



Schweizerische Eidgenossenschaft
Confédération suisse
Confederazione Svizzera
Confederaziun svizra

Eidgenössisches Departement des Innern EDI
Bundesamt für Gesundheit BAG

Ausgabe vom 8. Juni 2020

BAG-Bulletin ^{Woche} 24/2020

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
So schützen wir uns: www.bag-coronavirus.ch	7
Spezialitätenliste	9
Rezeptsperrung	23

Meldungen Infektionskrankheiten

Stand am Ende der 22. Woche (02.06.2020)^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 Influenzaüberwachung 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 22. Woche (02.06.2020)^a

	Woche 22			letzte 4 Wochen			letzte 52 Wochen			seit Jahresbeginn		
	2020	2019	2018	2020	2019	2018	2020	2019	2018	2020	2019	2018
Respiratorische Übertragung												
Haemophilus influenzae: invasive Erkrankung		3	2	1	8	5	99	134	136	47	72	76
	1.80	1.20	0.20	1.20	0.80	1.20	1.60	1.60	1.30	2.00	2.10	
Influenzavirus-Infektion, saisonale Typen und Subtypen^b	7	19	3	26	29	11812	13690	14988	11324	13280	13576	
	4.20	11.50	0.40	3.90	4.40	137.60	159.50	174.60	311.80	365.70	373.90	
Legionellose	8	4	12	28	24	48	527	568	552	125	179	178
	4.80	2.40	7.30	4.20	3.60	7.30	6.10	6.60	6.40	3.40	4.90	4.90
Masern	1			23	2	54	226	61	34	201	23	
	0.60			3.50	0.30	0.60	2.60	0.70	0.90	5.50	0.60	
Meningokokken: invasive Erkrankung	3	1	1	4	4	35	50	52	13	21	34	
	1.80	0.60	0.20	0.60	0.60	0.40	0.60	0.60	0.40	0.60	0.90	
Pneumokokken: invasive Erkrankung	4	11	15	6	56	54	697	882	989	369	545	629
	2.40	6.70	9.10	0.90	8.50	8.20	8.10	10.30	11.50	10.20	15.00	17.30
Röteln^c					1	1		2		2		2
					0.20	0.01		0.02		0.06		0.06
Röteln, materno-fötal^d												
Tuberkulose	2	9	9	31	42	33	393	460	530	163	198	248
	1.20	5.40	5.40	4.70	6.40	5.00	4.60	5.40	6.20	4.50	5.40	6.80
Faeco-orale Übertragung												
Campylobacteriose	84	124	178	298	479	525	6557	7788	7266	1687	2436	2321
	50.90	75.10	107.80	45.10	72.60	79.50	76.40	90.70	84.70	46.50	67.10	63.90
Enterohämorrhagische E.-coli-Infektion	9	10	16	38	52	42	1063	866	764	212	280	255
	5.40	6.10	9.70	5.80	7.90	6.40	12.40	10.10	8.90	5.80	7.70	7.00
Hepatitis A		2	1	4	8	7	96	95	101	43	26	35
		1.20	0.60	0.60	1.20	1.10	1.10	1.10	1.20	1.20	0.70	1.00
Hepatitis E	1	1		6	9	4	98	102	24	38	53	24
	0.60	0.60		0.90	1.40	0.60	1.10	1.20	0.30	1.00	1.50	0.70
Listeriose		1	1	11	2	3	57	41	48	33	12	25
		0.60	0.60	1.70	0.30	0.40	0.70	0.50	0.60	0.90	0.30	0.70
Salmonellose, S. typhi/ paratyphi				4	1	23	20	29	10	8	11	
				0.60	0.20	0.30	0.20	0.30	0.30	0.20	0.30	
Salmonellose, übrige	11	13	25	55	103	114	1430	1473	1891	333	453	458
	6.70	7.90	15.20	8.30	15.60	17.30	16.70	17.20	22.00	9.20	12.50	12.60
Shigellose			1	3	8	13	184	255	158	43	75	69
			0.60	0.40	1.20	2.00	2.10	3.00	1.80	1.20	2.10	1.90

	Woche 22			letzte 4 Wochen			letzte 52 Wochen			seit Jahresbeginn		
	2020	2019	2018	2020	2019	2018	2020	2019	2018	2020	2019	2018
Durch Blut oder sexuell übertragen												
Aids		1 0.60	1 0.60	1 0.20	6 0.90	4 0.60	75 0.90	78 0.90	74 0.90	24 0.70	30 0.80	30 0.80
Chlamydiose	152 92.10	196 118.80	235 142.40	752 113.90	980 148.40	834 126.30	11825 137.80	11551 134.60	11073 129.00	4479 123.40	5064 139.50	4662 128.40
Gonorrhoe ^e	45 27.30	57 34.50	51 30.90	208 31.50	308 46.60	203 30.80	3695 43.00	3439 40.10	2596 30.20	1365 37.60	1587 43.70	1085 29.90
Hepatitis B, akut				1 0.20		4 0.60	22 0.30	30 0.40	42 0.50	6 0.20	12 0.30	16 0.40
Hepatitis B, total Meldungen	19	14	42	82	79	102	1019	1152	1223	402	479	530
Hepatitis C, akut		1 0.60	1 0.60		3 0.40	4 0.60	13 0.20	30 0.40	36 0.40	2 0.06	16 0.40	15 0.40
Hepatitis C, total Meldungen	10	18	30	46	76	104	918	1144	1394	339	450	593
HIV-Infektion	1 0.60	10 6.10	8 4.80	15 2.30	28 4.20	37 5.60	369 4.30	408 4.80	434 5.10	113 3.10	174 4.80	173 4.80
Syphilis, Frühstadien ^f	1 0.60	5 3.00	23 13.90	27 4.10	57 8.60	74 11.20	610 7.10	642 7.50	244 2.80	192 5.30	286 7.90	244 6.70
Syphilis, total ^g	2 1.20	13 7.90	34 20.60	31 4.70	82 12.40	102 15.40	866 10.10	934 10.90	926 10.80	260 7.20	396 10.90	389 10.70
Zoonosen und andere durch Vektoren übertragbare Krankheiten												
Brucellose					1 0.20		7 0.08	6 0.07	5 0.06	2 0.06	2 0.06	1 0.03
Chikungunya-Fieber		2 1.20			4 0.60		30 0.40	24 0.30	13 0.20	10 0.30	21 0.60	2 0.06
Dengue-Fieber		6 3.60	3 1.80	1 0.20	22 3.30	16 2.40	221 2.60	174 2.00	173 2.00	58 1.60	92 2.50	89 2.40
Gelbfieber									1 0.01			1 0.03
Hantavirus-Infektion								1 0.01	1 0.01			
Malaria		3 1.80	5 3.00	4 0.60	22 3.30	23 3.50	245 2.80	279 3.20	339 4.00	77 2.10	118 3.20	132 3.60
Q-Fieber	1 0.60	12 7.30	3 1.80	8 1.20	27 4.10	5 0.80	68 0.80	82 1.00	46 0.50	18 0.50	52 1.40	23 0.60
Trichinellose							4 0.05		1 0.01	2 0.06		
Tularämie		5 3.00	6 3.60	3 0.40	17 2.60	12 1.80	137 1.60	121 1.40	137 1.60	19 0.50	30 0.80	30 0.80
West-Nil-Fieber							1 0.01					
Zeckenzephalitis	17 10.30	2 1.20	29 17.60	44 6.70	16 2.40	51 7.70	300 3.50	340 4.00	298 3.50	67 1.80	29 0.80	64 1.80
Zika-Virus Infektion						1 0.20	1 0.01		14 0.20			3 0.08
Andere Meldungen												
Botulismus									1 0.01			
Creutzfeldt-Jakob-Krankheit		1 0.60			2 0.30	1 0.20	12 0.10	22 0.30	14 0.20	3 0.08	8 0.20	5 0.10
Diphtherie ^h							3 0.03	5 0.06	2 0.02	1 0.03		
Tetanus												

Sentinella-Statistik

Provisorische Daten

Sentinella:

Anzahl Meldungen (N) der letzten 4 Wochen bis am 29.5.2020 und Inzidenz pro 1000 Konsultationen (N/10³)
Freiwillige Erhebung bei Hausärztinnen und Hausärzten (Allgemeinpraktiker, Internisten und Pädiater)

Woche	19		20		21		22		Mittel 4 Wochen	
	N	N/10 ³	N	N/10 ³	N	N/10 ³	N	N/10 ³	N	N/10 ³
Influenzaverdacht	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Mumps	0	0	0	0	0	0	1	0.1	0.3	0
Pertussis	1	0.1	0	0	0	0	1	0.1	0.5	0.1
Zeckenstiche	9	0.9	18	1.7	16	2.0	31	3.0	18.5	1.9
Lyme-Borreliose	11	1.0	12	1.1	5	0.6	14	1.4	10.5	1.0
Herpes Zoster	11	1.0	5	0.5	7	0.9	7	0.7	7.5	0.8
Post-Zoster-Neuralgie	2	0.2	1	0.1	2	0.2	0	0	1.3	0.1
Meldende Ärzte	161		160		148		140		152.3	

Die aktuelle Situation rund um die COVID-19 Pandemie hat Einfluss auf die Datenerhebung bei Hausärztinnen und Hausärzten. Die aktuelle Lage verändert das Verhalten von erkrankten Personen bezüglich Arztkonsultationen, was bei der Interpretation der Daten berücksichtigt werden muss.

Die Daten sind daher bei allen Meldethemen beschränkt aussagekräftig. Dies betrifft besonders Influenza, weil zusätzlich die Symptome einer Influenza-Erkrankung und COVID-19 sehr ähnlich sind. Zahlen zu COVID-19, welche aus der Sentinella Überwachung hervorgehen, erscheinen im Bericht über die gemeldeten Verdachtsfälle auf der BAG-Webseite (<https://www.bag.admin.ch/bag/de/home/krankheiten/ausbrueche-epidemien-pandemien/aktuelle-ausbrueche-epidemien/novel-cov/situation-schweiz-und-international.html>).

SO SCHÜTZEN WIR UNS.



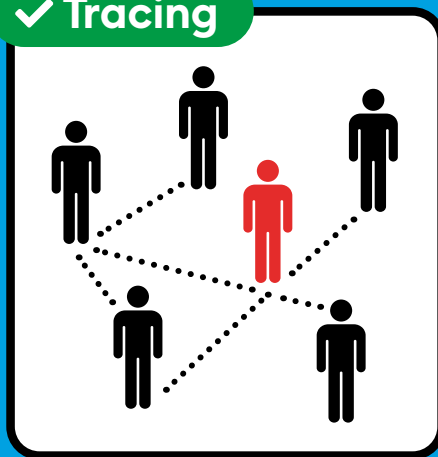
Jetzt unbedingt neue Regeln einhalten:

✓ Testen



Bei Symptomen sofort testen lassen und zuhause bleiben.

✓ Tracing



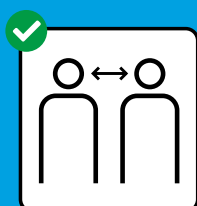
Zur Rückverfolgung wenn immer möglich Kontaktdaten angeben.

✓ Isolation/Quarantäne

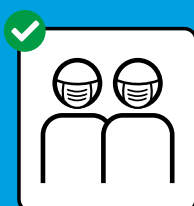


Bei positivem Test: Isolation.
Bei Kontakt mit positiv getesteter Person: Quarantäne.

Weiterhin wichtig:



Abstand halten.



Empfehlung: Maske tragen, wenn Abstandhalten nicht möglich ist.



Gründlich Hände waschen.



Hände schütteln vermeiden.



In Taschentuch oder Armbeuge husten und niesen.



Nur nach telefonischer Anmeldung in Arztpraxis oder Notfallstation.



Falls möglich weiter im Home-office arbeiten.

www.bag-coronavirus.ch



Schweizerische Eidgenossenschaft
Confédération suisse
Confederazione Svizzera
Confederaziun svizra

Swiss Confederation

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



Scan for translation

Gemeinsam mit Verantwortung und Solidarität.

Cuminaivlamain cun responsablidad e cun solidaritad.

WIR NUS NOUS IOM

Ensemble, responsables et solidaires.

Insieme, responsabili e solidali.

**Gemeinsam gegen das neue Coronavirus.
Informationen auf [bag-covid19.ch](https://www.bag-covid19.ch)**



Schweizerische Eidgenossenschaft
Confédération suisse
Confederazione Svizzera
Confederaziun svizra

Swiss Confederation

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

Spezialitätenliste:

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

[] Der dem verfügbaren Publikumspreis zugrunde liegende Fabrikabgabepreis

Gültig ab 1. Juni 2020

Therap. Gruppe	Dossier Nr.	PRÄPARATE/ (Wirkstoffe) Packungen	Verantwortliche Firma	SHI-Nr.	Aufnahmejahr
I. Neuzugang Präparate					
01.05		REAGILA (Cariprazinum)	Recordati AG		
	20780	Kaps 1.500 mg 28 Stk Fr. 190.00 [151.24]		66364001	01.09.2018, B
	20780	Kaps 1.500 mg 56 Stk Fr. 322.00 [266.19]		66364002	01.09.2018, B
01.05		REAGILA (Cariprazinum)	Recordati AG		
	20780	Kaps 3 mg 28 Stk Fr. 301.15 [248.04]		66364003	01.09.2018, B
	20780	Kaps 3 mg 56 Stk Fr. 517.55 [436.54]		66364004	01.09.2018, B
01.05		REAGILA (Cariprazinum)	Recordati AG		
	20780	Kaps 4.500 mg 28 Stk Fr. 412.25 [344.83]		66364005	01.09.2018, B
	20780	Kaps 4.500 mg 56 Stk Fr. 713.10 [606.90]		66364006	01.09.2018, B
01.05		REAGILA (Cariprazinum)	Recordati AG		
	20780	Kaps 6 mg 28 Stk Fr. 502.55 [423.48]		66364007	01.09.2018, B
	20780	Kaps 6 mg 56 Stk Fr. 872.05 [745.32]		66364008	01.09.2018, B
01.06 C		AGOMELATIN SERVIER (Agomelatinum)	Servier (Suisse) SA		
	21059	cpr pell 25 mg 28 pce Fr. 46.50 [26.20]		67631001	01.06.2020, B
	21059	cpr pell 25 mg 98 pce Fr. 118.50 [88.95]		67631002	01.06.2020, B
Keine Kostenübernahme bei Patienten, die bei Therapiebeginn 65 Jahre alt sind und noch nie mit AGOMELATIN SERVIER behandelt wurden.					
01.99		LEMTRADA (Alemtuzumabum)	Sanofi-Aventis (Suisse) SA		
	20217	Inf Konz 12 mg Durchstf 2 ml Fr. 8330.15 [7886.97]		63025001	01.05.2015, A

Bei erwachsenen Patienten mit hochaktiver schubförmig-remittierender Multipler Sklerose (RRMS), wenn zuvor eine vollständige und adäquate Behandlung mit mindestens zwei anderen krankheitsmodifizierenden Therapien (disease modifying treatments - DMTs) durchgeführt wurde oder bei Patienten mit hochaktiver RRMS, bei denen alle anderen DMTs kontraindiziert sind oder aus anderen Gründen nicht geeignet sind.

LEMTRADA kann aufgrund des Sicherheitsprofils nur von erfahrenen Fachärzten der Neurologie FMH als Reservemittel in den neurologischen Kliniken der Weiterbildungskategorie A und B (mit Zugang zu Intensivmedizin) eingesetzt werden.

Es können maximal 4 Behandlungszyklen LEMTRADA vergütet werden.

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

Therap. Gruppe	Dossier Nr.	PRÄPARATE/ (Wirkstoffe) Packungen	Verantwortliche Firma	SHI-Nr.	Aufnahmejahr
03.04.50		CINQAERO (Reslizumabum)	Teva Pharma AG		
	20662	Inf Konz 100 mg/10 ml Durchstf 10 ml Fr. 685.35 (582.70)		66340003	01.06.2018, B

Nach Kostengutsprache durch den Krankenversicherer nach vorgängiger Konsultation des Vertrauensarztes.

Die Verschreibung darf ausschliesslich durch Fachärzte für Pneumologie, Allergologie und Immunologie erfolgen.

Als Zusatztherapie mit einer Dosierung von maximal 3 mg/kg einmal alle vier Wochen bei Erwachsenen ab 18 Jahren mit schwerem eosinophilem Asthma, gekennzeichnet durch folgende Kriterien:

Eine Eosinophilenzahl im Blut von ≥ 0.4 G/L und mindestens 4 klinisch relevante Exazerbationen in den vorausgegangenen 12 Monaten trotz maximal möglichen Dosierungen auf GINA-Stufe 4 (hochdosierte inhalative Kortikosteroide plus zusätzlicher Controller), die eine intermittierende Behandlung mit systemischen Kortikosteroiden benötigten

ODER

Eine Eosinophilenzahl im Blut von ≥ 0.4 G/L bevor eine Behandlung mit systemischen Kortikosteroiden begonnen worden war und mindestens 2 klinisch relevanten Exazerbationen in den vergangenen 12 Monaten bei Patienten/ -Innen, die nur aufgrund einer Erhaltungstherapie für mindestens 6 Monate in den letzten 12 Monaten mit systemischen Kortikosteroiden (GINA-Stufe 5) eine Krankheitskontrolle erreichen.

Spätestens nach 8 Gaben und anschliessend jährlich ist der Therapieerfolg durch einen Facharzt der Pneumologie, Allergologie oder Immunologie zu überprüfen.

Die Fortsetzung der Therapie nach dieser Überprüfung bedarf einer weiteren Kostengutsprache bei bestätigtem Therapieerfolg. Ein Therapieerfolg entspricht:

- bei Behandlung auf GINA-Stufe-4: eine Reduktion von mindestens 50 % der Exazerbationen im Vergleich zu Therapiebeginn und im Folgenden maximal gleichbleibender Exazerbationsrate

ODER

- bei Behandlung auf GINA-Stufe-5 mit systemischen Kortikosteroiden: Reduktion der Exazerbationsrate bei maximal gleichbleibender oder reduzierter Dosis der oralen Steroide und im Folgenden maximal gleichbleibender Exazerbationsrate bei stabiler Dosis der oralen Steroide

ODER Senkung der oralen Steroiddosis bei maximal gleichbleibender Exazerbationsrate auf 50% der Ausgangs Prednison-Äquivalente und im Folgenden gleichbleibender oder weiter reduzierter Steroiddosis bei maximal gleichbleibender Exazerbationsrate

ODER Wechsel auf GINA-Stufe 4 bei nicht mehr als 2 Exazerbationen jährlich und im Folgenden maximal gleichbleibender oder weiter verringerter Exazerbationsrate.

Nicht in Kombination mit anderen monoklonalen Antikörpern zur Behandlung des schweren Asthmas.

03.99		KALYDECO (Ivacaftorum)	Vertex Pharma- ceuticals (CH) GmbH		
	20145	Filmtabl 150 mg (neu) 56 Stk Fr. 18593.90 (17900.37)		62686001	01.01.2015, A

KALYDECO ist indiziert zur Behandlung der zystischen Fibrose (CF, Mukoviszidose) bei Patienten ab 6 Jahren mit einer der folgenden Gating-Mutationen (Klasse III) im CF-TR-Gen: G551D, G1244E, G1349D, G178R, G551S, S1251N, S1255P, S549N oder S549R. Die Behandlung aller CF-Patienten mit der KALYDECO-Therapie darf nur in CF-Zentren erfolgen. Der Therapieverlauf aller mit KALYDECO behandelten CF-Patienten muss in der Regel alle 3 Monate im europäischen CF-Register (ECFSR) erfasst werden (Anamnese, Lebensqualität, Lungenfunktion, Dosierung von KALYDECO, Compliance, Therapieunterbrüche). Bei allen CF-Patienten muss vor Therapie-Beginn eine Bestimmung des Schweiß-Chlorid Levels durchgeführt sowie ein Ausgangswert für FEV1(%) bestimmt werden (= Baseline). Das FEV1(%) ist während der KALYDECO-Therapie alle drei Monate zu messen. Falls keine absolute Steigerung von FEV1(%) von mindestens 5% erreicht wird, ist der Schweißstest alle 6 Monate durchzuführen und zu dokumentieren. Alle stationären Spital-Aufenthalte sind im Register zu erfassen (Anzahl der Spittage). Die Anzahl und die Länge 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.

Die CF-Patienten müssen über die folgenden Abbruchkriterien zum Zeitpunkt des Therapiebeginns informiert werden. Die KALYDECO-Therapie ist zu vergüten, solange die folgenden Kriterien erfüllt sind:

a) Schweiß-Chlorid Level des Patienten fällt unter 60 mmol/L oder

b) der Schweiß-Chlorid Level des Patienten fällt um mindestens 30% (relativ) im Vergleich zur Baseline oder

c) der Patient zeigt eine absolute Verbesserung beim FEV1(%) von mindestens 5% im Vergleich zur Baseline.

In Fällen, bei denen der Schweiß-Chlorid Baseline Level bereits unter 60 mmol/L liegt, wird der Patient als Responder eingestuft, falls

a) der Schweiß-Chlorid Level des Patienten um mindestens 30% (relativ) im Vergleich zur Baseline fällt oder

b) der Patient eine andauernde absolute Verbesserung beim FEV1(%) von mindestens 5% im Vergleich zur Baseline zeigt.

Therap. Gruppe	Dossier Nr.	PRÄPARATE/ (Wirkstoffe) Packungen	Verantwortliche Firma	SHI-Nr.	Aufnahmejahr
06.01.10		HEMLIBRA (Emicizumabum)	Roche Pharma (Schweiz) AG		
	20818	Inj Lös 30 mg/ml Durchstf 1 Stk Fr. 2157.80 (2065.18)		66694001	01.07.2019, A
	20818	Inj Lös 30 mg/ml Durchstf 1 Stk Fr. 2157.80 (2065.18)		66694001	01.07.2019, A
	20818	Inj Lös 30 mg/ml Durchstf 1 Stk Fr. 2157.80 (2065.18)		66694001	01.07.2019, A
	20818	Inj Lös 60 mg/0.4 ml Durchstf 1 Stk Fr. 4274.60 (4130.36)		66694002	01.07.2019, A
	20818	Inj Lös 60 mg/0.4 ml Durchstf 1 Stk Fr. 4274.60 (4130.36)		66694002	01.07.2019, A
	20818	Inj Lös 60 mg/0.4 ml Durchstf 1 Stk Fr. 4274.60 (4130.36)		66694002	01.07.2019, A
	20818	Inj Lös 105 mg/0.7 ml Durchstf 1 Stk Fr. 7449.85 (7228.13)		66694003	01.07.2019, A
	20818	Inj Lös 105 mg/0.7 ml Durchstf 1 Stk Fr. 7449.85 (7228.13)		66694003	01.07.2019, A
	20818	Inj Lös 105 mg/0.7 ml Durchstf 1 Stk Fr. 7449.85 (7228.13)		66694003	01.07.2019, A
	20818	Inj Lös 150 mg/ml Durchstf 1 Stk Fr. 10625.05 (10325.90)		66694004	01.07.2019, A
	20818	Inj Lös 150 mg/ml Durchstf 1 Stk Fr. 10625.05 (10325.90)		66694004	01.07.2019, A
	20818	Inj Lös 150 mg/ml Durchstf 1 Stk Fr. 10625.05 (10325.90)		66694004	01.07.2019, A
Preisberechnung für Blutpräparate aufgrund des Fabrikabgabepreises zuzüglich einer Fixmarge wegen der speziellen Verteilersituation (praktisch kein Zwischenhandel) von Fr. 40.- zuzüglich MWST. Diese Berechnung gilt nicht für die Humanalbumine.					
06.07.30		FULPHILA (Pegfilgrastimum)	Mylan Pharma GmbH		
	21047	Inj Lös 6 mg/0.6 ml Fertspr 0.600 ml Fr. 1266.85 (1099.00)		67478001	01.06.2020, A
Anwendung bei erfolgversprechenden, stark myelotoxischen Chemotherapien bei Patienten, die wegen eingeschränkter Knochenmarkreserven besonders infektionsgefährdet sind.					
07.11.20		ZURAMPIC (Lesinuradum)	Grünenthal Pharma AG		
	20659	Filmtabl 200 mg 30 Stk Fr. 46.60 (26.31)		65925001	01.12.2017, B
	20659	Filmtabl 200 mg 100 Stk Fr. 111.75 (83.07)		65925002	01.12.2017, B
Zur Behandlung der Hyperurikämie in Kombination mit Allopurinol bei erwachsenen Patienten mit symptomatischer Gicht, wenn die Serum-Harnsäure-Zielwerte (< 6 mg/dL) mit Allopurinol allein nicht erreicht werden. Eine symptomatische Gicht liegt vor, wenn ein oder mehrere Gichtanfälle stattgefunden haben und/oder wenn Gichtknoten (Tophi) vorliegen und/oder wenn eine Gichtarthritis diagnostiziert ist.					

Therap. Gruppe	Dossier Nr.	PRÄPARATE/ (Wirkstoffe) Packungen	Verantwortliche Firma	SHI-Nr.	Aufnahmejahr
07.16.10		TALZENNA (Talazoparibum)	Pfizer AG		
	20978	Kaps 0.2500 mg Fl 30 Stk Fr. 2173.10 (1925.33)		67141002	01.06.2020, A
	20978	Kaps 1 mg Fl 30 Stk Fr. 6201.25 (5810.02)		67141006	01.06.2020, A
<p>Nur nach Verordnung durch einen Facharzt der Gynäkologie oder Onkologie und nach Kostengutsprache durch den Krankenversicherer nach vorgängiger Konsultation des Vertrauensarztes zur Monotherapie von erwachsenen Patienten mit lokal fortgeschrittenem oder metastasiertem humanen HER2-negativem Mammakarzinom mit einer bestätigten deletären oder vermuteten deletären Keimbahn-BRCA-Mutation, unter folgenden Voraussetzungen, welche kumulativ erfüllt sein müssen:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Es liegt kein aktives, inflammatorisches Mammakarzinom vor. - Es ist eine vorangehende Behandlung mit einem Taxan und/oder Anthrazyklin in neoadjuvanter, adjuvanter oder lokal fortgeschrittener/metastasierter Situation durchgeführt worden (ausser bei dokumentierter Kontraindikation). Patienten mit HR-positivem Mammakarzinom sollten unter vorangegangener endokriner Therapie eine Progression gezeigt haben, oder für eine endokrine Behandlung als ungeeignet angesehen werden. - Die Patienten haben nicht mehr als 3 vorangehende Chemotherapien im lokal fortgeschrittenen und/oder metastasierten Setting erhalten. - Patienten, welche im adjuvanter oder neoadjuvanter Setting eine Platin-Chemotherapie erhalten hatten, hatten keinen Rückfall innerhalb von 6 Monaten nach der letzten Dosis der Platintherapie. Während einer normaldosierten Platin-Chemotherapie, welche zur Behandlung des lokal fortgeschrittenen oder metastasierten Mammakarzinomes verabreicht wurde, hatten die Patienten keine objektive Progression. - Es hat keine vorangehende Behandlung mit PARP-Inhibitoren stattgefunden. <p>Die Patienten sollten bis zur Progression der Erkrankung behandelt werden. Eine Behandlung über 24 Monate hinaus setzt das Vorhandensein von messbarem Resttumor voraus.</p> <p>Die Pfizer AG erstattet dem Krankenversicherer, bei dem die versicherte Person zum Zeitpunkt des Bezugs versichert war, auf dessen erste Aufforderung hin für jede bezogene Packung Talzenna einen festgelegten Anteil des Fabrikabgabepreises zurück. Dieser Anteil erhöht sich ab dem 25. Behandlungsmonat. Die Pfizer AG gibt dem Krankenversicherer bei der ersten Aufforderung die Höhe der Rückerstattungen ab dem 1. und ab dem 25. Behandlungsmonat bekannt. Die Mehrwertsteuer kann nicht zusätzlich zu diesem Anteil des Fabrikabgabepreises zurückgefordert werden. Die Aufforderung zur Rückerstattung soll ab dem Zeitpunkt der Verabreichung erfolgen.</p>					
07.16.10		TEMOZOLOMID ACCORD (Temozolomidum)	Accord Healthcare AG		
6	21060	Kaps 5 mg 5 Stk Fr. 33.80 (15.17)		67020001	01.06.2020, A
	21060	Kaps 5 mg 20 Stk Fr. 80.30 (55.68)		67020002	01.06.2020, A
	21060	Kaps 20 mg 5 Stk Fr. 86.05 (60.68)		67020005	01.06.2020, A
	21060	Kaps 20 mg 20 Stk Fr. 263.40 (215.16)		67020006	01.06.2020, A
	21060	Kaps 100 mg 5 Stk Fr. 312.85 (258.25)		67020009	01.06.2020, A
	21060	Kaps 100 mg 20 Stk Fr. 1059.50 (909.95)		67020010	01.06.2020, A
	21060	Kaps 140 mg 5 Stk Fr. 504.00 (424.76)		67020013	01.06.2020, A
	21060	Kaps 140 mg 20 Stk Fr. 1702.95 (1496.66)		67020014	01.06.2020, A
	21060	Kaps 180 mg 5 Stk Fr. 547.90 (462.97)		67020017	01.06.2020, A
	21060	Kaps 180 mg 20 Stk Fr. 2092.55 (1851.89)		67020018	01.06.2020, A
	21060	Kaps 250 mg 5 Stk Fr. 757.95 (645.95)		67020021	01.06.2020, A
07.16.10		ZYKADIA (Ceritinibum)	Novartis Pharma Schweiz AG		
	20375	Kaps 150 mg 150 Stk (3x 50 Stk) Fr. 6173.95 (5783.38)		65386001	01.09.2017, A
<p>Nach Kostengutsprache durch den Krankenversicherer nach vorgängiger Konsultation des Vertrauensarztes zur Behandlung von Patienten mit einem lokalen fortgeschrittenen oder metastasierenden ALK – (anaplastische Lymphomkinase) positivem nichtkleinzelligen Bronchialkarzinom (NSCLC), falls diese Patienten unter Crizotinib eine Tumorprogression haben oder eine Therapie mit Crizotinib nicht vertragen und einen ECOG-Performance Status von 0 bis 2 aufweisen. Im Falle einer Progression ist die Behandlung abzubrechen. ZYKADIA darf nicht mit anderen antineoplastischen Arzneimitteln zur Behandlung von Lungentumoren kombiniert werden.</p>					

Therap. Gruppe	Dossier Nr.	PRÄPARATE/ (Wirkstoffe) Packungen	Verantwortliche Firma	SHI-Nr.	Aufnahmejahr
07.99		GALAFOLD (Migalastatum)	Amicus Therapeutics Switzerland GmbH		
	20573	Kaps 123 mg 14 Stk Fr. 18352.20 (17664.59)		66108001	01.03.2017, B
<p>Die Behandlung bedarf der Kostengutsprache durch den Krankenversicherer nach vorgängiger Konsultation des Vertrauensarztes. Die Kostengutsprache ist jährlich zu erneuern. GALAFOLD ist in einer Dosierung von 123 mg (1 Kapsel) einmal an jedem zweiten Tag, jeweils zur gleichen Uhrzeit, für die Dauerbehandlung von Erwachsenen und Jugendlichen ab einem Alter von 16 Jahren und älter mit gesicherter Morbus Fabry-Diagnose (a-Galaktosidase A-Mangel) indiziert, die eine auf die Behandlung ansprechende Mutation aufweisen.</p> <p>Die Kosten für den Test ob eine bis dato nicht charakterisierte Mutation auf Migalastat anspricht, werden von Amicus Therapeutics Switzerland GmbH, (info@amicusrx.ch) übernommen.</p> <p>GALAFOLD darf ausschliesslich durch qualifizierte Therapiezentren (Universitätsspital Zürich, Kinderspital Zürich, Centre hospitalier universitaire vaudois [CHUV], Universitätsspital Bern [Inselspital], Spital Linth in Uznach) mit Erfahrung in der Behandlung von Morbus Fabry zu Lasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) angewendet werden. Ausnahmeregelung: Fachärzte mit Erfahrung in der Behandlung von Morbus Fabry sind berechtigt mit den oben genannten qualifizierten Therapiezentren zu kooperieren, um eine patientennahe Versorgung zu gewährleisten. Die Kooperation geschieht auf einvernehmlicher Basis zwischen beiden Partnern.</p> <p>GALAFOLD darf nicht zusammen mit Enzyersatztherapien wie Agalsidase alfa (REPLAGAL) oder Agalsidase beta (FABRAZYME) verabreicht werden. Alle mit GALAFOLD behandelten Patienten sind in einem Register zu erfassen. Sofern ein Patient keine Einwilligung zur Erfassung seiner Daten in das Register gibt, muss dies ausgewiesen werden.</p> <p>Der behandelnde Arzt ist verpflichtet, laufend im Register (https://sffd.ch/verein/swiss-fabry-register) folgende Daten zu erfassen:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Angabe anonymisierter Patienten-Daten (Geschlecht, Alter und Körpergewicht, Jahr der Diagnosestellung, Fabry-Symptomatik, allfällige Begleiterkrankungen und Begleitmedikation). 2) Bisherige Therapien zur Behandlung des Morbus Fabry (naive/switch von Enzyersatztherapien), Datum Therapiebeginn mit GALAFOLD, ggf. Datum Therapieende mit GALAFOLD und Angabe des Grundes für Therapieende. 3) Erfassung der folgenden für eine Verlaufsbeurteilung relevanten Parameter vor Therapiebeginn und während der Behandlung: a-Gal in % of normal mean of healthy controls, LysoGb3, LVMI (Echo/MRT), GFR (estimated), Kreatinin, Proteinurie, Gastrointestinale Symptome, Neurologische Symptome, Renales/kardiales/ZNS Ereignis, sonstige unerwünschte Ereignisse. 					
08.01.60 G		CLARITHROMYCIN SPIRIG HC (Clarithromycinum)	Spirig HealthCare AG		
	21072	Filmtabl 250 mg 14 Stk Fr. 25.55 (11.53)		67169001	01.06.2020, A
	21072	Filmtabl 250 mg 20 Stk Fr. 34.05 (15.36)		67169002	01.06.2020, A
	21072	Filmtabl 500 mg 14 Stk Fr. 38.00 (18.82)		67169004	01.06.2020, A
	21072	Filmtabl 500 mg 20 Stk Fr. 49.30 (28.68)		67169005	01.06.2020, A
08.01.93 G		CO-AMOXICILLIN ZENTIVA (Amoxicillinum anhydricum, Acidum clavulanicum)	Helvepharm AG		
	21074	Filmtabl 625 mg Blist 20 Stk Fr. 28.35 (13.99)		67111002	01.06.2020, A
	21075	Filmtabl 1000 mg Blist 12 Stk Fr. 28.50 (14.13)		67110001	01.06.2020, A
	21075	Filmtabl 1000 mg Blist 20 Stk Fr. 40.60 (21.09)		67110002	01.06.2020, A
08.03		DOVATO (Dolutegravirum, Lamivudinum)	ViiV Healthcare GmbH		
	21042	Filmtabl 50/300 mg Fl 30 Stk Fr. 866.70 (740.69)		67313001	01.06.2020, A

Therap. Gruppe	Dossier Nr.	PRÄPARATE/ (Wirkstoffe) Packungen	Verantwortliche Firma	SHI-Nr.	Aufnahmejahr
10.04		SENSICUTAN (Levomenolum, Heparinum natricum)	Biomed AG		
	20954	Creme Tb 80 g Fr. 23.55 (12.76)		66821002	01.06.2020, D

Es werden maximal 3 Packungen pro 3 Monate vergütet.

11.99		BEOVU (Brolucizumabum)	Novartis Pharma Schweiz AG		
	21026	Inj Lös 6 mg/0.05 ml Fertigspr Fertspr 0.165 ml Fr. 1041.90 (893.91)		67244001	01.06.2020, B

Für die Behandlung der exsudativen (feuchten) altersbezogenen Makuladegeneration (AMD).

BEOVU darf ausschliesslich durch qualifizierte Ophthalmologen der A-, B- und C-Zentren/Kliniken (gemäss der Liste der Weiterbildungszentren der FMH (<http://www.siwf-register.ch>) zu Lasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) angewendet werden.

Ausnahmeregelung: Die Ausbildungskliniken A, B und C sind berechtigt, mit niedergelassenen Ophthalmologen zu kooperieren, um eine patientennahe Versorgung zu gewährleisten.

Die Kooperation geschieht auf einvernehmlicher Basis zwischen beiden Partnern und gemäss folgenden Bedingungen:

- Die Ausbildungsklinik führt die Erstuntersuchung oder die Bestätigung der Diagnose durch. Dies muss für die Krankenkassen belegt werden.
- Bei Einigung auf die zugelassene Indikation darf auch der niedergelassene Arzt den Patienten weiterbehandeln.

Die gleichzeitige Behandlung beider Augen eines Patienten bedarf der Bewilligung des Krankenversicherers nach vorgängiger Konsultation des Vertrauensarztes.

II. Andere Packungen und Dosierungen

03.04.30		BRICANYL TURBUHALER (Terbutalini sulfas (2:1))	AstraZeneca AG		
	15330	Inh Plv 0.500 mg 120 Dos Fr. 16.65 (7.34)		48943002	01.06.2020, B
03.04.50		CINQAERO (Reslizumabum)	Teva Pharma AG		
	20662	Inf Konz 25 mg/2.5 ml Durchstf 2.500 ml Fr. 183.65 (145.68)		66340002	01.10.2018, B

Nach Kostengutsprache durch den Krankenversicherer nach vorgängiger Konsultation des Vertrauensarztes.

Die Verschreibung darf ausschliesslich durch Fachärzte für Pneumologie, Allergologie und Immunologie erfolgen.

Als Zusatztherapie mit einer Dosierung von maximal 3 mg/kg einmal alle vier Wochen bei Erwachsenen ab 18 Jahren mit schwerem eosinophilem Asthma, gekennzeichnet durch folgende Kriterien:

Eine Eosinophilenzahl im Blut von ≥ 0.4 G/L und mindestens 4 klinisch relevante Exazerbationen in den vorausgegangenen 12 Monaten trotz maximal möglichen Dosierungen auf GINA-Stufe 4 (hochdosierte inhalative Kortikosteroide plus zusätzlicher Controller), die eine intermittierende Behandlung mit systemischen Kortikosteroiden benötigten

ODER

Eine Eosinophilenzahl im Blut von ≥ 0.4 G/L bevor eine Behandlung mit systemischen Kortikosteroiden begonnen worden war und mindestens 2 klinisch relevanten Exazerbationen in den vergangenen 12 Monaten bei Patienten/-Innen, die nur aufgrund einer Erhaltungstherapie für mindestens 6 Monate in den letzten 12 Monaten mit systemischen Kortikosteroiden (GINA-Stufe 5) eine Krankheitskontrolle erreichen.

Spätestens nach 8 Gaben und anschliessend jährlich ist der Therapieerfolg durch einen Facharzt der Pneumologie, Allergologie oder Immunologie zu überprüfen.

Die Fortsetzung der Therapie nach dieser Überprüfung bedarf einer weiteren Kostengutsprache bei bestätigtem Therapieerfolg. Ein Therapieerfolg entspricht:

- bei Behandlung auf Gina-Stufe-4: eine Reduktion von mindesten 50 % der Exazerbationen im Vergleich zu Therapiebeginn und im Folgenden maximal gleichbleibender Exazerbationsrate

ODER

- bei Behandlung auf Gina-Stufe-5 mit systemischen Kortikosteroiden: Reduktion der Exazerbationsrate bei maximal gleichbleibender oder reduzierter Dosis der oralen Steroide und im Folgenden maximal gleichbleibender Exazerbationsrate bei stabiler Dosis der oralen Steroide

ODER Senkung der oralen Steroiddosis bei maximal gleichbleibender Exazerbationsrate auf 50% der Ausgangs Prednison-Äquivalente und im Folgenden gleichbleibender oder weiter reduzierter Steroiddosis bei maximal gleichbleibender Exazerbationsrate

ODER Wechsel auf Gina-Stufe 4 bei nicht mehr als 2 Exazerbationen jährlich und im Folgenden maximal gleichbleibender oder weiter verringerter Exazerbationsrate.

Nicht in Kombination mit anderen monoklonalen Antikörpern zur Behandlung des schweren Asthmas.

Therap. Gruppe	Dossier Nr.	PRÄPARATE/ (Wirkstoffe) Packungen	Verantwortliche Firma	SHI-Nr.	Aufnahmejahr
05.99 0		PROSCAR (Finasteridum)	MSD Merck Sharp & Dohme AG		
	16067	Tabl 5 mg Blist 30 Stk Fr. 41.10 (21.50)		51774001	01.06.2020, B
	16067	Tabl 5 mg Blist 105 Stk Fr. 101.15 (73.82)		51774002	01.06.2020, B
07.02.10		MAGNESIocard (Magnesium ionisatum)	Biomed AG		
	14664	Gran 5 mmol Citron neuBtl 50 Stk Fr. 34.00 (15.33)		45726133	01.06.2020, B
07.02.10		MAGNESIocard 5 (Magnesium ionisatum)	Biomed AG		
	14664	Gran 5 mmol Orange50 Btl 5 g Fr. 34.00 (15.33)		45726126	01.06.2020, B
07.02.10		MAGNESIocard 7.5 (Magnesium ionisatum)	Biomed AG		
	16143	Brausetabl 7.500 mmol 60 Stk Fr. 46.00 (25.77)		51458052	01.06.2020, B
07.07.24		TRIAMJECT (Triamcinoloni hexacetonidum)	Gebro Pharma AG		
	20271	Inj Susp 20 mg/ml Amp 10 Stk Fr. 116.40 (87.10)		62962002	01.06.2020, B
Intraartikuläre Anwendung bei persistierender Entzündung in einem oder wenigen Gelenken nach Allgemeinbehandlung von chronisch-entzündlichen Gelenkerkrankungen, Arthritis bei Pseudogicht/Chondrokalzinose, aktivierter Arthrose.					
07.10.10		KETESSE (Dexketoprofenum)	A. Menarini AG		
	18040	Inj Lös 50 mg/2 ml 20 Amp 2 ml Fr. 43.30 (23.42)		56059004	01.06.2020, B
07.10.30		TAUREDON (Natrii aurothiomalas)	Takeda Pharma AG		
	12106	Inj Lös 50 mg/0.5 ml 10 Amp 0.500 ml Fr. 129.55 (98.56)		38036076	01.06.2020, B
07.10.60		METOJECT AUTOINJEKTOR (Methotrexatum)	Gebro Pharma AG		
	20664	Inj Lös 7.5000 mg/0.15 ml AutoinjektorInjektor 1 Stk Fr. 34.30 (15.58)		65672001	01.06.2020, A
	20664	Inj Lös 25 mg/0.5 ml AutoinjektorInjektor 1 Stk Fr. 43.45 (23.58)		65672036	01.06.2020, A
07.16.10 0		TEMODAL (Temozolomidum)	MSD Merck Sharp & Dohme AG		
	17424	Kaps 100 mg Btl 20 Stk Fr. 1307.40 (1136.00)		54577097	01.06.2020, A
14.01.13 G		ACCUPAQUE (Iohexolum)	GE Healthcare AG		
	17827	Inj Lös 300 mg Plast Fl 500 ml Fr. 362.50 (301.50)		54637184	01.06.2020, B
	17827	Inj Lös 350 mg Plast Fl 500 ml Fr. 387.45 (323.20)		54637248	01.06.2020, B
14.01.14		VISIPAQUE (Iodixanolum)	GE Healthcare AG		
	16339	Inj Lös 270 mg PP Fl 500 ml Fr. 464.05 (389.93)		52228441	01.06.2020, B
	16339	Inj Lös 320 mg PP Fl 500 ml Fr. 546.70 (461.93)		52228514	01.06.2020, B

Therap. Gruppe	Dossier Nr.	PRÄPARATE/ (Wirkstoffe) Packungen	Verantwortliche Firma	SHI-Nr.	Aufnahmejahr
III. Neu gestrichene Präparate/Packungen					
01.01.30 G		TRAMUNDIN (Tramadoli hydrochloridum)	Mundipharma Medical Company Hamilton, Bermuda, Basel Branch		
	17896	Tropfen 100 mg/ml 10 ml Fr. 7.45 (2.90)		53544010	01.06.2020, A
	17896	Tropfen 100 mg/ml 20 ml Fr. 14.00 (5.05)		53544029	01.06.2020, A
	17896	Tropfen 100 mg/ml m Dosierpumpe 50 ml Fr. 29.10 (14.62)		53544037	01.06.2020, A
	17896	Tropfen 100 mg/ml m Dosierpumpe 100 ml Fr. 47.30 (26.93)		53544045	01.06.2020, A
01.06		SAROTEN RETARD (Amitriptylinum)	Lundbeck (Schweiz) AG		
	11997	Ret Kaps 25 mg 30 Stk Fr. 7.35 (2.83)		37360015	01.06.2020, B
	11997	Ret Kaps 25 mg 100 Stk Fr. 17.45 (8.04)		37360023	01.06.2020, B
	11997	Ret Kaps 50 mg 30 Stk Fr. 9.40 (4.61)		37360058	01.06.2020, B
	11997	Ret Kaps 50 mg 100 Stk Fr. 26.45 (12.33)		37360066	01.06.2020, B
07.07.21 0		HYDROCORTONE (Hydrocortisonum)	Mepha Pharma AG		
	14505	Tabl 10 mg 25 Stk Fr. 19.75 (10.05)		18979012	01.06.2020, B
07.16.10		ZAVEDOS (Idarubicini hydrochloridum)	Pfizer PFE Switzerland GmbH		
	16987	Kaps 5 mg 1 Stk Fr. 73.65 (49.87)		52256011	01.06.2020, A
	16987	Kaps 10 mg 1 Stk Fr. 131.80 (100.53)		52256038	01.06.2020, A
08.01.93 G		PIPERAZILLIN TAZOB. TEVA (Piperacillinum, Tazobactamum)	Teva Pharma AG		
	18711	Trockensub 2.250 g Durchstf 1 Stk Fr. 19.40 (9.75)		58060001	01.06.2020, A
	18711	Trockensub 4.500 g Durchstf 1 Stk Fr. 38.75 (19.49)		58060005	01.06.2020, A
10.02		AKNEFUG BP 5 (Benzoylis peroxidum)	Galderma SA		
	14539	Lot 5 % 55 ml Fr. 9.05 (4.91)		45539032	01.06.2020, C
10.02		BENZAC 10 (Benzoylis peroxidum)	Galderma SA		
	14446	Gel 100 mg/g 60 g Fr. 13.20 (7.15)		45185036	01.06.2020, D
10.02		NIDAZEA (Metronidazolium)	Louis Widmer AG		
	19039	Gel 30 ml Fr. 9.55 (4.75)		57701002	01.06.2020, B
10.05.10		ALFACORTON (Hydrocortisoni acetat)	Galderma SA		
	15883	Creme 2.500 % 30 g Fr. 8.95 (4.23)		51784014	01.06.2020, B
10.07		CALMURID (Acidum lacticum, Ureum)	Galderma SA		
	11601	Creme Tb 50 g Fr. 9.05 (4.91)		35984011	01.06.2020, D
	11601	Creme Tb 100 g Fr. 14.15 (7.67)		35984038	01.06.2020, D
10.10		EXCIPIAL	Galderma SA		
	13291	Creme Tb 30 g Fr. 5.20 (2.82)		39903040	01.06.2020, D
	13291	Creme Tb 100 g Fr. 11.85 (6.42)		39903059	01.06.2020, D

PRÄPARATE / (Wirkstoffe) Packungen	Verantwortliche Firma	Therap. Gruppe	Dossier Nr.	Preis neu	Ex-Fact. neu
iv. Preissenkungen					
IV.a. Preisänderung nach 1 Jahr SL-Aufnahme					
XARELTO VASCULAR Filmtabl 2.5 mg Blist 56 Stk	Bayer (Schweiz) AG	060340	20856	83.65	58.58
IV.b. Preisänderung nach 3-jährlicher Überprüfung der Aufnahmebedingungen					
HARPAGOMED Tabl 30 Stk	A.Vogel AG	571060	18510	14.70	7.98
SPORTUSAL Gel Tb 50 g Emgel 50 g	Permamed AG Betriebsstandort Therwil	020820	15015 15014	13.10 13.10	7.10 7.10
ZAVESCA Kaps 100 mg 84 Stk	Actelion Pharmaceuticals Ltd	079900	18079	6820.20	6413.85
IV.c. Freiwillige Preissenkung					
GROFENAC Emulgel 1 % Tb 50 g	Dr. Grossmann AG Pharmaca	071040	17983	4.55	2.47
METHOTREXAT PFIZER Tabl 2.500 mg Blist 30 Stk	Pfizer PFE Switzerland GmbH	071610	8446	16.25	7.01
IV.d. Normale Preismutation					
CIMZIA Inj Lös 200 mg/ml 2 Fertigspr 1 ml	UCB-Pharma SA	071500	19229	1212.60	1049.55
CIMZIA AUTOCLICKS Inj Lös 200 mg/ml Fertpen 2 Stk	UCB-Pharma SA	071500	19229	1212.60	1049.55
HEMLIBRA Inj Lös 30 mg/ml Durchstf 1 Stk Inj Lös 60 mg/0.4 ml Durchstf 1 Stk Inj Lös 105 mg/0.7 ml Durchstf 1 Stk Inj Lös 150 mg/ml Durchstf 1 Stk	Roche Pharma (Schweiz) AG	060110	20818 20818 20818 20818	2157.80 4274.60 7449.85 10625.05	2065.18 4130.36 7228.13 10325.90
STELARA Inj Lös 45 mg/0.5 ml Fertigspr 0.500 ml Inj Lös 90 mg/ml Fertigspr 1 ml Inf Konz 130 mg/26 ml Durchstf 1 Stk Inj Lös 45 mg/0.5 ml Durchstf Durchstf 1 Stk	Janssen-Cilag AG	071500	19301 19301 20638 20717	3765.55 3765.55 3765.55 3765.55	3433.73 3433.73 3433.73 3433.73
ZURAMPIC Filmtabl 200 mg 30 Stk	Grünenthal Pharma AG	071120	20659	46.60	26.31

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

V. Limitations-/Indikationsänderungen

CIMZIA	UCB-Pharma SA	071500			
Inj Lös 200 mg/ml 2 Fertigspr 1 ml			19229	1212.60	1049.55
Inj Lös 200 mg/ml Fertpen 2 Stk			19229	1212.60	1049.55

Limitation alt:

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

Zur Behandlung von Patienten mit aktivem Morbus Crohn, wenn die vorausgegangene konventionelle Therapie (z.B. mit Azathioprin, 6-Mercaptopurin, Steroiden) unzulänglich war. Bei Ansprechen beträgt die maximale Therapiedauer 6 Monate.

Zur Behandlung der schweren aktiven axialen Spondyloarthritis (axSpA) bei erwachsenen Patienten, einschliesslich Patienten mit schwerer aktiver ankylosierender Spondylitis (AS) und Patienten mit schwerer aktiver nicht-röntgenologischer axialer Spondyloarthritis (nr-axSpA), die auf eine konventionelle Therapie unzureichend angesprochen haben oder NSAIDs nicht vertragen. Patienten mit schwerer aktiver nicht-röntgenologischer axialer Spondyloarthritis sollten objektive Anzeichen einer Entzündung im MRI und durch erhöhtes CRP zeigen.

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

Limitation neu:

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

Zur Behandlung von Patienten mit aktivem Morbus Crohn, wenn die vorausgegangene konventionelle Therapie (z.B. mit Azathioprin, 6-Mercaptopurin, Steroiden) unzulänglich war. Bei Ansprechen beträgt die maximale Therapiedauer 6 Monate.

Zur Behandlung der schweren aktiven axialen Spondyloarthritis (axSpA) bei erwachsenen Patienten, einschliesslich Patienten mit schwerer aktiver ankylosierender Spondylitis (AS) und Patienten mit schwerer aktiver nicht-röntgenologischer axialer Spondyloarthritis (nr-axSpA), die auf eine konventionelle Therapie unzureichend angesprochen haben oder NSAIDs nicht vertragen. Patienten mit schwerer aktiver nicht-röntgenologischer axialer Spondyloarthritis sollten objektive Anzeichen einer Entzündung im MRI und durch erhöhtes CRP zeigen.

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

Behandlung erwachsener Patienten mit schwerer Plaque-Psoriasis, bei denen UVB und PUVA oder eine der folgenden drei systemischen Therapien (Ciclosporin, Methotrexat, Acitretin) keinen therapeutischen Erfolg gezeigt haben.

Nach Applikation der höheren Anfangsdosis wird maximal eine Erhaltungsdosis von 200 mg alle 2 Wochen vergütet.

Falls nach 16 Wochen kein therapeutischer Erfolg eingetreten ist, ist die Behandlung abzubrechen.

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

CIMZIA AUTOCLICKS	UCB-Pharma SA	071500			
Inj Lös 200 mg/ml 2 Fertigspr 1 ml			19229	1212.60	1049.55
Inj Lös 200 mg/ml Fertpen 2 Stk			19229	1212.60	1049.55

Limitation alt:

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

Zur Behandlung von Patienten mit aktivem Morbus Crohn, wenn die vorausgegangene konventionelle Therapie (z.B. mit Azathioprin, 6-Mercaptopurin, Steroiden) unzulänglich war. Bei Ansprechen beträgt die maximale Therapiedauer 6 Monate.

Zur Behandlung der schweren aktiven axialen Spondyloarthritis (axSpA) bei erwachsenen Patienten, einschliesslich Patienten mit schwerer aktiver ankylosierender Spondylitis (AS) und Patienten mit schwerer aktiver nicht-röntgenologischer axialer Spondyloarthritis (nr-axSpA), die auf eine konventionelle Therapie unzureichend angesprochen haben oder NSAIDs nicht vertragen. Patienten mit schwerer aktiver nicht-röntgenologischer axialer Spondyloarthritis sollten objektive Anzeichen einer Entzündung im MRI und durch erhöhtes CRP zeigen.

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

Limitation neu:

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

Zur Behandlung von Patienten mit aktivem Morbus Crohn, wenn die vorausgegangene konventionelle Therapie (z.B. mit Azathioprin, 6-Mercaptopurin, Steroiden) unzulänglich war. Bei Ansprechen beträgt die maximale Therapiedauer 6 Monate.

Zur Behandlung der schweren aktiven axialen Spondyloarthritis (axSpA) bei erwachsenen Patienten, einschliesslich Patienten mit schwerer aktiver ankylosierender Spondylitis (AS) und Patienten mit schwerer aktiver nicht-röntgenologischer axialer Spondyloarthritis (nr-axSpA), die auf eine konventionelle Therapie unzureichend angesprochen haben oder NSAIDs nicht vertragen. Patienten mit schwerer aktiver nicht-röntgenologischer axialer Spondyloarthritis sollten objektive Anzeichen einer Entzündung im MRI und durch erhöhtes CRP zeigen.

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

Behandlung erwachsener Patienten mit schwerer Plaque-Psoriasis, bei denen UVB und PUVA oder eine der folgenden drei systemischen Therapien (Ciclosporin, Methotrexat, Acitretin) keinen therapeutischen Erfolg gezeigt haben.

Nach Applikation der höheren Anfangsdosis wird maximal eine Erhaltungsdosis von 200 mg alle 2 Wochen vergütet.

Falls nach 16 Wochen kein therapeutischer Erfolg eingetreten ist, ist die Behandlung abzubrechen.

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

PRÄPARATE / (Wirkstoffe) Packungen	Verantwortliche Firma	Therap. Gruppe	Dossier Nr.	Preis neu	Ex-Fact. neu
EMPLICITI Trockensub 300 mg Durchstf 1 Stk Trockensub 400 mg Durchstf 1 Stk	Bristol-Myers Squibb SA	071610	20544 20544	1389.65 1832.35	1210.98 1614.64
Limitation alt:					
Befristete Limitation bis 31.07.2021					
EMPLICITI wird nach Kostengutsprache durch den Krankenversicherer nach vorgängiger Konsultation des Vertrauensarztes in Kombination mit Lenalidomid und Dexamethason zur Behandlung von erwachsenen Patienten mit rezidivierendem multiplen Myelom, die mindestens eine vorangegangene Therapie erhalten haben, vergütet. Dosierungsschema und Dosierung für die Kombinationstherapie sollen nach Angaben der Fachinformation erfolgen, wobei maximal 10 mg Elotuzumab/kg Körpergewicht eingesetzt werden dürfen.					
Falls es zu einer Progression der Krankheit kommt oder inakzeptable Toxizitätserscheinungen auftreten, muss die Behandlung mit EMPLICITI abgebrochen werden.					
Bristol-Myers Squibb SA vergütet im Rahmen der Kombinationstherapie von EMPLICITI mit Lenalidomid nach Aufforderung durch denjenigen Krankenversicherer, bei dem die versicherte Person zum Zeitpunkt des Bezugs versichert war, für jede bezogene Packung EMPLICITI 28.19% des Fabrikabgabepreises. 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.					
Limitation neu:					
Neue Limitation befristet bis 31.07.2021					
EMPLICITI wird nach Kostengutsprache durch den Krankenversicherer nach vorgängiger Konsultation des Vertrauensarztes in Kombination mit Lenalidomid und Dexamethason zur Behandlung von erwachsenen Patienten mit rezidivierendem multiplen Myelom, die mindestens eine vorangegangene Therapie erhalten haben, vergütet. Dosierungsschema und Dosierung für die Kombinationstherapie sollen nach Angaben der Fachinformation erfolgen, wobei maximal 10 mg Elotuzumab/kg Körpergewicht eingesetzt werden dürfen.					
Falls es zu einer Progression der Krankheit kommt oder inakzeptable Toxizitätserscheinungen auftreten, muss die Behandlung mit EMPLICITI abgebrochen werden.					
Bristol-Myers Squibb SA vergütet im Rahmen der Kombinationstherapie von EMPLICITI mit Lenalidomid nach Aufforderung durch denjenigen Krankenversicherer, bei dem die versicherte Person zum Zeitpunkt des Bezugs versichert war, für jede bezogene Packung EMPLICITI 28.19% des Fabrikabgabepreises. 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.					
Neue Limitation befristet bis 31.07.2021					
Nach Kostengutsprache durch den Krankenversicherer nach vorgängiger Konsultation des Vertrauensarztes.					
EMPLICITI wird in Kombination mit Pomalidomid und Dexamethason zur Behandlung des multiplen Myeloms bei erwachsenen Patienten vergütet, die zuvor mindestens zwei Therapien inklusive Lenalidomid und einen Proteasom-Inhibitor erhalten haben und die Progredienz zur letzten Therapie gezeigt haben. Dosierungsschema und Dosierung für die Kombinationstherapie sollen nach Angaben der Fachinformation erfolgen.					
Falls es zu einer Progression der Krankheit kommt oder inakzeptable Toxizitätserscheinungen auftreten, muss die Behandlung mit EMPLICITI abgebrochen werden.					
Bristol-Myers Squibb SA vergütet im Rahmen der Kombinationstherapie von EMPLICITI mit Pomalidomid und Dexamethason nach Aufforderung durch denjenigen Krankenversicherer, bei dem die versicherte Person zum Zeitpunkt des Bezugs versichert war, für jede bezogene Packung EMPLICITI einen festgelegten Anteil des Fabrikabgabepreises zurück. Sie gibt dem Krankenversicherer die Höhe der Rückvergütung bekannt. Die Mehrwertsteuer kann nicht zusätzlich zu den Rückvergütungsbeträgen zurückgefordert werden.					
GALAFOLD Kaps 123 mg 14 Stk	Amicus Therapeutics Switzerland GmbH	079900	20573	18352.20	17664.59
Limitation alt:					
GALAFOLD ist für die Dauerbehandlung von Erwachsenen und Jugendlichen ab einem Alter von 16 Jahren und älter mit gesicherter Morbus Fabry-Diagnose (a-Galaktosidase A-Mangel) indiziert, die eine auf die Behandlung ansprechende Mutation aufweisen. Nach Kostengutsprache durch den Krankenversicherer nach vorgängiger Konsultation des Vertrauensarztes. Die Kosten für den Test ob eine bis dato nicht charakterisierte Mutation auf Migalastat anspricht, werden von SFL Pharma GmbH, (info@sfl-pharma.ch) übernommen. GALAFOLD darf ausschliesslich durch qualifizierte Therapiezentren (Universitätsspital Zürich, Kinderspital Zürich, Centre hospitalier universitaire vaudois [CHUV], Universitätsspital Bern [Inselspital]) mit Erfahrung in der Behandlung von Morbus Fabry zu Lasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) angewendet werden. Ausnahmeregelung: Fachärzte mit Erfahrung in der Behandlung von Morbus Fabry sind berechtigt mit den oben genannten qualifizierten Therapiezentren zu kooperieren, um eine patientennahe Versorgung zu gewährleisten. Die Kooperation geschieht auf einvernehmlicher Basis zwischen beiden Partnern. GALAFOLD darf nicht zusammen mit Enzyersatztherapien wie Agalsidase alfa (REPLAGAL) oder Agalsidase beta (FABRAZYME) verabreicht werden. Der behandelnde Arzt ist verpflichtet, die erforderlichen Daten laufend im vorgegebenen Internettool des Registers, abrufbar auf (http://sfl-pharma.ch/Galafold-Patientenregister/), zu erfassen. Eine schriftliche Einwilligung des Patienten muss vorliegen.					
Limitation neu:					
Die Behandlung bedarf der Kostengutsprache durch den Krankenversicherer nach vorgängiger Konsultation des Vertrauensarztes. Die Kostengutsprache ist jährlich zu erneuern. GALAFOLD ist in einer Dosierung von 123 mg (1 Kapsel) einmal an jedem zweiten Tag, jeweils zur gleichen Uhrzeit, für die Dauerbehandlung von Erwachsenen und Jugendlichen ab einem Alter von 16 Jahren und älter mit gesicherter Morbus Fabry-Diagnose (a-Galaktosidase A-Mangel) indiziert, die eine auf die Behandlung ansprechende Mutation aufweisen.					
Die Kosten für den Test ob eine bis dato nicht charakterisierte Mutation auf Migalastat anspricht, werden von Amicus Therapeutics Switzerland GmbH, (info@amicusrx.ch) übernommen.					
GALAFOLD darf ausschliesslich durch qualifizierte Therapiezentren (Universitätsspital Zürich, Kinderspital Zürich, Centre hospitalier universitaire vaudois [CHUV], Universitätsspital Bern [Inselspital], Spital Linth in Uznach) mit Erfahrung in der Behandlung von Morbus Fabry zu Lasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) angewendet werden. Ausnahmeregelung: Fachärzte mit Erfahrung in der Behandlung von Morbus Fabry sind berechtigt mit den oben genannten qualifizierten Therapiezentren zu kooperieren, um eine patientennahe Versorgung zu gewährleisten. Die Kooperation geschieht auf einvernehmlicher Basis zwischen beiden Partnern.					
GALAFOLD darf nicht zusammen mit Enzyersatztherapien wie Agalsidase alfa (REPLAGAL) oder Agalsidase beta (FABRAZYME) verabreicht werden.					
Alle mit GALAFOLD behandelten Patienten sind in einem Register zu erfassen. Sofern ein Patient keine Einwilligung zur Erfassung seiner Daten in das Register gibt, muss dies ausgewiesen werden.					
Der behandelnde Arzt ist verpflichtet, laufend im Register (https://sffd.ch/verein/swiss-fabry-register) folgende Daten zu erfassen:					
1) Angabe anonymisierter Patienten-Daten (Geschlecht, Alter und Körpergewicht, Jahr der Diagnosestellung, Fabry-Symptomatik, allfällige Begleiterkrankungen und Begleitmedikation).					
2) Bisherige Therapien zur Behandlung des Morbus Fabry (naive/switch von Enzyersatztherapien), Datum Therapiebeginn mit GALAFOLD, ggf. Datum Therapieende mit GALAFOLD und Angabe des Grundes für Therapieende.					
3) Erfassung der folgenden für eine Verlaufsbeurteilung relevanten Parameter vor Therapiebeginn und während der Behandlung: a-Gal in % of normal mean of healthy controls, LysoGb3, LVMi (Echo/MRT), GFR (estimated), Kreatinin, Proteinurie, Gastrointestinale Symptome, Neurologische Symptome, Renales/kardiales/ZNS Ereignis, sonstige unerwünschte Ereignisse.					

PRÄPARATE / (Wirkstoffe) Packungen	Verantwortliche Firma	Therap. Gruppe	Dossier Nr.	Preis neu	Ex-Fact. neu
HEMLIBRA	Roche Pharma (Schweiz) AG	060110			
Inj Lös 30 mg/ml Durchstf 1 Stk			20818	2157.80	2065.18
Inj Lös 60 mg/0.4ml Durchstf 1 Stk			20818	4274.60	4130.36
Inj Lös 105 mg/0.7ml Durchstf 1 Stk			20818	7449.85	7228.13
Inj Lös 150 mg/ml Durchstf 1 Stk			20818	10625.05	10325.90

Limitation alt:

Zur Prophylaxe bei Patienten mit kongenitaler Hämophilie A und Faktor-VIII-Hemmkörper > 5 BU in der Anamnese, die die Anwendung eines Bypassing Agent-Präparates zur episodischen oder prophylaktischen Therapie erfordern.

Nach erfolgreicher Immuntoleranzinduktion ist die Therapie der Hämophilie A mit vergütungspflichtigen Faktor VIII-Präparaten fortzusetzen.

Vergütet wird Emicizumab in einer Dosierung von 3 mg/kg wöchentlich in den ersten 4 Wochen und danach in einer Dosierung von 1.5 mg/kg wöchentlich (Erhaltung), subkutan verabreicht.

Die Diagnosestellung und die Verordnung von Emicizumab, die Behandlungseinleitung und die darauffolgende Betreuung darf nur an folgenden universitären und/oder spezialisierten Hämophiliezentren erfolgen, die Erfahrung im Management von Erwachsenen und/oder Kindern mit Hämophilie A und Hemmkörpern aufweisen. Dazu gehören:

Kantonsspital Aarau, Universitätsspital Basel, Universitätskinderhospital beider Basel, Ospedale Regionale di Bellinzona e Valli, Inselspital Bern, Kantonsspital Graubünden, Hôpitaux Universitaires Genève, Centre hospitalier universitaire vaudois, Centre Hospitalier du Valais Sion, Kantonsspital Luzern, Zentrum für Labormedizin St.Gallen, Ostschweizer Kinderhospital St.Gallen, Universitätsspital Zürich, Universitäts-Kinderhospital Zürich.

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

Neue Limitation befristet bis 31.05.2022**Patienten mit Hämophilie A mit Hemmkörpern**

Zur Prophylaxe von Blutungsepisoden bei Patienten mit kongenitaler Hämophilie A und Faktor-VIII-Hemmkörper > 5 BU in der Anamnese, die die Anwendung eines Bypassing Agent-Präparates zur episodischen oder prophylaktischen Therapie erfordern.

Nach erfolgreicher Immuntoleranzinduktion ist die Therapie der Hämophilie A bei entsprechender Indikation und erfüllten Vergütungsvoraussetzungen für eine Prophylaxe entweder mit vergütungspflichtigen Faktor VIII-Präparaten oder Emicizumab fortzusetzen.

Neue Limitation befristet bis 31.05.2022**Patienten mit Hämophilie A ohne Hemmkörper**

Zur Prophylaxe von Blutungsepisoden bei Patienten mit schwerer Hämophilie A (kongenitaler Faktor-VIII-Mangel, FVIII < 1%), welche bereits zuvor mit Faktor VIII Präparaten behandelt wurden.

Neue Limitation befristet bis 31.05.2022**Für beide Indikation gelten folgende Vergütungsvoraussetzungen:**

Die Diagnosestellung und die Verordnung von Emicizumab, die Behandlungseinleitung und die darauffolgende Betreuung darf nur an folgenden universitären und/oder spezialisierten Hämophiliezentren erfolgen. Dazu gehören:

Kantonsspital Aarau, Universitätsspital Basel, Universitätskinderhospital beider Basel, Ospedale Regionale di Bellinzona e Valli, Inselspital Bern, Kantonsspital Graubünden, Hôpitaux Universitaires Genève, Centre hospitalier universitaire vaudois, Centre Hospitalier du Valais Sion, Kantonsspital Luzern, Zentrum für Labormedizin St.Gallen, Ostschweizer Kinderhospital St. Gallen, Universitätsspital Zürich, Universitäts-Kinderhospital Zürich.

Vor Therapiebeginn muss eine Kostengutsprache des Krankenversicherers nach vorgängiger Konsultation des Vertrauensarztes eingeholt werden, unter Angabe des eingesetzten Dosierungsschemas: Lade-Dosierung in den ersten 4 Wochen (subkutan 3 mg/kg Körpergewicht einmal wöchentlich in den ersten 4 Wochen) und Erhaltungsdosierung ab Woche 5 (1.5 mg/kg KG s.c. einmal wöchentlich oder 3 mg/kg KG alle zwei Wochen s.c. oder 6mg/kg KG alle vier Wochen s.c.).

Der behandelnde Arzt hat im Rahmen des Gesuches um Kostengutsprache gegenüber dem Krankenversicherer zu begründen, warum er welches Dosierungsregime zur Erhaltungstherapie wählt und inwiefern Verwurfmengen minimiert werden mit dem angewendeten Dosierungsregime. Da die Verwurfmengen für das Dosierungsschema von 1.5 mg/kg KG 1mal pro Woche den grössten Verwurf erwarten lässt, ist bei Einsatz dieses Dosierungsschema insbesondere zu begründen, warum gerade dieses zum Einsatz kommen soll. Anpassungen der Dosierung aufgrund von Gewichtsänderungen der Patienten sind im Rahmen der vergüteten Dosierungen ohne eine erneute Kostengutsprache möglich.

Basierend auf der kontinuierlichen Patientendokumentation sollen die entsprechenden Daten im SHN-Register erfasst werden, die Zustimmung des Patienten vorausgesetzt.

Die Zulassungsinhaberin Roche Pharma (Schweiz) AG vergütet nach Aufforderung durch denjenigen Krankenversicherer, bei dem die versicherte Person zum Zeitpunkt des Bezugs versichert war, resp. nach Aufforderung durch die IV, für jede bezogene Packung Hemlibra einen festgelegten prozentualen Anteil des Fabrikabgabepreises zurück. Sie gibt dem Krankenversicherer bzw. der IV den prozentualen Betrag bekannt, der bezogen auf den Fabrikabgabepreis zurückerstattet wird. Die Mehrwertsteuer kann nicht zusätzlich zu diesem Anteil des Fabrikabgabepreises zurückgefordert werden. Die Aufforderung zur Rückerstattung soll ab dem Zeitpunkt der Verabreichung erfolgen.

Darüber hinaus vergütet die Zulassungsinhaberin dem Krankenversicherer, bei dem die versicherte Person versichert war, resp. der IV den festgelegten Betrag pro mg für diejenige pro Kalenderjahr und pro Patient verabreichte Menge an Emicizumab zurück, die eine festgelegte Anzahl mg pro Patient pro Kalenderjahr übersteigt. Sie gibt dem Krankenversicherer bzw. der IV den Schwellenwert (die Anzahl mg pro Patient pro Jahr) sowie den festgelegten Betrag pro mg bekannt. Die Mehrwertsteuer kann nicht zusätzlich zu diesem Betrag (Basis FAP) zurückgefordert werden. Die Rückerstattung soll retrospektiv kalenderjährlich (mit Sticht datum 31. Dezember) erfolgen. Die Aufforderung zur Rückerstattung kann ab diesem Zeitpunkt erfolgen.

Die Preisberechnung für Blutpräparate erfolgt aufgrund des Fabrikabgabepreises zuzüglich einer Fixmarge wegen der speziellen Verteilersituation (praktisch kein Zwischenhandel) von Fr. 40.- zuzüglich MWST.

PRÄPARATE / (Wirkstoffe) Packungen	Verantwortliche Firma	Therap. Gruppe	Dossier Nr.	Preis neu	Ex-Fact. neu
IMNOVID	Celgene GmbH	071640			
Kaps 1 mg 21 Stk			20221	9965.95	9482.90
Kaps 2 mg 21 Stk			20221	10092.75	9606.59
Kaps 3 mg 21 Stk			20221	10219.55	9730.28
Kaps 4 mg 21 Stk			20221	10304.35	9813.03

Limitation alt:

Nur nach Kostengutsprache durch den Krankenversicherer nach vorgängiger Konsultation des Vertrauensarztes.

Imnovid in Kombination mit Dexamethason ist indiziert zur Behandlung von rezidiviertem und refraktärem Multiplem Myelom (MM) bei Patienten, welche mindestens zwei vorgängige Therapien erhielten (inklusive Lenalidomid und Bortezomib) und welche eine Progredienz zur letzten Therapie gezeigt haben.

Limitation neu:

Nur nach Kostengutsprache durch den Krankenversicherer nach vorgängiger Konsultation des Vertrauensarztes.

Imnovid in Kombination mit Dexamethason ist indiziert zur Behandlung von rezidiviertem und refraktärem Multiplem Myelom (MM) bei Patienten, welche mindestens zwei vorgängige Therapien erhielten (inklusive Lenalidomid und Bortezomib) und welche eine Progredienz zur letzten Therapie gezeigt haben.

Neue Limitation befristet bis 31.07.2021

Nach Kostengutsprache durch den Krankenversicherer nach vorgängiger Konsultation des Vertrauensarztes.

IMNOVID wird in Kombination mit Elotuzumab und Dexamethason zur Behandlung des multiplen Myeloms bei erwachsenen Patienten vergütet, die zuvor mindestens zwei Therapien inklusive Lenalidomid und einen Proteasom-Inhibitor erhalten haben und die Progredienz zur letzten Therapie gezeigt haben.

Die Celgene GmbH zahlt nach Aufforderung durch denjenigen Krankenversicherer, bei dem die versicherte Person zum Zeitpunkt des Bezugs versichert war, pro Packung IMNOVID 17.97 Prozent des Fabrikabgabepreises an den Krankenversicherer zurück.

Die Forderung einer Rückvergütung durch den Krankenversicherer gilt nur für die Kombination von Elotuzumab und IMNOVID und kann nur dann erfolgen, wenn nachweislich beide Medikamente eingesetzt wurden. Die Mehrwertsteuer kann nicht zusätzlich zu den Rückvergütungsbeträgen zurückgefordert werden.

STELARA	Janssen-Cilag AG	071500			
Inj Lös 45 mg/0.5ml Fertigspr 0.500 ml			19301	3765.55	3433.73
Inf Konz 130 mg/26ml Durchstf 1 Stk			20638	3765.55	3433.73
Inj Lös 45 mg/0.5ml Durchstf Durchstf 1 Stk			20717	3765.55	3433.73
Inj Lös 90 mg/ml Fertigspr 1 ml			19301	3765.55	3433.73

Limitation alt:

Behandlung erwachsener und jugendlicher Patienten ab 12 Jahren mit schwerer Plaque-Psoriasis, bei denen UVB und PUVA oder eine der folgenden drei systemischen Therapien (Ciclosporin, Methotrexat, Acitretin) keinen therapeutischen Erfolg gezeigt haben. Falls vor der 3. Injektion kein therapeutischer Erfolg eingetreten ist, ist die Behandlung abzubrechen.

Behandlung erwachsener Patienten mit aktiver Psoriasis-Arthritis als Monotherapie oder in Kombination mit Methotrexat (MTX), wenn das Ansprechen auf eine vorhergehende Therapie mit krankheitsmodifizierenden Antirheumatika (DMARDs) unzureichend gewesen ist.

Behandlung erwachsener Patienten mit mittelschwerem bis schwerem aktivem Morbus Crohn, bei denen konventionelle Therapien oder die Behandlung mit einem TNFa-Antagonisten ungenügend angesprochen haben, nicht mehr ansprechen, kontraindiziert sind oder nicht vertragen wurden. Eine Verkürzung des Dosierungsintervalls auf acht Wochen bei Patienten mit hoher mukosaler und systemischer Entzündungsaktivität sowie eine Weiterbehandlung mit STELARA von einem Jahr bedürfen der Kostengutsprache durch den Krankenversicherer nach vorgängiger Konsultation des Vertrauensarztes.

Die Verschreibung kann nur durch Fachärzte der Gastroenterologie, Dermatologie oder Rheumatologie oder Universitätskliniken/Polikliniken erfolgen.

Limitation neu:**Plaque-Psoriasis**

Behandlung erwachsener und jugendlicher Patienten ab 12 Jahren mit schwerer Plaque-Psoriasis, bei denen UVB und PUVA oder eine der folgenden drei systemischen Therapien (Ciclosporin, Methotrexat, Acitretin) keinen therapeutischen Erfolg gezeigt haben. Falls vor der 3. Injektion kein therapeutischer Erfolg eingetreten ist, ist die Behandlung abzubrechen.

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

Psoriasis-Arthritis

Behandlung erwachsener Patienten mit aktiver Psoriasis-Arthritis als Monotherapie oder in Kombination mit Methotrexat (MTX), wenn das Ansprechen auf eine vorhergehende Therapie mit krankheitsmodifizierenden Antirheumatika (DMARDs) unzureichend gewesen ist.

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

Neue Limitation befristet bis 30.06.2020**Morbus Crohn**

Behandlung erwachsener Patienten mit mittelschwerem bis schwerem aktivem Morbus Crohn, bei denen konventionelle Therapien oder die Behandlung mit einem TNFa-Antagonisten ungenügend angesprochen haben, nicht mehr ansprechen, kontraindiziert sind oder nicht vertragen wurden.

Eine Verkürzung des Dosierungsintervalls auf acht Wochen bei Patienten mit hoher mukosaler und systemischer Entzündungsaktivität sowie eine Weiterbehandlung mit STELARA von einem Jahr bedürfen der Kostengutsprache durch den Krankenversicherer nach vorgängiger Konsultation des Vertrauensarztes.

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

Neue Limitation befristet bis 31.05.2022**Colitis ulcerosa**

Behandlung erwachsener Patienten mit mittelschwerer bis schwerer aktiver Colitis ulcerosa, bei denen konventionelle Therapien oder die Behandlung mit einem Biologikum ungenügend angesprochen haben, nicht mehr ansprechen, kontraindiziert sind oder nicht vertragen wurden.

Eine Verkürzung des Dosierungsintervalls auf acht Wochen bei Patienten mit hoher mukosaler und systemischer Entzündungsaktivität sowie eine Weiterbehandlung mit STELARA von einem Jahr bedürfen der Kostengutsprache durch den Krankenversicherer nach vorgängiger Konsultation des Vertrauensarztes.

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

«Antibiotika wirken
gegen Bakterien,
aber nicht gegen
Viren.»



Rezeptsperrung

Swissmedic, Abteilung Betäubungsmittel

Rezeptsperrung
Folgende Rezepte sind gesperrt

Kanton	Block-Nr.	Rezept-Nr.
St. Gallen		8033984
Zürich		8682885 8195921

BAG-Bulletin
BBL, Vertrieb Publikationen
CH-3003 Bern

P.P.

CH-3003 Bern
Post CH AG

BAG-Bulletin

Woche

24/2020