



Schweizerische Eidgenossenschaft
Confédération suisse
Confederazione Svizzera
Confederaziun svizra

Eidgenössisches Departement des Innern EDI
Bundesamt für Gesundheit BAG

Ausgabe vom 19. Juli 2021

Woche
BAG-Bulletin 29/2021

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
www.bag-coronavirus.ch/impfung : Informationen zur COVID-19-Impfung	7
Zeckenübertragene Krankheiten – Lagebericht Schweiz	8
Spezialitätenliste	12
Rezeptsperrung	35

Meldungen Infektionskrankheiten

Stand am Ende der 27. Woche (13.07.2021)^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 Influenzäüberwachung im Sentinella-Meldesystem www.bag.admin.ch/grippebericht.

^c Ausgeschlossen sind materno-fötale Röteln.

^d Bei schwangeren Frauen und Neugeborenen

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

^f Primäre, sekundäre bzw. frühlatente Syphilis.

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

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

Infektionskrankheiten: Stand am Ende der 27. Woche (13.07.2021)^a

	Woche 27			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	2 1.20		3 1.80	9 1.40	1 0.20	6 0.90	64 0.70	94 1.10	133 1.50	39 0.90	51 1.10	81 1.80
Influenzavirus-Infektion, saisonale Typen und Subtypen^b			6 3.60	1 0.20	3 0.40	10 1.50	47 0.50	11803 136.50	13687 158.30	29 0.60	11328 252.40	13293 296.20
Legionellose	20 12.00	19 11.40	16 9.60	61 9.20	46 6.90	49 7.40	500 5.80	524 6.10	522 6.00	221 4.90	183 4.10	240 5.40
Masern			2 1.20			2 0.30		53 0.60	228 2.60		37 0.80	205 4.60
Meningokokken: invasive Erkrankung				1 0.20	2 0.30	1 0.20	9 0.10	37 0.40	48 0.60	4 0.09	15 0.30	22 0.50
Pneumokokken: invasive Erkrankung	5 3.00	9 5.40	6 3.60	30 4.50	24 3.60	39 5.90	387 4.50	677 7.80	886 10.20	230 5.10	396 8.80	593 13.20
Röteln^c						1 0.20			1 0.01			1 0.02
Röteln, materno-fötal^d												
Tuberkulose	8 4.80	9 5.40	8 4.80	25 3.80	33 5.00	34 5.10	348 4.00	401 4.60	443 5.10	198 4.40	212 4.70	242 5.40
Faeco-orale Übertragung												
Campylobacteriose	219 131.70	221 132.90	197 118.50	706 106.20	670 100.80	683 102.70	6312 73.00	6523 75.50	7649 88.50	2794 62.20	2466 54.90	3246 72.30
Enterohämorrhagische E.-coli-Infektion	24 14.40	18 10.80	17 10.20	80 12.00	72 10.80	214 32.20	731 8.50	870 10.10	999 11.60	323 7.20	278 6.20	503 11.20
Hepatitis A	1 0.60	2 1.20	1 0.60	3 0.40	5 0.80	10 1.50	57 0.70	88 1.00	100 1.20	37 0.80	48 1.10	37 0.80
Hepatitis E			9 5.40	2 0.30	5 0.80	17 2.60	152 1.80	84 1.00	111 1.30	125 2.80	42 0.90	71 1.60
Listeriose	1 0.60		1 0.60	1 0.20	3 0.40	4 0.60	33 0.40	55 0.60	42 0.50	12 0.30	37 0.80	18 0.40
Salmonellose, S. typhi/paratyphi							1 0.01	22 0.20	19 0.20		10 0.20	9 0.20
Salmonellose, übrige	28 16.80	21 12.60	35 21.00	126 19.00	86 12.90	114 17.10	1342 15.50	1381 16.00	1483 17.20	530 11.80	422 9.40	582 13.00
Shigellose	1 0.60	2 1.20	5 3.00	6 0.90	3 0.40	13 2.00	35 0.40	173 2.00	242 2.80	22 0.50	46 1.00	89 2.00

	Woche 27			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		4 0.60	3 0.40	6 0.90	48 0.60	72 0.80	77 0.90	25 0.60	28 0.60	37 0.80
Chlamydiose	243 146.20	226 135.90	241 145.00	870 130.80	937 140.90	960 144.40	11628 134.50	11849 137.10	11585 134.00	6213 138.40	5666 126.20	6228 138.80
Gonorrhoe ^e	97 58.40	52 31.30	73 43.90	296 44.50	209 31.40	305 45.90	3640 42.10	3595 41.60	3558 41.20	1829 40.80	1631 36.30	1983 44.20
Hepatitis B, akut						2 0.30	1 0.01	20 0.20	29 0.30		6 0.10	14 0.30
Hepatitis B, total Meldungen	27	11	21	94	81	83	1006	1016	1118	581	503	585
Hepatitis C, akut						1 0.20		12 0.10	28 0.30		2 0.04	17 0.40
Hepatitis C, total Meldungen	23	21	7	78	75	62	986	928	1080	522	430	531
HIV-Infektion	5 3.00	5 3.00	10 6.00	18 2.70	32 4.80	45 6.80	296 3.40	357 4.10	418 4.80	163 3.60	150 3.30	223 5.00
Syphilis, Frühstadien ^f		10 6.00	9 5.40	29 4.40	49 7.40	44 6.60	529 6.10	720 8.30	639 7.40	283 6.30	335 7.50	357 8.00
Syphilis, total ^g		13 7.80	14 8.40	32 4.80	61 9.20	79 11.90	728 8.40	984 11.40	946 10.90	383 8.50	450 10.00	513 11.40
Zoonosen und andere durch Vektoren übertragbare Krankheiten												
Brucellose	1 0.60			1 0.20		1 0.20	4 0.05	5 0.06	5 0.06	2 0.04	1 0.02	3 0.07
Chikungunya-Fieber			2 1.20			2 0.30	1 0.01	29 0.30	26 0.30	1 0.02	11 0.20	23 0.50
Dengue-Fieber			2 1.20	1 0.20	1 0.20	11 1.60	13 0.20	217 2.50	185 2.10	8 0.20	71 1.60	111 2.50
Gelbfieber												
Hantavirus-Infektion				1 0.20			1 0.01		1 0.01	1 0.02		
Malaria	6 3.60		2 1.20	19 2.90	1 0.20	11 1.60	154 1.80	233 2.70	272 3.20	106 2.40	79 1.80	132 2.90
Q-Fieber		4 2.40	2 1.20	5 0.80	7 1.00	7 1.00	72 0.80	71 0.80	90 1.00	52 1.20	34 0.80	67 1.50
Trichinellose				1 0.20	1 0.20		3 0.03	5 0.06		2 0.04	3 0.07	
Tularämie		7 4.20	4 2.40	8 1.20	17 2.60	13 2.00	143 1.60	156 1.80	109 1.30	82 1.80	51 1.10	43 1.00
West-Nil-Fieber							1 0.01	1 0.01				
Zeckenzephalitis	24 14.40	18 10.80	18 10.80	82 12.30	120 18.00	59 8.90	358 4.10	375 4.30	282 3.30	144 3.20	210 4.70	97 2.20
Zika-Virus Infektion								1 0.01				
Andere Meldungen												
Botulismus							1 0.01			1 0.02		
Creutzfeldt-Jakob-Krankheit			1 0.60	6 0.90	3 0.40	1 0.20	25 0.30	18 0.20	24 0.30	14 0.30	11 0.20	10 0.20
Diphtherie ^h							1 0.01	4 0.05	5 0.06		2 0.04	
Tetanus												

Sentinella-Statistik

Provisorische Daten

Sentinella:

Anzahl Meldungen (N) der letzten 4 Wochen bis am 9.7.2021 und Inzidenz pro 1000 Konsultationen (N/10³)
Freiwillige Erhebung bei Hausärztinnen und Hausärzten (Allgemeinpraktiker, Internisten und Pädiater)

Woche	24		25		26		27		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	0	0	0	0	0.3	0
Zeckenstiche	12	0.8	25	1.9	13	1.1	12	1.1	15.5	1.2
Lyme Borreliose	11	0.8	13	1.0	14	1.2	11	1.0	12.3	1.0
Herpes Zoster	10	0.7	11	0.8	8	0.7	10	0.9	9.8	0.8
Post-Zoster-Neuralgie	2	0.1	2	0.1	0	0	0	0	1	0.1
Meldende Ärzte	165		157		151		126		149.8	



EIN HERZ FÜR UNS ALLE



**Jetzt nach
Impfterminen
erkundigen**

Durch das Impfen helfen wir mit,
die Pandemie einzudämmen. Damit wir alle
irgendwann wieder unser Leben ohne
Einschränkungen geniessen können.

bag-coronavirus.ch/impfung

Infoline Covid-19-Impfung: 0800 88 66 44



Zeckenübertragene Krankheiten – Lagebericht Schweiz

8. Juli 2021 – Die Saison, in der Zecken besonders aktiv sind, beginnt je nach Witterung im März und endet im November. Von April bis November veröffentlicht das BAG jeweils in der ersten Monathälfte einen Lagebericht mit den gemeldeten Fallzahlen der Fröhsommer-Meningoenzephalitis (FSME), einer Hochrechnung der Zahl der ärztlichen Konsultationen wegen Borreliose sowie den gemeldeten Fallzahlen der durch Zecken übertragenen Tularämie. Mit diesem Bericht möchte das BAG in der Schweizer Bevölkerung das Bewusstsein für durch Zecken übertragene Krankheiten stärken und über aktuelle Entwicklungen informieren. Interessierte Personen können sich über die vom BAG unterstützte mobile App «Tick» informieren. Zudem erstellt das BAG in Zusammenarbeit mit dem Bundesamt für Landestopographie, Swisstopo, Karten, die über das regionale Risiko einer FSME-Infektion bzw. eines Zeckenstiches informieren. Letztere wurde am 14. Juni 2021 aktualisiert.

Anzahl Fälle der Fröhsommer-Meningoenzephalitis

Das BAG überwacht die FSME im obligatorischen Meldesystem für Infektionskrankheiten. Es sind somit genaue Fallzahlen sowie Angaben zu Impfstatus und Exposition verfügbar. Die FSME ist seit 1988 meldepflichtig.

Die monatlichen FSME-Fallzahlen verlaufen wellenförmig mit einem Gipfel in der warmen Jahreszeit und verdeutlichen somit Saisonalität dieser Epidemie. Sie unterliegen sowohl innerhalb einer Saison als auch im Vergleich zu anderen Jahren grossen Schwankungen (Abbildung 1). So wurden im Monat Juni des aktuellen Jahres 62 Fälle verzeichnet.

Abbildung 1
FSME-Fallzahlen pro Monat, 2019–2021

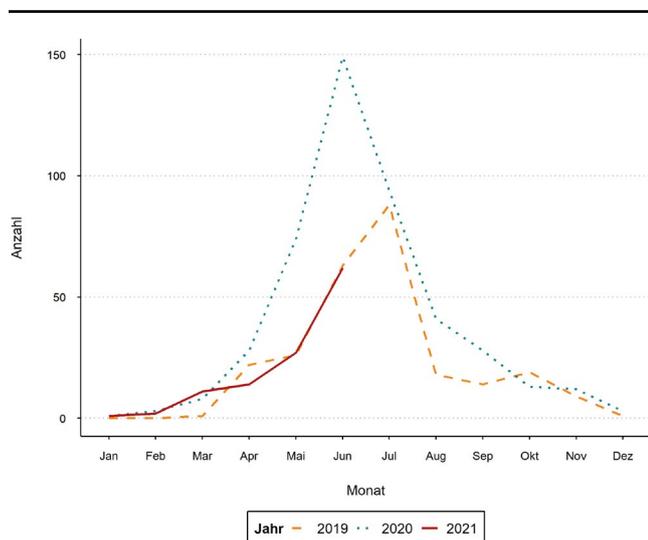


Abbildung 2
FSME-Fallzahlen kumuliert ab Jahresbeginn, 2000–2021
(Stand jeweils Ende Juni)

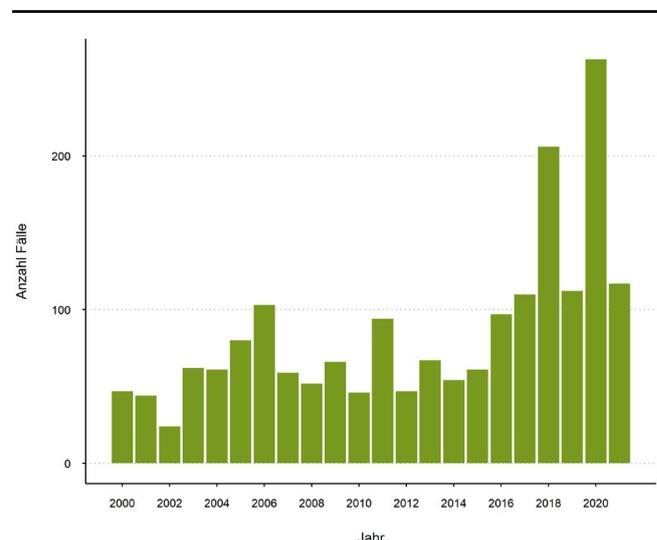


Abbildung 3
Hochrechnung der Anzahl Arztbesuche wegen Lyme-Borreliose pro Monat, 2019–2021

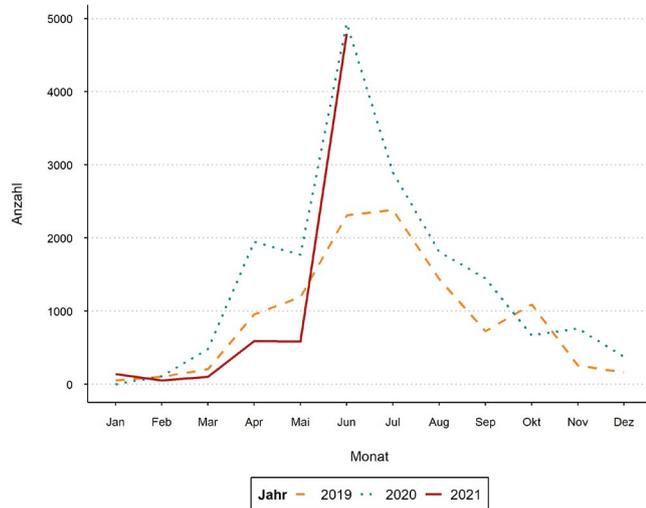
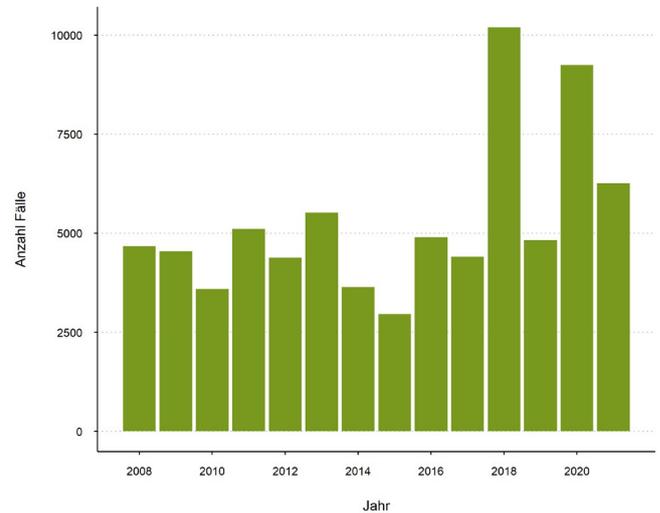


Abbildung 4
Hochrechnung der Anzahl Arztbesuche wegen Lyme-Borreliose kumuliert ab Jahresbeginn, 2008–2021 (Stand jeweils Ende Juni)



Die Summe der Fälle, kumuliert ab Januar eines Kalenderjahrs bis zum Monat vor Erscheinen des Berichts, variiert ebenfalls von Jahr zu Jahr stark (Abbildung 2). Seit 2000 wurden im gleichen Zeitraum jeweils zwischen 24 und 263 Fälle gemeldet. Bis Ende Juni des laufenden Jahres wurden 117 Fälle registriert (Abbildung 2).

Anzahl Fälle der Borreliose

Die Borreliose (auch Lyme-Krankheit genannt) ist in der Schweiz nicht meldepflichtig und wird über das sogenannte Sentinella-System erfasst. Die Hochrechnung der Borreliosefälle betrifft nur akute Fälle (Erythema migrans und Borrelien-Lymphozytom). Chronische Formen der Borreliose sind in den Daten dieses Berichts nicht enthalten.

Beim Sentinella-System handelt es sich um ein Netzwerk von Hausärzten, die auf freiwilliger Basis wöchentlich die Anzahl Arztbesuche aufgrund von Borreliose melden. Darauf basierend wird auf die gesamtschweizerische Anzahl hochgerechnet. Zahlen sind seit 2008 verfügbar. Die monatlichen Arztbesuche wegen Borreliose verlaufen wellenförmig mit dem Gipfel in der warmen Jahreszeit und verdeutlichen somit Saisonalität dieser Infektionskrankheit. Die Borreliose-Fallzahlen unterliegen sowohl innerhalb einer Saison als auch im Vergleich zu anderen Jahren grossen Schwankungen (Abbildung 3).

Die Summe der hochgerechneten Fälle, kumuliert ab Januar eines Kalenderjahrs bis zum Monat vor Erscheinen des Berichts, variiert ebenfalls von Jahr zu Jahr stark. Seit 2008 wurden im gleichen Zeitraum jeweils zwischen 3000 und 10 200 Arztbesuche wegen Borreliose hochgerechnet. Bis Ende Juni des laufenden Jahres wurden 6300 Fälle hochgerechnet, basierend auf 34 Fällen im Sentinella-System (Abbildung 4).

Aufruf zur Prävention

Die Ankunft des Frühlings und die milden Temperaturen verleiten uns zu Freizeit und Sportaktivitäten im Freien. Das BAG bittet die Bürgerinnen und Bürger, sich zu informieren und auf die Gefahr von Zeckenstichen zu achten.

Die Impfung gegen **FSME** wird allen Erwachsenen und Kindern ab 6 Jahren empfohlen, die in einem FSME-Risikogebiet wohnen (alle Kantone ausser Genf und Tessin). Die Impfung von Kindern im Alter von ein bis fünf Jahren muss individuell geprüft werden. Weitere Informationen finden Sie in den Empfehlungen zur **Impfung gegen FSME**.

Weitere Informationen finden Sie in unseren Empfehlungen gegen **Zeckenübertragene Krankheiten**.

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

Abbildung 5
**Zecken- respektive Insektenstich-assoziierte
 Tularämie-Fallzahlen pro Monat, 2019–2021**

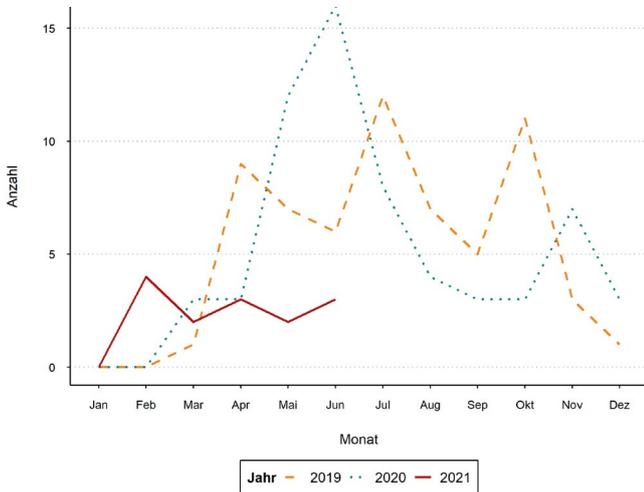
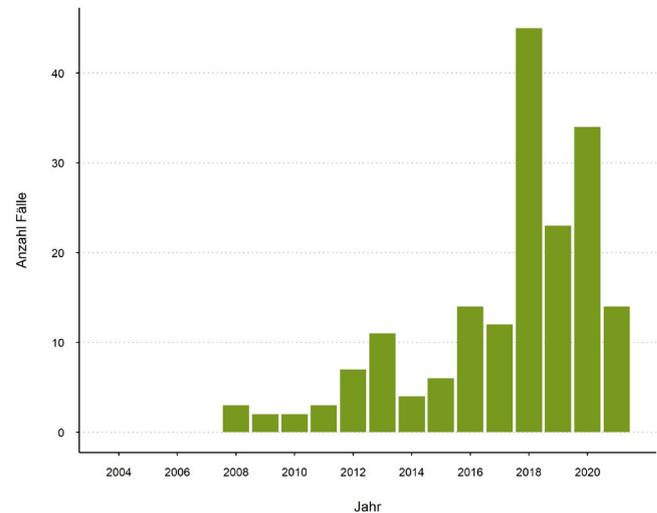


Abbildung 6
**Zecken- respektive Insektenstich-assoziierte
 Tularämie-Fallzahlen kumuliert ab Jahresbeginn,
 2004–2021 (Stand jeweils Ende Juni)**



Anzahl Fälle der Tularämie

Die Tularämie untersteht seit 2004 der Meldepflicht. Es sind somit genaue Fallzahlen sowie Angaben zur Exposition verfügbar. Diese Auswertung beschränkt sich auf diejenigen Fälle, bei denen ein Zecken- oder Insektenstich die wahrscheinlichste Ursache der Erkrankung ist. Von Januar 2019 bis Juni 2021 wurden bei 45% der Tularämie-Fälle ein Zecken- und/oder Insektenstich als Übertragungsweg gemeldet. Im gleichen Zeitraum wurde in 30% der Fälle eine Exposition gegenüber wilden Tieren, einer Quelle mit nicht trinkbarem Wasser oder dem Einatmen von Staub oder Aerosolen in landwirtschaftlicher Umgebung angegeben. In 25% der Fälle war die Exposition allerdings unbekannt. Die monatlichen Tularämie-Fallzahlen weisen ansatzweise einen wellenförmigen Verlauf auf. Auch sie unterliegen sowohl innerhalb einer Saison als auch im Vergleich zu anderen Jahren grossen Schwankungen (Abbildung 5). So wurden im Monat Juni des aktuellen Jahres 3 Fälle verzeichnet.

Die Summe der Fälle, kumuliert ab Januar eines Kalenderjahrs bis zum Monat vor Erscheinen des Berichts, variiert ebenfalls von Jahr zu Jahr stark. Seit 2004 wurden im gleichen Zeitraum jeweils zwischen 0 und 45 Fälle gemeldet. Der Trend über die Jahre ist ansteigend. Bis Ende Juni des laufenden Jahres wurden 14 Fälle registriert (Abbildung 6).

Anzahl Zeckenstiche

Bis und mit 2020 hat das BAG die Anzahl der Zeckenstiche aus den Daten von Sentinella hochgerechnet. Die Häufigkeit von Zeckenstichen wird seit 2015 zusätzlich über die BAG-bezuschusste App «Zecke» erfasst und seit 2021 für den Zeckenlagebericht verwendet.

Aufgrund der zunehmenden Nutzung der App in der gesamten Schweiz haben wir uns entschlossen, die Quelle der Daten zu ändern. Darüber hinaus liefert die Anwendung genaue geografische Informationen über den Standort von Stichen. Diese Daten werden auch zur Erstellung des **Zeckenstich-modells** verwendet. Letzteres stellt das Risiko von Zeckenstichen in Abhängigkeit von der geografischen Lage dar. Zeckenstiche zeigen die gleiche Saisonalität wie alle vorgeannten über Zecken übertragenen Krankheiten (Abbildung 7).

Kontakt

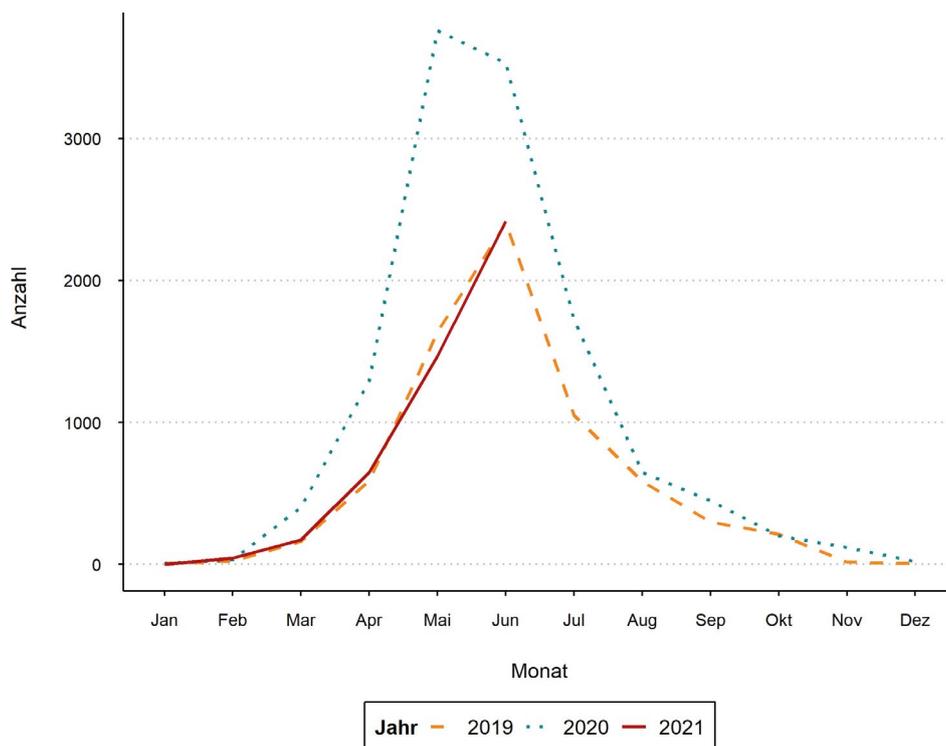
Bundesamt für Gesundheit
 Direktionsbereich Öffentliche Gesundheit
 Abteilung Übertragbare Krankheiten
 Telefon 058 463 87 06

Beurteilung der epidemiologischen Lage

Zusammenfassend stellt sich die aktuelle epidemiologische Situation der zeckenübertragenen Krankheiten im Vergleich zu den Vorjahren wie folgt dar:

- FSME: nach den Spitzenjahren 2018 und 2020 liegen die diesjährigen Fallzahlen wieder im Rahmen der jährlich beobachteten Schwankungen. In den letzten fünf Jahren hat das BAG eine Zunahme der jährlichen Inzidenz von FSME beobachtet. Diese Situation wird auch in mehreren europäischen Ländern beobachtet, insbesondere in Deutschland. Eine ausgezeichnete Möglichkeit, sich vor dieser Krankheit zu schützen, ist die Impfung (siehe Abschnitt unten).
- Borreliose: auch für die Lyme-Borreliose liegen die diesjährigen Hochrechnungen nach den Spitzenjahren 2018 und 2020 wieder im Rahmen der jährlich beobachteten Schwankungen.
- Tularämie: nach der tendenziellen Zunahme der letzten Jahre liegt die Zahl der durch einen Zecken- bzw. und Insektenstich verursachten Tularämie-Fälle seit Anfang 2021 im Bereich der Jahre vor 2018.
- Schliesslich spiegelt die Anzahl der über die Anwendung gemeldeten Zeckenstiche die epidemiologische Situation und die Saisonalität von FSME und Borreliose wider und entspricht dem Mittel der Vorjahre.

Abbildung 7
Über die App «Zecke» gemeldete Zeckenstiche pro Monat, 2019–2021



Spezialitätenliste:

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

[] Der dem verfügbaren Publikumspreis zugrunde liegende Fabrikabgabepreis

Gültig ab 1. Juli 2021

Therap. Gruppe	Dossier Nr.	PRÄPARATE/ (Wirkstoffe) Packungen	Verantwortliche Firma	SHI-Nr.	Aufnahmejahr
I. Neuzugang Präparate					
01.05 G		ARIPIPAZOL XIROMED (Aripiprazolum)	Xiromed SA		
	21250	Tabl 5 mg Blist 28 Stk Fr. 68.00 (44.96)		68112001	01.07.2021, B
	21250	Tabl 5 mg Blist 98 Stk Fr. 164.20 (128.76)		68112002	01.07.2021, B
	21250	Tabl 10 mg Blist 28 Stk Fr. 72.00 (48.45)		68112003	01.07.2021, B
	21250	Tabl 10 mg Blist 98 Stk Fr. 175.50 (138.75)		68112004	01.07.2021, B
	21250	Tabl 15 mg Blist 28 Stk Fr. 78.00 (53.68)		68112005	01.07.2021, B
	21250	Tabl 15 mg Blist 98 Stk Fr. 189.50 (150.80)		68112006	01.07.2021, B
	21250	Tabl 30 mg Blist 28 Stk Fr. 129.00 (98.10)		68112007	01.07.2021, B
	21250	Tabl 30 mg Blist 98 Stk Fr. 338.50 (280.59)		68112008	01.07.2021, B
01.06 G		VENLAFAXIN SPIRIG HC RETARD (Venlafaxinum)	Spirig HealthCare AG		
	21254	Ret Kaps 37.5 mg (neu) Blist 10 Stk Fr. 7.40 (2.86)		67685011	01.07.2021, B
	21254	Ret Kaps 37.5 mg (neu) Blist 30 Stk Fr. 17.35 (7.97)		67685012	01.07.2021, B
	21254	Ret Kaps 75 mg (neu) Blist 14 Stk Fr. 15.15 (6.04)		67685013	01.07.2021, B
	21254	Ret Kaps 75 mg (neu) Blist 28 Stk Fr. 27.00 (12.82)		67685014	01.07.2021, B
	21254	Ret Kaps 75 mg (neu) Blist 98 Stk Fr. 70.35 (46.99)		67685015	01.07.2021, B
	21254	Ret Kaps 150 mg (neu) Blist 14 Stk Fr. 25.70 (11.66)		67685016	01.07.2021, B
	21254	Ret Kaps 150 mg (neu) Blist 28 Stk Fr. 42.85 (23.05)		67685017	01.07.2021, B
	21254	Ret Kaps 150 mg (neu) Blist 98 Stk Fr. 110.90 (82.32)		67685018	01.07.2021, B
	21254	Ret Kaps 225 mg (neu) Blist 28 Stk Fr. 49.95 (29.23)		67685019	01.07.2021, B
	21254	Ret Kaps 225 mg (neu) Blist 98 Stk Fr. 133.85 (102.31)		67685020	01.07.2021, B

Therap. Gruppe	Dossier Nr.	PRÄPARATE/ (Wirkstoffe) Packungen	Verantwortliche Firma	SHI-Nr.	Aufnahmejahr
02.99		TAKHZYRO (Lanadelumabum)	Takeda Pharma AG		
	20923	Inj Lös 300 mg/2 ml Fertigspritze 1 Stk Fr. 14191.25 (13605.13)		68178001	01.07.2021, B

Befristete Limitation bis 31.03.2024

In Monotherapie zur Langzeitprophylaxe von Attacken des hereditären Angioödems (HAE) vom Typ I oder Typ II bei Patienten ab 12 Jahren, die trotz on-demand Behandlung einen nachweislich schweren Verlauf UND ≥ 2 Attacken pro Monat über einen Zeitraum von 12 Monaten verzeichnen. Die empfohlene Dosis beträgt 300 mg Lanadelumab alle 2 Wochen. Ein Dosisintervall von 300 mg Lanadelumab alle 4 Wochen ist ebenfalls wirksam und kann in Erwägung gezogen werden, wenn der Patient seit mehr als 6 Monaten gut eingestellt ist (z.B. keine Attacken erlitten hat).

Ist ein Patient nach 6 Monaten gut eingestellt, wird ein Dosisintervall von 300 mg alle 4 Wochen vergütet. Eine Fortsetzung eines Dosisintervalls von 2 Wochen anstelle von 4 Wochen ist vom behandelnden Arzt unter Berücksichtigung der Patientendokumentation zu klinisch relevanten Symptomen und Ereignissen mit Bezug zur HAE-Erkrankung im Rahmen eines neuen Kostengutsprachegeesuchs zu begründen.

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

Die Einleitung und Überwachung der Behandlung erfolgt ausschliesslich über eines der folgenden Zentren: Universitätsspital Zürich, Inselspital Bern, Universitätsspital Basel, CHUV, HUG, Kantonsspital Luzern, Kantonsspital Aarau und Kantonsspital St. Gallen.

Die Zulassungsinhaberin erstattet dem Krankenversicherer, bei dem die versicherte Person zum Zeitpunkt des Bezugs versichert war, auf dessen erste Aufforderung hin auf jedes bezogene Vial/Fertigspritze Takhzyro einen festgelegten Anteil des Fabrikabgabepreises pro Vial/Fertigspritze zurück. Die Mehrwertsteuer kann nicht zusätzlich zu diesem Anteil des Fabrikabgabepreises zurückgefordert werden. Die Aufforderung zur Rückerstattung soll ab dem Zeitpunkt der Verabreichung erfolgen.

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

Während der befristeten Aufnahme sollen alle mit Lanadelumab behandelten Patienten vom behandelnden Arzt des jeweiligen Zentrums im Register (www.HAEdatabase.ch) mit den Daten, welche vorgegeben sind, kontinuierlich erfasst werden. Sofern ein Patient keine Einwilligung zur Erfassung seiner Daten gibt, soll dies ausgewiesen werden.

04.99		JORVEZA (Budesonidum)	Dr. Falk Pharma AG		
	20844	Schmelztabl 1 mg Blist 20 Stk Fr. 108.00 (79.78)		66999001	01.07.2021, B
	20844	Schmelztabl 1 mg Blist 60 Stk Fr. 291.15 (239.35)		66999002	01.07.2021, B

Befristete Limitation bis 30.06.2023

JORVEZA wird nach Kostengutsprache durch den Krankenversicherer nach vorgängiger Konsultation des Vertrauensarztes zur Behandlung von erwachsenen Patienten ab dem Alter von 18 Jahren mit einer endoskopisch-biopsisch nachgewiesenen eosinophilen Ösophagitis (EoÖ) und dabei unter Nachweis von ≥ 15 eosinophilen Granulozyten pro mindestens einem High-Power Field (0.345 mm²) in mindestens einer Biopsie vergütet. Die übliche Behandlungsdauer beträgt 6 Wochen. Pro 12 Monate wird maximal zweimal eine Behandlungsdauer von maximal 12 Wochen vergütet. Eine Weiterbehandlung nach 12 Monaten erfordert eine neue Kostengutsprache durch den Krankenversicherer und dabei ein erneuter Nachweis von ≥ 15 eosinophilen Granulozyten pro mindestens einem High-Power Field (0.345 mm²) in mindestens einer Biopsie oder ein Wirksamkeitsnachweis der Behandlung/en über die vorangehenden 12 Monate. Die Diagnose, die Verschreibung und die Reevaluation darf ausschliesslich durch einen Facharzt der Gastroenterologie erfolgen.

Therap. Gruppe	Dossier Nr.	PRÄPARATE/ (Wirkstoffe) Packungen	Verantwortliche Firma	SHI-Nr.	Aufnahmejahr
05.02		JINARC (Tolvaptanum, Tolvaptanum)	Otsuka Pharmaceutical (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 30.09.2021					
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 m ² , und wenn zudem bei Patienten mit CKD im Stadium 1 gleichzeitig eine Mayo-Klasse 1D oder 1E und bei Patienten mit CKD in den Stadien 2 und 3 eine Mayo-Klasse 1C, 1D oder 1E vorliegt.					
Die Diagnose, die Verordnung und die Überwachung der Therapie mit JINARC darf ausschliesslich durch einen Facharzt der Nephrologie erfolgen, der an einem durch das BAG definierten Spital mit einem Zentrum für Nephrologie tätig ist. Die vom BAG definierten Zentren (vgl. Liste publiziert unter http://www.bag.admin.ch/sl-ref) erfüllen mindestens zwei der folgenden drei Kriterien:					
<ul style="list-style-type: none"> • 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:					
<ul style="list-style-type: none"> • 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.					
06.07.12		MONOFER (Ferrum(III) ionisatum)	Pierre Fabre Pharma AG		
	20961	Inj Inf Präp 100 mg/ml 5 Durchstf 1 ml Fr. 170.60 (134.33)		67001001	01.01.2020, B
	20961	Inj Inf Präp 500 mg/5 ml Durchstf 5 ml Fr. 170.60 (134.33)		67001002	01.01.2020, B
	20961	Inj Inf Präp 500 mg/5 ml 5 Durchstf 5 ml Fr. 787.45 (671.66)		67001003	01.01.2020, B
	20961	Inj Inf Präp 1000 mg/10 ml Durchstf 10 ml Fr. 324.80 (268.66)		67001004	01.01.2020, B
	20961	Inj Inf Präp 1000 mg/10 ml 2 Durchstf 10 ml Fr. 633.25 (537.33)		67001005	01.01.2020, B
06.99 G		DEFERASIROX-MEPHA (Deferasiroxum)	Mepha Pharma AG		
	21244	Lactab 90 mg Blist 30 Stk Fr. 352.50 (292.78)		67678001	01.07.2021, B
	21244	Lactab 90 mg Blist 90 Stk Fr. 873.50 (746.61)		67678002	01.07.2021, B
	21244	Lactab 180 mg Blist 30 Stk Fr. 567.65 (480.17)		67678003	01.07.2021, B
	21244	Lactab 180 mg Blist 90 Stk Fr. 1404.40 (1224.43)		67678004	01.07.2021, B
	21244	Lactab 360 mg Blist 30 Stk Fr. 920.45 (787.48)		67678005	01.07.2021, B
	21244	Lactab 360 mg Blist 90 Stk Fr. 2263.85 (2008.06)		67678006	01.07.2021, B
07.06.10		FIASP PUMPCART (Insulinum aspartum)	Novo Nordisk Pharma AG		
	21232	Inj Lös 100 E/ml Patrone 5 Amp 1.600 ml Fr. 40.45 (20.97)		67809001	01.07.2021, B

Therap. Gruppe	Dossier Nr.	PRÄPARATE/ (Wirkstoffe) Packungen	Verantwortliche Firma	SHI-Nr.	Aufnahmejahr
07.08.30 G		TIBOLON SPIRIG HC (Tibololum)	Spirig HealthCare AG		
	21255	Tabl 2.5 mg 28 Stk Fr. 20.70 (10.88)		68090001	01.07.2021, B
	21255	Tabl 2.5 mg 3x 28 Stk Fr. 48.30 (27.78)		68090002	01.07.2021, B

07.15		DUPIXENT (Dupilumabum)	Sanofi-Aventis (Suisse) SA		
	20819	Inj Lös 300 mg/2 ml Fertspr Safe-Sys 2 Stk Fr. 1440.65 (1257.49)		66649001	01.03.2020, B

Befristete Limitation bis 31.07.2021

DUPIXENT wird in einer Anfangsdosis von 600 mg als subkutane Injektion (zwei Injektionen zu je 300 mg), gefolgt von einer Dosis von 300 mg als subkutane Injektion alle zwei Wochen zur Behandlung erwachsener Patienten (ab dem 18. Lebensjahr) mit schwerer atopischer Dermatitis (IGA 4 [auf IGA Skala von 0–4] oder SCORAD >50 oder EASI \geq 21.1) vergütet, sofern die Patienten auf eine intensivierte Lokalbehandlung mit verschreibungspflichtigen topischen Therapien (topische Kortikoide und/oder Calcineurininhibitoren) und Phototherapie (sofern verfügbar und angezeigt) und auf eine systemische Behandlung mit einem konventionellen Immunsuppressivum (ausgenommen systemische Kortikoide) während mindestens einem Monat unzureichend angesprochen haben oder bei denen diese Therapien kontraindiziert sind oder aufgrund von klinisch relevanten Nebenwirkungen abgebrochen werden mussten.

DUPIXENT wird nicht in Kombination mit anderen systemischen Arzneimitteln zur Behandlung der atopischen Dermatitis vergütet.

Falls nach 16 Wochen Behandlung mit DUPIXENT kein therapeutischer Erfolg eingetreten ist, d.h. eine IGA Reduktion um \geq 2 Punkte gegenüber dem Ausgangswert oder eine \geq 50% Verbesserung des EASI-Score (EASI 50) gegenüber dem Ausgangswert oder eine \geq 50% Verbesserung des SCORAD-Score (SCORAD 50) gegenüber dem Ausgangswert ist die Behandlung abzubrechen.

Die Behandlung bedarf der Kostengutsprache durch den Krankenversicherer nach vorgängiger Konsultation des Vertrauensarztes. Die Diagnosestellung, die Verordnung von DUPIXENT und die Verlaufskontrolle darf ausschliesslich durch einen Facharzt für Dermatologie und Venerologie oder Facharzt für Allergologie und klinische Immunologie erfolgen.

Nach 52 Wochen ununterbrochener Therapie ist eine erneute Kostengutsprache durch den Krankenversicherer nach vorgängiger Konsultation des Vertrauensarztes einzuholen.

07.16.10		BEVACIZUMAB-TEVA (Bevacizumabum)	Teva Pharma AG		
	21264	Inf Konz 100 mg/4 ml Durchstf 1 Stk Fr. 312.10 (257.57)		67886001	01.07.2021, A
	21264	Inf Konz 400 mg/16 ml Durchstf 1 Stk Fr. 1117.50 (962.84)		67886002	01.07.2021, A

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). Bevacizumab-Teva 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-Teva. Bevacizumab-Teva 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 Bevacizumab-Teva 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 Bevacizumab-Teva 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 Teva Pharma 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 Bevacizumab-Teva zurück. Bevacizumab-Teva 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 Krankversicherer 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 Teva Pharma AG in Rechnung.
- Kommt es im Laufe einer Bevacizumab-Teva-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.

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

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 Teva Pharma 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 Bevacizumab-Teva zurück. Bevacizumab-Teva 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 Krankversicherer 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 Teva Pharma AG in Rechnung.
- Kommt es im Verlaufe einer Bevacizumab-Teva-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 Patientinnen 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. Bevacizumab-Teva 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 Patientinnen mit rezidivierendem, platinsensitivem epitheliales 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 Bevacizumab-Teva bis zur Progression der Krankheit vergütet.

Bevacizumab-Teva ist indiziert in Kombination mit Topotecan oder pegyliertem liposomalem Doxorubicin zur Behandlung von Patientinnen mit rezidivierendem, platin-resistentem epitheliales 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 Topotecan oder pegyliertem liposomalem Doxorubicin wird Bevacizumab-Teva bei entsprechender ärztlicher Verordnung bis zur Progression der Krankheit vergütet.

Zervixkarzinom

Bevacizumab-Teva ist in Kombination mit Chemotherapie für die Behandlung von Patientinnen mit persistierendem, rezidivierendem oder metastasiertem Zervixkarzinom indiziert. Nach ca. 7 Zyklen in Kombination mit Chemotherapie wird Bevacizumab-Teva 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 Patientinnen mit rezidivierendem Glioblastom (WHO Grad IV) nach Vortherapie mit Temozolimid. Bevacizumab-Teva wird bei entsprechender ärztlicher Verordnung bis zur Progression der Krankheit vergütet.

07.16.10	OPDIVO (Nivolumabum)	Bristol-Myers Squibb SA		
20461	Inf Konz 40 mg/4 ml Durchstf 4 ml Fr. 682.75 (580.45)		65660001	01.04.2016, A
20461	Inf Konz 100 mg/10 ml Durchstf 10 ml Fr. 1653.05 (1451.14)		65660002	01.04.2016, A
20461	Inf Konz 240 mg/24 ml Durchstf 24 ml Fr. 3458.80 (3134.43)		65660003	01.12.2018, A

Befristete Limitation bis 31.08.2021

Nicht-kleinzelliges Lungenkarzinom (NSCLC)

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

Die Dosierung beträgt maximal 240mg alle zwei Wochen. Dafür vorgesehen ist das OPDIVO 240mg-Vial.

Die Patientinnen können bis zur Progression der Erkrankung behandelt werden. Klinisch stabile Patientinnen mit initialem Befund einer Progression können bis zur Bestätigung der Progression der Erkrankung weiter behandelt 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
----------------	-------------	--------------------------------------	--------------------------	---------	--------------

Befristete Limitation bis 31.08.2021

Melanom

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

Die Dosierung beträgt maximal 240mg alle zwei Wochen. Dafür vorgesehen ist das OPDIVO 240mg-Vial.

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

In **Kombination mit YERVOY** für die Behandlung des fortgeschrittenen (nicht resezierbaren oder metastasierten) Melanoms bei Erwachsenen wie folgt: Kombinations-therapiephase: YERVOY in einer Dosierung von maximal 3mg/kg Körpergewicht kombiniert mit OPDIVO in einer Dosierung von maximal 1mg/kg alle 3 Wochen für maximal 4 Zyklen. Dafür vorgesehen sind die OPDIVO 100mg- und 40mg-Vials. Für die Kombinationstherapiephase vergütet die Bristol-Myers Squibb SA nach Aufforderung durch denjenigen Krankenversicherer, bei dem die versicherte Person zum Zeitpunkt des Bezugs versichert war, für jeden Patienten, dem Krankenversicherer Fr. 5690.34 pro nachweislich verabreichtem Kombinationszyklus mit 3 mg/kg YERVOY. 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. In einer an die Kombinationsphase anschliessenden Monotherapie ist OPDIVO in einer Dosierung von maximal 240mg alle zwei Wochen zu verabreichen. Dafür vorgesehen ist das OPDIVO 240mg-Vial. Die Patienten können 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 Behandlung bedarf der Kostengutsprache durch den Krankenversicherer nach vorgängiger Konsultation des Vertrauensarztes.

Befristete Limitation bis 31.08.2021

Melanom adjuvant

Als Monotherapie für die adjuvante Behandlung des Melanoms mit regionaler Lymphknotenbeteiligung oder Fernmetastasen (Stadium IIIB, IIIC 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 Dosierung beträgt maximal 240mg alle zwei Wochen. Dafür vorgesehen ist das OPDIVO 240mg-Vial.

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

Befristete Limitation bis 31.08.2021

Nierenzellkarzinom (RCC)

Als Monotherapie zur Behandlung von erwachsenen Patienten mit fortgeschrittenem Nierenzell-karzinom nach vorangegangener antiangiogener Therapie.

Die Dosierung beträgt maximal 240mg alle zwei Wochen. Dafür vorgesehen ist das OPDIVO 240mg-Vial.

Die Patienten können 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. 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, 31.77% des Fabrikabgabepreises pro nachweislich für RCC verabreichter Packung resp. pro verabreichtem mg OPDIVO zurück. Die Mehrwertsteuer kann nicht zusätzlich zu diesem Anteil des Fabrikabgabepreises zurückgefordert werden. Die Aufforderung zur Rückvergütung soll in der Regel innerhalb von 3 Monaten nach Verabreichung erfolgen. Die Behandlung bedarf der Kostengutsprache durch den Krankenversicherer nach vorgängiger Konsultation des Vertrauensarztes.

Befristete Limitation bis 31.08.2021

Plattenepithelkarzinom im Kopf-Hals-Bereich (SCCHN)

Als Monotherapie zur Behandlung von erwachsenen Patienten mit rezidivierendem oder metastasiertem Plattenepithelkarzinom im Kopf-Hals-Bereich nach vorangegangener Platinbasierter Chemotherapie.

Die Dosierung beträgt maximal 240mg alle zwei Wochen. Dafür vorgesehen ist das OPDIVO 240mg-Vial.

Die Patienten können 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. Für die Behandlung des Plattenepithelkarzinoms im Kopf-Hals-Bereich vergütet Bristol-Myers Squibb SA nach Aufforderung durch denjenigen Krankenversicherer, bei dem die versicherte Person zum Zeitpunkt des Bezugs versichert war, 4.75% des Fabrikabgabepreises pro nachweislich für SCCHN verabreichter Packung resp. pro verabreichtem mg OPDIVO zurück. Die Mehrwertsteuer kann nicht zusätzlich zu diesem Anteil des Fabrikabgabepreises zurückgefordert werden. Die Aufforderung zur Rückvergütung soll in der Regel innerhalb von 3 Monaten nach Verabreichung erfolgen. Die Behandlung bedarf der Kostengutsprache durch den Krankenversicherer nach vorgängiger Konsultation des Vertrauensarztes.

Befristete Limitation bis 31.08.2021

Klassisches Hodgkin-Lymphom (cHL)

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.

Die Dosierung beträgt maximal 240mg alle zwei Wochen. Dafür vorgesehen ist das OPDIVO 240 mg-Vial.

Die Patienten können 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. Für die Behandlung des klassischen Hodgkin-Lymphoms vergütet Bristol-Myers Squibb SA nach Aufforderung durch denjenigen Krankenversicherer, bei dem die versicherte Person zum Zeitpunkt des Bezugs versichert war, 4.75% des Fabrikabgabepreises pro nachweislich für cHL verabreichter Packung resp. pro verabreichtem mg OPDIVO zurück. Die Mehrwertsteuer kann nicht zusätzlich zu diesem Anteil des Fabrikabgabepreises zurückgefordert werden. Die Aufforderung zur Rückvergütung soll in der Regel innerhalb von 3 Monaten nach Verabreichung erfolgen. 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
07.16.10 G		PEMETREXED ACCORD LIQUID (Pemetrexedum)	Accord Healthcare AG		
	21262	Inf Konz 100 mg/4 ml Durchstf 1 Stk Fr. 143.40 (110.62)		67811001	01.07.2021, A
	21262	Inf Konz 500 mg/20 ml Durchstf 1 Stk Fr. 651.35 (553.10)		67811002	01.07.2021, A
	21262	Inf Konz 850 mg/34 ml Durchstf 1 Stk Fr. 1092.75 (940.27)		67811003	01.07.2021, A
	21262	Inf Konz 1000 mg/40 ml Durchstf 1 Stk Fr. 1274.70 (1106.20)		67811004	01.07.2021, A
<p>Nach vorgängiger Kostengutsprache durch den Vertrauensarzt des Krankenversicherers. In Kombination mit Cisplatin für die First-line-Chemotherapie von Patienten mit lokal fortgeschrittenem oder metastasiertem nicht-kleinzelligem Lungenkarzinom ausser bei überwiegender plattenepithelialer Histologie.</p> <p>Nach vorgängiger Kostengutsprache durch den Vertrauensarzt des Krankenversicherers. Monotherapie bei Patienten mit lokal fortgeschrittenem oder metastasiertem nicht-kleinzelligem Lungenkarzinom nach vorangegangener Chemotherapie ausser bei überwiegender plattenepithelialer Histologie.</p> <p>Behandlung von Patienten mit malignem Pleuramesotheliom in Kombination mit Cisplatin. Die Packung zu 1000 mg/40 ml darf nur für Patienten mit einer Körperoberfläche von 2 m² oder mehr vergütet werden.</p>					
07.16.10 G		PEMETREXED MYLAN (Pemetrexedum)	Mylan Pharma GmbH		
	21263	Inf Konz 100 mg/4 ml Durchstf 1 Stk Fr. 143.40 (110.62)		68040001	01.07.2021, A
	21263	Inf Konz 500 mg/20 ml Durchstf 1 Stk Fr. 651.35 (553.10)		68040002	01.07.2021, A
	21263	Inf Konz 1000 mg/40 ml Durchstf 1 Stk Fr. 1274.70 (1106.20)		68040003	01.07.2021, A
<p>Nach vorgängiger Kostengutsprache durch den Vertrauensarzt des Krankenversicherers. In Kombination mit Cisplatin für die First-line-Chemotherapie von Patienten mit lokal fortgeschrittenem oder metastasiertem nicht-kleinzelligem Lungenkarzinom ausser bei überwiegender plattenepithelialer Histologie.</p> <p>Nach vorgängiger Kostengutsprache durch den Vertrauensarzt des Krankenversicherers. Monotherapie bei Patienten mit lokal fortgeschrittenem oder metastasiertem nicht-kleinzelligem Lungenkarzinom nach vorangegangener Chemotherapie ausser bei überwiegender plattenepithelialer Histologie.</p> <p>Behandlung von Patienten mit malignem Pleuramesotheliom in Kombination mit Cisplatin. Die Packung zu 1000 mg/40 ml darf nur für Patienten mit einer Körperoberfläche von 2 m² oder mehr vergütet werden.</p>					
07.16.10 G		PEMETREXED SANDOZ CONC. (Pemetrexedum)	Sandoz Pharmaceuticals AG		
	21251	Inf Konz 100 mg/4 ml Durchstf 1 Stk Fr. 143.40 (110.62)		66501001	01.07.2021, A
	21251	Inf Konz 500 mg/20 ml Durchstf 1 Stk Fr. 651.35 (553.10)		66501003	01.07.2021, A
<p>Nach vorgängiger Kostengutsprache durch den Vertrauensarzt des Krankenversicherers. In Kombination mit Cisplatin für die First-line-Chemotherapie von Patienten mit lokal fortgeschrittenem oder metastasiertem nicht-kleinzelligem Lungenkarzinom ausser bei überwiegender plattenepithelialer Histologie.</p> <p>Nach vorgängiger Kostengutsprache durch den Vertrauensarzt des Krankenversicherers. Monotherapie bei Patienten mit lokal fortgeschrittenem oder metastasiertem nicht-kleinzelligem Lungenkarzinom nach vorangegangener Chemotherapie ausser bei überwiegender plattenepithelialer Histologie.</p> <p>Behandlung von Patienten mit malignem Pleuramesotheliom in Kombination mit Cisplatin.</p>					
07.16.10 G		PEMETREXED SPIRIG HC (Pemetrexedum)	Spirig HealthCare AG		
	21256	Inf Konz 100 mg/4 ml Durchstf 1 Stk Fr. 143.40 (110.62)		67753001	01.07.2021, A
	21256	Inf Konz 500 mg/20 ml Durchstf 1 Stk Fr. 651.35 (553.10)		67753002	01.07.2021, A
	21256	Inf Konz 1000 mg/40 ml Durchstf 1 Stk Fr. 1274.70 (1106.20)		67753003	01.07.2021, A
<p>Nach vorgängiger Kostengutsprache durch den Vertrauensarzt des Krankenversicherers. In Kombination mit Cisplatin für die First-line-Chemotherapie von Patienten mit lokal fortgeschrittenem oder metastasiertem nicht-kleinzelligem Lungenkarzinom ausser bei überwiegender plattenepithelialer Histologie.</p> <p>Nach vorgängiger Kostengutsprache durch den Vertrauensarzt des Krankenversicherers. Monotherapie bei Patienten mit lokal fortgeschrittenem oder metastasiertem nicht-kleinzelligem Lungenkarzinom nach vorangegangener Chemotherapie ausser bei überwiegender plattenepithelialer Histologie.</p> <p>Behandlung von Patienten mit malignem Pleuramesotheliom in Kombination mit Cisplatin. Die Packung zu 1000 mg/40 ml darf nur für Patienten mit einer Körperoberfläche von 2 m² oder mehr vergütet werden.</p>					

Therap. Gruppe	Dossier Nr.	PRÄPARATE/ (Wirkstoffe) Packungen	Verantwortliche Firma	SHI-Nr.	Aufnahmejahr
07.16.10		RUBRACA (Rucaparibum)	Clovis Oncology Switzerland GmbH		
	21100	Filmtabl 200 mg Ds 60 Stk Fr. 2235.15 (1981.89)		67402001	01.07.2021, A
	21100	Filmtabl 250 mg Ds 60 Stk Fr. 2778.55 (2477.36)		67402002	01.07.2021, A
	21100	Filmtabl 300 mg Ds 60 Stk Fr. 3293.15 (2972.83)		67402003	01.07.2021, A

Befristete Limitatio bis 30.06.2023

Nur nach Verordnung durch einen Facharzt der Gynäkologie oder Onkologie und nach Kostengutsprache durch den Krankenversicherer nach vorgängiger Konsultation des Vertrauensarztes zur Monotherapie im Sinne einer Erhaltungstherapie bei erwachsenen Patientinnen mit fortgeschrittenem, platin sensitivem, rezidiviertem, high-grade (hochgradig entdifferenziertem) serösem Ovarial-, Eileiter- oder primärem Peritoneal-Karzinom, im Anschluss an eine platinbasierte Chemotherapie bei Vorliegen einer vollständigen oder partiellen Remission unter folgenden Voraussetzungen:

- ≥ 2 platinbasierte Chemotherapien, letzte platinhaltige Chemotherapie mit ≥ 4 Zyklen.
– Nach der letzten Behandlung muss die Patientin ein CA-125 < ULN aufgewiesen haben.
- Keine vorangehende Behandlung/Erhaltungstherapie mit PARP-Inhibitoren. Hiervon ausgenommen ist ein verträglichkeitsbedingter Wechsel in derselben Behandlungslinie auf einen anderen PARP-Inhibitor.

Die Behandlung erfolgt bis zur Progression.

Kombinierte oder sequentielle Therapien wie beispielsweise Bevacizumab und Rucaparib oder Immunonkologika und Rucaparib 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 SL-Preisen. Die ZulassungsinhaberIn vergütet bei einer Therapiedauer > 24 Monate ab dem Monat 25 nach Aufforderung durch denjenigen Krankenversicherer, bei dem die versicherte Person zum Zeitpunkt des Bezugs versichert war, für jede weitere bezogene Packung Rubraca 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.

II. Andere Packungen und Dosierungen

01.99 G		RIVASTIGMIN ZENTIVA PATCH (Rivastigminum)	Helvepharm AG		
	20796	Matrixpfl 13.300 mg/24h Btl 30 Stk Fr. 61.75 (39.51)		62917010	01.07.2021, B
	20796	Matrixpfl 13.300 mg/24h Btl 60 Stk Fr. 107.10 (79.02)		62917011	01.07.2021, B
<p>Zu Therapiebeginn Durchführung z.B. eines Minimentaltests. Erste Zwischenevaluation nach 3 Monaten, dann alle 6 Monate. Falls die MMSE1-Werte unter 10 liegen, ist die Behandlung abzubrechen. Die Therapie kann nur mit einem Präparat durchgeführt werden.</p>					
06.01.10		IDELVION (Albutrepenonacogum alfa)	CSL Behring Lengnau AG		
	20530	Trockensub 3500 IE cum Solv + SetDurchstf 1 Stk Fr. 7635.95 (7409.71)		65743009	01.07.2021, B
<p>Prophylaxe und Therapie von Blutungen bei zuvor behandelten Patienten mit Hämophilie B (kongenitaler Faktor-IX-Mangel) einschliesslich der Kontrolle und Prävention von Blutungen während chirurgischer Eingriffe. 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.</p>					
07.06.20 G		METFORMIN-MEPHA (Metformini hydrochloridum)	Mepha Pharma AG		
	18692	Filmtabl 500 mg (neu) 60 Stk Fr. 6.75 (2.33)		57950015	01.07.2021, B
07.16.10 G		DACIN (Dacarbazinum)	Lipomed AG		
	18142	Trockensub 200 mg Durchstf 10 Stk Fr. 205.95 (165.10)		56384002	01.07.2021, A

Therap. Gruppe	Dossier Nr.	PRÄPARATE/ (Wirkstoffe) Packungen	Verantwortliche Firma	SHI-Nr.	Datum der Streichung
III. Neu gestrichene Präparate/Packungen					
01.03.10 G		ZOLPIDEM MEPHA (Zolpidemi tartras (2:1))	Mepha Pharma AG		
	19183	Lactabs 10 mg 10 Stk Fr. 5.95 (1.62)		57138001	01.07.2021, B
	19183	Lactabs 10 mg 30 Stk Fr. 9.80 (4.99)		57138003	01.07.2021, B
01.06 0		FLUCTINE (Fluoxetinum)	Eli Lilly (Suisse) SA		
	16879	Tabl 20 mg 28 Stk Fr. 34.30 (15.60)		53707025	01.07.2021, B
	16879	Tabl 20 mg 100 Stk Fr. 86.60 (61.14)		53707033	01.07.2021, B
01.07.10 G		LEVETIRACETAM MEPHA (Levetiracetamum)	Mepha Pharma AG		
	19979	Lös 100 mg/1 ml 300 ml Fr. 69.25 (46.05)		62391001	01.07.2021, B
02.07.10 0		ZESTRIL (Lisinoprilum)	AstraZeneca AG		
	15579	Tabl 30 mg 30 Stk Fr. 25.80 (11.75)		49297084	01.07.2021, B
	15579	Tabl 30 mg 100 Stk Fr. 61.25 (39.07)		49297092	01.07.2021, B
07.06.20		GLUCOBAY 100 (Acarbosum)	Bayer (Schweiz) AG		
	15139	Tabl 100 mg 30 Stk Fr. 16.35 (7.10)		44873044	01.07.2021, B
	15139	Tabl 100 mg 90 Stk Fr. 39.45 (20.08)		44873060	01.07.2021, B
07.06.20		GLUCOBAY 50 (Acarbosum)	Bayer (Schweiz) AG		
	15139	Tabl 50 mg 30 Stk Fr. 9.05 (4.32)		44873079	01.07.2021, B
	15139	Tabl 50 mg 90 Stk Fr. 25.95 (11.88)		44873087	01.07.2021, B
07.08.40		ANDRIOL TESTOCAPS (Testosteroni undecylas)	MSD Merck Sharp & Dohme AG		
	13737	Kaps 40 mg 60 Stk Fr. 41.45 (21.84)		42028029	01.07.2021, B
07.10.60 G		METHOTREXAT MEPHA RHEUMA/DERM (Methotrexatum)	Mepha Pharma AG		
	20748	Inj Lös 30 mg/0.75 ml Fertspr 1 Stk Fr. 44.70 (24.67)		65510009	01.07.2021, A
07.16.10		DACIN (Dacarbazinum)	Lipomed AG		
	18142	Trockensub 100 mg Durchstf 12 Stk Fr. 182.85 (145.00)		56384001	01.07.2021, A
	18142	Trockensub 200 mg Durchstf 12 Stk Fr. 243.80 (198.10)		56384003	01.07.2021, A
08.01.80 G		NORFLOXIN MEPHA (Norfloxacinum)	Mepha Pharma AG		
	17188	Lactabs 400 mg 7 Stk Fr. 8.90 (4.18)		54424043	01.07.2021, A
	17188	Lactabs 400 mg 14 Stk Fr. 16.20 (7.00)		54424051	01.07.2021, A
	17188	Lactabs 400 mg 42 Stk Fr. 40.00 (20.60)		54424078	01.07.2021, A

Therap. Gruppe	Dossier Nr.	PRÄPARATE/ (Wirkstoffe) Packungen	Verantwortliche Firma	SHI-Nr.	Datum der Streichung
08.03		APTIVUS (Tiplranavirum)	Boehringer Ingelheim (Schweiz) GmbH		
	18321	Kaps 250 mg 120 Stk Fr. 878.20 (750.68)		57330001	01.07.2021, A
08.06 G		ITRADERM (Itraconazolium)	Dermapharm AG		
	18478	Kaps 100 mg 14 Stk Fr. 36.70 (17.70)		57541003	01.07.2021, B
	18478	Kaps 100 mg 28 Stk Fr. 54.70 (33.35)		57541004	01.07.2021, B
10.03		SILKIS (Calcitriolum)	Galderma SA		
	16607	Salbe 30 g Fr. 28.60 (14.19)		52619017	01.07.2021, B
	16607	Salbe 100 g Fr. 57.65 (35.94)		52619025	01.07.2021, B
10.05.10		CLARELUX (Clobetasoli-17 propionas)	Pierre Fabre (Suisse) S.A.		
	19363	Schaum 50 g Fr. 16.35 (7.10)		60393001	01.07.2021, B
10.05.10		CUTIVATE (Fluticasoni-17 propionas)	GlaxoSmithKline AG		
	16420	Creme Tb 30 g Fr. 9.25 (4.48)		52380001	01.07.2021, B
10.05.20		LOCASALEN (Flumetasoni pivalas, Acidum salicylicum)	Recordati AG		
	11272	Salbe 15 g Fr. 9.60 (4.79)		34736014	01.07.2021, B
	11272	Salbe 60 g Fr. 29.20 (14.70)		34736022	01.07.2021, B
10.10		EXCIPIAL	Galderma SA		
	13289	Fettsalbe Tb 100 g Fr. 11.85 (6.42)		39904039	01.07.2021, D

PRÄPARATE / (Wirkstoffe) Packungen	Verantwortliche Firma	Therap. Gruppe	Dossier Nr.	Preis neu	Ex-Fact. neu
IV. Preissenkungen					
IV.a. Preisänderung nach 3-jährlicher Überprüfung der Aufnahmebedingungen					
ADVAGRAF Ret Kaps 0.500 mg 50 Stk	Astellas Pharma AG	071500	19771	97.40	70.55
Ret Kaps 1 mg 50 Stk			19771	148.15	114.75
Ret Kaps 3 mg 50 Stk			19771	381.30	317.87
Ret Kaps 5 mg 50 Stk			19771	605.90	513.52
MENOPUR Trockensub 75 E c solv Amp 10 Stk	Ferring AG	070810	17872	254.95	207.78
MENOPUR MULTIDOSE Trockensub 600 E c Solv Durchstf 1 Stk	Ferring AG	070810	17872	206.45	165.53
MITEM Trockensub 20 mg intravesikal Set 1 Stk	Curatis AG	071610	20339	130.50	99.40
IV.b. Ausserordentliche Preismutation					
JINARC Tabl 45 mg/15 mg 56 Stk	Otsuka Pharmaceutical (Switzerland) GmbH	050200	20456	1695.85	1490.17
Tabl 60 mg/30 mg 56 Stk			20456	1695.85	1490.17
Tabl 90 mg/30 mg 56 Stk			20456	1695.85	1490.17
Tabl 15 mg 28 Stk			20456	1695.85	1490.17
Tabl 30 mg 28 Stk			20456	1695.85	1490.17
IV.c. Normale Preismutation					
LIPERCOSYL Kaps 20 mg/5 mg Ds 30 Stk	Servier (Suisse) SA	071200	20996	38.25	19.05
Kaps 20 mg/5 mg Ds 90 Stk			20996	72.15	48.58
Kaps 40 mg/5 mg Ds 30 Stk			20996	38.65	19.38
Kaps 40 mg/5 mg Ds 90 Stk			20996	73.15	49.42
Kaps 20 mg/10 mg Ds 30 Stk			20996	41.40	21.76
Kaps 20 mg/10 mg Ds 90 Stk			20996	80.10	55.49
Kaps 40 mg/10 mg Ds 30 Stk			20996	41.75	22.10
Kaps 40 mg/10 mg Ds 90 Stk			20996	81.10	56.36
STELARA Inj Lös 45 mg/0.5 ml Fertigspr 0.500 ml	Janssen-Cilag AG	071500	19301	3422.35	3098.87
Inj Lös 90 mg/ml Fertigspr 1 ml			19301	3422.35	3098.87
Inf Konz 130 mg/26 ml Durchstf 1 Stk			20638	3422.35	3098.87
Inj Lös 45 mg/0.5 ml Durchstf 1 Stk			20717	3422.35	3098.87
IV.d. Preisänderung nach Patentablauf					
ALIMTA Trockensub 500 mg für Inf Lös Durchstf 1 Stk	Eli Lilly (Suisse) SA	071610	18262	1578.10	1382.80
Trockensub 100 mg für Inf Lös Durchstf 1 Stk			18262	333.90	276.56
AMBRISANTAN MEPHA Lactab 5 mg Blist 30 Stk	Mepha Pharma AG	020710	21191	1326.55	1153.46
Lactab 10 mg Blist 30 Stk			21191	1326.55	1153.46
AZILECT Tabl 1 mg 30 Stk	Teva Pharma AG	010800	18330	99.05	72.00
Tabl 1 mg 100 Stk			18330	251.65	204.91

PRÄPARATE / (Wirkstoffe) Packungen	Verantwortliche Firma	Therap. Gruppe	Dossier Nr.	Preis neu	Ex-Fact. neu
PEMETREXED TEVA LIQUID	Teva Pharma AG	071610			
Inf Konz 100 mg/4 ml Durchstf 4 ml			21243	143.40	110.62
Inf Konz 500 mg/20 ml Durchstf 20 ml			21243	651.35	553.10
Inf Konz 850 mg/34 ml Durchstf 34 ml			21243	1092.75	940.27
Inf Konz 1000 mg/40 ml Durchstf 40 ml			21243	1274.70	1106.20
RASAGILIN MYLAN	Mylan Pharma GmbH	010800			
Tabl 1 mg Blist 30 Stk			20985	82.50	57.60
Tabl 1 mg Blist 100 Stk			20985	204.60	163.93
RASAGILIN NOBEL	NOBEL Pharma Schweiz AG	010800			
Tabl 1 mg Blist 30 Stk			21214	82.50	57.60
Tabl 1 mg Blist 100 Stk			21214	204.60	163.93
RASAGILIN SANDOZ	Sandoz Pharmaceuticals AG	010800			
Tabl 1 mg 30 Stk			20559	82.50	57.60
Tabl 1 mg 100 Stk			20559	204.60	163.93
RASAGILIN SPIRIG HC	Spirig HealthCare AG	010800			
Tabl 1 mg Blist 30 Stk			21135	82.50	57.60
Tabl 1 mg Blist 100 Stk			21135	204.60	163.93
VOLIBRIS	GlaxoSmithKline AG	020710			
Filmtabl 5 mg 30 Stk			18885	1642.80	1441.82
Filmtabl 10 mg 30 Stk			18885	1642.80	1441.82
IV.e. Preiserhöhungsgesuch					
FRAXIFORTE 0.8 ML	Mylan Pharma GmbH	060330			
Inj Lös 10 Fertspr 0.800 ml			17064	169.20	133.08
FRAXIFORTE 1 ML	Mylan Pharma GmbH	060330			
Inj Lös 10 Fertspr 1 ml			17064	202.70	162.30
V. Preiserhöhungen					
V.a. Preiserhöhungsgesuch					
FRAXIFORTE 0.6 ML	Mylan Pharma GmbH	060330			
2 Fertspr 0.600 ml			17064	39.60	20.22
10 Fertspr 0.600 ml			17064	132.45	101.09
FRAXIFORTE 0.8 ML	Mylan Pharma GmbH	060330			
2 Fertspr 0.800 ml			17064	46.95	26.62
FRAXIFORTE 1 ML	Mylan Pharma GmbH	060330			
2 Fertspr 1 ml			17064	53.85	32.62

PRÄPARATE / (Wirkstoffe) Packungen	Verantwortliche Firma	Therap. Gruppe	Dossier Nr.	Preis neu	Ex-Fact. neu
VI. Limitations-/Indikationsänderungen					
KEYTRUDA	MSD Merck Sharp & Dohme AG	071610			
Inf Konz 100 mg/4ml Durchstf 1 Stk			20416	2548.15	2267.29
Inf Konz 100 mg/4ml Durchstf 2 Stk			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 30.06.2021

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 30.06.2021

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 30.06.2021

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 30.06.2021

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 30.06.2021

Klassisches Hodgkin-Lymphom (Monotherapie)

(ohne Preismodell)

Als Monotherapie zur Behandlung des refraktären oder rezidivierenden klassischen Hodgkin Lymphoms (ircHL) bei Erwachsenen mit mindestens 3 Vorbehandlungen inkl. Behandlung mit Brentuximab vedotin.

Folgender Code ist an den Krankenversicherer zu übermitteln: KN087

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

Befristete Limitation bis 30.06.2021

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.

Bei Eintritt von Generika sind diese wirtschaftlich.

Vor Eintritt von Generika gilt folgendes:

Die Wirtschaftlichkeit wird im Rahmen der Vergütung im Einzelfall durch den Krankenversicherer bemessen. Das BAG empfiehlt, dass die Rückerstattung für das Pemetrexed-Originalpräparat mindestens 40% des Fabrikabgabepreises des Originalpräparates beträgt. Nach Aufnahme von Pemetrexed-Generika in die SL ist nur noch die Kombination von KEYTRUDA mit Pemetrexed-Arzneimitteln zu Generikapreisen wirtschaftlich.

Folgender Code ist an den Krankenversicherer zu übermitteln: KN189

Befristete Limitation bis 31.12.2023

1L Plattenepithelkarzinom 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

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 31.08.2021

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 31.08.2021

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 31.08.2021

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
<p>Befristete Limitation bis 31.08.2021</p> <p>2L NSCLC (Monotherapie) KN010 (ohne Preismodell)</p> <p>Als Monotherapie zur Behandlung des fortgeschrittenen, metastasierenden nicht-kleinzelligen Lungenkarzinoms (NSCLC) nach vorangegangener Chemotherapie bei Erwachsenen, deren Tumore PD-L1 exprimieren.</p> <p>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.</p> <p>Folgender Code ist an den Krankenversicherer zu übermitteln: KN010</p>					
<p>Befristete Limitation bis 31.08.2021</p> <p>Klassisches Hodgkin-Lymphom (Monotherapie) KN087 (ohne Preismodell)</p> <p>Als Monotherapie zur Behandlung des refraktären oder rezidivierenden klassischen Hodgkin Lymphoms (IrrcHL) bei Erwachsenen mit mindestens 3 Vorbehandlungen inkl. Behandlung mit Brentuximab vedotin.</p> <p>Folgender Code ist an den Krankenversicherer zu übermitteln: KN087</p>					
<p>Befristete Limitation bis 31.08.2021</p> <p>Urothelkarzinom (Monotherapie) KN045 (ohne Preismodell)</p> <p>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.</p> <p>Folgender Code ist an den Krankenversicherer zu übermitteln: KN045</p>					
<p>Befristete Limitation bis 31.12.2023</p> <p>1L plattenepitheliales NSCLC (in Kombination mit Carboplatin und Paclitaxel) bei Patienten mit TPS < 50% KN407 (mit Preismodell)</p> <p>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.</p> <p>Folgender Code ist an den Krankenversicherer zu übermitteln: KN407</p>					
<p>Befristete Limitation bis 31.12.2023</p> <p>1L nicht-plattenepitheliales NSCLC (in Kombination mit Pemetrexed und Platin-Chemotherapie) bei Patienten mit TPS < 50% KN189 (mit Preismodell)</p> <p>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</p> <ul style="list-style-type: none"> - eine Lebenserwartung von mindestens 3 Monaten haben UND - innerhalb der vergangenen 6 Monate keine Radiotherapie der Lunge mit > 30 Gy erhalten hatten. <p>Vor Eintritt von Pemetrexed-Generika gilt folgendes:</p> <p>Die Wirtschaftlichkeit von Pemetrexed wird im Rahmen der Vergütung im Einzelfall nach Art. 71a KVV durch den Krankenversicherer bemessen. Nach Aufnahme von Pemetrexed-Generika in die SL ist nur noch die Kombination von KEYTRUDA mit Pemetrexed-Arzneimitteln zu Generikapreisen wirtschaftlich, sofern die Ärztin oder der Arzt nicht aus medizinischen Gründen ausdrücklich das Originalpräparat verschreibt oder die Apothekerin oder der Apotheker aus medizinischen Gründen eine Substitution ablehnt.</p> <p>Folgender Code ist an den Krankenversicherer zu übermitteln: KN189</p>					
<p>Befristete Limitation bis 31.12.2023</p> <p>1L Plattenepithelkarzinom im Kopf- und Halsbereich (HNSCC) (in Kombination mit Platin- und 5-Fluorouracil (5-FU)-haltiger Chemotherapie) KN048 (mit Preismodell)</p> <p>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.</p> <p>Folgender Code ist an den Krankenversicherer zu übermitteln: KN048</p>					
<p>Befristete Limitation bis 31.12.2023</p> <p>Vorbehandelte Patienten mit einem Plattenepithelkarzinom im Kopf- und Halsbereich nach platinbasierter Chemotherapie (HNSCC) (Monotherapie) KN040 (mit Preismodell)</p> <p>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.</p> <p>Folgender Code ist an den Krankenversicherer zu übermitteln: KN040</p>					

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 zurück-erstattet 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.

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

Limitation alt:**Indikation KRd:**

Befristete Limitation bis 31.05.2023

Kombination REVLIMID, Carfilzomib und Dexamethason

REVLIMID wird nach Kostengutsprache durch den Krankenversicherern nach vorgängiger Konsultation des Vertrauensarztes in Kombination mit Carfilzomib und Dexamethason zur Behandlung von erwachsenen Patienten mit rezidivierendem multiplen 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:**Indikation KRd:**

Befristete Limitation bis 31.05.2024

Kombination REVLIMID, Carfilzomib und Dexamethason

REVLIMID wird nach Kostengutsprache durch den Krankenversicherern nach vorgängiger Konsultation des Vertrauensarztes in Kombination mit Carfilzomib und Dexamethason zur Behandlung von erwachsenen Patienten mit rezidivierendem multiplen 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
STELARA	Janssen-Cilag AG	071500			
Inj Lös 45 mg/0.5ml Fertigspr 0.500 ml			19301	3422.35	3098.87
Inf Konz 130 mg/26ml Durchstf 1 Stk			20638	3422.35	3098.87
Inj Lös 45 mg/0.5ml Durchstf Durchstf 1 Stk			20717	3422.35	3098.87
Inj Lös 90 mg/ml Fertigspr 1 ml			19301	3422.35	3098.87

Limitation alt:**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.

Befristete Limitation bis 30.06.2021

Morbus Crohn

Behandlung erwachsener Patienten mit mittelschwerem bis schwerem aktivem Morbus Crohn, bei denen konventionelle Therapien oder die Behandlung mit einem TN-a 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.

Befristete Limitation 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.

Limitation neu:

Befristete Limitation bis 31.07.2021

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.

Morbus Crohn

Behandlung erwachsener Patienten mit mittelschwerem bis schwerem aktivem Morbus Crohn, bei denen konventionelle Therapien oder die Behandlung mit einem TNF-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.

Befristete Limitation 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.

PRÄPARATE / (Wirkstoffe) Packungen	Verantwortliche Firma	Therap. Gruppe	Dossier Nr.	Preis neu	Ex-Fact. neu
SYNAGIS	AbbVie AG	080300			
Inj Lös 50 mg/0.5ml Durchstf 1 Stk			17484	696.75	592.66
Inj Lös 100 mg/1ml Durchstf 1 Stk			17484	1140.75	984.04
Limitation alt:					
<ul style="list-style-type: none"> • Kinder mit vorbestehender und bereits behandelter mittelschwerer bis schwerer bronchopulmonaler Dysplasie (BPD), bis zum Alter von einem Jahr zu Beginn der Respiratory Syncytial Virus (RSV)-Saison. • Frühgeburten, welche bei Beginn der RSV-Saison höchstens 6 Monate alt sind. • Kinder bis zu einem Alter von zwei Jahren mit hämodynamisch signifikanter, angeborener Herzerkrankung (azyanotische oder zyanotische Vitien, Vitien mit mittel-schwerer oder schwerer pulmonaler Hypertonie und/oder klinisch manifeste Herzinsuffizienz, sofern die chirurgische Korrektur vor Beginn der RSV-Saison nicht infrage kommt). <p>In dieser Indikation Kostenübernahme nur bei Verordnung durch Pädiater oder Kardiologen und Vorliegen einer Kostengutsprache durch den Krankenversicherer nach vorgängiger Konsultation des Vertrauensarztes.</p>					
Limitation neu ab 15.06.2021					
<ul style="list-style-type: none"> • Kinder mit vorbestehender und bereits behandelter mittelschwerer bis schwerer broncho-pulmonaler Dysplasie (BPD), bis zum Alter von einem Jahr zu Beginn der Respiratory Syncytial Virus (RSV)-Saison*. • Frühgeburten, welche bei Beginn der RSV-Saison höchstens 6 Monate alt sind. • Kinder bis zu einem Alter von zwei Jahren mit hämodynamisch signifikanter, angeborener Herzerkrankung (azyanotische oder zyanotische Vitien, Vitien mit mittel-schwerer oder schwerer pulmonaler Hypertonie und/oder klinisch manifeste Herzinsuffizienz, sofern die chirurgische Korrektur vor Beginn der RSV-Saison nicht infrage kommt). <p>In dieser Indikation Kostenübernahme nur bei Verordnung durch Pädiater oder Kardiologen und Vorliegen einer Kostengutsprache durch den Krankenversicherer nach vorgängiger Konsultation des Vertrauensarztes.</p> <p>* Durch die COVID-19 Pandemie kann die RSV-Saison verzögert eintreten – dieser Umstand soll eine Kostengutsprache durch den Krankenversicherer nicht behindern. Bei Bedarf kann eine erneute Kostengutsprache gewährt werden.</p>					

TAKHZYRO	Takeda Pharma AG	029900			
Inj Lös 300 mg/2ml Durchstf 1 Stk			20923	14191.25	13605.13
Limitation alt:					
<p>In Monotherapie zur Langzeitprophylaxe von Attacken des hereditären Angioödems (HAE) vom Typ I oder Typ II bei Patienten ab 12 Jahren, die trotz on-demand Behandlung einen nachweislich schweren Verlauf UND ≥ 2 Attacken pro Monat über einen Zeitraum von 12 Monaten verzeichnen. Die empfohlene Dosis beträgt 300 mg Lanadelumab alle 2 Wochen. Ein Dosisintervall von 300 mg Lanadelumab alle 4 Wochen ist ebenfalls wirksam und kann in Erwägung gezogen werden, wenn der Patient seit mehr als 6 Monaten gut eingestellt ist (z.B. keine Attacken erlitten hat).</p> <p>Ist ein Patient nach 6 Monaten gut eingestellt, wird ein Dosisintervall von 300mg alle 4 Wochen vergütet. Eine Fortsetzung eines Dosisintervalls von 2 Wochen anstelle von 4 Wochen ist vom behandelnden Arzt unter Berücksichtigung der Patientendokumentation zu klinisch relevanten Symptomen und Ereignissen mit Bezug zur HAE-Erkrankung im Rahmen eines neuen Kostengutsprachegegesuchs zu begründen.</p> <p>Vor Therapiebeginn muss eine Kostengutsprache des Krankenversicherers nach vorgängiger Konsultation des Vertrauensarztes eingeholt werden.</p> <p>Die Einleitung und Überwachung der Behandlung erfolgt ausschliesslich über eines der folgenden Zentren: Universitätsspital Zürich, Inselspital Bern, Universitätsspital Basel, CHUV, HUG, Kantonsspital Luzern, Kantonsspital Aarau und Kantonsspital St. Gallen.</p> <p>Die ZulassungsinhaberIn erstattet dem Krankenversicherer, bei dem die versicherte Person zum Zeitpunkt des Bezugs versichert war, auf dessen erste Aufforderung hin auf jedes bezogene Vial Takhzyro einen festgelegten Anteil des Fabrikabgabepreises pro Vial zurück. Die Mehrwertsteuer kann nicht zusätzlich zu diesem Anteil des Fabrikabgabepreises zurückgefordert werden. Die Aufforderung zur Rückerstattung soll ab dem Zeitpunkt der Verabreichung erfolgen.</p> <p>Darüber hinaus erstattet die ZulassungsinhaberIn dem Krankenversicherer, bei dem die versicherte Person zum Zeitpunkt des Bezugs versichert war, den vollen Betrag in Höhe des Fabrikabgabepreises für diejenige Anzahl Vials zurück, die eine festgelegte Anzahl Vials pro Kalenderjahr pro Patient übersteigt. Sie gibt dem Krankenversicherer den Schwellenwert für die Anzahl Vials pro Patient pro Kalenderjahr bekannt, ab dem die ZulassungsinhaberIn den Fabrikabgabepreis pro Durchstechflasche zurück-erstattet. Die Mehrwertsteuer kann nicht zusätzlich zu diesem Betrag (Basis Fabrikabgabepreis) zurückgefordert werden. Die Rückerstattung für die Anzahl Durchstech-flaschen, die den Schwellenwert pro Kalenderjahr übersteigen, soll rückwirkend pro Kalenderjahr (mit Stichtatum 31. Dezember) und falls erforderlich pro rata (erstes Therapiejahr, Therapieabbruchjahr) erfolgen.</p> <p>Während der befristeten Aufnahme sollen alle mit Lanadelumab behandelten Patienten vom behandelnden Arzt des jeweiligen Zentrums im Register (www.HAEdatabase.ch) mit den Daten, welche vorgegeben sind, kontinuierlich erfasst werden. Sofern ein Patient keine Einwilligung zur Erfassung seiner Daten gibt, soll dies ausgewiesen werden.</p>					

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

Limitation neu:

Limitation befristet bis 31.03.2024

In Monotherapie zur Langzeitprophylaxe von Attacken des hereditären Angioödems (HAE) vom Typ I oder Typ II bei Patienten ab 12 Jahren, die trotz on-demand Behandlung einen nachweislich schweren Verlauf UND ≥ 2 Attacken pro Monat über einen Zeitraum von 12 Monaten verzeichnen. Die empfohlene Dosis beträgt 300 mg Lanadelumab alle 2 Wochen. Ein Dosisintervall von 300 mg Lanadelumab alle 4 Wochen ist ebenfalls wirksam und kann in Erwägung gezogen werden, wenn der Patient seit mehr als 6 Monaten gut eingestellt ist (z.B. keine Attacken erlitten hat).

Ist ein Patient nach 6 Monaten gut eingestellt, wird ein Dosisintervall von 300mg alle 4 Wochen vergütet. Eine Fortsetzung eines Dosisintervalls von 2 Wochen anstelle von 4 Wochen ist vom behandelnden Arzt unter Berücksichtigung der Patientendokumentation zu klinisch relevanten Symptomen und Ereignissen mit Bezug zur HAE-Erkrankung im Rahmen eines neuen Kostengutsprachegeesuchs zu begründen.

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

Die Einleitung und Überwachung der Behandlung erfolgt ausschliesslich über eines der folgenden Zentren: Universitätsspital Zürich, Inselspital Bern, Universitätsspital Basel, CHUV, HUG, Kantonsspital Luzern, Kantonsspital Aarau und Kantonsspital St. Gallen.

Die Zulassungsinhaberin erstattet dem Krankenversicherer, bei dem die versicherte Person zum Zeitpunkt des Bezugs versichert war, auf dessen erste Aufforderung hin auf jedes bezogene Vial/Fertigspritze Takhyro einen festgelegten Anteil des Fabrikabgabepreises pro Vial/Fertigspritze zurück. Die Mehrwertsteuer kann nicht zusätzlich zu diesem Anteil des Fabrikabgabepreises zurückgefordert werden. Die Aufforderung zur Rückerstattung soll ab dem Zeitpunkt der Verabreichung erfolgen.

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

Während der befristeten Aufnahme sollen alle mit Lanadelumab behandelten Patienten vom behandelnden Arzt des jeweiligen Zentrums im Register (www.HAEdatabase.ch) mit den Daten, welche vorgegeben sind, kontinuierlich erfasst werden. Sofern ein Patient keine Einwilligung zur Erfassung seiner Daten gibt, soll dies ausgewiesen werden.

VII. Limitationsänderungen aufgrund der Überprüfung der Aufnahmebedingungen alle drei Jahre von 2020

XIGDUO XR	AstraZeneca AG	070620			
Filmtabl 5 mg/500 mg 28 Stk			20358	43.85	23.92
Filmtabl 5 mg/1000 mg 28 Stk			20358	43.85	23.92
Filmtabl 10 mg/500 mg 28 Stk			20358	71.30	47.84
Filmtabl 10 mg/1000 mg 28 Stk			20358	71.30	47.84
Filmtabl 5 mg/500 mg 98 Stk			20358	112.35	83.56
Filmtabl 5 mg/1000 mg 98 Stk			20358	112.35	83.56
Filmtabl 10 mg/500 mg 98 Stk			20358	208.25	167.10
Filmtabl 10 mg/1000 mg 98 Stk			20358	208.25	167.10

Limitation alt:

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

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

Limitation neu:

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

- Für Patienten, welche mit den bisherigen oralen Therapien (Metformin und/oder Sulfonylharnstoffe) nur ungenügend eingestellt werden können oder diese nicht vertragen.
- In Kombination mit einem DPP4-Inhibitor oder Insulin, wenn durch die maximal tolerierte Dosis an Metformin und einem DPP4-Inhibitor oder Insulin keine ausreichende glykämische Kontrolle erreicht wird.
- Für Patienten, die bereits mit einer freien Kombination von Dapagliflozin und Metformin als separate Tabletten behandelt werden.

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

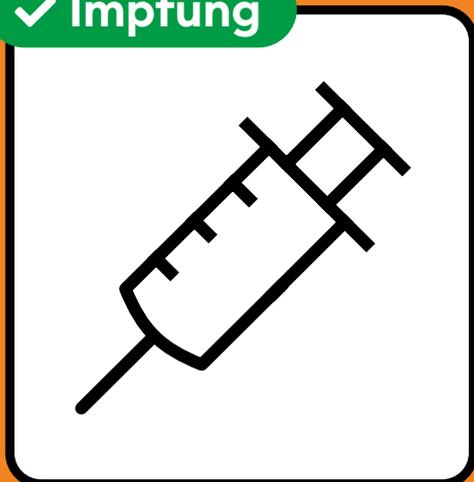


**SO SCHÜTZEN
WIR UNS.**



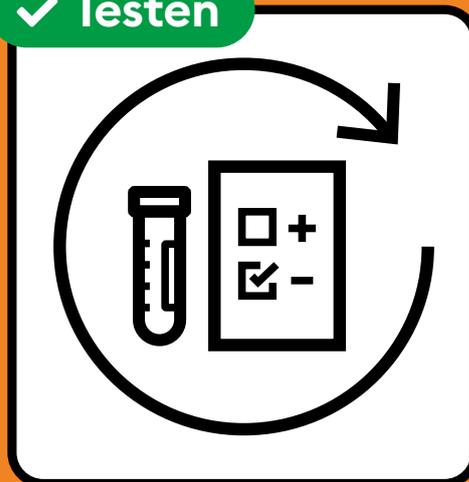
Aktuell besonders wichtig:

✓ **Impfung**



Empfohlen: Covid-19-Impfung.

✓ **Testen**

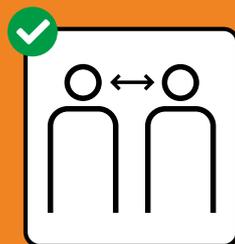


Auch ohne Symptome
regelmässig testen lassen.

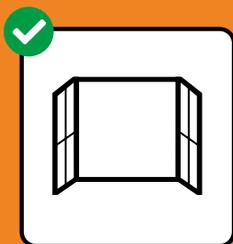
Weiterhin wichtig:



Maske tragen,
wenn Abstand-
halten nicht
möglich ist.



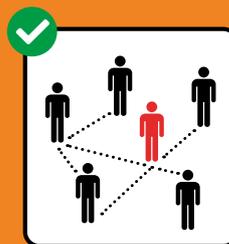
Abstand halten.



Mehrmals täglich
lüften.



Gründlich Hände
waschen und
Händeschütteln
vermeiden.



Zur Rückverfolgung
immer vollständige
Kontaktdaten
angeben.



Bei Symptomen
sofort testen lassen
und zu Hause
bleiben.

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.
Basel-Stadt		9023056
Basel-Land		9023056
Bern		9341056
Zürich		8817736 9040364

BAG-Bulletin
BBL, Vertrieb Publikationen
CH-3003 Bern

P.P.

CH-3003 Bern
Post CH AG

BAG-Bulletin

Woche

29/2021