



Schweizerische Eidgenossenschaft  
Confédération suisse  
Confederazione Svizzera  
Confederaziun svizra

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

Ausgabe vom 11. Januar 2021

Woche  
**BAG-Bulletin 1+2/2021**

Informationsmagazin für medizinische Fachpersonen und Medienschaffende

**SO SCHÜTZEN  
WIR UNS.**

**[www.bag-coronavirus.ch](http://www.bag-coronavirus.ch)**



# Impressum

## **HERAUSGEBER**

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

## **REDAKTION**

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

## **DRUCK**

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](mailto: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](http://www.bag.admin.ch/bag-bulletin)

# Inhalt

Meldungen Infektionskrankheiten, Stand am Ende der 52. Woche	4
Meldungen Infektionskrankheiten, Stand am Ende der 53. Woche	6
Sentinella-Statistik	8
Wochenbericht zu den grippeähnlichen Erkrankungen	8
<a href="http://www.bag-coronavirus.ch/impfung">www.bag-coronavirus.ch/impfung</a> : Informationen zur Covid-19-Impfung	9
Spezialitätenliste	10
Rezeptsperrung	31

# Meldungen Infektionskrankheiten

## Stand am Ende der 52. Woche (29.12.2020)<sup>a</sup>

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

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

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

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

<sup>e</sup> 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.

<sup>f</sup> Primäre, sekundäre bzw. frühlaterale Syphilis.

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

<sup>h</sup> Eingeschlossen sind Fälle von Haut- und Rachendiphtherie, aktuell gibt es ausschliesslich Fälle von Hautdiphtherie.

### Infektionskrankheiten: Stand am Ende der 52. Woche (29.12.2020)<sup>a</sup>

	Woche 52			letzte 4 Wochen			letzte 52 Wochen			seit Jahresbeginn		
	2020	2019	2018	2020	2019	2018	2020	2019	2018	2020	2019	2018
<b>Respiratorische Übertragung</b>												
<b>Haemophilus influenzae: invasive Erkrankung</b>	1 0.60	3 1.80	3 1.80	5 0.80	13 2.00	9 1.40	79 0.90	124 1.40	138 1.60	79 0.90	124 1.40	138 1.60
<b>Influenzavirus-Infektion, saisonale Typen und Subtypen<sup>b</sup></b>	1 0.60	143 86.60	106 64.20	11 1.70	361 54.70	291 44.10	11347 132.20	13768 160.40	13986 163.00	11347 132.20	13768 160.40	13986 163.00
<b>Legionellose</b>	10 6.10	3 1.80	4 2.40	34 5.20	25 3.80	28 4.20	481 5.60	581 6.80	567 6.60	481 5.60	581 6.80	567 6.60
<b>Masern</b>		4 2.40			8 1.20	1 0.20	35 0.40	221 2.60	48 0.60	35 0.40	221 2.60	48 0.60
<b>Meningokokken: invasive Erkrankung</b>					5 0.80	4 0.60	19 0.20	44 0.50	63 0.70	19 0.20	44 0.50	63 0.70
<b>Pneumokokken: invasive Erkrankung</b>	6 3.60	14 8.50	23 13.90	23 3.50	68 10.30	98 14.80	549 6.40	873 10.20	966 11.20	549 6.40	873 10.20	966 11.20
<b>Röteln<sup>c</sup></b>								1 0.01	2 0.02	1 0.01	2 0.02	
<b>Röteln, materno-fötal<sup>d</sup></b>												
<b>Tuberkulose</b>	8 4.80	4 2.40	8 4.80	24 3.60	28 4.20	24 3.60	361 4.20	431 5.00	509 5.90	361 4.20	431 5.00	509 5.90
<b>Faeco-orale Übertragung</b>												
<b>Campylobacteriose</b>	41 24.80	89 53.90	101 61.20	293 44.40	443 67.10	453 68.60	5991 69.80	7306 85.10	7673 89.40	5991 69.80	7306 85.10	7673 89.40
<b>Enterohämorrhagische E.-coli-Infektion</b>	7 4.20	7 4.20	13 7.90	40 6.10	68 10.30	54 8.20	731 8.50	1130 13.20	841 9.80	731 8.50	1130 13.20	841 9.80
<b>Hepatitis A</b>		2 1.20	5 3.00	3 0.40	10 1.50	8 1.20	71 0.80	78 0.90	104 1.20	71 0.80	78 0.90	104 1.20
<b>Hepatitis E</b>		1 0.60	3 1.80	4 0.60	11 1.70	11 1.70	71 0.80	113 1.30	73 0.80	71 0.80	113 1.30	73 0.80
<b>Listeriose</b>	1 0.60			3 0.40	1 0.20	2 0.30	57 0.70	36 0.40	54 0.60	57 0.70	36 0.40	54 0.60
<b>Salmonellose, S. typhi/paratyphi</b>			2 1.20		1 0.20	2 0.30	11 0.10	21 0.20	23 0.30	11 0.10	21 0.20	23 0.30
<b>Salmonellose, übrige</b>	17 10.30	9 5.40	15 9.10	73 11.10	83 12.60	81 12.30	1242 14.50	1549 18.00	1478 17.20	1242 14.50	1549 18.00	1478 17.20
<b>Shigellose</b>		1 0.60	2 1.20	5 0.80	13 2.00	22 3.30	61 0.70	216 2.50	249 2.90	61 0.70	216 2.50	249 2.90

	Woche 52			letzte 4 Wochen			letzte 52 Wochen			seit Jahresbeginn		
	2020	2019	2018	2020	2019	2018	2020	2019	2018	2020	2019	2018
<b>Durch Blut oder sexuell übertragen</b>												
Aids			1 0.60	1 0.20	6 0.90	7 1.10	50 0.60	81 0.90	78 0.90	50 0.60	81 0.90	78 0.90
Chlamydiose	106 64.20	106 64.20	120 72.70	820 124.20	892 135.10	737 111.60	11146 129.90	12410 144.60	11147 129.90	11146 129.90	12410 144.60	11147 129.90
Gonorrhoe <sup>e</sup>	42 25.40	42 25.40	48 29.10	248 37.60	283 42.90	233 35.30	3450 40.20	3941 45.90	2936 34.20	3450 40.20	3941 45.90	2936 34.20
Hepatitis B, akut		2 1.20			4 0.60	3 0.40	6 0.07	28 0.30	34 0.40	6 0.07	28 0.30	34 0.40
Hepatitis B, total Meldungen	12	16	15	77	102	76	938	1097	1203	938	1097	1203
Hepatitis C, akut			1 0.60			2 0.30	2 0.02	27 0.30	29 0.30	2 0.02	27 0.30	29 0.30
Hepatitis C, total Meldungen	10	9	20	65	75	80	893	1029	1287	893	1029	1287
HIV-Infektion	11 6.70	10 6.10	9 5.40	39 5.90	33 5.00	39 5.90	284 3.30	430 5.00	407 4.70	284 3.30	430 5.00	407 4.70
Syphilis, Frühstadien <sup>f</sup>	1 0.60	11 6.70	9 5.40	6 0.90	62 9.40	51 7.70	518 6.00	735 8.60	603 7.00	518 6.00	735 8.60	603 7.00
Syphilis, total <sup>g</sup>	2 1.20	15 9.10	13 7.90	12 1.80	83 12.60	75 11.40	703 8.20	1043 12.20	928 10.80	703 8.20	1043 12.20	928 10.80
<b>Zoonosen und andere durch Vektoren übertragbare Krankheiten</b>												
Brucellose		1 0.60		1 0.20	1 0.20		11 0.10	7 0.08	5 0.06	11 0.10	7 0.08	5 0.06
Chikungunya-Fieber			1 0.60		2 0.30	1 0.20	11 0.10	41 0.50	5 0.06	11 0.10	41 0.50	5 0.06
Dengue-Fieber		1 0.60	1 0.60		27 4.10	13 2.00	73 0.80	257 3.00	171 2.00	73 0.80	257 3.00	171 2.00
Gelbfieber									1 0.01			1 0.01
Hantavirus-Infektion									1 0.01			1 0.01
Malaria	4 2.40	4 2.40	1 0.60	6 0.90	19 2.90	12 1.80	126 1.50	286 3.30	293 3.40	126 1.50	286 3.30	293 3.40
Q-Fieber		1 0.60			5 0.80	4 0.60	43 0.50	102 1.20	53 0.60	43 0.50	102 1.20	53 0.60
Trichinellose	1 0.60			1 0.20			4 0.05	2 0.02		4 0.05	2 0.02	
Tularämie				3 0.40	11 1.70	5 0.80	104 1.20	148 1.70	121 1.40	104 1.20	148 1.70	121 1.40
West-Nil-Fieber							1 0.01	1 0.01		1 0.01	1 0.01	
Zeckenzephalitis				7 1.10		4 0.60	457 5.30	262 3.00	375 4.40	457 5.30	262 3.00	375 4.40
Zika-Virus Infektion								1 0.01	3 0.03		1 0.01	3 0.03
<b>Andere Meldungen</b>												
<b>Botulismus</b>												
Creutzfeldt-Jakob-Krankheit			1 0.60			5 0.80	18 0.20	17 0.20	19 0.20	18 0.20	17 0.20	19 0.20
Diphtherie <sup>h</sup>							3 0.03	2 0.02	5 0.06	3 0.03	2 0.02	5 0.06
<b>Tetanus</b>												

# Meldungen Infektionskrankheiten

## Stand am Ende der 53. Woche (05.01.2021)<sup>a</sup>

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

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

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

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

<sup>e</sup> 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.

<sup>f</sup> Primäre, sekundäre bzw. frühlaterente Syphilis.

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

<sup>h</sup> Eingeschlossen sind Fälle von Haut- und Rachendiphtherie, aktuell gibt es ausschliesslich Fälle von Hautdiphtherie.

### Infektionskrankheiten: Stand am Ende der 53. Woche (05.01.2021)<sup>a</sup>

	Woche 53			letzte 4 Wochen			letzte 52 Wochen			seit Jahresbeginn		
	2020	2019	2018	2020	2019	2018	2020	2019	2018	2020	2019	2018
<b>Respiratorische Übertragung</b>												
<b>Haemophilus influenzae: invasive Erkrankung</b>	1 0.60			5 0.80	13 2.00	9 1.40	72 0.80	124 1.40	138 1.60	80 0.90	124 1.40	138 1.60
<b>Influenzavirus-Infektion, saisonale Typen und Subtypen<sup>b</sup></b>				9 1.40	361 54.70	291 44.10	11089 129.20	13768 160.40	13986 163.00	11347 129.70	13768 157.40	13986 159.90
<b>Legionellose</b>	5 3.00			33 5.00	25 3.80	28 4.20	479 5.60	581 6.80	567 6.60	486 5.60	581 6.60	567 6.50
<b>Masern</b>					8 1.20	1 0.20	29 0.30	221 2.60	48 0.60	35 0.40	221 2.50	48 0.60
<b>Meningokokken: invasive Erkrankung</b>	1 0.60			1 0.20	5 0.80	4 0.60	17 0.20	44 0.50	63 0.70	20 0.20	44 0.50	63 0.70
<b>Pneumokokken: invasive Erkrankung</b>	9 5.40			27 4.10	68 10.30	98 14.80	522 6.10	873 10.20	966 11.20	558 6.40	873 10.00	966 11.00
<b>Röteln<sup>c</sup></b>								1 0.01	2 0.02		1 0.01	2 0.02
<b>Röteln, materno-fötal<sup>d</sup></b>												
<b>Tuberkulose</b>	3 1.80			25 3.80	28 4.20	24 3.60	362 4.20	431 5.00	509 5.90	366 4.20	431 4.90	509 5.80
<b>Faeco-orale Übertragung</b>												
<b>Campylobacteriose</b>	183 110.90			415 62.90	443 67.10	453 68.60	6004 70.00	7306 85.10	7673 89.40	6206 70.90	7306 83.50	7673 87.70
<b>Enterohämorrhagische E.-coli-Infektion</b>	8 4.80			31 4.70	68 10.30	54 8.20	732 8.50	1130 13.20	841 9.80	738 8.40	1130 12.90	841 9.60
<b>Hepatitis A</b>	1 0.60			2 0.30	10 1.50	8 1.20	70 0.80	78 0.90	104 1.20	72 0.80	78 0.90	104 1.20
<b>Hepatitis E</b>				3 0.40	11 1.70	11 1.70	71 0.80	113 1.30	73 0.80	71 0.80	113 1.30	73 0.80
<b>Listeriose</b>	1 0.60			3 0.40	1 0.20	2 0.30	58 0.70	36 0.40	54 0.60	58 0.70	36 0.40	54 0.60
<b>Salmonellose, S. typhi/ paratyphi</b>					1 0.20	2 0.30	11 0.10	21 0.20	23 0.30	11 0.10	21 0.20	23 0.30
<b>Salmonellose, übrige</b>	24 14.50			75 11.40	83 12.60	81 12.30	1253 14.60	1549 18.00	1478 17.20	1266 14.50	1549 17.70	1478 16.90
<b>Shigellose</b>				5 0.80	13 2.00	22 3.30	59 0.70	216 2.50	249 2.90	61 0.70	216 2.50	249 2.80

	Woche 53			letzte 4 Wochen			letzte 52 Wochen			seit Jahresbeginn		
	2020	2019	2018	2020	2019	2018	2020	2019	2018	2020	2019	2018
<b>Durch Blut oder sexuell übertragen</b>												
Aids				6 0.90	7 1.10	50 0.60	81 0.90	78 0.90	50 0.60	81 0.90	78 0.90	
Chlamydiose	95 57.60			679 102.80	892 135.10	737 111.60	11195 130.40	12410 144.60	11147 129.90	11298 129.20	12410 141.90	11147 127.40
Gonorrhoe <sup>e</sup>	30 18.20			219 33.20	283 42.90	233 35.30	3457 40.30	3947 46.00	2936 34.20	3501 40.00	3947 45.10	2936 33.60
Hepatitis B, akut				4 0.60	3 0.40	6 0.07	28 0.30	34 0.40	6 0.07	28 0.30	34 0.40	
Hepatitis B, total Meldungen	4			56	102	76	934	1097	1203	942	1097	1203
Hepatitis C, akut						2 0.30	2 0.02	27 0.30	29 0.30	2 0.02	27 0.30	29 0.30
Hepatitis C, total Meldungen	8			50	75	80	900	1029	1287	905	1029	1287
HIV-Infektion				23 3.50	33 5.00	39 5.90	277 3.20	430 5.00	407 4.70	283 3.20	430 4.90	407 4.60
Syphilis, Frühstadien <sup>f</sup>	1 0.60			8 1.20	62 9.40	51 7.70	515 6.00	735 8.60	603 7.00	522 6.00	735 8.40	603 6.90
Syphilis, total <sup>g</sup>	2 1.20			11 1.70	83 12.60	75 11.40	696 8.10	1043 12.20	928 10.80	709 8.10	1043 11.90	928 10.60
<b>Zoonosen und andere durch Vektoren übertragbare Krankheiten</b>												
Brucellose				1 0.20	1 0.20		11 0.10	7 0.08	5 0.06	11 0.10	7 0.08	5 0.06
Chikungunya-Fieber					2 0.30	1 0.20	10 0.10	41 0.50	5 0.06	11 0.10	41 0.50	5 0.06
Dengue-Fieber					27 4.10	13 2.00	69 0.80	257 3.00	171 2.00	73 0.80	257 2.90	171 2.00
Gelbfieber									1 0.01			1 0.01
Hantavirus-Infektion									1 0.01			1 0.01
Malaria	4 2.40			9 1.40	19 2.90	12 1.80	130 1.50	286 3.30	293 3.40	130 1.50	286 3.30	293 3.40
Q-Fieber					5 0.80	4 0.60	43 0.50	102 1.20	53 0.60	43 0.50	102 1.20	53 0.60
Trichinellose				1 0.20			3 0.03	2 0.02		4 0.05	2 0.02	
Tularämie				1 0.20	11 1.70	5 0.80	104 1.20	148 1.70	121 1.40	104 1.20	148 1.70	121 1.40
West-Nil-Fieber							1 0.01	1 0.01		1 0.01	1 0.01	
Zeckenzephalitis				5 0.80		4 0.60	457 5.30	262 3.00	375 4.40	457 5.20	262 3.00	375 4.30
Zika-Virus Infektion								1 0.01	3 0.03		1 0.01	3 0.03
<b>Andere Meldungen</b>												
<b>Botulismus</b>												
Creutzfeldt-Jakob-Krankheit						5 0.80	18 0.20	17 0.20	19 0.20	18 0.20	17 0.20	19 0.20
Diphtherie <sup>h</sup>							3 0.03	2 0.02	5 0.06	3 0.03	2 0.02	5 0.06
<b>Tetanus</b>												

# Sentinella-Statistik

Provisorische Daten

Sentinella:

Anzahl Meldungen (N) der letzten 4 Wochen bis am 1.1.2021 und Inzidenz pro 1000 Konsultationen (N/10<sup>3</sup>)  
Freiwillige Erhebung bei Hausärztinnen und Hausärzten (Allgemeinpraktiker, Internisten und Pädiater)

Woche	50		51		52		53		Mittel 4 Wochen	
	N	N/10 <sup>3</sup>	N	N/10 <sup>3</sup>	N	N/10 <sup>3</sup>	N	N/10 <sup>3</sup>	N	N/10 <sup>3</sup>
Mumps	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Pertussis	0	0	1	0.1	0	0	0	0	0.3	0
Zeckenstiche	0	0	1	0.1	0	0	0	0	0.3	0
Lyme Borreliose	1	0.1	3	0.2	0	0	0	0	1	0.1
Herpes Zoster	9	0.7	6	0.4	4	0.5	5	1.2	6	0.7
Post-Zoster-Neuralgie	0	0	2	0.1	1	0.1	0	0	0.8	0.1
Meldende Ärzte	180		180		154		96		152.5	

## Wochenbericht zu den grippeähnlichen Erkrankungen

Die Berichterstattung zur Grippe wurde im Zusammenhang mit der COVID-19 Pandemie überarbeitet. Sie ist unter folgender Adresse zu finden: <https://www.bag.admin.ch/grippebericht>





# ICH WERDE MICH IMPFFEN LASSEN.

## *Prof. Solange Peters*

vom Universitätsspital Lausanne lässt sich gegen Covid-19 impfen. Sie möchte so die Risikogruppen schützen und helfen, den gesellschaftlichen Stillstand zu beenden.

Informieren Sie sich unter **bag-coronavirus.ch/impfung** oder **058 377 88 92** und treffen Sie Ihre persönliche Impf-Entscheidung.



## Spezialitätenliste:

Die Spezialitätenliste ist im Internet zu finden

unter: [www.spezialitätenliste.ch](http://www.spezialitätenliste.ch)

[ ] Der dem verfügbaren Publikumspreis zugrunde liegende Fabrikabgabepreis

**Gültig ab 1. Januar 2021**

Therap. Gruppe	Dossier Nr.	PRÄPARATE/ (Wirkstoffe) Packungen	Verantwortliche Firma	SHI-Nr.	Aufnahmejahr
<b>I. Neuzugang Präparate</b>					
01.05		<b>REXULTI</b> (Brexiprazolum)	Lundbeck (Schweiz) AG		
	20807	Filmtabl 0.500 mg Blist 7 Stk Fr. 17.45 (8.04)		66475001	01.01.2019, B
	20807	Filmtabl 1 mg Blist 10 Stk Fr. 42.80 (22.98)		66475002	01.01.2019, B
	20807	Filmtabl 1 mg Blist 28 Stk Fr. 90.25 (64.33)		66475003	01.01.2019, B
	20807	Filmtabl 2 mg Blist 28 Stk Fr. 127.50 (96.78)		66475004	01.01.2019, B
	20807	Filmtabl 3 mg Blist 28 Stk Fr. 152.85 (118.85)		66475005	01.01.2019, B
	20807	Filmtabl 4 mg Blist 28 Stk Fr. 184.10 (146.06)		66475006	01.01.2019, B
01.06 G		<b>AGOMELATIN ZENTIVA</b> (Agomelatinum)	Helvepharm AG		
	21168	Filmtabl 25 mg Blist 28 Stk Fr. 46.50 (26.20)		67666001	01.01.2021, B
	21168	Filmtabl 25 mg Blist 98 Stk Fr. 118.50 (88.95)		67666002	01.01.2021, B
Keine Kostenübernahme bei Patienten, die bei Therapiebeginn $\geq$ 65 Jahre alt sind und noch nie mit Agomelatin behandelt wurden.					
01.99		<b>LEMTRADA</b> (Alemtuzumabum)	Sanofi-Aventis (Suisse) SA		
	20217	Inf Konz 12 mg Durchstf 2 ml Fr. 8061.05 (7624.46)		63025001	01.05.2015, A
Bei erwachsenen Patienten mit hochaktiver schubförmig-remittierender Multipler Sklerose (RRMS), wenn zuvor eine vollständige und adäquate Behandlung mit mindestens zwei anderen krankheitsmodifizierenden Therapien (disease modifying treatments – DMTs) durchgeführt wurde oder bei Patienten mit hochaktiver RRMS, bei denen alle anderen DMTs kontraindiziert sind oder aus anderen Gründen nicht geeignet sind. LEMTRADA kann aufgrund des Sicherheitsprofils nur von erfahrenen Fachärzten der Neurologie FMH als Reservemittel in den neurologischen Kliniken der Weiterbildungskategorie A und B (mit Zugang zu Intensivmedizin) eingesetzt werden. Es können maximal 4 Behandlungszyklen LEMTRADA vergütet werden. Die Behandlung bedarf der Kostengutsprache durch den Krankenversicherer nach vorgängiger Konsultation des Vertrauensarztes.					
02.07.20 G		<b>CO-OLMESARTAN AMLO SPIRIG HC</b> (Olmesartani medoxomilum, Amlodipinum, Hydrochlorothiazidum)	Spirig HealthCare AG		
	21156	Filmtabl 20/5/12.5 mg Blist 30 Stk Fr. 36.00 (17.06)		67447001	01.01.2021, B
	21156	Filmtabl 20/5/12.5 mg Blist 100 Stk Fr. 69.65 (46.40)		67447002	01.01.2021, B
	21156	Filmtabl 40/5/12.5 mg Blist 30 Stk Fr. 40.60 (21.09)		67447003	01.01.2021, B
	21156	Filmtabl 40/5/12.5 mg Blist 100 Stk Fr. 82.80 (57.82)		67447004	01.01.2021, B
	21156	Filmtabl 40/5/25 mg Blist 30 Stk Fr. 40.60 (21.09)		67447005	01.01.2021, B

Therap. Gruppe	Dossier Nr.	PRÄPARATE/ (Wirkstoffe) Packungen	Verantwortliche Firma	SHI-Nr.	Aufnahmejahr
	21156	Filmtabl 40/10/12.5 mg Blist 30 Stk Fr. 41.65 (21.99)		67447007	01.01.2021, B
	21156	Filmtabl 40/10/12.5 mg Blist 100 Stk Fr. 89.25 (63.45)		67447008	01.01.2021, B
	21156	Filmtabl 40/10/25 mg Blist 30 Stk Fr. 41.65 (21.99)		67447009	01.01.2021, B
	21156	Filmtabl 40/10/25 mg Blist 100 Stk Fr. 89.25 (63.45)		67447010	01.01.2021, B

Die gleichzeitige Therapie mit einer Fixkombination aus Olmesartan-Amlodipin oder Olmesartan-Amlodipin-Hydrochlorothiazid und einem Calciumantagonisten des I.T. 02.06. und/oder einem Angiotensin-II-Antagonisten und/oder einem ACE-Hemmer wird nicht vergütet.

03.04.50		<b>ATECTURA BREEZHALER</b> (Indacaterolum, Mometasoni-17 furoas)	Novartis Pharma Schweiz AG		
	21106	Inh Kaps 150mcg/80 mcg Blist 30 Stk Fr. 54.70 (33.36)		67597001	01.01.2021, B
	21106	Inh Kaps 150mcg/80 mcg Blist 90 Stk Fr. 131.20 (99.99)		67597002	01.01.2021, B
	21106	Inh Kaps 150mcg/160 mcg Blist 30 Stk Fr. 54.70 (33.36)		67597003	01.01.2021, B
	21106	Inh Kaps 150mcg/160 mcg Blist 90 Stk Fr. 131.20 (99.99)		67597004	01.01.2021, B
	21106	Inh Kaps 150mcg/320 mcg Blist 30 Stk Fr. 54.70 (33.36)		67597005	01.01.2021, B
	21106	Inh Kaps 150mcg/320 mcg Blist 90 Stk Fr. 131.20 (99.99)		67597006	01.01.2021, B

03.04.50		<b>ENERZAIR BREEZHALER INHA</b> (Indacaterolum, Glycopyrronium, Mometasoni-17 furoas)	Novartis Pharma Schweiz AG		
	21104	Inh Kaps 150/50/160 mcg Blist 30 Stk Fr. 96.90 (70.11)		67596004	01.01.2021, B
	21104	Inh Kaps 150/50/160 mcg Blist 90 Stk Fr. 257.95 (210.42)		67596005	01.01.2021, B

Zur Erhaltungstherapie von Patienten mit schwerem Asthma, welche mit einer Erhaltungstherapie aus einem lang wirksamen Beta2-Agonisten und einem hochdosierten inhalativen Kortikosteroid nicht ausreichend eingestellt sind und eine oder mehr Exazerbationen in den letzten 12 Monaten erlitten haben

oder

für Patienten mit schwerem Asthma, welche bereits mit einer Kombination von LABA/LAMA und ICS mit mehreren Inhalatoren therapiert werden.

03.04.50		<b>ENERZAIR BREEZHALER INHA+SENS</b> (Indacaterolum, Glycopyrronium, Mometasoni-17 furoas)	Novartis Pharma Schweiz AG		
	21104	Inh Kaps 150/50/160 mcg Blist 30 Stk Fr. 96.90 (70.11)		67596006	01.01.2021, B

Zur Erhaltungstherapie von Patienten mit schwerem Asthma, welche mit einer Erhaltungstherapie aus einem lang wirksamen Beta2-Agonisten und einem hochdosierten inhalativen Kortikosteroid nicht ausreichend eingestellt sind und eine oder mehr Exazerbationen in den letzten 12 Monaten erlitten haben

oder

für Patienten mit schwerem Asthma, welche bereits mit einer Kombination von LABA/LAMA und ICS mit mehreren Inhalatoren therapiert werden.

Therap. Gruppe	Dossier Nr.	PRÄPARATE/ (Wirkstoffe) Packungen	Verantwortliche Firma	SHI-Nr.	Aufnahmejahr
03.99		<b>KALYDECO</b> (Ivacaftorum) 20145 Filmtabl 150 mg 56 Stk Fr. 17915.50 (17238.55)	Vertex Pharmaceuticals (CH) GmbH	62686001	01.01.2015, A
<p>KALYDECO ist indiziert zur Behandlung der zystischen Fibrose (CF, Mukoviszidose) bei Patienten ab 6 Jahren mit einer der folgenden Gating-Mutationen (Klasse III) im CFTR-Gen: G551D, G1244E, G1349D, G178R, G551S, S1251N, S1255P, S549N oder S549R.</p> <p>Die Behandlung aller CF-Patienten mit der KALYDECO-Therapie darf nur in CF-Zentren erfolgen.</p> <p>Der Therapieverlauf aller mit KALYDECO behandelten CF-Patienten muss in der Regel alle 3 Monate im europäischen CF-Register (ECFSR) 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 Spitaltage). 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.</p> <p>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:</p> <p>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.</p> <p>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.</p> <p>Die Vertex Pharmaceuticals (CH) GmbH vergütet dem Krankenversicherer, resp. der IV, bei dem die versicherte Person zum Zeitpunkt des Bezugs versichert war, auf deren erste Aufforderung hin für jede bezogene Packung KALYDECO einen festgelegten Anteil des Fabrikabgabepreises zurück. Sie gibt dem Krankenversicherer resp. der IV die Höhe der Rückvergütung bekannt. Die Mehrwertsteuer kann nicht zusätzlich zu diesem Anteil des Fabrikabgabepreises zurückgefordert werden.  Kontakt: Vertex Pharmaceuticals (CH) GmbH, Juan Gomez, Head of Pricing &amp; Market Access  Baarerstrasse 88, 6300 Zug,  Tel: +41 41 560 05 11, E-Mail: Juan_Gomez@vrtx.com</p>					
04.08.11		<b>MOVENTIG</b> (Naloxegolum) 20309 Filmtabl 12.500 mg 30 Stk Fr. 108.20 (79.95) 20309 Filmtabl 25 mg 30 Stk Fr. 108.20 (79.95) 20309 Filmtabl 25 mg 90 Stk Fr. 289.70 (238.07)	AstraZeneca AG	65205002 65205006 65205007	01.01.2016, B 01.01.2016, B 01.01.2016, B
<p>Bei erwachsenen Patienten, die seit mehr als 4 Wochen wegen chronischer nicht-tumorassoziierter Schmerzen mit Opioiden behandelt werden und trotz mindestens 4-wöchiger Zusatztherapie mit Laxantien verschiedener Klassen eine therapierefraktäre opioid-induzierte Obstipation aufweisen, d.h. weniger als 3 Defäkationen/Woche und mindestens 1 Zusatzsymptom bei der Defäkation (starkes Pressen und/oder klumpiger oder harter Stuhl, und/oder Gefühl der unvollständigen Entleerung und/oder Gefühl des Verschlusses).</p> <p>Bei Nichtansprechen auf MOVENTIG innerhalb von 4 Wochen (Erhöhung der Stuhlfrequenz um mindestens 1/Woche und Abnahme von mindestens einem der Zusatzsymptome) muss das Präparat abgesetzt werden.</p> <p>Die Therapie mit MOVENTIG &gt; 52 Wochen bedarf einer Kostengutsprache durch den Krankenversicherer nach vorgängiger Konsultation des Vertrauensarztes.</p>					
05.02 G		<b>SOLIFENACIN NOBEL</b> (Solifenacinum succinas) 21161 Filmtabl 5 mg Blist 30 Stk Fr. 36.95 (17.90) 21161 Filmtabl 5 mg Blist 90 Stk Fr. 73.75 (49.94) 21161 Filmtabl 10 mg Blist 30 Stk Fr. 40.95 (21.39) 21161 Filmtabl 10 mg Blist 90 Stk Fr. 84.90 (59.69)	NOBEL Pharma Schweiz AG	67838001 67838002 67838003 67838004	01.01.2021, B 01.01.2021, B 01.01.2021, B 01.01.2021, B
05.02 G		<b>SOLIFENACIN SANDOZ</b> (Solifenacinum succinas) 21166 Filmtabl 5 mg Blist 30 Stk Fr. 36.95 (17.90) 21166 Filmtabl 5 mg Blist 90 Stk Fr. 73.75 (49.94) 21166 Filmtabl 10 mg Blist 30 Stk Fr. 40.95 (21.39) 21166 Filmtabl 10 mg Blist 90 Stk Fr. 84.90 (59.69)	Sandoz armaceuticals AG	66823001 66823002 66823003 66823004	01.01.2021, B 01.01.2021, B 01.01.2021, B 01.01.2021, B
05.02 G		<b>SOLIFENACIN SPIRIG HC</b> (Solifenacinum succinas) 21162 Filmtabl 5 mg Blist 30 Stk Fr. 36.95 (17.90) 21162 Filmtabl 5 mg Blist 90 Stk Fr. 73.75 (49.94) 21162 Filmtabl 10 mg Blist 30 Stk Fr. 40.95 (21.39) 21162 Filmtabl 10 mg Blist 90 Stk Fr. 84.90 (59.69)	Spirig HealthCare AG	66972001 66972002 66972003 66972004	01.01.2021, B 01.01.2021, B 01.01.2021, B 01.01.2021, B

Therap. Gruppe	Dossier Nr.	PRÄPARATE/ (Wirkstoffe) Packungen	Verantwortliche Firma	SHI-Nr.	Aufnahmejahr
05.02 G		<b>SOLIFENACIN-MEPHA</b> (Solifenacinum succinas)	Mepha Pharma AG		
	21164	Lactab 5 mg Blist 30 Stk Fr. 36.95 (17.90)		66335001	01.01.2021, B
	21164	Lactab 5 mg Blist 90 Stk Fr. 73.75 (49.94)		66335002	01.01.2021, B
	21164	Lactab 5 mg Ds 100 Stk Fr. 80.10 (55.49)		66335003	01.01.2021, B
	21164	Lactab 10 mg Blist 30 Stk Fr. 40.95 (21.39)		66335004	01.01.2021, B
	21164	Lactab 10 mg Blist 90 Stk Fr. 84.90 (59.69)		66335005	01.01.2021, B
	21164	Lactab 10 mg Ds 100 Stk Fr. 92.55 (66.32)		66335006	01.01.2021, B
07.02.30		<b>VITAMIN D3 SPIRIG HC</b> (Cholecalciferolum (Vitamin D3))	Spirig HealthCare AG		
	21129	Kaps 800 IE Blist 30 Stk Fr. 2.50 (1.36)		67495001	01.01.2021, D
	21129	Kaps 800 IE Blist 90 Stk Fr. 7.55 (4.08)		67495002	01.01.2021, D
	21129	Öl 2740 IE/ml Fl 25 ml Fr. 7.15 (3.88)		67496001	01.01.2021, D
<p>- Zur Therapie bei nachgewiesenem schwerem Vitamin D-Mangel (25(OH)D-Konzentrationen &lt;25 nmol/l oder &lt;10 ng/ml).  - Zur Therapie von Rachitis und Osteomalazie.  - Zur Prophylaxe der Rachitis während des ersten Lebensjahres.</p>					
07.06.10		<b>LYUMJEV</b> (Insulinum lisprum)	Eli Lilly (Suisse) SA		
	21097	Inj Lös 100 IE/ml Durchstf 10 ml Fr. 44.20 (24.22)		67550001	01.01.2021, B
	21097	Inj Lös 100 IE/ml f Pen 5 Amp 3 ml Fr. 61.70 (39.46)		67793001	01.01.2021, B
07.06.10		<b>LYUMJEV KWIKPEN</b> (Insulinum lisprum)	Eli Lilly (Suisse) SA		
	21097	Inj Lös 100 IE/ml 5 Fertpen 3 ml Fr. 66.05 (43.23)		67794001	01.01.2021, B
07.16		<b>BLINCYTO</b> (Blinatumomabum)	Amgen Switzerland AG		
	20662	Trockensub Durchstf 1 Stk Fr. 2835.30 (2529.11)		65654001	01.10.2017, A
<p>BLINCYTO wird nach Kostengutsprache durch den Krankenversicherer nach vorgängiger Konsultation des Vertrauensarztes vergütet zur Behandlung von erwachsenen Patienten mit einer rezidivierenden oder refraktären Philadelphia-Chromosom-negativen B-Vorläufer-ALL (akute lymphoblastische Leukämie).</p> <p>BLINCYTO wird nach Kostengutsprache durch den Krankenversicherer nach vorgängiger Konsultation des Vertrauensarztes vergütet zur Behandlung von Erwachsenen mit einer Philadelphia-Chromosom-negativen B-Vorläufer-ALL in kompletter Remission mit MRD (minimal residual disease) =0.1%.</p> <p>BLINCYTO wird nach Kostengutsprache durch den Krankenversicherer nach vorgängiger Konsultation des Vertrauensarztes vergütet zur Behandlung von Erwachsenen mit einer rezidivierenden oder refraktären Philadelphia-Chromosom-positiven B-Vorläufer-ALL mit Resistenz oder Intoleranz gegenüber vorherigen Therapien, einschliesslich Tyrosinkinase-Inhibitoren (TKIs).</p> <p>BLINCYTO wird nur vergütet, wenn die erforderlichen Daten im Rahmen der Beobachtungsstudie 20150136 (NCT03117621) erfasst werden (Einschluss neuer Patienten in die Beobachtungsstudie bis ca. März 2021).</p> <p>Eine Behandlung mit BLINCYTO soll an spezialisierten hämatologischen Zentren erfolgen, welche die Infrastruktur, die Fachkenntnisse und die Erfahrung im Management von ALL-Patienten aufweisen. BLINCYTO kann über 5 Zyklen eingesetzt werden, wird jedoch maximal für 2 Zyklen vergütet. Muss BLINCYTO &gt; 2 Zyklen eingesetzt werden vergütet die AMGEN Switzerland AG im Rahmen einer Behandlung mit BLINCYTO nach Aufforderung durch denjenigen Krankenversicherer, bei dem die versicherte Person zum Zeitpunkt des Bezugs versichert war, ab der 52. Packung BLINCYTO den Fabrikabgabepreis. Die Mehrwertsteuer kann nicht zusätzlich zu den Rückvergütungsbeträgen zurückgefordert werden. Die Aufforderung zur Rückvergütung soll innerhalb von 6 Monaten nach Verabreichung erfolgen.</p>					
07.16.10 G		<b>FULVESTRANT-TEVA</b> (Fulvestrantum)	Teva Pharma AG		
	21163	Inj Lös 250 mg/5 ml 2 Fertspr 5 ml Fr. 517.20 (436.23)		66470002	01.01.2021, B
<p>Behandlung von postmenopausalen Patientinnen (natürliche oder induzierte Menopause) mit lokal fortgeschrittenem oder metastasierendem Östrogenrezeptor-positivem Mammakarzinom, die auf eine andere antihormonelle Therapie nicht oder nicht mehr ansprechen.</p>					

Therap. Gruppe	Dossier Nr.	PRÄPARATE/ (Wirkstoffe) Packungen	Verantwortliche Firma	SHI-Nr.	Aufnahmejahr
07.16.10		<b>KEYTRUDA</b> (Pembrolizumabum)	MSD Merck Sharp & Dohme AG		
	20416	Inf Konz 100 mg/4 ml Durchstf 1 Stk Fr. 2548.15 (2267.29)		66231001	01.09.2017, A
	20416	Inf Konz 100 mg/4 ml Durchstf 2 Stk Fr. 4893.95 (4534.58)		66231002	01.09.2017, A

**Für alle vergütungspflichtigen Indikationen gilt:**

Vor Therapiebeginn muss für alle vergütungspflichtigen Indikationen eine Kostengutsprache des Krankenversicherers nach vorgängiger Konsultation des Vertrauensarztes eingeholt werden. **Eine Kostengutsprache hat den entsprechenden Indikationscode (KNXXX) zu enthalten.**

Die Dosierung beträgt maximal 200mg alle drei Wochen.

Die maximale Anzahl Behandlungen bzw. Zyklen beträgt 35 sofern nicht anders festgelegt. Klinisch stabile Patienten mit initialem Befund einer Progression können bis zur Bestätigung der Progression der Erkrankung weiter behandelt werden.

Falls KEYTRUDA in einer bestimmten Indikation in erster Linie vergütet wurde und es unter KEYTRUDA-Therapie nach kurzzeitigem Ansprechen zu einer Progression kam, soll KEYTRUDA in derselben Indikation in nachfolgenden Therapielinien nicht mehr vergütet werden.

**Befristete Limitation bis 30.06.2021**

**Melanom (Monotherapie) KN006**

**(ohne Preismodell)**

Als Monotherapie zur Behandlung von nicht resezierbarem oder metastasiertem Melanom bei Erwachsenen.

Folgender Code ist an den Krankenversicherer zu übermitteln: KN006

**Befristete Limitation bis 30.06.2021**

**Melanom adjuvant (Monotherapie) KN054**

**(ohne Preismodell)**

Als Monotherapie zur adjuvanten Behandlung des Melanoms mit regionaler Lymphknotenbeteiligung und Lymphknotenmetastasen >1 mm und ohne locoregionalen Rückfall nach vollständiger Resektion bei Patienten ohne vorangegangene systemische Therapie zur Behandlung des Melanoms. Die Vergütung ist eingeschränkt auf folgende Stadien:

nach AJCC 7th edition: Stadium IIIA (T3-4a N1a/N2a), IIIB (T2-4b N1a/N2a, T1-4a N1b/N2b) und IIIC (ohne in-transit Metastasen und ohne (Mikro-)Satelliten)

nach AJCC 8th edition: soweit keine (Mikro-)Satelliten oder in-transit-Metastasen vorliegen bei Stadium IIIB, IIIC, IIID.

Die adjuvante Therapie mit KEYTRUDA soll innerhalb von 15 Wochen nach Resektion erfolgen.

Die Patienten sollten bis zu einem Rückfall der Erkrankung behandelt werden, jedoch beträgt die maximale Anzahl Behandlungen bzw. Zyklen 18.

Folgender Code ist an den Krankenversicherer zu übermitteln: KN054

**Befristete Limitation bis 30.06.2021**

**1L NSCLC (Monotherapie) KN024**

**(ohne Preismodell)**

Als Monotherapie zur Erstlinienbehandlung des metastasierten, nicht-kleinzelligen Lungenkarzinoms (NSCLC) im Stadium IV bei Erwachsenen, deren Tumore PD-L1 mit einem Tumor proportion score (TPS) >50% exprimieren und keine genomischen Tumoraberrationen vom EGFR oder ALK Typ haben. Die Behandlung bedarf der Kostengutsprache durch den Krankenversicherer nach vorgängiger Konsultation des Vertrauensarztes.

Die Patienten sollten bis zur Progression der Erkrankung behandelt werden. Die maximale Anzahl Behandlungen bzw. Zyklen beträgt 35. Klinisch stabile Patienten mit initialem Befund einer Progression können bis zur Bestätigung der Progression der Erkrankung weiter behandelt werden.

Folgender Code ist an den Krankenversicherer zu übermitteln: KN024

**Befristete Limitation bis 30.06.2021**

**2L NSCLC (Monotherapie) KN010**

**(ohne Preismodell)**

Als Monotherapie zur Behandlung des fortgeschrittenen, metastasierenden nicht-kleinzelligen Lungenkarzinoms (NSCLC) nach vorangegangener Chemotherapie bei Erwachsenen, deren Tumore PD-L1 exprimieren.

Patienten mit genomischen Tumoraberrationen vom EGFR oder ALK Typ sollten zudem eine für diese Aberrationen zugelassene Therapie erhalten haben, bevor sie mit KEYTRUDA behandelt werden.

Folgender Code ist an den Krankenversicherer zu übermitteln: KN010

**Befristete Limitation bis 30.06.2021**

**Klassisches Hodgkin-Lymphom (Monotherapie) KN087**

**(ohne Preismodell)**

Als Monotherapie zur Behandlung des refraktären oder rezidivierenden klassischen Hodgkin Lymphoms (rrcHL) bei Erwachsenen mit mindestens 3 Vorbehandlungen inkl. Behandlung mit Brentuximab vedotin.

Folgender Code ist an den Krankenversicherer zu übermitteln: KN087

**Befristete Limitation bis 30.06.2021**

**Urothelkarzinom (Monotherapie) KN045**

**(ohne Preismodell)**

Als Monotherapie zur Behandlung des lokal fortgeschrittenen oder metastasierten Urothelkarzinom bei Erwachsenen, die innerhalb der letzten 24 Monate mit platinbasierter Chemotherapie vorbehandelt wurden. Patienten, deren platinbasierte Therapie länger als 24 Monate zurückliegt, sollen vor Beginn einer Behandlung mit KEYTRUDA erneut in erster Linie platinbasiert behandelt werden, erst bei erneuter Progression auf diese Therapie innerhalb von 24 Monaten soll in der 2. Linie mit der Therapie von KEYTRUDA begonnen werden.

Folgender Code ist an den Krankenversicherer zu übermitteln: KN045

**Befristete Limitation bis 31.12.2023**

**1L plattenepitheliales NSCLC (in Kombination mit Carboplatin und Paclitaxel) bei Patienten mit TPS < 50% KN407**

**(mit Preismodell)**

KEYTRUDA in Kombination mit Carboplatin und Paclitaxel zur Erstlinienbehandlung des metastasierten, plattenepithelialen NSCLC bei Erwachsenen mit einem TPS < 50%, die eine Lebenserwartung von mindestens 3 Monaten haben.

Folgender Code ist an den Krankenversicherer zu übermitteln: KN407

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

**Befristete Limitation bis 31.12.2023****1L nicht-plattenepitheliales NSCLC (in Kombination mit Pemetrexed und Platin-Chemotherapie) bei Patienten mit TPS < 50% KN189 (mit Preismodell)**

KEYTRUDA in Kombination mit Pemetrexed und Platin-Chemotherapie ist zur Erstlinienbehandlung des metastasierten, nicht-plattenepithelialen NSCLC bei Erwachsenen mit einem TPS < 50%, die keine genomischen Tumoraberrationen vom EGFR oder ALK- Typ haben und eine Lebenserwartung von mindestens 3 Monaten haben UND innerhalb der vergangenen 6 Monate keine Radiotherapie der Lunge mit > 30 Gy erhalten hatten.

Bei Eintritt von Generika sind diese wirtschaftlich.

Vor Eintritt von Generika gilt folgendes:

Die Wirtschaftlichkeit wird im Rahmen der Vergütung im Einzelfall durch den Krankenversicherer bemessen. Das BAG empfiehlt, dass die Rückerstattung für das Pemetrexed-Originalpräparat mindestens 40% des Fabrikabgabepreises des Originalpräparates beträgt. Nach Aufnahme von Pemetrexed-Generika in die SL ist nur noch die Kombination von KEYTRUDA mit Pemetrexed-Arzneimitteln zu Generikapreisen wirtschaftlich.

Folgender Code ist an den Krankenversicherer zu übermitteln: KN189

**Befristete Limitation bis 31.12.2023****1L Plattenepithelkarzinoim im Kopf- und Halsbereich (HNSCC) (in Kombination mit Platin- und 5-Fluorouracil (5-FU)-haltiger Chemotherapie) KN048 (mit Preismodell)**

KEYTRUDA in Kombination mit Platin- und 5-Fluorouracil (5-FU)-haltiger Chemotherapie zur Behandlung des rezidivierenden oder metastasierten PD-L1 exprimierenden Plattenepithelkarzinom im Kopf-Hals-Bereich (HNSCC) (ausgenommen nasopharyngeale Karzinome) bei Erwachsenen ohne vorgängige systemische Therapie für die rezidivierende, nicht kurativ anzugehende, lokal fortgeschrittene oder metastasierte Erkrankung.

Folgender Code ist an den Krankenversicherer zu übermitteln: KN048

**Befristete Limitation bis 31.12.2023****Vorbehandelte Patienten mit einem Plattenepithelkarzinom im Kopf- und Halsbereich nach platinbasierter Chemotherapie (HNSCC) (Monotherapie) KN040 (mit Preismodell)**

KEYTRUDA als Monotherapie zur Behandlung des rezidivierenden oder metastasierten Plattenepithelkarzinoms der Mundhöhle, des Oropharynx, des Hypopharynx oder des Larynx bei Erwachsenen, die bei nicht kurativ anzugehender Erkrankung mit Platin-basierter Chemotherapie vorbehandelt wurden und deren Tumore PD-L1 mit einem Tumor proportion score (TPS) ≥50% exprimieren.

Folgender Code ist an den Krankenversicherer zu übermitteln: KN040

**Befristete Limitation bis 31.12.2023****3L Primäres mediastinales grosszelliges B-Zell-Lymphom (rrPMBCL) (Monotherapie) KN170 (mit Preismodell)**

KEYTRUDA als Monotherapie zur Behandlung des refraktären oder rezidivierenden primären mediastinalen grosszelligen B-Zell-Lymphoms (rrPMBCL) bei Erwachsenen mit mindestens 2 Vorbehandlungen, von denen mindestens eine mit Rituximab durchgeführt wurde UND die für eine autologe Stammzelltransplantation nicht in Frage kommen oder einen Rückfall nach Transplantation hatten.

Nicht zur Behandlung von Patienten mit PMBCL, die eine dringende zytoreduktive Therapie benötigen.

Folgender Code ist an den Krankenversicherer zu übermitteln: KN170

**Befristete Limitation bis 31.12.2023****2L nicht resezierbares metastasiertes kolorektales Karzinom (CRC) mit hoher Mikrosatelliteninstabilität (MSI-H) (Monotherapie) KN164 (mit Preismodell)**

KEYTRUDA als Monotherapie zur Behandlung des nicht resezierbaren oder metastasierten kolorektalen Karzinom (CRC) mit hoher Mikrosatelliteninstabilität (MSI-H) oder fehlerhafter DNA-Mismatch-Reparatur (dMMR) nach vorangegangener Fluoropyrimidin-basierter Therapie in Kombination mit Irinotecan oder Oxaliplatin bei Erwachsenen

– ohne vorherige Therapie mit monoklonalen Antikörpern innerhalb von 2 Wochen

– ohne Chemotherapie, targeted Smallmolecule-Therapie oder Radiotherapie 2 Wochen vorher.

Folgender Code ist an den Krankenversicherer zu übermitteln: KN164

**Befristete Limitation bis 31.12.2023****2L Endometriumkarzinom, Magenkarzinom, Dünndarmkarzinom oder Gallengangskarzinom mit hoher Mikrosatelliteninstabilität (MSI-H) (Monotherapie) KN158 (mit Preismodell)**

KEYTRUDA als Monotherapie zur Behandlung von metastasierten Endometriumkarzinomen, Magenkarzinomen, Dünndarmkarzinomen oder Gallengangskarzinomen mit hoher Mikrosatelliteninstabilität (MSI-H) oder fehlerhafter DNA-Mismatch-Reparatur (dMMR) bei Erwachsenen, die nach Standardtherapie progredient sind und für die keine befriedigenden Alternativen in der Behandlung zur Verfügung stehen

– ohne vorherige Therapie mit monoklonalen Antikörpern innerhalb von 4 Wochen

– ohne Chemotherapie, targeted Smallmolecule-Therapie oder Radiotherapie 2 Wochen vorher.

Folgender Code ist an den Krankenversicherer zu übermitteln: KN158

**Befristete Limitation bis 31.12.2023****1L metastasiertes kolorektales Karzinom (CRC) mit hoher Mikrosatelliteninstabilität (MSI-H) (Monotherapie) KN177 (mit Preismodell)**

KEYTRUDA als Monotherapie zur Behandlung von erwachsenen Patienten mit zuvor unbehandeltem metastasiertem kolorektalem Karzinom (CRC) mit hoher Mikrosatelliteninstabilität (MSI-H) oder fehlerhafter DNA-Mismatch-Reparatur (dMMR). KEYTRUDA darf nicht vergütet werden, wenn bis zu 4 Wochen vor Therapiebeginn eine Strahlentherapie eingesetzt wurde.

Folgender Code ist an den Krankenversicherer zu übermitteln: KN177

Die Zulassungsinhaberin MSD Merck Sharp & Dohme AG erstattet dem Krankenversicherer, bei dem die versicherte Person zum Zeitpunkt des Bezugs versichert war, auf dessen erste Aufforderung hin für jede bezogene Packung KEYTRUDA (1 bzw. 2 Vials) einen je nach Packungsgrösse festgelegten Betrag des Fabrikabgabepreises zurück. Sie gibt dem Krankenversicherer den entsprechenden Betrag bekannt, der bezogen auf den Fabrikabgabepreis pro Durchstechflasche pro Packung zurück-erstattet wird. Der Krankenversicherer muss der Zulassungsinhaberin im Rahmen der Rückerstattungsforderung den Indikationscode (vgl. oben) angeben. Die Mehrwertsteuer kann nicht zusätzlich zu diesem Anteil des Fabrikabgabepreises zurückgefordert werden. Die Aufforderung zur Rückerstattung soll ab dem Zeitpunkt der Verabreichung erfolgen.

Therap. Gruppe	Dossier Nr.	PRÄPARATE/ (Wirkstoffe) Packungen	Verantwortliche Firma	SHI-Nr.	Aufnahmejahr
09.99 G		<b>DIENOGEST SANDOZ</b> (Dienogestum)	Sandoz Pharmaceuticals AG		
	21165	Tabl 2 mg Blist 28 Stk Fr. 68.20 (45.12)		67801001	01.01.2021, B
	21165	Tabl 2 mg 3 Blist 28 Stk Fr. 148.50 (115.05)		67801002	01.01.2021, B
11.09		<b>FIXAPROST</b> (Latanoprostum, Timololum)	Théa PHARMA SA		
	21096	Gtt Opht (Monodosen) 30 Monodos 0.200 ml Fr. 35.55 (16.70)		67295001	01.01.2021, B
	21096	Gtt Opht (Monodosen) 90 Monodos 0.200 ml Fr. 71.05 (47.60)		67295002	01.01.2021, B
17.02		<b>XOFIGO</b> (Radium-223 dichloridum)	Bayer (Schweiz) AG		
	20252	Inj Lös 1100 kBq Ra-223 /ml Vial 6.000 ml Fr. 5286.85 (4917.92)		62732001	01.10.2014, A

Zur Behandlung von Patienten mit kastrationsresistentem Prostatakarzinom (CRPC) und symptomatischen Knochenmetastasen ohne bekannte viszerale Metastasen wenn eine Chemotherapie nicht indiziert ist oder bei Progredienz nach Docetaxel und dabei nicht gleichzeitig mit einer Androgendeprivationstherapie (ADT) der zweiten Generation (zum Beispiel Abirateronacetat und Enzalutamid) sowie nicht mit Cabazitaxel. Es werden maximal 6 Therapiezyklen vergütet. Bei nicht orchiectomierten Patienten soll eine antiandrogene Behandlung zur Suppression des Testosteronspiegels auf Kastrationsniveau weitergeführt werden.

## II. Andere Packungen und Dosierungen

01.10.20 0		<b>RITALIN</b> (Methylphenidati hydrochloridum)	Novartis Pharma Schweiz AG		
	7524	Tabl 10 mg 200 Stk Fr. 54.10 (32.86)		20736038	01.01.2021, A
03.03.10		<b>RESYL PLUS</b> (Guaifenesinum, Codeini phosphas hemihydricus)	Spirig HealthCare AG		
	11571	Tropfen Fl 30 ml Fr. 8.75 (4.05)		12806002	01.01.2021, B
04.08.12		<b>IMPORTAL</b> (Lactitolum monohydricum)	Zambon Switzerland Ltd		
	16463	Lös 12x 500 ml Fr. 140.15 (75.95)		52785049	01.01.2021, D
04.09		<b>PERENTEROL</b> (Saccharomyces boulardii cryodesiccatus)	Zambon Switzerland Ltd		
	16065	Kaps 250 mg 10x 20 Stk Fr. 196.30 (106.40)		47571051	01.01.2021, D
	16066	Plv 250 mg 10 Btl 20 Stk Fr. 168.80 (91.50)		47572002	01.01.2021, D

Zur Therapie der rekurrenden Clostridium difficile-assoziierten Erkrankungen und zur Rezidivprophylaxe der rekurrenden Clostridium difficile-assoziierten Erkrankungen sowie in jenen Fällen, bei denen aufgrund des Allgemeinzustandes eine schwere Antibiotika-induzierte Diarrhöe nicht auszuschliessen ist.

04.99 G		<b>ESOPRAX</b> (Esomeprazolium)	Drossapharm AG		
	20800	Filmtabl 20 mg 10 Stk Fr. 8.65 (3.96)		66321015	01.01.2021, B
	20800	Filmtabl 40 mg 10 Stk Fr. 9.15 (4.39)		66321016	01.01.2021, B
08.08		<b>HBVAXPRO 10</b> (Vaccinum hepatitis B (ADNr) HBsAg)	MSD Merck Sharp & Dohme AG		
	18654	Inj Lös 10 mcg m 20 Nadeln Fertigspr 10 Stk Fr. 306.05 (252.30)		00663012	01.01.2021, B

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, ausser es bestehen Vereinbarungen nach Artikel 56 Absatz 3bis KVG.

Therap. Gruppe	Dossier Nr.	PRÄPARATE/ (Wirkstoffe) Packungen	Verantwortliche Firma	SHI-Nr.	Aufnahmejahr
10.01		<b>ANESDERM</b> (Lidocainum, Prilocainum)	Pierre Fabre (Suisse) S.A.		
	19776	Creme 5 % 5 Tb 5 g Fr. 39.55 (20.15)		56682005	01.01.2021, B
Für Kinder bis 16 Jahre und Dialyse-Patienten.					
14.02		<b>DOTAREM</b> (Acidum gadotericum)	Guerbet AG		
	15913	Inj Lös 2.793 g/10 ml Plastik-Fertspr 10 ml Fr. 75.40 (51.38)		49784001	01.01.2021, B
	15913	Inj Lös 4.189 g/15 ml Plastik-Fertspr 15 ml Fr. 96.55 (69.82)		49784002	01.01.2021, B
	15913	Inj Lös 5.586 g/20 ml Plastik-Fertspr 20 ml Fr. 117.70 (88.23)		49784003	01.01.2021, B
<b>III. Neu gestrichene Präparate/Packungen</b>					
01.02.20		<b>CHIROCAINE</b> (Levobupivacainum)	AbbVie AG		
	18127	Inf Lös 0.125 % Btl 100 ml Fr. 34.70 (15.96)		55512017	01.01.2021, B
	18127	Inf Lös 0.125 % Btl 200 ml Fr. 47.55 (27.13)		55512019	01.01.2021, B
01.07.10 G		<b>TOPIRAMAT MEPHA TEVA</b> (Topiramatum)	Mepha Pharma AG		
	19128	Lactabs 25 mg 60 Stk Fr. 35.25 (16.40)		58869007	01.01.2021, B
	19128	Lactabs 50 mg 60 Stk Fr. 49.90 (29.17)		58869008	01.01.2021, B
	19128	Lactabs 100 mg 60 Stk Fr. 78.25 (53.88)		58869009	01.01.2021, B
	19128	Lactabs 200 mg 60 Stk Fr. 122.85 (92.72)		58869010	01.01.2021, B
02.07.10 G		<b>TELMISARTAN MEPHA</b> (Telmisartanum)	Mepha Pharma AG		
	20475	Tabl 40 mg 98 Stk Fr. 65.55 (42.80)		62921006	01.01.2021, B
	20475	Tabl 80 mg 98 Stk Fr. 80.05 (55.43)		62921008	01.01.2021, B
05.02		<b>DITROPAN</b> (Oxybutynini hydrochloridum)	Sanofi-Aventis (Suisse) SA		
	15451	Tabl 60 Stk Fr. 25.60 (11.58)		46680014	01.01.2021, B
07.03.20 0		<b>MINIRIN</b> (Desmopressini acetat)	Ferring AG		
	15241	Nasenspray neue Form 6 ml Fr. 60.80 (38.66)		48069053	01.01.2021, B
07.10.30		<b>TAUREDON</b> (Natrii aurothiomalas)	Takeda Pharma AG		
	12106	Inj Lös 50 mg/0.5 ml Amp 0.500 ml Fr. 26.40 (12.32)		38036068	01.01.2021, B
	12106	Inj Lös 50 mg/0.5 ml 10 Amp 0.500 ml Fr. 129.55 (98.56)		38036076	01.01.2021, B
07.12 G		<b>FLUVASTATIN MEPHA</b> (Fluvastatinum)	Mepha Pharma AG		
	20633	Kaps 20 mg 28 Stk Fr. 14.45 (5.46)		58671001	01.01.2021, B
	20633	Kaps 40 mg 28 Stk Fr. 18.55 (9.00)		58671003	01.01.2021, B
	20633	Kaps 40 mg 98 Stk Fr. 50.05 (29.32)		58671004	01.01.2021, B
07.13.30		<b>PHOSTAL 5-GRÄSERMISCHUNG</b> (Pollinis allergeni extractum, Pollinis allergeni extractum, Pollinis xyxyxyyayaasllergeni ext- ractus)	Stallergenes AG		
	19682	Inj Susp Anf Be 4 Fl 5 ml Fr. 268.25 (219.36)		61088001	01.01.2021, A
	19682	Inj Susp Fortsetz Be Fl 5 ml Fr. 208.90 (167.70)		61088002	01.01.2021, A

Therap. Gruppe	Dossier Nr.	PRÄPARATE/ (Wirkstoffe) Packungen	Verantwortliche Firma	SHI-Nr.	Aufnahmejahr
07.13.30		<b>PHOSTAL HAUSSTAUBMILBEN</b> (Acari allergeni extractum, Acari allergeni extractum, Acari allergeni extractum)	Stallergenes AG		
	19701	Inj Susp Anf Be 4 Fl 5 ml Fr. 268.25 (219.36)		61104001	01.01.2021, A
	19701	Inj Susp Fortsetz Be Fl 5 ml Fr. 208.90 (167.70)		61104002	01.01.2021, A
07.14		<b>ALDURAZYME</b> (Laronidasum)	Sanofi-Aventis (Suisse) SA		
	18380	Inf Konz 500 IE/5 ml Durchstf 5 ml Fr. 814.55 (695.26)		57428001	01.01.2021, A
07.16.10 0		<b>GEMZAR</b> (Gemcitabinum)	Eli Lilly (Suisse) SA		
	16986	Trockensub 200 mg Vial 1 Stk Fr. 46.85 (26.54)		53056016	01.01.2021, A
	16986	Trockensub 1 g Vial 1 Stk Fr. 167.75 (131.84)		53056024	01.01.2021, A
07.16.20 6		<b>ANASTROZOL ORION</b> (Anastrozolum)	Orion Pharma AG		
	19477	Filmtabl 1 mg 30 Stk Fr. 87.65 (62.05)		60010001	01.01.2021, B
	19477	Filmtabl 1 mg 100 Stk Fr. 250.95 (204.30)		60010002	01.01.2021, B
08.01.23 6		<b>AMOXICILLIN SANDOZ</b> (Amoxicillinum anhydricum)	Sandoz Pharmaceutics AG		
	18195	Filmtabl 375 mg 16 Stk Fr. 9.05 (4.31)		57317002	01.01.2021, A
10.05.10		<b>LOCAPRED</b> (Desonidum)	Pierre Fabre (Suisse) S.A.		
	14411	Creme 0.100 % 15 g Fr. 6.15 (1.80)		43426028	01.01.2021, B
10.05.10		<b>TOPSYM</b> (Fluocinonidum)	Farmaceutica Teofarma Suisse SA		
	11490	Salbe Tb 15 g Fr. 7.40 (2.87)		36428082	01.01.2021, B
	11490	Salbe Tb 30 g Fr. 22.20 (10.16)		36428023	01.01.2021, B
10.05.20		<b>MYCOLOG N</b> (Fluocinonidum, Gramicidinum, Neomycinum)	Sanofi-Aventis (Suisse) SA		
	18026	Salbe 15 g Fr. 17.55 (8.13)		56849002	01.01.2021, B
	18026	Salbe 30 g Fr. 34.00 (15.31)		56849004	01.01.2021, B
	18027	Creme 15 g Fr. 17.50 (8.12)		56850001	01.01.2021, B
	18027	Creme 30 g Fr. 33.70 (15.06)		56850003	01.01.2021, B
10.10		<b>CREMOLAN</b> (Ureum)	Gebro Pharma AG		
	19467	Creme 100 mg/g 100 ml Fr. 10.50 (5.69)		62089001	01.01.2021, D
	19467	Creme 100 mg/g 300 ml Fr. 26.75 (14.51)		62089002	01.01.2021, D
10.10		<b>CREMOLAN WASCHLOTION</b> (Triclosanum)	Gebro Pharma AG		
	19468	Lot 150 ml Fr. 11.90 (6.44)		38658053	01.01.2021, E
11.99		<b>JETREA</b> (Ocriplasminum)	mmpharm GmbH		
	20223	Inj Konz 0.5 mg/0.2 ml Durchstf 0.500 ml Fr. 3495.35 (3170.08)		63053001	01.01.2021, B
14.03		<b>ISOCOLAN</b> (Macrogolum 4000, Natrii sulfas anhydricus, Natrii hydrogenocarbonas)	Sanofi-Aventis (Suisse) SA		
	16131	Gran Btl 2 Stk Fr. 8.70 (4.03)		51163028	01.01.2021, B
	16131	Gran Btl 6 Stk Fr. 20.20 (10.45)		51163036	01.01.2021, B

Therap. Gruppe	Dossier Nr.	PRÄPARATE/ (Wirkstoffe) Packungen	Verantwortliche Firma	SHI-Nr.	Aufnahmejahr
17.04		<b>NANOCOLL MARKIERUNGSBESTECK</b> (Albuminum humanum, Stanni(III) chloridum dihydricum)	GE Healthcare AG		
	17406	Trockensub 0.500 mg Durchstf 5 Stk Fr. 295.15 (242.83)		47657024	01.01.2021, A
57.16.10 K		<b>HELIXOR A</b> (Viscum album abietis)	Target BioScience AG		
	18612	Inj Lös 0.010 mg Amp 8 Stk Fr. 74.35 (50.50)		56206001	01.01.2021, A
57.16.10 K		<b>HELIXOR M</b> (Viscum album mali)	Target BioScience AG		
	18612	Inj Lös 0.010 mg Amp 8 Stk Fr. 74.35 (50.50)		56207002	01.01.2021, A
57.16.10 K		<b>HELIXOR P</b> (Viscum album pini)	Target BioScience AG		
	18612	Inj Lös 0.010 mg Amp 8 Stk Fr. 74.35 (50.50)		56208001	01.01.2021, A

PRÄPARATE / (Wirkstoffe) Packungen	Verantwortliche Firma	Therap. Gruppe	Dossier Nr.	Preis neu	Ex-Fact. neu
<b>IV. Preissenkungen</b>					
<b>IV.a. Freiwillige Preissenkung inner halb der ersten 18 Monate nach Aufnahme</b>					
<b>BILAXTEN KIDS</b> Lös 10 mg/4 ml z Einnehmen Fl 120 ml	A. Menarini AG	071310	20912	25.20	11.24
Schmelztabl 10 mg Blist 10 Stk			20911	9.35	4.57
Schmelztabl 10 mg Blist 30 Stk			20911	26.50	12.35
Schmelztabl 10 mg Blist 50 Stk			20911	39.90	20.46
<b>IV.b. Preisänderung nach 3-jährlicher Überprüfung der Aufnahmebedingungen</b>					
<b>ACTIKERALL</b> Lös Fl 25 ml	Almirall AG	071640	19521	59.00	37.12
<b>ALIMTA</b> Trockensub 100 mg für Inf Lös Durchstf 1 Stk	Eli Lilly (Suisse) SA	071610	18262	372.00	309.77
Trockensub 500 mg für Inf Lös Durchstf 1 Stk			18262	1760.25	1548.89
<b>BLISSEL</b> Vag Gel 0.050 mg/g 30 g	Effik SA	070820	20154	41.00	21.43
Vag Gel 50 mcg/g m Applikator Tb 30 g			20154	41.00	21.43
<b>BYDUREON PEN</b> Trockensub 2 mg cum Solv 4 Stk	AstraZeneca AG	070620	20335	124.95	94.55
<b>CALCIUM PHOSPHATBIND BICHSEL</b> Kaps 500 mg 100 Stk	Grosse Apotheke Dr. G. Bichsel AG Hauptstandort Produktion/Ver	079900	16307	8.05	3.42
Tabl 500 mg 100 Stk			16306	8.05	3.42
Kaps 500 mg 250 Stk			16307	17.20	7.82
Tabl 500 mg 250 Stk			16306	17.20	7.82
Tabl 1000 mg 100 Stk			16306	9.80	4.95
Tabl 1000 mg 250 Stk			16306	25.30	11.33
<b>CLOPIN ECO</b> Tabl 25 mg 50 Stk	Sandoz Pharmaceuticals AG	010500	17998	19.05	9.46
Tabl 100 mg 50 Stk			17998	44.95	24.88
<b>CLOZAPIN-MEPHA</b> Tabl 25 mg 50 Stk	Mepha Pharma AG	010500	20851	19.05	9.46
Tabl 100 mg 50 Stk			20851	44.95	24.88
Tabl 200 mg 50 Stk			20851	63.25	40.80
<b>COPAXONE PEN</b> Inj Lös 40 mg/ml 12 Fertpen 1 ml	Teva Pharma AG	019900	21051	1060.45	910.81
<b>DACOGEN</b> Trockensub 50 mg i.v. Durchstf 1 Stk	Janssen-Cilag AG	071610	19990	1434.95	1252.27
<b>DIVIGEL</b> Gel 28x 0.500 g	Orion Pharma AG	070820	16796	9.40	4.61
Gel 91x 0.500 g			16796	27.05	12.85
Gel 28x 1 g			16796	15.70	6.52
Gel 91x 1 g			16796	38.30	19.07

PRÄPARATE / (Wirkstoffe) Packungen	Verantwortliche Firma	Therap. Gruppe	Dossier Nr.	Preis neu	Ex-Fact. neu
<b>ESTRADOT</b>	Novartis Pharma Schweiz AG	070820			
Matrixpfl 25 mcg/24 h 8 Stk			17808	16.80	7.48
Matrixpfl 25 mcg/24 h 24 Stk			17808	38.55	19.31
Matrixpfl 37.500 mcg/24 h 8 Stk			17808	16.80	7.48
Matrixpfl 37.500 mcg/24 h 24 Stk			17808	38.55	19.31
Matrixpfl 50 mcg/24 h 8 Stk			17808	16.80	7.48
Matrixpfl 50 mcg/24 h 24 Stk			17808	38.55	19.31
Matrixpfl 75 mcg/24 h 8 Stk			17808	16.80	7.48
Matrixpfl 75 mcg/24 h 24 Stk			17808	38.55	19.31
Matrixpfl 100 mcg/24 h 8 Stk			17808	16.80	7.48
Matrixpfl 100 mcg/24 h 24 Stk			17808	38.55	19.31
<b>ESTRING</b>	Pfizer AG	070820			
Vag Ring mit Depotoestrogen 1 Stk			16317	44.80	24.74
<b>ETOPHOS</b>	CPS Cito Pharma Services GmbH	071610			
Trockensub 113.6 mg Durchstf 1 Stk			16816	62.40	40.09
Trockensub 1136 mg Durchstf 1 Stk			16816	434.95	364.57
<b>METOJECT</b>	Gebro Pharma AG	071060			
Inj Lös 7.500 mg/0.15 ml Fertigspr 0.150 ml			18298	33.90	15.23
Inj Lös 10 mg/0.2 ml Fertigspr 0.200 ml			18298	34.55	15.83
Inj Lös 12.500 mg/0.25 ml Fertigspr 0.250 ml			18298	35.95	17.04
Inj Lös 15 mg/0.3 ml Fertigspr 0.300 ml			18298	37.35	18.25
Inj Lös 17.500 mg/0.35 ml Fertigspr 0.350 ml			18298	38.60	19.36
Inj Lös 20 mg/0.4 ml Fertigspr 0.400 ml			18298	39.85	20.44
Inj Lös 22.500 mg/0.45 ml Fertigspr 0.450 ml			18298	41.60	21.97
Inj Lös 25 mg/0.5 ml Fertigspr 0.500 ml			18298	42.85	23.04
Inj Lös 30 mg/0.6 ml Fertigspr 0.600 ml			18298	46.85	26.51
<b>METOJECT AUTOINJEKTOR</b>	Gebro Pharma AG	071060			
Inj Lös 7.5000 mg/0.15 ml Auto- injektor Injektor 1 Stk			20664	33.90	15.23
Inj Lös 10 mg/0.2 ml Autoinjektor Injektor 1 Stk			20664	34.75	16.00
Inj Lös 15 mg/0.3 ml Autoinjektor Injektor 1 Stk			20664	37.60	18.45
Inj Lös 20 mg/0.4 ml Autoinjektor Injektor 1 Stk			20664	40.10	20.66
Inj Lös 25 mg/0.5 ml Autoinjektor Injektor 1 Stk			20664	42.85	23.04
<b>TORA-DOL</b>	Recordati AG	071010			
Inj Lös 30 mg/ml Amp 5 Stk			15951	15.40	6.26
<b>VAGIFEM</b>	Novo Nordisk Pharma AG	070820			
Vag Tabl 10 mcg 24 Stk			17185	40.20	20.73

PRÄPARATE / (Wirkstoffe) Packungen	Verantwortliche Firma	Therap. Gruppe	Dossier Nr.	Preis neu	Ex-Fact. neu
<b>IV.c. Normale Preismutation</b>					
<b>BLINCYTO</b> Trockensub Durchstf 1 Stk	Amgen Switzerland AG	071600	20662	2835.30	2529.11
<b>KEYTRUDA</b> Inf Konz 100 mg/4 ml Durchstf 1 Stk	MSD Merck Sharp & Dohme AG	071610	20416	2548.15	2267.29
Inf Konz 100 mg/4 ml Durchstf 2 Stk			20416	4893.95	4534.58
<b>LEMTRADA</b> Inf Konz 12 mg Durchstf 2 ml	Sanofi-Aventis (Suisse) SA	019900	20217	8061.05	7624.46
<b>REXULTI</b> Filmtabl 0.500 mg Blist 7 Stk	Lundbeck (Schweiz) AG	010500	20807	17.45	8.04
Filmtabl 1 mg Blist 10 Stk			20807	42.80	22.98
Filmtabl 1 mg Blist 28 Stk			20807	90.25	64.33
Filmtabl 2 mg Blist 28 Stk			20807	127.50	96.78
Filmtabl 3 mg Blist 28 Stk			20807	152.85	118.85
Filmtabl 4 mg Blist 28 Stk			20807	184.10	146.06
<b>IV.d. Preisänderung nach Patentablauf</b>					
<b>MYCAMINE</b> Trockensub 50 mg Durchstf 1 Stk	Astellas Pharma AG	080600	20249	320.75	265.12
Trockensub 100 mg Durchstf 1 Stk			20249	525.70	443.66
<b>VESICARE</b> Filmtabl 5 mg 30 Stk	Astellas Pharma AG	050200	18336	45.75	25.57
Filmtabl 5 mg 90 Stk			18336	98.30	71.34
Filmtabl 10 mg 30 Stk			18336	51.50	30.56
Filmtabl 10 mg 90 Stk			18336	114.30	85.27
<b>IV.e. Preismutation bei Erstaufnahme</b>					
<b>FULVESTRANT-TEVA</b> Inj Lös 250 mg/5 ml 2 Fertspr 5 ml	Teva Pharma AG	071610	21163	517.20	436.23
<b>V. Preiserhöhungen</b>					
<b>V.a. Preiserhöhungsgesuch</b>					
<b>OESTRO GYNAEDRON</b> 50 g	Drossapharm AG	070820	12625	19.25	9.62

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

#### VI. Limitations-/Indikationsänderung

<b>BLINCYTO</b> Trockensub Durchstf 1 Stk	Amgen Switzerland AG	071600	20662	2835.30	2529.11
--	----------------------	--------	-------	---------	---------

##### Limitation alt:

##### Befristete Limitation bis 31.12.2020

Blincyto wird nach Kostengutsprache durch den Krankenversicherer nach vorgängiger Konsultation des Vertrauensarztes zur Behandlung von Erwachsenen mit einer Philadelphia-Chromosom-negativen akuten lymphoblastischen B-Vorläufer-ALL (akute lymphoblastische Leukämie),  
– welche refraktär auf ihre primäre Induktions- oder Salvage-Therapie sind oder  
– welche ein erstes oder darauf folgendes Rezidiv oder ein Rezidiv nach einer Stammzelltransplantation aufweisen  
und welche eine Kombinationschemotherapie in der initialen ALL-Behandlung oder in einer Salvage-Therapie erhalten haben und eine Blastenzahl von =5% aufweisen, vergütet. Blincyto wird nur vergütet, wenn die erforderlichen Daten im Rahmen der Beobachtungsstudie 20150136 (NCT03117621) erfasst werden.

Blincyto kann angewendet werden bei Patienten mit einer Philadelphia-Chromosom-negativen B-Vorläufer-ALL in kompletter Remission mit MRD (minimal residual disease) =0.1%. Blincyto wird nur vergütet, wenn die erforderlichen Daten im Rahmen der Beobachtungsstudie 20150136 erfasst werden.

Eine Behandlung mit Blincyto soll an spezialisierten hämatologischen Zentren erfolgen, welche die Infrastruktur, die Fachkenntnisse und die Erfahrung im Management von ALL-Patienten aufweisen. Blincyto kann über 5 Zyklen eingesetzt werden, wird jedoch maximal für 2 Zyklen vergütet. Muss Blincyto > 2 Zyklen eingesetzt werden vergütet die AMGEN Switzerland AG im Rahmen einer Behandlung mit Blincyto nach Aufforderung durch denjenigen Krankenversicherer, bei dem die versicherte Person zum Zeitpunkt des Bezugs versichert war, ab der 55. Packung Blincyto den Fabrikabgabepreis. Die Mehrwertsteuer kann nicht zusätzlich zu den Rückvergütungsbeträgen zurückgefordert werden. Die Aufforderung zur Rückvergütung soll innerhalb von 6 Monaten nach Verabreichung erfolgen.

##### Limitation neu:

##### Befristete Limitation bis 31.12.2023

BLINCYTO wird nach Kostengutsprache durch den Krankenversicherer nach vorgängiger Konsultation des Vertrauensarztes vergütet zur Behandlung von erwachsenen Patienten mit einer rezidivierenden oder refraktären Philadelphia-Chromosom-negativen B-Vorläufer-ALL (akute lymphoblastische Leukämie).

BLINCYTO wird nach Kostengutsprache durch den Krankenversicherer nach vorgängiger Konsultation des Vertrauensarztes vergütet zur Behandlung von Erwachsenen mit einer Philadelphia-Chromosom-negativen B-Vorläufer-ALL in kompletter Remission mit MRD (minimal residual disease) =0.1%.

BLINCYTO wird nach Kostengutsprache durch den Krankenversicherer nach vorgängiger Konsultation des Vertrauensarztes vergütet zur Behandlung von Erwachsenen mit einer rezidivierenden oder refraktären Philadelphia-Chromosom-positiven B-Vorläufer-ALL mit Resistenz oder Intoleranz gegenüber vorherigen Therapien, einschliesslich Tyrosinkinase-Inhibitoren (TKIs).

BLINCYTO wird nur vergütet, wenn die erforderlichen Daten im Rahmen der Beobachtungsstudie 20150136 (NCT03117621) erfasst werden (Einschluss neuer Patienten in die Beobachtungsstudie bis ca. März 2021).

Eine Behandlung mit BLINCYTO soll an spezialisierten hämatologischen Zentren erfolgen, welche die Infrastruktur, die Fachkenntnisse und die Erfahrung im Management von ALL-Patienten aufweisen. BLINCYTO kann über 5 Zyklen eingesetzt werden, wird jedoch maximal für 2 Zyklen vergütet. Muss BLINCYTO > 2 Zyklen eingesetzt werden vergütet die AMGEN Switzerland AG im Rahmen einer Behandlung mit BLINCYTO nach Aufforderung durch denjenigen Krankenversicherer, bei dem die versicherte Person zum Zeitpunkt des Bezugs versichert war, ab der 52. Packung BLINCYTO den Fabrikabgabepreis. Die Mehrwertsteuer kann nicht zusätzlich zu den Rückvergütungsbeträgen zurückgefordert werden. Die Aufforderung zur Rückvergütung soll innerhalb von 6 Monaten nach Verabreichung erfolgen.

<b>KALYDECO</b> Filmtabl 150 mgn 56 Stk	Vertex Pharmaceuticals (CH) GmbH	039900	20145	17915.50	17238.55
--	-------------------------------------	--------	-------	----------	----------

##### Limitation alt:

##### Befristete Limitation bis 31.12.2020

KALYDECO ist indiziert zur Behandlung der zystischen Fibrose (CF, Mukoviszidose) bei Patienten ab 6 Jahren mit einer der folgenden Gating-Mutationen (Klasse III) im CFTR-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 (ECFSR) 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 Spitaltage). 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:

- Schweiß-Chlorid Level des Patienten fällt unter 60 mmol/L oder
  - der Schweiß-Chlorid Level des Patienten fällt um mindestens 30% (relativ) im Vergleich zur Baseline oder
  - 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
- der Schweiß-Chlorid Level des Patienten um mindestens 30% (relativ) im Vergleich zur Baseline fällt oder
  - der Patient eine andauernde absolute Verbesserung beim FEV1(%) von mindestens 5% im Vergleich zur Baseline zeigt.

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

**Limitation neu:**

KALYDECO ist indiziert zur Behandlung der zystischen Fibrose (CF, Mukoviszidose) bei Patienten ab 6 Jahren mit einer der folgenden Gating-Mutationen (Klasse III) im CFTR-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 Schweißtest alle 6 Monate durchzuführen und zu dokumentieren. Alle stationären Spital-Aufenthalte sind im Register zu erfassen (Anzahl der Spitaltage). 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:

- Schweiß-Chlorid Level des Patienten fällt unter 60 mmol/L ODER
- der Schweiß-Chlorid Level des Patienten fällt um mindestens 30% (relativ) im Vergleich zur Baseline ODER
- 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

- der Schweiß-Chlorid Level des Patienten um mindestens 30% (relativ) im Vergleich zur Baseline fällt ODER
- der Patient eine andauernde absolute Verbesserung beim FEV1(%) von mindestens 5% im Vergleich zur Baseline zeigt.

Die Vertex Pharmaceuticals (CH) GmbH vergütet dem Krankenversicherer, resp. der IV, bei dem die versicherte Person zum Zeitpunkt des Bezugs versichert war, auf deren erste Aufforderung hin für jede bezogene Packung KALYDECO einen festgelegten Anteil des Fabrikabgabepreises zurück. Sie gibt dem Krankenversicherer resp. der IV die Höhe der Rückvergütung bekannt. Die Mehrwertsteuer kann nicht zusätzlich zu diesem Anteil des Fabrikabgabepreises zurückgefordert werden.

Kontakt: Vertex Pharmaceuticals (CH) GmbH, Juan Gomez, Head of Pricing & Market Access

Baarerstrasse 88, 6300 Zug

Tel: +41 41 560 05 11, E-Mail: Juan\_Gomez@vrtx.com

KEYTRUDA	MSD Merck Sharp & Dohme AG	071610			
Inf Konz 100 mg/4 ml Durchstf 1 Stk			20416	2548.15	2267.29
Inf Konz 100 mg/4 ml Durchstf 2 Stk			20416	4893.95	4534.58

**Limitation alt:****Befristete Limitation bis 30.06.2021****Melanom**

Als Monotherapie zur Behandlung von nicht resezierbarem oder metastasiertem Melanom bei Erwachsenen.

Die Dosierung beträgt maximal 200mg alle drei Wochen.

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

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

**Befristete Limitation bis 30.06.2021****1L NSCLC**

Als Monotherapie zur Erstlinienbehandlung des metastasierten, nicht-kleinzelligen Lungenkarzinoms (NSCLC) im Stadium IV bei Erwachsenen, deren Tumore PD-L1 mit einem Tumor proportionscore (TPS) =50% exprimieren und keine genomischen Tumoraberrationen vom EGFR oder ALK Typ haben. Die Dosierung beträgt maximal 200 mg alle drei Wochen.

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

Die Patienten sollten bis zur Progression der Erkrankung behandelt werden. Die maximale Anzahl Behandlungen bzw. Zyklen beträgt 35. Klinisch stabile Patienten mit initialem Befund einer Progression können bis zur Bestätigung der Progression der Erkrankung weiter behandelt werden.

**Befristete Limitation bis 30.06.2021****2L NSCLC**

Als Monotherapie zur Behandlung des fortgeschrittenen, metastasierenden nicht-kleinzelligen Lungenkarzinoms (NSCLC) nach vorangegangener Chemotherapie bei Erwachsenen, deren Tumore PD-L1 exprimieren.

Patienten mit genomischen Tumoraberrationen vom EGFR oder ALK Typ sollten zudem eine für diese Aberrationen zugelassene Therapie erhalten haben, bevor sie mit KEYTRUDA behandelt werden.

Die Dosierung beträgt maximal 200 mg alle drei Wochen.

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

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

Befristete Limitation bis 30.06.2021

**Befristete Limitation bis 30.06.2021****Klassisches Hodgkin Lymphom**

Als Monotherapie zur Behandlung des refraktären oder rezidivierenden klassischen Hodgkin Lymphoms (rrcHL) bei Erwachsenen mit mindestens 3 Vorbehandlungen inkl. Behandlung mit Brentuximab vedotin.

Die Dosierung beträgt maximal 200 mg alle drei Wochen.

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

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

Für die Behandlung des klassischen Hodgkin-Lymphoms vergütet MSD Merck, Sharp & Dohme AG nach Aufforderung durch denjenigen Krankenversicherer, bei dem die versicherte Person zum Zeitpunkt des Bezugs versichert war, 3,60% des Fabrikabgabepreises pro nachweislich für rrcHL verabreichter Packung resp. pro verabreichtem mg KEYTRUDA zurück. Die Mehrwertsteuer kann nicht zusätzlich zu diesem Anteil des Fabrikabgabepreises 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
---------------------------------------	--------------------------	-------------------	-------------	-----------	--------------

**Limitation alt:**

**Befristete Limitation bis 30.06.2021**

**Urothelkarzinom**

Als Monotherapie zur Behandlung des lokal fortgeschrittenen oder metastasierten Urothelkarzinom bei Erwachsenen, die innerhalb der letzten 24 Monate mit platinbasierter Chemotherapie vorbehandelt wurden. Patienten, deren platinbasierte Therapie länger als 24 Monate zurückliegt, sollen vor Beginn einer Behandlung mit KEYTRUDA erneut in erster Linie platinbasiert behandelt werden, erst bei erneuter Progression auf diese Therapie innerhalb von 24 Monaten soll in der 2. Linie mit der Therapie von KEYTRUDA begonnen werden.

Die Dosierung beträgt maximal 200 mg alle drei Wochen.

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

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

**Limitation neu:****Für alle vergütungspflichtigen Indikationen gilt:**

Vor Therapiebeginn muss für alle vergütungspflichtigen Indikationen eine Kostengutsprache des Krankenversicherers nach vorgängiger Konsultation des Vertrauensarztes eingeholt werden. Eine Kostengutsprache hat den entsprechenden Indikationscode (KNXXX) zu enthalten.

Die Dosierung beträgt maximal 200mg alle drei Wochen.

Die maximale Anzahl Behandlungen bzw. Zyklen beträgt 35 sofern nicht anders festgelegt. Klinisch stabile Patienten mit initialem Befund einer Progression können bis zur Bestätigung der Progression der Erkrankung weiter behandelt werden.

Falls KEYTRUDA in einer bestimmten Indikation in erster Linie vergütet wurde und es unter KEYTRUDA-Therapie nach kurzzeitigem Ansprechen zu einer Progression kam, soll KEYTRUDA in derselben Indikation in nachfolgenden Therapielinien nicht mehr vergütet werden.

**Melanom (Monotherapie) KN006****(ohne Preismodell)**

Als Monotherapie zur Behandlung von nicht resezierbarem oder metastasiertem Melanom bei Erwachsenen.

Folgender Code ist an den Krankenversicherer zu übermitteln: KN006

**Melanom adjuvant (Monotherapie) KN054****(ohne Preismodell)**

Als Monotherapie zur adjuvanten Behandlung des Melanoms mit regionaler Lymphknotenbeteiligung und Lymphknotenmetastasen >1 mm und ohne locoregionalen Rückfall nach vollständiger Resektion bei Patienten ohne vorangegangene systemische Therapie zur Behandlung des Melanoms. Die Vergütung ist eingeschränkt auf folgende Stadien:

nach AJCC 7th edition: Stadium IIIA (T3-4a N1a/N2a), IIIB (T2-4b N1a/N2a, T1-4a N1b/N2b) und IIIC (ohne in-transit Metastasen und ohne (Mikro-)Satelliten)

nach AJCC 8th edition: soweit keine (Mikro-)Satelliten oder in-transit-Metastasen vorliegen bei Stadium IIIB, IIIC, IIID.

Die adjuvante Therapie mit KEYTRUDA soll innerhalb von 15 Wochen nach Resektion erfolgen.

Die Patienten sollten bis zu einem Rückfall der Erkrankung behandelt werden, jedoch beträgt die maximale Anzahl Behandlungen bzw. Zyklen 18.

Folgender Code ist an den Krankenversicherer zu übermitteln: KN054

**1L NSCLC (Monotherapie) KN024****(ohne Preismodell)**

Als Monotherapie zur Erstlinienbehandlung des metastasierten, nicht-kleinzelligen Lungenkarzinoms (NSCLC) im Stadium IV bei Erwachsenen, deren Tumore PD-L1 mit einem Tumor proportion score (TPS) =50% exprimieren und keine genomischen Tumoraberrationen vom EGFR oder ALK Typ haben. Die Behandlung bedarf der Kostengutsprache durch den Krankenversicherer nach vorgängiger Konsultation des Vertrauensarztes.

Die Patienten sollten bis zur Progression der Erkrankung behandelt werden. Die maximale Anzahl Behandlungen bzw. Zyklen beträgt 35. Klinisch stabile Patienten mit initialem Befund einer Progression können bis zur Bestätigung der Progression der Erkrankung weiter behandelt werden.

Folgender Code ist an den Krankenversicherer zu übermitteln: KN024

**2L NSCLC (Monotherapie) KN010****(ohne Preismodell)**

Als Monotherapie zur Behandlung des fortgeschrittenen, metastasierenden nicht-kleinzelligen Lungenkarzinoms (NSCLC) nach vorangegangener Chemotherapie bei Erwachsenen, deren Tumore PD-L1 exprimieren.

Patienten mit genomischen Tumoraberrationen vom EGFR oder ALK Typ sollten zudem eine für diese Aberrationen zugelassene Therapie erhalten haben, bevor sie mit KEYTRUDA behandelt werden.

Folgender Code ist an den Krankenversicherer zu übermitteln: KN010

**Klassisches Hodgkin-Lymphom (Monotherapie) KN087****(ohne Preismodell)**

Als Monotherapie zur Behandlung des refraktären oder rezidivierenden klassischen Hodgkin Lymphoms (rrcHL) bei Erwachsenen mit mindestens 3 Vorbehandlungen inkl. Behandlung mit Brentuximab vedotin.

Folgender Code ist an den Krankenversicherer zu übermitteln: KN087

**Urothelkarzinom (Monotherapie) KN045****(ohne Preismodell)**

Als Monotherapie zur Behandlung des lokal fortgeschrittenen oder metastasierten Urothelkarzinom bei Erwachsenen, die innerhalb der letzten 24 Monate mit platinbasierter Chemotherapie vorbehandelt wurden. Patienten, deren platinbasierte Therapie länger als 24 Monate zurückliegt, sollen vor Beginn einer Behandlung mit KEYTRUDA erneut in erster Linie platinbasiert behandelt werden, erst bei erneuter Progression auf diese Therapie innerhalb von 24 Monaten soll in der 2. Linie mit der Therapie von KEYTRUDA begonnen werden.

Folgender Code ist an den Krankenversicherer zu übermitteln: KN045

**1L plattenepitheliales NSCLC (in Kombination mit Carboplatin und Paclitaxel) bei Patienten mit TPS < 50% KN407****(mit Preismodell)**

KEYTRUDA in Kombination mit Carboplatin und Paclitaxel zur Erstlinienbehandlung des metastasierten, plattenepithelialen NSCLC bei Erwachsenen mit einem TPS < 50%, die eine Lebenserwartung von mindestens 3 Monaten haben.

Folgender Code ist an den Krankenversicherer zu übermitteln: KN407

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

**1L nicht-plattenepitheliales NSCLC (in Kombination mit Pemetrexed und Platin-Chemotherapie) bei Patienten mit TPS < 50% KN189**

**(mit Preismodell)**

KEYTRUDA in Kombination mit Pemetrexed und Platin-Chemotherapie ist zur Erstlinienbehandlung des metastasierten, nicht-plattenepithelialen NSCLC bei Erwachsenen mit einem TPS < 50%, die keine genomischen Tumoraberrationen vom EGFR oder ALK-Typ haben und

- eine Lebenserwartung von mindestens 3 Monaten haben UND
- innerhalb der vergangenen 6 Monate keine Radiotherapie der Lunge mit > 30 Gy erhalten hatten.

Bei Eintritt von Generika sind diese wirtschaftlich.

Vor Eintritt von Generika gilt folgendes:

Die Wirtschaftlichkeit wird im Rahmen der Vergütung im Einzelfall durch den Krankenversicherer bemessen. Das BAG empfiehlt, dass die Rückerstattung für das Pemetrexed-Originalpräparat mindestens 40% des Fabrikabgabepreises des Originalpräparates beträgt. Nach Aufnahme von Pemetrexed-Generika in die SL ist nur noch die Kombination von KEYTRUDA mit Pemetrexed-Arzneimitteln zu Generikapreisen wirtschaftlich.

Folgender Code ist an den Krankenversicherer zu übermitteln: KN189

**1L Plattenepithelkarzinom im Kopf- und Halsbereich (HNSCC) (in Kombination mit Platin- und 5-Fluorouracil (5-FU)-haltiger Chemotherapie) KN048**

**(mit Preismodell)**

KEYTRUDA in Kombination mit Platin- und 5-Fluorouracil (5-FU)-haltiger Chemotherapie zur Behandlung des rezidivierenden oder metastasierten PD-L1 exprimierende Plattenepithelkarzinom im Kopf-Hals-Bereich (HNSCC) (ausgenommen nasopharyngeale Karzinome) bei Erwachsenen ohne vorgängige systemische Therapie für die rezidivierende, nicht kurativ anzugehende, lokal fortgeschrittene oder metastasierte Erkrankung.

Folgender Code ist an den Krankenversicherer zu übermitteln: KN048

**Vorbehandelte Patienten mit einem Plattenepithelkarzinom im Kopf- und Halsbereich nach platinbasierter Chemotherapie (HNSCC) (Monotherapie) KN040**

**(mit Preismodell)**

KEYTRUDA als Monotherapie zur Behandlung des rezidivierenden oder metastasierten Plattenepithelkarzinoms der Mundhöhle, des Oropharynx, des Hypopharynx oder des Larynx bei Erwachsenen, die bei nicht kurativ anzugehender Erkrankung mit Platin-basierter Chemotherapie vorbehandelt wurden und deren Tumore PD-L1 mit einem Tumor proportion score (TPS) =50% exprimieren.

Folgender Code ist an den Krankenversicherer zu übermitteln: KN040

**3L Primäres mediastinales grosszelliges B-Zell-Lymphom (rrPMBCL) (Monotherapie) KN170**

**(mit Preismodell)**

KEYTRUDA als Monotherapie zur Behandlung des refraktären oder rezidivierenden primären mediastinalen grosszelligen B-Zell-Lymphoms (rrPMBCL) bei Erwachsenen

- mit mindestens 2 Vorbehandlungen, von denen mindestens eine mit Rituximab durchgeführt wurde UND
- die für eine autologe Stammzelltransplantation nicht in Frage kommen oder einen Rückfall nach Transplantation hatten.

Nicht zur Behandlung von Patienten mit PMBCL, die eine dringende zytoreduktive Therapie benötigen.

Folgender Code ist an den Krankenversicherer zu übermitteln: KN170

**2L nicht resezierbares metastasiertes kolorektales Karzinom (CRC) mit hoher Mikrosatelliteninstabilität (MSI-H) (Monotherapie) KN164**

**(mit Preismodell)**

KEYTRUDA als Monotherapie zur Behandlung des nicht resezierbaren oder metastasierten kolorektalen Karzinom (CRC) mit hoher Mikrosatelliteninstabilität (MSI-H) oder fehlerhafter DNA-Mismatch-Reparatur (dMMR) nach vorangegangener Fluoropyrimidin-basierter Therapie in Kombination mit Irinotecan oder Oxaliplatin bei Erwachsenen

- ohne vorherige Therapie mit monoklonalen Antikörpern innerhalb von 2 Wochen
- ohne Chemotherapie, targeted Smallmolecule-Therapie oder Radiotherapie 2 Wochen vorher.

Folgender Code ist an den Krankenversicherer zu übermitteln: KN164

**2L Endometriumkarzinom, Magenkarzinom, Dünndarmkarzinom oder Gallengangskarzinom mit hoher Mikrosatelliteninstabilität (MSI-H) (Monotherapie) KN158**

**(mit Preismodell)**

KEYTRUDA als Monotherapie zur Behandlung von metastasierten Endometriumkarzinomen, Magenkarzinomen, Dünndarmkarzinomen oder Gallengangskarzinomen mit hoher Mikrosatelliteninstabilität (MSI-H) oder fehlerhafter DNA-Mismatch-Reparatur (dMMR) bei Erwachsenen, die nach Standardtherapie progredient sind und für die keine befriedigenden Alternativen in der Behandlung zur Verfügung stehen

- ohne vorherige Therapie mit monoklonalen Antikörpern innerhalb von 4 Wochen
- ohne Chemotherapie, targeted Smallmolecule-Therapie oder Radiotherapie 2 Wochen vorher.

Folgender Code ist an den Krankenversicherer zu übermitteln: KN158

**1L metastasiertes kolorektales Karzinom (CRC) mit hoher Mikrosatelliteninstabilität (MSI-H) (Monotherapie) KN177**

**(mit Preismodell)**

KEYTRUDA als Monotherapie zur Behandlung von erwachsenen Patienten mit zuvor unbehandeltem metastasiertem kolorektalem Karzinom (CRC) mit hoher Mikrosatelliteninstabilität (MSI-H) oder fehlerhafter DNA-Mismatch-Reparatur (dMMR). KEYTRUDA darf nicht vergütet werden, wenn bis zu 4 Wochen vor Therapiebeginn eine Strahlentherapie eingesetzt wurde.

Folgender Code ist an den Krankenversicherer zu übermitteln: KN177

Die Zulassungsinhaberin MSD Merck Sharp & Dohme AG erstattet dem Krankenversicherer, bei dem die versicherte Person zum Zeitpunkt des Bezugs versichert war, auf dessen erste Aufforderung hin für jede bezogene Packung KEYTRUDA (1 bzw. 2 Vials) einen je nach Packungsgrösse festgelegten Betrag des Fabrikabgabepreises zurück. Sie gibt dem Krankenversicherer den entsprechenden Betrag bekannt, der bezogen auf den Fabrikabgabepreis pro Durchstechflasche pro Packung zurückerstattet wird. Der Krankenversicherer muss der Zulassungsinhaberin im Rahmen der Rückerstattungsforderung den Indikationscode (vgl. oben) angeben. 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
<b>TALTZ</b>	Eli Lilly (Suisse) SA	071500			
Inj Lös 80 mg/ml Fertipgen 1 Stk			20532	1250.10	1083.73
Inj Lös 80 mg/ml Fertipgen 2 Stk			20532	2438.65	2167.46

**Limitation alt:**

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.

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. 4.77 pro 1-er Packung TALTZ zurück resp. Fr. 9.54 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.

Zur Behandlung erwachsener Patienten mit schwerer, aktiver ankylosierender Spondylitis, die auf eine konventionelle Therapie (z.B. NSAIDs) unzureichend angesprochen haben oder diese nicht vertragen.

Die Firma Eli Lilly (Suisse) SA erstattet dem Krankenversicherer, bei dem die versicherte Person zum Zeitpunkt des Bezugs versichert war, auf dessen erste Aufforderung hin für jede zur Behandlung der ankylosierenden Spondylitis bezogene Packung TALTZ einen Anteil von Fr. 133.99 pro Packung mit 1 Stk. resp. Fr. 267.98 pro Packung mit 2 Stk. zurück. Die Mehrwertsteuer kann nicht zusätzlich zu diesem Anteil des Fabrikabgabepreises zurückgefordert werden. Die Aufforderung zur Rückvergütung soll ab dem Zeitpunkt der Verabreichung erfolgen.

**Limitation neu:**

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

**Plaque-Psoriasis**

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.

**Neue Limitation befristet bis 30.11.2022****Psoriasis-Arthritis**

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 erstattet dem Krankenversicherer, bei dem die versicherte Person zum Zeitpunkt des Bezugs versichert war, auf dessen erste Aufforderung hin für jede zur Behandlung der Psoriasis-Arthritis bezogene Packung TALTZ einen Anteil von Fr. 36.05 pro Packung mit 1 Stk. resp. Fr. 72.10 pro Packung mit 2 Stk. zurück. Die Mehrwertsteuer kann nicht zusätzlich zu diesem Anteil des Fabrikabgabepreises zurückgefordert werden. Die Aufforderung zur Rückvergütung soll ab dem Zeitpunkt der Verabreichung erfolgen.

**Neue Limitation befristet bis 30.11.2022****Ankylosierende Spondylitis**

Zur Behandlung erwachsener Patienten mit schwerer, aktiver ankylosierender Spondylitis, die auf eine konventionelle Therapie (z.B. NSAIDs) unzureichend angesprochen haben oder diese nicht vertragen.

Die Firma Eli Lilly (Suisse) SA erstattet dem Krankenversicherer, bei dem die versicherte Person zum Zeitpunkt des Bezugs versichert war, auf dessen erste Aufforderung hin für jede zur Behandlung der ankylosierenden Spondylitis bezogene Packung TALTZ einen Anteil von Fr. 133.99 pro Packung mit 1 Stk. resp. Fr. 267.98 pro Packung mit 2 Stk. zurück. Die Mehrwertsteuer kann nicht zusätzlich zu diesem Anteil des Fabrikabgabepreises zurückgefordert werden. Die Aufforderung zur Rückvergütung soll ab dem Zeitpunkt der Verabreichung erfolgen.

<b>XELJANZ</b>	Pfizer AG	071500			
Filmtabl 5 mg 56 Stk			20037	1200.45	1038.48

**Limitation alt:****Rheumatoide Arthritis:**

Als Monotherapie oder Kombinationstherapie mit einem krankheitsmodifizierenden nicht biologischen Antirheumatikum (einschliesslich Methotrexat) bei erwachsenen Patienten mit mittelschwerer bis schwerer rheumatoider Arthritis, bei denen eine vorherige Therapie mit Methotrexat nicht angesprochen hat oder nicht vertragen wurde.

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

**Limitation neu:****Rheumatoide Arthritis:**

Als Monotherapie oder Kombinationstherapie mit einem krankheitsmodifizierenden nicht biologischen Antirheumatikum (einschliesslich Methotrexat) bei erwachsenen Patienten mit mittelschwerer bis schwerer rheumatoider Arthritis, bei denen eine vorherige Therapie mit Methotrexat nicht angesprochen hat oder nicht vertragen wurde.

Die Therapie 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
<b>XOFIGO</b> Inj Lös 1100 kBq Ra-223 /ml Vial 6.000 ml	Bayer (Schweiz) AG	170200	20252	5286.85	4917.92
<b>Limitation alt:</b> Zur Behandlung von Patienten mit kastrationsresistentem Prostatakarzinom (CRPC) und symptomatischen Knochenmetastasen ohne bekannte viszerale Metastasen wenn eine Chemotherapie nicht indiziert ist oder bei Progredienz nach Docetaxel. Es sind maximal 6 Therapiezyklen zu vergüten. Bei nicht orchiectomierten Patienten soll eine antiandrogene Behandlung zur Suppression des Testosteronspiegels auf Kastrationsniveau weitergeführt werden.					
<b>Limitation neu:</b> Zur Behandlung von Patienten mit kastrationsresistentem Prostatakarzinom (CRPC) und symptomatischen Knochenmetastasen ohne bekannte viszerale Metastasen wenn eine Chemotherapie nicht indiziert ist oder bei Progredienz nach Docetaxel und dabei nicht gleichzeitig mit einer Androgendeprivationstherapie (ADT) der zweiten Generation (zum Beispiel Abirateronacetat und Enzalutamid) sowie nicht mit Cabazitaxel. Es werden maximal 6 Therapiezyklen vergütet. Bei nicht orchiectomierten Patienten soll eine antiandrogene Behandlung zur Suppression des Testosteronspiegels auf Kastrationsniveau weitergeführt werden.					
<b>VII. Limitationsänderungen aufgrund der Überprüfung der Aufnahmebedingungen alle drei Jahre von 2020</b>					
<b>ALIMTA</b> Trockensub 500 mg für Inf Lös Durchstf 1 Stk	Eli Lilly (Suisse) SA	071610	18262	1760.25	1548.89
Trockensub 100 mg für Inf Lös Durchstf 1 Stk			18262	372.00	309.77
<b>Limitation alt:</b> Nach vorgängiger Kostengutsprache durch den Vertrauensarzt des Krankenversicherers. In Kombination mit Cisplatin für die First-line-Behandlung von Patienten mit lokal fortgeschrittenem oder metastasiertem nicht-kleinzelligem Lungenkarzinom ausser bei überwiegender plattenepithelialer Histologie. Nach vorgängiger Kostengutsprache durch den Vertrauensarzt des Krankenversicherers. Monotherapie bei Patienten mit lokal fortgeschrittenem oder metastasiertem nicht-kleinzelligem Lungenkarzinom nach vorangegangener Chemotherapie ausser bei überwiegender plattenepithelialer Histologie. Behandlung von Patienten mit malignem Pleuramesotheliom in Kombination mit Cisplatin.					
<b>Limitation neu:</b> Nach vorgängiger Kostengutsprache durch den Vertrauensarzt des Krankenversicherers. In Kombination mit Cisplatin für die First-line-Chemotherapie von Patienten mit lokal fortgeschrittenem oder metastasiertem nicht-kleinzelligem Lungenkarzinom ausser bei überwiegender plattenepithelialer Histologie.  Nach vorgängiger Kostengutsprache durch den Vertrauensarzt des Krankenversicherers. Monotherapie bei Patienten mit lokal fortgeschrittenem oder metastasiertem nicht-kleinzelligem Lungenkarzinom nach vorangegangener Chemotherapie ausser bei überwiegender plattenepithelialer Histologie.  Behandlung von Patienten mit malignem Pleuramesotheliom in Kombination mit Cisplatin.					
<b>ALKERAN</b> Filmtabl 2 mg 25 Stk	Aspen Pharma Schweiz GmbH	071610	10234	50.00	29.26
<b>Limitation neu:</b> Vergütung ausschliesslich bei Behandlung des multiplen Myeloms.					
<b>ALKERAN</b> Trockensub 50 mg c Solv Amp 1 Stk	Aspen Pharma Schweiz GmbH	071610	16812	99.60	72.49
<b>Limitation neu:</b> Vergütung ausschliesslich zur Behandlung des multiplen Myeloms und hochdosiert als Vorbereitung zur hämopoetischen Stammzell-Transplantation, entweder allein oder in Kombination mit Radiotherapie und/oder mit anderen zytostatischen Mitteln zur Konsolidierung des mit konventioneller Behandlung erreichten Resultates bei Neuroblastom bei Kindern und Jugendlichen und bei Multiplem Myelom.					
<b>BYDUREON PEN</b> Trockensub 2 mg cum Solv 4 Stk	AstraZeneca AG	070620	20335	124.95	94.55
<b>Limitation alt:</b> Zur Behandlung von Patienten mit einem Typ 2 Diabetes mellitus; in ausschliesslicher Kombinationstherapie mit Metformin, einem Sulfonylharnstoff, einem Thiazolidindion oder einer Kombination aus Metformin und einem Sulfonylharnstoff oder Metformin und einem Thiazolidindion, wenn durch diese oralen Antidiabetika keine ausreichende Blutzuckerkontrolle erreicht wird. Mindestens BMI 28. Zusätzliche Medikamente zur Gewichtsreduktion werden nicht vom Krankenversicherer vergütet.					
<b>Limitation neu:</b> Zur Behandlung von Patienten mit einem Typ 2 Diabetes mellitus; in ausschliesslich folgenden Kombinationstherapien, wenn durch diese oralen Antidiabetika keine ausreichende Blutzuckerkontrolle erreicht wird. – Als Zweifachkombination mit Metformin, einem Sulfonylharnstoff oder einem Thiazolidindion – Als Dreifachkombination mit einer Kombination aus Metformin und einem Sulfonylharnstoff oder Metformin und einem Thiazolidindion. Mindestens BMI 28. Zusätzliche Medikamente zur Gewichtsreduktion werden nicht vom Krankenversicherer vergütet.					

**SO SCHÜTZEN  
WIR UNS.**



**BEI SYMPTOMEN\*  
SOFORT  
TESTEN LASSEN.**

**Damit Sie möglichst niemanden anstecken.**

\* Bei neu aufgetretenen Krankheitssymptomen.

Die wichtigsten Symptome sind: Fieber, Husten, Halsschmerzen, Kurzatmigkeit, Brustschmerzen, Verlust des Geruchs- und/oder Geschmackssinns.

Weitere mögliche Symptome: Kopfschmerzen, allgemeine Schwäche, Unwohlsein, Muskelschmerzen, Schnupfen, Übelkeit, Erbrechen, Durchfall, Bauchschmerzen, Hautausschläge.

**Gratis  
bei allen  
Teststellen**

**WEITERE INFORMATIONEN:**

Online-Coronavirus-Check: [bag-coronavirus.ch/check](https://bag-coronavirus.ch/check)

Infoline Coronavirus (06.00 – 23.00 Uhr): +41 58 463 00 00



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



Online-  
Coronavirus-Check  
machen.



**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

# Rezeptsperrung

Swissmedic, Abteilung Betäubungsmittel

Rezeptsperrung

**Folgende Rezepte sind gesperrt**

Kanton	Block-Nr.	Rezept-Nr.
Aargau		8591344
		8440025
Bern		8951507

BAG-Bulletin  
BBL, Vertrieb Publikationen  
CH-3003 Bern

P.P.

CH-3003 Bern  
Post CH AG

# BAG-Bulletin

Woche

# 1+2/2021