



Schweizerische Eidgenossenschaft  
Confédération suisse  
Confederazione Svizzera  
Confederaziun svizra

Eidgenössisches Departement des Innern EDI  
**Bundesamt für Gesundheit BAG**

Ausgabe vom 19. Februar 2024

# BAG-Bulletin

Woche

# 8/2024

Informationsmagazin für medizinische Fachpersonen und Medienschaffende

Spezialitätenliste, S. 8

# Impressum

## **HERAUSGEBER**

Bundesamt für Gesundheit  
CH-3003 Bern (Schweiz)  
[www.bag.admin.ch](http://www.bag.admin.ch)

## **REDAKTION**

Bundesamt für Gesundheit  
CH-3003 Bern  
Telefon 058 463 87 79  
[drucksachen-bulletin@bag.admin.ch](mailto: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](mailto: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](http://www.bag.admin.ch/bag-bulletin)

# Inhalt

Meldungen Infektionskrankheiten	4
Sentinella-Statistik	7
Wöchentliche Übersicht zu respiratorischen Viren	7
Spezialitätenliste	8
Rezeptsperrung	35

# Meldungen Infektionskrankheiten

## Stand am Ende der 6. Woche (12.02.2024)<sup>a</sup>

<sup>a</sup> 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.

<sup>b</sup> Ausgeschlossen sind materno-fötale Röteln.

<sup>c</sup> Bei schwangeren Frauen und Neugeborenen

<sup>d</sup> Primäre, sekundäre bzw. frühlaterente Syphilis.

<sup>e</sup> Eingeschlossen sind Fälle von Haut- und Rachendiphtherie.

### Infektionskrankheiten

#### Stand am Ende der 6. Woche (12.02.2024)<sup>a</sup>

	Woche 6			letzte 4 Wochen			letzte 52 Wochen			seit Jahresbeginn		
	2024	2023	2022	2024	2023	2022	2024	2023	2022	2024	2023	2022
<b>Respiratorische Übertragung</b>												
<b>Haemophilus influenzae: invasive Erkrankung</b>	1 0.6	2 1.2	1 0.6	8 1.2	11 1.6	4 0.6	139 1.6	141 1.6	89 1	27 2.6	21 2.1	12 1.2
<b>Influenzavirus- Infektion, saisonale Typen und Subtypen</b>	<a href="https://idd.bag.admin.ch">https://idd.bag.admin.ch</a>											
<b>Legionellose</b>	7 4.1	6 3.5	4 2.4	26 3.8	33 4.8	21 3.1	609 6.9	708 8	658 7.4	40 3.9	72 7	31 3
<b>Masern</b>	11 6.5			23 3.4	4 0.6		60 0.7	5 0.06		23 2.2	4 0.4	
<b>Meningokokken: invasive Erkrankung</b>	2 1.2		2 1.2	3 0.4	1 0.2	3 0.4	37 0.4	16 0.2	10 0.1	5 0.5	2 0.2	3 0.3
<b>Pneumokokken: invasive Erkrankung</b>	32 18.8	20 11.7	7 4.1	116 17	76 11.2	41 6	934 10.6	901 10.2	535 6	209 20.5	202 19.8	63 6.2
<b>Röteln<sup>b</sup></b>												
<b>Röteln, materno-foetal<sup>c</sup></b>												
<b>Tuberkulose</b>	7 4.1	3 1.8	12 7	28 4.1	25 3.7	35 5.1	429 4.8	344 3.9	361 4.1	40 3.9	35 3.4	43 4.2
<b>Faeco-orale Übertragung</b>												
<b>Campylobacteriose</b>	100 58.7	81 47.6	115 67.5	477 70	380 55.8	419 61.5	6885 77.8	7532 85.1	6924 78.2	974 95.3	755 73.9	866 84.8
<b>Enterohämorrhagische E. coli-Infektion</b>	20 11.7	17 10	20 11.7	78 11.4	70 10.3	65 9.5	1240 14	1219 13.8	975 11	118 11.6	113 11.1	90 8.8
<b>Hepatitis A</b>	1 0.6	3 1.8		3 0.4	4 0.6	8 1.2	59 0.7	47 0.5	49 0.6	4 0.4	8 0.8	8 0.8
<b>Hepatitis E</b>	1 0.6	2 1.2	1 0.6	3 0.4	9 1.3	10 1.5	69 0.8	78 0.9	161 1.8	5 0.5	15 1.5	12 1.2
<b>Listeriose</b>	1 0.6	1 0.6		6 0.9	5 0.7	4 0.6	74 0.8	78 0.9	37 0.4	7 0.7	7 0.7	7 0.7
<b>Salmonellose, S. typhi/paratyphi</b>	1 0.6			4 0.6		2 0.3	22 0.2	10 0.1	4 0.05	4 0.4	1 0.1	2 0.2
<b>Salmonellose, übrige</b>	17 10	19 11.2	16 9.4	79 11.6	96 14.1	71 10.4	1788 20.2	1872 21.1	1499 16.9	121 11.8	147 14.4	107 10.5
<b>Shigellose</b>	1 0.6		4 2.4	14 2.1	12 1.8	13 1.9	189 2.1	197 2.2	106 1.2	21 2.1	19 1.9	14 1.4

	Woche 6			letzte 4 Wochen			letzte 52 Wochen			seit Jahresbeginn		
	2024	2023	2022	2024	2023	2022	2024	2023	2022	2024	2023	2022
<b>Durch Blut oder sexuell übertragen</b>												
Aids				2 0.3	1 0.2	3 0.4	42 0.5	40 0.4	46 0.5	4 0.4	2 0.2	4 0.4
Chlamydiose	295 173.2	275 161.5	290 170.3	1118 164.1	1168 171.5	1041 152.8	12594 142.2	13291 150.1	12326 139.2	1499 146.7	1615 158.1	1372 134.3
Gonorrhoe	162 95.1	122 71.6	196 115.1	562 82.5	472 69.3	413 60.6	6253 70.6	5311 60	4203 47.5	799 78.2	655 64.1	520 50.9
Hepatitis B, akut				1 0.2		2 0.3	17 0.2	12 0.1	17 0.2	3 0.3	1 0.1	2 0.2
Hepatitis B, total Meldungen	29	16	13	97	96	83	1150	1129	990	141	135	113
Hepatitis C, akut				1 0.2	1 0.2		14 0.2	12 0.1	12 0.1	3 0.3	1 0.1	
Hepatitis C, total Meldungen	18	19	13	87	92	69	1068	1064	909	128	124	98
HIV-Infektion	6 3.5	7 4.1	3 1.8	20 2.9	26 3.8	22 3.2	352 4	353 4	323 3.6	43 4.2	41 4	34 3.3
Syphilis, Frühstadien <sup>d</sup>	17 10	17 10	32 18.8	44 6.5	70 10.3	64 9.4	722 8.2	827 9.3	747 8.4	58 5.7	109 10.7	93 9.1
Syphilis, total	21 12.3	25 14.7	49 28.8	56 8.2	103 15.1	91 13.4	992 11.2	1089 12.3	990 11.2	76 7.4	146 14.3	127 12.4
<b>Zoonosen und andere durch Vektoren übertragbare Krankheiten</b>												
Brucellose	1 0.6			3 0.4			13 0.2	6 0.07	6 0.07	3 0.3		
Chikungunya-Fieber				2 0.3	4 0.6		30 0.3	9 0.1	6 0.07	3 0.3	4 0.4	
Dengue-Fieber	4 2.4	2 1.2	1 0.6	25 3.7	12 1.8	2 0.3	306 3.5	127 1.4	28 0.3	42 4.1	22 2.2	4 0.4
<b>Gelbfieber</b>												
Hantavirus-Infektion									6 0.07			
Malaria	3 1.8	4 2.4	6 3.5	23 3.4	20 2.9	28 4.1	349 3.9	312 3.5	266 3	36 3.5	35 3.4	37 3.6
Q-Fieber		5 2.9	1 0.6	5 0.7	8 1.2	4 0.6	98 1.1	94 1.1	106 1.2	10 1	10 1	7 0.7
Trichinellose						1 0.2	2 0.02	3 0.03	1 0.01			1 0.1
Tularämie		1 0.6		3 0.4	4 0.6	6 0.9	112 1.3	123 1.4	223 2.5	7 0.7	9 0.9	8 0.8
West-Nil-Fieber							1 0.01					
Zeckenzephalitis	1 0.6	1 0.6	1 0.6	3 0.4	3 0.4	1 0.2	310 3.5	391 4.4	285 3.2	8 0.8	4 0.4	1 0.1
Zika-Virus-Infektion				1 0.2			8 0.09	1 0.01		3 0.3	1 0.1	
<b>Andere Meldungen</b>												
Affenpocken	3 1.8	1 0.6		8 1.2	1 0.2		21 0.2	552 6.2		9 0.9	1 0.1	
Botulismus							2 0.02	1 0.01	1 0.01			
Creutzfeldt-Jakob-Krankheit			2 1.2	2 0.3	5 0.7	3 0.4	26 0.3	23 0.3	29 0.3	3 0.3	5 0.5	5 0.5
Diphtherie <sup>e</sup>	1 0.6			1 0.2			26 0.3	97 1.1	4 0.05	1 0.1	3 0.3	
<b>Tetanus</b>												

# «Wer auf digitale Transformation setzt, kann im analogen Leben besser helfen.»

Das EPD wirkt.



**EPD**  
elektronisches  
Patientendossier



Schweizerische Eidgenossenschaft  
Confédération suisse  
Confederazione Svizzera  
Confederaziun svizra

Eine Partnerkampagne des  
Bundesamtes für Gesundheit BAG  
und der Kantone.

**Deborah Brogle,**  
Pflegeexpertin Neurologie/Neurochirurgie,  
Kantonsspital St. Gallen

Schliessen Sie sich jetzt dem  
elektronischen Patientendossier an:  
**[patientendossier.ch](http://patientendossier.ch)**



# Sentinella-Statistik

Provisorische Daten

Sentinella:

Anzahl Meldungen (N) der letzten 4 Wochen bis am 9.2.2024 und Inzidenz pro 1000 Konsultationen (N/10<sup>3</sup>)  
Freiwillige Erhebung bei Hausärztinnen und Hausärzten (Allgemeinpraktiker, Internisten und Pädiater)

Woche	3		4		5		6		Mittel 4 Wochen	
	N	N/10 <sup>3</sup>	N	N/10 <sup>3</sup>	N	N/10 <sup>3</sup>	N	N/10 <sup>3</sup>	N	N/10 <sup>3</sup>
Mumps	0	0	0	0	0	0	1	0.1	0.3	0
Pertussis	1	0.1	2	0.2	2	0.2	2	0.2	1.8	0.2
Zeckenstiche	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Lyme Borreliose	2	0.2	2	0.2	1	0.1	0	0	1.3	0.1
Herpes Zoster	12	0.9	5	0.4	6	0.5	4	0.4	6.8	0.5
Post-Zoster-Neuralgie	1	0.1	0	0	1	0.1	2	0.2	1	0.1
Meldende Ärzte	157		161		157		135		152.5	

## Wöchentliche Übersicht zu respiratorischen Viren

Das BAG-Infoportal übertragbare Krankheiten informiert regelmässig über Infektions- und Erkrankungsfälle in der Schweiz und im Fürstentum Liechtenstein, die durch verschiedene respiratorische Erreger ausgelöst werden.

<https://idd.bag.admin.ch/>

Die Aktualisierung der Daten erfolgt jeweils am Mittwoch um 12.00 Uhr.



## Spezialitätenliste:

Die Spezialitätenliste ist im Internet zu finden unter: [www.spezialitätenliste.ch](http://www.spezialitätenliste.ch)

### ANPASSUNG DER PUBLIKATION DER ÄNDERUNGEN IN DER SPEZIALITÄTENLISTE

Mit Beschluss vom 22. September 2023 hat der Bundesrat Artikel 72 der Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung (KVV; SR 832.102) aufgehoben. Entsprechend wird das BAG Änderungen der Spezialitätenliste (SL) nicht mehr ein bis zwei Wochen nach Umsetzung auf der Website im Bulletin des BAG veröffentlichen. Die Publikation wird neu unmittelbar nach Umsetzung in elektronischer Form auf der Website zur SL erfolgen.

Seit dem 1. Februar 2024 erfolgt die Veröffentlichung der Änderungen der SL neu auf dessen Website. Die monatlichen Änderungen der SL inkl. den administrativen Änderungen finden sich unter [www.spezialitätenliste.ch](http://www.spezialitätenliste.ch) unter der Rubrik «Publikationen»/SL-Publikationen aktueller Monat/Aktuelle Änderungen (Excel-Datei). Diese Publikationen werden archiviert. Eine Publikation im BAG-Bulletin erfolgt noch parallel während der nächsten drei Monate.

[ ] Der dem verfügbaren Publikumspreis zugrunde liegende Fabrikabgabepreis

**Gültig ab 1. Februar 2024**

Therap. Gruppe	Dossier Nr.	PRÄPARATE/ (Wirkstoffe) Packungen	Verantwortliche Firma	SHI-Nr.	Aufnahmejahr
<b>I. Neuzugang Präparate</b>					
01.01.10		<b>PARACETAMOL SANDOZ ECO</b> (Paracetamolum)	Sandoz Pharma- ceuticals AG		
	21706	Tabl 500 mg Blist 20 Stk Fr. 2.50 (1.36)		68722001	01.02.2024, D
	21706	Tabl 500 mg Blist 100 Stk Fr. 15.05 (5.95)		68722002	01.02.2024, B
	21706	Tabl 1000 mg Blist 20 Stk Fr. 7.70 (3.11)		68722003	01.02.2024, B
	21706	Tabl 1000 mg Blist 40 Stk Fr. 14.85 (5.79)		68722004	01.02.2024, B
	21706	Tabl 1000 mg Blist 100 Stk Fr. 18.65 (9.10)		68722005	01.02.2024, B
01.01.30 6		<b>TAPENTADOL SPIRIG HC RETARD</b> (Tapentadolium)	Spirig HealthCare AG		
	21711	Ret Tabl 25 mg Blist 30 Stk Fr. 20.20 (10.42)		68903001	01.02.2024, A
	21711	Ret Tabl 25 mg Blist 60 Stk Fr. 37.65 (18.47)		68903002	01.02.2024, A
	21711	Ret Tabl 50 mg Blist 30 Stk Fr. 40.35 (20.82)		68903003	01.02.2024, A
	21711	Ret Tabl 50 mg Blist 60 Stk Fr. 58.90 (36.95)		68903004	01.02.2024, A
	21711	Ret Tabl 100 mg Blist 30 Stk Fr. 56.00 (34.43)		68903005	01.02.2024, A
	21711	Ret Tabl 100 mg Blist 60 Stk Fr. 86.05 (60.60)		68903006	01.02.2024, A
	21711	Ret Tabl 150 mg Blist 30 Stk Fr. 75.75 (51.65)		68903007	01.02.2024, A
	21711	Ret Tabl 150 mg Blist 60 Stk Fr. 120.85 (90.90)		68903008	01.02.2024, A
	21711	Ret Tabl 200 mg Blist 30 Stk Fr. 95.55 (68.86)		68903009	01.02.2024, A
	21711	Ret Tabl 200 mg Blist 60 Stk Fr. 155.70 (121.20)		68903010	01.02.2024, A
	21711	Ret Tabl 250 mg Blist 30 Stk Fr. 115.35 (86.08)		68903011	01.02.2024, A
	21711	Ret Tabl 250 mg Blist 60 Stk Fr. 190.50 (151.50)		68903012	01.02.2024, A



Therap. Gruppe	Dossier Nr.	PRÄPARATE/ (Wirkstoffe) Packungen	Verantwortliche Firma	SHI-Nr.	Aufnahmejahr
01.99		<b>AMVUTTRA</b> (Vutrisiranum natricum)	Alnylam Switzerland GmbH		
	21635	Inj Lös 25mg/0.5 ml Fertspr 1 Stk Fr. 101 553.85 (98740.37)		69074001	01.02.2024, B

Befristete Limitation bis 31.01.2027

Zur Monotherapie von symptomatischen hATTR-Patienten (PND Score  $\geq$  I und  $\leq$  IIIb oder FAP  $>0$  und  $\leq 2$ ) mit vererbter, pathogener TTR-Mutation (hATTR Amyloidose) und primär polyneuropathischer Manifestation (Polyneuropathie Stadien 1 und 2, NIS zwischen 5 und 130) mit bestätigtem Krankheitsbeginn. Es sind obligat anderweitige Ursachen für eine periphere Neuropathie wie ein Diabetes mellitus oder Vitamin-B12-Mangel abzuklären. Wenn solche vorliegen, muss nachgewiesen werden, dass es trotz adäquater Behandlung der anderweitigen Polyneuropathie-Ursachen zu einer weiteren Progression der Polyneuropathie gekommen ist.

#### Vor Therapiebeginn:

Bevor die Therapie in einem Referenzzentrum für Amyloidose (Universitätsspital Zürich, Centre Hospitalier Universitaire Vaudois) eingeleitet werden kann, ist der Patient über die Vergütungskriterien (inkl. Therapieabbruchkriterien) schriftlich aufzuklären.

Vor Therapiebeginn muss durch ein Referenzzentrum für Amyloidose eine Kostengutsprache des Krankenversicherers nach vorgängiger Konsultation des Vertrauensarztes eingeholt werden. Eine Kostengutsprache kann vom Krankenversicherer nur erteilt werden, wenn der/die behandelnde Neurologe/Neurologin (bei erstmaligem Gesuch um Kostenübernahme: Neurologe/Neurologin eines Referenzzentrums, bei nachfolgenden Gesuchen um weiterführende Kostenübernahme: Neurologe/Neurologin eines neuromuskulären Zentrums in Kooperation mit einem Referenzzentrum bzw. Neurologe/Neurologin eines Referenzzentrums) während der Therapie die vergütungsrelevanten Daten im bestehenden Register des Referenzzentrums kontinuierlich erfasst bzw. erfassen lässt und die Erfassung gegenüber dem Vertrauensarzt im Rahmen des Gesuches um Kostenübernahme bestätigt. Auf Anfrage müssen die Daten, gestützt auf welche über eine Therapiefortführung oder einen Therapieabbruch entschieden werden muss, dem Vertrauensarzt zugestellt werden. Sofern ein Patient keine Einwilligung zur Erfassung seiner Daten in das bestehende Register gibt, muss dies ausgewiesen werden.

Der Behandlungsbeginn hat in einem Referenzzentrum für Amyloidose (Universitätsspital Zürich, Centre Hospitalier Universitaire Vaudois) zu erfolgen.

Die Therapie der symptomatischen hATTR-Patienten mit Karnofsky Performance Status  $\geq 60\%$  mit primär polyneuropathischer Manifestation kann begonnen werden, wenn der NIS  $\geq 5$  und der PND Score zwischen  $\geq$  I und  $\leq$  IIIb liegt und der Patient nicht an einer Herzinsuffizienz der NYHA Klasse III oder IV leidet und eine Lebenserwartung von mindestens 2 Jahren hat.

#### Therapiefortführung:

Die Fortführung der Therapie kann auch in einem Neuromuskulären Zentrum erfolgen, das sich dem Schweizerischen Amyloidosenetzwerk angeschlossen hat und mit einem der Referenzzentren kooperiert. Zusätzlich kann die Fortführung der Therapie durch geschultes Gesundheitspersonal mit Erfahrung in subkutanen Verabreichungen, welches mit dem Schweizerischen Amyloidosenetzwerk und mit einem der Referenzzentren kooperiert, erfolgen.

Bei Durchführung einer Heimanwendung durch einen spezifischen Anbieter, werden die Kosten im Zusammenhang mit der Verabreichung von AMVUTTRA bei Heimanwendung von Alnylam Switzerland GmbH übernommen. Alnylam Switzerland GmbH informiert die Referenzzentren für Amyloidose (Universitätsspital Zürich, Centre Hospitalier Universitaire Vaudois) über den betreffenden Anbieter bei Heimanwendung und die Kostenübernahme seitens Alnylam Switzerland GmbH.

Es sollten mindestens jährliche Evaluationen in einem Referenzzentrum erfolgen.

Patienten, bei denen die Fortführung der Therapie ausserhalb eines Neuromuskulären Zentrums erfolgt, haben 4mal jährlich einen Kontrolltermin wahrzunehmen in einem Neuromuskulären Zentrum, das sich dem Schweizerischen Amyloidosenetzwerk angeschlossen hat und mit einem der Referenzzentren kooperiert. Diese Kontrolltermine sind durch die Zentren nachweislich zu dokumentieren.

Die Therapie kann fortgeführt werden, wenn nach 1 Jahr ein Ansprechen festgestellt werden konnte und folgende Kriterien erfüllt sind:

- NIS-Zunahme  $\leq 10$  Punkte
- Keine Zunahme im PND Score.

Bei Langzeitbehandlung kann die Therapie mit AMVUTTRA fortgeführt werden unter der Bedingung, dass die NIS-Zunahme  $\leq 10$  Punkte pro Jahr beträgt und der PND Score nicht mehr als eine Stufe (eine Zunahme von PND IIIa zu PND IIIb entspricht einer Stufe) innerhalb von 12 Monaten angestiegen ist.

Ab Erreichen eines PND Score IV wird die Therapie mit AMVUTTRA nicht mehr vergütet.

Alle 6 Monate ist die Krankheitsaktivität und der Therapieeffekt in einem Referenzzentrum oder einem neuromuskulären Zentrum zu evaluieren.

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

**Therapieabbruch:**

Die Therapie wird nicht mehr vergütet, wenn

- eine Progression unter Therapie mit AMVUTTRA auftritt, die mit einer NIS-Zunahme von > 10 Punkten und einer Zunahme im PND Score sowie einer Verschlechterung in mindestens 2 der folgenden Parameter innerhalb von 12 Monaten einhergeht:
  - Composite Score ENMG > 50 % Abnahme pro Jahr der Amplitude im Vergleich zu Baseline (Composite Score motor + sensory), ESC (Sum Score Füße und Hände) > 25 % Abnahme
  - 6-Minuten-Gehtest (klinisch relevante Verringerung der Gehdistanz)
  - Unbeabsichtigter Gewichtsverlust
  - Zunahme der gastrointestinalen Beschwerden (z. B. von Konstipation / Diarrhoe < 2x/Woche auf Konstipation / Diarrhoe > 3x/Woche oder von Konstipation / Diarrhoe > 2x/Woche auf Konstipation / Diarrhoe jeden Tag) nach Ausschluss anderer Ursachen
  - Harnwegsprobleme (Zunahme von Harnverhalt bis permanente Harninkontinenz) nach Ausschluss anderer Ursachen
  - Klinisch relevante Verschlechterung der Lebensqualität (z. B. anhand des Norfolk QoL-DN Fragebogens)
- der Patient eine Herzinsuffizienz der NYHA Klasse III oder IV trotz optimaler Herzinsuffizienztherapie entwickelt.

hATTR-Patienten mit primär kardiomyopathischer Manifestation und Patienten mit Wildtyp Form (ohne Mutation im TTR-Gen) sind von der Vergütung einer Therapie mit AMVUTTRA ausgeschlossen.

Falls eine Therapie mit AMVUTTRA oder mit einem anderen Oligonukleotid oder siRNA infolge unzureichender Wirksamkeit (siehe obengenannte Therapieabbruchkriterien) abgebrochen werden musste, werden sämtliche weitere Behandlungsversuche mit AMVUTTRA oder mit einem anderen Oligonukleotid oder siRNA nicht mehr erstattet.

Die Zulassungsinhaberin Alnylam Switzerland GmbH erstattet nach Aufforderung durch denjenigen Krankenversicherer, bei dem die versicherte Person zum Zeitpunkt des Bezugs versichert war, für jede bezogene Packung AMVUTTRA einen festgelegten Betrag des Fabrikabgabepreises zurück. Sie gibt dem Krankenversicherer den entsprechenden Betrag bekannt, der bezogen auf den Fabrikabgabepreis pro Fertigspritze zurückerstattet wird. Die Mehrwertsteuer kann nicht zusätzlich zu diesem Anteil des Fabrikabgabepreises zurückgefordert werden. Die Aufforderung zur Rückerstattung soll ab dem Zeitpunkt der Verabreichung erfolgen.

07.14		<b>ELFABRIO</b> (Pegunigalsidasum alfa)	Chiesi SA		
	21694	Inf Konz 20 mg/10ml Vial 10 ml Fr. 2108.10 (1864.18)		69257001	01.02.2024, A
07.16.10		<b>ELREXFIO</b> (Elranatamabum)	Pfizer AG		
	21647	Inj Lös 44 mg/1.1 ml Durchstf 1.1 ml Fr. 3723.55 (3389.18)		68646001	01.02.2024, A
	21647	Inj Lös 76 mg/1.9 ml Durchstf 1.9 ml Fr. 6252.45 (5854.03)		68646002	01.02.2024, A

Befristete Limitation bis 31.08.2025

Nach Kostengutsprache durch den Krankenversicherer nach vorgängiger Konsultation des Vertrauensarztes.

ELREXFIO wird als Monotherapie zur Behandlung des rezidivierten oder refraktären multiplen Myeloms bei erwachsenen Patienten vergütet, deren multiples Myelom gegenüber mindestens einem immunmodulatorischen Wirkstoff, einem Proteasom-Inhibitor und einem monoklonalen Anti-CD38-Antikörper refraktär ist, und welche eine Progredienz zur letzten Therapie gezeigt haben.

Die Anwendung von ELREXFIO soll nur unter der Anleitung von ärztlichem Personal mit Erfahrung in der Behandlung von malignen hämatologischen Erkrankungen, des Zytokinreisetzungsyndroms (CRS) und von neurologischen Toxizitäten inklusive Immuneffektorzell-assoziiertes Neurotoxizitätssyndrom (ICANS) durchgeführt werden.

Für ELREXFIO bestehen Preismodelle. Die Zulassungsinhaberin gibt diese dem Krankenversicherer, bei dem die versicherte Person zum Zeitpunkt des Bezugs versichert war, auf dessen erste Aufforderung hin bekannt.

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 ELREXFIO einen festgelegten Anteil des Fabrikabgabepreises zurück. Sie gibt dem Krankenversicherer die Höhe der Rückerstattungen bekannt. Die Mehrwertsteuer kann nicht zusätzlich zu diesem Anteil des Fabrikabgabepreises zurückgefordert werden. Die Aufforderung zur Rückerstattung soll ab dem Zeitpunkt der Verabreichung erfolgen.

Folgender Code ist an den Krankenversicherer zu übermitteln: 21647.01

Therap. Gruppe	Dossier Nr.	PRÄPARATE/ (Wirkstoffe) Packungen	Verantwortliche Firma	SHI-Nr.	Aufnahmejahr
07.16.10		<b>OPDUALAG</b> (Relatlimabum, Nivolumabum)	Bristol-Myers Squibb SA		
	21515	Inf Konz Durchstf 20 ml Fr. 6845.90 (6432.44)		68609001	01.02.2024, A
Befristete Limitation bis 31.01.2027					
OPDUALAG ist für die Erstlinienbehandlung von Erwachsenen mit nicht resezierbarem oder metastasiertem Melanom mit einer PD-L1-Expression < 1% indiziert. Bristol Myers Squibb erstattet dem Krankenversicherer, bei dem die versicherte Person zum Zeitpunkt des Bezugs versichert war, für jede weitere bezogene Packung einen festgelegten Anteil des Fabrikabgabepreises zurück. Sie gibt dem Krankenversicherer die Höhe der anschliessenden Rückerstattung bekannt. Die Mehrwertsteuer kann nicht zusätzlich zu diesem Anteil des Fabrikabgabepreises zurückgefordert werden. Die Aufforderung zur Rückerstattung soll ab dem Zeitpunkt der Verabreichung erfolgen.					
Folgender Code ist an den Krankenversicherer zu übermitteln: 21515.01					
10.04		<b>TAKROZEM</b> (Tacrolimusum)	Pierre Fabre Pharma AG		
	21520	Salbe 0.1% 30 g Fr. 43.15 (23.25)		67963002	01.02.2024, B
	21520	Salbe 0.1% 60 g Fr. 63.45 (40.92)		67963003	01.02.2024, B
Befristete Limitation bis 31.12.2024					
Zur Behandlung mittelschwerer bis schwerer atopischer Dermatitis, falls die herkömmliche Behandlung nicht genügend wirksam ist oder Nebenwirkungen auftreten.					

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

## II. Andere Packungen und Dosierungen

07.12 6		<b>EZETIMIB SIMVASTATIN SANDOZ</b> (Simvastatinum, Ezetimibum)	Sandoz Pharmaceu- ticals AG		
	20711	Tabl 10/40 mg 100 Stk Fr. 83.45 (58.34)		66234009	01.02.2024, B

Die Vergütung erfolgt bei bereits auf Ezetimib Simvastatin Sandoz eingestellte Patienten.

Die Vergütung einer neuverschriebenen Ezetimib-Simvastatin-Sandoz-Therapie ist zudem möglich bei:

- Patienten mit hohem Risiko gemäss AGLA-Risikokategorie, die Atorvastatin und Rosuvastatin nicht vertragen und den LDL-Zielwert <1.8mmol/l und eine LDL-Senkung um 50 % mit Simvastatin in maximal verträglicher Dosis alleine nicht erreichen.
- Patienten mit sehr hohem Risiko gemäss AGLA-Risikokategorie, die Atorvastatin und Rosuvastatin nicht vertragen und den LDL-Zielwert <1.4mmol/l und eine LDL-Senkung um 50 % mit Simvastatin in maximal verträglicher Dosis alleine nicht erreichen.
- Patienten mit Statin-Intoleranz, d. h. Patienten, die bei Einnahme eines Statins nicht tolerierbare Muskelschmerzen und/oder messbare Muskelschwäche und/oder eine Erhöhung der Creatinkinase > 5 x des oberen Grenzwertes aufweisen. Vor der Verschreibung von Ezetimib ist ein anderes Statin und, sofern dies nicht vertragen wird, Atorvastatin oder Rosuvastatin 5-10 mg 1-2 x pro Woche auszuprobieren.

Therap. Gruppe	Dossier Nr.	PRÄPARATE/ (Wirkstoffe) Packungen	Verantwortliche Firma	SHI-Nr.	Datum der Streichung
<b>III. Neu gestrichene Präparate/Packungen</b>					
01.01.30		<b>OXYCODON NEURAXPHARM RET UNO</b> (Oxycodoni hydrochloridum)	Neuraxpharm Switzerland AG		
	20705	Ret Tabl 10mg Blist 14 Stk Fr. 16.90 (7.57)		66143049	01.02.2024, A
	20705	Ret Tabl 10mg Blist 28 Stk Fr. 28.40 (13.98)		66143050	01.02.2024, A
	20705	Ret Tabl 20mg Blist 14 Stk Fr. 26.00 (11.92)		66143051	01.02.2024, A
	20705	Ret Tabl 20mg Blist 28 Stk Fr. 41.65 (21.95)		66143052	01.02.2024, A
	20705	Ret Tabl 40mg Blist 14 Stk Fr. 40.50 (20.97)		66143053	01.02.2024, A
	20705	Ret Tabl 40mg Blist 28 Stk Fr. 60.90 (38.70)		66143054	01.02.2024, A
	20705	Ret Tabl 80mg Blist 14 Stk Fr. 63.45 (40.91)		66143055	01.02.2024, A
	20705	Ret Tabl 80mg Blist 28 Stk Fr. 103.00 (75.36)		66143056	01.02.2024, A
02.99 G		<b>IVABRADIN SANDOZ</b> (Ivabradinum)	Sandoz Pharma- ceuticals AG		
	20748	Filmtabl 5mg 56 Stk Fr. 50.30 (29.50)		66640001	01.02.2024, B
	20748	Filmtabl 5mg 112 Stk Fr. 84.05 (58.85)		66640002	01.02.2024, B
	20748	Filmtabl 7.5mg 56 Stk Fr. 50.30 (29.50)		66640003	01.02.2024, B
	20748	Filmtabl 7.5mg 112 Stk Fr. 84.05 (58.85)		66640004	01.02.2024, B
03.02		<b>MUCOSLVON RETARD</b> (Ambroxoli hydrochloridum)	Opella Healthcare Switzerland AG		
	15120	Ret Kaps 75 mg 10 Stk Fr. 7.05 (3.83)		47915002	01.02.2024, D
	15120	Ret Kaps 75 mg 10 Stk Fr. 7.05 (3.83)		47915032	01.02.2024, D
	15120	Ret Kaps 75 mg 30 Stk Fr. 16.30 (8.82)		47915033	01.02.2024, D
07.08.10		<b>GONAL-F</b> (Follitropinum alfa)	Merck (Schweiz) AG		
	16546	Trockensub 450 IE (33 mcg) Inj kit 1 Stk Fr. 234.15 (189.49)		52971114	01.02.2024, A
	16546	Trockensub 1050 IE (77 mcg) Inj kit 1 Stk Fr. 517.25 (435.82)		52971106	01.02.2024, A
07.08.10		<b>PUREGON PEN</b>	Organon GmbH		
	17709	1 Stk Fr. 43.40 (23.48)			01.02.2024,
07.13.10		<b>ZADITEN</b> (Ketotifenum)	Sandoz Pharma- ceuticals AG		
	13384	Tabl 1 mg 30 Stk Fr. 14.45 (5.42)		41939028	01.02.2024, B
	13384	Tabl 1 mg 100 Stk Fr. 28.50 (14.10)		41939036	01.02.2024, B
08.01.93		<b>TARGOCID</b> (Teicoplaninum)	Sanofi-Aventis (Suisse) SA		
	15881	Trockensub 200mg c Solv i. v./i. m. Amp 1 Stk Fr. 57.05 (35.37)		49339038	01.02.2024, A
	15881	Trockensub 400mg c Solv i. v./i. m. Amp 1 Stk Fr. 97.70 (70.74)		49339046	01.02.2024, A
08.03		<b>ZEPATIER</b> (Grazoprevirum, Elbasvirum)	MSD Merck Sharp & Dohme AG		
	20504	Filmtabl 100/50 28 Stk Fr. 9578.55 (9095.80)		65861001	01.02.2024, A
10.05.20		<b>BETNOVATE C</b> (Betamethasonum, Clioquinolum)	GlaxoSmithKline AG		
	12093	Crema 30 g Fr. 14.00 (5.04)		32026036	01.02.2024, B

PRÄPARATE / (Wirkstoffe) Packungen	Verantwortliche Firma	Therap. Gruppe	Dossier Nr.	Preis neu	Ex-Fact. neu
<b>IV. Preissenkungen</b>					
<b>IV.a. Preisänderung nach 1 Jahr SL-Aufnahme</b>					
<b>TEZSPIRE</b>	AstraZeneca AG	030450			
Inj Lös 210 mg/1.9l Fertspr 1 Stk			21361	1249.35	1081.94
Inj Lös 210 mg/1.9l Fertpen 1 Stk			21709	1249.35	1081.94
<b>IV.b. Preisänderung nach 3-jährlicher Überprüfung der Aufnahmebedingungen</b>					
<b>BENEPALI</b>	Samsung Bioepis CH GmbH	071500			
Inj Lös 25 mg/0.5ml 4 Fertspr 0.5ml			20871	440.00	368.63
Inj Lös 50 mg/ml Fertspr 2 Stk			20871	440.00	368.63
Inj Lös 50 mg/ml Fertspr 4 Stk			20871	813.80	693.89
Inj Lös 50 mg/ml Fertigpen 2 Stk			20868	440.00	368.63
Inj Lös 50 mg/ml Fertigpen 4 Stk			20868	813.80	693.89
<b>BICALUTAMID SANDOZ ECO</b>	Sandoz Pharmaceuticals AG	071620			
Filmtabl 50 mg 30 Stk			20157	103.75	75.98
Filmtabl 50 mg 100 Stk			20157	200.30	160.00
Filmtabl 150 mg 30 Stk			20157	175.20	138.16
Filmtabl 150 mg 100 Stk			20157	352.10	292.13
<b>BICALUTAMID ZENTIVA</b>	Helvepharm AG	071620			
Filmtabl 50 mg Blist 30 Stk			18763	103.75	75.98
Filmtabl 50 mg Blist 100 Stk			18763	200.30	160.00
Filmtabl 150 mg Blist 30 Stk			18763	175.20	138.16
Filmtabl 150 mg Blist 100 Stk			18763	352.10	292.13
<b>BICALUTAMID-TEVA</b>	Teva Pharma AG	071620			
Filmtabl 50 mg 30 Stk			19085	103.75	75.98
Filmtabl 50 mg 100 Stk			19085	199.40	159.23
Filmtabl 150 mg 30 Stk			19085	175.20	138.16
Filmtabl 150 mg 100 Stk			19085	352.10	292.13
<b>BORTEZOMIB ACCORD</b>	Accord Healthcare AG	071610			
Trockensub 1 mg Durchstf 1 Stk			21157	161.25	126.04
Trockensub 3.5 mg Durchstf 1 Stk			21157	444.80	372.78
<b>BORTEZOMIB ACCORD LIQUID</b>	Accord Healthcare AG	071610			
Inj Lös 2.5 mg/ml Durchstf 1 Stk			21387	327.80	270.98
Inj Lös 3.5 mg/1.4 ml Durchstf 1 Stk			21387	444.80	372.78
<b>BORTEZOMIB LIQUID SPIRIG HC</b>	Spirig HealthCare AG	071610			
Inj Lös 3.5 mg/1.4 ml Durchstf 1 Stk			21032	444.80	372.78
Inj Lös 7 mg/2.8 ml Durchstf 1 Stk			21032	753.20	641.18
<b>BORTEZOMIB SANDOZ</b>	Sandoz Pharmaceuticals AG	071610			
Trockensub 1 mg Amp Amp 1 Stk			21035	161.25	126.04
Trockensub 3.5 mg Amp Amp 1 Stk			21035	444.80	372.78
<b>BORTEZOMIB ZENTIVA</b>	Helvepharm AG	071610			
Trockensub 1 mg Durchstf 1 Stk			21309	161.25	126.04
Trockensub 3.5 mg Durchstf 1 Stk			21309	444.80	372.78

PRÄPARATE / (Wirkstoffe) Packungen	Verantwortliche Firma	Therap. Gruppe	Dossier Nr.	Preis neu	Ex-Fact. neu
<b>CALCIMAGON D3</b> Kautabl 500/800 Zitrone (o Aspar) Ds 30 Stk	CPS Cito Pharma Services GmbH	070250	16787	12.70	6.88
Kautabl 500/800 Orange (o Aspar) Ds 30 Stk			16787	12.70	6.88
Kautabl 500/800 Orange (o Aspar) Ds 90 Stk			16787	32.60	17.66
Kautabl 500/800 Zitrone (o Aspar) Ds 90 Stk			16787	32.60	17.66
Kautabl spearmint (o Aspartam) Ds 120 Stk			16787	27.95	15.13
Kautabl zitron (o Aspartam) Ds 20 Stk			16787	6.10	3.31
Kautabl zitron (o Aspartam) Ds 60 Stk			16787	15.85	8.59
Kautabl zitron (o Aspartam) Ds 120 Stk			16787	27.95	15.13
<b>CALCIMAGON D3 FORTE</b> Kautabl zitron 30 Stk	CPS Cito Pharma Services GmbH	070250	16787	14.75	8.00
Kautabl zitron 60 Stk			16787	26.00	14.09
Kautabl zitron 90 Stk			16787	37.70	20.41
<b>CASODEX</b> Tabl 50 mg Blist 30 Stk	Medius AG	071620	16483	113.40	84.42
Tabl 50 mg Blist 100 Stk			16483	201.25	160.85
Tabl 150 mg Blist 30 Stk			16483	217.60	175.09
Tabl 150 mg Blist 100 Stk			16483	355.95	295.46
<b>CIMZIA</b> Inj Lös 200 mg/ml 2 Fertigspr 1 ml	UCB-Pharma SA	071500	19229	1040.80	891.98
<b>CIMZIA AUTOCLICKS</b> Inj Lös 200 mg/ml Fertpen 2 Stk	UCB-Pharma SA	071500	19229	1040.80	891.98
<b>CINQAERO</b> Inf Konz 25 mg/2.5 ml Durchstf 2.5 ml	Teva Pharma AG	030450	20662	179.35	141.81
Inf Konz 100 mg/10 ml Durchstf 10 ml			20662	668.20	567.21
<b>DIVIGEL</b> Gel 28 x 0.5 g	Orion Pharma AG	070820	16796	9.00	4.25
Gel 91 x 0.5 g			16796	25.95	11.85
Gel 28 x 1 g			16796	15.10	6.01
Gel 91 x 1 g			16796	36.65	17.59
<b>ENBREL</b> Trockensub 25 mg c solv Durch- stf 4 Stk	Pfizer AG	071500	17495	487.10	409.59
Inj Lös 25 mg/0.5 ml 4 Fertspr 0.5 ml			18601	487.10	409.59
Inj Lös 50 mg/ml 2 Fertspr 1 ml			18601	487.10	409.59
<b>ENBREL MYCLIC</b> Inj Lös 50 mg/ml 2 Fertpen 1 ml	Pfizer AG	071500	19230	487.10	409.59
<b>ERELZI</b> Inj Lös 25 mg/0.5 ml 4 Fertspr 0.5 ml	Sandoz Pharmaceuticals AG	071500	20750	440.00	368.63
Inj Lös 50 mg/ml 2 Fertspr 1 ml			20750	440.00	368.63
<b>ERELZI SENSOREADY</b> Inj Lös 50 mg/ml 2 Fertpen 1 ml	Sandoz Pharmaceuticals AG	071500	20751	440.00	368.63
<b>FIRMAGON</b> Trockensub 80 mg mit Solv in Fertspr Set 1 Stk	Ferring AG	071620	19193	153.80	119.57
Trockensub 120 mg mit Solv in Fertspr Set 2 Stk			19193	298.70	245.66

PRÄPARATE / (Wirkstoffe) Packungen	Verantwortliche Firma	Therap. Gruppe	Dossier Nr.	Preis neu	Ex-Fact. neu
<b>FOSTIMON</b> Trockensub 75 IE c solv Fertig- spr 1 Stk	IBSA Institut Biochimique SA	070810	16792	45.30	25.15
Trockensub 75 IE c solv Fertig- spr 10 Stk			16792	302.50	248.96
Trockensub 150 IE c Solv Fertig- spr 1 Stk			16792	66.45	43.54
Trockensub 150 IE c Solv Fertig- spr 10 Stk			16792	503.65	424.01
<b>GONAL-F</b> Trockensub 75 IE (5.5mcg) Inj kit 1 Stk	Merck (Schweiz) AG	070810	16546	51.50	30.54
<b>GONAL-F PEN</b> Inj Lös 300 E/0.5ml 1 Stk	Merck (Schweiz) AG	070810	18012	137.95	105.75
Inj Lös 450 E/0.75ml 1 Stk			18012	198.75	158.68
Inj Lös 900 E/1.5ml 1 Stk			18012	376.00	312.94
<b>HYDROXYCARBAMID DEVATIS</b> Kaps 500mg Blist 100 Stk	Devatis AG	071610	21083	84.70	59.44
<b>HYDROXYCARBAMID LABATEC</b> Kaps 500mg 50 Stk	Labatec Pharma SA	071610	20841	50.55	29.72
Kaps 500mg 100 Stk			20841	84.70	59.44
<b>IBEROGAST</b> Tinkt 20ml	Bayer (Schweiz) AG	549900	18835	9.65	5.23
Tinkt 50ml			18835	21.25	11.50
Tinkt 100ml			18835	38.15	20.65
<b>LACRYCON</b> Augengel 20 Tagesdosen 0.65ml	Théa PHARMA SA	110820	17988	19.10	9.47
<b>LUVERIS</b> Trockensub 75 IE c Solv Durch- stf 1 Stk	Merck (Schweiz) AG	070810	17871	63.20	40.70
<b>MENOPUR</b> Trockensub 75 IE c Sol Amp 10 Stk	Ferring AG	070810	17872	248.25	201.74
<b>MENOPUR MULTIDOSE</b> Trockensub 600 IE c Sol o Tupf Durchstf 1 Stk	Ferring AG	070810	17872	201.10	160.72
<b>MENOPUR MULTIDOSE PEN</b> Inj Lös 600 IE/0.96ml Fertpen 1 Stk	Ferring AG	070810	21415	201.10	160.72
<b>METFIN</b> Filmtabl 500mg 50 Stk	Sandoz Pharmaceuticals AG	070620	17586	6.25	1.88
Filmtabl 850mg 30 Stk			17586	5.90	1.55
Filmtabl 850mg 100 Stk			17586	9.40	4.63
Filmtabl 1000mg 60 Stk			17586	8.10	3.46
Filmtabl 1000mg 120 Stk			17586	14.95	5.87
<b>METFORMIN AXAPHARM</b> Filmtabl 500mg 50 Stk	Axapharm AG	070620	20081	6.25	1.86
Filmtabl 500mg 100 Stk			20081	7.95	3.34
Filmtabl 850mg 30 Stk			20081	5.90	1.56
Filmtabl 850mg 100 Stk			20081	9.40	4.63
Filmtabl 1000mg 60 Stk			20081	8.05	3.45
Filmtabl 1000mg 120 Stk			20081	14.95	5.87



PRÄPARATE / (Wirkstoffe) Packungen	Verantwortliche Firma	Therap. Gruppe	Dossier Nr.	Preis neu	Ex-Fact. neu
<b>METFORMIN SPIRIG HC</b> Filmtabl 500 mg (alt) 50 Stk Filmtabl 850 mg (alt) 30 Stk Filmtabl 850 mg (alt) 100 Stk Filmtabl 1000 mg (alt) 60 Stk Filmtabl 1000 mg (alt) 120 Stk	Spirig HealthCare AG	070620	20055 20055 20055 20055 20055	6.05 5.80 9.05 7.90 14.95	1.69 1.49 4.32 3.32 5.87
<b>METFORMIN SPIRIG HC</b> Filmtabl 500 mg Blist 50 Stk Filmtabl 850 mg Blist 30 Stk Filmtabl 850 mg Blist 100 Stk Filmtabl 1000 mg Blist 60 Stk Filmtabl 1000 mg Blist 120 Stk	Spirig HealthCare AG	070620	21569 21569 21569 21569 21569	6.05 5.80 9.05 7.90 14.95	1.69 1.49 4.32 3.32 5.87
<b>METFORMIN ZENTIVA</b> Filmtabl 500 mg 50 Stk Filmtabl 500 mg 60 Stk Filmtabl 850 mg 30 Stk Filmtabl 850 mg 90 Stk Filmtabl 850 mg 100 Stk Filmtabl 1000 mg 60 Stk Filmtabl 1000 mg 120 Stk	Helvepharm AG	070620	19140 19140 19140 19140 19140 19140 19140	6.20 6.60 5.85 8.90 9.45 8.10 14.95	1.81 2.18 1.52 4.19 4.65 3.46 5.87
<b>METFORMIN-MEPHA</b> Filmtabl 500 mg 60 Stk Filmtbl 850 mg 30 Stk Filmtbl 850 mg 90 Stk Filmtbl 1000 mg 60 Stk Filmtbl 1000 mg 120 Stk	Mepha Pharma AG	070620	18692 18692 18692 18692 18692	6.60 5.85 8.90 8.10 14.95	2.18 1.52 4.19 3.46 5.87
<b>MIGLUSTAT DIPHARMA</b> Kaps 100 mg Blist 84 Stk	Dipharma SA	079900	21114	4402.45	4050.91
<b>NATECAL D</b> Schmelztabl 60 Stk Schmelztabl 120 Stk	Effik SA	070250	19517 19517	13.10 23.05	7.09 12.48
<b>NAVELBINE</b> Inj Lös 50 mg/5 ml 10 Durchstf 5 ml	Pierre Fabre Pharma AG	071610	16563	1303.15	1130.95
<b>NEPHROTRANS</b> Kaps 100 Stk	Salmon Pharma GmbH	079900	19954	38.50	19.23
<b>OVITRELLE</b> Inj Lös 250 mcg/0.5 ml Fertspr 0.5 ml	Merck (Schweiz) AG	070810	17994	51.75	30.74
<b>RIXATHON</b> Inf Konz 100 mg/10 ml 2 Amp 10 ml Inf Konz 500 mg/50 ml Amp 50 ml	Sandoz Pharmaceuticals AG	071610	20820 20820	501.30 1215.70	421.97 1051.32
<b>TREMFYA</b> Inj Lös 100 mg/ml Fertspr Fert- spr 1 ml Inj Lös 100 mg/1 ml Fertigpen Fert- pen 1 ml	Janssen-Cilag AG	071500	20752 21007	2365.85 2365.85	2098.96 2098.96
<b>TRUXIMA</b> Inf Konz 100 mg/10 ml 2 Vial 10 ml Inf Konz 500 mg/50 ml Vial 50 ml	iQone Healthcare Switzerland SA	071610	20815 20815	501.30 1215.70	421.97 1051.32
<b>ZAVESCA</b> Kaps 100 mg 84 Stk	Janssen-Cilag AG	079900	18079	4864.30	4501.01
<b>ZYVOXID</b> Susp 20 mg/ml Fl 150 ml	Pfizer AG	080190	17768	296.25	243.52

PRÄPARATE / (Wirkstoffe) Packungen	Verantwortliche Firma	Therap. Gruppe	Dossier Nr.	Preis neu	Ex-Fact. neu
<b>IV.c. Freiwillige Preissenkung</b>					
<b>CLEXANE</b>	Sanofi-Aventis (Suisse) SA	060330			
Inj Lös 20mg/0.2ml 10 Fertspr 0.2ml			15598	36.75	17.69
Inj Lös 20mg/0.2ml 50 Fertspr 0.2ml			15598	118.10	88.49
Inj Lös 40mg/0.4ml 2 Fertspr 0.4ml			15598	15.75	6.58
Inj Lös 40mg/0.4ml 10 Fertspr 0.4ml			15598	54.45	33.11
Inj Lös 40mg/0.4ml 50 Fertspr 0.4ml			15598	206.60	165.52
Inj Lös 60mg/0.6ml 10 Fertspr 0.6ml			15598	66.15	43.28
Inj Lös 80mg/0.8ml 10 Fertspr 0.8ml			15598	87.35	61.72
Inj Lös 100mg/ml 10 Fertspr 1ml			15598	105.05	77.13
Inj Lös 120mg/0.8ml 2 Fertspr 0.8ml			15598	37.40	18.28
Inj Lös 120mg/0.8ml 10 Fertspr 0.8ml			15598	114.25	85.15
Inj Lös 150mg/ml 2 Fertspr 1ml			15598	42.10	22.35
Inj Lös 150mg/ml 10 Fertspr 1ml			15598	136.05	104.13
<b>PERINDOPRIL-MEPHA N</b>	Mepha Pharma AG	020710			
Tabl 5mg 30 Stk			20187	17.20	7.84
Tabl 10mg 30 Stk			20187	18.70	9.15
<b>PITAVASTATIN-MEPHA</b>	Mepha Pharma AG	071200			
Filmtabl 1mg 30 Stk			21484	40.70	21.15
Filmtabl 1mg 90 Stk			21484	89.35	63.45
Filmtabl 2mg 30 Stk			21484	45.95	25.72
Filmtabl 2mg 90 Stk			21484	105.10	77.16
Filmtabl 4mg 30 Stk			21484	59.30	37.34
Filmtabl 4mg 90 Stk			21484	145.15	112.02
<b>PUREGON</b>	Organon GmbH	070810			
Inj Lös 300 E für Pen Amp 1 Stk			17708	102.60	75.00
Inj Lös 600 E für Pen Amp 1 Stk			17708	188.80	150.00
Inj Lös 900 E für Pen Amp 1 Stk			17708	274.95	225.00
<b>TEMODAL</b>	MSD Merck Sharp & Dohme AG	071610			
Kaps 5mg Btl 5 Stk			17424	20.45	10.64
Kaps 5mg Btl 20 Stk			17424	65.35	42.60
Kaps 20mg Btl 5 Stk			17424	63.65	41.10
Kaps 20mg Btl 20 Stk			17424	205.55	164.61
Kaps 100mg Btl 5 Stk			17424	243.45	197.58
Kaps 100mg Btl 20 Stk			17424	924.60	790.32
Kaps 180mg Btl 5 Stk			17424	423.45	354.21
Kaps 180mg Btl 20 Stk			17424	1617.05	1416.87
Kaps 250mg Btl 5 Stk			17424	584.30	494.20
<b>TOCTINO</b>	GlaxoSmithKline AG	100400			
Kaps 10mg 30 Stk			19123	332.40	275.00
Kaps 30mg 30 Stk			19123	332.40	275.00
<b>TOVIAZ</b>	Pfizer AG	050200			
Ret Tabl 4mg 14 Stk			18898	25.25	11.27
Ret Tabl 4mg 84 Stk			18898	92.05	65.83
Ret Tabl 8mg 14 Stk			18898	25.90	11.81
Ret Tabl 8mg 84 Stk			18898	95.95	69.22

PRÄPARATE / (Wirkstoffe) Packungen	Verantwortliche Firma	Therap. Gruppe	Dossier Nr.	Preis neu	Ex-Fact. neu
<b>IV.d. Normale Preismutation</b>					
<b>BEXSERO</b> Inj Susp Fertspr 0.5ml	GlaxoSmithKline AG	080800	21469	106.20	78.14
<b>ENTRESTO</b> Filmtabl 50 mg 28 Stk	Novartis Pharma Schweiz AG	020720	20415	76.55	52.34
Filmtabl 50 mg 56 Stk			20415	136.70	104.69
Filmtabl 100 mg 56 Stk			20415	136.70	104.69
Filmtabl 100 mg 168 Stk			20415	377.30	314.06
Filmtabl 200 mg 56 Stk			20415	136.70	104.69
Filmtabl 200 mg 168 Stk			20415	377.30	314.06
<b>LUTATHERA</b> Inf Lös 370 MBq/ml Fl 1 Stk	Advanced Accelerator Applications International SA	170200	21181	19947.80	19202.28
<b>ONPATTRO</b> Inf Konz 10 mg/5 ml Durchstf 5 ml	Alnylam Switzerland GmbH	019900	20959	8404.45	7951.47

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

#### V. Limitations-/Indikationsänderung

<b>BEXSERO</b> Inj Susp FertSpr 0.5ml	GlaxoSmithKline AG	080800	21469	106.20	78.14
--	--------------------	--------	-------	--------	-------

Die Kostenübernahme der Impfstoffe als Teil einer präventiven Massnahme im Rahmen der obligatorischen Krankenpflegeversicherung richtet sich nach den in Artikel 12a KLV für die jeweiligen Impfungen abschliessend festgelegten Voraussetzungen und erfolgt nur innerhalb der Zulassung durch Swissmedic. Bei beruflicher und reisemedizinischer Indikation erfolgt keine Kostenübernahme durch die obligatorische Krankenpflegeversicherung.

Die Preise der Impfstoffe sind Höchstpreise (Art. 52 Abs. 3 KVG) und kommen bei Reihenimpfungen (z. B. im schulärztlichen Dienst) nicht zur Anwendung. In diesen Fällen gelten die von den Krankenversicherern mit den zuständigen Behörden ausgehandelten bzw. die allenfalls von den Behörden festgesetzten Tarife. Wenn der Impfstoff zu einem günstigeren Preis bezogen wird (z. B. im Rahmen von Reihenimpfungen), darf der Arzt oder die Ärztin nicht den Publikumspreis der SL verrechnen.

Die Vergünstigung muss gemäss Artikel 56 Absatz 3 KVG weitergegeben werden, ausser es bestehen Vereinbarungen nach Artikel 56 Absatz 3<sup>bis</sup> KVG.

Neue Limitation befristet bis 31.01.2026

Kostenübernahme bei Säuglingen und Kleinkindern ab 2 Monaten bis 5 Jahren als empfohlene ergänzende Impfung.

Kostenübernahme bei Kindern und Jugendlichen ab 11 Jahren bis 20 Jahren als empfohlene ergänzende Impfung.

Kostenübernahme bei Personen ab 2 Monaten bis 24 Jahren als empfohlene Impfung für Risikogruppen (Personen mit einem erhöhten Risiko für eine invasive Erkrankung oder Exposition).

<b>LYNPARZA</b> Filmtabl 100 mg Blist 112 Stk	AstraZeneca AG	071610	20852	5295.00	4920.82
Filmtabl 150 mg Blist 112 Stk			20852	5295.00	4920.82

Befristete Limitation bis 01.01.2026

#### Ovarialkarzinom nach Erstlinienchemotherapie

##### Monotherapie

Nur nach Verordnung durch einen Facharzt der Gynäkologie oder Onkologie und nach Kostengutsprache durch den Krankenversicherer nach vorgängiger Konsultation des Vertrauensarztes zur Erhaltungstherapie (Monotherapie) bei Patientinnen mit BRCA-mutiertem fortgeschrittenem (FIGO Stadium III und IV) high-grade serösem Ovarialkarzinom im Anschluss an eine (neoadjuvante platinhaltige Erstlinien-)Chemotherapie bei Vorliegen einer kompletten oder partiellen (≥30% Reduktion des Tumorumfanges oder CA-125 Werte, die nicht bis zum Normalbereich abnehmen) Remission und keiner klinischen Evidenz einer Progression oder steigenden CA-125 Werten nach dem Abschluss der Chemotherapie unter folgenden Voraussetzungen:

- Mindestens 6 Zyklen der platin-basierten Chemotherapie oder bei Abbruch der Chemotherapie aufgrund von Toxizität mindestens 4 Zyklen
- Die Behandlung erfolgt bis zur Progression.
- Für Patientinnen, die sich nach 2 Jahren in kompletter Remission befinden (kein radiologischer Tumornachweis), beträgt die maximal vergütete Therapiedauer 24 Monate.

Die ZulassungsinhaberIn vergütet bei Patientinnen mit messbarem Resttumor bei einer Therapiedauer über 24 Monate (ab Monat 25) nach Aufforderung durch denjenigen Krankenversicherer, bei dem die versicherte Person zum Zeitpunkt des Bezugs versichert war, für jede weitere bezogene Packung Lynparza 50% des Fabrikabgabepreises zurück. In den ersten 24 Monaten erfolgt die Höhe der Vergütung zu den gelisteten SL-Preisen. Die Mehrwertsteuer kann nicht zusätzlich zu diesem Anteil des Fabrikabgabepreises zurückgefordert werden. Die Aufforderung zur Rückvergütung soll ab dem Zeitpunkt der Verabreichung erfolgen.

Kombinierte Therapien wie beispielsweise Olaparib und Immunonkologika sowie Retreatments in höheren Behandlungslinien nach einem Rückfall sind von einer Vergütung ausgeschlossen.

Folgender Code ist an den Krankenversicherer zu übermitteln: 20852.01

Neue Limitation befristet bis 31.03.2024

#### Ovarialkarzinom nach Erstlinienchemotherapie

##### Kombinationstherapie mit Bevacizumab

Nur nach Verordnung durch einen Facharzt der Gynäkologie oder Onkologie und nach Kostengutsprache durch den Krankenversicherer nach vorgängiger Konsultation des Vertrauensarztes. Zur Erhaltungstherapie in Kombination mit Bevacizumab bei Patientinnen mit fortgeschrittenem (FIGO Stadium III und IV) high-grade serösem Ovarialkarzinom mit einer BRCA-Mutation oder einer anderen homologen Rekombinationsdefizienz (HRD) mit genomischer Instabilität (Myriad myChoice Cdx Test mit einem Score für genomische Instabilität (GIS) ≥42 oder ein anderer validierter Test mit vergleichbarem Cutoff) im Anschluss an eine mit Bevacizumab kombinierte Platin-Taxan-haltige Erstlinien-Chemotherapie bei Vorliegen einer kompletten oder partiellen Remission.

Unter folgenden Voraussetzungen:

- keine klinische Evidenz einer Progression oder steigender CA-125 Werte nach dem Abschluss der Chemotherapie.
- Mindestens 6 Behandlungszyklen bis maximal 9 Zyklen einer Platin-Taxan-haltigen Chemotherapie (mind. 4 Behandlungszyklen im Falle von nichthämatologischer Toxizität aufgrund von Platin).
- mindestens drei Zyklen Bevacizumab in Kombination mit den drei letzten Zyklen der platinbasierten Chemotherapie. Im Falle einer zytoreduktiven Intervalloperation dürfen die Patienten nur zwei Zyklen Bevacizumab in Kombination mit den letzten drei Zyklen einer platinbasierten Chemotherapie erhalten haben.
- Die Behandlung mit Bevacizumab erfolgt für maximal 15 Monate (inkl. den Zyklen verabreicht in Kombination mit der Chemotherapie).
- Die Behandlung mit Lynparza erfolgt bis zur Progression.
- Für Patientinnen, die sich nach 2 Jahren in kompletter Remission befinden (kein radiologischer Tumornachweis), beträgt die maximal vergütete Therapiedauer 24 Monate.

Retreatments in höheren Behandlungslinien nach einem Rückfall sind von einer Vergütung ausgeschlossen.

Auf die Kombination von Lynparza mit Bevacizumab ist dem Krankenversicherer für jede bezogene Packung Lynparza und jede bezogene Packung des Bevacizumab Präparates je ein festgelegter Anteil des Fabrikabgabepreises zurückzuerstatten.

Die ZulassungsinhaberIn von Lynparza erstattet dem Krankenversicherer, bei dem die versicherte Person zum Zeitpunkt des Bezugs versichert war, auf dessen erste Aufforderung hin für jede bezogene Packung Lynparza eingesetzt in Kombination mit Bevacizumab einen festgelegten Anteil des Fabrikabgabepreises zurück. Die ZulassungsinhaberIn gibt dem Krankenversicherer die Höhe der Rückerstattung bekannt. Die Mehrwertsteuer kann nicht zusätzlich zu diesem Anteil des Fabrikabgabepreises zurückgefordert werden. Die Aufforderung zur Rückerstattung soll ab dem Zeitpunkt der Verabreichung erfolgen.

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

Die ZulassungsinhaberIn vergütet bei einer Therapiedauer über 24 Monate (ab Monat 25) nach Aufforderung durch denjenigen Krankenversicherer, bei dem die versicherte Person zum Zeitpunkt des Bezugs versichert war, für jede weitere bezogene Packung Lynparza 50% des Fabrikabgabepreises zurück. Die Rückerstattung auf das Bevacizumab Präparat, eingesetzt in Kombination mit Lynparza, ist in der Limitation des Bevacizumab Präparates festgelegt. Es werden für diese Indikation nur diejenigen Bevacizumab-Präparate vergütet, die über die entsprechende Limitierung Olaparib in Kombination mit Bevacizumab verfügen.

Folgender Code ist an den Krankenversicherer zu übermitteln: 20852.02

Befristete Limitation bis 31.01.2026

#### Ovarialkarzinom nach Rezidiv

Nur nach Verordnung durch einen Facharzt der Gynäkologie oder Onkologie und nach Kostengutsprache durch den Krankenversicherer nach vorgängiger Konsultation des Vertrauensarztes zur Erhaltungstherapie (Monotherapie) bei Patientinnen mit fortgeschrittenem, platin-sensitivem rezidiviertem high-grade serösem Ovarialkarzinom im Anschluss an eine platinhaltige Chemotherapie bei Vorliegen einer kompletten oder partiellen Remission, unter folgenden Voraussetzungen:

- ≥ 2 platinbasierte Chemotherapien, letzte platinhaltige Chemotherapie mit ≥ 4 Zyklen.
- Keine vorangehende Behandlung/Erhaltungstherapie mit PARP-Inhibitoren. Hiervon ausgenommen ist ein verträglichkeitsbedingter Wechsel in derselben Behandlungslinie unter PARP-Inhibitoren.
- Die Behandlung erfolgt bis zur Progression.

Kombinierte Therapien wie beispielsweise Olaparib und Immunonkologika sowie Retreatments in höheren Behandlungslinien nach einem weiteren Rückfall sind von einer Vergütung ausgeschlossen.

In den ersten 24 Monaten erfolgt die Höhe der Vergütung zu den gelisteten SL-Preisen. Die ZulassungsinhaberIn vergütet bei einer Therapiedauer darüber hinaus (ab Monat 25) nach Aufforderung durch denjenigen Krankenversicherer, bei dem die versicherte Person zum Zeitpunkt des Bezugs versichert war, für jede weitere bezogene Packung Lynparza 50% des Fabrikabgabepreises zurück.

Die Mehrwertsteuer kann nicht zusätzlich zu diesem Anteil des Fabrikabgabepreises zurückgefordert werden. Die Aufforderung zur Rückvergütung soll in der Regel innerhalb von 6 Monaten nach Verabreichung erfolgen.

Folgender Code ist an den Krankenversicherer zu übermitteln: 20852.03

Befristete Limitation bis 31.01.2026

#### Frühes Hochrisiko-Mammakarzinom

Nur nach Verordnung durch einen Facharzt der Gynäkologie oder Onkologie und nach Kostengutsprache durch den Krankenversicherer nach vorgängiger Konsultation des Vertrauensarztes als Monotherapie zur adjuvanten Therapie bei erwachsenen Patientinnen und Patienten mit gBRCA-mutiertem HER2-negativem frühem Hochrisiko-Mammakarzinom unter folgenden Voraussetzungen:

- Vorbehandlung neoadjuvant oder adjuvant mit ≥ 6 Zyklen Anthracyclin- und/oder Taxan-basierte Chemotherapie
- Erfüllung der Hochrisikokriterien der OlympiA-Studie (siehe «Eigenschaften/Wirkungen» der genehmigten Fachinformation)
- Keine vorangehende Behandlung/Erhaltungstherapie mit PARP-Inhibitoren.

Die Vergütung erfolgt für maximal 1 Jahr oder bis zum Auftreten eines Krankheitsrezidivs, je nachdem, was zuerst eintritt.

Folgender Code ist an den Krankenversicherer zu übermitteln: 20852.04

Befristete Limitation bis 31.01.2026

#### Pankreaskarzinom nach Erstlinientherapie

Nur nach Verordnung durch einen Facharzt der Gastroenterologie oder Onkologie und nach Kostengutsprache durch den Krankenversicherer nach vorgängiger Konsultation des Vertrauensarztes zur Erhaltungstherapie (Monotherapie) bei erwachsenen Patienten mit metastasiertem Adenokarzinom des Pankreas mit deletärer oder vermuteter deletärer gBRCA-Mutation, deren Erkrankung während mindestens 16 Wochen einer platinhaltigen Erstlinien-Chemotherapie nicht fortgeschritten ist unter folgenden Voraussetzungen:

- Performance Status ECOG 0 – 1
- Die Behandlung erfolgt bis zur Progression.

Retreatments in höheren Behandlungslinien nach einem Rückfall sind von einer Vergütung ausgeschlossen.

Folgender Code ist an den Krankenversicherer zu übermitteln: 20852.05

Befristete Limitation bis 31.01.2026

#### Prostatakarzinom

Nur nach Verordnung durch einen Facharzt der Urologie oder Onkologie und nach Kostengutsprache durch den Krankenversicherer nach vorgängiger Konsultation des Vertrauensarztes. Als Monotherapie bei erwachsenen Patienten mit metastasiertem kastrationsresistentem Prostatakarzinom mit deletärer oder vermuteter deletärer BRCA-Mutation (Keimbahn und/oder somatisch), deren Erkrankung nach vorheriger Behandlung mit einem New Hormonal Agent fortgeschritten ist.

- Vor Beginn der Behandlung mit Lynparza Filmtabletten muss bestätigt sein, dass eine BRCA1/2 Genmutation vorliegt (unter Verwendung von Tumor-DNA aus einer Gewebeprobe, oder Keimbahn-DNA).
- Die Behandlung erfolgt bis zur Progression.

Retreatments nach einem Rückfall sind von einer Vergütung ausgeschlossen.

Im Falle eines Therapieabbruchs innert 28 Tagen nach Behandlungsbeginn werden dem Krankenversicherer von der ZulassungsinhaberIn die Kosten der gesamten Packung zurückerstattet. Die Therapieabbrüche sind dem Krankenversicherer unverzüglich vom behandelnden Arzt zu melden.

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 Lynparza einen festgelegten Anteil des Fabrikabgabepreises zurück. Sie gibt dem Krankenversicherer die Höhe der Rückerstattung bekannt. Die Mehrwertsteuer kann nicht zusätzlich zu diesem Anteil des Fabrikabgabepreises zurückgefordert werden. Die Aufforderung zur Rückerstattung soll ab dem Zeitpunkt der Verabreichung erfolgen.

Folgender Code ist an den Krankenversicherer zu übermitteln: 20852.06

PRÄPARATE / (Wirkstoffe) Packungen	Verantwortliche Firma	Therap. Gruppe	Dossier Nr.	Preis neu	Ex-Fact. neu
<b>ONPATTRO</b> Inf Konz 10 mg/5 ml Durchstf 5 ml	Alnylam Switzerland GmbH	019900	20959	8404.45	7951.47

Befristete Limitation bis 31.01.2027

Zur Monotherapie von symptomatischen hATTR-Patienten (PND Score  $\geq$  I und  $\leq$  IIb oder FAP  $>$  0 und  $\leq$  2) mit vererbter, pathogener TTR-Mutation (hATTR Amyloidose) und primär polyneuropathischer Manifestation (Polyneuropathie Stadien 1 und 2, NIS zwischen 5 und 130) mit bestätigtem Krankheitsbeginn. Es sind obligat anderweitige Ursachen für eine periphere Neuropathie wie ein Diabetes mellitus oder Vitamin-B12-Mangel abzuklären. Wenn solche vorliegen, muss nachgewiesen werden, dass es trotz adäquater Behandlung der anderweitigen Polyneuropathie-Ursachen zu einer weiteren Progression der Polyneuropathie gekommen ist.

#### Vor Therapiebeginn:

Bevor die Therapie in einem Referenzzentrum für Amyloidose (Universitätsspital Zürich, Centre Hospitalier Universitaire Vaudois) eingeleitet werden kann, ist der Patient über die Vergütungskriterien (inkl. Therapieabbruchkriterien) schriftlich aufzuklären.

Vor Therapiebeginn muss durch ein Referenzzentrum für Amyloidose eine Kostengutsprache des Krankenversicherers nach vorgängiger Konsultation des Vertrauensarztes eingeholt werden. Eine Kostengutsprache kann vom Krankenversicherer nur erteilt werden, wenn der/die behandelnde Neurologe/Neurologin (bei erstmaligem Gesuch um Kostenübernahme: Neurologe/Neurologin eines Referenzzentrums, bei nachfolgenden Gesuchen um weiterführende Kostenübernahme: Neurologe/Neurologin eines neuromuskulären Zentrums in Kooperation mit einem Referenzzentrum bzw. Neurologe/Neurologin eines Referenzzentrums) während der Therapie die vergütungsrelevanten Daten im bestehenden Register des Referenzzentrums kontinuierlich erfasst bzw. erfassen lässt und die Erfassung gegenüber dem Vertrauensarzt im Rahmen des Gesuches um Kostenübernahme bestätigt. Auf Anfrage müssen die Daten, gestützt auf welche über eine Therapiefortführung oder einen Therapieabbruch entschieden werden muss, dem Vertrauensarzt zugestellt werden. Sofern ein Patient keine Einwilligung zur Erfassung seiner Daten in das bestehende Register gibt, muss dies ausgewiesen werden.

Der Behandlungsbeginn hat in einem Referenzzentrum für Amyloidose (Universitätsspital Zürich, Centre Hospitalier Universitaire Vaudois) zu erfolgen.

Die Therapie der symptomatischen hATTR-Patienten mit Karnofsky Performance Status  $\geq$  60 % mit primär polyneuropathischer Manifestation kann begonnen werden, wenn der NIS  $\geq$  5 und der PND Score zwischen  $\geq$  I und  $\leq$  IIb liegt und der Patient nicht an einer Herzinsuffizienz der NYHA Klasse III oder IV leidet und eine Lebenserwartung von mindestens 2 Jahren hat.

#### Therapiefortführung:

Die Fortführung der Therapie kann auch in einem Neuromuskulären Zentrum erfolgen, das sich dem Schweizerischen Amyloidosenetzwerk angeschlossen hat und mit einem der Referenzzentren kooperiert. Zusätzlich kann die Fortführung der Therapie durch geschultes Gesundheitspersonal mit Erfahrung in intravenösen Verabreichungen, welches mit dem Schweizer Amyloidosenetzwerk und mit einem der Referenzzentren kooperiert, erfolgen.

Bei Durchführung einer Heimanwendung durch einen spezifischen Anbieter, werden die Kosten im Zusammenhang mit der Verabreichung von ONPATTRO bei Heimanwendung von Alnylam Switzerland GmbH übernommen. Alnylam Switzerland GmbH informiert die Referenzzentren für Amyloidose (Universitätsspital Zürich, Centre Hospitalier Universitaire Vaudois) über den betreffenden Anbieter bei Heimanwendung und die Kostenübernahme seitens Alnylam Switzerland GmbH.

Es sollten mindestens jährliche Evaluationen in einem Referenzzentrum erfolgen.

Patienten, bei denen die Fortführung der Therapie ausserhalb eines Neuromuskulären Zentrum erfolgt, haben 4 mal jährlich einen Kontrolltermin wahrzunehmen in einem Neuromuskulären Zentrum, das sich dem Schweizerischen Amyloidosenetzwerk angeschlossen hat und mit einem der Referenzzentren kooperiert. Diese Kontrolltermine sind durch die Zentren nachweislich zu dokumentieren.

Die Therapie kann fortgeführt werden, wenn nach 1 Jahr ein Ansprechen festgestellt werden konnte und folgende Kriterien erfüllt sind:

- NIS-Zunahme  $\leq$  10 Punkte
- Keine Zunahme im PND Score.

Bei Langzeitbehandlung kann die Therapie mit Onpattro fortgeführt werden unter der Bedingung, dass die NIS-Zunahme  $\leq$  10 Punkte pro Jahr beträgt und der PND Score nicht mehr als eine Stufe (eine Zunahme von PND IIIa zu PND IIIb entspricht einer Stufe) innerhalb von 12 Monaten angestiegen ist.

Ab Erreichen eines PND Score IV wird die Therapie mit ONPATTRO nicht mehr vergütet.

Alle 6 Monate ist die Krankheitsaktivität und der Therapieeffekt in einem Referenzzentrum oder einem neuromuskulären Zentrum zu evaluieren.

#### Therapieabbruch:

Die Therapie wird nicht mehr vergütet, wenn

- eine Progression unter Therapie mit Onpattro auftritt, die mit einer NIS-Zunahme von  $>$  10 Punkten und einer Zunahme im PND Score sowie einer Verschlechterung in mindestens 2 der folgenden Parameter innerhalb von 12 Monaten einhergeht:
  - Composite Score ENMG  $>$  50 % Abnahme pro Jahr der Amplitude im Vergleich zu Baseline (Composite Score motor + sensory), ESC (Sum Score Füsse und Hände)  $>$  25 % Abnahme
  - 6-Minuten-Gehtest (klinisch relevante Verringerung der Gehdistanz)
  - Unbeabsichtigter Gewichtsverlust
  - Zunahme der gastrointestinalen Beschwerden (z. B. von Konstipation / Diarrhoe  $<$  2x/Woche auf Konstipation / Diarrhoe  $>$  3x/Woche oder von Konstipation / Diarrhoe  $>$  2x/Woche auf Konstipation / Diarrhoe jeden Tag) nach Ausschluss anderer Ursachen
  - Harnwegsprobleme (Zunahme von Harnverhalt bis permanente Harninkontinenz) nach Ausschluss anderer Ursachen
  - Klinisch relevante Verschlechterung der Lebensqualität (z. B. anhand des Norfolk QoL-DN Fragebogens)
- der Patient eine Herzinsuffizienz der NYHA Klasse III oder IV trotz optimaler Herzinsuffizienztherapie entwickelt.

hATTR-Patienten mit primär kardiomyopathischer Manifestation und Patienten mit Wildtyp Form (ohne Mutation im TTR-Gen) sind von der Vergütung einer Therapie mit Onpattro ausgeschlossen.

Falls eine Therapie mit ONPATTRO oder mit einem anderen Oligonukleotid oder siRNA infolge unzureichender Wirksamkeit (siehe obengenannte Therapieabbruchkriterien) abgebrochen werden musste, werden sämtliche weitere Behandlungsversuche mit ONPATTRO oder mit einem anderen Oligonukleotid oder siRNA nicht mehr erstattet.

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

Die Zulassungsinhaberin Alnylam Switzerland GmbH erstattet nach Aufforderung durch denjenigen Krankenversicherer, bei dem die versicherte Person zum Zeitpunkt des Bezugs versichert war, für jede bezogene Packung Onpattro einen festgelegten Betrag des Fabrikabgabepreises zurück. Sie gibt dem Krankenversicherer den entsprechenden Betrag bekannt, der bezogen auf den Fabrikabgabepreis pro Durchstechflasche zurückerstattet wird. Die Mehrwertsteuer kann nicht zusätzlich zu diesem Anteil des Fabrikabgabepreises zurückgefordert werden. Die Aufforderung zur Rückerstattung soll ab dem Zeitpunkt der Verabreichung erfolgen.

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

PRÄPARATE / (Wirkstoffe) Packungen	Verantwortliche Firma	Therap. Gruppe	Dossier Nr.	Preis neu	Ex-Fact. neu
<b>VI. Limitierung bei Neuaufnahme</b>					
<b>ALHEMO</b>	Novo Nordisk Pharma AG	060110			
Inj Lös 60mg/1.5ml Fertpen 1.5ml			21692	4374.15	4223.28
Inj Lös 150mg/1.5ml Fertpen 1.5ml			21692	10873.75	10558.20
<p>Befristete Limitation bis 31.01.2025 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 (21692.XX) zu enthalten. Die Diagnosestellung und die Verordnung von Concizumab, die Behandlungseinleitung und die darauffolgende Betreuung darf nur an folgenden universitären und/oder spezialisierten Hämophiliezentren erfolgen. Dazu gehören: Kantonsspital Aarau, Universitätsspital Basel, Universitätskinderhospital beider Basel, Ospedale Regionale di Bellinzona e Valli, Inselspital Bern, Kantonsspital Graubünden, Hôpitaux Universitaires Genève, Centre hospitalier universitaire vaudois, Centre Hospitalier du Valais Sion, Kantonsspital Luzern, Zentrum für Labormedizin St. Gallen, Ostschweizer Kinderhospital St. Gallen, Universitätsspital Zürich, Universitäts-Kinderhospital Zürich. Die Kosten (inkl. Versandkosten) für den Concizumab-ELISA-Test werden von Novo Nordisk Pharma AG übernommen. Die Preisberechnung für Blutpräparate erfolgt aufgrund des Fabrikabgabepreises zuzüglich einer Fixmarge wegen der speziellen Verteilersituation (praktisch kein Zwischenhandel) von Fr. 40.-- zuzüglich MWST.</p> <p>Neue Limitation befristet bis 31.01.2025</p> <p><b>Patienten mit Hämophilie A mit Hemmkörpern</b> Zur Prophylaxe von Blutungsepisoden bei Patienten ab 12 Jahren mit kongenitaler Hämophilie A und Faktor VIII-Hemmkörper &gt; 0,6 BU in der Anamnese, die die Anwendung eines Bypassing Agent-Präparates zur episodischen oder prophylaktischen Therapie erfordern. Die Vergütung in Kombination mit der Anwendung mit Emicizumab ist ausgeschlossen. Folgender Indikationscode ist an den Krankenversicherer zu übermitteln: 21692.01</p> <p>Neue Limitation befristet bis 31.01.2025</p> <p><b>Patienten mit Hämophilie B mit Hemmkörpern</b> Zur Prophylaxe von Blutungsepisoden bei Patienten ab 12 Jahren mit kongenitaler Hämophilie B und Faktor VIII-Hemmkörper &gt; 0,6 BU in der Anamnese, die die Anwendung eines Bypassing Agent-Präparates zur episodischen oder prophylaktischen Therapie erfordern. Die Vergütung in Kombination mit der Anwendung mit Emicizumab ist ausgeschlossen. Folgender Indikationscode ist an den Krankenversicherer zu übermitteln: 21692.02</p>					
<b>ENTRESTO</b>	Novartis Pharma Schweiz AG	020720			
Filmtabl 50 mg 28 Stk			20415	76.55	52.34
Filmtabl 50 mg 56 Stk			20415	136.70	104.69
Filmtabl 100 mg 56 Stk			20415	136.70	104.69
Filmtabl 100 mg 168 Stk			20415	377.30	314.06
Filmtabl 200 mg 56 Stk			20415	136.70	104.69
Filmtabl 200 mg 168 Stk			20415	377.30	314.06
<p>Befristete Limitation bis 29.02.2024 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 Auswurffraktion (LVEF) vor Behandlung mit Entresto ≤ 40 % beträgt und welche mit einer stabilen Dosis eines Angiotensin Converting Enzym (ACE)-Hemmers oder Angiotensin Rezeptor-Blockers (ARBs) vorbehandelt worden sind.</p>					
<b>EVENTY</b>	UCB-Pharma SA	079900			
Inj Lös 105 mg/1.17 ml Fertpen 2 Stk			21107	566.65	478.84
<p>Befristete Limitation bis 29.02.2024 Die Therapie bedarf der Kostengutsprache durch den Krankenversicherer nach vorgängiger Konsultation des Vertrauensarztes.</p> <p>Die Verschreibung von EVENTY darf nur von einem Facharzt FMH (Endokrinologen oder Rheumatologen) oder einem Spezialisten für Knochenerkrankungen vorgenommen werden, der in den für diesen Bereich anerkannten Spitalzentren tätig ist (Spitäler/Institute der Kategorie A, B und C gemäss der Liste der Weiterbildungsstätten der FMH (<a href="http://www.siwf-register.ch">http://www.siwf-register.ch</a>)) und/oder über ein FLS (Fracture Liaison Services) verfügt.</p> <p>EVENTY wird vergütet als Monotherapie (mit Ausnahme einer Kalzium- und Vitamin-D Supplementation) zur Behandlung einer schweren Osteoporose bei postmenopausalen Frauen mit:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– <b>einem imminenten (unmittelbaren) Frakturrisiko</b> gemäss den SV60-Empfehlungen 2020, d. h. eine Vorgeschichte einer typischen osteoporotischen Fraktur (Major Osteoporotic Fracture; MOF - Wirbel, Hüfte, Becken oder Humerus), innerhalb der letzten 24 Monate, <b>in Verbindung mit einem T-Score ≤ -3.5</b> (gemessen an der Wirbelsäule oder Hüfte)</li> </ul> <p>oder</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– <b>einem sehr hohen Frakturrisiko</b> gemäss den SV60-Empfehlungen 2020, d. h. die 10-Jahres Wahrscheinlichkeit einer MOF, bewertet mittels FRAX-Tools muss altersunabhängig mindestens 20% über der Behandlungsschwelle liegen</li> </ul> <p>oder</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– einer Vorgeschichte <b>von mindestens zwei typischen osteoporotischen Frakturen.</b></li> </ul>					



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

EVENTITY ist bei Patientinnen mit einer Vorgeschichte von Myokardinfarkt oder Schlaganfall kontraindiziert.

Es können maximal 12 Packungen EVENTITY vergütet werden.

Nach Abschluss der 12-monatigen Behandlung muss auf eine antiresorptive Therapie umgestellt werden, um den mit Romosozumab erzielten therapeutischen Nutzen zu verlängern.

<b>ILARIS</b> Inj Lös 150 mg/ml Durchstf 1 ml	Novartis Pharma Schweiz AG	071099	19119	10985.20	10466.84
--	----------------------------	--------	-------	----------	----------

**Cryopyrin-assoziiertes periodisches Syndrom (CAPS):**

Nach Kostengutsprache des Krankenversicherers und vorgängiger Konsultation des Vertrauensarztes zur Behandlung von Patienten mit CAPS mit bestätigter Mutation des NLRP3-Gens.

Folgender Code ist an den Krankenversicherer zu übermitteln: 19119.01

Befristete Limitation bis 29.02.2024

**Aktive systemische juvenile idiopathische Arthritis (sJIA):**

Zur ausschliesslichen Verschreibung in Zentren für Kinderrheumatologie durch Fachärzte der Rheumatologie in Zusammenarbeit mit Fachärzten für Kinder- und Jugendmedizin oder durch Fachärzte für Kinder- und Jugendmedizin mit Weiterbildung im Schwerpunkt pädiatrischer Rheumatologie (Weiterbildung Anhang 10 nach SIWF, FMH).

Nach Kostengutsprache durch den Krankenversicherer nach vorgängiger Konsultation des Vertrauensarztes zur Behandlung von aktiver sJIA bei Patienten ab 2 Jahren, welche auf eine vorgängige Therapie mit nicht-steroidalen Antirheumatika (NSAIDs) und systemischen Kortikosteroiden und Tocilizumab unzureichend angesprochen haben.

Die Behandlung mit ILARIS darf ab dem 1.12.2020 nur nach nachgewiesenem ungenügendem Ansprechen auf Tocilizumab oder nach nachgewiesener Unverträglichkeit auf Tocilizumab initiiert werden. Ein dokumentierter Abbruch der Therapie mit Tocilizumab muss für eine Kostengutsprache bei Neueinstellung vorgelegt werden.

In einer Dosierung von maximal 4 mg/kg (bis maximal 300 mg), verabreicht alle 4 Wochen über eine subkutane Injektion. Bei Patienten mit deutlichem initialem Ansprechen und anhaltender Remission von mehr als 24 Wochen unter ILARIS ist eine Reduktion der Dosis auf 2 mg/kg alle 4 Wochen und allenfalls anschliessend ein Absetzen der Therapie mit ILARIS in Erwägung zu ziehen.

Patienten mit aktiver sJIA sind im Register JIRcohort (www.jircohort.org) zu erfassen.

Voraussetzung für eine Weiterbehandlung nach 6 Monaten ist das dokumentierte Ansprechen auf

die Behandlung mit ILARIS. Für eine Weiterbehandlung nach 6 Monaten ist erneut eine Kostengutsprache des Krankenversicherers mit vorgängiger Konsultation des Vertrauensarztes einzuholen.

Folgender Code ist an den Krankenversicherer zu übermitteln: 19119.02

Befristete Limitation bis 29.02.2024

**Tumornekrosefaktor-Rezeptor-assoziiertes periodisches Syndrom (TRAPS):**

ILARIS ist zur Behandlung von Patienten mit dem Tumornekrosefaktor-Rezeptor-assoziierten periodischen Syndrom (TRAPS) indiziert.

Folgender Code ist an den Krankenversicherer zu übermitteln: 19119.03

Befristete Limitation bis 29.02.2024

**Hyperimmunglobulin-D-Syndrom (HIDS)/Mevalonatkinasedefizienz (MKD):**

ILARIS ist zur Behandlung von Patienten mit dem Hyperimmunglobulin-D-Syndrom (HIDS)/Mevalonatkinasedefizienz (MKD) indiziert.

Folgender Code ist an den Krankenversicherer zu übermitteln: 19119.04

Befristete Limitation bis 29.02.2024

**Familiäres Mittelmeerfieber (FMF):**

ILARIS ist für die Behandlung von Patienten mit dem Familiären Mittelmeerfieber (FMF) indiziert, bei welchen eine herkömmliche Therapie kontraindiziert ist, nicht vertragen wird oder kein adäquates Ansprechen trotz Verabreichung der höchstverträglichen Dosis erreicht wird.

Folgender Code ist an den Krankenversicherer zu übermitteln: 19119.05

Zur ausschliesslichen Verschreibung in Zentren für Kinderrheumatologie, Rheumatologie, Kinderimmunologie und Immunologie.

Patienten mit TRAPS, HIDS/MKD und FMF sind im Register JIRcohort (www.jircohort.org) zu erfassen.

<b>JEMPERLI</b> Inf Konz 500 mg/10 ml Amp 10 ml	GlaxoSmithKline AG	071610	21373	5485.60	5106.58
--	--------------------	--------	-------	---------	---------

Befristete Limitation bis 30.06.2024

Die Vergütung bedarf der Kostengutsprache durch den Krankenversicherer nach vorgängiger Konsultation des Vertrauensarztes. Die maximale Anzahl an erstattbaren Packungen beträgt 36 (inkl. Packungen, die von der ZulassungsinhaberIn rückerstattet werden).

Nur als Monotherapie für die Behandlung erwachsener Patientinnen mit rezidivierendem oder fortgeschrittenem, Endometriumkarzinom (EC) mit fehlerhafter DNA-Mismatch-Reparatur (dMMR)/hoher Mikrosatelliteninstabilität (MSI-H), das während oder nach einer vorherigen Behandlung mit einem platinhaltigen Behandlungsschema progredient war.

Jemperli wird nicht vergütet bei Patientinnen, die bereits eine Therapie mit Pembrolizumab in der gleichen Indikation erhalten haben.

Die ZulassungsinhaberIn GlaxoSmithKline AG erstattet dem Krankenversicherer, bei dem die versicherte Person zum Zeitpunkt des Bezugs versichert war, auf dessen erste Aufforderung hin, 100% des Fabrikabgabepreises für die ersten zwei Therapiezyklen bei allen Patientinnen zurück sowie 100% des Fabrikabgabepreises für den 3. und 4. Therapiezyklus für Patientinnen, die ihre Therapie nach 12 Wochen abbrechen müssen. Die Mehrwertsteuer kann nicht zusätzlich zu diesem Anteil des Fabrikabgabepreises zurückgefordert werden. Die Aufforderung zur Rückerstattung soll ab dem Zeitpunkt der Verabreichung erfolgen.

PRÄPARATE / (Wirkstoffe) Packungen	Verantwortliche Firma	Therap. Gruppe	Dossier Nr.	Preis neu	Ex-Fact. neu
<b>KALYDECO</b>	Vertex Pharmaceuticals (CH) GmbH	039900			
Gran 25mg Btl 56 Stk			21563	13561.85	12978.17
Gran 50mg Btl 56 Stk			21563	13561.85	12978.17
Gran 75mg Btl 56 Stk			21563	13561.85	12978.17
Filmtabl 150mg 56 Stk			20145	13561.85	12978.17

Befristete Limitation bis 29.02.2024

Nach Kostengutsprache der Versicherer und vorgängiger Evaluation durch den Vertrauensarzt.

Ivacaftor (Granulat) als Monotherapie wird vergütet zur Behandlung der zystischen Fibrose (CF, Mukoviszidose) bei Patienten ab 4 Monaten mit einem Körpergewicht von 5 kg bis weniger als 25 kg mit einer R117H-CFTR-Mutation oder einer der folgenden Gating-Mutationen (Klasse III) im CFTR-Gen: G551D, G1244E, G1349D, G178R, G551S, S1251N, S1255P, S549N oder S549R. Die Feststellung der Mutation muss mit einem validierten Testverfahren erfolgen.

Indikationsstellung, Erstverordnung und Therapieüberwachung müssen von einem Zentrum mit Erfahrung in der Behandlung der zystischen Fibrose (Siehe Liste der Swiss Working Group CF; <http://www.sgpp-sspp.ch>) erfolgen.

- Der Therapieverlauf aller behandelten CF-Patienten muss alle 3 Monate im europäischen CF- Register (<https://www.ecfs.eu/ecfspr>) erfasst werden (Lungenfunktion, Dosierung, Compliance, Therapieunterbrüche).
- Bei allen CF-Patienten muss vor Therapie-Beginn eine Bestimmung des Schweiß-Chlorid Levels durchgeführt sowie ein Ausgangswert für FEV1(%) bestimmt werden (= Baseline), sofern die Lungenfunktionsmessung aufgrund des Alters durchführbar ist. Der FEV1(%) -Wert ist spätestens ab einem Alter von 6 Jahren alle drei Monate zu messen.
- Falls keine absolute Steigerung von FEV1(%) von mindestens 5% erreicht wird oder die Lungenfunktionsmessung bei Patienten unterhalb von 6 Jahren nicht durchführbar ist, ist der Schweißstest alle 6 Monate durchzuführen und zu dokumentieren.
- Alle stationären Spital-Aufenthalte sind im Register zu erfassen (Anzahl der Spittage).
- Die Anzahl und die Länge aller pulmonalen Exazerbationen sind im Register festzuhalten.
- Bei einer pulmonalen Exazerbation ist die antibiotische Therapie wie folgt zu erfassen: Wirkstoff-Bezeichnung des Antibiotikums; Dauer der Antibiotikatherapie; intravenös vs. peroral vs. inhalativ; stationär vs. ambulant.

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

- a) Schweiß-Chlorid Level des Patienten fällt unter 60 mmol/L ODER
- b) der Schweiß-Chlorid Level des Patienten fällt um mindestens 30% (relativ) im Vergleich zur Baseline ODER
- c) der Patient zeigt eine absolute Verbesserung beim FEV1(%) von mindestens 5% im Vergleich zur Baseline.

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

- a) der Schweiß-Chlorid Level des Patienten um mindestens 30% (relativ) im Vergleich zur Baseline fällt ODER
- b) der Patient eine andauernde absolute Verbesserung beim FEV1(%) von mindestens 5% im Vergleich zur Baseline zeigt.

Die Vertex Pharmaceuticals (CH) GmbH vergütet dem Krankenversicherer, resp. der IV, bei dem die versicherte Person zum Zeitpunkt des Bezugs versichert war, auf deren erste Aufforderung hin für jede bezogene Packung KALYDECO einen festgelegten Anteil des Fabrikabgabepreises zurück. Sie gibt dem Krankenversicherer resp. der IV die Höhe der Rückvergütung bekannt. Die Mehrwertsteuer kann nicht zusätzlich zu diesem Anteil des Fabrikabgabepreises zurückgefordert werden.

Kontakt:

Vertex Pharmaceuticals (CH) GmbH  
Pricing & Market Access  
Baarerstrasse 88, 6300 Zug  
E-Mail: PMA-CH@vrtx.com

<b>LUTATHERA</b>	Advanced Accelerator Applications International SA	170200			
Inf Lös 370 MBq/ml Fl 1 Stk			21181	19947.80	19202.28

Befristete Limitation bis 30.04.2024

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

Lutathera wird zur Behandlung von metastatischen oder nicht resezierbaren, progressiven, gut differenzierten (G1 und G2) Somatostatinrezeptor-positiven gastroenteropankreatischen neuroendokrinen Tumoren (GEP-NETs) bei Erwachsenen vergütet.

Es werden maximal 4 Lutathera Verabreichungen vergütet.

PRÄPARATE / (Wirkstoffe) Packungen	Verantwortliche Firma	Therap. Gruppe	Dossier Nr.	Preis neu	Ex-Fact. neu
<b>ORKAMBI</b> Filmtabl 100 mg/125 mg (ab 6 J.) 112 Stk	Vertex Pharmaceuticals (CH) GmbH	039900	20543	10643.55	10 133.84
Filmtabl 200 mg/125 mg (ab 12 J.) 112 Stk			20543	10643.55	10 133.84
Gran 150 mg/188 mg (ab 2 J.) Btl 56 Stk			21561	10643.55	10 133.84
Gran 100 mg/125 mg (ab 2 J.) Btl 56 Stk			21561	10643.55	10 133.84

Befristete Limitation bis 29.02.2024

Nach Kostengutsprache des Versicherers und vorgängiger Evaluation durch den Vertrauensarzt zur Behandlung von Patienten mit zystischer Fibrose (CF) ab 2 Jahren, die homozygot für die F508del-Mutation im CFTR-Gen sind.

Die Feststellung der Mutation muss mit einem validierten Testverfahren erfolgen.

Indikationsstellung, Erstverordnung von ORKAMBI und Therapieüberwachung müssen von einem Zentrum mit Erfahrung in der Behandlung der zystischen Fibrose (Siehe Liste der Swiss Working Group CF; <http://www.sgpp-sspp.ch>) erfolgen.

Einsatz nur bei Patientinnen und Patienten mit

- Diätberatung vor Therapiebeginn **UND**
- bestehender und fortzusetzender Atemphysiotherapie und Inhalationstherapie **UND**
- einem FEV1 < 90% vor Behandlungsbeginn **ODER**
- mehrmaligen pulmonalen Exazerbationen pro Jahr **ODER**
- regelmässigen Antibiotikabehandlungen **ODER**
- einer mittels bildgebenden Verfahren (CT oder MRT) nachgewiesenen Schädigung der Lunge vor Therapiebeginn.

Der Therapieverlauf aller mit ORKAMBI behandelten CF-Patienten muss alle 3 Monate im europäischen CF-Register (<https://www.ecfs.eu/ecfspr>) erfasst werden (Lungenfunktion, Dosierung, Compliance, Therapieunterbrüche):

Für alle Patienten:

- Bei allen Patienten muss vor Therapie-Beginn ein Ausgangswert für den Schweisschlorid-Level bestimmt werden. Diese Messung ist einmal nach 3 Monaten zu wiederholen und die Werte sind im Register zu erfassen.
- Alle stationären Spital-Aufenthalte sind im Register zu erfassen (Anzahl der Spittage).
- Die Anzahl und die Dauer aller pulmonalen Exazerbationen sind im Register festzuhalten.
- Bei einer pulmonalen Exazerbation ist die antibiotische Therapie wie folgt zu erfassen: Wirkstoff-Bezeichnung des Antibiotikums; Dauer der Antibiotikatherapie; intravenös vs. peroral vs. inhalativ; stationär vs. ambulanz.
- Pulmonale Exazerbationen und der Antibiotikabedarf sind alle 6 Monate nach Therapiebeginn zu dokumentieren.
- Bei einem Therapieabbruch ist der Grund für den Abbruch anzugeben.

Zusätzlich ist in Abhängigkeit vom Alter Folgendes zu erfassen.

2-5 Jahre:

- Bei allen CF-Patienten muss vor Therapie-Beginn ein Ausgangswert für FEV1 (%) und/oder LCl<sub>2,5</sub> bestimmt werden, wenn die Messung aufgrund des Alters durchführbar ist. Ein LCl<sub>2,5</sub> ist spätestens ab einem Alter von 3 Jahren zu messen.
- Die Anzahl pulmonaler Exazerbationen vor der Therapie ist anzugeben.
- Das FEV1 (%) und/oder LCl<sub>2,5</sub> ist während der Therapie alle drei Monate zu messen.

6-11 Jahre:

- Bei allen CF-Patienten muss vor Therapie-Beginn ein Ausgangswert für FEV1 (%) und/oder LCl<sub>2,5</sub> bestimmt werden.
- Die Anzahl pulmonaler Exazerbationen in den 2 Jahren vor der Therapie ist anzugeben.
- Das FEV1 (%) und/oder LCl<sub>2,5</sub> ist während der Therapie alle drei Monate zu messen.

Ab 12 Jahre:

- Bei allen CF-Patienten muss vor Therapie-Beginn ein Ausgangswert für FEV1 (%) bestimmt werden.
- Die Anzahl pulmonaler Exazerbationen in den 2 Jahren vor der Therapie ist anzugeben.
- Das FEV1 (%) ist während der Therapie alle drei Monate zu messen.

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

Die Therapie darf nach 6 und 12 Monaten nur fortgeführt werden, wenn

- keine anhaltende Verschlechterung der Lungenfunktion gegenüber dem Ausgangswert (FEV1 (%) und / oder LCI<sub>2,5</sub>) ODER
- eine Reduktion der Anzahl klinisch relevanter pulmonaler Exazerbationen (mit Hospitalisation, i. v. Antibiotikatherapie) eintritt, sofern vor der Therapie mit ORKAMBI klinisch relevante pul-monale Exazerbationen aufgetreten sind. In den Fällen ohne klinisch relevante pulmonale Exazerbationen vor der ORKAMBI-Therapie dürfen diese für ein Weiterführen der Therapie nicht eintreten.

Die Vertex Pharmaceuticals (CH) GmbH vergütet dem Versicherer, bei dem die versicherte Person zum Zeitpunkt des Bezugs versichert war resp. der IV, auf deren erste Aufforderung hin für jede bezogene Packung ORKAMBI einen festgelegten Anteil des Fabrikabgabepreises zurück. Sie gibt dem Krankenversicherer die Höhe der Rückvergütung bekannt. Die Mehrwertsteuer kann nicht zusätzlich zu diesem Anteil des Fabrikabgabepreises zurückgefordert werden.

Kontakt:

Vertex Pharmaceuticals (CH) GmbH  
Pricing & Market Access  
Baarerstrasse 88, 6300 Zug  
E-Mail: PMA-CH@vrtx.com

<b>SYMDEKO</b> Filmtabl 100 mg/150 mg + 150 mg 56 Stk	Vertex Pharmaceuticals (CH) GmbH	039900	20914	11 850.30	11 310.01
---	-------------------------------------	--------	-------	-----------	-----------

Befristete Limitation bis 29.02.2024

Nach Kostengutsprache der Versicherer und vorgängiger Evaluation durch den Vertrauensarzt zur Behandlung von Patienten mit zystischer Fibrose (CF) ab 12 Jahren die homozygot für die F508del-Mutation sind oder heterozygot für die F508del-Mutation und eine der folgenden Mutationen im CFTR-Gen (Cystic Fibrosis Transmembrane Conductance Regulator) aufweisen: P67L, R117C, L206W, R352Q, A455E, D579G, 711+3A→G, S945L, S977F, R1070W, D1152H, 2789+5G→A, 3272-26A→G ou 3849+10kbC→T.

Die Feststellung der Mutation muss mit einem validierten Testverfahren erfolgen.

Die Indikationsstellung, Erstverordnung von SYMDEKO und die Therapieüberwachung müssen von einem Zentrum mit Erfahrung in der Behandlung der zystischen Fibrose (Siehe Liste der Swiss Working Group CF; <http://www.sgpp-sspp.ch>) erfolgen.

Einsatz nur bei Patienten mit

- Diätberatung vor Therapiebeginn **UND**
- bestehender und fortzusetzender Atemphysiotherapie und Inhalationstherapie **UND**
- einem FEV1 < 90% vor Behandlungsbeginn **ODER**
- mehrmaligen pulmonalen Exazerbationen pro Jahr **ODER**
- regelmässigen Antibiotikabehandlungen **ODER**
- einer mittels bildgebenden Verfahren (CT oder MRT) nachgewiesenen Schädigung der Lunge vor Therapiebeginn.

Der Therapieverlauf aller mit SYMDEKO behandelte CF-Patienten muss alle 3 Monate im europäischen CF-Register (<https://www.ecfs.eu/ecfspr>) erfasst werden (Lungenfunktion, Dosierung, Compliance, Therapieunterbrüche):

- Bei allen Patienten muss vor Therapie-Beginn ein Ausgangswert für FEV1 (%) bestimmt werden.
- Bei allen Patienten muss vor Therapie-Beginn ein Ausgangswert für den Schweißschlorid-Level bestimmt werden. Diese Messung ist einmal nach 3 Monaten zu wiederholen und die Werte sind im Register zu erfassen.
- Die Anzahl pulmonaler Exazerbationen in den 2 Jahren vor der Therapie ist anzugeben.
- Das FEV1 (%) ist während der Therapie alle drei Monate zu messen.
- Alle stationären Spital-Aufenthalte sind im Register zu erfassen (Anzahl der Spitaltage).
- Die Anzahl und die Dauer aller pulmonalen Exazerbationen sind im Register festzuhalten.
- Bei einer pulmonalen Exazerbation ist die antibiotische Therapie wie folgt zu erfassen: Wirkstoff-Bezeichnung des Antibiotikums; Dauer der Antibiotikatherapie; intravenös vs. peroral vs. inhalativ; stationär vs. ambulant.
- Pulmonale Exazerbationen und der Antibiotikabedarf sind alle 6 Monate nach Therapiebeginn zu dokumentieren.
- Bei einem Therapieabbruch ist der Grund für den Abbruch anzugeben.

Die Therapie ist nach 6 und 12 Monaten nur fortzuführen, wenn

- keine anhaltende Verschlechterung der Lungenfunktion gegenüber dem Ausgangswert ODER
- eine Reduktion der Anzahl klinisch relevanter pulmonaler Exazerbationen (mit Hospitalisation, i. v. Antibiotikatherapie) eintritt.

Die Vertex Pharmaceuticals (CH) GmbH vergütet dem Krankenversicherer, bei dem die versicherte Person zum Zeitpunkt des Bezugs versichert war resp. der IV, auf deren erste Aufforderung hin für jede bezogene Packung SYMDEKO einen festgelegten Anteil des Fabrikabgabepreises zurück. Sie gibt dem Krankenversicherer die Höhe der Rückvergütung bekannt. Die Mehrwertsteuer kann nicht zusätzlich zu diesem Anteil des Fabrikabgabepreises zurückgefordert werden.

Kontakt:

Vertex Pharmaceuticals (CH) GmbH  
Pricing & Market Access  
Baarerstrasse 88, 6300 Zug  
E-Mail: PMA-CH@vrtx.com

PRÄPARATE / (Wirkstoffe) Packungen	Verantwortliche Firma	Therap. Gruppe	Dossier Nr.	Preis neu	Ex-Fact. neu
<b>TRIKAFTA</b> Filmtabl 50 mg/25 mg/37.5 mg + 75 mg Blist 84 Stk	Vertex Pharmaceuticals (CH) GmbH	039900	21144	17533.25	16848.92
Filmtabl 100 mg/50 mg/75 mg + 150 mg Blist 84 Stk			21144	17533.25	16848.92

Befristete Limitation bis 29.02.2024

Nach Kostengutsprache der Versicherer und vorgängiger Evaluation durch den Vertrauensarzt.

Zur Behandlung von Patienten mit zystischer Fibrose (CF) ab 6-11 Jahren, die mindestens eine F508del-Mutation im CFTR-Gen (Cystic Fibrosis Transmembrane Conductance Regulator) aufweisen.

Die Indikationsstellung, Erstverordnung und die Therapieüberwachung müssen von einem Zentrum mit Erfahrung in der Behandlung der zystischen Fibrose (Siehe Liste der Swiss Working Group CF; <http://www.sgpp-sspp.ch>) erfolgen.

Der Therapieverlauf aller mit TRIKAFTA behandelte CF-Patienten muss alle 3 Monate im europäischen CF-Register (<https://www.ecfs.eu/ecfspr>) erfasst werden (Lungenfunktion, Dosierung, Compliance, Therapieunterbrüche):

- Bei allen Patienten muss vor Therapie-Beginn ein Ausgangswert für FEV1 (%) bestimmt werden.
- Bei allen Patienten muss vor Therapie-Beginn ein Ausgangswert für den Schweisschlorid-Level bestimmt werden. Diese Messung ist einmal nach 3 Monaten zu wiederholen und die Werte sind im Register zu erfassen.
- Die Anzahl pulmonaler Exazerbationen in den 2 Jahren vor der Therapie ist anzugeben.
- Das FEV1 (%) ist während der Therapie alle drei Monate zu messen.
- Alle stationären Spital-Aufenthalte sind im Register zu erfassen (Anzahl der Spittage).
- Die Anzahl und die Dauer aller pulmonalen Exazerbationen sind im Register festzuhalten.
- Bei einer pulmonalen Exazerbation ist die antibiotische Therapie wie folgt zu erfassen: Wirkstoff-Bezeichnung des Antibiotikums; Dauer der Antibiotikatherapie; intravenös vs. peroral vs. inhalativ; stationär vs. ambulanz.
- Pulmonale Exazerbationen und der Antibiotikabedarf sind alle 6 Monate nach Therapiebeginn zu dokumentieren.
- Bei einem Therapieabbruch ist der Grund für den Abbruch anzugeben.

Die Therapie ist nach 6 und 12 Monaten nur fortzuführen, wenn

- keine anhaltende Verschlechterung der Lungenfunktion gegenüber dem Ausgangswert **ODER**
- eine Reduktion der Anzahl klinisch relevanter pulmonaler Exazerbationen (mit Hospitalisation, i. v. Antibiotikatherapie) eintritt.

Die Vertex Pharmaceuticals (CH) GmbH vergütet dem Krankenversicherer, bei dem die versicherte Person zum Zeitpunkt des Bezugs versichert war, resp. der IV, auf deren erste Aufforderung hin für jede bezogene Packung einen festgelegten Anteil des Fabrikabgabepreises zurück. Sie gibt dem Krankenversicherer die Höhe der Rückvergütung bekannt. Die Mehrwertsteuer kann nicht zusätzlich zu diesem Anteil des Fabrikabgabepreises zurückgefordert werden.

Kontakt:

Vertex Pharmaceuticals (CH) GmbH

Pricing & Market Access

Baarerstrasse 88, 6300 Zug

E-Mail: [PMA-CH@vrtx.com](mailto:PMA-CH@vrtx.com)

<b>ZIRABEV</b>	Pfizer AG	071610			
Inf Konz 100 mg/4 ml Vial 4 ml			21090	312.40	257.57
Inf Konz 400 mg/16 ml Vial 16 ml			21090	1118.60	962.84

#### Kolorektalkarzinom

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

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

Folgender Indikationscode ist an den Krankenversicherer zu übermitteln: 21090.01.

#### Lungenkarzinom

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

Folgender Indikationscode ist an den Krankenversicherer zu übermitteln: 21090.02.

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

#### Nierenzellkarzinom

Nach Kostengutsprache durch den Krankenversicherer nach vorgängiger Konsultation und Genehmigung des Vertrauensarztes zur Erstlinientherapie bei nephrektomierten Patienten mit fortgeschrittenem und/oder metastasiertem Nierenzellkarzinom in Kombination mit Interferon alfa-2a. Die Firma Pfizer AG vergütet in dieser Indikation für die Behandlung auf Aufforderung desjenigen Krankenversicherers, bei dem die versicherte Person zum jeweiligen Bezugspunkt versichert war, Fr. 0.27 pro mg Zirabev zurück. Zirabev wird bei entsprechender ärztlicher Verordnung bis zur Progression der Krankheit vergütet. Die Mehrwertsteuer kann nicht zusätzlich zu diesem Betrag zurückgefordert werden. Die Aufforderung zur Rückvergütung soll in der Regel innerhalb von 3 Monaten nach Verabreichung erfolgen.

Abwicklung der Rückvergütung:

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

Folgender Indikationscode ist an den Krankenversicherer zu übermitteln: 21.090.03.

#### Mammakarzinom

Nach Kostengutsprache durch den Krankenversicherer nach vorgängiger Konsultation und Genehmigung des Vertrauensarztes zur Erstlinientherapie von Patientinnen mit HER2-negativem, lokal rezidivierendem oder metastasiertem Mammakarzinom in Kombination mit Paclitaxel. Die Firma Pfizer AG vergütet in dieser Indikation für die Behandlung auf Aufforderung desjenigen Krankenversicherers, bei dem die versicherte Person zum jeweiligen Bezugspunkt versichert war, Fr. 0.10 pro mg Zirabev zurück. Zirabev wird bei entsprechender ärztlicher Verordnung bis zur Progression der Krankheit vergütet. Die Mehrwertsteuer kann nicht zusätzlich zu diesem Betrag zurückgefordert werden. Die Aufforderung zur Rückvergütung soll in der Regel innerhalb von 3 Monaten nach Verabreichung erfolgen.

Abwicklung der Rückvergütung:

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

Folgender Indikationscode ist an den Krankenversicherer zu übermitteln: 21.090.04.

Befristete Limitation bis 31.03.2024

#### Ovarialkarzinom nach Erstlinienchemotherapie

Kombinationstherapie mit Lynparza (Olaparib)

Nur nach Verordnung durch einen Facharzt der Gynäkologie oder Onkologie und nach Kostengutsprache durch den Krankenversicherer nach vorgängiger Konsultation des Vertrauensarztes.

Zur Erhaltungstherapie in Kombination mit Lynparza (Olaparib) bei Patientinnen mit fortgeschrittenem (FIGO Stadium III und IV) high-grade serösem Ovarialkarzinom mit einer BRCA-Mutation oder einer anderen homologen Rekombinationsdefizienz (HRD) mit genomischer Instabilität (Myriad myChoice CDx Test mit einem Score für genomische Instabilität (GIS)  $\geq 42$  oder ein anderer validierter Test mit vergleichbarem Cutoff) im Anschluss an eine mit Bevacizumab kombinierte Platin-Taxan-haltige Erstlinien-Chemotherapie bei Vorliegen einer kompletten oder partiellen Remission.

Unter folgenden Voraussetzungen:

- keine klinische Evidenz einer Progression oder steigender CA-125 Werte nach dem Abschluss der Chemotherapie.
- Mindestens 6 Behandlungszyklen bis maximal 9 Zyklen einer Platin-Taxan-haltigen Chemotherapie (mind. 4 Behandlungszyklen im Falle von nichthämatologischer Toxizität aufgrund von Platin).
- mindestens drei Zyklen Bevacizumab in Kombination mit den drei letzten Zyklen der platinbasierten Chemotherapie. Im Falle einer zytoreduktiven Intervalloperation dürfen die Patienten nur zwei Zyklen Bevacizumab in Kombination mit den letzten drei Zyklen einer platinbasierten Chemotherapie erhalten haben.
- Die Behandlung mit Bevacizumab erfolgt für maximal 15 Monate (inkl. den Zyklen verabreicht in Kombination mit der Chemotherapie).

Auf die Kombination von Zirabev mit Lynparza (Olaparib) ist dem Krankenversicherer für jede bezogene Packung Zirabev und für jede bezogene Packung Lynparza je ein festgelegter Anteil des Fabrikabgabepreises zurückzuerstatten.

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

Folgender Indikationscode ist an den Krankenversicherer zu übermitteln: 21.090.08.

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

#### Ovarialkarzinom

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

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

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

Folgender Indikationscode ist an den Krankenversicherer zu übermitteln: 21090.05.

#### Zervixkarzinom

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

Folgender Indikationscode ist an den Krankenversicherer zu übermitteln: 21090.06.

Befristete Limitation bis 30.06.2026

#### Glioblastom

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

Folgender Indikationscode ist an den Krankenversicherer zu übermitteln: 21090.07.

Befristete Limitation bis 30.06.2025

#### ZIRABEV in Kombination mit Atezolizumab (TECENTRIQ) zur Behandlung des inoperablen oder metastasierten hepatozellulären Karzinoms (HCC)

Es gelten die entsprechenden Vergütungskriterien gemäss der Limitation für Atezolizumab (siehe Limitation TECENTRIQ) und bezüglich der Rückerstattung für ZIRABEV in dieser Indikation gilt zusätzlich folgende Limitation:

Die Zulassungsinhaberin erstattet dem Krankenversicherer, bei dem die versicherte Person zum Zeitpunkt des Bezugs versichert war, auf dessen erste Aufforderung hin, für jede für die Indikation HCC Behandlung bezogene Packung ZIRABEV in Kombination mit Atezolizumab (TECENTRIQ) einen festgelegten Anteil des Fabrikabgabepreises zurück. Pfizer AG gibt dem Krankenversicherer die wirtschaftlichen Preise für Bevacizumab bekannt. Die Anteile der Rückerstattung entsprechen der Differenz der publizierten und der wirtschaftlichen Preise. Die Mehrwertsteuer kann nicht zusätzlich zu diesem Anteil des Fabrikabgabepreises zurückgefordert werden. Die Aufforderung zur Rückerstattung soll ab dem Zeitpunkt der Verabreichung erfolgen.

Folgender Indikationscode ist an den Krankenversicherer zu übermitteln: 21090.09.

PRÄPARATE / (Wirkstoffe) Packungen	Verantwortliche Firma	Therap. Gruppe	Dossier Nr.	Preis neu	Ex-Fact. neu
<b>VII. Limitationsänderungen aufgrund der Überprüfung der Aufnahmebedingungen alle drei Jahre von 2023</b>					
<b>CHORIOMON</b> Trockensub 1000 IE c Solv (Spritze) Durchstf 3 Stk	IBSA Institut Biochimique SA	070810	17071	15.65	6.47
Trockensub 2000 IE c Solv (Spritze) Durchstf 3 Stk			17071	17.60	8.17
Limitation alt 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. Nur zur Behandlung von Knaben und Männern mit einer der folgenden Erkrankungen: Kryptorchismus, hypogonadotroper Hypogonadismus, verzögerte Pubertät. In Dosierungen von maximal 1000 I.E. pro Gabe. Die Verschreibung kann nur durch Fachärzte der Endokrinologie erfolgen.					
Limitation neu Nicht zur Adipositasbehandlung.  Kostenübernahme nur nach vorgängiger endokrinologischer Untersuchung, bei Vorliegen einer Kostengutsprache durch den Krankenversicherer nach vorgängiger Konsultation des Vertrauensarztes.  Im Fall einer Anwendung in der Reproduktionsmedizin (Stimulation des Follikelwachstums und der Ovulation): Die maximale Behandlungsdauer beträgt ein Jahr. Nicht zur Stimulierung einer Superovulation im Rahmen einer In-Vitro-Fertilisation (IVF).  Nur zur Behandlung von Knaben und Männern mit einer der folgenden Erkrankungen: Kryptorchismus, hypogonadotroper Hypogonadismus, verzögerte Pubertät. Die Verschreibung kann nur durch Fachärzte der Endokrinologie erfolgen.					
<b>ONCOVIN LIQUID</b> Inj Lös 1 mg/ml i. v. Durchstf 1 ml	Spirig HealthCare AG	071610	14440	27.30	13.05
Limitation neu Vergütet wird – die Behandlung akuter Leukämie; – die Kombinationstherapie bei M. Hodgkin, Non-Hodgkin-Lymphom, inklusive Sonderformen, Rhabdomyosarkom, Neuroblastom, Wilms-Tumor, osteogenem Sarkom, Ewing-Sarkom, malignem Melanom, kleinzelligem Lungenkarzinom, gynäkologischen Tumoren des Kindesalters; – die Behandlung idiopathischer thrombozytopenischer Purpura (Morbus Werlhof) bei Patienten, die auf eine Splenektomie und Kurzzeitbehandlung mit Corticosteroiden nicht angesprochen haben.					
<b>TREMFYA</b> Inj Lös 100 mg/ml Fertspr Fertspr 1 ml	Janssen-Cilag AG	071500	20752	2365.85	2098.96
Inj Lös 100 mg/1 ml Fertipen Fertipen 1 ml			21007	2365.85	2098.96
Limitation alt <b>Plaque Psoriasis</b> 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 16-wöchiger Behandlung kein therapeutischer Erfolg eingetreten ist, ist die Behandlung abzubrechen. Die Verschreibung kann nur durch Fachärzte der Dermatologie oder dermatologische Universitätskliniken/Polikliniken erfolgen.					
<b>Psoriasis-Arthritis</b> Behandlung erwachsener Patienten mit aktiver Psoriasis-Arthritis alleine oder in Kombination mit Methotrexat (MTX), die auf eine vorgängige Therapie mit einem konven- tionellen systemischen krankheitsmodifizierenden Antirheumatikum (csDMARD) unzureichend angesprochen oder dieses nicht vertragen haben. Die Verschreibung kann nur durch Fachärzte der Rheumatologie oder rheumatologischen Universitätskliniken/Polikliniken erfolgen. Die Janssen-Cilag AG vergütet im Rahmen der Therapie der Psoriasis-Arthritis nach Aufforderung durch denjenigen Krankenversicherer, bei dem die versicherte Person zum Zeitpunkt des Bezugs versichert war, für jede bezogene Tremfya Fertigspritze und jeden Tremfya Fertipen Fr. 138.75 des Fabrikabgabepreises. Die Mehrwertsteuer kann nicht zusätzlich zu den Rückvergütungsbeträgen zurückgefordert werden.					



PRÄPARATE / (Wirkstoffe) Packungen	Verantwortliche Firma	Therap. Gruppe	Dossier Nr.	Preis neu	Ex-Fact. neu
Limitation neu <b>Plaque Psoriasis</b> 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 16-wöchiger Behandlung kein therapeutischer Erfolg eingetreten ist, ist die Behandlung abzubrechen. Die Verschreibung kann nur durch Fachärzte der Dermatologie oder dermatologische Universitätskliniken/Polikliniken erfolgen. Folgender Indikationscode ist an den Krankenversicherer zu übermitteln: 21007.01.					
<b>Psoriasis-Arthritis</b> Behandlung erwachsener Patienten mit aktiver Psoriasis-Arthritis alleine oder in Kombination mit Methotrexat (MTX), die auf eine vorgängige Therapie mit einem konventionellen systemischen krankheitsmodifizierenden Antirheumatikum (csDMARD) unzureichend angesprochen oder dieses nicht vertragen haben. Die Verschreibung kann nur durch Fachärzte der Rheumatologie oder rheumatologischen Universitätskliniken/Polikliniken erfolgen. Die Janssen-Cilag AG vergütet im Rahmen der Therapie der Psoriasis-Arthritis nach Aufforderung durch denjenigen Krankenversicherer, bei dem die versicherte Person zum Zeitpunkt des Bezugs versichert war, für jede bezogene Tremfya Fertigspritze und jeden Tremfya Fertigpen Fr. 62.00 des Fabrikabgabepreises. Die Mehrwertsteuer kann nicht zusätzlich zu den Rückvergütungsbeträgen zurückgefordert werden. Folgender Indikationscode ist an den Krankenversicherer zu übermitteln: 21007.02.					
<b>VINCRIStINE PFIZER</b>	Pfizer AG	071610			
Inj Lös 1 mg/ml 5 Durchstf 1 ml			16821	83.90	58.73
Inj Lös 2 mg/2 ml 5 Durchstf 2 ml			16821	132.55	101.06
Limitation neu Vergütet wird – die Behandlung akuter Leukämie; – die Kombinationstherapie bei M. Hodgkin, Non-Hodgkin-Lymphom, inklusive Sonderformen, Rhabdomyosarkom, Neuroblastom, Wilms-Tumor, osteogenem Sarkom, Ewing-Sarkom, malignem Melanom, kleinzelligem Lungenkarzinom, gynäkologischen Tumoren des Kindesalters; – die Behandlung idiopathischer thrombozytopenischer Purpura (Morbus Werthof) bei Patienten, die auf eine Splenektomie und Kurzzeitbehandlung mit Corticosteroiden nicht angesprochen haben.					
<b>VINCRIStIN-TEVA</b>	Teva Pharma AG	071610			
Inj Lös 1 mg/ml Durchstf 1 ml			17337	25.80	11.75
Inj Lös 2 mg/2 ml Durchstf 2 ml			17337	39.55	20.13
Limitation neu Vergütet wird – die Behandlung akuter Leukämie; – die Kombinationstherapie bei M. Hodgkin, Non-Hodgkin-Lymphom, inklusive Sonderformen, Rhabdomyosarkom, Neuroblastom, Wilms-Tumor, osteogenem Sarkom, Ewing-Sarkom, malignem Melanom, kleinzelligem Lungenkarzinom, gynäkologischen Tumoren des Kindesalters; – die Behandlung idiopathischer thrombozytopenischer Purpura (Morbus Werthof) bei Patienten, die auf eine Splenektomie und Kurzzeitbehandlung mit Corticosteroiden nicht angesprochen haben.					


# Regeln statt aufschieben: die Organspende.

Bestimme selbst, was mit deinem Körper passiert, im Leben und darüber hinaus. Halte deshalb deinen Willen zur Organspende fest und informiere auch deine Liebsten darüber.

leben-ist-  
teilen.ch

Machs  
dir zuliebe.



 Schweizerische Eidgenossenschaft  
Confédération suisse  
Confederazione Svizzera  
Confederaziun svizra

Eidgenössisches Departement des Innern EDI  
Bundesamt für Gesundheit BAG

 swiss  
transplant

Schweizerische Nationale Stiftung für Organspende und Transplantation  
Fondation nationale suisse pour la don et la transplantation d'organes  
Fondazione nazionale svizzera per il dono e il trapianto di organi  
Swiss National Foundation for organ donation and transplantation



**ORGANSPENDE**

ENTSCHEIDEN. MITTEILEN. FESTHALTEN.

# Rezeptsperrung

Swissmedic, Abteilung Betäubungsmittel

Rezeptsperrung

**Folgende Rezepte sind gesperrt**

Kanton	Block-Nr.	Rezept-Nr.
Freiburg		9913319
Schaffhausen		10553475
St. Gallen	10366302–10366303	10862715
		11084609
		11084610
Waadt	11359651–11359675	11359676–11359700
		11359701–11359725

P.P.

CH-3003 Bern  
Post CH AG

BAG-Bulletin  
BBL, Vertrieb Publikationen  
CH-3003 Bern

# BAG-Bulletin

Woche  
8/2024