



Schweizerische Eidgenossenschaft
Confédération suisse
Confederazione Svizzera
Confederaziun svizra

Eidgenössisches Departement des Innern EDI
Bundesamt für Gesundheit BAG

Ausgabe vom 19. September 2022

BAG-Bulletin ^{Woche} 38/2022

Informationsmagazin für medizinische Fachpersonen und Medienschaffende

**Vielfältige Weiterbildungsangebote für den Umgang mit Kindern mit ADHS
in der Schule, S. 7**

Spezialitätenliste, S. 8

Impressum

HERAUSGEBER

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

REDAKTION

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

DRUCK

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

ABONNEMENTE, ADRESSÄNDERUNGEN

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

ISSN 1420-4266

DISCLAIMER

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

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

Inhalt

Meldungen Infektionskrankheiten	4
Sentinella-Statistik	6
Vielfältige Weiterbildungsangebote für den Umgang mit Kindern mit ADHS in der Schule	7
Spezialitätenliste	8
Rezeptsperrung	23

Meldungen Infektionskrankheiten

Stand am Ende der 36. Woche (14.09.2022)^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. frühlatente 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.

Infektionskrankheiten: Stand am Ende der 36. Woche (14.09.2022)^a

	Woche 36			letzte 4 Wochen			letzte 52 Wochen			seit Jahresbeginn		
	2022	2021	2020	2022	2021	2020	2022	2021	2020	2022	2021	2020
Respiratorische Übertragung												
Haemophilus influenzae: invasive Erkrankung	1 0.60		1 0.60	7 1.00	4 0.60	3 0.40	114 1.30	67 0.80	94 1.10	78 1.30	46 0.80	62 1.00
Influenzavirus-Infektion, saisonale Typen und Subtypen^b	26 15.50	2 1.20		103 15.40	7 1.00		12006 137.80	57 0.60	11781 135.30	11579 192.00	40 0.70	11329 187.90
Legionellose	14 8.40	15 9.00	27 16.10	61 9.10	65 9.70	72 10.80	647 7.40	594 6.80	504 5.80	418 6.90	448 7.40	321 5.30
Masern									51 0.60			37 0.60
Meningokokken: invasive Erkrankung				1 0.20			11 0.10	7 0.08	29 0.30	7 0.10	4 0.07	16 0.30
Pneumokokken: invasive Erkrankung	4 2.40	11 6.60	9 5.40	16 2.40	39 5.80	15 2.20	628 7.20	406 4.70	675 7.80	427 7.10	298 4.90	444 7.40
Röteln^c												
Röteln, materno-fötal^d												
Tuberkulose	10 6.00	6 3.60	9 5.40	33 4.90	23 3.40	23 3.40	367 4.20	346 4.00	399 4.60	274 4.50	267 4.40	286 4.70
Faeco-orale Übertragung												
Campylobacteriose	170 101.50	192 114.60	271 161.80	854 127.50	809 120.80	795 118.70	7614 87.40	6435 73.90	6480 74.40	5533 91.80	4658 77.20	4270 70.80
Enterohämorrhagische E. coli-Infektion	37 22.10	32 19.10	47 28.10	169 25.20	138 20.60	95 14.20	1230 14.10	840 9.60	783 9.00	904 15.00	620 10.30	469 7.80
Hepatitis A	1 0.60	1 0.60	4 2.40	5 0.80	3 0.40	6 0.90	56 0.60	43 0.50	85 1.00	39 0.60	32 0.50	57 1.00
Hepatitis E	1 0.60		2 1.20	7 1.00	4 0.60	3 0.40	75 0.90	163 1.90	78 0.90	49 0.80	142 2.40	48 0.80
Listeriose	1 0.60	1 0.60		3 0.40	4 0.60	6 0.90	71 0.80	34 0.40	54 0.60	59 1.00	21 0.40	44 0.70
Salmonellose, S. typhi/paratyphi	2 1.20			2 0.30			8 0.09	1 0.01	15 0.20	6 0.10		10 0.20
Salmonellose, übrige	63 37.60	47 28.10	52 31.00	297 44.30	245 36.60	203 30.30	1733 19.90	1454 16.70	1308 15.00	1254 20.80	1017 16.90	772 12.80
Shigellose	2 1.20			17 2.50	11 1.60		160 1.80	58 0.70	144 1.60	110 1.80	48 0.80	50 0.80

	Woche 36			letzte 4 Wochen			letzte 52 Wochen			seit Jahresbeginn		
	2022	2021	2020	2022	2021	2020	2022	2021	2020	2022	2021	2020
Durch Blut oder sexuell übertragen												
Aids	1 0.60		1 0.60	4 0.60	3 0.40	7 1.00	42 0.50	46 0.50	75 0.90	26 0.40	33 0.60	38 0.60
Chlamydiose	252 150.50	264 157.60	337 201.20	1109 165.50	987 147.30	878 131.00	12702 145.80	11694 134.30	11552 132.60	8701 144.30	8181 135.70	7515 124.60
Gonorrhoe ^e	103 61.50	82 49.00	108 64.50	381 56.90	372 55.50	273 40.80	5022 57.70	3756 43.10	3507 40.30	3507 58.20	2568 42.60	2227 36.90
Hepatitis B, akut			1 0.60		2 0.30	2 0.30	27 0.30	27 0.30	23 0.30	19 0.30	19 0.30	14 0.20
Hepatitis B, total Meldungen	19	16	18	84	65	63	1121	988	984	793	703	642
Hepatitis C, akut			1 0.60			1 0.20	10 0.10	16 0.20	13 0.20	5 0.08	8 0.10	8 0.10
Hepatitis C, total Meldungen	32	38	29	105	68	81	1022	957	916	726	666	602
HIV-Infektion	8 4.80	5 3.00	6 3.60	16 2.40	22 3.30	21 3.10	331 3.80	317 3.60	319 3.70	229 3.80	226 3.80	192 3.20
Syphilis, Frühstadien ^f	3 1.80	12 7.20	14 8.40	34 5.10	45 6.70	31 4.60	723 8.30	631 7.20	666 7.60	499 8.30	460 7.60	422 7.00
Syphilis, total ^g	5 3.00	17 10.20	21 12.50	43 6.40	63 9.40	48 7.20	986 11.30	845 9.70	905 10.40	675 11.20	610 10.10	567 9.40
Zoonosen und andere durch Vektoren übertragbare Krankheiten												
Brucellose					2 0.30		5 0.06	7 0.08	4 0.05	4 0.07	5 0.08	1 0.02
Chikungunya-Fieber							5 0.06	3 0.03	23 0.30	2 0.03	3 0.05	11 0.20
Dengue-Fieber	1 0.60		1 0.60	4 0.60	1 0.20	1 0.20	64 0.70	14 0.20	161 1.80	49 0.80	11 0.20	74 1.20
Gelbfieber												
Hantavirus-Infektion							4 0.05	2 0.02			2 0.03	
Malaria	9 5.40	9 5.40	2 1.20	36 5.40	48 7.20	4 0.60	304 3.50	220 2.50	175 2.00	238 4.00	186 3.10	93 1.50
Q-Fieber		5 3.00			10 1.50	2 0.30	65 0.80	89 1.00	58 0.70	35 0.60	78 1.30	41 0.70
Trichinellose				2 0.30			6 0.07	2 0.02	3 0.03	6 0.10	1 0.02	3 0.05
Tularämie		5 3.00	3 1.80	6 0.90	28 4.20	12 1.80	136 1.60	206 2.40	145 1.70	66 1.10	169 2.80	82 1.40
West-Nil-Fieber								1 0.01	1 0.01			
Zeckenzephalitis	12 7.20	8 4.80	12 7.20	34 5.10	28 4.20	48 7.20	365 4.20	291 3.30	442 5.10	318 5.30	238 4.00	396 6.60
Zika-Virus Infektion									1 0.01			
Andere Meldungen												
Botulismus							1 0.01	1 0.01		1 0.02	1 0.02	
Creutzfeldt-Jakob-Krankheit			1 0.60	4 0.60	1 0.20	2 0.30	26 0.30	31 0.40	17 0.20	20 0.30	22 0.40	13 0.20
Diphtherie ^h	1 0.60	1 0.60		11 1.60	1 0.20		22 0.20	4 0.05	3 0.03	21 0.40	3 0.05	2 0.03
Tetanus												

Sentinella-Statistik

Provisorische Daten

Sentinella:

Anzahl Meldungen (N) der letzten 4 Wochen bis am 9.9.2022 und Inzidenz pro 1000 Konsultationen (N/10³)
Freiwillige Erhebung bei Hausärztinnen und Hausärzten (Allgemeinpraktiker, Internisten und Pädiater)

Woche	33		34		35		36		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	2	0.2	0	0	2	0.2	2	0.2	1.5	0.2
Zeckenstiche	4	0.4	5	0.4	3	0.3	5	0.5	4.3	0.4
Lyme Borreliose	4	0.4	9	0.8	2	0.2	11	1.1	6.5	0.6
Herpes Zoster	12	1.1	9	0.8	4	0.4	8	0.8	8.3	0.8
Post-Zoster-Neuralgie	3	0.3	2	0.2	0	0	2	0.2	1.8	0.2
Meldende Ärzte	147		158		162		139		151.5	

Vielfältige Weiterbildungsangebote für den Umgang mit Kindern mit ADHS in der Schule

Lehrpersonen, die den Umgang mit verhaltensauffälligen Kindern vertiefen möchten, stehen in der Schweiz vielfältige Weiterbildungsmöglichkeiten zur Verfügung. Zu diesem Schluss kommt ein Bericht, den der Bundesrat in seiner Sitzung vom 31. August 2022 verabschiedet hat.

Kinder mit ADHS oder anderen Verhaltensauffälligkeiten brauchen im Schulzimmer häufig besondere Unterstützung durch die Lehrpersonen. Ein Postulat fordert den Bundesrat auf zu prüfen, wie die Ergebnisse der Studie zur Förderung von Kindern mit Unaufmerksamkeit und Verhaltensauffälligkeiten in der Schule (FOKUS) in die Ausbildung von Fach- und Lehrpersonen integriert werden können. Die daraus entwickelte Weiterbildung gibt den Lehrpersonen Werkzeuge in die Hand, um die Kinder mit ADHS oder einer Verhaltensauffälligkeit im Unterricht besser begleiten zu können. Dabei zeigt sich zum Beispiel, dass der Einbau von Ritualen und ein gut strukturierter Unterricht die Integration der betroffenen Kinder begünstigen und deren Aufmerksamkeit besser binden.

Der Bericht des Bundesrats in Erfüllung des Postulats Herzog «ADHS. Resultate des Projektes FOKUS in die Ausbildung integrieren» (19.4283) stellt fest, dass die Themen ADHS und Verhaltensauffälligkeiten bereits heute in der Aus- und Weiterbildung der Lehrpersonen breit abgedeckt werden. Das FOKUS-Weiterbildungsmodul ist eines unter verschiedenen Angeboten zu diesem Thema. Der Entscheid, welche Inhalte in Ausbildungsstudiengänge aufgenommen und welche Weiterbildungskurse angeboten werden, liegt in der Autonomie der Pädagogischen Hochschulen. Diese fallen in die Zuständigkeit der Kantone.

MASSNAHMEN DES BUNDES

ADHS ist eine vorwiegend im Kindesalter auftretende neurologische Entwicklungsstörung, welche die Symptome Unaufmerksamkeit und/oder Hyperaktivität und Impulsivität umfasst. Schätzungsweise fünf Prozent der Primarschülerinnen und Primarschüler sind davon betroffen. Der Bundesrat erachtet das Thema ADHS bei Kindern als wichtig. Das BAG führt deshalb eine Expertengruppe zur Problematik und beobachtet die Entwicklungen in diesem Bereich. Zudem setzt es sich im Rahmen seiner Gesundheitsstrategien für die psychische Gesundheit von Kindern und Jugendlichen im Allgemeinen ein.

Kontakt

Bundesamt für Gesundheit
Kommunikation
Telefon 058 462 95 05
media@bag.admin.ch

Spezialitätenliste:

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

[] Der dem verfügbaren Publikumspreis zugrunde liegende Fabrikabgabepreis

Gültig ab 1. September 2022

Therap. Gruppe	Dossier Nr.	PRÄPARATE/ (Wirkstoffe) Packungen	Verantwortliche Firma	SHI-Nr.	Aufnahmejahr
I. Neuzugang Präparate					
01.07.10 G		LACOSAMID DESITIN (Lacosamidum)	Desitin Pharma GmbH		
	21483	Filmtabl 50 mg 14 Stk Fr. 18.40 (8.90)		68277001	01.09.2022, B
	21483	Filmtabl 100 mg 14 Stk Fr. 36.60 (17.60)		68277002	01.09.2022, B
	21483	Filmtabl 100 mg 56 Stk Fr. 92.55 (66.33)		68277003	01.09.2022, B
	21483	Filmtabl 100 mg 168 Stk Fr. 238.80 (193.73)		68277004	01.09.2022, B
	21483	Filmtabl 150 mg 14 Stk Fr. 46.00 (25.78)		68277005	01.09.2022, B
	21483	Filmtabl 150 mg 56 Stk Fr. 128.85 (97.97)		68277006	01.09.2022, B
	21483	Filmtabl 150 mg 168 Stk Fr. 345.25 (286.46)		68277007	01.09.2022, B
	21483	Filmtabl 200 mg 14 Stk Fr. 55.85 (34.36)		68277008	01.09.2022, B
	21483	Filmtabl 200 mg 56 Stk Fr. 166.30 (130.56)		68277009	01.09.2022, B
	21483	Filmtabl 200 mg 168 Stk Fr. 454.90 (381.95)		68277010	01.09.2022, B
Zusatztherapie zur Behandlung von partiellen Anfällen mit oder ohne sekundäre Generalisierung bei Epilepsiepatienten im Alter von 18 Jahren oder älter.					
01.09 G		ONDANSETRON FRESENIUS (Ondansetronum)	Fresenius Kabi (Schweiz) AG		
	21486	Inf Konz 4 mg/2 ml 5 Amp 2 ml Fr. 56.25 (34.70)		63071001	01.09.2022, B
	21486	Inf Konz 8 mg/4 ml 5 Amp 4 ml Fr. 90.55 (64.60)		63071003	01.09.2022, B
Stark emetogene Chemotherapie.					
07.12 G		PITAVASTATIN SANDOZ (Pitavastatinum)	Sandoz Pharmaceuticals AG		
	21461	Filmtabl 1 mg 28 Stk Fr. 39.10 (19.76)		68321001	01.09.2022, B
	21461	Filmtabl 1 mg 84 Stk Fr. 84.45 (59.27)		68321002	01.09.2022, B
	21461	Filmtabl 2 mg 28 Stk Fr. 44.00 (24.04)		68321003	01.09.2022, B
	21461	Filmtabl 2 mg 84 Stk Fr. 99.20 (72.14)		68321004	01.09.2022, B
	21461	Filmtabl 4 mg 28 Stk Fr. 56.45 (34.88)		68321005	01.09.2022, B
	21461	Filmtabl 4 mg 84 Stk Fr. 136.55 (104.66)		68321006	01.09.2022, B

Bei Erwachsenen ab 18 bis und mit 75 Jahren wird eine Behandlung mit Statinen vergütet im Rahmen der Sekundärprävention kardiovaskulärer Ereignisse sowie im Rahmen der Primärprävention bei Personen mit hohem oder sehr hohem Risiko nach AGLA-Risikokategorie sowie bei Personen mit einem Risiko von über 1% nach AGLA-Risikokategorie. Eine entsprechend bis und mit 75 Jahren gestartete Statin-Therapie wird auch nach Vollendung des 75. Lebensjahres weiter vergütet.

Bei Personen über 75 Jahren wird eine neu beginnende Statin-Therapie nur vergütet im Rahmen der Sekundärprävention kardiovaskulärer Ereignisse sowie im Rahmen der Primärprävention bei Personen mit hohem oder sehr hohem Risiko nach AGLA-Risikokategorie.

Therap. Gruppe	Dossier Nr.	PRÄPARATE/ (Wirkstoffe) Packungen	Verantwortliche Firma	SHI-Nr.	Aufnahmejahr
07.12 G		PITAVASTATIN ZENTIVA (Pitavastatinum)	Helvepharm AG		
	21457	Filmtabl 1 mg 28 Stk Fr. 39.10 (19.76)		68219001	01.09.2022, B
	21457	Filmtabl 1 mg 84 Stk Fr. 84.45 (59.27)		68219002	01.09.2022, B
	21457	Filmtabl 2 mg 28 Stk Fr. 44.00 (24.04)		68219003	01.09.2022, B
	21457	Filmtabl 2 mg 84 Stk Fr. 99.20 (72.14)		68219004	01.09.2022, B
	21457	Filmtabl 4 mg 28 Stk Fr. 56.45 (34.88)		68219005	01.09.2022, B
	21457	Filmtabl 4 mg 84 Stk Fr. 136.55 (104.66)		68219006	01.09.2022, B

Bei Erwachsenen ab 18 bis und mit 75 Jahren wird eine Behandlung mit Statinen vergütet im Rahmen der Sekundärprävention kardiovaskulärer Ereignisse sowie im Rahmen der Primärprävention bei Personen mit hohem oder sehr hohem Risiko nach AGLA-Risikokategorie sowie bei Personen mit einem Risiko von über 1% nach AGLA-Risikokategorie. Eine entsprechend bis und mit 75 Jahren gestartete Statin-Therapie wird auch nach Vollendung des 75. Lebensjahres weiter vergütet. Bei Personen über 75 Jahren wird eine neu beginnende Statin-Therapie nur vergütet im Rahmen der Sekundärprävention kardiovaskulärer Ereignisse sowie im Rahmen der Primärprävention bei Personen mit hohem oder sehr hohem Risiko nach AGLA-Risikokategorie.

07.12 G		PITAVASTATIN-MEPHA (Pitavastatinum)	Mepha Pharma AG		
	21484	Filmtabl 1 mg 30 Stk Fr. 40.70 (21.17)		68173001	01.09.2022, B
	21484	Filmtabl 1 mg 90 Stk Fr. 89.30 (63.50)		68173002	01.09.2022, B
	21484	Filmtabl 2 mg 30 Stk Fr. 45.95 (25.76)		68173003	01.09.2022, B
	21484	Filmtabl 2 mg 90 Stk Fr. 105.15 (77.30)		68173004	01.09.2022, B
	21484	Filmtabl 4 mg 30 Stk Fr. 59.30 (37.38)		68173005	01.09.2022, B
	21484	Filmtabl 4 mg 90 Stk Fr. 145.15 (112.14)		68173006	01.09.2022, B

Bei Erwachsenen ab 18 bis und mit 75 Jahren wird eine Behandlung mit Statinen vergütet im Rahmen der Sekundärprävention kardiovaskulärer Ereignisse sowie im Rahmen der Primärprävention bei Personen mit hohem oder sehr hohem Risiko nach AGLA-Risikokategorie sowie bei Personen mit einem Risiko von über 1% nach AGLA-Risikokategorie. Eine entsprechend bis und mit 75 Jahren gestartete Statin-Therapie wird auch nach Vollendung des 75. Lebensjahres weiter vergütet. Bei Personen über 75 Jahren wird eine neu beginnende Statin-Therapie nur vergütet im Rahmen der Sekundärprävention kardiovaskulärer Ereignisse sowie im Rahmen der Primärprävention bei Personen mit hohem oder sehr hohem Risiko nach AGLA-Risikokategorie.

07.15		KEVZARA (Sarilumabum)	Sanofi-Aventis (Suisse) SA		
	20779	Inj Lös 150 mg/1.14 ml Fertigpen 2 Stk Fr. 1151.50 (993.85)		66425001	01.09.2018, B
	20779	Inj Lös 150 mg/1.14 ml Fertigspritze 2 Stk Fr. 1151.50 (993.85)		66424001	01.09.2018, B
	20779	Inj Lös 200 mg/1.14 ml Fertigpen 2 Stk Fr. 1151.50 (993.85)		66425003	01.09.2018, B
	20779	Inj Lös 200 mg/1.14 ml Fertigspritze 2 Stk Fr. 1151.50 (993.85)		66424003	01.09.2018, B

Nach Kostengutsprache durch den Krankenversicherer nach vorgängiger Konsultation und Genehmigung des Vertrauensarztes des Krankenversicherers zur Behandlung der aktiven rheumatoiden Arthritis bei erwachsenen Patienten, die auf die Behandlung mit DMARD (disease modifying anti-rheumatic drugs) oder Tumornekrosefaktor (TNF)-Hemmern nicht ausreichend angesprochen haben.

Bei einer Unverträglichkeit auf Methotrexat oder wenn die Behandlung mit Methotrexat ungeeignet ist kann Kevzara als Monotherapie verabreicht werden.

07.16.10		GAVRETO (Pralsetinibum)	Roche Pharma (Schweiz) AG		
	21321	Kaps 100 mg Fl 120 Stk Fr. 7839.80 (7408.58)		68182001	01.09.2022, A

Befristete Limitation bis 12.08.2023

2L NSCLC

Nach Kostengutsprache durch den Krankenversicherer nach vorgängiger Konsultation des Vertrauensarztes.

GAVRETO als Monotherapie ist indiziert für die Behandlung erwachsener Patienten mit metastasiertem RET-Fusions-positivem (RET=REarranged during Transfection) nicht – kleinzelligem Lungenkarzinom (NSCLC), die eine systemische Therapie benötigen und bei denen es nach einer vorherigen Behandlung zu einer Progression gekommen ist.

Die Behandlung von GAVRETO erfolgt bis zur Progression der Erkrankung.

Eine Rotation innerhalb der RET-Inhibitoren wird ausschliesslich bei Kontraindikationen oder Unverträglichkeiten vergütet.

Die Zulassungsinhaberin Roche Pharma (Schweiz) AG vergütet die ersten 2 bezogenen Packungen GAVRETO 100 mg 120 Stk auf Aufforderung desjenigen Krankenversicherers, bei dem die versicherte Person zum Zeitpunkt des Bezugs versichert war, zum aktuellen FAP vollständig zurück. Die Zulassungsinhaberin Roche Pharma (Schweiz) AG erstattet dem Krankenversicherer, bei dem die versicherte Person zum Zeitpunkt des Bezugs versichert war, auf dessen erste Aufforderung hin zudem für jede zusätzlich bezogene Packung GAVRETO 100 mg 120 Stk einen Betrag von Fr. 432.40 zurück.

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: 21321.01.

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

Befristete Limitation bis 12.08.2023

Medulläres Schilddrüsenkarzinom mit RET-Mutation

Nach Kostengutsprache durch den Krankenversicherer nach vorgängiger Konsultation des Vertrauensarztes.

GAVRETO als Monotherapie ist indiziert für die Behandlung erwachsener Patienten mit fortgeschrittenem oder metastasiertem RET-Mutierten medullärem Schilddrüsenkarzinom (MTC), die eine systemische Therapie benötigen und bei denen es nach einer vorherigen Behandlung mit Tyrosinkinaseinhibitoren zu einer Progression gekommen ist.

Die Behandlung von GAVRETO erfolgt bis zur Progression der Erkrankung. Eine Rotation innerhalb der RET-Inhibitoren wird ausschliesslich bei Kontraindikationen oder Unverträglichkeiten vergütet.

Für GAVRETO bestehen Preismodelle. Die Zulassungsinhaberin Roche Pharma (Schweiz) AG gibt diese dem Krankenversicherer, bei dem die versicherte Person zum Zeitpunkt des Bezugs versichert war, auf dessen erste Aufforderung hin bekannt.

Die Roche Pharma (Schweiz) AG erstattet dem Krankenversicherer, bei dem die versicherte Person zum Zeitpunkt des Bezugs versichert war, auf dessen erste Aufforderung hin für jede bezogene Packung GAVRETO einen festgelegten Anteil des Fabrikabgabepreises zurück. Sie gibt dem Krankenversicherer die Höhe der Rückerstattungen bekannt. Die Mehrwertsteuer kann nicht zusätzlich zu diesem Anteil des Fabrikabgabepreises zurückgefordert werden. Die Aufforderung zur Rückerstattung soll ab dem Zeitpunkt der Verabreichung erfolgen.

Folgender Code ist an den Krankenversicherer zu übermitteln: 21321.02.

Befristete Limitation bis 12.08.2023

RET-Fusion-positives Schilddrüsenkarzinom

Nach Kostengutsprache durch den Krankenversicherer nach vorgängiger Konsultation des Vertrauensarztes.

GAVRETO als Monotherapie ist indiziert für die Behandlung erwachsener Patienten mit fortgeschrittenem oder metastasiertem RET-Fusion-positivem Schilddrüsenkarzinom, die eine systemische Therapie benötigen und bei denen es nach einer vorherigen Behandlung einschliesslich radioaktivem Jod zu einer Progression gekommen ist. Die Behandlung von GAVRETO erfolgt bis zur Progression der Erkrankung. Eine Rotation innerhalb der RET-Inhibitoren wird ausschliesslich bei Kontraindikationen oder Unverträglichkeiten vergütet.

Für GAVRETO bestehen Preismodelle. Die Zulassungsinhaberin Roche Pharma (Schweiz) AG gibt diese dem Krankenversicherer, bei dem die versicherte Person zum Zeitpunkt des Bezugs versichert war, auf dessen erste Aufforderung hin bekannt. Die Roche Pharma (Schweiz) AG erstattet dem Krankenversicherer, bei dem die versicherte Person zum Zeitpunkt des Bezugs versichert war, auf dessen erste Aufforderung hin für jede bezogene Packung GAVRETO einen festgelegten Anteil des Fabrikabgabepreises zurück. Sie gibt dem Krankenversicherer die Höhe der Rückerstattungen bekannt. Die Mehrwertsteuer kann nicht zusätzlich zu diesem Anteil des Fabrikabgabepreises zurückgefordert werden. Die Aufforderung zur Rückerstattung soll ab dem Zeitpunkt der Verabreichung erfolgen.

Folgender Code ist an den Krankenversicherer zu übermitteln: 21321.03.

07.16.10		RYBREVANT (Amivantamabum)	Janssen-Cilag AG		
	21390	Inf Konz 350 mg/7 ml 1 Stk Fr. 1577.40 (1382.19)		68380001	01.09.2022, A

Befristete Limitation bis 31.12.2023

Nach Kostengutsprache durch den Krankenversicherer nach vorgängiger Konsultation des Vertrauensarztes.

RYBREVANT ist für die Behandlung von Patienten mit metastasierendem oder nicht-resezierbarem, nicht-kleinzelligem Lungenkarzinom (NSCLC) mit aktivierenden Insertionsmutationen im Exon 20 des Gens des Rezeptors für den epidermalen Wachstumsfaktor (EGFR), bei denen die Krankheit während oder nach einer platinhaltigen Chemotherapie fortgeschritten ist, indiziert. Die Behandlung erfolgt nur bis zur Progression.

Für RYBREVANT bestehen Preismodelle. Die Janssen-Cilag AG gibt diese dem Krankenversicherer, bei dem die versicherte Person zum Zeitpunkt des Bezugs versichert war, auf dessen erste Aufforderung hin bekannt.

Die Janssen-Cilag AG erstattet dem Krankenversicherer, bei dem die versicherte Person zum Zeitpunkt des Bezugs versichert war, auf dessen erste Aufforderung hin für jede bezogene Packung RYBREVANT einen festgelegten Anteil des Fabrikabgabepreises zurück. Sie gibt dem Krankenversicherer die Höhe der Rückerstattungen bekannt. Die Mehrwertsteuer kann nicht zusätzlich zu diesem Anteil des Fabrikabgabepreises zurückgefordert werden. Die Aufforderung zur Rückerstattung soll ab dem Zeitpunkt der Verabreichung erfolgen.

07.16.20		ABIRATERON ZENTIVA (Abirateroni acetat)	Helvepharm AG		
G	21481	Filmtabl 500 mg Blist 56 Stk Fr. 1046.15 (897.80)		68334001	01.09.2022, B

Zur Behandlung in Kombination mit LHRH Agonisten und Prednison oder Prednisolon bei asymptomatischen oder leicht symptomatischen Patienten mit metastasierendem, kastrationsresistentem Prostatakarzinom (mCRPC) ohne viszerale Metastasen und ohne Lebermetastasen, nach Versagen der Androgendeprivationstherapie, wenn eine Chemotherapie klinisch nicht indiziert ist.

Zur Behandlung in Kombination mit LHRH Agonisten und Prednison oder Prednisolon bei Patienten mit fortgeschrittenem metastasierendem Prostatakarzinom bei Progredienz nach Behandlung mit Docetaxel nach Kostengutsprache des Krankenversicherers und vorheriger Konsultation des Vertrauensarztes.

Zur Behandlung in Kombination mit Prednison oder Prednisolon (5 mg/Tag) und Androgendeprivationstherapie (ADT) bei Patienten die innerhalb der letzten 3 Monate mit einem Hochrisiko metastasiertem hormonsensitivem Prostatakarzinom (mHSPC) neu diagnostiziert wurden. Die Abiraterongabe soll – bei nicht orchiektomierten Patienten – innerhalb von 3 Monaten nach Beginn der Androgendeprivation beginnen.

Als Hochrisiko wird das Vorliegen von mindestens 2 der 3 folgenden Risikofaktoren definiert: (1) Gleason-Score von ≥ 8 ; (2) Vorhandensein von mindestens 3 Läsionen im Knochenscan; (3) Vorhandensein messbarer viszeraler Metastasen (ohne Berücksichtigung des Lymphknotenbefalls).

Im Falle eines wegen Nebenwirkungen erforderlichen Therapieabbruchs innert 10 Tagen nach Behandlungsbeginn werden dem Krankenversicherer von der Helvepharm AG die Kosten der gesamten Packung zurückerstattet. Die Therapieabbrüche sind dem Krankenversicherer unverzüglich vom behandelnden Arzt zu melden.

Therap. Gruppe	Dossier Nr.	PRÄPARATE/ (Wirkstoffe) Packungen	Verantwortliche Firma	SHI-Nr.	Aufnahmejahr
07.16.20 G		ABIRATERON-TEVA (Abirateroni acetat) 21460 Filmtabl 500 mg Blist 56 Stk Fr. 1046.15 (897.80)	Teva Pharma AG	68319001	01.09.2022, B
<p>Zur Behandlung in Kombination mit LHRH Agonisten und Prednison oder Prednisolon bei asymptomatischen oder leicht symptomatischen Patienten mit metastasierendem, kastrationsresistentem Prostatakarzinom (mCRPC) ohne viszerale Metastasen und ohne Lebermetastasen, nach Versagen der Androgendeprivationstherapie, wenn eine Chemotherapie klinisch nicht indiziert ist.</p> <p>Zur Behandlung in Kombination mit LHRH Agonisten und Prednison oder Prednisolon bei Patienten mit fortgeschrittenem metastasierendem Prostatakarzinom bei Progredienz nach Behandlung mit Docetaxel nach Kostengutsprache des Krankenversicherers und vorheriger Konsultation des Vertrauensarztes.</p> <p>Zur Behandlung in Kombination mit Prednison oder Prednisolon (5 mg/Tag) und Androgendeprivationstherapie (ADT) bei Patienten die innerhalb der letzten 3 Monate mit einem Hochrisiko metastasiertem hormonsensitivem Prostatakarzinom (mHSPC) neu diagnostiziert wurden. Die Abiraterongabe soll – bei nicht orchiektomierten Patienten- innerhalb von 3 Monaten nach Beginn der Androgendeprivation beginnen.</p> <p>Als Hochrisiko wird das Vorliegen von mindestens 2 der 3 folgenden Risikofaktoren definiert: (1) Gleason-Score von ≥ 8; (2) Vorhandensein von mindestens 3 Läsionen im Knochen scan; (3) Vorhandensein messbarer viszeraler Metastasen (ohne Berücksichtigung des Lymphknotenbefalls).</p> <p>Im Falle eines wegen Nebenwirkungen erforderlichen Therapieabbruchs innert 10 Tagen nach Behandlungsbeginn werden dem Krankenversicherer von der Teva Pharma AG die Kosten der gesamten Packung zurückerstattet. Die Therapieabbrüche sind dem Krankenversicherer unverzüglich vom behandelnden Arzt zu melden</p>					
08.03		VEKLURY (Remdesivirum) 21439 Trockensub 100 mg Durchstf 1 Stk Fr. 526.65 (444.46)	Gilead Sciences Switzerland Sàrl	68026001	01.09.2022, A
<p>Befristete Limitation bis 30.09.2023</p> <p>VEKLURY als antivirale Monotherapie wird bei einer Behandlung einer bestätigten Covid-19 Infektion (Symptomatik und positiver Erregernachweis Antigen/PCR) in folgenden Fällen vergütet:</p> <ul style="list-style-type: none"> – für Erwachsene mit einer Pneumonie die eine zusätzliche Sauerstoffzufuhr erfordert und – zur Frühbehandlung bei Erwachsenen ohne Sauerstoffsupplementierung mit deutlich erhöhtem Risiko für einen schweren COVID-19-Verlauf. <p>Die Behandlung muss durch entsprechend spezialisierte Zentren oder Universitätsspitäler (https://www.bag.admin.ch/dam/bag/de/dokumente/biomed/heilmittel/COVID-19/liste-kant-zentren-mak-covid2021.pdf.download.pdf/Liste%20der%20kantonalen%20zentren.pdf) eingeleitet werden und innerhalb der aktuell gültigen Richtlinien der Schweizerischen Gesellschaft für Infektiologie (SSI) und der obgenannten Indikationen entsprechend der in der Fachinformation für diese Indikation vorgegebenen Dosierungsempfehlungen erfolgen.</p> <p>Aufgrund des Direktvertriebs ist die Zulassungsinhaberin verpflichtet, den festgelegten Betrag von Fr. 63.96 vom Fabrikabgabepreis bei der Rechnungsstellung abzuziehen. Die Leistungserbringer sind verpflichtet, diesen Rabatt an den Kostenträger weiterzugeben (Art. 56 Abs. 3 lit. b KVG). Zusätzlich Vertriebsanteil ergibt sich ein zu verrechnender Betrag von Fr. 453.20. Im stationären Bereich erfolgt die Vergütung über das festgelegte Zusatzentgelt entsprechend dem wirtschaftlichen FAP.</p>					

Therap. Gruppe	Dossier Nr.	PRÄPARATE/ (Wirkstoffe) Packungen	Verantwortliche Firma	SHI-Nr.	Aufnahmejahr
II. Andere Packungen und Dosierungen					
01.01.30		DIAPHIN (Diamorphini hydrochloridum monohydricum)	DiaMo Narcotics GmbH		
	17747	Trockensub 5 g i.v. Amp 1 Stk Fr. 174.50 (152.00)		55561001	01.09.2022, A
Gemäss Anhang 1 zur KLV (SR 832.112.31), vgl. Ziffer 8, Psychiatrie und Psychotherapie, Opioidagonistherapie (OAT) bei Opioidabhängigkeitssyndrom.					
Preisberechnung für Diaphin aufgrund des Fabrikabgabepreises zuzüglich dem preisbezogenen Zuschlag von 12% zuzüglich MWST. Aufgrund spezieller Vertriebsverhältnisse (Direktlieferung) ohne Zuschlag je Packung.					
01.07.10 G		LAMOTRIGIN DESITIN (Lamotriginum)	Desitin Pharma GmbH		
	18569	Tabl 5 mg Blist 50 Stk Fr. 5.95 (1.62)		57437001	01.09.2022, B
07.08.10		MENOPUR MULTIDOSE PEN (Menotropinum)	Ferring AG		
	21415	Inj Lös 600 IE/0.96 ml Fertpen 1 Stk Fr. 206.45 (165.53)		68020001	01.09.2022, A
Nicht zur Adipositasbehandlung Kostenübernahme nur nach vorgängiger endokrinologischer Untersuchung, auf besondere Gutsprache der Kasse und mit ausdrücklicher Bewilligung des Vertrauensarztes. Die maximale Behandlungsdauer beträgt ein Jahr. Einfache follikuläre Stimulation.					
01.07.10		ZEBINIX (Eslicarbazepini acetat)	Bial SA		
	21145	Tabl 800 mg 90 Stk Fr. 285.65 (234.54)		67375005	01.09.2022, B
04.99 G		PANPRAX (Pantoprazolum)	Drossapharm AG		
	19261	Filmtabl 40 mg 100 Stk Fr. 50.70 (29.88)		60408009	01.09.2022, B
07.10.20		VIMOVO (Naproxenum, Esomeprazolom)	Grünenthal Pharma AG		
	19426	Filmtabl 30 Stk. Fr. 20.55 (10.75)		61330007	01.09.2022, B
	19426	Filmtabl 60 Stk. Fr. 41.10 (21.50)		61330008	01.09.2022, B

Therap. Gruppe	Dossier Nr.	PRÄPARATE/ (Wirkstoffe) Packungen	Verantwortliche Firma	SHI-Nr.	Datum der Streichung
III. Neu gestrichene Präparate/Packungen					
01.01.30		DIAPHIN (Diamorphini hydrochloridum monohydricum)	DiaMo Narcotics GmbH		
	17747	Trockensub 10 g i.v.Amp 1 Stk Fr. 251.75 (205.00)		55561004	01.09.2022, A
01.01.30 G		OXYCODON STREULI (Oxycodoni hydrochloridum)	Streuli Pharma AG		
	20419	Ret Tabl 5 mg 30 Stk Fr. 16.75 (7.45)		65113001	01.09.2022, A
	20419	Ret Tabl 5 mg 60 Stk Fr. 27.40 (13.14)		65113002	01.09.2022, A
	20419	Ret Tabl 10 mg 30 Stk Fr. 19.85 (10.16)		65113003	01.09.2022, A
	20419	Ret Tabl 10 mg 60 Stk Fr. 36.95 (17.88)		65113004	01.09.2022, A
	20419	Ret Tabl 20 mg 30 Stk Fr. 36.10 (17.15)		65113005	01.09.2022, A
	20419	Ret Tabl 20 mg 60 Stk Fr. 54.05 (32.79)		65113006	01.09.2022, A
	20419	Ret Tabl 40 mg 30 Stk Fr. 57.25 (35.58)		65113009	01.09.2022, A
	20419	Ret Tabl 40 mg 60 Stk Fr. 95.30 (68.72)		65113010	01.09.2022, A
	20419	Ret Tabl 80 mg 30 Stk Fr. 88.05 (62.41)		65113007	01.09.2022, A
	20419	Ret Tabl 80 mg 60 Stk Fr. 159.60 (124.73)		65113008	01.09.2022, A
01.07.10 G		LEVETIRACETAM SANDOZ (Levetiracetamum)	Sandoz Pharmaceuticals AG		
	21037	Lös 100 mg/ml Fl 300 ml Fr. 69.25 (46.05)		67229001	01.09.2022, B
01.99 G		MEMANTIN SANDOZ STARTERPACKUNG (Memantinum hydrochloridum, Memantinum hydrochloridum, Memantinum hydrochloridum)	Sandoz Pharmaceuticals AG		
	20387	Filmtabl 7x5/7x10/7x15/7x20 mg 28 Stk Fr. 49.10 (28.50)		65207003	01.09.2022, B
04.99 G		PANTOPRAZOL SANDOZ (Pantoprazolum)	Sandoz Pharmaceuticals AG		
	19265	Trockensub 40 mg i.v.Durchstf 1 Stk Fr. 6.40 (2.03)		58279001	01.09.2022, B
06.03.20		DUOPLAVIN (Clopidogrelum, Acidum acetylsalicylicum)	Sanofi-Aventis (Suisse) SA		
	19292	Tabl 75/100 28 Stk Fr. 50.75 (29.93)		58696001	01.09.2022, B
	19292	Tabl 75/100 84 Stk Fr. 119.50 (89.80)		58696002	01.09.2022, B
06.07.30		ZIEXTENZO (Pegfilgrastimum)	Sandoz Pharmaceuticals AG		
	21017	Inj Lös 6 mg/0.6 ml Fertspr 24 Stk Fr. 27283.60 (26378.16)		67569002	01.09.2022, A
07.02.30		VITAMIN D3 SANDOZ (Cholecalciferolum (Vitamin D3))	Sandoz Pharmaceuticals AG		
	20635	Tabl 1000 IE 50 Stk Fr. 5.15 (2.78)		66466003	01.09.2022, D
	20635	Tabl 1000 IE 100 Stk Fr. 10.25 (5.56)		66466004	01.09.2022, D
07.06.10		INSULIN INSUMAN BASAL (Insulinum humanum ADNr isophanum)	Sanofi-Aventis (Suisse) SA		
	17317	Inj Susp Optipen 5x 3 ml Fr. 53.20 (32.07)		53964028	01.09.2022, B
07.06.10		INSULIN INSUMAN COMB 25 (Insulinum humanum ADNr)	Sanofi-Aventis (Suisse) SA		
	17315	Inj Susp Optipen 5x 3 ml Fr. 53.55 (32.35)		53962017	01.09.2022, B
07.06.10		INSULIN INSUMAN RAPID (Insulinum humanum ADNr solutum)	Sanofi-Aventis (Suisse) SA		
	17313	Inj Lös Optipen 5x 3 ml Fr. 53.65 (32.46)		53960014	01.09.2022, B

Therap. Gruppe	Dossier Nr.	PRÄPARATE/ (Wirkstoffe) Packungen	Verantwortliche Firma	SHI-Nr.	Datum der Streichung
07.12 G		SIMVASIN SPIRIG HC (Simvastatinum)	Spirig HealthCare AG		
	18347	Filmtabl 20 mg 28 Stk Fr. 34.25 (15.55)		57452016	01.09.2022, B
	18347	Filmtabl 20 mg 98 Stk Fr. 63.80 (41.27)		57452017	01.09.2022, B
	18347	Filmtabl 40 mg 28 Stk Fr. 34.15 (15.46)		57452018	01.09.2022, B
	18347	Filmtabl 40 mg 98 Stk Fr. 72.95 (49.26)		57452019	01.09.2022, B
	18347	Filmtabl 80 mg 28 Stk Fr. 29.50 (14.99)		57452020	01.09.2022, B
	18347	Filmtabl 80 mg 98 Stk Fr. 71.70 (48.18)		57452021	01.09.2022, B
07.16.10 G		DOCETAXEL SANDOZ (Docetaxelum)	Sandoz Pharmaceuticals AG		
	19798	Inf Konz 20 mg/2 ml Durchstf 1 Stk Fr. 89.50 (63.69)		61404001	01.09.2022, A
	19798	Inf Konz 80 mg/8 ml Durchstf 1 Stk Fr. 308.85 (254.75)		61404002	01.09.2022, A
	19798	Inf Konz 160 mg/16 ml 16 ml Fr. 601.30 (509.50)		62967001	01.09.2022, A
07.16.10		FARMORUBICIN RD (Epirubicini hydrochloridum)	Pfizer AG		
	15774	Trockensub 50 mg Amp 2 Stk Fr. 186.10 (147.83)		50359034	01.09.2022, A
07.16.10		VERZENIOS (Abemaciclibum)	Eli Lilly (Suisse) SA		
	20839	Filmtabl 200 mg 56 Stk Fr. 3158.40 (2841.39)		66833011	01.09.2022, A
07.16.20 G		EXEMESTAN SANDOZ (Exemestanum)	Sandoz Pharmaceuticals AG		
	19511	Filmtabl 25 mg 15 Stk Fr. 57.45 (35.76)		61522001	01.09.2022, B
07.16.20 G		FULVESTRANT MYLAN (Fulvestrantum)	Mylan Pharma GmbH		
	21198	Inj Lös 250 mg/5 ml 2 Fertspr 5 ml Fr. 517.20 (436.23)		67151002	01.09.2022, B
08.01.93 G		PIPERACILLIN TAZOB. SANDOZ (Piperacillinum, Tazobactamum)	Sandoz Pharmaceuticals AG		
	18710	Trockensub 4.5 g Durchstf 50 ml Fr. 38.75 (19.49)		58151001	01.09.2022, A
08.03 0		ZOVIRAX (Aciclovirum)	GlaxoSmithKline AG		
	14456	Filmtabl 400 mg Blist 25 Stk Fr. 41.85 (22.16)		45343001	01.09.2022, A
08.08		POLIORIX (Virus poliomyelitis typus 1 inactivatum (Mahoney), Virus poliomyelitis typus 2 inactivatum (MEF-1), Virus poliomyelitis typus 3 inactivatum (Saukett))	GlaxoSmithKline AG		
	17952	Inj Lös Durchstf 0.5 ml Fr. 19.45 (9.82)		00669001	01.09.2022, B
11.09 G		TIMISOL SDU (Timololum)	Sandoz Pharmaceuticals AG		
	17195	Gtt Opht 0.25 % 30x 0.4 ml Fr. 5.55 (1.27)		54370016	01.09.2022, B
	17195	Gtt Opht 0.5 % 30x 0.4 ml Fr. 5.75 (1.44)		54370024	01.09.2022, B

PRÄPARATE / (Wirkstoffe) Packungen	Verantwortliche Firma	Therap. Gruppe	Dossier Nr.	Preis neu	Ex-Fact. neu
IV. Preissenkungen					
IV.a. Preisänderung nach 1 Jahr SL-Aufnahme					
TRIKAFTA Filmtabl 50 mg/25 mg/37.5 mg + 75 mg Blist 84 Stk	Vertex Pharmaceuticals (CH) GmbH	039900	21144	17516.15	16848.92
Filmtabl 100 mg/50 mg/75 mg + 150 mg Blist 84 Stk			21144	17516.15	16848.92
IV.b. Preisänderung nach 3-jährlicher Überprüfung der Aufnahmebedingungen					
LIPANTHYL 200 M Kaps 200 mg 30 Stk	Mylan Pharma GmbH	071200	16559	20.05	10.31
Kaps 200 mg 100 Stk			16559	53.00	31.86
LIPANTHYL 267 M Kaps 267 mg 30 Stk	Mylan Pharma GmbH	071200	16559	28.10	13.75
Kaps 267 mg 90 Stk			16559	60.30	38.23
SOLARAZE Gel 3 % 25 g	Almirall AG	109900	19364	37.20	18.10
Gel 3 % 50 g			19364	53.00	31.86
IV.c. Ausserordentliche Preismutation					
JINARC Tabl 45 mg/15 mg 56 Stk	Otsuka Pharmaceutical (Switzerland) GmbH	050200	20456	1652.55	1450.70
Tabl 60 mg/30 mg 56 Stk			20456	1652.55	1450.70
Tabl 90 mg/30 mg 56 Stk			20456	1652.55	1450.70
Tabl 15 mg 28 Stk			20456	1652.55	1450.70
Tabl 30 mg 28 Stk			20456	1652.55	1450.70
IV.d. Freiwillige Preissenkung					
AMGEVITA Inj Lös 40 mg/0.8 ml Fertspr 6 Stk	Amgen Switzerland AG	071500	20992	2176.20	1928.17
Inj Lös 40 mg/0.8 ml Fertpen 6 Stk			21009	2176.20	1928.17
HYRIMOZ Inj Lös 20 mg/0.4 ml 2 Fertspr 0.4 ml	Sandoz Pharmaceuticals AG	071500	20968	437.75	367.04
Inj Lös 40 mg/0.8 ml Fertspr 0.8 ml			20968	437.75	367.04
Inj Lös 40 mg/0.8 ml 2 Fertspr 0.8 ml			20968	859.10	734.08
Inj Lös 40 mg/0.8 ml 6 Fertspr 0.8 ml			20968	2476.80	2202.24
HYRIMOZ SENSOREADY Inj Lös 40 mg/0.8 ml Fertpen 0.8 ml	Sandoz Pharmaceuticals AG	071500	20969	437.75	367.04
Inj Lös 40 mg/0.8 ml 2 Fertpen 0.8 ml			20969	859.10	734.08
Inj Lös 40 mg/0.8 ml 6 Fertpen 0.8 ml			20969	2476.80	2202.24

PRÄPARATE / (Wirkstoffe) Packungen	Verantwortliche Firma	Therap. Gruppe	Dossier Nr.	Preis neu	Ex-Fact. neu
IV.e. Normale Preismutation					
KEVZARA	Sanofi-Aventis (Suisse) SA	071500			
Inj Lös 150 mg/1.14 ml Fertigpen 2 Stk			20779	1151.50	993.85
Inj Lös 150 mg/1.14 ml Fertigspritze 2 Stk			20779	1151.50	993.85
Inj Lös 200 mg/1.14 ml Fertigpen 2 Stk			20779	1151.50	993.85
Inj Lös 200 mg/1.14 ml Fertigspritze 2 Stk			20779	1151.50	993.85
SKYRIZI	AbbVie AG	071500			
Inj Lös 75 mg/0.83 ml 2 Fertspr 0.83 ml			20922	3622.10	3293.76
Inj Lös 150 mg/ml Fertspr 1 Stk			20922	3622.10	3293.76
Inj Lös 150 mg/ml Fertpen 1 Stk			21327	3622.10	3293.76
IV.f. Preismutation bei Erstaufnahme					
ZEBINIX	Bial SA	010710			
Tabl 200 mg 60 Stk			21145	63.90	41.37
Tabl 800 mg 30 Stk			21145	106.15	78.18

PRÄPARATE/(Wirkstoffe) Packungen	Verantwortliche Firma	Therap. Gruppe	Dossier Nr.	Preis neu	Ex-Fact. neu
V. Limitations-/Indikationsänderung					
AMGEVITA	Amgen Switzerland AG	071500			
Inj Lös 40 mg/0.8 ml Fertigpen 1 Stk			21009	500.45	421.64
Inj Lös 40 mg/0.8 ml Fertigpen 2 Stk			21009	984.50	843.28
Inj Lös 40 mg/0.8 ml Fertigpen 6 Stk			21009	2176.20	1928.17
Inj Lös 40 mg/0.8 ml Fertspr 1 Stk			20992	500.45	421.64
Inj Lös 40 mg/0.8 ml Fertspr 2 Stk			20992	984.50	843.28
Inj Lös 40 mg/0.8 ml Fertspr 6 Stk			20992	2176.20	1928.17

Limitation alt:

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

Aktive rheumatoide Arthritis

Behandlung mit AMGEVITA, wenn die vorausgegangene antirheumatische Standardtherapie mit krankheitsmodifizierenden Antirheumatika (DMARDs) unzulänglich war.

Aktive polyartikuläre juvenile idiopathische Arthritis bei Kindern und Jugendlichen im Alter von 4 bis 17 Jahren ab einem Körpergewicht von ≥ 30 kg

Behandlung mit AMGEVITA, wenn die vorausgegangene Standardtherapie mit krankheitsmodifizierenden Antirheumatika (DMARDs) unzulänglich war.

Psoriasis-Arthritis

Behandlung mit AMGEVITA, wenn die vorausgegangene Standardtherapie mit krankheitsmodifizierenden Antirheumatika (DMARDs) unzulänglich war.

Ankylosierende Spondylitis (Morbus Bechterew)

Behandlung mit AMGEVITA, wenn die vorausgegangene konventionelle Therapie unzulänglich war oder nicht vertragen wurde.

Aktiver Morbus Crohn

Behandlung erwachsener und pädiatrischer Patienten ab einem Körpergewicht von ≥ 40 kg mit AMGEVITA, wenn die vorausgegangene konventionelle Therapie (z.B. mit Azathioprin, 6-Mercaptopurin oder Glukokortikoiden) unzulänglich war, sowie bei Patienten, die nicht mehr auf Infliximab ansprechen oder dieses nicht vertragen. Nach zwei Jahren ununterbrochener Therapie bedarf die Behandlung einer erneuten Kostengutsprache durch den Krankenversicherer nach vorgängiger Konsultation des Vertrauensarztes.

Moderate bis schwere Colitis ulcerosa

Behandlung erwachsener Patienten mit AMGEVITA, wenn die vorausgegangene konventionelle Therapie (z. B. mit Azathioprin, 6-Mercaptopurin oder Glukokortikoiden) unzulänglich war oder nicht vertragen wurde.

Die Verschreibung von AMGEVITA für die folgenden Behandlungen kann nur durch Fachärzte der Dermatologie oder dermatologische Universitätskliniken/Polikliniken erfolgen:

Schwere Plaque-Psoriasis

Behandlung erwachsener Patienten mit schwerer Plaque-Psoriasis, bei denen eine Phototherapie oder eine der folgenden konventionellen systemischen Therapien (Ciclosporin, Methotrexat, Acitretin) keinen therapeutischen Erfolg gezeigt haben. Falls nach 16 Wochen kein therapeutischer Erfolg eingetreten ist, ist die Behandlung abzubrechen.

Aktive, mittelschwere bis schwere Hidradenitis suppurativa (Acne inversa)

Behandlung erwachsener Patienten, wenn die vorausgegangene systemische Therapie mit Antibiotika unzulänglich war. Bei Patienten, die nach 12 Wochen kein Ansprechen nach HISCR von mindestens 50% zeigen, ist die Behandlung abzubrechen. Nach 52 Wochen ununterbrochener Therapie bedarf die Behandlung einer erneuten Kostengutsprache durch den Krankenversicherer nach vorgängiger Konsultation des Vertrauensarztes.

Limitation neu:

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

Aktive rheumatoide Arthritis

Behandlung mit AMGEVITA, wenn die vorausgegangene antirheumatische Standardtherapie mit krankheitsmodifizierenden Antirheumatika (DMARDs) unzulänglich war.

Aktive polyartikuläre juvenile idiopathische Arthritis bei Kindern und Jugendlichen im Alter von 4 bis 17 Jahren

Behandlung mit AMGEVITA, wenn die vorausgegangene Standardtherapie mit krankheitsmodifizierenden Antirheumatika (DMARDs) unzulänglich war.

Psoriasis-Arthritis

Behandlung mit AMGEVITA, wenn die vorausgegangene Standardtherapie mit krankheitsmodifizierenden Antirheumatika (DMARDs) unzulänglich war.

Ankylosierende Spondylitis (Morbus Bechterew)

Behandlung mit AMGEVITA, wenn die vorausgegangene konventionelle Therapie unzulänglich war oder nicht vertragen wurde.

PRÄPARATE/(Wirkstoffe) Packungen	Verantwortliche Firma	Therap. Gruppe	Dossier Nr.	Preis neu	Ex-Fact. neu
Aktiver Morbus Crohn					
Behandlung erwachsener und pädiatrischer Patienten mit AMGEVITA, wenn die vorausgegangene konventionelle Therapie (z.B. mit Azathioprin, 6-Mercaptopurin oder Glukokortikoiden) unzulänglich war, sowie bei Patienten, die nicht mehr auf Infliximab ansprechen oder dieses nicht vertragen. Nach zwei Jahren ununterbrochener Therapie bedarf die Behandlung einer erneuten Kostengutsprache durch den Krankenversicherer nach vorgängiger Konsultation des Vertrauensarztes.					
Moderate bis schwere Colitis ulcerosa					
Behandlung erwachsener Patienten mit AMGEVITA, wenn die vorausgegangene konventionelle Therapie (z.B. mit Azathioprin, 6-Mercaptopurin oder Glukokortikoiden) unzulänglich war oder nicht vertragen wurde.					
Die Verschreibung von AMGEVITA für die folgenden Behandlungen kann nur durch Fachärzte der Dermatologie oder dermatologische Universitätskliniken/Polikliniken erfolgen:					
Schwere Plaque-Psoriasis					
Behandlung erwachsener Patienten mit schwerer Plaque-Psoriasis, bei denen eine Phototherapie oder eine der folgenden konventionellen systemischen Therapien (Ciclosporin, Methotrexat, Acitretin) keinen therapeutischen Erfolg gezeigt haben. Falls nach 16 Wochen kein therapeutischer Erfolg eingetreten ist, ist die Behandlung abzubrechen.					
Aktive, mittelschwere bis schwere Hidradenitis suppurativa (Acne inversa)					
Behandlung erwachsener Patienten, wenn die vorausgegangene systemische Therapie mit Antibiotika unzulänglich war. Bei Patienten, die nach 12 Wochen kein Ansprechen nach HISCR von mindestens 50% zeigen, ist die Behandlung abzubrechen. Nach 52 Wochen ununterbrochener Therapie bedarf die Behandlung einer erneuten Kostengutsprache durch den Krankenversicherer nach vorgängiger Konsultation des Vertrauensarztes.					
DIAPHIN IR Tabl 200 mg 100 Stk	DiaMo Narcotics GmbH	010130	20521	387.50	337.52
Limitation alt: Gemäss Anhang 1 zur KLV (SR 832.112.31), vgl. Ziffer 8, Psychiatrie, Substitutionsbehandlung bei Opiatabhängigkeit.					
Limitation neu: Gemäss Anhang 1 zur KLV (SR 832.112.31), vgl. Ziffer 8, Psychiatrie und Psychotherapie, Opioidagonistentherapie (OAT) bei Opioidabhängigkeitssyndrom.					
Preisberechnung für Diaphin aufgrund des Fabrikabgabepreises zuzüglich dem preisbezogenen Zuschlag von 12% zuzüglich MWST. Aufgrund spezieller Vertriebsverhältnisse (Direktlieferung) ohne Zuschlag je Packung.					
DIAPHIN SR Ret Filmtabl 200 mg 100 Stk	DiaMo Narcotics GmbH	010130	20522	387.50	337.52
Limitation alt: Gemäss Anhang 1 zur KLV (SR 832.112.31), vgl. Ziffer 8, Psychiatrie, Substitutionsbehandlung bei Opiatabhängigkeit.					
Limitation neu: Gemäss Anhang 1 zur KLV (SR 832.112.31), vgl. Ziffer 8, Psychiatrie und Psychotherapie, Opioidagonistentherapie (OAT) bei Opioidabhängigkeitssyndrom.					
Preisberechnung für Diaphin aufgrund des Fabrikabgabepreises zuzüglich dem preisbezogenen Zuschlag von 12% zuzüglich MWST. Aufgrund spezieller Vertriebsverhältnisse (Direktlieferung) ohne Zuschlag je Packung.					
OCREVUS Inf Konz 300 mg/10 ml Durchstf 1 Stk	Roche Pharma (Schweiz) AG	071060	20624	5703.60	5324.47
Limitation alt: Für die Behandlung von erwachsenen Patienten mit aktiven schubförmigen Verlaufsformen der Multiplen Sklerose (MS). Für die Behandlung von erwachsenen Patienten mit primär progredienter Multipler Sklerose (PPMS) zur Verlangsamung der Krankheitsprogression und zur Reduzierung der Verschlechterung der Gehgeschwindigkeit. Die Roche Pharma (Schweiz) AG erstattet dem Krankenversicherer, bei dem die versicherte Person zum Zeitpunkt des Bezugs versichert war auf dessen erste Aufforderung hin für jede bezogene Durchstfl OCREVUS Inf Konz 300 mg/10ml, einen Anteil von Fr. 496.41 pro Durchstfl OCREVUS zurück. Die Mehrwertsteuer kann nicht zusätzlich zu diesem Anteil des Fabrikabgabepreises zurückgefordert werden. Die Aufforderung zur Rückerstattung soll ab dem Zeitpunkt der Verabreichung erfolgen.					
Befristete Limitation bis 30.09.2025 Für die Behandlung von erwachsenen Patienten mit aktiven schubförmigen Verlaufsformen der Multiplen Sklerose (MS). Für die Behandlung von erwachsenen Patienten mit primär progredienter Multipler Sklerose (PPMS) zur Verlangsamung der Krankheitsprogression und zur Reduzierung der Verschlechterung der Gehgeschwindigkeit. Die Roche Pharma (Schweiz) AG erstattet dem Krankenversicherer, bei dem die versicherte Person zum Zeitpunkt des Bezugs versichert war auf dessen erste Aufforderung hin für jede bezogene Durchstfl OCREVUS Inf Konz 300 mg/10 ml, einen Anteil von Fr. 944.61 pro Durchstfl OCREVUS zurück. Die Mehrwertsteuer kann nicht zusätzlich zu diesem Anteil des Fabrikabgabepreises zurückgefordert werden. Die Aufforderung zur Rückerstattung soll ab dem Zeitpunkt der Verabreichung erfolgen.					

PRÄPARATE/(Wirkstoffe) Packungen	Verantwortliche Firma	Therap. Gruppe	Dossier Nr.	Preis neu	Ex-Fact. neu
JINARC	Otsuka Pharmaceutical (Switzerland) GmbH	071060			
Tabl 45 mg/15 mg 56 Stk			20456	1652.55	1450.70
Tabl 60 mg/30 mg 56 Stk			20456	1652.55	1450.70
Tabl 90 mg/30 mg 56 Stk			20456	1652.55	1450.70
Tabl 15 mg 28 Stk			20456	1652.55	1450.70
Tabl 30 mg 28 Stk			20456	1652.55	1450.70

Limitation alt:

Nach Kostengutsprache durch den Krankenversicherer nach vorgängiger Konsultation des Vertrauensarztes. Zur Verlangsamung der Progression von Zystenentwicklung und Niereninsuffizienz bei typischer autosomaldominanter polyzystischer Nierenerkrankung (ADPKD Class 1) bei Erwachsenen mit chronischer Nierenerkrankung (CKD) im Stadium 1 bis 3 zu Behandlungsbeginn mit Anzeichen für eine rasch fortschreitende Erkrankung, wenn das Gesamtnierenenvolumen (TKV) zu Behandlungsbeginn mindestens 750 ml beträgt, die geschätzte glomeruläre Filtrationsrate (eGFR) mindestens 30 ml/min/1.73 m², und wenn zudem bei Patienten mit CKD im Stadium 1 gleichzeitig eine Mayo-Klasse 1D oder 1E und bei Patienten mit CKD in den Stadien 2 und 3 eine Mayo-Klasse 1C, 1D oder 1E vorliegt.

Die Diagnose, die Verordnung und die Überwachung der Therapie mit JINARC darf ausschliesslich durch einen Facharzt der Nephrologie erfolgen, der an einem durch das BAG definierten Spital mit einem Zentrum für Nephrologie tätig ist. Die vom BAG definierten Zentren (vgl. Liste publiziert unter <http://www.bag.admin.ch/sl-ref>) erfüllen mindestens zwei der folgenden drei Kriterien:

Das Zentrum ist eine als FMH-Weiterbildungsstätte der Kategorie A oder B definierte Klinik für Nephrologie.

– Am Zentrum ist mindestens ein von Otsuka Pharmaceutical (Switzerland) GmbH geschulter Facharzt der Nephrologie tätig.

– Das Zentrum hat sich zur Teilnahme an der PASS-Studie zu JINARC verpflichtet. Dabei sind folgende Daten zu erfassen:

Alter des Patienten zu Behandlungsbeginn, Geschlecht des Patienten, eGFR vor Behandlungsbeginn, CKD-Stadium und Gesamtnierenenvolumen zu Beginn der Behandlung, Mayo-Klasse zu Beginn der Behandlung sowie Anfangsdosierung. Weiter zu liefern sind im Abstand von 6 Monaten die eGFR, Dosisänderungen, Grund für eine Dosisreduktion falls zutreffend und Grund für den Therapieabbruch falls zutreffend.

Das Kostengutsprachege such hat folgende Angaben zu enthalten:

– gesicherte Diagnose einer typischen ADPKD (Class 1) anhand der Anzahl Zysten/Niere und Alter (nach Pei-Ravine Kriterien) oder anhand eines genetischen Testes

– CKD-Stadium, eGFR, Gesamtnierenenvolumen, Alter des Patienten und Mayo-Klasse zu Beginn der Behandlung

– Anfangsdosierung

Bricht ein Patient die Therapie nach einer Behandlungsdauer von 3 Monaten oder weniger ab, werden die gesamten Therapiekosten auf Basis FAP von der Firma Otsuka Pharmaceutical (Switzerland) GmbH demjenigen Krankenversicherer rückvergütet, bei dem die versicherte Person zum Zeitpunkt des Bezuges versichert war. Die MWSt kann nicht zusätzlich zum FAP zurückgefordert werden. Als Therapieabbruch gilt, wenn ein Patient nach Bezug der ersten, der ersten zwei oder der ersten drei monatlich bezogenen Packungen während 2 Monaten keine Packung mehr bezieht. Der Krankenversicherer fordert die Firma Otsuka Pharmaceutical (Switzerland) GmbH zur Rückvergütung auf. Die Aufforderung soll innerhalb von 6 Monaten nach Therapieabbruch erfolgen.

Entstehen aufgrund einer Dosisanpassung Therapiekosten pro Jahr, die die Kosten von 13 Packungen zu Fr. 1695.85 übersteigen, werden die Kosten, die über diesen Betrag hinausgehen, auf Basis FAP von der Firma Otsuka Pharmaceutical (Switzerland) GmbH demjenigen Krankenversicherer rückvergütet, bei dem die versicherte Person zum Zeitpunkt des Bezuges versichert war. Die MWSt kann nicht zusätzlich zum FAP zurückgefordert werden. Der Krankenversicherer fordert die Firma Otsuka Pharmaceutical (Switzerland) GmbH zur Rückvergütung auf. Zur Beurteilung der Therapiekosten pro Jahr soll eine Bezugsperiode von 15 Monaten berücksichtigt werden. Die Aufforderung zur Rückvergütung soll innerhalb von einem Monat, der über diese 15 Monate Bezugsperiode hinausgeht, erfolgen.

Befristete Limitation bis 31.10.2022

Nach Kostengutsprache durch den Krankenversicherer nach vorgängiger Konsultation des Vertrauensarztes. Zur Verlangsamung der Progression von Zystenentwicklung und Niereninsuffizienz bei typischer autosomaldominanter polyzystischer Nierenerkrankung (ADPKD Class 1) bei Erwachsenen mit chronischer Nierenerkrankung (CKD) im Stadium 1 bis 3 zu Behandlungsbeginn mit Anzeichen für eine rasch fortschreitende Erkrankung, wenn das Gesamtnierenenvolumen (TKV) zu Behandlungsbeginn mindestens 750 ml beträgt, die geschätzte glomeruläre Filtrationsrate (eGFR) mindestens 30 ml/min/1.73 m², und wenn zudem bei Patienten mit CKD im Stadium 1 gleichzeitig eine Mayo-Klasse 1D oder 1E und bei Patienten mit CKD in den Stadien 2 und 3 eine Mayo-Klasse 1C, 1D oder 1E vorliegt.

Die Diagnose, die Verordnung und die Überwachung der Therapie mit JINARC darf ausschliesslich durch einen Facharzt der Nephrologie erfolgen, der an einem durch das BAG definierten Spital mit einem Zentrum für Nephrologie tätig ist. Die vom BAG definierten Zentren (vgl. Liste publiziert unter <http://www.bag.admin.ch/sl-ref>) erfüllen mindestens zwei der folgenden drei Kriterien:

– Das Zentrum ist eine als FMH-Weiterbildungsstätte der Kategorie A oder B definierte Klinik für Nephrologie.

– Am Zentrum ist mindestens ein von Otsuka Pharmaceutical (Switzerland) GmbH geschulter Facharzt der Nephrologie tätig.

– Das Zentrum hat sich zur Teilnahme an der PASS-Studie zu JINARC verpflichtet. Dabei sind folgende Daten zu erfassen:

Alter des Patienten zu Behandlungsbeginn, Geschlecht des Patienten, eGFR vor Behandlungsbeginn, CKD-Stadium und Gesamtnierenenvolumen zu Beginn der Behandlung, Mayo-Klasse zu Beginn der Behandlung sowie Anfangsdosierung. Weiter zu liefern sind im Abstand von 6 Monaten die eGFR, Dosisänderungen, Grund für eine Dosisreduktion falls zutreffend und Grund für den Therapieabbruch falls zutreffend.

Das Kostengutsprachege such hat folgende Angaben zu enthalten:

– gesicherte Diagnose einer typischen ADPKD (Class 1) anhand der Anzahl Zysten/Niere und Alter (nach Pei-Ravine Kriterien) oder anhand eines genetischen Testes

– CKD-Stadium, eGFR, Gesamtnierenenvolumen, Alter des Patienten und Mayo-Klasse zu Beginn der Behandlung

– Anfangsdosierung

Bricht ein Patient die Therapie nach einer Behandlungsdauer von 3 Monaten oder weniger ab, werden die gesamten Therapiekosten auf Basis FAP von der Firma Otsuka Pharmaceutical (Switzerland) GmbH demjenigen Krankenversicherer rückvergütet, bei dem die versicherte Person zum Zeitpunkt des Bezuges versichert war. Die MWSt kann nicht zusätzlich zum FAP zurückgefordert werden. Als Therapieabbruch gilt, wenn ein Patient nach Bezug der ersten, der ersten zwei oder der ersten drei monatlich bezogenen Packungen während 2 Monaten keine Packung mehr bezieht. Der Krankenversicherer fordert die Firma Otsuka Pharmaceutical (Switzerland) GmbH zur Rückvergütung auf. Die Aufforderung soll innerhalb von 6 Monaten nach Therapieabbruch erfolgen.

Entstehen aufgrund einer Dosisanpassung Therapiekosten pro Jahr, die die Kosten von 13 Packungen zu Fr. 1695.85 übersteigen, werden die Kosten, die über diesen Betrag hinausgehen, auf Basis FAP von der Firma Otsuka Pharmaceutical (Switzerland) GmbH demjenigen Krankenversicherer rückvergütet, bei dem die versicherte Person zum Zeitpunkt des Bezuges versichert war. Die MWSt kann nicht zusätzlich zum FAP zurückgefordert werden. Der Krankenversicherer fordert die Firma Otsuka Pharmaceutical (Switzerland) GmbH zur Rückvergütung auf. Zur Beurteilung der Therapiekosten pro Jahr soll eine Bezugsperiode von 15 Monaten berücksichtigt werden. Die Aufforderung zur Rückvergütung soll innerhalb von einem Monat, der über diese 15 Monate Bezugsperiode hinausgeht, erfolgen.

PRÄPARATE/(Wirkstoffe) Packungen	Verantwortliche Firma	Therap. Gruppe	Dossier Nr.	Preis neu	Ex-Fact. neu
LYNPARZA	AstraZeneca AG	071610			
Filmtabl 100 mg Blist 112 Stk			20852	5360.25	4989.53
Filmtabl 150 mg Blist 112 Stk			20852	5360.25	4989.53

Limitation alt:**Ovarialkarzinom nach Erstlinienchemotherapie****Monotherapie**

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

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

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

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

Neue Limitation befristet bis 30.11.2022

Ovarialkarzinom nach Erstlinienchemotherapie**Monotherapie**

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

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

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

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

Befristete Limitation bis 30.11.2023

Ovarialkarzinom nach Erstlinienchemotherapie**Kombinationstherapie mit Bevacizumab**

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

Unter folgenden Voraussetzungen:

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

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

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

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

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

Die Zulassungsinhaberin vergütet bei einer Therapiedauer über 24 Monate (ab Monat 25) nach Aufforderung durch denjenigen Krankenversicherer, bei dem die versicherte Person zum Zeitpunkt des Bezugs versichert war, für jede weitere bezogene Packung Lynparza 50% des Fabrikabgabepreises zurück.

Die Rückerstattung auf das Bevacizumab Präparat, eingesetzt in Kombination mit Lynparza, ist in der Limitation des Bevacizumab Präparates festgelegt. Es werden für diese Indikation nur diejenigen Bevacizumab-Präparate vergütet, die über die entsprechende Limitierung Olaparib in Kombination mit Bevacizumab verfügen.

Limitation alt:

Ovarialkarzinom nach Rezidiv

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

- > 2 platinbasierte Chemotherapien, letzte platinhaltige Chemotherapie mit ≥ 4 Zyklen.
- Keine vorangehende Behandlung/Erhaltungstherapie mit PARP-Inhibitoren.
- Die Behandlung erfolgt bis zur Progression.

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

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

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

Neue Limitation befristet bis 30.11.2022

Ovarialkarzinom nach Rezidiv

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

- > 2 platinbasierte Chemotherapien, letzte platinhaltige Chemotherapie mit ≥ 4 Zyklen.
- Keine vorangehende Behandlung/Erhaltungstherapie mit PARP-Inhibitoren.
- Die Behandlung erfolgt bis zur Progression.

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

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

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

Neue Limitation befristet bis 30.11.2022

Pankreaskarzinom nach Erstlinientherapie

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

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

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

Limitation alt:

Pankreaskarzinom nach Erstlinientherapie

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

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

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

PRÄPARATE/(Wirkstoffe) Packungen	Verantwortliche Firma	Therap. Gruppe	Dossier Nr.	Preis neu	Ex-Fact. neu
NORDIMET	Nordic Pharma GmbH	071060			
Inj Lös 7.5 mg/0.3 ml Fertspr 1 Stk			20596	27.00	12.81
Inj Lös 10 mg/0.4 ml Fertspr 1 Stk			20596	34.55	15.80
Inj Lös 12.5 mg/0.5 ml Fertspr 1 Stk			20596	36.45	17.46
Inj Lös 15 mg/0.6 ml Fertspr 1 Stk			20596	37.30	18.22
Inj Lös 17.5 mg/0.7 ml Fertspr 1 Stk			20596	39.15	19.83
Inj Lös 20 mg/0.8 ml Fertspr 1 Stk			20596	39.80	20.40
Inj Lös 22.5 mg/0.9 ml Fertspr 1 Stk			20596	41.30	21.70
Inj Lös 25 mg/1 ml Fertspr 1 Stk			20596	42.80	23.00
Limitation neu:					
Wird nicht vergütet in folgender Indikation: Induktion einer Remission bei erwachsenen Patienten mit mittelschwerem, steroidabhängigem Morbus Crohn in Kombination mit Kortikosteroiden und zur Aufrechterhaltung der Remission bei Patienten, die auf Methotrexat angesprochen haben, als Monotherapie.					
NORDIMET	Nordic Pharma GmbH	071060			
Inj Lös 7.5 mg/0.3 ml Fertipen 1 Stk			20660	27.00	12.81
Inj Lös 10 mg/0.4 ml Fertipen 1 Stk			20660	34.55	15.80
Inj Lös 12.5 mg/0.5 ml Fertipen 1 Stk			20660	36.45	17.46
Inj Lös 15 mg/0.6 ml Fertipen 1 Stk			20660	37.30	18.22
Inj Lös 17.5 mg/0.7 ml Fertipen 1 Stk			20660	39.15	19.83
Inj Lös 20 mg/0.8 ml Fertipen 1 Stk			20660	39.80	20.40
Inj Lös 22.5 mg/0.9 ml Fertipen 1 Stk			20660	41.30	21.70
Inj Lös 25 mg/1 ml Fertipen 1 Stk			20660	42.80	23.00
Limitation neu:					
Wird nicht vergütet in folgender Indikation: Induktion einer Remission bei erwachsenen Patienten mit mittelschwerem, steroidabhängigem Morbus Crohn in Kombination mit Kortikosteroiden und zur Aufrechterhaltung der Remission bei Patienten, die auf Methotrexat angesprochen haben, als Monotherapie.					
SKYRIZI	AbbVie AG	071500			
Inj Lös 75 mg/0.83 ml 2 Fertspr 0.83 ml			20922	3622.10	3293.76
Inj Lös 150 mg/ml Fertspr 1 Stk			20922	3622.10	3293.76
Inj Lös 150 mg/ml Fertpen 1 Stk			21327	3622.10	3293.76
Limitation alt :					
Schwere Plaque-Psoriasis:					
Behandlung erwachsener Patienten mit schwerer Plaque-Psoriasis, bei denen eine Phototherapie oder eine der folgenden konventionellen systemischen Therapien (Ciclosporin, Methotrexat, Acitretin) keinen therapeutischen Erfolg gezeigt haben. Falls nach 16-wöchiger Behandlung kein therapeutischer Erfolg eingetreten ist, ist die Behandlung abzubrechen.					
Die Verschreibung kann nur durch Fachärzte der Dermatologie oder dermatologische Universitätskliniken/Polikliniken erfolgen.					
Limitation neu:					
Die Verschreibung kann nur durch Fachärzte der Dermatologie oder Rheumatologie oder dermatologische oder rheumatologische Universitätskliniken/Polikliniken erfolgen.					
Schwere Plaque-Psoriasis:					
Behandlung erwachsener Patientinnen und Patienten mit schwerer Plaque-Psoriasis, bei denen eine Phototherapie oder eine der folgenden konventionellen systemischen Therapien (Ciclosporin, Methotrexat, Acitretin) keinen therapeutischen Erfolg gezeigt haben. Falls nach 16-wöchiger Behandlung kein therapeutischer Erfolg eingetreten ist, ist die Behandlung abzubrechen.					
Folgender Code ist an den Krankenversicherer zu übermitteln: 20922.01.					
Psoriasis-Arthritis:					
Behandlung erwachsener Patientinnen und Patienten mit aktiver Psoriasis-Arthritis alleine oder in Kombination mit konventionellen systemischen krankheitsmodifizierenden Antirheumatika (csDMARD), die auf eine vorgängige Therapie mit einem oder mehreren csDMARDs unzureichend angesprochen oder dieses nicht vertragen haben.					
Die Firma AbbVie AG erstattet dem Krankenversicherer, bei dem die versicherte Person zum Zeitpunkt des Bezugs versichert war, auf dessen erste Aufforderung hin für jede zur Behandlung der Psoriasis-Arthritis bezogene Packung SKYRIZI einen Anteil von Fr. 243.93 pro Packung zurück. Die Mehrwertsteuer kann nicht zusätzlich zu diesem Anteil des Fabrikabgabepreises zurückgefordert werden. Die Aufforderung zur Rückvergütung soll ab dem Zeitpunkt der Verabreichung erfolgen.					
Folgender Code ist an den Krankenversicherer zu übermitteln: 20922.02.					

Rezeptsperrung

Swissmedic, Abteilung Betäubungsmittel

Rezeptsperrung

Folgende Rezepte sind gesperrt

Kanton	Block-Nr.	Rezept-Nr.
Basel-Landschaft		9151326

BAG-Bulletin
BBL, Vertrieb Publikationen
CH-3003 Bern

P.P.

CH-3003 Bern
Post CH AG

BAG-Bulletin

Woche
38/2022