



Schweizerische Eidgenossenschaft
Confédération suisse
Confederazione Svizzera
Confederaziun svizra

Eidgenössisches Departement des Innern EDI
Bundesamt für Gesundheit BAG

Ausgabe vom 15. Februar 2021

BAG-Bulletin

Woche

7/2021

Informationsmagazin für medizinische Fachpersonen und Medienschaffende

**SO SCHÜTZEN
WIR UNS.**

www.bag-coronavirus.ch



Impressum

HERAUSGEBER

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

REDAKTION

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

DRUCK

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

ABONNEMENTE, ADRESSÄNDERUNGEN

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

ISSN 1420-4266

DISCLAIMER

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

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

Inhalt

Meldungen Infektionskrankheiten	4
Sentinella-Statistik	6
Wochenbericht zu den grippeähnlichen Erkrankungen	6
www.bag-coronavirus.ch/impfung : Informationen zur COVID-19-Impfung	7
Korrigendum	8
Spezialitätenliste	9
Rezeptsperrung	35

Meldungen Infektionskrankheiten

Stand am Ende der 5. Woche (09.02.2021)^a

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

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

^c Ausgeschlossen sind materno-fötale Röteln.

^d Bei schwangeren Frauen und Neugeborenen

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

^f Primäre, sekundäre bzw. 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 5. Woche (09.02.2021)^a

	Woche 05			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		1	2	1	13	16	60	120	142	4	21	25
		0.60	1.20	0.20	2.00	2.40	0.70	1.40	1.60	0.50	2.50	3.00
Influenzavirus-Infektion, saisonale Typen und Subtypen^b	1	1426	1205	5	3069	2806	6414	14093	11216	10	3327	3002
	0.60	857.80	724.80	0.80	461.50	422.00	74.20	163.00	129.70	1.20	400.20	361.20
Legionellose	6	8	10	26	26	37	482	563	578	40	33	51
	3.60	4.80	6.00	3.90	3.90	5.60	5.60	6.50	6.70	4.80	4.00	6.10
Masern		1	4		10	10	18	226	54		16	11
		0.60	2.40		1.50	1.50	0.20	2.60	0.60		1.90	1.30
Meningokokken: invasive Erkrankung		1	1		2	2	16	47	53	1	5	2
		0.60	0.60		0.30	0.30	0.20	0.50	0.60	0.10	0.60	0.20
Pneumokokken: invasive Erkrankung	4	31	22	11	99	75	417	877	900	19	135	131
	2.40	18.60	13.20	1.60	14.90	11.30	4.80	10.10	10.40	2.30	16.20	15.80
Röteln^c								1	2			
								0.01	0.02			
Röteln, materno-fötal^d												
Tuberkulose	4	8	5	16	33	33	350	426	512	25	37	42
	2.40	4.80	3.00	2.40	5.00	5.00	4.00	4.90	5.90	3.00	4.40	5.00
Faeco-orale Übertragung												
Campylobacteriose	66	89	87	366	526	522	6003	7285	7762	584	728	749
	39.70	53.50	52.30	55.00	79.10	78.50	69.40	84.30	89.80	70.30	87.60	90.10
Enterohämorrhagische E.-coli-Infektion	9	12	16	44	59	72	715	1117	849	57	65	78
	5.40	7.20	9.60	6.60	8.90	10.80	8.30	12.90	9.80	6.90	7.80	9.40
Hepatitis A	3	1	2	9	9	6	67	83	102	10	11	6
	1.80	0.60	1.20	1.40	1.40	0.90	0.80	1.00	1.20	1.20	1.30	0.70
Hepatitis E	4	4	4	9	12	13	63	112	79	10	12	13
	2.40	2.40	2.40	1.40	1.80	2.00	0.70	1.30	0.90	1.20	1.40	1.60
Listeriose		1		1	4	2	56	38	50	3	4	2
		0.60		0.20	0.60	0.30	0.60	0.40	0.60	0.40	0.50	0.20
Salmonellose, S. typhi/paratyphi		1	1		3	2	8	22	21		3	2
		0.60	0.60		0.40	0.30	0.09	0.20	0.20		0.40	0.20
Salmonellose, übrige	15	18	18	64	85	89	1239	1539	1466	89	98	108
	9.00	10.80	10.80	9.60	12.80	13.40	14.30	17.80	17.00	10.70	11.80	13.00
Shigellose	2	1	2	4	14	18	48	212	256	4	16	20
	1.20	0.60	1.20	0.60	2.10	2.70	0.60	2.40	3.00	0.50	1.90	2.40

	Woche 05			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 2.40	3 0.40	4 0.60	10 1.50	47 0.50	75 0.90	79 0.90	4 0.50	4 0.50	10 1.20
Chlamydiose	236 142.00	292 175.60	289 173.80	975 146.60	1126 169.30	1067 160.50	10991 127.10	12458 144.10	11280 130.50	1169 140.60	1229 147.80	1181 142.10
Gonorrhoe ^e	44 26.50	86 51.70	77 46.30	296 44.50	376 56.50	338 50.80	3392 39.20	3984 46.10	3038 35.10	360 43.30	420 50.50	383 46.10
Hepatitis B, akut		2 1.20	1 0.60		3 0.40	3 0.40	2 0.02	27 0.30	33 0.40		3 0.40	4 0.50
Hepatitis B, total Meldungen	21	17	25	99	96	114	937	1080	1191	121	104	121
Hepatitis C, akut			1 0.60			3 0.40	2 0.02	24 0.30	30 0.40			3 0.40
Hepatitis C, total Meldungen	19	21	20	73	83	90	890	1015	1244	97	88	102
HIV-Infektion	10 6.00	13 7.80	2 1.20	24 3.60	35 5.30	30 4.50	266 3.10	439 5.10	404 4.70	30 3.60	41 4.90	32 3.80
Syphilis, Frühstadien ^f	4 2.40	17 10.20	17 10.20	15 2.30	65 9.80	54 8.10	512 5.90	748 8.60	628 7.30	28 3.40	72 8.70	61 7.30
Syphilis, total ^g	4 2.40	28 16.80	23 13.80	19 2.90	87 13.10	78 11.70	689 8.00	1058 12.20	936 10.80	32 3.80	100 12.00	87 10.50
Zoonosen und andere durch Vektoren übertragbare Krankheiten												
Brucellose							11 0.10	7 0.08	5 0.06			
Chikungunya-Fieber		2 1.20	2 1.20		8 1.20	6 0.90	2 0.02	44 0.50	10 0.10		9 1.10	6 0.70
Dengue-Fieber		5 3.00	4 2.40	2 0.30	30 4.50	23 3.50	38 0.40	263 3.00	179 2.10	2 0.20	34 4.10	28 3.40
Gelbfieber									1 0.01			
Hantavirus-Infektion									1 0.01			
Malaria	2 1.20	7 4.20	4 2.40	18 2.70	37 5.60	16 2.40	101 1.20	306 3.50	280 3.20	20 2.40	37 4.40	17 2.00
Q-Fieber		2 1.20	4 2.40		2 0.30	7 1.00	39 0.40	97 1.10	57 0.70		2 0.20	7 0.80
Trichinellose							4 0.05	3 0.03		1 0.10	1 0.10	
Tularämie	1 0.60		1 0.60	9 1.40	8 1.20	4 0.60	119 1.40	152 1.80	116 1.30	12 1.40	8 1.00	4 0.50
West-Nil-Fieber							1 0.01	1 0.01				
Zeckenzephalitis	1 0.60			1 0.20	2 0.30		454 5.20	262 3.00	372 4.30	1 0.10	2 0.20	2 0.20
Zika-Virus Infektion								1 0.01	2 0.02			
Andere Meldungen												
Botulismus												
Creutzfeldt-Jakob-Krankheit		2 1.20		2 0.30	3 0.40	1 0.20	22 0.20	19 0.20	19 0.20	3 0.40	3 0.40	1 0.10
Diphtherie ^h							3 0.03	2 0.02	5 0.06			
Tetanus												

Sentinella-Statistik

Provisorische Daten

Sentinella:

Anzahl Meldungen (N) der letzten 4 Wochen bis am 5.2.2021 und Inzidenz pro 1000 Konsultationen (N/10³)
Freiwillige Erhebung bei Hausärztinnen und Hausärzten (Allgemeinpraktiker, Internisten und Pädiater)

Woche	2		3		4		5		Mittel 4 Wochen	
	N	N/10 ³	N	N/10 ³	N	N/10 ³	N	N/10 ³	N	N/10 ³
Mumps	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Pertussis	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Zeckenstiche	2	0.1	0	0	0	0	0	0	0.5	0
Lyme Borreliose	0	0	0	0	0	0	1	0.1	0.3	0
Herpes Zoster	9	0.7	4	0.3	6	0.5	5	0.4	6	0.5
Post-Zoster-Neuralgie	1	0.1	2	0.2	1	0.1	1	0.1	1.3	0.1
Meldende Ärzte	179		175		173		157		171	

Wochenbericht zu den grippeähnlichen Erkrankungen

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



**SO SCHÜTZEN
WIR UNS.**

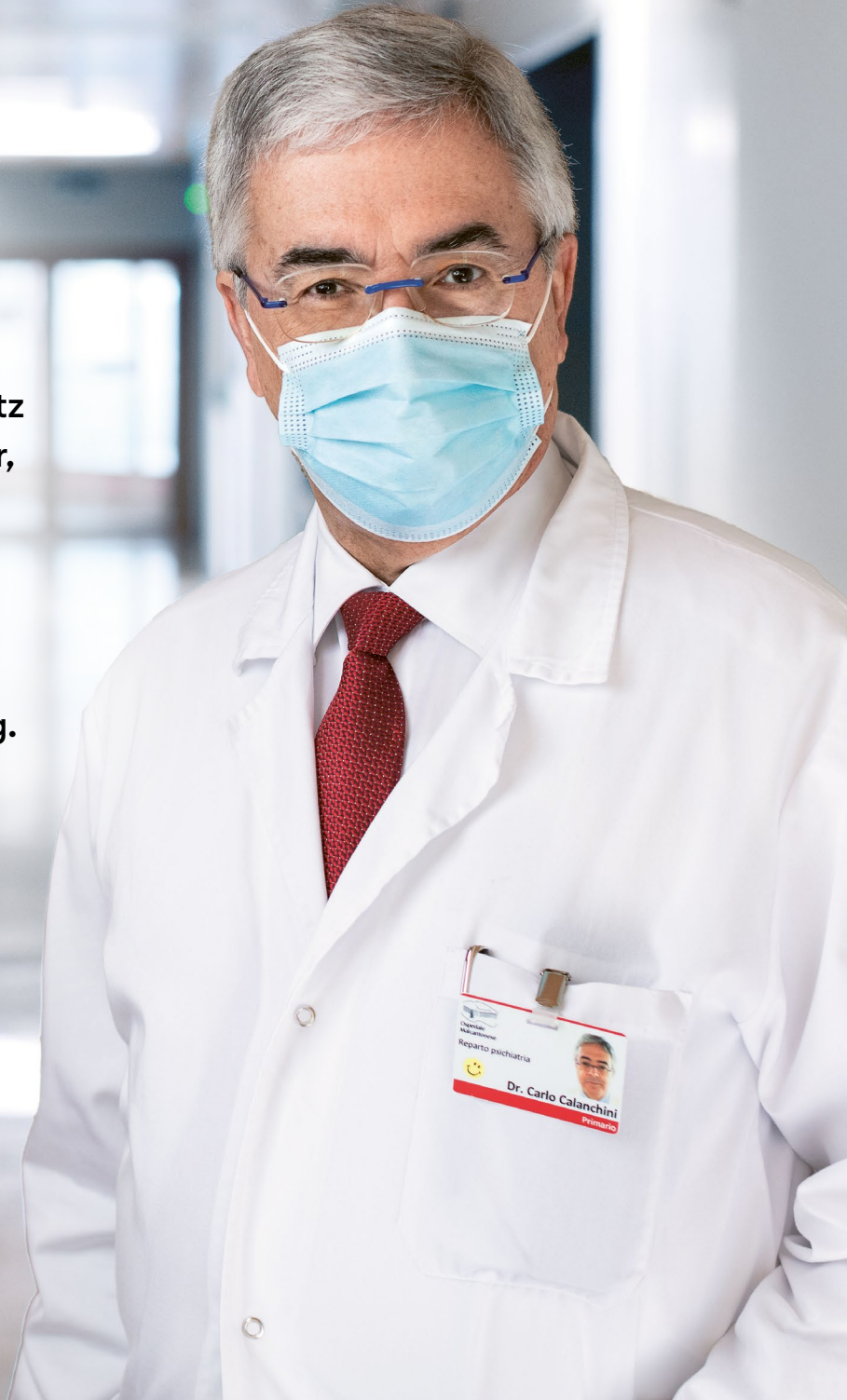


ICH WERDE MICH IMPFEN LASSEN.

Dr. Carlo Calanchini

vom Spital Malcantonese will sich impfen lassen und damit zum Schutz seiner Arbeitskolleg*innen und aller, die ihm nahe stehen, beitragen.

Informieren Sie sich unter **bag-coronavirus.ch/impfung** oder **058 377 88 92** und treffen Sie Ihre persönliche Impf-Entscheidung.



Korrigendum zu «VI. Limitations-/ Indikationsänderung» (Ausgabe Bulletin 1+2/21)

Der in der Ausgabe des Bulletins 1+2/21 im Abschnitt VI. *Limitations-/Indikationsänderung* aufgeführte Limitationstext für (20416) KEYTRUDA Inf Konz 100 mg/4 ml Durchstf 1 Stk und Inf Konz 100 mg/4 ml Durchstf 2 Stk in der Indikation

1L nicht-plattenepitheliales NSCLC (in Kombination mit Pemetrexed und Platin-Chemotherapie) bei Patienten mit TPS <50% KN189 wird rückwirkend gültig ab 1. Januar 2021 wie folgt korrigiert:

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.

Vor Eintritt von Pemetrexed-Generika gilt folgendes:

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. Folgender Code ist an den Krankenversicherer zu übermitteln: KN189

Die Limitierungen der weiteren Indikationen von Keytruda bleiben bestehen.

Spezialitätenliste:

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

[] Der dem verfügbaren Publikumspreis zugrunde liegende Fabrikabgabepreis

Gültig ab 1. Februar 2021

Therap. Gruppe	Dossier Nr.	PRÄPARATE/ (Wirkstoffe) Packungen	Verantwortliche Firma	SHI-Nr.	Aufnahmejahr
I. Neuzugang Präparate					
01.10.20 G		ATOMOXETIN MEPHA (Atomoxetinum)	Mepha Pharma AG		
	21185	Kaps 10 mg Blist 7 Stk Fr. 37.65 (18.53)		67588001	01.02.2021, A
	21185	Kaps 18 mg Blist 7 Stk Fr. 37.65 (18.53)		67588002	01.02.2021, A
	21185	Kaps 18 mg Blist 28 Stk Fr. 101.45 (74.10)		67588003	01.02.2021, A
	21185	Kaps 25 mg Blist 7 Stk Fr. 37.65 (18.53)		67588004	01.02.2021, A
	21185	Kaps 25 mg Blist 28 Stk Fr. 101.45 (74.10)		67588005	01.02.2021, A
	21185	Kaps 40 mg Blist 7 Stk Fr. 37.65 (18.53)		67588006	01.02.2021, A
	21185	Kaps 40 mg Blist 28 Stk Fr. 101.45 (74.10)		67588007	01.02.2021, A
	21185	Kaps 60 mg Blist 28 Stk Fr. 101.45 (74.10)		67588008	01.02.2021, A
	21185	Kaps 80 mg Blist 28 Stk Fr. 122.60 (92.49)		67588009	01.02.2021, A
	21185	Kaps 100 mg Blist 28 Stk Fr. 122.60 (92.49)		67588010	01.02.2021, A
Nur zur second-line Behandlung des ADHS, d.h. bei Unverträglichkeit, Kontraindikation oder nicht Ansprechen von Methylphenidat bei Kindern ab 6 Jahren und Jugendlichen im Rahmen eines umfassenden Behandlungsprogramms. Wenn Patienten über 1 Jahr hinaus behandelt werden, so hat eine erneute Überprüfung der Behandlungsnotwendigkeit durch einen Arzt zu erfolgen, der über das notwendige Fachwissen in der Behandlung des ADHS verfügt.					
01.99 G		FINGOLIMOD MEPHA (Fingolimodum)	Mepha Pharma AG		
	21184	Kaps 0.500 mg 28 Stk Fr. 550.95 (465.62)		67608001	01.02.2021, B
	21184	Kaps 0.500 mg 84 Stk Fr. 1593.50 (1396.87)		67608003	01.02.2021, B
Behandlung von schubförmig remittierender multipler Sklerose (MS). Erstverschreibung durch den Facharzt FMH für Neurologie.					
02.07.10 G		AMBRISENTAN MEPHA (Ambrisentanum)	Mepha Pharma AG		
	21191	Lactab 5 mg Blist 30 Stk Fr. 2696.25 (2402.31)		67294001	01.02.2021, B
	21191	Lactab 10 mg Blist 30 Stk Fr. 2696.25 (2402.31)		67294002	01.02.2021, B
Behandlung der idiopathischen pulmonalen arteriellen Hypertonie (IPAH) und der PAH assoziiert mit Bindegeweberkrankungen bei Patienten der WHO-Funktionsklassen II und III zur Verbesserung der körperlichen Leistungsfähigkeit.					
02.07.10 G		TADALAFIL PAH SPIRIG HC (Tadalafilum)	Spirig HealthCare AG		
	21194	Filmtabl 20 mg neu Blist 56 Stk Fr. 568.50 (480.92)		67624001	01.02.2021, B
Kostengutsprache durch den Krankenversicherer nach vorgängiger Konsultation des Vertrauensarztes aufgrund der erstmaligen Indikationsstellung durch tertiäre Zentren für pulmonale Hypertonie bzw. durch entsprechend qualifizierte Fachärzte für Pneumologie und Kardiologie.					

Therap. Gruppe	Dossier Nr.	PRÄPARATE/ (Wirkstoffe) Packungen	Verantwortliche Firma	SHI-Nr.	Aufnahmejahr
03.99		TRIKAFTA (Elexacaftorum, Tezacaftorum, Ivacaftorum)	Vertex Pharmaceu- ticals (CH) GmbH		
	21144	Filmtabl Blist 84 Stk Fr. 18325.55 (17638.59)		67773001	01.02.2021, A
<p>Nach Kostengutsprache der Versicherer und vorgängiger Evaluation durch den Vertrauensarzt. Nur zur Behandlung von Patienten mit zystischer Fibrose (CF) ab 12 Jahren, die entweder homozygot für die F508del Mutation im CFTR-Gen (Cystic Fibrosis Transmembrane Conductance Regulator) sind oder heterozygot für die F508del-Mutation im CFTR-Gen und eine Minimalfunktions (MF)-Mutation aufweisen. Die Indikationsstellung, Erstverordnung und die Therapieüberwachung müssen von einem Zentrum mit Erfahrung in der Behandlung der zystischen Fibrose (Siehe Liste der Swiss Working Group CF; http://www.sgpp-sspp.ch) erfolgen. Einsatz nur bei Patienten mit</p> <ul style="list-style-type: none"> – Diätberatung vor Therapiebeginn UND bestehender und fortzusetzender Atemphysiotherapie und Inhalationstherapie UND – einem FEV1 < 90% vor Behandlungsbeginn ODER – mehrmaligen pulmonalen Exazerbationen pro Jahr ODER – regelmässigen Antibiotikabehandlungen ODER – einer mittels bildgebenden Verfahren (CT oder MRT) nachgewiesenen Schädigung der Lunge vor Therapiebeginn. <p>Der Therapieverlauf aller mit TRIKAFTA behandelte CF-Patienten muss alle 3 Monate im europäischen CF-Register (https://www.ecfs.eu/ecfspr) erfasst werden (Anamnese, Lungenfunktion, Dosierung, Compliance, Therapieunterbrüche):</p> <ul style="list-style-type: none"> – Bei allen Patienten muss vor Therapie-Beginn ein Ausgangswert für FEV1 (%) bestimmt werden. – Bei allen Patienten muss vor Therapie-Beginn ein Ausgangswert für den Schweisschlorid-Level bestimmt werden. Diese Messung ist einmal nach 3 Monaten zu wiederholen und die Werte sind im Register zu erfassen. – Die Anzahl pulmonaler Exazerbationen in den 2 Jahren vor der Therapie ist anzugeben. – Das FEV1 (%) ist während der Therapie alle drei Monate zu messen. – Alle stationären Spital-Aufenthalte sind im Register zu erfassen (Anzahl der Spittage). – Die Anzahl und die Dauer aller pulmonalen Exazerbationen sind im Register festzuhalten. – Bei einer pulmonalen Exazerbation ist die antibiotische Therapie wie folgt zu erfassen: Wirkstoff-Bezeichnung des Antibiotikums; Dauer der Antibiotikatherapie; intravenös vs. peroral vs. inhalativ; stationär vs. ambulant. – Pulmonale Exazerbationen und der Antibiotikabedarf sind alle 6 Monate nach Therapiebeginn zu dokumentieren. – Bei einem Therapieabbruch ist der Grund für den Abbruch anzugeben. <p>Die Therapie ist nach 6 und 12 Monaten nur fortzuführen, wenn</p> <ul style="list-style-type: none"> – keine anhaltende Verschlechterung der Lungenfunktion gegenüber dem Ausgangswert ODER – eine Reduktion der Anzahl klinisch relevanter pulmonaler Exazerbationen (mit Hospitalisation, i. v. Antibiotikatherapie) eintritt. <p>Die Vertex Pharmaceuticals (CH) GmbH vergütet dem Krankenversicherer, bei dem die versicherte Person zum Zeitpunkt des Bezugs versichert war, resp. der IV, auf deren erste Aufforderung hin für jede bezogene Packung TRIKAFTA einen festgelegten Anteil des Fabrikabgabepreises zurück. Sie gibt dem Krankenversicherer die Höhe der Rückvergütung bekannt. Die Mehrwertsteuer kann nicht zusätzlich zu diesem Anteil des Fabrikabgabepreises zurückgefordert werden.</p> <p>Kontakt: Vertex Pharmaceuticals (CH) GmbH Pricing & Market Access Baarerstrasse 88, 6300 Zug E-Mail: PMA-CH@vrtx.com</p>					
05.02		ALFUZOSIN MEPHA RETARD (Alfuzosini hydrochloridum)	Mepha Pharma AG		
G	21190	Ret Tabl 10 mg Blist 10 Stk Fr. 14.10 (5.15)		68138001	01.02.2021, B
	21190	Ret Tabl 10 mg Blist 30 Stk Fr. 29.10 (14.65)		68138002	01.02.2021, B
	21190	Ret Tabl 10 mg Blist 90 Stk Fr. 62.45 (40.15)		68138003	01.02.2021, B
05.99		DUTASTERID TAMSULOSIN SANDOZ ECO (Dutasteridum, Tamsulosini hydrochloridum)	Sandoz Pharmaceu- ticals AG		
G	21138	Kaps 0.5/0.4 mg Blist 9 Stk Fr. 9.55 (4.76)		67835001	01.02.2021, B
	21138	Kaps 0.5/0.4 mg Blist 30 Stk Fr. 34.60 (15.87)		67835002	01.02.2021, B
	21138	Kaps 0.5/0.4 mg Blist 90 Stk Fr. 71.05 (47.61)		67835003	01.02.2021, B
07.06		BYDUREON BCISE DEPOT (Exenatidum)	AstraZeneca AG		
	21192	Inj Susp 2 mg Autoinjektor Injektor 4 Stk Fr. 124.95 (94.55)		67503001	01.02.2021, B
<p>Zur Behandlung von Patienten mit einem Typ 2 Diabetes mellitus; in ausschliesslich folgenden Kombinationstherapien, wenn durch diese oralen Antidiabetika keine ausreichende Blutzuckerkontrolle erreicht wird.</p> <ul style="list-style-type: none"> – Als Zweifachkombination mit Metformin, einem Sulfonylharnstoff oder einem Thiazolidindion. – Als Dreifachkombination mit einer Kombination aus Metformin und einem Sulfonylharnstoff oder Metformin und einem Thiazolidindion. <p>Mindestens BMI 28. Zusätzliche Medikamente zur Gewichtsreduktion werden nicht vom Krankenversicherer vergütet.</p>					

Therap. Gruppe	Dossier Nr.	PRÄPARATE/ (Wirkstoffe) Packungen	Verantwortliche Firma	SHI-Nr.	Aufnahmejahr
07.10.10 G		NUROFEN JUNIOR FORTE (Ibuprofenum)	Reckitt Benckiser (Schweiz) AG		
	21070	Susp 200 mg/5 ml Fl 100 ml Fr. 8.65 (3.98)		66852003	01.02.2021, B
Vergütung nur für Kinder und Jugendliche bis 18 Jahren.					
07.13.10		CARIBAN (Doxylamini hydrogenosuccinas, Pyridoxini hydrochloridum)	Effik SA		
	21148	Ret Kaps 10 mg/10 mg Blist 24 Stk Fr. 36.55 (17.57)		67670001	01.02.2021, B
07.16.10		BESPONSA (Inotuzumabum ozogamicinum)	Pfizer AG		
	20696	Trockensub 1 mg Durchstf 1 Stk Fr. 12033.85 (11500.33)		66022001	01.02.2018, A
<p>BESPONSA wird nach Kostengutsprache durch den Krankenversicherer nach vorgängiger Konsultation des Vertrauensarztes zur Behandlung von erwachsenen Patienten mit CD22-positiver, rezidivierender oder refraktärer B-Vorläuferzellen-ALL (akute lymphoblastische Leukämie) eingesetzt. Erwachsene Patienten mit Philadelphia Chromosom positiver (Ph+) rezidivierender oder refraktärer B-Vorläuferzellen-ALL sollten Therapieversagen bei einer Vorbehandlung mit mindestens einem Tyrosin Kinase Inhibitor (TKI) gezeigt haben. Eine Behandlung mit BESPONSA soll an spezialisierten hämatologischen Zentren erfolgen, welche die Infrastruktur, die Fachkenntnisse und die Erfahrung im Management von ALL-Patienten aufweisen.</p> <p>BESPONSA kann bei Patienten, bei denen keine Transplantation von hämatopoetischen Stammzellen (HSCT) folgt, für maximal 6 Zyklen eingesetzt werden, wird jedoch für maximal 3 Zyklen vergütet. Patienten, bei denen eine HSCT folgt, können während 2 Zyklen behandelt werden. Ein dritter Zyklus kann für Patienten in Betracht gezogen werden, die nach zwei Zyklen keine komplette Remission (CR) oder komplette Remission mit inkompletter hämatologischer Regeneration (CRI) mit minimaler Resterkrankungs- (MRD) Negativität erreicht haben.</p> <p>Muss BESPONSA für mehr als 3 Zyklen eingesetzt werden, vergütet die Pfizer AG im Rahmen einer Behandlung mit BESPONSA nach Aufforderung durch denjenigen Krankenversicherer, bei dem die versicherte Person zum Zeitpunkt des Bezugs versichert war, ab dem 4. Zyklus resp. ab der 11. Packung BESPONSA den Fabrikabgabepreis an den Krankenversicherer zurück. Die Mehrwertsteuer kann nicht zusätzlich zu den Rückvergütungsbeträgen zurückgefordert werden. Die Aufforderung zur Rückvergütung soll innerhalb von 6 Monaten nach Verabreichung erfolgen.</p>					
07.16.10		DARZALEX (Daratumumabum)	Janssen-Cilag AG		
	20589	Inf Konz 100 mg/5 ml Durchstf 5 ml Fr. 546.10 (461.43)		66072001	01.06.2017, A
	20589	Inf Konz 100 mg/5 ml Durchstf 5 ml Fr. 546.10 (461.43)		66072001	01.06.2017, A
	20589	Inf Konz 400 mg/20 ml Durchstf 20 ml Fr. 2052.95 (1815.77)		66072002	01.06.2017, A
	20589	Inf Konz 400 mg/20 ml Durchstf 20 ml Fr. 2052.95 (1815.77)		66072002	01.06.2017, A
<p>Nach Kostengutsprache durch den Krankenversicherer nach vorgängiger Konsultation des Vertrauensarztes.</p> <p>Nur bis zur Progression der Krankheit.</p> <p>Nur als Monotherapie zur Behandlung von auf die letzte Therapie refraktäre Patienten in der vierten Linie des Multiplen Myeloms, bei Patienten die mindestens 3 frühere Therapielinien erhalten haben, einschliesslich >1 Proteasomen-Inhibitoren (PI) und >1 immunmodulatorischen Wirkstoffe (IMiD) und noch nie mit DARZALEX behandelt wurden oder als Monotherapie zur Behandlung von auf die letzte Therapie refraktäre Patienten in der vierten Linie des Multiplen Myeloms bei Patienten, die gegenüber >1 PI und IMiD doppel-refraktär waren und noch nie mit DARZALEX behandelt wurden.</p> <p>Die Kostengutsprache gilt zunächst für 4 Wochen und wird vom Krankenversicherer nur dann verlängert werden, wenn der behandelnde Arzt dem Krankenversicherer nach 4 Wochen meldet, dass die Therapie fortgesetzt wird. In diesem Fall ist die Verlängerung der Kostengutsprache ohne Einforderung weiterer Unterlagen zu gewähren. Wird die Therapie nach 4 Wochen nicht fortgesetzt, vergütet die Janssen-Cilag AG nach Aufforderung durch denjenigen Krankenversicherer, bei dem die versicherte Person zum Zeitpunkt des Bezuges versichert war, die Kosten für die bis zu diesem Zeitpunkt abgegebenen Packungen bzw. Mengen von Darzalex zurück. Die Mehrwertsteuer kann nicht zusätzlich zu diesem Betrag zurückgefordert werden. Die Aufforderung zur Rückvergütung soll in der Regel innerhalb von 6 Monaten erfolgen.</p> <p>Folgender Code ist an den Krankenversicherer zu übermitteln: 20589.01</p>					

Therap. Gruppe	Dossier Nr.	PRÄPARATE/ (Wirkstoffe) Packungen	Verantwortliche Firma	SHI-Nr.	Aufnahmejahr
07.16.10		DARZALEX SC (Daratumumabum)	Janssen-Cilag AG		
	21150	Inj Lös 1800 mg/15 ml Durchstf 15 ml Fr. 5829.50 (5447.31)		67689001	01.11.2020, A
	21150	Inj Lös 1800 mg/15 ml Durchstf 15 ml Fr. 5829.50 (5447.31)		67689001	01.11.2020, A

Nach Kostengutsprache durch den Krankenversicherer nach vorgängiger Konsultation des Vertrauensarztes.

Nur bis zur Progression der Krankheit.

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

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

Folgender Code ist an den Krankenversicherer zu übermitteln: 20589.01

07.16.10 6		FULVESTRANT MYLAN (Fulvestrantum)	Mylan Pharma GmbH		
	21198	Inj Lös 250 mg/5 ml Fertspr 2 Stk Fr. 517.20 (436.23)		67151002	01.02.2021, B

Behandlung von postmenopausalen Patientinnen (natürliche oder induzierte Menopause) mit lokal fortgeschrittenem oder metastasierendem Östrogenrezeptor-positivem Mammakarzinom, die auf eine andere antihormonelle Therapie nicht oder nicht mehr ansprechen.

07.16.10		LENVIMA (Lenvatinibum)	Eisai Pharma AG		
	20408	Kaps 4 mg 30 Stk Fr. 1860.30 (1640.11)		65512001	01.10.2015, A
	20408	Kaps 4 mg 30 Stk Fr. 1860.30 (1640.11)		65512001	01.10.2015, A
	20408	Kaps 10 mg 30 Stk Fr. 1860.30 (1640.11)		65512002	01.10.2015, A
	20408	Kaps 10 mg 30 Stk Fr. 1860.30 (1640.11)		65512002	01.10.2015, A

Befristete Limitation bis 28.02.2021

Differenziertes Schilddrüsenkarzinom (DTC)

Radiojod-refraktäres, lokal fortgeschrittenes oder metastasierendes, progredientes, differenziertes Schilddrüsenkarzinom. Es werden nur die Dosierungen gemäss Fachinformation vergütet (24 mg, 20 mg, 14 mg, 10 mg oder tiefere Dosierungen).

Befristete Limitation bis 28.02.2021

Hepatozelluläres Karzinom (HCC)

Als Monotherapie zur Erstlinientherapie des fortgeschrittenen, nicht-reserzierbaren Leberzellkarzinoms bei Patienten, für welche alle folgenden Kriterien zutreffen:

- weniger als 50% der Leber sind vom Karzinom befallen
- es liegt keine Tumordinvasion in den Gallengang oder den Hauptportalvenenarm der Pfortader vor
- ECOG Status 0-1
- Child-Pugh A
- BCLC-Stadium B, wenn eine TACE (transarterielle Chemoembolisation) nicht infrage kommt oder BCLC-Stadium C
- Keine gleichzeitige Verabreichung von HAIC (hepato-arterielle Infusion einer Chemotherapie).

Es werden nur die Dosierungen von einmal täglich 12 mg, 8 mg oder 4 mg gemäss Fachinformation vergütet.

07.16.10		MEKINIST (Trametinibum)	Novartis Pharma Schweiz AG		
	20484	Filmtabl 0.5000 mg 7 Stk Fr. 394.50 (329.36)		65883001	01.07.2016, A
	20484	Filmtabl 0.5000 mg 7 Stk Fr. 394.50 (329.36)		65883001	01.07.2016, A
	20484	Filmtabl 0.5000 mg 30 Stk Fr. 1609.60 (1411.53)		65883002	01.07.2016, A
	20484	Filmtabl 0.5000 mg 30 Stk Fr. 1609.60 (1411.53)		65883002	01.07.2016, A
	20484	Filmtabl 2 mg 7 Stk Fr. 1506.40 (1317.42)		65883003	01.07.2016, A
	20484	Filmtabl 2 mg 7 Stk Fr. 1506.40 (1317.42)		65883003	01.07.2016, A
	20484	Filmtabl 2 mg 30 Stk Fr. 6033.25 (5646.10)		65883004	01.07.2016, A
	20484	Filmtabl 2 mg 30 Stk Fr. 6033.25 (5646.10)		65883004	01.07.2016, A

Melanom metastasierend

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

Die Firma Novartis Pharma Schweiz AG vergütet nach Aufforderung durch denjenigen Krankenversicherer, bei dem die versicherte Person zum Zeitpunkt des Bezuges versichert war, auf die Kombination von Mekinist und Tafinlar dem Krankenversicherer für jede bezogene Packung Mekinist (=Indikator für einen Behandlungszyklus) einen Prozentsatz von 19.51% auf den Fabrikabgabepreis jeder Mekinist-Packung. Die Mehrwertsteuer kann nicht zusätzlich zu diesem Anteil des Fabrikabgabepreises zurückgefordert werden. Die Aufforderung zur Rückvergütung soll in der Regel innerhalb von 3 Monaten nach Verabreichung erfolgen.

Therap. Gruppe	Dossier Nr.	PRÄPARATE/ (Wirkstoffe) Packungen	Verantwortliche Firma	SHI-Nr.	Aufnahmejahr
07.16.10		REVLIMID (Lenalidomidum)	Celgene GmbH		
	18541	Kaps 5 mg 21 Stk Fr. 5423.00 (5050.71)		57712001	15.07.2008, A
	18541	Kaps 10 mg 21 Stk Fr. 5694.00 (5315.13)		57712002	15.07.2008, A
	18541	Kaps 15 mg 21 Stk Fr. 5971.85 (5586.20)		57712003	15.07.2008, A
	18541	Kaps 25 mg 21 Stk Fr. 6544.90 (6145.26)		57712004	15.07.2008, A
	18541	Kaps 2.500 mg 21 Stk Fr. 5287.45 (4918.50)		57712006	01.06.2017, A
	18541	Kaps 7.500 mg 21 Stk Fr. 5558.50 (5182.92)		57712007	01.06.2017, A
	18541	Kaps 20 mg 21 Stk Fr. 6258.35 (5865.73)		57712005	01.06.2017, A
Zur Behandlung von					
– erwachsenen Patienten mit unbehandeltem multiplem Myelom, die nicht transplantierbar sind, in Kombination mit Dexamethason oder in Kombination mit Melphalan und Prednison, jeweils gefolgt von einer Revlimid Erhaltungstherapie bis zur Progression oder Unverträglichkeit (Indikationscode: 18541.01),					
– Patienten mit multiplem Myelom, die wenigstens eine vorangegangene medikamentöse Therapie erhalten haben in Kombination mit Dexamethason (Indikationscode: 18541.02),					
– Patienten mit transfusionsabhängiger Anämie infolge von myelodysplastischem Syndrom mit niedrigem oder intermediärem Risiko 1 in Verbindung mit einer zytogenetischen Deletion 5q-Anomalie mit oder ohne weitere zytogenetische Anomalien (Indikationscode: 18541.03).					
Nach vorgängiger Kostengutsprache durch den Krankenversicherer nach vorheriger Konsultation des Vertrauensarztes. Der Indikationscode ist an den Krankenversicherer zu übermitteln.					
07.16.10		TAFINLAR (Dabrafenibum)	Novartis Pharma Schweiz AG		
	20115	Kaps 50 mg 28 Stk Fr. 957.95 (820.18)		62781001	01.02.2014, A
	20115	Kaps 50 mg 28 Stk Fr. 957.95 (820.18)		62781001	01.02.2014, A
	20115	Kaps 50 mg 120 Stk Fr. 3848.95 (3515.06)		62781002	01.02.2014, A
	20115	Kaps 50 mg 120 Stk Fr. 3848.95 (3515.06)		62781002	01.02.2014, A
	20115	Kaps 75 mg 28 Stk Fr. 1410.80 (1230.27)		62781003	01.02.2014, A
	20115	Kaps 75 mg 28 Stk Fr. 1410.80 (1230.27)		62781003	01.02.2014, A
	20115	Kaps 75 mg 120 Stk Fr. 5650.40 (5272.59)		62781004	01.02.2014, A
	20115	Kaps 75 mg 120 Stk Fr. 5650.40 (5272.59)		62781004	01.02.2014, A
Melanom metastasierend					
Trametinib in Kombination mit Dabrafenib ist angezeigt zur Behandlung von erwachsenen Patienten mit nicht resezierbarem oder metastasiertem Melanom mit einer BRAF-V600-Mutation (V600E oder V600K). Therapie nur bis zur Progression der Krankheit. Die Behandlung bedarf der Kostengutsprache durch den Krankenversicherer nach vorgängiger Konsultation des Vertrauensarztes.					
Die Firma Novartis Pharma Schweiz AG vergütet nach Aufforderung durch denjenigen Krankenversicherer, bei dem die versicherte Person zum Zeitpunkt des Bezugs versichert war, auf die Kombination von Mekinist und Tafinlar dem Krankenversicherer für jede bezogene Packung Mekinist (=Indikator für einen Behandlungszyklus) einen Prozentsatz von 19.51% auf den Fabrikabgabepreis jeder Mekinist-Packung. Die Mehrwertsteuer kann nicht zusätzlich zu diesem Anteil des Fabrikabgabepreises zurückgefordert werden. Die Aufforderung zur Rückvergütung soll in der Regel innerhalb von 3 Monaten nach Verabreichung erfolgen.					
07.99 G		ALENDRONAT ZENTIVA WOCHENTABLETTEN (Acidum alendronicum)	Helvepharm AG		
	21189	Tabl 70 mg Blist 4 Stk Fr. 33.60 (15.00)		58839003	01.02.2021, B
	21189	Tabl 70 mg Blist 12 Stk Fr. 66.20 (43.39)		58839004	01.02.2021, B
08.01.93 G		CO-AMOXICILLIN SPIRIG HC (Amoxicillinum anhydricum, Acidum clavulanicum)	Spirig HealthCare AG		
	21193	Filmtabl 625 mg Blist 10 Stk Fr. 17.50 (8.08)		67240001	01.02.2021, A
	21193	Filmtabl 625 mg Blist 20 Stk Fr. 28.75 (14.31)		67240002	01.02.2021, A
	21201	Filmtabl 1000 mg Blist 12 Stk Fr. 28.35 (14.00)		67241001	01.02.2021, A
	21201	Filmtabl 1000 mg Blist 20 Stk Fr. 39.90 (20.46)		67241002	01.02.2021, A
53.02 K		BEXIN EFEU HUSTENSIRUP (Hederae folii extractum ethanolicum siccum DER: 4-8:1)	Spirig HealthCare AG		
	21186	Sirup Fl 100 ml Fr. 8.25 (4.46)		67808001	01.02.2021, D

Therap. Gruppe	Dossier Nr.	PRÄPARATE/ (Wirkstoffe) Packungen	Verantwortliche Firma	SHI-Nr.	Aufnahmejahr
II. Andere Packungen und Dosierungen					
03.04.50		NUCALA (Mepolizumabum)	GlaxoSmithKline AG		
	21053	Inj Lös 100 mg/ml FertigpenFertpen 3 Stk Fr. 4026.05 (3687.87)		67350002	01.02.2021, B
<p>Nach Kostengutsprache durch den Krankenversicherer nach vorgängiger Konsultation des Vertrauensarztes. Die Verschreibung darf ausschliesslich durch Fachärzte für Pneumologie, Allergologie und Immunologie erfolgen. Als Zusatztherapie mit einer Dosierung von maximal 100 mg alle 4 Wochen bei Erwachsenen ab 18 Jahren mit schwerem eosinophilem Asthma, gekennzeichnet durch folgende Kriterien: Eine Eosinophilenzahl im Blut von ≥ 0.4 G/L und mindestens 4 klinisch relevante Exazerbationen in den vorausgegangenen 12 Monaten trotz maximal möglichen Dosierungen auf GINA-Stufe 4 (hochdosierte inhalative Kortikosteroide plus zusätzlicher Controller), die eine intermittierende Behandlung mit systemischen Kortikosteroiden benötigten ODER Eine Eosinophilenzahl im Blut von ≥ 0.4 G/L bevor eine Behandlung mit systemischen Kortikosteroiden begonnen worden war und mindestens 2 klinisch relevanten Exazerbationen in den vergangenen 12 Monaten bei Patienten/ -Innen, die nur aufgrund einer Erhaltungstherapie für mindestens 6 Monate in den letzten 12 Monaten mit systemischen Kortikosteroiden (GINA-Stufe 5) eine Krankheitskontrolle erreichen. Spätestens nach 8 Gaben und anschliessend jährlich ist der Therapieerfolg durch einen Facharzt der Pneumologie, Allergologie oder Immunologie zu überprüfen. Die Fortsetzung der Therapie nach dieser Überprüfung bedarf einer weiteren Kostengutsprache bei bestätigtem Therapieerfolg. Ein Therapieerfolg entspricht: – bei Behandlung auf GINA-Stufe-4: eine Reduktion von mindestens 50 % der Exazerbationen im Vergleich zu Therapiebeginn und im Folgenden maximal gleichbleibender Exazerbationsrate ODER – bei Behandlung auf GINA-Stufe-5 mit systemischen Kortikosteroiden: Reduktion der Exazerbationsrate bei maximal gleichbleibender oder reduzierter Dosis der oralen Steroide und im Folgenden maximal gleichbleibender Exazerbationsrate bei stabiler Dosis der oralen Steroide ODER Senkung der oralen Steroiddosis bei maximal gleichbleibender Exazerbationsrate auf 50% der Ausgangs Prednison-Äquivalente und im Folgenden gleichbleibender oder weiter reduzierter Steroiddosis bei maximal gleichbleibender Exazerbationsrate ODER Wechsel auf GINA-Stufe 4 bei nicht mehr als 2 Exazerbationen jährlich und im Folgenden maximal gleichbleibender oder weiter verringerter Exazerbationsrate. Nicht in Kombination mit anderen monoklonalen Antikörpern zur Behandlung des schweren Asthmas.</p>					
06.01.10		ADYNOVI (Rurioctocogum alfa pegolum)	Takeda Pharma AG		
	20527	Trockensub 1500 IE cum Solv 2 ml Stk Fr. 1414.75 (1340.22)		65953016	01.02.2021, B
	20527	Trockensub 3000 IE cum Solv 5 ml Stk Fr. 2788.45 (2680.44)		65953017	01.02.2021, B
<p>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>					
07.12 G		ATORVASTATIN MEPHA (Atorvastatinum)	Mepha Pharma AG		
	20239	Lactabs 10 mg 90 Stk Fr. 64.90 (42.25)		61322025	01.02.2021, B
	20239	Lactabs 20 mg 90 Stk Fr. 64.90 (42.25)		61322026	01.02.2021, B
07.12 G		EZETIMIB SIMVASTATIN AXAPHARM (Simvastatinum, Ezetimibum)	Axapharm AG		
	20976	Tabl 10/80 mg Blist 28 Stk Fr. 39.45 (20.06)		67250007	01.02.2021, B
	20976	Tabl 10/80 mg Blist 98 Stk Fr. 96.95 (70.16)		67250008	01.02.2021, B
07.13.10 G		DESLORATADIN AXAPHARM (Desloratadinum)	Axapharm AG		
	20988	Filmtabl 5 mg Blist 90 Stk Fr. 42.40 (22.66)		67123004	01.02.2021, B
08.03 G		TENOFOVIR MYLAN (Tenofovirum disoproxilum)	Mylan Pharma GmbH		
	20910	Filmtabl 245 mg Blist 30 Stk Fr. 254.15 (207.11)		67014004	01.02.2021, A
08.09		CUVITRU (Immunoglobulinum humanum normale)	Takeda Pharma AG		
	20571	Inj Lös 10 g/50 ml Durchstf 50 ml Fr. 720.95 (613.70)		65992005	01.02.2021, B
<p>Zur Behandlung des Antikörpermangelsyndroms. Nach Kostengutsprache des Krankenversicherers.</p>					

Therap. Gruppe	Dossier Nr.	PRÄPARATE/ (Wirkstoffe) Packungen	Verantwortliche Firma	SHI-Nr.	Datum der Streichung
III. Neu gestrichene Präparate/Packungen					
01.07.10		TIMONIL 300 RETARD (Carbamazepinum)	Desitin Pharma GmbH		
	15005	Ret Tabl 300 mg 50 Stk Fr. 19.70 (10.00)		47127001	01.02.2021, B
02.07.10 6		TADALAFIL PAH SPIRIG HC (Tadalafilum)	Spirig HealthCare AG		
	20929	Filmtabl 20 mg Blist 56 Stk Fr. 568.50 (480.92)		66701001	01.02.2021, B
04.01		ALUCOL (Magnesii hydroxidum, Aluminii oxidum hydricum (Algeldratum))	Melisana AG		
	20289	Kautabl 24 Stk Fr. 7.85 (4.25)		23128039	01.02.2021, D
	20289	Kautabl 72 Stk Fr. 20.00 (10.83)		23128047	01.02.2021, D
07.10.10		TORA-DOL (Ketorolacum trometamolium)	Recordati AG		
	15951	Inj Lös 30 mg/ml Amp 5 Stk Fr. 15.40 (6.26)		48802028	01.02.2021, B
07.16.10		TRISENOX (Arseni trioxidum)	Teva Pharma AG		
	20282	Inf Konz 10 mg/10 ml 10 Amp 10 ml Fr. 3903.30 (3568.10)		65178001	01.02.2021, A

PRÄPARATE / (Wirkstoffe) Packungen	Verantwortliche Firma	Therap. Gruppe	Dossier Nr.	Preis neu	Ex-Fact. neu
IV. Preissenkungen					
IV.a. Preisänderung nach 1 Jahr SL-Aufnahme					
AJOVY	Teva Pharma AG	020510			
Inj Lös 225 mg/1.5 ml Fertspr 1.5 ml			20977	535.00	451.76
Inj Lös 225 mg/1.5 ml 3 Fertspr 1.5 ml			20977	1523.05	1332.62
Inj Lös 225 mg/1.5 ml s.c. Fertpen 1.5 ml			20977	535.00	451.76
VEYVONDI	Takeda Pharma AG	060110			
Trockensub 650 IE c Solv Set 1 Stk			20843	587.15	532.84
Trockensub 1300 IE c Solv Set 1 Stk			20843	1133.30	1065.68
IV.b. Preisänderung nach 3-jährlicher Überprüfung der Aufnahmebedingungen					
ACARIZAX LYOPHILISAT ZUM EINNEHMEN	ALK-Abelló AG	071330			
Subling Tabl 12 SQ-HDM Ds 30 Stk			20553	116.70	87.37
Subling Tabl 12 SQ-HDM Ds 90 Stk			20553	317.30	262.12
ALUCOL GEL	Melisana AG	040100			
Susp Pfefferminz Fl 130 ml			11518	5.55	3.01
Susp Pfefferminz Fl 500 ml			11518	17.20	9.31
Susp Frucht Fl 130 ml			11518	5.55	3.01
Susp Frucht Fl 500 ml			11518	17.20	9.31
BUDENOFALK	Dr. Falk Pharma AG	049900			
Kaps 3 mg 50 Stk			17225	78.55	54.12
Kaps 3 mg 100 Stk			17225	133.45	101.94
COSENTYX	Novartis Pharma Schweiz AG	071500			
Inj Lös 150 mg/1 ml Fertspr 1 Stk			20311	738.30	628.82
Inj Lös 150 mg/1 ml Fertspr 2 Stk			20311	1440.80	1257.63
Trockensub 150 mg Durchstf 1 Stk			20311	738.30	628.82
COSENTYX SENSOREADY	Novartis Pharma Schweiz AG	071500			
Inj Lös 150 mg/1 ml Fertpen 1 Stk			20316	738.30	628.82
Inj Lös 150 mg/1 ml Fertpen 2 Stk			20316	1440.80	1257.63
DOCETAXEL ACCORD	Accord Healthcare AG	071610			
Inf Konz 20 mg/ml Durchstf 1 Stk			21008	89.50	63.69
Inf Konz 80 mg/4 ml Durchstf 1 Stk			21008	308.85	254.75
Inf Konz 160 mg/8 ml Durchstf 1 Stk			21008	601.30	509.50
DOCETAXEL FRESENIUS	Fresenius Kabi (Schweiz) AG	071610			
Inf Konz 20 mg/1 ml Durchstf 1 Stk.			20048	89.50	63.69
Inf Konz 80 mg/4 ml Durchstf 1 Stk.			20048	308.85	254.75
Inf Konz 120 mg/6 ml Durchstf 1 Stk.			20048	455.10	382.13
Inf Konz 160 mg/8 ml Durchstf 1 Stk.			20048	601.30	509.50
DOCETAXEL SANDOZ	Sandoz Pharmaceuticals AG	071610			
Inf Konz 20 mg/2 ml Durchstf 1 Stk			19798	89.50	63.69
Inf Konz 80 mg/8 ml Durchstf 1 Stk			19798	308.85	254.75
Inf Konz 160 mg/16 ml 16 ml			19798	601.30	509.50
DOCETAXEL TEVA	Teva Pharma AG	071610			
Inf Konz 20 mg/1 ml Durchstf 1 Stk			19787	91.00	64.98
Inf Konz 80 mg/4 ml Durchstf 1 Stk			19787	308.85	254.75
Inf Konz 140 mg/7 ml Durchstf 1 Stk			19787	531.50	448.69
DOCETAXEL ZENTIVA	Helvepharm AG	071610			
Inf Konz 20 mg/1 ml Durchstf 1 Stk			19794	90.95	64.96
Inf Konz 80 mg/4 ml Durchstf 1 Stk			19794	308.85	254.75

PRÄPARATE / (Wirkstoffe) Packungen	Verantwortliche Firma	Therap. Gruppe	Dossier Nr.	Preis neu	Ex-Fact. neu
ESTROFEM N Filmtabl 1 mg 28 Stk Filmtabl 2 mg 28 Stk	Novo Nordisk Pharma AG	070820	12815 12815	8.65 9.45	3.95 4.67
FEMOSTON Tabl 1/10 mg 28 Stk Tabl 2/10 mg 28 Stk	Mylan Pharma GmbH	070860	16799 16799	15.15 16.10	6.05 6.87
GRAZAX LYOPHILISAT ORAL Tabl 75000 SQ-T 30x 1 Dosen Tabl 75000 SQ-T 100x 1 Dosen	ALK-Abelló AG	071330	18694 18694	125.05 378.60	94.66 315.50
INSULIN LEVEMIR FLEXPEN Inj Lös Fertipgen 5 Fertpen 3 ml	Novo Nordisk Pharma AG	070610	17979	81.90	57.06
INSULIN LEVEMIR PENFILL Inj Lös Patrone 5x 3 ml	Novo Nordisk Pharma AG	070610	17980	77.20	52.96
LANTUS Inj Lös 100 E/ml SoloStar Pen 5x 3 ml Inj Lös 100 E/ml Klikstar/OptiPen/ JuniorSt 5 Amp 3 ml	Sanofi-Aventis (Suisse) SA	070610	18640 17870	83.70 81.85	58.64 57.02
NAVELBINE Kaps 20 mg 1 Stk Kaps 30 mg 1 Stk	Pierre Fabre Pharma AG	071610	18116 18116	63.35 86.85	40.90 61.35
NOVOFEM Filmtabl Disp 28 Stk	Novo Nordisk Pharma AG	070860	17874	14.95	5.89
NYSTALOCAL Creme Tb 20 g	Medinova AG	100942	12836	16.40	7.13
ORALAIR Subling Tabl 300 IR 30 Stk Subling Tabl 300 IR 90 Stk	Stallergenes AG	071330	19463 19463	122.35 334.25	92.29 276.88
ORALAIR KOMBIPAC Subling Tabl 100 IR/300 IR 31 Stk	Stallergenes AG	071330	19463	120.40	90.60
OTEZLA Filmtabl 30 mg 56 Stk	Amgen Switzerland AG	071500	20374	888.40	759.60
OTEZLA STARTERPACKUNG Filmtabl 4x10,4x20,19x30 mg 27 Stk	Amgen Switzerland AG	071500	20374	430.10	360.38
PACLITAXEL ACCORD Inf Konz 30 mg/5 ml Durchstf 5 ml Inf Konz 100 mg/16.7 ml Durchstf 16.700 ml Inf Konz 150 mg/25 ml Durchstf 25 ml Inf Konz 300 mg/50 ml Durchstf 50 ml Inf Konz 600 mg/100 ml Durchstf 100 ml	Accord Healthcare AG	071610	21091 21091 21091 21091 21091	40.10 93.10 135.00 246.55 453.15	20.64 66.82 103.30 200.47 380.45
PACLITAXEL FRESENIUS Inf Konz 30 mg/5 ml Durchstf 1 Stk Inf Konz 100 mg/16.7 ml Durchstf 1 Stk Inf Konz 300 mg/50 ml Durchstf 1 Stk	Fresenius Kabi (Schweiz) AG	071610	20491 20491 20491	42.50 93.10 246.55	22.72 66.82 200.47
PACLITAXEL LABATEC Inf Konz 30 mg/5 ml Durchstf 8 ml Inf Konz 100 mg/16.7 ml Durchstf 20 ml Inf Konz 300 mg/50 ml Durchstf 50 ml	Labatec Pharma SA	071610	19366 19366 19366	42.50 93.10 246.55	22.72 66.82 200.47

PRÄPARATE / (Wirkstoffe) Packungen	Verantwortliche Firma	Therap. Gruppe	Dossier Nr.	Preis neu	Ex-Fact. neu
PACLITAXEL SANDOZ	Sandoz Pharmaceuticals AG	071610			
Inf Konz 30 mg/5 ml Durchstf 5 ml			18191	40.10	20.66
Inf Konz 100 mg/16.7 ml Durchstf 16.700 ml			18191	94.75	68.24
Inf Konz 150 mg/25 ml Durchstf 25 ml			18191	135.00	103.31
Inf Konz 300 mg/50 ml Durchstf 50 ml			18191	246.55	200.47
PACLITAXEL TEVA LIQUID	Teva Pharma AG	071610			
Inf Konz 30 mg/5 ml Durchstf 1 Stk			18796	42.50	22.72
Inf Konz 100 mg/16.7 ml Durchstf 1 Stk			18796	93.10	66.82
Inf Konz 150 mg/25 ml Durchstf 1 Stk			18796	146.70	113.51
Inf Konz 300 mg/50 ml Durchstf 1 Stk			18796	246.55	200.47
STALORAL 300 3 BÄUM	Stallergenes AG	071330			
Lös 10IR/ml 2x300IR/ml N 3 Fl 10 ml			20246	223.30	180.22
STALORAL 300 3 BÄUME	Stallergenes AG	071330			
Lös 300 IR/ml neu 3 Fl 10 ml			20246	301.45	248.30
STALORAL 300 BIRKE	Stallergenes AG	071330			
Lös 10IR/ml 2x300IR/ml N 3 Fl 10 ml			18953	223.30	180.22
Lös 300 IR/ml neu 3 Fl 10 ml			18953	301.45	248.30
TAXOTERE	Sanofi-Aventis (Suisse) SA	071610			
Inf Konz 20 mg/ml Durchstf 1 ml			16819	102.40	74.92
Inf Konz 80 mg/4 ml Durchstf 4 ml			16819	360.45	299.71
TOUJEO SOLOSTAR	Sanofi-Aventis (Suisse) SA	070610			
Inj Lös 300 E/ml Pen 3 x 1.500 ml			20372	69.35	46.13
TRISEQUENS N	Novo Nordisk Pharma AG	070860			
Filmtabl 28 Stk			12814	14.90	5.85
ZOMETA	Novartis Pharma Schweiz AG	079900			
Inf Konz 4 mg/5 ml Durchstf 5 ml			17928	206.75	165.83
IV.c. Freiwillige Preissenkung					
ALOXI	Vifor SA	010900			
Inj Lös 0.250 mg/5 ml Amp 5 ml			18404	74.25	50.40
BRUFEN	Mylan Pharma GmbH	071010			
Filmtabl 400 mg 20 Stk			11185	7.40	2.87
Filmtabl 400 mg 50 Stk			11185	15.75	6.57
Filmtabl 600 mg 20 Stk			14248	8.60	3.90
Filmtabl 600 mg 100 Stk			14248	36.50	17.53
VALTrex	GlaxoSmithKline AG	080300			
Filmtabl 500 mg 10 Stk			16495	28.10	13.77
Filmtabl 500 mg (neu) 10 Stk			16495	28.10	13.77
Filmtabl 500 mg (neu) 30 Stk			16495	63.75	41.25
Filmtabl 500 mg 30 Stk			16495	63.75	41.25
Filmtabl 500 mg 42 Stk			16495	86.60	61.14
Filmtabl 500 mg (neu) 42 Stk			16495	86.60	61.14
VELCADE	Janssen-Cilag AG	071610			
Trockensub 1 mg Durchstf 1 Stk			18054	186.60	148.27

PRÄPARATE / (Wirkstoffe) Packungen	Verantwortliche Firma	Therap. Gruppe	Dossier Nr.	Preis neu	Ex-Fact. neu
IV.d. Normale Preismutation					
BESPONSA Trockensub 1 mg Durchstf 1 Stk	Pfizer AG	071610	20696	12033.85	11500.33
DARZALEX Inf Konz 100 mg/5 ml Durchstf 5 ml	Janssen-Cilag AG	071610	20589	546.10	461.43
Inf Konz 400 mg/20 ml Durchstf 20 ml			20589	2052.95	1815.77
DARZALEX SC Inj Lös 1800 mg/15 ml Durchstf 15 ml	Janssen-Cilag AG	071610	21150	5829.50	5447.31
TREMFYA Inj Lös 100 mg/ml Fertspr Fertspr 1 ml	Janssen-Cilag AG	071500	20752	2527.60	2248.53
Inj Lös 100 mg/1 ml Fertipen Fertpen 1 ml			21007	2527.60	2248.53
IV.e. Preisänderung nach Patentablauf					
FABRAZYME Trockensub 35 mg Durchstf 1 Stk	Sanofi-Aventis (Suisse) SA	071400	17925	3678.00	3348.27

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

V. Limitations-/Indikationsänderungen

DARZALEX	Janssen-Cilag AG	071610			
Inf Konz 100 mg/5ml Durchstf 5 ml			20589	546.10	461.43
Inf Konz 400 mg/20ml Durchstf 10 ml			20589	2052.95	1815.77

Limitation alt:

Befristete Limitation bis 28.02.2022

Nach Kostengutsprache durch den Krankenversicherer nach vorgängiger Konsultation des Vertrauensarztes.

Nur bis zur Progression der Krankheit.

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

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

Limitation neu:

Befristete Limitation bis 31.12.2023

Nach Kostengutsprache durch den Krankenversicherer nach vorgängiger Konsultation des Vertrauensarztes.

Nur bis zur Progression der Krankheit.

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

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

Folgender Code ist an den Krankenversicherer zu übermitteln: 20589.01

Befristete Limitation bis 31.12.2023

Nach Kostengutsprache durch den Krankenversicherer nach vorgängiger Konsultation des Vertrauensarztes.

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

Nur bis zur Progression der Krankheit.

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

Folgender Code ist an den Krankenversicherer zu übermitteln: 20589.02

DARZALEX SC	Janssen-Cilag AG	071610			
Inj Lös 1800mg/15ml Durchstf 15 ml			21150	5829.50	5447.31

Limitation alt:

Befristete Limitation bis 28.02.2022

Nach Kostengutsprache durch den Krankenversicherer nach vorgängiger Konsultation des Vertrauensarztes.

Nur bis zur Progression der Krankheit.

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

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

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

Limitation neu:**Befristete Limitation bis 31.12.2023**

Nach Kostengutsprache durch den Krankenversicherer nach vorgängiger Konsultation des Vertrauensarztes.

Nur bis zur Progression der Krankheit.

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

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

Folgender Code ist an den Krankenversicherer zu übermitteln: 20589.01

Befristete Limitation bis 31.12.2023

Nach Kostengutsprache durch den Krankenversicherer nach vorgängiger Konsultation des Vertrauensarztes.

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

Nur bis zur Progression der Krankheit.

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

Folgender Code ist an den Krankenversicherer zu übermitteln: 20589.02

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 2.500 mg 21 Stk			18541	5287.45	4918.50
Kaps 7.500 mg 21 Stk			18541	5558.50	5182.92
Kaps 20 mg 21 Stk			18541	6258.35	5865.73

Limitation alt:

Zur Behandlung von

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

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

Befristete Limitation bis 30.11.2021

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

Die Vergütung für die ersten 24 Monate effektiver Erhaltungstherapie nach autologer Stammzelltransplantation erfolgt zu den aufgeführten SL-Preisen zum Zeitpunkt des Bezugs. Die Celgene GmbH vergütet bei einer Therapiedauer darüber hinaus (ab Monat 25) nach Aufforderung durch denjenigen Krankenversicherer, bei dem die versicherte Person zum Zeitpunkt des Bezugs versichert war, für jede weitere bezogene Packung REVLIMID 50% des Fabrikabgabepreises zurück.

Die Mehrwertsteuer kann nicht zusätzlich zu diesem Anteil des Fabrikabgabepreises zurückgefordert werden. Die Rückvergütung gilt für Behandlungen, die ab 1. Dezember 2019 initiiert werden.

Befristete Limitation bis 31.05.2021

REVLIMID wird nach Kostengutsprache durch den Krankenversicherer nach vorgängiger Konsultation des Vertrauensarztes in Kombination mit Carfilzomib und Dexamethason zur Behandlung von erwachsenen Patienten mit rezidivierendem 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.

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

Befristete Limitation bis 31.07.2021

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

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

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

Befristete Limitation bis 31.03.2022

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

Die CELGENE GmbH zahlt nach Aufforderung durch denjenigen Krankenversicherer, bei dem die versicherte Person zum Zeitpunkt des Bezugs versichert war, pro Packung REVLIMID 20.88 % des Fabrikabgabepreises an den Krankenversicherer zurück.

Die Forderung einer Rückvergütung durch den Krankenversicherer gilt nur für die Kombination von Ixazomib und REVLIMID und kann nur dann erfolgen, wenn nachweislich beide Medikamente eingesetzt wurden. Wird Ixazomib abgesetzt, kann der Krankenversicherer für die darauffolgende Erhaltungstherapie mit REVLIMID keine Rückvergütung einfordern. Die Mehrwertsteuer kann nicht zusätzlich zu den Rückvergütungsbeträgen zurückgefordert werden.

Befristete Limitation bis 31.12.2021

Kombination REVLIMID, Bortezomib und Dexamethason (Induktion vor Stammzelltransplantation)

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

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

Befristete Limitation bis 31.12.2021

Kombination REVLIMID, Bortezomib und Dexamethason (ohne Stammzelltransplantation)

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

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

Die Celgene GmbH vergütet bei einer Therapiedauer darüber hinaus (ab Monat 25) nach Aufforderung durch denjenigen Krankenversicherer, bei dem die versicherte Person zum Zeitpunkt des Bezugs versichert war, für jede weitere bezogene Packung REVLIMID 50 % des Fabrikabgabepreises zurück.

Die Forderung einer Rückvergütung nach 24 Monaten durch den Krankenversicherer im Rahmen der Erhaltungstherapie mit REVLIMID nach Kombination von REVLIMID, Bortezomib und Dexamethason (RVd) kann nur dann erfolgen, wenn die Kombination aus RVd nachweislich über 16 Wochen appliziert wurde.

Die Mehrwertsteuer kann nicht zusätzlich zu diesem Anteil des Fabrikabgabepreises zurückgefordert werden. Die Rückvergütung gilt für Behandlungen, die ab 1. Januar 2020 initiiert werden.

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

Limitation neu:

Zur Behandlung von

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

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

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

Befristete Limitation bis 30.11.2021

Erhaltungstherapie nach autologer Stammzelltransplantation

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

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

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

Folgender Code ist an den Krankenversicherer zu übermitteln: 18541.04

Befristete Limitation bis 31.12.2021

Kombination REVLIMID, Bortezomib und Dexamethason (Induktion vor Stammzelltransplantation)

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

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

Folgender Code ist an den Krankenversicherer zu übermitteln: 18541.05

Befristete Limitation bis 31.12.2021

Kombination REVLIMID, Bortezomib und Dexamethason (ohne Stammzelltransplantation)

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

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

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

Folgender Code ist an den Krankenversicherer zu übermitteln: 18541.06

Befristete Limitation bis 31.05.2021

Kombination REVLIMID, Carfilzomib und Dexamethason

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

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

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

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

Folgender Code ist an den Krankenversicherer zu übermitteln: 18541.07

Befristete Limitation bis 31.07.2021

Kombination REVLIMID, Elotuzumab und Dexamethason

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

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

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

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

Folgender Code ist an den Krankenversicherer zu übermitteln: 18541.08

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

Befristete Limitation bis 31.03.2022

Kombination REVLIMID, Ixazomib und Dexamethason

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

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

Die Mehrwertsteuer kann nicht zusätzlich zu den Rückvergütungsbeträgen zurückgefordert werden.

Folgender Code ist an den Krankenversicherer zu übermitteln: 18541.09

Befristete Limitation bis 31.12.2023

Kombination REVLIMID, Daratumumab und Dexamethason

Nach Kostengutsprache durch den Krankenversicherer nach vorgängiger Konsultation des Vertrauensarztes.

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

Nur bis zur Progression der Krankheit.

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

Folgender Code ist an den Krankenversicherer zu übermitteln: 18541.10

TREMFYA	Janssen-Cilag AG	071500			
Inj Lös 100 mg/ml Fertspr Fertspr 1 ml			20752	2527.60	2248.53
Inj Lös 100 mg/1ml Fertipen Fertpen 1 ml			21007	2527.60	2248.53

Limitation alt:

Plaque-Psoriasis

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

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

Limitation neu:

Plaque-Psoriasis

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

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

Psoriasis-Arthritis

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

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

Die Janssen-Cilag AG vergütet im Rahmen der Therapie der Psoriasis-Arthritis nach Aufforderung durch denjenigen Krankenversicherer, bei dem die versicherte Person zum Zeitpunkt des Bezugs versichert war, für jede bezogene Tremfya Fertigspritze und jeden Tremfya Fertipen Fr. 138.75 des Fabrikabgabepreises. Die Mehrwertsteuer kann nicht zusätzlich zu den Rückvergütungsbeträgen zurückgefordert werden.

ZIRABEV	Pfizer AG	071610			
Inf Konz 400 mg/16ml Vial 16 ml			21090	1117.50	962.84
Inf Konz 100 mg/4ml Vial 4 ml			21090	312.10	257.57

Limitation alt:

Kolorektalkarzinom

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

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

Lungenkarzinom

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

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

Nierenzellkarzinom

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

Abwicklung der Rückvergütung:

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

Mammakarzinom

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

Abwicklung der Rückvergütung:

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

Ovarialkarzinom

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

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

Zirabev ist indiziert in Kombination mit Topotecan oder pegyliertem liposomalem Doxorubicin zur Behandlung von Patienten mit rezidivierendem, platin-resistentem epithelalem 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 Zirabev bei entsprechender ärztlicher Verordnung bis zur Progression der Krankheit vergütet.

Zervixkarzinom

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

Befristete Limitation bis 30.06.2023

Glioblastom

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

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

Limitation neu:**Kolorektalkarzinom**

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

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

Lungenkarzinom

Nach Kostengutsprache durch den Krankenversicherer nach vorgängiger Konsultation und Genehmigung des Vertrauensarztes zur Erstlinientherapie von Patienten bei nicht-resezierbarem, fortgeschrittenem, metastasiertem oder rezidivierendem, nicht-plattenepithelartigem, nicht-kleinzelligem Lungenkarzinom (NSCLC). Die Dosierung für die Behandlung auf Aufforderung desjenigen Krankenversicherers, bei dem die versicherte Person zum jeweiligen Bezugspunkt versichert war, Fr. 0.64 pro mg Zirabev beträgt 7.5 mg/kg Körpergewicht (KGW) alle 3 Wochen. Die Dosierung von 15 mg/ kg KGW alle 3 Wochen ist nicht kassenzulässig. Nach bis zu 6 Behandlungszyklen in Kombination mit einer Cisplatin- und Gemcitabin-haltigen Chemotherapie wird Zirabev bis zur Progression der Krankheit vergütet.

Nierenzellkarzinom

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

Abwicklung der Rückvergütung:

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

Mammakarzinom

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

Abwicklung der Rückvergütung:

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

Ovarialkarzinom

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

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

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

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

Zervixkarzinom

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

Befristete Limitation bis 30.06.2023

Glioblastom

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

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

ALGIFOR JUNIOR Susp 100 mg/5ml 200 ml	VERFORA SAA	071010	18139	9.80	4.98
Limitation neu: Vergütung nur für Kinder und Jugendliche bis 18 Jahren.					
ALLERGOVIT ALNUS Inj Susp Kombi 2x 3 ml Inj Susp Stärke B 3 ml	Allergopharma AG	071330	19531 19531	433.55 405.10	363.37 338.59
Limitation neu: Zur prä-saisonalen spezifischen Immuntherapie von allergischen [IgE-vermittelten] Krankheiten, wie allergisch bedingter Schnupfen (Rhinitis), allergisch bedingte Entzündung der Augenbindehaut (Konjunktivitis), allergisches Asthma bronchiale usw., die durch Einatmung von nicht vermeidbaren Allergenen ausgelöst werden.					
ALLERGOVIT ALNUS/CORYLUS Inj Susp Kombi 2x 3 ml Inj Susp Stärke B 3 ml	Allergopharma AG	071330	19531 19531	433.55 405.10	363.37 338.59
Limitation neu: Zur prä-saisonalen spezifischen Immuntherapie von allergischen [IgE-vermittelten] Krankheiten, wie allergisch bedingter Schnupfen (Rhinitis), allergisch bedingte Entzündung der Augenbindehaut (Konjunktivitis), allergisches Asthma bronchiale usw., die durch Einatmung von nicht vermeidbaren Allergenen ausgelöst werden.					
ALLERGOVIT ARTEMISIA Inj Susp Kombi 2x 3 ml Inj Susp Stärke B 3 ml	Allergopharma AG	071330	19531 19531	433.55 405.10	363.37 338.59
Limitation neu: Zur prä-saisonalen spezifischen Immuntherapie von allergischen [IgE-vermittelten] Krankheiten, wie allergisch bedingter Schnupfen (Rhinitis), allergisch bedingte Entzündung der Augenbindehaut (Konjunktivitis), allergisches Asthma bronchiale usw., die durch Einatmung von nicht vermeidbaren Allergenen ausgelöst werden.					
ALLERGOVIT BETULA Inj Susp Kombi 2x 3 ml Inj Susp Stärke B 3 ml	Allergopharma AG	071330	19531 19531	433.55 405.10	363.37 338.59
Limitation neu: Zur prä-saisonalen spezifischen Immuntherapie von allergischen [IgE-vermittelten] Krankheiten, wie allergisch bedingter Schnupfen (Rhinitis), allergisch bedingte Entzündung der Augenbindehaut (Konjunktivitis), allergisches Asthma bronchiale usw., die durch Einatmung von nicht vermeidbaren Allergenen ausgelöst werden.					
ALLERGOVIT BETULA/ALNUS/ CORYLUS Inj Susp Kombi 2x 3 ml Inj Susp Stärke B 3 ml	Allergopharma AG	071330	19531 19531	433.55 405.10	363.37 338.59
Limitation neu: Zur prä-saisonalen spezifischen Immuntherapie von allergischen [IgE-vermittelten] Krankheiten, wie allergisch bedingter Schnupfen (Rhinitis), allergisch bedingte Entzündung der Augenbindehaut (Konjunktivitis), allergisches Asthma bronchiale usw., die durch Einatmung von nicht vermeidbaren Allergenen ausgelöst werden.					

PRÄPARATE / (Wirkstoffe) Packungen	Verantwortliche Firma	Therap. Gruppe	Dossier Nr.	Preis neu	Ex-Fact. neu
ALLERGOVIT CORYLUS	Allergopharma AG	071330			
Inj Susp Kombi 2x 3 ml			19531	433.55	363.37
Inj Susp Stärke B 3 ml			19531	405.10	338.59
Limitation neu: Zur prä-saisonalen spezifischen Immuntherapie von allergischen (IgE-vermittelten) Krankheiten, wie allergisch bedingter Schnupfen (Rhinitis), allergisch bedingte Entzündung der Augenbindehaut (Konjunktivitis), allergisches Asthma bronchiale usw., die durch Einatmung von nicht vermeidbaren Allergenen ausgelöst werden.					
ALLERGOVIT MIX GRAM/ARTE/SEC/ PLANT	Allergopharma AG	071330			
Inj Susp Kombi 2x 3 ml			19531	433.55	363.37
Inj Susp Stärke B 3 ml			19531	405.10	338.59
Limitation neu: Zur prä-saisonalen spezifischen Immuntherapie von allergischen (IgE-vermittelten) Krankheiten, wie allergisch bedingter Schnupfen (Rhinitis), allergisch bedingte Entzündung der Augenbindehaut (Konjunktivitis), allergisches Asthma bronchiale usw., die durch Einatmung von nicht vermeidbaren Allergenen ausgelöst werden.					
ALLERGOVIT MIX GRAMIN 60/ SECALE 40	Allergopharma AG	071330			
Inj Susp Kombi 2x 3 ml			19531	433.55	363.37
Inj Susp Stärke B 3 ml			19531	405.10	338.59
Limitation neu: Zur prä-saisonalen spezifischen Immuntherapie von allergischen (IgE-vermittelten) Krankheiten, wie allergisch bedingter Schnupfen (Rhinitis), allergisch bedingte Entzündung der Augenbindehaut (Konjunktivitis), allergisches Asthma bronchiale usw., die durch Einatmung von nicht vermeidbaren Allergenen ausgelöst werden.					
ALLERGOVIT MIX GRAMIN 80/ SECALE 20	Allergopharma AG	071330			
Inj Susp Kombi 2x 3 ml			19531	433.55	363.37
Inj Susp Stärke B 3 ml			19531	405.10	338.59
Limitation neu: Zur prä-saisonalen spezifischen Immuntherapie von allergischen (IgE-vermittelten) Krankheiten, wie allergisch bedingter Schnupfen (Rhinitis), allergisch bedingte Entzündung der Augenbindehaut (Konjunktivitis), allergisches Asthma bronchiale usw., die durch Einatmung von nicht vermeidbaren Allergenen ausgelöst werden.					
ALLERGOVIT MIX GRAMIN CEREA/ ARTEMI	Allergopharma AG	071330			
Inj Susp Kombi 2x 3 ml			19531	433.55	363.37
Inj Susp Stärke B 3 ml			19531	405.10	338.59
Limitation neu: Zur prä-saisonalen spezifischen Immuntherapie von allergischen (IgE-vermittelten) Krankheiten, wie allergisch bedingter Schnupfen (Rhinitis), allergisch bedingte Entzündung der Augenbindehaut (Konjunktivitis), allergisches Asthma bronchiale usw., die durch Einatmung von nicht vermeidbaren Allergenen ausgelöst werden.					
ALLERGOVIT MIX GRAMIN CEREA/ BETULA	Allergopharma AG	071330			
Inj Susp Kombi 2x 3 ml			19531	433.55	363.37
Inj Susp Stärke B 3 ml			19531	405.10	338.59
Limitation neu: Zur prä-saisonalen spezifischen Immuntherapie von allergischen (IgE-vermittelten) Krankheiten, wie allergisch bedingter Schnupfen (Rhinitis), allergisch bedingte Entzündung der Augenbindehaut (Konjunktivitis), allergisches Asthma bronchiale usw., die durch Einatmung von nicht vermeidbaren Allergenen ausgelöst werden.					
ALLERGOVIT MIX GRAMIN CEREA/ PLANTAG	Allergopharma AG	071330			
Inj Susp Kombi 2x 3 ml			19531	433.55	363.37
Inj Susp Stärke B 3 ml			19531	405.10	338.59
Limitation neu: Zur prä-saisonalen spezifischen Immuntherapie von allergischen (IgE-vermittelten) Krankheiten, wie allergisch bedingter Schnupfen (Rhinitis), allergisch bedingte Entzündung der Augenbindehaut (Konjunktivitis), allergisches Asthma bronchiale usw., die durch Einatmung von nicht vermeidbaren Allergenen ausgelöst werden.					
ALLERGOVIT MIX GRAMIN/ARTEMI/ SECALE	Allergopharma AG	071330			
Inj Susp Kombi 2x 3 ml			19531	433.55	363.37
Inj Susp Stärke B 3 ml			19531	405.10	338.59
Limitation neu: Zur prä-saisonalen spezifischen Immuntherapie von allergischen (IgE-vermittelten) Krankheiten, wie allergisch bedingter Schnupfen (Rhinitis), allergisch bedingte Entzündung der Augenbindehaut (Konjunktivitis), allergisches Asthma bronchiale usw., die durch Einatmung von nicht vermeidbaren Allergenen ausgelöst werden.					

PRÄPARATE / (Wirkstoffe) Packungen	Verantwortliche Firma	Therap. Gruppe	Dossier Nr.	Preis neu	Ex-Fact. neu
ALLERGOVIT MIX GRAMIN/BET/SEC/ PLANT	Allergopharma AG	071330			
Inj Susp Kombi 2x 3 ml			19531	433.55	363.37
Inj Susp Stärke B 3 ml			19531	405.10	338.59
Limitation neu: Zur prä-saisonalen spezifischen Immuntherapie von allergischen (IgE-vermittelten) Krankheiten, wie allergisch bedingter Schnupfen (Rhinitis), allergisch bedingte Entzündung der Augenbindehaut (Konjunktivitis), allergisches Asthma bronchiale usw., die durch Einatmung von nicht vermeidbaren Allergenen ausgelöst werden.					
ALLERGOVIT MIX GRAMIN/BETULA/ SECALE	Allergopharma AG	071330			
Inj Susp Kombi 2x 3 ml			19531	433.55	363.37
Inj Susp Stärke B 3 ml			19531	405.10	338.59
Limitation neu: Zur prä-saisonalen spezifischen Immuntherapie von allergischen (IgE-vermittelten) Krankheiten, wie allergisch bedingter Schnupfen (Rhinitis), allergisch bedingte Entzündung der Augenbindehaut (Konjunktivitis), allergisches Asthma bronchiale usw., die durch Einatmung von nicht vermeidbaren Allergenen ausgelöst werden.					
ALLERGOVIT MIX GRAMIN/SECA/ PLANTAG	Allergopharma AG	071330			
Inj Susp Kombi 2x 3 ml			19531	433.55	363.37
Inj Susp Stärke B 3 ml			19531	405.10	338.59
Limitation neu: Zur prä-saisonalen spezifischen Immuntherapie von allergischen (IgE-vermittelten) Krankheiten, wie allergisch bedingter Schnupfen (Rhinitis), allergisch bedingte Entzündung der Augenbindehaut (Konjunktivitis), allergisches Asthma bronchiale usw., die durch Einatmung von nicht vermeidbaren Allergenen ausgelöst werden.					
ALLERGOVIT MIX GRAMINEA	Allergopharma AG	071330			
Inj Susp Kombi 2x 3 ml			19531	433.55	363.37
Inj Susp Stärke B 3 ml			19531	405.10	338.59
Limitation neu: Zur prä-saisonalen spezifischen Immuntherapie von allergischen (IgE-vermittelten) Krankheiten, wie allergisch bedingter Schnupfen (Rhinitis), allergisch bedingte Entzündung der Augenbindehaut (Konjunktivitis), allergisches Asthma bronchiale usw., die durch Einatmung von nicht vermeidbaren Allergenen ausgelöst werden.					
ALLERGOVIT MIX GRAMINEA CEREALIS	Allergopharma AG	071330			
Inj Susp Kombi 2x 3 ml			19531	433.55	363.37
Inj Susp Stärke B 3 ml			19531	405.10	338.59
Limitation neu: Zur prä-saisonalen spezifischen Immuntherapie von allergischen (IgE-vermittelten) Krankheiten, wie allergisch bedingter Schnupfen (Rhinitis), allergisch bedingte Entzündung der Augenbindehaut (Konjunktivitis), allergisches Asthma bronchiale usw., die durch Einatmung von nicht vermeidbaren Allergenen ausgelöst werden.					
ALLERGOVIT PARIETARIA	Allergopharma AG	071330			
Inj Susp Kombi 2x 3 ml			19531	433.55	363.37
Inj Susp Stärke B 3 ml			19531	405.10	338.59
Limitation neu: Zur prä-saisonalen spezifischen Immuntherapie von allergischen (IgE-vermittelten) Krankheiten, wie allergisch bedingter Schnupfen (Rhinitis), allergisch bedingte Entzündung der Augenbindehaut (Konjunktivitis), allergisches Asthma bronchiale usw., die durch Einatmung von nicht vermeidbaren Allergenen ausgelöst werden.					
ALLERGOVIT PLANTAGO	Allergopharma AG	071330			
Inj Susp Kombi 2x 3 ml			19531	433.55	363.37
Inj Susp Stärke B 3 ml			19531	405.10	338.59
Limitation neu: Zur prä-saisonalen spezifischen Immuntherapie von allergischen (IgE-vermittelten) Krankheiten, wie allergisch bedingter Schnupfen (Rhinitis), allergisch bedingte Entzündung der Augenbindehaut (Konjunktivitis), allergisches Asthma bronchiale usw., die durch Einatmung von nicht vermeidbaren Allergenen ausgelöst werden.					
ALLERGOVIT SECALE	Allergopharma AG	071330			
Inj Susp Kombi 2x 3 ml			19531	433.55	363.37
Inj Susp Stärke B 3 ml			19531	405.10	338.59
Limitation neu: Zur prä-saisonalen spezifischen Immuntherapie von allergischen (IgE-vermittelten) Krankheiten, wie allergisch bedingter Schnupfen (Rhinitis), allergisch bedingte Entzündung der Augenbindehaut (Konjunktivitis), allergisches Asthma bronchiale usw., die durch Einatmung von nicht vermeidbaren Allergenen ausgelöst werden.					

PRÄPARATE / (Wirkstoffe) Packungen	Verantwortliche Firma	Therap. Gruppe	Dossier Nr.	Preis neu	Ex-Fact. neu
IRFEN JUNIOR Susp 100 mg/5ml Fl 200 ml	Mepha Pharma AG	071010	20887	8.65	3.98
Limitation neu: Vergütung nur für Kinder und Jugendliche bis 18 Jahren.					
OPTIFEN JUNIOR Susp 100 mg/5ml Fl 200 ml	Spirig HealthCare AG	071010	20886	8.65	3.98
Limitation neu: Vergütung nur für Kinder und Jugendliche bis 18 Jahren.					
POLVAC BÄUME BASISBEHANDLUNG Inj Susp Fertspr 3x 0.500 ml	Bencard AG	071330	17674	273.60	224.04
Inj Susp Durchstf 3x 1 ml			20464	273.60	224.04
Inj Susp Durchstf 1.500 ml			20464	311.85	257.34
Inj Susp Fertspr 3x 0.500 ml			17674	311.85	257.34
Inj Susp Fertspr 3x 0.500 ml			15259	273.60	224.04
Inj Susp Durchstf 3x 1 ml			20465	273.60	224.04
Inj Susp Fertspr 3x 0.500 ml			15259	311.85	257.34
Inj Susp Durchstf 1.500 ml			20465	311.85	257.34
Limitation neu: Zur prä-saisonalen spezifischen Immuntherapie von allergischen (IgE-vermittelten) Krankheiten, wie allergisch bedingter Schnupfen (Rhinitis), allergisch bedingte Entzündung der Augenbindehaut (Konjunktivitis), allergisches Asthma bronchiale usw., die durch Pollen ausgelöst werden.					
POLVAC BÄUME FORTSETZUNGSBEHANDLUNG Inj Susp Fertspr 3x 0.500 ml	Bencard AG	071330	17674	273.60	224.04
Inj Susp Durchstf 3 x 1 ml			20464	273.60	224.04
Inj Susp Durchstf 1.500 ml			20464	311.85	257.34
Inj Susp Fertspr 3x 0.500 ml			17674	311.85	257.34
Inj Susp Fertspr 3x 0.500 ml			15259	273.60	224.04
Inj Susp Durchstf 3 x 1 ml			20465	273.60	224.04
Inj Susp Fertspr 3x 0.500 ml			15259	311.85	257.34
Inj Susp Durchstf 1.500 ml			20465	311.85	257.34
Limitation neu: Zur prä-saisonalen spezifischen Immuntherapie von allergischen (IgE-vermittelten) Krankheiten, wie allergisch bedingter Schnupfen (Rhinitis), allergisch bedingte Entzündung der Augenbindehaut (Konjunktivitis), allergisches Asthma bronchiale usw., die durch Pollen ausgelöst werden.					

PRÄPARATE / (Wirkstoffe) Packungen	Verantwortliche Firma	Therap. Gruppe	Dossier Nr.	Preis neu	Ex-Fact. neu
POLVAC GRÄSER ROGGEN BASISBEHANDLUNG	Bencard AG	071330			
Inj Susp Fertspr 3x 0.500 ml			17674	273.60	224.04
Inj Susp Durchstf 3 x 1 ml			20464	273.60	224.04
Inj Susp Durchstf 1.500 ml			20464	311.85	257.34
Inj Susp Fertspr 3x 0.500 ml			17674	311.85	257.34
Inj Susp Fertspr 3x 0.500 ml			15259	273.60	224.04
Inj Susp Durchstf 3 x 1 ml			20465	273.60	224.04
Inj Susp Fertspr 3x 0.500 ml			15259	311.85	257.34
Inj Susp Durchstf 1.500 ml			20465	311.85	257.34

Limitation neu:

Zur prä-saisonalen spezifischen Immuntherapie von allergischen (IgE-vermittelten) Krankheiten, wie allergisch bedingter Schnupfen (Rhinitis), allergisch bedingte Entzündung der Augenbindehaut (Konjunktivitis), allergisches Asthma bronchiale usw., die durch Pollen ausgelöst werden.

POLVAC GRÄSER ROGGEN BASISBEHANDLUNG	Bencard AG	071330			
Inj Susp Fertspr 3x 0.500 ml			17674	273.60	224.04
Inj Susp Durchstf 3 x 1 ml			20464	273.60	224.04
Inj Susp Durchstf 1.500 ml			20464	311.85	257.34
Inj Susp Fertspr 3x 0.500 ml			17674	311.85	257.34
Inj Susp Fertspr 3x 0.500 ml			15259	273.60	224.04
Inj Susp Durchstf 3 x 1 ml			20465	273.60	224.04
Inj Susp Fertspr 3x 0.500 ml			15259	311.85	257.34
Inj Susp Durchstf 1.500 ml			20465	311.85	257.34

Limitation neu:

Zur prä-saisonalen spezifischen Immuntherapie von allergischen (IgE-vermittelten) Krankheiten, wie allergisch bedingter Schnupfen (Rhinitis), allergisch bedingte Entzündung der Augenbindehaut (Konjunktivitis), allergisches Asthma bronchiale usw., die durch Pollen ausgelöst werden.

POLVAC GRÄSER ROGGEN FORTSETZUNG	Bencard AG	071330			
Inj Susp Fertspr 3x 0.500 ml			17674	273.60	224.04
Inj Susp Durchstf 3 x 1 ml			20464	273.60	224.04
Inj Susp Durchstf 1.500 ml			20464	311.85	257.34
Inj Susp Fertspr 3x 0.500 ml			17674	311.85	257.34
Inj Susp Fertspr 3x 0.500 ml			15259	273.60	224.04
Inj Susp Durchstf 3 x 1 ml			20465	273.60	224.04
Inj Susp Fertspr 3x 0.500 ml			15259	311.85	257.34
Inj Susp Durchstf 1.500 ml			20465	311.85	257.34

Limitation neu:

Zur prä-saisonalen spezifischen Immuntherapie von allergischen (IgE-vermittelten) Krankheiten, wie allergisch bedingter Schnupfen (Rhinitis), allergisch bedingte Entzündung der Augenbindehaut (Konjunktivitis), allergisches Asthma bronchiale usw., die durch Pollen ausgelöst werden.

PRÄPARATE / (Wirkstoffe) Packungen	Verantwortliche Firma	Therap. Gruppe	Dossier Nr.	Preis neu	Ex-Fact. neu
POLVAC GRÄSER ROGGEN FORTSETZUNG	Bencard AG	071330			
Inj Susp Fertspr 3x 0.500 ml			17674	273.60	224.04
Inj Susp Durchstf 3 x 1 ml			20464	273.60	224.04
Inj Susp Durchstf 1.500 ml			20464	311.85	257.34
Inj Susp Fertspr 3x 0.500 ml			17674	311.85	257.34
Inj Susp Fertspr 3x 0.500 ml			15259	273.60	224.04
Inj Susp Durchstf 3 x 1 ml			20465	273.60	224.04
Inj Susp Fertspr 3x 0.500 ml			15259	311.85	257.34
Inj Susp Durchstf 1.500 ml			20465	311.85	257.34
Limitation neu:					
Zur prä-saisonalen spezifischen Immuntherapie von allergischen (IgE-vermittelten) Krankheiten, wie allergisch bedingter Schnupfen (Rhinitis), allergisch bedingte Entzündung der Augenbindehaut (Konjunktivitis), allergisches Asthma bronchiale usw., die durch Pollen ausgelöst werden.					
TOUJEO SOLOSTAR	Sanofi-Aventis (Suisse) SA	070610			
Inj Lös 300 E/ml Pen 5x 1.500 ml			0	0.00	0.00
Inj Lös 300 E/ml Pen 3 x 1.500 ml			20372	69.35	46.13
Limitation neu:					
Behandlung von Diabetes mellitus bei Erwachsenen					

**SO SCHÜTZEN
WIR UNS.**



**BEI SYMPTOMEN*
SOFORT
TESTEN LASSEN.**

Damit Sie möglichst niemanden anstecken.

* Bei neu aufgetretenen Krankheitssymptomen.

Die wichtigsten Symptome sind: Fieber, Husten, Halsschmerzen, Kurzatmigkeit, Brustschmerzen, Verlust des Geruchs- und/oder Geschmackssinns.

Weitere mögliche Symptome: Kopfschmerzen, allgemeine Schwäche, Unwohlsein, Muskelschmerzen, Schnupfen, Übelkeit, Erbrechen, Durchfall, Bauchschmerzen, Hautausschläge.

**Gratis
bei allen
Teststellen**

WEITERE INFORMATIONEN:

Online-Coronavirus-Check: bag-coronavirus.ch/check

Infoline Coronavirus (06.00 – 23.00 Uhr): +41 58 463 00 00



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



Online-
Coronavirus-Check
machen.



**REDE ÜBER ORGANSPENDE
DEINEN LIEBSTEN ZULIEBE**

LEBEN-IST-TEILEN.CH

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



Schweizerische Eidgenossenschaft
Confédération suisse
Confederazione Svizzera
Confederaziun svizra

swiss
transplant 

Eidgenössisches Departement des Innern EDI
Bundesamt für Gesundheit BAG

Rezeptsperrung

Swissmedic, Abteilung Betäubungsmittel

Rezeptsperrung

Folgende Rezepte sind gesperrt

Kanton	Block-Nr.	Rezept-Nr.
Thurgau		4622038

BAG-Bulletin
BBL, Vertrieb Publikationen
CH-3003 Bern

P.P.

CH-3003 Bern
Post CH AG

BAG-Bulletin

Woche

7/2021