



Schweizerische Eidgenossenschaft  
Confédération suisse  
Confederazione Svizzera  
Confederaziun svizra

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

Ausgabe vom 16. November 2020

# BAG-Bulletin <sup>Woche</sup> 47/2020

Informationsmagazin für medizinische Fachpersonen und Medienschaffende

**SO SCHÜTZEN  
WIR UNS.**

[www.bag-coronavirus.ch](http://www.bag-coronavirus.ch)



# Impressum

## **HERAUSGEBER**

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

## **REDAKTION**

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

## **DRUCK**

Stämpfli AG  
Wölflistrasse 1  
CH-3001 Bern  
Telefon 031 300 66 66

## **ABONNEMENTE, ADRESSÄNDERUNGEN**

BBL, Vertrieb Bundespublikationen  
CH-3003 Bern  
Telefon 058 465 5050  
Fax 058 465 50 58  
[verkauf.zivil@bbl.admin.ch](mailto:verkauf.zivil@bbl.admin.ch)

ISSN 1420-4266

## **DISCLAIMER**

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

Abonnieren Sie das Bulletin auch elektronisch unter:  
[www.bag.admin.ch/bag-bulletin](http://www.bag.admin.ch/bag-bulletin)

# Inhalt

Meldungen Infektionskrankheiten	4
Sentinella-Statistik	6
Wochenbericht zu den grippeähnlichen Erkrankungen	6
So schützen wir uns: <a href="http://www.bag-coronavirus.ch">www.bag-coronavirus.ch</a>	7
Spezialitätenliste	8
Rezeptsperrung	17

# Meldungen Infektionskrankheiten

## Stand am Ende der 45. Woche (10.11.2020)<sup>a</sup>

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

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

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

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

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

<sup>f</sup> Primäre, sekundäre bzw. frühlatente Syphilis.

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

<sup>h</sup> Eingeschlossen sind Fälle von Haut- und Rachendiphtherie, aktuell gibt es ausschliesslich Fälle von Hautdiphtherie.

### Infektionskrankheiten: Stand am Ende der 45. Woche (10.11.2020)<sup>a</sup>

	Woche 45			letzte 4 Wochen			letzte 52 Wochen			seit Jahresbeginn		
	2020	2019	2018	2020	2019	2018	2020	2019	2018	2020	2019	2018
<b>Respiratorische Übertragung</b>												
<b>Haemophilus influenzae: invasive Erkrankung</b>		1	4	7	8	12	88	126	134	71	107	119
		0.60	2.40	1.10	1.20	1.80	1.00	1.50	1.60	1.00	1.40	1.60
<b>Influenzavirus-Infektion, saisonale Typen und Subtypen<sup>b</sup></b>		8	11	2	19	21	11753	13695	14968	11332	13347	13638
		4.80	6.70	0.30	2.90	3.20	136.90	159.60	174.40	152.60	179.70	183.60
<b>Legionellose</b>		6	16	12	27	53	494	575	560	430	517	509
		3.60	9.70	7.30	4.10	8.00	5.80	6.70	6.50	5.80	7.00	6.80
<b>Masern</b>						3	45	213	48	35	211	46
						0.40	0.50	2.50	0.60	0.50	2.80	0.60
<b>Meningokokken: invasive Erkrankung</b>		1			4	2	26	45	58	18	36	54
		0.60			0.60	0.30	0.30	0.50	0.70	0.20	0.50	0.70
<b>Pneumokokken: invasive Erkrankung</b>		7	17	9	17	58	42	626	898	957	500	747
		4.20	10.30	5.40	2.60	8.80	6.40	7.30	10.50	11.20	6.70	10.10
<b>Röteln<sup>c</sup></b>								1	2		1	2
								0.01	0.02		0.01	0.03
<b>Röteln, materno-fötal<sup>d</sup></b>												
<b>Tuberkulose</b>		2	10	10	10	23	27	371	427	513	319	379
		1.20	6.10	6.10	1.50	3.50	4.10	4.30	5.00	6.00	4.30	5.10
<b>Faeco-orale Übertragung</b>												
<b>Campylobacteriose</b>		44	139	135	340	596	609	6102	7361	7488	5252	6456
		26.70	84.20	81.80	51.50	90.30	92.20	71.10	85.80	87.20	70.70	86.90
<b>Enterohämorrhagische E.-coli-Infektion</b>		8	22	12	35	111	73	762	1124	789	640	1008
		4.80	13.30	7.30	5.30	16.80	11.10	8.90	13.10	9.20	8.60	13.60
<b>Hepatitis A</b>		2		5	6	3	16	85	84	91	69	62
		1.20		3.00	0.90	0.40	2.40	1.00	1.00	1.10	0.90	0.80
<b>Hepatitis E</b>		3	1	1	8	6	5	82	113	55	64	95
		1.80	0.60	0.60	1.20	0.90	0.80	1.00	1.30	0.60	0.90	1.30
<b>Listeriose</b>		2	1	1	3	3	3	56	36	52	51	31
		1.20	0.60	0.60	0.40	0.40	0.40	0.60	0.40	0.60	0.70	0.40
<b>Salmonellose, S. typhi/ paratyphi</b>				1			1	14	21	21	11	18
				0.60			0.20	0.20	0.20	0.20	0.20	0.20
<b>Salmonellose, übrige</b>		35	40	18	105	173	131	1285	1530	1475	1111	1375
		21.20	24.20	10.90	15.90	26.20	19.80	15.00	17.80	17.20	15.00	18.50
<b>Shigellose</b>		1	9	4	3	38	30	81	226	231	55	190
		0.60	5.40	2.40	0.40	5.80	4.50	0.90	2.60	2.70	0.70	2.60

	Woche 45			letzte 4 Wochen			letzte 52 Wochen			seit Jahresbeginn		
	2020	2019	2018	2020	2019	2018	2020	2019	2018	2020	2019	2018
<b>Durch Blut oder sexuell übertragen</b>												
Aids		3 1.80	1 0.60	5 0.80	6 0.90	7 1.10	58 0.70	77 0.90	76 0.90	45 0.60	68 0.90	69 0.90
Chlamydiose	35 21.20	309 187.20	249 150.90	531 80.40	1029 155.90	850 128.70	10644 124.00	12182 141.90	11095 129.30	8936 120.30	10702 144.10	9667 130.20
Gonorrhoe <sup>e</sup>	42 25.40	103 62.40	75 45.40	227 34.40	357 54.10	262 39.70	3328 38.80	3875 45.20	2831 33.00	2840 38.20	3429 46.20	2491 33.50
Hepatitis B, akut			1 0.60		3 0.40	5 0.80	10 0.10	27 0.30	41 0.50	6 0.08	24 0.30	31 0.40
Hepatitis B, total Meldungen	4	19	19	38	80	90	948	1075	1247	779	928	1056
Hepatitis C, akut					2 0.30	2 0.30	2 0.02	31 0.40	30 0.40	2 0.03	27 0.40	25 0.30
Hepatitis C, total Meldungen	10	22	16	42	81	89	886	1043	1327	753	896	1140
HIV-Infektion	3 1.80	5 3.00	5 3.00	26 3.90	35 5.30	32 4.80	299 3.50	419 4.90	414 4.80	234 3.20	365 4.90	353 4.80
Syphilis, Frühstadien <sup>f</sup>	4 2.40	16 9.70	14 8.50	19 2.90	59 8.90	45 6.80	556 6.50	700 8.20	525 6.10	445 6.00	622 8.40	525 7.10
Syphilis, total <sup>g</sup>	5 3.00	23 13.90	18 10.90	26 3.90	83 12.60	62 9.40	746 8.70	1011 11.80	922 10.70	597 8.00	893 12.00	810 10.90
<b>Zoonosen und andere durch Vektoren übertragbare Krankheiten</b>												
Brucellose				2 0.30			11 0.10	6 0.07	4 0.05	9 0.10	5 0.07	4 0.05
Chikungunya-Fieber		1 0.60			3 0.40	1 0.20	15 0.20	37 0.40	4 0.05	10 0.10	36 0.50	4 0.05
Dengue-Fieber		13 7.90	1 0.60		33 5.00	16 2.40	115 1.30	237 2.80	163 1.90	70 0.90	212 2.80	146 2.00
Gelbfieber									1 0.01			1 0.01
Hantavirus-Infektion									1 0.01			1 0.01
Malaria	6 3.60	7 4.20	6 3.60	12 1.80	22 3.30	20 3.00	154 1.80	279 3.20	300 3.50	115 1.60	247 3.30	261 3.50
Q-Fieber			2 1.20		5 0.80	2 0.30	50 0.60	103 1.20	52 0.60	43 0.60	95 1.30	45 0.60
Trichinellose							3 0.03	2 0.02	1 0.01	3 0.04	2 0.03	
Tularämie		4 2.40	1 0.60		15 2.30	12 1.80	112 1.30	136 1.60	130 1.50	87 1.20	123 1.70	108 1.40
West-Nil-Fieber					1 0.20		1 0.01	1 0.01		1 0.01	1 0.01	
Zeckenzephalitis	3 1.80	2 1.20	7 4.20	14 2.10	12 1.80	19 2.90	455 5.30	263 3.10	369 4.30	441 5.90	248 3.30	360 4.80
Zika-Virus Infektion							1 0.01		6 0.07			3 0.04
<b>Andere Meldungen</b>												
<b>Botulismus</b>												
Creutzfeldt-Jakob-Krankheit				3 0.40			19 0.20	21 0.20	15 0.20	16 0.20	14 0.20	12 0.20
Diphtherie <sup>h</sup>					1 0.20	2 0.30	3 0.03	2 0.02	5 0.06	3 0.04	2 0.03	5 0.07
<b>Tetanus</b>												

# Sentinella-Statistik

Provisorische Daten

Sentinella:

Anzahl Meldungen (N) der letzten 4 Wochen bis am 06.11.2020 und Inzidenz pro 1000 Konsultationen (N/10<sup>3</sup>)  
Freiwillige Erhebung bei Hausärztinnen und Hausärzten (Allgemeinpraktiker, Internisten und Pädiater)

Woche	42		43		44		45		Mittel 4 Wochen	
	N	N/10 <sup>3</sup>	N	N/10 <sup>3</sup>	N	N/10 <sup>3</sup>	N	N/10 <sup>3</sup>	N	N/10 <sup>3</sup>
Mumps	0	0	0	0	1	0.1	0	0	0.3	0
Pertussis	0	0	1	0.1	0	0	0	0	0.3	0
Zeckenstiche	1	0.1	5	0.4	1	0.1	1	0.1	2	0.2
Lyme Borreliose	4	0.4	5	0.4	2	0.2	2	0.2	3.3	0.3
Herpes Zoster	5	0.4	9	0.7	8	0.6	6	0.5	7	0.6
Post-Zoster-Neuralgie	6	0.5	1	0.1	0	0	0	0	1.8	0.2
Meldende Ärzte	150		158		164		155		156.8	

## Wochenbericht zu den grippeähnlichen Erkrankungen

Die Berichterstattung zur Grippe wurde im Zusammenhang mit der COVID-19 Pandemie überarbeitet. Sie ist unter folgender Adresse zu finden: <https://www.bag.admin.ch/grippebericht>



**SO SCHÜTZEN  
WIR UNS.**

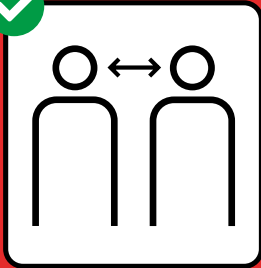


# STOP CORONA

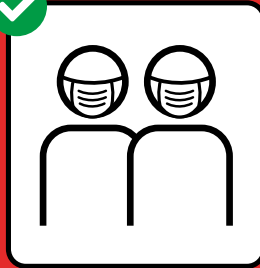
Aktualisiert am 29.10.2020



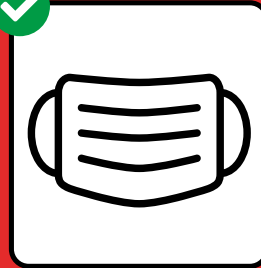
Weniger Menschen treffen.



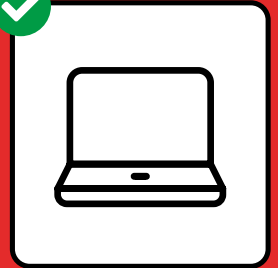
Abstand halten.



Maskenpflicht, wenn Abstandhalten nicht möglich ist.



Maskenpflicht in öffentlich zugänglichen Innen- und Aussenbereichen und im öffentlichen Verkehr.



Wenn möglich im Homeoffice arbeiten.



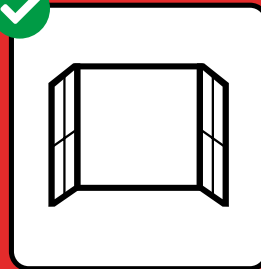
Gründlich Hände waschen.



In Taschentuch oder Armbeuge husten und niesen.



Hände schütteln vermeiden.



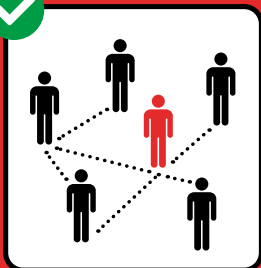
Mehrmals täglich lüften.



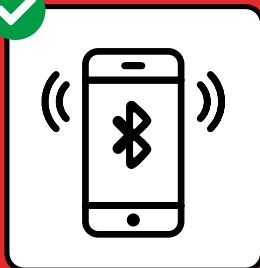
Veranstaltungen: Öffentlich max. 50 Pers. Privat max. 10 Pers. Ansammlungen im öff. Raum max. 15 Pers.



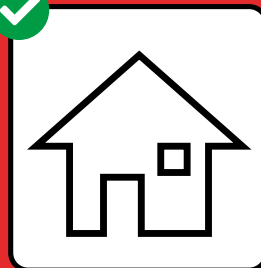
Bei Symptomen sofort testen lassen und zu Hause bleiben.



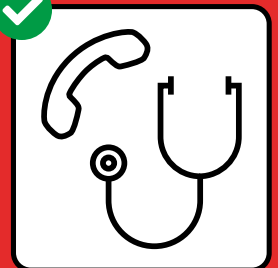
Zur Rückverfolgung immer vollständige Kontaktdaten angeben.



Um Infektionsketten zu stoppen: SwissCovid App downloaden und aktivieren.



Bei positivem Test: Isolation. Bei Kontakt mit positiv getesteter Person: Quarantäne.



Nur nach telefonischer Anmeldung in Arztpraxis oder Notfallstation.

[www.bag-coronavirus.ch](http://www.bag-coronavirus.ch)

In bestimmten Kantonen gelten strengere Regeln



Schweizerische Eidgenossenschaft  
Confédération suisse  
Confederazione Svizzera  
Confederaziun svizra

Swiss Confederation

Bundesamt für Gesundheit BAG  
Office fédéral de la santé publique OFSP  
Ufficio federale della sanità pubblica UFSP  
Uffizi federal da sanadad publica UFSP



SwissCovid App  
Download

# Spezialitätenliste:

Die Spezialitätenliste ist im Internet zu finden unter: [www.spezialitätenliste.ch](http://www.spezialitätenliste.ch)

[ ] Der dem verfügbaren Publikumspreis zugrunde liegende Fabrikabgabepreis

**Gültig ab 1. November 2020**

Therap. Gruppe	Dossier Nr.	PRÄPARATE/ (Wirkstoffe) Packungen	Verantwortliche Firma	SHI-Nr.	Aufnahmejahr
<b>I. Neuzugang Präparate</b>					
01.06 G		<b>AGOMELATIN SPIRIG HC</b> (Agomelatinum)	Spirig HealthCare AG		
	21131	Filmtabl 25 mg Blist 28 Stk Fr. 46.50 (26.20)		67423001	01.11.2020, B
	21131	Filmtabl 25 mg Blist 98 Stk Fr. 118.50 (88.95)		67423002	01.11.2020, B
Keine Kostenübernahme bei Patienten, die bei Therapiebeginn >= 65 Jahre alt sind und noch nie mit Agomelatin behandelt wurden.					
01.06 G		<b>AGOMELATIN-MEPHA</b> (Agomelatinum)	Mepha Pharma AG		
	21142	Lactab 25 mg Blist 28 Stk Fr. 46.50 (26.20)		67502001	01.11.2020, B
	21142	Lactab 25 mg Blist 98 Stk Fr. 118.50 (88.95)		67502002	01.11.2020, B
Keine Kostenübernahme bei Patienten, die bei Therapiebeginn >= 65 Jahre alt sind und noch nie mit Agomelatin behandelt wurden.					
02.05.10		<b>AJOVY</b> (Fremanezumabum)	Teva Pharma AG		
	20977	Inj Lös 225 mg/1.5 ml s.c. Fertpen 1.5 ml Fr. 589.15 (498.92)		67843001	01.11.2020, B

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

Die Diagnosstellung, die Verordnung von AJOVY und die Verlaufskontrolle 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 Migräneta-ge pro Monat von unbehandelt mindestens 4h Dauer pro Tag lückenlos dokumentiert über mindestens 3 Monate) oder episodischer Migräne (Baseline: Mindestens 8 Migräneta-ge 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 The- rapien 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 Migräneta-ge um mindestens 50% gegenüber Therapiebeginn erzielt wurde.

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

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

Kontrolle nach 3 Monaten:

- Die Behandlung mit AJOVY mg darf basierend auf einer Kontrolle durch den Facharzt FMH der Neurologie 3 Monate nach Therapiebeginn nur fortgesetzt werden, wenn die durchschnittliche Anzahl Migräneta-ge gegenüber Therapiebeginn mit AJOVY mg reduziert wurde und diese Reduktion anhand eines Migräneta-gebuches 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 Migräneta-ge gegenüber Therapiebeginn mit AJOVY um mindestens 50% reduziert wurde und diese Reduktion anhand eines Migräneta-gebuches belegt werden kann.
- Die Reduktion um mindestens 50% der Migräneta-ge ist dem Vertrauensarzt des Krankenversicherers schriftlich zu melden.

Absetzen der Therapie nach 1 Jahr:

- Spätestens ein Jahr nach Therapiebeginn muss die Therapie abgesetzt werden. Wird 3 Monate nach Absetzen der Therapie die Diagnose einer chronischen Migräne (Kriterien vgl. oben) oder episodischen Migräne (Kriterien vgl. oben) erneut gestellt, kann eine Wiederaufnahme einer AJOVY Therapie mittels erneuter Kostengutspra- che für maximal 12 Monate beantragt werden.

Bei unzureichender oder nachlassender Wirksamkeit (definiert nach obenstehenden Kriterien) von AJOVY wird eine Rotation innerhalb der Wirkstoffklassen (CGRP-Rezep- tor-Antagonisten, CGRP-Inhibitoren) nicht vergütet.



Therap. Gruppe	Dossier Nr.	PRÄPARATE/ (Wirkstoffe) Packungen	Verantwortliche Firma	SHI-Nr.	Aufnahmejahr
02.07.20		<b>ENTRESTO</b> (Sacubitrilum, Valsartanum)	Novartis Pharma Schweiz AG		
	20415	Filmtabl 50 mg 28 Stk Fr. 87.50 (61.95)		65673001	01.11.2015, B
	20415	Filmtabl 50 mg 56 Stk Fr. 158.65 (123.90)		65673006	01.11.2015, B
	20415	Filmtabl 100 mg 56 Stk Fr. 158.65 (123.90)		65673002	01.11.2015, B
	20415	Filmtabl 100 mg 168 Stk Fr. 495.40 (417.24)		65673003	01.11.2015, B
	20415	Filmtabl 100 mg Blist 168 Stk Fr. 443.10 (371.70)		65673007	01.11.2015, B
	20415	Filmtabl 200 mg 56 Stk Fr. 158.65 (123.90)		65673004	01.11.2015, B
	20415	Filmtabl 200 mg 168 Stk Fr. 495.40 (417.24)		65673005	01.11.2015, B
	20415	Filmtabl 200 mg Blist 168 Stk Fr. 443.10 (371.70)		65673008	01.11.2015, B
In geeigneter Kombination mit anderen Therapien für Herzinsuffizienz (z.B. Betablocker, Diuretika und Mineralokortikoidantagonisten) für die Behandlung erwachsener Patienten mit systolischer Herzinsuffizienz der NYHA Klasse II, III oder IV, deren linksventrikuläre Auswurfraction (LVEF) vor Behandlung mit Entresto = 40% beträgt und welche mit einer stabilen Dosis eines Angiotensin Converting Enzym (ACE)-Hemmers oder Angiotensin Rezeptor-Blockers (ARBs) vorbehandelt worden sind.					
05.01 G		<b>TORASEMID MYLAN</b> (Torasemidum)	Mylan Pharma GmbH		
	21124	Tabl 2.500 mg Blist 20 Stk Fr. 5.20 (0.95)		67971001	01.11.2020, B
	21124	Tabl 2.500 mg Blist 100 Stk Fr. 8.90 (4.17)		67971002	01.11.2020, B
	21124	Tabl 5 mg Blist 20 Stk Fr. 5.80 (1.47)		67971003	01.11.2020, B
	21124	Tabl 5 mg Blist 100 Stk Fr. 15.65 (6.48)		67971004	01.11.2020, B
	21124	Tabl 10 mg Blist 20 Stk Fr. 6.60 (2.17)		67971005	01.11.2020, B
	21124	Tabl 10 mg Blist 100 Stk Fr. 20.65 (10.85)		67971006	01.11.2020, B
	21124	Tabl 200 mg Blist 20 Stk Fr. 25.80 (11.77)		67971007	01.11.2020, B
	21124	Tabl 200 mg Blist 100 Stk Fr. 76.80 (52.61)		67971008	01.11.2020, B
06.07.30		<b>PELGRAZ</b> (Pegfilgrastimum)	Accord Healthcare AG		
	21137	Inj Lös 6 mg/0.6 ml Fertiginjektor Injektor 0.6 ml Fr. 1266.85 (1099.00)		68116001	01.11.2020, A
Anwendung bei erfolgversprechenden, stark myelotoxischen Chemotherapien bei Patienten, die wegen eingeschränkter Knochenmarkreserven besonders infektions-gefährdet sind.					
07.02.30		<b>VIFEROL D3 25'000</b> (Cholecalciferolum (Vitamin D3))	Vifor SA		
	21085	Trink Lös 25000 IE/ml Amp 4 Stk Fr. 15.05 (5.96)		67173001	01.11.2020, B
Zur Therapie bei nachgewiesenem schwerem Vitamin D-Mangel (Serumkonzentration von 25-Hydroxycholecalciferol <25 nmol/l bzw. <10 ng/ml) bei Erwachsenen und Jugendlichen ab 12 Jahren.					
07.06.20		<b>OZEMPIC DUALDOSE</b> (Semaglutidum)	Novo Nordisk Pharma AG		
	20753	Inj Lös 2 mg/1.5 ml Fertpen 1.500 ml Fr. 129.80 (98.79)		66604001	01.09.2018, B
Zur Behandlung von Patienten mit einem Typ 2 Diabetes mellitus; in ausschliesslich folgenden Kombinationstherapien, wenn durch diese Antidiabetika keine ausreichende Blutzuckerkontrolle erreicht wird: – Als Zweifachkombination mit Metformin oder einem Sulfonylharnstoff – Als Dreifachkombination mit einer Kombination aus Metformin und einem Sulfonylharnstoff – In Kombination mit Basalinsulin mit oder ohne Metformin.					
Mindestens BMI 28. Zusätzliche Medikamente zur Gewichtsreduktion werden nicht vom Krankenversicherer vergütet.					
07.15		<b>SKYRIZI</b> (Risankizumabum)	AbbVie AG		
	20922	Inj Lös 75 mg/0.83 ml 2 Fertspr 0.830 ml Fr. 3816.85 (3483.74)		66944001	01.08.2019, B
Behandlung erwachsener Patienten mit schwerer Plaque-Psoriasis, bei denen UVB und PUVA oder eine der folgenden drei systemischen Therapien (Ciclosporin, Methotrexat, Acitretin) keinen therapeutischen Erfolg gezeigt haben. Falls nach 16-wöchiger Behandlung kein therapeutischer Erfolg eingetreten ist, ist die Behandlung abzubrechen. Die Verschreibung kann nur durch Fachärzte der Dermatologie oder dermatologische Universitätskliniken/Polikliniken erfolgen.					

Therap. Gruppe	Dossier Nr.	PRÄPARATE/ (Wirkstoffe) Packungen	Verantwortliche Firma	SHI-Nr.	Aufnahmejahr
07.16.10		<b>DARZALEX SC</b> (Daratumumabum)	Janssen-Cilag AG		
	21150	Inj Lös 1800 mg/15 ml Durchstf 15 ml Fr. 5909.15 (5525.04)		67689001	01.11.2020, A
Nach Kostengutsprache durch den Krankenversicherer nach vorgängiger Konsultation des Vertrauensarztes.					
Nur bis zur Progression der Krankheit.					
Nur als Monotherapie zur Behandlung von auf die letzte Therapie refraktäre Patienten in der vierten Linie des Multiplen Myeloms, bei Patienten die mindestens 3 frühere Therapielinien erhalten haben, einschliesslich >1 Proteasomen-Inhibitors (PI) und >1 immunmodulatorischen Wirkstoffs (IMiD) und noch nie mit DARZALEX behandelt wurden oder als Monotherapie zur Behandlung von auf die letzte Therapie refraktäre Patienten in der vierten Linie des Multiplen Myeloms bei Patienten, die gegenüber >1 PI und IMiD doppel-refraktär waren und noch nie mit DARZALEX behandelt wurden.					
Die Kostengutsprache gilt zunächst für 4 Wochen und wird vom Krankenversicherer nur dann verlängert werden, wenn der behandelnde Arzt dem Krankenversicherer nach 4 Wochen meldet, dass die Therapie fortgesetzt wird. In diesem Fall ist die Verlängerung der Kostengutsprache ohne Einforderung weiterer Unterlagen zu gewähren. Wird die Therapie nach 4 Wochen nicht fortgesetzt, vergütet die Janssen-Cilag AG nach Aufforderung durch denjenigen Krankenversicherer, bei dem die versicherte Person zum Zeitpunkt des Bezuges versichert war, die Kosten für die bis zu diesem Zeitpunkt abgegebenen Packungen bzw. Mengen von Darzalex zurück. Die Mehrwertsteuer kann nicht zusätzlich zu diesem Betrag zurückgefordert werden. Die Aufforderung zur Rückvergütung soll in der Regel innerhalb von 6 Monaten erfolgen.					
07.16.10		<b>IMATINIB GIST-TEVA</b> (Imatinibum)	Teva Pharma AG		
G	21139	Filmtabl 100 mg Blist 60 Stk Fr. 1086.85 (934.92)		66621001	01.11.2020, A
	21139	Filmtabl 400 mg Blist 30 Stk Fr. 2083.15 (1843.32)		66621002	01.11.2020, A
Zur Behandlung unresezierbarer und/oder metastasierter maligner gastrointestinaler Stromatumoren (GIST) bei Erwachsenen.					
Zur adjuvanten Behandlung Erwachsener mit relevantem Risiko eines Rezidivs nach Resektion KIT-(CD117)-positiver GIST: Patienten mit einem niedrigen Rezidivrisiko sollen keine adjuvante Behandlung erhalten.					
07.16.10		<b>IMATINIB MYLAN</b> (Imatinibum)	Mylan Pharma GmbH		
G	21125	Filmtabl 100 mg Blist 60 Stk Fr. 546.85 (462.06)		63199001	01.11.2020, A
	21125	Filmtabl 400 mg Blist 30 Stk Fr. 1074.05 (923.22)		63199002	01.11.2020, A
Behandlung von erwachsenen und pädiatrischen Patienten mit Ph+ chronisch-myeloischer Leukämie (Ph+CML) in der chronischen Phase, in der akzelerierten Phase sowie in der Blastenkrise.					
Behandlung von Erwachsenen und pädiatrischen Patienten mit Ph+ akuter lymphatischer Leukämie (Ph+ALL) in Kombination mit Standardchemotherapie.					
Behandlung von erwachsenen Patienten mit Hypereosinophiliensyndrom (HES), atypischen myelodysplastischen/myeloproliferativen Erkrankungen (MDS/MPD) oder aggressiver systemischer Mastozytose (SM) einhergehend mit Eosinophilie und einer plated-derived growth factor (PDGF)-Rezeptor-alpha oder -beta Mutation oder einem FIP1L1-PDGFR-alpha Fusionsprotein.					
Behandlung von Erwachsenen mit unresezierbarem, rezidivierendem oder metastasierendem Dermatofibrosarkom protuberans (DFSP).					
07.16.10		<b>VENCLYXTO</b> (Venetoclaxum)	AbbVie AG		
	20764	Filmtabl 10 mg Blist 14 Stk Fr. 99.10 (72.05)		66235002	01.11.2018, A
	20764	Filmtabl 50 mg Blist 7 Stk Fr. 223.15 (180.11)		66235004	01.11.2018, A
	20764	Filmtabl 100 mg Blist 7 Stk Fr. 429.95 (360.23)		66235005	01.11.2018, A
	20764	Filmtabl 100 mg Blist 14 Stk Fr. 843.50 (720.46)		66235006	01.11.2018, A
	20764	Filmtabl 100 mg Blist 112 Stk Fr. 6153.75 (5763.66)		66235007	01.11.2018, A
Die Behandlung bedarf der Kostengutsprache durch den Krankenversicherer nach vorgängiger Konsultation des Vertrauensarztes.					
Venclyxto als Kombinationstherapie mit Rituximab bei Erwachsenen zur Behandlung einer chronischen lymphatischen Leukämie (CLL), die mindestens eine Vortherapie erhalten haben.					
Die Behandlung (inkl. maximal 6 Zyklen Rituximab) wird für max. 24 Monate + 5 Wochen (Therapiedauer gemäss Fachinformation) vergütet.					
Es werden keine weiteren anti-CLL Arzneimitteltherapien vergütet bis eine Krankheitsprogression auftritt.					
07.16.20		<b>ERLEADA</b> (Apalutamidum)	Janssen-Cilag AG		
	20901	Filmtabl 60 mg 4 Blist 28 Stk Fr. 3467.35 (3142.80)		67072001	01.11.2020, B
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).					

Therap. Gruppe	Dossier Nr.	PRÄPARATE/ (Wirkstoffe) Packungen	Verantwortliche Firma	SHI-Nr.	Aufnahmejahr
07.99 G		<b>MIGLUSTAT DIPHARMA</b> (Miglustatum)	Dipharma SA		
	21114	Kaps 100 mg Blist 84 Stk Fr. 5376.35 (5005.23)		67633001	01.11.2020, B
Zur Behandlung von erwachsenen Patienten mit leichter bis mittelschwerer Form des Morbus Gaucher Typ 1, für welche eine Enzymsubstitutionstherapie nicht möglich ist.					
08.01.93 G		<b>CO-AMOXICILLIN DEVATIS</b> (Amoxicillinum anhydricum, Acidum clavulanicum)	Devatis AG		
	21081	Filmtabl 625 mg Blist 10 Stk Fr. 16.60 (7.33)		67327003	01.11.2020, A
	21081	Filmtabl 625 mg Blist 20 Stk Fr. 28.35 (13.99)		67327004	01.11.2020, A
	21082	Filmtabl 1 g Blist 12 Stk Fr. 28.50 (14.13)		67329003	01.11.2020, A
	21082	Filmtabl 1 g Blist 20 Stk Fr. 40.60 (21.09)		67329004	01.11.2020, A
08.01.93 G		<b>DAPTOMYCIN ACCORD</b> (Daptomycinum)	Accord Healthcare AG		
	21136	Trockensub 350 mg Durchstf 1 Stk Fr. 101.75 (74.35)		67273001	01.11.2020, A
	21136	Trockensub 500 mg Durchstf 1 Stk Fr. 138.30 (106.20)		67273002	01.11.2020, A
Behandlung erwachsener Patienten bei komplizierten Haut- und Weichteilinfektionen (cSSTI) verursacht durch empfindliche Gram-positive Mikroorganismen, Staphylococcus aureus Bakteriämie (SAB) und rechtsseitige infektiöse Endokarditis (RIE) verursacht durch methicillinempfindliche und methicillinresistente Keime. Die Wirksamkeit von DAPTOMYCIN ACCORD bei Patienten mit linksseitiger Endokarditis aufgrund von S. aureus wurde nicht nachgewiesen. Der Therapiebeginn muss unter Anleitung eines Spezialisten im Spital erfolgen.					
08.03 G		<b>ABACAVIR LAMIVUDIN MEPHA</b> (Abacavirum, Lamivudinum)	Mepha Pharma AG		
	20836	Lactab 600/300 mg Blist 30 Stk Fr. 304.45 (250.93)		67064001	01.11.2020, A
08.03		<b>PREVMIS</b> (Letermovirum)	MSD Merck Sharp & Dohme AG		
	20765	Filmtabl 240 mg 28 Stk Fr. 4929.75 (4569.50)		66652001	01.01.2019, A
	20765	Filmtabl 480 mg 28 Stk Fr. 9514.15 (9042.08)		66652002	01.01.2019, A
	20765	Inf Konz 240 mg/12 ml 1 Stk Fr. 218.65 (176.17)		66653001	01.11.2020, A
	20765	Inf Konz 480 mg/24 ml 1 Stk Fr. 419.65 (351.26)		66653002	01.11.2020, A
11.09 G		<b>TRAVOTIM-VISION</b> (Travoprostum, Timololum)	OmniVision AG		
	21141	Gtt Opht Fl 2.5 ml Fr. 33.60 (15.00)		67232001	01.11.2020, B
	21141	Gtt Opht 3 Fl 2.5 ml Fr. 62.30 (40.00)		67232002	01.11.2020, B
17.02		<b>XOFIGO</b> (Radium-223 dichloridum)	Bayer (Schweiz) AG		
	20252	Inj Lös 1100 kBq Ra-223 /ml Vial 6.000 ml Fr. 5286.85 (4917.92)		62732001	01.10.2014, A
Zur Behandlung von Patienten mit kastrationsresistentem Prostatakarzinom (CRPC) und symptomatischen Knochenmetastasen ohne bekannte viszerale Metastasen wenn eine Chemotherapie nicht indiziert ist oder bei Progredienz nach Docetaxel. Es sind maximal 6 Therapiezyklen zu vergüten. Bei nicht orchiektomierten Patienten soll eine antiandrogene Behandlung zur Suppression des Testosteronspiegels auf Kastrationsniveau weitergeführt werden.					

Therap. Gruppe	Dossier Nr.	PRÄPARATE/ (Wirkstoffe) Packungen	Verantwortliche Firma	SHI-Nr.	Aufnahmejahr
<b>II. Andere Packungen und Dosierungen</b>					
01.05		<b>LATUDA</b> (Lurasidoni hydrochloridum)	Medius AG		
	20064	Filmtabl 20 mg Blist 28 Stk Fr. 128.35 (97.53)		62785007	01.11.2020, B
<p>Latuda 20 mg werden ausschliesslich zur Behandlung depressiver Episoden im Rahmen einer bipolaren Störung Typ 1 vergütet. Entstehen für die Behandlung depressiver Episoden im Rahmen einer bipolaren Störung Typ 1 aufgrund einer Dosisanpassung auf 60 mg (20 mg + 40 mg) die doppelten Kosten, sind die Kosten der jeweiligen Packungen Latuda 20 mg auf Basis FAP von der Medius AG demjenigen Krankenversicherer rückzuerstatten, bei dem die versicherte Person zum Zeitpunkt des Bezuges versichert war. Die MWSt kann nicht zusätzlich zum FAP zurückgefordert werden. Der Krankenversicherer fordert die Firma Medius AG zur Rückvergütung auf. Die Aufforderung zur Rückvergütung soll in der Regel innerhalb von drei Monaten nach Beendigung der Therapie erfolgen.</p>					
01.12 G		<b>BACLOCALM</b> (Baclofenum)	Labatec Pharma SA		
	21054	Tabl 10 mg Blist 200 Stk Fr. 49.50 (28.84)		66571002	01.11.2020, B
02.07.20		<b>ENTRESTO</b> (Sacubitrilum, Valsartanum)	Novartis Pharma Schweiz AG		
	20415	Filmtabl 50 mg 56 Stk Fr. 158.65 (123.90)		65673006	01.07.2018, B
<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 = 40% beträgt und welche mit einer stabilen Dosis eines Angiotensin Converting Enzym (ACE)-Hemmers oder Angiotensin Rezeptor-Blockers (ARBs) vorbehandelt worden sind.</p>					
06.01.10		<b>RESPREEZA</b> (Alpha-1-proteinase inhibitor)	CSL Behring AG		
	20393	Trockensub 4000 mg c Solv Durchstf 1 Stk Fr. 1416.85 (1342.28)		65337006	01.11.2020, B
<p>Preisberechnung für Blutpräparate aufgrund des Fabrikabgabepreises zuzüglich einer Fixmarge wegen der speziellen Verteilersituation (praktisch kein Zwischenhandel) von Fr. 40.- zuzüglich MWST. Diese Berechnung gilt nicht für die Humanalbumine.</p>					
07.06.20		<b>OZEMPIC FIXDOSE</b> (Semaglutidum)	Novo Nordisk Pharma AG		
	20753	Inj Lös 4 mg/3 ml (1 mg/Dosis) Fertpen 3 ml Fr. 129.80 (98.79)		66604003	01.12.2019, B
<p>Zur Behandlung von Patienten mit einem Typ 2 Diabetes mellitus; in ausschliesslich folgenden Kombinationstherapien, wenn durch diese Antidiabetika keine ausreichende Blutzuckerkontrolle erreicht wird:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Als Zweifachkombination mit Metformin oder einem Sulfonylharnstoff</li> <li>- Als Dreifachkombination mit einer Kombination aus Metformin und einem Sulfonylharnstoff</li> <li>- In Kombination mit Basalinsulin mit oder ohne Metformin.</li> </ul> <p>Mindestens BMI 28. Zusätzliche Medikamente zur Gewichtsreduktion werden nicht vom Krankenversicherer vergütet.</p>					
<b>III. Neu gestrichene Präparate/Packungen</b>					
08.03 G		<b>LAMIVUDIN-ZIDOVUDIN MEPHA</b> (Lamivudinum, Zidovudinum)	Mepha Pharma AG		
	20052	Lactabs 150/300 mg 60 Stk Fr. 359.55 (298.89)		62324001	01.11.2020, A
08.08		<b>INFLUVAC</b> (Vaccinum influenzae-Subunit inactivatum 2019/2020)	Mylan Pharma GmbH		
	16593	Inj Susp 2019/2020 Fertspr 0.500 ml Fr. 17.90 (8.46)		00485019	01.11.2020, B

PRÄPARATE / (Wirkstoffe) Packungen	Verantwortliche Firma	Therap. Gruppe	Dossier Nr.	Preis neu	Ex-Fact. neu
<b>IV. Preissenkungen</b>					
<b>IV.a. Preisänderung nach 1 Jahr SL-Aufnahme</b>					
<b>SKYRIZI</b> Inj Lös 75 mg/0.83 ml 2 Fertspr 0.830 ml	AbbVie AG	071500	20922	3816.85	3483.74
<b>IV.b. Auslandspreisvergleich</b>					
<b>ENTRESTO</b> Filmtabl 50 mg 28 Stk	Novartis Pharma Schweiz AG	020720	20415	87.50	61.95
Filmtabl 50 mg 56 Stk			20415	158.65	123.90
Filmtabl 100 mg 56 Stk			20415	158.65	123.90
Filmtabl 100 mg Blist 168 Stk			20415	443.10	371.70
Filmtabl 200 mg 56 Stk			20415	158.65	123.90
Filmtabl 200 mg Blist 168 Stk			20415	443.10	371.70
<b>IV.c. Freiwillige Preissenkung</b>					
<b>VALSARTAN AMLO SPIRIG HC</b> Filmtabl 5/80 mg 28 Stk	Spirig HealthCare AG	020720	20913	26.65	12.49
Filmtabl 5/80 mg 98 Stk			20913	62.75	40.38
Filmtabl 5/160 mg 28 Stk			20913	29.30	14.83
Filmtabl 5/160 mg 98 Stk			20913	75.90	51.84
Filmtabl 10/160 mg 28 Stk			20913	29.30	14.83
Filmtabl 10/160 mg 98 Stk			20913	75.90	51.84
<b>IV.d. Normale Preismutation</b>					
<b>LATUDA</b> Filmtabl 40 mg 28 Stk	Medius AG	010500	20064	128.35	97.53
Filmtabl 40 mg 56 Stk			20064	240.30	195.05
Filmtabl 80 mg 28 Stk			20064	179.40	142.00
Filmtabl 80 mg 56 Stk			20064	342.45	284.01
<b>OZEMPIC DUALDOSE</b> Inj Lös 2 mg/1.5 ml Fertpen 1.500 ml	Novo Nordisk Pharma AG	070620	20753	129.80	98.79
<b>OZEMPIC FIXDOSE</b> Inj Lös 4 mg/3 ml (1 mg/Dosis) Fertpen 3 ml	Novo Nordisk Pharma AG	070620	20753	129.80	98.79
<b>PREVYMIS</b> Filmtabl 240 mg 28 Stk	MSD Merck Sharp & Dohme AG	080300	20765	4929.75	4569.50
Filmtabl 480 mg 28 Stk			20765	9514.15	9042.08
<b>IV.e. Preisänderung nach Patentablauf</b>					
<b>ABACAVIR LAMIVUDIN SANDOZ</b> Filmtabl 600/300 mg Blist 30 Stk	Sandoz Pharmaceuticals AG	080300	20759	304.45	250.93
<b>KIVEXA</b> Filmtabl 600 mg/300 mg 30 Stk	ViiV Healthcare GmbH	080300	18307	427.95	358.48
<b>MEZAVANT</b> Ret Tabl 1.200 g 60 Stk	Takeda Pharma AG	040900	20617	70.70	47.32

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

#### V. Limitations-/Indikationsänderungen

ENTRESTO	Novartis Pharma Schweiz AG	020720			
Filmtabl 50 mg 28 Stk			20415	87.50	61.95
Filmtabl 50 mg 56 Stk			20415	158.65	123.90
Filmtabl 100 mg 56 Stk			20415	158.65	123.90
Filmtabl 100 mg Blist 168 Stk			20415	443.10	371.70
Filmtabl 100 mg Blist 168 Stk			20415	443.10	371.70
Filmtabl 200 mg 56 Stk			20415	158.65	123.90
Filmtabl 200 mg 168 Stk			20415	495.40	417.24
Filmtabl 200 mg Blist 168 Stk			20415	443.10	371.70

#### Limitation alt:

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 Ejektionsfraktion der linken Herzkammer (LVEF) vor Behandlung mit Entresto = 40% beträgt und welche mit einer stabilen Dosis eines ACE-Hemmers oder ARBs vorbehandelt worden sind

#### Limitation neu:

##### Befristete Limitation bis 31.10.2023

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 = 40% beträgt und welche mit einer stabilen Dosis eines Angiotensin Converting Enzym (ACE)-Hemmers oder Angiotensin Rezeptor-Blockers (ARBs) vorbehandelt worden sind.

LATUDA	Medius AG	010500			
Filmtabl 40 mg 28 Stk			20064	128.35	97.53
Filmtabl 80 mg 28 Stk			20064	179.40	142.00
Filmtabl 40 mg 56 Stk			20064	240.30	195.05
Filmtabl 80 mg 56 Stk			20064	342.45	284.01

#### Limitation neu:

Latuda 20 mg werden ausschliesslich zur Behandlung depressiver Episoden im Rahmen einer bipolaren Störung Typ 1 vergütet.

Entstehen für die Behandlung depressiver Episoden im Rahmen einer bipolaren Störung Typ 1 aufgrund einer Dosisanpassung auf 60 mg (20 mg + 40 mg) die doppelten Kosten, sind die Kosten der jeweiligen Packungen Latuda 20 mg auf Basis FAP von der Medius AG demjenigen Krankenversicherer rückzuerstatten, bei dem die versicherte Person zum Zeitpunkt des Bezuges versichert war. Die MWST kann nicht zusätzlich zum FAP zurückgefordert werden. Der Krankenversicherer fordert die Firma Medius AG zur Rückvergütung auf. Die Aufforderung zur Rückvergütung soll in der Regel innerhalb von drei Monaten nach Beendigung der Therapie erfolgen.

MYOVIEW MARKIERUNGSBESTECK	GE Healthcare AG	170400			
Trockensub 0.230 mg Fl 2 Stk			17408	747.60	636.95
Trockensub 0.230 mg Fl 5 Stk			17408	1727.05	1518.64

#### Limitation neu:

Maximal 2 Injektionen innerhalb 48 Stunden.

Verrechnungspreis pro Applikation und Patient 230.27 (Teilung 7.5)

OZEMPIC FIXDOSE	Novo Nordisk Pharma AG	070620			
Inj Lös 4 mg/3ml (1 mg/Dosis) Fertpen 3 ml			20753	129.80	98.79

#### Limitation alt:

Zur Behandlung von Patienten mit einem Typ 2 Diabetes, in ausschliesslicher Kombinationstherapie mit Metformin, einem Sulfonylharnstoff oder einer Kombination aus Metformin und einem Sulfonylharnstoff, wenn durch diese oralen Antidiabetika keine ausreichende Blutzuckerkontrolle erreicht wird. Zur Behandlung als Kombinationstherapie mit einem Basalinsulin allein oder einer Kombination von einem Basalinsulin mit Metformin, wenn mit diesen Behandlungen keine ausreichende Blutzuckerkontrolle erreicht wird. Mindestens BMI 28. Zusätzliche Medikamente zur Gewichtsreduktion werden nicht vom Krankenversicherer vergütet.

#### Limitation neu:

Zur Behandlung von Patienten mit einem Typ 2 Diabetes mellitus; in ausschliesslich folgenden Kombinationstherapien, wenn durch diese Antidiabetika keine ausreichende Blutzuckerkontrolle erreicht wird:

- Als Zweifachkombination mit Metformin oder einem Sulfonylharnstoff
- Als Dreifachkombination mit einer Kombination aus Metformin und einem Sulfonylharnstoff
- In Kombination mit Basalinsulin mit oder ohne Metformin.

Mindestens BMI 28. Zusätzliche Medikamente zur Gewichtsreduktion werden nicht vom Krankenversicherer vergütet.

PRÄPARATE / (Wirkstoffe) Packungen	Verantwortliche Firma	Therap. Gruppe	Dossier Nr.	Preis neu	Ex-Fact. neu
<b>OZEMPIC DUALDOSE</b> Inj Lös 2 mg/1.5ml Fertpen 1.500 ml	Novo Nordisk Pharma AG	070620	20753	129.80	98.79
<b>Limitation alt:</b> Zur Behandlung von Patienten mit einem Typ 2 Diabetes, in ausschliesslicher Kombinationstherapie mit Metformin, einem Sulfonylharnstoff oder einer Kombination aus Metformin und einem Sulfonylharnstoff, wenn durch diese oralen Antidiabetika keine ausreichende Blutzuckerkontrolle erreicht wird. Zur Behandlung als Kombinationstherapie mit einem Basalinsulin allein oder einer Kombination von einem Basalinsulin mit Metformin, wenn mit diesen Behandlungen keine ausreichende Blutzuckerkontrolle erreicht wird. Mindestens BMI 28. Zusätzliche Medikamente zur Gewichtsreduktion werden nicht vom Krankenversicherer vergütet.					
<b>Limitation neu:</b> Zur Behandlung von Patienten mit einem Typ 2 Diabetes mellitus; in ausschliesslich folgenden Kombinationstherapien, wenn durch diese Antidiabetika keine ausreichende Blutzuckerkontrolle erreicht wird: • Als Zweifachkombination mit Metformin oder einem Sulfonylharnstoff • Als Dreifachkombination mit einer Kombination aus Metformin und einem Sulfonylharnstoff • In Kombination mit Basalinsulin mit oder ohne Metformin. Mindestens BMI 28. Zusätzliche Medikamente zur Gewichtsreduktion werden nicht vom Krankenversicherer vergütet.					
<b>VENCLYXTO</b>	AbbVie AG	071610			
Filmtabl 10 mg Blist 14 Stk			20764	99.10	72.05
Filmtabl 50 mg Blist 7 Stk			20764	223.15	180.11
Filmtabl 100 mg Blist 7 Stk			20764	429.95	360.23
Filmtabl 100 mg Blist 14 Stk			20764	843.50	720.46
Filmtabl 100 mg Blist 112 Stk			20764	6'153.75	5'763.66
<b>Limitation alt:</b> Die Behandlung bedarf der Kostengutsprache durch den Krankenversicherer nach vorgängiger Konsultation des Vertrauensarztes. Venclyxto als Kombinationstherapie mit Rituximab bei Erwachsenen zur Behandlung einer chronischen lymphatischen Leukämie (CLL), die mindestens eine Vortherapie erhalten haben. Die Behandlung (inkl. maximal 6 Zyklen Rituximab) wird für max. 24 Monate + 5 Wochen (Therapiedauer gemäss Fachinformation) vergütet. Es werden keine weiteren anti-CLL Arzneimitteltherapien vergütet bis eine Krankheitsprogression auftritt.					
<b>Befristete Limitation bis 31.10.2020</b> Die Behandlung bedarf der Kostengutsprache durch den Krankenversicherer nach vorgängiger Konsultation des Vertrauensarztes. Als Monotherapie bei Erwachsenen zur Behandlung einer chronischen lymphatischen Leukämie (CLL), die eine 17p-Deletion oder TP53-Mutation aufweisen und die unter einer Behandlung mit einem Inhibitor des B-Zell-Rezeptor-Signalwegs ein Therapieversagen zeigten. Die Behandlung wird vergütet bis eine Krankheitsprogression oder inakzeptable Toxizität auftritt.					
<b>Limitation neu:</b> Die Behandlung bedarf der Kostengutsprache durch den Krankenversicherer nach vorgängiger Konsultation des Vertrauensarztes. Venclyxto als Kombinationstherapie mit Rituximab bei Erwachsenen zur Behandlung einer chronischen lymphatischen Leukämie (CLL), die mindestens eine Vortherapie erhalten haben. Die Behandlung (inkl. maximal 6 Zyklen Rituximab) wird für max. 24 Monate + 5 Wochen (Therapiedauer gemäss Fachinformation) vergütet. Es werden keine weiteren anti-CLL Arzneimitteltherapien vergütet bis eine Krankheitsprogression auftritt.					
<b>Befristete Limitation bis 31.10.2023</b> Die Behandlung bedarf der Kostengutsprache durch den Krankenversicherer nach vorgängiger Konsultation des Vertrauensarztes. Als Monotherapie bei Erwachsenen zur Behandlung einer chronischen lymphatischen Leukämie (CLL), die eine 17p-Deletion oder TP53-Mutation aufweisen und die unter einer Behandlung mit einem Inhibitor des B-Zell-Rezeptor-Signalwegs ein Therapieversagen zeigten. Die Behandlung wird vergütet bis eine Krankheitsprogression oder inakzeptable Toxizität auftritt. Die AbbVie AG vergütet nach Aufforderung durch denjenigen Krankenversicherer, bei dem die versicherte Person zum Zeitpunkt des Bezugs versichert war, für jede bezogene Packung Venclyxto 4.2% des Fabrikabgabepreises zurück. Die Rückvergütung gilt nicht für Packungen, die in der Indikation Venetoclax + Rituximab angewendet wurden. Die Mehrwertsteuer kann nicht zusätzlich zu diesem Anteil des Fabrikabgabepreises zurückgefordert werden.					

Auf gehts



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



# Rezeptsperrung

---

Swissmedic, Abteilung Betäubungsmittel

---

Rezeptsperrung  
**Folgende Rezepte sind gesperrt**

Kanton	Block-Nr.	Rezept-Nr.
Aargau		8718851-8718875
Basel Stadt		8476301-8476325

---

«Antibiotika wirken  
gegen Bakterien,  
aber nicht gegen  
Viren.»



Schweizerische Eidgenossenschaft  
Confédération suisse  
Confederazione Svizzera  
Confederaziun svizra

Mehr Infos:  
[richtig-ist-wichtig.ch](http://richtig-ist-wichtig.ch)



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



**REDE ÜBER ORGANSPENDE  
DEINEN LIEBSTEN ZULIEBE**

**LEBEN-IST-TEILEN.CH**

**Weil es nicht leicht ist, für andere zu sprechen:  
Ich sage meinen Liebsten, was ich will.  
Nur wenn sie meinen Willen kennen, können  
sie in meinem Sinn entscheiden.**



Schweizerische Eidgenossenschaft  
Confédération suisse  
Confederazione Svizzera  
Confederaziun svizra

swiss  
transplant 

Eidgenössisches Departement des Innern EDI  
Bundesamt für Gesundheit BAG

BAG-Bulletin  
BBL, Vertrieb Publikationen  
CH-3003 Bern

P.P.

CH-3003 Bern  
Post CH AG

# BAG-Bulletin

Woche

47/2020