



Schweizerische Eidgenossenschaft  
Confédération suisse  
Confederazione Svizzera  
Confederaziun svizra

Eidgenössisches Departement des Innern EDI  
**Bundesamt für Gesundheit BAG**

Ausgabe vom 17. Juli 2023

# BAG-Bulletin <sup>Woche</sup> 29/2023

Informationsmagazin für medizinische Fachpersonen und Medienschaffende

Spezialitätenliste, S. 8

# Impressum

## **HERAUSGEBER**

Bundesamt für Gesundheit  
CH-3003 Bern (Schweiz)  
[www.bag.admin.ch](http://www.bag.admin.ch)

## **REDAKTION**

Bundesamt für Gesundheit  
CH-3003 Bern  
Telefon 058 463 87 79  
[drucksachen-bulletin@bag.admin.ch](mailto:drucksachen-bulletin@bag.admin.ch)

## **DRUCK**

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

## **ABONNEMENTE, ADRESSÄNDERUNGEN**

BBL, Vertrieb Bundespublikationen  
CH-3003 Bern  
Telefon 058 465 50 00  
Fax 058 465 50 58  
[verkauf.abo@bbl.admin.ch](mailto:verkauf.abo@bbl.admin.ch)

ISSN 1420-4266

## **DISCLAIMER**

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

Abonnieren Sie das Bulletin auch elektronisch unter:  
[www.bag.admin.ch/bag-bulletin](http://www.bag.admin.ch/bag-bulletin)

# Inhalt

Meldungen Infektionskrankheiten	4
Sentinella-Statistik	7
Spezialitätenliste	8
Rezeptsperrung	39

# Meldungen Infektionskrankheiten

## Stand am Ende der 27. Woche (10.07.2023)<sup>a</sup>

<sup>a</sup> 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.

<sup>b</sup> Siehe Influenzaüberwachung im Sentinella-Meldesystem [www.bag.admin.ch/grippebericht](http://www.bag.admin.ch/grippebericht).

<sup>c</sup> Ausgeschlossen sind materno-fötale Röteln.

<sup>d</sup> Bei schwangeren Frauen und Neugeborenen

<sup>e</sup> Primäre, sekundäre bzw. frühläutende Syphilis.

<sup>f</sup> Eingeschlossen sind Fälle von Haut- und Rachendiphtherie.

### Infektionskrankheiten

#### Stand am Ende der 27. Woche (10.07.2023)<sup>a</sup>

	Woche 27			letzte 4 Wochen			letzte 52 Wochen			seit Jahresbeginn		
	2023	2022	2021	2023	2022	2021	2023	2022	2021	2023	2022	2021
<b>Respiratorische Übertragung</b>												
<b>Haemophilus influenzae: invasive Erkrankung</b>	3 1.8	3 1.8	1 0.6	10 1.5	7 1	8 1.2	141 1.6	107 1.2	63 0.7	71 1.6	62 1.4	36 0.8
<b>Influenzavirus-Infektion, saisonale Typen und Subtypen<sup>b</sup></b>	6 3.6	11 6.5		28 4.2	45 6.7	1 0.2	24386 277.8	11790 134.3	68 0.8	12542 275.2	11352 249.1	29 0.6
<b>Legionellose</b>	10 5.9	27 16	18 10.7	54 8	91 13.5	57 8.4	616 7	745 8.5	495 5.6	232 5.1	284 6.2	216 4.7
<b>Masern</b>	1 0.6			5 0.7			32 0.4			31 0.7		
<b>Meningokokken: invasive Erkrankung</b>	1 0.6			4 0.6	1 0.2	1 0.2	31 0.4	10 0.1	9 0.1	20 0.4	6 0.1	4 0.09
<b>Pneumokokken: invasive Erkrankung</b>	6 3.6	8 4.7	6 3.6	42 6.2	44 6.5	34 5	947 10.8	648 7.4	390 4.4	568 12.5	383 8.4	234 5.1
<b>Röteln<sup>c</sup></b>												
<b>Röteln, materno-foetal<sup>d</sup></b>												
<b>Tuberkulose</b>	10 5.9	3 1.8	10 5.9	41 6.1	37 5.5	30 4.4	362 4.1	346 3.9	345 3.9	204 4.5	195 4.3	199 4.4
<b>Faeco-orale Übertragung</b>												
<b>Campylobacteriose</b>	113 66.9	249 147.5	218 129.1	548 81.2	880 130.3	705 104.4	6871 78.3	7451 84.9	6294 71.7	2725 59.8	3497 76.7	2785 61.1
<b>Enterohämorrhagische E. coli-Infektion</b>	31 18.4	40 23.7	22 13	105 15.6	134 19.8	79 11.7	1196 13.6	1108 12.6	737 8.4	489 10.7	489 10.7	327 7.2
<b>Hepatitis A</b>			1 0.6	6 0.9	1 0.2	3 0.4	61 0.7	46 0.5	48 0.6	39 0.9	25 0.6	28 0.6
<b>Hepatitis E</b>	2 1.2			5 0.7	1 0.2	2 0.3	80 0.9	79 0.9	153 1.7	42 0.9	37 0.8	126 2.8
<b>Listeriose</b>	3 1.8	7 4.2	1 0.6	6 0.9	17 2.5	1 0.2	76 0.9	62 0.7	33 0.4	39 0.9	41 0.9	12 0.3
<b>Salmonellose, S. typhi/paratyphi</b>				2 0.3			18 0.2	6 0.07	1 0.01	11 0.2	4 0.09	
<b>Salmonellose, übrige</b>	41 24.3	49 29	28 16.6	120 17.8	167 24.7	125 18.5	1833 20.9	1625 18.5	1336 15.2	657 14.4	656 14.4	524 11.5
<b>Shigellose</b>	2 1.2	2 1.2	1 0.6	10 1.5	12 1.8	6 0.9	198 2.3	150 1.7	35 0.4	80 1.8	74 1.6	22 0.5

	Woche 27			letzte 4 Wochen			letzte 52 Wochen			seit Jahresbeginn		
	2023	2022	2021	2023	2022	2021	2023	2022	2021	2023	2022	2021
<b>Durch Blut oder sexuell übertragen</b>												
Aids			3 1.8	3 0.4	6 0.9	7 1	40 0.5	43 0.5	51 0.6	20 0.4	22 0.5	28 0.6
Chlamydiose	116 68.7	267 158.2	243 144	909 134.6	1050 155.5	870 128.8	12890 146.8	12489 142.3	11628 132.5	6587 144.5	6521 143.1	6213 136.3
Gonorrhoe	126 74.6	103 61	95 56.3	513 76	436 64.6	293 43.4	5323 60.6	4959 56.5	3642 41.5	2895 63.5	2703 59.3	1831 40.2
Hepatitis B, akut			1 0.6		1 0.2	3 0.4	10 0.1	15 0.2	18 0.2	4 0.09	8 0.2	9 0.2
Hepatitis B, total Meldungen	20	17	27	108	84	91	1162	1086	988	650	627	567
Hepatitis C, akut		2 1.2		1 0.2	2 0.3		4 0.05	12 0.1	17 0.2	2 0.04	6 0.1	7 0.2
Hepatitis C, total Meldungen	24	18	22	119	87	77	1122	980	975	586	537	516
HIV-Infektion	6 3.6	6 3.6	7 4.2	41 6.1	26 3.8	20 3	346 3.9	343 3.9	297 3.4	174 3.8	179 3.9	164 3.6
Syphilis, Frühstadien*	10 5.9	19 11.3	15 8.9	46 6.8	64 9.5	71 10.5	764 8.7	729 8.3	639 7.3	366 8	404 8.9	378 8.3
Syphilis, total	11 6.5	22 13	19 11.3	63 9.3	86 12.7	87 12.9	995 11.3	999 11.4	862 9.8	495 10.9	555 12.2	498 10.9
<b>Zoonosen und andere durch Vektoren übertragbare Krankheiten</b>												
Brucellose		2 1.2		1 0.2	2 0.3		8 0.09	7 0.08	3 0.03	4 0.09	2 0.04	1 0.02
Chikungunya-Fieber			1 0.6	3 0.4	1 0.2	1 0.2	15 0.2	5 0.06	3 0.03	12 0.3	2 0.04	3 0.07
Dengue-Fieber	2 1.2			8 1.2	7 1	1 0.2	154 1.8	50 0.6	14 0.2	80 1.8	33 0.7	9 0.2
<b>Gelbfieber</b>												
Hantavirus-Infektion						1 0.2		5 0.06	1 0.01			1 0.02
Malaria	13 7.7	10 5.9	6 3.6	37 5.5	25 3.7	19 2.8	331 3.8	311 3.5	154 1.8	181 4	165 3.6	106 2.3
Q-Fieber		3 1.8	3 1.8	3 0.4	7 1	8 1.2	111 1.3	89 1	74 0.8	55 1.2	35 0.8	54 1.2
Trichinellose							2 0.02	3 0.03	2 0.02	1 0.02	3 0.07	1 0.02
Tularämie		2 1.2	9 5.3	4 0.6	19 2.8	24 3.6	97 1.1	188 2.1	166 1.9	27 0.6	52 1.1	104 2.3
West-Nil-Fieber									1 0.01			
Zeckenzephalitis	16 9.5	23 13.6	19 11.3	59 8.7	109 16.1	74 11	330 3.8	334 3.8	346 3.9	124 2.7	182 4	133 2.9
Zika-Virus-Infektion							1 0.01			1 0.02		
<b>Andere Meldungen</b>												
Affenpocken		48 28.4			148 21.9		377 4.3	177 2		3 0.07	177 3.9	
Botulismus							2 0.02	1 0.01	1 0.01	2 0.04	1 0.02	1 0.02
Creutzfeldt-Jakob-Krankheit					1 0.2	7 1	25 0.3	27 0.3	26 0.3	16 0.4	14 0.3	15 0.3
Diphtherie <sup>f</sup>						1 0.2	100 1.1	4 0.05	3 0.03	8 0.2	2 0.04	2 0.04
<b>Tetanus</b>												

# Gesunde neue Arbeitswelt?

Nationale BGM-Tagung  
20. September 2023  
Kursaal Bern  
[www.bgm-tagung.ch](http://www.bgm-tagung.ch)



## Veranstalterin



Gesundheitsförderung Schweiz  
Promotion Santé Suisse  
Promozione Salute Svizzera

## Kooperationspartnerschaften

# suva



Schweizerische Eidgenossenschaft  
Confédération suisse  
Confederazione Svizzera  
Confederaziun svizra

Eidgenössisches Departement für  
Wirtschaft, Bildung und Forschung WBF  
Staatssekretariat für Wirtschaft SECO

# Sentinella-Statistik

Provisorische Daten

Sentinella:

Anzahl Meldungen (N) der letzten 4 Wochen bis am 7.7.2023 und Inzidenz pro 1000 Konsultationen (N/10<sup>3</sup>)  
Freiwillige Erhebung bei Hausärztinnen und Hausärzten (Allgemeinpraktiker, Internisten und Pädiater)

Woche	24		25		26		27		Mittel 4 Wochen	
	N	N/10 <sup>3</sup>	N	N/10 <sup>3</sup>	N	N/10 <sup>3</sup>	N	N/10 <sup>3</sup>	N	N/10 <sup>3</sup>
Mumps	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Pertussis	0	0	1	0.1	0	0	0	0	0.3	0
Zeckenstiche	25	2	16	1.4	12	1.1	10	1.1	15.8	1.4
Lyme Borreliose	19	1.5	10	0.9	14	1.3	12	1.3	13.8	1.3
Herpes Zoster	5	0.4	6	0.5	7	0.7	5	0.5	5.8	0.5
Post-Zoster-Neuralgie	0	0	1	0.1	1	0.1	7	0.8	2.3	0.3
Meldende Ärzte	160		148		142		124		143.5	

# Spezialitätenliste:

Die Spezialitätenliste ist im Internet zu finden unter: [www.spezialitätenliste.ch](http://www.spezialitätenliste.ch)

[ ] Der dem verfügbaren Publikumspreis zugrunde liegende Fabrikabgabepreis

**Gültig ab 1. Juli 2023**

Therap. Gruppe	Dossier Nr.	PRÄPARATE/ (Wirkstoffe) Packungen	Verantwortliche Firma	SHI-Nr.	Aufnahmejahr
<b>I. Neuzugang Präparate</b>					
06.01.10		<b>OBIZUR</b> (Susoctocogum alfa)	Takeda Pharma AG		
	20683	Trockensub 500 E c Solv Durchstf 1 Stk Fr. 1297.60 (1225.95)		65874004	01.07.2023, B
<p>Preisberechnung für Blutpräparate aufgrund des Fabrikabgabepreises zuzüglich einer Fixmarge wegen der speziellen Verteilersituation (praktisch kein Zwischenhandel) von Fr. 40.- zuzüglich MWST. Diese Berechnung gilt nicht für die Humanalbumine.</p> <p>Befristete Limitation bis 30.06.2025</p> <p>Susoctocogum alfa ist indiziert für die Behandlung von Blutungsepisoden bei erwachsenen Patienten mit erworbener Hämophilie, die durch Antikörper gegen den Faktor VIII verursacht wird.</p> <p>Susoctocogum alfa ist für die Behandlung angeborener Hämophilie A nicht indiziert.</p> <p>Die Diagnosestellung und die Behandlung mit Susoctocogum alfa darf nur an spezialisierten universitären Zentren erfolgen, die die FVIII Aktivität bestimmen können. Die Indikationsstellung, die Verordnung und die Verlaufskontrolle von Susoctocogum alfa darf ausschliesslich durch eine Fachärztin / einen Facharzt für Hämatologie, mit Erfahrung in der Behandlung der erworbenen Hämophilie, erfolgen.</p> <p>Wird nach der zweiten Susoctocogum alfa-Gabe keine Faktor VIII-Aktivität von mindestens 50 % erreicht, wird eine Weiterführung der Therapie mit Susoctocogum alfa nicht vergütet und die Therapie soll abgebrochen werden.</p> <p>Die Takeda Pharma AG erstattet dem Krankenversicherer, bei dem die versicherte Person zum Zeitpunkt des Bezugs versichert war, auf dessen erste Aufforderung hin auf jede bezogene und für die Behandlung verwendete Durchstechflasche Susoctocogum alfa einen festgelegten Anteil des Fabrikabgabepreises pro Durchstechflasche zurück. Die Takeda Pharma AG 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.</p> <p>Darüber hinaus vergütet die Takeda Pharma AG dem Krankenversicherer, bei dem die versicherte Person zum Zeitpunkt des Bezugs versichert war, einen zusätzlich festgelegten Anteil des Fabrikabgabepreises pro Durchstechflasche für diejenige pro Behandlung verabreichte Menge an Susoctocogum alfa zurück, die eine festgelegte Menge an IE pro Behandlung übersteigt. Sie gibt dem Krankenversicherer den Schwellenwert (die Menge an IE pro Behandlung) sowie den festgelegten Betrag pro Durchstechflasche bekannt. Die Mehrwertsteuer kann nicht zusätzlich zu diesen Rückerstattungen zurückgefordert werden.</p>					
07.10.40		<b>LIXIM PATCH</b> (Etofenamatum)	Drossapharm AG		
	21513	Pfl 70 mg Btl 7 Stk Fr. 24.30 (13.17)		67494002	01.07.2023, D
<p>LIXIM PATCH wird vergütet zur kurzzeitigen symptomatischen Behandlung von akuten, unkomplizierten Distorsionen des Sprunggelenks bei Erwachsenen. Pro Unfallereignis wird eine Packung vergütet.</p>					
07.12 G		<b>EZETIMIB-SIMVASTATIN-MEPHA TEVA</b> (Simvastatinum, Ezetimibum)	Mepha Pharma AG		
	21642	Tabl 10/10 mg Blist 28 Stk Fr. 26.80 (12.62)		67074010	01.07.2023, B
	21642	Tabl 10/10 mg Blist 98 Stk Fr. 66.95 (44.04)		67074011	01.07.2023, B
	21642	Tabl 10/20 mg Blist 28 Stk Fr. 28.60 (14.22)		67074012	01.07.2023, B
	21642	Tabl 10/20 mg Blist 98 Stk Fr. 73.40 (49.63)		67074013	01.07.2023, B
	21642	Tabl 10/40 mg Blist 28 Stk Fr. 35.40 (16.56)		67074014	01.07.2023, B
	21642	Tabl 10/40 mg Blist 100 Stk Fr. 83.35 (58.34)		67074015	01.07.2023, B
	21642	Tabl 10/80 mg Blist 28 Stk Fr. 39.45 (20.06)		67074016	01.07.2023, B
	21642	Tabl 10/80 mg Blist 100 Stk Fr. 98.60 (71.59)		67074017	01.07.2023, B



Therap. Gruppe	Dossier Nr.	PRÄPARATE/ (Wirkstoffe) Packungen	Verantwortliche Firma	SHI-Nr.	Aufnahmejahr
<p>Die Vergütung erfolgt bei bereits auf Ezetimib-Simvastatin-Mepha Teva eingestellte Patienten.</p> <p>Die Vergütung einer neuverschriebenen Ezetimib-Simvastatin-Mepha Teva-Therapie ist zudem möglich bei:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Patienten mit hohem Risiko gemäss AGLA-Risikokategorie, die Atorvastatin und Rosuvastatin nicht vertragen und den LDL-Zielwert &lt; 1.8mmol/l und eine LDL-Senkung um 50 % mit Simvastatin in maximal verträglicher Dosis alleine nicht erreichen.</li> <li>- Patienten mit sehr hohem Risiko gemäss AGLA-Risikokategorie, die Atorvastatin und Rosuvastatin nicht vertragen und den LDL-Zielwert &lt; 1.4mmol/l und eine LDL-Senkung um 50 % mit Simvastatin in maximal verträglicher Dosis alleine nicht erreichen.</li> <li>- Patienten mit Statin-Intoleranz, d.h. Patienten, die bei Einnahme eines Statins nicht tolerierbare Muskelschmerzen und/oder messbare Muskelschwäche und/oder eine Erhöhung der Creatinkinase &gt; 5× des oberen Grenzwertes aufweisen. Vor der Verschreibung von Ezetimib ist ein anderes Statin und, sofern dies nicht vertragen wird, Atorvastatin oder Rosuvastatin 5–10mg 1–2× pro Woche auszuprobieren.</li> </ul>					
07.16.10 G		<b>CABAZITAXEL SANDOZ</b> (Cabazitaxelum)	Sandoz Pharmaceuticals AG		
	21628	Inf Lös 60mg/6ml Durchstf 1 Stk Fr. 2960.05 (2647.85)		67542004	01.07.2023, A
<p>In Kombination mit Prednison bzw. Prednisolon zur Behandlung des metastasierten kastrationsresistenten Prostatakarzinoms (mCRPC) bei Patienten, die zuvor mit Docetaxel chemotherapeutisch behandelt wurden, falls diese Patienten nicht auf Docetaxel angesprochen haben oder bei denen das Karzinom eine Progression innerhalb von 6 Monaten nach Ende der Therapie mit Docetaxel gezeigt hat.</p> <p>Die Vergütung der Behandlung bedarf der Kostengutsprache durch den Krankenversicherer nach vorgängiger Konsultation des Vertrauensarztes. Es sind maximal 10 Zyklen zu vergüten.</p> <p>Bei Abbruch der Therapie vor Beginn des 2. Zyklus mit Cabazitaxel Sandoz werden von der Firma Sandoz Pharmaceuticals AG auf Antrag des Versicherers die Kosten für die während des 1. Zyklus verabreichte Dosis von Cabazitaxel Sandoz im Publikumspreis dem Kostenträger vergütet.</p>					
07.16.10		<b>SARCLISA</b> (Isatuximabum)	Sanofi-Aventis (Suisse) SA		
	21099	Inf Konz 100mg/5ml Durchstf 5ml Fr. 595.40 (504.35)		67525001	01.07.2023, A
	21099	Inf Konz 500mg/25ml Durchstf 25ml Fr. 2827.25 (2521.75)		67525003	01.07.2023, A
<p>Befristete Limitation bis 31.08.2025</p> <p><b>SARCLISA in Kombination mit Pomalidomid und Dexamethason</b></p> <p>Nach Kostengutsprache durch den Krankenversicherer nach vorgängiger Konsultation des Vertrauensarztes.</p> <p>SARCLISA wird vergütet in Kombination mit Pomalidomid und Dexamethason zur Behandlung des rezidivierten und refraktären multiplen Myeloms bei erwachsenen Patienten, die bereits mindestens zwei vorangegangene Therapielinien erhalten haben, darunter Lenalidomid und ein Proteasom-Inhibitor, und bei denen unter der letzten Therapie eine Krankheitsprogression eingetreten ist.</p> <p>Falls es zu einer Progression der Krankheit kommt oder inakzeptable Toxizitätserscheinungen auftreten, muss die Behandlung abgebrochen werden.</p> <p>Die Zulassungsinhaberin erstattet dem Krankenversicherer, bei dem die versicherte Person zum Zeitpunkt des Bezugs versichert war, auf dessen erste Aufforderung hin für jede bezogene Packung SARCLISA 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.</p> <p>Folgender Code ist an den Krankenversicherer zu übermitteln: 21099.01</p>					
11.07.10		<b>AZYTER</b> (Azithromycinum dihydricum)	Théa PHARMA SA		
	21598	Gtt Opht 15mg/g 6 Unidos 0.25g Fr. 15.70 (6.52)		68519001	01.07.2023, A
07.99.00		<b>SAPROPTERIN DIPHARMA</b>	Dipharma SA		
	21578	Disp Tabl 100mg Fl 30 Stk Fr. 993.55 (851.18)		68224001	01.07.2023
	21578	Disp Tabl 100mg Fl 120 Stk Fr. 3107.70 (2791.88)		68224002	01.07.2023
	21559	Plv 100mg Btl 30 Stk Fr. 944.70 (808.62)		67735001	01.07.2023
	21559	Plv 500mg Btl 30 Stk Fr. 3299.65 (2979.15)		67735002	01.07.2023
<p>Bei angeborenen und nachgewiesenen BH4-Synthesedefekten (auch bekannt als atypische Phenylketonurie). Zudem bei Patienten mit Phenylketonurie, die voll auf SAPROPTERIN DIPHARMA ansprechen müssen, d.h. sog. full responders sind.</p>					

Therap. Gruppe	Dossier Nr.	PRÄPARATE/ (Wirkstoffe) Packungen	Verantwortliche Firma	SHI-Nr.	Aufnahmejahr
<b>II. Andere Packungen und Dosierungen</b>					
02.07.20		<b>LODOZ 2.5</b> (Bisoprololi fumaras (2:1), Hydrochlorothiazidum)	Merck (Schweiz) AG		
	17899	Filmtabl 2.5/6.25 mg Blist 90 Stk Fr. 20.55 (10.75)		56222002	01.07.2023, B
02.07.20		<b>LODOZ 5</b> (Bisoprololi fumaras (2:1), Hydrochlorothiazidum)	Merck (Schweiz) AG		
	17899	Filmtabl 5/6.25 mg Blist 90 Stk Fr. 28.05 (13.72)		56222004	01.07.2023, B
02.07.20		<b>LODOZ 10</b> (Bisoprololi fumaras (2:1), Hydrochlorothiazidum)	Merck (Schweiz) AG		
	17899	Filmtabl 10/6.25 mg Blist 90 Stk Fr. 44.45 (24.45)		56222006	01.07.2023, B
07.06.20 6		<b>METFORMIN ZENTIVA</b> (Metformini hydrochloridum)	Helvepharm AG		
	19140	Filmtabl 850 mg 90 Stk Fr. 9.25 (4.48)		60232013	01.07.2023, B
11.08.20 6		<b>LACRI-VISION</b> (Natrii hyaluronas)	OmniVision AG		
	20869	Augengel 90 Tagesdosen 0.65 ml Fr. 43.40 (23.51)		66942003	01.07.2023, B

Therap. Gruppe	Dossier Nr.	PRÄPARATE/ (Wirkstoffe) Packungen	Verantwortliche Firma	SHI-Nr.	Datum der Streichung
<b>III. Neu gestrichene Präparate/Packungen</b>					
01.01.30		<b>TRAMACTIL UNO</b> (Tramadoli hydrochloridum)	Gebro Pharma AG		
	19165	Ret Tabl 100mg 5 Stk Fr. 6.35 (1.96)		58254001	01.07.2023, A
	19165	Ret Tabl 100mg 15 Stk Fr. 9.85 (4.99)		58254002	01.07.2023, A
	19165	Ret Tabl 100mg 30 Stk Fr. 18.85 (9.28)		58254003	01.07.2023, A
	19165	Ret Tabl 200mg 5 Stk Fr. 7.80 (3.21)		58254004	01.07.2023, A
	19165	Ret Tabl 200mg 15 Stk Fr. 17.60 (8.18)		58254005	01.07.2023, A
	19165	Ret Tabl 200mg 30 Stk Fr. 33.85 (15.21)		58254006	01.07.2023, A
	19165	Ret Tabl 300mg 5 Stk Fr. 9.20 (4.46)		58254007	01.07.2023, A
	19165	Ret Tabl 300mg 15 Stk Fr. 25.35 (11.38)		58254008	01.07.2023, A
	19165	Ret Tabl 300mg 30 Stk Fr. 40.65 (21.14)		58254009	01.07.2023, A
01.06 0		<b>CIPRALEX</b> (Escitalopramum)	Lundbeck (Schweiz) AG		
	17753	Filmtabl 10mg 5 × 10 Stk Fr. 55.45 (34.00)		55961028	01.07.2023, B
	17753	Filmtabl 20mg 5 × 10 Stk Fr. 90.90 (64.88)		55961029	01.07.2023, B
02.06.10 G		<b>DILTIAZEM-MEPHA R</b> (Diltiazemi hydrochloridum)	Mepha Pharma AG		
	15664	Opticaps 90mg 20 Stk Fr. 7.55 (3.02)		50167001	01.07.2023, B
	15664	Opticaps 90mg 100 Stk Fr. 26.80 (12.65)		50167002	01.07.2023, B
02.07.10 G		<b>CARVEDILOL SPIRIG HC</b> (Carvedilolum)	Spirig HealthCare AG		
	18461	Tabl 12.5mg 100 Stk Fr. 36.75 (17.71)		57623014	01.07.2023, B
02.07.10 G		<b>OLMESARTAN-MEPHA</b> (Olmesartani medoxomilum)	Mepha Pharma AG		
	20618	Filmtabl 10mg 28 Stk Fr. 25.00 (11.07)		65987001	01.07.2023, B
	20618	Filmtabl 10mg 98 Stk Fr. 54.25 (32.95)		65987002	01.07.2023, B
	20618	Filmtabl 20mg 28 Stk Fr. 27.55 (13.30)		65987003	01.07.2023, B
	20618	Filmtabl 20mg 98 Stk Fr. 61.80 (39.55)		65987004	01.07.2023, B
	20618	Filmtabl 40mg 28 Stk Fr. 35.90 (16.97)		65987005	01.07.2023, B
	20618	Filmtabl 40mg 98 Stk Fr. 74.35 (50.46)		65987006	01.07.2023, B
02.07.20 G		<b>LOSARTAN HCT AXAPHARM</b> (Losartanum kalicum, Hydrochlorothiazidum)	Axapharm AG		
	20078	Filmtabl 50/12.5mg 28 Stk Fr. 19.90 (10.19)		62109001	01.07.2023, B
	20078	Filmtabl 50/12.5mg 98 Stk Fr. 54.25 (32.97)		62109002	01.07.2023, B
	20078	Filmtabl 100/12.5mg 28 Stk Fr. 26.90 (12.72)		62109003	01.07.2023, B
	20078	Filmtabl 100/12.5mg 98 Stk Fr. 67.35 (44.40)		62109004	01.07.2023, B
	20078	Filmtabl 100/25mg 28 Stk Fr. 26.90 (12.72)		62109005	01.07.2023, B
	20078	Filmtabl 100/25mg 98 Stk Fr. 67.35 (44.40)		62109006	01.07.2023, B
04.99 G		<b>ESOMEPRAZOL SPIRIG HC</b> (Esomeprazolium)	Spirig HealthCare AG		
	20418	Filmtabl 20mg Ds 100 Stk Fr. 51.20 (30.30)		65828005	01.07.2023, B
	20418	Filmtabl 40mg Ds 100 Stk Fr. 58.75 (36.90)		65828010	01.07.2023, B

Therap. Gruppe	Dossier Nr.	PRÄPARATE/ (Wirkstoffe) Packungen	Verantwortliche Firma	SHI-Nr.	Datum der Streichung
04.99 G		<b>ESOPRAX</b> (Esomeprazolium)	Drossapharm AG		
	20800	Filmtabl 20mg 10 Stk Fr. 8.65 (3.96)		66321015	01.07.2023, B
	20800	Filmtabl 20mg 14 Stk Fr. 14.55 (5.54)		66321001	01.07.2023, B
	20800	Filmtabl 20mg 30 Stk Fr. 24.95 (11.00)		66321009	01.07.2023, B
	20800	Filmtabl 20mg 60 Stk Fr. 38.10 (18.90)		66321010	01.07.2023, B
	20800	Filmtabl 20mg 100 Stk Fr. 51.20 (30.30)		66321011	01.07.2023, B
	20800	Filmtabl 40mg 10 Stk Fr. 9.15 (4.39)		66321016	01.07.2023, B
	20800	Filmtabl 40mg 14 Stk Fr. 15.25 (6.14)		66321005	01.07.2023, B
	20800	Filmtabl 40mg 30 Stk Fr. 25.15 (11.20)		66321012	01.07.2023, B
	20800	Filmtabl 40mg 60 Stk Fr. 40.40 (20.90)		66321013	01.07.2023, B
	20800	Filmtabl 40mg 100 Stk Fr. 58.75 (36.90)		66321014	01.07.2023, B
07.16.10 G		<b>DOCETAXEL FRESENIUS</b> (Docetaxelum)	Fresenius Kabi (Schweiz) AG		
	20048	Inf Konz 120mg/6ml Durchstf 1 Stk. Fr. 455.10 (382.13)		62537002	01.07.2023, A
07.16.10 G		<b>TOPOTECAN LABATEC</b> (Topotecanum)	Labatec Pharma SA		
	20206	Trockensub 1 mg Durchstf 1 Stk Fr. 97.20 (70.40)		65085005	01.07.2023, A
	20206	Trockensub 4 mg Durchstf 1 Stk Fr. 304.45 (250.90)		65085007	01.07.2023, A
	20206	Trockensub 4 mg Durchstf 5 Stk Fr. 1431.60 (1249.25)		65085008	01.07.2023, A
08.01.90 G		<b>LINEZOLID MYLAN</b> (Linezolidum)	Mylan Pharma GmbH		
	20884	Filmtabl 600mg Blist 10 Stk Fr. 459.30 (385.82)		65187001	01.07.2023, A
16.00		<b>SORBISTERIT</b> (Calcii polystyrenulfonas)	Fresenius Medical Care (Schweiz) AG		
	13166	Plv mit Löffel 500 g Fr. 57.15 (35.50)		37687030	01.07.2023, B

PRÄPARATE / (Wirkstoffe) Packungen	Verantwortliche Firma	Therap. Gruppe	Dossier Nr.	Preis neu	Ex-Fact. neu
<b>IV. Preissenkungen</b>					
<b>IV.a. Preisänderung nach 1 Jahr SL-Aufnahme</b>					
<b>DOPTELET</b>	Swedish Orphan Biovitrum AG	069900			
Filmtabl 20mg Blist 10 Stk			21239	816.60	697.03
Filmtabl 20mg Blist 15 Stk			21239	1208.20	1045.55
Filmtabl 20mg Blist 30 Stk			21239	2354.90	2091.09
<b>JEMPERLI</b>	GlaxoSmithKline AG	071610			
Inf Konz 500 mg/10ml Amp 10ml			21373	5480.25	5106.58
<b>IV.b. Preisänderung nach 3-jährlicher Überprüfung der Aufnahmebedingungen</b>					
<b>ANTRAMUPS</b>	CPS Cito Pharma Services GmbH	049900			
Tabl 10mg 14 Stk			17059	9.80	4.96
Tabl 10mg 28 Stk			17059	18.25	8.74
Tabl 10mg 56 Stk			17059	36.35	17.36
Tabl 10mg 100 Stk			17059	52.85	31.76
Tabl 20mg 14 Stk			17059	17.50	8.08
Tabl 20mg 28 Stk			17059	34.20	15.51
Tabl 20mg 56 Stk			17059	51.35	30.46
Tabl 20mg 100 Stk			17059	78.90	54.44
Tabl 40mg 28 Stk			17059	48.65	28.08
<b>BIKTARVY</b>	Gilead Sciences Switzerland Sàrl	080300			
Filmtabl 50/200/25mg Fl 30 Stk			20840	1164.40	1005.60
Filmtabl 50/200/25mg Blist 30 Stk			20840	1164.40	1005.60
<b>CESENTRI</b>	ViiV Healthcare GmbH	089900			
Filmtabl 150mg 60 Stk			18724	921.15	788.10
Filmtabl 300mg 60 Stk			18724	921.15	788.10
<b>DIFLUCAN</b>	Pfizer AG	080600			
Kaps 50mg 28 Stk			15732	68.35	45.24
<b>FLUCAZOL</b>	Bailleul (Suisse) SA	080600			
Kaps 50mg 28 Stk			18120	62.35	40.04
Kaps 200mg 7 Stk			18120	56.65	35.04
<b>FLUCODERM</b>	Dermapharm AG	080600			
Kaps 50mg 28 Stk			18813	63.10	40.68
Kaps 100mg 7 Stk			18813	36.85	17.80
Kaps 100mg 14 Stk			18813	57.25	35.60
<b>FLUCONAX</b>	Drossapharm AG	080600			
Kaps 50mg 28 Stk			18203	65.80	43.04
Kaps 200mg 7 Stk			18203	59.65	37.66
<b>FLUCONAZOL AXAPHARM</b>	Axapharm AG	080600			
Kaps 50mg 28 Stk			19037	65.85	43.08
Kaps 200mg 7 Stk			19037	59.25	37.31
<b>FLUCONAZOL PFIZER</b>	Pfizer AG	080600			
Kaps 50mg 28 Stk			19407	62.35	40.04
Kaps 200mg 7 Stk			19407	56.65	35.04
<b>FLUCONAZOL SANDOZ ECO</b>	Sandoz Pharmaceuticals AG	080600			
Kaps 50mg 28 Stk			18049	62.35	40.04
Kaps 200mg 7 Stk			18049	56.65	35.04
<b>FLUCONAZOL ZENTIVA</b>	Helvepharm AG	080600			
Kaps 50mg Blist 28 Stk			18049	65.80	43.04
Kaps 200mg Blist 7 Stk			18049	59.65	37.66
<b>FLUCONAZOL-MEPHA 200 N</b>	Mepha Pharma AG	080600			
Kaps 200mg 7 Stk			18712	56.65	35.04

PRÄPARATE / (Wirkstoffe) Packungen	Verantwortliche Firma	Therap. Gruppe	Dossier Nr.	Preis neu	Ex-Fact. neu
<b>FLUCONAZOL-MEPHA 50 N</b> Kaps 50mg 28 Stk	Mepha Pharma AG	080600	18712	62.35	40.04
<b>FLUCONAZOL-MEPHA TEVA</b> Kaps 50mg Blist 28 Stk Kaps 200mg Blist 7 Stk	Mepha Pharma AG	080600	21584 21584	62.35 56.65	40.04 35.04
<b>INLYTA</b> Filmtabl 1 mg 28 Stk Filmtabl 1 mg 56 Stk Filmtabl 3 mg 28 Stk Filmtabl 5 mg 28 Stk Filmtabl 5 mg 56 Stk Filmtabl 7 mg 28 Stk	Pfizer AG	071610	19860 19860 19860 19860 19860 19860	465.00 913.60 1347.25 2204.40 4251.45 3049.85	390.77 781.55 1172.33 1953.88 3907.77 2735.44
<b>MAGNESIOCARD 10</b> Gran 10 mmol Orange 20 Btl 4g Gran 10 mmol Grapefruit 20 Btl 4g Gran 10 mmol Grapefruit 50 Btl 4g Gran 10 mmol Orange 50 Btl 4g	Biomed AG	070210	16543 16543 16543 16543	16.90 16.90 36.30 36.30	7.57 7.57 17.32 17.32
<b>MAGNESIOCARD 2.5</b> Filmtabl 2.5 mmol 100 Stk	Biomed AG	070210	21570	25.60	11.59
<b>MAGNESIOCARD 5</b> Gran 5 mmol Orange (alt) 20 Btl 5g Gran 5 mmol Citron Btl 20 Stk Gran 5 mmol Citron Btl 50 Stk Gran 5 mmol Orange (alt) 50 Btl 5g	Biomed AG	070210	14664 14664 14664 14664	9.45 9.45 25.60 25.60	4.64 4.64 11.59 11.59
<b>MAGNESIOCARD 7.5</b> Brausetabl 7.5 mmol 20 Stk Brausetabl 7.5 mmol 60 Stk	Biomed AG	070210	16143 16143	15.65 38.75	6.50 19.48
<b>NEXIUM MUPS 20</b> Tabl 20 mg 14 Stk Tabl 20 mg 28 Stk Tabl 20 mg 56 Stk Tabl 20 mg 98 Stk	Grünenthal Pharma AG	049900	17634 17634 17634 17634	18.95 37.60 53.75 80.25	9.36 18.48 32.54 55.62
<b>NEXIUM MUPS 40</b> Tabl 40 mg 14 Stk Tabl 40 mg 28 Stk Tabl 40 mg 56 Stk Tabl 40 mg 98 Stk	Grünenthal Pharma AG	049900	17634 17634 17634 17634	20.25 39.70 61.85 95.00	10.50 20.30 39.57 68.47
<b>NULOJIX</b> Trockensub 250mg Durchstf 1 Stk Trockensub 250mg 2 Durchstf 1 Stk	Bristol-Myers Squibb SA	071500	19772 19772	501.00 985.55	422.11 844.22
<b>OMEPRAX</b> Filmtabl 10 mg 14 Stk Filmtabl 10 mg 28 Stk Filmtabl 10 mg 56 Stk Filmtabl 10 mg 98 Stk Filmtabl 20 mg 7 Stk Filmtabl 20 mg 14 Stk Filmtabl 20 mg 28 Stk Filmtabl 20 mg 56 Stk Filmtabl 20 mg 98 Stk Filmtabl 40 mg 7 Stk Filmtabl 40 mg 28 Stk Filmtabl 40 mg 56 Stk	Drossapharm AG	049900	18415 18415 18415 18415 18415 18415 18415 18415 18415 18415 18415 18415	9.75 17.65 35.65 42.30 8.80 14.95 27.10 47.35 62.35 9.20 35.50 51.90	4.92 8.21 16.75 22.54 4.10 5.88 12.88 26.96 40.01 4.44 16.62 30.93

PRÄPARATE / (Wirkstoffe) Packungen	Verantwortliche Firma	Therap. Gruppe	Dossier Nr.	Preis neu	Ex-Fact. neu
<b>OMEPRAX DROSSAPHARM</b>	Drossapharm AG	049900			
Kaps 10mg 14 Stk			20474	8.35	3.70
Kaps 10mg 28 Stk			20474	15.00	5.92
Kaps 10mg 56 Stk			20474	25.85	11.79
Kaps 10mg 98 Stk			20474	40.05	20.62
Kaps 20mg 7 Stk			20474	8.35	3.69
Kaps 20mg 14 Stk			20474	14.70	5.65
Kaps 20mg 28 Stk			20474	26.10	12.03
Kaps 20mg 56 Stk			20474	44.00	24.04
Kaps 20mg 98 Stk			20474	62.35	40.01
Kaps 40mg 7 Stk			20474	9.65	4.82
Kaps 40mg 14 Stk			20474	19.25	9.64
Kaps 40mg 28 Stk			20474	37.65	18.52
Kaps 40mg 56 Stk			20474	51.00	30.13
Kaps 40mg 98 Stk			20474	73.05	49.36
<b>OMEPRAZOL AXAPHARM</b>	Axapharm AG	049900			
Kaps 10mg Blist 7 Stk			21386	6.45	2.03
Kaps 10mg Blist 14 Stk			21386	8.75	4.07
Kaps 10mg Blist 28 Stk			21386	15.75	6.56
Kaps 10mg Blist 56 Stk			21386	27.40	13.17
Kaps 10mg Blist 98 Stk			21386	40.95	21.40
Kaps 20mg Blist 7 Stk			21386	8.20	3.58
Kaps 20mg Blist 14 Stk			21386	14.80	5.76
Kaps 20mg Blist 28 Stk			21386	26.60	12.47
Kaps 20mg Blist 56 Stk			21386	44.85	24.77
Kaps 20mg Blist 98 Stk			21386	62.35	40.01
Kaps 40mg Blist 7 Stk			21386	9.65	4.84
Kaps 40mg Blist 14 Stk			21386	19.25	9.64
Kaps 40mg Blist 28 Stk			21386	37.65	18.51
Kaps 40mg Blist 56 Stk			21386	51.85	30.88
Kaps 40mg Blist 98 Stk			21386	72.95	49.26
<b>OMEPRAZOL HELVEPHARM</b>	Helvepharm AG	049900			
Filmtabl 10mg 14 Stk			18103	9.80	4.96
Filmtabl 10mg 28 Stk			18103	17.70	8.29
Filmtabl 10mg 56 Stk			18103	35.80	16.89
Filmtabl 10mg 98 Stk			18103	42.50	22.72
Filmtabl 20mg 14 Stk			18103	14.95	5.88
Filmtabl 20mg 28 Stk			18103	27.10	12.88
Filmtabl 20mg 56 Stk			18103	47.35	26.95
Filmtabl 20mg 98 Stk			18103	62.35	40.01
Filmtabl 40mg 28 Stk			18103	34.25	15.57
Filmtabl 40mg 56 Stk			18103	51.95	30.95

PRÄPARATE / (Wirkstoffe) Packungen	Verantwortliche Firma	Therap. Gruppe	Dossier Nr.	Preis neu	Ex-Fact. neu
<b>OMEPRAZOL MUT SANDOZ</b>	Sandoz Pharmaceuticals AG	049900			
Filmtabl 10 mg Ds 14 Stk			19404	8.35	3.71
Filmtabl 10 mg Ds 28 Stk			19404	15.25	6.13
Filmtabl 10 mg Ds 56 Stk			19404	26.35	12.22
Filmtabl 10 mg Ds 100 Stk			19404	41.45	21.80
Filmtabl 20 mg Ds 7 Stk			19404	7.90	3.32
Filmtabl 20 mg Ds 14 Stk			19404	14.90	5.85
Filmtabl 20 mg Ds 28 Stk			19404	25.65	11.63
Filmtabl 20 mg Ds 56 Stk			19404	42.60	22.84
Filmtabl 20 mg Ds 100 Stk			19404	63.25	40.83
Filmtabl 40 mg Ds 7 Stk			19404	14.00	5.07
Filmtabl 40 mg Ds 28 Stk			19404	39.70	20.29
Filmtabl 40 mg Ds 56 Stk			19404	51.95	30.95
<b>OMEPRAZOL SANDOZ ECO</b>	Sandoz Pharmaceuticals AG	049900			
Kaps 10 mg Ds 14 Stk			18416	8.40	3.74
Kaps 10 mg Ds 28 Stk			18416	15.05	5.97
Kaps 10 mg Ds 56 Stk			18416	25.95	11.89
Kaps 10 mg Ds 100 Stk			18416	40.75	21.22
Kaps 20 mg Ds 7 Stk			18416	7.80	3.24
Kaps 20 mg Ds 14 Stk			18416	14.75	5.69
Kaps 20 mg Ds 28 Stk			18416	27.20	13.00
Kaps 20 mg Ds 56 Stk			18416	44.25	24.26
Kaps 20 mg Ds 100 Stk			18416	63.25	40.83
Kaps 40 mg Ds 7 Stk			18416	9.80	4.97
Kaps 40 mg Ds 28 Stk			18416	39.30	19.93
Kaps 40 mg Ds 56 Stk			18416	51.30	30.40
<b>OMEPRAZOL SPIRIG HC</b>	Spirig HealthCare AG	049900			
Kaps 10 mg Ds 98 Stk			19328	41.40	21.78
Kaps 10 mg Ds 28 Stk			19328	15.25	6.12
Kaps 10 mg Ds 56 Stk			19328	26.30	12.20
Kaps 20 mg Ds 28 Stk			19328	27.00	12.79
Kaps 20 mg Ds 56 Stk			19328	45.00	24.92
Kaps 20 mg Ds 14 Stk			19328	14.85	5.81
Kaps 20 mg Ds 98 Stk			19328	62.35	40.01
Kaps 40 mg Ds 7 Stk			19328	9.70	4.86
Kaps 40 mg Ds 28 Stk			19328	38.65	19.39
Kaps 40 mg Ds 56 Stk			19328	54.65	33.30
Kaps 40 mg Ds 98 Stk			19328	72.80	49.14
<b>OMEPRAZOL ZENTIVA</b>	Helvepharm AG	049900			
Filmtabl 10 mg Blist 14 Stk			18103	9.80	4.96
Filmtabl 10 mg Blist 28 Stk			18103	17.70	8.29
Filmtabl 10 mg Blist 56 Stk			18103	35.80	16.89
Filmtabl 10 mg Blist 98 Stk			18103	42.50	22.72
Filmtabl 20 mg Blist 14 Stk			18103	14.95	5.88
Filmtabl 20 mg Blist 28 Stk			18103	27.10	12.88
Filmtabl 20 mg Blist 56 Stk			18103	47.35	26.95
Filmtabl 20 mg Blist 98 Stk			18103	62.35	40.01
Filmtabl 40 mg Blist 28 Stk			18103	34.25	15.57
Filmtabl 40 mg Blist 56 Stk			18103	51.95	30.95



PRÄPARATE / (Wirkstoffe) Packungen	Verantwortliche Firma	Therap. Gruppe	Dossier Nr.	Preis neu	Ex-Fact. neu
<b>OMEPRAZOL ZENTIVA</b>	Helvepharm AG	049900			
Kaps 10mg Blist 14 Stk			21121	8.35	3.72
Kaps 10mg Blist 28 Stk			21121	15.00	5.94
Kaps 10mg Blist 56 Stk			21121	25.85	11.79
Kaps 10mg Blist 98 Stk			21121	40.15	20.70
Kaps 20mg Blist 7 Stk			21121	8.05	3.46
Kaps 20mg Blist 14 Stk			21121	14.70	5.67
Kaps 20mg Blist 28 Stk			21121	26.65	12.51
Kaps 20mg Blist 56 Stk			21121	44.10	24.15
Kaps 20mg Blist 98 Stk			21121	62.35	40.01
Kaps 40mg Blist 7 Stk			21121	9.75	4.90
Kaps 40mg Blist 14 Stk			21121	19.25	9.64
Kaps 40mg Blist 28 Stk			21121	38.50	19.23
Kaps 40mg Blist 56 Stk			21121	51.15	30.27
Kaps 40mg Blist 98 Stk			21121	72.80	49.14
<b>OMEPRAZOL-MEPHA</b>	Mepha Pharma AG	049900			
Kaps 10mg Fl 14 Stk			20318	8.35	3.70
Kaps 10mg Fl 28 Stk			20318	15.00	5.92
Kaps 10mg Fl 56 Stk			20318	25.85	11.79
Kaps 10mg Fl 98 Stk			20318	40.05	20.62
Kaps 20mg Fl 7 Stk			20318	8.35	3.69
Kaps 20mg Fl 14 Stk			20318	14.70	5.65
Kaps 20mg Fl 28 Stk			20318	26.10	12.03
Kaps 20mg Fl 56 Stk			20318	44.00	24.04
Kaps 20mg Fl 98 Stk			20318	62.35	40.01
Kaps 40mg Fl 7 Stk			20318	9.65	4.82
Kaps 40mg Fl 14 Stk			20318	19.25	9.64
Kaps 40mg Fl 28 Stk			20318	37.65	18.52
Kaps 40mg Fl 56 Stk			20318	51.00	30.13
Kaps 40mg Fl 98 Stk			20318	73.05	49.36
<b>PARIET</b>	Eisai Pharma AG	049900			
Filmtabl 10mg 14 Stk			17368	15.20	6.10
Filmtabl 10mg 28 Stk			17368	20.55	10.75
Filmtabl 10mg 56 Stk			17368	42.30	22.56
Filmtabl 20mg 14 Stk			17368	19.70	10.01
Filmtabl 20mg 28 Stk			17368	38.40	19.16
Filmtabl 20mg 56 Stk			17368	61.00	38.86
<b>RABEPRAZOL SANDOZ</b>	Sandoz Pharmaceuticals AG	049900			
Filmtabl 10mg 14 Stk			20003	14.50	5.49
Filmtabl 10mg 28 Stk			20003	19.30	9.68
Filmtabl 10mg 56 Stk			20003	39.70	20.30
Filmtabl 20mg 7 Stk			20003	14.10	5.12
Filmtabl 20mg 14 Stk			20003	18.55	9.01
Filmtabl 20mg 28 Stk			20003	36.20	17.24
Filmtabl 20mg 56 Stk			20003	56.55	34.97
<b>TAPTIQOM</b>	Santen SA	110900			
Gtt Opht 30 0.3ml			20568	42.20	22.47
<b>TELZIR</b>	ViiV Healthcare GmbH	080300			
Filmtabl 700mg 60 Stk			18209	464.80	390.60

PRÄPARATE / (Wirkstoffe) Packungen	Verantwortliche Firma	Therap. Gruppe	Dossier Nr.	Preis neu	Ex-Fact. neu
<b>IV.c. Wechsel der Abgabekategorie</b>					
<b>BILASTIN AXAPHARM</b>	Axapharm AG	071310			
Tabl 20mg Blist 10 Stk			21582	4.15	2.25
Tabl 20mg Blist 30 Stk			21582	11.25	6.10
Tabl 20mg Blist 50 Stk			21582	18.40	9.97
<b>IV.d. Freiwillige Preissenkung</b>					
<b>FORXIGA</b>	AstraZeneca AG	070620			
Filmtabl 5mg 28 Stk			20270	64.10	41.56
Filmtabl 10mg 28 Stk			20270	64.10	41.56
<b>IMRALDI</b>	Samsung Bioepis CH GmbH	071500			
Inj Lös 40mg/0.8ml Fertigspr 0.8ml			21076	469.85	395.00
Inj Lös 40mg/0.8ml Fertpen 0.8ml			21079	469.85	395.00
<b>IV.e. Normale Preismutation</b>					
<b>AVASTIN</b>	Roche Pharma (Schweiz) AG	071610			
Inf Konz 100mg/4ml Vial 4ml			18082	345.30	286.48
Inf Konz 400mg/16ml Vial 16ml			18082	1248.80	1082.54
<b>CALQUENCE</b>	AstraZeneca AG	071610			
Kaps 100mg Blist 60 Stk			21177	4885.95	4526.77
<b>HEMLIBRA</b>	Roche Pharma (Schweiz) AG	060110			
Inj Lös 30mg/ml Durchstf 1 Stk			20818	1941.10	1853.74
Inj Lös 60mg/0.4ml Durchstf 1 Stk			20818	3841.15	3707.48
Inj Lös 105mg/0.7ml Durchstf 1 Stk			20818	6691.30	6488.09
Inj Lös 150mg/ml Durchstf 1 Stk			20818	9541.40	9268.70
<b>INREBIC</b>	Bristol-Myers Squibb SA	071610			
Kaps 100mg Ds 120 Stk			21260	4801.50	4444.41
<b>LORVIQUA</b>	Pfizer AG	071610			
Filmtabl 25mg Blist 90 Stk			20952	3867.90	3533.55
Filmtabl 100mg Blist 30 Stk			20952	5075.20	4711.40
<b>RUBRACA</b>	mmpharm GmbH	071610			
Filmtabl 200mg Ds 60 Stk			21100	2119.25	1876.24
Filmtabl 250mg Ds 60 Stk			21100	2633.70	2345.29
Filmtabl 300mg Ds 60 Stk			21100	3130.70	2814.35
<b>TECENTRIQ</b>	Roche Pharma (Schweiz) AG	071610			
Inf Konz 1200mg/20ml Durchstf 1 Stk			20641	4725.60	4370.35
<b>VELTASSA</b>	Vifor Fresenius Medical Care Renal Pharma Ltd	160000			
Plv 8.4g Btl 30 Stk			20709	219.45	176.86
Plv 16.8g Btl 30 Stk			20709	219.45	176.86
<b>IV.f. Preisänderung nach Patentablauf</b>					
<b>INOVELON</b>	Eisai Pharma AG	010710			
Filmtabl 200mg 60 Stk			18877	67.35	44.39
Filmtabl 400mg 100 Stk			18877	180.50	142.96
Susp 40mg/ml Fl 460ml			19892	97.85	70.96
<b>JANUMET</b>	MSD Merck Sharp & Dohme AG	070620			
Filmtabl 50/500mg 56 Stk			18787	43.70	23.76
Filmtabl 50/500mg 196 Stk			18787	111.90	83.17
Filmtabl 50/850mg 56 Stk			18787	43.70	23.76
Filmtabl 50/850mg 196 Stk			18787	111.90	83.17
Filmtabl 50/1000mg 56 Stk			18787	43.70	23.76
Filmtabl 50/1000mg 196 Stk			18787	111.90	83.17

PRÄPARATE / (Wirkstoffe) Packungen	Verantwortliche Firma	Therap. Gruppe	Dossier Nr.	Preis neu	Ex-Fact. neu
<b>JANUMET XR</b>	MSD Merck Sharp & Dohme AG	070620			
Ret Filmtabl 50/500mg 56 Stk			20276	39.90	20.46
Ret Filmtabl 50/500mg 3 Fl 56 Stk			20276	85.80	60.47
Ret Filmtabl 50/1000mg 56 Stk			20276	39.90	20.46
Ret Filmtabl 50/1000mg 3 Fl 56 Stk			20276	85.80	60.47
Ret Filmtabl 100/1000mg 28 Stk			20276	39.90	20.46
Ret Filmtabl 100/1000mg 84 Stk			20276	85.80	60.47
<b>MIRCERA FSP</b>	Roche Pharma (Schweiz) AG	060730			
Inj Lös 30mcg/0.3ml Fertigspr 1 Stk			18691	80.85	56.14
Inj Lös 50mcg/0.3ml Fertspr 1 Stk			18691	123.85	93.58
Inj Lös 75mcg/0.3ml Fertspr 1 Stk			18691	177.55	140.37
Inj Lös 100mcg/0.3ml Fertspr 1 Stk			18691	231.25	187.15
Inj Lös 120mcg/0.3ml Fertigspr 1 Stk			18691	274.20	224.58
Inj Lös 150mcg/0.3ml Fertspr 1 Stk			18691	338.70	280.73
Inj Lös 200mcg/0.3ml Fertspr 1 Stk			18691	446.10	374.30
Inj Lös 250mcg/0.3ml Fertspr 1 Stk			18691	553.55	467.88
<b>NEXAVAR</b>	Bayer (Schweiz) AG	071610			
Filmtabl 200mg 112 Stk			18396	3416.20	3092.86
<b>SITAGLIPTIN METFORMIN SANDOZ</b>	Sandoz Pharmaceuticals AG	070620			
Filmtabl 50/500mg Blist 56 Stk			21603	19.10	9.50
Filmtabl 50/500mg Blist 196 Stk			21603	54.60	33.27
Filmtabl 50/850mg Blist 56 Stk			21603	19.10	9.50
Filmtabl 50/850mg Blist 196 Stk			21603	54.60	33.27
Filmtabl 50/1000mg Blist 56 Stk			21603	19.10	9.50
Filmtabl 50/1000mg Blist 196 Stk			21603	54.60	33.27
<b>SITAGLIPTIN METFORMIN SPIRIG HC</b>	Spirig HealthCare AG	070620			
Filmtabl 50/500mg 56 Stk			21576	19.10	9.50
Filmtabl 50/500mg 196 Stk			21576	54.60	33.27
Filmtabl 50/850mg 56 Stk			21576	19.10	9.50
Filmtabl 50/850mg 196 Stk			21576	54.60	33.27
Filmtabl 50/1000mg 56 Stk			21576	19.10	9.50
Filmtabl 50/1000mg 196 Stk			21576	54.60	33.27
<b>SITAGLIPTIN METFORMIN ZENTIVA</b>	Helvepharm AG	070620			
Filmtabl 50/500mg Blist 56 Stk			21629	19.10	9.50
Filmtabl 50/500mg Blist 196 Stk			21629	54.60	33.27
Filmtabl 50/850mg Blist 56 Stk			21629	19.10	9.50
Filmtabl 50/850mg Blist 196 Stk			21629	54.60	33.27
Filmtabl 50/1000mg Blist 56 Stk			21629	19.10	9.50
Filmtabl 50/1000mg Blist 196 Stk			21629	54.60	33.27
<b>SITAGLIPTIN-METFORMIN-MEPHA</b>	Mepha Pharma AG	070620			
Filmtabl 50/500mg Blist 56 Stk			21612	19.10	9.50
Filmtabl 50/500mg Blist 196 Stk			21612	54.60	33.27
Filmtabl 50/850mg Blist 56 Stk			21612	19.10	9.50
Filmtabl 50/850mg Ds 100 Stk			21612	35.90	16.97
Filmtabl 50/850mg Blist 196 Stk			21612	54.60	33.27
Filmtabl 50/1000mg Blist 56 Stk			21612	19.10	9.50
Filmtabl 50/1000mg Ds 100 Stk			21612	35.90	16.97
Filmtabl 50/1000mg Blist 196 Stk			21612	54.60	33.27
<b>SORAFENIB ZENTIVA</b>	Helvepharm AG	071610			
Filmtabl 200mg Blist 112 Stk			21265	2775.20	2474.29

PRÄPARATE / (Wirkstoffe) Packungen	Verantwortliche Firma	Therap. Gruppe	Dossier Nr.	Preis neu	Ex-Fact. neu
<b>V. Preiserhöhungen</b>					
<b>V.a. Preiserhöhungsgesuch</b>					
<b>APHENYLBARBIT STREULI</b>	Streuli Pharma AG	010710			
Tabl 15 mg 100 Stk			13419	15.10	6.02
Tabl 50 mg 100 Stk			13419	16.00	6.78
Tabl 100 mg 100 Stk			13419	16.80	7.49
<b>CO DAFALGAN</b>	UPSA Switzerland AG	010120			
Brausetabl 500/30mg 16 Stk			15109	6.70	2.27
Filmtabl 500/30mg 16 Stk			16110	6.20	1.85
Filmtabl 500/30mg 40 Stk			16110	9.15	4.40
<b>DAFALGAN</b>	UPSA Switzerland AG	010110			
Brausetabl 500mg 16 Stk			15103	2.70	1.46
Brausetabl 1g 20 Stk			15103	7.60	3.07
<b>KALIUM HAUSMANN</b>	Doetsch Grether AG	070210			
Brausetabl 10 Stk			8114	8.80	4.11
Brausetabl 6 × 10 Stk			8114	38.50	19.27
Brausetabl 24 × 10 Stk			8114	104.90	77.08
<b>KCL RETARD HAUSMANN</b>	Doetsch Grether AG	070210			
Ret Tabl 10mmol 40 Stk			11450	16.00	6.80
Ret Tabl 10mmol 200 Stk			11450	49.20	28.56

PRÄPARATE / (Wirkstoffe) Packungen	Verantwortliche Firma	Therap. Gruppe	Dossier Nr.	Preis neu	Ex-Fact. neu
<b>VI. Limitations- / Indikationsänderung</b>					
<b>HEMLIBRA</b> (Emicizumabum)	Roche Pharma (Schweiz) AG	060110			
Inj Lös 30 mg/ml Durchstf 1 Stk			20818	1941.10	1853.74
Inj Lös 60 mg/0.4 ml Durchstf 1 Stk			20818	3841.15	3707.48
Inj Lös 105 mg/0.7 ml Durchstf 1 Stk			20818	6691.30	6488.09
Inj Lös 150 mg/ml Durchstf 1 Stk			20818	9541.40	9268.70

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

Limitation alt

**Patienten mit Hämophilie A mit Hemmkörpern**

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

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

Neue Limitation befristet bis 30.06.2025

**Patienten mit Hämophilie A mit Hemmkörpern**

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

Folgender Indikationscode ist an den Krankenversicherer zu übermitteln: 20818.01

Limitation alt

**Patienten mit Hämophilie A ohne Hemmkörper**

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

Neue Limitation befristet bis 30.06.2025

**Patienten mit schwerer Hämophilie A ohne Hemmkörper**

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

Folgender Indikationscode ist an den Krankenversicherer zu übermitteln: 20818.02

Limitation alt

**Für beide Indikationen gelten folgende Vergütungsvoraussetzungen:**

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

Kantonsspital Aarau, Universitätsspital Basel, Universitätskinderspital beider Basel, Ospedale Regionale di Bellinzona e Valli, Inselspital Bern, Kantonsspital Graubünden, Hôpitaux Universitaires Genève, Centre hospitalier universitaire vaudois, Centre Hospitalier du Valais Sion, Kantonsspital Luzern, Zentrum für Labormedizin St. Gallen, Ostschweizer Kinderspital St. Gallen, Universitätsspital Zürich, Universitäts-Kinderspital Zürich.

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

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

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

Die Zulassungsinhaberin Roche Pharma (Schweiz) AG vergütet nach Aufforderung durch denjenigen Krankenversicherer, bei dem die versicherte Person zum Zeitpunkt des Bezugs versichert war, resp. nach Aufforderung durch die IV, für jede bezogene Packung Hemlibra einen festgelegten prozentualen Anteil des Fabrikabgabepreises zurück. Sie gibt dem Krankenversicherer bzw. der IV den prozentualen Betrag bekannt, der bezogen auf den Fabrikabgabepreis zurückerstattet wird. Die Mehrwertsteuer kann nicht zusätzlich zu diesem Anteil des Fabrikabgabepreises zurückgefordert werden. Die Aufforderung zur Rückerstattung soll ab dem Zeitpunkt der Verabreichung erfolgen.

Darüber hinaus vergütet die Zulassungsinhaberin dem Krankenversicherer, bei dem die versicherte Person versichert war, resp. der IV den festgelegten Betrag pro mg für diejenige pro Kalenderjahr und pro Patient verabreichte Menge an Emicizumab zurück, die eine festgelegte Anzahl mg pro Patient pro Kalenderjahr übersteigt. Sie gibt dem Krankenversicherer bzw. der IV den Schwellenwert (die Anzahl mg pro Patient pro Jahr) sowie den festgelegten Betrag pro mg bekannt. Die Mehrwertsteuer kann nicht zusätzlich zu diesem Betrag (Basis FAP) zurückgefordert werden. Die Rückerstattung soll retrospektiv kalenderjährlich (mit Stichtatum 31. Dezember) erfolgen. Die Aufforderung zur Rückerstattung kann ab diesem Zeitpunkt erfolgen.

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

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

Limitation neu

**Für beide Indikationen gelten folgende Vergütungsvoraussetzungen:**

Die Diagnosestellung und die Verordnung von Emicizumab, die Behandlungseinleitung und die darauffolgende Betreuung darf nur an folgenden universitären und/oder spezialisierten Hämophiliezentren erfolgen. Dazu gehören: Kantonsspital Aarau, Universitätsspital Basel, Universitätskinderhospital beider Basel, Ospedale Regionale di Bellinzona e Valli, Inselspital Bern, Kantonsspital Graubünden, Hôpitaux Universitaires Genève, Centre hospitalier universitaire vaudois, Centre Hospitalier du Valais Sion, Kantonsspital Luzern, Zentrum für Labormedizin St. Gallen, Ostschweizer Kinderhospital St.Gallen, Universitätsspital Zürich, Universitäts-Kinderhospital Zürich.

Vor Therapiebeginn muss eine Kostengutsprache des Krankenversicherers nach vorgängiger Konsultation des Vertrauensarztes eingeholt werden, unter Angabe des eingesetzten Dosierungsschemas: Lade-Dosierung in den ersten 4 Wochen (subkutan 3mg/kg Körpergewicht einmal wöchentlich in den ersten 4 Wochen) und Erhaltungsdosierung ab Woche 5 (1.5 mg/kg KG s.c. einmal wöchentlich oder 3 mg/kg KG alle zwei Wochen s.c. oder 6 mg/kg KG alle vier Wochen s.c.). Der behandelnde Arzt hat im Rahmen des Gesuches um Kostengutsprache gegenüber dem Krankenversicherer zu begründen, warum er welches Dosierungsregime zur Erhaltungstherapie wählt und inwiefern Verwurfsmengen minimiert werden mit dem angewendeten Dosierungsregime. Da die Verwurfsmengen für das Dosierungsschema von 1.5 mg/kg KG 1mal pro Woche den grössten Verwurf erwarten lässt, ist bei Einsatz dieses Dosierungsschema insbesondere zu begründen, warum gerade dieses zum Einsatz kommen soll. Anpassungen der Dosierung aufgrund von Gewichtsänderungen der Patienten sind im Rahmen der vergüteten Dosierungen ohne eine erneute Kostengutsprache möglich.

Die Zulassungsinhaberin Roche Pharma (Schweiz) AG vergütet nach Aufforderung durch denjenigen Krankenversicherer, bei dem die versicherte Person zum Zeitpunkt des Bezugs versichert war, respektive nach Aufforderung durch die IV, für jede bezogene Packung Hemlibra 14.74% des Fabrikabgabepreises zurück. Die Mehrwertsteuer kann nicht zusätzlich zu diesem Anteil des Fabrikabgabepreises zurückgefordert werden. Die Aufforderung zur Rückerstattung soll ab dem Zeitpunkt der Verabreichung erfolgen.

Darüber hinaus vergütet die Zulassungsinhaberin dem Krankenversicherer, bei dem die versicherte Person versichert war, respektive der IV ein festgelegter Anteil der Kosten auf Basis FAP zusätzlich zur Rückvergütung von 14.74% pro Packung für die Menge Emicizumab zurück, die 6'830 mg pro Patient pro Kalenderjahr übersteigt. Sie gibt dem Krankenversicherer respektive der IV die Höhe dieses Anteiles bekannt. Die Mehrwertsteuer kann nicht zusätzlich zu diesem Betrag (Basis FAP) zurückgefordert werden. Die Rückerstattung soll retrospektiv kalenderjährlich (mit Stichtatum 31. Dezember) erfolgen. Die Aufforderung zur Rückerstattung kann ab diesem Zeitpunkt erfolgen.

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

<b>CALQUENCE</b> (Acalabrutinibum)	AstraZeneca AG	071610			
Kaps 100mg Blist 60 Stk			21177	4885.95	4526.77

Acalabrutinib wird nicht bei Patienten vergütet, bei denen unter BTK-Inhibitoren eine Krankheitsprogression auftrat.

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

Limitation alt

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

**1L CLL (Monotherapie)**

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

**2L+ CLL (Monotherapie)**

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

Limitation neu

**1L chronisch lymphatische Leukämie, 17p-Deletion oder TP53-Mutation (CLL, Monotherapie)**

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

Folgender Code ist an den Krankenversicherer zu übermitteln: 21177.01

Neue Limitation befristet bis 30.06.2025

**1L chronisch lymphatische Leukämie, uIGHV (CLL, Monotherapie)**

Als Monotherapie zur Behandlung erwachsener Patienten mit unbehandelter chronischer lymphatischer Leukämie (CLL) mit unmutiertem IGHV Status, die 65 Jahre und älter sind oder Begleiterkrankungen haben.

Die Zulassungsinhaberin erstattet dem Krankenversicherer, bei dem die versicherte Person zum Zeitpunkt des Bezugs versichert war, auf dessen Aufforderung hin für jede zur Behandlung der 1L CLL mit unmutiertem IGHV Status (ohne 17p-Deletion oder TP53-Mutation) bezogene Packung CALQUENCE einen Anteil des Fabrikabgabepreises zurück.

Die Zulassungsinhaberin 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.

Folgender Code ist an den Krankenversicherer zu übermitteln: 21177.02

Befristete Limitation bis 30.06.2025

**2L+ chronisch lymphatische Leukämie (CLL, Monotherapie)**

Als Monotherapie zur Behandlung erwachsener Patienten mit CLL, die mindestens eine Vortherapie erhalten haben.

Folgender Code ist an den Krankenversicherer zu übermitteln: 21177.03

PRÄPARATE / (Wirkstoffe) Packungen	Verantwortliche Firma	Therap. Gruppe	Dossier Nr.	Preis neu	Ex-Fact. neu
<b>INREBIC</b> (Fedratinibum) Kaps 100 mg Ds 120 Stk	Bristol-Myers Squibb SA	071610	21260	4801.50	4444.41
<p>Limitation alt</p> <p>Folgende Therapien bedürfen der Kostengutsprache durch den Krankenversicherer nach vorgängiger Konsultation des Vertrauensarztes: Inrebic wird zur Behandlung von Splenomegalie oder krankheitsassoziierten Symptomen bei Patienten, bei denen Ruxolitinib versagt hat oder die Ruxolitinib nachweislich nicht vertragen haben</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– mit primärer Myelofibrose oder</li> <li>– mit sekundärer Myelofibrose als Komplikation von Polycythaemia vera oder Essentieller Thrombozythämie mit intermediärem oder hohem Risiko angewendet.</li> </ul> <p>Nicht in Kombination mit Ruxolitinib. Die Verschreibung von INREBIC darf nur durch einen Facharzt für Hämatologie oder Onkologie erfolgen.</p> <p>Befristete Limitation bis 31.12.2023</p> <p>Folgende Therapien bedürfen der Kostengutsprache durch den Krankenversicherer nach vorgängiger Konsultation des Vertrauensarztes: Inrebic wird zur Behandlung von Splenomegalie oder krankheitsassoziierten Symptomen bei Patienten, bei denen Ruxolitinib versagt hat oder die Ruxolitinib nachweislich nicht vertragen haben</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– mit primärer Myelofibrose oder</li> <li>– mit sekundärer Myelofibrose als Komplikation von Polycythaemia vera oder Essentieller Thrombozythämie mit intermediärem oder hohem Risiko angewendet.</li> </ul> <p>Nicht in Kombination mit Ruxolitinib. Die Verschreibung von INREBIC darf nur durch einen Facharzt für Hämatologie oder Onkologie erfolgen.</p> <p>Die Zulassungsinhaberin Bristol-Myers Squibb SA vergütet die ersten 3 bezogenen Packungen Inrebic für Patienten, welche nach dem 01. Juli 2023 erstmalig mit Inrebic behandelt werden, auf Aufforderung desjenigen Krankenversicherers, bei dem die versicherte Person zum Zeitpunkt des Bezugs versichert war, zum aktuellen Fabrikabgabepreis vollständig zurück. Die Mehrwertsteuer kann nicht zusätzlich zum Fabrikabgabepreis zurückgefordert werden. Folgender Code ist an den Krankenversicherer zu übermitteln: 21260.01</p>					
<b>LORVIQUA</b> (Lorlatinibum) Filmtabl 25 mg Blist 90 Stk Filmtabl 100 mg Blist 30 Stk	Pfizer AG	071610	20952 20952	3867.90 5075.20	3533.55 4711.40
<p>Limitation alt</p> <p>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: <a href="mailto:Pfizer-Rueckverguetung@pfizer.com">Pfizer-Rueckverguetung@pfizer.com</a></p> <p>Nach Kostengutsprache durch den Krankenversicherer nach vorgängiger Konsultation des Vertrauensarztes. LORVIQUA wird angewendet zur Behandlung von erwachsenen Patienten mit Anaplastische-Lymphom-Kinase (ALK)-positivem, metastasiertem nicht-kleinzelligem Lungenkarzinom (non small cell lung cancer, NSCLC). Im Falle einer Progression ist die Behandlung abzubrechen. Befristete Limitation bis 31.10.2024</p> <p>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) ab der Erstlinientherapie. Im Falle einer Progression ist die Behandlung abzubrechen.</p> <p>Befristete Limitation bis 31.10.2024</p> <p>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) ab der Erstlinientherapie. Im Falle einer Progression ist die Behandlung abzubrechen.</p>					
<b>RUBRACA</b> (Rucaparibum) Filmtabl 200 mg Ds 60 Stk Filmtabl 250 mg Ds 60 Stk Filmtabl 300 mg Ds 60 Stk	mmpharm GmbH	071610	21100 21100 21100	2119.25 2633.70 3130.70	1876.24 2345.29 2814.35

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

Befristete Limitation bis 29.02.2024

Nur nach Verordnung durch einen Facharzt der Gynäkologie oder Onkologie und nach Kostengutsprache durch den Krankenversicherer nach vorgängiger Konsultation des Vertrauensarztes zur Monotherapie im Sinne einer Erhaltungstherapie bei erwachsenen Patientinnen mit fortgeschrittenem, platin sensitivem, rezidiviertem, high-grade (Hochgradig entdifferenziertem) serösem Ovarial-, Eileiter- oder primärem Peritoneal-Karzinom, im Anschluss an eine platinbasierte Chemotherapie bei Vorliegen einer vollständigen oder partiellen Remission unter folgenden Voraussetzungen:

- ≥ 2 platinbasierte Chemotherapien, letzte platinhaltige Chemotherapie mit ≥ 4 Zyklen.
- Nach der letzten Behandlung muss die Patientin ein CA-125 < ULN aufgewiesen haben.
- Keine vorangehende Behandlung/Erhaltungstherapie mit PARP-Inhibitoren. Hiervon ausgenommen ist ein verträglichkeitsbedingter Wechsel in derselben Behandlungslinie auf einen anderen PARP-Inhibitor.

Die Behandlung erfolgt bis zur Progression.

Kombinierte oder sequentielle Therapien wie beispielsweise Bevacizumab und Rucaparib oder Immunonkologika und Rucaparib sowie Retreatments in höheren Behandlungslinien nach einem weiteren Rückfall sind von einer Vergütung ausgeschlossen.

In den ersten 24 Monaten erfolgt die Höhe der Vergütung zu den SL-Preisen. Die Zulassungsinhaberin vergütet bei einer Therapiedauer > 24 Monate ab dem Monat 25 nach Aufforderung durch denjenigen Krankenversicherer, bei dem die versicherte Person zum Zeitpunkt des Bezugs versichert war, für jede weitere bezogene Packung Rubraca 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.

AVASTIN	Roche Pharma (Schweiz) AG	071610			
Inf Konz 100 mg/4 ml Vial 4ml			18082	345.30	286.48
Inf Konz 400 mg/16 ml Vial 16 ml			18082	1248.80	1082.54

Limitation alt

#### Nierenzellkarzinom

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

Abwicklung der Rückvergütung:

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

Folgender Indikationscode ist an den Krankenversicherer zu übermitteln: 18082.03.

Limitation neu

#### Nierenzellkarzinom

Nach Kostengutsprache durch den Krankenversicherer nach vorgängiger Konsultation und Genehmigung des Vertrauensarztes zur Erstlinientherapie bei nephrektomierten Patienten mit fortgeschrittenem und/oder metastasiertem Nierenzellkarzinom in Kombination mit Interferon alfa-2a. Die Firma Roche Pharma (Schweiz) AG vergütet in dieser Indikation für die Behandlung auf Aufforderung desjenigen Krankenversicherers, bei dem die versicherte Person zum jeweiligen Bezugspunkt versichert war, Fr. 0.56 pro mg Avastin zurück. Avastin wird bei entsprechender ärztlicher Verordnung bis zur Progression der Krankheit vergütet. Die Mehrwertsteuer kann nicht zusätzlich zu diesem Betrag zurückgefordert werden. Die Aufforderung zur Rückvergütung soll in der Regel innerhalb von 3 Monaten nach Verabreichung erfolgen.

Abwicklung der Rückvergütung:

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

Folgender Indikationscode ist an den Krankenversicherer zu übermitteln: 18082.03.



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

Limitation alt

#### Mammakarzinom

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

Abwicklung der Rückvergütung:

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

Folgender Indikationscode ist an den Krankenversicherer zu übermitteln: 18082.04.

Limitation neu

#### Mammakarzinom

Nach Kostengutsprache durch den Krankenversicherer nach vorgängiger Konsultation und Genehmigung des Vertrauensarztes zur Erstlinientherapie von Patientinnen mit HER2-negativem, lokal rezidivierendem oder metastasiertem Mammakarzinom in Kombination mit Paclitaxel. Die Firma Roche Pharma (Schweiz) AG vergütet in dieser Indikation für die Behandlung auf Aufforderung desjenigen Krankenversicherers, bei dem die versicherte Person zum jeweiligen Bezugspunkt versichert war, Fr. 0.39 pro mg Avastin zurück. Avastin wird bei entsprechender ärztlicher Verordnung bis zur Progression der Krankheit vergütet. Die Mehrwertsteuer kann nicht zusätzlich zu diesem Betrag zurückgefordert werden. Die Aufforderung zur Rückvergütung soll in der Regel innerhalb von 3 Monaten nach Verabreichung erfolgen.

Abwicklung der Rückvergütung:

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

Folgender Indikationscode ist an den Krankenversicherer zu übermitteln: 18082.04.

Befristete Limitation bis 30.06.2026

#### Glioblastom

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

Folgender Indikationscode ist an den Krankenversicherer zu übermitteln: 18082.07.

Limitation alt

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

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

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

Folgender Indikationscode ist an den Krankenversicherer zu übermitteln: 18082.08.

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

Neue Limitation befristet bis 30.06.2025

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

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

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

Folgender Indikationscode ist an den Krankenversicherer zu übermitteln: 18082.08.

BEVACIZUMAB-TEVA	Teva Pharma AG	071610			
Inf Konz 100 mg/4 ml Durchstf 1 Stk			21264	312.10	257.57
Inf Konz 400 mg/16 ml Durchstf 1 Stk			21264	1117.50	962.84

Limitation alt

**Nierenzellkarzinom**

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

Abwicklung der Rückvergütung:

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

Folgender Indikationscode ist an den Krankenversicherer zu übermitteln: 21264.03.

Limitation neu

**Nierenzellkarzinom**

Nach Kostengutsprache durch den Krankenversicherer nach vorgängiger Konsultation und Genehmigung des Vertrauensarztes zur Erstlinientherapie bei nephrektomierten Patienten mit fortgeschrittenem und/oder metastasiertem Nierenzellkarzinom in Kombination mit Interferon alfa-2a. Die Firma Teva Pharma AG vergütet in dieser Indikation für die Behandlung auf Aufforderung desjenigen Krankenversicherers, bei dem die versicherte Person zum jeweiligen Bezugspunkt versichert war, Fr. 0.27 pro mg Bevacizumab-Teva zurück. Bevacizumab-Teva wird bei entsprechender ärztlicher Verordnung bis zur Progression der Krankheit vergütet. Die Mehrwertsteuer kann nicht zusätzlich zu diesem Betrag zurückgefordert werden. Die Aufforderung zur Rückvergütung soll in der Regel innerhalb von 3 Monaten nach Verabreichung erfolgen.

Abwicklung der Rückvergütung:

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

Folgender Indikationscode ist an den Krankenversicherer zu übermitteln: 21264.03.

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

Limitation alt

#### Mammakarzinom

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

Abwicklung der Rückvergütung:

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

Folgender Indikationscode ist an den Krankenversicherer zu übermitteln: 21264.04.

Limitation neu

#### Mammakarzinom

Nach Kostengutsprache durch den Krankenversicherer nach vorgängiger Konsultation und Genehmigung des Vertrauensarztes zur Erstlinientherapie von Patientinnen mit HER2-negativem, lokal rezidivierendem oder metastasiertem Mammakarzinom in Kombination mit Paclitaxel. Die Firma Teva Pharma AG vergütet in dieser Indikation für die Behandlung auf Aufforderung desjenigen Krankenversicherers, bei dem die versicherte Person zum jeweiligen Bezugspunkt versichert war, Fr. 0.10 pro mg Bevacizumab-Teva zurück. Bevacizumab-Teva wird bei entsprechender ärztlicher Verordnung bis zur Progression der Krankheit vergütet. Die Mehrwertsteuer kann nicht zusätzlich zu diesem Betrag zurückgefordert werden. Die Aufforderung zur Rückvergütung soll in der Regel innerhalb von 3 Monaten nach Verabreichung erfolgen.

Abwicklung der Rückvergütung:

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

Folgender Indikationscode ist an den Krankenversicherer zu übermitteln: 21264.04.

Befristete Limitation bis 30.06.2026

#### Glioblastom

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

Folgender Indikationscode ist an den Krankenversicherer zu übermitteln: 21264.07.

Limitation alt

#### BEVACIZUMAB-TEVA in Kombination mit Atezolizumab (TECENTRIQ) zur Behandlung des inoperablen oder metastasierten hepatozellulären Karzinoms (HCC)

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

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

Folgender Indikationscode ist an den Krankenversicherer zu übermitteln: 21264.08.

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

Neue Limitation befristet bis 30.06.2025

**BEVACIZUMAB-TEVA in Kombination mit Atezolizumab (TECENTRIQ) zur Behandlung des inoperablen oder metastasierten hepatozellulären Karzinoms (HCC)**

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

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

Folgender Indikationscode ist an den Krankenversicherer zu übermitteln: 21264.08.

IMNOVID	Bristol-Myers Squibb SA	071640			
Kaps 1 mg 21 Stk			20221	9457.90	8987.24
Kaps 2 mg 21 Stk			20221	9578.05	9104.46
Kaps 3 mg 21 Stk			20221	9698.25	9221.69
Kaps 4 mg 21 Stk			20221	9778.60	9300.11

Befristete Limitation bis 28.02.2025

**Kombination IMNOVID, Elotuzumab und Dexamethason**

Nach Kostengutsprache durch den Krankenversicherer nach vorgängiger Konsultation des Vertrauensarztes.

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

Die ZulassungsinhaberIn erstattet dem Krankenversicherer, bei dem die versicherte Person zum Zeitpunkt des Bezugs versichert war, auf dessen erste Aufforderung hin, für jede bezogene Packung IMNOVID einen festgelegten Anteil des Fabrikabgabepreises zurück. Dieser Rückerstattungsanteil entspricht der Differenz, des wirtschaftlichen Preises und des aktuell gelisteten SL-FAP. Die wirtschaftlichen Preise für IMNOVID sind wie folgt:

- Kaps, 1 mg, 21 Stk. Fr. 7'372.51
- Kaps, 2 mg, 21 Stk. Fr. 7'468.67
- Kaps, 3 mg, 21 Stk. Fr. 7'564.83
- Kaps, 4 mg, 21 Stk. Fr. 7'629.17

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

Folgender Code ist an den Krankenversicherer zu übermitteln: 20221.01.

Befristete Limitation bis 28.02.2024

**IMNOVID in Kombination mit Daratumumab und Dexamethason**

Nach Kostengutsprache durch den Krankenversicherer nach vorgängiger Konsultation des Vertrauensarztes.

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

Die ZulassungsinhaberIn vergütet dem Krankenversicherer, bei dem die versicherte Person zum Zeitpunkt des Bezugs versichert war, auf dessen erste Aufforderung hin für jede bezogene Packung IMNOVID einen festgelegten Anteil des Fabrikabgabepreises zurück.

Die ZulassungsinhaberIn gibt dem Krankenversicherer die Höhe der Rückvergütung bekannt. Die Mehrwertsteuer kann nicht zusätzlich zu diesem Anteil des Fabrikabgabepreises zurückgefordert werden.

Folgender Code ist an den Krankenversicherer zu übermitteln: 20221.03.

Neue Limitation befristet bis 31.08.2025

**IMNOVID in Kombination mit Isatuximab und Dexamethason**

Nach Kostengutsprache durch den Krankenversicherer nach vorgängiger Konsultation des Vertrauensarztes.

IMNOVID wird vergütet in Kombination mit Isatuximab und Dexamethason zur Behandlung des rezidivierten und refraktären multiplen Myeloms bei erwachsenen Patienten, die bereits mindestens zwei vorangegangene Therapielinien erhalten haben, darunter Lenalidomid und ein Proteasom-Inhibitor, und bei denen unter der letzten Therapie eine Krankheitsprogression eingetreten ist.

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

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

Folgender Code ist an den Krankenversicherer zu übermitteln: 20221.04

PRÄPARATE / (Wirkstoffe) Packungen	Verantwortliche Firma	Therap. Gruppe	Dossier Nr.	Preis neu	Ex-Fact. neu
<b>MVASI</b>	Amgen Switzerland AG	071610			
Inf Konz 100 mg/4ml Durchstf 4ml			21084	312.10	257.57
Inf Konz 400 mg/16ml Durchstf 16ml			21084	1117.50	962.84

Limitation alt

#### Nierenzellkarzinom

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

Abwicklung der Rückvergütung:

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

Folgender Indikationscode ist an den Krankenversicherer zu übermitteln: 21084.03.

Limitation neu

#### Nierenzellkarzinom

Nach Kostengutsprache durch den Krankenversicherer nach vorgängiger Konsultation und Genehmigung des Vertrauensarztes zur Erstlinientherapie bei nephrektomierten Patienten mit fortgeschrittenem und/oder metastasiertem Nierenzellkarzinom in Kombination mit Interferon alfa-2a. Die Firma Amgen Switzerland AG vergütet in dieser Indikation für die Behandlung auf Aufforderung desjenigen Krankenversicherers, bei dem die versicherte Person zum jeweiligen Bezugspunkt versichert war, Fr. 0.27 pro mg MVASI zurück. MVASI wird bei entsprechender ärztlicher Verordnung bis zur Progression der Krankheit vergütet. Die Mehrwertsteuer kann nicht zusätzlich zu diesem Betrag zurückgefordert werden. Die Aufforderung zur Rückvergütung soll in der Regel innerhalb von 3 Monaten nach Verabreichung erfolgen.

Abwicklung der Rückvergütung:

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

Folgender Indikationscode ist an den Krankenversicherer zu übermitteln: 21084.03.

Limitation alt

#### Mammakarzinom

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

Abwicklung der Rückvergütung:

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

Folgender Indikationscode ist an den Krankenversicherer zu übermitteln: 21084.04.

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

Limitation neu

#### Mammakarzinom

Nach Kostengutsprache durch den Krankenversicherer nach vorgängiger Konsultation und Genehmigung des Vertrauensarztes zur Erstlinientherapie von Patientinnen mit HER2-negativem, lokal rezidivierendem oder metastasiertem Mammakarzinom in Kombination mit Paclitaxel. Die Firma Amgen Switzerland AG vergütet in dieser Indikation für die Behandlung auf Aufforderung desjenigen Krankenversicherers, bei dem die versicherte Person zum jeweiligen Bezugspunkt versichert war, Fr. 0.10 pro mg MVASI zurück. MVASI wird bei entsprechender ärztlicher Verordnung bis zur Progression der Krankheit vergütet. Die Mehrwertsteuer kann nicht zusätzlich zu diesem Betrag zurückgefordert werden. Die Aufforderung zur Rückvergütung soll in der Regel innerhalb von 3 Monaten nach Verabreichung erfolgen.

Abwicklung der Rückvergütung:

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

Folgender Indikationscode ist an den Krankenversicherer zu übermitteln: 21084.04.

Befristete Limitation bis 30.06.2026

#### Glioblastom

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

Folgender Indikationscode ist an den Krankenversicherer zu übermitteln: 21084.07.

Limitation alt

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

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

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

Folgender Indikationscode ist an den Krankenversicherer zu übermitteln: 21084.08.

Neue Limitation befristet bis 30.06.2025

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

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

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

Folgender Indikationscode ist an den Krankenversicherer zu übermitteln: 21084.08.

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

Limitation alt

#### Nierenzellkarzinom

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

Abwicklung der Rückvergütung:

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

Folgender Indikationscode ist an den Krankenversicherer zu übermitteln: 21272.03.

Limitation neu

#### Nierenzellkarzinom

Nach Kostengutsprache durch den Krankenversicherer nach vorgängiger Konsultation und Genehmigung des Vertrauensarztes zur Erstlinientherapie bei nephrektomierten Patienten mit fortgeschrittenem und/oder metastasiertem Nierenzellkarzinom in Kombination mit Interferon alfa-2a. Die Firma Spirig HealthCare AG vergütet in dieser Indikation für die Behandlung auf Aufforderung desjenigen Krankenversicherers, bei dem die versicherte Person zum jeweiligen Bezugspunkt versichert war, Fr. 0.27 pro mg Oyavas zurück. Oyavas wird bei entsprechender ärztlicher Verordnung bis zur Progression der Krankheit vergütet. Die Mehrwertsteuer kann nicht zusätzlich zu diesem Betrag zurückgefordert werden. Die Aufforderung zur Rückvergütung soll in der Regel innerhalb von 3 Monaten nach Verabreichung erfolgen.

Abwicklung der Rückvergütung:

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

Folgender Indikationscode ist an den Krankenversicherer zu übermitteln: 21272.03.

Limitation alt

#### Mammakarzinom

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

Abwicklung der Rückvergütung:

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

Folgender Indikationscode ist an den Krankenversicherer zu übermitteln: 21272.04.

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

Limitation neu

#### Mammakarzinom

Nach Kostengutsprache durch den Krankenversicherer nach vorgängiger Konsultation und Genehmigung des Vertrauensarztes zur Erstlinientherapie von Patientinnen mit HER2-negativem, lokal rezidivierendem oder metastasiertem Mammakarzinom in Kombination mit Paclitaxel. Die Firma Spirig HealthCare AG vergütet in dieser Indikation für die Behandlung auf Aufforderung desjenigen Krankenversicherers, bei dem die versicherte Person zum jeweiligen Bezugspunkt versichert war, Fr. 0.10 pro mg Oyavas zurück. Oyavas wird bei entsprechender ärztlicher Verordnung bis zur Progression der Krankheit vergütet. Die Mehrwertsteuer kann nicht zusätzlich zu diesem Betrag zurückgefordert werden. Die Aufforderung zur Rückvergütung soll in der Regel innerhalb von 3 Monaten nach Verabreichung erfolgen.

Abwicklung der Rückvergütung:

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

Folgender Indikationscode ist an den Krankenversicherer zu übermitteln: 21272.04.

Befristete Limitation bis 30.06.2026

#### Glioblastom

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

Folgender Indikationscode ist an den Krankenversicherer zu übermitteln: 21272.07.

Limitation alt

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

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

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

Folgender Indikationscode ist an den Krankenversicherer zu übermitteln: 21272.08.

Neue Limitation befristet bis 30.06.2025

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

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

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

Folgender Indikationscode ist an den Krankenversicherer zu übermitteln: 21272.08.

<b>TECENTRIQ</b>	Roche Pharma (Schweiz) AG	071600			
Inf Konz 1200 mg/20 ml Durchstf 1 Stk			20641	4725.60	4370.35

Limitation alt

Für alle vergütungspflichtigen Indikationen gilt:

Eine Kostengutsprache des Krankenversicherers (2L NSCLC und NSCLC im Frühstadium, adjuvant) bzw. eine Meldung der Indikation (SCLC und HCC) hat den entsprechenden Indikationscode (20641.XX) zu enthalten. Die Dosierung beträgt maximal 1'200 mg alle drei Wochen. Klinisch stabile Patienten mit initialem Befund einer Progression können bis zur Bestätigung der Progression der Erkrankung weiter behandelt werden.

Limitation neu

Für alle vergütungspflichtigen Indikationen gilt:

Eine Kostengutsprache des Krankenversicherers (2L NSCLC, NSCLC im Frühstadium, adjuvant, 1 L nicht-platteneitheliales NSCLC (in Kombination mit Nab-Paclitaxel und Carboplatin) und 1 L nicht-platteneitheliales NSCLC (in Kombination mit Paclitaxel und Carboplatin)) bzw. eine Meldung der Indikation (SCLC und HCC) hat den entsprechenden Indikationscode (20641.XX) zu enthalten.

Die Dosierung beträgt maximal 1'200 mg alle drei Wochen.

Klinisch stabile Patienten mit initialem Befund einer Progression können bis zur Bestätigung der Progression der Erkrankung weiter behandelt werden.



PRÄPARATE / (Wirkstoffe) Packungen	Verantwortliche Firma	Therap. Gruppe	Dossier Nr.	Preis neu	Ex-Fact. neu
Befristete Limitation bis 30.06.2025					
<b>2L NSCLC</b>					
Tecentriq ist indiziert zur Monotherapie von Patienten mit lokal fortgeschrittenem oder metastasiertem nicht-kleinzelligem Lungenkarzinom (NSCLC) nach vorausgegangener Chemotherapie. Patienten mit einer Progression nach Therapie mit einem Immunonkologikum sind von einer Therapie mit Tecentriq ausgeschlossen.					
Patienten mit genomischen Tumoraberrationen vom EGFR oder ALK Typ sollten zudem eine für diese Aberrationen zugelassene Therapie erhalten haben, bevor sie mit Tecentriq behandelt werden.					
Die Patienten sollten bis zur Progression der Erkrankung oder bis zum Auftreten unzumutbarer Toxizität behandelt werden. Klinisch stabile Patienten mit initialem Befund einer Progression können bis zur Bestätigung der Progression der Erkrankung weiter behandelt werden. Die Behandlung bedarf der Kostengutsprache durch den Krankenversicherer nach vorgängiger Konsultation des Vertrauensarztes.					
Folgender Indikationscode ist an den Krankenversicherer zu übermitteln: 20641.01					
Neue Limitation befristet bis 30.06.2025					
<b>1L nicht-platteneitheliales NSCLC (in Kombination mit Nab-Paclitaxel und Carboplatin)</b>					
Tecentriq wird in Kombination mit Nab-Paclitaxel und Carboplatin zur Erstlinienbehandlung von Patienten mit metastasiertem, nicht-platteneitheliales NSCLC ohne genomische EGFR- oder ALK-Tumoraberrationen vergütet.					
Nach 4 oder 6 Behandlungszyklen in Kombination mit einer Nab-Paclitaxel- und Carboplatin-haltigen Chemotherapie wird Tecentriq bis zur Progression der Krankheit vergütet.					
Kostengutsprache durch den Krankenversicherer nach vorgängiger Konsultation des Vertrauensarztes.					
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, für jede für die Indikation 1L nicht-platteneitheliales NSCLC (in Kombination mit Nab-Paclitaxel und Carboplatin) bezogene Packung Tecentriq einen festgelegten Anteil des Fabrikabgabepreises zurück. Dieser Rückerstattungsanteil entspricht der Differenz des wirtschaftlichen Preises und des aktuell gelisteten SL-FAP. Der wirtschaftliche Preis für Tecentriq in Kombination mit Nab-Paclitaxel und Carboplatin beträgt Fr. 3'956.65. Die Mehrwertsteuer kann nicht zusätzlich zurückgefordert werden. Die Aufforderung zur Rückerstattung soll ab dem Zeitpunkt der Verabreichung erfolgen.					
Folgender Indikationscode ist an den Krankenversicherer zu übermitteln: 20641.05					
Neue Limitation befristet bis 30.06.2025					
<b>1L nicht-platteneitheliales NSCLC (in Kombination mit Paclitaxel und Carboplatin)</b>					
Tecentriq wird in Kombination mit Paclitaxel und Carboplatin zur Erstlinienbehandlung von Patienten mit metastasiertem, nicht-platteneitheliales NSCLC ohne genomische EGFR- oder ALK-Tumoraberrationen und deren Tumoren eine PD-L1-Expression von $\geq 1\%$ aufweisen, vergütet.					
Nach 4 oder 6 Behandlungszyklen in Kombination mit einer Paclitaxel- und Carboplatin-haltigen Chemotherapie wird Tecentriq bis zur Progression der Krankheit vergütet.					
Kostengutsprache durch den Krankenversicherer nach vorgängiger Konsultation des Vertrauensarztes.					
Folgender Indikationscode ist an den Krankenversicherer zu übermitteln: 20641.06					
Befristete Limitation bis 30.06.2025					
<b>NSCLC im Frühstadium, adjuvant</b>					
Tecentriq als Monotherapie wird vergütet zur adjuvanten Therapie für erwachsene Patienten (ab dem 18. Lebensjahr) mit NSCLC im Stadium II und IIIA (7. Ausgabe UICC/AJCC Klassifikationssystem), deren Tumor keine Progression nach cisplatinhaltiger Chemotherapie und eine PD-L1-Tumorexpression $\geq 50\%$ aufweist. Folgende Kriterien müssen zudem erfüllt sein:					
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Eastern Cooperative Oncology Group (ECOG) Performance Status 0 oder 1.</li> <li>• Vollständige Resektion des Tumors 28-84 Tage vor durchgeführter cisplatinhaltiger Chemotherapie (bis zu 4 Zyklen).</li> <li>• Die adjuvante Behandlung mit Tecentriq wird 21-56 Tage nach der letzten Dosis cisplatinhaltigen Chemotherapie begonnen.</li> <li>• Es liegen keine genomischen Tumoraberrationen vom EGFR oder ALK Typ vor.</li> </ul>					
Kostengutsprache durch den Krankenversicherer nach vorgängiger Konsultation des Vertrauensarztes.					
Die Therapiedauer mit Atezolizumab ist auf maximal 16 Zyklen beschränkt.					
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, für jede für die Indikation NSCLC im Frühstadium, adjuvant bezogene Packung Tecentriq 17.1 % des Fabrikabgabepreises zurück. Die Mehrwertsteuer kann nicht zusätzlich zurückgefordert werden. Die Aufforderung zur Rückerstattung soll ab dem Zeitpunkt der Verabreichung erfolgen.					
Folgender Indikationscode ist an den Krankenversicherer zu übermitteln: 20641.04					
Befristete Limitation bis 30.04.2024					
<b>SCLC</b>					
Tecentriq ist indiziert in Kombination mit Carboplatin und Etoposid für die Erstlinientherapie von Patienten mit fortgeschrittenem kleinzelligem Lungenkarzinom (ES-SCLC, extensive-stage small cell lung cancer). Folgende Kriterien der Erkrankung müssen erfüllt sein:					
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Histologisch oder zytologisch bestätigtes ES-SCLC (gemäß dem Staging-System der Veterans Administration Lung Study Group [VALG])</li> <li>• Keine vorherige systemische Behandlung für ES-SCLC</li> <li>• Messbare Krankheit, gemäß RECIST v1 - Angemessene hämatologische und endorganische Funktion</li> <li>• Seit der letzten Chemo-/Bestrahlungstherapie mindestens 6 Monate lang behandlungsfrei, bei Patienten mit vorheriger Chemo-/Bestrahlungstherapie für LS-SCLC (SCLC in begrenztem Stadium)</li> </ul>					
Die Patienten sollten bis zur Progression der Erkrankung behandelt werden. Klinisch stabile Patienten mit initialem Befund einer Progression können bis zur Bestätigung der Progression der Erkrankung weiter behandelt werden.					
Dem Versicherer ist bei Therapiebeginn die Indikation mitzuteilen.					
Die Zulassungsinhaberin Roche Pharma (Schweiz) AG erstattet dem Krankenversicherer, bei dem die versicherte Person zum Zeitpunkt des Bezugs versichert war, auf dessen erste Aufforderung hin für jede für die Nebenindikation SCLC Behandlung bezogene Packung TECENTRIQ einen festgelegten Anteil des Fabrikabgabepreises zurück. Die Zulassungsinhaberin gibt dem Krankenversicherer die jeweilige Höhe der Rückerstattungen bekannt. Die Mehrwertsteuer kann nicht zusätzlich zurückgefordert werden.					
Die Aufforderung zur Rückerstattung soll ab dem Zeitpunkt der Verabreichung erfolgen.					
Folgender Indikationscode ist an den Krankenversicherer zu übermitteln: 20641.02					

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

Limitation alt

#### HCC

Tecentriq ist in Kombination mit Bevacizumab zur Behandlung von erwachsenen Patienten (ab dem 18. Lebensjahr) mit inoperablem oder metastasiertem hepatozellulärem Karzinom (HCC) indiziert, die keine vorgängige systemische Therapie erhalten haben, nicht für eine lokoregionale Therapie qualifizieren oder progredient auf diese Therapie waren und alle folgenden Kriterien der Erkrankung erfüllen:

- ECOG Status 0-1
- Erhaltene Leberfunktion (Kategorie A auf der Child-Pugh Leberfunktionsskala).

Die Zulassungsinhaberin Roche Pharma (Schweiz) AG und die Zulassungsinhaberin des Bevacizumab-Präparates erstatten dem Krankenversicherer, bei dem die versicherte Person zum Zeitpunkt des Bezugs versichert war, auf dessen erste Aufforderung hin, für jede für die Indikation HCC Behandlung bezogene Packung Tecentriq und Bevacizumab einen festgelegten Anteil des Fabrikabgabepreises zurück. Die Roche Pharma (Schweiz) AG gibt dem Krankenversicherer die wirtschaftlichen Preise für Tecentriq und Bevacizumab bekannt. Die Anteile der Rückerstattung entsprechen der Differenz der publizierten und wirtschaftlichen Preise. Die Mehrwertsteuer kann nicht zusätzlich zu diesem Anteil des Fabrikabgabepreises zurückgefordert werden. Die Aufforderung zur Rückerstattung soll ab dem Zeitpunkt der Verabreichung erfolgen. Eine Vergütung von Tecentriq kann nur mit einem Bevacizumab Kombinationspartner erfolgen, dessen Limitation die Kombinationstherapie (Tecentriq und Bevacizumab) zur Therapie des HCC explizit aufführt.

Folgender Indikationscode ist an den Krankenversicherer zu übermitteln: 20641.03

Neue Limitation befristet bis 30.06.2025

#### HCC

Tecentriq ist in Kombination mit Bevacizumab zur Behandlung von erwachsenen Patienten (ab dem 18. Lebensjahr) mit inoperablem oder metastasiertem hepatozellulärem Karzinom (HCC) indiziert, die keine vorgängige systemische Therapie erhalten haben, nicht für eine lokoregionale Therapie qualifizieren oder progredient auf diese Therapie waren und alle folgenden Kriterien der Erkrankung erfüllen:

- ECOG Status 0-1
- Erhaltene Leberfunktion (Kategorie A auf der Child-Pugh Leberfunktionsskala).

Die Zulassungsinhaberin Roche Pharma (Schweiz) AG und die Zulassungsinhaberin des Bevacizumab-Präparates erstatten dem Krankenversicherer, bei dem die versicherte Person zum Zeitpunkt des Bezugs versichert war, auf dessen erste Aufforderung hin, für jede für die Indikation HCC Behandlung bezogene Packung Tecentriq und Bevacizumab einen festgelegten Anteil des Fabrikabgabepreises zurück. Die Roche Pharma (Schweiz) AG gibt dem Krankenversicherer die wirtschaftlichen Preise für Tecentriq und Bevacizumab bekannt. Die Anteile der Rückerstattung entsprechen der Differenz der publizierten und wirtschaftlichen Preise. Die Mehrwertsteuer kann nicht zusätzlich zu diesem Anteil des Fabrikabgabepreises zurückgefordert werden. Die Aufforderung zur Rückerstattung soll ab dem Zeitpunkt der Verabreichung erfolgen. Eine Vergütung von Tecentriq kann nur mit einem Bevacizumab Kombinationspartner erfolgen, dessen Limitation die Kombinationstherapie (Tecentriq und Bevacizumab) zur Therapie des HCC explizit aufführt.

Folgender Indikationscode ist an den Krankenversicherer zu übermitteln: 20641.03

<b>VELTASSA</b>	Vifor Fresenius Medical Care	160000			
Plv 8.4g Btl 30 Stk	Renal Pharma Ltd		20709	219.45	176.86
Plv 16.8g Btl 30 Stk			20709	219.45	176.86

Limitation alt

VELTASSA wird nach Kostengutsprache durch den Krankenversicherer nach vorgängiger Konsultation des Vertrauensarztes vergütet bei erwachsenen, nicht dialysierten Patienten mit chronischer Niereninsuffizienz (Behandlungsbeginn muss in CKD-Stadium III oder IV erfolgen; die glomeruläre Filtrationsrate muss unter 60 ml/min/1.73m<sup>2</sup> liegen), die während einer Therapie mit einem Inhibitor des Renin-Angiotensin-Aldosteron-Systems eine chronisch rekurrende und durch wiederholte Messungen festgestellte Hyperkaliämie entwickelten, und bei denen Kationenaustauscher eingesetzt werden müssen, da die nicht medikamentösen Massnahmen (Diät) und die bisherigen medikamentösen Massnahmen (z.B. kaliumsenkende Diuretika) zur Normalisierung des Kaliumspiegels (unter < 5.5 mmol/L) nicht genügten.

Die Erstverschreibung von VELTASSA darf nur durch Kardiologen oder Nephrologen erfolgen.

Es wird pro Monat maximal eine Packung VELTASSA mit den Dosisstärken 8.4g oder 16.8g vergütet. Benötigt ein Patient eine höhere Dosis als 16.8g pro Tag, erstattet die Vifor SA dem Krankenversicherer den Publikumspreis der zweiten Packung abzüglich der MwSt. zurück.

Limitation neu

VELTASSA wird vergütet bei erwachsenen, nicht dialysierten Patienten mit chronischer Niereninsuffizienz (Behandlungsbeginn muss in CKD-Stadium III oder IV erfolgen; die glomeruläre Filtrationsrate muss unter 60 ml/min/1.73m<sup>2</sup> liegen), die während einer Therapie mit einem Inhibitor des Renin-Angiotensin-Aldosteron-Systems eine chronisch rekurrende und durch wiederholte Messungen festgestellte Hyperkaliämie entwickelten, und bei denen Kationenaustauscher eingesetzt werden müssen, da die nicht medikamentösen Massnahmen (Diät) und die bisherigen medikamentösen Massnahmen (z.B. kaliumsenkende Diuretika) zur Normalisierung des Kaliumspiegels (unter < 5.5 mmol/L) nicht genügten.

Es wird pro Monat maximal eine Packung VELTASSA mit den Dosisstärken 8.4g oder 16.8g vergütet. Benötigt ein Patient eine höhere Dosis als 16.8g pro Tag, erstattet die Vifor SA dem Krankenversicherer den Publikumspreis der zweiten Packung abzüglich der MwSt. zurück.

PRÄPARATE / (Wirkstoffe) Packungen	Verantwortliche Firma	Therap. Gruppe	Dossier Nr.	Preis neu	Ex-Fact. neu
<b>ZIRABEV</b>	Pfizer AG	071610			
Inf Konz 400 mg/16 ml Vial 16 ml			21090	1117.50	962.84
Inf Konz 100 mg/4 ml Vial 4 ml			21090	312.10	257.57

Limitation alt

#### Nierenzellkarzinom

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

Abwicklung der Rückvergütung:

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

Folgender Indikationscode ist an den Krankenversicherer zu übermitteln: 21090.03.

Limitation neu

#### Nierenzellkarzinom

Nach Kostengutsprache durch den Krankenversicherer nach vorgängiger Konsultation und Genehmigung des Vertrauensarztes zur Erstlinientherapie bei nephrektomierten Patienten mit fortgeschrittenem und/oder metastasiertem Nierenzellkarzinom in Kombination mit Interferon alfa-2a. Die Firma Pfizer AG vergütet in dieser Indikation für die Behandlung auf Aufforderung desjenigen Krankenversicherers, bei dem die versicherte Person zum jeweiligen Bezugspunkt versichert war, Fr. 0.27 pro mg Zirabev zurück. Zirabev wird bei entsprechender ärztlicher Verordnung bis zur Progression der Krankheit vergütet. Die Mehrwertsteuer kann nicht zusätzlich zu diesem Betrag zurückgefordert werden. Die Aufforderung zur Rückvergütung soll in der Regel innerhalb von 3 Monaten nach Verabreichung erfolgen.

Abwicklung der Rückvergütung:

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

Folgender Indikationscode ist an den Krankenversicherer zu übermitteln: 21090.03.

Limitation alt

#### Mammakarzinom

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

Abwicklung der Rückvergütung:

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

Folgender Indikationscode ist an den Krankenversicherer zu übermitteln: 21090.04.

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

Limitation neu

#### Mammakarzinom

Nach Kostengutsprache durch den Krankenversicherer nach vorgängiger Konsultation und Genehmigung des Vertrauensarztes zur Erstlinientherapie von Patientinnen mit HER2-negativem, lokal rezidivierendem oder metastasiertem Mammakarzinom in Kombination mit Paclitaxel. Die Firma Pfizer AG vergütet in dieser Indikation für die Behandlung auf Aufforderung desjenigen Krankenversicherers, bei dem die versicherte Person zum jeweiligen Bezugspunkt versichert war, Fr. 0.10 pro mg Zirabev zurück. Zirabev wird bei entsprechender ärztlicher Verordnung bis zur Progression der Krankheit vergütet. Die Mehrwertsteuer kann nicht zusätzlich zu diesem Betrag zurückgefordert werden. Die Aufforderung zur Rückvergütung soll in der Regel innerhalb von 3 Monaten nach Verabreichung erfolgen.

Abwicklung der Rückvergütung:

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

Folgender Indikationscode ist an den Krankenversicherer zu übermitteln: 21090.04.

Befristete Limitation bis 30.11.2023

#### Ovarialkarzinom nach Erstlinienchemotherapie

##### Kombinationstherapie mit Lynparza (Olaparib)

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

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

Unter folgenden Voraussetzungen:

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

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

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

Folgender Indikationscode ist an den Krankenversicherer zu übermitteln: 21090.08.

Befristete Limitation bis 30.06.2026

#### Glioblastom

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

Folgender Indikationscode ist an den Krankenversicherer zu übermitteln: 21090.07.

Limitation alt

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

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

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

Folgender Indikationscode ist an den Krankenversicherer zu übermitteln: 21090.09.

PRÄPARATE / (Wirkstoffe) Packungen	Verantwortliche Firma	Therap. Gruppe	Dossier Nr.	Preis neu	Ex-Fact. neu
<p>Neue Limitation befristet bis 30.06.2025</p> <p><b>ZIRABEV in Kombination mit Atezolizumab (TECENTRIQ) zur Behandlung des inoperablen oder metastasierten hepatozellulären Karzinoms (HCC)</b></p> <p>Es gelten die entsprechenden Vergütungskriterien gemäss der Limitation für Atezolizumab (siehe Limitation TECENTRIQ) und bezüglich der Rückerstattung für ZIRABEV in dieser Indikation gilt zusätzlich folgende Limitation:</p> <p>Die ZulassungsinhaberIn erstattet dem Krankenversicherer, bei dem die versicherte Person zum Zeitpunkt des Bezugs versichert war, auf dessen erste Aufforderung hin, für jede für die Indikation HCC Behandlung bezogene Packung ZIRABEV in Kombination mit Atezolizumab (TECENTRIQ) einen festgelegten Anteil des Fabrikabgabepreises zurück. Pfizer AG gibt dem Krankenversicherer die wirtschaftlichen Preise für Bevacizumab bekannt. Die Anteile der Rückerstattung entsprechen der Differenz der publizierten und der wirtschaftlichen Preise. Die Mehrwertsteuer kann nicht zusätzlich zu diesem Anteil des Fabrikabgabepreises zurückgefordert werden. Die Aufforderung zur Rückerstattung soll ab dem Zeitpunkt der Verabreichung erfolgen.</p> <p>Folgender Indikationscode ist an den Krankenversicherer zu übermitteln: 21090.09.</p>					
<b>PEMAZYRE</b>	Incyte Biosciences International	070610			
Tabl 4.5 mg Blist 14 Stk	Sàrl		21303	8351.00	7907.33
Tabl 9 mg Blist 14 Stk			21303	8351.00	7907.33
Tabl 13.5 mg Blist 14 Stk			21303	8351.00	7907.33
<p>Limitation alt</p> <p>Nach Kostengutsprache durch den Krankenversicherer nach vorgängiger Konsultation des Vertrauensarztes.</p> <p>PEMAZYRE wird als Monotherapie zur Behandlung von Erwachsenen mit lokal fortgeschrittenem, inoperablem oder metastasiertem Cholangiokarzinom mit einer Fibroblasten-Wachstumsfaktor-Rezeptor-2 (FGFR2)-Fusion oder einem FGFR2-Rearrangement, das nach mindestens einer vorgängigen systemischen Therapielinie fortgeschritten ist, vergütet.</p> <p>Die FGFR2-Fusion oder das FGFR2-Rearrangement ist vor der Behandlung mit PEMAZYRE mit einer geeigneten Methode nachzuweisen.</p> <p>Patienten mit unbehandelten oder fortgeschrittenen Hirn-/ZNS Metastasen sind von der Vergütung einer Behandlung mit PEMAZYRE ausgeschlossen.</p> <p>Die Behandlung mit PEMAZYRE erfolgt bis zur Progression der Erkrankung oder bis zum Auftreten inakzeptabler Toxizität.</p> <p>Eine Rotation innerhalb der FGFR-Inhibitoren wird ausschliesslich bei Kontraindikation oder Unverträglichkeit vergütet.</p> <p>Die ZulassungsinhaberIn Incyte Biosciences International Sàrl vergütet die ersten 2 bezogenen Packungen PEMAZYRE auf Aufforderung desjenigen Krankenversicherers, bei dem die versicherte Person zum Zeitpunkt des Bezugs versichert war, zum aktuellen FAP vollständig zurück. Die ZulassungsinhaberIn Incyte Biosciences International Sàrl 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 PEMAZYRE einen festgelegten Anteil des Fabrikabgabepreises zurück. Sie gibt dem Krankenversicherer die Höhe der Rückerstattung bekannt. Die Mehrwertsteuer kann nicht zusätzlich zu diesem Anteil des Fabrikabgabepreises zurückgefordert werden. Die Aufforderung zur Rückerstattung soll ab dem Zeitpunkt der Verabreichung erfolgen.</p> <p>Neue Limitation befristet bis 31.07.2023</p> <p>Nach Kostengutsprache durch den Krankenversicherer nach vorgängiger Konsultation des Vertrauensarztes.</p> <p>PEMAZYRE wird als Monotherapie zur Behandlung von Erwachsenen mit lokal fortgeschrittenem, inoperablem oder metastasiertem Cholangiokarzinom mit einer Fibroblasten-Wachstumsfaktor-Rezeptor-2 (FGFR2)-Fusion oder einem FGFR2-Rearrangement, das nach mindestens einer vorgängigen systemischen Therapielinie fortgeschritten ist, vergütet.</p> <p>Die FGFR2-Fusion oder das FGFR2-Rearrangement ist vor der Behandlung mit PEMAZYRE mit einer geeigneten Methode nachzuweisen.</p> <p>Patienten mit unbehandelten oder fortgeschrittenen Hirn-/ZNS Metastasen sind von der Vergütung einer Behandlung mit PEMAZYRE ausgeschlossen.</p> <p>Die Behandlung mit PEMAZYRE erfolgt bis zur Progression der Erkrankung oder bis zum Auftreten inakzeptabler Toxizität.</p> <p>Eine Rotation innerhalb der FGFR-Inhibitoren wird ausschliesslich bei Kontraindikation oder Unverträglichkeit vergütet.</p> <p>Die ZulassungsinhaberIn Incyte Biosciences International Sàrl vergütet die ersten 2 bezogenen Packungen PEMAZYRE auf Aufforderung desjenigen Krankenversicherers, bei dem die versicherte Person zum Zeitpunkt des Bezugs versichert war, zum aktuellen FAP vollständig zurück. Die ZulassungsinhaberIn Incyte Biosciences International Sàrl 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 PEMAZYRE einen festgelegten Anteil des Fabrikabgabepreises zurück. Sie gibt dem Krankenversicherer die Höhe der Rückerstattung bekannt. Die Mehrwertsteuer kann nicht zusätzlich zu diesem Anteil des Fabrikabgabepreises zurückgefordert werden. Die Aufforderung zur Rückerstattung soll ab dem Zeitpunkt der Verabreichung erfolgen.</p>					
<b>TEPMETKO</b>	Merck (Schweiz) AG	071610			
Filmtabl 225 mg Blist 60 Stk			21285	6377.45	5981.89
<p>Befristete Limitation bis 30.04.2024</p> <p>Nach Kostengutsprache durch den Krankenversicherer nach vorgängiger Konsultation des Vertrauensarztes.</p> <p>TEPMETKO ist für die Behandlung von erwachsenen Patienten mit fortgeschrittenem oder metastasierendem nicht-kleinzelligem Lungenkarzinom (NSCLC) mit einer MET-Exon-14-Skipping-Mutation indiziert. Eine Anwendung bei zusätzlichen onkogenen Treiber Mutationen inklusive EGFR- oder ALK Tumoraberrationen wird nicht vergütet.</p> <p>Die Behandlung erfolgt bis zur Progression der Erkrankung.</p> <p>Eine Rotation innerhalb der MET-Inhibitoren wird ausschliesslich bei Kontraindikation oder Unverträglichkeit vergütet.</p> <p>Die Merck (Schweiz) AG erstattet dem Krankenversicherer, bei dem die versicherte Person zum Zeitpunkt des Bezugs versichert war, auf dessen erste Aufforderung hin die ersten zwei bezogenen Packungen TEPMETKO vollständig zum Fabrikabgabepreis von Fr. 5981.89 zurück. Die Mehrwertsteuer kann nicht zusätzlich zu diesem Anteil des Fabrikabgabepreises zurückgefordert werden. Die Aufforderung zur Rückerstattung soll ab dem Zeitpunkt der Verabreichung erfolgen.</p>					

PRÄPARATE / (Wirkstoffe) Packungen	Verantwortliche Firma	Therap. Gruppe	Dossier Nr.	Preis neu	Ex-Fact. neu
<b>VII. Limitationsänderungen aufgrund der Überprüfung der Aufnahmebedingungen alle drei Jahre von 2022</b>					
<b>SEBIVO</b> Filmtabl 600mg 28 Stk	Mylan Pharma GmbH	080300	18476	489.05	411.72
Limitation alt Chronische Hepatitis B bei Patienten mit Anzeichen einer viralen Replikation und einer aktiven Leberentzündung.					
Limitation neu Vergütung nur bei bereits mit diesem Medikament eingestellten Personen mit chronischer Hepatitis B mit Anzeichen einer viralen Replikation und einer aktiven Leberentzündung. Davon ausgenommen ist die Anwendung während der Schwangerschaft zur Verhinderung der Mutter-Kind-Übertragung, wenn eine Therapie mit Telbivudin indiziert ist.					
<b>TELZIR</b> Filmtabl 700mg 60 Stk	ViiV Healthcare GmbH	080300	18209	464.80	390.60
Limitation neu Vergütung nur bei bereits mit Telzir eingestellten Patienten.					

# Rezeptsperrung

Swissmedic, Abteilung Betäubungsmittel

Rezeptsperrung

**Folgende Rezepte sind gesperrt**

Kanton	Block-Nr.	Rezept-Nr.
Bern		10788201

BAG-Bulletin  
BBL, Vertrieb Publikationen  
CH-3003 Bern

P.P.

CH-3003 Bern  
Post CH AG

# BAG-Bulletin

Woche

29/2023