



Schweizerische Eidgenossenschaft
Confédération suisse
Confederazione Svizzera
Confederaziun svizra

Eidgenössisches Departement des Innern EDI
Bundesamt für Gesundheit BAG

Ausgabe vom 19. Juni 2023

BAG-Bulletin ^{Woche} 25/2023

Informationsmagazin für medizinische Fachpersonen und Medienschaffende

Spezialitätenliste, S. 8

Der Ergebnisbericht 2022 zum Strahlenschutz liegt vor, S. 29

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

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

ABONNEMENTE, ADRESSÄNDERUNGEN

BBL, Vertrieb Bundespublikationen
CH-3003 Bern
Telefon 058 465 50 00
Fax 058 465 50 58
verkauf.abo@bbl.admin.ch

ISSN 1420-4266

DISCLAIMER

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

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

Inhalt

Meldungen Infektionskrankheiten	4
Sentinella-Statistik	7
Spezialitätenliste	8
Der Ergebnisbericht 2022 zum Strahlenschutz liegt vor	29
Rezeptsperrung	31

Meldungen Infektionskrankheiten

Stand am Ende der 23. Woche (12.06.2023)^a

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

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

^c Ausgeschlossen sind materno-fötale Röteln.

^d Bei schwangeren Frauen und Neugeborenen

^e Primäre, sekundäre bzw. frühläutende Syphilis.

^f Eingeschlossen sind Fälle von Haut- und Rachendiphtherie.

Infektionskrankheiten

Stand am Ende der 23. Woche (12.06.2023)^a

	Woche 23			letzte 4 Wochen			letzte 52 Wochen			seit Jahresbeginn		
	2023	2022	2021	2023	2022	2021	2023	2022	2021	2023	2022	2021
Respiratorische Übertragung												
Haemophilus influenzae: invasive Erkrankung		1 0.6		11 1.6	9 1.3	7 1	137 1.6	108 1.2	60 0.7	60 1.6	55 1.4	28 0.7
Influenzavirus- Infektion, saisonale Typen und Subtypen^b	21 12.4	23 13.6	1 0.6	61 9	97 14.4	1 0.2	24374 277.7	11746 133.8	47 0.5	12489 321.7	11307 291.2	28 0.7
Legionellose	10 5.9	15 8.9	4 2.4	38 5.6	55 8.2	31 4.6	657 7.5	711 8.1	497 5.7	182 4.7	193 5	159 4.1
Masern	2 1.2			13 1.9			25 0.3			24 0.6		
Meningokokken: invasive Erkrankung			1 0.6	1 0.2		2 0.3	28 0.3	10 0.1	10 0.1	16 0.4	5 0.1	3 0.08
Pneumokokken: invasive Erkrankung	10 5.9	22 13	4 2.4	44 6.5	63 9.3	55 8.2	949 10.8	638 7.3	384 4.4	526 13.6	339 8.7	200 5.2
Röteln^c												
Röteln, materno-foetal^d												
Tuberkulose	5 3	6 3.6	6 3.6	26 3.8	34 5	39 5.8	354 4	339 3.9	351 4	158 4.1	158 4.1	169 4.4
Faeco-orale Übertragung												
Campylobacteriose	142 84.1	198 117.3	114 67.5	422 62.5	510 75.5	497 73.6	7203 82.1	7276 82.9	6330 72.1	2177 56.1	2617 67.4	2080 53.6
Enterohämorrhagische E. coli-Infektion	19 11.3	21 12.4	12 7.1	76 11.3	82 12.1	55 8.2	1228 14	1054 12	738 8.4	387 10	356 9.2	248 6.4
Hepatitis A	3 1.8	2 1.2	1 0.6	10 1.5	3 0.4	2 0.3	56 0.6	48 0.6	50 0.6	33 0.8	24 0.6	25 0.6
Hepatitis E	3 1.8	2 1.2		8 1.2	9 1.3	9 1.3	76 0.9	80 0.9	155 1.8	37 1	36 0.9	124 3.2
Listeriose	2 1.2	1 0.6	1 0.6	6 0.9	2 0.3	2 0.3	87 1	46 0.5	35 0.4	33 0.8	24 0.6	11 0.3
Salmonellose, S. typhi/paratyphi	2 1.2			3 0.4	1 0.2		17 0.2	6 0.07	1 0.01	10 0.3	4 0.1	
Salmonellose, übrige	35 20.7	32 19	18 10.7	109 16.1	120 17.8	93 13.8	1880 21.4	1583 18	1299 14.8	537 13.8	489 12.6	399 10.3
Shigellose		3 1.8		10 1.5	12 1.8	6 0.9	199 2.3	144 1.6	33 0.4	69 1.8	62 1.6	16 0.4

	Woche 23			letzte 4 Wochen			letzte 52 Wochen			seit Jahresbeginn		
	2023	2022	2021	2023	2022	2021	2023	2022	2021	2023	2022	2021
Durch Blut oder sexuell übertragen												
Aids			1 0.6	3 0.4	3 0.4	37 0.4	44 0.5	45 0.5	11 0.3	16 0.4	21 0.5	
Chlamydiose	343 203.2	308 182.5	188 111.4	1076 159.4	971 143.8	856 126.8	13033 148.5	12309 140.2	11654 132.8	5680 146.3	5471 140.9	5343 137.6
Gonorrhoe	147 87.1	166 98.3	66 39.1	477 70.6	418 61.9	275 40.7	5247 59.8	4816 54.9	3562 40.6	2383 61.4	2267 58.4	1538 39.6
Hepatitis B, akut				1 0.2	1 0.2	11 0.1	17 0.2	17 0.2	5 0.1	7 0.2	6 0.2	
Hepatitis B, total Meldungen	34	33	17	93	96	79	1145	1095	965	548	543	476
Hepatitis C, akut							5 0.06	10 0.1	17 0.2	1 0.03	4 0.1	7 0.2
Hepatitis C, total Meldungen	25	27	17	69	85	75	1093	971	976	469	450	439
HIV-Infektion	11 6.5	6 3.6	7 4.2	23 3.4	25 3.7	23 3.4	326 3.7	337 3.8	303 3.4	128 3.3	153 3.9	144 3.7
Syphilis, Frühstadien*	7 4.2	19 11.3	16 9.5	35 5.2	51 7.6	61 9	748 8.5	734 8.4	612 7	289 7.4	340 8.8	307 7.9
Syphilis, total	9 5.3	26 15.4	18 10.7	40 5.9	82 12.1	73 10.8	978 11.1	1000 11.4	830 9.5	392 10.1	469 12.1	411 10.6
Zoonosen und andere durch Vektoren übertragbare Krankheiten												
Brucellose	1 0.6			1 0.2			9 0.1	5 0.06	3 0.03	3 0.08		1 0.03
Chikungunya-Fieber					1 0.2	1 0.2	11 0.1	5 0.06	2 0.02	7 0.2	1 0.03	2 0.05
Dengue-Fieber	1 0.6	2 1.2	1 0.6	10 1.5	9 1.3	2 0.3	150 1.7	44 0.5	14 0.2	69 1.8	26 0.7	8 0.2
Gelbfieber												
Hantavirus-Infektion								6 0.07				
Malaria	3 1.8	9 5.3	9 5.3	34 5	32 4.7	23 3.4	319 3.6	305 3.5	137 1.6	144 3.7	140 3.6	87 2.2
Q-Fieber	1 0.6		6 3.6	5 0.7	3 0.4	8 1.2	116 1.3	90 1	71 0.8	53 1.4	28 0.7	46 1.2
Trichinellose				1 0.2	1 0.2		2 0.02	3 0.03	2 0.02	1 0.03	3 0.08	1 0.03
Tularämie	1 0.6	5 3	1 0.6	4 0.6	15 2.2	13 1.9	109 1.2	193 2.2	163 1.9	20 0.5	33 0.8	80 2.1
West-Nil-Fieber									1 0.01			
Zeckenzephalitis	13 7.7	27 16	7 4.2	38 5.6	50 7.4	33 4.9	384 4.4	299 3.4	392 4.5	69 1.8	73 1.9	59 1.5
Zika-Virus-Infektion							1 0.01			1 0.03		
Andere Meldungen												
Affenpocken		17 10.1			29 4.3		525 6	29 0.3		3 0.08	29 0.8	
Botulismus							2 0.02	1 0.01	1 0.01	2 0.05	1 0.03	1 0.03
Creutzfeldt-Jakob-Krankheit			1 0.6	4 0.6	1 0.2	1 0.2	26 0.3	33 0.4	21 0.2	16 0.4	13 0.3	8 0.2
Diphtherie ^f		1 0.6		1 0.2	1 0.2	1 0.2	100 1.1	5 0.06	2 0.02	8 0.2	2 0.05	1 0.03
Tetanus												


Regeln statt aufschieben: die Organspende.

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

leben-ist-
teilen.ch

Machs
dir zuliebe.



 Schweizerische Eidgenossenschaft
Confédération suisse
Confederazione Svizzera
Confederaziun svizra

Eidgenössisches Departement des Innern EDI
Bundesamt für Gesundheit BAG

 swiss
transplant

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



ORGANSPENDE

ENTSCHEIDEN. MITTEILEN. FESTHALTEN.

Sentinella-Statistik

Provisorische Daten

Sentinella:

Anzahl Meldungen (N) der letzten 4 Wochen bis am 9.6.2023 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	1	0.1	0	0	0	0	0	0	0.3	0
Pertussis	1	0.1	1	0.1	2	0.2	0	0	1	0.1
Zeckenstiche	6	0.7	10	0.9	18	1.8	11	1.1	11.3	1.1
Lyme Borreliose	4	0.5	6	0.6	9	0.9	8	0.8	6.8	0.7
Herpes Zoster	9	1	5	0.5	6	0.6	14	1.4	8.5	0.9
Post-Zoster-Neuralgie	0	0	1	0.1	0	0	1	0.1	0.5	0.1
Meldende Ärzte	150		142		152		141		146.3	

Spezialitätenliste:

Die Spezialitätenliste ist im Internet zu finden

unter: www.spezialitätenliste.ch

[] Der dem verfügbaren Publikumspreis zugrunde liegende Fabrikabgabepreis

Gültig ab 1. Juni 2023

Therap. Gruppe	Dossier Nr.	PRÄPARATE/ (Wirkstoffe) Packungen	Verantwortliche Firma	SHI-Nr.	Aufnahmejahr
I. Neuzugang Präparate					
02.04.40 G		NICORANDIL RIVOPHARM (Nicorandilum)	Rivopharm SA		
	21599	Tabl 10mg Blist 30 Stk Fr. 8.60 (3.94)		60431005	01.06.2023, B
	21599	Tabl 10mg Blist 60 Stk Fr. 16.20 (6.98)		60431006	01.06.2023, B
	21599	Tabl 20mg Blist 30 Stk Fr. 15.65 (6.47)		60431007	01.06.2023, B
	21599	Tabl 20mg Blist 60 Stk Fr. 25.40 (11.42)		60431008	01.06.2023, B
05.01		KERENDIA (Finerenonum)	Bayer (Schweiz) AG		
	21337	Filmtabl 10mg Blist 28 Stk Fr. 64.30 (41.72)		68130001	01.06.2023, B
	21337	Filmtabl 10mg Blist 98 Stk Fr. 184.05 (146.02)		68130002	01.06.2023, B
	21337	Filmtabl 20mg Blist 28 Stk Fr. 64.30 (41.72)		68130004	01.06.2023, B
	21337	Filmtabl 20mg Blist 98 Stk Fr. 184.05 (146.02)		68130005	01.06.2023, B
KERENDIA wird vergütet zur Verzögerung der Progression einer chronischen Nierenerkrankung bei erwachsenen Patienten mit Typ-2 Diabetes mellitus.					
Kriterien für die Therapieeinleitung:					
– Serumkaliumspiegel ≤ 5 mmol/l					
– chronische Nierenerkrankung seit mindestens 3 Monaten					
– eGFR von 25–59 ml/min/1,73m ² und einen Albumin-Kreatinin-Quotient im Urin von > 30 mg/g oder					
– eGFR von 25–75 ml/min/1,73m ² und einen Albumin-Kreatinin-Quotient im Urin von > 300 mg/g					
– Vorbehandlung mit einer maximal verträglichen zugelassenen Dosis eines Angiotensin-Converting-Enzyme-Hemmers oder eines Angiotensinrezeptorblockers					
– In Kombination mit SGLT2-Inhibitoren nur bei Patienten mit eGFR von 25–59 ml/min/1,73m ² und einen Albumin-Kreatinin-Quotient im Urin von > 300 mg/g					
07.06.20 G		SITAGLIPTIN METFORMIN ZENTIVA (Metformini hydrochloridum, Sitagliptinum)	Helvepharm AG		
	21629	Filmtabl 50/500mg Blist 56 Stk Fr. 29.50 (14.99)		68842001	01.06.2023, B
	21629	Filmtabl 50/500mg Blist 196 Stk Fr. 76.65 (52.48)		68842002	01.06.2023, B
	21629	Filmtabl 50/850mg Blist 56 Stk Fr. 29.50 (14.99)		68842003	01.06.2023, B
	21629	Filmtabl 50/850mg Blist 196 Stk Fr. 76.65 (52.48)		68842004	01.06.2023, B
	21629	Filmtabl 50/1000mg Blist 56 Stk Fr. 29.50 (14.99)		68842005	01.06.2023, B
	21629	Filmtabl 50/1000mg Blist 196 Stk Fr. 76.65 (52.48)		68842006	01.06.2023, B

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

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

Therap. Gruppe	Dossier Nr.	PRÄPARATE/ (Wirkstoffe) Packungen	Verantwortliche Firma	SHI-Nr.	Aufnahmejahr
07.06.20 G		VILDAGLIPTIN SANDOZ (Vildagliptinum)	Sandoz Pharma- ceuticals AG		
	21625	Tabl 50 mg Blist 28 Stk Fr. 20.20 (10.45)		69111001	01.06.2023, B
	21625	Tabl 50 mg Blist 112 Stk Fr. 64.40 (41.80)		69111002	01.06.2023, B
Zur Behandlung von Patienten mit einem Typ 2 Diabetes mellitus, welche mit den bisherigen oralen Therapien nur ungenügend eingestellt werden können oder diese nicht vertragen.					
– Als Zweifachkombination mit folgenden Therapieoptionen, wenn mit Diät, körperlicher Bewegung und diesen Behandlungen keine ausreichende Kontrolle der Glykämie erreicht werden kann:					
– mit Metformin oder					
– mit einem Sulfonylharnstoff (SU) oder					
– mit Thiazolidindione (TZD)					
– Als Dreifachkombination mit Metformin und einem Sulfonylharnstoff, wenn mit Diät und körperliche Bewegung plus der Zweifachkombination mit diesen Substanzen keine ausreichende Kontrolle der Glykämie erreicht werden kann.					
– In Kombination mit Insulin (mit oder ohne Metformin) wenn mit Diät, körperliche Bewegung und einer stabilen Dosis Insulin keine ausreichende Kontrolle der Glykämie erreicht werden kann.					
07.10.10 G		ETODOLAC NOBEL RETARD (Etodolacum)	NOBEL Pharma Schweiz AG		
	21609	Ret Filmtabl 600 mg 30 Stk Fr. 26.55 (12.43)		68635001	01.06.2023, B
	21609	Ret Filmtabl 600 mg 100 Stk Fr. 62.25 (39.92)		68635002	01.06.2023, B
07.10.60		JYLAMVO (Methotrexatum)	Ideogen AG		
	21468	Lös 2 mg/ml Fl 60 ml Fr. 151.05 (117.28)		68411001	01.06.2023, A
Vergütung nur bei Kindern und Jugendlichen bis zu 12 Jahren, die keine Methotrexat-Tabletten verwenden können.					
07.12		EZETIMIB ROSUVASTATIN ZENTIVA (Ezetimibum, Rosuvastatinum)	Helvepharm AG		
	21615	Filmtabl 10 mg/10 mg Blist 30 Stk Fr. 38.70 (19.44)		68526001	01.06.2023, B
	21615	Filmtabl 10 mg/10 mg Blist 90 Stk Fr. 80.85 (56.14)		68526002	01.06.2023, B
	21615	Filmtabl 10 mg/20 mg Blist 30 Stk Fr. 40.90 (21.33)		68526003	01.06.2023, B
	21615	Filmtabl 10 mg/20 mg Blist 90 Stk Fr. 87.30 (61.74)		68526004	01.06.2023, B
EZETIMIB ROSUVASTATIN ZENTIVA ist indiziert als Ersatztherapie bei erwachsenen Patienten, die bereits Ezetimib und Rosuvastatin als separate Tabletten in der gleichen Dosierungsstärke erhalten und die Kriterien entsprechend der Limitierungen der Ezetimib- und Rosuvastatin-Monopräparate erfüllen.					
07.15		ASPAVELI (Pegcetacoplanum)	Swedish Orphan Biovitrum AG		
	21557	Inf Lös 1080 mg/20 ml Durchstf 20 ml Fr. 3159.40 (3042.36)		68674001	01.06.2023, A
	21557	Inf Lös 1080 mg/20 ml 8 Durchstf 20 ml Fr. 25.193.35 (24338.88)		68674002	01.06.2023, A

Befristete Limitation bis 30.06.2026

Behandlung von Erwachsenen mit paroxysmaler nächtlicher Hämoglobinurie (PNH)

Vor Therapiebeginn ist eine Kostengutsprache durch den Krankenversicherer nach Rücksprache mit dem Vertrauensarzt erforderlich.

ASPAVELI wird zur Behandlung erwachsener Patienten mit paroxysmaler nächtlicher Hämoglobinurie (PNH), die unzureichend auf eine Behandlung mit einem C5-Inhibitor angesprochen haben, vergütet. Weitere Vergütungskriterien sind:

- Hb-Wert < 10,5 g/dl während ≥ 3 Monaten
- Stabile C5-Inhibitor-Dosis in den letzten mindestens 3 Monaten

Alle mit ASPAVELI behandelten Patienten müssen in einem Register erfasst werden (die Therapie kann erst nach Bestätigung des Einschlusses des Patienten in dem Register begonnen werden, ein Auszug über die Erfassung des Patienten im Register ist dem Gesuch um Kostengutsprache beizulegen).

Sofern ein Patient die erforderliche schriftliche Einwilligung zur Erfassung seiner Daten verweigert, muss dies ausgewiesen werden.

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

Die Indikationsstellung zur Therapie und die Kontrollen der Patienten im Rahmen der Führung des Registers dürfen nur in Universitätszentren oder in den Kantons-spitälern Aarau, Bellinzona, Luzern, Chur und St. Gallen erfolgen. Die Verabreichung der ASPAVELI-Therapie zwischen diesen Kontrollen kann in einem lokalen Spital erfolgen.

Der behandelnde Arzt des Zentrums übermittelt die erforderlichen Daten laufend im vorgegebenen Internettool des europäischen IPIG-Registers. Das BAG kann die Daten der Schweizer Patienten jederzeit einsehen und erhält alle 12 Monate einen konsolidierten Bericht.

Das Zentrum ist verpflichtet, für das Register von ASPAVELI mindestens folgende Daten zu erfassen:

- 1) Angabe anonymisierter Patienten-Daten mit der Indikationsstellung paroxysmale nächtliche Hämoglobinurie (PNH) inklusive Geburtsjahr, Geschlecht und Körpergewicht.
- 2) Vor Behandlungsbeginn ist der IST-Zustand zu dokumentieren. Die PNH ist mittels Bestimmung eines PNH-Klon von mindestens 10 % zu dokumentieren. Die Patienten müssen vorgängig gegen Meningokokken geimpft werden.
- 3) Nach 3 Monaten und anschliessend 6 und 12 Monate nach Therapiebeginn ist das therapeutische Ansprechen (hämatologische Parameter, LDH-Werte, PNH-Symptome wie Abdominalschmerzen, Brustschmerzen, Dyspnoe und Schmerzen, welche eine medizinische Massnahme erfordern, Leistungsfähigkeit anhand einer «quality of life»-Skala, Bedarf an Transfusionen, thrombotische Ereignisse, Auftreten von Niereninsuffizienz und pulmonal-arterieller Hypertonie), inklusive Datum der Untersuchung zu erfassen. Dosisstärke und Dosierungsfrequenz von ASPAVELI müssen im Register festgehalten werden. Ab dem 2. Behandlungsjahr erfolgen die Kontrollen alle 6 Monate, im 2. Jahr somit 18 und 24 Monate nach Therapiebeginn.
- 4) Bei Therapieende ist der Grund anzugeben. Patienten mit ungenügendem therapeutischem Ansprechen müssen die Therapie abbrechen. Ein therapeutisches Ansprechen wird angenommen, wenn beim behandelten Patienten eine Reduktion der LDH um mindestens 60 % sowie eine Besserung eines der klinischen Parameter beobachtet wird. Bei ungenügendem Ansprechen muss der behandelnde Arzt anhand des klinischen Verlaufs angeben, weshalb eine Weiterführung der Therapie indiziert ist. Nach 12 Monaten Therapie muss der Transfusionsbedarf reduziert worden sein.
- 5) Die Kostengutsprache ist jährlich zu erneuern.
- 6) Preisberechnung des Vertriebsanteils aufgrund des Fabrikabgabepreises zuzüglich einer Fixmarge von Fr. 40.– bei der Packung zu 1 Stk wegen der speziellen Verteilungssituation (praktisch kein Zwischenhandel, analog den Blutpräparaten) zuzüglich MWST.

Kombinationstherapien mit anderen Präparaten zur Behandlung der PNH sind von der Vergütung ausgeschlossen.

Die Zulassungsinhaberin Swedish Orphan Biovitrum AG vergütet die in den ersten 4 Wochen nach Therapiebeginn bezogenen Packungen (max. 8 Ampullen ASPAVELI) 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 diesem Anteil des Fabrikabgabepreises zurückgefordert werden. Die Aufforderung zur Rückerstattung soll ab dem Zeitpunkt der Verabreichung erfolgen.

Bei einem Therapieabbruch ab dem zweiten Behandlungsmonat erstattet die Swedish Orphan Biovitrum AG dem Krankenversicherer, bei dem die versicherte Person zum Zeitpunkt des Bezugs versichert war, auf dessen erste Aufforderung hin die als letztes bezogene Packung ASPAVELI (gilt ab 9. Ampulle) vollständig zum Fabrikabgabepreis von Fr. 3042.36 für die Packung zu 1 Stk und Fr. 24338.88 für die Packung zu 8 Stk zurück. Die Mehrwertsteuer kann nicht zusätzlich zu diesem Anteil des Fabrikabgabepreises zurückgefordert werden. Die Aufforderung zur Rückerstattung soll ab dem Zeitpunkt des definitiven Therapiestopps erfolgen.

Folgender Code ist an den Krankenversicherer zu übermitteln: 21557.01

07.16.10	TALZENNA (Talazoparibum)	Pfizer AG		
	20978 Kaps 0.25 mg Fl 30 Stk Fr. 1769.20 (1557.04)		67141002	01.06.2020, A
	20978 Kaps 1 mg Fl 30 Stk Fr. 5037.85 (4674.98)		67141006	01.06.2020, A

Befristete Limitation bis 31.05.2026

Nur nach Verordnung durch einen Facharzt der Gynäkologie oder Onkologie und nach Kostengutsprache durch den Krankenversicherer nach vorgängiger Konsultation des Vertrauensarztes zur Monotherapie von erwachsenen Patienten mit lokal fortgeschrittenem oder metastasiertem humanen HER2-negativem Mammakarzinom mit einer bestätigten deletären oder vermuteten deletären Keimbahn-BRCA-Mutation, unter folgenden Voraussetzungen, welche kumulativ erfüllt sein müssen:

- Es liegt kein aktives, inflammatorisches Mammakarzinom vor.
- Es ist eine vorangehende Behandlung mit einem Taxan und/oder Anthrazyklin in neoadjuvanter, adjuvanter oder lokal fortgeschrittener/metastasierter Situation durchgeführt worden (ausser bei dokumentierter Kontraindikation). Patienten mit HR-positivem Mammakarzinom sollten unter vorangegangener endokriner Therapie eine Progression gezeigt haben, oder für eine endokrine Behandlung als ungeeignet angesehen werden.
- Die Patienten haben nicht mehr als 3 vorangehende Chemotherapien im lokal fortgeschrittenen und/oder metastasierten Setting erhalten.
- Patienten, welche im adjuvanter oder neoadjuvanter Setting eine Platin-Chemotherapie erhalten hatten, hatten keinen Rückfall innerhalb von 6 Monaten nach der letzten Dosis der Platintherapie. Während einer normaldosierten Platin-Chemotherapie, welche zur Behandlung des lokal fortgeschrittenen oder metastasierten Mammakarzinoms verabreicht wurde, hatten die Patienten keine objektive Progression.
- Es hat keine vorangehende Behandlung mit PARP-Inhibitoren stattgefunden.

Die Patienten sollten bis zur Progression der Erkrankung behandelt werden. Eine Behandlung über 24 Monate hinaus setzt das Vorhandensein von messbarem Resttumor voraus.

Die Pfizer AG erstattet dem Krankenversicherer, bei dem die versicherte Person zum Zeitpunkt des Bezugs versichert war, auf dessen erste Aufforderung hin für jede bezogene Packung Talzenna einen festgelegten Anteil des Fabrikabgabepreises zurück. Dieser Anteil erhöht sich ab dem 25. Behandlungsmonat. Die Pfizer AG gibt dem Krankenversicherer bei der ersten Aufforderung die Höhe der Rückerstattungen ab dem 1. und ab dem 25. Behandlungsmonat bekannt. Die Mehrwertsteuer kann nicht zusätzlich zu diesem Anteil des Fabrikabgabepreises zurückgefordert werden. Die Aufforderung zur Rückerstattung soll ab dem Zeitpunkt der Verabreichung erfolgen.

Therap. Gruppe	Dossier Nr.	PRÄPARATE/ (Wirkstoffe) Packungen	Verantwortliche Firma	SHI-Nr.	Aufnahmejahr
07.16.10		XOSPATA (Gilteritinibum)	Astellas Pharma AG		
	21103	Filmtabl 40 mg Blist 84 Stk Fr. 16 787.75 (16138.27)		67211001	01.06.2023, A
<p>Befristete Limitation bis 31.05.2026 Nach Kostengutsprache durch den Krankenversicherer und nach vorgängiger Konsultation des Vertrauensarztes.</p> <p>Nur zur Behandlung von erwachsenen Patienten, die an rezidivierender oder refraktärer akuter myeloider Leukämie (AML) mit FMS-ähnlichen Tyrosinkinase 3 (FLT3)-Mutationen leiden.</p> <p>Nur nach Verordnung durch einen Facharzt der Hämatologie oder Onkologie.</p> <p>Die Zulassungsinhaberin erstattet dem Krankenversicherer, bei dem die versicherte Person zum Zeitpunkt des Bezugs versichert war, auf dessen erste Aufforderung hin für jede bezogene Packung XOSPATA einen festgelegten Anteil des Fabrikabgabepreises zurück. Sie gibt dem Krankenversicherer die Höhe der Rückerstattung bekannt. Die Mehrwertsteuer kann nicht zusätzlich zu diesem Anteil des Fabrikabgabepreises zurückgefordert werden. Die Aufforderung zur Rückerstattung soll ab dem Zeitpunkt der Verabreichung erfolgen. Folgender Code ist an den Krankenversicherer zu übermitteln: 21103.01</p>					
07.99		GALAFOLD (Migalastatum)	Amicus Therapeutics Switzerland GmbH		
	20573	Kaps 123 mg 14 Stk Fr. 18 352.20 (17664.59)		66108001	01.03.2017, B
<p>Die Behandlung bedarf der Kostengutsprache durch den Krankenversicherer nach vorgängiger Konsultation des Vertrauensarztes. Die Kostengutsprache ist jährlich zu erneuern. GALAFOLD ist in einer Dosierung von 123 mg (1 Kapsel) einmal an jedem zweiten Tag, jeweils zur gleichen Uhrzeit, für die Dauerbehandlung von Erwachsenen und Jugendlichen ab einem Alter von 16 Jahren und älter mit gesicherter Morbus Fabry-Diagnose (α-Galaktosidase A-Mangel) indiziert, die eine auf die Behandlung ansprechende Mutation aufweisen.</p> <p>Die Kosten für den Test ob eine bis dato nicht charakterisierte Mutation auf Migalastat anspricht, werden von Amicus Therapeutics Switzerland GmbH, (info@amicusrx.ch) übernommen.</p> <p>GALAFOLD darf ausschliesslich durch qualifizierte Therapiezentren (Universitätsspital Zürich, Kinderspital Zürich, Centre hospitalier universitaire vaudois [CHUV], Universitätsspital Bern [Inselsspital]) mit Erfahrung in der Behandlung von Morbus Fabry zu Lasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) angewendet werden. Ausnahmeregelung: Fachärzte mit Erfahrung in der Behandlung von Morbus Fabry sind berechtigt mit den oben genannten qualifizierten Therapiezentren zu kooperieren, um eine patientennahe Versorgung zu gewährleisten. Die Kooperation geschieht auf einvernehmlicher Basis zwischen beiden Partnern.</p> <p>GALAFOLD darf nicht zusammen mit Enzyersatztherapien wie Agalsidase alfa (REPLAGAL) oder Agalsidase beta (FABRAZYME) verabreicht werden.</p> <p>Alle mit GALAFOLD behandelten Patienten sind in einem Register zu erfassen. Sofern ein Patient keine Einwilligung zur Erfassung seiner Daten in das Register gibt, muss dies ausgewiesen werden.</p> <p>Der behandelnde Arzt ist verpflichtet, laufend im Register (https://sffd.ch/verein/swiss-fabry-register) folgende Daten zu erfassen:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Angabe anonymisierter Patienten-Daten (Geschlecht, Alter und Körpergewicht, Jahr der Diagnosestellung, Fabry-Symptomatik, allfällige Begleiterkrankungen und Begleitmedikation). 2) Bisherige Therapien zur Behandlung des Morbus Fabry (naive/switch von Enzyersatztherapien), Datum Therapiebeginn mit GALAFOLD, ggf. Datum Therapieende mit GALAFOLD und Angabe des Grundes für Therapieende. 3) Erfassung der folgenden für eine Verlaufsbeurteilung relevanten Parameter vor Therapiebeginn und während der Behandlung: α-Gal in % of normal mean of healthy controls, LysoGb3, LVMi (Echo/MRT), GFR (estimated), Kreatinin, Proteinurie, Gastrointestinale Symptome, Neurologische Symptome, Renales/kardiales/ZNS Ereignis, sonstige unerwünschte Ereignisse. 					
07.99 G		ZOLEDRONAT-TEVA ONCO (Acidum zoledronicum)	Teva Pharma AG		
	21627	Inf Konz 4 mg/5 ml Durchstf 5 ml Fr. 140.75 (108.31)		62200003	01.06.2023, B
08.08		ADACEL (Vaccinum diphtheriae adsorbatum, Vaccinum tetani adsorbatum, Vaccinum pertussis acell. adsorbatum)	Sanofi-Aventis (Suisse) SA		
	21407	Inj Susp m Nadel Fertspr 0.5 ml Fr. 37.85 (18.70)		68317001	01.06.2023, B
<p>Die Kostenübernahme der Impfstoffe als Teil einer präventiven Massnahme im Rahmen der obligatorischen Krankenpflegeversicherung richtet sich nach den in Artikel 12a KLV für die jeweiligen Impfungen abschliessend festgelegten Voraussetzungen und erfolgt nur innerhalb der Zulassung durch Swissmedic. Bei beruflicher und reisemedizinischer Indikation erfolgt keine Kostenübernahme durch die obligatorische Krankenpflegeversicherung.</p> <p>Die Preise der Impfstoffe sind Höchstpreise (Art. 52 Abs. 3 KVG) und kommen bei Reihenimpfungen (z. B. im schulärztlichen Dienst) nicht zur Anwendung. In diesen Fällen gelten die von den Krankenversicherern mit den zuständigen Behörden ausgehandelten bzw. die allenfalls von den Behörden festgesetzten Tarife. Wenn der Impfstoff zu einem günstigeren Preis bezogen wird (z. B. im Rahmen von Reihenimpfungen), darf der Arzt oder die Ärztin nicht den Publikumspreis der SL verrechnen.</p> <p>Die Vergünstigung muss gemäss Artikel 56 Absatz 3 KVG weitergegeben werden, ausser es bestehen Vereinbarungen nach Artikel 56 Absatz 3^{bis} KVG.</p>					

Therap. Gruppe	Dossier Nr.	PRÄPARATE/ (Wirkstoffe) Packungen	Verantwortliche Firma	SHI-Nr.	Aufnahmejahr
08.08		ADACEL-POLIO (Vaccinum diphtheriae adsorbatum, Vaccinum tetani adsorbatum, Vaccinum pertussis acell. adsorbatum, Vaccinum poliomyelitis inactivatum (Salk Typ I, II, III))	Sanofi-Aventis (Suisse) SA		
	21408	Inj Susp m Nadel Fertspr 0.5ml Fr. 43.95 (24.00)		68110001	01.06.2023, B
<p>Die Kostenübernahme der Impfstoffe als Teil einer präventiven Massnahme im Rahmen der obligatorischen Krankenpflegeversicherung richtet sich nach den in Artikel 12a KLV für die jeweiligen Impfungen abschliessend festgelegten Voraussetzungen und erfolgt nur innerhalb der Zulassung durch Swissmedic. Bei beruflicher und reisemedizinischer Indikation erfolgt keine Kostenübernahme durch die obligatorische Krankenpflegeversicherung.</p> <p>Die Preise der Impfstoffe sind Höchstpreise (Art. 52 Abs. 3 KVG) und kommen bei Reihenimpfungen (z. B. im schulärztlichen Dienst) nicht zur Anwendung. In diesen Fällen gelten die von den Krankenversicherern mit den zuständigen Behörden ausgehandelten bzw. die allenfalls von den Behörden festgesetzten Tarife. Wenn der Impfstoff zu einem günstigeren Preis bezogen wird (z. B. im Rahmen von Reihenimpfungen), darf der Arzt oder die Ärztin nicht den Publikumspreis der SL verrechnen.</p> <p>Die Vergünstigung muss gemäss Artikel 56 Absatz 3 KVG weitergegeben werden, ausser es bestehen Vereinbarungen nach Artikel 56 Absatz 3^{bis} KVG.</p>					
08.08		MENQUADFI (Polysaccharida neisseriae meningitidis A, Polysaccharida neisseriae meningitidis C, Polysaccharida neisseriae meningitidis W135 10 mcg, Polysaccharida neisseriae meningitidis Y 10 mcg, Toxoidum tetani 55 mcg)	Sanofi-Aventis (Suisse) SA		
	21441	Inj Lös Durchstf 0.5ml Fr. 63.65 (41.15)		68221001	01.06.2023, B
<p>Die Kostenübernahme der Impfstoffe als Teil einer präventiven Massnahme im Rahmen der obligatorischen Krankenpflegeversicherung richtet sich nach den in Artikel 12a KLV für die jeweiligen Impfungen abschliessend festgelegten Voraussetzungen und erfolgt nur innerhalb der Zulassung durch Swissmedic. Bei beruflicher und reisemedizinischer Indikation erfolgt keine Kostenübernahme durch die obligatorische Krankenpflegeversicherung.</p> <p>Die Preise der Impfstoffe sind Höchstpreise (Art. 52 Abs. 3 KVG) und kommen bei Reihenimpfungen (z. B. im schulärztlichen Dienst) nicht zur Anwendung. In diesen Fällen gelten die von den Krankenversicherern mit den zuständigen Behörden ausgehandelten bzw. die allenfalls von den Behörden festgesetzten Tarife. Wenn der Impfstoff zu einem günstigeren Preis bezogen wird (z. B. im Rahmen von Reihenimpfungen), darf der Arzt oder die Ärztin nicht den Publikumspreis der SL verrechnen.</p> <p>Die Vergünstigung muss gemäss Artikel 56 Absatz 3 KVG weitergegeben werden, ausser es bestehen Vereinbarungen nach Artikel 56 Absatz 3^{bis} KVG.</p>					
Kostenübernahme bei Kindern ab 2 Jahren.					
10.01		PRILID LEMAN (Lidocainum, Prilocainum)	Leman SKL SA		
	21581	Creme 5 % Tb 30g Fr. 35.70 (16.80)		68720001	01.06.2023, B
	21581	Creme 5 % 2 Okklusiv-Verbände Tb 5g Fr. 7.55 (3.00)		68720004	01.06.2023, B
	21581	Creme 5 % 12 Okklusiv-Verbände 5 Tb 5g Fr. 28.35 (14.00)		68720006	01.06.2023, B
Für Kinder bis 16 Jahre und Dialyse-Patienten.					
Creme 5 % Tb 30g Zur ambulanten Anwendung im Spital oder im Dialysezentrum. Die Gesamtmenge der Packung darf nicht direkt an eine versicherte Person abgegeben werden. Es wird lediglich die abgegebene Teilmenge, die zur Untersuchung notwendig ist, vergütet. Der Preis für die verabreichte Teilmenge ist proportional zum Publikumspreis der verwendeten Packung zu berechnen.					
11.07.20		ACIVISION (Aciclovirum)	OmniVision AG		
	21558	Augensalbe 30 mg/g Tb 4.5g Fr. 19.30 (9.69)		68800001	01.06.2023, A
54.11.20 K		VITA HEP A 600 (Cynarae folii extractum siccum DER:4-6:1)	Doetsch Grether AG		
	21533	Drag 600 mg Blist 50 Stk Fr. 34.45 (18.67)		55959002	01.06.2023, D
	21533	Drag 600 mg Blist 100 Stk Fr. 60.65 (32.86)		55959003	01.06.2023, D

Therap. Gruppe	Dossier Nr.	PRÄPARATE/ (Wirkstoffe) Packungen	Verantwortliche Firma	SHI-Nr.	Aufnahmejahr
07.16.10		KOSELUGO (Selumetinibum 10 mg)	AstraZeneca AG		
	21402	Kaps 10 mg Ds 60 Stk Fr. 5520.85 (5146.19)		67410001	01.06.2023, A
	21402	Kaps 25 mg Ds 60 Stk Fr. 13378.70 (12812.40)		67410002	01.06.2023, A

Befristete Limitation bis 29.07.2024

Koselugo ist indiziert zur Behandlung von Kindern und Jugendlichen ab 3 Jahren mit Neurofibromatose Typ 1 (NF1) und symptomatischen, inoperablen plexiformen Neurofibromen (PN).

Vor Therapiebeginn:

Vor Therapiebeginn muss durch ein Referenzzentrum eine Kostengutsprache des Krankenversicherers nach vorgängiger Konsultation des Vertrauensarztes eingeholt werden. Auf Anfrage müssen die Daten, gestützt auf welche über eine Therapiefortführung oder einen Therapieabbruch entschieden werden muss, dem Vertrauensarzt zugestellt werden.

Bevor die Therapie in einem Referenzzentrum (Liste: s. unten) eingeleitet werden kann, sind der Patient respektive die Erziehungsberechtigten über die Vergütungskriterien (inkl. Therapieabbruchkriterien) gemäss Limitierung schriftlich aufzuklären.

KOSELUGO wird nur vergütet bei symptomatischen und inoperablen Tumoren.

Die Therapie kann begonnen werden, wenn Morbiditäten wie Entstellung, motorische Dysfunktion, starke Schmerzen, Atemwegsdysfunktion, Visuseinschränkung und Blasen-/Darmdysfunktion vorliegen.

Die Therapie hat in einem der folgenden Zentren zu erfolgen, welche Mitgliedsinstitutionen der Schweizerischen Pädiatrischen Onkologie Gruppe (SPOG) sind. Zentrumsabhängig kann die Therapie auch in spezialisierten Abteilungen der Neuropädiatrie der jeweiligen Zentren erfolgen:

Aarau, Kantonsspital: Kinderonkologie oder Neuropädiatrie,

Basel, Universitäts-Kinderspital beider Basel (UKBB): Pädiatrische Onkologie und Hämatologie und/oder Neuropädiatrie,

Bellinzona, Ospedale Regionale di Bellinzona e Valli (EOC),

Bern, Kinderklinik Inselspital: pädiatrische Hämatologie und Onkologie und/oder Neuropädiatrie,

Genève, Hématologie-oncologie pédiatrique et/ou Neuropédiatrie aux HUG,

Lausanne, Hémato-oncologie pédiatrique et/ou Neuropédiatrie du CHUV,

Luzern, Kantonsspital: Kinderonkologie und/oder Neuropädiatrie,

St. Gallen, Ostschweizer Kinderspital: Hämatologie und Onkologie und/oder Neuropädiatrie,

Zürich, Universitäts-Kinderklinik: Onkologie und/oder Neuropädiatrie.

Therapiefortführung:

Alle 6 Monate sind die Krankheitsaktivität und der Therapieeffekt vom Zentrum zu evaluieren.

Die Therapie kann fortgeführt werden, wenn spätestens nach ½ Jahr ein Ansprechen festgestellt werden konnte.

Bei Patienten ohne dokumentierte Tumorprogression (1.5 Jahre vor Behandlungsbeginn) ist die Therapiedauer entsprechend der Zulassungsstudie auf 2 Jahre limitiert.

In der Zulassungsstudie war ein partielles Ansprechen definiert als eine Verringerung des Neurofibrom-Volumens im Vergleich zum Ausgangswert um mindestens 20%; ein bestätigtes partielles Ansprechen war definiert als ein partielles Ansprechen bei aufeinanderfolgenden Restaging-Untersuchungen im Abstand von mindestens 3 Monaten; und ein dauerhaftes partielles Ansprechen war definiert als ein partielles Ansprechen, das mindestens 12 Zyklen lang anhielt (etwa 1 Jahr).

KOSELUGO ist nicht zugelassen zur Therapie von erwachsenen Patienten.

Therapieabbruch:

Bei Krankheitsprogression oder inakzeptabler Toxizität ist die Therapie abzubrechen.

Spätestens nach dem 18. Altersjahr muss ein Therapie-Absetz-Versuch vorgenommen werden.

Keine Vergütung von KOSELUGO bei erwachsenen Patienten, da KOSELUGO für diese Patienten nicht zugelassen ist und nur begrenzte Daten vorliegen.

Bei Patienten ohne dokumentierte Tumorprogression im Zeitraum von 1.5 Jahren vor Behandlungsbeginn mit KOSELUGO wird die Erstattung auf maximal 2 Jahre limitiert.

Rückerstattungen:

Die Alexion Pharma erstattet dem Krankenversicherer, bei dem die versicherte Person zum Zeitpunkt des Bezugs versichert war, resp. der IV, auf deren erste Aufforderung im Rahmen eines Vorleistungsmodells eine festgelegte Anzahl Therapiemonate (im ersten Jahr des Therapiebeginns) zum aktuellen FAP vollständig zurück. Sie gibt dem Krankenversicherer die Anzahl der zu rückerstatteten Therapiemonate bekannt.

Die Alexion Pharma erstattet dem Krankenversicherer, bei dem die versicherte Person zum Zeitpunkt des Bezugs versichert war, resp. der IV für jede weitere bezogene Packung einen festgelegten Anteil des Fabrikabgabepreises zurück. Sie gibt dem Krankenversicherer die Höhe der anschliessenden Rückerstattung bekannt. Die Mehrwertsteuer kann nicht zusätzlich zu diesem Anteil des Fabrikabgabepreises zurückgefordert werden. Die Aufforderung zur Rückerstattung soll ab dem Zeitpunkt der Verabreichung erfolgen.

Folgender Code ist an den Krankenversicherer zu übermitteln: 21402.01

Therap. Gruppe	Dossier Nr.	PRÄPARATE/ (Wirkstoffe) Packungen	Verantwortliche Firma	SHI-Nr.	Aufnahmejahr
II. Andere Packungen und Dosierungen					
02.06.10 6		LERCANIDIPIN ZENTIVA (Lercanidipinum hydrochloridum)	Helvepharm AG		
	20584	Filmtabl 10mg Blist 28 Stk Fr. 16.10 (6.89)		65686009	01.06.2023, B
	20584	Filmtabl 10mg Blist 98 Stk Fr. 39.50 (20.12)		65686010	01.06.2023, B
	20584	Filmtabl 20mg Blist 28 Stk Fr. 25.25 (11.29)		65686011	01.06.2023, B
	20584	Filmtabl 20mg Blist 98 Stk Fr. 54.30 (33.00)		65686012	01.06.2023, B
05.02		MICTONORM (Propiverinum hydrochloridum)	Labatec Pharma SA		
	21459	Ret Kaps 45mg Blist 28 Stk Fr. 48.00 (27.52)		68269002	01.06.2023, B
Befristete Limitation bis 31.05.2024 Nach vorgängiger Kostengutsprache durch den Krankenversicherer nach vorheriger Konsultation des Vertrauensarztes. MICTONORM wird vergütet zur symptomatischen Behandlung von Harninkontinenz und/oder erhöhter Miktionsfrequenz und imperativem Harndrang bei Patienten mit überaktiver Blase.					
07.02.30		DIBASE 10'000 (Cholecalciferolum (Vitamin D3))	Gebro Pharma AG		
	20639	Tropfen 10000 IE/ml Tropffl 10 ml Fr. 9.25 (5.00)		65856002	01.06.2023, D
07.07.26		DEXAMETHASON GALEPHARM AMP (Dexamethasoni dihydrogenophosphas)	Galepharm AG		
	20937	Inj Lös 4mg/ml 10 Amp 1 ml Fr. 41.60 (21.97)		66710002	01.06.2023, B

Therap. Gruppe	Dossier Nr.	PRÄPARATE/ (Wirkstoffe) Packungen	Verantwortliche Firma	SHI-Nr.	Datum der Streichung
III. Neu gestrichene Präparate/Packungen					
01.01.30		JURNISTA (Hydromorphoni hydrochloridum)	Janssen-Cilag AG		
	18872	Ret Tabl 4 mg 14 Stk Fr. 36.95 (17.92)		58351009	01.06.2023, A
	18872	Ret Tabl 8 mg 28 Stk Fr. 88.80 (63.05)		58351002	01.06.2023, A
	18872	Ret Tabl 16 mg 28 Stk Fr. 135.10 (103.41)		58351004	01.06.2023, A
	18872	Ret Tabl 32 mg 28 Stk Fr. 219.10 (176.56)		58351006	01.06.2023, A
01.05 G		ARIPIPRAZOL MYLAN (Aripiprazolum)	Mylan Pharma GmbH		
	20962	Tabl 5 mg Blist 28 Stk Fr. 65.40 (42.67)		67002001	01.06.2023, B
	20962	Tabl 5 mg Blist 98 Stk Fr. 159.55 (124.70)		67002002	01.06.2023, B
	20962	Tabl 10 mg Blist 28 Stk Fr. 69.75 (46.46)		67002003	01.06.2023, B
	20962	Tabl 10 mg Blist 98 Stk Fr. 172.30 (135.78)		67002004	01.06.2023, B
	20962	Tabl 15 mg Blist 28 Stk Fr. 75.70 (51.64)		67002005	01.06.2023, B
	20962	Tabl 15 mg Blist 98 Stk Fr. 189.65 (150.92)		67002006	01.06.2023, B
	20962	Tabl 30 mg Blist 28 Stk Fr. 123.10 (92.95)		67002007	01.06.2023, B
	20962	Tabl 30 mg Blist 98 Stk Fr. 328.25 (271.66)		67002008	01.06.2023, B
04.08.11		COLOPHOS (Natrii dihydrogenophosphas dihydricus)	Spirig HealthCare AG		
	16774	Lös 2 x 90 ml Fr. 17.15 (7.83)		53917011	01.06.2023, B
07.01.10		ALFAMINO HMO (Materia crassa, Carbohydrata, Fibrae alimentariae)	Nestlé Health Science Nestlé Suisse S.A.		
	19899	Plv Ds 400 g Fr. 58.70 (36.84)			01.06.2023
07.13.30		ALLERGOVIT ALNUS (Pollinis allergeni extractum (Alnus glutinosa))	Allergopharma AG		
	19531	Inj Susp Kombi 2 x 3 ml Fr. 433.55 (363.37)		60633001	01.06.2023, A
	19531	Inj Susp Stärke B 3 ml Fr. 405.10 (338.59)		60633002	01.06.2023, A
07.13.30		NOVO HELISEN DEPOT D. PTERONYSS (Acari allergeni extractum)	Allergopharma AG		
	19560	Inj Susp 1-3 3 x 4.5 ml Fr. 281.20 (230.66)		60609002	01.06.2023, A
	19560	Inj Susp Stärk 3 4.5 ml Fr. 192.85 (153.70)		60609003	01.06.2023, A
	19560	Inj Susp Stärk 3 2 x 4.5 ml Fr. 300.75 (247.67)		60609004	01.06.2023, A
08.01.30		PODOMEXEF (Cefpodoximum)	Daiichi Sankyo (Schweiz) AG		
	16165	Gran 4 mg/0.5 ml Kind Trinksusp Fl 100 ml Fr. 17.60 (8.19)		52294011	01.06.2023, A
08.03 G		ENTECAVIR MYLAN (Entecavirum)	Mylan Pharma GmbH		
	20947	Filmtabl 0.5 mg Blist 30 Stk Fr. 441.05 (369.89)		67102001	01.06.2023, A
	20947	Filmtabl 1 mg Blist 30 Stk Fr. 547.20 (462.37)		67102002	01.06.2023, A
10.10		BAIN EXTRA DOUX (Matricariae extractum, Natrii bituminosulfonas, Guaiazulenum)	Louis Widmer AG		
	12915	liq Widmer 250 ml Fr. 12.45 (6.75)		40418024	01.06.2023, D
17.01		NA IODID I-123 HEIDER (Natrii iodidum (123-I))	medeo AG		
	17150	Inj Lös Amp 18.5 MBq Fr. 200.20		52574013	01.06.2023, A
	17149	Kaps 37 MBq 1 Stk Fr. 310.30		52573017	01.06.2023, A

Therap. Gruppe	Dossier Nr.	PRÄPARATE/ (Wirkstoffe) Packungen	Verantwortliche Firma	SHI-Nr.	Datum der Streichung
57.10.40 K		KYTТА MED RHEUMASALBE (Symphyti radicis recentis extractum ethanolicum liquidum)	Procter & Gamble International Operations SA		
	18858	Salbe 50 g Fr. 8.15 (4.42)		59052001	01.06.2023, D
	18858	Salbe 100 g Fr. 14.35 (7.78)		59052002	01.06.2023, D

PRÄPARATE / (Wirkstoffe) Packungen	Verantwortliche Firma	Therap. Gruppe	Dossier Nr.	Preis neu	Ex-Fact. neu
IV. Preissenkungen					
IV.a. Preisänderung nach 1 Jahr SL-Aufnahme					
ADTRALZA Inj Lös 150 mg/ml 2 x 2 Fertspr	LEO Pharmaceutical Products Sarath Ltd.	071500	21367	1237.70	1072.44
CIBINQO Filmtabl 50 mg Blist 28 Stk	Pfizer AG	071500	21343	1090.05	937.81
Filmtabl 100 mg Blist 28 Stk			21343	1090.05	937.81
IV.b. Preisänderung nach 3-jährlicher Überprüfung der Aufnahmebedingungen					
BARACLUDE Filmtabl 0.5 mg 30 Stk	Bristol-Myers Squibb SA	080300	18432	469.30	394.51
Filmtabl 1 mg 30 Stk			18432	645.45	547.94
BARACLUDE (PI) Filmtabl 0.5 mg Blist 30 Stk	APS-Arzneimittel- Parallelimport-Service AG	080300	21588	413.35	335.33
Filmtabl 1 mg Blist 30 Stk			21588	551.05	465.74
BETAHISTIN SPIRIG HC Tabl 8 mg 50 Stk	Spirig HealthCare AG	020440	21033	6.55	2.13
Tabl 8 mg 100 Stk			21033	8.05	3.44
Tabl 16 mg 50 Stk			21033	9.00	4.26
Tabl 16 mg 100 Stk			21033	16.10	6.88
Tabl 24 mg 50 Stk			21033	15.75	6.58
Tabl 24 mg 100 Stk			21033	34.55	15.81
BETAHISTIN-MEPHA 16 Tabl 16 mg 50 Stk	Mepha Pharma AG	020440	18673	9.00	4.26
Tabl 16 mg 100 Stk			18673	16.10	6.88
BETAHISTIN-MEPHA 24 Tabl 24 mg 50 Stk	Mepha Pharma AG	020440	18673	15.75	6.58
Tabl 24 mg 100 Stk			18673	34.55	15.81
BETASERC Tabl 8 mg 50 Stk	Mylan Pharma GmbH	020440	11621	8.35	3.69
Tabl 8 mg 100 Stk			11621	15.65	6.48
Tabl 16 mg 50 Stk			11621	9.30	4.52
Tabl 16 mg 100 Stk			11621	17.35	7.99
Tabl 24 mg 50 Stk			11621	18.80	9.25
Tabl 24 mg 100 Stk			11621	36.55	17.57
DEXAFREE UD Gtt Opht 0.1 % 20 Monodos 0.4ml	Théa PHARMA SA	110610	18480	9.55	4.75
ENTECAVIR SANDOZ Filmtabl 0.5 mg 30 Stk	Sandoz Pharmaceuticals AG	080300	20655	424.00	355.06
Filmtabl 1 mg 30 Stk			20655	531.05	448.32
ENTECAVIR-MEPHA Lactab 0.5 mg Blist 30 Stk	Mepha Pharma AG	080300	20727	424.00	355.06
Lactab 1 mg Blist 30 Stk			20727	531.05	448.32
HEPAGEL Gel 50 g	Spirig HealthCare AG	020820	12143	10.35	5.62
Gel 100 g			12143	18.40	9.98
HIRUDOID Creme 3 mg/g 40 g	Medinova AG	020820	5087	7.90	4.28
Creme 3 mg/g 100 g			5087	15.85	8.58
Gel 3 mg/g Tb 40 g			5088	7.90	4.28
Gel 3 mg/g Tb 100 g			5088	15.85	8.58

PRÄPARATE / (Wirkstoffe) Packungen	Verantwortliche Firma	Therap. Gruppe	Dossier Nr.	Preis neu	Ex-Fact. neu
INDOPHTAL UD Gtt Opht 0.1 % 20 Monodos 0.35 ml Gtt Opht 0.1 % 50 Monodos 0.35 ml	Bausch & Lomb Swiss AG Division Pharma	110630	17430 17430	18.15 26.80	8.66 12.65
JADENU Filmtabl 90 mg 30 Stk Filmtabl 90 mg 90 Stk Filmtabl 180 mg 30 Stk Filmtabl 180 mg 90 Stk Filmtabl 360 mg 30 Stk Filmtabl 360 mg 90 Stk	Novartis Pharma Schweiz AG	069900	20623 20623 20623 20623 20623 20623	370.95 920.55 597.90 1478.10 970.05 2384.70	308.85 787.57 506.52 1291.63 830.69 2118.25
KENACORT Tabl 4mg 20 Stk	Dermapharm AG	070724	8269	8.45	3.79
LIOTON 1000 Gel Tb 50g Gel Tb 100g	A. Menarini GmbH	020820	16766 16766	12.10 22.40	6.57 12.13
PONSTAN Filmtabs 500 mg 10 Stk Filmtabs 500 mg 30 Stk Filmtabs 500 mg 100 Stk Kaps 250 mg 36 Stk	Pfizer AG	071010	12495 12495 12495 10118	6.20 9.15 26.95 9.10	1.82 4.39 12.75 4.36
SAFLUTAN Gtt Opht 30 Monodos 0.3ml Gtt Opht Multidose Fl 3ml	Santen SA	110900	19195 21005	38.80 37.30	19.53 18.22
SYMTUZA Filmtabl 30 Stk	Janssen-Cilag AG	080300	20813	1070.10	919.61
IV.c. Wechsel der Abgabekategorie					
CETIRIZIN SPIRIG HC Filmtabl 10 mg 30 Stk Filmtabl 10 mg 50 Stk	Spirig HealthCare AG	071310	18112 18112	19.55 27.30	10.60 14.80
IV.d. Freiwillige Preissenkung					
HYCAMTIN Trockensub 1 mg Durchstf 1 Stk Trockensub 4 mg Durchstf 1 Stk Trockensub 4 mg Durchstf 5 Stk	Sandoz Pharmaceuticals AG	071610	16804 16804 16804	105.30 333.25 1568.60	77.43 275.99 1374.17
NOVONORM Tabl 0.5 mg 90 Stk Tabl 1 mg 90 Stk Tabl 2 mg 90 Stk	Novo Nordisk Pharma AG	070620	17417 17417 17417	20.25 26.85 29.35	10.48 12.69 14.87
IV.e. Normale Preismutation					
JAKAVI Tabl 5 mg 56 Stk Tabl 10 mg 56 Stk Tabl 15 mg 56 Stk Tabl 20 mg 56 Stk	Novartis Pharma Schweiz AG	071610	19991 19991 19991 19991	2009.45 3856.95 3856.95 3856.95	1776.13 3522.88 3522.88 3522.88
SAXENDA Inj Lös 6 mg/ml 3 Fertpen 3 ml Inj Lös 6 mg/ml 5 Fertpen 3 ml	Novo Nordisk Pharma AG	079900	20574 20574	122.50 193.20	92.41 154.02
TALZENNA Kaps 0.25 mg Fl 30 Stk Kaps 1 mg Fl 30 Stk	Pfizer AG	071610	20978 20978	1769.20 5037.85	1557.04 4674.98

PRÄPARATE / (Wirkstoffe) Packungen	Verantwortliche Firma	Therap. Gruppe	Dossier Nr.	Preis neu	Ex-Fact. neu
IV.f. Preisänderung nach Patentablauf					
GALVUS	Novartis Pharma Schweiz AG	070620			
Filmtabl 50mg 28 Stk			18641	27.30	13.06
Filmtabl 50mg 112 Stk			18641	76.40	52.25
JANUVIA	MSD Merck Sharp & Dohme AG	070620			
Filmtabl 25mg 28 Stk			18533	48.70	28.15
Filmtabl 25mg 98 Stk			18533	129.50	98.50
Filmtabl 50mg 28 Stk			18533	48.70	28.15
Filmtabl 50mg 98 Stk			18533	129.50	98.50
Filmtabl 100mg 28 Stk			18533	48.70	28.15
Filmtabl 100mg 98 Stk			18533	129.50	98.50
LACOSAMID DESITIN	Desitin Pharma GmbH	010710			
Filmtabl 50mg 14 Stk			21483	14.45	5.45
Filmtabl 100mg 14 Stk			21483	20.55	10.77
Filmtabl 100mg 56 Stk			21483	63.00	40.61
Filmtabl 100mg 168 Stk			21483	152.60	118.62
Filmtabl 150mg 14 Stk			21483	34.55	15.79
Filmtabl 150mg 56 Stk			21483	85.25	59.98
Filmtabl 150mg 168 Stk			21483	217.75	175.39
Filmtabl 200mg 14 Stk			21483	40.55	21.04
Filmtabl 200mg 56 Stk			21483	108.15	79.94
Filmtabl 200mg 168 Stk			21483	284.85	233.86
Sirup 10mg/ml 200ml			21544	36.60	17.61
LACOSAMID SANDOZ	Sandoz Pharmaceuticals AG	010710			
Filmtabl 50mg Blist 14 Stk			21485	14.45	5.45
Filmtabl 100mg Blist 14 Stk			21485	20.55	10.77
Filmtabl 100mg Blist 56 Stk			21485	63.00	40.61
Filmtabl 100mg Blist 168 Stk			21485	152.60	118.62
Filmtabl 150mg Blist 14 Stk			21485	34.55	15.79
Filmtabl 150mg Blist 56 Stk			21485	85.25	59.98
Filmtabl 150mg Blist 168 Stk			21485	217.75	175.39
Filmtabl 200mg Blist 14 Stk			21485	40.55	21.04
Filmtabl 200mg Blist 56 Stk			21485	108.15	79.94
Filmtabl 200mg Blist 168 Stk			21485	284.85	233.86
LACOSAMID-MEPHA	Mepha Pharma AG	010710			
Lactab 50mg Blist 14 Stk			21421	14.45	5.45
Lactab 100mg Blist 14 Stk			21421	20.55	10.77
Lactab 100mg Blist 56 Stk			21421	63.00	40.61
Lactab 100mg Blist 168 Stk			21421	152.60	118.62
Lactab 150mg Blist 14 Stk			21421	34.55	15.79
Lactab 150mg Blist 56 Stk			21421	85.25	59.98
Lactab 150mg Blist 168 Stk			21421	217.75	175.39
Lactab 200mg Blist 14 Stk			21421	40.55	21.04
Lactab 200mg Blist 56 Stk			21421	108.15	79.94
Lactab 200mg Blist 168 Stk			21421	284.85	233.86
SITAGLIPTIN SANDOZ ECO	Sandoz Pharmaceuticals AG	070620			
Filmtabl 25mg 28 Stk			21541	28.45	14.08
Filmtabl 25mg 98 Stk			21541	72.95	49.25
Filmtabl 50mg 28 Stk			21541	28.45	14.08
Filmtabl 50mg 98 Stk			21541	72.95	49.25
Filmtabl 100mg 28 Stk			21541	28.45	14.08
Filmtabl 100mg 98 Stk			21541	72.95	49.25

PRÄPARATE / (Wirkstoffe) Packungen	Verantwortliche Firma	Therap. Gruppe	Dossier Nr.	Preis neu	Ex-Fact. neu
SITAGLIPTIN SPIRIG HC	Spirig HealthCare AG	070620			
Filmtabl 25 mg 28 Stk			21575	28.45	14.08
Filmtabl 25 mg 98 Stk			21575	72.95	49.25
Filmtabl 25 mg 100 Stk			21575	74.10	50.26
Filmtabl 50 mg 28 Stk			21575	28.45	14.08
Filmtabl 50 mg 98 Stk			21575	72.95	49.25
Filmtabl 50 mg 100 Stk			21575	74.10	50.26
Filmtabl 100 mg 28 Stk			21575	28.45	14.08
Filmtabl 100 mg 98 Stk			21575	72.95	49.25
Filmtabl 100 mg 100 Stk			21575	74.10	50.26
SITAGLIPTIN ZENTIVA	Helvepharm AG	070620			
Filmtabl 25 mg 28 Stk			21574	28.45	14.08
Filmtabl 25 mg 98 Stk			21574	72.95	49.25
Filmtabl 50 mg 28 Stk			21574	28.45	14.08
Filmtabl 50 mg 98 Stk			21574	72.95	49.25
Filmtabl 100 mg 28 Stk			21574	28.45	14.08
Filmtabl 100 mg 98 Stk			21574	72.95	49.25
VILDAGLIPTIN NOBEL	NOBEL Pharma Schweiz AG	070620			
Tabl 50 mg Blist 28 Stk			21610	20.20	10.45
Tabl 50 mg Blist 112 Stk			21610	64.40	41.80
VILDAGLIPTIN SPIRIG HC	Spirig HealthCare AG	070620			
Tabl 50 mg Blist 28 Stk			21614	20.20	10.45
Tabl 50 mg Blist 112 Stk			21614	64.40	41.80
VIMPAT	UCB-Pharma SA	010710			
Filmtabl 50 mg 14 Stk			19049	17.15	7.78
Filmtabl 100 mg 14 Stk			19049	34.05	15.39
Filmtabl 100 mg 56 Stk			19049	83.00	58.01
Filmtabl 100 mg 168 Stk			19049	210.95	169.45
Filmtabl 150 mg 14 Stk			19049	42.30	22.55
Filmtabl 150 mg 56 Stk			19049	114.75	85.69
Filmtabl 150 mg 3 × 56 Stk			19049	304.05	250.56
Filmtabl 200 mg 14 Stk			19049	50.90	30.06
Filmtabl 200 mg 56 Stk			19049	147.50	114.20
Filmtabl 200 mg 3 × 56 Stk			19049	399.90	334.08
Sirup 10 mg/ml Fl 200 ml			19051	41.65	22.01

PRÄPARATE / (Wirkstoffe) Packungen	Verantwortliche Firma	Therap. Gruppe	Dossier Nr.	Preis neu	Ex-Fact. neu
V. Limitations-/Indikationsänderung					
JAKAVI	Novartis Pharma Schweiz AG	071610			
Tabl 5 mg 56 Stk			19991	2009.45	1776.13
Tabl 10 mg 56 Stk			19991	3856.95	3522.88
Tabl 15 mg 56 Stk			19991	3856.95	3522.88
Tabl 20 mg 56 Stk			19991	3856.95	3522.88

Limitation alt

Folgende Therapien bedürfen der Kostengutsprache durch den Krankenversicherer nach vorgängiger Konsultation des Vertrauensarztes:

Zur Behandlung von Patienten mit Primärer Myelofibrose sowie Myelofibrose als Komplikation einer myeloproliferativen Neoplasie vom Typ Polycythaemia vera (PV) oder Essentielle Thrombozythämie (ET) mit Splenomegalie und/oder krankheitsassoziierten Beschwerden sowie mit einem intermediären oder höheren Risiko gemäss IPSS (International Prognostic Scoring System).

Zur Behandlung von Patienten mit Polycythaemia Vera, die gegenüber einer Behandlung mit Hydroxyurea oder einer anderen zytoreduktiven Erstlinientherapie resistent sind oder dies nicht vertragen.

Die Verschreibung von JAKAVI darf nur durch einen Facharzt für Hämatologie oder Onkologie erfolgen.

Limitation neu

Folgende Therapien bedürfen der Kostengutsprache durch den Krankenversicherer nach vorgängiger Konsultation des Vertrauensarztes:

Zur Behandlung von Patienten mit Primärer Myelofibrose sowie Myelofibrose als Komplikation einer myeloproliferativen Neoplasie vom Typ Polycythaemia vera (PV) oder Essentielle Thrombozythämie (ET) mit Splenomegalie und/oder krankheitsassoziierten Beschwerden sowie mit einem intermediären oder höheren Risiko gemäss IPSS (International Prognostic Scoring System).

Zur Behandlung von Patienten mit Polycythaemia Vera, die gegenüber einer Behandlung mit Hydroxyurea oder einer anderen zytoreduktiven Erstlinientherapie resistent sind oder dies nicht vertragen.

Zur Behandlung von Patienten ab 12 Jahren mit akuter Graft-versus-Host-Krankheit (aGvHD) vom Schweregrad 2 oder höher, die unzureichend auf eine systemische Kortikosteroidtherapie (Kortikosteroid-refraktäre aGvHD) angesprochen haben.

Die Verschreibung von JAKAVI darf nur durch einen Facharzt für Hämatologie oder Onkologie erfolgen.

SAXENDA	Novo Nordisk Pharma AG	079900			
Inj Lös 6 mg/ml 3 Fertpen 3 ml			20574	122.50	92.41
Inj Lös 6 mg/ml 5 Fertpen 3 ml			20574	193.20	154.02

Limitation alt

Befristete Limitation bis 31.05.2023

Einsatz nur bei Nichtdiabetikern und Diabetikern (DM Typ 2), welche nicht mit einem GLP-1-Rezeptoragonisten vorbehandelt sind:

– Als Ergänzung zu einer 500 kcal/Tag-Defizit-Diät, begleitender Ernährungsberatung und verstärkter, belegter (bspw. Schrittzähler) körperlicher Aktivität bei motivierten Patienten (ohne vorangegangene bariatrische Operation und ohne geplante oder bevorstehende bariatrische Operation) zur Gewichtsregulierung bei erwachsenen Patienten mit:

- BMI ≥ 35 kg/m²
- BMI ≥ 28 kg/m² falls zusätzliche gewichtsbedingte Begleiterkrankungen (Prädiabetes oder Diabetes mellitus Typ 2, arterielle Hypertonie, Dyslipidämie) vorliegen.

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

– Die dokumentierte Einhaltung einer 500 kcal/Tag-Defizit-Diät ist Voraussetzung für die Vergütung von Saxenda und muss gegenüber dem Krankenversicherer bestätigt werden.

– Die Verschreibung darf ausschliesslich durch Fachärzte für Endokrinologie/Diabetologie FMH sowie durch ausgewählte Ärzte mit Erfahrung in der Behandlung von Adipositas erfolgen. Die entsprechende Liste der Ärzte mit Erfahrung in der Behandlung von Adipositas ist unter folgender Adresse abrufbar:

<http://www.bag.admin.ch/sl-ref>.

– Die Behandlung muss abgebrochen werden, wenn die Patienten mit BMI ≥ 28 und < 35 nach 16-wöchiger Behandlung (4 Wochen Titration, 12 Wochen Behandlung mit 3 mg/Tag) nicht mindestens 5 % ihres Ausgangskörpergewichts und die Patienten mit BMI ≥ 35 nach 16-wöchiger Behandlung (4 Wochen Titration, 12 Wochen Behandlung mit 3 mg/Tag) nicht mindestens 7 % ihres Ausgangskörpergewichts im Vergleich zu Beginn der Therapie mit Saxenda verloren haben. Nach weiteren 6 Monaten muss die Behandlung abgebrochen werden, wenn nicht eine weitere Gewichtsreduktion von mindestens 5 % des nach 16 Wochen erreichten Gewichtes erzielt werden konnte.

– Für eine weiterführende Therapie über diese initiale Behandlungsphase hinaus ist eine erneute Kostengutsprache, wobei die Gewichtsreduktion nach 16 Wochen und 6 Monaten zu belegen sind.

– Eine Erfolgskontrolle hat danach grundsätzlich alle 6 Monate zu erfolgen. Saxenda kann bei Einhalten der vorgenannten Vergütungskriterien während insgesamt maximal 3 Jahren vergütet werden. Bei einer Gewichtszunahme von > 2 % des Gewichtes nach 6 Monaten Behandlung ist die Therapie abzubrechen. Die Therapie ist auch abzubrechen, sobald ein BMI < 25 erreicht wurde.

– Saxenda darf weder mit anderen GLP-1-Rezeptoragonisten, noch mit Gliptinen, SGLT-2-Inhibitoren noch mit Insulin kombiniert werden. Saxenda darf nicht mit anderen Arzneimitteln (z. B. Orlistat-enthaltende Arzneimittel) zur Gewichtsreduktion kombiniert werden.

– Patienten, die unter erstmaligem Einsatz von Saxenda nach 16-wöchiger Behandlung keine Gewichtsreduktion von mindestens 5 % bzw. 7 % ihres Ausgangskörpergewichtes erzielten (Nonresponder) sind grundsätzlich von einer Vergütung der Wiederaufnahme der Therapie ausgeschlossen.

Limitation neu

Befristete Limitation bis 30.06.2026

Erwachsene:

Einsatz nur bei Nichtdiabetikern und Diabetikern (DM Typ 2), welche nicht mit einem GLP-1-Rezeptoragonisten vorbehandelt sind:

Als Ergänzung zu einer 500 kcal/Tag-Defizit-Diät, begleitender Ernährungsberatung und verstärkter, belegter (bspw. Schrittzähler) körperlicher Aktivität bei motivierten Patienten (ohne vorangegangene bariatrische Operation und ohne geplante oder bevorstehende bariatrische Operation) zur Gewichtsregulierung bei erwachsenen Patienten mit:

- BMI ≥ 35 kg/m²
- BMI ≥ 28 kg/m², falls zusätzliche gewichtsbedingte Begleiterkrankungen (Prädiabetes oder Diabetes mellitus Typ 2, arterielle Hypertonie, Dyslipidämie) vorliegen.

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

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

Die dokumentierte Einhaltung einer 500 kcal/Tag-Defizit-Diät ist Voraussetzung für die Vergütung von Saxenda und muss gegenüber dem Krankenversicherer bestätigt werden.

Die Verschreibung darf ausschliesslich durch Fachärzte für Endokrinologie/Diabetologie FMH sowie an Adipositas-Zentren erfolgen. Adipositas-Zentren müssen die folgenden Kriterien erfüllen:

- Im Zentrum arbeiten insgesamt mindestens zwei Fachärzt:innen, welche über einen der folgenden Facharzttitel verfügen:
 - Endokrinologie/Diabetologie und/ oder
 - Innere Medizin und/ oder
 - Chirurg FMH/ Schwerpunkttitle Viszeralchirurgie.
- Im Zentrum berät zudem ein:e Ernährungsberater:in (nach Artikel 11 GesBG182) oder das Zentrum kann eine feste Zusammenarbeit mit einer externen Ernährungsberatung (nach Artikel 11 GesBG182) nachweisen.
- Der/die für das Zentrum verantwortliche Arzt/Ärztin ist entweder Mitglied der ASEMO, SGED oder der SMOB.
- Das interdisziplinäre Netzwerk des Adipositas-Zentrums umfasst mindestens eine:n Psychiater:in/ klinische:n Psycholog:in und eine:n zertifizierte:n Physiotherapeut:in.
- Die Einrichtung behandelt pro Jahr mindestens 300 Patienten mit Adipositas.

Für Patienten, welche die Behandlung bis zum 31. Mai 2023 bei einem Arzt der bisherigen Liste der Ärzte mit Erfahrung in der Behandlung von Adipositas gestartet haben, besteht eine Übergangsfrist von 12 Monaten bis zum 31. Mai 2024.

Die Behandlung muss abgebrochen werden, wenn die Patienten mit BMI ≥ 28 und < 35 nach 16-wöchiger Behandlung (4 Wochen Titration, 12 Wochen Behandlung mit 3mg/Tag) nicht mindestens 5% ihres Ausgangskörpergewichts und die Patienten mit BMI ≥ 35 nach 16-wöchiger Behandlung (4 Wochen Titration, 12 Wochen Behandlung mit 3 mg/Tag) nicht mindestens 7% ihres Ausgangskörpergewichts im Vergleich zu Beginn der Therapie mit Saxenda verloren haben. Nach weiteren 6 Monaten muss die Behandlung abgebrochen werden, wenn die Patienten mit BMI ≥ 28 kg/m² und < 35 kg/m² nicht insgesamt eine Gewichtsreduktion von mindestens 10% gegenüber dem Ausgangsgewicht und die Patienten mit BMI ≥ 35 kg/m² nicht insgesamt eine Gewichtsreduktion von mindestens 12% erzielen konnten.

Für eine weiterführende Therapie über diese initiale Behandlungsphase hinaus ist eine erneute Kostengutsprache durchzuführen, wobei die Gewichtsreduktion nach 16 Wochen und nach insgesamt 10 Monaten zu belegen sind.

Eine Erfolgskontrolle hat danach grundsätzlich alle 6 Monate zu erfolgen. Saxenda kann bei Einhalten der vorgenannten Vergütungskriterien während insgesamt maximal 3 Jahren vergütet werden. Bei einer Gewichtszunahme, bei der das Gewicht des Patienten höher ist, als das nach 10 Monaten zu erreichende Ziel vom Ausgangsgewicht (-10% bzw. -12%), ist die Therapie abzubrechen. Die Therapie ist auch abzubrechen, sobald ein BMI < 25 kg/m² erreicht wurde. Sollte bei diesen Personen das Gewicht wieder über einen BMI > 25 kg/m² ansteigen, darf die Therapie wieder begonnen werden, jedoch nicht länger als die maximale Therapiedauer von 3 Jahren. Das gleiche gilt, sollte die Therapie aus anderen begründeten Fällen, wie z. B. Schwangerschaft, unterbrochen werden. Die Abbruchkriterien (Zielgewicht/Monat 10 = 10% bzw. 12% tiefer als Ausgangsgewicht) bleiben bestehen.

Saxenda darf weder mit anderen GLP-1-Rezeptoragonisten noch mit Gliptinen, SGLT-2-Inhibitoren noch mit Insulin kombiniert werden. Saxenda darf nicht mit anderen Arzneimitteln (z. B. Orlistat-enthaltende Arzneimittel) zur Gewichtsreduktion kombiniert werden.

Patienten, die unter erstmaligem Einsatz von Saxenda nach 16-wöchiger Behandlung keine Gewichtsreduktion von mindestens 5% bzw. 7% ihres Ausgangskörpergewichtes erzielten (Nonresponder) sind grundsätzlich von einer Vergütung der Wiederaufnahme der Therapie ausgeschlossen.

Ein Therapiewechsel von Saxenda auf Wegovy soll grundsätzlich möglich sein. Die maximale Therapiedauer einer Monotherapie mit Saxenda oder einer sequentiellen Therapie mit Wegovy nach Saxenda beträgt 3 Jahre. Der Wechsel von Wegovy auf Saxenda wird nicht vergütet.

Jugendliche:

Saxenda wird als Ergänzung zu einer kalorienreduzierten Ernährung und verstärkter körperlicher Aktivität zur Gewichtsregulierung angewendet bei:

Jugendlichen ab 12 Jahren mit einem Körpergewicht ≥ 60 kg und einer Adipositas gemäss den dafür international akzeptierten Grenzwerten (entspricht einem BMI ≥ 35 kg/m² bei Erwachsenen)*.

*BMI-Grenzwerte der IOTF für Fettleibigkeit nach Geschlecht für Jugendliche von 12–18 Jahren.

Alter (Jahre) / Body Mass Index 35 kg/m² (Männlich/Weiblich)

12 / 31.21 / 31.66
 12.5 / 31.73 / 32.33
 13 / 32.19 / 32.91
 13.5 / 32.61 / 33.39
 14 / 32.98 / 33.78
 14.5 / 33.29 / 34.07
 15 / 33.56 / 34.28
 15.5 / 33.78 / 34.43
 16 / 33.98 / 34.55
 16.5 / 34.19 / 34.64
 17 / 34.43 / 34.75
 17.5 / 34.71 / 34.87
 18 / 35.00 / 35.00

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

Die Behandlung mit Saxenda sollte unterbrochen und neu beurteilt werden, wenn sich der BMI oder der BMI-Z-Wert der Patienten nach Anwendung von 3 mg/Tag oder der maximal verträglichen Dosis über 12 Wochen nicht um mindestens 4 % verbessert hat.

Die Verschreibung darf:

- durch pädiatrische Endokrinologen oder
- durch Ärzte mit Akkreditierung als Leiter von Programmen zur multiprofessionellen, strukturierten Individualtherapie von übergewichtigen adipösen Kindern und Jugendlichen (MSIT) gemäss Zertifizierungsreglement (A) (<https://www.akj-ch.ch/fachpersonen/therapie/einzelprogramm/>) oder
- an einem pädiatrischen Adipositas-Referenzzentren gemäss Zertifizierungsreglement (C) der Schweizerischen Gesellschaft für Pädiatrie (SGP) und des Schweizerischen Fachverbands Adipositas im Kindes- und Jugendalter (AKJ) (<https://www.akj-ch.ch/fachpersonen/therapie/paediatrische-referenzzentren/>) erfolgen.

Die Kontrolle der Basistherapie betreffend Ernährung, Bewegung und psychische Gesundheit müssen bei unter 18-Jährigen mindestens alle 3 Monate erfolgen.

Die Behandlung mit Saxenda muss neu evaluiert werden, sobald die Jugendlichen das Erwachsenenalter erreicht haben. Es gelten dann die Kriterien wie bei den Erwachsenen. Bei Jugendlichen, die das Erwachsenenalter erreichen, gilt auch eine maximale Therapiedauer von 3 Jahren.

VI-DE 3 MONATSDOSIS	VERFORA SA	070230			
Trink Lös 4800 IE/ml Unidos 5 ml			20590	2.60	1.42
Trink Lös 4800 IE/ml 3 Fl 5 ml			20590	9.00	4.26
Trink Lös 4800 IE/ml 6 Fl 5 ml			20590	18.00	8.52

Limitation alt

Zur Therapie bei nachgewiesenem schwerem Vitamin D-Mangel [25(OH)D-Konzentrationen <25 nmol/l oder 10 ng/ml] bei Personen über 70 Jahre. Die Anwendung soll nur unter ärztlicher Aufsicht stattfinden.

Limitation neu

Zur Therapie bei nachgewiesenem schwerem Vitamin D-Mangel (Serumkonzentration von 25-Hydroxycholecalciferol <25 nmol/l bzw. <10 ng/ml) bei Erwachsenen.

GALAFOLD	Amicus Therapeutics Switzerland GmbH	079900			
Kaps 123 mg 14 Stk			20573	18352.20	17664.59

Limitation alt

Befristete Limitation bis 31.05.2023

Die Behandlung bedarf der Kostengutsprache durch den Krankenversicherer nach vorgängiger Konsultation des Vertrauensarztes. Die Kostengutsprache ist jährlich zu erneuern. GALAFOLD ist in einer Dosierung von 123 mg (1 Kapsel) einmal an jedem zweiten Tag, jeweils zur gleichen Uhrzeit, für die Dauerbehandlung von Erwachsenen und Jugendlichen ab einem Alter von 16 Jahren und älter mit gesicherter Morbus Fabry-Diagnose (α -Galaktosidase A-Mangel) indiziert, die eine auf die Behandlung ansprechende Mutation aufweisen.

Die Kosten für den Test ob eine bis dato nicht charakterisierte Mutation auf Migalastat anspricht, werden von Amicus Therapeutics Switzerland GmbH, (info@amicusrx.ch) übernommen.

GALAFOLD darf ausschliesslich durch qualifizierte Therapiezentren (Universitätsspital Zürich, Kinderspital Zürich, Centre hospitalier universitaire vaudois [CHUV], Universitätsspital Bern [Inselspital], Spital Linth in Uznach) mit Erfahrung in der Behandlung von Morbus Fabry zu Lasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) angewendet werden. Ausnahmeregelung: Fachärzte mit Erfahrung in der Behandlung von Morbus Fabry sind berechtigt mit den oben genannten qualifizierten Therapiezentren zu kooperieren, um eine patientennahe Versorgung zu gewährleisten. Die Kooperation geschieht auf einvernehmlicher Basis zwischen beiden Partnern.

GALAFOLD darf nicht zusammen mit Enzyersatztherapien wie Agalsidase alfa (REPLAGAL) oder Agalsidase beta (FABRAZYME) verabreicht werden.

Alle mit GALAFOLD behandelten Patienten sind in einem Register zu erfassen. Sofern ein Patient keine Einwilligung zur Erfassung seiner Daten in das Register gibt, muss dies ausgewiesen werden.

Der behandelnde Arzt ist verpflichtet, laufend im Register (<https://sffd.ch/verein/swiss-fabry-register>) folgende Daten zu erfassen:

- 1) Angabe anonymisierter Patienten-Daten (Geschlecht, Alter und Körpergewicht, Jahr der Diagnosestellung, Fabry-Symptomatik, allfällige Begleiterkrankungen und Begleitmedikation).
- 2) Bisherige Therapien zur Behandlung des Morbus Fabry (naive/switch von Enzyersatztherapien), Datum Therapiebeginn mit GALAFOLD, ggf. Datum Therapieende mit GALAFOLD und Angabe des Grundes für Therapieende.
- 3) Erfassung der folgenden für eine Verlaufsbeurteilung relevanten Parameter vor Therapiebeginn und während der Behandlung: α -Gal in % of normal mean of healthy controls, LysoGb3, LVMi (Echo/MRT), GFR (estimated), Kreatinin, Proteinurie, Gastrointestinale Symptome, Neurologische Symptome, Renales/kardiales/ZNS Ereignis, sonstige unerwünschte Ereignisse.

Limitation neu

Die Behandlung bedarf der Kostengutsprache durch den Krankenversicherer nach vorgängiger Konsultation des Vertrauensarztes. Die Kostengutsprache ist jährlich zu erneuern. GALAFOLD ist in einer Dosierung von 123 mg (1 Kapsel) einmal an jedem zweiten Tag, jeweils zur gleichen Uhrzeit, für die Dauerbehandlung von Erwachsenen und Jugendlichen ab einem Alter von 16 Jahren und älter mit gesicherter Morbus Fabry-Diagnose (α -Galaktosidase A-Mangel) indiziert, die eine auf die Behandlung ansprechende Mutation aufweisen.

Die Kosten für den Test ob eine bis dato nicht charakterisierte Mutation auf Migalastat anspricht, werden von Amicus Therapeutics Switzerland GmbH, (info@amicusrx.ch) übernommen.

GALAFOLD darf ausschliesslich durch qualifizierte Therapiezentren (Universitätsspital Zürich, Kinderspital Zürich, Centre hospitalier universitaire vaudois [CHUV], Universitätsspital Bern [Inselspital]) mit Erfahrung in der Behandlung von Morbus Fabry zu Lasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) angewendet werden. Ausnahmeregelung: Fachärzte mit Erfahrung in der Behandlung von Morbus Fabry sind berechtigt mit den oben genannten qualifizierten Therapiezentren zu kooperieren, um eine patientennahe Versorgung zu gewährleisten. Die Kooperation geschieht auf einvernehmlicher Basis zwischen beiden Partnern.

GALAFOLD darf nicht zusammen mit Enzyersatztherapien wie Agalsidase alfa (REPLAGAL) oder Agalsidase beta (FABRAZYME) verabreicht werden.

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

Alle mit GALAFOLD behandelten Patienten sind in einem Register zu erfassen. Sofern ein Patient keine Einwilligung zur Erfassung seiner Daten in das Register gibt, muss dies ausgewiesen werden.

Der behandelnde Arzt ist verpflichtet, laufend im Register (<https://sffd.ch/verein/swiss-fabry-register>) folgende Daten zu erfassen:

- 1) Angabe anonymisierter Patienten-Daten (Geschlecht, Alter und Körpergewicht, Jahr der Diagnosestellung, Fabry-Symptomatik, allfällige Begleiterkrankungen und Begleitmedikation).
- 2) Bisherige Therapien zur Behandlung des Morbus Fabry (naive/switch von Enzymersatztherapien), Datum Therapiebeginn mit GALAFOLD, ggf. Datum Therapieende mit GALAFOLD und Angabe des Grundes für Therapieende.
- 3) Erfassung der folgenden für eine Verlaufsbeurteilung relevanten Parameter vor Therapiebeginn und während der Behandlung: α -Gal in % of normal mean of healthy controls, LysoGb3, LVMI (Echo/MRT), GFR (estimated), Kreatinin, Proteinurie, Gastrointestinale Symptome, Neurologische Symptome, Renales/kardiales/ZNS Ereignis, sonstige unerwünschte Ereignisse.

PRÄPARATE / (Wirkstoffe) Packungen	Verantwortliche Firma	Therap. Gruppe	Dossier Nr.	Preis neu	Ex-Fact. neu
VI. Limitierung bei Neuaufnahme					
HEMLIBRA	Roche Pharma (Schweiz) AG	060110			
Inj Lös 30 mg/ml Durchstf 1 Stk			20818	2036.40	1946.71
Inj Lös 60 mg/0.4 ml Durchstf 1 Stk			20818	4031.75	3893.42
Inj Lös 105 mg/0.7 ml Durchstf 1 Stk			20818	7024.85	6813.49
Inj Lös 150 mg/ml Durchstf 1 Stk			20818	10017.90	9733.55
Befristete Limitation bis 30.06.2023					
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 30.06.2023					
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 Indikationen 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, Universitätskinderhospital beider Basel, Ospedale Regionale di Bellinzona e Valli, Inselspital Bern, Kantonsspital Graubünden, Hôpitaux Universitaires Genève, Centre hospitalier universitaire vaudois, Centre Hospitalier du Valais Sion, Kantonsspital Luzern, Zentrum für Labormedizin St. Gallen, Ostschweizer Kinderhospital St. Gallen, Universitätsspital Zürich, Universitäts-Kinderhospital Zürich.					
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 3 mg/kg Körpergewicht einmal wöchentlich in den ersten 4 Wochen) und Erhaltungsdosierung ab Woche 5 (1,5 mg/kg KG s.c. einmal wöchentlich oder 3 mg/kg KG alle zwei Wochen s.c. oder 6 mg/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 1,5 mg/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 Stichtatum 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.					
LORVIQUA	Pfizer AG	071610			
Filmtabl 25 mg Blist 90 Stk			20952	4088.00	3748.27
Filmtabl 100 mg Blist 30 Stk			20952	5368.65	4997.69
Befristete Limitation bis 31.10.2024					
Nach Kostengutsprache durch den Krankenversicherer nach vorgängiger Konsultation des Vertrauensarztes.					
LORVIQUA wird angewendet zur Behandlung von erwachsenen Patienten mit Anaplastische-Lymphom-Kinase (ALK)-positivem, metastasiertem nicht-kleinzelligem Lungenkarzinom (non small cell lung cancer, NSCLC).					
Im Falle einer Progression ist die Behandlung abzubrechen.					
Befristete Limitation bis 30.06.2023					
Nach Kostengutsprache durch den Krankenversicherer nach vorgängiger Konsultation des Vertrauensarztes.					
LORVIQUA wird vergütet zur Behandlung von erwachsenen Patienten mit Anaplastische-Lymphom-Kinase (ALK)-positivem, metastasiertem nicht kleinzelligem Lungenkarzinom (non small cell lung cancer, NSCLC) nach Progression unter vorangegangener Behandlung mit mindestens zwei ALK-Tyrosinkinaseinhibitor (TKI).					
Im Falle einer Progression ist die Behandlung abzubrechen.					
Die Pfizer AG vergütet dem Krankenversicherer, bei dem die versicherte Person zum Zeitpunkt des Bezugs versichert war, auf dessen Aufforderung hin für jede bezogene Packung LORVIQUA 100 mg, 30 Filmtabletten Fr. 638.51 zurück und für jede Packung LORVIQUA 25 mg, 90 Tabletten Fr. 478.88 zurück.					
Die Mehrwertsteuer kann nicht zusätzlich zu diesem Anteil des Fabrikabgabepreises zurückgefordert werden.					
Kontaktadresse: Pfizer-Rueckverguetung@pfizer.com					

PRÄPARATE / (Wirkstoffe) Packungen	Verantwortliche Firma	Therap. Gruppe	Dossier Nr.	Preis neu	Ex-Fact. neu
LUTATHERA Inf Lös 370 MBq/ml Fl 1 Stk	Advanced Accelerator Applications International SA	170200	21181	21068.45	20314.60
Befristete Limitation bis 31.08.2023 Die Behandlung bedarf der Kostengutsprache durch den Krankenversicherer nach vorgängiger Konsultation des Vertrauensarztes. Lutathera wird zur Behandlung von metastatischen oder nicht resezierbaren, progressiven, gut differenzierten (G1 und G2) Somatostatinrezeptor-positiven gastroenteropankreatischen neuroendokrinen Tumoren (GEP-NETs) bei Erwachsenen vergütet. Es werden maximal 4 Lutathera Verabreichungen vergütet.					
LUXTURNA Inj Konz c Solv 1 Stk	Novartis Pharma Schweiz AG	119900	21179	368319.16	359095.78
Befristete Limitation bis 31.07.2023 Nach Kostengutsprache des Krankenversicherers nach vorgängiger Konsultation des Vertrauensarztes zur Behandlung von erwachsenen und pädiatrischen Patienten mit Sehverlust aufgrund einer erblichen Netzhautdystrophie, die auf nachgewiesenen biallelischen RPE65-Mutationen beruht, und die über ausreichend lebensfähige Netzhautzellen (retinaler Bereich innerhalb des hinteren Pols von > 100 Mikrometer Dicke) verfügen. Keine Vergütung für Kinder unter 3 Jahren. Die Vergütung von Luxturna erfolgt pro Patient und Auge nur einmalig. Die Applikation von Luxturna wird nur in einem zertifizierten Behandlungszentrum durchgeführt. Die Novartis Pharma Schweiz AG erstattet dem Krankenversicherer, bei dem die versicherte Person zum Zeitpunkt des Bezugs versichert war, auf dessen erste Aufforderung hin für jede bezogene Packung Luxturna einen festgelegten Anteil des Fabrikabgabepreises zurück. Sie gibt dem Krankenversicherer die Höhe der Rückerstattung bekannt. Die Mehrwertsteuer kann nicht zusätzlich zu diesem Anteil des Fabrikabgabepreises zurückgefordert werden. Die Aufforderung zur Rückerstattung soll ab dem Zeitpunkt der Verabreichung erfolgen.					
VITRAKVI Kaps 25 mg DS 56 Stk	Bayer (Schweiz) AG	071610	21043	1553.75	1765.60
Kaps 100 mg DS 56 Stk			21043	6214.99	6616.35
Lös 20 mg/ml 2 Fl 50 ml			21545	2219.64	2495.90
Befristete Limitation bis 30.04.2024 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					

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

VII. Limitationsänderungen aufgrund der Überprüfung der Aufnahmebedingungen alle drei Jahre von 2021

DEFERASIROX ACCORD

Accord Healthcare AG

069900

Filmtabl 90 mg Blist 30 Stk			21246	267.20	218.47
Filmtabl 180 mg Blist 30 Stk			21246	427.75	358.30
Filmtabl 360 mg Blist 30 Stk			21246	691.00	587.62
Filmtabl 90 mg Blist 90 Stk			21246	655.95	557.12
Filmtabl 180 mg Blist 90 Stk			21246	1063.55	913.67
Filmtabl 360 mg Blist 90 Stk			21246	1704.90	1498.42

Limitation neu

Eine Vergütung erfolgt

- als Erstlinientherapie zur Behandlung der chronischen Eisenüberladung auf Grund häufiger Transfusionen bei Patienten mit Beta-Thalassämia major.
- für die Behandlung von weiteren chronischen, transfusionsbedingten Eisenüberladungen, wenn eine Deferoxamin-Therapie kontraindiziert oder unangemessen ist.
- für die Behandlung der chronischen Eisenüberladung bei Patienten mit nicht transfusionsabhängigen Thalassämie-Syndromen im Alter von 10 Jahren und älter, wenn eine Deferoxamin-Therapie kontraindiziert oder unangemessen ist.

Therapien, die vor der Einführung der angepassten Limitierung (1. Juni 2023) begonnen wurden, werden weiterhin vergütet, sofern es sich um eine Behandlung entsprechend der von Swissmedic zugelassenen Indikation handelt.

JADENU

Novartis Pharma Schweiz AG

069900

Filmtabl 90 mg 30 Stk			20623	370.95	308.85
Filmtabl 180 mg 30 Stk			20623	597.90	506.52
Filmtabl 360 mg 30 Stk			20623	970.05	830.69
Filmtabl 90 mg 90 Stk			20623	920.55	787.57
Filmtabl 180 mg 90 Stk			20623	1478.10	1291.63
Filmtabl 360 mg 90 Stk			20623	2384.70	2118.25

Limitation neu

Eine Vergütung erfolgt

- als Erstlinientherapie zur Behandlung der chronischen Eisenüberladung auf Grund häufiger Transfusionen bei Patienten mit Beta-Thalassämia major.
- für die Behandlung von weiteren chronischen, transfusionsbedingten Eisenüberladungen, wenn eine Deferoxamin-Therapie kontraindiziert oder unangemessen ist.
- für die Behandlung der chronischen Eisenüberladung bei Patienten mit nicht transfusionsabhängigen Thalassämie-Syndromen im Alter von 10 Jahren und älter, wenn eine Deferoxamin-Therapie kontraindiziert oder unangemessen ist.

Therapien, die vor der Einführung der angepassten Limitierung (1. Juni 2023) begonnen wurden, werden weiterhin vergütet, sofern es sich um eine Behandlung entsprechend der von Swissmedic zugelassenen Indikation handelt.

PRÄPARATE / (Wirkstoffe) Packungen	Verantwortliche Firma	Therap. Gruppe	Dossier Nr.	Preis neu	Ex-Fact. neu
VIII. Limitationsänderungen aufgrund der Überprüfung der Aufnahmebedingungen alle drei Jahre von 2022					
DIFLUCAN	Pfizer AG	080600			
Susp 10 mg/ml 35ml			16316	41.45	21.82
Susp 40 mg/ml forte 35ml			16316	96.10	69.44
Limitation neu					
Eine Vergütung erfolgt nur bei Kindern und Jugendlichen bis 18 Jahre sowie bei Erwachsenen mit Schluckbeschwerden innerhalb der von Swissmedic zugelassenen Indikationen.					

Der Ergebnisbericht 2022 zum Strahlenschutz liegt vor

Die Abteilung Strahlenschutz des Bundesamtes für Gesundheit (BAG) hat kürzlich ihren Ergebnisbericht veröffentlicht, in dem die wichtigsten Arbeiten und Ergebnisse des Jahres 2022 dokumentiert sind. Im Interview kommt die Arbeitsgruppe «Radiologischer Notfall» zu Wort, die als Reaktion auf die nukleare Bedrohung in der Ukraine ihre Bereitschaft erhöht hat.



Kaum hatte sich die Situation in Europa nach zwei Jahren Pandemie wieder ein wenig entspannt, brach am 24. Februar 2022 der Krieg in der Ukraine aus. In der Schweiz schürte dieser Krieg die Angst der Bevölkerung vor einem drohenden Unfall in einem ukrainischen Kernkraftwerk oder vor dem Einsatz von Atomwaffen durch Russland. Infolgedessen musste das BAG auf die Sorgen der Bevölkerung eingehen, insbesondere was die Verfügbarkeit und den Gebrauch von Jodtabletten betraf. Es zog auch verschiedene Massnahmen in Betracht, um die Bevölkerung im Falle eines nuklearen Ereignisses in der Ukraine zu schützen, und zwar in Zusammenarbeit mit allen betroffenen Behörden in der Schweiz. Wie nach dem Unfall in Tschernobyl 1986 würden diese Massnahmen in erster Linie darin bestehen, die Aufnahme von kontaminierten Lebensmitteln zu vermeiden. Um mehr zu erfahren, laden wir Sie ein, das Interview mit den Mitgliedern der Arbeitsgruppe «Radiologischer Notfall» des BAG zu lesen.

Neben den Aktivitäten zur Vorbereitung auf Notfallsituationen hat die Abteilung Strahlenschutz im Jahr 2022 eine Reihe von Arbeiten in Angriff genommen.

Was die Überwachung der Umweltradioaktivität betrifft, hat der Bundesrat beschlossen, das System zur Messung der Radioaktivität in der Luft an der Station Jungfrauoch zu modernisieren. Ab 2024 wird es an das vom BAG betriebene Netz für die kontinuierliche Überwachung angeschlossen.

Ausserdem unterstützte das BAG bei der Organisation der dritten Konferenz der Internationalen Atomenergiebehörde (IAEA) zum Thema beruflicher Strahlenschutz, die 2022 in Genf stattfand. Auf nationaler Ebene organisierte es den fünften Tag des Strahlenschutzes in der Medizin, der sich mit radiologischen Ereignissen in der Medizin und der Patientensicherheit befasste.

Im Jahr 2022 setzte das BAG sein Aufsichtsprogramm mit Audits vor Ort fort, die den Strahlenschutz von Patientinnen und Patienten sowie medizinischem Personal verbessern sollen, und übernahm die Koordination von rund 30 klinischen Audits. Auch die Forschungseinrichtungen des PSI und des CERN waren Gegenstand mehrerer Besuche. Im Bereich der Digitalisierung schreitet die Entwicklung des IT-Portals Radiation Portal Switzerland (RPS) zügig voran und wird ab 2023 eine umfassende Verwaltung der Bewilligungen im Strahlenschutz durch alle Akteure ermöglichen. Das BAG verfolgt alle radiologischen Ereignisse in der Schweiz genau. Im Jahr 2022 wurden dem BAG 236 Ereignisse gemeldet, von denen 103 den medizinischen Bereich betrafen.

Das BAG sorgte auch für die Umsetzung der drei Aktionspläne zu Radon in Innenräumen und Radiumaltlasten in der Uhrenindustrie sowie zur Stärkung der Sicherheit und Sicherung radioaktiver Quellen (Radiss).

Schliesslich wurde die Umsetzung der neuen Gesetzgebung über nichtionisierende Strahlung und Schall im Jahr 2022 fortgesetzt, insbesondere in Bezug auf die Kompetenz von Personen, die Behandlungen zu kosmetischen Zwecken durchführen, die nun in einem IT-Portal aufgeführt sind. Das BAG führte auch Vor-Ort-Kontrollen bei Veranstaltungen mit Lasershows durch.

Der vollständige Bericht «Strahlenschutz und Überwachung der Radioaktivität in der Schweiz – Ergebnisse 2022» (BAG, Abteilung Strahlenschutz, Juni 2023) ist online verfügbar: www.bag.admin.ch/str-jahresberichte

Kontakt

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



Auf gehts



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

Rezeptsperrung

Swissmedic, Abteilung Betäubungsmittel

Rezeptsperrung

Folgende Rezepte sind gesperrt

Kanton	Block-Nr.	Rezept-Nr.
Basel-Landschaft		10576229
Bern		10485592 10635616 10639728
Graubünden		9872799

BAG-Bulletin
BBL, Vertrieb Publikationen
CH-3003 Bern

P.P.

CH-3003 Bern
Post CH AG

BAG-Bulletin

Woche
25/2023