



Schweizerische Eidgenossenschaft
Confédération suisse
Confederazione Svizzera
Confederaziun svizra

Eidgenössisches Departement des Innern EDI
Bundesamt für Gesundheit BAG

Ausgabe vom 20. Juni 2022

BAG-Bulletin ^{Woche} 25/2022

Informationsmagazin für medizinische Fachpersonen und Medienschaffende

Der Ergebnisbericht Strahlenschutz 2021 liegt vor, S. 8

Spezialitätenliste, S. 10

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 50 00
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	7
Der Ergebnisbericht Strahlenschutz 2021 liegt vor	8
Spezialitätenliste	10
Rezeptsperrung	31

Meldungen Infektionskrankheiten

Stand am Ende der 23. Woche (14.06.2022)^a

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

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

^c Ausgeschlossen sind materno-fötale Röteln.

^d Bei schwangeren Frauen und Neugeborenen

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

^f Primäre, sekundäre bzw. frühlaterale 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 23. Woche (14.06.2022)^a

	Woche 23			letzte 4 Wochen			letzte 52 Wochen			seit Jahresbeginn		
	2022	2021	2020	2022	2021	2020	2022	2021	2020	2022	2021	2020
Respiratorische Übertragung												
Haemophilus influenzae: invasive Erkrankung	1 0.60		3 1.80	9 1.30	7 1.00	3 0.40	109 1.20	60 0.70	99 1.10	55 1.40	28 0.70	51 1.30
Influenzavirus-Infektion, saisonale Typen und Subtypen^b	20 11.90	1 0.60	1 0.60	95 14.20	1 0.20	4 0.60	11746 134.90	48 0.60	11810 135.60	11307 293.50	28 0.70	11325 294.00
Legionellose	15 9.00	4 2.40	11 6.60	55 8.20	31 4.60	35 5.20	716 8.20	497 5.70	527 6.00	197 5.10	159 4.10	137 3.60
Masern	1 0.60			1 0.20			1 0.01		55 0.60	1 0.03		37 1.00
Meningokokken: invasive Erkrankung		1 0.60			2 0.30	1 0.20	10 0.10	10 0.10	36 0.40	5 0.10	3 0.08	13 0.30
Pneumokokken: invasive Erkrankung	22 13.10	4 2.40	1 0.60	63 9.40	55 8.20	7 1.00	636 7.30	384 4.40	691 7.90	338 8.80	200 5.20	371 9.60
Röteln^c									1 0.01			
Röteln, materno-fötal^d												
Tuberkulose	3 1.80	7 4.20	5 3.00	27 4.00	41 6.10	31 4.60	342 3.90	357 4.10	399 4.60	155 4.00	174 4.50	178 4.60
Faeco-orale Übertragung												
Campylobacteriose	198 118.20	114 68.10	115 68.70	510 76.10	497 74.20	363 54.20	7276 83.50	6330 72.70	6518 74.80	2617 67.90	2080 54.00	1791 46.50
Enterohämorrhagische E.-coli-Infektion	28 16.70	12 7.20	10 6.00	91 13.60	55 8.20	41 6.10	1076 12.40	738 8.50	1014 11.60	378 9.80	248 6.40	205 5.30
Hepatitis A	2 1.20	1 0.60	1 0.60	3 0.40	2 0.30	3 0.40	50 0.60	50 0.60	93 1.10	26 0.70	25 0.60	43 1.10
Hepatitis E	2 1.20			9 1.30	9 1.30	6 0.90	80 0.90	155 1.80	96 1.10	36 0.90	124 3.20	37 1.00
Listeriose	1 0.60	1 0.60	1 0.60	3 0.40	2 0.30	5 0.80	47 0.50	35 0.40	56 0.60	25 0.60	11 0.30	34 0.90
Salmonellose, S. typhi/paratyphi				1 0.20			6 0.07	1 0.01	22 0.20	4 0.10		10 0.30
Salmonellose, übrige	32 19.10	18 10.80	9 5.40	120 17.90	93 13.90	52 7.80	1598 18.40	1299 14.90	1409 16.20	501 13.00	399 10.40	336 8.70
Shigellose	3 1.80			12 1.80	6 0.90	3 0.40	145 1.70	33 0.40	182 2.10	63 1.60	16 0.40	43 1.10

	Woche 23			letzte 4 Wochen			letzte 52 Wochen			seit Jahresbeginn		
	2022	2021	2020	2022	2021	2020	2022	2021	2020	2022	2021	2020
Durch Blut oder sexuell übertragen												
Aids		1 0.60	1 0.60	1 0.20	3 0.40	1 0.20	40 0.50	45 0.50	75 0.90	12 0.30	21 0.60	25 0.60
Chlamydiose	308 183.90	188 112.20	250 149.30	971 144.90	856 127.80	791 118.10	12309 141.30	11654 133.80	11871 136.30	5470 142.00	5343 138.70	4729 122.80
Gonorrhoe ^e	163 97.30	66 39.40	56 33.40	417 62.20	275 41.00	200 29.80	4809 55.20	3561 40.90	3690 42.40	2264 58.80	1537 39.90	1422 36.90
Hepatitis B, akut				1 0.20	1 0.20	2 0.30	28 0.30	24 0.30	26 0.30	12 0.30	11 0.30	9 0.20
Hepatitis B, total Meldungen	32	17	17	95	80	86	1106	974	1019	551	482	422
Hepatitis C, akut			2 1.20			4 0.60	8 0.09	17 0.20	18 0.20	2 0.05	7 0.20	7 0.20
Hepatitis C, total Meldungen	28	17	18	86	76	55	982	979	915	460	440	355
HIV-Infektion	8 4.80	7 4.20	6 3.60	22 3.30	23 3.40	16 2.40	334 3.80	303 3.50	370 4.20	150 3.90	144 3.70	118 3.10
Syphilis, Frühstadien ^f	4 2.40	13 7.80	17 10.20	16 2.40	57 8.50	67 10.00	662 7.60	585 6.70	727 8.40	275 7.10	287 7.40	294 7.60
Syphilis, total ^g	6 3.60	15 9.00	26 15.50	34 5.10	69 10.30	83 12.40	905 10.40	802 9.20	1015 11.60	386 10.00	391 10.20	394 10.20
Zoonosen und andere durch Vektoren übertragbare Krankheiten												
Brucellose				1 0.20			6 0.07	3 0.03	6 0.07	1 0.03	1 0.03	1 0.03
Chikungunya-Fieber					1 0.20		4 0.05	2 0.02	31 0.40		2 0.05	11 0.30
Dengue-Fieber		1 0.60	1 0.60	1 0.20	2 0.30	3 0.40	37 0.40	14 0.20	228 2.60	19 0.50	8 0.20	71 1.80
Gelbfieber												
Hantavirus-Infektion							6 0.07					
Malaria	9 5.40	9 5.40		33 4.90	23 3.40	2 0.30	306 3.50	137 1.60	243 2.80	141 3.70	87 2.30	78 2.00
Q-Fieber		6 3.60	1 0.60	2 0.30	8 1.20	8 1.20	89 1.00	71 0.80	71 0.80	27 0.70	46 1.20	27 0.70
Trichinellose	1 0.60			2 0.30			4 0.05	2 0.02	4 0.05	4 0.10	1 0.03	2 0.05
Tularämie		1 0.60	4 2.40	2 0.30	12 1.80	12 1.80	175 2.00	162 1.90	153 1.80	17 0.40	79 2.00	35 0.90
West-Nil-Fieber								1 0.01	1 0.01			
Zeckenzephalitis	30 17.90	7 4.20	27 16.10	55 8.20	33 4.90	62 9.20	304 3.50	392 4.50	314 3.60	78 2.00	59 1.50	90 2.30
Zika-Virus Infektion									1 0.01			
Andere Meldungen												
Botulismus							1 0.01	1 0.01		1 0.03	1 0.03	
Creutzfeldt-Jakob-Krankheit		1 0.60		1 0.20	1 0.20		33 0.40	21 0.20	16 0.20	13 0.30	8 0.20	8 0.20
Diphtherie ^h					1 0.20	1 0.20	4 0.05	2 0.02	4 0.05	1 0.03	1 0.03	2 0.05
Tetanus												



**REDE ÜBER ORGANSPENDE
DEINEN LIEBSTEN ZULIEBE**

LEBEN-IST-TEILEN.CH

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



Schweizerische Eidgenossenschaft
Confédération suisse
Confederazione Svizzera
Confederaziun svizra

swiss
transplant 

Eidgenössisches Departement des Innern EDI
Bundesamt für Gesundheit BAG

Sentinella-Statistik

Provisorische Daten

Sentinella:

Anzahl Meldungen (N) der letzten 4 Wochen bis am 10.6.2022 und Inzidenz pro 1000 Konsultationen (N/10³)
Freiwillige Erhebung bei Hausärztinnen und Hausärzten (Allgemeinpraktiker, Internisten und Pädiater)

Woche	20		21		22		23		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	1	0.1	0	0	0.3	0
Pertussis	0	0	1	0.1	2	0.2	0	0	0.8	0.1
Zeckenstiche	17	1.3	15	1.5	18	1.5	18	2.0	17	1.6
Lyme Borreliose	8	0.6	7	0.7	20	1.7	13	1.5	12	1.1
Herpes Zoster	8	0.6	13	1.3	8	0.7	9	1.0	9.5	0.9
Post-Zoster-Neuralgie	2	0.2	0	0	3	0.3	3	0.3	2	0.2
Meldende Ärzte	157		155		154		143		152.3	

Der Ergebnisbericht Strahlenschutz 2021 liegt vor

Auch das Jahr 2021 erforderte pandemiebedingt viel Flexibilität, so mussten etwa die Strahlenschutzaudits in medizinischen Betrieben teilweise online stattfinden oder ganz verschoben werden. Glücklicherweise war im Berichtsjahr kein grösseres radiologisches Ereignis zu verzeichnen, und auch die Messungen zur Umweltradioaktivität ergaben keine anormalen Werte. Zur Strahlenexposition der Bevölkerung insgesamt gibt es im Bericht eine ausführliche Analyse – die grössten Anteile stammen nach wie vor vom Radon in Wohnräumen und von medizinischen Untersuchungen.

Im diesjährigen Interview äussert sich die Sektionsleiterin der Umweltradioaktivität, Sybille Estier, zu den schweizerischen Messsystemen (vgl. Abb.1), dem akkreditierten BAG-Labor und kommenden Herausforderungen. Das BAG erhielt den Auftrag für die Überwachung der Radioaktivität in der Umwelt vor 35 Jahren, nach der Nuklearkatastrophe von Tschernobyl.

2021 jährte sich zudem der Atomunfall in Fukushima zum zehnten Mal, dazu hat das BAG ein Faktenblatt erstellt ([Fukushima, admin.ch](#)). Diese Katastrophe wirkte sich in der Schweiz spürbar aus bei den Vorsorgemassnahmen für radiologische Notfallsituationen. Mit Rückblick auf die Pandemie sollen die Massnahmen im radiologischen Notfallschutz, etwa die effiziente Zusammenarbeit der betroffenen Stakeholder, künftig nochmals neu bewertet werden.

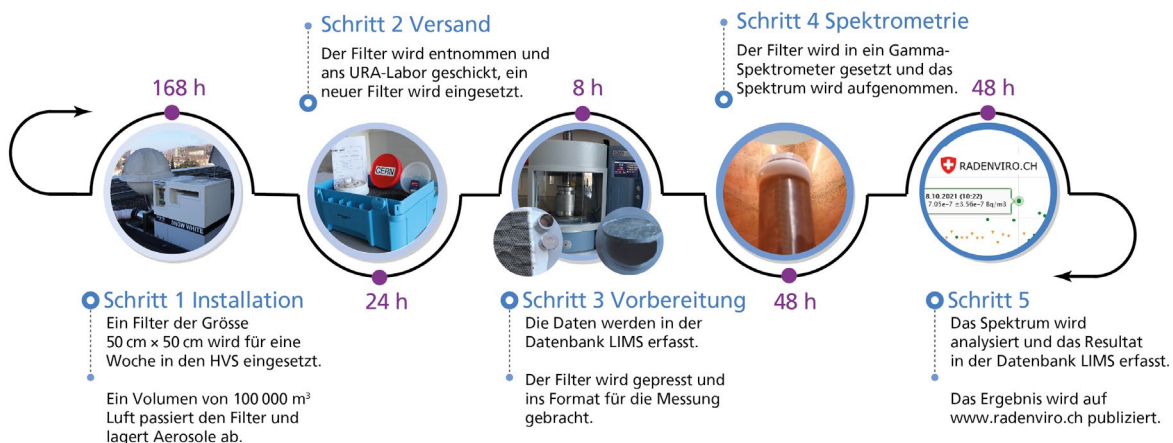
Die Kostentragung der Jodtablettenverteilung ist momentan gesetzlich nicht ausreichend verankert. Im Auftrag des Bundesrates hat das BAG deshalb 2021 ein Projekt zur Teilrevision des Strahlenschutzgesetzes initiiert. Das Projekt tastet das Strahlenschutzsystem und dessen Grundsätze aber nicht an.

STRAHLENSCHUTZ IN DER MEDIZIN

2021 ist, ebenfalls nach einer pandemiebedingten Verzögerung, der Startschuss für die ersten obligatorischen klinischen Audits gefallen. 23 Betriebe für Radiologie, Strahlentherapie, Nuklearmedizin und interventionelle Kardiologie kamen in den Genuss dieses innovativen Peer-Review-Systems. Mit der revidierten Strahlenschutzverordnung verstärkte der Bund das Prinzip der Rechtfertigung von Strahlenanwendungen in der Medizin. Hier sollen auch die klinischen Audits ansetzen.

Abbildung 1:

Die Messung der Radioaktivität in Aerosolen in der Luft gehört zu den Spezialgebieten des BAG. Es betreibt dafür sechs Stationen mit sogenannten Hochvolumen-Aerosolsammlern (High Volume Sampler, HVS). Die Filter der HVS-Stationen werden im BAG-Labor mit einem Gammaskpektrometer analysiert.



Wenn eine Strahlenanwendung nicht gerechtfertigt und nicht notwendig ist, entstehen unnötige Strahlendosen und Kosten. Gemäss dem im Bericht erläuterten Aufsichtsprogramm Strahlenschutz will das BAG auch künftig regelmässig in Spitälern und radiologischen Instituten präsent sein. Bei radiologischen Ereignissen führt es zudem oft eine Inspektion vor Ort durch. Die themenbezogenen Aufsichtsschwerpunkte des Programms umfassen hauptsächlich die Anwendungen an Patientinnen und Patienten im hohen und mittleren Dosisbereich und auch die Expositionen des medizinischen Personals. Die Aufgaben des BAG in den Bereichen von Radiopharmazeutika und klinischen Studien werden in einer Reportage aus dem Unispital Basel geschildert.

215 GEMELDETE RADIOLOGISCHE EREIGNISSE, DAVON 88 IN DER MEDIZIN

2021 hat das BAG 215 Meldungen zu radiologischen Ereignissen erhalten, 88 davon betrafen medizinische Strahlenereignisse mit Patientinnen und Patienten. Im Bericht finden sich ein statistischer Überblick dazu sowie Kurzberichte zu den markantesten Vorfällen. Seit der Revision der Strahlenschutzverordnung gibt es eine Meldepflicht für Patienten- oder Organverwechslungen in der Radiologie und Nuklearmedizin. Die sogenannten medizinischen Strahlenereignisse, über die die Abbildung 2 einen Überblick gibt, sind wichtige Indikatoren, um die Patientensicherheit im Strahlenschutz zu verbessern.

Es werden daraus «best practice»-Massnahmen für medizinische Betriebe abgeleitet. 2022 ist dazu ein Nationaler Strahlenschutztag geplant, anschliessend wird eine Wegleitung zum Thema Ereignisse und Patientensicherheit herausgegeben werden.

UMSETZUNG DREIER AKTIONSPLÄNE: RADON, RADIUM UND RADIOLOGISCHE SICHERUNG UND SICHERHEIT «RADISS»

Der Aktionsplan Radon 2021–2030 umfasst den ausgebauten Schutz bei Immobilien, eine vereinfachte Risikoabschätzung und neu auch den Radonschutz von Personen am Arbeitsplatz.

Abbildung 2:

88 medizinische Strahlenereignisse, bei denen Patientinnen und Patienten betroffen waren, aufgeschlüsselt nach Art der Ereignisse: Diese sind wichtige Indikatoren, um die Patientensicherheit im Strahlenschutz zu verbessern.

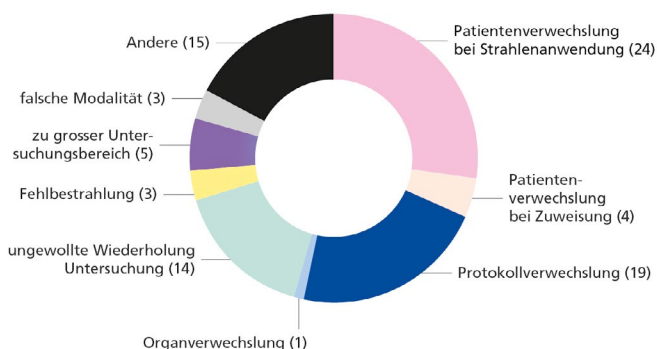


Abbildung 3: An der UV-Tagung diskutieren Daniela de la Cruz, CEO der Krebsliga Schweiz, und Anne Lévy, Direktorin des Bundesamts für Gesundheit (Copyright: Krebsliga Schweiz).

Der Aktionsplan Radium 2015–2022 soll wegen der pandemiebedingten Verzögerungen bis Ende 2023 verlängert werden. Der Aktionsplan hat zum Ziel, die radiologischen Altlasten aufzuarbeiten, die von der ehemaligen Verwendung von radium-226-haltiger Leuchtfarbe in der Uhrenindustrie herrühren. Er betrifft über 1000 Gebäude und Gärten, die als potenziell mit Radium-226 kontaminiert gelten. Das BAG musste seine Einsätze vor Ort zwischen 2020 und 2021 mehrmals aussetzen, was eine etwa einjährige Verspätung bei den diagnostischen Untersuchungen und bei den Sanierungen nach sich zog. Der 2020 lancierte Aktionsplan «Radiss» (zur Verstärkung der radiologischen Sicherung und Sicherheit Schweiz 2020–2025) soll die Gefahren vermindern, die von unkontrollierten radioaktiven Materialien ausgehen. Eine Stossrichtung fokussiert darauf, hoch radioaktive Quellen wo möglich durch alternative Technologien zu ersetzen. Bis Ende 2021 konnte erfreulicherweise bereits der grösste Teil der Blutbestrahlungsgeräte mit Caesium-137 eliminiert werden.

UMSETZUNG NEUE GESETZGEBUNG ZU NICHTIONISIERENDER STRAHLUNG (NIS) UND SCHALL

Die neue Gesetzgebung im Bereich nichtionisierender Strahlung (NIS) und Schall wurde 2021 weiter umgesetzt, insbesondere mit einer Richtlinie für Solarienbetriebe, die ab 2022 zu Alterskontrollen verpflichtet sind (Mindestalter 18 Jahre). Zudem hat das BAG auch die ersten Kontrollen vor Ort bei Veranstaltungen mit Lasershows durchgeführt. Die gesetzlichen Vorgaben umfassen auch einen Informationsauftrag, dem das BAG 2021 unter anderem mit einer Tagung zum Thema «ultraviolette Strahlung und Sonnenschutz der Kinder» (vgl. Abb. 3) und einem Workshop für Fachleute aus der Tontechnik nachgekommen ist.

Der ganze Bericht «Strahlenschutz und Überwachung der Radioaktivität in der Schweiz – Ergebnisse 2021», BAG, Abteilung Strahlenschutz, Juni 2022, ist online verfügbar: www.bag.admin.ch/str-jahresberichte

Kontakt

Bundesamt für Gesundheit
Direktionsbereich Gesundheitsschutz
Abteilung Strahlenschutz
str@bag.admin.ch

Spezialitätenliste:

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

[] Der dem verfügbaren Publikumspreis zugrunde liegende Fabrikabgabepreis

Gültig ab 1. Juni 2022

Therap. Gruppe	Dossier Nr.	PRÄPARATE/ (Wirkstoffe) Packungen	Verantwortliche Firma	SHI-Nr.	Aufnahmejahr
I. Neuzugang Präparate					
01.07.10 G		ZONISAMID SANDOZ (Zonisamidum)	Sandoz Pharma- ceuticals AG		
	21443	Kaps 25 mg Blist 14 Stk Fr. 17.40 (8.03)		68405001	01.06.2022, B
	21443	Kaps 50 mg Blist 56 Stk Fr. 66.55 (43.70)		68405002	01.06.2022, B
	21443	Kaps 100 mg Blist 56 Stk Fr. 97.00 (70.22)		68405003	01.06.2022, B
	21443	Kaps 100 mg Blist 98 Stk Fr. 155.30 (120.98)		68405004	01.06.2022, B
Patienten, die gegenüber der Standardtherapie refraktär sind. Monotherapie für die Behandlung von fokalen Anfällen mit oder ohne sekundäre Generalisierung bei Erwachsenen mit neu diagnostizierter Epilepsie.					
01.99		OCREVUS (Ocrelizumabum)	Roche Pharma (Schweiz) AG		
	20624	Inf Konz 300 mg/10 ml Durchstf 1 Stk Fr. 5703.60 (5324.47)		66185001	01.03.2018, A
Befristete Limitation bis 31.08.2022 Für die Behandlung von erwachsenen Patienten mit aktiven schubförmigen Verlaufsformen der Multiplen Sklerose (MS). Für die Behandlung von erwachsenen Patienten mit primär progredienter Multipler Sklerose (PPMS) zur Verlangsamung der Krankheitsprogression und zur Reduzierung der Verschlechterung der Gehgeschwindigkeit.					
Die Roche Pharma (Schweiz) AG erstattet dem Krankenversicherer, bei dem die versicherte Person zum Zeitpunkt des Bezugs versichert war auf dessen erste Aufforderung hin für jede bezogene Durchstfl OCREVUS Inf Konz 300 mg/10 ml, einen Anteil von Fr. 496.41 pro Durchstfl OCREVUS zurück. Die Mehrwertsteuer kann nicht zusätzlich zu diesem Anteil des Fabrikabgabepreises zurückgefordert werden. Die Aufforderung zur Rückerstattung soll ab dem Zeitpunkt der Verabreichung erfolgen.					
03.04.30		TRIXEO AEROSPHERE (Formoteroli fumaras dihydricus, Glycopyrronium, Budesonidum)	AstraZeneca AG		
	21325	Inhalator 5/7.2/160 mcg 120 Dos Fr. 87.10 (61.59)		68388002	01.06.2022, B
Für Patienten mit moderater COPD nach ≥ 1 moderaten Exazerbation pro Jahr trotz einer mindestens 3 Monate dauernder optimierter Therapie unter LABA/LAMA mit Eosinophilenzellzahl im Blut ≥ 100 Zellen/ μ l, welche nicht ausreichend eingestellt sind oder für Patienten mit moderater bis schwerer COPD nach ≥ 2 moderaten Exazerbationen pro Jahr oder ≥ 1 Exazerbation pro Jahr, welche zu einer Hospitalisation geführt hat trotz einer mindestens 3 Monaten dauernden optimierter Therapie unter ICS/LABA oder LABA/LAMA (für LABA/LAMA mit Eosinophilenzellzahl im Blut ≥ 100 Zellen/ μ l), welche nicht ausreichend eingestellt sind oder für Patienten mit COPD, welche bereits mit einer Dreifach-Kombination bestehend aus LABA, ICS und LAMA mit einem oder mehreren Inhalatoren therapiert werden.					

Therap. Gruppe	Dossier Nr.	PRÄPARATE/ (Wirkstoffe) Packungen	Verantwortliche Firma	SHI-Nr.	Aufnahmejahr
06.01.10		HEMLIBRA (Emicizumabum)	Roche Pharma (Schweiz) AG		
	20818	Inj Lös 30 mg/ml Durchstf 1 Stk Fr. 2036.40 (1946.71)		66694001	01.07.2019, A
	20818	Inj Lös 60 mg/0.4 ml Durchstf 1 Stk Fr. 4031.75 (3893.42)		66694002	01.07.2019, A
	20818	Inj Lös 105 mg/0.7 ml Durchstf 1 Stk Fr. 7024.85 (6813.49)		66694003	01.07.2019, A
	20818	Inj Lös 150 mg/ml Durchstf 1 Stk Fr. 10017.90 (9733.55)		66694004	01.07.2019, A

Preisberechnung für Blutpräparate aufgrund des Fabrikabgabepreises zuzüglich einer Fixmarge wegen der speziellen Verteilersituation (praktisch kein Zwischenhandel) von Fr. 40.-- zuzüglich MWST. Diese Berechnung gilt nicht für die Humanalbumine.

Befristete Limitation bis 31.03.2023

Patienten mit Hämophilie A mit Hemmkörpern

Zur Prophylaxe von Blutungsepisoden bei Patienten mit kongenitaler Hämophilie A und Faktor-VIII-Hemmkörper > 5 BU in der Anamnese, die die Anwendung eines Bypassing Agent-Präparates zur episodischen oder prophylaktischen Therapie erfordern.

Nach erfolgreicher Immuntoleranzinduktion ist die Therapie der Hämophilie A bei entsprechender Indikation und erfüllten Vergütungsvoraussetzungen für eine Prophylaxe entweder mit vergütungspflichtigen Faktor VIII-Präparaten oder Emicizumab fortzusetzen.

Befristete Limitation bis 31.03.2023

Patienten mit Hämophilie A ohne Hemmkörper

Zur Prophylaxe von Blutungsepisoden bei Patienten mit schwerer Hämophilie A (kongenitaler Faktor-VIII-Mangel, FVIII <1%), welche bereits zuvor mit Faktor VIII Präparaten behandelt wurden.

Für beide Indikation gelten folgende Vergütungsvoraussetzungen:

Die Diagnosestellung und die Verordnung von Emicizumab, die Behandlungseinleitung und die darauffolgende Betreuung darf nur an folgenden universitären und/oder spezialisierten Hämophiliezentren erfolgen. Dazu gehören:

Kantonsspital Aarau, Universitätsspital Basel, Universitätskinderspital 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 Kinderspital St. Gallen, Universitätsspital Zürich, Universitäts-Kinderspital Zürich.

Vor Therapiebeginn muss eine Kostengutsprache des Krankenversicherers nach vorgängiger Konsultation des Vertrauensarztes eingeholt werden, unter Angabe des eingesetzten Dosierungsschemas: Lade-Dosierung in den ersten 4 Wochen (subkutan 3mg/kg Körpergewicht einmal wöchentlich in den ersten 4 Wochen) und Erhaltungsdosierung ab Woche 5 (1.5mg/kg KG s.c. einmal wöchentlich oder 3mg/kg KG alle zwei Wochen s.c. oder 6mg/kg KG alle vier Wochen s.c.).

Der behandelnde Arzt hat im Rahmen des Gesuches um Kostengutsprache gegenüber dem Krankenversicherer zu begründen, warum er welches Dosierungsregime zur Erhaltungstherapie wählt und inwiefern Verwurfsmengen minimiert werden mit dem angewendeten Dosierungsregime. Da die Verwurfsmengen für das Dosierungsschema von 1.5mg/kg KG 1mal pro Woche den grössten Verwurf erwarten lässt, ist bei Einsatz dieses Dosierungsschema insbesondere zu begründen, warum gerade dieses zum Einsatz kommen soll. Anpassungen der Dosierung aufgrund von Gewichtsänderungen der Patienten sind im Rahmen der vergüteten Dosierungen ohne eine erneute Kostengutsprache möglich.

Basierend auf der kontinuierlichen Patientendokumentation sollen die entsprechenden Daten im SHN-Register erfasst werden, die Zustimmung des Patienten vorausgesetzt.

Die Zulassungsinhaberin Roche Pharma (Schweiz) AG vergütet nach Aufforderung durch denjenigen Krankenversicherer, bei dem die versicherte Person zum Zeitpunkt des Bezugs versichert war, resp. nach Aufforderung durch die IV, für jede bezogene Packung Hemlibra einen festgelegten prozentualen Anteil des Fabrikabgabepreises zurück. Sie gibt dem Krankenversicherer bzw. der IV den prozentualen Betrag bekannt, der bezogen auf den Fabrikabgabepreis 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 vergütet die Zulassungsinhaberin dem Krankenversicherer, bei dem die versicherte Person versichert war, resp. der IV den festgelegten Betrag pro mg für diejenige pro Kalenderjahr und pro Patient verabreichte Menge an Emicizumab zurück, die eine festgelegte Anzahl mg pro Patient pro Kalenderjahr übersteigt. Sie gibt dem Krankenversicherer bzw. der IV den Schwellenwert (die Anzahl mg pro Patient pro Jahr) sowie den festgelegten Betrag pro mg bekannt. Die Mehrwertsteuer kann nicht zusätzlich zu diesem Betrag (Basis FAP) zurückgefordert werden. Die Rückerstattung soll retrospektiv kalenderjährlich (mit Sticht datum 31. Dezember) erfolgen. Die Aufforderung zur Rückerstattung kann ab diesem Zeitpunkt erfolgen.

Die Preisberechnung für Blutpräparate erfolgt aufgrund des Fabrikabgabepreises zuzüglich einer Fixmarge wegen der speziellen Verteilersituation (praktisch kein Zwischenhandel) von Fr. 40.-- zuzüglich MWST.

Therap. Gruppe	Dossier Nr.	PRÄPARATE/ (Wirkstoffe) Packungen	Verantwortliche Firma	SHI-Nr.	Aufnahmejahr
07.15		ADTRALZA (Tralokinumabum)	LEO Pharmaceutical Products Sarath Ltd.		
	21367	Inj Lös 150 mg/ml 2 x 2 Fertspr Fr. 1298.40 (1127.80)		68229001	01.06.2022, B
<p>Befristete Limitation bis 31.05.2024</p> <p>Die Therapie bedarf der Kostengutsprache durch den Krankenversicherer nach vorgängiger Konsultation des Vertrauensarztes.</p> <p>Tralokinumab wird in einer Anfangsdosis von 600 mg als subkutane Injektion (vier Injektionen zu je 150 mg), gefolgt von einer Dosis von 300 mg als subkutane Injektion alle zwei Wochen (zwei Injektionen zu je 150 mg) oder nach Ermessen des verschreibenden Arztes nach vollständiger bzw. nahezu vollständiger Abheilung der Haut alle vier 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 \geq 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>Tralokinumab wird nicht in Kombination mit anderen systemischen Arzneimitteln zur Behandlung der atopischen Dermatitis vergütet.</p> <p>Falls nach 16 Wochen Behandlung mit Tralokinumab kein therapeutischer Erfolg eingetreten ist, d.h. keine IGA Reduktion um \geq 2 Punkte gegenüber dem Ausgangswert oder keine \geq50% Verbesserung des EASI-Score [EASI 50] gegenüber dem Ausgangswert oder keine \geq50% Verbesserung des SCORAD-Score (SCORAD 50) gegenüber dem Ausgangswert, ist die Behandlung abzubrechen.</p> <p>Nach 52 Wochen ununterbrochener Therapie der atopischen Dermatitis mit Tralokinumab ist eine erneute Kostengutsprache durch den Krankenversicherer nach vorgängiger Konsultation des Vertrauensarztes einzuholen.</p> <p>Die Diagnosedstellung, die Verordnung und die Verlaufskontrolle von Tralokinumab in der Indikation atopische Dermatitis darf ausschliesslich durch einen Facharzt für Dermatologie und Venerologie oder Facharzt für Allergologie und klinische Immunologie erfolgen.</p>					
07.15		CIBINQO (Abrocitinibum)	Pfizer AG		
	21343	Filmtabl 50 mg Blist 28 Stk Fr. 1218.25 (1054.70)		68174002	01.06.2022, B
	21343	Filmtabl 100 mg Blist 28 Stk Fr. 1218.25 (1054.70)		68174005	01.06.2022, B
<p>Befristete Limitation bis 31.05.2025</p> <p>Atopische Dermatitis</p> <p>Die Therapie bedarf der Kostengutsprache durch den Krankenversicherer nach vorgängiger Konsultation des Vertrauensarztes.</p> <p>Als Monotherapie oder als Kombinationstherapie mit topischen Kortikoiden zur Behandlung erwachsener Patienten (ab dem 18. Lebensjahr) mit schwerer atopischer Dermatitis (IGA 4 [auf IGA Skala von 0-4] oder SCORAD > 50 oder EASI \geq 21.1), sofern die Patienten auf eine 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>Abrocitinib wird nicht in Kombination mit anderen systemischen Arzneimitteln zur Behandlung der atopischen Dermatitis vergütet.</p> <p>Falls nach 12 Wochen Behandlung mit Abrocitinib kein therapeutischer Erfolg eingetreten ist, d.h. keine IGA Reduktion um \geq 2 Punkte gegenüber dem Ausgangswert oder keine \geq50% Verbesserung des EASI-Scores [EASI 50] gegenüber dem Ausgangswert oder keine \geq50% Verbesserung des SCORAD-Score (SCORAD 50) gegenüber dem Ausgangswert, ist die Behandlung abzubrechen.</p> <p>Nach 52 Wochen ununterbrochener Therapie der atopischen Dermatitis mit Abrocitinib ist eine erneute Kostengutsprache durch den Krankenversicherer nach vorgängiger Konsultation des Vertrauensarztes einzuholen.</p> <p>Die Diagnosedstellung, die Verordnung und die Verlaufskontrolle von Abrocitinib in der Indikation atopische Dermatitis darf ausschliesslich durch einen Facharzt für Dermatologie und Venerologie oder Facharzt für Allergologie und klinische Immunologie erfolgen.</p>					
07.16.10		BAVENCIO (Avelumabum)	Merck (Schweiz) AG		
	20694	Inf Konz 200 mg/10 ml Durchstf 10 ml Fr. 966.65 (827.76)		66380001	01.12.2017, A
	20694	Inf Konz 200 mg/10 ml 4 Durchstf 10 ml Fr. 3639.80 (3311.04)		66380002	01.12.2017, A
<p>Befristete Limitation bis 31.05.2025</p> <p>Die Behandlung bedarf der Kostengutsprache durch den Krankenversicherer nach vorgängiger Konsultation des Vertrauensarztes.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Behandlung von Patienten mit metastasiertem Merkelzellkarzinom (MCC). • Als Monotherapie zur Erstlinien-Erhaltungstherapie bei Patienten mit lokal fortgeschrittenem oder metastasiertem Urothelkarzinom (UC), deren Erkrankung unter einer platinbasierten Erstlinien-Induktionschemotherapie nicht fortgeschritten ist. <p>Die empfohlene Dosierung beträgt 10 mg/kg Körpergewicht alle zwei Wochen.</p> <p>Die Patienten sollten bis zur Progression der Erkrankung oder bis zum Auftreten unzumutbarer Toxizitätsserscheinungen behandelt werden. Klinisch stabile Patienten mit initialem Befund einer Progression können bis zur Bestätigung der Progression der Erkrankung weiter behandelt werden.</p>					
07.16.10		DAUNOBLASTIN (Daunorubicini hydrochloridum)	Pfizer AG		
	21400	Trockensub 20 mg Durchstf 1 Stk Fr. 52.10 (31.10)		68340001	01.06.2022, A

Therap. Gruppe	Dossier Nr.	PRÄPARATE/ (Wirkstoffe) Packungen	Verantwortliche Firma	SHI-Nr.	Aufnahmejahr
07.16.10		NINLARO (Ixazomibum)	Takeda Pharma AG		
	20593	Kaps 2.3 mg 3 Stk Fr. 6970.70 (6560.66)		65959001	01.04.2018, A
	20593	Kaps 3 mg 3 Stk Fr. 6970.70 (6560.66)		65959002	01.04.2018, A
	20593	Kaps 4 mg 3 Stk Fr. 6970.70 (6560.66)		65959003	01.04.2018, A

Befristete Limitation bis 30.06.2022

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

Dosierungsschema und Dosierung für die Kombinationstherapie sollen nach Angaben der Fachinformation erfolgen.

Falls es zu einer Progression der Krankheit kommt oder inakzeptable Toxizitätserscheinungen auftreten, muss die Behandlung mit Ninlaro abgebrochen werden.

Takeda Pharma AG vergütet im Rahmen der Kombinationstherapie von Ninlaro mit Lenalidomid nach Aufforderung durch denjenigen Krankenversicherer, bei dem die versicherte Person zum Zeitpunkt des Bezugs versichert war, für jede bezogene Packung Ninlaro 25.89 % des Fabrikabgabepreises.

Die Mehrwertsteuer kann nicht zusätzlich zu den Rückvergütungsbeträgen zurückgefordert werden.

07.16.10		VITRAKVI (Larotrectinibum)	Bayer (Schweiz) AG		
	21043	Kaps 25 mg Ds 56 Stk Fr. 1801.10 (1586.16)		67281001	01.06.2022, A
	21043	Kaps 100 mg Ds 56 Stk Fr. 6749.25 (6344.64)		67281002	01.06.2022, A
	21043	Lös 20 mg/ml 2 Fl 50 ml Fr. 2546.65 (2265.94)		67282002	01.06.2022, A

Befristete Limitation bis 28.05.2023

Nach Kostengutsprache durch den Krankenversicherer nach vorgängiger Konsultation des Vertrauensarztes.

VITRAKVI wird als Monotherapie zur Behandlung von erwachsenen und pädiatrischen Patienten mit soliden Tumoren vergütet:

- die einen Tumor mit einer NTRK (neurotrophe Tyrosinrezeptorkinase)-Genfusion ohne bekannter NTRK Resistenzmutation haben und
- deren Tumor metastasiert ist oder bei denen eine chirurgische Resektion wahrscheinlich zu schwerer Morbidität führt und
- die keine zufriedenstellenden Therapieoptionen zur Verfügung oder einen Progress nach vorausgegangener Therapie haben.

VITRAKVI ist nicht indiziert zur Behandlung von Lymphomen.

Die NTRK-Genfusion ist vor der Behandlung mit VITRAKVI mit einer geeigneten Methode nachzuweisen. Eine Rotation innerhalb der NTRK-Inhibitoren wird ausschliesslich bei Kontraindikation oder Unverträglichkeit vergütet. Patienten mit einer primären oder sekundären Resistenz auf NTRK-Inhibitoren werden von einer Vergütung ausgeschlossen.

Die Behandlung mit VITRAKVI erfolgt bis zur Progression der Erkrankung oder bis zum Auftreten inakzeptabler Toxizität.

Die Zulassungsinhaberin BAYER (Schweiz) AG vergütet die ersten 2 bezogenen Packungen VITRAKVI 100 mg 56 Stk bzw. die Anzahl Packungen VITRAKVI 25 mg 56 Stk oder VITRAKVI 2 x 50 ml für die ersten 2 Therapiemonate auf Aufforderung desjenigen Krankenversicherers, bei dem die versicherte Person zum Zeitpunkt des Bezugs versichert war, zum aktuellen FAP vollständig zurück. Die Mehrwertsteuer kann nicht zusätzlich zu dem Fabrikabgabepreis zurückgefordert werden. Die Aufforderung zur Rückerstattung soll ab dem Zeitpunkt der Verabreichung erfolgen.

Folgender Code ist an den Krankenversicherer zu übermitteln: 21043.01

07.16.40		KLISYRI (Tirbanibulinum)	Almirall AG		
	21364	Salbe 10 mg/g Btl 5 Stk Fr. 92.65 (66.43)		68322001	01.06.2022, A

KLISYRI wird vergütet für die topische Feldtherapie nicht hyperkeratotischer, nicht hypertropher aktinischer Keratosen im Gesicht oder auf der Kopfhaut bei Erwachsenen. Bei Auftreten von Rezidiven oder neuen aktinischen Keratosen im behandelten Bereich nach 8 Wochen ist eine alternative Behandlung in Betracht zu ziehen.

07.99		CERDELGA (Eliglustatum)	Sanofi-Aventis (Suisse) SA		
	21029	Kaps 84 mg Blist 56 Stk Fr. 25957.85 (25084.71)		66696002	01.06.2022, B

Zur Monotherapie bei erwachsenen Patienten ab 18 Jahren mit gesicherter Diagnose eines Morbus Gaucher Typ I, die in Bezug auf Cytochrom-P450 Typ2D6 (CYP2D6) langsame Metabolisierer (poor metabolizers, PMs), intermediäre Metabolisierer (intermediate metabolizers, IMs) oder schnelle Metabolisierer (extensive metabolizers, EMs) sind. Kein Einsatz bei ultraschnellen Metabolisierern oder unklarem Metabolisierungsstatus in Bezug auf Cytochrom-P450 Typ 2D6 (CYP2D6).

Die Bestimmung des CYP2D6-Metabolisierungsstatus muss vor der Therapie mit einer validierten Testmethode erfolgen. Die Kosten für den Test werden von sanofi-aventis (suisse) sa übernommen.

Die Erstverordnung darf nur durch ein auf hereditäre Stoffwechselerkrankungen spezialisiertes Zentrum oder einen Facharzt/eine Fachärztin mit Erfahrung auf dem Gebiet von hereditären Stoffwechselerkrankungen erfolgen. Alle sechs Monate ist eine Kontrolluntersuchung durch das o.a. Zentrum oder den/die o. a. Facharzt/ Fachärztin durchzuführen.

CERDELGA darf nicht mit anderen für die Indikation Morbus Gaucher zugelassenen Medikamenten kombiniert werden.

Der behandelnde Arzt ist verpflichtet Patienten auf Cerdelga Behandlung laufend im International Collaborative Gaucher Group (ICGG) Registry (clinicaltrials.gov NCT00358943) (<https://www.registrynxt.com>) zu erfassen. Sofern ein Patient keine Einwilligung zur Erfassung seiner Daten in das Register gibt, muss dies ausgewiesen werden.

Therap. Gruppe	Dossier Nr.	PRÄPARATE/ (Wirkstoffe) Packungen	Verantwortliche Firma	SHI-Nr.	Aufnahmejahr
08.01.80 G		LEVOFLOXACIN-MEPHA TEVA (Levofloxacinum)	Mepha Pharma AG		
	21428	Filmtabl 250 mg Blist 5 Stk Fr. 17.00 (7.65)		60245007	01.06.2022, A
	21428	Filmtabl 250 mg Blist 7 Stk Fr. 19.80 (10.09)		60245008	01.06.2022, A
	21428	Filmtabl 250 mg Blist 10 Stk Fr. 27.80 (13.50)		60245009	01.06.2022, A
	21428	Filmtabl 500 mg Blist 5 Stk Fr. 25.50 (11.52)		60245010	01.06.2022, A
	21428	Filmtabl 500 mg Blist 7 Stk Fr. 33.80 (15.15)		60245011	01.06.2022, A
	21428	Filmtabl 500 mg Blist 10 Stk Fr. 39.70 (20.30)		60245012	01.06.2022, A
08.09		CUTAQUIG (Immunoglobulinum humanum normale)	Octapharma AG		
	21374	Inj Lös 1 g/6 ml 10 Durchstf 6 ml Fr. 822.20 (701.92)		68222002	01.06.2022, B
	21374	Inj Lös 2 g/12 ml Durchstf 12 ml Fr. 177.55 (140.38)		68222004	01.06.2022, B
	21374	Inj Lös 2 g/12 ml 10 Durchstf 12 ml Fr. 1601.15 (1403.84)		68222005	01.06.2022, B
	21374	Inj Lös 4 g/24 ml 10 Durchstf 24 ml Fr. 3123.85 (2807.68)		68222008	01.06.2022, B
	21374	Inj Lös 8 g/48 ml 10 Durchstf 48 ml Fr. 6001.75 (5615.36)		68222011	01.06.2022, B
Zur Behandlung des Antikörpermangelsyndroms. Nach Kostengutsprache des Krankenversicherers.					
11.09 G		BIMATOPROST-MEPHA PLUS (Bimatoprostum, Timololum)	Mepha Pharma AG		
	21445	Gtt Opht Fl 3 ml Fr. 33.80 (15.14)		66976001	01.06.2022, B
	21445	Gtt Opht 3 Fl 3 ml Fr. 66.00 (43.19)		66976002	01.06.2022, B
II. Andere Packungen und Dosierungen					
01.13		BOTOX (Toxinum botulinicum A)	AbbVie AG		
	16355	Trockensub 50 E Amp 2 Stk Fr. 269.25 (220.25)		52433002	01.06.2022, A
Fokale Spastizität der oberen und unteren Extremität bei Erwachsenen (max. 4 Behandlungen pro Jahr). Fokale Spastizität der oberen und unteren Extremität (inkl. Spitzfuss-Stellung) bei Jugendlichen und Kindern ab 2 Jahren (max. 4 Behandlungen pro Jahr). Blepharospasmus, Spasmus hemifacialis, Strabismus, Torticollis spasticus. Nach Ausschöpfung konservativer Therapieoptionen an einer in Neuro-Urologie oder Urogynäkologie spezialisierten Institution: • Behandlung der Harninkontinenz infolge neurogener Detrusorhyperaktivität in Zusammenhang mit einer neurologischen Erkrankung (wie z.B. Rückenmarksverletzung, Multiple Sklerose) bei Erwachsenen. • Behandlung der überaktiven Blase mit den Symptomen Harninkontinenz, Harndrang und häufige Miktion bei erwachsenen Patienten.					
08.01.80 O		CIPROXIN (Ciprofloxacinum)	Bayer (Schweiz) AG		
	15267	Lacktabl 500 mg 10 x 20 Stk Fr. 224.20 (180.99)		47795125	01.06.2022, A
Die Gesamtmenge der Packung darf nicht direkt an eine versicherte Person abgegeben werden. Es wird lediglich die abgegebene Teilpackung, die zur Therapie notwendig ist, vergütet. Der Preis für die abgegebene Teilpackung ist proportional zum Publikumspreis der verwendeten Packung zu berechnen.					

Therap. Gruppe	Dossier Nr.	PRÄPARATE/ (Wirkstoffe) Packungen	Verantwortliche Firma	SHI-Nr.	Datum der Streichung
III. Neu gestrichene Präparate/Packungen					
01.99		NOOTROPIL (Piracetamum)	UCB-Pharma SA		
	18278	Trink Lös 33 % Fl 125 ml Fr. 14.80 (5.73)		54650019	01.06.2022, B
02.03 G		METOPROLOL HELVEPHARM (Metoprololi tartras (2:1))	Helvepharm AG		
	19372	Ret Filmtabl 25 mg 30 Stk Fr. 6.45 (2.03)		59131001	01.06.2022, B
	19372	Ret Filmtabl 25 mg 100 Stk Fr. 15.95 (6.76)		59131002	01.06.2022, B
	19372	Ret Filmtabl 50 mg 30 Stk Fr. 8.75 (4.06)		59131003	01.06.2022, B
	19372	Ret Filmtabl 50 mg 100 Stk Fr. 26.00 (11.95)		59131004	01.06.2022, B
	19372	Ret Filmtabl 100 mg 30 Stk Fr. 15.65 (6.48)		59131005	01.06.2022, B
	19372	Ret Filmtabl 100 mg 100 Stk Fr. 39.10 (19.78)		59131006	01.06.2022, B
	19372	Ret Filmtabl 200 mg 30 Stk Fr. 17.35 (7.96)		59131007	01.06.2022, B
	19372	Ret Filmtabl 200 mg 100 Stk Fr. 45.70 (25.51)		59131008	01.06.2022, B
02.07.20 G		TELMISARTAN HCT ZENTIVA (Telmisartanum, Hydrochlorothiazidum)	Helvepharm AG		
	20627	Tabl 80/12.5 mg 30 Stk Fr. 34.45 (15.73)		65644002	01.06.2022, B
	20627	Tabl 80/12.5 mg 100 Stk Fr. 79.05 (54.58)		65644004	01.06.2022, B
	20627	Tabl 80/25 mg 30 Stk Fr. 34.80 (16.03)		65644006	01.06.2022, B
	20627	Tabl 80/25 mg 100 Stk Fr. 80.30 (55.66)		65644008	01.06.2022, B
07.06.20		LYXUMIA (Lixisenatidum, Lixisenatidum)	Sanofi-Aventis (Suisse) SA		
	20595	Inj Lös 1x10 mcg/1x20 mcg Fertpen Set 1 Stk Fr. 108.80 (80.49)		65968005	01.06.2022, B
	20595	Inj Lös 20 mcg 2 Fertpen 3 ml Fr. 108.80 (80.49)		65968002	01.06.2022, B
07.06.20		STARLIX (Nateglinidum)	Novartis Pharma Schweiz AG		
	17587	Filmtabl 120 mg 84 Stk Fr. 45.50 (25.34)		55401008	01.06.2022, B
07.06.20		STARLIX MITE (Nateglinidum)	Novartis Pharma Schweiz AG		
	17587	Filmtabl 60 mg 84 Stk Fr. 45.50 (25.34)		55401004	01.06.2022, B
07.16.10 G		GEMCITABIN LABATEC (Gemcitabinum)	Labatec Pharma SA		
	19178	Trockensub 200 mg Durchstf 1 Stk Fr. 38.80 (19.52)		59279001	01.06.2022, A
	19178	Trockensub 1 g Durchstf 1 Stk Fr. 120.00 (90.25)		59279002	01.06.2022, A
07.99 G		ALENDRONAT HELVEPHARM (Acidum alendronicum)	Helvepharm AG		
	18702	Tabl 70 mg 4 Stk Fr. 33.60 (15.00)		58010003	01.06.2022, B
	18702	Tabl 70 mg 12 Stk Fr. 66.20 (43.39)		58010004	01.06.2022, B
08.01.80		TARIVID (Ofloxacinum)	Sanofi-Aventis (Suisse) SA		
	15269	Filmtabl 200 mg 10 Stk Fr. 25.40 (11.41)		47386055	01.06.2022, A
	15269	Filmtabl 200 mg 20 Stk Fr. 39.55 (20.16)		47386063	01.06.2022, A

Therap. Gruppe	Dossier Nr.	PRÄPARATE/ (Wirkstoffe) Packungen	Verantwortliche Firma	SHI-Nr.	Datum der Streichung
08.01.93 6		CO-AMOXICILLIN HELVEPHARM (Amoxicillinum anhydricum, Acidum clavulanicum)	Helvepharm AG		
	19097	Filmtabl 625 mg 10 Stk Fr. 16.60 (7.33)		59049001	01.06.2022, A
	19097	Filmtabl 625 mg 20 Stk Fr. 28.35 (13.99)		59049002	01.06.2022, A
	19098	Filmtabl 1000 mg 12 Stk Fr. 28.50 (14.13)		59050005	01.06.2022, A
	19098	Filmtabl 1000 mg 20 Stk Fr. 40.60 (21.09)		59050004	01.06.2022, A
08.03		STOCRIN (Efavirenzum)	MSD Merck Sharp & Dohme AG		
	17814	Filmtabl 50 mg 30 Stk Fr. 39.90 (20.46)		56000003	01.06.2022, A
	17814	Filmtabl 200 mg 90 Stk Fr. 286.05 (234.90)		56000005	01.06.2022, A
	17814	Filmtabl 600 mg 30 Stk Fr. 283.35 (232.55)		56000001	01.06.2022, A
14.02		MULTIHANCE (Dimeglumini gadobenas)	Bracco Suisse SA		
	18030	Inj Lös 10.580 g/20 ml Fertigspr 20 ml Fr. 119.00 (89.38)		56212008	01.06.2022, B

PRÄPARATE / (Wirkstoffe) Packungen	Verantwortliche Firma	Therap. Gruppe	Dossier Nr.	Preis neu	Ex-Fact. neu
IV. Preissenkungen					
IV.a. Preisänderung nach 1 Jahr SL-Aufnahme					
IMFINZI Durchstf 2.4 ml	AstraZeneca AG	071610	20791	675.40	574.06
Durchstf 10 ml			20791	2684.85	2391.91
MAYZENT Blist 12 Stk	Novartis Pharma Schweiz AG	019900	21105	305.25	251.62
Blist 28 Stk			21105	1606.90	1409.05
IV.b. Preisänderung nach 3-jährlicher Überprüfung der Aufnahmebedingungen					
DUOFER Blist 40 Stk	Andreabal AG	060711	12038	12.20	6.61
Blist 100 Stk			12038	26.75	14.49
FERRUM HAUSMANN 30 Stk	Vifor (International) Inc.	060711	11257	8.60	4.66
100 Stk			11257	24.30	13.16
IV.c. Normale Preismutation					
BAVENCIO Durchstf 10 ml	Merck (Schweiz) AG	071610	20694	966.65	827.76
DYSPORT Durchstf 1 Stk	Future Health Pharma GmbH	011300	18088	237.15	192.31
Durchstf 1 Stk			18088	379.95	316.67
HEMLIBRA Durchstf 1 Stk	Roche Pharma (Schweiz) AG	060110	20818	2036.40	1946.71
Durchstf 1 Stk			20818	4031.75	3893.42
Durchstf 1 Stk			20818	7024.85	6813.49
Durchstf 1 Stk			20818	10017.90	9733.55
STELARA Fertigspr 0.5 ml	Janssen-Cilag AG	071500	19301	3397.50	3074.64
Fertigspr 1 ml			19301	3397.50	3074.64
Durchstf 1 Stk			20638	3397.50	3074.64
Durchstf 1 Stk			20717	3397.50	3074.64
IV.d. Preisänderung nach Patentablauf					
TREVICTA Fertspr 0.875 ml	Janssen-Cilag AG	010500	20552	825.75	704.99
Fertspr 1.750 ml			20552	1460.15	1275.26
Fertspr 2.625 ml			20552	2060.15	1822.34
Fertspr 1.315 ml			20552	1150.35	992.81
XEPLION Fertigspr 0.250 ml	Janssen-Cilag AG	010500	19290	174.10	137.35
Fertigspr 0.500 ml			19290	275.00	225.25
Fertigspr 0.750 ml			19290	375.20	312.56
Fertigspr 1 ml			19290	455.90	382.82
Fertigspr 1.500 ml			19290	565.10	477.96

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

V. Limitations-/Indikationsänderung

DYSPORT

Future Health Pharma GmbH

011300

Trockensub 500 IE Durchstf 1 Stk

18088

379.95

316.67

Trockensub 300 IE Durchstf 1 Stk

18088

237.15

192.31

Limitation alt:

Maximal 4 Behandlungen pro Jahr bei Erwachsenen bei fokaler Spastik der unteren Extremitäten nach Schlaganfall und bei fokaler Spastik der oberen Extremitäten. Blepharospasmus, Spasmus hemifacialis, Torticollis spasticus. Spitzfuss-Stellung bei Kindern ab 2 Jahren.

Limitation neu:

DYSPORT wird vergütet zur symptomatischen Behandlung von

- Blepharospasmus, Spasmus hemifacialis,
- Torticollis spasticus,
- fokaler Spastik der oberen und unteren Extremitäten bei Erwachsenen (max. 4 Behandlungen pro Jahr),
- Spitzfussstellung bei Kindern ab 2 Jahren.

REVLIMID

Celgene GmbH

071610

Kaps 2.5 mg 21 Stk

18541

5287.45

4918.50

Kaps 5 mg 21 Stk

18541

5423.00

5050.71

Kaps 7.5 mg 21 Stk

18541

5558.50

5182.92

Kaps 10 mg 21 Stk

18541

5694.00

5315.13

Kaps 15 mg 21 Stk

18541

5971.85

5586.20

Kaps 20 mg 21 Stk

18541

6258.35

5865.73

Kaps 25 mg 21 Stk

18541

6544.90

6145.26

Limitation neu:

Zur Behandlung von

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

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

Befristete Limitation bis 31.07.2022

Kombination REVLIMID, Bortezomib und Dexamethason (Induktion vor Stammzelltransplantation)

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

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

Folgender Code ist an den Krankenversicherer zu übermitteln: 18541.05

Befristete Limitation bis 31.07.2022

Kombination REVLIMID, Bortezomib und Dexamethason (ohne Stammzelltransplantation)

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

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

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

Folgender Code ist an den Krankenversicherer zu übermitteln: 18541.06

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

Befristete Limitation bis 31.07.2022

Erhaltungstherapie nach autologer Stammzelltransplantation

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

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

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

Folgender Code ist an den Krankenversicherer zu übermitteln: 18541.04

Befristete Limitation bis 31.05.2024

Kombination REVLIMID, Carfilzomib und Dexamethason

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

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

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

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

Folgender Code ist an den Krankenversicherer zu übermitteln: 18541.07

Befristete Limitation bis 28.02.2025

Kombination REVLIMID, Elotuzumab und Dexamethason

Nach Kostengutsprache durch den Krankenversicherer nach vorgängiger Konsultation des Vertrauensarztes.

REVLIMID wird in Kombination mit Elotuzumab und Dexamethason zur Behandlung von erwachsenen Patienten mit rezidivierendem multiplem Myelom, die mindestens eine vorangegangene Therapie erhalten haben, vergütet.

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

Die Zulassungsinhaberin Celgene GmbH erstattet im Rahmen der Kombinationstherapie von REVLIMID mit Elotuzumab dem Krankenversicherer, bei dem die versicherte Person zum Zeitpunkt des Bezugs versichert war, auf dessen erste Aufforderung hin, für jede bezogene Packung REVLIMID einen festgelegten Anteil des Fabrikabgabepreises zurück. Die Zulassungsinhaberin gibt dem Krankenversicherer die Höhe der Rückerstattung bekannt.

Die Forderung einer Rückerstattung durch den Krankenversicherer gilt nur für die Kombination von REVLIMID und Elotuzumab und kann nur dann erfolgen, wenn nachweislich beide Medikamente eingesetzt wurden. Wird Elotuzumab abgesetzt, kann der Krankenversicherer für die darauffolgende Erhaltungstherapie mit REVLIMID keine Rückerstattung einfordern. Die Mehrwertsteuer kann nicht zusätzlich zu den Rückerstattungsbeträgen zurückgefordert werden. Die Aufforderung zur Rückerstattung soll ab dem Zeitpunkt der Verabreichung erfolgen.

Folgender Code ist an den Krankenversicherer zu übermitteln: 18541.08.

Neue Limitation befristet bis 30.06.2022

Kombination REVLIMID, Ixazomib und Dexamethason

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

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

Folgender Code ist an den Krankenversicherer zu übermitteln: 18541.09

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

Limitation alt:**Kombination REVLIMID, Ixazomib und Dexamethason**

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

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

Folgender Code ist an den Krankenversicherer zu übermitteln: 18541.09

Befristete Limitation bis 31.12.2023

Kombination REVLIMID, Daratumumab und Dexamethason

Nach Kostengutsprache durch den Krankenversicherer nach vorgängiger Konsultation des Vertrauensarztes.

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

Nur bis zur Progression der Krankheit.

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

Folgender Code ist an den Krankenversicherer zu übermitteln: 18541.10

STELARA	Janssen-Cilag AG	071500			
Inj Lös 45 mg/0.5 ml Fertigspr 0.5 ml			19301	3397.50	3074.64
Inf Konz 130 mg/26 ml Durchstf 1 Stk			20638	3397.50	3074.64
Inj Lös 45 mg/0.5 ml Durchstf 1 Stk			20717	3397.50	3074.64
Inj Lös 90 mg/ml Fertigspr 1 ml			19301	3397.50	3074.64

Limitation alt:**Colitis ulcerosa**

Behandlung erwachsener Patienten mit mittelschwerer bis schwerer aktiver Colitis ulcerosa, bei denen konventionelle Therapien oder die Behandlung mit einem Biologikum ungenügend angesprochen haben, nicht mehr ansprechen, kontraindiziert sind oder nicht vertragen wurden.

Eine Verkürzung des Dosierungsintervalls auf acht Wochen bei Patienten mit hoher mukosaler und systemischer Entzündungsaktivität sowie eine Weiterbehandlung mit STELARA von einem Jahr bedürfen der Kostengutsprache durch den Krankenversicherer nach vorgängiger Konsultation des Vertrauensarztes.

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

Limitation neu:**Colitis ulcerosa**

Behandlung erwachsener Patienten mit mittelschwerer bis schwerer aktiver Colitis ulcerosa, bei denen konventionelle Therapien oder die Behandlung mit einem Biologikum ungenügend angesprochen haben, nicht mehr ansprechen, kontraindiziert sind oder nicht vertragen wurden.

Falls nach 2 Gaben respektive 16 Wochen nach der ersten Gabe (Induktionstherapie) kein klinisches Ansprechen eingetreten ist, soll die Behandlung abgebrochen werden.

Eine Verkürzung des Dosierungsintervalls auf acht Wochen in der Erhaltungstherapie bei Patienten mit hoher mukosaler und systemischer Entzündungsaktivität sowie eine Weiterbehandlung mit STELARA nach einem Jahr bedürfen der Kostengutsprache durch den Krankenversicherer nach vorgängiger Konsultation des Vertrauensarztes.

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

PRÄPARATE / (Wirkstoffe) Packungen	Verantwortliche Firma	Therap. Gruppe	Dossier Nr.	Preis neu	Ex-Fact. neu
VI. Limitierung bei Neuaufnahme					
LENALIDOMID ACCORD	Accord Healthcare AG	071610			
Kaps 2.5 mg Blist 21 Stk			21398	1679.80	1475.55
Kaps 5 mg Blist 21 Stk			21398	1723.30	1515.21
Kaps 7.5 mg Blist 21 Stk			21398	1766.80	1554.88
Kaps 10 mg Blist 21 Stk			21398	1810.30	1594.54
Kaps 15 mg Blist 21 Stk			21398	1899.50	1675.86
Kaps 20 mg Blist 21 Stk			21398	1991.45	1759.72
Kaps 25 mg Blist 21 Stk			21398	2083.45	1843.58

Limitation neu:

Zur Behandlung von

- erwachsenen Patienten mit unbehandeltem multiplem Myelom, die nicht transplantierbar sind, in Kombination mit Dexamethason oder in Kombination mit Melphalan und Prednison, jeweils gefolgt von einer Lenalidomid Erhaltungstherapie bis zur Progression oder Unverträglichkeit (Indikationscode: 21398.01),
- Patienten mit multiplem Myelom, die wenigstens eine vorangegangene medikamentöse Therapie erhalten haben in Kombination mit Dexamethason (Indikationscode: 21398.02),
- Patienten mit transfusionsabhängiger Anämie infolge von myelodysplastischem Syndrom mit niedrigem oder intermediärem Risiko 1 in Verbindung mit einer zytogenetischen Deletion 5q-Anomalie mit oder ohne weitere zytogenetische Anomalien (Indikationscode: 21398.03).

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

Befristete Limitation bis 31.07.2022

Kombination LENALIDOMID ACCORD, Bortezomib und Dexamethason (Induktion vor Stammzelltransplantation)

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

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

Folgender Code ist an den Krankenversicherer zu übermitteln: 21398.05

Befristete Limitation bis 31.07.2022

Kombination LENALIDOMID ACCORD, Bortezomib und Dexamethason (ohne Stammzelltransplantation)

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

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

Folgender Code ist an den Krankenversicherer zu übermitteln: 21398.06

Befristete Limitation bis 31.07.2022

Erhaltungstherapie nach autologer Stammzelltransplantation

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

Folgender Code ist an den Krankenversicherer zu übermitteln: 21398.04

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

Befristete Limitation bis 31.05.2024

Kombination LENALIDOMID ACCORD, Carfilzomib und Dexamethason

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

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

Folgender Code ist an den Krankenversicherer zu übermitteln: 21398.07

Befristete Limitation bis 28.02.2025

Kombination LENALIDOMID ACCORD, Elotuzumab und Dexamethason

Nach Kostengutsprache durch den Krankenversicherer nach vorgängiger Konsultation des Vertrauensarztes.

LENALIDOMID ACCORD wird in Kombination mit Elotuzumab und Dexamethason zur Behandlung von erwachsenen Patienten mit rezidivierendem multiplem Myelom, die mindestens eine vorangegangene Therapie erhalten haben, vergütet.

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

Folgender Code ist an den Krankenversicherer zu übermitteln: 21398.08

Neue Limitation befristet bis 30.06.2022

Kombination LENALIDOMID ACCORD, Ixazomib und Dexamethason

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

Folgender Code ist an den Krankenversicherer zu übermitteln: 21398.09

Limitation alt:

Kombination LENALIDOMID ACCORD, Ixazomib und Dexamethason

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

Folgender Code ist an den Krankenversicherer zu übermitteln: 21398.09

Befristete Limitation bis 31.12.2023

Kombination LENALIDOMID ACCORD, Daratumumab und Dexamethason

Nach Kostengutsprache durch den Krankenversicherer nach vorgängiger Konsultation des Vertrauensarztes.

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

Nur bis zur Progression der Krankheit.

Folgender Code ist an den Krankenversicherer zu übermitteln: 21398.10

LENALIDOMID BMS	Bristol-Myers Squibb SA	071610			
Kaps 2.5 mg Blist 21 Stk			21377	1679.80	1475.55
Kaps 5 mg Blist 21 Stk			21377	1723.30	1515.21
Kaps 7.5 mg Blist 21 Stk			21377	1766.80	1554.88
Kaps 10 mg Blist 21 Stk			21377	1810.30	1594.54
Kaps 15 mg Blist 21 Stk			21377	1899.50	1675.86
Kaps 20 mg Blist 21 Stk			21377	1991.45	1759.72
Kaps 25 mg Blist 21 Stk			21377	2083.45	1843.58

Limitation neu:

Zur Behandlung von

- erwachsenen Patienten mit unbehandeltem multiplem Myelom, die nicht transplantierbar sind, in Kombination mit Dexamethason oder in Kombination mit Melphalan und Prednison, jeweils gefolgt von einer Lenalidomid Erhaltungstherapie bis zur Progression oder Unverträglichkeit (Indikationscode: 21377.01),
- Patienten mit multiplem Myelom, die wenigstens eine vorangegangene medikamentöse Therapie erhalten haben in Kombination mit Dexamethason (Indikationscode: 21377.02),
- Patienten mit transfusionsabhängiger Anämie infolge von myelodysplastischem Syndrom mit niedrigem oder intermediärem Risiko 1 in Verbindung mit einer zytogenetischen Deletion 5q-Anomalie mit oder ohne weitere zytogenetische Anomalien (Indikationscode: 21377.03).

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

PRÄPARATE / (Wirkstoffe) Packungen	Verantwortliche Firma	Therap. Gruppe	Dossier Nr.	Preis neu	Ex-Fact. neu
Befristete Limitation bis 31.07.2022					
Kombination LENALIDOMID BMS, Bortezomib und Dexamethason (Induktion vor Stammzelltransplantation)					
Nach Kostengutsprache durch den Krankenversicherer nach vorgängiger Konsultation des Vertrauensarztes zur Induktionsbehandlung von erwachsenen Patienten mit unbehandeltem multiplem Myelom in Kombination mit Bortezomib und Dexamethason vor Stammzelltransplantation.					
Sobald Generika mit dem Wirkstoff Bortezomib in die Spezialitätenliste aufgenommen werden, ist für die Kombination höchstens das Preisniveau von LENALIDOMID BMS und einem Bortezomib-Generikum und Dexamethason wirtschaftlich, sofern der Arzt nicht aus medizinischen Gründen ausdrücklich das Originalpräparat verschreibt oder der Apotheker oder die Apothekerin aus medizinischen Gründen eine Substitution ablehnt.					
Folgender Code ist an den Krankenversicherer zu übermitteln: 21377.05					
Befristete Limitation bis 31.07.2022					
Kombination LENALIDOMID BMS, Bortezomib und Dexamethason (ohne Stammzelltransplantation)					
Nach Kostengutsprache durch den Krankenversicherer nach vorgängiger Konsultation des Vertrauensarztes zur Behandlung von erwachsenen Patienten mit unbehandeltem Myelom, die nicht transplantierbar sind, in Kombination mit Bortezomib und Dexamethason.					
Sobald Generika mit dem Wirkstoff Bortezomib in die Spezialitätenliste aufgenommen werden, ist für die Kombination höchstens das Preisniveau von LENALIDOMID BMS und einem Bortezomib-Generikum und Dexamethason wirtschaftlich, sofern der Arzt nicht aus medizinischen Gründen ausdrücklich das Originalpräparat verschreibt oder der Apotheker oder die Apothekerin aus medizinischen Gründen eine Substitution ablehnt.					
Folgender Code ist an den Krankenversicherer zu übermitteln: 21377.06					
Befristete Limitation bis 31.07.2022					
Erhaltungstherapie nach autologer Stammzelltransplantation					
Nach Kostengutsprache durch den Krankenversicherer nach vorgängiger Konsultation des Vertrauensarztes zur Behandlung von erwachsenen Patienten mit multiplem Myelom als Erhaltungstherapie nach autologer Stammzelltransplantation.					
Folgender Code ist an den Krankenversicherer zu übermitteln: 21377.04					
Befristete Limitation bis 31.05.2024					
Kombination LENALIDOMID BMS, Carfilzomib und Dexamethason					
LENALIDOMID BMS wird nach Kostengutsprache durch den Krankenversicherer nach vorgängiger Konsultation des Vertrauensarztes in Kombination mit Carfilzomib und Dexamethason zur Behandlung von erwachsenen Patienten mit rezidivierendem multiplem Myelom, die mindestens eine vorangegangene Therapie erhalten haben, vergütet.					
Die Behandlung mit LENALIDOMID BMS kann bis zur Progression der Krankheit vergütet werden.					
Folgender Code ist an den Krankenversicherer zu übermitteln: 21377.07					
Befristete Limitation bis 28.02.2025					
Kombination LENALIDOMID BMS, Elotuzumab und Dexamethason					
Nach Kostengutsprache durch den Krankenversicherer nach vorgängiger Konsultation des Vertrauensarztes.					
LENALIDOMID BMS wird in Kombination mit Elotuzumab und Dexamethason zur Behandlung von erwachsenen Patienten mit rezidivierendem multiplem Myelom, die mindestens eine vorangegangene Therapie erhalten haben, vergütet.					
Die Behandlung mit LENALIDOMID BMS darf maximal bis zur Progression der Krankheit vergütet werden.					
Folgender Code ist an den Krankenversicherer zu übermitteln: 21377.08					
Neue Limitation befristet bis 30.06.2022					
Kombination LENALIDOMID BMS, Ixazomib und Dexamethason					
LENALIDOMID BMS wird nach Kostengutsprache durch den Krankenversicherer nach vorgängiger Konsultation des Vertrauensarztes in Kombination mit Ixazomib und Dexamethason zur Behandlung von erwachsenen Patienten mit multiplem Myelom vergütet, die mindestens eine vorangegangene Therapie erhalten haben und Hochrisikomerkmale (definiert als erhöhtes zytogenetisches Risiko [hohes Risiko für (del[17], t[4;14], t[14;16]) oder 1q21] oder ISS-Stadium III) aufweisen, oder die mindestens zwei vorangegangene Therapien erhalten haben.					
Folgender Code ist an den Krankenversicherer zu übermitteln: 21377.09					
Limitation alt:					
Kombination LENALIDOMID BMS, Ixazomib und Dexamethason					
LENALIDOMID BMS wird nach Kostengutsprache durch den Krankenversicherer nach vorgängiger Konsultation des Vertrauensarztes in Kombination mit Ixazomib und Dexamethason zur Behandlung von erwachsenen Patienten mit multiplem Myelom vergütet, die mindestens eine vorangegangene Therapie erhalten haben und Hochrisikomerkmale (definiert als erhöhtes zytogenetisches Risiko [hohes Risiko für (del[17], t[4;14], t[14;16]) oder 1q21] oder ISS-Stadium III) aufweisen, oder die mindestens zwei vorangegangene Therapien erhalten haben.					
Folgender Code ist an den Krankenversicherer zu übermitteln: 21377.09					
Befristete Limitation bis 31.12.2023					
Kombination LENALIDOMID BMS, Daratumumab und Dexamethason					
Nach Kostengutsprache durch den Krankenversicherer nach vorgängiger Konsultation des Vertrauensarztes.					
LENALIDOMID BMS wird vergütet in Kombination mit Daratumumab und Dexamethason für die Behandlung von Patienten mit multiplem Myelom, die mindestens eine frühere Therapielinie erhalten haben.					
Nur bis zur Progression der Krankheit.					
Folgender Code ist an den Krankenversicherer zu übermitteln: 21377.10					

PRÄPARATE / (Wirkstoffe) Packungen	Verantwortliche Firma	Therap. Gruppe	Dossier Nr.	Preis neu	Ex-Fact. neu
LENALIDOMID DEVATIS	Devatis AG	071610			
Kaps 2.5 mg Blist 21 Stk			21420	1679.80	1475.55
Kaps 5 mg Blist 21 Stk			21420	1723.30	1515.21
Kaps 7.5 mg Blist 21 Stk			21420	1766.80	1554.88
Kaps 10 mg Blist 21 Stk			21420	1810.30	1594.54
Kaps 15 mg Blist 21 Stk			21420	1899.50	1675.86
Kaps 20 mg Blist 21 Stk			21420	1991.45	1759.72
Kaps 25 mg Blist 21 Stk			21420	2083.45	1843.58

Limitation neu:

Zur Behandlung von

- erwachsenen Patienten mit unbehandeltem multiplem Myelom, die nicht transplantierbar sind, in Kombination mit Dexamethason oder in Kombination mit Melphalan und Prednison, jeweils gefolgt von einer Lenalidomid Erhaltungstherapie bis zur Progression oder Unverträglichkeit (Indikationscode: 21420.01),
- Patienten mit multiplem Myelom, die wenigstens eine vorangegangene medikamentöse Therapie erhalten haben in Kombination mit Dexamethason (Indikationscode: 21420.02),
- Patienten mit transfusionsabhängiger Anämie infolge von myelodysplastischem Syndrom mit niedrigem oder intermediärem Risiko 1 in Verbindung mit einer zytogenetischen Deletion 5q-Anomalie mit oder ohne weitere zytogenetische Anomalien (Indikationscode: 21420.03).

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

Befristete Limitation bis 31.07.2022

Kombination LENALIDOMID DEVATIS, Bortezomib und Dexamethason (Induktion vor Stammzelltransplantation)

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

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

Folgender Code ist an den Krankenversicherer zu übermitteln: 21420.05

Befristete Limitation bis 31.07.2022

Kombination LENALIDOMID DEVATIS, Bortezomib und Dexamethason (ohne Stammzelltransplantation)

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

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

Folgender Code ist an den Krankenversicherer zu übermitteln: 21420.06

Befristete Limitation bis 31.07.2022

Erhaltungstherapie nach autologer Stammzelltransplantation

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

Folgender Code ist an den Krankenversicherer zu übermitteln: 21420.04

Befristete Limitation bis 31.05.2024

Kombination LENALIDOMID DEVATIS, Carfilzomib und Dexamethason

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

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

Folgender Code ist an den Krankenversicherer zu übermitteln: 21420.07

Befristete Limitation bis 28.02.2025

Kombination LENALIDOMID DEVATIS, Elotuzumab und Dexamethason

Nach Kostengutsprache durch den Krankenversicherer nach vorgängiger Konsultation des Vertrauensarztes.

LENALIDOMID DEVATIS wird in Kombination mit Elotuzumab und Dexamethason zur Behandlung von erwachsenen Patienten mit rezidivierendem multiplem Myelom, die mindestens eine vorangegangene Therapie erhalten haben, vergütet.

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

Folgender Code ist an den Krankenversicherer zu übermitteln: 21420.08

Neue Limitation befristet bis 30.06.2022

Kombination LENALIDOMID DEVATIS, Ixazomib und Dexamethason

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

Folgender Code ist an den Krankenversicherer zu übermitteln: 21420.09

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

Limitation alt:**Kombination LENALIDOMID DEVATIS, Ixazomib und Dexamethason**

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

Folgender Code ist an den Krankenversicherer zu übermitteln: 21420.09

Befristete Limitation bis 31.12.2023

Kombination LENALIDOMID DEVATIS, Daratumumab und Dexamethason

Nach Kostengutsprache durch den Krankenversicherer nach vorgängiger Konsultation des Vertrauensarztes.

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

Nur bis zur Progression der Krankheit.

Folgender Code ist an den Krankenversicherer zu übermitteln: 21420.10

LENALIDOMID SANDOZ	Sandoz Pharmaceuticals AG	071610			
Kaps 2.5 mg Blist 21 Stk			21312	1679.80	1475.55
Kaps 5 mg Blist 21 Stk			21312	1723.30	1515.21
Kaps 7.5 mg Blist 21 Stk			21312	1766.80	1554.88
Kaps 10 mg Blist 21 Stk			21312	1810.30	1594.54
Kaps 15 mg Blist 21 Stk			21312	1899.50	1675.86
Kaps 20 mg Blist 21 Stk			21312	1991.45	1759.72
Kaps 25 mg Blist 21 Stk			21312	2083.45	1843.58

Limitation neu:

Zur Behandlung von

- erwachsenen Patienten mit unbehandeltem multiplem Myelom, die nicht transplantierbar sind, in Kombination mit Dexamethason oder in Kombination mit Melphalan und Prednison, jeweils gefolgt von einer Lenalidomid Erhaltungstherapie bis zur Progression oder Unverträglichkeit (Indikationscode: 21312.01),
- Patienten mit multiplem Myelom, die wenigstens eine vorangegangene medikamentöse Therapie erhalten haben in Kombination mit Dexamethason (Indikationscode: 21312.02),
- Patienten mit transfusionsabhängiger Anämie infolge von myelodysplastischem Syndrom mit niedrigem oder intermediärem Risiko 1 in Verbindung mit einer zytogenetischen Deletion 5q-Anomalie mit oder ohne weitere zytogenetische Anomalien (Indikationscode: 21312.03).

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

Befristete Limitation bis 31.07.2022

Kombination LENALIDOMID SANDOZ, Bortezomib und Dexamethason (Induktion vor Stammzelltransplantation)

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

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

Folgender Code ist an den Krankenversicherer zu übermitteln: 21312.05

Befristete Limitation bis 31.07.2022

Kombination LENALIDOMID SANDOZ, Bortezomib und Dexamethason (ohne Stammzelltransplantation)

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

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

Folgender Code ist an den Krankenversicherer zu übermitteln: 21312.06

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

Befristete Limitation bis 31.07.2022

Erhaltungstherapie nach autologer Stammzelltransplantation

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

Folgender Code ist an den Krankenversicherer zu übermitteln: 21312.04

Befristete Limitation bis 31.05.2024

Kombination LENALIDOMID SANDOZ, Carfilzomib und Dexamethason

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

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

Folgender Code ist an den Krankenversicherer zu übermitteln: 21312.07

Befristete Limitation bis 28.02.2025

Kombination LENALIDOMID SANDOZ, Elotuzumab und Dexamethason

Nach Kostengutsprache durch den Krankenversicherer nach vorgängiger Konsultation des Vertrauensarztes.

LENALIDOMID SANDOZ wird in Kombination mit Elotuzumab und Dexamethason zur Behandlung von erwachsenen Patienten mit rezidivierendem multiplem Myelom, die mindestens eine vorangegangene Therapie erhalten haben, vergütet.

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

Folgender Code ist an den Krankenversicherer zu übermitteln: 21312.08

Neue Limitation befristet bis 30.06.2022

Kombination LENALIDOMID SANDOZ, Ixazomib und Dexamethason

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

Folgender Code ist an den Krankenversicherer zu übermitteln: 21312.09

Limitation alt:

Kombination LENALIDOMID SANDOZ, Ixazomib und Dexamethason

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

Folgender Code ist an den Krankenversicherer zu übermitteln: 21312.09

Befristete Limitation bis 31.12.2023

Kombination LENALIDOMID SANDOZ, Daratumumab und Dexamethason

Nach Kostengutsprache durch den Krankenversicherer nach vorgängiger Konsultation des Vertrauensarztes.

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

Nur bis zur Progression der Krankheit.

Folgender Code ist an den Krankenversicherer zu übermitteln: 21312.10

LENALIDOMID SPIRIG HC	Spirig HealthCare AG	071610			
Kaps 2.5 mg Blist 21 Stk			21384	1679.80	1475.55
Kaps 5 mg Blist 21 Stk			21384	1723.30	1515.21
Kaps 7.5 mg Blist 21 Stk			21384	1766.80	1554.87
Kaps 10 mg Blist 21 Stk			21384	1810.30	1594.53
Kaps 15 mg Blist 21 Stk			21384	1899.50	1675.86
Kaps 20 mg Blist 21 Stk			21384	1991.45	1759.71
Kaps 25 mg Blist 21 Stk			21384	2083.45	1843.57

Limitation neu:

Zur Behandlung von

- erwachsenen Patienten mit unbehandeltem multiplem Myelom, die nicht transplantierbar sind, in Kombination mit Dexamethason oder in Kombination mit Melphalan und Prednison, jeweils gefolgt von einer Lenalidomid Erhaltungstherapie bis zur Progression oder Unverträglichkeit (Indikationscode: 21384.01),
- Patienten mit multiplem Myelom, die wenigstens eine vorangegangene medikamentöse Therapie erhalten haben in Kombination mit Dexamethason (Indikationscode: 21384.02),
- Patienten mit transfusionsabhängiger Anämie infolge von myelodysplastischem Syndrom mit niedrigem oder intermediärem Risiko 1 in Verbindung mit einer zytogenetischen Deletion 5q-Anomalie mit oder ohne weitere zytogenetische Anomalien (Indikationscode: 21384.03).

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

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

Befristete Limitation bis 31.07.2022

Erhaltungstherapie nach autologer Stammzelltransplantation

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

Folgender Code ist an den Krankenversicherer zu übermitteln: 21384.04

Befristete Limitation bis 31.05.2024

Kombination LENALIDOMID Spirig, Carfilzomib und Dexamethason

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

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

Folgender Code ist an den Krankenversicherer zu übermitteln: 21384.07

Befristete Limitation bis 28.02.2025

Kombination LENALIDOMID Spirig, Elotuzumab und Dexamethason

Nach Kostengutsprache durch den Krankenversicherer nach vorgängiger Konsultation des Vertrauensarztes.

LENALIDOMID Spirig wird in Kombination mit Elotuzumab und Dexamethason zur Behandlung von erwachsenen Patienten mit rezidivierendem multiplem Myelom, die mindestens eine vorangegangene Therapie erhalten haben, vergütet.

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

Folgender Code ist an den Krankenversicherer zu übermitteln: 21384.08

Neue Limitation befristet bis 30.06.2022

Kombination LENALIDOMID Spirig, Ixazomib und Dexamethason

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

Folgender Code ist an den Krankenversicherer zu übermitteln: 21384.09

Limitation alt:

Kombination LENALIDOMID Spirig, Ixazomib und Dexamethason

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

Folgender Code ist an den Krankenversicherer zu übermitteln: 21384.09

Befristete Limitation bis 31.12.2023

Kombination LENALIDOMID Spirig, Daratumumab und Dexamethason

Nach Kostengutsprache durch den Krankenversicherer nach vorgängiger Konsultation des Vertrauensarztes.

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

Nur bis zur Progression der Krankheit.

Folgender Code ist an den Krankenversicherer zu übermitteln: 21384.10

LENALIDOMID ZENTIVA	Helvepharm AG	071610			
Kaps 2.5 mg Blist 21 Stk			21381	1679.80	1475.55
Kaps 5 mg Blist 21 Stk			21381	1723.30	1515.21
Kaps 7.5 mg Blist 21 Stk			21381	1766.80	1554.88
Kaps 10 mg Blist 21 Stk			21381	1810.30	1594.54
Kaps 15 mg Blist 21 Stk			21381	1899.50	1675.86
Kaps 20 mg Blist 21 Stk			21381	1991.45	1759.72
Kaps 25 mg Blist 21 Stk			21381	2083.45	1843.58

Limitation neu:

Zur Behandlung von

- erwachsenen Patienten mit unbehandeltem multiplem Myelom, die nicht transplantierbar sind, in Kombination mit Dexamethason oder in Kombination mit Melphalan und Prednison, jeweils gefolgt von einer Lenalidomid Erhaltungstherapie bis zur Progression oder Unverträglichkeit (Indikationscode: 21381.01),
- Patienten mit multiplem Myelom, die wenigstens eine vorangegangene medikamentöse Therapie erhalten haben in Kombination mit Dexamethason (Indikationscode: 21381.02),
- Patienten mit transfusionsabhängiger Anämie infolge von myelodysplastischem Syndrom mit niedrigem oder intermediärem Risiko 1 in Verbindung mit einer zytogenetischen Deletion 5q-Anomalie mit oder ohne weitere zytogenetische Anomalien (Indikationscode: 21381.03).

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

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

Befristete Limitation bis 31.05.2024

Kombination LENALIDOMID ZENTIVA, Carfilzomib und Dexamethason

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

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

Folgender Code ist an den Krankenversicherer zu übermitteln: 21381.07

Befristete Limitation bis 28.02.2025

Kombination LENALIDOMID ZENTIVA, Elotuzumab und Dexamethason

Nach Kostengutsprache durch den Krankenversicherer nach vorgängiger Konsultation des Vertrauensarztes.

LENALIDOMID ZENTIVA wird in Kombination mit Elotuzumab und Dexamethason zur Behandlung von erwachsenen Patienten mit rezidivierendem multiplem Myelom, die mindestens eine vorangegangene Therapie erhalten haben, vergütet.

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

Folgender Code ist an den Krankenversicherer zu übermitteln: 21381.08

Neue Limitation befristet bis 30.06.2022

Kombination LENALIDOMID ZENTIVA, Ixazomib und Dexamethason

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

Folgender Code ist an den Krankenversicherer zu übermitteln: 21381.09

Limitation alt:

Kombination LENALIDOMID ZENTIVA, Ixazomib und Dexamethason

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

Folgender Code ist an den Krankenversicherer zu übermitteln: 21381.09

Befristete Limitation bis 31.12.2023

Kombination LENALIDOMID ZENTIVA, Daratumumab und Dexamethason

Nach Kostengutsprache durch den Krankenversicherer nach vorgängiger Konsultation des Vertrauensarztes.

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

Nur bis zur Progression der Krankheit.

Folgender Code ist an den Krankenversicherer zu übermitteln: 21381.10

LENALIDOMID-TEVA	Teva Pharma AG	071610			
Kaps 2.5 mg Blist 21 Stk			21379	1679.80	1475.55
Kaps 5 mg Blist 21 Stk			21379	1723.30	1515.21
Kaps 7.5 mg Blist 21 Stk			21379	1766.80	1554.88
Kaps 10 mg Blist 21 Stk			21379	1810.30	1594.54
Kaps 15 mg Blist 21 Stk			21379	1899.50	1675.86
Kaps 20 mg Blist 21 Stk			21379	1991.45	1759.72
Kaps 25 mg Blist 21 Stk			21379	2083.45	1843.58

Limitation neu:

Zur Behandlung von

- erwachsenen Patienten mit unbehandeltem multiplem Myelom, die nicht transplantierbar sind, in Kombination mit Dexamethason oder in Kombination mit Melphalan und Prednison, jeweils gefolgt von einer Lenalidomid Erhaltungstherapie bis zur Progression oder Unverträglichkeit (Indikationscode: 21379.01),
- Patienten mit multiplem Myelom, die wenigstens eine vorangegangene medikamentöse Therapie erhalten haben in Kombination mit Dexamethason (Indikationscode: 21379.02),
- Patienten mit transfusionsabhängiger Anämie infolge von myelodysplastischem Syndrom mit niedrigem oder intermediärem Risiko 1 in Verbindung mit einer zytogenetischen Deletion 5q-Anomalie mit oder ohne weitere zytogenetische Anomalien (Indikationscode: 21379.03).

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

Befristete Limitation bis 31.07.2022

Kombination LENALIDOMID-TEVA, Bortezomib und Dexamethason (Induktion vor Stammzelltransplantation)

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

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

Folgender Code ist an den Krankenversicherer zu übermitteln: 21379.05

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

Befristete Limitation bis 31.07.2022

Kombination LENALIDOMID-TEVA, Bortezomib und Dexamethason (ohne Stammzelltransplantation)

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

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

Folgender Code ist an den Krankenversicherer zu übermitteln: 21379.06

Befristete Limitation bis 31.07.2022

Erhaltungstherapie nach autologer Stammzelltransplantation

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

Folgender Code ist an den Krankenversicherer zu übermitteln: 21379.04

Befristete Limitation bis 31.05.2024

Kombination LENALIDOMID-TEVA, Carfilzomib und Dexamethason

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

Die Behandlung mit LENALIDOMID-TEVA kann bis zur Progression der Krankheit vergütet werden.

Folgender Code ist an den Krankenversicherer zu übermitteln: 21379.07

Befristete Limitation bis 28.02.2025:

Kombination LENALIDOMID-TEVA, Elotuzumab und Dexamethason

Nach Kostengutsprache durch den Krankenversicherer nach vorgängiger Konsultation des Vertrauensarztes.

LENALIDOMID-TEVA wird in Kombination mit Elotuzumab und Dexamethason zur Behandlung von erwachsenen Patienten mit rezidivierendem multiplem Myelom, die mindestens eine vorangegangene Therapie erhalten haben, vergütet.

Die Behandlung mit LENALIDOMID-TEVA darf maximal bis zur Progression der Krankheit vergütet werden.

Folgender Code ist an den Krankenversicherer zu übermitteln: 21379.08

Neue Limitation befristet bis 30.06.2022

Kombination LENALIDOMID-TEVA, Ixazomib und Dexamethason

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

Folgender Code ist an den Krankenversicherer zu übermitteln: 21379.09

Limitation alt:

Kombination LENALIDOMID-TEVA, Ixazomib und Dexamethason

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

Folgender Code ist an den Krankenversicherer zu übermitteln: 21379.09

Befristete Limitation bis 31.12.2023

Kombination LENALIDOMID-TEVA, Daratumumab und Dexamethason

Nach Kostengutsprache durch den Krankenversicherer nach vorgängiger Konsultation des Vertrauensarztes.

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

Nur bis zur Progression der Krankheit.

Folgender Code ist an den Krankenversicherer zu übermitteln: 21379.10

MAVENCLAD	Merck (Schweiz) AG	019900			
Tabl 10 mg Blist 1 Stk			20873	3151.45	2834.60
Tabl 10 mg Blist 4 Stk			20873	11867.85	11338.40
Tabl 10 mg Blist 6 Stk			20873	17678.80	17007.60

Neue Limitation befristet bis 31.07.2022

Als krankheitsmodifizierende Monotherapie von hochaktiver, schubförmig remittierend verlaufender Multipler Sklerose (MS) bei folgenden Patientengruppen:

– Patienten mit hoher Krankheitsaktivität trotz Behandlung mit einer krankheitsmodifizierenden Therapie (in der Regel während mindestens 6 Monaten), oder

– Patienten mit rasch fortschreitender schubförmig remittierend verlaufender Multipler Sklerose, definiert durch 2 oder mehr Schübe mit Behinderungscharakter in einem Jahr, und mit 1 oder mehr Gadolinium anreichernden Läsionen im MRI des Gehirns oder mit einer signifikanten Erhöhung der T2-Läsionen im Vergleich zu einem kürzlich durchgeführten MRI.

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

Behandlung durch einen Facharzt der Neurologie FMH mit zeitlichem Zugang zu MRI.

«Antibiotika richtig einsetzen – für Mensch, Tier und Umwelt wichtig.»



Rezeptsperrung

Swissmedic, Abteilung Betäubungsmittel

Rezeptsperrung

Folgende Rezepte sind gesperrt

Kanton	Block-Nr.	Rezept-Nr.
Basel-Stadt		9814551-9814625
Bern		9895196

BAG-Bulletin
BBL, Vertrieb Publikationen
CH-3003 Bern

P.P.

CH-3003 Bern
Post CH AG

BAG-Bulletin

Woche
25/2022