



Schweizerische Eidgenossenschaft
Confédération suisse
Confederazione Svizzera
Confederaziun svizra

Eidgenössisches Departement des Innern EDI
Bundesamt für Gesundheit BAG

Ausgabe vom 20. November 2023

BAG-Bulletin ^{Woche} 47/2023

Informationsmagazin für medizinische Fachpersonen und Medienschaffende

Spezialitätenliste, S. 8

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

LAYOUT UND DRUCK

Cavelti AG
Wilerstrasse 73
CH-9201 Gossau
Telefon 071 388 81 81

ABONNEMENTE, ADRESSÄNDERUNGEN

BBL, Vertrieb Bundespublikationen
CH-3003 Bern
Telefon 058 465 50 00
Fax 058 465 50 58
verkauf.abo@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	7
Wochenbericht zu den grippeähnlichen Erkrankungen	7
Spezialitätenliste	8
Rezeptsperrung	31

Meldungen Infektionskrankheiten

Stand am Ende der 45. Woche (13.11.2023)^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 Ausgeschlossen sind materno-fötale Röteln.
- ^c Bei schwangeren Frauen und Neugeborenen
- ^d Primäre, sekundäre bzw. frühlatente Syphilis.
- ^e Eingeschlossen sind Fälle von Haut- und Rachendiphtherie.

Infektionskrankheiten

Stand am Ende der 45. Woche (13.11.2023)^a

	Woche 45			letzte 4 Wochen			letzte 52 Wochen			seit Jahresbeginn		
	2023	2022	2021	2023	2022	2021	2023	2022	2021	2023	2022	2021
Respiratorische Übertragung												
Haemophilus influenzae: invasive Erkrankung	2 1.2	3 1.8	1 0.6	11 1.6	10 1.5	6 0.9	143 1.6	123 1.4	69 0.8	112 1.5	101 1.3	59 0.8
Influenzavirus-Infektion, saisonale Typen und Subtypen	https://idd.bag.admin.ch											
Legionellose	10 5.9	14 8.3	8 4.7	64 9.5	51 7.6	47 7	658 7.5	656 7.5	646 7.4	569 7.5	579 7.6	600 7.9
Masern	2 1.2			4 0.6			39 0.4			38 0.5		
Meningokokken: invasive Erkrankung		1 0.6		1 0.2	3 0.4	1 0.2	36 0.4	14 0.2	9 0.1	32 0.4	13 0.2	7 0.09
Pneumokokken: invasive Erkrankung	12 7.1	17 10.1	4 2.4	47 7	58 8.6	47 7	939 10.7	653 7.4	451 5.1	732 9.6	555 7.3	401 5.3
Röteln^b												
Röteln, materno-foetal^c												
Tuberkulose	4 2.4	7 4.2	2 1.2	24 3.6	25 3.7	22 3.3	405 4.6	357 4.1	352 4	365 4.8	314 4.1	306 4
Faeco-orale Übertragung												
Campylobacteriose	101 59.8	140 82.9	114 67.5	567 84	573 84.9	477 70.6	6519 74.3	7714 87.9	6513 74.2	5685 74.8	6809 89.6	5834 76.8
Enterohämorrhagische E. coli-Infektion	32 19	26 15.4	17 10.1	129 19.1	102 15.1	78 11.6	1270 14.5	1187 13.5	894 10.2	1143 15	1069 14.1	828 10.9
Hepatitis A	1 0.6		1 0.6	4 0.6	3 0.4	6 0.9	57 0.6	49 0.6	46 0.5	52 0.7	42 0.6	42 0.6
Hepatitis E	3 1.8	3 1.8	1 0.6	5 0.7	6 0.9	3 0.4	81 0.9	78 0.9	162 1.8	72 1	66 0.9	156 2
Listeriose		3 1.8		1 0.2	6 0.9	1 0.2	67 0.8	79 0.9	32 0.4	60 0.8	71 0.9	25 0.3
Salmonellose, S. typhi/paratyphi					1 0.2		20 0.2	10 0.1	1 0.01	18 0.2	9 0.1	1 0.01
Salmonellose, übrige	29 17.2	39 23.1	28 16.6	188 27.8	180 26.7	135 20	1850 21.1	1778 20.3	1517 17.3	1684 22.2	1667 22	1382 18.2
Shigellose	1 0.6	4 2.4	2 1.2	22 3.3	30 4.4	15 2.2	174 2	173 2	93 1.1	144 1.9	162 2.1	87 1.2

	Woche 45			letzte 4 Wochen			letzte 52 Wochen			seit Jahresbeginn		
	2023	2022	2021	2023	2022	2021	2023	2022	2021	2023	2022	2021
Durch Blut oder sexuell übertragen												
Aids		2 1.2		4 0.6	5 0.7	5 0.7	37 0.4	44 0.5	50 0.6	34 0.4	39 0.5	44 0.6
Chlamydiose	234 138.6	293 173.6	241 142.8	992 146.9	1075 159.2	1043 154.5	12623 143.8	13088 149.1	12095 137.8	10938 144	11364 149.6	10650 140.2
Gonorrhoe	132 78.2	120 71.1	128 75.8	478 70.8	410 60.7	409 60.6	5883 67	5089 58	3974 45.3	5159 67.9	4452 58.6	3495 46
Hepatitis B, akut			2 1.2	1 0.2		2 0.3	13 0.2	13 0.2	15 0.2	10 0.1	11 0.1	14 0.2
Hepatitis B, total Meldungen	22	19	15	89	82	81	1160	1078	1001	993	944	879
Hepatitis C, akut						1 0.2	12 0.1	12 0.1	12 0.1	10 0.1	9 0.1	10 0.1
Hepatitis C, total Meldungen	12	17	24	73	85	85	1074	1004	926	931	895	814
HIV-Infektion	7 4.2	1 0.6	7 4.2	34 5	25 3.7	17 2.5	346 3.9	349 4	325 3.7	299 3.9	299 3.9	278 3.7
Syphilis, Frühstadien ^d	10 5.9	11 6.5	8 4.7	35 5.2	45 6.7	58 8.6	732 8.3	815 9.3	667 7.6	631 8.3	706 9.3	600 7.9
Syphilis, total	10 5.9	14 8.3	14 8.3	49 7.3	55 8.2	73 10.8	991 11.3	1094 12.5	887 10.1	861 11.3	935 12.3	790 10.4
Zoonosen und andere durch Vektoren übertragbare Krankheiten												
Brucellose						1 0.2	9 0.1	5 0.06	6 0.07	8 0.1	5 0.07	6 0.08
Chikungunya-Fieber				1 0.2	1 0.2	2 0.3	20 0.2	5 0.06	5 0.06	19 0.2	4 0.05	5 0.07
Dengue-Fieber		2 1.2	2 1.2	15 2.2	15 2.2	4 0.6	218 2.5	96 1.1	21 0.2	200 2.6	90 1.2	20 0.3
Gelbfieber												
Hantavirus-Infektion						1 0.2			6 0.07			6 0.08
Malaria	5 3	6 3.6	2 1.2	22 3.3	23 3.4	12 1.8	344 3.9	309 3.5	242 2.8	315 4.2	285 3.8	228 3
Q-Fieber		1 0.6	2 1.2	4 0.6	7 1	11 1.6	93 1.1	91 1	99 1.1	78 1	76 1	93 1.2
Trichinellose							2 0.02	4 0.05	2 0.02	2 0.03	4 0.05	1 0.01
Tularämie	1 0.6	4 2.4	2 1.2	5 0.7	15 2.2	15 2.2	96 1.1	125 1.4	246 2.8	82 1.1	108 1.4	223 2.9
West-Nil-Fieber							1 0.01			1 0.01		
Zeckenzephalitis	11 6.5	10 5.9	2 1.2	32 4.7	27 4	14 2.1	312 3.6	376 4.3	291 3.3	290 3.8	366 4.8	275 3.6
Zika-Virus-Infektion							4 0.05			4 0.05		
Andere Meldungen												
Affenpocken	1 0.6			4 0.6	3 0.4		16 0.2	546 6.2		11 0.1	546 7.2	
Botulismus							2 0.02	1 0.01	1 0.01	2 0.03	1 0.01	1 0.01
Creutzfeldt-Jakob-Krankheit	1 0.6			1 0.2	1 0.2		29 0.3	27 0.3	26 0.3	27 0.4	21 0.3	22 0.3
Diphtherie ^e	1 0.6	4 2.4		4 0.6	19 2.8		42 0.5	78 0.9	3 0.03	25 0.3	77 1	3 0.04
Tetanus												



«Die **World AMR Awareness Week** im November kann helfen, sowohl Gesundheitsfachpersonen als auch weite Kreise der Bevölkerung für die Problematik der Antibiotikaresistenzen zu sensibilisieren. Aufgrund des hohen Stellenwerts sollten wir uns aber vermehrt auch abseits der Awareness Week mit dieser für die öffentliche Gesundheit zentralen Thematik befassen»

Dr. Domenica Flury

*Leitende Ärztin, Klinik für Infektiologie/Spitalhygiene,
Kantonsspital St. Gallen*

Antibiotika:

Nutzen wir sie richtig,

es ist wichtig.



Erfahren Sie hier mehr:
star.admin.ch

Sentinella-Statistik

Provisorische Daten

Sentinella:

Anzahl Meldungen (N) der letzten 4 Wochen bis am 10.11.2023 und Inzidenz pro 1000 Konsultationen (N/10³)
Freiwillige Erhebung bei Hausärztinnen und Hausärzten (Allgemeinpraktiker, Internisten und Pädiater)

Woche	42		43		44		45		Mittel 4 Wochen	
	N	N/10 ³	N	N/10 ³						
Mumps	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Pertussis	1	0.1	0	0	0	0	0	0	0.3	0
Zeckenstiche	5	0.5	0	0	4	0.3	2	0.2	2.8	0.3
Lyme Borreliose	5	0.5	4	0.3	4	0.3	4	0.4	4.3	0.4
Herpes Zoster	12	1.1	8	0.7	8	0.7	6	0.5	8.5	0.8
Post-Zoster-Neuralgie	1	0.1	1	0.1	1	0.1	2	0.2	1.3	0.1
Meldende Ärzte	131		139		150		148		142	

Wochenbericht zu den grippeähnlichen Erkrankungen

Die wöchentliche Berichterstattung zur Grippe erfolgt elektronisch und ist unter folgender Adresse zu finden: <https://idd.bag.admin.ch/>
Die Aktualisierung erfolgt jeweils am Mittwoch um 12.00 Uhr.



Spezialitätenliste:

Die Spezialitätenliste ist im Internet zu finden

unter: www.spezialitätenliste.ch

[] Der dem verfügbaren Publikumspreis zugrunde liegende Fabrikabgabepreis

Gültig ab 1. November 2023

Therap. Gruppe	Dossier Nr.	PRÄPARATE/ (Wirkstoffe) Packungen	Verantwortliche Firma	SHI-Nr.	Aufnahmejahr
I. Neuzugang Präparate					
01.99 G		FINGOLIMOD SANDOZ (Fingolimodum)	Sandoz Pharmaceuticals AG		
	21697	Kaps 0.5 mg 28 Stk Fr. 453.25 (380.52)		68176001	01.11.2023, B
	21697	Kaps 0.5 mg 98 Stk Fr. 1522.20 (1331.83)		68176002	01.11.2023, B
Behandlung der schubförmig remittierenden multiplen Sklerose (MS) bei Erwachsenen. Erstverschreibung durch den Facharzt für Neurologie.					
01.99 G		TERIFLUNOMID-MEPHA (Teriflunomidum)	Mepha Pharma AG		
	21682	Filmtabl 14mg Blist 28 Stk Fr. 589.55 (499.27)		68744001	01.11.2023, B
	21682	Filmtabl 14mg Blist 84 Stk Fr. 1704.25 (1497.82)		68744002	01.11.2023, B
06.03.20 G		DABIGATRAN SANDOZ (Dabigatranum etexilatatum)	Sandoz Pharmaceuticals AG		
	21677	Kaps 110 mg Blist 60 Stk Fr. 80.45 (55.78)		68658001	01.11.2023, B
	21677	Kaps 110 mg Blist 180 Stk Fr. 208.50 (167.34)		68658002	01.11.2023, B
	21677	Kaps 150 mg Blist 60 Stk Fr. 80.45 (55.78)		68658003	01.11.2023, B
	21677	Kaps 150 mg Blist 180 Stk Fr. 208.50 (167.34)		68658004	01.11.2023, B
07.06.20 G		SITAGLIPTIN METFORMIN XR SPIRIG HC (Metformini hydrochloridum, Sitagliptinum)	Spirig HealthCare AG		
	21696	Tabl 50/500 mg Blist 60 Stk Fr. 34.00 (15.35)		69160001	01.11.2023, B
	21696	Tabl 50/500 mg Blist 160 Stk Fr. 62.70 (40.31)		69160002	01.11.2023, B
	21696	Tabl 50/1000 mg Blist 60 Stk Fr. 34.00 (15.35)		69160003	01.11.2023, B
	21696	Tabl 50/1000 mg Blist 160 Stk Fr. 62.70 (40.31)		69160004	01.11.2023, B
	21696	Tabl 100/1000 mg Blist 30 Stk Fr. 34.00 (15.35)		69160005	01.11.2023, B
	21696	Tabl 100/1000 mg Blist 90 Stk Fr. 68.45 (45.35)		69160006	01.11.2023, B

Zur Behandlung von Patienten mit einem Typ 2 Diabetes mellitus, welche mit Diät und gesteigerter körperlicher Aktivität und den bisherigen oralen Therapien und/oder Insulin nur ungenügend eingestellt werden können oder diese nicht vertragen.

- Wenn weder mit Metformin noch mit Sitagliptin als Monotherapie eine ausreichende Kontrolle der Glykämie erreicht wird, oder bei Patienten, die bereits eine Kombination von Sitagliptin und Metformin erhalten.
- Als Dreifachkombination in Kombination mit einem Sulfonylharnstoff, wenn durch eine Kombination von zwei der drei folgenden Wirkstoffe keine ausreichende Kontrolle der Glykämie erreicht wird: Metformin, Sitagliptin oder ein Sulfonylharnstoff.
- In Kombination mit Insulin, wenn durch diese Massnahme keine ausreichende Kontrolle der Glykämie erreicht wird.

Therap. Gruppe	Dossier Nr.	PRÄPARATE/ (Wirkstoffe) Packungen	Verantwortliche Firma	SHI-Nr.	Aufnahmejahr
07.08.10		MERIONAL HG MULTIDOSE (Menotropinum)	IBSA Institut Biochimique SA		
	19770	Trockensub 900 IE c Solv Durchstf 1 Stk Fr. 242.05 (196.56)		68570001	01.11.2023, A
<p>Nicht zur Adipositasbehandlung Kostenübernahme nur nach vorgängiger endokrinologischer Untersuchung, auf besondere Gutsprache der Kasse und mit ausdrücklicher Bewilligung des Vertrauens- arztes. Die maximale Behandlungsdauer beträgt ein Jahr. Einfache folliculäre Stimulation.</p>					
07.15		RINVOQ (Upadacitinibum)	AbbVie AG		
	21028	Ret Tabl 15 mg Blist 28 Stk Fr. 919.85 (786.97)		67257001	01.04.2020, B
<p>Für alle Indikationen gilt: Die Therapie bedarf der Kostengutsprache durch den Krankenversicherer nach vorgängiger Konsultation des Vertrauensarztes. Eine Kostengutsprache hat den entsprechenden Indikationscode (21028.XX) zu enthalten. Eine Kombination mit biologischen DMARDs oder zielgerichteten synthetischen DMARDs wird nicht vergütet.</p>					
<p>Rheumatoide Arthritis Die Verschreibung darf nur durch Fachärzte der Rheumatologie oder rheumatologischen Universitätskliniken/Polikliniken erfolgen. 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. Folgender Indikationscode ist an die Krankenversicherer zu übermitteln: 21028.01</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. Folgender Indikationscode ist an die Krankenversicherer zu übermitteln: 21028.02</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. Folgender Indikationscode ist an die Krankenversicherer zu übermitteln: 21028.03</p>					
<p>Atopische Dermatitis 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 ≥ 21.1), sofern die Patienten auf eine intensivierete 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. RINVOQ wird nicht in Kombination mit anderen systemischen Arzneimitteln zur Behandlung der atopischen Dermatitis vergütet. Falls nach 12 Wochen Behandlung mit RINVOQ kein therapeutischer Erfolg eingetreten ist, d.h. keine IGA Reduktion um ≥ 2 Punkte gegenüber dem Ausgangswert oder keine ≥ 50 % Verbesserung des EASI-Scores (EASI 50) gegenüber dem Ausgangswert oder keine ≥ 50 % Verbesserung des SCORAD-Score (SCORAD 50) gegenüber dem Ausgangswert, ist die Behandlung abzubrechen. Nach 52 Wochen ununterbrochener Therapie der atopischen Dermatitis mit RINVOQ ist eine erneute Kostengutsprache durch den Krankenversicherer nach vorgängiger Konsultation des Vertrauensarztes einzuholen. Die Diagnosestellung, die Verordnung und die Verlaufskontrolle von RINVOQ in der Indikation atopische Dermatitis darf ausschliesslich durch einen Facharzt für Dermato- logie und Venerologie oder Facharzt für Allergologie und klinische Immunologie erfolgen. Folgender Indikationscode ist an die Krankenversicherer zu übermitteln: 21028.04</p>					
07.16.10		CABAZITAXEL SPIRIG HC (Cabazitaxelum)	Spirig HealthCare AG		
G	21641	Inf Konz 60 mg/3 ml Durchstf 1 Stk Fr. 2960.05 (2647.85)		68959001	01.11.2023, A
<p>In Kombination mit Prednison bzw. Prednisolon zur Behandlung des metastasierten kastrationsresistenten Prostatakarzinoms (mCRPC) bei Patienten, die zuvor mit Docetaxel chemotherapeutisch behandelt wurden, falls diese Patienten nicht auf Docetaxel angesprochen haben oder bei denen das Karzinom eine Progression inner- halb von 6 Monaten nach Ende der Therapie mit Docetaxel gezeigt hat. Die Vergütung der Behandlung bedarf der Kostengutsprache durch den Krankenversicherer nach vorgängiger Konsultation des Vertrauensarztes. Es sind maximal 10 Zyklen zu vergüten. Bei Abbruch der Therapie vor Beginn des 2. Zyklus mit Cabazitaxel Spirig HC werden von der ZulassungsinhaberIn auf Antrag des Versicherers die Kosten für die während des 1. Zyklus verabreichte Dosis von Cabazitaxel Spirig HC im Publikumspreis dem Kostenträger vergütet.</p>					

Therap. Gruppe	Dossier Nr.	PRÄPARATE/ (Wirkstoffe) Packungen	Verantwortliche Firma	SHI-Nr.	Aufnahmejahr
07.16.10		ENHERTU (Trastuzumabum deruxtecanum)	Daiichi Sankyo (Schweiz) AG		
	21338	Inf Konz 100 mg Durchstf 1 Stk Fr. 1763.50 (1551.85)		67967001	01.11.2023, A

Befristete Limitation bis 31.10.2026

Nur nach vorgängiger Kostengutsprache durch den Krankenversicherer nach vorheriger Konsultation des Vertrauensarztes. Nur bis zur Progression der Krankheit. Eine Kostengutsprache hat den entsprechenden Indikationscode (21338.XX) zu enthalten.

Befristete Limitation bis 31.10.2026

HER2-positiver Brustkrebs

ENHERTU wird angewendet als Monotherapie zur Behandlung von erwachsenen Patienten mit inoperablem oder metastasiertem HER2-positivem Brustkrebs.

Bei Patienten, die bereits mindestens ein gegen HER2 gerichtetes Behandlungsregime, einschliesslich Trastuzumab und ein Taxan, erhalten haben und progredient waren entweder im metastatischen Stadium oder innerhalb von 6 Monaten nach Ende einer adjuvanten oder neoadjuvanten Therapie.

Folgender Indikationscode ist an den Krankenversicherer zu übermitteln: 21338.01

Bei Patienten, die bereits mindestens zwei gegen HER2 gerichtete Behandlungsregime, einschliesslich Trastuzumab, erhalten haben und eine Krankheitsprogression während oder nach Therapie mit Trastuzumab-Emtansin (T-DM1) hatten.

Folgender Indikationscode ist an den Krankenversicherer zu übermitteln: 21338.02

Befristete Limitation bis 31.10.2026

HER2-niedrig-exprimierender Brustkrebs (HER2-low Breast Cancer)

ENHERTU wird angewendet als Monotherapie zur Behandlung erwachsener Patienten mit inoperablem oder metastasiertem, HER2-niedrig-exprimierendem (IHC 1+ oder IHC 2+/ISH-) Brustkrebs, die bereits eine Chemotherapie im metastatischen Stadium erhalten haben oder unter adjuvanter Chemotherapie bzw. innerhalb von 6 Monaten nach Abschluss einer adjuvanten Chemotherapie ein Rezidiv ihrer Erkrankung haben. Patienten mit Hormonrezeptor-positivem (HR+) Brustkrebs müssen darüber hinaus eine endokrine Therapie erhalten haben oder dürfen für eine solche Therapie nicht in Frage kommen.

Folgender Indikationscode ist an den Krankenversicherer zu übermitteln: 21338.03

Die Firma Daiichi Sankyo (Schweiz) AG vergütet bei Brustkrebs auf Aufforderung desjenigen Krankenversicherers, bei dem die versicherte Person zum jeweiligen Bezugspunkt versichert war, einen festgelegten Anteil des Fabrikabgabepreises zurück. Die Daiichi Sankyo (Schweiz) AG gibt dem Krankenversicherer bei der ersten Aufforderung die Höhe der Rückerstattung bekannt. Die Mehrwertsteuer kann nicht zusätzlich zu diesem Anteil des Fabrikabgabepreises zurückgefordert werden. Die Aufforderung zur Rückvergütung soll ab dem Zeitpunkt der Verabreichung erfolgen.

07.99		PHEBURANE (Natrii phenylbutyras)	NordMedica SA		
	21433	Gran 483 mg/g Fl 174 g Fr. 510.05 (430.03)		67263001	01.11.2023, B

Als Zusatztherapie bei der Langzeitbehandlung von Stoffwechselstörungen des Harnstoffzyklus. Zu derartigen Erkrankungen gehören Carbamylphosphatsynthetase-Mangel, Ornithintranscarbamylase-Mangel sowie Argininosuccinatsynthetase-Mangel.

Der Einsatz wird bei allen Patienten vergütet, bei denen sich ein kompletter Enzymmangel bereits im Neugeborenenalter (innerhalb der ersten 28 Lebenstage) manifestiert hat. Bei Patienten mit einer spätmanifesten Form (inkompletter Enzymdefekt, der sich nach dem ersten Lebensmonat manifestiert) wird das Arzneimittel nur dann vergütet, wenn in der Anamnese eine hyperammonämische Enzephalopathie besteht.

Bei PHEBURANE beträgt die maximale vergütete Dosis 20 g/Tag.

Die Erstverschreibung von PHEBURANE muss in den folgenden Zentren erfolgen:

- Referenzzentrum für seltene Stoffwechselkrankheiten des Inselspitals Bern
- Referenzzentrum für seltene Stoffwechselkrankheiten des centre hospitalier universitaire vaudois (CHUV) Lausanne
- Referenzzentrum für seltene Stoffwechselkrankheiten Zürich
- Assoziiertes Zentrum für seltene Stoffwechselkrankheiten Basel
- Centre associé pour les maladies héréditaires du métabolisme, Genève.

Therap. Gruppe	Dossier Nr.	PRÄPARATE/ (Wirkstoffe) Packungen	Verantwortliche Firma	SHI-Nr.	Aufnahmejahr
II. Andere Packungen und Dosierungen					
07.15		ILUMETRI (Tildrakizumabum)	Almirall AG		
	20900	Inj Lös 200 mg/2 ml Fertspr 1 Stk Fr. 3282.75 (2962.66)		66784003	01.11.2023, B
Schwere Plaque-Psoriasis:					
Behandlung erwachsener Patienten mit schwerer Plaque-Psoriasis, bei denen eine Phototherapie oder eine der folgenden konventionellen systemischen Therapien (Ciclosporin, Methotrexat, Acitretin) keinen therapeutischen Erfolg gezeigt haben. Falls nach 28-wöchiger Behandlung kein therapeutischer Erfolg eingetreten ist, ist die Behandlung abzubrechen. Pro Verabreichung wird eine maximale Dosis von 200 mg vergütet.					
Die Verschreibung kann nur durch Fachärzte der Dermatologie oder dermatologische Universitätskliniken/Polikliniken erfolgen.					
Nicht zur Behandlung der Psoriasis-Arthritis.					
07.15		NULOJIX (Belataceptum)	Bristol-Myers Squibb SA		
	19772	Trockensub 250 mg Durchstf 1 Stk Fr. 465.85 (391.50)		61521003	01.11.2023, A
	19772	Trockensub 250 mg 2 Durchstf 1 Stk Fr. 915.30 (783.00)		61521004	01.11.2023, A
Zur Prophylaxe einer Transplantatabstossung bei Patienten nach Nierentransplantation mit einer Einleitungstherapie mit einem Interleukin-2 (IL-2)-Rezeptorantagonisten in Kombination mit Mycophenolsäure und Kortikosteroiden.					
Nulojix darf ausschliesslich in Spital- und Dialysezentren unter Aufsicht eines spezialisierten Arztes mit Erfahrung im Bereich der immunsuppressiven Therapie und in der Behandlung von Nierentransplantationspatienten verordnet/verabreicht werden.					

Therap. Gruppe	Dossier Nr.	PRÄPARATE/ (Wirkstoffe) Packungen	Verantwortliche Firma	SHI-Nr.	Datum der Streichung
III. Neu gestrichene Präparate/Packungen					
01.01.10		PARACETAMOL SANDOZ (Paracetamololum)	Sandoz Pharmaceuticals AG		
	20127	Tabl 500 mg 20 Stk Fr. 2.50 (1.36)		63048001	01.11.2023, D
	20127	Tabl 500 mg 100 Stk Fr. 15.05 (5.95)		63048005	01.11.2023, B
	20127	Tabl 1 g 20 Stk Fr. 7.65 (3.11)		63048002	01.11.2023, B
	20127	Tabl 1 g 40 Stk Fr. 14.85 (5.79)		63048003	01.11.2023, B
	20127	Tabl 1 g 100 Stk Fr. 18.65 (9.10)		63048004	01.11.2023, B
01.08 G		RASAGILIN MYLAN (Rasagilinum)	Mylan Pharma GmbH		
	20985	Tabl 1 mg Blist 30 Stk Fr. 82.50 (57.60)		67221001	01.11.2023, B
	20985	Tabl 1 mg Blist 100 Stk Fr. 204.60 (163.93)		67221002	01.11.2023, B
02.07.20 G		EPRIL PLUS (Enalaprili maleas, Hydrochlorothiazidum)	Sandoz Pharmaceuticals AG		
	18005	Tabl 20/6mg 30 Stk Fr. 28.55 (14.17)		56480001	01.11.2023, B
07.06.20 G		GLIBENORM (Glibenclamidum)	Streuli Pharma AG		
	17947	Tabl 5 mg 30 Stk Fr. 7.65 (3.09)		56367002	01.11.2023, B
	17947	Tabl 5 mg 100 Stk Fr. 18.35 (8.82)		56367004	01.11.2023, B
07.06.20		VIPIDIA (Alogliptinum)	Takeda Pharma AG		
	20112	Filmtabl 6.25 mg 28 Stk Fr. 57.65 (35.92)		62955003	01.11.2023, B
	20112	Filmtabl 6.25 mg 98 Stk Fr. 160.70 (125.71)		62955008	01.11.2023, B
	20112	Filmtabl 12.5 mg 28 Stk Fr. 57.65 (35.92)		62955012	01.11.2023, B
	20112	Filmtabl 12.5 mg 98 Stk Fr. 160.70 (125.71)		62955017	01.11.2023, B
	20112	Filmtabl 25 mg 28 Stk Fr. 57.65 (35.92)		62955021	01.11.2023, B
	20112	Filmtabl 25 mg 98 Stk Fr. 160.70 (125.71)		62955026	01.11.2023, B
07.12		EZETIMIB-ROSUVASTATIN-MEPHA (Ezetimibum, Rosuvastatinum)	Mepha Pharma AG		
	20766	Kaps 10mg/10mg Blist 30 Stk Fr. 45.15 (25.05)		66835001	01.11.2023, B
	20766	Kaps 10mg/10mg Blist 90 Stk Fr. 102.65 (75.15)		66835002	01.11.2023, B
	20766	Kaps 10mg/20mg Blist 30 Stk Fr. 49.50 (28.83)		66835003	01.11.2023, B
	20766	Kaps 10mg/20mg Blist 90 Stk Fr. 115.70 (86.50)		66835004	01.11.2023, B
07.13.30		ALUTARD SQ FRÜHBLÜHERMISCHUNG (Pollinis allergeni extractum)	ALK-Abelló AG		
	19824	Inj Susp Fortsetz Be 5ml Fr. 291.10 (239.28)		60695002	01.11.2023, A
08.03 G		EMTRICITABIN TENOFOVIR SANDOZ (Emtricitabinum, Tenofovirum disoproxilum)	Sandoz Pharmaceuticals AG		
	21220	Filmtabl 200/245 mg 30 Stk Fr. 420.35 (351.88)		66368001	01.11.2023, A
10.03		CURATODERM (Tacalcitololum monohydricum)	Almirall AG		
	16496	Salbe 20g Fr. 28.90 (14.44)		53310028	01.11.2023, B
	17847	Lot 20ml Fr. 25.20 (11.25)		55812001	01.11.2023, B

PRÄPARATE / (Wirkstoffe) Packungen	Verantwortliche Firma	Therap. Gruppe	Dossier Nr.	Preis neu	Ex-Fact. neu
IV. Preissenkungen					
IV.a. Freiwillige Preissenkung					
TEMOZOLOMID ACCORD	Accord Healthcare AG	071610			
Kaps 5 mg 5 Stk			21060	20.20	10.45
Kaps 5 mg 20 Stk			21060	60.45	38.36
Kaps 20 mg 5 Stk			21060	64.40	41.80
Kaps 20 mg 20 Stk			21060	186.55	148.23
Kaps 100 mg 5 Stk			21060	220.65	177.92
Kaps 100 mg 20 Stk			21060	736.10	626.90
Kaps 140 mg 5 Stk			21060	352.35	292.63
Kaps 140 mg 20 Stk			21060	1192.35	1031.11
Kaps 180 mg 5 Stk			21060	382.55	318.96
Kaps 180 mg 20 Stk			21060	1460.80	1275.85
Kaps 250 mg 5 Stk			21060	527.30	445.02
IV.b. Normale Preismutation					
DARZALEX	Janssen-Cilag AG	071610			
Inf Konz 100 mg/5 ml (alt) Durchstf 5 ml			20589	491.75	414.06
Inf Konz 100 mg/5 ml Durchstf 5 ml			20589	491.75	414.06
Inf Konz 400 mg/20 ml (alt) Durchstf 20 ml			20589	1850.10	1630.81
Inf Konz 400 mg/20 ml Durchstf 20 ml			20589	1850.10	1630.81
DARZALEX SC	Janssen-Cilag AG	071610			
Inj Lös 1800 mg/15 ml Durchstf 15 ml			21150	5218.15	4850.86
ENTRESTO	Novartis Pharma Schweiz AG	020720			
Filmtabl 50 mg 28 Stk			20415	77.75	53.44
Filmtabl 50 mg 56 Stk			20415	139.10	106.88
Filmtabl 100 mg 56 Stk			20415	139.10	106.88
Filmtabl 100 mg Blist 168 Stk			20415	384.50	320.64
Filmtabl 200 mg 56 Stk			20415	139.10	106.88
Filmtabl 200 mg Blist 168 Stk			20415	384.50	320.64
ILUMETRI	Almirall AG	071500			
Inj Lös 100 mg/ml Fertspr 1 Stk			20900	3282.75	2962.66
NULOJIX	Bristol-Myers Squibb SA	071500			
Trockensub 250 mg (alt) Durchstf 1 Stk			19772	465.85	391.50
Trockensub 250 mg (alt) 2 Durchstf 1 Stk			19772	915.30	783.00
RINVOO	AbbVie AG	071500			
Ret Tabl 15 mg Blist 28 Stk			21028	919.85	786.97

PRÄPARATE / (Wirkstoffe) Packungen	Verantwortliche Firma	Therap. Gruppe	Dossier Nr.	Preis neu	Ex-Fact. neu
V. Preiserhöhungen					
V.a. Preiserhöhungsgesuch					
QUILONORM RETARD	Doetsch Grether AG	010600			
Ret Filmtabl 12.2mmol 60 Stk			11538	26.35	12.22
Ret Filmtabl 12.2mmol 300 Stk			11538	76.05	51.95

PRÄPARATE / (Wirkstoffe) Packungen	Verantwortliche Firma	Therap. Gruppe	Dossier Nr.	Preis neu	Ex-Fact. neu
VI. Limitations-/Indikationsänderung					
DARZALEX	Janssen-Cilag AG	071610			
Inf Konz 100 mg/5 ml Durchstf 5 ml			20589	491.75	414.06
Inf Konz 100 mg/5 ml (alt) Durchstf 5 ml			20589	491.75	414.06
Inf Konz 400 mg/20 ml Durchstf 20 ml			20589	1850.10	1630.81
Inf Konz 400 mg/20 ml (alt) Durchstf 20 ml			20589	1850.10	1630.81

Befristete Limitation bis 31.12.2023

Monotherapie

Nach Kostengutsprache durch den Krankenversicherer nach vorgängiger Konsultation des Vertrauensarztes.

Nur bis zur Progression der Krankheit.

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

Die Kostengutsprache gilt zunächst für 4 Wochen und wird vom Krankenversicherer nur dann verlängert werden, wenn der behandelnde Arzt dem Krankenversicherer nach 4 Wochen meldet, dass die Therapie fortgesetzt wird. In diesem Fall ist die Verlängerung der Kostengutsprache ohne Einforderung weiterer Unterlagen zu gewähren. Wird die Therapie nach 4 Wochen nicht fortgesetzt, vergütet die Janssen-Cilag AG nach Aufforderung durch denjenigen Krankenversicherer, bei dem die versicherte Person zum Zeitpunkt des Bezuges versichert war, die Kosten für die bis zu diesem Zeitpunkt abgegebenen Packungen bzw. Mengen von Darzalex zurück. Die Mehrwertsteuer kann nicht zusätzlich zu diesem Betrag zurückgefordert werden. Die Aufforderung zur Rückvergütung soll in der Regel innerhalb von 6 Monaten erfolgen. Folgender Code ist an den Krankenversicherer zu übermitteln: 20589.01

Befristete Limitation bis 31.12.2023

Daratumumab in Kombination mit Lenalidomid und Dexamethason

Nach Kostengutsprache durch den Krankenversicherer nach vorgängiger Konsultation des Vertrauensarztes.

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

Nur bis zur Progression der Krankheit.

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

Folgender Code ist an den Krankenversicherer zu übermitteln: 20589.02

Befristete Limitation bis 31.10.2023

DARZALEX in Kombination mit Bortezomib, Melphalan, und Prednison

Nach Kostengutsprache durch den Krankenversicherer nach vorgängiger Konsultation des Vertrauensarztes.

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

Nur bis zur Progression der Krankheit.

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

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

Folgender Code ist an den Krankenversicherer zu übermitteln: 20589.03

Neue Limitation befristet bis 30.04.2024

DARZALEX in Kombination mit Bortezomib, Melphalan, und Prednison

Nach Kostengutsprache durch den Krankenversicherer nach vorgängiger Konsultation des Vertrauensarztes.

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

Nur bis zur Progression der Krankheit.

Die Zulassungsinhaberin erstattet dem Krankenversicherer, bei dem die versicherte Person zum Zeitpunkt des Bezugs versichert war, auf dessen erste Aufforderung hin für jede bezogene Packung DARZALEX Inf Konz 100 mg einen Betrag von Fr. 96.65 und für jede bezogene Packung DARZALEX Inf Konz 400 mg einen Betrag von Fr. 361.16 auf den entsprechenden Fabrikabgabepreis zurück. Die Mehrwertsteuer kann nicht zusätzlich zu diesem Anteil des Fabrikabgabepreises zurückgefordert werden.

Folgender Code ist an den Krankenversicherer zu übermitteln: 20589.03

Daratumumab in Kombination mit Bortezomib und Dexamethason

Nach Kostengutsprache durch den Krankenversicherer nach vorgängiger Konsultation des Vertrauensarztes.

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

Nur bis zur Progression der Krankheit.

Folgender Code ist an den Krankenversicherer zu übermitteln: 20589.05

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

Befristete Limitation bis 31.07.2025

Darzalex in Kombination mit Carfilzomib und Dexamethason (KDd)

Nach Kostengutsprache durch den Krankenversicherer nach vorgängiger Konsultation des Vertrauensarztes.

DARZALEX wird vergütet in Kombination mit Carfilzomib und Dexamethason (KDd) zur Behandlung von erwachsenen Patienten mit rezidivierendem multiplem Myelom, die mindestens eine vorangegangene Therapie erhalten haben. Dosierungsschema und Dosierung sollen nach Angaben der Fachinformation erfolgen.

Nur bis zur Progression der Krankheit.

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

Folgender Code ist an den Krankenversicherer zu übermitteln: 20589.07

DARZALEX SC Inj Lös 1800 mg/15 ml Durchstf 15 ml	Janssen-Cilag AG	071610	21150	5218.15	4850.86
--	------------------	--------	-------	---------	---------

Befristete Limitation bis 31.12.2023

Monotherapie

Nach Kostengutsprache durch den Krankenversicherer nach vorgängiger Konsultation des Vertrauensarztes.

Nur bis zur Progression der Krankheit.

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

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

Folgender Code ist an den Krankenversicherer zu übermitteln: 20589.01

Befristete Limitation bis 31.12.2023

Daratumumab in Kombination mit Lenalidomid und Dexamethason

Nach Kostengutsprache durch den Krankenversicherer nach vorgängiger Konsultation des Vertrauensarztes.

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

Nur bis zur Progression der Krankheit.

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

Folgender Code ist an den Krankenversicherer zu übermitteln: 20589.02

Befristete Limitation bis 31.10.2023

DARZALEX in Kombination mit Bortezomib, Melphalan, und Prednison

Nach Kostengutsprache durch den Krankenversicherer nach vorgängiger Konsultation des Vertrauensarztes.

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

Nur bis zur Progression der Krankheit.

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

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

Folgender Code ist an den Krankenversicherer zu übermitteln: 20589.03

Neue Limitation befristet bis 30.04.2024

DARZALEX SC in Kombination mit Bortezomib, Melphalan, und Prednison

Nach Kostengutsprache durch den Krankenversicherer nach vorgängiger Konsultation des Vertrauensarztes.

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

Nur bis zur Progression der Krankheit.

Die Zulassungsinhaberin erstattet dem Krankenversicherer, bei dem die versicherte Person zum Zeitpunkt des Bezugs versichert war, auf dessen erste Aufforderung hin für jede bezogene Packung DARZALEX SC Inj Lös 1800 mg einen Betrag von Fr. 1041.91 auf den Fabrikabgabepreis zurück. Die Mehrwertsteuer kann nicht zusätzlich zu diesem Anteil des Fabrikabgabepreises zurückgefordert werden.

Folgender Code ist an den Krankenversicherer zu übermitteln: 21150.03

PRÄPARATE / (Wirkstoffe) Packungen	Verantwortliche Firma	Therap. Gruppe	Dossier Nr.	Preis neu	Ex-Fact. neu
Befristete Limitation bis 31.10.2023					
AL-Amyloidose					
Nach Kostengutsprache durch den Krankenversicherer nach vorgängiger Konsultation des Vertrauensarztes.					
DARZALEX SC in Kombination mit Bortezomib, Cyclophosphamid und Dexamethason wird vergütet für die Behandlung von bisher unbehandelten Patienten mit AL-Amyloidose (Leichtketten-Amyloidose), die keine kardiale Erkrankung NYHA Stadium IIIB oder Stadium IV vorweisen.					
Die Behandlung mit Bortezomib, Cyclophosphamid und Dexamethason wird bis zu maximal 6 Zyklen vergütet.					
Die Behandlung mit DARZALEX SC wird bis zu maximal 24 Zyklen vergütet.					
Die Janssen-Cilag AG vergütet dem Krankenversicherer, bei dem die versicherte Person zum Zeitpunkt des Bezugs versichert war, auf dessen erste Aufforderung hin für jede bezogene Packung DARZALEX einen festgelegten Anteil des Fabrikabgabepreises zurück.					
Die Janssen-Cilag AG gibt dem Krankenversicherer die Höhe der Rückvergütung bekannt.					
Die Mehrwertsteuer kann nicht zusätzlich zu diesem Anteil des Fabrikabgabepreises zurückgefordert werden.					
Folgender Code ist an den Krankenversicherer zu übermitteln: 20589.04					
Neue Limitation befristet bis 30.11.2023					
AL-Amyloidose					
Nach Kostengutsprache durch den Krankenversicherer nach vorgängiger Konsultation des Vertrauensarztes.					
DARZALEX SC in Kombination mit Bortezomib, Cyclophosphamid und Dexamethason wird vergütet für die Behandlung von bisher unbehandelten Patienten mit AL-Amyloidose (Leichtketten-Amyloidose), die keine kardiale Erkrankung NYHA Stadium IIIB oder Stadium IV vorweisen.					
Die Behandlung mit Bortezomib, Cyclophosphamid und Dexamethason wird bis zu maximal 6 Zyklen vergütet.					
Die Behandlung mit DARZALEX SC wird bis zu maximal 24 Zyklen vergütet.					
Die Janssen-Cilag AG vergütet dem Krankenversicherer, bei dem die versicherte Person zum Zeitpunkt des Bezugs versichert war, auf dessen erste Aufforderung hin für jede bezogene Packung DARZALEX einen festgelegten Anteil des Fabrikabgabepreises zurück.					
Die Janssen-Cilag AG gibt dem Krankenversicherer die Höhe der Rückvergütung bekannt.					
Die Mehrwertsteuer kann nicht zusätzlich zu diesem Anteil des Fabrikabgabepreises zurückgefordert werden.					
Folgender Code ist an den Krankenversicherer zu übermitteln: 20589.04					
Daratumumab in Kombination mit Bortezomib und Dexamethason					
Nach Kostengutsprache durch den Krankenversicherer nach vorgängiger Konsultation des Vertrauensarztes.					
Daratumumab wird vergütet in Kombination mit Bortezomib und Dexamethason für die Behandlung von Patienten mit multiplem Myelom, die mindestens eine frühere Therapielinie erhalten haben.					
Nur bis zur Progression der Krankheit.					
Folgender Code ist an den Krankenversicherer zu übermitteln: 20589.05					
Befristete Limitation bis 28.02.2024					
DARZALEX SC in Kombination mit Pomalidomid und Dexamethason					
Nach Kostengutsprache durch den Krankenversicherer nach vorgängiger Konsultation des Vertrauensarztes.					
DARZALEX SC wird vergütet in Kombination mit Pomalidomid und Dexamethason für die Behandlung erwachsener Patienten mit rezidiviertem oder refraktärem multiplem Myelom, welche mit einem Proteasom-Inhibitor (PI) und Lenalidomid vorbehandelt wurden und bei denen während oder nach der letzten Therapie eine Krankheitsprogression auftrat.					
Die Janssen-Cilag AG vergütet dem Krankenversicherer, bei dem die versicherte Person zum Zeitpunkt des Bezugs versichert war, auf dessen erste Aufforderung hin für jede bezogene Packung DARZALEX SC einen festgelegten Anteil des Fabrikabgabepreises zurück.					
Die Janssen-Cilag AG gibt dem Krankenversicherer die Höhe der Rückvergütung bekannt.					
Die Mehrwertsteuer kann nicht zusätzlich zu diesem Anteil des Fabrikabgabepreises zurückgefordert werden.					
Folgender Code ist an den Krankenversicherer zu übermitteln: 20589.06.					
Befristete Limitation bis 31.07.2025					
Darzalex in Kombination mit Carfilzomib und Dexamethason (KdD)					
Nach Kostengutsprache durch den Krankenversicherer nach vorgängiger Konsultation des Vertrauensarztes.					
DARZALEX wird vergütet in Kombination mit Carfilzomib und Dexamethason (KdD) zur Behandlung von erwachsenen Patienten mit rezidivierendem multiplem Myelom, die mindestens eine vorangegangene Therapie erhalten haben. Dosierungsschema und Dosierung sollen nach Angaben der Fachinformation erfolgen.					
Nur bis zur Progression der Krankheit.					
Die Janssen-Cilag AG vergütet dem Krankenversicherer, bei dem die versicherte Person zum Zeitpunkt des Bezugs versichert war, auf dessen erste Aufforderung hin für jede bezogene Packung DARZALEX einen festgelegten Anteil des Fabrikabgabepreises zurück. Die Janssen-Cilag AG gibt dem Krankenversicherer die Höhe der Rückvergütung bekannt. Die Mehrwertsteuer kann nicht zusätzlich zu diesem Anteil des Fabrikabgabepreises zurückgefordert werden.					
Folgender Code ist an den Krankenversicherer zu übermitteln: 20589.07					
EPRIL PLUS	Sandoz Pharmaceuticals AG	020720			
Tabl 20/6mg 100 Stk			18005	68.95	45.78
Limitation neu					
Nur für bereits mit diesem Medikament eingestellte Patientinnen und Patienten.					

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

ILUMETRI

Inj Lös 100 mg/ml Fertspr 1 Stk

Almirall AG

071500

20900

3282.75

2962.66

Limitation alt

Plaque-Psoriasis

Behandlung erwachsener Patienten mit schwerer Plaque-Psoriasis, bei denen eine Phototherapie oder eine der folgenden konventionellen systemischen Therapien (Ciclosporin, Methotrexat, Acitretin) keinen therapeutischen Erfolg gezeigt haben. Falls nach 28-wöchiger Behandlung kein therapeutischer Erfolg eingetreten ist, ist die Behandlung abzubrechen. Pro Verabreichung wird eine maximale Dosis von 100 mg vergütet.

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

Nicht zur Behandlung Psoriatischer Arthritis.

Limitation neu

Schwere Plaque-Psoriasis

Behandlung erwachsener Patienten mit schwerer Plaque-Psoriasis, bei denen eine Phototherapie oder eine der folgenden konventionellen systemischen Therapien (Ciclosporin, Methotrexat, Acitretin) keinen therapeutischen Erfolg gezeigt haben. Falls nach 28-wöchiger Behandlung kein therapeutischer Erfolg eingetreten ist, ist die Behandlung abzubrechen. Pro Verabreichung wird eine maximale Dosis von 100 mg vergütet.

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

Nicht zur Behandlung der Psoriasis-Arthritis.

KEYTRUDA

Inf Konz 100 mg/4ml Durchstf 2 Stk

MSD Merck Sharp & Dohme AG

071610

20416

4763.85

4407.68

Limitation alt

Für alle vergütungspflichtigen Indikationen gilt:

Vor Therapiebeginn muss für alle vergütungspflichtigen Indikationen eine Kostengutsprache des Krankenversicherers nach vorgängiger Konsultation des Vertrauensarztes eingeholt werden. Eine Kostengutsprache hat den entsprechenden Indikationscode (20416.XX) zu enthalten.

Die Dosierung beträgt maximal 200 mg alle drei Wochen.

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

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

Befristete Limitation bis 31.12.2024

1L NSCLC (Monotherapie) KN024

(mit Preismodell)

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

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

Folgender Code ist an den Krankenversicherer zu übermitteln: 20416.01

Befristete Limitation bis 31.12.2024

1L nicht-platteneitheliales NSCLC (in Kombination mit Pemetrexed und Platin-Chemotherapie) KN189

(mit Preismodell)

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

– eine Lebenserwartung von mindestens 3 Monaten haben UND

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

Folgender Code ist an den Krankenversicherer zu übermitteln: 20416.02

Befristete Limitation bis 31.12.2024

1L platteneitheliales NSCLC (in Kombination mit Carboplatin und Paclitaxel) KN407

(mit Preismodell)

KEYTRUDA in Kombination mit Carboplatin und Paclitaxel zur Erstlinienbehandlung des metastasierten, platteneithelialen NSCLC bei Erwachsenen, die eine Lebenserwartung von mindestens 3 Monaten haben.

Folgender Code ist an den Krankenversicherer zu übermitteln: 20416.03

Befristete Limitation bis 31.12.2024

2L NSCLC (Monotherapie) KN010

(mit Preismodell)

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

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

Folgender Code ist an den Krankenversicherer zu übermitteln: 20416.04

PRÄPARATE / (Wirkstoffe) Packungen	Verantwortliche Firma	Therap. Gruppe	Dossier Nr.	Preis neu	Ex-Fact. neu
Befristete Limitation bis 31.12.2024					
Melanom (Monotherapie) KN006					
(mit Preismodell)					
Als Monotherapie zur Behandlung von nicht resezierbarem oder metastasiertem Melanom bei Erwachsenen.					
Folgender Code ist an den Krankenversicherer zu übermitteln: 20416.05					
Befristete Limitation bis 31.12.2024					
Melanom adjuvant (Monotherapie) KN054					
(mit Preismodell)					
Als Monotherapie zur adjuvanten Behandlung des Melanoms mit regionaler Lymphknotenbeteiligung und Lymphknotenmetastasen > 1 mm und ohne locoregionalen Rückfall nach vollständiger Resektion bei Patienten ohne vorangegangene systemische Therapie zur Behandlung des Melanoms. Die Vergütung ist eingeschränkt auf folgende Stadien:					
– nach AJCC 7 th edition: Stadium IIIA (T3-4a N1a/N2a), IIIB (T2-4b N1a/N2a, T1-4a N1b/N2b) und IIIC (ohne in-transit Metastasen und ohne (Mikro-)Satelliten)					
– nach AJCC 8 th edition: soweit keine (Mikro-)Satelliten oder in-transit-Metastasen vorliegen bei Stadium IIIB, IIIC, IIID.					
Die adjuvante Therapie mit KEYTRUDA soll innerhalb von 15 Wochen nach Resektion erfolgen.					
Die Patienten sollten bis zu einem Rückfall der Erkrankung behandelt werden, jedoch beträgt die maximale Anzahl Behandlungen bzw. Zyklen 18.					
Folgender Code ist an den Krankenversicherer zu übermitteln: 20416.06					
Befristete Limitation bis 31.12.2024					
Urothelkarzinom (Monotherapie) KN045					
(mit Preismodell)					
Als Monotherapie zur Behandlung des lokal fortgeschrittenen oder metastasierten Urothelkarzinom bei Erwachsenen, die innerhalb der letzten 24 Monate mit platinbasierter Chemotherapie vorbehandelt wurden. Patienten, deren platinbasierte Therapie länger als 24 Monate zurückliegt, sollen vor Beginn einer Behandlung mit KEYTRUDA erneut in erster Linie platinbasiert behandelt werden, erst bei erneuter Progression auf diese Therapie innerhalb von 24 Monaten soll in der 2. Linie mit der Therapie von KEYTRUDA begonnen werden.					
Folgender Code ist an den Krankenversicherer zu übermitteln: 20416.07					
Befristete Limitation bis 31.12.2024					
1L Plattenepithelkarziom im Kopf- und Halsbereich (HNSCC) (in Kombination mit Platin- und 5-Fluorouracil (5-FU)-haltiger Chemotherapie) KN048					
(mit Preismodell)					
KEYTRUDA in Kombination mit Platin- und 5-Fluorouracil (5-FU)-haltiger Chemotherapie zur Behandlung des rezidivierenden oder metastasierten PD-L1 exprimierenden Plattenepithelkarzinom im Kopf-Hals-Bereich (HNSCC) (ausgenommen nasopharyngeale Karzinome) bei Erwachsenen ohne vorgängige systemische Therapie für die rezidivierende, nicht kurativ anzugehende, lokal fortgeschrittene oder metastasierte Erkrankung.					
Folgender Code ist an den Krankenversicherer zu übermitteln: 20416.08					
Befristete Limitation bis 31.12.2024					
Vorbehandelte Patienten mit einem Plattenepithelkarzinom im Kopf- und Halsbereich nach platinbasierter Chemotherapie (HNSCC) (Monotherapie) KN040					
(mit Preismodell)					
KEYTRUDA als Monotherapie zur Behandlung des rezidivierenden oder metastasierten Plattenepithelkarzinoms der Mundhöhle, des Oropharynx, des Hypopharynx oder des Larynx bei Erwachsenen, die bei nicht kurativ anzugehender Erkrankung mit Platin-basierter Chemotherapie vorbehandelt wurden und deren Tumore PD-L1 mit einem Tumor proportion score (TPS) ≥ 50 % exprimieren.					
Folgender Code ist an den Krankenversicherer zu übermitteln: 20416.09					
Befristete Limitation bis 31.12.2024					
Klassisches Hodgkin-Lymphom (Monotherapie) bei erwachsenen Patienten KN204					
(mit Preismodell)					
Als Monotherapie zur Behandlung von erwachsenen Patienten mit rezidivierendem oder refraktärem klassischem Hodgkin Lymphom (cHL), falls eine autologe oder allogene Stammzelltransplantation (SZT) keine Behandlungsoption darstellt					
– entweder bei Patienten mit zumindest zwei vorherigen Behandlungen					
– oder bei Patienten, bei denen eine Chemotherapie nicht einsetzbar ist oder nachweislich nicht vertragen wird.					
Folgender Code ist an den Krankenversicherer zu übermitteln: 20416.10					
Befristete Limitation bis 31.12.2024					
Klassisches Hodgkin-Lymphom (Monotherapie) bei pädiatrischen Patienten KN051					
(mit Preismodell)					
Als Monotherapie zur Behandlung von pädiatrischen Patienten mit rezidivierendem oder refraktärem cHL, für die keine zufriedenstellenden Behandlungsoptionen zur Verfügung stehen.					
Bei pädiatrischen Patienten mit einem Körpergewicht von ≤ 50 kg wird eine Packung KEYTRUDA 2 Durchstechflaschen pro 2 Behandlungszyklen vergütet.					
Folgender Code ist an den Krankenversicherer zu übermitteln: 20416.11					

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

Befristete Limitation bis 31.12.2024

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

(mit Preismodell)

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

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

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

Folgender Code ist an den Krankenversicherer zu übermitteln: 20416.12

Befristete Limitation bis 31.12.2024

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

(mit Preismodell)

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

Folgender Code ist an den Krankenversicherer zu übermitteln: 20416.13

Befristete Limitation bis 31.12.2024

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

(mit Preismodell)

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

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

Folgender Code ist an den Krankenversicherer zu übermitteln: 20416.14

Befristete Limitation bis 31.12.2024

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

(mit Preismodell)

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

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

Folgender Code ist an den Krankenversicherer zu übermitteln: 20416.15

Befristete Limitation bis 31.12.2024

1L Persistierendes, rezidivierendes oder metastasiertes Zervixkarzinom (in Kombination mit Platin-Chemotherapie und Paclitaxel, mit oder ohne Bevacizumab) KN826

(mit Preismodell)

KEYTRUDA in Kombination mit Platin-Chemotherapie und Paclitaxel, mit oder ohne Bevacizumab, zur Behandlung von erwachsenen Patientinnen mit persistierendem, rezidivierendem oder metastasiertem Zervixkarzinom, die keine vorhergehende systemische Therapie erhalten haben und deren Tumore PD-L1 exprimieren (CPS ≥ 1).

Folgender Code ist an den Krankenversicherer zu übermitteln: 20416.16

Befristete Limitation bis 31.12.2024

Lokal rezidivierendes, nicht resezierbares oder metastasiertes triple-negatives Mammakarzinom (in Kombination mit Chemotherapie) KN 355

(mit Preismodell)

KEYTRUDA in Kombination mit Chemotherapie zur Behandlung des lokal rezidivierenden, nicht resezierbaren oder metastasierten triple-negativen Mammakarzinoms bei Erwachsenen, deren Tumore PD-L1 mit einem CPS ≥ 10 exprimieren und die keine vorherige Chemotherapie bei metastasierter Erkrankung erhalten haben.

- Falls Patienten vorhergehend systemisch im (neo)adjuvanten Setting behandelt wurden: Mit Vortherapie auf Antrazyklin-Basis, ausser diese war kontraindiziert.
- Ohne Therapie mit Checkpoint-Inhibitoren innerhalb der letzten 12 Monate.

Folgender Code ist an den Krankenversicherer zu übermitteln: 20416.17

Für Behandlungen in Indikationen mit Preismodell erstattet die Zulassungsinhaberin nach Aufforderung durch denjenigen Krankenversicherer, bei dem die versicherte Person zum Zeitpunkt des Bezugs versichert war, eine Rückvergütung pro nachweislich verabreichter Packung KEYTRUDA (1 bzw. 2 Vials) zurück. Es gelten die zum Verabreichungszeitpunkt aktuellen Preise und Prozentsätze. Für die Beantragung dieser Rückerstattungen ist vom Krankenversicherer mit jeder Rückvergütungsforderung der jeweilige Indikationscode (20416.XX) zwingend bekanntzugeben. Die Mehrwertsteuer kann nicht zusätzlich zu diesem Anteil des Fabrikabgabepreises zurückgefordert werden. Die Aufforderung zur Rückerstattung soll zeitnah zur Verabreichung erfolgen.

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

Limitation neu

Für alle vergütungspflichtigen Indikationen gilt:

Vor Therapiebeginn muss für alle vergütungspflichtigen Indikationen eine Kostengutsprache des Krankenversicherers nach vorgängiger Konsultation des Vertrauensarztes eingeholt werden. Eine Kostengutsprache hat den entsprechenden Indikationscode (20416.XX) zu enthalten.

Die Dosierung beträgt maximal 200 mg alle drei Wochen sofern nicht anders festgelegt.

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

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

Befristete Limitation bis 31.12.2024

1L NSCLC (Monotherapie) KN024

(mit Preismodell)

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

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

Folgender Code ist an den Krankenversicherer zu übermitteln: 20416.01

Befristete Limitation bis 31.12.2024

1L nicht-plattenepitheliales NSCLC (in Kombination mit Pemetrexed und Platin-Chemotherapie) KN189

(mit Preismodell)

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

– eine Lebenserwartung von mindestens 3 Monaten haben UND

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

Folgender Code ist an den Krankenversicherer zu übermitteln: 20416.02

Befristete Limitation bis 31.12.2024

1L plattenepitheliales NSCLC (in Kombination mit Carboplatin und Paclitaxel) KN407

(mit Preismodell)

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

Folgender Code ist an den Krankenversicherer zu übermitteln: 20416.03

Befristete Limitation bis 31.12.2024

2L NSCLC (Monotherapie) KN010

(mit Preismodell)

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

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

Folgender Code ist an den Krankenversicherer zu übermitteln: 20416.04

Befristete Limitation bis 31.12.2024

Melanom (Monotherapie) KN006

(mit Preismodell)

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

Die Dosierung beträgt maximal 200 mg alle drei Wochen, die maximale Anzahl Zyklen beträgt 35. Alternativ kann eine Therapie von maximal 400 mg alle sechs Wochen verabreicht werden. Die maximale Anzahl Zyklen beträgt 18 für die sechswöchentliche Behandlung.

Folgender Code ist an den Krankenversicherer zu übermitteln: 20416.05

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

Befristete Limitation bis 31.12.2024

Melanom adjuvant (Monotherapie) KN054

(mit Preismodell)

Als Monotherapie zur adjuvanten Behandlung des Melanoms mit regionaler Lymphknotenbeteiligung und Lymphknotenmetastasen >1 mm und ohne locoregionalen Rückfall nach vollständiger Resektion bei Patienten ohne vorangegangene systemische Therapie zur Behandlung des Melanoms.

Die Vergütung ist eingeschränkt auf folgende Stadien:

- nach AJCC 7th edition: Stadium IIIA (T3-4a N1a/N2a), IIIB (T2-4b N1a/N2a, T1-4a N1b/N2b) und IIIC (ohne in-transit Metastasen und ohne (Mikro-)Satelliten)
- nach AJCC 8th edition: soweit keine (Mikro-)Satelliten oder in-transit-Metastasen vorliegen bei Stadium IIIB, IIIC, IIID.

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

Die Dosierung beträgt maximal 200 mg alle drei Wochen. Alternativ kann eine Therapie von maximal 400 mg alle sechs Wochen verabreicht werden.

Die Patienten sollten bis zu einem Rückfall der Erkrankung behandelt werden, jedoch beträgt die maximale Anzahl Behandlungen bzw. Zyklen 18 für die Therapie mit 200 mg alle 3 Wochen und 9 Zyklen für die Therapie mit 400 mg alle 6 Wochen.

Folgender Code ist an den Krankenversicherer zu übermitteln: 20416.06

Befristete Limitation bis 31.12.2024

Urothelkarzinom (Monotherapie) KN045

(mit Preismodell)

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

Folgender Code ist an den Krankenversicherer zu übermitteln: 20416.07

Befristete Limitation bis 31.12.2024

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

(mit Preismodell)

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

Folgender Code ist an den Krankenversicherer zu übermitteln: 20416.08

Befristete Limitation bis 31.12.2024

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

(mit Preismodell)

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

Folgender Code ist an den Krankenversicherer zu übermitteln: 20416.09

Befristete Limitation bis 31.12.2024

Klassisches Hodgkin-Lymphom (Monotherapie) bei erwachsenen Patienten KN204

(mit Preismodell)

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

- entweder bei Patienten mit zumindest zwei vorherigen Behandlungen
- oder bei Patienten, bei denen eine Chemotherapie nicht einsetzbar ist oder nachweislich nicht vertragen wird.

Folgender Code ist an den Krankenversicherer zu übermitteln: 20416.10

Befristete Limitation bis 31.12.2024

Klassisches Hodgkin-Lymphom (Monotherapie) bei pädiatrischen Patienten KN051

(mit Preismodell)

Als Monotherapie zur Behandlung von pädiatrischen Patienten mit rezidivierendem oder refraktärem cHL, für die keine zufriedenstellenden Behandlungsoptionen zur Verfügung stehen.

Bei pädiatrischen Patienten mit einem Körpergewicht von ≤ 50 kg wird eine Packung KEYTRUDA 2 Durchstechflaschen pro 2 Behandlungszyklen vergütet.

Folgender Code ist an den Krankenversicherer zu übermitteln: 20416.11

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

Befristete Limitation bis 31.12.2024

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

(mit Preismodell)

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

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

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

Folgender Code ist an den Krankenversicherer zu übermitteln: 20416.12

Befristete Limitation bis 31.12.2024

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

(mit Preismodell)

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

Folgender Code ist an den Krankenversicherer zu übermitteln: 20416.13

Befristete Limitation bis 31.12.2024

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

(mit Preismodell)

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

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

Folgender Code ist an den Krankenversicherer zu übermitteln: 20416.14

Befristete Limitation bis 31.12.2024

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

(mit Preismodell)

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

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

Folgender Code ist an den Krankenversicherer zu übermitteln: 20416.15

Befristete Limitation bis 31.12.2024

1L Persistierendes, rezidivierendes oder metastasiertes Zervixkarzinom (in Kombination mit Platin-Chemotherapie und Paclitaxel, mit oder ohne Bevacizumab) KN826

(mit Preismodell)

KEYTRUDA in Kombination mit Platin-Chemotherapie und Paclitaxel, mit oder ohne Bevacizumab, zur Behandlung von erwachsenen Patientinnen mit persistierendem, rezidivierendem oder metastasiertem Zervixkarzinom, die keine vorhergehende systemische Therapie erhalten haben und deren Tumore PD-L1 exprimieren (CPS \geq 1).

Folgender Code ist an den Krankenversicherer zu übermitteln: 20416.16

Befristete Limitation bis 31.12.2024

Lokal rezidivierendes, nicht resezierbares oder metastasiertes triple-negatives Mammakarzinom (in Kombination mit Chemotherapie) KN 355

(mit Preismodell)

KEYTRUDA in Kombination mit Chemotherapie zur Behandlung des lokal rezidivierenden, nicht resezierbaren oder metastasierten triple-negativen Mammakarzinoms bei Erwachsenen, deren Tumore PD-L1 mit einem CPS \geq 10 exprimieren und die keine vorherige Chemotherapie bei metastasierter Erkrankung erhalten haben.

- Falls Patienten vorhergehend systemisch im (neo)adjuvanten Setting behandelt wurden: Mit Vortherapie auf Antrazyklin-Basis, ausser diese war kontraindiziert.
- Ohne Therapie mit Checkpoint-Inhibitoren innerhalb der letzten 12 Monate.

Folgender Code ist an den Krankenversicherer zu übermitteln: 20416.17

Für Behandlungen in Indikationen mit Preismodell erstattet die Zulassungsinhaberin nach Aufforderung durch denjenigen Krankenversicherer, bei dem die versicherte Person zum Zeitpunkt des Bezugs versichert war, eine Rückvergütung pro nachweislich verabreichter Packung KEYTRUDA (1 bzw. 2 Vials) zurück. Es gelten die zum Verabreichungszeitpunkt aktuellen Preise und Prozentsätze. Für die Beantragung dieser Rückerstattungen ist vom Krankenversicherer mit jeder Rückvergütungsanforderung der jeweilige Indikationscode (20416.XX) zwingend bekanntzugeben. Die Mehrwertsteuer kann nicht zusätzlich zu diesem Anteil des Fabrikabgabepreises zurückgefordert werden. Die Aufforderung zur Rückerstattung soll zeitnah zur Verabreichung erfolgen.

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

RINVOQ

AbbVie AG

071500

Ret Tabl 15mg Blist 28 Stk

21028

919.85

786.97

Limitation alt

Befristete Limitation bis 31.10.2023

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.

Befristete Limitation bis 31.10.2023

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.

Befristete Limitation bis 31.10.2023

Ankylosierende Spondylitis (Morbus Bechterew)

Die Verschreibung darf nur durch Fachärzte der Rheumatologie oder rheumatologischen 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.

Befristete Limitation bis 31.10.2023

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 Kortikoiden und/oder Calcineurininhibitoren) und Phototherapie (sofern verfügbar und angezeigt) und auf eine systemische Behandlung mit einem konventionellen Immunsuppressivum (ausgenommen systemische Kortikoiden) während mindestens einem Monat unzureichend angesprochen haben oder bei denen diese Therapien kontraindiziert sind oder aufgrund von klinisch relevanten Nebenwirkungen abgebrochen werden mussten.

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

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.

Nach 52 Wochen ununterbrochener Therapie der atopischen Dermatitis mit RINVOQ ist eine erneute Kostengutsprache durch den Krankenversicherer nach vorgängiger Konsultation des Vertrauensarztes einzuholen.

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.

Limitation neu

Für alle Indikationen gilt:

Die Therapie bedarf der Kostengutsprache durch den Krankenversicherer nach vorgängiger Konsultation des Vertrauensarztes. Eine Kostengutsprache hat den entsprechenden Indikationscode (21028.XX) zu enthalten. Eine Kombination mit biologischen DMARDs oder zielgerichteten synthetischen DMARDs wird nicht vergütet.

Rheumatoide Arthritis

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

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.

Folgender Indikationscode ist an die Krankenversicherer zu übermitteln: 21028.01

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

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.

Folgender Indikationscode ist an die Krankenversicherer zu übermitteln: 21028.02

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.

Folgender Indikationscode ist an die Krankenversicherer zu übermitteln: 21028.03

Atopische Dermatitis

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.

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

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.

Nach 52 Wochen ununterbrochener Therapie der atopischen Dermatitis mit RINVOQ ist eine erneute Kostengutsprache durch den Krankenversicherer nach vorgängiger Konsultation des Vertrauensarztes einzuholen.

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.

Folgender Indikationscode ist an die Krankenversicherer zu übermitteln: 21028.04

VENCLYXTO	AbbVie AG	071610			
Filmtabl 10 mg Blist 14 Stk			20764	99.10	72.05
Filmtabl 50 mg Blist 7 Stk			20764	223.15	180.11
Filmtabl 100 mg Blist 7 Stk			20764	429.95	360.23
Filmtabl 100 mg Blist 14 Stk			20764	843.50	720.46
Filmtabl 100 mg Blist 112 Stk			20764	6153.75	5763.66

Chronisch lymphatische Leukämie in Kombination mit Rituximab

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

Venclyxto als Kombinationstherapie mit Rituximab bei Erwachsenen zur Behandlung einer chronisch lymphatischen Leukämie (CLL), die mindestens eine Vortherapie erhalten haben.

Die Behandlung (inkl. maximal 6 Zyklen Rituximab) wird für max. 24 Monate + 5 Wochen (Therapiedauer gemäss Fachinformation) vergütet.

Es werden keine weiteren anti-CLL Arzneimitteltherapien vergütet bis eine Krankheitsprogression auftritt.

Folgender Code ist an den Krankenversicherer zu übermitteln: 20764.02

Befristete Limitation bis 31.10.2023

Chronisch lymphatische Leukämie (Monotherapie) bei Patienten mit del17p/TP53mut und nach Therapieversagen unter einem BCRi

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

Als Monotherapie bei Erwachsenen zur Behandlung einer chronischen lymphatischen Leukämie (CLL), die eine 17p-Deletion oder TP53-Mutation aufweisen und die unter einer Behandlung mit einem Inhibitor des B-Zell-Rezeptor-Signalwegs ein Therapieversagen zeigten. Die Behandlung wird vergütet bis eine Krankheitsprogression oder inakzeptable Toxizität auftritt.

Die Zulassungsinhaberin AbbVie AG vergütet nach Aufforderung durch denjenigen Krankenversicherer, bei dem die versicherte Person zum Zeitpunkt des Bezugs versichert war, für jede bezogene Packung Venclyxto 4.2% des Fabrikabgabepreises zurück. Die Rückvergütung gilt nicht für Packungen, die in der Indikation Venetoclax + Rituximab angewendet wurden. Die Mehrwertsteuer kann nicht zusätzlich zu diesem Anteil des Fabrikabgabepreises zurückgefordert werden.

Folgender Code ist an den Krankenversicherer zu übermitteln: 20764.01

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

Neue Limitation befristet bis 31.08.2025

Chronisch lymphatische Leukämie (Monotherapie) bei Patienten mit del17p/TP53mut und nach Therapieversagen unter einem BCRI

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

Als Monotherapie bei Erwachsenen zur Behandlung einer chronischen lymphatischen Leukämie (CLL), die eine 17p-Deletion oder TP53-Mutation aufweisen und die unter einer Behandlung mit einem Inhibitor des B-Zell-Rezeptor-Signalwegs ein Therapieversagen zeigten. Die Behandlung wird vergütet bis eine Krankheitsprogression oder inakzeptable Toxizität auftritt.

Die Zulassungsinhaberin AbbVie AG erstattet dem Krankenversicherer, bei dem die versicherte Person zum Zeitpunkt des Bezugs versichert war, auf dessen erste Aufforderung hin für jede bezogene Packung VENCLYXTO einen festgelegten Anteil des Fabrikabgabepreises (FAP) zurück. Dieser Rückerstattungsanteil entspricht der Differenz des wirtschaftlichen Preises und des aktuell gelisteten SL-FAP. Die wirtschaftlichen Preise für VENCLYXTO (CLL Monotherapie) sind wie folgt:

- Filmtabl. 10 mg, 14 Stk Fr. 54.35
- Filmtabl. 50 mg, 7 Stk Fr. 135.86
- Filmtabl. 100 mg, 7 Stk Fr. 271.73
- Filmtabl. 100 mg, 14 Stk Fr. 543.46
- Filmtabl. 100 mg, 112 Stk. Fr. 4347.70

Die Rückerstattung gilt nicht für Packungen, die in der Indikation CLL Venetoclax + Rituximab angewendet wurden. 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: 20764.01

Befristete Limitation bis 31.08.2025

Akute myeloische Leukämie in Kombination mit Azacitidin oder Decitabin

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

VENCLYXTO wird in Kombination mit Azacitidin oder Decitabin zur Behandlung von erwachsenen Patienten mit neu diagnostizierter (therapienaiver) akuter myeloischer Leukämie (AML), für die eine intensive Chemotherapie nicht infrage kommt, vergütet. Ausgenommen sind Patienten mit akuter Promyelozytenleukämie (APL).

Die Behandlung wird vergütet bis eine Krankheitsprogression oder inakzeptable Toxizität auftritt.

Die Zulassungsinhaberin AbbVie AG erstattet dem Krankenversicherer, bei dem die versicherte Person zum Zeitpunkt des Bezugs versichert war, auf dessen erste Aufforderung hin für jede bezogene Packung VENCLYXTO einen festgelegten Anteil des Fabrikabgabepreises zurück. Dieser Rückerstattungsanteil entspricht der Differenz des wirtschaftlichen Preises und des aktuell gelisteten SL-FAP. Die wirtschaftlichen Preise für VENCLYXTO in Kombination mit Azacitidin oder Decitabin sind wie folgt:

- Filmtabl. 10 mg, 14 Stk Fr. 55.04
- Filmtabl. 50 mg, 7 Stk Fr. 137.59
- Filmtabl. 100 mg, 7 Stk Fr. 275.18
- Filmtabl. 100 mg, 14 Stk Fr. 550.36
- Filmtabl. 100 mg, 112 Stk. Fr. 4402.85

Die Forderung einer Rückerstattung durch den Krankenversicherer gilt nur für die Kombination von VENCLYXTO mit Azacitidin oder Decitabin. Die Mehrwertsteuer kann nicht zusätzlich zu diesem Anteil des Fabrikabgabepreises zurückgefordert werden. Die Aufforderung zur Rückerstattung soll ab dem Zeitpunkt der Verabreichung erfolgen. Die Bedingungen für eine Vergütung der Kombinationspartner Azacitidin oder Decitabin sowie eine allfällige Rückerstattung ist in deren Limitierung festgehalten.

Folgender Code ist an den Krankenversicherer zu übermitteln: 20764.03

PRÄPARATE / (Wirkstoffe) Packungen	Verantwortliche Firma	Therap. Gruppe	Dossier Nr.	Preis neu	Ex-Fact. neu
VII. Limitierung bei Neuaufnahme					
IMBRUVICA	Janssen-Cilag AG	071610			
Filmtabl 140 mg 28 Stk			21011	1632.55	1432.48
Filmtabl 280 mg 28 Stk			21011	3182.60	2864.96
Filmtabl 420 mg 28 Stk			21011	4650.90	4297.44
Befristete Limitation bis 30.04.2025					
1L chronisch lymphatische Leukämie, uIGHV (CLL, Monotherapie)					
Als Monotherapie zur Behandlung erwachsener Patienten ≥65 Jahren mit unmutiertem IGHV Status, die nicht vorbehandelt sind und für die eine Fludarabin-basierte Immunchemotherapie in voller Dosis nicht in Frage kommt.					
Die Janssen-Cilag AG erstattet dem Krankenversicherer, bei dem die versicherte Person zum Zeitpunkt des Bezugs versichert war, auf dessen erste Aufforderung hin für jede zur Behandlung der 1L CLL mit unmutiertem IGHV Status und ohne 17p-Deletion oder TP53-Mutation bezogenen Packung IMBRUVICA einen Anteil des FAP zurück. Die Janssen-Cilag AG gibt dem Krankenversicherer die Höhe der Rückvergütung bekannt. Die Mehrwertsteuer kann nicht zusätzlich zu diesem Anteil des Fabrikabgabepreises zurückgefordert werden. Die Aufforderung zur Rückvergütung soll ab dem Zeitpunkt der Verabreichung erfolgen.					
Folgender Code ist an den Krankenversicherer zu übermitteln: 21011.01					
Befristete Limitation bis 30.04.2025					
1L chronisch lymphatische Leukämie, uIGHV (CLL, Kombinationstherapie)					
Als Kombinationstherapie mit Rituximab zur Behandlung erwachsener Patienten ≤70 Jahren mit unmutiertem IGHV Status, die nicht vorbehandelt sind und für die eine Fludarabin-basierte Immunchemotherapie in voller Dosis nicht in Frage kommt.					
Die Janssen-Cilag AG erstattet dem Krankenversicherer, bei dem die versicherte Person zum Zeitpunkt des Bezugs versichert war, auf dessen erste Aufforderung hin für jede zur Behandlung der 1L CLL mit unmutiertem IGHV Status und ohne 17p-Deletion oder TP53-Mutation bezogenen Packung IMBRUVICA einen Anteil des FAP zurück. Die Janssen-Cilag AG gibt dem Krankenversicherer die Höhe der Rückvergütung bekannt. Die Mehrwertsteuer kann nicht zusätzlich zu diesem Anteil des Fabrikabgabepreises zurückgefordert werden. Die Aufforderung zur Rückvergütung soll ab dem Zeitpunkt der Verabreichung erfolgen.					
Die Janssen-Cilag AG erstattet nach Aufforderung durch denjenigen Krankenversicherer, bei dem die versicherte Person zum Zeitpunkt des Bezuges versichert war, die Therapiekosten für Rituximab in der Kombinationstherapie mit Ibrutinib der 1L CLL auf Basis des Fabrikabgabepreises zurück. Die Mehrwertsteuer kann nicht zusätzlich zum Fabrikabgabepreis zurückgefordert werden.					
Folgender Code ist an den Krankenversicherer zu übermitteln: 21011.02					
1L chronisch lymphatische Leukämie, 17p-Deletion oder TP53-Mutation (CLL, Monotherapie)					
Als Monotherapie zur Behandlung erwachsener Patienten mit unbehandeltem CLL mit 17p-Deletion oder TP53-Mutation.					
Folgender Code ist an den Krankenversicherer zu übermitteln: 21011.03					
2L+ chronisch lymphatische Leukämie (CLL, Monotherapie)					
Als Monotherapie zur Behandlung erwachsener Patienten mit CLL, die mindestens eine Vortherapie erhalten haben.					
Folgender Code ist an den Krankenversicherer zu übermitteln: 21011.04					
Morbus Waldenström (MW, Monotherapie)					
Als Monotherapie in der ersten Linie zur Behandlung symptomatischer erwachsener Patienten mit MW, die für eine Rituximab-basierte Chemo-Immuntherapie (DRC, BR, BDR, VR) nicht in Frage kommen, oder als Monotherapie zur Behandlung symptomatischer erwachsener Patienten mit MW, die mindestens eine vorangehende Therapie erhalten haben und innerhalb von 24 Monaten nach einem Rituximab-basierenden Therapieregime einen Rückfall hatten.					
Folgender Code ist an den Krankenversicherer zu übermitteln: 21011.05					
Befristete Limitation bis 31.10.2023					
Morbus Waldenström (MW, Kombinationstherapie)					
Kombinationstherapie Ibrutinib + Rituximab					
In Kombination mit Rituximab ab der ersten Linie zur Behandlung symptomatischer erwachsener Patienten mit MW, die für mindestens eine der nachfolgenden Therapien nicht in Frage kommen: Chemoimmuntherapie (DRC, BR, BDR, VR), Chemotherapie, Rituximab-Monotherapie (aufgrund von Tumorlast, Fitness oder Kontraindikationen).					
Folgender Code ist an den Krankenversicherer zu übermitteln: 21011.06					
Neue Limitation befristet bis 30.11.2023					
Morbus Waldenström (MW, Kombinationstherapie)					
Kombinationstherapie Ibrutinib + Rituximab					
In Kombination mit Rituximab ab der ersten Linie zur Behandlung symptomatischer erwachsener Patienten mit MW, die für mindestens eine der nachfolgenden Therapien nicht in Frage kommen: Chemoimmuntherapie (DRC, BR, BDR, VR), Chemotherapie, Rituximab-Monotherapie (aufgrund von Tumorlast, Fitness oder Kontraindikationen).					
Folgender Code ist an den Krankenversicherer zu übermitteln: 21011.06					
Mantelzelllymphom (MCL, Monotherapie)					
Als Monotherapie zur Behandlung von erwachsenen Patienten mit MCL, charakterisiert durch Translokation t(11;14) und/oder Expression von Cyclin D1, in denen kein partielles Ansprechen erreicht wurde mit vorheriger Therapie oder die eine Progression nach der vorherigen Therapie gezeigt haben.					
Folgender Code ist an den Krankenversicherer zu übermitteln: 21011.07					

PRÄPARATE / (Wirkstoffe) Packungen	Verantwortliche Firma	Therap. Gruppe	Dossier Nr.	Preis neu	Ex-Fact. neu
VEKLURY Trockensub 100 mg Durchstf 1 Stk	Gilead Sciences Switzerland Sàrl	080300	21439	526.65	444.46
<p>Neue Limitation befristet bis 30.11.2023</p> <p>VEKLURY als antivirale Monotherapie wird bei einer Behandlung einer bestätigten Covid-19 Infektion (Symptomatik und positiver Erregernachweis Antigen/PCR) in folgenden Fällen vergütet:</p> <ul style="list-style-type: none"> – für Erwachsene mit einer Pneumonie die eine zusätzliche Sauerstoffzufuhr erfordert und – zur Frühbehandlung bei Erwachsenen ohne Sauerstoffsupplementierung mit deutlich erhöhtem Risiko für einen schweren COVID-19-Verlauf. <p>Die Behandlung muss durch entsprechend spezialisierte Zentren oder Universitätsspitäler (https://www.bag.admin.ch/dam/bag/de/dokumente/biomed/heilmittel/COVID-19/liste-kant-zentren-mak-covid-2021.pdf.download.pdf/Liste%20der%20kantonalen%20Zentren.pdf) eingeleitet werden und innerhalb der aktuell gültigen Richtlinien der Schweizerischen Gesellschaft für Infektiologie (SSI) und der obgenannten Indikationen entsprechend der in der Fachinformation für diese Indikation vorgegebenen Dosierungsempfehlungen erfolgen.</p> <p>Aufgrund des Direktvertriebs ist die Zulassungsinhaberin verpflichtet, den festgelegten Betrag von Fr. 63.96 vom Fabrikabgabepreis bei der Rechnungsstellung abzu-ziehen. Die Leistungserbringer sind verpflichtet, diesen Rabatt an den Kostenträger weiterzugeben (Art. 56 Abs. 3 lit. b KVG). Zusätzlich Vertriebsanteil ergibt sich ein zu verrechnender Betrag von Fr. 453.20. Im stationären Bereich erfolgt die Vergütung über das festgelegte Zusatzentgelt entsprechend dem wirtschaftlichen FAP.</p>					
ENTRESTO Filmtabl 50 mg 28 Stk	Novartis Pharma Schweiz AG	020720	20415	77.75	53.44
Filmtabl 50 mg 56 Stk			20415	139.10	106.88
Filmtabl 100 mg 56 Stk			20415	139.10	106.88
Filmtabl 100 mg 168 Stk			20415	495.40	417.24
Filmtabl 100 mg Blist 168 Stk			20415	384.50	320.64
Filmtabl 200 mg 56 Stk			20415	139.10	106.88
Filmtabl 200 mg 168 Stk			20415	495.40	417.24
Filmtabl 200 mg Blist 168 Stk			20415	384.50	320.64
<p>Befristete Limitation bis 31.01.2024</p> <p>In geeigneter Kombination mit anderen Therapien für Herzinsuffizienz (z. B. Betablocker, Diuretika und Mineralkortikoidantagonisten) für die Behandlung erwachsener Patienten mit systolischer Herzinsuffizienz der NYHA Klasse II, III oder IV, deren linksventrikuläre Auswurfraction (LVEF) vor Behandlung mit Entresto $\leq 40\%$ beträgt und welche mit einer stabilen Dosis eines Angiotensin Converting Enzym (ACE)-Hemmers oder Angiotensin Rezeptor-Blockers (ARBs) vorbehandelt worden sind.</p>					
IMFINZI Inf Konz 120 mg Durchstf 2.4 ml	AstraZeneca AG	071610	20791	675.40	574.06
Inf Konz 500 mg Durchstf 10 ml			20791	2684.85	2391.91
<p>Befristete Limitation bis 30.11.2023</p> <p>NSCLC</p> <p>Als Monotherapie nach Kostengutsprache durch den Krankenversicherer nach vorgängiger Konsultation des Vertrauensarztes für die Behandlung von Patienten mit histologisch oder zytologisch bestätigtem lokal fortgeschrittenem, nicht resezierbarem nicht-kleinzelligem Lungenkarzinom Stadium III, deren Erkrankung nach einer definitiven platinbasierten Chemoradiotherapie nicht fortgeschritten ist.</p> <p>Klinisch stabile Patienten mit initialem Befund einer Progression können bis zur Bestätigung der Progression der Erkrankung weiter behandelt werden. Voraussetzung für die Therapie ist eine Vortherapie mit ≥ 2 Zyklen platinbasierter Chemotherapie plus begleitender Radiotherapie, ein Alter ≥ 18 Jahre sowie eine geschätzte Restlebenserwartung ≥ 12 Wochen. Die Therapiedauer ist auf 12 Monate beschränkt.</p> <p>Folgender Indikationscode ist an den Krankenversicherer zu übermitteln: 20791.01</p> <p>Befristete Limitation bis 30.11.2023</p> <p>SCLC</p> <p>Als Erstlinienbehandlung in Kombination mit Etoposid und entweder Carboplatin oder Cisplatin von Patienten mit fortgeschrittenem, unbehandeltem, histologisch oder zytologisch bestätigtem kleinzelligem Lungenkarzinom (ES-SCLC, extensive-stage small cell lung cancer) entsprechend den Kriterien des American Joint Committee on Cancer (AJCC, Version 8, Stadium IV (T alle, N alle, M1a-c) oder T3-4 ohne verträgliche Bestrahlungsmöglichkeit).</p> <p>Voraussetzung für die Therapie ist ein Alter von 18 Jahren, eine geschätzte Restlebenserwartung von 12 Wochen sowie eine nach RECIST Version 1.1 messbare Krankheit. Die Patienten sollten bis zur Progression der Erkrankung behandelt werden. Klinisch stabile Patienten mit initialem Befund einer Progression können bis zur Bestätigung der Progression der Erkrankung weiter behandelt werden.</p> <p>Dem Krankenversicherer ist bei Therapiebeginn die Indikation mitzuteilen.</p> <p>Die Zulassungsinhaberin AstraZeneca AG erstattet dem Krankenversicherer, bei dem die versicherte Person zum Zeitpunkt des Bezugs versichert war, auf dessen Anforderung hin für jede für die Nebenindikation SCLC Behandlung bezogene Packung IMFINZI einen festgelegten Anteil des Fabrikabgabepreises zurück. Die Zulassungsinhaberin gibt dem Krankenversicherer die jeweilige Höhe der Rückerstattungen bekannt. Die Mehrwertsteuer kann nicht zusätzlich zurückgefordert werden. Die Anforderung zur Rückerstattung soll ab dem Zeitpunkt der Verabreichung erfolgen.</p> <p>Folgender Indikationscode ist an den Krankenversicherer zu übermitteln: 20791.02</p>					



Schweizerische Eidgenossenschaft
Confédération suisse
Confederazione Svizzera
Confederaziun svizra

«Die **nationale Strategie Antibiotikaresistenzen Schweiz (StAR)** und die **nationale Strategie zur Überwachung, Verhütung und Bekämpfung von healthcare-assoziierten Infektionen (NOSO)** helfen, die zentralen Akteure zu involvieren und zu koordinieren. So können wichtige Initiativen lanciert und Hilfsmittel, Infrastrukturen und Daten zur Verfügung gestellt werden, um Infektionen zu verhindern und die Resistenzsituation zu verbessern»

Prof. Dr. Stephan Harbarth

*Direktor, Abteilung für Infektionsprävention und -kontrolle,
Universitätsspital HUG Genf*

Antibiotika:

Nutzen wir sie richtig,

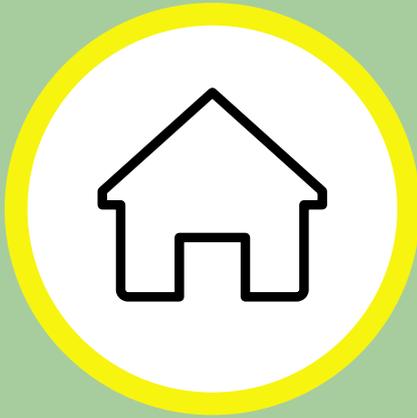
es ist wichtig.



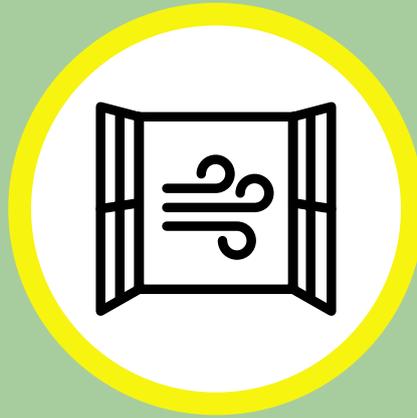
Erfahren Sie hier mehr:
star.admin.ch

**So schützen
wir uns.** ✓

Zum Schutz vor Grippe und Covid-19 empfehlen wir:



**Bei Symptomen
zu Hause bleiben**



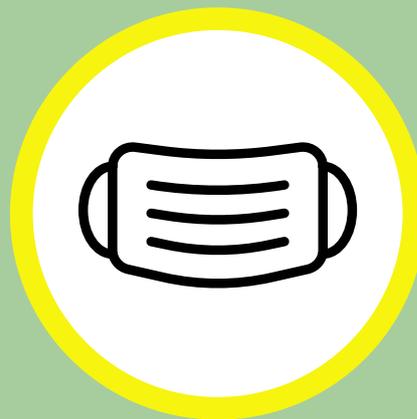
Mehrmals täglich lüften



**In Taschentuch oder Arm-
beuge husten und niesen**



**Gründlich Hände waschen
oder desinfizieren**



**Maske tragen bei
Symptomen**



Rezeptsperrung

Swissmedic, Abteilung Betäubungsmittel

Rezeptsperrung

Folgende Rezepte sind gesperrt

Kanton	Block-Nr.	Rezept-Nr.
Aargau		9432227
Basel-Stadt		8238859
Bern		10793271 10963252
Thurgau		10552633
Waadt		10323418 10936200
Wallis		10593518
Zürich		10629946 10926141

BAG-Bulletin
BBL, Vertrieb Publikationen
CH-3003 Bern

P.P.

CH-3003 Bern
Post CH AG

BAG-Bulletin

Woche

47/2023