



Schweizerische Eidgenossenschaft
Confédération suisse
Confederazione Svizzera
Confederaziun svizra

Eidgenössisches Departement des Innern EDI
Bundesamt für Gesundheit BAG

Ausgabe vom 15. März 2021

Woche
BAG-Bulletin 11/2021

Informationsmagazin für medizinische Fachpersonen und Medienschaffende

**SO SCHÜTZEN
WIR UNS.**

www.bag-coronavirus.ch



Impressum

HERAUSGEBER

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

REDAKTION

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

DRUCK

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

ABONNEMENTE, ADRESSÄNDERUNGEN

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

ISSN 1420-4266

DISCLAIMER

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

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

Inhalt

Meldungen Infektionskrankheiten	4
Sentinella-Statistik	6
Wochenbericht zu den grippeähnlichen Erkrankungen	6
www.bag-coronavirus.ch/impfung : Informationen zur COVID-19-Impfung	7
Korrigendum	8
Einstellung der jährlichen Ausgabe der gedruckten Spezialitätenliste	8
Spezialitätenliste	9
Rezeptsperrung	31

Meldungen Infektionskrankheiten

Stand am Ende der 9. Woche (09.03.2021)^a

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

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

^c Ausgeschlossen sind materno-fötale Röteln.

^d Bei schwangeren Frauen und Neugeborenen

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

^f Primäre, sekundäre bzw. frühlätente Syphilis.

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

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

Infektionskrankheiten: Stand am Ende der 9. Woche (09.03.2021)^a

	Woche 09			letzte 4 Wochen			letzte 52 Wochen			seit Jahresbeginn		
	2021	2020	2019	2021	2020	2019	2021	2020	2019	2021	2020	2019
Respiratorische Übertragung												
Haemophilus influenzae: invasive Erkrankung	3	2	2	6	13	12	55	121	133	9	34	37
	1.80	1.20	1.20	0.90	2.00	1.80	0.60	1.40	1.50	0.60	2.30	2.50
Influenzavirus-Infektion, saisonale Typen und Subtypen^b		1177	1445	7	5494	6846	1367	12741	13786	17	8821	9848
		708.00	869.20	1.00	826.20	1029.50	15.80	147.40	159.50	1.10	589.60	658.20
Legionellose	5	1	7	32	22	39	495	546	589	74	55	90
	3.00	0.60	4.20	4.80	3.30	5.90	5.70	6.30	6.80	5.00	3.70	6.00
Masern		6	13		10	44	7	192	91		26	55
		3.60	7.80		1.50	6.60	0.08	2.20	1.00		1.70	3.70
Meningokokken: invasive Erkrankung		2			4	4	12	47	50	1	9	6
		1.20			0.60	0.60	0.10	0.50	0.60	0.07	0.60	0.40
Pneumokokken: invasive Erkrankung	4	21	36	16	135	152	313	860	916	36	270	283
	2.40	12.60	21.60	2.40	20.30	22.90	3.60	10.00	10.60	2.40	18.00	18.90
Röteln^c								1	1			
								0.01	0.01			
Röteln, materno-fötal^d												
Tuberkulose			4	17	40	33	326	433	493	45	77	75
			2.40	2.60	6.00	5.00	3.80	5.00	5.70	3.00	5.20	5.00
Faeco-orale Übertragung												
Campylobacteriose	89	34	88	322	233	335	6080	7182	7750	922	961	1084
	53.50	20.40	52.90	48.40	35.00	50.40	70.30	83.10	89.60	61.60	64.20	72.40
Enterohämorrhagische E.-coli-Infektion	12	17	19	40	50	52	710	1115	852	95	115	130
	7.20	10.20	11.40	6.00	7.50	7.80	8.20	12.90	9.90	6.40	7.70	8.70
Hepatitis A		1		5	13	5	56	91	101	12	24	11
		0.60		0.80	2.00	0.80	0.60	1.00	1.20	0.80	1.60	0.70
Hepatitis E	17	1	2	44	8	15	103	105	91	54	20	28
	10.20	0.60	1.20	6.60	1.20	2.30	1.20	1.20	1.00	3.60	1.30	1.90
Listeriose	1		1	1	3	4	55	37	49	4	7	6
	0.60		0.60	0.20	0.40	0.60	0.60	0.40	0.60	0.30	0.50	0.40
Salmonellose, S. typhi/paratyphi					3		5	25	19		6	2
					0.40		0.06	0.30	0.20		0.40	0.10
Salmonellose, übrige	15	10	17	58	68	64	1229	1543	1444	147	166	172
	9.00	6.00	10.20	8.70	10.20	9.60	14.20	17.80	16.70	9.80	11.10	11.50
Shigellose		3	4	2	8	18	41	202	264	6	24	38
		1.80	2.40	0.30	1.20	2.70	0.50	2.30	3.00	0.40	1.60	2.50

	Woche 09			letzte 4 Wochen			letzte 52 Wochen			seit Jahresbeginn		
	2021	2020	2019	2021	2020	2019	2021	2020	2019	2021	2020	2019
Durch Blut oder sexuell übertragen												
Aids				2 0.30	7 1.00		45 0.50	82 1.00	69 0.80	8 0.50	11 0.70	10 0.70
Chlamydiose	306 184.10	133 80.00	254 152.80	1010 151.90	935 140.60	1009 151.70	11084 128.20	12384 143.20	11469 132.70	2177 145.50	2164 144.60	2190 146.40
Gonorrhoe ^e	86 51.70	49 29.50	81 48.70	277 41.70	289 43.50	272 40.90	3378 39.10	4001 46.30	3118 36.10	658 44.00	709 47.40	655 43.80
Hepatitis B, akut					2 0.30	2 0.30	1 0.01	27 0.30	34 0.40		5 0.30	6 0.40
Hepatitis B, total Meldungen	26	12	24	89	89	95	951	1074	1202	212	193	216
Hepatitis C, akut			2 1.20			4 0.60	2 0.02	20 0.20	29 0.30			7 0.50
Hepatitis C, total Meldungen	25	8	25	89	85	94	899	1006	1243	185	173	196
HIV-Infektion	9 5.40	3 1.80	9 5.40	24 3.60	18 2.70	35 5.30	272 3.20	422 4.90	407 4.70	53 3.50	59 3.90	67 4.50
Syphilis, Frühstadien ^f	1 0.60	8 4.80	11 6.60	16 2.40	45 6.80	70 10.50	504 5.80	724 8.40	669 7.70	60 4.00	118 7.90	131 8.80
Syphilis, total ^g	1 0.60	10 6.00	15 9.00	22 3.30	69 10.40	92 13.80	692 8.00	1038 12.00	979 11.30	88 5.90	172 11.50	179 12.00
Zoonosen und andere durch Vektoren übertragbare Krankheiten												
Brucellose							9 0.10	7 0.08	5 0.06			
Chikungunya-Fieber						2 0.30	1 0.01	42 0.50	12 0.10		9 0.60	8 0.50
Dengue-Fieber		2 1.20	2 1.20		13 2.00	10 1.50	28 0.30	266 3.10	177 2.00	2 0.10	47 3.10	38 2.50
Gelbfieber												
Hantavirus-Infektion									1 0.01			
Malaria	4 2.40	1 0.60	9 5.40	8 1.20	18 2.70	28 4.20	95 1.10	296 3.40	291 3.40	26 1.70	55 3.70	45 3.00
Q-Fieber		1 0.60	2 1.20	7 1.00	6 0.90	3 0.40	56 0.60	100 1.20	57 0.70	13 0.90	8 0.50	10 0.70
Trichinellose							4 0.05	3 0.03		1 0.07	1 0.07	
Tularämie		1 0.60		4 0.60	1 0.20	2 0.30	128 1.50	151 1.80	116 1.30	21 1.40	9 0.60	6 0.40
West-Nil-Fieber							1 0.01	1 0.01				
Zeckenzephalitis				2 0.30			456 5.30	262 3.00	372 4.30	3 0.20	2 0.10	2 0.10
Zika-Virus Infektion								1 0.01	2 0.02			
Andere Meldungen												
Botulismus				1 0.20			1 0.01			1 0.07		
Creutzfeldt-Jakob-Krankheit						3 0.40	22 0.20	16 0.20	20 0.20	3 0.20	3 0.20	4 0.30
Diphtherie ^h							3 0.03	2 0.02	5 0.06			
Tetanus												

Sentinella-Statistik

Provisorische Daten

Sentinella:

Anzahl Meldungen (N) der letzten 4 Wochen bis am 5.3.2021 und Inzidenz pro 1000 Konsultationen (N/10³)
Freiwillige Erhebung bei Hausärztinnen und Hausärzten (Allgemeinpraktiker, Internisten und Pädiater)

Woche	6		7		8		9		Mittel 4 Wochen	
	N	N/10 ³	N	N/10 ³	N	N/10 ³	N	N/10 ³	N	N/10 ³
Mumps	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Pertussis	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Zeckenstiche	0	0	0	0	2	0.2	0	0	0.5	0.1
Lyme Borreliose	2	0.2	0	0	0	0	1	0.1	0.8	0.1
Herpes Zoster	6	0.5	7	0.6	10	0.8	3	0.2	6.5	0.5
Post-Zoster-Neuralgie	3	0.3	2	0.2	1	0.1	0	0	1.5	0.2
Meldende Ärzte	154		153		153		155		153.8	

Wochenbericht zu den grippeähnlichen Erkrankungen

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



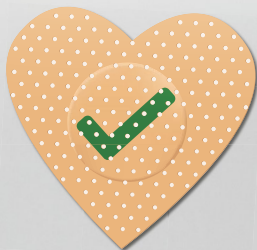


ICH WERDE MICH IMPFFEN LASSEN.

Michèle Giroud,

diplomierte Expertin Anästhesiepflege,
möchte sich impfen lassen, um ihren
Patientinnen und Patienten weiterhin zur
Verfügung zu stehen und das Risiko
einer schweren Covid-19-Erkrankung
zu reduzieren.

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



Michèle Giroud ist Präsidentin der Schweizerischen
Interessengemeinschaft für Anästhesiepflege.



Korrigendum «I. Neuzugang Präparate» (Ausgabe Bulletin 7/21)

In der Ausgabe des Bulletins 7/21 wurde unter I. Neuzugang Präparate versehentlich die Limitierung für (20408) LENVIMA nicht vollständig aufgeführt. Die Limitierung wurde in der Spezialitätenliste jedoch korrekt aufgeführt und lautet gültig per 1. Februar 2021 wie folgt:

Befristete Limitation bis 28.02.2021

Differenziertes Schilddrüsenkarzinom (DTC)

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

Befristete Limitation bis 28.02.2021

Hepatozelluläres Karzinom (HCC)

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

- weniger als 50% der Leber sind vom Karzinom befallen
- es liegt keine Tumorinvasion in den Gallengang oder den Hauptportalvenenarm der Pfortader vor
- ECOG Status 0-1
- Child-Pugh A
- BCLC-Stadium B, wenn eine TACE (transarterielle Chemoembolisation) nicht infrage kommt oder BCLC-Stadium C
- Keine gleichzeitige Verabreichung von HAIC (hepato-arterielle Infusion einer Chemotherapie).
- Es werden nur die Dosierungen von einmal täglich 12 mg, 8 mg oder 4 mg gemäss Fachinformation vergütet.

Das BAG bedauert diesen Fehler und bittet um Kenntnisnahme. In der Online-Version des Bulletin 7/21 wurde dieser Fehler nachträglich ebenfalls korrigiert.

Einstellung der jährlichen Ausgabe der gedruckten Spezialitätenliste

Aufgrund der rückläufigen Nachfrage wird ab dem Jahr 2021 die gedruckte Spezialitätenliste nicht mehr zur Verfügung gestellt. Die monatlich aktualisierten Daten zur Spezialitätenliste sowie die Weisungen des BAG, die Bestimmungen und Einleitung zur GGML sowie die Einleitung zur Generikalistik finden sich demnächst unter www.spezialitätenliste.ch.

Spezialitätenliste:

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

[] Der dem verfügbaren Publikumspreis zugrunde liegende Fabrikabgabepreis

Gültig ab 1. März 2021

Therap. Gruppe	Dossier Nr.	PRÄPARATE/ (Wirkstoffe) Packungen	Verantwortliche Firma	SHI-Nr.	Aufnahmejahr
I. Neuzugang Präparate					
01.05 G		ARIPIPRAZOL NOBEL (Aripiprazolum)	NOBEL Pharma Schweiz AG		
	21224	Sirup 1 mg/ml Fl 150 ml Fr. 127.75 (96.98)		67743001	01.03.2021, B
Zur Dosierungseinleitung bei jugendlichen Schizophreniepatienten (< 18 Jahre). Nur 1 Packung pro Patient.					
01.07.10		ZEBINIX (Eslicarbazepini acetat)	Bial SA		
	21145	Tabl 200 mg 60 Stk Fr. 68.60 (45.45)		67375002	01.03.2021, B
	21145	Tabl 800 mg 30 Stk Fr. 120.75 (90.90)		67375004	01.03.2021, B
02.05.10		AIMOVIG (Erenumabum)	Novartis Pharma Schweiz AG		
	20777	Inj Lös 70 mg/ml Fertigpen 1 ml Fr. 517.60 (436.60)		66748002	01.12.2018, B
	20777	Inj Lös 140 mg/ml Fertigpen 1 ml Fr. 517.60 (436.60)		66748003	01.10.2019, B

Die Behandlung bedarf der Kostengutsprache durch den Krankenversicherer nach vorgängiger Konsultation des Vertrauensarztes. Die Erteilung der Kostengutsprache hat eine Dauer von 12 Monaten abzudecken.

Die Diagnosedstellung, die Verordnung von AIMOVIG und die Verlaufskontrolle darf ausschliesslich durch einen Facharzt FMH der Neurologie erfolgen.

AIMOVIG wird zur Behandlung erwachsener Patienten mit während mindestens eines Jahres vorbestehender chronischer Migräne (Baseline: Mindestens 15 Migränetage pro Monat von unbehandelt mindestens 4h Dauer pro Tag lückenlos dokumentiert über mindestens 3 Monate) oder episodischer Migräne (Baseline: Mindestens 8 Migränetage pro Monat von unbehandelt mindestens 4h Dauer pro Tag lückenlos dokumentiert über mindestens 3 Monate mit Aura oder mit starker Schmerzintensität kombiniert mit starker Übelkeit/Erbrechen oder stark beeinträchtigender Photophobie oder Phonophobie) vergütet, sofern die Patienten auf mindestens zwei prophylaktische Therapien mit einem Betablocker, Kalziumantagonisten oder Antikonvulsivum, die je während mindestens 3 Monaten eingesetzt wurden, unzureichend angesprochen haben oder bei denen alle oben aufgeführten Migräneprophylaktika kontraindiziert sind oder wenn diese Therapien aufgrund von belegten, klinisch relevanten Nebenwirkungen abgebrochen werden mussten. Ein unzureichendes Ansprechen gilt als belegt, wenn nach 3-monatiger Behandlung mit einem Migräneprophylaktikum keine Reduktion der Migränetage um mindestens 50% gegenüber Therapiebeginn erzielt wurde.

Auf Verlangen müssen dem Vertrauensarzt des Krankenversicherers folgende Dokumente eingereicht werden:

- Dokumentation der Therapiedauer vor der Behandlung mit AIMOVIG und des unzureichenden Ansprechens der Prophylaktika (z.B. anhand der Krankengeschichte oder Migränetagebuch)
- Vor Therapiebeginn: Migränetagebuch mindestens ab 3 Monate vor Therapie mit AIMOVIG
- Nach Therapiebeginn: Migränetagebuch nach 3, 6 und 12 Monaten der AIMOVIG Therapie.

Kontrolle nach 3 Monaten:

- Die Behandlung mit AIMOVIG darf basierend auf einer Kontrolle durch den Facharzt FMH der Neurologie 3 Monate nach Therapiebeginn nur fortgesetzt werden, wenn die durchschnittliche Anzahl Migränetage pro Monat gegenüber dem Durchschnittswert für die 3 Monate vor Therapiebeginn mit AIMOVIG reduziert wurde und diese Reduktion anhand eines Migränetagebuches belegt werden kann.

Kontrolle nach 6 Monaten:

- Die Behandlung mit AIMOVIG darf basierend auf einer erneuten Kontrolle durch den Facharzt FMH der Neurologie 6 Monate nach Therapiebeginn nur fortgesetzt werden, wenn die durchschnittliche Anzahl Migränetage pro Monat gegenüber dem Durchschnittswert für die 3 Monate vor Therapiebeginn mit AIMOVIG um mindestens 50% reduziert wurde und diese Reduktion anhand eines Migränetagebuches belegt werden kann.
- Die Reduktion um mindestens 50% der Migränetage ist dem Vertrauensarzt des Krankenversicherers schriftlich zu melden.

Falls eine Therapie mit AIMOVIG nach 3 oder 6 Monaten infolge unzureichender Wirksamkeit abgebrochen werden muss, werden sämtliche weiteren Behandlungsversuche mit AIMOVIG oder mit einem anderen CGRP-Rezeptor-Antagonisten od. CGRP-Inhibitor nicht mehr erstattet.

Absetzen der Therapie nach 1 Jahr:

- Spätestens ein Jahr nach Therapiebeginn muss die Therapie abgesetzt werden. Erleidet der/die Patient(in) innerhalb von 6 Monaten nach Absetzen der Therapie einen Rückfall (mindestens 8 Migränetage in 30 Tagen), kann eine Wiederaufnahme einer CGRP-Rezeptor-Antagonisten od. CGRP-Inhibitoren Therapie mittels erneuter Kostengutsprache für 12 Monate beantragt werden. Tritt der Rückfall nach 6 Monaten auf, muss der/die Patient(in) erneut die Kriterien wie bei der ersten Verschreibung erfüllen.

Nach dem 2. Therapiejahr und in den Folgejahren:

- Sowohl nach dem 2. Therapiejahr und in den Folgejahren muss eine Therapiepause wie oben angegeben eingehalten werden. Danach kann der/die Patient(in) die Therapie mit CGRP-Rezeptor-Antagonisten od. CGRP-Inhibitoren wieder aufnehmen, wenn er/sie die Kriterien erneut erfüllt. Dies kann solange fortgesetzt werden, wie die Therapie noch notwendig und wirksam ist.

Therap. Gruppe	Dossier Nr.	PRÄPARATE/ (Wirkstoffe) Packungen	Verantwortliche Firma	SHI-Nr.	Aufnahmejahr
02.07.20 G		LISINOPRIL HCT AXAPHARM (Lisinoprilum, Hydrochlorothiazidum)	Axapharm AG		
	21120	Tabl 10/12.5 mg 30 Stk Fr. 14.90 (5.85)		56917017	01.03.2021, B
	21120	Tabl 10/12.5 mg 100 Stk Fr. 35.60 (16.73)		56917018	01.03.2021, B
	21120	Tabl 20/12.5 mg 30 Stk Fr. 18.40 (8.87)		56917019	01.03.2021, B
	21120	Tabl 20/12.5 mg 100 Stk Fr. 48.75 (28.17)		56917020	01.03.2021, B
07.01.10		APTAMIL AS SYNEO (Materia crassa, Carbohydrata, Fibrae alimentariae)	Milupa SA		
	21153	Plv Ds 400 g Fr. 69.00 (37.40)			01.03.2021
Die aufgeführten Präparate dürfen nur für Säuglinge bis zu 12 Monaten verordnet werden.					
07.12 G		ATORVASTATIN SPIRIG HC (Atorvastatinum)	Spirig HealthCare AG		
	21196	Filmtabl 10 mg neu Blist 30 Stk Fr. 28.70 (14.27)		66512001	01.03.2021, B
	21196	Filmtabl 10 mg neu Blist 100 Stk Fr. 70.30 (46.94)		66512002	01.03.2021, B
	21196	Filmtabl 20 mg neu Blist 30 Stk Fr. 28.70 (14.27)		66512003	01.03.2021, B
	21196	Filmtabl 20 mg neu Blist 100 Stk Fr. 70.30 (46.94)		66512004	01.03.2021, B
	21196	Filmtabl 40 mg neu Blist 30 Stk Fr. 28.70 (14.27)		66512005	01.03.2021, B
	21196	Filmtabl 40 mg neu Blist 100 Stk Fr. 70.30 (46.94)		66512006	01.03.2021, B
	21196	Filmtabl 80 mg neu Blist 30 Stk Fr. 28.70 (14.27)		66512007	01.03.2021, B
	21196	Filmtabl 80 mg neu Blist 100 Stk Fr. 70.30 (46.94)		66512008	01.03.2021, B
07.15		DUPIXENT (Dupilumabum)	Sanofi-Aventis (Suisse) SA		
	20819	Inj Lös 300 mg/2 ml Fertspr Safe-Sys Fertspr 2 Stk Fr. 1440.65 (1257.49)		66649001	01.03.2020, B
<p>DUPIXENT wird in einer Anfangsdosis von 600 mg als subkutane Injektion (zwei Injektionen zu je 300 mg), gefolgt von einer Dosis von 300 mg als subkutane Injektion alle zwei Wochen zur Behandlung erwachsener Patienten (ab dem 18. Lebensjahr) mit schwerer atopischer Dermatitis (IGA 4 [auf IGA Skala von 0-4] oder SCORAD >50 oder EASI = 21.1) vergütet, sofern die Patienten auf eine intensivierete Lokalbehandlung mit verschreibungspflichtigen topischen Therapien (topische Kortikoide und/oder Calcineurininhibitoren) und Phototherapie (sofern verfügbar und angezeigt) und auf eine systemische Behandlung mit einem konventionellen Immunsuppressivum (ausgenommen systemische Kortikoide) während mindestens einem Monat unzureichend angesprochen haben oder bei denen diese Therapien kontraindiziert sind oder aufgrund von klinisch relevanten Nebenwirkungen abgebrochen werden mussten.</p> <p>DUPIXENT wird nicht in Kombination mit anderen systemischen Arzneimitteln zur Behandlung der atopischen Dermatitis vergütet.</p> <p>Falls nach 16 Wochen Behandlung mit DUPIXENT kein therapeutischer Erfolg eingetreten ist, d.h. eine IGA Reduktion um = 2 Punkte gegenüber dem Ausgangswert oder eine =50% Verbesserung des EASI-Score (EASI 50) gegenüber dem Ausgangswert oder eine =50% Verbesserung des SCORAD-Score (SCORAD 50) gegenüber dem Ausgangswert ist die Behandlung abzubrechen.</p> <p>Die Behandlung bedarf der Kostengutsprache durch den Krankenversicherer nach vorgängiger Konsultation des Vertrauensarztes. Die Diagnosestellung, die Verordnung von DUPIXENT und die Verlaufskontrolle darf ausschliesslich durch einen Facharzt für Dermatologie und Venerologie oder Facharzt für Allergologie und klinische Immunologie erfolgen.</p> <p>Nach 52 Wochen ununterbrochener Therapie ist eine erneute Kostengutsprache durch den Krankenversicherer nach vorgängiger Konsultation des Vertrauensarztes einzuholen.</p>					
07.15		ENTYVIO SUBKUTAN (Vedolizumabum)	Takeda Pharma AG		
	21169	Inj Lös 108 mg/0.68 ml Fertigspritze Fertspr 1 Stk Fr. 717.45 (610.65)		67537001	01.03.2021, A
	21169	Inj Lös 108 mg/0.68 ml Fertipen Fertpen 1 Stk Fr. 717.45 (610.65)		67534001	01.03.2021, A
<p>Zur Behandlung von Erwachsenen von mittel- bis hochgradig aktiver Colitis ulcerosa und mittel- bis hochgradig aktivem Morbus Crohn, die auf die Standardtherapie oder einen Antagonisten von Tumornekrosefaktor alpha (TNFa) nicht ausreichend oder nicht mehr ansprechen oder Unverträglichkeit zeigten.</p> <p>Eine Umstellung auf Entyvio subkutan (subkutanes Vedolizumab) als Erhaltungstherapie erfolgt nach mindestens 2 intravenösen Infusionen von Entyvio. Eine Weiterbehandlung nach einer Therapie mit Entyvio von einem Jahr bedarf der Kostengutsprache durch den Krankenversicherer nach vorgängiger Konsultation des Vertrauensarztes.</p>					

Therap. Gruppe	Dossier Nr.	PRÄPARATE/ (Wirkstoffe) Packungen	Verantwortliche Firma	SHI-Nr.	Aufnahmejahr
07.16.10		BAVENCIO (Avelumabum)	Merck (Schweiz) AG		
	20694	Inf Konz 200 mg/10 ml Durchstf 10 ml Fr. 1072.40 (921.74)		66380001	01.12.2017, A
	20694	Inf Konz 200 mg/10 ml 4 Durchstf 10 ml Fr. 4025.15 (3686.96)		66380002	01.12.2017, A

Befristete Limitation bis 28.02.2024

Behandlung von Patienten mit metastasiertem Merkelzellkarzinom (MCC).

Die empfohlene Dosierung beträgt 10 mg/kg Körpergewicht alle zwei Wochen.

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

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

07.16.10 G		FULVESTRANT ACCORD (Fulvestrantum)	Accord Healthcare AG		
	21202	Inj Lös 250 mg/5 ml 2 Fertspr 5 ml Fr. 517.20 (436.23)		67565002	01.03.2021, B

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

07.16.10		LENVIMA (Lenvatinibum)	Eisai Pharma AG		
	20408	Kaps 4 mg 30 Stk Fr. 1687.45 (1482.50)		65512001	01.10.2015, A
	20408	Kaps 10 mg 30 Stk Fr. 1687.45 (1482.50)		65512002	01.10.2015, A

Befristete Limitation bis 31.07.2021**Differenziertes Schilddrüsenkarzinom (DTC)**

Radiojod-refraktäres, lokal fortgeschrittenes oder metastasierendes, progredientes, differenziertes Schilddrüsenkarzinom.

Es werden nur die Dosierungen gemäss Fachinformation vergütet (24 mg, 20 mg, 14 mg, 10 mg oder tiefere Dosierungen).

Befristete Limitation bis 31.07.2021**Hepatozelluläres Karzinom (HCC)**

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

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

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

Therap. Gruppe	Dossier Nr.	PRÄPARATE/ (Wirkstoffe) Packungen	Verantwortliche Firma	SHI-Nr.	Aufnahmejahr
07.16.10		MEKINIST (Trametinibum)	Novartis Pharma Schweiz AG		
	20484	Filmtabl 0.5000 mg 7 Stk Fr. 369.00 (307.13)		65883001	01.07.2016, A
	20484	Filmtabl 0.5000 mg 30 Stk Fr. 1505.15 (1316.28)		65883002	01.07.2016, A
	20484	Filmtabl 2 mg 7 Stk Fr. 1408.90 (1228.53)		65883003	01.07.2016, A
	20484	Filmtabl 2 mg 30 Stk Fr. 5642.75 (5265.13)		65883004	01.07.2016, A

Befristete Limitation bis 30.11.2023**Melanom metastasierend**

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

Die Novartis Pharma Schweiz AG erstattet nach Aufforderung durch denjenigen Krankenversicherer, bei dem die versicherte Person zum Zeitpunkt des Bezugs versichert war, auf die Kombination von MEKINIST und TAFINLAR dem Krankenversicherer für jede bezogene Packung MEKINIST (=Indikator für einen Behandlungszyklus) einen festgelegten Prozentsatz auf den Fabrikabgabepreis jeder bezogenen MEKINIST Packung zurück. Die Novartis Pharma Schweiz AG 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.

Befristete Limitation bis 30.11.2023**Melanom adjuvant**

Trametinib in Kombination mit Dabrafenib ist angezeigt zur adjuvanten Behandlung von Patienten mit Melanom mit einer BRAF-V600-Mutation (V600E oder V600K) nach vollständiger Resektion bei Patienten ohne vorangegangene systemische Therapie zur Behandlung des Melanoms. Die Vergütung ist eingeschränkt auf folgende Stadien:

- nach AJCC 7th edition: Stadium IIIA (limitiert auf Lymphknotenmetastasen > 1 mm und T3-4a N1a/N2a), IIIB (T2-4b N1a/N2a, T1-4a N1b/N2b/N2c) und IIIC
- nach AJCC 8th edition: Stadium IIIB-IIIID, wobei die Stadien IIIB T3a N1a/N2a sowie IIIC T4a N1a/N2a Lymphknotenmetastasen > 1mm aufweisen müssen

Die adjuvante Therapie mit Trametinib in Kombination mit Dabrafenib soll innerhalb von 15 Wochen nach Resektion gestartet werden.

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

Die Novartis Pharma Schweiz AG erstattet nach Aufforderung durch denjenigen Krankenversicherer, bei dem die versicherte Person zum Zeitpunkt des Bezugs versichert war, dem Krankenversicherer auf jede bezogene Packung MEKINIST einen festgelegten Prozentsatz auf den Fabrikabgabepreis jeder bezogenen Packung MEKINIST und auf jede bezogene Packung TAFINLAR einen festgelegten Prozentsatz auf den Fabrikabgabepreis jeder bezogenen Packung TAFINLAR zurück. Die Novartis Pharma Schweiz AG 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.

07.16.10		PIQRAY (Alpelisibum)	Novartis Pharma Schweiz AG		
	21067	Filmtabl 150 mg Blist 28 Stk Fr. 2345.05 (2082.12)		67359001	01.03.2021, A
	21067	Filmtabl 150 mg Blist 56 Stk Fr. 4514.35 (4164.24)		67359002	01.03.2021, A
	21067	Filmtabl 200 mg Blist 28 Stk Fr. 4514.35 (4164.24)		67359006	01.03.2021, A
	21067	Filmtabl 200 mg+50 mg Blist 28 Stk Fr. 2345.05 (2082.12)		67359003	01.03.2021, A
	21067	Filmtabl 200 mg+50 mg Blist 56 Stk Fr. 4514.35 (4164.24)		67359004	01.03.2021, A

Zur Behandlung ausschliesslich in Kombination mit Fulvestrant von postmenopausalen Frauen mit Hormon-Rezeptor (HR)-positivem, humanen epidermalen Wachstumsfaktor-Rezeptor-2 (HER2)-negativem lokal fortgeschrittenem oder metastasiertem Brustkrebs mit einer PIK3CA-Mutation nach Fortschreiten der Erkrankung, wenn die Patienten zuvor eine endokrine Therapie einschliesslich eines Aromatase Inhibitors erhalten haben:

- als Erstlinientherapie im fortgeschrittenen Stadium nach Progression während neoadjuvanter oder adjuvanter endokriner Therapie oder nach Rezidiv innerhalb von 12 Monaten nach Abschluss der adjuvanten endokrinen Therapie.
- als Zweitlinientherapie nach Versagen der endokrinen Erstlinientherapie im fortgeschrittenen Stadium.

Kein Einsatz bei viszeraler Krise.

Keine vorangehende Chemotherapie (ausser neoadjuvant/adjuvante Chemotherapie).

Keine vorangehende Therapie mit einem der folgenden Arzneimittel: Fulvestrant, PI3K-Inhibitor, mTOR-Inhibitor oder AKT-Inhibitor.

Die Patienten dürfen maximal bis zur Progression der Erkrankung behandelt werden.

Die Zulassungsinhaberin erstattet dem Krankenversicherer, bei dem die versicherte Person zum Zeitpunkt des Bezugs versichert war, auf dessen erste Aufforderung hin auf jede bezogene Packung Piqray einen festgelegten Betrag des Fabrikabgabepreises zurück. Sie gibt dem Krankenversicherer die Höhe der Rückvergütung je Packungsgrösse und Dosisstärke bekannt. Die Mehrwertsteuer kann nicht zusätzlich zu diesen Rückvergütungsbeträgen zurückgefordert werden. Die Aufforderung zur Rückvergütung soll ab dem Zeitpunkt der Verabreichung erfolgen.

Therap. Gruppe	Dossier Nr.	PRÄPARATE/ (Wirkstoffe) Packungen	Verantwortliche Firma	SHI-Nr.	Aufnahmejahr
07.16.10		TAFINLAR (Dabrafenibum)	Novartis Pharma Schweiz AG		
	20115	Kaps 50 mg 28 Stk Fr. 957.95 (820.18)		62781001	01.02.2014, A
	20115	Kaps 50 mg 120 Stk Fr. 3848.95 (3515.06)		62781002	01.02.2014, A
	20115	Kaps 75 mg 28 Stk Fr. 1410.80 (1230.27)		62781003	01.02.2014, A
	20115	Kaps 75 mg 120 Stk Fr. 5650.40 (5272.59)		62781004	01.02.2014, A
Befristete Limitation bis 30.11.2023					
Melanom metastasierend					
Trametinib in Kombination mit Dabrafenib ist angezeigt zur Behandlung von erwachsenen Patienten mit nicht resezierbarem oder metastasiertem Melanom mit einer BRAF-V600-Mutation (V600E oder V600K). Therapie nur bis zur Progression der Krankheit. Die Behandlung bedarf der Kostengutsprache durch den Krankenversicherer nach vorgängiger Konsultation des Vertrauensarztes.					
Die Novartis Pharma Schweiz AG erstattet nach Aufforderung durch denjenigen Krankenversicherer, bei dem die versicherte Person zum Zeitpunkt des Bezugs versichert war, auf die Kombination von MEKINIST und TAFINLAR dem Krankenversicherer für jede bezogene Packung MEKINIST (=Indikator für einen Behandlungszyklus) einen festgelegten Prozentsatz auf den Fabrikabgabepreis jeder bezogenen MEKINIST Packung zurück. Die Novartis Pharma Schweiz AG 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.					
Befristete Limitation bis 30.11.2023					
Melanom adjuvant					
Trametinib in Kombination mit Dabrafenib ist angezeigt zur adjuvanten Behandlung von Patienten mit Melanom mit einer BRAF-V600-Mutation (V600E oder V600K) nach vollständiger Resektion bei Patienten ohne vorangegangene systemische Therapie zur Behandlung des Melanoms. Die Vergütung ist eingeschränkt auf folgende Stadien: – nach AJCC 7th edition: Stadium IIIA (limitiert auf Lymphknotenmetastasen > 1 mm und T3-4a N1a/N2a), IIIB (T2-4b N1a/N2a, T1-4a N1b/N2b/N2c) und IIIC – nach AJCC 8th edition: Stadium IIIB-IIID, wobei die Stadien IIIB T3a N1a/N2a sowie IIIC T4a N1a/N2a Lymphknotenmetastasen > 1mm aufweisen müssen					
Die adjuvante Therapie mit Trametinib in Kombination mit Dabrafenib soll innerhalb von 15 Wochen nach Resektion gestartet werden.					
Die Patienten können bis zu maximal 12 Monaten oder bis zu einem vorher auftretenden Rezidiv der Erkrankung behandelt werden. Die Behandlung bedarf der Kostengutsprache durch den Krankenversicherer nach vorgängiger Konsultation des Vertrauensarztes.					
Die Novartis Pharma Schweiz AG erstattet nach Aufforderung durch denjenigen Krankenversicherer, bei dem die versicherte Person zum Zeitpunkt des Bezugs versichert war, dem Krankenversicherer auf jede bezogene Packung MEKINIST einen festgelegten Prozentsatz auf den Fabrikabgabepreis jeder bezogenen Packung MEKINIST und auf jede bezogene Packung TAFINLAR einen festgelegten Prozentsatz auf den Fabrikabgabepreis jeder bezogenen Packung TAFINLAR zurück. Die Novartis Pharma Schweiz AG 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.					
07.16.10		TRECONDI (Trecosulfanum)	Opopharma Vertriebs AG		
	21101	Trockensub 1 g Durchstf 1 Stk Fr. 148.15 (114.77)		67775001	01.03.2021, A
	21101	Trockensub 1 g Durchstf 5 Stk Fr. 675.20 (573.87)		67775002	01.03.2021, A
	21101	Trockensub 5 g Durchstf 1 Stk Fr. 649.35 (551.36)		67775003	01.03.2021, A
	21101	Trockensub 5 g Durchstf 5 Stk Fr. 3096.50 (2780.96)		67775004	01.03.2021, A
TRECONDI wird in Kombination mit Fludarabin angewendet im Rahmen einer Konditionierungstherapie vor einer allogenen hämatopoetischen Stammzelltransplantation (allo-HSCT) bei erwachsenen Patienten mit malignen und nicht malignen Erkrankungen sowie bei malignen Erkrankungen von Kindern und Jugendlichen älter als 1 Monat.					
07.16.20 G		OCTREOTID MEPHA LA (Octreotidum)	Mepha Pharma AG		
	21200	Trockensub 10 mg c Solv Durchstf 1 Stk Fr. 486.50 (409.51)		67154001	01.03.2021, A
	21200	Trockensub 20 mg c Solv Durchstf 1 Stk Fr. 851.00 (726.99)		67154002	01.03.2021, A
	21200	Trockensub 30 mg c Solv Durchstf 1 Stk Fr. 1185.20 (1024.58)		67154003	01.03.2021, A
Tumoren des gastroenteropankreatischen endokrinen Systems. Akromegalie, die auf andere Therapien nicht oder nicht genügend anspricht.					
11.09 G		BRIMO-VISION (Brimonidini tartras)	OmniVision AG		
	21152	Gtt Opht 2 mg/ml 60 Monodos 0.350 ml Fr. 27.50 (13.25)		67312003	01.03.2021, B
	21152	Gtt Opht 2 mg/ml 180 Monodos 0.350 ml Fr. 52.00 (31.00)		67312004	01.03.2021, B

Therap. Gruppe	Dossier Nr.	PRÄPARATE/ (Wirkstoffe) Packungen	Verantwortliche Firma	SHI-Nr.	Aufnahmejahr
II. Andere Packungen und Dosierungen					
02.07.10 G	20475	TELMISARTAN MEPHA (Telmisartanum) Tabl 80 mg 30 Stk Fr. 36.05 (17.11)	Mepha Pharma AG	62921011	01.03.2021, B
04.99 G	21121	OMEPRAZOL ZENTIVA (Omeprazolium) Kaps 40 mg Blist 14 Stk Fr. 20.05 (10.33)	Helvepharm AG	65990070	01.03.2021, B
	21121	Kaps 40 mg Blist 98 Stk Fr. 76.85 (52.67)		65990071	01.03.2021, B
07.16.10	20694	BAVENCIO (Avelumabum) Inf Konz 200 mg/10 ml 4 Durchstf 10 ml Fr. 4025.15 (3686.96)	Merck (Schweiz) AG	66380002	01.03.2021, A
<p>Behandlung von Patienten mit metastasiertem Merkelzellkarzinom (MCC). Die empfohlene Dosierung beträgt 10 mg/kg Körpergewicht alle zwei Wochen. Die Behandlung bedarf der Kostengutsprache durch den Krankenversicherer nach vorgängiger Konsultation des Vertrauensarztes. Die Patienten sollten bis zur Progression der Erkrankung oder bis zum Auftreten unzumutbarer Toxizitätserscheinungen behandelt werden. Klinisch stabile Patienten mit initialem Befund einer Progression können bis zur Bestätigung der Progression der Erkrankung weiter behandelt werden.</p>					
11.08.20 G	20869	LACRI-VISION (Natrii hyaluronas) Augengel 60 Tagesdosen 0.650 ml Fr. 34.40 (15.68)	OmniVision AG	66942002	01.03.2021, B

Therap. Gruppe	Dossier Nr.	PRÄPARATE/ (Wirkstoffe) Packungen	Verantwortliche Firma	SHI-Nr.	Datum der Streichung
III. Neu gestrichene Präparate/Packungen					
02.02 G		ESCODARON 200 (Amiodaroni hydrochloridum)	Streuli Pharma AG		
	17623	Tabl 200 mg 20 Stk Fr. 17.05 (7.72)		55661004	01.03.2021, B
	17623	Tabl 200 mg 60 Stk Fr. 34.60 (15.85)		55661006	01.03.2021, B
02.07.10		CIBACEN 10 (Benazeprili hydrochloridum)	Novartis Pharma Schweiz AG		
	15740	Tabl 10 mg 28 Stk Fr. 8.85 (4.12)		50583112	01.03.2021, B
	15740	Tabl 10 mg 98 Stk Fr. 27.60 (13.32)		50583120	01.03.2021, B
02.07.10		CIBACEN 20 (Benazeprili hydrochloridum)	Novartis Pharma Schweiz AG		
	15740	Tabl 20 mg 98 Stk Fr. 43.25 (23.37)		50583147	01.03.2021, B
05.01		SOLDACTONE (Kalii canrenoas)	Pfizer AG		
	12430	Trockensub 200 mg c solv 6 Amp 2 ml Fr. 17.25 (7.90)		37528013	01.03.2021, B
05.99 G		TAMSULOSIN SPIRIG HC (Tamsulosini hydrochloridum)	Spirig HealthCare AG		
	18897	Ret Kaps 0.400 mg 10 Stk Fr. 14.30 (5.32)		58165004	01.03.2021, B
	18897	Ret Kaps 0.400 mg 30 Stk Fr. 25.75 (11.73)		58165005	01.03.2021, B
	18897	Ret Kaps 0.400 mg 100 Stk Fr. 59.85 (37.86)		58165006	01.03.2021, B
07.12 G		ATORVASTATIN SPIRIG HC (Atorvastatinum)	Spirig HealthCare AG		
	19871	Filmtabl 10 mg 30 Stk Fr. 28.70 (14.27)		62142009	01.03.2021, B
	19871	Filmtabl 10 mg 100 Stk Fr. 70.30 (46.94)		62142010	01.03.2021, B
	19871	Filmtabl 20 mg 30 Stk Fr. 28.70 (14.27)		62142011	01.03.2021, B
	19871	Filmtabl 20 mg 100 Stk Fr. 70.30 (46.94)		62142012	01.03.2021, B
	19871	Filmtabl 40 mg 30 Stk Fr. 28.70 (14.27)		62142013	01.03.2021, B
	19871	Filmtabl 40 mg 100 Stk Fr. 70.30 (46.94)		62142014	01.03.2021, B
	19871	Filmtabl 80 mg 30 Stk Fr. 28.70 (14.27)		62142015	01.03.2021, B
	19871	Filmtabl 80 mg 100 Stk Fr. 70.30 (46.94)		62142016	01.03.2021, B
07.12 G		FLUVASTATIN MEPHA (Fluvastatinum)	Mepha Pharma AG		
	20633	Kaps 20 mg 98 Stk Fr. 36.95 (17.89)		58671002	01.03.2021, B
07.16.10 G		OXALIPLATIN FRESENIUS (Oxaliplatinum)	Fresenius Kabi (Schweiz) AG		
	19446	Inf Konz 50 mg/10 ml Amp in Folie 1 Stk Fr. 110.55 (82.01)		61679005	01.03.2021, A
	19446	Inf Konz 100 mg/20 ml Amp in Folie 1 Stk Fr. 203.95 (163.39)		61679006	01.03.2021, A
08.01.90		SIVEXTRO (Tedizolidi phosphas)	MSD Merck Sharp & Dohme AG		
	20377	Filmtabl 200 mg 6 Stk Fr. 1461.35 (1276.38)		65270001	01.03.2021, A
	20378	Trockensub 200 mg Durchstf 6 Stk Fr. 1534.60 (1343.16)		65388002	01.03.2021, A

Therap. Gruppe	Dossier Nr.	PRÄPARATE/ (Wirkstoffe) Packungen	Verantwortliche Firma	SHI-Nr.	Datum der Streichung
08.01.93		MONURIL (Fosfomycinum)	Zambon Switzerland Ltd		
	15477	Gran 2 g Btl 1 Stk Fr. 9.15 (4.42)		49298002	01.03.2021, A
10.02		DALACIN T AKNELÖSUNG (Clindamycinum)	Pfizer AG		
	14373	Lös 1 % 60 ml Fr. 28.20 (13.89)		44926067	01.03.2021, B
12.02.80 G		CROMODYN (Natrii cromoglicas)	Dr. Rappai Pharmazeutika GmbH		
	16030	Dosierspray 30 ml Fr. 16.90 (9.15)		51386019	01.03.2021, D
17.01		SERALB-I-125 (Albuminum seri humani (125-I))	b.e.imaging.ag		
	17206	Inj Lös 4 Fl 1.700 ml Fr. 228.50 (2001-01-01)		51409001	01.03.2021, A
17.02		QUADRAMET (Samarium (153Sm) lexidronamum pentanatricum)	b.e.imaging.ag		
	17105	Inj Lös Fl 15 ml Fr. 2085.05 (1845.05)		54265018	01.03.2021, A
51.04.10 K		HYPERICUM SANDOZ (Hyperici herbae extractum ethanolicum siccum)	Sandoz Pharmaceuticals AG		
	17822	Filmtabl 650 mg 30 Stk Fr. 18.45 (10.01)		55676026	01.03.2021, D
	17822	Filmtabl 650 mg 100 Stk Fr. 52.95 (28.70)		55676027	01.03.2021, D

PRÄPARATE / (Wirkstoffe) Packungen	Verantwortliche Firma	Therap. Gruppe	Dossier Nr.	Preis neu	Ex-Fact. neu
IV. Preissenkungen					
IV.a. Preisänderung nach 3-jährlicher Überprüfung der Aufnahmebedingungen					
ATROMED Gel 50 ml Gel 100 ml	A.Vogel AG	571040	17989 17989	8.95 15.70	4.84 8.52
ELDISINE Trockensub 5 mg Durchstf 1 Stk	Spirig HealthCare AG	071610	16562	163.30	127.94
MEFENACID Supp 125 mg 10 Stk Supp 500 mg 10 Stk	Streuli Pharma AG	071010	15605 15605	6.60 7.35	2.18 2.83
NAVELBINE Inj Lös 10 mg/ml 10 Durchstf 1 ml Inj Lös 50 mg/5 ml 2 Durchstf 5 ml Inj Lös 50 mg/5 ml 10 Durchstf 5 ml	Pierre Fabre Pharma AG	071610	16563 16563 16563	298.50 276.05 1320.55	245.75 226.19 1147.97
RIXUBIS Trockensub 250 IE cum Solv 1 Stk Trockensub 500 IE cum Solv 1 Stk Trockensub 1000 IE cum Solv 1 Stk Trockensub 2000 IE cum Solv 1 Stk Trockensub 3000 IE cum Solv 1 Stk	Takeda Pharma AG	060110	20199 20199 20199 20199 20199	235.65 430.65 819.95 1598.90 2377.85	189.89 380.17 759.96 1519.91 2279.86
TRAUMAPLANT Salbe 100 g	Biomed AG	571040	20555	13.30	7.20
VINORELBIN SANDOZ Inj Lös 10 mg/ml 10 Durchstf 1 ml Inj Lös 50 mg/5 ml Durchstf 5 ml Inj Lös 50 mg/5 ml 10 Durchstf 5 ml	Sandoz Pharmaceuticals AG	071610	18497 18497 18497	270.30 145.90 1147.80	221.18 112.79 990.46
IV.b. Auslandspreisvergleich					
BAVENCIO Inf Konz 200 mg/10 ml Durchstf 10 ml	Merck (Schweiz) AG	071610	20694	1072.40	921.74
IV.c. Freiwillige Preissenkung					
BICALUTAMID SANDOZ ECO Filmtabl 50 mg 100 Stk Filmtabl 150 mg 100 Stk	Sandoz Pharmaceuticals AG	071620	20157 20157	220.75 389.50	178.00 325.00
IBUPROFEN SANDOZ Filmtabl 600 mg 20 Stk	Sandoz Pharmaceuticals AG	071010	15252	8.55	3.89
IV.d. Normale Preismutation					
AFINITOR Tabl 5 mg 30 Stk Tabl 10 mg 30 Stk	Novartis Pharma Schweiz AG	071610	19175 19175	1754.90 2499.25	1544.03 2222.71
AIMOVIG Inj Lös 70 mg/ml Fertigpen 1 ml Inj Lös 140 mg/ml Fertigpen 1 ml	Novartis Pharma Schweiz AG	020510	20777 20777	517.60 517.60	436.60 436.60
DUPIXENT Inj Lös 300 mg/2 ml Fertspr Safe-Sys Fertspr 2 Stk	Sanofi-Aventis (Suisse) SA	071500	20819	1440.65	1257.49
LENVIMA Kaps 4 mg 30 Stk Kaps 10 mg 30 Stk	Eisai Pharma AG	071610	20408 20408	1687.45 1687.45	1482.50 1482.50

PRÄPARATE / (Wirkstoffe) Packungen	Verantwortliche Firma	Therap. Gruppe	Dossier Nr.	Preis neu	Ex-Fact. neu
MEKINIST	Novartis Pharma Schweiz AG	071610			
Filmtabl 0.5000 mg 7 Stk			20484	369.00	307.13
Filmtabl 0.5000 mg 30 Stk			20484	1505.15	1316.28
Filmtabl 2 mg 7 Stk			20484	1408.90	1228.53
Filmtabl 2 mg 30 Stk			20484	5642.75	5265.13
IV.e. Preisänderung nach Patentablauf					
ATOMOXETIN MEPHA	Mepha Pharma AG	011020			
Kaps 10 mg Blist 7 Stk			21185	37.05	17.97
Kaps 18 mg Blist 7 Stk			21185	37.05	17.97
Kaps 18 mg Blist 28 Stk			21185	98.90	71.87
Kaps 25 mg Blist 7 Stk			21185	37.05	17.97
Kaps 25 mg Blist 28 Stk			21185	98.90	71.87
Kaps 40 mg Blist 7 Stk			21185	37.05	17.97
Kaps 40 mg Blist 28 Stk			21185	98.90	71.87
Kaps 60 mg Blist 28 Stk			21185	98.90	71.87
Kaps 80 mg Blist 28 Stk			21185	119.40	89.70
Kaps 100 mg Blist 28 Stk			21185	119.40	89.70
INVANZ	MSD Merck Sharp & Dohme AG	080125			
Trockensub 1 g (neu) Durchstf 1 Stk			18403	71.70	48.17
STRATTERA	Eli Lilly (Suisse) SA	011020			
Kaps 10 mg 7 Stk			18929	42.20	22.46
Trink Lös 4 mg/ml 100 ml			20507	66.40	43.55
Kaps 18 mg 7 Stk			18929	42.20	22.46
Kaps 18 mg 28 Stk			18929	119.50	89.83
Kaps 25 mg 7 Stk			18929	42.20	22.46
Kaps 25 mg 28 Stk			18929	119.50	89.83
Kaps 40 mg 7 Stk			18929	42.20	22.46
Kaps 40 mg 28 Stk			18929	119.50	89.83
Kaps 60 mg 28 Stk			18929	119.50	89.83
Kaps 80 mg 28 Stk			18929	145.15	112.13
Kaps 100 mg 28 Stk			18929	145.15	112.13

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

V. Limitations-/Indikationsänderungen

AFINITOR	Novartis Pharma Schweiz AG	071610			
Tabl 5 mg 30 Stk			19175	1754.90	1544.03
Tabl 10 mg 30 Stk			19175	2499.25	2222.71

Limitation neu:

Behandlung von Patienten mit fortgeschrittenem Nierenzellkarzinom nach Versagen einer Behandlung mit Sunitinib oder Sorafenib.
Behandlung von Patienten mit fortgeschrittenen, progredienten, gut oder mässig differenzierten neuroendokrinen Tumoren pankreatischen Ursprungs.

Befristete Limitation bis 30.06.2021

In Kombination mit Exemestan zur Behandlung von postmenopausalen Frauen mit fortgeschrittenem, hormonrezeptor positivem, HER2 negativem Brustkrebs nach Versagen einer Behandlung mit Letrozol oder Anastrozol.

VI. Limitierung bei Neuaufnahme

AIMOVIG	Novartis Pharma Schweiz AG	020510			
Inj Lös 70 mg/ml Fertipgen 1 ml			20777	517.60	436.60
Inj Lös 140 mg/ml Fertipgen 1 ml			20777	517.60	436.60

Limitation alt:

Die Behandlung bedarf der Kostengutsprache durch den Krankenversicherer nach vorgängiger Konsultation des Vertrauensarztes. Die Erteilung der Kostengutsprache soll maximal eine Dauer von 12 Monaten abdecken.

Die Diagnosestellung, die Verordnung von AIMOVIG und die Verlaufskontrolle darf ausschliesslich durch einen Facharzt FMH der Neurologie erfolgen.

AIMOVIG wird zur Behandlung erwachsener Patienten mit während mindestens eines Jahres vorbestehender chronischer Migräne (Baseline: Mindestens 15 Migränetage pro Monat von unbehandelt mindestens 4h Dauer pro Tag lückenlos dokumentiert über mindestens 3 Monate) oder episodischer Migräne (Baseline: Mindestens 8 Migränetage pro Monat von unbehandelt mindestens 4h Dauer pro Tag lückenlos dokumentiert über mindestens 3 Monate mit Aura oder mit starker Schmerzintensität kombiniert mit starker Übelkeit/Erbrechen oder stark beeinträchtigender Photophobie oder Phonophobie) vergütet, sofern die Patienten auf mindestens zwei prophylaktische Therapien mit einem Betablocker, Kalziumantagonisten oder Antikonvulsivum, die je während mindestens 3 Monaten eingesetzt wurden, unzureichend angesprochen haben oder bei denen alle oben aufgeführten Migräneprophylaktika kontraindiziert sind oder wenn diese Therapien aufgrund von belegten, klinisch relevanten Nebenwirkungen abgebrochen werden mussten. Ein unzureichendes Ansprechen gilt als belegt, wenn nach 3-monatiger Behandlung mit einem Migräneprophylaktikum keine Reduktion der Migränetage um mindestens 50% gegenüber Therapiebeginn erzielt wurde.

Auf Verlangen müssen dem Vertrauensarzt des Krankenversicherers folgende Dokumente eingereicht werden:

- Dokumentation der Therapiedauer und des unzureichenden Ansprechens der Prophylaktika (z.B. anhand der Krankengeschichte oder Migränetagebuch)
- Migränetagebuch mindestens ab 3 Monate vor Therapiebeginn mit AIMOVIG
- Migränetagebuch nach 3, 6 und 12 Monaten der AIMOVIG Therapie

Kontrolle nach 3 Monaten:

- Die Behandlung mit AIMOVIG 70 mg darf basierend auf einer Kontrolle durch den Facharzt FMH der Neurologie 3 Monate nach Therapiebeginn nur fortgesetzt werden, wenn die durchschnittliche Anzahl Migränetage gegenüber Therapiebeginn mit AIMOVIG 70 mg reduziert wurde und diese Reduktion anhand eines Migränetagebuches belegt werden kann.
- Ist nach 3 Monaten eine Reduktion der Migränetage eingetreten, welche ungenügend (Reduktion um weniger als 50%) ist, kann die Dosis auf AIMOVIG 140 mg pro Monat erhöht werden. Diese Dosissteigerung ist dem Krankenversicherer schriftlich zu melden

Kontrolle nach 6 Monaten:

- Die Behandlung mit AIMOVIG darf basierend auf einer erneuten Kontrolle durch den Facharzt FMH der Neurologie 6 Monate nach Therapiebeginn nur fortgesetzt werden, wenn die durchschnittliche Anzahl Migränetage gegenüber Therapiebeginn mit AIMOVIG um mindestens 50% reduziert wurde und diese Reduktion anhand eines Migränetagebuches belegt werden kann.
- Die Reduktion um mindestens 50% der Migränetage ist dem Vertrauensarzt des Krankenversicherers schriftlich zu melden.

Absetzen der Therapie nach 1 Jahr:

- Spätestens ein Jahr nach Therapiebeginn muss die Therapie abgesetzt werden. Wird 3 Monate nach Absetzen der Therapie die Diagnose einer chronischen Migräne (Kriterien vgl. oben) oder episodischen Migräne (Kriterien vgl. oben) erneut gestellt, kann eine Wiederaufnahme einer AIMOVIG Therapie mittels erneuter Kostengutsprache für maximal 12 Monate beantragt werden.

Bei unzureichender oder nachlassender Wirksamkeit (definiert nach obenstehenden Kriterien) von AIMOVIG wird eine Rotation innerhalb der Wirkstoffklassen (CGRP-Rezeptor-Antagonisten, CGRP-Inhibitoren) nicht vergütet.

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

Limitation neu:**Befristete Limitation bis 29.02.2024**

Die Behandlung bedarf der Kostengutsprache durch den Krankenversicherer nach vorgängiger Konsultation des Vertrauensarztes. Die Erteilung der Kostengutsprache hat eine Dauer von 12 Monaten abzudecken.

Die Diagnosestellung, die Verordnung von AIMOVIG und die Verlaufskontrolle darf ausschliesslich durch einen Facharzt FMH der Neurologie erfolgen.

AIMOVIG wird zur Behandlung erwachsener Patienten mit während mindestens eines Jahres vorbestehender chronischer Migräne (Baseline: Mindestens 15 Migränetage pro Monat von unbehandelt mindestens 4h Dauer pro Tag lückenlos dokumentiert über mindestens 3 Monate) oder episodischer Migräne (Baseline: Mindestens 8 Migränetage pro Monat von unbehandelt mindestens 4h Dauer pro Tag lückenlos dokumentiert über mindestens 3 Monate mit Aura oder mit starker Schmerzintensität kombiniert mit starker Übelkeit/Erbrechen oder stark beeinträchtigender Photophobie oder Phonophobie) vergütet, sofern die Patienten auf mindestens zwei prophylaktische Therapien mit einem Betablocker, Kalziumantagonisten oder Antikonvulsivum, die je während mindestens 3 Monaten eingesetzt wurden, unzureichend angesprochen haben oder bei denen alle oben aufgeführten Migräneprophylaktika kontraindiziert sind oder wenn diese Therapien aufgrund von belegten, klinisch relevanten Nebenwirkungen abgebrochen werden mussten. Ein unzureichendes Ansprechen gilt als belegt, wenn nach 3-monatiger Behandlung mit einem Migräneprophylaktikum keine Reduktion der Migränetage um mindestens 50% gegenüber Therapiebeginn erzielt wurde.

Auf Verlangen müssen dem Vertrauensarzt des Krankenversicherers folgende Dokumente eingereicht werden:

- Dokumentation der Therapiedauer vor der Behandlung mit AIMOVIG und des unzureichenden Ansprechens der Prophylaktika (z.B. anhand der Krankengeschichte oder Migränetagebuch)
- Vor Therapiebeginn: Migränetagebuch mindestens ab 3 Monate vor Therapie mit AIMOVIG
- Nach Therapiebeginn: Migränetagebuch nach 3, 6 und 12 Monaten der AIMOVIG Therapie.

Kontrolle nach 3 Monaten:

- Die Behandlung mit AIMOVIG darf basierend auf einer Kontrolle durch den Facharzt FMH der Neurologie 3 Monate nach Therapiebeginn nur fortgesetzt werden, wenn die durchschnittliche Anzahl Migränetage pro Monat gegenüber dem Durchschnittswert für die 3 Monate vor Therapiebeginn mit AIMOVIG reduziert wurde und diese Reduktion anhand eines Migränetagebuches belegt werden kann.

Kontrolle nach 6 Monaten:

- Die Behandlung mit AIMOVIG darf basierend auf einer erneuten Kontrolle durch den Facharzt FMH der Neurologie 6 Monate nach Therapiebeginn nur fortgesetzt werden, wenn die durchschnittliche Anzahl Migränetage pro Monat gegenüber dem Durchschnittswert für die 3 Monate vor Therapiebeginn mit AIMOVIG um mindestens 50% reduziert wurde und diese Reduktion anhand eines Migränetagebuches belegt werden kann.
- Die Reduktion um mindestens 50% der Migränetage ist dem Vertrauensarzt des Krankenversicherers schriftlich zu melden.

Falls eine Therapie mit AIMOVIG nach 3 oder 6 Monaten infolge unzureichender Wirksamkeit abgebrochen werden muss, werden sämtliche weiteren Behandlungsversuche mit AIMOVIG oder mit einem anderen CGRP-Rezeptor-Antagonisten od. CGRP-Inhibitor nicht mehr erstattet.

Absetzen der Therapie nach 1 Jahr:

- Spätestens ein Jahr nach Therapiebeginn muss die Therapie abgesetzt werden. Erleidet der/die Patient(in) innerhalb von 6 Monaten nach Absetzen der Therapie einen Rückfall (mindestens 8 Migränetage in 30 Tagen), kann eine Wiederaufnahme einer CGRP-Rezeptor-Antagonisten od. CGRP-Inhibitoren Therapie mittels erneuter Kostengutsprache für 12 Monate beantragt werden. Tritt der Rückfall nach 6 Monaten auf, muss der/die Patient(in) erneut die Kriterien wie bei der ersten Verschreibung erfüllen.

Nach dem 2. Therapiejahr und in den Folgejahren:

- Sowohl nach dem 2. Therapiejahr und in den Folgejahren muss eine Therapiepause wie oben angegeben eingehalten werden. Danach kann der/die Patient(in) die Therapie mit CGRP-Rezeptor-Antagonisten od. CGRP-Inhibitoren wieder aufnehmen, wenn er/sie die Kriterien erneut erfüllt. Dies kann solange fortgesetzt werden, wie die Therapie noch notwendig und wirksam ist.

BAVENCIO	Merck (Schweiz) AG	071610		071610	
Inf Konz 200 mg/10 ml Durchstf 10 ml			20694	1072.40	921.74
Inf Konz 200 mg/10 ml 4 Durchstf 10 ml			20694	4025.15	3686.96

Limitation neu:**Befristete Limitation bis 28.02.2024**

Behandlung von Patienten mit metastasiertem Merkelzellkarzinom (MCC).

Die empfohlene Dosierung beträgt 10 mg/kg Körpergewicht alle zwei Wochen.

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

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

PRÄPARATE / (Wirkstoffe) Packungen	Verantwortliche Firma	Therap. Gruppe	Dossier Nr.	Preis neu	Ex-Fact. neu
DUPIXENT Inj Lös 300 mg/2ml Fertspr Safe-Sys Fertspr 2 Stk	Sanofi-Aventis (Suisse) SA	071500	20819	1440.65	1257.49
<p>Limitation alt:</p> <p>DUPIXENT wird in einer Anfangsdosis von 600 mg als subkutane Injektion (zwei Injektionen zu je 300 mg), gefolgt von einer Dosis von 300 mg als subkutane Injektion alle zwei Wochen zur Behandlung erwachsener Patienten (ab dem 18. Lebensjahr) mit schwerer atopischer Dermatitis (IGA 4 [auf IGA Skala von 0-4] oder SCORAD >50 oder EASI = 21.1) vergütet, sofern die Patienten auf eine intensivierte Lokalbehandlung mit verschreibungspflichtigen topischen Therapien (topische Kortikoide und/ oder Calcineurininhibitoren) und Phototherapie (sofern verfügbar und angezeigt) und auf eine systemische Behandlung mit einem konventionellen Immunsuppressivum (ausgenommen systemische Kortikoide) während mindestens einem Monat unzureichend angesprochen haben oder bei denen diese Therapien kontraindiziert sind oder aufgrund von klinisch relevanten Nebenwirkungen abgebrochen werden mussten.</p> <p>DUPIXENT wird nicht in Kombination mit anderen systemischen Arzneimitteln zur Behandlung der atopischen Dermatitis vergütet.</p> <p>Falls nach 16 Wochen Behandlung mit DUPIXENT kein therapeutischer Erfolg eingetreten ist, d.h. eine IGA Reduktion um = 2 Punkte gegenüber dem Ausgangswert oder eine =50% Verbesserung des EASI-Score (EASI 50) gegenüber dem Ausgangswert oder eine =50% Verbesserung des SCORAD-Score (SCORAD 50) gegenüber dem Ausgangswert ist die Behandlung abzubrechen.</p> <p>Die Behandlung bedarf der Kostengutsprache durch den Krankenversicherer nach vorgängiger Konsultation des Vertrauensarztes. Die Diagnosestellung, die Verordnung von DUPIXENT und die Verlaufskontrolle darf ausschliesslich durch einen Facharzt für Dermatologie und Venerologie oder Facharzt für Allergologie und klinische Immunologie erfolgen.</p> <p>Nach 52 Wochen ununterbrochener Therapie ist eine erneute Kostengutsprache durch den Krankenversicherer nach vorgängiger Konsultation des Vertrauensarztes einzuholen.</p> <p>Limitation neu:</p> <p>Befristete Limitation bis 31.05.2021</p> <p>DUPIXENT wird in einer Anfangsdosis von 600 mg als subkutane Injektion (zwei Injektionen zu je 300 mg), gefolgt von einer Dosis von 300 mg als subkutane Injektion alle zwei Wochen zur Behandlung erwachsener Patienten (ab dem 18. Lebensjahr) mit schwerer atopischer Dermatitis (IGA 4 [auf IGA Skala von 0-4] oder SCORAD >50 oder EASI ≥ 21.1) vergütet, sofern die Patienten auf eine intensivierte Lokalbehandlung mit verschreibungspflichtigen topischen Therapien (topische Kortikoide und/ oder Calcineurininhibitoren) und Phototherapie (sofern verfügbar und angezeigt) und auf eine systemische Behandlung mit einem konventionellen Immunsuppressivum (ausgenommen systemische Kortikoide) während mindestens einem Monat unzureichend angesprochen haben oder bei denen diese Therapien kontraindiziert sind oder aufgrund von klinisch relevanten Nebenwirkungen abgebrochen werden mussten.</p> <p>DUPIXENT wird nicht in Kombination mit anderen systemischen Arzneimitteln zur Behandlung der atopischen Dermatitis vergütet.</p> <p>Falls nach 16 Wochen Behandlung mit DUPIXENT kein therapeutischer Erfolg eingetreten ist, d.h. eine IGA Reduktion um ≥ 2 Punkte gegenüber dem Ausgangswert oder eine ≥50% Verbesserung des EASI-Score (EASI 50) gegenüber dem Ausgangswert oder eine ≥50% Verbesserung des SCORAD-Score (SCORAD 50) gegenüber dem Ausgangswert ist die Behandlung abzubrechen.</p> <p>Die Behandlung bedarf der Kostengutsprache durch den Krankenversicherer nach vorgängiger Konsultation des Vertrauensarztes. Die Diagnosestellung, die Verordnung von DUPIXENT und die Verlaufskontrolle darf ausschliesslich durch einen Facharzt für Dermatologie und Venerologie oder Facharzt für Allergologie und klinische Immunologie erfolgen.</p> <p>Nach 52 Wochen ununterbrochener Therapie ist eine erneute Kostengutsprache durch den Krankenversicherer nach vorgängiger Konsultation des Vertrauensarztes einzuholen.</p>					
GAZYVARO Inj Lös 1000 mg/40ml Durchstf 1 Stk	Roche Pharma (Schweiz) AG	071610	20248	3462.15	3137.72
<p>Limitation neu:</p> <p>Befristete Limitation bis 31.05.2021</p> <p>Follikuläres Lymphom (FL)</p> <p>Behandlung von Patienten mit bisher unbehandeltem follikulärem Lymphom (FL) in Kombination mit einer Chemotherapie (Bendamustin, CHOP, CVPI), gefolgt von Gazyvaro Erhaltungstherapie (Erhaltungstherapie maximal für 2 Jahre)</p> <p>Behandlung von Patienten mit follikulärem Lymphom (FL), welche während oder nach einer Behandlung mit Rituximab oder einer Rituximab-enthaltenden Therapie nicht auf diese Therapie angesprochen haben oder während bzw. bis zu 6 Monate nach dieser progredient waren. Behandlung in Kombination mit Bendamustin gefolgt von Gazyvaro Erhaltungstherapie (Erhaltungstherapie maximal für 2 Jahre).</p> <p>ägen zurückgefordert werden. Die Aufforderung zur Rückvergütung soll in der Regel innerhalb von 6 Monaten nach Verabreichung erfolgen.</p>					

PRÄPARATE / (Wirkstoffe) Packungen	Verantwortliche Firma	Therap. Gruppe	Dossier Nr.	Preis neu	Ex-Fact. neu
LENVIMA		Eisai Pharma AG		071610	
Kaps 4 mg 30 Stk			21084	1687.45	1482.50
Kaps 10 mg 30 Stk			21084	1687.45	1482.50

Limitation neu:**Befristete Limitation bis 31.07.2021****Differenziertes Schilddrüsenkarzinom (DTC)**

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

Hepatozelluläres Karzinom (HCC)

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

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

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

PRÄPARATE / (Wirkstoffe) Packungen	Verantwortliche Firma	Therap. Gruppe	Dossier Nr.	Preis neu	Ex-Fact. neu
MEKINIST	Novartis Pharma Schweiz AG	071610			
Filmtabl 0.5000 mg 7 Stk			20484	369.00	307.13
Filmtabl 0.5000 mg 30 Stk			20484	1505.15	1316.28
Filmtabl 2 mg 7 Stk			20484	1408.90	1228.53
Filmtabl 2 mg 30 Stk			20484	5642.75	5265.13

Limitation alt:**Befristete Limitation bis 28.02.2021****Melanom metastasierend**

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

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

Befristete Limitation bis 28.02.2021**Melanom adjuvant**

Mekinist in Kombination mit Dabrafenib ist angezeigt zur adjuvanten Behandlung von Patienten mit Melanom mit einer BRAF-V600-Mutation nach vollständiger Resektion bei Patienten ohne vorangegangene systemische Therapie zur Behandlung des Melanoms. Die Vergütung ist eingeschränkt auf folgende Stadien:

- nach AJCC 7th edition: Stadium IIIA (limitiert auf Lymphknotenmetastasen > 1 mm und T3-4a N1a/N2a), IIIB (T2-4b N1a/N2a, T1-4a N1b/N2b/N2c) und IIIC
- nach AJCC 8th edition: Stadium IIIB-IIIID, wobei die Stadien IIIB T3a N1a/N2a sowie IIIC T4a N1a/N2a Lymphknotenmetastasen > 1mm aufweisen müssen

Die adjuvante Therapie mit Mekinist in Kombination mit Dabrafenib soll innerhalb von 15 Wochen nach Resektion gestartet werden.

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

Die Firma Novartis Pharma Schweiz AG vergütet nach Aufforderung durch denjenigen Krankenversicherer, bei dem die versicherte Person zum Zeitpunkt des Bezugs versichert war, dem Krankenversicherer auf jede bezogene Packung Mekinist einen Prozentsatz von 44.93% auf den Fabrikabgabepreis jeder Packung Mekinist und auf jede bezogene Packung Tafinlar einen Prozentsatz von 31.58% auf den Fabrikabgabepreis jeder bezogenen Packung Tafinlar. Die Mehrwertsteuer kann nicht zusätzlich zu diesem Anteil des Fabrikabgabepreises zurückgefordert werden. Die Aufforderung zur Rückvergütung soll in der Regel innerhalb von 3 Monaten nach Verabreichung erfolgen.

Limitation neu:**Befristete Limitation bis 30.11.2023****Melanom metastasierend**

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

Die Novartis Pharma Schweiz AG erstattet nach Aufforderung durch denjenigen Krankenversicherer, bei dem die versicherte Person zum Zeitpunkt des Bezugs versichert war, auf die Kombination von MEKINIST und TAFINLAR dem Krankenversicherer für jede bezogene Packung MEKINIST (=Indikator für einen Behandlungszyklus) einen festgelegten Prozentsatz auf den Fabrikabgabepreis jeder bezogenen MEKINIST Packung zurück. Die Novartis Pharma Schweiz AG 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.

Befristete Limitation bis 30.11.2023**Melanom adjuvant**

Trametinib in Kombination mit Dabrafenib ist angezeigt zur adjuvanten Behandlung von Patienten mit Melanom mit einer BRAF-V600-Mutation (V600E oder V600K) nach vollständiger Resektion bei Patienten ohne vorangegangene systemische Therapie zur Behandlung des Melanoms. Die Vergütung ist eingeschränkt auf folgende Stadien:

- nach AJCC 7th edition: Stadium IIIA (limitiert auf Lymphknotenmetastasen > 1 mm und T3-4a N1a/N2a), IIIB (T2-4b N1a/N2a, T1-4a N1b/N2b/N2c) und IIIC
- nach AJCC 8th edition: Stadium IIIB-IIIID, wobei die Stadien IIIB T3a N1a/N2a sowie IIIC T4a N1a/N2a Lymphknotenmetastasen > 1mm aufweisen müssen

Die adjuvante Therapie mit Trametinib in Kombination mit Dabrafenib soll innerhalb von 15 Wochen nach Resektion gestartet werden.

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

Die Novartis Pharma Schweiz AG erstattet nach Aufforderung durch denjenigen Krankenversicherer, bei dem die versicherte Person zum Zeitpunkt des Bezugs versichert war, dem Krankenversicherer auf jede bezogene Packung MEKINIST einen festgelegten Prozentsatz auf den Fabrikabgabepreis jeder bezogenen Packung MEKINIST und auf jede bezogene Packung TAFINLAR einen festgelegten Prozentsatz auf den Fabrikabgabepreis jeder bezogenen Packung TAFINLAR zurück. Die Novartis Pharma Schweiz AG 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
MVASI	Amgen Switzerland AG	071610			
Inf Konz 100 mg/4 ml Durchstf 4 ml			21084	312.10	257.57
Inf Konz 400 mg/16 ml Durchstf 16 ml			21084	1117.50	962.84

Limitation alt:**Kolorektalkarzinom**

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

Lungenkarzinom

Nach Kostengutsprache durch den Krankenversicherer nach vorgängiger Konsultation und Genehmigung des Vertrauensarztes zur Erstlinientherapie von Patienten bei nicht-resezierbarem, fortgeschrittenem, metastasiertem oder rezidivierendem, nicht-platteneithelartigem, nicht-kleinzelligem Lungenkarzinom (NSCLC). Die Dosierung von MVASI 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 MVASI bis zur Progression der Krankheit vergütet.

Nierenzellkarzinom

Nach Kostengutsprache durch den Krankenversicherer nach vorgängiger Konsultation und Genehmigung des Vertrauensarztes zur Erstlinientherapie bei nephrektomierten Patienten mit fortgeschrittenem und/oder metastasiertem Nierenzellkarzinom in Kombination mit Interferon alfa-2a. Die Firma Amgen Switzerland AG vergütet in dieser Indikation für die Behandlung auf Aufforderung desjenigen Krankenversicherers, bei dem die versicherte Person zum jeweiligen Bezugspunkt versichert war, Fr. 0.64 pro mg MVASI zurück. MVASI 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 Amgen Switzerland AG in Rechnung.
- Kommt es im Verlaufe einer MVASI-Behandlung zum Wechsel des behandelnden Leistungserbringers, so hat der jeweils nachbehandelnde Leistungserbringer eine erneute Kostengutsprache einzufordern.
- Wechselt der Versicherungsnehmer den Versicherer, kann der vertrauensärztliche Dienst die Daten zur laufenden Behandlung beim vormaligen Versicherer nachfragen.

Mammakarzinom

Nach Kostengutsprache durch den Krankenversicherer nach vorgängiger Konsultation und Genehmigung des Vertrauensarztes zur Erstlinientherapie von Patientinnen mit HER2-negativem, lokal rezidivierendem oder metastasiertem Mammakarzinom in Kombination mit Paclitaxel. Die Firma Amgen Switzerland AG vergütet in dieser Indikation für die Behandlung auf Aufforderung desjenigen Krankenversicherers, bei dem die versicherte Person zum jeweiligen Bezugspunkt versichert war, Fr. 0.34 pro mg MVASI zurück. MVASI 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 Amgen Switzerland AG in Rechnung.
- Kommt es im Verlaufe einer MVASI-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.

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. MVASI 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, platinsensitivem epithelalem Ovarialkarzinom, Eileiterkarzinom oder primärem Peritonealkarzinom (mit einem platinfreien Intervall von mindestens 6 Monaten). Nach 6 bis 10 Zyklen in Kombination mit Carboplatin und Gemcitabin oder in Kombination mit Carboplatin und Paclitaxel über eine Dauer von 6-8 Behandlungszyklen wird MVASI bis zur Progression der Krankheit vergütet.

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

Zervixkarzinom

MVASI 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 MVASI bei entsprechender ärztlicher Verordnung bis zur Progression der Krankheit vergütet.

Befristete Limitation bis 30.06.2023

Glioblastom

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

Limitation neu:

Kolorektalkarzinom

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

Lungenkarzinom

Nach Kostengutsprache durch den Krankenversicherer nach vorgängiger Konsultation und Genehmigung des Vertrauensarztes zur Erstlinientherapie von Patienten bei nicht-resezierbarem, fortgeschrittenem, metastasiertem oder rezidivierendem, nicht-platteneithelartigem, nicht-kleinzelligem Lungenkarzinom (NSCLC). Die Dosierung von MVASI 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 MVASI bis zur Progression der Krankheit vergütet.

Nierenzellkarzinom

Nach Kostengutsprache durch den Krankenversicherer nach vorgängiger Konsultation und Genehmigung des Vertrauensarztes zur Erstlinientherapie bei nephrektomierten Patienten mit fortgeschrittenem und/oder metastasiertem Nierenzellkarzinom in Kombination mit Interferon alfa-2a. Die Firma Amgen Switzerland AG vergütet in dieser Indikation für die Behandlung auf Aufforderung desjenigen Krankenversicherers, bei dem die versicherte Person zum jeweiligen Bezugspunkt versichert war, Fr. 0.64 pro mg MVASI zurück. MVASI 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 Amgen Switzerland AG in Rechnung.
- Kommt es im Verlaufe einer MVASI-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.

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

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 Amgen Switzerland AG vergütet in dieser Indikation für die Behandlung auf Aufforderung desjenigen Krankenversicherers, bei dem die versicherte Person zum jeweiligen Bezugspunkt versichert war, Fr. 0.34 pro mg MVASI zurück. MVASI 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 Amgen Switzerland AG in Rechnung.
- Kommt es im Verlaufe einer MVASI-Behandlung zum Wechsel des behandelnden Leistungserbringers, so hat der jeweils nachbehandelnde Leistungserbringer eine erneute Kostengutsprache einzufordern.
- Wechselt der Versicherungsnehmer den Versicherer, kann der vertrauensärztliche Dienst die Daten zur laufenden Behandlung beim vormaligen Versicherer nachfragen.

Ovarialkarzinom

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

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

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

Zervixkarzinom

MVASI 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 MVASI bei entsprechender ärztlicher Verordnung bis zur Progression der Krankheit vergütet.

Befristete Limitation bis 30.06.2023

Glioblastom

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

PRÄPARATE / (Wirkstoffe) Packungen	Verantwortliche Firma	Therap. Gruppe	Dossier Nr.	Preis neu	Ex-Fact. neu
TAFINLAR	Novartis Pharma Schweiz AG	071610			
Kaps 50 mg 28 Stk		20115	820.18	957.95	3137.72
Kaps 50 mg 120 Stk		20115	3515.06	3848.95	3137.72
Kaps 75 mg 28 Stk		20115	1230.27	1410.80	3137.72
Kaps 75 mg 120 Stk		20115	5272.59	5650.40	3137.72

Limitation alt:**Befristete Limitation bis 28.02.2021****Melanom metastasierend**

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

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

Befristete Limitation bis 28.02.2021**Melanom adjuvant**

Mekinist in Kombination mit Dabrafenib ist angezeigt zur adjuvanten Behandlung von Patienten mit Melanom mit einer BRAF-V600-Mutation nach vollständiger Resektion bei Patienten ohne vorangegangene systemische Therapie zur Behandlung des Melanoms. Die Vergütung ist eingeschränkt auf folgende Stadien:

- nach AJCC 7th edition: Stadium IIIA (limitiert auf Lymphknotenmetastasen > 1 mm und T3-4a N1a/N2a), IIIB (T2-4b N1a/N2a, T1-4a N1b/N2b/N2c) und IIIC
- nach AJCC 8th edition: Stadium IIIB-IIID, wobei die Stadien IIIB T3a N1a/N2a sowie IIIC T4a N1a/N2a Lymphknotenmetastasen > 1mm aufweisen müssen

Die adjuvante Therapie mit Mekinist in Kombination mit Dabrafenib soll innerhalb von 15 Wochen nach Resektion gestartet werden.

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

Die Firma Novartis Pharma Schweiz AG vergütet nach Aufforderung durch denjenigen Krankenversicherer, bei dem die versicherte Person zum Zeitpunkt des Bezugs versichert war, dem Krankenversicherer auf jede bezogene Packung Mekinist einen Prozentsatz von 44.93% auf den Fabrikabgabepreis jeder Packung Mekinist und auf jede bezogene Packung Tafinlar einen Prozentsatz von 31.58% auf den Fabrikabgabepreis jeder bezogenen Packung Tafinlar. Die Mehrwertsteuer kann nicht zusätzlich zu diesem Anteil des Fabrikabgabepreises zurückgefordert werden. Die Aufforderung zur Rückvergütung soll in der Regel innerhalb von 3 Monaten nach Verabreichung erfolgen.

Limitation neu:**Befristete Limitation bis 30.11.2023****Melanom metastasierend**

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

Die Novartis Pharma Schweiz AG erstattet nach Aufforderung durch denjenigen Krankenversicherer, bei dem die versicherte Person zum Zeitpunkt des Bezugs versichert war, auf die Kombination von MEKINIST und TAFINLAR dem Krankenversicherer für jede bezogene Packung MEKINIST (=Indikator für einen Behandlungszyklus) einen festgelegten Prozentsatz auf den Fabrikabgabepreis jeder bezogenen MEKINIST Packung zurück. Die Novartis Pharma Schweiz AG 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.

Befristete Limitation bis 30.11.2023**Melanom adjuvant**

Trametinib in Kombination mit Dabrafenib ist angezeigt zur adjuvanten Behandlung von Patienten mit Melanom mit einer BRAF-V600-Mutation (V600E oder V600K) nach vollständiger Resektion bei Patienten ohne vorangegangene systemische Therapie zur Behandlung des Melanoms. Die Vergütung ist eingeschränkt auf folgende Stadien:

- nach AJCC 7th edition: Stadium IIIA (limitiert auf Lymphknotenmetastasen > 1 mm und T3-4a N1a/N2a), IIIB (T2-4b N1a/N2a, T1-4a N1b/N2b/N2c) und IIIC
- nach AJCC 8th edition: Stadium IIIB-IIID, wobei die Stadien IIIB T3a N1a/N2a sowie IIIC T4a N1a/N2a Lymphknotenmetastasen > 1 mm aufweisen müssen

Die adjuvante Therapie mit Trametinib in Kombination mit Dabrafenib soll innerhalb von 15 Wochen nach Resektion gestartet werden.

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

Die Novartis Pharma Schweiz AG erstattet nach Aufforderung durch denjenigen Krankenversicherer, bei dem die versicherte Person zum Zeitpunkt des Bezugs versichert war, dem Krankenversicherer auf jede bezogene Packung MEKINIST einen festgelegten Prozentsatz auf den Fabrikabgabepreis jeder bezogenen Packung MEKINIST und auf jede bezogene Packung TAFINLAR einen festgelegten Prozentsatz auf den Fabrikabgabepreis jeder bezogenen Packung TAFINLAR zurück. Die Novartis Pharma Schweiz AG 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
---------------------------------------	--------------------------	-------------------	-------------	-----------	--------------

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

ELDISINE Trockensub 5 mg Durchstf 1 Stk	Spirig HealthCare AG	071610	16562	163.30	127.94
---	----------------------	--------	-------	--------	--------

Limitation neu :

Vergütung im Rahmen einer Kombinationstherapie bei Patienten mit akuter lymphatischer Leukämie, malignem Lymphom, malignem Melanom oder nicht-kleinzelligem Bronchialkarzinom.

**SO SCHÜTZEN
WIR UNS.**



**BEI SYMPTOMEN*
SOFORT
TESTEN LASSEN.**

Damit Sie möglichst niemanden anstecken.

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

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

**Gratis
bei allen
Teststellen**

WEITERE INFORMATIONEN:

Online-Coronavirus-Check: bag-coronavirus.ch/check
Infoline Coronavirus (06.00 – 23.00 Uhr): +41 58 463 00 00



Schweizerische Eidgenossenschaft
Confédération suisse
Confederazione Svizzera
Confederaziun svizra

Swiss Confederation

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



Online-
Coronavirus-Check
machen.

«Antibiotika sorgfältig einsetzen, damit sie für Mensch und Tier wirksam bleiben.»



**Antibiotika:
Nutze sie richtig,
es ist wichtig.**

Rezeptsperrung

Swissmedic, Abteilung Betäubungsmittel

Rezeptsperrung

Folgende Rezepte sind gesperrt

Kanton	Block-Nr.	Rezept-Nr.
Aargau	185468D	4636693
		8592320
Bern		8048440
		8946303

BAG-Bulletin
BBL, Vertrieb Publikationen
CH-3003 Bern

P.P.

CH-3003 Bern
Post CH AG

BAG-Bulletin

Woche

11/2021