



Schweizerische Eidgenossenschaft
Confédération suisse
Confederazione Svizzera
Confederaziun svizra

Eidgenössisches Departement des Innern EDI
Bundesamt für Gesundheit BAG

Ausgabe vom 17. April 2023

BAG-Bulletin ^{Woche} 16/2023

Informationsmagazin für medizinische Fachpersonen und Medienschaffende

Spezialitätenliste, S. 10

Impressum

HERAUSGEBER

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

REDAKTION

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

DRUCK

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.zivil@bbl.admin.ch

ISSN 1420-4266

DISCLAIMER

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

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

Inhalt

Meldungen Infektionskrankheiten	4
Sentinella-Statistik	7
Wochenbericht zu den grippeähnlichen Erkrankungen	7
Spezialitätenliste	10
Korrigendum Spezialitätenliste	21
Rezeptsperrung	23

Meldungen Infektionskrankheiten

Stand am Ende der 14. Woche (11.04.2023)^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. frühlátente Syphilis.

^f Eingeschlossen sind Fälle von Haut- und Rachendiphtherie.

Infektionskrankheiten

Stand am Ende der 14. Woche (11.04.2023)^a

	Woche 14			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	3 1.8	9 5.3	4 2.4	12 1.8	14 2.1	7 1	139 1.6	99 1.1	51 0.6	39 1.6	32 1.4	14 0.6
Influenzavirus- Infektion, saisonale Typen und Subtypen^b	239 141.6	1116 661.1	5 3	1709 253.1	5429 804	9 1.3	25560 291.2	9995 113.9	79 0.9	11922 504.5	9554 404.3	26 1.1
Legionellose	5 3	4 2.4	3 1.8	18 2.7	23 3.4	20 3	684 7.8	668 7.6	494 5.6	106 4.5	90 3.8	99 4.2
Masern							6 0.07		1 0.01	5 0.2		
Meningokokken: invasive Erkrankung	1 0.6			7 1	1 0.2		25 0.3	11 0.1	9 0.1	13 0.6	4 0.2	1 0.04
Pneumokokken: invasive Erkrankung	23 13.6	29 17.2	10 5.9	85 12.6	83 12.3	36 5.3	942 10.7	607 6.9	304 3.5	377 16	196 8.3	88 3.7
Röteln^c												
Röteln, materno-foetal^d												
Tuberkulose	8 4.7	4 2.4	5 3	30 4.4	23 3.4	33 4.9	363 4.1	357 4.1	340 3.9	96 4.1	92 3.9	88 3.7
Faeco-orale Übertragung												
Campylobacteriose	91 53.9	91 53.9	101 59.8	290 43	379 56.1	272 40.3	7344 83.7	7101 80.9	6173 70.3	1320 55.8	1620 68.6	1258 53.2
Enterohämorrhagische E. coli-Infektion	19 11.3	13 7.7	17 10.1	69 10.2	61 9	50 7.4	1235 14.1	1002 11.4	706 8	235 9.9	198 8.4	142 6
Hepatitis A	3 1.8		2 1.2	7 1	4 0.6	8 1.2	53 0.6	46 0.5	51 0.6	21 0.9	15 0.6	18 0.8
Hepatitis E	1 0.6	4 2.4	10 5.9	6 0.9	8 1.2	35 5.2	79 0.9	85 1	147 1.7	26 1.1	22 0.9	105 4.4
Listeriose	3 1.8	3 1.8	1 0.6	5 0.7	4 0.6	1 0.2	78 0.9	43 0.5	51 0.6	15 0.6	15 0.6	5 0.2
Salmonellose, S. typhi/paratyphi				3 0.4			13 0.2	5 0.06	2 0.02	5 0.2	3 0.1	
Salmonellose, übrige	16 9.5	33 19.6	23 13.6	84 12.4	82 12.1	67 9.9	1895 21.6	1513 17.2	1241 14.1	297 12.6	236 10	219 9.3
Shigellose	3 1.8	6 3.6		9 1.3	13 1.9		198 2.3	127 1.4	31 0.4	42 1.8	36 1.5	7 0.3

	Woche 14			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		2 1.2	2 1.2	1 0.2	4 0.6	6 0.9	37 0.4	44 0.5	51 0.6	6 0.2	11 0.5	16 0.7
Chlamydiose	232 137.4	231 136.8	284 168.2	881 130.5	999 148	978 144.8	12915 147.1	12106 137.9	11352 129.3	3387 143.3	3297 139.5	3373 142.7
Gonorrhoe	114 67.5	109 64.6	73 43.2	373 55.2	412 61	272 40.3	5196 59.2	4457 50.8	3409 38.8	1408 59.6	1343 56.8	973 41.2
Hepatitis B, akut			1 0.6	1 0.2	1 0.2	1 0.2	13 0.2	19 0.2	17 0.2	3 0.1	5 0.2	2 0.08
Hepatitis B, total Meldungen	29	31	19	118	113	77	1155	1070	951	342	332	295
Hepatitis C, akut					1 0.2	1 0.2	7 0.08	10 0.1	19 0.2	1 0.04	1 0.04	4 0.2
Hepatitis C, total Meldungen	25	26	27	80	82	74	1092	955	924	275	261	268
HIV-Infektion	9 5.3	10 5.9	10 5.9	25 3.7	30 4.4	26 3.8	333 3.8	336 3.8	285 3.2	82 3.5	100 4.2	92 3.9
Syphilis, Frühstadien*	3 1.8	22 13	16 9.5	23 3.4	68 10.1	52 7.7	717 8.2	751 8.6	604 6.9	155 6.6	224 9.5	169 7.2
Syphilis, total	6 3.6	29 17.2	25 14.8	40 5.9	87 12.9	70 10.4	967 11	1001 11.4	808 9.2	221 9.4	297 12.6	232 9.8
Zoonosen und andere durch Vektoren übertragbare Krankheiten												
Brucellose			1 0.6	1 0.2		1 0.2	8 0.09	5 0.06	4 0.05	2 0.08		1 0.04
Chikungunya-Fieber				1 0.2			11 0.1	6 0.07	1 0.01	6 0.2		
Dengue-Fieber		1 0.6	1 0.6	7 1	1 0.2	2 0.3	133 1.5	29 0.3	18 0.2	34 1.4	8 0.3	5 0.2
Gelbfieber												
Hantavirus-Infektion								6 0.07				
Malaria	1 0.6	5 3	3 1.8	22 3.3	17 2.5	13 1.9	317 3.6	285 3.2	99 1.1	79 3.3	77 3.3	44 1.9
Q-Fieber	8 4.7	3 1.8	3 1.8	16 2.4	5 0.7	11 1.6	103 1.2	96 1.1	73 0.8	32 1.4	20 0.8	32 1.4
Trichinellose		1 0.6			1 0.2		2 0.02	2 0.02	4 0.05		2 0.08	1 0.04
Tularämie			5 3	1 0.2	2 0.3	20 3	117 1.3	200 2.3	161 1.8	10 0.4	14 0.6	54 2.3
West-Nil-Fieber									1 0.01			
Zeckenzephalitis	1 0.6	1 0.6	3 1.8	6 0.9	3 0.4	8 1.2	395 4.5	281 3.2	459 5.2	11 0.5	7 0.3	11 0.5
Zika-Virus-Infektion							1 0.01			1 0.04		
Andere Meldungen												
Affenpocken				1 0.2			553 6.3			2 0.08		
Botulismus	1 0.6			1 0.2			2 0.02	1 0.01	1 0.01	2 0.08	1 0.04	1 0.04
Creutzfeldt-Jakob-Krankheit			1 0.6	3 0.4		1 0.2	27 0.3	28 0.3	21 0.2	9 0.4	6 0.2	6 0.2
Diphtherie ^f							86 1	5 0.06	2 0.02	5 0.2	1 0.04	
Tetanus												



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

Sentinella-Statistik

Provisorische Daten

Sentinella:

Anzahl Meldungen (N) der letzten 4 Wochen bis am 7.4.2023 und Inzidenz pro 1000 Konsultationen (N/10³)
Freiwillige Erhebung bei Hausärztinnen und Hausärzten (Allgemeinpraktiker, Internisten und Pädiater)

Woche	11		12		13		14		Mittel 4 Wochen	
	N	N/10 ³	N	N/10 ³	N	N/10 ³	N	N/10 ³	N	N/10 ³
Mumps	1	0.1	0	0	0	0	0	0	0.3	0
Pertussis	1	0.1	0	0	0	0	0	0	0.3	0
Zeckenstiche	3	0.2	1	0.1	2	0.2	2	0.2	2	0.2
Lyme Borreliose	2	0.2	0	0	0	0	0	0	0.5	0.1
Herpes Zoster	7	0.5	12	1	7	0.6	8	1	8.5	0.8
Post-Zoster-Neuralgie	2	0.2	1	0.1	1	0.1	2	0.2	1.5	0.2
Meldende Ärzte	159		154		151		128		148	

Wochenbericht zu den grippeähnlichen Erkrankungen

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

Die Aktualisierung erfolgt jeweils am Mittwoch um 12.00 Uhr.



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.



Nationale

DEMENZ- KONFERENZ

Kongresszentrum Kreuz in Bern
& online (hybrid)

11. Mai 2023

Lebensqualität bei Demenz:
die Rolle nichtmedikamentöser
Interventionen

www.demenz-konferenz.ch

Spezialitätenliste:

Die Spezialitätenliste ist im Internet zu finden

unter: www.spezialitätenliste.ch

[] Der dem verfügbaren Publikumspreis zugrunde liegende Fabrikabgabepreis

Gültig ab 1. April 2023

Therap. Gruppe	Dossier Nr.	PRÄPARATE/ (Wirkstoffe) Packungen	Verantwortliche Firma	SHI-Nr.	Aufnahmejahr
I. Neuzugang Präparate					
01.99 G		FINGOLIMOD DEVATIS (Fingolimodum)	Devatis AG		
	21591	Kaps 0.5 mg Fl 28 Stk Fr. 453.25 (380.52)		68406004	01.04.2023, B
	21591	Kaps 0.5 mg Fl 98 Stk Fr. 1522.20 (1331.83)		68406006	01.04.2023, B
Behandlung der schubförmig remittierenden multiplen Sklerose (MS) bei Erwachsenen. Erstverschreibung durch den Facharzt für Neurologie.					
07.16		IMLYGIC (Talimogenum laherparepvecum)	Amgen Switzerland AG		
	20931	Inj Lös 1 Mio PFU/ml Durchstf 1 Stk Fr. 2297.65 (2038.89)		65812001	01.12.2017, A
	20931	Inj Lös 100 Mio PFU/ml Durchstf 1 Stk Fr. 2297.65 (2038.89)		65812002	01.12.2017, A
<p>IMLYGIC wird vergütet als Monotherapie zur lokalen Erstlinienbehandlung von nicht resezierbaren, langsam voranschreitenden Melanomen mit regionalen oder entfernten Metastasen (nach AJCC 7th edition: Stadien III B, III C und IV M1a, nach AJCC 8th edition: III A ohne T1a/T2a, N1a/N2a, III B ohne T3a, N1a/N2a, III C ohne T4a N1a/N2a, III D, IV M1a) ohne Knochen-, Hirn-, Lungen- oder andere viszerale Metastasen bei systemisch asymptomatischen Erwachsenen mit kleiner Tumorlast.</p> <p>Bei fehlendem therapeutischem Effekt (stable disease, partielles oder komplettes Ansprechen) oder nicht bestätigter Progression (Pseudoprogression) muss die Therapie spätestens nach 6 Monaten abgebrochen werden.</p> <p>Die Therapie mit IMLYGIC ist bei Auftreten einer bestätigten Progression abzubrechen. Die maximale Therapiedauer ohne Unterbruch beträgt 18 Monate.</p> <p>Eine Behandlung mit IMLYGIC darf nur an spezialisierten und gemäss Swissmedic Risk Minimisation Program instruierten Zentren mit Kliniken für Dermatologie und medizinische Onkologie oder universitären Zentren mit Kliniken für Dermatooonkologie erfolgen, welche die Infrastruktur, die Fachkenntnisse und die Erfahrung im Management von Patienten mit Melanom aufweisen.</p> <p>Vor Therapiebeginn muss eine Kostengutsprache des Krankenversicherers nach vorgängiger Konsultation des Vertrauensarztes eingeholt werden.</p> <p>Die Wiederaufnahme der Behandlung nach abgeschlossener Therapie mit IMLYGIC wird nicht vergütet. Der neoadjuvante Einsatz von IMLYGIC zusammen mit chirurgischer Intervention ist nicht vergütungspflichtig. Der adjuvante Einsatz von IMLYGIC ist ebenfalls nicht vergütungspflichtig.</p>					
07.16.10 G		TEMOZOLOMID DEVATIS (Temozolomidum)	Devatis AG		
	21592	Kaps 5 mg Fl 5 Stk Fr. 20.30 (10.55)		68606001	01.04.2023, A
	21592	Kaps 5 mg Fl 20 Stk Fr. 60.85 (38.73)		68606002	01.04.2023, A
	21592	Kaps 20 mg Fl 5 Stk Fr. 64.85 (42.20)		68606003	01.04.2023, A
	21592	Kaps 20 mg Fl 20 Stk Fr. 188.20 (149.65)		68606004	01.04.2023, A
	21592	Kaps 100 mg Fl 5 Stk Fr. 222.60 (179.62)		68606005	01.04.2023, A
	21592	Kaps 100 mg Fl 20 Stk Fr. 742.95 (632.90)		68606006	01.04.2023, A
	21592	Kaps 140 mg Fl 5 Stk Fr. 355.55 (295.43)		68606007	01.04.2023, A
	21592	Kaps 140 mg Fl 20 Stk Fr. 1203.20 (1040.98)		68606008	01.04.2023, A
	21592	Kaps 180 mg Fl 5 Stk Fr. 386.05 (322.01)		68606009	01.04.2023, A
	21592	Kaps 180 mg Fl 20 Stk Fr. 1474.15 (1288.05)		68606010	01.04.2023, A
	21592	Kaps 250 mg Fl 5 Stk Fr. 532.15 (449.28)		68606011	01.04.2023, A

Therap. Gruppe	Dossier Nr.	PRÄPARATE/ (Wirkstoffe) Packungen	Verantwortliche Firma	SHI-Nr.	Aufnahmejahr
07.16.20 G		ABIRATERON VIATRIS (Abirateroni acetat)	Mylan Pharma GmbH		
	21600	Filmtabl 500 mg 56 Stk Fr. 1046.15 (897.80)		68890001	01.04.2023, B
	21600	Filmtabl 1000 mg 28 Stk Fr. 1046.15 (897.80)		68890002	01.04.2023, B

Zur Behandlung in Kombination mit LHRH Agonisten und Prednison oder Prednisolon bei asymptomatischen oder leicht symptomatischen Patienten mit metastasierendem, kastrationsresistentem Prostatakarzinom (mCRPC) ohne viszerale Metastasen und ohne Lebermetastasen, nach Versagen der Androgendeprivationstherapie, wenn eine Chemotherapie klinisch nicht indiziert ist.

Zur Behandlung in Kombination mit LHRH Agonisten und Prednison oder Prednisolon bei Patienten mit fortgeschrittenem metastasierendem Prostatakarzinom bei Progredienz nach Behandlung mit Docetaxel nach Kostengutsprache des Krankenversicherers und vorheriger Konsultation des Vertrauensarztes.

Zur Behandlung in Kombination mit Prednison oder Prednisolon (5 mg/Tag) und Androgendeprivationstherapie (ADT) bei Patienten die innerhalb der letzten 3 Monate mit einem Hochrisiko metastasiertem hormonsensitivem Prostatakarzinom (mHSPC) neu diagnostiziert wurden. Die Abiraterongabe soll – bei nicht orchiectomierten Patienten – innerhalb von 3 Monaten nach Beginn der Androgendeprivation beginnen.

Als Hochrisiko wird das Vorliegen von mindestens 2 der 3 folgenden Risikofaktoren definiert: (1) Gleason-Score von ≥ 8 ; (2) Vorhandensein von mindestens 3 Läsionen im Knochen-Scans; (3) Vorhandensein messbarer viszeraler Metastasen (ohne Berücksichtigung des Lymphknotenbefalls).

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

07.16.20 O		ARIMIDEX (PI) (Anastrozolum)	APS-Arzneimittel- Parallelimport- Service AG		
	21583	Filmtabl 1 mg Blist 28 Stk Fr. 91.15 (65.13)		68805001	01.04.2023, B
	21583	Filmtabl 1 mg Blist 112 Stk Fr. 262.00 (213.93)		68805002	01.04.2023, B

07.16.20		NUBEQA (Darolutamidum)	Bayer (Schweiz) AG		
	21068	Filmtabl 300 mg Blist 112 Stk Fr. 3388.70 (3066.07)		67521001	01.04.2023, B

Befristete Limitation bis 31.03.2026

Nach Kostengutsprache des Krankenversicherers mit vorgängiger Konsultation des Vertrauensarztes.

NUBEQA, in Kombination mit Docetaxel und Androgendeprivationstherapie (ADT), wird vergütet für die Behandlung von erwachsenen Patienten mit metastasiertem, hochvolumigem/hochrisiko-hormon-sensitivem Prostatakarzinom (mHSPC), für die eine Docetaxel-Therapie angezeigt ist (Eastern Cooperative Oncology Group (ECOG) performance-status score von 0 oder 1).

Die Vergütung kann maximal bis zur Progression der Erkrankung oder bis inakzeptable Toxizität auftritt, fortgesetzt werden.

07.99		GIVLAARI (Givosiranum)	Alnylam Switzerland GmbH		
	21174	Inj Lös 189 mg/ml Durchstf 1 ml Fr. 45553.00 (44201.97)		67895001	01.04.2023, B

Befristete Limitation bis 31.03.2026

Zur Therapie von Erwachsenen mit einer akuten hepatischen Porphyrie (AHP), die

– innerhalb der letzten 12 Monate klinisch bestätigt mindestens 4 (vier) Porphyrie-Attacken erlitten haben, welche einen Krankenhausaufenthalt, eine Arztkonsultation oder die intravenöse (i. v.) Gabe von Hämin zu Hause notwendig machten.

– erhöhte ALA/PBG-Werte im Urin haben.

GIVLAARI kann nicht erstattet werden, wenn der Anspruchsberechtigte an einer mittelschweren oder schweren Leberinsuffizienz oder terminalen Niereninsuffizienz leidet oder wenn er dialysepflichtig ist. Nichtakute Porphyrien sind von der Erstattung ausgeschlossen.

Therapiebeginn:

Die Diagnose der AHP und der Beginn der Therapie muss im Referenzzentrum für Porphyrien (Stadtspital Zürich Triemli) erfolgen.

Vor Therapiebeginn muss durch das Referenzzentrum eine Kostengutsprache des Krankenversicherers nach vorgängiger Konsultation des Vertrauensarztes eingeholt werden. Eine Kostengutsprache kann vom Krankenversicherer nur erteilt werden, wenn das Referenzzentrum während der Therapie Daten im ELEVATE Register kontinuierlich erfasst, und die Erfassung gegenüber dem Vertrauensarzt im Rahmen des Gesuches um Kostenübernahme bestätigt.

Sofern ein Patient keine Einwilligung zur Erfassung seiner Daten in das ELEVATE Register gibt, muss dies ausgewiesen werden.

Ab dem 12. Behandlungsmonat kann die Therapie bei stabilen Patienten auch im Rahmen einer Heimbehandlung verabreicht werden, wobei ca. alle 6 Monate (5–7 Monate) ein Kontrolltermin im Referenzzentrum erfolgen muss. Das jährliche Ansuchen für eine Kostengutsprache muss durch das Referenzzentrum erfolgen.

Therapieabbruch:

Die Therapie soll abgebrochen werden, wenn sich die annualisierte Attackenrate im Vergleich zu Baseline nach 24 Monaten nicht um 50 % verringert hat.

Rückerstattungen:

Die Zulassungsinhaberin Alnylam Switzerland GmbH erstattet nach Aufforderung durch denjenigen Krankenversicherer, bei dem die versicherte Person zum Zeitpunkt des Bezugs versichert war, für jede bezogene Packung GIVLAARI einen festgelegten Betrag des Fabrikabgabepreises zurück. Sie gibt dem Krankenversicherer den entsprechenden Betrag bekannt, der bezogen auf den Fabrikabgabepreis pro Durchstechflasche zurückerstattet wird. Die Mehrwertsteuer kann nicht zusätzlich zu diesem Anteil des Fabrikabgabepreises zurückgefordert werden. Die Aufforderung zur Rückerstattung soll ab dem Zeitpunkt der Verabreichung erfolgen.

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

Pro Monat resp. pro Anwendung wird nur eine Durchstechflasche vergütet. Bei Patienten, die aufgrund des Körpergewichts mehr als 1 Durchstechflasche benötigen, werden dem entsprechenden Krankenversicherer diese zusätzlichen Durchstechflaschen vollumfänglich zurückerstattet (Fabrikabgabepreis). Die Mehrwertsteuer kann nicht zusätzlich zu diesem Betrag (Basis Fabrikabgabepreis) zurückgefordert werden.

Darüber hinaus erstattet die ZulassungsinhaberIn dem Krankenversicherer, bei dem die versicherte Person zum Zeitpunkt des Bezugs versichert war, den vollen Betrag in Höhe des Fabrikabgabepreises für diejenige Anzahl Packungen zurück, die eine festgelegte Anzahl Packungen pro Behandlungsjahr pro Patient übersteigt. Sie gibt dem Krankenversicherer den Schwellenwert für die Anzahl Durchstechflaschen pro Patient pro Behandlungsjahr bekannt, ab dem die ZulassungsinhaberIn den Fabrikabgabepreis pro Packung zurückerstattet. Die Mehrwertsteuer kann nicht zusätzlich zu diesem Betrag (Basis Fabrikabgabepreis) zurückgefordert werden.

08.01.90		TENKASI (Oritavancinum)	A. Menarini GmbH		
	21404	Trockensub 400 mg Durchstf 3 Stk Fr. 2443.05 (2171.48)		68135001	01.04.2023, A

Zur Behandlung akuter bakterieller Haut- und Weichgewebeeinfektion (ABSSSI) bei Erwachsenen. Dies schliesst folgende Infektionsarten ein: Cellulitis/Erysipel, Wundinfektion oder grösserer kutaner Abszess, deren Erythem $\geq 75\text{cm}^2$ beträgt und ≥ 2 Zeichen einer systemischen Infektion vorliegen. Die Behandlung mit TENKASI ist nur dann angezeigt, wenn die für die Initialbehandlung dieser Infektionen empfohlenen Antibiotika als nicht geeignet erachtet werden und wenn nach mikrobiologischer Sensibilitätsprüfung feststeht oder ein starker Verdacht besteht, dass die Infektion durch Methicillin-resistenten Staphylococcus aureus (MRSA) verursacht ist. Die allgemein anerkannten Richtlinien für den angemessenen Gebrauch von antimikrobiellen Wirkstoffen sind zu berücksichtigen. Die Indikationsstellung und die Verordnung von TENKASI darf nur im Spital unter Anleitung eines Infektiologen erfolgen.

08.08		VAXNEUVANCE (Vaccinum pneumococcale polysaccharidicum CRM conjugatum 15-valens)	MSD Merck Sharp & Dohme AG		
	21514	Inj Susp Fertspr 0.5ml Fr. 84.20 (59.04)		68752001	01.04.2023, B

Die Kostenübernahme der Impfstoffe als Teil einer präventiven Massnahme im Rahmen der obligatorischen Krankenpflegeversicherung richtet sich nach den in Artikel 12a KLV für die jeweiligen Impfungen abschliessend festgelegten Voraussetzungen und erfolgt nur innerhalb der Zulassung durch Swissmedic. Bei beruflicher und reisemedizinischer Indikation erfolgt keine Kostenübernahme durch die obligatorische Krankenpflegeversicherung.

Die Preise der Impfstoffe sind Höchstpreise (Art. 52 Abs. 3 KVG) und kommen bei Reihenimpfungen (z. B. im schulärztlichen Dienst) nicht zur Anwendung. In diesen Fällen gelten die von den Krankenversicherern mit den zuständigen Behörden ausgehandelten bzw. die allenfalls von den Behörden festgesetzten Tarife. Wenn der Impfstoff zu einem günstigeren Preis bezogen wird (z. B. im Rahmen von Reihenimpfungen), darf der Arzt oder die Ärztin nicht den Publikumspreis der SL verrechnen.

Die Vergünstigung muss gemäss Artikel 56 Absatz 3 KVG weitergegeben werden, ausser es bestehen Vereinbarungen nach Artikel 56 Absatz 3^{bis} KVG.

Kostenübernahme bei Personen ab 65 Jahren mit einem erhöhten Risiko für eine invasive Infektion.

Therap. Gruppe	Dossier Nr.	PRÄPARATE/ (Wirkstoffe) Packungen	Verantwortliche Firma	SHI-Nr.	Aufnahmejahr
II. Andere Packungen und Dosierungen					
07.10.60 G		METHOTREXAT ORION RHEUMA/DERM (Methotrexatum)	Orion Pharma AG		
	20945	Tabl 2.5mg Blist 20 Stk Fr. 8.95 (4.21)		66019005	01.04.2023, A
	20945	Tabl 10mg Blist 10 Stk Fr. 14.95 (5.89)		66019006	01.04.2023, A

Therap. Gruppe	Dossier Nr.	PRÄPARATE/ (Wirkstoffe) Packungen	Verantwortliche Firma	SHI-Nr.	Datum der Streichung
III. Neu gestrichene Präparate/Packungen					
01.01.10		DAFALGAN (Paracetamolum)	UPSA Switzerland AG		
	16187	Plv 250mg Kind Btl 12 Stk Fr. 1.40 (0.75)		51231031	01.04.2023, D
07.03.10		OMNITROPE 5 PATR SUREPAL (Somatotropinum ADNr)	Sandoz Pharmaceuticals AG		
	19296	Inj Lös 5mg/1.5ml 1 Stk Fr. 201.10 (160.91)		61306011	01.04.2023, A
07.10.10 G		ECOFENAC (Diclofenacum natricum)	Sandoz Pharmaceuticals AG		
	17073	Inj Inf Präp 75 mg/3ml 5 Amp 3ml Fr. 7.40 (2.88)		47822033	01.04.2023, B
	17073	Inj Inf Präp 75 mg/3ml 50 Amp 3ml Fr. 48.30 (27.80)		47822041	01.04.2023, B
07.10.40		MOBILAT INTENSE (Acidum flufenamicum, Acidum salicylicum, Heparinoidum (chondroitini polysulfas))	Medinova AG		
	11990	Salbe Tb 40g Fr. 4.20 (2.29)		37090027	01.04.2023, D
	11990	Salbe Tb 100g Fr. 8.70 (4.72)		37090028	01.04.2023, D
07.16.10 G		CYTARABIN SANDOZ (Cytarabinum)	Sandoz Pharmaceuticals AG		
	19402	Inj Lös 100mg/5ml Durchstf 1 Stk Fr. 8.00 (3.38)		61226002	01.04.2023, A
	19402	Inj Lös 500 mg/10ml Durchstf 1 Stk Fr. 26.90 (12.70)		61226003	01.04.2023, A
	19402	Inj Lös 1000 mg/20ml Durchstf 1 Stk Fr. 44.95 (24.88)		61226004	01.04.2023, A
	19402	Inj Lös 2000 mg/40 ml Durchstf 1 Stk Fr. 72.40 (48.77)		61226005	01.04.2023, A
07.16.10 G		ERLOTINIB SANDOZ (Erlotinibum)	Sandoz Pharmaceuticals AG		
	21045	Filmtabl 100mg Blist 30 Stk Fr. 1740.45 (1530.86)		67012002	01.04.2023, A
	21045	Filmtabl 150mg Blist 30 Stk Fr. 2060.25 (1822.43)		67012003	01.04.2023, A
07.16.10 G		METHOTREXAT SANDOZ (Methotrexatum)	Sandoz Pharmaceuticals AG		
	17730	Inf Konz 1000mg Durchstf 10ml Fr. 109.40 (81.00)		51079028	01.04.2023, A
08.01.30 G		CEFUROXIM SANDOZ (Cefuroximum)	Sandoz Pharmaceuticals AG		
	17878	Trockensub 750 mg i. v. Durchstf 1 Stk Fr. 8.30 (3.65)		55823014	01.04.2023, A
	17878	Trockensub 1.5g i. v. Durchstf 1 Stk Fr. 15.30 (6.19)		55823018	01.04.2023, A
08.03		HARVONI (Sofosbuvirum, Ledipasvirum)	Gilead Sciences Switzerland Sàrl		
	20308	Filmtabl 90/400 28 Stk Fr. 14631.30 (14034.42)		65331001	01.04.2023, A
08.08		PNEUMOVAX IMPFSTOFF (Vaccinum pneumococcale polysaccharidicum 23 valens)	MSD Merck Sharp & Dohme AG		
	16598	Inj Lös Durchstf 1 Dos Fr. 38.45 (19.23)		00509001	01.04.2023, B
09.99 G		DIENOGEST MYLAN (Dienogestum)	Mylan Pharma GmbH		
	21300	Tabl 2 mg Blist 28 Stk Fr. 61.70 (39.48)		68243001	01.04.2023, B
	21300	Tabl 2 mg Blist 84 Stk Fr. 131.95 (100.67)		68243002	01.04.2023, B
17.04		TECHNESCAN PYP (Tetranatrii diphosphas decahydricus)	b.e.imaging.ag		
	17439	Trockensub Fl 5 Stk Fr. 140.10		49639015	01.04.2023, A

PRÄPARATE / (Wirkstoffe) Packungen	Verantwortliche Firma	Therap. Gruppe	Dossier Nr.	Preis neu	Ex-Fact. neu
IV. Preissenkungen					
IV.a. Preisänderung nach 3-jährlicher Überprüfung der Aufnahmebedingungen					
AESCULAMED FORTE VENENTABL Tabl 20 Stk Tabl 50 Stk	A.Vogel AG	520810	18270 18270	12.00 26.40	6.51 14.32
CELLCEPT Filmtabl 500mg 50 Stk Filmtabl 500mg 3 × 50 Stk Kaps 250mg 100 Stk Kaps 250mg 3 × 100 Stk	Roche Pharma (Schweiz) AG	071500	16560 16560 16561 16561	120.70 329.30 130.30 358.15	90.85 272.56 99.23 297.69
CELLCEPT (PI) Filmtabl 500mg Blist 50 Stk Filmtabl 500mg Blist 150 Stk Kaps 250mg Blist 100 Stk Kaps 250mg Blist 300 Stk	APS-Arzneimittel-Parallelimport- Service AG	071500	21030 21030 21030 21030	105.05 282.35 113.25 306.95	77.23 231.68 84.37 253.08
DAFLON 500 Tabl 500mg 30 Stk Tabl 500mg 60 Stk Tabl 500mg 120 Stk	Servier (Suisse) SA	020810	13036 13036 13036	16.85 29.70 55.25	9.12 16.09 29.94
DILTIAZEM-MEPHA R Opticaps 90mg 20 Stk Opticaps 90mg 100 Stk	Mepha Pharma AG	020610	15664 15664	7.55 26.80	3.02 12.65
DILZEM 120 RETARD Ret Filmtabl 120mg 30 Stk Ret Filmtabl 120mg 100 Stk	Pfizer AG	020610	14710 14710	14.80 34.85	5.75 16.05
DILZEM 90 RETARD Ret Filmtabl 90mg 20 Stk Ret Filmtabl 90mg 100 Stk	Pfizer AG	020610	14710 14710	7.85 28.45	3.26 14.05
DILZEM RR Filmtabl 180mg 30 Stk Filmtabl 180mg 100 Stk	Pfizer AG	020610	15305 15305	19.50 48.00	9.85 27.52
DOXIUM Kaps 500mg 30 Stk Kaps 500mg 60 Stk	OM Pharma SA	020810	12396 12396	17.25 28.25	7.90 13.91
GYNOFLOR Vag Tabl 6 Stk Vag Tabl 12 Stk Vag Tabl 36 Stk	Medinova AG	090300	15177 15177 15177	14.35 19.35 45.55	5.36 9.72 25.41
MEDIAVEN FORTE Filmtabl 30mg 30 Stk	Drossapharm AG	020810	17701	38.20	19.00
MYCOPHENOLAT MOFETIL SANDOZ Kaps 250mg 300 Stk Filmtabl 500mg 150 Stk	Sandoz Pharmaceuticals AG	071500	19388 19389	272.70 251.05	223.27 204.42
MYFENAX Kaps 250mg 3 × 100 Stk Filmtabl 500mg 3 × 50 Stk	Teva Pharma AG	071500	20123 20124	272.75 251.05	223.28 204.42
MYRTAVEN Kaps 20 Stk Kaps 60 Stk	IBSA Institut Biochimique SA	020810	15505 15505	15.75 36.85	6.57 17.83

PRÄPARATE / (Wirkstoffe) Packungen	Verantwortliche Firma	Therap. Gruppe	Dossier Nr.	Preis neu	Ex-Fact. neu
OXIS TURBUHALER	AstraZeneca AG	030430			
Inh Plv 6mcg/Dosis 60 Dos			16770	35.20	16.39
Inh Plv 12mcg/Dosis 60 Dos			16770	41.05	21.48
RAPAMUNE	Pfizer AG	071500			
Tabl 0.5mg 30 Stk			17763	99.60	72.49
Tabl 1 mg 30 Stk			17763	194.85	155.46
Tabl 1 mg 100 Stk			17763	528.35	445.93
Tabl 2 mg 100 Stk			17763	1020.05	874.24
Lös 1 mg/ml Fl 60ml			17597	335.40	277.89
SOLACUTAN	Dermapharm AG	109900			
Gel 3 % 25 g			20782	29.35	14.87
Gel 3 % 50 g			20782	46.45	26.18
SOLARAZE	Almirall AG	109900			
Gel 3 % 25 g			19364	35.40	16.53
Gel 3 % 50 g			19364	49.80	29.09
TILUR RETARD	Drossapharm AG	071010			
Ret Kaps 90 mg 20 Stk			16785	18.60	9.04
Ret Kaps 90 mg 50 Stk			16785	38.85	19.54
VENORUTON 1000	Spirig HealthCare AG	020810			
Brausetabl 30 Stk			17865	34.15	18.50
VENORUTON FORTE	Spirig HealthCare AG	020810			
Tabl 500mg 30 Stk			13604	17.05	9.25
Tabl 500mg 100 Stk			13604	51.65	28.00
IV.b. Wechsel der Abgabekategorie					
DESLORATADIN SPIRIG HC	Spirig HealthCare AG	071310			
Filmtabl 5 mg 10 Stk			20134	5.35	2.90
Filmtabl 5 mg 30 Stk			20134	15.60	8.46
Filmtabl 5 mg 50 Stk			20134	25.65	13.89
IV.c. Normale Preismutation					
IMLYGIC	Amgen Switzerland AG	071600			
Inj Lös 1 Mio PFU/ml Durchstf 1 Stk			20931	2297.65	2038.89
Inj Lös 100 Mio PFU/ml Durchstf 1 Stk			20931	2297.65	2038.89
OLUMIANT	Eli Lilly (Suisse) SA	071500			
Filmtabl 2mg 28 Stk			20636	1016.60	871.24
Filmtabl 4mg 28 Stk			20636	1016.60	871.24
XTANDI	Astellas Pharma AG	071620			
Filmtabl 40 mg 112 Stk			21000	3187.70	2869.93
IV.d. Preismutation bei Erstaufnahme					
TRODELVY	Gilead Sciences Switzerland Sàrl	071610			
Trockensub 180mg Durchstf 1 Stk			21290	1139.00	982.46

PRÄPARATE / (Wirkstoffe) Packungen	Verantwortliche Firma	Therap. Gruppe	Dossier Nr.	Preis neu	Ex-Fact. neu
V. Limitations-/Indikationsänderung					
OCTAGAM 10 %	Octapharma AG	080900			
Inf Lös 2 g/20 ml Durchstf 1 Stk			19239	168.70	132.67
Inf Lös 5 g/50 ml Durchstf 1 Stk			19239	397.15	331.67
Inf Lös 10 g/100 ml Durchstf 1 Stk			19239	777.90	663.33
Inf Lös 20 g/200 ml Durchstf 1 Stk			19239	1516.55	1326.67
Inf Lös 30 g/300 ml Durchstf 1 Stk			19239	2244.05	1990.00
Limitation alt					
Nur bei Antikörpermangelsyndrom, idiopathischer thrombozytopenischer Purpura, Guillain-Barré-Syndrom, Kawasaki-Syndrom, chronisch inflammatorischer demyelinisierender Polyneuropathie (CIDP) und multifokaler motorischer Neuropathie (MMN).					
Limitation neu					
Nur bei Antikörpermangelsyndrom, idiopathischer thrombozytopenischer Purpura, Guillain-Barré-Syndrom, Kawasaki-Syndrom, chronisch inflammatorischer demyelinisierender Polyneuropathie (CIDP), multifokaler motorischer Neuropathie (MMN) sowie bei Erwachsenen mit aktiver Dermatomyositis (DM), die mit Immunsuppressiva einschliesslich Kortikosteroiden behandelt wird oder bei einer Unverträglichkeit oder Kontraindikation gegenüber diesen Arzneimitteln.					

OLUMIANT	Eli Lilly (Suisse) SA	071500			
Filmtabl 2 mg 28 Stk			20636	1016.60	871.24
Filmtabl 4 mg 28 Stk			20636	1016.60	871.24

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

Rheumatoide Arthritis
Als Kombinationstherapie mit konventionellen, synthetischen krankheitsmodifizierenden Antirheumatika (csDMARDs) einschliesslich Methotrexat (MTX) bei erwachsenen Patienten mit mittelschwerer bis schwerer rheumatoider Arthritis, die auf eine Behandlung mit einem konventionellen DMARDs nicht angesprochen haben oder diese nicht vertragen haben. Der Einsatz von Baricitinib in Monotherapie nach Nichtansprechen oder Unverträglichkeit auf csDMARDs bleibt Patienten vorbehalten, welche nachweislich Methotrexat nicht vertragen haben oder welche eine Kontraindikation für Methotrexat aufweisen.

Befristete Limitation bis 31.03.2023

Atopische Dermatitis
Als Monotherapie oder als Kombinationstherapie mit topischen Kortikoiden 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), 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.

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

Falls nach 8 Wochen Behandlung mit Baricitinib kein therapeutischer Erfolg eingetreten ist, d. h. keine IGA Reduktion um \geq 2 Punkte gegenüber dem Ausgangswert oder keine \geq 50 % Verbesserung des EASI-Scores (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 Baricitinib ist eine erneute Kostengutsprache durch den Krankenversicherer nach vorgängiger Konsultation des Vertrauensarztes einzuholen.

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

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

Rheumatoide Arthritis
Als Kombinationstherapie mit konventionellen, synthetischen krankheitsmodifizierenden Antirheumatika (csDMARDs) einschliesslich Methotrexat (MTX) bei erwachsenen Patienten mit mittelschwerer bis schwerer rheumatoider Arthritis, die auf eine Behandlung mit einem konventionellen DMARDs nicht angesprochen haben oder diese nicht vertragen haben. Der Einsatz von Baricitinib in Monotherapie nach Nichtansprechen oder Unverträglichkeit auf csDMARDs bleibt Patienten vorbehalten, welche nachweislich Methotrexat nicht vertragen haben oder welche eine Kontraindikation für Methotrexat aufweisen.

Atopische Dermatitis
Als Monotherapie oder als Kombinationstherapie mit topischen Kortikoiden 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), 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.

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

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

Falls nach 8 Wochen Behandlung mit Baricitinib kein therapeutischer Erfolg eingetreten ist, d.h. keine IGA Reduktion um ≥ 2 Punkte gegenüber dem Ausgangswert oder keine $\geq 50\%$ Verbesserung des EASI-Scores (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 Baricitinib ist eine erneute Kostengutsprache durch den Krankenversicherer nach vorgängiger Konsultation des Vertrauensarztes einzuholen.

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

XTANDI Filmtabl 40 mg 112 Stk	Astellas Pharma AG	071620	21000	3187.70	2869.93
---	--------------------	--------	-------	---------	---------

Limitation alt

Nach Kostengutsprache des Krankenversicherers mit vorgängiger Konsultation des Vertrauensarztes.

XTANDI wird vergütet in Kombination mit LHRH-Agonisten zur Behandlung von Männern mit metastasiertem kastrationsresistentem Prostatakarzinom (CRPC) mit asymptomatischem oder mild symptomatischem Verlauf nach Versagen der Androgenentzugstherapie, und bei denen eine Chemotherapie noch nicht klinisch indiziert ist. Folgender Code ist an den Krankenversicherer zu übermitteln: 21000.01

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

Folgender Code ist an den Krankenversicherer zu übermitteln: 21000.02

Befristete Limitation bis 31.03.2023

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

Folgender Code ist an den Krankenversicherer zu übermitteln: 21000.03

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

Limitation neu

Nach Kostengutsprache des Krankenversicherers mit vorgängiger Konsultation des Vertrauensarztes.

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

Folgender Code ist an den Krankenversicherer zu übermitteln: 21000.01

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

Folgender Code ist an den Krankenversicherer zu übermitteln: 21000.02

XTANDI wird vergütet in Kombination mit einer Androgendeprivationstherapie (ADT) zur Behandlung von Männern mit metastasiertem hormonsensitivem Prostatakarzinom (mHSPC).

Folgender Code ist an den Krankenversicherer zu übermitteln: 21000.03

Im Falle eines Therapieabbruchs nach Behandlungsbeginn aufgrund von Nebenwirkungen innerhalb der ersten 10 Tage werden dem Krankenversicherer von der Astellas Pharma AG die Kosten der gesamten ersten Packung zurückerstattet, falls keine weiteren Packungen innert 6 Monaten bezogen werden.

PRÄPARATE / (Wirkstoffe) Packungen	Verantwortliche Firma	Therap. Gruppe	Dossier Nr.	Preis neu	Ex-Fact. neu
VI. Limitierung bei Neuaufnahme					
HEMLIBRA	Roche Pharma (Schweiz) AG	060110			
Inj Lös 30 mg/ml Durchstf 1 Stk			20818	2036.40	1946.71
Inj Lös 60 mg/0.4 ml Durchstf 1 Stk			20818	4031.75	3893.42
Inj Lös 105 mg/0.7 ml Durchstf 1 Stk			20818	7024.85	6813.49
Inj Lös 150 mg/ml Durchstf 1 Stk			20818	10017.90	9733.55

Befristete Limitation bis 31.05.2023

Patienten mit Hämophilie A mit Hemmkörpern

Zur Prophylaxe von Blutungsepisoden bei Patienten mit kongenitaler Hämophilie A und Faktor-VIII-Hemmkörper > 5 BU in der Anamnese, die die Anwendung eines Bypassing Agent-Präparates zur episodischen oder prophylaktischen Therapie erfordern.

Nach erfolgreicher Immuntoleranzinduktion ist die Therapie der Hämophilie A bei entsprechender Indikation und erfüllten Vergütungsvoraussetzungen für eine Prophylaxe entweder mit vergütungspflichtigen Faktor VIII-Präparaten oder Emicizumab fortzusetzen.

Befristete Limitation bis 31.05.2023

Patienten mit Hämophilie A ohne Hemmkörper

Zur Prophylaxe von Blutungsepisoden bei Patienten mit schwerer Hämophilie A (kongenitaler Faktor-VIII-Mangel, FVIII < 1 %), welche bereits zuvor mit Faktor VIII Präparaten behandelt wurden.

Für beide Indikationen gelten folgende Vergütungsvoraussetzungen:

Die Diagnosestellung und die Verordnung von Emicizumab, die Behandlungseinteilung und die darauffolgende Betreuung darf nur an folgenden universitären und/oder spezialisierten Hämophiliezentren erfolgen. Dazu gehören:

Kantonsspital Aarau, Universitätsspital Basel, Universitätskinderhospital beider Basel, Ospedale Regionale di Bellinzona e Valli, Inselspital Bern, Kantonsspital Graubünden, Hôpitaux Universitaires Genève, Centre hospitalier universitaire vaudois, Centre Hospitalier du Valais Sion, Kantonsspital Luzern, Zentrum für Labormedizin St. Gallen, Ostschweizer Kinderhospital St. Gallen, Universitätsspital Zürich, Universitäts-Kinderhospital Zürich.

Vor Therapiebeginn muss eine Kostengutsprache des Krankenversicherers nach vorgängiger Konsultation des Vertrauensarztes eingeholt werden, unter Angabe des eingesetzten Dosierungsschemas: Lade-Dosierung in den ersten 4 Wochen (subkutan 3 mg/kg Körpergewicht einmal wöchentlich in den ersten 4 Wochen) und Erhaltungsdosierung ab Woche 5 (1.5 mg/kg KG s.c. einmal wöchentlich oder 3 mg/kg KG alle zwei Wochen s.c. oder 6 mg/kg KG alle vier Wochen s.c.).

Der behandelnde Arzt hat im Rahmen des Gesuches um Kostengutsprache gegenüber dem Krankenversicherer zu begründen, warum er welches Dosierungsregime zur Erhaltungstherapie wählt und inwiefern Verwurfsmengen minimiert werden mit dem angewendeten Dosierungsregime. Da die Verwurfsmengen für das Dosierungsschema von 1.5 mg/kg KG 1mal pro Woche den grössten Verwurf erwarten lässt, ist bei Einsatz dieses Dosierungsschema insbesondere zu begründen, warum gerade dieses zum Einsatz kommen soll. Anpassungen der Dosierung aufgrund von Gewichtsänderungen der Patienten sind im Rahmen der vergüteten Dosierungen ohne eine erneute Kostengutsprache möglich.

Basierend auf der kontinuierlichen Patientendokumentation sollen die entsprechenden Daten im SHN-Register erfasst werden, die Zustimmung des Patienten vorausgesetzt.

Die Zulassungsinhaberin Roche Pharma (Schweiz) AG vergütet nach Aufforderung durch denjenigen Krankenversicherer, bei dem die versicherte Person zum Zeitpunkt des Bezugs versichert war, resp. nach Aufforderung durch die IV, für jede bezogene Packung Hemlibra einen festgelegten prozentualen Anteil des Fabrikabgabepreises zurück. Sie gibt dem Krankenversicherer bzw. der IV den prozentualen Betrag bekannt, der bezogen auf den Fabrikabgabepreis zurückerstattet wird. Die Mehrwertsteuer kann nicht zusätzlich zu diesem Anteil des Fabrikabgabepreises zurückgefordert werden. Die Aufforderung zur Rückerstattung soll ab dem Zeitpunkt der Verabreichung erfolgen.

Darüber hinaus vergütet die Zulassungsinhaberin dem Krankenversicherer, bei dem die versicherte Person versichert war, resp. der IV den festgelegten Betrag pro mg für diejenige pro Kalenderjahr und pro Patient verabreichte Menge an Emicizumab zurück, die eine festgelegte Anzahl mg pro Patient pro Kalenderjahr übersteigt. Sie gibt dem Krankenversicherer bzw. der IV den Schwellenwert (die Anzahl mg pro Patient pro Jahr) sowie den festgelegten Betrag pro mg bekannt. Die Mehrwertsteuer kann nicht zusätzlich zu diesem Betrag (Basis FAP) zurückgefordert werden. Die Rückerstattung soll retrospektiv kalenderjährlich (mit Sticht datum 31. Dezember) erfolgen. Die Aufforderung zur Rückerstattung kann ab diesem Zeitpunkt erfolgen.

Die Preisberechnung für Blutpräparate erfolgt aufgrund des Fabrikabgabepreises zuzüglich einer Fixmarge wegen der speziellen Verteilersituation (praktisch kein Zwischenhandel) von Fr. 40.- zuzüglich MWST.

PRÄPARATE / (Wirkstoffe) Packungen	Verantwortliche Firma	Therap. Gruppe	Dossier Nr.	Preis neu	Ex-Fact. neu
SAXENDA	Novo Nordisk Pharma AG	079900			
Inj Lös 6 mg/ml 3 Fertpen 3ml			20574	128.55	97.68
Inj Lös 6 mg/ml 5 Fertpen 3ml			20574	203.30	162.79
Befristete Limitation bis 31.05.2023					
Einsatz nur bei Nichtdiabetikern und Diabetikern (DM Typ 2), welche nicht mit einem GLP-1-Rezeptoragonisten vorbehandelt sind:					
<ul style="list-style-type: none"> - Als Ergänzung zu einer 500kcal/Tag-Defizit-Diät, begleitender Ernährungsberatung und verstärkter, belegter (bspw. Schrittzähler) körperlicher Aktivität bei motivierten Patienten (ohne vorangegangene bariatrische Operation und ohne geplante oder bevorstehende bariatrische Operation) zur Gewichtsregulierung bei erwachsenen Patienten mit: <ul style="list-style-type: none"> - BMI ≥ 35 kg/m² - BMI ≥ 28 kg/m² falls zusätzliche gewichtsbedingte Begleiterkrankungen (Prädiabetes oder Diabetes mellitus Typ 2, arterielle Hypertonie, Dyslipidämie) vorliegen. - Die Behandlung bedarf der Kostengutsprache durch den Krankenversicherer nach vorgängiger Konsultation des Vertrauensarztes. - Die dokumentierte Einhaltung einer 500 kcal/Tag-Defizit-Diät ist Voraussetzung für die Vergütung von Saxenda und muss gegenüber dem Krankenversicherer bestätigt werden. - Die Verschreibung darf ausschliesslich durch Fachärzte für Endokrinologie/Diabetologie FMH sowie durch ausgewählte Ärzte mit Erfahrung in der Behandlung von Adipositas erfolgen. Die entsprechende Liste der Ärzte mit Erfahrung in der Behandlung von Adipositas ist unter folgender Adresse abrufbar: http://www.bag.admin.ch/sl-ref. - Die Behandlung muss abgebrochen werden, wenn die Patienten mit BMI ≥ 28 und < 35 nach 16-wöchiger Behandlung (4 Wochen Titration, 12 Wochen Behandlung mit 3 mg/Tag) nicht mindestens 5 % ihres Ausgangskörpergewichts und die Patienten mit BMI ≥ 35 nach 16-wöchiger Behandlung (4 Wochen Titration, 12 Wochen Behandlung mit 3 mg/Tag) nicht mindestens 7 % ihres Ausgangskörpergewichts im Vergleich zu Beginn der Therapie mit Saxenda verloren haben. Nach weiteren 6 Monaten muss die Behandlung abgebrochen werden, wenn nicht eine weitere Gewichtsreduktion von mindestens 5 % des nach 16 Wochen erreichten Gewichtes erzielt werden konnte. - Für eine weiterführende Therapie über diese initiale Behandlungsphase hinaus ist eine erneute Kostengutsprache, wobei die Gewichtsreduktion nach 16 Wochen und 6 Monaten zu belegen sind. - Eine Erfolgskontrolle hat danach grundsätzlich alle 6 Monate zu erfolgen. Saxenda kann bei Einhalten der vorgenannten Vergütungskriterien während insgesamt maximal 3 Jahren vergütet werden. Bei einer Gewichtszunahme von $> 2\%$ des Gewichtes nach 6 Monaten Behandlung ist die Therapie abzubrechen. Die Therapie ist auch abzubrechen, sobald ein BMI < 25 erreicht wurde. - Saxenda darf weder mit anderen GLP-1-Rezeptoragonisten, noch mit Gliptinen, SGLT-2-Inhibitoren noch mit Insulin kombiniert werden. Saxenda darf nicht mit anderen Arzneimitteln (z. B. Orlistat-enthaltende Arzneimittel) zur Gewichtsreduktion kombiniert werden. - Patienten, die unter erstmaligem Einsatz von Saxenda nach 16-wöchiger Behandlung keine Gewichtsreduktion von mindestens 5 % bzw. 7 % ihres Ausgangskörpergewichtes erzielten (Nonresponder) sind grundsätzlich von einer Vergütung der Wiederaufnahme der Therapie ausgeschlossen. 					
TABRECTA	Novartis Pharma Schweiz AG	071610			
Filmtabl 150 mg Blist 120 Stk			21282	5886.90	5503.34
Filmtabl 200 mg Blist 120 Stk			21282	5886.90	5503.34
Befristete Limitation bis 30.04.2024					
Nach Kostengutsprache durch den Krankenversicherer nach vorgängiger Konsultation des Vertrauensarztes. Die Kostengutsprache hat folgenden Indikationscode zu enthalten: 21282.01					
TABRECTA ist für die Behandlung von erwachsenen Patienten mit fortgeschrittenem oder metastasierendem nicht-kleinzelligem Lungenkarzinom (NSCLC) mit einer MET-Exon-14-Skipping-Mutation indiziert. Eine Anwendung bei zusätzlichen onkogenen Treiber Mutationen inklusive EGFR- oder ALK Tumoraberrationen wird nicht vergütet. Die Behandlung erfolgt bis zur Progression der Erkrankung.					
Eine Rotation innerhalb der MET-Inhibitoren wird ausschliesslich bei Kontraindikation oder Unverträglichkeit vergütet.					
Die Novartis Pharma Schweiz AG erstattet dem Krankenversicherer, bei dem die versicherte Person zum Zeitpunkt des Bezugs versichert war, auf dessen erste Aufforderung hin die ersten zwei bezogenen Packungen TABRECTA vollständig zum Fabrikabgabepreis von Fr. 5503.34 zurück. Die Mehrwertsteuer kann nicht zusätzlich zu diesem Anteil des Fabrikabgabepreises zurückgefordert werden. Die Aufforderung zur Rückerstattung soll ab dem Zeitpunkt der Verabreichung erfolgen.					

Korrigendum Spezialitätenliste

«I. NEUZUGANG PRÄPARATE» (BULLETIN 51/22)

In der Ausgabe des Bulletins 51/22 wurde unter *I. Neuzugang Präparate* die Neuaufnahme in die Spezialitätenliste von Ciproxin Inf Lös 0,4 g Fl 200 ml per 1. Dezember 2022 nicht aufgeführt.

«Antibiotika sind
Lebensretter –
gehen wir sorgfältig
damit um.»



Schweizerische Eidgenossenschaft
Confédération suisse
Confederazione Svizzera
Confederaziun svizra

Mehr Infos:
richtig-ist-wichtig.ch



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

Rezeptsperrung

Swissmedic, Abteilung Betäubungsmittel

Rezeptsperrung

Folgende Rezepte sind gesperrt

Kanton	Block-Nr.	Rezept-Nr.
Luzern		10582432
Waadt		10594551-10594575

BAG-Bulletin
BBL, Vertrieb Publikationen
CH-3003 Bern

P.P.

CH-3003 Bern
Post CH AG

BAG-Bulletin

Woche

16/2023