



Schweizerische Eidgenossenschaft
Confédération suisse
Confederazione Svizzera
Confederaziun svizra

Eidgenössisches Departement des Innern EDI
Bundesamt für Gesundheit BAG

Ausgabe vom 17. Mai 2021

Woche
BAG-Bulletin 20/2021

Informationsmagazin für medizinische Fachpersonen und Medienschaffende

**SO SCHÜTZEN
WIR UNS.**

www.bag-coronavirus.ch



Impressum

HERAUSGEBER

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

REDAKTION

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

DRUCK

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

ABONNEMENTE, ADRESSÄNDERUNGEN

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

ISSN 1420-4266

DISCLAIMER

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

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

Inhalt

Meldungen Infektionskrankheiten	4
Sentinella-Statistik	6
www.bag-coronavirus.ch/impfung : Informationen zur COVID-19-Impfung	7
Zeckenübertragene Krankheiten – Lagebericht Schweiz	8
Korrigendum	12
Spezialitätenliste	13
Rezeptsperrung	27

Meldungen Infektionskrankheiten

Stand am Ende der 18. Woche (11.05.2021)^a

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

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

^c Ausgeschlossen sind materno-fötale Röteln.

^d Bei schwangeren Frauen und Neugeborenen

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

^f Primäre, sekundäre bzw. frühlaterente Syphilis.

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

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

Infektionskrankheiten:

Stand am Ende der 18. Woche (11.05.2021)^a

	Woche 18			letzte 4 Wochen			letzte 52 Wochen			seit Jahresbeginn		
	2021	2020	2019	2021	2020	2019	2021	2020	2019	2021	2020	2019
Respiratorische Übertragung												
Haemophilus influenzae: invasive Erkrankung	2 1.20		2 1.20	8 1.20		8 1.20	56 0.60	106 1.20	131 1.50	22 0.70	46 1.50	64 2.10
Influenzavirus-Infektion, saisonale Typen und Subtypen^b		2 1.20	14 8.40		38 5.70	259 39.00	51 0.60	11835 136.90	13693 158.40	26 0.90	11321 378.30	13254 442.90
Legionellose	6 3.60	7 4.20	10 6.00	23 3.50	15 2.30	31 4.70	500 5.80	524 6.10	592 6.80	121 4.00	98 3.30	155 5.20
Masern			12 7.20		2 0.30	52 7.80		78 0.90	205 2.40		35 1.20	178 6.00
Meningokokken: invasive Erkrankung						4 0.60	9 0.10	39 0.40	50 0.60	1 0.03	12 0.40	17 0.60
Pneumokokken: invasive Erkrankung	9 5.40	13 7.80	22 13.20	46 6.90	26 3.90	87 13.10	326 3.80	748 8.60	880 10.20	134 4.50	364 12.20	489 16.30
Röteln^c								1 0.01	1 0.01			
Röteln, materno-fötal^d												
Tuberkulose	8 4.80	2 1.20	13 7.80	29 4.40	35 5.30	35 5.30	344 4.00	409 4.70	450 5.20	118 3.90	134 4.50	156 5.20
Faeco-orale Übertragung												
Campylobacteriose	59 35.50	46 27.70	132 79.40	219 32.90	147 22.10	437 65.70	6239 72.20	6734 77.90	7834 90.60	1484 49.60	1386 46.30	1957 65.40
Enterohämorrhagische E.-coli-Infektion	7 4.20	8 4.80	8 4.80	39 5.90	19 2.90	39 5.90	706 8.20	1023 11.80	850 9.80	173 5.80	156 5.20	222 7.40
Hepatitis A	1 0.60	1 0.60	1 0.60	16 2.40	5 0.80	2 0.30	63 0.70	98 1.10	94 1.10	35 1.20	38 1.30	18 0.60
Hepatitis E	2 1.20	2 1.20	4 2.40	7 1.00	5 0.80	12 1.80	148 1.70	100 1.20	97 1.10	109 3.60	31 1.00	44 1.50
Listeriose		3 1.80	1 0.60	3 0.40	11 1.60	3 0.40	37 0.40	48 0.60	42 0.50	8 0.30	22 0.70	10 0.30
Salmonellose, S. typhi/paratyphi					1 0.20	1 0.20	1 0.01	27 0.30	17 0.20		10 0.30	4 0.10
Salmonellose, übrige	19 11.40	15 9.00	25 15.00	74 11.10	44 6.60	93 14.00	1277 14.80	1476 17.10	1484 17.20	299 10.00	277 9.30	350 11.70
Shigellose		2 1.20	2 1.20	3 0.40	5 0.80	10 1.50	30 0.40	189 2.20	260 3.00	10 0.30	40 1.30	67 2.20

	Woche 18			letzte 4 Wochen			letzte 52 Wochen			seit Jahresbeginn		
	2021	2020	2019	2021	2020	2019	2021	2020	2019	2021	2020	2019
Durch Blut oder sexuell übertragen												
Aids			1 0.60	2 0.30	7 1.00	8 1.20	45 0.50	80 0.90	76 0.90	18 0.60	23 0.80	24 0.80
Chlamydiose	211 126.90	148 89.00	188 113.10	904 135.90	488 73.40	814 122.40	11637 134.60	12054 139.40	11404 131.90	4277 142.90	3727 124.60	4084 136.50
Gonorrhoe ^e	53 31.90	35 21.00	78 46.90	247 37.10	105 15.80	266 40.00	3502 40.50	3820 44.20	3340 38.60	1214 40.60	1158 38.70	1285 42.90
Hepatitis B, akut						5 0.80	1 0.01	21 0.20	34 0.40		5 0.20	12 0.40
Hepatitis B, total Meldungen	29	13	14	82	45	69	986	1018	1175	381	321	400
Hepatitis C, akut			2 1.20		1 0.20	3 0.40		16 0.20	31 0.40		2 0.07	13 0.40
Hepatitis C, total Meldungen	26	8	13	90	46	60	966	947	1172	359	292	374
HIV-Infektion	2 1.20	1 0.60	11 6.60	27 4.10	6 0.90	33 5.00	300 3.50	379 4.40	417 4.80	119 4.00	95 3.20	146 4.90
Syphilis, Frühstadien ^f	4 2.40	11 6.60	13 7.80	22 3.30	30 4.50	45 6.80	509 5.90	703 8.10	674 7.80	149 5.00	202 6.80	239 8.00
Syphilis, total ^g	5 3.00	14 8.40	14 8.40	29 4.40	39 5.90	57 8.60	704 8.10	1003 11.60	974 11.30	216 7.20	286 9.60	330 11.00
Zoonosen und andere durch Vektoren übertragbare Krankheiten												
Brucellose					1 0.20		2 0.02	7 0.08	5 0.06		1 0.03	1 0.03
Chikungunya-Fieber			1 0.60		1 0.20	3 0.40		35 0.40	20 0.20		11 0.40	17 0.60
Dengue-Fieber		2 1.20	5 3.00		4 0.60	11 1.60	14 0.20	252 2.90	169 2.00	5 0.20	66 2.20	71 2.40
Gelbfieber												
Hantavirus-Infektion									1 0.01			
Malaria	7 4.20		6 3.60	16 2.40	2 0.30	19 2.90	113 1.30	265 3.10	280 3.20	60 2.00	75 2.50	96 3.20
Q-Fieber		2 1.20	1 0.60	5 0.80	3 0.40	7 1.00	73 0.80	96 1.10	60 0.70	37 1.20	17 0.60	25 0.80
Trichinellose					1 0.20		3 0.03	4 0.05		1 0.03	2 0.07	
Tularämie		1 0.60	2 1.20	6 0.90	7 1.00	3 0.40	154 1.80	154 1.80	116 1.30	57 1.90	19 0.60	13 0.40
West-Nil-Fieber							1 0.01	1 0.01				
Zeckenzephalitis	5 3.00	7 4.20	3 1.80	17 2.60	19 2.90	10 1.50	455 5.30	271 3.10	375 4.30	28 0.90	22 0.70	13 0.40
Zika-Virus Infektion								1 0.01	1 0.01			
Andere Meldungen												
Botulismus							1 0.01			1 0.03		
Creutzfeldt-Jakob-Krankheit				3 0.40	2 0.30		18 0.20	19 0.20	21 0.20	4 0.10	8 0.30	6 0.20
Diphtherie ^h							2 0.02	3 0.03	5 0.06		1 0.03	
Tetanus												

Sentinella-Statistik

Provisorische Daten

Sentinella:

Anzahl Meldungen (N) der letzten 4 Wochen bis am 7.5.2021 und Inzidenz pro 1000 Konsultationen (N/10³)
Freiwillige Erhebung bei Hausärztinnen und Hausärzten (Allgemeinpraktiker, Internisten und Pädiater)

Woche	15		16		17		18		Mittel 4 Wochen	
	N	N/10 ³	N	N/10 ³						
Mumps	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Pertussis	0	0	0	0	1	0.1	0	0	0.3	0
Zeckenstiche	1	0.1	5	0.4	3	0.2	2	0.2	2.8	0.2
Lyme Borreliose	4	0.3	8	0.6	1	0.1	2	0.2	3.8	0.3
Herpes Zoster	7	0.6	6	0.5	10	0.8	4	0.3	6.8	0.6
Post-Zoster-Neuralgie	0	0	2	0.2	0	0	0	0	0.5	0.1
Meldende Ärzte	142		157		149		145		148.3	

Coronavirus

**SO SCHÜTZEN
WIR UNS.**



EIN HERZ FÜR UNS ALLE



**Jetzt nach
Impfterminen
erkundigen**

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

bag-coronavirus.ch/impfung

Infoline Covid-19-Impfung: 0800 88 66 44



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

Diese Informationskampagne wird unterstützt durch folgende Organisationen:



VKS/
AMCS

KAV/APC



pharmaSuisse



mfe

pädlatrfe
schweiz

SGAIM SSMIG SSGIM

Zeckenübertragene Krankheiten – Lagebericht Schweiz

6. Mai 2020 – Die Saison, in der Zecken besonders aktiv sind, beginnt je nach Witterung im März und endet im November. Von April bis November veröffentlicht das BAG jeweils in der ersten Monathälfte einen Lagebericht mit den gemeldeten Fallzahlen der Frühsommer-Meningoenzephalitis (FSME), einer Hochrechnung der Zahl der ärztlichen Konsultationen wegen Borreliose sowie den gemeldeten Fallzahlen der durch Zecken übertragenen Tularämie. Zudem wird die Anzahl der von Bürgern und Bürgerinnen gemeldeten Zeckenstiche dargestellt. Mit diesem Bericht möchte das BAG in der Schweizer Bevölkerung das Bewusstsein für durch Zecken übertragene Krankheiten stärken und über aktuelle Entwicklungen informieren. Interessierte Personen können sich über die vom BAG unterstützte mobile Anwendung «Tick» informieren. Zudem erstellt das BAG in Zusammenarbeit mit dem Bundesamt für Landestopographie, Swisstopo, Karten, die über das regionale Risiko eines Zeckenstiches bzw. einer FSME-Infektion informieren. Letztere wurde am 10. März 2021 aktualisiert.

Anzahl Fälle der Frühsommer-Meningoenzephalitis

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

Die monatlichen FSME-Fallzahlen verlaufen wellenförmig mit einem Gipfel in der warmen Jahreszeit und verdeutlichen somit Saisonalität dieser Epidemie. Sie unterliegen sowohl innerhalb einer Saison als auch im Vergleich zu anderen Jahren grossen Schwankungen (Abbildung 1). So wurden im Monat April des aktuellen Jahres 11 Fälle verzeichnet.

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

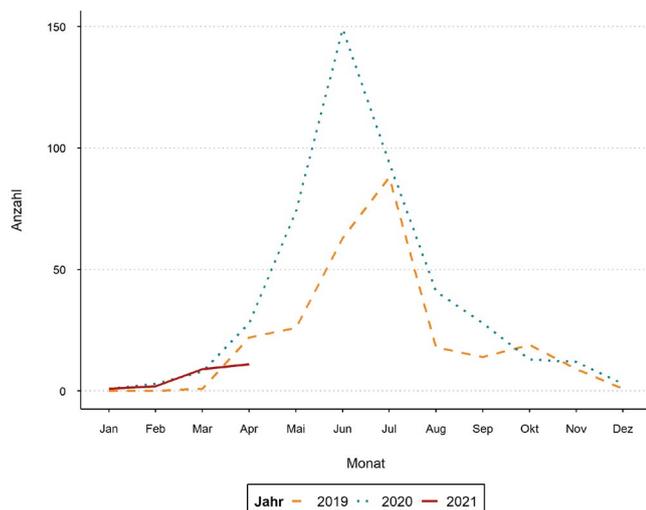


Abbildung 2
FSME-Fallzahlen kumuliert ab Jahresbeginn,
Vergleich 2000–2021 (2021: Stand jeweils Ende April)

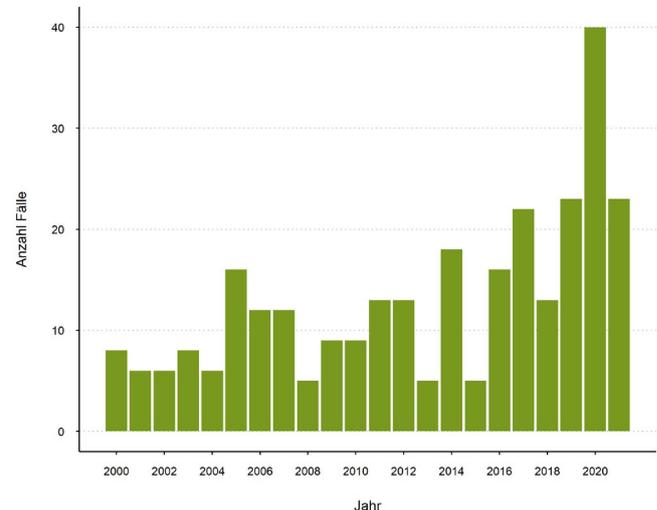
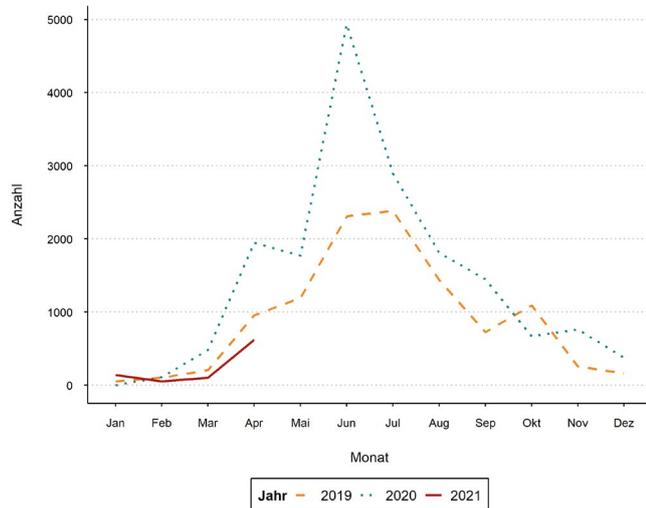


Abbildung 3
Borreliose-Fallzahlen pro Monat im Verlauf der Saison, Vergleich 2019–2020 (2021: Stand Ende April)



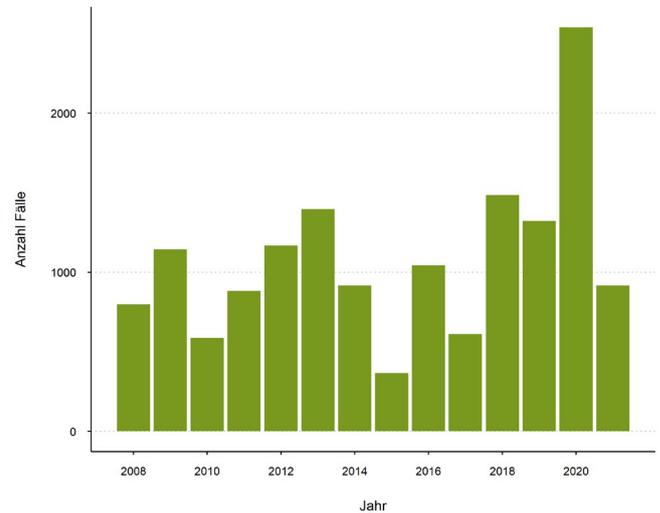
Die Summe der Fälle, kumuliert ab Januar eines Kalenderjahrs bis zum Monat vor Erscheinen des Berichts, variiert ebenfalls von Jahr zu Jahr stark. Seit 2000 wurden im gleichen Zeitraum jeweils zwischen 5 und 40 Fälle gemeldet. Bis Ende April des laufenden Jahres wurden 22 Fälle registriert (Abbildung 2).

Anzahl Fälle der Borreliose

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

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

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



Die Summe der hochgerechneten Fälle, kumuliert ab Januar eines Kalenderjahrs bis zum Monat vor Erscheinen des Berichts, variiert ebenfalls von Jahr zu Jahr stark. Seit 2008 wurden im gleichen Zeitraum jeweils zwischen 400 und 2500 Arztbesuche wegen Borreliose hochgerechnet. Bis Ende April des laufenden Jahres wurden 900 Fälle hochgerechnet, basierend auf 12 Fällen im Sentinella-System (Abbildung 4).

Aufruf zur Prävention

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

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

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

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

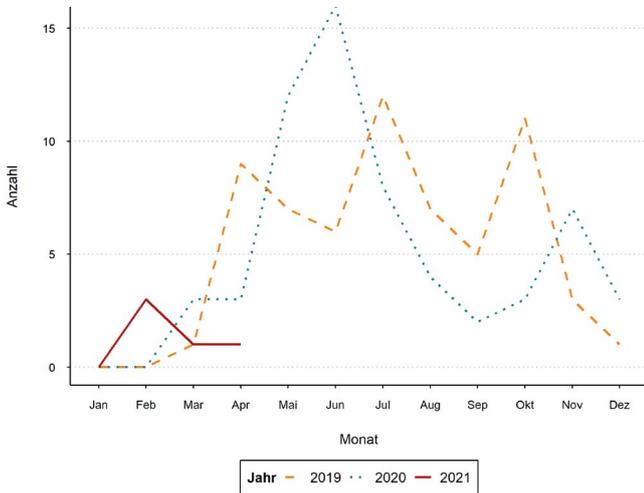
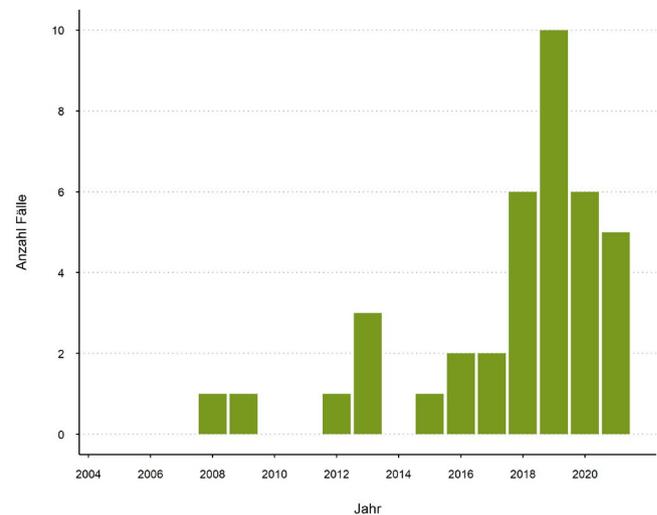


Abbildung 6
Zecken- respektive Insektenstich-assoziierte Tularämie-Fallzahlen kumuliert ab Jahresbeginn, Vergleich 2004–2021 (2021: Stand jeweils Ende April)



Anzahl Fälle der Tularämie

Die Tularämie untersteht seit 2004 der Meldepflicht. Es sind somit genaue Fallzahlen sowie Angaben zur Exposition verfügbar. Diese Auswertung beschränkt sich auf diejenigen Fälle, bei denen ein Zecken- oder Insektenstich die wahrscheinlichste Ursache der Erkrankung ist. Von Januar 2019 bis April 2021 wurden bei 46% der Tularämie-Fälle ein Zecken- und/oder Insektenstich als Übertragungsweg gemeldet. Im gleichen Zeitraum wurde in 15% der Fälle eine Exposition gegenüber wilden Tieren, einer Quelle mit nicht trinkbarem Wasser oder dem Einatmen von Staub oder Aerosolen in landwirtschaftlicher Umgebung angegeben. In 39% der Fälle war die Exposition allerdings unbekannt). Die monatlichen Tularämie-Fallzahlen weisen ansatzweise einen wellenförmigen Verlauf auf. Auch sie unterliegen sowohl innerhalb einer Saison als auch im Vergleich zu anderen Jahren grossen Schwankungen (Abbildung 5). So wurde im Monat April des aktuellen Jahres 1 Fall verzeichnet.

Die Summe der Fälle, kumuliert ab Januar eines Kalenderjahrs bis zum Monat vor Erscheinen des Berichts, variiert ebenfalls von Jahr zu Jahr stark. Seit 2004 wurden im gleichen Zeitraum jeweils zwischen 0 und 10 Fälle gemeldet. Der Trend über die Jahre ist ansteigend. Bis Ende April des laufenden Jahres wurden 5 Fälle registriert (Abbildung 6).

Anzahl Zeckenstiche

Bis und mit 2020 hat das BAG die Anzahl der Zeckenstiche aus den Daten von Sentinella hochgerechnet. Die Häufigkeit von Zeckenstichen wird seit 2015 zusätzlich über die BAG-bezuschusste App «Zecke» erfasst und 2021 erstmals in diesem Bericht dargestellt.

Aufgrund der zunehmenden Nutzung der App in der gesamten Schweiz haben wir uns entschlossen, die Quelle der Daten zu ändern. Darüber hinaus liefert die Anwendung genaue geografische Informationen über den Standort von Stichen. Diese Daten werden auch zur Erstellung des **Zeckenstich-modells** verwendet. Letzteres stellt das Risiko von Zeckenstichen in Abhängigkeit von der geografischen Lage dar. Zeckenstiche zeigen die gleiche Saisonalität wie alle vorgeannten über Zecken übertragenen Krankheiten (Abbildung 7).

Kontakt

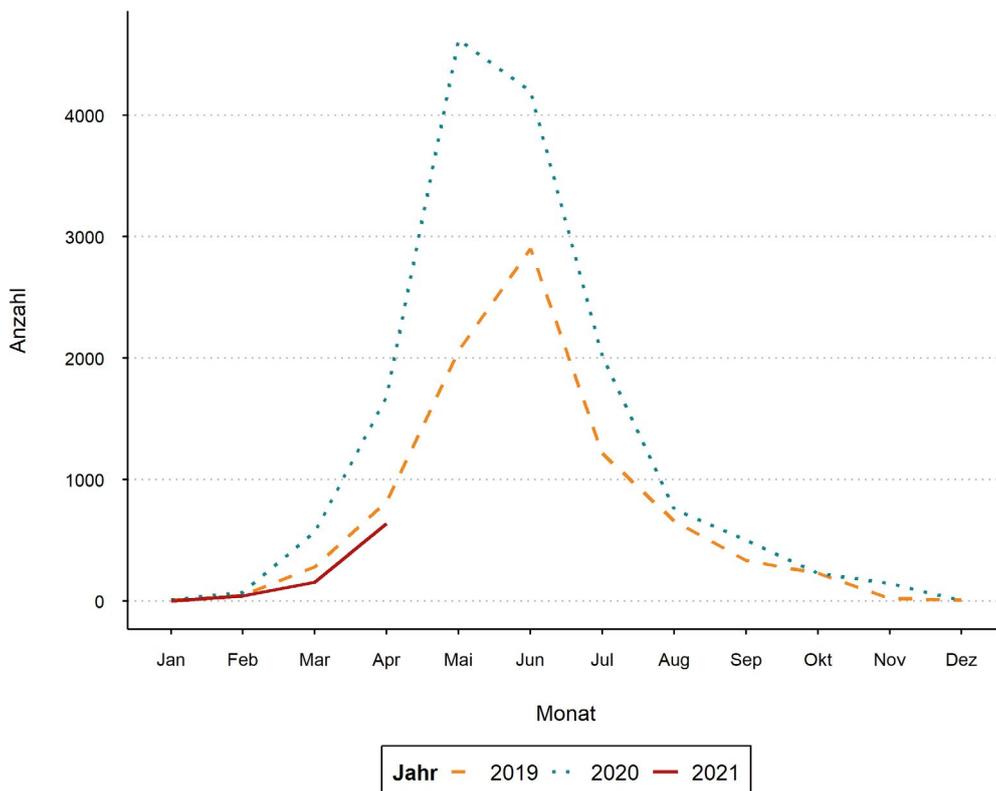
Bundesamt für Gesundheit
 Direktionsbereich Öffentliche Gesundheit
 Abteilung Übertragbare Krankheiten
 Telefon 058 463 87 06

Beurteilung der epidemiologischen Lage

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

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

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



Korrigendum «V. Limitations-/Indikations-änderungen» (Ausgabe Bulletin 15/21)

In der Ausgabe des Bulletins 15/21 wurde unter V. Limitations-/Indikationsänderungen versehentlich die Limitierung für (21000) XTANDI Filmtabl 40 mg 112 Stk. nicht aufgeführt. Die Limitierung wurde in der Spezialitätenliste jedoch korrekt aufgeführt und lautet gültig per 1. April 2021 wie folgt:

Limitation ab 01.04.2021:

Nach Kostengutsprache des Krankenversicherers mit vorgängiger Konsultation des Vertrauensarztes.

XTANDI wird vergütet in Kombination mit LHRH-Agonisten zur Behandlung von Männern mit metastasiertem kastrationsresistentem Prostatakarzinom (CRPC) mit asymptomatischem oder mild symptomatischem Verlauf nach Versagen der Androgenentzugstherapie, und bei denen eine Chemotherapie noch nicht klinisch indiziert ist.

Folgender Code ist an den Krankenversicherer zu übermitteln: 21000.01

XTANDI wird vergütet in Kombination mit LHRH Agonisten zur Behandlung von Männern mit metastasierendem, kastrationsresistentem Prostatakarzinom bei Progression unter oder nach Docetaxel Therapie.

Folgender Code ist an den Krankenversicherer zu übermitteln: 21000.02

Befristete Limitation bis 31.03.2023

XTANDI wird vergütet in Kombination mit LHRH Agonisten zur Behandlung von Männern mit metastasiertem hormonsensitivem Prostatakarzinom (mHSPC).

Folgender Code ist an den Krankenversicherer zu übermitteln: 21000.03

Im Falle eines wegen Nebenwirkungen erforderlichen Therapieabbruchs innert 10 Tagen nach Behandlungsbeginn werden dem Krankenversicherer von der Astellas Pharma AG die Kosten der gesamten Packung zurückerstattet. Die Therapieabbrüche sind dem Krankenversicherer unverzüglich vom behandelnden Arzt zu melden.

Das BAG bedauert diesen Fehler und bittet um Kenntnisnahme.

Spezialitätenliste:

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

[] Der dem verfügbaren Publikumspreis zugrunde liegende Fabrikabgabepreis

Gültig ab 1. Mai 2021

Therap. Gruppe	Dossier Nr.	PRÄPARATE/ (Wirkstoffe) Packungen	Verantwortliche Firma	SHI-Nr.	Aufnahmejahr
I. Neuzugang Präparate					
	01.10.20	ATTENTIN (Dexamphetamini sulfas)	Salmon Pharma GmbH		
	21176	Tabl 5 mg Blist 30 Stk Fr. 53.80 (32.59)		67475001	01.05.2021, A
	21176	Tabl 10 mg Blist 30 Stk Fr. 77.75 (53.45)		67475002	01.05.2021, A
Nur zur second-line Behandlung der Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung (ADHS), d.h. bei Unverträglichkeit, Kontraindikation oder nicht Ansprechen von Methylphenidat bei Kindern ab 6 Jahren und Jugendlichen bis 18 Jahren im Rahmen einer therapeutischen Gesamtstrategie. Die Diagnose, der Beginn sowie die Überwachung der Behandlung erfolgt durch einen Facharzt der Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie, einen Facharzt der Kinder- und Jugendmedizin mit Schwerpunkt Entwicklungspädiatrie oder einen Facharzt der Psychiatrie und Psychotherapie. Wenn Patienten über 1 Jahr hinaus behandelt werden, so hat eine erneute Überprüfung der Behandlungsnotwendigkeit durch einen der genannten Fachärzte zu erfolgen.					
	02.05.10	EMGALITY (Galcanzumabum)	Eli Lilly (Suisse) SA		
	20880	Inj Lös 120 mg/ml Fertipens 1 ml Fr. 532.25 (449.36)		67026001	01.05.2019, B
Befristete Limitation bis 30.04.2024					
Die Behandlung bedarf der Kostengutsprache durch den Krankenversicherer nach vorgängiger Konsultation des Vertrauensarztes. Die Erteilung der Kostengutsprache hat eine Dauer von 12 Monaten abzudecken.					
Die Diagnosestellung, die Verordnung von EMGALITY und die Verlaufskontrolle darf ausschliesslich durch einen Facharzt FMH der Neurologie erfolgen.					
EMGALITY wird zur Behandlung erwachsener Patienten mit während mindestens eines Jahres vorbestehender chronischer Migräne (Baseline: Mindestens 15 Migränetage pro Monat von unbehandelt mindestens 4h Dauer pro Tag lückenlos dokumentiert über mindestens 3 Monate) oder episodischer Migräne (Baseline: Mindestens 8 Migränetage pro Monat von unbehandelt mindestens 4h Dauer pro Tag lückenlos dokumentiert über mindestens 3 Monate mit Aura oder mit starker Schmerzintensität kombiniert mit starker Übelkeit/Erbrechen oder stark beeinträchtigender Photophobie oder Phonophobie) vergütet, sofern die Patienten auf mindestens zwei prophylaktische Therapien mit einem Betablocker, Kalziumantagonisten, Antikonvulsivum oder Amitriptylin die je während mindestens 3 Monaten eingesetzt wurden, unzureichend angesprochen haben oder bei denen alle oben aufgeführten Migräneprophylaktika kontraindiziert sind oder wenn diese Therapien aufgrund von belegten, klinisch relevanten Nebenwirkungen abgebrochen werden mussten. Ein unzureichendes Ansprechen gilt als belegt, wenn nach 3-monatiger Behandlung mit einem Migräneprophylaktikum keine Reduktion der Migränetage um mindestens 50% gegenüber Therapiebeginn erzielt wurde.					
Auf Verlangen müssen dem Vertrauensarzt des Krankenversicherers folgende Dokumente eingereicht werden:					
– Dokumentation der Therapiedauer vor der Behandlung mit EMGALITY und des unzureichenden Ansprechens der Prophylaktika (z.B. anhand der Krankengeschichte oder Migränetagebuch)					
– Vor Therapiebeginn: Migränetagebuch mindestens ab 3 Monate vor Therapie mit EMGALITY					
– Nach Therapiebeginn: Migränetagebuch nach 3, 6 und 12 Monaten der EMGALITY Therapie.					
Kontrolle nach 3 Monaten:					
– Die Behandlung mit EMGALITY darf basierend auf einer Kontrolle durch den Facharzt FMH der Neurologie 3 Monate nach Therapiebeginn nur fortgesetzt werden, wenn die durchschnittliche Anzahl Migränetage pro Monat gegenüber dem Durchschnittswert für die 3 Monate vor Therapiebeginn mit EMGALITY 120 mg reduziert wurde und diese Reduktion anhand eines Migränetagebuches belegt werden kann.					
Kontrolle nach 6 Monaten:					
– Die Behandlung mit EMGALITY darf basierend auf einer erneuten Kontrolle durch den Facharzt FMH der Neurologie 6 Monate nach Therapiebeginn nur fortgesetzt werden, wenn die durchschnittliche Anzahl Migränetage pro Monat gegenüber dem Durchschnittswert für die 3 Monate vor Therapiebeginn mit EMGALITY um mindestens 50% reduziert wurde und diese Reduktion anhand eines Migränetagebuches belegt werden kann.					
– Die Reduktion um mindestens 50% der Migränetage ist dem Vertrauensarzt des Krankenversicherers schriftlich zu melden.					
Falls eine Therapie mit EMGALITY nach 3 oder 6 Monaten infolge unzureichender Wirksamkeit abgebrochen werden muss, werden sämtliche weiteren Behandlungsversuche mit EMGALITY oder mit einem anderen CGRP-Rezeptor-Antagonisten od. CGRP-Inhibitor nicht mehr erstattet.					
Absetzen der Therapie nach 1 Jahr:					
– Spätestens ein Jahr nach Therapiebeginn muss die Therapie abgesetzt werden. Erleidet der/die Patient(in) innerhalb von 6 Monaten nach Absetzen der Therapie einen Rückfall (mindestens 8 Migränetage in 30 Tagen), kann eine Wiederaufnahme einer CGRP-Rezeptor-Antagonisten od. CGRP-Inhibitoren Therapie mittels erneuter Kostengutsprache für 12 Monate beantragt werden. Tritt der Rückfall nach 6 Monaten auf, muss der/die Patient(in) erneut die Kriterien wie bei der ersten Verschreibung erfüllen.					
Nach dem 2. Therapiejahr und in den Folgejahren:					
– Sowohl nach dem 2. Therapiejahr und in den Folgejahren muss eine Therapiepause wie oben angegeben eingehalten werden. Danach kann der/die Patient(in) die Therapie mit CGRP-Rezeptor-Antagonisten od. CGRP-Inhibitoren wieder aufnehmen, wenn er/sie die Kriterien erneut erfüllt. Dies kann solange fortgesetzt werden, wie die Therapie noch notwendig und wirksam ist.					
Die Firma Eli Lilly (Suisse) SA vergütet bei einem Gebrauch von 2 Fertipens im ersten Monat auf Aufforderung desjenigen Krankenversicherers, bei dem die versicherte Person zum jeweiligen Bezugspunkt versichert war, Fr. 449.36 für 1 Fertipens zurück. Die Mehrwertsteuer kann nicht zusätzlich zu diesem Betrag zurückgefordert werden. Die Aufforderung zur Rückvergütung soll in der Regel innerhalb von 6 Monaten nach Rechnungstellung erfolgen.					

Therap. Gruppe	Dossier Nr.	PRÄPARATE/ (Wirkstoffe) Packungen	Verantwortliche Firma	SHI-Nr.	Aufnahmejahr
02.07.10		CANDESARTAN-AMLODIPIN-MEPHA (Candesartanum cilexetilum, Amlodipinum)	Mepha Pharma AG		
	21223	Kaps 8 mg/5 mg Blist 28 Stk Fr. 29.00 (14.54)		67656001	01.05.2021, B
	21223	Kaps 8 mg/5 mg Blist 98 Stk Fr. 65.95 (43.16)		67656002	01.05.2021, B
	21223	Kaps 8 mg/10 mg Blist 28 Stk Fr. 37.05 (17.98)		67656005	01.05.2021, B
	21223	Kaps 8 mg/10 mg Blist 98 Stk Fr. 88.65 (62.93)		67656006	01.05.2021, B
	21223	Kaps 16 mg/5 mg Blist 28 Stk Fr. 34.65 (15.91)		67656003	01.05.2021, B
	21223	Kaps 16 mg/5 mg Blist 98 Stk Fr. 73.60 (49.82)		67656004	01.05.2021, B
	21223	Kaps 16 mg/10 mg Blist 28 Stk Fr. 38.60 (19.35)		67656007	01.05.2021, B
	21223	Kaps 16 mg/10 mg Blist 98 Stk Fr. 94.15 (67.73)		67656008	01.05.2021, B
Die gleichzeitige Therapie mit einer Fixkombination aus Candesartan und Amlodipin und einem Calciumantagonisten des I.T. 02.06. und/oder einem Angiotensin-II-Antagonisten und/oder einem ACE-Hemmer wird von der Grundversicherung nicht vergütet.					
02.07.10 G		TADALAFIL PAH ORPHA (Tadalafilum)	OrPha Swiss GmbH		
	21236	Filmtabl 20 mg 56 Stk Fr. 567.45 (480.00)		67968001	01.05.2021, B
Kostengutsprache durch den Krankenversicherer nach vorgängiger Konsultation des Vertrauensarztes aufgrund der erstmaligen Indikationsstellung durch tertiäre Zentren für pulmonale Hypertonie bzw. durch entsprechend qualifizierte Fachärzte für Pneumologie und Kardiologie.					
04.09		YALDIGO (Mesalazinum)	Tillotts Pharma AG		
	20979	Tabl 1600 mg 60 Stk Fr. 88.20 (62.55)		53108002	01.05.2021, B
05.99 G		DUTASTERID TAMSULOSIN ZENTIVA (Dutasteridum, Tamsulosini hydrochloridum)	Helvepharm AG		
	21228	Kaps 0.5/0.4 mg Fl 7 Stk Fr. 8.35 (3.71)		67959001	01.05.2021, B
	21228	Kaps 0.5/0.4 mg Fl 30 Stk Fr. 34.60 (15.87)		67959002	01.05.2021, B
	21228	Kaps 0.5/0.4 mg Fl 90 Stk Fr. 71.05 (47.61)		67959003	01.05.2021, B
07.12 G		EZETIMIB ATORVASTATIN SPIRIG HC (Ezetimibum, Atorvastatinum)	Spirig HealthCare AG		
	21233	Tabl 10 mg/10 mg Blist 30 Stk Fr. 39.45 (20.08)		68105001	01.05.2021, B
	21233	Tabl 10 mg/10 mg Blist 90 Stk Fr. 85.55 (60.24)		68105002	01.05.2021, B
	21233	Tabl 10 mg/20 mg Blist 30 Stk Fr. 39.45 (20.08)		68105003	01.05.2021, B
	21233	Tabl 10 mg/20 mg Blist 90 Stk Fr. 85.55 (60.24)		68105004	01.05.2021, B
	21233	Tabl 10 mg/40 mg Blist 30 Stk Fr. 39.45 (20.08)		68105005	01.05.2021, B
	21233	Tabl 10 mg/40 mg Blist 90 Stk Fr. 85.55 (60.24)		68105006	01.05.2021, B
	21233	Tabl 10 mg/80 mg Blist 30 Stk Fr. 39.45 (20.08)		68105007	01.05.2021, B
	21233	Tabl 10 mg/80 mg Blist 90 Stk Fr. 85.55 (60.24)		68105008	01.05.2021, B
Zur Senkung des kardiovaskulären Risikos bei Vorliegen einer sehr hohen resp. hohen Risikokategorie (nach AGLA Risikokategorie), wenn die entsprechenden LDL-Cholesterin Zielwerte (1.8 mmol/l bei sehr hohem Risiko resp. 2.5 mmol/l bei hohem Risiko) unter maximal verträglich dosierten Statintherapie nicht erreicht wurden.					
07.12		LIPERCOSYL (Atorvastatinum, Perindoprilum argininum)	Servier (Suisse) SA		
	20996	Kaps 20 mg/5 mg Ds 30 Stk Fr. 38.85 (19.55)		67197015	01.05.2021, B
	20996	Kaps 20 mg/5 mg Ds 90 Stk Fr. 73.65 (49.85)		67197016	01.05.2021, B
	20996	Kaps 40 mg/5 mg Ds 30 Stk Fr. 39.20 (19.88)		67197017	01.05.2021, B
	20996	Kaps 40 mg/5 mg Ds 90 Stk Fr. 74.60 (50.69)		67197018	01.05.2021, B
	20996	Kaps 20 mg/10 mg Ds 30 Stk Fr. 41.95 (22.26)		67197021	01.05.2021, B
	20996	Kaps 20 mg/10 mg Ds 90 Stk Fr. 81.55 (56.76)		67197022	01.05.2021, B
	20996	Kaps 40 mg/10 mg Ds 30 Stk Fr. 42.35 (22.60)		67197023	01.05.2021, B
	20996	Kaps 40 mg/10 mg Ds 90 Stk Fr. 82.55 (57.63)		67197024	01.05.2021, B

Therap. Gruppe	Dossier Nr.	PRÄPARATE/ (Wirkstoffe) Packungen	Verantwortliche Firma	SHI-Nr.	Aufnahmejahr
07.16.10 G		AZACITIDIN MYLAN (Azacitidinum)	Mylan Pharma GmbH		
	21235	Trockensub 100 mg Durchstf 1 Stk Fr. 273.85 (224.25)		67676001	01.05.2021, A
Behandlung von Patienten, die für eine Transplantation hämatopoetischer Stammzellen nicht geeignet sind und eines der folgenden Krankheitsbilder aufweisen:					
– Myelodysplastisches Syndrom mit intermediärem oder hohem Risiko gemäss International Prognostic Scoring System (IPSS) vom Typ refraktäre Zytopenie mit multi-lineärer Dysplasie (RCMD) oder refraktäre Anämie mit 5-19% Knochenmarksblasten (RAEB I und II)					
– Chronisch myelomonozytäre Leukämie					
– Akute myeloische Leukämie (AML) mit 20-30% Knochenmarksblasten und Mehrlinien-Dysplasie (gemäss Klassifikation der World Health Organisation (WHO) 2008)					
– Akute myeloische Leukämie (AML) mit >30% Knochenmarksblasten, gemäss Klassifikation der WHO, bei älteren Patienten, die für eine intensive Chemotherapie nicht geeignet sind oder diese nicht vertragen.					
07.16.10 G		AZACITIDIN SPIRIG HC (Azacitidinum)	Spirig HealthCare AG		
	21234	Trockensub 100 mg Durchstf 1 Stk Fr. 273.85 (224.25)		68273001	01.05.2021, A
Behandlung von Patienten, die für eine Transplantation hämatopoetischer Stammzellen nicht geeignet sind und eines der folgenden Krankheitsbilder aufweisen:					
– Myelodysplastisches Syndrom mit intermediärem oder hohem Risiko gemäss International Prognostic Scoring System (IPSS) vom Typ refraktäre Zytopenie mit multi-lineärer Dysplasie (RCMD) oder refraktäre Anämie mit 5-19% Knochenmarksblasten (RAEB I und II)					
– Chronisch myelomonozytäre Leukämie					
– Akute myeloische Leukämie (AML) mit 20-30% Knochenmarksblasten und Mehrlinien-Dysplasie (gemäss Klassifikation der World Health Organisation (WHO) 2008)					
– Akute myeloische Leukämie (AML) mit >30% Knochenmarksblasten, gemäss Klassifikation der WHO, bei älteren Patienten, die für eine intensive Chemotherapie nicht geeignet sind oder diese nicht vertragen.					
07.16.10		CAPRELSA (Vandetanibum)	Sanofi-Aventis (Suisse) SA		
	19924	Tabl 100 mg Blist 30 Stk Fr. 2565.20 (2282.82)		62341001	01.12.2012, A
	19924	Tabl 300 mg Blist 30 Stk Fr. 5208.35 (4841.34)		62341002	01.12.2012, A
Befristete Limitation bis 30.04.2022					
Zur Behandlung von Patienten mit nicht resezierbarem, schnell fortschreitendem und symptomatischem, metastasiertem medullärem Schilddrüsenkarzinom.					
Die Patienten sollen bis zur Progression der Erkrankung behandelt werden. Die Behandlung bedarf der Kostengutsprache durch den Krankenversicherer nach vorgängiger Konsultation des Vertrauensarztes.					
07.16.10		IMBRUVICA (Ibrutinibum)	Janssen-Cilag AG		
	21011	Filmtabl 140 mg 28 Stk Fr. 2087.95 (1847.69)		67109005	01.12.2019, A
	21011	Filmtabl 280 mg 28 Stk Fr. 4033.75 (3695.38)		67109006	01.12.2019, A
	21011	Filmtabl 420 mg 28 Stk Fr. 5927.65 (5543.07)		67109007	01.12.2019, A
Befristete Limitation bis 31.07.2021					
Die Behandlung bedarf der Kostengutsprache durch den Krankenversicherer nach vorgängiger Konsultation des Vertrauensarztes.					
Chronisch lymphatische Leukämie (CLL)					
Als Monotherapie zur Behandlung erwachsener Patienten mit chronisch lymphatischer Leukämie (CLL)					
– ab der ersten Linie bei Patienten mit 17p-Deletion oder TP53-Mutation					
– ab der zweiten Linie bei Frührezidiven (Rezidiv entsprechend der Vortherapie gemäss Leitlinien bis zu maximal 3 Jahren) oder bei Patienten, die für eine Chemoimmuntherapie nicht geeignet sind.					
Morbus Waldenström (MW)					
Als Monotherapie zur Behandlung symptomatischer erwachsener Patienten mit Morbus Waldenström (MW), die mindestens eine vorangehende Therapie erhalten haben und innerhalb von 12 Monaten nach einem Rituximab-basierenden Therapieregime einen Rückfall hatten.					

Therap. Gruppe	Dossier Nr.	PRÄPARATE/ (Wirkstoffe) Packungen	Verantwortliche Firma	SHI-Nr.	Aufnahmejahr
07.16.10		PERJETA (Pertuzumabum)	Roche Pharma (Schweiz) AG		
	19972	Inf Konz 420 mg/14 ml Vial 14 ml Fr. 3304.10 (2983.53)		62510001	01.07.2015, A
Befristete Limitation bis 31.07.2021					
Metastasiertes Mammakarzinom					
Perjeta ist in Kombination mit Herceptin und Docetaxel zur Behandlung von Patientinnen mit HER2-positivem metastasierendem oder lokal rezidivierendem nicht resezierbarem Brustkrebs indiziert, die noch keine Chemotherapie gegen ihre metastasierte Erkrankung erhalten haben. Nach Absetzen der Chemotherapie (ca. 6 Zyklen Docetaxel) wird Perjeta in Kombination mit Herceptin bis zur Progression verabreicht.					
Die Zulassungsinhaberin Roche Pharma (Schweiz) AG vergütet nach Aufforderung durch denjenigen Krankenversicherer, bei dem die versicherte Person zum Zeitpunkt des Bezugs versichert war, auf die Kombination von Perjeta und Herceptin dem Krankenversicherer für jede bezogene Packung Perjeta einen Betrag von Fr. 452.33 bei metastasiertem Brustkrebs. Die Mehrwertsteuer kann nicht zusätzlich zu diesem Anteil des Fabrikabgabepreises zurückgefordert werden. Die Aufforderung zur Rückvergütung soll ab dem Zeitpunkt der Verabreichung erfolgen.					
Nur nach vorgängiger Kostengutsprache durch den Krankenversicherer nach vorheriger Konsultation des Vertrauensarztes.					
Befristete Limitation bis 31.07.2021					
Neoadjuvante Therapie des Mammakarzinoms					
Perjeta ist in Kombination mit Herceptin und Docetaxel (und Carboplatin bei 6 neoadjuvanten Zyklen) für die neoadjuvante Behandlung von Patienten mit HER2-positivem, lokal fortgeschrittenem, entzündlichem Brustkrebs oder Brustkrebs im Frühstadium mit hohem Rezidivrisiko (entweder Tumorgrosse > 2 cm Durchmesser oder mit Lymphknotenbefall) im Rahmen eines Therapieplanes für Brustkrebs im Frühstadium indiziert. Die neoadjuvante Behandlung mit Perjeta ist auf maximal 6 Behandlungszyklen limitiert.					
Die Zulassungsinhaberin Roche Pharma (Schweiz) AG vergütet nach Aufforderung durch denjenigen Krankenversicherer, bei dem die versicherte Person zum Zeitpunkt des Bezugs (Therapiestart) versichert war, eine einmalige Pauschale auf die Kombination von Perjeta und Herceptin von Fr. 4485.95 pro neoadjuvanten Fall bzw. Patientin. Die Rückzahlung ist unabhängig von der tatsächlichen Anzahl an neoadjuvant verabreichten Therapiezyklen und kann nicht mit zusätzlichen Rückzahlungen pro Vial kombiniert werden. Die Mehrwertsteuer kann nicht zusätzlich zu diesem Anteil des Fabrikabgabepreises zurückgefordert werden. Die Aufforderung zur Rückvergütung soll ab dem Zeitpunkt der Verabreichung erfolgen.					
Nur nach vorgängiger Kostengutsprache durch den Krankenversicherer nach vorheriger Konsultation des Vertrauensarztes.					
Befristete Limitation bis 31.07.2021					
Adjuvante Therapie des Mammakarzinoms					
Perjeta ist in Kombination mit Herceptin und Chemotherapie für die adjuvante Behandlung von Patienten mit HER2-positivem Brustkrebs im Frühstadium mit hohem Rezidivrisiko (Lymphknoten-positiv) indiziert. Nur nach vorgängiger Kostengutsprache durch den Krankenversicherer nach vorheriger Konsultation des Vertrauensarztes.					
Patienten, welche neoadjuvant mit Perjeta und Herceptin behandelt wurden, können die Behandlung mit Perjeta und Herceptin ohne eine nochmalige Kostengutsprache adjuvant fortsetzen. Die adjuvante Behandlung ist auf 18 Zyklen, unabhängig vom Zeitpunkt der Operation, limitiert. Bei neoadjuvanter Vortherapie mit Perjeta und Herceptin, wird adjuvant bis auf insgesamt maximal 18 Zyklen ergänzt (z.B. 4 neoadjuvante Zyklen gefolgt von 14 adjuvanten Zyklen, oder 6 neoadjuvante Zyklen gefolgt von 12 adjuvanten Zyklen).					
Die Zulassungsinhaberin Roche Pharma (Schweiz) AG vergütet nach Aufforderung durch denjenigen Krankenversicherer, bei dem die versicherte Person zum Zeitpunkt des Bezugs versichert war, auf die Kombination von Perjeta und Herceptin dem Krankenversicherer für jede adjuvant (post-operativ) bezogene Packung Perjeta einen festgelegten Anteil des Fabrikabgabepreises zurück. Sie gibt dem Krankenversicherer die Höhe der Rückvergütung bekannt. Bei neoadjuvanter Vortherapie gilt das adjuvante Rückzahlungsschema ab dem 5. bzw. 7. Behandlungszyklus (entspricht dem 6. oder 8. Vial Perjeta, erster Zyklus = 2 Vials Perjeta). Die Mehrwertsteuer kann nicht zusätzlich zu diesem Anteil des Fabrikabgabepreises zurückgefordert werden. Die Aufforderung zur Rückvergütung soll ab dem Zeitpunkt der Verabreichung erfolgen.					
08.01.60		AZITHROMYCIN MEPHA (Azithromycinum)	Mepha Pharma AG		
G	21230	Filmtabl 250 mg Blist 4 Stk Fr. 15.35 (6.24)		67761001	01.05.2021, A
	21230	Filmtabl 250 mg Blist 6 Stk Fr. 18.90 (9.30)		67761002	01.05.2021, A
	21230	Filmtabl 500 mg Blist 3 Stk Fr. 18.90 (9.30)		67761003	01.05.2021, A
10.03		PSOTRIOL (Calcipotriolum, Betamethasonum)	Dermapharm AG		
G	21221	Salbe Tb 30 g Fr. 37.95 (18.75)		67932001	01.05.2021, B
	21221	Salbe Tb 60 g Fr. 56.75 (35.15)		67932002	01.05.2021, B

Therap. Gruppe	Dossier Nr.	PRÄPARATE/ (Wirkstoffe) Packungen	Verantwortliche Firma	SHI-Nr.	Aufnahmejahr
II. Andere Packungen und Dosierungen					
07.15		HYRIMOZ (Adalimumabum)	Sandoz Pharmaceuticals AG		
	20968	Inj Lös 40 mg/0.8 ml 6 Fertspr 0.800 ml Fr. 2490.80 (2215.00)		67258003	01.05.2021, B
<p>Aktive rheumatoide Arthritis, aktive polyartikuläre juvenile idiopathische Arthritis ab dem Alter von 13 Jahren mit einer Körperoberfläche grösser als 1.7 m², Psoriasis-Arthritis: Behandlung mit HYRIMOZ, wenn die vorausgegangene antirheumatische Standardtherapie mit krankheitsmodifizierenden Antirheumatika (DMARDs) unzulänglich war. Kostengutsprache durch den Krankenversicherer nach vorgängiger Konsultation des Vertrauensarztes.</p> <p>Ankylosierende Spondylitis (Morbus Bechterew): Behandlung mit HYRIMOZ, wenn die vorausgegangene konventionelle Therapie unzulänglich war oder nicht vertragen wurde. Kostengutsprache durch den Krankenversicherer nach vorgängiger Konsultation des Vertrauensarztes.</p> <p>Aktiver Morbus Crohn: Behandlung erwachsener Patienten mit HYRIMOZ, wenn die vorausgegangene konventionelle Therapie (z.B. mit Azathioprin, 6-Mercaptopurin oder Glukokortikoiden) unzulänglich war, sowie bei Patienten, die nicht mehr auf Remicade ansprechen oder dieses nicht vertragen. Kostengutsprache durch den Krankenversicherer nach vorgängiger Konsultation des Vertrauensarztes sowie erneute Kostengutsprache nach zwei Jahren ununterbrochener Therapie.</p> <p>Moderate bis schwere Colitis ulcerosa: Behandlung erwachsener Patienten mit HYRIMOZ, wenn die vorausgegangene konventionelle Therapie (z.B. mit Azathioprin, 6-Mercaptopurin oder Glukokortikoiden) unzulänglich war oder nicht vertragen wurde. Kostengutsprache durch den Krankenversicherer nach vorgängiger Konsultation des Vertrauensarztes.</p> <p>Schwere Plaque-Psoriasis: Behandlung erwachsener Patienten, bei denen UVB und PUVA oder eine der folgenden drei systemischen Therapien (Ciclosporin, Methotrexat, Acitretin) keinen therapeutischen Erfolg gezeigt haben. Falls nach 12 Wochen kein therapeutischer Erfolg eingetreten ist, ist die Behandlung abzubrechen. Die Verschreibung kann nur durch Fachärzte der Dermatologie oder dermatologische Universitätskliniken/ Polikliniken erfolgen.</p> <p>Aktive, mittelschwere bis schwere Hidradenitis suppurativa (Acne inversa): Behandlung erwachsener Patienten, wenn die vorausgegangene systemische Therapie mit Antibiotika unzulänglich war. Kostengutsprache durch den Krankenversicherer nach vorgängiger Konsultation des Vertrauensarztes. Bei Patienten, die nach 12 Wochen kein Ansprechen nach HiSCR von mindestens 50% zeigen, ist die Behandlung abzubrechen. Die Verschreibung kann nur durch Fachärzte der Dermatologie oder dermatologische Universitätskliniken/ Polikliniken erfolgen. Eine erneute Kostengutsprache durch den Krankenversicherer nach vorgängiger Konsultation des Vertrauensarztes nach 52 Wochen ununterbrochener Therapie.</p>					
07.15		HYRIMOZ SENSOREADY (Adalimumabum)	Sandoz Pharmaceuticals AG		
	20969	Inj Lös 40 mg/0.8 ml 6 Fertpen 0.800 ml Fr. 2490.80 (2215.00)		67259003	01.05.2021, B
<p>Aktive rheumatoide Arthritis, aktive polyartikuläre juvenile idiopathische Arthritis ab dem Alter von 13 Jahren mit einer Körperoberfläche grösser als 1.7 m², Psoriasis-Arthritis: Behandlung mit HYRIMOZ, wenn die vorausgegangene antirheumatische Standardtherapie mit krankheitsmodifizierenden Antirheumatika (DMARDs) unzulänglich war. Kostengutsprache durch den Krankenversicherer nach vorgängiger Konsultation des Vertrauensarztes.</p> <p>Ankylosierende Spondylitis (Morbus Bechterew): Behandlung mit HYRIMOZ, wenn die vorausgegangene konventionelle Therapie unzulänglich war oder nicht vertragen wurde. Kostengutsprache durch den Krankenversicherer nach vorgängiger Konsultation des Vertrauensarztes.</p> <p>Aktiver Morbus Crohn: Behandlung erwachsener Patienten mit HYRIMOZ, wenn die vorausgegangene konventionelle Therapie (z.B. mit Azathioprin, 6-Mercaptopurin oder Glukokortikoiden) unzulänglich war, sowie bei Patienten, die nicht mehr auf Remicade ansprechen oder dieses nicht vertragen. Kostengutsprache durch den Krankenversicherer nach vorgängiger Konsultation des Vertrauensarztes sowie erneute Kostengutsprache nach zwei Jahren ununterbrochener Therapie.</p> <p>Moderate bis schwere Colitis ulcerosa: Behandlung erwachsener Patienten mit HYRIMOZ, wenn die vorausgegangene konventionelle Therapie (z.B. mit Azathioprin, 6-Mercaptopurin oder Glukokortikoiden) unzulänglich war oder nicht vertragen wurde. Kostengutsprache durch den Krankenversicherer nach vorgängiger Konsultation des Vertrauensarztes.</p> <p>Schwere Plaque-Psoriasis: Behandlung erwachsener Patienten, bei denen UVB und PUVA oder eine der folgenden drei systemischen Therapien (Ciclosporin, Methotrexat, Acitretin) keinen therapeutischen Erfolg gezeigt haben. Falls nach 12 Wochen kein therapeutischer Erfolg eingetreten ist, ist die Behandlung abzubrechen. Die Verschreibung kann nur durch Fachärzte der Dermatologie oder dermatologische Universitätskliniken/ Polikliniken erfolgen.</p> <p>Aktive, mittelschwere bis schwere Hidradenitis suppurativa (Acne inversa): Behandlung erwachsener Patienten, wenn die vorausgegangene systemische Therapie mit Antibiotika unzulänglich war. Kostengutsprache durch den Krankenversicherer nach vorgängiger Konsultation des Vertrauensarztes. Bei Patienten, die nach 12 Wochen kein Ansprechen nach HiSCR von mindestens 50% zeigen, ist die Behandlung abzubrechen. Die Verschreibung kann nur durch Fachärzte der Dermatologie oder dermatologische Universitätskliniken/ Polikliniken erfolgen. Eine erneute Kostengutsprache durch den Krankenversicherer nach vorgängiger Konsultation des Vertrauensarztes nach 52 Wochen ununterbrochener Therapie.</p>					
10.05.20		TRIDERM (Betamethasonum, Clotrimazolum, Gentamicinum)	MSD Merck Sharp & Dohme AG		
	15183	Creme 15 g Fr. 15.65 (6.47)		46532001	01.05.2021, B

Therap. Gruppe	Dossier Nr.	PRÄPARATE/ (Wirkstoffe) Packungen	Verantwortliche Firma	SHI-Nr.	Datum der Streichung
III. Neu gestrichene Präparate/Packungen					
01.01.40 G		TRAMADOL-PARACETAMOL SANDOZ (Tramadoli hydrochloridum, Paracetamololum)	Sandoz Pharmaceuticals AG		
	20132	Filmtabl 37.5/325 mg 10 Stk Fr. 5.85 (1.53)		62802004	01.05.2021, A
	20132	Filmtabl 37.5/325 mg 20 Stk Fr. 7.20 (2.70)		62802005	01.05.2021, A
	20132	Filmtabl 37.5/325 mg 60 Stk Fr. 17.40 (8.01)		62802006	01.05.2021, A
07.02.30		VITAMIN D3 SANDOZ (Cholecalciferolum (Vitamin D3))	Sandoz Pharmaceuticals AG		
	20635	Tabl 500 IE 50 Stk Fr. 2.60 (1.42)		66466001	01.05.2021, D
	20635	Tabl 500 IE 100 Stk Fr. 5.25 (2.84)		66466002	01.05.2021, D
07.02.50		CALCIUM D3 SANDOZ (Calcium ionisatum, Cholecalciferolum (Vitamin D3))	Sandoz Pharmaceuticals AG		
	17923	Brausetabl 1200/800 30 Stk Fr. 20.40 (11.05)		55755024	01.05.2021, D
	17923	Brausetabl 1200/800 90 Stk Fr. 52.00 (28.19)		55755026	01.05.2021, D
07.12 G		ATORVASTATIN MEPHA (Atorvastatinum)	Mepha Pharma AG		
	20239	Lactabs 10 mg 100 Stk Fr. 70.30 (46.94)		61322018	01.05.2021, B
	20239	Lactabs 20 mg 100 Stk Fr. 70.30 (46.94)		61322020	01.05.2021, B
07.12		COLESTID (Colestipoli hydrochloridum)	Pfizer AG		
	13127	Gran 50 Btl 5 g Fr. 46.45 (26.17)		40855017	01.05.2021, B
07.16.10 G		METHOTREXAT TEVA ONCO (Methotrexatum)	Teva Pharma AG		
	17336	Inj Lös 5 mg/2 ml 2 ml Fr. 7.55 (2.99)		47999005	01.05.2021, A
07.16.10		ROFERON A (Interferonum alfa-2a ADNr)	Roche Pharma (Schweiz) AG		
	16619	Inj Lös 3 Mio E Fertspr 5 Stk Fr. 142.15 (109.54)		53568084	01.05.2021, A
08.01.25 G		MEROPENEM SANDOZ (Meropenemum)	Sandoz Pharmaceuticals AG		
	19368	Trockensub 500 mg Durchstf 10 Stk Fr. 162.50 (127.27)		60569001	01.05.2021, A
	19368	Trockensub 1 g Durchstf 10 Stk Fr. 298.10 (245.39)		60569002	01.05.2021, A
10.10		EXCIPIAL BALMANDOL BADEÖL (Amygdalae oleum, Paraffinum perliquidum)	Galderma SA		
	14878	Lös Fl 225 ml Fr. 11.35 (6.14)		46935001	01.05.2021, D

PRÄPARATE / (Wirkstoffe) Packungen	Verantwortliche Firma	Therap. Gruppe	Dossier Nr.	Preis neu	Ex-Fact. neu
IV. Preissenkungen					
IV.a. Preisänderung nach 1 Jahr SL-Aufnahme					
ZAVICEFTA Trockensub 2 g/0.5 g Glasfl 10 Stk	Pfizer AG	080194	20924	1324.20	1151.31
IV.b. Preisänderung nach 3-jährlicher Überprüfung der Aufnahmebedingungen					
ACTOS Tabl 15 mg 28 Stk	Takeda Pharma AG	070620	17585	38.85	19.57
Tabl 15 mg 98 Stk			17585	94.90	68.38
Tabl 30 mg 28 Stk			17585	46.90	26.56
Tabl 30 mg 98 Stk			17585	122.60	92.51
Tabl 45 mg 28 Stk			17585	53.00	31.86
Tabl 45 mg 98 Stk			17585	143.75	110.92
COMPETACT Filmtabl 15/850 mg 28 Stk	Takeda Pharma AG	070620	18532	40.80	21.27
Filmtabl 15/850 mg 98 Stk			18532	89.00	63.25
CRESTOR Filmtabl 5 mg 30 Stk	AstraZeneca AG	071200	18471	40.80	21.27
Filmtabl 5 mg 100 Stk			18471	97.80	70.90
Filmtabl 10 mg 30 Stk			18471	44.25	24.25
Filmtabl 10 mg 100 Stk			18471	109.20	80.85
Filmtabl 20 mg 30 Stk			18471	56.80	35.18
Filmtabl 20 mg 100 Stk			18471	151.05	117.28
IMNOVID Kaps 1 mg 21 Stk	Celgene GmbH	071640	20221	9457.90	8987.24
Kaps 2 mg 21 Stk			20221	9578.05	9104.46
Kaps 3 mg 21 Stk			20221	9698.25	9221.69
Kaps 4 mg 21 Stk			20221	9778.60	9300.11
LACRYVISC Augengel 10 g	Alcon Switzerland SA	110820	16426	6.00	3.26
LACRYVISC SE Augengel 20x 0.500 g	Alcon Switzerland SA	110820	17345	10.05	5.44
Augengel 50x 0.500 g			17345	22.40	12.15
OCULAC Gtt Opht 10 ml	Alcon Switzerland SA	110820	16719	4.65	2.52
Gtt Opht 3x 10 ml			16719	11.85	6.43
OCULAC SDU Gtt Opht 20x 0.400 ml	Alcon Switzerland SA	110820	16847	8.30	4.51
Gtt Opht 60x 0.400 ml			16847	21.00	11.37
PIOGLITAZON MEPHA Tabl 15 mg 28 Stk	Mepha Pharma AG	070620	19943	36.60	17.61
Tabl 15 mg 98 Stk			19943	87.05	61.54
Tabl 30 mg 28 Stk			19943	43.85	23.91
Tabl 30 mg 98 Stk			19943	112.00	83.26
Tabl 45 mg 28 Stk			19943	49.30	28.68
Tabl 45 mg 98 Stk			19943	131.00	99.82

PRÄPARATE / (Wirkstoffe) Packungen	Verantwortliche Firma	Therap. Gruppe	Dossier Nr.	Preis neu	Ex-Fact. neu
PIOGLITAZON SANDOZ	Sandoz Pharmaceuticals AG	070620			
Tabl 15 mg 28 Stk			19978	36.65	17.62
Tabl 15 mg 98 Stk			19978	87.05	61.55
Tabl 30 mg 28 Stk			19978	43.85	23.91
Tabl 30 mg 98 Stk			19978	112.00	83.26
Tabl 45 mg 28 Stk			19978	49.30	28.67
Tabl 45 mg 98 Stk			19978	131.00	99.83
STARLIX	Novartis Pharma Schweiz AG	070620			
Filmtabl 120 mg 84 Stk			17587	45.50	25.34
STARLIX MITE	Novartis Pharma Schweiz AG	070620			
Filmtabl 60 mg 84 Stk			17587	45.50	25.34
VIDAZA	Celgene GmbH	071610			
Trockensub 100 mg Durchstf 1 Stk			18384	475.55	399.94
IV.c. Normale Preismutation					
CAPRELSA	Sanofi-Aventis (Suisse) SA	071610			
Tabl 100 mg Blist 30 Stk			19924	2565.20	2282.82
Tabl 300 mg Blist 30 Stk			19924	5208.35	4841.34
EMGALITY	Eli Lilly (Suisse) SA	020510			
Inj Lös 120 mg/ml Fertipen 1 ml			20880	532.25	449.36
SOLIRIS	Alexion Pharma GmbH	071500			
Inf Konz 300 mg/30 ml Durchstf 30 ml			19016	4667.00	4513.18
IV.d. Preisänderung nach Patentablauf					
AFINITOR	Novartis Pharma Schweiz AG	071610			
Tabl 5 mg 30 Stk			19175	1292.60	1122.49
Tabl 10 mg 30 Stk			19175	1833.70	1615.88

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

V. Limitations-/Indikationsänderungen

AFINITOR	Novartis Pharma Schweiz AG	071610			
Tabl 5 mg 30 Stk			19175	1292.60	1122.49
Tabl 10 mg 30 Stk			19175	1833.70	1615.88

Limitation alt:

Behandlung von Patienten mit fortgeschrittenem Nierenzellkarzinom nach Versagen einer Behandlung mit Sunitinib oder Sorafenib.
Behandlung von Patienten mit fortgeschrittenen, progredienten, gut oder mässig differenzierten neuroendokrinen Tumoren pankreatischen Ursprungs.

Befristete Limitation bis 30.06.2021

In Kombination mit Exemestan zur Behandlung von postmenopausalen Frauen mit fortgeschrittenem, hormonrezeptor positivem, HER2 negativem Brustkrebs nach Versagen einer Behandlung mit Letrozol oder Anastrozol.

Limitation neu:

Behandlung von Patienten mit fortgeschrittenem Nierenzellkarzinom nach Versagen einer Behandlung mit Sunitinib oder Sorafenib.
Behandlung von Patienten mit fortgeschrittenen, progredienten, gut oder mässig differenzierten neuroendokrinen Tumoren pankreatischen Ursprungs.
In Kombination mit Exemestan zur Behandlung von postmenopausalen Frauen mit fortgeschrittenem, hormonrezeptor positivem, HER2 negativem Brustkrebs nach Versagen einer Behandlung mit Letrozol oder Anastrozol.

EMGALITY	Eli Lilly (Suisse) SA	020510			
Inj Lös 120 mg/ml Fertipen 1 ml			20880	532.25	449.36

Limitation alt:

Die Behandlung bedarf der Kostengutsprache durch den Krankenversicherer nach vorgängiger Konsultation des Vertrauensarztes. Die Erteilung der Kostengutsprache soll maximal eine Dauer von 12 Monaten abdecken.

Die Diagnosestellung, die Verordnung von EMGALITY und die Verlaufskontrolle darf ausschliesslich durch einen Facharzt FMH der Neurologie erfolgen.

EMGALITY wird zur Behandlung erwachsener Patienten mit während mindestens eines Jahres vorbestehender chronischer Migräne (Baseline: Mindestens 15 Migränetage pro Monat von unbehandelt mindestens 4h Dauer pro Tag lückenlos dokumentiert über mindestens 3 Monate) oder episodischer Migräne (Baseline: Mindestens 8 Migränetage pro Monat von unbehandelt mindestens 4h Dauer pro Tag lückenlos dokumentiert über mindestens 3 Monate mit Aura oder mit starker Schmerzintensität kombiniert mit starker Übelkeit/Erbrechen oder stark beeinträchtigender Photophobie oder Phonophobie) vergütet, sofern die Patienten auf mindestens zwei prophylaktische Therapien mit einem Betablocker, Kalziumantagonisten oder Antikonvulsivum, die je während mindestens 3 Monaten eingesetzt wurden, unzureichend angesprochen haben oder bei denen alle oben aufgeführten Migräneprophylaktika kontraindiziert sind oder wenn diese Therapien aufgrund von belegten, klinisch relevanten Nebenwirkungen abgebrochen werden mussten. Ein unzureichendes Ansprechen gilt als belegt, wenn nach 3-monatiger Behandlung mit einem Migräneprophylaktikum keine Reduktion der Migränetage um mindestens 50% gegenüber Therapiebeginn erzielt wurde.

Auf Verlangen müssen dem Vertrauensarzt des Krankenversicherers folgende Dokumente eingereicht werden:

- Dokumentation der Therapiedauer und des unzureichenden Ansprechens der Prophylaktika (z.B. anhand der Krankengeschichte oder Migränetagebuch)
- Migränetagebuch mindestens ab 3 Monate vor Therapiebeginn mit EMGALITY
- Migränetagebuch nach 3, 6 und 12 Monaten der EMGALITY Therapie

Kontrolle nach 3 Monaten:

- Die Behandlung mit EMGALITY 120 mg darf basierend auf einer Kontrolle durch den Facharzt FMH der Neurologie 3 Monate nach Therapiebeginn nur fortgesetzt werden, wenn die durchschnittliche Anzahl Migränetage gegenüber Therapiebeginn mit EMGALITY 120 mg reduziert wurde und diese Reduktion anhand eines Migränetagebuches belegt werden kann.

Kontrolle nach 6 Monaten:

- Die Behandlung mit EMGALITY darf basierend auf einer erneuten Kontrolle durch den Facharzt FMH der Neurologie 6 Monate nach Therapiebeginn nur fortgesetzt werden, wenn die durchschnittliche Anzahl Migränetage gegenüber Therapiebeginn mit EMGALITY um mindestens 50% reduziert wurde und diese Reduktion anhand eines Migränetagebuches belegt werden kann.
- Die Reduktion um mindestens 50% der Migränetage ist dem Vertrauensarzt des Krankenversicherers schriftlich zu melden.

Absetzen der Therapie nach 1 Jahr:

- Spätestens ein Jahr nach Therapiebeginn muss die Therapie abgesetzt werden. Wird 3 Monate nach Absetzen der Therapie die Diagnose einer chronischen Migräne (Kriterien vgl. oben) oder episodischen Migräne (Kriterien vgl. oben) erneut gestellt, kann eine Wiederaufnahme einer EMGALITY Therapie mittels erneuter Kostengutsprache für maximal 12 Monate beantragt werden.

Bei unzureichender oder nachlassender Wirksamkeit (definiert nach obenstehenden Kriterien) von EMGALITY wird eine Rotation innerhalb der Wirkstoffklassen (CGRP-Rezeptor-Antagonisten, CGRP-Inhibitoren) nicht vergütet.

Die Firma Eli Lilly (Suisse) SA vergütet bei einem Gebrauch von 2 Fertipens im ersten Monat auf Aufforderung desjenigen Krankenversicherers, bei dem die versicherte Person zum jeweiligen Bezugspunkt versichert war, Fr. 487.07 für 1 Fertipen zurück. Die Mehrwertsteuer kann nicht zusätzlich zu diesem Betrag zurückgefordert werden. Die Aufforderung zur Rückvergütung soll in der Regel innerhalb von 6 Monaten nach Rechnungstellung erfolgen.

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

Limitation neu:

Befristete Limitation bis 30.04.2024

Die Behandlung bedarf der Kostengutsprache durch den Krankenversicherer nach vorgängiger Konsultation des Vertrauensarztes. Die Erteilung der Kostengutsprache hat eine Dauer von 12 Monaten abzudecken.

Die Diagnosestellung, die Verordnung von EMGALITY und die Verlaufskontrolle darf ausschliesslich durch einen Facharzt FMH der Neurologie erfolgen.

EMGALITY wird zur Behandlung erwachsener Patienten mit während mindestens eines Jahres vorbestehender chronischer Migräne (Baseline: Mindestens 15 Migränetage pro Monat von unbehandelt mindestens 4h Dauer pro Tag lückenlos dokumentiert über mindestens 3 Monate) oder episodischer Migräne (Baseline: Mindestens 8 Migränetage pro Monat von unbehandelt mindestens 4h Dauer pro Tag lückenlos dokumentiert über mindestens 3 Monate mit Aura oder mit starker Schmerzintensität kombiniert mit starker Übelkeit/Erbrechen oder stark beeinträchtigender Photophobie oder Phonophobie) vergütet, sofern die Patienten auf mindestens zwei prophylaktische Therapien mit einem Betablocker, Kalziumantagonisten, Antikonvulsivum oder Amitriptylin die je während mindestens 3 Monaten eingesetzt wurden, unzureichend angesprochen haben oder bei denen alle oben aufgeführten Migräneprophylaktika kontraindiziert sind oder wenn diese Therapien aufgrund von belegten, klinisch relevanten Nebenwirkungen abgebrochen werden mussten. Ein unzureichendes Ansprechen gilt als belegt, wenn nach 3-monatiger Behandlung mit einem Migräneprophylaktikum keine Reduktion der Migränetage um mindestens 50% gegenüber Therapiebeginn erzielt wurde.

Auf Verlangen müssen dem Vertrauensarzt des Krankenversicherers folgende Dokumente eingereicht werden:

- Dokumentation der Therapiedauer vor der Behandlung mit EMGALITY und des unzureichenden Ansprechens der Prophylaktika (z.B. anhand der Krankengeschichte oder Migränetagebuch)
- Vor Therapiebeginn: Migränetagebuch mindestens ab 3 Monate vor Therapie mit EMGALITY
- Nach Therapiebeginn: Migränetagebuch nach 3, 6 und 12 Monaten der EMGALITY Therapie.

Kontrolle nach 3 Monaten:

- Die Behandlung mit EMGALITY darf basierend auf einer Kontrolle durch den Facharzt FMH der Neurologie 3 Monate nach Therapiebeginn nur fortgesetzt werden, wenn die durchschnittliche Anzahl Migränetage pro Monat gegenüber dem Durchschnittswert für die 3 Monate vor Therapiebeginn mit EMGALITY 120 mg reduziert wurde und diese Reduktion anhand eines Migränetagebuches belegt werden kann.

Kontrolle nach 6 Monaten:

- Die Behandlung mit EMGALITY darf basierend auf einer erneuten Kontrolle durch den Facharzt FMH der Neurologie 6 Monate nach Therapiebeginn nur fortgesetzt werden, wenn die durchschnittliche Anzahl Migränetage pro Monat gegenüber dem Durchschnittswert für die 3 Monate vor Therapiebeginn mit EMGALITY um mindestens 50% reduziert wurde und diese Reduktion anhand eines Migränetagebuches belegt werden kann.
- Die Reduktion um mindestens 50% der Migränetage ist dem Vertrauensarzt des Krankenversicherers schriftlich zu melden.

Falls eine Therapie mit EMGALITY nach 3 oder 6 Monaten infolge unzureichender Wirksamkeit abgebrochen werden muss, werden sämtliche weiteren Behandlungsversuche mit EMGALITY oder mit einem anderen CGRP-Rezeptor-Antagonisten od. CGRP-Inhibitor nicht mehr erstattet.

Absetzen der Therapie nach 1 Jahr:

- Spätestens ein Jahr nach Therapiebeginn muss die Therapie abgesetzt werden. Erleidet der/die Patient(in) innerhalb von 6 Monaten nach Absetzen der Therapie einen Rückfall (mindestens 8 Migränetage in 30 Tagen), kann eine Wiederaufnahme einer CGRP-Rezeptor-Antagonisten od. CGRP-Inhibitoren Therapie mittels erneuter Kostengutsprache für 12 Monate beantragt werden. Tritt der Rückfall nach 6 Monaten auf, muss der/die Patient(in) erneut die Kriterien wie bei der ersten Verschreibung erfüllen.

Nach dem 2. Therapiejahr und in den Folgejahren:

- Sowohl nach dem 2. Therapiejahr und in den Folgejahren muss eine Therapiepause wie oben angegeben eingehalten werden. Danach kann der/die Patient(in) die Therapie mit CGRP-Rezeptor-Antagonisten od. CGRP-Inhibitoren wieder aufnehmen, wenn er/sie die Kriterien erneut erfüllt. Dies kann solange fortgesetzt werden, wie die Therapie noch notwendig und wirksam ist.

Die Firma Eli Lilly (Suisse) SA vergütet bei einem Gebrauch von 2 Fertigpens im ersten Monat auf Aufforderung desjenigen Krankenversicherers, bei dem die versicherte Person zum jeweiligen Bezugspunkt versichert war, Fr. 449.36 für 1 Fertigpen zurück. Die Mehrwertsteuer kann nicht zusätzlich zu diesem Betrag zurückgefordert werden. Die Aufforderung zur Rückvergütung soll in der Regel innerhalb von 6 Monaten nach Rechnungsstellung erfolgen.

PRÄPARATE / (Wirkstoffe) Packungen	Verantwortliche Firma	Therap. Gruppe	Dossier Nr.	Preis neu	Ex-Fact. neu
IMFINZI	AstraZeneca AG	071610			
Inf Konz 120 mg Durchstf 2.4 ml			20791	676.35	574.88
Inf Konz 500 mg Durchstf 10 ml			20791	2688.55	2395.32

Limitation alt:

Als Monotherapie nach Kostengutsprache durch den Krankenversicherer nach vorgängiger Konsultation des Vertrauensarztes für die Behandlung von Patienten mit histologisch oder zytologisch bestätigtem lokal fortgeschrittenem, nicht resezierbarem nicht-kleinzelligem Lungenkarzinom Stadium III, deren Erkrankung nach einer definitiven platinbasierten Chemoradiotherapie nicht fortgeschritten ist.

Klinisch stabile Patienten mit initialem Befund einer Progression können bis zur Bestätigung der Progression der Erkrankung weiter behandelt werden. Voraussetzung für die Therapie ist eine Vortherapie mit ≥ 2 Zyklen platinbasierter Chemotherapie plus begleitender Radiotherapie, ein Alter ≥ 18 Jahre sowie eine geschätzte Restlebenserwartung ≥ 12 Wochen. Die Therapiedauer ist auf 12 Monate beschränkt.

Limitation neu:**NSCLC**

Als Monotherapie nach Kostengutsprache durch den Krankenversicherer nach vorgängiger Konsultation des Vertrauensarztes für die Behandlung von Patienten mit histologisch oder zytologisch bestätigtem lokal fortgeschrittenem, nicht resezierbarem nicht-kleinzelligem Lungenkarzinom Stadium III, deren Erkrankung nach einer definitiven platinbasierten Chemoradiotherapie nicht fortgeschritten ist.

Klinisch stabile Patienten mit initialem Befund einer Progression können bis zur Bestätigung der Progression der Erkrankung weiter behandelt werden. Voraussetzung für die Therapie ist eine Vortherapie mit ≥ 2 Zyklen platinbasierter Chemotherapie plus begleitender Radiotherapie, ein Alter ≥ 18 Jahre sowie eine geschätzte Restlebenserwartung ≥ 12 Wochen. Die Therapiedauer ist auf 12 Monate beschränkt.

Befristete Limitation bis 31.08.2023

SCLC

Als Erstlinienbehandlung in Kombination mit Etoposid und entweder Carboplatin oder Cisplatin von Patienten mit fortgeschrittenem, unbehandeltem, histologisch oder zytologisch bestätigtem kleinzelligem Lungenkarzinom (ES-SCLC, extensive-stage small cell lung cancer) entsprechend den Kriterien des American Joint Committee on Cancer (AJCC, Version 8, Stadium IV (T alle, N alle, M1a-c) oder T3-4 ohne verträgliche Bestahlungsmöglichkeit).

Voraussetzung für die Therapie ist ein Alter von 18 Jahren, eine geschätzte Restlebenserwartung von 12 Wochen sowie eine nach RECIST Version 1.1 messbare Krankheit. Die Patienten sollten bis zur Progression der Erkrankung behandelt werden. Klinisch stabile Patienten mit initialem Befund einer Progression können bis zur Bestätigung der Progression der Erkrankung weiter behandelt werden.

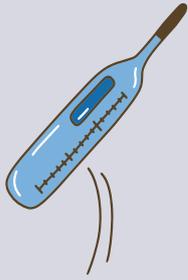
Dem Versicherer ist bei Therapiebeginn die Indikation mitzuteilen.

Die Zulassungsinhaberin AstraZeneca AG erstattet dem Krankenversicherer, bei dem die versicherte Person zum Zeitpunkt des Bezugs versichert war, auf dessen Aufforderung hin für jede für die Nebenindikation SCLC Behandlung bezogene Packung IMFINZI einen festgelegten Anteil des Fabrikabgabepreises zurück.

Die Zulassungsinhaberin gibt dem Krankenversicherer die jeweilige Höhe der Rückerstattungen bekannt. Die Mehrwertsteuer kann nicht zusätzlich zurückgefordert werden. Die Aufforderung zur Rückerstattung soll ab dem Zeitpunkt der Verabreichung erfolgen.

PRÄPARATE / (Wirkstoffe) Packungen	Verantwortliche Firma	Therap. Gruppe	Dossier Nr.	Preis neu	Ex-Fact. neu
VI. Limitationsänderungen aufgrund der Überprüfung der Aufnahmebedingungen alle drei Jahre von 2020					
ACTOS	Takeda Pharma AG	070620			
Tabl 15 mg 28 Stk			17585	38.85	19.57
Tabl 30 mg 28 Stk			17585	46.90	26.56
Tabl 45 mg 28 Stk			17585	53.00	31.86
Tabl 15 mg 98 Stk			17585	94.90	68.38
Tabl 30 mg 98 Stk			17585	122.60	92.51
Tabl 45 mg 98 Stk			17585	143.75	110.92
Limitation alt:					
Anwendung, wenn die HbA1c-Werte mit bisherigen oralen Standard-Antidiabetika nicht erreicht werden können.					
Limitation neu:					
Anwendung, wenn andere orale Antidiabetika kontraindiziert oder aus medizinischen Gründen nicht angezeigt sind oder für bereits mit diesem Arzneimittel eingestellte Patienten.					
COMPETACT	Takeda Pharma AG	070620			
Filmtabl 15/850 mg 28 Stk			18532	40.80	21.27
Filmtabl 15/850 mg 98 Stk			18532	89.00	63.25
Limitation alt:					
Für Patienten, bei denen eine Monotherapie mit Metformin nur ungenügend eingestellt werden kann oder als Ersatz von einem Glitazon und Metformin in getrennten Darreichungsformen.					
Limitation neu:					
Für Patienten, bei denen durch eine Monotherapie mit Metformin keine ausreichende Kontrolle der Glykämie erreicht werden kann, wenn andere orale Antidiabetika kontraindiziert oder aus medizinischen Gründen nicht angezeigt sind oder als Ersatz von einem Glitazon und Metformin in getrennten Darreichungsformen. Sowie für bereits mit diesem Arzneimittel eingestellte Patienten.					
IMNOVID	Celgene GmbH	071640			
Kaps 1 mg 21 Stk			20221	9457.90	8987.24
Kaps 2 mg 21 Stk			20221	9578.05	9104.46
Kaps 3 mg 21 Stk			20221	9698.25	9221.69
Kaps 4 mg 21 Stk			20221	9778.60	9300.11
Limitation alt:					
Nur nach Kostengutsprache durch den Krankenversicherer nach vorgängiger Konsultation des Vertrauensarztes.					
Imnovid in Kombination mit Dexamethason ist indiziert zur Behandlung von rezidiertem und refraktärem Multiplem Myelom (MM) bei Patienten, welche mindestens zwei vorgängige Therapien erhielten (inklusive Lenalidomid und Bortezomib) und welche eine Progredienz zur letzten Therapie gezeigt haben.					
Befristete Limitation bis 31.07.2021					
Nach Kostengutsprache durch den Krankenversicherer nach vorgängiger Konsultation des Vertrauensarztes.					
IMNOVID wird in Kombination mit Elotuzumab und Dexamethason zur Behandlung des multiplen Myeloms bei erwachsenen Patienten vergütet, die zuvor mindestens zwei Therapien inklusive Lenalidomid und einen Proteasom-Inhibitor erhalten haben und die Progredienz zur letzten Therapie gezeigt haben.					
Die Celgene GmbH zahlt nach Aufforderung durch denjenigen Krankenversicherer, bei dem die versicherte Person zum Zeitpunkt des Bezugs versichert war, pro Packung IMNOVID 17.97 Prozent des Fabrikabgabepreises an den Krankenversicherer zurück.					
Die Forderung einer Rückvergütung durch den Krankenversicherer gilt nur für die Kombination von Elotuzumab und IMNOVID und kann nur dann erfolgen, wenn nachweislich beide Medikamente eingesetzt wurden. Die Mehrwertsteuer kann nicht zusätzlich zu den Rückvergütungsbeträgen zurückgefordert werden.					
Limitation neu:					
Nur nach Kostengutsprache durch den Krankenversicherer nach vorgängiger Konsultation des Vertrauensarztes.					
Imnovid in Kombination mit Dexamethason ist indiziert zur Behandlung von rezidiertem und refraktärem Multiplem Myelom (MM) bei Patienten, welche mindestens zwei vorgängige Therapien erhielten (inklusive Lenalidomid und Bortezomib) und welche eine Progredienz zur letzten Therapie gezeigt haben.					
Befristete Limitation bis 31.07.2021					
Nach Kostengutsprache durch den Krankenversicherer nach vorgängiger Konsultation des Vertrauensarztes.					
IMNOVID wird in Kombination mit Elotuzumab und Dexamethason zur Behandlung des multiplen Myeloms bei erwachsenen Patienten vergütet, die zuvor mindestens zwei Therapien inklusive Lenalidomid und einen Proteasom-Inhibitor erhalten haben und die Progredienz zur letzten Therapie gezeigt haben.					
Die Celgene GmbH zahlt nach Aufforderung durch denjenigen Krankenversicherer, bei dem die versicherte Person zum Zeitpunkt des Bezugs versichert war, pro Packung IMNOVID 13.44 Prozent des Fabrikabgabepreises an den Krankenversicherer zurück.					
Die Forderung einer Rückvergütung durch den Krankenversicherer gilt nur für die Kombination von Elotuzumab und IMNOVID und kann nur dann erfolgen, wenn nachweislich beide Medikamente eingesetzt wurden. Die Mehrwertsteuer kann nicht zusätzlich zu den Rückvergütungsbeträgen zurückgefordert werden.					

PRÄPARATE / (Wirkstoffe) Packungen	Verantwortliche Firma	Therap. Gruppe	Dossier Nr.	Preis neu	Ex-Fact. neu
LIVAZO	Recordati AG	071200			
Filmtabl 1 mg 30 Stk			19952	49.15	28.51
Filmtabl 1 mg 90 Stk			19952	114.60	85.53
Filmtabl 2 mg 30 Stk			19952	56.20	34.70
Filmtabl 2 mg 90 Stk			19952	135.90	104.10
Filmtabl 4 mg 30 Stk			19952	74.20	50.34
Filmtabl 4 mg 90 Stk			19952	189.75	151.02
Limitation neu: Vergütung ausschliesslich bei Erwachsenen mit primärer Hypercholesterinämie, einschliesslich heterozygoter familiärer Hypercholesterinämie, oder bei kombinierter (gemischter) Dyslipidämie zur Reduktion eines erhöhten Gesamtcholesterin- und LDL-Cholesterinspiegels; zusammen mit einer unterstützenden Diät, wenn Diät und andere nicht-pharmakologische Massnahmen (z.B. Bewegung und Gewichtsreduktion) keine ausreichende Wirkung erbringen.					
NOVONORM	Novo Nordisk Pharma AG	070620			
Tabl 0.500 mg 90 Stk			17417	20.35	10.58
Tabl 1 mg 90 Stk			17417	27.00	12.81
Tabl 2 mg 90 Stk			17417	33.65	15.02
Limitation neu: Anwendung, wenn andere orale Antidiabetika kontraindiziert oder aus medizinischen Gründen nicht angezeigt sind oder für bereits mit diesem Arzneimittel eingestellte Patienten.					
PIOGLITAZON MEPHA	Mepha Pharma AG	070620			
Tabl 15 mg 28 Stk			19943	36.60	17.61
Tabl 15 mg 98 Stk			19943	87.05	61.54
Tabl 30 mg 28 Stk			19943	43.85	23.91
Tabl 30 mg 98 Stk			19943	112.00	83.26
Tabl 45 mg 28 Stk			19943	49.30	28.68
Tabl 45 mg 98 Stk			19943	131.00	99.82
Limitation alt: Anwendung, wenn die HbA1c-Werte mit bisherigen oralen Standard-Antidiabetika nicht erreicht werden können.					
Limitation neu: Anwendung, wenn andere orale Antidiabetika kontraindiziert oder aus medizinischen Gründen nicht angezeigt sind oder für bereits mit diesem Arzneimittel eingestellte Patienten.					
PIOGLITAZON SANDOZ	Sandoz Pharmaceuticals AG	070620			
Tabl 15 mg 28 Stk			19978	36.65	17.62
Tabl 15 mg 98 Stk			19978	87.05	61.55
Tabl 30 mg 28 Stk			19978	43.85	23.91
Tabl 30 mg 98 Stk			19978	112.00	83.26
Tabl 45 mg 28 Stk			19978	49.30	28.67
Tabl 45 mg 98 Stk			19978	131.00	99.83
Limitation alt: Anwendung, wenn die HbA1c-Werte mit bisherigen oralen Standard-Antidiabetika nicht erreicht werden können.					
Limitation neu: Anwendung, wenn andere orale Antidiabetika kontraindiziert oder aus medizinischen Gründen nicht angezeigt sind oder für bereits mit diesem Arzneimittel eingestellte Patienten.					
REPAGLINIDE ZENTIVA	Rivopharm SA	070620			
Tabl 0.500 mg 90 Stk			20321	19.15	9.53
Tabl 1 mg 90 Stk			20321	25.55	11.54
Tabl 2 mg 90 Stk			20321	27.80	13.52
Limitation neu: Anwendung, wenn andere orale Antidiabetika kontraindiziert oder aus medizinischen Gründen nicht angezeigt sind oder für bereits mit diesem Arzneimittel eingestellte Patienten.					
STARLIX	Novartis Pharma Schweiz AG	070620			
Filmtabl 120 mg 84 Stk			17587	45.50	25.34
Limitation neu: Anwendung, wenn andere orale Antidiabetika kontraindiziert oder aus medizinischen Gründen nicht angezeigt sind oder für bereits mit diesem Arzneimittel eingestellte Patienten.					
STARLIX MITE	Novartis Pharma Schweiz AG	070620			
Filmtabl 60 mg 84 Stk			17587	45.50	25.34
Limitation neu: Anwendung, wenn andere orale Antidiabetika kontraindiziert oder aus medizinischen Gründen nicht angezeigt sind oder für bereits mit diesem Arzneimittel eingestellte Patienten.					



**Danke,
dass Sie sich
regelmässig
testen
lassen.**



**Bitte bleiben Sie vorsichtig.
Gemeinsam meistern wir die Krise.**

bag-coronavirus.ch



Rezeptsperrung

Swissmedic, Abteilung Betäubungsmittel

Rezeptsperrung
Folgende Rezepte sind gesperrt

Kanton	Block-Nr.	Rezept-Nr.
Zürich		8753740

BAG-Bulletin
BBL, Vertrieb Publikationen
CH-3003 Bern

P.P.

CH-3003 Bern
Post CH AG

BAG-Bulletin

Woche
20/2021