



Schweizerische Eidgenossenschaft
Confédération suisse
Confederazione Svizzera
Confederaziun svizra

Eidgenössisches Departement des Innern EDI
Bundesamt für Gesundheit BAG

Ausgabe vom 14. Juni 2021

BAG-Bulletin ^{Woche} 24/2021

Informationsmagazin für medizinische Fachpersonen und Medienschaffende

**SO SCHÜTZEN
WIR UNS.**

www.bag-coronavirus.ch



Impressum

HERAUSGEBER

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

REDAKTION

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

DRUCK

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

ABONNEMENTE, ADRESSÄNDERUNGEN

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

ISSN 1420-4266

DISCLAIMER

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

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

Inhalt

Meldungen Infektionskrankheiten	4
Sentinella-Statistik	6
www.bag-coronavirus.ch/impfung : Informationen zur COVID-19-Impfung	7
Zeckenübertragene Krankheiten – Lagebericht Schweiz	8
Spezialitätenliste	12
Rezeptsperrung	31

Meldungen Infektionskrankheiten

Stand am Ende der 22. Woche (08.06.2021)^a

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

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

^c Ausgeschlossen sind materno-fötale Röteln.

^d Bei schwangeren Frauen und Neugeborenen

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

^f Primäre, sekundäre bzw. 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 22. Woche (08.06.2021)^a

	Woche 22			letzte 4 Wochen			letzte 52 Wochen			seit Jahresbeginn		
	2021	2020	2019	2021	2020	2019	2021	2020	2019	2021	2020	2019
Respiratorische Übertragung												
Haemophilus influenzae: invasive Erkrankung	4 2.40		3 1.80	9 1.40	1 0.20	8 1.20	62 0.70	99 1.20	134 1.60	31 0.80	47 1.30	72 2.00
Influenzavirus-Infektion, saisonale Typen und Subtypen^b			7 4.20	1 0.20	3 0.40	26 3.90	48 0.60	11812 136.60	13690 158.40	27 0.70	11324 309.60	13280 363.10
Legionellose	9 5.40	8 4.80	4 2.40	35 5.30	28 4.20	24 3.60	500 5.80	528 6.10	568 6.60	156 4.30	126 3.40	179 4.90
Masern			1 0.60			23 3.50		57 0.70	226 2.60		37 1.00	201 5.50
Meningokokken: invasive Erkrankung			3 1.80	1 0.20	1 0.20	4 0.60	9 0.10	36 0.40	50 0.60	2 0.05	13 0.40	21 0.60
Pneumokokken: invasive Erkrankung	22 13.20	4 2.40	11 6.60	63 9.50	6 0.90	56 8.40	382 4.40	698 8.10	882 10.20	197 5.40	370 10.10	545 14.90
Röteln^c								1 0.01				
Röteln, materno-fötal^d												
Tuberkulose	9 5.40	5 3.00	9 5.40	41 6.20	40 6.00	43 6.50	360 4.20	406 4.70	460 5.30	164 4.50	174 4.80	199 5.40
Faeco-orale Übertragung												
Campylobacteriose	85 51.10	87 52.30	123 74.00	464 69.80	299 45.00	478 71.90	6333 73.30	6552 75.80	7787 90.10	1945 53.20	1683 46.00	2435 66.60
Enterohämorrhagische E.-coli-Infektion	19 11.40	8 4.80	10 6.00	59 8.90	34 5.10	48 7.20	726 8.40	1009 11.70	856 9.90	233 6.40	190 5.20	270 7.40
Hepatitis A	1 0.60		2 1.20	2 0.30	4 0.60	8 1.20	60 0.70	93 1.10	95 1.10	35 1.00	42 1.20	26 0.70
Hepatitis E	1 0.60	1 0.60	1 0.60	11 1.60	6 0.90	9 1.40	156 1.80	97 1.10	102 1.20	123 3.40	37 1.00	53 1.40
Listeriose	1 0.60		1 0.60	2 0.30	11 1.60	2 0.30	34 0.40	57 0.70	41 0.50	10 0.30	33 0.90	12 0.30
Salmonellose, S. typhi/paratyphi						4 0.60	1 0.01	23 0.30	20 0.20		10 0.30	8 0.20
Salmonellose, übrige	27 16.20	11 6.60	13 7.80	92 13.80	55 8.30	103 15.50	1313 15.20	1428 16.50	1473 17.00	388 10.60	332 9.10	453 12.40
Shigellose	3 1.80	1 0.60		6 0.90	4 0.60	8 1.20	33 0.40	184 2.10	255 3.00	16 0.40	43 1.20	75 2.00

	Woche 22			letzte 4 Wochen			letzte 52 Wochen			seit Jahresbeginn		
	2021	2020	2019	2021	2020	2019	2021	2020	2019	2021	2020	2019
Durch Blut oder sexuell übertragen												
Aids	1 0.60		1 0.60	2 0.30	1 0.20	6 0.90	46 0.50	75 0.90	78 0.90	20 0.60	24 0.70	30 0.80
Chlamydiose	189 113.70	152 91.40	196 117.90	806 121.20	752 113.10	980 147.40	11663 134.90	11826 136.80	11550 133.60	5094 139.30	4479 122.50	5064 138.50
Gonorrhoe ^e	60 36.10	45 27.10	59 35.50	242 36.40	208 31.30	312 46.90	3542 41.00	3716 43.00	3449 39.90	1454 39.80	1366 37.40	1597 43.70
Hepatitis B, akut					1 0.20			22 0.20	30 0.40		6 0.20	12 0.30
Hepatitis B, total Meldungen	26	22	14	90	84	79	989	1023	1152	469	405	479
Hepatitis C, akut			1 0.60			3 0.40		13 0.20	30 0.40		2 0.05	16 0.40
Hepatitis C, total Meldungen	31	12	18	68	47	76	977	916	1144	427	337	450
HIV-Infektion	1 0.60	2 1.20	10 6.00	17 2.60	17 2.60	28 4.20	303 3.50	368 4.30	408 4.70	138 3.80	112 3.10	174 4.80
Syphilis, Frühstadien ^f	10 6.00	18 10.80	6 3.60	25 3.80	64 9.60	59 8.90	514 6.00	710 8.20	658 7.60	213 5.80	268 7.30	298 8.20
Syphilis, total ^g	10 6.00	20 12.00	14 8.40	31 4.70	74 11.10	85 12.80	714 8.30	994 11.50	956 11.10	300 8.20	362 9.90	415 11.40
Zoonosen und andere durch Vektoren übertragbare Krankheiten												
Brucellose	1 0.60			2 0.30		1 0.20	4 0.05	6 0.07	6 0.07	2 0.05	1 0.03	2 0.05
Chikungunya-Fieber			2 1.20			4 0.60		31 0.40	24 0.30		11 0.30	21 0.60
Dengue-Fieber			6 3.60		3 0.40	22 3.30	11 0.10	233 2.70	175 2.00	5 0.10	69 1.90	93 2.50
Gelbfieber												
Hantavirus-Infektion									1 0.01			
Malaria	5 3.00		3 1.80	19 2.90	3 0.40	22 3.30	128 1.50	246 2.80	279 3.20	78 2.10	78 2.10	118 3.20
Q-Fieber		2 1.20	12 7.20		9 1.40	27 4.10	67 0.80	78 0.90	82 1.00	39 1.10	26 0.70	52 1.40
Trichinellose							3 0.03	4 0.05		1 0.03	2 0.05	
Tularämie		4 2.40	5 3.00	5 0.80	11 1.60	17 2.60	151 1.80	148 1.70	121 1.40	66 1.80	30 0.80	30 0.80
West-Nil-Fieber							1 0.01	1 0.01				
Zeckenzephalitis	12 7.20	15 9.00	2 1.20	30 4.50	41 6.20	16 2.40	421 4.90	296 3.40	340 3.90	56 1.50	63 1.70	29 0.80
Zika-Virus Infektion								1 0.01				
Andere Meldungen												
Botulismus							1 0.01			1 0.03		
Creutzfeldt-Jakob-Krankheit			1 0.60			2 0.30	20 0.20	17 0.20	22 0.20	6 0.20	8 0.20	8 0.20
Diphtherie ^h					1 0.20		1 0.01	4 0.05	5 0.06		2 0.05	
Tetanus												

Sentinella-Statistik

Provisorische Daten

Sentinella:

Anzahl Meldungen (N) der letzten 4 Wochen bis am 4.6.2021 und Inzidenz pro 1000 Konsultationen (N/10³)
Freiwillige Erhebung bei Hausärztinnen und Hausärzten (Allgemeinpraktiker, Internisten und Pädiater)

Woche	19		20		21		22		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	2	0.2	1	0.1	0	0	0.8	0.1
Zeckenstiche	3	0.3	9	0.7	4	0.4	9	0.8	6.3	0.6
Lyme Borreliose	4	0.4	2	0.2	5	0.5	9	0.8	5	0.5
Herpes Zoster	12	1.1	7	0.5	4	0.4	7	0.6	7.5	0.6
Post-Zoster-Neuralgie	1	0.1	0	0	1	0.1	2	0.2	1	0.1
Meldende Ärzte	157		148		150		147		150.5	



EIN HERZ FÜR UNS ALLE



**Jetzt nach
Impfterminen
erkundigen**

Durch das Impfen helfen wir mit,
die Pandemie einzudämmen. Damit wir alle
irgendwann wieder unser Leben ohne
Einschränkungen geniessen können.

bag-coronavirus.ch/impfung

Infoline Covid-19-Impfung: 0800 88 66 44



Zeckenübertragene Krankheiten – Lagebericht Schweiz

3. Juni 2021 – Die Saison, in der Zecken besonders aktiv sind, beginnt je nach Witterung im März und endet im November. Von April bis November veröffentlicht das BAG jeweils in der ersten Monathälfte einen Lagebericht mit den gemeldeten Fallzahlen der Frühsommer-Meningoenzephalitis (FSME), einer Hochrechnung der Zahl der ärztlichen Konsultationen wegen Borreliose sowie den gemeldeten Fallzahlen der durch Zecken übertragenen Tularämie. Zudem wird die Anzahl der von Bürgern und Bürgerinnen gemeldeten Zeckenstiche dargestellt. Mit diesem Bericht möchte das BAG in der Schweizer Bevölkerung das Bewusstsein für durch Zecken übertragene Krankheiten stärken und über aktuelle Entwicklungen informieren. Interessierte Personen können sich über die vom BAG unterstützte mobile App «Zecke» informieren. Zudem erstellt das BAG in Zusammenarbeit mit dem Bundesamt für Landestopographie, Swisstopo, Karten, die über das regionale Risiko eines Zeckenstiches bzw. einer FSME-Infektion informieren. Letztere wurde am 10. März 2021 aktualisiert.

Anzahl Fälle der Frühsommer-Meningoenzephalitis

Das BAG überwacht die FSME im obligatorischen Meldesystem für Infektionskrankheiten. Es sind somit genaue Fallzahlen sowie Angaben zu Impfstatus und Exposition verfügbar. Die FSME ist seit 1988 meldepflichtig.

Die monatlichen FSME-Fallzahlen verlaufen wellenförmig mit einem Gipfel in der warmen Jahreszeit und verdeutlichen somit Saisonalität dieser Epidemie. Sie unterliegen sowohl innerhalb einer Saison als auch im Vergleich zu anderen Jahren grossen Schwankungen (Abbildung 1). So wurden im Monat Mai des aktuellen Jahres 20 Fälle verzeichnet.

Abbildung 1
FSME-Fallzahlen pro Monat im Verlauf der Saison,
Vergleich 2019–2021 (2021: Stand Ende Mai)

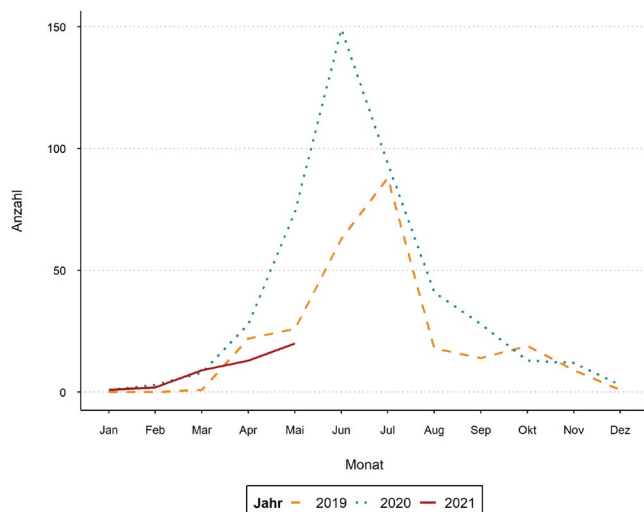


Abbildung 2
FSME-Fallzahlen kumuliert ab Jahresbeginn, Vergleich
2000–2021 (Stand jeweils Ende Mai)

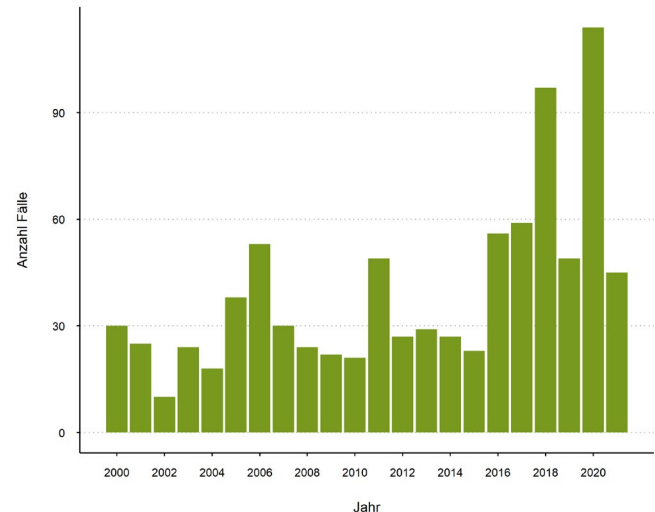


Abbildung 3
Hochrechnung der Anzahl Arztbesuche wegen Lyme-Borreliose, Vergleich 2019–2021
 (2021: Stand Ende Mai)

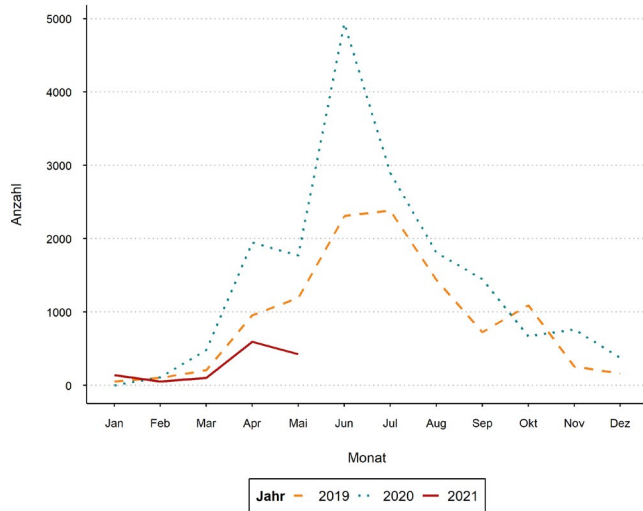
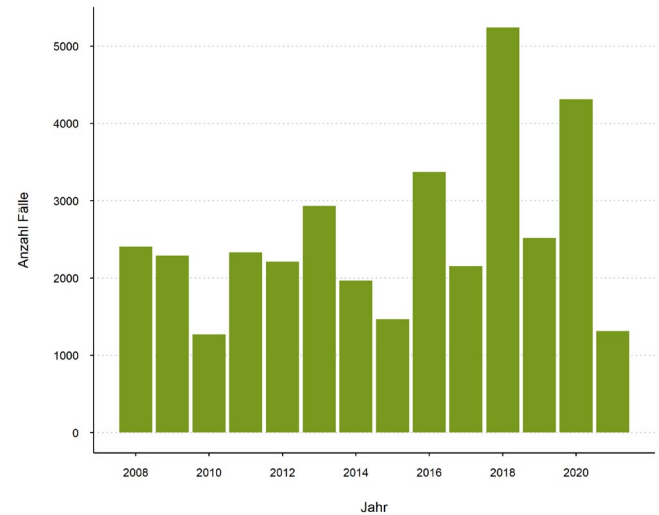


Abbildung 4
Hochrechnung der Anzahl Arztbesuche wegen Lyme-Borreliose kumuliert ab Jahresbeginn, Vergleich 2008–2021
 (Stand jeweils Ende Mai)



Die Summe der Fälle, kumuliert ab Januar eines Kalenderjahrs bis zum Monat vor Erscheinen des Berichts, variiert ebenfalls von Jahr zu Jahr stark (Abbildung 2). Seit 2000 wurden im gleichen Zeitraum jeweils zwischen 10 und 114 Fälle gemeldet. Bis Ende Mai des laufenden Jahres wurden 45 Fälle registriert (Abbildung 2).

Anzahl Fälle der Borreliose

Die Borreliose (auch Lyme-Krankheit genannt) ist in der Schweiz nicht meldepflichtig und wird über das sogenannte Sentinella-System erfasst. Die Hochrechnung der Borreliosefälle betrifft nur akute Fälle (Erythema migrans und Borrelien-Lymphozytom). Chronische Formen der Borreliose sind in den Daten dieses Berichts nicht enthalten.

Beim Sentinella-System handelt es sich um ein Netzwerk von Hausärzten, die auf freiwilliger Basis wöchentlich die Anzahl Arztbesuche aufgrund von Borreliose melden. Darauf basierend wird auf die gesamtschweizerische Anzahl hochgerechnet. Zahlen sind seit 2008 verfügbar. Die monatlichen Arztbesuche wegen Borreliose verlaufen wellenförmig mit dem Gipfel in der warmen Jahreszeit und verdeutlichen somit Saisonalität dieser Infektionskrankheit. Die Borreliose-Fallzahlen unterliegen sowohl innerhalb einer Saison als auch im Vergleich zu anderen Jahren grossen Schwankungen (Abbildung 3).

Die Summe der hochgerechneten Fälle, kumuliert ab Januar eines Kalenderjahrs bis zum Monat vor Erscheinen des Berichts, variiert ebenfalls von Jahr zu Jahr stark. Seit 2008 wurden im gleichen Zeitraum jeweils zwischen 1300 und 5200 Arztbesuche wegen Borreliose hochgerechnet. Bis Ende Mai des laufenden Jahres wurden 1300 Fälle hochgerechnet, basierend auf 8 Fällen im Sentinella-System (Abbildung 4).

Aufruf zur Prävention

Die Ankunft des Frühlings und die milden Temperaturen verleiten uns zu Freizeit und Sportaktivitäten im Freien. Das BAG bittet die Bürgerinnen und Bürger, sich zu informieren und auf die Gefahr von Zeckenstichen zu achten.

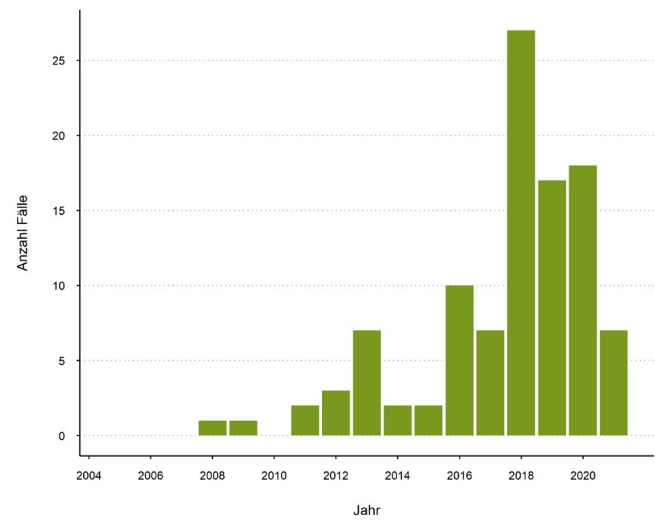
Die Impfung gegen **FSME** wird allen Erwachsenen und Kindern ab 6 Jahren empfohlen, die in einem FSME-Risikogebiet wohnen (alle Kantone ausser Genf und Tessin). Die Impfung von Kindern im Alter von ein bis fünf Jahren muss individuell geprüft werden. Weitere Informationen finden Sie in den Empfehlungen zur **Impfung gegen FSME**.

Weitere Informationen finden Sie in unseren Empfehlungen gegen **Zeckenübertragene Krankheiten**.

Abbildung 5
Zecken- bzw. Insektenstich-assoziierte Tularämie-Fallzahlen pro Monat im Verlauf der Saison, Vergleich 2019–2021 (2021: Stand Ende Mai)



Abbildung 6
Zecken- bzw. Insektenstich-assoziierte Tularämie-Fallzahlen kumuliert ab Jahresbeginn, Vergleich 2004–2021 (Stand jeweils Ende Mai)



Anzahl Fälle der Tularämie

Die Tularämie untersteht seit 2004 der Meldepflicht. Es sind somit genaue Fallzahlen sowie Angaben zur Exposition verfügbar. Diese Auswertung beschränkt sich auf diejenigen Fälle, bei denen ein Zecken- oder Insektenstich die wahrscheinlichste Ursache der Erkrankung ist. Von Januar 2019 bis Mai 2021 wurden bei 45% der Tularämie-Fälle ein Zecken- und/oder Insektenstich als Übertragungsweg gemeldet. Im gleichen Zeitraum wurde in 30% der Fälle eine Exposition gegenüber wilden Tieren, einer Quelle mit nicht trinkbarem Wasser oder dem Einatmen von Staub oder Aerosolen in landwirtschaftlicher Umgebung angegeben. In 25% der Fälle war die Exposition allerdings unbekannt. Die monatlichen Tularämie-Fallzahlen weisen ansatzweise einen wellenförmigen Verlauf auf. Auch sie unterliegen sowohl innerhalb einer Saison als auch im Vergleich zu anderen Jahren grossen Schwankungen (Abbildung 5). So wurde im Monat Mai des aktuellen Jahres kein Fall verzeichnet.

Die Summe der Fälle, kumuliert ab Januar eines Kalenderjahrs bis zum Monat vor Erscheinen des Berichts, variiert ebenfalls von Jahr zu Jahr stark. Seit 2004 wurden im gleichen Zeitraum jeweils zwischen 0 und 27 Fälle gemeldet. Der Trend über die Jahre ist jedoch ansteigend. Bis Ende Mai des laufenden Jahres wurden 7 Fälle registriert (Abbildung 6).

Anzahl Zeckenstiche

Bis und mit 2020 hat das BAG die Anzahl der Zeckenstiche aus den Daten von Sentinella hochgerechnet. Die Häufigkeit von Zeckenstichen wird seit 2015 zusätzlich über die BAG-bezuschusste **App «Zecke»** erfasst. Aufgrund der zunehmenden Nutzung der App in der gesamten Schweiz haben wir uns entschlossen, die Quelle der Daten zu ändern.

Die im Zeckenlagebericht seit 2021 für die Anzahl Zeckenstiche verwendeten Daten entstammen somit direkt den Angaben der Bürgerinnen und Bürger, die diese App nutzen. Darüber hinaus liefert die Anwendung genaue geografische Informationen über den Standort von Stichen. Diese Daten werden auch zur Erstellung des **Zeckenstichmodells** verwendet. Letzteres stellt das Risiko von Zeckenstichen in Abhängigkeit von der geografischen Lage dar. Zeckenstiche zeigen die gleiche Saisonalität wie alle vorgeannten über Zecken übertragenen Krankheiten (Abbildung 7).

Kontakt

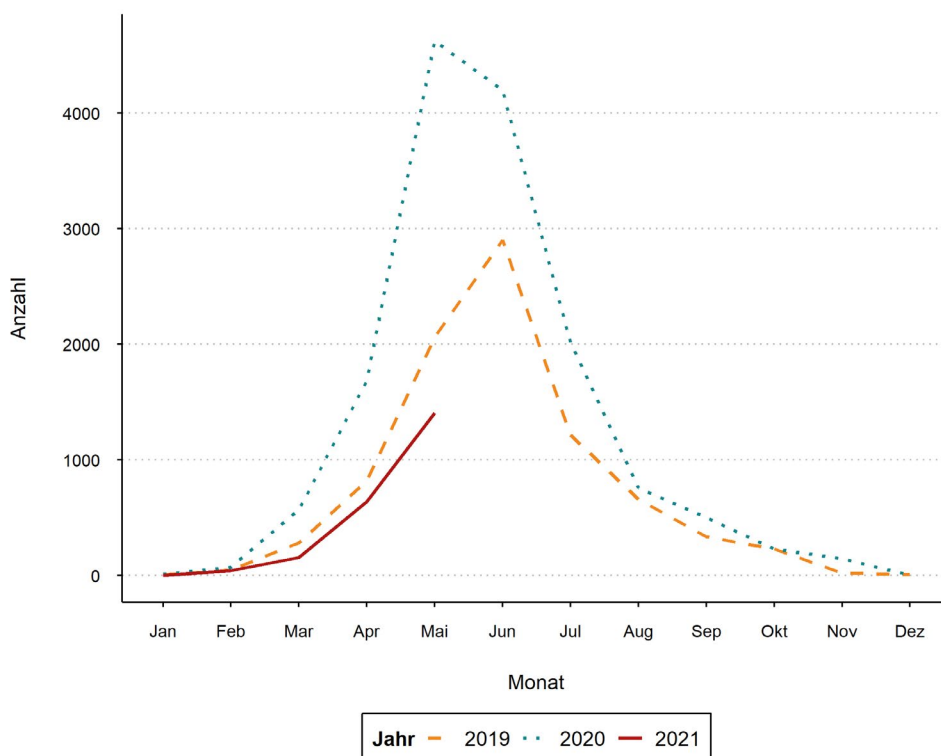
Bundesamt für Gesundheit
 Direktionsbereich Öffentliche Gesundheit
 Abteilung Übertragbare Krankheiten
 Telefon 058 463 87 06

Beurteilung der epidemiologischen Lage

Zusammenfassend stellt sich die aktuelle epidemiologische Situation der zeckenübertragenen Krankheiten im Vergleich zu den Vorjahren wie folgt dar:

- FSME: nach dem Spitzenjahr von 2020 liegen die diesjährigen Fallzahlen bislang im Rahmen der jährlichen beobachteten Schwankungen. In den letzten fünf Jahren hat das BAG eine Zunahme der jährlichen Inzidenz von FSME beobachtet. Diese Situation wird auch in mehreren europäischen Ländern, insbesondere in Deutschland, beobachtet. Eine ausgezeichnete Möglichkeit, sich vor dieser Krankheit zu schützen, ist die Impfung (siehe Abschnitt unten).
- Borreliose: die hochgerechnete Anzahl Fälle entspricht bislang dem Mittel der Vorjahre.
- Tularämie: nach der tendenziellen Zunahme der letzten Jahre liegt die Zahl der durch einen Zecken- bzw. und Insektenstich verursachten Tularämie-Fälle seit Anfang 2021 im durchschnittlichen Bereich der Vorjahre.
- Schliesslich spiegelt die Anzahl der über die Anwendung gemeldeten Zeckenstiche die epidemiologische Situation und die Saisonalität von FSME und Borreliose wider und entspricht dem Mittel der Vorjahre.

Abbildung 7
Über die App «Zecke» gemeldete Zeckenstiche pro Monat im Verlauf der Saison, Vergleich 2019–2021
 (Stand Ende Mai)



Spezialitätenliste:

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

[] Der dem verfügbaren Publikumspreis zugrunde liegende Fabrikabgabepreis

Gültig ab 1. Juni 2021

Therap. Gruppe	Dossier Nr.	PRÄPARATE/ (Wirkstoffe) Packungen	Verantwortliche Firma	SHI-Nr.	Aufnahmejahr
I. Neuzugang Präparate					
01.06 G		AGOMELATIN MYLAN (Agomelatinum)	Mylan Pharma GmbH		
	21249	Filmtabl 25 mg Blist 28 Stk Fr. 43.45 (23.58)		68004001	01.06.2021, B
	21249	Filmtabl 25 mg Blist 98 Stk Fr. 108.30 (80.06)		68004002	01.06.2021, B
Keine Kostenübernahme bei Patienten, die bei Therapiebeginn ≥ 65 Jahre alt sind und noch nie mit Agomelatin behandelt wurden.					
01.07.10 G		PREGABALIN AXAPHARM (Pregabalinum)	Axapharm AG		
	21216	Kaps 25 mg Blist 14 Stk Fr. 8.05 (3.44)		67856001	01.06.2021, B
	21216	Kaps 25 mg Blist 56 Stk Fr. 19.35 (9.73)		67856002	01.06.2021, B
	21216	Kaps 50 mg Blist 14 Stk Fr. 8.80 (4.08)		67856003	01.06.2021, B
	21216	Kaps 50 mg Blist 84 Stk Fr. 41.15 (21.55)		67856004	01.06.2021, B
	21216	Kaps 75 mg Blist 14 Stk Fr. 9.55 (4.76)		67856005	01.06.2021, B
	21216	Kaps 75 mg Blist 56 Stk Fr. 38.20 (18.97)		67856006	01.06.2021, B
	21216	Kaps 100 mg Blist 84 Stk Fr. 44.55 (24.54)		67856007	01.06.2021, B
	21216	Kaps 150 mg Blist 56 Stk Fr. 44.55 (24.54)		67856008	01.06.2021, B
	21216	Kaps 150 mg Blist 168 Stk Fr. 99.20 (72.13)		67856009	01.06.2021, B
	21216	Kaps 200 mg Blist 84 Stk Fr. 53.15 (32.03)		67856010	01.06.2021, B
	21216	Kaps 300 mg Blist 56 Stk Fr. 53.20 (32.04)		67856011	01.06.2021, B
	21216	Kaps 300 mg Blist 168 Stk Fr. 124.50 (94.18)		67856012	01.06.2021, B
01.09 G		ONDANSETRON ACCORD (Ondansetronum)	Accord Healthcare AG		
	21247	Inf Konz 4 mg/2 ml 5 Amp 2 ml Fr. 58.30 (36.48)		66785001	01.06.2021, B
	21247	Inf Konz 8 mg/4 ml 5 Amp 4 ml Fr. 94.45 (67.98)		66785002	01.06.2021, B
Stark emetogene Chemotherapie.					
01.99		KESIMPTA (Ofatumumabum)	Novartis Pharma Schweiz AG		
	21187	Inj Lös 20 mg/0.4 ml Fertpen 0.4 ml Fr. 1449.40 (1265.45)		67758001	01.06.2021, B
Befristete Limitation bis 31.05.2024 Für die Behandlung von erwachsenen Patienten mit aktiven, schubförmig verlaufenden Formen der Multiplen Sklerose (MS).					

Therap. Gruppe	Dossier Nr.	PRÄPARATE/ (Wirkstoffe) Packungen	Verantwortliche Firma	SHI-Nr.	Aufnahmejahr
06.03.40		XARELTO VASCULAR (Rivaroxabanum)	Bayer (Schweiz) AG		
	20856	Filmtabl 2.5 mg Blist 56 Stk Fr. 81.20 (56.43)		66872002	01.06.2019, B
	20856	Filmtabl 2.5 mg Blist 196 Stk Fr. 243.15 (197.51)		66872003	01.06.2019, B
<p>In Kombination mit Acetylsalicylsäure (ASS) zur Sekundärprävention (nach Ereignis oder Revaskularisierung) schwerwiegender atherothrombotischer Ereignisse (Schlaganfall, Myokardinfarkt, kardiovaskulär bedingter Tod) bei Patienten mit chronischer koronarer Herzkrankheit oder manifester peripherer arterieller Gefässerkrankung und einem hohen Risiko für ischämische Ereignisse.</p> <p>Im Fall von chronischer koronarer Herzkrankheit und Alter < 65 Jahre müssen folgende Kriterien zusätzlich erfüllt sein:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Dokumentierte Atherosklerose unter Beteiligung von mindestens zwei Gefässbetten oder • mindestens zwei zusätzlichen kardiovaskulären Risikofaktoren wie <ul style="list-style-type: none"> – Diabetes mellitus, – Niereninsuffizienz (<60 ml/min) – Herzinsuffizienz – Nicht-lakunärer ischämischer Schlaganfall ≥ 1 Monat – Rauchen <p>Die erweiterte Behandlung mit Xarelto vascular über 2 Jahre hinaus bedarf einer erneuten Evaluierung des Nutzen-Risiko-Profiles des Patienten.</p>					
06.99 G		DEFERASIROX ACCORD (Deferasiroxum)	Accord Healthcare AG		
	21246	Filmtabl 90 mg Blist 30 Stk Fr. 352.50 (292.78)		67517001	01.06.2021, B
	21246	Filmtabl 90 mg Blist 90 Stk Fr. 873.50 (746.60)		67517002	01.06.2021, B
	21246	Filmtabl 180 mg Blist 30 Stk Fr. 567.60 (480.15)		67517003	01.06.2021, B
	21246	Filmtabl 180 mg Blist 90 Stk Fr. 1404.35 (1224.40)		67517004	01.06.2021, B
	21246	Filmtabl 360 mg Blist 30 Stk Fr. 920.40 (787.45)		67517005	01.06.2021, B
	21246	Filmtabl 360 mg Blist 90 Stk Fr. 2263.80 (2008.05)		67517006	01.06.2021, B
06.99 G		DEFERASIROX NOBEL (Deferasiroxum)	NOBEL Pharma Schweiz AG		
	21237	Filmtabl 90 mg Blist 30 Stk Fr. 352.50 (292.78)		67681001	01.06.2021, B
	21237	Filmtabl 90 mg Blist 90 Stk Fr. 873.50 (746.61)		67681002	01.06.2021, B
	21237	Filmtabl 180 mg Blist 30 Stk Fr. 567.65 (480.17)		67681003	01.06.2021, B
	21237	Filmtabl 180 mg Blist 90 Stk Fr. 1404.40 (1224.43)		67681004	01.06.2021, B
	21237	Filmtabl 360 mg Blist 30 Stk Fr. 920.45 (787.48)		67681005	01.06.2021, B
	21237	Filmtabl 360 mg Blist 90 Stk Fr. 2263.85 (2008.06)		67681006	01.06.2021, B
07.06.20 G		PIOGLITAZON MEPHA TEVA (Pioglitazonum)	Mepha Pharma AG		
	21245	Tabl 15 mg Blist 28 Stk Fr. 36.60 (17.61)		62095013	01.06.2021, B
	21245	Tabl 15 mg Blist 98 Stk Fr. 87.05 (61.54)		62095014	01.06.2021, B
	21245	Tabl 30 mg Blist 28 Stk Fr. 43.85 (23.91)		62095015	01.06.2021, B
	21245	Tabl 30 mg Blist 98 Stk Fr. 112.00 (83.26)		62095016	01.06.2021, B
	21245	Tabl 45 mg Blist 28 Stk Fr. 49.30 (28.68)		62095017	01.06.2021, B
	21245	Tabl 45 mg Blist 98 Stk Fr. 131.00 (99.82)		62095018	01.06.2021, B
<p>Anwendung, wenn andere orale Antidiabetika kontraindiziert oder aus medizinischen Gründen nicht angezeigt sind oder für bereits mit diesem Arzneimittel eingestellte Patienten.</p>					

Therap. Gruppe	Dossier Nr.	PRÄPARATE/ (Wirkstoffe) Packungen	Verantwortliche Firma	SHI-Nr.	Aufnahmejahr
07.15		ABRILADA (Adalimumabum)	Pfizer AG		
	21203	Inj Lös 40 mg/0.8 ml Fertpen 0.800 ml Fr. 500.45 (421.64)		67831001	01.06.2021, B
	21203	Inj Lös 40 mg/0.8 ml 2 Fertpen 0.800 ml Fr. 984.50 (843.28)		67831002	01.06.2021, B

Aktive rheumatoide Arthritis, aktive polyartikuläre juvenile idiopathische Arthritis bei Jugendlichen ab dem Alter von 13 Jahren mit einer Körperoberfläche grösser als 1.7 m², Psoriasis-Arthritis: Behandlung mit ABRILADA, wenn die vorausgegangene antirheumatische Standardtherapie mit krankheitsmodifizierenden Antirheumatika (DMARDs) unzulänglich war. Kostengutsprache durch den Krankenversicherer nach vorgängiger Konsultation des Vertrauensarztes.

Ankylosierende Spondylitis (Morbus Bechterew): Behandlung mit ABRILADA, wenn die vorausgegangene konventionelle Therapie unzulänglich war oder nicht vertragen wurde. Kostengutsprache durch den Krankenversicherer nach vorgängiger Konsultation des Vertrauensarztes.

Aktiver Morbus Crohn: Behandlung erwachsener Patienten mit ABRILADA, wenn die vorausgegangene konventionelle Therapie (z.B. mit Azathioprin, 6-Mercaptopurin oder Glukokortikoiden) unzulänglich war, sowie bei Patienten, die nicht mehr auf Remicade ansprechen oder dieses nicht vertragen. Kostengutsprache durch den Krankenversicherer nach vorgängiger Konsultation des Vertrauensarztes sowie erneute Kostengutsprache nach zwei Jahren ununterbrochener Therapie.

Moderate bis schwere Colitis ulcerosa: Behandlung erwachsener Patienten mit ABRILADA, wenn die vorausgegangene konventionelle Therapie (z.B. mit Azathioprin, 6-Mercaptopurin oder Glukokortikoiden) unzulänglich war oder nicht vertragen wurde. Kostengutsprache durch den Krankenversicherer nach vorgängiger Konsultation des Vertrauensarztes.

Schwere Plaque-Psoriasis: Behandlung erwachsener Patienten, bei denen UVB und PUVA oder eine der folgenden drei systemischen Therapien (Ciclosporin, Methotrexat, Acitretin) keinen therapeutischen Erfolg gezeigt haben. Falls nach 12 Wochen kein therapeutischer Erfolg eingetreten ist, ist die Behandlung abzubrechen. Die Verschreibung kann nur durch Fachärzte der Dermatologie oder dermatologische Universitätskliniken/ Polikliniken erfolgen.

Aktive, mittelschwere bis schwere Hidradenitis suppurativa (Acne inversa): Behandlung erwachsener Patienten, wenn die vorausgegangene systemische Therapie mit Antibiotika unzulänglich war. Kostengutsprache durch den Krankenversicherer nach vorgängiger Konsultation des Vertrauensarztes. Bei Patienten, die nach 12 Wochen kein Ansprechen nach HiSCR von mindestens 50% zeigen, ist die Behandlung abzubrechen. Die Verschreibung kann nur durch Fachärzte der Dermatologie oder dermatologische Universitätskliniken/ Polikliniken erfolgen. Eine erneute Kostengutsprache durch den Krankenversicherer nach vorgängiger Konsultation des Vertrauensarztes nach 52 Wochen ununterbrochener Therapie.

07.15		DUPIXENT (Dupilumabum)	Sanofi-Aventis (Suisse) SA		
	20819	Inj Lös 300 mg/2 ml Fertspr Safe-Sys 2 Stk Fr. 1440.65 (1257.49)		66649001	01.03.2020, B

Befristete Limitation bis 30.06.2021

DUPIXENT wird in einer Anfangsdosis von 600 mg als subkutane Injektion (zwei Injektionen zu je 300 mg), gefolgt von einer Dosis von 300 mg als subkutane Injektion alle zwei Wochen zur Behandlung erwachsener Patienten (ab dem 18. Lebensjahr) mit schwerer atopischer Dermatitis (IGA 4 [auf IGA Skala von 0–4] oder SCORAD >50 oder EASI \geq 21.1) vergütet, sofern die Patienten auf eine intensivierete Lokalbehandlung mit verschreibungspflichtigen topischen Therapien (topische Kortikoide und/ oder Calcineurininhibitoren) und Phototherapie (sofern verfügbar und angezeigt) und auf eine systemische Behandlung mit einem konventionellen Immunsuppressivum (ausgenommen systemische Kortikoide) während mindestens einem Monat unzureichend angesprochen haben oder bei denen diese Therapien kontraindiziert sind oder aufgrund von klinisch relevanten Nebenwirkungen abgebrochen werden mussten.

DUPIXENT wird nicht in Kombination mit anderen systemischen Arzneimitteln zur Behandlung der atopischen Dermatitis vergütet.

Falls nach 16 Wochen Behandlung mit DUPIXENT kein therapeutischer Erfolg eingetreten ist, d.h. eine IGA Reduktion um \geq 2 Punkte gegenüber dem Ausgangswert oder eine \geq 50% Verbesserung des EASI-Score (EASI 50) gegenüber dem Ausgangswert oder eine \geq 50% Verbesserung des SCORAD-Score (SCORAD 50) gegenüber dem Ausgangswert ist die Behandlung abzubrechen.

Die Behandlung bedarf der Kostengutsprache durch den Krankenversicherer nach vorgängiger Konsultation des Vertrauensarztes. Die Diagnosestellung, die Verordnung von DUPIXENT und die Verlaufskontrolle darf ausschliesslich durch einen Facharzt für Dermatologie und Venerologie oder Facharzt für Allergologie und klinische Immunologie erfolgen.

Nach 52 Wochen ununterbrochener Therapie ist eine erneute Kostengutsprache durch den Krankenversicherer nach vorgängiger Konsultation des Vertrauensarztes einzuholen.

07.16.10		CALQUENCE (Acalabrutinibum)	AstraZeneca AG		
	21177	Kaps 100 mg Blist 60 Stk Fr. 5786.20 (5405.07)		67790001	01.06.2021, A

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.

Therap. Gruppe	Dossier Nr.	PRÄPARATE/ (Wirkstoffe) Packungen	Verantwortliche Firma	SHI-Nr.	Aufnahmejahr
07.16.10		KISQALI (Ribociclibum)	Novartis Pharma Schweiz AG		
	20682	Tabl 200 mg Blist 21 Stk Fr. 1395.30 (1216.12)		66377003	01.06.2019, A
	20682	Tabl 200 mg Blist 42 Stk Fr. 2478.95 (2204.21)		66377001	01.06.2019, A
	20682	Tabl 200 mg Blist 63 Stk Fr. 3481.95 (3157.01)		66377002	01.06.2019, A

Befristete Limitation bis 31.07.2021

Zur Behandlung von prä-, peri- oder postmenopausalen Frauen mit Hormonrezeptor (HR)-positivem, humanem epidermalen Wachstumsfaktor-Rezeptor-2 (HER2)-negativem lokal fortgeschrittenem oder metastasiertem Brustkrebs:

- in Kombination mit einem Aromatase-Inhibitor als Erstlinientherapie, wenn eine endokrine Monotherapie begründet nicht angezeigt ist. Kein Einsatz bei viszeraler Krise. Bei postmenopausalen Frauen muss das krankheitsfreie Intervall nach Abschluss der neoadjuvanten oder adjuvanten endokrinen Therapie > 12 Monate betragen.

Zur Behandlung von postmenopausalen Frauen mit Hormonrezeptor (HR)-positivem, humanem epidermalen Wachstumsfaktor-Rezeptor-2 (HER2)-negativem lokal fortgeschrittenem oder metastasiertem Brustkrebs:

- in Kombination mit Fulvestrant als Erstlinientherapie, wenn eine endokrine Monotherapie begründet nicht angezeigt ist. Kein Einsatz bei viszeraler Krise. Das krankheitsfreie Intervall nach Abschluss der neoadjuvanten oder adjuvanten endokrinen Therapie muss > 12 Monate betragen.
- in Kombination mit Fulvestrant als Erstlinientherapie bei Rezidiv während neoadjuvanter oder adjuvanter endokriner Therapie oder innerhalb von 12 Monaten nach Abschluss der adjuvanten endokrinen Therapie.
- in Kombination mit Fulvestrant als Zweitlinientherapie nachdem die endokrine Therapie bereits im metastasierenden Stadium als Erstlinientherapie eingesetzt wurde.

Bei prä- oder perimenopausalen Frauen soll die endokrine Therapie mit einem LHRH-Agonisten (LHRH = Luteinizing Hormone-Releasing Hormone) kombiniert werden.

Kein Einsatz bei Progression auf einer vorangegangenen Therapie mit einem Inhibitor von Cyclinabhängiger Kinase (CDK) 4 und 6.

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

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

07.16.10		KYPROLIS (Carfilzomibum)	Amgen Switzerland AG		
	20481	Trockensub 10 mg Durchstf 1 Stk Fr. 212.55 (170.85)		65690002	01.03.2018, A
	20481	Trockensub 30 mg Durchstf 1 Stk Fr. 604.80 (512.54)		65690003	01.03.2018, A
	20481	Trockensub 60 mg Durchstf 1 Stk Fr. 1185.75 (1025.08)		65690001	01.03.2018, A

KYPROLIS wird nach Kostengutsprache durch den Krankenversicherer nach vorgängiger Konsultation des Vertrauensarztes in Kombination mit Lenalidomid und Dexamethason (KRd) oder Dexamethason (Kd) alleine zur Behandlung von erwachsenen Patienten mit rezidivierendem multiplem Myelom, die mindestens eine vorangegangene Therapie erhalten haben, vergütet.

Dosierungsschema und Dosierung sollen nach Angaben der Fachinformation erfolgen, wobei in der Kombination KRd maximal 54 mg Carfilzomib/m² pro Woche und in der Kombination Kd maximal 112 mg Carfilzomib/m² pro Woche eingesetzt werden dürfen.

Die Behandlung mit KYPROLIS in der Kombination KRd darf bis zu maximal 18 Zyklen vergütet werden. Falls es zu einer Progression der Krankheit kommt oder inakzeptable Toxizitätserscheinungen auftreten, muss die Behandlung mit KYPROLIS abgebrochen werden. Eine Behandlung mit KYPROLIS in der Kombination KRd mit mehr als 18 Zyklen bedarf eines erneuten begründeten Gesuches um Kostengutsprache an den Krankenversicherer. Dieser entscheidet über die Kostengutsprache nach vorgängiger Konsultation des Vertrauensarztes, der anhand des Gesuchs um Kostengutsprache den Nutzen einer Fortsetzung der Therapie evaluiert.

07.16.10		LORVIQUA (Lorlatinibum)	Pfizer AG		
	20952	Filmtabl 25 mg Blist 90 Stk Fr. 4184.95 (3842.87)		66941003	01.06.2021, A
	20952	Filmtabl 100 mg Blist 30 Stk Fr. 5497.95 (5123.83)		66941002	01.06.2021, A

Befristete Limitation bis 31.05.2023

Nach Kostengutsprache durch den Krankenversicherer nach vorgängiger Konsultation des Vertrauensarztes.

LORVIQUA wird vergütet zur Behandlung von erwachsenen Patienten mit Anaplastische-Lymphom-Kinase (ALK)-positivem, metastasiertem nicht kleinzelligem Lungenkarzinom (non small cell lung cancer, NSCLC) nach Progression unter vorangegangener Behandlung mit mindestens zwei ALK-Tyrosinkinaseinhibitor (TKI).

Im Falle einer Progression ist die Behandlung abzubrechen.

Die Pfizer AG vergütet dem Krankenversicherer, bei dem die versicherte Person zum Zeitpunkt des Bezugs versichert war, auf dessen Aufforderung hin für jede bezogene Packung LORVIQUA 100 mg, 30 Filmtabletten Fr. 638.51 zurück und für jede Packung LORVIQUA 25 mg, 90 Tabletten Fr. 478.88 zurück.

Die Mehrwertsteuer kann nicht zusätzlich zu diesem Anteil des Fabrikabgabepreises zurückgefordert werden.

Kontaktadresse: Pfizer-Rueckverguetung@pfizer.com

Therap. Gruppe	Dossier Nr.	PRÄPARATE/ (Wirkstoffe) Packungen	Verantwortliche Firma	SHI-Nr.	Aufnahmejahr
07.16.10 G		PEMETREXED TEVA LIQUID (Pemetrexedum)	Teva Pharma AG		
	21243	Inf Konz 100 mg/4 ml Durchstf 4 ml Fr. 158.65 (123.91)		66802002	01.06.2021, A
	21243	Inf Konz 500 mg/20 ml Durchstf 20 ml Fr. 727.65 (619.56)		66802004	01.06.2021, A
	21243	Inf Konz 850 mg/34 ml Durchstf 34 ml Fr. 1216.65 (1053.24)		66802007	01.06.2021, A
	21243	Inf Konz 1000 mg/40 ml Durchstf 40 ml Fr. 1420.50 (1239.10)		66802006	01.06.2021, A

Nach vorgängiger Kostengutsprache durch den Vertrauensarzt des Krankenversicherers. In Kombination mit Cisplatin für die First-line-Chemotherapie von Patienten mit lokal fortgeschrittenem oder metastasiertem nicht-kleinzelligem Lungenkarzinom ausser bei überwiegender plattenepithelialer Histologie.

Nach vorgängiger Kostengutsprache durch den Vertrauensarzt des Krankenversicherers. Monotherapie bei Patienten mit lokal fortgeschrittenem oder metastasiertem nicht-kleinzelligem Lungenkarzinom nach vorangegangener Chemotherapie ausser bei überwiegender plattenepithelialer Histologie.

Behandlung von Patienten mit malignem Pleuramesotheliom in Kombination mit Cisplatin.

07.16.20 G		BICALUTAMID ZENTIVA (Bicalutamidum)	Helvepharm AG		
	18763	Filmtabl 50 mg Blist 30 Stk Fr. 113.45 (84.53)		57666009	01.06.2021, B
	18763	Filmtabl 50 mg Blist 100 Stk Fr. 220.75 (178.00)		57666010	01.06.2021, B
	18763	Filmtabl 150 mg Blist 30 Stk Fr. 192.85 (153.71)		57666011	01.06.2021, B
	18763	Filmtabl 150 mg Blist 100 Stk Fr. 389.50 (325.00)		57666012	01.06.2021, B

08.01.93 G		VANCOMYCIN FAIRMED (Vancomycinum)	Fairmed Healthcare AG		
	21229	Kaps 125 mg 20 Stk Fr. 90.85 (64.84)		67837001	01.06.2021, A
	21229	Kaps 250 mg 20 Stk Fr. 132.85 (101.43)		67837002	01.06.2021, A

Vergütung der Behandlung einer Colitis, die durch C. difficile verursacht ist und die auf die Therapie mit Metronidazol nicht angesprochen hat.

17.02		LUTATHERA (Lutetium-177 oxodotreotidum)	Advanced Accelerator Applications International SA		
	21181	Inf Lös 370 MBq/ml Fl 1 Stk Fr. 21068.45 (20314.60)		66580001	01.06.2021, A

Befristete Limitation bis 31.05.2023

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

Lutathera wird zur Behandlung von metastatischen oder nicht resezierbaren, progressiven, gut differenzierten (G1 und G2) Somatostatinrezeptor-positiven gastroenteropankreatischen neuroendokrinen Tumoren (GEP-NETs) bei Erwachsenen vergütet.

Es werden maximal 4 Lutathera Verabreichungen vergütet.

II. Andere Packungen und Dosierungen

07.15		BENEPALI (Etanerceptum)	Samsung Bioepis CH GmbH		
	20871	Inj Lös 25 mg/0.5 ml 4 Fertspr 0.500 ml Fr. 515.80 (435.00)		66325003	01.06.2021, B

Behandlung der aktiven rheumatoiden Arthritis, der aktiven juvenilen chronischen Arthritis mit polyartikulärem Verlauf bei Patienten und Patientinnen mit Körpergewicht ≥ 62.5 kg und Psoriasis Arthritis, wenn die vorausgegangene antirheumatische Standardtherapie mit krankheitsmodifizierenden Antirheumatika (DMARDs) unzulänglich war.

Behandlung des Morbus Bechterew, wenn die vorausgegangene konventionelle Therapie unzulänglich war.

Vorgängige Kostengutsprache durch den Vertrauensarzt des Krankenversicherers.

Behandlung erwachsener Patienten mit schwerer Plaque-Psoriasis, bei denen UVB und PUVA oder eine der folgenden drei systemischen Therapien (Ciclosporin, Methotrexat, Acitretin) keinen therapeutischen Erfolg gezeigt haben. Falls nach 12 Wochen kein therapeutischer Erfolg eingetreten ist, ist die Behandlung abzubrechen.

Standarddosierung pro Behandlungszyklus: 1 x 50 mg pro Woche oder 2 x 25 mg pro Woche während 24 Wochen. In Ausnahmefällen kann die Dosierung während 12 Wochen auf maximal 2 x 50 mg pro Woche erhöht werden.

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

Therap. Gruppe	Dossier Nr.	PRÄPARATE/ (Wirkstoffe) Packungen	Verantwortliche Firma	SHI-Nr.	Datum der Streichung
III. Neu gestrichene Präparate/Packungen					
01.01.30 G		TRAMUNDIN (Tramadoli hydrochloridum)	Mundipharma Medical Company Hamilton, Bermuda, Basel Branch		
	17895	Ret Tabl 100 mg (neu) 10 Stk Fr. 7.90 (3.32)		55988002	01.06.2021, A
	17895	Ret Tabl 100 mg 30 Stk Fr. 17.55 (8.15)		55988003	01.06.2021, A
	17895	Ret Tabl 100 mg (neu) 60 Stk Fr. 27.60 (13.32)		55988006	01.06.2021, A
	17895	Ret Tabl 150 mg 10 Stk Fr. 8.75 (4.03)		55988007	01.06.2021, A
	17895	Ret Tabl 150 mg 30 Stk Fr. 19.65 (9.98)		55988009	01.06.2021, A
	17895	Ret Tabl 150 mg (neu) 60 Stk Fr. 40.30 (20.80)		55988012	01.06.2021, A
	17895	Ret Tabl 200 mg 10 Stk Fr. 14.30 (5.33)		55988013	01.06.2021, A
	17895	Ret Tabl 200 mg 30 Stk Fr. 25.95 (11.90)		55988015	01.06.2021, A
	17895	Ret Tabl 200 mg (neu) 60 Stk Fr. 45.10 (24.98)		55988018	01.06.2021, A
02.05.10 G		ZOLMITRIPTAN MEPHA (Zolmitriptanum)	Mepha Pharma AG		
	20012	Lactabs 2.500 mg 3 Stk Fr. 20.30 (10.55)		61066004	01.06.2021, B
	20012	Lactabs 2.500 mg 6 Stk Fr. 39.55 (20.17)		61066005	01.06.2021, B
	20012	Lactabs 2.500 mg 12 Stk Fr. 57.05 (35.40)		61066006	01.06.2021, B
02.07.10 G		TELMISARTAN MEPHA (Telmisartanum)	Mepha Pharma AG		
	20475	Tabl 80 mg 28 Stk Fr. 34.75 (15.97)		62921007	01.06.2021, B
02.07.20		CIBADREX 10/12.5 (Benazeprili hydrochloridum, Hydrochlorothiazidum)	Novartis Pharma Schweiz AG		
	15991	Tabl 10/12.5 mg 98 Stk Fr. 40.75 (21.20)		51794052	01.06.2021, B
02.07.20		CIBADREX 20/25 (Benazeprili hydrochloridum, Hydrochlorothiazidum)	Novartis Pharma Schweiz AG		
	15991	Tabl 20/25 mg 98 Stk Fr. 59.05 (37.15)		51794079	01.06.2021, B
03.03.10		ESCOTUSSIN (Dihydrocodeini thiocyanas, Guaifenesinum, Belladonnae tinctura)	Streuli Pharma AG		
	11141	Tropfen 20 ml Fr. 7.70 (3.12)		30157036	01.06.2021, B
03.03.10		RESYL PLUS (Guaifenesinum, Codeini phosphas hemihydricus)	Spirig HealthCare AG		
	11571	Tropfen Fl 20 ml Fr. 7.60 (3.07)		12806019	01.06.2021, B
	11571	Tropfen Fl 30 ml Fr. 8.75 (4.05)		12806002	01.06.2021, B
04.99 G		URSODIOL RR ZENTIVA (Acidum ursodeoxycholicum)	Helvepharm AG		
	19754	Kaps 225 mg 20 Stk Fr. 34.15 (15.44)		62272001	01.06.2021, B
	19754	Kaps 450 mg 20 Stk Fr. 44.80 (24.72)		62272003	01.06.2021, B
	19754	Kaps 450 mg 60 Stk Fr. 95.90 (69.26)		62272004	01.06.2021, B

Therap. Gruppe	Dossier Nr.	PRÄPARATE/ (Wirkstoffe) Packungen	Verantwortliche Firma	SHI-Nr.	Datum der Streichung
04.99 6		URSODIOL ZENTIVA (Acidum ursodeoxycholicum)	Helvepharm AG		
	19753	Kaps 150 mg 30 Stk Fr. 34.35 (15.62)		62271001	01.06.2021, B
	19753	Kaps 150 mg 100 Stk Fr. 73.20 (49.47)		62271002	01.06.2021, B
	19753	Kaps 300 mg 30 Stk Fr. 45.90 (25.68)		62271004	01.06.2021, B
	19753	Kaps 300 mg 100 Stk Fr. 110.35 (81.83)		62271005	01.06.2021, B
05.01 6		XENALON 100 (Spironolactonum)	Mepha Pharma AG		
	13713	Lactabs 100 mg 20 Stk Fr. 13.95 (5.02)		42725064	01.06.2021, B
	13713	Lactabs 100 mg 50 Stk Fr. 17.20 (7.83)		42725072	01.06.2021, B
05.01 6		XENALON 50 (Spironolactonum)	Mepha Pharma AG		
	13713	Lactabs 50 mg 20 Stk Fr. 7.35 (2.82)		42725048	01.06.2021, B
	13713	Lactabs 50 mg 50 Stk Fr. 14.95 (5.90)		42725056	01.06.2021, B
07.04.30		PROPYCIL (Propylthiouracilum)	Curatis AG		
	18010	Tabl 50 mg 20 Stk Fr. 8.40 (3.75)		56300011	01.06.2021, B
07.08.20		ESTRING (Estradiolum hemihydricum)	Pfizer AG		
	16317	Vag Ring mit Depotoestrogen 1 Stk Fr. 44.80 (24.74)		52275016	01.06.2021, B
07.09		CONBRIZA (Bazedoxifenum)	Pfizer AG		
	19235	Filmtabl 20 mg 28 Stk Fr. 48.25 (27.74)		58732001	01.06.2021, B
	19235	Filmtabl 20 mg 84 Stk Fr. 109.70 (81.26)		58732003	01.06.2021, B
07.09		SYNRELINA (Nafarelinum)	Pfizer AG		
	15957	Nasenspray 60 Dos Fr. 149.95 (116.32)		51442016	01.06.2021, B
07.10.40 6		DICLOZ EMULSIONS-GEL (Diclofenacum natricum)	Helvepharm AG		
	20760	Gel Tb 50 g Fr. 3.95 (2.15)		65901001	01.06.2021, D
	20760	Gel Tb 100 g Fr. 6.95 (3.78)		65901002	01.06.2021, D
10.05.10		DIPROLEN (Betamethasonum)	MSD Merck Sharp & Dohme AG		
	14343	Salbe 0.050 % 30 g Fr. 9.35 (4.57)		44850036	01.06.2021, B
10.05.10		DIPROSONE (Betamethasonum)	MSD Merck Sharp & Dohme AG		
	12069	Salbe 0.050 % 30 g Fr. 8.95 (4.21)		38483021	01.06.2021, B
	12312	Lös 0.050 % 100 ml Fr. 26.55 (12.41)		38606034	01.06.2021, B
10.05.10		LOCACORTEN (Flumetasoni pivalas)	Recordati AG		
	10193	Salbe 30 g Fr. 8.55 (3.89)		30902017	01.06.2021, 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					
ANAGRELID NORDIC	Nordic Pharma GmbH	071640			
Tabl 0.500 mg 50 Stk			20763	188.00	149.47
Tabl 0.500 mg 100 Stk			20763	318.40	263.06
Tabl 0.750 mg 100 Stk			20763	415.05	347.24
Tabl 1 mg 100 Stk			20763	511.70	431.43
CALCIMAGON D3	Takeda Pharma AG	070250			
Kautabl 500/800 Orange (o Aspar) Ds 30 Stk			16787	16.90	9.16
Kautabl 500/800 Zitrone (o Aspar) Ds 30 Stk			16787	16.90	9.16
Kautabl 500/800 Zitrone (o Aspar) Ds 90 Stk			16787	43.35	23.50
Kautabl 500/800 Orange (o Aspar) Ds 90 Stk			16787	43.35	23.50
Kautabl spearmint (o Aspartam) Ds 120 Stk			16787	37.15	20.13
Kautabl zitron (o Aspartam) Ds 20 Stk			16787	8.15	4.41
Kautabl zitron (o Aspartam) Ds 60 Stk			16787	21.10	11.43
Kautabl zitron (o Aspartam) Ds 120 Stk			16787	37.15	20.13
CALCIMAGON D3 FORTE	Takeda Pharma AG	070250			
Kautabl zitron (neu) 30 Stk			16787	19.65	10.65
Kautabl zitron (neu) 60 Stk			16787	34.60	18.75
Kautabl zitron (neu) 90 Stk			16787	50.10	27.16
CALPEROS D3	Recordati AG	070250			
Lutschtabl mint (neu) 60 Stk			17307	14.70	7.96
Lutschtabl nature (neu) 60 Stk			17307	14.70	7.96
Lutschtabl lemon (neu) 60 Stk			17307	14.70	7.96
Lutschtabl lemon (neu) 180 Stk			17307	42.20	22.86
Lutschtabl nature (neu) 180 Stk			17307	42.20	22.86
Lutschtabl mint (neu) 180 Stk			17307	42.20	22.86
ERBITUX	Merck (Schweiz) AG	071610			
Inf Lös 100 mg/20 ml Durchstf 20 ml			17996	232.00	187.82
Inf Lös 500 mg/100 ml Durchstf 100 ml			17996	1091.40	939.05
LYRICA	Pfizer PFE Switzerland GmbH	010710			
Kaps 25 mg 14 Stk			18130	15.55	6.39
Kaps 25 mg 56 Stk			18130	37.15	18.07
Kaps 50 mg 14 Stk			18130	16.90	7.57
Kaps 50 mg 84 Stk			18130	62.35	40.03
Kaps 75 mg 14 Stk			18130	18.35	8.83
Kaps 75 mg 56 Stk			18130	56.85	35.23
Kaps 100 mg 84 Stk			18130	68.70	45.56
Kaps 150 mg 56 Stk			18130	68.70	45.56
Kaps 150 mg 168 Stk			18130	170.15	133.95
Kaps 200 mg 84 Stk			18130	84.70	59.49
Kaps 300 mg 56 Stk			18130	84.70	59.49
Kaps 300 mg 168 Stk			18130	217.15	174.89

PRÄPARATE / (Wirkstoffe) Packungen	Verantwortliche Firma	Therap. Gruppe	Dossier Nr.	Preis neu	Ex-Fact. neu
MUTAFLOR Kaps Blist 100 Stk	Vifor SA	049900	18219	76.60	52.45
MUTAFLOR MITE Kaps Blist 20 Stk	Vifor SA	049900	18219	20.00	10.29
NAVELBINE Kaps 20 mg 1 Stk Kaps 30 mg 1 Stk	Pierre Fabre Pharma AG	071610	18116 18116	57.30 77.75	35.61 53.42
PARAGOL N Emuls 200 ml	Streuli Pharma AG	040811	17563	7.65	4.15
REMICADE Trockensub 100 mg Durchstf 1 Stk	MSD Merck Sharp & Dohme AG	071500	17463	695.75	591.75
SORTIS Filmtabl 10 mg 30 Stk Filmtabl 10 mg 100 Stk Filmtabl 20 mg 30 Stk Filmtabl 20 mg 100 Stk Filmtabl 40 mg 30 Stk Filmtabl 40 mg 100 Stk Filmtabl 80 mg 30 Stk Filmtabl 80 mg 100 Stk	Pfizer PFE Switzerland GmbH	071200	16982 16982 16982 16982 16982 16982 16982 16982	44.40 108.60 44.40 108.60 44.40 108.60 44.40 108.60	24.41 80.30 24.41 80.30 24.41 80.30 24.41 80.30
THROMBOREDUCTIN Kaps 0.500 mg 42 Stk Kaps 0.500 mg 100 Stk Kaps 1 mg 100 Stk	OrPha Swiss GmbH	071640	19234 19234 19234	176.55 351.95 566.70	139.51 292.29 479.37
VINORELBIN SANDOZ Kaps 20 mg 1 Stk Kaps 30 mg 1 Stk	Sandoz Pharmaceuticals AG	071610	21218 21218	53.20 71.60	32.05 48.08
VITAMIN D3 SANDOZ Tabl 500 IE 50 Stk Tabl 500 IE 100 Stk Tabl 1000 IE 50 Stk Tabl 1000 IE 100 Stk	Sandoz Pharmaceuticals AG	070230	20635 20635 20635 20635	2.55 5.15 5.15 10.25	1.39 2.78 2.78 5.56
XAGRID Kaps 0.500 mg 100 Stk	Takeda Pharma AG	071640	17508	336.35	278.69
IV.b. Freiwillige Preissenkung					
DIENOGEST SPIRIG HC Tabl 2 mg 28 Stk Tabl 2 mg 84 Stk	Spirig HealthCare AG	099900	21041 21041	61.70 131.95	39.48 100.67

PRÄPARATE / (Wirkstoffe) Packungen	Verantwortliche Firma	Therap. Gruppe	Dossier Nr.	Preis neu	Ex-Fact. neu
IV.c. Normale Preismutation					
ARANESP	Amgen Switzerland AG	060730			
Inj Lös 10 mcg Fertspr 4 Stk			17807	114.20	85.17
Inj Lös 20 mcg m Nadelschutz Fertspr 4 Stk			17807	210.55	169.11
Inj Lös 30 mcg m Nadelschutz Fertspr 4 Stk			17807	308.25	254.23
Inj Lös 40 mcg m Nadelschutz Fertspr 4 Stk			17807	403.85	337.49
Inj Lös 50 mcg m Nadelschutz Fertspr 4 Stk			17807	501.80	422.82
Inj Lös 60 mcg m Nadelschutz Fertspr 4 Stk			17807	599.15	507.62
Inj Lös 80 mcg m Nadelschutz Fertspr 4 Stk			17807	792.80	676.32
Inj Lös 100 mcg m Nadelschutz Fertspr 4 Stk			17807	984.60	843.40
Inj Lös 150 mcg m Nadelschutz Fertspr 4 Stk			17807	1442.60	1259.26
Inj Lös 300 mcg m Nadelschutz Fertspr 1 Stk			17807	737.70	628.29
Inj Lös 500 mcg m Nadelschutz Fertspr 1 Stk			17807	1202.05	1039.95
XARELTO VASCULAR	Bayer (Schweiz) AG	060340			
Filmtabl 2.5 mg Blist 56 Stk			20856	81.20	56.43
Filmtabl 2.5 mg Blist 196 Stk			20856	243.15	197.51
IV.d. Preisänderung nach Patentablauf					
ADVATE	Takeda Pharma AG	060110			
Trockensub 250 IE c Solv 2 ml Durchstf 1 Stk			18009	255.90	209.65
Trockensub 500 IE c Solv 2 ml Durchstf 1 Stk			18009	469.50	418.06
Trockensub 1000 IE c Solv 2 ml Durchstf 1 Stk			18009	897.60	835.71
Trockensub 1500 IE c Solv 2 ml Durchstf 1 Stk			18009	1323.95	1251.65
Trockensub 2000 IE c Solv 5 ml Durchstf 1 Stk			18009	1751.70	1668.96
Trockensub 3000 IE c Solv 5 ml Durchstf 1 Stk			18009	2607.00	2503.41
FINGOLIMOD MEPHA	Mepha Pharma AG	019900			
Kaps 0.500 mg 28 Stk			21184	453.25	380.52
Kaps 0.500 mg 84 Stk			21184	1313.50	1141.57
GILENYA	Novartis Pharma Schweiz AG	019900			
Kaps 0.500 mg 28 Stk			19359	1452.65	1268.41
Kaps 0.500 mg 98 Stk			19359	4796.40	4439.42
RISPERDAL CONSTA	Janssen-Cilag AG	010500			
Inj Susp 25 mg Inj kit 1 Stk			17803	134.85	103.17
Inj Susp 37.500 mg Inj kit 1 Stk			17803	180.75	143.16
Inj Susp 50 mg Inj kit 1 Stk			17803	217.70	175.35

PRÄPARATE / (Wirkstoffe) Packungen	Verantwortliche Firma	Therap. Gruppe	Dossier Nr.	Preis neu	Ex-Fact. neu
V. Limitations-/Indikationsänderungen					
ARANESP	Amgen Switzerland AG	060730			
Inj Lös 10 mcg Fertspr 4 Stk			17807	114.20	85.17
Inj Lös 20 mcg m Nadelschutz Fertspr 4 Stk			17807	210.55	169.11
Inj Lös 30 mcg m Nadelschutz Fertspr 4 Stk			17807	308.25	254.23
Inj Lös 40 mcg m Nadelschutz Fertspr 4 Stk			17807	403.85	337.49
Inj Lös 50 mcg m Nadelschutz Fertspr 4 Stk			17807	501.80	422.82
Inj Lös 60 mcg m Nadelschutz Fertspr 4 Stk			17807	599.15	507.62
Inj Lös 80 mcg m Nadelschutz Fertspr 4 Stk			17807	792.80	676.32
Inj Lös 100 mcg m Nadelschutz Fertspr 4 Stk			17807	984.60	843.40
Inj Lös 150 mcg m Nadelschutz Fertspr 4 Stk			17807	1442.60	1259.26
Inj Lös 300 mcg m Nadelschutz Fertspr 1 Stk			17807	737.70	628.29
Inj Lös 500 mcg m Nadelschutz Fertspr 1 Stk			17807	1202.05	1039.95

Limitation alt:**Renale Anämie bei Niereninsuffizienz.**

Behandlung der symptomatischen Anämie bei erwachsenen Tumorpatienten/innen mit einem Hämoglobinwert von < 10.5 g/dl, bei welchen eine Chemotherapie über eine Mindestdauer von 2 Monaten vorgesehen ist.

Myelodysplastisches Syndrom der Risikogruppen low oder intermediate-1:

Zur Behandlung der Anämie bei Erwachsenen Patienten ohne del (5q) mit geringem Transfusionsbedarf bei myelodysplastischen Syndromen der Risikogruppen low oder intermediate-1 und niedrigen endogenen Erythropoietin-Spiegeln (< 500 mU/ml). Zur Behandlung von Patienten mit bestehender Resistenz gegen oder Unverträglichkeit von Lenalidomid bei Erwachsenen Patienten mit del (5q) mit geringem Transfusionsbedarf bei myelodysplastischen Syndromen der Risikogruppen low oder intermediate-1 und niedrigen endogenen Erythropoietin-Spiegeln (< 500 mU/ml). Falls nach 13 Wochen kein therapeutischer Erfolg eingetreten ist, ist die Behandlung abzubrechen.

Behandlung von Patienten mit del (5q) nur nach vorgängiger Kostengutsprache durch den Krankenversicherer, nach vorheriger Konsultation des Vertrauensarztes Amgen Switzerland AG vergütet im Rahmen der Behandlung von Patienten bei myelodysplastischen Syndromen nach Aufforderung durch denjenigen Krankenversicherer, bei dem die versicherte Person zum Zeitpunkt des Bezugs versichert war, für jede bezogene Packung Aranesp 11.57% 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.

Limitation neu:

10, 20, 30, 40, 50, 60, 80, 100 mcg

Renale Anämie bei Niereninsuffizienz

Behandlung der symptomatischen Anämie bei erwachsenen Tumorpatienten/innen mit einem Hämoglobinwert von < 10.5 g/dl, bei welchen eine Chemotherapie über eine Mindestdauer von 2 Monaten vorgesehen ist.

150, 300 und 500 mcg

Renale Anämie bei Niereninsuffizienz

Behandlung der symptomatischen Anämie bei erwachsenen Tumorpatienten/innen mit einem Hämoglobinwert von < 10.5 g/dl, bei welchen eine Chemotherapie über eine Mindestdauer von 2 Monaten vorgesehen ist.

Befristete Limitation bis 31.05.2024

Myelodysplastisches Syndrom der Risikogruppen low oder intermediate-1:

Zur Behandlung der Anämie bei Erwachsenen Patienten ohne del (5q) mit geringem Transfusionsbedarf bei myelodysplastischen Syndromen der Risikogruppen low oder intermediate-1 und niedrigen endogenen Erythropoietin-Spiegeln (< 500 mU/ml). Zur Behandlung von Patienten mit bestehender Resistenz gegen oder Unverträglichkeit von Lenalidomid bei Erwachsenen Patienten mit del (5q) mit geringem Transfusionsbedarf bei myelodysplastischen Syndromen der Risikogruppen low oder intermediate-1 und niedrigen endogenen Erythropoietin-Spiegeln (< 500 mU/ml). Falls nach 13 Wochen kein therapeutischer Erfolg eingetreten ist, ist die Behandlung abzubrechen.

Behandlung von Patienten mit del (5q) nur nach vorgängiger Kostengutsprache durch den Krankenversicherer, nach vorheriger Konsultation des Vertrauensarztes Amgen Switzerland AG vergütet im Rahmen der Behandlung von Patienten bei myelodysplastischen Syndromen nach Aufforderung durch denjenigen Krankenversicherer, bei dem die versicherte Person zum Zeitpunkt des Bezugs versichert war, für jede bezogene Packung Aranesp 20.55% 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.

PRÄPARATE / (Wirkstoffe) Packungen	Verantwortliche Firma	Therap. Gruppe	Dossier Nr.	Preis neu	Ex-Fact. neu
BENEPALI	Samsung Bioepis CH GmbH	071500			
Inj Lös 50 mg/ml Fertspr 2 Stk			20871	504.30	425.00
Inj Lös 50 mg/ml Fertigpen 2 Stk			20868	504.30	425.00
Inj Lös 50 mg/ml Fertspr 4 Stk			20871	934.80	800.00
Inj Lös 50 mg/ml Fertigpen 4 Stk			20868	934.80	800.00

Limitation alt:

Behandlung der aktiven rheumatoiden Arthritis und Psoriasis Arthritis, wenn die vorausgegangene antirheumatische Standardtherapie mit krankheitsmodifizierenden Antirheumatika (DMARDs) unzulänglich war.

Behandlung des Morbus Bechterew, wenn die vorausgegangene konventionelle Therapie unzulänglich war.

Vorgängige Kostengutsprache durch den Vertrauensarzt des Krankenversicherers.

Behandlung erwachsener Patienten mit schwerer Plaque-Psoriasis, bei denen UVB und PUVA oder eine der folgenden drei systemischen Therapien (Ciclosporin, Methotrexat, Acitretin) keinen therapeutischen Erfolg gezeigt haben. Falls nach 12 Wochen kein therapeutischer Erfolg eingetreten ist, ist die Behandlung abzubrechen. Standarddosierung pro Behandlungszyklus: 1 x 50 mg pro Woche während 24 Wochen. In Ausnahmefällen kann die Dosierung während 12 Wochen auf maximal 2 x 50 mg pro Woche erhöht werden.

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

Limitation neu:

Behandlung der aktiven rheumatoiden Arthritis, der aktiven juvenilen chronischen Arthritis mit polyartikulärem Verlauf bei Patienten und Patientinnen mit Körpergewicht ≥ 62.5 kg und Psoriasis Arthritis, wenn die vorausgegangene antirheumatische Standardtherapie mit krankheitsmodifizierenden Antirheumatika (DMARDs) unzulänglich war.

Behandlung des Morbus Bechterew, wenn die vorausgegangene konventionelle Therapie unzulänglich war.

Vorgängige Kostengutsprache durch den Vertrauensarzt des Krankenversicherers.

Behandlung erwachsener Patienten mit schwerer Plaque-Psoriasis, bei denen UVB und PUVA oder eine der folgenden drei systemischen Therapien (Ciclosporin, Methotrexat, Acitretin) keinen therapeutischen Erfolg gezeigt haben. Falls nach 12 Wochen kein therapeutischer Erfolg eingetreten ist, ist die Behandlung abzubrechen. Standarddosierung pro Behandlungszyklus: 1 x 50 mg pro Woche oder 2 x 25 mg pro Woche während 24 Wochen. In Ausnahmefällen kann die Dosierung während 12 Wochen auf maximal 2 x 50 mg pro Woche erhöht werden.

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

FINGOLIMOD MEPHA	Mepha Pharma AG	019900			
Kaps 0.500 mg 28 Stk			21184	453.25	380.52
Kaps 0.500 mg 84 Stk			21184	1313.50	1141.57

Limitation alt:

Behandlung von schubförmig remittierender multipler Sklerose (MS). Erstverschreibung durch den Facharzt FMH für Neurologie.

Limitation neu:

Behandlung der schubförmig remittierenden multiplen Sklerose (MS) bei Erwachsenen. Erstverschreibung durch den Facharzt FMH für Neurologie.

GAZYVARO	Roche Pharma (Schweiz) AG	071610			
Inj Lös 1000 mg/40ml Durchstf 1 Stk			20248	3462.15	3137.72

Limitation alt:**Chronische lymphatische Leukämie (CLL)**

Nach Kostengutsprache durch den Krankenversicherer nach vorgängiger Konsultation und Genehmigung des Vertrauensarztes in Kombination mit Chlorambucil zur Erstlinientherapie von «unfitten» Patienten mit chronischer lymphatischer Leukämie (CLL) 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.

Follikuläres Lymphom (FL)

Behandlung von Patienten mit bisher unbehandeltem follikulärem Lymphom (FL) in Kombination mit einer Chemotherapie (Bendamustin, CHOP, CVP), gefolgt von Gazyvaro Erhaltungstherapie (Erhaltungstherapie maximal für 2 Jahre).

Behandlung von Patienten mit follikulärem Lymphom (FL), welche während oder nach einer Behandlung mit Rituximab oder einer Rituximab-enthaltenden Therapie nicht auf diese Therapie angesprochen haben oder während bzw. bis zu 6 Monate nach dieser progredient waren. Behandlung in Kombination mit Bendamustin gefolgt von Gazyvaro Erhaltungstherapie (Erhaltungstherapie maximal für 2 Jahre).

Limitation neu:**Chronische lymphatische Leukämie (CLL)**

Nach Kostengutsprache durch den Krankenversicherer nach vorgängiger Konsultation und Genehmigung des Vertrauensarztes in Kombination mit Chlorambucil zur Erstlinientherapie von «unfitten» Patienten mit chronischer lymphatischer Leukämie (CLL) 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.

Befristete Limitation bis 31.08.2021

Follikuläres Lymphom (FL)

Behandlung von Patienten mit bisher unbehandeltem follikulärem Lymphom (FL) in Kombination mit einer Chemotherapie (Bendamustin, CHOP, CVP), gefolgt von Gazyvaro Erhaltungstherapie (Erhaltungstherapie maximal für 2 Jahre).

Behandlung von Patienten mit follikulärem Lymphom (FL), welche während oder nach einer Behandlung mit Rituximab oder einer Rituximab-enthaltenden Therapie nicht auf diese Therapie angesprochen haben oder während bzw. bis zu 6 Monate nach dieser progredient waren. Behandlung in Kombination mit Bendamustin gefolgt von Gazyvaro Erhaltungstherapie (Erhaltungstherapie maximal für 2 Jahre).

PRÄPARATE / (Wirkstoffe) Packungen	Verantwortliche Firma	Therap. Gruppe	Dossier Nr.	Preis neu	Ex-Fact. neu
GILENYA	Novartis Pharma Schweiz AG	019900			
Kaps 0.500 mg 28 Stk			19359	1452.65	1268.41
Kaps 0.500 mg 98 Stk			19359	4796.40	4439.42
Limitation alt: Behandlung von schubförmig remittierender multipler Sklerose (MS). Erstverschreibung durch den Facharzt FMH für Neurologie.					
Limitation neu: Behandlung der schubförmig remittierenden multiplen Sklerose (MS) bei Erwachsenen. Erstverschreibung durch den Facharzt FMH für Neurologie.					
REVLIMID	Celgene GmbH	071610			
Kaps 5 mg 21 Stk			18541	5423.00	5050.71
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
Kaps 2.500 mg 21 Stk			18541	5287.45	4918.50
Kaps 7.500 mg 21 Stk			18541	5558.50	5182.92
Limitation alt: 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 30.11.2021					
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 31.12.2021					
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 31.12.2021					
Kombination REVLIMID, Bortezomib und Dexamethason (ohne Stammzelltransplantation) Nach Kostengutsprache durch den Krankenversicherer nach vorgängiger Konsultation des Vertrauensarztes zur Behandlung von erwachsenen Patienten mit unbehandeltem Myelom, die nicht transplantierbar sind, in Kombination mit Bortezomib und Dexamethason. Die Vergütung für die ersten 24 Monate effektiver Therapie erfolgt zu den aufgeführten SL-Preisen zum Zeitpunkt des Bezugs. Die Celgene GmbH vergütet bei einer Therapiedauer darüber hinaus (ab Monat 25) nach Aufforderung durch denjenigen Krankenversicherer, bei dem die versicherte Person zum Zeitpunkt des Bezugs versichert war, für jede weitere bezogene Packung REVLIMID 50% des Fabrikabgabepreises zurück. Die Forderung einer Rückvergütung nach 24 Monaten durch den Krankenversicherer im Rahmen der Erhaltungstherapie mit REVLIMID nach Kombination von REVLIMID, Bortezomib und Dexamethason (RvD) kann nur dann erfolgen, wenn die Kombination aus RvD nachweislich über 16 Wochen appliziert wurde. Die Mehrwertsteuer kann nicht zusätzlich zu diesem Anteil des Fabrikabgabepreises zurückgefordert werden. Die Rückvergütung gilt für Behandlungen, die ab 1. Januar 2020 initiiert werden. Sobald Generika mit dem Wirkstoff Bortezomib in die Spezialitätenliste aufgenommen werden, ist für die Kombination höchstens das Preisniveau von REVLIMID und einem Bortezomib-Generikum und Dexamethason wirtschaftlich, sofern der Arzt nicht aus medizinischen Gründen ausdrücklich das Originalpräparat verschreibt oder der Apotheker oder die Apothekerin aus medizinischen Gründen eine Substitution ablehnt. Folgender Code ist an den Krankenversicherer zu übermitteln: 18541.06					

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

Befristete Limitation bis 31.05.2021

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 multiplen Myelom, die mindestens eine vorangegangene Therapie erhalten haben, vergütet.

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

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

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

Folgender Code ist an den Krankenversicherer zu übermitteln: 18541.07

Befristete Limitation bis 31.07.2021

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 multiplen 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 multiplen Myelom vergütet, die mindestens eine vorangegangene Therapie erhalten haben und Hochrisikomerkmale (definiert als erhöhtes zytogenetisches Risiko [hohes Risiko für del(17), t(4;14), t(14;16)] oder 1q21] oder ISS-Stadium III) aufweisen, oder die mindestens zwei vorangegangene Therapien erhalten haben.

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

Die Mehrwertsteuer kann nicht zusätzlich zu den 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 multiplen Myelom, die mindestens eine frühere Therapielinie erhalten haben.

Nur bis zur Progression der Krankheit.

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

Folgender Code ist an den Krankenversicherer zu übermitteln: 18541.10

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

Limitation neu:

Zur Behandlung von

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

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

Befristete Limitation bis 30.11.2021

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 31.12.2021

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 31.12.2021

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 31.07.2021

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

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

Befristete Limitation bis 31.05.2023

Kombination REVLIMID, Carfilzomib und Dexamethason

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

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

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

Folgender Code ist an den Krankenversicherer zu übermitteln: 18541.07

Befristete Limitation bis 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
VI. Limitationsänderungen aufgrund der Überprüfung der Aufnahmebedingungen alle drei Jahre von 2020					
ERBITUX	Merck (Schweiz) AG	071610			
Inf Lös 100 mg/20ml Durchstf 20 ml			17996	232.00	187.82
Inf Lös 500 mg/100ml Durchstf 100 ml			17996	1091.40	939.05

Limitation alt:

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

- Zur Behandlung von Patienten mit metastasiertem Kolorektalkarzinom mit nicht-mutiertem Wildtyp-Ras-Gen:
- In Kombination mit FOLFIRI oder FOLFOX
- Als Monotherapie, wenn eine Therapie auf Oxaliplatin- und Irinotecan-Basis versagt hat oder eine Irinotecan-Intoleranz vorliegt.
- In Kombination mit Radiotherapie zur Behandlung von Patienten mit lokal fortgeschrittenem Plattenepithelkarzinom im Kopf-Hals-Bereich.
- In Kombination mit Cisplatin und 5-Fluorouracil zur Behandlung von Patienten mit rezidivierendem und/oder metastasiertem Plattenepithelkarzinom im Kopf-Hals-Bereich.

Limitation neu:

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

Vergütung bei Patienten mit metastasiertem Kolorektalkarzinom mit nicht-mutiertem Wildtyp-Ras-Gen:

- In Kombination mit FOLFIRI oder FOLFOX
- Als Monotherapie, wenn eine Therapie auf Oxaliplatin- und Irinotecan-Basis versagt hat oder eine Irinotecan-Intoleranz vorliegt.

Vergütung bei Patienten mit lokal fortgeschrittenem Plattenepithelkarzinom im Kopf-Hals-Bereich:

- In Kombination mit Radiotherapie.

Vergütung bei Patienten mit rezidivierendem und/oder metastasiertem Plattenepithelkarzinom im Kopf-Hals-Bereich:

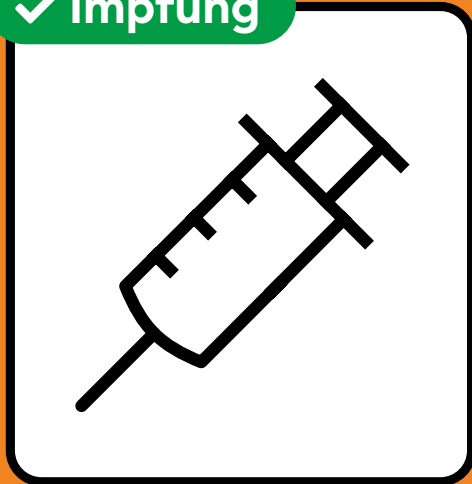
- In Kombination mit bis zu 6 Zyklen Cisplatin und 5-Fluorouracil. Anschliessend wird die Erhaltungstherapie mit Erbitux alleine bis zur Tumorprogression weiter vergütet.

**SO SCHÜTZEN
WIR UNS.**



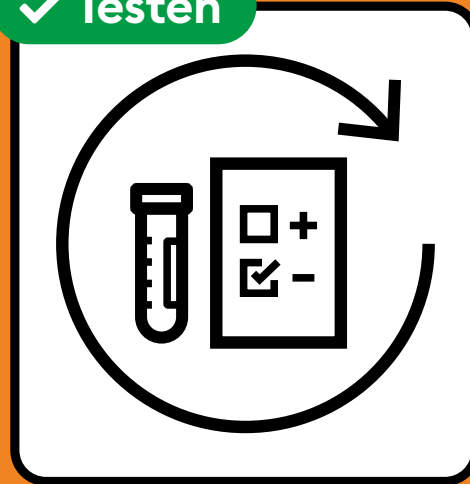
Aktuell besonders wichtig:

✓ **Impfung**



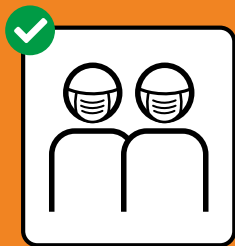
Empfohlen: Covid-19-Impfung.

✓ **Testen**

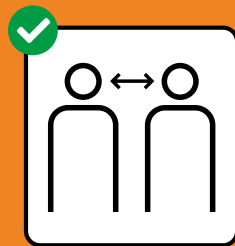


Auch ohne Symptome
regelmässig testen lassen.

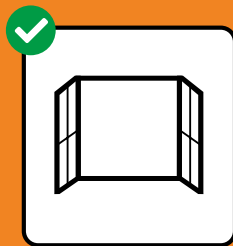
Weiterhin wichtig:



Maske tragen,
wenn Abstand-
halten nicht
möglich ist.



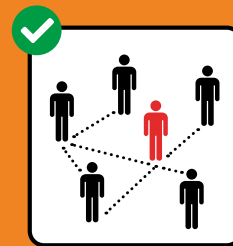
Abstand halten.



Mehrmals täglich
lüften.



Gründlich Hände
waschen und
Händeschütteln
vermeiden.



Zur Rückverfolgung
immer vollständige
Kontaktdaten
angeben.



Bei Symptomen
sofort testen lassen
und zu Hause
bleiben.

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



Achten Sie auf Ihre Work- Test-Balance.

Im Kampf gegen die Pandemie braucht es uns alle: Arbeitnehmende, die sich wiederholt testen. Und Unternehmen, die regelmässiges Testen fördern. Herzlichen Dank für Ihren Beitrag.

**TESTEN
STOPPT
INFEKTIONS-
KETTEN.**



Rezeptsperrung

Swissmedic, Abteilung Betäubungsmittel

Rezeptsperrung

Folgende Rezepte sind gesperrt

Kanton	Block-Nr.	Rezept-Nr.
Bern		9358885
		8943598
Zürich		8688212
		8688179

BAG-Bulletin
BBL, Vertrieb Publikationen
CH-3003 Bern

P.P.

CH-3003 Bern
Post CH AG

BAG-Bulletin

Woche

24/2021