



Schweizerische Eidgenossenschaft
Confédération suisse
Confederazione Svizzera
Confederaziun svizra

Eidgenössisches Departement des Innern EDI
Bundesamt für Gesundheit BAG

Ausgabe vom 14. April 2020

Woche
BAG-Bulletin 16/2020

Informationsmagazin für medizinische Fachpersonen und Medienschaffende

**SO SCHÜTZEN
WIR UNS.**

www.bag-coronavirus.ch



Impressum

HERAUSGEBER

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

REDAKTION

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

DRUCK

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

ABONNEMENTE, ADRESSÄNDERUNGEN

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

ISSN 1420-4266

DISCLAIMER

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

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

Inhalt

Meldungen Infektionskrankheiten	4
Wochenbericht zu den grippeähnlichen Erkrankungen	6
So schützen wir uns: www.bag-coronavirus.ch	7
Spezialitätenliste	10
Rezeptsperrung	27

Meldungen Infektionskrankheiten

Stand am Ende der 14. Woche (07.04.2020)^a

* Keine vollständige Erfassung wegen COVID-19.

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

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

^c Ausgeschlossen sind materno-fötale Röteln.

^d Bei schwangeren Frauen und Neugeborenen

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

^f Primäre, sekundäre bzw. frühlatente Syphilis.

^g Die Fallzahlen für Syphilis sind aufgrund einer Anpassung der Falldefinition nicht mehr mit denjenigen in früheren Bulletin-Ausgaben vergleichbar.

^h Eingeschlossen sind Fälle von Haut- und Rachendiphtherie, aktuell gibt es ausschliesslich Fälle von Hautdiphtherie.

Infektionskrankheiten: Stand am Ende der 14. Woche (07.04.2020)^a

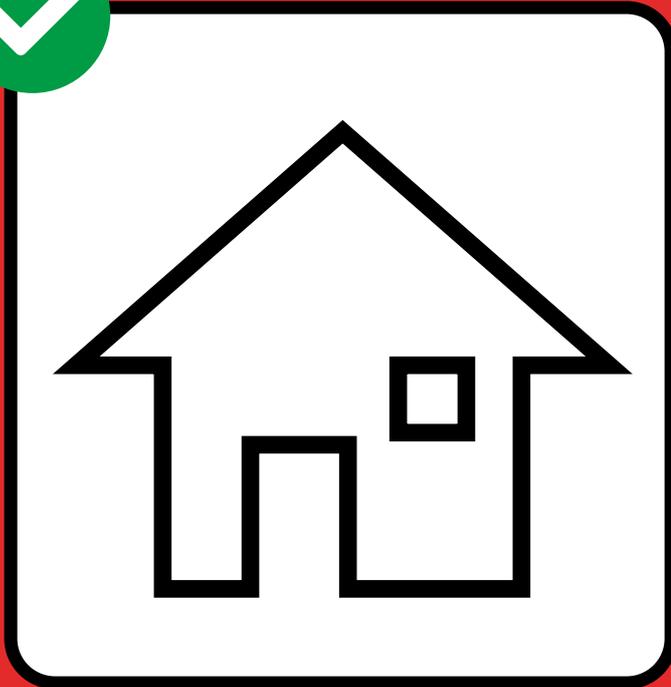
	Woche 14			letzte 4 Wochen			letzte 52 Wochen			seit Jahresbeginn		
	2020	2019	2018	2020	2019	2018	2020	2019	2018	2020	2019	2018
Respiratorische Übertragung												
Haemophilus influenzae: invasive Erkrankung	2 1.20	4 2.40	5 3.00	8 1.20	16 2.40	14 2.10	111 1.30	134 1.60	138 1.60	43 1.90	56 2.40	60 2.60
Influenzavirus-Infektion, saisonale Typen und Subtypen^b	33 20.00	210 127.20	424 256.90	1290 195.20	2238 339.00	2286 346.20	11346 132.20	13670 159.30	14778 172.20	10573 457.60	12995 562.40	13311 576.00
Legionellose	9 5.40	7 4.20	7 4.20	16 2.40	31 4.70	30 4.50	531 6.20	586 6.80	517 6.00	74 3.20	124 5.40	105 4.50
Masern		14 8.50	1 0.60	2 0.30	57 8.60	4 0.60	124 1.40	157 1.80	61 0.70	29 1.20	126 5.40	17 0.70
Meningokokken: invasive Erkrankung				2 0.30	6 0.90	9 1.40	41 0.50	46 0.50	54 0.60	11 0.50	13 0.60	30 1.30
Pneumokokken: invasive Erkrankung	14 8.50	18 10.90	38 23.00	39 5.90	89 13.50	131 19.80	773 9.00	875 10.20	1011 11.80	302 13.10	402 17.40	493 21.30
Röteln^c							1 0.01	1 0.01	2 0.02			1 0.04
Röteln, materno-fötal^d												
Tuberkulose	* *	11 6.70	10 6.10	1 0.20	33 5.00	63 9.50	386 4.50	470 5.50	541 6.30	79 3.40	121 5.20	161 7.00
Faeco-orale Übertragung												
Campylobacteriose	51 30.90	84 50.90	96 58.20	208 31.50	359 54.40	312 47.30	7027 81.90	7789 90.80	7188 83.80	1241 53.70	1520 65.80	1404 60.80
Enterohämorrhagische E.-coli-Infektion	* *	10 6.10	6 3.60	4 0.60	51 7.70	30 4.50	1072 12.50	873 10.20	746 8.70	129 5.60	189 8.20	157 6.80
Hepatitis A	* *	2 1.20	2 1.20	7 1.10	3 0.40	3 0.40	96 1.10	102 1.20	106 1.20	33 1.40	16 0.70	18 0.80
Hepatitis E	* *		1 0.60	2 0.30	4 0.60	6 0.90	105 1.20	88 1.00	17 0.20	24 1.00	32 1.40	17 0.70
Listeriose	3 1.80		1 0.60	4 0.60		7 1.10	40 0.50	42 0.50	52 0.60	11 0.50	7 0.30	19 0.80
Salmonellose, S. typhi/ paratyphi		1 0.60		3 0.40	1 0.20		27 0.30	19 0.20	28 0.30	9 0.40	3 0.10	7 0.30
Salmonellose, übrige	13 7.90	14 8.50	19 11.50	13 2.00	66 10.00	59 8.90	1489 17.40	1449 16.90	1884 22.00	196 8.50	257 11.10	286 12.40
Shigellose	1 0.60	1 0.60	4 2.40	3 0.40	14 2.10	12 1.80	188 2.20	265 3.10	152 1.80	29 1.20	57 2.50	41 1.80

	Woche 14			letzte 4 Wochen			letzte 52 Wochen			seit Jahresbeginn		
	2020	2019	2018	2020	2019	2018	2020	2019	2018	2020	2019	2018
Durch Blut oder sexuell übertragen												
Aids		1 0.60	2 1.20	1 0.20	5 0.80	4 0.60	79 0.90	71 0.80	83 1.00	14 0.60	16 0.70	23 1.00
Chlamydiose	168 101.80	203 123.00	208 126.00	848 128.40	881 133.40	766 116.00	12252 142.80	11511 134.10	10903 127.00	3229 139.70	3249 140.60	2887 124.90
Gonorrhoe ^e	62 37.60	75 45.40	42 25.40	263 39.80	286 43.30	152 23.00	3957 46.10	3287 38.30	2513 29.30	1054 45.60	1014 43.90	664 28.70
Hepatitis B, akut	* *		1 0.60		1 0.20	2 0.30	26 0.30	33 0.40	38 0.40	5 0.20	7 0.30	8 0.40
Hepatitis B, total Meldungen	* *	27	21	13	91	85	977	1193	1207	211	331	341
Hepatitis C, akut	* *				3 0.40		17 0.20	31 0.40	36 0.40		10 0.40	8 0.40
Hepatitis C, total Meldungen	* *	29	23	13	98	105	919	1210	1377	204	314	391
HIV-Infektion	9 5.40	4 2.40	7 4.20	21 3.20	38 5.80	24 3.60	405 4.70	420 4.90	426 5.00	88 3.80	113 4.90	100 4.30
Syphilis, Frühstadien ^f	3 1.80	9 5.40	11 6.70	16 2.40	49 7.40	37 5.60	621 7.20	667 7.80	111 1.30	126 5.40	181 7.80	111 4.80
Syphilis, total ^g	4 2.40	12 7.30	19 11.50	21 3.20	70 10.60	65 9.80	858 10.00	974 11.40	887 10.30	175 7.60	254 11.00	206 8.90
Zoonosen und andere durch Vektoren übertragbare Krankheiten												
Brucellose			1 0.60			1 0.20	6 0.07	5 0.06	6 0.07		1 0.04	1 0.04
Chikungunya-Fieber		3 1.80			6 0.90		36 0.40	18 0.20	16 0.20	9 0.40	14 0.60	1 0.04
Dengue-Fieber		6 3.60	7 4.20		17 2.60	19 2.90	236 2.80	174 2.00	170 2.00	41 1.80	59 2.60	56 2.40
Gelbfieber									1 0.01			1 0.04
Hantavirus-Infektion								1 0.01	1 0.01			
Malaria	6 3.60	4 2.40	8 4.80	6 0.90	23 3.50	17 2.60	274 3.20	292 3.40	335 3.90	65 2.80	77 3.30	78 3.40
Q-Fieber			2 1.20		5 0.80	3 0.40	92 1.10	61 0.70	37 0.40	8 0.40	18 0.80	10 0.40
Trichinellose							3 0.03		1 0.01	1 0.04		
Tularämie			1 0.60		2 0.30	2 0.30	145 1.70	118 1.40	135 1.60	8 0.40	10 0.40	13 0.60
West-Nil-Fieber							1 0.01					
Zeckenzephalitis				2 0.30	1 0.20	1 0.20	263 3.10	372 4.30	273 3.20	4 0.20	3 0.10	6 0.30
Zika-Virus Infektion							1 0.01	1 0.01	14 0.20			2 0.09
Andere Meldungen												
Botulismus									2 0.02			
Creutzfeldt-Jakob-Krankheit							16 0.20	20 0.20	19 0.20	3 0.10	4 0.20	3 0.10
Diphtherie ^h							2 0.02	5 0.06	2 0.02			
Tetanus												

Wochenbericht zu den grippeähnlichen Erkrankungen

Die aktuelle Situation rund um die COVID-19 Pandemie hat Einfluss auf die Datenerhebung für die grippeähnlichen Erkrankungen. Einerseits sind die Symptome von COVID-19 und einer Influenza-Erkrankung ähnlich. COVID-19 kann daher in die Statistik der grippeähnlichen Erkrankungen einfließen. Andererseits verändert die aktuelle Lage das Verhalten von erkrankten Personen bezüglich Arztkonsultationen, was in der Interpretation der Daten ebenfalls berücksichtigt werden muss. Die Daten sind aus diesen Gründen zunehmend weniger aussagekräftig für Influenza. Daher wurde die Grippeberichtserstattung eingestellt. Zahlen zu COVID-19, welche aus der Sentinella Überwachung hervorgehen, werden im Situationsbericht zur epidemiologischen Lage auf der BAG-Webseite erscheinen (www.bag.admin.ch/neues-coronavirus, Situation Schweiz und International).

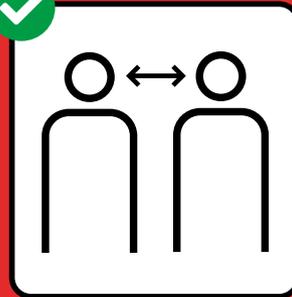
SO SCHÜTZEN WIR UNS.



**BLEIBEN SIE JETZT ZUHAUSE.
RETTEN SIE LEBEN.**

Ausser in folgenden Ausnahmen:

- Home-Office ist nicht möglich und Sie müssen zur Arbeit. Arbeitgeber sind verpflichtet, ihre Mitarbeitenden zu schützen.
- Sie müssen Lebensmittel einkaufen.
- Sie müssen zum Arzt/zur Ärztin/zur Apotheke/Drogerie.
- Sie müssen anderen Menschen helfen.



Abstand halten.



Gründlich Hände waschen.



Hände schütteln vermeiden.



In Taschentuch oder Armbeuge husten und niesen.



Nur nach telefonischer Anmeldung in Arztpraxis oder Notfallstation.

www.bag-coronavirus.ch



Schweizerische Eidgenossenschaft
Confédération suisse
Confederazione Svizzera
Confederaziun svizra

Swiss Confederation

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



Scan for translation



**REDE ÜBER ORGANSPENDE
DEINEN LIEBSTEN ZULIEBE**

LEBEN-IST-TEILEN.CH

**Weil es nicht leicht ist, für andere zu sprechen:
Ich sage meinen Liebsten, was ich will.
Nur wenn sie meinen Willen kennen, können
sie in meinem Sinn entscheiden.**



Schweizerische Eidgenossenschaft
Confédération suisse
Confederazione Svizzera
Confederaziun svizra

swiss
transplant 

Eidgenössisches Departement des Innern EDI
Bundesamt für Gesundheit BAG

Gemeinsam mit Verantwortung und Solidarität.

Cuminaivlamain cun responsablidad e cun solidaritad.

ION NUS NOUS WIR

Ensemble, responsables et solidaires.

Insieme, responsabili e solidali.

**Gemeinsam gegen das neue Coronavirus.
Informationen auf [bag-coronavirus.ch](https://www.bag-coronavirus.ch)**



Schweizerische Eidgenossenschaft
Confédération suisse
Confederazione Svizzera
Confederaziun svizra

Swiss Confederation

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

Spezialitätenliste:

Die Spezialitätenliste ist im Internet zu finden

unter: www.spezialitätenliste.ch

[] Der dem verfügbaren Publikumspreis zugrunde liegende Fabrikabgabepreis

Gültig ab 1. April 2020

Therap. Gruppe	Dossier Nr.	PRÄPARATE/ (Wirkstoffe) Packungen	Verantwortliche Firma	SHI-Nr.	Aufnahmejahr
I. Neuzugang Präparate					
01.05 G		ARIPIPAZOL NOBEL (Aripiprazolum)	NOBEL Pharma Schweiz AG		
	21036	Tabl 5 mg Blist 28 Stk Fr. 81.25 (56.48)		67607001	01.04.2020, B
	21036	Tabl 5 mg Blist 98 Stk Fr. 205.90 (165.07)		67607002	01.04.2020, B
	21036	Tabl 10 mg Blist 28 Stk Fr. 87.00 (61.50)		67607003	01.04.2020, B
	21036	Tabl 10 mg Blist 98 Stk Fr. 222.75 (179.74)		67607004	01.04.2020, B
	21036	Tabl 15 mg Blist 28 Stk Fr. 94.90 (68.36)		67607005	01.04.2020, B
	21036	Tabl 15 mg Blist 98 Stk Fr. 245.75 (199.78)		67607006	01.04.2020, B
	21036	Tabl 30 mg Blist 28 Stk Fr. 157.65 (123.04)		67607007	01.04.2020, B
	21036	Tabl 30 mg Blist 98 Stk Fr. 429.20 (359.59)	67607008	01.04.2020, B	
01.05		REAGILA (Cariprazinum)	Recordati AG		
	20780	Kaps 1.500 mg 28 Stk Fr. 190.00 (151.24)		66364001	01.09.2018, B
	20780	Kaps 1.500 mg 56 Stk Fr. 322.00 (266.19)		66364002	01.09.2018, B
	20780	Kaps 3 mg 28 Stk Fr. 301.15 (248.04)		66364003	01.09.2018, B
	20780	Kaps 3 mg 56 Stk Fr. 517.55 (436.54)		66364004	01.09.2018, B
	20780	Kaps 4.500 mg 28 Stk Fr. 412.25 (344.83)		66364005	01.09.2018, B
	20780	Kaps 4.500 mg 56 Stk Fr. 713.10 (606.90)		66364006	01.09.2018, B
	20780	Kaps 6 mg 28 Stk Fr. 502.55 (423.48)		66364007	01.09.2018, B
	20780	Kaps 6 mg 56 Stk Fr. 872.05 (745.32)	66364008	01.09.2018, B	
01.06 G		TRAZODON SANDOZ (Trazodoni hydrochloridum)	Sandoz Pharmaceuticals AG		
	20826	Tabl 50 mg Blist 30 Stk Fr. 15.90 (6.72)		66504003	01.04.2020, B
	20826	Tabl 50 mg Blist 100 Stk Fr. 38.30 (19.08)		66504004	01.04.2020, B
	20826	Tabl 100 mg Blist 30 Stk Fr. 20.25 (10.49)		66504001	01.04.2020, B
	20826	Tabl 100 mg Blist 100 Stk Fr. 50.45 (29.67)	66504002	01.04.2020, B	
01.99		COPAXONE PEN (Glatiramerum acetat)	Teva Pharma AG		
	21051	Inj Lös 40 mg/ml 12 Fertpen 1 ml Fr. 1194.20 (1032.77)	67492002	01.04.2020, B	

Maximal 3 mal 40 mg pro Woche.

Therap. Gruppe	Dossier Nr.	PRÄPARATE/ (Wirkstoffe) Packungen	Verantwortliche Firma	SHI-Nr.	Aufnahmejahr
01.99		OCREVUS (Ocrelizumabum)	Roche Pharma (Schweiz) AG		
	20624	Inf Konz 300 mg/10 ml Durchstf 1 Stk Fr. 5703.60 (5324.47)		66185001	01.03.2018, A
Für die Behandlung von erwachsenen Patienten mit aktiven schubförmigen Verlaufsformen der Multiplen Sklerose (MS). Für die Behandlung von erwachsenen Patienten mit primär progredienter Multipler Sklerose (PPMS) zur Verlangsamung der Krankheitsprogression und zur Reduzierung der Verschlechterung der Gehgeschwindigkeit.					
Die Roche Pharma (Schweiz) AG erstattet dem Krankenversicherer, bei dem die versicherte Person zum Zeitpunkt des Bezugs versichert war auf dessen erste Aufforderung hin für jede bezogene Durchstfl OCREVUS Inf Konz 300 mg/10 ml, einen Anteil von Fr. 496.41 pro Durchstfl OCREVUS zurück. Die Mehrwertsteuer kann nicht zusätzlich zu diesem Anteil des Fabrikabgabepreises zurückgefordert werden. Die Aufforderung zur Rückerstattung soll ab dem Zeitpunkt der Verabreichung erfolgen.					
03.99		KALYDECO (Ivacaftorum)	Vertex Pharmaceuticals (CH) GmbH		
	20145	Filmtabl 150 mg (neu) 56 Stk Fr. 18593.90 (17900.37)		62686001	01.01.2015, A
KALYDECO ist indiziert zur Behandlung der zystischen Fibrose (CF, Mukoviszidose) bei Patienten ab 6 Jahren mit einer der folgenden Gating-Mutationen (Klasse III) im CF-TR-Gen: G551D, G1244E, G1349D, G178R, G551S, S1251N, S1255P, S549N oder S549R. Die Behandlung aller CF-Patienten mit der KALYDECO-Therapie darf nur in CF-Zentren erfolgen. Der Therapieverlauf aller mit KALYDECO behandelten CF-Patienten muss in der Regel alle 3 Monate im europäischen CF-Register (ECFSPR) erfasst werden (Anamnese, Lebensqualität, Lungenfunktion, Dosierung von KALYDECO, Compliance, Therapieunterbrüche). Bei allen CF-Patienten muss vor Therapie-Beginn eine Bestimmung des Schweiß-Chlorid Levels durchgeführt sowie ein Ausgangswert für FEV1(%) bestimmt werden (= Baseline). Das FEV1(%) ist während der KALYDECO-Therapie alle drei Monate zu messen. Falls keine absolute Steigerung von FEV1(%) von mindestens 5% erreicht wird, ist der Schweißstest alle 6 Monate durchzuführen und zu dokumentieren. Alle stationären Spital-Aufenthalte sind im Register zu erfassen (Anzahl der Spittage). Die Anzahl und die Länge aller pulmonalen Exazerbationen sind im Register festzuhalten. Bei einer pulmonalen Exazerbation ist die antibiotische Therapie wie folgt zu erfassen: Wirkstoff-Bezeichnung des Antibiotikums; Dauer der Antibiotikatherapie; intravenös vs. peroral vs. inhalativ; stationär vs. ambulant. Die CF-Patienten müssen über die folgenden Abbruchkriterien zum Zeitpunkt des Therapiebeginns informiert werden. Die KALYDECO-Therapie ist zu vergüten, solange die folgenden Kriterien erfüllt sind: a) Schweiß-Chlorid Level des Patienten fällt unter 60 mmol/L oder b) der Schweiß-Chlorid Level des Patienten fällt um mindestens 30% (relativ) im Vergleich zur Baseline oder c) der Patient zeigt eine absolute Verbesserung beim FEV1(%) von mindestens 5% im Vergleich zur Baseline. In Fällen, bei denen der Schweiß-Chlorid Baseline Level bereits unter 60 mmol/L liegt, wird der Patient als Responder eingestuft, falls a) der Schweiß-Chlorid Level des Patienten um mindestens 30% (relativ) im Vergleich zur Baseline fällt oder b) der Patient eine andauernde absolute Verbesserung beim FEV1(%) von mindestens 5% im Vergleich zur Baseline zeigt.					
05.99 G		TAMSULOSIN RETARD ZENTIVA (Tamsulosini hydrochloridum)	Helvepharm AG		
	21049	Ret Kaps 0.400 mg Blist 10 Stk Fr. 14.25 (5.28)		67254001	01.04.2020, B
	21049	Ret Kaps 0.400 mg Blist 30 Stk Fr. 25.45 (11.46)		67254002	01.04.2020, B
	21049	Ret Kaps 0.400 mg Blist 100 Stk Fr. 59.45 (37.48)		67254003	01.04.2020, B
07.13.10 G		FEXOFENADIN MEPHA (Fexofenadini hydrochloridum)	Mepha Pharma AG		
	21050	Lactab 120 mg Blist 10 Stk Fr. 6.25 (3.39)		67369001	01.04.2020, D
	21050	Lactab 120 mg Blist 30 Stk Fr. 18.70 (9.16)		67369002	01.04.2020, B
	21050	Lactab 180 mg Blist 10 Stk Fr. 9.45 (4.65)		67369003	01.04.2020, B
	21050	Lactab 180 mg Blist 30 Stk Fr. 26.75 (12.60)		67369004	01.04.2020, B
07.15		CELLCEPT (PI) (Mofetili mycophenolas)	APS-Arzneimittel- Parallelimport- Service AG		
	21030	Kaps 250 mg Blist 100 Stk Fr. 148.25 (114.84)		67387001	01.04.2020, B
	21030	Kaps 250 mg Blist 300 Stk Fr. 411.85 (344.49)		67387002	01.04.2020, B
	21030	Filmtabl 500 mg Blist 50 Stk Fr. 137.10 (105.14)		67388001	01.04.2020, B
	21030	Filmtabl 500 mg Blist 150 Stk Fr. 378.50 (315.41)		67388002	01.04.2020, B
07.15		RINVOQ (Upadacitinibum)	AbbVie AG		
	21028	Ret Tabl 15 mg Blist 28 Stk Fr. 1261.30 (1093.94)		67257001	01.04.2020, B

In Kombination mit Methotrexat oder anderen konventionellen synthetischen krankheitsmodifizierenden Antirheumatika (csDMARDs) oder als Monotherapie zur Behandlung der mittelschweren bis schweren aktiven rheumatoiden Arthritis bei erwachsenen Patienten, die auf eine Behandlung mit einem oder mehreren csDMARD unzureichend angesprochen haben oder diese nicht vertragen haben.

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

Therap. Gruppe	Dossier Nr.	PRÄPARATE/ (Wirkstoffe) Packungen	Verantwortliche Firma	SHI-Nr.	Aufnahmejahr
07.16		IMLYGIC (Talinogenum laherparepvecum)	Amgen Schweiz AG		
	20931	Inj Lös 1 Mio PFU/ml Durchstf 1 Stk Fr. 2506.65 (2229.44)		65812001	01.12.2017, A
	20931	Inj Lös 100 Mio PFU/ml Durchstf 1 Stk Fr. 2506.65 (2229.44)		65812002	01.12.2017, A
<p>IMLYGIC wird vergütet als Monotherapie zur lokalen Erstlinienbehandlung von nicht resezierbaren, langsam voranschreitenden Melanomen mit regionalen oder entfernten Metastasen (nach AJCC 7th edition: Stadien IIIB, IIIC und IVM1a, nach AJCC 8th edition: IIIA ohne T1a/T2a, N1a/N2a, IIIB ohne T3a, N1a/N2a, IIIC ohne T4a N1a/N2a, IIID, IVM1a) ohne Knochen-, Hirn-, Lungen- oder andere viszerale Metastasen bei systemisch asymptomatischen Erwachsenen mit kleiner Tumorlast.</p> <p>Bei fehlendem therapeutischem Effekt (stable disease, partielles oder komplettes Ansprechen) oder nicht bestätigter Progression (Pseudoprogression) muss die Therapie spätestens nach 6 Monaten abgebrochen werden.</p> <p>Die Therapie mit IMLYGIC ist bei Auftreten einer bestätigten Progression abzubrechen. Die maximale Therapiedauer ohne Unterbruch beträgt 18 Monate.</p> <p>Eine Behandlung mit IMLYGIC darf nur an spezialisierten und gemäss Swissmedic Risk Minimisation Program instruierten Zentren mit Kliniken für Dermatologie und medizinische Onkologie oder universitären Zentren mit Kliniken für Dermatoonkologie erfolgen, welche die Infrastruktur, die Fachkenntnisse und die Erfahrung im Management von Patienten mit Melanom aufweisen.</p> <p>Vor Therapiebeginn muss eine Kostengutsprache des Krankenversicherers nach vorgängiger Konsultation des Vertrauensarztes eingeholt werden.</p> <p>Die Wiederaufnahme der Behandlung nach abgeschlossener Therapie mit IMLYGIC wird nicht vergütet. Der neoadjuvante Einsatz von IMLYGIC zusammen mit chirurgischer Intervention ist nicht vergütungspflichtig. Der adjuvante Einsatz von IMLYGIC ist ebenfalls nicht vergütungspflichtig.</p>					
07.16.10 G		ERLOTINIB SANDOZ (Erlotinibum)	Sandoz Pharmaceuticals AG		
	21045	Filmtabl 100 mg Blist 30 Stk Fr. 1740.45 (1530.86)		67012002	01.04.2020, A
	21045	Filmtabl 100 mg Blist 30 Stk Fr. 1740.45 (1530.86)		67012002	01.04.2020, A
	21045	Filmtabl 150 mg Blist 30 Stk Fr. 2060.25 (1822.43)		67012003	01.04.2020, A
	21045	Filmtabl 150 mg Blist 30 Stk Fr. 2060.25 (1822.43)		67012003	01.04.2020, A
<p>Nach Kostengutsprache durch den Krankenversicherer nach vorgängiger Konsultation des Vertrauensarztes.</p> <p>Zur Behandlung von Patienten mit lokal fortgeschrittenem oder metastasierendem nichtkleinzelligem Lungenkrebs, bei denen mindestens eine vorgängige Chemotherapie wirkungslos geblieben ist.</p>					
07.16.10		NINLARO (Ixazomibum)	Takeda Pharma AG		
	20593	Kaps 2.3 mg 3 Stk Fr. 6970.70 (6560.66)		65959001	01.04.2018, A
	20593	Kaps 3 mg 3 Stk Fr. 6970.70 (6560.66)		65959002	01.04.2018, A
	20593	Kaps 4 mg 3 Stk Fr. 6970.70 (6560.66)		65959003	01.04.2018, A
<p>Ninlaro wird nach Kostengutsprache durch den Krankenversicherer nach vorgängiger Konsultation des Vertrauensarztes in Kombination mit Lenalidomid und Dexamethason zur Behandlung von erwachsenen Patienten mit rezidivierendem Multiplem Myelom, die mindestens eine vorangegangene Therapie erhalten haben und Hochrisikomerkmale (definiert als erhöhtes zytogenetisches Risiko [hohes Risiko für (del[17], t[4;14], t[14;16]) oder 1q21] oder ISS-Stadium III) aufweisen, oder die mindestens zwei vorangegangene Therapien erhalten haben, vergütet.</p> <p>Dosierungsschema und Dosierung für die Kombinationstherapie sollen nach Angaben der Fachinformation erfolgen.</p> <p>Falls es zu einer Progression der Krankheit kommt oder inakzeptable Toxizitätserscheinungen auftreten, muss die Behandlung mit Ninlaro abgebrochen werden.</p> <p>Takeda Pharma AG vergütet im Rahmen der Kombinationstherapie von Ninlaro mit Lenalidomid nach Aufforderung durch denjenigen Krankenversicherer, bei dem die versicherte Person zum Zeitpunkt des Bezugs versichert war, für jede bezogene Packung Ninlaro 25.89 % des Fabrikabgabepreises.</p> <p>Die Mehrwertsteuer kann nicht zusätzlich zu den Rückvergütungsbeträgen zurückgefordert werden.</p>					

Therap. Gruppe	Dossier Nr.	PRÄPARATE/ (Wirkstoffe) Packungen	Verantwortliche Firma	SHI-Nr.	Aufnahmejahr
07.16.10		REVLIMID (Lenalidomidum)	Celgene GmbH		
	18541	Kaps 5 mg 21 Stk Fr. 5423.00 (5050.71)		57712001	15.07.2008, A
	18541	Kaps 10 mg 21 Stk Fr. 5694.00 (5315.13)		57712002	15.07.2008, A
	18541	Kaps 15 mg 21 Stk Fr. 5971.85 (5586.20)		57712003	15.07.2008, A
	18541	Kaps 25 mg 21 Stk Fr. 6544.90 (6145.26)		57712004	15.07.2008, A
	18541	Kaps 2.500 mg 21 Stk Fr. 5287.45 (4918.50)		57712006	01.06.2017, A
	18541	Kaps 7.500 mg 21 Stk Fr. 5558.50 (5182.92)		57712007	01.06.2017, A
	18541	Kaps 20 mg 21 Stk Fr. 6258.35 (5865.73)		57712005	01.06.2017, A

Nach Kostengutsprache durch den Krankenversicherer nach vorgängiger Konsultation des Vertrauensarztes zur Behandlung von erwachsenen Patienten mit multiplem Myelom als Erhaltungstherapie nach autologer Stammzelltransplantation.

Die Vergütung für die ersten 24 Monate effektiver Erhaltungstherapie nach autologer Stammzelltransplantation erfolgt zu den aufgeführten SL-Preisen zum Zeitpunkt des Bezugs. Die Celgene GmbH vergütet bei einer Therapiedauer darüber hinaus (ab Monat 25) nach Aufforderung durch denjenigen Krankenversicherer, bei dem die versicherte Person zum Zeitpunkt des Bezugs versichert war, für jede weitere bezogene Packung REVLIMID 50 % des Fabrikabgabepreises zurück.

Die Mehrwertsteuer kann nicht zusätzlich zu diesem Anteil des Fabrikabgabepreises zurückgefordert werden. Die Rückvergütung gilt für Behandlungen, die ab 1. Dezember 2019 initiiert werden.

07.99		SAXENDA (Liraglutidum)	Novo Nordisk Pharma AG		
	20574	Inj Lös 6 mg/ml 5 Fertpen 3 ml Fr. 212.35 (170.67)		65899003	01.04.2020, B

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

- Als Ergänzung zu einer 500kcal/Tag-Defizit-Diät, begleitender Ernährungsberatung und verstärkter, belegter (bspw. Schrittzähler) körperlicher Aktivität bei motivierten Patienten (ohne vorangegangene bariatrische Operation und ohne geplante oder bevorstehende bariatrische Operation) zur Gewichtsregulierung bei erwachsenen Patienten mit:
- BMI = 35 kg/m²
- BMI = 28 kg/m² falls zusätzliche gewichtsbedingte Begleiterkrankungen (Prädiabetes oder Diabetes mellitus Typ 2, arterielle Hypertonie, Dyslipidämie) vorliegen.
- Die Behandlung bedarf der Kostengutsprache durch den Krankenversicherer nach vorgängiger Konsultation des Vertrauensarztes.
- Die dokumentierte Einhaltung einer 500kcal/Tag-Defizit-Diät ist Voraussetzung für die Vergütung von Saxenda und muss gegenüber dem Krankenversicherer bestätigt werden.
- Die Verschreibung darf ausschliesslich durch Fachärzte für Endokrinologie/Diabetologie FMH sowie durch ausgewählte Ärzte mit Erfahrung in der Behandlung von Adipositas erfolgen. Die entsprechende Liste der Ärzte mit Erfahrung in der Behandlung von Adipositas ist unter folgender Adresse abrufbar: <http://www.bag.admin.ch/sl-ref>.
- Die Behandlung muss abgebrochen werden, wenn die Patienten mit BMI = 28 und < 35 nach 16-wöchiger Behandlung (4 Wochen Titration, 12 Wochen Behandlung mit 3 mg/Tag) nicht mindestens 5 % ihres Ausgangskörpergewichts und die Patienten mit BMI = 35 nach 16-wöchiger Behandlung (4 Wochen Titration, 12 Wochen Behandlung mit 3 mg/Tag) nicht mindestens 7 % ihres Ausgangskörpergewichts im Vergleich zu Beginn der Therapie mit Saxenda verloren haben. Nach weiteren 6 Monaten muss die Behandlung abgebrochen werden, wenn nicht eine weitere Gewichtsreduktion von mindestens 5 % des nach 16 Wochen erreichten Gewichtes erzielt werden konnte.
- Für eine weiterführende Therapie über diese initiale Behandlungsphase hinaus ist eine erneute Kostengutsprache, wobei die Gewichtsreduktion nach 16 Wochen und 6 Monaten zu belegen sind.
- Eine Erfolgskontrolle hat danach grundsätzlich alle 6 Monate zu erfolgen. Saxenda kann bei Einhalten der vorgenannten Vergütungskriterien während insgesamt maximal 3 Jahren vergütet werden. Bei einer Gewichtszunahme von > 2 % des Gewichtes nach 6 Monaten Behandlung ist die Therapie abzubrechen. Die Therapie ist auch abzubrechen, sobald ein BMI < 25 erreicht wurde.
- Saxenda darf weder mit anderen GLP-1-Rezeptoragonisten, noch mit Gliptinen, SGLT-2-Inhibitoren noch mit Insulin kombiniert werden. Saxenda darf nicht mit anderen Arzneimitteln (z.B. Orlistat-enthaltende Arzneimittel) zur Gewichtsreduktion kombiniert werden.
- Patienten, die unter erstmaligem Einsatz von Saxenda nach 16-wöchiger Behandlung keine Gewichtsreduktion von mindestens 5 % bzw. 7 % ihres Ausgangskörpergewichtes erzielten (Nonresponder) sind grundsätzlich von einer Vergütung der Wiederaufnahme der Therapie ausgeschlossen.

Therap. Gruppe	Dossier Nr.	PRÄPARATE/ (Wirkstoffe) Packungen	Verantwortliche Firma	SHI-Nr.	Aufnahmejahr
II. Andere Packungen und Dosierungen					
01.06		BRINTELLIX (Vortioxetinum)	Lundbeck (Schweiz) AG		
	20523	Filmtabl 10 mg 9x 7 Stk Fr. 112.75 (83.92)		65937004	01.04.2020, B
	20523	Filmtabl 20 mg 9x 7 Stk Fr. 179.05 (141.66)		65937009	01.04.2020, B
01.06 0		CIPRALEX (Escitalopramum)	Lundbeck (Schweiz) AG		
	17753	Filmtabl 10 mg 5x 10 Stk Fr. 55.45 (34.00)		55961028	01.04.2020, B
	17753	Filmtabl 20 mg 5x 10 Stk Fr. 90.90 (64.88)		55961029	01.04.2020, B
03.04.50		NUCALA (Mepolizumabum)	GlaxoSmithKline AG		
	21053	Inj Lös 100 mg/ml FertigspritzeFertspr 1 Stk Fr. 1409.70 (1229.29)		67351001	01.04.2020, B
	21053	Inj Lös 100 mg/ml FertipenFertpen 1 Stk Fr. 1409.70 (1229.29)		67350001	01.04.2020, B
<p>Nach Kostengutsprache durch den Krankenversicherer nach vorgängiger Konsultation des Vertrauensarztes. Die Verschreibung darf ausschliesslich durch Fachärzte für Pneumologie, Allergologie und Immunologie erfolgen. Als Zusatztherapie mit einer Dosierung von maximal 100 mg alle 4 Wochen bei Erwachsenen ab 18 Jahren mit schwerem eosinophilem Asthma, gekennzeichnet durch folgende Kriterien:</p> <p>Eine Eosinophilenzahl im Blut von ≥ 0.4 G/L und mindestens 4 klinisch relevante Exazerbationen in den vorausgegangenen 12 Monaten trotz maximal möglichen Dosierungen auf GINA-Stufe 4 (hochdosierte inhalative Kortikosteroide plus zusätzlicher Controller), die eine intermittierende Behandlung mit systemischen Kortikosteroiden benötigten, ODER</p> <p>Eine Eosinophilenzahl im Blut von ≥ 0.4 G/L bevor eine Behandlung mit systemischen Kortikosteroiden begonnen worden war und mindestens 2 klinisch relevanten Exazerbationen in den vergangenen 12 Monaten bei Patienten/ -Innen, die nur aufgrund einer Erhaltungstherapie für mindestens 6 Monate in den letzten 12 Monaten mit systemischen Kortikosteroiden (GINA-Stufe 5) eine Krankheitskontrolle erreichen.</p> <p>Spätestens nach 8 Gaben und anschliessend jährlich ist der Therapieerfolg durch einen Facharzt der Pneumologie, Allergologie oder Immunologie zu überprüfen. Die Fortsetzung der Therapie nach dieser Überprüfung bedarf einer weiteren Kostengutsprache bei bestätigtem Therapieerfolg. Ein Therapieerfolg entspricht:</p> <ul style="list-style-type: none"> • bei Behandlung auf Gina-Stufe-4: eine Reduktion von mindestens 50 % der Exazerbationen im Vergleich zu Therapiebeginn und im Folgenden maximal gleichbleibender Exazerbationsrate, ODER • bei Behandlung auf Gina-Stufe-5 mit systemischen Kortikosteroiden: Reduktion der Exazerbationsrate bei maximal gleichbleibender oder reduzierter Dosis der oralen Steroide und im Folgenden maximal gleichbleibender Exazerbationsrate bei stabiler Dosis der oralen Steroide ODER • Senkung der oralen Steroiddosis bei maximal gleichbleibender Exazerbationsrate auf 50% der Ausgangs Prednison-Äquivalente und im Folgenden gleichbleibender oder weiter reduzierter Steroiddosis bei maximal gleichbleibender Exazerbationsrate <p>ODER Wechsel auf Gina-Stufe 4 bei nicht mehr als 2 Exazerbationen jährlich und im Folgenden maximal gleichbleibender oder weiter verringerter Exazerbationsrate.</p> <p>Nicht in Kombination mit anderen monoklonalen Antikörpern zur Behandlung des schweren Asthmas.</p>					
06.01.10		ALBUMIN CSL 20 % (Albuminum humanum)	CSL Behring AG		
	8329	Inf Lös 50 ml Fr. 57.15 (35.50)		52476065	01.04.2020, B
07.07.26		MEPHAMESON (Dexamethasoni natrii phosphas)	Mepha Pharma AG		
	11522	Inj Lös 4 mg/ml 25 Amp 1 ml Fr. 79.75 (55.17)		31890020	01.04.2020, B
	11522	Inj Lös 4 mg/ml 50 Amp 1 ml Fr. 143.05 (110.33)		31890039	01.04.2020, B
	11522	Inj Lös 8 mg/2 ml 50 Amp 2 ml Fr. 234.30 (189.83)		31890063	01.04.2020, B
	11522	Inj Lös 50 mg/3 ml 5 Amp 3 ml Fr. 112.25 (83.49)		31890101	01.04.2020, B
	11522	Inj Lös 50 mg/3 ml 25 Amp 3 ml Fr. 425.50 (356.36)		31890098	01.04.2020, B
07.10.10		DICLOFENAC MEPHA (Diclofenacum natricum, Lidocaini hydrochloridum)	Mepha Pharma AG		
	19181	Inj Lös 75 mg/2 ml 25 Amp 2 ml Fr. 28.70 (14.30)		60374002	01.04.2020, B
	19181	Inj Lös 75 mg/2 ml 50 Amp 2 ml Fr. 48.30 (27.80)		60374003	01.04.2020, B
07.16.10 G		OXALIPLATIN-TEVA LIQUID (Oxaliplatinum)	Teva Pharma AG		
	19473	Inf Konz 200 mg/40 ml Durchstf 40 ml Fr. 535.40 (452.10)		61688003	01.04.2020, A

Therap. Gruppe	Dossier Nr.	PRÄPARATE/ (Wirkstoffe) Packungen	Verantwortliche Firma	SHI-Nr.	Aufnahmejahr
08.01.30 0		KEFZOL (Cefazolinum)	Teva Pharma AG		
	11977	Trockensub 1 g Durchstf 10 Stk Fr. 52.00 (31.00)		38210076	01.04.2020, A
	11977	Trockensub 2 g Fl 10 Stk Fr. 87.60 (62.00)		38210084	01.04.2020, A
08.01.70		OBRACIN (Tobramycinum)	Teva Pharma AG		
	12030	Inj Lös 150 mg/2 ml Durchstf 2 ml Fr. 27.20 (12.98)		38358030	01.04.2020, A
10.09.41 6		FUNGOTOX (Clotrimazolium)	Mepha Pharma AG		
	15788	Creme 10 mg/g Tb 50 g Fr. 14.65 (7.95)		49767023	01.04.2020, D
14.01.13		OPTIRAY 300 (Ioversolum)	Guerbet AG		
	15917	Inj Lös 300 mg/ml 10 Durchstf 200 ml Fr. 1129.75 (974.00)		49999380	01.04.2020, B
	15917	Inj Lös 300 mg/ml 5 Durchstf 500 ml Fr. 1396.80 (1217.50)		49999526	01.04.2020, B
14.01.13		OPTIRAY 350 (Ioversolum)	Guerbet AG		
	15917	Inj Lös 350 mg/ml 10 Durchstf 200 ml Fr. 1229.30 (1064.80)		49999496	01.04.2020, B
14.01.13		XENETIX (Iobitridolum)	Guerbet AG		
	16503	Inj Lös 300 mg 10 Btl 100 ml Fr. 664.80 (564.80)		53001507	01.04.2020, B
	16503	Inj Lös 300 mg 10 Amp 200 ml Fr. 1300.40 (1129.60)		53001270	01.04.2020, B
	16503	Inj Lös 300 mg 10 Btl 200 ml Fr. 1300.40 (1129.60)		53001523	01.04.2020, B
	16503	Inj Lös 300 mg 10 Amp 500 ml Fr. 3140.60 (2824.00)		53001289	01.04.2020, B
	16503	Inj Lös 300 mg 10 Btl 500 ml Fr. 3140.60 (2824.00)		53001531	01.04.2020, B
	16503	Inj Lös 350 mg 10 Btl 100 ml Fr. 725.30 (617.50)		53001587	01.04.2020, B
	16503	Inj Lös 350 mg 10 Amp 200 ml Fr. 1416.00 (1235.00)		53001440	01.04.2020, B
	16503	Inj Lös 350 mg 10 Btl 200 ml Fr. 1416.00 (1235.00)		53001603	01.04.2020, B
	16503	Inj Lös 350 mg 10 Amp 500 ml Fr. 3410.70 (3087.50)		53001459	01.04.2020, B
	16503	Inj Lös 350 mg 10 Btl 500 ml Fr. 3410.70 (3087.50)		53001611	01.04.2020, B
14.01.21		TELEBRIX GASTRO (Meglumini ioxitalamas)	Guerbet AG		
	15921	Lös 10 Fl 100 ml Fr. 193.90 (154.60)		49508042	01.04.2020, B
14.02 0		DOTAREM (Acidum gadotericum)	Guerbet AG		
	15913	Inj Lös 16.760 g/60 ml Durchstf 60 ml Fr. 320.25 (264.69)		49784082	01.04.2020, B

Die Gesamtmenge der Packung darf nicht direkt an die versicherte Person abgegeben werden.

Es wird lediglich die abgegebene Teilmenge, die zur Untersuchung notwendig ist, vergütet. Der Preis für die verabreichte Teilmenge ist proportional zum Publikumspreis der verwendeten Packung zu berechnen.

Therap. Gruppe	Dossier Nr.	PRÄPARATE/ (Wirkstoffe) Packungen	Verantwortliche Firma	SHI-Nr.	Aufnahmejahr
III. Neu gestrichene Präparate/Packungen					
01.06		ANAFRANIL (Clomipramini hydrochloridum)	Novartis Pharma Schweiz AG		
	10586	Inj Lös 25 mg/2 ml 10 Amp 2 ml Fr. 15.80 (6.64)		32935028	01.04.2020, B
01.08 0		SINEMET CR (Levodopum, Carbidopum)	MSD Merck Sharp & Dohme AG		
	15934	Tabl 25 mg/100 mg (neu)30 Stk Fr. 14.80 (5.73)		50931057	01.04.2020, B
	15934	Tabl 25 mg/100 mg (neu)100 Stk Fr. 29.50 (14.99)		50931058	01.04.2020, B
	15934	Tabl 50 mg/200 mg (neu)30 Stk Fr. 20.40 (10.65)		50931059	01.04.2020, B
	15934	Tabl 50 mg/200 mg (neu)100 Stk Fr. 54.45 (33.14)		50931060	01.04.2020, B
02.07.20 G		CO-ATENOLOL SPIRIG HC (Atenololum, Chlortalidonum)	Spirig HealthCare AG		
	15739	Filmtabl 50/12.528 Stk Fr. 8.75 (4.05)		49806058	01.04.2020, B
	15739	Filmtabl 50/12.598 Stk Fr. 26.90 (12.73)		49806059	01.04.2020, B
	15739	Filmtabl 100/2514 Stk Fr. 8.40 (3.76)		49806056	01.04.2020, B
	15739	Filmtabl 100/2598 Stk Fr. 46.10 (25.86)		49806057	01.04.2020, B
02.99 G		IVABRADIN MEPHA (Ivabradinum)	Mepha Pharma AG		
	20829	Lactab 5 mg Blist 56 Stk Fr. 59.35 (37.42)		66919001	01.04.2020, B
	20829	Lactab 5 mg Blist 112 Stk Fr. 102.10 (74.65)		66919002	01.04.2020, B
	20829	Lactab 7.500 mg Blist 56 Stk Fr. 59.35 (37.42)		66919003	01.04.2020, B
	20829	Lactab 7.500 mg Blist 112 Stk Fr. 102.10 (74.65)		66919004	01.04.2020, B
04.01.10 G		RANIMED (Ranitidinum)	Sandoz Pharmaceuticals AG		
	17129	Tabl 150 mg 20 Stk Fr. 8.50 (3.83)		54057016	01.04.2020, B
	17129	Tabl 150 mg 60 Stk Fr. 25.00 (11.07)		54057024	01.04.2020, B
	17129	Tabl 150 mg 120 Stk Fr. 44.70 (24.63)		54057032	01.04.2020, B
	17129	Tabl 300 mg 20 Stk Fr. 16.15 (6.93)		54057040	01.04.2020, B
	17129	Tabl 300 mg 40 Stk Fr. 27.85 (13.55)		54057059	01.04.2020, B
	17129	Tabl 300 mg 60 Stk Fr. 38.85 (19.55)		54057067	01.04.2020, B
07.03.10		OMNITROPE 10 PATRONE (Somatropinum ADNr)	Sandoz Pharmaceuticals AG		
	19296	Inj Lös 10 mg/1.5 ml 5 Stk Fr. 2118.40 (1875.44)		61306003	01.04.2020, A
07.03.10		OMNITROPE 5 PATRONE (Somatropinum ADNr)	Sandoz Pharmaceuticals AG		
	19296	Inj Lös 5 mg/1.5 ml 5 Stk Fr. 1089.95 (937.73)		61306001	01.04.2020, A
07.10.99		ILARIS (Canakinumabum)	Novartis Pharma Schweiz AG		
	19119	Trockensub 150 mg Durchstf 1 Stk Fr. 12384.00 (11841.96)		59226001	01.04.2020, A
	19119	Trockensub 150 mg Injektionskit1 Stk Fr. 12384.00 (11841.96)		59226002	01.04.2020, A
07.13.30		ALK7 FRÜHBLÜHERMISCHUNG (Pollinorum allergenorum extractum)	ALK-Abelló AG		
	17476	Inj Susp A+B2 Fl 3.500 ml Fr. 381.15 (317.74)		54787014	01.04.2020, A
	17476	Inj Susp BFl 3.500 ml Fr. 308.55 (254.50)		54787015	01.04.2020, A

Therap. Gruppe	Dossier Nr.	PRÄPARATE/ (Wirkstoffe) Packungen	Verantwortliche Firma	SHI-Nr.	Aufnahmejahr
07.13.30		ALK7 GRÄSERMISCHUNG UND ROGGEN (Pollinorum allergenorum extractum, Pollinorum allergenorum extractum)	ALK-Abelló AG		
	17477	Inj Susp A+B2 Fl 3.500 ml Fr. 381.15 (317.74)		54788010	01.04.2020, A
	17477	Inj Susp BFl 3.500 ml Fr. 308.55 (254.50)		54788011	01.04.2020, A
07.14		CEREZYME (Imiglucerasum)	Sanofi-Aventis (Suisse) SA		
	17160	Trockensub 200 IE Durchstf 1 Stk Fr. 1177.35 (1017.40)		54663013	01.04.2020, B
07.14		VPRIV (Velaglucerasum alfa)	Takeda Pharma AG		
	19299	Trockensub 200 IE Durchstf 1 Stk Fr. 1183.90 (1023.41)		61297001	01.04.2020, B
07.14		XIAPEX (Collagenasum clostridium histolyticum)	Swedish Orphan Biovitrum AG		
	19464	Trockensub 0.900 mg c SolvDurchstf 1 Stk Fr. 956.00 (818.48)		61390001	01.04.2020, B
07.16.10 0		CYTOSAR SOLUTION (Cytarabinum)	Pfizer PFE Switzerland GmbH		
	20404	Inj Lös 1 g/10 ml Cytosafe 10 ml Fr. 66.90 (43.97)		54845030	01.04.2020, A
07.16.10 6		METHOTREXAT TEVA ONCO (Methotrexatum)	Teva Pharma AG		
	17336	Inj Lös 1000 mg/10 ml Durchstf 10 ml Fr. 120.00 (90.25)		47999003	01.04.2020, A
08.01.60		ZITHROMAX UNO (Azithromycinum)	Pfizer PFE Switzerland GmbH		
	19120	Gran 2 g/60 ml f Susp retard60 ml Fr. 40.60 (21.10)		57524002	01.04.2020, A
08.01.80 6		NORFLOXACIN HELVEPHARM (Norfloxacinum)	Helvepharm AG		
	18066	Filmtabl 400 mg 6 Stk Fr. 8.00 (3.40)		56810001	01.04.2020, A
	18066	Filmtabl 400 mg 14 Stk Fr. 16.05 (6.85)		56810003	01.04.2020, A
	18066	Filmtabl 400 mg 42 Stk Fr. 39.05 (19.75)		56810005	01.04.2020, A
08.03 0		ZOVIRAX (Aciclovirum)	GlaxoSmithKline AG		
	14456	Filmtabl 400 mg 30 Stk Fr. 49.70 (29.02)		45343073	01.04.2020, A
	14456	Filmtabl 400 mg 70 Stk Fr. 87.65 (62.05)		45343081	01.04.2020, A
10.05.10		PREDNITOP (Prednicarbatum)	Mylan Pharma GmbH		
	15973	Lös 0.250 % mit Schaumapplikator50 ml Fr. 16.40 (7.13)		49678053	01.04.2020, B
17.02		ZEVALIN (Ibritumomabum tiuxetanum)	Target BioScience AG		
	17926	Inf Lös Durchstf 4 Stk Fr. 24354.00 (23520.00)		56114001	01.04.2020, A

PRÄPARATE / (Wirkstoffe) Packungen	Verantwortliche Firma	Therap. Gruppe	Dossier Nr.	Preis neu	Ex-Fact. neu
IV. Preissenkungen					
IV.a. Freiwillige Preissenkung innerhalb der ersten 18 Monate nach Aufnahme					
INTUNIV	Takeda Pharma AG	011020			
Ret Tabl 1 mg 7 Stk			20663	39.15	19.82
Ret Tabl 2 mg 7 Stk			20663	39.60	20.23
Ret Tabl 3 mg 28 Stk			20663	113.60	84.65
Ret Tabl 4 mg 28 Stk			20663	121.15	91.25
IV.b. Auslandspreisvergleich					
KALYDECO	Vertex Pharmaceuticals (CH) GmbH	039900			
Filmtabl 150 mg (neu) 56 Stk			20145	18593.90	17900.37
IV.c. Freiwillige Preissenkung					
EXFORGE	Novartis Pharma Schweiz AG	020720			
Filmtabl 5 mg/80 mg 28 Stk			18486	42.50	22.72
Filmtabl 5 mg/160 mg 28 Stk			18486	47.35	26.96
Filmtabl 10 mg/160 mg 28 Stk			18486	47.35	26.96
IV.d. Normale Preismutation					
NINLARO	Takeda Pharma AG	071610			
Kaps 2.3 mg 3 Stk			20593	6970.70	6560.66
Kaps 3 mg 3 Stk			20593	6970.70	6560.66
Kaps 4 mg 3 Stk			20593	6970.70	6560.66
XEOMIN	Merz Pharma (Schweiz) AG	011300			
Trockensub 50 E Durchstf 1 Stk			20033	148.25	114.85
Trockensub 100 E Durchstf 1 Stk			20033	276.95	226.96
IV.e. Preisänderung nach Patentablauf					
BORTEZOMIB LIQUID SPIRIG HC	Spirig HealthCare AG	071610			
Inj Lös 3.5 mg/1.4 ml Durchstf 1 Stk			21032	474.10	398.70
BORTEZOMIB SANDOZ	Sandoz Pharmaceuticals AG	071610			
Trockensub 1 mg Amp Amp 1 Stk			21035	171.15	134.80
Trockensub 3.5 mg Amp Amp 1 Stk			21035	474.10	398.70
TARCEVA	Roche Pharma (Schweiz) AG	071610			
Filmtabl 100 mg 30 Stk			18210	2160.20	1913.57
Filmtabl 150 mg 30 Stk			18210	2559.95	2278.04
TELZIR	ViiV Healthcare GmbH	080300			
Filmtabl 700 mg 60 Stk			18209	542.20	458.01

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

VI. Limitations-/Indikationsänderungen

IMLYGIC	Amgen Switzerland AG	071600			
Inj Lös 1 Mio PFU/ml Durchstf 1 Stk			20931	2506.65	2229.44
Inj Lös 100 Mio PFU/ml Durchstf 1 Stk			20931	2506.65	2229.44

Limitation alt:

Befristete Limitation bis 31.03.2020

IMLYGIC wird vergütet als Monotherapie zur Behandlung von nicht resezierbaren Melanomen mit regionalen oder entfernten Metastasen (Stadien IIIB, IIIC und IVM1a) ohne Knochen-, Hirn-, Lungen- oder andere viszerale Metastasen bei systemisch asymptomatischen Erwachsenen mit kleiner Tumorlast, wenn keine andere Systemtherapie (z.B. Immuntherapie oder TKI (Tyrosinkinaseinhibitoren)-Therapie oder Chemotherapie) eingesetzt werden kann oder gegen diese Therapien Kontraindikationen oder nachgewiesene Unverträglichkeiten bestehen.

Bei fehlendem therapeutischem Effekt (stable disease, partielles oder komplettes Ansprechen) oder nicht bestätigter Progression (Pseudoprogression) muss die Therapie spätestens nach 6 Monaten abgebrochen werden. Die Therapie mit IMLYGIC ist bei Auftreten einer bestätigten Progression abzubrechen.

Die maximale Therapiedauer ohne Unterbruch beträgt 18 Monate.

Eine Behandlung mit IMLYGIC darf nur an spezialisierten und gemäss Swissmedic Risk Minimisation Program instruierten Zentren mit Kliniken für Dermatologie und medizinische Onkologie oder universitären Zentren mit Kliniken für Dermatookologie erfolgen, welche die Infrastruktur, die Fachkenntnisse und die Erfahrung im Management von Patienten mit Melanom aufweisen.

Vor Therapiebeginn muss eine Kostengutsprache des Krankenversicherers nach vorgängiger Konsultation des Vertrauensarztes eingeholt werden. Eine Kostengutsprache kann vom Krankenversicherer nur erteilt werden, wenn der behandelnde Arzt während der Therapie im internetbasierten, passwortgeschützten Register, aufrufbar unter <http://www.t-vec-registry.ch>, die gemäss dem dort verfügbaren Formular vorgegebenen Daten kontinuierlich während der gesamten Therapiedauer erfasst und die Erfassung gegenüber dem Vertrauensarzt im Rahmen des Gesuches um Kostenübernahme bestätigt.

Die Wiederaufnahme der Behandlung nach abgeschlossener Therapie mit IMLYGIC wird nicht vergütet. Der neoadjuvante Einsatz von IMLYGIC zusammen mit chirurgischer Intervention ist nicht vergütungspflichtig.

Limitation neu:

Befristete Limitation bis 31.03.2023

IMLYGIC wird vergütet als Monotherapie zur lokalen Erstlinienbehandlung von nicht resezierbaren, langsam voranschreitenden Melanomen mit regionalen oder entfernten Metastasen (nach AJCC 7th edition: Stadien IIIB, IIIC und IVM1a, nach AJCC 8th edition: IIIA ohne T1a/T2a, N1a/N2a, IIIB ohne T3a, N1a/N2a, IIIC ohne T4a N1a/N2a, IIID, IVM1a) ohne Knochen-, Hirn-, Lungen- oder andere viszerale Metastasen bei systemisch asymptomatischen Erwachsenen mit kleiner Tumorlast.

Bei fehlendem therapeutischem Effekt (stable disease, partielles oder komplettes Ansprechen) oder nicht bestätigter Progression (Pseudoprogression) muss die Therapie spätestens nach 6 Monaten abgebrochen werden.

Die Therapie mit IMLYGIC ist bei Auftreten einer bestätigten Progression abzubrechen. Die maximale Therapiedauer ohne Unterbruch beträgt 18 Monate. Eine Behandlung mit IMLYGIC darf nur an spezialisierten und gemäss Swissmedic Risk Minimisation Program instruierten Zentren mit Kliniken für Dermatologie und medizinische Onkologie oder universitären Zentren mit Kliniken für Dermatookologie erfolgen, welche die Infrastruktur, die Fachkenntnisse und die Erfahrung im Management von Patienten mit Melanom aufweisen.

Vor Therapiebeginn muss eine Kostengutsprache des Krankenversicherers nach vorgängiger Konsultation des Vertrauensarztes eingeholt werden.

Die Wiederaufnahme der Behandlung nach abgeschlossener Therapie mit IMLYGIC wird nicht vergütet. Der neoadjuvante Einsatz von IMLYGIC zusammen mit chirurgischer Intervention ist nicht vergütungspflichtig. Der adjuvante Einsatz von IMLYGIC ist ebenfalls nicht vergütungspflichtig.

PRÄPARATE / (Wirkstoffe) Packungen	Verantwortliche Firma	Therap. Gruppe	Dossier Nr.	Preis neu	Ex-Fact. neu
NINLARO Kaps 2.300 mg 3 Stk Kaps 3 mg 3 Stk Kaps 4 mg 3 Stk	Takeda Pharma AG	071610	20593 20593 20593	6970.70 6970.70 6970.70	6560.66 6560.66 6560.66
Limitation alt:					
Befristete Limitation bis 31.03.2020					
Ninlaro wird nach Kostengutsprache durch den Krankenversicherer nach vorgängiger Konsultation des Vertrauensarztes in Kombination mit Lenalidomid und Dexamethason zur Behandlung von erwachsenen Patienten mit rezidivierendem Multiplem Myelom, die mindestens eine vorangegangene Therapie erhalten haben und Hochrisikomerkmale (definiert als erhöhtes zytogenetisches Risiko [hohes Risiko für (del[17], t[4;14], t[14;16]) oder 1q21] oder ISS-Stadium III) aufweisen, oder die mindestens zwei vorangegangene Therapien erhalten haben, vergütet.					
Dosierungsschema und Dosierung für die Kombinationstherapie sollen nach Angaben der Fachinformation erfolgen.					
Falls es zu einer Progression der Krankheit kommt oder inakzeptable Toxizitätserscheinungen auftreten, muss die Behandlung mit Ninlaro abgebrochen werden.					
Takeda Pharma AG vergütet im Rahmen der Kombinationstherapie von Ninlaro mit Lenalidomid nach Aufforderung durch denjenigen Krankenversicherer, bei dem die versicherte Person zum Zeitpunkt des Bezugs versichert war, für jede bezogene Packung Ninlaro 37.96% des Fabrikabgabepreises. Die Mehrwertsteuer kann nicht zusätzlich zu den Rückvergütungsbeträgen zurückgefordert werden. Die Aufforderung zur Rückvergütung soll in der Regel innerhalb von 6 Monaten nach Verabreichung erfolgen.					
Limitation neu:					
Befristete Limitation bis 31.03.2022					
Ninlaro wird nach Kostengutsprache durch den Krankenversicherer nach vorgängiger Konsultation des Vertrauensarztes in Kombination mit Lenalidomid und Dexamethason zur Behandlung von erwachsenen Patienten mit rezidivierendem Multiplem Myelom, die mindestens eine vorangegangene Therapie erhalten haben und Hochrisikomerkmale (definiert als erhöhtes zytogenetisches Risiko [hohes Risiko für (del[17], t[4;14], t[14;16]) oder 1q21] oder ISS-Stadium III) aufweisen, oder die mindestens zwei vorangegangene Therapien erhalten haben, vergütet.					
Dosierungsschema und Dosierung für die Kombinationstherapie sollen nach Angaben der Fachinformation erfolgen.					
Falls es zu einer Progression der Krankheit kommt oder inakzeptable Toxizitätserscheinungen auftreten, muss die Behandlung mit Ninlaro abgebrochen werden.					
Takeda Pharma AG vergütet im Rahmen der Kombinationstherapie von Ninlaro mit Lenalidomid nach Aufforderung durch denjenigen Krankenversicherer, bei dem die versicherte Person zum Zeitpunkt des Bezugs versichert war, für jede bezogene Packung Ninlaro 25.89% des Fabrikabgabepreises. Die Mehrwertsteuer kann nicht zusätzlich zu den Rückvergütungsbeträgen zurückgefordert werden.					
OCREVUS Inf Konz 300 mg/10 ml	Roche Pharma (Schweiz) AG	0199	20624	5703.60	5324.47
Limitation alt:					
Befristete Limitation bis 31.03.2020					
Für die Behandlung von erwachsenen Patienten mit aktiven schubförmigen Verlaufsformen der Multiplen Sklerose (MS).					
Für die Behandlung von erwachsenen Patienten mit primär progredienter Multipler Sklerose (PPMS) zur Verlangsamung der Krankheitsprogression und zur Reduzierung der Verschlechterung der Gehgeschwindigkeit.					
Limitation neu:					
Befristete Limitation bis 31.03.2022					
Für die Behandlung von erwachsenen Patienten mit aktiven schubförmigen Verlaufsformen der Multiplen Sklerose (MS).					
Für die Behandlung von erwachsenen Patienten mit primär progredienter Multipler Sklerose (PPMS) zur Verlangsamung der Krankheitsprogression und zur Reduzierung der Verschlechterung der Gehgeschwindigkeit.					
Die Roche Pharma (Schweiz) AG erstattet dem Krankenversicherer, bei dem die versicherte Person zum Zeitpunkt des Bezugs versichert war auf dessen erste Aufforderung hin für jede bezogene Durchstfl OCREVUS Inf Konz 300 mg/10ml, einen Anteil von Fr. 496.41 pro Durchstfl OCREVUS zurück. Die Mehrwertsteuer kann nicht zusätzlich zu diesem Anteil des Fabrikabgabepreises zurückgefordert werden. Die Aufforderung zur Rückerstattung soll ab dem Zeitpunkt der Verabreichung erfolgen.					

PRÄPARATE / (Wirkstoffe) Packungen	Verantwortliche Firma	Therap. Gruppe	Dossier Nr.	Preis neu	Ex-Fact. neu
PRIVIGEN	CSL Behring AG	080900			
Inf Lös 5 g/50 ml i.v. Durchstf 50 ml			18917	400.15	334.27
Inf Lös 10 g/100 ml i.v. Durchstf 100 ml			18917	783.90	668.54
Inf Lös 2.5 g/25 ml i.v. Durchstf 25 ml			18917	208.30	167.14
Inf Lös 20 g/200 ml i.v. Durchstf 200 ml			18917	1527.95	1337.09
Inf Lös 40 g/400 ml i.v. Durchstf 400 ml			18917	2987.05	2674.18

Limitation alt:

Nur bei Antikörpermangelsyndrom, idiopathischer thrombozytopenischer Purpura, Guillain-Barré-Syndrom, Kawasaki-Syndrom und chronisch inflammatorischer demyelisierender Polyneuropathie (CIDP).

Limitation neu:

Nur bei Antikörpermangelsyndrom, idiopathischer thrombozytopenischer Purpura, Guillain-Barré-Syndrom, Kawasaki-Syndrom und chronisch inflammatorischer demyelisierender Polyneuropathie (CIDP) und multifokaler motorischer Neuropathie (MMN).

REVLIMID	Celgene GmbH	071610			
Kaps 5 mg 21 Stk			18541	5423.00	5050.71
Kaps 10 mg 21 Stk			18541	5694.00	5315.13
Kaps 15 mg 21 Stk			18541	5971.85	5586.20
Kaps 25 mg 21 Stk			18541	6544.90	6145.26
Kaps 2.500 mg 21 Stk			18541	5287.45	4918.50
Kaps 7.500 mg 21 Stk			18541	5558.50	5182.92
Kaps 20 mg 21 Stk			18541	6258.35	5865.73

Limitation alt:

Zur Behandlung von

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

Nach vorgängiger Kostengutsprache durch den Krankenversicherer nach vorheriger Konsultation des Vertrauensarztes.

Befristete Limitation bis 30.11.2021

Nach Kostengutsprache durch den Krankenversicherer nach vorgängiger Konsultation des Vertrauensarztes zur Behandlung von erwachsenen Patienten mit multiplem Myelom als Erhaltungstherapie nach autologer Stammzelltransplantation.

Die Vergütung für die ersten 24 Monate effektiver Erhaltungstherapie nach autologer Stammzelltransplantation erfolgt zu den aufgeführten SL-Preisen zum Zeitpunkt des Bezugs. Die Celgene GmbH vergütet bei einer Therapiedauer darüber hinaus (ab Monat 25) nach Aufforderung durch denjenigen Krankenversicherer, bei dem die versicherte Person zum Zeitpunkt des Bezugs versichert war, für jede weitere bezogene Packung REVLIMID 50 % des Fabrikabgabepreises zurück.

Die Mehrwertsteuer kann nicht zusätzlich zu diesem Anteil des Fabrikabgabepreises zurückgefordert werden. Die Rückvergütung gilt für Behandlungen, die ab 1. Dezember 2019 initiiert werden.

Befristete Limitation bis 31.05.2021

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

Die CELGENE GmbH zahlt nach Aufforderung durch denjenigen Krankenversicherer, bei dem die versicherte Person zum Zeitpunkt des Bezugs versichert war, pro Packung REVLIMID 20.62 Prozent des Fabrikabgabepreises an den Krankenversicherer zurück.

Die Forderung einer Rückvergütung durch den Krankenversicherer im Rahmen der Erhaltungstherapie mit REVLIMID nach Kombination von Carfilzomib und REVLIMID kann nur dann erfolgen, wenn vorab nachweislich mindestens 12 vollständige Kombinationszyklen von Carfilzomib plus REVLIMID eingesetzt wurden. Wird Carfilzomib vor Ablauf der 12 Zyklen abgesetzt, kann der Krankenversicherer für die darauffolgende Erhaltungstherapie keine Rückvergütung einfordern. Die Mehrwertsteuer kann nicht zusätzlich zu den Rückvergütungsbeträgen zurückgefordert werden. Die Aufforderung zur Rückvergütung soll in der Regel innerhalb von 6 Monaten nach Verabreichung erfolgen.

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

Befristete Limitation bis 31.07.2021

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

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

Die Forderung einer Rückvergütung durch den Krankenversicherer gilt nur für die Kombination von Elotuzumab und REVLIMID und kann nur dann erfolgen, wenn nachweislich beide Medikamente eingesetzt wurden. Wird Elotuzumab abgesetzt, kann der Krankenversicherer für die darauffolgende Erhaltungstherapie mit REVLIMID keine Rückvergütung einfordern. Die Mehrwertsteuer kann nicht zusätzlich zu den Rückvergütungsbeträgen zurückgefordert werden. Die Aufforderung zur Rückvergütung soll in der Regel innerhalb von 6 Monaten nach Verabreichung erfolgen.

Befristete Limitation bis 31.03.2020

REVLIMID wird nach Kostengutsprache durch den Krankenversicherer nach vorgängiger Konsultation des Vertrauensarztes in Kombination mit Ixazomib und Dexamethason zur Behandlung von erwachsenen Patienten mit multiplen Myelom vergütet, die mindestens eine vorangegangene Therapie erhalten haben und Hochrisikomerkmale (definiert als erhöhtes zytogenetisches Risiko [hohes Risiko für (del(17), t(4;14), t(14;16)) oder 1q21] oder ISS-Stadium III) aufweisen, oder die mindestens zwei vorangegangene Therapien erhalten haben.

Die CELGENE GmbH zahlt nach Aufforderung durch denjenigen Krankenversicherer, bei dem die versicherte Person zum Zeitpunkt des Bezugs versichert war, pro Packung REVLIMID 23.50 % des Fabrikabgabepreises an den Krankenversicherer zurück.

Die Forderung einer Rückvergütung durch den Krankenversicherer gilt nur für die Kombination von Ixazomib und REVLIMID und kann nur dann erfolgen, wenn nachweislich beide Medikamente eingesetzt wurden. Wird Ixazomib abgesetzt, kann der Krankenversicherer für die darauffolgende Erhaltungstherapie mit REVLIMID keine Rückvergütung einfordern. Die Mehrwertsteuer kann nicht zusätzlich zu den Rückvergütungsbeträgen zurückgefordert werden. Die Aufforderung zur Rückvergütung soll in der Regel innerhalb von 6 Monaten nach Verabreichung erfolgen.

Befristete Limitation bis 31.12.2021

Kombination REVLIMID, Bortezomib und Dexamethason (Induktion vor Stammzelltransplantation)

Nach Kostengutsprache durch den Krankenversicherer nach vorgängiger Konsultation des Vertrauensarztes zur Induktionsbehandlung von erwachsenen Patienten mit unbehandeltem multiplen Myelom in Kombination mit Bortezomib und Dexamethason vor Stammzelltransplantation.

Sobald Generika mit dem Wirkstoff Bortezomib in die Spezialitätenliste aufgenommen werden, ist für die Kombination höchstens das Preisniveau von REVLIMID und einem Bortezomib-Generikum und Dexamethason wirtschaftlich, sofern der Arzt nicht aus medizinischen Gründen ausdrücklich das Originalpräparat verschreibt oder der Apotheker oder die Apothekerin aus medizinischen Gründen eine Substitution ablehnt.

Befristete Limitation bis 31.12.2021

Kombination REVLIMID, Bortezomib und Dexamethason (ohne Stammzelltransplantation)

Nach Kostengutsprache durch den Krankenversicherer nach vorgängiger Konsultation des Vertrauensarztes zur Behandlung von erwachsenen Patienten mit unbehandeltem Myelom, die nicht transplantierbar sind, in Kombination mit Bortezomib und Dexamethason.

Die Vergütung für die ersten 24 Monate effektiver Therapie erfolgt zu den aufgeführten SL-Preisen zum Zeitpunkt des Bezugs.

Die Celgene GmbH vergütet bei einer Therapiedauer darüber hinaus (ab Monat 25) nach Aufforderung durch denjenigen Krankenversicherer, bei dem die versicherte Person zum Zeitpunkt des Bezugs versichert war, für jede weitere bezogene Packung REVLIMID 50 % des Fabrikabgabepreises zurück.

Die Forderung einer Rückvergütung nach 24 Monaten durch den Krankenversicherer im Rahmen der Erhaltungstherapie mit REVLIMID nach Kombination von REVLIMID, Bortezomib und Dexamethason (RvD) kann nur dann erfolgen, wenn die Kombination aus RvD nachweislich über 16 Wochen appliziert wurde.

Die Mehrwertsteuer kann nicht zusätzlich zu diesem Anteil des Fabrikabgabepreises zurückgefordert werden. Die Rückvergütung gilt für Behandlungen, die ab 1. Januar 2020 initiiert werden.

Sobald Generika mit dem Wirkstoff Bortezomib in die Spezialitätenliste aufgenommen werden, ist für die Kombination höchstens das Preisniveau von REVLIMID und einem Bortezomib-Generikum und Dexamethason wirtschaftlich, sofern der Arzt nicht aus medizinischen Gründen ausdrücklich das Originalpräparat verschreibt oder der Apotheker oder die Apothekerin aus medizinischen Gründen eine Substitution ablehnt.

Limitation neu

Zur Behandlung von

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

Nach vorgängiger Kostengutsprache durch den Krankenversicherer nach vorheriger Konsultation des Vertrauensarztes.

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

Befristete Limitation bis 30.11.2021

Nach Kostengutsprache durch den Krankenversicherer nach vorgängiger Konsultation des Vertrauensarztes zur Behandlung von erwachsenen Patienten mit multiplem Myelom als Erhaltungstherapie nach autologer Stammzelltransplantation.

Die Vergütung für die ersten 24 Monate effektiver Erhaltungstherapie nach autologer Stammzelltransplantation erfolgt zu den aufgeführten SL-Preisen zum Zeitpunkt des Bezugs. Die Celgene GmbH vergütet bei einer Therapiedauer darüber hinaus (ab Monat 25) nach Aufforderung durch denjenigen Krankenversicherer, bei dem die versicherte Person zum Zeitpunkt des Bezugs versichert war, für jede weitere bezogene Packung REVLIMID 50 % des Fabrikabgabepreises zurück.

Die Mehrwertsteuer kann nicht zusätzlich zu diesem Anteil des Fabrikabgabepreises zurückgefordert werden. Die Rückvergütung gilt für Behandlungen, die ab 1. Dezember 2019 initiiert werden.

Befristete Limitation bis 31.05.2021

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

Die CELGENE GmbH zahlt nach Aufforderung durch denjenigen Krankenversicherer, bei dem die versicherte Person zum Zeitpunkt des Bezugs versichert war, pro Packung REVLIMID 20.62 Prozent des Fabrikabgabepreises an den Krankenversicherer zurück.

Die Forderung einer Rückvergütung durch den Krankenversicherer im Rahmen der Erhaltungstherapie mit REVLIMID nach Kombination von Carfilzomib und REVLIMID kann nur dann erfolgen, wenn vorab nachweislich mindestens 12 vollständige Kombinationszyklen von Carfilzomib plus REVLIMID eingesetzt wurden. Wird Carfilzomib vor Ablauf der 12 Zyklen abgesetzt, kann der Krankenversicherer für die darauffolgende Erhaltungstherapie keine Rückvergütung einfordern. Die Mehrwertsteuer kann nicht zusätzlich zu den Rückvergütungsbeträgen zurückgefordert werden. Die Aufforderung zur Rückvergütung soll in der Regel innerhalb von 6 Monaten nach Verabreichung erfolgen.

Befristete Limitation bis 31.07.2021

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

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

Die Forderung einer Rückvergütung durch den Krankenversicherer gilt nur für die Kombination von Elotuzumab und REVLIMID und kann nur dann erfolgen, wenn nachweislich beide Medikamente eingesetzt wurden. Wird Elotuzumab abgesetzt, kann der Krankenversicherer für die darauffolgende Erhaltungstherapie mit REVLIMID keine Rückvergütung einfordern. Die Mehrwertsteuer kann nicht zusätzlich zu den Rückvergütungsbeträgen zurückgefordert werden. Die Aufforderung zur Rückvergütung soll in der Regel innerhalb von 6 Monaten nach Verabreichung erfolgen.

Befristete Limitation bis 31.03.2022

REVLIMID wird nach Kostengutsprache durch den Krankenversicherer nach vorgängiger Konsultation des Vertrauensarztes in Kombination mit Ixazomib und Dexamethason zur Behandlung von erwachsenen Patienten mit multiplem Myelom vergütet, die mindestens eine vorangegangene Therapie erhalten haben und Hochrisikomerkmale (definiert als erhöhtes zytogenetisches Risiko [hohes Risiko für del(17), t(4;14), t(14;16)] oder 1q21) oder ISS-Stadium III) aufweisen, oder die mindestens zwei vorangegangene Therapien erhalten haben.

Die CELGENE GmbH zahlt nach Aufforderung durch denjenigen Krankenversicherer, bei dem die versicherte Person zum Zeitpunkt des Bezugs versichert war, pro Packung REVLIMID 20.88 % des Fabrikabgabepreises an den Krankenversicherer zurück.

Die Forderung einer Rückvergütung durch den Krankenversicherer gilt nur für die Kombination von Ixazomib und REVLIMID und kann nur dann erfolgen, wenn nachweislich beide Medikamente eingesetzt wurden. Wird Ixazomib abgesetzt, kann der Krankenversicherer für die darauffolgende Erhaltungstherapie mit REVLIMID keine Rückvergütung einfordern. Die Mehrwertsteuer kann nicht zusätzlich zu den Rückvergütungsbeträgen zurückgefordert werden.

Befristete Limitation bis 31.12.2021**Kombination REVLIMID, Bortezomib und Dexamethason (Induktion vor Stammzelltransplantation)**

Nach Kostengutsprache durch den Krankenversicherer nach vorgängiger Konsultation des Vertrauensarztes zur Induktionsbehandlung von erwachsenen Patienten mit unbehandeltem multiplem Myelom in Kombination mit Bortezomib und Dexamethason vor Stammzelltransplantation.

Sobald Generika mit dem Wirkstoff Bortezomib in die Spezialitätenliste aufgenommen werden, ist für die Kombination höchstens das Preisniveau von REVLIMID und einem Bortezomib-Generikum und Dexamethason wirtschaftlich, sofern der Arzt nicht aus medizinischen Gründen ausdrücklich das Originalpräparat verschreibt oder der Apotheker oder die Apothekerin aus medizinischen Gründen eine Substitution ablehnt.

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

Befristete Limitation bis 31.12.2021**Kombination REVLIMID, Bortezomib und Dexamethason (ohne Stammzelltransplantation)**

Nach Kostengutsprache durch den Krankenversicherer nach vorgängiger Konsultation des Vertrauensarztes zur Behandlung von erwachsenen Patienten mit unbehandeltem Myelom, die nicht transplantierbar sind, in Kombination mit Bortezomib und Dexamethason.

Die Vergütung für die ersten 24 Monate effektiver Therapie erfolgt zu den aufgeführten SL-Preisen zum Zeitpunkt des Bezugs.

Die Celgene GmbH vergütet bei einer Therapiedauer darüber hinaus (ab Monat 25) nach Aufforderung durch denjenigen Krankenversicherer, bei dem die versicherte Person zum Zeitpunkt des Bezugs versichert war, für jede weitere bezogene Packung REVLIMID 50 % des Fabrikabgabepreises zurück.

Die Forderung einer Rückvergütung nach 24 Monaten durch den Krankenversicherer im Rahmen der Erhaltungstherapie mit REVLIMID nach Kombination von REVLIMID, Bortezomib und Dexamethason (RVD) kann nur dann erfolgen, wenn die Kombination aus RVD nachweislich über 16 Wochen appliziert wurde.

Die Mehrwertsteuer kann nicht zusätzlich zu diesem Anteil des Fabrikabgabepreises zurückgefordert werden. Die Rückvergütung gilt für Behandlungen, die ab 1. Januar 2020 initiiert werden.

Sobald Generika mit dem Wirkstoff Bortezomib in die Spezialitätenliste aufgenommen werden, ist für die Kombination höchstens das Preisniveau von REVLIMID und einem Bortezomib-Generikum und Dexamethason wirtschaftlich, sofern der Arzt nicht aus medizinischen Gründen ausdrücklich das Originalpräparat verschreibt oder der Apotheker oder die Apothekerin aus medizinischen Gründen eine Substitution ablehnt.

XEOMIN	Merz Pharma (Schweiz) AG	011300			
Trockensub 50 E Durchstf 1 Stk			20033	148.25	114.85
Trockensub 100 E Durchstf 1 Stk			20033	276.95	226.96

Limitation alt:

Maximal 4 Behandlungen pro Jahr bei Spastik der oberen Extremitäten nach Schlaganfall.

Blepharospasmus bei Erwachsenen, Torticollis spasmodicus bei Erwachsenen.

Limitation neu:

Maximal 4 Behandlungen pro Jahr bei Spastik der oberen Extremitäten.

Blepharospasmus bei Erwachsenen, Torticollis spasmodicus bei Erwachsenen.

Chronische beeinträchtigende Sialorrhoe bei Erwachsenen:

- Maximal 4 Behandlungen pro Jahr bei chronischer Sialorrhoe, welche seit mindestens 6 Monaten besteht.
- Der DSFS Summenwert beträgt ≥ 6 .
- Der Sialorrhoe liegt eine neurologische Indikation zugrunde und eine medikamentöse Ursache konnte ausgeschlossen werden.
- Einsatz als medikamentöse Monotherapie.
- Die Injektion darf nur nach einer Abklärung durch einen Neurologen und unter Ultraschallführung durch Neurologen oder HNO-Ärzte erfolgen.

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

VII. Limitationsänderungen aufgrund der Überprüfung der Aufnahmebedingungen alle drei Jahre von 2018

QUTENZA	Grünenthal Pharma AG	109900			
Pfl 8% Capsaicin 1 Stk			19350	334.65	277.22
Pfl 8% Capsaicin 2 Stk			19350	741.65	631.76

Limitation alt:

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

Behandlung in Zusammenarbeit mit einem Schmerzzentrum resp. Schmerzspezialisten mit einem Fähigkeitsausweis in der interventionellen Schmerztherapie (SSIPM).
Zweitapplikation einzig bei Reduktion der Schmerzen um mindestens 30% (VAS).

Vergütung von maximal zwei Applikationen (Pflaster) pro drei Monate zu Fr. 591.- (Publikumspreis). Der Verbrauch eines einzigen Pflasters kostet Fr. 342.90 (Publikumspreis).

Kostengutsprache durch den Krankenversicherer auf Antrag des Vertrauensarztes.

Limitation neu:

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

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

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

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

Kostengutsprache durch den Krankenversicherer auf Antrag des Vertrauensarztes.



Auf gehts



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

Rezeptsperrung

Swissmedic, Abteilung Betäubungsmittel

Rezeptsperrung

Folgende Rezepte sind gesperrt

Kanton	Block-Nr.	Rezept-Nr.
Basel-Landschaft		8480812
Bern		8428769
Graubünden		8284077
Zürich		7954989
		8488624

BAG-Bulletin
BBL, Vertrieb Publikationen
CH-3003 Bern

P.P.

CH-3003 Bern
Post CH AG

BAG-Bulletin

Woche

16/2020