



Schweizerische Eidgenossenschaft
Confédération suisse
Confederazione Svizzera
Confederaziun svizra

Eidgenössisches Departement des Innern EDI
Bundesamt für Gesundheit BAG

Ausgabe vom 6. Mai 2019

BAG-Bulletin ^{Woche} 19/2019

Informationsmagazin für medizinische Fachpersonen und Medienschaffende

Spezialitätenliste, S. 7

Impressum

HERAUSGEBER

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

REDAKTION

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

DRUCK

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

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	6
Spezialitätenliste	7
Rezeptsperrung	15

Meldungen Infektionskrankheiten

Stand am Ende der 17. Woche (30.04.2019)^a

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

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

^c Ausgeschlossen sind materno-fötale Röteln.

^d Bei schwangeren Frauen und Neugeborenen

^e 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.

^f Primäre, sekundäre bzw. frühlatente Syphilis.

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

^h Eingeschlossen sind Fälle von Haut- und Rachendiphtherie, aktuell gibt es ausschliesslich Fälle von Hautdiphtherie.

Infektionskrankheiten:

Stand am Ende der 17. Woche (30.04.2019)^a

	Woche 17			letzte 4 Wochen			letzte 52 Wochen			seit Jahresbeginn		
	2019	2018	2017	2019	2018	2017	2019	2018	2017	2019	2018	2017
Respiratorische Übertragung												
Haemophilus influenzae: invasive Erkrankung	1 0.60	3 1.80		8 1.20	13 2.00	14 2.10	131 1.50	136 1.60	112 1.30	61 2.20	68 2.40	45 1.60
Influenzavirus-Infektion, saisonale Typen und Subtypen^b	30 18.30	27 16.50	16 9.80	455 69.40	652 99.50	38 5.80	13707 160.80	15019 176.20	9467 111.10	13260 476.00	13579 487.40	7658 274.90
Legionellose	9 5.50	6 3.70	6 3.70	28 4.30	21 3.20	17 2.60	591 6.90	517 6.10	380 4.50	143 5.10	119 4.30	92 3.30
Masern	8 4.90			43 6.60	3 0.50	9 1.40	184 2.20	58 0.70	108 1.30	155 5.60	19 0.70	66 2.40
Meningokokken: invasive Erkrankung			2 1.20	4 0.60		3 0.50	49 0.60	51 0.60	65 0.80	16 0.60	30 1.10	34 1.20
Pneumokokken: invasive Erkrankung	24 14.60	22 13.40	11 6.70	82 12.50	105 16.00	85 13.00	874 10.30	1010 11.80	949 11.10	467 16.80	560 20.10	495 17.80
Röteln^c							1 0.01	2 0.02			1 0.04	
Röteln, materno-fötal^d												
Tuberkulose	5 3.00	31 18.90	5 3.00	33 5.00	61 9.30	30 4.60	449 5.30	574 6.70	607 7.10	147 5.30	214 7.70	174 6.20
Faeco-orale Übertragung												
Campylobacteriose	132 80.60	109 66.50	101 61.60	400 61.00	387 59.00	350 53.40	7819 91.80	7218 84.70	7592 89.10	1840 66.00	1695 60.80	1701 61.00
Enterohämorrhagische E.-coli-Infektion	16 9.80	20 12.20	8 4.90	41 6.20	50 7.60	35 5.30	861 10.10	763 9.00	488 5.70	221 7.90	201 7.20	137 4.90
Hepatitis A	2 1.20	3 1.80	6 3.70	5 0.80	8 1.20	10 1.50	102 1.20	102 1.20	58 0.70	22 0.80	24 0.90	35 1.30
Hepatitis E		1 0.60			4 0.60		73 0.90	20 0.20		22 0.80	20 0.70	
Listeriose		2 1.20	2 1.20	2 0.30	3 0.50	2 0.30	42 0.50	52 0.60	45 0.50	9 0.30	21 0.80	13 0.50
Salmonellose, S. typhi/paratyphi	1 0.60	2 1.20		3 0.50	2 0.30		19 0.20	29 0.30	17 0.20	5 0.20	8 0.30	1 0.04
Salmonellose, übrige	31 18.90	21 12.80	30 18.30	83 12.70	70 10.70	71 10.80	1468 17.20	1881 22.10	1464 17.20	326 11.70	338 12.10	289 10.40
Shigellose	3 1.80	3 1.80	1 0.60	8 1.20	17 2.60	7 1.10	259 3.00	158 1.80	147 1.70	64 2.30	54 1.90	37 1.30

	Woche 17			letzte 4 Wochen			letzte 52 Wochen			seit Jahresbeginn		
	2019	2018	2017	2019	2018	2017	2019	2018	2017	2019	2018	2017
Durch Blut oder sexuell übertragen												
Aids			1 0.60		3 0.50	6 0.90	69 0.80	82 1.00	74 0.90	15 0.50	24 0.90	24 0.90
Chlamydiose	206 125.70	254 155.00	165 100.70	815 124.30	958 146.10	740 112.90	11341 133.10	11132 130.60	10922 128.20	3825 137.30	3637 130.50	3607 129.50
Gonorrhoe ^e	78 47.60	61 37.20	48 29.30	258 39.40	205 31.30	172 26.20	3282 38.50	2551 29.90	2522 29.60	1171 42.00	826 29.60	834 29.90
Hepatitis B, akut			1 0.60		3 0.50	4 0.60	29 0.30	37 0.40	38 0.40	6 0.20	10 0.40	8 0.30
Hepatitis B, total Meldungen	17	18	28	87	83	87	1207	1206	1295	406	404	394
Hepatitis C, akut		2 1.20	2 1.20		2 0.30	4 0.60	25 0.30	34 0.40	42 0.50	6 0.20	10 0.40	16 0.60
Hepatitis C, total Meldungen	11	35	22	73	101	93	1185	1396	1421	363	471	465
HIV-Infektion	12 7.30	21 12.80	7 4.30	23 3.50	40 6.10	30 4.60	409 4.80	432 5.10	528 6.20	135 4.80	133 4.80	167 6.00
Syphilis, Frühstadien ^f	1 0.60	14 8.50		13 2.00	51 7.80		591 6.90	152 1.80		169 6.10	152 5.50	
Syphilis, total ^g	1 0.60	19 11.60	12 7.30	15 2.30	68 10.40	87 13.30	802 9.40	871 10.20	928 10.90	230 8.30	245 8.80	344 12.40
Zoonosen und andere durch Vektoren übertragbare Krankheiten												
Brucellose	1 0.60		1 0.60	1 0.20	1 0.20	2 0.30	6 0.07	5 0.06	11 0.10	2 0.07	1 0.04	5 0.20
Chikungunya-Fieber		1 0.60		3 0.50	1 0.20		16 0.20	17 0.20	23 0.30	13 0.50	2 0.07	3 0.10
Dengue-Fieber		3 1.80	4 2.40	3 0.50	19 2.90	14 2.10	153 1.80	171 2.00	175 2.00	50 1.80	68 2.40	51 1.80
Gelbfieber								1 0.01			1 0.04	
Hantavirus-Infektion							1 0.01	1 0.01	3 0.04			
Malaria	8 4.90	8 4.90	4 2.40	16 2.40	33 5.00	18 2.80	281 3.30	348 4.10	322 3.80	91 3.30	103 3.70	94 3.40
Q-Fieber		1 0.60	1 0.60	4 0.60	7 1.10	6 0.90	60 0.70	40 0.50	43 0.50	22 0.80	15 0.50	14 0.50
Trichinellose								1 0.01				
Tularämie		2 1.20	2 1.20		4 0.60	9 1.40	114 1.30	130 1.50	68 0.80	9 0.30	16 0.60	17 0.60
West-Nil-Fieber												
Zeckenzephalitis	4 2.40	3 1.80	2 1.20	9 1.40	4 0.60	11 1.70	378 4.40	268 3.10	204 2.40	13 0.50	10 0.40	11 0.40
Zika-Virus Infektion							1 0.01	15 0.20	41 0.50		2 0.07	3 0.10
Andere Meldungen												
Botulismus						1 0.20		1 0.01	2 0.02			1 0.04
Creutzfeldt-Jakob-Krankheit	1 0.60			2 0.30	1 0.20	4 0.60	21 0.20	16 0.20	15 0.20	6 0.20	4 0.10	7 0.20
Diphtherie ^h							5 0.06	2 0.02	4 0.05			
Tetanus												

Sentinella-Statistik

Provisorische Daten

Sentinella:

Anzahl Meldungen (N) der letzten 4 Wochen bis am 26.04.2019 und Inzidenz pro 1000 Konsultationen (N/10³)
Freiwillige Erhebung bei Hausärztinnen und Hausärzten (Allgemeinpraktiker, Internisten und Pädiater)

Woche	14		15		16		17		Mittel 4 Wochen	
	N	N/10 ³	N	N/10 ³	N	N/10 ³	N	N/10 ³	N	N/10 ³
Influenzaverdacht	40	3.2	42	3.3	11	1.3	5	0.7	24.5	2.1
Mumps	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Pertussis	2	0.2	1	0.1	0	0	0	0	0.8	0.1
Zeckenstiche	3	0.2	3	0.2	3	0.3	8	1.1	4.3	0.5
Lyme-Borreliose	0	0	1	0.1	2	0.2	5	0.7	2	0.3
Herpes Zoster	8	0.6	13	1.0	4	0.5	8	1.1	8.3	0.8
Post-Zoster-Neuralgie	1	0.1	0	0	0	0	2	0.3	0.8	0.1
Meldende Ärzte	150		149		126		105		132.5	

Spezialitätenliste:

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

[] Der dem verfügbaren Publikumspreis zugrunde liegende Fabrikabgabepreis

Gültig ab 1. Mai 2019

Therap. Gruppe	Dossier Nr.	PRÄPARATE/ (Wirkstoffe) Packungen	Verantwortliche Firma	SHI-Nr.	Aufnahmejahr
I. Neuzugang Präparate					
01.05 G		PALIPERIDON SANDOZ (Paliperidonum)	Sandoz Pharmaceuticals AG		
	20918	Ret Tabl 3 mg Blist 28 Stk Fr. 147.85 [114.51]		67200001	01.05.2019, B
	20918	Ret Tabl 6 mg Blist 28 Stk Fr. 147.85 [114.51]		67200003	01.05.2019, B
	20918	Ret Tabl 9 mg Blist 28 Stk Fr. 197.60 [157.83]		67200005	01.05.2019, B
(L)		SEROQUEL XR (PI) (Quetiapinum)	APS-Arzneimittel- Parallelimport- Service AG		
	20915	Ret Tabl 50 mg 60 Stk Fr. 67.05 [44.12]		67095001	01.05.2019, B
	20915	Ret Tabl 150 mg 60 Stk Fr. 113.30 [84.41]		67095002	01.05.2019, B
	20915	Ret Tabl 150 mg 100 Stk Fr. 177.90 [140.69]		67095003	01.05.2019, B
	20915	Ret Tabl 200 mg 60 Stk Fr. 136.30 [104.43]		67095004	01.05.2019, B
	20915	Ret Tabl 200 mg 100 Stk Fr. 213.20 [171.45]		67095005	01.05.2019, B
	20915	Ret Tabl 300 mg 60 Stk Fr. 185.80 [147.58]		67095006	01.05.2019, B
	20915	Ret Tabl 300 mg 100 Stk Fr. 294.20 [241.99]		67095007	01.05.2019, B
	20915	Ret Tabl 400 mg 60 Stk Fr. 251.55 [204.84]		67095008	01.05.2019, B
	20915	Ret Tabl 400 mg 100 Stk Fr. 408.35 [341.40]		67095009	01.05.2019, B
01.99 (L)		LEMRADA (Alemtuzumabum 10 mg)	Sanofi-Aventis (Suisse) SA		
	20217	Inf Konz 12 mg Durchstf 2 ml Fr. 8666.00 [8214.63]		63025001	01.05.2019, A

– Behandlung der Schizophrenie (Akutbehandlung und Rückfallprophylaxe).

– Behandlung manischer und depressiver Episoden bei bipolaren Störungen (Akutbehandlung und Rückfallprophylaxe).

– Zusatzbehandlung depressiver Episoden (Episoden einer Major Depression):

Für Patienten, die unzureichend auf die Monotherapie mit mindestens einem Antidepressivum angesprochen haben, im Sinne einer Augmentationsstrategie nach einer gemäss gängigen klinischen Guidelines durchgeführten antidepressiven Therapie. Als Alternative zur Lithiumtherapie bei unzureichendem Ansprechen auf eine Lithiumtherapie, bei bestehender Kontraindikation für eine Lithiumtherapie und bei depressiven Patienten mit psychotischen Symptomen. Vor Beginn der Therapie sollte der behandelnde Arzt das Sicherheitsprofil von Seroquel XR abwägen.

Befristete Limitation bis 31.07.2019

Als Monotherapie bei aktiver schubförmig remittierend verlaufender Multipler Sklerose (RRMS) trotz Behandlung mit mindestens einem Basistherapeutikum oder nach vorgängiger Kostengutsprache durch den Vertrauensarzt bei nicht vorbehandelten Patienten mit einer primär hochaktiven Verlaufsform.

Dosierung: 5 Infusionen im 1. Jahr und 3 Infusionen im 2. Jahr. Behandlung durch den Neurologen FMH mit zeitlichem Zugang zu MRI.

Therap. Gruppe	Dossier Nr.	PRÄPARATE/ (Wirkstoffe) Packungen	Verantwortliche Firma	SHI-Nr.	Aufnahmejahr
02.05.10 (L)		EMGALITY (Galcanzumabum)	Eli Lilly (Suisse) SA		
	20880	Inj Lös 120 mg/ml Fertipen 1 ml Fr. 616.20 (522.47)		67026001	01.05.2019, 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 Diagnosestellung, die Verordnung von EMGALITY und die Verlaufskontrolle darf ausschliesslich durch einen Facharzt FMH der Neurologie erfolgen.

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

Kontrolle nach 3 Monaten:

- Die Behandlung mit EMGALITY 120 mg darf basierend auf einer Kontrolle durch den Facharzt FMH der Neurologie 3 Monate nach Therapiebeginn nur fortgesetzt werden, wenn die durchschnittliche Anzahl Migränetage gegenüber Therapiebeginn mit EMGALITY 120 mg reduziert wurde und diese Reduktion anhand eines Migränetagebuches belegt werden kann.

Kontrolle nach 6 Monaten:

- Die Behandlung mit EMGALITY darf basierend auf einer erneuten Kontrolle durch den Facharzt FMH der Neurologie 6 Monate nach Therapiebeginn nur fortgesetzt werden, wenn die durchschnittliche Anzahl Migränetage gegenüber Therapiebeginn mit EMGALITY 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.

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 EMGALITY Therapie mittels erneuter Kostengutsprache für maximal 12 Monate beantragt werden.

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

Die Firma Eli Lilly (Suisse) SA vergütet bei einem Gebrauch von 2 Fertipens im ersten Monat auf Aufforderung desjenigen Krankenversicherers, bei dem die versicherte Person zum jeweiligen Bezugspunkt versichert war, Fr. 522.47 für 1 Fertipen zurück. Die Mehrwertsteuer kann nicht zusätzlich zu diesem Betrag zurückgefordert werden. Die Aufforderung zur Rückvergütung soll in der Regel innerhalb von 6 Monaten nach Rechnungsstellung erfolgen.

05.02 (L)	JINARC (Tolvaptanum, Tolvaptanum)	Otsuka Pharmaceutical (Switzerland) GmbH		
	20456	Tabl 45 mg/15 mg 56 Stk Fr. 1972.90 (1742.77)	65676006	01.05.2019, A
	20456	Tabl 60 mg/30 mg 56 Stk Fr. 1972.90 (1742.77)	65676009	01.11.2016, A
	20456	Tabl 90 mg/30 mg 56 Stk Fr. 1972.90 (1742.77)	65676012	01.11.2016, A
	20456	Tabl 15 mg 28 Stk Fr. 1972.90 (1742.77)	65676002	01.11.2016, A
	20456	Tabl 30 mg 28 Stk Fr. 1972.90 (1742.77)	65676004	01.11.2016, A

Nach Kostengutsprache durch den Krankenversicherer nach vorgängiger Konsultation des Vertrauensarztes. Zur Verlangsamung der Progression von Zystenentwicklung und Niereninsuffizienz bei typischer autosomal-dominanter polyzystischer Nierenerkrankung (ADPKD Class 1) bei Erwachsenen mit chronischer Nierenerkrankung (CKD) im Stadium 1 bis 3 zu Behandlungsbeginn mit Anzeichen für eine rasch fortschreitende Erkrankung, wenn das Gesamtnierenvolumen (TKV) zu Behandlungsbeginn mindestens 750ml beträgt und die geschätzte glomeruläre Filtrationsrate (eGFR) mindestens 30ml/min/1.73 m² und zudem eines der folgenden Kriterien erfüllt ist:

- bestätigter eGFR Abfall von = 5 ml/min/1.73 m² über 1 Jahr
- Nierengrössenwachstum von > 5% pro Jahr, bestätigt durch mindestens 2 MRI- oder CT-Messungen im Abstand von je mindestens 6 Monaten
- prognostizierte Progression der Mayo Klasse 1C, 1D oder 1E basierend auf der Mayo Klassifikation (Alter in Verbindung mit dem TKV)
- trunkierende PKD1-Mutation und PR0-PKD-Score von >6 (Geschlecht, Bluthochdruck vor dem 35. Altersjahr, urologische Vorfälle, Art der PKD-Mutation)

Die Verordnung von JINARC darf ausschliesslich durch Spitäler mit einer Abteilung Nephrologie und durch einen Facharzt FMH der Nephrologie erfolgen. Der für die Abteilung Nephrologie eines Zentrums/Klinikums tätige, von Otsuka Pharmaceutical (Switzerland) GmbH geschulte behandelnde Facharzt FMH der Nephrologie hat im Kostengutsprachege such folgende Angaben zu machen:

- gesicherte Diagnose einer typischen ADPKD (Class 1) anhand der Anzahl Zysten/Niere und Alter (nach Pei-Ravine Kriterien) oder anhand eines genetischen Testes
- Angaben zur Dosierung
- Angabe zum Nierenvolumen im Verlauf
- Angabe zur eGFR im Verlauf

Muss aufgrund einer Dosisanpassung mit 45mg (30mg +15mg) oder 30mg (15mg +15mg) pro Tag therapiert werden, werden von der Firma Otsuka Pharmaceutical (Switzerland) GmbH die den Betrag von Fr. 1972.90 übersteigenden Therapiekosten pro 28 Tage demjenigen Krankenversicherer rückvergütet, bei dem die versicherte Person zum Zeitpunkt des Bezuges versichert war. Der Krankenversicherer fordert die Firma Otsuka Pharmaceutical (Switzerland) GmbH zur Rückvergütung auf.

Therap. Gruppe	Dossier Nr.	PRÄPARATE/ (Wirkstoffe) Packungen	Verantwortliche Firma	SHI-Nr.	Aufnahmejahr
07.16.10 (L)		CAPRELSA (Vandetanibum)	Sanofi-Aventis (Suisse) SA		
	19924	Tabl 100 mg 30 Stk Fr. 2762.55 [2462.78]		62341001	01.12.2012, A
	19924	Tabl 300 mg 30 Stk Fr. 5684.65 [5305.99]		62341002	01.12.2012, A

Befristete Limitation bis 30.04.2019

Zur Behandlung von Patienten mit nicht resezierbarem, schnell fortschreitendem und symptomatischem, metastasiertem medullärem Schilddrüsenkarzinom. Die Behandlung bedarf der Kostengutsprache durch den Krankenversicherer nach vorgängiger Konsultation des Vertrauensarztes.

(L)		IMBRUVICA (Ibrutinibum)	Janssen-Cilag AG		
	20330	Kaps 140 mg 90 Stk Fr. 6333.50 [5939.00]		65173002	01.05.2015, A
	20330	Kaps 140 mg 120 Stk Fr. 8362.65 [7918.67]		65173001	01.05.2015, A

Befristete Limitation bis 30.04.2021

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

Chronisch lymphatische Leukämie (CLL)

Als Monotherapie zur Behandlung erwachsener Patienten mit chronisch lymphatischer Leukämie (CLL)

- ab der ersten Linie bei Patienten mit 17p-Deletion oder TP53-Mutation
- ab der zweiten Linie bei Frührezidiven (Rezidiv entsprechend der Vortherapie gemäss Leitlinien bis zu maximal 3 Jahren) oder bei Patienten, die für eine Chemoimmuntherapie nicht geeignet sind.

Morbus Waldenström (MW)

Als Monotherapie zur Behandlung symptomatischer erwachsener Patienten mit Morbus Waldenström (MW), die mindestens eine vorangehende Therapie erhalten haben und innerhalb von 12 Monaten nach einem Rituximabbasierenden Therapieregime einen Rückfall hatten.

09.99		VISANNETTE (Dienogestum)	Berlis AG		
	20917	Tabl 2 mg 2x Blist 14 Stk Fr. 68.20 [45.12]		67184001	01.05.2019, B
	20917	Tabl 2 mg 2x Blist 14 Stk Fr. 68.20 [45.12]		67184002	01.05.2019, B

II. Andere Packungen und Dosierungen

07.15 (L)		BENLYSTA (Belimumabum)	GlaxoSmithKline AG		
	20822	Inj Lös 200 mg/ml Autoinjektor Injektor 1 ml Fr. 307.60 [253.64]		66585001	01.05.2019, B
	20822	Inj Lös 200 mg/ml Autoinjektor 4 Injektor 1 ml Fr. 1174.20 [1014.56]		66585002	01.05.2019, B

Erstverordnung durch FachärztInnen für Klinische Immunologie und Rheumatologie.

Nach Kostengutsprache durch den Krankenversicherer nach vorgängiger Konsultation des Vertrauensarztes.

Zur Behandlung von erwachsenen Patienten mit serologisch aktivem systemischem Lupus erythematodes SLE (ANA-Titer >1:80 und/ oder pos. anti-dsDNA-Test >30IU/ml), die trotz Basistherapie (z.B. Prednison, Antimalariamittel, Immunsuppressivum) eine hohe Krankheitsaktivität aufweisen (z.B. positiver Test auf anti-dsDNA-Antikörper ≥ 30 IU/ml und niedriges Komplement (C3: <90mg/dl und niedriges C4: <16mg/dl)).

Die Wirksamkeit / Zweckmässigkeit von BENLYSTA muss spätestens nach 6 Monaten durch den aktuell behandelnden Arzt zu Handen des Vertrauensarztes reevaluiert werden.

07.16.10 (L)		BOSULIF (Bosutinibum)	Pfizer AG		
	20114	Filmtabl 400 mg Blist 28 Stk Fr. 3916.95 [3581.41]		62270003	01.05.2019, A

Bosulif ist indiziert für die Behandlung von erwachsenen Patienten mit neu diagnostizierter Philadelphia-Chromosom positiver chronischer myeloischer Leukämie (Ph+ CML) in der chronischen Phase (CP).

Bosulif ist indiziert für die Behandlung von erwachsenen Patienten mit Philadelphia-Chromosom positiver chronischer myeloischer Leukämie (Ph+ CML) in der chronischen Phase, in der akzelerierten Phase sowie in der Blastenkrise, nach Vorbehandlung mit einem oder mehreren c-abl Tyrosinkinase Inhibitoren und wenn eine Behandlung mit Imatinib, Nilotinib oder Dasatinib nicht in Frage kommt.

Therap. Gruppe	Dossier Nr.	PRÄPARATE/ (Wirkstoffe) Packungen	Verantwortliche Firma	SHI-Nr.	Aufnahmejahr
III. Neu gestrichene Präparate/Packungen					
02.06.10 G		LERCANIDIPIN MEPHA (Lercanidipinum hydrochloridum)	Mepha Pharma AG		
	20367	Lactab 10 mg 28 Stk Fr. 18.75 [9.17]		65603001	01.05.2019, B
	20367	Lactab 10 mg 98 Stk Fr. 47.15 [26.79]		65603002	01.05.2019, B
	20367	Lactab 20 mg 28 Stk Fr. 33.65 [15.03]		65603003	01.05.2019, B
	20367	Lactab 20 mg 98 Stk Fr. 66.85 [43.93]		65603004	01.05.2019, B
02.07.10 (L)		FLOLAN (Epoprostenolum)	GlaxoSmithKline AG		
	17573	Trockensub 0.500 mg c Solv 2 x 50 ml Amp 1 Stk Fr. 117.45 [88.01]		55000001	01.05.2019, B
04.09		SALOFALK (Mesalazinum)	Vifor SA		
	17975	Gran 3 g Btl 10 Stk Fr. 46.25 [26.02]		55951014	01.05.2019, B
05.99 G		TAMSULOSIN MEPHA RETARD (Tamsulosini hydrochloridum)	Mepha Pharma AG		
	18746	Depocaps 0.400 mg 10 Stk Fr. 14.25 [5.26]		58168001	01.05.2019, B
	18746	Depocaps 0.400 mg 30 Stk Fr. 25.80 [11.78]		58168002	01.05.2019, B
	18746	Depocaps 0.400 mg 100 Stk Fr. 59.85 [37.86]		58168003	01.05.2019, B
07.16.10 G		CARBOPLATIN TEVA (Carboplatinum)	Teva Pharma AG		
	17284	Inf Lös 50 mg/5 ml Durchstf 5 ml Fr. 19.50 [9.86]		51481119	01.05.2019, A
	17284	Inf Lös 150 mg/15 ml Durchstf 15 ml Fr. 47.40 [27.00]		51481127	01.05.2019, A
	17284	Inf Lös 450 mg/45 ml Durchstf 45 ml Fr. 109.40 [81.00]		51481135	01.05.2019, A
	G		EPIRUBICIN TEVA (Epirubicini hydrochloridum)	Teva Pharma AG	
	18955	Inj Lös 10 mg Durchstf 5 ml Fr. 40.50 [21.00]		58676001	01.05.2019, A
	18955	Inj Lös 50 mg Durchstf 25 ml Fr. 103.20 [75.62]		58676002	01.05.2019, A
	18955	Inj Lös 200 mg Durchstf 100 ml Fr. 260.40 [212.53]		58676003	01.05.2019, A
G		PACLITAXEL TEVA (Paclitaxelum)	Teva Pharma AG		
	18352	Inf Konz 30 mg Durchstf 5 ml Fr. 42.75 [22.95]		57058007	01.05.2019, A
	18352	Inf Konz 100 mg Durchstf 16.700 ml Fr. 93.90 [67.50]		57058009	01.05.2019, A
	18352	Inf Konz 300 mg Durchstf 50 ml Fr. 248.85 [202.50]		57058011	01.05.2019, A

PRÄPARATE / (Wirkstoffe) Packungen	Verantwortliche Firma	Therap. Gruppe	Dossier Nr.	Preis neu	Ex-Fact. neu
IV. Preissenkungen					
IV.a Preisänderung nach 1 Jahr SL-Aufnahme					
CARIVALAN Filmtabl 6.25 mg/5 mg Blist 56 Stk Filmtabl 6.25 mg/5 mg Blist 112 Stk	Servier (Suisse) SA	029900	20681 20681	76.30 121.80	52.16 91.80
CARIVALAN Filmtabl 12.5 mg/5 mg Blist 56 Stk Filmtabl 12.5 mg/5 mg Blist 112 Stk	Servier (Suisse) SA	029900	20681 20681	88.10 142.55	62.44 109.89
CARIVALAN Filmtabl 12.5 mg/7.5 mg Blist 56 Stk Filmtabl 12.5 mg/7.5 mg Blist 112 Stk	Servier (Suisse) SA	029900	20681 20681	88.10 142.55	62.44 109.89
IV.b Preisänderung nach 3-jährlicher Überprüfung der Aufnahmebedingungen					
AUBAGIO Filmtabl 14 mg 28 Stk Filmtabl 14 mg 84 Stk	Sanofi-Aventis (Suisse) SA	019900	20065 20065	1370.05 3914.85	1193.13 3579.39
MODASOMIL Tabl 100 mg 30 Stk Tabl 100 mg 90 Stk	Teva Pharma AG	011020	17532 17532	73.20 174.85	49.48 138.02
IV.c Auslandspreisvergleich					
LENVIMA Kaps 4 mg 30 Stk	Eisai Pharma AG	071610	20408	1860.30	1640.11
LENVIMA Kaps 10 mg 30 Stk	Eisai Pharma AG	071610	20408	1860.30	1640.11
IV.d Freiwillige Preissenkung					
CONCERTA Tabl 18 mg 30 Stk Tabl 18 mg 60 Stk	Janssen-Cilag AG	011020	17898 17898	52.65 80.20	31.57 55.57
CONCERTA Tabl 27 mg 30 Stk Tabl 27 mg 60 Stk	Janssen-Cilag AG	011020	17898 17898	61.50 95.75	39.27 69.11
CONCERTA Tabl 36 mg 30 Stk Tabl 36 mg 60 Stk	Janssen-Cilag AG	011020	17898 17898	67.65 106.65	44.66 78.60
CONCERTA Tabl 54 mg 30 Stk Tabl 54 mg 60 Stk	Janssen-Cilag AG	011020	17898 17898	77.40 123.75	53.13 93.51
COSENTYX Inj Lös 150 mg/1 ml Fertspr 1 Stk Inj Lös 150 mg/1 ml Fertspr 2 Stk	Novartis Pharma Schweiz AG	071500	20311 20311	776.20 1513.25	661.84 1323.68
COSENTYX Trockensub 150 mg Durchstf 1 Stk	Novartis Pharma Schweiz AG	071500	20311	776.20	661.84
COSENTYX SENSOREADY Inj Lös 150 mg/1 ml Fertpen 1 Stk Inj Lös 150 mg/1 ml Fertpen 2 Stk	Novartis Pharma Schweiz AG	071500	20316 20316	776.20 1513.25	661.84 1323.68
KETOVISION Gtt Opht Fl 5 ml	OmniVision AG	110630	19792	9.85	9.85

PRÄPARATE / (Wirkstoffe) Packungen	Verantwortliche Firma	Therap. Gruppe	Dossier Nr.	Preis neu	Ex-Fact. neu
METOJECT Inj Lös 10 mg/0.2 ml Fertigspr 0.200 ml	Gebro Pharma AG	071060	18298	35.00	16.20
METOJECT Inj Lös 12.500 mg/0.25 ml Fertigspr 0.250 ml	Gebro Pharma AG	071060	18298	36.40	17.44
METOJECT Inj Lös 15 mg/0.3 ml Fertigspr 0.300 ml	Gebro Pharma AG	071060	18298	37.85	18.68
METOJECT Inj Lös 17.500 mg/0.35 ml Fertigspr 0.350 ml	Gebro Pharma AG	071060	18298	39.15	19.81
METOJECT Inj Lös 20 mg/0.4 ml Fertigspr 0.400 ml	Gebro Pharma AG	071060	18298	40.40	20.92
METOJECT Inj Lös 25 mg/0.5 ml Fertigspr 0.500 ml	Gebro Pharma AG	071060	18298	43.45	23.58
METOJECT Inj Lös 30 mg/0.6 ml Fertigspr 0.600 ml	Gebro Pharma AG	071060	18298	47.55	27.13
SUMATRIPTAN MEPHA Lactab 50 mg (neu) Blist 12 Stk	Mepha Pharma AG	020510	18674	59.20	37.30
TRAVO-VISION Gtt Ophth 40 mcg/ml 3 Fl 2.500 ml	OmniVision AG	110900	20832	59.00	37.10
IV.e Normale Preismutation					
BOSULIF Blist Filmtabl 100 mg 28 Stk	Pfizer AG	071610	20114	1043.50	895.35
BOSULIF Blist Filmtabl 500 mg 28 Stk	Pfizer AG	071610	20114	4571.85	4220.35
CAPRELSA Tabl 100 mg 30 Stk	Sanofi-Aventis (Suisse) SA	071610	19924	2762.55	2462.78
CAPRELSA Tabl 300 mg 30 Stk	Sanofi-Aventis (Suisse) SA	071610	19924	5684.65	5305.99
IMBRUVICA Kaps 140 mg 90 Stk Kaps 140 mg 120 Stk	Janssen-Cilag AG	071610	20330 20330	6333.50 8362.65	5939.00 7918.67
IV.f Preisänderung aufgrund Änderung der Abgabekategorie					
EMEDRIN N SIRUP Sirup 150 ml	Streuli Pharma AG	030120	16926	9.10	4.34
ESCOTUSSIN Tropfen 20 ml	Streuli Pharma AG	030310	11141	7.70	3.12

PRÄPARATE / (Wirkstoffe) Packungen	Verantwortliche Firma	Therap. Gruppe	Dossier Nr.	Preis neu	Ex-Fact. neu
V. Limitations-/ Indikationsänderung					
ACTEMRA	Roche Pharma (Schweiz) AG	071500			
Inj Lös 162 mg/0.9 ml Fertspr 4 Stk			20240	1428.65	1246.55
Inj Lös 162 mg/0.9 ml Fertipen Fertipen 4 Stk			20893	1428.65	1246.55
Limitation alt: Nach Kostengutsprache durch den Krankenversicherer nach vorgängiger Konsultation und Genehmigung des Vertrauensarztes des Krankenversicherers zur Behandlung der aktiven rheumatoiden Arthritis bei erwachsenen Patienten, die auf die Behandlung mit DMARD (disease-modifying anti-rheumatic drugs) oder Tumornekrosefaktor (TNF)-Hemmern nicht ausreichend angesprochen haben.					
Limitation neu: Nach Kostengutsprache durch den Krankenversicherer nach vorgängiger Konsultation und Genehmigung des Vertrauensarztes des Krankenversicherers zur Behandlung der aktiven rheumatoiden Arthritis bei erwachsenen Patienten, die auf die Behandlung mit DMARD (disease-modifying anti-rheumatic drugs) oder Tumornekrosefaktor (TNF)-Hemmern nicht ausreichend angesprochen haben. Nach Kostengutsprache durch den Krankenversicherer nach vorgängiger Konsultation und Genehmigung des Vertrauensarztes 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.					
BOSULIF	Pfizer AG	071610			
Filmtabl 100 mg Blist 28 Stk			20114	1043.50	895.35
Filmtabl 500 mg Blist 28 Stk			20114	4571.85	4220.35
Limitation alt: Nach Kostengutsprache durch den Krankenversicherer nach vorgängiger Konsultation des Vertrauensarztes. Zur Behandlung von erwachsenen Patienten mit Philadelphia-Chromosom positiver chronisch-myeloischer Leukämie (Ph+ CML) in der chronischen Phase, in der akzelerierten Phase sowie in der Blastenkrise, nach Vorbehandlung mit einem oder mehreren c-abl Tyrosinkinase Inhibitoren und wenn eine Behandlung mit Imatinib, Nilotinib oder Dasatinib nicht in Frage kommt.					
Limitation neu: Bosulif ist indiziert für die Behandlung von erwachsenen Patienten mit neu diagnostizierter Philadelphia-Chromosom positiver chronischer myeloischer Leukämie (Ph+ CML) in der chronischen Phase (CP). Bosulif ist indiziert für die Behandlung von erwachsenen Patienten mit Philadelphia-Chromosom positiver chronisch myeloischer Leukämie (Ph+ CML) in der chronischen Phase, in der akzelerierten Phase sowie in der Blastenkrise, nach Vorbehandlung mit einem oder mehreren c-abl Tyrosinkinase Inhibitoren und wenn eine Behandlung mit Imatinib, Nilotinib oder Dasatinib nicht in Frage kommt.					
LENVIMA	Eisai Pharma AG	071610			
Kaps 4 mg 30 Stk			20408	1860.30	1640.11
Kaps 10 mg 30 Stk			20408	1860.30	1640.11
Limitation alt: Radiojod-refraktäres, lokal fortgeschrittenes oder metastasierendes, progredientes, differenziertes Schilddrüsenkarzinom. Es werden nur die Dosierungen gemäss Fachinformation vergütet (24 mg, 20 mg, 14 mg, 10 mg oder tiefere Dosierungen).					
Limitation neu: <i>Befristete Limitation bis 31.01.2021:</i> Differenziertes Schilddrüsenkarzinom (DTC) Radiojodrefraktäres, lokal fortgeschrittenes oder metastasierendes, progredientes, differenziertes Schilddrüsenkarzinom. Es werden nur die Dosierungen gemäss Fachinformation vergütet (24 mg, 20 mg, 14 mg, 10 mg oder tiefere Dosierungen). <i>Befristete Limitation bis 31.01.2021:</i> Hepatozelluläres Karzinom (HCC) Als Monotherapie zur Erstlinientherapie des fortgeschrittenen, nicht-reserzierbaren Leberzellkarzinoms bei Patienten, für welche alle folgenden Kriterien zutreffen: – weniger als 50% der Leber sind vom Karzinom befallen – es liegt keine Tumorinvasion in den Gallengang oder den Hauptportalvenenarm der Pfortader vor – ECOG Status 0-1 – Child-Pugh A – BCLC-Stadium B, wenn eine TACE (transarterielle Chemoembolisation) nicht infrage kommt oder BCLC-Stadium C – Keine gleichzeitige Verabreichung von HAIC (hepato-arterielle Infusion einer Chemotherapie). Es werden nur die Dosierungen von einmal täglich 12 mg, 8 mg oder 4 mg gemäss Fachinformation vergütet.					
VI. Limitationsänderungen aufgrund der Überprüfung der Aufnahmebedingungen alle drei Jahre von 2018					
MODASOMIL	Teva Pharma AG	011020			
Tabl 100 mg 30 Stk			17532	73.20	49.48
Tabl 100 mg 90 Stk			17532	174.85	138.02
Limitation alt: Tagesschläfrigkeit bei Narkolepsie oder Nichtansprechen auf RITALIN, nach Gutsprache durch den vertrauensärztlichen Dienst.					
Limitation neu: Exzessive Schläfrigkeit in Zusammenhang mit Narkolepsie als Zweitlinientherapie bei Nichtansprechen oder Unverträglichkeit von Ritalin/Mephylphenidat. Die Diagnosestellung und Erstverschreibung muss durch einen Neurologen/Pulmonologen oder in einem Zentrum für Schlafmedizin in enger Zusammenarbeit mit einem Neurologen/Pulmonologen erfolgen.					



REDE ÜBER ORGANSPENDE

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

Rezeptsperrung

Swissmedic, Abteilung Betäubungsmittel

Rezeptsperrung

Folgende Rezepte sind gesperrt

Kanton	Block-Nr.	Rezept-Nr.
Zürich	238201D	5955001–5955007
Bern		7704753

BAG-Bulletin
BBL, Vertrieb Publikationen
CH-3003 Bern

P.P.

CH-3003 Bern
Post CH AG

BAG-Bulletin

Woche
19/2019