



Schweizerische Eidgenossenschaft  
Confédération suisse  
Confederazione Svizzera  
Confederaziun svizra

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

Ausgabe vom 16. Oktober 2023

# BAG-Bulletin <sup>Woche</sup> 42/2023

Informationsmagazin für medizinische Fachpersonen und Medienschaffende

Spezialitätenliste, S. 8

# Impressum

## **HERAUSGEBER**

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

## **REDAKTION**

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

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

# Inhalt

Meldungen Infektionskrankheiten	4
Sentinella-Statistik	7
Spezialitätenliste	8
Rezeptsperrung	19

# Meldungen Infektionskrankheiten

## Stand am Ende der 40. Woche (09.10.2023)<sup>a</sup>

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

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

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

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

<sup>e</sup> Primäre, sekundäre bzw. frühlätere Syphilis.

<sup>f</sup> Eingeschlossen sind Fälle von Haut- und Rachendiphtherie.

### Infektionskrankheiten

#### Stand am Ende der 40. Woche (09.10.2023)<sup>a</sup>

	Woche 40			letzte 4 Wochen			letzte 52 Wochen			seit Jahresbeginn		
	2023	2022	2021	2023	2022	2021	2023	2022	2021	2023	2022	2021
<b>Respiratorische Übertragung</b>												
<b>Haemophilus influenzae: invasive Erkrankung</b>		1 0.6	1 0.6	12 1.8	11 1.6	6 0.9	143 1.6	119 1.4	69 0.8	101 1.5	90 1.3	52 0.8
<b>Influenzavirus- Infektion, saisonale Typen und Subtypen<sup>b</sup></b>	12 7.1	32 19		44 6.5	76 11.3	5 0.7	24258 276.4	12078 137.6	105 1.2	12698 188.1	11655 172.6	45 0.7
<b>Legionellose</b>	22 13	18 10.7	20 11.8	70 10.4	89 13.2	85 12.6	641 7.3	651 7.4	614 7	480 7.1	507 7.5	533 7.9
<b>Masern</b>	1 0.6			2 0.3			35 0.4			34 0.5		
<b>Meningokokken: invasive Erkrankung</b>	3 1.8		1 0.6	4 0.6	3 0.4	2 0.3	36 0.4	12 0.1	8 0.09	29 0.4	10 0.2	6 0.09
<b>Pneumokokken: invasive Erkrankung</b>	10 5.9	16 9.5	14 8.3	36 5.3	51 7.6	44 6.5	950 10.8	638 7.3	417 4.8	669 9.9	481 7.1	342 5.1
<b>Röteln<sup>c</sup></b>												
<b>Röteln, materno-foetal<sup>d</sup></b>												
<b>Tuberkulose</b>	10 5.9	3 1.8	4 2.4	23 3.4	21 3.1	18 2.7	388 4.4	358 4.1	341 3.9	321 4.8	287 4.2	278 4.1
<b>Faeco-orale Übertragung</b>												
<b>Campylobacteriose</b>	147 87.1	153 90.6	97 57.5	632 93.6	570 84.4	561 83.1	6525 74.3	7621 86.8	6418 73.1	4983 73.8	6101 90.4	5219 77.3
<b>Enterohämorrhagische E. coli-Infektion</b>	43 25.5	20 11.8	28 16.6	162 24	107 15.8	102 15.1	1249 14.2	1169 13.3	846 9.6	998 14.8	945 14	722 10.7
<b>Hepatitis A</b>	2 1.2		1 0.6	3 0.4	2 0.3	3 0.4	57 0.6	53 0.6	44 0.5	49 0.7	39 0.6	35 0.5
<b>Hepatitis E</b>	2 1.2	5 3	3 1.8	5 0.7	9 1.3	10 1.5	83 1	74 0.8	167 1.9	66 1	58 0.9	152 2.2
<b>Listeriose</b>	1 0.6		1 0.6	7 1	1 0.2	3 0.4	76 0.9	69 0.8	34 0.4	58 0.9	60 0.9	24 0.4
<b>Salmonellose, S. typhi/paratyphi</b>				1 0.2		1 0.2	21 0.2	8 0.09	1 0.01	17 0.2	7 0.1	1 0.01
<b>Salmonellose, übrige</b>	56 33.2	38 22.5	47 27.8	252 37.3	213 31.6	190 28.1	1836 20.9	1720 19.6	1465 16.7	1437 21.3	1434 21.2	1207 17.9
<b>Shigellose</b>	4 2.4	5 3	5 3	12 1.8	21 3.1	18 2.7	183 2.1	161 1.8	75 0.8	120 1.8	129 1.9	66 1

	Woche 40			letzte 4 Wochen			letzte 52 Wochen			seit Jahresbeginn		
	2023	2022	2021	2023	2022	2021	2023	2022	2021	2023	2022	2021
<b>Durch Blut oder sexuell übertragen</b>												
Aids				2 0.3	3 0.4	2 0.3	38 0.4	46 0.5	46 0.5	28 0.4	32 0.5	35 0.5
Chlamydiose	327 193.7	282 167.1	194 114.9	1063 157.4	1142 169.1	1032 152.8	12799 145.8	13076 149	11917 135.8	9780 144.8	10030 148.5	9328 138.2
Gonorrhoe	87 51.5	104 61.6	101 59.8	461 68.3	392 58.1	384 56.9	5788 65.9	5087 58	3865 44	4546 67.3	3934 58.3	2979 44.1
Hepatitis B, akut			1 0.6		1 0.2	1 0.2	13 0.2	16 0.2	14 0.2	10 0.2	11 0.2	11 0.2
Hepatitis B, total Meldungen	22	17	19	84	73	88	1160	1075	973	889	840	778
Hepatitis C, akut			2 1.2		4 0.6	2 0.3	10 0.1	13 0.2	12 0.1	8 0.1	9 0.1	9 0.1
Hepatitis C, total Meldungen	26	10	18	92	91	73	1094	998	903	845	789	714
HIV-Infektion	4 2.4	12 7.1	6 3.6	21 3.1	33 4.9	26 3.8	328 3.7	346 3.9	327 3.7	252 3.7	270 4	252 3.7
Syphilis, Frühstadien*	5 3	17 10.1	6 3.6	40 5.9	67 9.9	40 5.9	720 8.2	832 9.5	650 7.4	558 8.3	644 9.5	517 7.7
Syphilis, total	8 4.7	20 11.8	13 7.7	53 7.8	82 12.1	58 8.6	964 11	1121 12.8	870 9.9	760 11.3	860 12.7	684 10.1
<b>Zoonosen und andere durch Vektoren übertragbare Krankheiten</b>												
Brucellose				1 0.2	1 0.2		9 0.1	6 0.07	6 0.07	8 0.1	5 0.07	5 0.07
Chikungunya-Fieber		1 0.6		1 0.2	1 0.2		21 0.2	6 0.07	3 0.03	19 0.3	3 0.04	3 0.04
Dengue-Fieber		3 1.8		12 1.8	11 1.6	4 0.6	202 2.3	83 1	17 0.2	166 2.5	72 1.1	15 0.2
<b>Gelbfieber</b>												
Hantavirus-Infektion						2 0.3		2 0.02	4 0.05			4 0.06
Malaria	5 3	9 5.3	10 5.9	26 3.8	17 2.5	26 3.8	346 3.9	292 3.3	239 2.7	284 4.2	252 3.7	212 3.1
Q-Fieber		1 0.6		7 1	8 1.2	1 0.2	96 1.1	96 1.1	87 1	72 1.1	67 1	79 1.2
Trichinellose							2 0.02	4 0.05	2 0.02	2 0.03	4 0.06	1 0.01
Tularämie	1 0.6	2 1.2	7 4.2	5 0.7	11 1.6	29 4.3	97 1.1	132 1.5	227 2.6	66 1	91 1.4	199 3
<b>West-Nil-Fieber</b>												
Zeckenzephalitis	7 4.2	5 3	4 2.4	21 3.1	29 4.3	21 3.1	314 3.6	359 4.1	288 3.3	259 3.8	333 4.9	259 3.8
Zika-Virus-Infektion							4 0.05			4 0.06		
<b>Andere Meldungen</b>												
Affenpocken		6 3.6		2 0.3	34 5		24 0.3	535 6.1		8 0.1	535 7.9	
Botulismus							2 0.02	1 0.01	1 0.01	2 0.03	1 0.01	1 0.01
Creutzfeldt-Jakob-Krankheit	1 0.6			1 0.2	1 0.2		28 0.3	26 0.3	31 0.4	25 0.4	20 0.3	22 0.3
Diphtherie†	1 0.6	6 3.6		3 0.4	26 3.8		59 0.7	54 0.6	3 0.03	18 0.3	53 0.8	3 0.04
<b>Tetanus</b>												

## Organspende?

- entscheiden
- mitteilen
- festhalten

leben-ist-  
teilen.ch

Machs  
dir zuliebe.



Bestimme selbst, was mit deinem Körper passiert, im Leben und darüber hinaus.  
Halte deshalb deinen Willen zur Organspende fest und informiere auch deine Liebsten darüber.



# Sentinella-Statistik

Provisorische Daten

Sentinella:

Anzahl Meldungen (N) der letzten 4 Wochen bis am 6.10.2023 und Inzidenz pro 1000 Konsultationen (N/10<sup>3</sup>)  
Freiwillige Erhebung bei Hausärztinnen und Hausärzten (Allgemeinpraktiker, Internisten und Pädiater)

Woche	37		38		39		40		Mittel 4 Wochen	
	N	N/10 <sup>3</sup>	N	N/10 <sup>3</sup>						
Mumps	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Pertussis	0	0	6	0.5	1	0.1	1	0.1	2	0.2
Zeckenstiche	6	0.5	5	0.4	7	0.6	3	0.4	5.3	0.5
Lyme Borreliose	7	0.6	5	0.4	3	0.3	3	0.4	4.5	0.4
Herpes Zoster	17	1.5	5	0.4	10	0.9	6	0.7	9.5	0.9
Post-Zoster-Neuralgie	0	0	0	0	4	0.4	1	0.1	1.3	0.1
Meldende Ärzte	148		149		144		115		139	

## Wochenbericht zu den grippeähnlichen Erkrankungen

Die wöchentliche Berichterstattung zur Grippe erfolgt elektronisch und ist unter folgender Adresse zu finden: [www.bag.admin.ch/grippebericht](http://www.bag.admin.ch/grippebericht)  
(versione italiana: [www.bag.admin.ch/rapporto-influenza](http://www.bag.admin.ch/rapporto-influenza))

Die Aktualisierung erfolgt jeweils am Mittwoch um 12.00 Uhr.



## Spezialitätenliste:

Die Spezialitätenliste ist im Internet zu finden

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

[ ] Der dem verfügbaren Publikumspreis zugrunde liegende Fabrikabgabepreis

**Gültig ab 1. Oktober 2023**

Therap. Gruppe	Dossier Nr.	PRÄPARATE/ (Wirkstoffe) Packungen	Verantwortliche Firma	SHI-Nr.	Aufnahmejahr
<b>I. Neuzugang Präparate</b>					
01.12 G		<b>TIZANIDIN AXAPHARM</b> (Tizanidinum)	Axapharm AG		
	21676	Tabl 2 mg Blist 30 Stk Fr. 9.40 (4.61)		69260001	01.10.2023, B
	21676	Tabl 2 mg Blist 100 Stk Fr. 27.50 (13.22)		69260002	01.10.2023, B
	21676	Tabl 4 mg Blist 10 Stk Fr. 7.45 (2.93)		69260003	01.10.2023, B
	21676	Tabl 4 mg Blist 30 Stk Fr. 16.55 (7.28)		69260004	01.10.2023, B
	21676	Tabl 4 mg Blist 100 Stk Fr. 42.95 (23.12)		69260005	01.10.2023, B
01.99 G		<b>FINGOLIMOD ACCORD</b> (Fingolimodum)	Accord Healthcare AG		
	21397	Kaps 0.5 mg Blist 28 Stk Fr. 453.25 (380.52)		68377002	01.10.2023, B
	21397	Kaps 0.5 mg Blist 98 Stk Fr. 1522.20 (1331.83)		68377003	01.10.2023, B
Behandlung der schubförmig remittierenden multiplen Sklerose (MS) bei Erwachsenen. Erstverschreibung durch den Facharzt für Neurologie.					
02.06.10 G		<b>AMLODIPIN ZENTIVA</b> (Amlodipinum)	Helvepharm AG		
	21681	Tabl 5 mg Blist 30 Stk Fr. 16.10 (6.89)		68727001	01.10.2023, B
	21681	Tabl 5 mg Blist 100 Stk Fr. 36.90 (17.86)		68727002	01.10.2023, B
	21681	Tabl 10 mg Blist 30 Stk Fr. 20.30 (10.55)		68727003	01.10.2023, B
	21681	Tabl 10 mg Blist 100 Stk Fr. 56.40 (34.85)		68727004	01.10.2023, B
02.07.10 G		<b>AMBRISENTAN ORPHA</b> (Ambrisentanum)	OrPha Swiss GmbH		
	21608	Filmtabl 5 mg Blist 30 Stk Fr. 1147.90 (990.57)		67500001	01.10.2023, B
	21608	Filmtabl 10 mg Blist 30 Stk Fr. 1147.90 (990.57)		67500002	01.10.2023, B
Behandlung der idiopathischen pulmonalen arteriellen Hypertonie (IPAH) und der PAH assoziiert mit Bindegeweberkrankungen bei Patienten der WHO-Funktionsklassen II und III zur Verbesserung der körperlichen Leistungsfähigkeit.					
06.01.10		<b>GLASSIA</b> (Alpha-1-proteinase inhibitor humanum)	Ideogen AG		
	21565	Inf Lös 1000 mg/50 ml Durchstf 50 ml Fr. 380.00 (330.72)		68833001	01.10.2023, B

Preisberechnung für Blutpräparate aufgrund des Fabrikabgabepreises zuzüglich einer Fixmarge wegen der speziellen Verteilersituation (praktisch kein Zwischenhandel) von Fr. 40.- zuzüglich MWST. Diese Berechnung gilt nicht für die Humanalbumine.

Zur Substitutionstherapie bei Patienten mit gesicherter Diagnose eines Alpha-1-Proteinaseinhibitor-Mangels (Genotyp/Phänotyp P1Z, P1S, P1Z0, P1O0, P1MmaltonZ, P1PLowellZ) mit progredientem Lungenemphysem.

Alle mit Glassia® zu behandelnden Patienten müssen im Schweizer Register für Alpha-1-Antitrypsin-Mangel erfasst werden. Das Register wird von der Schweizerischen Gesellschaft für Pneumologie (SGP) geführt. Die Therapie kann erst nach Einschluss des Patienten in das Register mit dessen schriftlicher Einwilligung und entsprechend den Kriterien für eine Substitution vergütet werden.

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

Die Indikationsstellung zur Therapie und die halbjährlichen Kontrollen der Patienten im Rahmen der Führung des Registers finden in den pneumologischen A-Kliniken (Universitätskliniken Genf, Lausanne, Bern, Basel, Zürich und Kantonsspital St. Gallen) statt. Dabei ist sicherzustellen, dass die Einschlusskriterien eingehalten werden und die Angaben des Patienten im Register erfasst worden sind. Die A-Kliniken dokumentieren die erforderlichen Daten im vorgegebenen Internetportal des Registers. Vor Therapiebeginn ist eine Kostengutsprache durch den Krankenversicherer nach vorgängiger Konsultation des Vertrauensarztes erforderlich. Die Kostengutsprache ist jeweils nach 12-monatiger Therapie zu erneuern.

Die Verabreichung von Glassia® kann durch den behandelnden Arzt anstelle der A-Klinik erfolgen. Folgende Einschlusskriterien müssen bei Therapiebeginn erfüllt sein:

- Nachweis des Geno-/Phänotyps SZ, ZZ, Z0, 00, (Mmalton, Z) oder (PLowell, Z)
- Dokumentiertes Lungenemphysem
- Zwei FEV1-Werte, die zwischen 30 und 65 % des Sollwerts liegen und in einem exazerbationsfreien Intervall gemessen wurden
- Nichtraucherstatus seit mindestens sechs Monaten vor Therapiebeginn (nachgewiesen durch die Messung von Nikotin-Metaboliten)
- Verschlechterung um gleich viel oder mehr als 50 ml FEV1 pro Jahr

Der Verlauf des Ansprechens des Patienten auf die Therapie mit Glassia® ist alle sechs Monate durch den verantwortlichen Arzt der A-Kliniken zu überprüfen; damit ist nicht der Arzt gemeint, welcher als behandelnder Arzt Glassia® verabreicht.

Beim Einschluss in das Register werden Anamnese, Lungenfunktion sowie die Lebensqualität mittels eines validierten Patientenfragebogens (COPD Assessment Test CAT) erhoben und die Einschlusskriterien für die Substitutionstherapie überprüft. Bei den halbjährlichen Follow-up-Untersuchungen werden im Register Lungenfunktionswerte, das Auftreten von Exazerbationen und die Lebensqualität des Patienten dokumentiert und im Register eingegeben. Auch die Serumspiegel von Alpha-1-Antitrypsin vor Anwendung des Präparates sind anlässlich der 6-monatigen Kontrollbesuche ins Register einzutragen.

Patienten, die bereits vor Aufnahme von Glassia® in die Spezialitätenliste (SL) mit Glassia® behandelt wurden, müssen ebenfalls im Register erfasst werden.

Die Baseline-Werte vor Therapiebeginn (soweit vorhanden) sind im Register einzutragen, ansonsten sind dieselben Werte wie bei den Nachkontrollen alle 6 Monate zu erfassen.

Die Bewertung des individuellen Ansprechens auf die Therapie mit Glassia® kann frühestens nach 18–24 Monaten erfolgen. Die jährliche Erneuerung der Kostengutsprache durch den Krankenversicherer stellt sicher, dass die Verlaufskontrollen der Patienten in regelmässigen 6-monatigen Intervallen erfolgen, die Angaben ins Register erfasst werden und dass die Patienten weiterhin auf die Therapie ansprechen, nötigenfalls mittels Rücksprache mit dem behandelnden Arzt.

Bei Patienten mit ungenügendem Ansprechen ist ein Abbruch der Therapie in Erwägung zu ziehen.

#### Abbruchkriterien

Diese Entscheidung obliegt der pneumologischen A-Klinik und gründet sich auf die Beobachtung des klinischen Verlaufs unter Berücksichtigung der FEV1 sowie der Lebensqualität. Da sich die individuellen Lungenfunktionsverläufe stark unterscheiden und der erwartete Verlust an FEV1 nicht linear verläuft, ist es schwierig, einen Grenzwert für die Beurteilung des Ansprechens auf die Substitutionstherapie anzugeben. Als Richtwerte für eine Fortsetzung der Behandlung gelten eine Verschlechterung um weniger als 120 ml/Jahr, erhoben bei zwei aufeinanderfolgenden Messungen im exazerbationsfreien Intervall. Werden diese Werte überschritten, erfolgt eine Rücksprache zwischen dem Verantwortlichen der pneumologischen A-Klinik mit dem Vertrauensarzt des Krankenversicherers zum weiteren therapeutischen Vorgehen. Bei Abweichung von diesem Richtwert ist dies im Register mit Begründung festzuhalten.

Bei Wiederaufnahme des aktiven Nikotinkonsums (objektiviert) oder erfolgter Lungentransplantation ist die Therapie mit Glassia® zu beenden.

Therap. Gruppe	Dossier Nr.	PRÄPARATE/ (Wirkstoffe) Packungen	Verantwortliche Firma	SHI-Nr.	Aufnahmejahr
<b>II. Andere Packungen und Dosierungen</b>					
07.02.40		<b>BECOZYM FORTE</b> (Nicotinamidum, Calcii pantothenas (2:1), Thiamini nitras)	Bayer (Schweiz) AG		
	178	Drag 50 Stk Fr. 11.50 (6.23)		20407034	01.10.2023, D
Gesamthaft zugelassen: 40 Punkte					
07.14		<b>FABRAZYME</b> (Agalsidasum beta)	Sanofi-Aventis (Suisse) SA		
	17925	Trockensub 5 mg Durchstf 1 Stk Fr. 565.50 (478.32)		56261003	01.10.2023, A
07.15		<b>TALTZ</b> (Ixezumabum)	Eli Lilly (Suisse) SA		
	20532	Inj Lös 80 mg/ml Fertigspritze 1 Stk (citrafreie Formulierung) Fr. 1200.35 (1038.37)		65906003	01.10.2023, B
	21652	Inj Lös 80 mg/ml Fertigten 1 Stk (citratfreie Formulierung) Fr. 1200.35 (1038.37)		65907003	01.10.2023, B
Die Verschreibung kann nur durch Fachärzte der Dermatologie oder Rheumatologie oder dermatologische oder rheumatologische Universitätskliniken/Polikliniken erfolgen.					
<b>Plaque-Psoriasis</b>					
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 20 Wochen kein therapeutischer Erfolg eingetreten ist, ist die Behandlung abzubrechen.					
Folgender Indikationscode ist an den Krankenversicherer zu übermitteln: 20532.01					
<b>Psoriasis-Arthritis</b>					
Alleine oder in Kombination mit konventionellen krankheitsmodifizierenden Antirheumatika (DMARD, disease-modifying anti-rheumatic drugs), zur Behandlung erwachsener Patienten mit aktiver Psoriasis-Arthritis, die auf eine Behandlung mit einem oder mehreren DMARDs unzureichend angesprochen haben oder diese nicht vertragen haben.					
Folgender Indikationscode ist an den Krankenversicherer zu übermitteln: 20532.02					
Befristete Limitation bis 30.11.2024					
<b>Ankylosierende Spondylitis</b>					
Zur Behandlung erwachsener Patienten mit schwerer, aktiver ankylosierender Spondylitis, die auf eine konventionelle Therapie (z. B. NSAIDs) unzureichend angesprochen haben oder diese nicht vertragen.					
Die Firma Eli Lilly (Suisse) SA erstattet dem Krankenversicherer, bei dem die versicherte Person zum Zeitpunkt des Bezugs versichert war, auf dessen erste Aufforderung hin für jede zur Behandlung der ankylosierenden Spondylitis bezogene Packung TALTZ einen Anteil von Fr. 109.15 pro Packung mit 1 Stk. resp. Fr. 218.29 pro Packung mit 2 Stk. zurück. Die Mehrwertsteuer kann nicht zusätzlich zu diesem Anteil des Fabrikabgabepreises zurückgefordert werden. Die Aufforderung zur Rückvergütung soll ab dem Zeitpunkt der Verabreichung erfolgen.					
Folgender Indikationscode ist an den Krankenversicherer zu übermitteln: 20532.03					
07.16.10		<b>BORTEZOMIB LIQUID SPIRIG HC</b> (Bortezomibum)	Spirig HealthCare AG		
G	21032	Inj Lös 7 mg/2.8 ml Durchstf 1 Stk Fr. 803.65 (685.76)		67421002	01.10.2023, A
Zur Induktionsbehandlung in Kombination mit Standardchemotherapie vor Stammzelltransplantation bei erwachsenen Patienten mit multiplem Myelom.					
In Kombination mit Melphalan und Prednison bei bisher unbehandelten Patienten mit multiplem Myelom.					
Zur Behandlung von Patienten mit rezidivierendem/refraktärem multiplem Myelom, welche mindestens eine vorhergehende Therapie erhielten.					
Die Therapien bedürfen der Kostengutsprache durch den Krankenversicherer nach vorgängiger Konsultation des Vertrauensarztes.					

Therap. Gruppe	Dossier Nr.	PRÄPARATE/ (Wirkstoffe) Packungen	Verantwortliche Firma	SHI-Nr.	Datum der Streichung
<b>III. Neu gestrichene Präparate/Packungen</b>					
01.01.30		<b>CODICONTIN</b> (Dihydrocodeini tartras)	Mundipharma Medical Company Hamilton, Bermuda, Basel Branch		
	16445	Ret Tabl 60 mg 30 Stk Fr. 26.45 (12.34)		53027001	01.10.2023, A
	16445	Ret Tabl 60 mg 60 Stk Fr. 41.40 (21.76)		53027002	01.10.2023, A
	16445	Ret Tabl 90 mg 30 Stk Fr. 35.75 (16.87)		53027003	01.10.2023, A
	16445	Ret Tabl 90 mg 60 Stk Fr. 52.70 (31.63)		53027004	01.10.2023, A
	16445	Ret Tabl 120 mg 30 Stk Fr. 39.70 (20.28)		53027005	01.10.2023, A
	16445	Ret Tabl 120 mg 60 Stk Fr. 60.85 (38.71)		53027006	01.10.2023, A
01.07.10		<b>APHENYLBARBIT STREULI</b> (Phenobarbitalum)	Streuli Pharma AG		
	13419	Tabl 50 mg 20 Stk Fr. 6.40 (1.99)		12175051	01.10.2023, B
	13419	Tabl 100 mg 20 Stk Fr. 6.55 (2.15)		12175116	01.10.2023, B
01.08 G		<b>PRAMIPEXOL MYLAN</b> (Pramipexoli dihydrochloridum monohydricum)	Mylan Pharma GmbH		
	20894	Tabl 0.125 mg Blist 30 Stk Fr. 9.25 (4.49)		60643007	01.10.2023, B
	20894	Tabl 0.25 mg Blist 30 Stk Fr. 20.20 (10.47)		60643008	01.10.2023, B
	20894	Tabl 0.25 mg Blist 100 Stk Fr. 50.85 (30.01)		60643009	01.10.2023, B
	20894	Tabl 0.5 mg Blist 100 Stk Fr. 62.75 (40.39)		60643010	01.10.2023, B
	20894	Tabl 1 mg Blist 100 Stk Fr. 134.75 (103.10)		60643011	01.10.2023, B
02.06.20		<b>STUGERON</b> (Cinnarizinum)	Janssen-Cilag AG		
	11971	Tropfen 75 mg/ml 30 ml Fr. 18.50 (8.97)		38178016	01.10.2023, B
03.02		<b>MUCOSOLVON HUSTENSIRUP</b> (Ambroxoli hydrochloridum)	Opella Healthcare Switzerland AG		
	14076	Sirup 15 mg/5 ml Kind Fl 100 ml Fr. 4.70 (2.56)		43869001	01.10.2023, D
04.06		<b>PRIMPERAN</b> (Metoclopramidi hydrochloridum anhydricum)	Sanofi-Aventis (Suisse) SA		
	10671	Tabl 10 mg 40 Stk Fr. 7.50 (2.98)		31204011	01.10.2023, B
07.16.10		<b>ZERCEPAC</b> (Trastuzumabum)	Accord Healthcare AG		
	21605	Trockensub 150 mg Durchstf 1 Stk Fr. 518.90 (437.71)		67829001	01.10.2023, A
	21605	Trockensub 420 mg Durchstf 1 Stk Fr. 1401.20 (1221.53)		67829002	01.10.2023, A
08.01.93 G		<b>AZICLAV</b> (Acidum clavulanicum, Amoxicillinum anhydricum)	Spirig HealthCare AG		
	17081	Filmtabl 625 mg 20 Stk Fr. 28.65 (14.26)		66561002	01.10.2023, A
	17081	Filmtabl 1 g 12 Stk Fr. 28.75 (14.34)		66559001	01.10.2023, A
	17081	Filmtabl 1 g 20 Stk Fr. 40.60 (21.09)		66559002	01.10.2023, A
08.01.93 G		<b>AZICLAV DUO</b> (Amoxicillinum anhydricum, Acidum clavulanicum)	Spirig HealthCare AG		
	18357	Plv 457 mg f Susp Fl 35 ml Fr. 8.05 (3.46)		66599001	01.10.2023, A
	18357	Plv 457 mg f Susp Fl 70 ml Fr. 16.15 (6.92)		66599002	01.10.2023, A
	18357	Plv 457 mg f Susp Fl 140 ml Fr. 25.65 (11.65)		66599003	01.10.2023, A

Therap. Gruppe	Dossier Nr.	PRÄPARATE/ (Wirkstoffe) Packungen	Verantwortliche Firma	SHI-Nr.	Datum der Streichung
10.05.10		<b>ADVANTAN</b> (Methylprednisoloni aceponas)	LEO Pharmaceutical Products Sarath Ltd.		
	15967	Creme 0.1 % 50 g Fr. 18.10 (8.63)		51177053	01.10.2023, B
	15968	Salbe 0.1 % 50 g Fr. 18.10 (8.63)		51178068	01.10.2023, B

PRÄPARATE / (Wirkstoffe) Packungen	Verantwortliche Firma	Therap. Gruppe	Dossier Nr.	Preis neu	Ex-Fact. neu
<b>IV. Preissenkungen</b>					
<b>IV.a. Freiwillige Preissenkung</b>					
<b>ALITRETINOIN LEMAN</b>	Leman SKL SA	100400			
Kaps 10mg 30 Stk			21654	291.90	240.00
Kaps 30mg 30 Stk			21654	291.90	240.00
<b>ARCOXIA</b>	Organon GmbH	071010			
Filmtabl 30mg 28 Stk			19014	34.05	15.38
Filmtabl 60mg 7 Stk			19014	15.20	6.11
Filmtabl 60mg 28 Stk			19014	44.45	24.42
<b>IV.b. Normale Preismutation</b>					
<b>BRUKINSA</b>	BeiGene Switzerland GmbH	071610			
Kaps 80mg Fl 120 Stk			21365	4844.90	4486.72
<b>FORXIGA</b>	AstraZeneca AG	070620			
Filmtabl 5mg 28 Stk			20270	61.85	39.61
Filmtabl 5mg 98 Stk			20270	175.55	138.64
Filmtabl 10mg 28 Stk			20270	61.85	39.61
Filmtabl 10mg 98 Stk			20270	175.55	138.64
<b>GAVRETO</b>	Roche Pharma (Schweiz) AG	071610			
Kaps 100mg Fl 120 Stk			21321	6364.55	5969.33

PRÄPARATE / (Wirkstoffe) Packungen	Verantwortliche Firma	Therap. Gruppe	Dossier Nr.	Preis neu	Ex-Fact. neu
<b>V. Preiserhöhungen</b>					
<b>V.a. Preiserhöhungsgesuch</b>					
<b>CECLOR</b> Susp 250mg/5ml 100ml	Alfasigma Schweiz AG	080130	13303	34.10	15.42
<b>ULTRACORTENOL</b> Augensalbe 5g	AGEPHA PHARMA s.r.o.	110610	8110	17.95	8.51

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

## VI. Limitations-/Indikationsänderung

<b>BRUKINSA</b> Kaps 80 mg Fl 120 Stk	BeiGene Switzerland GmbH	071610	21365	4844.90	4486.72
--	--------------------------	--------	-------	---------	---------

### Limitation alt

Zanubrutinib wird nicht bei Patienten vergütet, bei denen unter BTK-Inhibitoren eine Krankheitsprogression auftrat.

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

### Morbus Waldenström (MW, Monotherapie)

Als Monotherapie in der ersten Linie zur Behandlung symptomatischer erwachsener Patienten mit MW, die für eine Rituximab-basierte Chemo-Immuntherapie (DRC, BR, BDR, VR) nicht in Frage kommen, oder als Monotherapie zur Behandlung symptomatischer erwachsener Patienten mit MW, die mindestens eine vorangehende Therapie erhalten haben und innerhalb von 24 Monaten nach einem Rituximab-basierenden Therapieregime einen Rückfall hatten.

### Limitation neu

Zanubrutinib wird nicht bei Patienten vergütet, bei denen unter BTK-Inhibitoren eine Krankheitsprogression auftrat. Die Behandlung bedarf der Kostengutsprache durch den Krankenversicherer nach vorgängiger Konsultation des Vertrauensarztes.

Neue Limitation befristet bis 30.09.2025

### 2L+ chronisch lymphatische Leukämie (CLL, Monotherapie)

Als Monotherapie zur Behandlung erwachsener Patienten mit CLL, die mindestens eine Vortherapie erhalten haben.

Folgender Code ist an den Krankenversicherer zu übermitteln: 21365.01

### Morbus Waldenström (MW, Monotherapie)

Als Monotherapie in der ersten Linie zur Behandlung symptomatischer erwachsener Patienten mit MW, die für eine Rituximab-basierte Chemo-Immuntherapie (DRC, BR, BDR, VR) nicht in Frage kommen, oder als Monotherapie zur Behandlung symptomatischer erwachsener Patienten mit MW, die mindestens eine vorangehende Therapie erhalten haben und innerhalb von 24 Monaten nach einem Rituximab-basierenden Therapieregime einen Rückfall hatten.

Folgender Code ist an den Krankenversicherer zu übermitteln: 21365.02

<b>FORXIGA</b> Filmtabl 10 mg 28 Stk	AstraZeneca AG	070620	20270	61.85	39.61
Filmtabl 10 mg 98 Stk			20270	175.55	138.64

### Limitation alt

#### Typ 2 Diabetes

Zur Behandlung von Patienten mit einem Typ 2 Diabetes mellitus zur Verbesserung der glykämischen Kontrolle, 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

– Metformin

– einem Sulfonylharnstoff

– einem DPP4-Inhibitor (mit oder ohne Metformin).

– In Kombination mit Insulin (mit oder ohne Metformin), wenn diese Behandlung zusammen mit Diät und körperlicher Aktivität keine ausreichende glykämische Kontrolle ermöglicht.

#### Herzinsuffizienz

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 Dapagliflozin 10 mg  $\leq$  40 % beträgt.

#### Chronische Nierenerkrankung

Bei erwachsenen Patientinnen und Patienten mit chronischer Nierenerkrankung seit mindestens 3 Monaten mit

– einer eGFR von 25–75 ml/min per 1.73 m<sup>2</sup> und

– einem Albumin-Kreatinin-Quotient im Urin von  $> 20$  mg/mmol ( $> 200$  mg/g).

In Ergänzung zur individuell optimierten Standardtherapie mit einem ACE-Hemmer oder einem Angiotensin-II-Rezeptorantagonisten oder falls diese Therapien kontraindiziert sind oder aufgrund von klinisch relevanten Nebenwirkungen abgebrochen werden mussten.

Keine Vergütung bei Patienten und Patientinnen mit einem Typ 1 Diabetes mellitus oder einer polyzystischen Nierenerkrankung.

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

Limitation neu  
**Typ 2 Diabetes**

Zur Behandlung von Patienten mit einem Typ 2 Diabetes mellitus zur Verbesserung der glykämischen Kontrolle, 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
  - Metformin
  - einem Sulfonylharnstoff
  - einem DPP4-Inhibitor (mit oder ohne Metformin).
- In Kombination mit Insulin (mit oder ohne Metformin), wenn diese Behandlung zusammen mit Diät und körperlicher Aktivität keine ausreichende glykämische Kontrolle ermöglicht.

**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 Dapagliflozin 10 mg  $\leq$  40 % beträgt.

Befristete Limitation bis 30.09.2025

**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 Dapagliflozin 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.

**Chronische Nierenerkrankung**

Bei erwachsenen Patientinnen und Patienten mit chronischer Nierenerkrankung seit mindestens 3 Monaten mit

- einer eGFR von 25–75 ml/min per 1.73m<sup>2</sup> und
- einem Albumin-Kreatinin-Quotient im Urin von  $>$  20 mg/mmol ( $>$  200 mg/g).

In Ergänzung zur individuell optimierten Standardtherapie mit einem ACE-Hemmer oder einem Angiotensin-II-Rezeptorantagonisten oder falls diese Therapien kontraindiziert sind oder aufgrund von klinisch relevanten Nebenwirkungen abgebrochen werden mussten.

Keine Vergütung bei Patienten und Patientinnen mit einem Typ 1 Diabetes mellitus oder einer polyzystischen Nierenerkrankung.

<b>GAVRETO</b> Kaps 100mg Fl 120 Stk	Roche Pharma (Schweiz) AG	071610	21321	6364.55	5969.33
---	---------------------------	--------	-------	---------	---------

Limitation alt

**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.

**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.

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

**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.

Limitation neu

Befristete Limitation bis 31.08.2024

**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 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 31.08.2024

**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 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
---------------------------------------	--------------------------	-------------------	-------------	-----------	--------------

### VII. Limitierung bei Neuaufnahme

<b>VEKLURY</b> Trockensub 100mg Durchstf 1 Stk	Gilead Sciences Switzerland Sàrl	080300	21439	526.65	444.46
---	----------------------------------	--------	-------	--------	--------

#### Limitation alt

VEKLURY als antivirale Monotherapie wird bei einer Behandlung einer bestätigten Covid-19 Infektion (Symptomatik und positiver Erregernachweis Antigen/PCR) in folgenden Fällen vergütet:

- für Erwachsene mit einer Pneumonie die eine zusätzliche Sauerstoffzufuhr erfordert und
- zur Frühbehandlung bei Erwachsenen ohne Sauerstoffsupplementierung mit deutlich erhöhtem Risiko für einen schweren COVID-19-Verlauf.

Die Behandlung muss durch entsprechend spezialisierte Zentren oder Universitätsspitäler (<https://www.bag.admin.ch/dam/bag/de/dokumente/biomed/heilmittel/COVID-19/liste-kant-zentren-mak-covid-2021.pdf.download.pdf/Liste%20der%20kantonalen%20Zentren.pdf>) eingeleitet werden und innerhalb der aktuell gültigen Richtlinien der Schweizerischen Gesellschaft für Infektiologie (SSI) und der obgenannten Indikationen entsprechend der in der Fachinformation für diese Indikation vorgegebenen Dosierungsempfehlungen erfolgen.

Aufgrund des Direktvertriebs ist die Zulassungsinhaberin verpflichtet, den festgelegten Betrag von Fr. 63.96 vom Fabrikabgabepreis bei der Rechnungsstellung abzuziehen. Die Leistungserbringer sind verpflichtet, diesen Rabatt an den Kostenträger weiterzugeben (Art. 56 Abs. 3 lit. b KVG). Zuzüglich Vertriebsanteil ergibt sich ein zu verrechnender Betrag von Fr. 453.20. Im stationären Bereich erfolgt die Vergütung über das festgelegte Zusatzentgelt entsprechend dem wirtschaftlichen FAP.

#### Neue Limitation befristet bis 31.10.2023

VEKLURY als antivirale Monotherapie wird bei einer Behandlung einer bestätigten Covid-19 Infektion (Symptomatik und positiver Erregernachweis Antigen/PCR) in folgenden Fällen vergütet:

- für Erwachsene mit einer Pneumonie die eine zusätzliche Sauerstoffzufuhr erfordert und
- zur Frühbehandlung bei Erwachsenen ohne Sauerstoffsupplementierung mit deutlich erhöhtem Risiko für einen schweren COVID-19-Verlauf.

Die Behandlung muss durch entsprechend spezialisierte Zentren oder Universitätsspitäler (<https://www.bag.admin.ch/dam/bag/de/dokumente/biomed/heilmittel/COVID-19/liste-kant-zentren-mak-covid-2021.pdf.download.pdf/Liste%20der%20kantonalen%20Zentren.pdf>) eingeleitet werden und innerhalb der aktuell gültigen Richtlinien der Schweizerischen Gesellschaft für Infektiologie (SSI) und der obgenannten Indikationen entsprechend der in der Fachinformation für diese Indikation vorgegebenen Dosierungsempfehlungen erfolgen.

Aufgrund des Direktvertriebs ist die Zulassungsinhaberin verpflichtet, den festgelegten Betrag von Fr. 63.96 vom Fabrikabgabepreis bei der Rechnungsstellung abzuziehen. Die Leistungserbringer sind verpflichtet, diesen Rabatt an den Kostenträger weiterzugeben (Art. 56 Abs. 3 lit. b KVG). Zuzüglich Vertriebsanteil ergibt sich ein zu verrechnender Betrag von Fr. 453.20. Im stationären Bereich erfolgt die Vergütung über das festgelegte Zusatzentgelt entsprechend dem wirtschaftlichen FAP.

# Rezeptsperrung

Swissmedic, Abteilung Betäubungsmittel

Rezeptsperrung

**Folgende Rezepte sind gesperrt**

Kanton	Block-Nr.	Rezept-Nr.
Bern		10788046
		10978800
		10978111

BAG-Bulletin  
BBL, Vertrieb Publikationen  
CH-3003 Bern

P.P.

CH-3003 Bern  
Post CH AG

# BAG-Bulletin

Woche

42/2023