



Schweizerische Eidgenossenschaft
Confédération suisse
Confederazione Svizzera
Confederaziun svizra

Eidgenössisches Departement des Innern EDI
Bundesamt für Gesundheit BAG

Ausgabe vom 17. Januar 2022

BAG-Bulletin

Woche

3/2022

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
Zeitliche Entwicklung und Einfluss verschiedener Faktoren auf die räumliche Verteilung der Legionärskrankheit in der Schweiz	8
Spezialitätenliste	12
Rezeptsperrung	33

Meldungen Infektionskrankheiten

Stand am Ende der 1. Woche (11.01.2022)^a

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

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

^c Ausgeschlossen sind materno-fötale Röteln.

^d Bei schwangeren Frauen und Neugeborenen

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

^f Primäre, sekundäre bzw. frühlaterente Syphilis.

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

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

Infektionskrankheiten: Stand am Ende der 1. Woche (11.01.2022)^a

	Woche 1			letzte 4 Wochen			letzte 52 Wochen			seit Jahresbeginn		
	2022	2021	2020	2022	2021	2020	2022	2021	2020	2022	2021	2020
Respiratorische Übertragung												
Haemophilus influenzae: invasive Erkrankung	6 3.60	2 1.20	8 4.80	14 2.10	5 0.80	16 2.40	90 1.00	74 0.80	123 1.40	6 3.60	2 1.20	8 4.80
Influenzavirus-Infektion, saisonale Typen und Subtypen^b	185 110.50	5 3.00	258 154.00	530 79.10	11 1.60	589 87.90	647 7.40	10811 124.10	13830 158.80	185 110.50	5 3.00	258 154.00
Legionellose	5 3.00	14 8.40	7 4.20	45 6.70	36 5.40	26 3.90	671 7.70	480 5.50	574 6.60	5 3.00	14 8.40	7 4.20
Masern			6 3.60			13 1.90		28 0.30	226 2.60			6 3.60
Meningokokken: invasive Erkrankung		1 0.60	3 1.80	1 0.20	2 0.30	8 1.20	7 0.08	18 0.20	47 0.50		1 0.60	3 1.80
Pneumokokken: invasive Erkrankung	15 9.00	7 4.20	36 21.50	49 7.30	29 4.30	88 13.10	503 5.80	497 5.70	854 9.80	15 9.00	7 4.20	36 21.50
Röteln^c									1 0.01			
Röteln, materno-fötal^d												
Tuberkulose	2 1.20	8 4.80	4 2.40	23 3.40	35 5.20	29 4.30	347 4.00	371 4.30	426 4.90	2 1.20	8 4.80	4 2.40
Faeco-orale Übertragung												
Campylobacteriose	246 146.90	214 127.80	202 120.60	675 100.80	548 81.80	530 79.10	6771 77.70	5966 68.50	7257 83.30	246 146.90	214 127.80	202 120.60
Enterohämorrhagische E.-coli-Infektion	14 8.40	12 7.20	5 3.00	56 8.40	39 5.80	47 7.00	929 10.70	699 8.00	1097 12.60	14 8.40	12 7.20	5 3.00
Hepatitis A		2 1.20	2 1.20	1 0.20	3 0.40	11 1.60	52 0.60	63 0.70	79 0.90		2 1.20	2 1.20
Hepatitis E	2 1.20	1 0.60		6 0.90	3 0.40	9 1.30	169 1.90	67 0.80	113 1.30	2 1.20	1 0.60	
Listeriose	1 0.60	2 1.20		3 0.40	5 0.80	1 0.20	32 0.40	60 0.70	36 0.40	1 0.60	2 1.20	
Salmonellose, S. typhi/paratyphi						1 0.20	2 0.02	11 0.10	21 0.20			
Salmonellose, übrige	23 13.70	24 14.30	13 7.80	63 9.40	81 12.10	70 10.40	1495 17.20	1237 14.20	1535 17.60	23 13.70	24 14.30	13 7.80
Shigellose	1 0.60		2 1.20	3 0.40	2 0.30	9 1.30	99 1.10	56 0.60	215 2.50	1 0.60		2 1.20

	Woche 1			letzte 4 Wochen			letzte 52 Wochen			seit Jahresbeginn		
	2022	2021	2020	2022	2021	2020	2022	2021	2020	2022	2021	2020
Durch Blut oder sexuell übertragen												
Aids		1 0.60		1 0.20	2 0.30	3 0.40	48 0.60	52 0.60	81 0.90		1 0.60	
Chlamydiose	129 77.00	194 115.80	103 61.50	733 109.40	691 103.10	761 113.60	12109 139.00	11172 128.30	12399 142.40	129 77.00	194 115.80	103 61.50
Gonorrhoe ^e	25 14.90	64 38.20	44 26.30	279 41.60	241 36.00	249 37.20	4053 46.50	3430 39.40	3945 45.30	25 14.90	64 38.20	44 26.30
Hepatitis B, akut				1 0.20	1 0.20	4 0.60	24 0.30	23 0.30	28 0.30			
Hepatitis B, total Meldungen	12	22	8	60	60	83	1033	936	1099	12	22	8
Hepatitis C, akut							12 0.10	17 0.20	27 0.30			
Hepatitis C, total Meldungen	16	23	5	57	61	55	957	912	1022	16	23	5
HIV-Infektion	9 5.40	5 3.00	6 3.60	20 3.00	23 3.40	31 4.60	332 3.80	274 3.20	434 5.00	9 5.40	5 3.00	6 3.60
Syphilis, Frühstadien ^f	2 1.20	18 10.80	7 4.20	16 2.40	48 7.20	47 7.00	585 6.70	602 6.90	748 8.60	2 1.20	18 10.80	7 4.20
Syphilis, total ^g	3 1.80	21 12.50	13 7.80	26 3.90	60 9.00	68 10.20	790 9.10	813 9.30	1056 12.10	3 1.80	21 12.50	13 7.80
Zoonosen und andere durch Vektoren übertragbare Krankheiten												
Brucellose						1 0.20	6 0.07	3 0.03	7 0.08			
Chikungunya-Fieber			1 0.60			1 0.20	6 0.07	7 0.08	42 0.50			1 0.60
Dengue-Fieber			4 2.40	1 0.20		19 2.80	23 0.30	66 0.80	256 2.90			4 2.40
Gelbfieber												
Hantavirus-Infektion							6 0.07					
Malaria	2 1.20	2 1.20		17 2.50	12 1.80	14 2.10	253 2.90	120 1.40	285 3.30	2 1.20	2 1.20	
Q-Fieber	1 0.60	1 0.60		9 1.30	5 0.80	4 0.60	108 1.20	56 0.60	104 1.20	1 0.60	1 0.60	
Trichinellose		1 0.60	1 0.60		2 0.30	1 0.20		4 0.05	3 0.03		1 0.60	1 0.60
Tularämie		4 2.40		1 0.20	8 1.20	7 1.00	220 2.50	120 1.40	148 1.70		4 2.40	
West-Nil-Fieber								1 0.01	1 0.01			
Zeckenzephalitis				2 0.30	1 0.20		286 3.30	453 5.20	260 3.00			
Zika-Virus Infektion									1 0.01			
Andere Meldungen												
Botulismus							1 0.01					
Creutzfeldt-Jakob-Krankheit	2 1.20	1 0.60		6 0.90	4 0.60		29 0.30	23 0.30	17 0.20	2 1.20	1 0.60	
Diphtherie ^h							4 0.05	3 0.03	2 0.02			
Tetanus												

Sentinella-Statistik

Provisorische Daten

Sentinella:

Anzahl Meldungen (N) der letzten 4 Wochen bis am 7.1.2022 und Inzidenz pro 1000 Konsultationen (N/10³)
Freiwillige Erhebung bei Hausärztinnen und Hausärzten (Allgemeinpraktiker, Internisten und Pädiater)

Woche	50		51		52		1		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	1	0.1	1	0.2	0	0	0.5	0.1
Zeckenstiche	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Lyme Borreliose	0	0	1	0.1	0	0	2	0.2	0.8	0.1
Herpes Zoster	7	0.5	6	0.6	3	0.5	6	0.6	5.5	0.6
Post-Zoster-Neuralgie	0	0	1	0.1	1	0.2	0	0	0.5	0.1
Meldende Ärzte	166		146		89		122		130.8	

Wochenbericht zu den grippeähnlichen Erkrankungen

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



Coronavirus

SO SCHÜTZEN
WIR UNS.



Vor jeder
Reise wegen
Testen
stressen?

LIEBER
IMPFFEN
LASSEN

bag-coronavirus.ch/impfung

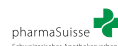


Schweizerische Eidgenossenschaft
Confédération suisse
Confederazione Svizzera
Confederaziun svizra

Swiss Confederation

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

Diese Informationskampagne wird unterstützt durch folgende Organisationen:



Zeitliche Entwicklung und Einfluss verschiedener Faktoren auf die räumliche Verteilung der Legionärskrankheit in der Schweiz

Die Legionärskrankheit ist eine schwere Form von Lungenentzündung, die durch das Einatmen des Bakteriums *Legionella* spp. verursacht wird. Die wichtigsten Infektionsquellen in der Schweiz und Gründe für die Häufung von Erkrankungen sind noch weitgehend unbekannt. Die Meldezahlen der letzten zwei Jahrzehnte zeigen eine Verfünffachung der schweizweiten Fallzahlen und eine Häufung von Legionärskrankheitsfällen im Süden der Schweiz auf. Eine Analyse der Fallzahlen auf Bezirksebene bezüglich möglicher Faktoren, welche die Melderate beeinflussen, deuten auf einen Einfluss der Bevölkerungszusammensetzung und auf Umweltfaktoren, wie Luftverschmutzung, hin.

1. EINFÜHRUNG

Die Legionärskrankheit ist eine schwere Form von Lungenentzündung, verursacht durch Bakterien der Gattung *Legionella* spp. Die Ansteckung erfolgt hauptsächlich über das Einatmen von zerstäubten Wassertröpfchen (Aerosole), die Legionellen enthalten. Bestätigte Infektionen mit Legionellen sind seit Dezember 1987 meldepflichtig und müssen über das obligatorische Meldesystem den kantonalen Gesundheitsämtern und dem Bundesamt für Gesundheit (BAG) gemeldet werden. Die jährlichen Fallzahlen haben sich in den letzten zehn Jahren mehr als verdoppelt und erreichten mit 567 Fällen im Jahr 2018 einen Höchstwert; im Jahr 2019 wurden 530 und 2020 435 Fälle gemeldet [1]. Die Fallzahlen und Melderaten sind regional sehr unterschiedlich. Die Gründe für die Zunahme der Häufigkeiten und deren regionaler Verteilung sind weitestgehend unbekannt. *Legionella* spp. kommen natürlicherweise in fast allen wässrigen und feuchten Umgebungen vor. Da die Bakterien sich in 25–45° C warmem, stehendem Wasser am besten vermehren, kommen sie auch in von Menschen geschaffenen Wassersystemen, zum Beispiel in Duschen, Whirlpools und Kühltürmen, vor [2]. Die Identifizierung der Infektionsquellen ist jedoch schwierig und gelingt auch in Ausbruchsuntersuchungen selten [3]. Über 80% der Fälle treten jedoch sporadisch, d. h. als Einzelfälle, auf [2]. Zusammen mit den spezifischen Herausforderungen beim Nachweis der Legionellen und dem verbreiteten Vorkommen der Bakterien in der Umwelt sind nur selten gesicherte Rückschlüsse auf die Infektionsquellen möglich. Das Infektionspotenzial vieler vermuteter Quellen, wie Abwasseranlagen und Kompostieranlagen, bleibt damit weitgehend unbekannt. Deshalb hat das Schweizerische Tropen- und Public Health Institut im Auftrag des BAG Legionellose-Fälle der letzten Jahre auf

deren räumliche Verteilung bezüglich möglicher Infektionsquellen in der Umwelt hin untersucht sowie die zeitliche Entwicklung der Fallzahlen analysiert.

2. METHODEN

Zeitliche und räumliche Analysen wurden durchgeführt. Die Auswirkungen der Covid-19-Pandemie im Jahr 2020 wurden mittels einer «Interrupted time series»-Analyse untersucht. Der Einfluss potenzieller Infektionsquellen, umwelt- und bevölkerungsbezogener Faktoren, wurde ebenfalls untersucht. Dazu wurden die Daten auf Bezirksebene aggregiert und der Einfluss der Faktoren mittels einer Regressionsanalyse ermittelt. Diese Analyse erlaubt eine Übersicht über mögliche Zusammenhänge von Expositionen und Krankheitshäufigkeit, ermöglicht aber keine Schlussfolgerungen auf das Krankheitsrisiko einer Einzelperson.

3.3 RESULTATE UND DISKUSSION

3.1 Demografie der Fälle der letzten Jahre

Zwischen Januar 2017 und Dezember 2020 wurden 1603 sichere oder wahrscheinliche Legionärskrankheitsfälle registriert, welche die Einschlusskriterien der Studie erfüllten. Die Erkrankung betraf mehrheitlich Männer (69,1%). Das Durchschnittsalter aller Fälle betrug 65 Jahre (Bereich 17–99), der Altersmedian lag bei 66 Jahren. Der Grossteil der Fälle war zum Zeitpunkt der Meldung hospitalisiert (88,6%). Zum Meldezeitpunkt waren 73 Patientinnen bzw. Patienten bereits verstorben (4,6%). Eine Analyse der Fallzahlen der Legionärskrankheit bis ins Jahr 2017 wurde in einer früheren Ausgabe des BAG-Bulletins veröffentlicht [4].

3.2 Zeitliche Verteilung der Fälle (2000–2020)

Die Melderaten der Legionärskrankheit stiegen um mehr als das Fünffache von 0,9 Fällen pro 100 000 Einwohnerinnen und Einwohner im Jahr 2000 auf 5,0/100 000 im Jahr 2020 an. Nach einem Höchstwert im Jahr 2018 (6,3/100 000 Einwohnerinnen und Einwohner) sind die Melderaten in den Jahren 2019 und 2020 zurückgegangen. Die meisten europäischen Länder verzeichneten ebenfalls einen Anstieg der Fälle in den letzten Jahren, jedoch weist die Schweiz eine der höchsten Melderaten auf [5]. Global präsentiert sich ein starkes saisonales Muster mit den höchsten wöchentlichen Melderaten in der nördlichen Hemisphäre im August (Juni im Jahr 2018). Parallel zu dieser Studie durchgeführte Analysen des BAG zeigten auf, dass im Covid-19-Pandemie-Jahr 2020 weniger Fälle gemeldet wurden, als aufgrund der Vorjahre erwartet wurden [6]. In dieser Analyse nun wurde ein Rückgang der klinischen Fallmeldungen beobachtet. Vor allem im April und Oktober trafen weniger Meldungen zum klinischen Befund ein. Die Anzahl der Labormeldungen ging hingegen weniger stark zurück. Dies ist ein Indiz für die starke Belastung der Ärzteschaft durch die erste und zweite Welle der Pandemie. Zudem reduzierte die starke Einschränkung der Reisetätigkeit im Jahr 2020 die Häufigkeit der reiseassoziierten Fälle. Anders als prognostiziert scheinen sich die Nichtbenutzung von Gebäuden während des Covid-19-bedingten «Lockdowns» im Frühjahr 2020 und die anschließende stufenweise Wiedereröffnung nicht in einem Anstieg der Fallzahlen widerzuspiegeln.

3.3 Räumliche Verteilung (2017–2020)

Die Fallzahlen und Melderaten weisen eine ungleiche regionale Verteilung auf (Abbildung 1, A [Kantone] und B [Bezirke]). Die über die vier Studienjahre gemittelte jährliche, nach Alter und Geschlecht standardisierte Melderate war im Kanton

Tessin mit 15,8 Fällen pro 100 000 Einwohnerinnen und Einwohner am höchsten. Aufgrund unterschiedlicher Ausschlusskriterien (z. B. Ausschluss von reiseassoziierten Fällen) weichen die Melderaten in diesem Artikel geringfügig von jenen im aktuellen Bericht «Legionärskrankheit – Lagebericht Schweiz 2019–2020» [1] ab. Auf Bezirksebene sticht Lugano (TI) mit 22,9/100 000 als der Bezirk mit der höchsten Melderate heraus. Sieben von acht Bezirken des Kantons Tessin und ein angrenzender Bezirk des Kantons Graubünden wurden mithilfe der «Getis-Ord Gi»-Statistik* als «Hot Spots» identifiziert, während einzelne Bezirke in der Ost- und Zentralschweiz als «Cold Spots» identifiziert wurden, also als Bezirke mit besonders tiefer Melderate (Abbildung 1, C).

3.4 Faktoren, welche die Melderaten der Bezirke beeinflussen

Weder die Dichte an von Menschen geschaffenen möglichen Infektionsquellen wie Abwasserreinigungsanlagen und Kompostieranlagen noch jene an natürlichen Infektionsquellen wie Seen Flüssen zeigte einen signifikanten Einfluss auf die Melderaten. Hingegen scheint die Zusammensetzung der Bevölkerung in Bezug auf Durchschnittsalter, Siedlungsdichte und sozioökonomische Position eines Bezirkes die Fallzahlen zu beeinflussen. In Bezirken mit einer tieferen durchschnittlichen sozioökonomischen Position wurden fast 40% mehr Fälle registriert. Das häufigere Vorkommen von Risikofaktoren, z. B. von Rauchern und chronischen Krankheiten in sozioökonomisch schwächeren Regionen, könnte das Vorkommen der Legionärskrankheit begünstigen und dieses Resultat erklären [7, 8]. Der Einfluss von Klima und Wetter auf die Inzidenz der Legionärskrankheit wurde bereits in mehreren internationalen Studien untersucht [9–11]. Unsere Analysen auf Bezirksebene konnten jedoch keinen Zusammenhang zwischen relativer

Datengrundlage

Meldedaten zur Legionärskrankheit des Nationalen Meldesystems für Infektionskrankheiten

Einschlusskriterien für die räumliche Analyse (N = 1603)

- Falljahr 2017–2020 (Adressangaben sind bei länger zurückliegenden Fällen anonymisiert)
- Im Alltag erworbene oder Altersheim-assoziierte Fälle
- Geschlecht, Alter und Kanton bekannt
- Fallklassifikation: sicherer oder wahrscheinlicher Fall einer Legionärskrankheit

Einschlusskriterien für die zeitliche Analyse (N = 5980)

- Falljahr 2000–2020
- Fallklassifikation: sicherer, wahrscheinlicher oder möglicher Fall

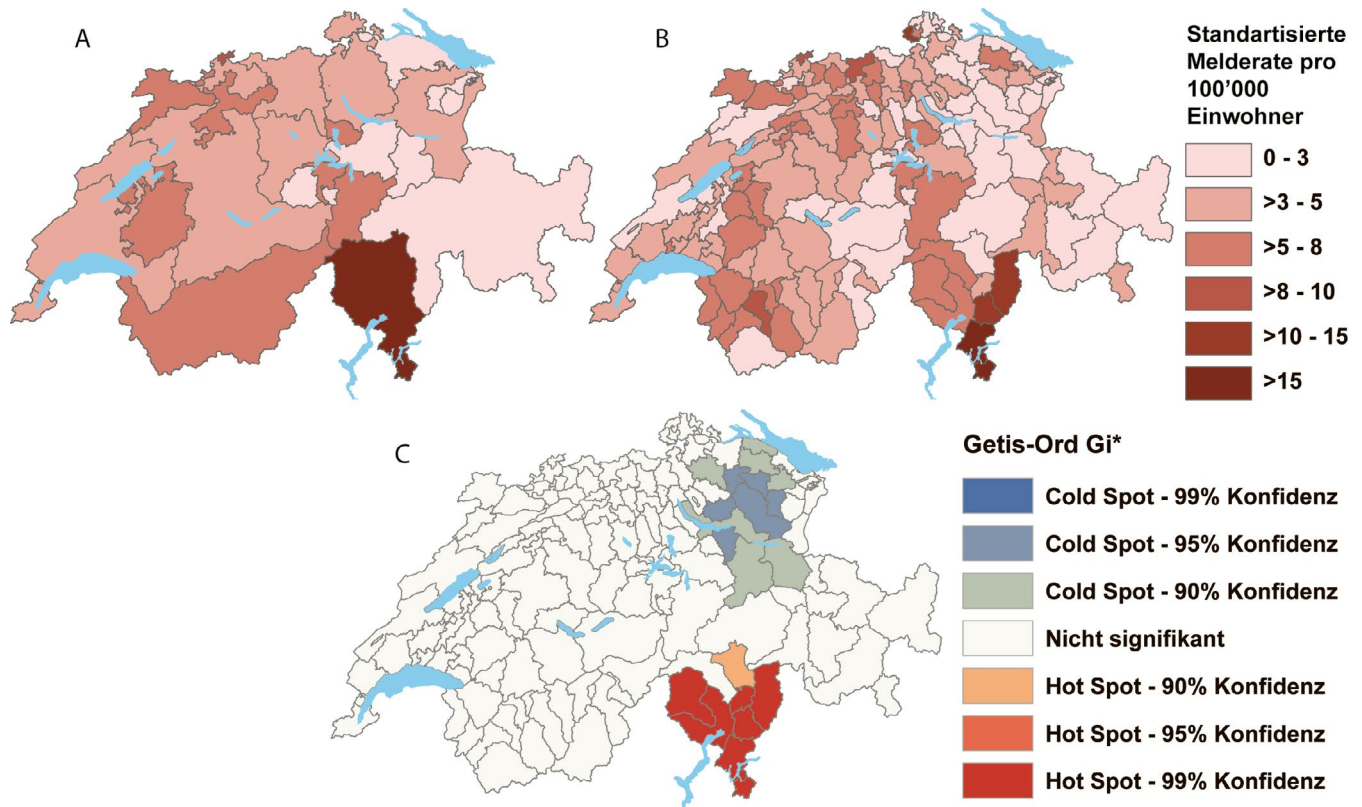
Umweltfaktoren für die räumliche Analyse

Alle Umweltfaktoren wurden auf Bezirksebene aggregiert.

- Jahresmittel der Feinstaub-(PM_{2.5})- und Stickstoffdioxid-(NO₂)-Konzentrationen (Durchschnitt des Bezirkes)
- Durchschnitt der Temperatur, relativen Luftfeuchtigkeit und des Niederschlages während der Sommermonate
- Altersdurchschnitt der Bevölkerung
- Durchschnitt des sozioökonomischen Status der Bevölkerung
- Totale Länge der Flussläufe im Bezirk
- Total Anzahl Seen und Uferlänge
- Anzahl der öffentlichen Kompostieranlagen
- Anzahl der Abwasserreinigungsanlagen
- Urbanitätsindex (häufigster Wert pro Bezirk)
- Anteil der überbauten Fläche

Abbildung 1

Geschlechts- und altersstandardisierte Melderaten der Legionärskrankheit in der Schweiz zwischen Januar 2017 und Dezember 2020. A) Kantone, B) Bezirke, C) Resultate der Hot-Spot-Analyse nach Getis-Ord G_i^*



Luftfeuchtigkeit und den Fallzahlen für die Schweiz bestätigen. Die Schweizer Geografie könnte dies erklären: In den Alpenregionen ist die Luftfeuchtigkeit höher, die Fallzahlen und Bevölkerungsdichte sind jedoch gering. Die Temperatur steht in keinem eindeutigen Zusammenhang mit der Meldehäufigkeit, was auch frühere Studien bekräftigen [9]. Ebenso hatte die durchschnittliche Niederschlagsmenge auf Bezirksebene keinen Einfluss auf die Schweizer Fallzahlen. Jedoch muss bei Rückschlüssen auf das Infektionsrisiko beachtet werden, dass die Expositionsorte und die Einflüsse auf die Fallzahlen auf Bezirksebene aggregiert wurden. Kurzzeitige und kurzlebige Risikofaktoren, z. B. Starkniederschläge (Platzregen), wurden somit nicht untersucht.

Die aktuelle Studie zeigt andererseits einen deutlichen Zusammenhang von Luftverschmutzung und Legionärerkrankung. Bei einer um $1,9 \mu\text{g}/\text{m}^3$ erhöhter Feinstaubkonzentration ($\text{PM}_{2.5}$) wurden 56% mehr Fälle registriert. Zum Vergleich, die Höchstgrenze für das Jahresmittel beträgt $10 \mu\text{g}/\text{m}^3$, die tatsächlichen Werte schwanken im Mittelland zwischen 8 und $11 \mu\text{g}/\text{m}^3$ [12]. Es ist plausibel, dass eine erhöhte Luftverschmutzung Lungenerkrankungen wie die Legionärskrankheit begünstigt, jedoch wurde dieser Zusammenhang bisher kaum untersucht [13,14]. Da der Grad der Verstädterung in die Analyse miteinbezogen wurde, kann weitgehend ausgeschlossen werden, dass die Luft-

verschmutzung nur stellvertretend für andere (nicht untersuchte) städtische Faktoren steht und selbst keinen direkten Einfluss auf die Krankheitshäufigkeit hat.

3.5 Einschränkungen der Studie

Die Analyse der vorliegenden Meldedaten zur Legionärerkrankung erlaubt mögliche Zusammenhänge zu beschreiben, die gegebenenfalls Indizien und Hypothesen für allfällige kausale Verknüpfungen von Umweltfaktoren und Legionärerkrankung liefern können; kausale Zusammenhänge können in dieser Studie jedoch nicht hergeleitet werden. Weitere mögliche bekannte Infektionsquellen, z. B. Kühltürme und Brunnen, konnten nicht untersucht werden, da keine schweizweit verfügbaren Daten zu deren Lokalisation existieren.

Fälle mit einer bekannten Reiseexposition wurden explizit von der Analyse ausgeschlossen. Ansteckungen ausserhalb der Wohnkantone und insbesondere der Wohnbezirke sind jedoch möglich. Da die Ansteckungsorte meist unbekannt sind, konnten diese Fälle nicht aus diesen Analysen nach Wohnkanton und Wohnbezirk ausgeschlossen werden. Dies schwächt möglicherweise vorhandene Effekte ab.

4. FAZIT

Der ansteigende Trend der Fallzahlen der Legionärskrankheit wurde in den letzten beiden Jahren unterbrochen. Die bekannte ungleiche räumliche Verteilung von Legionärskrankheitsfällen konnte in dieser Studie erstmals auf Bezirksebene aufgezeigt werden. Insbesondere die tiefer als zu erwartenden Melderaten in einem grossen Teil der östlichen Schweiz sowie die «Hot Spots» im Süden sollten näher untersucht werden. Die Studie beschreibt einen starken Einfluss der Luftverschmutzung auf die Häufigkeit der Legionärskrankheit in der Schweiz. Dem sollte ebenfalls nachgegangen werden. Insgesamt scheinen grossräumig wirkende Faktoren die Fallzahlen zu beeinflussen, selbst wenn keine Punktquellen identifiziert werden konnten. Das Verständnis dieser Faktoren hilft bei der Vorhersage von Fallschwankungen und bei der Planung von Präventivmassnahmen.

Autoren

Schweizerische Tropen- und Public Health Institut: F.B. Fischer, J. Fanderl, D. Mäusezahl
 Bundesamt für Gesundheit: M.N. Wymann

Kontakt

Bundesamt für Gesundheit
 Direktionsbereich Prävention und Gesundheitsversorgung
 Abteilung Übertragbare Krankheiten
 Telefon 058 463 87 06
 epi@bag.admin.ch

Referenzen

1. Bundesamt für Gesundheit. Legionärskrankheit: Lagebericht 2019–2020: Schweizerische Eidgenossenschaft – Bundesamt für Gesundheit-BAG; 2022. Available from: <https://www.bag.admin.ch/bag/de/home/krankheiten/krankheiten-im-ueberblick/legionellose.html>.
2. Fields BS, Benson RF, Besser RE. Legionella and Legionnaires' disease: 25 years of investigation. *Clin Microbiol Rev.* 2002; 15(3): 506–26. Epub 2002/07/05.
3. Orkis LT, Harrison LH, Mertz KJ, Brooks MM, Bibby KJ, Stout JE. Environmental sources of community-acquired Legionnaires' disease: A review. *Int J Hyg Environ Health.* 2018; 221(5): 764–74.
4. Die Legionärskrankheit in der Schweiz und im Fürstentum Liechtenstein, 2008 bis 2017. 2018. BAG Bulletin Week 21/2018: Bundesamt für Gesundheit; 2018.
5. European Centre for Disease Prevention and Control. Legionnaires' disease. ECDC Annual epidemiological report for 2019. Stockholm: ECDC; 2021.
6. Der Einfluss der durch Covid-19-bedingten Massnahmen und Verhaltensänderungen auf meldepflichtige Infektionskrankheiten in der Schweiz im Jahr 2020. BAG Bulletin Week 30/2021: Bundesamt für Gesundheit; 2021.
7. Panczak R, Galobardes B, Voorpostel M, Spoerri A, Zwahlen M, Egger M, et al. A Swiss neighbourhood index of socioeconomic position: development and association with mortality. *J Epidemiol Community Health.* 2012; 66(12):1129–36.
8. Dinca-Panaitescu S, Dinca-Panaitescu M, Bryant T, Daiski I, Pilkington B, Raphael D. Diabetes prevalence and income: Results of the Canadian Community Health Survey. *Health Policy.* 2011; 99(2): 116–23.
9. Braeye T, Echahidi F, Meghraoui A, Laisnez V, Hens N. Short-term associations between Legionnaires' disease incidence and meteorological variables in Belgium, 2011–2019. *Epidemiol Infect.* 2020; 148: e150. Epub 2020/04/30.
10. Fisman DN, Lim S, Wellenius GA, Johnson C, Britz P, Gaskins M, et al. It's not the heat, it's the humidity: wet weather increases legionellosis risk in the greater Philadelphia metropolitan area. *J Infect Dis.* 2005; 192(12): 2066–73.
11. Gleason JA, Kratz NR, Greeley RD, Fagliano JA. Under the weather: legionellosis and meteorological factors. *Ecohealth.* 2016; 13(2): 293–302.
12. Feinstaub PM2.5. Bundesamt für Umwelt, 2019.
13. Russo A, Gouveia CM, Soares PMM, Cardoso RM, Mendes MT, Trigo RM. The unprecedented 2014 Legionnaires' disease outbreak in Portugal: atmospheric driving mechanisms. *Int J Biometeorol.* 2018; 62(7): 1167–79.
14. Halsby KD, Joseph CA, Lee JV, Wilkinson P. The relationship between meteorological variables and sporadic cases of Legionnaires' disease in residents of England and Wales. *Epidemiol Infect.* 2014; 142(11): 2352–9.
15. Fischer F, Schmutz C, Gaia V, Mäusezahl D. Legionnaires' disease on the rise in Switzerland: A denominator-based analysis of national diagnostic data, 2007–2016. *Int J Environ Res Public Health.* 2020; 17(19), 7343.
16. Miho M, Akihiro I, Tadashi I, Hiromasa T, Yosuke N, Akio Y, et al. Increased risk of Legionella pneumonia as community-acquired pneumonia after heavy rainfall in 2018 in west Japan. *J Infect Chemother.* 2020.

Spezialitätenliste:

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

[] Der dem verfügbaren Publikumspreis zugrunde liegende Fabrikabgabepreis

Gültig ab 1. Januar 2022

Therap. Gruppe	Dossier Nr.	PRÄPARATE/ (Wirkstoffe) Packungen	Verantwortliche Firma	SHI-Nr.	Aufnahmejahr
I. Neuzugang Präparate					
01.99		FAMPYRA (Fampridinum) 20960 Ret Tabl 10 mg Blist 56 Stk Fr. 295.55 (243.15)	Biogen Schweiz AG	67139002	01.12.2019, B
<p>Zur Verbesserung der Gehfähigkeit von erwachsenen MS-Patienten mit Gehbehinderung (EDSS 4.0-7.0). FAMPYRA kann nur von in der Multiple Sklerose (MS)-Therapie erfahrenen Neurologen verschrieben werden.</p> <p>Die Erstverordnung sollte auf eine zwei- bis vierwöchige Therapie begrenzt sein, da ein klinischer Behandlungserfolg im Allgemeinen innerhalb von zwei bis vier Wochen nach Behandlungsbeginn mit FAMPYRA erkennbar sein sollte. Zur Beurteilung der Verbesserung nach zwei bis vier Wochen ist eine Bewertung der Gehfähigkeit durchzuführen, z.B. durch die Durchführung des Timed 25 Foot Walk-Tests (T25FW), oder die Anwendung der Bewertungsskala Twelve Item Multiple Sclerosis Walking Scale (MSWS12) empfohlen. Wenn keine Verbesserung beobachtet wird, muss FAMPYRA abgesetzt werden. Der Behandlungserfolg unter FAMPYRA muss reevaluiert werden:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Wenn der Neurologe beobachtet, dass sich die Gehfähigkeit wieder verschlechtert, muss er eine Unterbrechung der Behandlung in Betracht ziehen und die Wirkung von FAMPYRA erneut bewerten. (Die Neubewertung muss ein Absetzen von FAMPYRA und eine Beurteilung der Gehfähigkeit umfassen.) - FAMPYRA muss abgesetzt werden, wenn Patienten keine weiteren positiven Wirkungen auf das Gehen erfahren. - FAMPYRA muss bei Patienten, die während der Behandlung einen Krampfanfall erleiden, abgesetzt werden. 					
01.99		LEMTRADA (Alemtuzumabum) 20217 Inf Konz 12 mg/1.2 ml Durchstf Fr. 8018.80 (7583.24)	Sanofi-Aventis (Suisse) SA	63025001	01.05.2015, A
<p>Befristete Limitation bis 31.12.2024</p> <p>Bei erwachsenen Patienten mit hochaktiver schubförmig-remittierender Multipler Sklerose (RRMS), wenn zuvor eine vollständige und adäquate Behandlung mit mindestens zwei anderen krankheitsmodifizierenden Therapien (disease modifying treatments - DMTs) durchgeführt wurde oder bei Patienten mit hochaktiver RRMS, bei denen alle anderen DMTs kontraindiziert sind oder aus anderen Gründen nicht geeignet sind.</p> <p>LEMTRADA kann aufgrund des Sicherheitsprofils nur von erfahrenen Fachärzten der Neurologie FMH als Reservemittel in den neurologischen Kliniken der Weiterbildungskategorie A und B (mit Zugang zu Intensivmedizin) eingesetzt werden.</p> <p>Es können maximal 4 Behandlungszyklen LEMTRADA vergütet werden.</p> <p>Die Behandlung bedarf der Kostengutsprache durch den Krankenversicherer nach vorgängiger Konsultation des Vertrauensarztes.</p>					
01.99		PONVORY ERHALTUNGSTHERAPIE (Ponesimodum) 21291 Filmtabl 20 mg Blist 28 Stk Fr. 1428.50 (1246.41)	Janssen-Cilag AG	68114001	01.01.2022, B
<p>Befristete Limitation bis 31.12.2024</p> <p>Behandlung von schubförmig remittierender multipler Sklerose (MS). Erstverschreibung durch den Facharzt FMH für Neurologie.</p>					
01.99		PONVORY STARTERPACKUNG (Ponesimodum, Ponesimodum, Ponesimodum) 21291 Filmtabl Blist 14 Stk Fr. 690.95 (587.57)	Janssen-Cilag AG	68114002	01.01.2022, B
<p>Befristete Limitation bis 31.12.2024</p> <p>Behandlung von schubförmig remittierender multipler Sklerose (MS). Erstverschreibung durch den Facharzt FMH für Neurologie.</p>					

Therap. Gruppe	Dossier Nr.	PRÄPARATE/ (Wirkstoffe) Packungen	Verantwortliche Firma	SHI-Nr.	Aufnahmejahr
01.99		TYSABRI (Natalizumabum)	Biogen Schweiz AG		
	21358	Inj Lös 150 mg/ml 2 Fertspr 1 ml Fr. 1759.40 (1548.10)		68008001	01.01.2022, B
<p>Bei der Indikationsstellung bzw. vor Therapiebeginn ist das PML-Risiko (PML = progressive multifokale Leukoenzephalopathie) zu berücksichtigen.</p> <p>Als krankheitsmodifizierende Monotherapie von hochaktiver, schubförmig remittierend verlaufender Multipler Sklerose (MS) bei folgenden Patientengruppen:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Patienten mit hoher Krankheitsaktivität trotz Behandlung mit einer krankheitsmodifizierenden Therapie (in der Regel während mindestens 6 Monaten), oder - Patienten mit rasch fortschreitender schubförmig remittierend verlaufender Multipler Sklerose, definiert durch 2 oder mehr Schübe mit Behinderungscharakter in einem Jahr, und mit 1 oder mehr Gadolinium anreichernden Läsionen im MRI des Gehirns oder mit einer signifikanten Erhöhung der T2-Läsionen im Vergleich zu einem kürzlich durchgeführten MRI. <p>Als krankheitsmodifizierende Monotherapie von Patienten mit aktiver, schubförmig remittierend verlaufender MS mit einem negativen anti-JCV Antikörperstatus.</p> <p>Die Behandlung bedarf der Kostengutsprache durch den Krankenversicherer nach vorgängiger Konsultation des Vertrauensarztes.</p> <p>Behandlung durch einen Facharzt der Neurologie mit zeitlichem Zugang zu MRI.</p>					
06.99		DOPTELET (Avatrombopagum)	Swedish Orphan Biovitrum AG		
	21239	Filmtabl 20 mg Blist 10 Stk Fr. 886.55 (757.95)		67893001	01.01.2022, A
	21239	Filmtabl 20 mg Blist 15 Stk Fr. 1308.45 (1136.93)		67893002	01.01.2022, A
	21239	Filmtabl 20 mg Blist 30 Stk Fr. 2555.35 (2273.85)		67893003	01.01.2022, A
<p>Zur Behandlung einer schweren Thrombozytopenie bei erwachsenen Patienten mit chronischer Lebererkrankung (CLD), bei denen ein invasiver Eingriff geplant ist und die zu Beginn der Behandlung eine Thrombozytenzahl von mindestens $20 \cdot 10^9/L$ aufweisen.</p> <p>Zur Behandlung von erwachsenen Patienten mit chronischer Immuntrombozytopenie (immuntrombozytopenischer Purpura, ITP) definiert als eine mindestens 12 Monate ab Diagnose dauernde ITP. Die Patienten müssen auf mindestens eine vorherige Behandlung (zum Beispiel Kortikosteroide, Azathioprin oder Immunglobuline) unzureichend angesprochen haben. DOPTELET darf nicht in Kombination mit REVOLADE oder NPLATE verabreicht werden.</p>					
07.16.10		EMPLICITI (Elotuzumabum)	Bristol-Myers Squibb SA		
	20544	Trockensub 300 mg Durchstf 1 Stk Fr. 1389.65 (1210.98)		65920001	01.08.2017, A
	20544	Trockensub 400 mg Durchstf 1 Stk Fr. 1832.35 (1614.64)		65920002	01.08.2017, A
<p>Befristete Limitation bis 31.01.2022</p> <p>EMPLICITI wird nach Kostengutsprache durch den Krankenversicherer nach vorgängiger Konsultation des Vertrauensarztes in Kombination mit Lenalidomid und Dexamethason zur Behandlung von erwachsenen Patienten mit rezidivierendem multiplen Myelom, die mindestens eine vorangegangene Therapie erhalten haben, vergütet. Dosierungsschema und Dosierung für die Kombinationstherapie sollen nach Angaben der Fachinformation erfolgen, wobei maximal 10 mg Elotuzumab/kg Körpergewicht eingesetzt werden dürfen.</p> <p>Falls es zu einer Progression der Krankheit kommt oder inakzeptable Toxizitätserscheinungen auftreten, muss die Behandlung mit EMLICITI abgebrochen werden.</p> <p>Bristol-Myers Squibb SA vergütet im Rahmen der Kombinationstherapie von EMLICITI mit Lenalidomid nach Aufforderung durch denjenigen Krankenversicherer, bei dem die versicherte Person zum Zeitpunkt des Bezugs versichert war, für jede bezogene Packung EMLICITI 28.19% des Fabrikabgabepreises. Die Mehrwertsteuer kann nicht zusätzlich zu den Rückvergütungsbeträgen zurückgefordert werden. Die Aufforderung zur Rückvergütung soll in der Regel innerhalb von 6 Monaten nach Verabreichung erfolgen.</p> <p>Befristete Limitation bis 31.01.2022</p> <p>Nach Kostengutsprache durch den Krankenversicherer nach vorgängiger Konsultation des Vertrauensarztes.</p> <p>EMPLICITI wird in Kombination mit Pomalidomid und Dexamethason zur Behandlung des multiplen Myeloms bei erwachsenen Patienten vergütet, die zuvor mindestens zwei Therapien inklusive Lenalidomid und einen Proteasom-Inhibitor erhalten haben und die Progredienz zur letzten Therapie gezeigt haben. Dosierungsschema und Dosierung für die Kombinationstherapie sollen nach Angaben der Fachinformation erfolgen.</p> <p>Falls es zu einer Progression der Krankheit kommt oder inakzeptable Toxizitätserscheinungen auftreten, muss die Behandlung mit EMLICITI abgebrochen werden.</p> <p>Bristol-Myers Squibb SA vergütet im Rahmen der Kombinationstherapie von EMLICITI mit Pomalidomid und Dexamethason nach Aufforderung durch denjenigen Krankenversicherer, bei dem die versicherte Person zum Zeitpunkt des Bezugs versichert war, für jede bezogene Packung EMLICITI einen festgelegten Anteil des Fabrikabgabepreises zurück. Sie gibt dem Krankenversicherer die Höhe der Rückvergütung bekannt. Die Mehrwertsteuer kann nicht zusätzlich zu den Rückvergütungsbeträgen zurückgefordert werden.</p>					

Therap. Gruppe	Dossier Nr.	PRÄPARATE/ (Wirkstoffe) Packungen	Verantwortliche Firma	SHI-Nr.	Aufnahmejahr
07.16.10		PERJETA (Pertuzumabum)	Roche Pharma (Schweiz) AG		
	19972	Inf Konz 420 mg/14 ml Vial 14 ml Fr. 3152.20 (2835.34)		62510001	01.07.2015, A

Befristete Limitation bis 31.12.2024

Metastasiertes Mammakarzinom

Perjeta wird in Kombination mit Trastuzumab und Docetaxel zur Behandlung von Patientinnen und Patienten mit HER2-positivem metastasierendem oder lokal rezidivierendem nicht resezierbarem Brustkrebs vergütet, die noch keine Chemotherapie gegen ihre metastasierte Erkrankung erhalten haben. Nach Absetzen der Chemotherapie (ca. 6 Zyklen Docetaxel) wird Perjeta in Kombination mit Trastuzumab bis zur Progression verabreicht.

Die Zulassungsinhaberin Roche Pharma (Schweiz) AG erstattet dem Krankenversicherer, bei dem die versicherte Person zum Zeitpunkt des Bezugs versichert war, auf dessen erste Aufforderung hin, für jede bezogene Packung Perjeta einen Betrag von Fr. 627.98 bei metastasiertem Brustkrebs zurück. Die Mehrwertsteuer kann nicht zusätzlich zu diesem Anteil des Fabrikabgabepreises zurückgefordert werden. Die Aufforderung zur Rückerstattung soll ab dem Zeitpunkt der Verabreichung erfolgen.

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

Folgender Code ist an den Krankenversicherer zu übermitteln: 19972.01

Befristete Limitation bis 31.12.2024

Neoadjuvante Therapie des Mammakarzinoms

Perjeta wird in Kombination mit Trastuzumab und Docetaxel (und Carboplatin bei 6 neoadjuvanten Zyklen) zur neoadjuvanten Behandlung von Patientinnen und Patienten mit HER2-positivem, lokal fortgeschrittenem, entzündlichem Brustkrebs oder Brustkrebs im Frühstadium mit hohem Rezidivrisiko (entweder Tumorgrosse > 2 cm Durchmesser oder mit Lymphknotenbefall) im Rahmen eines Therapieplanes für Brustkrebs im Frühstadium vergütet. Die neoadjuvante Behandlung mit Perjeta ist auf maximal 6 Behandlungszyklen limitiert.

Die Zulassungsinhaberin Roche Pharma (Schweiz) AG erstattet dem Krankenversicherer, bei dem die versicherte Person zum Zeitpunkt des Bezugs (Therapiestart) versichert war, auf dessen erste Aufforderung hin eine einmalige Pauschale auf die Kombination von Perjeta und Trastuzumab von Fr. 6'702.71 pro neoadjuvanten Fall bzw. Patient(in). Die Rückzahlung ist unabhängig von der tatsächlichen Anzahl an neoadjuvant verabreichten Therapiezyklen und kann nicht mit zusätzlichen Rückzahlungen pro Vial kombiniert werden. Die Mehrwertsteuer kann nicht zusätzlich zu diesem Anteil des Fabrikabgabepreises zurückgefordert werden. Die Aufforderung zur Rückerstattung soll ab dem Zeitpunkt der Verabreichung erfolgen.

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

Folgender Code ist an den Krankenversicherer zu übermitteln: 19972.02

Befristete Limitation bis 31.12.2024

Adjuvante Therapie des Mammakarzinoms

Perjeta wird in Kombination mit Trastuzumab und Chemotherapie zur adjuvanten Behandlung von Patientinnen und Patienten mit HER2-positivem Brustkrebs im Frühstadium mit hohem Rezidivrisiko (Lymphknoten-positiv) vergütet. Nur nach vorgängiger Kostengutsprache durch den Krankenversicherer nach vorheriger Konsultation des Vertrauensarztes.

Patienten, welche neoadjuvant mit Perjeta und Trastuzumab behandelt wurden, können die Behandlung mit Perjeta und Trastuzumab ohne eine nochmalige Kostengutsprache adjuvant fortsetzen. Die adjuvante Behandlung ist auf 18 Zyklen, unabhängig vom Zeitpunkt der Operation, limitiert. Bei neoadjuvanter Vortherapie mit Perjeta und Trastuzumab, wird adjuvant bis auf insgesamt maximal 18 Zyklen ergänzt (z.B. 4 neoadjuvante Zyklen gefolgt von 14 adjuvanten Zyklen, oder 6 neoadjuvante Zyklen gefolgt von 12 adjuvanten Zyklen).

Die Zulassungsinhaberin Roche Pharma (Schweiz) AG und die Zulassungsinhaberin des Trastuzumab-Präparates erstatten dem Krankenversicherer, bei dem die versicherte Person zum Zeitpunkt des Bezugs versichert war, auf dessen erste Aufforderung hin, für jede adjuvant (post-operativ) bezogene Packung Perjeta und Trastuzumab einen festgelegten Anteil des Fabrikabgabepreises zurück. Die Roche Pharma (Schweiz) AG gibt dem Krankenversicherer die wirtschaftlichen Preise für Perjeta und Trastuzumab bekannt. Die Anteile der Rückerstattung entsprechen der Differenz der publizierten und der wirtschaftlichen Preise. Eine Vergütung von Perjeta kann nur mit einem Trastuzumab Kombinationspartner erfolgen, dessen Limitation die Kombinationstherapie (Perjeta und Trastuzumab) zur adjuvanten Therapie des Mammakarzinoms explizit aufführt. Bei neoadjuvanter Vortherapie gilt das adjuvante Rückzahlungsschema ab dem 5. bzw. 7. Behandlungszyklus (entspricht dem 6. oder 8. Vial Perjeta, erster Zyklus = 2 Vials Perjeta). Die Mehrwertsteuer kann nicht zusätzlich zu diesem Anteil des Fabrikabgabepreises zurückgefordert werden. Die Aufforderung zur Rückerstattung soll ab dem Zeitpunkt der Verabreichung erfolgen.

Folgender Code ist an den Krankenversicherer zu übermitteln: 19972.03.

Therap. Gruppe	Dossier Nr.	PRÄPARATE/ (Wirkstoffe) Packungen	Verantwortliche Firma	SHI-Nr.	Aufnahmejahr
07.16.20 G		ABIRATERON SANDOZ (Abirateroni acetat) 21316 Filmtabl 500 mg Blist 56 Stk Fr. 1046.15 (897.80)	Sandoz Pharmaceuticals AG	67818002	01.01.2022, B
Zur Behandlung in Kombination mit LHRH Agonisten und Prednison oder Prednisolon bei asymptomatischen oder leicht symptomatischen Patienten mit metastasierendem, kastrationsresistentem Prostatakarzinom (mCRPC) ohne viszerale Metastasen und ohne Lebermetastasen, nach Versagen der Androgendeprivationstherapie, wenn eine Chemotherapie klinisch nicht indiziert ist.					
Zur Behandlung in Kombination mit LHRH Agonisten und Prednison oder Prednisolon bei Patienten mit fortgeschrittenem metastasierendem Prostatakarzinom bei Progredienz nach Behandlung mit Docetaxel nach Kostengutsprache des Krankenversicherers und vorheriger Konsultation des Vertrauensarztes.					
Zur Behandlung in Kombination mit Prednison oder Prednisolon (5 mg/Tag) und Androgendeprivationstherapie (ADT) bei Patienten die innerhalb der letzten 3 Monate mit einem Hochrisiko metastasiertem hormonsensitivem Prostatakarzinom (mHSPC) neu diagnostiziert wurden. Die Abiraterongabe soll – bei nicht orchiektomierten Patienten- innerhalb von 3 Monaten nach Beginn der Androgendeprivation beginnen.					
Als Hochrisiko wird das Vorliegen von mindestens 2 der 3 folgenden Risikofaktoren definiert: (1) Gleason-Score von ≥ 8 ; (2) Vorhandensein von mindestens 3 Läsionen im Knochen- scan; (3) Vorhandensein messbarer viszeraler Metastasen (ohne Berücksichtigung des Lymphknotenbefalls).					
Im Falle eines wegen Nebenwirkungen erforderlichen Therapieabbruchs innert 10 Tagen nach Behandlungsbeginn werden dem Krankenversicherer von der Sandoz Pharmaceuticals AG die Kosten der gesamten Packung zurückerstattet. Die Therapieabbrüche sind dem Krankenversicherer unverzüglich vom behandelnden Arzt zu melden.					
07.16.20 G		ABIRATERON SPIRIG HC (Abirateroni acetat) 21356 Filmtabl 500 mg Blist 56 Stk Fr. 1046.15 (897.80)	Spirig HealthCare AG	68141002	01.01.2022, B
Zur Behandlung in Kombination mit LHRH Agonisten und Prednison oder Prednisolon bei asymptomatischen oder leicht symptomatischen Patienten mit metastasierendem, kastrationsresistentem Prostatakarzinom (mCRPC) ohne viszerale Metastasen und ohne Lebermetastasen, nach Versagen der Androgendeprivationstherapie, wenn eine Chemotherapie klinisch nicht indiziert ist.					
Zur Behandlung in Kombination mit LHRH Agonisten und Prednison oder Prednisolon bei Patienten mit fortgeschrittenem metastasierendem Prostatakarzinom bei Progredienz nach Behandlung mit Docetaxel nach Kostengutsprache des Krankenversicherers und vorheriger Konsultation des Vertrauensarztes.					
Zur Behandlung in Kombination mit Prednison oder Prednisolon (5 mg/Tag) und Androgendeprivationstherapie (ADT) bei Patienten die innerhalb der letzten 3 Monate mit einem Hochrisiko metastasiertem hormonsensitivem Prostatakarzinom (mHSPC) neu diagnostiziert wurden. Die Abiraterongabe soll – bei nicht orchiektomierten Patienten- innerhalb von 3 Monaten nach Beginn der Androgendeprivation beginnen.					
Als Hochrisiko wird das Vorliegen von mindestens 2 der 3 folgenden Risikofaktoren definiert: (1) Gleason-Score von ≥ 8 ; (2) Vorhandensein von mindestens 3 Läsionen im Knochen- scan; (3) Vorhandensein messbarer viszeraler Metastasen (ohne Berücksichtigung des Lymphknotenbefalls).					
Im Falle eines wegen Nebenwirkungen erforderlichen Therapieabbruchs innert 10 Tagen nach Behandlungsbeginn werden dem Krankenversicherer von der Spirig HealthCare AG die Kosten der gesamten Packung zurückerstattet. Die Therapieabbrüche sind dem Krankenversicherer unverzüglich vom behandelnden Arzt zu melden.					
08.03		MAVIRET (Glecaprevirum, Pibrentasvirum) 20698 Filmtabl 100 mg/40 mg 84 Stk Fr. 15013.20 (14407.03)	AbbVie AG	66472001	01.12.2017, A
Zur Behandlung der chronischen Hepatitis C (CHC) Genotyp 1–6 bei Erwachsenen und Jugendlichen ab 12 Jahren.					
Ist eine 12- oder 16-wöchige Behandlung mit MAVIRET erforderlich, vergütet die AbbVie AG nach Aufforderung durch denjenigen Krankenversicherer, bei dem die versicherte Person zum Zeitpunkt des Bezugs versichert war, den Fabrikabgabepreis der dritten/vierten, nachweislich verabreichten Packung à je Fr. 14407.03 zurück. Die Mehrwertsteuer kann nicht zusätzlich zu diesem Betrag zurückgefordert werden. Die Aufforderung zur Rückvergütung soll ab dem Zeitpunkt der Verabreichung erfolgen.					
20.03.20 K		ARTERIA-VITA N (Aucklandiae radice pulvis, Lichenis islandici pulvis, Azadirachtae indicae fructus pulvis) 21261 Kaps Blist 60 Stk Fr. 25.95 (14.07) 21261 Kaps Blist 200 Stk Fr. 65.75 (35.64)	Permamed AG Betriebsstandort Therwil	68409001 68409002	01.01.2022, D 01.01.2022, D
53.99 K		KALOBA (Pelargonii radice extractum ethanolicum siccum) 21306 Sirup Fl 120 ml Fr. 10.65 (5.76) 21306 Sirup Fl 200 ml Fr. 15.60 (8.45)	Schwabe Pharma AG	67425003 67425002	01.01.2022, D 01.01.2022, D

Therap. Gruppe	Dossier Nr.	PRÄPARATE/ (Wirkstoffe) Packungen	Verantwortliche Firma	SHI-Nr.	Aufnahmejahr
II. Andere Packungen und Dosierungen					
06.01.10		ELOCTA (Efmoroctocogum alfa)	Swedish Orphan Biovitrum AG		
	⊞ 20508	Trockensub 4000 IE c SolvSet 1 Stk Fr. 3632.25 (3503.67)		65843008	01.01.2022, B
⊞ 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.					
07.15		HYRIMOZ (Adalimumabum)	Sandoz Pharmaceuticals AG		
	20968	Inj Lös 20 mg/0.4 ml 2 Fertspr 0.4 ml Fr. 500.45 (421.64)		67258004	01.01.2022, B
Aktive rheumatoide Arthritis, aktive polyartikuläre juvenile idiopathische Arthritis, Psoriasis-Arthritis: Behandlung mit HYRIMOZ, wenn die vorausgegangene antirheumatische Standardtherapie mit krankheitsmodifizierenden Antirheumatika (DMARDs) unzulänglich war. Kostengutsprache durch den Krankenversicherer nach vorgängiger Konsultation des Vertrauensarztes.					
Ankylosierende Spondylitis (Morbus Bechterew): Behandlung mit HYRIMOZ, wenn die vorausgegangene konventionelle Therapie unzulänglich war oder nicht vertragen wurde. Kostengutsprache durch den Krankenversicherer nach vorgängiger Konsultation des Vertrauensarztes.					
Aktiver Morbus Crohn: Behandlung erwachsener und pädiatrischer Patienten mit HYRIMOZ, wenn die vorausgegangene konventionelle Therapie (z.B. mit Azathioprin, 6-Mercaptopurin oder Glukokortikoiden) unzulänglich war, sowie bei Patienten, die nicht mehr auf Remicade ansprechen oder dieses nicht vertragen. Kostengutsprache durch den Krankenversicherer nach vorgängiger Konsultation des Vertrauensarztes sowie erneute Kostengutsprache nach zwei Jahren ununterbrochener Therapie.					
Moderate bis schwere Colitis ulcerosa: Behandlung erwachsener Patienten mit HYRIMOZ, wenn die vorausgegangene konventionelle Therapie (z.B. mit Azathioprin, 6-Mercaptopurin oder Glukokortikoiden) unzulänglich war oder nicht vertragen wurde. Kostengutsprache durch den Krankenversicherer nach vorgängiger Konsultation des Vertrauensarztes.					
Schwere Plaque-Psoriasis: Behandlung erwachsener Patienten, bei denen UVB und PUVA oder eine der folgenden drei systemischen Therapien (Ciclosporin, Methotrexat, Acitretin) keinen therapeutischen Erfolg gezeigt haben. Falls nach 12 Wochen kein therapeutischer Erfolg eingetreten ist, ist die Behandlung abzubrechen. Die Verschreibung kann nur durch Fachärzte der Dermatologie oder dermatologische Universitätskliniken/ Polikliniken erfolgen.					
Aktive, mittelschwere bis schwere Hidradenitis suppurativa (Acne inversa): Behandlung erwachsener Patienten, wenn die vorausgegangene systemische Therapie mit Antibiotika unzulänglich war. Kostengutsprache durch den Krankenversicherer nach vorgängiger Konsultation des Vertrauensarztes. Bei Patienten, die nach 12 Wochen kein Ansprechen nach HiSCR von mindestens 50% zeigen, ist die Behandlung abzubrechen. Die Verschreibung kann nur durch Fachärzte der Dermatologie oder dermatologische Universitätskliniken/ Polikliniken erfolgen. Eine erneute Kostengutsprache durch den Krankenversicherer nach vorgängiger Konsultation des Vertrauensarztes nach 52 Wochen ununterbrochener Therapie.					
14.01.13		OPTIRAY 300 (loversolum)	Guerbet AG		
	15917	Inj Lös 300 mg/ml Durchstf 200 ml Fr. 119.30 (89.64)		49999001	01.01.2022, B
	⊞ 15917	Inj Lös 300 mg/ml Durchstf 500 ml Fr. 273.65 (224.10)		49999002	01.01.2022, B
⊞ Die Gesamtmenge der Packung darf nicht direkt an eine versicherte Person abgegeben werden.					
Es wird lediglich die abgegebene Teilmenge, die zur Untersuchung notwendig ist, vergütet. Der Preis für die verabreichte Teilmenge ist proportional zum Publikumspreis der verwendeten Packung zu berechnen.					
14.01.13		OPTIRAY 350 (loversolum)	Guerbet AG		
	15917	Inj Lös 350 mg/ml Durchstf 200 ml Fr. 128.90 (98.00)		49999004	01.01.2022, B

Therap. Gruppe	Dossier Nr.	PRÄPARATE/ (Wirkstoffe) Packungen	Verantwortliche Firma	SHI-Nr.	Datum der Streichung
III. Neu gestrichene Präparate/Packungen					
01.01.99		PRIALT (Ziconotidum)	CPS Cito Pharma Services GmbH		
	18455	Inf Lös 100 mcg/ml Durchstf 2 ml Fr. 866.70 (740.66)		56855004	01.01.2022, B
	18455	Inf Lös 100 mcg/ml Durchstf 5 ml Fr. 2092.30 (1851.65)		56855006	01.01.2022, B
01.07.10 G		PREGABALIN XIROMED (Pregabalinum)	Xiromed SA		
	21313	Kaps 25 mg Blist 14 Stk Fr. 7.45 (2.93)		68200001	01.01.2022, B
	21313	Kaps 25 mg Blist 56 Stk Fr. 17.95 (8.51)		68200002	01.01.2022, B
	21313	Kaps 50 mg Blist 14 Stk Fr. 7.95 (3.37)		68200003	01.01.2022, B
	21313	Kaps 50 mg Blist 84 Stk Fr. 36.95 (17.92)		68200004	01.01.2022, B
	21313	Kaps 75 mg Blist 14 Stk Fr. 8.65 (3.98)		68200005	01.01.2022, B
	21313	Kaps 75 mg Blist 56 Stk Fr. 29.50 (14.99)		68200006	01.01.2022, B
	21313	Kaps 100 mg Blist 84 Stk Fr. 39.50 (20.14)		68200007	01.01.2022, B
	21313	Kaps 150 mg Blist 56 Stk Fr. 39.50 (20.14)		68200008	01.01.2022, B
	21313	Kaps 150 mg Blist 168 Stk Fr. 79.95 (55.37)		68200009	01.01.2022, B
	21313	Kaps 200 mg Blist 84 Stk Fr. 44.95 (24.89)		68200010	01.01.2022, B
	21313	Kaps 300 mg Blist 56 Stk Fr. 44.95 (24.89)		68200011	01.01.2022, B
	21313	Kaps 300 mg Blist 168 Stk Fr. 99.00 (71.97)		68200012	01.01.2022, B
02.07.10 0		RENITEN (Enalaprili maleas)	MSD Merck Sharp & Dohme AG		
	14686	Tabl 20 mg 28 Stk Fr. 19.15 (9.56)		46038010	01.01.2022, B
	14686	Tabl 20 mg 98 Stk Fr. 48.45 (27.93)		46038029	01.01.2022, B
02.07.10 0		RENITEN MITE (Enalaprili maleas)	MSD Merck Sharp & Dohme AG		
	14686	Tabl 10 mg 28 Stk Fr. 14.30 (5.32)		46038045	01.01.2022, B
	14686	Tabl 10 mg 98 Stk Fr. 35.65 (16.79)		46038053	01.01.2022, B
02.07.10 0		RENITEN SUBMITE (Enalaprili maleas)	Organon GmbH		
	14686	Tabl 5 mg 30 Stk Fr. 7.50 (2.98)		46038096	01.01.2022, B
02.07.20 0		CO-RENITEN (Enalaprili maleas, Hydrochlorothiazidum)	Organon GmbH		
	15219	Tabl 20/12.5 mg 28 Stk Fr. 19.30 (9.69)		48160018	01.01.2022, B
	15219	Tabl 20/12.5 mg 98 Stk Fr. 47.05 (26.72)		48160026	01.01.2022, B
05.01 G		EPLERENON XIROMED (Eplerenonum)	Xiromed SA		
	21298	Filmtabl 25 mg Blist 30 Stk Fr. 59.00 (37.12)		68283001	01.01.2022, B
	21298	Filmtabl 25 mg Blist 100 Stk Fr. 159.00 (124.23)		68283002	01.01.2022, B
	21298	Filmtabl 50 mg Blist 30 Stk Fr. 59.00 (37.12)		68283003	01.01.2022, B
	21298	Filmtabl 50 mg Blist 100 Stk Fr. 159.00 (124.23)		68283004	01.01.2022, B
05.99 0		PROSCAR (Finasteridum)	Organon GmbH		
	16067	Tabl 5 mg 28 Stk Fr. 38.75 (19.49)		51774019	01.01.2022, B
	16067	Tabl 5 mg 98 Stk Fr. 93.20 (66.91)		51774027	01.01.2022, B

Therap. Gruppe	Dossier Nr.	PRÄPARATE/ (Wirkstoffe) Packungen	Verantwortliche Firma	SHI-Nr.	Datum der Streichung
06.01.10		AFSTYLA (Lonocetocogum alfa)	CSL Behring Lengnau AG		
	20609	Trockensub 250 IE c Solv+Set Durchstf 1 Stk Fr. 257.35 (211.09)		66030009	01.01.2022, B
	20609	Trockensub 1500 IE c Solv Durchstf 1 Stk Fr. 1329.25 (1256.83)		66030005	01.01.2022, B
	20609	Trockensub 3000 IE c Solv+Set Durchstf 1 Stk Fr. 2618.90 (2515.01)		66030014	01.01.2022, B
07.13.30		ALUTARD SQ-U 6-GRÄSERMISCHUNG (Pollinis allergeni extractum)	ALK-Abelló AG		
	19814	Inj Susp Fortsetz Be 5 ml Fr. 291.10 (239.28)		60709002	01.01.2022, A
07.16.10		ESTRACYT (Estramustini phosphas)	Pfizer AG		
	12827	Kaps 140 mg 40 Stk Fr. 113.90 (84.93)		39259038	01.01.2022, A
	12827	Kaps 140 mg 100 Stk Fr. 226.30 (182.84)		39259040	01.01.2022, A
07.16.10		TORISEL (Temsirolimusum)	Pfizer AG		
	18958	Inf Konz 30 mg/1.2 ml c Solv (1.8 ml) Durchstf 1 Stk Fr. 1035.65 (888.21)		58100001	01.01.2022, A
08.03		COPEGUS (Ribavirinum)	Roche Pharma (Schweiz) AG		
	17813	Tabl 200 mg 112 Stk Fr. 438.80 (367.96)		56001008	01.01.2022, A
10.02		EPIDUO (Adapalenum, Benzoylis peroxidum)	Galderma SA		
	19122	Gel 30 g Fr. 28.30 (13.94)		58460001	01.01.2022, B
	19122	Gel 60 g Fr. 44.55 (24.54)		58460005	01.01.2022, B
11.06.30 0		VOLTAREN OPHTHA CD (Diclofenacum natricum)	Novartis Pharma Schweiz AG		
	17936	Gtt Opht 5 ml Fr. 14.80 (5.77)		55864001	01.01.2022, B
11.06.30 0		VOLTAREN OPHTHA SDU (Diclofenacum natricum)	Novartis Pharma Schweiz AG		
	17239	Gtt Opht 10 Monodos 0.300 ml Fr. 9.45 (4.68)		52757037	01.01.2022, B
	17239	Gtt Opht 20 Monodos 0.300 ml Fr. 18.20 (8.69)		52757010	01.01.2022, B
20.03.20 K		ARTERIA-VITA (Aconiti tuberis pulvis, Marmeli fructus pulvis, Aquilegiae vulgaris herbae pulvis)	Permamed AG Betriebsstandort Therwil		
	19998	Kaps 60 Stk Fr. 26.00 (14.10)		62863001	01.01.2022, D
	19998	Kaps 200 Stk Fr. 66.05 (35.80)		62863002	01.01.2022, D

PRÄPARATE / (Wirkstoffe) Packungen	Verantwortliche Firma	Therap. Gruppe	Dossier Nr.	Preis neu	Ex-Fact. neu
IV. Preissenkungen					
IV.a. Preisänderung nach 1 Jahr SL-Aufnahme					
LATUDA Filmtabl 20 mg Blist 56 Stk	Medius AG	010500	20064	218.45	175.99
IV.b. Preisänderung nach 3-jährlicher Überprüfung der Aufnahmebedingungen					
VICTOZA Inj Lös 6 mg/ml 2 Fertigpen 3 ml	Novo Nordisk Pharma AG	070620	19173	127.80	97.02
IV.c. Freiwillige Preissenkung					
ACYCLOVIR MEPHA Tabl 400 mg 30 Stk	Mepha Pharma AG	080300	16831	46.90	26.55
BICALUTAMID TEVA Filmtabl 50 mg 100 Stk	Teva Pharma AG	071620	19085	219.75	177.15
CARBOPLATIN LABATEC Inf Lös 50 mg/5 ml Durchstf 5 ml Inf Lös 150 mg/15 ml Durchstf 15 ml	Labatec Pharma SA	071610	20054 20054	18.35 47.05	8.85 26.72
CLOZAPIN-MEPHA Tabl 25 mg 50 Stk	Mepha Pharma AG	010500	20851	18.55	9.03
CO-AMOXI MEPHA Disp Tabl 1000 mg 12 Stk Disp Tabl 1000 mg Blist 20 Stk	Mepha Pharma AG	080193	18551 18551	34.20 36.25	15.49 17.28
DOXORUBICIN TEVA Inj Lös 10 mg/5 ml Durchstf 5 ml Inj Lös 50 mg/25 ml Durchstf 25 ml	Teva Pharma AG	071610	19199 19199	26.70 80.55	12.55 55.90
GEMCITABIN LABATEC Trockensub 200 mg Durchstf 1 Stk	Labatec Pharma SA	071610	19178	38.80	19.52
GLUCOPHAGE 1000 Filmtabl 1000 mg 60 Stk Filmtabl 1000 mg 120 Stk	Merck (Schweiz) AG	070620	8800 8800	8.55 16.10	3.89 6.90
GLUCOPHAGE 500 Filmtabl 500 mg 50 Stk	Merck (Schweiz) AG	070620	8800	6.45	2.06
GLUCOPHAGE 850 Filmtabl 850 mg 30 Stk Filmtabl 850 mg 100 Stk	Merck (Schweiz) AG	070620	8800 8800	6.20 14.25	1.81 5.26
IRFEN 200 Lactabs 200 mg 30 Stk	Mepha Pharma AG	071010	15527	6.85	2.41
IRFEN 600 Lactabs 600 mg 20 Stk	Mepha Pharma AG	071010	15527	8.40	3.76
IRFEN RETARD Ret Filmtabl 800 mg 20 Stk Ret Filmtabl 800 mg 50 Stk	Mepha Pharma AG	071010	20539 20539	8.95 18.85	4.24 9.29
MALARONE Tabl 250/100 mg 12 Stk	GlaxoSmithKline AG	080410	16994	42.30	22.55
METOJECT Inj Lös 7.500 mg/0.15 ml Fertigspr 0.150 ml	Gebro Pharma AG	071060	18298	27.15	12.93
METOJECT AUTOINJEKTOR Inj Lös 7.500 mg/0.15 ml Autoinjektor Injektor 1 Stk	Gebro Pharma AG	071060	20664	27.15	12.93

PRÄPARATE / (Wirkstoffe) Packungen	Verantwortliche Firma	Therap. Gruppe	Dossier Nr.	Preis neu	Ex-Fact. neu
MOVICOL Plv Btl 20 Stk Plv Btl 100 Stk	Norgine AG	040811	17130 17130	15.55 47.20	6.39 26.85
MOVICOL AROMAFREI Plv Btl 20 Stk Plv Btl 100 Stk	Norgine AG	040811	18821 18821	15.55 47.20	6.39 26.85
MOVICOL CHOCOLAT Plv Btl 20 Stk	Norgine AG	040811	19224	15.55	6.39
MOVICOL JUNIOR AROMAFREI Plv Btl 30 Stk	Norgine AG	040811	19420	15.05	5.98
PACLITAXEL TEVA LIQUID Inf Konz 30 mg/5 ml Durchstf 1 Stk	Teva Pharma AG	071610	18796	42.45	22.70
XELODA Filmtabl 150 mg 60 Stk Filmtabl 500 mg 120 Stk	Roche Pharma (Schweiz) AG	071610	17120 17120	53.55 268.35	32.38 219.46
ZOMIG Filmtabl 2.500 mg 3 Stk Filmtabl 2.500 mg 6 Stk Filmtabl 2.500 mg 12 Stk	Grünenthal Pharma AG	020510	17044 17044 17044	25.40 41.40 59.80	11.40 21.78 37.82
IV.d. Normale Preismutation					
LATUDA Filmtabl 20 mg Blist 28 Stk Filmtabl 40 mg 28 Stk Filmtabl 40 mg 56 Stk Filmtabl 80 mg 28 Stk Filmtabl 80 mg 56 Stk	Medius AG	010500	20064 20064 20064 20064 20064	117.40 117.40 218.45 152.65 288.95	87.99 87.99 175.99 118.70 237.41
LEMTRADA Inf Konz 12 mg/1.2 ml Durchstf	Sanofi-Aventis (Suisse) SA	019900	20217	8018.80	7583.24
MAVIRET Filmtabl 100 mg/40 mg 84 Stk	AbbVie AG	080300	20698	15013.20	14407.03
PERJETA Inf Konz 420 mg/14 ml Vial 14 ml	Roche Pharma (Schweiz) AG	071610	19972	3152.20	2835.34
RINVOQ Ret Tabl 15 mg Blist 28 Stk	AbbVie AG	071500	21028	1078.35	927.13
TRULICITY Inj Lös 0.75 mg/0.5 ml Fertigpen 4 Stk Inj Lös 1.5 mg/0.5 ml Fertigpen 4 Stk	Eli Lilly (Suisse) SA	070620	20310 20310	126.60 126.60	95.99 95.99
TYSABRI Inf Konz 300 mg/15 ml Fl 15 ml	Biogen Switzerland AG	019900	18520	1759.40	1548.10
IV.e. Preisänderung nach Patentablauf					
BYETTA Inj Lös 5 mcg Fertpen 1 Stk Inj Lös 10 mcg Fertpen 1 Stk	AstraZeneca AG	070620	18590 18590	121.85 121.85	91.87 91.87

PRÄPARATE / (Wirkstoffe) Packungen	Verantwortliche Firma	Therap. Gruppe	Dossier Nr.	Preis neu	Ex-Fact. neu
V. Preiserhöhungen					
V.a. Preisänderung nach 3-jährlicher Überprüfung der Aufnahmebedingungen					
EMLA PATCH 2 Stk	Aspen Pharma Schweiz GmbH	100100	18268	9.15	4.42
V.b. Preiserhöhungsgesuch					
GAMMANORM 10 Durchstf	Octapharma AG	080900	18656	785.10	669.58
GAMMANORM 1 Durchstf 12 ml	Octapharma AG	080900	18656	170.15	133.92
1 Durchstf 12 ml			18656	170.15	133.92
GAMMANORM 10 Durchstf 24 ml	Octapharma AG	080900	18656	2991.25	2678.31
GAMMANORM 10 Durchstf	Octapharma AG	080900	18656	5736.55	5356.62
HIZENTRA Durchstf 5 ml	CSL Behring AG	080900	19466	92.60	66.38
HIZENTRA Durchstf 10 ml	CSL Behring AG	080900	19466	168.80	132.77
HIZENTRA Durchstf 20 ml	CSL Behring AG	080900	19466	321.25	265.53
HIZENTRA Durchstf 50 ml	CSL Behring AG	080900	19466	778.50	663.83

PRÄPARATE / (Wirkstoffe) Packungen	Verantwortliche Firma	Therap. Gruppe	Dossier Nr.	Preis neu	Ex-Fact. neu
VI. Limitations-/Indikationsänderungen					
ATOMOXETIN MEPHA	Mepha Pharma AG	011020			
Kaps 40 mg Blist 7 Stk			21185	37.05	17.97
Kaps 40 mg Blist 28 Stk			21185	98.90	71.87
Kaps 60 mg Blist 28 Stk			21185	98.90	71.87
Kaps 80 mg Blist 28 Stk			21185	119.40	89.70
Kaps 100 mg Blist 28 Stk			21185	119.40	89.70
Limitation alt:					
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.					
Limitation neu:					
Kinder und Jugendliche					
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 einer therapeutischen Gesamtstrategie. 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.					
Erwachsene					
Nur zur second-line Behandlung des ADHS bei Erwachsenen bis 50 Jahren mit einer seit dem Kindesalter fortbestehenden ADHS im Rahmen einer therapeutischen Gesamtstrategie, für die eine Behandlung mit Stimulanzien, wie methylphenidathaltigen Arzneimitteln, aufgrund von begleitenden psychiatrischen oder Sucht-Erkrankungen nicht in Frage kommt oder die nicht ausreichend auf methylphenidathaltige Arzneimittel angesprochen haben. Die Diagnosedstellung und initiale Verordnung hat durch einen Facharzt der Psychiatrie und Psychotherapie mit Spezialisierung auf Behandlung des ADHS zu erfolgen. Die Diagnose hat anhand der Kriterien resp. Richtlinien der Fachinformation zu erfolgen. Wenn Patienten über 1 Jahr hinaus behandelt werden, so hat eine erneute Überprüfung der Behandlungsnotwendigkeit durch einen Facharzt der Psychiatrie und Psychotherapie mit Spezialisierung auf Behandlung des ADHS zu erfolgen.					
HERCEPTIN	Roche Pharma (Schweiz) AG	071610			
Trockensub 150 mg Amp 1 Stk			17354	686.40	583.61
Trockensub 440 mg c solv Amp 20 ml			17354	1932.85	1706.26
Limitation neu:					
Befristete Limitation bis 31.12.2024					
HERCEPTIN in Kombination mit Pertuzumab (PERJETA) als adjuvante Therapie des Mammakarzinoms					
Es gelten die entsprechenden Vergütungskriterien gemäss der Limitation für Pertuzumab (siehe Limitation PERJETA) und bezüglich der Rückerstattung für HERCEPTIN in dieser Kombination gilt zusätzlich folgende Limitation:					
Die Zulassungsinhaberin erstattet dem Krankenversicherer, bei dem die versicherte Person zum Zeitpunkt des Bezugs versichert war, auf dessen erste Aufforderung hin für jede adjuvant (postoperativ) bezogene Packung HERCEPTIN in Kombination mit Pertuzumab (PERJETA) einen festgelegten Anteil des Fabrikabgabepreises zurück. Sie gibt dem Krankenversicherer die Höhe der Rückerstattung bekannt. Die Mehrwertsteuer kann nicht zusätzlich zu diesem Anteil des Fabrikabgabepreises zurückgefordert werden. Die Aufforderung zur Rückerstattung soll ab dem Zeitpunkt der Verabreichung erfolgen.					
Folgender Code ist an den Krankenversicherer zu übermitteln: 17354.01.					
Weitere Indikationen					
Für die zugelassenen Indikationen und für andere Kombinationen, sofern entsprechend Limitierung der Kombinationspartner eine Vergütung vorgesehen, gelten die in der SL aufgeführten Preise (ohne Preismodell) von HERCEPTIN.					

PRÄPARATE / (Wirkstoffe) Packungen	Verantwortliche Firma	Therap. Gruppe	Dossier Nr.	Preis neu	Ex-Fact. neu
HERZUMA Trockensub 150 mg Durchstf 1 Stk Trockensub 440 mg c Solv Durchstf 1 Stk	iQone Healthcare Switzerland SA	071610	21304 21304	562.45 1586.75	475.67 1390.68
Limitation neu: Befristete Limitation bis 31.12.2024 HERZUMA in Kombination mit Pertuzumab (PERJETA) als adjuvante Therapie des Mammakarzinoms Es gelten die entsprechenden Vergütungskriterien gemäss der Limitation für Pertuzumab (siehe Limitation PERJETA) und bezüglich der Rückerstattung für HERZUMA in dieser Kombination gilt zusätzlich folgende Limitation: Die Zulassungsinhaberin erstattet dem Krankenversicherer, bei dem die versicherte Person zum Zeitpunkt des Bezugs versichert war, auf dessen erste Aufforderung hin für jede adjuvant (postoperativ) bezogene Packung HERZUMA in Kombination mit Pertuzumab (PERJETA) einen festgelegten Anteil des Fabrikabgabepreises zurück. Sie gibt dem Krankenversicherer die Höhe der Rückerstattung bekannt. Die Mehrwertsteuer kann nicht zusätzlich zu diesem Anteil des Fabrikabgabepreises zurückgefordert werden. Die Aufforderung zur Rückerstattung soll ab dem Zeitpunkt der Verabreichung erfolgen. Folgender Code ist an den Krankenversicherer zu übermitteln: 21304.01.					
Weitere Indikationen Für die zugelassenen Indikationen und für andere Kombinationen, sofern entsprechend Limitierung der Kombinationspartner eine Vergütung vorgesehen, gelten die in der SL aufgeführten Preise (ohne Preismodell) von HERZUMA.					
OGIVRI Trockensub 150 mg Durchstf 1 Stk Trockensub 440 mg Durchstf 1 Stk	Mylan Pharma GmbH	071610	21087 21109	562.45 1586.75	475.67 1390.68
Limitation neu: Befristete Limitation bis 31.12.2024 OGIVRI in Kombination mit Pertuzumab (PERJETA) als adjuvante Therapie des Mammakarzinoms Es gelten die entsprechenden Vergütungskriterien gemäss der Limitation für Pertuzumab (siehe Limitation PERJETA) und bezüglich der Rückerstattung für OGIVRI in dieser Kombination gilt zusätzlich folgende Limitation: Die Zulassungsinhaberin erstattet dem Krankenversicherer, bei dem die versicherte Person zum Zeitpunkt des Bezugs versichert war, auf dessen erste Aufforderung hin für jede adjuvant (postoperativ) bezogene Packung OGIVRI in Kombination mit Pertuzumab (PERJETA) einen festgelegten Anteil des Fabrikabgabepreises zurück. Sie gibt dem Krankenversicherer die Höhe der Rückerstattung bekannt. Die Mehrwertsteuer kann nicht zusätzlich zu diesem Anteil des Fabrikabgabepreises zurückgefordert werden. Die Aufforderung zur Rückerstattung soll ab dem Zeitpunkt der Verabreichung erfolgen. Folgender Code ist an den Krankenversicherer zu übermitteln: 21087.01.					
Weitere Indikationen Für die zugelassenen Indikationen und für andere Kombinationen, sofern entsprechend Limitierung der Kombinationspartner eine Vergütung vorgesehen, gelten die in der SL aufgeführten Preise (ohne Preismodell) von OGIVRI.					
PHYSIOTENS MITE Tabl 0.200 mg 28 Stk Tabl 0.200 mg 98 Stk	Mylan Pharma GmbH	020710	16206 16206	16.75 42.10	7.43 22.38
Limitation neu: Vergütung nur bei Patienten mit essentieller Hypertonie, die bereits mit diesem Medikament eingestellt sind sowie bei Patienten, die auf andere Therapien gegen Hypertonie (wie etwa Betablockern und/oder Kalziumantagonisten und/oder ACE-Hemmern und/oder Angiotensin-II-Rezeptor-Antagonisten und/oder Diuretika und/oder Kombinationstherapien derselben) nur ungenügend ansprechen oder wenn diese Therapien kontraindiziert oder unverträglich sind.					
PHYSIOTENS Tabl 0.300 mg 28 Stk Tabl 0.300 mg 98 Stk	Mylan Pharma GmbH	020710	16206 16206	19.40 52.70	9.75 31.64
Limitation neu: Vergütung nur bei Patienten mit essentieller Hypertonie, die bereits mit diesem Medikament eingestellt sind sowie bei Patienten, die auf andere Therapien gegen Hypertonie (wie etwa Betablockern und/oder Kalziumantagonisten und/oder ACE-Hemmern und/oder Angiotensin-II-Rezeptor-Antagonisten und/oder Diuretika und/oder Kombinationstherapien derselben) nur ungenügend ansprechen oder wenn diese Therapien kontraindiziert oder unverträglich sind.					

PRÄPARATE / (Wirkstoffe) Packungen	Verantwortliche Firma	Therap. Gruppe	Dossier Nr.	Preis neu	Ex-Fact. neu
PHYSIOTENS FORTE	Mylan Pharma GmbH	020710			
Tabl 0.400 mg 28 Stk			16206	25.15	11.18
Tabl 0.400 mg 98 Stk			16206	58.40	36.58
Limitation neu:					
Vergütung nur bei Patienten mit essentieller Hypertonie, die bereits mit diesem Medikament eingestellt sind sowie bei Patienten, die auf andere Therapien gegen Hypertonie (wie etwa Betablockern und/oder Kalziumantagonisten und/oder ACE-Hemmern und/oder Angiotensin-II-Rezeptor-Antagonisten und/oder Diuretika und/oder Kombinationstherapien derselben) nur ungenügend ansprechen oder wenn diese Therapien kontraindiziert oder unverträglich sind.					
REVLIMID	Celgene GmbH	071610			
Kaps 2.5 mg 21 Stk			18541	5287.45	4918.50
Kaps 5 mg 21 Stk			18541	5423.00	5050.71
Kaps 7.5 mg 21 Stk			18541	5558.50	5182.92
Kaps 10 mg 21 Stk			18541	5694.00	5315.13
Kaps 15 mg 21 Stk			18541	5971.85	5586.20
Kaps 20 mg 21 Stk			18541	6258.35	5865.73
Kaps 25 mg 21 Stk			18541	6544.90	6145.26

Limitation alt:

Zur Behandlung von

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

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

Befristete Limitation bis 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 31.07.2022

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

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

Befristete Limitation bis 31.05.2024

Kombination REVLIMID, Carfilzomib und Dexamethason

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

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

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

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

Folgender Code ist an den Krankenversicherer zu übermitteln: 18541.07

Befristete Limitation bis 31.12.2021

Kombination REVLIMID, Elotuzumab und Dexamethason

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

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

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

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

Folgender Code ist an den Krankenversicherer zu übermitteln: 18541.08

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 multiplen 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 multiplen 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.

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

Limitation neu:

Zur Behandlung von

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

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

Befristete Limitation bis 31.07.2022

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 31.07.2022

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 31.07.2022

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 31.05.2024

Kombination REVLIMID, Carfilzomib und Dexamethason

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

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

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

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

Folgender Code ist an den Krankenversicherer zu übermitteln: 18541.07

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

Befristete Limitation bis 31.01.2022

Kombination REVLIMID, Elotuzumab und Dexamethason

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

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

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

Folgender Code ist an den Krankenversicherer zu übermitteln: 18541.08

Befristete Limitation bis 31.03.2022

Kombination REVLIMID, Ixazomib und Dexamethason

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

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

Die Mehrwertsteuer kann nicht zusätzlich zu den Rückvergütungsbeträgen zurückgefordert werden.

Folgender Code ist an den Krankenversicherer zu übermitteln: 18541.09

Befristete Limitation bis 31.12.2023

Kombination REVLIMID, Daratumumab und Dexamethason

Nach Kostengutsprache durch den Krankenversicherer nach vorgängiger Konsultation des Vertrauensarztes.

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

Nur bis zur Progression der Krankheit.

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

Folgender Code ist an den Krankenversicherer zu übermitteln: 18541.10

PRÄPARATE / (Wirkstoffe) Packungen	Verantwortliche Firma	Therap. Gruppe	Dossier Nr.	Preis neu	Ex-Fact. neu
RINVOQ Ret Tabl 15 mg Blist 28 Stk	AbbVie AG	071500	21028	1078.35	927.13
<p>Limitation alt: Befristete Limitation bis 31.12.2021</p> <p>Rheumatoide Arthritis In Kombination mit Methotrexat oder anderen konventionellen synthetischen krankheitsmodifizierenden Antirheumatika (csDMARDs) oder als Monotherapie zur Behandlung der mittelschweren bis schweren aktiven rheumatoiden Arthritis bei erwachsenen Patienten, die auf eine Behandlung mit einem oder mehreren csDMARD unzureichend angesprochen haben oder diese nicht vertragen haben. Die Therapie bedarf der Kostengutsprache durch den Krankenversicherer nach vorgängiger Konsultation des Vertrauensarztes.</p> <p>Befristete Limitation bis 31.08.2023</p> <p>Psoriasis-Arthritis Die Verschreibung darf nur durch Fachärzte der Rheumatologie oder rheumatologischen Universitätskliniken/Polikliniken erfolgen. Zur Behandlung von Erwachsenen mit aktiver Psoriasis-Arthritis, die auf eine Behandlung mit einem oder mehreren krankheitsmodifizierenden Antirheumatika (DMARDs) unzureichend angesprochen haben oder diese nicht vertragen haben. RINVOQ kann als Monotherapie oder in Kombination mit nicht-biologischen DMARDs angewendet werden.</p> <p>Befristete Limitation bis 31.08.2023</p> <p>Ankylosierende Spondylitis (Morbus Bechterew) Die Verschreibung darf nur durch Fachärzte der Rheumatologie oder rheumatologische Universitätskliniken/Polikliniken erfolgen. Zur Behandlung erwachsener Patienten mit schwerer, aktiver ankylosierender Spondylitis, die auf nicht-steroidale Antirheumatika (NSAID) unzureichend angesprochen haben. Eine Kombination mit biologischen DMARDs oder zielgerichteten synthetischen DMARDs (wie bspw. Apremilast oder andere JAK Inhibitoren) wird nicht vergütet.</p> <p>Limitation neu: Befristete Limitation bis 31.08.2023</p> <p>Rheumatoide Arthritis In Kombination mit Methotrexat oder anderen konventionellen synthetischen krankheitsmodifizierenden Antirheumatika (csDMARDs) oder als Monotherapie zur Behandlung der mittelschweren bis schweren aktiven rheumatoiden Arthritis bei erwachsenen Patienten, die auf eine Behandlung mit einem oder mehreren csDMARD unzureichend angesprochen haben oder diese nicht vertragen haben. Die Therapie bedarf der Kostengutsprache durch den Krankenversicherer nach vorgängiger Konsultation des Vertrauensarztes.</p> <p>Befristete Limitation bis 31.08.2023</p> <p>Psoriasis-Arthritis Die Verschreibung darf nur durch Fachärzte der Rheumatologie oder rheumatologischen Universitätskliniken/Polikliniken erfolgen. Zur Behandlung von Erwachsenen mit aktiver Psoriasis-Arthritis, die auf eine Behandlung mit einem oder mehreren krankheitsmodifizierenden Antirheumatika (DMARDs) unzureichend angesprochen haben oder diese nicht vertragen haben. RINVOQ kann als Monotherapie oder in Kombination mit nicht-biologischen DMARDs angewendet werden.</p> <p>Befristete Limitation bis 31.08.2023</p> <p>Ankylosierende Spondylitis (Morbus Bechterew) Die Verschreibung darf nur durch Fachärzte der Rheumatologie oder rheumatologische Universitätskliniken/Polikliniken erfolgen. Zur Behandlung erwachsener Patienten mit schwerer, aktiver ankylosierender Spondylitis, die auf nicht-steroidale Antirheumatika (NSAID) unzureichend angesprochen haben. Eine Kombination mit biologischen DMARDs oder zielgerichteten synthetischen DMARDs (wie bspw. Apremilast oder andere JAK Inhibitoren) wird nicht vergütet.</p> <p>Befristete Limitation bis 31.08.2023</p> <p>Atopische Dermatitis Die Therapie bedarf der Kostengutsprache durch den Krankenversicherer nach vorgängiger Konsultation des Vertrauensarztes. Als Monotherapie oder als Kombinationstherapie mit topischen Kortikoiden zur Behandlung erwachsener Patienten (ab dem 18. Lebensjahr) mit schwerer atopischer Dermatitis (IGA 4 [auf IGA Skala von 0–4] oder SCORAD > 50 oder EASI \geq 21.1), sofern die Patienten auf eine intensivierte Lokalbehandlung mit verschreibungspflichtigen topischen Therapien (topische Kortikoide und/oder Calcineurininhibitoren) und Phototherapie (sofern verfügbar und angezeigt) und auf eine systemische Behandlung mit einem konventionellen Immunsuppressivum (ausgenommen systemische Kortikoide) während mindestens einem Monat unzureichend angesprochen haben oder bei denen diese Therapien kontraindiziert sind oder aufgrund von klinisch relevanten Nebenwirkungen abgebrochen werden mussten.</p> <p>RINVOQ wird nicht in Kombination mit anderen systemischen Arzneimitteln zur Behandlung der atopischen Dermatitis vergütet.</p> <p>Falls nach 12 Wochen Behandlung mit RINVOQ kein therapeutischer Erfolg eingetreten ist, d.h. keine IGA Reduktion um \geq 2 Punkte gegenüber dem Ausgangswert oder keine \geq 50% Verbesserung des EASI-Scores (EASI 50) gegenüber dem Ausgangswert oder keine \geq 50% Verbesserung des SCORAD-Score (SCORAD 50) gegenüber dem Ausgangswert, ist die Behandlung abzubrechen.</p> <p>Nach 52 Wochen ununterbrochener Therapie der atopischen Dermatitis mit RINVOQ ist eine erneute Kostengutsprache durch den Krankenversicherer nach vorgängiger Konsultation des Vertrauensarztes einzuholen.</p> <p>Die Diagnosestellung, die Verordnung und die Verlaufskontrolle von RINVOQ in der Indikation atopische Dermatitis darf ausschliesslich durch einen Facharzt für Dermatologie und Venerologie oder Facharzt für Allergologie und klinische Immunologie erfolgen.</p>					

PRÄPARATE / (Wirkstoffe) Packungen	Verantwortliche Firma	Therap. Gruppe	Dossier Nr.	Preis neu	Ex-Fact. neu
TRAZIMERA	Pfizer AG	071610			
Trockensub 150 mg Durchstf 1 Stk			20966	562.45	475.67
Trockensub 440 mg c Solv Durchstf 1 Stk			20966	1586.75	1390.68

Limitation neu:

Befristete Limitation bis 31.12.2024

TRAZIMERA in Kombination mit Pertuzumab (PERJETA) als adjuvante Therapie des Mammakarzinoms

Es gelten die entsprechenden Vergütungskriterien gemäss der Limitation für Pertuzumab (siehe Limitation PERJETA) und bezüglich der Rückerstattung für TRAZIMERA in dieser Kombination gilt **zusätzlich** folgende Limitation:

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

Folgender Code ist an den Krankenversicherer zu übermitteln: 20966.01.

Weitere Indikationen

Für die zugelassenen Indikationen und für andere Kombinationen, sofern entsprechend Limitierung der Kombinationspartner eine Vergütung vorgesehen, gelten die in der SL aufgeführten Preise (ohne Preismodell) von TRAZIMERA.

PRÄPARATE / (Wirkstoffe) Packungen	Verantwortliche Firma	Therap. Gruppe	Dossier Nr.	Preis neu	Ex-Fact. neu
TRULICITY	Eli Lilly (Suisse) SA	070620			
Inj Lös 0.75 mg/0.5 ml Fertigpen 4 Stk			20310	126.60	95.99
Inj Lös 1.5 mg/0.5 ml Fertigpen 4 Stk			20310	126.60	95.99

Limitation alt:

Zur Behandlung von Patienten mit einem Typ 2 Diabetes mellitus, in ausschliesslicher Kombinationstherapie mit Metformin, oder einer Kombination aus Metformin und einem Sulfonylharnstoff oder Metformin und Pioglitazon, wenn die Behandlungen mit Metformin oder mit den jeweiligen Zweifachkombinationen ungenügend wirksam sind.

In Kombination mit prandialem (kurzwirksamem) Insulin, mit oder ohne Metformin, ausschliesslich bei Patienten mit ungenügender Blutzuckerkontrolle unter vorgängiger Therapie mit Metformin und Trulicity.

Mindestens BMI 28.

Zusätzliche Medikamente zur Gewichtsreduktion werden nicht vom Krankenversicherer vergütet.

Limitation neu:

Zur Behandlung von Patienten mit einem Typ 2 Diabetes mellitus in Kombination mit folgenden Therapieoptionen, wenn durch diese Antidiabetika keine ausreichende Blutzuckerkontrolle erreicht wird:

- Als Zweifachkombination mit Metformin, einem Sulfonylharnstoff oder Pioglitazon
- Als Dreifachkombination mit einer Kombination aus Metformin und einem Sulfonylharnstoff oder aus Metformin und Pioglitazon
- in Kombination mit prandialem (kurzwirksamen) Insulin mit oder ohne Metformin
- in Kombination mit Basalinsulin mit oder ohne Metformin

Mindestens BMI 28.

Zusätzliche Medikamente zur Gewichtsreduktion werden nicht vom Krankenversicherer vergütet.

PRÄPARATE / (Wirkstoffe) Packungen	Verantwortliche Firma	Therap. Gruppe	Dossier Nr.	Preis neu	Ex-Fact. neu
TY SABRI Inf Konz 300 mg/15 ml Fl 15 ml	Biogen Switzerland AG	019900	18520	1759.40	1548.10
<p>Limitation alt: Bei der Indikationsstellung bzw. vor Therapiebeginn ist das PML-Risiko (PML = progressive multifokale Leukoenzephalopathie) zu berücksichtigen. Als krankheitsmodifizierende Monotherapie von hochaktiver, schubförmig remittierend verlaufender Multipler Sklerose (MS) bei folgenden Patientengruppen: – Patienten mit hoher Krankheitsaktivität trotz Behandlung mit einer krankheitsmodifizierenden Therapie (in der Regel während mindestens 6 Monaten), oder – Patienten mit rasch fortschreitender schubförmig remittierend verlaufender Multipler Sklerose, definiert durch 2 oder mehr Schübe mit Behinderungscharakter in einem Jahr, und mit 1 oder mehr Gadolinium anreichernden Läsionen im MRI des Gehirns oder mit einer signifikanten Erhöhung der T2-Läsionen im Vergleich zu einem kürzlich durchgeführten MRI. Die Behandlung bedarf der Kostengutsprache durch den Krankenversicherer nach vorgängiger Konsultation des Vertrauensarztes. Behandlung durch einen Facharzt der Neurologie mit zeitlichem Zugang zu MRI.</p>					
<p>Limitation neu: Bei der Indikationsstellung bzw. vor Therapiebeginn ist das PML-Risiko (PML = progressive multifokale Leukoenzephalopathie) zu berücksichtigen. Als krankheitsmodifizierende Monotherapie von hochaktiver, schubförmig remittierend verlaufender Multipler Sklerose (MS) bei folgenden Patientengruppen: – Patienten mit hoher Krankheitsaktivität trotz Behandlung mit einer krankheitsmodifizierenden Therapie (in der Regel während mindestens 6 Monaten), oder – Patienten mit rasch fortschreitender schubförmig remittierend verlaufender Multipler Sklerose, definiert durch 2 oder mehr Schübe mit Behinderungscharakter in einem Jahr, und mit 1 oder mehr Gadolinium anreichernden Läsionen im MRI des Gehirns oder mit einer signifikanten Erhöhung der T2-Läsionen im Vergleich zu einem kürzlich durchgeführten MRI. Als krankheitsmodifizierende Monotherapie von Patienten mit aktiver, schubförmig remittierend verlaufender MS mit einem negativen anti-JCV Antikörperstatus. Die Behandlung bedarf der Kostengutsprache durch den Krankenversicherer nach vorgängiger Konsultation des Vertrauensarztes. Behandlung durch einen Facharzt der Neurologie mit zeitlichem Zugang zu MRI.</p>					
VANCO CIN Kaps 125 mg 20 Stk Kaps 250 mg 20 Stk	Teva Pharma AG	080193	16828 16828	122.75 182.75	92.63 144.91
<p>Limitation alt: Vergütung der Behandlung einer Colitis, die durch C. difficile verursacht ist und die auf die Therapie mit Metronidazol nicht angesprochen hat.</p>					
<p>Limitation neu: Vergütung der Behandlung einer Colitis, die durch C. difficile verursacht ist und für die von der Schweizerischen Gesellschaft für Infektiologie nicht auch Metronidazol empfohlen wird.</p>					

PRÄPARATE / (Wirkstoffe) Packungen	Verantwortliche Firma	Therap. Gruppe	Dossier Nr.	Preis neu	Ex-Fact. neu
VII. Limitationsänderungen aufgrund der Überprüfung der Aufnahmebedingungen alle drei Jahre von 2020					
IMNOVID	Celgene GmbH	071640			
Kaps 1 mg 21 Stk			20221	9457.90	8987.24
Kaps 2 mg 21 Stk			20221	9578.05	9104.46
Kaps 3 mg 21 Stk			20221	9698.25	9221.69
Kaps 4 mg 21 Stk			20221	9778.60	9300.11

Limitation alt:

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

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

Befristete Limitation bis 31.12.2021

Nach Kostengutsprache durch den Krankenversicherer nach vorgängiger Konsultation des Vertrauensarztes.

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

Die Celgene GmbH zahlt nach Aufforderung durch denjenigen Krankenversicherer, bei dem die versicherte Person zum Zeitpunkt des Bezugs versichert war, pro Packung IMNOVID 13.44 Prozent des Fabrikabgabepreises an den Krankenversicherer zurück.

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

Limitation neu:

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

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

Befristete Limitation bis 31.01.2022

Nach Kostengutsprache durch den Krankenversicherer nach vorgängiger Konsultation des Vertrauensarztes.

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

Die Celgene GmbH zahlt nach Aufforderung durch denjenigen Krankenversicherer, bei dem die versicherte Person zum Zeitpunkt des Bezugs versichert war, pro Packung IMNOVID 13.44 Prozent des Fabrikabgabepreises an den Krankenversicherer zurück.

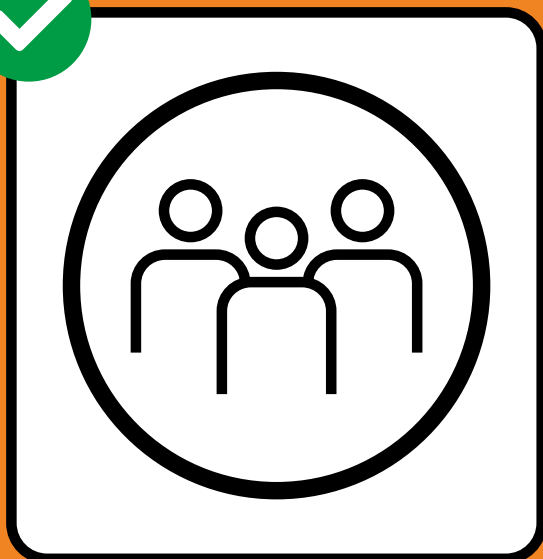
Die Forderung einer Rückvergütung durch den Krankenversicherer gilt nur für die Kombination von Elotuzumab und IMNOVID und kann nur dann erfolgen, wenn nachweislich beide Medikamente eingesetzt wurden. Die Mehrwertsteuer kann nicht zusätzlich zu den Rückvergütungsbeträgen zurückgefordert werden.

**SO SCHÜTZEN
WIR UNS.**



JETZT UNBEDINGT BEACHTEN:

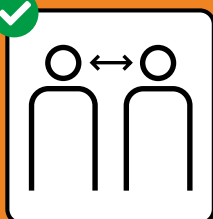
**Impfen
lassen.**



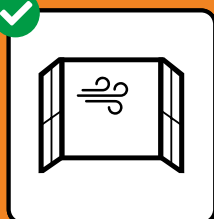
Kontakte minimieren.



Maske tragen.



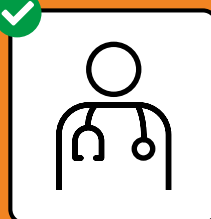
**Abstand
halten.**



**Regelmässig
lüften.**



**Hände
waschen oder
desinfizieren.**



**Bei Symptomen
testen lassen.**



**Wenn möglich
Homeoffice.**

www.bag-coronavirus.ch

Regeln können kantonal abweichen.



Schweizerische Eidgenossenschaft
Confédération suisse
Confederazione Svizzera
Confederaziun svizra

Swiss Confederation

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



SwissCovid App
Download

Rezeptsperrung

Swissmedic, Abteilung Betäubungsmittel

Rezeptsperrung

Folgende Rezepte sind gesperrt

Kanton	Block-Nr.	Rezept-Nr.
Basel-Stadt		9569125
Schaffhausen		9196191
Zürich		9749609
		9749601-9749625



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

Auf gehts



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

BAG-Bulletin
BBL, Vertrieb Publikationen
CH-3003 Bern

P.P.

CH-3003 Bern
Post CH AG

BAG-Bulletin

Woche
3/2022