



Schweizerische Eidgenossenschaft
Confédération suisse
Confederazione Svizzera
Confederaziun svizra

Eidgenössisches Departement des Innern EDI
Bundesamt für Gesundheit BAG

Ausgabe vom 7. Oktober 2019

BAG-Bulletin ^{Woche} 41/2019

Informationsmagazin für medizinische Fachpersonen und Medienschaffende

Zeckenübertragene Krankheiten – Lagebericht Schweiz, S. 7

HIV, Syphilis, Gonorrhoe und Chlamydiose in der Schweiz im Jahr 2018: eine epidemiologische Übersicht, S. 10

HIV und Aids in der Schweiz im Jahr 2018, S. 12

Syphilis in der Schweiz im Jahr 2018, S. 22

Gonorrhoe in der Schweiz im Jahr 2018, S. 27

Chlamydiose in der Schweiz im Jahr 2018, S. 32

Testsurveillance, S. 34

Spezialitätenliste, S. 37

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
Zeckenübertragene Krankheiten – Lagebericht Schweiz	7
HIV, Syphilis, Gonorrhoe und Chlamydiose in der Schweiz im Jahr 2018: eine epidemiologische Übersicht	10
HIV und Aids in der Schweiz im Jahr 2018	12
Syphilis in der Schweiz im Jahr 2018	22
Gonorrhoe in der Schweiz im Jahr 2018	27
Chlamydiose in der Schweiz im Jahr 2018	32
Testsurveillance	34
Spezialitätenliste	37
Rezeptsperrung	51

Meldungen Infektionskrankheiten

Stand am Ende der 39. Woche (01.10.2019)^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 39. Woche (01.10.2019)^a

	Woche 39			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	1 0.60		4 0.60	6 0.90	10 1.50	127 1.50	133 1.60	115 1.40	92 1.40	103 1.60	83 1.30
Influenzavirus-Infektion, saisonale Typen und Subtypen^b		4 2.40	2 1.20	6 0.90	12 1.80	7 1.10	13693 159.50	14986 174.60	9467 111.10	13318 206.90	13611 211.40	7723 120.80
Legionellose	8 4.80	12 7.30	16 9.80	52 7.90	53 8.00	67 10.20	568 6.60	547 6.40	453 5.30	434 6.70	433 6.70	376 5.90
Masern	1 0.60	1 0.60	5 3.00	3 0.40	4 0.60	18 2.80	227 2.60	41 0.50	114 1.30	212 3.30	33 0.50	96 1.50
Meningokokken: invasive Erkrankung	1 0.60		2 1.20	4 0.60	3 0.40	4 0.60	44 0.50	56 0.60	58 0.70	32 0.50	51 0.80	50 0.80
Pneumokokken: invasive Erkrankung	10 6.10	10 6.10	13 7.90	25 3.80	35 5.30	41 6.20	886 10.30	981 11.40	972 11.40	666 10.40	746 11.60	710 11.10
Röteln^c							1 0.01	2 0.02	1 0.01	1 0.02	2 0.03	1 0.02
Röteln, materno-fötal^d												
Tuberkulose	5 3.00	12 7.30	12 7.30	28 4.20	34 5.20	54 8.20	423 4.90	532 6.20	576 6.80	334 5.20	422 6.60	424 6.60
Faeco-orale Übertragung												
Campylobacteriose	126 76.30	170 103.00	140 85.40	655 99.20	701 106.20	686 104.60	7402 86.20	7441 86.70	7406 86.90	5567 86.50	5838 90.70	5618 87.90
Enterohämorrhagische E.-coli-Infektion	26 15.80	23 13.90	21 12.80	109 16.50	94 14.20	104 15.90	1098 12.80	773 9.00	641 7.50	871 13.50	614 9.50	541 8.50
Hepatitis A	3 1.80		2 1.20	8 1.20	6 0.90	9 1.40	99 1.20	94 1.10	92 1.10	59 0.90	64 1.00	83 1.30
Hepatitis E	3 1.80	2 1.20		7 1.10	8 1.20		113 1.30	48 0.60		88 1.40	48 0.80	
Listeriose		1 0.60		1 0.20	3 0.40	2 0.30	37 0.40	50 0.60	43 0.50	26 0.40	43 0.70	37 0.60
Salmonellose, S. typhi/ paratyphi				1 0.20	3 0.40	3 0.50	21 0.20	23 0.30	23 0.30	17 0.30	19 0.30	18 0.30
Salmonellose, übrige	35 21.20	42 25.40	58 35.40	163 24.70	179 27.10	337 51.40	1497 17.40	1496 17.40	1835 21.50	1124 17.50	1105 17.20	1441 22.50
Shigellose	5 3.00	8 4.80	1 0.60	19 2.90	20 3.00	15 2.30	214 2.50	214 2.50	145 1.70	137 2.10	172 2.70	99 1.60

	Woche 39			letzte 4 Wochen			letzte 52 Wochen			seit Jahresbeginn		
	2019	2018	2017	2019	2018	2017	2019	2018	2017	2019	2018	2017
Durch Blut oder sexuell übertragen												
Aids		1 0.60	1 0.60	6 0.90	10 1.50	6 0.90	70 0.80	72 0.80	85 1.00	50 0.80	58 0.90	68 1.10
Chlamydiose	182 110.30	216 130.90	264 161.10	939 142.20	1018 154.20	960 146.40	11550 134.60	11134 129.70	11043 129.60	8798 136.70	8399 130.50	8365 130.90
Gonorrhoe ^e	74 44.80	57 34.50	60 36.60	334 50.60	244 37.00	205 31.30	3664 42.70	2702 31.50	2540 29.80	2821 43.80	2094 32.50	1951 30.50
Hepatitis B, akut			1 0.60		4 0.60	3 0.50	28 0.30	40 0.50	33 0.40	18 0.30	24 0.40	19 0.30
Hepatitis B, total Meldungen	15	20	32	58	98	115	1093	1239	1237	814	925	882
Hepatitis C, akut		1 0.60			2 0.30	3 0.50	25 0.30	33 0.40	37 0.40	19 0.30	23 0.40	30 0.50
Hepatitis C, total Meldungen	14	36	18	71	101	102	1045	1372	1382	775	1017	1025
HIV-Infektion	6 3.60	2 1.20	17 10.40	34 5.20	39 5.90	34 5.20	422 4.90	415 4.80	510 6.00	327 5.10	312 4.80	364 5.70
Syphilis, Frühstadien ^f	1 0.60	13 7.90		11 1.70	41 6.20		567 6.60	446 5.20		424 6.60	446 6.90	
Syphilis, total ^g	1 0.60	23 13.90	30 18.30	13 2.00	67 10.20	77 11.80	785 9.20	939 10.90	964 11.30	576 9.00	708 11.00	740 11.60
Zoonosen und andere durch Vektoren übertragbare Krankheiten												
Brucellose							5 0.06	5 0.06	10 0.10	4 0.06	4 0.06	8 0.10
Chikungunya-Fieber	1 0.60		1 0.60	2 0.30	1 0.20	1 0.20	32 0.40	4 0.05	21 0.20	30 0.50	3 0.05	17 0.30
Dengue-Fieber		4 2.40	3 1.80		12 1.80	9 1.40	199 2.30	164 1.90	168 2.00	157 2.40	129 2.00	120 1.90
Gelbfieber								1 0.01			1 0.02	
Hantavirus-Infektion			1 0.60			1 0.20		1 0.01	3 0.04		1 0.02	1 0.02
Malaria	2 1.20	6 3.60	4 2.40	19 2.90	24 3.60	23 3.50	278 3.20	294 3.40	335 3.90	215 3.30	230 3.60	275 4.30
Q-Fieber		1 0.60		3 0.40	4 0.60	1 0.20	99 1.20	54 0.60	35 0.40	89 1.40	43 0.70	28 0.40
Trichinellose				1 0.20			2 0.02	1 0.01		2 0.03		
Tularämie	1 0.60	1 0.60	6 3.70	8 1.20	9 1.40	18 2.80	108 1.30	141 1.60	100 1.20	81 1.30	94 1.50	84 1.30
West-Nil-Fieber												
Zeckenzephalitis	4 2.40	4 2.40	4 2.40	18 2.70	20 3.00	26 4.00	282 3.30	389 4.50	232 2.70	236 3.70	329 5.10	209 3.30
Zika-Virus Infektion								10 0.10	11 0.10		3 0.05	8 0.10
Andere Meldungen												
Botulismus									3 0.04			2 0.03
Creutzfeldt-Jakob-Krankheit							21 0.20	16 0.20	17 0.20	13 0.20	11 0.20	14 0.20
Diphtherie ^h							5 0.06	1 0.01	4 0.05	1 0.02	1 0.02	2 0.03
Tetanus												

Sentinella-Statistik

Provisorische Daten

Sentinella:

Anzahl Meldungen (N) der letzten 4 Wochen bis am 27.9.2019 und Inzidenz pro 1000 Konsultationen (N/10³)
Freiwillige Erhebung bei Hausärztinnen und Hausärzten (Allgemeinpraktiker, Internisten und Pädiater)

Woche	36		37		38		39		Mittel 4 Wochen	
	N	N/10 ³	N	N/10 ³	N	N/10 ³	N	N/10 ³	N	N/10 ³
Influenzaverdacht	2	0.2	4	0.4	3	0.3	5	0.4	3.5	0.3
Mumps	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Pertussis	0	0	2	0.2	0	0	0	0	0.5	0.1
Zeckenstiche	11	1.0	6	0.5	9	0.8	5	0.4	7.8	0.7
Lyme Borreliose	7	0.6	3	0.3	10	0.9	3	0.3	5.8	0.5
Herpes Zoster	5	0.4	9	0.8	3	0.3	10	0.9	6.8	0.6
Post-Zoster-Neuralgie	1	0.1	3	0.3	1	0.1	1	0.1	1.5	0.2
Meldende Ärzte	147		148		150		136		145.3	

Zeckenübertragene Krankheiten – Lagebericht Schweiz

01.10.2019. Die Saison, in der Zecken besonders aktiv sind, beginnt je nach Witterung im März und endet im November. Von April bis Oktober 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 September 15 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 48 und 335 Fälle gemeldet. Bis Ende Monat September des laufenden Jahres wurden 234 Fälle registriert (Abbildung 2). Dies entspricht im mehrjährigen Vergleich einem mittleren Wert.

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

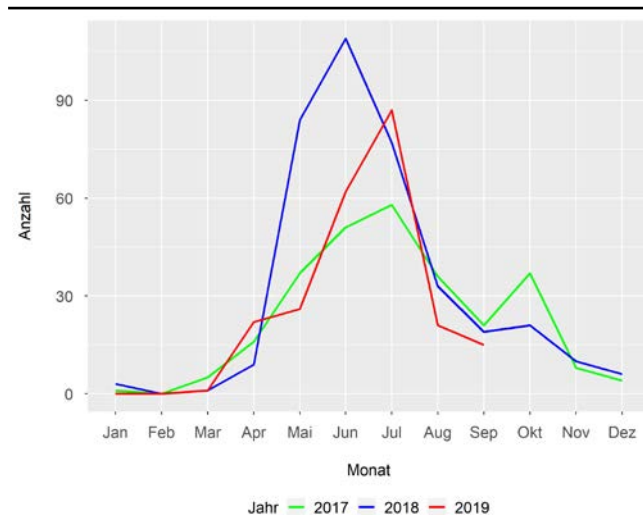


Abbildung 2
FSME-Fallzahlen kumuliert ab Jahresbeginn,
Vergleich 2000–2019 (2019: Stand Ende September)

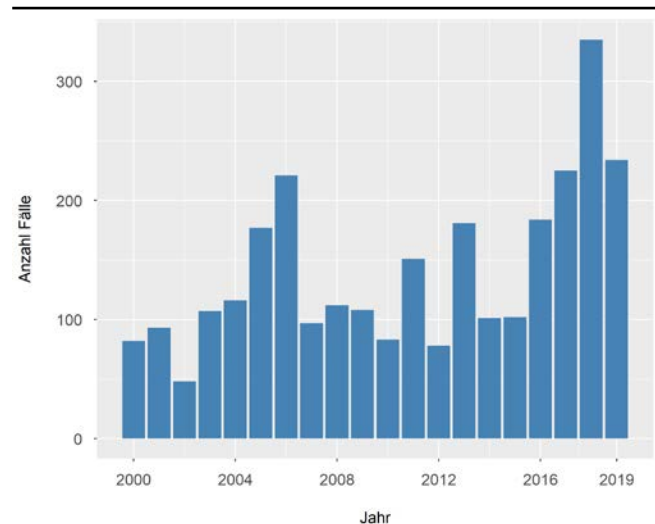


Abbildung 3
Tularämie-Fallzahlen pro Monat im Verlauf der Saison, Vergleich 2017–2019 (2019: Stand Ende September)

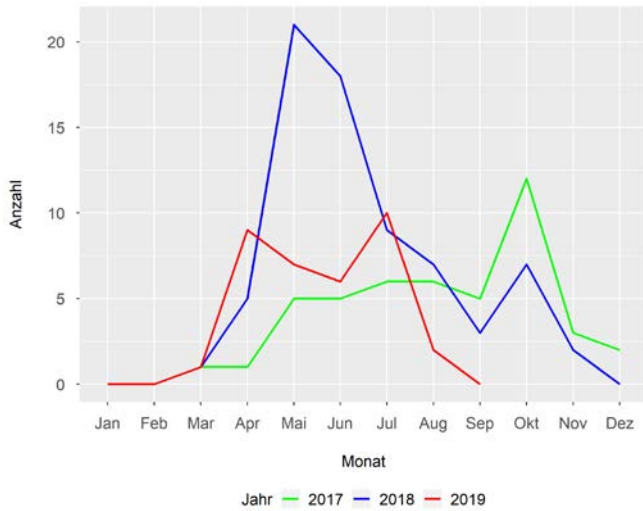
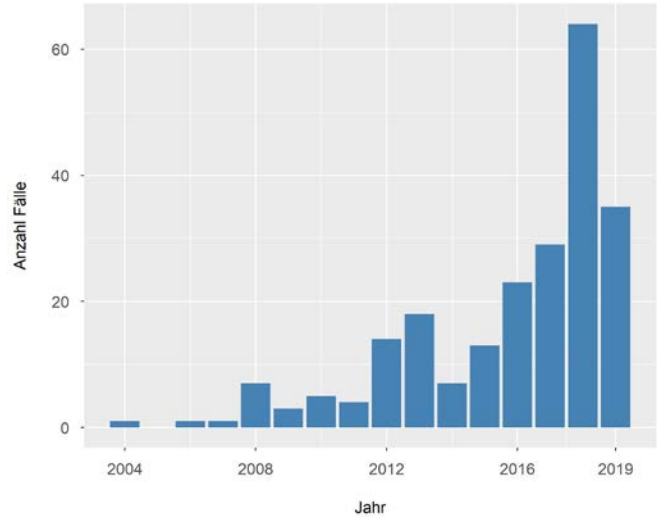


Abbildung 4
Tularämie-Fallzahlen kumuliert ab Jahresbeginn, Vergleich 2004–2019 (2019: Stand Ende September)



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 61% 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 September keine 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 64 Fälle gemeldet. Der Trend über die Jahre ist ansteigend. Bis Ende Monat September des laufenden Jahres wurden 35 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 September)

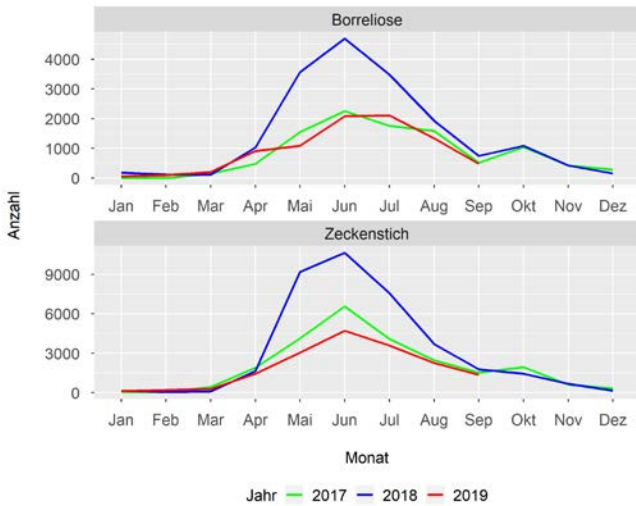
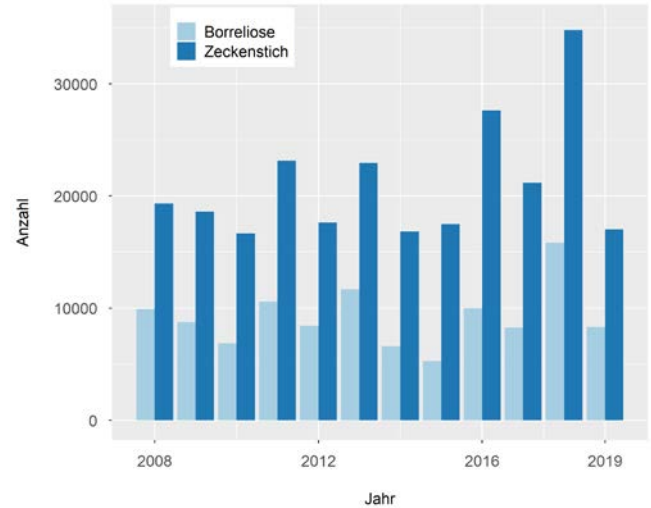


Abbildung 6
Hochgerechnete Anzahl Arztbesuche wegen Zeckenstich und Borreliose kumuliert ab Jahresbeginn, Vergleich 2008–2019 (2019: Stand Ende September)



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 unterliegt sowohl innerhalb einer Saison als auch im Vergleich zu anderen Jahren grossen Schwankungen (Abbildung 5).

Bis Ende September wurden hochgerechnet 17 000 Arztbesuche wegen Zeckenstich sowie 8000 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.

Die hochgerechnete Anzahl Fälle von Zeckenstichen und Borreliose sowie die Fallzahlen zu FSME entsprechen dem Mittel der vergangenen Jahre. 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>)

HIV, Syphilis, Gonorrhoe und Chlamydiose in der Schweiz im Jahr 2018: eine epidemiologische Übersicht

Seit 2002 sinkt in der Schweiz die Anzahl der HIV-Diagnosen. Auch im Jahr 2018 ist ein weiterer Rückgang der dem Bundesamt für Gesundheit (BAG) gemeldeten HIV-Diagnosen zu verzeichnen. Zum zweiten Mal seit Beginn der HIV-Epidemie Anfang der 1980er-Jahre wurden dem BAG weniger als 500 Fälle gemeldet. In den 1990er Jahren waren es im Durchschnitt 1300 Fälle pro Jahr. Diese Trendwende kann auf drei Faktoren zurückgeführt werden: Es lassen sich mehr Personen, die höheren Infektionsrisiken ausgesetzt sind, testen. Und folglich lassen sich mehr Personen mit HIV früh behandeln. Ein dritter Faktor könnte auch die orale HIV-Chemoprophylaxe (Präexpositionsprophylaxe, kurz «PrEP») sein.

Bei der Syphilis gab es für das Jahr 2018 eine radikale Vereinfachung der Falldefinition – die Zahlen für 2018 sind daher prinzipiell nicht mit denen der Vorjahre vergleichbar. Wegen der Veränderung der Syphilis-Falldefinition ist das BAG mehr denn je darauf angewiesen, dass Ärztinnen und Ärzte den Meldebogen vollständig ausfüllen und festlegen, ob es sich um eine neue (zu behandelnde) Syphilis handelt oder aber um eine Verlaufskontrolle oder eine Seronarbe.

Bei den gemeldeten Gonorrhö-Diagnosen ist ein massiver Anstieg zu beobachten. Das ist, gleich wie im Vorjahr, vor allem auf die Ausweitung des Testens auf asymptomatische Infektionen zurückzuführen. Dem BAG wurden 2018 wie auch in den Vorjahren keine Fälle von multiresistenten Gonokokken angezeigt.

ENTWICKLUNG DER FALLZAHLEN

Die dem Bundesamt für Gesundheit (BAG) gemeldeten HIV-Diagnosen waren 2018, wie schon seit 2002, weiter rückläufig. Mit 425 gemeldeten Fällen wird die 500er Marke zum zweiten Mal in Folge deutlich unterschritten. Die relative Zahl der HIV-Neudiagnosen lag wie im Vorjahr bei 5 pro 100 000 Einwohnern – das ist schweizweit ein Rückgang von 30 % seit 2013. Besonders ausgeprägt war der Rückgang der Inzidenz in Zürich. Vermehrte Testung besonders exponierter Personen und eine immer früher einsetzende Behandlung scheinen eine Trendwende ausgelöst zu haben. Seit Januar 2016 empfiehlt die Eidgenössische Kommission für Sexuelle Gesundheit (EKSG) die orale HIV-Chemoprophylaxe (PrEP) für HIV-negative Personen mit hohem HIV-Ansteckungsrisiko [1]. 2019 startete schweizweit eine grosse multizentrische Studie, die die Anwendung der oralen HIV-Chemoprophylaxe beobachtet (SwissPrEPared). Das BAG und die Aids-Hilfe Schweiz haben gemeinsam mit den Verantwortlichen der Checkpoints und der Universitätskliniken die Zahl der PrEP-Nutzer für 2018 auf 1500 geschätzt (der Vertrauensbereich liegt bei 1200 bis 1700). Es handelt sich bei den Nutzern nahezu ausschliesslich um Männer,

die Sex mit Männern haben (MSM). Diese haben aufgrund der hohen HIV-Prävalenz in der Gruppe der MSM (8 %, siehe [2]) und aufgrund der hohen Dichte ihrer sexuellen Netzwerke ein besonders hohes Ansteckungsrisiko. Auch wenn es für eine abschliessende Einschätzung zu früh ist, ist das BAG davon überzeugt, dass PrEP eine wichtige Ergänzung zum Schutz mit Kondomen ist. Der Rückgang kürzlich erworbener Infektionen bei MSM könnte ein erster Hinweis darauf sein.

Die Falldefinition der Syphilis wurde 2018 radikal vereinfacht. Die Syphilis-Fallzahlen für 2018 sind daher nicht mit jenen der Vorjahre vergleichbar. Weil Labormeldungen seit dieser Änderung BAG-seitig nicht mehr für die Syphilis-Falldefinition herangezogen werden, ist das BAG mehr denn je darauf angewiesen, dass Ärztinnen und Ärzte im oberen Teil des Meldebogens eindeutig festlegen, ob es sich um eine neu zu behandelnde Syphilis handelt (Erst- oder Reinfektion) oder aber um eine Verlaufskontrolle oder eine Seronarbe. Der starke Anstieg der dem BAG gemeldeten Gonorrhö-Diagnosen ist wie schon im Vorjahr wesentlich auf die Ausweitung des Testens auf asymptomatische Infektionen zurückzuführen.

ZIELGRUPPENSPEZIFISCHE TESTUNG UND BERATUNG

Das Testen auf HIV und Syphilis in den Schweizer VCT-Zentren hat im Vergleich zum Vorjahr weniger stark zugenommen. Dafür wurde das Testen auf asymptomatische Infektionen mit Gonorrhoe und Chlamydien massiv ausgeweitet. Diese Ausweitung betrifft die STI-Testhäufigkeit, die Zahl sich testender Personen und die Diagnostik (z.B. Abstrichorte) [3]. Die nicht zuletzt im Rahmen spezifischer Kampagnen deutlich gesunkenen Kosten für STI-Tests haben der Ausweitung des Testens Vorschub geleistet. Insofern ist die (vorübergehende) Zunahme der Diagnosen in Personengruppen, denen vermehrtes Testen empfohlen wird, ein gewünschter Effekt. Dem BAG liegen Zahlen vor, die zeigen, dass allein im Rahmen der STI-Testkampagne STARMAN der Aids-Hilfe Schweiz bei MSM 4500 Tests auf asymptomatische Infektionen mit Chlamydien und Gonorrhoe durchgeführt wurden – mit einer Positivitätsrate von jeweils 3 % für Gonokokken bzw. Chlamydien. 2019 wurde die Kampagne daher in leicht modifizierter Form wiederholt.

INFEKTIONSORT

Die Mehrheit der Ansteckungen mit Syphilis und insbesondere auch Gonorrhoe scheint – unabhängig vom Ansteckungsweg und von der Nationalität – in der Schweiz erfolgt zu sein. Bei HIV hingegen wird bei Personen mit heterosexuellem Ansteckungsweg und ausländischer Nationalität mehrheitlich das Ausland als Infektionsort angegeben (in der Regel das Herkunftsland).

Für die Bewertung ist zu berücksichtigen: Je länger eine Infektion zurückliegt, desto schwieriger wird es für Arzt und Patient, richtig einzuschätzen, wo die Infektion erfolgt ist. Bei der urethralen Gonorrhoe treten Symptome bereits nach wenigen Tagen auf. Auch die Syphilis wird mehrheitlich in frühen Stadien diagnostiziert. Bei HIV-Diagnosen hingegen ist die Einschätzung zum Infektionsort möglicherweise nicht immer zutreffend: Neuere Publikationen weisen darauf hin, dass sich auch Migrantinnen und Migranten aus HIV-Hochprävalenzländern zu einem höheren Anteil als bislang vermutet erst nach der Migration infizieren [4]. Sexuelle Netzwerke, nicht nur von Migrantinnen und Migranten, sind nach wie vor stark von der Herkunft geprägt [5].

BEZAHLTER SEX

Sex gegen Bezahlung spielt für die Übertragung von Syphilis, anders als für jene von HIV, bei heterosexuellen Männern und Frauen eine wichtige Rolle. Etwa 9 % der heterosexuellen Männer mit Syphilis gaben an, sich bei einer Sexarbeiterin infiziert zu haben. Bei heterosexuellen Frauen liegt der Anteil jener, die mit Syphilis infiziert sind und der Sexarbeit nachgehen, bei 10 %, allerdings ist hier generell von einer Untererfassung auszugehen, da sowohl das Anbieten als auch die Inanspruchnahme sexueller Dienstleistungen stark stigmatisiert ist. Während Sexarbeiterinnen in der Schweiz nach wie vor wenig von HIV betroffen zu sein scheinen [6], geben heterosexuelle Männer vergleichsweise häufig an, sich bei bezahltem Sex mit HIV angesteckt zu haben. Ärzte und Ärztinnen sollten dies in ihren Konsultationen aufgreifen und Touristen, die sexuelle Kontakte in Hochprävalenzregionen planen, inklusive Südostasien, auf die Möglichkeit der inzwischen in der Schweiz ver-

fügbaren medikamentösen oralen Chemoprophylaxe (PrEP) aufmerksam machen [1].

FAZIT

Die deutliche Abnahme der HIV-Neudiagnosen verweist auf die Wirksamkeit der Schweizer Präventionspolitik: vermehrtes Testen, vor allem der besonders exponierten Personengruppen, frühzeitiger Therapiestart sowie eine kontinuierlich gute Begleitung der Patientinnen sowie Patienten. Hier sind auch die Verdienste der Aids-Hilfe Schweiz, der Checkpoints und der Schweizerischen HIV-Kohorte (SHCS) und der mit ihr assoziierten Ärzteschaft zu erwähnen, die die in die SHCS eingeschlossenen Personen gemäss neustem Wissensstand behandelt und eine hohe Therapietreue gewährleistet. Die Therapietreue wurde auch dank einer fortschrittlichen Empfehlung, dem Swiss Statement, gestärkt [7]. Das Statement wurde zehn Jahre später in grossen Studien klar bestätigt [8]: Undetectable = Untransmittable / Nicht nachweisbar = nicht ansteckend. Wer also unter erfolgreicher Therapie ist, das heisst, das HI-Virus ist im Blut nicht nachweisbar, ist nicht ansteckend. Das Wissen um diesen Sachverhalt entstigmatisiert HIV-Patientinnen und -patienten und motiviert sie, ihre Medikamente regelmässig einzunehmen. Dies schlägt sich nun auch in den sinkenden Zahlen nieder. Die Verschreibung der oralen HIV-Expositionsprophylaxe für Personen mit hohem Expositionsrisiko kann weiter dazu beitragen, dem nationalen Ziel einer HIV-Elimination näherzukommen.

Kontakt

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

Referenzen

1. Bundesamt für Gesundheit (2016). Empfehlungen der Eidgenössischen Kommission für sexuelle Gesundheit (EKSG) zur HIV Prä-Expositionsprophylaxe (PrEP) in der Schweiz. Bulletin, 4:77–79
2. Schmidt AJ, Altpeter E (2019): The Denominator problem: estimating the size of local populations of men-who-have-sex-with-men and rates of HIV and other STIs in Switzerland. Sex Transm Infect. 2019; 95(4): 285–291
3. Lehner A & Schmidt AJ (2018): Umsetzung der Kampagne «Starman». Vortrag am Schweizer HIV&STI-Forum, Bern
4. Alvarez-Del Arco et al. (2017): High levels of postmigration HIV acquisition within nine European countries. AIDS, 31(14):1979–1988
5. Aral S O (2002): Understanding racial-ethnic and societal differentials in STI. Sexually Transmitted Infections, 78:2–4
6. Aebi-Popp K, Schmidt AJ et al. (2017): Rationale for prioritizing STI-screening among asymptomatic female sex workers in Switzerland. Poster session presented at IUSTI-2017 in Helsinki
7. Vernazza P & Bernard EJ (2018): HIV is not transmitted under fully suppressive therapy: The Swiss Statement – eight years later. Swiss Medical Weekly, 146:w14246
8. Rodger A J et al. (2019): Risk of HIV transmission through condomless sex in serodifferent gay couples with the HIV-positive partner taking suppressive antiretroviral therapy (PARTNER): final results of a multicentre, prospective, observational study. The Lancet, 293 (10189): 2428–2438

HIV und Aids in der Schweiz im Jahr 2018

Die gemäss HIV-Testkonzept [1] für die HIV-Diagnostik und -Meldung in der Schweiz zuständigen Laboratorien meldeten für das Jahr 2018 insgesamt 425 neue HIV-Diagnosen, 5 % weniger als im Vorjahr.

DATENLAGE

HIV wird in der Schweiz seit 1985 kontinuierlich überwacht. Seither melden die aufgrund des HIV-Testkonzeptes für die Bestätigung von HIV-Diagnosen zuständigen Laboratorien dem Bundesamt für Gesundheit (BAG) und dem zuständigen Kantonsarzt Alter, Geschlecht und Wohnkanton der Personen mit einer HIV-Diagnose. Das BAG fordert bei den behandelnden Ärztinnen und Ärzten zusätzlich zur Diagnose noch ergänzende Angaben an, beispielsweise zum Ansteckungsweg oder zur Nationalität. Zu diesem Zweck dient ein spezielles Meldformular (Meldung zum klinischen Befund Mkb, Anmerkung 1).

Für das Jahr 2018 wurden 425 bestätigte HIV-Fälle gemeldet, 5 % weniger als im Vorjahr (Nachmeldungen bis 28.6.2019 berücksichtigt). Der seit 2008 beobachtete abnehmende Trend hat sich somit fortgesetzt (Abbildung 1).

GESCHLECHT

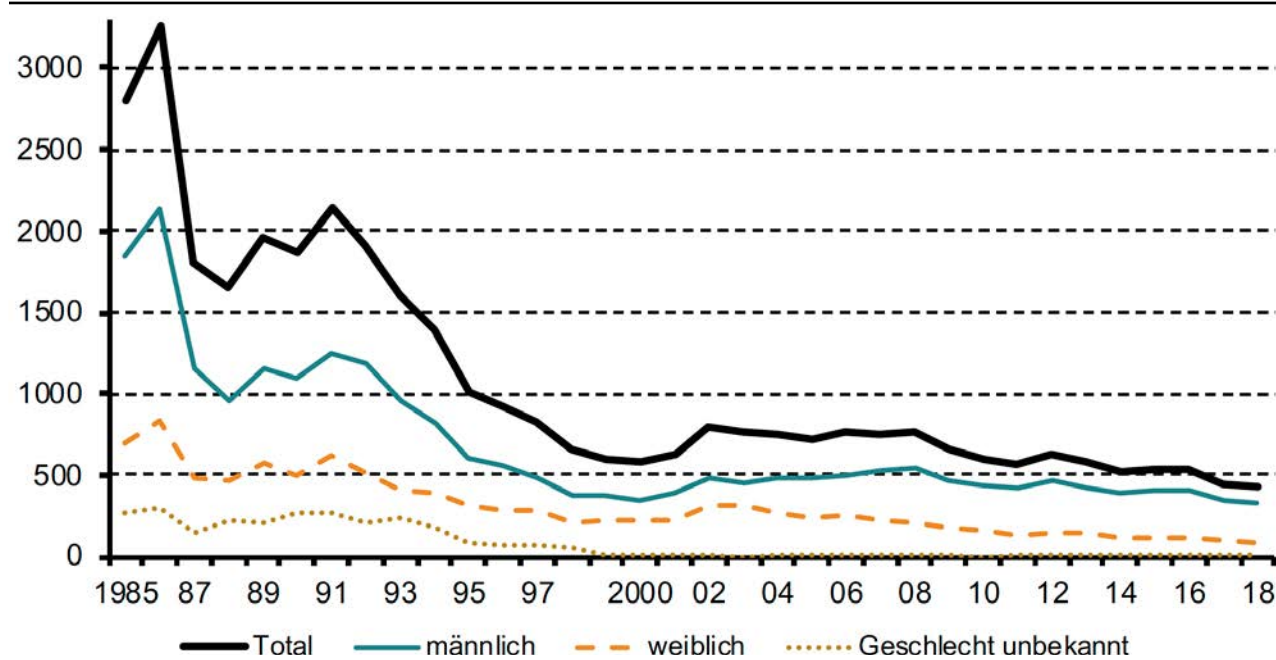
Die Mehrheit der gemeldeten HIV-Fälle betraf Männer: Im Jahr 2018 lag der Männeranteil praktisch unverändert bei 79 %. Von den 91 Diagnosen bei Frauen entfielen 3 auf Transfrauen. Die Inzidenz, hier definiert als die Anzahl neuer HIV-Diagnosen pro 100 000 Einwohnern, lag im Jahr 2018 tiefer als im Jahr

2017, nämlich für Frauen bei 2,0 (Vorjahr: 2,3) und für Männer bei 7,8 (Vorjahr: 8,2) pro 100 000 Einwohnern.

GEOGRAFISCHE VERTEILUNG

Für die ganze Schweiz und für beide Geschlechter zusammen lag die Inzidenz neuer HIV-Diagnosen im Jahr 2018 bei 5,0 pro 100 000 Einwohnern. Es gab jedoch grosse regionale Unterschiede mit einer Spannweite von 2,6 bis 8,2 Fällen pro 100 000 Einwohnern (Tabelle 1). Die höchsten Inzidenzen fanden sich in der Grossregion Zürich und in der Genferseeregion, wo sich die grössten urbanen Zentren der Schweiz befinden. Die ländlich geprägten Regionen Ost-

Abbildung 1
HIV-Labormeldungen nach Geschlecht und Testjahr seit Beginn der Testungen, 1985–2018



schweiz und Zentralschweiz wiesen die niedrigsten Inzidenzen auf.

ALTERSVERTEILUNG

Für Frauen mit heterosexuellem Ansteckungsweg lag der Altersmedian bei der HIV-Diagnose über die letzten fünf Jahre gerechnet bei 39 Jahren. Mit anderen Worten heisst dies, dass die Hälfte dieser Frauen jünger als 39 Jahre war, die andere Hälfte älter. Männer mit heterosexuellem Ansteckungsweg waren bei der HIV-Diagnose älter: Ihr Altersmedian betrug nämlich 43 Jahre. Für Männer mit homosexuellem Ansteckungsweg (MSM) betrug dieser Wert 36 Jahre (Abbildung 2). Ein Blick auf die Altersverteilungen zeigt, dass bei Frauen mit heterosexuellem Ansteckungsweg die Altersgruppe der 35- bis 44-Jährigen am häufigsten betroffen war (34 %), gefolgt von den 25- bis 34-Jährigen (23 %). Bei Männern mit heterosexuellem Übertragungsweg war die Altersverteilung breiter, mit dem Maximum bei den 35- bis 44-Jährigen (26 %). MSM waren bei der HIV-Diagnose jünger als die anderen beiden Gruppen, mit dem Maximum der Altersverteilung bei den 25- bis 34-Jährigen (34 %) und deutlich mehr Fällen bei den 15- bis 24-Jährigen (11 %) als in den beiden anderen Gruppen. Somit waren MSM bei der HIV-Diagnose am jüngsten, heterosexuelle Männer am ältesten.

ANSTECKUNGSWEG

Wie in den Vorjahren wurde im Jahr 2018 für Männer mit HIV-Diagnose am häufigsten Sex mit anderen Männern als Ansteckungsweg genannt (52,7 %, 177 Neudiagnosen. Es wurde kein Fall gemeldet, bei dem sich ein Transmann (Geschlechtsidentität männlich, Geburtsgeschlecht weiblich) beim Sex mit einem Mann angesteckt hätte. An zweiter Stelle folgten bei den Männern heterosexuelle Kontakte (29,8 %). Die Benutzung kontaminierten Spritzbestecks bei intravenösem Drogenkonsum (IDU) wurde in 3,3 % der HIV-Diagnosen bei Männern festgestellt. Von einem Knaben mit Herkunft aus einem Hochprävalenzland in Afrika wurde gemeldet, er sei perinatal von seiner Mutter mit HIV angesteckt worden, wobei der Ansteckungsort im Ausland vermutet wird. Schliesslich betrafen zwei Meldungen

Tabelle 1

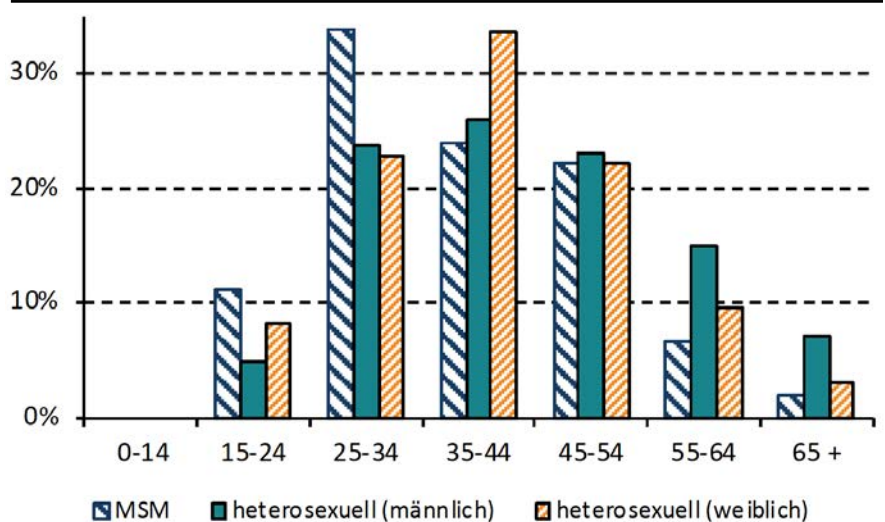
HIV-Inzidenz pro 100 000 Einwohnern nach BFS-Grossregion¹ und Diagnosejahr, 2013–2018

Diagnosejahr	2013	2014	2015	2016	2017	2018
Schweiz	7,1	6,3	6,4	6,3	5,3	5,0
Genfersee	10,2	8,3	9,7	9,4	8,5	8,2
Mittelland	5,8	5,5	6,1	3,8	4,0	3,8
Nordwestschweiz	5,9	5,5	4,3	5,5	3,6	3,8
Zürich	10,8	9,1	9,8	10,9	7,3	6,7
Ostschweiz	3,4	3,1	2,9	2,5	3,3	2,8
Zentralschweiz	4,0	3,7	2,7	3,4	3,0	2,6
Tessin	6,6	5,4	4,8	8,2	4,5	4,5

¹ Definition der BFS-Grossregionen siehe Anhang

Abbildung 2

Altersverteilung von Personen mit HIV-Diagnose nach Ansteckungsweg¹ und Geschlecht (Diagnosen der Jahre 2014 bis 2018 aus statistischen Gründen zusammengefasst)



¹ MSM: Sexuelle Kontakte zwischen Männern

zwei Schweizer, die sich in Thailand, angeblich durch eine Bluttransfusion bzw. beim Stechen einer Tätowierung (ein für HIV extrem seltener Übertragungsweg) ansteckten. Diese Angaben lassen sich allerdings nicht überprüfen. Bei 13,2 % der HIV-Diagnosen bei Männern konnte der Ansteckungsweg nicht ermittelt werden.

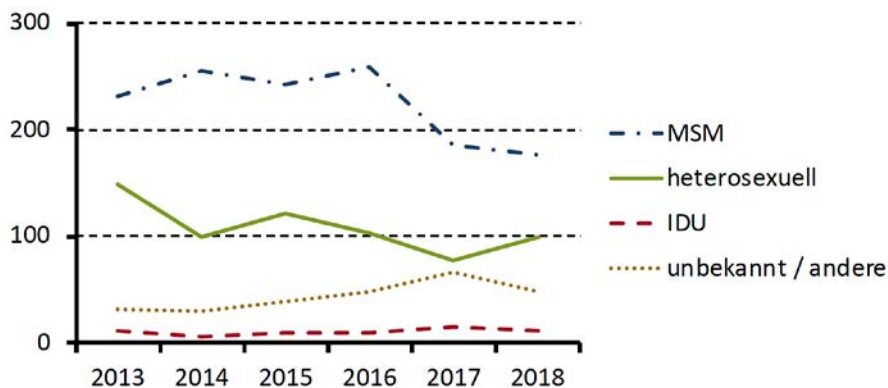
Frauen mit HIV-Diagnose im Jahr 2018 steckten sich ähnlich wie in den Vorjahren hauptsächlich auf heterosexuellem Weg an (77,0 %). In den übrigen Fällen zeigte sich ein Bild wie bei den Männern: IDU 1,4 %, eine Ansteckung durch Bluttransfusion im Ausland und ein

Mädchen, das perinatal von seiner Mutter angesteckt wurde (Herkunft in Osteuropa, der Ansteckungsort war vermutlich im Ausland). Bei 21,3 % der HIV-Diagnosen bei Frauen liess sich der Ansteckungsweg nicht ermitteln. Sexuelle Übertragungen durch Sex zwischen Frauen wurden dem BAG nicht angezeigt.

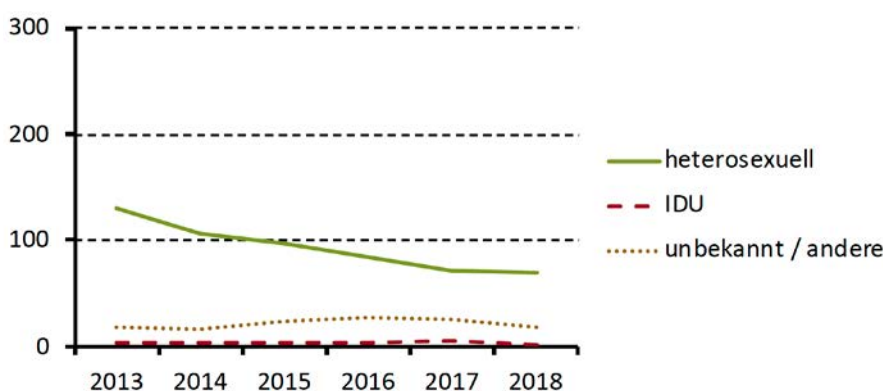
Abbildung 3A zeigt die Veränderung der HIV-Meldungen bei Männern nach Ansteckungsweg. Bei Männern mit heterosexuellem Ansteckungsweg nahm die Fallzahl gegenüber 2017 zu, doch nur im Rahmen der Schwankungen, die von Jahr zu Jahr auftreten. Überblickt

Abbildung 3
HIV-Diagnosen¹ bei Männern und Frauen nach Ansteckungsweg²
und Diagnosejahr, 2013–2018

A: Männer



B: Frauen



¹ korrigiert für fehlende Arztmeldungen (MkB), s. Anmerkung 1

² MSM: sexuelle Kontakte zwischen Männern; IDU: injizierender Drogenkonsum

Tabelle 2
HIV-Arztmeldungen nach Ansteckungsweg¹ und BFS-Grossregion², 2018

Ansteckungsweg:	heterosexuell		MSM		unbekannt/ andere*	
	N	%	N	%	N	%
Ganze Schweiz	146	38,9%	160	42,7%	69	18,4%
Genfersee	56	48,7%	40	34,8%	19	16,5%
Mittelland	31	44,9%	24	34,8%	14	20,3%
Nordwestschweiz	13	31,7%	20	48,8%	8	19,5%
Zürich	19	22,1%	57	66,3%	10	11,6%
Ostschweiz	14	48,3%	7	24,1%	8	27,6%
Zentralschweiz	8	40,0%	6	30,0%	6	30,0%
Tessin	5	19,5%	6	40,0%	4	26,7%

¹ MSM: sexuelle Kontakte zwischen Männern; andere: injizierender Drogenkonsum, Transfusion, Mutter-Kind-Übertragung

² Definition der BFS-Grossregionen siehe Anhang

man die Periode seit 2013, lässt sich ein abnehmender Gesamttrend feststellen. Bei MSM setzte sich die Abnahme im Vorjahr abgeschwächt fort. Bei männlichen IDU lagen die Anzahlen auf tiefem Niveau (zwischen 6 und 15 Fällen). Bei Frauen mit heterosexuellem Ansteckungsweg zeigte sich zwischen 2013 und 2018 eine fast stetige Abnahme der Fälle von 131 auf 69 (Abbildung 3B). Bei weiblichen IDU waren die Fallzahlen in den letzten sechs Jahren noch niedriger (1 bis 6) als bei den männlichen IDU.

Bei der Untersuchung der Ansteckungsweg auf regionaler Ebene fällt auf, dass von den in der Grossregion Zürich gestellten HIV-Diagnosen 66 % MSM betrafen, das sind 23 Prozentpunkte mehr als der Durchschnitt der ganzen Schweiz (43 %) (Tabelle 2). Dies hängt damit zusammen, dass es in Zürich relativ gesehen mehr MSM gibt als in anderen Städten/Regionen der Schweiz [2].

NATIONALITÄT

Von den HIV-Fällen mit bekannter Nationalität waren im Jahr 2018 knapp die Hälfte (49 %) schweizerischer Nationalität. Dabei variierte dieser Anteil nach Geschlecht und Ansteckungsweg (Tabelle 3). Unter den Personen mit heterosexuellem Ansteckungsweg besaßen 46 % der Frauen den Schweizer Pass, gegenüber 45 % der Männer (Prozentsätze berechnet unter Ausschluss der Fälle mit unbekannter Nationalität). Unter den Frauen mit heterosexuellem Ansteckungsweg hatten 37 % die Nationalität eines Landes, das nach WHO-Kriterien als HIV-Hochprävalenzland (HPL) eingestuft wird (Anmerkung 2). Bei den Männern mit heterosexuellem Ansteckungsweg war dieser Anteil geringer, nämlich 26 %. Bei den Frauen mit heterosexuellem Ansteckungsweg hatten 10 % die Nationalität eines nicht-HPL ausserhalb Europas (Kategorie «andere Länder» in Tabelle 3), bei den heterosexuell angesteckten Männern lag dieser Anteil bei 5 %.

58 % der MSM mit HIV-Diagnose im Jahr 2018 waren Schweizer; weitere 22 % stammten aus dem europäischen Ausland (berechnet unter Ausschluss der Kategorie «unbekannt»). Von den MSM mit bekannter Nationalität

Tabelle 3
HIV-Arztmeldungen nach Nationalität, Ansteckungsweg¹ und Geschlecht, 2018

Ansteckungsweg: Geschlecht:	heterosexuell				MSM	
	weiblich		männlich		N	%
	N	%	N	%		
Schweiz	24	42,1%	38	42,2%	88	55,0%
Europa	4	7,0%	21	23,3%	33	20,6%
HIV-Hochprävalenzland	19	33,3%	22	24,4%	5	3,1%
Andere Länder	5	8,8%	4	4,4%	27	16,9%
Unbekannte Nationalität	5	8,8%	5	5,6%	7	4,4%
Total HIV-Arztmeldungen	57	100,0%	90	100,0%	160	100,0%

¹ MSM: sexuelle Kontakte zwischen Männern

Tabelle 4
Vermuteter Ort der HIV-Infektion nach Ansteckungsweg¹ und Nationalität, 2018

Ansteckungsweg: Nationalität:	heterosexuell				MSM			
	Schweiz		Ausland		Schweiz		Ausland	
Anzahl HIV-Arztmeldungen	62	100,0%	85	100,0%	88	100,0%	72	100,0%
Ort der Infektion								
Schweiz	33	53,2%	20	23,5%	47	53,4%	30	41,7%
Ausland	18	29,0%	37	43,5%	12	13,6%	28	38,9%
Unbekannt	11	17,7%	28	32,9%	29	33,0%	14	19,4%

¹ MSM: sexuelle Kontakte zwischen Männern

Tabelle 5
Art der Beziehung zum vermuteten infektiösen Partner bei Personen mit HIV-Diagnose nach Ansteckungsweg¹ und Geschlecht, 2018

Ansteckungsweg: Geschlecht:	heterosexuell				MSM	
	weiblich		männlich		N	%
	N	%	N	%		
Anzahl HIV-Arztmeldungen	57	100,0%	90	100,0%	160	100,0%
Bekannter Partner	26	45,6%	21	23,3%	40	25,0%
Anonymer Partner	3	5,3%	15	16,7%	59	36,9%
Bezahlter Sex	1	1,8%	4	4,4%	1	0,6%
Nicht eruierbar	13	22,8%	23	25,6%	32	20,0%
Keine Angabe	14	24,6%	27	30,0%	28	17,5%

¹ MSM: sexuelle Kontakte zwischen Männern

stammten nur wenige (3 %) aus einem HPL. Es ist allerdings wahrscheinlich, dass dies ein falsches Bild vermittelt, weil Sex unter Männern in einigen Hochprävalenzländern stark stigmatisiert oder verboten ist und MSM mit entsprechender Herkunft ihre sexuelle Orientierung im Rahmen des Testens eher nicht offenlegen [3]. Vor allem bei den heterosexuellen Fällen unterschied sich die Verteilung der Na-

tionalitäten 2018 von der ein Jahr zuvor (alle Prozentsätze im folgenden Text beziehen sich auf die Fälle mit bekannter Nationalität): Bei den Frauen stieg der Anteil der Fälle mit Schweizer Pass von 34 % auf 46 %, bei den Männern sank er deutlich von 61 % auf 45 %. Fälle aus einem HPL stiegen bei den Frauen von 33 % auf 37 % und bei den Männern von 13 % auf 26 %. Dagegen sank der Anteil von «anderen Ländern» (vorwie-

gend in Südamerika und Asien) bei den Frauen von 25 % auf 10 % und bei den Männern von 14 % auf 5 %. Das BAG hat eine neue Gruppeneinteilung entwickelt, die auf die im Feld tätigen Präventionsakteure ausgerichtet ist. Sie kombiniert Ansteckungsweg und Nationalität. MSM, vor allem solche, die sich beim Testen als schwule oder bisexuelle Männer zu erkennen geben, werden unabhängig von ihrer Nationalität am

Tabelle 6
Indikatoren für den Infektionszeitpunkt in HIV-Arztmeldungen nach Ansteckungsweg¹ und Geschlecht, 2018

Ansteckungsweg: Geschlecht:	heterosexuell		MSM	
	weiblich	männlich	Anzahl	Prozent
Anzahl Arztmeldungen	57	90	160	*
Frische Infektion ²	3	29	47	29,4%
Akute HIV-Infektion ³	5	12	34	21,3%
Später HIV-Test ⁴	20	26	18	11,3%

¹ MSM: sexuelle Kontakte zwischen Männern

² HIV-Infektion weniger als ein Jahr vor der Diagnose (gemäss Inno-Lia Assay, Anmerkung 3)

³ Frühstadium mit (oft grippeähnlichen) Symptomen einige Wochen nach der Infektion

⁴ CDC-Stadium C gemäss HIV-Meldung oder mit Aidsdiagnose höchstens drei Monate nach der HIV-Diagnose

* Die Summe der Prozentsätze ist ungleich 100%, da es sich um verschiedene Indikatoren und nicht um voneinander abgrenzbare Kategorien handelt.

besten über die Checkpoints bzw. über an schwule und bisexuelle Männer gerichtete Aktionen der Aids-Hilfe Schweiz und ihrer Satelliten erreicht. Bei Heterosexuellen unterscheiden wir zukünftig nicht mehr primär zwischen Menschen ausländischer vs. Schweizer Nationalität, sondern nach Nationalität eines Hochprävalenzlandes vs. andere vs. unbekannt. Hierbei werden beispielsweise in der Schweiz ansässige Menschen deut-

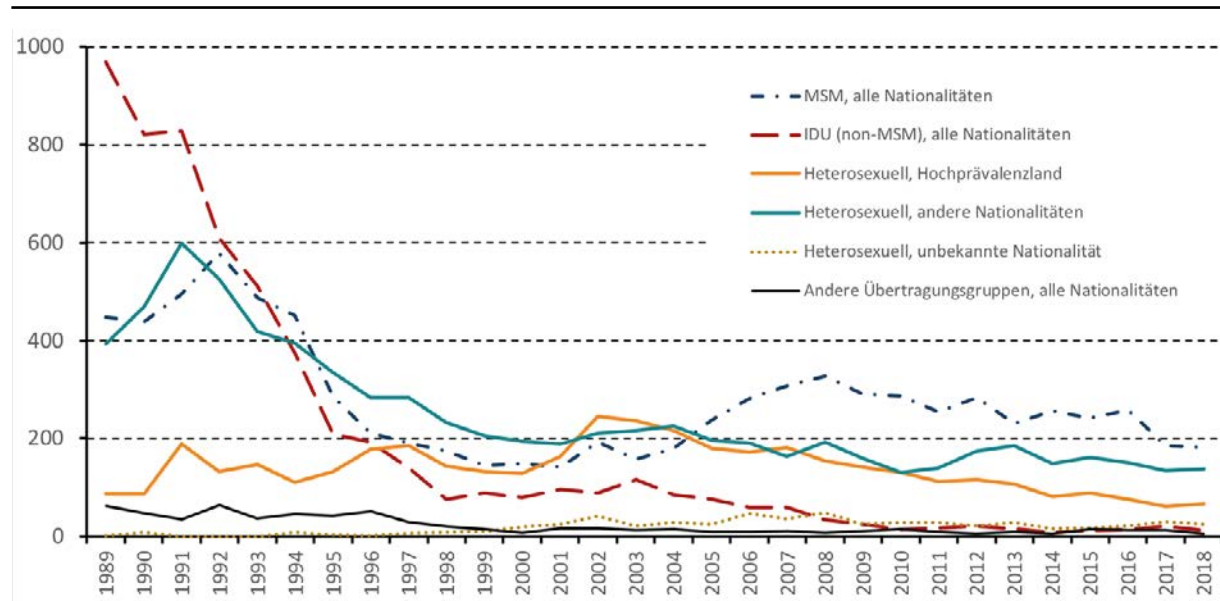
scher, österreichischer, französischer, italienischer usw. Nationalität und Menschen mit Schweizer Pass zusammengefasst. Was wir als Hochprävalenzland zählen, deckt sich weitgehend mit der jährlich angepassten Definition der Vereinten Nationen, allerdings zählen wir auch Brasilien dazu (siehe Anmerkung 2). Im Jahr 2018 entfielen 181 aller HIV-Neudiagnosen auf sexuelle Kontakte

unter Männern (jegliche Nationalität, inklusive MSM, die Drogen spritzen), 137 auf heterosexuelle Männer und Frauen, die nicht die Staatsangehörigkeit eines Hochprävalenzlandes haben, und 67 auf heterosexuelle Männer und Frauen aus Hochprävalenzländern einschliesslich Brasilien (Abbildung 4).

INFEKTIONSORT

Schweizer und Schweizerinnen mit heterosexuellem Ansteckungsweg steckten sich wie auch in den Vorjahren gemäss Angaben der Ärzteschaft häufiger in der Schweiz an als im Ausland, Personen mit ausländischem Pass häufiger im Ausland (Tabelle 4). Dabei stimmte in drei Vierteln der Fälle bei Ausländern die Nationalität mit dem vermuteten Infektionsort überein, wenn beide Angaben auf der Meldung vorhanden waren. Auch bei MSM steckten sich Schweizer häufiger in der Schweiz an als Ausländer. Im Gegensatz zu den Personen mit heterosexuellem Ansteckungsweg steckten sich aber auch MSM ohne Schweizer Pass häufiger in der Schweiz an als im Ausland. Es ist zu beachten, dass die Information über den Ort der Infektion je nach Gruppe in bis zu einem Drittel der Fälle fehlte, was die Aussagekraft der Analyse einschränkt.

Abbildung 4
HIV-Diagnosen¹ nach Ansteckungsweg und Nationalität. Neue, präventionsorientierte Einteilung



¹ MSM: sexuelle Kontakte zwischen Männern

INFEKTIONSQUELLE

Über 80 % der Frauen mit heterosexuellem Ansteckungsweg und Angaben zur Infektionsquelle steckten sich bei einem bekannten Partner an, 10 % bei einem anonymen Partner und unter 5 % bei bezahltem Sex (Tabelle 5). Etwas über der Hälfte der Männer mit heterosexuellem Ansteckungsweg steckten sich bei einer bekannten Partnerin an, 37 % bei einer anonymen Partnerin und 10 % bei Sex gegen Bezahlung. Werden bei MSM nur die Fälle mit Angaben über die Infektionsquelle berücksichtigt, steckten sie sich zu 40 % bei einem bekannten Partner an, zu 59 % bei einem anonymen Partner und nur ausnahmsweise beim Sex gegen Bezahlung. Zu beachten ist, dass die Infektionsquelle je nach Gruppe in bis zur Hälfte der Fälle nicht eruierbar war oder die Angabe fehlte, was die Aussagekraft der Analyse einschränkt.

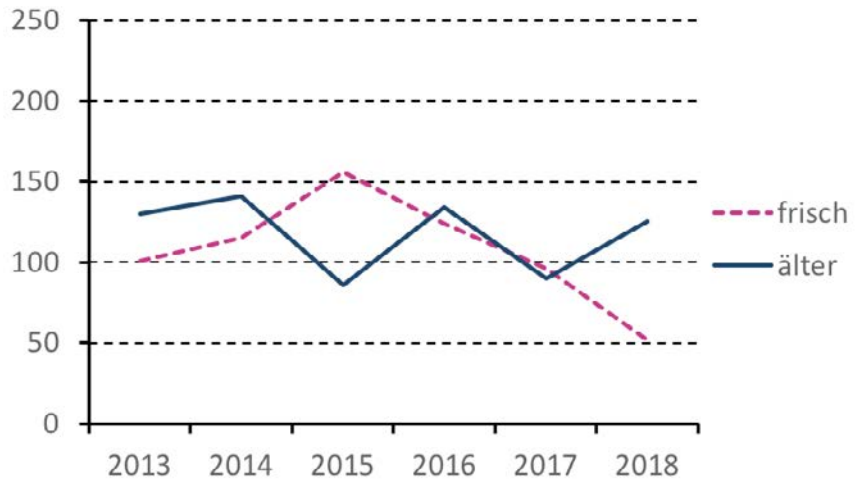
INFEKTIONSZEITPUNKT

Generell ist für die meisten HIV-Infektionen der Zeitpunkt der Infektion nicht bekannt. Die klinische Diagnose einer akuten HIV-Infektion (auch als Primoinfektion bezeichnet) erlaubt den Rückschluss auf einen Infektionszeitpunkt einige Wochen vor der Diagnose (Anmerkung 4). Ausserdem können in der Schweiz Infektionen, die sich weniger als ein Jahr vor der Diagnose ereigneten, mit einem speziellen Laborverfahren erkannt werden («frische Infektion», Anmerkung 3). Hingegen ist bei sogenannt später HIV-Diagnose die HIV-Infektion schon weit fortgeschritten, so dass erste Aids-symptome zu erwarten oder bereits bemerkbar sind. Als spät gilt hier eine HIV-Diagnose, wenn Aids-symptome gleichzeitig mit oder höchstens drei Monate nach der HIV-Diagnose festgestellt wurden.

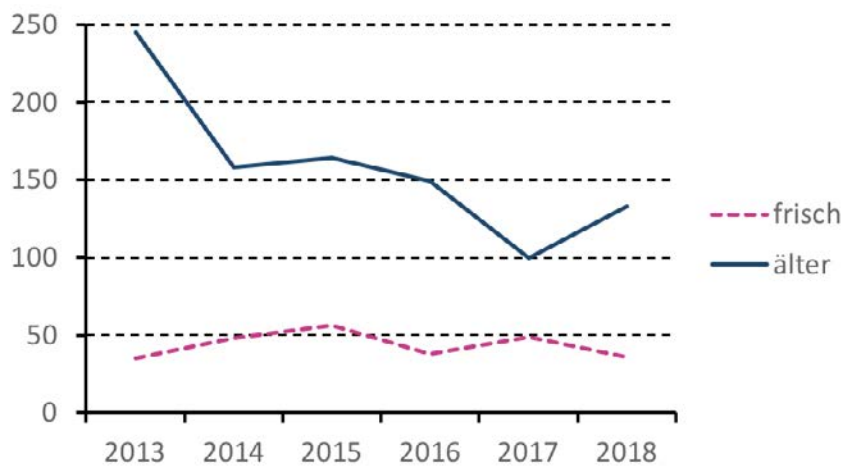
Im Jahr 2018 wurde eine frische Infektion bei 5 % der auf heterosexuellem Weg infizierten Frauen und 32 % der heterosexuellen Männer festgestellt (Tabelle 6). Für beide Geschlechter lag der Anteil mit frischer Infektion tiefer als im Vorjahr; dies kann jedoch nicht sicher als Abnahme gewertet werden, da die Schätzung aus statistischen Gründen zu wenig präzise ist. Bei MSM wurden rund 30 % der Infektionen als frisch einge-

Abbildung 5
FrISChe und ältere HIV-Infektionen nach Ansteckungsweg¹, 2013–2018

A: MSM



B: heterosexuell



¹ MSM: Ssexuelle Kontakte zwischen Männern

stuft, was deutlich unter dem Mittel der letzten Jahre liegt.

Auch die Häufigkeit, mit der akute HIV-Infektionen diagnostiziert wurden, war für MSM und für auf heterosexuellem Weg angesteckte Personen unterschiedlich (Tabelle 6). Diese Diagnose wurde bei 9 % der Frauen mit heterosexuellem Ansteckungsweg gestellt, bei 13 % der Männer mit heterosexuellem Ansteckungsweg und bei 21 % der MSM. Der höhere Anteil der Fälle mit Diagnose einer Primoinfektion bei MSM

deutet darauf hin, dass die HIV-Diagnose bei MSM früher gestellt wird als bei Personen mit heterosexuellem Ansteckungsweg.

Werden die auf den Meldeformularen der letzten drei Jahre angegebenen Gründe für den HIV-Test analysiert, zeigt sich, dass Symptome mit 19 % am häufigsten genannt wurden. In 33 % dieser Fälle stellte sich heraus, dass diese Symptome die Folge einer akuten HIV-Infektion waren. Wenn ein Test aus einem anderen Grund durchgeführt wurde (Ri-

sikoexposition oder Screening, sonstige Gründe), wurde meist keine akute Infektion festgestellt. Die durch die akute HIV-Infektion verursachten Symptome wurden somit häufig zum Anlass genommen, einen HIV-Test durchzuführen, wie in den Empfehlungen des BAG zum sog. «Provider-initiated counselling & testing» (PICT [3]) nahegelegt wird. Wird diese Analyse separat nach Ansteckungsweg durchgeführt, zeigt sich, dass die Symptome der akuten HIV-Infektion bei MSM häufiger zur Durchführung eines HIV-Tests führten als bei Personen mit heterosexuellem Ansteckungsweg. Dies entspricht dem im vorhergehenden Abschnitt gezeigten Ergebnis, nämlich dass akute HIV-Infektionen bei MSM häufiger diagnostiziert werden als bei Personen mit heterosexuellem Ansteckungsweg.

Wie in den Vorjahren wurde die HIV-Diagnose bei MSM weniger oft spät gestellt (11 %) als bei Personen mit heterosexuellem Ansteckungsweg (beide Geschlechter zusammen: 31 %).

Die verschiedenen in Tabelle 6 aufgelisteten Indikatoren für den Infektionszeitpunkt deuten zusammen darauf hin, dass HIV-Diagnosen bei Personen mit heterosexuellem Ansteckungsweg seltener als bei MSM zeitnah nach der Infektion gestellt werden, was damit zusammenhängen dürfte, dass sich MSM öfter testen lassen. Bei Frauen mit heterosexuellem Ansteckungsweg war der Anteil frischer Infektionen und der Fälle, die im akuten Stadium diagnostiziert wurden, kleiner als in den anderen Gruppen, der mit später Infektion grösser. Bei ihnen könnte auch mitspielen, dass sie mit 33 % häufiger als die anderen Gruppen aus einem Land mit hoher HIV-Prävalenz stammen (vgl. Abschnitt über Nationalität, Tabelle 3). Allerdings wurde in einer europäischen Studie gezeigt, dass sich 45 % der Personen, die aus einem HPL in Afrika immigrierten, nach der Immigration infizierten [3]. Ärztinnen und Ärzte können einen Beitrag zur Prävention von HIV-Infektionen in sexuellen Netzwerken in der Migrationsbevölkerung leisten und auch die Wahrscheinlichkeit einer möglichst frühen HIV-Diagnose erhöhen, indem sie in Konsultationen häufiger einen HIV-

Test vorschlagen, auch wenn nicht direkt der Verdacht auf eine HIV-Infektion besteht (HIV-Test auf Initiative des Arztes «PICT» [4]).

Der Anteil frischer Infektionen unterschied sich im Zeitraum 2013 bis 2018 im Mittel deutlich je nach Personengruppe: Für MSM betrug er knapp die Hälfte der Fälle, für heterosexuell angesteckte Männer 31 % und für Frauen 11 %. Dieser Anteil änderte sich allerdings im Verlauf der Jahre: Bei MSM stieg er von 44 % auf 64 % an und nahm dann ab auf 29 % im Jahr 2018 (Abbildung 5A). Bei Personen mit heterosexuellem Ansteckungsweg nahm die Zahl der Infektionen, die älter als ein Jahr waren, generell ab, während die frischen Infektionen eher stabil blieben (Abbildung 5B). Die in Abbildung 3 sichtbare Abnahme der HIV-Diagnosen bei Personen mit heterosexuellem Ansteckungsweg zwischen 2013 und 2018 war folglich weitgehend der Abnahme der älteren Infektionen in dieser Gruppe geschuldet. Vor allem bei Frauen lässt sich die Abnahme der älteren Infektionen teilweise damit erklären, dass HIV-Diagnosen bei Personen aus Hochprävalenzländern überdurchschnittlich abnahmen, denn der Anteil älterer Infektionen ist in dieser Gruppe vergleichsweise hoch.

Bei gleichbleibender Testhäufigkeit sind Änderungen in der Zahl frischer Infektionen ein Hinweis auf entsprechende Änderungen der HIV-Inzidenz. Daten aus den Beratungs- und Testzentren in der Schweiz (VCT-Zentren), in denen je nach Jahr bis zu 30 % der HIV-Diagnosen gestellt werden, zeigen, dass in diesen Zentren die Zahl der HIV-Tests in der Gruppe der MSM gestiegen ist (s. Bericht «Testsurveillance» im gleichen Heft). Dieses vermehrte Testen dürfte den beobachteten Anstieg der frischen Infektionen bei MSM in den Jahren 2013 und 2014 mindestens teilweise erklären. In den Jahren 2016 bis 2018 ist die Zahl der frischen Infektionen in dieser Gruppe jedoch wieder stark zurückgegangen (Abbildung 5), die Zahl der Tests in VCT-Zentren hingegen nicht. Das könnte ein Hinweis auf eine Abnahme der HIV-Inzidenz bei MSM sein.

Im Gegensatz zu den frischen Infektionen hängen die älteren Infektionen stärker mit der Prävalenz in der untersuchten Gruppe zusammen. Je höher die Prävalenz, desto wahrscheinlicher ist es, dass sich die Infektion mehr als ein Jahr vor der Diagnose ereignete. Bei der Gruppe mit heterosexuellem Ansteckungsweg, bei dem der Anteil von Personen mit Migrationshintergrund deutlich höher als bei MSM liegt (Tabelle 3), dürfte die Zahl der HIV-Diagnosen entsprechend auch durch Einwanderung und Lebensbedingungen im Immigrationsland mitbeeinflusst werden. Personen in der Schweiz aus Ländern mit hoher HIV-Prävalenz sind denn auch eine wichtige Zielgruppe für die HIV-Beratung.

AIDSFÄLLE

Die Zahl neuer Aidsfälle hat sich in den letzten Jahren bei etwa 60 bis 80 Fällen pro Jahr stabilisiert (Tabelle 7). Dies ergeben statistische Hochrechnungen, bei denen berücksichtigt wird, dass Aidsfälle teils mit mehrjähriger Verzögerung nach der Diagnose gemeldet werden (Anmerkung 5). Für das Jahr 2018 ergibt diese Hochrechnung 83 Fälle, wovon 46 bereits gemeldet wurden. Für das Jahr 2017 ergibt das Schätzverfahren ebenfalls 83 Fälle (davon 70 bereits gemeldet). Da die Methode die Zahl der Fälle im aktuellen Jahr tendenziell überschätzt, kann davon ausgegangen werden, dass im Jahr 2018 kaum mehr als 80 neue Aidsfälle diagnostiziert wurden.

Für 82 % der im Jahr 2018 diagnostizierten und bereits gemeldeten Aidsfälle ist der Ansteckungsweg bekannt: 42 % MSM und 58 % heterosexuelle Fälle; es wurde kein Aidsfall mit Drogeninjektion als Ansteckungsweg gemeldet. Im Vergleich dazu waren im Jahr 2018 unter den neuen HIV-Diagnosen 50 % MSM, 46 % heterosexuelle Fälle und 3 % IDU. Der tiefere Anteil der MSM bei den Aidsfällen dürfte eine der Konsequenzen davon sein, dass sie sich deutlich häufiger einem HIV-Test unterziehen als andere Gruppen und HIV-Infektionen bei ihnen vergleichsweise frühzeitig diagnostiziert und erfolgreich therapiert werden (vgl. Abschnitt «Infektionszeitpunkt» sowie Bericht «Testsurveillance» im gleichen Heft).

Tabelle 7
Neue Aidsfälle nach Diagnosejahr, Ansteckungsweg¹ und Geschlecht, 2013–2018
 (korrigiert für Meldeverzögerungen)

Ansteckungsweg	Geschlecht	Diagnosejahr					
		2013	2014	2015	2016	2017	2018
Heterosexuell	männlich	29	19	24	11	16	24
	weiblich	24	13	10	18	14	10
MSM	männlich	32	24	24	25	31	34
IDU	männlich	6	4	2	3	7	0
	weiblich	5	0	0	1	4	0
Übrige	männlich	5	14	1	6	9	9
	weiblich	3	3	2	3	2	6
Total		104	77	63	67	83	83
davon bereits gemeldet:		104	77	62	65	70	46

¹ MSM: sexuelle Kontakte zwischen Männern; IDU: injizierender Drogenkonsum

FAZIT

Die Gesamtzahl der HIV-Diagnosen und darauf beruhend die Diagnoserate von HIV haben im Jahr 2018 gegenüber dem Vorjahr abgenommen. Fast 80 % der Fälle wurden bei Männern diagnostiziert, bei denen die Inzidenz neuer Diagnosen fast viermal höher war als bei Frauen. Der bei Weitem häufigste Ansteckungsweg bei Männern war unverändert Sex mit anderen Männern, bei Frauen waren es heterosexuelle Kontakte. Ansteckung im Zusammenhang mit injizierendem Drogenkonsum spielte für das Gesamtbild in den letzten Jahren nur noch eine geringe Rolle. MSM infizierten sich unabhängig von der Nationalität häufiger in der Schweiz als im Ausland. Auf heterosexuellem Weg angesteckte Personen aus dem Ausland infizierten sich mehrheitlich im Ausland, wobei in drei Vierteln der Fälle der Infektionsort mit der eigenen Nationalität übereinstimmte. Bei MSM wurden im Mittel der letzten sechs Jahre mehr frische Infektionen diagnostiziert als bei Personen mit heterosexuellem Ansteckungsweg. Die Zahl dieser Fälle hat bei MSM in den Jahren 2014 und 2015 zugenommen, war danach aber wieder rückläufig, wobei sich dieser Trend im Jahr 2018 fortgesetzt hat. Generell können Änderungen der Zahl frischer Infektionen durch Änderun-

gen der Inzidenz, aber auch durch eine veränderte Testrate bewirkt werden. In Anbetracht der steigenden Testrate bei MSM (siehe Bericht «Testsurveillance») ist bei gleichzeitig rückläufigen Diagnoseszahlen von einer sinkenden Inzidenz bei MSM in der Schweiz auszugehen.

Kontakt

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

Anmerkungen

1. Die Arztmeldungen, die nach der jüngsten Revision der Verordnung «Meldung zum Klinischen Befund» (MkB) heissen, sind an den Kantonsarzt im Wohnkanton des Patienten zu senden. Dieser leitet sie nach Kontrolle an das BAG weiter. Es wurden nicht zu allen von den Laboratorien diagnostizierten und gemeldeten HIV-Fällen auch MkB übermittelt. In den letzten Jahren lagen MkB für 80 % bis 90 % der Fälle vor, wobei der Anteil mit MkB einen zunehmenden Trend zeigte. In den Fällen ohne MkB fehlten somit die über das Geschlecht, das Alter und den Wohnkanton hinausgehenden Angaben, insbesondere zu Ansteckungsweg und Nationalität. Für die in diesem Bericht grafisch dargestellten zeitlichen Trends, die auf MkB beruhen, wurden die auf den MkB beruhenden Zahlen so hochgerechnet, dass sich für jedes Geschlecht und Jahr das entsprechende Total der Labormeldungen ergab. Dieses Vorgehen setzt die Annahme voraus, dass die MkB für alle von den Labors diagnostizierten HIV-Fälle repräsentativ sind.

2. Gemäss UNAIDS und WHO gilt ein Land als HIV-Hochprävalenzland, wenn die HIV-Prävalenz bei 15- bis 45-Jährigen in der Allgemeinbevölkerung über 1 % liegt. Um jährliche Unterschiede in der Definition zu vermeiden, gelten in Berichten des BAG seit 2019 folgende Länder als Hochprävalenzländer: alle Länder der WHO-Region «Afrika», ohne Algerien, aber einschliesslich Djibouti, Sudan, Somalia, sowie Thailand, Brasilien, Suriname, Guyana, Belize, Jamaika, Haiti und Dominikanische Republik, Bahamas, Barbados, Trinidad und Tobago. Die Hinzunahme von Brasilien trägt dem Einwanderungsprofil der Schweiz Rechnung.
3. Seit 2008 wird in der Schweiz standardmässig ein Diagnoseverfahren eingesetzt, das mithilfe eines Algorithmus erlaubt, frische von älteren HIV-Infektionen zu unterscheiden. Der Algorithmus wurde vom Nationalen Zentrum für Retroviren (NZR) auf Basis des Inno-Lia HIV I/II Assay (Fujirebio), eines Immunoblot-Verfahrens, entwickelt. Dabei gelten als frische Infektionen solche, bei denen der Infektionszeitpunkt wahrscheinlich weniger als ein Jahr vor der Diagnose liegt.
4. Die Primoinfektion ist ein akutes retrovirales Syndrom, das bei vielen HIV-Infizierten einige Wochen bis zu drei Monate nach der Infektion auftritt. «Frische Infektionen» und «Primoinfektionen» sind methodisch voneinander unabhängige Indikatoren für ein frühes Infektionsstadium.
5. Infolge von Meldeverzögerungen wurden in der Vergangenheit nur rund die Hälfte der in einem bestimmten Jahr gemeldeten Aidsfälle im betreffenden Jahr diagnostiziert, rund 30 % im Jahr zuvor und 20 % noch früher. Als Konsequenz ist am Ende eines bestimm-

ten Jahres die Zahl der neuen Aidsfälle nicht genau bekannt, weil nicht alle bereits gemeldet wurden. Diese Zahl muss daher mit einem statistischen Modell geschätzt werden, das die Verteilung der Meldeverzögerungen in der Vergangenheit berücksichtigt. Die in Tabelle 7 gezeigten Zahlen beruhen auf dem Verfahren von Rosenberg [4].

Anhang

Definition der BFS-Grossregionen

NUTS-Code	Grossregion	Zusammengefasste Kantone
CH01	Genferseeregion	GE, VD, VS
CH02	Espace Mittelland	BE, SO, FR, NE, JU
CH03	Nordwestschweiz	BS, BL, AG
CH04	Zürich	ZH
CH05	Ostschweiz	SG, TG, AI, AR, GL, SH, GR
CH06	Zentral-schweiz	UR, SZ, OW, NW, LU, ZG
CH07	Tessin	TI

Das Bundesamt für Statistik (BFS) definierte die sieben Grossregionen CH01 bis CH07 für statistisch-vergleichende Zwecke und die Einbettung in die europäische Regionalstatistik NUTS (Nomenclature des unités territoriales statistiques).

Referenzen

1. AG Labor & Diagnostik der EKSG: HIV-Testkonzept 2013, Bull BAG 2013; 47: 851–853.
2. Schmidt AJ, Altpeter E (2019): The Denominator problem: estimating the size of local populations of men-who-have-sex-with-men and rates of HIV and other STIs in Switzerland. Sex Transm Infect. 2019 ; 95(4): 285–291
3. Sokari, E. Die LGBTI-Bewegung und soziale Medien in Afrika: Eine Bestandsaufnahme. <https://www.boell.de/de/navigation/afrika-Afrika-LGBTI-9040.html>
4. Alvarez-Del Arco et al. (2017). High levels of postmigration HIV acquisition within nine European countries. AIDS, 31(14): 1979–1988.
5. Der HIV-Test auf Initiative des Arztes / Zielsetzung der Richtlinie (PICT). Bull BAG 2015; 21: 375–379
6. Rosenberg PS. A simple correction of AIDS surveillance data for reporting delays. J Acquir Immune Defic Syndr 1990; 3(1): 49–54

«Antibiotika sind
Lebensretter –
gehen wir sorgfältig
damit um.»



Syphilis in der Schweiz im Jahr 2018

Im Jahr 2018 wurden dem BAG 885 neue Syphilis-Fälle gemeldet. Aufgrund einer radikalen Vereinfachung der Falldefinition seit 2018 sind die Zahlen nicht mit denen des Vorjahres vergleichbar.

DATENLAGE

Syphilis wird in der Schweiz seit 2006 kontinuierlich mittels eines obligatorischen Meldesystems überwacht. Seit 2015 hat das BAG die Formulare für die Labormeldung und die Meldung zum klinischen Befund überarbeitet. Die Ärzteschaft hat seither die Möglichkeit, auf dem Meldeformular für Syphilis anzukreuzen, ob es sich um das Resultat der Verlaufskontrolle einer bereits gemeldeten Infektion, um den Nachweis einer früheren Infektion – einer sogenannten Seronarbe – oder um einen neuen Fall, der noch nie gemeldet wurde – eine Neu- oder Reinfektion –, handelt. Nur für Erst- und Reinfektionen muss das Meldeformular vollständig ausgefüllt werden. Zum 1.1.2018 wurden sowohl

die Meldekriterien als auch die Falldefinition für Syphilis revidiert. Entsprechend basieren die hier diskutierten Zahlen von 2018 auf dem neuen System. Um zu verdeutlichen, dass die Zahlen von 2018 mit den Zahlen bis einschliesslich 2017 nicht vergleichbar sind, ist in den Grafiken zu zeitlichen Verläufen ein roter Balken eingefügt.

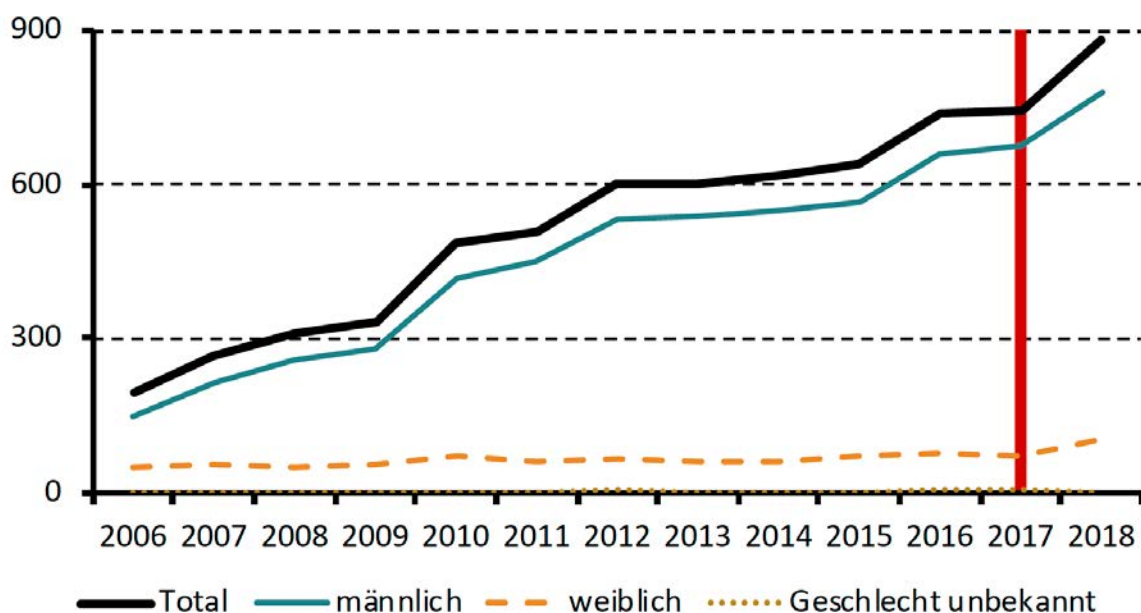
Für das Jahr 2018 trafen insgesamt 1532 klinisch-ärztliche Meldungen ein. Von diesen 1532 Meldungen betrafen 558 Verlaufskontrollen oder Seronarben. Bei 89 Meldungen war keine Klassierung möglich, weil die klinische Einordnung vollständig fehlte und auch mithilfe der vorliegenden Labormeldungen keine eindeutige Beurteilung mög-

lich war. Die restlichen 885 Fälle wurden als neue Syphilis-Fälle gezählt (Erst- und Reinfektionen; Nachmeldungen bis 28.6.2018 berücksichtigt). Die nachfolgenden Auswertungen beruhen auf den Informationen, die dem BAG zu diesen neuen Fällen vorlagen.

GESCHLECHT

Von den neuen Syphilis-Fällen betraf die Mehrheit Männer (88 %). Der Männeranteil ist im Lauf der Jahre stetig gestiegen (Abbildung 1). Die Inzidenz, das heisst die Anzahl Neuerkrankungen pro 100 000 Einwohnern, betrug 2018 für Frauen 2,4 und für Männer 18,1 pro 100 000 Einwohnern. Dem BAG wurden keine Syphilis-Fälle bei Transfrauen oder Transmännern angezeigt.

Abbildung 1
Bestätigte Syphilis-Fälle nach Geschlecht und Diagnosejahr, 2006–2018



GEOGRAFISCHE VERTEILUNG

Für die ganze Schweiz und beide Geschlechter zusammen lag die Inzidenz im Jahr 2018 bei 10,2 pro 100 000 Einwohnern. Es bestanden jedoch grosse regionale Unterschiede mit einer Spannweite von 5 bis 16 Fällen pro 100 000 Einwohnern (Tabelle 1). Die höchsten Werte fanden sich in der Grossregion Zürich und in der Genferseeregion, in denen sich die grössten urbanen Zentren der Schweiz befinden. Die vorwiegend ländlichen Regionen Ostschweiz und Zentralschweiz wiesen deutlich tiefere Inzidenzen auf.

ALTERSVERTEILUNG

Für Frauen mit einer Syphilis-Diagnose lag der Altersmedian über die letzten fünf Jahre gerechnet bei 38 Jahren, das heisst, die Hälfte der Frauen war jünger und die andere Hälfte älter als 38 Jahre. Die meisten Syphilis-Diagnosen bei Frauen wurden in der Altersgruppe der 25- bis 34-Jährigen gestellt (Abbildung 2). Die auf heterosexuellem Weg angesteckten Männer waren bei der Diagnose älter als die Frauen: Ihr Altersmedian lag bei 42 Jahren, und die am stärksten betroffenen Altersgruppen waren ebenfalls die 25- bis 34-Jährigen sowie die 45- bis 54-Jährigen. Für Männer, die Sex mit Männern haben (MSM), lag der Altersmedian bei 39 Jahren. Die meisten Fälle in dieser Gruppe wurden in der Altersgruppe der 35- bis 44-Jährigen diagnostiziert.

ANSTECKUNGSWEG

Von den 885 Personen mit neuer Syphilis-Diagnose im Jahr 2018 hatten sich wie im Vorjahr 60 % bei sexuellen Kontakten zwischen Männern angesteckt, 21 % bei heterosexuellen Kontakten und vier Fällen beim sexuellen Kontakt zwischen Frauen; für die restlichen 19 % war der Ansteckungsweg unbekannt (Abbildung 3, Tabelle 2). In der Gruppe mit heterosexuellem Ansteckungsweg betrug der Frauenanteil 37 %. Der Frauenanteil in der Gruppe mit heterosexuellem Ansteckungsweg liegt seit 2015 doppelt so hoch wie in den Jahren zuvor – dies ist der gleiche Zeitraum, in dem in der Schweiz vermehrt Sexarbeiterinnen getestet wurden. In der Gruppe der Männer mit bekanntem Ansteckungsweg erfolgten 82 % der

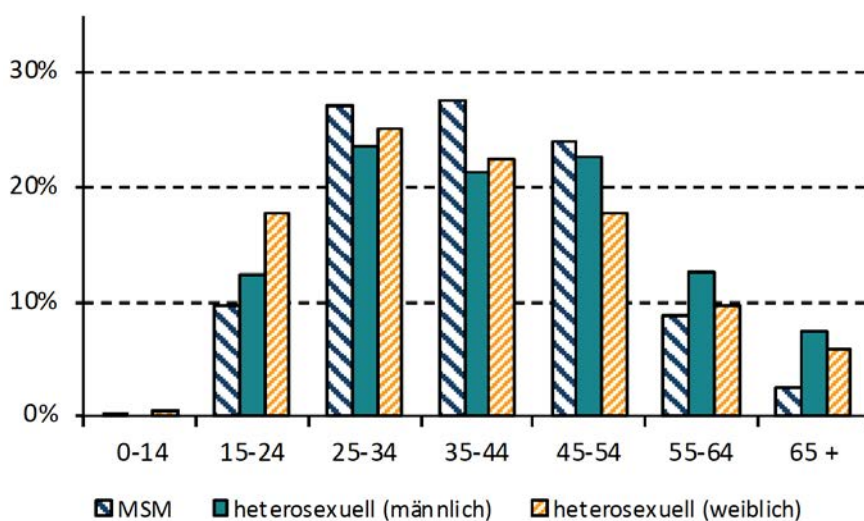
Tabelle 1
Syphilis-Inzidenz pro 100 000 Einwohnern nach BFS-Grossregion¹ und Diagnosejahr, 2013–2018

Diagnosejahr	2013	2014	2015	2016	2017	2018*
Ganze Schweiz	7,4	7,5	7,7	8,8	8,8	10,2
Genfersee	12,2	10,3	10,5	12,1	11,6	13,3
Mittelland	3,6	3,8	3,9	6,1	5,6	8,4
Nordwestschweiz	5,3	8,5	7,4	8,9	9,1	8,2
Zürich	12,9	14,2	14,3	14,9	15,6	16,1
Ostschweiz	4,2	3,0	4,1	4,1	4,7	5,1
Zentralschweiz	4,7	3,8	5,2	4,6	4,5	6,8
Tessin	5,5	6,3	7,1	6,5	6,5	11,2

¹ Definition der BFS-Grossregionen siehe Anhang

*Cave: Die Werte von 2018 sind aufgrund einer Umstellung der Falldefinition nicht mit den Werten der Vorjahre vergleichbar.

Abbildung 2
Altersverteilung von Personen mit bestätigter Syphilis nach Ansteckungsweg¹ und Geschlecht (Fälle der Jahre 2014–2018 aus statistischen Gründen zusammengefasst)



¹ MSM: sexuelle Kontakte zwischen Männern

Infektionen über sexuelle Kontakte zwischen Männern. Damit sind MSM, die gemäss Schätzungen schweizweit nicht mehr als 3 % der sexuell aktiven männlichen Bevölkerung ausmachen [1], besonders stark von Syphilis betroffen. In der Grossregion Zürich hat es mehr MSM als in anderen Regionen der Schweiz [1], deshalb ist in dieser Region der Anteil der MSM mit einer Syphilis-Diagnose mit 79 % besonders hoch (Tabelle 2). Im Jahr 2018 wurde kein Fall von Mutter-Kind-Übertragung (konnataler Syphilis) gemeldet. Das per 2019

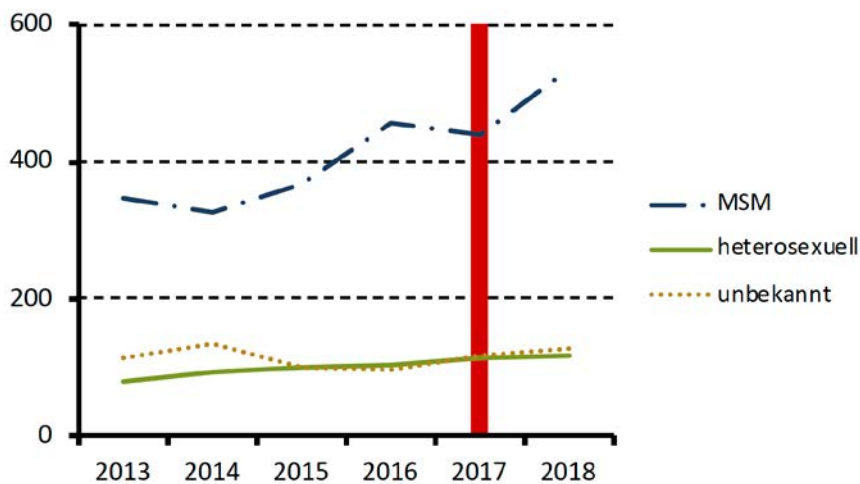
überarbeitete Meldeformular sieht für diesen Zusammenhang neu ein Feld für «Abort aufgrund einer Syphilis-Infektion» vor.

NATIONALITÄT

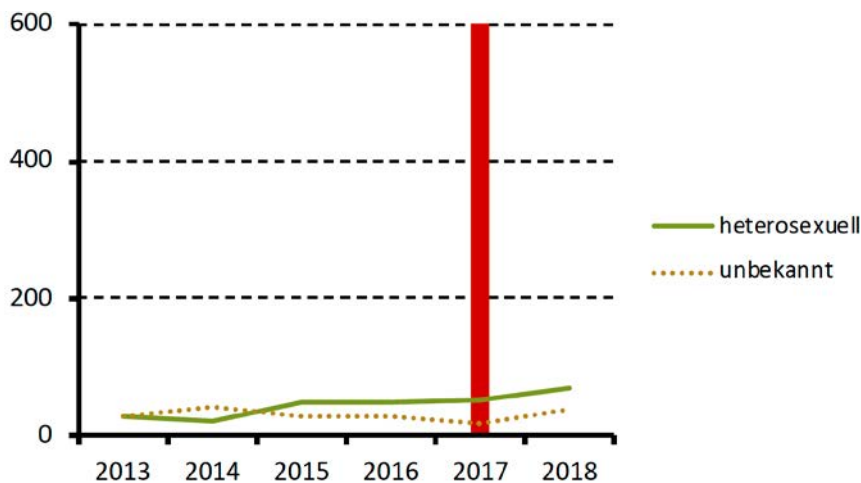
Von den Syphilis-Fällen mit bekannter Nationalität betrafen 55 % Schweizer. Dabei variierte der Anteil der Personen mit Schweizer Nationalität nach Geschlecht und Ansteckungsweg (Tabelle 3). Für auf heterosexuellem Weg angesteckte Frauen lag dieser Prozentsatz bei 46 %, während er für Männer um rund 20 % höher lag.

Abbildung 3
Bestätigte Syphilis-Fälle bei Männern und Frauen nach Ansteckungsweg¹ und Diagnosejahr, 2013–2018

A: Männer



B: Frauen



¹ MSM: sexuelle Kontakte zwischen Männern

*Cave: Die Werte von 2018 sind aufgrund einer Umstellung der Falldefinition nicht mit den Werten der Vorjahre vergleichbar (roter Balken).

Tabelle 2

Neue Syphilis-Fälle nach Ansteckungsweg und BFS-Grossregion¹, 2018

Ansteckungsweg:	heterosexuell		MSM ²		unbekannt	
	N	%	N	%	N	%
Ganze Schweiz	181	20,5 %	536	60,6 %	168	19,0 %
Genfersee	55	25,0 %	124	56,4 %	44	18,6 %
Mittelland	45	28,3 %	80	50,3 %	34	21,4 %
Nordwestschweiz	23	24,2 %	51	53,7 %	21	22,1 %
Zürich	19	7,8 %	195	78,8 %	33	13,5 %
Ostschweiz	14	23,3 %	39	56,7 %	12	20,0 %
Zentralschweiz	13	23,6 %	30	54,5 %	12	21,8 %
Tessin	12	30,0 %	17	40,0 %	12	30,0 %

¹ Definition der BFS-Grossregionen siehe Anhang

² MSM: sexuelle Kontakte zwischen Männern

Der hohe Anteil nichteuropäischer Frauen verweist auf die vermehrte Betroffenheit von Sexarbeiterinnen.

INFEKTIONSORT

Die Mehrheit der Infektionen mit Syphilis erfolgte innerhalb der Schweiz (Tabelle 4). Bei Personen mit Schweizer Nationalität und bekanntem Ansteckungsort betrug der Anteil mit Ansteckung in der Schweiz bei MSM 84 % (nahezu gleicher Wert wie im Vorjahr) und in der Gruppe mit heterosexuellem Ansteckungsweg 75 %. Personen mit ausländischer Nationalität infizierten sich etwas häufiger im Ausland als Personen mit Schweizer Nationalität. Jedoch steckten sich auch Personen ausländischer Nationalität mehrheitlich in der Schweiz mit Syphilis an – bei MSM 81 % und bei Fällen mit heterosexuellem Ansteckungsweg 55 %. Es ist zu beachten, dass die Information über den Ort der Infektion je nach Gruppe in bis zu einem Viertel der Fälle fehlte, was die Aussagekraft der Analyse einschränkt.

INFEKTIONSQUELLE

Die grosse Mehrheit der Frauen infizierte sich bei einem bekannten Partner mit Syphilis (Tabelle 5). Bei näherer Betrachtung der Art der Beziehung zum infektiösen Partner hatten sich 76 % der Frauen bei einem bekannten Partner infiziert, 14 % bei einem anonymen Partner und 10 % bei bezahltem Sex. Bei Männern mit heterosexuellem Ansteckungsweg hingegen spielten anonyme (37 %) und bezahlte (9 %) Kontakte eine bedeutendere Rolle. Bei MSM war der Partner etwa gleich häufig bekannt wie bei anderen Männern, allerdings war bezahlter Sex bei MSM mit 0,9 % kein bedeutsamer Faktor für eine Infektion mit Syphilis. Aufgrund von Daten aus der Schweizer HIV-Kohortenstudie ist bekannt, dass Syphilis insbesondere in sexuellen Netzwerken HIV-positiver MSM übertragen wird (persönliche Mitteilung). Die vorhandenen Angaben zu bezahltem Sex unterstreichen, dass kommerzielle sexuelle Kontakte für die heterosexuelle Übertragung eine wichtige Rolle spielen. In den Angaben auf den Meldeformularen dürfte nur die Spitze des Eisbergs sichtbar sein. Sexarbeiterinnen in der Schweiz kommen nicht nur häufig aus Lateinamerika, sondern auch aus Osteuropa,

Tabelle 3
Neue Syphilis-Fälle nach Nationalität, Ansteckungsweg und Geschlecht, 2018

Ansteckungsweg: Geschlecht:	heterosexuell				MSM ¹	
	weiblich		männlich		N	%
	N	%	N	%		
Schweiz	26	46,4%	63	63,6%	311	66,3%
Europa	13	23,2%	22	22,2%	88	18,8%
Afrika	3	5,4%	4	4,0%	2	0,4%
Andere Länder	14	25,0%	10	10,1%	68	14,5%
Unbekannte Nationalität						
Total Syphilis-Fälle	56	100,0%	99	100,0%	469	100,0%

¹ MSM: sexuelle Kontakte zwischen Männern

Tabelle 4
Vermuteter Ort der Infektion bei neuen Syphilis-Fällen nach Ansteckungsweg und Nationalität, 2018

Ansteckungsweg: Nationalität:	heterosexuell				MSM ¹			
	Schweiz		Ausland		Schweiz		Ausland	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Anzahl Fälle	89	100,0%	92	100,0%	311	100,0%	217	100,0%
Ort der Infektion								
Schweiz	49	55,1%	35	38,0%	207	66,6%	130	59,9%
Ausland	16	18,0%	29	31,5%	39	12,5%	30	13,8%
Unbekannt	24	27,0%	28	30,4%	65	20,9%	57	26,3%

¹ MSM: sexuelle Kontakte zwischen Männern

Tabelle 5
Art der Beziehung zum vermuteten infektiösen Partner bei Personen mit neuer Syphilis-Diagnose nach Ansteckungsweg und Geschlecht, 2018

Ansteckungsweg: Geschlecht:	heterosexuell				MSM ¹	
	weiblich		männlich		N	%
	N	%	N	%		
Anzahl bestätigte Fälle	67	100,0%	115	100,0%	528	100,0%
Bekannter Partner	37	55,2%	45	39,1%	194	36,7%
Anonymer Partner	7	10,4%	30	26,1%	149	28,2%
Bezahlter Sex	5	7,5%	7	6,1%	3	0,6%
Nicht eruierbar	13	19,4%	16	13,9%	123	23,3%
Keine Angabe	5	7,5%	17	14,8%	59	11,2%

¹ MSM: sexuelle Kontakte zwischen Männern

einer Region, in der Syphilis nach dem Zusammenbruch der Sowjetunion epidemische Ausmasse angenommen hat [2, 3]. Zu beachten ist, dass die Information über die vermutete Infektionsquelle je nach Gruppe in einem Viertel der Fälle fehlte, was die Aussagekraft der Analyse einschränkt.

FRÜHERE SYPHILIS-ERKRANKUNGEN

Eine durchgemachte Syphilis-Infektion bietet keinen Schutz vor einer erneuten Infektion. 30 % der MSM bejahten die Frage, ob sie früher bereits einmal mit Syphilis infiziert gewesen seien. In der Gruppe mit heterosexuellem Ansteckungsweg betrug dieser Anteil 5 %.

KLINISCHE STADIEN

Etwa die Hälfte der Syphilis-Fälle wurde in der Primärphase diagnostiziert (Tabelle 6). Aufgeschlüsselt nach Ansteckungsweg befanden sich zum Zeitpunkt der Diagnose 90 % der MSM und 82 % der Fälle mit heterosexuellem Ansteckungsweg im Stadium einer aktiven

Tabelle 6

Klinische Stadien der neuen Syphilis-Fälle nach Ansteckungsweg, 2018

	heterosexuell		MSM ¹	
	Anzahl	Anteil (%)	Anzahl	Anteil (%)
Anzahl bestätigte Fälle	181	100,0%	528	100,0%
Primär	83	45,9%	237	44,9%
Sekundär	37	20,4%	153	29,0%
Frühe Latenz (< 1 Jahr)	8	4,4%	51	9,7%
Späte Latenz (≥ 1 Jahr)	25	13,8%	45	8,5%
Unbekannte Latenzzeit	0	0,0%	0	0,0%
Tertiär	4	2,2%	4	0,8%
Unbekannt / keine Angaben	24	13,3%	38	7,2%

¹ MSM: sexuelle Kontakte zwischen Männern

Syphilis, das heisst im primären, sekundären oder frühlanten Stadium. Sie waren somit ansteckend für ihre Sexualpartnerinnen oder Sexualpartner. Neue tertiäre Fälle, das heisst mit klinischer Manifestation einer Spätsyphilis, wurden nur selten gemeldet (8 Fälle insgesamt, <1 %). Dass MSM häufiger in einem frühen Stadium diagnostiziert werden – obwohl die Primärinfektion bei MSM häufiger asymptomatisch verläuft (Manifestation im Bereich des Enddarms oder der Mundhöhle) –, verweist auf häufigeres Testen in dieser Gruppe. Bei MSM mit diagnostizierter HIV-Infektion gehören Syphilis-Tests im Abstand von maximal zwölf Monaten zur Laborroutine.

FAZIT

Die Anzahl neuer Syphilis-Fälle und darauf beruhend die Inzidenz im Jahr 2018 sind zwar höher als im Vorjahr, aufgrund der Umstellung der Zählweise ist jedoch unklar, ob dies eine Zunahme von Syphilis-Infektionen bedeutet. Seit 2015 werden besonders betroffene Gruppen (MSM, Sexarbeiterinnen) verstärkt getestet; siehe Kapitel zur Testsurveillance. In Schweizer VCT-Zentren ist kein Anstieg der Syphilis-Diagnosen im Jahr 2018 festzustellen.

Die Altersverteilung und die Verteilung nach Ansteckungsweg blieben mit den Vorjahren vergleichbar: Die Mehrheit war zwischen 25 und 54 Jahre alt, und Sexualkontakt zwischen Männern war der häufigste Übertragungsweg. Über 90 % aller Fälle befanden sich in einem infektiösen Stadium, womit die Sexualpartner und -partnerinnen mit grosser Wahrscheinlichkeit ebenfalls mit Syphilis infiziert wurden. Deren Benachrichtigung und gleichzeitige Behandlung ist äusserst wichtig, um Reinfektionen nach erfolgter Behandlung zu vermeiden. Es wird empfohlen, dass sich in der Sexarbeit tätige Frauen halbjährlich und Männer, die Sexarbeiterinnen aufsuchen, sechs Wochen nach dem bezahlten Kontakt auf Syphilis testen lassen [4].

Kontakt

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

Referenzen

- Schmidt AJ, Altpeter E (2019): The Denominator problem: estimating the size of local populations of men-who-have-sex-with-men and rates of HIV and other STIs in Switzerland. Sex Transm Infect. 2019; 95(4): 285–291
- Smacchia C, Parolin A, Di Perri G, Vento S, Concia E (1998): Syphilis in prostitutes from Eastern Europe. In: Lancet. 351(9102), S. 572
- Herbert, Liam J.; Middleton, Stephen I, (2012): An estimate of syphilis incidence in Eastern Europe. In: Journal of Global Health 2 (1), S. 10402
- EKSG-Empfehlung im Bulletin 21/2015: «Bis zu 4–6 Wochen nach Infektion können VDRL/RPR noch negativ sein»; www.bag.admin.ch/dam/bag/de/dokumente/mt/p-und-p/richtlinien-empfehlungen/empfehlungen-zu-syphilis-aktualisiert-mai-2015.pdf.download.pdf/bu-21-15-syphilis.pdf

Anhang

Definition der BFS-Grossregionen

NUTS-Code	Grossregion	Zusammengefasste Kantone
CH01	Genferseeregion	GE, VD, VS
CH02	Espace Mittelland	BE, SO, FR, NE, JU
CH03	Nordwestschweiz	BS, BL, AG
CH04	Zürich	ZH
CH05	Ostschweiz	SG, TG, AI, AR, GL, SH, GR
CH06	Zentral-schweiz	UR, SZ, OW, NW, LU, ZG
CH07	Tessin	TI

Das Bundesamt für Statistik (BFS) definierte die sieben Grossregionen CH01 bis CH07 für statistisch-vergleichende Zwecke und die Einbettung in die europäische Regionalstatistik NUTS (Nomenclature des unités territoriales statistiques).

Gonorrhoe in der Schweiz im Jahr 2018

Im Jahr 2018 wurden dem BAG 3116 bestätigte Gonorrhoe-Fälle gemeldet. Dies entspricht einer Zunahme von 11 % gegenüber dem Vorjahr. Ein Anstieg ist ausschliesslich bei Männern zu sehen. Er ist auf vermehrte Testung bei MSM in Checkpoints und VCT-Stellen bzw. den Einfluss der STARMAN-Kampagne der Aids-Hilfe Schweiz zurückzuführen.

DATENLAGE

Gonorrhoe wird in der Schweiz seit 1988 kontinuierlich mittels eines obligatorischen Meldesystems überwacht. Im Januar 2015 hat das BAG neue Formulare für die Labormeldung und die Meldung zum klinischen Befund eingeführt. Im Jahr 2017 wurde die Falldefinition geändert. Seither wird angenommen, dass eine Gonorrhoe-Infektion nicht länger als vier Wochen dauert, weil sie nach der Diagnose sofort behandelt wird. Gehen für einen bestimmten Patienten zwei Meldungen ein, bei denen die Testdaten mehr als vier Wochen auseinanderliegen, wird von einer Reinfektion ausgegangen, die als neuer Fall gezählt wird. Da bisher kein

Zeitintervall berücksichtigt wurde, führt die neue Definition zu höheren Fallzahlen. Für den vorliegenden Bericht wurde die neue Definition retrospektiv angewendet.

Im Jahr 2018 wurden dem BAG 3116 bestätigte Gonorrhoe-Fälle gemeldet. Dies entspricht einer Zunahme von 11 % gegenüber dem Vorjahr mit 2806 Fällen (Nachmeldungen bis 28.6.2018 berücksichtigt). Der Bericht «Testsurveillance» (in diesem Heft) belegt, dass dieser Anstieg bei Männern durch vermehrtes Testen im Rahmen der Aktion «STARMAN» bewirkt wurde, die im Mai 2017 und 2018 in den Checkpoints und vielen VCT-Zentren der Schweiz durchgeführt wurde.

GESCHLECHT

Für beide Geschlechter zusammen ist seit dem Jahr 2000 eine starke Zunahme der Fallzahlen um den Faktor 8 zu beobachten. Die Mehrheit betraf Männer (2018: 84 %). Die Fallzahlen sind bei Männern in den letzten Jahren stärker gestiegen als bei Frauen, weshalb der Männeranteil leicht angestiegen ist (Abbildung 1). Die Inzidenz, hier definiert als die Anzahl gemeldeter Fälle pro 100 000 Einwohnern, betrug im Jahr 2018 für Frauen 11 und für Männer 61 pro 100 000 Einwohnern.

Abbildung 1
Bestätigte Gonorrhoe-Fälle nach Geschlecht und Diagnosejahr seit Beginn der Erfassung, 1988–2018

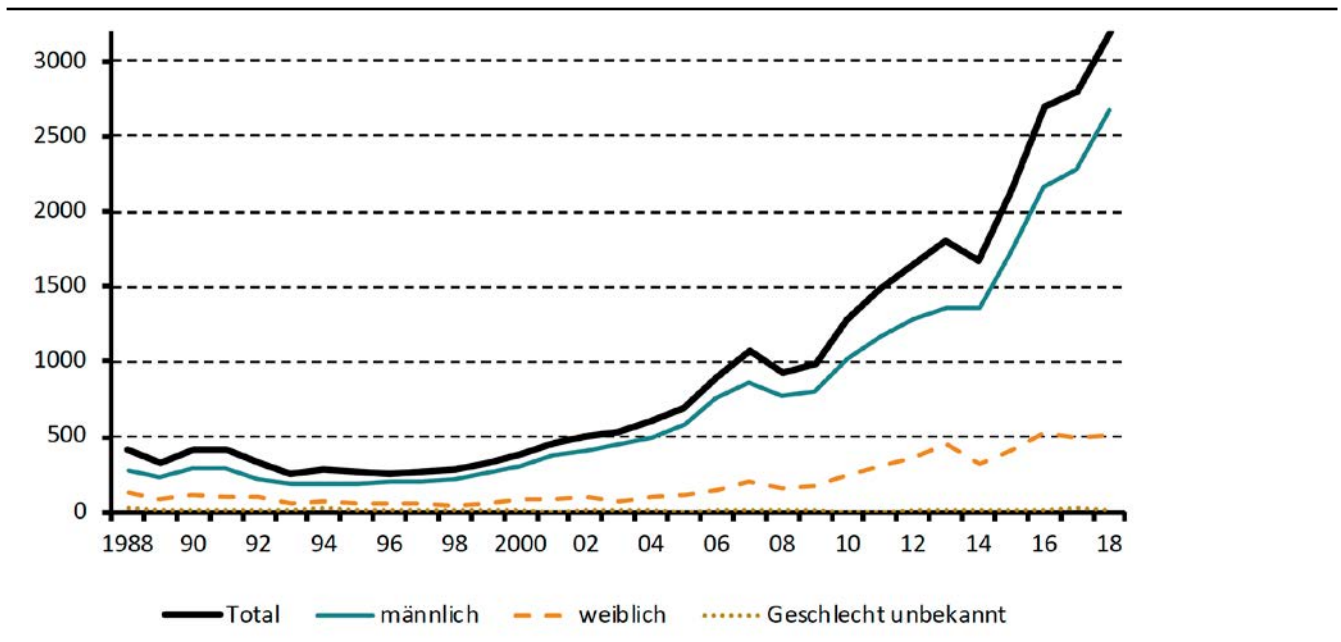
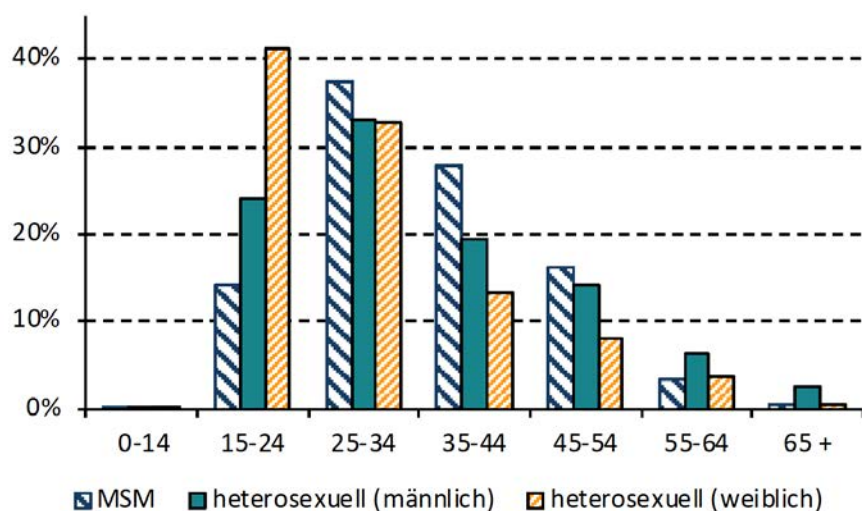


Tabelle 1
Gonorrhoe-Fälle pro 100 000 Einwohnern nach BFS-Grossregion¹
und Diagnosejahr, 2013–2018

Diagnosejahr	2013	2014	2015	2016	2017	2018
Ganze Schweiz	22,2	20,4	25,6	32,0	33,1	36,3
Genfersee	32,5	23,9	29,1	36,5	46,0	44,1
Mittelland	12,1	12,7	12,9	20,7	19,0	20,7
Nordwestschweiz	18,1	20,4	31,5	31,4	25,9	28,7
Zürich	37,3	33,0	47,2	61,0	62,5	75,3
Ostschweiz	12,1	11,5	15,2	16,7	16,4	18,6
Zentralschweiz	22,2	21,1	21,9	25,3	24,3	24,9
Tessin	12,7	19,4	10,5	16,4	20,6	25,6

¹ Definition der BFS-Grossregionen siehe Anhang

Abbildung 2
Altersverteilung von Personen mit bestätigter Gonorrhoe nach Ansteckungsweg¹ und Geschlecht (Fälle der Jahre 2014 bis 2018 aus statistischen Gründen zusammengefasst)



¹ MSM: sexuelle Kontakte zwischen Männern

GEOGRAFISCHE VERTEILUNG

Für die ganze Schweiz und beide Geschlechter zusammen lag die Inzidenz im Jahr 2018 bei 36 pro 100 000 Einwohnern. Jedoch gab es grosse regionale Unterschiede mit einer Spannweite von 19 bis 75 Fällen pro 100 000 Einwohnern (Tabelle 1). Die höchsten Werte fanden sich in der Grossregion Zürich und in der Genferseeregion, in denen sich die grössten urbanen Zentren der Schweiz befinden. In den vorwiegend ländlichen Regionen Ost-

schweiz, Mittelland und Zentralschweiz war die Inzidenz der Gonorrhoe am niedrigsten.

ALTERSVERTEILUNG

Für Frauen mit einer Gonorrhoe-Diagnose lag der Altersmedian über die letzten fünf Jahre gerechnet bei 26 Jahren, das heisst, die Hälfte der Frauen war jünger und die andere Hälfte älter als 26 Jahre. Die grösste Anzahl betroffener Frauen war in der Gruppe der 15- bis 24-Jährigen zu finden (Abbildung 2). Bei den

Männern mit heterosexuellem Ansteckungsweg dagegen war die Altersgruppe der 25- bis 34-Jährigen am stärksten betroffen. In dieser Gruppe lag der Altersmedian bei 32 Jahren; für Männer, die sich über einen sexuellen Kontakt mit anderen Männern infiziert hatten, die MSM, bei 34 Jahren. Die meisten Fälle bei MSM wurden in der Altersgruppe der 25- bis 34-Jährigen diagnostiziert. Somit waren Männer, gemessen am Median und unabhängig vom Ansteckungsweg, zum Zeitpunkt der Gonorrhoe-Diagnose sechs bis acht Jahre älter als Frauen.

ANSTECKUNGSWEG

Von den gemeldeten Fällen hatten sich im Jahr 2018 45 % beim sexuellen Kontakt zwischen Männern angesteckt, 38 % beim heterosexuellen Kontakt und 0,3 % beim sexuellen Kontakt zwischen Frauen; für die restlichen 17 % war der Ansteckungsweg unbekannt (Abbildung 3, Tabelle 2). Betrachtet man nur Fälle mit bekanntem Ansteckungsweg, betrug der Anteil MSM 54 % gegenüber 45 % mit heterosexuellem Ansteckungsweg. Damit sind MSM, die gemäss Schätzungen nicht mehr als 3 % der sexuell aktiven männlichen Bevölkerung ausmachen [1], besonders stark von Gonorrhoe betroffen. Der beobachtete Anstieg der Fallzahlen bei Männern geht ausschliesslich auf MSM zurück. Der Anteil MSM war mit 66 % in der Grossregion Zürich besonders hoch (Tabelle 2). Dies hängt damit zusammen, dass es in Zürich relativ gesehen mehr MSM gibt als in anderen Städten/Regionen der Schweiz [1].

In der Gruppe mit heterosexuellem Ansteckungsweg betrug der Frauenanteil 32 %. Der Anteil MSM an den männlichen Fällen hat in den letzten Jahren stark zugenommen: Er stieg von 42 % im Jahr 2013 auf 64 % im Jahr 2018 (Abbildung 3). Dies ist auf die steigenden Fallzahlen für MSM zurückzuführen, die seit 2013 um den Faktor 3,3 zugelegt haben, wohingegen jene für Männer mit heterosexuellem Ansteckungsweg im gleichen Zeitraum nur um den Faktor 1,3 gewachsen sind. Der Anstieg der Fallzahlen bei MSM kann komplett auf Testkampagnen zurückgeführt werden (vgl. Bericht «Testsurveillance» im gleichen Heft).

NATIONALITÄT

Von den Gonorrhoe-Fällen des Jahres 2018 mit bekannter Nationalität waren 70 % Schweizer (Tabelle 3). Der Schweizer Anteil variierte je nach Geschlecht und Ansteckungsweg: Er war mit 64 % am niedrigsten bei Frauen mit 73 % mit heterosexuellem Ansteckungsweg, am höchsten bei MSM (bezogen auf die Fälle mit bekannter Nationalität).

INFEKTIONSORT

Die Mehrheit der Infektionen mit Gonorrhoe erfolgte innerhalb der Schweiz (Tabelle 4). Bei Personen mit heterosexuellem Ansteckungsweg war der Anteil der Fälle, bei denen die Schweiz als Infektionsort vermutet wird, bei Schweizern und Ausländern praktisch gleich hoch (84 %). Bei MSM war dieser Anteil höher und variierte je nach Nationalität: bei Schweizern betrug er 92 % und bei Ausländern 88 %. Diese Prozentsätze beziehen sich auf die Fälle mit Angaben zum Infektionsort. Je nach Untergruppe fehlten diese bei bis zu einem Viertel der Fälle, was die Aussagekraft der Analyse einschränkt.

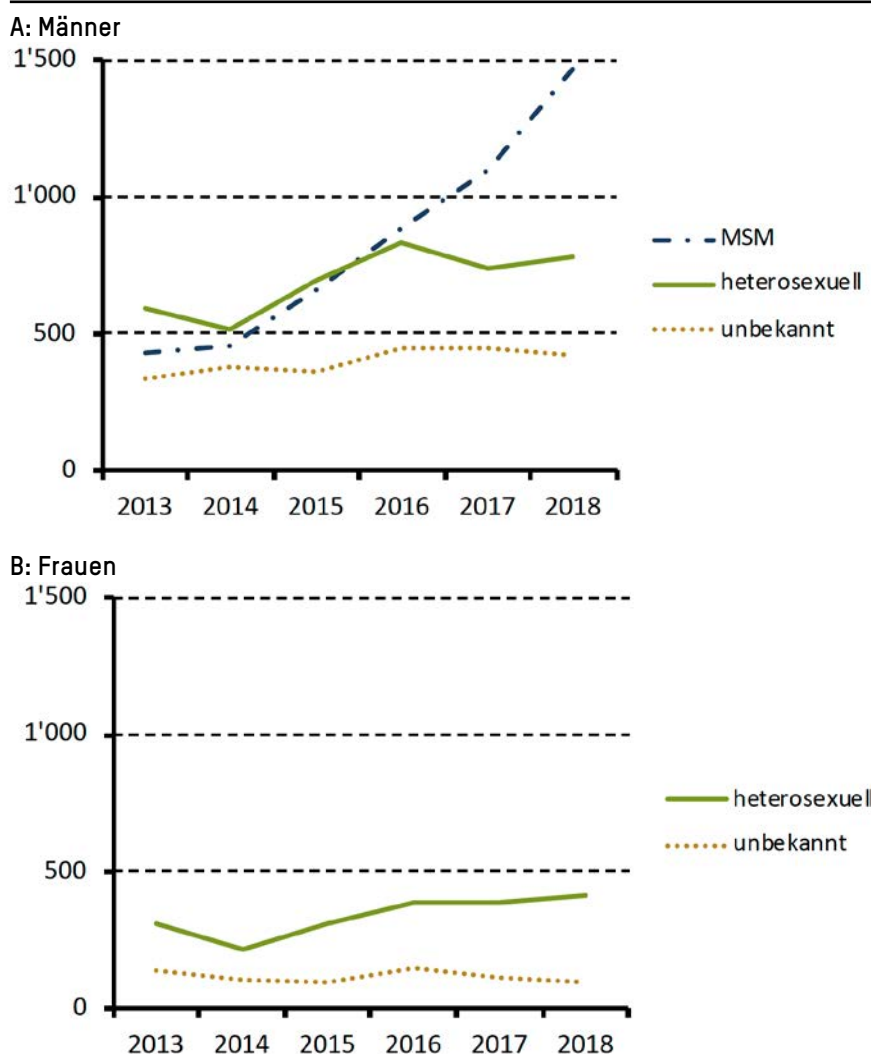
INFEKTIONSQUELLE

Die grosse Mehrheit der Frauen infizierte sich bei einem bekannten Partner mit Gonorrhoe (Tabelle 5). Bei näherer Betrachtung der Art der Beziehung zum infektiösen Partner hatten sich 87 % der Frauen bei einem bekannten Partner infiziert, 7 % bei einem anonymen Partner sowie 5 % beim bezahlten Sex. Bei den Männern spielten anonyme Partner dagegen eine bedeutendere Rolle: In 57 % der Fälle bei MSM war der Partner bekannt; 42 % hatten sich bei einem anonymen Partner angesteckt und 1 % bei bezahltem Sex. Rund die Hälfte (54%) der Männer mit Infektion über einen heterosexuellen Kontakt kannten die Sexualpartnerin, bei 30 % war die infektiöse Partnerin anonym; 17 % der Ansteckungen erfolgten über bezahlten Sex. Diese Prozentsätze beziehen sich auf die Fälle mit Angaben zur Infektionsquelle. Es ist dabei zu beachten, dass diese je nach Untergruppe in bis zu einem Drittel der Fälle fehlten, was die Aussagekraft der Analyse einschränkt.

FAZIT

Die Anzahl bestätigter Gonorrhoe-Fälle ist 2018 im Vergleich zum Vorjahr um

Abbildung 3
Bestätigte Gonorrhoe-Fälle bei Männern und Frauen nach Ansteckungsweg¹ und Diagnosejahr, 2013–2018



¹ MSM: sexuelle Kontakte zwischen Männern

Tabelle 2
Bestätigte Gonorrhoe-Fälle nach Ansteckungsweg und BFS-Grossregion¹, 2018

Ansteckungsweg:	heterosexuell		MSM ²		unbekannt	
	N	%	N	%	N	%
Ganze Schweiz	1178	37,8%	1403	45,0%	535	17,2%
Genfersee	239	32,8%	352	48,3%	138	18,9%
Mittelland	180	46,0%	148	37,9%	63	16,1%
Nordwestschweiz	186	55,7%	98	29,3%	50	15,0%
Zürich	332	28,9%	652	56,8%	164	14,3%
Ostschweiz	117	53,4%	52	23,7%	50	22,8%
Zentralschweiz	89	43,8%	76	37,4%	38	18,7%
Tessin	35	38,5%	24	26,4%	32	35,2%

¹ Definition der BFS-Grossregionen siehe Anhang

² MSM: sexuelle Kontakte zwischen Männern

Tabelle 3

Bestätigte Gonorrhoe-Fälle nach Nationalität, Ansteckungsweg und Geschlecht, 2018

Ansteckungsweg: Geschlecht:	heterosexuell				MSM ¹	
	weiblich		männlich			
	N	%	N	%	N	%
Schweiz	232	58,1%	453	58,2%	896	63,9%
Europa	76	19,0%	98	12,6%	165	11,8%
Afrika	10	2,5%	20	2,6%	9	0,6%
Andere Länder	42	10,5%	81	10,4%	163	11,6%
Unbekannte Nationalität	39	9,8%	127	16,3%	170	12,1%
Total Gonorrhoe-Fälle	399	100,0%	779	100,0%	1403	100,0%

¹ MSM: sexuelle Kontakte zwischen Männern

Tabelle 4

Vermuteter Ort der Infektion bei bestätigten Gonorrhoe-Fällen nach Ansteckungsweg und Nationalität, 2018

Ansteckungsweg:	heterosexuell				MSM ¹			
	Schweiz		Ausland		Schweiz		Ausland	
Anzahl Fälle	685	100,0%	493	100,0%	896	100,0%	507	100,0%
Ort der Infektion								
Schweiz	505	73,7%	325	65,9%	711	79,4%	369	72,8%
Ausland	96	14,0%	65	13,2%	61	6,8%	49	9,7%
Unbekannt	84	12,3%	103	20,9%	124	13,8%	89	17,6%

¹ MSM: Sexuelle Kontakte zwischen Männern

Tabelle 5

Art der Beziehung zum vermuteten infektiösen Partner bei Personen mit bestätigter Gonorrhoe-Diagnose nach Ansteckungsweg und Geschlecht, 2018

Ansteckungsweg: Geschlecht:	heterosexuell				MSM ¹	
	weiblich		männlich			
Anzahl bestätigte Fälle	399	100,0%	779	100,0%	1403	100,0%
Bekannter Partner	294	73,7%	314	40,3%	522	37,2%
Anonymer Partner	25	6,3%	170	21,8%	388	27,7%
Bezahlter Sex	18	4,5%	100	12,8%	5	0,4%
Nicht eruierbar	27	6,8%	96	12,3%	349	24,9%
Keine Angabe	35	8,8%	99	12,7%	139	9,9%

¹ MSM: sexuelle Kontakte zwischen Männern

11 % gestiegen, wobei die Fallzahl nur bei Männern zunahm (um 14 %), während sie sich bei Frauen praktisch nicht veränderte. Die grosse Mehrheit der Gonorrhoe-Fälle wurde zudem bei Männern diagnostiziert, und bei diesen waren über die Hälfte MSM. Über zwei Drittel der Gonorrhoe-Fälle wurden bei Personen mit Schweizer Pass diagnostiziert, und bei über 80 % wird vermutet, dass sich die Infektion in der Schweiz ereignete. Die Zahl der Fälle ist ausschliesslich bei MSM gestiegen. Es ist belegt, dass dieser Anstieg zu einem sehr grossen Teil durch vermehrtes Testen im Rahmen der Aktion «STARMAN» bewirkt wurde, die im Mai 2017 in den Checkpoints und vielen VCT-Zentren der Schweiz durchgeführt wurde (vgl. Bericht «Testsurveillance» in diesem Heft). Daraus ist zu schliessen, dass die Gonorrhoe-Fälle insgesamt ohne die Testaktion nicht zugenommen hätten.

Kontakt

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

Anhang

Definition der BFS-Grossregionen

NUTS-Code	Grossregion	Zusammengefasste Kantone
CH01	Genferseeregion	GE, VD, VS
CH02	Espace Mittelland	BE, SO, FR, NE, JU
CH03	Nordwestschweiz	BS, BL, AG
CH04	Zürich	ZH
CH05	Ostschweiz	SG, TG, AI, AR, GL, SH, GR
CH06	Zentral-schweiz	UR, SZ, OW, NW, LU, ZG
CH07	Tessin	TI

Das Bundesamt für Statistik (BFS) definierte die sieben Grossregionen CH01 bis CH07 für statistisch-vergleichende Zwecke und die Einbettung in die europäische Regionalstatistik NUTS (Nomenclature des unités territoriales statistiques).

Referenzen

- Schmidt AJ, Altpeter E (2019): The Denominator problem: estimating the size of local populations of men-who-have-sex-with-men and rates of HIV and other STIs in Switzerland. Sex Transm Infect. 2019; 95(4):285–291

Chlamydiose in der Schweiz im Jahr 2018

Im Jahr 2018 wurden dem BAG 11 102 bestätigte Chlamydiose-Fälle gemeldet, praktisch gleich viele wie im Vorjahr.

DATENLAGE

Chlamydiose wird in der Schweiz seit 1989 kontinuierlich mittels eines obligatorischen Meldesystems überwacht. Aufgrund der hohen Fallzahlen erhebt das BAG nur eine Labormeldung mit Angaben zu Geschlecht, Geburtsdatum und Wohnkanton. Auf eine Meldung zum klinischen Befund wird verzichtet. Für das Jahr 2018 wurden 11 102 laborbestätigte Fälle gemeldet, praktisch gleich viele wie im Vorjahr mit 11 096 Fällen (Nachmeldungen bis 28.6.2018 berücksichtigt). Schon im Jahr 2017 hatte die Fallzahl nur noch wenig zugenommen, nachdem der Zuwachs in den Vorjahren zwischen 5 % und 12 % betrug.

GESCHLECHT

Von den bestätigten Chlamydiose-Fällen betraf die Mehrheit Frauen (2018: 64 %, siehe Abbildung 1). Seit dem Jahr 2000 ist eine Zunahme der Fallzahlen für beide Geschlechter zusammen um den Faktor 4,9 zu beobachten. Bei den Frauen sind die Fallzahlen um den Faktor 4,5 gestiegen, bei den Männern um den Faktor 5,9. Die Inzidenz, hier definiert als die Anzahl Neudiagnosen pro 100 000 Einwohnern, betrug im Jahr 2018 für Frauen 163 und für Männer 94 pro 100 000 Einwohnern.

GEOGRAFISCHE VERTEILUNG

Für die ganze Schweiz und für beide Geschlechter zusammen lag die Inzidenz im Jahr 2018 bei 129 pro 100 000 Einwohnern. Es gab jedoch grosse regionale Unterschiede mit einer Spannweite von 96 bis 172 Fällen pro 100 000 Einwohnern (Tabelle 1). Die höchsten Werte fanden sich in der Grossregion Zürich und in der Genferseeregion, in denen sich die grössten urbanen Zentren der Schweiz befinden. In den vorwiegend ländlichen Regionen Ostschweiz und Zentralschweiz war die Inzidenz der Chlamydiose am niedrigsten.

Abbildung 1
Bestätigte Chlamydiose-Fälle nach Geschlecht seit Beginn der Erfassung, 1988–2018

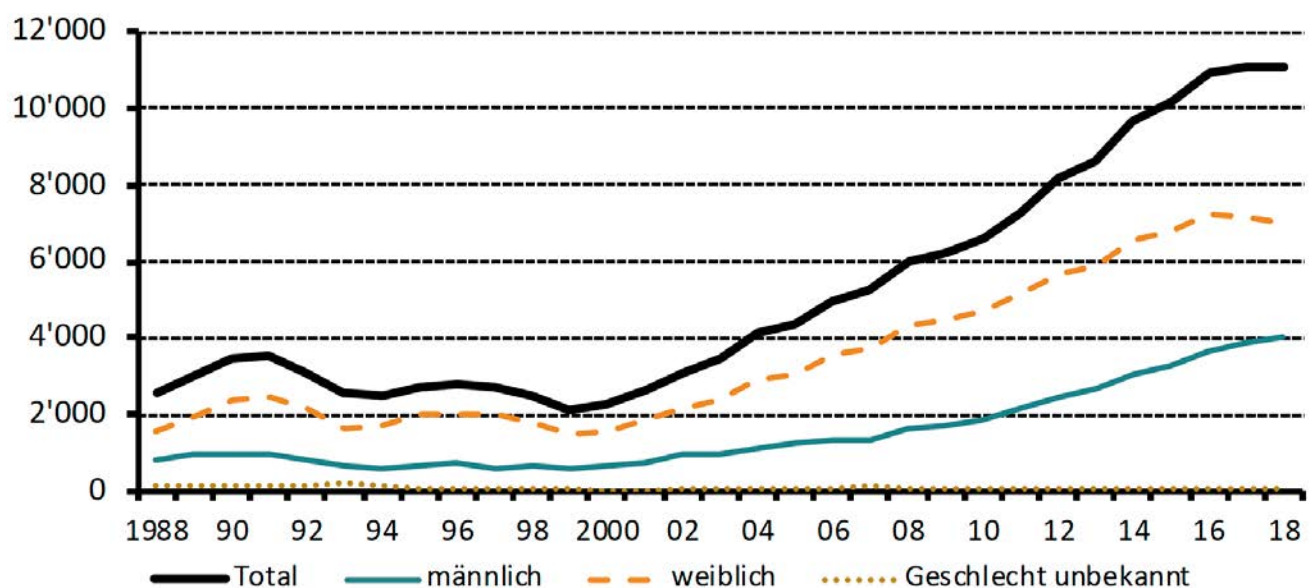
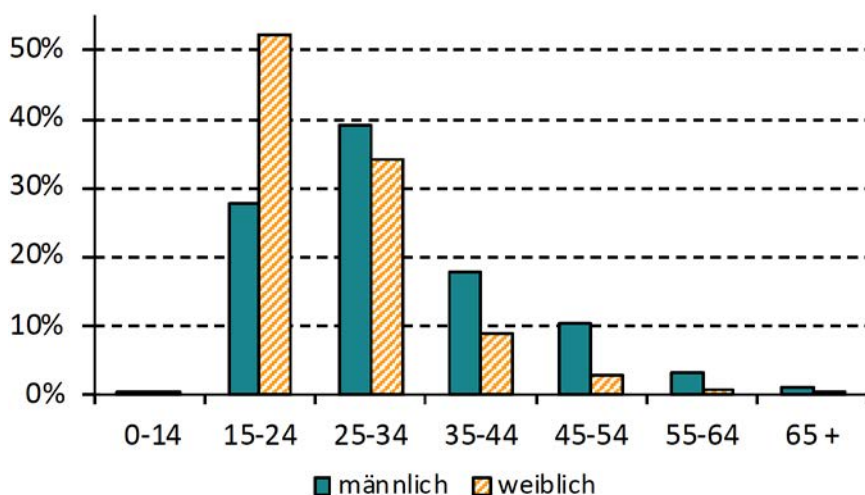


Tabelle 1
Chlamydiose-Inzidenz pro 100 000 Einwohnern nach BFS-Grossregionen¹ und Diagnosejahr, 2013–2018

Diagnosejahr	2013	2014	2015	2016	2017	2018
Ganze Schweiz	105,7	117,5	122,2	129,9	130,8	129,3
Genfersee	135,3	152,2	153,0	158,8	163,9	155,9
Mittelland	88,8	93,1	103,7	113,0	106,1	104,7
Nordwestschweiz	108,5	115,4	123,9	126,1	123,4	120,4
Zürich	133,3	152,2	155,1	159,3	168,8	172,3
Ostschweiz	80,5	88,0	92,1	102,9	105,2	96,0
Zentralschweiz	81,0	87,8	83,6	106,0	103,2	111,6
Tessin	76,5	114,7	121,6	118,8	117,3	132,8

¹ Definition der BFS-Grossregionen siehe Anhang

Abbildung 2
Altersverteilung von Personen mit bestätigter Chlamydiose nach Geschlecht (Fälle der Jahre 2014 bis 2018 aus statistischen Gründen zusammengefasst)



ALTERSVERTEILUNG

Für Frauen mit einer Chlamydiose-Diagnose lag der Altersmedian über die letzten fünf Jahre gerechnet bei 24 Jahren, das heisst, dass die Hälfte dieser Frauen jünger als 24 Jahre war, die andere Hälfte älter. Die grösste Anzahl Frauen war in der Gruppe der 15- bis 24-Jährigen zu finden (Abbildung 2). Männer mit Chlamydiose waren zum Zeitpunkt der Diagnose gemessen am Altersmedian fünf Jahre älter als Frauen, nämlich 29-jährig. Die Altersgruppe der 25- bis 34-Jährigen war am stärksten betroffen.

FAZIT

Die Gesamtanzahl laborbestätigter Chlamydiose-Fälle und darauf beruhend die Inzidenz waren im Jahr 2018 praktisch gleich wie im Vorjahr. Damit setzte sich die seit dem Jahr 2000 beobachtete Zunahme nicht mehr weiter fort. Die Geschlechts- und Altersverteilung blieb in etwa gleich wie in den Vorjahren: Rund zwei von drei Fällen betrafen Frauen, und die Mehrheit war zwischen 15 und 34 Jahre alt.

Kontakt

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

Anhang

Definition der BFS-Grossregionen

NUTS-Code	Grossregion	Zusammengefasste Kantone
CH01	Genfersee-region	GE, VD, VS
CH02	Espace Mittelland	BE, SO, FR, NE, JU
CH03	Nordwestschweiz	BS, BL, AG
CH04	Zürich	ZH
CH05	Ostschweiz	SG, TG, AI, AR, GL, SH, GR
CH06	Zentral-schweiz	UR, SZ, OW, NW, LU, ZG
CH07	Tessin	TI

Das Bundesamt für Statistik (BFS) definierte die sieben Grossregionen CH01 bis CH07 für statistisch-vergleichende Zwecke und die Einbettung in die europäische Regionalstatistik NUTS (Nomenclature des unités territoriales statistiques).

Testsurveillance

Das Testen auf HIV, Syphilis, Gonorrhö und Chlamydien hat in der Gruppe der Männer, die Sex mit Männern haben, weiter zugenommen. Dies ist nicht zuletzt das Ergebnis der Fortsetzung einer neuen jährlich stattfindenden STI-Testkampagne in dieser Gruppe, die erstmalig im Mai 2017 durchgeführt und im Mai 2018 wiederholt wurde.

Daten zur Anzahl von HIV- und Syphilis-Tests waren bis anhin in der Schweiz nicht direkt über die Laboratorien verfügbar, sondern nur indirekt über 27 Einrichtungen (Stand 2018), die freiwillige Beratung und Testung anbieten (Voluntary Counselling and Testing, VTC) [1]. Mit der neuen Epidemienverordnung vom 1. Januar 2016 wurde die Anzahl durchgeführter HIV-Labortests zwar meldepflichtig, diese konnten jedoch aufgrund der ungenügenden Datenqualität noch nicht ausgewertet werden. Dasselbe trifft für Tests für *Neisseria gonorrhoeae* und *Chlamydia trachomatis* zu.

Seit 2008 erfüllt eine zunehmende Zahl Schweizer HIV-Teststellen die VCT-Kriterien des BAG, was die Nutzung des internetbasierten BerDa-Systems einschliesst (Beratungs- und Datenerfas-

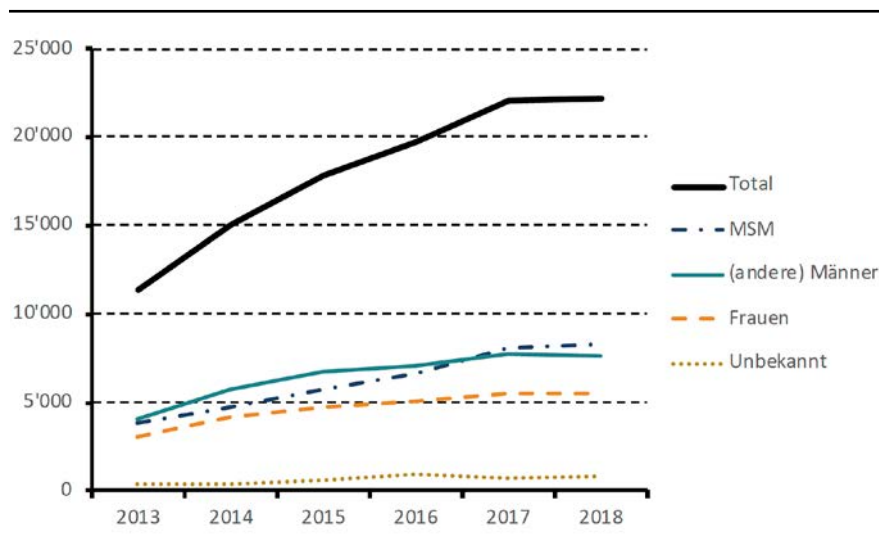
zungssystem). Dabei werden in anonymer Form alle durchgeführten HIV- und seit 2012 auch Syphilis-Tests und Abstrichuntersuchungen (z.B. Chlamydien und Gonokokken) dokumentiert; gleichzeitig wird jeder Klient bzw. jede Klientin nach der Anzahl der in der Vergangenheit durchgeführten HIV-Tests gefragt.

Die Daten aus dem BerDa-System zeigen, dass in Schweizer VCT-Stellen die Anzahl der zwischen 2008 und 2018 durchgeführten HIV- und Syphilis-Tests kontinuierlich gestiegen ist (Abbildungen 1 und 2). Der leichte Abfall der Syphilis-Tests bei MSM 2018 ist ein Dokumentationsartefakt. Im Jahr 2018 wurden über 22 000 HIV-Tests bzw. mehr als 13 000 Syphilis-Tests durchgeführt, wobei es sich – vor allem bei HIV – in der Mehrzahl um Schnelltests handelt.

Gegenüber 2011 hat sich die Zahl der bei Männern, die Sex mit Männern haben (MSM), erfassten HIV-Tests mehr als verdreifacht – bei anderen Männern und Frauen beträgt dieser Faktor jeweils 1,8 bzw. 1,6. Bezogen auf Personen im Alter von 15 bis 66 Jahren bedeutet dies, dass sich im Jahr 2018 geschätzte 10 % der MSM, 0,3 % der anderen Männer und 0,2 % der Frauen in Schweizer VCT-Stellen auf HIV testen liessen. Für Syphilis-Tests lagen die entsprechenden Werte bei 7,0 % (MSM) bzw. 0,1 % (andere Männer und Frauen).

Auch die von den Getesteten berichtete durchschnittliche Anzahl vorangegangener HIV-Tests nahm in diesem Zeitraum zu: Bei MSM stieg sie von durchschnittlich 3,9 im Jahr 2011 auf 5,5 im Jahr 2018. Bei anderen Männern und Frauen lag diese Zahl lange konstant bei durchschnittlich 1,5 vorangegangenen Tests und stieg 2017 auf 1,7 (Abbildung 3).

Abbildung 1
Anzahl HIV-Tests in Schweizer VCT-Stellen, nach Expositionsgruppe, 2013–2018



Das BAG interpretiert diese Daten dahingehend, dass die Testhäufigkeit bei MSM in den letzten fünf Jahren zugenommen hat. Einschränkend ist festzuhalten, dass etwa die Hälfte aller HIV-Tests bei MSM in privaten Praxen niedergelassener Ärzten durchgeführt wird [2,3]. Diese Tests sind in den BerDa-Daten nicht enthalten. BerDa deckt jedoch alle 5 Schweizer Gesundheitszentren für schwule Männer (Checkpoints) in Basel, Bern, Genf, Lausanne und Zürich, 5 grosse Spitäler, 15 weitere HIV-Teststellen und 2 private Praxen ab.

In der Schweiz lebende Teilnehmer des Europäischen MSM Internet Survey (EMIS-2017) berichteten zu 27 %, ihren letzten HIV-Test an einem Checkpoint

Abbildung 2
Anzahl Syphilis-Tests in Schweizer VCT-Stellen, nach Expositionsgruppe, 2013–2018

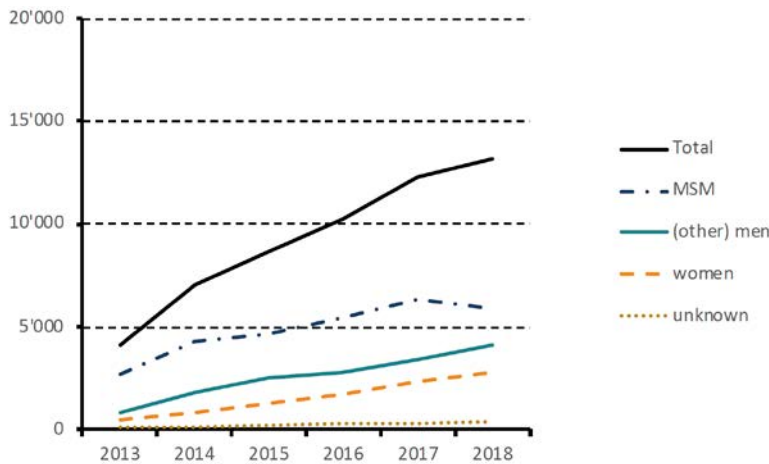


Abbildung 3
An Schweizer VCT-Stellen berichtete durchschnittliche Anzahl vorangegangener HIV-Tests, nach Expositionsgruppe, 2013–2018

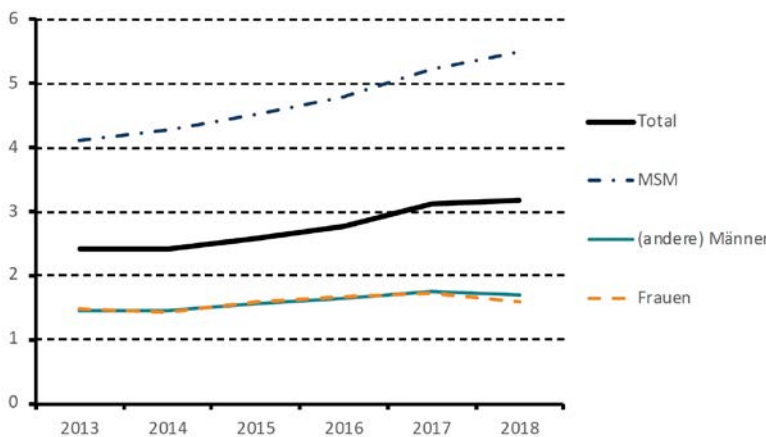
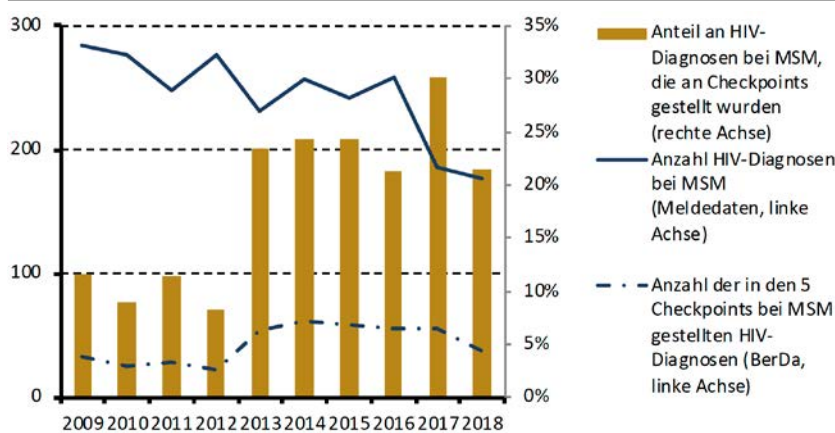


Abbildung 4
HIV Diagnosen bei MSM, Zusammenschau von Melde- und BerDa-Daten, 2009–2018



durchgeführt zu haben [2]. Werden nur bestätigt positive HIV-Tests betrachtet, lässt sich zeigen, dass von den 2018 im Meldesystem erfassten 177 HIV-Diagnosen bei MSM 38 auf die Schweizer Checkpoints entfallen (Abbildung 4). Damit lag der Anteil HIV-Diagnosen bei MSM, die in den Checkpoints erfasst wurden, für das Jahr 2018 bei 22 %.

Für MSM gab es in der Schweiz bis einschliesslich 2016 zwei gezielte Testkampagnen: «Break the Chains» bewirbt seit 2012 HIV-Tests im Monat Mai, «Stop Syphilis» seit 2011 das Testen auf Syphilis im Monat Oktober. Für das Jahr 2017 wurde die Reihenfolge getauscht: Im Mai 2017 wurden im Rahmen der Aktion «STARMAN» zum ersten Mal kostenlose Tests auf Syphilis, Gonorrhö und Chlamydien angeboten, im November wurde das Testen auf HIV beworben. Diese Kampagnen wurden 2018 wiederholt, allerdings waren die STI-Tests in diesem Jahr nicht kostenlos, sondern für 30 Franken erhältlich. In Anbetracht der regulären Kosten von um die 500 Franken ist dies immer noch eine relevante Kostenersparnis und ausschlaggebend für den Erfolg der Kampagne. Abbildung 5 zeigt eindrücklich den Einfluss der jeweiligen Testkampagnen.

Erneut ist in dieser Abbildung auch die Gesamtzahl der durchgeführten Abstriche für Gonorrhö/Chlamydien enthalten. Seit Beginn des STAR-Trials, einer Studie zur Häufigkeit asymptomatischer STI, die von Januar 2016 bis Mai 2017 durchgeführt wurde, ist die Zahl der Abstriche bei MSM deutlich gestiegen. Bemerkenswert ist, dass die Testrate auch nach Beendigung der Studie nicht wieder gesunken ist. Allein im Monat Mai der 2018er-STARMAN-Kampagne wurden fast 4500 Abstriche durchgeführt (etwas weniger als im Vorjahr, als zusätzlich noch der STAR-Trial durchgeführt wurde). Eine derart starke Testausweitung bei MSM führt initial erwartungsgemäss zu einem Anstieg entsprechender Diagnosen: Im Monat Mai waren dies 114 Fälle von Gonorrhö und 128 Fälle von Chlamydien. Entscheidend für die Beurteilung der Diagnosetrends ist die Feststellung, dass trotz der massiven Ausweitung des Testens auf Gonorrhö und

Abbildung 5

Anzahl monatlicher HIV- und Syphilis-Tests, sowie Abstriche auf NG/CT* bei MSM in Schweizer VCT-Stellen, 2013–2018

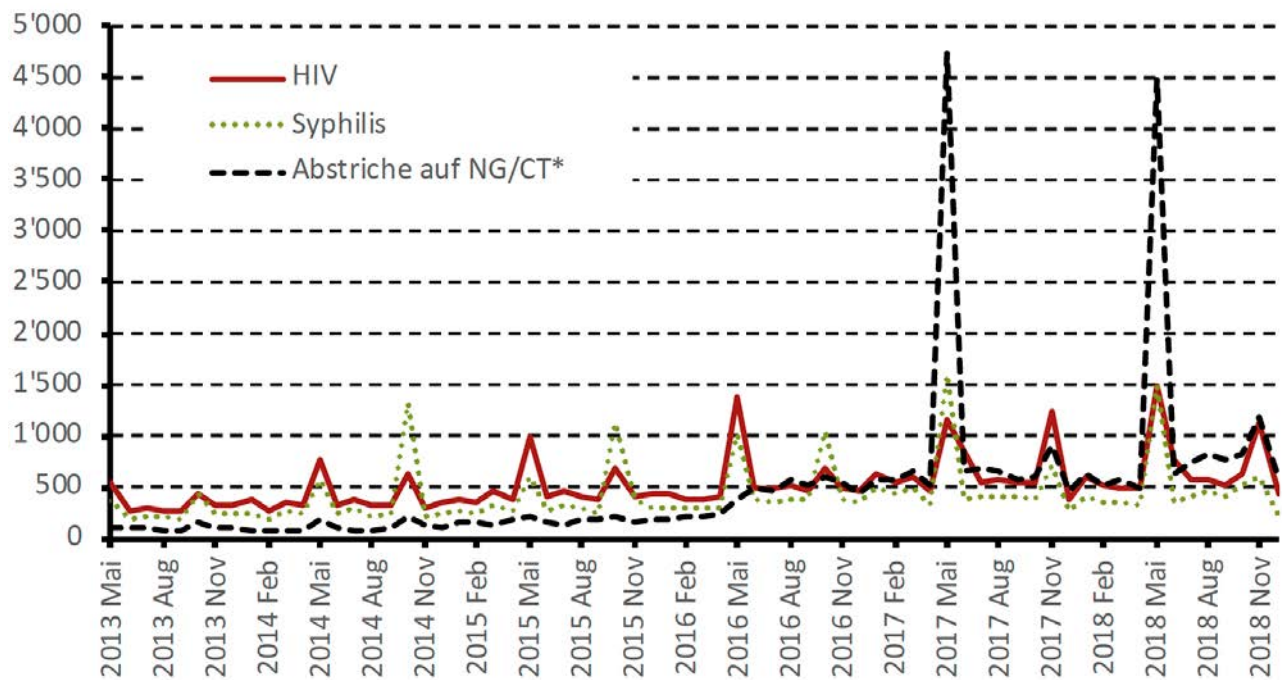
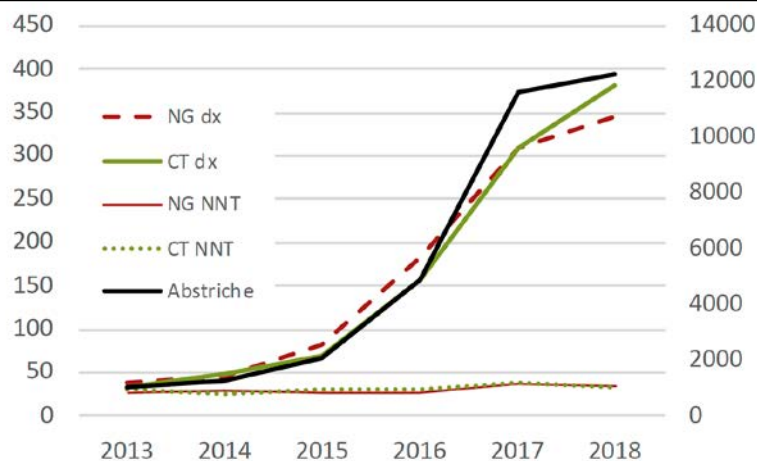
* NG: *Neisseria gonorrhoeae*. CT: *Chlamydia trachomatis*

Abbildung 6

Anzahl durchgeführter Abstriche (rechte Achse) bzw. diagnostizierter Infektionen (linke Achse) mit Gonorrhö (NG) bzw. Chlamydien (CT) sowie Number needed to test (NNT, linke Achse) bei MSM in Schweizer VCT-Stellen, 2013–2018



Chlamydien das Verhältnis zwischen Tests und Diagnose über die Zeit gleich blieb. Auch für die Syphilis gilt: In den VCT-Zentren sehen wir bei MSM keine Veränderung der Häufigkeit aktiver Syphilis unter den Getesteten. Das spricht gegen eine Zunahme von Syphilis bei MSM in der Schweiz.

Abbildung 6 zeigt deutlich, dass die starke Zunahme von Infektionen mit Gonokokken und Chlamydien bei MSM ausschliesslich auf den Anstieg des Testens zurückzuführen ist. Die Anzahl der Diagnosen hat in gleicher Weise zugenommen wie die Anzahl der Tests. Die Häufigkeit von Gonorrhö und Chlamy-

diose unter den Getesteten war konstant. Konstant war entsprechend auch der Kehrwert: Die sogenannte *Number needed to test*. In den Schweizer VCT-Zentren müssen seit 2013 konstant 30 MSM getestet werden, um eine Infektion mit Gonokokken bzw. Chlamydien zu finden.

Kontakt

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

Referenzen

1. <https://www.lovelife.ch/de/hiv-co/beratungsstellen/beratungsstelle-finden/>
2. The EMIS Network. EMIS-2010: The European Men-Who-Have-Sex-With-Men Internet Survey. Findings from 38 countries. Stockholm: European Centre for Disease Prevention and Control, 2013, p65
3. The EMIS Network. EMIS-2017 – The European Men-Who-Have-Sex-With-Men Internet Survey. Key findings from 50 countries. Stockholm: ECDC; 2019.

Spezialitätenliste:

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

[] Der dem verfügbaren Publikumspreis zugrunde liegende Fabrikabgabepreis

Gültig ab 1. Oktober 2019

Therap. Gruppe	Dossier Nr.	PRÄPARATE/ (Wirkstoffe) Packungen	Verantwortliche Firma	SHI-Nr.	Aufnahmejahr
I. Neuzugang Präparate					
03.99		KALYDECO (Ivacaftorum)	Vertex Pharmaceuti- cals (CH) GmbH		
	20145	Filmtabl 150 mg (neu) 56 Stk Fr. 20342.55 (19606.41)		62686001	01.01.2015, A
<p>KALYDECO ist indiziert zur Behandlung der zystischen Fibrose (CF, Mukoviszidose) bei Patienten ab 6 Jahren mit einer der folgenden Gating-Mutationen (Klasse III) im CF-TR-Gen: G551D, G1244E, G1349D, G178R, G551S, S1251N, S1255P, S549N oder S549R. Die Behandlung aller CF-Patienten mit der KALYDECO-Therapie darf nur in CF-Zentren erfolgen. Der Therapieverlauf aller mit KALYDECO behandelten CF-Patienten muss in der Regel alle 3 Monate im europäischen CF-Register (ECFSPR) erfasst werden (Anamnese, Lebensqualität, Lungenfunktion, Dosierung von KALYDECO, Compliance, Therapieunterbrüche). Bei allen CF-Patienten muss vor Therapie-Beginn eine Bestimmung des Schweiß-Chlorid Levels durchgeführt sowie ein Ausgangswert für FEV1(%) bestimmt werden (= Baseline). Das FEV1(%) ist während der KALYDECO-Therapie alle drei Monate zu messen. Falls keine absolute Steigerung von FEV1(%) von mindestens 5% erreicht wird, ist der Schweißstest alle 6 Monate durchzuführen und zu dokumentieren. Alle stationären Spital-Aufenthalte sind im Register zu erfassen (Anzahl der Spitaltage). Die Anzahl und die Länge aller pulmonalen Exazerbationen sind im Register festzuhalten. Bei einer pulmonalen Exazerbation ist die antibiotische Therapie wie folgt zu erfassen: Wirkstoff-Bezeichnung des Antibiotikums; Dauer der Antibiotikatherapie; intravenös vs. peroral vs. inhalativ; stationär vs. ambulant.</p> <p>Die CF-Patienten müssen über die folgenden Abbruchkriterien zum Zeitpunkt des Therapiebeginns informiert werden. Die KALYDECO-Therapie ist zu vergüten, solange die folgenden Kriterien erfüllt sind:</p> <p>a) Schweiß-Chlorid Level des Patienten fällt unter 60 mmol/L oder b) der Schweiß-Chlorid Level des Patienten fällt um mindestens 30% (relativ) im Vergleich zur Baseline oder c) der Patient zeigt eine absolute Verbesserung beim FEV1(%) von mindestens 5% im Vergleich zur Baseline.</p> <p>In Fällen, bei denen der Schweiß-Chlorid Baseline Level bereits unter 60 mmol/L liegt, wird der Patient als Responder eingestuft, falls a) der Schweiß-Chlorid Level des Patienten um mindestens 30% (relativ) im Vergleich zur Baseline fällt oder b) der Patient eine andauernde absolute Verbesserung beim FEV1(%) von mindestens 5% im Vergleich zur Baseline zeigt.</p>					
05.99 G		TAMSULOSIN MYLAN (Tamsulosini hydrochloridum)	Mylan Pharma GmbH		
	20963	Ret Kaps 0.400 mg Blist 10 Stk Fr. 9.55 (4.73)		58830010	01.10.2019, B
	20963	Ret Kaps 0.400 mg Blist 30 Stk Fr. 20.05 (10.31)		58830011	01.10.2019, B
	20963	Ret Kaps 0.400 mg Blist 100 Stk Fr. 55.50 (34.07)		58830012	01.10.2019, B
06.01.10		ESPEROCT (Turoctocogum alfa pegolum)	Novo Nordisk Pharma AG		
	20921	Trockensub 500 IE c Solv Durchstf 1 Stk Fr. 527.90 (475.00)		67156001	01.10.2019, B
	20921	Trockensub 1000 IE c Solv Durchstf 1 Stk Fr. 1014.75 (950.00)		67156002	01.10.2019, B
	20921	Trockensub 1500 IE c Solv Durchstf 1 Stk Fr. 1501.65 (1425.00)		67156003	01.10.2019, B
	20921	Trockensub 2000 IE c Solv Durchstf 1 Stk Fr. 1988.50 (1900.00)		67156004	01.10.2019, B
	20921	Trockensub 3000 IE c Solv Durchstf 1 Stk Fr. 2962.25 (2850.00)		67156005	01.10.2019, B

Preisberechnung für Blutpräparate aufgrund des Fabrikabgabepreises zuzüglich einer Fixmarge wegen der speziellen Verteilersituation (praktisch kein Zwischenhandel) von Fr. 40.- zuzüglich MWST. Diese Berechnung gilt nicht für die Humanalbumine.

Therap. Gruppe	Dossier Nr.	PRÄPARATE/ (Wirkstoffe) Packungen	Verantwortliche Firma	SHI-Nr.	Aufnahmejahr
07.01.10		MILUPA APTAMIL PEPTI SYNEO (Materia crassa, Carbohydrata, Fibrae alimentariae)	Milupa SA		
	20919	Plv Ds 400 g Fr. 27.30 (14.80)			01.10.2019
Die aufgeführten Präparate dürfen nur für Säuglinge bis zu 12 Monaten verordnet werden.					
07.12 G		EZETIMIB SIMVA SPIRIG HC (Simvastatinum, Ezetimibum)	Spirig HealthCare AG		
	20971	Tabl 10/10 mg Blist 30 Stk Fr. 35.75 (16.86)		66233009	01.10.2019, B
	20971	Tabl 10/10 mg Blist 100 Stk Fr. 80.75 (56.06)		66233010	01.10.2019, B
	20971	Tabl 10/20 mg Blist 30 Stk Fr. 38.20 (19.00)		66233011	01.10.2019, B
	20971	Tabl 10/20 mg Blist 100 Stk Fr. 88.95 (63.18)		66233012	01.10.2019, B
	20971	Tabl 10/40 mg Blist 30 Stk Fr. 41.80 (22.14)		66233013	01.10.2019, B
	20971	Tabl 10/40 mg Blist 100 Stk Fr. 99.95 (72.77)		66233014	01.10.2019, B
	20971	Tabl 10/80 mg Blist 30 Stk Fr. 47.15 (26.80)		66233015	01.10.2019, B
	20971	Tabl 10/80 mg Blist 100 Stk Fr. 118.90 (89.30)		66233016	01.10.2019, B
07.12 G		EZETIMIB SIMVASTATIN AXAPHARM (Simvastatinum, Ezetimibum)	Axapharm AG		
	20976	Tabl 10/10 mg Blist 28 Stk Fr. 29.00 (14.56)		67250001	01.10.2019, B
	20976	Tabl 10/10 mg Blist 98 Stk Fr. 74.75 (50.82)		67250002	01.10.2019, B
	20976	Tabl 10/20 mg Blist 28 Stk Fr. 35.25 (16.40)		67250003	01.10.2019, B
	20976	Tabl 10/20 mg Blist 98 Stk Fr. 82.15 (57.27)		67250004	01.10.2019, B
	20976	Tabl 10/40 mg Blist 28 Stk Fr. 38.35 (19.11)		67250005	01.10.2019, B
	20976	Tabl 10/40 mg Blist 98 Stk Fr. 92.15 (65.97)		67250006	01.10.2019, B
07.12 G		EZETIMIB SIMVASTATIN SANDOZ (Simvastatinum, Ezetimibum)	Sandoz Pharmaceuticals AG		
	20711	Tabl 10/10 mg 28 Stk Fr. 34.45 (15.74)		66234001	01.10.2019, B
	20711	Tabl 10/10 mg 98 Stk Fr. 79.45 (54.94)		66234002	01.10.2019, B
	20711	Tabl 10/20 mg 28 Stk Fr. 36.75 (17.73)		66234003	01.10.2019, B
	20711	Tabl 10/20 mg 98 Stk Fr. 87.45 (61.91)		66234004	01.10.2019, B
	20711	Tabl 10/40 mg 28 Stk Fr. 40.10 (20.66)		66234005	01.10.2019, B
	20711	Tabl 10/40 mg 98 Stk Fr. 98.30 (71.32)		66234006	01.10.2019, B
07.12 G		EZETIMIB SIMVASTATIN ZENTIVA (Simvastatinum, Ezetimibum)	Helvepharm AG		
	20967	Tabl 10/10 mg Blist 28 Stk Fr. 34.45 (15.74)		67242001	01.10.2019, B
	20967	Tabl 10/10 mg Blist 98 Stk Fr. 79.45 (54.94)		67242002	01.10.2019, B
	20967	Tabl 10/20 mg Blist 28 Stk Fr. 36.75 (17.73)		67242003	01.10.2019, B
	20967	Tabl 10/20 mg Blist 98 Stk Fr. 87.45 (61.91)		67242004	01.10.2019, B
	20967	Tabl 10/40 mg Blist 28 Stk Fr. 40.10 (20.66)		67242005	01.10.2019, B
	20967	Tabl 10/40 mg Blist 98 Stk Fr. 98.30 (71.32)		67242006	01.10.2019, B

Therap. Gruppe	Dossier Nr.	PRÄPARATE/ (Wirkstoffe) Packungen	Verantwortliche Firma	SHI-Nr.	Aufnahmejahr
07.12 G		EZETIMIB-SIMVASTATIN MEPHA (Simvastatinum, Ezetimibum)	Mepha Pharma AG		
	20762	Tabl 10/10 mg Ds 28 Stk Fr. 34.45 (15.74)		66166001	01.10.2019, B
	20762	Tabl 10/10 mg Ds 98 Stk Fr. 79.45 (54.94)		66166002	01.10.2019, B
	20762	Tabl 10/20 mg Ds 28 Stk Fr. 36.75 (17.73)		66166003	01.10.2019, B
	20762	Tabl 10/20 mg Ds 98 Stk Fr. 87.45 (61.91)		66166004	01.10.2019, B
	20762	Tabl 10/40 mg Ds 28 Stk Fr. 40.10 (20.66)		66166005	01.10.2019, B
	20762	Tabl 10/40 mg Ds 98 Stk Fr. 98.30 (71.32)		66166006	01.10.2019, B

07.12		PRALUENT (Alirocumabum)	Sanofi-Aventis (Suisse) SA		
	20487	Inj Lös 75 mg/ml Fertigpen 2 Stk Fr. 558.75 (472.44)		65882002	01.07.2017, B
	20487	Inj Lös 150 mg/ml Fertigpen 2 Stk Fr. 558.75 (472.44)		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 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 Norm-wertes 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.

Therap. Gruppe	Dossier Nr.	PRÄPARATE/ (Wirkstoffe) Packungen	Verantwortliche Firma	SHI-Nr.	Aufnahmejahr
07.12		REPATHA (Evolocumabum)	Amgen Switzerland AG		
	20427	Inj Lös 140 mg/ml Pen 1 Stk Fr. 233.35 (188.96)		65622001	01.06.2017, B
	20427	Inj Lös 140 mg/ml Pen 2 Stk Fr. 450.25 (377.92)		65622002	01.06.2017, B

Nach Kostengutsprache durch den Krankenversicherer nach vorgängiger Konsultation des Vertrauensarztes.

Repatha 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 heterozygoten familiären Hypercholesterinämie
- bei Erwachsenen und Jugendlichen ab einem Alter von 12 Jahren mit einer homozygoten familiären 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 > 5.0 mmol/L bei Erwachsenen und Jugendlichen ab einem Alter von 12 Jahren mit einer homozygoten 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. 120nmol/L, ausgeprägte arterielle Hypertonie

Repatha 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 aus-gewiesene 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-Wert von kleiner als 1.8 mmol/l erreicht wurde (exklusive homozygoter familiärer Hypercholesterinämie).

Die Amgen AG vergütet dem Krankenversicherer, bei dem die versicherte Person zum Zeitpunkt des Bezugs versichert war, auf dessen erste Aufforderung hin für jede bezogene Packung Repatha 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 G		BENDAMUSTIN ACCORD (Bendamustini hydrochloridum)	Accord Healthcare AG		
	20972	Trockensub 25 mg Durchstf 1 Stk Fr. 102.90 (75.35)		67461001	01.10.2019, A
	20972	Trockensub 25 mg Durchstf 1 Stk Fr. 102.90 (75.35)		67461001	01.10.2019, A
	20972	Trockensub 25 mg Durchstf 5 Stk Fr. 375.95 (313.20)		67461002	01.10.2019, A
	20972	Trockensub 25 mg Durchstf 5 Stk Fr. 375.95 (313.20)		67461002	01.10.2019, A
	20972	Trockensub 100 mg Durchstf 1 Stk Fr. 296.45 (243.95)		67461003	01.10.2019, A
	20972	Trockensub 100 mg Durchstf 1 Stk Fr. 296.45 (243.95)		67461003	01.10.2019, A

Therapie der chronisch-lymphatischen Leukämie (CLL) vom B-Zell-Typ. Die Firstline-Therapie mit RIBOMUSTIN sollte nur bei Patienten mit fortgeschrittener Erkrankung begonnen werden, d.h. im Binet-Stadium B oder C, einhergehend mit krankheitsbedingten Symptomen oder Zeichen einer Krankheitsprogression.

Therap. Gruppe	Dossier Nr.	PRÄPARATE/ (Wirkstoffe) Packungen	Verantwortliche Firma	SHI-Nr.	Aufnahmejahr
07.16.10 G		BENDAMUSTIN SANDOZ (Bendamustini hydrochloridum)	Sandoz Pharmaceuticals AG		
	20970	Trockensub 25 mg Durchstf 1 Stk Fr. 102.90 (75.37)		67412001	01.10.2019, A
	20970	Trockensub 25 mg Durchstf 1 Stk Fr. 102.90 (75.37)		67412001	01.10.2019, A
	20970	Trockensub 25 mg Durchstf 5 Stk Fr. 375.95 (313.21)		67412002	01.10.2019, A
	20970	Trockensub 25 mg Durchstf 5 Stk Fr. 375.95 (313.21)		67412002	01.10.2019, A
	20970	Trockensub 100 mg Durchstf 1 Stk Fr. 296.45 (243.96)		67412005	01.10.2019, A
	20970	Trockensub 100 mg Durchstf 1 Stk Fr. 296.45 (243.96)		67412005	01.10.2019, A

Therapie der chronisch-lymphatischen Leukämie (CLL) vom B-Zell-Typ. Die Firstline-Therapie mit RIBOMUSTIN sollte nur bei Patienten mit fortgeschrittener Erkrankung begonnen werden, d.h. im Binet-Stadium B oder C, einhergehend mit krankheitsbedingten Symptomen oder Zeichen einer Krankheitsprogression.

07.16.10		ONCASPAR (Pegaspargasum)	Servier (Suisse) SA		
	20920	Trockensub 3750 IE Durchstf 1 Stk Fr. 1884.50 (1662.17)		66934001	01.10.2019, A

Oncaspar ist als Bestandteil einer antineoplastischen Kombinationstherapie bei akuter lymphatischer Leukämie (ALL) angezeigt.

07.16.10		STIVARGA (Regorafenibum)	Bayer (Schweiz) AG		
	20050	Filmtabl 40 mg 84 Stk Fr. 3528.05 (3202.02)		62808002	01.06.2013, A

Indikationsübergreifende Limitatio (CRC, GIST und HCC)

Stivarga wird für alle Indikationen nur nach Kostengutsprache durch den Krankenversicherer nach vorgängiger Konsultation des Vertrauensarztes vergütet.

Für alle Indikationen werden, im Falle eines wegen arzneimittelbedingten Nebenwirkungen erforderlichen Therapieabbruchs innert 21 Tagen nach Behandlungsbeginn, dem Krankenversicherer von der Bayer (Schweiz) AG die Kosten der gesamten Packung zurückerstattet. Diese Therapieabbrüche sind dem Krankenversicherer durch den behandelnden Arzt unverzüglich und formlos zu melden, z.B. mit dem Satz «Hiermit bestätige ich den erforderlichen Stivarga Therapieabbruch in den ersten 21 Tagen nach Behandlungsbeginn aufgrund von arzneimittelbedingten Nebenwirkungen».

Im Falle einer Progression ist die Stivarga-Behandlung für alle Indikationen abzubrechen.

Für alle Indikationen sind die folgenden Kriterien zur Behandlung zu erfüllen:

- Performance Status ECOG 0 – 1
- adäquate Funktion von Knochenmark, Leber und Niere

Kolorektalkarzinom (CRC)

Behandlung von Patienten mit metastasiertem kolorektalem Karzinom, die zuvor eine fluoropyrimidin-, oxaliplatin- und irinotecanbasierte Chemotherapie, eine anti-VEGF-Therapie und – bei Vorliegen eines RAS-Wildtyps – eine anti-EGFR-Therapie erhalten haben und die oben genannten indikationsübergreifenden Kriterien erfüllen.

Gastrointestinale Stromatumoren (GIST)

Behandlung von Patienten mit metastasierten oder inoperablen gastrointestinalen Stromatumoren, die zuvor mit zwei Tyrosinkinase-Inhibitoren (Imatinib und Sunitinib) behandelt wurden und neben den oben genannten indikationsübergreifenden zusätzlich folgendes Kriterium erfüllen:

- mindestens eine neue messbare GIST Läsion (>2 cm) mit CT oder MRI

Leberzellkarzinom (HCC)

Behandlung von Patienten mit Leberzellkarzinom, die zuvor mit Sorafenib behandelt wurden und neben den oben genannten indikationsübergreifenden zusätzlich folgende Kriterien erfüllen:

- dokumentierte radiologische Progression unter vorgängiger Sorafenib-Therapie
- Toleranz der vorgängigen Sorafenib-Therapie
- bei Vorliegen einer Leberzirrhose einzig bei erhaltener Leberfunktion (max. Child Pugh A)

Therap. Gruppe	Dossier Nr.	PRÄPARATE/ (Wirkstoffe) Packungen	Verantwortliche Firma	SHI-Nr.	Aufnahmejahr
07.16.10		TRAZIMERA (Trastuzumabum)	Pfizer PFE Schweiz GmbH	66975001	01.10.2019, A
	20966	Trockensub 150 mg Durchstf 1 Stk Fr. 562.45 (475.67)			
	20966	Trockensub 440 mg c Solv Durchstf 1 Stk Fr. 1586.75 (1390.68)		66975002	01.10.2019, A
08.03		EPLUSA (Sofosbuvirum, Velpatasvirum)	Gilead Sciences Schweiz Sàrl		
	20566	Filmtabl 400/100 28 Stk Fr. 10317.40 (9825.75)		66095001	01.01.2017, A
<p>Zur Behandlung der chronischen Infektion mit dem Hepatitis-C-Virus (HCV) vom Genotyp 1 bis 6 bei Erwachsenen sowie in Kombination mit Ribavirin bei Patienten mit HCV vom Genotyp 3 mit kompensierter Zirrhose und Patienten mit HCV vom Genotyp 1 bis 6 mit dekompensierter Zirrhose. Die maximale Vergütungsdauer ist wie folgt zu begrenzen:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Patienten ohne Zirrhose: 12 Wochen. - Patienten mit kompensierter Zirrhose (bei Bedarf bei Patienten mit HCV Genotyp 3 in Kombination mit Ribavirin): 12 Wochen. - Patienten mit dekompensierter Zirrhose in Kombination mit Ribavirin: 12 Wochen. <p>Die Verschreibung darf ausschliesslich durch Fachärzte für Gastroenterologie, insbesondere Träger des Schwerpunkttitels Hepatologie oder durch Fachärzte für Infektiologie, sowie durch ausgewählte Ärzte mit Erfahrung in Suchtmedizin und in der Behandlung von CHC erfolgen. Die entsprechende Liste der Ärzte mit Erfahrung in Suchtmedizin und in der Behandlung von CHC ist unter folgender Adresse abrufbar: http://www.bag.admin.ch/sl-ref.</p>					
08.03		HARVONI (Sofosbuvirum, Ledipasvirum)	Gilead Sciences Schweiz Sàrl		
	20308	Filmtabl 90/400 28 Stk Fr. 14631.30 (14034.42)		65331001	01.02.2015, A
<p>Zur Behandlung der chronischen Hepatitis C (CHC) Genotyp 1 bei Erwachsenen. Die maximale Vergütungsdauer ist wie folgt zu begrenzen:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Therapienaive Patienten ohne Zirrhose mit HCV RNA vor der Behandlung < 6 Millionen I.E./ml: 8 Wochen; - Therapienaive Patienten ohne Zirrhose mit HCV RNA vor der Behandlung = 6 Millionen I.E./ml: 12 Wochen; - Therapienaive Patienten mit Zirrhose: 12 Wochen; - Therapieerfahrene Patienten ohne Zirrhose: 12 Wochen; - Therapieerfahrene Patienten mit Zirrhose: 12 Wochen; - Patienten nach Lebertransplantation ohne Zirrhose oder mit kompensierter Zirrhose: Harvoni + Ribavirin für 12 Wochen; - Patienten mit dekompensierter Zirrhose, unabhängig vom Transplantationsstatus: Harvoni + Ribavirin für 12 Wochen. <p>Bei einer 12-wöchigen Behandlung mit Harvoni vergütet Gilead Sciences Schweiz Sàrl nach Aufforderung durch denjenigen Krankenversicherer, bei dem die versicherte Person zum Zeitpunkt des Bezugs versichert war, den Fabrikabgabepreis der dritten, nachweislich verabreichten Packung zu Fr. 14'034.42 zurück. Die Mehrwertsteuer kann nicht zusätzlich zu diesem Betrag zurückgefordert werden. Die Aufforderung zur Rückvergütung soll in der Regel innerhalb von 3 Monaten nach Verabreichung erfolgen.</p> <p>Die Verschreibung darf ausschliesslich durch Fachärzte für Gastroenterologie, insbesondere Träger des Schwerpunkttitels Hepatologie oder durch Fachärzte für Infektiologie sowie durch ausgewählte Ärzte mit Erfahrung in Suchtmedizin und in der Behandlung von CHC erfolgen. Die entsprechende Liste der Ärzte mit Erfahrung in Suchtmedizin und in der Behandlung von CHC ist unter folgender Adresse abrufbar: http://www.bag.admin.ch/sl-ref.</p> <p>Kombinationstherapien mit weiteren Hepatitis C Medikamenten werden nicht vergütet.</p>					

Therap. Gruppe	Dossier Nr.	PRÄPARATE/ (Wirkstoffe) Packungen	Verantwortliche Firma	SHI-Nr.	Aufnahmejahr
08.08		VAXELIS (Polysaccharida haemophili influenzae typus B conjugata cum proteino neisseriae meningitidis B, Vaccinum hepatitis B (ADNr) HBsAg, Toxoidum pertussis)	Future Health Pharma GmbH		
	20932	Inj Susp Fertspr. 0.500 ml Fr. 75.10 (51.14)		66940001	01.10.2019, B

Die Kostenübernahme der Impfstoffe für präventive Massnahmen in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung wird in Art. 12a KLV geregelt. Die Voraussetzungen, damit die Impfungen bezahlt werden, sind in Bst. a bis m dieses Artikels abschliessend umschrieben.

Die Preise der Impfstoffe sind Höchstpreise (Art. 52 Abs. 3 KVG) und kommen bei Reihenimpfungen (z.B. im schulärztlichen Dienst) nicht zur Anwendung. In diesen Fällen gelten die von den Krankenversicherern mit den zuständigen Behörden ausgehandelten bzw. die allenfalls von den Behörden festgesetzten Tarife.

Für Hepatitis-B-Reihenimpfungen von Kindern und Jugendlichen gilt der Preis von Fr. 19.80 für eine Dose unter der Voraussetzung einer minimalen Bestellung von 100 Dosen an eine Lieferadresse.

Wenn der Impfstoff zum obgenannten Serienpreis bezogen wird, darf der Arzt, die Ärztin nicht zum Einzelpreis (= Publikumspreis) der SL weiterverrechnen. Dies würde eine klare Umgehung von Art. 56 Absätze 3 und 4 des KVG bedeuten und wäre als Rechtsmissbrauch zu ahnden.

11.99		JETREA (Ocriplasminum)	mmpharm GmbH		
	20223	Inj Konz 0.5 mg/0.2 ml Durchstf 0.500 ml Fr. 3495.35 (3170.08)		63053001	01.07.2014, B
	20984	Inj Lös 0.375 mg/0.3 ml Durchstf 0.300 ml Fr. 3495.35 (3170.08)		66337001	01.10.2019, B

Nach vorgängiger Kostengutsprache durch den Krankenversicherer nach vorheriger Konsultation des Vertrauensarztes.

Für die Behandlung der symptomatischen, funktionsrelevanten, im OCT nachgewiesenen vitreomakulären Traktion (VMT) bei Erwachsenen, mit Operationsindikation, die sich nicht spontan löst, auch im Zusammenhang mit einem Makulaloch kleiner oder gleich 400 µm Durchmesser und einem Durchmesser der vitreomakulären Adhäsion (VMA) kleiner oder gleich 750 µm, ohne epiretinale Membran (ERM) in der Fovea und der Zone der VMT, im OCT nachgewiesen.

Für eine einmalige Behandlung eines Auges, eine Behandlung des zweiten Auges ist frühestens nach 28 Tagen nach Behandlung des ersten Auges möglich

11.99		OZURDEX INTRAVITREALES (Dexamethasonum)	Allergan AG		
	19470	Implant in Applikator 1 Stk Fr. 1382.00 (1204.02)		60324001	01.01.2012, A

Makulaödem nach retinalem Venenastverschluss oder Zentralvenenverschluss

Die Anwendung ist auf 2 Implantatapplikationen begrenzt.

Fortführung der Therapie bei Ansprechen nach Kostengutsprache durch den Krankenversicherer nach vorgängiger Konsultation des Vertrauensarztes.

Uveitis

Wiederholte Verabreichungen bei einer nicht infektiösen Uveitis im posterioren Segment bei Ansprechen nach Kostengutsprache durch den Krankenversicherer nach vorgängiger Konsultation des Vertrauensarztes.

Sehbeeinträchtigung aufgrund von einem diabetischen Makulaödem

Bei Patienten die pseudophak sind oder auf eine Therapie mit Nicht-Kortikosteroiden unzureichend ansprechen oder bei denen diese als unpassend angesehen wird.

Die Anwendung ist auf 7 Implantatapplikationen begrenzt. Fortführung der Therapie bei Ansprechen nach Kostengutsprache durch den Krankenversicherer nach vorgängiger Konsultation des Vertrauensarztes.

Therap. Gruppe	Dossier Nr.	PRÄPARATE/ (Wirkstoffe) Packungen	Verantwortliche Firma	SHI-Nr.	Aufnahmejahr
II. Andere Packungen und Dosierungen					
01.07.10 0		LAMICTAL (Lamotriginum)	GlaxoSmithKline AG		
	16046	Disp Tabl 5 mg Fl 60 Stk Fr. 7.35 (2.83)		52853001	01.10.2019, B
02.05.10		AIMOVIG (Erenumabum)	Novartis Pharma Schweiz AG		
	20777	Inj Lös 140 mg/ml Fertipen 1 ml Fr. 616.20 (522.47)		66748003	01.10.2019, B

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

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

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

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

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

Kontrolle nach 3 Monaten:

- Die Behandlung mit AIMOVIG 70 mg darf basierend auf einer Kontrolle durch den Facharzt FMH der Neurologie 3 Monate nach Therapiebeginn nur fortgesetzt werden, wenn die durchschnittliche Anzahl Migränetage gegenüber Therapiebeginn mit AIMOVIG 70 mg reduziert wurde und diese Reduktion anhand eines Migränetagebuches belegt werden kann.
- Ist nach 3 Monaten eine Reduktion der Migränetage eingetreten, welche ungenügend (Reduktion um weniger als 50%) ist, kann die Dosis auf AIMOVIG 140 mg pro Monat erhöht werden. Diese Dosissteigerung ist dem Krankenversicherer schriftlich zu melden

Kontrolle nach 6 Monaten:

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

Absetzen der Therapie nach 1 Jahr:

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

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

Therap. Gruppe	Dossier Nr.	PRÄPARATE/ (Wirkstoffe) Packungen	Verantwortliche Firma	SHI-Nr.	Aufnahmejahr
07.12		REPATHA (Evolocumabum)	Amgen Switzerland AG		
	20427	Inj Lös 140 mg/ml Pen 1 Stk Fr. 233.35 (188.96)		65622001	01.10.2019, B
Nach Kostengutsprache durch den Krankenversicherer nach vorgängiger Konsultation des Vertrauensarztes.					
Repatha 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					
<ul style="list-style-type: none"> • bei Erwachsenen mit Hypercholesterinämie • bei Erwachsenen mit heterozygoten familiären Hypercholesterinämie • bei Erwachsenen und Jugendlichen ab einem Alter von 12 Jahren mit einer homozygoten familiären Hypercholesterinämie 					
In der Primärprävention nur bei Hochrisikopatienten:					
<ul style="list-style-type: none"> • mit einem LDL-C > 5.0 mmol/L bei Erwachsenen mit einer schweren heterozygoten familiären Hypercholesterinämie • mit einem LDL-C > 5.0 mmol/L bei Erwachsenen und Jugendlichen ab einem Alter von 12 Jahren mit einer homozygoten 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. 120nmol/L, ausgeprägte arterielle Hypertonie 					
Repatha wird nur vergütet, wenn aufgrund des sehr hohen kardiovaskulären Risikos eine zusätzliche LDL-C Senkung medizinisch erforderlich ist, d.h.					
<ul style="list-style-type: none"> • 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					
<ul style="list-style-type: none"> • 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 aus-gewiesene 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-Wert von kleiner als 1.8 mmol/l erreicht wurde (exklusive homozygoter familiärer Hypercholesterinämie).					
Die Amgen AG vergütet dem Krankenversicherer, bei dem die versicherte Person zum Zeitpunkt des Bezugs versichert war, auf dessen erste Aufforderung hin für jede bezogene Packung Repatha 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.					
14.01.13		ULTRAVIST 300 (Iopromidum)	Bayer (Schweiz) AG		
	15897	Inj Lös 300 mg Fl 10 ml Fr. 16.60 (7.30)		46969001	01.10.2019, B

Therap. Gruppe	Dossier Nr.	PRÄPARATE/ (Wirkstoffe) Packungen	Verantwortliche Firma	SHI-Nr.	Aufnahmejahr
III. Neu gestrichene Präparate/Packungen					
01.06		CIPRALEX MELTZ (Escitalopramum)	Lundbeck (Schweiz) AG		
	19891	Schmelztabl 10 mg 12 Stk Fr. 18.85 (9.28)		62184001	01.10.2019, B
	19891	Schmelztabl 10 mg 30 Stk Fr. 39.80 (20.40)		62184002	01.10.2019, B
	19891	Schmelztabl 10 mg 60 Stk Fr. 60.05 (38.03)		62184003	01.10.2019, B
	19891	Schmelztabl 20 mg 30 Stk Fr. 60.05 (38.03)		62184004	01.10.2019, B
	19891	Schmelztabl 20 mg 60 Stk Fr. 103.70 (76.05)		62184005	01.10.2019, B
07.02.50		CALCIMAGON D3 (Cholecalciferolum (Vitamin D3), Calcium ionisa- tum)	Takeda Pharma AG		
	16787	Kautabl orange (neu) 20 Stk Fr. 8.90 (4.82)		53929040	01.10.2019, D
	16787	Kautabl orange (neu) 60 Stk Fr. 23.05 (12.50)		53929041	01.10.2019, D
	16787	Kautabl orange (neu) 120 Stk Fr. 40.65 (22.02)		53929042	01.10.2019, D
07.08.30		DUPHASTON (Dydrogesteronum)	BGP Products GmbH		
	10063	Tabl 10 mg 28 Stk Fr. 17.30 (7.92)		28079086	01.10.2019, B
07.16.10		ONCASPAR (Pegaspargasum)	Servier (Suisse) SA		
	20597	Inj Lös 750 IE/ml Durchstf 5 ml Fr. 1884.50 (1662.17)		66178001	01.10.2019, A
08.01.60		ERYTHROCIN ES 500 (Erythromycinum)	Recordati AG		
	18770	Filmtabl 500 mg 12 Stk Fr. 14.40 (5.39)		47322057	01.10.2019, B
	18770	Filmtabl 500 mg 24 Stk Fr. 16.55 (7.28)		47322030	01.10.2019, B
08.01.60		KLACID ONE (Clarithromycinum)	Mylan Pharma GmbH		
	18020	Ret Tabl 500 mg 7 Stk Fr. 25.30 (11.31)		56327002	01.10.2019, A
	18020	Ret Tabl 500 mg 14 Stk Fr. 39.25 (19.90)		56327004	01.10.2019, A
08.03		HEPSERA (Adefovirum dipivoxilum)	Gilead Sciences Switzerland Sàrl		
	17950	Filmtabl 10 mg 30 Stk Fr. 703.70 (598.67)		56309002	01.10.2019, A
08.08		TWINRIX 720/20 (Vaccinum hepatitis A inactivatum adsorba- tum, Vaccinum hepatitis B (ADNr) HBsAg)	GlaxoSmithKline AG		
	18774	Inj Susp Fertspr 1 ml Fr. 75.25 (51.28)		00592001	01.10.2019, B
11.06.20 G		AZELASTIN-COMOD (Azelastini hydrochloridum)	Ursapharm Schweiz GmbH		
	20470	Gtt Opht 0.500 mg/ml 10 ml Fr. 18.55 (9.00)		62881002	01.10.2019, B
11.09		ARTEOPTIC LA UD (Carteololi hydrochloridum)	Bausch & Lomb Swiss AG Division Pharma		
	17954	Gtt Opht 1 % 30 Unidos 0.200 ml Fr. 20.00 (10.28)		56215002	01.10.2019, B
11.09 G		BRINZOLAMID MEPHA (Brinzolamidum)	Mepha Pharma AG		
	20511	Susp Opht 10 mg/ml 5 ml Fr. 26.55 (12.40)		65962001	01.10.2019, B
	20511	Susp Opht 10 mg/ml 3x 5 ml Fr. 52.70 (31.64)		65962002	01.10.2019, B

PRÄPARATE / (Wirkstoffe) Packungen	Verantwortliche Firma	Therap. Gruppe	Dossier Nr.	Preis neu	Ex-Fact. neu
IV. Preissenkungen					
IV.a. Preisänderung nach 1 Jahr SL-Aufnahme					
OZEMPIC DUALDOSE Inj Lös 2 mg/1.5 ml Fertpen 1.500 ml	Novo Nordisk Pharma AG	070620	20753	136.70	104.79
OZEMPIC FIXDOSE Inj Lös 2 mg/1.5 ml 2 Fertpen 1.500 ml	Novo Nordisk Pharma AG	070620	20753	136.70	104.79
IV.b. Auslandspreisvergleich					
JETREA Inj Konz 0.5 mg/0.2 ml Durchstf 0.500 ml	mmpharm GmbH	119900	20223	3495.35	3170.08
IV.c. Normale Preismutation					
CYRAMZA Inf Konz 100 mg/10 ml Durchstf 1 Stk Inf Konz 500 mg/50 ml Durchstf 1 Stk	Eli Lilly (Suisse) SA	071610	20403 20403	486.65 2301.10	409.62 2042.03
REPATHA Inj Lös 140 mg/ml Pen 2 Stk	Amgen Switzerland AG	071200	20427	450.25	377.92
STIVARGA Filmtabl 40 mg 84 Stk	Bayer (Schweiz) AG	071610	20050	3528.05	3202.02
VERZENIOS Filmtabl 50 mg 28 Stk Filmtabl 100 mg 28 Stk Filmtabl 150 mg 28 Stk Filmtabl 200 mg 28 Stk	Eli Lilly (Suisse) SA	071610	20839 20839 20839 20839	1854.05 1854.05 1854.05 1854.05	1634.40 1634.40 1634.40 1634.40
IV.d. Preisänderung nach Patentablauf					
FORSTEO Inj Lös Patrone 2.4 ml	Eli Lilly (Suisse) SA	079900	17985	448.85	376.71
TERROSA Inj Lös 250 mcg/ml Patrone 2.4 ml Inj Lös 250 mcg/ml mit Pen Patrone 2.4 ml	Gedeon Richter (Schweiz) AG	079900	20965 20965	340.75 340.75	282.53 282.53

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

VI. Limitations- / Indikationsänderung

AIMOVIG Inj Lös 70 mg/ml Fertipgen 1 ml	Novartis Pharma Schweiz AG	020510	20777	616.20	522.47
---	----------------------------	--------	-------	--------	--------

Limitation alt:

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

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

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

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

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

Kontrolle nach 3 Monaten:

- Die Behandlung mit AIMOVIG 70 mg darf basierend auf einer Kontrolle durch den Facharzt FMH der Neurologie 3 Monate nach Therapiebeginn nur fortgesetzt werden, wenn die durchschnittliche Anzahl Migränetage gegenüber Therapiebeginn mit AIMOVIG 70 mg reduziert wurde und diese Reduktion anhand eines Migränetagebuches belegt werden kann.
- Ist nach 3 Monaten eine Reduktion der Migränetage eingetreten, welche ungenügend (Reduktion um weniger als 50%) ist, kann die Dosis auf AIMOVIG 140 mg pro Monat erhöht werden. Diese Dosissteigerung ist dem Krankenversicherer schriftlich zu melden.

Kontrolle nach 6 Monaten:

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

Absetzen der Therapie nach 1 Jahr:

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

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

Die Firma Novartis Pharma Schweiz AG vergütet für die Behandlung von Patienten mit 140mg AIMOVIG monatlich auf Aufforderung desjenigen Krankenversicherers, bei dem die versicherte Person zum jeweiligen Bezugspunkt versichert war, Fr. 522.47 pro zwei 70mg Injektionslösung im Fertipgen AIMOVIG zurück. Die Mehrwertsteuer kann nicht zusätzlich zu diesem Betrag zurückgefordert werden. Die Aufforderung zur Rückvergütung soll in der Regel innerhalb von 6 Monaten nach Rechnungstellung erfolgen.

Neue Limitation befristet bis 30.11.2020

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

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

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

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

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

PRÄPARATE / (Wirkstoffe) Packungen	Verantwortliche Firma	Therap. Gruppe	Dossier Nr.	Preis neu	Ex-Fact. neu
Kontrolle nach 3 Monaten:					
<ul style="list-style-type: none"> - Die Behandlung mit AIMOVIG 70 mg darf basierend auf einer Kontrolle durch den Facharzt FMH der Neurologie 3 Monate nach Therapiebeginn nur fortgesetzt werden, wenn die durchschnittliche Anzahl Migränetage gegenüber Therapiebeginn mit AIMOVIG 70 mg reduziert wurde und diese Reduktion anhand eines Migränetagebuches belegt werden kann. - Ist nach 3 Monaten eine Reduktion der Migränetage eingetreten, welche ungenügend (Reduktion um weniger als 50%) ist, kann die Dosis auf AIMOVIG 140 mg pro Monat erhöht werden. Diese Dosissteigerung ist dem Krankenversicherer schriftlich zu melden 					
Kontrolle nach 6 Monaten:					
<ul style="list-style-type: none"> - Die Behandlung mit AIMOVIG darf basierend auf einer erneuten Kontrolle durch den Facharzt FMH der Neurologie 6 Monate nach Therapiebeginn nur fortgesetzt werden, wenn die durchschnittliche Anzahl Migränetage gegenüber Therapiebeginn mit AIMOVIG um mindestens 50% reduziert wurde und diese Reduktion anhand eines Migränetagebuches belegt werden kann. - Die Reduktion um mindestens 50% der Migränetage ist dem Vertrauensarzt des Krankenversicherers schriftlich zu melden. 					
Absetzen der Therapie nach 1 Jahr:					
<ul style="list-style-type: none"> - Spätestens ein Jahr nach Therapiebeginn muss die Therapie abgesetzt werden. Wird 3 Monate nach Absetzen der Therapie die Diagnose einer chronischen Migräne (Kriterien vgl. oben) oder episodischen Migräne (Kriterien vgl. oben) erneut gestellt, kann eine Wiederaufnahme einer AIMOVIG Therapie mittels erneuter Kostengutsprache für maximal 12 Monate beantragt werden. 					
Bei unzureichender oder nachlassender Wirksamkeit (definiert nach obenstehenden Kriterien) von AIMOVIG wird eine Rotation innerhalb der Wirkstoffklassen (CGRP-Rezeptor-Antagonisten, CGRP-Inhibitoren) nicht vergütet.					
ARTEOPTIC LA	Bausch & Lomb Swiss AG	110900			
Gtt Opht 2 % Fl 3 ml			17741	17.50	8.11
Gtt Opht 2 % 3 Fl 3 ml			17741	40.20	20.73
Gtt Opht 2 % 30 Unidos 0.200 ml			17954	26.00	11.95
Limitation neu:					
Nur für bereits mit diesem Medikament eingestellte Patienten.					
ARTEOPTIC LA UD	Bausch & Lomb Swiss AG	110900			
Gtt Opht 2 % Fl 3 ml			17741	17.50	8.11
Gtt Opht 2 % 3 Fl 3 ml			17741	40.20	20.73
Gtt Opht 2 % 30 Unidos 0.200 ml			17954	26.00	11.95
Limitation neu:					
Nur für bereits mit diesem Medikament eingestellte Patienten.					
BENDAMUSTIN SANDOZ	Sandoz Pharmaceuticals AG	071610			
Trockensub 25 mg Durchstf 10 Stk			0	0.00	0.00
Trockensub 25 mg Durchstf 20 Stk			0	0.00	0.00
Trockensub 100 mg Durchstf 5 Stk			0	0.00	0.00
Limitation neu:					
Therapie der chronisch-lymphatischen Leukämie (CLL) vom B-Zell-Typ. Die Firstline-Therapie mit RIBOMUSTIN sollte nur bei Patienten mit fortgeschrittener Erkrankung begonnen werden, d.h. im Binet-Stadium B oder C, einhergehend mit krankheitsbedingten Symptomen oder Zeichen einer Krankheitsprogression.					
In der Erstlinientherapie des follikulären Non-Hodgkin-Lymphom in Kombination mit Rituximab für maximal 6 Zyklen.					
Bei Patienten mit Progression des Follikulären Non-Hodgkin-Lymphom während oder innerhalb von 6 Monaten nach Behandlung mit Rituximab oder einer Rituximab-enthaltenden Therapie.					
CYRAMZA	Eli Lilly (Suisse) SA	071610			
Inf Konz 100 mg/10 ml Durchstf 1 Stk			20403	486.65	409.62
Inf Konz 500 mg/50 ml Durchstf 1 Stk			20403	2301.10	2042.03
Neue Limitation befristet bis 30.09.2021:					
Nur für bereits mit diesem Medikament eingestellte Patienten.					
Die Eli Lilly (Suisse) SA vergütet dem Krankenversicherer, bei dem die versicherte Person zum Zeitpunkt des Bezugs versichert war, auf dessen erste Aufforderung hin für auf jede bezogene Packung CYRAMZA 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.					
TRANDATE	Aspen Pharma Schweiz GmbH	020300			
Tabl 100 mg Ds 100 Stk			13232	26.85	12.69
Tabl 200 mg Ds 100 Stk			13232	38.20	19.01
Limitation neu:					
Nur für bereits mit diesem Medikament eingestellte Patienten.					

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

VECTIBIX

Amgen Switzerland AG

071610

Inf Konz 100 mg/5ml Durchstf 5 ml

18910

577.65

488.88

Inf Konz 400 mg/20ml Durchstf 20 ml

18910

2206.20

1955.52

Limitation alt:

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

Zur Behandlung von Patienten mit metastasierendem kolorektalem Karzinom mit RAS-Wildtyp

- In der First-Line-Therapie in Kombination mit FOLFOX oder FOLFIRI.
- In der Second-Line-Therapie in Kombination mit einer Irinotecan-haltigen Chemotherapie.
- Als Monotherapie, wenn Therapien mit Fluoropyrimidin-, Oxaliplatin- und Irinotecan-haltigen Chemotherapien versagt haben oder nicht durchführbar waren.

Im Falle einer Progression ist die Vectibix-Behandlung abzubrechen.

Limitation neu:

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

Zur Behandlung von Patienten mit metastasierendem kolorektalem Karzinom mit RAS-Wildtyp

- In der First-Line-Therapie in Kombination mit FOLFOX oder FOLFIRI.
- In der Second-Line-Therapie in Kombination mit einer Irinotecan-haltigen Chemotherapie.
- Als Monotherapie, wenn Therapien mit Fluoropyrimidin-, Oxaliplatin- und Irinotecan-haltigen Chemotherapien versagt haben oder nicht durchführbar waren.

Im Falle einer Progression ist die Vectibix-Behandlung abzubrechen.

VERZENIOS

Eli Lilly (Suisse) SA

071610

Filmtabl 50 mg 28 Stk

20839

1854.05

1634.40

Filmtabl 100 mg 28 Stk

20839

1854.05

1634.40

Filmtabl 150 mg 28 Stk

20839

1854.05

1634.40

Filmtabl 200 mg 28 Stk

20839

1854.05

1634.40

Filmtabl 50 mg 56 Stk

20839

3589.25

3261.72

Filmtabl 100 mg 56 Stk

20839

3589.25

3261.72

Filmtabl 150 mg 56 Stk

20839

3589.25

3261.72

Filmtabl 200 mg 56 Stk

20839

3589.25

3261.72

Limitation alt:

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

- in Kombination mit Fulvestrant als Zweitlinientherapie bei Frauen nachdem die endokrine Therapie bereits im metastasierenden Stadium als Erstlinientherapie eingesetzt wurde.
- als Monotherapie nach Progression der Erkrankung nach endokriner Therapie und einem oder zwei Chemotherapie-Regimen bei metastasierter Erkrankung, wenn eine Chemotherapie nicht geeignet ist.

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 sollten bis zur Progression der Erkrankung behandelt werden.

Neue Limitation befristet bis 30.09.2021:

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 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.
- als Monotherapie nach Progression der Erkrankung nach endokriner Therapie und einem oder zwei Chemotherapie-Regimen bei metastasierter Erkrankung, wenn eine Chemotherapie nicht geeignet ist.

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.

Eli Lilly (Suisse) SA vergütet dem Krankenversicherer, bei dem die versicherte Person zum Zeitpunkt des Bezugs versichert war, auf dessen Aufforderung hin auf jede bezogene Packung Verzenios 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.

Rezeptsperrung

Swissmedic, Abteilung Betäubungsmittel

Rezeptsperrung

Folgende Rezepte sind gesperrt

Kanton	Block-Nr.	Rezept-Nr.
Zürich		8162176

BAG-Bulletin
BBL, Vertrieb Publikationen
CH-3003 Bern

P.P.

CH-3003 Bern
Post CH AG

BAG-Bulletin

Woche

41/2019