



Schweizerische Eidgenossenschaft
Confédération suisse
Confederazione Svizzera
Confederaziun svizra

Eidgenössisches Departement des Innern EDI
Bundesamt für Gesundheit BAG

Ausgabe vom 20. Januar 2020

BAG-Bulletin

Woche

4/2020

Informationsmagazin für medizinische Fachpersonen und Medienschaffende

Spezialitätenliste Korrigendum, S. 10

Spezialitätenliste, S. 11

Impressum

HERAUSGEBER

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

REDAKTION

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

DRUCK

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

ABONNEMENTE, ADRESSÄNDERUNGEN

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

ISSN 1420-4266

DISCLAIMER

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

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

Inhalt

Meldungen Infektionskrankheiten	4
Sentinella-Statistik	6
Unerlässliche Vorsorge und Hygiene	6
Wochenbericht zu den grippeähnlichen Erkrankungen	7
Spezialitätenliste Korrigendum	10
Spezialitätenliste	11
Rezeptsperrung	27

Meldungen Infektionskrankheiten

Stand am Ende der 2. Woche (14.01.2020)^a

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

^b Siehe 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 2. Woche (14.01.2020)^a

	Woche 02			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	4 2.40	6 3.60	5 3.00	16 2.40	19 2.90	14 2.10	121 1.40	143 1.70	117 1.40	12 3.60	15 4.50	10 3.00
Influenzavirus-Infektion, saisonale Typen und Subtypen^b	286 173.30	413 250.20	1277 773.70	794 120.30	782 118.40	3679 557.20	13703 159.60	11902 138.70	8893 103.60	544 164.80	609 184.50	2693 815.80
Legionellose	8 4.80	15 9.10	4 2.40	25 3.80	39 5.90	33 5.00	569 6.60	580 6.80	494 5.80	15 4.50	29 8.80	16 4.80
Masern	2 1.20	1 0.60		14 2.10	2 0.30		227 2.60	50 0.60	101 1.20	7 2.10	2 0.60	
Meningokokken: invasive Erkrankung			3 1.80	5 0.80	1 0.20	5 0.80	46 0.50	59 0.70	51 0.60	3 0.90		4 1.20
Pneumokokken: invasive Erkrankung	33 20.00	22 13.30	42 25.40	100 15.20	118 17.90	159 24.10	863 10.00	926 10.80	971 11.30	70 21.20	78 23.60	118 35.80
Röteln^c							1 0.01	2 0.02	1 0.01			
Röteln, materno-fötal^d												
Tuberkulose	3 1.80	7 4.20	6 3.60	11 1.70	29 4.40	24 3.60	414 4.80	514 6.00	532 6.20	4 1.20	16 4.80	12 3.60
Faeco-orale Übertragung												
Campylobacteriose	217 131.50	230 139.40	142 86.00	625 94.70	635 96.20	484 73.30	7293 85.00	7789 90.80	7199 83.90	423 128.10	457 138.40	341 103.30
Enterohämorrhagische E.-coli-Infektion	18 10.90	23 13.90	7 4.20	49 7.40	50 7.60	34 5.20	1132 13.20	848 9.90	708 8.20	25 7.60	29 8.80	22 6.70
Hepatitis A	6 3.60	2 1.20	1 0.60	12 1.80	8 1.20	4 0.60	86 1.00	104 1.20	108 1.30	8 2.40	2 0.60	2 0.60
Hepatitis E	4 2.40	3 1.80	1 0.60	11 1.70	8 1.20	1 0.20	114 1.30	75 0.90	1 0.01	4 1.20	3 0.90	1 0.30
Listeriose		1 0.60	1 0.60	1 0.20	1 0.20	4 0.60	35 0.40	52 0.60	46 0.50		1 0.30	3 0.90
Salmonellose, S. typhi/paratyphi		1 0.60	1 0.60	1 0.20	3 0.40	2 0.30	21 0.20	23 0.30	23 0.30		1 0.30	1 0.30
Salmonellose, übrige	29 17.60	34 20.60	27 16.40	76 11.50	86 13.00	89 13.50	1540 17.90	1472 17.20	1836 21.40	43 13.00	53 16.10	59 17.90
Shigellose	2 1.20	6 3.60	1 0.60	6 0.90	12 1.80	4 0.60	212 2.50	255 3.00	141 1.60	4 1.20	8 2.40	2 0.60

	Woche 02			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	4 2.40	1 0.20	7 1.10	4 0.60	80 0.90	74 0.90	81 0.90		1 0.30	4 1.20
Chlamydiose	213 129.00	240 145.40	168 101.80	712 107.80	663 100.40	571 86.50	11978 139.60	11204 130.50	11029 128.50	316 95.70	352 106.60	299 90.60
Gonorrhoe ^e	99 60.00	89 53.90	52 31.50	285 43.20	232 35.10	172 26.00	3932 45.80	2961 34.50	2571 30.00	144 43.60	134 40.60	109 33.00
Hepatitis B, akut			1 0.60		2 0.30	6 0.90	23 0.30	32 0.40	37 0.40		1 0.30	3 0.90
Hepatitis B, total Meldungen	14	24	39	65	68	97	1098	1174	1212	23	32	62
Hepatitis C, akut		1 0.60			2 0.30	2 0.30	23 0.30	29 0.30	36 0.40		1 0.30	1 0.30
Hepatitis C, total Meldungen	6	25	19	44	74	86	1012	1277	1392	13	37	47
HIV-Infektion	6 3.60	13 7.90	6 3.60	32 4.80	29 4.40	18 2.70	426 5.00	416 4.80	461 5.40	11 3.30	15 4.50	6 1.80
Syphilis, Frühstadien ^f	4 2.40	12 7.30	5 3.00	11 1.70	41 6.20	6 0.90	623 7.30	608 7.10	6 0.07	7 2.10	19 5.80	6 1.80
Syphilis, total ^g	5 3.00	18 10.90	17 10.30	17 2.60	61 9.20	55 8.30	854 10.00	919 10.70	967 11.30	8 2.40	27 8.20	31 9.40
Zoonosen und andere durch Vektoren übertragbare Krankheiten												
Brucellose							6 0.07	5 0.06	8 0.09			
Chikungunya-Fieber	2 1.20			2 0.30	1 0.20		42 0.50	5 0.06	18 0.20	2 0.60		
Dengue-Fieber	1 0.60	5 3.00	2 1.20	7 1.10	12 1.80	10 1.50	235 2.70	173 2.00	158 1.80	3 0.90	10 3.00	8 2.40
Gelbfieber								1 0.01				
Hantavirus-Infektion								1 0.01	1 0.01			
Malaria	10 6.10		4 2.40	18 2.70	2 0.30	22 3.30	295 3.40	277 3.20	344 4.00	10 3.00	1 0.30	17 5.20
Q-Fieber				2 0.30	2 0.30	3 0.40	102 1.20	51 0.60	41 0.50			2 0.60
Trichinellose				1 0.20			3 0.03		1 0.01	1 0.30		
Tularämie			1 0.60	2 0.30	1 0.20	8 1.20	142 1.60	115 1.30	133 1.60			5 1.50
West-Nil-Fieber							1 0.01					
Zeckenzephalitis	2 1.20		3 1.80	5 0.80	4 0.60	3 0.40	264 3.10	374 4.40	272 3.20	3 0.90	2 0.60	3 0.90
Zika-Virus Infektion							1 0.01	3 0.03	14 0.20			
Andere Meldungen												
Botulismus									2 0.02			
Creutzfeldt-Jakob-Krankheit					2 0.30		17 0.20	19 0.20	17 0.20			
Diphtherie ^h							2 0.02	5 0.06	2 0.02			
Tetanus												

Sentinella-Statistik

Provisorische Daten

Sentinella:

Anzahl Meldungen (N) der letzten 4 Wochen bis am 10.01.2020 und Inzidenz pro 1000 Konsultationen (N/10³)
Freiwillige Erhebung bei Hausärztinnen und Hausärzten (Allgemeinpraktiker, Internisten und Pädiater)

Woche	51		52		1		2		Mittel 4 Wochen	
	N	N/10 ³	N	N/10 ³	N	N/10 ³	N	N/10 ³	N	N/10 ³
Influenzaverdacht	78	5.4	47	9.8	53	12.4	149	12.1	81.8	9.9
Mumps	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Pertussis	3	0.2	2	0.4	4	0.9	3	0.2	3	0.4
Zeckenstiche	0	0	0	0	0	0	1	0.1	0.3	0
Lyme-Borreliose	3	0.2	0	0	1	0.2	0	0	1	0.1
Herpes Zoster	7	0.5	10	2.1	2	0.5	17	1.4	9	1.1
Post-Zoster-Neuralgie	2	0.1	0	0	0	0	3	0.2	1.3	0.1
Meldende Ärzte	158		119		105		156		134.5	

Unerlässliche Vorsorge und Hygiene

Die Befolgung einiger einfacher Vorsorgemassnahmen und Hygieneregeln ist für gesunde wie auch an der Grippe erkrankte Personen sinnvoll: Bei konsequenter Einhaltung reduziert sich gleichzeitig die Übertragung der Viren und das Ansteckungsrisiko!



Hände waschen.

Waschen Sie sich regelmässig und gründlich die Hände – mit Wasser und Seife.



In die Armbeuge husten oder niesen.

Wenn Sie kein Taschentuch zur Verfügung haben, husten oder niesen Sie in Ihre Armbeuge. Dies ist hygienischer, als die Hände vor den Mund zu halten. Sollten Sie doch die Hände benutzen, waschen Sie diese wenn möglich gleich danach gründlich mit Wasser und Seife.



In ein Papiertaschentuch husten oder niesen.

Halten Sie sich beim Husten oder Niesen ein Papiertaschentuch vor Mund und Nase. Entsorgen Sie das Papiertaschentuch nach Gebrauch in einem Abfalleimer und waschen Sie sich danach gründlich die Hände mit Wasser und Seife.



Zu Hause bleiben.

Wenn Sie Grippe-symptome verspüren, bleiben Sie zu Hause. So verhindern Sie, dass die Krankheit weiter übertragen wird. Kurieren Sie Ihre Grippeerkrankung vollständig zu Hause aus. Warten Sie mindestens noch einen Tag nach dem vollständigen Abklingen des Fiebers, bis Sie wieder in den Alltag ausserhalb des Hauses zurückkehren.

Wochenbericht zu den grippeähnlichen Erkrankungen

Grippeähnliche Erkrankungen treten in unseren Breitengraden saisonal auf. Bisher konnte jeden Winter eine Grippewelle festgestellt werden. Von Jahr zu Jahr variieren aber deren Intensität, die Länge, die Art der zirkulierenden Virenstämme und die Auswirkungen auf die Bevölkerung. Um die Bevölkerung und die Ärzteschaft rechtzeitig über das Auftreten bzw. Eintreffen der Grippewelle und die Abdeckung durch die Grippeimpfstoffe informieren zu können, erstattet das BAG zwischen Oktober und April wöchentlich Bericht und gibt eine Risikobeurteilung ab.

Der Schwellenwert ist überschritten, die Inzidenz ist steigend.

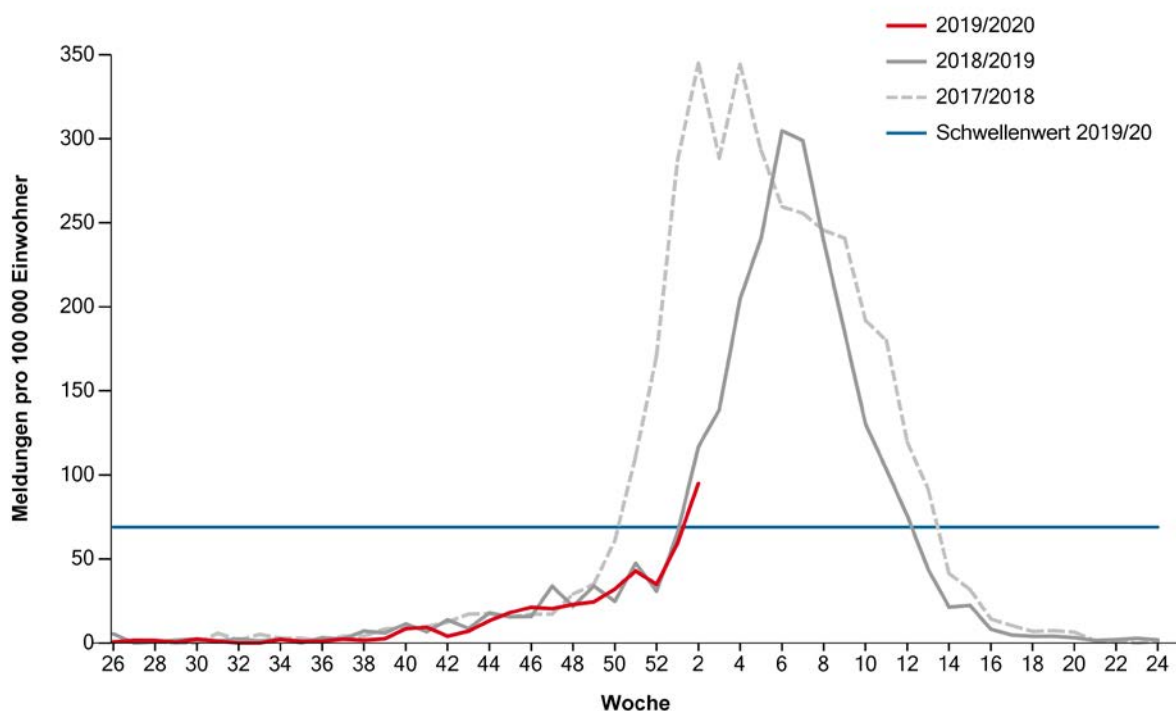
Der saisonale epidemische Schwellenwert von 69 Grippeverdachtsfällen pro 100 000 Einwohner wurde damit überschritten (Grafik 1).

Woche 02/2020

Grippeähnliche Erkrankungen sind schweizweit verbreitet. Während der Woche 2 wurden von 156 Ärztinnen und Ärzten des Sentinella-Meldesystems 12,1 grippeähnliche Erkrankungen pro 1000 Konsultationen gemeldet. Dies entspricht hochgerechnet einer Inzidenz von 95 Fällen pro 100 000 Einwohner, Trend steigend.

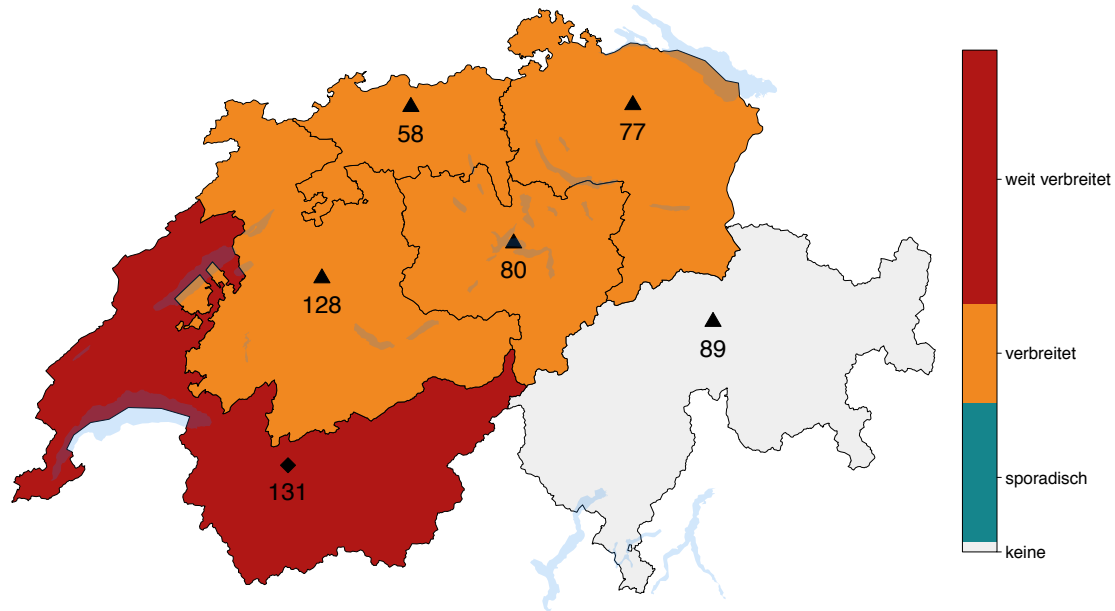
Grafik 1

Anzahl wöchentlicher Konsultationen aufgrund grippeähnlicher Erkrankungen, hochgerechnet auf 100 000 Einwohner



Grafik 2

Inzidenz grippeähnlicher Erkrankungen pro 100 000 Einwohner und Verbreitung von Influenzaviren nach Sentinella-Regionen, für die Woche 02/2020



Region 1 (GE, NE, VD, VS), Region 2 (BE, FR, JU), Region 3 (AG, BL, BS, SO), Region 4 (LU, NW, OW, SZ, UR, ZG), Region 5 (AI, AR, GL, SG, SH, TG, ZH), Region 6 (GR, TI). Zahl: Inzidenz grippeähnlicher Erkrankungen pro 100 000 Einwohner. Farbe: Verbreitung (Definition siehe Glossar)
Trend: ▲ steigend ▼ sinkend ◆ konstant

Die Inzidenz war in der Altersklasse der 15- bis 29-Jährigen am höchsten (Tabelle 1). Die Grippe trat in der Region 1 weit verbreitet und in den Regionen 2 bis 5 verbreitet auf (Grafik 2, Kasten). Abstriche aus der Region 6 waren in den letzten zwei Wochen alle negativ, daher keine Verbreitung für Influenzaviren in der Region 6. In fast allen Regionen und Altersgruppen ist die Inzidenz steigend.

In der Woche 2 wies das Nationale Referenzzentrum für Influenza (CNRI) im Rahmen der Sentinella-Überwachung in 14 von 52 untersuchten Abstrichen Influenza A Viren und in 3 Influenza B Viren nach (Tabelle 2).

Seit Beginn der Grippesaison konnte das CNRI aus Stichproben der von Sentinella-Ärztinnen und -Ärzten eingeschickten Abstriche mittels Hämagglutinationsinhibitions-Tests die folgenden Virenstämme identifizieren:

Influenza A(H1N1)pdm09
– *A/Michigan/45/2015-ähnlich*
Influenza A(H3N2)
– *A/Kansas/14/2017-ähnlich*
Influenza B-Victoria
– *B/Colorado/06/2017-ähnlich*

Tabelle 1:

Altersspezifische Inzidenzen für die Woche 02 /2020

Altersklasse	Grippebedingte Konsultationen pro 100 000 Einwohner	Trend
Inzidenz nach Altersklasse		
0–4 Jahre	108	konstant
5–14 Jahre	87	steigend
15–29 Jahre	142	steigend
30–64 Jahre	95	steigend
≥65 Jahre	50	steigend
Schweiz	95	steigend

Tabelle 2:

Zirkulierende Influenzaviren in der Schweiz

Häufigkeit der isolierten Influenzotypen und -subtypen sowie -linien

Saison 2019/20 kumulativ	
Influenza-positive Proben	50 von 258 (19 %)
B Victoria	20 %
B Yamagata	0 %
B Linie nicht bestimmt	8 %
A(H3N2)	16 %
A(H1N1)pdm09	42 %
A nicht subtypisiert	14 %

GLOSSAR

Epid. Schwellenwert:	Das Niveau der Inzidenz, ab welcher man von einer Epidemie spricht; basiert auf einem Durchschnitt der letzten zehn Saisons. Der epidemische Schwellenwert für die Saison 2019/20 liegt bei 69 Grippeverdachtsfällen pro 100 000 Einwohner.
Intensität:	Vergleich der aktuellen Inzidenz zum historischen Inzidenzverlauf. Sie wird während der Epidemie beurteilt und in vier Kategorien unterteilt: niedrig, mittelhoch, hoch und sehr hoch.
Inzidenz:	Anzahl Fälle pro 100 000 Einwohner; basiert auf der Anzahl Fälle pro Arzt-Patient-Kontakte.
Trend:	Vergleich der Inzidenz der aktuellen Woche zu den beiden vorhergehenden Wochen. Der Trend wird nur während der Epidemie bestimmt und in drei Kategorien unterteilt: steigend, konstant oder sinkend.
Verbreitung:	Die Verbreitung basiert auf <ul style="list-style-type: none"> • dem Anteil der meldenden Sentinella-Ärztinnen und -Ärzte, die Grippeverdachtsfälle diagnostizierten und • dem Nachweis von Influenzaviren am CNRI.

Internationale Situation

In Europa haben in den vergangenen Wochen die meisten Länder eine mittelhohe Aktivität der grippeähnlichen Erkrankungen gemeldet, mit steigendem Trend in fast allen Ländern [1]. Nordamerika verzeichnete eine steigende Aktivität [2-4]. In Asien wurde eine tiefe bis mittelhohe Aktivität gemeldet, mit steigendem Trend [4].

In Europa und Asien gehörten die zirkulierenden Influenzaviren sowohl den Subtypen A(H3N2) und A(H1N1)pdm09 als auch der Linie B-Victoria an [1, 4]. In Nordamerika dominierten Viren der Linie B-Victoria gefolgt vom Subtyp A(H1N1)pdm09 und zusätzlich A(H3N2) in Kanada.

Kontakt

Bundesamt für Gesundheit
 Direktionsbereich Öffentliche Gesundheit
 Abteilung Übertragbare Krankheiten
 Telefon 058 463 87 06
 E-Mail epi@bag.admin.ch

Medienschaffende

Telefon 058 462 95 05
 E-Mail media@bag.admin.ch

Referenzen

1. European Centre for Disease Prevention and Control (ECDC). Seasonal Influenza – Latest surveillance data <http://flunewseurope.org/> (accessed on 14.01.2020).
2. Weekly U.S. Influenza Surveillance Report <http://www.cdc.gov/flu/weekly/index.htm> (accessed on 14.01.2020).
3. Canada Rapports hebdomadaires d'influenza. <http://www.canadiensante.gc.ca/diseases-conditions-maladies-affections/disease-maladie/flu-grippe/surveillance/fluwatch-reports-rapports-surveillance-influenza-fra.php> (accessed on 14.01.2020).
4. World Health Organisation (WHO) Influenza update – 358 http://www.who.int/influenza/surveillance_monitoring/updates/latest_update_GIP_surveillance/en/ (accessed on 14.01.2020).

Die Sentinel-Überwachung der Grippe und der grippeähnlichen Erkrankungen in der Schweiz

Die epidemiologische Beurteilung der saisonalen Grippe beruht auf

- wöchentlichen Meldungen von Grippeverdachtsfällen von Ärztinnen und Ärzten, die dem Sentinella-Meldesystem angeschlossen sind,
- Untersuchungen von Nasenrachenabstrichen am Nationalen Referenzzentrum für Influenza (CNRI) in Genf und
- den Laborbestätigungen aller Influenzasubtypen, die im Rahmen der obligatorischen Meldepflicht ans BAG übermittelt werden

Die Typisierungen durch das CNRI in Zusammenarbeit mit dem Sentinella-Meldesystem erlauben die laufende Überwachung der in der Schweiz zirkulierenden Grippeviren.

Besten Dank an alle meldenden Sentinella-Ärztinnen und -Ärzte. Ihre wertvolle Mitarbeit macht die Grippeüberwachung in der Schweiz erst möglich.

Spezialitätenliste Korrigendum

«IV.c. Preisänderung nach 3-jährlicher Überprüfung der Aufnahmebedingungen» (Ausgabe Bulletin 51/19)

In der Ausgabe des Bulletins 51/19 wurde im Abschnitt *IV.c. Preisänderung nach 3-jährlicher Überprüfung der Aufnahmebedingungen* versehentlich eine Preisänderung für TIMO COMOD Gtt Opht 0.250 % 5 ml abgedruckt. Da diese Packung per 1. Dezember 2019 aus der SL gestrichen wurde, erfolgte keine Preissenkung der genannten Packung zu diesem Zeitpunkt und die Publikation der Preissenkung im Bulletin war dementsprechend falsch.

Das BAG bedauert dies und bittet um Kenntnisnahme.
In der Online-Version des Bulletin 51/19 wurden die Fehler auch nachträglich noch korrigiert.

Spezialitätenliste:

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

[] Der dem verfügbaren Publikumspreis zugrunde liegende Fabrikabgabepreis

Gültig ab 1. Januar 2020

Therap. Gruppe	Dossier Nr.	PRÄPARATE/ (Wirkstoffe) Packungen	Verantwortliche Firma	SHI-Nr.	Aufnahmejahr
I. Neuzugang Präparate					
01.06 G		DULOXETIN NOBEL (Duloxetinum)	NOBEL Pharma Schweiz AG		
	20936	Kaps 30 mg Blist 28 Stk Fr. 28.80 (14.37)		67645002	01.01.2020, B
	20936	Kaps 30 mg Blist 84 Stk Fr. 63.90 (41.36)		67645003	01.01.2020, B
	20936	Kaps 60 mg Blist 14 Stk Fr. 27.65 (13.35)		67645004	01.01.2020, B
	20936	Kaps 60 mg Blist 28 Stk Fr. 45.45 (25.30)		67645005	01.01.2020, B
	20936	Kaps 60 mg Blist 84 Stk Fr. 101.20 (73.86)		67645006	01.01.2020, B
04.99 G		PANTOPRAZOL NOBEL (Pantoprazolum)	NOBEL Pharma Schweiz AG		
	20998	Filmtabl 20 mg Blist 15 Stk Fr. 9.25 (4.47)		67644001	01.01.2020, B
	20998	Filmtabl 20 mg Blist 30 Stk Fr. 17.25 (7.87)		67644002	01.01.2020, B
	20998	Filmtabl 20 mg Blist 60 Stk Fr. 28.20 (13.84)		67644003	01.01.2020, B
	20998	Filmtabl 20 mg Blist 120 Stk Fr. 44.35 (24.36)		67644004	01.01.2020, B
	20998	Filmtabl 40 mg Blist 7 Stk Fr. 8.15 (3.53)		67644005	01.01.2020, B
	20998	Filmtabl 40 mg Blist 15 Stk Fr. 15.75 (6.58)		67644006	01.01.2020, B
	20998	Filmtabl 40 mg Blist 30 Stk Fr. 26.85 (12.67)		67644007	01.01.2020, B
	20998	Filmtabl 40 mg Blist 60 Stk Fr. 41.70 (22.03)		67644008	01.01.2020, B
	20998	Filmtabl 40 mg Blist 105 Stk Fr. 54.35 (33.04)		67644009	01.01.2020, B
06.07.12		MONOFER (Ferrum(III) ionisatum)	Pierre Fabre Pharma AG		
	20961	Inj Inf Präp 100 mg/ml 5 Durchstf 1 ml Fr. 170.60 (134.33)		67001001	01.01.2020, B
	20961	Inj Inf Präp 500 mg/5 ml Durchstf 5 ml Fr. 170.60 (134.33)		67001002	01.01.2020, B
	20961	Inj Inf Präp 500 mg/5 ml 5 Durchstf 5 ml Fr. 787.45 (671.66)		67001003	01.01.2020, B
	20961	Inj Inf Präp 1000 mg/10 ml Durchstf 10 ml Fr. 324.80 (268.66)		67001004	01.01.2020, B
	20961	Inj Inf Präp 1000 mg/10 ml 2 Durchstf 10 ml Fr. 633.25 (537.33)		67001005	01.01.2020, B
06.07.30		PELMEG (Pegfilgrastimum)	Mundipharma Medical Company Hamilton, Bermuda, Basel Branch		
21014	Inj Lös 6 mg/0.6 ml m Nadelschutz Fertspr 1 Stk Fr. 857.55 (732.73)	67448001		01.01.2020, A	

Anwendung bei erfolgversprechenden, stark myelotoxischen Chemotherapien bei Patienten, die wegen eingeschränkter Knochenmarkreserven besonders infektionsgefährdet sind.

Therap. Gruppe	Dossier Nr.	PRÄPARATE/ (Wirkstoffe) Packungen	Verantwortliche Firma	SHI-Nr.	Aufnahmejahr
07.02.30		VI-DE 3 MONATSDOSIS (Cholecalciferolum [Vitamin D3])	Dr. Wild & Co. AG		
	20590	Trink Lös 4800 IE/ml Unidos 5 ml Fr. 2.60 (1.42)		65698001	01.01.2020, D
	20590	Trink Lös 4800 IE/ml 3 Fl 5 ml Fr. 9.00 (4.26)		65698002	01.01.2020, B
	20590	Trink Lös 4800 IE/ml 6 Fl 5 ml Fr. 18.00 (8.52)		65698003	01.01.2020, B
Zur Therapie bei nachgewiesenem schwerem Vitamin D-Mangel [25(OH)D-Konzentrationen <25 nmol/l oder 10 ng/ml] bei Personen über 70 Jahre. Die Anwendung soll nur unter ärztlicher Aufsicht stattfinden.					
07.14		XIAPEX (Collagenasum clostridium histolyticum)	Swedish Orphan Biovitrum AG		
	19464	Trockensub 0.900 mg c Solv Durchstf 1 Stk Fr. 956.00 (818.48)		61390001	01.01.2012, B
Bei erwachsenen Patienten zur Behandlung einer Dupuytren'schen Kontraktur mit tastbarem Strang. Die Verabreichung von XIAPEX darf ausschliesslich durch Fachärzte der Handchirurgie und durch andere Fachärzte mit ausgewiesener Erfahrung in der Behandlung Dupuytren'scher Kontrakturen erfolgen.					
07.15		TALTZ (Ixezumabum)	Eli Lilly (Suisse) SA		
	20532	Inj Lös 80 mg/ml Fertigspritze 1 Stk Fr. 1348.95 (1173.89)		65906001	01.01.2017, B
	20532	Inj Lös 80 mg/ml Fertigspritze 2 Stk Fr. 2636.45 (2347.78)		65906002	01.01.2017, B
	20532	Inj Lös 80 mg/ml Fertigten 1 Stk Fr. 1348.95 (1173.89)		65907001	01.01.2017, B
	20532	Inj Lös 80 mg/ml Fertigten 2 Stk Fr. 2636.45 (2347.78)		65907002	01.01.2017, B
Die Verschreibung kann nur durch Fachärzte der Dermatologie oder Rheumatologie oder dermatologische oder rheumatologische Universitätskliniken/Polikliniken erfolgen. Behandlung erwachsener Patienten mit schwerer Plaque-Psoriasis, bei denen UVB und PUVA oder eine der folgenden drei systemischen Therapien (Ciclosporin, Methotrexat, Acitretin) keinen therapeutischen Erfolg gezeigt haben. Falls nach 20 Wochen kein therapeutischer Erfolg eingetreten ist, ist die Behandlung abzubrechen.					
07.16.10		ZYKADIA (Ceritinibum)	Novartis Pharma Schweiz AG		
	20375	Kaps 150 mg 150 Stk (3x 50 Stk) Fr. 6173.95 (5783.38)		65386001	01.09.2017, A
Nach Kostengutsprache durch den Krankenversicherer nach vorgängiger Konsultation des Vertrauensarztes zur Behandlung von Patienten mit einem lokalen fortgeschrittenen oder metastasierenden ALK- (anaplastische Lymphomkinase) positivem nichtkleinzelligen Bronchialkarzinom (NSCLC), falls diese Patienten unter Crizotinib eine Tumorprogression haben oder eine Therapie mit Crizotinib nicht vertragen und einen ECOG-Performance Status von 0 bis 2 aufweisen. Im Falle einer Progression ist die Behandlung abzubrechen. ZYKADIA darf nicht mit anderen antineoplastischen Arzneimitteln zur Behandlung von Lungentumoren kombiniert werden.					
08.03		PREVYMIS (Letermovirum)	MSD Merck Sharp & Dohme AG		
	20765	Filmtabl 240 mg 28 Stk Fr. 5209.65 (4842.57)		66652001	01.01.2019, A
	20765	Filmtabl 480 mg 28 Stk Fr. 10064.35 (9578.88)		66652002	01.01.2019, A
08.06 G		POSACONAZOL ZENTIVA (Posaconazolum)	Helvepharm AG		
	21016	Tabl 100 mg 24 Stk Fr. 670.70 (561.22)		67185001	01.01.2020, B
	21016	Tabl 100 mg 96 Stk Fr. 2523.55 (2244.86)		67185002	01.01.2020, B
Die Prophylaxe bei Hochrisikopatienten (siehe 1a und 1b) darf nur von qualifizierten Zentren verordnet werden. 1a. Zur Prophylaxe von invasiven Mykosen (insbesondere Aspergillose) bei neutropenischen Patienten mit akuter myeloischer Leukämie oder myelodysplastischem Syndrom, die eine zytotoxische Chemotherapie erhielten. 1b. Zur Prophylaxe von invasiven Mykosen (insbesondere Aspergillose) bei Patienten mit Graft versus Host Disease (Transplantat-gegen-Empfänger-Reaktion). 2. Fusariose bei Patienten, deren Erkrankung therapieresistent ist gegenüber Amphotericin B bzw. bei Unverträglichkeit von Amphotericin B. 3. Chromoblastomykose und Myzetom bei Patienten, deren Erkrankung therapieresistent ist gegenüber Itraconazol bzw. bei Unverträglichkeit von Itraconazol. 4. Kokzidioidomykose bei Patienten, deren Erkrankung therapieresistent ist gegenüber Amphotericin B, Itraconazol oder Fluconazol bzw. bei Unverträglichkeit dieser Arzneimittel.					

Therap. Gruppe	Dossier Nr.	PRÄPARATE/ (Wirkstoffe) Packungen	Verantwortliche Firma	SHI-Nr.	Aufnahmejahr
09.99 G		DIENOGEST MEPHA (Dienogestum)	Mepha Pharma AG		
	21015	Tabl 2 mg Blist 28 Stk Fr. 68.20 (45.12)		67453001	01.01.2020, B
	21015	Tabl 2 mg 3 Blist 28 Stk Fr. 148.50 (115.05)		67453002	01.01.2020, B
11.09 G		TRAVOPROST MEPHA PLUS (Travoprostum, Timololum)	Mepha Pharma AG		
	21012	Gtt Opht 0.04 mg/5 mg Fl 2.500 ml Fr. 33.65 (15.02)		66730001	01.01.2020, B
	21012	Gtt Opht 0.04 mg/5 mg 3 Fl 2.500 ml Fr. 65.55 (42.80)		66730002	01.01.2020, B
II. Andere Packungen und Dosierungen					
04.08.11		CITRAFLEET (Natrii picosulfas, Magnesii oxidum leve, Acidum citricum anhydricum)	Recordati AG		
	20260	Plv 100 Stk Fr. 550.60 (465.31)		65202002	01.01.2020, B
III. Neu gestrichene Präparate/Packungen					
01.06 G		DULOXETIN MEPHA (Duloxetinum)	Mepha Pharma AG		
	20482	Kaps 30 mg 28 Stk Fr. 28.80 (14.37)		65784001	01.01.2020, B
	20482	Kaps 30 mg Blist 84 Stk Fr. 58.45 (36.64)		65784007	01.01.2020, B
	20482	Kaps 30 mg Fl 100 Stk Fr. 66.50 (43.62)		65784002	01.01.2020, B
	20482	Kaps 60 mg 14 Stk Fr. 27.65 (13.35)		65784003	01.01.2020, B
	20482	Kaps 60 mg 28 Stk Fr. 45.45 (25.30)		65784004	01.01.2020, B
	20482	Kaps 60 mg 84 Stk Fr. 101.20 (73.86)		65784005	01.01.2020, B
	20482	Kaps 60 mg Fl 100 Stk Fr. 112.30 (83.53)		65784006	01.01.2020, B
01.06 0		TOLVON (Mianserini hydrochloridum)	MSD Merck Sharp & Dohme AG		
	12221	Tabl 30 mg 30 Stk Fr. 19.60 (9.94)		38417134	01.01.2020, B
	12221	Tabl 30 mg 100 Stk Fr. 47.75 (27.32)		38417096	01.01.2020, B
	12221	Tabl 60 mg 30 Stk Fr. 34.25 (15.56)		38417118	01.01.2020, B
	12221	Tabl 60 mg 100 Stk Fr. 75.90 (51.84)		38417126	01.01.2020, B
01.14		UBRETID (Distigmini bromidum)	Takeda Pharma AG		
	11918	Tabl 5 mg 20 Stk Fr. 15.05 (6.00)		37746010	01.01.2020, B
	11918	Tabl 5 mg 50 Stk Fr. 27.95 (13.65)		37746029	01.01.2020, B
02.08.10		PHLEBODRIL N (Rusci extractum ethanolicum siccum, Hesperidi methylchalconum)	Pierre Fabre Pharma AG		
	15020	Kaps 30 Stk Fr. 11.80 (6.39)		54307012	01.01.2020, D
	15020	Kaps 100 Stk Fr. 33.80 (18.32)		54307020	01.01.2020, D
05.99 G		DUTASTERID TAMSULOSIN SANDOZ (Dutasteridum, Tamsulosini hydrochloridum)	Sandoz Pharmaceuticals AG		
	20853	Kaps 0.5/0.4 mg 7 Stk Fr. 8.35 (3.71)		66661001	01.01.2020, B
	20853	Kaps 0.5/0.4 mg 30 Stk Fr. 34.60 (15.87)		66661002	01.01.2020, B
	20853	Kaps 0.5/0.4 mg 90 Stk Fr. 71.05 (47.61)		66661003	01.01.2020, B

Therap. Gruppe	Dossier Nr.	PRÄPARATE/ (Wirkstoffe) Packungen	Verantwortliche Firma	SHI-Nr.	Aufnahmejahr
07.02.10		MAGNEGON (Magnesium ionisatum)	Takeda Pharma AG		
	17757	Kautabl 120 mg 20 Stk Fr. 6.45 (3.36)		55348001	01.01.2020, D
	17757	Kautabl 120 mg 60 Stk Fr. 15.35 (7.95)		55348002	01.01.2020, D
07.06.10		INSULIN NOVOMIX 30 FLEXPEN (Insulinum aspartum)	Novo Nordisk Pharma AG		
	17640	Inj Susp Fertipen5 Fertpen 3 ml Fr. 69.85 (46.57)		55757003	01.01.2020, B
07.06.10		INSULIN NOVOMIX 30 PENFILL (Insulinum aspartum)	Novo Nordisk Pharma AG		
	17543	Inj Susp Patrone5x 3 ml Fr. 64.20 (41.62)		55415003	01.01.2020, B
07.13.30		PHARMALGEN APIS MELLIFERA (Apis melliferae venenum)	ALK-Abelló AG		
	13625	Trockensub Fortsetz Be c Solv4 Stk Fr. 245.50 (199.56)		60687002	01.01.2020, A
07.13.30		PHARMALGEN VESPULA SPP (Vespuulae spp. venenum)	ALK-Abelló AG		
	13625	Trockensub Fortsetz Be c Solv4 Stk Fr. 317.20 (262.01)		60688002	01.01.2020, A
07.16.20		LUTRATE DEPOT (Leuprorelini acetat)	Labatec Pharma SA		
	20499	Trockensub 22.5000 mg i.m. c Solv Kit1 Stk Fr. 415.95 (348.05)		65430001	01.01.2020, A
	20500	Trockensub 3.7500 mg i.m. c Solv Kit1 Stk Fr. 152.45 (118.50)		65303001	01.01.2020, A
08.03		INVIRASE (Saquinavirum)	Roche Pharma (Schweiz) AG		
	18264	Filmtabl 500 mg Fl 120 Stk Fr. 547.80 (462.88)		57318001	01.01.2020, A
11.99		LUCENTIS (Ranibizumabum)	Novartis Pharma Schweiz AG		
	18483	Inj Lös 2.3000 mg/0.23 ml m ZubehörDurchstf 0.230 ml Fr. 1020.15 (874.34)		57664002	01.01.2020, B

PRÄPARATE / (Wirkstoffe) Packungen	Verantwortliche Firma	Therap. Gruppe	Dossier Nr.	Preis neu	Ex-Fact. neu
IV. Preissenkungen					
IV.a. Freiwillige Preissenkung inner halb der ersten 18 Monate nach Aufnahme					
ODEFSEY Filmtabl 200 mg/25 mg/25 mg Fl 30 Stk	Gilead Sciences Switzerland Sàrl	080300	20732	1003.10	859.51
IV.b. Preisänderung nach 1 Jahr SL-Aufnahme					
REFIXIA Trockensub 500 IE c Solv 1 Stk Trockensub 1000 IE c Solv 1 Stk Trockensub 2000 IE c Solv 1 Stk	Novo Nordisk Pharma AG	060110	20684 20684 20684	988.35 1935.65 3830.30	924.22 1848.44 3696.88
REXULTI Filmtabl 0.500 mg Blist 7 Stk Filmtabl 1 mg Blist 10 Stk Filmtabl 2 mg Blist 28 Stk Filmtabl 3 mg Blist 28 Stk Filmtabl 4 mg Blist 28 Stk	Lundbeck (Schweiz) AG	010500	20807 20807 20807 20807 20807	20.25 50.75 170.65 213.05 269.35	10.48 29.94 134.36 171.31 220.35
IV.c. Auslandspreisvergleich					
PREVYMIS Filmtabl 240 mg 28 Stk Filmtabl 480 mg 28 Stk	MSD Merck Sharp & Dohme AG	080300	20765 20765	5209.65 10064.35	4842.57 9578.88
XIAPEX Trockensub 0.900 mg c Solv Durchstf 1 Stk	Swedish Orphan Biovitrum AG	071400	19464	956.00	818.48
IV.d. Freiwillige Preissenkung					
BENDAMUSTIN ACCORD Trockensub 25 mg Durchstf 1 Stk Trockensub 100 mg Durchstf 1 Stk	Accord Healthcare AG	071610	20972 20972	76.95 212.45	52.76 170.78
CARVEDILOL MEPHA Tabl 12.500 mg 30 Stk	Mepha Pharma AG	020710	18460	17.50	8.10
CLARITHROMYCIN MEPHA Lactab 250 mg Blist 14 Stk	Mepha Pharma AG	080160	18197	25.55	11.53
GEMCITABIN ACCORD Inf Konz 2000 mg/20 ml Durchstf 20 ml	Accord Healthcare AG	071610	20860	214.90	172.92
IV.e. Korrektur einer freiwillige Preissenkung					
RISPERDAL Lös 1mg/ml 30 ml	Janssen-Cilag AG	0105	16515	35.65	16.79
IV.f. Normale Preismutation					
TALTZ Inj Lös 80 mg/ml Fertigspritze 1 Stk Inj Lös 80 mg/ml Fertigspritze 2 Stk Inj Lös 80 mg/ml Fertigpen 1 Stk Inj Lös 80 mg/ml Fertigpen 2 Stk	Eli Lilly (Suisse) SA	071500	20532 20532 20532 20532	1348.95 2636.45 1348.95 2636.45	1173.89 2347.78 1173.89 2347.78
VENCLYXTO Filmtabl 10 mg Blist 14 Stk Filmtabl 50 mg Blist 7 Stk Filmtabl 100 mg Blist 7 Stk	AbbVie AG	071610	20764 20764 20764	99.10 223.15 429.95	72.05 180.11 360.23

PRÄPARATE / (Wirkstoffe) Packungen	Verantwortliche Firma	Therap. Gruppe	Dossier Nr.	Preis neu	Ex-Fact. neu
IV.g. Preisänderung nach Patentablauf					
EZETIMIB SIMVA SPIRIG HC Tabl 10/10 mg Blist 30 Stk	Spirig HealthCare AG	071200	20971	27.80	13.52
Tabl 10/20 mg Blist 30 Stk			20971	33.90	15.23
Tabl 10/40 mg Blist 30 Stk			20971	36.80	17.75
Tabl 10/80 mg Blist 30 Stk			20971	41.05	21.49
EZETIMIB SIMVASTATIN AXAPHARM Tabl 10/10 mg Blist 28 Stk	Axapharm AG	071200	20976	26.80	12.62
Tabl 10/20 mg Blist 28 Stk			20976	28.60	14.22
Tabl 10/40 mg Blist 28 Stk			20976	35.40	16.56
EZETIMIB SIMVASTATIN SANDOZ Tabl 10/10 mg 28 Stk	Sandoz Pharmaceuticals AG	071200	20711	26.80	12.62
Tabl 10/20 mg 28 Stk			20711	28.60	14.22
Tabl 10/40 mg 28 Stk			20711	35.40	16.56
EZETIMIB SIMVASTATIN ZENTIVA Tabl 10/10 mg Blist 28 Stk	Helvepharm AG	071200	20967	26.80	12.62
Tabl 10/20 mg Blist 28 Stk			20967	28.60	14.22
Tabl 10/40 mg Blist 28 Stk			20967	35.40	16.56
EZETIMIB-SIMVASTATIN MEPHA Tabl 10/10 mg Ds 28 Stk	Mepha Pharma AG	071200	20762	26.80	12.62
Tabl 10/20 mg Ds 28 Stk			20762	28.60	14.22
Tabl 10/40 mg Ds 28 Stk			20762	35.40	16.56
INEGY Tabl 10/10 mg 28 Stk	MSD Merck Sharp & Dohme AG	071200	18299	52.60	31.54
Tabl 10/20 mg 28 Stk			18299	57.20	35.54
Tabl 10/40 mg 28 Stk			18299	63.95	41.41
NOXAFIL Inf Konz 18 mg/ml Durchstf 1 Stk	MSD Merck Sharp & Dohme AG	080600	20409	526.40	444.25
RENAGEL Filmtabl 800 mg Fl 180 Stk	Sanofi-Aventis (Suisse) SA	079900	17944	216.30	174.12
RENVELA Filmtabl 800 mg 180 Stk	Sanofi-Aventis (Suisse) SA	079900	19528	190.65	151.78
Plv 2.400 g 60 Stk			19516	190.65	151.78
RIVASTIGMIN MEPHA PATCH Matrixpfl 4.600 mg/24h 30 Stk	Mepha Pharma AG	019900	20783	61.75	39.51
Matrixpfl 9.500 mg/24h 30 Stk			20783	61.75	39.51
Matrixpfl 13.300 mg/24h 30 Stk			20783	61.75	39.51
RIVASTIGMIN ZENTIVA PATCH Matrixpfl 4.600 mg/24h Btl 30 Stk	Helvepharm AG	019900	20796	61.75	39.51
Matrixpfl 9.500 mg/24h Btl 30 Stk			20796	61.75	39.51
SEVELAMERCARBONATE SALMON PHARMA Filmtabl 800 mg 180 Stk	Salmon Pharma GmbH	079900	20582	155.80	121.42
V. Preiserhöhungen					
V.a. Wechsel der Abgabekategorie					
MOTILIUM Filmtabl 10 mg 30 Stk	Janssen-Cilag AG	040600	13408	8.20	3.55

PRÄPARATE / (Wirkstoffe) Packungen	Verantwortliche Firma	Therap. Gruppe	Dossier Nr.	Preis neu	Ex-Fact. neu
VI. Limitations-/Indikationsänderung					
HEMLIBRA	Roche Pharma (Schweiz) AG	060110			
Inj Lös 30 mg/ml Durchstf 1 Stk			20818	2803.40	2695.04
Inj Lös 60 mg/0.4ml Durchstf 1 Stk			20818	5565.85	5390.08
Inj Lös 105 mg/0.7ml Durchstf 1 Stk			20818	9709.45	9432.64
Inj Lös 150 mg/ml Durchstf 1 Stk			20818	13853.10	13475.20

Limitation alt:

Zur Prophylaxe 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 mit vergütungspflichtigen Faktor VIII-Präparaten fortzusetzen.

Vergütet wird Emicizumab in einer Dosierung von 3mg/kg wöchentlich in den ersten 4 Wochen und danach in einer Dosierung von 1.5mg/kg wöchentlich (Erhaltung), subkutan verabreicht.

Die Diagnosestellung und die Verordnung von Emicizumab, die Behandlungseinleitung und die darauffolgende Betreuung darf nur an folgenden universitären und/oder spezialisierten Hämophiliezentren erfolgen, die Erfahrung im Management von Erwachsenen und/oder Kindern mit Hämophilie A und Hemmkörpern aufweisen.

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, Kantonsspital 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.

Neue Limitation befristet bis 30.06.2021

Zur Prophylaxe 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 mit vergütungspflichtigen Faktor VIII-Präparaten fortzusetzen.

Vergütet wird Emicizumab in einer Dosierung von 3mg/kg wöchentlich in den ersten 4 Wochen und danach in einer Dosierung von 1.5mg/kg wöchentlich (Erhaltung), subkutan verabreicht.

Die Diagnosestellung und die Verordnung von Emicizumab, die Behandlungseinleitung und die darauffolgende Betreuung darf nur an folgenden universitären und/oder spezialisierten Hämophiliezentren erfolgen, die Erfahrung im Management von Erwachsenen und/oder Kindern mit Hämophilie A und Hemmkörpern aufweisen.

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.

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

Limitation alt:**Ovarialkarzinom nach Rezidiv**

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

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

Kombinierte Therapien wie beispielsweise Olaparib und Immunonkologika sowie 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 gelisteten SL-Preisen. Die Zulassungsinhaberin vergütet bei einer Therapiedauer darüber hinaus (ab Monat 25) nach Aufforderung durch denjenigen Krankenversicherer, bei dem die versicherte Person zum Zeitpunkt des Bezugs versichert war, für jede weitere bezogene Packung Lynparza 50% des Fabrikabgabepreises zurück.

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

Neue Limitation befristet bis 31.08.2022**Ovarialkarzinom nach Erstlinienchemotherapie**

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

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

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

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

Ovarialkarzinom nach Rezidiv

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

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

Kombinierte Therapien wie beispielsweise Olaparib und Immunonkologika sowie 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 gelisteten SL-Preisen. Die Zulassungsinhaberin vergütet bei einer Therapiedauer darüber hinaus (ab Monat 25) nach Aufforderung durch denjenigen Krankenversicherer, bei dem die versicherte Person zum Zeitpunkt des Bezugs versichert war, für jede weitere bezogene Packung Lynparza 50% des Fabrikabgabepreises zurück.

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

PRÄPARATE / (Wirkstoffe) Packungen	Verantwortliche Firma	Therap. Gruppe	Dossier Nr.	Preis neu	Ex-Fact. neu
OPDIVO Inf Konz 240 mg/24ml Durchstf 24 ml	Bristol-Myers Squibb SA	071610	20461	3458.80	3134.43

Befristete Limitation bis 31.03.2021**Nicht-kleinzelliges Lungenkarzinom (NSCLC)**

Als Monotherapie zur Behandlung von lokal fortgeschrittenem oder metastasiertem nicht-kleinzelligem Lungenkarzinom nach vorangegangener Chemotherapie. Die Dosierung beträgt maximal 240mg alle zwei Wochen. Dafür vorgesehen ist das OPDIVO 240mg-Vial.

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

Befristete Limitation bis 31.03.2021**Melanom**

Als Monotherapie bei Erwachsenen für die Behandlung des fortgeschrittenen (nicht resezierbaren oder metastasierten) Melanoms.

Die Dosierung beträgt maximal 240mg alle zwei Wochen. Dafür vorgesehen ist das OPDIVO 240mg-Vial.

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

In Kombination mit YERVOY für die Behandlung des fortgeschrittenen (nicht resezierbaren oder metastasierten) Melanoms bei Erwachsenen wie folgt: Kombinationstherapiephase: YERVOY in einer Dosierung von maximal 3mg/kg Körpergewicht kombiniert mit OPDIVO in einer Dosierung von maximal 1mg/kg alle 3 Wochen für maximal 4 Zyklen. Dafür vorgesehen sind die OPDIVO 100mg- und 40mg-Vials. Für die Kombinationstherapiephase vergütet die Bristol-Myers Squibb SA nach Aufforderung durch denjenigen Krankenversicherer, bei dem die versicherte Person zum Zeitpunkt des Bezugs versichert war, für jeden Patienten, dem Krankenversicherer Fr. 5'690.34 pro nachweislich verabreichtem Kombinationszyklus mit 3 mg/kg YERVOY. 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. In einer an die Kombinationsphase anschliessenden Monotherapie ist OPDIVO in einer Dosierung von maximal 240mg alle zwei Wochen zu verabreichen. Dafür vorgesehen ist das OPDIVO 240mg-Vial. Die Patienten können 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. Die Behandlung bedarf der Kostengutsprache durch den Krankenversicherer nach vorgängiger Konsultation des Vertrauensarztes.

Befristete Limitation bis 31.03.2021**Melanom adjuvant**

Als Monotherapie für die adjuvante Behandlung des Melanoms mit regionaler Lymphknotenbeteiligung oder Fernmetastasen (Stadium IIIB, IIIC oder IV nach AJCC 7th edition) nach vollständiger Resektion bei Patienten ohne vorangegangene systemische Therapie zur Behandlung des Melanoms. Die adjuvante Therapie mit Nivolumab soll innerhalb von 15 Wochen nach Resektion gestartet werden.

Die Dosierung beträgt maximal 240mg alle zwei Wochen. Dafür vorgesehen ist das OPDIVO 240mg-Vial.

Die Patienten können bis zu maximal 12 Monaten oder bis zu einem vorher auftretenden Rezidiv der Erkrankung behandelt werden. Die Behandlung bedarf der Kostengutsprache durch den Krankenversicherer nach vorgängiger Konsultation des Vertrauensarztes.

Befristete Limitation bis 31.03.2021**Nierenzellkarzinom (RCC)**

Als Monotherapie zur Behandlung von erwachsenen Patienten mit fortgeschrittenem Nierenzellkarzinom nach vorangegangener antiangiogener Therapie.

Die Dosierung beträgt maximal 240mg alle zwei Wochen. Dafür vorgesehen ist das OPDIVO 240mg-Vial.

Die Patienten können 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. Für die Behandlung des Nierenzellkarzinoms vergütet Bristol-Myers Squibb SA nach Aufforderung durch denjenigen Krankenversicherer, bei dem die versicherte Person zum Zeitpunkt des Bezugs versichert war, 31.77% des Fabrikabgabepreises pro nachweislich für RCC verabreichter Packung resp. pro verabreichtem mg OPDIVO zurück. Die Mehrwertsteuer kann nicht zusätzlich zu diesem Anteil des Fabrikabgabepreises zurückgefordert werden. Die Aufforderung zur Rückvergütung soll in der Regel innerhalb von 3 Monaten nach Verabreichung erfolgen. Die Behandlung bedarf der Kostengutsprache durch den Krankenversicherer nach vorgängiger Konsultation des Vertrauensarztes.

Befristete Limitation bis 31.03.2021**Platteneithelkarzinom im Kopf-Hals-Bereich (SCCHN)**

Als Monotherapie zur Behandlung von erwachsenen Patienten mit rezidivierendem oder metastasiertem Platteneithelkarzinom im Kopf-Hals-Bereich nach vorangegangener Platinbasierter Chemotherapie.

Die Dosierung beträgt maximal 240mg alle zwei Wochen. Dafür vorgesehen ist das OPDIVO 240mg-Vial.

Die Patienten können 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. Für die Behandlung des Platteneithelkarzinoms im Kopf-Hals-Bereich vergütet Bristol-Myers Squibb SA nach Aufforderung durch denjenigen Krankenversicherer, bei dem die versicherte Person zum Zeitpunkt des Bezugs versichert war, 4.75% des Fabrikabgabepreises pro nachweislich für SCCHN verabreichter Packung resp. pro verabreichtem mg OPDIVO zurück. Die Mehrwertsteuer kann nicht zusätzlich zu diesem Anteil des Fabrikabgabepreises zurückgefordert werden. Die Aufforderung zur Rückvergütung soll in der Regel innerhalb von 3 Monaten nach Verabreichung erfolgen. Die Behandlung bedarf der Kostengutsprache durch den Krankenversicherer nach vorgängiger Konsultation des Vertrauensarztes.

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

Befristete Limitation bis 31.03.2021**Klassisches Hodgkin-Lymphom (cHL)**

Als Monotherapie zur Behandlung von erwachsenen Patienten mit rezidivierendem oder refraktärem klassischem Hodgkin-Lymphom (cHL) nach autologer Stammzelltransplantation (autologous stem cell transplant, ASCT) und Behandlung mit Brentuximab Vedotin.

Die Dosierung beträgt maximal 240mg alle zwei Wochen. Dafür vorgesehen ist das OPDIVO 240 mg-Vial.

Die Patienten können 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. Für die Behandlung des klassischen Hodgkin-Lymphoms vergütet Bristol-Myers Squibb SA nach Aufforderung durch denjenigen Krankenversicherer, bei dem die versicherte Person zum Zeitpunkt des Bezugs versichert war, 4,75% des Fabrikabgabepreises pro nachweislich für cHL verabreichter Packung resp. pro verabreichtem mg OPDIVO zurück. Die Mehrwertsteuer kann nicht zusätzlich zu diesem Anteil des Fabrikabgabepreises zurückgefordert werden. Die Aufforderung zur Rückvergütung soll in der Regel innerhalb von 3 Monaten nach Verabreichung erfolgen. Die Behandlung bedarf der Kostengutsprache durch den Krankenversicherer nach vorgängiger Konsultation des Vertrauensarztes.

Neue Limitation:**Befristete Limitation bis 31.03.2021****Nicht-kleinzelliges Lungenkarzinom (NSCLC)**

Als Monotherapie zur Behandlung von lokal fortgeschrittenem oder metastasiertem nicht-kleinzelligem Lungenkarzinom nach vorangegangener Chemotherapie.

Die Dosierung beträgt maximal 240mg alle zwei Wochen. Dafür vorgesehen ist das OPDIVO 240mg-Vial.

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

Befristete Limitation bis 31.03.2021**Melanom**

Als Monotherapie bei Erwachsenen für die Behandlung des fortgeschrittenen (nicht resezierbaren oder metastasierten) Melanoms.

Die Dosierung beträgt maximal 240mg alle zwei Wochen. Dafür vorgesehen ist das OPDIVO 240mg-Vial.

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

In Kombination mit YERVOY für die Behandlung des fortgeschrittenen (nicht resezierbaren oder metastasierten) Melanoms bei Erwachsenen wie folgt: Kombinationstherapiephase: YERVOY in einer Dosierung von maximal 3mg/kg Körpergewicht kombiniert mit OPDIVO in einer Dosierung von maximal 1mg/kg alle 3 Wochen für maximal 4 Zyklen. Dafür vorgesehen sind die OPDIVO 100mg- und 40mg-Vials. Für die Kombinationstherapiephase vergütet die Bristol-Myers Squibb SA nach Aufforderung durch denjenigen Krankenversicherer, bei dem die versicherte Person zum Zeitpunkt des Bezugs versichert war, für jeden Patienten, dem Krankenversicherer Fr. 5'690.34 pro nachweislich verabreichtem Kombinationszyklus mit 3 mg/kg YERVOY. 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. In einer an die Kombinationsphase anschliessenden Monotherapie ist OPDIVO in einer Dosierung von maximal 240mg alle zwei Wochen zu verabreichen. Dafür vorgesehen ist das OPDIVO 240mg-Vial. Die Patienten können 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. Die Behandlung bedarf der Kostengutsprache durch den Krankenversicherer nach vorgängiger Konsultation des Vertrauensarztes.

Befristete Limitation bis 31.03.2021**Melanom adjuvant**

Als Monotherapie für die adjuvante Behandlung des Melanoms mit regionaler Lymphknotenbeteiligung oder Fernmetastasen (Stadium IIIb, IIIc oder IV nach AJCC 7th edition) nach vollständiger Resektion bei Patienten ohne vorangegangene systemische Therapie zur Behandlung des Melanoms. Die adjuvante Therapie mit Nivolumab soll innerhalb von 15 Wochen nach Resektion gestartet werden.

Die Dosierung beträgt maximal 240mg alle zwei Wochen. Dafür vorgesehen ist das OPDIVO 240mg-Vial.

Die Patienten können bis zu maximal 12 Monaten oder bis zu einem vorher auftretenden Rezidiv der Erkrankung behandelt werden. Die Behandlung bedarf der Kostengutsprache durch den Krankenversicherer nach vorgängiger Konsultation des Vertrauensarztes.

Befristete Limitation bis 31.03.2021**Nierenzellkarzinom (RCC)**

Als Monotherapie zur Behandlung von erwachsenen Patienten mit fortgeschrittenem Nierenzellkarzinom nach vorangegangener antiangiogener Therapie.

Die Dosierung beträgt maximal 240mg alle zwei Wochen. Dafür vorgesehen ist das OPDIVO 240mg-Vial.

Die Patienten können 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. Für die Behandlung des Nierenzellkarzinoms vergütet Bristol-Myers Squibb SA nach Aufforderung durch denjenigen Krankenversicherer, bei dem die versicherte Person zum Zeitpunkt des Bezugs versichert war, 31,77% des Fabrikabgabepreises pro nachweislich für RCC verabreichter Packung resp. pro verabreichtem mg OPDIVO zurück. Die Mehrwertsteuer kann nicht zusätzlich zu diesem Anteil des Fabrikabgabepreises zurückgefordert werden. Die Aufforderung zur Rückvergütung soll in der Regel innerhalb von 3 Monaten nach Verabreichung erfolgen. Die Behandlung bedarf der Kostengutsprache durch den Krankenversicherer nach vorgängiger Konsultation des Vertrauensarztes.

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

Befristete Limitation bis 31.03.2021**Plattenepithelkarzinom im Kopf-Hals-Bereich (SCCHN)**

Als Monotherapie zur Behandlung von erwachsenen Patienten mit rezidivierendem oder metastasiertem Plattenepithelkarzinom im Kopf-Hals-Bereich nach vorangegangener Platinbasierter Chemotherapie.

Die Dosierung beträgt maximal 240mg alle zwei Wochen. Dafür vorgesehen ist das OPDIVO 240mg-Vial.

Patienten können 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. Für die Behandlung des Plattenepithelkarzinoms im Kopf-Hals-Bereich vergütet Bristol-Myers Squibb SA nach Aufforderung durch denjenigen Krankenversicherer, bei dem die versicherte Person zum Zeitpunkt des Bezugs versichert war, 4,75% des Fabrikabgabepreises pro nachweislich für SCCHN verabreichter Packung resp. pro verabreichtem mg OPDIVO zurück. Die Mehrwertsteuer kann nicht zusätzlich zu diesem Anteil des Fabrikabgabepreises zurückgefordert werden. Die Aufforderung zur Rückvergütung soll in der Regel innerhalb von 3 Monaten nach Verabreichung erfolgen. Die Behandlung bedarf der Kostengutsprache durch den Krankenversicherer nach vorgängiger Konsultation des Vertrauensarztes.

Befristete Limitation bis 31.03.2021**Klassisches Hodgkin-Lymphom (cHL)**

Als Monotherapie zur Behandlung von erwachsenen Patienten mit rezidivierendem oder refraktärem klassischem Hodgkin-Lymphom (cHL) nach autologer Stammzelltransplantation (autologous stem cell transplant, ASCT) und Behandlung mit Brentuximab Vedotin.

Die Dosierung beträgt maximal 240mg alle zwei Wochen. Dafür vorgesehen ist das OPDIVO 240 mg-Vial.

Die Patienten können 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. Für die Behandlung des klassischen Hodgkin-Lymphoms vergütet Bristol-Myers Squibb SA nach Aufforderung durch denjenigen Krankenversicherer, bei dem die versicherte Person zum Zeitpunkt des Bezugs versichert war, 4,75% des Fabrikabgabepreises pro nachweislich für cHL verabreichter Packung resp. pro verabreichtem mg OPDIVO zurück. Die Mehrwertsteuer kann nicht zusätzlich zu diesem Anteil des Fabrikabgabepreises zurückgefordert werden. Die Aufforderung zur Rückvergütung soll in der Regel innerhalb von 3 Monaten nach Verabreichung erfolgen. Die Behandlung bedarf der Kostengutsprache durch den Krankenversicherer nach vorgängiger Konsultation des Vertrauensarztes.

PELMEG

Mundipharma Medical Company 060730

Inj Lös 6 mg/0.6ml m Nadelschutz
Fertspr 24 Stk

0

0.00

0.00

Limitation neu:

Anwendung bei erfolgversprechenden, stark myelotoxischen Chemotherapien bei Patienten, die wegen eingeschränkter Knochenmarkreserven besonders infektionsgefährdet sind.

PERJETA

Roche Pharma (Schweiz) AG 071610

Inf Konz 420 mg/14ml Vial 14 ml

19972

3304.10

2983.53

Limitation alt:**Befristete Limitation bis 30.04.2021****Metastasierter Brustkrebs (mBC)**

Perjeta ist in Kombination mit Herceptin und Docetaxel zur Behandlung von Patientinnen mit HER2-positivem metastasierendem oder lokal rezidivierendem nicht resezierbarem Brustkrebs indiziert, die noch keine Chemotherapie gegen ihre metastasierte Erkrankung erhalten haben. Nach Absetzen der Chemotherapie (ca. 6 Zyklen Docetaxel) wird Perjeta in Kombination mit Herceptin bis zur Progression verabreicht.

Die Firma Roche Pharma (Schweiz) AG vergütet nach Aufforderung durch denjenigen Krankenversicherer, bei dem die versicherte Person zum Zeitpunkt des Bezugs versichert war, auf die Kombination von Perjeta und Herceptin dem Krankenversicherer für jede bezogene Packung Perjeta einen Betrag von Fr. 452.33 bei metastasiertem Brustkrebs. 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 Rechnungseingang erfolgen.

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

Befristete Limitation bis 30.04.2021**Neoadjuvante Therapie des Mammakarzinoms**

Perjeta ist in Kombination mit Herceptin und Docetaxel für die neoadjuvante Behandlung von Patienten mit HER2-positivem, lokal fortgeschrittenem, entzündlichem Brustkrebs oder Brustkrebs im Frühstadium mit hohem Rezidivrisiko (entweder Tumogrösse > 2 cm Durchmesser oder mit Lymphknotenbefall) im Rahmen eines Therapieplanes für Brustkrebs im Frühstadium indiziert. Die neoadjuvante Behandlung mit Perjeta ist auf maximal 6 Behandlungszyklen limitiert.

Die Firma Roche Pharma (Schweiz) AG vergütet nach Aufforderung durch denjenigen Krankenversicherer, bei dem die versicherte Person zum Zeitpunkt des Bezugs (Therapiestart) versichert war, eine einmalige Pauschale auf die Kombination von Perjeta und Herceptin von Fr. 4485.95 pro neoadjuvanten Fall bzw. Patientin. Die Rückzahlung ist unabhängig von der tatsächlichen Anzahl an neoadjuvanten verabreichten Therapiezyklen und kann nicht mit zusätzlichen Rückzahlungen pro Vial kombiniert werden. 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 Rechnungseingang erfolgen.

Nur 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
---------------------------------------	--------------------------	-------------------	-------------	-----------	--------------

Neue Limitation:**Befristete Limitation bis 30.04.2021****Metastasiertes Mammakarzinom**

Perjeta ist in Kombination mit Herceptin und Docetaxel zur Behandlung von Patientinnen mit HER2-positivem metastasierendem oder lokal rezidivierendem nicht resezierbarem Brustkrebs indiziert, die noch keine Chemotherapie gegen ihre metastasierte Erkrankung erhalten haben. Nach Absetzen der Chemotherapie (ca. 6 Zyklen Docetaxel) wird Perjeta in Kombination mit Herceptin bis zur Progression verabreicht.

Die Zulassungsinhaberin Roche Pharma (Schweiz) AG vergütet nach Aufforderung durch denjenigen Krankenversicherer, bei dem die versicherte Person zum Zeitpunkt des Bezugs versichert war, auf die Kombination von Perjeta und Herceptin dem Krankenversicherer für jede bezogene Packung Perjeta einen Betrag von Fr. 452.33 bei metastasiertem Brustkrebs. Die Mehrwertsteuer kann nicht zusätzlich zu diesem Anteil des Fabrikabgabepreises zurückgefordert werden. Die Aufforderung zur Rückvergütung soll ab dem Zeitpunkt der Verabreichung erfolgen.

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

Befristete Limitation bis 30.04.2021**Neoadjuvante Therapie des Mammakarzinoms**

Perjeta ist in Kombination mit Herceptin und Docetaxel (und Carboplatin bei 6 neoadjuvanten Zyklen) für die neoadjuvante Behandlung von Patienten mit HER2-positivem, lokal fortgeschrittenem, entzündlichem Brustkrebs oder Brustkrebs im Frühstadium mit hohem Rezidivrisiko (entweder Tumorgrosse > 2 cm Durchmesser oder mit Lymphknotenbefall) im Rahmen eines Therapieplanes für Brustkrebs im Frühstadium indiziert. Die neoadjuvante Behandlung mit Perjeta ist auf maximal 6 Behandlungszyklen limitiert.

Die Zulassungsinhaberin Roche Pharma (Schweiz) AG vergütet nach Aufforderung durch denjenigen Krankenversicherer, bei dem die versicherte Person zum Zeitpunkt des Bezugs (Therapiestart) versichert war, eine einmalige Pauschale auf die Kombination von Perjeta und Herceptin von Fr. 4485.95 pro neoadjuvanten Fall bzw. Patientin. Die Rückzahlung ist unabhängig von der tatsächlichen Anzahl an neoadjuvant verabreichten Therapiezyklen und kann nicht mit zusätzlichen Rückzahlungen pro Vial kombiniert werden. Die Mehrwertsteuer kann nicht zusätzlich zu diesem Anteil des Fabrikabgabepreises zurückgefordert werden. Die Aufforderung zur Rückvergütung soll ab dem Zeitpunkt der Verabreichung erfolgen.

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

Befristete Limitation bis 30.04.2021**Adjuvante Therapie des Mammakarzinoms**

Perjeta ist in Kombination mit Herceptin und Chemotherapie für die adjuvante Behandlung von Patienten mit HER2-positivem Brustkrebs im Frühstadium mit hohem Rezidivrisiko (Lymphknoten-positiv) indiziert. Nur nach vorgängiger Kostengutsprache durch den Krankenversicherer nach vorheriger Konsultation des Vertrauensarztes.

Patienten, welche neoadjuvant mit Perjeta und Herceptin behandelt wurden, können die Behandlung mit Perjeta und Herceptin ohne eine nochmalige Kostengutsprache adjuvant fortsetzen. Die adjuvante Behandlung ist auf 18 Zyklen, unabhängig vom Zeitpunkt der Operation, limitiert. Bei neoadjuvanter Vortherapie mit Perjeta und Herceptin, wird adjuvant bis auf insgesamt maximal 18 Zyklen ergänzt (z.B. 4 neoadjuvante Zyklen gefolgt von 14 adjuvanten Zyklen, oder 6 neoadjuvante Zyklen gefolgt von 12 adjuvanten Zyklen).

Die Zulassungsinhaberin Roche Pharma (Schweiz) AG vergütet nach Aufforderung durch denjenigen Krankenversicherer, bei dem die versicherte Person zum Zeitpunkt des Bezugs versichert war, auf die Kombination von Perjeta und Herceptin dem Krankenversicherer für jede adjuvant (post-operativ) bezogene Packung Perjeta einen festgelegten Anteil des Fabrikabgabepreises zurück. Sie gibt dem Krankenversicherer die Höhe der Rückvergütung bekannt. Bei neoadjuvanter Vortherapie gilt das adjuvante Rückzahlungsschema ab dem 5. bzw. 7. Behandlungszyklus (entspricht dem 6. oder 8. Vial Perjeta, erster Zyklus = 2 Vials Perjeta). Die Mehrwertsteuer kann nicht zusätzlich zu diesem Anteil des Fabrikabgabepreises zurückgefordert werden. Die Aufforderung zur Rückvergütung soll ab dem Zeitpunkt der Verabreichung erfolgen.

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

Limitation alt:

Zur Behandlung von

- erwachsenen Patienten mit unbehandeltem multiplem Myelom, die nicht transplantierbar sind, in Kombination mit Dexamethason oder in Kombination mit Melphalan und Prednison, jeweils gefolgt von einer Revlimid Erhaltungstherapie bis zur Progression oder Unverträglichkeit,
- 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.

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

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 31.03.2020

REVLIMID wird nach Kostengutsprache durch den Krankenversicherer nach vorgängiger Konsultation des Vertrauensarztes in Kombination mit Ixazomib und Dexamethason zur Behandlung von erwachsenen Patienten mit 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 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.

Limitation neu:

Zur Behandlung von

- erwachsenen Patienten mit unbehandeltem multiplem Myelom, die nicht transplantierbar sind, in Kombination mit Dexamethason oder in Kombination mit Melphalan und Prednison, jeweils gefolgt von einer Revlimid Erhaltungstherapie bis zur Progression oder Unverträglichkeit,
- 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.

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

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 multiplen Myelom, die mindestens eine vorangegangene Therapie erhalten haben, vergütet. Die Behandlung mit REVLIMID kann bis zur Progression der Krankheit vergütet werden.

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

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

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.

PRÄPARATE / (Wirkstoffe) Packungen	Verantwortliche Firma	Therap. Gruppe	Dossier Nr.	Preis neu	Ex-Fact. neu
VENCLYXTO	AbbVie AG	071610			
Filmtabl 100 mg Blist 7 Stk			20764	429.95	360.23
Filmtabl 50 mg Blist 7 Stk			20764	223.15	180.11
Filmtabl 10 mg Blist 14 Stk			20764	99.10	72.05
Filmtabl 100 mg Blist 14 Stk			20764	843.50	720.46
Filmtabl 100 mg Blist 112 Stk			20764	6153.75	5763.66
Limitation alt:					
Befristete Limitation bis 31.10.2020					
Die Behandlung bedarf der Kostengutsprache durch den Krankenversicherer nach vorgängiger Konsultation des Vertrauensarztes.					
Als Monotherapie bei Erwachsenen zur Behandlung einer chronischen lymphatischen Leukämie (CLL), die eine 17p-Deletion oder TP53-Mutation aufweisen und die unter einer Behandlung mit einem Inhibitor des B-Zell-Rezeptor-Signalwegs ein Therapieversagen zeigten. Die Behandlung wird vergütet bis eine Krankheitsprogression oder inakzeptable Toxizität auftritt.					
Limitation neu:					
Die Behandlung bedarf der Kostengutsprache durch den Krankenversicherer nach vorgängiger Konsultation des Vertrauensarztes.					
Venclyxto als Kombinationstherapie mit Rituximab bei Erwachsenen zur Behandlung einer chronischen lymphatischen Leukämie (CLL), die mindestens eine Vortherapie erhalten haben.					
Die Behandlung (inkl. maximal 6 Zyklen Rituximab) wird für max. 24 Monate + 5 Wochen (Therapiedauer gemäss Fachinformation) vergütet.					
Es werden keine weiteren anti-CLL Arzneimitteltherapien vergütet bis eine Krankheitsprogression auftritt.					
Befristete Limitation bis 31.10.2020					
Die Behandlung bedarf der Kostengutsprache durch den Krankenversicherer nach vorgängiger Konsultation des Vertrauensarztes.					
Als Monotherapie bei Erwachsenen zur Behandlung einer chronischen lymphatischen Leukämie (CLL), die eine 17p-Deletion oder TP53-Mutation aufweisen und die unter einer Behandlung mit einem Inhibitor des B-Zell-Rezeptor-Signalwegs ein Therapieversagen zeigten. Die Behandlung wird vergütet bis eine Krankheitsprogression oder inakzeptable Toxizität auftritt.					
XIAPEX	Swedish Orphan Biovitrum AG	0714			
Trockensub 0.900 mg c Solv			19464 956.00	429.95	360.23
Durchstf 1 Stk			818.48		
Limitation alt:					
Fachärzte für Handchirurgie und andere Fachärzte mit ausgewiesener Erfahrung in der Behandlung Dupuytren'scher Kontrakturen.					
Die Aufnahme ist zeitlich limitiert bis zum 31.12.2019.					
Limitation neu:					
Bei erwachsenen Patienten zur Behandlung einer Dupuytren'schen Kontraktur mit tastbarem Strang. Die Verabreichung von XIAPEX darf ausschliesslich durch Fachärzte der Handchirurgie und durch andere Fachärzte mit ausgewiesener Erfahrung in der Behandlung Dupuytren'scher Kontrakturen erfolgen.					
TALTZ	Eli Lilly (Suisse) SA	0715			
Inj Lös 80 mg/ml Fertigspritze 1 Stk			20532	1348.95	1173.89
Inj Lös 80 mg/ml Fertigspritze 2 Stk			20532	2636.45	2347.78
Inj Lös 80 mg/ml Fertigpen 1 Stk			20532	1348.95	1173.89
Inj Lös 80 mg/ml Fertigpen 2 Stk			20532	2636.45	2347.78
Limitation alt:					
Befristete Limitation bis 31.12.2019					
Die Verschreibung kann nur durch Fachärzte der Dermatologie oder Rheumatologie oder dermatologische oder rheumatologische Universitätskliniken/Polikliniken erfolgen.					
Behandlung erwachsener Patienten mit schwerer Plaque-Psoriasis, bei denen UVB und PUVA oder eine der folgenden drei systemischen Therapien (Ciclosporin, Methotrexat, Acitretin) keinen therapeutischen Erfolg gezeigt haben.					
Falls nach 20 Wochen kein therapeutischer Erfolg eingetreten ist, ist die Behandlung abzubrechen.					
Alleine oder in Kombination mit konventionellen krankheitsmodifizierenden Antirheumatika (DMARD, disease-modifying anti-rheumatic drugs), zur Behandlung erwachsener Patienten mit aktiver Psoriasis-Arthritis, die auf eine Behandlung mit einem oder mehreren DMARDs unzureichend angesprochen haben oder diese nicht vertragen haben.					
Limitation neu:					
Die Verschreibung kann nur durch Fachärzte der Dermatologie oder Rheumatologie oder dermatologische oder rheumatologische Universitätskliniken/Polikliniken erfolgen.					
Behandlung erwachsener Patienten mit schwerer Plaque-Psoriasis, bei denen UVB und PUVA oder eine der folgenden drei systemischen Therapien (Ciclosporin, Methotrexat, Acitretin) keinen therapeutischen Erfolg gezeigt haben.					
Falls nach 20 Wochen kein therapeutischer Erfolg eingetreten ist, ist die Behandlung abzubrechen.					
Befristete Limitation bis 31.12.2020					
Alleine oder in Kombination mit konventionellen krankheitsmodifizierenden Antirheumatika (DMARD, disease-modifying anti-rheumatic drugs), zur Behandlung erwachsener Patienten mit aktiver Psoriasis-Arthritis, die auf eine Behandlung mit einem oder mehreren DMARDs unzureichend angesprochen haben oder diese nicht vertragen haben.					
Die Firma Eli Lilly (Suisse) SA vergütet in dieser Indikation für die Behandlung auf Aufforderung desjenigen Krankenversicherers, bei dem die versicherte Person zum jeweiligen Bezugspunkt versichert war, Fr. 94.93 pro 1-er Packung TALTZ zurück resp. Fr. 189.86 bei der 2-er Packung TALTZ. Die Mehrwertsteuer kann nicht zusätzlich zu diesem Betrag zurückgefordert werden. Die Aufforderung zur Rückvergütung soll ab dem Zeitpunkt der Verabreichung erfolgen.					

PRÄPARATE / (Wirkstoffe) Packungen	Verantwortliche Firma	Therap. Gruppe	Dossier Nr.	Preis neu	Ex-Fact. neu
CITRAFLEET Inj Lös 80 mg/ml Fertigspritze 1 Stk	Recordati AG	040811	20532	1348.95	1173.89

Limitation neu:

Zur Darmreinigung vor Röntgenuntersuchungen oder endoskopischen Untersuchungen und zur Darmreinigung vor chirurgischen Eingriffen. Pro Darmreinigung und Patient werden in der Regel 2 Sachets vergütet. Der Preis für die abgegebene Anzahl Sachets ist proportional dem Publikumspreis der verwendeten Packung zu verrechnen.

LIMITATION IT-CODE 08.08

Impfstoffe

Die Kostenübernahme der Impfstoffe als Teil einer präventiven Massnahme im Rahmen der obligatorischen Krankenpflegeversicherung richtet sich nach den in Artikel 12a KLV für die jeweiligen Impfungen abschliessend festgelegten Voraussetzungen. Bei beruflicher und reisemedizinischer Indikation erfolgt keine Kostenübernahme durch die obligatorische Krankenpflegeversicherung.

Die Preise der Impfstoffe sind Höchstpreise (Art. 52 Abs. 3 KVG) und kommen bei Reihenimpfungen (z.B. im schulärztlichen Dienst) nicht zur Anwendung. In diesen Fällen gelten die von den Krankenversicherern mit den zuständigen Behörden ausgehandelten bzw. die allenfalls von den Behörden festgesetzten Tarife. Wenn der Impfstoff zu einem günstigeren Preis bezogen wird (z.B. im Rahmen von Reihenimpfungen), darf der Arzt oder die Ärztin nicht den Publikumspreis der SL verrechnen. Die Vergünstigung muss gemäss Artikel 56 Absatz 3 KVG weitergegeben werden.

Limitation neu:

Die Kostenübernahme der Impfstoffe als Teil einer präventiven Massnahme im Rahmen der obligatorischen Krankenpflegeversicherung richtet sich nach den in Artikel 12a KLV für die jeweiligen Impfungen abschliessend festgelegten Voraussetzungen. Bei beruflicher und reisemedizinischer Indikation erfolgt keine Kostenübernahme durch die obligatorische Krankenpflegeversicherung.

Die Preise der Impfstoffe sind Höchstpreise (Art. 52 Abs. 3 KVG) und kommen bei Reihenimpfungen (z.B. im schulärztlichen Dienst) nicht zur Anwendung. In diesen Fällen gelten die von den Krankenversicherern mit den zuständigen Behörden ausgehandelten bzw. die allenfalls von den Behörden festgesetzten Tarife. Wenn der Impfstoff zu einem günstigeren Preis bezogen wird (z.B. im Rahmen von Reihenimpfungen), darf der Arzt oder die Ärztin nicht den Publikumspreis der SL verrechnen. Die Vergünstigung muss gemäss Artikel 56 Absatz 3 KVG weitergegeben werden.

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

Rezeptsperrung

Swissmedic, Abteilung Betäubungsmittel

Rezeptsperrung
Folgende Rezepte sind gesperrt

Kanton	Block-Nr.	Rezept-Nr.
Bern		8204913
St.Gallen		8032173

BAG-Bulletin
BBL, Vertrieb Publikationen
CH-3003 Bern

P.P.

CH-3003 Bern
Post CH AG

BAG-Bulletin

Woche

4/2020