



Schweizerische Eidgenossenschaft
Confédération suisse
Confederazione Svizzera
Confederaziun svizra

Eidgenössisches Departement des Innern EDI
Bundesamt für Gesundheit BAG

Ausgabe vom 14. November 2022

BAG-Bulletin ^{Woche} 46/2022

Informationsmagazin für medizinische Fachpersonen und Medienschaffende

Spezialitätenliste, S. 8

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 50 00
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	7
Wochenbericht zu den grippeähnlichen Erkrankungen	7
Spezialitätenliste	8
Rezeptsperrung	39

Meldungen Infektionskrankheiten

Stand am Ende der 44. Woche (08.11.2022)^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 Influenzüberwachung im Sentinella-Meldesystem www.bag.admin.ch/grippebericht.

^c Ausgeschlossen sind materno-fötale Röteln.

^d Bei schwangeren Frauen und Neugeborenen

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

^f Primäre, sekundäre bzw. frühlatente Syphilis.

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

^h Eingeschlossen sind Fälle von Haut- und Rachendiphtherie.

Infektionskrankheiten: Stand am Ende der 44. Woche (08.11.2022)^a

	Woche 44			letzte 4 Wochen			letzte 52 Wochen			seit Jahresbeginn		
	2022	2021	2020	2022	2021	2020	2022	2021	2020	2022	2021	2020
Respiratorische Übertragung												
Haemophilus influenzae: invasive Erkrankung	6 3.60	4 2.40	3 1.80	9 1.30	6 0.90	8 1.20	122 1.40	68 0.80	91 1.00	99 1.30	58 0.80	74 1.00
Influenzavirus-Infektion, saisonale Typen und Subtypen^b	48 28.40	5 3.00		120 17.80	8 1.20	2 0.30	12189 138.90	66 0.80	11761 135.00	11775 158.50	53 0.70	11332 153.80
Legionellose	10 5.90	12 7.10	6 3.60	57 8.40	59 8.70	34 5.10	650 7.40	645 7.40	501 5.80	565 7.60	592 8.00	421 5.70
Masern									47 0.50			37 0.50
Meningokokken: invasive Erkrankung	1 0.60			1 0.20	1 0.20		12 0.10	9 0.10	27 0.30	11 0.20	7 0.09	18 0.20
Pneumokokken: invasive Erkrankung	8 4.70	14 8.30	4 2.40	53 7.80	55 8.20	16 2.40	633 7.20	454 5.20	638 7.30	531 7.20	397 5.40	495 6.70
Röteln^c												
Röteln, materno-fötal^d												
Tuberkulose	2 1.20	8 4.70	4 2.40	22 3.30	26 3.80	11 1.60	372 4.20	361 4.10	380 4.40	323 4.40	311 4.20	318 4.30
Faeco-orale Übertragung												
Campylobacteriose	134 79.40	81 48.00	59 35.20	567 84.00	501 74.20	402 60.00	7689 87.60	6486 73.90	6290 72.20	6670 89.80	5720 77.00	5304 72.00
Enterohämorrhagische E. coli-Infektion	37 21.90	19 11.30	5 3.00	103 15.20	89 13.20	46 6.90	1194 13.60	890 10.10	748 8.60	1059 14.30	811 10.90	609 8.30
Hepatitis A	4 2.40	1 0.60	1 0.60	7 1.00	6 0.90	3 0.40	59 0.70	47 0.50	77 0.90	51 0.70	41 0.60	61 0.80
Hepatitis E	1 0.60	1 0.60		5 0.70	3 0.40	5 0.80	76 0.90	162 1.80	79 0.90	63 0.80	155 2.10	60 0.80
Listeriose	1 0.60			8 1.20	1 0.20	3 0.40	76 0.90	32 0.40	55 0.60	68 0.90	25 0.30	49 0.70
Salmonellose, S. typhi/ paratyphi				2 0.30			10 0.10	1 0.01	14 0.20	9 0.10	1 0.01	11 0.20
Salmonellose, übrige	47 27.80	31 18.40	12 7.20	197 29.20	147 21.80	103 15.40	1812 20.60	1509 17.20	1278 14.70	1670 22.50	1354 18.20	1066 14.50
Shigellose	10 5.90	3 1.80		28 4.20	19 2.80	2 0.30	172 2.00	91 1.00	88 1.00	159 2.10	85 1.10	53 0.70

	Woche 44			letzte 4 Wochen			letzte 52 Wochen			seit Jahresbeginn		
	2022	2021	2020	2022	2021	2020	2022	2021	2020	2022	2021	2020
Durch Blut oder sexuell übertragen												
Aids		2 1.20	1 0.60	5 0.70	9 1.30	5 0.80	40 0.50	50 0.60	61 0.70	35 0.50	44 0.60	45 0.60
Chlamydiose	269 159.40	382 226.30	177 105.70	1027 152.10	1060 157.00	803 119.90	12788 145.70	11932 135.90	11425 131.20	10861 146.20	10255 138.10	9408 127.70
Gonorrhoe*	108 64.00	95 56.30		393 58.20	383 56.70	219 32.70	5031 57.30	3888 44.30	3405 39.10	4279 57.60	3331 44.80	2811 38.10
Hepatitis B, akut		2 1.20	1 0.60		3 0.40	1 0.20	23 0.30	27 0.30	24 0.30	19 0.30	23 0.30	19 0.30
Hepatitis B, total Meldungen	26	20	22	90	88	60	1114	1025	969	963	880	781
Hepatitis C, akut		1 0.60			1 0.20		11 0.10	12 0.10	14 0.20	8 0.10	10 0.10	14 0.20
Hepatitis C, total Meldungen	21	21	16	91	78	72	1057	943	907	913	818	752
HIV-Infektion	20 11.80	7 4.20	4 2.40	28 4.20	19 2.80	23 3.40	358 4.10	321 3.70	300 3.40	301 4.00	271 3.60	230 3.10
Syphilis, Frühstadien ^f	3 1.80	20 11.80		31 4.60	69 10.20	33 4.90	727 8.30	646 7.40	642 7.40	611 8.20	569 7.70	509 6.90
Syphilis, total ^g	5 3.00	23 13.60		37 5.50	84 12.40	45 6.70	997 11.40	864 9.80	862 9.90	825 11.10	752 10.10	684 9.30
Zoonosen und andere durch Vektoren übertragbare Krankheiten												
Brucellose					1 0.20	1 0.20	5 0.06	6 0.07	5 0.06	5 0.07	6 0.08	3 0.04
Chikungunya-Fieber		2 1.20			2 0.30		3 0.03	5 0.06	17 0.20	2 0.03	5 0.07	11 0.20
Dengue-Fieber		2 1.20		9 1.30	3 0.40		83 1.00	19 0.20	133 1.50	75 1.00	18 0.20	75 1.00
Gelbfieber												
Hantavirus-Infektion		1 0.60			2 0.30			6 0.07			6 0.08	
Malaria	3 1.80	6 3.60	2 1.20	29 4.30	14 2.10	7 1.00	307 3.50	242 2.80	152 1.80	281 3.80	226 3.00	106 1.40
Q-Fieber		1 0.60		5 0.70	12 1.80	2 0.30	89 1.00	98 1.10	56 0.60	72 1.00	91 1.20	48 0.60
Trichinellose							7 0.08	2 0.02	3 0.03	7 0.09	1 0.01	3 0.04
Tularämie		7 4.20		2 0.30	22 3.30	2 0.30	107 1.20	245 2.80	123 1.40	88 1.20	220 3.00	94 1.30
West-Nil-Fieber						1 0.20			1 0.01			1 0.01
Zeckenzephalitis	7 4.20		4 2.40	27 4.00	14 2.10	15 2.20	377 4.30	291 3.30	449 5.20	365 4.90	273 3.70	433 5.90
Zika-Virus Infektion									1 0.01			
Andere Meldungen												
Botulismus							1 0.01	1 0.01		1 0.01	1 0.01	
Creutzfeldt-Jakob-Krankheit				1 0.20		4 0.60	28 0.30	26 0.30	20 0.20	22 0.30	22 0.30	17 0.20
Diphtherie ^h				11 1.60			53 0.60	3 0.03	3 0.03	52 0.70	3 0.04	3 0.04
Tetanus												

Coronavirus

**SO SCHÜTZEN
WIR UNS.**



Sehr
empfohlen
für Personen ab
65 Jahren

BESSER GESCHÜTZT DANK DER AUFFRISCHIMPFUNG

Um im Herbst und Winter bestmöglich gegen einen schweren Krankheitsverlauf von Covid-19 geschützt zu sein, wird die Auffrischimpfung besonders Personen ab 65 Jahren, Schwangeren und Personen mit bestimmten Vorerkrankungen empfohlen. Zusätzlich haben alle ab 16 Jahren die Möglichkeit, ihre Impfung aufzufrischen.

bag-coronavirus.ch/impfung



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
Schweizerischer Apothekerverband



pädlatrfe
schweiz



Sentinella-Statistik

Provisorische Daten

Sentinella:

Anzahl Meldungen (N) der letzten 4 Wochen bis am 4.11.2022 und Inzidenz pro 1000 Konsultationen (N/10³)
Freiwillige Erhebung bei Hausärztinnen und Hausärzten (Allgemeinpraktiker, Internisten und Pädiater)

Woche	41		42		43		44		Mittel 4 Wochen	
	N	N/10 ³	N	N/10 ³						
Mumps	0	0	1	0.1	0	0	0	0	0.3	0
Pertussis	0	0	0	0	0	0	1	0.1	0.3	0
Zeckenstiche	2	0.2	4	0.4	3	0.2	2	0.2	2.8	0.3
Lyme Borreliose	4	0.4	6	0.6	6	0.5	2	0.2	4.5	0.4
Herpes Zoster	1	0.1	9	0.8	3	0.2	6	0.6	4.8	0.4
Post-Zoster-Neuralgie	0	0	0	0	0	0	1	0.1	0.3	0
Meldende Ärzte	125		131		144		143		135.8	

Wochenbericht zu den grippeähnlichen Erkrankungen

Die wöchentliche Berichterstattung zur Grippe erfolgt elektronisch und ist unter folgender Adresse zu finden: <https://www.bag.admin.ch/grippebericht>



Spezialitätenliste:

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

[] Der dem verfügbaren Publikumspreis zugrunde liegende Fabrikabgabepreis

Gültig ab 1. November 2022

Therap. Gruppe	Dossier Nr.	PRÄPARATE/ (Wirkstoffe) Packungen	Verantwortliche Firma	SHI-Nr.	Aufnahmejahr
I. Neuzugang Präparate					
01.05 G		QUETIAPIN SPIRIG HC (Quetiapinum)	Spirig HealthCare AG		
	21525	Filmtabl 25 mg Blist 60 Stk Fr. 35.75 (16.85)		68724001	01.11.2022, B
	21525	Filmtabl 100 mg Blist 60 Stk Fr. 62.95 (40.54)		68724002	01.11.2022, B
	21525	Filmtabl 100 mg Blist 100 Stk Fr. 92.75 (66.50)		68724003	01.11.2022, B
	21525	Filmtabl 200 mg Blist 60 Stk Fr. 112.05 (83.32)		68724004	01.11.2022, B
	21525	Filmtabl 200 mg Blist 100 Stk Fr. 173.40 (136.78)		68724005	01.11.2022, B
	21525	Filmtabl 300 mg Blist 60 Stk Fr. 151.55 (117.74)		68724006	01.11.2022, B
	21525	Filmtabl 300 mg Blist 100 Stk Fr. 238.05 (193.06)		68724007	01.11.2022, B
01.05 G		RISPERIDON-MEPHA LA (Risperidonum)	Mepha Pharma AG		
	21510	Inj Susp 25 mg c Solv Inj kit 1 Stk Fr. 99.30 (72.22)		67622001	01.11.2022, B
	21510	Inj Susp 37.5 mg c Solv Inj kit 1 Stk Fr. 131.45 (100.21)		67622002	01.11.2022, B
21510	Inj Susp 50 mg c Solv Inj kit 1 Stk Fr. 157.30 (122.75)		67622003	01.11.2022, B	
01.09 G		PALONOSETRON LABATEC (Palonosetronum)	Labatec Pharma SA		
	21506	Inj Lös 0.25 mg/5 ml Durchstf 5 ml Fr. 68.45 (45.36)		68498001	01.11.2022, B
Stark emetogene Chemotherapie.					
02.03		HEMANGIOL (Propranololum)	Pierre Fabre Pharma AG		
	21435	Lös 3.75 mg/ml Fl 120 ml Fr. 220.95 (178.18)		61214001	01.11.2022, B
Die Behandlung mit HEMANGIOL muss in Zentren, die über Erfahrung in Diagnose, Behandlung und Management des infantilen Hämangioms verfügen, in einem kontrollierten klinischen Umfeld mit angemessenen Einrichtungen zur Handhabung unerwünschter Reaktionen, einschliesslich solcher, die Notfallmassnahmen erfordern, initiiert werden.					
HEMANGIOL wird zur Behandlung proliferativer infantiler Hämangiome, die eine systemische Therapie erfordern, vergütet.					
Der Therapiebeginn ist bei Säuglingen zwischen 5 Wochen und 5 Monaten.					
Die klinische Überwachung des Gesundheitszustands des Kindes sowie eine Neuanpassung der Dosis muss mindestens einmal pro Monat durchgeführt werden.					
HEMANGIOL ist über einen Zeitraum von maximal 6 Monaten zu vergüten. Bei der Minderheit der Patienten, die nach Absetzen der Behandlung ein Rezidiv der Symptome zeigen, kann die Behandlung unter denselben Bedingungen erneut über einen Zeitraum von maximal 6 Monaten vergütet werden.					

Therap. Gruppe	Dossier Nr.	PRÄPARATE/ (Wirkstoffe) Packungen	Verantwortliche Firma	SHI-Nr.	Aufnahmejahr
02.07.10 G		TREPROSTINIL IDEOGEN (Treprostinilum)	Ideogen AG		
	21450	Inf Lös 1 mg/ml Durchstf 20 ml Fr. 2902.85 (2592.06)		68262001	01.11.2022, B
	21450	Inf Lös 2.5 mg/ml Durchstf 20 ml Fr. 5678.95 (5300.46)		68262002	01.11.2022, B
	21450	Inf Lös 5 mg/ml Durchstf 20 ml Fr. 11111.95 (10600.93)		68262003	01.11.2022, B
	21450	Inf Lös 10 mg/ml Durchstf 20 ml Fr. 21977.90 (21201.86)		68262004	01.11.2022, B
Langzeitbehandlung von pulmonaler Hypertonie und pulmonal arterieller Hypertonie mit Bindegewebserkrankung bei Patienten mit NYHA III und IV (Einteilung nach der New York Heart Association). Bei Patienten mit NYHA Class III bei Versagen der oralen und inhalativen Therapie.					
06.07.12		FERMED (Ferrum(III) ionisatum)	Salmon Pharma GmbH		
	21425	Inj Inf Präp 100 mg/5 ml 5 Amp 5 ml Fr. 91.80 (65.66)		68220001	01.11.2022, B
07.02.30		VITAMIN D3 STREULI (Cholecalciferolum (Vitamin D3))	Streuli Pharma AG		
	21436	Weichkaps 20000 IE Blist 4 Stk Fr. 8.95 (4.22)		67937001	01.11.2022, B
	21436	Weichkaps 20000 IE Blist 12 Stk Fr. 26.85 (12.66)		67937002	01.11.2022, B
Zur Therapie bei nachgewiesenem schwerem Vitamin D-Mangel (Serumkonzentration von 25-Hydroxycholecalciferol <25 nmol/l bzw. <10 ng/ml) bei Erwachsenen.					
07.03.10		NGENLA (Somatogonum)	Pfizer AG		
	21405	Inj Lös 24 mg/1.2 ml Fertpen 1 Stk Fr. 343.10 (284.60)		68265001	01.11.2022, A
	21405	Inj Lös 60 mg/1.2 ml Fertpen 1 Stk Fr. 833.20 (711.50)		68265002	01.11.2022, A
Anwendung bei Wachstumsstörungen bei nachgewiesenem Somatotropin-Mangel bei Kindern und Jugendlichen ab 3 Jahren.					
07.06.10		PEMAZYRE (Pemigatinibum)	Incyte Biosciences International Sàrl		
	21303	Tabl 9 mg Blist 14 Stk Fr. 8351.00 (7907.33)		68143003	01.11.2022, A
Befristete Limitation bis 30.06.2023 Nach Kostengutsprache durch den Krankenversicherer nach vorgängiger Konsultation des Vertrauensarztes. PEMAZYRE wird als Monotherapie zur Behandlung von Erwachsenen mit lokal fortgeschrittenem, inoperablem oder metastasiertem Cholangiokarzinom mit einer Fibroblasten-Wachstumsfaktor-Rezeptor-2 (FGFR2)-Fusion oder einem FGFR2-Rearrangement, das nach mindestens einer vorgängigen systemischen Therapielinie fortgeschritten ist, vergütet. Die FGFR2-Fusion oder das FGFR2-Rearrangement ist vor der Behandlung mit PEMAZYRE mit einer geeigneten Methode nachzuweisen. Patienten mit unbehandelten oder fortgeschrittenen Hirn-/ZNS Metastasen sind von der Vergütung einer Behandlung mit PEMAZYRE ausgeschlossen. Die Behandlung mit PEMAZYRE erfolgt bis zur Progression der Erkrankung oder bis zum Auftreten inakzeptabler Toxizität. Eine Rotation innerhalb der FGFR-Inhibitoren wird ausschliesslich bei Kontraindikation oder Unverträglichkeit vergütet.					
Die ZulassungsinhaberIn Incyte Biosciences International Sàrl vergütet die ersten 2 bezogenen Packungen PEMAZYRE auf Aufforderung desjenigen Krankenversicherers, bei dem die versicherte Person zum Zeitpunkt des Bezugs versichert war, zum aktuellen FAP vollständig zurück. Die ZulassungsinhaberIn Incyte Biosciences International Sàrl erstattet dem Krankenversicherer, bei dem die versicherte Person zum Zeitpunkt des Bezugs versichert war, auf dessen erste Aufforderung hin zudem für jede zusätzlich bezogene Packung PEMAZYRE einen festgelegten Anteil des Fabrikabgabepreises zurück. Sie gibt dem Krankenversicherer die Höhe der Rückerstattung bekannt. Die Mehrwertsteuer kann nicht zusätzlich zu diesem Anteil des Fabrikabgabepreises zurückgefordert werden. Die Aufforderung zur Rückerstattung soll ab dem Zeitpunkt der Verabreichung erfolgen.					

Therap. Gruppe	Dossier Nr.	PRÄPARATE/ (Wirkstoffe) Packungen	Verantwortliche Firma	SHI-Nr.	Aufnahmejahr
07.12		LEQVIO (Inclisiranum)	Novartis Pharma Schweiz AG		
	21292	Inj Lös 284 mg/1.5 ml Fertspr 1.5 ml Fr. 2537.75 (2257.79)		67836001	01.11.2022, B

Befristete Limitation bis 31.12.2025

LEQVIO wird vergütet begleitend zu einer Diät und zusätzlich zu einer maximal verträglichen Dosierung einer intensivierten LDL-C senkenden Therapie:

- in der Sekundärprävention bei Patienten nach einem klinisch manifesten atherosklerotisch bedingten, ischämischen kardiovaskulären Ereignis und einem LDL-C Spiegel von > 1.8 mmol/L.
- Bei Patienten mit heterozygoter familiärer Hypercholesterinämie und einem LDL-C Spiegel von > 2.6 mmol/L.

LEQVIO wird vergütet, wenn unter der maximal verträglichen Dosierung einer intensivierten LDL-C senkenden Therapie über mindestens drei Monate, bestehend aus dem Versuch von mindestens zwei verschiedenen Statinen mit oder ohne Ezetimib (oder Ezetimib mit oder ohne weiteren Lipidsenker bei Statin-Unverträglichkeit) obige LDL-C Werte nicht erreicht werden konnten.

Eine Unverträglichkeit gegenüber Statinen gilt als belegt, wenn

- Therapieversuche mit mehreren Statinen zu Myalgien oder
- einem Anstieg der Kreatinin-Kinase auf mindestens das Fünffache des oberen Normwertes führten oder
- wenn durch ein Statin eine schwere Hepatopathie aufgetreten ist.

Diagnose und Erstverordnung sowie regelmässige Kontrollen müssen durch einen Facharzt FMH der Angiologie, Diabetologie / Endokrinologie, Kardiologie, Nephrologie, Neurologie oder durch ausgewiesene Hypercholesterinämie-Experten durchgeführt werden. Die entsprechende Liste mit den Experten ist unter folgender Adresse abrufbar <http://www.bag.admin.ch/sl-ref>

Die Behandlung darf nur fortgesetzt werden, wenn bei einer Kontrolle innerhalb von 1-3 Monaten nach der zweiten Injektion das LDL-C gegenüber dem Ausgangswert unter der maximal intensivierten lipidsenkenden Therapie um mindestens 40% gesenkt werden konnte oder ein LDL-C Wert von kleiner 1.4 mmol/l erreicht wurde. Bei Patienten, welche vorgängig eine Behandlung mit einem PCSK9-Inhibitor erhalten haben, muss eine Senkung von mindestens 40% gegenüber dem Ausgangswert unter maximal intensiverter lipidsenkender Therapie vor der Behandlung mit einem PCSK9-Inhibitor oder ein LDL-C Wert von kleiner 1.4 mmol/l erreicht werden.

Die Vergütung in Kombination mit der Anwendung von PCSK9-Inhibitoren ist ausgeschlossen.

Die Novartis Pharma Schweiz AG vergütet dem Krankenversicherer, bei dem die versicherte Person zum Zeitpunkt des Bezugs versichert war, auf dessen erste Aufforderung hin für jede bezogene Packung LEQVIO einen festgelegten Anteil des Fabrikabgabepreises zurück. Sie gibt dem Krankenversicherer die Höhe der Rückvergütung bekannt. Die Mehrwertsteuer kann nicht zusätzlich zu diesem Anteil des Fabrikabgabepreises zurückgefordert werden. Die Aufforderung zur Rückvergütung soll ab dem Zeitpunkt der Verabreichung erfolgen.

Kontrollen der Wirtschaftlichkeit nach Art. 56 Abs. 6 KVG müssen diese Rückvergütungen berücksichtigen.

07.12		ZENON (Rosuvastatinum, Ezetimibum)	Sanofi-Aventis (Suisse) SA		
	21432	Filmtabl 10 mg/10 mg Blist 30 Stk Fr. 43.00 (23.15)		68502001	01.11.2022, B
	21432	Filmtabl 10 mg/10 mg Blist 90 Stk Fr. 92.15 (66.00)		68502002	01.11.2022, B
	21432	Filmtabl 20 mg/10 mg Blist 30 Stk Fr. 45.85 (25.65)		68502003	01.11.2022, B
	21432	Filmtabl 20 mg/10 mg Blist 90 Stk Fr. 100.60 (73.35)		68502004	01.11.2022, B
	21432	Filmtabl 40 mg/10 mg Blist 30 Stk Fr. 53.85 (32.64)		68502005	01.11.2022, B
	21432	Filmtabl 40 mg/10 mg Blist 90 Stk Fr. 124.55 (94.22)		68502006	01.11.2022, B

ZENON wird vergütet als Ersatztherapie bei erwachsenen Patienten, die bereits Ezetimib und Rosuvastatin als separate Tabletten in der gleichen Dosierungsstärke erhalten und die Kriterien entsprechend der Limitierungen der Ezetimib- und Rosuvastatin-Monopräparate erfüllen.

Therap. Gruppe	Dossier Nr.	PRÄPARATE/ (Wirkstoffe) Packungen	Verantwortliche Firma	SHI-Nr.	Aufnahmejahr
07.13.10		BILAXTEN (Bilastinum)	A. Menarini GmbH		
	21466	Schmelztabl 20 mg Blist 10 Stk Fr. 9.20 (4.99)		68381004	01.11.2022, D
	21466	Schmelztabl 20 mg Blist 30 Stk Fr. 24.90 (13.49)		68381005	01.11.2022, D
	21466	Schmelztabl 20 mg Blist 50 Stk Fr. 40.65 (22.04)		68381006	01.11.2022, D
07.15		SAPHNELO (Anifrolumabum)	AstraZeneca AG		
	21475	Inf Konz 300 mg/2 ml Durchstf 1 Stk Fr. 1201.60 (1039.51)		68512001	01.11.2022, A
<p>Erstverordnung durch FachärztInnen für Klinische Immunologie und Rheumatologie. Nach Kostengutsprache durch den Krankenversicherer nach vorgängiger Konsultation des Vertrauensarztes. Zur Behandlung von erwachsenen Patienten mit mittelschwerem bis schwerem systemischem Lupus erythematoses (SLE) zusätzlich zur Standardtherapie. Die Wirksamkeit / Zweckmässigkeit von Saphnelo muss spätestens nach 6 Monaten durch den aktuell behandelnden Arzt zu Händen des Vertrauensarztes reevaluiert werden.</p>					
07.16.10		BLNREP (Belantamabum mafodotinum)	GlaxoSmithKline AG		
	21413	Trockensub 100 mg Amp 1 Stk Fr. 6617.80 (6216.40)		67741001	01.11.2022, A
<p>Befristete Limitation bis 31.05.2024 Nach Kostengutsprache durch den Krankenversicherer und nach vorgängiger Konsultation des Vertrauensarztes. Nur als Monotherapie zur Behandlung des Multiplen Myeloms von erwachsenen Patienten mit rezidiviertem refraktärem multiplen Myelom, die bereits mindestens vier Therapien erhalten haben, und deren Erkrankung refraktär gegenüber mindestens einem Proteasom-Inhibitor, einem Immunmodulator und einem monoklonalen Anti-CD38-Antikörper ist und die während der letzten Therapie eine Krankheitsprogression zeigten. Die Zulassungsinhaberin erstattet die ersten zwei Therapiezyklen für sämtliche Patienten auf Aufforderung desjenigen Krankenversicherers, bei dem die versicherte Person zum Zeitpunkt des Bezugs versichert war, zum aktuellen Fabrikabgabepreis vollständig zurück. Die Mehrwertsteuer kann nicht zusätzlich zu diesem Anteil des Fabrikabgabepreises zurückgefordert werden. Die Aufforderung zur Rückerstattung soll ab dem Zeitpunkt der Verabreichung erfolgen. Die Zulassungsinhaberin erstattet bei einer Therapiedauer von mehr als 18 Zyklen für jede weitere bezogene Packung einen festgelegten Anteil von 50 Prozent des Fabrikabgabepreises auf Aufforderung desjenigen Krankenversicherers, bei dem die versicherte Person zum Zeitpunkt des Bezugs versichert war. Die Mehrwertsteuer kann nicht zusätzlich zu diesem Anteil des Fabrikabgabepreises zurückgefordert werden. Die Aufforderung zur Rückerstattung soll ab dem Zeitpunkt der Verabreichung erfolgen. Pro Behandlungszyklus werden maximal 2 Packungen BLNREP vergütet. Für Patienten, die zum Zeitpunkt der SL-Aufnahme von BLNREP bereits mit BLNREP im Rahmen eines frühen Zugangs gemäss obgenannt beschriebener Indikation (Monotherapie zur Behandlung des Multiplen Myeloms) therapiert wurden, entfällt die Umsetzung des Vorleistungsmodells.</p>					
07.16.10 G		DOXORUBICIN ACCORD (Doxorubicini hydrochloridum)	Accord Healthcare AG		
	21523	Inj Lös 10 mg/5 ml Durchstf 1 Stk Fr. 25.45 (11.46)		68746001	01.11.2022, A
	21523	Inj Lös 20 mg/10 ml Durchstf 1 Stk Fr. 42.70 (22.92)		68746002	01.11.2022, A
	21523	Inj Lös 50 mg/25 ml Durchstf 1 Stk Fr. 81.40 (56.61)		68746003	01.11.2022, A
	21523	Inj Lös 100 mg/50 ml Durchstf 1 Stk Fr. 146.40 (113.22)		68746004	01.11.2022, A
	21523	Inj Lös 200 mg/100 ml Durchstf 1 Stk Fr. 276.35 (226.44)		68746005	01.11.2022, A
<p>Limitierung für 200 mg/100 ml Die Gesamtmenge der Packung darf nicht direkt an eine versicherte Person abgegeben werden. Es wird lediglich die verabreichte Teilmenge, die zur Therapie notwendig ist, vergütet. Der Preis für die verabreichte Teilmenge ist proportional zum Publikumspreis der verwendeten Packung zu berechnen.</p>					

Therap. Gruppe	Dossier Nr.	PRÄPARATE/ (Wirkstoffe) Packungen	Verantwortliche Firma	SHI-Nr.	Aufnahmejahr
07.16.10		LIBTAYO (Cemiplimabum)	Sanofi-Aventis (Suisse) SA		
	21100	Inf Konz 350 mg/7 ml Durchstf 7 ml Fr. 4227.90 (3884.77)		67094002	01.11.2022, 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 (21100.XX) zu enthalten.

Die Dosierung beträgt maximal 350 mg alle drei Wochen.

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

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

Befristete Limitation bis 31.10.2024

Nicht-kleinzelliges Bronchialkarzinom

Libtayo ist indiziert als Monotherapie für die Erstlinienbehandlung von erwachsenen Patienten mit nicht-kleinzelligem Bronchialkarzinom (NSCLC) mit PD-L1-Expression in $\geq 50\%$ der Tumorzellen (Tumor proportion score [TPS] $\geq 50\%$) ohne EGFR-, ALK oder ROS1-Aberrationen, die:

- an lokal fortgeschrittenem NSCLC (Stadium IIIB oder IIIC) leiden und nicht für eine chirurgische Resektion oder definitive Radiochemotherapie qualifiziert sind, oder
- ein metastasiertes NSCLC (Stadium IV) aufweisen.

Patienten mit einer Anamnese von weniger als hundert Zigaretten im Leben waren von der pivotalen Studie ausgeschlossen. Nichtraucher (definiert als < 100 Zigaretten pro Lebenszeit) sind von einer Vergütung ausgeschlossen.

Die maximale Anzahl Behandlungen bzw. Zyklen beträgt 36.

Folgender Code ist an den Krankenversicherer zu übermitteln: 21100.01

Befristete Limitation bis 31.10.2024

Kutaner Plattenepithelkarzinom

Libtayo ist indiziert als Monotherapie zur Behandlung von erwachsenen Patienten mit metastasiertem kutanem Plattenepithelkarzinom oder lokal fortgeschrittenem kutanem Plattenepithelkarzinom, die für eine kurative Operation oder kurative Strahlentherapie nicht in Betracht kommen.

Die maximale Anzahl Behandlungen bzw. Zyklen beträgt 35.

Folgender Code ist an den Krankenversicherer zu übermitteln: 21100.02.

07.16.10		PEMAZYRE (Pemigatinibum)	Incyte Biosciences International Sàrl		
	21303	Tabl 4.5 mg Blist 14 Stk Fr. 8351.00 (7907.33)		68143001	01.11.2022, A
	21303	Tabl 13.5 mg Blist 14 Stk Fr. 8351.00 (7907.33)		68143005	01.11.2022, A

Befristete Limitation bis 30.06.2023

Nach Kostengutsprache durch den Krankenversicherer nach vorgängiger Konsultation des Vertrauensarztes.

PEMAZYRE wird als Monotherapie zur Behandlung von Erwachsenen mit lokal fortgeschrittenem, inoperablem oder metastasiertem Cholangiokarzinom mit einer Fibroblasten-Wachstumsfaktor-Rezeptor-2 (FGFR2)-Fusion oder einem FGFR2-Rearrangement, das nach mindestens einer vorgängigen systemischen Therapielinie fortgeschritten ist, vergütet.

Die FGFR2-Fusion oder das FGFR2-Rearrangement ist vor der Behandlung mit PEMAZYRE mit einer geeigneten Methode nachzuweisen.

Patienten mit unbehandelten oder fortgeschrittenen Hirn-/ZNS Metastasen sind von der Vergütung einer Behandlung mit PEMAZYRE ausgeschlossen.

Die Behandlung mit PEMAZYRE erfolgt bis zur Progression der Erkrankung oder bis zum Auftreten inakzeptabler Toxizität.

Eine Rotation innerhalb der FGFR-Inhibitoren wird ausschliesslich bei Kontraindikation oder Unverträglichkeit vergütet.

Die Zulassungsinhaberin Incyte Biosciences International Sàrl vergütet die ersten 2 bezogenen Packungen PEMAZYRE auf Aufforderung desjenigen Krankenversicherers, bei dem die versicherte Person zum Zeitpunkt des Bezugs versichert war, zum aktuellen FAP vollständig zurück. Die Zulassungsinhaberin Incyte Biosciences International Sàrl erstattet dem Krankenversicherer, bei dem die versicherte Person zum Zeitpunkt des Bezugs versichert war, auf dessen erste Aufforderung hin zudem für jede zusätzlich bezogene Packung PEMAZYRE einen festgelegten Anteil des Fabrikabgabepreises zurück. Sie gibt dem Krankenversicherer die Höhe der Rückerstattung bekannt. Die Mehrwertsteuer kann nicht zusätzlich zu diesem Anteil des Fabrikabgabepreises zurückgefordert werden. Die Aufforderung zur Rückerstattung soll ab dem Zeitpunkt der Verabreichung erfolgen.

Therap. Gruppe	Dossier Nr.	PRÄPARATE/ (Wirkstoffe) Packungen	Verantwortliche Firma	SHI-Nr.	Aufnahmejahr
07.99		SONDELBAY (Teriparatidum ADNr)	Accord Healthcare AG		
	21524	Inj Lös 20 mcg/80 mcl Fertpen 2.4 ml Fr. 313.65 (258.93)		68534001	01.11.2022, B
<p>Zur second line-Behandlung von postmenopausalen Frauen und Männern mit neuen radiologisch dokumentierten osteoporosebedingten Wirbelkörperfrakturen, die nach einer mindestens 6-monatigen Therapie mit Calcitonin, SERM (selektiver Oestrogen-Rezeptor-Modulator), Denosumab oder einem Bisphosphonat auftraten. Zur Behandlung von Männern und Frauen mit etablierter Glukokortikoid-induzierter Osteoporose (GIOP) bei ungenügender Wirksamkeit oder schlechter Verträglichkeit einer Therapie mit einem Bisphosphonat. Maximale Therapiedauer 24 Monate. Die Indikationsstellung darf nur durch Fachärzte (Endokrinologen, Rheumatologen) erfolgen.</p>					
08.01.93 G		CO-AMOXICILLIN SPIRIG HC (Amoxicillinum anhydricum, Acidum clavulanicum)	Spirig HealthCare AG		
	21526	Plv 312.5 mg f Susp Fl 100 ml Fr. 20.05 (10.33)		66429002	01.11.2022, A
	21527	Plv 457 mg f Susp Fl 35 ml Fr. 8.05 (3.46)		66474001	01.11.2022, A
	21527	Plv 457 mg f Susp Fl 70 ml Fr. 16.15 (6.92)		66474002	01.11.2022, A
	21527	Plv 457 mg f Susp Fl 140 ml Fr. 25.65 (11.65)		66474003	01.11.2022, A
08.06 G		POSACONAZOL SANDOZ (Posaconazolium)	Sandoz Pharmaceuticals AG		
	21511	Tabl 100 mg Blist 24 Stk Fr. 660.65 (561.21)		67261001	01.11.2022, B
	21511	Tabl 100 mg Blist 96 Stk Fr. 2523.55 (2244.86)		67261002	01.11.2022, B
<p>Die Prophylaxe bei Hochrisikopatienten (siehe 1a und 1b) darf nur von qualifizierten Zentren verordnet werden.</p> <p>1a. Zur Prophylaxe von invasiven Mykosen (insbesondere Aspergillose) bei neutropenischen Patienten mit akuter myeloischer Leukämie oder myelodysplastischem Syndrom, die eine zytotoxische Chemotherapie erhielten.</p> <p>1b. Zur Prophylaxe von invasiven Mykosen (insbesondere Aspergillose) bei Patienten mit Graft versus Host Disease (Transplantat-gegen-Empfänger-Reaktion).</p> <p>2. Fusariose bei Patienten, deren Erkrankung therapieresistent ist gegenüber Amphotericin B bzw. bei Unverträglichkeit von Amphotericin B.</p> <p>3. Chromoblastomykose und Myzetom bei Patienten, deren Erkrankung therapieresistent ist gegenüber Itraconazol bzw. bei Unverträglichkeit von Itraconazol.</p> <p>4. Kokzidioidomykose bei Patienten, deren Erkrankung therapieresistent ist gegenüber Amphotericin B, Itraconazol oder Fluconazol bzw. bei Unverträglichkeit dieser Arzneimittel.</p>					

Therap. Gruppe	Dossier Nr.	PRÄPARATE/ (Wirkstoffe) Packungen	Verantwortliche Firma	SHI-Nr.	Datum der Streichung
III. Neu gestrichene Präparate/Packungen					
01.05 0		SEROQUEL XR (PI) (Quetiapinum)	APS-Arzneimittel- Parallelimport- Service AG		
	20970	Ret Tabl 150 mg 60 Stk Fr. 113.30 (84.41)		67158001	01.11.2022, B
	20970	Ret Tabl 150 mg 100 Stk Fr. 177.90 (140.69)		67158002	01.11.2022, B
	20944	Ret Tabl 200 mg 60 Stk Fr. 136.30 (104.43)		66708001	01.11.2022, B
	20944	Ret Tabl 200 mg 100 Stk Fr. 213.20 (171.45)		66708002	01.11.2022, B
	20970	Ret Tabl 200 mg 60 Stk Fr. 136.30 (104.43)		67158003	01.11.2022, B
	20970	Ret Tabl 200 mg 100 Stk Fr. 213.20 (171.45)		67158004	01.11.2022, B
	20970	Ret Tabl 300 mg 60 Stk Fr. 185.80 (147.58)		67158005	01.11.2022, B
	20970	Ret Tabl 300 mg 100 Stk Fr. 294.20 (241.99)		67158006	01.11.2022, B
	20970	Ret Tabl 400 mg 60 Stk Fr. 251.55 (204.84)		67158007	01.11.2022, B
	20970	Ret Tabl 400 mg 100 Stk Fr. 408.35 (341.40)		67158008	01.11.2022, B
01.99 G		FINGOLIMOD-MEPHA (Fingolimodum)	Mepha Pharma AG		
	21184	Kaps 0.5 mg (alt) 28 Stk Fr. 453.25 (380.52)		67608001	01.11.2022, B
	21184	Kaps 0.5 mg (alt) 84 Stk Fr. 1313.50 (1141.57)		67608003	01.11.2022, B
02.02		RYTMONORM 150 (Propafenoni hydrochloridum)	Mylan Pharma GmbH		
	14418	Filmtabl 150 mg 50 Stk Fr. 16.70 (7.40)		45118010	01.11.2022, B
	14418	Filmtabl 150 mg 100 Stk Fr. 27.25 (13.03)		45118029	01.11.2022, B
02.02		RYTMONORM 300 (Propafenoni hydrochloridum)	Mylan Pharma GmbH		
	14418	Filmtabl 300 mg 50 Stk Fr. 26.25 (12.15)		45118037	01.11.2022, B
	14418	Filmtabl 300 mg 100 Stk Fr. 43.10 (23.24)		45118045	01.11.2022, B
02.05.10 G		ZOLMITRIPTAN ZENTIVA (Zolmitriptanum)	Helvepharm AG		
	20006	Schmelztabl 2.5 mg Blist 6 Stk Fr. 38.90 (19.60)		61646005	01.11.2022, B
	20006	Schmelztabl 2.5 mg Blist 12 Stk Fr. 55.90 (34.39)		61646006	01.11.2022, B
02.07.10		TEVETEN (Eprosartanum)	Mylan Pharma GmbH		
	17460	Filmtabl 600 mg 28 Stk Fr. 40.90 (21.34)		54214073	01.11.2022, B
	17460	Filmtabl 600 mg 98 Stk Fr. 96.40 (69.69)		54214081	01.11.2022, B
02.07.20		TEVETEN PLUS (Eprosartanum, Hydrochlorothiazidum)	Mylan Pharma GmbH		
	17805	Filmtabl 28 Stk Fr. 36.75 (17.71)		55783002	01.11.2022, B
	17805	Filmtabl 98 Stk Fr. 82.75 (57.81)		55783004	01.11.2022, B
07.13.10 G		DESLORATADIN AXAPHARM (Desloratadinum)	Axapharm AG		
	20988	Filmtabl 5 mg Blist 10 Stk Fr. 7.35 (2.85)		67123001	01.11.2022, B
	20988	Filmtabl 5 mg Blist 30 Stk Fr. 17.90 (8.46)		67123002	01.11.2022, B
	20988	Filmtabl 5 mg Blist 50 Stk Fr. 28.20 (13.83)		67123003	01.11.2022, B
	20988	Filmtabl 5 mg Blist 90 Stk Fr. 42.40 (22.66)		67123004	01.11.2022, B

Therap. Gruppe	Dossier Nr.	PRÄPARATE/ (Wirkstoffe) Packungen	Verantwortliche Firma	SHI-Nr.	Datum der Streichung
07.16.10 0		METHOTREXAT PFIZER (Methotrexatum)	Pfizer AG		
	9811	Inj Lös 5 mg/2 ml Durchstf 2 ml Fr. 7.90 (3.32)		44949211	01.11.2022, A
	9811	Inj Lös 25 mg/ml Durchstf 1 ml Fr. 16.85 (7.54)		44949212	01.11.2022, A
08.01.80 G		CIPROFLOXACIN AXAPHARM (Ciprofloxacinum)	Axapharm AG		
	18709	Filmtabl 250 mg 10 Stk Fr. 15.75 (6.59)		58409002	01.11.2022, A
	18709	Filmtabl 250 mg 20 Stk Fr. 18.55 (9.00)		58409004	01.11.2022, A
	18709	Filmtabl 500 mg 10 Stk Fr. 18.05 (8.59)		58409006	01.11.2022, A
	18709	Filmtabl 500 mg 20 Stk Fr. 38.75 (19.47)		58409008	01.11.2022, A
	18709	Filmtabl 750 mg 20 Stk Fr. 46.95 (26.59)		58409010	01.11.2022, A
08.01.80 G		CIPROFLOXACIN SANDOZ (Ciprofloxacinum)	Sandoz Pharmaceuticals AG		
	18430	Inf Lös 200 mg 100 ml Fr. 20.40 (10.63)		56906001	01.11.2022, A
10.08		TANNOSYNT FLÜSSIG (Phenoli/phenoli sulfonatis/formaldehydi/urei condensatum natricum)	Almirall AG		
	15189	Lös Fl 100 g Fr. 8.20 (4.44)		32238001	01.11.2022, 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					
LORVIQUA	Pfizer AG	071610			
Filmtabl 25 mg Blist 90 Stk			20952	4088.00	3748.27
Filmtabl 100 mg Blist 30 Stk			20952	5368.65	4997.69
PIQRAY	Novartis Pharma Schweiz AG	071610			
Filmtabl 150 mg Blist 28 Stk			21067	1860.40	1640.19
Filmtabl 150 mg Blist 56 Stk			21067	3608.40	3280.38
Filmtabl 200 mg Blist 28 Stk			21067	3608.40	3280.38
Filmtabl 200 mg+50 mg Blist 28 Stk			21067	1860.40	1640.19
Filmtabl 200 mg+50 mg Blist 56 Stk			21067	3608.40	3280.38
VITRAKVI	Bayer (Schweiz) AG	071610			
Kaps 25 mg Ds 56 Stk			21043	1765.60	1553.75
Kaps 100 mg Ds 56 Stk			21043	6616.35	6214.99
Lös 20 mg/ml 2 Fl 50 ml			21545	2495.90	2219.64
IV.b. Freiwillige Preissenkung					
ATOMOXETIN-MEPHA	Mepha Pharma AG	011020			
Kaps 10 mg Blist 7 Stk			21185	17.40	8.00
Kaps 18 mg Blist 7 Stk			21185	17.40	8.00
Kaps 18 mg Blist 28 Stk			21185	53.15	32.01
Kaps 25 mg Blist 7 Stk			21185	17.40	8.00
Kaps 25 mg Blist 28 Stk			21185	53.15	32.01
Kaps 40 mg Blist 7 Stk			21185	17.40	8.00
Kaps 40 mg Blist 28 Stk			21185	53.15	32.01
Kaps 60 mg Blist 28 Stk			21185	53.15	32.01
Kaps 80 mg Blist 28 Stk			21185	64.15	41.59
Kaps 100 mg Blist 28 Stk			21185	64.15	41.59
HUKYNDRA	Spirig HealthCare AG	071500			
Inj Lös 40 mg/0.4 ml Fertpen 0.4 ml			21453	437.75	367.04
Inj Lös 40 mg/0.4 ml 2 Fertpen 0.4 ml			21453	859.10	734.08
Inj Lös 40 mg/0.4 ml 6 Fertpen 0.4 ml			21453	2476.80	2202.24
Inj Lös 40 mg/0.4 ml Fertspr 0.4 ml			21452	437.75	367.04
Inj Lös 40 mg/0.4 ml 2 Fertspr 0.4 ml			21452	859.10	734.08
Inj Lös 40 mg/0.4 ml 6 Fertspr 0.4 ml			21452	2476.80	2202.24
Inj Lös 80 mg/0.8 ml Fertspr 0.8 ml			21452	859.10	734.08
IV.c. Normale Preismutation					
NUCALA	GlaxoSmithKline AG	030450			
Trockensub 100 mg/ml Durchstf 1 Stk			20455	1224.70	1060.60
Inj Lös 100 mg/ml Fertigspritze 1 Stk			21053	1224.70	1060.60
Inj Lös 100 mg/ml Fertigpen 1 Stk			21053	1224.70	1060.60
Inj Lös 100 mg/ml Fertigpen 3 Stk			21053	3507.35	3181.79
ZEJULA	GlaxoSmithKline AG	071610			
Kaps 100 mg Blist 56 Stk			20775	4986.85	4625.24
Kaps 100 mg Blist 84 Stk			20775	7360.50	6940.97

PRÄPARATE / (Wirkstoffe) Packungen	Verantwortliche Firma	Therap. Gruppe	Dossier Nr.	Preis neu	Ex-Fact. neu
IV.d. Preisänderung nach Patentablauf					
AZARGA	Novartis Pharma Schweiz AG	110900			
Susp Opht 5 ml			19100	27.40	13.15
Susp Opht 3 x 5 ml			19100	59.45	37.49
LENALIDOMID ACCORD	Accord Healthcare AG	071610			
Kaps 2.5 mg Blist 21 Stk			21398	807.65	689.23
Kaps 5 mg Blist 21 Stk			21398	828.90	707.76
Kaps 7.5 mg Blist 21 Stk			21398	850.15	726.28
Kaps 10 mg Blist 21 Stk			21398	871.45	744.81
Kaps 15 mg Blist 21 Stk			21398	915.05	782.79
Kaps 20 mg Blist 21 Stk			21398	960.00	821.96
Kaps 25 mg Blist 21 Stk			21398	1005.00	861.14
LENALIDOMID BMS	Bristol-Myers Squibb SA	071610			
Kaps 2.5 mg Blist 21 Stk			21377	807.65	689.23
Kaps 5 mg Blist 21 Stk			21377	828.90	707.76
Kaps 7.5 mg Blist 21 Stk			21377	850.15	726.28
Kaps 10 mg Blist 21 Stk			21377	871.45	744.81
Kaps 15 mg Blist 21 Stk			21377	915.05	782.79
Kaps 20 mg Blist 21 Stk			21377	960.00	821.96
Kaps 25 mg Blist 21 Stk			21377	1005.00	861.14
LENALIDOMID DEVATIS	Devatis AG	071610			
Kaps 2.5 mg Blist 21 Stk			21420	807.65	689.23
Kaps 5 mg Blist 21 Stk			21420	828.90	707.76
Kaps 7.5 mg Blist 21 Stk			21420	850.15	726.28
Kaps 10 mg Blist 21 Stk			21420	871.45	744.81
Kaps 15 mg Blist 21 Stk			21420	915.05	782.79
Kaps 20 mg Blist 21 Stk			21420	960.00	821.96
Kaps 25 mg Blist 21 Stk			21420	1005.00	861.14
LENALIDOMID SANDOZ	Sandoz Pharmaceuticals AG	071610			
Kaps 2.5 mg Blist 21 Stk			21312	807.65	689.23
Kaps 5 mg Blist 21 Stk			21312	828.90	707.76
Kaps 7.5 mg Blist 21 Stk			21312	850.15	726.28
Kaps 10 mg Blist 21 Stk			21312	871.45	744.81
Kaps 15 mg Blist 21 Stk			21312	915.05	782.79
Kaps 20 mg Blist 21 Stk			21312	960.00	821.96
Kaps 25 mg Blist 21 Stk			21312	1005.00	861.14
LENALIDOMID SPIRIG HC	Spirig HealthCare AG	071610			
Kaps 2.5 mg Blist 21 Stk			21384	807.65	689.23
Kaps 5 mg Blist 21 Stk			21384	828.90	707.76
Kaps 7.5 mg Blist 21 Stk			21384	850.15	726.28
Kaps 10 mg Blist 21 Stk			21384	871.45	744.81
Kaps 15 mg Blist 21 Stk			21384	915.05	782.79
Kaps 20 mg Blist 21 Stk			21384	960.00	821.96
Kaps 25 mg Blist 21 Stk			21384	1005.00	861.14

PRÄPARATE / (Wirkstoffe) Packungen	Verantwortliche Firma	Therap. Gruppe	Dossier Nr.	Preis neu	Ex-Fact. neu
LENALIDOMID ZENTIVA	Helvepharm AG	071610			
Kaps 2.5 mg Blist 21 Stk			21381	807.65	689.23
Kaps 5 mg Blist 21 Stk			21381	828.90	707.76
Kaps 7.5 mg Blist 21 Stk			21381	850.15	726.28
Kaps 10 mg Blist 21 Stk			21381	871.45	744.81
Kaps 15 mg Blist 21 Stk			21381	915.05	782.79
Kaps 20 mg Blist 21 Stk			21381	960.00	821.96
Kaps 25 mg Blist 21 Stk			21381	1005.00	861.14
LENALIDOMID-TEVA	Teva Pharma AG	071610			
Kaps 2.5 mg Blist 21 Stk			21379	807.65	689.23
Kaps 5 mg Blist 21 Stk			21379	828.90	707.76
Kaps 7.5 mg Blist 21 Stk			21379	850.15	726.28
Kaps 10 mg Blist 21 Stk			21379	871.45	744.81
Kaps 15 mg Blist 21 Stk			21379	915.05	782.79
Kaps 20 mg Blist 21 Stk			21379	960.00	821.96
Kaps 25 mg Blist 21 Stk			21379	1005.00	861.14
REVLIMID	Bristol-Myers Squibb SA	071610			
Kaps 2.5 mg 21 Stk			18541	2581.20	2297.43
Kaps 5 mg 21 Stk			18541	2648.95	2359.19
Kaps 7.5 mg 21 Stk			18541	2716.65	2420.94
Kaps 10 mg 21 Stk			18541	2784.40	2482.70
Kaps 15 mg 21 Stk			18541	2920.55	2609.31
Kaps 20 mg 21 Stk			18541	3054.40	2739.88
Kaps 25 mg 21 Stk			18541	3188.20	2870.45
IV.e. Preismutation bei Erstaufnahme					
ERLEADA	Janssen-Cilag AG	071620			
Filmtabl 60 mg 4 Blist 28 Stk			20901	3327.45	3006.28

PRÄPARATE/(Wirkstoffe) Packungen	Verantwortliche Firma	Therap. Gruppe	Dossier Nr.	Preis neu	Ex-Fact. neu
V. Limitations-/Indikationsänderung					
LENALIDOMID ACCORD	Accord Healthcare AG	071610			
Kaps 2.5 mg Blist 21 Stk			21398	807.65	689.23
Kaps 5 mg Blist 21 Stk			21398	828.90	707.76
Kaps 7.5 mg Blist 21 Stk			21398	850.15	726.28
Kaps 10 mg Blist 21 Stk			21398	871.45	744.81
Kaps 15 mg Blist 21 Stk			21398	915.05	782.79
Kaps 20 mg Blist 21 Stk			21398	960.00	821.96
Kaps 25 mg Blist 21 Stk			21398	1005.00	861.14

Limitation alt:

Zur Behandlung von

- erwachsenen Patienten mit unbehandeltem multiplem Myelom, die nicht transplantierbar sind, in Kombination mit Dexamethason oder in Kombination mit Melphalan und Prednison, jeweils gefolgt von einer Lenalidomid Erhaltungstherapie bis zur Progression oder Unverträglichkeit (Indikationscode: 21398.01),
- Patienten mit multiplem Myelom, die wenigstens eine vorangegangene medikamentöse Therapie erhalten haben in Kombination mit Dexamethason (Indikationscode: 21398.02),
- Patienten mit transfusionsabhängiger Anämie infolge von myelodysplastischem Syndrom mit niedrigem oder intermediärem Risiko 1 in Verbindung mit einer zytogenetischen Deletion 5q-Anomalie mit oder ohne weitere zytogenetische Anomalien (Indikationscode: 21398.03).

Nach vorgängiger Kostengutsprache durch den Krankenversicherer nach vorheriger Konsultation des Vertrauensarztes. Der Indikationscode ist an den Krankenversicherer zu übermitteln.

Kombination LENALIDOMID ACCORD, Bortezomib und Dexamethason (Induktion vor Stammzelltransplantation)

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

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

Folgender Code ist an den Krankenversicherer zu übermitteln: 21398.05

Kombination LENALIDOMID ACCORD, Bortezomib und Dexamethason (ohne Stammzelltransplantation)

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

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

Folgender Code ist an den Krankenversicherer zu übermitteln: 21398.06

Erhaltungstherapie nach autologer Stammzelltransplantation

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

Folgender Code ist an den Krankenversicherer zu übermitteln: 21398.04

Kombination LENALIDOMID ACCORD, Carfilzomib und Dexamethason

LENALIDOMID ACCORD wird nach Kostengutsprache durch den Krankenversicherer nach vorgängiger Konsultation des Vertrauensarztes in Kombination mit Carfilzomib und Dexamethason zur Behandlung von erwachsenen Patienten mit rezidivierendem multiplem Myelom, die mindestens eine vorangegangene Therapie erhalten haben, vergütet.

Die Behandlung mit LENALIDOMID ACCORD kann bis zur Progression der Krankheit vergütet werden.

Folgender Code ist an den Krankenversicherer zu übermitteln: 21398.07

Kombination LENALIDOMID ACCORD, Elotuzumab und Dexamethason

Nach Kostengutsprache durch den Krankenversicherer nach vorgängiger Konsultation des Vertrauensarztes.

LENALIDOMID ACCORD wird in Kombination mit Elotuzumab und Dexamethason zur Behandlung von erwachsenen Patienten mit rezidivierendem multiplem Myelom, die mindestens eine vorangegangene Therapie erhalten haben, vergütet.

Die Behandlung mit LENALIDOMID ACCORD darf maximal bis zur Progression der Krankheit vergütet werden.

Folgender Code ist an den Krankenversicherer zu übermitteln: 21398.08

Kombination LENALIDOMID ACCORD, Ixazomib und Dexamethason

Nach Kostengutsprache durch den Krankenversicherer nach vorgängiger Konsultation des Vertrauensarztes.

LENALIDOMID ACCORD wird in Kombination mit Ixazomib und Dexamethason vergütet zur Behandlung von erwachsenen Patienten mit multiplem Myelom, die

- mindestens eine vorangegangene Therapie erhalten haben und Hochrisikomerkmale (definiert als erhöhtes zytogenetisches Risiko [hohes Risiko für del[17], t[4;14], t[14;16]] oder 1q21) oder ISS-Stadium III) aufweisen,

oder

- die mindestens zwei vorangegangene Therapien erhalten haben.

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

Folgender Code ist an den Krankenversicherer zu übermitteln: 21398.09

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

Kombination LENALIDOMID ACCORD, Daratumumab und Dexamethason

Nach Kostengutsprache durch den Krankenversicherer nach vorgängiger Konsultation des Vertrauensarztes.

LENALIDOMID ACCORD wird vergütet in Kombination mit Daratumumab und Dexamethason für die Behandlung von Patienten mit multiplem Myelom, die mindestens eine frühere Therapielinie erhalten haben.

Nur bis zur Progression der Krankheit.

Folgender Code ist an den Krankenversicherer zu übermitteln: 21398.10

Limitation neu:

Zur Behandlung von

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

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

LENALIDOMID BMS	Bristol-Myers Squibb SA	071610			
Kaps 2.5 mg Blist 21 Stk			21377	807.65	689.23
Kaps 5 mg Blist 21 Stk			21377	828.90	707.76
Kaps 7.5 mg Blist 21 Stk			21377	850.15	726.28
Kaps 10 mg Blist 21 Stk			21377	871.45	744.81
Kaps 15 mg Blist 21 Stk			21377	915.05	782.79
Kaps 20 mg Blist 21 Stk			21377	960.00	821.96
Kaps 25 mg Blist 21 Stk			21377	1005.00	861.14

Limitation alt:

Zur Behandlung von

- erwachsenen Patienten mit unbehandeltem multiplem Myelom, die nicht transplantierbar sind, in Kombination mit Dexamethason oder in Kombination mit Melphalan und Prednison, jeweils gefolgt von einer Lenalidomid Erhaltungstherapie bis zur Progression oder Unverträglichkeit (Indikationscode: 21377.01),
- Patienten mit multiplem Myelom, die wenigstens eine vorangegangene medikamentöse Therapie erhalten haben in Kombination mit Dexamethason (Indikationscode: 21377.02),
- Patienten mit transfusionsabhängiger Anämie infolge von myelodysplastischem Syndrom mit niedrigem oder intermediärem Risiko 1 in Verbindung mit einer zytogenetischen Deletion 5q-Anomalie mit oder ohne weitere zytogenetische Anomalien (Indikationscode: 21377.03).

Nach vorgängiger Kostengutsprache durch den Krankenversicherer nach vorheriger Konsultation des Vertrauensarztes. Der Indikationscode ist an den Krankenversicherer zu übermitteln.

Kombination LENALIDOMID BMS, Bortezomib und Dexamethason (Induktion vor Stammzelltransplantation)

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

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

Folgender Code ist an den Krankenversicherer zu übermitteln: 21377.05

Kombination LENALIDOMID BMS, Bortezomib und Dexamethason (ohne Stammzelltransplantation)

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

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

Folgender Code ist an den Krankenversicherer zu übermitteln: 21377.06

Erhaltungstherapie nach autologer Stammzelltransplantation

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

Folgender Code ist an den Krankenversicherer zu übermitteln: 21377.04

Kombination LENALIDOMID BMS, Carfilzomib und Dexamethason

LENALIDOMID BMS wird nach Kostengutsprache durch den Krankenversicherer nach vorgängiger Konsultation des Vertrauensarztes in Kombination mit Carfilzomib und Dexamethason zur Behandlung von erwachsenen Patienten mit rezidivierendem multiplem Myelom, die mindestens eine vorangegangene Therapie erhalten haben, vergütet.

Die Behandlung mit LENALIDOMID BMS kann bis zur Progression der Krankheit vergütet werden.

Folgender Code ist an den Krankenversicherer zu übermitteln: 21377.07

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

Kombination LENALIDOMID BMS, Elotuzumab und Dexamethason

Nach Kostengutsprache durch den Krankenversicherer nach vorgängiger Konsultation des Vertrauensarztes.

LENALIDOMID BMS wird in Kombination mit Elotuzumab und Dexamethason zur Behandlung von erwachsenen Patienten mit rezidivierendem multiplem Myelom, die mindestens eine vorangegangene Therapie erhalten haben, vergütet.

Die Behandlung mit LENALIDOMID BMS darf maximal bis zur Progression der Krankheit vergütet werden.

Folgender Code ist an den Krankenversicherer zu übermitteln: 21377.08

Kombination LENALIDOMID BMS, Ixazomib und Dexamethason

Nach Kostengutsprache durch den Krankenversicherer nach vorgängiger Konsultation des Vertrauensarztes.

LENALIDOMID BMS wird in Kombination mit Ixazomib und Dexamethason vergütet zur Behandlung von erwachsenen Patienten mit multiplem Myelom, die

– mindestens eine vorangegangene Therapie erhalten haben und Hochrisikomerkmale (definiert als erhöhtes zytogenetisches Risiko [hohes Risiko für (del(17), t(4;14), t(14;16)] oder 1q21] oder ISS-Stadium III) aufweisen,

oder

– die mindestens zwei vorangegangene Therapien erhalten haben.

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

Folgender Code ist an den Krankenversicherer zu übermitteln: 21377.09

Kombination LENALIDOMID BMS, Daratumumab und Dexamethason

Nach Kostengutsprache durch den Krankenversicherer nach vorgängiger Konsultation des Vertrauensarztes.

LENALIDOMID BMS wird vergütet in Kombination mit Daratumumab und Dexamethason für die Behandlung von Patienten mit multiplem Myelom, die mindestens eine frühere Therapielinie erhalten haben.

Nur bis zur Progression der Krankheit.

Folgender Code ist an den Krankenversicherer zu übermitteln: 21377.10

Limitation neu:

Zur Behandlung von

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

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

LENALIDOMID DEVATIS	Devatis AG	071610			
Kaps 2.5 mg Blist 21 Stk			21420	807.65	689.23
Kaps 5 mg Blist 21 Stk			21420	828.90	707.76
Kaps 7.5 mg Blist 21 Stk			21420	850.15	726.28
Kaps 10 mg Blist 21 Stk			21420	871.45	744.81
Kaps 15 mg Blist 21 Stk			21420	915.05	782.79
Kaps 20 mg Blist 21 Stk			21420	960.00	821.96
Kaps 25 mg Blist 21 Stk			21420	1005.00	861.14

Limitation alt:

Zur Behandlung von

- erwachsenen Patienten mit unbehandeltem multiplem Myelom, die nicht transplantierbar sind, in Kombination mit Dexamethason oder in Kombination mit Melphalan und Prednison, jeweils gefolgt von einer Lenalidomid Erhaltungstherapie bis zur Progression oder Unverträglichkeit (Indikationscode: 21420.01),
- Patienten mit multiplem Myelom, die wenigstens eine vorangegangene medikamentöse Therapie erhalten haben in Kombination mit Dexamethason (Indikationscode: 21420.02),
- Patienten mit transfusionsabhängiger Anämie infolge von myelodysplastischem Syndrom mit niedrigem oder intermediärem Risiko 1 in Verbindung mit einer zytogenetischen Deletion 5q-Anomalie mit oder ohne weitere zytogenetische Anomalien (Indikationscode: 21420.03).

Nach vorgängiger Kostengutsprache durch den Krankenversicherer nach vorheriger Konsultation des Vertrauensarztes. Der Indikationscode ist an den Krankenversicherer zu übermitteln.

Kombination LENALIDOMID DEVATIS, Bortezomib und Dexamethason (Induktion vor Stammzelltransplantation)

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

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

Folgender Code ist an den Krankenversicherer zu übermitteln: 21420.05

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

Kombination LENALIDOMID DEVATIS, Bortezomib und Dexamethason (ohne Stammzelltransplantation)

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

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

Folgender Code ist an den Krankenversicherer zu übermitteln: 21420.06

Erhaltungstherapie nach autologer Stammzelltransplantation

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

Folgender Code ist an den Krankenversicherer zu übermitteln: 21420.04

Kombination LENALIDOMID DEVATIS, Carfilzomib und Dexamethason

LENALIDOMID DEVATIS wird nach Kostengutsprache durch den Krankenversicherer nach vorgängiger Konsultation des Vertrauensarztes in Kombination mit Carfilzomib und Dexamethason zur Behandlung von erwachsenen Patienten mit rezidivierendem multiplem Myelom, die mindestens eine vorangegangene Therapie erhalten haben, vergütet.

Die Behandlung mit LENALIDOMID DEVATIS kann bis zur Progression der Krankheit vergütet werden.

Folgender Code ist an den Krankenversicherer zu übermitteln: 21420.07

Kombination LENALIDOMID DEVATIS, Elotuzumab und Dexamethason

Nach Kostengutsprache durch den Krankenversicherer nach vorgängiger Konsultation des Vertrauensarztes.

LENALIDOMID DEVATIS wird in Kombination mit Elotuzumab und Dexamethason zur Behandlung von erwachsenen Patienten mit rezidivierendem multiplem Myelom, die mindestens eine vorangegangene Therapie erhalten haben, vergütet.

Die Behandlung mit LENALIDOMID DEVATIS darf maximal bis zur Progression der Krankheit vergütet werden.

Folgender Code ist an den Krankenversicherer zu übermitteln: 21420.08

Kombination LENALIDOMID DEVATIS, Ixazomib und Dexamethason

Nach Kostengutsprache durch den Krankenversicherer nach vorgängiger Konsultation des Vertrauensarztes.

LENALIDOMID DEVATIS wird in Kombination mit Ixazomib und Dexamethason vergütet zur Behandlung von erwachsenen Patienten mit multiplem Myelom, die

– mindestens eine vorangegangene Therapie erhalten haben und Hochrisikomerkmale (definiert als erhöhtes zytogenetisches Risiko [hohes Risiko für del(17), t(4;14), t(14;16)] oder 1q21) oder ISS-Stadium III) aufweisen,

oder

– die mindestens zwei vorangegangene Therapien erhalten haben.

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

Folgender Code ist an den Krankenversicherer zu übermitteln: 21420.09

Kombination LENALIDOMID DEVATIS, Daratumumab und Dexamethason

Nach Kostengutsprache durch den Krankenversicherer nach vorgängiger Konsultation des Vertrauensarztes.

LENALIDOMID DEVATIS wird vergütet in Kombination mit Daratumumab und Dexamethason für die Behandlung von Patienten mit multiplem Myelom, die mindestens eine frühere Therapielinie erhalten haben.

Nur bis zur Progression der Krankheit.

Folgender Code ist an den Krankenversicherer zu übermitteln: 21420.10

Limitation neu:

Zur Behandlung von

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

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

PRÄPARATE/(Wirkstoffe) Packungen	Verantwortliche Firma	Therap. Gruppe	Dossier Nr.	Preis neu	Ex-Fact. neu
LENALIDOMID SANDOZ	Sandoz Pharmaceuticals AG	071610			
Kaps 2.5 mg Blist 21 Stk			21312	807.65	689.23
Kaps 5 mg Blist 21 Stk			21312	828.90	707.76
Kaps 7.5 mg Blist 21 Stk			21312	850.15	726.28
Kaps 10 mg Blist 21 Stk			21312	871.45	744.81
Kaps 15 mg Blist 21 Stk			21312	915.05	782.79
Kaps 20 mg Blist 21 Stk			21312	960.00	821.96
Kaps 25 mg Blist 21 Stk			21312	1005.00	861.14

Limitation alt:

Zur Behandlung von

- erwachsenen Patienten mit unbehandeltem multiplem Myelom, die nicht transplantierbar sind, in Kombination mit Dexamethason oder in Kombination mit Melphalan und Prednison, jeweils gefolgt von einer Lenalidomid Erhaltungstherapie bis zur Progression oder Unverträglichkeit (Indikationscode: 21312.01),
- Patienten mit multiplem Myelom, die wenigstens eine vorangegangene medikamentöse Therapie erhalten haben in Kombination mit Dexamethason (Indikationscode: 21312.02),
- Patienten mit transfusionsabhängiger Anämie infolge von myelodysplastischem Syndrom mit niedrigem oder intermediärem Risiko I in Verbindung mit einer zytogenetischen Deletion 5q-Anomalie mit oder ohne weitere zytogenetische Anomalien (Indikationscode: 21312.03).

Nach vorgängiger Kostengutsprache durch den Krankenversicherer nach vorheriger Konsultation des Vertrauensarztes. Der Indikationscode ist an den Krankenversicherer zu übermitteln.

Kombination LENALIDOMID SANDOZ, Bortezomib und Dexamethason (Induktion vor Stammzelltransplantation)

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

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

Folgender Code ist an den Krankenversicherer zu übermitteln: 21312.05

Kombination LENALIDOMID SANDOZ, Bortezomib und Dexamethason (ohne Stammzelltransplantation)

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

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

Folgender Code ist an den Krankenversicherer zu übermitteln: 21312.06

Erhaltungstherapie nach autologer Stammzelltransplantation

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

Folgender Code ist an den Krankenversicherer zu übermitteln: 21312.04

Kombination LENALIDOMID SANDOZ, Carfilzomib und Dexamethason

LENALIDOMID SANDOZ wird nach Kostengutsprache durch den Krankenversicherer nach vorgängiger Konsultation des Vertrauensarztes in Kombination mit Carfilzomib und Dexamethason zur Behandlung von erwachsenen Patienten mit rezidivierendem multiplem Myelom, die mindestens eine vorangegangene Therapie erhalten haben, vergütet.

Die Behandlung mit LENALIDOMID SANDOZ kann bis zur Progression der Krankheit vergütet werden.

Folgender Code ist an den Krankenversicherer zu übermitteln: 21312.07

Kombination LENALIDOMID SANDOZ, Elotuzumab und Dexamethason

Nach Kostengutsprache durch den Krankenversicherer nach vorgängiger Konsultation des Vertrauensarztes.

LENALIDOMID SANDOZ wird in Kombination mit Elotuzumab und Dexamethason zur Behandlung von erwachsenen Patienten mit rezidivierendem multiplem Myelom, die mindestens eine vorangegangene Therapie erhalten haben, vergütet.

Die Behandlung mit LENALIDOMID SANDOZ darf maximal bis zur Progression der Krankheit vergütet werden.

Folgender Code ist an den Krankenversicherer zu übermitteln: 21312.08

Kombination LENALIDOMID SANDOZ, Ixazomib und Dexamethason

Nach Kostengutsprache durch den Krankenversicherer nach vorgängiger Konsultation des Vertrauensarztes.

LENALIDOMID SANDOZ wird in Kombination mit Ixazomib und Dexamethason vergütet zur Behandlung von erwachsenen Patienten mit multiplem Myelom, die

- mindestens eine vorangegangene Therapie erhalten haben und Hochrisikomerkmale (definiert als erhöhtes zytogenetisches Risiko [hohes Risiko für del(17), t(4;14), t(14;16)] oder 1q21) oder ISS-Stadium III) aufweisen,

oder

- die mindestens zwei vorangegangene Therapien erhalten haben.

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

Folgender Code ist an den Krankenversicherer zu übermitteln: 21312.09

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

Kombination LENALIDOMID Sandoz, Daratumumab und Dexamethason

Nach Kostengutsprache durch den Krankenversicherer nach vorgängiger Konsultation des Vertrauensarztes.

LENALIDOMID SANDOZ wird vergütet in Kombination mit Daratumumab und Dexamethason für die Behandlung von Patienten mit multiplem Myelom, die mindestens eine frühere Therapielinie erhalten haben.

Nur bis zur Progression der Krankheit.

Folgender Code ist an den Krankenversicherer zu übermitteln: 21312.10

Limitation neu:

Zur Behandlung von

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

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

LENALIDOMID SPIRIG HC	Spirig HealthCare AG	071610			
Kaps 2.5 mg Blist 21 Stk			21384	807.65	689.23
Kaps 5 mg Blist 21 Stk			21384	828.90	707.76
Kaps 7.5 mg Blist 21 Stk			21384	850.15	726.28
Kaps 10 mg Blist 21 Stk			21384	871.45	744.81
Kaps 15 mg Blist 21 Stk			21384	915.05	782.79
Kaps 20 mg Blist 21 Stk			21384	960.00	821.96
Kaps 25 mg Blist 21 Stk			21384	1005.00	861.14

Limitation alt:

Zur Behandlung von

- erwachsenen Patienten mit unbehandeltem multiplem Myelom, die nicht transplantierbar sind, in Kombination mit Dexamethason oder in Kombination mit Melphalan und Prednison, jeweils gefolgt von einer Lenalidomid Erhaltungstherapie bis zur Progression oder Unverträglichkeit (Indikationscode: 21384.01),
- Patienten mit multiplem Myelom, die wenigstens eine vorangegangene medikamentöse Therapie erhalten haben in Kombination mit Dexamethason (Indikationscode: 21384.02),
- Patienten mit transfusionsabhängiger Anämie infolge von myelodysplastischem Syndrom mit niedrigem oder intermediärem Risiko 1 in Verbindung mit einer zytogenetischen Deletion 5q-Anomalie mit oder ohne weitere zytogenetische Anomalien (Indikationscode: 21384.03).

Nach vorgängiger Kostengutsprache durch den Krankenversicherer nach vorheriger Konsultation des Vertrauensarztes. Der Indikationscode ist an den Krankenversicherer zu übermitteln.

Kombination LENALIDOMID Spirig, Bortezomib und Dexamethason (Induktion vor Stammzelltransplantation)

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

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

Folgender Code ist an den Krankenversicherer zu übermitteln: 21384.05

Kombination LENALIDOMID Spirig, Bortezomib und Dexamethason (ohne Stammzelltransplantation)

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

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

Folgender Code ist an den Krankenversicherer zu übermitteln: 21384.06

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

Erhaltungstherapie nach autologer Stammzelltransplantation

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

Folgender Code ist an den Krankenversicherer zu übermitteln: 21384.04

Kombination LENALIDOMID Spirig, Carfilzomib und Dexamethason

LENALIDOMID Spirig wird nach Kostengutsprache durch den Krankenversicherer nach vorgängiger Konsultation des Vertrauensarztes in Kombination mit Carfilzomib und Dexamethason zur Behandlung von erwachsenen Patienten mit rezidivierendem multiplem Myelom, die mindestens eine vorangegangene Therapie erhalten haben, vergütet.

Die Behandlung mit LENALIDOMID Spirig kann bis zur Progression der Krankheit vergütet werden.

Folgender Code ist an den Krankenversicherer zu übermitteln: 21384.07

Kombination LENALIDOMID Spirig, Elotuzumab und Dexamethason

Nach Kostengutsprache durch den Krankenversicherer nach vorgängiger Konsultation des Vertrauensarztes.

LENALIDOMID Spirig wird in Kombination mit Elotuzumab und Dexamethason zur Behandlung von erwachsenen Patienten mit rezidivierendem multiplem Myelom, die mindestens eine vorangegangene Therapie erhalten haben, vergütet.

Die Behandlung mit LENALIDOMID Spirig darf maximal bis zur Progression der Krankheit vergütet werden.

Folgender Code ist an den Krankenversicherer zu übermitteln: 21384.08

Kombination LENALIDOMID Spirig, Ixazomib und Dexamethason

Nach Kostengutsprache durch den Krankenversicherer nach vorgängiger Konsultation des Vertrauensarztes.

LENALIDOMID Spirig wird in Kombination mit Ixazomib und Dexamethason vergütet zur Behandlung von erwachsenen Patienten mit multiplem Myelom, die

– mindestens eine vorangegangene Therapie erhalten haben und Hochrisikomerkmale (definiert als erhöhtes zytogenetisches Risiko [hohes Risiko für (del(17), t(4;14), t(14;16)] oder 1q21) oder ISS-Stadium III) aufweisen,

oder

– die mindestens zwei vorangegangene Therapien erhalten haben.

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

Folgender Code ist an den Krankenversicherer zu übermitteln: 21384.09

Kombination LENALIDOMID Spirig, Daratumumab und Dexamethason

Nach Kostengutsprache durch den Krankenversicherer nach vorgängiger Konsultation des Vertrauensarztes.

LENALIDOMID Spirig wird vergütet in Kombination mit Daratumumab und Dexamethason für die Behandlung von Patienten mit multiplem Myelom, die mindestens eine frühere Therapielinie erhalten haben.

Nur bis zur Progression der Krankheit.

Folgender Code ist an den Krankenversicherer zu übermitteln: 21384.10

Limitation neu:

Zur Behandlung von

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

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

PRÄPARATE/(Wirkstoffe) Packungen	Verantwortliche Firma	Therap. Gruppe	Dossier Nr.	Preis neu	Ex-Fact. neu
LENALIDOMID ZENTIVA	Helvepharm AG	071610			
Kaps 2.5 mg Blist 21 Stk			21381	807.65	689.23
Kaps 5 mg Blist 21 Stk			21381	828.90	707.76
Kaps 7.5 mg Blist 21 Stk			21381	850.15	726.28
Kaps 10 mg Blist 21 Stk			21381	871.45	744.81
Kaps 15 mg Blist 21 Stk			21381	915.05	782.79
Kaps 20 mg Blist 21 Stk			21381	960.00	821.96
Kaps 25 mg Blist 21 Stk			21381	1005.00	861.14

Limitation alt:

Zur Behandlung von

- erwachsenen Patienten mit unbehandeltem multiplem Myelom, die nicht transplantierbar sind, in Kombination mit Dexamethason oder in Kombination mit Melphalan und Prednison, jeweils gefolgt von einer Lenalidomid Erhaltungstherapie bis zur Progression oder Unverträglichkeit (Indikationscode: 21381.01),
- Patienten mit multiplem Myelom, die wenigstens eine vorangegangene medikamentöse Therapie erhalten haben in Kombination mit Dexamethason (Indikationscode: 21381.02),
- Patienten mit transfusionsabhängiger Anämie infolge von myelodysplastischem Syndrom mit niedrigem oder intermediärem Risiko 1 in Verbindung mit einer zytogenetischen Deletion 5q-Anomalie mit oder ohne weitere zytogenetische Anomalien (Indikationscode: 21381.03).

Nach vorgängiger Kostengutsprache durch den Krankenversicherer nach vorheriger Konsultation des Vertrauensarztes. Der Indikationscode ist an den Krankenversicherer zu übermitteln.

Kombination LENALIDOMID ZENTIVA, Bortezomib und Dexamethason (Induktion vor Stammzelltransplantation)

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

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

Folgender Code ist an den Krankenversicherer zu übermitteln: 21381.05

Kombination LENALIDOMID ZENTIVA, Bortezomib und Dexamethason (ohne Stammzelltransplantation)

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

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

Folgender Code ist an den Krankenversicherer zu übermitteln: 21381.06

Erhaltungstherapie nach autologer Stammzelltransplantation

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

Folgender Code ist an den Krankenversicherer zu übermitteln: 21381.04

Limitation alt :**Kombination LENALIDOMID ZENTIVA, Carfilzomib und Dexamethason**

LENALIDOMID ZENTIVA wird nach Kostengutsprache durch den Krankenversicherer nach vorgängiger Konsultation des Vertrauensarztes in Kombination mit Carfilzomib und Dexamethason zur Behandlung von erwachsenen Patienten mit rezidivierendem multiplem Myelom, die mindestens eine vorangegangene Therapie erhalten haben, vergütet.

Die Behandlung mit LENALIDOMID ZENTIVA kann bis zur Progression der Krankheit vergütet werden.

Folgender Code ist an den Krankenversicherer zu übermitteln: 21381.07

Kombination LENALIDOMID ZENTIVA, Elotuzumab und Dexamethason

Nach Kostengutsprache durch den Krankenversicherer nach vorgängiger Konsultation des Vertrauensarztes.

LENALIDOMID ZENTIVA wird in Kombination mit Elotuzumab und Dexamethason zur Behandlung von erwachsenen Patienten mit rezidivierendem multiplem Myelom, die mindestens eine vorangegangene Therapie erhalten haben, vergütet.

Die Behandlung mit LENALIDOMID ZENTIVA darf maximal bis zur Progression der Krankheit vergütet werden.

Folgender Code ist an den Krankenversicherer zu übermitteln: 21381.08

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

Kombination LENALIDOMID ZENTIVA, Ixazomib und Dexamethason

Nach Kostengutsprache durch den Krankenversicherer nach vorgängiger Konsultation des Vertrauensarztes.

LENALIDOMID ZENTIVA wird in Kombination mit Ixazomib und Dexamethason vergütet zur Behandlung von erwachsenen Patienten mit multiplem Myelom, die – mindestens eine vorangegangene Therapie erhalten haben und Hochrisikomerkmale (definiert als erhöhtes zyto genetisches Risiko [hohes Risiko für del(17), t(4;14), t(14;16)] oder 1q21) oder ISS-Stadium III) aufweisen,

oder

– die mindestens zwei vorangegangene Therapien erhalten haben.

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

Folgender Code ist an den Krankenversicherer zu übermitteln: 21381.09

Kombination LENALIDOMID ZENTIVA, Daratumumab und Dexamethason

Nach Kostengutsprache durch den Krankenversicherer nach vorgängiger Konsultation des Vertrauensarztes.

LENALIDOMID ZENTIVA wird vergütet in Kombination mit Daratumumab und Dexamethason für die Behandlung von Patienten mit multiplem Myelom, die mindestens eine frühere Therapielinie erhalten haben.

Nur bis zur Progression der Krankheit.

Folgender Code ist an den Krankenversicherer zu übermitteln: 21381.10

Limitation neu:

Zur Behandlung von

- erwachsenen Patienten mit einem unbehandelten multiplen Myelom in Kombination mit Bortezomib und Dexamethason
- erwachsenen Patienten mit multiplem Myelom als Erhaltungstherapie nach autologer Stammzelltransplantation
- erwachsenen Patienten mit unbehandeltem multiplem Myelom, die nicht transplantationsfähig sind, in Kombination mit Dexamethason oder in Kombination mit Melphalan und Prednison, jeweils gefolgt von einer Lenalidomid Erhaltungstherapie bis zur Progression oder Unverträglichkeit
- Patienten mit multiplem Myelom, die wenigstens eine vorangegangene medikamentöse Therapie erhalten haben in Kombination mit Dexamethason
- Patienten mit transfusionsabhängiger Anämie infolge von myelodysplastischem Syndrom mit niedrigem oder intermediärem Risiko 1 in Verbindung mit einer zyto genetischen Deletion 5q-Anomalie mit oder ohne weitere zyto genetische Anomalien

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

LENALIDOMID-TEVA	Teva Pharma AG	071610			
Kaps 2.5 mg Blist 21 Stk			21379	807.65	689.23
Kaps 5 mg Blist 21 Stk			21379	828.90	707.76
Kaps 7.5 mg Blist 21 Stk			21379	850.15	726.28
Kaps 10 mg Blist 21 Stk			21379	871.45	744.81
Kaps 15 mg Blist 21 Stk			21379	915.05	782.79
Kaps 20 mg Blist 21 Stk			21379	960.00	821.96
Kaps 25 mg Blist 21 Stk			21379	1005.00	861.14

Limitation alt:

Zur Behandlung von

- erwachsenen Patienten mit unbehandeltem multiplem Myelom, die nicht transplantierbar sind, in Kombination mit Dexamethason oder in Kombination mit Melphalan und Prednison, jeweils gefolgt von einer Lenalidomid Erhaltungstherapie bis zur Progression oder Unverträglichkeit (Indikationscode: 21379.01),
- Patienten mit multiplem Myelom, die wenigstens eine vorangegangene medikamentöse Therapie erhalten haben in Kombination mit Dexamethason (Indikationscode: 21379.02),
- Patienten mit transfusionsabhängiger Anämie infolge von myelodysplastischem Syndrom mit niedrigem oder intermediärem Risiko 1 in Verbindung mit einer zyto genetischen Deletion 5q-Anomalie mit oder ohne weitere zyto genetische Anomalien (Indikationscode: 21379.03).

Nach vorgängiger Kostengutsprache durch den Krankenversicherer nach vorheriger Konsultation des Vertrauensarztes. Der Indikationscode ist an den Krankenversicherer zu übermitteln.

Kombination LENALIDOMID-TEVA, Bortezomib und Dexamethason (Induktion vor Stammzelltransplantation)

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

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

Folgender Code ist an den Krankenversicherer zu übermitteln: 21379.05

Kombination LENALIDOMID-TEVA, Bortezomib und Dexamethason (ohne Stammzelltransplantation)

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

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

Folgender Code ist an den Krankenversicherer zu übermitteln: 21379.06

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

Erhaltungstherapie nach autologer Stammzelltransplantation

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

Folgender Code ist an den Krankenversicherer zu übermitteln: 21379.04

Kombination LENALIDOMID-TEVA, Carfilzomib und Dexamethason

LENALIDOMID-TEVA wird nach Kostengutsprache durch den Krankenversicherer nach vorgängiger Konsultation des Vertrauensarztes in Kombination mit Carfilzomib und Dexamethason zur Behandlung von erwachsenen Patienten mit rezidivierendem multiplem Myelom, die mindestens eine vorangegangene Therapie erhalten haben, vergütet.

Die Behandlung mit LENALIDOMID-TEVA kann bis zur Progression der Krankheit vergütet werden.

Folgender Code ist an den Krankenversicherer zu übermitteln: 21379.07

Kombination LENALIDOMID-TEVA, Elotuzumab und Dexamethason

Nach Kostengutsprache durch den Krankenversicherer nach vorgängiger Konsultation des Vertrauensarztes.

LENALIDOMID-TEVA wird in Kombination mit Elotuzumab und Dexamethason zur Behandlung von erwachsenen Patienten mit rezidivierendem multiplem Myelom, die mindestens eine vorangegangene Therapie erhalten haben, vergütet.

Die Behandlung mit LENALIDOMID-TEVA darf maximal bis zur Progression der Krankheit vergütet werden.

Folgender Code ist an den Krankenversicherer zu übermitteln: 21379.08

Kombination LENALIDOMID-TEVA, Ixazomib und Dexamethason

Nach Kostengutsprache durch den Krankenversicherer nach vorgängiger Konsultation des Vertrauensarztes.

LENALIDOMID-TEVA wird in Kombination mit Ixazomib und Dexamethason vergütet zur Behandlung von erwachsenen Patienten mit multiplem Myelom, die

– mindestens eine vorangegangene Therapie erhalten haben und Hochrisikomerkmale (definiert als erhöhtes zytogenetisches Risiko [hohes Risiko für del(17), t(4;14), t(14;16)] oder 1q21) oder ISS-Stadium III) aufweisen,

oder

– die mindestens zwei vorangegangene Therapien erhalten haben.

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

Folgender Code ist an den Krankenversicherer zu übermitteln: 21379.09

Kombination LENALIDOMID-TEVA, Daratumumab und Dexamethason

Nach Kostengutsprache durch den Krankenversicherer nach vorgängiger Konsultation des Vertrauensarztes.

LENALIDOMID-TEVA wird vergütet in Kombination mit Daratumumab und Dexamethason für die Behandlung von Patienten mit multiplem Myelom, die mindestens eine frühere Therapielinie erhalten haben.

Nur bis zur Progression der Krankheit.

Folgender Code ist an den Krankenversicherer zu übermitteln: 21379.10

Limitation neu:

Zur Behandlung von

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

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

PRÄPARATE/(Wirkstoffe) Packungen	Verantwortliche Firma	Therap. Gruppe	Dossier Nr.	Preis neu	Ex-Fact. neu
NUCALA	GlaxoSmithKline AG	030450			
Trockensub 100 mg/ml Durchstf 1 Stk			20455	1224.70	1060.60
Inj Lös 100 mg/ml Fertigpen 1 Stk			21053	1224.70	1060.60
Inj Lös 100 mg/ml Fertigspritze 1 Stk			21053	1224.70	1060.60
Inj Lös 100 mg/ml Fertigpen 3 Stk			21053	3507.35	3181.79

Limitation alt:

Nach Kostengutsprache durch den Krankenversicherer nach vorgängiger Konsultation des Vertrauensarztes.

Die Verschreibung darf ausschliesslich durch Fachärzte für Pneumologie, Allergologie und Immunologie erfolgen.

Als Zusatztherapie mit einer Dosierung von maximal 100mg alle 4 Wochen bei Erwachsenen ab 18 Jahren mit schwerem eosinophilem Asthma, gekennzeichnet durch folgende Kriterien:

Eine Eosinophilenzahl im Blut von ≥ 0.4 G/L und mindestens 4 klinisch relevante Exazerbationen in den vorausgegangenen 12 Monaten trotz maximal möglichen Dosierungen auf GINA-Stufe 4 (hochdosierte inhalative Kortikosteroide plus zusätzlicher Controller), die eine intermittierende Behandlung mit systemischen Kortikosteroiden benötigten

ODER

Eine Eosinophilenzahl im Blut von ≥ 0.4 G/L bevor eine Behandlung mit systemischen Kortikosteroiden begonnen worden war und mindestens 2 klinisch relevanten Exazerbationen in den vergangenen 12 Monaten bei Patienten/ -Innen, die nur aufgrund einer Erhaltungstherapie für mindestens 6 Monate in den letzten 12 Monaten mit systemischen Kortikosteroiden (GINA-Stufe 5) eine Krankheitskontrolle erreichen.

Spätestens nach 8 Gaben und anschliessend jährlich ist der Therapieerfolg durch einen Facharzt der Pneumologie, Allergologie oder Immunologie zu überprüfen.

Die Fortsetzung der Therapie nach dieser Überprüfung bedarf einer weiteren Kostengutsprache bei beständigem Therapieerfolg. Ein Therapieerfolg entspricht:

- bei Behandlung auf GINA-Stufe-4: eine Reduktion von mindestens 50 % der Exazerbationen im Vergleich zu Therapiebeginn und im Folgenden maximal gleichbleibender Exazerbationsrate

ODER

- bei Behandlung auf GINA-Stufe-5 mit systemischen Kortikosteroiden: Reduktion der Exazerbationsrate bei maximal gleichbleibender oder reduzierter Dosis der oralen Steroide und im Folgenden maximal gleichbleibender Exazerbationsrate bei stabiler Dosis der oralen Steroide ODER

Senkung der oralen Steroiddosis bei maximal gleichbleibender Exazerbationsrate auf 50% der Ausgangs Prednison-Äquivalente und im Folgenden gleichbleibender oder weiter reduzierter Steroiddosis bei maximal gleichbleibender Exazerbationsrate

ODER Wechsel auf GINA-Stufe 4 bei nicht mehr als 2 Exazerbationen jährlich und im Folgenden maximal gleichbleibender oder weiter verringerter Exazerbationsrate.

Nicht in Kombination mit anderen monoklonalen Antikörpern zur Behandlung des schweren Asthmas.

Limitation neu:

Nach Kostengutsprache durch den Krankenversicherer nach vorgängiger Konsultation des Vertrauensarztes.

Die Verschreibung darf ausschliesslich durch Fachärzte für Pneumologie, Allergologie und Immunologie erfolgen.

Als Zusatztherapie mit einer Dosierung von maximal 100mg alle 4 Wochen bei Erwachsenen ab 18 Jahren mit schwerem eosinophilem Asthma, gekennzeichnet durch folgende Kriterien:

Eine Eosinophilenzahl im Blut von ≥ 0.3 G/L und mindestens 4 klinisch relevante Exazerbationen in den vorausgegangenen 12 Monaten trotz maximal möglichen Dosierungen auf GINA-Stufe 4 (hochdosierte inhalative Kortikosteroide plus zusätzlicher Controller), die eine intermittierende Behandlung mit systemischen Kortikosteroiden benötigten

ODER

Eine Eosinophilenzahl im Blut von ≥ 0.3 G/L bevor eine Behandlung mit systemischen Kortikosteroiden begonnen worden war und mindestens 2 klinisch relevanten Exazerbationen in den vergangenen 12 Monaten bei Patienten/ -Innen, die nur aufgrund einer Erhaltungstherapie für mindestens 6 Monate in den letzten 12 Monaten mit systemischen Kortikosteroiden (GINA-Stufe 5) eine Krankheitskontrolle erreichen.

Spätestens nach 8 Gaben und anschliessend jährlich ist der Therapieerfolg durch einen Facharzt der Pneumologie, Allergologie oder Immunologie zu überprüfen.

Die Fortsetzung der Therapie nach dieser Überprüfung bedarf einer weiteren Kostengutsprache bei beständigem Therapieerfolg. Ein Therapieerfolg entspricht:

- bei Behandlung auf GINA-Stufe-4: eine Reduktion von mindestens 50 % der Exazerbationen im Vergleich zu Therapiebeginn und im Folgenden maximal gleichbleibender Exazerbationsrate

ODER

- bei Behandlung auf GINA-Stufe-5 mit systemischen Kortikosteroiden: Reduktion der Exazerbationsrate bei maximal gleichbleibender oder reduzierter Dosis der oralen Steroide und im Folgenden maximal gleichbleibender Exazerbationsrate bei stabiler Dosis der oralen Steroide ODER

Senkung der oralen Steroiddosis bei maximal gleichbleibender Exazerbationsrate auf 50 % der Ausgangs Prednison-Äquivalente und im Folgenden gleichbleibender oder weiter reduzierter Steroiddosis bei maximal gleichbleibender Exazerbationsrate

ODER Wechsel auf GINA-Stufe 4 bei nicht mehr als 2 Exazerbationen jährlich und im Folgenden maximal gleichbleibender oder weiter verringerter Exazerbationsrate.

Nicht in Kombination mit anderen monoklonalen Antikörpern zur Behandlung des schweren Asthmas.

PRÄPARATE/(Wirkstoffe) Packungen	Verantwortliche Firma	Therap. Gruppe	Dossier Nr.	Preis neu	Ex-Fact. neu
REVLIMID	Bristol-Myers Squibb SA	071610			
Kaps 2.5 mg 21 Stk			18541	2581.20	2297.4
Kaps 5 mg 21 Stk			18541	2648.95	2359.19
Kaps 7.5 mg 21 Stk			18541	2716.65	2420.94
Kaps 10 mg 21 Stk			18541	2784.40	2482.70
Kaps 15 mg 21 Stk			18541	2920.55	2609.31
Kaps 20 mg 21 Stk			18541	3054.40	2739.88
Kaps 25 mg 21 Stk			18541	3188.20	2870.45

Limitation alt:

Zur Behandlung von

- erwachsenen Patienten mit unbehandeltem multiplem Myelom, die nicht transplantierbar sind, in Kombination mit Dexamethason oder in Kombination mit Melphalan und Prednison, jeweils gefolgt von einer Revlimid Erhaltungstherapie bis zur Progression oder Unverträglichkeit (Indikationscode: 18541.01),
- Patienten mit multiplem Myelom, die wenigstens eine vorangegangene medikamentöse Therapie erhalten haben in Kombination mit Dexamethason (Indikationscode: 18541.02),
- Patienten mit transfusionsabhängiger Anämie infolge von myelodysplastischem Syndrom mit niedrigem oder intermediärem Risiko 1 in Verbindung mit einer zytogenetischen Deletion 5q-Anomalie mit oder ohne weitere zytogenetische Anomalien (Indikationscode: 18541.03).

Nach vorgängiger Kostengutsprache durch den Krankenversicherer nach vorheriger Konsultation des Vertrauensarztes. Der Indikationscode ist an den Krankenversicherer zu übermitteln.

Kombination REVLIMID, Bortezomib und Dexamethason (Induktion vor Stammzelltransplantation)

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

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

Folgender Code ist an den Krankenversicherer zu übermitteln: 18541.05

Kombination REVLIMID, Bortezomib und Dexamethason (ohne Stammzelltransplantation)

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

Die Vergütung für die ersten 24 Monate effektiver Therapie erfolgt zu den aufgeführten SL-Preisen zum Zeitpunkt des Bezugs. Die Zulassungsinhaber vergütet bei einer Therapiedauer darüber hinaus (ab Monat 25) nach Aufforderung durch denjenigen Krankenversicherer, bei dem die versicherte Person zum Zeitpunkt des Bezugs versichert war, für jede weitere bezogene Packung REVLIMID 50 % des Fabrikabgabepreises zurück. Die Forderung einer Rückvergütung nach 24 Monaten durch den Krankenversicherer im Rahmen der Erhaltungstherapie mit REVLIMID nach Kombination von REVLIMID, Bortezomib und Dexamethason (RVd) kann nur dann erfolgen, wenn die Kombination aus RVd nachweislich über 16 Wochen appliziert wurde. Die Mehrwertsteuer kann nicht zusätzlich zu diesem Anteil des Fabrikabgabepreises zurückgefordert werden. Die Rückvergütung gilt für Behandlungen, die ab 1. Januar 2020 initiiert werden.

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

Folgender Code ist an den Krankenversicherer zu übermitteln: 18541.06

Erhaltungstherapie nach autologer Stammzelltransplantation

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

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

Die Zulassungsinhaber vergütet bei einer Therapiedauer darüber hinaus (ab Monat 25) nach Aufforderung durch denjenigen Krankenversicherer, bei dem die versicherte Person zum Zeitpunkt des Bezugs versichert war, für jede weitere bezogene Packung REVLIMID 50 % des Fabrikabgabepreises zurück. Die Mehrwertsteuer kann nicht zusätzlich zu diesem Anteil des Fabrikabgabepreises zurückgefordert werden. Die Rückvergütung gilt für Behandlungen, die ab 1. Dezember 2019 initiiert werden.

Folgender Code ist an den Krankenversicherer zu übermitteln: 18541.04

Kombination REVLIMID, Carfilzomib und Dexamethason

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

Die Behandlung mit REVLIMID kann bis zur Progression der Krankheit vergütet werden.

Die Zulassungsinhaber zahlt nach Aufforderung durch denjenigen Krankenversicherer, bei dem die versicherte Person zum Zeitpunkt des Bezugs versichert war, pro Packung REVLIMID 20.62 Prozent des Fabrikabgabepreises an den Krankenversicherer zurück. Die Forderung einer Rückvergütung durch den Krankenversicherer im Rahmen der Erhaltungstherapie mit REVLIMID nach Kombination von Carfilzomib und REVLIMID kann nur dann erfolgen, wenn vorab nachweislich mindestens 12 vollständige Kombinationszyklen von Carfilzomib plus REVLIMID eingesetzt wurden.

Wird Carfilzomib vor Ablauf der 12 Zyklen abgesetzt, kann der Krankenversicherer für die darauffolgende Erhaltungstherapie keine Rückvergütung einfordern. Die Mehrwertsteuer kann nicht zusätzlich zu den Rückvergütungsbeträgen zurückgefordert werden. Die Aufforderung zur Rückvergütung soll in der Regel innerhalb von 6 Monaten nach Verabreichung erfolgen.

Folgender Code ist an den Krankenversicherer zu übermitteln: 18541.07

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

Kombination REVLIMID, Elotuzumab und Dexamethason

Nach Kostengutsprache durch den Krankenversicherer nach vorgängiger Konsultation des Vertrauensarztes.

REVLIMID wird in Kombination mit Elotuzumab und Dexamethason zur Behandlung von erwachsenen Patienten mit rezidivierendem multiplem Myelom, die mindestens eine vorangegangene Therapie erhalten haben, vergütet.

Die Behandlung mit REVLIMID darf maximal bis zur Progression der Krankheit vergütet werden.

Die Zulassungsinhaberin erstattet im Rahmen der Kombinationstherapie von REVLIMID mit Elotuzumab dem Krankenversicherer, bei dem die versicherte Person zum Zeitpunkt des Bezugs versichert war, auf dessen erste Aufforderung hin, für jede bezogene Packung REVLIMID einen festgelegten Anteil des Fabrikabgabepreises zurück. Die Zulassungsinhaberin gibt dem Krankenversicherer die Höhe der Rückerstattung bekannt.

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

Folgender Code ist an den Krankenversicherer zu übermitteln: 18541.08.

Kombination REVLIMID, Ixazomib und Dexamethason

Nach Kostengutsprache durch den Krankenversicherer nach vorgängiger Konsultation des Vertrauensarztes.

REVLIMID wird in Kombination mit Ixazomib und Dexamethason vergütet zur Behandlung von erwachsenen Patienten mit multiplem Myelom, die

– mindestens eine vorangegangene Therapie erhalten haben und Hochrisikomerkmale (definiert als erhöhtes zyto genetisches Risiko [hohes Risiko für del[17], t[4;14], t[14;16]] oder 1q21) oder ISS-Stadium III) aufweisen,

oder

– die mindestens zwei vorangegangene Therapien erhalten haben.

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

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

Die Forderung einer Rückerstattung durch den Krankenversicherer gilt nur für die Kombination von Ixazomib und REVLIMID und kann nur dann erfolgen, wenn nachweislich beide Medikamente eingesetzt wurden. Wird Ixazomib abgesetzt, kann der Krankenversicherer für die darauffolgende Erhaltungstherapie mit REVLIMID keine Rückerstattung einfordern.

Folgender Code ist an den Krankenversicherer zu übermitteln: 18541.09

Kombination REVLIMID, Daratumumab und Dexamethason

Nach Kostengutsprache durch den Krankenversicherer nach vorgängiger Konsultation des Vertrauensarztes.

REVLIMID wird vergütet in Kombination mit Daratumumab und Dexamethason für die Behandlung von Patienten mit multiplem Myelom, die mindestens eine frühere Therapielinie erhalten haben.

Nur bis zur Progression der Krankheit.

Die Zulassungsinhaberin vergütet dem Krankenversicherer, bei dem die versicherte Person zum Zeitpunkt des Bezugs versichert war, auf dessen erste Aufforderung hin für jede bezogene Packung REVLIMID einen festgelegten Anteil des Fabrikabgabepreises zurück. Die Zulassungsinhaberin gibt dem Krankenversicherer die Höhe der Rückvergütung bekannt. Die Mehrwertsteuer kann nicht zusätzlich zu diesem Anteil des Fabrikabgabepreises zurückgefordert werden.

Folgender Code ist an den Krankenversicherer zu übermitteln: 18541.10

Limitation neu:

Zur Behandlung von

- erwachsenen Patienten mit einem unbehandelten multiplen Myelom in Kombination mit Bortezomib und Dexamethason
- erwachsenen Patienten mit multiplem Myelom als Erhaltungstherapie nach autologer Stammzelltransplantation
- erwachsenen Patienten mit unbehandeltem multiplem Myelom, die nicht transplantationsfähig sind, in Kombination mit Dexamethason oder in Kombination mit Melphalan und Prednison, jeweils gefolgt von einer Revlimid Erhaltungstherapie bis zur Progression oder Unverträglichkeit
- Patienten mit multiplem Myelom, die wenigstens eine vorangegangene medikamentöse Therapie erhalten haben in Kombination mit Dexamethason
- Patienten mit transfusionsabhängiger Anämie infolge von myelodysplastischem Syndrom mit niedrigem oder intermediärem Risiko 1 in Verbindung mit einer zyto genetischen Deletion 5q-Anomalie mit oder ohne weitere zyto genetische Anomalien

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

PRÄPARATE/(Wirkstoffe) Packungen	Verantwortliche Firma	Therap. Gruppe	Dossier Nr.	Preis neu	Ex-Fact. neu
VI. Limitierung bei Neuaufnahme					
ERLEADA Filmtabl 60 mg 4 Blist 28 Stk	Janssen-Cilag AG	071620	20901	3327.45	3006.28
Limitation alt: Nach Kostengutsprache des Krankenversicherers mit vorgängiger Konsultation des Vertrauensarztes. ERLEADA wird vergütet in Kombination mit Androgendeprivationstherapie (ADT) für die Behandlung von erwachsenen Patienten mit metastasiertem, hormonsensitivem Prostatakarzinom (mHSPC).					
Neue Limitation befristet bis 31.10.2025 Nach Kostengutsprache des Krankenversicherers mit vorgängiger Konsultation des Vertrauensarztes. ERLEADA wird vergütet in Kombination mit Androgendeprivationstherapie (ADT) für die Behandlung von erwachsenen Patienten mit metastasiertem, hormonsensitivem Prostatakarzinom (mHSPC).					
JINARC (Tolvaptanum, Tolvaptanum) cpr 45 mg/15 mg 56 pce cpr 60 mg/30 mg 56 pce cpr 90 mg/30 mg 56 pce cpr 15 mg 28 pce cpr 30 mg 28 pce	Otsuka Pharmaceutical (Switzerland) GmbH	050200	20456 20456 20456 20456 20456	1652.55 1652.55 1652.55 1652.55 1652.55	1450.70 1450.70 1450.70 1450.70 1450.70
Befristete Limitation bis 30.11.2022 Nach Kostengutsprache durch den Krankenversicherer nach vorgängiger Konsultation des Vertrauensarztes. Zur Verlangsamung der Progression von Zystenentwicklung und Niereninsuffizienz bei typischer autosomaldominanter polyzystischer Nierenerkrankung (ADPKD Class 1) bei Erwachsenen mit chronischer Nierenerkrankung (CKD) im Stadium 1 bis 3 zu Behandlungsbeginn mit Anzeichen für eine rasch fortschreitende Erkrankung, wenn das Gesamtnierenvolumen (TKV) zu Behandlungsbeginn mindestens 750 ml beträgt, die geschätzte glomeruläre Filtrationsrate (eGFR) mindestens 30 ml/min/1.73 m ² , und wenn zudem bei Patienten mit CKD im Stadium 1 gleichzeitig eine Mayo-Klasse 1D oder 1E und bei Patienten mit CKD in den Stadien 2 und 3 eine Mayo-Klasse 1C, 1D oder 1E vorliegt. Die Diagnose, die Verordnung und die Überwachung der Therapie mit JINARC darf ausschliesslich durch einen Facharzt der Nephrologie erfolgen, der an einem durch das BAG definierten Spital mit einem Zentrum für Nephrologie tätig ist. Die vom BAG definierten Zentren (vgl. Liste publiziert unter http://www.bag.admin.ch/sl-ref) erfüllen mindestens zwei der folgenden drei Kriterien: • Das Zentrum ist eine als FMH-Weiterbildungsstätte der Kategorie A oder B definierte Klinik für Nephrologie. • Am Zentrum ist mindestens ein von Otsuka Pharmaceutical (Switzerland) GmbH geschulter Facharzt der Nephrologie tätig. • Das Zentrum hat sich zur Teilnahme an der PASS-Studie zu JINARC verpflichtet. Dabei sind folgende Daten zu erfassen: Alter des Patienten zu Behandlungsbeginn, Geschlecht des Patienten, eGFR vor Behandlungsbeginn, CKD-Stadium und Gesamtnierenvolumen zu Beginn der Behandlung, Mayo-Klasse zu Beginn der Behandlung sowie Anfangsdosierung. Weiter zu liefern sind im Abstand von 6 Monaten die eGFR, Dosisänderungen, Grund für eine Dosisreduktion falls zutreffend und Grund für den Therapieabbruch falls zutreffend. Das Kostengutsprachegehesuch hat folgende Angaben zu enthalten: • gesicherte Diagnose einer typischen ADPKD (Class 1) anhand der Anzahl Zysten/Niere und Alter (nach Pei-Ravine Kriterien) oder anhand eines genetischen Testes • CKD-Stadium, eGFR, Gesamtnierenvolumen, Alter des Patienten und Mayo-Klasse zu Beginn der Behandlung • Anfangsdosierung Bricht ein Patient die Therapie nach einer Behandlungsdauer von 3 Monaten oder weniger ab, werden die gesamten Therapiekosten auf Basis FAP von der Firma Otsuka Pharmaceutical (Switzerland) GmbH demjenigen Krankenversicherer rückvergütet, bei dem die versicherte Person zum Zeitpunkt des Bezuges versichert war. Die MWSt kann nicht zusätzlich zum FAP zurückgefordert werden. Als Therapieabbruch gilt, wenn ein Patient nach Bezug der ersten, der ersten zwei oder der ersten drei monatlich bezogenen Packungen während 2 Monaten keine Packung mehr bezieht. Der Krankenversicherer fordert die Firma Otsuka Pharmaceutical (Switzerland) GmbH zur Rückvergütung auf. Die Aufforderung soll innerhalb von 6 Monaten nach Therapieabbruch erfolgen. Entstehen aufgrund einer Dosisanpassung Therapiekosten pro Jahr, die die Kosten von 13 Packungen zu Fr. 1695.85 übersteigen, werden die Kosten, die über diesen Betrag hinausgehen, auf Basis FAP von der Firma Otsuka Pharmaceutical (Switzerland) GmbH demjenigen Krankenversicherer rückvergütet, bei dem die versicherte Person zum Zeitpunkt des Bezuges versichert war. Die MWSt kann nicht zusätzlich zum FAP zurückgefordert werden. Der Krankenversicherer fordert die Firma Otsuka Pharmaceutical (Switzerland) GmbH zur Rückvergütung auf. Zur Beurteilung der Therapiekosten pro Jahr soll eine Bezugsperiode von 15 Monaten berücksichtigt werden. Die Aufforderung zur Rückvergütung soll innerhalb von einem Monat, der über diese 15 Monate Bezugsperiode hinausgeht, erfolgen.					

PRÄPARATE/(Wirkstoffe) Packungen	Verantwortliche Firma	Therap. Gruppe	Dossier Nr.	Preis neu	Ex-Fact. neu
MAVENCLAD	Merck (Schweiz) AG	019900			
Tabl 10 mg Blist 1 Stk			20873	3151.45	2834.60
Tabl 10 mg Blist 4 Stk			20873	11867.85	11338.40
Tabl 10 mg Blist 6 Stk			20873	17678.80	17007.60

Limitation alt:

Als krankheitsmodifizierende Monotherapie von hochaktiver, schubförmig remittierend verlaufender Multipler Sklerose (MS) bei folgenden Patientengruppen:

- Patienten mit hoher Krankheitsaktivität trotz Behandlung mit einer krankheitsmodifizierenden Therapie (in der Regel während mindestens 6 Monaten), oder
- Patienten mit rasch fortschreitender schubförmig remittierend verlaufender Multipler Sklerose, definiert durch 2 oder mehr Schübe mit Behinderungscharakter in einem Jahr, und mit 1 oder mehr Gadolinium anreichernden Läsionen im MRI des Gehirns oder mit einer signifikanten Erhöhung der T2-Läsionen im Vergleich zu einem kürzlich durchgeführten MRI.

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

Behandlung durch einen Facharzt der Neurologie FMH mit zeitlichem Zugang zu MRI.

Neue Limitation befristet bis 31.12.2022

Als krankheitsmodifizierende Monotherapie von hochaktiver, schubförmig remittierend verlaufender Multipler Sklerose (MS) bei folgenden Patientengruppen:

- Patienten mit hoher Krankheitsaktivität trotz Behandlung mit einer krankheitsmodifizierenden Therapie (in der Regel während mindestens 6 Monaten), oder
- Patienten mit rasch fortschreitender schubförmig remittierend verlaufender Multipler Sklerose, definiert durch 2 oder mehr Schübe mit Behinderungscharakter in einem Jahr, und mit 1 oder mehr Gadolinium anreichernden Läsionen im MRI des Gehirns oder mit einer signifikanten Erhöhung der T2-Läsionen im Vergleich zu einem kürzlich durchgeführten MRI.

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

Behandlung durch einen Facharzt der Neurologie FMH mit zeitlichem Zugang zu MRI.

PRALUENT (Alirocumabum)	Sanofi-Aventis (Suisse) SA	071200			
Inj Lös 75 mg/ml Fertipen 1 Stk			20487	233.35	188.96
Inj Lös 75 mg/ml Fertipen 2 Stk			20487	450.25	377.92
Inj Lös 150 mg/ml Fertipen 2 Stk			20487	450.25	377.92

Nach Kostengutsprache durch den Krankenversicherer nach vorgängiger Konsultation des Vertrauensarztes.

PRALUENT wird vergütet begleitend zu einer Diät und zusätzlich zu einer maximal verträglichen Dosierung einer intensivierten LDL-C senkenden Therapie.

In der Sekundärprävention nach einem klinisch manifesten atherosklerotisch bedingten, ischämischen kardiovaskulären Ereignis mit einem LDL-C > 2.6 mmol/L

- bei Erwachsenen mit Hypercholesterinämie
- bei Erwachsenen mit heterozygoter familiärer Hypercholesterinämie

In der Primärprävention nur bei Hochrisikopatienten:

- mit einem LDL-C > 5.0 mmol/L bei Erwachsenen mit einer schweren heterozygoten familiären Hypercholesterinämie
- mit einem LDL-C > 4.5 mmol/L bei Erwachsenen mit einer schweren heterozygoten familiären Hypercholesterinämie mit mindestens einem der folgenden zusätzlichen Risikofaktoren: Diabetes Mellitus, erhöhtes Lipoprotein (a) > 50 mg/dL resp. > 120 nmol/L, ausgeprägte arterielle Hypertonie

PRALUENT wird nur vergütet, wenn aufgrund des sehr hohen kardiovaskulären Risikos eine zusätzliche LDL-C Senkung medizinisch erforderlich ist, d.h.

- wenn über mindestens 3 Monate mit der maximal verträglichen Dosierung einer intensivierten LDL-C senkenden Therapie mit mindestens zwei verschiedenen Statinen mit oder ohne Ezetimib (oder Ezetimib mit oder ohne weiteren Lipidsenker bei Statin-Unverträglichkeit) die oben erwähnten LDL-C-Werte nicht erreicht werden können und
- wenn der arterielle Blutdruck kontrolliert und wenn eine Einstellung des Blutzuckers auf ein HbA1c-Wert kleiner 8% sowie eine Nikotinabstinenz angestrebt werden.

Eine Unverträglichkeit gegenüber Statinen gilt als belegt, wenn

- Therapieversuche mit mehreren Statinen zu Myalgien oder
- einem Anstieg der Kreatinin-Kinase auf mindestens das Fünffache des oberen Normwertes führten oder
- wenn durch ein Statin eine schwere Hepatopathie aufgetreten ist.

Diagnose und Erstverordnung sowie regelmässige Kontrollen müssen durch einen Facharzt FMH der Angiologie, Diabetologie / Endokrinologie, Kardiologie, Nephrologie, Neurologie oder durch ausgewiesene Hypercholesterinämie-Experten durchgeführt werden. Die entsprechende Liste mit den Experten ist unter folgender Adresse abrufbar: <http://www.bag.admin.ch/si-ref>

Die Behandlung darf nur fortgesetzt werden, wenn bei einer Kontrolle innerhalb von 6 Monaten nach Behandlungsbeginn das LDL-C gegenüber dem Ausgangswert unter der maximal intensivierten lipid-senkenden Therapie um mindestens 40% gesenkt werden konnte oder ein LDL-C Wert von kleiner als 1.8 mmol/l erreicht wurde.

Die Sanofi-Aventis (Suisse) SA vergütet dem Krankenversicherer, bei dem die versicherte Person zum Zeitpunkt des Bezugs versichert war, auf dessen erste Aufforderung hin für jede bezogene Packung PRALUENT einen festgelegten Anteil des Fabrikabgabepreises zurück. Sie gibt dem Krankenversicherer die Höhe der Rückvergütung bekannt. Die Mehrwertsteuer kann nicht zusätzlich zu diesem Anteil des Fabrikabgabepreises zurückgefordert werden. Die Aufforderung zur Rückvergütung soll ab dem Zeitpunkt der Verabreichung erfolgen.

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

ROZLYTREK	Roche Pharma (Schweiz) AG	071610			
Kaps 100 mg Fl 30 Stk			21183	1239.40	1074.01
Kaps 200 mg Fl 90 Stk			21183	6851.15	6444.04

Limitation alt:**Solide Tumoren**

Nach Kostengutsprache durch den Krankenversicherer nach vorgängiger Konsultation des Vertrauensarztes.

ROZLYTREK wird als Monotherapie zur Behandlung von erwachsenen und pädiatrischen Patienten ≥12 Jahren mit soliden Tumoren vergütet:

- die einen Tumor mit einer NTRK (neurotrophe Tyrosinrezeptorkinase)-Genfusion ohne bekannter NTRK Resistenzmutation haben und
- deren Tumor metastasiert ist oder bei denen eine chirurgische Resektion wahrscheinlich zu schwerer Morbidität führt und
- die keine zufriedenstellenden Therapieoptionen zur Verfügung oder einen Progress nach vorausgegangener Therapie haben.

ROZLYTREK ist nicht indiziert zur Behandlung von Lymphomen und primären ZNS-Tumoren.

Die NTRK-Genfusion ist vor der Behandlung mit ROZLYTREK mit einer geeigneten Methode nachzuweisen. Eine Rotation innerhalb der NTRK-Inhibitoren wird ausschliesslich bei Kontraindikation oder Unverträglichkeit vergütet. Patienten mit einer primären oder sekundären Resistenz auf NTRK-Inhibitoren werden von einer Vergütung ausgeschlossen.

Die Behandlung mit ROZLYTREK erfolgt bis zur Progression der Erkrankung oder bis zum Auftreten inakzeptabler Toxizität.

Die Zulassungsinhaberin Roche Pharma (Schweiz) AG vergütet die ersten 2 bezogenen Packungen ROZLYTREK 200mg 90 Stk auf Aufforderung desjenigen Krankenversicherers, bei dem die versicherte Person zum Zeitpunkt des Bezugs versichert war, zum aktuellen FAP vollständig zurück. Die Zulassungsinhaberin Roche Pharma (Schweiz) AG erstattet dem Krankenversicherer, bei dem die versicherte Person zum Zeitpunkt des Bezugs versichert war, auf dessen erste Aufforderung hin zudem für jede zusätzlich bezogene Packung ROZLYTREK einen Betrag von Fr. 120.43 für die 100 mg 30 Stk Packung bzw. Fr. 722.58 für die 200 mg 90 Stk. Packung zurück. Die Mehrwertsteuer kann nicht zusätzlich zu diesem Anteil des Fabrikabgabepreises zurückgefordert werden. Die Aufforderung zur Rückerstattung soll ab dem Zeitpunkt der Verabreichung erfolgen.

Folgender Code ist an den Krankenversicherer zu übermitteln: 21183.01.

Neue Limitation befristet bis 31.08.2023**Solide Tumoren**

Nach Kostengutsprache durch den Krankenversicherer nach vorgängiger Konsultation des Vertrauensarztes.

ROZLYTREK wird als Monotherapie zur Behandlung von erwachsenen und pädiatrischen Patienten ≥12 Jahren mit soliden Tumoren vergütet:

- die einen Tumor mit einer NTRK (neurotrophe Tyrosinrezeptorkinase)-Genfusion ohne bekannter NTRK Resistenzmutation haben und
- deren Tumor metastasiert ist oder bei denen eine chirurgische Resektion wahrscheinlich zu schwerer Morbidität führt und
- die keine zufriedenstellenden Therapieoptionen zur Verfügung oder einen Progress nach vorausgegangener Therapie haben.

ROZLYTREK ist nicht indiziert zur Behandlung von Lymphomen und primären ZNS-Tumoren.

Die NTRK-Genfusion ist vor der Behandlung mit ROZLYTREK mit einer geeigneten Methode nachzuweisen. Eine Rotation innerhalb der NTRK-Inhibitoren wird ausschliesslich bei Kontraindikation oder Unverträglichkeit vergütet. Patienten mit einer primären oder sekundären Resistenz auf NTRK-Inhibitoren werden von einer Vergütung ausgeschlossen.

Die Behandlung mit ROZLYTREK erfolgt bis zur Progression der Erkrankung oder bis zum Auftreten inakzeptabler Toxizität.

Die Zulassungsinhaberin Roche Pharma (Schweiz) AG vergütet die ersten 2 bezogenen Packungen ROZLYTREK 200 mg 90 Stk auf Aufforderung desjenigen Krankenversicherers, bei dem die versicherte Person zum Zeitpunkt des Bezugs versichert war, zum aktuellen FAP vollständig zurück. Die Zulassungsinhaberin Roche Pharma (Schweiz) AG erstattet dem Krankenversicherer, bei dem die versicherte Person zum Zeitpunkt des Bezugs versichert war, auf dessen erste Aufforderung hin zudem für jede zusätzlich bezogene Packung ROZLYTREK einen Betrag von Fr. 120.43 für die 100 mg 30 Stk Packung bzw. Fr. 722.58 für die 200 mg 90 Stk. Packung zurück. Die Mehrwertsteuer kann nicht zusätzlich zu diesem Anteil des Fabrikabgabepreises zurückgefordert werden. Die Aufforderung zur Rückerstattung soll ab dem Zeitpunkt der Verabreichung erfolgen.

Folgender Code ist an den Krankenversicherer zu übermitteln: 21183.01.

Limitation alt:**Nicht-kleinzelliges Bronchialkarzinom (NSCLC)**

Nach Kostengutsprache durch den Krankenversicherer nach vorgängiger Konsultation des Vertrauensarztes.

ROZLYTREK wird als Monotherapie zur Behandlung von erwachsenen Patienten mit ROS1-positivem, metastasiertem NSCLC vergütet.

Die ROS1-Genfusion ist vor der Behandlung mit ROZLYTREK mit einer geeigneten Methode nachzuweisen. Eine Rotation innerhalb der ROS1-Inhibitoren wird ausschliesslich bei Kontraindikation oder Unverträglichkeit vergütet.

Die Behandlung mit ROZLYTREK erfolgt bis zur Progression der Erkrankung oder bis zum Auftreten inakzeptabler Toxizität.

Die Zulassungsinhaberin Roche Pharma (Schweiz) AG vergütet die ersten 2 bezogenen Packungen ROZLYTREK 200 mg 90 Stk auf Aufforderung desjenigen Krankenversicherers, bei dem die versicherte Person zum Zeitpunkt des Bezugs versichert war, zum aktuellen FAP vollständig zurück. Die Zulassungsinhaberin Roche Pharma (Schweiz) AG erstattet dem Krankenversicherer, bei dem die versicherte Person zum Zeitpunkt des Bezugs versichert war, auf dessen erste Aufforderung hin zudem für jede zusätzlich bezogene Packung ROZLYTREK einen festgelegten Anteil des Fabrikabgabepreises zurück. Sie gibt dem Krankenversicherer die Höhe der Rückerstattung bekannt. Die Mehrwertsteuer kann nicht zusätzlich zu diesem Anteil des Fabrikabgabepreises zurückgefordert werden. Die Aufforderung zur Rückerstattung soll ab dem Zeitpunkt der Verabreichung erfolgen.

Folgender Code ist an den Krankenversicherer zu übermitteln: 21183.02.

Neue Limitation befristet bis 31.08.2023**Nicht-kleinzelliges Bronchialkarzinom (NSCLC)**

Nach Kostengutsprache durch den Krankenversicherer nach vorgängiger Konsultation des Vertrauensarztes.

ROZLYTREK wird als Monotherapie zur Behandlung von erwachsenen Patienten mit ROS1-positivem, metastasiertem NSCLC vergütet.

Die ROS1-Genfusion ist vor der Behandlung mit ROZLYTREK mit einer geeigneten Methode nachzuweisen. Eine Rotation innerhalb der ROS1-Inhibitoren wird ausschliesslich bei Kontraindikation oder Unverträglichkeit vergütet.

Die Behandlung mit ROZLYTREK erfolgt bis zur Progression der Erkrankung oder bis zum Auftreten inakzeptabler Toxizität.

Die Zulassungsinhaberin Roche Pharma (Schweiz) AG vergütet die ersten 2 bezogenen Packungen ROZLYTREK 200mg 90 Stk auf Aufforderung desjenigen Krankenversicherers, bei dem die versicherte Person zum Zeitpunkt des Bezugs versichert war, zum aktuellen FAP vollständig zurück. Die Zulassungsinhaberin Roche Pharma (Schweiz) AG erstattet dem Krankenversicherer, bei dem die versicherte Person zum Zeitpunkt des Bezugs versichert war, auf dessen erste Aufforderung hin zudem für jede zusätzlich bezogene Packung ROZLYTREK einen festgelegten Anteil des Fabrikabgabepreises zurück. Sie gibt dem Krankenversicherer die Höhe der Rückerstattung bekannt. Die Mehrwertsteuer kann nicht zusätzlich zu diesem Anteil des Fabrikabgabepreises zurückgefordert werden. Die Aufforderung zur Rückerstattung soll ab dem Zeitpunkt der Verabreichung erfolgen.

Folgender Code ist an den Krankenversicherer zu übermitteln: 21183.02.

PRÄPARATE/(Wirkstoffe) Packungen	Verantwortliche Firma	Therap. Gruppe	Dossier Nr.	Preis neu	Ex-Fact. neu
SKILARENCE	Almirall AG	100300			
Tabl 30 mg Blist 42 Stk			20872	43.55	23.67
Tabl 120 mg Blist 90 Stk			20872	249.35	202.93
Tabl 120 mg Blist 180 Stk			20872	426.40	357.15

Limitation alt:

Limitation alt

Skilarence wird angewendet zur ausschliesslichen Behandlung von Hautmanifestationen erwachsener Patienten mit schwerer Plaque-Psoriasis, die eine systemische Arzneimitteltherapie benötigen aufgrund eines ungenügenden Ansprechens auf verschreibungspflichtige topische Therapien. Die Verschreibung kann ausschliesslich durch Fachärzte der Dermatologie erfolgen.

Neue Limitation befristet bis 31.12.2022

Skilarence wird angewendet zur ausschliesslichen Behandlung von Hautmanifestationen erwachsener Patienten mit schwerer Plaque-Psoriasis, die eine systemische Arzneimitteltherapie benötigen aufgrund eines ungenügenden Ansprechens auf verschreibungspflichtige topische Therapien. Die Verschreibung kann ausschliesslich durch Fachärzte der Dermatologie erfolgen.

VELTASSA	Vifor Fresenius Medical Care Renal Pharma Ltd	160000			
Plv 8.4 g Btl 30 Stk			20709	255.00	207.84
Plv 16.8 g Btl 30 Stk			20709	255.00	207.84

Limitation alt:

VELTASSA wird nach Kostengutsprache durch den Krankenversicherer nach vorgängiger Konsultation des Vertrauensarztes vergütet bei erwachsenen, nicht dialysierten Patienten mit chronischer Niereninsuffizienz (Behandlungsbeginn muss in CKD-Stadium III oder IV erfolgen; die glomeruläre Filtrationsrate muss unter 60 ml/min/1.73 m² liegen), die während einer Therapie mit einem Inhibitor des Renin-Angiotensin-Aldosteron-Systems eine chronisch rekurrende und durch wiederholte Messungen festgestellte Hyperkaliämie entwickelten, und bei denen Kationenaustauscher eingesetzt werden müssen, da die nicht medikamentösen Massnahmen (Diät) und die bisherigen medikamentösen Massnahmen (z.B. kaliumsenkende Diuretika) zur Normalisierung des Kaliumspiegels (unter < 5.5 mmol/L) nicht genügten.

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

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

Neue Limitation befristet bis 30.11.2022

VELTASSA wird nach Kostengutsprache durch den Krankenversicherer nach vorgängiger Konsultation des Vertrauensarztes vergütet bei erwachsenen, nicht dialysierten Patienten mit chronischer Niereninsuffizienz (Behandlungsbeginn muss in CKD-Stadium III oder IV erfolgen; die glomeruläre Filtrationsrate muss unter 60 ml/min/1.73 m² liegen), die während einer Therapie mit einem Inhibitor des Renin-Angiotensin-Aldosteron-Systems eine chronisch rekurrende und durch wiederholte Messungen festgestellte Hyperkaliämie entwickelten, und bei denen Kationenaustauscher eingesetzt werden müssen, da die nicht medikamentösen Massnahmen (Diät) und die bisherigen medikamentösen Massnahmen (z.B. kaliumsenkende Diuretika) zur Normalisierung des Kaliumspiegels (unter < 5.5 mmol/L) nicht genügten.

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

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

PRÄPARATE/(Wirkstoffe) Packungen	Verantwortliche Firma	Therap. Gruppe	Dossier Nr.	Preis neu	Ex-Fact. neu
ZEJULA (Niraparibum)	GlaxoSmithKline AG	071610			
Kaps 100 mg Blist 56 Stk			20775	4986.85	4625.24
Kaps 100 mg Blist 84 Stk			20775	7360.50	6940.97

Befristete Limitation bis 31.10.2025

Nur nach Verordnung durch einen Facharzt der Gynäkologie oder Onkologie und nach Kostengutsprache durch den Krankenversicherer nach vorgängiger Konsultation des Vertrauensarztes zur Monotherapie im Sinne einer Erhaltungstherapie von platin sensitivem, rezidivierendem primärem epithelialen serösen high-grade (hochgradig entdifferenzierten) Ovarial-, Tuben- oder Peritonealkarzinom, unter folgenden Voraussetzungen:

- Mindestens 2 vorangehende platinbasierte Chemotherapien, wobei für die letzte platinbasierte Chemotherapie folgendes zutreffen muss:
 - die Patientinnen haben mindestens 4 Zyklen der platinbasierten Therapie erhalten und vollständig oder partiell angesprochen
 - nach der letzten Behandlung muss die Patientin entweder eine Reduktion von $\geq 30\%$ des Tumorumfangs gezeigt haben oder ein CA-125 im Normbereich aufgewiesen haben oder es muss eine CA-125-Senkung über 90% während der letzten platinbasierten Therapie erzielt worden sein, welche über mindestens 7 Tage stabil war (keine Zunahme $> 15\%$)
 - nach der letzten Behandlung sind keine messbaren Läsionen > 2 cm vorhanden
- Keine vorangehende Behandlung/Erhaltungstherapie mit PARP-Inhibitoren.

Die Behandlung erfolgt bis zur Progression.

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

Die Anfangsdosis von Zejula beträgt zwei Kapseln zu 100 mg einmal täglich, entsprechend einer täglichen Gesamtdosis von 200 mg. Für Patientinnen mit einem Gewicht ≥ 77 kg und einer normalen Thrombozytenzahl ($\geq 150'000/\mu\text{l}$) beträgt die Anfangsdosis drei Kapseln zu 100 mg einmal täglich, entsprechend einer täglichen Gesamtdosis von 300 mg.

In den ersten 24 Monaten erfolgt die Höhe der Vergütung zu den gelisteten SL-Preisen. Die ZulassungsinhaberIn vergütet bei einer Therapiedauer darüber hinaus (ab Monat 25) nach Aufforderung durch denjenigen Krankenversicherer, bei dem die versicherte Person zum Zeitpunkt des Bezugs versichert war, für jede weitere bezogene Packung Zejula 50% des Fabrikabgabepreises zurück.

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

Befristete Limitation bis 30.09.2024

Nach Verordnung durch einen Facharzt der Gynäkologie oder Onkologie und nach Kostengutsprache durch den Krankenversicherer nach vorgängiger Konsultation des Vertrauensarztes zur Erhaltungstherapie (Monotherapie) von einem fortgeschrittenem (FIGO Stadium III und IV) high-grade serösem Ovarial-, Tuben- oder Peritonealkarzinom bei Patientinnen mit hohem Rezidivrisiko und einer BRCA-Mutation oder einer anderen homologen Rekombinationsdefizienz (HRD) mit genomischer Instabilität unter folgenden Voraussetzungen:

- Patientinnen mit einer neoadjuvanten Chemotherapie und Intervall-Debulking-Operationen oder Patientinnen im Stadium III mit sichtbarem Resttumor nach einer primären Debulking-Operation oder Patientinnen mit einer inoperablen Erkrankung im Stadium III oder Patientinnen mit einer Erkrankung im Stadium IV
- Patientinnen mit 6 bis maximal 9 Zyklen einer platinbasierten Erstlinien-Chemotherapie und mit Vorliegen einer kompletten oder partiellen ($\geq 30\%$ Reduktion des Tumorumfangs oder normale CA-125 Level oder $> 90\%$ Rückgang der CA-125 Ausgangswerte über mindestens 7 Tagen während der Frontline-Therapie) Remission nach ≥ 3 Therapiezyklen
- Patientinnen mit keiner klinischen Evidenz einer Progression oder keinen steigenden CA-125 Werten nach dem Abschluss der Chemotherapie
- Die Behandlung erfolgt bis zur Progression

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

Die Anfangsdosis von Zejula beträgt zwei Kapseln zu 100 mg einmal täglich, entsprechend einer täglichen Gesamtdosis von 200 mg. Für Patientinnen mit einem Gewicht ≥ 77 kg und einer normalen Thrombozytenzahl ($\geq 150'000/\mu\text{l}$) beträgt die Anfangsdosis drei Kapseln zu 100 mg einmal täglich, entsprechend einer täglichen Gesamtdosis von 300 mg. In den ersten 24 Monaten erfolgt die Höhe der Vergütung zu den gelisteten SL-Preisen.

Die ZulassungsinhaberIn vergütet bei einer Therapiedauer darüber hinaus (ab Monat 25) nach Aufforderung durch denjenigen Krankenversicherer, bei dem die versicherte Person zum Zeitpunkt des Bezugs versichert war, für jede weitere bezogene Packung Zejula 50% des Fabrikabgabepreises zurück. Die Mehrwertsteuer kann nicht zusätzlich zu diesem Anteil des Fabrikabgabepreises zurückgefordert werden. Die Aufforderung zur Rückerstattung soll ab dem Zeitpunkt der Verabreichung erfolgen.

«Antibiotika sorgfältig einsetzen, damit sie für Mensch und Tier wirksam bleiben.»



**Antibiotika:
Nutze sie richtig,
es ist wichtig.**



Auf gehts



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

Rezeptsperrung

Swissmedic, Abteilung Betäubungsmittel

Rezeptsperrung

Folgende Rezepte sind gesperrt

Kanton	Block-Nr.	Rezept-Nr.
Aargau		9777308
		7834826-7834850
Basel-Landschaft		10135937
Bern		9902517
		9902526-9902550
		9134511-9134575
		9337676-9337700
		9715001-9715025
Waadt		9715026-9715050
		9659671
		10319576-10319600

BAG-Bulletin
BBL, Vertrieb Publikationen
CH-3003 Bern

P.P.

CH-3003 Bern
Post CH AG

BAG-Bulletin

Woche

46/2022