



Schweizerische Eidgenossenschaft
Confédération suisse
Confederazione Svizzera
Confederaziun svizra

Eidgenössisches Departement des Innern EDI
Bundesamt für Gesundheit BAG

Ausgabe vom 11. November 2019

BAG-Bulletin ^{Woche} 46/2019

Informationsmagazin für medizinische Fachpersonen und Medienschaffende

Zeckenübertragene Krankheiten – Lagebericht Schweiz, S. 11

Von Mücken übertragene Erreger: epidemiologischer Bericht zu den in die Schweiz importierten Fällen von Malaria, Zika-Virus- Infektionen, Dengue-, Chikungunya-, West-Nil- und Gelbfieber, 2009–2018, S. 14

Spezialitätenliste, S. 23

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
Wochenbericht zu den grippeähnlichen Erkrankungen	7
Zeckenübertragene Krankheiten – Lagebericht Schweiz	11
Von Mücken übertragene Erreger: epidemiologischer Bericht zu den in die Schweiz importierten Fällen von Malaria, Zika-Virus- Infektionen, Dengue-, Chikungunya-, West-Nil- und Gelbfieber, 2009–2018	14
Spezialitätenliste	23
Rezeptsperrung	38

Meldungen Infektionskrankheiten

Stand am Ende der 44. Woche (05.11.2019)^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 44. Woche (05.11.2019)^a

	Woche 44			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	2 1.20	2 1.20	3 1.80	10 1.50	10 1.50	10 1.50	130 1.50	134 1.60	117 1.40	107 1.50	115 1.60	94 1.30
Influenzavirus-Infektion, saisonale Typen und Subtypen^b	4 2.40	6 3.60	10 6.10	18 2.70	14 2.10	28 4.30	13698 159.60	14971 174.40	9483 111.30	13339 183.70	13627 187.60	7754 107.50
Legionellose	12 7.30	13 7.90	7 4.30	54 8.20	53 8.00	42 6.40	575 6.70	560 6.50	466 5.50	505 7.00	497 6.80	427 5.90
Masern		1 0.60	1 0.60		11 1.70	4 0.60	215 2.50	50 0.60	117 1.40	213 2.90	46 0.60	100 1.40
Meningokokken: invasive Erkrankung				2 0.30	3 0.40	1 0.20	43 0.50	58 0.70	56 0.70	34 0.50	54 0.70	51 0.70
Pneumokokken: invasive Erkrankung	9 5.40	13 7.90	22 13.40	46 7.00	51 7.70	71 10.80	888 10.40	959 11.20	982 11.50	728 10.00	806 11.10	792 11.00
Röteln^c							1 0.01	2 0.02	1 0.01	1 0.01	2 0.03	1 0.01
Röteln, materno-fötal^d												
Tuberkulose		2 1.20	5 3.00	13 2.00	23 3.50	39 6.00	420 4.90	514 6.00	565 6.60	362 5.00	453 6.20	473 6.60
Faeco-orale Übertragung												
Campylobacteriose	154 93.30	172 104.20	151 92.10	657 99.50	631 95.60	593 90.50	7378 86.00	7499 87.40	7380 86.60	6338 87.30	6633 91.30	6355 88.10
Enterohämorrhagische E.-coli-Infektion	28 17.00	23 13.90	11 6.70	108 16.40	80 12.10	57 8.70	1124 13.10	793 9.20	684 8.00	996 13.70	713 9.80	620 8.60
Hepatitis A	3 1.80	5 3.00	1 0.60	5 0.80	13 2.00	19 2.90	93 1.10	88 1.00	108 1.30	66 0.90	77 1.10	102 1.40
Hepatitis E	1 0.60	2 1.20		5 0.80	6 0.90		113 1.30	54 0.60		94 1.30	54 0.70	
Listeriose	1 0.60			3 0.40	3 0.40	1 0.20	36 0.40	54 0.60	41 0.50	30 0.40	48 0.70	38 0.50
Salmonellose, S. typhi/ paratyphi	1 0.60		1 0.60	1 0.20		2 0.30	23 0.30	21 0.20	23 0.30	19 0.30	19 0.30	20 0.30
Salmonellose, übrige	36 21.80	37 22.40	38 23.20	174 26.40	162 24.50	170 25.90	1508 17.60	1483 17.30	1867 21.90	1335 18.40	1305 18.00	1654 22.90
Shigellose	9 5.40	11 6.70	7 4.30	32 4.80	35 5.30	14 2.10	219 2.60	231 2.70	147 1.70	179 2.50	209 2.90	119 1.60

	Woche 44			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		2		2	9	3	72	75	83	62	67	74
		1.20		0.30	1.40	0.50	0.80	0.90	1.00	0.80	0.90	1.00
Chlamydiose	244	220	204	1032	816	849	11797	11091	11144	10067	9421	9430
	147.80	133.30	124.50	156.30	123.60	129.50	137.40	129.20	130.80	138.60	129.70	130.80
Gonorrhoe ^e	68	66	40	329	268	174	3744	2800	2542	3223	2415	2174
	41.20	40.00	24.40	49.80	40.60	26.50	43.60	32.60	29.80	44.40	33.20	30.20
Hepatitis B, akut		1	1		4	4	23	41	33	19	30	24
		0.60	0.60		0.60	0.60	0.30	0.50	0.40	0.30	0.40	0.30
Hepatitis B, total Meldungen	4	17	26	53	92	76	1072	1254	1199	907	1039	979
Hepatitis C, akut		1		1	2	5	26	30	38	22	25	35
		0.60		0.20	0.30	0.80	0.30	0.40	0.40	0.30	0.30	0.50
Hepatitis C, total Meldungen	14	24	21	59	87	109	1029	1341	1391	866	1124	1163
HIV-Infektion	6	6	9	30	32	34	422	411	485	363	348	404
	3.60	3.60	5.50	4.50	4.80	5.20	4.90	4.80	5.70	5.00	4.80	5.60
Syphilis, Frühstadien ^f	1	10		22	39		590	500		500	500	
	0.60	6.10		3.30	5.90		6.90	5.80		6.90	6.90	
Syphilis, total ^g	1	15	17	30	55	69	815	926	979	681	785	829
	0.60	9.10	10.40	4.50	8.30	10.50	9.50	10.80	11.50	9.40	10.80	11.50
Zoonosen und andere durch Vektoren übertragbare Krankheiten												
Brucellose				1			6	5	9	5	4	8
				0.20			0.07	0.06	0.10	0.07	0.06	0.10
Chikungunya-Fieber	1			1	1	1	34	4	20	33	4	18
	0.60			0.20	0.20	0.20	0.40	0.05	0.20	0.40	0.06	0.20
Dengue-Fieber	6	2		8	15	14	203	165	162	177	145	135
	3.60	1.20		1.20	2.30	2.10	2.40	1.90	1.90	2.40	2.00	1.90
Gelbfieber								1			1	
								0.01			0.01	
Hantavirus-Infektion								1	3		1	1
								0.01	0.04		0.01	0.01
Malaria	6	5	2	19	20	17	276	296	326	238	255	298
	3.60	3.00	1.20	2.90	3.00	2.60	3.20	3.40	3.80	3.30	3.50	4.10
Q-Fieber			1	4		4	104	50	37	94	43	32
			0.60	0.60		0.60	1.20	0.60	0.40	1.30	0.60	0.40
Trichinellose							2	1		2		
							0.02	0.01		0.03		
Tularämie	6	5		5	12	17	116	135	114	102	107	103
	3.60	3.00		0.80	1.80	2.60	1.40	1.60	1.30	1.40	1.50	1.40
West-Nil-Fieber												
Zeckenzephalitis	5	3	12	19	19	33	277	372	257	255	353	250
	3.00	1.80	7.30	2.90	2.90	5.00	3.20	4.30	3.00	3.50	4.90	3.50
Zika-Virus Infektion			1			2		8	13		3	10
			0.60			0.30		0.09	0.20		0.04	0.10
Andere Meldungen												
Botulismus									3			2
									0.04			0.03
Creutzfeldt-Jakob-Krankheit						2	21	15	18	14	12	16
						0.30	0.20	0.20	0.20	0.20	0.20	0.20
Diphtherie ^h			1	2			2	5	4	2	5	2
			0.20	0.30			0.02	0.06	0.05	0.03	0.07	0.03
Tetanus												

Sentinella-Statistik

Provisorische Daten

Sentinella:

Anzahl Meldungen (N) der letzten 4 Wochen bis am 1.11.2019 und Inzidenz pro 1000 Konsultationen (N/10³)
Freiwillige Erhebung bei Hausärztinnen und Hausärzten (Allgemeinpraktiker, Internisten und Pädiater)

Woche	41		42		43		44		Mittel 4 Wochen	
	N	N/10 ³	N	N/10 ³						
Influenzaverdacht	16	1.8	7	0.7	13	1.0	23	2.1	14.8	1.4
Mumps	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Pertussis	2	0.2	0	0	8	0.6	4	0.4	3.5	0.3
Zeckenstiche	4	0.4	3	0.3	4	0.3	1	0.1	3	0.3
Lyme-Borreliose	3	0.3	6	0.6	8	0.6	2	0.2	4.8	0.4
Herpes Zoster	5	0.5	12	1.1	11	0.8	11	1.0	9.8	0.9
Post-Zoster-Neuralgie	2	0.2	1	0.1	1	0.1	0	0	1	0.1
Meldende Ärzte	119		134		150		135		134.5	

Wochenbericht zu den grippeähnlichen Erkrankungen

Grippeähnliche Erkrankungen treten in unseren Breitengraden saisonal auf. Bisher konnte jeden Winter eine Grippewelle festgestellt werden. Von Jahr zu Jahr variieren aber deren Intensität, die Länge, die Art der zirkulierenden Virenstämme und die Auswirkungen auf die Bevölkerung. Um die Bevölkerung und die Ärzteschaft rechtzeitig über das Auftreten bzw. Eintreffen der Grippewelle und die Abdeckung durch die Grippeimpfstoffe informieren zu können, erstattet das BAG zwischen Oktober und April wöchentlich Bericht und gibt eine Risikobeurteilung ab.

Woche 44/2019

Grippeähnliche Erkrankungen sind schweizweit nicht verbreitet. Während der Woche 44 wurden von 135 Ärztinnen und Ärzten des Sentinella-Meldesystems 2,1 grippeähnliche Erkrankungen pro 1000 Konsultationen gemeldet. Dies entspricht hochgerechnet einer Inzidenz von 15 Fällen pro 100 000 Einwohner.

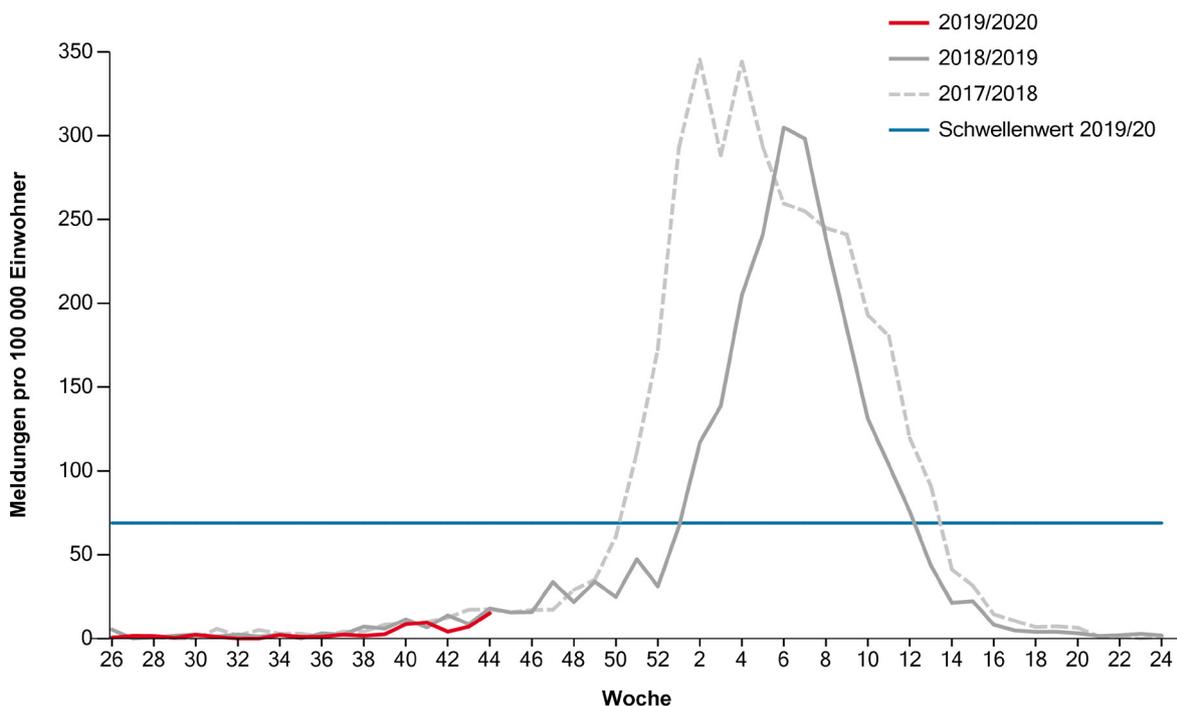
Der saisonale epidemische Schwellenwert von 69 Grippeverdachtsfällen pro 100 000 Einwohner wurde nicht überschritten (Grafik 1).

Die Inzidenz war in allen Altersklassen niedrig (Tabelle 1). Die Grippe ist in keiner Region verbreitet (Grafik 2, Kasten). Altersbedingte und regionale Unterschiede sind zu Beginn der Saison jeweils nicht feststellbar.

In der Woche 44 wies das Nationale Referenzzentrum für Influenza (CNRI) im Rahmen der Sentinella-Überwachung in keinem der 4 untersuchten Abstriche Influenza Viren nach.

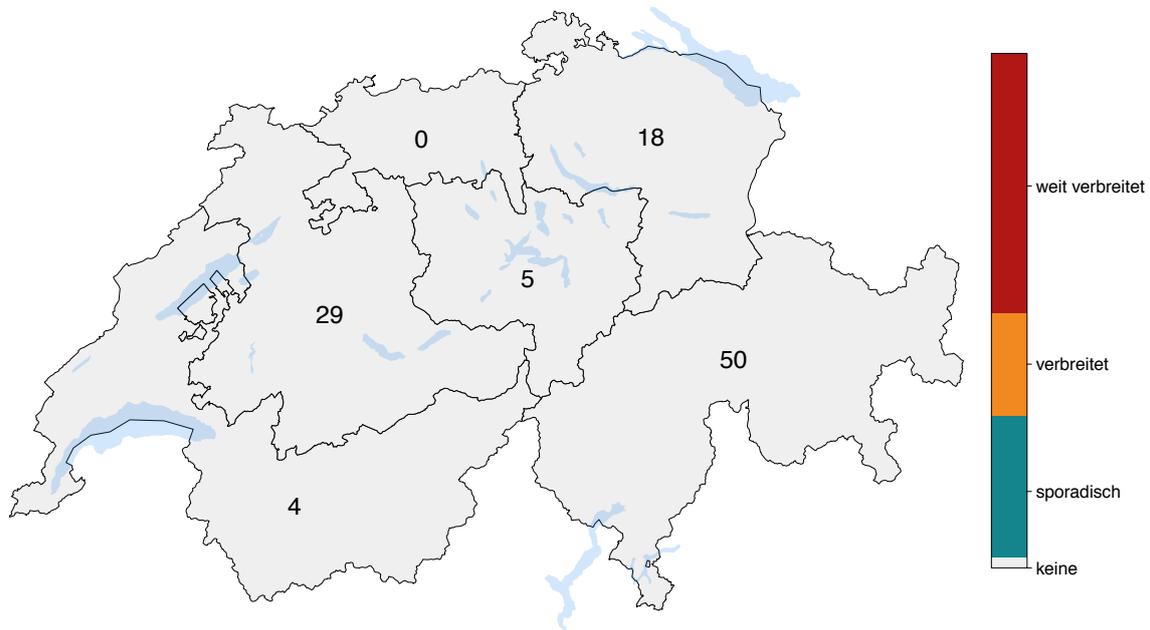
Grafik 1

Anzahl wöchentlicher Konsultationen aufgrund grippeähnlicher Erkrankungen, hochgerechnet auf 100 000 Einwohner



Grafik 2

Inzidenz grippeähnlicher Erkrankungen pro 100 000 Einwohner und Verbreitung von Influenzaviren nach Sentinella-Regionen, für die Woche 44/2019



Region 1 (GE, NE, VD, VS), Region 2 (BE, FR, JU), Region 3 (AG, BL, BS, SO), Region 4 (LU, NW, OW, SZ, UR, ZG), Region 5 (AI, AR, GL, SG, SH, TG, ZH), Region 6 (GR, TI). Zahl: Inzidenz grippeähnlicher Erkrankungen pro 100 000 Einwohner. Farbe: Verbreitung (Definition siehe Glossar)
Trend: ▲ steigend ▼ sinkend ◆ konstant

Internationale Situation

In Europa wurde in den vergangenen Wochen aus allen Ländern eine niedrige Aktivität der grippeähnlichen Erkrankungen gemeldet [1]. Ebenso verzeichneten Nordamerika und Asien eine niedrige Aktivität [2-3].

In der gemässigten Zone der Südhemisphäre zirkulierten während der Grippezeit 2019 verschiedene Influenza-Subtypen gleichzeitig. In Australien dominierten Influenza A Viren des Subtyps H3N2 [4, 5]. In Neuseeland waren zusätzlich zu den Influenza A(H3N2) Viren auch Influenza B-Victoria im Umlauf [6]. In Südamerika und Südafrika waren je nach Region zusätzlich auch noch Influenza A Viren des Subtyps H1N1pdm09 im Umlauf [4-6].

Tabelle 1:

Altersspezifische Inzidenzen für die Woche 44/2019

	Grippebedingte Konsultationen pro 100 000 Einwohner	Trend
Inzidenz nach Altersklasse		
0–4 Jahre	0	-
5–14 Jahre	0	-
15–29 Jahre	34	-
30–64 Jahre	17	-
≥65 Jahre	8	-
Schweiz	15	-

Tabelle 2:

Zirkulierende Influenzaviren in der Schweiz

Häufigkeit der isolierten Influenzaviren und -subtypen sowie -linien

Saison 2019/20 kumulativ	
Influenza-positive Proben	1 von 31 (3,2%)
B Victoria	100%
B Yamagata	0%
B Linie nicht bestimmt	0%
A(H3N2)	0%
A(H1N1)pdm09	0%
A nicht subtypisiert	0%

GLOSSAR

Epid. Schwellenwert:	Das Niveau der Inzidenz, ab welcher man von einer Epidemie spricht; basiert auf einem Durchschnitt der letzten zehn Saisons. Der epidemische Schwellenwert für die Saison 2019/20 liegt bei 69 Grippeverdachtsfällen pro 100 000 Einwohner.
Intensität:	Vergleich der aktuellen Inzidenz zum historischen Inzidenzverlauf. Sie wird während der Epidemie beurteilt und in vier Kategorien unterteilt: niedrig, mittelhoch, hoch und sehr hoch.
Inzidenz:	Anzahl Fälle pro 100 000 Einwohner; basiert auf der Anzahl Fälle pro Arzt-Patient-Kontakte.
Trend:	Vergleich der Inzidenz der aktuellen Woche zu den beiden vorhergehenden Wochen. Der Trend wird nur während der Epidemie bestimmt und in drei Kategorien unterteilt: steigend, konstant oder sinkend.
Verbreitung:	Die Verbreitung basiert auf <ul style="list-style-type: none"> • dem Anteil der meldenden Sentinella-Ärztinnen und -Ärzte, die Grippeverdachtsfälle diagnostizierten und • dem Nachweis von Influenzaviren am CNRI.

Kontakt

Bundesamt für Gesundheit
 Direktionsbereich Öffentliche Gesundheit
 Abteilung Übertragbare Krankheiten
 Telefon 058 463 87 06
 E-Mail epi@bag.admin.ch

Medienschaffende

Telefon 058 462 95 05
 E-Mail media@bag.admin.ch

Referenzen

1. European Centre for Disease Prevention and Control (ECDC). Seasonal Influenza - Latest surveillance data <http://flunewseurope.org/> (accessed on 5.11.2019).
2. Weekly U.S. Influenza Surveillance Report <http://www.cdc.gov/flu/weekly/index.htm> (accessed on 5.11.2019).
3. Canada Rapports hebdomadaires d'influenza. <http://www.canadiensante.gc.ca/diseases-conditions-maladies-affections/disease-maladie/flu-grippe/surveillance/fluwatch-reports-rapports-surveillance-influenza-fra.php> (accessed on 5.11.2019).
4. World Health Organisation (WHO) Influenza update – 353 http://www.who.int/influenza/surveillance_monitoring/updates/latest_update_GIP_surveillance/en/ (accessed on 5.11.2019).
5. Australian Influenza Surveillance Report and Activity Updates <https://www1.health.gov.au/internet/main/publishing.nsf/Content/cda-surveil-ozflu-flucurr.htm> (accessed on 5.11.2019).
6. New Zealand Flu surveillance and intelligence reporting <https://www.esr.cri.nz/our-services/consultancy/flu-surveillance-and-research> (accessed on 5.11.2019).

Die Sentinel-Überwachung der Grippe und der grippeähnlichen Erkrankungen in der Schweiz

Die epidemiologische Beurteilung der saisonalen Grippe beruht auf

- wöchentlichen Meldungen von Grippeverdachtsfällen von Ärztinnen und Ärzten, die dem Sentinella-Meldesystem angeschlossen sind,
- Untersuchungen von Nasenrachenabstrichen am Nationalen Referenzzentrum für Influenza (CNRI) in Genf und
- den Laborbestätigungen aller Influenzasubtypen, die im Rahmen der obligatorischen Meldepflicht ans BAG übermittelt werden

Die Typisierungen durch das CNRI in Zusammenarbeit mit dem Sentinella-Meldesystem erlauben die laufende Überwachung der in der Schweiz zirkulierenden Grippeviren.

Besten Dank an alle meldenden Sentinella-Ärztinnen und -Ärzte. Ihre wertvolle Mitarbeit macht die Grippeüberwachung in der Schweiz erst möglich.

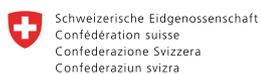


Nationale Fachtagung

Asylsuchende Menschen mit Traumatisierung: Früherkennung und Unterstützungsangebote

Jetzt anmelden
www.torturevictims.ch/fachtagung-2019

Mittwoch, 11. Dezember 2019
Welle 7, Bern



Schweizerische Eidgenossenschaft
Confédération suisse
Confederazione Svizzera
Confederaziun svizra

Eidgenössisches Justiz- und Polizeidepartement EJPD
Staatssekretariat für Migration SEM



support
for
torture
victims

Schweizerisches Rotes Kreuz
Ambulatorium für Folter- und Kriegsopfer



Zeckenübertragene Krankheiten – Lagebericht Schweiz

05.11.2019. Die Saison, in der Zecken besonders aktiv sind, beginnt je nach Witterung im März und endet im November. Von April bis November veröffentlicht das BAG jeweils in der ersten Woche des Monats einen Lagebericht mit den Fallzahlen der Frühsommer-Meningoenzephalitis (FSME), der Tularämie und den hochgerechneten Arztkonsultationen wegen Zeckenstich und Borreliose.

Mit diesem Bericht will das BAG die Öffentlichkeit orientieren und sensibilisieren. Interessierte Personen können sich auch via BAG FSME-Karten und der vom BAG unterstützten Zecken-App informieren.

Anzahl Fälle der Frühsommer-Meningoenzephalitis (FSME)

Das BAG überwacht die FSME im obligatorischen Meldesystem für Infektionskrankheiten. Es sind somit genaue Fallzahlen sowie Angaben zu Impfstatus und Exposition verfügbar. Die FSME ist seit 1988 meldepflichtig.

Die monatlichen FSME-Fallzahlen verlaufen in der warmen Jahreszeit wellenförmig und verdeutlichen die Saisonalität dieser Epidemie. Sie unterliegen sowohl innerhalb einer Saison als

auch im Vergleich zu anderen Saisons grossen Schwankungen (Abbildung 1). So wurden im Monat Oktober 16 Fälle verzeichnet. Die Summe der Fälle, kumuliert ab Januar eines Kalenderjahrs bis zum Monat vor Erscheinen des Berichts, variiert ebenfalls von Jahr zu Jahr stark (Abbildung 2). Seit 2000 wurden im gleichen Zeitraum jeweils zwischen 52 und 356 Fälle gemeldet. Bis Ende Monat Oktober des laufenden Jahres wurden 251 Fälle registriert (Abbildung 2). Dies entspricht im mehrjährigen Vergleich dem dritthöchsten Wert seit 2000.

Abbildung 1
FSME-Fallzahlen pro Monat im Verlauf der Saison,
Vergleich 2017–2019 (2019: Stand Ende Oktober)

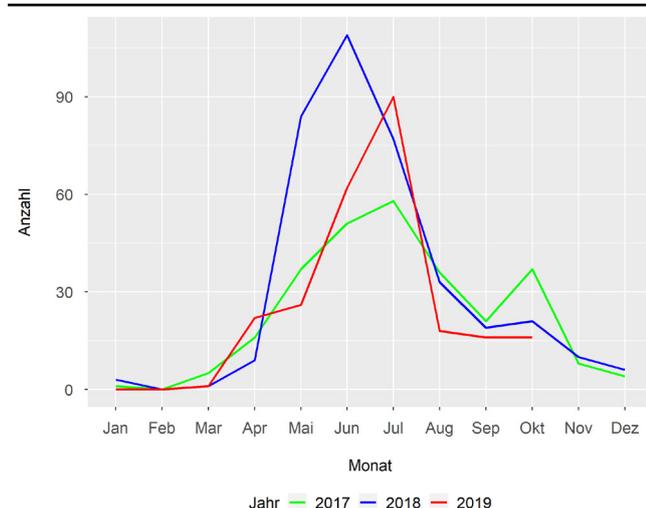


Abbildung 2
FSME-Fallzahlen kumuliert ab Jahresbeginn,
Vergleich 2000–2019 (2019: Stand Ende Oktober)

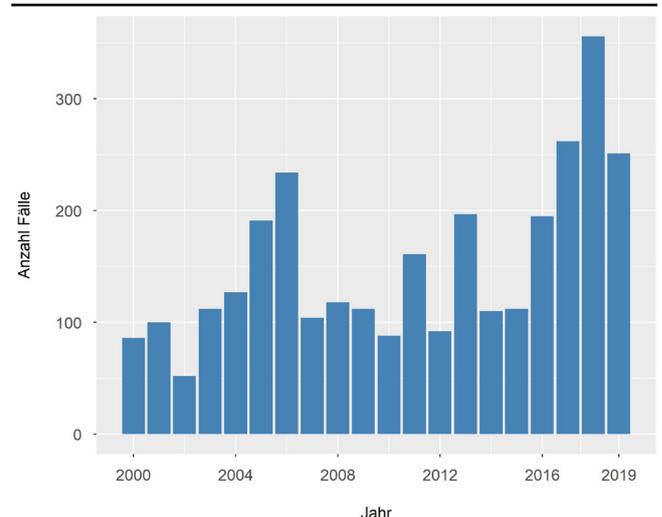


Abbildung 3
Tularämie-Fallzahlen pro Monat im Verlauf der Saison, Vergleich 2017–2019 (2019: Stand Ende Oktober)

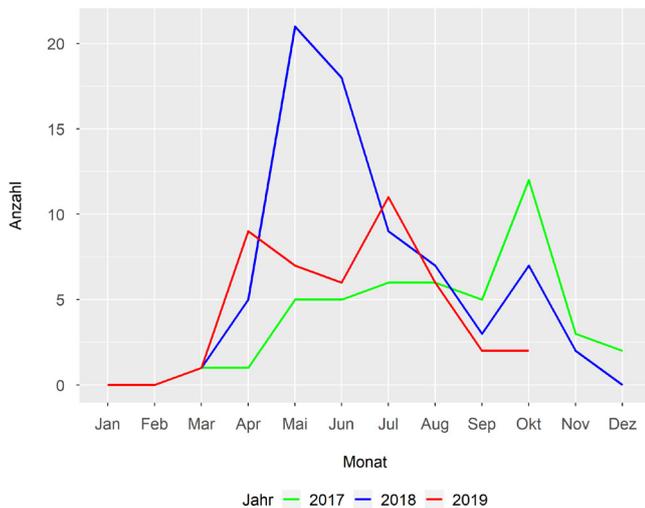
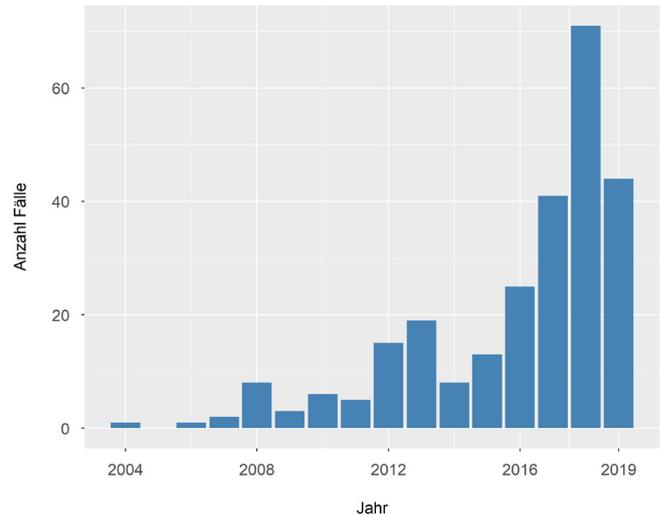


Abbildung 4
Tularämie-Fallzahlen kumuliert ab Jahresbeginn, Vergleich 2004–2019 (2019: Stand Ende Oktober)



Anzahl Fälle der Tularämie

Die Tularämie untersteht seit 2004 der Meldepflicht. Es sind somit genaue Fallzahlen sowie Angaben zur Exposition verfügbar. Diese Auswertung beschränkt sich auf diejenigen Fälle, bei denen ein Zeckenstich die wahrscheinlichste Ursache der Erkrankung ist. Dies macht im Schnitt der Jahre 55 % der Fälle aus. Bei den verbleibenden Fällen ist die Exposition entweder unbekannt oder durch Kontakt mit Wildtieren bedingt, wie z.B. auf der Jagd.

Die monatlichen Tularämie-Fallzahlen weisen ansatzweise einen wellenförmigen Verlauf auf. Sie unterliegen sowohl innerhalb einer Saison als auch im Vergleich zu anderen Saisons grossen Schwankungen (Abbildung 3). So wurden im Monat Oktober 2 Fälle verzeichnet. Die Summe der Fälle, kumuliert ab Januar eines Kalenderjahres bis zum Monat vor Erscheinen des Berichts, variiert ebenfalls von Jahr zu Jahr stark (Abbildung 4). Seit 2004 wurden im gleichen Zeitraum jeweils zwischen 0 und 71 Fälle gemeldet. Der Trend über die Jahre ist ansteigend. Bis Ende Monat Oktober des laufenden Jahres wurden 44 Fälle registriert (Abbildung 4).

Abbildung 5
Hochrechnung der Anzahl Arztbesuche wegen Zeckenstich und Lyme-Borreliose pro Monat im Verlauf der Saison, Vergleich 2017–2019 (2019: Stand Ende Oktober)

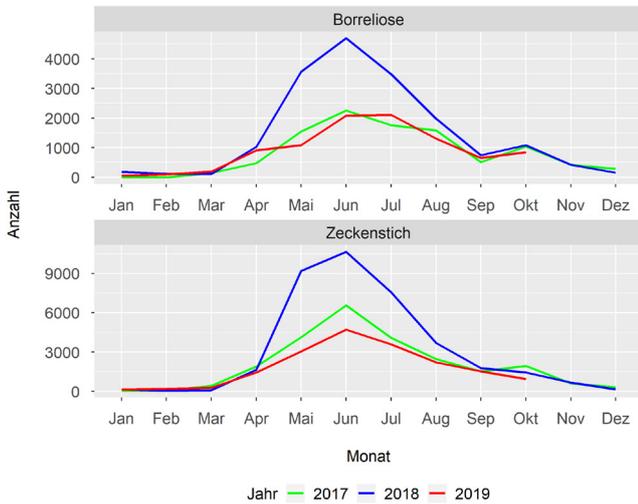
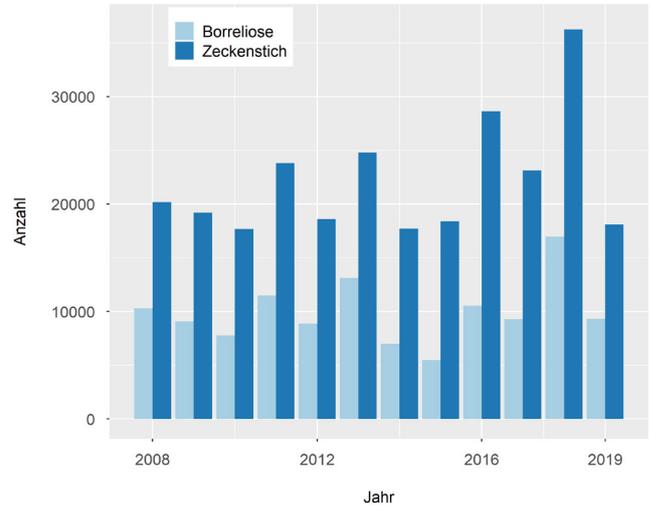


Abbildung 6
Hochgerechnete Anzahl Arztbesuche wegen Zeckenstich und Borreliose kumuliert ab Jahresbeginn, Vergleich 2008–2019 (2019: Stand Ende Oktober)



Anzahl Arztbesuche wegen Zeckenstich bzw. Borreliose
 Aufgrund ihrer Häufigkeit werden Zahlen zu Zeckenstichen und Borreliose (auch Lyme-Krankheit genannt) über das Sentinella-Meldesystem erfasst. Beim Sentinella-Meldesystem handelt es sich um ein Netzwerk von Hausärzten, die auf freiwilliger Basis wöchentlich die Anzahl Arztbesuche aufgrund von Zeckenstichen und Borreliose melden. Darauf basierend wird auf die gesamtschweizerische Anzahl hochgerechnet. Zu beiden Themen sind seit 2008 Zahlen verfügbar.

Die monatliche Anzahl Arztbesuche wegen Zeckenstich bzw. Borreliose verläuft wellenförmig in der warmen Jahreszeit und verdeutlicht die Saisonalität dieser Beobachtungen. Sie unter-

liegt sowohl innerhalb einer Saison als auch im Vergleich zu anderen Jahren grossen Schwankungen (Abbildung 5). Bis Ende Oktober wurden hochgerechnet 18 000 Arztbesuche wegen Zeckenstich sowie 9300 akute Fälle von Borreliose gemeldet (Abbildung 6). Die Werte für akute Fälle von Borreliose sowie für die Anzahl Arztbesuche wegen Zeckenstich bewegen sich im Mittel des mehrjährigen Vergleichs.

Kontakt

Bundesamt für Gesundheit
 Direktionsbereich Öffentliche Gesundheit
 Abteilung Übertragbare Krankheiten
 Telefon 058 463 87 06

Beurteilung der epidemiologischen Lage

Für die Bewertung der im Lagebericht veröffentlichten Zahlen zu Zeckenstich und Borreliose ist Folgendes zu beachten:

- Bei der Borreliose werden nur die akuten Fälle (Wanderröte bzw. Borrelien-Lymphozytom) in die Hochrechnung einbezogen. Die chronischen Formen der Borreliose werden zwar auch gemeldet, sind jedoch in den Zahlen des Lageberichts nicht enthalten, um ausschliesslich die Neuerkrankungen pro Zeckensaison abzubilden.
- Die Zahl der Arztbesuche wegen Zeckenstich ist in der Regel höher als diejenige wegen Borreliose. Es kann aber vorkommen, dass die Zahl der Borreliose höher als diejenige der Zeckenstiche ist. Das liegt vermutlich daran, dass sich nur etwa die Hälfte der Patientinnen und Patienten mit einer akuten Borreliose an einen Zeckenstich erinnert.

Dies ist der letzte Lagebericht für die Saison 2019. Die hochgerechnete Anzahl Fälle von Zeckenstichen und Borreliose entsprechen dem Mittel der vergangenen Jahre. Die Fallzahlen zu FSME sind hoch und entsprechen dem dritthöchsten Wert seit 2000. Die Fälle von Tularämie nehmen kontinuierlich über die Jahre zu. Die diesjährigen Zahlen liegen aber unter denjenigen des letzten Jahres.

Bitte beachten Sie unsere Empfehlungen zum Schutz vor Zeckenstichen auf der Seite Fröhsommer-Meningoenzephalitis (FSME) A–Z oder Borreliose A–Z.
 (<https://www.bag.admin.ch/bag/de/home/krankheiten/krankheiten-im-ueberblick/zeckenuebertragene-krankheiten.html>)

Von Mücken übertragene Erreger: epidemiologischer Bericht zu den in die Schweiz importierten Fällen von Malaria, Zika-Virus-Infektionen, Dengue-, Chikungunya-, West-Nil- und Gelbfieber, 2009–2018

Die an das Bundesamt für Gesundheit (BAG) gemeldeten Fallzahlen für mückenübertragene Krankheiten für die Zeitperiode 2009–2018 wurden zahlenmässig von Malaria mit 2561 bestätigten Fällen angeführt, gefolgt von Denguefieber mit 1259 und Chikungunya-Fieber mit 206 Fällen. Zika-Virus-Infektionen werden erst seit 2016 überwacht, in den drei Beobachtungsjahren wurden 74 Fälle gemeldet. Mit nur zwei bzw. einem bestätigten Fall in den letzten zehn Jahren, waren West-Nil-Fieber und Gelbfieber seltene Erkrankungen. Die Infektionen wurden im Ausland, vor allem auf Reisen in die Tropen und Subtropen erworben. Vereinzelte Fälle von Denguefieber, Chikungunya-Fieber und West-Nil-Fieber infizierten sich jedoch auch innerhalb von Europa. Mit der Ausbreitung von invasiven Mückenarten steigt das Risiko der Übertragung dieser Krankheiten in Europa und auch innerhalb der Schweiz an. Bei der Diagnose muss deshalb die Möglichkeit einer von Mücken übertragenen Erkrankung in Betracht gezogen werden, auch wenn keine Reise in die Tropen und Subtropen erfolgte.

Ferien, Geschäftsreise oder Besuch von Verwandten; die Reiseaktivität von in der Schweiz wohnhaften Personen steigt stetig an [1]. Dabei kann es zu unerwünschten, teils gefährlichen Erkrankungen kommen, wenn sich Reisende über Mücken, Fliegen, Wanzen oder Zecken mit entsprechenden Krankheitserregern infizieren. Welche Risiken für die Reisenden bestehen, hängt stark von den gewählten Reisedestinationen, aber auch ihrem Präventionsverhalten vor, während und nach der Reise ab.

Dieser Artikel präsentiert die Schweizer Meldedaten über die letzten zehn Jahre für sechs von Mücken übertragene Krankheiten, für die in der Schweiz eine Meldepflicht besteht: Malaria, Zika-Virus-Infektionen, Dengue-, Chikungunya-, West-Nil- und Gelbfieber. Die Daten werden mittels des obligatorischen Meldesystems des BAG erfasst und klassifiziert. Die Auswertungen beziehen sich auf bestätigte Fälle, welche die jeweilige Falldefinition für einen sicheren Fall erfüllen. Fälle mit Wohnort im Ausland, mit Ausnahme von Liechtenstein, wurden von der Analyse ausgeschlossen. Um die Schweizer Daten in den Kontext zu setzen, wird für jede der sechs Krankheiten eine kurze Beschreibung, gefolgt von ei-

nem Einblick in das epidemiologische Geschehen weltweit und innerhalb von Europa gegeben.

MALARIA

Steckbrief Malaria

Malaria wird durch Einzeller der Gattung *Plasmodium* verursacht und durch den Stich von Mücken der Gattung *Anopheles* übertragen. Für die Erkrankung des Menschen sind fünf verschiedene *Plasmodium*-Arten von Bedeutung: *Plasmodium falciparum*, *P. vivax*, *P. ovale*, *P. malariae* und sehr selten *P. knowlesi*. Bei einer Malaria-Infektion kommt es nach meist 7 bis 15 Tagen, zum Teil aber auch erst nach Monaten, neben abrupt eintretenden Kopf- und Gliederschmerzen zu hohem Fieber. Auch Erbrechen und Durchfall können zur Klinik einer Malaria-Infektion gehören. Eine unbehandelte Malaria kann zu neurologischen Komplikationen, zum Koma und zum Tod führen [2].

Gegen Malaria gibt es verschiedene Medikamente zur Vorbeugung (Malaria-Chemoprophylaxe), die vor, während und nach der Reise in Endemiegebiete einzunehmen sind [3]. Für Reisen in Gebiete mit mässigem Malariarisiko können in Risikositua-

onen Medikamente zur Notfallbehandlung mitgenommen werden [4]. Zurzeit gibt es noch keinen kommerziell zugelassenen Impfstoff gegen Malaria, es sind jedoch verschiedene Impfstoffkandidaten in der Testphase [2, 5].

Situation Malaria weltweit und in Europa

Malaria ist nach wie vor eine der häufigsten Tropenkrankheiten. Eine Schätzung der Weltgesundheitsorganisation (WHO) geht von rund 219 Million Fällen allein im Jahr 2017 aus. Am meisten betroffen sind die afrikanischen Länder mit rund 90 % aller Fälle [2].

Bis ins 19. Jahrhundert war Malaria in Europa weit verbreitet; heute kommt Malaria in Europa sporadisch, zum Beispiel in Griechenland, vor [6].

Generelle Tendenz der registrierten Fälle von Malaria in der Schweiz

Malaria wird in der Schweiz seit 1974 kontinuierlich überwacht. Die Anzahl jährlich registrierter Fälle hat in den letzten Jahren zugenommen. Wurden in den Jahren 2009 bis 2013 durchschnittlich 170 Fälle registriert, so waren es in den Jahren 2014 bis 2018 durchschnittlich 340 Fälle. Im Zeitraum 1.1.2009 bis 31.12.2018 hat das BAG insgesamt 2561 Fälle registriert (Abbildung 1).

Demografische Charakteristiken der registrierten Fälle von Malaria in der Schweiz

Im Zeitraum 2009–2018 haben sich deutlich mehr Männer, nämlich 64 %, mit Malaria infiziert als Frauen (36 %) (Abbildung 2). Das mediane Alter der männlichen Malaria-Fälle betrug 33 Jahre, das heisst, die Hälfte der Männer war jünger, die andere Hälfte älter als 33 Jahre. Das mediane Alter der weiblichen Malaria-Fälle war 36 Jahre. 10 % (N=244) der Fälle waren Kinder und Jugendliche unter 15 Jahren.

Infektionsort

Mittels Meldung zum klinischen Befund wird abgeklärt, in welche Länder die Person während der Inkubationszeit, der maximalen Zeitspanne zwischen dem infektiösen Mückenstich bis zum Auftreten der ersten Symptome, gereist ist oder wo sie sich aufgehalten hat. Da Mehrfachnennungen möglich sind, z. B. Reise über Asien nach Australien oder von Afrika über ein anderes europäisches Land in die Schweiz, übersteigt die Anzahl genannter Reisedestinationen die der Fallzahlen. Die Nen-

Abbildung 1
Jährliche Anzahl von in der Schweiz registrierten Malaria-Fällen, 2009–2018 (N=2561)

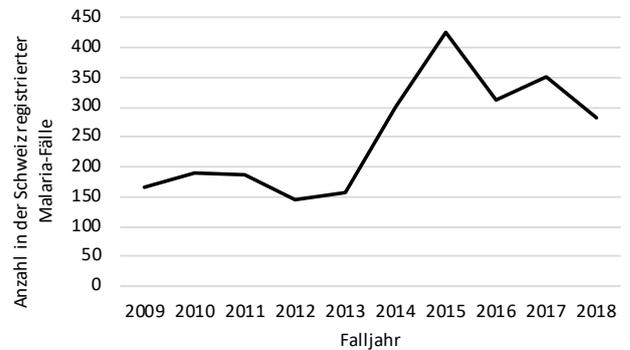


Abbildung 2
Anzahl in der Schweiz registrierter Malaria-Fälle nach Geschlecht und Alter, 2009–2018 (N=2530, für N=28 keine Angaben zum Geschlecht und für N=3 keine Angaben zum Alter)

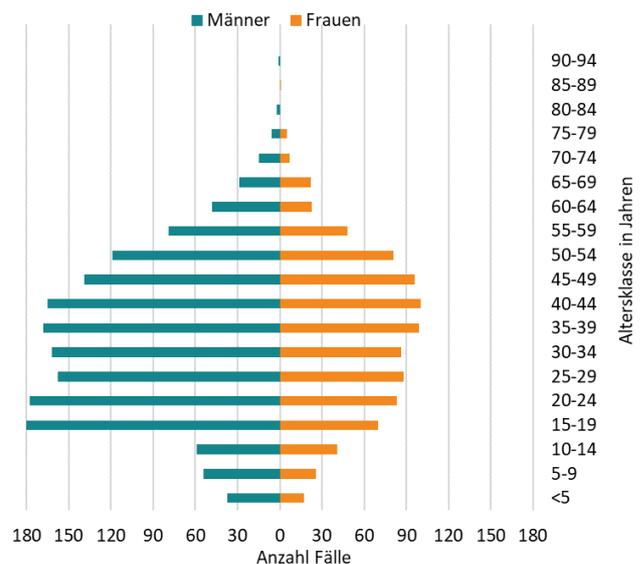
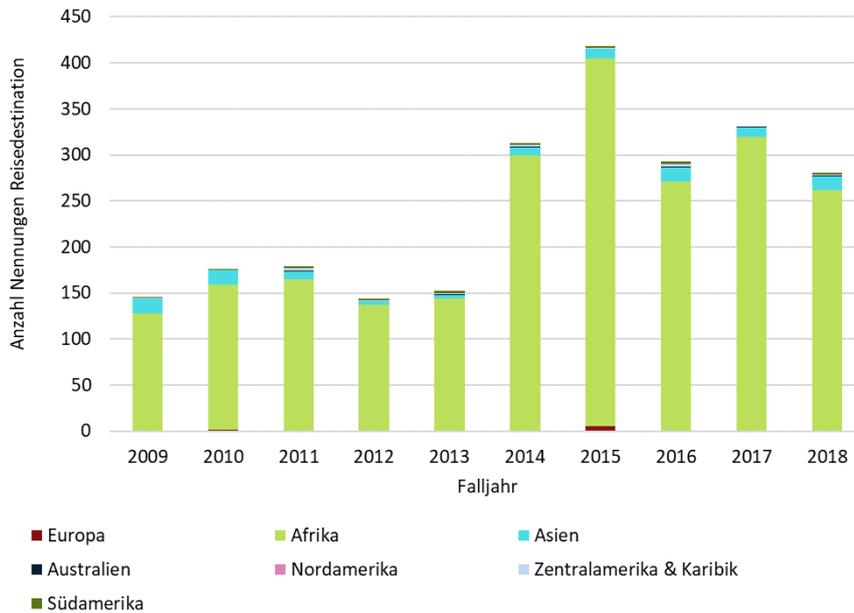


Abbildung 3

Anzahl Nennungen Reisedestinationen der in der Schweiz registrierten Malaria-Fälle, 2009–2018
(N=2400 Fälle mit 2433 Nennungen von Reisedestinationen, für N=161 keine Angaben zum Reiseland)



nung einer Reisedestination ist kein Nachweis, dass die Übertragung tatsächlich in dieser Region stattgefunden hat. Von den Personen mit Angaben zum möglichen Infektionsort hatten sich die meisten während der Inkubationszeit von Malaria in Afrika aufgehalten (Abbildung 3).

DENGUEFIEBER

Steckbrief Denguefieber

Das Dengue-Virus mit vier verschiedenen Subtypen gehört zu den Flaviviren. Die Übertragung erfolgt durch Mücken der Gattung *Aedes*. Eine Infektion verläuft in 40 bis 80 % der Fälle asymptomatisch. Beim klassischen Denguefieber kommt es 3 bis 14 Tage nach dem Stich durch eine infizierte Mücke zu hohem Fieber, Kopf- und Gliederschmerzen und Hautausschlag. In weniger als 5% der Fälle, entwickeln sich schwere, zum Teil tödliche Verlaufsformen mit diffusen Blutungen, dem Dengue-Hämorrhagischen Fieber, oder akutem Kreislaufversagen, dem Dengue-Schock-Syndrom. Eine durchgemachte Infektion mit einem der vier Serotypen bietet Schutz vor Infektion mit dem gleichen, nicht jedoch vor Infektion mit einem der anderen drei Serotypen. Das Risiko für einen schweren Verlauf ist sogar höher bei erneuter Infektion mit einem anderen Serotyp [7, 8].

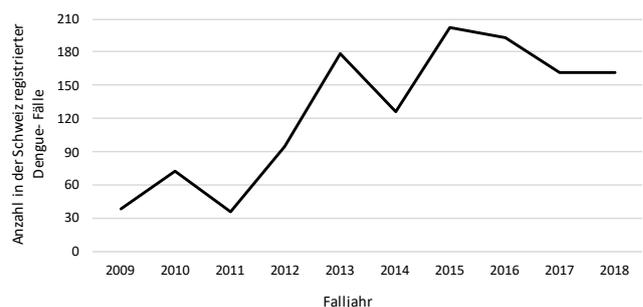
Ein Impfstoff gegen Dengue-Viren, Dengvaxia® (CYD-TDV), existiert. Dieser ist jedoch nur für Personen, die bereits einmal nachweislich an Denguefieber erkrankt waren und in Gebieten mit häufigem Vorkommen, sogenannten Endemiegebieten leben, durch die European Medicines Agency (EMA) zugelassen [9]. Für Schweizer Reisende besteht zurzeit keine Möglichkeit, sich gegen Denguefieber impfen zu lassen. Es existiert keine spezifische Therapie.

Situation Denguefieber weltweit und in Europa

Die globale jährliche Inzidenz von Denguefieber hat in den letzten Jahrzehnten sehr stark zugenommen, rund die Hälfte der Weltbevölkerung lebt in Risikogebieten. Schätzungen der WHO gehen von jährlich rund 390 Millionen Dengue-Virus-Infektionen aus, von denen 96 Millionen klinische Symptome aufzeigen. Die in den drei WHO-Regionen gemeldeten Fallzahlen nahmen von 2,2 Millionen 2010 auf über 3,3 Millionen im Jahr 2016 zu [7]. In Europa wurden bis Mitte 2019 lokal übertragene, sogenannte autochthone Denguefieber-Fälle in Kroatien, Frankreich, Portugal und Spanien registriert. In Portugal gab es 2012 auf Madeira eine Denguefieber-Epidemie mit mehr als 1000 bestätigten Fällen [8, 10].

Abbildung 4

Jährliche Anzahl der in der Schweiz registrierten Denguefieber-Fälle, Schweiz, 2009–2018 (N=1259)



Generelle Tendenz der registrierten Fälle von Denguefieber in der Schweiz

Denguefieber wird in der Schweiz seit 1989 kontinuierlich überwacht. Im Zeitraum 1.1.2009 bis 31.12.2018 stiegen die Fallzahlen deutlich an. Insgesamt wurden 1259 bestätigte Fälle gemeldet (Abbildung 4).

Demografische Charakteristiken der registrierten Fälle von Denguefieber in der Schweiz

Die Geschlechterverteilung war ausgeglichen, 49 % Männer und 51 % Frauen (Abbildung 5). Das mediane Alter der männlichen Denguefieber-Fälle betrug 38 Jahre, das der weiblichen Fälle 32 Jahre. 6 % (N=70) der Fälle waren Kinder und Jugendliche unter 15 Jahren.

Infektionsort

Alle bestätigten Denguefieber-Fälle hatten eine Reiseexposition. Die meisten Personen mit bekannter Reisedestination hatten sich während der Inkubationszeit in Asien aufgehalten, gefolgt von Reisen auf den amerikanischen Kontinent (Abbildung 6).

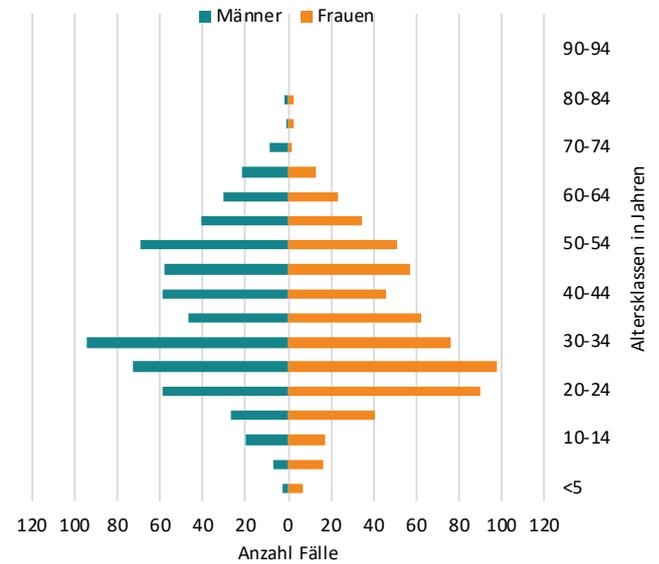
CHIKUNGUNYA-FIEBER

Steckbrief Chikungunya-Fieber

Das Chikungunya-Virus gehört zu den Alphaviren und wird wie das Dengue-Virus von Mücken der Gattung *Aedes* übertragen. Die Erkrankung tritt meist sieben bis neun Tage nach dem Stich durch eine infizierte Mücke auf und äussert sich durch hohes Fieber, starke Gelenk-, Muskel- sowie Kopfschmerzen, manchmal begleitet von einem Hautausschlag. In wenigen Fällen kann es zu lang anhaltender Müdigkeit und einschränkenden Gelenkschmerzen über Wochen bis Monate kommen. Bei Neugebore-

Abbildung 5

Anzahl der in der Schweiz registrierten Denguefieber-Fälle nach Geschlecht und Alterskategorie, Schweiz, 2009–2018 (N=1257, für jeweils einen Fall Alter bzw. Geschlecht unbekannt)



nen, älteren Menschen und Personen mit chronischen Krankheiten ist zum Teil ein schwerer Verlauf zu beobachten. Es gibt bisher weder eine Impfung noch eine spezifische Therapie [11].

Abbildung 6

Anzahl Nennungen Reisedestinationen der in der Schweiz registrierten Denguefieber-Fälle, 2009–2018 (N=1200 mit 1221 Nennungen von Reisedestinationen, für N=59 keine Angaben zum Reiselnd)

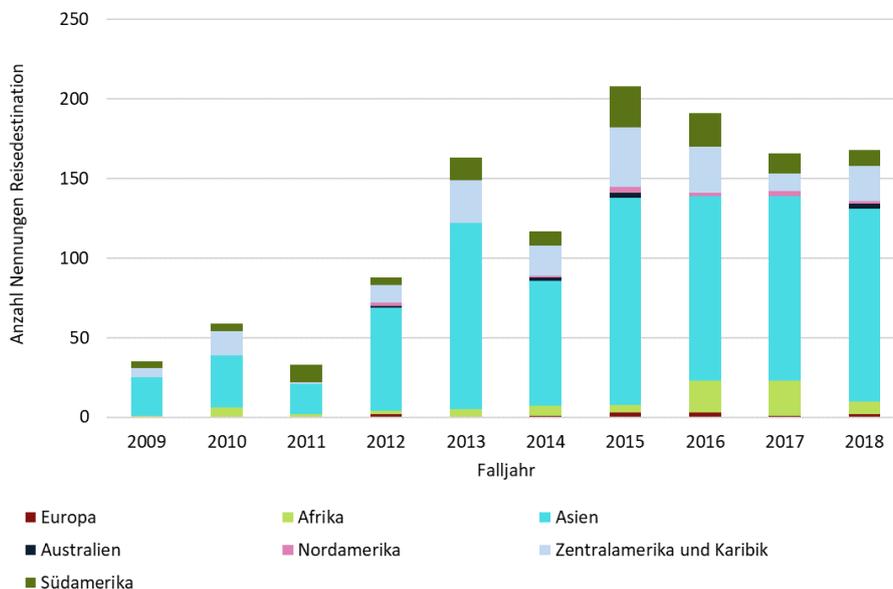
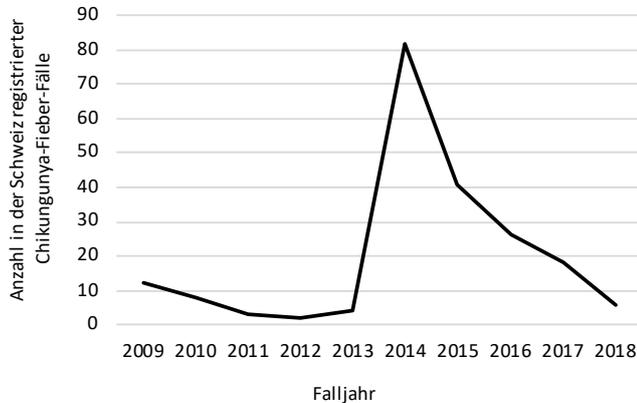


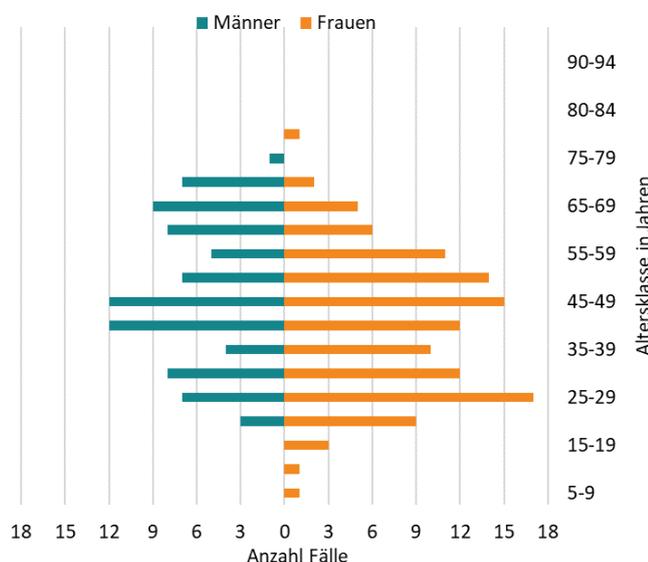
Abbildung 7
Jährliche Anzahl in der Schweiz registrierter Fälle von Chikungunya-Fieber, 2009–2018 (N=202)



Situation Chikungunya-Fieber weltweit und in Europa

Chikungunya-Viren wurden 1952 erstmals in Afrika beschrieben und kommen seither in über 60 Ländern, vor allem in Asien, Afrika und dem indischen Subkontinent vor. 2005 bis 2006 fand eine grosse Epidemie in La Réunion statt. 2013 wurde das Virus erstmals in Amerika nachgewiesen und führte im Jahr 2014, von den karibischen Inseln ausgehend, zu einer Epidemie mit rund einer Million gemeldeten Fällen [11]. In Europa wurden bis Ende 2018 in Italien und Frankreich autochthon übertragene Chikungunya-Fieber-Fälle registriert.

Abbildung 8
Anzahl der in der Schweiz registrierten Chikungunya-Fieber-Fälle nach Geschlecht und Alterskategorie, Schweiz, 2009–2018 (N=201, für ein Fall Alter unbekannt)



In Italien kam es 2007 und 2017 zu Ausbrüchen mit rund 330 bzw. 270 lokalen Fällen [12].

Generelle Tendenz der registrierten Fälle von Chikungunya-Fieber in der Schweiz

Chikungunya-Fieber wird in der Schweiz seit 2007 kontinuierlich überwacht. In der Zeitperiode 2009 bis 2018 traten insgesamt 202 bestätigte Fälle auf. Im Jahr 2014 wurden ausserordentlich viele Chikungunya-Fieber-Fälle registriert. Seither haben die Fallzahlen wieder abgenommen und waren 2018 auf dem Niveau von vor 2014 (Abbildung 7).

Demografische Charakteristiken der registrierten Fälle von Chikungunya-Fieber in der Schweiz

Die Geschlechterverteilung war 41 % Männer und 59 % Frauen. Das mediane Alter der männlichen Chikungunya-Fieber-Fälle betrug 47 Jahre, das der weiblichen Fälle 42 Jahre. 1 % (N=2) der Fälle waren Kinder und Jugendliche unter 15 Jahren (Abbildung 8).

Infektionsort

Alle bestätigten Chikungunya-Fieber-Fälle hatten eine Reiseexposition. Von den Personen mit Angaben zur Reisedestination (N=190) hatten sich die meisten während der Inkubationszeit auf dem amerikanischen Kontinent aufgehalten, gefolgt von Aufenthalten in Asien (Abbildung 9).

ZIKA-VIRUS-INFESTIONEN

Steckbrief Zika-Virus-Infektion

Zika-Viren gehören zu den Flaviviren. Sie werden wie das Dengue-Virus und das Chikungunya-Virus von Mücken der Gattung *Aedes* übertragen. Übertragungen durch sexuellen Kontakt sind ebenfalls möglich. Nach 3 bis 14 Tagen können meist milde, vielfältige klinische Symptome wie Fieber, Ausschlag und Muskelschmerzen auftreten. In 60 bis 80 % der Fälle verläuft die Infektion asymptomatisch. Treten Symptome auf, klingen diese meist innerhalb von zwei bis sieben Tagen von selbst ab. Infektionen während der Schwangerschaft können zu Fehl- und Frühgeburten und beim Kind zu Mikrozephalie und anderen angeborenen Missbildungen führen. Es gibt bisher weder eine Impfung gegen Zika-Viren noch eine spezifische Therapie [13].

Situation Zika-Virus-Infektionen weltweit und in Europa

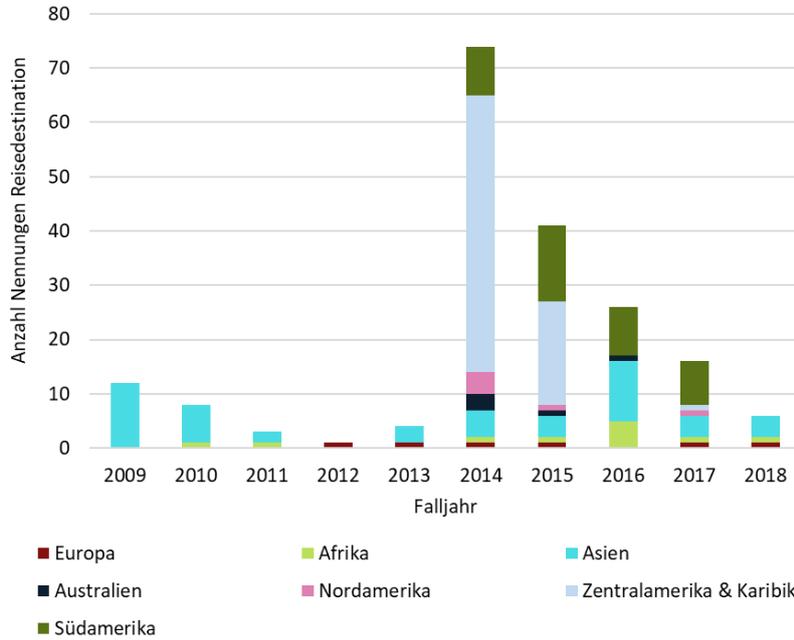
Das Zika-Virus wurde 1952 in Afrika erstmals bei Menschen nachgewiesen und kommt heute in über 80 Ländern Afrikas, Amerikas, Asiens und des Pazifiks vor. Nachdem über Jahrzehnte eher sporadisch Fälle aufgetreten waren, kam es 2013 zu grossen Ausbrüchen im Pazifik und ab 2015 auf dem amerikanischen Kontinent. In Brasilien wurde 2015 erstmals auch der Zusammenhang zwischen Zika-Virus-Infektion und Mikrozephalie bei Neugeborenen beobachtet [13, 14]. Aus Frankreich wurde im Jahr 2019 der erste Fall einer lokal von Mücken übertragenen Zika-Infektion in Europa gemeldet [15].

Generelle Tendenz der registrierten Fälle von Zika-Virus-Infektionen in der Schweiz

Zika-Virus-Infektionen werden in der Schweiz erst seit 2016 kontinuierlich überwacht. Die Anzahl Fälle nahm seit Einfüh-

Abbildung 9

Anzahl Nennungen Reisedestinationen der in der Schweiz registrierten Chikungunya-Fieber-Fälle, 2009–2018 (N=190 Fälle mit 199 Nennungen von Reisedestinationen, für N=12 keine Angaben zum Reiseland)



zung der Meldepflicht im Jahr 2016 deutlich ab, es wurden insgesamt 73 bestätigte Fälle registriert (Abbildung 10).

Demografische Charakteristiken der registrierten Fälle von Zika-Virus-Infektionen in der Schweiz

Die Geschlechterverteilung war 40 % Männer und 60 % Frauen (Abbildung 11). Das mediane Alter der männlichen Zika-Fälle

betrug 36 Jahre, das der weiblichen Fälle 37 Jahre. Kein einziger Fall betraf Kinder und Jugendliche unter 15 Jahren.

Infektionsort

Da Zika-Viren auch beim ungeschützten Geschlechtsverkehr übertragen werden können, wurde zusätzlich zur Reiseexposition auch die Exposition durch ungeschützten Sexualkontakt

Abbildung 10

Jährliche Anzahl der in der Schweiz registrierten Zika-Virus-Infektionen, 2016–2018 (N=73)

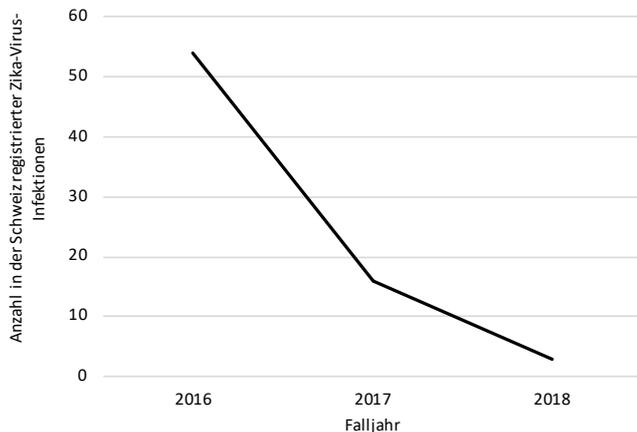


Abbildung 11

Anzahl der in der Schweiz registrierten Zika-Virus-Infektionen, nach Geschlecht und Alterskategorie, 2016–2018 (N=73)

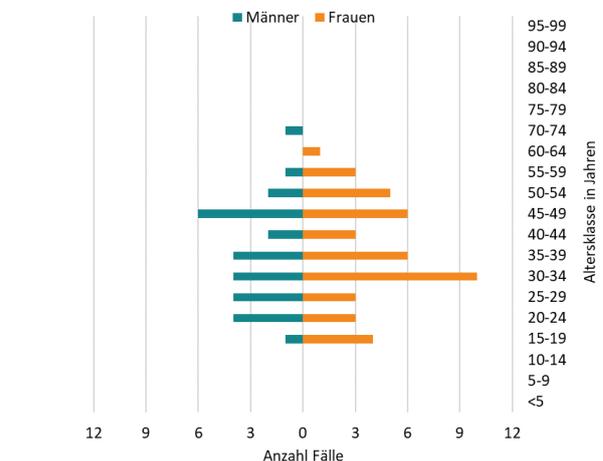
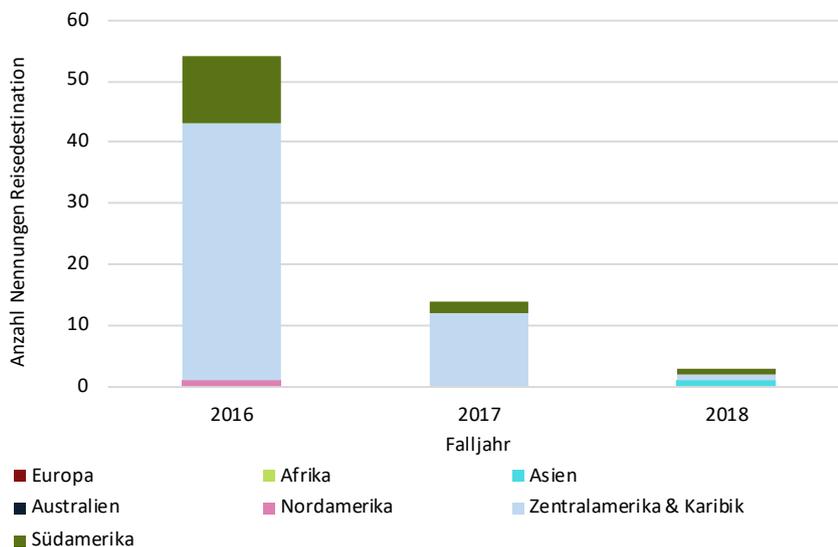


Abbildung 12

Anzahl Nennungen Reisedestinationen der in der Schweiz registrierten Zika-Virus-Infektionen, 2016–2018 (N=61 Fälle mit 76 Nennungen von Reisedestinationen, für N=12 keine Angaben zur Exposition/keine Exposition im Ausland)



erhoben. Für zehn Fälle lagen keine Informationen zur Exposition vor. Für 61 Fälle wurde eine Reise ins Ausland als Exposition genannt; ein Fall steckte sich in der Schweiz beim ungeschützten Sexualverkehr mit einem bestätigten Zika-Fall mit Exposition im Ausland an; in einem Fall war die Infektionsquelle unbekannt.

Von den 61 Fällen mit Exposition im Ausland wurden 76 mögliche Infektionsorte genannt, wovon 75 den Kontinent Amerika betrafen und eine Nennung Asien (Abbildung 12).

WEST-NIL-FIEBER

Steckbrief West-Nil-Fieber

Das West-Nil-Virus (WNV) ist ein Flavivirus, das hauptsächlich Vögel infiziert. Das Virus kann aber auch auf den Menschen, Säugetiere (z. B. Pferd) und andere Wirbeltiere übertragen werden. In Europa fungieren als Überträger vor allem Mücken der Gattungen *Culex* und *Aedes*. Menschen und Pferde sind dabei Endwirte. Die Krankheit kann von ihnen nicht weiterverbreitet werden, da die Virusmenge für eine Ansteckung der Mücken zu gering ist. Rund 80 % der Infektionen mit WNV verlaufen beim Menschen ohne Symptome. Bei 20 % der Infizierten zeigen sich nach einer Inkubationszeit von 2 bis 14 Tagen grippeähnliche Symptome mit hohem Fieber, manchmal mit einer Hautrötung am Rumpf. Nach wenigen Tagen bis Wochen heilt die Krankheit in der Regel ohne Therapie ab. Schwere neuroinvasive Komplikationen, wie West-Nil-Enzephalitis, -Meningitis oder -Poliomyelitis, treten bei weniger als 1 % der Infizierten auf, wobei ältere Menschen häufiger betroffen sind. Die Letalität beträgt bis zu 10 %, variiert aber stark je nach Komplikation oder Komorbiditäten. Es gibt zurzeit nur WNV-Impfstoffe für Pferde, nicht jedoch für Menschen. Es existiert keine spezifische Therapie [16].

Situation West-Nil-Fieber weltweit und in Europa

Das WNV wurde 1937 in Afrika entdeckt. 1999 wurde das Virus in die USA eingeschleppt. Es führte dort zu einer grossen Epidemie und breitete sich in kürzester Zeit von Nordamerika bis nach Venezuela aus. Neben Amerika und Afrika kommt das WNV auch im Mittleren Osten, Westasien, Australien sowie Teilen von Europa vor [16]. 2018 wurden in 11 EU/EWR-Ländern 2083 autochthone WNF-Fälle gemeldet, was einer 7-fachen Zunahme gegenüber 2017 entspricht. Davon traten allein 576 Fälle in Italien auf [17].

Fälle von West-Nil-Fieber in der Schweiz

West-Nil-Fieber wird in der Schweiz seit 2006 kontinuierlich überwacht. In der Zeitperiode 2009 bis 2018 traten zwei sichere Fälle auf, einer im Jahr 2012, der andere 2013. Beide hatten eine Exposition in Europa, genannt wurden die Länder Kosovo bzw. Kroatien.

GELBFIEBER

Steckbrief Gelbfieber

Das Gelbfieber-Virus gehört zu den Flaviviren und wird von Mücken aus den Gattungen *Aedes* und *Haemagogus* übertragen. Drei bis sechs Tage nach der Infektion kann es zu plötzlich einsetzendem hohem Fieber, Schüttelfrost, Kopf- und Gliederschmerzen, Übelkeit und Erbrechen kommen. Die Symptome halten während drei bis vier Tagen an. Bei der milden Verlaufsform ist die Krankheit damit überwunden. 15 % der Erkrankten erleiden jedoch nach einem beschwerdefreien Intervall von ein bis zwei Tagen einen erneuten Fieberanstieg. Dazu kommen Bauchschmerzen, Leberschwellung, Entwicklung einer Gelbsucht, Nierenversagen und Blutungen. In solch schweren Fällen beträgt die Sterblichkeit rund 50 %. Es existiert eine sehr wirksame Impfung gegen Gelbfieber, aber keine spezifische Therapie [3, 18].

Situation Gelbfieber weltweit und in Europa

Gelbfieber ist in 47 Ländern Afrikas und Zentral- und Südamerikas endemisch. Die letzten grossen Ausbrüche betrafen Angola und die demokratische Republik Kongo 2016, Brasilien 2016 bis 2018 sowie Nigeria 2019 [18, 19, 20].

Gelbfieber-Ausbrüche kamen im 19. Jahrhundert auch in Europa vor [21]. Die wichtigste Überträgerin, die Gelbfiebertmücke, *Aedes aegypti*, breitet sich seit 2007 wieder in Europa aus und wurde auf Madeira, in Georgien, den Niederlanden und auf den Kanarischen Inseln nachgewiesen. Eine lokale Übertragung in Europa kann somit für die Zukunft nicht gänzlich ausgeschlossen werden [21].

Fälle von Gelbfieber in der Schweiz

Gelbfieber wird in der Schweiz seit 1974 kontinuierlich überwacht. In der Zeitperiode 2009 bis 2018 gab es nur einen einzigen bestätigten Fall im Jahr 2018. Der nicht gegen Gelbfieber geimpfte Reisende infizierte sich in Brasilien und erlag der Erkrankung.

FAZIT

Alle in der Schweiz gemeldeten Fälle von Malaria, Denguefieber, Chikungunya-Fieber, Zika-Virus-Infektionen, West-Nil-Fieber und Gelbfieber waren reiseassoziiert, das heisst, die Ansteckung erfolgte jeweils auf Reisen im Ausland und in einem Fall bei sexuellem Kontakt mit einer im Ausland mit Zika-Virus infizierten Person. Mit Abstand am meisten Fälle wurden für Malaria verzeichnet, gefolgt von Denguefieber. Die weltweiten epidemiologischen Trends widerspiegelten sich in den Schweizer Fallzahlen. Die Fälle von Denguefieber bei Schweizer Reisenden waren analog zur weltweiten Zunahme ebenfalls stark am Ansteigen. Die deutliche Zunahme der Fallzahlen für Chikungunya-Fieber im 2014 reflektierte den grossen Ausbruch in Mittelamerika, und die Abnahme der Fallzahlen für Zika-Virus-Infektionen ging einher mit dem Abflauen der Epidemie in Südamerika. West-Nil-Fieber und Gelbfieber waren seltene Erkrankungen. Fast alle diese Fälle infizierten sich in den Tropen und Subtropen.

Seit einigen Jahren treten jedoch Denguefieber und Chikungunya-Fieber und 2019 auch Zika-Virus-Infektion, die alle als typische Erkrankungen der Tropen und Subtropen gelten, auch in Europa auf [10, 12]. Das Neuauftreten von durch Mücken übertragenen Erkrankungen in Europa hängt unter anderem mit der Ausbreitung invasiver Mückenarten zusammen. Für Europa von Bedeutung ist insbesondere die Asiatische Tigermücke, *Aedes albopictus*, die in die lokale Übertragung des Chikungunya-Fiebers in Frankreich und in Italien sowie des Denguefiebers in Frankreich und in Kroatien involviert war [22]. Diese Mückenart wurde 2003 auch erstmals in der Schweiz im Kanton Tessin gefunden und konnte sich trotz früh lancierter intensiver Bekämpfungsmassnahmen im Kanton Tessin ausbreiten [23, 24]. In der Zwischenzeit wurden Tigermücken auch nördlich der Alpen, vor allem entlang der grossen Verkehrsachsen, nachgewiesen [23]. Etablierte Populationen wurden in den Kantonen Graubünden und Basel-Stadt festgestellt, und 2019 wurde auch im Kanton Zürich eine überwinternde Population entdeckt [25, 26, 27]. Die aktive Überwa-

Hauptbotschaften

- Alle in den letzten zehn Jahren in der Schweiz gemeldeten Fälle von durch Mücken übertragenen Krankheiten waren reiseassoziiert. Eine reisemedizinische Beratung zur Ergreifung geeigneter Präventionsmassnahmen ist insbesondere bei Reisen in die Tropen und Subtropen indiziert.
- In Europa kommen neben West-Nil-Fieber und sporadischer Malaria seit ein paar Jahren auch Denguefieber, Chikungunya-Fieber und neu Zika-Virus-Infektion, bisher alles typische Erkrankungen der Tropen und Subtropen, vor. Bei der Diagnosestellung muss deshalb die Möglichkeit einer von Mücken übertragenen Erkrankung innerhalb von Europa, auch der Schweiz, in Betracht gezogen werden.

chung invasiver Mückenarten, neben der Tigermücke auch der Asiatischen Buschmücke, *Aedes japonicus*, und der koreanischen Buschmücke, *Aedes koreicus*, wird durch die Scuola Universitaria Professionale della Svizzera Italiana (SUPSI) koordiniert. Mit verschiedenen Methoden werden Eier, Larven und Mücken gesammelt, identifiziert und auch auf Arboviren getestet. Bisher wurden in der Schweiz keine der oben genannten Viren in Tigermücken detektiert [28].

Für die Schweiz ist gemäss Einschätzung der SUPSI eine lokale Übertragung von Krankheiten durch Mücken dort möglich, wo sich die Asiatische Tigermücke nicht nur lokal etablieren, sondern bereits ausbreiten konnte [29]. Angesicht des Risikos für den Kanton Tessin hat der Tessiner kantonsärztliche Dienst nach Kontaktaufnahme mit der WHO und lokalen Fachexperten einen Überwachungs- und Massnahmenplan erarbeitet.

Das Hauptrisiko für eine Ansteckung mit von Mücken übertragenen Erregern ist jedoch nach wie vor eine Reise in die Tropen. Es ist deshalb wichtig, dass sich Reisende über die Gesundheitsrisiken an ihren gewählten Reiseorten informieren, um geeignete Präventionsmassnahmen ergreifen zu können. Insbesondere bei Reisen in subtropische und tropische Länder oder Regionen mit schwacher medizinischer Infrastruktur ist eine medizinische Beratung indiziert. Diese wird vier bis sechs Wochen vor der Abreise empfohlen, um notwendige Impfungen durchführen und die Themen Prävention von Infektionskrankheiten und Malariaprophylaxe besprechen zu können. Spezielle Vorsorge ist zudem bei Langzeitreisen sowie bei Personen mit speziellen Gesundheitsrisiken wie chronischen Krankheiten oder Schwangerschaft angezeigt. Diese erfolgt vorzugsweise bei auf Reisemedizin spezialisierten Ärztinnen und Ärzten sowie in reisemedizinischen Zentren.

Weitere Informationen

- Informationen zum Thema Präventionsmassnahmen bei Auslandsreisen finden Sie unter www.bag.admin.ch/reisemedizin und www.safetravel.ch
- Informationen zur Meldepflicht von durch Mücken übertragenen Infektionen finden Sie in der Übersicht und im Leitfaden zur Meldepflicht unter www.bag.admin.ch/bag/de/home/krankheiten/infektionskrank-

heiten-bekaempfen/meldesysteme-infektionskrankheiten/meldepflichtige-ik.html. Speziell für Zika-Virus-Infektionen gilt, dass alle Zika-Virus-positiven Proben von schwangeren Frauen zur Bestätigung an das Nationale Referenzzentrum für Neuaufretende Virusinfektionen (NAVI) in Genf gesendet werden sollen.

Kontakt

Bundesamt für Gesundheit
Direktionsbereich Öffentliche Gesundheit
Abteilung Übertragbare Krankheiten
Telefon 058 463 87 06
Email epi@bag.admin.ch

Referenzen

- World Tourism Organization 2019. Data on Outbound Tourism (calculated on basis of arrivals in destination countries) dataset [Electronic], UNWTO, Madrid, data updated on 09/01/2019.
- World Health Organization 2018. World Malaria Report 2018. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.
- Schweizerisches Expertenkomitee für Reisemedizin (EKRM) 2019. Reise-medicin: Impfungen und Malariaschutz bei Auslandsreisen. Empfehlun-gen Stand Juni 2019. BAG-Bulletin 30: 14–61.
- Schweizerisches Expertenkomitee für Reisemedizin (EKRM) 2019. Aktu-alisierte Empfehlungen des Schweizerischen Expertenkomitees für Rei-semedizin zur Prävention einer Malaria bei Reisenden 2019: angepas-sarter Einsatz der notfallmässigen Selbstbehandlung (NSB) und der medikamentösen Prophylaxe. BAG Bulletin 30: 8–12.
- World Health Organization. Immunization, Vaccines and Biologicals – Malaria Vaccines. [https://www.who.int/immunization/research/develop-ment/malaria/en/](https://www.who.int/immunization/research/development/malaria/en/), 5.11.2019
- Ebert B. und Fleischer B. 2005. Globale Erwärmung und Ausbreitung von Infektionskrankheiten, Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsfor-schung – Gesundheitsschutz 48: 55–62.
- World Health Organization. Dengue and severe Dengue – Fact sheet. [https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/Dengue-and-seve-re-Dengue](https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/Dengue-and-severe-Dengue), 02.05.2019
- European Centre for Disease Prevention and Control. Dengue. In: ECDC. Annual epidemiological report for 2017. Stockholm: ECDC; 2019.
- European Medicine Agency, Dengvaxia, <https://www.ema.europa.eu/en/medicines/human/EPAR/dengvaxia>, 15.04.2019.
- European Centre for Disease Prevention and Control. Local transmission of Dengue fever in France and Spain – 2018 – 22 October 2018. Stockholm: ECDC; 2018.
- World Health Organization. Chikungunya – Fact sheet. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/Chikungunya>, 02.05.2019
- European Centre for Disease Prevention and Control. Chikungunya vi-rus disease. In: ECDC. Annual epidemiological report for 2017. Stock-holm: ECDC; 2019.
- World Health Organization. Zika virus – Fact sheet. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/zika-virus>, 02.05.2019.
- European Centre for Disease Prevention and Control. Zika virus trans-mission worldwide – 9 April 2019. Stockholm: ECDC; 2019.
- Suggested citation: European Centre for Disease Prevention and Cont-rol. Zika virus disease in Var department, France – 16 October 2019. ECDC: Stockholm; 2019.
- World Health Organization. West Nile Virus – Fact sheet. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/west-nile-virus>, 02.05.2019.
- European Centre for Disease Prevention and Control. Epidemiological update: West Nile virus transmission season in Europe, 2018. <https://ecdc.europa.eu/en/news-events/epidemiological-update-west-nile-vi-rus-transmission-season-europe-2018>, 02.05.2019.
- World Health Organization. Yellow Fever – Fact sheet. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/yellow-fever>, 02.05.2019.
- European Centre for Disease Prevention and Control. Yellow fever. In: ECDC. Annual epidemiological report for 2016. Stockholm: ECDC; 2018.
- World Health Organization. Emergencies preparedness, response Disea-se Outbreak News (DONs), Yellow fever – Nigeria. <https://www.who.int/csr/don/09-january-2019-yellow-fever-nigeria/en/>, 17.06.2019
- Javelle E. 2019. Towards the risk of yellow fever transmission in Europe. Clinical Microbiology and Infection 25: 10–12.
- European Centre for Disease Prevention and Control. Aedes albopictus – Factsheet for experts. <https://ecdc.europa.eu/en/disease-vectors/facts/mosquito-factsheets/aedes-albopictus>, 15.04.2019
- Flacio E, Engeler L, Tonolla M, Müller P. 2016. Spread and establishment of Aedes albopictus in southern Switzerland between 2003 and 2014: an analysis of oviposition data and weather conditions. Parasites & Vec-tors 9: 304.
- Flacio E, Engeler L, Tonolla M, Lüthy P, Patocchi N. 2015. Strategies of a thirteen year surveillance programme on Aedes albopictus (Stegomyia albopicta) in southern Switzerland. Parasites & Vectors 8: 208.
- Kanton Graubünden, Amt für Natur und Umwelt. Monitoring Asiati-sche Stechmücken – Saisonbericht 2018 <https://www.gr.ch/DE/instituti-onen/verwaltung/ekud/anu/projekte/naturundlandschaft/invasi-ve-neobiota/stechmuecken/Seiten/Stechmuecken.aspx>, 15.07.2019.
- Gesundheitsdepartement des Kantons Basel-Stadt – Kantonales Labora-torium. Monitoring und Bekämpfung der Asiatischen Tigermücke im Kanton Basel-Stadt 2018. <https://www.kantonslabor.bs.ch/umwelt/neobiota/tigermuecke.html>, 18.07.2019.
- Gesundheits- und Umweltschutzdepartement Stadt Zürich. Häufige Fragen zur Asiatischen Tigermücke. https://www.stadt-zuerich.ch/gud/de/in-dex/gesundheitsschutz/schaedlingspraevention/faq/asiatische-tigermue-cken.html#gibt_es_tigermueckeninderstadtzuerich, 15.08.2019.
- LMA. 2018. Mosquito-borne viruses in Canton Ticino: Evaluation of the public health risk for autochthonous transmissions and surveillance using sugar-baited nucleic acid preservation cards. Intermediate Report 2018, 10 pp.
- Engeler L, Suter T, Flacio E, Tonolla M, Müller P. Bericht 2017. Koordina-tion der Überwachung und Bekämpfung der Asiatischen Tigermücke und anderer invasiver gebietsfremder Mücken in der Schweiz. Eine Orientierungshilfe mit Empfehlungen zuhanden des BAFU sowie der kantonalen und anderer betroffener Behörden. Im Auftrag des Bundes-amts für Umwelt (BAFU).

Spezialitätenliste:

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

[] Der dem verfügbaren Publikumspreis zugrunde liegende Fabrikabgabepreis

Gültig ab 1. November 2019

Therap. Gruppe	Dossier Nr.	PRÄPARATE/ (Wirkstoffe) Packungen	Verantwortliche Firma	SHI-Nr.	Aufnahmejahr
I. Neuzugang Präparate					
01.08 G		RASAGILIN MYLAN (Rasagilinum)	Mylan Pharma GmbH		
	20985	Tabl 1 mg Blist 30 Stk Fr. 116.90 (87.54)		67221001	01.11.2019, B
	20985	Tabl 1 mg Blist 100 Stk Fr. 302.40 (249.15)		67221002	01.11.2019, B
03.04.30		SPIOLTO RESPIMAT (Tiotropium, Olodaterolum)	Boehringer Ingelheim (Schweiz) GmbH		
	20975	Inhal Lös 2.500 mcg/Hub wiederw 60 Dos Fr. 70.60 (47.21)		67352001	01.11.2019, B
	20975	Inhal Lös 2.500 mcg/Hub wiederw 3 × 60 Dos Fr. 179.00 (141.64)		67352002	01.11.2019, B
03.04.30		SPIRIVA RESPIMAT (Tiotropium)	Boehringer Ingelheim (Schweiz) GmbH		
	20974	Inhal Lös 2.500 mcg/Hub wiederw 60 Dos Fr. 59.20 (37.27)		67396001	01.11.2019, B
	20974	Inhal Lös 2.500 mcg/Hub wiederw 3 × 60 Dos Fr. 142.90 (110.21)		67396002	01.11.2019, B
03.04.30		STRIVERDI RESPIMAT (Olodaterolum)	Boehringer Ingelheim (Schweiz) GmbH		
	20973	Inhal Lös 2.500 mcg/Hub wiederw 60 Dos Fr. 54.65 (33.31)		67399001	01.11.2019, B
	20973	Inhal Lös 2.500 mcg/Hub wiederw 3 × 60 Dos Fr. 131.10 (99.93)		67399002	01.11.2019, B
06.03.20 G		PRASUGREL MEPHA (Prasugrelum)	Mepha Pharma AG		
	20991	Lactab 5 mg 30 Stk Fr. 56.50 (34.95)		67416001	01.11.2019, B
	20991	Lactab 5 mg 100 Stk Fr. 150.15 (116.51)		67416002	01.11.2019, B
	20991	Lactab 10 mg 30 Stk Fr. 56.50 (34.95)		67416003	01.11.2019, B
	20991	Lactab 10 mg 100 Stk Fr. 150.15 (116.51)		67416004	01.11.2019, B

Zur Prävention atherothrombotischer Ereignisse bei Patienten mit perkutaner Koronarintervention in Kombination mit Acetylsalicylsäure bei akutem Koronarsyndrom. Die maximale Anwendungsdauer von PRASUGREL MEPHA beträgt 12 Monate.

Therap. Gruppe	Dossier Nr.	PRÄPARATE/ (Wirkstoffe) Packungen	Verantwortliche Firma	SHI-Nr.	Auf
06.07.30		ACCOFIL (Filgrastimum ADNr)	Accord Healthcare AG		
	20992	Inj Lös 300 mcg/0.5 ml Fertspr 5 Fertspr 0.5 ml Fr. 504.30 (425.00)		66715001	01.11.2019, A
	20992	Inj Lös 480 mcg/0.5 ml Fertspr 5 Fertspr 0.5 ml Fr. 703.20 (598.25)		66715002	01.11.2019, A
Anwendung bei erfolgversprechenden, stark myelotoxischen Chemotherapien bei Patienten, die wegen eingeschränkter Knochenmarkreserven besonders infektionsgefährdet sind. ACCOFIL ist indiziert für die Mobilisierung von Vorläuferzellen des peripheren Blutes (PBPC) vor einer Leukapherese, um bei Patienten mit myelosuppressiver Behandlung durch eine Transplantation solcher Zellen die hämatologische Wiederherstellung zu beschleunigen. Schwere kongenitale Neutropenie (Kostman Syndrom), zyklische Neutropenie, chronische idiopathische Neutropenie (Langzeitanwendung zur Erhöhung der neutrophilen Granulozytenzahl [Bereich 1000 bis 3000 Granulozyten pro mcl] und Reduktion der Infektionen bei Kindern und Erwachsenen mit klinisch signifikanten Infektionen während der vergangenen 12 Monate und dreimalig dokumentierter schwerster Neutropenie ($< 0.5 \times 10^9$ ANC/l) während 6 Monaten und nach Ausschluss von reaktiv bedingten Neutropenien [Vitamin B12 Mangel, Autoimmunkrankheiten]).					
06.07.30		PELGRAZ (Pegfilgrastimum)	Accord Healthcare AG		
	20993	Inj Lös 6 mg/0.6 ml m Nadelschutz Fertspr 0.6 ml Fr. 1266.85 (1099.00)		67405001	01.11.2019, A
Anwendung bei erfolgversprechenden, stark myelotoxischen Chemotherapien bei Patienten, die wegen eingeschränkter Knochenmarkreserven besonders infektionsgefährdet sind.					
07.08.20		KADEFEMIN ESTRIOLO (Estriolium)	Zeller Medical AG Pflanzliche Heilmittel		
	20891	Ovula 0.030 mg 20 Stk Fr. 28.55 (14.17)		67170001	01.11.2019, B
07.08.30		LEVOSERT (Levonorgestrelum)	Gedeon Richter (Schweiz) AG		
	20964	IUP 20 mcg/24h 1 Stk Fr. 153.85 (119.75)		65444001	01.11.2019, B
Idiopathische Hypermenorrhoe.					

Therap. Gruppe	Dossier Nr.	PRÄPARATE/ (Wirkstoffe) Packungen	Verantwortliche Firma	SHI-Nr.	Aufnahmejahr
07.12		PRALUENT (Alirocumabum)	Sanofi-Aventis (Suisse) SA		
	20487	Inj Lös 75 mg/ml Fertipen Fertpen 1 Stk Fr. 233.35 (188.96)		65882007	01.07.2017, B
	20487	Inj Lös 75 mg/ml Fertipen 2 Stk Fr. 450.25 (377.92)		65882002	01.07.2017, B
	20487	Inj Lös 150 mg/ml Fertipen 2 Stk Fr. 450.25 (377.92)		65882005	01.07.2017, B

Nach Kostengutsprache durch den Krankenversicherer nach vorgängiger Konsultation des Vertrauensarztes.

PRALUENT wird vergütet begleitend zu einer Diät und zusätzlich zu einer maximal verträglichen Dosierung einer intensivierten LDL-C senkenden Therapie.

In der Sekundärprävention nach einem klinisch manifesten atherosklerotisch bedingten, ischämischen kardiovaskulären Ereignis mit einem LDL-C > 2.6 mmol/L

- bei Erwachsenen mit Hypercholesterinämie
- bei Erwachsenen mit heterozygoter familiärer Hypercholesterinämie

In der Primärprävention nur bei Hochrisikopatienten:

- mit einem LDL-C > 5.0 mmol/L bei Erwachsenen mit einer schweren heterozygoten familiären Hypercholesterinämie
- mit einem LDL-C > 4.5 mmol/L bei Erwachsenen mit einer schweren heterozygoten familiären Hypercholesterinämie mit mindestens einem der folgenden zusätzlichen Risikofaktoren: Diabetes Mellitus, erhöhtes Lipoprotein (a) > 50 mg/dL resp. > 120 nmol/L, ausgeprägte arterielle Hypertonie

PRALUENT wird nur vergütet, wenn aufgrund des sehr hohen kardiovaskulären Risikos eine zusätzliche LDL-C Senkung medizinisch erforderlich ist, d.h.

- wenn über mindestens 3 Monate mit der maximal verträglichen Dosierung einer intensivierten LDL-C senkenden Therapie mit mindestens zwei verschiedenen Statinen mit oder ohne Ezetimib (oder Ezetimib mit oder ohne weiteren Lipidsenker bei Statin-Unverträglichkeit) die oben erwähnten LDL-C-Werte nicht erreicht werden können und
- wenn der arterielle Blutdruck kontrolliert und wenn eine Einstellung des Blutzuckers auf ein HbA1c-Wert kleiner 8 % sowie eine Nikotinabstinenz angestrebt werden.

Eine Unverträglichkeit gegenüber Statinen gilt als belegt, wenn

- Therapieversuche mit mehreren Statinen zu Myalgien oder
- einem Anstieg der Kreatinin-Kinase auf mindestens das Fünffache des oberen Normwertes führten oder
- wenn durch ein Statin eine schwere Hepatopathie aufgetreten ist.

Diagnose und Erstverordnung sowie regelmässige Kontrollen müssen durch einen Facharzt FMH der Angiologie, Diabetologie / Endokrinologie, Kardiologie, Nephrologie, Neurologie oder durch ausgewiesene Hypercholesterinämie-Experten durchgeführt werden. Die entsprechende Liste mit den Experten ist unter folgender Adresse abrufbar: <http://www.bag.admin.ch/sl-ref>

Die Behandlung darf nur fortgesetzt werden, wenn bei einer Kontrolle innerhalb von 6 Monaten nach Behandlungsbeginn das LDL-C gegenüber dem Ausgangswert unter der maximal intensivierten lipid-senkenden Therapie um mindestens 40 % gesenkt werden konnte oder ein LDL-C Wert von kleiner als 1.8 mmol/l erreicht wurde.

Die Sanofi-Aventis (Suisse) SA vergütet dem Krankenversicherer, bei dem die versicherte Person zum Zeitpunkt des Bezugs versichert war, auf dessen erste Aufforderung hin für jede bezogene Packung PRALUENT 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. Die Aufforderung zur Rückvergütung soll ab dem Zeitpunkt der Verabreichung erfolgen.

Therap. Gruppe	Dossier Nr.	PRÄPARATE/ (Wirkstoffe) Packungen	Verantwortliche Firma	SHI-Nr.	Aufnahmejahr
07.15		AMGEVITA (Adalimumabum)	Amgen Switzerland AG		
	20992	Inj Lös 40 mg/0.8 ml Fertspr Fertspr 1 Stk Fr. 500.45 (421.64)		66979001	01.11.2019, B
	20992	Inj Lös 40 mg/0.8 ml Fertspr Fertspr 2 Stk Fr. 984.50 (843.28)		66979002	01.11.2019, B
	21009	Inj Lös 40 mg/0.8 ml Fertipen Fertpen 1 Stk Fr. 500.45 (421.64)		67204001	01.11.2019, B
	21009	Inj Lös 40 mg/0.8 ml Fertipen Fertpen 2 Stk Fr. 984.50 (843.28)		67204002	01.11.2019, B

Aktive rheumatoide Arthritis, aktive polyartikuläre juvenile idiopathische Arthritis bei Jugendlichen ab dem Alter von 13 Jahren mit einer Körperoberfläche grösser als 1.7 m², Psoriasis-Arthritis: Behandlung mit AMGEVITA, wenn die vorausgegangene antirheumatische Standardtherapie mit krankheitsmodifizierenden Antirheumatika (DMARDs) unzulänglich war.

Kostengutsprache durch den Krankenversicherer nach vorgängiger Konsultation des Vertrauensarztes.

Ankylosierende Spondylitis (Morbus Bechterew): Behandlung mit AMGEVITA, wenn die vorausgegangene konventionelle Therapie unzulänglich war oder nicht vertragen wurde. Kostengutsprache durch den Krankenversicherer nach vorgängiger Konsultation des Vertrauensarztes.

Aktiver Morbus Crohn: Behandlung erwachsener Patienten mit AMGEVITA, wenn die vorausgegangene konventionelle Therapie (z.B. mit Azathioprin, 6-Mercaptopurin oder Glukokortikoiden) unzulänglich war, sowie bei Patienten, die nicht mehr auf Remicade ansprechen oder dieses nicht vertragen. Kostengutsprache durch den Krankenversicherer nach vorgängiger Konsultation des Vertrauensarztes sowie erneute Kostengutsprache nach zwei Jahren ununterbrochener Therapie.

Moderate bis schwere Colitis ulcerosa: Behandlung erwachsener Patienten mit AMGEVITA, wenn die vorausgegangene konventionelle Therapie (z.B. mit Azathioprin, 6-Mercaptopurin oder Glukokortikoiden) unzulänglich war oder nicht vertragen wurde. Kostengutsprache durch den Krankenversicherer nach vorgängiger Konsultation des Vertrauensarztes.

Schwere Plaque-Psoriasis: Behandlung erwachsener Patienten, bei denen UVB und PUVA oder eine der folgenden drei systemischen Therapien (Ciclosporin, Methotrexat, Acitretin) keinen therapeutischen Erfolg gezeigt haben. Falls nach 12 Wochen kein therapeutischer Erfolg eingetreten ist, ist die Behandlung abzubrechen. Die Verschreibung kann nur durch Fachärzte der Dermatologie oder dermatologische Universitätskliniken/Polikliniken erfolgen.

Aktive, mittelschwere bis schwere Hidradenitis suppurativa (Acne inversa): Behandlung erwachsener Patienten, wenn die vorausgegangene systemische Therapie mit Antibiotika unzulänglich war. Kostengutsprache durch den Krankenversicherer nach vorgängiger Konsultation des Vertrauensarztes.

Bei Patienten, die nach 12 Wochen kein Ansprechen nach HiSCR von mindestens 50% zeigen, ist die Behandlung abzubrechen. Die Verschreibung kann nur durch Fachärzte der Dermatologie oder dermatologische Universitätskliniken/Polikliniken erfolgen. Eine erneute Kostengutsprache durch den Krankenversicherer nach vorgängiger Konsultation des Vertrauensarztes nach 52 Wochen ununterbrochener Therapie.

07.15		HYRIMOZ (Adalimumabum)	Sandoz Pharmaceuticals AG		
	20968	Inj Lös 40 mg/0.8 ml Fertspr 0.8 ml Fr. 500.45 (421.64)		67258001	01.11.2019, B

Aktive rheumatoide Arthritis, aktive polyartikuläre juvenile idiopathische Arthritis ab dem Alter von 13 Jahren mit einer Körperoberfläche grösser als 1.7 m², Psoriasis-Arthritis: Behandlung mit HYRIMOZ, wenn die vorausgegangene antirheumatische Standardtherapie mit krankheitsmodifizierenden Antirheumatika (DMARDs) unzulänglich war. Kostengutsprache durch den Krankenversicherer nach vorgängiger Konsultation des Vertrauensarztes.

Ankylosierende Spondylitis (Morbus Bechterew): Behandlung mit HYRIMOZ, wenn die vorausgegangene konventionelle Therapie unzulänglich war oder nicht vertragen wurde. Kostengutsprache durch den Krankenversicherer nach vorgängiger Konsultation des Vertrauensarztes.

Aktiver Morbus Crohn: Behandlung erwachsener Patienten mit HYRIMOZ, wenn die vorausgegangene konventionelle Therapie (z.B. mit Azathioprin, 6-Mercaptopurin oder Glukokortikoiden) unzulänglich war, sowie bei Patienten, die nicht mehr auf Remicade ansprechen oder dieses nicht vertragen. Kostengutsprache durch den Krankenversicherer nach vorgängiger Konsultation des Vertrauensarztes sowie erneute Kostengutsprache nach zwei Jahren ununterbrochener Therapie.

Moderate bis schwere Colitis ulcerosa: Behandlung erwachsener Patienten mit HYRIMOZ, wenn die vorausgegangene konventionelle Therapie (z.B. mit Azathioprin, 6-Mercaptopurin oder Glukokortikoiden) unzulänglich war oder nicht vertragen wurde. Kostengutsprache durch den Krankenversicherer nach vorgängiger Konsultation des Vertrauensarztes.

Schwere Plaque-Psoriasis: Behandlung erwachsener Patienten, bei denen UVB und PUVA oder eine der folgenden drei systemischen Therapien (Ciclosporin, Methotrexat, Acitretin) keinen therapeutischen Erfolg gezeigt haben. Falls nach 12 Wochen kein therapeutischer Erfolg eingetreten ist, ist die Behandlung abzubrechen. Die Verschreibung kann nur durch Fachärzte der Dermatologie oder dermatologische Universitätskliniken/Polikliniken erfolgen.

Aktive, mittelschwere bis schwere Hidradenitis suppurativa (Acne inversa): Behandlung erwachsener Patienten, wenn die vorausgegangene systemische Therapie mit Antibiotika unzulänglich war. Kostengutsprache durch den Krankenversicherer nach vorgängiger Konsultation des Vertrauensarztes. Bei Patienten, die nach 12 Wochen kein Ansprechen nach HiSCR von mindestens 50% zeigen, ist die Behandlung abzubrechen. Die Verschreibung kann nur durch Fachärzte der Dermatologie oder dermatologische Universitätskliniken/Polikliniken erfolgen. Eine erneute Kostengutsprache durch den Krankenversicherer nach vorgängiger Konsultation des Vertrauensarztes nach 52 Wochen ununterbrochener Therapie.

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

07.15		HYRIMOZ SENSOREADY (Adalimumabum)	Sandoz Pharmaceuticals AG		
	20969	Inj Lös 40 mg/0.8 ml Fertpen 0.8 ml Fr. 500.45 (421.64)		67259001	01.11.2019, B

Aktive rheumatoide Arthritis, aktive polyartikuläre juvenile idiopathische Arthritis ab dem Alter von 13 Jahren mit einer Körperoberfläche grösser als 1.7 m², Psoriasis-Arthritis: Behandlung mit HYRIMOZ, wenn die vorausgegangene antirheumatische Standardtherapie mit krankheitsmodifizierenden Antirheumatika (DMARDs) unzulänglich war. Kostengutsprache durch den Krankenversicherer nach vorgängiger Konsultation des Vertrauensarztes.

Ankylosierende Spondylitis (Morbus Bechterew): Behandlung mit HYRIMOZ, wenn die vorausgegangene konventionelle Therapie unzulänglich war oder nicht vertragen wurde. Kostengutsprache durch den Krankenversicherer nach vorgängiger Konsultation des Vertrauensarztes.

Aktiver Morbus Crohn: Behandlung erwachsener Patienten mit HYRIMOZ, wenn die vorausgegangene konventionelle Therapie (z.B. mit Azathioprin, 6-Mercaptopurin oder Glukokortikoiden) unzulänglich war, sowie bei Patienten, die nicht mehr auf Remicade ansprechen oder dieses nicht vertragen. Kostengutsprache durch den Krankenversicherer nach vorgängiger Konsultation des Vertrauensarztes sowie erneute Kostengutsprache nach zwei Jahren ununterbrochener Therapie.

Moderate bis schwere Colitis ulcerosa: Behandlung erwachsener Patienten mit HYRIMOZ, wenn die vorausgegangene konventionelle Therapie (z.B. mit Azathioprin, 6-Mercaptopurin oder Glukokortikoiden) unzulänglich war oder nicht vertragen wurde. Kostengutsprache durch den Krankenversicherer nach vorgängiger Konsultation des Vertrauensarztes.

Schwere Plaque-Psoriasis: Behandlung erwachsener Patienten, bei denen UVB und PUVA oder eine der folgenden drei systemischen Therapien (Ciclosporin, Methotrexat, Acitretin) keinen therapeutischen Erfolg gezeigt haben. Falls nach 12 Wochen kein therapeutischer Erfolg eingetreten ist, ist die Behandlung abzubrechen. Die Verschreibung kann nur durch Fachärzte der Dermatologie oder dermatologische Universitätskliniken/ Polikliniken erfolgen.

Aktive, mittelschwere bis schwere Hidradenitis suppurativa (Acne inversa): Behandlung erwachsener Patienten, wenn die vorausgegangene systemische Therapie mit Antibiotika unzulänglich war. Kostengutsprache durch den Krankenversicherer nach vorgängiger Konsultation des Vertrauensarztes. Bei Patienten, die nach 12 Wochen kein Ansprechen nach HiSCR von mindestens 50% zeigen, ist die Behandlung abzubrechen. Die Verschreibung kann nur durch Fachärzte der Dermatologie oder dermatologische Universitätskliniken/ Polikliniken erfolgen. Eine erneute Kostengutsprache durch den Krankenversicherer nach vorgängiger Konsultation des Vertrauensarztes nach 52 Wochen ununterbrochener Therapie.

07.16.10		IBRANCE (Palbociclibum)	Pfizer AG		
	20588	Kaps 75 mg 21 Stk Fr. 3437.55 (3113.73)		66138001	01.03.2017, A
	20588	Kaps 100 mg 21 Stk Fr. 3437.55 (3113.73)		66138002	01.03.2017, A
	20588	Kaps 125 mg 21 Stk Fr. 3437.55 (3113.73)		66138003	01.03.2017, A

Zur Behandlung von postmenopausalen Frauen mit Hormonrezeptor (HR)-positivem, humanem epidermalen Wachstumsfaktor-Rezeptor-2 (HER2)-negativem lokal fortgeschrittenem oder metastasiertem Brustkrebs:

- in Kombination mit einem Aromatase-Inhibitor als Erstlinientherapie, wenn eine endokrine Monotherapie begründet nicht angezeigt ist. Kein Einsatz bei viszeraler Krise. Das krankheitsfreie Intervall nach Abschluss der neoadjuvanten oder adjuvanten endokrinen Therapie mit Anastrozol oder Letrozol muss > 12 Monate betragen.

- in Kombination mit Fulvestrant als Erstlinientherapie bei Rezidiv während neoadjuvanter oder adjuvanter endokriner Therapie oder innerhalb von 12 Monaten nach Abschluss der adjuvanten endokrinen Therapie.

- in Kombination mit Fulvestrant als Zweitlinientherapie nachdem die endokrine Therapie bereits im metastasierenden Stadium als Erstlinientherapie eingesetzt wurde.

Bei prä- oder perimenopausalen Frauen soll die endokrine Therapie mit einem LHRH-Agonisten (LHRH = Luteinizing Hormone-Releasing Hormone) kombiniert werden. Kein Einsatz bei Progression auf einer vorangegangenen Therapie mit einem Inhibitor von Cyclin-abhängiger Kinase (CDK) 4 und 6. Die Patienten dürfen maximal bis zur Progression der Erkrankung behandelt werden. Die Pfizer AG vergütet dem Krankenversicherer, bei dem die versicherte Person zum Zeitpunkt des Bezugs versichert war, auf dessen Aufforderung hin auf jede bezogene Packung Ibrance 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. Die Aufforderung zur Rückvergütung soll ab dem Zeitpunkt der Verabreichung erfolgen.

Therap. Gruppe	Dossier Nr.	PRÄPARATE/ (Wirkstoffe) Packungen	Verantwortliche Firma	SHI-Nr.	Aufnahmejahr
07.16.10		KISQALI (Ribociclibum)	Novartis Pharma Schweiz AG		
	20682	Tabl 200 mg Blist 21 Stk Fr. 1395.30 (1216.12)		66377003	01.06.2019, A
	20682	Tabl 200 mg Blist 42 Stk Fr. 2478.95 (2204.21)		66377001	01.06.2019, A
	20682	Tabl 200 mg Blist 63 Stk Fr. 3481.95 (3157.01)		66377002	01.06.2019, A
Zur Behandlung von prä-, peri- oder postmenopausalen Frauen mit Hormonrezeptor (HR)-positivem, humanem epidermalen Wachstumsfaktor-Rezeptor-2 (HER2)-negativem lokal fortgeschrittenem oder metastasiertem Brustkrebs:					
<ul style="list-style-type: none"> in Kombination mit einem Aromatase-Inhibitor als Erstlinientherapie, wenn eine endokrine Monotherapie begründet nicht angezeigt ist. Kein Einsatz bei viszeraler Krise. Bei postmenopausalen Frauen muss das krankheitsfreie Intervall nach Abschluss der neoadjuvanten oder adjuvanten endokrinen Therapie > 12 Monate betragen. 					
Zur Behandlung von postmenopausalen Frauen mit Hormonrezeptor (HR)-positivem, humanem epidermalen Wachstumsfaktor-Rezeptor-2 (HER2)-negativem lokal fortgeschrittenem oder metastasiertem Brustkrebs:					
<ul style="list-style-type: none"> in Kombination mit Fulvestrant als Erstlinientherapie, wenn eine endokrine Monotherapie begründet nicht angezeigt ist. Kein Einsatz bei viszeraler Krise. Das krankheitsfreie Intervall nach Abschluss der neoadjuvanten oder adjuvanten endokrinen Therapie muss > 12 Monate betragen. in Kombination mit Fulvestrant als Erstlinientherapie bei Rezidiv während neoadjuvanter oder adjuvanter endokriner Therapie oder innerhalb von 12 Monaten nach Abschluss der adjuvanten endokrinen Therapie. in Kombination mit Fulvestrant als Zweitlinientherapie nachdem die endokrine Therapie bereits im metastasierenden Stadium als Erstlinientherapie eingesetzt wurde. 					
Bei prä- oder perimenopausalen Frauen soll die endokrine Therapie mit einem LHRH-Agonisten (LHRH = Luteinizing Hormone-Releasing Hormone) kombiniert werden.					
Kein Einsatz bei Progression auf einer vorangegangenen Therapie mit einem Inhibitor von Cyclinabhängiger Kinase (CDK) 4 und 6.					
Die Patienten dürfen maximal bis zur Progression der Erkrankung behandelt werden.					
Die Novartis Pharma Schweiz AG vergütet dem Krankenversicherer, bei dem die versicherte Person zum Zeitpunkt des Bezugs versichert war, auf dessen erste Aufforderung hin auf jede bezogene Packung Kisqali 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. Die Aufforderung zur Rückvergütung soll ab dem Zeitpunkt der Verabreichung erfolgen.					
08.01.80		QUINSAIR (Levofloxacinum)	Chiesi SA		
	20908	Inhal Lös 240 mg/2.4 ml 56 Amp 2.4 ml Fr. 3079.45 (2764.32)		66555001	01.11.2019, A
08.06 G		CASPOFUNGIN MYLAN (Caspofunginum)	Mylan Pharma GmbH		
	20987	Trockensub 50 mg Durchstf 1 Stk Fr. 320.10 (264.53)		67186001	01.11.2019, A
	20987	Trockensub 70 mg Durchstf 1 Stk Fr. 402.45 (336.30)		67186002	01.11.2019, A
Behandlung invasiver Aspergillosen bei Patienten, die auf andere Therapien (Amphotericin B, Lipidformulierungen von Amphotericin B und/oder Itraconazol) nicht ansprechen oder diese nicht vertragen.					
Behandlung von Candidiasis bei Patienten, die auf andere Therapien (z.B. Fluconazol) nicht ansprechen.					

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

II. Andere Packungen und Dosierungen

07.12		PRALUENT (Alirocumabum)	Sanofi-Aventis (Suisse) SA		
	20487	Inj Lös 75 mg/ml FertipenFertpen 1 Stk Fr. 233.35 (188.96)		65882007	01.11.2019, B

Nach Kostengutsprache durch den Krankenversicherer nach vorgängiger Konsultation des Vertrauensarztes.

PRALUENT wird vergütet begleitend zu einer Diät und zusätzlich zu einer maximal verträglichen Dosierung einer intensivierten LDL-C senkenden Therapie.

In der Sekundärprävention nach einem klinisch manifesten atherosklerotisch bedingten, ischämischen kardiovaskulären Ereignis mit einem LDL-C > 2.6 mmol/L

- bei Erwachsenen mit Hypercholesterinämie
- bei Erwachsenen mit heterozygoter familiärer Hypercholesterinämie

In der Primärprävention nur bei Hochrisikopatienten:

- mit einem LDL-C > 5.0 mmol/L bei Erwachsenen mit einer schweren heterozygoten familiären Hypercholesterinämie
- mit einem LDL-C > 4.5 mmol/L bei Erwachsenen mit einer schweren heterozygoten familiären Hypercholesterinämie mit mindestens einem der folgenden zusätzlichen Risikofaktoren: Diabetes Mellitus, erhöhtes Lipoprotein (a) > 50 mg/dL resp. > 120 nmol/L, ausgeprägte arterielle Hypertonie

PRALUENT wird nur vergütet, wenn aufgrund des sehr hohen kardiovaskulären Risikos eine zusätzliche LDL-C Senkung medizinisch erforderlich ist, d.h.

- wenn über mindestens 3 Monate mit der maximal verträglichen Dosierung einer intensivierten LDL-C senkenden Therapie mit mindestens zwei verschiedenen Statinen mit oder ohne Ezetimib (oder Ezetimib mit oder ohne weiteren Lipidsenker bei Statin-Unverträglichkeit) die oben erwähnten

LDL-C-Werte nicht erreicht werden können und

- wenn der arterielle Blutdruck kontrolliert und wenn eine Einstellung des Blutzuckers auf ein HbA1c-Wert kleiner 8 % sowie eine Nikotinabstinenz angestrebt werden.

Eine Unverträglichkeit gegenüber Statinen gilt als belegt, wenn

- Therapieversuche mit mehreren Statinen zu Myalgien oder
- einem Anstieg der Kreatinin-Kinase auf mindestens das Fünffache des oberen Normwertes führten oder
- wenn durch ein Statin eine schwere Hepatopathie aufgetreten ist.

Diagnose und Erstverordnung sowie regelmässige Kontrollen müssen durch einen Facharzt FMH der Angiologie, Diabetologie / Endokrinologie, Kardiologie, Nephrologie, Neurologie oder durch ausgewiesene Hypercholesterinämie-Experten durchgeführt werden. Die entsprechende Liste mit den Experten ist unter folgender Adresse abrufbar: <http://www.bag.admin.ch/sl-ref>

Die Behandlung darf nur fortgesetzt werden, wenn bei einer Kontrolle innerhalb von 6 Monaten nach Behandlungsbeginn das LDL-C gegenüber dem Ausgangswert unter der maximal intensivierten lipid-senkenden Therapie um mindestens 40 % gesenkt werden konnte oder ein LDL-C Wert von kleiner als 1.8 mmol/l erreicht wurde.

Die Sanofi-Aventis (Suisse) SA vergütet dem Krankenversicherer, bei dem die versicherte Person zum Zeitpunkt des Bezugs versichert war, auf dessen erste Aufforderung hin für jede bezogene Packung PRALUENT 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. Die Aufforderung zur Rückvergütung soll ab dem Zeitpunkt der Verabreichung erfolgen.

III. Löschung aus der SL nach Ablauf der Befristung

07.16.10		LYNPARZA (Olaparibum 50 mg)	AstraZeneca AG		
	19967	Kaps 50 mg 448 Stk Fr. 5947.55 [5562.48]		65160001	01.11.2019, A

IV. Neu gestrichene Präparate/Packungen

02.07.10 G		CANDESARTAN SPIRIG HC (Candesartanum cilexetilum)	Spirig HealthCare AG		
	19967	Tabl 4 mg (neu) 7 Stk Fr. 5.80 (1.50)		66096001	01.11.2019, B
	19967	Tabl 8 mg (neu) 28 Stk Fr. 15.95 (6.75)		66096002	01.11.2019, B
	19967	Tabl 8 mg (neu) 98 Stk Fr. 41.85 (22.15)		66096003	01.11.2019, B
	19967	Tabl 16 mg (neu) 28 Stk Fr. 17.55 (8.15)		66096004	01.11.2019, B
	19967	Tabl 16 mg (neu) 98 Stk Fr. 49.45 (28.80)		66096005	01.11.2019, B
	19967	Tabl 32 mg (neu) 28 Stk Fr. 26.50 (12.35)		66096006	01.11.2019, B
	19967	Tabl 32 mg (neu) 98 Stk Fr. 63.10 (40.70)		66096007	01.11.2019, B

Therap. Gruppe	Dossier Nr.	PRÄPARATE/ (Wirkstoffe) Packungen	Verantwortliche Firma	SHI-Nr.	Aufnahmejahr
02.07.20 G		CO-PERINDOPRIL SPIRIG HC (Perindoprilum-tert-butylaminum, Indapamidum)	Spirig HealthCare AG		
	19373	Tabl 30 Stk Fr. 34.30 (15.59)		58113003	01.11.2019, B
	19373	Tabl 90 Stk Fr. 62.05 (39.75)		58113004	01.11.2019, B
04.01.10 G		RANITIDIN MEPHA 150 (Ranitidinum)	Mepha Pharma AG		
	17055	Lactabs 150 mg 20 Stk Fr. 8.50 (3.83)		53664148	01.11.2019, B
	17055	Lactabs 150 mg 60 Stk Fr. 25.00 (11.07)		53664156	01.11.2019, B
	17055	Lactabs 150 mg 120 Stk Fr. 44.70 (24.63)	53664164	01.11.2019, B	
04.01.10 G		RANITIDIN MEPHA 300 (Ranitidinum)	Mepha Pharma AG		
	17055	Lactabs 300 mg 20 Stk Fr. 16.15 (6.93)		53664172	01.11.2019, B
	17055	Lactabs 300 mg 40 Stk Fr. 27.85 (13.55)		53664180	01.11.2019, B
	17055	Lactabs 300 mg 60 Stk Fr. 38.85 (19.55)	53664199	01.11.2019, B	
04.08.11 0		MOVICOL CHOCOLAT (Macrogolum 3350, Natrii chloridum, Natrii hydro- genocarbonas)	Norgine AG		
	19224	Plv Btl 100 Stk Fr. 49.60 (28.94)		59056002	01.11.2019, B
04.99 G		OMEPRAZOL HELVEPHARM (Omeprazolium)	Helvepharm AG		
	18103	Filmtabl 20 mg 7 Stk Fr. 9.15 (4.39)		56313010	01.11.2019, B
	18103	Filmtabl 40 mg 7 Stk Fr. 9.35 (4.58)		56313020	01.11.2019, B
05.01 G		FURSOL (Furosemidum)	Sandoz Pharmaceuticals AG		
	16540	Tabl 40 mg 10 Stk Fr. 4.85 (0.64)		52237017	01.11.2019, B
	16540	Tabl 40 mg 50 Stk Fr. 7.15 (2.67)		52237025	01.11.2019, B
	16540	Tabl 40 mg 100 Stk Fr. 9.30 (4.55)	52237041	01.11.2019, B	
07.06.20		GLUTRIL (Glibornuridum)	MEDA Pharma GmbH		
	11554	Tabl 25 mg 100 Stk Fr. 37.55 (18.44)		36466022	01.11.2019, B
07.13.10		CETIRIZIN MEPHA (Cetirizini dihydrochloridum)	Mepha Pharma AG		
	18141	Tropfen 10 mg/ml 20 ml Fr. 18.70 (9.18)		56381001	01.11.2019, B
07.15 G		CIQORIN (Ciclosporinum)	Teva Pharma AG		
	20512	Kaps 10 mg 60 Stk Fr. 50.95 (30.08)		63093001	01.11.2019, B
	20512	Kaps 25 mg 50 Stk Fr. 74.15 (50.29)		63093002	01.11.2019, B
	20512	Kaps 50 mg 50 Stk Fr. 116.75 (87.43)		63093003	01.11.2019, B
	20512	Kaps 100 mg 50 Stk Fr. 194.35 (155.00)	63093004	01.11.2019, B	
07.16.10 G		AMTIRIS (Pemetrexedum)	Teva Pharma AG		
	20519	Inf Konz 100 mg/4 ml (neu) Durchstf 1 Stk Fr. 179.75 (142.28)		65818004	01.11.2019, A
	20519	Inf Konz 500 mg/20 ml (neu) Durchstf 1 Stk Fr. 833.10 (711.41)		65818005	01.11.2019, A
	20519	Inf Konz 850 mg/34 ml Durchstf 1 Stk Fr. 1387.90 (1209.38)		65818007	01.11.2019, A
	20519	Inf Konz 1000 mg/40 ml (neu) Durchstf 1 Stk Fr. 1575.50 (1380.45)	65818006	01.11.2019, A	

Therap. Gruppe	Dossier Nr.	PRÄPARATE/ (Wirkstoffe) Packungen	Verantwortliche Firma	SHI-Nr.	Aufnahmejahr
07.16.10 G		CAPECITABIN SANDOZ (Capecitabinum)	Sandoz Pharmaceuti- cals AG		
	20180	Filmtabl 150 mg 60 Stk Fr. 55.20 (33.80)		62642001	01.11.2019, A
	20180	Filmtabl 500 mg 120 Stk Fr. 279.30 (229.00)		62642002	01.11.2019, A
07.16.10 G		DOCETAXEL FRESENIUS (Docetaxelum)	Fresenius Kabi (Schweiz) AG		
	20048	Inf Konz 180 mg/9 ml Durchstf 1 Stk. Fr. 809.00 (690.41)		62537004	01.11.2019, A
07.16.10 G		MITOXANTRON SANDOZ (Mitoxantronum)	Sandoz Pharmaceuti- cals AG		
	18062	Inf Konz 10 mg/5 ml Durchstf 5 ml Fr. 181.55 (143.86)		56756004	01.11.2019, A
	18062	Inf Konz 20 mg/10 ml Durchstf 10 ml Fr. 291.65 (239.77)		56756005	01.11.2019, A
10.02		ROZEX (Metronidazolium)	Galderma SA		
	16443	Gel Tb 30 g Fr. 14.30 (5.33)		50977013	01.11.2019, B
10.05.10		DIPROLEN (Betamethasonum)	MSD Merck Sharp & Dohme AG		
	14342	Creme 0.050% 30 g Fr. 9.35 (4.57)		44849038	01.11.2019, B
10.05.10		MONOVO (Mometasoni-17 furoas)	Almirall AG		
	19995	Emuls 1 mg/g 30 ml Fr. 17.55 (8.13)		62315002	01.11.2019, B
	19995	Emuls 1 mg/g 60 ml Fr. 28.75 (14.32)		62315004	01.11.2019, B
10.05.20		BETACORTON (Halcinonidum, Ureum)	Galderma SA		
	14056	Fettcreme Tb 20 g Fr. 17.15 (7.80)		44206048	01.11.2019, B
	14056	Fettcreme Tb 50 g Fr. 35.10 (16.30)		44206056	01.11.2019, B
10.05.20		BETACORTON S (Halcinonidum, Acidum salicylicum)	Galderma SA		
	14131	Lös Fl 25 ml Fr. 18.70 (9.13)		44654016	01.11.2019, B
	14131	Lös Fl 100 ml Fr. 47.45 (27.03)		44654024	01.11.2019, B

PRÄPARATE / (Wirkstoffe) Packungen	Verantwortliche Firma	Therap. Gruppe	Dossier Nr.	Preis neu	Ex-Fact. neu
V. Preissenkungen					
V.a. Freiwillige Preissenkung					
RIBOMUSTIN	Mundipharma Medical Company	071610			
Trockensub 25 mg Durchstf 1 Stk	Hamilton,Bermuda,Basel Branch		19023	92.10	65.95
Trockensub 100 mg Durchstf 1 Stk			19023	261.45	213.47
V.b. Normale Preismutation					
IBRANCE	Pfizer AG	071610			
Kaps 75 mg 21 Stk			20588	3437.55	3113.73
Kaps 100 mg 21 Stk			20588	3437.55	3113.73
Kaps 125 mg 21 Stk			20588	3437.55	3113.73
INTRATECT 10%	Biotest (Schweiz) AG	080900			
Inf Lös 1 g/10 ml i.v. Durchstf 10 ml			20121	92.45	66.23
Inf Lös 5 g/50 ml i.v. Durchstf 50 ml			20121	396.55	331.16
Inf Lös 10 g/100 ml i.v. Durchstf 100 ml			20121	776.75	662.32
Inf Lös 20 g/200 ml i.v. Durchstf 200 ml			20121	1514.30	1324.63
INTRATECT 5%	Biotest (Schweiz) AG	080900			
Inf Lös 1 g/20 ml i.v. Durchstf 20 ml			18554	88.95	63.20
Inf Lös 2.500 g/50 ml i.v. Durchstf 50 ml			18554	197.80	158.00
Inf Lös 5 g/100 ml i.v. Durchstf 100 ml			18554	379.15	316.00
Inf Lös 10 g/200 ml i.v. Durchstf 200 ml			18554	741.95	632.00
KISQALI	Novartis Pharma Schweiz AG	071610			
Tabl 200 mg Blist 21 Stk			20682	1395.30	1216.12
PRALUENT	Sanofi-Aventis (Suisse) SA	071200			
Inj Lös 75 mg/ml Fertigpen 2 Stk			20487	450.25	377.92
Inj Lös 150 mg/ml Fertigpen 2 Stk			20487	450.25	377.92
V.c. Preisänderung nach Patentablauf					
ECALTA	Pfizer PFE Switzerland GmbH	080600			
Trockensub 100 mg Durchstf 1 Stk			19177	565.20	478.06
FOCALIN XR	Novartis Pharma Schweiz AG	011020			
Ret Kaps 5 mg 30 Stk			19167	52.60	31.52
Ret Kaps 10 mg 30 Stk			19167	58.95	37.08
Ret Kaps 15 mg 30 Stk			19167	71.70	48.19
Ret Kaps 20 mg 30 Stk			19167	80.25	55.63
MOVYMIA	Spirig HealthCare AG	079900			
Inj Lös 250 mcg/ml Patrone 2.4 ml			20885	340.75	282.53
RITALIN LA	Novartis Pharma Schweiz AG	011020			
Kaps 20 mg 30 Stk			17775	59.05	37.13
Kaps 30 mg 30 Stk			17775	71.75	48.23
Kaps 40 mg 30 Stk			17775	80.35	55.69

PRÄPARATE / (Wirkstoffe) Packungen	Verantwortliche Firma	Therap. Gruppe	Dossier Nr.	Preis neu	Ex-Fact. neu
VI. Limitations-/ Indikationsänderung					
INTRATECT 5%	Biotest (Schweiz) AG	0809			
Inf Lös 1g/20 ml i.v. Durchstf 20 ml			18554	88.95	63.20
Inf Lös 2.500 g/50 ml i.v. Durchstf 50 ml			18554	197.80	158.00
Inf Lös 5 g/100 ml i.v. Durchstf 100 ml			18554	379.15	316.00
Inf Lös 10 g/200 ml i.v. Durchstf 200 ml			18554	741.95	632.00
Limitation alt: Nur bei Antikörpermangelsyndrom, idiopathischer thrombozytopenischer Purpura, Guillain-Barré-Syndrom und Kawasaki-Syndrom.					
Limitation neu: Nur bei Antikörpermangelsyndrom, idiopathischer thrombozytopenischer Purpura, Guillain-Barré-Syndrom, Kawasaki-Syndrom, chronisch inflammatorischer demyelisierender Polyneuropathie (CIDP) und multifokaler motorischer Neuropathie (MMN).					
INTRATECT 10%	Biotest (Schweiz) AG	0809			
Inf Lös 1 g/10 ml i.v. Durchstf 10 ml			20121	92.45	66.23
Inf Lös 5 g/50 ml i.v. Durchstf 50 ml			20121	396.55	331.16
Inf Lös 10 g/100 ml i.v. Durchstf 100 ml			20121	776.75	662.32
Inf Lös 20 g/200 ml i.v. Durchstf 200 ml			20121	1514.30	1324.63
Limitation alt: Nur bei Antikörpermangelsyndrom, idiopathischer thrombozytopenischer Purpura, Guillain-Barré-Syndrom und Kawasaki-Syndrom.					
Limitation neu: Nur bei Antikörpermangelsyndrom, idiopathischer thrombozytopenischer Purpura, Guillain-Barré-Syndrom, Kawasaki-Syndrom, chronisch inflammatorischer demyelisierender Polyneuropathie (CIDP) und multifokaler motorischer Neuropathie (MMN).					
KISQALI	Novartis Pharma Schweiz AG	20682			
Tabl 200 mg Blist 21 Stk			20682	1395.30	1216.12
Tabl 200 mg Blist 42 Stk			20682	2478.95	2204.21
Tabl 200 mg Blist 63 Stk			20682	3157.01	3481.95
Limitation alt: In Kombination mit einem Aromatasehemmer als Erstlinientherapie zur Behandlung postmenopausaler Frauen mit Hormon-Rezeptor (HR)-positivem, humanen epidermalen Wachstumsfaktor-Rezeptor-2 (HER2)-negativem fortgeschrittenem oder metastasierendem Mammakarzinom, wenn eine endokrine Monotherapie begründet nicht angezeigt ist. Kein Einsatz bei viszeraler Krise. Das krankheitsfreie Intervall nach Abschluss der neoadjuvanten oder adjuvanten endokrinen Therapie muss > 12 Monate betragen.					
Die Novartis Pharma Schweiz AG vergütet dem Krankenversicherer, bei dem die versicherte Person zum Zeitpunkt des Bezugs versichert war, auf dessen erste Aufforderung hin für auf jede bezogene Packung Kisqali 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. Die Aufforderung zur Rückvergütung soll in der Regel innerhalb von 3 Monaten nach Verabreichung erfolgen.					
Limitation neu: Befristete Limitation bis 31.05.2021 Zur Behandlung von prä-, peri- oder postmenopausalen Frauen mit Hormonrezeptor (HR)-positivem, humanem epidermalen Wachstumsfaktor-Rezeptor-2 (HER2)-negativem lokal fortgeschrittenem oder metastasiertem Brustkrebs:					
<ul style="list-style-type: none"> • in Kombination mit einem Aromatase-Inhibitor als Erstlinientherapie, wenn eine endokrine Monotherapie begründet nicht angezeigt ist. Kein Einsatz bei viszeraler Krise. Bei postmenopausalen Frauen muss das krankheitsfreie Intervall nach Abschluss der neoadjuvanten oder adjuvanten endokrinen Therapie > 12 Monate betragen. 					
Zur Behandlung von postmenopausalen Frauen mit Hormonrezeptor (HR)-positivem, humanem epidermalen Wachstumsfaktor-Rezeptor-2 (HER2)-negativem lokal fortgeschrittenem oder metastasiertem Brustkrebs:					
<ul style="list-style-type: none"> • in Kombination mit Fulvestrant als Erstlinientherapie, wenn eine endokrine Monotherapie begründet nicht angezeigt ist. Kein Einsatz bei viszeraler Krise. Das krankheitsfreie Intervall nach Abschluss der neoadjuvanten oder adjuvanten endokrinen Therapie muss > 12 Monate betragen. • in Kombination mit Fulvestrant als Erstlinientherapie bei Rezidiv während neoadjuvanter oder adjuvanter endokriner Therapie oder innerhalb von 12 Monaten nach Abschluss der adjuvanten endokrinen Therapie. • in Kombination mit Fulvestrant als Zweitlinientherapie nachdem die endokrine Therapie bereits im metastasierenden Stadium als Erstlinientherapie eingesetzt wurde. 					
Bei prä- oder perimenopausalen Frauen soll die endokrine Therapie mit einem LHRH-Agonisten (LHRH = Luteinizing Hormone-Releasing Hormone) kombiniert werden.					
Kein Einsatz bei Progression auf einer vorangegangenen Therapie mit einem Inhibitor von Cyclinabhängiger Kinase (CDK) 4 und 6.					
Die Patienten dürfen maximal bis zur Progression der Erkrankung behandelt werden.					
Die Novartis Pharma Schweiz AG vergütet dem Krankenversicherer, bei dem die versicherte Person zum Zeitpunkt des Bezugs versichert war, auf dessen erste Aufforderung hin auf jede bezogene Packung Kisqali 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. Die Aufforderung zur Rückvergütung soll ab dem Zeitpunkt der Verabreichung erfolgen.					

PRÄPARATE / (Wirkstoffe) Packungen	Verantwortliche Firma	Therap. Gruppe	Dossier Nr.	Preis neu	Ex-Fact. neu
PRALUENT	Sanofi-Aventis (Suisse) SA	0712			
Inj Lös 75 mg/ml Fertipgen 2 Stk			20487	450.25	377.92
Inj Lös 150 mg/ml Fertipgen 2 Stk			20487	450.25	377.92

Limitation alt:

Nach Kostengutsprache durch den Krankenversicherer nach vorgängiger Konsultation des Vertrauensarztes.

Praluent wird vergütet begleitend zu einer Diät und zusätzlich zu einer maximal verträglichen Dosierung einer intensivierten LDL-C senkenden Therapie zur Behandlung von:

- Erwachsenen mit einer schweren heterozygoten familiären Hypercholesterinämie mit einem LDL-C > 5 mmol/l in der Primärprävention oder mit einem LDL-C > 4.5 mmol/l mit mindestens einem der folgenden zusätzlichen Risikofaktoren: Diabetes Mellitus, erhöhtes Lipoprotein (a) > 50 mg/dL, ausgeprägte arterielle Hypertonie oder vorzeitige klinisch manifeste familiäre atherosklerotische kardiovaskuläre Erkrankung ASCVD (<55 Jahre bei Männern, <60 Jahre bei Frauen), oder
- Erwachsenen mit klinischer atherosklerotischer kardiovaskulärer Erkrankung in der Sekundärprävention und einem LDL-C > 3.5 mmol/l, und/oder progredienter klinischer atherosklerotischer kardiovaskulärer Erkrankung (wiederholt akutes Koronarsyndrom, Myokardinfarkt, Schlaganfall, oder ungeplante wiederholte koronare Revaskularisierung innerhalb von 5 Jahren nach dem ersten kardiovaskulären Ereignis) mit einem LDL-C > 2.6 mmol/l

Praluent wird nur vergütet, wenn aufgrund des sehr hohen kardiovaskulären Risikos eine zusätzliche LDL-C Senkung medizinisch erforderlich ist, d.h.

- wenn über mindestens 3 Monate mit der maximal verträglichen Dosierung einer intensivierten LDL-C senkenden Therapie mit mindestens zwei verschiedenen Statinen mit oder ohne Ezetimib (oder Ezetimib mit oder ohne weiteren Lipidsenker bei Statin-Unverträglichkeit) die oben erwähnten LDL-C-Werte nicht erreicht werden können und
- wenn der arterielle Blutdruck kontrolliert und
- wenn der Blutzucker auf ein HbA1c kleiner 7,5% eingestellt ist und
- wenn eine Nikotinabstinenz angestrebt wird.

Eine Unverträglichkeit gegenüber Statinen gilt als belegt, wenn

- Therapieversuche mit mehreren Statinen zu Myalgien oder
- einem Anstieg der Kreatinin-Kinase auf mindestens das Fünffache des oberen Normwertes führten oder
- wenn durch ein Statin eine schwere Hepatopathie aufgetreten ist.

Diagnose und Erstverordnung sowie regelmässige Kontrollen müssen durch einen Facharzt FMH der Angiologie, Diabetologie / Endokrinologie, Kardiologie, Nephrologie, Neurologie oder durch ausgewiesene Hypercholesterinämie-Experten durchgeführt werden. Die entsprechende Liste mit den Experten ist unter folgender Adresse abrufbar: <http://www.bag.admin.ch/sl-ref>

Die Behandlung darf nur fortgesetzt werden, wenn bei einer Kontrolle 6 Monate nach Behandlungsbeginn das LDL-C gegenüber dem Ausgangswert unter der maximal intensivierten lipid-senkenden Therapie um mindestens 40 % gesunken ist oder ein LDL-Wert von kleiner als 1.8 mmol/l erreicht wurde.

Limitation neu:

Nach Kostengutsprache durch den Krankenversicherer nach vorgängiger Konsultation des Vertrauensarztes.

PRALUENT wird vergütet begleitend zu einer Diät und zusätzlich zu einer maximal verträglichen Dosierung einer intensivierten LDL-C senkenden Therapie.

In der Sekundärprävention nach einem klinisch manifesten atherosklerotischen bedingten, ischämischen kardiovaskulären Ereignis mit einem LDL-C > 2.6 mmol/L

- bei Erwachsenen mit Hypercholesterinämie
- bei Erwachsenen mit heterozygoter familiärer Hypercholesterinämie

In der Primärprävention nur bei Hochrisikopatienten:

- mit einem LDL-C > 5.0 mmol/L bei Erwachsenen mit einer schweren heterozygoten familiären Hypercholesterinämie
- mit einem LDL-C > 4.5 mmol/L bei Erwachsenen mit einer schweren heterozygoten familiären Hypercholesterinämie mit mindestens einem der folgenden zusätzlichen Risikofaktoren: Diabetes Mellitus, erhöhtes Lipoprotein (a) > 50 mg/dL resp. > 120 nmol/L, ausgeprägte arterielle Hypertonie

PRALUENT wird nur vergütet, wenn aufgrund des sehr hohen kardiovaskulären Risikos eine zusätzliche LDL-C Senkung medizinisch erforderlich ist, d.h.

- wenn über mindestens 3 Monate mit der maximal verträglichen Dosierung einer intensivierten LDL-C senkenden Therapie mit mindestens zwei verschiedenen Statinen mit oder ohne Ezetimib (oder Ezetimib mit oder ohne weiteren Lipidsenker bei Statin-Unverträglichkeit) die oben erwähnten LDL-C-Werte nicht erreicht werden können und
- wenn der arterielle Blutdruck kontrolliert und wenn eine Einstellung des Blutzuckers auf ein HbA1c-Wert kleiner 8 % sowie eine Nikotinabstinenz angestrebt werden.

Eine Unverträglichkeit gegenüber Statinen gilt als belegt, wenn

- Therapieversuche mit mehreren Statinen zu Myalgien oder
- einem Anstieg der Kreatinin-Kinase auf mindestens das Fünffache des oberen Normwertes führten oder
- wenn durch ein Statin eine schwere Hepatopathie aufgetreten ist.

Diagnose und Erstverordnung sowie regelmässige Kontrollen müssen durch einen Facharzt FMH der Angiologie, Diabetologie / Endokrinologie, Kardiologie, Nephrologie, Neurologie oder durch ausgewiesene Hypercholesterinämie-Experten durchgeführt werden. Die entsprechende Liste mit den Experten ist unter folgender Adresse abrufbar: <http://www.bag.admin.ch/sl-ref>

Die Behandlung darf nur fortgesetzt werden, wenn bei einer Kontrolle innerhalb von 6 Monaten nach Behandlungsbeginn das LDL-C gegenüber dem Ausgangswert unter der maximal intensivierten lipid-senkenden Therapie um mindestens 40 % gesenkt werden konnte oder ein LDL-C Wert von kleiner als 1.8 mmol/l erreicht wurde.

Die Sanofi-Aventis (Suisse) SA vergütet dem Krankenversicherer, bei dem die versicherte Person zum Zeitpunkt des Bezugs versichert war, auf dessen erste Aufforderung hin für jede bezogene Packung PRALUENT 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. Die Aufforderung zur Rückvergütung soll ab dem Zeitpunkt der Verabreichung erfolgen.

«Alte Antibiotika zu Hause?
Jetzt zurückbringen!
Deine Gesundheit und die
Umwelt danken es dir.»

Promotionsmaterial für die Antibiotika-Rückgabeaktion vom 18. bis 30. November 2019

Bestellen Sie gratis Informationsmaterialien und helfen Sie mit, die Bevölkerung für den richtigen Umgang mit Antibiotika zu sensibilisieren.

Am 18. November 2019 startet die weltweite «Antibiotika Awareness Woche» der WHO. Zeitgleich rufen wir mit der nationalen Kampagne im Rahmen der Strategie Antibiotikaresistenzen StAR die Bevölkerung auf, alte Antibiotika dorthin zurückzubringen, wo sie bezogen wurden, sei es in die Apotheke oder in die Praxis. Die Teilnahme an der Rückgabeaktion ist freiwillig und erfolgt in Eigenregie. Eine Anmeldung zu dieser Aktion ist nicht nötig. Sie läuft vom 18. bis 30. November 2019, kann aber nach eigenem Ermessen verlängert werden. Die Promotionsmaterialien tragen daher bewusst kein Datum.

Das Promotionsmaterial können Sie ab **1. Oktober 2019** gratis über folgenden Link bestellen:
www.richtig-ist-wichtig.ch/med

Vielen Dank für Ihre Unterstützung!



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

richtig-ist-wichtig.ch

Einladung
**Swiss Hepatitis Symposium
2019**

**Mikro-
Elimination**

**Das Ende
der viralen
Hepatitis?**

Montag, 2. Dezember, 14 bis 18.30 Uhr
Welle7, im Bahnhof Bern

Moderation: Fabian Unteregger



HEPATITIS SCHWEIZ



**PUBLIC HEALTH SCHWEIZ
SANTE PUBLIQUE SUISSE
SALUTE PUBBLICA SVIZZERA**

The Swiss Society for Public Health

Programm

Teil I Angebote für Risikogruppen

Begrüssung	Philip Bruggmann , Hepatitis Schweiz
MSM Sexuelle Risikoreduktion bei MSM mit HIV Hepatitis C bei MSM – Was tun?	Patrizia Künzler , Universität Basel Benjamin Hampel , Checkpoint Zürich
Gefängnis Zugang zur Behandlung dank dem Buyers' Club	Laurent Gétaz und Nathalie Vernaz , Universitätsspital Genf HUG
Migranten Herausforderungen bei der Elimination von Hepatitis B	Francesco Negro , Universitätsspital Genf HUG

Teil II Strategien der öffentlichen Gesundheit

Grusswort	Felix Gutzwiller , alt Ständerat
Das Ende der Hepatitis C Die Rolle der Mikro-Elimination	Jeffrey Lazarus , ISGlobal, Universität Barcelona, Spanien
Hepatitis – das «Aschenbrödel» unter den Infektionskrankheiten	Ursula Zybach , Public Health Schweiz

Podium

Knappe Ressourcen, mangelnde Aufmerksamkeit:
Wohin steuern wir bei der Hepatitis-Elimination?

Apéro riche

Anmeldung

Sie können sich per E-Mail an info@hepatitis-schweiz.ch anmelden.
www.hepatitis-schweiz.ch

Rezeptsperrung

Swissmedic, Abteilung Betäubungsmittel

Rezeptsperrung

Folgende Rezepte sind gesperrt

Kanton	Block-Nr.	Rezept-Nr.
Bern		8208801 – 8208818
Zürich		7953203 7132640 und 7132642



**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

46/2019