH 10	Novartis Pharma Schweiz AG	019900			
Matrixpfl 9.500 mg/24h 30 Stk			18730	77.50	53.24
Matrixpfl 9.500 mg/24h 60 Stk			18730	138.65	106.48
EXELON PATCH 15	Novartis Pharma Schweiz AG	019900			
Matrixpfl 13.300 mg/24h 30 Stk			18730	77.50	53.24
Matrixpfl 13.300 mg/24h 60 Stk			18730	138.65	106.48
EXELON PATCH 5	Novartis Pharma Schweiz AG	019900			
Matrixpfl 4.600 mg/24h 30 Stk			18730	77.50	53.24
FERRIPROX	Nordic Pharma GmbH	069900			
Filmtabl 500 mg 100 Stk			17705	240.35	195.09
FERRUM HAUSMANN	Vifor (International) Inc.	060711			
Kaps 100 mg 30 Stk			11257	8.65	4.68
Kaps 100 mg 100 Stk			11257	24.40	13.23
FIBRYGA	Octapharma AG	060110			
Trockensub 1 g Durchstf 1 Stk			20857	493.15	441.12
Trockensub 1 g c Solv Durchstf 1 Stk			20857	493.15	441.12
FILGRASTIM TEVA	Teva Pharma AG	060730			
Inj Lös 30 Mio E/0.5 ml Fertigspr 0.500 ml			19196	106.90	78.83
Inj Lös 30 Mio E/0.5 ml 5 Fertigspr 0.500 ml			19196	479.65	403.51
Inj Lös 48 Mio E/0.8 ml Fertigspr 0.800 ml			19196	146.80	113.60
Inj Lös 48 Mio E/0.8 ml 5 Fertigspr 0.800 ml			19196	668.45	568.00
FOCALIN XR	Novartis Pharma Schweiz AG	011020			
Ret Kaps 5 mg 30 Stk			19167	50.45	29.68
Ret Kaps 5 mg 100 Stk			19167	112.95	84.12
Ret Kaps 10 mg 30 Stk			19167	56.50	34.92
Ret Kaps 10 mg 100 Stk			19167	130.00	98.96
Ret Kaps 15 mg 30 Stk			19167	68.50	45.38
Ret Kaps 15 mg 100 Stk			19167	163.95	128.54
Ret Kaps 20 mg 30 Stk			19167	76.55	52.39
Ret Kaps 20 mg 100 Stk			19167	186.80	148.44
FUCIDIN	LEO Pharmaceutical Products Sarath Ltd.	100920			
Creme 2 % Tb 15 g			16612	8.60	3.90
Salbe 2 % Tb 15 g			16611	8.60	3.90
Creme 2 % Tb 30 g			16612	16.45	7.20
Salbe 2 % Tb 30 g			16611	16.45	7.20

PRÄPARATE / (Wirkstoffe) Packungen	Verantwortliche Firma	Therap. Gruppe	Dossier Nr.	Preis neu	Ex-Fact. neu
GADOVIST 1.0	Bayer (Schweiz) AG	140200			
Inj Lös Fertspr 5 ml			17102	71.85	48.29
Inj Lös Fertspr 7.500 ml			17102	99.55	72.43
Inj Lös Fertspr 10 ml			17102	110.65	82.09
Inj Lös Fertspr 15 ml			17102	167.10	131.28
Inj Lös Vial 2 ml			17102	28.40	14.02
Inj Lös Vial 30 ml			17102	257.95	210.42
Inj Lös Vial 65 ml			17102	515.15	434.47
GADOVIST VORGEFÜLLTE PATRONEN	Bayer (Schweiz) AG	140200			
Inj Lös 15 ml			17102	167.10	131.28
Inj Lös 30 ml			17102	257.95	210.42
GALANTAMIN SR HELVEPHARM	Helvepharm AG	019900			
Ret Kaps 8 mg 28 Stk			20184	61.45	39.25
Ret Kaps 16 mg 28 Stk			20184	61.45	39.25
Ret Kaps 24 mg 28 Stk			20184	61.45	39.25
GASTROGRAFIN	Bayer (Schweiz) AG	140121			
Lös Fl 100 ml			15892	36.05	17.13
Lös 10 Fl 100 ml			15892	213.05	171.30
GORGONIUM	Drossapharm AG	109900			
Salbe (neu) 30 g			16327	20.60	11.16
GRANISETRON FRESENIUS	Fresenius Kabi (Schweiz) AG	010900			
Inf Konz 1 mg/1 ml 5x 1 ml			20317	54.40	33.08
Inf Konz 3 mg/3 ml 5x 3 ml			20317	103.90	76.21
GRANOCYTE	Sanofi-Aventis (Suisse) SA	060730			
Trockensub 13.400 Mio E c Solv 5 Stk			16286	175.15	138.27
Trockensub 33.600 Mio E c Solv 5 Stk			16286	419.20	350.86
HAEMOCTIN	Biotest (Schweiz) AG	060110			
Trockensub 250 IE c Solv Durchstf 1 Stk			19423	237.15	191.35
Trockensub 250 IE c Solv (neu) Durchstf 1 Stk			19423	237.15	191.35
Trockensub 500 IE c Solv Durchstf 1 Stk			19423	433.25	382.70
Trockensub 500 IE c Solv (5 ml) Durchstf 1 Stk			19423	433.25	382.70
Trockensub 1000 IE c Solv (5 ml) Durchstf 1 Stk			19423	825.50	765.39
HELICOBACTER TEST INFAL	INFAL CH GmbH	140300			
Plv 75 mg Erw Fl 1 Stk			17294	46.45	26.17
HYDROMORPHONI HCL STREULI	Streuli Pharma AG	010130			
Tropfen 1 mg/ml (neu) Fl 50 ml			18562	20.70	10.90
HYTRIN BPH	Recordati AG	050200			
Tabl 5 mg 20 Stk			16381	14.70	5.67
Tabl 5 mg 60 Stk			16381	33.95	15.30
HYTRIN BPH STARTERPACKUNG	Recordati AG	050200			
Tabl 7x1 mg-7x2 mg 1 Stk			16381	6.75	2.33
INSPIRA	Pfizer PFE Switzerland GmbH	050100			
Filmtabl 25 mg 30 Stk			18249	70.10	46.76
Filmtabl 25 mg 100 Stk			18249	195.65	156.13
Filmtabl 50 mg 30 Stk			18249	70.10	46.76
Filmtabl 50 mg 100 Stk			18249	195.65	156.13
INTEGRILIN	GlaxoSmithKline AG	060320			
Inj Lös 20 mg/10 ml 10 ml			18265	36.50	17.52
Inf Lös 75 mg/100 ml i.v. 100 ml			18272	79.55	55.00

PRÄPARATE / (Wirkstoffe) Packungen	Verantwortliche Firma	Therap. Gruppe	Dossier Nr.	Preis neu	Ex-Fact. neu
IOMERON	Bracco Suisse SA	140113			
Inj Lös 300 mg/ml Fl 50 ml			17213	47.40	26.99
Inj Lös 300 mg/ml Fl 100 ml			17213	76.35	52.24
Inj Lös 300 mg/ml Fl 200 ml			17213	132.55	101.16
Inj Lös 300 mg/ml Fl 500 ml			17213	306.70	252.89
Inj Lös 350 mg/ml Fl 50 ml			17213	50.35	29.59
Inj Lös 350 mg/ml Fl 100 ml			17213	81.95	57.12
Inj Lös 350 mg/ml Fl 200 ml			17213	143.45	110.65
Inj Lös 350 mg/ml Fl 500 ml			17213	333.95	276.63
Inj Lös 400 mg/ml Fl 50 ml			17213	55.20	33.81
Inj Lös 400 mg/ml Fl 100 ml			17213	91.50	65.40
Inj Lös 400 mg/ml Fl 150 ml			17213	128.90	97.98
Inj Lös 400 mg/ml Fl 200 ml			17213	161.50	126.38
Inj Lös 400 mg/ml Fl 500 ml			17213	379.10	315.95
IOPAMIRO	Bracco Suisse SA	140113			
Inj Lös 200 mg/ml Amp 10 ml			15907	14.45	5.45
Inj Lös 200 mg/ml Durchstf 1 Stk 10 ml			15907	14.45	5.45
Inj Lös 300 mg/ml Amp 10 ml			15907	17.20	7.86
Inj Lös 300 mg/ml Fl 50 ml			15907	47.40	27.02
Inj Lös 300 mg/ml Fl 100 ml			15907	76.45	52.30
Inj Lös 300 mg/ml Fl 200 ml			15907	132.65	101.26
Inj Lös 300 mg/ml Fl 500 ml			15907	307.00	253.14
Inj Lös 300 mg/ml Durchstf 1 Stk 10 ml			15907	17.20	7.86
Inj Lös 370 mg/ml Amp 10 ml			15907	18.85	9.29
Inj Lös 370 mg/ml Fl 50 ml			15907	52.35	31.30
Inj Lös 370 mg/ml Fl 100 ml			15907	85.80	60.45
Inj Lös 370 mg/ml Fl 200 ml			15907	150.65	116.95
Inj Lös 370 mg/ml Fl 500 ml			15907	352.05	292.38
IVEMEND	MSD Merck Sharp & Dohme AG	010900			
Trockensub 150 mg Durchstf 1 Stk			18818	93.60	67.26
JIVI	Bayer (Schweiz) AG	060110			
Trockensub 500 IE c Solv Set 1 Stk			20878	568.45	514.58
Trockensub 1000 IE c Solv Set 1 Stk			20878	1095.90	1029.16
Trockensub 2000 IE c Solv Set 1 Stk			20878	2150.80	2058.32
Trockensub 3000 IE c Solv Set 1 Stk			20878	3205.65	3087.48
KENACORT A	Dermapharm AG	100520			
Tinkt 15 ml			11743	14.45	5.44
Tinkt 50 ml			11743	28.90	14.46
KENTERA	Teva Pharma AG	050200			
Matrixpfl 3.900 mg/24h 8 Stk			18585	49.35	28.70
KEPPRA	UCB-Pharma SA	010710			
Lös 100 mg/ml Dosierpipette 10 ml 300 ml			18365	80.25	55.61
Lös 100 mg/ml Dosierpipette 1 ml 150 ml			18365	65.20	42.53
Lös 100 mg/ml Dosierpipette 3 ml 150 ml			18365	65.20	42.53

PRÄPARATE / (Wirkstoffe) Packungen	Verantwortliche Firma	Therap. Gruppe	Dossier Nr.	Preis neu	Ex-Fact. neu
KOVALTRY	Bayer (Schweiz) AG	060110			
Trockensub 250 IE c Solv Durchstf 1 Stk			20529	259.45	213.12
Trockensub 500 IE c Solv Durchstf 1 Stk			20529	477.90	426.24
Trockensub 1000 IE c Solv Durchstf 1 Stk			20529	914.25	851.96
Trockensub 2000 IE c Solv Durchstf 1 Stk			20529	1783.15	1699.67
KYTRIL	Future Health Pharma GmbH	010900			
Inf Konz 1 mg/ml 5 Amp 1 ml			15935	58.60	36.75
Inf Konz 3 mg/3 ml 5 Amp 3 ml			15935	113.60	84.66
LAMICTAL	GlaxoSmithKline AG	010710			
Disp Tabl 5 mg Fl 60 Stk			16046	7.05	2.59
Disp Tabl 25 mg 56 Stk			16046	25.10	11.17
Disp Tabl 50 mg 56 Stk			16046	44.55	24.51
Disp Tabl 100 mg 56 Stk			16046	65.60	42.86
Disp Tabl 200 mg 56 Stk			16046	111.75	83.07
LAMOTRIGIN DESITIN	Desitin Pharma GmbH	010710			
Tabl 25 mg 50 Stk			18569	17.25	7.88
Disp Tabl 5 mg 50 Stk			18971	5.95	1.62
Tabl 50 mg 50 Stk			18569	35.25	16.41
Tabl 100 mg 50 Stk			18569	49.35	28.70
Tabl 100 mg 100 Stk			18569	74.35	50.50
Tabl 200 mg 50 Stk			18569	82.10	57.21
LAMOTRIGIN HELVEPHARM	Helvepharm AG	010710			
Disp Tabl 5 mg 50 Stk			18367	5.95	1.62
Disp Tabl 25 mg 50 Stk			18367	17.25	7.89
Disp Tabl 50 mg 50 Stk			18367	35.25	16.41
Disp Tabl 100 mg 50 Stk			18367	49.35	28.70
Disp Tabl 200 mg 50 Stk			18367	82.10	57.21
LAMOTRIGIN SANDOZ	Sandoz Pharmaceuticals AG	010710			
Disp Tabl 25 mg 56 Stk			18366	18.35	8.85
Disp Tabl 50 mg 56 Stk			18366	37.90	18.72
Disp Tabl 100 mg 56 Stk			18366	53.30	32.15
Disp Tabl 200 mg 56 Stk			18366	90.05	64.14
LAMOTRIGIN ZENTIVA	Helvepharm AG	010710			
Disp Tabl 5 mg Blist 50 Stk			18367	5.95	1.62
Disp Tabl 25 mg Blist 50 Stk			18367	17.25	7.89
Disp Tabl 50 mg Blist 50 Stk			18367	35.25	16.41
Disp Tabl 100 mg Blist 50 Stk			18367	49.35	28.70
Disp Tabl 200 mg Blist 50 Stk			18367	82.10	57.21
LAMOTRIN MEPHA	Mepha Pharma AG	010710			
Disp Tabl 5 mg 60 Stk			18216	6.55	2.13
Disp Tabl 25 mg 60 Stk			18216	19.10	9.49
Disp Tabl 50 mg 60 Stk			18216	39.90	20.45
Disp Tabl 100 mg 60 Stk			18216	55.95	34.44
Disp Tabl 200 mg 60 Stk			18216	93.00	66.74

PRÄPARATE / (Wirkstoffe) Packungen	Verantwortliche Firma	Therap. Gruppe	Dossier Nr.	Preis neu	Ex-Fact. neu
LECAPON MEPHA	Mepha Pharma AG	010800			
Lactabs 50 mg/12.5 mg/200 mg 30 Stk			20434	39.20	19.86
Lactabs 50 mg/12.5 mg/200 mg 100 Stk			20434	88.10	62.47
Lactabs 75 mg/18.75 mg/200 mg 30 Stk			20434	40.25	20.77
Lactabs 75 mg/18.75 mg/200 mg 100 Stk			20434	90.95	64.95
Lactabs 100 mg/25 mg/200 mg 30 Stk			20434	41.30	21.68
Lactabs 100 mg/25 mg/200 mg 100 Stk			20434	93.80	67.44
Lactabs 125 mg/31.25 mg/200 mg 30 Stk			20434	42.15	22.45
Lactabs 125 mg/31.25 mg/200 mg 100 Stk			20434	96.20	69.53
Lactabs 150 mg/37.5 mg/200 mg 30 Stk			20434	43.05	23.23
Lactabs 150 mg/37.5 mg/200 mg 100 Stk			20434	98.60	71.61
Lactabs 200 mg/50 mg/200 mg 30 Stk			20434	44.95	24.89
Lactabs 200 mg/50 mg/200 mg 100 Stk			20434	103.70	76.04
LEPONEX	Mylan Pharma GmbH	010500			
Tabl 25 mg 50 Stk			11732	18.60	9.07
Tabl 100 mg 50 Stk			11732	45.55	25.40
LINOLA FETT	Alcina AG	101000			
Emuls 40 g			14011	5.40	2.93
LIORESAL INTRATHECAL	Novartis Pharma Schweiz AG	011200			
Inj Lös 10 mg/5 ml Amp 1 Stk			16266	115.00	85.89
Inj Lös 10 mg/20 ml Amp 1 Stk			16266	115.00	85.89
LIXIANA	Daiichi Sankyo (Schweiz) AG	060340			
Filmtabl 15 mg 10 Stk			20333	42.65	22.88
Filmtabl 15 mg 10 x 1 Stk			20333	42.65	22.88
Filmtabl 30 mg 28 Stk			20333	89.90	64.02
Filmtabl 30 mg 98 Stk			20333	273.85	224.25
Filmtabl 30 mg Blist 10 x 10 x 1 Stk			20333	279.10	228.83
Filmtabl 60 mg 28 Stk			20333	89.90	64.02
Filmtabl 60 mg 98 Stk			20333	273.85	224.25
Filmtabl 60 mg 10 Blist 10 Stk			20333	279.10	228.83
LOCOID	CPS Cito Pharma Services GmbH	100510			
Creme 0.100 % 30 g			12438	8.20	3.59
LOCOID CRELO	CPS Cito Pharma Services GmbH	100510			
Emuls 0.100 % 30 g			16323	9.30	4.53
Emuls 0.100 % 100 g			16323	25.50	11.48
L-POLAMIDON LSG ZUM EINNEHMEN	Mundipharma Medical Company Hamilton, Bermuda, Basel Branch	010130			
Lös 5 mg/ml 100 ml			20357	34.15	15.46
Lös 5 mg/ml 3 x 100 ml			20357	68.05	44.98
Lös 5 mg/ml 500 ml			20357	100.70	73.43
LUBEX EXTRA MILD	Permamed AG Betriebsstandort Therwil	101000			
liq pH 5.5 150 ml			12850	11.65	6.32
liq pH 5.5 500 ml			12850	29.50	15.99

PRÄPARATE / (Wirkstoffe) Packungen	Verantwortliche Firma	Therap. Gruppe	Dossier Nr.	Preis neu	Ex-Fact. neu
LYRICA	Pfizer PFE Switzerland GmbH	010710			
Kaps 25 mg 14 Stk			18130	14.85	5.79
Kaps 25 mg 56 Stk			18130	35.20	16.37
Kaps 50 mg 14 Stk			18130	16.10	6.86
Kaps 50 mg 84 Stk			18130	58.05	36.26
Kaps 75 mg 14 Stk			18130	17.40	8.00
Kaps 75 mg 56 Stk			18130	53.05	31.91
Kaps 100 mg 84 Stk			18130	63.80	41.27
Kaps 150 mg 56 Stk			18130	63.80	41.27
Kaps 150 mg 168 Stk			18130	155.70	121.33
Kaps 200 mg 84 Stk			18130	78.25	53.88
Kaps 300 mg 56 Stk			18130	78.25	53.88
Kaps 300 mg 168 Stk			18130	198.25	158.41
MADOPAR 125	Roche Pharma (Schweiz) AG	010800			
Tabl 125 mg 30 Stk			13861	14.00	5.07
Tabl 125 mg 100 Stk			13861	28.70	14.30
Kaps 125 mg 100 Stk			11877	28.70	14.30
MADOPAR 250	Roche Pharma (Schweiz) AG	010800			
Tabl 250 mg 30 Stk			13861	18.25	8.76
Tabl 250 mg 100 Stk			13861	47.00	26.64
MADOPAR 62.5	Roche Pharma (Schweiz) AG	010800			
Kaps 62.500 mg 100 Stk			11877	17.95	8.48
MADOPAR LIQ	Roche Pharma (Schweiz) AG	010800			
Tabl 62.500 mg 100 Stk			16201	17.95	8.48
Tabl 125 mg 30 Stk			16201	14.00	5.07
Tabl 125 mg 100 Stk			16201	28.70	14.30
MARCOUMAR	MEDA Pharma GmbH	060310			
Tabl 3 mg 25 Stk			6909	7.20	2.69
Tabl 3 mg 100 Stk			6909	19.20	9.60
MEDIKINET MR	Salmon Pharma GmbH	011020			
Kaps 5 mg 30 Stk			18368	15.45	6.33
Kaps 10 mg 50 Stk			18369	40.60	21.08
Kaps 10 mg 100 Stk			18369	59.00	37.10
Kaps 20 mg 50 Stk			18369	56.10	34.57
Kaps 20 mg 100 Stk			18369	86.25	60.85
Kaps 30 mg 50 Stk			18369	91.25	65.18
Kaps 30 mg 100 Stk			18369	141.35	108.85
Kaps 40 mg 50 Stk			18369	107.35	79.21
Kaps 40 mg 100 Stk			18369	176.45	139.41
MEMANTIN MEPHA	Mepha Pharma AG	019900			
Lactabs 10 mg 50 Stk			20238	66.50	43.64
Lactabs 20 mg 98 Stk			20238	207.55	166.52
MEMANTIN MEPHA STARTER	Mepha Pharma AG	019900			
Lactabs 7x5/7x10/7x15/7x20 mg 28 Stk			20238	48.10	27.61
MEMANTIN SANDOZ	Sandoz Pharmaceuticals AG	019900			
Filmtabl 10 mg 50 Stk			20387	67.75	44.74
Filmtabl 20 mg 98 Stk			20387	207.55	166.52
MEMANTIN SANDOZ STARTERPACKUNG	Sandoz Pharmaceuticals AG	019900			
Filmtabl 7x5/7x10/7x15/7x20 mg 28 Stk			20387	49.10	28.50
MEMANTIN ZENTIVA	Helvepharm AG	019900			
Filmtabl 10 mg 50 Stk			20414	67.75	44.74
Filmtabl 20 mg 98 Stk			20414	207.55	166.52

PRÄPARATE / (Wirkstoffe) Packungen	Verantwortliche Firma	Therap. Gruppe	Dossier Nr.	Preis neu	Ex-Fact. neu
MESTINON Tabl 10 mg 250 Stk Drag 60 mg 150 Stk	MEDA Pharmaceuticals Switzer- land GmbH	011400	7098 7099	27.70 61.20	13.43 39.02
METAMIZOL SPIRIG HC Tropfen 500 mg/ml (neu) Fl 20 ml Tropfen 500 mg/ml (neu) Fl 100 ml	Spirig HealthCare AG	010110	20469 20469	6.70 18.40	2.25 8.88
METHYLPHENIDAT MEPHA Depotabs 18 mg Ds 30 Stk Depotabs 18 mg Ds 60 Stk Depotabs 27 mg Ds 30 Stk Depotabs 27 mg Ds 60 Stk Depotabs 36 mg Ds 30 Stk Depotabs 36 mg Ds 60 Stk Depotabs 54 mg Ds 30 Stk Depotabs 54 mg Ds 60 Stk	Mepha Pharma AG	011020	20701 20701 20701 20701 20701 20701 20701 20701	47.20 70.60 54.70 83.85 60.00 93.10 68.25 107.65	26.83 47.23 33.38 58.74 37.96 66.81 45.16 79.48
METHYLPHENIDAT SANDOZ Ret Tabl 18 mg 30 Stk Ret Tabl 18 mg 60 Stk Ret Tabl 27 mg 30 Stk Ret Tabl 27 mg 60 Stk Ret Tabl 36 mg 30 Stk Ret Tabl 36 mg 60 Stk Ret Tabl 54 mg 30 Stk Ret Tabl 54 mg 60 Stk	Sandoz Pharmaceuticals AG	011020	19893 19893 19893 19893 19893 19893 19893 19893	47.20 70.60 54.70 83.85 60.00 93.10 68.25 107.65	26.83 47.23 33.38 58.74 37.96 66.81 45.16 79.48
MICROPAQUE Susp 500 ml	Guerbet AG	140122	15923	15.20	6.10
MICROPAQUE SCANNER Susp 150 ml	Guerbet AG	140122	15925	9.60	4.79
MIRCERA FSP Inj Lös 30 mcg/0.3 ml Fertigspr 1 Stk Inj Lös 50 mcg/0.3 ml Fertspr 1 Stk Inj Lös 75 mcg/0.3 ml Fertspr 1 Stk Inj Lös 100 mcg/0.3 ml Fertspr 1 Stk Inj Lös 120 mcg/0.3 ml Fertigspr 1 Stk Inj Lös 150 mcg/0.3 ml Fertspr 1 Stk Inj Lös 200 mcg/0.3 ml Fertspr 1 Stk Inj Lös 250 mcg/0.3 ml Fertspr 1 Stk	Roche Pharma (Schweiz) AG	060730	18691 18691 18691 18691 18691 18691 18691 18691 18691	86.35 133.00 191.30 249.60 296.25 366.20 482.80 599.40	60.94 101.57 152.36 203.14 243.77 304.71 406.28 507.85
MIRVASO Gel 3.3000 mg/g 30 g	Galderma SA	109900	20314	62.30	39.98
MODASOMIL Tabl 100 mg 30 Stk Tabl 100 mg 90 Stk	Teva Pharma AG	011020	17532 17532	67.55 159.05	44.54 124.25
MONOVO Creme 35 g Creme 70 g	Almirall AG	100510	19994 19994	16.25 26.50	7.03 12.37
MYCOSTER Creme 10 mg/g Tb 30 g	Pierre Fabre (Suisse) S.A.	100941	19241	8.05	3.45
NEUPOGEN AMGEN Inj Lös 30 Mio E/ml Vial 5 Stk Inj Lös 30 Mio E/0.5 ml Fertspr 5 Stk Inj Lös 48 Mio E/0.5 ml Fertspr 5 Stk	Amgen Switzerland AG	060730	16142 16142 16142	531.10 531.10 740.90	448.34 448.34 631.10

PRÄPARATE / (Wirkstoffe) Packungen	Verantwortliche Firma	Therap. Gruppe	Dossier Nr.	Preis neu	Ex-Fact. neu
NEUPRO	UCB-Pharma SA	010800			
Matrixpfl 1 mg/24h (neu) Btl 7 Stk			18459	27.65	13.37
Matrixpfl 1 mg/24h (neu) Btl 28 Stk			18459	66.75	43.86
Matrixpfl 2 mg/24h (neu) Btl 7 Stk			18459	40.30	20.84
Matrixpfl 2 mg/24h (neu) Btl 28 Stk			18459	94.85	68.34
Matrixpfl 3 mg/24h (neu) Btl 7 Stk			18459	40.40	20.91
Matrixpfl 3 mg/24h (neu) Btl 28 Stk			18459	95.10	68.57
Matrixpfl 4 mg/24h (neu) Btl 7 Stk			18459	55.65	34.17
Matrixpfl 4 mg/24h (neu) Btl 28 Stk			18459	145.05	112.07
Matrixpfl 6 mg/24h (neu) Btl 7 Stk			18459	60.05	38.02
Matrixpfl 6 mg/24h (neu) Btl 28 Stk			18459	159.55	124.70
Matrixpfl 8 mg/24h (neu) Btl 28 Stk			18459	192.20	153.15
NEURONTIN	Pfizer PFE Switzerland GmbH	010710			
Kaps 100 mg 50 Stk			16353	19.30	9.66
Kaps 100 mg 100 Stk			16353	35.95	17.01
Kaps 300 mg 50 Stk			16353	40.75	21.23
Kaps 300 mg 100 Stk			16353	64.25	41.68
Kaps 400 mg 50 Stk			16353	50.85	29.99
Kaps 400 mg 100 Stk			16353	81.40	56.62
Filmtabl 600 mg 50 Stk			17568	68.90	45.71
Filmtabl 600 mg 100 Stk			17568	115.20	86.08
Filmtabl 800 mg 50 Stk			17568	85.85	60.48
Filmtabl 800 mg 100 Stk			17568	147.40	114.09
NIZORAL	Janssen-Cilag AG	100941			
Creme 2 % 30 g			14675	14.90	5.85
NOOTROPIL	UCB-Pharma SA	019900			
Trink Lös 33 % Fl 125 ml			18278	14.80	5.73
NORMISON	MEDA Pharma GmbH	010310			
Kaps 20 mg 30 Stk			14509	17.00	7.65
Kaps 20 mg 100 Stk			14509	45.65	25.50
NORMISON MITE	MEDA Pharma GmbH	010310			
Kaps 10 mg 30 Stk			14509	14.50	5.49
Kaps 10 mg 100 Stk			14509	37.40	18.31
NOVALGIN	Sanofi-Aventis (Suisse) SA	010110			
Tropfen 0.500 g/ml 10 ml			11986	5.55	1.25
Tropfen 0.500 g/ml 20 ml			11986	6.65	2.20
Tropfen 0.500 g/ml 100 ml			11986	19.55	9.87
Supp 1 g Erw 5 Stk			11988	6.20	1.84
NOVOEIGHT	Novo Nordisk Pharma AG	060110			
Trockensub 250 IE c Solv Durchstf 1 Stk			20147	249.75	203.66
Trockensub 500 IE c Solv Durchstf 1 Stk			20147	428.10	377.66
Trockensub 1000 IE c Solv Durchstf 1 Stk			20147	815.20	755.33
Trockensub 1500 IE c Solv Durchstf 1 Stk			20147	1202.30	1132.99
Trockensub 2000 IE c Solv Durchstf 1 Stk			20147	1589.45	1510.66
Trockensub 3000 IE c Solv Durchstf 1 Stk			20147	2363.65	2265.99

PRÄPARATE / (Wirkstoffe) Packungen	Verantwortliche Firma	Therap. Gruppe	Dossier Nr.	Preis neu	Ex-Fact. neu
NUWIQ Trockensub 250 IE c Solv Durchstf 2.500 ml	Octapharma AG	060110	20400	256.35	210.12
Trockensub 500 IE c Solv Durchstf 2.500 ml			20400	470.45	418.99
Trockensub 1000 IE c Solv Durchstf 2.500 ml			20400	898.55	836.65
Trockensub 2000 IE c Solv Durchstf 2.500 ml			20400	1745.85	1663.29
OCTANATE Trockensub 250 IE c Solv+Applikati- onsset 1 Stk	Octapharma AG	060110	18686	248.90	202.85
Trockensub 500 IE c Solv+Applikati- onsset 1 Stk			18686	433.20	382.61
Trockensub 1000 IE c Solv+Applikati- onsset 1 Stk			18686	825.15	765.04
OCTAPLEX 1000 Trockensub c Solv Durchstf 1 Stk	Octapharma AG	060110	18688	635.15	579.66
OCTAPLEX 500 Trockensub c Solv Durchstf 1 Stk	Octapharma AG	060110	18688	338.10	289.83
ONDANSETRON LABATEC Filmtabl 4 mg 10 Stk	Labatec Pharma SA	010900	20323	43.00	23.19
Filmtabl 8 mg 6 Stk			20323	43.00	23.19
ONDANSETRON ODT LABATEC Schmelztabl 4 mg 10 Stk	Labatec Pharma SA	010900	20306	45.65	25.49
Schmelztabl 8 mg 6 Stk			20306	45.75	25.58
ONDANSETRON ODT SANDOZ Schmelztabl 4 mg Blist 10 Stk	Sandoz Pharmaceuticals AG	010900	20896	45.65	25.49
Schmelztabl 8 mg Blist 6 Stk			20896	45.75	25.58
ONDANSETRON SANDOZ Filmtabl 4 mg Blist 10 Stk	Sandoz Pharmaceuticals AG	010900	20895	43.00	23.19
Filmtabl 8 mg Blist 6 Stk			20895	43.00	23.19
ONDANSETRON TEVA Filmtabl 4 mg 10 Stk	Teva Pharma AG	010900	18407	43.00	23.19
Filmtabl 8 mg 6 Stk			18407	43.00	23.19
ONDANSETRON TEVA ORO Schmelztabl 4 mg 10 Stk	Teva Pharma AG	010900	18780	45.65	25.49
Schmelztabl 8 mg 6 Stk			18780	45.75	25.58
OPTIRAY 300 Inj Lös 300 mg/ml Durchstf 100 ml	Guerbet AG	140113	15917	67.85	44.82
Inj Lös 300 mg/ml 10 Durchstf 200 ml			15917	1044.75	896.49
Inj Lös 300 mg/ml 5 Durchstf 500 ml			15917	1290.55	1120.61
Inj Lös HH Fertspr 50 ml			15917	47.55	27.13
Inj Lös HP Fertspr 75 ml			15917	62.85	40.45
Inj Lös HP Fertspr 100 ml			15917	76.70	52.51
Inj Lös HP Fertspr 125 ml			15917	91.75	65.64
OPTIRAY 350 Inj Lös 350 mg/ml Durchstf 50 ml	Guerbet AG	140113	15917	45.55	25.38
Inj Lös 350 mg/ml Durchstf 100 ml			15917	72.65	49.00
Inj Lös 350 mg/ml 10 Durchstf 200 ml			15917	1136.40	980.06
Inj Lös HH Fertspr 50 ml			15917	50.50	29.72
Inj Lös HP Fertspr 75 ml			15917	67.30	44.34
Inj Lös HP Fertspr 100 ml			15917	82.30	57.41
Inj Lös HP Fertspr 125 ml			15917	98.80	71.77

PRÄPARATE / (Wirkstoffe) Packungen	Verantwortliche Firma	Therap. Gruppe	Dossier Nr.	Preis neu	Ex-Fact. neu
ORFIRIL Sirup 300 mg/5 ml m Dosierspritze (neu) Fl 250 ml	Desitin Pharma GmbH	010710	14409	19.15	9.53
ORFIRIL LONG 150 Ret Kaps 150 mg 100 Stk	Desitin Pharma GmbH	010710	17258	17.50	8.10
ORFIRIL LONG 300 Ret Kaps 300 mg 100 Stk	Desitin Pharma GmbH	010710	17258	27.55	13.28
ORFIRIL LONG MINIPACKS Ret Tabl 500 mg 100 Stk Ret Tabl 1000 mg 100 Stk	Desitin Pharma GmbH	010710	17719 17719	38.75 58.40	19.48 36.59
OXYCODON MEPHA Ret Tabl 5 mg Blist 30 Stk Ret Tabl 5 mg Blist 60 Stk Ret Tabl 10 mg Blist 30 Stk Ret Tabl 10 mg Blist 60 Stk Ret Tabl 20 mg Blist 30 Stk Ret Tabl 20 mg Blist 60 Stk Ret Tabl 40 mg Blist 30 Stk Ret Tabl 40 mg Blist 60 Stk Ret Tabl 80 mg Blist 30 Stk Ret Tabl 80 mg Blist 60 Stk	Mepha Pharma AG	010130	20381 20381 20381 20381 20381 20381 20381 20381 20381 20381	16.70 27.35 19.80 36.90 36.05 54.05 57.25 95.35 88.10 159.75	7.42 13.10 10.12 17.85 17.13 32.79 35.58 68.78 62.46 124.89
OXYCODON SANDOZ Ret Tabl 5 mg 30 Stk Ret Tabl 5 mg 60 Stk Ret Tabl 10 mg 30 Stk Ret Tabl 10 mg 60 Stk Ret Tabl 20 mg 30 Stk Ret Tabl 20 mg 60 Stk Ret Tabl 40 mg 30 Stk Ret Tabl 40 mg 60 Stk Ret Tabl 80 mg 30 Stk Ret Tabl 80 mg 60 Stk	Sandoz Pharmaceuticals AG	010130	19975 19975 19975 19975 19975 19975 19975 19975 19975 19975	16.75 27.40 19.85 36.95 36.10 54.05 57.25 95.30 88.05 159.60	7.46 13.14 10.16 17.88 17.15 32.79 35.57 68.72 62.41 124.72
OXYCODON STREULI Ret Tabl 5 mg 30 Stk Ret Tabl 5 mg 60 Stk Ret Tabl 10 mg 30 Stk Ret Tabl 10 mg 60 Stk Ret Tabl 20 mg 30 Stk Ret Tabl 20 mg 60 Stk Ret Tabl 40 mg 30 Stk Ret Tabl 40 mg 60 Stk Ret Tabl 80 mg 30 Stk Ret Tabl 80 mg 60 Stk	Streuli Pharma AG	010130	20419 20419 20419 20419 20419 20419 20419 20419 20419 20419	16.75 27.40 19.85 36.95 36.10 54.05 57.25 95.30 88.05 159.60	7.45 13.14 10.16 17.88 17.15 32.79 35.58 68.72 62.41 124.73
XYCONTIN Ret Tabl 5 mg 30 Stk Ret Tabl 5 mg 60 Stk Ret Tabl 10 mg 30 Stk Ret Tabl 10 mg 60 Stk Ret Tabl 20 mg 30 Stk Ret Tabl 20 mg 60 Stk Ret Tabl 40 mg 30 Stk Ret Tabl 40 mg 60 Stk Ret Tabl 80 mg 30 Stk Ret Tabl 80 mg 60 Stk	Mundipharma Medical Company Hamilton, Bermuda, Basel Branch	010130	17356 17356 17356 17356 17356 17356 17356 17356 17356 17356	17.70 29.05 25.25 39.20 38.30 58.20 61.75 102.05 95.95 170.55	8.29 14.58 11.30 19.87 19.06 36.43 39.52 74.59 69.31 134.27

PRÄPARATE / (Wirkstoffe) Packungen	Verantwortliche Firma	Therap. Gruppe	Dossier Nr.	Preis neu	Ex-Fact. neu
OXYNORM Lösung zum Einnehmen 10 mg/ml Fl 30 ml	Mundipharma Medical Company Hamilton, Bermuda, Basel Branch	010130	17964	35.55	16.69
Kaps 5 mg 30 Stk			19289	19.55	9.89
Kaps 5 mg 60 Stk			19289	36.40	17.40
Kaps 10 mg 30 Stk			19289	35.00	16.22
Kaps 10 mg 60 Stk			19289	49.15	28.54
Kaps 20 mg 30 Stk			19289	46.95	26.59
Kaps 20 mg 60 Stk			19289	70.15	46.80
Schmelztabl 5 mg 28 Stk			20288	18.80	9.23
Schmelztabl 5 mg 56 Stk			20288	35.05	16.24
Schmelztabl 10 mg 28 Stk			20288	33.80	15.14
Schmelztabl 10 mg 56 Stk			20288	47.00	26.64
Schmelztabl 20 mg 28 Stk			20288	44.90	24.83
Schmelztabl 20 mg 56 Stk			20288	66.55	43.68
PALLADON Kaps 1.300 mg 30 Stk	Mundipharma Medical Company Hamilton, Bermuda, Basel Branch	010130	16627	19.55	9.89
Kaps 2.600 mg 30 Stk			16627	36.50	17.52
Ret Kaps 4 mg 30 Stk			16628	40.35	20.87
Ret Kaps 4 mg 60 Stk			16628	64.30	41.73
Ret Kaps 8 mg 30 Stk			16628	61.05	38.88
Ret Kaps 8 mg 60 Stk			16628	94.90	68.39
Ret Kaps 16 mg 30 Stk			16628	92.60	66.36
Ret Kaps 16 mg 60 Stk			16628	150.50	116.81
Ret Kaps 24 mg 30 Stk			16628	111.10	82.50
Ret Kaps 24 mg 60 Stk			16628	183.00	145.12
PALONOSETRON SANDOZ Inj Lös 0.250 mg/5 ml Vial 5 ml	Sandoz Pharmaceuticals AG	010900	20626	68.45	45.36
PALONOSETRON TEVA Inj Lös 0.250 mg/5 ml Durchstf 5 ml	Teva Pharma AG	010900	20656	68.45	45.36
PELSANO MED BADEEMULSION Emuls 300 ml	VERFORA SA	101000	1	6.30	3.42
Emuls 1000 ml			1	16.10	8.73
PEVARYL Creme 1 % 30 g	Medius AG	100941	11969	8.00	4.34
Pdr 30 g			14881	7.85	4.26
Vapo 30 ml			15789	10.50	5.68
PLEGRIDY Inj Lös 125 mcg/0.5 ml Fertpen 2 Stk	Biogen Switzerland AG	019900	20332	1109.10	955.18
PLEGRIDY 63MCG/0.5 ML+- 94 MCG/0.5 ML Inj Lös Fertpen 2 Stk	Biogen Switzerland AG	019900	20332	1067.35	917.13
PRADAXA Kaps 110 mg (neu) 60 Stk	Boehringer Ingelheim (Schweiz) GmbH	060320	19764	96.45	69.73
Kaps 110 mg (neu) 3 x 60 Stk			19764	256.55	209.18
Kaps 150 mg (neu) 60 Stk			19764	96.45	69.73
Kaps 150 mg (neu) 3 x 60 Stk			19764	256.55	209.18
PRAMIPEXOL ER SANDOZ Ret Tabl 0.3750 mg 10 Stk	Sandoz Pharmaceuticals AG	010800	20577	14.25	5.27
Ret Tabl 0.7500 mg 10 Stk			20577	19.40	9.74
Ret Tabl 0.7500 mg 30 Stk			20577	47.65	27.20
Ret Tabl 1.5000 mg 30 Stk			20577	78.85	54.40
Ret Tabl 3 mg 30 Stk			20577	141.30	108.81
Ret Tabl 4.5000 mg 30 Stk			20577	203.80	163.22

PRÄPARATE / (Wirkstoffe) Packungen	Verantwortliche Firma	Therap. Gruppe	Dossier Nr.	Preis neu	Ex-Fact. neu
PRAMIPEXOL ER ZENTIVA Ret Tabl 0.375 mg 10 Stk Ret Tabl 0.750 mg 10 Stk Ret Tabl 0.750 mg 30 Stk Ret Tabl 1.500 mg 30 Stk Ret Tabl 3 mg 30 Stk Ret Tabl 4.500 mg 30 Stk	Helvepharm AG	010800	20585 20585 20585 20585 20585 20585	14.25 19.40 47.65 78.85 141.30 203.75	5.27 9.74 27.20 54.40 108.80 163.20
PRAMIPEXOL MEPHA ER Depotabs 0.3750 mg 10 Stk Depotabs 0.7500 mg 10 Stk Depotabs 0.7500 mg 30 Stk Depotabs 1.5000 mg 30 Stk Depotabs 3 mg 30 Stk Depotabs 4.5000 mg 30 Stk	Mepha Pharma AG	010800	65797 19218 19218 19218 65797 19218	14.25 19.40 47.65 78.85 141.30 203.75	5.27 9.74 27.20 54.40 108.80 163.20
PREDNICUTAN Creme 2.500 mg/g 30 g Fettsalbe 2.500 mg/g 30 g Salbe 2.500 mg/g 30 g	Dermapharm AG	100510	19523 19524 19525	9.05 9.05 9.05	4.31 4.31 4.31
PREDNICUTAN CRINALE Lös 2.500 mg/g 50 ml	Dermapharm AG	100510	20155	16.90	7.57
PRIMOVIST Inj Lös 0.250 mmol/ml Fertspr 10 ml	Bayer (Schweiz) AG	140200	18153	215.30	173.27
PROHANCE Inj Lös 5 mmol/10 ml Durchstf 10 ml Inj Lös 7.5000 mmol/15 ml Durchstf 15 ml Inj Lös 10 mmol/20 ml Durchstf 20 ml Inj Lös 25 mmol/50 ml Durchstfl 1 Stk	Bracco Suisse SA	140200	16614 16614 16614 16614	70.00 92.05 114.30 265.20	46.68 65.89 85.28 216.74
PROHANCE PFS Inj Lös 5 mmol/10 ml Fertspr 10 ml Inj Lös 8.5000 mmol/17 ml Fertspr 17 ml	Bracco Suisse SA	140200	18359 18359	70.00 101.95	46.68 74.53
PROLASTIN Trockensub 1 g c Solv inkl Mix2Vial Set Durchstf 1 Stk	Vifor SA	060110	18782	386.30	336.87
PROSCAR Tabl 5 mg 28 Stk Tabl 5 mg Blist 30 Stk Tabl 5 mg 98 Stk Tabl 5 mg Blist 105 Stk	Organon GmbH	059900	16067 16067 16067 16067	38.75 40.35 93.20 98.70	19.49 20.88 66.91 71.69
PROSTAPLANT F Kaps 60 Stk Kaps 120 Stk	Schwabe Pharma AG	550200	20669 20669	27.80 43.65	13.48 23.72
PROTOPIC Salbe 0.030 % 30 g Salbe 0.030 % 60 g Salbe 0.100 % 30 g Salbe 0.100 % 60 g	LEO Pharmaceutical Products Sarath Ltd.	100400	17771 17771 17771 17771	49.05 73.75 52.60 80.00	28.42 49.97 31.52 55.42
REBIF Inj Lös 22 mcg/0.5 ml Fertigspr 12 Stk Inj Lös 44 mcg/0.5 ml Fertigspr 12 Stk	Merck (Schweiz) AG	019900	17286 17286	1003.90 1160.80	860.20 1002.33
REBIF 22 MULTIDOSE Inj Lös 66 mcg/1.5 ml Patronen 4 Stk	Merck (Schweiz) AG	019900	19189	1003.90	860.20

PRÄPARATE / (Wirkstoffe) Packungen	Verantwortliche Firma	Therap. Gruppe	Dossier Nr.	Preis neu	Ex-Fact. neu
REBIF 22 REBIDOSE Inj Lös 22 mcg/0.5 ml Fertpen 12 Stk	Merck (Schweiz) AG	019900	20066	1003.90	860.20
REBIF 44 MULTIDOSE Inj Lös 132 mcg/1.5 ml Patronen 4 Stk	Merck (Schweiz) AG	019900	19189	1160.80	1002.33
REBIF 44 REBIDOSE Inj Lös 44 mcg/0.5 ml Fertpen 12 Stk	Merck (Schweiz) AG	019900	20066	1160.80	1002.33
REBIF REBIDOSE START Inj Lös 6x8.8mcg, 6x22mcg Fertpen 12 Stk	Merck (Schweiz) AG	019900	20066	840.90	718.21
REBIF STARTPACKUNG Inj Lös 6x8.8mcg, 6x22mcg Fertigspr 12 Stk	Merck (Schweiz) AG	019900	17286	840.90	718.21
RECOMON PS Inj Lös 2000 IE/0.3 ml +Nadel Fertspr 6 Stk	Roche Pharma (Schweiz) AG	060730	17227	131.50	100.25
Inj Lös 3000 IE/0.3 ml +Nadel Fertspr 6 Stk			17227	189.05	150.39
Inj Lös 4000 IE/0.3 ml +Nadel Fertspr 6 Stk			17227	246.60	200.51
Inj Lös 5000 IE/0.3 ml +Nadel Fertspr 6 Stk			17227	304.15	250.64
Inj Lös 10000 IE/0.6 ml +Nadel Fertspr 6 Stk			17227	569.40	481.72
Inj Lös 30000 IE/0.6 ml +Nadel Fertspr 4 Stk			17227	1118.15	963.45
REFACTO AF FUSENGO Trockensub 250 IE c Solv Fertspr 1 Stk	Pfizer AG	060110	19763	239.05	193.24
Trockensub 500 IE c Solv Fertigspr 1 Stk			19763	437.15	386.47
Trockensub 1000 IE c Solv Fertigspr 1 Stk			19763	832.85	772.56
Trockensub 2000 IE c Solv Fertigspr 1 Stk			19763	1624.75	1545.12
Trockensub 3000 IE c Solv Fertigspr 1 Stk			19763	2416.65	2317.72
REMINYL PROLONGED RELEASE Kaps 8 mg 28 Stk	Janssen-Cilag AG	019900	18168	66.45	43.61
Kaps 16 mg 28 Stk			18168	66.45	43.61
Kaps 24 mg 28 Stk			18168	66.45	43.61
REQUIP Filmtabl 0.250 mg 21 Stk	GlaxoSmithKline AG	010800	16748	7.55	2.99
Filmtabl 2 mg 84 Stk			16748	86.00	60.64
Filmtabl 5 mg 84 Stk			16748	163.50	128.12
Filmtabl 1 mg 84 Stk			16748	55.55	34.09
REQUIP MODUTAB Filmtabl 2 mg 28 Stk	GlaxoSmithKline AG	010800	18670	37.00	17.94
Filmtabl 4 mg 28 Stk			18670	53.05	31.91
Filmtabl 8 mg 28 Stk			18670	77.25	53.01
RESPREEZA Trockensub 1000 mg c Solv Durchstf 1 Stk	CSL Behring AG	060110	20393	373.65	324.56
Trockensub 4000 mg c Solv Durchstf 1 Stk			20393	1371.70	1298.24

PRÄPARATE / (Wirkstoffe) Packungen	Verantwortliche Firma	Therap. Gruppe	Dossier Nr.	Preis neu	Ex-Fact. neu
RILUTEK Filmtabl 56 Stk	Sanofi-Aventis (Suisse) SA	019900	16750	237.85	192.90
RITALIN LA Kaps 20 mg 30 Stk Kaps 20 mg 100 Stk Kaps 30 mg 30 Stk Kaps 30 mg 100 Stk Kaps 40 mg 30 Stk Kaps 40 mg 100 Stk	Novartis Pharma Schweiz AG	011020	17775 17775 17775 17775 17775 17775	53.15 120.50 64.10 151.60 71.50 172.50	32.00 90.66 41.57 117.77 48.00 135.99
RITALIN SR Ret Tabl 20 mg 100 Stk	Novartis Pharma Schweiz AG	011020	17358	55.10	33.72
RIVOTRIL Tabl 0.500 mg 50 Stk Tabl 2 mg 100 Stk Inj Lös 1 mg i.m./i.v. 5 Amp 1 ml	CPS Cito Pharma Services GmbH	010710	11874 11874 11876	7.05 19.10 8.65	2.58 9.48 3.96
RIXUBIS Trockensub 250 IE cum Solv 1 Stk Trockensub 500 IE cum Solv 1 Stk Trockensub 1000 IE cum Solv 1 Stk Trockensub 2000 IE cum Solv 1 Stk Trockensub 3000 IE cum Solv 1 Stk	Takeda Pharma AG	060110	20199 20199 20199 20199 20199	212.50 384.30 727.30 1413.60 2099.90	167.30 334.95 669.56 1339.11 2008.66
ROPINIROL MEPHA RETARD Depotabs 2 mg 28 Stk Depotabs 4 mg 28 Stk Depotabs 8 mg 28 Stk	Mepha Pharma AG	010800	20125 20125 20125	34.95 49.35 71.15	16.16 28.72 47.71
ROPINIROL SANDOZ RETARD Ret Tabl 2 mg 28 Stk Ret Tabl 4 mg 28 Stk Ret Tabl 8 mg 28 Stk	Sandoz Pharmaceuticals AG	010800	20022 20022 20022	35.35 50.05 71.15	16.50 29.31 47.71
SABRIL Filmtabl 500 mg 100 Stk Plv 500 mg Btl 100 Stk	Sanofi-Aventis (Suisse) SA	010710	15986 16200	80.50 96.50	55.85 69.77
SAROTEN Filmtabl 10 mg Ds 50 Stk Filmtabl 10 mg Ds 100 Stk Filmtabl 25 mg Ds 50 Stk Filmtabl 25 mg Ds 100 Stk	Lundbeck (Schweiz) AG	010600	11997 11997 11997 11997	5.75 6.90 8.10 15.25	1.44 2.45 3.48 6.12
SCABI-MED Creme 5 % Tb 30 g	Permamed AG Betriebsstandort Therwil	100950	20758	28.45	14.05
SERESTA Tabl 15 mg 20 Stk Tabl 15 mg 50 Stk Tabl 50 mg forte 20 Stk Tabl 50 mg forte 100 Stk	MEDA Pharma GmbH	010410	10762 10762 10762 10762	6.35 9.00 9.60 37.75	1.96 4.26 4.79 18.58
SEVREDOL Filmtabl 10 mg 20 Stk Filmtabl 20 mg (neu) 20 Stk	Mundipharma Medical Company Hamilton, Bermuda, Basel Branch	010130	16872 16872	16.95 19.20	7.62 9.57
SEVRE-LONG Ret Kaps 30 mg 30 Stk Ret Kaps 60 mg 30 Stk Ret Kaps 120 mg 30 Stk Ret Kaps 120 mg 100 Stk Ret Kaps 200 mg 30 Stk Ret Kaps 200 mg 100 Stk	Mundipharma Medical Company Hamilton, Bermuda, Basel Branch	010130	16736 16736 16736 16736 16736 16736	39.70 54.60 79.00 214.60 86.35 237.85	20.28 33.27 54.52 172.64 60.92 192.89

PRÄPARATE / (Wirkstoffe) Packungen	Verantwortliche Firma	Therap. Gruppe	Dossier Nr.	Preis neu	Ex-Fact. neu
SIFROL Tabl 0.125 mg 30 Stk Tabl 0.250 mg 30 Stk Tabl 0.250 mg 100 Stk Tabl 0.500 mg 100 Stk Tabl 1 mg 100 Stk	Boehringer Ingelheim (Schweiz) GmbH	010800	17040 17040 17040 17040 17040	17.30 29.05 68.45 120.65 224.25	7.92 14.60 45.32 90.80 181.07
SIFROL ER Ret Tabl 0.375 mg 10 Stk Ret Tabl 0.750 mg 10 Stk Ret Tabl 0.750 mg 30 Stk Ret Tabl 1.500 mg 30 Stk Ret Tabl 3 mg 30 Stk Ret Tabl 4.500 mg 30 Stk	Boehringer Ingelheim (Schweiz) GmbH	010800	19218 19218 19218 19218 19218 19218	15.30 25.45 53.15 89.85 163.35 236.80	6.20 11.45 32.00 64.00 128.00 192.00
SIRDALUD MR Ret Kaps 6 mg 30 Stk	Novartis Pharma Schweiz AG	011200	15417	29.40	14.89
SKINOREN Creme Tb 30 g Gel Tb 30 g	LEO Pharmaceutical Products Sarath Ltd.	100200	17017 17791	17.00 17.00	7.65 7.65
SONOVUE Trockensub c Solv Inj kit 1 Stk	Bracco Suisse SA	140300	17850	109.25	80.90
SOOLANTRA Creme 10 mg/g 30 g	Galderma SA	109900	20586	36.95	17.92
SPASMEX Filmtabl 20 mg (neu) Blist 30 Stk Filmtabl 20 mg (neu) Blist 100 Stk	Zeller Medical AG Pflanzliche Heilmittel	050200	20108 20108	25.40 56.80	11.43 35.18
SPASMO URGENIN NEO Drag 20 Stk Drag 60 Stk	MEDA Pharma GmbH	050200	14567 14567	16.95 39.05	7.64 19.72
STALEVO Filmtabl 50/12.5/200 mg 30 Stk Filmtabl 50/12.5/200 mg 100 Stk Filmtabl 75/18.75/200 mg 30 Stk Filmtabl 75/18.75/200 mg 100 Stk Filmtabl 100/25/200 mg 30 Stk Filmtabl 100/25/200 mg 100 Stk Filmtabl 125/31.25/200 mg 30 Stk Filmtabl 125/31.25/200 mg 100 Stk Filmtabl 150/37.5/200 mg 30 Stk Filmtabl 150/37.5/200 mg 100 Stk Filmtabl 200/50/200 mg 30 Stk Filmtabl 200/50/200 mg 100 Stk	Orion Pharma AG	010800	18001 18001 18001 18001 18001 18001 18001 18001 18001 18001 18001 18001 18001	41.75 96.10 42.90 99.25 44.05 102.40 45.05 105.10 46.05 107.75 48.15 113.40	22.07 69.41 23.08 72.17 24.09 74.93 24.95 77.26 25.81 79.57 27.66 84.50
SUBOXONE Subling Tabl 2/0.5 mg (neu) 7 Stk Subling Tabl 2/0.5 mg (neu) 28 Stk Subling Tabl 8/2 mg (neu) 7 Stk Subling Tabl 8/2 mg (neu) 28 Stk	Indivior Schweiz AG	010130	18922 18922 18922 18922	15.75 43.50 42.80 113.75	6.59 23.62 23.00 84.80
SURMONTIL Tropfen 4 % 30 ml	Sanofi-Aventis (Suisse) SA	010600	9860	14.70	5.67
TALOX A Tabl 600 mg 100 Stk Susp 600 mg/5 ml 230 ml	Organon GmbH	010710	16743 16744	249.25 124.60	202.84 94.26
TANNOSYNT FLÜSSIG Lös Fl 100 g	Almirall AG	100800	15189	8.20	4.44

PRÄPARATE / (Wirkstoffe) Packungen	Verantwortliche Firma	Therap. Gruppe	Dossier Nr.	Preis neu	Ex-Fact. neu
TASMAR Filmtabl 100 mg 30 Stk Filmtabl 100 mg 100 Stk	MEDA Pharma GmbH	010800	16749 16749	67.25 185.40	44.28 147.20
TECFIDERA Kaps 120 mg 14 Stk Kaps 240 mg 56 Stk Kaps 240 mg 168 Stk	Biogen Switzerland AG	019900	20242 20242 20242	356.50 1361.20 3890.05	296.26 1185.06 3555.18
TGRETOL CR 200 Divitabs 200 mg 50 Stk Divitabs 200 mg 200 Stk	Novartis Pharma Schweiz AG	010710	15011 15011	15.65 41.85	6.51 22.15
TGRETOL CR 400 Divitabs 400 mg 30 Stk Divitabs 400 mg 200 Stk	Novartis Pharma Schweiz AG	010710	15011 15011	15.70 61.60	6.55 39.39
TELEBRIX 12 SODIUM Inf Lös 120 mg 250 ml	Guerbet AG	140111	15918	27.10	12.90
TELEBRIX GASTRO Lös Fl 50 ml Lös 10 Fl 100 ml	Guerbet AG	140121	15921 15921	15.85 169.55	6.67 133.40
TEMGESIC Subling Tabl 0.200 mg 10 Stk Subling Tabl 0.200 mg 50 Stk Subling Tabl 0.400 mg 10 Stk Subling Tabl 0.400 mg 50 Stk	Indivior Schweiz AG	010130	14481 14481 14481 14481	14.80 45.30 18.95 63.80	5.73 25.19 9.37 41.29
TIAPRIDAL Tabl 100 mg 20 Stk Tabl 100 mg 50 Stk	Sanofi-Aventis (Suisse) SA	010500	14060 14060	7.30 15.20	2.80 6.09
TIMONIL 200 RETARD Ret Tabl 200 mg 50 Stk Ret Tabl 200 mg 200 Stk	Desitin Pharma GmbH	010710	15005 15005	15.60 35.95	6.45 17.03
TIMONIL 300 RETARD Ret Tabl 300 mg 100 Stk	Desitin Pharma GmbH	010710	15005	36.20	17.26
TIMONIL 400 RETARD Ret Tabl 400 mg 100 Stk	Desitin Pharma GmbH	010710	15005	34.65	15.89
TIMONIL 600 RETARD Ret Tabl 600 mg 50 Stk	Desitin Pharma GmbH	010710	15005	29.20	14.73
TOCTINO Kaps 10 mg 30 Stk Kaps 30 mg 30 Stk	GlaxoSmithKline AG	100400	19123 19123	562.25 562.25	475.49 475.49
TOPAMAX Filmtabl 25 mg 60 Stk Filmtabl 50 mg 60 Stk Filmtabl 100 mg 60 Stk Filmtabl 200 mg 60 Stk Kaps 15 mg 60 Stk Kaps 50 mg 60 Stk	Janssen-Cilag AG	010710	16516 16516 16516 16516 17320 17320	38.25 54.30 83.90 130.70 25.65 54.30	19.04 33.03 58.78 99.56 11.61 33.03
TOPIRAMAT SANDOZ Filmtabl 25 mg 60 Stk Filmtabl 50 mg 60 Stk Filmtabl 100 mg 60 Stk Filmtabl 200 mg 60 Stk	Sandoz Pharmaceuticals AG	010710	18669 18669 18669 18669	34.90 49.30 77.15 120.90	16.10 28.64 52.90 91.03

PRÄPARATE / (Wirkstoffe) Packungen	Verantwortliche Firma	Therap. Gruppe	Dossier Nr.	Preis neu	Ex-Fact. neu
TOPIRAMAT SPIRIG HC	Spirig HealthCare AG	010710			
Filmtabl 25 mg Ds 60 Stk			19380	34.90	16.10
Filmtabl 50 mg Ds 60 Stk			19380	49.25	28.63
Filmtabl 100 mg Ds 60 Stk			19380	77.15	52.90
Filmtabl 200 mg Ds 60 Stk			19380	120.85	90.99
TOPSYM	Farmaceutica Teofarma Suisse SA	100510			
Creme Tb 15 g			14092	6.70	2.25
Creme Tb 30 g			14092	8.85	4.15
TOPSYM POLYVALENT	Farmaceutica Teofarma Suisse SA	100520			
Salbe Tb 15 g			12313	15.65	6.47
Salbe Tb 30 g			12313	26.10	12.00
Creme Tb 15 g			14013	15.65	6.47
Creme Tb 30 g			14013	26.10	12.00
TOVIAZ	Pfizer AG	050200			
Ret Tabl 4 mg 14 Stk			18898	35.90	16.99
Ret Tabl 4 mg 84 Stk			18898	130.30	99.23
Ret Tabl 8 mg 14 Stk			18898	36.85	17.80
Ret Tabl 8 mg 84 Stk			18898	136.20	104.34
TRAMADOL HELVEPHARM	Helvepharm AG	010130			
Kaps 50 mg (neu) 10 Stk			16873	5.20	0.97
Kaps 50 mg (neu) 20 Stk			16873	6.05	1.71
Kaps 50 mg (neu) 60 Stk			16873	14.00	5.07
Tropfen 100 mg/ml (neu) Fl 10 ml			16874	7.80	3.21
Tropfen 100 mg/ml (neu) 3 Fl 10 ml			16874	17.95	8.51
TRAMADOL MEPHA	Mepha Pharma AG	010130			
Kaps 50 mg (neu) 10 Stk			16192	5.20	0.94
Kaps 50 mg (neu) 20 Stk			16192	6.05	1.72
Kaps 50 mg (neu) 60 Stk			16192	14.00	5.07
Inj Lös 100 mg/2 ml 5 Amp 2 ml			16193	7.45	2.91
Tropfen 100 mg/ml 10 ml			16195	7.30	2.77
Tropfen 100 mg/ml 3x 10 ml			16195	17.60	8.20
Tropfen 100 mg/ml m Dosierp 50 ml			16195	26.05	11.99
TRAMADOL MEPHA RETARD	Mepha Pharma AG	010130			
Depotabs 50 mg 10 Stk			18452	5.85	1.51
Depotabs 50 mg 30 Stk			18452	9.15	4.38
Depotabs 50 mg 50 Stk			18452	15.85	6.66
Depotabs 100 mg 10 Stk			18452	7.30	2.80
Depotabs 100 mg 30 Stk			18452	17.70	8.28
Depotabs 100 mg 50 Stk			18452	20.80	10.98
Depotabs 150 mg 10 Stk			18452	8.40	3.74
Depotabs 150 mg 30 Stk			18452	18.95	9.37
Depotabs 150 mg 50 Stk			18452	29.35	14.86
Depotabs 200 mg 10 Stk			18452	8.60	3.90
Depotabs 200 mg 30 Stk			18452	19.65	9.99
Depotabs 200 mg 50 Stk			18452	34.20	15.50
TRAMADOL PLUS SPIRIG HC	Spirig HealthCare AG	010140			
Filmtabl 37.5/325 mg 10 Stk			20277	5.75	1.45
Filmtabl 37.5/325 mg 20 Stk			20277	7.15	2.64
Filmtabl 37.5/325 mg 60 Stk			20277	17.30	7.92
Filmtabl 37.5/325 mg 100 Stk			20277	25.65	11.61

PRÄPARATE / (Wirkstoffe) Packungen	Verantwortliche Firma	Therap. Gruppe	Dossier Nr.	Preis neu	Ex-Fact. neu
TRAMADOL RETARD HELVEPHARM	Helvepharm AG	010130			
Ret Filmtabl 100 mg 10 Stk			18083	7.60	3.04
Ret Filmtabl 100 mg 30 Stk			18083	18.55	9.00
Ret Filmtabl 100 mg 60 Stk			18083	27.45	13.18
Ret Filmtabl 150 mg 10 Stk			18083	8.35	3.70
Ret Filmtabl 150 mg 30 Stk			18083	18.75	9.20
Ret Filmtabl 150 mg 60 Stk			18083	38.90	19.59
Ret Filmtabl 200 mg 10 Stk			18083	7.85	3.28
Ret Filmtabl 200 mg 30 Stk			18083	19.05	9.47
Ret Filmtabl 200 mg 60 Stk			18083	39.85	20.43
TRAMADOL RETARD ZENTIVA	Helvepharm AG	010130			
Ret Filmtabl 100 mg Blist 10 Stk			18083	7.60	3.04
Ret Filmtabl 100 mg Blist 30 Stk			18083	18.55	9.00
Ret Filmtabl 100 mg Blist 60 Stk			18083	27.45	13.18
Ret Filmtabl 150 mg Blist 10 Stk			18083	8.35	3.70
Ret Filmtabl 150 mg Blist 30 Stk			18083	18.75	9.20
Ret Filmtabl 150 mg Blist 60 Stk			18083	38.90	19.59
Ret Filmtabl 200 mg Blist 10 Stk			18083	7.85	3.28
Ret Filmtabl 200 mg Blist 30 Stk			18083	19.05	9.47
Ret Filmtabl 200 mg Blist 60 Stk			18083	39.85	20.43
TRAMADOL SANDOZ	Sandoz Pharmaceuticals AG	010130			
Kaps 50 mg 10 Stk			17161	5.20	0.96
Kaps 50 mg 20 Stk			17161	6.05	1.71
Kaps 50 mg 60 Stk			17161	14.00	5.07
Tropfen 100 mg/ml m Dosierp 50 ml			17856	26.05	11.99
Tropfen 100 mg/ml Fl 10 ml			17856	7.30	2.80
Tropfen 100 mg/ml 3 Fl 10 ml			17856	17.60	8.20
Ret Tabl 100 mg 10 Stk			18158	7.35	2.81
Ret Tabl 100 mg 30 Stk			18158	17.70	8.29
Ret Tabl 100 mg 50 Stk			18158	20.80	10.98
Ret Tabl 150 mg 10 Stk			18158	8.40	3.76
Ret Tabl 150 mg 30 Stk			18158	18.95	9.37
Ret Tabl 150 mg 50 Stk			18158	29.35	14.85
Ret Tabl 200 mg 10 Stk			18158	8.60	3.93
Ret Tabl 200 mg 30 Stk			18158	19.70	10.00
Ret Tabl 200 mg 50 Stk			18158	34.15	15.48
TRAMADOL ZENTIVA	Helvepharm AG	010130			
Kaps 50 mg Blist 10 Stk			16873	5.20	0.97
Kaps 50 mg Blist 20 Stk			16873	6.05	1.71
Kaps 50 mg Blist 60 Stk			16873	14.00	5.07
Tropfen 100 mg/ml Fl 10 ml			16874	7.80	3.21
Tropfen 100 mg/ml 3 Fl 10 ml			16874	17.95	8.51
TRAMADOL-PARACETAMOL MEPHA	Mepha Pharma AG	010140			
Lacktab 37.5/325 mg 10 Stk			20213	5.80	1.46
Lacktab 37.5/325 mg 20 Stk			20213	7.15	2.64
Lacktab 37.5/325 mg 60 Stk			20213	17.30	7.92
Lacktab 37.5/325 mg Blist 100 Stk			20213	25.65	11.61
Lactab 75/650 mg 10 Stk			20213	6.85	2.40
Lactab 75/650 mg 20 Stk			20213	9.05	4.33
Lactab 75/650 mg 60 Stk			20213	27.20	12.98

PRÄPARATE / (Wirkstoffe) Packungen	Verantwortliche Firma	Therap. Gruppe	Dossier Nr.	Preis neu	Ex-Fact. neu
TRAMAL	Grünenthal Pharma AG	010130			
Kaps 50 mg 10 Stk			14191	5.35	1.08
Kaps 50 mg 20 Stk			14191	6.30	1.90
Kaps 50 mg 60 Stk			14191	14.65	5.63
Tropfen 100 mg/ml 10 ml			15796	7.40	2.88
Tropfen 100 mg/ml m Dosierpumpe 30 ml			15796	19.05	9.45
Tropfen 100 mg/ml m Dosierpumpe 50 ml			15796	27.60	13.32
Inj Lös 100 mg/2 ml i.m./i.v. 5 Amp 2 ml			15798	7.80	3.23
TRANXILIUM	Sanofi-Aventis (Suisse) SA	010410			
Kaps 5 mg 20 Stk			11478	6.25	1.86
Kaps 5 mg 50 Stk			11478	7.90	3.33
Kaps 10 mg 20 Stk			11478	7.60	3.06
Kaps 10 mg 50 Stk			11478	14.90	5.83
Kaps 20 mg 20 Stk			11478	9.05	4.32
Kaps 20 mg 50 Stk			11478	19.55	9.90
TRANXILIUM TABS	Sanofi-Aventis (Suisse) SA	010410			
Filmtabl 20 mg 20 Stk			15414	14.25	5.27
Filmtabl 20 mg 50 Stk			15414	26.10	12.03
TRIMIPRAMIN SANDOZ	Sandoz Pharmaceuticals AG	010600			
Tropfen 40 mg/ml 30 ml			19262	14.05	5.10
TRIMIPRAMINE ZENTIVA	Helvepharm AG	010600			
Tropfen 40 mg/ml 30 ml			19594	14.05	5.10
TYSABRI	Biogen Switzerland AG	019900			
Inf Konz 300 mg/15 ml Fl 15 ml			18520	1784.15	1570.68
ULTRAVIST 150	Bayer (Schweiz) AG	140113			
Inj Lös 150 mg Fl 50 ml			15897	34.35	15.63
Inj Lös 150 mg Fl 200 ml			15897	73.80	49.99
ULTRAVIST 240	Bayer (Schweiz) AG	140113			
Inj Lös 240 mg Fl 50 ml			15897	45.20	25.07
ULTRAVIST 300	Bayer (Schweiz) AG	140113			
Inj Lös 300 mg Fl 10 ml			15897	16.00	6.80
Inj Lös 300 mg Amp 20 ml			15897	27.90	13.59
Inj Lös 300 mg Fl 50 ml			15897	50.30	29.52
Inj Lös 300 mg Fl 100 ml			15897	81.95	57.12
Inj Lös 300 mg Fl 200 ml			15897	143.40	110.61
Inj Lös 300 mg 10 Fl 50 ml			15897	355.25	295.17
Inj Lös 300 mg 10 Fl 100 ml			15897	672.20	571.25
Inj Lös 300 mg 10 Fl 200 ml			15897	1274.60	1106.08
Inj Lös 300 mg 8 Fl 500 ml			15897	2487.70	2212.15
ULTRAVIST 370	Bayer (Schweiz) AG	140113			
Inj Lös 370 mg Amp 30 ml			15897	42.20	22.48
Inj Lös 370 mg Fl 50 ml			15897	55.60	34.15
Inj Lös 370 mg Fl 100 ml			15897	92.20	66.01
Inj Lös 370 mg Fl 200 ml			15897	162.95	127.65
Inj Lös 370 mg 10 Fl 50 ml			15897	408.40	341.46
Inj Lös 370 mg 10 Fl 100 ml			15897	774.20	660.11
Inj Lös 370 mg 10 Fl 200 ml			15897	1461.55	1276.53
Inj Lös 370 mg 8 Fl 500 ml			15897	2861.55	2553.06

PRÄPARATE / (Wirkstoffe) Packungen	Verantwortliche Firma	Therap. Gruppe	Dossier Nr.	Preis neu	Ex-Fact. neu
ULTRAVIST VORGEFÜLLTE PATRONEN	Bayer (Schweiz) AG	140113			
Inj Lös 300 mg 75 ml			15897	63.20	40.78
Inj Lös 300 mg 100 ml			15897	81.95	57.12
Inj Lös 300 mg 125 ml			15897	94.45	67.97
Inj Lös 300 mg 10x 100 ml			15897	672.20	571.25
Inj Lös 370 mg 100 ml			15897	92.20	66.01
Inj Lös 370 mg 10x 100 ml			15897	774.20	660.11
URBANYL	Sanofi-Aventis (Suisse) SA	010410			
Tabl 10 mg 30 Stk			13383	8.20	3.56
URISPAS	Recordati AG	050200			
Filmtabl 200 mg 30 Stk			19004	16.15	6.93
Filmtabl 200 mg 100 Stk			19004	38.95	19.63
UROREC	Recordati AG	059800			
Kaps 4 mg 30 Stk			20526	26.05	11.99
Kaps 4 mg 100 Stk			20526	59.85	37.87
Kaps 8 mg 30 Stk			20526	26.05	11.99
Kaps 8 mg 100 Stk			20526	59.85	37.87
VALIUM	Roche Pharma (Schweiz) AG	010410			
Inj Lös 10 mg/2 ml i.m./i.v. 5 Amp 2 ml			10164	7.10	2.62
VESICARE	Astellas Pharma AG	050200			
Filmtabl 5 mg 30 Stk			18336	45.65	25.46
Filmtabl 5 mg 90 Stk			18336	97.95	71.02
Filmtabl 10 mg 30 Stk			18336	51.30	30.42
Filmtabl 10 mg 90 Stk			18336	113.85	84.89
VIMPAT	UCB-Pharma SA	010710			
Filmtabl 50 mg 14 Stk			19049	26.90	12.71
Filmtabl 100 mg 14 Stk			19049	45.25	25.14
Filmtabl 100 mg 56 Stk			19049	125.15	94.75
Filmtabl 100 mg 168 Stk			19049	334.10	276.76
Filmtabl 150 mg 14 Stk			19049	58.70	36.83
Filmtabl 150 mg 56 Stk			19049	177.05	139.96
Filmtabl 150 mg 3x 56 Stk			19049	486.20	409.23
Filmtabl 200 mg 14 Stk			19049	72.75	49.09
Filmtabl 200 mg 56 Stk			19049	230.50	186.52
Filmtabl 200 mg 3x 56 Stk			19049	642.80	545.64
Sirup 10 mg/ml Fl 200 ml			19051	60.50	38.43
XAMIOL	LEO Pharmaceutical Products Sa- rath Ltd.	100300			
Gel 30 g			18918	43.10	23.27
Gel 60 g			18918	63.40	40.94
XANAX	Pfizer PFE Switzerland GmbH	010410			
Tabl 0.250 mg 30 Stk			13803	5.75	1.43
Tabl 0.250 mg 100 Stk			13803	8.75	4.06
Tabl 0.500 mg 30 Stk			13803	6.70	2.26
Tabl 0.500 mg 100 Stk			13803	15.85	6.67
Tabl 1 mg 30 Stk			13803	8.75	4.06
Tabl 1 mg 100 Stk			13803	25.10	11.17
Tabl 2 mg 30 Stk			13803	17.55	8.13
Tabl 2 mg 100 Stk			13803	42.70	22.91

PRÄPARATE / (Wirkstoffe) Packungen	Verantwortliche Firma	Therap. Gruppe	Dossier Nr.	Preis neu	Ex-Fact. neu
XANAX RETARD	Pfizer PFE Switzerland GmbH	010410			
Ret Tabl 0.500 mg 30 Stk			16446	7.80	3.22
Ret Tabl 0.500 mg 100 Stk			16446	19.05	9.45
Ret Tabl 1 mg 30 Stk			16446	14.80	5.76
Ret Tabl 1 mg 100 Stk			16446	34.55	15.83
Ret Tabl 2 mg 30 Stk			16446	25.50	11.52
Ret Tabl 2 mg 100 Stk			16446	53.70	32.47
Ret Tabl 3 mg 30 Stk			16446	34.45	15.71
Ret Tabl 3 mg 100 Stk	16446	71.70	48.15		
XATRAL UNO	Sanofi-Aventis (Suisse) SA	050200			
Ret Tabl 10 mg 10 Stk			17464	14.65	5.63
Ret Tabl 10 mg 30 Stk			17464	33.75	15.12
Ret Tabl 10 mg 90 Stk	17464	65.00	42.35		
XENAZINE	Curatis AG	019900			
Tabl 25 mg 112 Stk	18880	166.50	130.77		
XENETIX	Guerbet AG	140113			
Inj Lös 300 mg Amp 50 ml	16503	47.30	26.92		
Inj Lös 300 mg Amp 100 ml	16503	76.20	52.09		
Inj Lös 300 mg 10 Btl 100 ml	16503	614.40	520.90		
Inj Lös 300 mg 10 Amp 200 ml	16503	1204.10	1041.80		
Inj Lös 300 mg 10 Btl 200 ml	16503	1204.10	1041.80		
Inj Lös 300 mg 10 Amp 500 ml	16503	2915.60	2604.50		
Inj Lös 300 mg 10 Btl 500 ml	16503	2915.60	2604.50		
Inj Lös 300 mg Vial 200 ml	16503	136.00	104.18		
Inj Lös 300 mg Vial 500 ml	16503	315.40	260.45		
Inj Lös 350 mg Amp 20 ml	16503	28.00	13.68		
Inj Lös 350 mg Amp 50 ml	16503	50.25	29.49		
Inj Lös 350 mg Amp 100 ml	16503	81.80	56.95		
Inj Lös 350 mg 10 Btl 100 ml	16503	670.20	569.50		
Inj Lös 350 mg 10 Amp 200 ml	16503	1310.70	1139.01		
Inj Lös 350 mg 10 Btl 200 ml	16503	1310.70	1139.01		
Inj Lös 350 mg 10 Amp 500 ml	16503	3164.70	2847.52		
Inj Lös 350 mg 10 Btl 500 ml	16503	3164.70	2847.52		
Inj Lös 350 mg Vial 200 ml	16503	147.15	113.90		
Inj Lös 350 mg Vial 500 ml	16503	343.30	284.75		
XEPLION	Janssen-Cilag AG	010500			
Inj Susp 25 mg/0.25 ml Fertigspr 0.250 ml			19290	199.15	159.17
Inj Susp 50 mg/0.5 ml Fertigspr 0.500 ml			19290	316.05	261.03
Inj Susp 75 mg/0.75 ml Fertigspr 0.750 ml			19290	432.20	362.21
Inj Susp 100 mg/ml Fertigspr 1 ml			19290	525.70	443.64
Inj Susp 150 mg/1.5 ml Fertigspr 1.500 ml	19290	652.25	553.89		
XYREM	UCB-Pharma SA	019900			
Lös 500 mg/ml Fl 180 ml	18370	353.10	293.30		
ZARZIO	Sandoz Pharmaceuticals AG	060730			
Inj Lös 30 Mio E/0.5 ml Fertigspr 5 Stk			19217	479.65	403.51
Inj Lös 48 Mio E/0.5 ml Fertigspr 5 Stk	19217	668.45	567.99		
ZOFRAN	Novartis Pharma Schweiz AG	010900			
Filmtabl 4 mg 10 Stk			15857	50.85	29.99
Filmtabl 8 mg 6 Stk	15857	50.95	30.09		

PRÄPARATE / (Wirkstoffe) Packungen	Verantwortliche Firma	Therap. Gruppe	Dossier Nr.	Preis neu	Ex-Fact. neu
ZOFRAN ZYDIS Lingual Tabl 4 mg 10 Stk Lingual Tabl 8 mg 6 Stk	Novartis Pharma Schweiz AG	010900	16886 16886	50.85 50.95	29.99 30.09
ZOVIRAX Creme 10 g	GlaxoSmithKline AG	100930	14623	20.60	10.78
ZYCLARA Creme 37.500 mg/g Btl 28 Stk	MEDA Pharma GmbH	109900	20285	141.30	108.80
IV.c. Ausserordentliche Preismutation					
MAGNESIUM DIASPORAL CITRACAPS Kaps 100 mg 120 Stk	Doetsch Grether AG Hersteller/ Importeur	070210	21271	35.80	16.92
IV.d. Freiwillige Preissenkung					
ADRIBLASTIN SOL Inj Lös 10 mg/5 ml Cytosafe 5 ml Inj Lös 50 mg/25 ml 2 Cytosafe 25 ml	Pfizer AG	071610	15876 15876	26.75 161.20	12.60 126.12
AERIUS Filmtabl 5 mg 10 Stk Filmtabl 5 mg 30 Stk Filmtabl 5 mg 90 Stk	Organon GmbH	071310	17673 17673 17673	7.75 18.90 45.55	3.20 9.30 25.41
AMARYL Tabl 4 mg 30 Stk Tabl 4 mg 120 Stk	Sanofi-Aventis (Suisse) SA	070620	16476 16476	17.25 48.40	7.88 27.89
AMBRISANTAN MEPHA Lactab 5 mg Blist 30 Stk Lactab 10 mg Blist 30 Stk	Mepha Pharma AG	020710	21191 21191	1313.90 1313.90	1141.90 1141.90
AMOXI MEPHA 1000 Lactabs 1000 mg 20 Stk	Mepha Pharma AG	080123	15470	20.70	10.90
ARAVA Filmtabl 10 mg 30 Stk Filmtabl 10 mg 100 Stk Filmtabl 20 mg 30 Stk Filmtabl 20 mg 100 Stk	Sanofi-Aventis (Suisse) SA	071060	17279 17279 17279 17279	28.05 69.25 44.00 113.15	13.70 46.04 24.03 84.28
ARIMIDEX Filmtabl 1 mg 30 Stk Filmtabl 1 mg 100 Stk	Medius AG	071620	16688 16688	110.65 274.40	82.10 224.72
AROMASIN Drag 25 mg 30 Stk Drag 25 mg 100 Stk	Pfizer AG	071620	17410 17410	98.50 290.05	71.50 238.38
BRUFEN Filmtabl 200 mg Blist 30 Stk Filmtabl 400 mg 20 Stk Filmtabl 400 mg 50 Stk Filmtabl 600 mg 20 Stk Filmtabl 600 mg 100 Stk	Mylan Pharma GmbH	071010	14248 11185 11185 14248 14248	6.90 7.35 15.60 8.45 35.85	2.44 2.82 6.46 3.77 16.94
BRUFEN RETARD Ret Tabl 800 mg 20 Stk Ret Tabl 800 mg 50 Stk Ret Tabl 800 mg 100 Stk	Mylan Pharma GmbH	071010	15616 15616 15616	9.00 18.90 37.20	4.28 9.32 18.12
CAMPTO Inf Konz 40 mg/2 ml Cytosafe 2 ml Inf Konz 100 mg/5 ml Cytosafe 5 ml Inf Konz 300 mg/15 ml Cytosafe 15 ml	Pfizer AG	071610	17119 17119 17119	73.20 153.85 385.00	49.46 119.75 321.10

PRÄPARATE / (Wirkstoffe) Packungen	Verantwortliche Firma	Therap. Gruppe	Dossier Nr.	Preis neu	Ex-Fact. neu
CARBOPLATIN SANDOZ Inf Lös 50 mg/5 ml Durchstf 1 Stk Inf Lös 150 mg/15 ml Durchstf 1 Stk	Sandoz Pharmaceuticals AG	071610	17732 17732	18.35 47.05	8.85 26.72
CASODEX Tabl 50 mg Blist 30 Stk Tabl 50 mg Blist 100 Stk	Medius AG	071620	16483 16483	123.15 219.80	92.98 177.16
CIPROFLOXACIN AXAPHARM Filmtabl 250 mg 10 Stk Filmtabl 250 mg 20 Stk	Axapharm AG	080180	18709 18709	15.75 18.55	6.59 9.00
CIPROFLOXACIN SPIRIG HC Filmtabl 250 mg 10 Stk Filmtabl 250 mg 20 Stk	Spirig HealthCare AG	080180	17766 17766	15.75 18.50	6.58 8.99
CLORAZEPATE ZENTIVA Filmtabl 20 mg 20 Stk Filmtabl 20 mg 50 Stk	Helvepharm AG	010410	19588 19588	8.90 19.10	4.16 9.48
CO-AMOXI MEPHA Disp Tabl 625 mg 10 Stk Disp Tabl 625 mg 20 Stk Lactabs 1000 mg 12 Stk Lactabs 1000 mg 20 Stk Plv 312.500 mg f Susp Fl 100 ml	Mepha Pharma AG	080193	18550 18550 17739 17739 17513	25.10 34.15 34.20 36.25 25.35	11.15 15.48 15.49 17.28 11.35
CORDARONE Tabl 200 mg 20 Stk Tabl 200 mg 60 Stk	Sanofi-Aventis (Suisse) SA	020200	10918 10918	16.20 36.40	6.97 17.43
DAONIL Tabl 5 mg 30 Stk Tabl 5 mg 100 Stk	Sanofi-Aventis (Suisse) SA	070620	11244 11244	8.00 19.35	3.40 9.70
DIENOGEST MEPHA Tabl 2 mg Blist 28 Stk Tabl 2 mg 3 Blist 28 Stk	Mepha Pharma AG	099900	21015 21015	66.25 143.50	43.43 110.73
DIENOGEST SANDOZ Tabl 2 mg Blist 28 Stk Tabl 2 mg 3 Blist 28 Stk	Sandoz Pharmaceuticals AG	099900	21165 21165	66.25 143.50	43.43 110.73
DOXORUBICIN TEVA Inj Lös 10 mg/5 ml Durchstf 5 ml	Teva Pharma AG	071610	19199	26.75	12.60
DUTASTERID SPIRIG HC Kaps 0.5 mg Blist 30 Stk Kaps 0.5 mg Blist 90 Stk	Spirig HealthCare AG	059900	20749 20749	34.40 70.40	15.69 47.05
ECOFENAC SANDOZ Lipogel 1 % 50 g Lipogel 1 % 100 g	Sandoz Pharmaceuticals AG	071040	17278 17278	5.60 7.60	3.03 4.13
ELOXATIN 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	119.95 222.70 371.30	90.19 179.72 309.13
ESCITALOPRAM HELVEPHARM Filmtabl 20 mg 100 Stk	Helvepharm AG	010600	20231	95.75	69.11
FARMORUBICIN SOL 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	38.70 182.70 251.95	19.41 144.88 205.17
FLUIMUCIL Gran 200 mg Erw Btl 30 Stk Gran 200 mg Erw Btl 90 Stk	Zambon Switzerland Ltd	030200	11796 11796	6.20 19.15	3.37 9.54

PRÄPARATE / (Wirkstoffe) Packungen	Verantwortliche Firma	Therap. Gruppe	Dossier Nr.	Preis neu	Ex-Fact. neu
FLUOXETIN AXAPHARM Filmtabl 20 mg Blist 30 Stk Filmtabl 20 mg Blist 100 Stk	Axapharm AG	010600	18981 18981	19.25 56.90	9.62 35.28
FLUOXETIN HELVEPHARM Disp Tabl 20 mg 10 Stk Disp Tabl 20 mg 30 Stk Disp Tabl 20 mg 100 Stk	Helvepharm AG	010600	18568 18568 18568	8.45 19.10 56.90	3.81 9.51 35.27
FLUOXETIN MEPHA DISPERSIBLE Tabl 20 mg 10 Stk Tabl 20 mg 30 Stk Tabl 20 mg 100 Stk	Mepha Pharma AG	010600	18400 18400 18400	7.80 19.30 56.90	3.21 9.66 35.27
FLUOXETIN SANDOZ Disp Tabl 20 mg 14 Stk Disp Tabl 20 mg 28 Stk Disp Tabl 20 mg 100 Stk	Sandoz Pharmaceuticals AG	010600	18242 18242 18242	9.30 18.55 56.90	4.52 9.03 35.28
FLUOXETIN ZENTIVA Disp Tabl 20 mg Blist 10 Stk Disp Tabl 20 mg Blist 30 Stk Disp Tabl 20 mg Blist 100 Stk	Helvepharm AG	010600	18568 18568 18568	8.45 19.10 56.90	3.81 9.51 35.27
GEMCITABIN SANDOZ Inf Lös 200 mg/20 ml Durchstf 1 Stk Inf Konz 200 mg/5 ml Durchstf 1 Stk	Sandoz Pharmaceuticals AG	071610	19433 19443	38.80 38.80	19.52 19.52
GEMCITABIN TEVA Trockensub 200 mg Durchstf 1 Stk	Teva Pharma AG	071610	19018	38.80	19.52
GEMCITABIN TEVA LIQUID Inf Konz 200 mg/5 ml Durchstf 1 Stk	Teva Pharma AG	071610	20301	38.80	19.52
IBUPROFEN SANDOZ Ret Filmtabl 800 mg 20 Stk Ret Filmtabl 800 mg 50 Stk Ret Filmtabl 800 mg 100 Stk	Sandoz Pharmaceuticals AG	071010	19755 19755 19755	9.00 18.90 35.30	4.28 9.30 16.46
IMODIUM Kaps 2 mg 20 Stk Kaps 2 mg 60 Stk	Janssen-Cilag AG	040900	12893 12893	7.15 19.00	3.87 9.40
INFLAMAC LOTIO Emuls 1 % Tb 50 g Emuls 1 % Tb 100 g	Spirig HealthCare AG	071040	18224 18224	5.65 7.60	3.07 4.12
IRFEN 200 Lactabs 200 mg 30 Stk Lactabs 200 mg 100 Stk	Mepha Pharma AG	071010	15527 15527	6.90 16.90	2.44 7.58
IVABRADIN SANDOZ Filmtabl 5 mg 56 Stk Filmtabl 5 mg 112 Stk Filmtabl 7.500 mg 56 Stk Filmtabl 7.500 mg 112 Stk	Sandoz Pharmaceuticals AG	029900	20748 20748 20748 20748	59.10 101.55 59.10 101.55	37.19 74.19 37.19 74.19
JEVTANA Inf Konz 60 mg c Solv Durchstf 1 Stk	Sanofi-Aventis (Suisse) SA	071610	19436	3261.60	2942.06
LIVIAL Tabl 2.500 mg 28 Stk Tabl 2.500 mg 3x 28 Stk	Organon GmbH	070830	17141 17141	26.05 51.50	11.99 30.57
METHOTREXAT SANDOZ Tabl 10 mg 10 Stk	Sandoz Pharmaceuticals AG	071610	18949	15.65	6.47

PRÄPARATE / (Wirkstoffe) Packungen	Verantwortliche Firma	Therap. Gruppe	Dossier Nr.	Preis neu	Ex-Fact. neu
OMEPRAX	Drossapharm AG	049900			
Filmtabl 10 mg 14 Stk			18415	14.25	5.27
Filmtabl 10 mg 28 Stk			18415	18.30	8.80
Filmtabl 10 mg 56 Stk			18415	37.00	17.95
Filmtabl 10 mg 98 Stk			18415	44.15	24.16
OMEPRAZOL HELVEPHARM	Helvepharm AG	049900			
Filmtabl 10 mg 14 Stk			18103	14.30	5.32
Filmtabl 10 mg 28 Stk			18103	18.40	8.88
Filmtabl 10 mg 56 Stk			18103	37.20	18.10
Filmtabl 10 mg 98 Stk			18103	44.35	24.35
OMEPRAZOL ZENTIVA	Helvepharm AG	049900			
Filmtabl 10 mg Blist 14 Stk			18103	14.30	5.32
Filmtabl 10 mg Blist 28 Stk			18103	18.40	8.88
Filmtabl 10 mg Blist 56 Stk			18103	37.20	18.10
Filmtabl 10 mg Blist 98 Stk			18103	44.35	24.35
PARAPLATIN	Bristol-Myers Squibb SA	071610			
Inf Lös 150 mg/15 ml i.v. Durchstf 15 ml			15149	47.05	26.72
Inf Lös 450 mg/45 ml i.v. Durchstf 45 ml			15149	117.65	88.19
PROPRANOLOL HELVEPHARM	Helvepharm AG	020300			
Tabl 10 mg 60 Stk			14921	6.10	1.73
PROPRANOLOL ZENTIVA	Helvepharm AG	020300			
Filmtabl 10 mg Ds 60 Stk			14921	6.10	1.73
SIMCORA	Sandoz Pharmaceuticals AG	071200			
Filmtabl 80 mg Blist 30 Stk			18013	37.50	18.36
Filmtabl 80 mg Blist 100 Stk			18013	83.50	58.46
SIMVASIN SPIRIG HC	Spirig HealthCare AG	071200			
Filmtabl 80 mg 28 Stk			18347	36.85	17.82
Filmtabl 80 mg 98 Stk			18347	82.15	57.28
SIMVASTATIN MEPHA	Mepha Pharma AG	071200			
Lactabs 80 mg 30 Stk			20188	37.80	18.64
Lactabs 80 mg 100 Stk			20188	83.50	58.46
SIMVASTATIN SPIRIG HC	Spirig HealthCare AG	071200			
Filmtabl 20 mg Blist 30 Stk			21274	38.30	19.09
Filmtabl 40 mg Blist 30 Stk			21274	38.30	19.09
Filmtabl 40 mg Blist 100 Stk			21274	83.50	58.45
Filmtabl 80 mg Blist 30 Stk			21274	38.30	19.09
Filmtabl 80 mg Blist 100 Stk			21274	83.50	58.45
SINGULAIR	Organon GmbH	030450			
Kautabl 4 mg Kleink 28 Stk			17253	38.60	19.32
Kautabl 4 mg Kleink 98 Stk			17253	93.85	67.45
TAVANIC	Sanofi-Aventis (Suisse) SA	080180			
Tabl 250 mg 5 Stk			17089	17.85	8.42
Tabl 250 mg 7 Stk			17089	25.05	11.09
Tabl 250 mg 10 Stk			17089	29.35	14.84
Tabl 500 mg 5 Stk			17089	26.85	12.68
Tabl 500 mg 7 Stk			17089	35.55	16.67
Tabl 500 mg 10 Stk			17089	42.00	22.32

PRÄPARATE / (Wirkstoffe) Packungen	Verantwortliche Firma	Therap. Gruppe	Dossier Nr.	Preis neu	Ex-Fact. neu
TAXOL	Bristol-Myers Squibb SA	071610			
Inf Konz 30 mg/5 ml Durchstf 5 ml			16236	42.50	22.72
Inf Konz 100 mg/16.7 ml Durchstf 16.700 ml			16236	100.80	73.50
Inf Konz 300 mg/50 ml Durchstf 50 ml			16236	269.55	220.51
TAXOTERE	Sanofi-Aventis (Suisse) SA	071610			
Inf Konz 20 mg/ml Durchstf 1 ml			16819	96.80	70.05
Inf Konz 80 mg/4 ml Durchstf 4 ml			16819	338.10	280.22
VALSARTAN AXAPHARM	Axapharm AG	020710			
Filmtabl 80 mg 28 Stk			20176	19.65	9.98
Filmtabl 80 mg 98 Stk			20176	53.40	32.23
Filmtabl 160 mg 28 Stk			20176	26.10	12.00
Filmtabl 160 mg 98 Stk			20176	65.10	42.40
VALSARTAN HELVEPHARM	Helvepharm AG	020710			
Filmtabl 80 mg 28 Stk			19748	15.85	6.65
Filmtabl 80 mg 98 Stk			19748	53.40	32.22
Filmtabl 160 mg (neu) 28 Stk			19748	18.90	9.30
Filmtabl 160 mg (neu) 98 Stk			19748	65.05	42.39
VALSARTAN SANDOZ	Sandoz Pharmaceuticals AG	020710			
Filmtabl 80 mg 28 Stk			19445	19.65	9.97
Filmtabl 80 mg 98 Stk			19445	53.40	32.23
Filmtabl 160 mg 28 Stk			19445	26.10	12.01
Filmtabl 160 mg 98 Stk			19445	65.10	42.40
VALSARTAN ZENTIVA	Helvepharm AG	020710			
Filmtabl 80 mg 28 Stk			19748	15.85	6.65
Filmtabl 80 mg 98 Stk			19748	53.40	32.22
Filmtabl 160 mg 28 Stk			19748	18.90	9.30
Filmtabl 160 mg 98 Stk			19748	65.05	42.39
VALTAN MEPHA	Mepha Pharma AG	020710			
Filmtabl 80 mg 28 Stk			19583	19.65	9.97
Filmtabl 80 mg 98 Stk			19583	53.40	32.23
Filmtabl 160 mg 28 Stk			19583	26.10	12.01
Filmtabl 160 mg 98 Stk			19583	65.10	42.40
VENLAFAXIN ER SANDOZ	Sandoz Pharmaceuticals AG	010600			
Kaps 75 mg 14 Stk			20062	16.45	7.20
Kaps 75 mg 28 Stk			20062	27.80	13.48
Kaps 75 mg 98 Stk			20062	70.10	46.77
VENLAFAXIN MEPHA ER 75	Mepha Pharma AG	010600			
Depocaps 75 mg 14 Stk			18843	16.25	7.02
Depocaps 75 mg 28 Stk			18843	28.05	13.72
Depocaps 75 mg 98 Stk			18843	70.10	46.76
VENLAFAXIN PFIZER ER	Pfizer PFE Switzerland GmbH	010600			
Ret Kaps 75 mg 14 Stk			19601	16.60	7.33
Ret Kaps 75 mg 28 Stk			19601	28.05	13.71
Ret Kaps 75 mg 98 Stk			19601	70.10	46.76
VENLAFAXIN RET HELVEPHARM	Helvepharm AG	010600			
Ret Kaps 75 mg 14 Stk			18989	16.60	7.33
Ret Kaps 75 mg 28 Stk			18989	28.05	13.73
Ret Kaps 75 mg 98 Stk			18989	70.10	46.76
VENLAFAXIN RET ZENTIVA	Helvepharm AG	010600			
Ret Kaps 75 mg 14 Stk			18989	16.60	7.33
Ret Kaps 75 mg 28 Stk			18989	28.05	13.73
Ret Kaps 75 mg 98 Stk			18989	70.10	46.76

PRÄPARATE / (Wirkstoffe) Packungen	Verantwortliche Firma	Therap. Gruppe	Dossier Nr.	Preis neu	Ex-Fact. neu
VENLAFAXIN SPIRIG HC Ret Kaps 75 mg 14 Stk Ret Kaps 75 mg 28 Stk Ret Kaps 75 mg 98 Stk	Spirig HealthCare AG	010600	19180 19180 19180	15.10 26.95 70.10	6.00 12.75 46.76
VENLAFAXIN SPIRIG HC RETARD Ret Kaps 75 mg (neu) Blist 14 Stk Ret Kaps 75 mg (neu) Blist 28 Stk Ret Kaps 75 mg (neu) Blist 98 Stk	Spirig HealthCare AG	010600	21254 21254 21254	15.10 26.95 70.10	6.00 12.75 46.76
VISANNETTE Tabl 2 mg 2x Blist 14 Stk Tabl 2 mg 6x Blist 14 Stk	Berlis AG	099900	20917 20917	66.25 143.50	43.42 110.72
IV.e. Normale Preismutation					
ENSTILAR Schaum 60 g	LEO Pharmaceutical Products Sarath Ltd.	100300	20549	70.00	46.67
NPLATE Trockensub 250 mcg c Solv Durchstf 1 Stk Trockensub 500 mcg c Solv Durchstf 1 Stk	Amgen Switzerland AG	069900	19472 19472	716.55 1399.30	609.89 1219.78
ZEPATIER Filmtabl 100/50 28 Stk	MSD Merck Sharp & Dohme AG	080300	20504	9569.20	9095.80
IV.f. Preisänderung nach Patentablauf					
ZYTIGA Filmtabl 500 mg 56 Stk	Janssen-Cilag AG	071620	19608	3313.50	2992.67

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

V. Limitations-/Indikationsänderungen

CABAZITAXEL ACCORD Inf Konz 60 mg/3 ml Durchstf 3 ml	Accord Healthcare AG	071610	21332	3261.60	2942.06
--	----------------------	--------	-------	---------	---------

Limitation alt:

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

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

Es sind maximal 10 Zyklen zu vergüten.

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

Limitation neu:

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

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

Es sind maximal 10 Zyklen zu vergüten.

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

DARZALEX Inf Konz 100 mg/5 ml Durchstf 5 ml	Janssen-Cilag AG	071610	20589	546.10	461.43
Inf Konz 400 mg/20 ml Durchstf 20 ml			20589	2052.95	1815.77

Limitation alt:

Befristete Limitation bis 31.12.2023

Nach Kostengutsprache durch den Krankenversicherer nach vorgängiger Konsultation des Vertrauensarztes.

Nur bis zur Progression der Krankheit.

Nur als Monotherapie zur Behandlung von auf die letzte Therapie refraktäre Patienten in der vierten Linie des Multiplen Myeloms, bei Patienten die mindestens 3 frühere Therapielinien erhalten haben, einschliesslich >1 Proteasomen-Inhibitoren (PI) und >1 immunmodulatorischen Wirkstoffe (IMiD) und noch nie mit DARZALEX behandelt wurden oder als Monotherapie zur Behandlung von auf die letzte Therapie refraktäre Patienten in der vierten Linie des Multiplen Myeloms bei Patienten, die gegenüber >1 PI und IMiD doppel-refraktär waren und noch nie mit DARZALEX behandelt wurden.

Die Kostengutsprache gilt zunächst für 4 Wochen und wird vom Krankenversicherer nur dann verlängert werden, wenn der behandelnde Arzt dem Krankenversicherer nach 4 Wochen meldet, dass die Therapie fortgesetzt wird. In diesem Fall ist die Verlängerung der Kostengutsprache ohne Einforderung weiterer Unterlagen zu gewähren. Wird die Therapie nach 4 Wochen nicht fortgesetzt, vergütet die Janssen-Cilag AG nach Aufforderung durch denjenigen Krankenversicherer, bei dem die versicherte Person zum Zeitpunkt des Bezuges versichert war, die Kosten für die bis zu diesem Zeitpunkt abgegebenen Packungen bzw. Mengen von Darzalex zurück. Die Mehrwertsteuer kann nicht zusätzlich zu diesem Betrag zurückgefordert werden. Die Aufforderung zur Rückvergütung soll in der Regel innerhalb von 6 Monaten erfolgen.

Folgender Code ist an den Krankenversicherer zu übermitteln: 20589.01

Befristete Limitation bis 31.12.2023

Nach Kostengutsprache durch den Krankenversicherer nach vorgängiger Konsultation des Vertrauensarztes.

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

Nur bis zur Progression der Krankheit.

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

Folgender Code ist an den Krankenversicherer zu übermitteln: 20589.02

Befristete Limitation bis 31.07.2023

Nach Kostengutsprache durch den Krankenversicherer nach vorgängiger Konsultation des Vertrauensarztes.

DARZALEX wird vergütet in Kombination mit Bortezomib, Melphalan, und Prednison für die Behandlung von bisher unbehandelten Patienten mit multiplen Myelom, die für eine autologe Stammzelltransplantation nicht geeignet sind.

Nur bis zur Progression der Krankheit.

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

Bei einer Therapiedauer über mehr als 24 Monate (ab Monat 25) vergütet die Janssen-Cilag AG nach Aufforderung durch denjenigen Krankenversicherer, bei dem die versicherte Person zum Zeitpunkt des Bezugs versichert war, für jede weitere bezogene Packung DARZALEX einen festgelegten Anteil des wirtschaftlichen Preises (FAP – Rückvergütung) zurück. Die Rückvergütung gilt für Behandlungen, die ab dem 1. August 2021 initiiert werden.

Folgender Code ist an den Krankenversicherer zu übermitteln: 20589.03

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

Limitation neu:

Befristete Limitation bis 31.12.2023

Nach Kostengutsprache durch den Krankenversicherer nach vorgängiger Konsultation des Vertrauensarztes.

Nur bis zur Progression der Krankheit.

Nur als Monotherapie zur Behandlung von auf die letzte Therapie refraktäre Patienten in der vierten Linie des Multiplen Myeloms, bei Patienten die mindestens 3 frühere Therapielinien erhalten haben, einschliesslich >1 Proteasomen-Inhibitoren (PI) und >1 immunmodulatorischen Wirkstoffs (IMiD) und noch nie mit DARZALEX behandelt wurden oder als Monotherapie zur Behandlung von auf die letzte Therapie refraktäre Patienten in der vierten Linie des Multiplen Myeloms bei Patienten, die gegenüber >1 PI und IMiD doppel-refraktär waren und noch nie mit DARZALEX behandelt wurden.

Die Kostengutsprache gilt zunächst für 4 Wochen und wird vom Krankenversicherer nur dann verlängert werden, wenn der behandelnde Arzt dem Krankenversicherer nach 4 Wochen meldet, dass die Therapie fortgesetzt wird. In diesem Fall ist die Verlängerung der Kostengutsprache ohne Einforderung weiterer Unterlagen zu gewähren. Wird die Therapie nach 4 Wochen nicht fortgesetzt, vergütet die Janssen-Cilag AG nach Aufforderung durch denjenigen Krankenversicherer, bei dem die versicherte Person zum Zeitpunkt des Bezuges versichert war, die Kosten für die bis zu diesem Zeitpunkt abgegebenen Packungen bzw. Mengen von Darzalex zurück. Die Mehrwertsteuer kann nicht zusätzlich zu diesem Betrag zurückgefordert werden. Die Aufforderung zur Rückvergütung soll in der Regel innerhalb von 6 Monaten erfolgen.

Folgender Code ist an den Krankenversicherer zu übermitteln: 20589.01

Befristete Limitation bis 31.12.2023

Nach Kostengutsprache durch den Krankenversicherer nach vorgängiger Konsultation des Vertrauensarztes.

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

Nur bis zur Progression der Krankheit.

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

Folgender Code ist an den Krankenversicherer zu übermitteln: 20589.02

Befristete Limitation bis 31.07.2023

Nach Kostengutsprache durch den Krankenversicherer nach vorgängiger Konsultation des Vertrauensarztes.

DARZALEX wird vergütet in Kombination mit Bortezomib, Melphalan, und Prednison für die Behandlung von bisher unbehandelten Patienten mit multiplen Myelom, die für eine autologe Stammzelltransplantation nicht geeignet sind.

Nur bis zur Progression der Krankheit.

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

Bei einer Therapiedauer über mehr als 24 Monate (ab Monat 25) vergütet die Janssen-Cilag AG nach Aufforderung durch denjenigen Krankenversicherer, bei dem die versicherte Person zum Zeitpunkt des Bezugs versichert war, für jede weitere bezogene Packung DARZALEX einen festgelegten Anteil des wirtschaftlichen Preises (FAP – Rückvergütung) zurück. Die Rückvergütung gilt für Behandlungen, die ab dem 1. August 2021 initiiert werden.

Folgender Code ist an den Krankenversicherer zu übermitteln: 20589.03

Nach Kostengutsprache durch den Krankenversicherer nach vorgängiger Konsultation des Vertrauensarztes.

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

Nur bis zur Progression der Krankheit.

Folgender Code ist an den Krankenversicherer zu übermitteln: 20589.05

PRÄPARATE / (Wirkstoffe) Packungen	Verantwortliche Firma	Therap. Gruppe	Dossier Nr.	Preis neu	Ex-Fact. neu
DARZALEX SC Inj Lös 1800 mg/15 ml Durchstf 15 ml	Janssen-Cilag AG	071610	21150	5829.50	5447.31

Limitation alt:

Befristete Limitation bis 31.12.2023

Nach Kostengutsprache durch den Krankenversicherer nach vorgängiger Konsultation des Vertrauensarztes.

Nur bis zur Progression der Krankheit.

Nur als Monotherapie zur Behandlung von auf die letzte Therapie refraktäre Patienten in der vierten Linie des Multiplen Myeloms, bei Patienten die mindestens 3 frühere Therapielinien erhalten haben, einschliesslich >1 Proteasomen-Inhibitoren (PI) und >1 immunmodulatorischen Wirkstoffs (IMiD) und noch nie mit DARZALEX behandelt wurden oder als Monotherapie zur Behandlung von auf die letzte Therapie refraktäre Patienten in der vierten Linie des Multiplen Myeloms bei Patienten, die gegenüber >1 PI und IMiD doppel-refraktär waren und noch nie mit DARZALEX behandelt wurden.

Die Kostengutsprache gilt zunächst für 4 Wochen und wird vom Krankenversicherer nur dann verlängert werden, wenn der behandelnde Arzt dem Krankenversicherer nach 4 Wochen meldet, dass die Therapie fortgesetzt wird. In diesem Fall ist die Verlängerung der Kostengutsprache ohne Einforderung weiterer Unterlagen zu gewähren. Wird die Therapie nach 4 Wochen nicht fortgesetzt, vergütet die Janssen-Cilag AG nach Aufforderung durch denjenigen Krankenversicherer, bei dem die versicherte Person zum Zeitpunkt des Bezuges versichert war, die Kosten für die bis zu diesem Zeitpunkt abgegebenen Packungen bzw. Mengen von Darzalex zurück. Die Mehrwertsteuer kann nicht zusätzlich zu diesem Betrag zurückgefordert werden. Die Aufforderung zur Rückvergütung soll in der Regel innerhalb von 6 Monaten erfolgen.

Folgender Code ist an den Krankenversicherer zu übermitteln: 20589.01

Befristete Limitation bis 31.12.2023

Nach Kostengutsprache durch den Krankenversicherer nach vorgängiger Konsultation des Vertrauensarztes.

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

Nur bis zur Progression der Krankheit.

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

Folgender Code ist an den Krankenversicherer zu übermitteln: 20589.02

Befristete Limitation bis 31.07.2023

Nach Kostengutsprache durch den Krankenversicherer nach vorgängiger Konsultation des Vertrauensarztes.

DARZALEX wird vergütet in Kombination mit Bortezomib, Melphalan, und Prednison für die Behandlung von bisher unbehandelten Patienten mit multiplen Myelom, die für eine autologe Stammzelltransplantation nicht geeignet sind.

Nur bis zur Progression der Krankheit.

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

Bei einer Therapiedauer über mehr als 24 Monate (ab Monat 25) vergütet die Janssen-Cilag AG nach Aufforderung durch denjenigen Krankenversicherer, bei dem die versicherte Person zum Zeitpunkt des Bezugs versichert war, für jede weitere bezogene Packung DARZALEX einen festgelegten Anteil des wirtschaftlichen Preises (FAP- Rückvergütung) zurück. Die Rückvergütung gilt für Behandlungen, die ab dem 1. August 2021 initiiert werden.

Folgender Code ist an den Krankenversicherer zu übermitteln: 20589.03

Befristete Limitation bis 30.09.2023

AL-Amyloidose

Nach Kostengutsprache durch den Krankenversicherer nach vorgängiger Konsultation des Vertrauensarztes.

DARZALEX SC in Kombination mit Bortezomib, Cyclophosphamid und Dexamethason wird vergütet für die Behandlung von bisher unbehandelten Patienten mit AL-Amyloidose (Leichtketten-Amyloidose), die keine kardiale Erkrankung NYHA Stadium IIIB oder Stadium IV vorweisen.

Die Behandlung mit Bortezomib, Cyclophosphamid und Dexamethason wird bis zu maximal 6 Zyklen vergütet.

Die Behandlung mit DARZALEX SC wird bis zu maximal 24 Zyklen vergütet.

Die Janssen-Cilag AG vergütet dem Krankenversicherer, bei dem die versicherte Person zum Zeitpunkt des Bezugs versichert war, auf dessen erste Aufforderung hin für jede bezogene Packung DARZALEX einen festgelegten Anteil des Fabrikabgabepreises zurück.

Die Janssen-Cilag AG gibt dem Krankenversicherer die Höhe der Rückvergütung bekannt.

Die Mehrwertsteuer kann nicht zusätzlich zu diesem Anteil des Fabrikabgabepreises zurückgefordert werden.

Folgender Code ist an den Krankenversicherer zu übermitteln: 20589.04

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

Limitation neu:

Befristete Limitation bis 31.12.2023

Nach Kostengutsprache durch den Krankenversicherer nach vorgängiger Konsultation des Vertrauensarztes.

Nur bis zur Progression der Krankheit.

Nur als Monotherapie zur Behandlung von auf die letzte Therapie refraktäre Patienten in der vierten Linie des Multiplen Myeloms, bei Patienten die mindestens 3 frühere Therapielinien erhalten haben, einschliesslich >1 Proteasomen-Inhibitoren (PI) und >1 immunmodulatorischen Wirkstoffs (IMiD) und noch nie mit DARZALEX behandelt wurden oder als Monotherapie zur Behandlung von auf die letzte Therapie refraktäre Patienten in der vierten Linie des Multiplen Myeloms bei Patienten, die gegenüber >1 PI und IMiD doppel-refraktär waren und noch nie mit DARZALEX behandelt wurden.

Die Kostengutsprache gilt zunächst für 4 Wochen und wird vom Krankenversicherer nur dann verlängert werden, wenn der behandelnde Arzt dem Krankenversicherer nach 4 Wochen meldet, dass die Therapie fortgesetzt wird. In diesem Fall ist die Verlängerung der Kostengutsprache ohne Einforderung weiterer Unterlagen zu gewähren. Wird die Therapie nach 4 Wochen nicht fortgesetzt, vergütet die Janssen-Cilag AG nach Aufforderung durch denjenigen Krankenversicherer, bei dem die versicherte Person zum Zeitpunkt des Bezuges versichert war, die Kosten für die bis zu diesem Zeitpunkt abgegebenen Packungen bzw. Mengen von Darzalex zurück. Die Mehrwertsteuer kann nicht zusätzlich zu diesem Betrag zurückgefordert werden. Die Aufforderung zur Rückvergütung soll in der Regel innerhalb von 6 Monaten erfolgen.

Folgender Code ist an den Krankenversicherer zu übermitteln: 20589.01

Befristete Limitation bis 31.12.2023

Nach Kostengutsprache durch den Krankenversicherer nach vorgängiger Konsultation des Vertrauensarztes.

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

Nur bis zur Progression der Krankheit.

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

Folgender Code ist an den Krankenversicherer zu übermitteln: 20589.02

Befristete Limitation bis 31.07.2023

Nach Kostengutsprache durch den Krankenversicherer nach vorgängiger Konsultation des Vertrauensarztes.

DARZALEX wird vergütet in Kombination mit Bortezomib, Melphalan, und Prednison für die Behandlung von bisher unbehandelten Patienten mit multiplen Myelom, die für eine autologe Stammzelltransplantation nicht geeignet sind.

Nur bis zur Progression der Krankheit.

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

Bei einer Therapiedauer über mehr als 24 Monate (ab Monat 25) vergütet die Janssen-Cilag AG nach Aufforderung durch denjenigen Krankenversicherer, bei dem die versicherte Person zum Zeitpunkt des Bezugs versichert war, für jede weitere bezogene Packung DARZALEX einen festgelegten Anteil des wirtschaftlichen Preises (FAP- Rückvergütung) zurück. Die Rückvergütung gilt für Behandlungen, die ab dem 1. August 2021 initiiert werden.

Folgender Code ist an den Krankenversicherer zu übermitteln: 20589.03

Befristete Limitation bis 30.09.2023

AL-Amyloidose

Nach Kostengutsprache durch den Krankenversicherer nach vorgängiger Konsultation des Vertrauensarztes.

DARZALEX SC in Kombination mit Bortezomib, Cyclophosphamid und Dexamethason wird vergütet für die Behandlung von bisher unbehandelten Patienten mit AL-Amyloidose (Leichtketten-Amyloidose), die keine kardiale Erkrankung NYHA Stadium IIIB oder Stadium IV vorweisen.

Die Behandlung mit Bortezomib, Cyclophosphamid und Dexamethason wird bis zu maximal 6 Zyklen vergütet.

Die Behandlung mit DARZALEX SC wird bis zu maximal 24 Zyklen vergütet.

Die Janssen-Cilag AG vergütet dem Krankenversicherer, bei dem die versicherte Person zum Zeitpunkt des Bezugs versichert war, auf dessen erste Aufforderung hin für jede bezogene Packung DARZALEX einen festgelegten Anteil des Fabrikabgabepreises zurück.

Die Janssen-Cilag AG gibt dem Krankenversicherer die Höhe der Rückvergütung bekannt.

Die Mehrwertsteuer kann nicht zusätzlich zu diesem Anteil des Fabrikabgabepreises zurückgefordert werden.

Folgender Code ist an den Krankenversicherer zu übermitteln: 20589.04

Nach Kostengutsprache durch den Krankenversicherer nach vorgängiger Konsultation des Vertrauensarztes.

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

Nur bis zur Progression der Krankheit.

Folgender Code ist an den Krankenversicherer zu übermitteln: 20589.05

PRÄPARATE / (Wirkstoffe) Packungen	Verantwortliche Firma	Therap. Gruppe	Dossier Nr.	Preis neu	Ex-Fact. neu
ENSTILAR Schaum 60 g	LEO Pharmaceutical Products Sarath Ltd.	100300	20549	70.00	46.67
Limitation alt: Pro 4 Tage darf nicht mehr als 60 g (= 1 Sprühdose) verwendet werden. Die maximale Therapiedauer beträgt 4 Wochen.					
Limitation neu: Pro 4 Tage darf nicht mehr als 60 g (=1 Sprühdose) verwendet werden. Die maximale Therapiedauer beträgt 4 Wochen. Bei klinischem Ansprechen auf die Erstbehandlung und späterem Neuauftreten von Psoriasis Läsionen nach Therapieabschluss kann die Therapie bis zu maximal 3 Mal innerhalb der folgenden 12 Monate wiederholt werden.					
JEVTANA Inf Konz 60 mg c Solv Durchstf 1 Stk	Sanofi-Aventis (Suisse) SA	071610	19436	3261.60	2942.06
Limitation alt: In Kombination mit Prednison bzw. Prednisolon zur Behandlung des metastasierten hormonrefraktären Prostatakarzinoms (mHRPC) bei Patienten, die zuvor mit Docetaxel chemotherapeutisch behandelt wurden, falls diese Patienten nicht auf Docetaxel angesprochen haben oder bei denen das Karzinom eine Progression innerhalb von 6 Monaten nach Ende der Therapie mit Docetaxel gezeigt hat. Die Vergütung der Behandlung bedarf der Kostengutsprache durch den Krankenversicherer nach vorgängiger Konsultation des Vertrauensarztes. Es sind maximal 10 Zyklen zu vergüten. Bei Abbruch der Therapie vor Beginn des 2. Zyklus mit JEVTANA werden von der Firma Sanofi-Aventis (Suisse) SA auf Antrag des Versicherers die Kosten für die während des 1. Zyklus verabreichte Dosis von JEVTANA im Publikumspreis dem Kostenträger vergütet.					
Limitation neu: In Kombination mit Prednison bzw. Prednisolon zur Behandlung des metastasierten kastrationsresistenten Prostatakarzinoms (mCRPC) bei Patienten, die zuvor mit Docetaxel chemotherapeutisch behandelt wurden, falls diese Patienten nicht auf Docetaxel angesprochen haben oder bei denen das Karzinom eine Progression innerhalb von 6 Monaten nach Ende der Therapie mit Docetaxel gezeigt hat. Die Vergütung der Behandlung bedarf der Kostengutsprache durch den Krankenversicherer nach vorgängiger Konsultation des Vertrauensarztes. Es sind maximal 10 Zyklen zu vergüten. Bei Abbruch der Therapie vor Beginn des 2. Zyklus mit Jevtana werden von der Firma Sanofi-Aventis (Suisse) SA auf Antrag des Versicherers die Kosten für die während des 1. Zyklus verabreichte Dosis von Jevtana im Publikumspreis dem Kostenträger vergütet.					

PRÄPARATE / (Wirkstoffe) Packungen	Verantwortliche Firma	Therap. Gruppe	Dossier Nr.	Preis neu	Ex-Fact. neu
KEYTRUDA Inf Konz 100 mg/4 ml Durchstf 2 Stk	MSD Merck Sharp & Dohme AG	071610	20416	4893.95	4534.58

Limitation alt:**Für alle vergütungspflichtigen Indikationen gilt:**

Vor Therapiebeginn muss für alle vergütungspflichtigen Indikationen eine Kostengutsprache des Krankenversicherers nach vorgängiger Konsultation des Vertrauensarztes eingeholt werden. **Eine Kostengutsprache hat den entsprechenden Indikationscode (KNXXX) zu enthalten.**

Die Dosierung beträgt maximal 200mg alle drei Wochen.

Die maximale Anzahl Behandlungen bzw. Zyklen beträgt 35 sofern nicht anders festgelegt. Klinisch stabile Patienten mit initialem Befund einer Progression können bis zur Bestätigung der Progression der Erkrankung weiter behandelt werden.

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

Befristete Limitation bis 31.12.2023

Melanom (Monotherapie) KN006

(ohne Preismodell)

Als Monotherapie zur Behandlung von nicht resezierbarem oder metastasiertem Melanom bei Erwachsenen.

Folgender Code ist an den Krankenversicherer zu übermitteln: KN006

Befristete Limitation bis 31.12.2023

Melanom adjuvant (Monotherapie) KN054

(ohne Preismodell)

Als Monotherapie zur adjuvanten Behandlung des Melanoms mit regionaler Lymphknotenbeteiligung und Lymphknotenmetastasen >1 mm und ohne locoregionalen Rückfall nach vollständiger Resektion bei Patienten ohne vorangegangene systemische Therapie zur Behandlung des Melanoms. Die Vergütung ist eingeschränkt auf folgende Stadien:

nach AJCC 7th edition: Stadium IIIA (T3-4a N1a/N2a), IIIB (T2-4b N1a/N2a, T1-4a N1b/N2b) und IIIC (ohne in-transit Metastasen und ohne (Mikro-)Satelliten)

nach AJCC 8th edition: soweit keine (Mikro-)Satelliten oder in-transit-Metastasen vorliegen bei Stadium IIIB, IIIC, IIID.

Die adjuvante Therapie mit KEYTRUDA soll innerhalb von 15 Wochen nach Resektion erfolgen.

Die Patienten sollten bis zu einem Rückfall der Erkrankung behandelt werden, jedoch beträgt die maximale Anzahl Behandlungen bzw. Zyklen 18.

Folgender Code ist an den Krankenversicherer zu übermitteln: KN054

Befristete Limitation bis 31.12.2023

1L NSCLC (Monotherapie) KN024

(ohne Preismodell)

Als Monotherapie zur Erstlinienbehandlung des metastasierten, nicht-kleinzelligen Lungenkarzinoms (NSCLC) im Stadium IV bei Erwachsenen, deren Tumore PD-L1 mit einem Tumor proportion score (TPS) ≥50% exprimieren und keine genomischen Tumoraberrationen vom EGFR oder ALK Typ haben. Die Behandlung bedarf der Kostengutsprache durch den Krankenversicherer nach vorgängiger Konsultation des Vertrauensarztes.

Die Patienten sollten bis zur Progression der Erkrankung behandelt werden. Die maximale Anzahl Behandlungen bzw. Zyklen beträgt 35. Klinisch stabile Patienten mit initialem Befund einer Progression können bis zur Bestätigung der Progression der Erkrankung weiter behandelt werden.

Folgender Code ist an den Krankenversicherer zu übermitteln: KN024

Befristete Limitation bis 31.12.2023

2L NSCLC (Monotherapie) KN010

(ohne Preismodell)

Als Monotherapie zur Behandlung des fortgeschrittenen, metastasierenden nicht-kleinzelligen Lungenkarzinoms (NSCLC) nach vorangegangener Chemotherapie bei Erwachsenen, deren Tumore PD-L1 exprimieren.

Patienten mit genomischen Tumoraberrationen vom EGFR oder ALK Typ sollten zudem eine für diese Aberrationen zugelassene Therapie erhalten haben, bevor sie mit KEYTRUDA behandelt werden.

Folgender Code ist an den Krankenversicherer zu übermitteln: KN010

Befristete Limitation bis 31.12.2023

Klassisches Hodgkin-Lymphom (Monotherapie) bei erwachsenen Patienten KN204

(ohne Preismodell)

Als Monotherapie zur Behandlung von erwachsenen Patienten mit rezidivierendem oder refraktärem klassischem Hodgkin Lymphom (cHL), falls eine autologe oder allo-gene Stammzelltransplantation (SZT) keine Behandlungsoption darstellt

– entweder bei Patienten mit zumindest zwei vorherigen Behandlungen

– oder bei Patienten, bei denen eine Chemotherapie nicht einsetzbar ist oder nachweislich nicht vertragen wird.

Folgender Code ist an den Krankenversicherer zu übermitteln: KN204

PRÄPARATE / (Wirkstoffe) Packungen	Verantwortliche Firma	Therap. Gruppe	Dossier Nr.	Preis neu	Ex-Fact. neu
Befristete Limitation bis 31.12.2023					
Klassisches Hodgkin-Lymphom (Monotherapie) bei pädiatrischen Patienten KN051					
(ohne Preismodell)					
Als Monotherapie zur Behandlung von pädiatrischen Patienten mit rezidivierendem oder refraktärem cHL, für die keine zufriedenstellenden Behandlungsoptionen zur Verfügung stehen.					
Folgender Code ist an den Krankenversicherer zu übermitteln: KN051					
Befristete Limitation bis 31.12.2023					
Urothelkarzinom (Monotherapie) KN045					
(ohne Preismodell)					
Als Monotherapie zur Behandlung des lokal fortgeschrittenen oder metastasierten Urothelkarzinom bei Erwachsenen, die innerhalb der letzten 24 Monate mit platinbasierter Chemotherapie vorbehandelt wurden. Patienten, deren platinbasierte Therapie länger als 24 Monate zurückliegt, sollen vor Beginn einer Behandlung mit KEYTRUDA erneut in erster Linie platinbasiert behandelt werden, erst bei erneuter Progression auf diese Therapie innerhalb von 24 Monaten soll in der 2. Linie mit der Therapie von KEYTRUDA begonnen werden.					
Folgender Code ist an den Krankenversicherer zu übermitteln: KN045					
Befristete Limitation bis 31.12.2023					
1L plattenepitheliales NSCLC (in Kombination mit Carboplatin und Paclitaxel) bei Patienten mit TPS < 50% KN407					
(mit Preismodell)					
KEYTRUDA in Kombination mit Carboplatin und Paclitaxel zur Erstlinienbehandlung des metastasierten, plattenepithelialen NSCLC bei Erwachsenen mit einem TPS < 50%, die eine Lebenserwartung von mindestens 3 Monaten haben.					
Folgender Code ist an den Krankenversicherer zu übermitteln: KN407					
Befristete Limitation bis 31.12.2023					
1L nicht-plattenepitheliales NSCLC (in Kombination mit Pemetrexed und Platin-Chemotherapie) bei Patienten mit TPS < 50% KN189					
(mit Preismodell)					
KEYTRUDA in Kombination mit Pemetrexed und Platin-Chemotherapie ist zur Erstlinienbehandlung des metastasierten, nicht-plattenepithelialen NSCLC bei Erwachsenen mit einem TPS < 50%, die keine genomischen Tumoraberrationen vom EGFR oder ALK- Typ haben und					
– eine Lebenserwartung von mindestens 3 Monaten haben UND					
– innerhalb der vergangenen 6 Monate keine Radiotherapie der Lunge mit > 30 Gy erhalten hatten.					
Folgender Code ist an den Krankenversicherer zu übermitteln: KN189					
Befristete Limitation bis 31.12.2023					
1L Plattenepithelkarzinoim im Kopf- und Halsbereich (HNSCC) (in Kombination mit Platin- und 5-Fluorouracil (5-FU)-haltiger Chemotherapie) KN048					
(mit Preismodell)					
KEYTRUDA in Kombination mit Platin- und 5-Fluorouracil (5-FU)-haltiger Chemotherapie zur Behandlung des rezidivierenden oder metastasierten PD-L1 exprimierenden Plattenepithelkarzinom im Kopf-Hals-Bereich (HNSCC) (ausgenommen nasopharyngeale Karzinome) bei Erwachsenen ohne vorgängige systemische Therapie für die rezidivierende, nicht kurativ anzugehende, lokal fortgeschrittene oder metastasierte Erkrankung.					
Folgender Code ist an den Krankenversicherer zu übermitteln: KN048					
Befristete Limitation bis 31.12.2023					
Vorbehandelte Patienten mit einem Plattenepithelkarzinom im Kopf- und Halsbereich nach platinbasierter Chemotherapie (HNSCC) (Monotherapie) KN040					
(mit Preismodell)					
KEYTRUDA als Monotherapie zur Behandlung des rezidivierenden oder metastasierten Plattenepithelkarzinoms der Mundhöhle, des Oropharynx, des Hypopharynx oder des Larynx bei Erwachsenen, die bei nicht kurativ anzugehender Erkrankung mit Platin-basierter Chemotherapie vorbehandelt wurden und deren Tumore PD-L1 mit einem Tumor proportion score (TPS) ≥50% exprimieren.					
Folgender Code ist an den Krankenversicherer zu übermitteln: KN040					
Befristete Limitation bis 31.12.2023					
3L Primäres mediastinales grosszelliges B-Zell-Lymphom (rrPMBCL) (Monotherapie) KN170					
(mit Preismodell)					
KEYTRUDA als Monotherapie zur Behandlung des refraktären oder rezidivierenden primären mediastinalen grosszelligen B-Zell-Lymphoms (rrPMBCL) bei Erwachsenen					
– mit mindestens 2 Vorbehandlungen, von denen mindestens eine mit Rituximab durchgeführt wurde UND					
– die für eine autologe Stammzelltransplantation nicht in Frage kommen oder einen Rückfall nach Transplantation hatten.					
Nicht zur Behandlung von Patienten mit PMBCL, die eine dringende zytoreduktive Therapie benötigen.					
Folgender Code ist an den Krankenversicherer zu übermitteln: KN170					
Befristete Limitation bis 31.12.2023					
2L nicht resezierbares metastasiertes kolorektales Karzinom (CRC) mit hoher Mikrosatelliteninstabilität (MSI-H) (Monotherapie) KN164					
(mit Preismodell)					
KEYTRUDA als Monotherapie zur Behandlung des nicht resezierbaren oder metastasierten kolorektalen Karzinom (CRC) mit hoher Mikrosatelliteninstabilität (MSI-H) oder fehlerhafter DNA-Mismatch-Reparatur (dMMR) nach vorangegangener Fluoropyrimidin-basierter Therapie in Kombination mit Irinotecan oder Oxaliplatin bei Erwachsenen					
– ohne vorherige Therapie mit monoklonalen Antikörpern innerhalb von 2 Wochen					
– ohne Chemotherapie, targeted Smallmolecule-Therapie oder Radiotherapie 2 Wochen vorher.					
Folgender Code ist an den Krankenversicherer zu übermitteln: KN164					

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

Befristete Limitation bis 31.12.2023

2L Endometriumkarzinom, Magenkarzinom, Dünndarmkarzinom oder Gallengangskarzinom mit hoher Mikrosatelliteninstabilität (MSI-H) (Monotherapie) KN158
(mit Preismodell)

KEYTRUDA als Monotherapie zur Behandlung von metastasierten Endometriumkarzinomen, Magenkarzinomen, Dünndarmkarzinomen oder Gallengangskarzinomen mit hoher Mikrosatelliteninstabilität (MSI-H) oder fehlerhafter DNA-Mismatch-Reparatur (dMMR) bei Erwachsenen, die nach Standardtherapie progredient sind und für die keine befriedigenden Alternativen in der Behandlung zur Verfügung stehen

- ohne vorherige Therapie mit monoklonalen Antikörpern innerhalb von 4 Wochen
- ohne Chemotherapie, targeted Smallmolecule-Therapie oder Radiotherapie 2 Wochen vorher.

Folgender Code ist an den Krankenversicherer zu übermitteln: KN158

Befristete Limitation bis 31.12.2023

1L metastasiertes kolorektales Karzinom (CRC) mit hoher Mikrosatelliteninstabilität (MSI-H) (Monotherapie) KN177
(mit Preismodell)

KEYTRUDA als Monotherapie zur Behandlung von erwachsenen Patienten mit zuvor unbehandeltem metastasiertem kolorektalem Karzinom (CRC) mit hoher Mikrosatelliteninstabilität (MSI-H) oder fehlerhafter DNA-Mismatch-Reparatur (dMMR). KEYTRUDA darf nicht vergütet werden, wenn bis zu 4 Wochen vor Therapiebeginn eine Strahlentherapie eingesetzt wurde.

Folgender Code ist an den Krankenversicherer zu übermitteln: KN177

Die Zulassungsinhaberin MSD Merck Sharp & Dohme AG erstattet dem Krankenversicherer, bei dem die versicherte Person zum Zeitpunkt des Bezugs versichert war, auf dessen erste Aufforderung hin für jede bezogene Packung KEYTRUDA (1 bzw. 2 Vials) einen je nach Packungsgröße festgelegten Betrag des Fabrikabgabepreises zurück. Sie gibt dem Krankenversicherer den entsprechenden Betrag bekannt, der bezogen auf den Fabrikabgabepreis pro Durchstechflasche pro Packung zurückerstattet wird. Der Krankenversicherer muss der Zulassungsinhaberin im Rahmen der Rückerstattungsforderung den Indikationscode (vgl. oben) angeben. Die Mehrwertsteuer kann nicht zusätzlich zu diesem Anteil des Fabrikabgabepreises zurückgefordert werden. Die Aufforderung zur Rückerstattung soll ab dem Zeitpunkt der Verabreichung erfolgen.

Limitation neu:

Für alle vergütungspflichtigen Indikationen gilt:

Vor Therapiebeginn muss für alle vergütungspflichtigen Indikationen eine Kostengutsprache des Krankenversicherers nach vorgängiger Konsultation des Vertrauensarztes eingeholt werden. **Eine Kostengutsprache hat den entsprechenden Indikationscode (KNXXX) zu enthalten.**

Die Dosierung beträgt maximal 200mg alle drei Wochen.

Die maximale Anzahl Behandlungen bzw. Zyklen beträgt 35 sofern nicht anders festgelegt. Klinisch stabile Patienten mit initialem Befund einer Progression können bis zur Bestätigung der Progression der Erkrankung weiter behandelt werden.

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

Befristete Limitation bis 31.12.2023

Melanom (Monotherapie) KN006
(ohne Preismodell)

Als Monotherapie zur Behandlung von nicht resezierbarem oder metastasiertem Melanom bei Erwachsenen.

Folgender Code ist an den Krankenversicherer zu übermitteln: KN006

Befristete Limitation bis 31.12.2023

Melanom adjuvant (Monotherapie) KN054
(ohne Preismodell)

Als Monotherapie zur adjuvanten Behandlung des Melanoms mit regionaler Lymphknotenbeteiligung und Lymphknotenmetastasen >1 mm und ohne locoregionalen Rückfall nach vollständiger Resektion bei Patienten ohne vorangegangene systemische Therapie zur Behandlung des Melanoms. Die Vergütung ist eingeschränkt auf folgende Stadien:

nach AJCC 7th edition: Stadium IIIA (T3-4a N1a/N2a), IIIB (T2-4b N1a/N2a, T1-4a N1b/N2b) und IIIC (ohne in-transit Metastasen und ohne (Mikro-)Satelliten)

nach AJCC 8th edition: soweit keine (Mikro-)Satelliten oder in-transit-Metastasen vorliegen bei Stadium IIIB, IIIC, IIID.

Die adjuvante Therapie mit KEYTRUDA soll innerhalb von 15 Wochen nach Resektion erfolgen.

Die Patienten sollten bis zu einem Rückfall der Erkrankung behandelt werden, jedoch beträgt die maximale Anzahl Behandlungen bzw. Zyklen 18.

Folgender Code ist an den Krankenversicherer zu übermitteln: KN054

Befristete Limitation bis 31.12.2023

1L NSCLC (Monotherapie) KN024
(ohne Preismodell)

Als Monotherapie zur Erstlinienbehandlung des metastasierten, nicht-kleinzelligen Lungenkarzinoms (NSCLC) im Stadium IV bei Erwachsenen, deren Tumore PD-L1 mit einem Tumor proportion score (TPS) ≥50% exprimieren und keine genomischen Tumoraberrationen vom EGFR oder ALK Typ haben. Die Behandlung bedarf der Kostengutsprache durch den Krankenversicherer nach vorgängiger Konsultation des Vertrauensarztes.

Die Patienten sollten bis zur Progression der Erkrankung behandelt werden. Die maximale Anzahl Behandlungen bzw. Zyklen beträgt 35. Klinisch stabile Patienten mit initialem Befund einer Progression können bis zur Bestätigung der Progression der Erkrankung weiter behandelt werden.

Folgender Code ist an den Krankenversicherer zu übermitteln: KN024

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

Befristete Limitation bis 31.12.2023

2L NSCLC (Monotherapie) KN010

(ohne Preismodell)

Als Monotherapie zur Behandlung des fortgeschrittenen, metastasierenden nicht-kleinzelligen Lungenkarzinoms (NSCLC) nach vorangegangener Chemotherapie bei Erwachsenen, deren Tumore PD-L1 exprimieren.

Patienten mit genomischen Tumoraberrationen vom EGFR oder ALK Typ sollten zudem eine für diese Aberrationen zugelassene Therapie erhalten haben, bevor sie mit KEYTRUDA behandelt werden.

Folgender Code ist an den Krankenversicherer zu übermitteln: KN010

Befristete Limitation bis 31.12.2023

Klassisches Hodgkin-Lymphom (Monotherapie) bei erwachsenen Patienten KN204

(ohne Preismodell)

Als Monotherapie zur Behandlung von erwachsenen Patienten mit rezidivierendem oder refraktärem klassischem Hodgkin Lymphom (cHL), falls eine autologe oder allogene Stammzelltransplantation (SZT) keine Behandlungsoption darstellt

– entweder bei Patienten mit zumindest zwei vorherigen Behandlungen

– oder bei Patienten, bei denen eine Chemotherapie nicht einsetzbar ist oder nachweislich nicht vertragen wird.

Folgender Code ist an den Krankenversicherer zu übermitteln: KN204

Befristete Limitation bis 31.12.2023

Klassisches Hodgkin-Lymphom (Monotherapie) bei pädiatrischen Patienten KN051

(ohne Preismodell)

Als Monotherapie zur Behandlung von pädiatrischen Patienten mit rezidivierendem oder refraktärem cHL, für die keine zufriedenstellenden Behandlungsoptionen zur Verfügung stehen. Bei pädiatrischen Patienten mit einem Körpergewicht von ≤ 50 kg wird eine Packung KEYTRUDA 2 Durchstechflaschen pro 2 Behandlungszyklen vergütet.

Folgender Code ist an den Krankenversicherer zu übermitteln: KN051

Befristete Limitation bis 31.12.2023

Urothelkarzinom (Monotherapie) KN045

(ohne Preismodell)

Als Monotherapie zur Behandlung des lokal fortgeschrittenen oder metastasierten Urothelkarzinom bei Erwachsenen, die innerhalb der letzten 24 Monate mit platinbasierter Chemotherapie vorbehandelt wurden. Patienten, deren platinbasierte Therapie länger als 24 Monate zurückliegt, sollen vor Beginn einer Behandlung mit KEYTRUDA erneut in erster Linie platinbasiert behandelt werden, erst bei erneuter Progression auf diese Therapie innerhalb von 24 Monaten soll in der 2. Linie mit der Therapie von KEYTRUDA begonnen werden.

Folgender Code ist an den Krankenversicherer zu übermitteln: KN045

Befristete Limitation bis 31.12.2023

1L plattenepitheliales NSCLC (in Kombination mit Carboplatin und Paclitaxel) bei Patienten mit TPS < 50% KN407

(mit Preismodell)

KEYTRUDA in Kombination mit Carboplatin und Paclitaxel zur Erstlinienbehandlung des metastasierten, plattenepithelialen NSCLC bei Erwachsenen mit einem TPS < 50%, die eine Lebenserwartung von mindestens 3 Monaten haben.

Folgender Code ist an den Krankenversicherer zu übermitteln: KN407

Befristete Limitation bis 31.12.2023

1L nicht-plattenepitheliales NSCLC (in Kombination mit Pemetrexed und Platin-Chemotherapie) bei Patienten mit TPS < 50% KN189

(mit Preismodell)

KEYTRUDA in Kombination mit Pemetrexed und Platin-Chemotherapie ist zur Erstlinienbehandlung des metastasierten, nicht-plattenepithelialen NSCLC bei Erwachsenen mit einem TPS < 50%, die keine genomischen Tumoraberrationen vom EGFR oder ALK- Typ haben und

– eine Lebenserwartung von mindestens 3 Monaten haben UND

– innerhalb der vergangenen 6 Monate keine Radiotherapie der Lunge mit > 30 Gy erhalten hatten.

Folgender Code ist an den Krankenversicherer zu übermitteln: KN189

Befristete Limitation bis 31.12.2023

1L Plattenepithelkarziom im Kopf- und Halsbereich (HNSCC) (in Kombination mit Platin- und 5-Fluorouracil (5-FU)-haltiger Chemotherapie) KN048

(mit Preismodell)

KEYTRUDA in Kombination mit Platin- und 5-Fluorouracil (5-FU)-haltiger Chemotherapie zur Behandlung des rezidivierenden oder metastasierten PD-L1 exprimierenden Plattenepithelkarzinom im Kopf-Hals-Bereich (HNSCC) (ausgenommen nasopharyngeale Karzinome) bei Erwachsenen ohne vorgängige systemische Therapie für die rezidivierende, nicht kurativ anzugehende, lokal fortgeschrittene oder metastasierte Erkrankung.

Folgender Code ist an den Krankenversicherer zu übermitteln: KN048

Befristete Limitation bis 31.12.2023

Vorbehandelte Patienten mit einem Plattenepithelkarzinom im Kopf- und Halsbereich nach platinbasierter Chemotherapie (HNSCC) (Monotherapie) KN040

(mit Preismodell)

KEYTRUDA als Monotherapie zur Behandlung des rezidivierenden oder metastasierten Plattenepithelkarzinoms der Mundhöhle, des Oropharynx, des Hypopharynx oder des Larynx bei Erwachsenen, die bei nicht kurativ anzugehender Erkrankung mit Platin-basierter Chemotherapie vorbehandelt wurden und deren Tumore PD-L1 mit einem Tumor proportion score (TPS) $\geq 50\%$ exprimieren.

Folgender Code ist an den Krankenversicherer zu übermitteln: KN040

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

Befristete Limitation bis 31.12.2023

3L Primäres mediastinales grosszelliges B-Zell-Lymphom (rrPMBCL) (Monotherapie) KN170

(mit Preismodell)

KEYTRUDA als Monotherapie zur Behandlung des refraktären oder rezidivierenden primären mediastinalen grosszelligen B-Zell-Lymphoms (rrPMBCL) bei Erwachsenen

- mit mindestens 2 Vorbehandlungen, von denen mindestens eine mit Rituximab durchgeführt wurde UND
- die für eine autologe Stammzelltransplantation nicht in Frage kommen oder einen Rückfall nach Transplantation hatten.

Nicht zur Behandlung von Patienten mit PMBCL, die eine dringende zytoreduktive Therapie benötigen.

Folgender Code ist an den Krankenversicherer zu übermitteln: KN170

Befristete Limitation bis 31.12.2023

2L nicht resezierbares metastasiertes kolorektales Karzinom (CRC) mit hoher Mikrosatelliteninstabilität (MSI-H) (Monotherapie) KN164

(mit Preismodell)

KEYTRUDA als Monotherapie zur Behandlung des nicht resezierbaren oder metastasierten kolorektalen Karzinom (CRC) mit hoher Mikrosatelliteninstabilität (MSI-H) oder fehlerhafter DNA-Mismatch-Reparatur (dMMR) nach vorangegangener Fluoropyrimidin-basierter Therapie in Kombination mit Irinotecan oder Oxaliplatin bei Erwachsenen

- ohne vorherige Therapie mit monoklonalen Antikörpern innerhalb von 2 Wochen
- ohne Chemotherapie, targeted Smallmolecule-Therapie oder Radiotherapie 2 Wochen vorher.

Folgender Code ist an den Krankenversicherer zu übermitteln: KN164

Befristete Limitation bis 31.12.2023

2L Endometriumkarzinom, Magenkarzinom, Dünndarmkarzinom oder Gallengangskarzinom mit hoher Mikrosatelliteninstabilität (MSI-H) (Monotherapie) KN158

(mit Preismodell)

KEYTRUDA als Monotherapie zur Behandlung von metastasierten Endometriumkarzinomen, Magenkarzinomen, Dünndarmkarzinomen oder Gallengangskarzinomen mit hoher Mikrosatelliteninstabilität (MSI-H) oder fehlerhafter DNA-Mismatch-Reparatur (dMMR) bei Erwachsenen, die nach Standardtherapie progredient sind und für die keine befriedigenden Alternativen in der Behandlung zur Verfügung stehen

- ohne vorherige Therapie mit monoklonalen Antikörpern innerhalb von 4 Wochen
- ohne Chemotherapie, targeted Smallmolecule-Therapie oder Radiotherapie 2 Wochen vorher.

Folgender Code ist an den Krankenversicherer zu übermitteln: KN158

Befristete Limitation bis 31.12.2023

1L metastasiertes kolorektales Karzinom (CRC) mit hoher Mikrosatelliteninstabilität (MSI-H) (Monotherapie) KN177

(mit Preismodell)

KEYTRUDA als Monotherapie zur Behandlung von erwachsenen Patienten mit zuvor unbehandeltem metastasiertem kolorektalem Karzinom (CRC) mit hoher Mikrosatelliteninstabilität (MSI-H) oder fehlerhafter DNA-Mismatch-Reparatur (dMMR). KEYTRUDA darf nicht vergütet werden, wenn bis zu 4 Wochen vor Therapiebeginn eine Strahlentherapie eingesetzt wurde.

Folgender Code ist an den Krankenversicherer zu übermitteln: KN177

Die Zulassungsinhaberin MSD Merck Sharp & Dohme AG erstattet dem Krankenversicherer, bei dem die versicherte Person zum Zeitpunkt des Bezugs versichert war, auf dessen erste Aufforderung hin für jede bezogene Packung KEYTRUDA (1 bzw. 2 Vials) einen je nach Packungsgrösse festgelegten Betrag des Fabrikabgabepreises zurück. Sie gibt dem Krankenversicherer den entsprechenden Betrag bekannt, der bezogen auf den Fabrikabgabepreis pro Durchstechflasche pro Packung zurückerstattet wird. Der Krankenversicherer muss der Zulassungsinhaberin im Rahmen der Rückerstattungsforderung den Indikationscode (vgl. oben) angeben. Die Mehrwertsteuer kann nicht zusätzlich zu diesem Anteil des Fabrikabgabepreises zurückgefordert werden. Die Aufforderung zur Rückerstattung soll ab dem Zeitpunkt der Verabreichung erfolgen.

KIOVIG	Takeda Pharma AG	080900			
Inf Lös 1 g/10 ml i.v. Durchstf 10 ml			18391	94.45	68.00
Inf Lös 2.500 g/25 ml i.v. Durchstf 25 ml			18391	211.55	170.00
Inf Lös 5 g/50 ml i.v. Durchstf 50 ml			18391	406.70	340.00
Inf Lös 10 g/100 ml i.v. Durchstf 100 ml			18391	797.05	680.00
Inf Lös 20 g/200 ml i.v. Durchstf 200 ml			18391	1553.10	1360.00
Inf Lös 30 g/300 ml i.v. Durchstf 300 ml			18391	2298.85	2040.00

Limitation alt:

Zur Behandlung des Antikörpermangelsyndroms, der idiopathischen thrombozytopenischen Purpura und der Multifokalen Motorischen Neuropathie (MMN); auf besondere Kostengutsprache des Krankenversicherers.

Bei erster Polyradikuloneuropathie (Guillain-Barré-Syndrom), die gegenüber der durch kontrollierte Studien etablierten Behandlung resistent ist.

Limitation neu:

Nur bei Antikörpermangelsyndrom, idiopathischer thrombozytopenischer Purpura, Guillain-Barré-Syndrom, Kawasaki-Syndrom, chronisch inflammatorischer demyelinisierender Polyneuropathie (CIDP) und multifokaler motorischer Neuropathie (MMN).

PRÄPARATE / (Wirkstoffe) Packungen	Verantwortliche Firma	Therap. Gruppe	Dossier Nr.	Preis neu	Ex-Fact. neu
NPLATE Trockensub 250 mcg c Solv Durchstf 1 Stk	Amgen Switzerland AG	069900	19472	716.55	609.89
Trockensub 500 mcg c Solv Durchstf 1 Stk			19472	1399.30	1219.78

Limitation alt:

Nplate ist indiziert für die Behandlung der Thrombozytopenie bei Patienten mit chronischer primärer immunthrombozytopenischer Purpura (ITP), die mindestens 1 Jahr alt sind und die gegenüber anderen Therapien refraktär sind (z. B. Kortikosteroide, Immunglobuline).

Nplate sollte nur bei Patienten mit erhöhtem Blutungsrisiko infolge ausgeprägter Thrombozytopenie eingesetzt werden.

Patienten, die mit der höchsten wöchentlichen Dosis von Nplate (10 mcg/kg) auch nach 4 Wochen eine Thrombozytenzahl von mindestens $20 \times 10^9/l$ nicht erreichen, sollten die Behandlung abbrechen.

Limitation neu:

Nplate ist für die Behandlung von erwachsenen Patienten mit primärer Immunthrombozytopenie (ITP) indiziert, die gegenüber anderen Therapien refraktär sind (z. B. Kortikosteroide, Immunglobuline).

Nplate ist für die Behandlung von pädiatrischen Patienten im Alter von 1 Jahr oder älter mit chronischer primärer Immunthrombozytopenie (ITP) indiziert, die gegenüber anderen Therapien refraktär sind (z. B. Kortikosteroide, Immunglobuline).

Nplate sollte nur bei Patienten mit erhöhtem Blutungsrisiko infolge ausgeprägter Thrombozytopenie eingesetzt werden.

Patienten, die mit der höchsten wöchentlichen Dosis von Nplate (10 mcg/kg) auch nach 4 Wochen eine Thrombozytenzahl von mindestens $20 \times 10^9/L$ nicht erreichen, sollten die Behandlung abbrechen.

PRÄPARATE / (Wirkstoffe) Packungen	Verantwortliche Firma	Therap. Gruppe	Dossier Nr.	Preis neu	Ex-Fact. neu
OPDIVO	Bristol-Myers Squibb SA	071610			
Inf Konz 40 mg/4 ml Durchstf 4 ml			20461	638.00	541.45
Inf Konz 100 mg/10 ml Durchstf 10 ml			20461	1546.10	1353.62
Inf Konz 240 mg/24 ml Durchstf 24 ml			20461	3418.30	3094.92

Limitation alt:**40 mg- und 100 mg-Vials:**

In den unten angegebenen Indikationen können Patienten bis zur Progression der Erkrankung behandelt werden. Klinisch stabile Patienten mit initialem Befund einer Progression können bis zur Bestätigung der Progression der Erkrankung weiter behandelt werden.

Die Behandlungen bedürfen der Kostengutsprache durch den Krankenversicherer nach vorgängiger Konsultation des Vertrauensarztes.

Weitere Indikationen sind der Limitatio des OPDIVO 240 mg-Vials zu entnehmen. Diese beinhalten die OPDIVO-Monotherapie in den Indikationen Melanom adjuvant, Melanom, nicht-kleinzelliges Lungenkarzinom (NSCLC), Nierenzellkarzinom (RCC), Plattenepithelkarzinom im Kopf-Hals-Bereich (SCCHN), klassisches Hodgkin-Lymphom (cHL), kolorektales Karzinom (CRC) mit dMMR/MSI-H, Ösophaguskarzinom oder Karzinom des gastroösophagealen Übergangs (OC oder GEJC) adjuvant sowie die Monotherapiephase der Kombination mit YERVOY im Melanom.

Befristete Limitation bis 31.08.2024

Melanom

(mit Preismodell)

In **Kombination mit YERVOY** für die Behandlung des fortgeschrittenen (nicht resezierbaren oder metastasierten) Melanoms bei Erwachsenen in der Kombinationstherapiephase: YERVOY in einer Dosierung von maximal 3 mg/kg Körpergewicht kombiniert mit OPDIVO in einer Dosierung von maximal 1 mg/kg alle 3 Wochen für maximal 4 Zyklen. Dafür vorgesehen sind die OPDIVO 100 mg- und 40 mg-Vials.

In einer an die Kombinationsphase anschließenden Monotherapie ist OPDIVO in einer Dosierung von maximal 240 mg alle zwei Wochen zu verabreichen (siehe Limitatio 240 mg).

Für die Behandlung des Melanoms in Kombination mit YERVOY vergütet Bristol-Myers Squibb SA nach Aufforderung durch denjenigen Krankenversicherer, bei dem die versicherte Person zum Zeitpunkt des Bezugs versichert war, 16.98% des Fabrikabgabepreises pro nachweislich für das Melanom verabreichter Packung resp. pro verabreichtem mg OPDIVO bzw. YERVOY zurück.

Wurde die Kombinationsphase mit OPDIVO und YERVOY vor dem 01.09.2021 abgeschlossen und wird die Therapie in der Monotherapiephase mit OPDIVO fortgesetzt, kann entsprechend der bis zum 31.08.2021 gültigen Limitierung keine Rückvergütung auf die Monotherapiephase verlangt werden. Wurde die Kombinationsphase mit OPDIVO und YERVOY vor dem 01.09.2021 begonnen und werden ab dem 01.09.2021 weitere Kombinationszyklen verabreicht, gilt pro nachweislich ab dem 01.09.2021 für das Melanom verabreichter Packung resp. verabreichtem mg OPDIVO bzw. YERVOY die oben genannte, ab 01.09.2021 gültige, Limitierung.

Folgender Code ist an den Krankenversicherer zu übermitteln: 20461.03

Die Zulassungsinhaberin Bristol-Myers Squibb SA erstattet dem Krankenversicherer, bei dem die versicherte Person zum Zeitpunkt des Bezugs versichert war, einen indikationsspezifischen Prozentsatz des Fabrikabgabepreises (sofern angegeben; vgl. oben) zurück. Die Rückzahlung erfolgt auf die erste Aufforderung für jede bezogene Packung resp. pro verabreichtem mg OPDIVO (40 mg, 100 mg oder 240 mg). Es gelten die zum Verabreichungszeitpunkt aktuellen Preise und Prozentsätze. Der Krankenversicherer muss der Zulassungsinhaberin im Rahmen der Rückerstattungsforderung den Indikationscode (vgl. oben) angeben. Die Mehrwertsteuer kann nicht zusätzlich zu diesem Anteil des Fabrikabgabepreises zurückgefordert werden. Die Aufforderung zur Rückerstattung soll ab dem Zeitpunkt der Verabreichung erfolgen.

240 mg Vial:

In den unten angegebenen Indikationen können Patienten sofern nicht anders festgelegt bis zur Progression der Erkrankung behandelt werden. Klinisch stabile Patienten mit initialem Befund einer Progression können bis zur Bestätigung der Progression der Erkrankung weiter behandelt werden.

Die Dosierung beträgt maximal 240 mg alle zwei Wochen sofern nicht anders festgelegt.

Die Behandlungen bedürfen der Kostengutsprache durch den Krankenversicherer nach vorgängiger Konsultation des Vertrauensarztes.

Weitere OPDIVO-Indikationen sind den Limitationen der OPDIVO 40 mg- und 100 mg-Vials zu entnehmen. Diese beinhalten die Kombinationstherapiephase mit YERVOY im Melanom.

Befristete Limitation bis 31.08.2024

Nicht-kleinzelliges Lungenkarzinom (NSCLC)

(ohne Preismodell)

Als **Monotherapie** zur Behandlung von lokal fortgeschrittenem oder metastasiertem nicht-kleinzelligem Lungenkarzinom nach vorangegangener Chemotherapie.

Folgender Code ist an den Krankenversicherer zu übermitteln: 20461.01

Befristete Limitation bis 31.08.2024

Melanom

(mit Preismodell)

Als **Monotherapie** bei Erwachsenen für die Behandlung des fortgeschrittenen (nicht resezierbaren oder metastasierten) Melanoms.

Für die Behandlung des Melanoms vergütet Bristol-Myers Squibb SA nach Aufforderung durch denjenigen Krankenversicherer, bei dem die versicherte Person zum Zeitpunkt des Bezugs versichert war, 2.32% des Fabrikabgabepreises pro nachweislich für das Melanom verabreichter Packung resp. pro verabreichtem mg OPDIVO zurück.

Folgender Code ist an den Krankenversicherer zu übermitteln: 20461.02

Melanom

(mit Preismodell)

In **Kombination mit YERVOY** für die Behandlung des fortgeschrittenen (nicht resezierbaren oder metastasierten) Melanoms bei Erwachsenen: In einer an die Kombinationsphase anschließenden Monotherapie ist OPDIVO in einer Dosierung von maximal 240 mg alle zwei Wochen zu verabreichen. Für Informationen zur Kombinationsphase wird auf die Limitatio der 40 mg- /100 mg-Vials verwiesen.

Für die Behandlung des Melanoms in Kombination mit YERVOY vergütet Bristol-Myers Squibb SA nach Aufforderung durch denjenigen Krankenversicherer, bei dem die versicherte Person zum Zeitpunkt des Bezugs versichert war, 16.98% des Fabrikabgabepreises pro nachweislich für das Melanom verabreichter Packung resp. pro verabreichtem mg OPDIVO bzw. YERVOY zurück.

Wurde die Kombinationsphase mit OPDIVO und YERVOY vor dem 01.09.2021 abgeschlossen und wird die Therapie in der Monotherapiephase mit OPDIVO fortgesetzt, kann entsprechend der bis zum 31.08.2021 gültigen Limitierung keine Rückvergütung auf die Monotherapiephase verlangt werden. Wurde die Kombinationsphase mit OPDIVO und YERVOY vor dem 01.09.2021 begonnen und werden ab dem 01.09.2021 weitere Kombinationszyklen verabreicht, gilt pro nachweislich ab dem 01.09.2021 für das Melanom verabreichter Packung resp. verabreichtem mg OPDIVO bzw. YERVOY die oben genannte, ab 01.09.2021 gültige, Limitierung.

Folgender Code ist an den Krankenversicherer zu übermitteln: 20461.03

PRÄPARATE / (Wirkstoffe) Packungen	Verantwortliche Firma	Therap. Gruppe	Dossier Nr.	Preis neu	Ex-Fact. neu
Befristete Limitation bis 31.08.2024					
Melanom adjuvant					
(mit Preismodell)					
Als Monotherapie für die adjuvante Behandlung des Melanoms mit regionaler Lymphknotenbeteiligung oder Fernmetastasen (Stadium IIB, IIC oder IV nach AJCC 7th edition) nach vollständiger Resektion bei Patienten ohne vorangegangene systemische Therapie zur Behandlung des Melanoms. Die adjuvante Therapie mit Nivolumab soll innerhalb von 15 Wochen nach Resektion gestartet werden.					
Die Patienten können bis zu maximal 12 Monaten oder bis zu einem vorher auftretenden Rezidiv der Erkrankung behandelt werden.					
Für die adjuvante Behandlung des Melanoms vergütet Bristol-Myers Squibb SA nach Aufforderung durch denjenigen Krankenversicherer, bei dem die versicherte Person zum Zeitpunkt des Bezugs versichert war, 2.32% des Fabrikabgabepreises pro nachweislich für das adjuvante Melanom verabreichter Packung resp. pro verabreichtem mg OPDIVO zurück.					
Folgender Code ist an den Krankenversicherer zu übermitteln: 20461.07					
Befristete Limitation bis 31.08.2024					
Nierenzellkarzinom (RCC)					
(mit Preismodell)					
Als Monotherapie zur Behandlung von erwachsenen Patienten mit fortgeschrittenem Nierenzellkarzinom nach vorangegangener antiangiogener Therapie.					
Für die Behandlung des Nierenzellkarzinoms vergütet Bristol-Myers Squibb SA nach Aufforderung durch denjenigen Krankenversicherer, bei dem die versicherte Person zum Zeitpunkt des Bezugs versichert war, 29.58% des Fabrikabgabepreises pro nachweislich für RCC verabreichter Packung resp. pro verabreichtem mg OPDIVO zurück.					
Folgender Code ist an den Krankenversicherer zu übermitteln: 20461.04					
Befristete Limitation bis 31.08.2024					
Platteneithelkarzinom im Kopf-Hals-Bereich (SCCHN)					
(ohne Preismodell)					
Als Monotherapie zur Behandlung von erwachsenen Patienten mit rezidivierendem oder metastasiertem Plattenepithelkarzinom im Kopf-Hals-Bereich nach vorangegangener Platin-basierter Chemotherapie.					
Folgender Code ist an den Krankenversicherer zu übermitteln: 20461.05					
Befristete Limitation bis 31.08.2024					
Klassisches Hodgkin-Lymphom (cHL)					
(mit Preismodell)					
Als Monotherapie zur Behandlung von erwachsenen Patienten mit rezidivierendem oder refraktärem klassischem Hodgkin-Lymphom (cHL) nach autologer Stammzelltransplantation (autologous stem cell transplant, ASCT) und Behandlung mit Brentuximab Vedotin.					
Für die Behandlung des cHL vergütet Bristol-Myers Squibb SA nach Aufforderung durch denjenigen Krankenversicherer, bei dem die versicherte Person zum Zeitpunkt des Bezugs versichert war, 2.32% des Fabrikabgabepreises pro nachweislich für das cHL verabreichter Packung resp. pro verabreichtem mg OPDIVO zurück.					
Folgender Code ist an den Krankenversicherer zu übermitteln: 20461.06					
Befristete Limitation bis 31.08.2024					
Kolorektales Karzinom (CRC) mit dMMR/MSI-H					
(mit Preismodell)					
Monotherapie für die Behandlung von erwachsenen Patienten mit metastasiertem kolorektalem Karzinom mit fehlerhafter DNA Mismatch-Reparatur (dMMR) oder hoher Mikrosatelliteninstabilität (MSI-H) nach vorangegangener Fluoropyrimidin-basierter Therapie in Kombination mit Irinotecan oder Oxaliplatin. Die fehlerhafte DNA Mismatch-Reparatur (dMMR) oder hohe Mikrosatelliteninstabilität (MSI-H) müssen mit einem validierten Test nachgewiesen werden.					
Für die Behandlung des CRC mit dMMR/MSI-H vergütet Bristol-Myers Squibb SA nach Aufforderung durch denjenigen Krankenversicherer, bei dem die versicherte Person zum Zeitpunkt des Bezugs versichert war, 23.03% des Fabrikabgabepreises pro nachweislich für das CRC mit dMMR/MSI-H verabreichter Packung resp. pro verabreichtem mg OPDIVO zurück.					
Folgender Code ist an den Krankenversicherer zu übermitteln: 20461.08					
Befristete Limitation bis 31.08.2024					
Ösophaguskarzinom oder Karzinom des gastroösophagealen Übergangs (OC oder GEJC) adjuvant					
(ohne Preismodell)					
Als Monotherapie für die adjuvante Behandlung von erwachsenen Patienten mit vollständig reseziertem Ösophaguskarzinom oder Karzinom des gastroösophagealen Übergangs mit pathologischer Resterkrankung nach vorangegangener neoadjuvanter Radiochemotherapie.					
Die empfohlene Dosierung ist 240 mg alle 2 Wochen für die ersten 16 Wochen, gefolgt von 480 mg alle 4 Wochen. Die Patienten können bis zu maximal 12 Monaten oder bis zu einem vorher auftretenden Rezidiv der Erkrankung behandelt werden.					
Folgender Code ist an den Krankenversicherer zu übermitteln: 20461.09					
Die Zulassungsinhaberin Bristol-Myers Squibb SA erstattet dem Krankenversicherer, bei dem die versicherte Person zum Zeitpunkt des Bezugs versichert war, einen indikationsspezifischen Prozentsatz des Fabrikabgabepreises (sofern angegeben; vgl. oben) zurück. Die Rückzahlung erfolgt auf die erste Aufforderung für jede bezogene Packung resp. pro verabreichtem mg OPDIVO (40 mg, 100 mg oder 240 mg). Es gelten die zum Verabreichungszeitpunkt aktuellen Preise und Prozentsätze. Der Krankenversicherer muss der Zulassungsinhaberin im Rahmen der Rückerstattungsforderung den Indikationscode (vgl. oben) angeben. Die Mehrwertsteuer kann nicht zusätzlich zu diesem Anteil des Fabrikabgabepreises zurückgefordert werden. Die Aufforderung zur Rückerstattung soll ab dem Zeitpunkt der Verabreichung erfolgen.					

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

Limitation neu:**40 mg- und 100 mg-Vials:**

In den unten angegebenen Indikationen können Patienten bis zur Progression der Erkrankung behandelt werden. Klinisch stabile Patienten mit initialem Befund einer Progression können bis zur Bestätigung der Progression der Erkrankung weiter behandelt werden.

Die Behandlungen bedürfen der Kostengutsprache durch den Krankenversicherer nach vorgängiger Konsultation des Vertrauensarztes.

Weitere Indikationen sind der Limitatio des OPDIVO 240 mg-Vials zu entnehmen. Diese beinhalten die OPDIVO-Monotherapie in den Indikationen Melanom adjuvant, Melanom, nicht-kleinzelliges Lungenkarzinom (NSCLC), Nierenzellkarzinom (RCC), Plattenepithelkarzinom im Kopf-Hals-Bereich (SCCHN), klassisches Hodgkin-Lymphom (cHL), kolorektales Karzinom (CRC) mit dMMR/MSI-H, Ösophaguskarzinom oder Karzinom des gastroösophagealen Übergangs (OC oder GEJC) adjuvant sowie die Monotherapiephase der Kombination mit YERVOY im Melanom.

Befristete Limitation bis 31.08.2024

Melanom

(mit Preismodell)

In **Kombination mit YERVOY** für die Behandlung des fortgeschrittenen (nicht resezierbaren oder metastasierten) Melanoms bei Erwachsenen in der Kombinationstherapiephase: YERVOY in einer Dosierung von maximal 3 mg/kg Körpergewicht kombiniert mit OPDIVO in einer Dosierung von maximal 1 mg/kg alle 3 Wochen für maximal 4 Zyklen. Dafür vorgesehen sind die OPDIVO 100 mg- und 40 mg-Vials.

In einer an die Kombinationsphase anschließenden Monotherapie ist OPDIVO in einer Dosierung von maximal 240 mg alle zwei Wochen zu verabreichen (siehe Limitatio 240 mg).

Für die Behandlung des Melanoms in Kombination mit YERVOY vergütet Bristol-Myers Squibb SA nach Aufforderung durch denjenigen Krankenversicherer, bei dem die versicherte Person zum Zeitpunkt des Bezugs versichert war, 16.98% des Fabrikabgabepreises pro nachweislich für das Melanom verabreichter Packung resp. pro verabreichtem mg OPDIVO bzw. YERVOY zurück.

Wurde die Kombinationsphase mit OPDIVO und YERVOY vor dem 01.09.2021 abgeschlossen und wird die Therapie in der Monotherapiephase mit OPDIVO fortgesetzt, kann entsprechend der bis zum 31.08.2021 gültigen Limitierung keine Rückvergütung auf die Monotherapiephase verlangt werden. Wurde die Kombinationsphase mit OPDIVO und YERVOY vor dem 01.09.2021 begonnen und werden ab dem 01.09.2021 weitere Kombinationszyklen verabreicht, gilt pro nachweislich ab dem 01.09.2021 für das Melanom verabreichter Packung resp. verabreichtem mg OPDIVO bzw. YERVOY die zum Zeitpunkt der Verabreichung gültige Limitierung.

Folgender Code ist an den Krankenversicherer zu übermitteln: 20461.03

Die Zulassungsinhaberin Bristol-Myers Squibb SA erstattet dem Krankenversicherer, bei dem die versicherte Person zum Zeitpunkt des Bezugs versichert war, einen indikationsspezifischen Prozentsatz des Fabrikabgabepreises (sofern angegeben; vgl. oben) zurück. Die Rückzahlung erfolgt auf die erste Aufforderung für jede bezogene Packung resp. pro verabreichtem mg OPDIVO (40 mg, 100 mg oder 240 mg). Es gelten die zum Verabreichungszeitpunkt aktuellen Preise und Prozentsätze. Der Krankenversicherer muss der Zulassungsinhaberin im Rahmen der Rückerstattungsforderung den Indikationscode (vgl. oben) angeben. Die Mehrwertsteuer kann nicht zusätzlich zu diesem Anteil des Fabrikabgabepreises zurückgefordert werden. Die Aufforderung zur Rückerstattung soll ab dem Zeitpunkt der Verabreichung erfolgen.

240 mg Vial:

In den unten angegebenen Indikationen können Patienten sofern nicht anders festgelegt bis zur Progression der Erkrankung behandelt werden. Klinisch stabile Patienten mit initialem Befund einer Progression können bis zur Bestätigung der Progression der Erkrankung weiter behandelt werden.

Die Dosierung beträgt maximal 240 mg alle zwei Wochen sofern nicht anders festgelegt.

Die Behandlungen bedürfen der Kostengutsprache durch den Krankenversicherer nach vorgängiger Konsultation des Vertrauensarztes.

Weitere OPDIVO-Indikationen sind den Limitationen der OPDIVO 40 mg- und 100 mg-Vials zu entnehmen. Diese beinhalten die Kombinationstherapiephase mit YERVOY im Melanom.

Befristete Limitation bis 31.08.2024

Nicht-kleinzelliges Lungenkarzinom (NSCLC)

(ohne Preismodell)

Als Monotherapie zur Behandlung von lokal fortgeschrittenem oder metastasiertem nicht-kleinzelligem Lungenkarzinom nach vorangegangener Chemotherapie.

Folgender Code ist an den Krankenversicherer zu übermitteln: 20461.01

Befristete Limitation bis 31.08.2024

Melanom

(mit Preismodell)

Als **Monotherapie** bei Erwachsenen für die Behandlung des fortgeschrittenen (nicht resezierbaren oder metastasierten) Melanoms.

Für die Behandlung des Melanoms vergütet Bristol-Myers Squibb SA nach Aufforderung durch denjenigen Krankenversicherer, bei dem die versicherte Person zum Zeitpunkt des Bezugs versichert war, 2.32% des Fabrikabgabepreises pro nachweislich für das Melanom verabreichter Packung resp. pro verabreichtem mg OPDIVO zurück.

Folgender Code ist an den Krankenversicherer zu übermitteln: 20461.02

Melanom

(mit Preismodell)

In **Kombination mit YERVOY** für die Behandlung des fortgeschrittenen (nicht resezierbaren oder metastasierten) Melanoms bei Erwachsenen: In einer an die Kombinationsphase anschließenden Monotherapie ist OPDIVO in einer Dosierung von maximal 240 mg alle zwei Wochen zu verabreichen. Für Informationen zur Kombinationsphase wird auf die Limitatio der 40 mg- /100 mg-Vials verwiesen.

Für die Behandlung des Melanoms in Kombination mit YERVOY vergütet Bristol-Myers Squibb SA nach Aufforderung durch denjenigen Krankenversicherer, bei dem die versicherte Person zum Zeitpunkt des Bezugs versichert war, 16.98% des Fabrikabgabepreises pro nachweislich für das Melanom verabreichter Packung resp. pro verabreichtem mg OPDIVO bzw. YERVOY zurück.

Wurde die Kombinationsphase mit OPDIVO und YERVOY vor dem 01.09.2021 abgeschlossen und wird die Therapie in der Monotherapiephase mit OPDIVO fortgesetzt, kann entsprechend der bis zum 31.08.2021 gültigen Limitierung keine Rückvergütung auf die Monotherapiephase verlangt werden. Wurde die Kombinationsphase mit OPDIVO und YERVOY vor dem 01.09.2021 begonnen und werden ab dem 01.09.2021 weitere Kombinationszyklen verabreicht, gilt pro nachweislich ab dem 01.09.2021 für das Melanom verabreichter Packung resp. verabreichtem mg OPDIVO bzw. YERVOY die zum Zeitpunkt der Verabreichung gültige Limitierung.

Folgender Code ist an den Krankenversicherer zu übermitteln: 20461.03

PRÄPARATE / (Wirkstoffe) Packungen	Verantwortliche Firma	Therap. Gruppe	Dossier Nr.	Preis neu	Ex-Fact. neu
Befristete Limitation bis 31.08.2024					
Melanom adjuvant					
(mit Preismodell)					
Als Monotherapie für die adjuvante Behandlung des Melanoms mit regionaler Lymphknotenbeteiligung oder Fernmetastasen (Stadium IIB, IIC oder IV nach AJCC 7th edition) nach vollständiger Resektion bei Patienten ohne vorangegangene systemische Therapie zur Behandlung des Melanoms. Die adjuvante Therapie mit Nivolumab soll innerhalb von 15 Wochen nach Resektion gestartet werden.					
Die Patienten können bis zu maximal 12 Monaten oder bis zu einem vorher auftretenden Rezidiv der Erkrankung behandelt werden.					
Für die adjuvante Behandlung des Melanoms vergütet Bristol-Myers Squibb SA nach Aufforderung durch denjenigen Krankenversicherer, bei dem die versicherte Person zum Zeitpunkt des Bezugs versichert war, 2.32% des Fabrikabgabepreises pro nachweislich für das adjuvante Melanom verabreichter Packung resp. pro verabreichtem mg OPDIVO zurück.					
Folgender Code ist an den Krankenversicherer zu übermitteln: 20461.07					
Befristete Limitation bis 31.08.2024					
Nierenzellkarzinom (RCC)					
(mit Preismodell)					
Als Monotherapie zur Behandlung von erwachsenen Patienten mit fortgeschrittenem Nierenzellkarzinom nach vorangegangener antiangiogener Therapie.					
Für die Behandlung des Nierenzellkarzinoms vergütet Bristol-Myers Squibb SA nach Aufforderung durch denjenigen Krankenversicherer, bei dem die versicherte Person zum Zeitpunkt des Bezugs versichert war, 29.58% des Fabrikabgabepreises pro nachweislich für RCC verabreichter Packung resp. pro verabreichtem mg OPDIVO zurück.					
Folgender Code ist an den Krankenversicherer zu übermitteln: 20461.04					
Befristete Limitation bis 31.08.2024					
Platteneithelkarzinom im Kopf-Hals-Bereich (SCCHN)					
(ohne Preismodell)					
Als Monotherapie zur Behandlung von erwachsenen Patienten mit rezidivierendem oder metastasiertem Platteneithelkarzinom im Kopf-Hals-Bereich nach vorangegangener Platin-basierter Chemotherapie.					
Folgender Code ist an den Krankenversicherer zu übermitteln: 20461.05					
Befristete Limitation bis 31.08.2024					
Klassisches Hodgkin-Lymphom (cHL)					
(mit Preismodell)					
Als Monotherapie zur Behandlung von erwachsenen Patienten mit rezidivierendem oder refraktärem klassischem Hodgkin-Lymphom (cHL) nach autologer Stammzelltransplantation (autologous stem cell transplant, ASCT) und Behandlung mit Brentuximab Vedotin.					
Für die Behandlung des cHL vergütet Bristol-Myers Squibb SA nach Aufforderung durch denjenigen Krankenversicherer, bei dem die versicherte Person zum Zeitpunkt des Bezugs versichert war, 2.32% des Fabrikabgabepreises pro nachweislich für das cHL verabreichter Packung resp. pro verabreichtem mg OPDIVO zurück.					
Folgender Code ist an den Krankenversicherer zu übermitteln: 20461.06					
Befristete Limitation bis 31.08.2024					
Kolorektales Karzinom (CRC) mit dMMR/MSI-H					
(mit Preismodell)					
Monotherapie für die Behandlung von erwachsenen Patienten mit metastasiertem kolorektalem Karzinom mit fehlerhafter DNA Mismatch-Reparatur (dMMR) oder hoher Mikrosatelliteninstabilität (MSI-H) nach vorangegangener Fluoropyrimidin-basierter Therapie in Kombination mit Irinotecan oder Oxaliplatin. Die fehlerhafte DNA Mismatch-Reparatur (dMMR) oder hohe Mikrosatelliteninstabilität (MSI-H) müssen mit einem validierten Test nachgewiesen werden.					
Für die Behandlung des CRC mit dMMR/MSI-H vergütet Bristol-Myers Squibb SA nach Aufforderung durch denjenigen Krankenversicherer, bei dem die versicherte Person zum Zeitpunkt des Bezugs versichert war, 23.03% des Fabrikabgabepreises pro nachweislich für das CRC mit dMMR/MSI-H verabreichter Packung resp. pro verabreichtem mg OPDIVO zurück.					
Folgender Code ist an den Krankenversicherer zu übermitteln: 20461.08					
Befristete Limitation bis 31.08.2024					
Ösophaguskarzinom oder Karzinom des gastroösophagealen Übergangs (OC oder GEJC) adjuvant					
(ohne Preismodell)					
Als Monotherapie für die adjuvante Behandlung von erwachsenen Patienten mit vollständig reseziertem Ösophaguskarzinom oder Karzinom des gastroösophagealen Übergangs mit pathologischer Resterkrankung nach vorangegangener neoadjuvanter Radiochemotherapie.					
Die empfohlene Dosierung ist 240 mg alle 2 Wochen für die ersten 16 Wochen, gefolgt von 480 mg alle 4 Wochen. Die Patienten können bis zu maximal 12 Monaten oder bis zu einem vorher auftretenden Rezidiv der Erkrankung behandelt werden.					
Folgender Code ist an den Krankenversicherer zu übermitteln: 20461.09					
Die Zulassungsinhaber Bristol-Myers Squibb SA erstattet dem Krankenversicherer, bei dem die versicherte Person zum Zeitpunkt des Bezugs versichert war, einen indikationsspezifischen Prozentsatz des Fabrikabgabepreises (sofern angegeben; vgl. oben) zurück. Die Rückzahlung erfolgt auf die erste Aufforderung für jede bezogene Packung resp. pro verabreichtem mg OPDIVO (40 mg, 100 mg oder 240 mg). Es gelten die zum Verabreichungszeitpunkt aktuellen Preise und Prozentsätze. Der Krankenversicherer muss der Zulassungsinhaber im Rahmen der Rückerstattungsforderung den Indikationscode (vgl. oben) angeben. Die Mehrwertsteuer kann nicht zusätzlich zu diesem Anteil des Fabrikabgabepreises zurückgefordert werden. Die Aufforderung zur Rückerstattung soll ab dem Zeitpunkt der Verabreichung erfolgen.					

PRÄPARATE / (Wirkstoffe) Packungen	Verantwortliche Firma	Therap. Gruppe	Dossier Nr.	Preis neu	Ex-Fact. neu
REVLIMID	Celgene GmbH	071610			
Kaps 5 mg 21 Stk			18541	5423.00	5050.71
Kaps 10 mg 21 Stk			18541	5694.00	5315.13
Kaps 15 mg 21 Stk			18541	5971.85	5586.20
Kaps 25 mg 21 Stk			18541	6544.90	6145.26
Kaps 20 mg 21 Stk			18541	6258.35	5865.73
Kaps 2.500 mg 21 Stk			18541	5287.45	4918.50
Kaps 7.500 mg 21 Stk			18541	5558.50	5182.92
Inf Konz 240 mg/24 ml Durchstf 24 ml			20461	3418.30	3094.92

Limitation alt:

Zur Behandlung von

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

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

Befristete Limitation bis 31.07.2022

Erhaltungstherapie nach autologer Stammzelltransplantation

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

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

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

Folgender Code ist an den Krankenversicherer zu übermitteln: 18541.04

Befristete Limitation bis 31.12.2021

Kombination REVLIMID, Bortezomib und Dexamethason (Induktion vor Stammzelltransplantation)

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

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

Folgender Code ist an den Krankenversicherer zu übermitteln: 18541.05

Befristete Limitation bis 31.12.2021

Kombination REVLIMID, Bortezomib und Dexamethason (ohne Stammzelltransplantation)

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

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

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

Folgender Code ist an den Krankenversicherer zu übermitteln: 18541.06

Befristete Limitation bis 31.12.2021

Kombination REVLIMID, Elotuzumab und Dexamethason

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

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

Die CELGENE GmbH zahlt nach Aufforderung durch denjenigen Krankenversicherer, bei dem die versicherte Person zum Zeitpunkt des Bezugs versichert war, pro Packung REVLIMID 25.87 Prozent des Fabrikabgabepreises an den Krankenversicherer zurück.

Die Forderung einer Rückvergütung durch den Krankenversicherer gilt nur für die Kombination von Elotuzumab und REVLIMID und kann nur dann erfolgen, wenn nachweislich beide Medikamente eingesetzt wurden. Wird Elotuzumab abgesetzt, kann der Krankenversicherer für die darauffolgende Erhaltungstherapie mit REVLIMID keine Rückvergütung einfordern. Die Mehrwertsteuer kann nicht zusätzlich zu den Rückvergütungsbeträgen zurückgefordert werden. Die Aufforderung zur Rückvergütung soll in der Regel innerhalb von 6 Monaten nach Verabreichung erfolgen.

Folgender Code ist an den Krankenversicherer zu übermitteln: 18541.08

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

Befristete Limitation bis 31.03.2022

Kombination REVLIMID, Ixazomib und Dexamethason

REVLIMID wird nach Kostengutsprache durch den Krankenversicherer nach vorgängiger Konsultation des Vertrauensarztes in Kombination mit Ixazomib und Dexamethason zur Behandlung von erwachsenen Patienten mit multiplem Myelom vergütet, die mindestens eine vorangegangene Therapie erhalten haben und Hochrisikomerkmale (definiert als erhöhtes zytogenetisches Risiko [hohes Risiko für (del(17), t(4;14), t(14;16)] oder 1q21) oder ISS-Stadium III) aufweisen, oder die mindestens zwei vorangegangene Therapien erhalten haben.

Die CELGENE GmbH zahlt nach Aufforderung durch denjenigen Krankenversicherer, bei dem die versicherte Person zum Zeitpunkt des Bezugs versichert war, pro Packung REVLIMID 20.88 % des Fabrikabgabepreises an den Krankenversicherer zurück. Die Forderung einer Rückvergütung durch den Krankenversicherer gilt nur für die Kombination von Ixazomib und REVLIMID und kann nur dann erfolgen, wenn nachweislich beide Medikamente eingesetzt wurden. Wird Ixazomib abgesetzt, kann der Krankenversicherer für die darauffolgende Erhaltungstherapie mit REVLIMID keine Rückvergütung einfordern.

Die Mehrwertsteuer kann nicht zusätzlich zu den Rückvergütungsbeträgen zurückgefordert werden.

Folgender Code ist an den Krankenversicherer zu übermitteln: 18541.09

Befristete Limitation bis 31.12.2023

Kombination REVLIMID, Daratumumab und Dexamethason

Nach Kostengutsprache durch den Krankenversicherer nach vorgängiger Konsultation des Vertrauensarztes.

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

Nur bis zur Progression der Krankheit.

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

Folgender Code ist an den Krankenversicherer zu übermitteln: 18541.10

Befristete Limitation bis 31.05.2024

Kombination REVLIMID, Carfilzomib und Dexamethason

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

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

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

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

Folgender Code ist an den Krankenversicherer zu übermitteln: 18541.07

Limitation neu:

Zur Behandlung von

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

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

Befristete Limitation bis 30.11.2021

Erhaltungstherapie nach autologer Stammzelltransplantation

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

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

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

Folgender Code ist an den Krankenversicherer zu übermitteln: 18541.04

Befristete Limitation bis 31.12.2021

Kombination REVLIMID, Bortezomib und Dexamethason (Induktion vor Stammzelltransplantation)

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

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

Folgender Code ist an den Krankenversicherer zu übermitteln: 18541.05

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

Befristete Limitation bis 31.12.2021

Kombination REVLIMID, Bortezomib und Dexamethason (ohne Stammzelltransplantation)

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

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

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

Folgender Code ist an den Krankenversicherer zu übermitteln: 18541.06

Befristete Limitation bis 31.12.2021

Kombination REVLIMID, Elotuzumab und Dexamethason

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

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

Die CELGENE GmbH zahlt nach Aufforderung durch denjenigen Krankenversicherer, bei dem die versicherte Person zum Zeitpunkt des Bezugs versichert war, pro Packung REVLIMID 25.87 Prozent des Fabrikabgabepreises an den Krankenversicherer zurück.

Die Forderung einer Rückvergütung durch den Krankenversicherer gilt nur für die Kombination von Elotuzumab und REVLIMID und kann nur dann erfolgen, wenn nachweislich beide Medikamente eingesetzt wurden. Wird Elotuzumab abgesetzt, kann der Krankenversicherer für die darauffolgende Erhaltungstherapie mit REVLIMID keine Rückvergütung einfordern. Die Mehrwertsteuer kann nicht zusätzlich zu den Rückvergütungsbeträgen zurückgefordert werden. Die Aufforderung zur Rückvergütung soll in der Regel innerhalb von 6 Monaten nach Verabreichung erfolgen.

Folgender Code ist an den Krankenversicherer zu übermitteln: 18541.08

Befristete Limitation bis 31.03.2022

Kombination REVLIMID, Ixazomib und Dexamethason

REVLIMID wird nach Kostengutsprache durch den Krankenversicherer nach vorgängiger Konsultation des Vertrauensarztes in Kombination mit Ixazomib und Dexamethason zur Behandlung von erwachsenen Patienten mit multiplem Myelom vergütet, die mindestens eine vorangegangene Therapie erhalten haben und Hochrisikomerkmale (definiert als erhöhtes zytogenetisches Risiko [hohes Risiko für (del(17), t(4;14), t(14;16)] oder 1q21) oder ISS-Stadium III) aufweisen, oder die mindestens zwei vorangegangene Therapien erhalten haben.

Die CELGENE GmbH zahlt nach Aufforderung durch denjenigen Krankenversicherer, bei dem die versicherte Person zum Zeitpunkt des Bezugs versichert war, pro Packung REVLIMID 20.88 % des Fabrikabgabepreises an den Krankenversicherer zurück. Die Forderung einer Rückvergütung durch den Krankenversicherer gilt nur für die Kombination von Ixazomib und REVLIMID und kann nur dann erfolgen, wenn nachweislich beide Medikamente eingesetzt wurden. Wird Ixazomib abgesetzt, kann der Krankenversicherer für die darauffolgende Erhaltungstherapie mit REVLIMID keine Rückvergütung einfordern.

Die Mehrwertsteuer kann nicht zusätzlich zu den Rückvergütungsbeträgen zurückgefordert werden.

Folgender Code ist an den Krankenversicherer zu übermitteln: 18541.09

Befristete Limitation bis 31.12.2023

Kombination REVLIMID, Daratumumab und Dexamethason

Nach Kostengutsprache durch den Krankenversicherer nach vorgängiger Konsultation des Vertrauensarztes.

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

Nur bis zur Progression der Krankheit.

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

Folgender Code ist an den Krankenversicherer zu übermitteln: 18541.10

Befristete Limitation bis 31.05.2024

Kombination REVLIMID, Carfilzomib und Dexamethason

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

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

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

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

Folgender Code ist an den Krankenversicherer zu übermitteln: 18541.07

PRÄPARATE / (Wirkstoffe) Packungen	Verantwortliche Firma	Therap. Gruppe	Dossier Nr.	Preis neu	Ex-Fact. neu
TRIKAFTA Filmtabl Blist 84 Stk	Vertex Pharmaceuticals (CH) GmbH	039900	21144	18325.55	17638.59

Limitation alt:

Nach Kostengutsprache der Versicherer und vorgängiger Evaluation durch den Vertrauensarzt.

Nur zur Behandlung von Patienten mit zystischer Fibrose (CF) ab 12 Jahren, die entweder homozygot für die F508del Mutation im CFTR-Gen (Cystic Fibrosis Transmembrane Conductance Regulator) sind oder heterozygot für die F508del-Mutation im CFTR-Gen und eine Minimalfunktions (MF)-Mutation aufweisen.

Die Indikationsstellung, Erstverordnung und die Therapieüberwachung müssen von einem Zentrum mit Erfahrung in der Behandlung der zystischen Fibrose (Siehe Liste der Swiss Working Group CF; <http://www.sgpp-sspp.ch>) erfolgen.

Einsatz nur bei Patienten mit

- Diätberatung vor Therapiebeginn UND bestehender und fortzusetzender Atemphysiotherapie und Inhalationstherapie UND
 - einem FEV1 < 90% vor Behandlungsbeginn ODER
 - mehrmaligen pulmonalen Exazerbationen pro Jahr ODER
 - regelmässigen Antibiotikabehandlungen ODER
 - einer mittels bildgebenden Verfahren (CT oder MRT) nachgewiesenen Schädigung der Lunge vor Therapiebeginn.
- Der Therapieverlauf aller mit TRIKAFTA behandelte CF-Patienten muss alle 3 Monate im europäischen CF-Register (<https://www.ecfs.eu/ecfspr>) erfasst werden (Anamnese, Lungenfunktion, Dosierung, Compliance, Therapieunterbrüche):
- Bei allen Patienten muss vor Therapie-Beginn ein Ausgangswert für FEV1 (%) bestimmt werden.
 - Bei allen Patienten muss vor Therapie-Beginn ein Ausgangswert für den Schweisschlorid-Level bestimmt werden. Diese Messung ist einmal nach 3 Monaten zu wiederholen und die Werte sind im Register zu erfassen.
 - Die Anzahl pulmonaler Exazerbationen in den 2 Jahren vor der Therapie ist anzugeben.
 - Das FEV1 (%) ist während der Therapie alle drei Monate zu messen.
 - Alle stationären Spital-Aufenthalte sind im Register zu erfassen (Anzahl der Spitaltage).
 - Die Anzahl und die Dauer aller pulmonalen Exazerbationen sind im Register festzuhalten.
 - Bei einer pulmonalen Exazerbation ist die antibiotische Therapie wie folgt zu erfassen: Wirkstoff-Bezeichnung des Antibiotikums; Dauer der Antibiotikatherapie; intravenös vs. peroral vs. inhalativ; stationär vs. ambulant.
 - Pulmonale Exazerbationen und der Antibiotikabedarf sind alle 6 Monate nach Therapiebeginn zu dokumentieren.
 - Bei einem Therapieabbruch ist der Grund für den Abbruch anzugeben.

Die Therapie ist nach 6 und 12 Monaten nur fortzuführen, wenn

- keine anhaltende Verschlechterung der Lungenfunktion gegenüber dem Ausgangswert ODER
- eine Reduktion der Anzahl klinisch relevanter pulmonaler Exazerbationen (mit Hospitalisation, i. v. Antibiotikatherapie) eintritt.

Die Vertex Pharmaceuticals (CH) GmbH vergütet dem Krankenversicherer, bei dem die versicherte Person zum Zeitpunkt des Bezugs versichert war, resp. der IV, auf deren erste Aufforderung hin für jede bezogene Packung TRIKAFTA einen festgelegten Anteil des Fabrikabgabepreises zurück. Sie gibt dem Krankenversicherer die Höhe der Rückvergütung bekannt. Die Mehrwertsteuer kann nicht zusätzlich zu diesem Anteil des Fabrikabgabepreises zurückgefordert werden.

Kontakt:

Vertex Pharmaceuticals (CH) GmbH
Pricing & Market Access
Baarerstrasse 88, 6300 Zug
E-Mail: PMA-CH@vrtx.com

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

Limitation neu:

Befristete Limitation bis 31.01.2024

Nach Kostengutsprache der Versicherer und vorgängiger Evaluation durch den Vertrauensarzt.

Nur zur Behandlung von Patienten mit zystischer Fibrose (CF) ab 12 Jahren, die mindestens eine F508del-Mutation im CFTR-Gen (Cystic Fibrosis Transmembrane Conductance Regulator) aufweisen.

Die Indikationsstellung, Erstverordnung und die Therapieüberwachung müssen von einem Zentrum mit Erfahrung in der Behandlung der zystischen Fibrose (Siehe Liste der Swiss Working Group CF; <http://www.sgpp-sspp.ch>) erfolgen.

Kriterien vor Therapiebeginn:

Einsatz nur bei Patienten mit

- Diätberatung vor Therapiebeginn UND bestehender und fortzusetzender Atemphysiotherapie und Inhalationstherapie UND
- einem FEV1 < 90% vor Behandlungsbeginn **ODER**
- mehrmaligen pulmonalen Exazerbationen pro Jahr **ODER**
- regelmässigen Antibiotikabehandlungen **ODER**
- einer mittels bildgebenden Verfahren (CT oder MRT) nachgewiesenen Schädigung der Lunge vor Therapiebeginn.

Bei einem Therapiewechsel auf TRIKAFTA von Patienten, die mehrere Monate mit KALYDECO, ORKAMBI oder SYMDEKO gemäss SL-Limitierung behandelt wurden, müssen die genannten Kriterien vor Therapiebeginn nicht erneut nachgewiesen werden.

Der Therapieverlauf aller mit TRIKAFTA behandelter CF-Patienten muss alle 3 Monate im europäischen CF-Register (<https://www.ecfs.eu/ecfspr>) erfasst werden (Anamnese, Lungenfunktion, Dosierung, Compliance, Therapieunterbrüche):

- Bei allen Patienten muss vor Therapie-Beginn ein Ausgangswert für FEV1 (%) bestimmt werden.
- Bei allen Patienten muss vor Therapie-Beginn ein Ausgangswert für den Schweißchlorid-Level bestimmt werden. Diese Messung ist einmal nach 3 Monaten zu wiederholen und die Werte sind im Register zu erfassen.
- Die Anzahl pulmonaler Exazerbationen in den 2 Jahren vor der Therapie ist anzugeben.
- Das FEV1 (%) ist während der Therapie alle drei Monate zu messen.
- Alle stationären Spital-Aufenthalte sind im Register zu erfassen (Anzahl der Spittage).
- Die Anzahl und die Dauer aller pulmonalen Exazerbationen sind im Register festzuhalten.
- Bei einer pulmonalen Exazerbation ist die antibiotische Therapie wie folgt zu erfassen: Wirkstoff-Bezeichnung des Antibiotikums; Dauer der Antibiotikatherapie; intravenös vs. peroral vs. inhalativ; stationär vs. ambulant.
- Pulmonale Exazerbationen und der Antibiotikabedarf sind alle 6 Monate nach Therapiebeginn zu dokumentieren.
- Bei einem Therapieabbruch ist der Grund für den Abbruch anzugeben.

Die Therapie ist nach 6 und 12 Monaten nur fortzuführen, wenn

- keine anhaltende Verschlechterung der Lungenfunktion gegenüber dem Ausgangswert ODER
- eine Reduktion der Anzahl klinisch relevanter pulmonaler Exazerbationen (mit Hospitalisation, i. v. Antibiotikatherapie) eintritt.

Die Vertex Pharmaceuticals (CH) GmbH vergütet dem Krankenversicherer, bei dem die versicherte Person zum Zeitpunkt des Bezugs versichert war, resp. der IV, auf deren erste Aufforderung hin für jede bezogene Packung einen festgelegten Anteil des Fabrikabgabepreises zurück. Sie gibt dem Krankenversicherer die Höhe der Rückvergütung bekannt. Die Mehrwertsteuer kann nicht zusätzlich zu diesem Anteil des Fabrikabgabepreises zurückgefordert werden.

Kontakt:

Vertex Pharmaceuticals (CH) GmbH

Pricing & Market Access

Baarerstrasse 88, 6300 Zug

E-Mail: PMA-CH@vrtx.com

PRÄPARATE / (Wirkstoffe) Packungen	Verantwortliche Firma	Therap. Gruppe	Dossier Nr.	Preis neu	Ex-Fact. neu
ZIRABEV	Pfizer AG	071610			
Inf Konz 400 mg/16 ml Vial 16 ml			21090	1117.50	962.84
Inf Konz 100 mg/4 ml Vial 4 ml			21090	312.10	257.57

Limitation alt:**Kolorektalkarzinom**

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

Lungenkarzinom

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

Nierenzellkarzinom

Nach Kostengutsprache durch den Krankenversicherer nach vorgängiger Konsultation und Genehmigung des Vertrauensarztes zur Erstlinientherapie bei nephrektomierten Patienten mit fortgeschrittenem und/oder metastasiertem Nierenzellkarzinom in Kombination mit Interferon alfa-2a. Die Firma Pfizer AG vergütet in dieser Indikation für die Behandlung auf Aufforderung desjenigen Krankenversicherers, bei dem die versicherte Person zum jeweiligen Bezugspunkt versichert war, Fr. 0.64 pro mg Zirabev zurück. Zirabev wird bei entsprechender ärztlicher Verordnung bis zur Progression der Krankheit vergütet. Die Mehrwertsteuer kann nicht zusätzlich zu diesem Betrag zurückgefordert werden. Die Aufforderung zur Rückvergütung soll in der Regel innerhalb von 3 Monaten nach Verabreichung erfolgen.

Abwicklung der Rückvergütung:

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

Mammakarzinom

Nach Kostengutsprache durch den Krankenversicherer nach vorgängiger Konsultation und Genehmigung des Vertrauensarztes zur Erstlinientherapie von Patientinnen mit HER2-negativem, lokal rezidivierendem oder metastasiertem Mammakarzinom in Kombination mit Paclitaxel. Die Firma Pfizer AG vergütet in dieser Indikation für die Behandlung auf Aufforderung desjenigen Krankenversicherers, bei dem die versicherte Person zum jeweiligen Bezugspunkt versichert war, Fr. 0.34 pro mg Zirabev zurück. Zirabev wird bei entsprechender ärztlicher Verordnung bis zur Progression der Krankheit vergütet. Die Mehrwertsteuer kann nicht zusätzlich zu diesem Betrag zurückgefordert werden. Die Aufforderung zur Rückvergütung soll in der Regel innerhalb von 3 Monaten nach Verabreichung erfolgen.

Abwicklung der Rückvergütung:

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

Ovarialkarzinom

Nach Kostengutsprache durch den Krankenversicherer nach vorgängiger Konsultation und Genehmigung des Vertrauensarztes für die Therapie nicht vorbehandelter Patienten mit Ovarialkarzinom (FIGO Stadium III und IV), bei welchen der Tumor nicht vollständig reseziert werden konnte und welche von einer im Anschluss an die Chemotherapie durchzuführenden weiteren Operation (Second look mit interval debulking) nicht potenziell profitieren. Zirabev wird nach 6 Zyklen in Kombination mit Carboplatin und Paclitaxel während 15 Monaten oder, falls diese eher eintritt, bis zur Progression der Krankheit vergütet.

Nach Kostengutsprache durch den Krankenversicherer nach vorgängiger Konsultation und Genehmigung des Vertrauensarztes in Kombination mit Carboplatin und Gemcitabin oder in Kombination mit Carboplatin und Paclitaxel zur Behandlung von Patienten mit rezidivierendem, platin-sensitivem epithelialem Ovarialkarzinom, Eileiterkarzinom oder primärem Peritonealkarzinom (mit einem platinfreien Intervall von mindestens 6 Monaten). Nach 6 bis 10 Zyklen in Kombination mit Carboplatin und Gemcitabin oder in Kombination mit Carboplatin und Paclitaxel über eine Dauer von 6-8 Behandlungszyklen wird Zirabev bis zur Progression der Krankheit vergütet.

Zirabev ist indiziert in Kombination mit Paclitaxel, Topotecan oder pegyliertem liposomalem Doxorubicin zur Behandlung von Patienten mit rezidivierendem, platin-resistentem epithelialem Ovarialkarzinom, Eileiterkarzinom oder primärem Peritonealkarzinom, die mit bis zu zwei vorgängigen Chemotherapieregimen behandelt wurden, und nicht vorbehandelt wurden mit Bevacizumab oder anderen VEGF-Inhibitoren. Nach ca. 6 Zyklen in Kombination mit Paclitaxel, Topotecan oder pegyliertem liposomalem Doxorubicin wird Zirabev bei entsprechender ärztlicher Verordnung bis zur Progression der Krankheit vergütet.

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

Zervixkarzinom

Zirabev ist in Kombination mit Chemotherapie für die Behandlung von Patienten mit persistierendem, rezidivierendem oder metastasiertem Zervixkarzinom indiziert. Nach ca. 7 Zyklen in Kombination mit Chemotherapie wird Zirabev bei entsprechender ärztlicher Verordnung bis zur Progression der Krankheit vergütet.

Befristete Limitation bis 30.06.2023

Glioblastom

Nach Kostengutsprache durch den Krankenversicherer nach vorgängiger Konsultation und Genehmigung des Vertrauensarztes zur Zweitlinien-Monotherapie bei Patienten mit rezidivierendem Glioblastom (WHO Grad IV) nach Vortherapie mit Temozolimid. Zirabev wird bei entsprechender ärztlicher Verordnung bis zur Progression der Krankheit vergütet.

Limitation neu:**Kolorektalkarzinom**

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

Lungenkarzinom

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

Nierenzellkarzinom

Nach Kostengutsprache durch den Krankenversicherer nach vorgängiger Konsultation und Genehmigung des Vertrauensarztes zur Erstlinientherapie bei nephrektomierten Patienten mit fortgeschrittenem und/oder metastasiertem Nierenzellkarzinom in Kombination mit Interferon alfa-2a. Die Firma Pfizer AG vergütet in dieser Indikation für die Behandlung auf Aufforderung desjenigen Krankenversicherers, bei dem die versicherte Person zum jeweiligen Bezugspunkt versichert war, Fr. 0.64 pro mg Zirabev zurück. Zirabev wird bei entsprechender ärztlicher Verordnung bis zur Progression der Krankheit vergütet. Die Mehrwertsteuer kann nicht zusätzlich zu diesem Betrag zurückgefordert werden. Die Aufforderung zur Rückvergütung soll in der Regel innerhalb von 3 Monaten nach Verabreichung erfolgen.

Abwicklung der Rückvergütung:

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

Mammakarzinom

Nach Kostengutsprache durch den Krankenversicherer nach vorgängiger Konsultation und Genehmigung des Vertrauensarztes zur Erstlinientherapie von Patientinnen mit HER2-negativem, lokal rezidivierendem oder metastasiertem Mammakarzinom in Kombination mit Paclitaxel. Die Firma Pfizer AG vergütet in dieser Indikation für die Behandlung auf Aufforderung desjenigen Krankenversicherers, bei dem die versicherte Person zum jeweiligen Bezugspunkt versichert war, Fr. 0.34 pro mg Zirabev zurück. Zirabev wird bei entsprechender ärztlicher Verordnung bis zur Progression der Krankheit vergütet. Die Mehrwertsteuer kann nicht zusätzlich zu diesem Betrag zurückgefordert werden. Die Aufforderung zur Rückvergütung soll in der Regel innerhalb von 3 Monaten nach Verabreichung erfolgen.

Abwicklung der Rückvergütung:

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

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

Ovarialkarzinom

Nach Kostengutsprache durch den Krankenversicherer nach vorgängiger Konsultation und Genehmigung des Vertrauensarztes für die Therapie nicht vorbehandelter Patienten mit Ovarialkarzinom (FIGO Stadium III und IV), bei welchen der Tumor nicht vollständig reseziert werden konnte und welche von einer im Anschluss an die Chemotherapie durchzuführenden weiteren Operation (Second look mit interval debulking) nicht potenziell profitieren. Zirabev wird nach 6 Zyklen in Kombination mit Carboplatin und Paclitaxel während 15 Monaten oder, falls diese eher eintritt, bis zur Progression der Krankheit vergütet.

Nach Kostengutsprache durch den Krankenversicherer nach vorgängiger Konsultation und Genehmigung des Vertrauensarztes in Kombination mit Carboplatin und Gemcitabin oder in Kombination mit Carboplatin und Paclitaxel zur Behandlung von Patienten mit rezidivierendem, platin sensitivem epitheliale Ovarialkarzinom, Eileiterkarzinom oder primärem Peritonealkarzinom (mit einem platinfreien Intervall von mindestens 6 Monaten). Nach 6 bis 10 Zyklen in Kombination mit Carboplatin und Gemcitabin oder in Kombination mit Carboplatin und Paclitaxel über eine Dauer von 6-8 Behandlungszyklen wird Zirabev bis zur Progression der Krankheit vergütet.

Zirabev ist indiziert in Kombination mit Paclitaxel, Topotecan oder pegyliertem liposomalem Doxorubicin zur Behandlung von Patienten mit rezidivierendem, platin-resistentem epitheliale Ovarialkarzinom, Eileiterkarzinom oder primärem Peritonealkarzinom, die mit bis zu zwei vorgängigen Chemotherapieregimen behandelt wurden, und nicht vorbehandelt wurden mit Bevacizumab oder anderen VEGF-Inhibitoren. Nach ca. 6 Zyklen in Kombination mit Paclitaxel, Topotecan oder pegyliertem liposomalen Doxorubicin wird Zirabev bei entsprechender ärztlicher Verordnung bis zur Progression der Krankheit vergütet.

Zervixkarzinom

Zirabev ist in Kombination mit Chemotherapie für die Behandlung von Patienten mit persistierendem, rezidivierendem oder metastasiertem Zervixkarzinom indiziert. Nach ca. 7 Zyklen in Kombination mit Chemotherapie wird Zirabev bei entsprechender ärztlicher Verordnung bis zur Progression der Krankheit vergütet.

Befristete Limitation bis 30.06.2023

Glioblastom

Nach Kostengutsprache durch den Krankenversicherer nach vorgängiger Konsultation und Genehmigung des Vertrauensarztes zur Zweitlinien-Monotherapie bei Patienten mit rezidivierendem Glioblastom (WHO Grad IV) nach Vortherapie mit Temozolimid. Zirabev wird bei entsprechender ärztlicher Verordnung bis zur Progression der Krankheit vergütet.

Befristete Limitation bis 30.11.2023

Ovarialkarzinom nach Erstlinienchemotherapie Kombinationstherapie mit Lynparza (Olaparib)

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

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

Unter folgenden Voraussetzungen:

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

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

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

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 2021					
GILENYA	Novartis Pharma Schweiz AG	019900			
Kaps 0.500 mg 28 Stk			19359	1452.65	1268.41
Kaps 0.500 mg 98 Stk			19359	4796.40	4439.42
Limitation alt: Behandlung der schubförmig remittierenden multiplen Sklerose (MS) bei Erwachsenen. Erstverschreibung durch den Facharzt FMH für Neurologie.					
Limitation neu: Behandlung der schubförmig remittierenden multiplen Sklerose (MS) bei Erwachsenen. Erstverschreibung durch den Facharzt für Neurologie.					
KYTRIL	Roche Pharma (Schweiz) AG	010900			
Filmtabl 1 mg 2 Stk			16447	25.50	11.52
Filmtabl 2 mg 1 Stk			16447	25.50	11.52
Filmtabl 1 mg 6 Stk			16447	99.25	70.35
Filmtabl 2 mg 3 Stk			16447	99.25	70.35
Limitation alt: Behandlung von akutem Erbrechen bei stark emetogener Chemotherapie, maximal während 3 Tagen.					
Limitation neu: Prophylaxe von akutem Erbrechen bei stark emetogener Chemotherapie, maximal während 3 Tagen.					
TYSABRI	Biogen Switzerland AG	019900			
Inf Konz 300 mg/15 ml Fl 15 ml			18520	1784.15	1570.68
Limitation alt: Bei der Indikationsstellung bzw. vor Therapiebeginn ist das PML-Risiko (PML = progressive multifokale Leukoenzephalopathie) zu berücksichtigen. Als krankheitsmodifizierende Monotherapie von hochaktiver, schubförmig remittierend verlaufender Multipler Sklerose (MS) bei folgenden Patientengruppen: – Patienten mit hoher Krankheitsaktivität trotz Behandlung mit einer krankheitsmodifizierenden Therapie (in der Regel während mindestens 6 Monaten), oder – Patienten mit rasch fortschreitender schubförmig remittierend verlaufender Multipler Sklerose, definiert durch 2 oder mehr Schübe mit Behinderungscharakter in einem Jahr, und mit 1 oder mehr Gadolinium anreichernden Läsionen im MRI des Gehirns oder mit einer signifikanten Erhöhung der T2-Läsionen im Vergleich zu einem kürzlich durchgeführten MRI. Die Behandlung bedarf der Kostengutsprache durch den Krankenversicherer nach vorgängiger Konsultation des Vertrauensarztes. Behandlung durch einen Facharzt der Neurologie FMH mit zeitlichem Zugang zu MRI.					
Limitation neu: Bei der Indikationsstellung bzw. vor Therapiebeginn ist das PML-Risiko (PML = progressive multifokale Leukoenzephalopathie) zu berücksichtigen. Als krankheitsmodifizierende Monotherapie von hochaktiver, schubförmig remittierend verlaufender Multipler Sklerose (MS) bei folgenden Patientengruppen: – Patienten mit hoher Krankheitsaktivität trotz Behandlung mit einer krankheitsmodifizierenden Therapie (in der Regel während mindestens 6 Monaten), oder – Patienten mit rasch fortschreitender schubförmig remittierend verlaufender Multipler Sklerose, definiert durch 2 oder mehr Schübe mit Behinderungscharakter in einem Jahr, und mit 1 oder mehr Gadolinium anreichernden Läsionen im MRI des Gehirns oder mit einer signifikanten Erhöhung der T2-Läsionen im Vergleich zu einem kürzlich durchgeführten MRI. Die Behandlung bedarf der Kostengutsprache durch den Krankenversicherer nach vorgängiger Konsultation des Vertrauensarztes. Behandlung durch einen Facharzt der Neurologie mit zeitlichem Zugang zu MRI.					

**SO SCHÜTZEN
WIR UNS.**

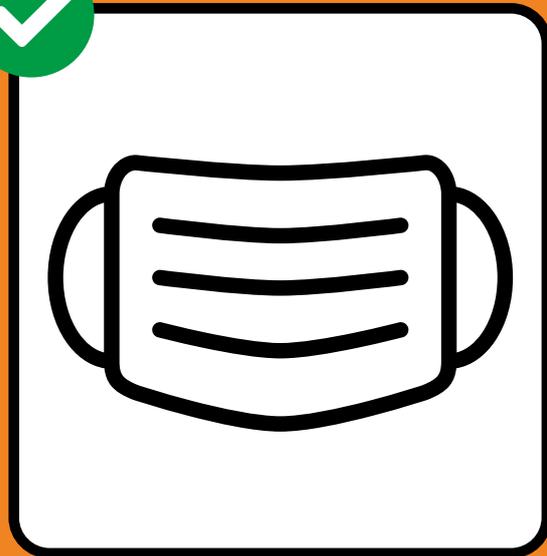


JETZT UNBEDINGT BEACHTEN:

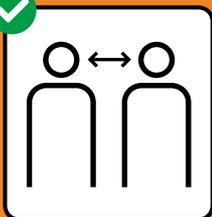
**Impfen
lassen.**



Kontakte minimieren.



Maske tragen.



**Abstand
halten.**



**Regelmässig
lüften.**



**Hände
waschen oder
desinfizieren.**



**Bei Symptomen
testen lassen.**



**Wenn möglich
Homeoffice.**

www.bag-coronavirus.ch

Regeln können kantonal abweichen.



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

Rezeptsperrung

Swissmedic, Abteilung Betäubungsmittel

Rezeptsperrung
Folgende Rezepte sind gesperrt

Kanton	Block-Nr.	Rezept-Nr.
Bern		9338666 9136401-9136425

BAG-Bulletin
BBL, Vertrieb Publikationen
CH-3003 Bern

P.P.

CH-3003 Bern
Post CH AG

BAG-Bulletin

Woche
51/2021