



Schweizerische Eidgenossenschaft
Confédération suisse
Confederazione Svizzera
Confederaziun svizra

Eidgenössisches Departement des Innern EDI
Bundesamt für Gesundheit BAG

Ausgabe vom 13. März 2017

BAG-Bulletin

Woche

11/2017

Informationsmagazin für medizinische Fachpersonen und Medienschaffende

Das Chikungunya-Fieber bei Schweizer Touristen auf dem Vormarsch, S. 10

Spezialitätenliste, S. 20

Beschränkung der Ärztezulassungen: neue Lösung in Vorbereitung, S. 26

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

ea Druck AG
Zürichstrasse 46
CH-8840 Einsiedeln
Telefon 055 418 82 82

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 relevanten Informationen des BAG.

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

Inhalt

Meldungen Infektionskrankheiten	4
Sentinella Statistik	6
Das Chikungunya-Fieber bei Schweizer Touristen auf dem Vormarsch	10
La febbre chikungunya in aumento tra i turisti svizzeri	15
Spezialitätenliste	20
Beschränkung der Ärztezulassungen: neue Lösung in Vorbereitung	26
Rezeptsperrung	27

Meldungen Infektionskrankheiten

Stand am Ende der 09. Woche (07.03.2017)^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 Wohnbevölkerung (gemäss Statistischem Jahrbuch der Schweiz). Die annualisierte Inzidenz erlaubt einen Vergleich unterschiedlicher Zeitperioden.

^b Siehe Influenza-Überwachung im Sentinella-Meldesystem www.bag.admin.ch/sentinella.

^c Ausgeschlossen sind materno-foetale Röteln.

^d Bei schwangeren Frauen und Neugeborenen.

^e Die Meldepflicht für Zika-Virus-Infektion wurde auf den 7.3.2016 eingeführt.

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

Infektionskrankheiten: Stand am Ende der Woche 09^a

	Woche 09			Letzte 4 Wochen			Letzte 52 Wochen			Seit Jahresbeginn		
	2017	2016	2015	2017	2016	2015	2017	2016	2015	2017	2016	2015
Respiratorische Übertragung												
Haemophilus influenzae: invasive Erkrankung		1 0.60	4 2.50	6 0.90	12 1.90	14 2.20	111 1.30	99 1.20	110 1.30	18 1.20	24 1.70	29 2.00
Influenzavirus-Infektion, saisonale Typen und Subtypen^b	142 88.30	350 217.60	766 476.30	1582 245.90	1264 196.50	3112 483.80	9581 114.60	3024 36.20	4938 59.00	6066 419.10	1827 126.20	4179 288.80
Legionellose	6 3.70	3 1.90	4 2.50	23 3.60	16 2.50	17 2.60	371 4.40	386 4.60	314 3.80	52 3.60	48 3.30	51 3.50
Masern	2 1.20	1 0.60	1 0.60	25 3.90	1 0.20	4 0.60	111 1.30	32 0.40	19 0.20	43 3.00	3 0.20	7 0.50
Meningokokken: invasive Erkrankung			2 1.20	7 1.10	3 0.50	9 1.40	54 0.60	39 0.50	45 0.50	19 1.30	15 1.00	14 1.00
Pneumokokken: invasive Erkrankung	33 20.50	24 14.90	34 21.10	137 21.30	95 14.80	116 18.00	949 11.40	841 10.10	800 9.60	316 21.80	207 14.30	240 16.60
Röteln^c						1 0.20		1 0.01	6 0.07			3 0.20
Röteln, materno-foetal^d												
Tuberkulose	9 5.60	18 11.20	8 5.00	35 5.40	51 7.90	31 4.80	617 7.40	534 6.40	487 5.80	89 6.20	92 6.40	86 5.90
Faeco-orale Übertragung												
Campylobacteriose	41 25.50	103 64.00	51 31.70	232 36.10	409 63.60	261 40.60	7261 86.80	7254 86.80	7274 87.00	830 57.40	1382 95.50	1011 69.80
Enterohämorrhagische E. coli-Infektion	9 5.60	8 5.00	3 1.90	28 4.40	30 4.70	8 1.20	467 5.60	349 4.20	128 1.50	63 4.40	71 4.90	17 1.20
Hepatitis A	2 1.20		2 1.20	10 1.60	5 0.80	5 0.80	52 0.60	48 0.60	55 0.70	21 1.40	12 0.80	5 0.40
Listeriose				3 0.50	3 0.50		45 0.50	54 0.60	81 1.00	6 0.40	12 0.80	10 0.70
Salmonellose, S. typhi/ paratyphi			1 0.60	1 0.20	2 0.30	2 0.30	23 0.30	16 0.20	23 0.30	1 0.07	2 0.10	3 0.20
Salmonellose, übrige	15 9.30	23 14.30	16 10.00	56 8.70	62 9.60	45 7.00	1503 18.00	1394 16.70	1208 14.40	156 10.80	161 11.10	120 8.30
Shigellose	6 3.70	2 1.20	5 3.10	15 2.30	16 2.50	12 1.90	161 1.90	210 2.50	139 1.70	26 1.80	51 3.50	21 1.40

	Woche 09			Letzte 4 Wochen			Letzte 52 Wochen			Seit Jahresbeginn		
	2017	2016	2015	2017	2016	2015	2017	2016	2015	2017	2016	2015
Durch Blut oder sexuell übertragen												
Aids				6 0.90	6 0.90	6 0.90	72 0.90	83 1.00	87 1.00	14 1.00	12 0.80	9 0.60
Chlamydiose	143 88.90	259 161.10	191 118.80	774 120.30	884 137.40	794 123.40	10960 131.10	10412 124.50	9715 116.20	1883 130.10	1991 137.60	1665 115.00
Gonorrhoe	42 26.10	51 31.70	31 19.30	195 30.30	177 27.50	153 23.80	2458 29.40	2028 24.20	1649 19.70	450 31.10	430 29.70	339 23.40
Hepatitis B, akut					3 0.50		36 0.40	35 0.40	42 0.50	1 0.07	7 0.50	3 0.20
Hepatitis B, total Meldungen	9	29	26	85	132	87	1373	1478	1331	207	300	185
Hepatitis C, akut		2 1.20	1 0.60		4 0.60	1 0.20	33 0.40	59 0.70	46 0.60	4 0.30	10 0.70	3 0.20
Hepatitis C, total Meldungen	5	32	41	98	133	138	1472	1477	1679	252	326	271
HIV-Infektion	13 8.10	18 11.20	7 4.40	58 9.00	49 7.60	47 7.30	563 6.70	541 6.50	517 6.20	96 6.60	96 6.60	95 6.60
Syphilis	35 21.80	42 26.10	27 16.80	150 23.30	84 13.10	94 14.60	1249 14.90	1033 12.40	1102 13.20	282 19.50	184 12.70	195 13.50
Zoonosen und andere durch Vektoren übertragbare Krankheiten												
Brucellose							8 0.10	1 0.01	3 0.04	1 0.07		
Chikungunya-Fieber	1 0.60			1 0.20	3 0.50	2 0.30	26 0.30	42 0.50	82 1.00	2 0.10	9 0.60	6 0.40
Dengue-Fieber	3 1.90	8 5.00	3 1.90	7 1.10	19 3.00	15 2.30	168 2.00	216 2.60	133 1.60	21 1.40	49 3.40	26 1.80
Gelbfieber												
Hantavirus-Infektion							3 0.04	1 0.01	2 0.02			1 0.07
Malaria	9 5.60	7 4.40	4 2.50	25 3.90	21 3.30	23 3.60	325 3.90	422 5.00	319 3.80	56 3.90	49 3.40	48 3.30
Q-Fieber	1 0.60			3 0.50	3 0.50	2 0.30	46 0.60	43 0.50	40 0.50	6 0.40	8 0.60	4 0.30
Trichinellose								2 0.02				
Tularämie		1 0.60	1 0.60		3 0.50	2 0.30	53 0.60	51 0.60	40 0.50	4 0.30	5 0.40	4 0.30
West-Nil-Fieber												
Zeckenzephalitis					1 0.20		200 2.40	123 1.50	112 1.30		2 0.10	
Zika-Virus-Infektion ^e		4 2.50		1 0.20	8 1.20		47 0.60	9 0.10		2 0.10	9 0.60	
Andere Meldungen												
Botulismus							2 0.02	2 0.02	1 0.01			
Creutzfeldt-Jakob- Krankheit					1 0.20	3 0.50	13 0.20	15 0.20	21 0.20	2 0.10	3 0.20	7 0.50
Diphtherie ^f							5 0.06	11 0.10	1 0.01		1 0.07	
Tetanus								1 0.01				

Sentinella Statistik

Provisorische Daten

Sentinella:

Anzahl Meldungen (N) der letzten 4 Wochen bis am 03.03.2017 und Inzidenz pro 1000 Konsultationen (N/10³)
Freiwillige Erhebung bei Hausärztinnen und Hausärzten (Allgemeinpraktiker, Internisten und Pädiater)

Woche	6		7		8		9		Mittel 4 Wochen	
	N	N/10 ³	N	N/10 ³	N	N/10 ³	N	N/10 ³	N	N/10 ³
Influenzaverdacht	351	26.2	211	16.1	116	9.2	76	7.5	188.5	14.8
Mumps	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Pertussis	7	0.5	5	0.4	5	0.4	6	0.6	5.8	0.5
Zeckenstiche	0	0	0	0	1	0.1	0	0	0.3	0
Lyme Borreliose	0	0	1	0.1	0	0	0	0	0.3	0
Herpes Zoster	3	0.2	6	0.5	6	0.5	6	0.6	5.3	0.5
Post-Zoster-Neuralgie	1	0.1	0	0	0	0	0	0	0.3	0
Meldende Ärzte	144		144		139		116		135.8	

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 den Grippeimpfstoff informieren zu können, erstattet das BAG zwischen Oktober und April wöchentlich Bericht und gibt eine Risikobeurteilung ab.

Der Schwellenwert für die Inzidenz ist nach einer 11 Wochen dauernden Grippewelle wieder unterschritten und somit die Epidemie grippeähnlicher Erkrankungen 2016/17 beendet.

Woche 9/2017 (Stand 7.3.2017)

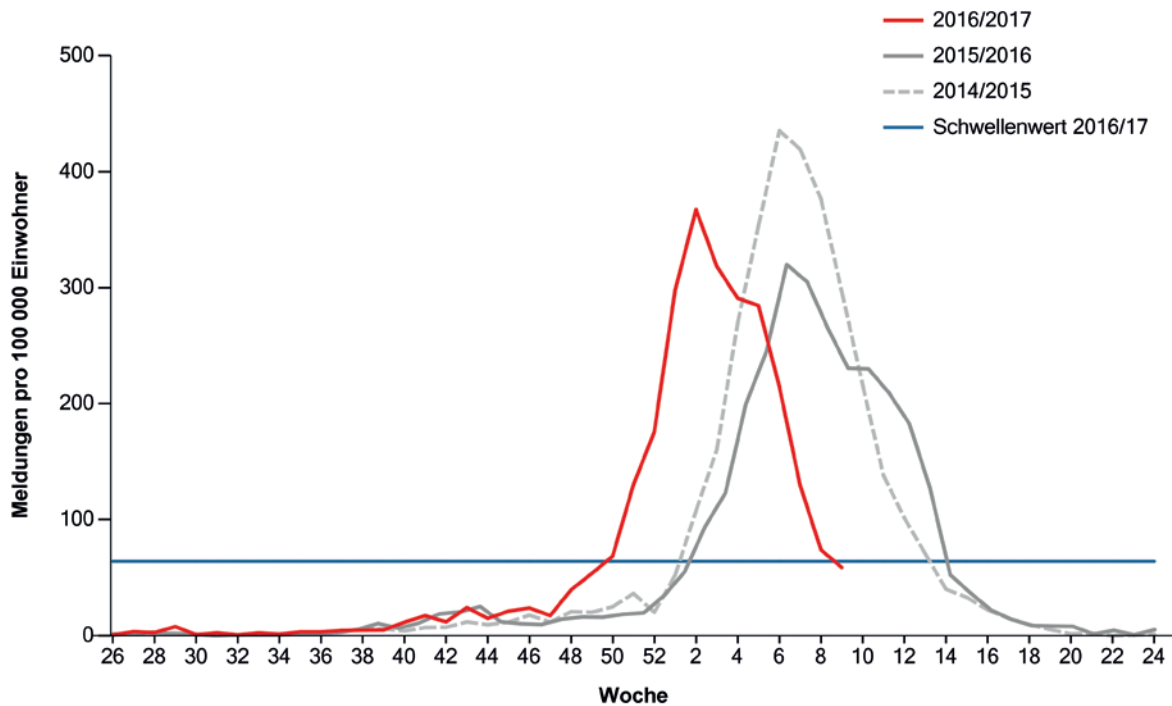
Grippeähnliche Erkrankungen kommen aktuell schweizweit verbreitet vor. Während der Woche 9/2017 wurden von 116 Ärztinnen und Ärzten des Sentinella-Meldesystems 7,5 Grippeverdachtsfälle pro 1000 Konsultationen gemeldet. Dies entspricht hochgerechnet einer Inzidenz von 59 Fällen pro 100 000 Einwoh-

ner. Damit ist erstmals seit Woche 50/2016 der saisonale epidemische Schwellenwert von 64 Grippeverdachtsfällen pro 100 000 Einwohner unterschritten; die Epidemie ist somit beendet. Sie hatte ihren Höhepunkt in der Woche 2/2017 mit 368 Grippeverdachtsfällen pro 100 000 Einwohner und erstreckte sich über 11 Wochen (Grafik 1).

Die Inzidenz war in der Altersklasse der 0- bis 4-Jährigen am höchsten (Tabelle 1). Die Grippe war in den Regionen 1, 3 und 4 sporadisch verbreitet und in den Regionen 2, 5 und 6 verbreitet (Grafik 2, Kasten). Die Inzidenz in der Region 6 (GR und TI)

Grafik 1

Anzahl wöchentliche Konsultationen aufgrund Grippeähnlicher Erkrankungen, hochgerechnet auf 100 000 Einwohner



ist aufgrund einer vermutlich ferienbedingt geringeren Anzahl Arztkonsultationen nur bedingt aussagekräftig. Eine Grippewelle kann in der Bevölkerung zeitweise zu einer höheren Sterblichkeit führen als in den Wintermonaten üblich. Diese sogenannte Übersterblichkeit war in der Altersgruppe der ≥ 65 -Jährigen in den Wochen 52/2016 bis 6/2017 festzustellen [1].

Tabelle 1:
Altersspezifische Inzidenzen für die Woche 09/2017

	Grippebedingte Konsultationen pro 100 000 Einwohner	Trend
Inzidenz nach Altersklasse		
0-4 Jahre	107	-
5-14 Jahre	21	-
15-29 Jahre	85	-
30-64 Jahre	59	-
≥ 65 Jahre	39	-
Schweiz	59	-

Tabelle 2:

Zirkulierende Influenzaviren in der Schweiz

Häufigkeit der isolierten Influenzaviren und -subtypen/-linien sowie Abdeckung dieser Viren durch die Grippeimpfstoffe 2016/17

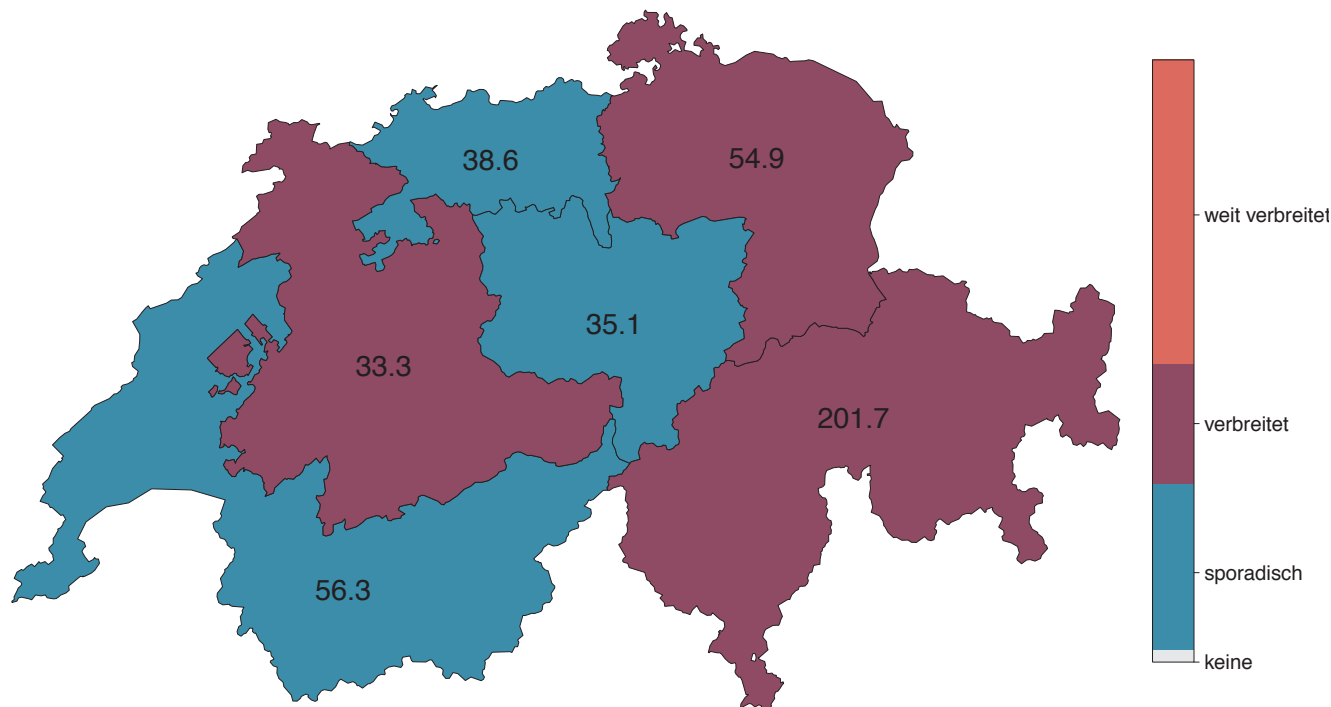
	Woche 09/2017*	Kumulativ Saison 2016/17	Impfstoff-abdeckung*	
Anteil Influenza-positive Proben	33 %	51 %	96 %	97 %
Anzahl untersuchte Proben	27	920		
B Victoria	0 %	<1 %	100 %	100 %
B Yamagata	0 %	2 %	0 %	100 %
B Linie nicht bestimmt	11 %	1 %		
A(H3N2)	0 %	94 %	97 %	97 %
A(H1N1)pdm09	0 %	1 %	100 %	100 %
A nicht subtypisiert	89 %	2 %		

▲ Abgedeckt durch trivalenten Impfstoff 2016/17
 ■ Abgedeckt durch quadrivalenten Impfstoff 2016/17

* Provisorische Daten

Grafik 2

Inzidenz pro 100 000 Einwohner und Verbreitung nach Sentinella-Regionen für die Woche 06/2017



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). Grau: keine Verbreitung; Blau: Verbreitung sporadisch; Violett: verbreitet; Rot: weit verbreitet

In der Woche 9/2017 wies das Nationale Referenzzentrum für Influenza (CNRI) in Genf im Rahmen der Sentinella-Überwachung in 8 der 27 untersuchten Abstriche Influenza A Viren und in einem Influenza B Viren nach (Tabelle 2).

Aus Stichproben der von Sentinella-Ärztinnen und -Ärzten eingeschickten Abstriche konnte das CNRI mittels Hämagglutinationsinhibitions-Tests die folgenden Virenstämme identifizieren:

- Influenza A/Slovenia/3188/2015,
- Influenza A/Hong Kong/4801/2014,
- Influenza A/Switzerland/9715293/2013,
- Influenza A/Texas/50/2012,
- Influenza B/Wisconsin/1/2010 und
- Influenza B/Johannesburg/3964/2012.

Abgesehen vom Influenza A/Texas/50/2012 waren alle gefundenen Influenzaviren durch die für die Saison 2016/17 empfohlenen Impfstoffe abgedeckt (Tabelle 2).

Internationale Situation

In Europa wurde in den vergangenen Wochen eine hohe Aktivität der grippeähnlichen Erkrankungen verzeichnet; in den meisten Ländern ist der Höhepunkt erreicht oder überschritten [2]. Ebenso verzeichneten Nordamerika und Asien eine hohe Grippeaktivität bei überschrittenem Höhepunkt in fast allen Ländern [3–6]. Auf der Nordhemisphäre wurden vorwiegend Viren des Subtyps Influenza A(H3N2) gefunden [2–6].

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.

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 2016/17 liegt bei 64 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 • dem Nachweis von Influenzaviren am CNRI und wird in folgende Kategorien unterteilt: keine Verbreitung, sporadische Verbreitung, verbreitet, weit verbreitet

Referenzen

1. Bundesamt für Statistik: Sterblichkeit, Todesursachen <https://www.bfs.admin.ch/bfs/de/home/statistiken/gesundheits/gesundheitszustand/sterblichkeit-todesursachen.html> (accessed on 7.3.2017)
2. European Centre for Disease Prevention and Control (ECDC). Seasonal Influenza – Latest surveillance data <http://flunewseurope.org/> (accessed on 7.3.2017).
3. Weekly U.S. Influenza Surveillance Report <http://www.cdc.gov/flu/weekly/index.htm> (accessed on 7.3.2017).
4. Canada Rapports hebdomadaires d'influenza. <http://www.canadien-sensante.gc.ca/diseases-conditions-maladies-affections/disease-maladie/flu-grippe/surveillance/fluwatch-reports-rapports-surveillance-influenza-fra.php> (accessed on 7.3.2017).
5. Japan NIID Surveillance report influenza. <http://www.nih.go.jp/niid/en/influenza-e.html> (accessed on 7.3.2017).
6. China National Influenza Center weekly reports. <http://www.chinaivdc.cn/cnic/> (accessed on 7.3.2017).

Prävention während der Grippewelle

Die Befolgung einiger einfacher Vorsorgemassnahmen und Hygieneregeln ist für gesunde wie auch an der Grippe erkrankte Personen sinnvoll: Bei konsequenter Einhaltung reduziert sich gleichzeitig die Übertragung der Viren und das Ansteckungsrisiko!



Hände waschen.

Waschen Sie sich regelmässig und gründlich die Hände – mit Wasser und Seife.



In ein Papiertaschentuch husten oder niesen.

Halten Sie sich beim Husten oder Niesen ein Papiertaschentuch vor Mund und Nase. Entsorgen Sie das Papiertaschentuch nach Gebrauch in einem Abfalleimer und waschen Sie sich danach gründlich die Hände mit Wasser und Seife.



Zu Hause bleiben.

Wenn Sie Grippe-symptome verspüren, bleiben Sie zu Hause. So verhindern Sie, dass die Krankheit weiter übertragen wird. Kurieren Sie Ihre Grippeerkrankung vollständig zu Hause aus. Warten Sie mindestens noch einen Tag nach dem vollständigen Abklingen des Fiebers, bis Sie wieder in den Alltag ausserhalb des Hauses zurückkehren.



In die Armbeuge husten oder niesen.

Wenn Sie kein Taschentuch zur Verfügung haben, husten oder niesen Sie in Ihre Armbeuge. Dies ist hygienischer, als die Hände vor den Mund zu halten. Sollten Sie doch die Hände benutzen, waschen Sie diese wenn möglich gleich danach gründlich mit Wasser und Seife.

Das Chikungunya-Fieber bei Schweizer Touristen auf dem Vormarsch

Niemand rechnet nach seinen Ferien in der Dominikanischen Republik oder in Florida mit einem Aufenthalt im Bett. Doch tatsächlich besteht seit ein paar Jahren das Risiko, nach einer Reise in solche Destinationen mit dem Chikungunya-Fieber nach Hause zu kommen [1]. Auch traten bereits einige wenige Fälle dieser seltenen tropischen Krankheit in Europa auf. Darum empfiehlt das BAG, dass sich Reisende vor Reiseantritt über die aktuelle Situation in den anvisierten Destinationen informieren. Zusätzlich soll die Ärzteschaft für die Thematik sensibilisiert werden. Die folgende Epi-Notiz fasst daher die seit Meldebeginn registrierten Fälle in der Schweiz zusammen und zeigt auf, welche präventiven Massnahmen möglich sind.

Klinik und Übertragungsweg

Das Chikungunya-Fieber wird durch das gleichnamige Virus (*ChikV*) ausgelöst. Die Übertragung erfolgt durch den Stich von weiblichen Mücken, hauptsächlich der Tigermücke (*Aedes albopictus*) und der Gelbfiebermücke (*Aedes aegypti*). Nach einer Inkubationszeit von 3 bis 12 Tagen treten Symptome wie plötzlicher schneller Fieberanstieg und Gelenkschmerzen auf. Letztere zeigen sich typischerweise in den Hand- und Fussgelenken sowie in den Knien. Oft werden auch weitere Symptome wie Muskelschmerzen, Hautausschlag, Kopfschmerzen oder spontanes Nasen- oder Zahnfleischbluten beschrieben. Der Umstand, dass eine Infektion mit dem Virus bei rund 10–50% der Patienten auch zu lang anhaltenden Gelenksbeschwerden führen kann, hat der Krankheit den Namen gegeben: Chikungunya bedeutet in der Sprache der Makonde – einem Volk in Tansania – «der gekrümmt Gehende» [2, 3]. In seltenen Fällen führt eine Infektion zu einer hämorrhagischen Manifestation oder endet tödlich. In einer Schwangerschaft ist zudem eine Übertragung von der Mutter auf das ungeborene Kind möglich [3].

Situation weltweit

Das Chikungunya-Fieber wurde erstmals 1952 in Tansania beschrieben. Danach

beschränkte sich das geografische Verbreitungsgebiet lange Zeit auf Westafrika, Indien, Südostasien, die Philippinen und Thailand, wo es periodisch immer wieder zu Ausbrüchen kam. Jedoch wurde das Virus im Jahr 2004 erstmals auf verschiedenen Inseln des Indischen Ozeans (Komoren, Mayotte, Seychellen, La Réunion und Mauritius) registriert und führte dort zwischen 2005 und 2006 zu grossen Ausbrüchen [4]. Seit 2013 ist die Erkrankung auch auf dem amerikanischen Kontinent zu finden, wo erstmals aus der

karibischen Insel St. Martin Fälle gemeldet wurden und woher sich in den folgenden Jahren das Chikungunya-Virus auf über 33 Länder und Gebiete in der Karibik, in Süd-, Mittel- und Nordamerika ausgebreitet hat. Bis anhin wurden auf dem amerikanischen Kontinent gegen 2 Millionen Fälle identifiziert [5]. Auch 100 Schweizer Reisende haben sich dort angesteckt.

Infektionsort

Seit Einführung der Meldepflicht im Jahr 2008 wurden dem BAG insgesamt 154

Grafik 1

Fälle nach bereistem Kontinent pro Jahr, 2008 – 2015

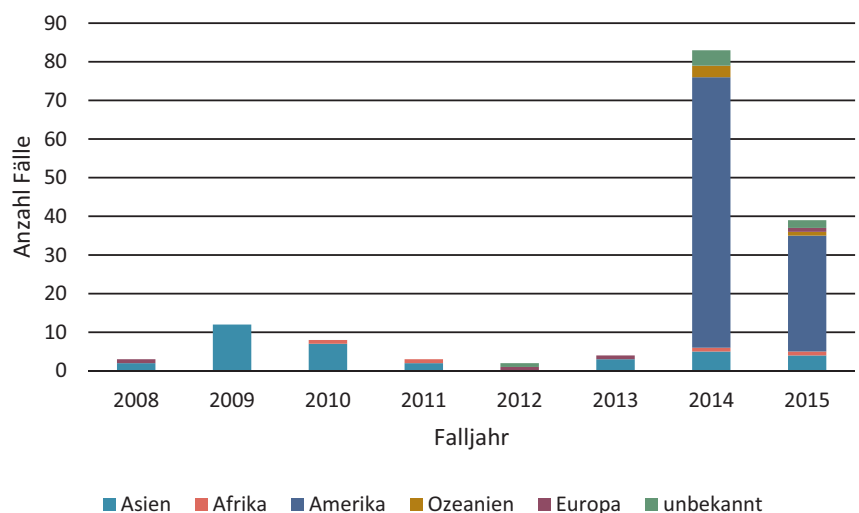


Tabelle 1
Anzahl Fälle nach Kontinent und Reiseland pro Jahr (2008 – 2015) und Total

	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	Total
Amerika									
Nordamerika									
Nordamerika	0	0	0	0	0	0	1	1	2
Karibik									
Dominikanische Republik	0	0	0	0	0	0	39	1	40
Guadeloupe	0	0	0	0	0	0	6	0	6
andere	0	0	0	0	0	0	12	2	14
Zentralamerika									
Länder Zentralamerikas	0	0	0	0	0	0	3	15	18
Südamerika									
Kolumbien	0	0	0	0	0	0	5	5	10
Venezuela	0	0	0	0	0	0	4	2	6
andere	0	0	0	0	0	0	0	4	4
Asien									
Indien	1	1	2	2	0	1	4	2	13
Indonesien	0	1	4	0	0	1	1	0	7
Malediven	0	6	0	0	0	0	0	0	6
Thailand	0	3	1	0	0	0	0	1	5
andere	1	1	0	0	0	1	0	1	4
Europa									
Frankreich	0	0	0	0	1	1	0	1	3
Italien	1	0	0	0	0	0	0	0	1
Afrika									
Länder Afrikas	0	0	1	1	0	0	1	1	4
Ozeanien									
Länder Ozeaniens	0	0	0	0	0	0	3	1	4
Unbekannte Reisedestination									
Unbekanntes Reiseland	0	0	0	0	1	0	4	2	7
Total	3	12	8	3	2	4	83	39	154

Fälle von Chikungunya-Fieber gemeldet. Mehr als die Hälfte dieser Fälle (54%) traten im Jahr 2014 auf. Den Grund dafür zeigt Grafik 1. Sie macht deutlich, dass sich die epidemiologische Lage 2014 verändert hat: Bis 2013 haben sich nur wenige Schweizer Reisende mit dem Chikungunya-Fieber angesteckt. Mit der Ausbreitung der Krankheit auf die Neue Welt hat die Zahl der Ansteckungen jedoch massiv zugenommen.

Obwohl man sich also erst seit 2014 auf dem amerikanischen Kontinent anstecken kann, haben sich für die gesamte Meldeperiode von 2008 bis 2015 rund 65% aller Fälle (100 Personen) dort infiziert. Die restlichen Ansteckungen erfolgten zu 23% (35 Personen) in Asien und zu je 3% (4 Personen) in Afrika, Ozeanien und Europa. Bei 5% (7 Personen) ist die Reisedestination unbekannt.

Tabelle 1 zeigt, dass die meisten Personen, die sich auf dem amerikanischen Kontinent angesteckt haben, in der Karibik waren. Es kam aber auch in Nord-, Zentral- und Südamerika zu Infektionen. In der Karibik ist die Dominikanische Republik Ansteckungsort Nummer eins mit 40 Personen. Spitzenreiter in Zentralamerika ist Nicaragua mit 6 Ansteckungen. In Südamerika haben sich am meisten Personen in Kolumbien

infiziert (10 Personen). Nur zwei Personen erkrankten nach einer Reise nach Nordamerika, wobei das BAG keine Kenntnisse zum genaueren Expositionsort hat. Für Asien wurden die meisten Infektionen bei Reisen nach Indien (13 Personen) gemeldet. Aus Afrika hat das BAG insgesamt nur 4 Fälle registriert: Je eine Person wurde aufgrund ihrer Reise in Gabun, Kamerun, Nigeria bzw. Madagaskar krank. Auch aus Ozeanien wurden nur total 4 Fälle registriert: 2 Personen aus Französisch Polynesien und je eine Person aus Tonga und Kiribati. Weitere Details zu den mutmasslichen Infektionsorten enthält Tabelle 1.

KOMMENTAR ZU AUSGEWÄHLTEN INFEKTIONSORTEN

Dominikanische Republik

Dass sich so viele Personen in der Dominikanischen Republik angesteckt haben, lässt sich einerseits damit erklären, dass dieses Land eine bei Schweizern und Schweizerinnen sehr beliebte Reisedestination ist. Das BAG hat jedoch keine Kenntnisse zur Anzahl Reisen. Ein weiterer Grund für die hohen Fallzahlen mit dieser Reisedestination dürfte aber auch sein, dass der Chikungunya-Ausbruch 2014 auf dieser karibischen Insel ein enormes Ausmass (mehr als 500 000 Verdachtsfälle für das Jahr 2014) erreichte und so auch eine besonders hohe Anzahl von Infektionen bei Touristen hervorrief [6].

Europa

Den vier Fällen, die sich auf einer Reise in Europa angesteckt haben, wollen wir besondere Aufmerksamkeit schenken: Eine Person hat sich mutmasslich in Italien und drei in Frankreich angesteckt. Alle Fälle wurden mittels eines erhöhten IgM-Titers diagnostiziert, ein Fall zusätzlich mittels PCR. Alle betroffenen Personen litten an Fieber und Muskel- oder Gelenkschmerzen. Bei dem mit PCR bestätigten Fall handelt es sich um eine Person, die 2008 nach Italien gereist ist. Das BAG hat keine detaillierten Kenntnisse zu den besuchten Orten. Eine Chikungunya-Ansteckung 2008 in Italien scheint plausibel, denn in Italien ist es 2007 tatsächlich zu einem Ausbruch mit gegen 200 Fällen gekommen. Es könnte

sein, dass es auch 2008 noch vereinzelt zu Übertragungen gekommen ist. Doch wurden dazumal keine weiteren Untersuchungen veranlasst.

Bei den anderen drei Personen, bei denen die Infektion aufgrund eines einmaligen erhöhten IgM-Titers diagnostiziert wurde, kennt das BAG nur bei einem Fall die Reisedestination: Béziers in Languedoc-Roussillon (Frankreich). Dieser Ort liegt nahe Montpellier, wo es 2014 zu 11 autochthonen Fällen gekommen ist. Doch hat sich die Person 2013 dort aufgehalten. Und auch bei den anderen beiden Personen, die sich 2012 und 2015 mutmasslich in Frankreich angesteckt haben, werfen Ansteckungsort und -zeit Fragen auf. Denn es sind in den beiden genannten Jahren aus Frankreich keine anderen Chikungunya-Übertragungen bekannt. Generell stützt sich das BAG bei der Beurteilung gemeldeter Chikungunya-Fälle auf die Laborresultate, die Klinik und den epidemiologischen Link ab. Die vier Fälle machen jedoch deutlich, dass es weitere labordiagnostische und epidemiologische Abklärungen braucht, wenn sich Personen mutmasslich an ungewohnten Orten mit dem Chikungunya-Fieber angesteckt haben. In Zukunft werden daher bei Fällen mit aussergewöhnlicher Reiseanamnese weitere Abklärungen veranlasst: Das BAG wird den Arzt bzw. das Labor auffordern, die Probe durch das Nationale Referenzzentrum für neu auftretende Viruserkrankungen (NAVI) in Genf bestätigen zu lassen.

trum für neu auftretende Viruserkrankungen (NAVI) in Genf bestätigen zu lassen.

Geschlecht und Alter

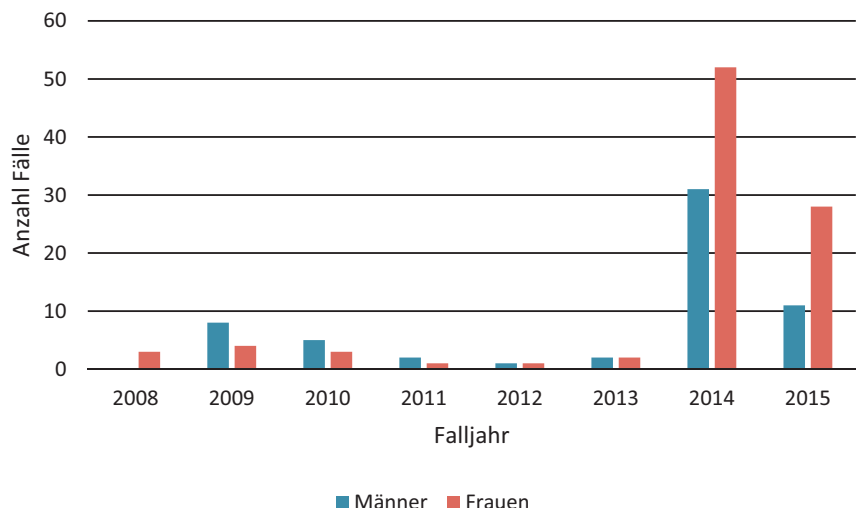
Interessant ist die Entwicklung der Geschlechterverteilung: Während sich in den Jahren 2009 bis 2011 mehr Männer mit dem Chikungunya-Fieber ansteckten, waren es in den anderen Jahren ausser 2013 mehr Frauen. 2013 waren die Anteile je 50 %. Sobald es zu der bereits beschriebenen Zunahme der Fälle aufgrund der geografischen Ausbreitung des Virus nach Amerika kam, hat der Anteil der Ansteckungen bei den Frauen Überhand genommen. Erklärungen dafür fehlen.

Sowohl bei den Frauen wie bei den Männern wurden die meisten Fälle bei den 25- bis 64-Jährigen gemeldet. Dies ist wohl die Altersgruppe, die am meisten reist. Fälle bei Kindern sind selten. Ungeklärt ist der Peak bei den 15- bis 24-jährigen Frauen im Jahre 2014.

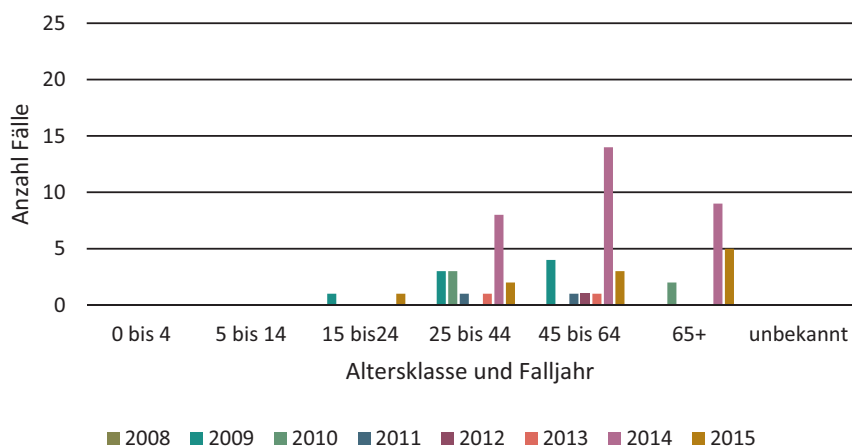
Klinische Aspekte

Von den gemeldeten Fällen (N=154) mussten 13 (8.4 %) hospitalisiert werden und 2 (1 %) hatten eine hämorrhagische Manifestation. In 67 Fällen (44 %) war das klinische Zeichen eine Arthritis, in 57 (37 %) Fieber, in 41 (27 %) Muskelschmerzen, in 38 (25 %) ein Exanthem und in 5 (3 %) Kopf-

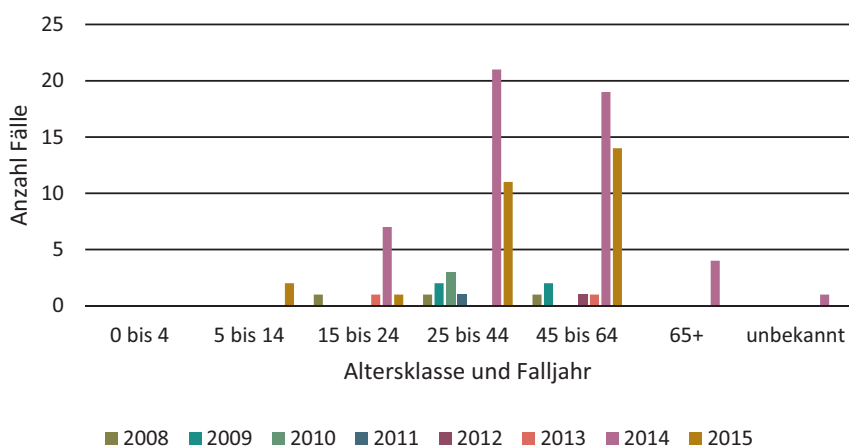
Grafik 2
Geschlechterverteilung, 2008 – 2015



Grafik 3
Anzahl Fälle bei Männern pro Falljahr und Altersgruppe, 2008 – 2015



Grafik 4
Anzahl Fälle bei Frauen pro Falljahr und Altersgruppe, 2008 – 2015



schmerzen. In 24 Fällen (16 %) wurde angegeben, dass es zu anderen Manifestationen kam. Bei allen Aufzählungen waren Mehrfachnennungen möglich.

Ausbreitung des Chikungunya-Fiebers auch auf die Schweiz?

Die Ausbreitung des Chikungunya-Fiebers hat in den letzten Jahren immer wieder für Aufmerksamkeit gesorgt. Dabei ist zwischen zwei Arten der Ausbreitung zu unterscheiden: Einerseits wird die Krankheit an neuen Orten

endemisch, wenn die Krankheit von dort ansässigen Mücken aufgenommen wird und der Übertragungszyklus aufrechterhalten werden kann. Dies geschieht vor allem in tropischen Regionen, wo die als Krankheitsüberträger in Frage kommenden Mücken bereits seit langer Zeit etabliert sind, eine hohe Dichte aufweisen und weitere Faktoren wie genügend hohe Temperaturen vorhanden sind. Ein Beispiel dafür ist die Chikungunya-Ausbreitung 2013/2014 in der Dominikanischen Republik. Wenn es an solchen Orten zu einer Einschlep-

fung des Virus kommt, kann es für mehrere Jahre zu hohen Fallzahlen kommen. Erst wenn durch das häufigere Auftreten der Krankheit in der Bevölkerung auch eine gewisse Immunisierung auftritt, kommt es seltener zu Übertragungen. Andererseits tritt die Krankheit vereinzelt auch an neuen Orten in gemässigten Breiten auf, ohne endemisch zu werden. Dies ist dort zu beobachten, wo sich *Aedes*-Mücken neu etablieren und der Übertragungszyklus nicht aufrechterhalten werden kann. In Südfrankreich zum Beispiel wurden 2010 in Fréjus (in der Nähe von Nizza) 2 und 2014 in Montpellier 11 Fälle registriert. Für grosses Aufsehen sorgte aber der Ausbruch, der sich 2007 in Italien in der Region von Ravenna ereignete. Dort wurden gegen 200 Fälle registriert. Durch die ergriffenen Bekämpfungsmassnahmen konnte eine weitere Ausbreitung in Italien und Frankreich gestoppt werden.

Nachdem 2003 erstmals eine Tigermücke (*Aedes albopictus*) in der Schweiz südlich der Alpen nachgewiesen worden war, hat sich diese Mückenart trotz Bekämpfungsmassnahmen im Tessin etabliert. Darum kann heute nicht mehr vollständig ausgeschlossen werden, dass dort ansässig gewordene Mücken bei einem infizierten Reiserückkehrer das Chikungunya-Virus aufnehmen und weitere Personen infizieren. Für das Tessin besteht daher die theoretische Möglichkeit von autochthonen Übertragungen. Das heisst, es könnte zu Übertragungen vor Ort kommen. Die Mücken-Arbeitsgruppe an der Fachhochschule SUPSI (*Scuola Universitaria Professionale della Svizzera Italiana*) überwacht und bekämpft seit Jahren die Tigermücken im Tessin. Sie hat genaue Kenntnisse über das Vorkommen des Insektes und analysiert, ob die Mücken Träger des Virus sind. Um abzuschätzen, ob und wie weit die Tigermücke auch nördlich der Alpen eingebracht wird, läuft seit 2013 zusätzlich auch im Rest der Schweiz ein Überwachungsprogramm der Tigermücke entlang der Nationalstrassen und anderen potentiellen Einschleppungspunkten wie Häfen und Flughäfen. Dieses Monitoring führt das *Swiss Tropical and Public Health Institute* (Swiss TPH) und die

Die Präventionsmassnahmen im Überblick:

1. Sich bei Reisen über die aktuelle epidemiologische Situation am gewünschten Reiseziel informieren. Dazu gibt es die Seite von safetravel: www.safe-travel.ch. Insbesondere Risikogruppen wie schwangere Frauen, Kinder aber auch ältere Personen sollten zusätzlich einen Reisemediziner aufsuchen.
2. Sich vor Mückenstichen schützen. Dazu gehören der Gebrauch von mit Insektiziden behandelten Mückennetzen, Insektizid-Sprays, Repellentien und das Tragen von bedeckender heller Kleidung, die möglicherweise mit Insektiziden besprayed wurde. Bei allen Produkten soll die Verpackungsbeilage beachtet werden, denn nicht alle eignen sich für die Anwendung bei Kleinkindern und Säuglingen. Da *Aedes*-Mücken auch tagsüber stechen, sollte man auch am Tag auf einen guten Schutz achten. *Aedes*-Mücken können das Chikungunya-, aber auch das Dengue- und das Zika-Virus übertragen.
3. Generell sollen Reiserückkehrer, die nach einem Auslandsaufenthalt Fieber entwickeln, einen Arzt aufsuchen. Es ist wichtig, dass der Arzt über mögliche Expositionen auf einer Reise informiert wird.
4. Obwohl nur eine äusserst geringe Möglichkeit besteht, dass es auch in der Schweiz zu einer Übertragung von Chikungunya- oder Dengue-Viren kommen kann, muss bei Verdacht auf autochthone Übertragungen im Tessin auch bei erkrankten Personen ohne Reiseanamnese an diese Krankheiten gedacht werden.
5. Die Behandlung des Chikungunya-Fiebers erfolgt rein symptomatisch, denn gegen die Infektion an sich gibt es kein wirksames Medikament. Beschwerden lassen sich nur mit fiebersenkenden und schmerzstillenden Präparaten lindern. Dabei kann das Einnehmen von blutverdünnenden Medikamenten wie zum Beispiel Aspirin gefährlich sein. Um einem Flüssigkeitsverlust entgegenzuwirken, empfiehlt das BAG zusätzlich, viel Wasser zu trinken.
6. Um lokale Übertragungen zu verhindern, ist es wichtig, dass sich insbesondere im Tessin Personen, die an Chikungunya- oder am Dengue-Fieber erkrankt sind, vor Mückenstichen schützen.
7. Schliesslich ist es auch wichtig, die Ausbreitung und Etablierung von Tigermücken zu verhindern. Vor allem im Tessin wird die Bevölkerung aufgerufen, darauf zu achten, dass es nirgends zu freien Wasseransammlungen kommt. Zum Beispiel in Untertellern, Altreifen, Regentonnen und ähnlichem. Denn solche dienen der Tigermücke als Brutstätten und ermöglichen das Vermehren während der Sommermonate.

Fachhochschule SUPSI im Auftrag des Bundesamts für Umwelt (BAFU) aus. Bis anhin wurden neben Eiern in Mückenfallen erst vereinzelt adulte Insekten gefunden. Da die Tigermücke nicht weit fliegen kann, reist sie als blinder Passagier in Autos oder Lastwagen mit und gelangt bei einem Stopp ins Freie. Die Funde zeigen auf, dass die Tigermücke tatsächlich nach Norden verfrachtet wird. Sie zeigen aber auch, dass eine Etablierung auf der Alpennordseite bisher noch nicht erfolgreich war.

Präventive Massnahmen

Für eine Einschätzung der epidemiologischen Lage und für das schnelle Einleiten von Massnahmen besteht in der Schweiz seit 2008 eine Meldepflicht für das Chikungunya-Fieber. Bei einem positiven Laborbefund ist das Ausfüllen einer Meldung zum klinischen Befund obligatorisch. Da sich im Tessin die Tigermücke grossflächig etablieren konnte und das rasche Ergreifen von Massnahmen dort wichtig sein kann, beträgt seit 2016 die Meldefrist

24 Stunden. Auch muss seit diesem Jahr der vollständige Name und die Wohnadresse des Patienten gemeldet werden. Der kantonsärztliche Dienst des Kantons Tessin ist in engem Kontakt mit der Mücken-Arbeitsgruppe der Fachhochschule SUPSI, die genaueste Kenntnisse zur Mückenpopulation im Tessin hat. Beide zusammen entscheiden, ob bei einem infizierten Reiserückkehrer in der näheren Wohnumgebung mit Insektizid gesprayed werden soll, um die Tigermücken zu eliminieren. Es soll verhindert werden, dass die Mücken das Virus bei der infizierten Person aufnehmen und weitergeben können.

Die wichtigste Massnahme gegen das Chikungunya-Fieber ist allerdings nach wie vor ein wirksamer Schutz vor Mückenstichen auf Reisen. Denn eine Impfung gegen diese Krankheit gibt es nicht. Worauf Reisende und die Tessiner Bevölkerung genau achten sollen, ist im folgenden Kasten zusammengefasst.

Literatur:

1. Centers for Disease Control and Prevention: Chikungunya Virus, Geographic Distribution, Chikungunya virus in the United States, 2014 data [15.02.2017]. Abrufbar unter: www.cdc.gov/chikungunya/pdfs/2014table1_final.pdf
2. Heymann DJ, et al. Control of Communicable Diseases Manual. Chapter Arthropod-borne viral arthritis and rash, Chikungunya virus disease S. 40. 19th Edition. American Public Health Association. Washington, United States of America: 2008.
3. Blum JA, Hatz CF. Dengue- und Chikungunya-Fieber in der Allgemeinpraxis, Die zwölf wichtigsten Fragen. Schweiz Med Forum. 2009; 9 (35): 610–14.
4. Schuffenecker I, Itemen I, Michault A, Microevolution of chikungunya Virus Causing the Indian Ocean Outbreak. PLoS Med. 2006 May 23; 3(7): e263.
5. Chikungunya disease: gaps and opportunities in public health and research in the Americas. Wkly Epidemiol Rec. 2015;90(42):571–6. PMID: 26477060.
6. DIGEPI: Direccion General de Epidemiologia, Republica Dominicana, Ministerio de salud publica. Directorio Epidemiologico, Documentos, Vigilancia Epidemiologica, Alertas Epidemiologica, Fiebre de Chikungunya, Nacional, Boletines, Boletin Especial No. 9 [15.2.2017]. Abrufbar unter: digeportal.gob.do/

La febbre chikungunya in aumento tra i turisti svizzeri

Nessuno si aspetta di doversi ritrovare bloccato a letto dopo le proprie ferie nella Repubblica Dominicana o in Florida. Eppure, effettivamente, da un paio di anni sussiste il rischio di tornare a casa da queste destinazioni con la febbre chikungunya [1]. Alcuni sporadici casi di questa rara malattia tropicale si sono già anche manifestati in Europa. Pertanto, l'UFSP raccomanda ai viaggiatori di informarsi sulla situazione attuale presso le mete previste prima di recarsi in viaggio. Inoltre, occorre sensibilizzare il personale medico al riguardo. Il seguente report sull'epidemia riassume pertanto i casi registrati dall'inizio della dichiarazione obbligatoria in Svizzera e informa inoltre sulle possibili misure preventive da mettere in atto.

Clinica e modalità di trasmissione

La febbre chikungunya è provocata dall'omonimo virus (*ChikV*). La trasmissione avviene tramite la puntura delle zanzare femmine, prevalentemente le zanzare tigre (*Aedes albopictus*) e le zanzare della febbre gialla (*Aedes aegypti*). Dopo un periodo di incubazione che va dai 3 ai 12 giorni si manifestano i sintomi come l'improvviso e rapido aumento della febbre e dolori articolari, che colpiscono tipicamente le articolazioni delle mani e dei piedi così come le ginocchia. Spesso vengono descritti anche altri sintomi come dolori muscolari, eruzione cutanea, cefalea o sanguinamento spontaneo del naso o delle gengive. La condizione per cui l'infezione con il virus può portare in circa il 10–50% dei pazienti anche a dolori articolari protratti ha dato il nome alla malattia: chikungunya nella lingua dei Makonde – una popolazione che vive in Tanzania – significa «dall'andatura curva» [2,3]. In rari casi l'infezione porta a una manifestazione emorragica o ha un esito letale. In gravidanza è inoltre possibile la trasmissione dalla madre al feto [3].

Situazione mondiale

La febbre chikungunya è stata descritta per la prima volta in Tanzania nel 1952. Successivamente, l'area di diffusione geografica si limitò per diverso tempo all'Africa occidentale, all'India, all'Asia sud-orientale, alle Filippine e alla Thailan-

dia, dove si verificavano periodicamente delle epidemie. Tuttavia, il virus venne registrato per la prima volta nel 2004 in varie isole dell'Oceano Indiano (Comore, Mayotte, Seychelles, La Réunion e Mauritius) dove provocò importanti epidemie tra il 2005 e il 2006 [4]. Dal 2013 la patologia è diffusa anche nel continente americano, dove venne segnalata per la prima volta nell'isola caraibica di St. Martin e da dove nei successivi anni si diffuse il virus chikungunya in oltre 33 paesi e aree dei Caraibi, dell'America meridionale, centrale e settentrionale. Finora nel

continente americano sono stati identificati circa 2 milioni di casi [5]. Anche 100 turisti svizzeri sono stati contagiati in queste aree.

Luogo di infezione

Dall'introduzione dell'obbligo di segnalazione nel 2008, all'UFSP sono stati segnalati in tutto 154 casi di febbre chikungunya. Oltre la metà di questi casi (54%) si sono verificati nel 2014. La ragione di ciò è mostrata nel grafico 1, che illustra come la situazione epidemiologica sia cambiata nel 2014: fino

Grafico 1
Casi per continente visitato per anno, 2008 – 2015

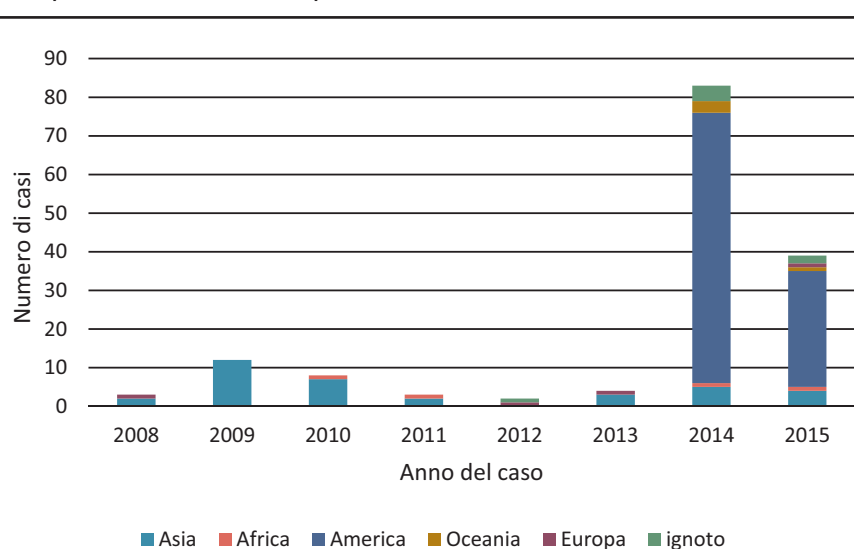


Tabella 1

Numero di casi per continente e meta di viaggio per anno (2008 – 2015) e in totale

	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	Totale
America									
Nord America									
Nord America	0	0	0	0	0	0	1	1	2
Caraibi									
Repubblica Dominicana	0	0	0	0	0	0	39	1	40
Guadalupa	0	0	0	0	0	0	6	0	6
Altro	0	0	0	0	0	0	12	2	14
America centrale									
Paesi dell'America centrale	0	0	0	0	0	0	3	15	18
Sud America									
Colombia	0	0	0	0	0	0	5	5	10
Venezuela	0	0	0	0	0	0	4	2	6
Altro	0	0	0	0	0	0	0	4	4
Asia									
India	1	1	2	2	0	1	4	2	13
Indonesia	0	1	4	0	0	1	1	0	7
Maldiva	0	6	0	0	0	0	0	0	6
Thailandia	0	3	1	0	0	0	0	1	5
Altro	1	1	0	0	0	1	0	1	4
Europa									
Francia	0	0	0	0	1	1	0	1	3
Italia	1	0	0	0	0	0	0	0	1
Africa									
Paesi dell'Africa	0	0	1	1	0	0	1	1	4
Oceania									
Paesi dell'Oceania	0	0	0	0	0	0	3	1	4
Meta di viaggio sconosciuta									
Paese meta di viaggio sconosciuto	0	0	0	0	1	0	4	2	7
Totale	3	12	8	3	2	4	83	39	154

al 2013 solo pochi viaggiatori svizzeri hanno contratto la febbre chikungunya. Con la diffusione della malattia nel Nuovo Mondo, il numero di contagi tuttavia è aumentato esponenzialmente.

Sebbene nel continente americano sia possibile contrarre la malattia solo dal 2014, nel corso dell'intero periodo di segnalazione dal 2008 al 2015 circa il 65% di tutti i casi (100 persone) si sono infettati in questa regione. Il resto dei

contagi è avvenuto per il 23% (35 persone) in Asia e rispettivamente per il 3% (4 persone) in Africa, Oceania ed Europa. Nel 5% dei casi (7 persone) la destinazione del viaggio è sconosciuta.

La tabella 1 mostra che la maggior parte delle persone che hanno contratto il virus nel continente americano erano nei Caraibi. Tuttavia, si sono verificate infezioni anche nell'America meridiona-

le, centrale e settentrionale. Nei Caraibi, la Repubblica Dominicana è stata il primo luogo di contagio, con 40 persone. In vetta nell'America centrale troviamo il Nicaragua, con 6 contagi. Nel Sud America le persone hanno contratto il virus perlopiù in Colombia (10 persone). Solo due persone si sono ammalate dopo un viaggio in Nord America, al riguardo delle quali l'UFSP non possiede informazioni sull'esatto luogo di esposi-

zione. Per l'Asia la maggior parte delle infezioni è stata segnalata nei viaggi in India (13 persone). Dall'Africa l'UFSP ha registrato in tutto solo 4 casi, rispettivamente dopo i loro viaggi in Gabon, Camerun, Nigeria e Madagascar. Dall'Oceania sono stati registrati solo 4 casi: 2 persone dalla Polinesia francese, una da Tonga e una dalle Kiribati. Ulteriori dettagli sui presunti luoghi di infezione sono riportati nella tabella 1.

COMMENTO SUI LUOGHI DI INFEZIONE SELEZIONATI

Repubblica Dominicana

Il fatto che così tante persone si siano ammalate nella Repubblica Dominicana da un lato è riconducibile al fatto che questo paese è una meta di viaggio molto popolare tra gli svizzeri. L'UFSP non ha tuttavia informazioni sul numero di viaggi. Un ulteriore motivo per l'elevato numero di casi in questa meta di viaggio potrebbe però anche essere che l'insorgenza della febbre chikungunya nel 2014 raggiunse un'enorme portata (oltre 500 000 casi sospetti per il 2014) su questa isola caraibica, provocando così un numero particolarmente elevato di infezioni tra i turisti [6].

Europa

Desideriamo approfondire in modo particolare i quattro casi di persone che sono state contagiate durante un viaggio in Europa: una persona ha contratto presumibilmente il virus in Italia e tre in Francia. Tutti i casi sono stati diagnosticati mediante l'identificazione di IgM ad alto titolo, un caso anche mediante PCR. Tutte le persone infette hanno sofferto di febbre, dolori muscolari o articolari. Nel caso confermato mediante PCR si tratta di una persona che nel 2008 si è recata in Italia. L'UFSP non dispone di informazioni dettagliate sui luoghi visitati. Un contagio da chikungunya nel 2008 in Italia è plausibile in quanto in Italia nel 2007 si è manifestata un'insorgenza di circa 200 casi. Potrebbe essere che nel 2008 si siano ancora manifestati dei contagi isolati. Tuttavia, all'epoca non sono stati svolti ulteriori accertamenti. Per quanto riguarda le altre tre persone alle quali è stata diagnosticata l'infezione sulla base di un unico riscontro di IgM ad alto titolo, l'UFSP conosce la destinazione

di viaggio solo in un caso: Béziers nella regione Languedoc-Roussillon (Francia), nelle vicinanze di Montpellier, dove nel 2014 si sono verificati 11 casi autoctoni. La persona, tuttavia, avrebbe soggiornato in questa zona nel 2013. E anche per le altre persone che avrebbero contratto il virus presumibilmente nel 2012 e nel 2015 in Francia non è chiaro quale sia il luogo e il momento dell'infezione. Infatti, in entrambi gli anni menzionati, in Francia non sono stati citati altri contagi di febbre chikungunya. In generale l'UFSP nella valutazione di casi di chikungunya segnalati si basa sui risultati di laboratorio, sulla clinica e sul legame epidemiologico. I quattro casi dimostrano tuttavia chiaramente che quando il presunto luogo d'infezione è inabituale per la malattia, sono necessari ulteriori accertamenti diagnostici ed epidemiologici. In futuro, nei casi dove sarà riscontrata un'anamnesi di viaggio insolita, saranno effettuati ulteriori accertamenti: l'UFSP inviterà il medico o il laboratorio a far confermare il campione dal Centro nazionale di riferimento per infezioni virali (NAVI) a Ginevra.

Sesso ed età

Risulta interessante l'evoluzione della distribuzione per sesso: mentre dal 2009 al 2011 più uomini hanno contratto la febbre chikungunya, negli altri anni, fatta eccezione per il 2013, sono state prevalentemente le donne a esser-

ne colpite. Nel 2013 la proporzione è stata rispettivamente del 50%. Non appena si verificò l'aumento dei casi già descritto per via della diffusione geografica del virus in America, la quota di contagi tra le donne ha preso il sopravvento. Non ci sono motivazioni plausibili al riguardo.

Sia tra le donne sia tra gli uomini la maggior parte dei casi è stata segnalata nella fascia d'età tra i 25 e i 64 anni. Si tratta in effetti della fascia d'età che viaggia di più. I casi tra i bambini sono rari. Resta inspiegato il picco tra le ragazze tra i 15 e i 24 anni d'età nel 2014.

Aspetti clinici

Tra i casi segnalati (N=154), 13 (8,4%) hanno necessitato di un ricovero ospedaliero e 2 (1%) hanno presentato una manifestazione emorragica. In 67 casi (44%) il sintomo clinico è stato un'artrite, in 57 (37%) la febbre, in 41 (27%) dolori muscolari, in 38 (25%) un esantema e in 5 (3%) la cefalea. In 24 casi (16%) sono state segnalate altre manifestazioni. In tutti i conteggi effettuati era possibile segnalare vari sintomi.

Diffusione della febbre chikungunya anche in Svizzera?

La diffusione della febbre chikungunya negli ultimi anni ha destato continuamente preoccupazione.

Grafico 2
Distribuzione per sesso, 2008 – 2015

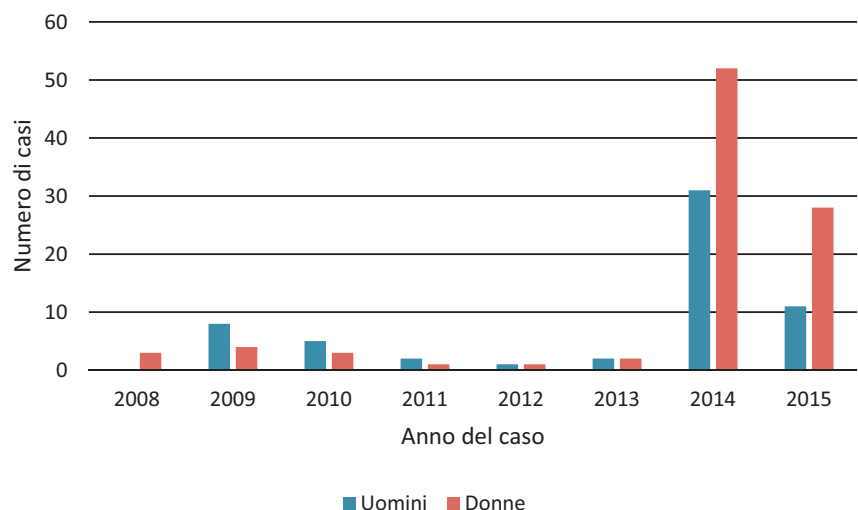


Grafico 3
Numero di casi tra gli uomini per anno di dichiarazione e fascia di età, 2008 – 2015

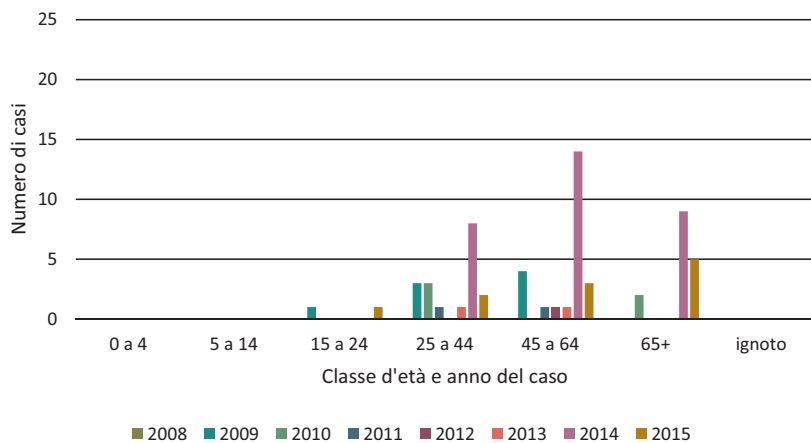
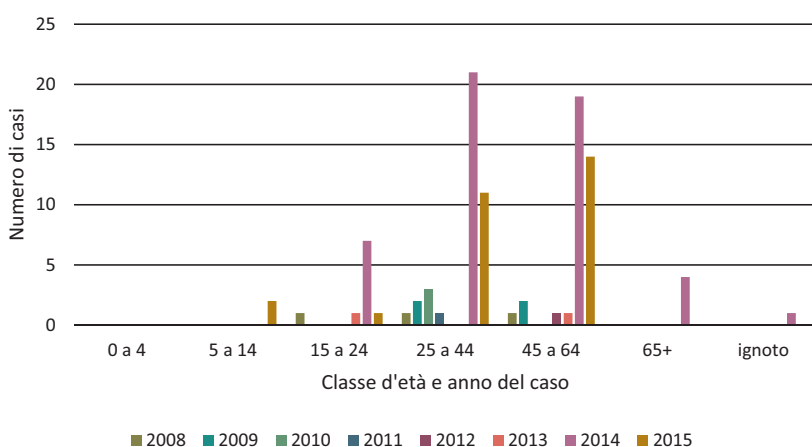


Grafico 4
Numero di casi tra le donne per anno di dichiarazione e fascia di età, 2008 – 2015



A tal riguardo, occorre distinguere tra due tipi di diffusione: da un lato la malattia diventa endemica in una nuova regione quando viene contratta da zanzare locali e si stabilisce un ciclo di trasmissione. Ciò accade soprattutto nelle regioni tropicali dove le zanzare considerate responsabili della trasmissione della malattia si sono insediate da lungo tempo, presentano un'elevata densità e sono disponibili ulteriori fattori come temperature sufficientemente elevate. Un esempio è la diffusione della febbre chikungunya nel 2013/2014

nella Repubblica Dominicana. Se in tali zone si verifica un'importazione del virus, si possono manifestare elevati numeri di casi per diversi anni. Le trasmissioni diminuiscono solo quando per via della frequente comparsa della malattia tra la popolazione si genera una certa immunità.

Dall'altro lato, la malattia si manifesta in forma isolata anche in nuove località in misura più attenuata, senza diventare endemica. Questo fenomeno si osserva dove si insediano ex novo le zanzare *Aedes* e il ciclo di trasmissione non può

instaurarsi. Nella Francia del Sud, ad esempio, nel 2010 a Fréjus (nei pressi di Nizza) sono stati registrati 2 casi e nel 2014 ne sono stati registrati 11 a Montpellier. L'insorgenza della malattia nel 2007 in Italia nella regione di Ravenna ha destato grande preoccupazione. In questa cittadina sono stati registrati 200 casi. Le misure adottate per contrastare questa malattia hanno consentito di arrestare l'ulteriore diffusione in Italia e Francia.

Dopo che nel 2003 per la prima volta venne attestata la presenza di una zanzara tigre (*Aedes albopictus*) in Svizzera a Sud delle Alpi, questa tipologia di zanzara si è diffusa in Ticino nonostante le misure per contrastarne la diffusione. Pertanto, oggi non è più possibile escludere completamente che le zanzare qui insediate contraggano il virus chikungunya da un viaggiatore che rientra malato e infettino ulteriori persone. Per il Ticino sussiste quindi la possibilità teorica di trasmissioni autotone. Ciò significa che si potrebbero manifestare delle trasmissioni in loco. Il gruppo di lavoro per le zanzare presso la SUPSI (*Scuola Universitaria Professionale della Svizzera Italiana*) monitora e contrasta da anni le zanzare tigre in Ticino [1]. Dispone di ampie conoscenze sulla presenza dell'insetto e analizza se le zanzare sono portatrici del virus. Per valutare se e in quale misura la zanzara tigre ha trovato diffusione anche nel resto della Svizzera, dal 2013 anche in questa regione viene svolto un programma di monitoraggio lungo le strade nazionali e altri potenziali punti di importazione quali porti e aeroporti. Questo monitoraggio avviene a cura dello *Swiss Tropical and Public Health Institute* (Swiss TPH) e della SUPSI per conto dell'Ufficio federale dell'ambiente (UFAM). Finora nelle trappole per zanzare oltre alle uova sono stati trovati singoli insetti adulti. Poiché la zanzara tigre non può volare lontano, viaggia come passeggero clandestino nelle macchine o nei camion e, quando i veicoli si fermano, esce all'aria aperta. Le prove mostrano che la zanzara tigre viene effettivamente trasportata a Nord, ma anche che finora non è riuscita a insediarsi nella parte a Nord delle Alpi.

Una panoramica delle misure preventive:

1. In caso di viaggi informarsi in merito alla situazione epidemiologica attuale nella meta di viaggio desiderata. Safetravel fornisce informazioni a tal riguardo: www.safetravel.ch. Specifiche categorie a rischio quali donne incinte, bambini ma anche persone anziane devono inoltre consultare un medico specializzato in medicina dei viaggi.
2. Proteggersi dalle punture di zanzara. Tra le misure rientrano l'utilizzo di zanzariere trattate con insetticidi, spray insetticidi, repellenti e indossare indumenti coprenti chiari possibilmente precedentemente spruzzati con insetticidi. Per tutti i prodotti occorre leggere il foglietto illustrativo in quanto non tutti sono adatti per neonati e bambini piccoli. Poiché le zanzare *Aedes* pungono anche di giorno, occorre prestare attenzione a una buona protezione anche di giorno. Le zanzare *Aedes* possono trasmettere il virus chikungunya, ma anche dengue e zika.
3. In generale chi sviluppa la febbre dopo essere rientrato da un viaggio all'estero dovrebbe consultare un medico. È importante che il medico venga informato in merito a possibili esposizioni avvenute nel corso di un viaggio.
4. Sebbene sussista solo una scarsissima possibilità che anche in Svizzera si manifesti una trasmissione dei virus chikungunya o dengue, qualora si sospetti trasmissioni autoctone in Ticino occorre pensare a queste malattie anche in caso di persone malate senza anamnesi di viaggio.
5. Il trattamento della febbre chikungunya avviene a livello puramente sintomatico in quanto non esiste alcun medicamento efficace contro l'infezione di per sé. I disturbi possono essere alleviati solo con preparati antipiretici e analgesici. A tal riguardo può risultare pericolosa l'assunzione di medicinali emodiluenti come ad esempio l'aspirina. Per contrastare una perdita di liquidi l'UFSP raccomanda inoltre di bere molta acqua.
6. Per evitare trasmissioni locali è importante che in particolare le persone in Ticino malate di chikungunya o dengue si proteggano dalle punture di zanzara.
7. Infine è anche importante evitare la diffusione e l'insediamento di zanzare tigre. Soprattutto in Ticino la popolazione viene invitata a prestare attenzione affinché non si verifichino da nessuna parte accumuli di acqua stagnante, ad esempio nei sottovasi, in vecchi pneumatici, contenitori per l'acqua piovana e simili. Difatti, questi luoghi fungono da punti di incubazione e consentono la riproduzione durante i mesi estivi.

Misure preventive

Per valutare la situazione epidemiologica e avviare rapidamente le misure necessarie, in Svizzera dal 2008 sussiste l'obbligo di segnalazione per la febbre chikungunya. In caso di riscontro positivo dal laboratorio è obbligatorio compilare una segnalazione sul referto clinico. Poiché in Ticino la zanzara tigre è riuscita ad affermarsi ampiamente e in questa zona può essere importante la rapida adozione di provvedimenti, dal 2016 il termine di segnalazione è di 24 ore. Da quest'anno deve essere indicato anche il nome completo e l'indirizzo di domicilio del paziente. L'ufficio

del medico cantonale del Canton Ticino è a stretto contatto con il gruppo di lavoro delle zanzare della Scuola Universitaria SUPSI, che dispone di conoscenze molto precise sulla popolazione di zanzare in Ticino. I due enti decidono di concerto se effettuare delle disinfestazioni con lo spray nei pressi del domicilio di un viaggiatore che rientra a casa infetto per eliminare le zanzare tigre. Occorre evitare che le zanzare possano contrarre il virus della persona infetta e trasmetterlo a loro volta.

La misura più efficace per contrastare la febbre chikungunya consiste tuttavia

sempre in una protezione efficace dalle punture di zanzare in viaggio. Infatti, non esiste una vaccinazione contro questa malattia. Nel seguente riquadro è riassunto a cosa devono prestare particolare attenzione i viaggiatori e la popolazione ticinese.

Bibliografia:

1. Centers for Disease Control and Prevention: Chikungunya Virus, Geographic Distribution, Chikungunya virus in the United States, 2014 data [15.02.2017]. Abrufbar unter: www.cdc.gov/chikungunya/pdfs/2014table1_final.pdf
2. Heymann DJ, et al. Control of Communicable Diseases Manual. Chapter Arthropod-borne viral arthritis and rash, Chikungunya virus disease S. 40. 19th Edition. American Public Health Association. Washington, United States of America: 2008.
3. Blum JA, Hatz CF. Dengue- und Chikungunya-Fieber in der Allgemeinpraxis, Die zwölf wichtigsten Fragen. Schweiz Med Forum. 2009; 9 (35): 610–14.
4. Schuffenecker I, Itemen I, Michault A, Microevolution of chikungunya Virus Causing the Indian Ocean Outbreak. PLoS Med. 2006 May 23; 3(7): e263.
5. Chikungunya disease: gaps and opportunities in public health and research in the Americas. Wkly Epidemiol Rec. 2015;90(42):571–6. PMID: 26477060.
6. DIGEPI: Direccion General de Epidemiologia, Republica Dominicana, Ministerio de salud publica. Directorio Epidemiologico, Documentos, Vigilancia Epidemiologica, Alertas Epidemiologica, Fiebre de Chikungunya, Nacional, Boletines, Boletin Especial No. 9 [15.2.2017]. Abrufbar unter: digeprisalud.gob.do/

Spezialitätenliste:

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

[] Der dem verfügbaren Publikumspreis zugrunde liegende Fabrikabgabepreis

Gültig ab 1. März 2017

Therap. Gruppe	Dossier Nr.	PRÄPARATE/ (Wirkstoffe) Packungen	Verantwortliche Firma	SHI-Nr.	Aufnahmejahr
I. Neuzugang Präparate					
01.99 (L)		ZINBRYTA (Daclizumabum beta)	Biogen Switzerland AG		
	20591	Inj Lös 150 mg/ml Fertigspritze 1 Stk CHF 1'868.40 [1'647.51]		66005001	01.03.2017, B
Zur Behandlung von erwachsenen Patienten mit schubförmiger Multipler Sklerose (MS). Erstverschreibung durch den Facharzt FMH für Neurologie.					
(L)		ZINBRYTA (Daclizumabum beta)	Biogen Switzerland AG		
	20591	Inj Lös 150 mg/ml Fertigen 1 Stk CHF 1'868.40 [1'647.51]		66069001	01.03.2017, B
Zur Behandlung von erwachsenen Patienten mit schubförmiger Multipler Sklerose (MS). Erstverschreibung durch den Facharzt FMH für Neurologie.					
02.07.10 G		OLMESARTAN MEPHA (Olmesartani medoxomilum)	Mepha Pharma AG		
	20618	Lactab 10 mg 28 Stk CHF 28.05 [13.74]		65987001	01.03.2017, B
	20618	Lactab 10 mg 98 Stk CHF 63.35 [40.88]		65987002	01.03.2017, B
G		OLMESARTAN MEPHA (Olmesartani medoxomilum)	Mepha Pharma AG		
	20618	Lactab 20 mg 28 Stk CHF 35.35 [16.50]		65987003	01.03.2017, B
	20618	Lactab 20 mg 98 Stk CHF 72.75 [49.07]		65987004	01.03.2017, B
G		OLMESARTAN MEPHA (Olmesartani medoxomilum)	Mepha Pharma AG		
	20618	Lactab 40 mg 28 Stk CHF 40.55 [21.05]		65987005	01.03.2017, B
	20618	Lactab 40 mg 98 Stk CHF 88.25 [62.60]		65987006	01.03.2017, B
G		OLMESARTAN SANDOZ (Olmesartani medoxomilum)	Sandoz Pharmaceuticals AG		
	20621	Filmtabl 10 mg 28 Stk CHF 33.95 [15.27]		65933001	01.03.2017, B
	20621	Filmtabl 10 mg 98 Stk CHF 68.55 [45.42]		65933002	01.03.2017, B
G		OLMESARTAN SANDOZ (Olmesartani medoxomilum)	Sandoz Pharmaceuticals AG		
	20621	Filmtabl 20 mg 28 Stk CHF 37.45 [18.33]		65933003	01.03.2017, B
	20621	Filmtabl 20 mg 98 Stk CHF 79.00 [54.52]		65933004	01.03.2017, B
G		OLMESARTAN SANDOZ (Olmesartani medoxomilum)	Sandoz Pharmaceuticals AG		
	20621	Filmtabl 40 mg 28 Stk CHF 43.25 [23.38]		65933005	01.03.2017, B
	20621	Filmtabl 40 mg 98 Stk CHF 96.25 [69.56]		65933006	01.03.2017, B
G		OLMESARTAN SPIRIG HC (Olmesartani medoxomilum)	Spirig HealthCare AG		
	20608	Filmtabl 10 mg 30 Stk CHF 33.95 [15.27]		66013001	01.03.2017, B
	20608	Filmtabl 10 mg 100 Stk CHF 68.55 [45.42]		66013002	01.03.2017, B
G		OLMESARTAN SPIRIG HC (Olmesartani medoxomilum)	Spirig HealthCare AG		
	20608	Filmtabl 20 mg 30 Stk CHF 37.45 [18.33]		66013003	01.03.2017, B
	20608	Filmtabl 20 mg 100 Stk CHF 79.00 [54.52]		66013004	01.03.2017, B
G		OLMESARTAN SPIRIG HC (Olmesartani medoxomilum)	Spirig HealthCare AG		
	20608	Filmtabl 40 mg 30 Stk CHF 43.25 [23.38]		66013005	01.03.2017, B
	20608	Filmtabl 40 mg 100 Stk CHF 96.25 [69.56]		66013006	01.03.2017, B

Therap. Gruppe	Dossier Nr.	PRÄPARATE/ (Wirkstoffe) Packungen	Verantwortliche Firma	SHI-Nr.	Aufnahmejahr
02.07.20		COSYREL (Bisoprololi fumaras (2:1), Perindoprilum argininum)	Servier (Suisse) SA		
	20570	Filmtabl 5 mg/5 mg 30 Stk CHF 26.30 [12.21]		65904001	01.03.2017, B
	20570	Filmtabl 5 mg/5 mg 90 Stk CHF 52.15 [31.14]		65904002	01.03.2017, B
		COSYREL (Bisoprololi fumaras (2:1), Perindoprilum argininum)	Servier (Suisse) SA		
	20570	Filmtabl 5 mg/10 mg 30 Stk CHF 29.20 [14.74]		65904003	01.03.2017, B
	20570	Filmtabl 5 mg/10 mg 90 Stk CHF 59.55 [37.59]		65904004	01.03.2017, B
	COSYREL (Bisoprololi fumaras (2:1), Perindoprilum argininum)	Servier (Suisse) SA			
20570	Filmtabl 10 mg/5 mg 30 Stk CHF 28.90 [14.46]		65904005	01.03.2017, B	
20570	Filmtabl 10 mg/5 mg 90 Stk CHF 58.75 [36.87]		65904006	01.03.2017, B	
	COSYREL (Bisoprololi fumaras (2:1), Perindoprilum argininum)	Servier (Suisse) SA			
20570	Filmtabl 10 mg/10 mg 30 Stk CHF 35.90 [16.99]		65904007	01.03.2017, B	
20570	Filmtabl 10 mg/10 mg 90 Stk CHF 66.15 [43.32]		65904008	01.03.2017, B	
G (L)		OLMESARTAN-AMLODIPIN MEPHA (Olmesartani medoxomilum, Amlodipinum)	Mepha Pharma AG		
	20620	Lactab 20 mg/5 mg 28 Stk CHF 36.15 [17.22]		66103001	01.03.2017, B
	20620	Lactab 20 mg/5 mg 98 Stk CHF 72.85 [49.18]		66103002	01.03.2017, B
Die gleichzeitige Therapie mit OLMESARTAN-AMLODIPIN MEPHA und einem Calciumantagonisten des I.T. 02.06. und/oder einem Angiotensin-II-Antagonisten und/oder einem ACE-Hemmer wird von der Grundversicherung nicht vergütet.					
G (L)		OLMESARTAN-AMLODIPIN MEPHA (Olmesartani medoxomilum, Amlodipinum)	Mepha Pharma AG		
	20620	Lactab 40 mg/5 mg 28 Stk CHF 40.85 [21.29]		66103003	01.03.2017, B
	20620	Lactab 40 mg/5 mg 98 Stk CHF 86.75 [61.29]		66103004	01.03.2017, B
Die gleichzeitige Therapie mit OLMESARTAN-AMLODIPIN MEPHA und einem Calciumantagonisten des I.T. 02.06. und/oder einem Angiotensin-II-Antagonisten und/oder einem ACE-Hemmer wird von der Grundversicherung nicht vergütet.					
G (L)		OLMESARTAN-AMLODIPIN MEPHA (Olmesartani medoxomilum, Amlodipinum)	Mepha Pharma AG		
	20620	Lactab 40 mg/10 mg 28 Stk CHF 41.90 [22.20]		66103005	01.03.2017, B
	20620	Lactab 40 mg/10 mg 98 Stk CHF 93.60 [67.24]		66103006	01.03.2017, B
Die gleichzeitige Therapie mit OLMESARTAN-AMLODIPIN MEPHA und einem Calciumantagonisten des I.T. 02.06. und/oder einem Angiotensin-II-Antagonisten und/oder einem ACE-Hemmer wird von der Grundversicherung nicht vergütet.					
G		OLMESARTAN-HCT MEPHA (Olmesartani medoxomilum, Hydrochlorothiazidum)	Mepha Pharma AG		
	20619	Lactab 20 mg/12.5 mg 28 Stk CHF 35.35 [16.51]		65896001	01.03.2017, B
	20619	Lactab 20 mg/12.5 mg 98 Stk CHF 72.80 [49.11]		65896002	01.03.2017, B
G		OLMESARTAN-HCT MEPHA (Olmesartani medoxomilum, Hydrochlorothiazidum)	Mepha Pharma AG		
	20619	Lactab 20 mg/25 mg 28 Stk CHF 35.35 [16.51]		65896003	01.03.2017, B
	20619	Lactab 20 mg/25 mg 98 Stk CHF 72.80 [49.11]		65896004	01.03.2017, B
G		OLMESARTAN-HCT MEPHA (Olmesartani medoxomilum, Hydrochlorothiazidum)	Mepha Pharma AG		
	20619	Lactab 40 mg/12.5 mg 28 Stk CHF 38.10 [18.91]		65896005	01.03.2017, B
	20619	Lactab 40 mg/12.5 mg 98 Stk CHF 88.35 [62.66]		65896006	01.03.2017, B
G		OLMESARTAN-HCT MEPHA (Olmesartani medoxomilum, Hydrochlorothiazidum)	Mepha Pharma AG		
	20619	Lactab 40 mg/25 mg 28 Stk CHF 40.60 [21.07]		65896007	01.03.2017, B
	20619	Lactab 40 mg/25 mg 98 Stk CHF 88.35 [62.66]		65896008	01.03.2017, B
07.16.10 (L)		IBRANCE (Palbociclibum)	Pfizer AG		
	20588	Kaps 75 mg 21 Stk CHF 4'145.50 [3'804.37]		66138001	01.03.2017, A
Zur Behandlung des Hormonrezeptor (HR)-positiven, humaner epidermaler Wachstumsfaktor-Rezeptor 2 (HER2)-negativen fortgeschrittenen oder metastasierenden Mammakarzinoms in Kombination mit Fulvestrant bei endokrin vorbehandelten prä-/peri- (kombiniert mit LHRH Analoga) oder postmenopausalen Frauen.					

Therap. Gruppe	Dossier Nr.	PRÄPARATE/ (Wirkstoffe) Packungen	Verantwortliche Firma	SHI-Nr.	Aufnahmejahr
(L)		IBRANCE (Palbociclibum)	Pfizer AG		
	20588	Kaps 100 mg 21 Stk CHF 4'145.50 (3'804.37)		66138002	01.03.2017, A
Zur Behandlung des Hormonrezeptor (HR)-positiven, humaner epidermaler Wachstumsfaktor-Rezeptor 2 (HER2)-negativen fortgeschrittenen oder metastasierenden Mammakarzinoms in Kombination mit Fulvestrant bei endokrin vorbehandelten prä-/peri- (kombiniert mit LHRH Analoga) oder postmenopausalen Frauen.					
(L)		IBRANCE (Palbociclibum)	Pfizer AG		
	20588	Kaps 125 mg 21 Stk CHF 4'145.50 (3'804.37)		66138003	01.03.2017, A
Zur Behandlung des Hormonrezeptor (HR)-positiven, humaner epidermaler Wachstumsfaktor-Rezeptor 2 (HER2)-negativen fortgeschrittenen oder metastasierenden Mammakarzinoms in Kombination mit Fulvestrant bei endokrin vorbehandelten prä-/peri- (kombiniert mit LHRH Analoga) oder postmenopausalen Frauen.					
07.99 (L)		GALAFOLD (Migalastatum)	SFL Pharma GmbH		
	20573	Kaps 123 mg 14 Stk CHF 20'580.45 (19'838.48)		66108001	01.03.2017, B
GALAFOLD ist für die Dauerbehandlung von Erwachsenen und Jugendlichen ab einem Alter von 16 Jahren und älter mit gesicherter Morbus Fabry-Diagnose (a-Galaktosidase A-Mangel) indiziert, die eine auf die Behandlung ansprechende Mutation aufweisen. Nach Kostengutsprache durch den Krankenversicherer nach vorgängiger Konsultation des Vertrauensarztes. Die Kosten für den Test, ob eine bis dato nicht charakterisierte Mutation auf Migalastat anspricht, werden von SFL Pharma GmbH, (info@sfl-pharma.ch) übernommen. GALAFOLD darf ausschliesslich durch qualifizierte Therapiezentren (Universitätsspital Zürich, Kinderspital Zürich, Centre hospitalier universitaire vaudois [CHUV], Universitätsspital Bern [Inselspital]) mit Erfahrung in der Behandlung von Morbus Fabry zu Lasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) angewendet werden. Ausnahmeregelung: Fachärzte mit Erfahrung in der Behandlung von Morbus Fabry sind berechtigt, mit den oben genannten qualifizierten Therapiezentren zu kooperieren, um eine patientennahe Versorgung zu gewährleisten. Die Kooperation geschieht auf einvernehmlicher Basis zwischen beiden Partnern. GALAFOLD darf nicht zusammen mit Enzymersatztherapien wie Agalsidase alfa (REPLAGAL) oder Agalsidase beta (FABRAZYME) verabreicht werden. Der behandelnde Arzt ist verpflichtet, die erforderlichen Daten laufend im vorgegebenen Internettool des Registers, abrufbar auf (http://sfl-pharma.ch/Galafold-Patientenregister/), zu erfassen. Eine schriftliche Einwilligung des Patienten muss vorliegen.					
10.99		SOOLANTRA (Ivermectinum)	Galderma Schweiz AG		
	20586	Creme 10 mg/g 30 g CHF 38.30 (19.06)		65561002	01.03.2017, B
11.09 G		DUOKOPT (Dorzolamidum, Timololum)	Théa PHARMA SA		
	20578	Gtt Opht Fl 5 ml CHF 27.35 (13.09)		66001001	01.03.2017, B
	20578	Gtt Opht 3 Fl 5 ml CHF 60.40 (38.33)		66001002	01.03.2017, B
II. Andere Packungen und Dosierungen					
01.10.20 (L)		ELVANSE (Lisdexamphetamini dimesylas)	Opopharma Vertriebs AG		
	20194	Kaps 20 mg 30 Stk CHF 119.60 (89.91)		63023004	01.03.2017, A
Kinder und Jugendliche: Nur zur second-line Behandlung des ADHS, d.h. bei Unverträglichkeit, Kontraindikation oder nicht Ansprechen von Methylphenidat im Rahmen einer therapeutischen Gesamtstrategie. Wenn Patienten über 1 Jahr hinaus behandelt werden, so hat eine erneute Überprüfung der Behandlungsnotwendigkeit durch einen Facharzt der Psychiatrie und Psychotherapie oder Pädiatrie mit Spezialisierung auf Behandlung des ADHS zu erfolgen.					
Erwachsene: Nur zur second-line Behandlung des ADHS, d.h. bei Unverträglichkeit, Kontraindikation oder nicht Ansprechen von Methylphenidat im Rahmen einer therapeutischen Gesamtstrategie. Die Diagnosestellung und initiale Verordnung hat durch einen Facharzt der Psychiatrie und Psychotherapie oder Pädiatrie mit Spezialisierung auf Behandlung des ADHS zu erfolgen. Die Diagnose hat anhand der Kriterien resp. Richtlinien der Fachinformation zu erfolgen. Bei Erwachsenen müssen entsprechende Symptome bereits in der Kindheit bestanden haben. Wenn Patienten über 1 Jahr hinaus behandelt werden, so hat eine erneute Überprüfung der Behandlungsnotwendigkeit durch einen Facharzt der Psychiatrie und Psychotherapie oder Pädiatrie mit Spezialisierung auf Behandlung des ADHS zu erfolgen.					
01.99 (L)		COPAXONE (Glatiramerum acetat)	Teva Pharma AG		
	18034	Inj Lös 40 mg/ml 12 Fertspr 1 ml CHF 1'194.20 (1'032.77)		56363003	01.03.2017, B
Maximal 3 mal 40 mg pro Woche.					
02.07.20 G		CO-CANDESARTAN SPIRIG HC (Candesartanum cilixetilum, Hydrochlorothiazidum)	Spirig HealthCare AG		
	19970	Tabl 32/12.5 mg neu 28 Stk CHF 20.35 (10.57)		65930005	01.03.2017, B
	19970	Tabl 32/12.5 mg neu 98 Stk CHF 56.35 (34.79)		65930006	01.03.2017, B
G		CO-CANDESARTAN SPIRIG HC (Candesartanum cilixetilum, Hydrochlorothiazidum)	Spirig HealthCare AG		
	19970	Tabl 32/25 mg neu 28 Stk CHF 20.35 (10.57)		65930007	01.03.2017, B
	19970	Tabl 32/25 mg neu 98 Stk CHF 56.35 (34.79)		65930008	01.03.2017, B
02.08.10		DAFLON 500 (Diosminum, Hesperidinum)	Servier (Suisse) SA		
	13036	Tabl 500 mg 120 Stk CHF 69.45 (37.65)		40380002	01.03.2017, C

Therap. Gruppe	Dossier Nr.	PRÄPARATE/ (Wirkstoffe) Packungen	Verantwortliche Firma	SHI-Nr.	Aufnahmejahr
III. Neu gestrichene Präparate/Packungen					
01.01.30		TRADONAL ONE (Tramadoli hydrochloridum)	MEDA Pharma GmbH		
	18239	Ret Tabl 150 mg 20 Stk CHF 19.60 [9.93]		55175026	01.03.2017, A
	18239	Ret Tabl 150 mg 50 Stk CHF 41.05 [21.48]		55175028	01.03.2017, A
		TRADONAL ONE (Tramadoli hydrochloridum)	MEDA Pharma GmbH		
	18239	Ret Tabl 200 mg 20 Stk CHF 26.10 [12.03]		55175032	01.03.2017, A
	18239	Ret Tabl 200 mg 50 Stk CHF 47.85 [27.38]		55175034	01.03.2017, A
		TRADONAL ONE (Tramadoli hydrochloridum)	MEDA Pharma GmbH		
	18239	Ret Tabl 300 mg 50 Stk CHF 56.85 [35.22]		55175040	01.03.2017, A
		TRADONAL ONE (Tramadoli hydrochloridum)	MEDA Pharma GmbH		
	18239	Ret Tabl 400 mg 50 Stk CHF 67.95 [44.91]		55175044	01.03.2017, A
01.99 (L)		DONEPEZIL SANDOZ SOLUFILM (Donepezili hydrochloridum)	Sandoz Pharmaceuticals AG		
	19906	Schmelztabl 5 mg 14 Stk CHF 46.80 [26.46]		62357001	01.03.2017, B
	19906	Schmelztabl 5 mg 98 Stk CHF 229.05 [185.22]		62357006	01.03.2017, B
(L)		DONEPEZIL SANDOZ SOLUFILM (Donepezili hydrochloridum)	Sandoz Pharmaceuticals AG		
	19906	Schmelztabl 10 mg 14 Stk CHF 46.80 [26.46]		62357003	01.03.2017, B
	19906	Schmelztabl 10 mg 98 Stk CHF 229.05 [185.22]		62357008	01.03.2017, B
04.08.13		COLOSAN MITE MOCCA (Sterculiae gummi)	Vifor SA		
	13716	Gran 200 g CHF 12.35 [6.71]		43319108	01.03.2017, D
	13716	Gran 500 g CHF 28.30 [15.34]		43319116	01.03.2017, D
04.99 6		PANTOPRAZOL ACTAVIS MEDIS (Pantoprazolum)	Actavis Switzerland AG		
	19268	Filmtabl 20 mg Ds 15 Stk CHF 6.85 [2.41]		59834006	01.03.2017, B
	19268	Filmtabl 20 mg Ds 30 Stk CHF 9.20 [4.46]		59834007	01.03.2017, B
	19268	Filmtabl 20 mg Ds 60 Stk CHF 17.95 [8.49]		59834008	01.03.2017, B
	19268	Filmtabl 20 mg Ds 120 Stk CHF 34.80 [16.04]		59834009	01.03.2017, B
	19268	Filmtabl 20 mg Blist 15 Stk CHF 6.85 [2.41]		59834001	01.03.2017, B
	19268	Filmtabl 20 mg Blist 30 Stk CHF 9.20 [4.46]		59834002	01.03.2017, B
	19268	Filmtabl 20 mg Blist 60 Stk CHF 17.95 [8.49]		59834003	01.03.2017, B
	19268	Filmtabl 20 mg Blist 120 Stk CHF 34.80 [16.04]		59834004	01.03.2017, B
6		PANTOPRAZOL ACTAVIS MEDIS (Pantoprazolum)	Actavis Switzerland AG		
	19268	Filmtabl 40 mg Ds 15 Stk CHF 8.60 [3.92]		59834015	01.03.2017, B
	19268	Filmtabl 40 mg Ds 30 Stk CHF 16.80 [7.49]		59834016	01.03.2017, B
	19268	Filmtabl 40 mg Ds 60 Stk CHF 28.20 [13.86]		59834017	01.03.2017, B
	19268	Filmtabl 40 mg Ds 100 Stk CHF 40.05 [20.61]		59834020	01.03.2017, B
	19268	Filmtabl 40 mg Ds 120 Stk CHF 44.75 [24.73]		59834018	01.03.2017, B
	19268	Filmtabl 40 mg Blist 7 Stk CHF 6.50 [2.08]		59834010	01.03.2017, B
	19268	Filmtabl 40 mg Blist 15 Stk CHF 8.60 [3.92]		59834011	01.03.2017, B
	19268	Filmtabl 40 mg Blist 30 Stk CHF 16.80 [7.49]		59834012	01.03.2017, B
	19268	Filmtabl 40 mg Blist 60 Stk CHF 28.20 [13.86]		59834013	01.03.2017, B
	19268	Filmtabl 40 mg Blist 100 Stk CHF 40.05 [20.61]		59834019	01.03.2017, B
07.10.30		TAUREDON (Natrii aurothiomalas)	Takeda Pharma AG		
	12106	Inj Lös 10 mg/0.5 ml Amp 0.500 ml CHF 15.25 [6.16]		38036017	01.03.2017, B
		TAUREDON (Natrii aurothiomalas)	Takeda Pharma AG		
	12106	Inj Lös 20 mg/0.5 ml Amp 0.500 ml CHF 17.30 [7.94]		38036033	01.03.2017, B
08.01.22		STABICILLINE (Phenoxymethylpenicillinum kalicum)	Vifor SA		
	7765	Filmtabl 1 Mio E 10 Stk CHF 14.00 [5.06]		22384074	01.03.2017, B
	7765	Filmtabl 1 Mio E 20 Stk CHF 18.70 [9.16]		22384082	01.03.2017, B

Therap. Gruppe	Dossier Nr.	PRÄPARATE/ (Wirkstoffe) Packungen	Verantwortliche Firma	SHI-Nr.	Aufnahmejahr
11.99		OCULOTECT (Retinoli palmitas)	Alcon Switzerland SA		
	17018	Augengel 10 g CHF 6.45 [3.50]		54080018	01.03.2017, C
	17018	Augengel 3 x 10 g CHF 17.05 [9.23]		54080026	01.03.2017, C

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

IV. Preissenkungen

ESMYA Tabl 5 mg 28 Stk	Gedeon Richter (Schweiz) AG	070900			
			20113	184.50	146.42
HUMIRA Inj Lös 40 mg/0.8 ml Fertspr 1 Stk	AbbVie AG	071500			
			17903	733.80	624.91
HUMIRA Inj Lös 40 mg/0.8 ml vorgefüllt Injektor/Pen 1 Stk	AbbVie AG	071500			
			18538	733.80	624.91
HUMIRA Inj Lös 40 mg/0.8 ml Durchstechflasche 2 Stk	AbbVie AG	071500			
			18538	1'449.15	1'265.22
LETROZOL LABATEC Filmtabl 2.500 mg 30 Stk	Labatec Pharma SA	071620			
			20320	80.05	55.45
Filmtabl 2.500 mg 100 Stk			20320	227.60	183.97
SYNTOCINON Inj Lös 5 E/ml i.m./i.v. 5 Amp 1 ml	Novartis Pharma Schweiz AG	070320			
			7630	8.25	3.61

V. Preiserhöhungen

KONAKION MM PAEDIATRIC Inj Lös 2 mg/0.2 ml 5 Amp 0.200 ml	Roche Pharma (Schweiz) AG	060400			
			16000	9.10	4.37
NOVALGIN Filmtabl 500 mg 50 Stk	Sanofi-Aventis (Suisse) SA	010110			
			11985	8.30	3.65
VALIUM Inj Lös 10 mg/2 ml i.m./i.v. 5 Amp 2 ml	Roche Pharma (Schweiz) AG	010410			
			10164	7.15	2.67

VI. Limitations-/Indikationsänderungen

ESMYA Tabl 5 mg 28 Stk	Gedeon Richter (Schweiz) AG	070900			
			20113	184.50	146.42
Limitation alt: Eine einmalige Therapie während maximal drei Monaten.					
Limitation neu: Bei erwachsenen Frauen im gebärfähigen Alter					
- für die vorübergehende Behandlung der Symptome eines Uterus myomatosus zur Überbrückung der Zeitdauer bis zu einer definitiven Myom-Therapie (d.h. einem entsprechenden chirurgischen Eingriff), limitiert auf eine einmalige Therapie während maximal drei Monaten.					
- für die intermittierende Behandlung mässiger bis schwerer Symptome eines Uterus myomatosus, limitiert auf 4 Behandlungszyklen. Für die intermittierende Langzeitbehandlung von mehr als 4 Behandlungszyklen bei Patientinnen, für die eine kurative Behandlung nicht vorgesehen oder erwünscht ist, bedarf es einer vorgängigen Kostengutsprache durch den Vertrauensarzt des Krankenversicherers.					
HUMIRA Inj Lös 40 mg/0.8 ml Fertspr 1 Stk	AbbVie AG	071500			
			17903	733.80	624.91
Inj Lös 40 mg/0.8 ml vorgefüllt Injektor/Pen 1 Stk			18538	733.80	624.91
Inj Lös 40 mg/0.8 ml Durchstechflasche			18538	1449.15	1265.22
Limitation alt: Aktive rheumatoide Arthritis, aktive polyartikuläre juvenile idiopathische Arthritis, Psoriasis-Arthritis: Behandlung mit HUMIRA, 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 HUMIRA, 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 und pädiatrischer Patienten mit HUMIRA, 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 HUMIRA, 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.

Limitation neu:

Aktive rheumatoide Arthritis, aktive polyartikuläre juvenile idiopathische Arthritis, Psoriasis-Arthritis: Behandlung mit HUMIRA, 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 HUMIRA, 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 und pädiatrischer Patienten mit HUMIRA, 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 HUMIRA, 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.

REMSIMA

iQone Healthcare Switzerland Sarl 071500

Trockensub 100 mg Durchstf 1 Stk

20402

627.25

532.11

Limitation alt:

Behandlung der aktiven rheumatoiden Arthritis, wenn die vorausgegangene antirheumatische Standardtherapie mit krankheitsmodifizierenden Antirheumatika (DMARDs) unzulänglich war.

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

Behandlung von Patienten mit schwerem, aktivem Morbus Crohn, wenn die vorausgegangene konventionelle Therapie (z.B. mit Azathioprin, 6-Mercaptopurin, Steroiden) unzulänglich war. Die Behandlung bedarf der Kostengutsprache durch den Krankenversicherer nach vorgängiger Konsultation des Vertrauensarztes.

Behandlung des Morbus Bechterew, wenn die vorausgegangene konventionelle Therapie unzulänglich war. Die Behandlung bedarf der Kostengutsprache durch den Krankenversicherer nach vorgängiger Konsultation des Vertrauensarztes.

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

Behandlung erwachsener Patienten mit schwerer Plaque-Psoriasis, bei denen 1.) UVB und PUVA oder 2.) eine der folgenden drei systemischen Therapien (Ciclosporin, Methotrexat, Acitretin) und 3.) eine TNF-alpha blockierende Substanz (z.B. Etanercept) keinen therapeutischen Erfolg gezeigt haben. Falls nach 14 Wochen kein therapeutischer Erfolg eingetreten ist, ist die Behandlung abzubrechen. Die maximale Behandlungsdauer beträgt 1 Jahr.

Die Verschreibung kann nur durch Fachärzte der Dermatologie oder dermatologische Universitätskliniken/Polikliniken erfolgen. Die Behandlung bedarf der Kostengutsprache durch den Krankenversicherer nach vorgängiger Konsultation des Vertrauensarztes.

Behandlung erwachsener Patienten mit aktiver Psoriasis-Arthritis 1.) nur in Kombination mit Methotrexat, bei Versagen von mindestens zwei krankheitsmodifizierenden DMARD inklusive Methotrexat und 2.) nach Versagen der Kombinationen Methotrexat/Etanercept oder Methotrexat/Adalimumab.

Die Verschreibung kann nur durch Fachärzte der Rheumatologie/Dermatologie oder rheumatologische/dermatologische Universitätskliniken/Polikliniken erfolgen.

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

Limitation neu:

Behandlung der aktiven rheumatoiden Arthritis, wenn die vorausgegangene antirheumatische Standardtherapie mit krankheitsmodifizierenden Antirheumatika (DMARDs) unzulänglich war.

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

Behandlung von Patienten mit aktivem Morbus Crohn, wenn die vorausgegangene konventionelle Therapie (z.B. mit Azathioprin, 6-Mercaptopurin, Steroiden) unzulänglich war. Die Behandlung bedarf der Kostengutsprache durch den Krankenversicherer nach vorgängiger Konsultation des Vertrauensarztes.

Behandlung des Morbus Bechterew, wenn die vorausgegangene konventionelle Therapie unzulänglich war. Die Behandlung bedarf der Kostengutsprache durch den Krankenversicherer nach vorgängiger Konsultation des Vertrauensarztes.

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

Behandlung erwachsener Patienten mit schwerer Plaque-Psoriasis, bei denen 1.) UVB und PUVA oder 2.) eine der folgenden drei systemischen Therapien (Ciclosporin, Methotrexat, Acitretin) und 3.) eine TNF-alpha blockierende Substanz (z.B. Etanercept) keinen therapeutischen Erfolg gezeigt haben. Falls nach 14 Wochen kein therapeutischer Erfolg eingetreten ist, ist die Behandlung abzubrechen. Die maximale Behandlungsdauer beträgt 1 Jahr.

Die Verschreibung kann nur durch Fachärzte der Dermatologie oder dermatologische Universitätskliniken/Polikliniken erfolgen. Die Behandlung bedarf der Kostengutsprache durch den Krankenversicherer nach vorgängiger Konsultation des Vertrauensarztes.

Behandlung erwachsener Patienten mit aktiver Psoriasis-Arthritis 1.) nur in Kombination mit Methotrexat, bei Versagen von mindestens zwei krankheitsmodifizierenden DMARD inklusive Methotrexat und 2.) nach Versagen der Kombinationen Methotrexat/Etanercept oder Methotrexat/Adalimumab.

Die Verschreibung kann nur durch Fachärzte der Rheumatologie/Dermatologie oder rheumatologische/dermatologische Universitätskliniken/Polikliniken erfolgen.

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

Beschränkung der Ärztezulassungen: neue Lösung in Vorbereitung

Der Bundesrat wird eine neue Methode ausarbeiten, wie in der Grundversicherung die Ärztezulassungen geregelt werden können. Dabei sollen die Mobilität der Patientinnen und Patienten und der Beschäftigungsgrad der Ärztinnen und Ärzte besser berücksichtigt werden. Das geht aus einem Bericht in Erfüllung eines Postulats der Kommission für soziale Sicherheit und Gesundheit des Ständerats hervor, den der Bundesrat an seiner Sitzung vom 3. März 2017 genehmigt hat. Zusammen mit den betroffenen Kreisen wurden mehrere Möglichkeiten geprüft, wie das ambulante Angebot gesteuert und die Kosten eingedämmt werden können. Der Bundesrat bereitet bis Mitte Jahr eine entsprechende Änderung des Krankenversicherungsgesetzes (KVG) vor.

Zur Steuerung des ambulanten Bereichs haben die Kantone derzeit die Möglichkeit, die Anzahl der zugelassenen Ärzte zu beschränken, die zulasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP, Grundversicherung) tätig sind. Eine Mehrheit der Kantone macht davon Gebrauch.

Im Dezember 2015 lehnte das Parlament eine Vorlage zur definitiven Verankerung der Zulassungssteuerung im Gesetz ab. Im Juni 2016 verabschiedete es dann ein dringliches Gesetz zur Verlängerung der Zulassungsbeschränkung bis im Sommer 2019. Zudem erteilte es dem Bundesrat den Auftrag, eine langfristige Lösung zur Eindämmung des Kostenanstiegs zu finden, die gleichzeitig eine qualitativ gute medizinische Versorgung gewährleistet.

Suche nach einer mehrheitsfähigen Lösung

Um zu einer mehrheitsfähigen Lösung zu gelangen, prüfte der Bund im September 2016 zusammen mit Fachleuten und zentralen Akteuren des ambulanten Bereichs drei mögliche Stossrichtungen: Einführung differenzierter Tarife, Lockerung des Vertragszwangs und Verbesserung der Zulassungssteuerung.

Sie gelangten zum Schluss, dass die Lösung über ein verbessertes und verfeinertes Modell der Zulassungssteuerung führt. Differenzierte Tarife haben den Nachteil, dass sie zu einer Ungleichbehandlung von Patientinnen und Patienten verschiedener Regionen führen würden. Zur Lockerung des Vertragszwangs, welche die Arztwahl für die Versicherten einschränkt, liegt kein mehrheitsfähiges Modell vor, das die derzeit gültige Zulassungssteuerung rechtzeitig ablösen könnte. Dazu wären noch langwierige Verhandlungen erforderlich.

Bessere Berücksichtigung von Qualität und Wirtschaftlichkeit

In einer verfeinerten Zulassungssteuerung müssen Voraussetzungen geschaffen werden, um die Qualität der Leistungen zu erhöhen und eine bessere Kontrolle zu erreichen. Die langfristige Lösung soll es den Kantonen zudem ermöglichen, wirksam einzugreifen, um die steigenden Kosten bei den Leistungen zu bremsen. Dabei ist sowohl die wachsende Mobilität der Patientinnen und Patienten als auch die Entwicklung der Arbeitsmodelle der Leistungserbringer, insbesondere die Zunahme der Teilzeitarbeit, zu berücksichtigen.

Aufgrund dieser Analyse erarbeitet der Bundesrat einen Vorschlag zur Änderung des KVG, der 2019 die aktuellen Massnahmen ablöst. Der entsprechende Entwurf soll bis Mitte 2017 in die Vernehmlassung gehen.

Zulassungssteuerung seit 2001

Von Januar 2001 bis Dezember 2011 wurde die auf drei Jahre beschränkte Zulassungssteuerung dreimal verlängert. Sie wurde als ausserordentliche Massnahme zur Kosteneindämmung eingeführt. Im Juli 2013 wurde sie als dringliche Massnahme wiederum für drei Jahre eingeführt, da manche Regionen einen sehr starken Anstieg der Anzahl Ärztinnen und Ärzte in Praxen verzeichneten, was in den betroffenen Kantonen die Kosten in die Höhe trieb.

Bern, 03.03.2017

Adresse für Rückfragen:

Bundesamt für Gesundheit, Kommunikation,
Tel. 058 462 95 05 oder media@bag.admin.ch

Zuständiges Departement:

Eidgenössisches Departement des Innern (EDI)

Weitere Informationen:

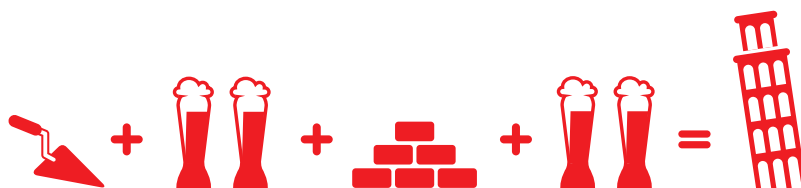
Bundesamt für Gesundheit BAG > Themen > Versicherungen > Krankenversicherungen > Krankenversicherung Revisionsprojekte > KVG-Revision: Zulassung von Leistungserbringern

Rezeptsperrung

Swissmedic, Abteilung Betäubungsmittel

Rezeptsperrung
Folgende Rezepte sind gesperrt

Kanton	Block-Nrn.	Rezept-Nrn.
Bern	223059D	5576464
	223067D	5576673
Waadt	206276F	5156877



BAG Bulletin
BBL, Vertrieb Publikationen
CH-3003 Bern

A-PRIORITY

P.P.

CH-3003 Bern
Post CH AG

BAG-Bulletin

Woche

11/2017