



Schweizerische Eidgenossenschaft
Confédération suisse
Confederazione Svizzera
Confederaziun svizra

Eidgenössisches Departement des Innern EDI
Bundesamt für Gesundheit BAG

Ausgabe vom 18. März 2024

BAG-Bulletin ^{Woche} 12/2024

Informationsmagazin für medizinische Fachpersonen und Medienschaffende

Spezialitätenliste, S. 8

Impressum

HERAUSGEBER

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

REDAKTION

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

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
Wöchentliche Übersicht zu respiratorischen Viren	7
Spezialitätenliste	8
Rezeptsperrung	47

Meldungen Infektionskrankheiten

Stand am Ende der 10. Woche (11.03.2024)^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 Ausgeschlossen sind materno-fötale Röteln.
- ^c Bei schwangeren Frauen und Neugeborenen
- ^d Primäre, sekundäre bzw. frühlatente Syphilis.
- ^e Eingeschlossen sind Fälle von Haut- und Rachendiphtherie.

Infektionskrankheiten

Stand am Ende der 10. Woche (11.03.2024)^a

	Woche 10			letzte 4 Wochen			letzte 52 Wochen			seit Jahresbeginn		
	2024	2023	2022	2024	2023	2022	2024	2023	2022	2024	2023	2022
Respiratorische Übertragung												
Haemophilus influenzae: invasive Erkrankung	4 2.4	1 0.6		18 2.6	8 1.2	6 0.9	150 1.7	144 1.6	92 1	45 2.6	30 1.8	18 1.1
Influenzavirus-Infektion, saisonale Typen und Subtypen	https://idd.bag.admin.ch											
Legionellose	6 3.5	4 2.4	8 4.7	36 5.3	15 2.2	35 5.1	629 7.1	688 7.8	664 7.5	75 4.4	87 5.1	66 3.9
Masern	3 1.8			32 4.7	1 0.2		92 1	6 0.07		55 3.2	5 0.3	
Meningokokken: invasive Erkrankung	1 0.6	1 0.6		6 0.9	3 0.4		41 0.5	19 0.2	10 0.1	12 0.7	5 0.3	3 0.2
Pneumokokken: invasive Erkrankung	21 12.3	26 15.3	10 5.9	108 15.9	92 13.5	50 7.3	947 10.7	943 10.6	560 6.3	316 18.6	294 17.3	113 6.6
Röteln^b												
Röteln, materno-foetal^c												
Tuberkulose		11 6.5	7 4.1	15 2.2	31 4.6	22 3.2	409 4.6	354 4	360 4.1	58 3.4	66 3.9	65 3.8
Faeco-orale Übertragung												
Campylobacteriose	129 75.8	79 46.4	105 61.7	426 62.5	267 39.2	375 55	7044 79.6	7424 83.8	6994 79	1400 82.2	1022 60	1241 72.9
Enterohämorrhagische E. coli-Infektion	25 14.7	12 7	15 8.8	92 13.5	51 7.5	47 6.9	1277 14.4	1224 13.8	991 11.2	206 12.1	164 9.6	137 8
Hepatitis A	4 2.4	1 0.6	1 0.6	9 1.3	5 0.7	3 0.4	61 0.7	49 0.6	50 0.6	12 0.7	13 0.8	11 0.6
Hepatitis E				5 0.7	5 0.7	2 0.3	70 0.8	81 0.9	112 1.3	11 0.6	20 1.2	14 0.8
Listeriose		2 1.2	3 1.8	2 0.3	3 0.4	4 0.6	73 0.8	77 0.9	40 0.4	9 0.5	10 0.6	11 0.6
Salmonellose, S. typhi/paratyphi				7 1	1 0.2	1 0.2	27 0.3	10 0.1	5 0.06	10 0.6	2 0.1	3 0.2
Salmonellose, übrige	15 8.8	11 6.5	13 7.6	100 14.7	58 8.5	47 6.9	1830 20.7	1883 21.3	1495 16.9	221 13	205 12	154 9
Shigellose	2 1.2	5 2.9		15 2.2	14 2.1	9 1.3	189 2.1	202 2.3	114 1.3	36 2.1	33 1.9	23 1.4

	Woche 10			letzte 4 Wochen			letzte 52 Wochen			seit Jahresbeginn		
	2024	2023	2022	2024	2023	2022	2024	2023	2022	2024	2023	2022
Durch Blut oder sexuell übertragen												
Aids				1 0.2	5 0.7	3 0.4	38 0.4	42 0.5	46 0.5	5 0.3	7 0.4	7 0.4
Chlamydiose	292 171.5	259 152.1	238 139.8	1043 153.1	891 130.8	981 144	12746 143.9	13200 149.1	12327 139.2	2542 149.3	2506 147.2	2353 138.2
Gonorrhoe	112 65.8	74 43.5	120 70.5	504 74	372 54.6	419 61.5	6388 72.1	5263 59.4	4368 49.3	1309 76.9	1027 60.3	939 55.1
Hepatitis B, akut					2 0.3	1 0.2	14 0.2	13 0.2	18 0.2	2 0.1	3 0.2	3 0.2
Hepatitis B, total Meldungen	37	20	23	92	81	94	1162	1115	1002	237	216	207
Hepatitis C, akut				2 0.3	1 0.2		17 0.2	13 0.2	9 0.1	7 0.4	2 0.1	
Hepatitis C, total Meldungen	29	12	20	91	62	72	1100	1053	902	224	186	170
HIV-Infektion	5 2.9	11 6.5	3 1.8	20 2.9	17 2.5	35 5.1	355 4	335 3.8	331 3.7	63 3.7	58 3.4	69 4
Syphilis, Frühstadien ^d	5 2.9	10 5.9	11 6.5	25 3.7	45 6.6	66 9.7	743 8.4	804 9.1	764 8.6	113 6.6	153 9	159 9.3
Syphilis, total	6 3.5	16 9.4	13 7.6	33 4.8	69 10.1	86 12.6	1008 11.4	1071 12.1	1013 11.4	145 8.5	215 12.6	213 12.5
Zoonosen und andere durch Vektoren übertragbare Krankheiten												
Brucellose				1 0.2			8 0.09	6 0.07	6 0.07	1 0.06		
Chikungunya-Fieber	1 0.6	2 1.2		1 0.2	2 0.3		31 0.4	11 0.1	6 0.07	5 0.3	6 0.4	
Dengue-Fieber	2 1.2	1 0.6		27 4	8 1.2	3 0.4	339 3.8	132 1.5	30 0.3	80 4.7	30 1.8	7 0.4
Gelbfieber												
Hantavirus-Infektion									6 0.07			
Malaria	9 5.3	5 2.9	3 1.8	27 4	21 3.1	22 3.2	355 4	310 3.5	280 3.2	63 3.7	56 3.3	59 3.5
Q-Fieber	4 2.4	2 1.2	2 1.2	9 1.3	6 0.9	8 1.2	103 1.2	92 1	102 1.2	21 1.2	16 0.9	15 0.9
Trichinellose							2 0.02	3 0.03	1 0.01			1 0.06
Tularämie		1 0.6	1 0.6	3 0.4	1 0.2	4 0.6	118 1.3	120 1.4	218 2.5	13 0.8	10 0.6	12 0.7
West-Nil-Fieber							1 0.01					
Zeckenzephalitis	1 0.6		2 1.2	9 1.3	1 0.2	3 0.4	317 3.6	389 4.4	286 3.2	15 0.9	5 0.3	4 0.2
Zika-Virus-Infektion				2 0.3	1 0.2		8 0.09	2 0.02		4 0.2	2 0.1	
Andere Meldungen												
Affenpocken				6 0.9			27 0.3	552 6.2		15 0.9	1 0.06	
Botulismus					1 0.2	1 0.2	1 0.01	1 0.01	1 0.01		1 0.06	1 0.06
Creutzfeldt-Jakob-Krankheit		1 0.6	1 0.6		1 0.2	1 0.2	26 0.3	23 0.3	29 0.3	4 0.2	6 0.4	6 0.4
Diphtherie ^e					2 0.3	1 0.2	24 0.3	98 1.1	5 0.06	1 0.06	5 0.3	1 0.06
Tetanus												

Nationale

DEMENZ- KONFERENZ

Kongresszentrum Kreuz in Bern
& online (hybrid)

Dienstag, 30. April 2024

Tabus rund um Demenz

demenz-konferenz.ch

Sentinella-Statistik

Provisorische Daten

Sentinella:

Anzahl Meldungen (N) der letzten 4 Wochen bis am 8.3.2024 und Inzidenz pro 1000 Konsultationen (N/10³)
Freiwillige Erhebung bei Hausärztinnen und Hausärzten (Allgemeinpraktiker, Internisten und Pädiater)

Woche	7		8		9		10		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	1	0.1	0.3	0
Pertussis	2	0.2	5	0.4	4	0.3	2	0.2	3.3	0.3
Zeckenstiche	0	0	1	0.1	0	0	1	0.1	0.5	0.1
Lyme Borreliose	2	0.2	1	0.1	0	0	2	0.2	1.3	0.1
Herpes Zoster	5	0.4	6	0.5	5	0.4	7	0.6	5.8	0.5
Post-Zoster-Neuralgie	1	0.1	3	0.3	0	0	2	0.2	1.5	0.2
Meldende Ärzte	141		143		146		143		143.3	

Wöchentliche Übersicht zu respiratorischen Viren

Das BAG-Infoportal übertragbare Krankheiten informiert regelmässig über Infektions- und Erkrankungsfälle in der Schweiz und im Fürstentum Liechtenstein, die durch verschiedene respiratorische Erreger ausgelöst werden.

<https://idd.bag.admin.ch/>

Die Aktualisierung der Daten erfolgt jeweils am Mittwoch um 12.00 Uhr.



Spezialitätenliste:

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

ANPASSUNG DER PUBLIKATION DER ÄNDERUNGEN IN DER SPEZIALITÄTENLISTE

Mit Beschluss vom 22. September 2023 hat der Bundesrat Artikel 72 der Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung (KVV; SR 832.102) aufgehoben. Entsprechend wird das BAG Änderungen der Spezialitätenliste (SL) nicht mehr ein bis zwei Wochen nach Umsetzung auf der Website im Bulletin des BAG veröffentlichen. Die Publikation wird neu unmittelbar nach Umsetzung in elektronischer Form auf der Website zur SL erfolgen.

Seit dem 1. Februar 2024 erfolgt die Veröffentlichung der Änderungen der SL neu auf dessen Website. Die monatlichen Änderungen der SL inkl. den administrativen Änderungen finden sich unter www.spezialitätenliste.ch unter der Rubrik «Publikationen»/SL-Publikationen aktueller Monat/Aktuelle Änderungen (Excel-Datei). Diese Publikationen werden archiviert. Eine Publikation im BAG-Bulletin erfolgt noch parallel während der nächsten drei Monate.

[] Der dem verfügbaren Publikumspreis zugrunde liegende Fabrikabgabepreis

Gültig ab 1. März 2024

Therap. Gruppe	Dossier Nr.	PRÄPARATE/ (Wirkstoffe) Packungen	Verantwortliche Firma	SHI-Nr.	Aufnahmejahr
I. Neuzugang Präparate					
01.01.30 G		FENTALIS (Fentanylum)	Sandoz Pharma- ceuticals AG		
	21349	TTS 12mcg/h 5 Stk Fr. 19.10 (9.47)		67800001	01.03.2022, A
	21349	TTS 12mcg/h 10 Stk Fr. 36.15 (17.19)		67800002	01.03.2022, A
	21349	TTS 25mcg/h 5 Stk Fr. 34.55 (15.79)		67800003	01.03.2022, A
	21349	TTS 25mcg/h 10 Stk Fr. 48.20 (27.66)		67800004	01.03.2022, A
	21349	TTS 37.5mcg/h 5 Stk Fr. 49.05 (28.40)		67800005	01.03.2022, A
	21349	TTS 37.5mcg/h 10 Stk Fr. 75.65 (51.56)		67800006	01.03.2022, A
	21349	TTS 50mcg/h 5 Stk Fr. 52.35 (31.27)		67800007	01.03.2022, A
	21349	TTS 50mcg/h 10 Stk Fr. 81.65 (56.76)		67800008	01.03.2022, A
	21349	TTS 75mcg/h 5 Stk Fr. 69.15 (45.89)		67800009	01.03.2022, A
	21349	TTS 75mcg/h 10 Stk Fr. 109.00 (80.57)		67800010	01.03.2022, A
	21349	TTS 100mcg/h 5 Stk Fr. 84.00 (58.80)		67800011	01.03.2022, A
	21349	TTS 100mcg/h 10 Stk Fr. 135.30 (103.47)		67800012	01.03.2022, A

Therap. Gruppe	Dossier Nr.	PRÄPARATE/ (Wirkstoffe) Packungen	Verantwortliche Firma	SHI-Nr.	Aufnahmejahr
02.07.20		ENTRESTO (Sacubitrilum, Valsartanum)	Novartis Pharma Schweiz AG		
	20415	Filmtabl 50 mg 28 Stk Fr. 76.55 (52.34)		65673001	01.11.2015, B
	20415	Filmtabl 50 mg 56 Stk Fr. 136.70 (104.69)		65673006	01.11.2015, B
	20415	Filmtabl 100 mg 56 Stk Fr. 136.70 (104.69)		65673002	01.11.2015, B
	20415	Filmtabl 100 mg 168 Stk Fr. 377.30 (314.06)		65673007	01.11.2015, B
	20415	Filmtabl 200 mg 56 Stk Fr. 136.70 (104.69)		65673004	01.11.2015, B
	20415	Filmtabl 200 mg 168 Stk Fr. 377.30 (314.06)		65673008	01.11.2015, B
Herzinsuffizienz mit reduzierter Ejektionsfraktion (HFrEF)					
In geeigneter Kombination mit anderen Therapien für Herzinsuffizienz (z. B. Betablocker, Diuretika und Mineralkortikoidantagonisten) für die Behandlung erwachsener Patienten mit systolischer Herzinsuffizienz der NYHA Klasse II, III oder IV, deren linksventrikuläre Auswurffraktion (LVEF) vor Behandlung mit Entresto $\leq 40\%$ beträgt und welche mit einer stabilen Dosis eines Angiotensin Converting Enzym (ACE)-Hemmers oder Angiotensin Rezeptor-Blockers (ARBs) vorbehandelt worden sind.					
06.99 G		DEFERASIROX-MEPHA (Deferasiroxum)	Mepha Pharma AG		
	21244	Lactab 90 mg Blist 30 Stk Fr. 231.60 (187.27)		67678001	01.03.2024, B
	21244	Lactab 90 mg Blist 90 Stk Fr. 565.15 (477.53)		67678002	01.03.2024, B
	21244	Lactab 180 mg Blist 30 Stk Fr. 369.35 (307.12)		67678003	01.03.2024, B
	21244	Lactab 180 mg Blist 90 Stk Fr. 916.35 (783.15)		67678004	01.03.2024, B
	21244	Lactab 360 mg Blist 30 Stk Fr. 595.20 (503.67)		67678005	01.03.2024, B
	21244	Lactab 360 mg Blist 90 Stk Fr. 1471.55 (1284.35)		67678006	01.03.2024, B
Eine Vergütung erfolgt					
– als Erstlinientherapie zur Behandlung der chronischen Eisenüberladung auf Grund häufiger Transfusionen bei Patienten mit Beta-Thalassämia major.					
– für die Behandlung von weiteren chronischen, transfusionsbedingten Eisenüberladungen, wenn eine Deferoxamin-Therapie kontraindiziert oder unangemessen ist.					
– für die Behandlung der chronischen Eisenüberladung bei Patienten mit nicht transfusionsabhängigen Thalassämie-Syndromen im Alter von 10 Jahren und älter, wenn eine Deferoxamin-Therapie kontraindiziert oder unangemessen ist.					
Therapien, die vor der Einführung der angepassten Limitierung (1. Juni 2023) begonnen wurden, werden weiterhin vergütet, sofern es sich um eine Behandlung entsprechend der von Swissmedic zugelassenen Indikation handelt.					
07.02.30		DEKRISTOL 20.000 I.E. (Cholecalciferolum (Vitamin D3))	Dermapharm AG		
	21708	Weichkapseln Blist 4 Stk Fr. 7.50 (2.95)		68261003	01.03.2024, B
	21708	Weichkapseln Blist 14 Stk Fr. 20.10 (10.33)		68261005	01.03.2024, B
Zur Therapie bei nachgewiesenem schwerem Vitamin D-Mangel (Serumkonzentration von 25-Hydroxycholecalciferol < 25 nmol/l bzw. < 10 ng/ml) bei Erwachsenen.					
07.12		EZETIMIB ROSUVASTATIN AXAPHARM (Ezetimibum, Rosuvastatinum)	Axapharm AG		
	21680	Filmtabl 10/10 mg Blist 30 Stk Fr. 36.85 (17.80)		69004001	01.03.2024, B
	21680	Filmtabl 10/10 mg Blist 90 Stk Fr. 74.95 (50.94)		69004002	01.03.2024, B
	21680	Filmtabl 10/20 mg Blist 30 Stk Fr. 38.90 (19.56)		69004003	01.03.2024, B
	21680	Filmtabl 10/20 mg Blist 90 Stk Fr. 80.95 (56.16)		69004004	01.03.2024, B
EZETIMIB ROSUVASTATIN AXAPHARM ist indiziert als Ersatztherapie bei erwachsenen Patienten, die bereits Ezetimib und Rosuvastatin als separate Tabletten in der gleichen Dosierungsstärke erhalten und die Kriterien entsprechend der Limitierungen der Ezetimib- und Rosuvastatin-Monopräparate erfüllen.					

Therap. Gruppe	Dossier Nr.	PRÄPARATE/ (Wirkstoffe) Packungen	Verantwortliche Firma	SHI-Nr.	Aufnahmejahr
07.99		WEGOVY (Semaglutidum)	Novo Nordisk Pharma AG		
	21548	Multi FixDose Inj Lös 0.25 mg Fertpen 1 Stk Fr. 188.15 (149.46)		68798001	01.03.2024, B
	21548	Multi FixDose Inj Lös 0.5 mg Fertpen 1 Stk Fr. 188.15 (149.46)		68798002	01.03.2024, B
	21548	Multi FixDose Inj Lös 1 mg Fertpen 1 Stk Fr. 188.15 (149.46)		68798003	01.03.2024, B
	21548	Multi FixDose Inj Lös 1.7 mg Fertpen 1 Stk Fr. 188.15 (149.46)		68798004	01.03.2024, B
	21548	Multi FixDose Inj Lös 2.4 mg Fertpen 1 Stk Fr. 188.15 (149.46)		68798005	01.03.2024, B

Befristete Limitation bis 28.02.2027

Einsatz nur bei Nichtdiabetikern und Diabetikern (DM Typ 2), welche nicht mit einem GLP-1-Rezeptoragonisten ausser einem zur Gewichtsreduktion eingesetzten vorbehandelt sind:

Als Ergänzung zu einer 500 kcal/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:

- 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 Wegovy und muss gegenüber dem Krankenversicherer bestätigt werden.

Die Verschreibung darf ausschliesslich durch Fachärzte für Endokrinologie/Diabetologie FMH sowie an Adipositas-Zentren erfolgen. Adipositas-Zentren müssen die folgenden Kriterien erfüllen:

- Im Zentrum arbeiten insgesamt mindestens zwei Fachärzte, welche über einen der folgenden Facharzttitel verfügen:
 - Endokrinologie/Diabetologie und/oder
 - Innere Medizin und/oder
 - Chirurgie FMH Schwerpunkt Viszeralchirurgie.
- Im Zentrum berät zudem ein Ernährungsberater (nach Artikel 11 GesBG) oder das Zentrum kann eine feste Zusammenarbeit mit einer externen Ernährungsberatung (nach Artikel 11 GesBG) nachweisen.
- Der für das Zentrum verantwortliche Arzt ist entweder Mitglied der ASEMO, SGED oder der SMOB.
- Das interdisziplinäre Netzwerk des Adipositas-Zentrums umfasst mindestens einen Psychiater/klinischen Psychologen und einen zertifizierten Physiotherapeuten.
- Die Einrichtung behandelt pro Jahr mindestens 300 Patienten mit Adipositas.

Die Behandlung muss abgebrochen werden, wenn die Patienten mit BMI ≥ 28 kg/m² und < 35 kg/m² nach 16-wöchiger Behandlung (Abschluss der Titrationsphase) nicht mindestens 5% ihres Ausgangskörpergewichts und die Patienten mit BMI ≥ 35 kg/m² nach 16-wöchiger Behandlung (Abschluss der Titrationsphase) nicht mindestens 7% ihres Ausgangskörpergewichts im Vergleich zu Beginn der Therapie mit Wegovy verloren haben. Nach weiteren 6 Monaten muss die Behandlung abgebrochen werden, wenn die Patienten mit BMI ≥ 28 kg/m² und < 35 kg/m² nicht insgesamt eine Gewichtsreduktion von mindestens 10% gegenüber dem Ausgangsgewicht und die Patienten mit BMI ≥ 35 kg/m² nicht insgesamt eine Gewichtsreduktion von mindestens 12% erzielen konnten.

Für eine weiterführende Therapie über diese initiale Behandlungsphase hinaus ist eine erneute Kostengutsprache durchzuführen, wobei die Gewichtsreduktion nach 16 Wochen und nach insgesamt 10 Monaten zu belegen sind.

Eine Erfolgskontrolle hat danach grundsätzlich alle 6 Monate zu erfolgen. Wegovy kann bei Einhalten der vorgenannten Vergütungskriterien während insgesamt maximal 3 Jahren vergütet werden. Bei einer Gewichtszunahme, bei der das Gewicht des Patienten höher ist als das nach 10 Monaten zu erreichende Ziel vom Ausgangsgewicht (-10% bzw. -12%), ist die Therapie abzubrechen. Die Therapie ist auch abzubrechen, sobald ein BMI < 25 kg/m² erreicht wurde. Sollte bei diesen Personen das Gewicht wieder über ein BMI > 25 kg/m² ansteigen, darf die Therapie wieder begonnen werden, jedoch nicht länger als die maximale Therapiedauer von 3 Jahren. Das gleiche gilt, sollte die Therapie aus anderen begründeten Fällen, wie z. B. Schwangerschaft, unterbrochen werden. Die Abbruchkriterien (Zielgewicht Monat 10 = 10% bzw. 12% tiefer als Ausgangsgewicht) bleiben bestehen.

Wird von einem anderen zur Gewichtsreduktion eingesetzten GLP-1-Rezeptoragonisten während der Initialphase (erste 10 Monate Behandlung) auf Wegovy umgestellt, gelten die Abbruchkriterien wie während der initialen Behandlungsphase von Wegovy. Wird während der weiterführenden Therapie umgestellt, entfällt die initiale Behandlungsphase unter Wegovy. Die entsprechende Dokumentation der Vorbehandlung ab Behandlungsbeginn muss für die Kostengutsprache vorliegen.

Wegovy darf weder mit anderen GLP-1-Rezeptoragonisten noch mit Gliptinen, SGLT-2-Inhibitoren noch mit Insulin kombiniert werden. Wegovy darf nicht mit anderen Arzneimitteln (z. B. Orlistat-enthaltende Arzneimittel) zur Gewichtsreduktion kombiniert werden.

Patienten, die unter erstmaligem Einsatz von Wegovy 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.

Ein Therapiewechsel von Saxenda auf Wegovy soll grundsätzlich möglich sein. Die maximale Therapiedauer einer Monotherapie mit Wegovy oder einer sequentiellen Therapie mit Wegovy nach Saxenda beträgt 3 Jahre.

Die Zustimmung des Patienten vorausgesetzt, sollen die entsprechenden Daten basierend auf der kontinuierlichen Patientendokumentation in einem von einer unabhängigen Stelle geführten Register erfasst werden.

Therap. Gruppe	Dossier Nr.	PRÄPARATE/ (Wirkstoffe) Packungen	Verantwortliche Firma	SHI-Nr.	Aufnahmejahr
08.02.10		ISONIAZ-TB (Isoniazidum)	Labatec Pharma SA		
	21616	Tabl 100 mg Blist 50 Stk Fr. 74.05 (50.16)		69140001	01.03.2024, B
08.03		LIVTENCITY (Maribavirum)	Takeda Pharma AG		
	21618	Filmtabl 200 mg Fl 28 Stk Fr. 6323.80 (5923.56)		68492001	01.03.2024, A
	21618	Filmtabl 200 mg Fl 56 Stk Fr. 12 401.40 (11 847.13)		68492002	01.03.2024, A
Befristete Limitation bis 31.03.2027					
Die Behandlung mit Maribavir (MBV) wird nach Kostengutsprache durch den Krankenversicherer nach vorgängiger Konsultation eines Vertrauensarztes als Monotherapie zur Behandlung einer Cytomegalievirus (CMV)-Infektion und/oder Erkrankung, die gegenüber einer oder mehreren vorherigen Therapien, einschliesslich Ganciclovir, Valganciclovir, Cidofovir oder Foscarnet refraktär (mit oder ohne Resistenz) ist, bei erwachsenen Patienten, die sich einer hämatopoetischen Stammzelltransplantation (HSCT) oder einer soliden Organtransplantation (SOT) unterzogen haben, vergütet.					
Ausgeschlossen von der Vergütung mit MBV sind Patienten, die folgende Kriterien erfüllen:					
<ul style="list-style-type: none"> - Es liegt eine CMV-Retinitis oder eine ZNS-Beteiligung vor - Die CMV-Infektion ist trotz mindestens zweiwöchiger Therapie unter MBV gemäss der Definition der aktuellen Literatur refraktär - Eine Rezidivprophylaxe ist angezeigt 					
Die Behandlung ist vorerst für maximal 8 Wochen zu vergüten. Eine Behandlung für weitere 4 Wochen bedarf einer zusätzlichen Kostengutsprache durch den Krankenversicherer nach vorgängiger Konsultation des Vertrauensarztes. Insgesamt wird maximal eine Behandlung von 12 Wochen vergütet.					
Die ZulassungsinhaberInn erstattet dem Krankenversicherer, bei dem die versicherte Person zum Zeitpunkt des Bezugs versichert war, auf dessen erste Aufforderung hin für jede vergütete Packung LIVTENCITY 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: 21618.01.					
12.02.20 G		AZELASTIN FLUTICASON SPIRIG HC (Azelastini hydrochloridum, Fluticasoni-17 propionas)	Spirig HealthCare AG		
	21736	Nasenspray 0.14/0.05 mg Fl 120 Dos Fr. 27.90 (13.58)		68980001	01.03.2024, B
53.99 K		KALOBA DIRECT (Pelargonii sidoides radices extractum ethanolicum liquidum DER: 1:8-10)	Schwabe Pharma AG		
	21653	Gran Btl 36 Stk Fr. 19.60 (9.93)		68555002	01.03.2024, D

Therap. Gruppe	Dossier Nr.	PRÄPARATE/ (Wirkstoffe) Packungen	Verantwortliche Firma	SHI-Nr.	Aufnahmejahr
II. Andere Packungen und Dosierungen					
04.09		PERENTEROL (Saccharomyces boulardii siccatu)	Zambon Switzer- land Ltd		
	16066	Plv 500 mg Btl 14 Stk Fr. 20.55 (10.72)		47572003	01.03.2024, B
Zur Therapie der rekurrenden Clostridium difficile-assoziierten Erkrankungen und zur Rezidivprophylaxe der rekurrenden Clostridium difficile-assoziierten Erkrankungen sowie in jenen Fällen, bei denen aufgrund des Allgemeinzustandes eine schwere Antibiotika-induzierte Diarrhöe nicht auszuschliessen ist.					
07.15 0		CELLCEPT (PI) (Mofetili mycophenolas)	APS-Arzneimittel- Parallelimport- Service AG		
	21030	Filmtabl 500 mg Blist 3 x 50 Stk Fr. 274.80 (224.86)		67388003	01.03.2024, B
	21747	Kaps 250 mg Blist 3 x 100 Stk Fr. 298.65 (245.59)		67387003	01.03.2024, B
07.16.20		ERLEADA (Apalutamidum)	Janssen-Cilag AG		
	20901	Filmtabl 240 mg 2 Blist 14 Stk Fr. 3330.70 (3006.28)		67072002	01.03.2024, B
Befristete Limitation bis 31.10.2025 Nach Kostengutsprache des Krankenversicherers mit vorgängiger Konsultation des Vertrauensarztes. ERLEADA wird vergütet in Kombination mit Androgendeprivationstherapie (ADT) für die Behandlung von erwachsenen Patienten mit metastasiertem, hormonsensitivem Prostatakarzinom (mHSPC).					
10.10		ANTIDRY WASH SENSITIVE ÖLIGE LÖSUNG (Sojae oleum raffinatum, Paraffinum liquidum, Bisabololum)	Merz Pharma (Schweiz) AG		
	17343	Lös 200 ml Fr. 12.50 (6.78)		51929003	01.03.2024, D
	17343	Lös 500 ml Fr. 26.60 (14.40)		51929004	01.03.2024, D
Gesamthaft zugelassen: 60 Punkte.					
11.99		EYLEA (Afliberceptum)	Bayer (Schweiz) AG		
	19958	Inj Lös 8 mg/0.07ml Durchstfl Durchstf 1 Stk Fr. 988.45 (845.90)		62397003	01.03.2024, B
Für die Behandlung der exsudativen (feuchten) altersbezogenen Makuladegeneration (AMD) oder eines Visusverlustes durch ein diabetisches Makulaödem (DME). EYLEA darf ausschliesslich durch qualifizierte Ophthalmologen der A-, B- und C-Zentren/Kliniken (gemäss der Liste der Weiterbildungszentren der FMH (http://www.siwf-register.ch) zu Lasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) angewendet werden. Ausnahmeregelung: Die Ausbildungskliniken A, B und C sind berechtigt, mit niedergelassenen Ophthalmologen zu kooperieren, um eine patientennahe Versorgung zu gewährleisten. Die Kooperation geschieht auf einvernehmlicher Basis zwischen beiden Partnern und gemäss folgenden Bedingungen: a) Die Ausbildungsklinik führt die Erstuntersuchung oder die Bestätigung der Diagnose durch. Dies muss für die Krankenkassen belegt werden. b) Bei Einigung auf die zugelassenen Indikationen (AMD oder DME) darf auch der niedergelassene Arzt den Patienten weiterbehandeln. Die gleichzeitige Behandlung beider Augen eines Patienten bedarf der Bewilligung des Krankenversicherers nach vorgängiger Konsultation des Vertrauensarztes.					

Therap. Gruppe	Dossier Nr.	PRÄPARATE/ (Wirkstoffe) Packungen	Verantwortliche Firma	SHI-Nr.	Datum der Streichung
III. Neu gestrichene Präparate/Packungen					
01.04.10		ATARAX (Hydroxyzini dihydrochloridum)	UCB-Pharma SA		
	12465	Sirup 2mg/ml 200ml Fr. 6.55 (2.12)		27096018	01.03.2024, B
01.07.10 G		LEVETIRACETAM-MEPHA TEVA (Levetiracetamum)	Mepha Pharma AG		
	19600	Filmtabl 250mg 30 Stk Fr. 20.55 (10.74)		61500008	01.03.2024, B
	19600	Filmtabl 500mg 20 Stk Fr. 26.70 (12.51)		61500009	01.03.2024, B
	19600	Filmtabl 500mg 100 Stk Fr. 82.50 (57.50)		61500010	01.03.2024, B
	19600	Filmtabl 500mg 200 Stk Fr. 146.80 (113.48)		61500011	01.03.2024, B
	19600	Filmtabl 750mg 30 Stk Fr. 46.80 (26.45)		61500015	01.03.2024, B
	19600	Filmtabl 750mg 100 Stk Fr. 113.40 (84.40)		61500016	01.03.2024, B
	19600	Filmtabl 750mg 200 Stk Fr. 206.60 (165.52)		61500017	01.03.2024, B
	19600	Filmtabl 1000mg 30 Stk Fr. 56.95 (35.26)		61500012	01.03.2024, B
	19600	Filmtabl 1000mg 100 Stk Fr. 145.75 (112.53)		61500013	01.03.2024, B
	19600	Filmtabl 1000mg 200 Stk Fr. 270.00 (220.69)		61500014	01.03.2024, B
08.03		TELZIR (Fosamprenavirum)	ViiV Healthcare GmbH		
	18209	Filmtabl 700mg 60 Stk Fr. 465.25 (390.60)		56707002	01.03.2024, A
08.03		TRIZIVIR (Abacavirum, Lamivudinum, Zidovudinum)	ViiV Healthcare GmbH		
	17649	Filmtabl 300mg/150mg/300mg 60 Stk Fr. 756.10 (643.70)		55537002	01.03.2024, A
08.03 0		ZOVIRAX (Aciclovirum)	GlaxoSmithKline AG		
	14456	Filmtabl 800mg 35 Stk Fr. 70.50 (47.05)		45343057	01.03.2024, A
10.10		BALMED HERMAL F ÖLBAD (Arachidis oleum, Paraffinum perliquidum)	Almirall AG		
	13131	liq (alt) 200ml Fr. 9.25 (5.01)		41476087	01.03.2024, D
	13131	liq (alt) 500ml Fr. 15.25 (8.27)		41476079	01.03.2024, D
	13131	liq Fl 200ml Fr. 9.25 (5.01)		41476001	01.03.2024, D
	13131	liq Fl 500ml Fr. 15.25 (8.27)		41476002	01.03.2024, D
10.10		BALMED HERMAL ÖLBAD (Sojæ oleum)	Almirall AG		
	12524	liq 200ml Fr. 9.25 (5.01)		29448086	01.03.2024, D
	12524	liq 500ml Fr. 14.55 (7.87)		29448078	01.03.2024, D
10.10		BALMED HERMAL PLUS ÖLBAD (Sojæ oleum, Macrogoli 6 aether laurilicus)	Almirall AG		
	15386	liq 200ml Fr. 9.25 (5.01)		48787096	01.03.2024, D
	15386	liq 500ml Fr. 14.45 (7.82)		48787118	01.03.2024, D
14.01.11		TELEBRIX 12 SODIUM (Natrii ioxitalamas)	Guerbet AG		
	15918	Inf Lös 120mg 250ml Fr. 27.15 (12.90)		38359010	01.03.2024, B
14.02		ARTIREM (Acidum gadotericum)	Guerbet AG		
	17849	Inj Lös 27.932mg/20ml Fertspr 20ml Fr. 74.00 (50.12)		56123002	01.03.2024, B

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					
ACTEMRA	Roche Pharma (Schweiz) AG	071500			
Inf Konz 80 mg/4 ml Durchstf 4 ml			19015	165.55	129.76
Inj Lös 162 mg/0.9 ml Fertspr 4 Stk			20240	1118.70	962.96
Inj Lös 162 mg/0.9 ml Fertigpen Fertpen 4 Stk			20893	1118.70	962.96
Inf Konz 200 mg/10 ml Durchstf 10 ml			19015	389.20	324.39
Inf Konz 400 mg/20 ml Durchstf 20 ml			19015	761.95	648.78
AFINITOR	Novartis Pharma Schweiz AG	071610			
Tabl 5 mg 30 Stk			19175	1213.70	1049.49
Tabl 10 mg 30 Stk			19175	1720.15	1510.79
BONDRONAT	Atnahs Pharma Switzerland AG	079900			
Inf Konz 6 mg/6 ml Durchstf 6 ml			18353	221.80	178.71
ERBITUX	Merck (Schweiz) AG	071610			
Inf Lös 100 mg/20 ml Durchstf 20 ml			17996	231.80	187.45
Inf Lös 500 mg/100 ml Durchstf 100 ml			17996	1090.40	937.18
INFLAMAC	Spirig HealthCare AG	071010			
Kaps 25 mg 30 Stk			15052	5.95	1.60
Kaps 25 mg 100 Stk			15052	9.30	4.54
Kaps 50 mg 20 Stk			15052	6.35	1.97
Kaps 50 mg 100 Stk			15052	17.30	7.90
INFLAMAC RAPID	Spirig HealthCare AG	071010			
Filmtabl 50 mg 10 Stk			17982	6.55	2.13
Filmtabl 50 mg 20 Stk			17982	7.35	2.83
KOMBIGLYZE XR	AstraZeneca AG	070620			
Filmtabl 2.5 mg/1000 mg 56 Stk			20036	59.60	37.57
Filmtabl 2.5 mg/1000 mg 196 Stk			20036	167.55	131.50
Filmtabl 5 mg/500 mg 28 Stk			20036	59.60	37.57
Filmtabl 5 mg/500 mg 98 Stk			20036	167.55	131.50
Filmtabl 5 mg/1000 mg 28 Stk			20036	59.60	37.57
Filmtabl 5 mg/1000 mg 98 Stk			20036	167.55	131.50
METVIX	Galderma SA	071640			
Creme Tb 2 g			17949	226.90	183.15
NEBIDO	Grünenthal Pharma AG	070840			
Inj Lös Durchstf 4 ml			18138	127.25	96.47
SIMPONI FERTIGSPRITZE	MSD Merck Sharp & Dohme AG	071500			
Inj Lös 50 mg/0.5 ml 0.5 ml			19300	1135.40	978.15
Inj Lös 100 mg/1 ml 1 ml			19300	1737.70	1526.78
SIMPONI PEN	MSD Merck Sharp & Dohme AG	071500			
Inj Lös 50 mg/0.5 ml Injektor 0.5 ml			19313	1135.40	978.15
Inj Lös 100 mg/1 ml Injektor 1 ml			19313	1737.70	1526.78
VERMOX	JNTL Consumer Health II (Switzerland) GmbH	080510			
Tabl 500 mg 100 Stk			12082	191.30	152.20
XGEVA	Amgen Switzerland AG	071610			
Inj Lös 120 mg/1.7 ml Durchstf 1.7 ml			19773	452.85	379.81
IV.b. Wechsel der Abgabekategorie					
FEXOFENADINE ZENTIVA	Helvepharm AG	071310			
Filmtabl 120 mg 30 Stk (alt)			19590	14.20	7.70
Filmtabl 120 mg Blist 30 Stk			19590	14.20	7.70

PRÄPARATE / (Wirkstoffe) Packungen	Verantwortliche Firma	Therap. Gruppe	Dossier Nr.	Preis neu	Ex-Fact. neu
BILASTIN ZENTIVA	Helvepharm AG	071310			
Tabl 20mg Blist 10 Stk (alt)			21553	4.15	2.25
Tabl 20mg Blist 10 Stk			21553	4.15	2.25
Tabl 20mg Blist 30 Stk (alt)			21553	11.25	6.10
Tabl 20mg Blist 30 Stk			21553	11.25	6.10
Tabl 20mg Blist 50 Stk (alt)			21553	18.40	9.97
Tabl 20mg Blist 50 Stk			21553	18.40	9.97
IV.c. Ausserordentliche Preismutation					
ANIDULAFUNGIN ACCORD	Accord Healthcare AG	080600			
Trockensub 100mg Durchstf 1 Stk			21538	402.65	336.12
ANIDULAFUNGIN LABATEC	Labatec Pharma SA	080600			
Trockensub 100mg Durchstf 1 Stk			21172	402.65	336.12
ANIDULAFUNGIN PFIZER	Pfizer AG	080600			
Trockensub 100mg Durchstf 1 Stk			21080	402.65	336.12
IV.d. Freiwillige Preissenkung					
ALGIFOR JUNIOR	VERFORA SA	071010			
Susp 100mg/5ml mit Dosierspr Fl 200ml			18139	9.15	4.37
BARACLUDE	Bristol-Myers Squibb SA	080300			
Filmtabl 0.5mg 30 Stk			18432	465.20	390.55
Filmtabl 1mg 30 Stk			18432	583.10	493.15
CLOPIDOGREL-MEPHA	Mepha Pharma AG	060320			
Lactabs 75mg 28 Stk			19208	41.55	21.89
CO-AMOXICILLIN DEVATIS	Devatis AG	080193			
Filmtabl 1g Blist 12 Stk			21082	27.85	13.51
Filmtabl 1g Blist 20 Stk			21082	39.60	20.17
COSOPT	Santen SA	110900			
Gtt Opht steril Fl 5ml			17193	27.65	13.36
Gtt Opht steril 3 x Fl 5ml			17193	61.55	39.29
TEMOZOLOMID-TEVA	Teva Pharma AG	071610			
Kaps 20mg 5 Stk			19406	63.60	41.08
ZYLORIC 100	Aspen Pharma Schweiz GmbH	071130			
Tabl 100mg 100 Stk			10594	14.10	5.14
ZYLORIC 300	Aspen Pharma Schweiz GmbH	071130			
Tabl 300mg 28 Stk			10594	9.05	4.32
Tabl 300mg 84 Stk			10594	19.35	9.69
IV.e. Normale Preismutation					
EVENITY	UCB-Pharma SA	079900			
Inj Lös 105mg/1.17ml Fertpen 2 Stk			21107	550.10	464.44
KALYDECO	Vertex Pharmaceuticals (CH) GmbH	039900			
Filmtabl 150mg 56 Stk			20145	12348.05	11795.13
Gran 25mg Btl 56 Stk			21563	12348.05	11795.13
Gran 50mg Btl 56 Stk			21563	12348.05	11795.13
Gran 75mg Btl 56 Stk			21563	12348.05	11795.13
ORGOVYX	Accord Healthcare AG	071620			
Filmtabl 120mg Fl 30 Stk			21661	157.50	122.77

PRÄPARATE / (Wirkstoffe) Packungen	Verantwortliche Firma	Therap. Gruppe	Dossier Nr.	Preis neu	Ex-Fact. neu
ORKAMBI Filmtabl 100 mg/125 mg (ab 6 J.) 112 Stk	Vertex Pharmaceuticals (CH) GmbH	039900	20543	10191.95	9693.66
Filmtabl 200 mg/125 mg (ab 12 J.) 112 Stk			20543	10191.95	9693.66
Gran 100 mg/125 mg (ab 2 J.) Btl 56 Stk			21561	10191.95	9693.66
Gran 150 mg/188 mg (ab 2 J.) Btl 56 Stk			21561	10191.95	9693.66
PIQRAY Filmtabl 150 mg Blist 28 Stk	Novartis Pharma Schweiz AG	071610	21067	1690.25	1483.58
Filmtabl 150 mg Blist 56 Stk			21067	3306.00	2982.21
Filmtabl 200 mg Blist 28 Stk			21067	3306.00	2982.21
Filmtabl 200 mg+50 mg Blist 28 Stk			21067	1690.25	1483.58
Filmtabl 200 mg+50 mg Blist 56 Stk			21067	3306.00	2982.21
RUBRACA Filmtabl 200 mg Ds 60 Stk	mmpharm GmbH	071610	21130	2063.25	1823.35
Filmtabl 250 mg Ds 60 Stk			21130	2563.70	2279.19
Filmtabl 300 mg Ds 60 Stk			21130	3052.40	2735.03
SYMDEKO Filmtabl 100 mg/150 mg + 150 mg 56 Stk	Vertex Pharmaceuticals (CH) GmbH	039900	20914	11065.15	10544.74
TRIKAFTA Filmtabl 50 mg/25 mg/37.5 mg + 75 mg Blist 84 Stk	Vertex Pharmaceuticals (CH) GmbH	039900	21144	14914.20	14296.27
VYNDAQEL Kaps 61 mg Blist 30 Stk	Pfizer AG	019900	21057	9913.50	9422.28
IV.f. Preisänderung nach Patentablauf					
FESOTERODIN-MEPHA Ret Tabl 4 mg Blist 14 Stk	Mepha Pharma AG	050200	21725	18.55	9.02
Ret Tabl 4 mg Blist 84 Stk			21725	76.95	52.66
Ret Tabl 8 mg Blist 14 Stk			21725	19.05	9.45
Ret Tabl 8 mg Blist 84 Stk			21725	80.05	55.38
TASIGNA Kaps 150 mg 112 Stk	Novartis Pharma Schweiz AG	071610	18664	2121.90	1876.76
Kaps 200 mg 28 Stk			18664	1006.15	861.28
Kaps 200 mg 112 Stk			18664	3144.70	2825.01
IV.g. Preismutation bei Erstaufnahme					
TRIKAFTA Filmtabl 100 mg/50 mg/75 mg + 150 mg Blist 84 Stk	Vertex Pharmaceuticals (CH) GmbH	039900	21144	14914.20	14296.27
DEFERASIROX-MEPHA Lactab 90 mg Blist 30 Stk	Mepha Pharma AG	069900	21244	231.60	187.27
Lactab 90 mg Blist 90 Stk			21244	565.15	477.53
Lactab 180 mg Blist 30 Stk			21244	369.35	307.12
Lactab 180 mg Blist 90 Stk			21244	916.35	783.15
Lactab 360 mg Blist 30 Stk			21244	595.20	503.67
Lactab 360 mg Blist 90 Stk			21244	1471.55	1284.35

PRÄPARATE / (Wirkstoffe) Packungen	Verantwortliche Firma	Therap. Gruppe	Dossier Nr.	Preis neu	Ex-Fact. neu
FENTALIS	Sandoz Pharmaceuticals AG	010130			
TTS 25mcg/h 5 Stk			21349	34.55	15.79
TTS 50mcg/h 5 Stk			21349	52.35	31.27
TTS 50mcg/h 10 Stk			21349	81.65	56.76
TTS 75mcg/h 5 Stk			21349	69.15	45.89
TTS 100mcg/h 5 Stk			21349	84.00	58.80

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

V. Limitations-/Indikationsänderung

ANIDULAFUNGIN PFIZER

Pfizer AG

080600

Trockensub 100mg Durchstf 1 Stk

21080

402.65

336.12

Limitation alt

Zur Behandlung von Candidämien und invasiver Candidiasis bei erwachsenen Patienten mit unmittelbar vorausgegangener Azol-Exposition (z. B. Fluconazol). Nicht zur Behandlung von Infektionen durch Aspergillus.

Limitation neu

Zur Behandlung von Candidämien und invasiver Candidiasis bei Patienten ab einem Alter von 1 Monat mit unmittelbar vorausgegangener Azol-Exposition (z. B. Fluconazol). Nicht zur Behandlung von Infektionen durch Aspergillus.

DARZALEX SC

Janssen-Cilag AG

071610

Inj Lös 1800mg/15ml Durchstf 15 ml

21150

5223.20

4850.86

Befristete Limitation bis 30.04.2024

Monotherapie

Nach Kostengutsprache durch den Krankenversicherer nach vorgängiger Konsultation des Vertrauensarztes.

Nur als Monotherapie zur Behandlung von auf die letzte Therapie refraktäre erwachsene 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 einem CD38 Antikörper behandelt wurden oder als Monotherapie zur Behandlung von auf die letzte Therapie refraktäre erwachsene Patienten in der vierten Linie des Multiplen Myeloms bei Patienten, die gegenüber > 1 PI und > 1 IMiD doppel-refraktär waren und noch nie mit einem CD38 Antikörper behandelt wurden.

Nur bis zur Progression der Krankheit.

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 SC 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: 21150.01

Befristete Limitation bis 30.04.2024

DARZALEX SC in Kombination mit Lenalidomid und Dexamethason

Nach Kostengutsprache durch den Krankenversicherer nach vorgängiger Konsultation des Vertrauensarztes.

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

Nur bis zur Progression der Krankheit. DARZALEX SC wird nicht vergütet, wenn die Patienten unter vorgängiger Behandlung mit einem CD38 Antikörper refraktär und/oder rezidivierend waren.

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.

Eine Vergütung von DARZALEX SC kann nur mit einem Lenalidomid Kombinationspartner erfolgen, dessen Limitation die vorliegende Kombinationstherapie explizit auführt. In der Limitierung des Lenalidomid-Kombinationspartners ist festgehalten, ob für das Lenalidomid-Präparat ebenfalls Rückerstattungen einzufordern sind.

Folgender Code ist an den Krankenversicherer zu übermitteln: 21150.02

Befristete Limitation bis 30.04.2024

DARZALEX SC in Kombination mit Bortezomib, Melphalan, und Prednison

Nach Kostengutsprache durch den Krankenversicherer nach vorgängiger Konsultation des Vertrauensarztes.

DARZALEX SC 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 Zulassungsinhaberin erstattet dem Krankenversicherer, bei dem die versicherte Person zum Zeitpunkt des Bezugs versichert war, auf dessen erste Aufforderung hin für jede bezogene Packung DARZALEX SC Inj Lös 1800mg einen Betrag von Fr. 1041.91 auf den Fabrikabgabepreis zurück. Die Mehrwertsteuer kann nicht zusätzlich zu diesem Anteil des Fabrikabgabepreises zurückgefordert werden.

Folgender Code ist an den Krankenversicherer zu übermitteln: 21150.03

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

PRÄPARATE / (Wirkstoffe) Packungen	Verantwortliche Firma	Therap. Gruppe	Dossier Nr.	Preis neu	Ex-Fact. neu
<p>Limitation alt</p> <p>DARZALEX SC in Kombination mit Pomalidomid und Dexamethason</p> <p>Nach Kostengutsprache durch den Krankenversicherer nach vorgängiger Konsultation des Vertrauensarztes.</p> <p>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.</p> <p>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.</p> <p>Die Janssen-Cilag AG gibt dem Krankenversicherer die Höhe der Rückvergütung bekannt.</p> <p>Die Mehrwertsteuer kann nicht zusätzlich zu diesem Anteil des Fabrikabgabepreises zurückgefordert werden.</p> <p>Folgender Code ist an den Krankenversicherer zu übermitteln: 20589.06</p>					
<p>Neue Limitation befristet bis 30.04.2024</p> <p>DARZALEX SC in Kombination mit Pomalidomid und Dexamethason</p> <p>Nach Kostengutsprache durch den Krankenversicherer nach vorgängiger Konsultation des Vertrauensarztes.</p> <p>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.</p> <p>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.</p> <p>Die Janssen-Cilag AG gibt dem Krankenversicherer die Höhe der Rückvergütung bekannt.</p> <p>Die Mehrwertsteuer kann nicht zusätzlich zu diesem Anteil des Fabrikabgabepreises zurückgefordert werden.</p> <p>Folgender Code ist an den Krankenversicherer zu übermitteln: 20589.06</p>					
<p>Befristete Limitation bis 31.07.2025</p> <p>Darzalex in Kombination mit Carfilzomib und Dexamethason (KDd)</p> <p>Nach Kostengutsprache durch den Krankenversicherer nach vorgängiger Konsultation des Vertrauensarztes.</p> <p>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.</p> <p>Nur bis zur Progression der Krankheit.</p> <p>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.</p> <p>Folgender Code ist an den Krankenversicherer zu übermitteln: 20589.07</p>					
ENTRESTO	Novartis Pharma Schweiz AG	020720			
Filmtabl 50 mg 28 Stk			20415	76.55	52.34
Filmtabl 50 mg 56 Stk			20415	136.70	104.69
Filmtabl 100 mg 56 Stk			20415	136.70	104.69
Filmtabl 100 mg 168 Stk			20415	377.30	314.06
Filmtabl 200 mg 56 Stk			20415	136.70	104.69
Filmtabl 200 mg 168 Stk			20415	377.30	314.06
<p>Herzinsuffizienz mit reduzierter Ejektionsfraktion (HFrEF)</p> <p>In geeigneter Kombination mit anderen Therapien für Herzinsuffizienz (z. B. Betablocker, Diuretika und Mineralkortikoidantagonisten) für die Behandlung erwachsener Patienten mit systolischer Herzinsuffizienz der NYHA Klasse II, III oder IV, deren linksventrikuläre Auswurffraktion (LVEF) vor Behandlung mit Entresto \leq 40 % beträgt und welche mit einer stabilen Dosis eines Angiotensin Converting Enzym (ACE)-Hemmers oder Angiotensin Rezeptor-Blockers (ARBs) vorbehandelt worden sind.</p>					

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

EVENTITY

UCB-Pharma SA

079900

Inj Lös 105 mg/1.17ml Fertpen 2 Stk

21107

550.10

464.44

Limitation alt

Befristete Limitation bis 29.02.2024

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

Die Verschreibung von EVENTITY darf nur von einem Facharzt FMH (Endokrinologen oder Rheumatologen) oder einem Spezialisten für Knochenkrankungen vorgenommen werden, der in den für diesen Bereich anerkannten Spitalzentren tätig ist (Spitäler/Institute der Kategorie A, B und C gemäss der Liste der Weiterbildungsstätten der FMH (<http://www.siwf-register.ch>)) und/oder über ein FLS (Fracture Liaison Services) verfügt.

EVENTITY wird vergütet als Monotherapie (mit Ausnahme einer Kalzium- und Vitamin-D Supplementation) zur Behandlung einer schweren Osteoporose bei postmenopausalen Frauen mit:

– **einem imminnten (unmittelbaren) Frakturrisiko** gemäss den SVGO-Empfehlungen 2020, d.h. eine Vorgeschichte einer typischen osteoporotischen Fraktur (Major Osteoporotic Fracture; MOF - Wirbel, Hüfte, Becken oder Humerus), innerhalb der letzten 24 Monate, **in Verbindung mit einem T-Score ≤ -3.5** (gemessen an der Wirbelsäule oder Hüfte)

oder

– **einem sehr hohen Frakturrisiko** gemäss den SVGO-Empfehlungen 2020, d.h. die 10-Jahres Wahrscheinlichkeit einer MOF, bewertet mittels FRAX-Tools muss altersunabhängig mindestens 20% über der Behandlungsschwelle liegen

oder

– einer Vorgeschichte von **mindestens zwei typischen osteoporotischen Frakturen**.

EVENTITY ist bei Patientinnen mit einer Vorgeschichte von Myokardinfarkt oder Schlaganfall kontraindiziert.

Es können maximal 12 Packungen EVENTITY vergütet werden.

Nach Abschluss der 12-monatigen Behandlung muss auf eine antiresorptive Therapie umgestellt werden, um den mit Romosozumab erzielten therapeutischen Nutzen zu verlängern.

Limitation neu

Befristete Limitation bis 30.06.2024

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

Die Verschreibung von EVENTITY darf nur von einem Facharzt FMH (Endokrinologen oder Rheumatologen) oder einem Spezialisten für Knochenkrankungen vorgenommen werden, der in den für diesen Bereich anerkannten Spitalzentren tätig ist (Spitäler/Institute der Kategorie A, B und C gemäss der Liste der Weiterbildungsstätten der FMH (<http://www.siwf-register.ch>)) und/oder über ein FLS (Fracture Liaison Services) verfügt.

EVENTITY wird vergütet als Monotherapie (mit Ausnahme einer Kalzium- und Vitamin-D Supplementation) zur Behandlung einer schweren Osteoporose bei postmenopausalen Frauen mit:

– **einem imminnten (unmittelbaren) Frakturrisiko** gemäss den SVGO-Empfehlungen 2020, d.h. eine Vorgeschichte einer typischen osteoporotischen Fraktur (Major Osteoporotic Fracture; MOF - Wirbel, Hüfte, Becken oder Humerus), innerhalb der letzten 24 Monate, **in Verbindung mit einem T-Score ≤ -3.5** (gemessen an der Wirbelsäule oder Hüfte)

oder

– **einem sehr hohen Frakturrisiko** gemäss den SVGO-Empfehlungen 2020, d.h. die 10-Jahres Wahrscheinlichkeit einer MOF, bewertet mittels FRAX-Tools muss altersunabhängig mindestens 20% über der Behandlungsschwelle liegen

oder

– einer Vorgeschichte von **mindestens zwei typischen osteoporotischen Frakturen**.

EVENTITY ist bei Patientinnen mit einer Vorgeschichte von Myokardinfarkt oder Schlaganfall kontraindiziert.

Es können maximal 12 Packungen EVENTITY vergütet werden.

Nach Abschluss der 12-monatigen Behandlung muss auf eine antiresorptive Therapie umgestellt werden, um den mit Romosozumab erzielten therapeutischen Nutzen zu verlängern.

Auf Aufforderung des Krankenversicherers, bei dem die versicherte Person zum Zeitpunkt des Bezugs versichert war, erstattet die ZulassungsinhaberIn 100% des Fabrikabgabepreises der ersten bezogenen Packung von EVENTITY. Diese Erstattung gilt nur für Patienten, die EVENTITY ab dem 1. März 2024 zum ersten Mal erhalten. Die Mehrwertsteuer kann nicht zusätzlich zu diesem Prozentsatz des Fabrikabgabepreises zurückgefordert werden.

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

ILARIS Inj Lös 150 mg/ml Durchstf 1 ml	Novartis Pharma Schweiz AG	071099	19119	10985.20	10466.84
--	----------------------------	--------	-------	----------	----------

Limitation alt

Cryopyrin-assoziiertes periodisches Syndrom (CAPS):

Nach Kostengutsprache des Krankenversicherers und vorgängiger Konsultation des Vertrauensarztes zur Behandlung von Patienten mit CAPS mit bestätigter Mutation des NLRP3-Gens.

Folgender Code ist an den Krankenversicherer zu übermitteln: 19119.01

Befristete Limitation bis 29.02.2024

Aktive systemische juvenile idiopathische Arthritis (sJIA):

Zur ausschliesslichen Verschreibung in Zentren für Kinderrheumatologie durch Fachärzte der Rheumatologie in Zusammenarbeit mit Fachärzten für Kinder- und Jugendmedizin oder durch Fachärzte für Kinder- und Jugendmedizin mit Weiterbildung im Schwerpunkt pädiatrischer Rheumatologie (Weiterbildung Anhang 10 nach SIWF, FMH). Nach Kostengutsprache durch den Krankenversicherer nach vorgängiger Konsultation des Vertrauensarztes zur Behandlung von aktiver sJIA bei Patienten ab 2 Jahren, welche auf eine vorgängige Therapie mit nicht-steroidalen Antirheumatika (NSAIDs) und systemischen Kortikosteroiden und Tocilizumab unzureichend angesprochen haben.

Die Behandlung mit ILARIS darf ab dem 1.12.2020 nur nach nachgewiesenem ungenügendem Ansprechen auf Tocilizumab oder nach nachgewiesener Unverträglichkeit auf Tocilizumab initiiert werden. Ein dokumentierter Abbruch der Therapie mit Tocilizumab muss für eine Kostengutsprache bei Neueinstellung vorgelegt werden.

In einer Dosierung von maximal 4 mg/kg (bis maximal 300 mg), verabreicht alle 4 Wochen über eine subkutane Injektion. Bei Patienten mit deutlichem initialem Ansprechen und anhaltender Remission von mehr als 24 Wochen unter ILARIS ist eine Reduktion der Dosis auf 2 mg/kg alle 4 Wochen und allenfalls anschliessend ein Absetzen der Therapie mit ILARIS in Erwägung zu ziehen. Patienten mit aktiver sJIA sind im Register JIRcohort (www.jircohort.org) zu erfassen. Voraussetzung für eine Weiterbehandlung nach 6 Monaten ist das dokumentierte Ansprechen auf die Behandlung mit ILARIS. Für eine Weiterbehandlung nach 6 Monaten ist erneut eine Kostengutsprache des Krankenversicherers mit vorgängiger Konsultation des Vertrauensarztes einzuholen.

Folgender Code ist an den Krankenversicherer zu übermitteln: 19119.02

Befristete Limitation bis 29.02.2024

Tumornekrosefaktor-Rezeptor-assoziiertes periodisches Syndrom (TRAPS):

ILARIS ist zur Behandlung von Patienten mit dem Tumornekrosefaktor-Rezeptor-assoziierten periodischen Syndrom (TRAPS) indiziert.

Folgender Code ist an den Krankenversicherer zu übermitteln: 19119.03

Befristete Limitation bis 29.02.2024

Hyperimmunglobulin-D-Syndrom (HIDS)/Mevalonatkinasedefizienz (MKD):

ILARIS ist zur Behandlung von Patienten mit dem Hyperimmunglobulin-D-Syndrom (HIDS)/Mevalonatkinasedefizienz (MKD) indiziert.

Folgender Code ist an den Krankenversicherer zu übermitteln: 19119.04

Befristete Limitation bis 29.02.2024

Familiäres Mittelmeerfieber (FMF):

ILARIS ist für die Behandlung von Patienten mit dem Familiären Mittelmeerfieber (FMF) indiziert, bei welchen eine herkömmliche Therapie kontraindiziert ist, nicht getragen wird oder kein adäquates Ansprechen trotz Verabreichung der höchstverträglichen Dosis erreicht wird.

Folgender Code ist an den Krankenversicherer zu übermitteln: 19119.05

Zur ausschliesslichen Verschreibung in Zentren für Kinderrheumatologie, Rheumatologie, Kinderimmunologie und Immunologie.

Patienten mit TRAPS, HIDS/MKD und FMF sind im Register JIRcohort (www.jircohort.org) zu erfassen.

Limitation neu

Cryopyrin-assoziiertes periodisches Syndrom (CAPS):

Nach Kostengutsprache des Krankenversicherers und vorgängiger Konsultation des Vertrauensarztes zur Behandlung von Patienten mit CAPS mit bestätigter Mutation des NLRP3-Gens.

Folgender Code ist an den Krankenversicherer zu übermitteln: 19119.01

Befristete Limitation bis 31.03.2024

Tumornekrosefaktor-Rezeptor-assoziiertes periodisches Syndrom (TRAPS):

ILARIS ist zur Behandlung von Patienten mit dem Tumornekrosefaktor-Rezeptor-assoziierten periodischen Syndrom (TRAPS) indiziert.

Folgender Code ist an den Krankenversicherer zu übermitteln: 19119.03

Befristete Limitation bis 31.03.2024

Hyperimmunglobulin-D-Syndrom (HIDS)/Mevalonatkinasedefizienz (MKD):

ILARIS ist zur Behandlung von Patienten mit dem Hyperimmunglobulin-D-Syndrom (HIDS)/Mevalonatkinasedefizienz (MKD) indiziert.

Folgender Code ist an den Krankenversicherer zu übermitteln: 19119.04

Befristete Limitation bis 31.03.2024

Familiäres Mittelmeerfieber (FMF):

ILARIS ist für die Behandlung von Patienten mit dem Familiären Mittelmeerfieber (FMF) indiziert, bei welchen eine herkömmliche Therapie kontraindiziert ist, nicht getragen wird oder kein adäquates Ansprechen trotz Verabreichung der höchstverträglichen Dosis erreicht wird.

Folgender Code ist an den Krankenversicherer zu übermitteln: 19119.05

Zur ausschliesslichen Verschreibung in Zentren für Kinderrheumatologie, Rheumatologie, Kinderimmunologie und Immunologie.

Patienten mit TRAPS, HIDS/MKD und FMF sind im Register JIRcohort (www.jircohort.org) zu erfassen.

PRÄPARATE / (Wirkstoffe) Packungen	Verantwortliche Firma	Therap. Gruppe	Dossier Nr.	Preis neu	Ex-Fact. neu
IMNOVID	Bristol-Myers Squibb SA	071640			
Kaps 1 mg 21 Stk			20221	8263.60	7814.18
Kaps 2 mg 21 Stk			20221	8368.15	7916.10
Kaps 3 mg 21 Stk			20221	8472.75	8018.03
Kaps 4 mg 21 Stk			20221	8542.70	8086.21

Nur nach Kostengutsprache durch den Krankenversicherer nach vorgängiger Konsultation des Vertrauensarztes.

Imnovid in Kombination mit Dexamethason ist indiziert zur Behandlung von rezidiviertem und refraktärem Multiplem Myelom (MM) bei Patienten, welche mindestens zwei vorgängige Therapien erhielten (inklusive Lenalidomid und Bortezomib) und welche eine Progredienz zur letzten Therapie gezeigt haben.

Befristete Limitation bis 28.02.2025

Kombination IMNOVID, Elotuzumab und Dexamethason

Nach Kostengutsprache durch den Krankenversicherer nach vorgängiger Konsultation des Vertrauensarztes.

IMNOVID wird in Kombination mit Elotuzumab und Dexamethason zur Behandlung des multiplen Myeloms bei erwachsenen Patienten vergütet, die zuvor mindestens zwei Therapien inklusive Lenalidomid und einen Proteasom-Inhibitor erhalten haben und die Progredienz zur letzten Therapie gezeigt haben.

Die Zulassungsinhaberin erstattet dem Krankenversicherer, bei dem die versicherte Person zum Zeitpunkt des Bezugs versichert war, auf dessen erste Aufforderung hin, für jede bezogene Packung IMNOVID einen festgelegten Anteil des Fabrikabgabepreises zurück. Dieser Rückerstattungsanteil entspricht der Differenz, des wirtschaftlichen Preises und des aktuell gelisteten SL-FAP. Die wirtschaftlichen Preise für IMNOVID sind wie folgt:

- Kaps, 1 mg, 21 Stk. Fr. 7372.51
- Kaps, 2 mg, 21 Stk. Fr. 7468.67
- Kaps, 3 mg, 21 Stk. Fr. 7564.83
- Kaps, 4 mg, 21 Stk. Fr. 7629.17

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

Folgender Code ist an den Krankenversicherer zu übermitteln: 20221.01

Limitation alt

Befristete Limitation bis 28.02.2024

IMNOVID in Kombination mit Daratumumab und Dexamethason

Nach Kostengutsprache durch den Krankenversicherer nach vorgängiger Konsultation des Vertrauensarztes.

IMNOVID wird vergütet in Kombination mit Daratumumab 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 Zulassungsinhaberin vergütet dem Krankenversicherer, bei dem die versicherte Person zum Zeitpunkt des Bezugs versichert war, auf dessen erste Aufforderung hin für jede bezogene Packung IMNOVID einen festgelegten Anteil des Fabrikabgabepreises zurück.

Die Zulassungsinhaberin gibt dem Krankenversicherer die Höhe der Rückvergütung bekannt. Die Mehrwertsteuer kann nicht zusätzlich zu diesem Anteil des Fabrikabgabepreises zurückgefordert werden.

Folgender Code ist an den Krankenversicherer zu übermitteln: 20221.03

Neue Limitation befristet bis 30.04.2024

IMNOVID in Kombination mit Daratumumab und Dexamethason

Nach Kostengutsprache durch den Krankenversicherer nach vorgängiger Konsultation des Vertrauensarztes.

IMNOVID wird vergütet in Kombination mit Daratumumab 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 Zulassungsinhaberin vergütet dem Krankenversicherer, bei dem die versicherte Person zum Zeitpunkt des Bezugs versichert war, auf dessen erste Aufforderung hin für jede bezogene Packung IMNOVID einen festgelegten Anteil des Fabrikabgabepreises zurück.

Die Zulassungsinhaberin gibt dem Krankenversicherer die Höhe der Rückvergütung bekannt. Die Mehrwertsteuer kann nicht zusätzlich zu diesem Anteil des Fabrikabgabepreises zurückgefordert werden.

Folgender Code ist an den Krankenversicherer zu übermitteln: 20221.03

Befristete Limitation bis 31.08.2025

IMNOVID in Kombination mit Isatuximab und Dexamethason

Nach Kostengutsprache durch den Krankenversicherer nach vorgängiger Konsultation des Vertrauensarztes.

IMNOVID wird vergütet in Kombination mit Isatuximab und Dexamethason zur Behandlung des rezidivierten und refraktären multiplen Myeloms bei erwachsenen Patienten, die bereits mindestens zwei vorangegangene Therapielinien erhalten haben, darunter Lenalidomid und ein Proteasom-Inhibitor, und bei denen unter der letzten Therapie eine Krankheitsprogression eingetreten ist.

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

Die Zulassungsinhaberin erstattet dem Krankenversicherer, bei dem die versicherte Person zum Zeitpunkt des Bezugs versichert war, auf dessen erste Aufforderung hin, für jede bezogene Packung IMNOVID einen festgelegten Anteil des Fabrikabgabepreises zurück. Die Zulassungsinhaberin 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: 20221.04

PRÄPARATE / (Wirkstoffe) Packungen	Verantwortliche Firma	Therap. Gruppe	Dossier Nr.	Preis neu	Ex-Fact. neu
KALYDECO	Vertex Pharmaceuticals (CH) GmbH	039900			
Gran 25 mg Btl 56 Stk			21563	12 348.05	11 795.13
Gran 50 mg Btl 56 Stk			21563	12 348.05	11 795.13
Gran 75 mg Btl 56 Stk			21563	12 348.05	11 795.13
Filmtabl 150 mg 56 Stk			20145	12 348.05	11 795.13

Limitation alt

Nach Kostensprache der Versicherer und vorgängiger Evaluation durch den Vertrauensarzt.

Ivacaftor (**Granulat**) als Monotherapie wird vergütet zur Behandlung der zystischen Fibrose (CF, Mukoviszidose) bei Patienten ab 4 Monaten mit einem Körpergewicht von 5 kg bis weniger als 25 kg mit einer R117H-CFTR-Mutation oder einer der folgenden Gating-Mutationen (Klasse III) im CFTR-Gen: G551D, G1244E, G1349D, G178R, G551S, S1251N, S1255P, S549N oder S549R. Die Feststellung der Mutation muss mit einem validierten Testverfahren erfolgen.

Indikationsstellung, Erstverordnung und Therapieüberwachung müssen von einem Zentrum mit Erfahrung in der Behandlung der zystischen Fibrose (Siehe Liste der Swiss Working Group CF; <http://www.sgpp-sspp.ch>) erfolgen.

- Der Therapieverlauf aller behandelten CF-Patienten muss alle 3 Monate im europäischen CF- Register (<https://www.ecfs.eu/ecfspr>) erfasst werden (Lungenfunktion, Dosierung, Compliance, Therapieunterbrüche).
- Bei allen CF-Patienten muss vor Therapie-Beginn eine Bestimmung des Schweiß-Chlorid Levels durchgeführt sowie ein Ausgangswert für FEV1(%) bestimmt werden (= Baseline), sofern die Lungenfunktionsmessung aufgrund des Alters durchführbar ist. Der FEV1(%) -Wert ist spätestens ab einem Alter von 6 Jahren alle drei Monate zu messen.
- Falls keine absolute Steigerung von FEV1(%) von mindestens 5% erreicht wird oder die Lungenfunktionsmessung bei Patienten unterhalb von 6 Jahren nicht durchführbar ist, ist der Schweißstest alle 6 Monate durchzuführen und zu dokumentieren.
- Alle stationären Spital-Aufenthalte sind im Register zu erfassen (Anzahl der Spitaltage).
- Die Anzahl und die Länge aller pulmonalen Exazerbationen sind im Register festzuhalten.
- Bei einer pulmonalen Exazerbation ist die antibiotische Therapie wie folgt zu erfassen: Wirkstoff-Bezeichnung des Antibiotikums; Dauer der Antibiotikatherapie; intravenös vs. peroral vs. inhalativ; stationär vs. ambulanz.

Die CF-Patienten müssen über die folgenden Abbruchkriterien zum Zeitpunkt des Therapiebeginns informiert werden. Die Ivacaftor-Therapie ist zu vergüten, solange die folgenden Kriterien erfüllt sind:

- a) Schweiß-Chlorid Level des Patienten fällt unter 60 mmol/L ODER
- b) der Schweiß-Chlorid Level des Patienten fällt um mindestens 30 % (relativ) im Vergleich zur Baseline ODER
- c) der Patient zeigt eine absolute Verbesserung beim FEV1(%) von mindestens 5 % im Vergleich zur Baseline.

In Fällen, bei denen der Schweiß-Chlorid Baseline Level bereits unter 60 mmol/L liegt, wird der Patient als Responder eingestuft, falls

- a) der Schweiß-Chlorid Level des Patienten um mindestens 30 % (relativ) im Vergleich zur Baseline fällt ODER
- b) der Patient eine andauernde absolute Verbesserung beim FEV1(%) von mindestens 5 % im Vergleich zur Baseline zeigt.

Die Vertex Pharmaceuticals (CH) GmbH vergütet dem Krankenversicherer, resp. der IV, bei dem die versicherte Person zum Zeitpunkt des Bezugs versichert war, auf deren erste Aufforderung hin für jede bezogene Packung KALYDECO einen festgelegten Anteil des Fabrikabgabepreises zurück. Sie gibt dem Krankenversicherer resp. der IV die Höhe der Rückvergütung bekannt. Die Mehrwertsteuer kann nicht zusätzlich zu diesem Anteil des Fabrikabgabepreises zurückgefordert werden.

Kontakt:

Vertex Pharmaceuticals (CH) GmbH

Pricing & Market Access

Baarerstrasse 88, 6300 Zug

E-Mail: PMA-CH@vrtx.com

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

Neue Limitation befristet bis 31.01.2025

Nach Kostengutsprache der Versicherer und vorgängiger Evaluation durch den Vertrauensarzt.

Ivacaftor (**Granulat**) als Monotherapie wird vergütet zur Behandlung der zystischen Fibrose (CF, Mukoviszidose) bei Patienten ab 4 Monaten mit einem Körpergewicht von 5 kg bis weniger als 25 kg mit einer R117H-CFTR-Mutation oder einer der folgenden Gating-Mutationen (Klasse III) im CFTR-Gen: G551D, G1244E, G1349D, G178R, G551S, S1251N, S1255P, S549N oder S549R. Die Feststellung der Mutation muss mit einem validierten Testverfahren erfolgen.

Indikationsstellung, Erstverordnung und Therapieüberwachung müssen von einem Zentrum mit Erfahrung in der Behandlung der zystischen Fibrose (Siehe Liste der Swiss Working Group CF; <http://www.sgpp-sspp.ch>) erfolgen.

- Der Therapieverlauf aller behandelter CF-Patienten muss alle 3 Monate im europäischen CF- Register (<https://www.ecfs.eu/ecfspr>) erfasst werden (Lungenfunktion, Dosierung, Therapieunterbrüche).
- Bei allen CF-Patienten muss vor Therapie-Beginn eine Bestimmung des Schweiß-Chlorid Levels durchgeführt sowie ein Ausgangswert für FEV1(%) bestimmt werden (= Baseline), sofern die Lungenfunktionsmessung aufgrund des Alters durchführbar ist. Der FEV1(%) -Wert ist spätestens ab einem Alter von 6 Jahren alle drei Monate zu messen.
- Falls keine absolute Steigerung von FEV1(%) von mindestens 5 % erreicht wird oder die Lungenfunktionsmessung bei Patienten unterhalb von 6 Jahren nicht durchführbar ist, ist der Schweißstest alle 6 Monate durchzuführen und zu dokumentieren.
- Alle stationären Spital-Aufenthalte sind im Register zu erfassen (Anzahl der Spitaltage).
- Die Anzahl und die Länge aller pulmonalen Exazerbationen sind im Register festzuhalten.
- Bei einer pulmonalen Exazerbation ist die antibiotische Therapie wie folgt zu erfassen: Wirkstoff-Bezeichnung des Antibiotikums; Dauer der Antibiotikatherapie; intravenös vs. peroral vs. inhalativ; stationär vs. ambulant.

Die CF-Patienten müssen über die folgenden Abbruchkriterien zum Zeitpunkt des Therapiebeginns informiert werden. Die Ivacaftor-Therapie ist zu vergüten, solange die folgenden Kriterien erfüllt sind:

- a) Schweiß-Chlorid Level des Patienten fällt unter 60 mmol/L ODER
- b) der Schweiß-Chlorid Level des Patienten fällt um mindestens 30 % (relativ) im Vergleich zur Baseline ODER
- c) der Patient zeigt eine absolute Verbesserung beim FEV1(%) von mindestens 5 % im Vergleich zur Baseline.

In Fällen, bei denen der Schweiß-Chlorid Baseline Level bereits unter 60 mmol/L liegt, wird der Patient als Responder eingestuft, falls

- a) der Schweiß-Chlorid Level des Patienten um mindestens 30 % (relativ) im Vergleich zur Baseline fällt ODER
- b) der Patient eine andauernde absolute Verbesserung beim FEV1(%) von mindestens 5 % im Vergleich zur Baseline zeigt.

Die Vertex Pharmaceuticals (CH) GmbH vergütet dem Krankenversicherer, resp. der IV, bei dem die versicherte Person zum Zeitpunkt des Bezugs versichert war, auf deren erste Aufforderung hin für jede bezogene Packung KALYDECO einen festgelegten Anteil des Fabrikabgabepreises zurück. Sie gibt dem Krankenversicherer resp. der IV die Höhe der Rückvergütung bekannt. Die Mehrwertsteuer kann nicht zusätzlich zu diesem Anteil des Fabrikabgabepreises zurückgefordert werden.

Kontakt:

Vertex Pharmaceuticals (CH) GmbH

Pricing & Market Access

Baarerstrasse 88, 6300 Zug

E-Mail: PMA-CH@vrtx.com

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

Limitation alt

Nach Kostengutsprache der Versicherer und vorgängiger Evaluation durch den Vertrauensarzt.

Ivacaftor (**Filmtabletten**) als Monotherapie wird vergütet zur Behandlung der zystischen Fibrose (CF, Mukoviszidose) bei Patienten ab 6 Jahren mit einem Körpergewicht von mindestens 25 kg mit einer R117H-CFTR-Mutation oder einer der folgenden Gating-Mutationen (Klasse III) im CFTR-Gen: G551D, G1244E, G1349D, G178R, G551S, S1251N, S1255P, S549N oder S549R.

Indikationsstellung, Erstverordnung und Therapieüberwachung müssen von einem Zentrum mit Erfahrung in der Behandlung der zystischen Fibrose (Siehe Liste der Swiss Working Group CF; <http://www.sgpp-sspp.ch>) erfolgen.

- Der Therapieverlauf aller behandelten CF-Patienten muss alle 3 Monate im europäischen CF-Register (<https://www.ecfs.eu/ecfspr>) erfasst werden (Lungenfunktion, Dosierung, Compliance, Therapieunterbrüche).
- Bei allen CF-Patienten muss vor Therapie-Beginn eine Bestimmung des Schweiß-Chlorid Levels durchgeführt sowie ein Ausgangswert für FEV1(%) bestimmt werden (= Baseline).
- Das FEV1(%) ist während der Ivacaftor-Therapie alle drei Monate zu messen.
- Falls keine absolute Steigerung von FEV1(%) von mindestens 5% erreicht wird, ist der Schweißstest alle 6 Monate durchzuführen und zu dokumentieren.
- Alle stationären Spital-Aufenthalte sind im Register zu erfassen (Anzahl der Spitaltage).
- Die Anzahl und die Länge aller pulmonalen Exazerbationen sind im Register festzuhalten.
- Bei einer pulmonalen Exazerbation ist die antibiotische Therapie wie folgt zu erfassen: Wirkstoff-Bezeichnung des Antibiotikums; Dauer der Antibiotikatherapie; intravenös vs. peroral vs. inhalativ; stationär vs. ambulanz.

Die CF-Patienten müssen über die folgenden Abbruchkriterien zum Zeitpunkt des Therapiebeginns informiert werden. Die Ivacaftor-Therapie ist zu vergüten, solange die folgenden Kriterien erfüllt sind:

- a) Schweiß-Chlorid Level des Patienten fällt unter 60 mmol/L ODER
- b) der Schweiß-Chlorid Level des Patienten fällt um mindestens 30% (relativ) im Vergleich zur Baseline ODER
- c) der Patient zeigt eine absolute Verbesserung beim FEV1(%) von mindestens 5% im Vergleich zur Baseline.

In Fällen, bei denen der Schweiß-Chlorid Baseline Level bereits unter 60 mmol/L liegt, wird der Patient als Responder eingestuft, falls

- a) der Schweiß-Chlorid Level des Patienten um mindestens 30% (relativ) im Vergleich zur Baseline fällt ODER
- b) der Patient eine andauernde absolute Verbesserung beim FEV1(%) von mindestens 5% im Vergleich zur Baseline zeigt.

Die Vertex Pharmaceuticals (CH) GmbH vergütet dem Krankenversicherer, resp. der IV, bei dem die versicherte Person zum Zeitpunkt des Bezugs versichert war, auf deren erste Aufforderung hin für jede bezogene Packung KALYDECO einen festgelegten Anteil des Fabrikabgabepreises zurück. Sie gibt dem Krankenversicherer resp. der IV die Höhe der Rückvergütung bekannt. Die Mehrwertsteuer kann nicht zusätzlich zu diesem Anteil des Fabrikabgabepreises zurückgefordert werden.

Kontakt:

Vertex Pharmaceuticals (CH) GmbH

Pricing & Market Access

Baarerstrasse 88, 6300 Zug

E-Mail: PMA-CH@vrtx.com

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

Neue Limitation befristet bis 31.01.2025

Nach Kostengutsprache der Versicherer und vorgängiger Evaluation durch den Vertrauensarzt.

Ivacaftor (**Filmtabletten**) als Monotherapie wird vergütet zur Behandlung der zystischen Fibrose (CF, Mukoviszidose) bei Patienten ab 6 Jahren mit einem Körpergewicht von mindestens 25 kg mit einer R117H-CFTR-Mutation oder einer der folgenden Gating-Mutationen (Klasse III) im CFTR-Gen: G551D, G1244E, G1349D, G178R, G551S, S1251N, S1255P, S549N oder S549R.

Indikationsstellung, Erstverordnung und Therapieüberwachung müssen von einem Zentrum mit Erfahrung in der Behandlung der zystischen Fibrose (Siehe Liste der Swiss Working Group CF; <http://www.sgpp-sspp.ch>) erfolgen.

- Der Therapieverlauf aller behandelter CF-Patienten muss alle 3 Monate im europäischen CF-Register (<https://www.ecfs.eu/ecfspr>) erfasst werden (Lungenfunktion, Dosierung, Therapieunterbrüche).
- Bei allen CF-Patienten muss vor Therapie-Beginn eine Bestimmung des Schweiß-Chlorid Levels durchgeführt sowie ein Ausgangswert für FEV1(%) bestimmt werden (= Baseline).
- Das FEV1(%) ist während der Ivacaftor-Therapie alle drei Monate zu messen.
- Falls keine absolute Steigerung von FEV1(%) von mindestens 5 % erreicht wird, ist der Schweißstest alle 6 Monate durchzuführen und zu dokumentieren.
- Alle stationären Spital-Aufenthalte sind im Register zu erfassen (Anzahl der Spitaltage).
- Die Anzahl und die Länge aller pulmonalen Exazerbationen sind im Register festzuhalten.
- Bei einer pulmonalen Exazerbation ist die antibiotische Therapie wie folgt zu erfassen: Wirk-stoff-Bezeichnung des Antibiotikums; Dauer der Antibiotikatherapie; intravenös vs. peroral vs. inhalativ; stationär vs. ambulant.

Die CF-Patienten müssen über die folgenden Abbruchkriterien zum Zeitpunkt des Therapiebeginns informiert werden. Die Ivacaftor-Therapie ist zu vergüten, solange die folgenden Kriterien erfüllt sind:

- a) Schweiß-Chlorid Level des Patienten fällt unter 60 mmol/L ODER
- b) der Schweiß-Chlorid Level des Patienten fällt um mindestens 30 % (relativ) im Vergleich zur Baseline ODER
- c) der Patient zeigt eine absolute Verbesserung beim FEV1(%) von mindestens 5 % im Vergleich zur Baseline.

In Fällen, bei denen der Schweiß-Chlorid Baseline Level bereits unter 60 mmol/L liegt, wird der Patient als Responder eingestuft, falls

- a) der Schweiß-Chlorid Level des Patienten um mindestens 30 % (relativ) im Vergleich zur Baseline fällt ODER
- b) der Patient eine andauernde absolute Verbesserung beim FEV1(%) von mindestens 5 % im Vergleich zur Baseline zeigt.

Die Vertex Pharmaceuticals (CH) GmbH vergütet dem Krankenversicherer, resp. der IV, bei dem die versicherte Person zum Zeitpunkt des Bezugs versichert war, auf deren erste Aufforderung hin für jede bezogene Packung KALYDECO einen festgelegten Anteil des Fabrikabgabepreises zurück. Sie gibt dem Krankenversicherer resp. der IV die Höhe der Rückvergütung bekannt. Die Mehrwertsteuer kann nicht zusätzlich zu diesem Anteil des Fabrikabgabepreises zurückgefordert werden.

Kontakt:

Vertex Pharmaceuticals (CH) GmbH

Pricing & Market Access

Baarerstrasse 88, 6300 Zug

E-Mail: PMA-CH@vrtx.com

PRÄPARATE / (Wirkstoffe) Packungen	Verantwortliche Firma	Therap. Gruppe	Dossier Nr.	Preis neu	Ex-Fact. neu
ORKAMBI	Vertex Pharmaceuticals (CH) GmbH	039900			
Filmtabl 100 mg/125 mg (ab 6 J.) 112 Stk			20543	10 191.95	9693.66
Filmtabl 200 mg/125 mg (ab 12 J.) 112 Stk			20543	10 191.95	9693.66
Gran 100 mg/125 mg (ab 2 J.) Btl 56 Stk			21561	10 191.95	9693.66
Gran 150 mg/188 mg (ab 2 J.) Btl 56 Stk			21561	10 191.95	9693.66

Limitation alt

Nach Kostengutsprache des Versicherers und vorgängiger Evaluation durch den Vertrauensarzt zur Behandlung von Patienten mit zystischer Fibrose (CF) ab 2 Jahren, die homozygot für die F508del-Mutation im CFTR-Gen sind.

Die Feststellung der Mutation muss mit einem validierten Testverfahren erfolgen.

Indikationsstellung, Erstverordnung von ORKAMBI und Therapieüberwachung müssen von einem Zentrum mit Erfahrung in der Behandlung der zystischen Fibrose (Siehe Liste der Swiss Working Group CF; <http://www.sgpp-sspp.ch>) erfolgen.

Einsatz nur bei Patientinnen und Patienten mit

- Diätberatung vor Therapiebeginn **UND**
- bestehender und fortzusetzender Atemphysiotherapie und Inhalationstherapie **UND**
- einem FEV1 < 90 % vor Behandlungsbeginn **ODER**
- mehrmaligen pulmonalen Exazerbationen pro Jahr **ODER**
- regelmässigen Antibiotikabehandlungen **ODER**
- einer mittels bildgebenden Verfahren (CT oder MRT) nachgewiesenen Schädigung der Lunge vor Therapiebeginn.

Der Therapieverlauf aller mit ORKAMBI behandelten CF-Patienten muss alle 3 Monate im europäischen CF-Register (<https://www.ecfs.eu/ecfspr>) erfasst werden (Lungenfunktion, Dosierung, Compliance, Therapieunterbrüche):

Für alle Patienten:

- Bei allen Patienten muss vor Therapie-Beginn ein Ausgangswert für den Schweißchlorid-Level bestimmt werden. Diese Messung ist einmal nach 3 Monaten zu wiederholen und die Werte sind im Register zu erfassen.
- Alle stationären Spital-Aufenthalte sind im Register zu erfassen (Anzahl der Spitaltage).
- Die Anzahl und die Dauer aller pulmonalen Exazerbationen sind im Register festzuhalten.
- Bei einer pulmonalen Exazerbation ist die antibiotische Therapie wie folgt zu erfassen: Wirkstoff-Bezeichnung des Antibiotikums; Dauer der Antibiotikatherapie; intravenös vs. peroral vs. inhalativ; stationär vs. ambulant.
- Pulmonale Exazerbationen und der Antibiotikabedarf sind alle 6 Monate nach Therapiebeginn zu dokumentieren.
- Bei einem Therapieabbruch ist der Grund für den Abbruch anzugeben.

Zusätzlich ist in Abhängigkeit vom Alter Folgendes zu erfassen.

2-5 Jahre:

- Bei allen CF-Patienten muss vor Therapie-Beginn ein Ausgangswert für FEV1 (%) und/oder LCl_{2,5} bestimmt werden, wenn die Messung aufgrund des Alters durchführbar ist. Ein LCl_{2,5} ist spätestens ab einem Alter von 3 Jahren zu messen.
- Die Anzahl pulmonaler Exazerbationen vor der Therapie ist anzugeben.
- Das FEV1 (%) und/oder LCl_{2,5} ist während der Therapie alle drei Monate zu messen.

6-11 Jahre:

- Bei allen CF-Patienten muss vor Therapie-Beginn ein Ausgangswert für FEV1 (%) und/oder LCl_{2,5} bestimmt werden.
- Die Anzahl pulmonaler Exazerbationen in den 2 Jahren vor der Therapie ist anzugeben.
- Das FEV1 (%) und/oder LCl_{2,5} ist während der Therapie alle drei Monate zu messen.

Ab 12 Jahre:

- Bei allen CF-Patienten muss vor Therapie-Beginn ein Ausgangswert für FEV1 (%) bestimmt werden.
- Die Anzahl pulmonaler Exazerbationen in den 2 Jahren vor der Therapie ist anzugeben.
- Das FEV1 (%) ist während der Therapie alle drei Monate zu messen.

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

Die Therapie darf nach 6 und 12 Monaten nur fortgeführt werden, wenn

- keine anhaltende Verschlechterung der Lungenfunktion gegenüber dem Ausgangswert (FEV1 (%) und / oder LCl_{2,5}) ODER
- eine Reduktion der Anzahl klinisch relevanter pulmonaler Exazerbationen (mit Hospitalisation, i. v. Antibiotikatherapie) eintritt, sofern vor der Therapie mit ORKAMBI klinisch relevante pul-monale Exazerbationen aufgetreten sind. In den Fällen ohne klinisch relevante pulmonale Exazerbationen vor der ORKAMBI-Therapie dürfen diese für ein Weiterführen der Therapie nicht eintreten.

Die Vertex Pharmaceuticals (CH) GmbH vergütet dem Versicherer, bei dem die versicherte Person zum Zeitpunkt des Bezugs versichert war resp. der IV, auf deren erste Aufforderung hin für jede bezogene Packung ORKAMBI einen festgelegten Anteil des Fabrikabgabepreises zurück. Sie gibt dem Krankenversicherer die Höhe der Rückvergütung bekannt. Die Mehrwertsteuer kann nicht zusätzlich zu diesem Anteil des Fabrikabgabepreises zurückgefordert werden.

Kontakt:

Vertex Pharmaceuticals (CH) GmbH
Pricing & Market Access
Baarerstrasse 88, 6300 Zug
E-Mail: PMA-CH@vrtx.com

Neue Limitation befristet bis 28.02.2027

Nach Kostengutsprache des Versicherers und vorgängiger Evaluation durch den Vertrauensarzt zur Behandlung von Patienten mit zystischer Fibrose (CF) ab 2 Jahren, die homozygot für die F508del-Mutation im CFTR-Gen sind.

Die Feststellung der Mutation muss mit einem validierten Testverfahren erfolgen.

Indikationsstellung, Erstverordnung von ORKAMBI und Therapieüberwachung müssen von einem Zentrum mit Erfahrung in der Behandlung der zystischen Fibrose (Siehe Liste der Swiss Working Group CF; <http://www.sgpp-sspp.ch>) erfolgen.

Einsatz nur bei Patientinnen und Patienten mit

- Diätberatung vor Therapiebeginn **UND**
- bestehender und fortzusetzender Atemphysiotherapie und Inhalationstherapie **UND**
- einem FEV1 < 90 % vor Behandlungsbeginn **ODER**
- mehrmaligen pulmonalen Exazerbationen pro Jahr **ODER**
- regelmässigen Antibiotikabehandlungen **ODER**
- einer mittels bildgebenden Verfahren (CT oder MRT) nachgewiesenen Schädigung der Lunge vor Therapiebeginn.

Der Therapieverlauf aller mit ORKAMBI behandelten CF-Patienten muss alle 3 Monate im europäischen CF-Register (<https://www.ecfs.eu/ecfspr>) erfasst werden (Lungenfunktion, Dosierung, Therapieunterbrüche):

Für alle Patienten:

- Bei allen Patienten muss vor Therapie-Beginn ein Ausgangswert für den Schweisschlorid-Level bestimmt werden. Diese Messung ist einmal nach 3 Monaten zu wiederholen und die Werte sind im Register zu erfassen.
- Alle stationären Spital-Aufenthalte sind im Register zu erfassen (Anzahl der Spitaltage).
- Die Anzahl und die Dauer aller pulmonalen Exazerbationen sind im Register festzuhalten.
- Bei einer pulmonalen Exazerbation ist die antibiotische Therapie wie folgt zu erfassen: Wirkstoff-Bezeichnung des Antibiotikums; Dauer der Antibiotikatherapie; intravenös vs. peroral vs. inhalativ; stationär vs. ambulant.
- Pulmonale Exazerbationen und der Antibiotikabedarf sind alle 6 Monate nach Therapiebeginn zu dokumentieren.
- Bei einem Therapieabbruch ist der Grund für den Abbruch anzugeben.

Zusätzlich ist in Abhängigkeit vom Alter Folgendes zu erfassen.

2–5 Jahre:

- Bei allen CF-Patienten muss vor Therapie-Beginn ein Ausgangswert für FEV1 (%) und/oder LCl_{2,5} bestimmt werden, wenn die Messung aufgrund des Alters durchführbar ist. Ein LCl_{2,5} ist spätestens ab einem Alter von 3 Jahren zu messen.
- Die Anzahl pulmonaler Exazerbationen vor der Therapie ist anzugeben.
- Das FEV1 (%) und/oder LCl_{2,5} ist während der Therapie alle drei Monate zu messen.

6–11 Jahre:

- Bei allen CF-Patienten muss vor Therapie-Beginn ein Ausgangswert für FEV1 (%) und/oder LCl_{2,5} bestimmt werden.
- Die Anzahl pulmonaler Exazerbationen in den 2 Jahren vor der Therapie ist anzugeben.
- Das FEV1 (%) und/oder LCl_{2,5} ist während der Therapie alle drei Monate zu messen.

Ab 12 Jahre:

- Bei allen CF-Patienten muss vor Therapie-Beginn ein Ausgangswert für FEV1 (%) bestimmt werden.
- Die Anzahl pulmonaler Exazerbationen in den 2 Jahren vor der Therapie ist anzugeben.
- Das FEV1 (%) ist während der Therapie alle drei Monate zu messen.

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

Die Therapie ist nach 6 und 12 Monaten und anschliessend jeweils nach 12 Monaten zu prüfen und nur fortzuführen, wenn

- keine anhaltende Verschlechterung der Lungenfunktion gegenüber dem Ausgangswert (FEV1 (%) und / oder LCI_{2,5}) ODER
- eine Reduktion der Anzahl klinisch relevanter pulmonaler Exazerbationen (mit Hospitalisation, i. v. Antibiotikatherapie) eintritt, sofern vor der Therapie mit ORKAMBI klinisch relevante pul-monale Exazerbationen aufgetreten sind. In den Fällen ohne klinisch relevante pulmonale Exazerbationen vor der ORKAMBI-Therapie dürfen diese für ein Weiterführen der Therapie nicht eintreten.

Die Vertex Pharmaceuticals (CH) GmbH vergütet dem Versicherer, bei dem die versicherte Person zum Zeitpunkt des Bezugs versichert war resp. der IV, auf deren erste Aufforderung hin für jede bezogene Packung ORKAMBI einen festgelegten Anteil des Fabrikabgabepreises zurück. Sie gibt dem Krankenversicherer die Höhe der Rückvergütung bekannt. Die Mehrwertsteuer kann nicht zusätzlich zu diesem Anteil des Fabrikabgabepreises zurückgefordert werden.

Kontakt:

Vertex Pharmaceuticals (CH) GmbH
Pricing & Market Access
Baarerstrasse 88, 6300 Zug
E-Mail: PMA-CH@vrtx.com

RUBRACA	mmpharm GmbH	071610			
Filmtabl 200 mg Ds 60 Stk			21130	2063.25	1823.35
Filmtabl 250 mg Ds 60 Stk			21130	2563.70	2279.19
Filmtabl 300 mg Ds 60 Stk			21130	3052.40	2735.03

Limitation alt

Nur nach Verordnung durch einen Facharzt der Gynäkologie oder Onkologie und nach Kostengutsprache durch den Krankenversicherer nach vorgängiger Konsultation des Vertrauensarztes zur Monotherapie im Sinne einer Erhaltungstherapie bei erwachsenen Patientinnen mit fortgeschrittenem, platinsensitivem, rezidiertem, high-grade (hochgradig entdifferenziertem) serösem Ovarial-, Eileiter- oder primärem Peritoneal-Karzinom, im Anschluss an eine platinbasierte Chemotherapie bei Vorliegen einer vollständigen oder partiellen Remission unter folgenden Voraussetzungen:

- ≥2 platinbasierte Chemotherapien, letzte platinhaltige Chemotherapie mit ≥4 Zyklen.
 - Nach der letzten Behandlung muss die Patientin ein CA-125 < ULN aufgewiesen haben.
- Keine vorangehende Behandlung/Erhaltungstherapie mit PARP-Inhibitoren. Hiervon ausgenommen ist ein verträglichkeitsbedingter Wechsel in derselben Behandlungslinie auf einen anderen PARP-Inhibitor.

Die Behandlung erfolgt bis zur Progression.

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

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

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

Neue Limitation befristet bis 28.02.2027

Nur nach Verordnung durch einen Facharzt der Gynäkologie oder Onkologie und nach Kostengutsprache durch den Krankenversicherer nach vorgängiger Konsultation des Vertrauensarztes zur Monotherapie im Sinne einer Erhaltungstherapie bei erwachsenen Patientinnen mit BRCA-mutiertem fortgeschrittenem, platinsensitivem, rezidiertem, high-grade (hochgradig entdifferenziertem) serösem Ovarial-, Eileiter- oder primärem Peritoneal-Karzinom, im Anschluss an eine platinbasierte Chemotherapie bei Vorliegen einer vollständigen oder partiellen Remission unter folgenden Voraussetzungen:

- ≥2 platinbasierte Chemotherapien, letzte platinhaltige Chemotherapie mit ≥4 Zyklen.
 - Nach der letzten Behandlung muss die Patientin ein CA-125 < ULN aufgewiesen haben.
- Keine vorangehende Behandlung/Erhaltungstherapie mit PARP-Inhibitoren. Hiervon ausgenommen ist ein verträglichkeitsbedingter Wechsel in derselben Behandlungslinie auf einen anderen PARP-Inhibitor.

Die Behandlung erfolgt bis zur Progression.

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

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

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

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

SYMDEKO

Filmtabl 100 mg/150 mg + 150 mg
56 Stk

Vertex Pharmaceuticals (CH)
GmbH

039900

20914

11065.15

10544.74

Limitation alt

Nach Kostengutsprache der Versicherer und vorgängiger Evaluation durch den Vertrauensarzt zur Behandlung von Patienten mit zystischer Fibrose (CF) ab 12 Jahren die homozygot für die F508del-Mutation sind oder heterozygot für die F508del-Mutation und eine der folgenden Mutationen im CFTR-Gen (Cystic Fibrosis Transmembrane Conductance Regulator) aufweisen: P67L, R117C, L206W, R352Q, A455E, D579G, 711+3A→G, S945L, S977F, R1070W, D1152H, 2789+5G→A, 3272-26A→G ou 3849+10kbC→T.

Die Feststellung der Mutation muss mit einem validierten Testverfahren erfolgen.

Die Indikationsstellung, Erstverordnung von SYMDEKO und die Therapieüberwachung müssen von einem Zentrum mit Erfahrung in der Behandlung der zystischen Fibrose (Siehe Liste der Swiss Working Group CF; <http://www.sgpp-sspp.ch>) erfolgen.

Einsatz nur bei Patienten mit

- Diätberatung vor Therapiebeginn **UND**
- bestehender und fortzusetzender Atemphysiotherapie und Inhalationstherapie **UND**
- einem FEV1 < 90 % vor Behandlungsbeginn **ODER**
- mehrmaligen pulmonalen Exazerbationen pro Jahr **ODER**
- regelmässigen Antibiotikabehandlungen **ODER**
- einer mittels bildgebenden Verfahren (CT oder MRT) nachgewiesenen Schädigung der Lunge vor Therapiebeginn.

Der Therapieverlauf aller mit SYMDEKO behandelte CF-Patienten muss alle 3 Monate im europäischen CF-Register (<https://www.ecfs.eu/ecfspr>) erfasst werden (Lungenfunktion, Dosierung, Compliance, Therapieunterbrüche):

- Bei allen Patienten muss vor Therapie-Beginn ein Ausgangswert für FEV1 (%) bestimmt werden.
- Bei allen Patienten muss vor Therapie-Beginn ein Ausgangswert für den Schweißchlorid-Level bestimmt werden. Diese Messung ist einmal nach 3 Monaten zu wiederholen und die Werte sind im Register zu erfassen.
- Die Anzahl pulmonaler Exazerbationen in den 2 Jahren vor der Therapie ist anzugeben.
- Das FEV1 (%) ist während der Therapie alle drei Monate zu messen.
- Alle stationären Spital-Aufenthalte sind im Register zu erfassen (Anzahl der Spitaltage).
- Die Anzahl und die Dauer aller pulmonalen Exazerbationen sind im Register festzuhalten.
- Bei einer pulmonalen Exazerbation ist die antibiotische Therapie wie folgt zu erfassen: Wirkstoff-Bezeichnung des Antibiotikums; Dauer der Antibiotikatherapie; intravenös vs. peroral vs. inhalativ; stationär vs. ambulant.
- Pulmonale Exazerbationen und der Antibiotikabedarf sind alle 6 Monate nach Therapiebeginn zu dokumentieren.
- Bei einem Therapieabbruch ist der Grund für den Abbruch anzugeben.

Die Therapie ist nach 6 und 12 Monaten nur fortzuführen, wenn

- keine anhaltende Verschlechterung der Lungenfunktion gegenüber dem Ausgangswert

ODER

- eine Reduktion der Anzahl klinisch relevanter pulmonaler Exazerbationen (mit Hospitalisation, i. v. Antibiotikatherapie) eintritt.

Die Vertex Pharmaceuticals (CH) GmbH vergütet dem Krankenversicherer, bei dem die versicherte Person zum Zeitpunkt des Bezugs versichert war resp. der IV, auf deren erste Aufforderung hin für jede bezogene Packung SYMDEKO einen festgelegten Anteil des Fabrikabgabepreises zurück. Sie gibt dem Krankenversicherer die Höhe der Rückvergütung bekannt. Die Mehrwertsteuer kann nicht zusätzlich zu diesem Anteil des Fabrikabgabepreises zurückgefordert werden.

Kontakt:

Vertex Pharmaceuticals (CH) GmbH

Pricing & Market Access

Baarerstrasse 88, 6300 Zug

E-Mail: PMA-CH@vrtx.com

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

Neue Limitation befristet bis 28.02.2027

Nach Kostengutsprache der Versicherer und vorgängiger Evaluation durch den Vertrauensarzt zur Behandlung von Patienten mit zystischer Fibrose (CF) ab 12 Jahren die homozygot für die F508del-Mutation sind oder heterozygot für die F508del-Mutation und eine der folgenden Mutationen im CFTR-Gen (Cystic Fibrosis Transmembrane Conductance Regulator) aufweisen: P67L, R117C, L206W, R352Q, A455E, D579G, 711+3A→G, S945L, S977F, R1070W, D1152H, 2789+5G→A, 3272-26A→G ou 3849+10kbC→T.

Die Feststellung der Mutation muss mit einem validierten Testverfahren erfolgen.

Die Indikationsstellung, Erstverordnung von SYMDEKO und die Therapieüberwachung müssen von einem Zentrum mit Erfahrung in der Behandlung der zystischen Fibrose (Siehe Liste der Swiss Working Group CF; <http://www.sgpp-spp.ch>) erfolgen.

Einsatz nur bei Patienten mit

- Diätberatung vor Therapiebeginn **UND**
- bestehender und fortzusetzender Atemphysiotherapie und Inhalationstherapie **UND**
- einem FEV1 < 90% vor Behandlungsbeginn **ODER**
- mehrmaligen pulmonalen Exazerbationen pro Jahr **ODER**
- regelmässigen Antibiotikabehandlungen **ODER**
- einer mittels bildgebenden Verfahren (CT oder MRT) nachgewiesenen Schädigung der Lunge vor Therapiebeginn.

Der Therapieverlauf aller mit SYMDEKO behandelte CF-Patienten muss alle 3 Monate im europäischen CF-Register (<https://www.ecfs.eu/ecfspr>) erfasst werden (Lungenfunktion, Dosierung, Therapieunterbrüche):

- Bei allen Patienten muss vor Therapie-Beginn ein Ausgangswert für FEV1 (%) bestimmt werden.
- Bei allen Patienten muss vor Therapie-Beginn ein Ausgangswert für den Schweisschlorid-Level bestimmt werden. Diese Messung ist einmal nach 3 Monaten zu wiederholen und die Werte sind im Register zu erfassen.
- Die Anzahl pulmonaler Exazerbationen in den 2 Jahren vor der Therapie ist anzugeben.
- Das FEV1 (%) ist während der Therapie alle drei Monate zu messen.
- Alle stationären Spital-Aufenthalte sind im Register zu erfassen (Anzahl der Spitaltage).
- Die Anzahl und die Dauer aller pulmonalen Exazerbationen sind im Register festzuhalten.
- Bei einer pulmonalen Exazerbation ist die antibiotische Therapie wie folgt zu erfassen: Wirkstoff-Bezeichnung des Antibiotikums; Dauer der Antibiotikatherapie; intravenös vs. peroral vs. inhalativ; stationär vs. ambulant.
- Pulmonale Exazerbationen und der Antibiotikabedarf sind alle 6 Monate nach Therapiebeginn zu dokumentieren.
- Bei einem Therapieabbruch ist der Grund für den Abbruch anzugeben.

Die Therapie ist nach 6 und 12 Monaten und anschliessend jeweils nach 12 Monaten zu prüfen und nur fortzuführen, wenn

- keine anhaltende Verschlechterung der Lungenfunktion gegenüber dem Ausgangswert **ODER**
- eine Reduktion der Anzahl klinisch relevanter pulmonaler Exazerbationen (mit Hospitalisation, i. v. Antibiotikatherapie) eintritt.

Die Vertex Pharmaceuticals (CH) GmbH vergütet dem Krankenversicherer, bei dem die versicherte Person zum Zeitpunkt des Bezugs versichert war resp. der IV, auf deren erste Aufforderung hin für jede bezogene Packung SYMDEKO einen festgelegten Anteil des Fabrikabgabepreises zurück. Sie gibt dem Krankenversicherer die Höhe der Rückvergütung bekannt. Die Mehrwertsteuer kann nicht zusätzlich zu diesem Anteil des Fabrikabgabepreises zurückgefordert werden.

Kontakt:

Vertex Pharmaceuticals (CH) GmbH
Pricing & Market Access
Baarerstrasse 88, 6300 Zug
E-Mail: PMA-CH@vrtx.com

PRÄPARATE / (Wirkstoffe) Packungen	Verantwortliche Firma	Therap. Gruppe	Dossier Nr.	Preis neu	Ex-Fact. neu
TRIKAFTA Filmtabl 50 mg/25 mg/37.5 mg + 75 mg Blist 84 Stk	Vertex Pharmaceuticals (CH) GmbH	039900	21144	14914.20	14296.27
Filmtabl 100 mg/50 mg/75 mg + 150 mg Blist 84 Stk			21144	14914.20	14296.27

50 mg/25 mg/37.5 mg + 75 mg

Limitation alt

Nach Kostengutsprache der Versicherer und vorgängiger Evaluation durch den Vertrauensarzt.

Zur Behandlung von Patienten mit zystischer Fibrose (CF) ab 6–11 Jahren, die mindestens eine F508del-Mutation im CFTR-Gen (Cystic Fibrosis Transmembrane Conductance Regulator) aufweisen.

Die Indikationsstellung, Erstverordnung und die Therapieüberwachung müssen von einem Zentrum mit Erfahrung in der Behandlung der zystischen Fibrose (Siehe Liste der Swiss Working Group CF; <http://www.sgpp-sspp.ch>) erfolgen.

Der Therapieverlauf aller mit TRIKAFTA behandelter CF-Patienten muss alle 3 Monate im europäischen CF-Register (<https://www.ecfs.eu/ecfspr>) erfasst werden (Lungenfunktion, Dosierung, Compliance, Therapieunterbrüche):

- Bei allen Patienten muss vor Therapie-Beginn ein Ausgangswert für FEV1 (%) bestimmt werden.
- Bei allen Patienten muss vor Therapie-Beginn ein Ausgangswert für den Schweißchlorid-Level bestimmt werden. Diese Messung ist einmal nach 3 Monaten zu wiederholen und die Werte sind im Register zu erfassen.
- Die Anzahl pulmonaler Exazerbationen in den 2 Jahren vor der Therapie ist anzugeben.
- Das FEV1 (%) ist während der Therapie alle drei Monate zu messen.
- Alle stationären Spital-Aufenthalte sind im Register zu erfassen (Anzahl der Spittage).
- Die Anzahl und die Dauer aller pulmonalen Exazerbationen sind im Register festzuhalten.
- Bei einer pulmonalen Exazerbation ist die antibiotische Therapie wie folgt zu erfassen: Wirkstoff-Bezeichnung des Antibiotikums; Dauer der Antibiotikatherapie; intravenös vs. peroral vs. inhalativ; stationär vs. ambulant.
- Pulmonale Exazerbationen und der Antibiotikabedarf sind alle 6 Monate nach Therapiebeginn zu dokumentieren.
- Bei einem Therapieabbruch ist der Grund für den Abbruch anzugeben.

Die Therapie ist nach 6 und 12 Monaten nur fortzuführen, wenn

- keine anhaltende Verschlechterung der Lungenfunktion gegenüber dem Ausgangswert **ODER**
- eine Reduktion der Anzahl klinisch relevanter pulmonaler Exazerbationen (mit Hospitalisation, i. v. Antibiotikatherapie) eintritt.

Die Vertex Pharmaceuticals (CH) GmbH vergütet dem Krankenversicherer, bei dem die versicherte Person zum Zeitpunkt des Bezugs versichert war, resp. der IV, auf deren erste Aufforderung hin für jede bezogene Packung einen festgelegten Anteil des Fabrikabgabepreises zurück. Sie gibt dem Krankenversicherer die Höhe der Rückvergütung bekannt. Die Mehrwertsteuer kann nicht zusätzlich zu diesem Anteil des Fabrikabgabepreises zurückgefordert werden.

Kontakt:

Vertex Pharmaceuticals (CH) GmbH
Pricing & Market Access
Baarerstrasse 88, 6300 Zug
E-Mail: PMA-CH@vrtx.com

Neue Limitation befristet bis 31.01.2025

Nach Kostengutsprache der Versicherer und vorgängiger Evaluation durch den Vertrauensarzt.

Zur Behandlung von Patienten mit zystischer Fibrose (CF) ab 6–11 Jahren, die mindestens eine F508del-Mutation im CFTR-Gen (Cystic Fibrosis Transmembrane Conductance Regulator) aufweisen.

Die Indikationsstellung, Erstverordnung und die Therapieüberwachung müssen von einem Zentrum mit Erfahrung in der Behandlung der zystischen Fibrose (Siehe Liste der Swiss Working Group CF; <http://www.sgpp-sspp.ch>) erfolgen.

Der Therapieverlauf aller mit TRIKAFTA behandelter CF-Patienten muss alle 3 Monate im europäischen CF-Register (<https://www.ecfs.eu/ecfspr>) erfasst werden (Lungenfunktion, Dosierung, Therapieunterbrüche):

- Bei allen Patienten muss vor Therapie-Beginn ein Ausgangswert für FEV1 (%) bestimmt werden.
- Bei allen Patienten muss vor Therapie-Beginn ein Ausgangswert für den Schweißchlorid-Level bestimmt werden. Diese Messung ist einmal nach 3 Monaten zu wiederholen und die Werte sind im Register zu erfassen.
- Die Anzahl pulmonaler Exazerbationen in den 2 Jahren vor der Therapie ist anzugeben.
- Das FEV1 (%) ist während der Therapie alle drei Monate zu messen.
- Alle stationären Spital-Aufenthalte sind im Register zu erfassen (Anzahl der Spittage).
- Die Anzahl und die Dauer aller pulmonalen Exazerbationen sind im Register festzuhalten.
- Bei einer pulmonalen Exazerbation ist die antibiotische Therapie wie folgt zu erfassen: Wirkstoff-Bezeichnung des Antibiotikums; Dauer der Antibiotikatherapie; intravenös vs. peroral vs. inhalativ; stationär vs. ambulant.
- Pulmonale Exazerbationen und der Antibiotikabedarf sind alle 6 Monate nach Therapiebeginn zu dokumentieren.
- Bei einem Therapieabbruch ist der Grund für den Abbruch anzugeben.

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

Die Therapie ist nach 6 und 12 Monaten nur fortzuführen, wenn

- keine anhaltende Verschlechterung der Lungenfunktion gegenüber dem Ausgangswert **ODER**
- eine Reduktion der Anzahl klinisch relevanter pulmonaler Exazerbationen (mit Hospitalisation, i. v. Antibiotikatherapie) eintritt.

Die Vertex Pharmaceuticals (CH) GmbH vergütet dem Krankenversicherer, bei dem die versicherte Person zum Zeitpunkt des Bezugs versichert war, resp. der IV, auf deren erste Aufforderung hin für jede bezogene Packung einen festgelegten Anteil des Fabrikabgabepreises zurück. Sie gibt dem Krankenversicherer die Höhe der Rückvergütung bekannt. Die Mehrwertsteuer kann nicht zusätzlich zu diesem Anteil des Fabrikabgabepreises zurückgefordert werden.

Kontakt:

Vertex Pharmaceuticals (CH) GmbH
Pricing & Market Access
Baarerstrasse 88, 6300 Zug
E-Mail: PMA-CH@vrtx.com

100 mg/50 mg/75 mg + 150 mg

Limitation alt

Nach Kostengutsprache der Versicherer und vorgängiger Evaluation durch den Vertrauensarzt.

Zur Behandlung von Patienten mit zystischer Fibrose (CF) ab 6–11 Jahren, die mindestens eine F508del-Mutation im CFTR-Gen (Cystic Fibrosis Transmembrane Conductance Regulator) aufweisen.

Die Indikationsstellung, Erstverordnung und die Therapieüberwachung müssen von einem Zentrum mit Erfahrung in der Behandlung der zystischen Fibrose (Siehe Liste der Swiss Working Group CF; <http://www.sgpp-sspp.ch>) erfolgen.

Der Therapieverlauf aller mit TRIKAFTA behandelte CF-Patienten muss alle 3 Monate im europäischen CF-Register (<https://www.ecfs.eu/ecfspr>) erfasst werden (Lungenfunktion, Dosierung, Compliance, Therapieunterbrüche):

- Bei allen Patienten muss vor Therapie-Beginn ein Ausgangswert für FEV1 (%) bestimmt werden.
- Bei allen Patienten muss vor Therapie-Beginn ein Ausgangswert für den Schweisschlorid-Level bestimmt werden. Diese Messung ist einmal nach 3 Monaten zu wiederholen und die Werte sind im Register zu erfassen.
- Die Anzahl pulmonaler Exazerbationen in den 2 Jahren vor der Therapie ist anzugeben.
- Das FEV1 (%) ist während der Therapie alle drei Monate zu messen.
- Alle stationären Spital-Aufenthalte sind im Register zu erfassen (Anzahl der Spitaltage).
- Die Anzahl und die Dauer aller pulmonalen Exazerbationen sind im Register festzuhalten.
- Bei einer pulmonalen Exazerbation ist die antibiotische Therapie wie folgt zu erfassen: Wirkstoff-Bezeichnung des Antibiotikums; Dauer der Antibiotikatherapie; intravenös vs. peroral vs. inhalativ; stationär vs. ambulant.
- Pulmonale Exazerbationen und der Antibiotikabedarf sind alle 6 Monate nach Therapiebeginn zu dokumentieren.
- Bei einem Therapieabbruch ist der Grund für den Abbruch anzugeben.

Die Therapie ist nach 6 und 12 Monaten nur fortzuführen, wenn

- keine anhaltende Verschlechterung der Lungenfunktion gegenüber dem Ausgangswert **ODER**
- eine Reduktion der Anzahl klinisch relevanter pulmonaler Exazerbationen (mit Hospitalisation, i. v. Antibiotikatherapie) eintritt.

Die Vertex Pharmaceuticals (CH) GmbH vergütet dem Krankenversicherer, bei dem die versicherte Person zum Zeitpunkt des Bezugs versichert war, resp. der IV, auf deren erste Aufforderung hin für jede bezogene Packung einen festgelegten Anteil des Fabrikabgabepreises zurück. Sie gibt dem Krankenversicherer die Höhe der Rückvergütung bekannt. Die Mehrwertsteuer kann nicht zusätzlich zu diesem Anteil des Fabrikabgabepreises zurückgefordert werden.

Kontakt:

Vertex Pharmaceuticals (CH) GmbH
Pricing & Market Access
Baarerstrasse 88, 6300 Zug
E-Mail: PMA-CH@vrtx.com

Neue Limitation befristet bis 31.01.2025

Nach Kostengutsprache der Versicherer und vorgängiger Evaluation durch den Vertrauensarzt.

Zur Behandlung von Patienten mit zystischer Fibrose (CF) ab 6–11 Jahren, die mindestens eine F508del-Mutation im CFTR-Gen (Cystic Fibrosis Transmembrane Conductance Regulator) aufweisen.

Die Indikationsstellung, Erstverordnung und die Therapieüberwachung müssen von einem Zentrum mit Erfahrung in der Behandlung der zystischen Fibrose (Siehe Liste der Swiss Working Group CF; <http://www.sgpp-sspp.ch>) erfolgen.

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

Der Therapieverlauf aller mit TRIKAFTA behandelter CF-Patienten muss alle 3 Monate im europäischen CF-Register (<https://www.ecfs.eu/ecfspr>) erfasst werden (Lungenfunktion, Dosierung, Therapieunterbrüche):

- Bei allen Patienten muss vor Therapie-Beginn ein Ausgangswert für FEV1 (%) bestimmt werden.
- Bei allen Patienten muss vor Therapie-Beginn ein Ausgangswert für den Schweißchlorid-Level bestimmt werden. Diese Messung ist einmal nach 3 Monaten zu wiederholen und die Werte sind im Register zu erfassen.
- Die Anzahl pulmonaler Exazerbationen in den 2 Jahren vor der Therapie ist anzugeben.
- Das FEV1 (%) ist während der Therapie alle drei Monate zu messen.
- Alle stationären Spital-Aufenthalte sind im Register zu erfassen (Anzahl der Spittage).
- Die Anzahl und die Dauer aller pulmonalen Exazerbationen sind im Register festzuhalten.
- Bei einer pulmonalen Exazerbation ist die antibiotische Therapie wie folgt zu erfassen: Wirkstoff-Bezeichnung des Antibiotikums; Dauer der Antibiotikatherapie; intravenös vs. peroral vs. inhalativ; stationär vs. ambulant.
- Pulmonale Exazerbationen und der Antibiotikabedarf sind alle 6 Monate nach Therapiebeginn zu dokumentieren.
- Bei einem Therapieabbruch ist der Grund für den Abbruch anzugeben.

Die Therapie ist nach 6 und 12 Monaten nur fortzuführen, wenn

- keine anhaltende Verschlechterung der Lungenfunktion gegenüber dem Ausgangswert **ODER**
- eine Reduktion der Anzahl klinisch relevanter pulmonaler Exazerbationen (mit Hospitalisation, i. v. Antibiotikatherapie) eintritt.

Die Vertex Pharmaceuticals (CH) GmbH vergütet dem Krankenversicherer, bei dem die versicherte Person zum Zeitpunkt des Bezugs versichert war, resp. der IV, auf deren erste Aufforderung hin für jede bezogene Packung einen festgelegten Anteil des Fabrikabgabepreises zurück. Sie gibt dem Krankenversicherer die Höhe der Rückvergütung bekannt. Die Mehrwertsteuer kann nicht zusätzlich zu diesem Anteil des Fabrikabgabepreises zurückgefordert werden.

Kontakt:

Vertex Pharmaceuticals (CH) GmbH
Pricing & Market Access
Baarerstrasse 88, 6300 Zug
E-Mail: PMA-CH@vrtx.com

Limitation alt

Nach Kostengutsprache der Versicherer und vorgängiger Evaluation durch den Vertrauensarzt.

Zur Behandlung von Patienten mit zystischer Fibrose (CF) ab 12 Jahren, die mindestens eine F508del-Mutation im CFTR-Gen (Cystic Fibrosis Transmembrane Conductance Regulator) aufweisen.

Die Indikationsstellung, Erstverordnung und die Therapieüberwachung müssen von einem Zentrum mit Erfahrung in der Behandlung der zystischen Fibrose (Siehe Liste der Swiss Working Group CF; <http://www.sgpp-sspp.ch>) erfolgen.

Kriterien vor Therapiebeginn:

Einsatz nur bei Patienten mit

- Diätberatung vor Therapiebeginn **UND** bestehender und fortzusetzender Atemphysiotherapie und Inhalationstherapie **UND**
- einem FEV1 < 90 % vor Behandlungsbeginn **ODER**
- mehrmaligen pulmonalen Exazerbationen pro Jahr **ODER**
- regelmässigen Antibiotikabehandlungen **ODER**
- einer mittels bildgebenden Verfahren (CT oder MRT) nachgewiesenen Schädigung der Lunge vor Therapiebeginn.

Bei einem Therapiewechsel auf TRIKAFTA von Patienten, die mehrere Monate mit KALYDECO, ORKAMBI oder SYMDEKO gemäss SL-Limitierung behandelt wurden, müssen die genannten Kriterien vor Therapiebeginn nicht erneut nachgewiesen werden.

Der Therapieverlauf aller mit TRIKAFTA behandelter CF-Patienten muss alle 3 Monate im europäischen CF-Register (<https://www.ecfs.eu/ecfspr>) erfasst werden (Anamnese, Lungenfunktion, Dosierung, Compliance, Therapieunterbrüche):

- Bei allen Patienten muss vor Therapie-Beginn ein Ausgangswert für FEV1 (%) bestimmt werden.
- Bei allen Patienten muss vor Therapie-Beginn ein Ausgangswert für den Schweißchlorid-Level bestimmt werden. Diese Messung ist einmal nach 3 Monaten zu wiederholen und die Werte sind im Register zu erfassen.
- Die Anzahl pulmonaler Exazerbationen in den 2 Jahren vor der Therapie ist anzugeben.
- Das FEV1 (%) ist während der Therapie alle drei Monate zu messen.
- Alle stationären Spital-Aufenthalte sind im Register zu erfassen (Anzahl der Spittage).
- Die Anzahl und die Dauer aller pulmonalen Exazerbationen sind im Register festzuhalten.
- Bei einer pulmonalen Exazerbation ist die antibiotische Therapie wie folgt zu erfassen: Wirkstoff-Bezeichnung des Antibiotikums; Dauer der Antibiotikatherapie; intravenös vs. peroral vs. inhalativ; stationär vs. ambulant.
- Pulmonale Exazerbationen und der Antibiotikabedarf sind alle 6 Monate nach Therapiebeginn zu dokumentieren.
- Bei einem Therapieabbruch ist der Grund für den Abbruch anzugeben.

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

Die Therapie ist nach 6 und 12 Monaten nur fortzuführen, wenn

- keine anhaltende Verschlechterung der Lungenfunktion gegenüber dem Ausgangswert **ODER**
- eine Reduktion der Anzahl klinisch relevanter pulmonaler Exazerbationen (mit Hospitalisation, i. v. Antibiotikatherapie) eintritt.

Die Vertex Pharmaceuticals (CH) GmbH vergütet dem Krankenversicherer, bei dem die versicherte Person zum Zeitpunkt des Bezugs versichert war, resp. der IV, auf deren erste Aufforderung hin für jede bezogene Packung einen festgelegten Anteil des Fabrikabgabepreises zurück. Sie gibt dem Krankenversicherer die Höhe der Rückvergütung bekannt. Die Mehrwertsteuer kann nicht zusätzlich zu diesem Anteil des Fabrikabgabepreises zurückgefordert werden.

Kontakt:

Vertex Pharmaceuticals (CH) GmbH
Pricing & Market Access
Baarerstrasse 88, 6300 Zug
E-Mail: PMA-CH@vrtx.com

Neue Limitation befristet bis 31.01.2025

Nach Kostengutsprache der Versicherer und vorgängiger Evaluation durch den Vertrauensarzt.

Zur Behandlung von Patienten mit zystischer Fibrose (CF) ab 12 Jahren, die mindestens eine F508del-Mutation im CFTR-Gen (Cystic Fibrosis Transmembrane Conductance Regulator) aufweisen.

Die Indikationsstellung, Erstverordnung und die Therapieüberwachung müssen von einem Zentrum mit Erfahrung in der Behandlung der zystischen Fibrose (Siehe Liste der Swiss Working Group CF; <http://www.sgpp-sspp.ch>) erfolgen.

Kriterien vor Therapiebeginn:

Einsatz nur bei Patienten mit

- Diätberatung vor Therapiebeginn **UND** bestehender und fortzusetzender Atemphysiotherapie und Inhalationstherapie **UND**
- einem FEV1 < 90 % vor Behandlungsbeginn **ODER**
- mehrmaligen pulmonalen Exazerbationen pro Jahr **ODER**
- regelmässigen Antibiotikabehandlungen **ODER**
- einer mittels bildgebenden Verfahren (CT oder MRT) nachgewiesenen Schädigung der Lunge vor Therapiebeginn.

Bei einem Therapiewechsel auf TRIKAFTA von Patienten, die mehrere Monate mit KALYDECO, ORKAMBI oder SYMDEKO gemäss SL-Limitierung behandelt wurden, müssen die genannten Kriterien vor Therapiebeginn nicht erneut nachgewiesen werden.

Der Therapieverlauf aller mit TRIKAFTA behandelte CF-Patienten muss alle 3 Monate im europäischen CF-Register (<https://www.ecfs.eu/ecfspr>) erfasst werden (Lungenfunktion, Dosierung, Therapieunterbrüche):

- Bei allen Patienten muss vor Therapie-Beginn ein Ausgangswert für FEV1 (%) bestimmt werden.
- Bei allen Patienten muss vor Therapie-Beginn ein Ausgangswert für den Schweißchlorid-Level bestimmt werden. Diese Messung ist einmal nach 3 Monaten zu wiederholen und die Werte sind im Register zu erfassen.
- Die Anzahl pulmonaler Exazerbationen in den 2 Jahren vor der Therapie ist anzugeben.
- Das FEV1 (%) ist während der Therapie alle drei Monate zu messen.
- Alle stationären Spital-Aufenthalte sind im Register zu erfassen (Anzahl der Spittage).
- Die Anzahl und die Dauer aller pulmonalen Exazerbationen sind im Register festzuhalten.
- Bei einer pulmonalen Exazerbation ist die antibiotische Therapie wie folgt zu erfassen: Wirkstoff-Bezeichnung des Antibiotikums; Dauer der Antibiotikatherapie; intravenös vs. peroral vs. inhalativ; stationär vs. ambulant.
- Pulmonale Exazerbationen und der Antibiotikabedarf sind alle 6 Monate nach Therapiebeginn zu dokumentieren.
- Bei einem Therapieabbruch ist der Grund für den Abbruch anzugeben.

Die Therapie ist nach 6 und 12 Monaten nur fortzuführen, wenn

- keine anhaltende Verschlechterung der Lungenfunktion gegenüber dem Ausgangswert **ODER**
- eine Reduktion der Anzahl klinisch relevanter pulmonaler Exazerbationen (mit Hospitalisation, i. v. Antibiotikatherapie) eintritt.

Die Vertex Pharmaceuticals (CH) GmbH vergütet dem Krankenversicherer, bei dem die versicherte Person zum Zeitpunkt des Bezugs versichert war, resp. der IV, auf deren erste Aufforderung hin für jede bezogene Packung einen festgelegten Anteil des Fabrikabgabepreises zurück. Sie gibt dem Krankenversicherer die Höhe der Rückvergütung bekannt. Die Mehrwertsteuer kann nicht zusätzlich zu diesem Anteil des Fabrikabgabepreises zurückgefordert werden.

Kontakt:

Vertex Pharmaceuticals (CH) GmbH
Pricing & Market Access
Baarerstrasse 88, 6300 Zug
E-Mail: PMA-CH@vrtx.com

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

VYNDAQEL

Pfizer AG

019900

Kaps 61 mg Blist 30 Stk

21057

9913.50

9422.28

Limitation alt

Zur Behandlung der Wildtyp- oder hereditären Transthyretin-Amyloidose mit Kardiomyopathie (ATTR-CM) im Stadium NYHA I bis II mit mindestens einer vorangegangenen Hospitalisation aufgrund von Herzinsuffizienz und/oder einer Episode einer symptomatischen dokumentierten Herzinsuffizienz.

hATTR-Patienten mit primär polyneuropathischer Manifestation sind von der Vergütung einer Therapie mit VYNDAQEL ausgeschlossen.

Die Diagnosestellung der kardialen ATTR-Amyloidose hat wie folgt zu erfolgen: Positive Knochenszintigraphie (Perugini Grad 2-3), Echokardiographie (z. B. typisches Strain-Muster), bei gleichzeitigem Ausschluss einer AL-Amyloidose [Ausschluss einer monoklonalen Gammopathie mittels Messung der freien Leichtketten im Serum, sowie Serum- und Urin-Immunfixationselektrophorese].

Im Fall eines unklaren/unsicheren Szintigraphiebefundes oder/und keines eindeutigen Ausschlusses der AL-Amyloidose oder/und eines nicht eindeutigen Befundes in der kardialen Bildgebung ist eine Biopsie mit histologischem Nachweis von Transthyretin-Amyloid notwendig.

Vor Therapiebeginn:

Die Diagnosestellung der kardialen Transthyretin-Amyloidose, die Verschreibung und die Überwachung der Therapie mit VYNDAQEL kann nur durch ein spezialisiertes, interdisziplinär zusammengesetztes Ärzteteam in einer zertifizierten kardiologischen Weiterbildungsstätte der Kategorie A erfolgen:

Kantonsspital Aarau, Universitätsspital Basel, Inselspital Bern, Kantonsspital Freiburg, HUG Genf, CHUV Lausanne, Luzerner Kantonsspital, Istituto Cardiocentro Ticino Lugano, Kantonsspital St. Gallen, Stadtspital Triemli Zürich, Klinik Hirslanden Zürich, Universitätsspital Zürich.

Bevor die Therapie eingeleitet werden kann, ist der Patient über die Vergütungskriterien (inkl. Therapieabbruchkriterien) schriftlich aufzuklären.

Vor Therapiebeginn muss eine Kostengutsprache des Krankenversicherers nach vorgängiger Konsultation des Vertrauensarztes eingeholt werden.

Folgende Einschlusskriterien der ATTR-ACT Studie müssen kumulativ erfüllt sein für einen Therapiebeginn mit VYNDAQEL:

- NT-pro BNP Konzentration ≥ 600 pg/ml
- Distanz gemäss 6-Minuten-Gehtest > 100 Meter
- eine Lebenserwartung von mindestens 2 Jahren (in der ATTR-ACT Studie zeigte sich ein Vorteil bei der Mortalität nach einer Behandlungsdauer mit Tafamidis von rund 18 Monaten).

VYNDAQEL wird nicht vergütet bei Patienten mit Vorgeschichte einer Leber- oder Herztransplantation, bei Patienten, denen «mechanic assist devices» (LVAD, RVAD, BiVAD) implantiert wurde oder bei Patienten mit Niereninsuffizienz (glomeruläre Filtrationsrate < 25 mL/Min./1.73 m²).

VYNDAQEL darf nicht mit anderen spezifischen Arzneimitteln zur Behandlung Transthyretin-Amyloidose (z. B. Patisiran, Inotersen) kombiniert werden.

Die Dosierung bei der Transthyretin-Amyloidose mit Kardiomyopathie (ATTR-CM) hat mit einer Dosis von 61 mg täglich zu erfolgen.

Die Dosierung VYNDAQEL 4 x 20mg täglich wird nicht von der OKP vergütet.

Therapiefortführung:

Dokumentation von NYHA Stadium, NT-proBNP, 6-Minuten-Gehtest, Herzinsuffizienz-bedingten Hospitalisationen und Diuretika-Verbrauch vor Therapiebeginn und regelmässig während der Behandlung mit VYNDAQEL (zumindest alle 6 Monate) sowie von transthorakaler Echokardiographie (zumindest alle 12 Monate).

Regelmässige Überprüfung des Behandlungserfolges.

Therapieabbruch:

Die Therapie ist abzubrechen bei ATTR-CM bedingter

- substanzialer klinischer Verschlechterung während 6 Monaten (z. B. rezidivierende Hospitalisationen aufgrund kardialer Dekompensation);
- sinkender Leistungsfähigkeit während 6 Monaten in Kombination mit NT-proBNP-Anstieg und erhöhtem Diuretika-Verbrauch
- wenn der Patient trotz optimaler Therapie eine Herzinsuffizienz der NYHA Klasse III oder IV entwickelt
- 6-Minuten-Gehtest (klinisch relevante Verringerung der Gehdistanz)
- Durchführung einer Herz- oder Lebertransplantation
- Implantierung von «mechanic assist devices» (LVAD, RVAD, BiVAD)

Die Zulassungsinhaberin Pfizer AG erstattet nach Aufforderung durch denjenigen Krankenversicherer, bei dem die versicherte Person zum Zeitpunkt des Bezugs versichert war, für jede bezogene Packung VYNDAQEL 30 Weichkaps. 61mg einen festgelegten Betrag des Fabrikabgabepreises zurück. Sie gibt dem Krankenversicherer den entsprechenden Betrag bekannt, der bezogen auf den Fabrikabgabepreis pro Packung VYNDAQEL 30 Weichkaps. 61 mg 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.

Kontaktadresse: Pfizer-Rueckverguetung@pfizer.com

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

Neue Limitation befristete bis 28.02.2027

Zur Behandlung der Wildtyp- oder hereditären Transthyretin-Amyloidose mit Kardiomyopathie (ATTR-CM) im Stadium **NYHA I bis II** mit mindestens einer vorangegangenen Hospitalisation aufgrund von Herzinsuffizienz und/oder einer Episode einer symptomatischen dokumentierten Herzinsuffizienz.

hATTR-Patienten mit primär polyneuropathischer Manifestation sind von der Vergütung einer Therapie mit VYNDAQEL ausgeschlossen.

Die Diagnosestellung der kardialen ATTR-Amyloidose hat wie folgt zu erfolgen: Positive Knochenszintigraphie (Perugini Grad 2-3), Echokardiographie (z. B. typisches Strain-Muster), bei gleichzeitigem Ausschluss einer AL-Amyloidose (Ausschluss einer monoklonalen Gammopathie mittels Messung der freien Leichtketten im Serum, sowie Serum- und Urin-Immunfixationselektrophorese).

Im Fall eines unklaren/unsicheren Szintigraphiebefundes oder/und keines eindeutigen Ausschlusses der AL-Amyloidose oder/und eines nicht eindeutigen Befundes in der kardialen Bildgebung ist eine Biopsie mit histologischem Nachweis von Transthyretin-Amyloid notwendig.

Vor Therapiebeginn:

Die Diagnosestellung der kardialen Transthyretin-Amyloidose, die Verschreibung und die Überwachung der Therapie mit VYNDAQEL kann nur durch ein spezialisiertes, interdisziplinär zusammengesetztes Ärzteteam in einer zertifizierten kardiologischen Weiterbildungsstätte der Kategorie A erfolgen:

Kantonsspital Aarau, Universitätsspital Basel, Inselspital Bern, Kantonsspital Freiburg, HUG Genf, CHUV Lausanne, Luzerner Kantonsspital, Istituto Cardiocentro Ticino Lugano, Kantonsspital St. Gallen, Stadtspital Triemli Zürich, Klinik Hirslanden Zürich, Universitätsspital Zürich.

Bevor die Therapie eingeleitet werden kann, ist der Patient über die Vergütungskriterien (inkl. Therapieabbruchkriterien) schriftlich aufzuklären.

In jedem Zeitraum müssen jeweils zum 1. Dezember alle ATTR-Kardiomyopathie-Patienten erfasst werden, welche mit VYNDAQEL therapiert werden. Die Angaben sind dem BAG an eak-sl-sekretariat@bag.admin.ch zu melden.

Vor Therapiebeginn muss eine Kostengutsprache des Krankenversicherers nach vorgängiger Konsultation des Vertrauensarztes eingeholt werden.

Folgende Einschlusskriterien der ATTR-ACT Studie müssen kumulativ erfüllt sein für einen Therapiebeginn mit VYNDAQEL:

- NT-pro BNP Konzentration ≥ 600 pg/ml
- Distanz gemäss 6-Minuten-Gehtest > 100 Meter
- eine Lebenserwartung von mindestens 2 Jahren (in der ATTR-ACT Studie zeigte sich ein Vorteil bei der Mortalität nach einer Behandlungsdauer mit Tafamidis von rund 18 Monaten).

VYNDAQEL wird nicht vergütet bei Patienten mit Vorgeschichte einer Leber- oder Herztransplantation, bei Patienten, denen «mechanic assist devices» (LVAD, RVAD, BIVAD) implantiert wurde oder bei Patienten mit Niereninsuffizienz (glomeruläre Filtrationsrate < 25 mL/Min./1.73 m²).

VYNDAQEL darf nicht mit anderen spezifischen Arzneimitteln zur Behandlung Transthyretin-Amyloidose (z. B. Patisiran, Inotersen) kombiniert werden.

Die Dosierung bei der Transthyretin-Amyloidose mit Kardiomyopathie (ATTR-CM) hat mit einer Dosis von 61 mg täglich zu erfolgen.

Die Dosierung VYNDAQEL 4 x 20 mg täglich wird nicht von der OKP vergütet.

Therapiefortführung:

Dokumentation von NYHA Stadium, NT-proBNP, 6-Minuten-Gehtest, Herzinsuffizienz-bedingten Hospitalisationen und Diuretika-Verbrauch vor Therapiebeginn und regelmässig während der Behandlung mit VYNDAQEL (zumindest alle 6 Monate) sowie von transthorakaler Echokardiographie (zumindest alle 12 Monate).

Regelmässige Überprüfung des Behandlungserfolges.

Therapieabbruch:

Die Therapie ist abzubrechen bei ATTR-CM bedingter

- substanzialer klinischer Verschlechterung während 6 Monaten (z. B. rezidivierende Hospitalisationen aufgrund kardialer Dekompensation);
- sinkender Leistungsfähigkeit während 6 Monaten in Kombination mit NT-proBNP-Anstieg und erhöhtem Diuretika-Verbrauch
- wenn der Patient trotz optimaler Therapie eine Herzinsuffizienz der NYHA Klasse III oder IV entwickelt
- 6-Minuten-Gehtest (klinisch relevante Verringerung der Gehdistanz)
- Durchführung einer Herz- oder Lebertransplantation
- Implantierung von «mechanic assist devices» (LVAD, RVAD, BIVAD)

Die Zulassungsinhaberin Pfizer AG erstattet nach Aufforderung durch denjenigen Krankenversicherer, bei dem die versicherte Person zum Zeitpunkt des Bezugs versichert war, für jede bezogene Packung VYNDAQEL 30 Weichkaps. 61 mg einen festgelegten Betrag des Fabrikabgabepreises zurück. Sie gibt dem Krankenversicherer den entsprechenden Betrag bekannt, der bezogen auf den Fabrikabgabepreis pro Packung VYNDAQEL 30 Weichkaps. 61 mg 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.

Kontaktadresse: Pfizer-Rueckverguetung@pfizer.com

PRÄPARATE / (Wirkstoffe) Packungen	Verantwortliche Firma	Therap. Gruppe	Dossier Nr.	Preis neu	Ex-Fact. neu
ZEJULA	GlaxoSmithKline AG	071610			
Kaps 100 mg Blist 56 Stk			20775	4991.75	4625.24
Kaps 100 mg Blist 84 Stk			20775	7364.50	6937.86
Filmtabl 100 mg 56 Stk			21597	4991.75	4625.24
Filmtabl 100 mg 84 Stk			21597	7364.50	6937.86

Kaps 100 mg

Limitation alt

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

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

Die Behandlung erfolgt bis zur Progression.

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

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

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

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

Folgender Code ist an den Krankenversicherer zu übermitteln: 20775.01

Limitation neu

Befristete Limitation bis 31.10.2025

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

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

Die Behandlung erfolgt bis zur Progression.

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

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

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

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

Folgender Code ist an den Krankenversicherer zu übermitteln: 20775.01

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

Befristete Limitation bis 30.09.2024

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

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

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

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

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

Folgender Code ist an den Krankenversicherer zu übermitteln: 20775.02

Filmtabletten 100 mg

Limitation alt

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

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

Die Behandlung erfolgt bis zur Progression.

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

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

In den ersten 24 Monaten erfolgt die Höhe der Vergütung zu den gelisteten SL-Preisen. Die ZulassungsinhaberIn vergütet bei einer Therapiedauer darüber hinaus (ab Monat 25) nach Aufforderung durch denjenigen Krankenversicherer, bei dem die versicherte Person zum Zeitpunkt des Bezugs versichert war, für jede weitere bezogene Packung Zejula 50 % des Fabrikabgabepreises zurück. Unabhängig davon, ob die Therapie mit Kapseln oder Filmtabletten begonnen wurde. Die Mehrwertsteuer kann nicht zusätzlich zu diesem Anteil des Fabrikabgabepreises zurückgefordert werden. Die Aufforderung zur Rückvergütung soll in der Regel innerhalb von 6 Monaten nach Verabreichung erfolgen.

Folgender Code ist an den Krankenversicherer zu übermitteln: 21597.01

Limitation neu

Befristete Limitation bis 31.10.2025

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

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

Die Behandlung erfolgt bis zur Progression.

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

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

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

In den ersten 24 Monaten erfolgt die Höhe der Vergütung zu den gelisteten SL-Preisen. Die ZulassungsinhaberIn vergütet bei einer Therapiedauer darüber hinaus (ab Monat 25) nach Aufforderung durch denjenigen Krankenversicherer, bei dem die versicherte Person zum Zeitpunkt des Bezugs versichert war, für jede weitere bezogene Packung Zejula 50 % des Fabrikabgabepreises zurück. Unabhängig davon, ob die Therapie mit Kapseln oder Filmtabletten begonnen wurde. Die Mehrwertsteuer kann nicht zusätzlich zu diesem Anteil des Fabrikabgabepreises zurückgefordert werden. Die Aufforderung zur Rückvergütung soll in der Regel innerhalb von 6 Monaten nach Verabreichung erfolgen.

Folgender Code ist an den Krankenversicherer zu übermitteln: 21597.01

Befristete Limitation bis 30.09.2024

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

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

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

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

Die ZulassungsinhaberIn vergütet bei einer Therapiedauer darüber hinaus (ab Monat 25) nach Aufforderung durch denjenigen Krankenversicherer, bei dem die versicherte Person zum Zeitpunkt des Bezugs versichert war, für jede weitere bezogene Packung Zejula 50 % des Fabrikabgabepreises zurück. Unabhängig davon, ob die Therapie mit Kapseln oder Filmtabletten begonnen wurde. 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: 21597.02

PRÄPARATE / (Wirkstoffe) Packungen	Verantwortliche Firma	Therap. Gruppe	Dossier Nr.	Preis neu	Ex-Fact. neu
VI. Limitierung bei Neuaufnahme					
AIMOVIG	Novartis Pharma Schweiz AG	020510			
Inj Lös 70 mg/ml Fertipgen 1 ml			20777	518.10	436.60
Inj Lös 140 mg/ml Fertipgen 1 ml			20777	518.10	436.60

Befristete Limitation bis 30.04.2024

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

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

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

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

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

Kontrolle nach 3 Monaten:

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

Kontrolle nach 6 Monaten:

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

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

Absetzen der Therapie nach 1 Jahr:

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

Nach dem 2. Therapiejahr und in den Folgejahren:

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

PRÄPARATE / (Wirkstoffe) Packungen	Verantwortliche Firma	Therap. Gruppe	Dossier Nr.	Preis neu	Ex-Fact. neu
AJOVY	Teva Pharma AG	020510			
Inj Lös 225 mg/1.5 ml Fertspr 1.5 ml			20977	527.85	445.08
Inj Lös 225 mg/1.5 ml s.c. Fertpen 1.5 ml			21707	527.85	445.08
Inj Lös 225 mg/1.5 ml 3 Fertspr 1.5 ml			20977	1524.55	1332.62

Befristete Limitation bis 30.04.2024

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

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

Die Packung AJOVY 3 Fertigspritzen wird lediglich für die explizite Verschreibung des vierteljährlichen Dosierungsschemas vergütet.

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

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

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

Kontrolle nach 3 Monaten:

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

Kontrolle nach 6 Monaten:

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

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

Absetzen der Therapie nach 1 Jahr:

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

Nach dem 2. Therapiejahr und in den Folgejahren:

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

PRÄPARATE / (Wirkstoffe) Packungen	Verantwortliche Firma	Therap. Gruppe	Dossier Nr.	Preis neu	Ex-Fact. neu
PIQRAY	Novartis Pharma Schweiz AG	071610			
Filmtabl 150 mg Blist 28 Stk			21067	1690.25	1483.58
Filmtabl 150 mg Blist 56 Stk			21067	3306.00	2982.21
Filmtabl 200 mg Blist 28 Stk			21067	3306.00	2982.21
Filmtabl 200 mg+50 mg Blist 28 Stk			21067	1690.25	1483.58
Filmtabl 200 mg+50 mg Blist 56 Stk			21067	3306.00	2982.21
Befristete Limitation bis 28.02.2027					
Zur Behandlung ausschliesslich in Kombination mit Fulvestrant von postmenopausalen Frauen mit Hormon-Rezeptor (HR)-positivem, humanen epidermalen Wachstumsfaktor-Rezeptor-2 (HER2)-negativem lokal fortgeschrittenem oder metastasiertem Brustkrebs mit einer PIK3CA-Mutation nach Fortschreiten der Erkrankung, wenn die Patienten zuvor eine endokrine Therapie einschliesslich eines Aromatase Inhibitors erhalten haben:					
– als Erstlinientherapie im fortgeschrittenen Stadium nach Progression während neoadjuvanter oder adjuvanter endokriner Therapie oder nach Rezidiv innerhalb von 12 Monaten nach Abschluss der adjuvanter endokriner Therapie.					
– als Zweitlinientherapie nach Versagen der endokrinen Erstlinientherapie im fortgeschrittenen Stadium.					
Kein Einsatz bei viszeraler Krise.					
Keine vorangehende Chemotherapie (ausser neoadjuvant/adjuvante Chemotherapie).					
Keine vorangehende Therapie mit einem der folgenden Arzneimittel: Fulvestrant, PI3K-Inhibitor, mTOR-Inhibitor oder AKT-Inhibitor.					
Die Patienten dürfen maximal bis zur Progression der Erkrankung behandelt werden.					
Die Zulassungsinhaberin erstattet dem Krankenversicherer, bei dem die versicherte Person zum Zeitpunkt des Bezugs versichert war, auf dessen erste Aufforderung hin auf jede bezogene Packung Piqray einen festgelegten Betrag des Fabrikabgabepreises zurück. Sie gibt dem Krankenversicherer die Höhe der Rückvergütung je Packungsgrösse und Dosisstärke bekannt. Die Mehrwertsteuer kann nicht zusätzlich zu diesen Rückvergütungsbeträgen zurückgefordert werden. Die Aufforderung zur Rückvergütung soll ab dem Zeitpunkt der Verabreichung erfolgen.					
RAYALDEE	Vifor Fresenius Medical Care Renal Pharma Ltd	070230			
Kaps 30 mcg Fl 30 Stk			21211	137.05	105.00
Befristete Limitation bis 31.03.2024					
Zur Behandlung des sekundären Hyperparathyreoidismus (SHPT) mit iPTH-Plasmaspiegeln zwischen ≥ 85 und < 500 pg/ml bei erwachsenen Patienten mit einer chronischen Nierenerkrankung Stadium 3 oder 4 und Vitamin D-Serumkonzentration < 30 ng/ml.					
Vor der Einleitung der Behandlung sollte das Serumkalzium unter 2.45 mmol/L (9.8 mg/dl) und das Serumphosphat unter 1.78 mmol/L (5.5 mg/dl) liegen.					
Die Diagnosestellung sowie die Verschreibung müssen durch einen Facharzt der Nephrologie erfolgen.					
TRODELVY	Gilead Sciences Switzerland Sàrl	071610			
Trockensub 180 mg Durchstf 1 Stk			21290	1140.10	982.46
Befristete Limitation bis 31.03.2024					
triple-negatives Mammakarzinom (TNBC)					
Die Therapie bedarf der Kostengutsprache durch den Krankenversicherer nach vorgängiger Konsultation des Vertrauensarztes.					
Behandlung von erwachsenen Patienten mit nicht resezierbarem lokal fortgeschrittenem oder metastasiertem triple-negativem Mammakarzinom, die mindestens zwei Vortherapien (Chemotherapie oder gezielte bzw. molekulare Krebstherapie [targeted bzw. molecularly targeted therapy]) gemäss gängiger klinischer Leitlinien erhalten haben, davon mindestens eine Chemotherapie (unabhängig vom Krankheitsstadium) sowie eine Vortherapie im metastasierten Stadium.					
Die Patienten können bis zur Progression der Erkrankung behandelt werden. Klinisch stabile Patienten mit initialem Befund einer Progression können bis zur Bestätigung der Progression der Erkrankung weiter behandelt werden.					
Die Gilead Sciences Switzerland Sàrl vergütet nach Aufforderung durch denjenigen Krankenversicherer, bei dem die versicherte Person zum Zeitpunkt des Bezugs versichert war, für jede bezogene Packung TRODELVY einen festgelegten Betrag auf den Fabrikabgabepreis jeder TRODELVY Packung zurück. Die Gilead Sciences Switzerland Sàrl gibt dem Krankenversicherer die Höhe der Rückvergütung bekannt. Die Mehrwertsteuer kann nicht zusätzlich zu diesem Anteil des Fabrikabgabepreises zurückgefordert werden.					

PRÄPARATE / (Wirkstoffe) Packungen	Verantwortliche Firma	Therap. Gruppe	Dossier Nr.	Preis neu	Ex-Fact. neu
VII. Limitationsänderungen aufgrund der Überprüfung der Aufnahmebedingungen alle drei Jahre von 2023					
ACTEMRA	Roche Pharma (Schweiz) AG	071500			
Inf Konz 80 mg/4 ml Durchstf 4 ml			19015	165.55	129.76
Inf Konz 200 mg/10 ml Durchstf 10 ml			19015	389.20	324.39
Inf Konz 400 mg/20 ml Durchstf 20 ml			19015	761.95	648.78
Inj Lös 162 mg/0.9 ml Fertspr 4 Stk			20240	1118.70	962.96
Inj Lös 162 mg/0.9 ml Fertipen Fertpen 4 Stk			20893	1118.70	962.96
Limitation alt					
Die Behandlung mit Actemra bedarf der Kostengutsprache durch den Krankenversicherer nach vorgängiger Konsultation des Vertrauensarztes:					
Rheumatoide Arthritis:					
Zur Behandlung der aktiven rheumatoiden Arthritis bei erwachsenen Patienten, die auf die Behandlung mit DMARD (disease-modifying antirheumatic drugs) oder Tumor- nekrosefaktor (TNF)-Hemmern nicht ausreichend angesprochen haben.					
Systemische juvenile idiopathische Arthritis:					
In Kombination mit Kortikosteroiden und DMARD inklusive Methotrexat zur Behandlung von Kindern und Jugendlichen ab 2 Jahren bis 17 Jahren mit systemischer juveniler idiopathischer Arthritis (sJIA), welche auf eine vorgängige Therapie mit nicht-steroidalen Antirheumatika und Steroiden nicht ausreichend angesprochen haben.					
Polyartikulärer juveniler idiopathischer Arthritis:					
In Kombination mit Methotrexat zur Behandlung von Kindern und Jugendlichen ab 2 Jahren bis 17 Jahren mit aktiver polyartikulärer juveniler idiopathischer Arthritis (pJIA), die auf eine vorgängige Therapie mit Methotrexat nicht ausreichend angesprochen haben. Bei einer Unverträglichkeit auf Methotrexat kann Actemra als Mono- therapie verabreicht werden.					
Limitation neu					
Die Behandlung mit Actemra bedarf der Kostengutsprache durch den Krankenversicherer nach vorgängiger Konsultation des Vertrauensarztes:					
Rheumatoide Arthritis:					
Zur Behandlung der aktiven rheumatoiden Arthritis bei erwachsenen Patienten, die auf die Behandlung mit einem konventionellen synthetischen DMARD (disease- modifying antirheumatic drugs) oder einem Tumornekrosefaktor (TNF)-Hemmer nicht ausreichend angesprochen haben.					
Systemische juvenile idiopathische Arthritis (sJIA):					
In Kombination mit Kortikosteroiden und konventionellen synthetischen DMARD (disease-modifying antirheumatic drugs) inklusive Methotrexat zur Behandlung von Kindern und Jugendlichen ab 2 Jahren bis 17 Jahren mit systemischer juveniler idiopathischer Arthritis (sJIA), welche auf eine vorgängige Therapie mit nicht-steroidalen Antirheumatika und Steroiden nicht ausreichend angesprochen haben.					
Polyartikulärer juveniler idiopathischer Arthritis (pJIA):					
In Kombination mit Methotrexat zur Behandlung von Kindern und Jugendlichen ab 2 Jahren bis 17 Jahren mit aktiver polyartikulärer juveniler idiopathischer Arthritis (pJIA), die auf eine vorgängige Therapie mit Methotrexat nicht ausreichend angesprochen haben. Bei einer Unverträglichkeit auf Methotrexat kann Actemra als Mono- therapie verabreicht werden.					
AFINITOR	Novartis Pharma Schweiz AG	071610			
Tabl 5 mg 30 Stk			19175	1213.70	1049.49
Tabl 10 mg 30 Stk			19175	1720.15	1510.79
Limitation alt					
Behandlung von Patienten mit fortgeschrittenem Nierenzellkarzinom nach Versagen einer Behandlung mit Sunitinib oder Sorafenib.					
Behandlung von Patienten mit fortgeschrittenen, progredienten, gut oder mässig differenzierten neuroendokrinen Tumoren pankreatischen Ursprungs.					
In Kombination mit Exemestan zur Behandlung von postmenopausalen Frauen mit fortgeschrittenem, hormonrezeptor positivem, HER2 negativem Brustkrebs nach Versagen einer Behandlung mit Letrozol oder Anastrozol.					
Limitation neu					
Behandlung von Patienten mit fortgeschrittenem Nierenzellkarzinom nach Versagen einer Behandlung mit Sunitinib.					
Behandlung von Patienten mit fortgeschrittenen, progredienten, gut oder mässig differenzierten neuro-endokrinen Tumoren pankreatischen Ursprungs.					
In Kombination mit Exemestan zur Behandlung von postmenopausalen Frauen mit fortgeschrittenem, hormonrezeptor positivem, HER2 negativem Brustkrebs nach Versagen einer Behandlung mit Letrozol oder Anastrozol.					

PRÄPARATE / (Wirkstoffe) Packungen	Verantwortliche Firma	Therap. Gruppe	Dossier Nr.	Preis neu	Ex-Fact. neu
BONDRONAT Inf Konz 6mg/6ml Durchstf 6ml Limitation alt Behandlung von Patientinnen mit Knochenmetastasen bei Mammakarzinom. Limitation neu Vergütung bei Patientinnen mit Knochenmetastasen bei Mammakarzinom.	Atnahs Pharma Switzerland AG	079900	18353	221.80	178.71
ERBITUX Inf Lös 100mg/20ml Durchstf 20ml Inf Lös 500mg/100ml Durchstf 100ml Limitation alt Die Behandlung bedarf der Kostengutsprache durch den Krankenversicherer nach vorgängiger Konsultation des Vertrauensarztes: Vergütung bei Patienten mit metastasiertem Kolorektalkarzinom mit nicht-mutiertem Wildtyp-Ras-Gen: – In Kombination mit FOLFIRI oder FOLFOX – Als Monotherapie, wenn eine Therapie auf Oxaliplatin- und Irinotecan-Basis versagt hat oder eine Irinotecan-Intoleranz vorliegt. Vergütung bei Patienten mit lokal fortgeschrittenem Plattenepithelkarzinom im Kopf-Hals-Bereich: – In Kombination mit Radiotherapie. Vergütung bei Patienten mit rezidivierendem und/oder metastasiertem Plattenepithelkarzinom im Kopf-Hals-Bereich: – In Kombination mit bis zu 6 Zyklen Cisplatin und 5-Fluorouracil. Anschliessend wird die Erhaltungstherapie mit Erbitux alleine bis zur Tumorprogression weiter vergütet. Limitation neu Die Behandlung bedarf der Kostengutsprache durch den Krankenversicherer nach vorgängiger Konsultation des Vertrauensarztes: Vergütung bei Patienten mit metastasiertem Kolorektalkarzinom mit nicht-mutiertem Wildtyp-Ras-Gen: – In Kombination mit FOLFIRI oder FOLFOX – Als Monotherapie, wenn eine Therapie auf Oxaliplatin- und Irinotecan-Basis versagt hat oder eine Irinotecan-Intoleranz vorliegt. Vergütung bei Patienten mit lokal fortgeschrittenem Plattenepithelkarzinom im Kopf-Hals-Bereich (ausgenommen nasopharyngeale Karzinome), die eine Behandlung mit Cisplatin nicht vertragen: – In Kombination mit Radiotherapie. Vergütung bei Patienten mit rezidivierendem und/oder metastasiertem Plattenepithelkarzinom im Kopf-Hals-Bereich (ausgenommen nasopharyngeale Karzinome): – In Kombination mit bis zu 6 Zyklen Cisplatin und 5-Fluorouracil. Anschliessend wird die Erhaltungstherapie mit Erbitux alleine bis zur Tumorprogression weiter vergütet.	Merck (Schweiz) AG	071610	17996 17996	231.80 1090.40	187.45 937.18
NEBIDO Inj Lös Durchstf 4ml Limitation alt Primärer und sekundärer Hypogonadismus. Vorgängige Kostengutsprache durch den Vertrauensarzt des Krankenversicherers. Limitation neu Primärer und sekundärer Hypogonadismus. Kostenübernahme nur bei Vorliegen einer Kostengutsprache durch den Krankenversicherer nach vorgängiger Konsultation des Vertrauensarztes.	Grünenthal Pharma AG	070840	18138	127.25	96.47
XGEVA Inj Lös 120mg/1.7ml Durchstf 1.7ml Limitation alt Zur Behandlung von Patienten mit Knochenmetastasen solider Tumoren in Verbindung mit einer antineoplastischen Standardtherapie. Zur Behandlung von Erwachsenen und Jugendlichen mit abgeschlossener Skeletteifung mit Riesenzelltumoren des Knochens, die entweder nicht resezierbar sind oder bei denen eine Resektion wahrscheinlich zu hoher Morbidität führen würde. Limitation neu Vergütung bei Patienten mit Knochenmetastasen solider Tumoren in Verbindung mit einer antineoplastischen Standardtherapie. Vergütung bei Erwachsenen und Jugendlichen mit abgeschlossener Skeletteifung mit Riesenzelltumoren des Knochens, die entweder nicht resezierbar sind oder bei denen eine Resektion wahrscheinlich zu hoher Morbidität führen würde.	Amgen Switzerland AG	071610	19773	452.85	379.81



UV-Tagung 2024

Die Sonne im Blick: Unser UV-Schutzverhalten im Wandel der Zeit

Die UV-Tagung findet am 25. April 2024 in Bern statt.



Schweizerische Eidgenossenschaft
Confédération suisse
Confederazione Svizzera
Confederaziun svizra

Eidgenössisches Departement des Innern EDI
Bundesamt für Gesundheit BAG

Sehr geehrte Leserinnen und Leser

Gerne weisen wir Sie auf die UV-Tagung hin, welche am 25. April 2024 am BAG in Bern stattfindet, und laden Sie herzlich zur Teilnahme ein.

Die UV-Tagung bietet eine Plattform für den Austausch von Fachleuten, Experten und Interessierten aus dem Gesundheitswesen, um aktuelle Entwicklungen, Forschungsergebnisse und bewährte Praktiken im Bereich der UV-Strahlung und ihrer Auswirkungen auf die Gesundheit zu diskutieren.

Die vom BAG und der Krebsliga Schweiz organisierte Tagung bringt Experten aus verschiedenen Disziplinen zusammen, um aktuelle Herausforderungen und Innovationen in der Prävention, Diagnose und Behandlung von durch UV-Strahlung bedingten Gesundheitsproblemen zu erörtern. Der Fokus liegt dabei auf dem Zusammenhang zwischen UV-Exposition und der Entstehung von Hautkrebs und von UV-induzierten Augenerkrankungen.

Die Tagung bietet Ihnen Folgendes:

- **Fachvorträge:** Erhalten Sie Einblicke von führenden Experten in die neuesten Forschungsergebnisse und Entwicklungen im Bereich UV-Strahlung und Gesundheit.
- **Networking-Möglichkeiten:** Knüpfen Sie Kontakte mit Gleichgesinnten und Experten aus verschiedenen Fachrichtungen.
- **Posterpräsentationen:** Erfahren Sie mehr über innovative Projekte und Forschungsarbeiten im Zusammenhang mit UV-Strahlung und Gesundheit.

Eingeladen sind Fachpersonen aus den Bereichen Gesundheit, Bildung, Politik und Wissenschaft. Ziel der Tagung ist es, den Austausch zwischen verschiedenen Fachpersonen zu fördern und auf lange Sicht mit gemeinsamen Massnahmen dazu beizutragen, das Hautkrebsrisiko der Schweizer Bevölkerung zu senken und den Augenschutz zu fördern.

Für weitere Informationen und Anmeldungen besuchen Sie bitte die offizielle Website der UV-Tagung: www.krebsliga.ch/uv-tagung-2024.

Wir freuen uns, Sie zahlreich an der Tagung begrüßen zu dürfen.

Rezeptsperrung

Swissmedic, Abteilung Betäubungsmittel

Rezeptsperrung

Folgende Rezepte sind gesperrt

Kanton	Block-Nr.	Rezept-Nr.
Basel-Stadt		10874768
Bern		10788240
Schaffhausen		10912913
Waadt		9323771 10936555
Zürich		10629892

P.P.

CH-3003 Bern
Post CH AG

BAG-Bulletin
BBL, Vertrieb Publikationen
CH-3003 Bern

BAG-Bulletin

Woche
12/2024