



Schweizerische Eidgenossenschaft
Confédération suisse
Confederazione Svizzera
Confederaziun svizra

Eidgenössisches Departement des Innern EDI
Bundesamt für Gesundheit BAG

Ausgabe vom 14. Februar 2022

BAG-Bulletin

Woche

7/2022

Informationsmagazin für medizinische Fachpersonen und Medienschaffende

**SO SCHÜTZEN
WIR UNS.**

www.bag-coronavirus.ch



Impressum

HERAUSGEBER

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

REDAKTION

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

DRUCK

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

ABONNEMENTE, ADRESSÄNDERUNGEN

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

ISSN 1420-4266

DISCLAIMER

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

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

Inhalt

Meldungen Infektionskrankheiten _____	4
Sentinella-Statistik _____	6
Wochenbericht zu den grippeähnlichen Erkrankungen _____	6
www.bag-coronavirus.ch/impfung : Informationen zur Covid-19-Impfung _____	7
PEPra – Informationen, Tools und Fortbildungen für Prävention im Praxisalltag _____	8
Spezialitätenliste Korrigendum _____	10
Spezialitätenliste _____	11
Rezeptsperrung _____	47

Meldungen Infektionskrankheiten

Stand am Ende der 5. Woche (08.02.2022)^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. frühlaterente 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 5. Woche (08.02.2022)^a

	Woche 5			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	3 1.80		1 0.60	8 1.20	1 0.20	14 2.10	97 1.10	61 0.70	121 1.40	14 1.70	3 0.40	22 2.60
Influenzavirus-Infektion, saisonale Typen und Subtypen^b	208 124.20	1 0.60	1426 851.40	782 116.70	5 0.80	3069 458.10	1483 17.00	6413 73.60	14093 161.80	1026 122.50	10 1.20	3327 397.30
Legionellose	4 2.40	8 4.80	9 5.40	25 3.70	27 4.00	27 4.00	668 7.70	483 5.60	564 6.50	29 3.50	41 4.90	34 4.10
Masern			1 0.60			11 1.60		18 0.20	227 2.60			17 2.00
Meningokokken: invasive Erkrankung			1 0.60	1 0.20		2 0.30	8 0.09	16 0.20	47 0.50	1 0.10	1 0.10	5 0.60
Pneumokokken: invasive Erkrankung	11 6.60	5 3.00	31 18.50	39 5.80	15 2.20	99 14.80	529 6.10	424 4.90	878 10.10	54 6.40	22 2.60	135 16.10
Röteln^c									1 0.01			
Röteln, materno-fötal^d												
Tuberkulose	5 3.00	7 4.20	8 4.80	21 3.10	20 3.00	33 4.90	355 4.10	353 4.00	426 4.90	23 2.80	28 3.30	37 4.40
Faeco-orale Übertragung												
Campylobacteriose	67 40.00	82 49.00	89 53.10	476 71.00	380 56.70	523 78.10	6889 79.10	5980 68.70	7261 83.40	744 88.80	594 70.90	725 86.60
Enterohämorrhagische E.-coli-Infektion	19 11.30	9 5.40	11 6.60	67 10.00	40 6.00	53 7.90	957 11.00	686 7.90	1078 12.40	81 9.70	52 6.20	58 6.90
Hepatitis A	2 1.20	2 1.20	1 0.60	9 1.30	5 0.80	9 1.30	50 0.60	61 0.70	82 0.90	9 1.10	7 0.80	11 1.30
Hepatitis E	4 2.40	4 2.40	4 2.40	9 1.30	9 1.30	12 1.80	169 1.90	62 0.70	112 1.30	11 1.30	10 1.20	12 1.40
Listeriose	1 0.60		1 0.60	6 0.90	1 0.20	4 0.60	37 0.40	56 0.60	38 0.40	7 0.80	3 0.40	4 0.50
Salmonellose, S. typhi/paratyphi			1 0.60	2 0.30		3 0.40	4 0.05	8 0.09	22 0.20	2 0.20		3 0.40
Salmonellose, übrige	16 9.60	15 9.00	17 10.20	71 10.60	63 9.40	84 12.50	1502 17.20	1227 14.10	1532 17.60	93 11.10	87 10.40	97 11.60
Shigellose	2 1.20	2 1.20	1 0.60	11 1.60	4 0.60	14 2.10	106 1.20	47 0.50	211 2.40	12 1.40	4 0.50	16 1.90

	Woche 5			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		2 1.20	1 0.60	2 0.30	5 0.80	4 0.60	46 0.50	49 0.60	75 0.90	3 0.40	6 0.70	4 0.50
Chlamydiose	187 111.60	235 140.30	292 174.30	885 132.10	973 145.20	1126 168.10	12025 138.10	10989 126.20	12458 143.00	1015 121.20	1167 139.40	1229 146.80
Gonorrhoe ^e	36 21.50	65 38.80	86 51.40	251 37.50	316 47.20	376 56.10	4006 46.00	3410 39.20	3983 45.70	296 35.40	380 45.40	420 50.20
Hepatitis B, akut		1 0.60	2 1.20		1 0.20	3 0.40	24 0.30	21 0.20	28 0.30	1 0.10	1 0.10	3 0.40
Hepatitis B, total Meldungen	13	23	17	90	97	96	1023	932	1080	102	119	104
Hepatitis C, akut		1 0.60			1 0.20		12 0.10	18 0.20	24 0.30		1 0.10	
Hepatitis C, total Meldungen	3	20	21	51	73	82	939	885	1014	71	96	87
HIV-Infektion	4 2.40	10 6.00	13 7.80	22 3.30	24 3.60	35 5.20	331 3.80	264 3.00	439 5.00	31 3.70	29 3.50	41 4.90
Syphilis, Frühstadien ^f		10 6.00	16 9.60	15 2.20	36 5.40	67 10.00	615 7.10	578 6.60	762 8.80	28 3.30	54 6.40	74 8.80
Syphilis, total ^g	1 0.60	14 8.40	28 16.70	19 2.80	59 8.80	91 13.60	819 9.40	788 9.00	1071 12.30	37 4.40	80 9.60	104 12.40
Zoonosen und andere durch Vektoren übertragbare Krankheiten												
Brucellose				1 0.20			7 0.08	3 0.03	7 0.08	1 0.10		
Chikungunya-Fieber			2 1.20			8 1.20	6 0.07	2 0.02	44 0.50			9 1.10
Dengue-Fieber			5 3.00	1 0.20	2 0.30	30 4.50	25 0.30	42 0.50	263 3.00	3 0.40	2 0.20	34 4.10
Gelbfieber												
Hantavirus-Infektion							6 0.07					
Malaria	10 6.00	2 1.20	7 4.20	30 4.50	18 2.70	37 5.50	264 3.00	100 1.20	306 3.50	32 3.80	20 2.40	37 4.40
Q-Fieber		1 0.60	2 1.20	3 0.40	7 1.00	2 0.30	105 1.20	59 0.70	99 1.10	5 0.60	8 1.00	2 0.20
Trichinellose				1 0.20			1 0.01	4 0.05	3 0.03	1 0.10	1 0.10	1 0.10
Tularämie		4 2.40		4 0.60	18 2.70	8 1.20	215 2.50	135 1.60	152 1.80	5 0.60	22 2.60	8 1.00
West-Nil-Fieber								1 0.01	1 0.01			
Zeckenzephalitis		1 0.60			1 0.20	2 0.30	284 3.30	453 5.20	262 3.00		1 0.10	2 0.20
Zika-Virus Infektion									1 0.01			
Andere Meldungen												
Botulismus							1 0.01					
Creutzfeldt-Jakob-Krankheit		1 0.60	2 1.20		3 0.40	3 0.40	26 0.30	23 0.30	19 0.20	2 0.20	4 0.50	3 0.40
Diphtherie ^h							4 0.05	3 0.03	2 0.02			
Tetanus												

Sentinella-Statistik

Provisorische Daten

Sentinella:

Anzahl Meldungen (N) der letzten 4 Wochen bis am 4.2.2022 und Inzidenz pro 1000 Konsultationen (N/10³)
Freiwillige Erhebung bei Hausärztinnen und Hausärzten (Allgemeinpraktiker, Internisten und Pädiater)

Woche	2		3		4		5		Mittel 4 Wochen	
	N	N/10 ³	N	N/10 ³	N	N/10 ³	N	N/10 ³	N	N/10 ³
Mumps	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Pertussis	0	0	0	0	2	0.1	0	0	0.5	0
Zeckenstiche	0	0	0	0	1	0.1	0	0	0.3	0
Lyme Borreliose	0	0	1	0.1	0	0	0	0	0.3	0
Herpes Zoster	16	1.1	7	0.5	9	0.7	4	0.3	9	0.6
Post-Zoster-Neuralgie	0	0	2	0.1	0	0	0	0	0.5	0
Meldende Ärzte	160		160		162		149		157.8	

Wochenbericht zu den grippeähnlichen Erkrankungen

Die Berichterstattung zur Grippe erfolgt digital und ist unter folgender Adresse zu finden: <https://www.bag.admin.ch/grippebericht>



Coronavirus

SO SCHÜTZEN
WIR UNS.



Vor jeder
Reise wegen
Testen
stressen?

LIEBER
IMPFFEN
LASSEN

bag-coronavirus.ch/impfung

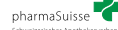


Schweizerische Eidgenossenschaft
Confédération suisse
Confederazione Svizzera
Confederaziun svizra

Swiss Confederation

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

Diese Informationskampagne wird unterstützt durch folgende Organisationen:



PEPra – Informationen, Tools und Fortbildungen für Prävention im Praxisalltag

Wann Risikoverhalten bei Patienten ansprechen? Wie die Motivation zu einer Verhaltensänderung anregen? Welche spezifischen Angebote in der Region empfehlen? Mit diesen Fragen sehen sich Praxisteams konfrontiert. Oft fehlt im Praxisalltag jedoch die Zeit, Know-how oder der einfache Zugang zu den nötigen Tools.

Hier setzt PEPra an und unterstützt die Implementierung von Prävention in der Arztpraxis. Das Gesamtpaket bietet Tools zur Anwendung, Informationen, Fortbildungen sowie regionale Angebote.

PRÄVENTION WIRKT

Rund 80 % der Gesundheitskosten in der Schweiz gehen zu Lasten von nichtübertragbaren Krankheiten (NCD). Zugleich werden jährlich rund 2,2 % der Gesundheitsausgaben in Prävention investiert – notabene weniger als im Durchschnitt der OECD-Länder. Jeder im Bereich Tabakprävention eingesetzte Franken erzielt ein Return on Investment von 28 bis 48 Franken; beim risikoreichen Alkoholkonsum liegt der Wert zwischen 11 und 29 Franken. Dagegen stehen jährliche volkswirtschaftliche Kosten von knapp 8 Milliarden Franken. Klar an der Spitze steht dabei der Tabakkonsum mit knapp 4 Milliarden Franken, gefolgt von Alkohol mit knapp 2,8 Milliarden Franken.

Die Evidenz der Prävention von NCD, Sucht und psychischer Erkrankungen ist deutlich gegeben. Ebenso unbestritten sind die zentrale Rollen, welche die medizinischen Grundversorgen-

den dabei einnehmen. Nebst dem hohen Vertrauen das sie genießen, werden sie regelmässig konsultiert und dienen oft als erste Anlaufstelle für gesundheitliche Fragen. Der Grundlagenbericht zur nationalen NCD-Strategie hält Prävention als integralen Bestandteil der modernen Grundversorgung fest. Präventives Handeln wird als strukturell und prozedural in die Grundversorgung integriert und als Teamaufgabe verstanden. Praxis als Team PEPra spricht deswegen ganz bewusst das ganze Praxisteam an – die Medizinischen Praxisfachpersonen sowie Ärztinnen und Ärzte. Die Teamarbeit ist zentrales Element und transversaler Bestandteil aller PEPra-Fortbildungen. Denn: ist das gesamte Praxisteam in die Prävention involviert, in Gesprächstechniken geschult und hat es einfachen Zugriff auf spezifische Angebote, kann insgesamt der Zeitaufwand reduziert werden und langfristig können die Kosten sowohl von Prävention wie auch von Ausgaben zur Krankheitslast gesenkt werden.

PEPRA UNTERSTÜTZT BEI DER IMPLEMENTIERUNG

Die Chancen und Herausforderungen von Prävention in der Grundversorgung nimmt PEPra als Gesamtpaket auf. Ziel ist, die Implementierung von Prävention in den Arztpraxen zu fördern und unterstützen. Zu den relevantesten Präventionsthemen stehen Informationen und Tools zur Verfügung, die vor, während und nach der Konsultation genutzt werden können. Zur Vertiefung werden Fortbildungen angeboten, die den eigenen Bedürfnissen entsprechend modular gebucht werden können. Den Grundversorgenden kommt die Rolle der Erkennung und Betreuung von «Persons at Risk» zu, weshalb PEPra insbesondere auch die Bedeutung von Kommunikation und Beratung hervorhebt und Fortbildungen anbietet, in denen die entsprechenden Kompetenzen vermittelt und geübt werden. Dem Praxisteam wird zudem regionale spezialisierte Angebote angezeigt, an die zur Veränderung motivierte Patientinnen und Patienten weitervermittelt werden können.

SO BLEIBEN SIE INFORMIERT

Auf [Fortbildung/PEPra](#) ein Thema von Interesse wählen, «Benachrichtigungen aktivieren» anklicken, Fortbildungsorte und weitere Themen auswählen und abschicken. Sie erhalten von uns eine Information, sobald wir Ihren Bedürfnissen entsprechende Angebote verfügbar haben.

Über PEPra

Das Projekt PEPra ist Teil der Umsetzung der [BAG Strategie Nichtübertragbare Krankheiten](#) und wird im Rahmen der Projektförderung «Prävention in der Gesundheitsversorgung» von der Stiftung Gesundheitsförderung Schweiz und der FMH kofinanziert. An der Pilotphase bis 2024 sind die Kantone Basel-Stadt, Freiburg, Luzern und St. Gallen beteiligt – die Nutzung der Angebote steht jedoch allen Interessierten offen.



Salomé Steinle, Projektleitung PEPra
Abteilung Public Health, Gesundheitsberufe und Heilmittel
info@pepra.ch, Telefon +41 31 359 12 92



**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

Spezialitätenliste Korrigendum

«I. NEUZUGANG PRÄPARATE» (AUSGABE BULLETIN 24/21)

In der Ausgabe des Bulletins 24/21 unter I. Neuzugang Präparate sowie in der Spezialitätenliste wurde für (21177) CALQUENCE Kaps 100 mg 60 Stk. die folgende Limitierung gültig per 1. Juni 2021 aufgeführt:

Limitation ab 01.06.2021:

Befristete Limitation bis 31.05.2024

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

1L CLL (Monotherapie)

Als Monotherapie zur Behandlung erwachsener Patienten mit unbehandelter chronischer lymphatischer Leukämie (CLL) mit 17p-Deletion oder TP53-Mutation:

- die 65 Jahre und älter sind ODER
- die 18–64 Jahre sind und Begleiterkrankungen haben (mit einer Kreatinin Clearance < 70 ml/min oder klinisch relevanten Komorbiditäten ermittelt durch die Cumulative Illness Rating Scale (CIRS) mit einem Wert > 6 oder einem vergleichbaren Wert eines anderen anerkannten Bewertungssystems).

2L+ CLL (Monotherapie)

Als Monotherapie zur Behandlung erwachsener Patienten mit CLL, die mindestens eine Vortherapie erhalten haben. Acalabrutinib wird jedoch nicht bei Patienten vergütet, bei denen unter Ibrutinib eine Krankheitsprogression auftrat.

Im Sinne der Gleichbehandlung mit anderen Therapien, die für die gleiche Indikation eingesetzt werden, lautet die Limitierung gültig per 1. Februar 2022 wie folgt:

Limitation ab 01.02.2022:

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

1L CLL (Monotherapie):

Als Monotherapie zur Behandlung erwachsener Patienten mit unbehandelter chronischer lymphatischer Leukämie (CLL) mit 17p-Deletion oder TP53-Mutation, **die 65 Jahre und älter sind oder Begleiterkrankungen haben.**

2L+ CLL (Monotherapie):

Als Monotherapie zur Behandlung erwachsener Patienten mit CLL, die mindestens eine Vortherapie erhalten haben. Acalabrutinib wird jedoch nicht bei Patienten vergütet, bei denen unter Ibrutinib eine Krankheitsprogression auftrat.

Spezialitätenliste:

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

[] Der dem verfügbaren Publikumspreis zugrunde liegende Fabrikabgabepreis

Gültig ab 1. Februar 2022

Therap. Gruppe	Dossier Nr.	PRÄPARATE/ (Wirkstoffe) Packungen	Verantwortliche Firma	SHI-Nr.	Aufnahmejahr
I. Neuzugang Präparate					
01.05 G		CLOZAPIN VIATRIS (Clozapinum)	Mylan Pharma GmbH		
	21375	Tabl 25 mg Blist 50 Stk Fr. 18.20 (8.69)		68560001	01.02.2022, A
	21375	Tabl 100 mg Blist 50 Stk Fr. 42.65 (22.86)		68560003	01.02.2022, A
01.09 G		PALONOSETRON ACCORD (Palonosetronum)	Accord Healthcare AG		
	21388	Inj Lös 0.250 mg/5 ml Durchstf 5 ml Fr. 68.45 (45.36)		68343001	01.02.2022, B
Stark emetogene Chemotherapie.					
07.16		ISTURISA (Osilodrostatum)	Recordati AG		
	21210	Filmtabl 1 mg 60 Stk Fr. 1951.50 (1723.26)		67262001	01.02.2022, A
	21210	Filmtabl 5 mg 60 Stk Fr. 7332.85 (6914.01)		67262002	01.02.2022, A
	21210	Filmtabl 10 mg 60 Stk Fr. 7687.75 (7260.25)		67262003	01.02.2022, A
Befristete Limitation bis 31.01.2025 Nach vorgängiger Kostengutsprache durch den Krankenversicherer nach vorgängiger Konsultation des Vertrauensarztes.					
Vergütung der Behandlung von Morbus Cushing und anderen Ursachen eines endogenen Hypercortisolismus (z.B. Nebennierenrinden Adenom, bilaterale NNR-Hyperplasie, ektope ACTH-Sekretion) bei Erwachsenen, sofern eine Indikation für eine medikamentöse Therapie besteht.					
Die Recordati AG erstattet dem Krankenversicherer, bei dem die versicherte Person zum Zeitpunkt des Bezugs versichert war, auf dessen erste Aufforderung hin für jede bezogene Packung ISTURISA 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.					
07.16.10 G		BORTEZOMIB ACCORD LIQUID (Bortezomibum)	Accord Healthcare AG		
	21387	Inj Lös 2.5 mg/ml Durchstf 1 Stk Fr. 349.10 (289.82)		68276001	01.02.2022, A
	21387	Inj Lös 3.5 mg/1.4 ml Durchstf 1 Stk Fr. 474.10 (398.70)		68276002	01.02.2022, A
Zur Induktionsbehandlung in Kombination mit Standardchemotherapie vor Stammzelltransplantation bei erwachsenen Patienten mit multiplem Myelom. In Kombination mit Melphalan und Prednison bei bisher unbehandelten Patienten mit multiplem Myelom. Zur Behandlung von Patienten mit rezidivierendem/refraktärem multiplem Myelom, welche mindestens eine vorhergehende Therapie erhielten. Die Therapien bedürfen der Kostengutsprache durch den Krankenversicherer nach vorgängiger Konsultation des Vertrauensarztes.					

Therap. Gruppe	Dossier Nr.	PRÄPARATE/ (Wirkstoffe) Packungen	Verantwortliche Firma	SHI-Nr.	Aufnahmejahr
07.16.10		EMPLICITI (Elotuzumabum)	Bristol-Myers Squibb SA		
	20544	Trockensub 300 mg Durchstf 1 Stk Fr. 1389.65 (1210.98)		65920001	01.08.2017, A
	20544	Trockensub 400 mg Durchstf 1 Stk Fr. 1832.35 (1614.64)		65920002	01.08.2017, A

Befristete Limitation bis 28.02.2022

EMPLICITI 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, vergütet. Dosierungsschema und Dosierung für die Kombinationstherapie sollen nach Angaben der Fachinformation erfolgen, wobei maximal 10 mg Elotuzumab/kg Körpergewicht eingesetzt werden dürfen.

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

Bristol-Myers Squibb SA vergütet im Rahmen der Kombinationstherapie von EMPLICITI mit Lenalidomid nach Aufforderung durch denjenigen Krankenversicherer, bei dem die versicherte Person zum Zeitpunkt des Bezugs versichert war, für jede bezogene Packung EMPLICITI 28.19% des Fabrikabgabepreises. 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.

Befristete Limitation bis 28.02.2022

Nach Kostengutsprache durch den Krankenversicherer nach vorgängiger Konsultation des Vertrauensarztes.

EMPLICITI wird in Kombination mit Pomalidomid und Dexamethason zur Behandlung des multiplen Myeloms bei erwachsenen Patienten vergütet, die zuvor mindestens zwei Therapien inklusive Lenalidomid und einen Proteasom-Inhibitor erhalten haben und die Progredienz zur letzten Therapie gezeigt haben. 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 EMPLICITI abgebrochen werden.

Bristol-Myers Squibb SA vergütet im Rahmen der Kombinationstherapie von EMPLICITI mit Pomalidomid und Dexamethason nach Aufforderung durch denjenigen Krankenversicherer, bei dem die versicherte Person zum Zeitpunkt des Bezugs versichert war, für jede bezogene Packung EMPLICITI einen festgelegten Anteil des Fabrikabgabepreises zurück. Sie gibt dem Krankenversicherer die Höhe der Rückvergütung bekannt. Die Mehrwertsteuer kann nicht zusätzlich zu den Rückvergütungsbeträgen zurückgefordert werden.

07.16.10 G		LENALIDOMID BMS (Lenalidomidum)	Bristol-Myers Squibb SA		
	21377	Kaps 2.5 mg Blist 21 Stk Fr. 1679.80 (1475.55)		68490001	01.02.2022, A
	21377	Kaps 5 mg Blist 21 Stk Fr. 1723.30 (1515.21)		68490002	01.02.2022, A
	21377	Kaps 7.5 mg Blist 21 Stk Fr. 1766.80 (1554.88)		68490003	01.02.2022, A
	21377	Kaps 10 mg Blist 21 Stk Fr. 1810.30 (1594.54)		68490004	01.02.2022, A
	21377	Kaps 15 mg Blist 21 Stk Fr. 1899.50 (1675.86)		68490005	01.02.2022, A
	21377	Kaps 20 mg Blist 21 Stk Fr. 1991.45 (1759.72)		68490006	01.02.2022, A
	21377	Kaps 25 mg Blist 21 Stk Fr. 2083.45 (1843.58)		68490007	01.02.2022, A

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.

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

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

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 multiplen 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 multiplen 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 28.02.2022

Kombination LENALIDOMID BMS, Elotuzumab und Dexamethason

LENALIDOMID BMS wird nach Kostengutsprache durch den Krankenversicherer nach vorgängiger Konsultation des Vertrauensarztes in Kombination mit Elotuzumab und Dexamethason zur Behandlung von erwachsenen Patienten mit rezidivierendem multiplen 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

Befristete Limitation bis 31.03.2022

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 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.

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 multiplen Myelom, die mindestens eine frühere Therapielinie erhalten haben.

Nur bis zur Progression der Krankheit.

Folgender Code ist an den Krankenversicherer zu übermitteln: 21377.10

Therap. Gruppe	Dossier Nr.	PRÄPARATE/ (Wirkstoffe) Packungen	Verantwortliche Firma	SHI-Nr.	Aufnahmejahr
07.16.10 6		LENALIDOMID SANDOZ (Lenalidomidum)	Sandoz Pharmaceuticals AG		
	21312	Kaps 2.5 mg Blist 21 Stk Fr. 1679.80 (1475.55)		67456008	01.02.2022, A
	21312	Kaps 5 mg Blist 21 Stk Fr. 1723.30 (1515.21)		67456011	01.02.2022, A
	21312	Kaps 7.5 mg Blist 21 Stk Fr. 1766.80 (1554.88)		67456014	01.02.2022, A
	21312	Kaps 10 mg Blist 21 Stk Fr. 1810.30 (1594.54)		67456017	01.02.2022, A
	21312	Kaps 15 mg Blist 21 Stk Fr. 1899.50 (1675.86)		67456020	01.02.2022, A
	21312	Kaps 20 mg Blist 21 Stk Fr. 1991.45 (1759.72)		67456023	01.02.2022, A
	21312	Kaps 25 mg Blist 21 Stk Fr. 2083.45 (1843.58)		67456026	01.02.2022, A

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

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 28.02.2022

Kombination LENALIDOMID SANDOZ, Elotuzumab und Dexamethason

LENALIDOMID SANDOZ wird nach Kostengutsprache durch den Krankenversicherer nach vorgängiger Konsultation des Vertrauensarztes 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

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

Befristete Limitation bis 31.03.2022

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

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

07.16.10 G	LENALIDOMID SPIRIG HC (Lenalidomidum)	Spirig HealthCare AG		
	21384 Kaps 2.5 mg Blist 21 Stk Fr. 1679.80 (1475.55)		67561001	01.02.2022, A
	21384 Kaps 5 mg Blist 21 Stk Fr. 1723.30 (1515.21)		67561002	01.02.2022, A
	21384 Kaps 7.5 mg Blist 21 Stk Fr. 1766.80 (1554.87)		67561003	01.02.2022, A
	21384 Kaps 10 mg Blist 21 Stk Fr. 1810.30 (1594.53)		67561004	01.02.2022, A
	21384 Kaps 15 mg Blist 21 Stk Fr. 1899.50 (1675.86)		67561005	01.02.2022, A
	21384 Kaps 20 mg Blist 21 Stk Fr. 1991.45 (1759.71)		67561006	01.02.2022, A
	21384 Kaps 25 mg Blist 21 Stk Fr. 2083.45 (1843.57)		67561007	01.02.2022, A

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.

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 28.02.2022

Kombination LENALIDOMID Spirig, Elotuzumab und Dexamethason

LENALIDOMID Spirig wird nach Kostengutsprache durch den Krankenversicherer nach vorgängiger Konsultation des Vertrauensarztes 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

Befristete Limitation bis 31.03.2022

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

Therap. Gruppe	Dossier Nr.	PRÄPARATE/ (Wirkstoffe) Packungen	Verantwortliche Firma	SHI-Nr.	Aufnahmejahr
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					
07.16.10		LENALIDOMID TEVA (Lenalidomidum)	Teva Pharma AG		
G					
	21379	Kaps 2.5 mg Blist 21 Stk Fr. 1679.80 (1475.55)		67460001	01.02.2022, A
	21379	Kaps 5 mg Blist 21 Stk Fr. 1723.30 (1515.21)		67460002	01.02.2022, A
	21379	Kaps 7.5 mg Blist 21 Stk Fr. 1766.80 (1554.88)		67460003	01.02.2022, A
	21379	Kaps 10 mg Blist 21 Stk Fr. 1810.30 (1594.54)		67460004	01.02.2022, A
	21379	Kaps 15 mg Blist 21 Stk Fr. 1899.50 (1675.86)		67460005	01.02.2022, A
	21379	Kaps 20 mg Blist 21 Stk Fr. 1991.45 (1759.72)		67460006	01.02.2022, A
	21379	Kaps 25 mg Blist 21 Stk Fr. 2083.45 (1843.58)		67460007	01.02.2022, A

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

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

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

Befristete Limitation bis 28.02.2022

Kombination LENALIDOMID-TEVA, Elotuzumab und Dexamethason

LENALIDOMID-TEVA wird nach Kostengutsprache durch den Krankenversicherer nach vorgängiger Konsultation des Vertrauensarztes 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

Befristete Limitation bis 31.03.2022

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

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

07.99		EVENITY (Romosozumabum)	UCB-Pharma SA		
	21107	Inj Lös 105 mg/1.17 ml Fertpen 2 Stk Fr. 601.85 (509.97)		67033001	01.02.2022, B

Befristete Limitation bis 30.06.2022

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

Die Verschreibung von EVENITY darf nur von einem Facharzt FMH (Endokrinologen oder Rheumatologen) oder einem Spezialisten für Knochenerkrankungen vorgenommen werden, der in den für diesen Bereich anerkannten Spitalzentren tätig ist (Spitäler/Institute der Kategorie A, B und C gemäss der Liste der Weiterbildungsstätten der FMH (<http://www.siwf-register.ch>)) und/oder über ein FLS (Fracture Liaison Services) verfügt.

EVENITY wird vergütet als Monotherapie (mit Ausnahme einer Kalzium- und Vitamin-D Supplementation) zur Behandlung einer schweren Osteoporose bei postmenopausalen Frauen mit:

– **einem imminenten (unmittelbaren) Frakturrisiko** gemäss den SVGO-Empfehlungen 2020, d.h. eine Vorgeschichte einer typischen osteoporotischen Fraktur (Major Osteoporotic Fracture; MOF – Wirbel, Hüfte, Becken oder Humerus), innerhalb der letzten 24 Monate, **in Verbindung mit einem T-Score ≤ -3.5** (gemessen an der Wirbelsäule oder Hüfte)

oder

– **einem sehr hohen Frakturrisiko** gemäss den SVGO-Empfehlungen 2020, d.h. die 10-Jahres Wahrscheinlichkeit einer MOF, bewertet mittels FRAX-Tools muss altersunabhängig mindestens 20% über der Behandlungsschwelle liegen

oder

– einer Vorgeschichte **von mindestens zwei typischen osteoporotischen Frakturen.**

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

Es können maximal 12 Packungen EVENITY vergütet werden.

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

Therap. Gruppe	Dossier Nr.	PRÄPARATE/ (Wirkstoffe) Packungen	Verantwortliche Firma	SHI-Nr.	Aufnahmejahr
08.08		SHINGRIX (Glycoproteini E viri Varicellae Zoster antigenum)	GlaxoSmithKline AG		
	^{LI} 21281	Trockensub c Solv (Susp) Durchstf 0.5 ml Fr. 174.50 (137.71)		67987001	01.02.2022, B

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. Bei beruflicher und reisemedizinischer Indikation erfolgt keine Kostenübernahme durch die obligatorische Krankenpflegeversicherung.

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

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

^{LI} 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. Bei beruflicher und reisemedizinischer Indikation erfolgt keine Kostenübernahme durch die obligatorische Krankenpflegeversicherung.

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

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

II. Andere Packungen und Dosierungen

07.12 G		ATORVASTATIN MEPHA (Atorvastatinum)	Mepha Pharma AG		
	20239	Lactabs 40 mg 90 Stk Fr. 64.90 (42.25)		61322027	01.02.2022, B
07.12 G		EZETIMIB SIMVASTATIN SANDOZ (Simvastatinum, Ezetimibum)	Sandoz Pharmaceuticals AG		
	20711	Tabl 10/80 mg 28 Stk Fr. 39.45 (20.06)		66234007	01.02.2022, B
	20711	Tabl 10/80 mg 100 Stk Fr. 96.95 (70.16)		66234008	01.02.2022, B

Therap. Gruppe	Dossier Nr.	PRÄPARATE/ (Wirkstoffe) Packungen	Verantwortliche Firma	SHI-Nr.	Datum der Streichung
III. Neu gestrichene Präparate/Packungen					
01.05 0		SEROQUEL XR (PI) (Quetiapinum)	APS-Arzneimittel- Parallelimport- Service AG		
	20915	Ret Tabl 50 mg 60 Stk Fr. 67.05 (44.12)		67095001	01.02.2022, B
	20915	Ret Tabl 150 mg 60 Stk Fr. 113.30 (84.41)		67095002	01.02.2022, B
	20915	Ret Tabl 150 mg 100 Stk Fr. 177.90 (140.69)		67095003	01.02.2022, B
	20915	Ret Tabl 200 mg 60 Stk Fr. 136.30 (104.43)		67095004	01.02.2022, B
	20915	Ret Tabl 200 mg 100 Stk Fr. 213.20 (171.45)		67095005	01.02.2022, B
	20915	Ret Tabl 300 mg 60 Stk Fr. 185.80 (147.58)		67095006	01.02.2022, B
	20915	Ret Tabl 300 mg 100 Stk Fr. 294.20 (241.99)		67095007	01.02.2022, B
	20915	Ret Tabl 400 mg 60 Stk Fr. 251.55 (204.84)		67095008	01.02.2022, B
	20915	Ret Tabl 400 mg 100 Stk Fr. 408.35 (341.40)		67095009	01.02.2022, B
06.99 G		DEFERASIROX NOBEL (Deferasiroxum)	NOBEL Pharma Schweiz AG		
	21237	Filmtabl 90 mg Blist 30 Stk Fr. 267.20 (218.47)		67681001	01.02.2022, B
	21237	Filmtabl 90 mg Blist 90 Stk Fr. 655.95 (557.12)		67681002	01.02.2022, B
	21237	Filmtabl 180 mg Blist 30 Stk Fr. 427.75 (358.30)		67681003	01.02.2022, B
	21237	Filmtabl 180 mg Blist 90 Stk Fr. 1063.55 (913.67)		67681004	01.02.2022, B
	21237	Filmtabl 360 mg Blist 30 Stk Fr. 691.00 (587.62)		67681005	01.02.2022, B
	21237	Filmtabl 360 mg Blist 90 Stk Fr. 1704.90 (1498.42)		67681006	01.02.2022, B
06.99 G		DEFERASIROX-MEPHA (Deferasiroxum)	Mepha Pharma AG		
	21244	Lactab 90 mg Blist 30 Stk Fr. 267.20 (218.47)		67678001	01.02.2022, B
	21244	Lactab 90 mg Blist 90 Stk Fr. 655.95 (557.12)		67678002	01.02.2022, B
	21244	Lactab 180 mg Blist 30 Stk Fr. 427.75 (358.30)		67678003	01.02.2022, B
	21244	Lactab 180 mg Blist 90 Stk Fr. 1063.55 (913.67)		67678004	01.02.2022, B
	21244	Lactab 360 mg Blist 30 Stk Fr. 691.00 (587.62)		67678005	01.02.2022, B
	21244	Lactab 360 mg Blist 90 Stk Fr. 1704.90 (1498.42)		67678006	01.02.2022, B
09.03 G		CORISOL 3 (Clotrimazolium)	Sandoz Pharmaceuticals AG		
	17907	Vag Tabl 200 mg 3 Stk Fr. 10.60 (5.76)		55962001	01.02.2022, D
09.03		GYNO-PEVARYL DEPOT (Econazoli nitras)	Medius AG		
	14288	Ovula 150 mg 2 Stk Fr. 15.60 (6.43)		44676028	01.02.2022, B

PRÄPARATE / (Wirkstoffe) Packungen	Verantwortliche Firma	Therap. Gruppe	Dossier Nr.	Preis neu	Ex-Fact. neu
IV. Preissenkungen					
IV.a. Preisänderung nach 3-jährlicher Überprüfung der Aufnahmebedingungen					
ANESDERM	Pierre Fabre Pharma AG	100100			
Creme 5 % Tb 5 g			19776	8.45	3.79
Creme 5 % 5 Tb 5 g			19776	38.15	18.95
ARIXTRA	Mylan Pharma GmbH	060330			
Inj Lös 1.500 mg/0.3 ml 10 Fertspr 0.300 ml			17778	39.10	19.76
Inj Lös 2.500 mg/0.5 ml 2 Fertspr 0.500 ml			17778	25.40	11.40
Inj Lös 2.500 mg/0.5 ml 10 Fertspr 0.500 ml			17778	68.70	45.56
Inj Lös 5 mg/0.4 ml 2 Fertspr 0.400 ml			17778	60.00	38.00
Inj Lös 5 mg/0.4 ml 10 Fertspr 0.400 ml			17778	190.90	152.02
Inj Lös 7.500 mg/0.6 ml 2 Fertspr 0.600 ml			17778	60.00	38.00
Inj Lös 7.500 mg/0.6 ml 10 Fertspr 0.600 ml			17778	190.90	152.02
Inj Lös 10 mg/0.8 ml 2 Fertspr 0.800 ml			17778	60.00	38.00
Inj Lös 10 mg/0.8 ml 10 Fertspr 0.800 ml			17778	190.90	152.02
ATOMOXETIN MEPHA	Mepha Pharma AG	011020			
Kaps 10 mg Blist 7 Stk			21185	36.40	17.43
Kaps 18 mg Blist 7 Stk			21185	36.40	17.43
Kaps 18 mg Blist 28 Stk			21185	96.45	69.71
Kaps 25 mg Blist 7 Stk			21185	36.40	17.43
Kaps 25 mg Blist 28 Stk			21185	96.45	69.71
Kaps 40 mg Blist 7 Stk			21185	36.40	17.43
Kaps 40 mg Blist 28 Stk			21185	96.45	69.71
Kaps 60 mg Blist 28 Stk			21185	96.45	69.71
Kaps 80 mg Blist 28 Stk			21185	116.30	87.00
Kaps 100 mg Blist 28 Stk			21185	116.30	87.00
CALCIMAGON D3	CPS Cito Pharma Services GmbH	070250			
Kautabl 500/800 Orange (o Aspar) Ds 30 Stk			16787	16.05	8.69
Kautabl 500/800 Zitrone (o Aspar) Ds 30 Stk			16787	16.05	8.69
Kautabl 500/800 Zitrone (o Aspar) Ds 90 Stk			16787	41.15	22.30
Kautabl 500/800 Orange (o Aspar) Ds 90 Stk			16787	41.15	22.30
Kautabl spearmint (o Aspartam) Ds 120 Stk			16787	35.25	19.10
Kautabl zitron (o Aspartam) Ds 20 Stk			16787	7.70	4.18
Kautabl zitron (o Aspartam) Ds 60 Stk			16787	20.00	10.84
Kautabl zitron (o Aspartam) Ds 120 Stk			16787	35.25	19.10
CALCIMAGON D3 FORTE	CPS Cito Pharma Services GmbH	070250			
Kautabl zitron 30 Stk			16787	18.65	10.10
Kautabl zitron 60 Stk			16787	32.80	17.79
Kautabl zitron 90 Stk			16787	47.55	25.77

PRÄPARATE / (Wirkstoffe) Packungen	Verantwortliche Firma	Therap. Gruppe	Dossier Nr.	Preis neu	Ex-Fact. neu
CALPEROS D3	Recordati AG	070250			
Lutschtabl mint 60 Stk			17307	13.60	7.37
Lutschtabl nature 60 Stk			17307	13.60	7.37
Lutschtabl lemon 60 Stk			17307	13.60	7.37
Lutschtabl lemon 180 Stk			17307	39.10	21.18
Lutschtabl nature 180 Stk			17307	39.10	21.18
Lutschtabl mint 180 Stk			17307	39.10	21.18
CLEXANE	Sanofi-Aventis (Suisse) SA	060330			
Inj Lös 20 mg/0.2 ml 10 Fertspr 0.200 ml			15598	41.00	21.45
Inj Lös 20 mg/0.2 ml 50 Fertspr 0.200 ml			15598	139.55	107.27
Inj Lös 40 mg/0.4 ml 2 Fertspr 0.400 ml			15598	17.35	7.98
Inj Lös 40 mg/0.4 ml 10 Fertspr 0.400 ml			15598	62.45	40.13
Inj Lös 40 mg/0.4 ml 50 Fertspr 0.400 ml			15598	246.75	200.64
Inj Lös 60 mg/0.6 ml 10 Fertspr 0.600 ml			15598	76.65	52.47
Inj Lös 80 mg/0.8 ml 10 Fertspr 0.800 ml			15598	102.30	74.83
Inj Lös 100 mg/ml 10 Fertspr 1 ml			15598	123.75	93.51
Inj Lös 120 mg/0.8 ml 2 Fertspr 0.8 ml			15598	41.85	22.16
Inj Lös 120 mg/0.8 ml 2 Fertspr 0.8 ml			15598	41.85	22.16
Inj Lös 120 mg/0.8 ml 10 Fertspr 0.8 ml			15598	134.90	103.23
Inj Lös 150 mg/ml 2 Fertspr 1 ml			15598	47.50	27.09
Inj Lös 150 mg/ml 2 Fertspr 1 ml			15598	47.50	27.09
Inj Lös 150 mg/ml 10 Fertspr 1 ml			15598	161.30	126.23
CLEXANE MULTI	Sanofi-Aventis (Suisse) SA	060330			
Inj Lös 300 mg/3 ml Durchstf 3 ml			17131	41.30	21.69
CLOBEX SHAMPOO	Galderma SA	100510			
Lös Fl 125 ml			18657	36.40	17.42
CREON 10000	Mylan Pharma GmbH	040500			
Kaps 50 Stk			16931	27.40	14.85
Kaps 100 Stk			16931	48.20	26.13
CREON 25000	Mylan Pharma GmbH	040500			
Kaps 50 Stk			17662	56.10	30.40
Kaps 100 Stk			17662	111.75	60.56
CREON 40000	Mylan Pharma GmbH	040500			
Kaps 100 Stk			19171	144.00	78.05
CURATODERM	Almirall AG	100300			
Salbe 20 g			16496	28.90	14.44
Salbe 60 g			16496	54.95	33.59
Lot 20 ml			17847	25.20	11.25
Lot 50 ml			17847	40.00	20.55
DERMOVATE	GlaxoSmithKline AG	100510			
Creme 30 g			12697	8.15	3.54
Creme 100 g			12697	19.30	9.69
Salbe 30 g			12698	8.15	3.54
Salbe 100 g			12698	19.30	9.69
DERMOVATE SCALP APPLICATION	GlaxoSmithKline AG	100510			
Lös 25 ml			13371	8.80	4.10
Lös 100 ml			13371	27.40	13.16

PRÄPARATE / (Wirkstoffe) Packungen	Verantwortliche Firma	Therap. Gruppe	Dossier Nr.	Preis neu	Ex-Fact. neu
DUROGESIC MATRIX	Janssen-Cilag AG	010130			
TTS 12 mcg/h 5 Stk			16734	26.10	12.04
TTS 25 mcg/h 5 Stk			16734	42.45	22.67
TTS 50 mcg/h 5 Stk			16734	67.45	44.47
TTS 75 mcg/h 5 Stk			16734	87.15	61.64
TTS 100 mcg/h 5 Stk			16734	106.40	78.40
ELVANSE	Takeda Pharma AG	011020			
Kaps 20 mg 30 Stk			20194	109.20	80.84
Kaps 30 mg 30 Stk			20194	116.15	86.89
Kaps 40 mg 30 Stk			20194	123.50	93.29
Kaps 50 mg 30 Stk			20194	130.85	99.69
Kaps 60 mg 30 Stk			20194	139.45	107.18
Kaps 70 mg 30 Stk			20194	148.00	114.64
ENTUMIN	Medius AG	010500			
Tabl 40 mg 30 Stk			11045	14.00	5.05
Tabl 40 mg 100 Stk			11045	26.80	12.64
EPIDUO	Galderma SA	100200			
Gel 30 g			19122	27.80	13.51
Gel Disp 45 g			19122	39.65	20.27
Gel 60 g			19122	43.70	23.79
EPIDUO FORTE	Galderma SA	100200			
Gel Disp 45 g			19122	39.65	20.27
FEIBA NF	Takeda Pharma AG	060110			
Trockensub 1000 IE c solv Durchstf 1 Stk			13547	1460.90	1385.25
Trockensub 2500 IE c solv Durchstf 1 Stk			13547	3588.25	3460.73
FENTANYL HELVEPHARM TTS	Helvepharm AG	010130			
Matrixpfl 12 mcg/h 5 Stk			18666	18.95	9.36
Matrixpfl 25 mcg/h 5 Stk			18666	34.70	15.96
Matrixpfl 50 mcg/h 5 Stk			18666	50.05	29.32
Matrixpfl 75 mcg/h 5 Stk			18666	69.35	46.13
Matrixpfl 100 mcg/h 5 Stk			18666	83.90	58.80
FENTANYL MEPHA	Mepha Pharma AG	010130			
Matrixpfl 25 mcg/h 5 Stk			18512	34.35	15.63
Matrixpfl 12 mcg/h 5 Stk			18512	19.35	9.71
Matrixpfl 12 mcg/h 10 Stk			18512	36.00	17.09
Matrixpfl 25 mcg/h 10 Stk			18512	47.95	27.50
Matrixpfl 50 mcg/h 5 Stk			18512	53.45	32.28
Matrixpfl 50 mcg/h 10 Stk			18512	81.60	56.81
Matrixpfl 75 mcg/h 5 Stk			18512	68.85	45.68
Matrixpfl 75 mcg/h 10 Stk			18512	108.70	80.40
Matrixpfl 100 mcg/h 5 Stk			18512	83.90	58.80
Matrixpfl 100 mcg/h 10 Stk			18512	135.20	103.49
FENTANYL SANDOZ MAT	Sandoz Pharmaceuticals AG	010130			
Matrixpfl 12 mcg/h 5 Stk			18614	18.40	8.90
Matrixpfl 25 mcg/h 5 Stk			18614	34.95	16.17
Matrixpfl 50 mcg/h 5 Stk			18614	54.70	33.38
Matrixpfl 75 mcg/h 5 Stk			18614	69.70	46.41
Matrixpfl 100 mcg/h 5 Stk			18614	83.90	58.80

PRÄPARATE / (Wirkstoffe) Packungen	Verantwortliche Firma	Therap. Gruppe	Dossier Nr.	Preis neu	Ex-Fact. neu
FENTANYL SPIRIG HC	Spirig HealthCare AG	010130			
Matrixpfl 12 mcg/h 5 Stk			18921	19.45	9.82
Matrixpfl 12 mcg/h 10 Stk			18921	36.25	17.28
Matrixpfl 25 mcg/h 5 Stk			18921	34.50	15.78
Matrixpfl 25 mcg/h 10 Stk			18921	48.35	27.81
Matrixpfl 50 mcg/h 5 Stk			18921	53.85	32.61
Matrixpfl 50 mcg/h 10 Stk			18921	82.30	57.42
Matrixpfl 75 mcg/h 5 Stk			18921	69.05	45.87
Matrixpfl 75 mcg/h 10 Stk			18921	109.10	80.73
Matrixpfl 100 mcg/h 5 Stk			18921	83.90	58.80
Matrixpfl 100 mcg/h 10 Stk			18921	135.15	103.45
FERTIFOL	Effik SA	060730			
Tabl 0.400 mg 28 Stk			18823	7.20	3.90
Tabl 0.400 mg 84 Stk			18823	18.65	10.12
FLUANXOL	Lundbeck (Schweiz) AG	010500			
Filmtabl 0.500 mg 50 Stk			20384	7.00	2.52
Filmtabl 1 mg 50 Stk			20384	7.50	2.95
Filmtabl 5 mg 50 Stk			20384	27.00	12.80
FRAGMIN	Pfizer AG	060330			
Inj Lös 2500 IE/0.2 ml 2 Fertspr 0.200 ml			15523	15.75	6.57
Inj Lös 2500 IE/0.2 ml 10 Fertspr 0.200 ml			15523	50.95	30.10
Inj Lös 5000 IE/0.2 ml 2 Fertspr 0.200 ml			15523	18.05	8.60
Inj Lös 5000 IE/0.2 ml 10 Fertspr 0.200 ml			15523	64.75	42.11
Inj Lös 7500 IE/0.3 ml 10 Fertspr 0.300 ml			15523	87.45	61.90
Inj Lös 10000 IE/0.4 ml 5 Fertspr 0.400 ml			15523	54.35	33.06
Inj Lös 10000 E/ml 10 Amp 1 ml			15523	85.75	60.42
Inj Lös 10000 E/4 ml 10 Durchstf 4 ml			15523	85.75	60.42
Inj Lös 12500 IE/0.5 ml 5 Fertspr 0.500 ml			15523	64.80	42.16
Inj Lös 15000 IE/0.6 ml 5 Fertspr 0.600 ml			15523	71.80	48.26
Inj Lös 18000 IE/0.72 ml 5 Fertspr 0.720 ml			15523	78.40	53.99
Inj Lös 100000 E/4 ml Durchstf 4 ml			15523	81.45	56.65
FYCOMPA	Eisai Pharma AG	010710			
Filmtabl 2 mg 7 Stk			19986	40.30	20.84
Filmtabl 4 mg 28 Stk			19986	172.40	135.87
Filmtabl 6 mg 28 Stk			19986	172.40	135.87
Filmtabl 8 mg 28 Stk			19986	172.40	135.87
Filmtabl 10 mg 28 Stk			19986	172.40	135.87
Filmtabl 12 mg 28 Stk			19986	172.40	135.87
HALDOL	Janssen-Cilag AG	010500			
Tropfen 2 mg/ml 30 ml			9307	7.30	2.80
IMMUNATE S/D	Takeda Pharma AG	060110			
Trockensub 250 IE c Solv Durchstf 1 Stk			16468	252.90	206.72
Trockensub 500 IE c Solv Durchstf 1 Stk			16468	440.65	389.91
Trockensub 1000 IE c Solv Durchstf 1 Stk			16468	840.60	780.08

PRÄPARATE / (Wirkstoffe) Packungen	Verantwortliche Firma	Therap. Gruppe	Dossier Nr.	Preis neu	Ex-Fact. neu
INHIXA	Mylan Pharma GmbH	060330			
Inj Lös 20 mg/0.2 ml 10 Fertspr 0.200 ml			21094	38.55	19.31
Inj Lös 20 mg/0.2 ml 50 Fertspr 0.200 ml			21094	127.25	96.55
Inj Lös 40 mg/0.4 ml 2 Fertspr 0.400 ml			21094	16.45	7.18
Inj Lös 40 mg/0.4 ml 10 Fertspr 0.400 ml			21094	57.85	36.12
Inj Lös 40 mg/0.4 ml 50 Fertspr 0.400 ml			21094	223.70	180.58
Inj Lös 60 mg/0.6 ml 10 Fertspr 0.600 ml			21094	70.60	47.22
Inj Lös 80 mg/0.8 ml 10 Fertspr 0.800 ml			21094	93.70	67.35
Inj Lös 100 mg/ml 10 Fertspr 1 ml			21094	113.00	84.16
Inj Lös 120 mg/0.8 ml 10 Fertspr 0.800 ml			21094	123.05	92.91
Inj Lös 150 mg/ml 10 Fertspr 1 ml			21094	146.80	113.61
INHIXA MULTI	Mylan Pharma GmbH	060330			
Inj Lös 300 mg/3 ml Durchstf 3 ml			21093	38.80	19.51
INOVELON	Eisai Pharma AG	010710			
Filmtabl 200 mg 60 Stk			18877	90.65	64.68
Filmtabl 400 mg 100 Stk			18877	255.50	208.29
INTUNIV	Takeda Pharma AG	011020			
Ret Tabl 1 mg 7 Stk			20663	36.75	17.74
Ret Tabl 1 mg 28 Stk			20663	97.80	70.92
Ret Tabl 2 mg 7 Stk			20663	37.20	18.10
Ret Tabl 2 mg 28 Stk			20663	99.55	72.41
Ret Tabl 3 mg 28 Stk			20663	103.35	75.76
Ret Tabl 4 mg 28 Stk			20663	110.15	81.66
MALTOFER FOL	Vifor (International) Inc.	060711			
Kautabl 30 Stk			18181	10.65	5.77
Kautabl 100 Stk			18181	31.20	16.91
NOZINAN	Sanofi-Aventis (Suisse) SA	010500			
Filmtabl 25 mg 20 Stk			9120	6.90	2.44
Filmtabl 25 mg 100 Stk			9120	20.50	10.72
OXYCODON MEPHA RETARD UNO	Mepha Pharma AG	010130			
Ret Tabl 10 mg Blist 14 Stk			20705	16.90	7.57
Ret Tabl 10 mg Blist 28 Stk			20705	28.35	13.98
Ret Tabl 20 mg Blist 14 Stk			20705	26.00	11.92
Ret Tabl 20 mg Blist 28 Stk			20705	41.60	21.95
Ret Tabl 40 mg Blist 14 Stk			20705	40.45	20.97
Ret Tabl 40 mg Blist 28 Stk			20705	60.85	38.70
Ret Tabl 80 mg Blist 14 Stk			20705	63.35	40.91
Ret Tabl 80 mg Blist 28 Stk			20705	102.90	75.36
PALIPERIDON MEPHA RETARD	Mepha Pharma AG	010500			
Depotabs 3 mg Blist 28 Stk			20938	146.55	113.36
Depotabs 6 mg Blist 28 Stk			20938	146.55	113.36
Depotabs 9 mg Blist 28 Stk			20938	195.75	156.24
PALIPERIDON SANDOZ	Sandoz Pharmaceuticals AG	010500			
Ret Tabl 3 mg Blist 28 Stk			20918	146.55	113.36
Ret Tabl 6 mg Blist 28 Stk			20918	146.55	113.36
Ret Tabl 9 mg Blist 28 Stk			20918	195.75	156.24

PRÄPARATE / (Wirkstoffe) Packungen	Verantwortliche Firma	Therap. Gruppe	Dossier Nr.	Preis neu	Ex-Fact. neu
QUTENZA Pfl 8 % Capsaicin 1 Stk	Grünenthal Pharma AG	109900	19350	319.55	264.06
SOLIAN Tropfen 100 mg/ml 60 ml	Sanofi-Aventis (Suisse) SA	010500	17621	62.80	40.42
STRATTERA Kaps 10 mg 7 Stk	Eli Lilly (Suisse) SA	011020	18929	38.65	19.37
Kaps 18 mg 7 Stk			18929	38.65	19.37
Kaps 18 mg 28 Stk			18929	105.30	77.46
Kaps 25 mg 7 Stk			18929	38.65	19.37
Kaps 25 mg 28 Stk			18929	105.30	77.46
Kaps 40 mg 7 Stk			18929	38.65	19.37
Kaps 40 mg 28 Stk			18929	105.30	77.46
Kaps 60 mg 28 Stk			18929	105.30	77.46
Kaps 80 mg 28 Stk			18929	127.40	96.69
Kaps 100 mg 28 Stk			18929	127.40	96.69
TARGIN Ret Tabl 5 mg/2.5 mg 30 Stk	Mundipharma Medical Company Hamilton, Bermuda, Basel Branch	010130	19110	36.85	17.80
Ret Tabl 5 mg/2.5 mg 60 Stk			19110	52.35	31.32
Ret Tabl 10 mg/5 mg 30 Stk			19110	47.60	27.18
Ret Tabl 10 mg/5 mg 60 Stk			19110	71.25	47.79
Ret Tabl 20 mg/10 mg 30 Stk			19110	69.00	45.83
Ret Tabl 20 mg/10 mg 60 Stk			19110	117.00	87.62
Ret Tabl 40 mg/20 mg 30 Stk			19110	113.85	84.87
Ret Tabl 40 mg/20 mg 60 Stk			19110	204.60	163.93
Ret Tabl 60 mg/30 mg 30 Stk			19110	149.35	115.81
Ret Tabl 60 mg/30 mg 60 Stk			19110	273.30	223.77
Ret Tabl 80 mg/40 mg 30 Stk			19110	176.20	139.20
Ret Tabl 80 mg/40 mg 60 Stk			19110	325.05	268.85
TEMESTA EXPIDET Schmelztabl 1 mg 50 Stk	Pfizer AG	010410	14814	14.05	5.08
Schmelztabl 2.5000 mg 20 Stk			14814	8.30	3.67
Schmelztabl 2.5000 mg 50 Stk			14814	17.80	8.38
TIMOGEL UD Augengel 0.100 % 30 Monodos 0.400 g	Théa PHARMA SA	110900	18314	16.30	7.04
VEREGEN 10% Salbe 10 % 15 g	Mylan Pharma GmbH	609900	19779	67.25	44.31
WILLFACT Trockensub 1000 IE c Solv (10 ml) Durchstf 1 Stk	Opopharma Vertriebs AG	060110	20069	810.05	750.27
XARELTO Filmtabl 10 mg 10 Stk	Bayer (Schweiz) AG	060340	18899	42.10	22.39
Filmtabl 10 mg 30 Stk			18899	93.50	67.17
Filmtabl 10 mg Blist 98 Stk			18899	280.95	230.43
Filmtabl 15 mg 14 Stk			18899	53.35	32.17
Filmtabl 15 mg 28 Stk			18899	88.55	62.83
Filmtabl 15 mg 98 Stk			18899	280.95	230.43
Filmtabl 20 mg 14 Stk			18899	53.55	32.37
Filmtabl 20 mg 28 Stk			18899	88.55	62.83
Filmtabl 20 mg 98 Stk			18899	280.95	230.43

PRÄPARATE / (Wirkstoffe) Packungen	Verantwortliche Firma	Therap. Gruppe	Dossier Nr.	Preis neu	Ex-Fact. neu
IV.b. Freiwillige Preissenkung					
PANTOPRAZOL NYCOMED Trockensub 40 mg i.v. Durchstf 1 Stk	Takeda Pharma AG	049900	19136	6.65	2.23
PANTOZOL Trockensub 40 mg i.v. Durchstf 1 Stk	Takeda Pharma AG	049900	17635	7.30	2.79
Trockensub 40 mg i.v. Durchstf 10 Stk			17635	40.00	22.32
IV.c. Normale Preismutation					
TRULICITY Inj Lös 0.75 mg/0.5 ml Fertigpen 4 Stk	Eli Lilly (Suisse) SA	070620	20310	123.95	93.67
Inj Lös 1.5 mg/0.5 ml Fertigpen 4 Stk			20310	123.95	93.67

PRÄPARATE / (Wirkstoffe) Packungen	Verantwortliche Firma	Therap. Gruppe	Dossier Nr.	Preis neu	Ex-Fact. neu
V. Preiserhöhungen					
V.a. Preisänderung nach 3-jährlicher Überprüfung der Aufnahmebedingungen					
TEMESTA EXPIDET 20 Stk	Pfizer AG	010410	14814	7.50	2.97
V.b. Preiserhöhungsgesuch					
ALUTARD SØ APIS MELLIFERA 4x 5 ml	ALK-Abelló AG	071330	19816	445.50	373.80
ALUTARD SØ VESPULA SPP 4x 5 ml	ALK-Abelló AG	071330	19829	510.35	430.27
ALUTARD SØ VESPULA SPP 5 ml	ALK-Abelló AG	071330	19829	411.95	344.57
ALUTARD SØ-U APIS MELLIFERA 5 ml	ALK-Abelló AG	071330	19816	360.05	299.34

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

VI. Limitations-/Indikationsänderungen

AVASTIN	Roche Pharma (Schweiz) AG	071610			
Inf Konz 100 mg/4 ml Vial 4 ml			18082	410.65	343.42
Inf Konz 400 mg/16 ml Vial 16 ml			18082	1469.50	1283.79

Limitation alt:

Kolorektalkarzinom

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

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

Lungenkarzinom

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

Nierenzellkarzinom

Nach Kostengutsprache durch den Krankenversicherer nach vorgängiger Konsultation und Genehmigung des Vertrauensarztes zur Erstlinientherapie bei nephrektomierten Patienten mit fortgeschrittenem und/oder metastasiertem Nierenzellkarzinom in Kombination mit Interferon alfa-2a. Die Firma Roche Pharma (Schweiz) AG vergütet in dieser Indikation für die Behandlung auf Aufforderung desjenigen Krankenversicherers, bei dem die versicherte Person zum jeweiligen Bezugspunkt versichert war, Fr. 0.85 pro mg Avastin zurück. Avastin wird bei entsprechender ärztlicher Verordnung bis zur Progression der Krankheit vergütet. Die Mehrwertsteuer kann nicht zusätzlich zu diesem Betrag zurückgefordert werden. Die Aufforderung zur Rückvergütung soll in der Regel innerhalb von 3 Monaten nach Verabreichung erfolgen.

Abwicklung der Rückvergütung:

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

Mammakarzinom

Nach Kostengutsprache durch den Krankenversicherer nach vorgängiger Konsultation und Genehmigung des Vertrauensarztes zur Erstlinientherapie von Patientinnen mit HER2-negativem, lokal rezidivierendem oder metastasiertem Mammakarzinom in Kombination mit Paclitaxel. Die Firma Roche Pharma (Schweiz) AG vergütet in dieser Indikation für die Behandlung auf Aufforderung desjenigen Krankenversicherers, bei dem die versicherte Person zum jeweiligen Bezugspunkt versichert war, Fr. 0.45 pro mg Avastin zurück. Avastin wird bei entsprechender ärztlicher Verordnung bis zur Progression der Krankheit vergütet. Die Mehrwertsteuer kann nicht zusätzlich zu diesem Betrag zurückgefordert werden. Die Aufforderung zur Rückvergütung soll in der Regel innerhalb von 3 Monaten nach Verabreichung erfolgen.

Abwicklung der Rückvergütung:

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

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

Ovarialkarzinom

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

Nach Kostengutsprache durch den Krankenversicherer nach vorgängiger Konsultation und Genehmigung des Vertrauensarztes in Kombination mit Carboplatin und Gemcitabin oder in Kombination mit Carboplatin und Paclitaxel zur Behandlung von Patienten mit rezidivierendem, platin-sensitivem epitheliales Ovarialkarzinom, Eileiterkarzinom oder primärem Peritonealkarzinom (mit einem platinfreien Intervall von mindestens 6 Monaten).

Nach 6 bis 10 Zyklen in Kombination mit Carboplatin und Gemcitabin oder in Kombination mit Carboplatin und Paclitaxel über eine Dauer von 6-8 Behandlungszyklen wird Avastin bis zur Progression der Krankheit vergütet. Avastin ist indiziert in Kombination mit Paclitaxel, Topotecan oder pegyliertem liposomalem Doxorubicin zur Behandlung von Patienten mit rezidivierendem, platin-resistentem epitheliales Ovarialkarzinom, Eileiterkarzinom oder primärem Peritonealkarzinom, die mit bis zu zwei vorgängigen Chemotherapieregimen behandelt wurden, und nicht vorbehandelt wurden mit Bevacizumab oder anderen VEGF-Inhibitoren. Nach ca. 6 Zyklen in Kombination mit Paclitaxel, Topotecan oder pegyliertem liposomalem Doxorubicin wird Avastin bei entsprechender ärztlicher Verordnung bis zur Progression der Krankheit vergütet.

Zervixkarzinom

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

Befristete Limitation bis 30.06.2023

Glioblastom

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

Limitation neu:

Kolorektalkarzinom

Nach Kostengutsprache durch den Krankenversicherer nach vorgängiger Konsultation und Genehmigung des Vertrauensarztes zur Erstlinientherapie bei Patienten mit metastasiertem Karzinom des Kolons oder Rektums in Kombination mit 5-Fluorouracil/Folinsäure, 5-Fluorouracil/Folinsäure/Irinotecan oder Capecitabine/Oxaliplatin (XELOX). Avastin wird bei entsprechender ärztlicher Verordnung bis zur Progression der Krankheit vergütet. Nach Kostengutsprache durch den Krankenversicherer nach vorgängiger Konsultation und Genehmigung des Vertrauensarztes zur Zweitlinientherapie in Kombination mit einem Irinotecan- oder Oxaliplatin-haltigen Chemotherapieschema bei Patienten mit metastasiertem Kolon- oder Rektumkarzinom mit vorheriger Oxaliplatin- oder Irinotecan-basierter Chemotherapie mit oder ohne Bevacizumab. Avastin wird bei entsprechender ärztlicher Verordnung bis zur Progression der Krankheit vergütet.

Folgender Indikationscode ist an den Krankenversicherer zu übermitteln: 18082.1.

Lungenkarzinom

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

Folgender Indikationscode ist an den Krankenversicherer zu übermitteln: 18082.2.

Nierenzellkarzinom

Nach Kostengutsprache durch den Krankenversicherer nach vorgängiger Konsultation und Genehmigung des Vertrauensarztes zur Erstlinientherapie bei nephrektomierten Patienten mit fortgeschrittenem und/oder metastasiertem Nierenzellkarzinom in Kombination mit Interferon alfa-2a. Die Firma Roche Pharma (Schweiz) AG vergütet in dieser Indikation für die Behandlung auf Aufforderung desjenigen Krankenversicherers, bei dem die versicherte Person zum jeweiligen Bezugspunkt versichert war, Fr. 0.85 pro mg Avastin zurück. Avastin wird bei entsprechender ärztlicher Verordnung bis zur Progression der Krankheit vergütet. Die Mehrwertsteuer kann nicht zusätzlich zu diesem Betrag zurückgefordert werden. Die Aufforderung zur Rückvergütung soll in der Regel innerhalb von 3 Monaten nach Verabreichung erfolgen.

Abwicklung der Rückvergütung:

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

Folgender Indikationscode ist an den Krankenversicherer zu übermitteln: 18082.3.

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

Mammakarzinom

Nach Kostengutsprache durch den Krankenversicherer nach vorgängiger Konsultation und Genehmigung des Vertrauensarztes zur Erstlinientherapie von Patientinnen mit HER2-negativem, lokal rezidivierendem oder metastasiertem Mammakarzinom in Kombination mit Paclitaxel. Die Firma Roche Pharma (Schweiz) AG vergütet in dieser Indikation für die Behandlung auf Aufforderung desjenigen Krankenversicherers, bei dem die versicherte Person zum jeweiligen Bezugspunkt versichert war, Fr. 0.45 pro mg Avastin zurück. Avastin wird bei entsprechender ärztlicher Verordnung bis zur Progression der Krankheit vergütet. Die Mehrwertsteuer kann nicht zusätzlich zu diesem Betrag zurückgefordert werden. Die Aufforderung zur Rückvergütung soll in der Regel innerhalb von 3 Monaten nach Verabreichung erfolgen.

Abwicklung der Rückvergütung:

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

Folgender Indikationscode ist an den Krankenversicherer zu übermitteln: 18082.4.

Ovarialkarzinom

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

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

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

Folgender Indikationscode ist an den Krankenversicherer zu übermitteln: 18082.5.

Zervixkarzinom

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

Folgender Indikationscode ist an den Krankenversicherer zu übermitteln: 18082.6.

Befristete Limitation bis 30.06.2023

Glioblastom

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

Folgender Indikationscode ist an den Krankenversicherer zu übermitteln: 18082.7.

Befristete Limitation bis 30.06.2023

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

Es gelten die entsprechenden Vergütungskriterien gemäss der Limitation für Atezolizumab (siehe Limitation TECENTRIQ) und bezüglich der Rückerstattung für AVASTIN in dieser Indikation gilt zusätzlich folgende Limitation: Die Zulassungsinhaberin erstattet dem Krankenversicherer, bei dem die versicherte Person zum Zeitpunkt des Bezugs versichert war, auf dessen erste Aufforderung hin, für jede für die Indikation HCC Behandlung bezogene Packung AVASTIN in Kombination mit Atezolizumab (TECENTRIQ) einen festgelegten Anteil des Fabrikabgabepreises zurück. Die Roche Pharma (Schweiz) AG gibt dem Krankenversicherer die wirtschaftlichen Preise für Bevacizumab bekannt. Die Anteile der Rückerstattung entsprechen der Differenz der publizierten und der wirtschaftlichen Preise. Die Mehrwertsteuer kann nicht zusätzlich zu diesem Anteil des Fabrikabgabepreises zurückgefordert werden. Die Aufforderung zur Rückerstattung soll ab dem Zeitpunkt der Verabreichung erfolgen. Folgender Indikationscode ist an den Krankenversicherer zu übermitteln: 18082.8.

PRÄPARATE / (Wirkstoffe) Packungen	Verantwortliche Firma	Therap. Gruppe	Dossier Nr.	Preis neu	Ex-Fact. neu
CALQUENCE Kaps 100 mg Blist 60 Stk	AstraZeneca AG	071610	21177	5786.20	5405.07
Limitation alt: Die Behandlung bedarf der Kostengutsprache durch den Krankenversicherer nach vorgängiger Konsultation des Vertrauensarztes.					
1L CLL (Monotherapie) Als Monotherapie zur Behandlung erwachsener Patienten mit unbehandelter chronischer lymphatischer Leukämie (CLL) mit 17p-Deletion oder TP53-Mutation: – die 65 Jahre und älter sind ODER – die 18-64 Jahre sind und Begleiterkrankungen haben (mit einer Kreatinin Clearance < 70 ml/min oder klinisch relevanten Komorbiditäten ermittelt durch die Cumulative Illness Rating Scale (CIRS) mit einem Wert > 6 oder einem vergleichbaren Wert eines anderen anerkannten Bewertungssystems).					
2L+ CLL (Monotherapie) Als Monotherapie zur Behandlung erwachsener Patienten mit CLL, die mindestens eine Vortherapie erhalten haben. Acalabrutinib wird jedoch nicht bei Patienten vergütet, bei denen unter Ibrutinib eine Krankheitsprogression auftrat.					
Neue Limitation befristet bis 31.05.2024 Die Behandlung bedarf der Kostengutsprache durch den Krankenversicherer nach vorgängiger Konsultation des Vertrauensarztes.					
1L CLL (Monotherapie) Als Monotherapie zur Behandlung erwachsener Patienten mit unbehandelter chronischer lymphatischer Leukämie (CLL) mit 17p-Deletion oder TP53-Mutation, die 65 Jahre und älter sind oder Begleiterkrankungen haben.					
2L+ CLL (Monotherapie) Als Monotherapie zur Behandlung erwachsener Patienten mit CLL, die mindestens eine Vortherapie erhalten haben. Acalabrutinib wird jedoch nicht bei Patienten vergütet, bei denen unter Ibrutinib eine Krankheitsprogression auftrat.					
IMNOVID Kaps 1 mg 21 Stk	Celgene GmbH	071640	20221	9457.90	8987.24
Kaps 2 mg 21 Stk			20221	9578.05	9104.46
Kaps 3 mg 21 Stk			20221	9698.25	9221.69
Kaps 4 mg 21 Stk			20221	9778.60	9300.11
Limitation alt: Nur nach Kostengutsprache durch den Krankenversicherer nach vorgängiger Konsultation des Vertrauensarztes. IMNOVID in Kombination mit Dexamethason ist indiziert zur Behandlung von rezidiviertem und refraktärem Multiplem Myelom (MM) bei Patienten, welche mindestens zwei vorgängige Therapien erhielten (inklusive Lenalidomid und Bortezomib) und welche eine Progredienz zur letzten Therapie gezeigt haben. Nach Kostengutsprache durch den Krankenversicherer nach vorgängiger Konsultation des Vertrauensarztes. IMNOVID wird in Kombination mit Elotuzumab und Dexamethason zur Behandlung des multiplen Myeloms bei erwachsenen Patienten vergütet, die zuvor mindestens zwei Therapien inklusive Lenalidomid und einen Proteasom-Inhibitor erhalten haben und die Progredienz zur letzten Therapie gezeigt haben. Die Celgene GmbH zahlt nach Aufforderung durch denjenigen Krankenversicherer, bei dem die versicherte Person zum Zeitpunkt des Bezugs versichert war, pro Packung IMNOVID 13.44 Prozent des Fabrikabgabepreises an den Krankenversicherer zurück. Die Forderung einer Rückvergütung durch den Krankenversicherer gilt nur für die Kombination von Elotuzumab und IMNOVID und kann nur dann erfolgen, wenn nachweislich beide Medikamente eingesetzt wurden. Die Mehrwertsteuer kann nicht zusätzlich zu den Rückvergütungsbeträgen zurückgefordert werden.					
Limitation neu: Nur nach Kostengutsprache durch den Krankenversicherer nach vorgängiger Konsultation des Vertrauensarztes. Imnovid in Kombination mit Dexamethason ist indiziert zur Behandlung von rezidiviertem und refraktärem Multiplem Myelom (MM) bei Patienten, welche mindestens zwei vorgängige Therapien erhielten (inklusive Lenalidomid und Bortezomib) und welche eine Progredienz zur letzten Therapie gezeigt haben.					
Neue Limitation befristet bis 28.02.2022 Nach Kostengutsprache durch den Krankenversicherer nach vorgängiger Konsultation des Vertrauensarztes. IMNOVID wird in Kombination mit Elotuzumab und Dexamethason zur Behandlung des multiplen Myeloms bei erwachsenen Patienten vergütet, die zuvor mindestens zwei Therapien inklusive Lenalidomid und einen Proteasom-Inhibitor erhalten haben und die Progredienz zur letzten Therapie gezeigt haben. Die Celgene GmbH zahlt nach Aufforderung durch denjenigen Krankenversicherer, bei dem die versicherte Person zum Zeitpunkt des Bezugs versichert war, pro Packung IMNOVID 13.44 Prozent des Fabrikabgabepreises an den Krankenversicherer zurück. Die Forderung einer Rückvergütung durch den Krankenversicherer gilt nur für die Kombination von Elotuzumab und IMNOVID und kann nur dann erfolgen, wenn nachweislich beide Medikamente eingesetzt wurden. Die Mehrwertsteuer kann nicht zusätzlich zu den Rückvergütungsbeträgen zurückgefordert werden.					
Neue Limitation befristet bis 28.02.2024 IMNOVID in Kombination mit Daratumuab und Dexamethason Nach Kostengutsprache durch den Krankenversicherer nach vorgängiger Konsultation des Vertrauensarztes. IMNOVID wird vergütet in Kombination mit Daratumuab und Dexamethason für die Behandlung erwachsener Patienten mit rezidiviertem oder refraktärem multiplem Myelom, welche mit einem Proteasom-Inhibitor (PI) und Lenalidomid vorbehandelt wurden und bei denen während oder nach der letzten Therapie eine Krankheitsprogression auftrat. Die 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 IMNOVID 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: 20221.03.					

PRÄPARATE / (Wirkstoffe) Packungen	Verantwortliche Firma	Therap. Gruppe	Dossier Nr.	Preis neu	Ex-Fact. neu
KANJINTI	Amgen Switzerland AG	071610			
Trockensub 150 mg Durchstf 1 Stk			21018	562.45	475.67
Trockensub 440 mg c Solv Durchstf 1 Stk			21018	1586.75	1390.68

Limitation neu:

Neue Limitation befristet bis 31.12.2024

KANJINTI in Kombination mit Pertuzumab (PERJETA) als adjuvante Therapie des Mammakarzinoms

Es gelten die entsprechenden Vergütungskriterien gemäss der Limitation für Pertuzumab (siehe Limitation PERJETA) und bezüglich der Rückerstattung für KANJINTI in dieser Kombination gilt zusätzlich folgende Limitation:

Die Zulassungsinhaberin erstattet dem Krankenversicherer, bei dem die versicherte Person zum Zeitpunkt des Bezugs versichert war, auf dessen erste Aufforderung hin für jede adjuvant (postoperativ) bezogene Packung KANJINTI in Kombination mit Pertuzumab (PERJETA) 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: 21018.01.

Weitere Indikationen

Für die zugelassenen Indikationen und für andere Kombinationen, sofern entsprechend Limitierung der Kombinationspartner eine Vergütung vorgesehen, gelten die in der SL aufgeführten Preise (ohne Preismodell) von KANJINTI.

PRÄPARATE / (Wirkstoffe) Packungen	Verantwortliche Firma	Therap. Gruppe	Dossier Nr.	Preis neu	Ex-Fact. neu
OYAVAS	Spirig HealthCare AG	071610			
Inf Konz 100 mg/4ml Durchstf 4 ml			21272	312.10	257.57
Inf Konz 400 mg/16ml Durchstf 16 ml			21272	1117.50	962.84

Limitation alt:**Kolorektalkarzinom**

Nach Kostengutsprache durch den Krankenversicherer nach vorgängiger Konsultation und Genehmigung des Vertrauensarztes zur Erstlinientherapie bei Patienten mit metastasiertem Karzinom des Kolons oder Rektums in Kombination mit 5-Fluorouracil/Folinsäure, 5-Fluorouracil/Folinsäure/Irinotecan oder Capecitabine/Oxaliplatin (XELOX). Oyavas wird bei entsprechender ärztlicher Verordnung bis zur Progression der Krankheit vergütet. Nach Kostengutsprache durch den Krankenversicherer nach vorgängiger Konsultation und Genehmigung des Vertrauensarztes zur Zweitlinientherapie in Kombination mit einem Irinotecan- oder Oxaliplatin-haltigen Chemotherapieschema bei Patienten mit metastasiertem Kolon- oder Rektumkarzinom mit vorheriger Oxaliplatin- oder Irinotecan-basierter Chemotherapie mit oder ohne Bevacizumab. Oyavas wird bei entsprechender ärztlicher Verordnung bis zur Progression der Krankheit vergütet.

Lungenkarzinom

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

Nierenzellkarzinom

Nach Kostengutsprache durch den Krankenversicherer nach vorgängiger Konsultation und Genehmigung des Vertrauensarztes zur Erstlinientherapie bei nephrektomierten Patienten mit fortgeschrittenem und/oder metastasiertem Nierenzellkarzinom in Kombination mit Interferon alfa-2a. Die Firma Spirig HealthCare AG vergütet in dieser Indikation für die Behandlung auf Aufforderung desjenigen Krankenversicherers, bei dem die versicherte Person zum jeweiligen Bezugspunkt versichert war, Fr. 0.64 pro mg Oyavas zurück. Oyavas wird bei entsprechender ärztlicher Verordnung bis zur Progression der Krankheit vergütet. Die Mehrwertsteuer kann nicht zusätzlich zu diesem Betrag zurückgefordert werden. Die Aufforderung zur Rückvergütung soll in der Regel innerhalb von 3 Monaten nach Verabreichung erfolgen.

Abwicklung der Rückvergütung:

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

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

Mammakarzinom

Nach Kostengutsprache durch den Krankenversicherer nach vorgängiger Konsultation und Genehmigung des Vertrauensarztes zur Erstlinientherapie von Patientinnen mit HER2-negativem, lokal rezidivierendem oder metastasiertem Mammakarzinom in Kombination mit Paclitaxel. Die Firma Spirig HealthCare AG vergütet in dieser Indikation für die Behandlung auf Aufforderung desjenigen Krankenversicherers, bei dem die versicherte Person zum jeweiligen Bezugspunkt versichert war, Fr. 0.34 pro mg Oyavas zurück. Oyavas wird bei entsprechender ärztlicher Verordnung bis zur Progression der Krankheit vergütet. Die Mehrwertsteuer kann nicht zusätzlich zu diesem Betrag zurückgefordert werden. Die Aufforderung zur Rückvergütung soll in der Regel innerhalb von 3 Monaten nach Verabreichung erfolgen.

Abwicklung der Rückvergütung:

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

Ovarialkarzinom

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

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

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

Zervixkarzinom

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

Glioblastom

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

Limitation neu:

Kolorektalkarzinom

Nach Kostengutsprache durch den Krankenversicherer nach vorgängiger Konsultation und Genehmigung des Vertrauensarztes zur Erstlinientherapie bei Patienten mit metastasiertem Karzinom des Kolons oder Rektums in Kombination mit 5-Fluorouracil/Folinsäure, 5-Fluorouracil/Folinsäure/Irinotecan oder Capecitabine/Oxaliplatin (XELOX). Oyavas wird bei entsprechender ärztlicher Verordnung bis zur Progression der Krankheit vergütet. Nach Kostengutsprache durch den Krankenversicherer nach vorgängiger Konsultation und Genehmigung des Vertrauensarztes zur Zweitlinientherapie in Kombination mit einem Irinotecan- oder Oxaliplatin-haltigen Chemotherapieschema bei Patienten mit metastasiertem Kolon- oder Rektumkarzinom mit vorheriger Oxaliplatin- oder Irinotecan-basierter Chemotherapie mit oder ohne Bevacizumab. Oyavas wird bei entsprechender ärztlicher Verordnung bis zur Progression der Krankheit vergütet.

Folgender Indikationscode ist an den Krankenversicherer zu übermitteln: 21272.1.

Lungenkarzinom

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

Folgender Indikationscode ist an den Krankenversicherer zu übermitteln: 21272.2.

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

Nierenzellkarzinom

Nach Kostengutsprache durch den Krankenversicherer nach vorgängiger Konsultation und Genehmigung des Vertrauensarztes zur Erstlinientherapie bei nephrektomierten Patienten mit fortgeschrittenem und/oder metastasiertem Nierenzellkarzinom in Kombination mit Interferon alfa-2a. Die Firma Spirig HealthCare AG vergütet in dieser Indikation für die Behandlung auf Aufforderung desjenigen Krankenversicherers, bei dem die versicherte Person zum jeweiligen Bezugspunkt versichert war, Fr. 0.64 pro mg Oyavas zurück. Oyavas wird bei entsprechender ärztlicher Verordnung bis zur Progression der Krankheit vergütet. Die Mehrwertsteuer kann nicht zusätzlich zu diesem Betrag zurückgefordert werden. Die Aufforderung zur Rückvergütung soll in der Regel innerhalb von 3 Monaten nach Verabreichung erfolgen.

Abwicklung der Rückvergütung:

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

Folgender Indikationscode ist an den Krankenversicherer zu übermitteln: 21272.3.

Mammakarzinom

Nach Kostengutsprache durch den Krankenversicherer nach vorgängiger Konsultation und Genehmigung des Vertrauensarztes zur Erstlinientherapie von Patientinnen mit HER2-negativem, lokal rezidivierendem oder metastasiertem Mammakarzinom in Kombination mit Paclitaxel. Die Firma Spirig HealthCare AG vergütet in dieser Indikation für die Behandlung auf Aufforderung desjenigen Krankenversicherers, bei dem die versicherte Person zum jeweiligen Bezugspunkt versichert war, Fr. 0.34 pro mg Oyavas zurück. Oyavas wird bei entsprechender ärztlicher Verordnung bis zur Progression der Krankheit vergütet. Die Mehrwertsteuer kann nicht zusätzlich zu diesem Betrag zurückgefordert werden. Die Aufforderung zur Rückvergütung soll in der Regel innerhalb von 3 Monaten nach Verabreichung erfolgen.

Abwicklung der Rückvergütung:

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

Folgender Indikationscode ist an den Krankenversicherer zu übermitteln: 21272.4.

Ovarialkarzinom

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

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

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

Folgender Indikationscode ist an den Krankenversicherer zu übermitteln: 21272.5.

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

Zervixkarzinom

Oyavas ist in Kombination mit Chemotherapie für die Behandlung von Patienten mit persistierendem, rezidivierendem oder metastasiertem Zervixkarzinom indiziert. Nach ca. 7 Zyklen in Kombination mit Chemotherapie wird Oyavas bei entsprechender ärztlicher Verordnung bis zur Progression der Krankheit vergütet. Folgender Indikationscode ist an den Krankenversicherer zu übermitteln: 21272.6.

Neue Limitation befristet bis 30.06.2023

Glioblastom

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

Folgender Indikationscode ist an den Krankenversicherer zu übermitteln: 21272.7.

Neue Limitation befristet bis 30.06.2023

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

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

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

Folgender Indikationscode ist an den Krankenversicherer zu übermitteln: 21272.8.

PRÄPARATE / (Wirkstoffe) Packungen	Verantwortliche Firma	Therap. Gruppe	Dossier Nr.	Preis neu	Ex-Fact. neu
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 25 mg 21 Stk			18541	6544.90	6145.26
Kaps 20 mg 21 Stk			18541	6258.35	5865.73

Limitation

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

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

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

Limitation alt:

Kombination REVLIMID, Elotuzumab und Dexamethason

REVLIMID wird nach Kostengutsprache durch den Krankenversicherer nach vorgängiger Konsultation des Vertrauensarztes 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 CELGENE GmbH zahlt nach Aufforderung durch denjenigen Krankenversicherer, bei dem die versicherte Person zum Zeitpunkt des Bezugs versichert war, pro Packung REVLIMID 25.87 Prozent des Fabrikabgabepreises an den Krankenversicherer zurück.

Die Forderung einer Rückvergütung durch den Krankenversicherer gilt nur für die Kombination von Elotuzumab und REVLIMID und kann nur dann erfolgen, wenn nachweislich beide Medikamente eingesetzt wurden. Wird Elotuzumab abgesetzt, kann der Krankenversicherer für die darauffolgende Erhaltungstherapie mit REVLIMID 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: 18541.08

Neue Limitation befristet bis 28.02.2022

Kombination REVLIMID, Elotuzumab und Dexamethason

REVLIMID wird nach Kostengutsprache durch den Krankenversicherer nach vorgängiger Konsultation des Vertrauensarztes 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 CELGENE GmbH zahlt nach Aufforderung durch denjenigen Krankenversicherer, bei dem die versicherte Person zum Zeitpunkt des Bezugs versichert war, pro Packung REVLIMID 25.87 Prozent des Fabrikabgabepreises an den Krankenversicherer zurück.

Die Forderung einer Rückvergütung durch den Krankenversicherer gilt nur für die Kombination von Elotuzumab und REVLIMID und kann nur dann erfolgen, wenn nachweislich beide Medikamente eingesetzt wurden. Wird Elotuzumab abgesetzt, kann der Krankenversicherer für die darauffolgende Erhaltungstherapie mit REVLIMID 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: 18541.08

Befristete Limitation bis 31.03.2022

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 (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 Rückvergütungsbeträgen 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 multiplem 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

PRÄPARATE / (Wirkstoffe) Packungen	Verantwortliche Firma	Therap. Gruppe	Dossier Nr.	Preis neu	Ex-Fact. neu
TECENTRIQ Inf Konz 1200 mg/20 ml Durchstf 1 Stk	Roche Pharma (Schweiz) AG	071600	20641	4954.35	4593.52
Limitation alt:					
2L NSCLC					
Tecentriq ist indiziert zur Monotherapie von Patienten mit lokal fortgeschrittenem oder metastasiertem nicht-kleinzelligem Lungenkarzinom (NSCLC) nach vorausgegangener Chemotherapie. Patienten mit einer Progression nach Therapie mit einem Immunonkologikum sind von einer Therapie mit Tecentriq ausgeschlossen. Die Patienten sollten bis zur Progression der Erkrankung oder bis zum Auftreten unzumutbarer Toxizität behandelt werden. Klinisch stabile Patienten mit initialem Befund einer Progression können bis zur Bestätigung der Progression der Erkrankung weiter behandelt werden. Die Behandlung bedarf der Kostengutsprache durch den Krankenversicherer nach vorgängiger Konsultation des Vertrauensarztes.					
Neue Limitation befristet bis 30.06.2022					
2L NSCLC					
Tecentriq ist indiziert zur Monotherapie von Patienten mit lokal fortgeschrittenem oder metastasiertem nicht-kleinzelligem Lungenkarzinom (NSCLC) nach vorausgegangener Chemotherapie. Patienten mit einer Progression nach Therapie mit einem Immunonkologikum sind von einer Therapie mit Tecentriq ausgeschlossen. Die Patienten sollten bis zur Progression der Erkrankung oder bis zum Auftreten unzumutbarer Toxizität behandelt werden. Klinisch stabile Patienten mit initialem Befund einer Progression können bis zur Bestätigung der Progression der Erkrankung weiter behandelt werden. Die Behandlung bedarf der Kostengutsprache durch den Krankenversicherer nach vorgängiger Konsultation des Vertrauensarztes.					
Folgender Indikationscode ist an den Krankenversicherer zu übermitteln: 20641.1.					
Limitation alt:					
SCLC					
Tecentriq ist indiziert in Kombination mit Carboplatin und Etoposid für die Erstlinientherapie von Patienten mit fortgeschrittenem kleinzelligem Lungenkarzinom (ES-SCLC, extensive-stage small cell lung cancer). Folgende Kriterien der Erkrankung müssen erfüllt sein:					
<ul style="list-style-type: none"> - Histologisch oder zytologisch bestätigtes ES-SCLC (gemäß dem Staging-System der Veterans Administration Lung Study Group [VALG]) - Keine vorherige systemische Behandlung für ES-SCLC - Messbare Krankheit, gemäß RECIST v1 - Angemessene hämatologische und endorganische Funktion - Seit der letzten Chemo-/Bestrahlungstherapie mindestens 6 Monate lang behandlungsfrei, bei Patienten mit vorheriger Chemo-/Bestrahlungstherapie für LS-SCLC (SCLC in begrenztem Stadium) 					
Die Patienten sollten bis zur Progression der Erkrankung behandelt werden. Klinisch stabile Patienten mit initialem Befund einer Progression können bis zur Bestätigung der Progression der Erkrankung weiter behandelt werden.					
Dem Versicherer ist bei Therapiebeginn die Indikation mitzuteilen.					
Die Zulassungsinhaberin Roche Pharma (Schweiz) AG erstattet dem Krankenversicherer, bei dem die versicherte Person zum Zeitpunkt des Bezugs versichert war, auf dessen Aufforderung hin für jede für die Nebenindikation SCLC Behandlung bezogene Packung TECENTRIQ einen festgelegten Anteil des Fabrikabgabepreises zurück. Die Zulassungsinhaberin gibt dem Krankenversicherer die jeweilige Höhe der Rückerstattungen bekannt. Die Mehrwertsteuer kann nicht zusätzlich zurückgefordert werden. Die Aufforderung zur Rückerstattung soll ab dem Zeitpunkt der Verabreichung erfolgen.					
Neue Limitation befristet bis 30.04.2024					
SCLC					
Tecentriq ist indiziert in Kombination mit Carboplatin und Etoposid für die Erstlinientherapie von Patienten mit fortgeschrittenem kleinzelligem Lungenkarzinom (ES-SCLC, extensive-stage small cell lung cancer). Folgende Kriterien der Erkrankung müssen erfüllt sein:					
<ul style="list-style-type: none"> - Histologisch oder zytologisch bestätigtes ES-SCLC (gemäß dem Staging-System der Veterans Administration Lung Study Group [VALG]) - Keine vorherige systemische Behandlung für ES-SCLC - Messbare Krankheit, gemäß RECIST v1 - Angemessene hämatologische und endorganische Funktion - Seit der letzten Chemo-/Bestrahlungstherapie mindestens 6 Monate lang behandlungsfrei, bei Patienten mit vorheriger Chemo-/Bestrahlungstherapie für LS-SCLC (SCLC in begrenztem Stadium) 					
Die Patienten sollten bis zur Progression der Erkrankung behandelt werden. Klinisch stabile Patienten mit initialem Befund einer Progression können bis zur Bestätigung der Progression der Erkrankung weiter behandelt werden.					
Dem Versicherer ist bei Therapiebeginn die Indikation mitzuteilen.					
Die Zulassungsinhaberin Roche Pharma (Schweiz) AG erstattet dem Krankenversicherer, bei dem die versicherte Person zum Zeitpunkt des Bezugs versichert war, auf dessen Aufforderung hin für jede für die Nebenindikation SCLC Behandlung bezogene Packung TECENTRIQ einen festgelegten Anteil des Fabrikabgabepreises zurück. Die Zulassungsinhaberin gibt dem Krankenversicherer die jeweilige Höhe der Rückerstattungen bekannt. Die Mehrwertsteuer kann nicht zusätzlich zurückgefordert werden. Die Aufforderung zur Rückerstattung soll ab dem Zeitpunkt der Verabreichung erfolgen.					
Folgender Indikationscode ist an den Krankenversicherer zu übermitteln: 20641.2.					
Neue Limitation befristet bis 30.06.2023					
HCC					
Tecentriq ist in Kombination mit Bevacizumab zur Behandlung von erwachsenen Patienten (ab dem 18. Lebensjahr) mit inoperablem oder metastasiertem hepatozellulärem Karzinom (HCC) indiziert, die keine vorgängige systemische Therapie erhalten haben, nicht für eine lokoregionale Therapie qualifizieren oder progredient auf diese Therapie waren und alle folgenden Kriterien der Erkrankung erfüllen:					
<ul style="list-style-type: none"> - ECOG Status 0-1 - Erhaltene Leberfunktion (Kategorie A auf der Child-Pugh Leberfunktionsskala). 					
Die Zulassungsinhaberin Roche Pharma (Schweiz) AG und die Zulassungsinhaberin des Bevacizumab-Präparates erstatten dem Krankenversicherer, bei dem die versicherte Person zum Zeitpunkt des Bezugs versichert war, auf dessen erste Aufforderung hin, für jede für die Indikation HCC Behandlung bezogene Packung Tecentriq und Bevacizumab einen festgelegten Anteil des Fabrikabgabepreises zurück. Die Roche Pharma (Schweiz) AG gibt dem Krankenversicherer die wirtschaftlichen Preise für Tecentriq und Bevacizumab bekannt. Die Anteile der Rückerstattung entsprechen der Differenz der publizierten und wirtschaftlichen Preise. Die Mehrwertsteuer kann nicht zusätzlich zu diesem Anteil des Fabrikabgabepreises zurückgefordert werden. Die Aufforderung zur Rückerstattung soll ab dem Zeitpunkt der Verabreichung erfolgen.					
Eine Vergütung von Tecentriq kann nur mit einem Bevacizumab Kombinationspartner erfolgen, dessen Limitation die Kombinationstherapie (Tecentriq und Bevacizumab) zur Therapie des HCC explizit aufführt.					
Folgender Indikationscode ist an den Krankenversicherer zu übermitteln: 20641.3.					

PRÄPARATE / (Wirkstoffe) Packungen	Verantwortliche Firma	Therap. Gruppe	Dossier Nr.	Preis neu	Ex-Fact. neu
THALLOUS CHLORIDE TI-201 CURIUM	b.e.imaging.ag	170100			
Inj Lös 85 MBq Fl 1 Stk			16859	255.00	0.00
Inj Lös 213 MBq Fl 1 Stk			16859	509.95	0.00
Inj Lös 370 MBq Fl 1 Stk			16859	788.50	0.00
Limitation neu: Innerhalb von 48 Stunden dürfen pro Patient maximal 2 x 2 mCi verrechnet werden.					

ZIRABEV	Pfizer AG	071610			
Inf Konz 400 mg/16 ml Vial 16 ml			21090	1117.50	962.84
Inf Konz 100 mg/4 ml Vial 4 ml			21090	312.10	257.57

Limitation alt:**Kolorektalkarzinom**

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

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

Lungenkarzinom

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

Nierenzellkarzinom

Nach Kostengutsprache durch den Krankenversicherer nach vorgängiger Konsultation und Genehmigung des Vertrauensarztes zur Erstlinientherapie bei nephrektomierten Patienten mit fortgeschrittenem und/oder metastasiertem Nierenzellkarzinom in Kombination mit Interferon alfa-2a. Die Firma Pfizer AG vergütet in dieser Indikation für die Behandlung auf Aufforderung desjenigen Krankenversicherers, bei dem die versicherte Person zum jeweiligen Bezugspunkt versichert war, Fr. 0.64 pro mg Zirabev zurück. Zirabev wird bei entsprechender ärztlicher Verordnung bis zur Progression der Krankheit vergütet. Die Mehrwertsteuer kann nicht zusätzlich zu diesem Betrag zurückgefordert werden. Die Aufforderung zur Rückvergütung soll in der Regel innerhalb von 3 Monaten nach Verabreichung erfolgen.

Abwicklung der Rückvergütung:

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

Mammakarzinom

Nach Kostengutsprache durch den Krankenversicherer nach vorgängiger Konsultation und Genehmigung des Vertrauensarztes zur Erstlinientherapie von Patientinnen mit HER2-negativem, lokal rezidivierendem oder metastasiertem Mammakarzinom in Kombination mit Paclitaxel. Die Firma Pfizer AG vergütet in dieser Indikation für die Behandlung auf Aufforderung desjenigen Krankenversicherers, bei dem die versicherte Person zum jeweiligen Bezugspunkt versichert war, Fr. 0.34 pro mg Zirabev zurück. Zirabev wird bei entsprechender ärztlicher Verordnung bis zur Progression der Krankheit vergütet. Die Mehrwertsteuer kann nicht zusätzlich zu diesem Betrag zurückgefordert werden. Die Aufforderung zur Rückvergütung soll in der Regel innerhalb von 3 Monaten nach Verabreichung erfolgen.

Abwicklung der Rückvergütung:

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

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

Ovarialkarzinom

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

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

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

Zervixkarzinom

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

Glioblastom

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

Ovarialkarzinom nach Erstlinienchemotherapie

Kombinationstherapie mit Lynparza (Olaparib)

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

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

Unter folgenden Voraussetzungen:

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

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

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

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

Limitation neu:**Kolorektalkarzinom**

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

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

Folgender Indikationscode ist an den Krankenversicherer zu übermitteln: 21090.1.

Lungenkarzinom

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

Folgender Indikationscode ist an den Krankenversicherer zu übermitteln: 21090.2.

Nierenzellkarzinom

Nach Kostengutsprache durch den Krankenversicherer nach vorgängiger Konsultation und Genehmigung des Vertrauensarztes zur Erstlinientherapie bei nephrektomierten Patienten mit fortgeschrittenem und/oder metastasiertem Nierenzellkarzinom in Kombination mit Interferon alfa-2a. Die Firma Pfizer AG vergütet in dieser Indikation für die Behandlung auf Aufforderung desjenigen Krankenversicherers, bei dem die versicherte Person zum jeweiligen Bezugspunkt versichert war, Fr. 0.64 pro mg Zirabev zurück. Zirabev wird bei entsprechender ärztlicher Verordnung bis zur Progression der Krankheit vergütet. Die Mehrwertsteuer kann nicht zusätzlich zu diesem Betrag zurückgefordert werden. Die Aufforderung zur Rückvergütung soll in der Regel innerhalb von 3 Monaten nach Verabreichung erfolgen.

Abwicklung der Rückvergütung:

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

Folgender Indikationscode ist an den Krankenversicherer zu übermitteln: 21090.3.

Mammakarzinom

Nach Kostengutsprache durch den Krankenversicherer nach vorgängiger Konsultation und Genehmigung des Vertrauensarztes zur Erstlinientherapie von Patientinnen mit HER2-negativem, lokal rezidivierendem oder metastasiertem Mammakarzinom in Kombination mit Paclitaxel. Die Firma Pfizer AG vergütet in dieser Indikation für die Behandlung auf Aufforderung desjenigen Krankenversicherers, bei dem die versicherte Person zum jeweiligen Bezugspunkt versichert war, Fr. 0.34 pro mg Zirabev zurück. Zirabev wird bei entsprechender ärztlicher Verordnung bis zur Progression der Krankheit vergütet. Die Mehrwertsteuer kann nicht zusätzlich zu diesem Betrag zurückgefordert werden. Die Aufforderung zur Rückvergütung soll in der Regel innerhalb von 3 Monaten nach Verabreichung erfolgen.

Abwicklung der Rückvergütung:

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

Folgender Indikationscode ist an den Krankenversicherer zu übermitteln: 21090.4.

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

Ovarialkarzinom

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

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

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

Folgender Indikationscode ist an den Krankenversicherer zu übermitteln: 21090.5.

Zervixkarzinom

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

Folgender Indikationscode ist an den Krankenversicherer zu übermitteln: 21090.6.

Neue Limitation befristet bis 30.06.2023

Glioblastom

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

Folgender Indikationscode ist an den Krankenversicherer zu übermitteln: 21090.7.

Neue Limitation befristet bis 30.11.2023

Ovarialkarzinom nach Erstlinienchemotherapie

Kombinationstherapie mit Lynparza (Olaparib)

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

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

Unter folgenden Voraussetzungen:

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

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

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

Folgender Indikationscode ist an den Krankenversicherer zu übermitteln: 21090.8.

Neue Limitation befristet bis 30.06.2023

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

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

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

Folgender Indikationscode ist an den Krankenversicherer zu übermitteln: 21090.9.

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

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

IMNOVID	Celgene GmbH	071640			
Kaps 1 mg 21 Stk			20221	9457.90	8987.24
Kaps 2 mg 21 Stk			20221	9578.05	9104.46
Kaps 3 mg 21 Stk			20221	9698.25	9221.69
Kaps 4 mg 21 Stk			20221	9778.60	9300.11

Limitation alt:

Nach Kostengutsprache durch den Krankenversicherer nach vorgängiger Konsultation des Vertrauensarztes.

IMNOVID wird in Kombination mit Elotuzumab und Dexamethason zur Behandlung des multiplen Myeloms bei erwachsenen Patienten vergütet, die zuvor mindestens zwei Therapien inklusive Lenalidomid und einen Proteasom-Inhibitor erhalten haben und die Progredienz zur letzten Therapie gezeigt haben.

Die Celgene GmbH zahlt nach Aufforderung durch denjenigen Krankenversicherer, bei dem die versicherte Person zum Zeitpunkt des Bezugs versichert war, pro Packung IMNOVID 13.44 Prozent des Fabrikabgabepreises an den Krankenversicherer zurück.

Die Forderung einer Rückvergütung durch den Krankenversicherer gilt nur für die Kombination von Elotuzumab und IMNOVID und kann nur dann erfolgen, wenn nachweislich beide Medikamente eingesetzt wurden. Die Mehrwertsteuer kann nicht zusätzlich zu den Rückvergütungsbeträgen zurückgefordert werden.

Neue Limitation befristet bis 28.02.2022

Nach Kostengutsprache durch den Krankenversicherer nach vorgängiger Konsultation des Vertrauensarztes.

IMNOVID wird in Kombination mit Elotuzumab und Dexamethason zur Behandlung des multiplen Myeloms bei erwachsenen Patienten vergütet, die zuvor mindestens zwei Therapien inklusive Lenalidomid und einen Proteasom-Inhibitor erhalten haben und die Progredienz zur letzten Therapie gezeigt haben.

Die Celgene GmbH zahlt nach Aufforderung durch denjenigen Krankenversicherer, bei dem die versicherte Person zum Zeitpunkt des Bezugs versichert war, pro Packung IMNOVID 13.44 Prozent des Fabrikabgabepreises an den Krankenversicherer zurück.

Die Forderung einer Rückvergütung durch den Krankenversicherer gilt nur für die Kombination von Elotuzumab und IMNOVID und kann nur dann erfolgen, wenn nachweislich beide Medikamente eingesetzt wurden. Die Mehrwertsteuer kann nicht zusätzlich zu den Rückvergütungsbeträgen zurückgefordert werden.

Neue Limitation befristet bis 28.02.2024

IMNOVID in Kombination mit Daratumuab und Dexamethason

Nach Kostengutsprache durch den Krankenversicherer nach vorgängiger Konsultation des Vertrauensarztes.

IMNOVID wird vergütet in Kombination mit Daratumuab und Dexamethason für die Behandlung erwachsener Patienten mit rezidiviertem oder refraktärem multiplen Myelom, welche mit einem Proteasom-Inhibitor (PI) und Lenalidomid vorbehandelt wurden und bei denen während oder nach der letzten Therapie eine Krankheitsprogression auftrat.

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 IMNOVID 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: 20221.03.

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 2021					
CALCIUM D3 SANDOZ	Sandoz Pharmaceuticals AG	070250			
Kautabl 500/440 orange 20 Stk			17724	5.95	3.22
Kautabl 500/440 Aprikose 20 Stk			17724	5.95	3.22
Kautabl 500/1000 UI 20 Stk			17724	9.95	5.40
Kautabl 500/440 orange 60 Stk			17724	16.35	8.86
Kautabl 500/440 Aprikose 60 Stk			17724	16.35	8.86
Kautabl 500/1000 UI 120 Stk			17724	47.25	25.61
Kautabl 500/440 orange 120 Stk			17724	28.75	15.59
Kautabl 500/440 Aprikose 120 Stk			17724	28.75	15.59
Plv 500/440 Btl 30 Stk			16958	11.80	6.40
Plv 1000/880 Btl 30 Stk			16958	20.40	11.06
Plv 500/440 Btl 90 Stk			16958	32.05	17.37
Plv 1000/880 Btl 90 Stk			16958	52.70	28.56
FREKA CLYSS KLISTER	Fresenius Kabi (Schweiz) AG	040820			
Klist Fl 133 ml			11764	2.75	1.50
Limitation neu: Gesamthaft zugelassen 2 Kleinpackungen oder 1 Grosspackung. Von dieser Beschränkung ist die Behandlung der Obstipation aufgrund von Opioidtherapie, von Parkinsontherapie sowie diejenige der Obstipation von Patienten, die Antidepressiva oder Neuroleptika unterstellt sind, ausgenommen. Im Weiteren sind davon ausgenommen Para- und Tetraplegiker.					
FREKA CLYSS KLISTER	Fresenius Kabi (Schweiz) AG	140300			
Klist Fl 133 ml			11764	2.75	1.50
Limitation neu: Gesamthaft zugelassen 2 Kleinpackungen oder 1 Grosspackung. Von dieser Beschränkung ist die Behandlung der Obstipation aufgrund von Opioidtherapie, von Parkinsontherapie sowie diejenige der Obstipation von Patienten, die Antidepressiva oder Neuroleptika unterstellt sind, ausgenommen. Im Weiteren sind davon ausgenommen Para- und Tetraplegiker.					
OMNISCAN	GE Healthcare AG	140200			
Inj Lös Glasfl 10 ml			16440	75.60	51.57
Inj Lös Glasfl 15 ml			16440	106.65	78.61
Inj Lös Glasfl 20 ml			16440	133.15	101.72
Inj Lös Fertigspr COP 10 ml			16440	75.60	51.57
Inj Lös Fertigspr COP 15 ml			16440	105.70	77.79
Inj Lös Fertigspr COP 20 ml			16440	128.55	97.67
Limitation neu: Eine Anwendung von Omniscan (Gadodiamid) soll nur erfolgen, wenn die von der Untersuchung erwartete diagnostische Information für den Patienten unerlässlich ist und nicht mit einer unverstärkten Magnetresonanztomographie (MRT), einem makrozyklischen Gadolinium-haltigen Kontrastmittel, oder einer anderen Methode gewonnen werden kann.					

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

QUTENZA	Grünenthal Pharma AG	109900			
Pfl 8 % Capsaicin 1 Stk			19350	319.55	264.06
Pfl 8 % Capsaicin 2 Stk			19350	741.65	631.76

Limitation alt:

Zur Drittlinientherapie peripherer neuropathischer Schmerzen bei erwachsenen Patienten, die nicht an Diabetes und nicht an einer HIV-assoziierten Neuropathie leiden, und bei denen mit den Erstlinientherapien (Antiepileptika, trizyklische Antidepressiva, Serotonin-Noradrenalin-Wiederaufnahme-Hemmer) und mit den Zweitlinientherapien (Opiate, Lidocain-Pflaster) keine ausreichende Schmerzreduktion erreicht werden konnte oder welche die oralen Erstlinien- und Zweitlinientherapien nicht toleriert haben.

Behandlung in Zusammenarbeit mit einem Schmerzzentrum resp. Schmerzspezialisten mit einem Fähigkeitsausweis in der interventionellen Schmerztherapie (SSIPM).

Zweitapplikation einzig bei Reduktion der Schmerzen um mindestens 30% (VAS).

Vergütung von maximal zwei Applikationen (Pflaster) pro drei Monate zu Fr. 576.50 (Publikumspreis). Der Verbrauch eines einzigen Pflasters kostet Fr. 334.65 (Publikumspreis).

Kostengutsprache durch den Krankenversicherer auf Antrag des Vertrauensarztes.

Limitation neu:

Zur Drittlinientherapie peripherer neuropathischer Schmerzen bei erwachsenen Patienten, die nicht an Diabetes und nicht an einer HIV-assoziierten Neuropathie leiden, und bei denen mit den Erstlinientherapien (Antiepileptika, trizyklische Antidepressiva, Serotonin-Noradrenalin-Wiederaufnahme-Hemmer) und mit den Zweitlinientherapien (Opiate, Lidocain-Pflaster) keine ausreichende Schmerzreduktion erreicht werden konnte oder welche die oralen Erstlinien- und Zweitlinientherapien nicht toleriert haben.

Behandlung in Zusammenarbeit mit einem Schmerzzentrum resp. Schmerzspezialisten mit einem Fähigkeitsausweis in der interventionellen Schmerztherapie (SSIPM).

Zweitapplikation einzig bei Reduktion der Schmerzen um mindestens 30% (VAS).

Vergütung von maximal zwei Applikationen (Pflaster) pro drei Monate zu CHF 549.95 (Publikumspreis). Der Verbrauch eines einzigen Pflasters kostet CHF 319.55 (Publikumspreis).

Kostengutsprache durch den Krankenversicherer auf Antrag des Vertrauensarztes.

IX. Limitationsänderungen aufgrund der Überprüfung der Aufnahmebedingungen alle drei Jahre von 2022

IMMUNATE S/D	Takeda Pharma AG	060110			
Trockensub 250 IE c Solv Durchstf 1 Stk			16468	253.85	207.65
Trockensub 500 IE c Solv Durchstf 1 Stk			16468	440.65	389.91
Trockensub 1000 IE c Solv Durchstf 1 Stk			16468	840.60	780.08
Trockensub 250 IE c Solv Durchstf 1 Stk			16468	252.90	206.72

Limitation neu:

Therapie und Prophylaxe von Blutungen bei Patienten mit Hämophilie A (angeborener Faktor VIII-Mangel, Hämophilie A mit Faktor VIII-Inhibitor, erworbener Faktor VIII-Mangel aufgrund einer spontanen Entwicklung von Faktor VIII-Inhibitoren).

Von Willebrand-Jürgens-Syndrom mit Faktor VIII-Mangel, wenn kein spezifisches von Willebrand-Präparat verfügbar ist und die alleinige Behandlung mit Desmopressin (DDAVP) nicht ausreichend oder kontraindiziert ist.

IMMUNATE S/D	Shire Switzerland GmbH	060110			
Trockensub 250 IE c Solv Durchstf 1 Stk			16468	253.85	207.65
Trockensub 500 IE c Solv Durchstf 1 Stk			16468	440.65	389.91
Trockensub 1000 IE c Solv Durchstf 1 Stk			16468	840.60	780.08
Trockensub 250 IE c Solv Durchstf 1 Stk			16468	252.90	206.72

Limitation neu:

Therapie und Prophylaxe von Blutungen bei Patienten mit Hämophilie A (angeborener Faktor VIII-Mangel, Hämophilie A mit Faktor VIII-Inhibitor, erworbener Faktor VIII-Mangel aufgrund einer spontanen Entwicklung von Faktor VIII-Inhibitoren).

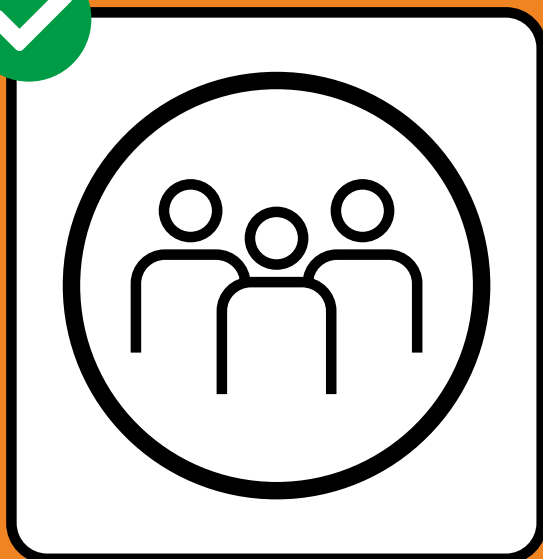
Von Willebrand-Jürgens-Syndrom mit Faktor VIII-Mangel, wenn kein spezifisches von Willebrand-Präparat verfügbar ist und die alleinige Behandlung mit Desmopressin (DDAVP) nicht ausreichend oder kontraindiziert ist.

**SO SCHÜTZEN
WIR UNS.**



JETZT UNBEDINGT BEACHTEN:

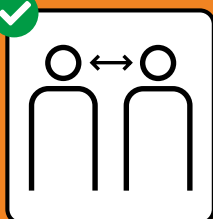
**Impfen
lassen.**



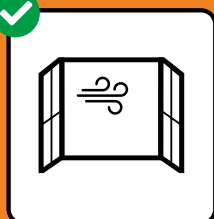
Kontakte minimieren.



Maske tragen.



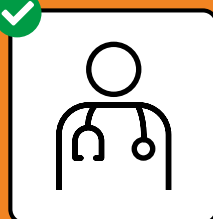
**Abstand
halten.**



**Regelmässig
lüften.**



**Hände
waschen oder
desinfizieren.**



**Bei Symptomen
testen lassen.**



**Wenn möglich
Homeoffice.**

www.bag-coronavirus.ch

Regeln können kantonal abweichen.



Schweizerische Eidgenossenschaft
Confédération suisse
Confederazione Svizzera
Confederaziun svizra

Swiss Confederation

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



SwissCovid App
Download

Rezeptsperrung

Swissmedic, Abteilung Betäubungsmittel

Rezeptsperrung
Folgende Rezepte sind gesperrt

Kanton	Block-Nr.	Rezept-Nr.
Aargau		9119247
Basel-Stadt		9812876
Bern		9561825 9562576 9722589
Zürich		8908976–8909000 8909001–8909025 8909026–8909050 9226176–9226200 9226151–9226175

BAG-Bulletin
BBL, Vertrieb Publikationen
CH-3003 Bern

P.P.

CH-3003 Bern
Post CH AG

BAG-Bulletin

Woche
7/2022