



Schweizerische Eidgenossenschaft
Confédération suisse
Confederazione Svizzera
Confederaziun svizra

Eidgenössisches Departement des Innern EDI
Bundesamt für Gesundheit BAG

Ausgabe vom 14. August 2023

BAG-Bulletin ^{Woche} 33/2023

Informationsmagazin für medizinische Fachpersonen und Medienschaffende

Monatsbericht zu den durch Zecken übertragenen Erkrankungen, S. 7

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

LAYOUT UND DRUCK

Cavelti AG
Wilerstrasse 73
CH-9201 Gossau
Telefon 071 388 81 81

ABONNEMENTE, ADRESSÄNDERUNGEN

BBL, Vertrieb Bundespublikationen
CH-3003 Bern
Telefon 058 465 50 00
Fax 058 465 50 58
verkauf.abo@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
Monatsbericht zu den durch Zecken übertragenen Erkrankungen	7
Spezialitätenliste	8
Rezeptsperrung	31

Meldungen Infektionskrankheiten

Stand am Ende der 31. Woche (07.08.2023)^a

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

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

^c Ausgeschlossen sind materno-fötale Röteln.

^d Bei schwangeren Frauen und Neugeborenen

^e Primäre, sekundäre bzw. frühläntente Syphilis.

^f Eingeschlossen sind Fälle von Haut- und Rachendiphtherie.

Infektionskrankheiten

Stand am Ende der 31. Woche (07.08.2023)^a

	Woche 31			letzte 4 Wochen			letzte 52 Wochen			seit Jahresbeginn		
	2023	2022	2021	2023	2022	2021	2023	2022	2021	2023	2022	2021
Respiratorische Übertragung												
Haemophilus influenzae: invasive Erkrankung	4 2.4		3 1.8	11 1.6	7 1	6 0.9	145 1.6	108 1.2	67 0.8	82 1.6	69 1.3	42 0.8
Influenzavirus-Infektion, saisonale Typen und Subtypen^b	10 5.9	32 19	1 0.6	40 5.9	87 12.9	3 0.4	24384 277.8	11877 135.3	86 1	12612 241	11441 218.6	32 0.6
Legionellose	36 21.3	11 6.5	35 20.7	76 11.3	64 9.5	141 20.9	629 7.2	668 7.6	589 6.7	309 5.9	348 6.6	357 6.8
Masern							33 0.4			32 0.6		
Meningokokken: invasive Erkrankung				2 0.3			34 0.4	10 0.1	8 0.09	23 0.4	6 0.1	4 0.08
Pneumokokken: invasive Erkrankung	4 2.4	5 3	6 3.6	23 3.4	29 4.3	19 2.8	941 10.7	658 7.5	382 4.4	591 11.3	412 7.9	253 4.8
Röteln^c												
Röteln, materno-foetal^d												
Tuberkulose	5 3	8 4.7	6 3.6	34 5	33 4.9	33 4.9	371 4.2	346 3.9	339 3.9	245 4.7	228 4.4	232 4.4
Faeco-orale Übertragung												
Campylobacteriose	175 103.7	315 186.6	194 114.9	647 95.8	945 140	847 125.4	6572 74.9	7549 86	6326 72.1	3371 64.4	4442 84.9	3632 69.4
Enterohämorrhagische E. coli-Infektion	29 17.2	35 20.7	34 20.1	142 21	147 21.8	112 16.6	1191 13.6	1143 13	771 8.8	631 12.1	636 12.2	439 8.4
Hepatitis A	1 0.6			2 0.3	5 0.7	1 0.2	56 0.6	50 0.6	46 0.5	39 0.8	30 0.6	29 0.6
Hepatitis E			5 3	7 1	4 0.6	12 1.8	83 1	71 0.8	163 1.9	49 0.9	41 0.8	138 2.6
Listeriose		4 2.4	3 1.8	1 0.2	13 1.9	5 0.7	64 0.7	70 0.8	37 0.4	40 0.8	54 1	17 0.3
Salmonellose, S. typhi/paratyphi				2 0.3			20 0.2	6 0.07	1 0.01	13 0.2	4 0.08	
Salmonellose, übrige	42 24.9	68 40.3	57 33.8	177 26.2	210 31.1	186 27.6	1801 20.5	1649 18.8	1396 15.9	835 16	866 16.6	710 13.6
Shigellose	1 0.6	4 2.4	4 2.4	7 1	13 1.9	11 1.6	192 2.2	152 1.7	43 0.5	87 1.7	87 1.7	33 0.6

	Woche 31			letzte 4 Wochen			letzte 52 Wochen			seit Jahresbeginn		
	2023	2022	2021	2023	2022	2021	2023	2022	2021	2023	2022	2021
Durch Blut oder sexuell übertragen												
Aids			1 0.6	1 0.2	1 0.2	39 0.4	43 0.5	49 0.6	20 0.4	23 0.4	29 0.6	
Chlamydiose	200 118.5	234 138.6	227 134.5	1323 195.9	862 127.7	827 122.5	13350 152.1	12524 142.7	11701 133.3	7909 151.1	7383 141.1	7040 134.5
Gonorrhoe	108 64	76 45	89 52.7	553 81.9	304 45	289 42.8	5588 63.7	4977 56.7	3678 41.9	3462 66.2	3007 57.5	2122 40.6
Hepatitis B, akut				2 0.3	2 0.3	1 0.2	12 0.1	16 0.2	18 0.2	8 0.2	10 0.2	10 0.2
Hepatitis B, total Meldungen	12	13	14	83	58	52	1182	1079	970	734	675	616
Hepatitis C, akut						1 0.2	7 0.08	11 0.1	16 0.2	2 0.04	5 0.1	7 0.1
Hepatitis C, total Meldungen	7	15	12	79	63	67	1119	942	943	659	585	571
HIV-Infektion	6 3.6	2 1.2	3 1.8	17 2.5	25 3.7	33 4.9	334 3.8	333 3.8	308 3.5	189 3.6	202 3.9	197 3.8
Syphilis, Frühstadien ^e	5 3	22 13	9 5.3	40 5.9	81 12	48 7.1	743 8.5	762 8.7	652 7.4	423 8.1	485 9.3	426 8.1
Syphilis, total	7 4.2	28 16.6	11 6.5	50 7.4	95 14.1	57 8.4	980 11.2	1040 11.8	870 9.9	572 10.9	653 12.5	555 10.6
Zoonosen und andere durch Vektoren übertragbare Krankheiten												
Brucellose		1 0.6		2 0.3	1 0.2	2 0.3	9 0.1	6 0.07	5 0.06	6 0.1	3 0.06	3 0.06
Chikungunya-Fieber				1 0.2			17 0.2	5 0.06	3 0.03	14 0.3	2 0.04	3 0.06
Dengue-Fieber	1 0.6	1 0.6		6 0.9	8 1.2		163 1.9	58 0.7	13 0.2	97 1.8	41 0.8	9 0.2
Gelbfieber												
Hantavirus-Infektion			1 0.6			1 0.2		4 0.05	2 0.02			2 0.04
Malaria	9 5.3	6 3.6	6 3.6	28 4.2	26 3.8	25 3.7	332 3.8	312 3.6	170 1.9	208 4	191 3.6	131 2.5
Q-Fieber		2 1.2	4 2.4	1 0.2	5 0.7	12 1.8	107 1.2	82 0.9	82 0.9	56 1.1	40 0.8	66 1.3
Trichinellose							2 0.02	3 0.03	2 0.02	1 0.02	3 0.06	1 0.02
Tularämie	1 0.6	3 1.8	6 3.6	10 1.5	16 2.4	26 3.8	97 1.1	178 2	181 2.1	43 0.8	68 1.3	130 2.5
West-Nil-Fieber									1 0.01			
Zeckenzephalitis	31 18.4	14 8.3	11 6.5	81 12	76 11.3	65 9.6	332 3.8	345 3.9	304 3.5	202 3.9	258 4.9	198 3.8
Zika-Virus-Infektion							3 0.03			3 0.06		
Andere Meldungen												
Affenpocken	1 0.6	46 27.2		1 0.2	171 25.3		207 2.4	348 4		4 0.08	348 6.6	
Botulismus							2 0.02	1 0.01	1 0.01	2 0.04	1 0.02	1 0.02
Creutzfeldt-Jakob-Krankheit				2 0.3	1 0.2	3 0.4	27 0.3	25 0.3	29 0.3	19 0.4	15 0.3	18 0.3
Diphtherie ^f		3 1.8		2 0.3	6 0.9		96 1.1	10 0.1	3 0.03	10 0.2	8 0.2	2 0.04
Tetanus												

Gesunde neue Arbeitswelt?

Nationale BGM-Tagung
20. September 2023
Kursaal Bern
www.bgm-tagung.ch



Veranstalterin



Gesundheitsförderung Schweiz
Promotion Santé Suisse
Promozione Salute Svizzera

Kooperationspartnerschaften

suva



Schweizerische Eidgenossenschaft
Confédération suisse
Confederazione Svizzera
Confederaziun svizra

Eidgenössisches Departement für
Wirtschaft, Bildung und Forschung WBF
Staatssekretariat für Wirtschaft SECO

Sentinella-Statistik

Provisorische Daten

Sentinella:

Anzahl Meldungen (N) der letzten 4 Wochen bis am 4.8.2023 und Inzidenz pro 1000 Konsultationen (N/10³)
Freiwillige Erhebung bei Hausärztinnen und Hausärzten (Allgemeinpraktiker, Internisten und Pädiater)

Woche	28		29		30		31		Mittel 4 Wochen	
	N	N/10 ³	N	N/10 ³	N	N/10 ³	N	N/10 ³	N	N/10 ³
Mumps	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Pertussis	1	0.1	0	0	1	0.1	0	0	0.5	0.1
Zeckenstiche	14	1.4	14	1.7	5	0.7	1	0.2	8.5	1
Lyme Borreliose	13	1.3	11	1.3	6	0.9	4	0.9	8.5	1.1
Herpes Zoster	13	1.3	9	1.1	9	1.3	6	1.3	9.3	1.3
Post-Zoster-Neuralgie	0	0	3	0.4	1	0.1	3	0.7	1.8	0.3
Meldende Ärzte	126		111		94		76		101.8	

Monatsbericht zu den durch Zecken übertragenen Erkrankungen

Die Berichterstattung zu den durch Zecken übertragenen Erkrankungen erfolgt digital und ist unter folgender Adresse zu finden:

<https://www.bag.admin.ch/Zeckenbericht>



Spezialitätenliste:

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

[] Der dem verfügbaren Publikumspreis zugrunde liegende Fabrikabgabepreis

Gültig ab 1. August 2023

Therap. Gruppe	Dossier Nr.	PRÄPARATE/ (Wirkstoffe) Packungen	Verantwortliche Firma	SHI-Nr.	Aufnahmejahr
I. Neuzugang Präparate					
01.99 G		RIVASTIGMIN PATCH SANDOZ 5 (Rivastigminum)	Sandoz Pharmaceuticals AG	63164011	01.08.2023, B
	21649	Matrixpfl 4.6mg/24h 30 Stk Fr. 61.75 (39.51)			
Zu Therapiebeginn Durchführung z. B. eines Minimentaltests. Erste Zwischenevaluation nach 3 Monaten, dann alle 6 Monate. Falls die MMSE1)-Werte unter 10 liegen, ist die Behandlung abbrechen. Die Therapie kann nur mit einem Präparat durchgeführt werden. 1) mini mental state examination					
01.99 G		RIVASTIGMIN PATCH SANDOZ 10 (Rivastigminum)	Sandoz Pharmaceuticals AG	63164012	01.08.2023, B
	21649	Matrixpfl 9.5mg/24h 30 Stk Fr. 61.75 (39.51)			
	21649	Matrixpfl 9.5mg/24h 60 Stk Fr. 107.10 (79.02)		63164013	01.08.2023, B
Zu Therapiebeginn Durchführung z. B. eines Minimentaltests. Erste Zwischenevaluation nach 3 Monaten, dann alle 6 Monate. Falls die MMSE1)-Werte unter 10 liegen, ist die Behandlung abbrechen. Die Therapie kann nur mit einem Präparat durchgeführt werden. 1) mini mental state examination					
01.99 G		RIVASTIGMIN PATCH SANDOZ 15 (Rivastigminum)	Sandoz Pharmaceuticals AG	63164014	01.08.2023, B
	21649	Matrixpfl 13.3mg/24h 30 Stk Fr. 61.75 (39.51)			
	21649	Matrixpfl 13.3mg/24h 60 Stk Fr. 107.10 (79.02)		63164015	01.08.2023, B
Zu Therapiebeginn Durchführung z. B. eines Minimentaltests. Erste Zwischenevaluation nach 3 Monaten, dann alle 6 Monate. Falls die MMSE1)-Werte unter 10 liegen, ist die Behandlung abbrechen. Die Therapie kann nur mit einem Präparat durchgeführt werden. 1) mini mental state examination					
04.09 G		YALDIGO (Mesalazinum)	Tillotts Pharma AG	55497001	01.08.2023, B
	21611	Supp 500mg Blist 20 Stk Fr. 27.00 (12.79)			
	21611	Supp 500mg Blist 50 Stk Fr. 47.30 (26.91)			
	21611	Supp 1g Blist 10 Stk Fr. 38.45 (19.20)			
	21611	Supp 1g Blist 30 Stk Fr. 82.50 (57.60)			
	21611	Supp 1g Blist 60 Stk Fr. 132.80 (101.38)		55497007	01.08.2023, B
Proctitis und Proctosigmoiditis					

Therap. Gruppe	Dossier Nr.	PRÄPARATE/ (Wirkstoffe) Packungen	Verantwortliche Firma	SHI-Nr.	Aufnahmejahr
07.16.10		VEGZELMA (Bevacizumabum)	iQone Healthcare Switzerland SA		
	21617	Inf Konz 100 mg/4ml Durchstf 1 Stk Fr. 312.10 (257.57)		69166001	01.08.2023, A
	21617	Inf Konz 400 mg/16 ml Durchstf 1 Stk Fr. 1117.50 (962.84)		69166002	01.08.2023, A

Kolorektalkarzinom

Nach Kostengutsprache durch den Krankenversicherer nach vorgängiger Konsultation und Genehmigung des Vertrauensarztes zur Erstlinientherapie bei Patienten mit metastasiertem Karzinom des Kolons oder Rektums in Kombination mit 5-Fluorouracil/Folinsäure, 5-Fluorouracil/Folinsäure/Irinotecan oder Capecitabine/Oxaliplatin (XELOX). VEGZELMA wird bei entsprechender ärztlicher Verordnung bis zur Progression der Krankheit vergütet.

Nach Kostengutsprache durch den Krankenversicherer nach vorgängiger Konsultation und Genehmigung des Vertrauensarztes zur Zweitlinientherapie in Kombination mit einem Irinotecan- oder Oxaliplatin-haltigen Chemotherapieschema bei Patienten mit metastasiertem Kolon- oder Rektumkarzinom mit vorheriger Oxaliplatin- oder Irinotecan-basierter Chemotherapie mit oder ohne Bevacizumab. VEGZELMA wird bei entsprechender ärztlicher Verordnung bis zur Progression der Krankheit vergütet. Folgender Indikationscode ist an den Krankenversicherer zu übermitteln: 21617.01.

Lungenkarzinom

Nach Kostengutsprache durch den Krankenversicherer nach vorgängiger Konsultation und Genehmigung des Vertrauensarztes zur Erstlinientherapie von Patienten bei nicht-resezierbarem, fortgeschrittenem, metastasiertem oder rezidivierendem, nicht-plattenepithelartigem, nicht-kleinzelligem Lungenkarzinom (NSCLC). Die Dosierung von VEGZELMA beträgt 7.5 mg/kg Körpergewicht (KGW) alle 3 Wochen. Die Dosierung von 15 mg/kg KGW alle 3 Wochen ist nicht kassenzulässig. Nach bis zu 6 Behandlungszyklen in Kombination mit einer Cisplatin- und Gemcitabin-haltigen Chemotherapie wird VEGZELMA bis zur Progression der Krankheit vergütet.

Folgender Indikationscode ist an den Krankenversicherer zu übermitteln: 21617.02.

Nierenzellkarzinom

Nach Kostengutsprache durch den Krankenversicherer nach vorgängiger Konsultation und Genehmigung des Vertrauensarztes zur Erstlinientherapie bei nephrektomierten Patienten mit fortgeschrittenem und/oder metastasiertem Nierenzellkarzinom in Kombination mit Interferon alfa-2a. Die Firma iQone Healthcare Switzerland SA vergütet in dieser Indikation für die Behandlung auf Aufforderung desjenigen Krankenversicherers, bei dem die versicherte Person zum jeweiligen Bezugspunkt versichert war, Fr. 0.27 pro mg VEGZELMA zurück. VEGZELMA wird bei entsprechender ärztlicher Verordnung bis zur Progression der Krankheit vergütet. Die Mehrwertsteuer kann nicht zusätzlich zu diesem Betrag zurückgefordert werden. Die Aufforderung zur Rückvergütung soll in der Regel innerhalb von 3 Monaten nach Verabreichung erfolgen.

Abwicklung der Rückvergütung:

- Der Leistungserbringer holt beim Krankenversicherer eine Kostengutsprache nach vorheriger Konsultation des Vertrauensarztes ein. Dem Vertrauensarzt werden Diagnose, Gewicht des Patienten und die Dosierung bekanntgegeben.
- Der Krankenversicherer bestätigt dem Leistungserbringer die Kostengutsprache.
- Der Leistungserbringer stellt dem Krankenversicherer die Rechnungen während der ganzen Therapiedauer über die vollen Medikamentenkosten.
- Der Krankenversicherer bezahlt dem Leistungserbringer den vollen Rechnungsbetrag. Im tiers garant vergütet der Krankenversicherer dem Versicherten dementsprechend die vollen Medikamentenkosten. Der Krankenversicherer erhebt eine allfällige Kostenbeteiligung einzig auf dem Betrag nach Rückvergütung. Der versicherten Person entstehen keine weiteren Kosten.
- Den Rückvergütungsbetrag pro mg stellt der Versicherer der Firma iQone Healthcare Switzerland SA in Rechnung.
- Kommt es im Verlaufe einer VEGZELMA-Behandlung zum Wechsel des behandelnden Leistungserbringers, so hat der jeweils nachbehandelnde Leistungserbringer eine erneute Kostengutsprache einzufordern.
- Wechselt der Versicherungsnehmer den Versicherer, kann der vertrauensärztliche Dienst die Daten zur laufenden Behandlung beim vormaligen Versicherer nachfragen.

Folgender Indikationscode ist an den Krankenversicherer zu übermitteln: 21617.03.

Mammakarzinom

Nach Kostengutsprache durch den Krankenversicherer nach vorgängiger Konsultation und Genehmigung des Vertrauensarztes zur Erstlinientherapie von Patientinnen mit HER2-negativem, lokal rezidivierendem oder metastasiertem Mammakarzinom in Kombination mit Paclitaxel. Die Firma iQone Healthcare Switzerland SA vergütet in dieser Indikation für die Behandlung auf Aufforderung desjenigen Krankenversicherers, bei dem die versicherte Person zum jeweiligen Bezugspunkt versichert war, Fr. 0.10 pro mg VEGZELMA zurück. VEGZELMA wird bei entsprechender ärztlicher Verordnung bis zur Progression der Krankheit vergütet. Die Mehrwertsteuer kann nicht zusätzlich zu diesem Betrag zurückgefordert werden. Die Aufforderung zur Rückvergütung soll in der Regel innerhalb von 3 Monaten nach Verabreichung erfolgen.

Abwicklung der Rückvergütung:

- Der Leistungserbringer holt beim Krankenversicherer eine Kostengutsprache nach vorheriger Konsultation des Vertrauensarztes ein. Dem Vertrauensarzt werden Diagnose, Gewicht des Patienten und die Dosierung bekanntgegeben.
- Der Krankenversicherer bestätigt dem Leistungserbringer die Kostengutsprache.
- Der Leistungserbringer stellt dem Krankenversicherer die Rechnungen während der ganzen Therapiedauer über die vollen Medikamentenkosten.
- Der Krankenversicherer bezahlt dem Leistungserbringer den vollen Rechnungsbetrag. Im tiers garant vergütet der Krankenversicherer dem Versicherten dementsprechend die vollen Medikamentenkosten. Der Krankenversicherer erhebt eine allfällige Kostenbeteiligung einzig auf dem Betrag nach Rückvergütung. Der versicherten Person entstehen keine weiteren Kosten.
- Den Rückvergütungsbetrag pro mg stellt der Versicherer der Firma iQone Healthcare Switzerland SA in Rechnung.
- Kommt es im Verlaufe einer VEGZELMA-Behandlung zum Wechsel des behandelnden Leistungserbringers, so hat der jeweils nachbehandelnde Leistungserbringer eine erneute Kostengutsprache einzufordern.
- Wechselt der Versicherungsnehmer den Versicherer, kann der vertrauensärztliche Dienst die Daten zur laufenden Behandlung beim vormaligen Versicherer nachfragen.

Folgender Indikationscode ist an den Krankenversicherer zu übermitteln: 21617.04.

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

Ovarialkarzinom

Nach Kostengutsprache durch den Krankenversicherer nach vorgängiger Konsultation und Genehmigung des Vertrauensarztes für die Therapie nicht vorbehandelter Patienten mit Ovarialkarzinom (FIGO Stadium III und IV), bei welchen der Tumor nicht vollständig reseziert werden konnte und welche von einer im Anschluss an die Chemotherapie durchzuführenden weiteren Operation (Second look mit interval debulking) nicht potenziell profitieren. VEGZELMA wird nach 6 Zyklen in Kombination mit Carboplatin und Paclitaxel während 15 Monaten oder, falls diese eher eintritt, bis zur Progression der Krankheit vergütet.

Nach Kostengutsprache durch den Krankenversicherer nach vorgängiger Konsultation und Genehmigung des Vertrauensarztes in Kombination mit Carboplatin und Gemcitabin oder in Kombination mit Carboplatin und Paclitaxel zur Behandlung von Patienten mit rezidivierendem, platinempfindlichem epitheliales Ovarialkarzinom, Eileiterkarzinom oder primärem Peritonealkarzinom (mit einem platinfreien Intervall von mindestens 6 Monaten). Nach 6 bis 10 Zyklen in Kombination mit Carboplatin und Gemcitabin oder in Kombination mit Carboplatin und Paclitaxel über eine Dauer von 6–8 Behandlungszyklen wird VEGZELMA bis zur Progression der Krankheit vergütet.

VEGZELMA ist indiziert in Kombination mit Paclitaxel, Topotecan oder pegyliertem liposomalem Doxorubicin zur Behandlung von Patienten mit rezidivierendem, platinresistentem epitheliales Ovarialkarzinom, Eileiterkarzinom oder primärem Peritonealkarzinom, die mit bis zu zwei vorgängigen Chemotherapieregimen behandelt wurden, und nicht vorbehandelt wurden mit Bevacizumab oder anderen VEGF-Inhibitoren. Nach ca. 6 Zyklen in Kombination mit Paclitaxel, Topotecan oder pegyliertem liposomalem Doxorubicin wird VEGZELMA bei entsprechender ärztlicher Verordnung bis zur Progression der Krankheit vergütet.

Folgender Indikationscode ist an den Krankenversicherer zu übermitteln: 21617.05.

Zervixkarzinom

VEGZELMA ist in Kombination mit Chemotherapie für die Behandlung von Patienten mit persistierendem, rezidivierendem oder metastasiertem Zervixkarzinom indiziert. Nach ca. 7 Zyklen in Kombination mit Chemotherapie wird VEGZELMA bei entsprechender ärztlicher Verordnung bis zur Progression der Krankheit vergütet.

Folgender Indikationscode ist an den Krankenversicherer zu übermitteln: 21617.06.

Befristete Limitation bis 30.06.2026

Glioblastom

Nach Kostengutsprache durch den Krankenversicherer nach vorgängiger Konsultation und Genehmigung des Vertrauensarztes zur Zweitlinien-Monotherapie bei Patienten mit rezidivierendem Glioblastom (WHO Grad IV) nach Vortherapie mit Temozolimid. VEGZELMA wird bei entsprechender ärztlicher Verordnung bis zur Progression der Krankheit vergütet.

Folgender Indikationscode ist an den Krankenversicherer zu übermitteln: 21617.07

Befristete Limitation bis 30.06.2025

VEGZELMA in Kombination mit Atezolizumab (TECENTRIQ) zur Behandlung des inoperablen oder metastasierten hepatozellulären Karzinoms (HCC)

Es gelten die entsprechenden Vergütungskriterien gemäss der Limitation für Atezolizumab (siehe Limitation TECENTRIQ) und bezüglich der Rückerstattung für VEGZELMA in dieser Indikation gilt zusätzlich folgende Limitation:

Die Zulassungsinhaberin erstattet dem Krankenversicherer, bei dem die versicherte Person zum Zeitpunkt des Bezugs versichert war, auf dessen erste Aufforderung hin, für jede für die Indikation HCC Behandlung bezogene Packung VEGZELMA in Kombination mit Atezolizumab (TECENTRIQ) einen festgelegten Anteil des Fabrikabgabepreises zurück. iQone Healthcare Switzerland SA gibt dem Krankenversicherer die wirtschaftlichen Preise für Bevacizumab bekannt. Die Anteile der Rückerstattung entsprechen der Differenz der publizierten und der wirtschaftlichen Preise. Die Mehrwertsteuer kann nicht zusätzlich zu diesem Anteil des Fabrikabgabepreises zurückgefordert werden. Die Aufforderung zur Rückerstattung soll ab dem Zeitpunkt der Verabreichung erfolgen.

Folgender Indikationscode ist an den Krankenversicherer zu übermitteln: 21617.08.

07.16.10	ZERCEPAC (Trastuzumabum)	Accord Healthcare AG		
21605	Trockensub 150mg Durchstf 1 Stk Fr. 518.90 (437.71)		67829001	01.08.2023, A
21605	Trockensub 420mg Durchstf 1 Stk Fr. 1401.20 (1221.53)		67829002	01.08.2023, A

Befristete Limitation bis 31.12.2024

ZERCEPAC in Kombination mit Pertuzumab (PERJETA) als adjuvante Therapie des Mammakarzinoms

Es gelten die entsprechenden Vergütungskriterien gemäss der Limitation für Pertuzumab (siehe Limitation PERJETA) und bezüglich der Rückerstattung für ZERCEPAC in dieser Kombination gilt **zusätzlich** folgende Limitation:

Die Zulassungsinhaberin erstattet dem Krankenversicherer, bei dem die versicherte Person zum Zeitpunkt des Bezugs versichert war, auf dessen erste Aufforderung hin für jede adjuvant (postoperativ) bezogene Packung ZERCEPAC in Kombination mit Pertuzumab (PERJETA) 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: 21605.01.

Weitere Indikationen

Für die zugelassenen Indikationen und für andere Kombinationen, sofern entsprechend Limitierung der Kombinationspartner eine Vergütung vorgesehen, gelten die in der SL aufgeführten Preise (ohne Preismodell) von ZERCEPAC.

Therap. Gruppe	Dossier Nr.	PRÄPARATE/ (Wirkstoffe) Packungen	Verantwortliche Firma	SHI-Nr.	Aufnahmejahr
II. Andere Packungen und Dosierungen					
07.06.20 G		SITAGLIPTIN METFORMIN SPIRIG HC (Sitagliptinum, Metformini hydrochloridum)	Spirig HealthCare AG		
	21576	Filmtabl 50/850 mg Ds 100 Stk Fr. 35.90 (16.97)		68396007	01.08.2023, B
	21576	Filmtabl 50/1000 mg Ds 100 Stk Fr. 35.90 (16.97)		68396008	01.08.2023, B
Zur Behandlung von Patienten mit einem Typ 2 Diabetes mellitus, welche mit Diät und gesteigerter körperlicher Aktivität und den bisherigen oralen Therapien und/oder Insulin nur ungenügend eingestellt werden können oder diese nicht vertragen.					
– Wenn weder mit Metformin noch mit Sitagliptin als Monotherapie eine ausreichende Kontrolle der Glykämie erreicht wird, oder bei Patienten, die bereits eine Kombination von Sitagliptin und Metformin erhalten.					
– Als Dreifachkombination in Kombination mit einem Sulfonylharnstoff, wenn durch eine Kombination von zwei der drei folgenden Wirkstoffe keine ausreichende Kontrolle der Glykämie erreicht wird: Metformin, Sitagliptin oder ein Sulfonylharnstoff.					
– In Kombination mit Insulin, wenn durch diese Massnahme keine ausreichende Kontrolle der Glykämie erreicht wird.					
07.13.10		CARIBAN (Doxylamini hydrogenosuccinas, Pyridoxini hydrochloridum)	Effik SA		
	21148	Ret Kaps 10mg/10mg Blist 48 Stk Fr. 51.90 (30.92)		67670002	01.08.2023, B
07.15		YUFLYMA (Adalimumabum)	iQone Healthcare Switzerland SA		
	21479	Inj Lös 80mg/0.8ml Fertigpen Fertpen 1 Stk Fr. 859.10 (734.08)		68515003	01.08.2023, B
	21480	Inj Lös 80mg/0.8ml Fertigspr Nadelschutz Fertspr 1 Stk Fr. 859.10 (734.08)		68514003	01.08.2023, B
Die Behandlung mit YUFLYMA bedarf der Kostengutsprache durch den Krankenversicherer nach vorgängiger Konsultation des Vertrauensarztes.					
Aktive rheumatoide Arthritis					
Behandlung mit YUFLYMA, wenn die vorausgegangene antirheumatische Standardtherapie mit krankheitsmodifizierenden Antirheumatika (DMARDs) unzulänglich war.					
Aktive polyartikuläre juvenile idiopathische Arthritis bei Kindern und Jugendlichen ab einem Körpergewicht von ≥ 30 kg					
Behandlung mit YUFLYMA, wenn die vorausgegangene Standardtherapie mit krankheitsmodifizierenden Antirheumatika (DMARDs) unzulänglich war.					
Psoriasis-Arthritis					
Behandlung mit YUFLYMA, wenn die vorausgegangene Standardtherapie mit krankheitsmodifizierenden Antirheumatika (DMARDs) unzulänglich war.					
Ankylosierende Spondylitis (Morbus Bechterew)					
Behandlung mit YUFLYMA, wenn die vorausgegangene konventionelle Therapie unzulänglich war oder nicht vertragen wurde.					
Aktiver Morbus Crohn					
Behandlung erwachsener Patienten mit YUFLYMA, wenn die vorausgegangene konventionelle Therapie (z. B. mit Azathioprin, 6-Mercaptopurin oder Glukokortikoiden) unzulänglich war, sowie bei Patienten, die nicht mehr auf Infliximab ansprechen oder dieses nicht vertragen. Nach zwei Jahren ununterbrochener Therapie bedarf die Behandlung einer erneuten Kostengutsprache durch den Krankenversicherer nach vorgängiger Konsultation des Vertrauensarztes.					
Moderate bis schwere Colitis ulcerosa					
Behandlung erwachsener Patienten mit YUFLYMA, wenn die vorausgegangene konventionelle Therapie (z. B. mit Azathioprin, 6-Mercaptopurin oder Glukokortikoiden) unzulänglich war oder nicht vertragen wurde.					
Die Verschreibung von YUFLYMA für die folgenden Behandlungen kann nur durch Fachärzte der Dermatologie oder dermatologische Universitätskliniken/ Polikliniken erfolgen:					
Schwere Plaque-Psoriasis					
Behandlung erwachsener Patienten mit schwerer Plaque-Psoriasis, bei denen eine Phototherapie oder eine der folgenden konventionellen systemischen Therapien (Ciclosporin, Methotrexat, Acitretin) keinen therapeutischen Erfolg gezeigt haben. Falls nach 16 Wochen kein therapeutischer Erfolg eingetreten ist, ist die Behandlung abubrechen.					
Aktive, mittelschwere bis schwere Hidradenitis suppurativa (Acne inversa)					
Behandlung erwachsener Patienten, wenn die vorausgegangene systemische Therapie mit Antibiotika unzulänglich war. Bei Patienten, die nach 12 Wochen kein Ansprechen nach HiSCR von mindestens 50 % zeigen, ist die Behandlung abubrechen. Nach 52 Wochen ununterbrochener Therapie bedarf die Behandlung einer erneuten Kostengutsprache durch den Krankenversicherer nach vorgängiger Konsultation des Vertrauensarztes.					

Therap. Gruppe	Dossier Nr.	PRÄPARATE/ (Wirkstoffe) Packungen	Verantwortliche Firma	SHI-Nr.	Aufnahmejahr
15.00 G		CALCIUMFOLINAT SANDOZ ECO (Acidum folinicum)	Sandoz Pharma- ceuticals AG		
	17722	Inj Lös 50 mg/5 ml Durchstf 5 Stk (TI) Fr. 78.95 (54.50)		51075000	01.08.2023, B

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

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

Therap. Gruppe	Dossier Nr.	PRÄPARATE/ (Wirkstoffe) Packungen	Verantwortliche Firma	SHI-Nr.	Datum der Streichung
III. Neu gestrichene Präparate/Packungen					
01.07.10 G		LAMOTRIGIN DESITIN (Lamotriginum)	Desitin Pharma GmbH		
	18971	Disp Tabl 5 mg 50 Stk Fr. 5.95 (1.62)		57822048	01.08.2023, B
01.08 G		LEVODOPA/BENSERAZID DEVATIS (Levodopum, Benserazidum)	Devatis AG		
	21430	Tabl 62.5 mg Fl 30 Stk Fr. 6.65 (1.78)		68472001	01.08.2023, B
01.10.20 O		STRATTERA (Atomoxetinum)	Eli Lilly (Suisse) SA		
	18929	Kaps 10mg 7 Stk Fr. 38.65 (19.37)		58245005	01.08.2023, A
	18929	Kaps 18mg 7 Stk Fr. 38.65 (19.37)		58245009	01.08.2023, A
	18929	Kaps 18mg 28 Stk Fr. 105.30 (77.46)		58245011	01.08.2023, A
	18929	Kaps 25mg 7 Stk Fr. 38.65 (19.37)		58245013	01.08.2023, A
	18929	Kaps 25mg 28 Stk Fr. 105.30 (77.46)		58245015	01.08.2023, A
	18929	Kaps 40mg 7 Stk Fr. 38.65 (19.37)		58245006	01.08.2023, A
	18929	Kaps 40mg 28 Stk Fr. 105.30 (77.46)		58245019	01.08.2023, A
	18929	Kaps 60mg 28 Stk Fr. 105.30 (77.46)		58245023	01.08.2023, A
	18929	Kaps 80mg 28 Stk Fr. 127.40 (96.69)		58245002	01.08.2023, A
	18929	Kaps 100mg 28 Stk Fr. 127.40 (96.69)		58245004	01.08.2023, A
	20507	Trink Lös 4 mg/ml 100 ml Fr. 53.85 (32.64)		65350001	01.08.2023, A
02.07.20 G		OLMESARTAN-HCT-MEPHA (Olmesartani medoxomilum, Hydrochloro- thiazidum)	Mepha Pharma AG		
	20619	Filmtabl 20 mg/12.5 mg 28 Stk Fr. 27.75 (13.46)		65896001	01.08.2023, B
	20619	Filmtabl 20 mg/12.5 mg 98 Stk Fr. 62.35 (40.04)		65896002	01.08.2023, B
	20619	Filmtabl 20 mg/25 mg 28 Stk Fr. 27.75 (13.46)		65896003	01.08.2023, B
	20619	Filmtabl 20 mg/25 mg 98 Stk Fr. 62.35 (40.04)		65896004	01.08.2023, B
	20619	Filmtabl 40 mg/12.5 mg 28 Stk Fr. 34.10 (15.42)		65896005	01.08.2023, B
	20619	Filmtabl 40 mg/12.5 mg 98 Stk Fr. 75.05 (51.08)		65896006	01.08.2023, B
	20619	Filmtabl 40 mg/25 mg 28 Stk Fr. 36.10 (17.18)		65896007	01.08.2023, B
	20619	Filmtabl 40 mg/25 mg 98 Stk Fr. 75.05 (51.08)		65896008	01.08.2023, B
03.02		RHINATHIOL (Carbocisteinum)	Sanofi-Aventis (Suisse) SA		
	18100	Sirup Erw ohne Zucker Fl 250 ml Fr. 8.65 (4.70)		54112069	01.08.2023, D
06.03.30		ARIXTRA (Fondaparinuxum natricum)	Mylan Pharma GmbH		
	17778	Inj Lös 5 mg/0.4 ml 2 Fertspr 0.4 ml Fr. 60.00 (38.00)		55937020	01.08.2023, B
	17778	Inj Lös 7.5 mg/0.6 ml 2 Fertspr 0.6 ml Fr. 60.00 (38.00)		55937026	01.08.2023, B
	17778	Inj Lös 10 mg/0.8 ml 2 Fertspr 0.8 ml Fr. 60.00 (38.00)		55937032	01.08.2023, B
06.03.40		LIXIANA (Edoxabanum)	Daiichi Sankyo (Schweiz) AG		
	20333	Filmtabl 30 mg Blist 10 × 10 × 1 Stk Fr. 279.10 (228.83)		65149013	01.08.2023, B
	20333	Filmtabl 60 mg 10 Blist 10 Stk Fr. 279.10 (228.83)		65149014	01.08.2023, B

Therap. Gruppe	Dossier Nr.	PRÄPARATE/ (Wirkstoffe) Packungen	Verantwortliche Firma	SHI-Nr.	Datum der Streichung
07.06.20 G		GLIMERYL-MEPHA (Glimepiridum)	Mepha Pharma AG		
	18470	Tabl 6 mg 30 Stk Fr. 19.40 (9.77)		57611009	01.08.2023, B
	18470	Tabl 6 mg 120 Stk Fr. 58.95 (37.06)		57611010	01.08.2023, B
07.12 G		MEVALOTIN (Pravastatinum natricum)	Daiichi Sankyo (Schweiz) AG		
	16479	Tabl 20 mg 30 Stk Fr. 14.40 (5.41)		52964059	01.08.2023, B
	16479	Tabl 20 mg 100 Stk Fr. 50.00 (29.27)		52964067	01.08.2023, B
07.12 G		MEVALOTIN FORTE (Pravastatinum natricum)	Daiichi Sankyo (Schweiz) AG		
	16479	Tabl 40 mg 30 Stk Fr. 19.80 (10.10)		52964075	01.08.2023, B
	16479	Tabl 40 mg 100 Stk Fr. 65.85 (43.08)		52964083	01.08.2023, B
07.16.10		BLENREP (Belantamabum mafodotinum)	GlaxoSmithKline AG		
	21413	Trockensub 100mg Amp 1 Stk Fr. 6617.80 (6216.40)		67741001	01.08.2023, A
07.99 G		ZOLEDRONAT-TEVA ONCO (ALT) (Acidum zoledronicum)	Teva Pharma AG		
	20001	Inf Konz 4mg/5ml Durchstf 1 Stk Fr. 140.75 (108.31)		62348002	01.08.2023, B
08.01.93 G		DAPTOMYCIN LABATEC (Daptomycinum)	Labatec Pharma SA		
	21115	Trockensub 350mg Durchstf 5 Stk Fr. 443.25 (371.81)		66651003	01.08.2023, A
	21115	Trockensub 500mg Durchstf 5 Stk Fr. 626.15 (531.16)		66651004	01.08.2023, A
08.06 G		ANIDULAFUNGIN LABATEC (Anidulafunginum)	Labatec Pharma SA		
	21172	Trockensub 100mg Durchstf 5 Stk Fr. 2158.75 (1912.24)		67756002	01.08.2023, A
08.06 G		FLUCAZOL (Fluconazolum)	Bailteul (Suisse) SA		
	18120	Kaps 50 mg 7 Stk Fr. 19.70 (10.01)		56929002	01.08.2023, B
	18120	Kaps 50 mg 28 Stk Fr. 62.35 (40.04)		56929004	01.08.2023, B
	18120	Kaps 150 mg 1 Stk Fr. 9.80 (4.95)		56929006	01.08.2023, B
	18120	Kaps 150 mg 4 Stk Fr. 36.65 (17.65)		56929008	01.08.2023, B
	18120	Kaps 200 mg 2 Stk Fr. 19.70 (10.01)		56929010	01.08.2023, B
	18120	Kaps 200 mg 7 Stk Fr. 56.65 (35.04)		56929012	01.08.2023, B
08.06 G		MYCONORMIN (Terbinafinum)	Almirall AG		
	18271	Tabl 250 mg 14 Stk Fr. 45.10 (25.01)		57233002	01.08.2023, B
	18271	Tabl 250 mg 28 Stk Fr. 77.20 (52.96)		57233004	01.08.2023, B
11.07.10		TOBREX (Tobramycinum)	Novartis Pharma Schweiz AG		
	18236	Augengel 5ml Fr. 14.25 (5.29)		56825002	01.08.2023, A

PRÄPARATE / (Wirkstoffe) Packungen	Verantwortliche Firma	Therap. Gruppe	Dossier Nr.	Preis neu	Ex-Fact. neu
IV. Preissenkungen					
IV.a. Preisänderung nach 1 Jahr SL-Aufnahme					
ISTURISA	Recordati AG	071600			
Filmtabl 1 mg 60 Stk			21210	1642.30	1441.36
Filmtabl 5 mg 60 Stk			21210	6156.65	5766.51
Filmtabl 10 mg 60 Stk			21210	6464.70	6067.01
VABYSMO	Roche Pharma (Schweiz) AG	119900			
Inj Lös 6 mg/0.05 ml Durchstf 1 Stk			21438	970.20	830.84
IV.b. Normale Preismutation					
DUPIXENT	Sanofi-Aventis (Suisse) SA	071500			
Inj Lös 200 mg/1.14 ml Fertspr Safe-Sys 2 Stk			20819	1230.30	1065.68
Inj Lös 200 mg/1.14 ml Fertpen 2 Stk			21258	1230.30	1065.68
Inj Lös 300 mg/2 ml Fertspr Safe-Sys 2 Stk			20819	1230.30	1065.68
Inj Lös 300 mg/2 ml Fertpen 2 Stk			21258	1230.30	1065.68
JARDIANCE	Boehringer Ingelheim (Schweiz) GmbH	070620			
Filmtabl 10 mg 30 Stk			20244	65.10	42.44
Filmtabl 10 mg 90 Stk			20244	161.30	126.23
LUXTURNA	Novartis Pharma Schweiz AG	119900			
Inj Konz c Solv 1 Stk			21179	327276.95	319054.57
REVOLADE	Novartis Pharma Schweiz AG	069900			
Filmtabl 12.5 mg 14 Stk			19225	308.15	254.14
Filmtabl 25 mg 14 Stk			19225	599.90	508.28
Filmtabl 25 mg 28 Stk			19225	1176.40	1016.57
Filmtabl 50 mg 14 Stk			19225	1176.40	1016.57
Filmtabl 50 mg 28 Stk			19225	2291.35	2033.13
Filmtabl 75 mg 28 Stk			19225	3361.25	3039.27
ZOLGENSMA	Novartis Pharma Schweiz AG	019900			
Inf Lös 2 × 10e13 Vektorgenome/ml Set 1 Stk			21456	1904783.50	1858085.39

PRÄPARATE / (Wirkstoffe) Packungen	Verantwortliche Firma	Therap. Gruppe	Dossier Nr.	Preis neu	Ex-Fact. neu
V. Preiserhöhungen					
V.a. Preiserhöhungsgesuch					
ELTROXIN LF	Alfasigma Schweiz AG	070420			
Tabl 0.05 mg 100 Stk			16147	14.50	5.50
Tabl 0.1 mg 100 Stk			16147	15.90	6.70
EPIPEN	MEDA Pharma GmbH	020520			
Inj Lös 0.3mg Auto Injektor 1 Stk			16897	70.35	46.99
Inj Lös 0.3mg Auto Injektor 2 Stk			16897	108.10	79.88
EPIPEN JUNIOR	MEDA Pharma GmbH	020520			
Inj Lös 0.15 mg Auto Injektor 1 Stk			16897	70.35	46.99
Inj Lös 0.15 mg Auto Injektor 2 Stk			16897	108.10	79.88

PRÄPARATE / (Wirkstoffe) Packungen	Verantwortliche Firma	Therap. Gruppe	Dossier Nr.	Preis neu	Ex-Fact. neu
VI. Limitations-/Indikationsänderung					
DUPIXENT	Sanofi-Aventis (Suisse) SA	010400			
Inj Lös 200 mg/1.14 ml Fertspr Safe-Sys 2 Stk			20819	1230.30	1065.68
Inj Lös 300 mg/2 ml Fertspr Safe-Sys 2 Stk			20819	1230.30	1065.68
Inj Lös 200 mg/1.14 ml Fertpen 2 Stk			21258	1230.30	1065.68
Inj Lös 300 mg/2 ml Fertpen 2 Stk			21258	1230.30	1065.68

Limitation alt

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

Atopische Dermatitis – Erwachsene

Dupilumab wird in einer Anfangsdosis von 600 mg als subkutane Injektion (zwei Injektionen zu je 300 mg), gefolgt von einer Dosis von 300 mg als subkutane Injektion alle zwei Wochen zur Behandlung erwachsener Patienten (ab dem 18. Lebensjahr) mit schwerer atopischer Dermatitis (IGA 4 [auf IGA Skala von 0–4] oder SCORAD > 50 oder EASI \geq 21.1) vergütet, sofern die Patienten auf eine intensivierte Lokalbehandlung mit verschreibungspflichtigen topischen Therapien (topische Kortikoide und/oder Calcineurininhibitoren) und Phototherapie (sofern verfügbar und angezeigt) und auf eine systemische Behandlung mit einem konventionellen Immunsuppressivum (ausgenommen systemische Kortikoide) während mindestens einem Monat unzureichend angesprochen haben oder bei denen diese Therapien kontraindiziert sind oder aufgrund von klinisch relevanten Nebenwirkungen abgebrochen werden mussten.

Dupilumab wird nicht in Kombination mit anderen systemischen Arzneimitteln zur Behandlung der atopischen Dermatitis vergütet.

Falls nach 16 Wochen Behandlung mit Dupilumab kein therapeutischer Erfolg eingetreten ist, d. h. keine IGA Reduktion um \geq 2 Punkte gegenüber dem Ausgangswert oder keine \geq 50 % Verbesserung des EASI-Score (EASI 50) gegenüber dem Ausgangswert oder keine \geq 50 % Verbesserung des SCORAD-Score (SCORAD 50) gegenüber dem Ausgangswert, ist die Behandlung abzubrechen.

Nach 52 Wochen ununterbrochener Therapie der atopischen Dermatitis mit Dupilumab ist eine erneute Kostengutsprache durch den Krankenversicherer nach vorgängiger Konsultation des Vertrauensarztes einzuholen.

Die Diagnosestellung, die Verordnung und die Verlaufskontrolle von Dupilumab in der Indikation atopische Dermatitis darf ausschliesslich durch einen Facharzt für Dermatologie und Venerologie oder Facharzt für Allergologie und klinische Immunologie erfolgen.

Atopische Dermatitis – Jugendliche Patienten

Dupilumab wird bei Jugendlichen (12–17 Jahre) für Patienten mit einem Körpergewicht über 60 kg in einer Anfangsdosis von 600 mg als subkutane Injektion (zwei Injektionen zu je 300 mg), gefolgt von einer Dosis von 300 mg als subkutane Injektion alle zwei Wochen und für Patienten mit einem Körpergewicht unter 60 kg in einer Anfangsdosis von 400 mg als subkutane Injektion (zwei Injektionen zu je 200 mg), gefolgt von einer Dosis von 200 mg als subkutane Injektion alle zwei Wochen mit schwerer atopischer Dermatitis (IGA 4 [auf IGA Skala von 0–4] oder SCORAD > 50 oder EASI \geq 21.1) vergütet, sofern die Patienten auf eine intensivierte Lokalbehandlung mit verschreibungspflichtigen topischen Therapien (topische Kortikoide und/oder Calcineurininhibitoren) und Phototherapie (sofern verfügbar und angezeigt) und ab 16 Jahren auf eine systemische Behandlung mit einem konventionellen Immunsuppressivum (ausgenommen systemische Kortikoide) während mindestens einem Monat unzureichend angesprochen haben oder bei denen diese Therapien kontraindiziert sind oder aufgrund von klinisch relevanten Nebenwirkungen abgebrochen werden mussten.

Dupilumab wird nicht in Kombination mit anderen systemischen Arzneimitteln zur Behandlung der atopischen Dermatitis vergütet.

Falls nach 16 Wochen Behandlung mit Dupilumab kein therapeutischer Erfolg eingetreten ist, d. h. keine IGA Reduktion um \geq 2 Punkte gegenüber dem Ausgangswert oder keine \geq 50 % Verbesserung des EASI-Score (EASI 50) gegenüber dem Ausgangswert oder keine \geq 50 % Verbesserung des SCORAD-Score (SCORAD 50) gegenüber dem Ausgangswert, ist die Behandlung abzubrechen.

Nach 52 Wochen ununterbrochener Therapie der atopischen Dermatitis mit Dupilumab ist eine erneute Kostengutsprache durch den Krankenversicherer nach vorgängiger Konsultation des Vertrauensarztes einzuholen.

Die Diagnosestellung, die Verordnung und die Verlaufskontrolle von Dupilumab in der Indikation atopische Dermatitis darf ausschliesslich durch einen Facharzt für Dermatologie und Venerologie oder Facharzt für Allergologie und klinische Immunologie erfolgen.

Befristete Limitation bis 31.07.2023

Asthma

Als Zusatztherapie mit einer Anfangsdosierung von maximal 600 mg, bzw. 400 mg Dupilumab als subkutane Injektion und anschliessend einer Erhaltungsdosierung von 300 mg, bzw. 200 mg alle 2 Wochen, bei Erwachsenen und Jugendlichen ab 12 Jahren mit schwerem Typ 2 Asthma, gekennzeichnet durch folgende Kriterien:

- 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 UND
- eine Eosinophilenzahl im Blut von \geq 0.3 G/L oder
- einer Eosinophilenzahl im Blut von \geq 0.15 G/L und bei Patienten > 16 Jahren einen FeNO-Wert von \geq 50 ppb bzw. bei jugendlichen Patienten (12–16 Jahre) einen FeNO-Wert von \geq 35 ppb.

ODER

- 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 UND
- eine Eosinophilenzahl im Blut von \geq 0.3 G/L bevor eine Behandlung mit systemischen Kortikosteroiden begonnen worden war oder
- bei Patienten > 16 Jahren einen FeNO-Wert von \geq 50 ppb bzw. bei jugendlichen Patienten (12–16 Jahre) einen FeNO-Wert von \geq 35 ppb bevor eine Behandlung mit systemischen Kortikosteroiden begonnen worden war.

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

Spätestens nach 24 Wochen und anschliessend jährlich ist der Therapieerfolg durch einen Facharzt der Pneumologie, Allergologie oder Immunologie zu überprüfen. Die Fortsetzung der Therapie nach dieser Überprüfung bedarf einer weiteren Kostengutsprache bei bestätigtem Therapieerfolg.

Ein Therapieerfolg entspricht:

– 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.

Die Diagnosestellung, die Verordnung und die Verlaufskontrolle von Dupilumab in der Indikation Asthma darf ausschliesslich durch Fachärzte für Pneumologie, Allergologie und Immunologie erfolgen.

Limitation neu

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

Atopische Dermatitis – Erwachsene

Zur Behandlung von Erwachsenen wird die Fertigspritze oder der Fertigpen zu 300 mg vergütet.

Dupilumab wird in einer Anfangsdosis von 600 mg als subkutane Injektion (zwei Injektionen zu je 300 mg), gefolgt von einer Dosis von 300 mg als subkutane Injektion alle zwei Wochen zur Behandlung erwachsener Patienten (ab dem 18. Lebensjahr) mit schwerer atopischer Dermatitis (IGA 4 [auf IGA Skala von 0–4] oder SCORAD > 50 oder EASI \geq 21.1) vergütet, sofern die Patienten auf eine intensivierete Lokalbehandlung mit verschreibungspflichtigen topischen Therapien (topische Kortikoide und/oder Calcineurininhibitoren) und Phototherapie (sofern verfügbar und angezeigt) und auf eine systemische Behandlung mit einem konventionellen Immunsuppressivum (ausgenommen systemische Kortikoide) während mindestens einem Monat unzureichend angesprochen haben oder bei denen diese Therapien kontraindiziert sind oder aufgrund von klinisch relevanten Nebenwirkungen abgebrochen werden mussten.

Dupilumab wird nicht in Kombination mit anderen systemischen Arzneimitteln zur Behandlung der atopischen Dermatitis vergütet.

Falls nach 16 Wochen Behandlung mit Dupilumab kein therapeutischer Erfolg eingetreten ist, d. h. keine IGA Reduktion um \geq 2 Punkte gegenüber dem Ausgangswert oder keine \geq 50% Verbesserung des EASI-Score (EASI 50) gegenüber dem Ausgangswert oder keine \geq 50% Verbesserung des SCORAD-Score (SCORAD 50) gegenüber dem Ausgangswert, ist die Behandlung abzubrechen.

Nach 52 Wochen ununterbrochener Therapie der atopischen Dermatitis mit Dupilumab ist eine erneute Kostengutsprache durch den Krankenversicherer nach vorgängiger Konsultation des Vertrauensarztes einzuholen.

Die Diagnosestellung, die Verordnung und die Verlaufskontrolle von Dupilumab in der Indikation atopische Dermatitis darf ausschliesslich durch einen Facharzt für Dermatologie und Venerologie oder Facharzt für Allergologie und klinische Immunologie erfolgen.

Folgender Code ist an den Krankenversicherer zu übermitteln: 20819.01.

Atopische Dermatitis – Jugendliche Patienten

Zur Behandlung von Jugendlichen von 12–17 Jahren wird die Fertigspritze oder der Fertigpen zu 200 mg oder 300 mg vergütet.

Dupilumab wird bei jugendlichen Patienten (12–17 Jahre) mit einem Körpergewicht ab 60 kg in einer Anfangsdosis von 600 mg als subkutane Injektion (zwei Injektionen zu je 300 mg), gefolgt von einer Dosis von 300 mg als subkutane Injektion alle zwei Wochen, bei Patienten mit einem Körpergewicht ab 30 kg bis unter 60 kg in einer Anfangsdosis von 400 mg als subkutane Injektion (zwei Injektionen zu je 200 mg), gefolgt von einer Dosis von 200 mg als subkutane Injektion alle zwei Wochen und bei Patienten mit einem Körpergewicht ab 15 kg bis unter 30 kg in einer Anfangsdosis von 600 mg (eine Injektion von 300 mg an Tag 1, gefolgt von 300 mg an Tag 15), gefolgt von einer Dosis von 300 mg als subkutane Injektion alle vier Wochen (beginnend vier Wochen nach Tag 15) mit schwerer atopischer Dermatitis (IGA 4 [auf IGA Skala von 0–4] oder SCORAD > 50 oder EASI \geq 21.1) vergütet, sofern die Patienten auf eine intensivierete Lokalbehandlung mit verschreibungspflichtigen topischen Therapien (topische Kortikoide und/oder Calcineurininhibitoren) und Phototherapie (sofern verfügbar und angezeigt) und ab 16 Jahren auf eine systemische Behandlung mit einem konventionellen Immunsuppressivum (ausgenommen systemische Kortikoide) während mindestens einem Monat unzureichend angesprochen haben oder bei denen diese Therapien kontraindiziert sind oder aufgrund von klinisch relevanten Nebenwirkungen abgebrochen werden mussten.

Dupilumab wird nicht in Kombination mit anderen systemischen Arzneimitteln zur Behandlung der atopischen Dermatitis vergütet.

Falls nach 16 Wochen Behandlung mit Dupilumab kein therapeutischer Erfolg eingetreten ist, d. h. keine IGA Reduktion um \geq 2 Punkte gegenüber dem Ausgangswert oder keine \geq 50% Verbesserung des EASI-Score (EASI 50) gegenüber dem Ausgangswert oder keine \geq 50% Verbesserung des SCORAD-Score (SCORAD 50) gegenüber dem Ausgangswert, ist die Behandlung abzubrechen.

Nach 52 Wochen ununterbrochener Therapie der atopischen Dermatitis mit Dupilumab ist eine erneute Kostengutsprache durch den Krankenversicherer nach vorgängiger Konsultation des Vertrauensarztes einzuholen.

Die Diagnosestellung, die Verordnung und die Verlaufskontrolle von Dupilumab in der Indikation atopische Dermatitis darf ausschliesslich durch einen Facharzt für Dermatologie und Venerologie oder Facharzt für Allergologie und klinische Immunologie erfolgen.

Folgender Code ist an den Krankenversicherer zu übermitteln: 20819.02.

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

Befristete Limitation bis 31.07.2025

Atopische Dermatitis – Kinder 6 bis 11 Jahre

Zur Behandlung von Kindern von 6–11 Jahren wird die Fertigspritze zu 200 mg oder 300 mg vergütet. Der Fertigtigpen ist für Kinder unter 12 Jahren nicht indiziert.

Dupilumab wird bei pädiatrischen Patienten (6–11 Jahre) mit einem Körpergewicht ab 60 kg in einer Anfangsdosis von 600 mg als subkutane Injektion (zwei Injektionen zu je 300 mg), gefolgt von einer Dosis von 300 mg als subkutane Injektion alle zwei Wochen, bei Patienten mit einem Körpergewicht ab 30 kg bis unter 60 kg in einer Anfangsdosis von 400 mg als subkutane Injektion (zwei Injektionen zu je 200 mg), gefolgt von einer Dosis von 200 mg als subkutane Injektion alle zwei Wochen und bei Patienten mit einem Körpergewicht ab 15 kg bis unter 30 kg in einer Anfangsdosis von 600 mg (eine Injektion von 300 mg an Tag 1, gefolgt von 300 mg an Tag 15), gefolgt von einer Dosis von 300 mg als subkutane Injektion alle vier Wochen (beginnend vier Wochen nach Tag 15) mit schwerer atopischer Dermatitis (IGA 4 [auf IGA Skala von 0–4] oder SCORAD > 50 oder EASI \geq 21.1) vergütet, sofern die Patienten auf eine intensivierte Lokalbehandlung mit verschreibungspflichtigen topischen Therapien (topische Kortikosteroide und/oder Calcineurininhibitoren) unzureichend angesprochen haben oder bei denen diese Therapien kontraindiziert sind oder aufgrund von klinisch relevanten Nebenwirkungen abgebrochen werden mussten.

Dupilumab wird nicht in Kombination mit anderen systemischen Arzneimitteln zur Behandlung der atopischen Dermatitis vergütet.

Falls nach 16 Wochen Behandlung mit Dupilumab kein therapeutischer Erfolg eingetreten ist, d. h. keine IGA Reduktion um \geq 2 Punkte gegenüber dem Ausgangswert oder keine \geq 50 % Verbesserung des EASI-Score (EASI 50) gegenüber dem Ausgangswert oder keine \geq 50 % Verbesserung des SCORAD-Score (SCORAD 50) gegenüber dem Ausgangswert, ist die Behandlung abzubrechen.

Nach 52 Wochen ununterbrochener Therapie der atopischen Dermatitis mit Dupilumab ist eine erneute Kostengutsprache durch den Krankenversicherer nach vorgängiger Konsultation des Vertrauensarztes einzuholen.

Die Diagnosestellung, die Verordnung und die Verlaufskontrolle von Dupilumab in der Indikation atopische Dermatitis darf ausschliesslich durch einen Facharzt für Dermatologie und Venerologie oder Facharzt für Allergologie und klinische Immunologie erfolgen.

Folgender Code ist an den Krankenversicherer zu übermitteln: 20819.03.

Asthma – Erwachsene und Jugendlichen ab 12 Jahren

Zur Behandlung von Jugendlichen ab 12 Jahren und Erwachsene wird die Fertigspritze oder der Fertigtigpen zu 200 mg oder 300 mg vergütet.

Als Zusatztherapie mit einer Anfangsdosierung von maximal 600 mg, bzw. 400 mg Dupilumab als subkutane Injektion und anschliessend einer Erhaltungsdosierung von 300 mg, bzw. 200 mg alle 2 Wochen, bei Erwachsenen und Jugendlichen ab 12 Jahren mit schwerem Typ 2 Asthma, gekennzeichnet durch folgende Kriterien:

– 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

UND

– eine Eosinophilenzahl im Blut von \geq 0.3 G/L oder

– einer Eosinophilenzahl im Blut von \geq 0.15 G/L und bei Patienten/-Innen > 16 Jahren einen FeNO-Wert von \geq 50 ppb bzw. bei jugendlichen Patienten/-Innen (12–16 Jahre) einen FeNO-Wert von \geq 35 ppb.

ODER

– 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 UND

– eine Eosinophilenzahl im Blut von \geq 0.3 G/L bevor eine Behandlung mit systemischen Kortikosteroiden begonnen worden war oder

– bei Patienten/-Innen > 16 Jahren einen FeNO-Wert von \geq 50 ppb bzw. bei jugendlichen Patienten/-Innen (12–16 Jahre) einen FeNO-Wert von \geq 35 ppb bevor eine Behandlung mit systemischen Kortikosteroiden begonnen worden war.

Spätestens nach 24 Wochen und anschliessend jährlich ist der Therapieerfolg beruhend auf einer ärztlichen Einschätzung der Asthmakontrolle des Patienten/der Patientin zu überprüfen. Die Fortsetzung der Therapie nach dieser Überprüfung bedarf einer weiteren Kostengutsprache bei beständigem Therapieerfolg.

Ein Therapieerfolg entspricht im Vergleich zu vor Therapiebeginn:

– 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.

Die Diagnosestellung, die Verordnung und die Verlaufskontrolle von Dupilumab in der Indikation Asthma bei Erwachsenen und Jugendlichen ab 12 Jahren darf ausschliesslich durch Fachärztinnen und Fachärzte für Pneumologie, Allergologie und Immunologie erfolgen.

Folgender Code ist an den Krankenversicherer zu übermitteln: 20819.04.

Befristete Limitation bis 31.07.2025

Asthma – Kinder 6 bis 11 Jahre

Zur Behandlung von Kindern von 6–11 Jahren wird die Fertigspritze zu 200 mg oder 300 mg vergütet. Der Fertigtigpen ist für Kinder unter 12 Jahren nicht indiziert.

Als Zusatztherapie mit einer Dosierung von 300 mg alle 4 Wochen bei einem Körpergewicht von 15–< 60 kg, bzw. von 200 mg alle 2 Wochen bei einem Körpergewicht ab 60 kg, bei Kindern von 6 bis 11 Jahren mit schwerem Typ 2 Asthma, gekennzeichnet durch folgende Kriterien:

– Mindestens 2 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

UND

– eine Eosinophilenzahl im Blut von \geq 0.3 G/L oder

– eine Eosinophilenzahl im Blut von \geq 0.15 G/L und einen FeNO-Wert von \geq 35 ppb.

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

Spätestens nach 24 Wochen und anschliessend jährlich ist der Therapieerfolg beruhend auf einer ärztlichen Einschätzung der Asthmakontrolle des Patienten/der Patientin zu überprüfen. Die Fortsetzung der Therapie nach dieser Überprüfung bedarf einer weiteren Kostengutsprache bei bestätigtem Therapieerfolg.

Ein Therapieerfolg entspricht im Vergleich zu Therapiebeginn:

- eine Reduktion von mindestens 50 % der Exazerbationen und im Folgenden maximal gleichbleibender Exazerbationsrate

ODER

- Senkung der inhalativen Steroiddosis (ICS) auf die nächstniedrigere Therapiestufe gem. GINA-Leitlinie bei maximal gleichbleibender oder weiter verringerter Exazerbationsrate.

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

Die Diagnosestellung, die Verordnung und die Verlaufskontrolle von Dupilumab in der Indikation Asthma bei Kindern von 6 bis 11 Jahren darf ausschliesslich durch Fachärzte für Pneumologie sowie für Kinder- und Jugendmedizin mit Schwerpunkt pädiatrische Pneumologie erfolgen.

Folgender Code ist an den Krankenversicherer zu übermitteln: 20819.05.

Befristete Limitation bis 31.07.2025

Chronische Rhinosinusitis mit Nasenpolypen (CRSwNP) – Erwachsene

Zur Behandlung von Erwachsenen wird die Fertigspritze oder der Fertigpen zu 300 mg vergütet.

Die Diagnosestellung, die Verordnung und die Verlaufskontrolle darf ausschliesslich durch Fachärzte/Fachärztinnen der Hals-, Nasen und Ohrenheilkunde sowie der Pneumologie und Allergologie und klinische Immunologie mit ausgewiesener Expertise in der Behandlung der CRSwNP erfolgen, wobei die Beurteilung der rhinoskopischen Parameter und bei der Erstverschreibung eine Bestätigung der Diagnose der CRSwNP durch einen/eine Facharzt/Fachärztin der Hals-, Nasen und Ohrenheilkunde erforderlich ist.

Als Zusatztherapie zu intranasalen Kortikosteroiden mit einer Dosierung von maximal 300 mg alle 2 Wochen bei Erwachsenen ab 18 Jahren mit schwerer chronischer Rhinosinusitis mit Nasenpolypen (CRSwNP), die mit intermittierenden systemischen Kortikosteroiden und chirurgischem Eingriff nicht ausreichend kontrolliert werden kann. Die Patientinnen und Patienten müssen folgende Kriterien erfüllen:

- bilaterale Nasenpolypen
- Rezidiv (oder Kontraindikation) innerhalb von 2 Jahren nach mindestens 1 chirurgischen Behandlung UND Versagen (oder Kontraindikation) von einer individuell optimierten Standardtherapie gemäss aktuellen Empfehlungen mit topischen und systemischen Kortikosteroiden
- endoskopischer Nasenpolypenscore (NPS) von mindestens 5 (von 8), mit einem Mindest-Score von 2 in jeder Nasenhöhle
- signifikant eingeschränkte Lebensqualität: SNOT-22 \geq 50
- Anhaltende Symptome seit mindestens 12 Wochen, definiert als:
 - nasale Kongestion (NC) mit mittlerem oder schwerem Schweregrad (Score 2 oder 3, Bereich 0 bis 3)
 - mindestens ein weiteres Symptom:
 - partieller oder vollständiger Geruchsverlust (Hyposmie / Anosmie): UPSIT-Score \leq 25 ODER Sniffin' Sticks Test mit mindestens 16 Items \leq 10 Punkte
 - Rhinorrhoe (anterior oder posterior).

Spätestens nach 16 Wochen und anschliessend jährlich ist der Therapieerfolg durch Fachärzte/Fachärztinnen der Hals-, Nasen und Ohrenheilkunde, der Allergologie und klinische Immunologie oder Pneumologie zu überprüfen. Die Fortsetzung der Therapie nach dieser Überprüfung bedarf einer weiteren Kostengutsprache bei bestätigtem Therapieerfolg.

Ein Therapieerfolg entspricht (3 von 5 Kriterien, relativ zum Basiswert vor Behandlungsbeginn mit Dupilumab):

- reduzierte Grösse der Nasenpolypen (Verbesserung NPS-Score \geq 1.0 oder vergleichbarer Wert).
- maximal 1 orale Steroidtherapie pro 6 Monate sowie eine maximal jährliche Kumulativdosis von 250 mg/Jahr Prednisonäquivalent.
- verbesserte Lebensqualität (Verbesserung im SNOT-22-Score \geq 9.0).
- verbesserter Geruchssinn
- Verbesserung des UPSIT-Scores um mindestens 10 % oder bei Anosmie minimal erreichte Verbesserung auf 19 Punkte ODER Verbesserung des Sniffin' Sticks Test mit mindestens 16 Items um mindestens 2 Punkte ODER bei Anosmie minimal erreichte Verbesserung auf 8 Punkte
- klinisch relevante Verbesserung der Komorbiditäten (bzgl. der vergüteten Indikationen von DUPIXENT).

Nicht in Kombination mit anderen monoklonalen Antikörpern zur Behandlung der CRSwNP.

Keine Vergütung nach Versagen oder Rezidiv unter einer anti-IL-4-Behandlung.

Erleidet der/die Patient(in) innerhalb von 6 Monaten nach Absetzen der Therapie (Therapiepause > 8 Wochen) einen Rückfall (Verschlechterung im SNOT-22-Score \geq 10.0), kann eine Wiederaufnahme einer anti-IL-4-Behandlung mittels erneuter Kostengutsprache für 12 Monate beantragt werden. Tritt der Rückfall nach 6 Monaten auf, muss der/die Patient(in) erneut die Kriterien wie bei der ersten Verschreibung erfüllen.

Die Firma Sanofi-Aventis (Suisse) SA erstattet dem Krankenversicherer, bei dem die versicherte Person zum Zeitpunkt des Bezugs versichert war, auf dessen erste Aufforderung hin für jede zur Behandlung der CRSwNP bezogene Packung DUPIXENT einen Anteil von Fr. 68.89 pro Packung mit 2 Stk, zurück. Ab einer Therapiedauer von 52 Wochen wird ein zusätzlicher Rabatt gewährt.

Die Sanofi-Aventis (Suisse) SA gibt dem Krankenversicherer die Details des Preismodells bekannt. Die Mehrwertsteuer kann nicht zusätzlich zu diesem Anteil des Fabrikabgabepreises zurückgefordert werden. Die Aufforderung zur Rückvergütung soll ab dem Zeitpunkt der Verabreichung erfolgen.

Folgender Code ist an den Krankenversicherer zu übermitteln: 20819.06.

PRÄPARATE / (Wirkstoffe) Packungen	Verantwortliche Firma	Therap. Gruppe	Dossier Nr.	Preis neu	Ex-Fact. neu
JARDIANCE	Boehringer Ingelheim (Schweiz) GmbH	070620			
Filmtabl 10mg 30 Stk			20244	65.10	42.44
Filmtabl 10mg 90 Stk			20244	161.30	126.23

Limitation alt

Typ 2 Diabetes

Zur Behandlung von Patienten mit einem Typ 2 Diabetes mellitus, wenn durch Diät und gesteigerte körperliche Aktivität keine ausreichende Kontrolle der Glykämie erreicht wird:

- Als Monotherapie bei Patienten, die nicht mit Metformin behandelt werden können.
- In Kombination mit folgenden Therapieoptionen, wenn mit diesen Behandlungen keine ausreichende Kontrolle der Glykämie erreicht wird:
 - Metformin, alleine oder in Kombination mit einem Sulfonylharnstoff
 - Metformin, alleine oder in Kombination mit einem DPP4-Inhibitor
 - Insulin, alleine oder in Kombination mit Metformin und/oder Sulfonylharnstoff.

Es wird maximal eine Tagesdosierung von 10 mg Empagliflozin vergütet.

Befristete Limitation bis 31.03.2024

Herzinsuffizienz (HFREF)

Zur individuell optimierten Standardtherapie gemäss aktuellen Empfehlungen in geeigneter Kombination mit einem ACE-Hemmer, einem Angiotensin-II-Rezeptorantagonisten oder der Fixkombination Sacubitril/Valsartan sowie anderen Therapien der Herzinsuffizienz (z. B. Betablocker, Diuretika und Mineralkortikoidantagonisten) für die Behandlung erwachsener Patientinnen und Patienten mit Herzinsuffizienz der NYHA Klassen II-IV, deren Ejektionsfraktion der linken Herzkammer (LVEF) vor Behandlung mit Empagliflozin 10 mg \leq 40 % beträgt.

Limitation neu

Typ 2 Diabetes

Zur Behandlung von Patienten mit einem Typ 2 Diabetes mellitus, wenn durch Diät und gesteigerte körperliche Aktivität keine ausreichende Kontrolle der Glykämie erreicht wird:

- Als Monotherapie bei Patienten, die nicht mit Metformin behandelt werden können.
- In Kombination mit folgenden Therapieoptionen, wenn mit diesen Behandlungen keine ausreichende Kontrolle der Glykämie erreicht wird:
 - Metformin, alleine oder in Kombination mit einem Sulfonylharnstoff
 - Metformin, alleine oder in Kombination mit einem DPP4-Inhibitor
 - Insulin, alleine oder in Kombination mit Metformin und/oder Sulfonylharnstoff.

Es wird maximal eine Tagesdosierung von 10 mg Empagliflozin vergütet.

Befristete Limitation bis 31.07.2025

Herzinsuffizienz mit reduzierter Ejektionsfraktion (HFREF)

Zur individuell optimierten Standardtherapie gemäss aktuellen Empfehlungen in geeigneter Kombination mit einem ACE-Hemmer, einem Angiotensin-II-Rezeptorantagonisten oder der Fixkombination Sacubitril/Valsartan sowie anderen Therapien der Herzinsuffizienz (z. B. Betablocker, Diuretika und Mineralkortikoidantagonisten) für die Behandlung erwachsener Patientinnen und Patienten mit Herzinsuffizienz der NYHA Klassen II-IV, deren Ejektionsfraktion der linken Herzkammer (LVEF) vor Behandlung mit Empagliflozin 10 mg \leq 40 % beträgt.

Befristete Limitation bis 31.07.2025

Herzinsuffizienz mit erhaltener oder mittlerer Ejektionsfraktion (HFpEF / HFmEF)

Zur individuell optimierten Standardtherapie gemäss aktuellen Empfehlungen in geeigneter Kombination mit anderen Arzneimitteln zur Behandlung der Herzinsuffizienz für die Behandlung erwachsener Patientinnen oder Patienten mit chronischer Herzinsuffizienz der NYHA-Klassen II-IV seit mindestens 3 Monaten, deren Ejektionsfraktion der linken Herzkammer (LVEF) vor Behandlung mit Empagliflozin 10 mg $>$ 40 % beträgt. Die Patientinnen und Patienten müssen mindestens eines der folgenden Anzeichen einer Herzinsuffizienz aufweisen:

- Strukturelle Herzerkrankung (Vergrösserung des linken Vorhofs und/oder linksventrikuläre Hypertrophie)
- Hospitalisierung aufgrund der Herzinsuffizienz (HHF) innerhalb der letzten 12 Monate

Nicht in Kombination mit der Fixkombination aus Sacubitril/Valsartan.

PRÄPARATE / (Wirkstoffe) Packungen	Verantwortliche Firma	Therap. Gruppe	Dossier Nr.	Preis neu	Ex-Fact. neu
MEKINIST	Novartis Pharma Schweiz AG	071610			
Filmtabl 0.5 mg 7 Stk			20484	369.00	307.13
Filmtabl 0.5 mg 30 Stk			20484	1505.15	1316.28
Filmtabl 2 mg 7 Stk			20484	1408.90	1228.53
Filmtabl 2 mg 30 Stk			20484	5642.75	5265.13

Limitation alt

Befristete Limitation bis 30.11.2023

Melanom metastasierend

Trametinib in Kombination mit Dabrafenib ist angezeigt zur Behandlung von erwachsenen Patienten mit nicht resezierbarem oder metastasiertem Melanom mit einer BRAF-V600-Mutation (V600E oder V600K). Therapie nur bis zur Progression der Krankheit. Die Behandlung bedarf der Kostengutsprache durch den Krankenversicherer nach vorgängiger Konsultation des Vertrauensarztes.

Die Novartis Pharma Schweiz AG erstattet nach Aufforderung durch denjenigen Krankenversicherer, bei dem die versicherte Person zum Zeitpunkt des Bezugs versichert war, auf die Kombination von MEKINIST und TAFINLAR dem Krankenversicherer für jede bezogene Packung MEKINIST (= Indikator für einen Behandlungszyklus) einen festgelegten Prozentsatz auf den Fabrikabgabepreis jeder bezogenen MEKINIST Packung zurück. Die Novartis Pharma Schweiz AG 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.

Befristete Limitation bis 30.11.2023

Melanom adjuvant

Trametinib in Kombination mit Dabrafenib ist angezeigt zur adjuvanten Behandlung von Patienten mit Melanom mit einer BRAF-V600-Mutation (V600E oder V600K) nach vollständiger Resektion bei Patienten ohne vorangegangene systemische Therapie zur Behandlung des Melanoms. Die Vergütung ist eingeschränkt auf folgende Stadien:

- nach AJCC 7th edition: Stadium IIIA (limitiert auf Lymphknotenmetastasen > 1 mm und T3-4a N1a/N2a), IIIB (T2-4b N1a/N2a, T1-4a N1b/N2b/N2c) und IIIC
- nach AJCC 8th edition: Stadium IIIB-IIID, wobei die Stadien IIIB T3a N1a/N2a sowie IIIC T4a N1a/N2a Lymphknotenmetastasen > 1 mm aufweisen müssen

Die adjuvante Therapie mit Trametinib in Kombination mit Dabrafenib soll innerhalb von 15 Wochen nach Resektion gestartet werden.

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

Die Novartis Pharma Schweiz AG erstattet nach Aufforderung durch denjenigen Krankenversicherer, bei dem die versicherte Person zum Zeitpunkt des Bezugs versichert war, dem Krankenversicherer auf jede bezogene Packung MEKINIST einen festgelegten Prozentsatz auf den Fabrikabgabepreis jeder bezogenen Packung MEKINIST und auf jede bezogene Packung TAFINLAR einen festgelegten Prozentsatz auf den Fabrikabgabepreis jeder bezogenen Packung TAFINLAR zurück. Die Novartis Pharma Schweiz AG 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.

Limitation neu

Befristete Limitation befristet bis 30.11.2023

Melanom metastasierend

Trametinib in Kombination mit Dabrafenib ist angezeigt zur Behandlung von erwachsenen Patienten mit nicht resezierbarem oder metastasiertem Melanom mit einer BRAF-V600-Mutation (V600E oder V600K). Therapie nur bis zur Progression der Krankheit. Die Behandlung bedarf der Kostengutsprache durch den Krankenversicherer nach vorgängiger Konsultation des Vertrauensarztes.

Die Novartis Pharma Schweiz AG erstattet nach Aufforderung durch denjenigen Krankenversicherer, bei dem die versicherte Person zum Zeitpunkt des Bezugs versichert war, auf die Kombination von MEKINIST und TAFINLAR dem Krankenversicherer für jede bezogene Packung MEKINIST (= Indikator für einen Behandlungszyklus) einen festgelegten Prozentsatz von 14.73 % auf den Fabrikabgabepreis jeder bezogenen MEKINIST-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.

Befristete Limitation bis 30.11.2023

Melanom adjuvant

Trametinib in Kombination mit Dabrafenib ist angezeigt zur adjuvanten Behandlung von Patienten mit Melanom mit einer BRAF-V600-Mutation (V600E oder V600K) nach vollständiger Resektion bei Patienten ohne vorangegangene systemische Therapie zur Behandlung des Melanoms. Die Vergütung ist eingeschränkt auf folgende Stadien:

- nach AJCC 7th edition: Stadium IIIA (limitiert auf Lymphknotenmetastasen > 1 mm und T3-4a N1a/N2a), IIIB (T2-4b N1a/N2a, T1-4a N1b/N2b/N2c) und IIIC
- nach AJCC 8th edition: Stadium IIIB-IIID, wobei die Stadien IIIB T3a N1a/N2a sowie IIIC T4a N1a/N2a Lymphknotenmetastasen > 1 mm aufweisen müssen

Die adjuvante Therapie mit Trametinib in Kombination mit Dabrafenib soll innerhalb von 15 Wochen nach Resektion gestartet werden.

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

Die Novartis Pharma Schweiz AG erstattet nach Aufforderung durch denjenigen Krankenversicherer, bei dem die versicherte Person zum Zeitpunkt des Bezugs versichert war, dem Krankenversicherer auf jede bezogene Packung MEKINIST einen festgelegten Prozentsatz von 41.71 % auf den Fabrikabgabepreis jeder bezogenen Packung MEKINIST und auf jede bezogene Packung TAFINLAR einen festgelegten Prozentsatz von 31.58 % auf den Fabrikabgabepreis jeder bezogenen Packung TAFINLAR zurück. Die Mehrwertsteuer kann nicht zusätzlich zu diesem Anteil des Fabrikabgabepreises zurückgefordert werden. Die Aufforderung zur Rückerstattung soll ab dem Zeitpunkt der Verabreichung erfolgen.

PRÄPARATE / (Wirkstoffe) Packungen	Verantwortliche Firma	Therap. Gruppe	Dossier Nr.	Preis neu	Ex-Fact. neu
REVOLADE	Novartis Pharma Schweiz AG	069900			
Filmtabl 12.5mg 14 Stk			19225	308.15	254.14
Filmtabl 25mg 14 Stk			19225	599.90	508.28
Filmtabl 25mg 28 Stk			19225	1176.40	1016.57
Filmtabl 50mg 14 Stk			19225	1176.40	1016.57
Filmtabl 50mg 28 Stk			19225	2291.35	2033.13
Filmtabl 75mg 28 Stk			19225	3361.25	3039.27

Limitation alt

Zur Behandlung von erwachsenen Patienten mit einer mindestens 6 Monate ab Diagnose dauernden (idiopathischen) immuntrombozytopenischen Purpura (ITP), die auf andere Therapieoptionen (z. B. Kortikosteroide, Immunglobuline oder Splenektomie) nicht genügend ansprechen, bei erhöhtem Blutungsrisiko infolge ausgeprägter Thrombozytopenie. Die Behandlung sollte abgebrochen werden, wenn nach vierwöchiger Therapie mit 75 mg/Tag die Thrombozytenwerte nicht ausreichend ansteigen.

Zur Behandlung von pädiatrischen Patienten (6 Jahre und älter) mit einer mindestens 6 Monate ab Diagnose dauernden (idiopathischen) immuntrombozytopenischen Purpura (ITP) und relevanter Blutungsneigung, die auf eine etablierte Behandlung (z. B. IVIG, Kortikosteroide) nicht angesprochen haben und für die eine Splenektomie keine Behandlungsoption darstellt.

Dosisreduktionen bei pädiatrischen Patienten müssen regelmässig geprüft werden.

Befristete Limitation bis 31.07.2023

Zur Erstlinienbehandlung von erworbener, schwerer aplastischer Anämie (SAA) in Kombination mit einer Standardimmunsuppressionstherapie bei erwachsenen und pädiatrischen Patienten ab 6 Jahren, die zum Zeitpunkt der Diagnose für eine hämatopoetische Stammzellentransplantation nicht geeignet sind. Die Gesamtdauer der Behandlung mit Revolade beträgt maximal 6 Monate.

Nach Kostengutsprache durch den Krankenversicherer nach vorgängiger Konsultation des Vertrauensarztes.

Folgender Code ist an den Krankenversicherer zu übermitteln: 19225.01.

Novartis Pharma Schweiz AG zahlt nach Aufforderung durch denjenigen Krankenversicherer, bei dem die versicherte Person zum Zeitpunkt des Bezugs versichert war, pro Packung Revolade 21.36 % des Fabrikabgabepreises an den Krankenversicherer zurück.

Befristete Limitation bis 31.07.2023

Zur Behandlung von Zytopenien bei erwachsenen Patienten mit erworbener schwerer aplastischer Anämie (SAA), die entweder refraktär oder stark vorbehandelt sind und für die eine hämatopoetische Stammzell-Transplantation zum Zeitpunkt der Indikationsstellung nicht infrage kommt. Wenn nach 16-wöchiger Behandlung kein hämatologisches Ansprechen erreicht wird, ist die Therapie abzubrechen.

Nach Kostengutsprache durch den Krankenversicherer nach vorgängiger Konsultation des Vertrauensarztes.

Folgender Code ist an den Krankenversicherer zu übermitteln: 19225.02.

Novartis Pharma Schweiz AG zahlt nach Aufforderung durch denjenigen Krankenversicherer, bei dem die versicherte Person zum Zeitpunkt des Bezugs versichert war, pro Packung Revolade 21.36 % des Fabrikabgabepreises an den Krankenversicherer zurück.

Limitation neu

Zur Behandlung von erwachsenen Patienten mit einer mindestens 6 Monate ab Diagnose dauernden (idiopathischen) immuntrombozytopenischen Purpura (ITP), die auf andere Therapieoptionen (z. B. Kortikosteroide, Immunglobuline oder Splenektomie) nicht genügend ansprechen, bei erhöhtem Blutungsrisiko infolge ausgeprägter Thrombozytopenie. Die Behandlung sollte abgebrochen werden, wenn nach vierwöchiger Therapie mit 75 mg/Tag die Thrombozytenwerte nicht ausreichend ansteigen.

Zur Behandlung von pädiatrischen Patienten (6 Jahre und älter) mit einer mindestens 6 Monate ab Diagnose dauernden (idiopathischen) immuntrombozytopenischen Purpura (ITP) und relevanter Blutungsneigung, die auf eine etablierte Behandlung (z. B. IVIG, Kortikosteroide) nicht angesprochen haben und für die eine Splenektomie keine Behandlungsoption darstellt.

Dosisreduktionen bei pädiatrischen Patienten müssen regelmässig geprüft werden.

Befristete Limitation bis 31.07.2026

Zur Erstlinienbehandlung von erworbener, schwerer aplastischer Anämie (SAA) in Kombination mit einer Standardimmunsuppressionstherapie bei erwachsenen und pädiatrischen Patienten ab 6 Jahren, die zum Zeitpunkt der Diagnose für eine hämatopoetische Stammzellentransplantation nicht geeignet sind. Die Gesamtdauer der Behandlung mit Revolade beträgt maximal 6 Monate.

Nach Kostengutsprache durch den Krankenversicherer nach vorgängiger Konsultation des Vertrauensarztes.

Folgender Code ist an den Krankenversicherer zu übermitteln: 19225.01.

Novartis Pharma Schweiz AG zahlt nach Aufforderung durch denjenigen Krankenversicherer, bei dem die versicherte Person zum Zeitpunkt des Bezugs versichert war, pro Packung Revolade 18.51 % des Fabrikabgabepreises an den Krankenversicherer zurück.

Befristete Limitation bis 31.07.2026

Zur Behandlung von Zytopenien bei erwachsenen Patienten mit erworbener schwerer aplastischer Anämie (SAA), die entweder refraktär oder stark vorbehandelt sind und für die eine hämatopoetische Stammzell-Transplantation zum Zeitpunkt der Indikationsstellung nicht infrage kommt. Wenn nach 16-wöchiger Behandlung kein hämatologisches Ansprechen erreicht wird, ist die Therapie abzubrechen.

Nach Kostengutsprache durch den Krankenversicherer nach vorgängiger Konsultation des Vertrauensarztes.

Folgender Code ist an den Krankenversicherer zu übermitteln: 19225.02.

Novartis Pharma Schweiz AG zahlt nach Aufforderung durch denjenigen Krankenversicherer, bei dem die versicherte Person zum Zeitpunkt des Bezugs versichert war, pro Packung Revolade 18.51 % des Fabrikabgabepreises an den Krankenversicherer zurück.

PRÄPARATE / (Wirkstoffe) Packungen	Verantwortliche Firma	Therap. Gruppe	Dossier Nr.	Preis neu	Ex-Fact. neu
TAFINLAR	Novartis Pharma Schweiz AG	071610			
Kaps 50 mg 28 Stk			20115	957.95	820.18
Kaps 50 mg 120 Stk			20115	3848.95	3515.06
Kaps 75 mg 28 Stk			20115	1410.80	1230.27
Kaps 75 mg 120 Stk			20115	5650.40	5272.59

Limitation alt

Befristete Limitation bis 30.11.2023

Melanom metastasierend

Trametinib in Kombination mit Dabrafenib ist angezeigt zur Behandlung von erwachsenen Patienten mit nicht resezierbarem oder metastasiertem Melanom mit einer BRAF-V600-Mutation (V600E oder V600K). Therapie nur bis zur Progression der Krankheit. Die Behandlung bedarf der Kostengutsprache durch den Krankenversicherer nach vorgängiger Konsultation des Vertrauensarztes.

Die Novartis Pharma Schweiz AG erstattet nach Aufforderung durch denjenigen Krankenversicherer, bei dem die versicherte Person zum Zeitpunkt des Bezugs versichert war, auf die Kombination von MEKINIST und TAFINLAR dem Krankenversicherer für jede bezogene Packung MEKINIST (= Indikator für einen Behandlungszyklus) einen festgelegten Prozentsatz auf den Fabrikabgabepreis jeder bezogenen MEKINIST Packung zurück. Die Novartis Pharma Schweiz AG 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.

Befristete Limitation bis 30.11.2023

Melanom adjuvant

Trametinib in Kombination mit Dabrafenib ist angezeigt zur adjuvanten Behandlung von Patienten mit Melanom mit einer BRAF-V600-Mutation (V600E oder V600K) nach vollständiger Resektion bei Patienten ohne vorangegangene systemische Therapie zur Behandlung des Melanoms. Die Vergütung ist eingeschränkt auf folgende Stadien:

- nach AJCC 7th edition: Stadium IIIA (limitiert auf Lymphknotenmetastasen > 1 mm und T3-4a N1a/N2a), IIIB (T2-4b N1a/N2a, T1-4a N1b/N2b/N2c) und IIIC
- nach AJCC 8th edition: Stadium IIIB-IIID, wobei die Stadien IIIB T3a N1a/N2a sowie IIIC T4a N1a/N2a Lymphknotenmetastasen > 1 mm aufweisen müssen

Die adjuvante Therapie mit Trametinib in Kombination mit Dabrafenib soll innerhalb von 15 Wochen nach Resektion gestartet werden.

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

Die Novartis Pharma Schweiz AG erstattet nach Aufforderung durch denjenigen Krankenversicherer, bei dem die versicherte Person zum Zeitpunkt des Bezugs versichert war, dem Krankenversicherer auf jede bezogene Packung MEKINIST einen festgelegten Prozentsatz auf den Fabrikabgabepreis jeder bezogenen Packung MEKINIST und auf jede bezogene Packung TAFINLAR einen festgelegten Prozentsatz auf den Fabrikabgabepreis jeder bezogenen Packung TAFINLAR zurück. Die Novartis Pharma Schweiz AG 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.

Limitation neu

Befristete Limitation bis 30.11.2023

Melanom metastasierend

Trametinib in Kombination mit Dabrafenib ist angezeigt zur Behandlung von erwachsenen Patienten mit nicht resezierbarem oder metastasiertem Melanom mit einer BRAF-V600-Mutation (V600E oder V600K). Therapie nur bis zur Progression der Krankheit. Die Behandlung bedarf der Kostengutsprache durch den Krankenversicherer nach vorgängiger Konsultation des Vertrauensarztes.

Die Novartis Pharma Schweiz AG erstattet nach Aufforderung durch denjenigen Krankenversicherer, bei dem die versicherte Person zum Zeitpunkt des Bezugs versichert war, auf die Kombination von MEKINIST und TAFINLAR dem Krankenversicherer für jede bezogene Packung MEKINIST (= Indikator für einen Behandlungszyklus) einen festgelegten Prozentsatz von 14.73 % auf den Fabrikabgabepreis jeder bezogenen MEKINIST-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.

Befristete Limitation bis 30.11.2023

Melanom adjuvant

Trametinib in Kombination mit Dabrafenib ist angezeigt zur adjuvanten Behandlung von Patienten mit Melanom mit einer BRAF-V600-Mutation (V600E oder V600K) nach vollständiger Resektion bei Patienten ohne vorangegangene systemische Therapie zur Behandlung des Melanoms. Die Vergütung ist eingeschränkt auf folgende Stadien:

- nach AJCC 7th edition: Stadium IIIA (limitiert auf Lymphknotenmetastasen > 1 mm und T3-4a N1a/N2a), IIIB (T2-4b N1a/N2a, T1-4a N1b/N2b/N2c) und IIIC
- nach AJCC 8th edition: Stadium IIIB-IIID, wobei die Stadien IIIB T3a N1a/N2a sowie IIIC T4a N1a/N2a Lymphknotenmetastasen > 1 mm aufweisen müssen

Die adjuvante Therapie mit Trametinib in Kombination mit Dabrafenib soll innerhalb von 15 Wochen nach Resektion gestartet werden.

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

Die Novartis Pharma Schweiz AG erstattet nach Aufforderung durch denjenigen Krankenversicherer, bei dem die versicherte Person zum Zeitpunkt des Bezugs versichert war, dem Krankenversicherer auf jede bezogene Packung MEKINIST einen festgelegten Prozentsatz von 41.71 % auf den Fabrikabgabepreis jeder bezogenen Packung MEKINIST und auf jede bezogene Packung TAFINLAR einen festgelegten Prozentsatz von 31.58 % auf den Fabrikabgabepreis jeder bezogenen Packung TAFINLAR zurück. Die Mehrwertsteuer kann nicht zusätzlich zu diesem Anteil des Fabrikabgabepreises zurückgefordert werden. Die Aufforderung zur Rückerstattung soll ab dem Zeitpunkt der Verabreichung erfolgen.

PRÄPARATE / (Wirkstoffe) Packungen	Verantwortliche Firma	Therap. Gruppe	Dossier Nr.	Preis neu	Ex-Fact. neu
VII. Limitierung bei Neuaufnahme					
DARZALEX Inf Konz 100mg/5ml Durchstf 5ml Inf Konz 400mg/20ml Durchstf 20ml	Janssen-Cilag AG	071610	20589 20589	546.10 2052.95	461.43 1815.77
Befristete Limitation bis 31.12.2023					
Monotherapie					
Nach Kostengutsprache durch den Krankenversicherer nach vorgängiger Konsultation des Vertrauensarztes. Nur bis zur Progression der Krankheit. Nur als Monotherapie zur Behandlung von auf die letzte Therapie refraktäre Patienten in der vierten Linie des Multiplen Myeloms, bei Patienten die mindestens 3 frühere Therapielinien erhalten haben, einschliesslich > 1 Proteasomen-Inhibitors (PI) und > 1 immunmodulatorischen Wirkstoffs (IMiD) und noch nie mit DARZALEX behandelt wurden oder als Monotherapie zur Behandlung von auf die letzte Therapie refraktäre Patienten in der vierten Linie des Multiplen Myeloms bei Patienten, die gegenüber > 1 PI und IMiD doppel-refraktär waren und noch nie mit DARZALEX behandelt wurden. Die Kostengutsprache gilt zunächst für 4 Wochen und wird vom Krankenversicherer nur dann verlängert werden, wenn der behandelnde Arzt dem Krankenversicherer nach 4 Wochen meldet, dass die Therapie fortgesetzt wird. In diesem Fall ist die Verlängerung der Kostengutsprache ohne Einforderung weiterer Unterlagen zu gewähren. Wird die Therapie nach 4 Wochen nicht fortgesetzt, vergütet die Janssen-Cilag AG nach Aufforderung durch denjenigen Krankenversicherer, bei dem die versicherte Person zum Zeitpunkt des Bezuges versichert war, die Kosten für die bis zu diesem Zeitpunkt abgegebenen Packungen bzw. Mengen von Darzalex zurück. Die Mehrwertsteuer kann nicht zusätzlich zu diesem Betrag zurückgefordert werden. Die Aufforderung zur Rückvergütung soll in der Regel innerhalb von 6 Monaten erfolgen. Folgender Code ist an den Krankenversicherer zu übermitteln: 20589.01					
Befristete Limitation bis 31.12.2023					
Daratumumab in Kombination mit Lenalidomid und Dexamethason					
Nach Kostengutsprache durch den Krankenversicherer nach vorgängiger Konsultation des Vertrauensarztes. Daratumumab wird vergütet in Kombination mit Lenalidomid und Dexamethason für die Behandlung von Patienten mit multiplen Myelom, die mindestens eine frühere Therapielinie erhalten haben. Nur bis zur Progression der Krankheit. Die Janssen-Cilag AG vergütet dem Krankenversicherer, bei dem die versicherte Person zum Zeitpunkt des Bezugs versichert war, auf dessen erste Aufforderung hin für jede bezogene Packung Darzalex einen festgelegten Anteil des Fabrikabgabepreises zurück. Die Janssen-Cilag AG 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: 20589.02					
Befristete Limitation bis 30.09.2023					
DARZALEX in Kombination mit Bortezomib, Melphalan, und Prednison					
Nach Kostengutsprache durch den Krankenversicherer nach vorgängiger Konsultation des Vertrauensarztes. DARZALEX wird vergütet in Kombination mit Bortezomib, Melphalan, und Prednison für die Behandlung von bisher unbehandelten Patienten mit multiplen Myelom, die für eine autologe Stammzelltransplantation nicht geeignet sind. Nur bis zur Progression der Krankheit. Die Janssen-Cilag AG vergütet dem Krankenversicherer, bei dem die versicherte Person zum Zeitpunkt des Bezugs versichert war, auf dessen erste Aufforderung hin für jede bezogene Packung DARZALEX einen festgelegten Anteil des Fabrikabgabepreises zurück. Die Janssen-Cilag AG gibt dem Krankenversicherer die Höhe der Rückvergütung bekannt. Die Mehrwertsteuer kann nicht zusätzlich zu diesem Anteil des Fabrikabgabepreises zurückgefordert werden. Bei einer Therapiedauer über mehr als 24 Monate (ab Monat 25) vergütet die Janssen-Cilag AG nach Aufforderung durch denjenigen Krankenversicherer, bei dem die versicherte Person zum Zeitpunkt des Bezugs versichert war, für jede weitere bezogene Packung DARZALEX einen festgelegten Anteil des wirtschaftlichen Preises (FAP - Rückvergütung) zurück. Die Rückvergütung gilt für Behandlungen, die ab dem 1. August 2021 initiiert werden. Folgender Code ist an den Krankenversicherer zu übermitteln: 20589.03					
Daratumumab in Kombination mit Bortezomib und Dexamethason					
Nach Kostengutsprache durch den Krankenversicherer nach vorgängiger Konsultation des Vertrauensarztes. Daratumumab wird vergütet in Kombination mit Bortezomib und Dexamethason für die Behandlung von Patienten mit multiplen Myelom, die mindestens eine frühere Therapielinie erhalten haben. Nur bis zur Progression der Krankheit. Folgender Code ist an den Krankenversicherer zu übermitteln: 20589.05					
Befristete Limitation bis 31.07.2025					
Darzalex in Kombination mit Carfilzomib und Dexamethason (KDd)					
Nach Kostengutsprache durch den Krankenversicherer nach vorgängiger Konsultation des Vertrauensarztes. DARZALEX wird vergütet in Kombination mit Carfilzomib und Dexamethason (KDd) zur Behandlung von erwachsenen Patienten mit rezidivierendem multiplen Myelom, die mindestens eine vorangegangene Therapie erhalten haben. Dosierungsschema und Dosierung sollen nach Angaben der Fachinformation erfolgen. Nur bis zur Progression der Krankheit. Die Janssen-Cilag AG vergütet dem Krankenversicherer, bei dem die versicherte Person zum Zeitpunkt des Bezugs versichert war, auf dessen erste Aufforderung hin für jede bezogene Packung DARZALEX einen festgelegten Anteil des Fabrikabgabepreises zurück. Die Janssen-Cilag AG 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: 20589.07					

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

DARZALEX SC

Inj Lös 1800mg/15ml Durchstf 15ml

Janssen-Cilag AG

071610

21150

5829.50

5447.31

Befristete Limitation bis 31.12.2023

Monotherapie

Nach Kostengutsprache durch den Krankenversicherer nach vorgängiger Konsultation des Vertrauensarztes.

Nur bis zur Progression der Krankheit.

Nur als Monotherapie zur Behandlung von auf die letzte Therapie refraktäre Patienten in der vierten Linie des Multiplen Myeloms, bei Patienten die mindestens 3 frühere Therapielinien erhalten haben, einschliesslich > 1 Proteasomen-Inhibitors (PI) und > 1 immunmodulatorischen Wirkstoffs (IMiD) und noch nie mit DARZALEX behandelt wurden oder als Monotherapie zur Behandlung von auf die letzte Therapie refraktäre Patienten in der vierten Linie des Multiplen Myeloms bei Patienten, die gegenüber > 1 PI und IMiD doppel-refraktär waren und noch nie mit DARZALEX behandelt wurden.

Die Kostengutsprache gilt zunächst für 4 Wochen und wird vom Krankenversicherer nur dann verlängert werden, wenn der behandelnde Arzt dem Krankenversicherer nach 4 Wochen meldet, dass die Therapie fortgesetzt wird. In diesem Fall ist die Verlängerung der Kostengutsprache ohne Einforderung weiterer Unterlagen zu gewähren. Wird die Therapie nach 4 Wochen nicht fortgesetzt, vergütet die Janssen-Cilag AG nach Aufforderung durch denjenigen Krankenversicherer, bei dem die versicherte Person zum Zeitpunkt des Bezuges versichert war, die Kosten für die bis zu diesem Zeitpunkt abgegebenen Packungen bzw. Mengen von Darzalex zurück. Die Mehrwertsteuer kann nicht zusätzlich zu diesem Betrag zurückgefordert werden. Die Aufforderung zur Rückvergütung soll in der Regel innerhalb von 6 Monaten erfolgen.

Folgender Code ist an den Krankenversicherer zu übermitteln: 20589.01

Befristete Limitation bis 31.12.2023

Daratumumab in Kombination mit Lenalidomid und Dexamethason

Nach Kostengutsprache durch den Krankenversicherer nach vorgängiger Konsultation des Vertrauensarztes.

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

Nur bis zur Progression der Krankheit.

Die Janssen-Cilag AG vergütet dem Krankenversicherer, bei dem die versicherte Person zum Zeitpunkt des Bezugs versichert war, auf dessen erste Aufforderung hin für jede bezogene Packung Darzalex einen festgelegten Anteil des Fabrikabgabepreises zurück. Die Janssen-Cilag AG 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: 20589.02

Befristete Limitation bis 30.09.2023

DARZALEX in Kombination mit Bortezomib, Melphalan, und Prednison

Nach Kostengutsprache durch den Krankenversicherer nach vorgängiger Konsultation des Vertrauensarztes.

DARZALEX wird vergütet in Kombination mit Bortezomib, Melphalan, und Prednison für die Behandlung von bisher unbehandelten Patienten mit multiplen Myelom, die für eine autologe Stammzelltransplantation nicht geeignet sind.

Nur bis zur Progression der Krankheit.

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

Bei einer Therapiedauer über mehr als 24 Monate (ab Monat 25) vergütet die Janssen-Cilag AG nach Aufforderung durch denjenigen Krankenversicherer, bei dem die versicherte Person zum Zeitpunkt des Bezugs versichert war, für jede weitere bezogene Packung DARZALEX einen festgelegten Anteil des wirtschaftlichen Preises (FAP - Rückvergütung) zurück. Die Rückvergütung gilt für Behandlungen, die ab dem 1. August 2021 initiiert werden.

Folgender Code ist an den Krankenversicherer zu übermitteln: 20589.03

Befristete Limitation bis 30.09.2023

AL-Amyloidose

Nach Kostengutsprache durch den Krankenversicherer nach vorgängiger Konsultation des Vertrauensarztes.

DARZALEX SC in Kombination mit Bortezomib, Cyclophosphamid und Dexamethason wird vergütet für die Behandlung von bisher unbehandelten Patienten mit AL-Amyloidose (Leichtketten-Amyloidose), die keine kardiale Erkrankung NYHA Stadium IIIB oder Stadium IV vorweisen.

Die Behandlung mit Bortezomib, Cyclophosphamid und Dexamethason wird bis zu maximal 6 Zyklen vergütet.

Die Behandlung mit DARZALEX SC wird bis zu maximal 24 Zyklen vergütet.

Die Janssen-Cilag AG vergütet dem Krankenversicherer, bei dem die versicherte Person zum Zeitpunkt des Bezugs versichert war, auf dessen erste Aufforderung hin für jede bezogene Packung DARZALEX einen festgelegten Anteil des Fabrikabgabepreises zurück.

Die Janssen-Cilag AG 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: 20589.04

Daratumumab in Kombination mit Bortezomib und Dexamethason

Nach Kostengutsprache durch den Krankenversicherer nach vorgängiger Konsultation des Vertrauensarztes.

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

Nur bis zur Progression der Krankheit.

Folgender Code ist an den Krankenversicherer zu übermitteln: 20589.05

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

Befristete Limitation bis 28.02.2024

DARZALEX SC in Kombination mit Pomalidomid und Dexamethason

Nach Kostengutsprache durch den Krankenversicherer nach vorgängiger Konsultation des Vertrauensarztes.

DARZALEX SC wird vergütet in Kombination mit Pomalidomid und Dexamethason für die Behandlung erwachsener Patienten mit rezidiviertem oder refraktärem multiplem Myelom, welche mit einem Proteasom-Inhibitor (PI) und Lenalidomid vorbehandelt wurden und bei denen während oder nach der letzten Therapie eine Krankheitsprogression auftrat.

Die Janssen-Cilag AG vergütet dem Krankenversicherer, bei dem die versicherte Person zum Zeitpunkt des Bezugs versichert war, auf dessen erste Aufforderung hin für jede bezogene Packung DARZALEX SC einen festgelegten Anteil des Fabrikabgabepreises zurück.

Die Janssen-Cilag AG 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: 20589.06.

Befristete Limitation bis 31.07.2025

Darzalex in Kombination mit Carfilzomib und Dexamethason (KDD)

Nach Kostengutsprache durch den Krankenversicherer nach vorgängiger Konsultation des Vertrauensarztes.

DARZALEX wird vergütet in Kombination mit Carfilzomib und Dexamethason (KDD) zur Behandlung von erwachsenen Patienten mit rezidivierendem multiplem Myelom, die mindestens eine vorangegangene Therapie erhalten haben. Dosierungsschema und Dosierung sollen nach Angaben der Fachinformation erfolgen.

Nur bis zur Progression der Krankheit.

Die Janssen-Cilag AG vergütet dem Krankenversicherer, bei dem die versicherte Person zum Zeitpunkt des Bezugs versichert war, auf dessen erste Aufforderung hin für jede bezogene Packung DARZALEX einen festgelegten Anteil des Fabrikabgabepreises zurück. Die Janssen-Cilag AG 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: 20589.07

GAVRETO Kaps 100 mg Fl 120 Stk	Roche Pharma (Schweiz) AG	071610	21321	7839.80	7408.58
--	---------------------------	--------	-------	---------	---------

Befristete Limitation bis 31.08.2023

2L NSCLC

Nach Kostengutsprache durch den Krankenversicherer nach vorgängiger Konsultation des Vertrauensarztes.

GAVRETO als Monotherapie ist indiziert für die Behandlung erwachsener Patienten mit metastasiertem RET-Fusions-positivem (RET=REarranged during Transfection) nicht – kleinzelligem Lungenkarzinom (NSCLC), die eine systemische Therapie benötigen und bei denen es nach einer vorherigen Behandlung zu einer Progression gekommen ist.

Die Behandlung von GAVRETO erfolgt bis zur Progression der Erkrankung.

Eine Rotation innerhalb der RET-Inhibitoren wird ausschliesslich bei Kontraindikationen oder Unverträglichkeiten vergütet.

Die Zulassungsinhaberin Roche Pharma (Schweiz) AG vergütet die ersten 2 bezogenen Packungen GAVRETO 100 mg 120 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 GAVRETO 100 mg 120 Stk einen Betrag von Fr. 432.40 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: 21321.01.

Befristete Limitation bis 31.08.2023

Medulläres Schilddrüsenkarzinom mit RET-Mutation

Nach Kostengutsprache durch den Krankenversicherer nach vorgängiger Konsultation des Vertrauensarztes.

GAVRETO als Monotherapie ist indiziert für die Behandlung erwachsener Patienten mit fortgeschrittenem oder metastasiertem RET-Mutierten medullärem Schilddrüsenkarzinom (MTC), die eine systemische Therapie benötigen und bei denen es nach einer vorherigen Behandlung mit Tyrosinkinaseinhibitoren zu einer Progression gekommen ist.

Die Behandlung von GAVRETO erfolgt bis zur Progression der Erkrankung. Eine Rotation innerhalb der RET-Inhibitoren wird ausschliesslich bei Kontraindikationen oder Unverträglichkeiten vergütet.

Für GAVRETO bestehen Preismodelle. Die Zulassungsinhaberin Roche Pharma (Schweiz) AG gibt diese dem Krankenversicherer, bei dem die versicherte Person zum Zeitpunkt des Bezugs versichert war, auf dessen erste Aufforderung hin bekannt.

Die Roche Pharma (Schweiz) AG erstattet dem Krankenversicherer, bei dem die versicherte Person zum Zeitpunkt des Bezugs versichert war, auf dessen erste Aufforderung hin für jede bezogene Packung GAVRETO einen festgelegten Anteil des Fabrikabgabepreises zurück. Sie gibt dem Krankenversicherer die Höhe der Rückerstattungen 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: 21321.02.

Befristete Limitation bis 31.08.2023

RET-Fusion-positives Schilddrüsenkarzinom

Nach Kostengutsprache durch den Krankenversicherer nach vorgängiger Konsultation des Vertrauensarztes.

GAVRETO als Monotherapie ist indiziert für die Behandlung erwachsener Patienten mit fortgeschrittenem oder metastasiertem RET-Fusion-positivem Schilddrüsenkarzinom, die eine systemische Therapie benötigen und bei denen es nach einer vorherigen Behandlung einschliesslich radioaktivem Jod zu einer Progression gekommen ist. Die Behandlung von GAVRETO erfolgt bis zur Progression der Erkrankung. Eine Rotation innerhalb der RET-Inhibitoren wird ausschliesslich bei Kontraindikationen oder Unverträglichkeiten vergütet.

Für GAVRETO bestehen Preismodelle. Die Zulassungsinhaberin Roche Pharma (Schweiz) AG gibt diese dem Krankenversicherer, bei dem die versicherte Person zum Zeitpunkt des Bezugs versichert war, auf dessen erste Aufforderung hin bekannt. Die Roche Pharma (Schweiz) AG erstattet dem Krankenversicherer, bei dem die versicherte Person zum Zeitpunkt des Bezugs versichert war, auf dessen erste Aufforderung hin für jede bezogene Packung GAVRETO einen festgelegten Anteil des Fabrikabgabepreises zurück. Sie gibt dem Krankenversicherer die Höhe der Rückerstattungen 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: 21321.03.

PRÄPARATE / (Wirkstoffe) Packungen	Verantwortliche Firma	Therap. Gruppe	Dossier Nr.	Preis neu	Ex-Fact. neu
LUXTURNA Inj Konz c Solv 1 Stk	Novartis Pharma Schweiz AG	119900	21179	327276.94	319054.56
<p>Befristete Limitation bis 30.09.2025</p> <p>Nach Kostengutsprache des Krankenversicherers nach vorgängiger Konsultation des Vertrauensarztes zur Behandlung von erwachsenen und pädiatrischen Patienten mit Sehverlust aufgrund einer erblichen Netzhautdystrophie, die auf nachgewiesenen biallelischen RPE65-Mutationen beruht, und die über ausreichend lebensfähige Netzhautzellen (retinaler Bereich innerhalb des hinteren Pols von > 100 Mikrometer Dicke) verfügen.</p> <p>Keine Vergütung für Kinder unter 3 Jahren. Die Vergütung von Luxturna erfolgt pro Patient und Auge nur einmalig. Die Applikation von Luxturna wird nur in einem zertifizierten Behandlungszentrum durchgeführt.</p> <p>Die Novartis Pharma Schweiz AG erstattet dem Krankenversicherer, bei dem die versicherte Person zum Zeitpunkt des Bezugs versichert war, auf dessen erste Aufforderung hin für jede bezogene Packung Luxturna 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.</p>					
PEMAZYRE Tabl 4.5 mg Blist 14 Stk	Incyte Biosciences International Sàrl	070610	21303	8351.00	7907.33
Tabl 9 mg Blist 14 Stk			21303	8351.00	7907.33
Tabl 13.5 mg Blist 14 Stk			21303	8351.00	7907.33
<p>Befristete Limitation bis 30.06.2024</p> <p>Nach Kostengutsprache durch den Krankenversicherer nach vorgängiger Konsultation des Vertrauensarztes.</p> <p>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.</p> <p>Die FGFR2-Fusion oder das FGFR2-Rearrangement ist vor der Behandlung mit PEMAZYRE mit einer geeigneten Methode nachzuweisen.</p> <p>Patienten mit unbehandelten oder fortgeschrittenen Hirn-/ZNS Metastasen sind von der Vergütung einer Behandlung mit PEMAZYRE ausgeschlossen.</p> <p>Die Behandlung mit PEMAZYRE erfolgt bis zur Progression der Erkrankung oder bis zum Auftreten inakzeptabler Toxizität.</p> <p>Eine Rotation innerhalb der FGFR-Inhibitoren wird ausschliesslich bei Kontraindikation oder Unverträglichkeit vergütet.</p> <p>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.</p>					
RYBREVANT Inf Konz 350 mg/7 ml 1 Stk	Janssen-Cilag AG	071610	21390	1577.40	1382.19
<p>Befristete Limitation bis 31.05.2024</p> <p>Nach Kostengutsprache durch den Krankenversicherer nach vorgängiger Konsultation des Vertrauensarztes.</p> <p>RYBREVANT ist für die Behandlung von Patienten mit metastasierendem oder nicht-resezierbarem, nicht-kleinzelligem Lungenkarzinom (NSCLC) mit aktivierenden Insertionsmutationen im Exon 20 des Gens des Rezeptors für den epidermalen Wachstumsfaktor (EGFR), bei denen die Krankheit während oder nach einer platinhaltigen Chemotherapie fortgeschritten ist, indiziert. Die Behandlung erfolgt nur bis zur Progression.</p> <p>Für RYBREVANT bestehen Preismodelle. Die Janssen-Cilag AG gibt diese dem Krankenversicherer, bei dem die versicherte Person zum Zeitpunkt des Bezugs versichert war, auf dessen erste Aufforderung hin bekannt.</p> <p>Die Janssen-Cilag AG erstattet dem Krankenversicherer, bei dem die versicherte Person zum Zeitpunkt des Bezugs versichert war, auf dessen erste Aufforderung hin für jede bezogene Packung RYBREVANT einen festgelegten Anteil des Fabrikabgabepreises zurück. Sie gibt dem Krankenversicherer die Höhe der Rückerstattungen bekannt. Die Mehrwertsteuer kann nicht zusätzlich zu diesem Anteil des Fabrikabgabepreises zurückgefordert werden. Die Aufforderung zur Rückerstattung soll ab dem Zeitpunkt der Verabreichung erfolgen.</p>					
ZOLGENSMA Inf Lös 2 × 10e13 Vektorgenome/ml Set 1 Stk	Novartis Pharma Schweiz AG	019900	21456	1904783.50	1858085.38
<p>Befristete Limitation bis 31.12.2023</p> <p>Zur Behandlung von Patienten bis zum Alter von zwei Jahren mit 5q-assoziiertes spinaler Muskelatrophie (SMA) mit einer biallelischen Mutation im SMN1-Gen und einer klinisch diagnostizierten Typ-1-SMA, oder zur Behandlung von Patienten bis zum Alter von zwei Jahren mit 5q-assoziiertes SMA mit einer biallelischen Mutation im SMN1-Gen und bis zu 3 Kopien des SMN2-Gens nach Kostengutsprache durch die IV-Stelle nach vorgängiger Konsultation des regionalärztlichen Dienstes (RAD).</p> <p>ZOLGENSMA darf nur in spezialisierten neuromuskulären Zentren des Netzwerks Myosuisse (siehe z. B. www.fsrm.ch/projekte/netzwerk-myosuisse) von einem Facharzt der Neurologie/Neuropädiatrie verschrieben und im Rahmen eines stationären Aufenthaltes verabreicht werden. Das behandelnde medizinische Personal muss zwingend Erfahrung mit der Diagnostik und der Behandlung von Patienten mit spinaler Muskelatrophie haben.</p> <p>Der behandelnde Arzt ist verpflichtet, die erforderlichen Daten laufend im Schweizer Register für neuromuskuläre Erkrankungen Swiss-Reg-NMD (https://www.swiss-reg-nmd.ch/) zu erfassen.</p> <p>Alle mit ZOLGENSMA behandelten Patienten werden vom behandelnden Facharzt für Neurologie im spezialisierten Zentrum regelmässig nach den Beurteilungsparametern bzw. nach dem Ansprechen auf das Präparat untersucht, dabei werden dem Alter und motorischen Fähigkeiten entsprechend Assessments durchgeführt und im Register erfasst. Je nach Krankheitsstadium werden der 6MWT, der HFMSE, der RULM, der HFMS, der CHOP-INTEND und die Lungenfunktion (VC, FEV1) – im ersten Jahr alle 4 Monate, im zweiten Jahr alle 6 Monate und ab dem dritten Jahr jährlich – erfasst und im Register nachgeführt.</p> <p>Die Untersuchungen erfolgen zu Behandlungsbeginn und danach in der Regel im ersten Jahr alle 4 Monate, im zweiten Jahr alle 6 Monate und ab dem dritten Jahr jährlich.</p>					

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

Ausgeschlossen sind:

- Patienten mit SMA-Typ 0 und IV sowie alle spinalen und neuralen Muskelatrophien, die nicht auf eine Gendeletion oder -mutation auf Chromosom 5q zurückzuführen sind; Patienten, die eine Dauerbeatmung (16 oder mehr Stunden pro Tag an 21 aufeinander folgenden Tagen, wenn keine akute reversible Infektion vorliegt) oder die Notwendigkeit einer permanenten Tracheostomie haben.
- Zolgensma darf nicht vor, nach oder zusammen mit einer für SMA spezifischen Gentherapie angewendet werden. Zolgensma darf nicht zusammen mit einer anderen auf die Expression der SMN-Proteine einwirkende medikamentöse Behandlung der spinalen Muskelatrophie (SMA) verabreicht werden. Ausgenommen von dieser Regelung sind sog. Bridging-Therapien während maximal 6 Monaten.

Folgende Kriterien definieren einen fehlenden Therapienutzen, welche eine Rückvergütungspflicht durch die Novartis Pharma Schweiz auslösen:

- a) Tod aufgrund einer Verschlechterung der SMA, oder
- b) Patienten, die neu eine invasive Dauerbeatmung (16 oder mehr Stunden pro Tag an 21 aufeinander folgenden Tagen, wenn keine akute reversible Infektion vorliegt, dokumentiert mittels CHOP Code bei stationärer Behandlung, bzw. Ablesen des Beatmungsgeräts bei ambulanter Behandlung) brauchen, oder
- c) Notwendigkeit einer permanenten Tracheostomie, bei gleichzeitiger Verschlechterung der motorischen Funktionen gemäss einem der unten genannten motorischen Scores;
- d) Gesamtverschlechterung der motorischen Funktion in 2 unterschiedlichen motorischen Scores (Ausnahme CHOP-INTEND als einziges Kriterium bei schwer beeinträchtigten Patienten), bestätigt durch 2 aufeinanderfolgende Messungen, ohne alternative Begründung für die Verschlechterungen:
 1. Patienten im Alter von unter 2 Jahren: CHOP-INTEND (> 4 Punkte); RULM (> 3 Punkte)
 2. Patienten im Alter von mindestens 2 Jahren: HFMSE (> 3 Punkte); RULM (> 3 Punkte)

(CHOP-INTEND = Children's Hospital of Philadelphia Infant Test of Neuromuscular Disorders; HFMSE = Hammersmith Functional Motor Scale Expanded; RULM = Revised Upper limb Module)

Die Zulassungsinhaberin Novartis Pharma Schweiz AG erstattet der Invalidenversicherung auf deren Aufforderung hin einen festgelegten Anteil des Fabrikabgabepreises von ZOLGENSMA zurück.

Auf gehts



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

Rezeptsperrung

Swissmedic, Abteilung Betäubungsmittel

Rezeptsperrung

Folgende Rezepte sind gesperrt

Kanton	Block-Nr.	Rezept-Nr.
Basel-Stadt		10866735

BAG-Bulletin
BBL, Vertrieb Publikationen
CH-3003 Bern

P.P.

CH-3003 Bern
Post CH AG

BAG-Bulletin

Woche
33/2023