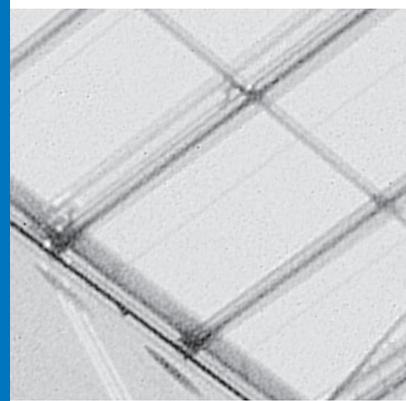


Bulletin 24/16

Bundesamt für Gesundheit



Schweizerische Eidgenossenschaft
Confédération suisse
Confederazione Svizzera
Confederaziun svizra

Eidgenössisches Departement des Innern EDI
Bundesamt für Gesundheit BAG

Herausgeber

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

Redaktion

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

Druck

ea Druck AG
Zürichstrasse 57
CH-8840 Einsiedeln
Telefon 055 418 82 82

Abonnemente, Adressänderungen

BBL, Vertrieb Bundespublikationen
CH-3003 Bern
Telefon 058 465 50 50
Fax 058 465 50 58
verkauf.zivil@bbl.admin.ch

ISSN 1420-4266

Inhalt	
Übertragbare Krankheiten Meldungen Infektionskrankheiten	384
Aktuelle Lage: Arztbesuche wegen Zeckenstichen und Lyme-Borreliose sowie Fallmeldungen von FSME	386
Sentinella-Statistik	389
Influenza-Pandemieplan – Neuauflage	390
Inkraftsetzung Epidemiengesetz 2016: Änderungen im Meldesystem der meldepflichtigen übertragbaren Krankheiten des Menschen	392
Betäubungsmittel Rezeptsperrung	397
Kommunikationskampagnen SmokeFree	399

Übertragbare Krankheiten

Meldungen Infektionskrankheiten

Stand am Ende der 22. Woche (07.06.2016)^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 *kursiver* Schrift angegebenen Daten handelt es sich um annualisierte Angaben: Fälle pro Jahr und 100 000 Wohnbevölkerung (gemäss Statistischem Jahrbuch der Schweiz). Die annualisierte Inzidenz erlaubt einen Vergleich unterschiedlicher Zeitperioden.

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

^c Ausgeschlossen sind materno-foetale Röteln.

^d Bei schwangeren Frauen und Neugeborenen.

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

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

	Woche 22			Letzte 4 Wochen			Letzte 52 Wochen			Seit Jahresbeginn		
	2016	2015	2014	2016	2015	2014	2016	2015	2014	2016	2015	2014
Respiratorische Übertragung												
Haemophilus influenzae: invasive Erkrankung		3 1.90	2 1.30	3 0.50	6 0.90	11 1.70	100 1.20	107 1.30	96 1.20	56 1.60	62 1.80	55 1.60
Influenzavirus-Infektion, saisonale Typen und Subtypen ^b	3 1.90	1 0.60	2 1.30	19 3.00	30 4.70	25 3.90	3714 44.90	5809 70.20	1521 18.40	3574 102.10	5730 163.70	1500 42.80
Legionellose	7 4.40	10 6.30	3 1.90	26 4.10	28 4.40	15 2.40	390 4.70	321 3.90	276 3.30	106 3.00	102 2.90	75 2.10
Masern	3 1.90			11 1.70			65 0.80	21 0.20	165 2.00	43 1.20	13 0.40	14 0.40
Meningokokken: invasive Erkrankung	1 0.60	2 1.30		9 1.40	3 0.50		45 0.50	42 0.50	47 0.60	28 0.80	25 0.70	20 0.60
Pneumokokken: invasive Erkrankung	13 8.20	18 11.30	12 7.50	56 8.80	64 10.00	44 6.90	836 10.10	796 9.60	834 10.10	454 13.00	501 14.30	497 14.20
Röteln ^c								5 0.06	3 0.04		3 0.09	1 0.03
Röteln, materno-foetal ^d												
Tuberkulose	5 3.10	17 10.70	12 7.50	29 4.60	42 6.60	36 5.70	555 6.70	508 6.10	494 6.00	225 6.40	217 6.20	182 5.20
Faeco-orale Übertragung												
Campylobacteriose	122 76.70	168 105.60	122 76.70	535 84.00	446 70.10	483 75.90	7501 90.60	6986 84.40	7782 94.00	2822 80.60	2111 60.30	2772 79.20
Enterohämorrhagische E. coli-Infektion	6 3.80	1 0.60		39 6.10	14 2.20	9 1.40	397 4.80	149 1.80	92 1.10	167 4.80	59 1.70	35 1.00
Hepatitis A		1 0.60		1 0.20	5 0.80	5 0.80	46 0.60	47 0.60	54 0.60	18 0.50	14 0.40	24 0.70
Listeriose			3 1.90	5 0.80	4 0.60	8 1.30	54 0.60	71 0.90	93 1.10	25 0.70	22 0.60	51 1.50
Salmonellose, S. typhi/paratyphi	1 0.60			1 0.20		1 0.20	18 0.20	20 0.20	23 0.30	9 0.30	8 0.20	11 0.30
Salmonellose, übrige	22 13.80	20 12.60	18 11.30	92 14.40	69 10.80	73 11.50	1450 17.50	1212 14.60	1227 14.80	447 12.80	342 9.80	366 10.40
Shigellose			2 1.30	8 1.30	7 1.10	9 1.40	217 2.60	142 1.70	138 1.70	81 2.30	47 1.30	49 1.40

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

aktuelle Lage zu «Influenzavirus-Infektion, saisonale Typen und Subtypen»:
www.bag.admin.ch/sentinella > Influenzadaten
aktuelle Lage zu «Masern»: www.bag.admin.ch/masern

Übertragbare Krankheiten

	Woche 22			Letzte 4 Wochen			Letzte 52 Wochen			Seit Jahresbeginn		
	2016	2015	2014	2016	2015	2014	2016	2015	2014	2016	2015	2014
Durch Blut oder sexuell übertragen												
Aids	1 0.60		5 3.10	2 0.30	3 0.50	19 3.00	77 0.90	75 0.90	109 1.30	24 0.70	24 0.70	38 1.10
Chlamydiose	200 125.70	267 167.80	153 96.20	884 138.90	738 116.00	837 131.50	10728 129.60	9730 117.60	9282 112.20	4745 135.50	4133 118.10	4096 117.00
Gonorrhoe	32 20.10	51 32.00	32 20.10	220 34.60	151 23.70	137 21.50	2191 26.50	1701 20.60	1637 19.80	1053 30.10	799 22.80	683 19.50
Hepatitis B, akut			2 1.30	1 0.20		5 0.80	32 0.40	38 0.50	60 0.70	13 0.40	11 0.30	22 0.60
Hepatitis B, total Meldungen	9	30	40	56	116	156	1439	1310	1473	625	551	645
Hepatitis C, akut			2 1.30		4 0.60	9 1.40	42 0.50	46 0.60	56 0.70	11 0.30	20 0.60	28 0.80
Hepatitis C, total Meldungen	21	33	51	74	101	170	1452	1603	1700	671	636	696
HIV-Infektion	14 8.80	39 24.50	15 9.40	40 6.30	65 10.20	52 8.20	515 6.20	541 6.50	543 6.60	227 6.50	254 7.30	241 6.90
Syphilis	21 13.20	18 11.30	16 10.00	117 18.40	58 9.10	93 14.60	1063 12.80	989 12.00	1047 12.60	556 15.90	368 10.50	439 12.50
Zoonosen und andere durch Vektoren übertragbare Krankheiten												
Brucellose				2 0.30			4 0.05	1 0.01	4 0.05	3 0.09		2 0.06
Chikungunya-Fieber	1 0.60			3 0.50	1 0.20	3 0.50	37 0.40	90 1.10	8 0.10	17 0.50	18 0.50	5 0.10
Dengue-Fieber		3 1.90	2 1.30	4 0.60	10 1.60	11 1.70	202 2.40	144 1.70	164 2.00	79 2.30	65 1.90	49 1.40
Gelbfieber												
Hantavirus-Infektion							1 0.01	2 0.02			1 0.03	
Malaria	7 4.40	10 6.30	8 5.00	37 5.80	20 3.10	19 3.00	454 5.50	327 4.00	161 2.00	138 3.90	103 2.90	79 2.30
Q-Fieber		1 0.60	1 0.60	6 0.90	4 0.60	2 0.30	48 0.60	42 0.50	29 0.40	24 0.70	15 0.40	13 0.40
Trichinellose							2 0.02					
Tularämie		1 0.60		3 0.50	1 0.20	1 0.20	52 0.60	42 0.50	25 0.30	9 0.30	7 0.20	3 0.09
West-Nil-Fieber									1 0.01			
Zeckenzephalitis	9 5.70	6 3.80	5 3.10	20 3.10	12 1.90	10 1.60	134 1.60	105 1.30	213 2.60	31 0.90	14 0.40	22 0.60
Zika-Virus Infektion*							16 0.20			16 0.50		
Andere Meldungen												
Botulismus							2 0.02		2 0.02			1 0.03
Creutzfeldt-Jakob-Krankheit					1 0.20		11 0.10	20 0.20	17 0.20	4 0.10	10 0.30	6 0.20
Diphtherie†					2 0.30		9 0.10	3 0.04	1 0.01	2 0.06	2 0.06	
Tetanus							1 0.01					

Aktuelle Lage: Arztbesuche wegen Zeckenstichen und Lyme-Borreliose sowie Fallmeldungen von FSME

Stand: 02.06.2016

Geschätzte Zahl von Arztbesuchen wegen Zeckenstich und Lyme-Borreliose

Quelle: Sentinella-System, Schweiz

Bis Ende der Woche 21/2016 sind hochgerechnet 10300 Arztbesuche

wegen Zeckenstich zu beobachten (oberste Grafik in Abbildung 1, Tabelle 1). Dies ist der höchste Wert seit Einführung dieser Überwachung.

Bis Ende der Woche 21/2016 gab es geschätzte 3100 Fälle von akuter

Lyme-Borreliose (untere Grafik in Abbildung 1, Tabelle 1). Diese Zahl bewegt sich im langjährigen Rahmen.

Abbildung 1

Geschätzte Fälle von Arztbesuchen wegen Zeckenstich und Lyme-Borreliose, 2014–2016 (bis Woche 21),

Quelle: Sentinella-System, Schweiz

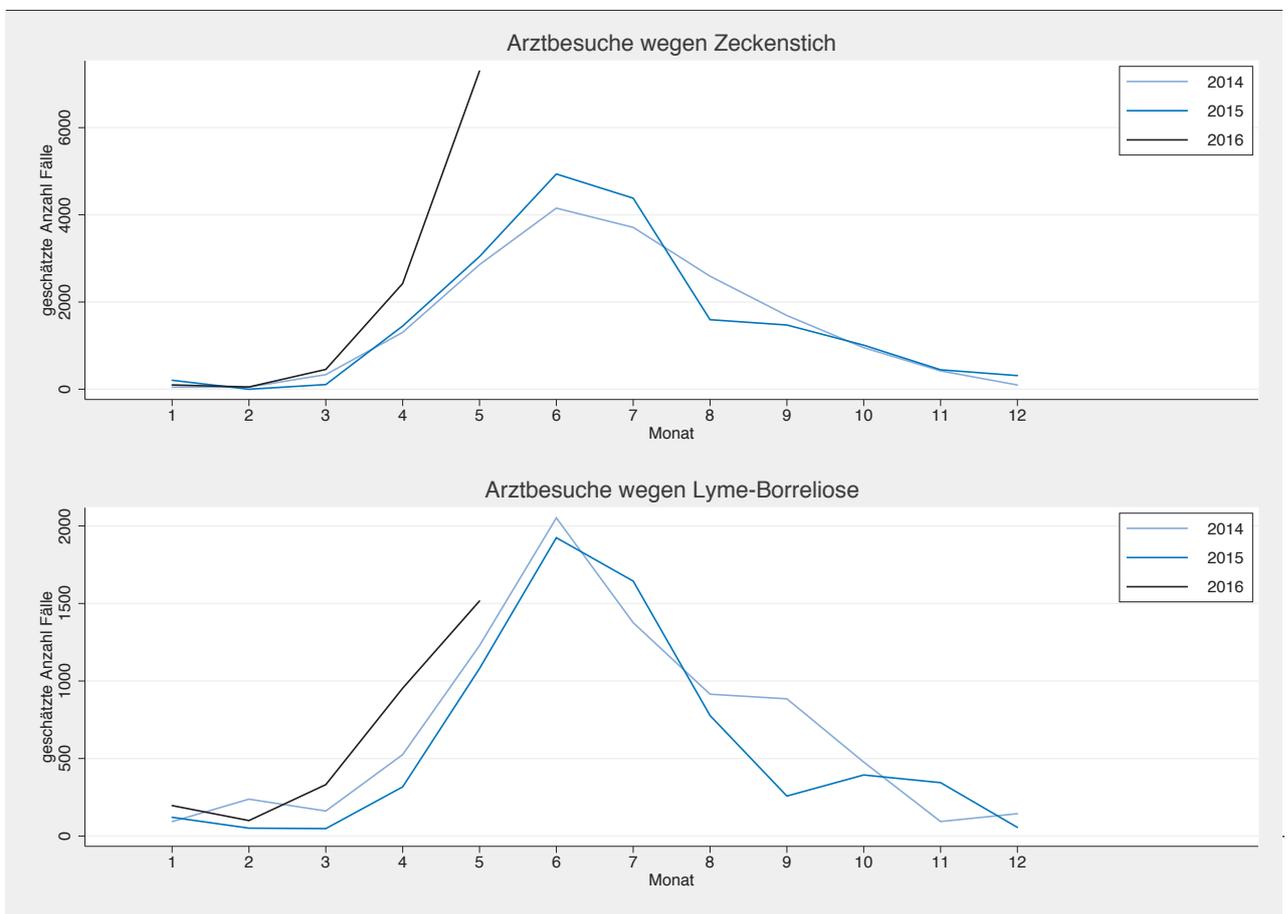


Tabelle 1
Geschätzte Zahl von Arztbesuchen wegen Zeckenstich und Lyme-Borreliose, 2008–2016, jeweils bis und mit Woche 21, Schweiz

Erkrankungsjahr	Arztbesuche wegen Zeckenstich	Lyme-Borreliose
2008	5100	2400
2009	5100	2300
2010	4400	1600
2011	6800	2300
2012	5100	2200
2013	5700	3000
2014	4600	2200
2015	4800	1600
2016	10300	3100

Fallmeldungen zu Frühsommer-Meningoenzephalitis (FSME)

Quelle: obligatorisches Meldesystem, Schweiz

Die wöchentlichen Zahlen unterliegen grossen Schwankungen. Seit 2000 wurden bis zur Woche 21 zwischen 10 und 53 Fälle von FSME gemeldet. Bis zur Woche 21 des laufenden Jahres wurden 21 Fälle registriert (Abbildung 2, Abbildung 3).

Abbildung 2
Fallmeldungen von FSME, 2014–2016 (bis Woche 21)
 Quelle: obligatorisches Meldesystem, Schweiz

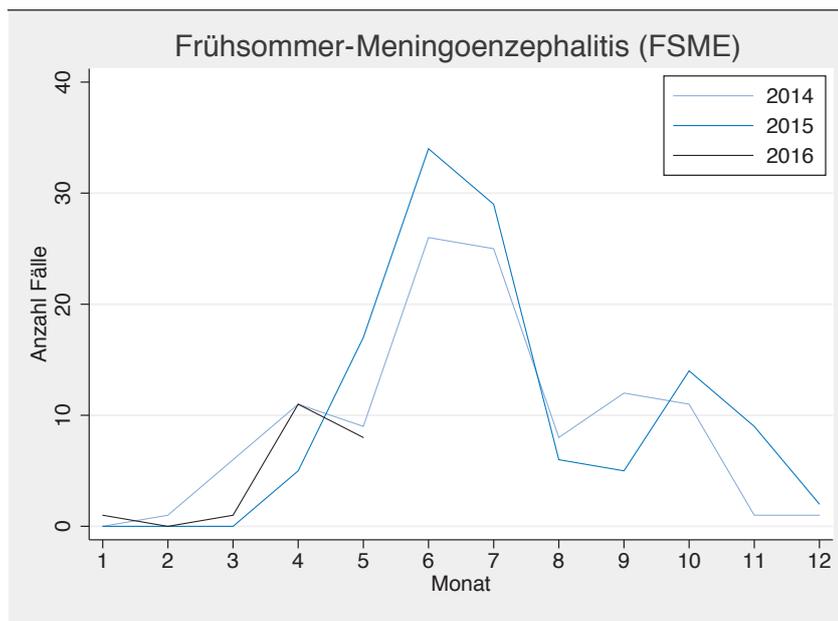
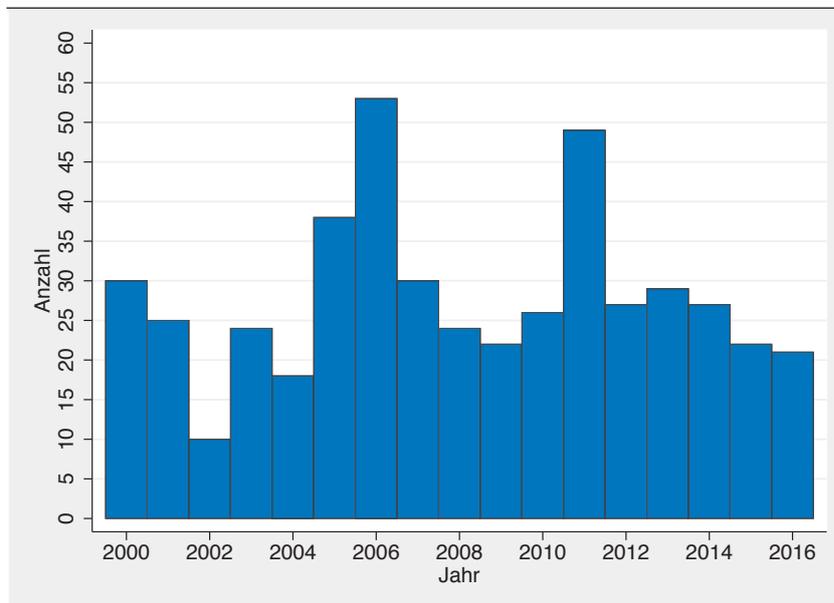


Abbildung 3
FSME-Fallmeldungen, 2000–2016, jeweils bis und mit Woche 21, Schweiz



Erläuterungen zur Erhebung und Auswertung der Daten

Zeckenstiche und Borreliose-Erkrankungen werden seit 2008 im **Sentinella-Meldesystem** erfasst. In diesem Netzwerk melden Grundversorger (Allgemeinpraktikerinnen und Allgemeinpraktiker, Internistinnen und Internisten sowie Pädiaterinnen und Pädiater) auf freiwilliger Basis wöchentlich ihre Beobachtungen. Diese werden dann auf die ganze Schweiz hochgerechnet. Es handelt sich somit um Schätzungen.

Unter akuter Lyme-Borreliose ist eine Wanderröte (Erythema migrans) und/oder ein Borrelien-Lymphozytom zu verstehen. Die chronischen Formen der Lyme-Borreliose werden zwar auch gemeldet, sind jedoch in den Zahlen nicht enthalten, um ausschliesslich die Neuerkrankungen in der Zeckensaison abzubilden.

Die geschätzte Anzahl von Arztbesuchen wegen Lyme-Borreliose kann über derjenigen wegen Zeckenstich liegen, da sich nur etwa die Hälfte der Patientinnen und Patienten mit einer akuten Lyme-Borreliose an einen Zeckenstich erinnern.

Für Erkrankungen an Frühsommer-Meningoenzephalitis (FSME) besteht die **obligatorische Meldepflicht**. Es handelt sich in diesem Lagebericht somit um genaue Fallzahlen.

Die Auswertungen für diesen Lagebericht erfolgen nach Erkrankungsdatum, dies im Gegensatz zu den Statistiken im Internet bzw. im BAG-Bulletin, wo das Test- bzw. Eingangsdatum massgebend ist. Dadurch sind Differenzen bei den Zahlen möglich. Weiter kann es aufgrund von Nachmeldungen oder endgültigen Klassifikationen zu Unterschieden bei den Fallzahlen kommen.

Kontakt

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

Übertragbare Krankheiten

Sentinella-Statistik

Anzahl Meldungen (N) der letzten 4 Wochen bis 3.6.2016 und Inzidenz pro 1000 Konsultationen (N/10³)

Freiwillige Erhebung bei Hausärztinnen und Hausärzten (Allgemeinpraktiker, Internisten und Pädiater)

Woche	19		20		21		22		Mittel 4 Wochen	
	N	N/10 ³	N	N/10 ³						
Influenzaverdacht	14	1.1	12	1.1	2	0.2	8	0.8	9	0.8
Mumps	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Pneumonie	3	0.2	5	0.5	7	0.6	2	0.2	4.3	0.4
Pertussis	4	0.3	2	0.2	2	0.2	0	0	2	0.2
Zeckenstiche	15	1.2	23	2.1	44	3.8	34	3.3	29	2.6
Lyme Borreliose	8	0.6	11	1.0	5	0.4	15	1.5	9.8	0.9
Herpes Zoster	9	0.7	7	0.6	5	0.4	10	1.0	7.8	0.7
Post-Zoster-Neuralgie	3	0.2	2	0.2	1	0.1	0	0	1.5	0.1
Meldende Ärzte	141		144		142		124		137.8	

Provisorische Daten

Übertragbare Krankheiten Influenza-Pandemieplan – Neuauflage

Der revidierte nationale Influenza-Pandemieplan liegt vor. Die wichtigen Neuerungen betreffen das Epidemien-gesetz, die Verfügbarkeit von Impfstoffen für die Bevölkerung und die Führungsorganisation auf Bundesebene. Dieser Bericht fasst das Revisionsergebnis zusammen.

Nach den prägenden Erfahrungen während der Schweinegrippe 2009 erschien 2013 eine totalrevidierte Fassung des *Influenza-Pandemieplans Schweiz*. Er wird im Zweijahresturnus unter Leitung der Eidgenössischen Kommission für Pandemievorbereitung und -bewältigung (EKP) aktualisiert. Mit der jüngsten Revision sind nun auch das *Handbuch für die betriebliche Vorbereitung* und das *Handbuch Impfung*, zwei wichtige ergänzende Dokumente, auf dem neuesten Stand. Die Grundlagen der Pandemievorbereitung für Bund und Kantone sind damit vollständig.

Neuerungen

Der Pandemieplan und die ergänzenden Dokumente wurden inhaltlich gründlich aktualisiert, Fehler und Ungenauigkeiten korrigiert und klarere Formulierungen angestrebt. Neue wissenschaftliche Erkenntnisse und organisatorische Änderungen wurden berücksichtigt.

Teil II des Pandemieplans stellt die bekannten Massnahmen zur Pandemiebewältigung im Lichte neuer Erkenntnisse zu Wirksamkeit und strategischem Nutzen dar. Das Kapitel II.5 «Distanzhalten: Schulschließungen und Veranstaltungsverbote» ist aufgrund von kritischen Anregungen im Rahmen der *Sicherheitsverbandsübung 2014 (SVU 14)* präziser formuliert. Die

Checklisten in Teil IV wurden in Zusammenarbeit mit Vertretern der Kantone und H+ überarbeitet.

Führungsorganisation und Entscheidungsprozesse

Die Beschreibung der Führungsorganisation und der Entscheidungsprozesse bildet die heutigen Verhältnisse ab. Die Aufgaben des *Bundesstabes ABCN* konnten unter anderem aufgrund der SVU 14 präzisiert werden. Das inzwischen personell etablierte *Koordinationsorgan Epidemien-gesetz* hat seine Arbeit aufgenommen. Die Tätigkeitsbereiche des Gremiums für die Pandemievorbereitung sind noch zu bestimmen.

Die *direkte Kommunikation des BAG mit den Grundversorgern* ist dank der engen Zusammenarbeit mit der FMH Realität geworden.

Impfstoffe und Logistik

Der Bundesrat stimmte 2014 dem Vertrag zur *Reservation von Produktionskapazität* für Pandemieimpfstoffe mit Novartis zu. Die Schweiz kann im Pandemiefall Impfstoffe für die Bevölkerung bereitstellen und verfügt damit über die wirksamste Massnahme zur Pandemiebewältigung. Der fünfjährige Vertrag läuft Ende Dezember 2019 aus.

Das *Handbuch Impfung* beschreibt das Konzept zur Verteilung der Impfstoffe und der Impfbörse im Detail.

Rechtslage, Überwachung, Ethische Fragen

Seit 1. Januar 2016 ist das gesamte Regelwerk des revidierten *Epidemien-gesetzes* in Kraft. Entsprechend wurde das Kapitel «Rechtslage» neu verfasst. Die übrigen Kapitel zitieren, wo sinnvoll, die Artikel des Gesetzes und ausführende Bestimmungen, insbesondere die *Epidemienverordnung*. Zudem besteht seit Juli 2015 eine *Vereinbarung zum Informationsaustausch* mit den Regulierungsbehörden der Europäischen Union (EMA). Diese Vereinbarung vereinfacht und beschleunigt die Zulassungsverfahren für Heilmittel, z. B. Impfstoffe, und verbessert die Arzneimittelüberwachung. Die Leitlinien der *Weltgesundheitsorganisation (WHO)* sind unverändert.

Das Kapitel «Überwachung» ist um den *Abschnitt II.3.5 «Diagnostik»* ergänzt. Er beschreibt die Aufgabenteilung der zuständigen Analyselaboratorien während der Eskalationsphase.

Die Nationale Ethikkommission (NEK) überarbeitete das *Kapitel «Ethische Fragen»*. Dadurch sind zentrale Begriffe wie Solidarität und Autonomieanspruch präzisiert und die Kriterien der Zuteilung knapper Präventionsmittel klarer formuliert.

Download und Bestellung von Printversionen

Alle Dokumente können unter www.bundespublikationen.admin.ch sowie auf den Internetseiten des BAG in den Sprachen Deutsch, Französisch, Italienisch und Englisch (ab Juli 2016) heruntergeladen werden:

- Influenza-Pandemieplan Schweiz: www.bag.admin.ch/pandemieplan
- Handbuch für die betriebliche Vorbereitung: www.bag.admin.ch/pandemieplan-kmu
- Handbuch Impfung: www.bag.admin.ch/pandemie-fachinfo

Printversionen des Pandemieplans und des Handbuchs für die betriebliche Vorbereitung sind kostenlos unter www.bundespublikationen.admin.ch bestellbar.

Nächste Schritte

Der nächste Revisionszyklus wird folgende Themen berücksichtigen:

- Lagerhaltung von Heilmitteln

Warum Pandemievorbereitung

Die Natur bringt laufend neue Krankheitserreger hervor. Bereits bekannte Influenzaviren mit Pandemierisiko zirkulieren nach wie vor. Beispielsweise das 2013 in China aufgetretene H7N9-Virus aber auch das altbekannte Vogelgrippevirus H5N1. Laut Risikobericht 2015¹ des Bundesamtes für Bevölkerungsschutz stellen Pandemien nach der Strommangellage das grösste Risiko für Menschen, Umwelt, Wirtschaft und Gesellschaft dar, mit einer erwarteten *Schadensumme im hohen zweistelligen Milliardenbereich*. Eine wirksame Pandemievorbereitung ist unverzichtbar.

- Definition des Prozesses zur Erstellung einer Prioritätenliste für Heilmittel
- Berechnung der kantonalen Kontingente nach tatsächlichem Bedarf
- Gesundheitsversorgung von Asylsuchenden und Grenzgängern
- Strategieprüfung antivirale Medikamente
- Bewältigung unter erschwerten Bedingungen, subsidiärer Einsatz Armee
- Aktualisierung der Referenzen im Pandemieplan

Der Pandemieplan ist ein zeitgemässes und flexibles Planungsinstrument, das schnelle und der nationalen und regionalen Lage angemessene Entscheide zum Einsatz von Massnahmen ermöglicht.

Weitere Informationen:

¹ www.bevoelkerungsschutz.admin.ch/internet/bs/de/home/themen/gefaehrdungen-risiken/nat__gefaehrdungsanalyse.html

Kontakt:

Bundesamt für Gesundheit
Direktionsbereich Öffentliche Gesundheit
Abteilung Übertragbare Krankheiten
Sektion Krisenbewältigung und internationale Zusammenarbeit
Telefon 031 323 87 06
epi@bag.admin.ch

Inkraftsetzung Epidemiengesetz 2016: Änderungen im Meldesystem der meldepflichtigen übertragbaren Krankheiten des Menschen

Am 1.1.2016 ist das revidierte Epidemiengesetz mit dem entsprechenden Vollzugsrecht in Kraft getreten (siehe auch Bulletin 3/2016). Die neue *Verordnung des EDI über die Meldung von Beobachtungen übertragbarer Krankheiten des Menschen (SR 818.101.126)* vom 1. Dezember 2015 – kurz «revidierte Meldeverordnung» – beruht auf Bewährtem und führt zu einigen nennenswerten Änderungen in der Umsetzung des Meldeobligatoriums.

Meldepflichtig sind weiterhin Ärztinnen, Ärzte, Spitäler und Laboratorien im Rahmen ihrer Tätigkeit der Diagnose und Behandlung von übertragbaren Krankheiten.

Ärztinnen und Ärzte melden in der Regel nur noch einmal; zeitnah nach Diagnosestellung ist eine *Meldung zum klinischen Befund* zu übermitteln. Diese ersetzt die bisherige Kombination von Arzt-Erst- und Ergänzungsmeldung. Lediglich bei Tuberkulose, Masern, kongenitalen Röteln und Creutzfeldt-Jakob-Krankheit sind die im Krankheits- bzw. Behandlungsverlauf anfallenden Informationen auf einem zweiten Formular, der *Ergänzungsmeldung zum klinischen Befund*, zu übermitteln.

Laboratorien übermitteln mit der Meldung zum *laboridiagnostischen Befund* wie bisher v. a. die Zeichen einer frischen oder diejenigen einer neu entdeckten Infektion. Die neue Meldung negativer Befunde soll bei Erregern mit raschem Interventionsbedarf – nachträglich zur ärztlichen Meldung des klinischen Verdachts – zur Entwarnung und Vervollständigung der Lagedarstellung führen. Mit der Ordnungsrevision wurde der Katalog der meldepflichtigen Beobachtungen, die jeweiligen Meldekriterien, die Meldefristen, der Meldeweg und die zu meldenden Angaben – insbesondere zur betroffenen Person – neu bewertet. Die Änderungen werden in der Folge erläutert.

ÜBERSICHT ZUR REVIDIERTEN MELDEVERORDNUNG

Das obligatorische Meldesystem hat sich im Grundsatz bewährt

Zeitgleich mit dem revidierten Epidemiengesetz ist am 1. Januar 2016 auch die Verordnung des EDI über die Meldung von Beobachtungen übertragbarer Krankheiten des Menschen – kurz: revidierte Meldeverordnung – in Kraft getreten.

Zweck und Aufbau dieser Verordnung wurden im Bulletin-Artikel 3/2016 beleuchtet. Der vorliegende Artikel erläutert die Anpassungen der Verordnung sowie die Neuerungen ab 2016 im Detail.

Grundsätzlich hat sich beim obligatorischen Meldesystem, das passiv die im Gesundheitssystem generierten Daten erfasst, nichts geändert. Das bedeutet, dass keine Vorgaben gemacht werden, die darauf abzielen, Daten bzw. Proben pri-

mär zuhanden der Gesundheitsbehörden bereitzustellen. Der Meldeweg bleibt derselbe: Ärztinnen und Ärzte melden weiterhin an die kantonsärztlichen Dienste und die Laboratorien zusätzlich ans Bundesamt für Gesundheit (BAG). Zwei-Stunden-Meldungen gehen jeweils auch direkt ans BAG. Gemäss Art. 4 und 12 der Epidemieverordnung haben die Spitäler neu die Pflicht, die Meldetätigkeit zu unterstützen, indem sie gegenüber dem BAG und den kantonsärztlichen Diensten (KAD) eine Anlaufstelle für Auskünfte zu meldepflichtigen Beobachtungen bezeichnen.

Die wichtigsten Neuerungen der revidierten Meldeverordnung

Die Neuerungen in der revidierten Meldeverordnung sind vor allem konzeptueller Natur: Anhänge 1 und 2 umfassen die Listen der Beobachtungen, die von der Ärzteschaft zu melden sind (*Meldungen von klinischen Befunden* bzw. die *Ergänzungsmeldungen von klinischen Befunden*); Anhänge 3 und 4 enthalten die Liste der Befunde, die von den Laboratorien zu übermitteln sind (*Meldungen von laboranalytischen Befunden* bzw. *Statistiken zu laboranalytischen Befunden*). Die Meldeinhalte sind mittels Oberbegriffen umschrieben und machen zusammen mit den zusätzlichen Angaben transparent, welche Daten erhoben werden und wohin diese weiterzuleiten sind. Die bewährte Zusammenarbeit zwischen den Laboratorien, der Ärzteschaft, den KAD und dem BAG wird durch klar definierte Meldekriterien und vereinfachte Meldeprozesse gestärkt (siehe Unterkapitel Arztmeldung bzw. Labormeldung).

Neu wurde bei einigen Beobachtungen die Erhebung von Krankheits- bzw. Behandlungsverlauf eingeführt (siehe Unterkapitel Arzt-Ergänzungsmeldung). Bei einigen Beobachtungen gab es zudem kleinere Anpassungen, etwa bei den Meldefristen und den Angaben zur betroffenen Person; dies mit dem Ziel, Ausbrüche frühzeitig erkennen und gezielt untersuchen zu können. Neu sind auch die Befunde zu Carbapenemase-bildenden Enterobacteriaceae bzw. seit März 2016 zu Zika-Virus-Infektion melde-

pflichtig (siehe Technische Aspekte der Meldeverordnung).

Die Verordnung ist auf der Internetseite des BAG in den drei Landessprachen Deutsch, Französisch und Italienisch als PDF-Datei zu finden (www.bag.admin.ch/epg).

Arztmeldung: Klare Meldekriterien und vereinfachter Meldeprozess

Für die Auslösung des Meldeprozesses sind die Meldekriterien von zentraler Bedeutung. Sie ermöglichen dem Arzt bzw. der Ärztin das zeitnahe und unaufgeforderte Melden des klinischen Befunds. Die bisher praktizierte Aufforderung zur Arztmeldung durch den KAD fällt also mit wenigen Ausnahmen weg (Hepatitis B und C, Syphilis sowie Ergänzungsmeldung zu Tuberkulose). Weiter wurde der Meldeprozess dahingehend vereinfacht, dass es zu jeder Beobachtung im Normalfall nur noch *eine* Meldung zum klinischen Befund braucht. Die neue *Meldung zum klinischen Befund* ersetzt somit die bisherige Kombination von *Arzt-Erstmeldung* und *Arzt-Ergänzungsmeldung*, die bei vielen Themen verlangt worden war. Das heisst, die meldenden Ärztinnen und Ärzte füllen in der Regel pro Fall nur noch *ein* Formular aus, was zu einer administrativen Entlastung führt (siehe Abbildung). Bei Hepatitis B und C sowie Syphilis ist es weiterhin möglich, nur den Patiententeil des Arztformulars auszufüllen und

anzugeben, dass der Fall schon einmal gemeldet wurde.

Arzt-Ergänzungsmeldung: Erhebung von Krankheitsverläufen und Therapieresultaten

Für die vier folgenden Themen ist (sofern die Meldekriterien erfüllt sind) ein zweites Formular auszufüllen, die «neue» Ergänzungsmeldung zum klinischen Befund: Creutzfeldt-Jakob-Krankheit, Masern, Tuberkulose und kongenitale Röteln. Ziel der Ergänzungsmeldung ist die Erhebung von Informationen, die erst zu einem späteren Zeitpunkt im Krankheits- oder Therapieverlauf abrufbar sind (siehe Abbildung).

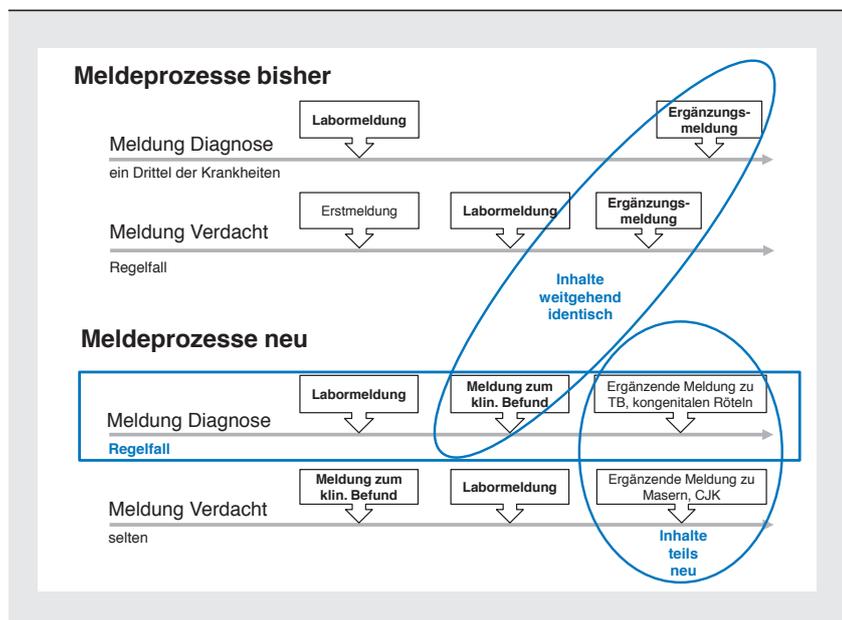
Labormeldung: Meldepflicht von negativen Befunden für vier neue Themen

Weiter wurde die Meldepflicht von negativen Laborbefunden für vier Beobachtungen, die der 24-Stunden-Meldefrist unterliegen, eingeführt: beim negativen **Test auf das Toxin-Gen bei *Corynebacterium diphtheriae*** und anderen toxinbildenden Corynebakterien, sowie beim negativen Befund von **Gelbfieber, Masern und Tollwut**. Ziel dieser Labormeldung ist die zeitnahe labordiagnostische «Entwarnung», d. h. die Aufhebung der allfällig durch den KAD angeordneten Massnahmen (oder gar der Verzicht darauf). Trifft der negative Laborbefund im Nachgang zur Arztmeldung ein, vervollständigt er das diagnosti-

sche Bild. Entsprechend *nicht* zu melden sind die labordiagnostischen Befunde von Abklärungen zum Immunstatus (d. h. ohne Hinweise auf eine akute Infektion). Das Beispiel Masern zeigt, dass die Meldung von negativen Laborbefunden nur zweckmässig ist, wenn der Arzt die Untersuchung bei einem konkreten Verdacht anordnet. Die ersten Monate des 2016 haben gezeigt, dass überraschend viele Abklärungen zum Immunstatus – auch mit IgM-Bestimmung – durchgeführt werden. Dies führt zu zahlreichen nicht-auswertbaren negativen Meldungen. Das BAG bittet deshalb darum, *ab sofort nur noch den negativen Befund von PCR-Analysen zu Masern zu melden*.

Labormeldung: Weitgehender Verzicht auf Vorgaben zu den Methoden, Erläuterung zu «Befund»

Um der Dynamik von Entwicklung und Einsatz diagnostischer Methoden gerecht zu werden, verzichtet die revidierte Meldeverordnung bei den meisten Beobachtungen auf die Vorgabe von Methoden. Wo nichts vorgegeben ist, gelten folgende Grundsätze: alle laboranalytischen Befunde, die auf eine akute Infektion hinweisen bzw. die erstmalige Entdeckung einer chronifizierenden Infektion, sind zu melden. Mit dem *laboranalytischen Befund* – einem in der Verordnung neu eingeführten Begriff – ist die laboreigene Interpretation des Resultats von einem bzw. mehreren Tests unter Berücksichtigung der vom Arzt verfügbaren Informationen gemeint. Was die Dokumentation von Befunden über die Zeit betrifft (z. B. Serokonversionen oder Verlaufskontrollen bei chronifizierenden Krankheiten), ist festzuhalten, dass von den Labors nicht erwartet wird, ein Patientendossier zu führen. Die verwendeten Labormethoden und Untersuchungsmaterialien sind wie bisher zu vermerken. Befunde, die auf Seronarben hinweisen oder zur Abklärung des Immunstatus angeordnet wurden, sind *nicht* zu melden. *Falls* jedoch eine bestimmte Methode angewendet wird – wie bei einigen Erregern vermerkt – sind bestimmte Angaben meldepflichtig (z. B. der Serotyp).



Meldewege, Versand von Proben/Isolaten an die Referenzzentren sowie Kostenübernahme

Für die Ärzteschaft besteht neu zusätzlich zu den Beobachtungen mit 2-Stunden-Meldepflicht bei ausgewählten Themen – namentlich Verdacht auf vCJK, Poliomyelitis sowie Tollwut – die Verpflichtung, Proben an eines der vom BAG bezeichneten Referenzzentren weiterzuleiten. Bei Laboratorien gilt die Weiterleitungspflicht von Proben bzw. Isolaten (letztere nur sofern eine Kultur angesetzt wurde) neu auch für enterohämorrhagische *E. Coli*, Gelbfieber-Virus, *Legionella ssp.*, *Listeria monocytogenes*, dem Rifampicin-resistenten *Mycobacterium tuberculosis*-Komplex, *Neisseria meningitidis*, Poliovirus, Rabiesvirus, alle *Salmonella ssp.* ohne Enteritidis-Serotypen, sowie *Vibrio cholerae*. Wenn bei der Untersuchung eine Häufung von laboranalytischen Befunden, ein aussergewöhnlicher Laborbefund, Chikungunya-, Dengue- oder West-Nil-Virus festgestellt wird, können Proben *bei Bedarf und nach Rücksprache mit dem BAG* an ein entsprechendes Referenzzentrum weitergeleitet werden. Die Liste der Referenzzentren sowie der Erreger, bei denen eine Weiterleitung an ein Referenzzentrum erforderlich bzw. empfohlen ist, ist unter www.bag.admin.ch/infreporting aufgeschaltet.

Ziel dieser Weiterleitungspflicht ist (1) die Sicherstellung einer einheitlichen Diagnostik bei selten diagnostizierten Erregern unter Einhaltung der Sicherheitsstandards, sowie (2) die Förderung von weitergehenden Untersuchungen, die für die Beurteilung der epidemiologischen Lage relevant sind (z. B. Bestimmung von Typen und Serovaren bei lebensmittelübertragenen Erregern). Was die Kosten angeht, gilt wie bis anhin der folgende Grundsatz: sind Proben oder Isolate gemäss Anhang 1 bzw. 3 zwecks Primärdiagnostik oder weitergehender Charakterisierung *zwingend* an ein vom BAG bezeichnetes Referenzzentrum zu senden, trägt das BAG die Kosten für diese Analysen. Dies gilt auch für die bedarfsorientierten Untersuchungen, sofern das BAG einer Weiterleitung zugestimmt hat.

Bei EHEC bittet das BAG darum, dem Referenzzentrum wenn mög-

lich Isolate einzusenden. Ist ein Labor dazu nicht in der Lage, sollen Proben eingeschickt werden. Angaben zur Keim-Isolation von EHEC erhalten die Laboratorien direkt beim Referenzzentrum für enteropathogene Bakterien und Listerien. Neu ist auch gesetzlich verankert, dass bei einem Masernfall auf Anfrage des KAD eine Probe zwecks Genotypisierung an ein vom BAG bezeichnetes Labor gesendet werden muss. Die Kosten dafür werden vom BAG getragen.

Leitfaden zur Meldepflicht sowie Poster mit meldepflichtigen Beobachtungen

Damit die Anwendung der Meldeverordnung im Alltag leichter fällt, wurde neu ein *Leitfaden zur Meldepflicht* erarbeitet. Dieser soll den Meldepflichtigen ermöglichen, die Themen in alphabetischer Reihenfolge mit den dazu gehörenden Meldekriterien, -fristen und -wegen rasch zu finden. Der Leitfaden zur Meldepflicht sowie ein zusammenfassender Flyer kann unter www.bag.admin.ch/infinfo als PDF-Datei heruntergeladen werden. Der Leitfaden wurde Anfang Mai 2016 nach einigen Korrekturen in einer neuen Version aufgeschaltet. Die Korrekturen betreffen insbesondere die Diagnostik von Dengue-, Chikungunya-, Hanta-, West-Nil-, und Zika-Virus, die Meldekriterien von Syphilis sowie die Meldung von negativen Labor-Resultaten zu Masern. Weiter ist ein grafisch ansprechendes Poster im Format A3 mit einem Überblick zu den meldepflichtigen übertragbaren Krankheiten als Bundespublikation¹ erhältlich.

¹ BAG-Publikationsnummer: 2015-OEG-35, BBL-Artikelnummer: 316.521.d. Zu bestellen beim BBL.

Übermittlung der Daten ans BAG, Datenschutz

Wie bis anhin können die Laboratorien dem BAG statt der Meldeformulare auch Journalauszüge mit den entsprechenden Daten per Post/Fax zustellen (Ausnahme: die HIV-Labormeldung der Bestätigungslaboratorien). Dabei ist zu beachten, dass gemäss Datenschutzvorgaben dem BAG kein voller Name anstelle von (oder zusammen mit den) Initialen eines Patienten bekannt gegeben werden darf, wo nur

die letztgenannten gefragt sind – die Spalte *Angaben zur meldepflichtigen Beobachtung* der revidierten Meldeverordnung ist massgebend. Bei Meldungen, die lediglich die Initialen erfordern, müssen also *die namentlichen Daten unkenntlich gemacht werden*. Dies gilt insbesondere, wenn bei einem Patienten mehrere Erreger nachgewiesen werden: hier sollten die mit Initialen bzw. mit vollem Namen zu meldenden Befunde jeweils auf getrennten Formularen bzw. Journalauszügen übermittelt werden.

Sämtliche Meldeformulare sind auch online unter www.bag.admin.ch/infreporting zu finden.

TECHNISCHE ASPEKTE DER REVIDIERTEN MELDEVERORDNUNG

Im Folgenden werden die technischen Aspekte der revidierten Meldeverordnung erläutert.

Definitionen zu Häufung bzw. zu aussergewöhnlicher Befund

Die revidierte Meldeverordnung definiert neu im Sinne der Internationalen Gesundheitsvorschriften 2005, welche den Schutz der Öffentlichen Gesundheit stärkt, was unter einem aussergewöhnlichen Befund bzw. unter Häufungen zu verstehen ist. Die Definitionen sind gewollt unscharf und lassen den Meldepflichtigen einen grossen Ermessensspielraum in der Frage, ob zu melden ist. Ziel ist, Informationen zu Risiken oder Gefahren für die Öffentliche Gesundheit möglichst zeitnah zu erhalten, – nach dem Motto «Lieber einmal zu viel als einmal zu wenig». Weiter trägt diese Meldung zur Entlastung der Ärzteschaft bzw. der Laboratorien bei – sie sind damit nicht mehr in der alleinigen Verantwortung für die Klärung solcher Befunde.

Neuerungen bei den Arztmeldungen

Anpassung einer Meldung zum klinischen Befund

– **Fristverkürzung und namentliche Meldung bei lebensmittelübertragenen Beobachtungen:** Ausbrüche ausgewählter lebensmittelassoziierter Erkrankungen sollen schneller und lü-

ckenloser aufgeklärt werden. Die Verkürzung der Fristen von 1 Woche auf 24 h (*Campylobacter spp.*, Hepatitis-A-Virus, *Listeria monocytogenes*, *Salmonella spp.* und *Shigella spp.*) und die namentliche Meldung (ausser bei *Campylobacter spp.*) tragen diesem Anliegen Rechnung.

- **Fristverkürzung und namentliche Meldung bei Chikungunya- und Dengue-Fieber:** Da die Fallzahlen bei diesen Themen laufend zugenommen haben und die Vektoren sich zunehmend nach Norden ausbreiten, wurde im Hinblick auf allfällige Massnahmen im Umfeld Infizierter die Frist auf 24 Stunden verkürzt und die namentliche Meldung eingeführt.
- **Fristverlängerung und Meldung mit Initialen bei Hanta-Fieber, Tularämie, Tetanus und West-Nil-Fieber:** Bei diesen Themen lag bei Einführung der Meldepflicht der Fokus auf Alarmierung und der Einleitung der Labordiagnostik. Die letzten Jahre haben gezeigt, dass die Öffentliche Gesundheit durch diese Erreger nicht unmittelbar gefährdet ist. Nun wird der Schwerpunkt aufs Monitoring verlegt: die Meldefrist wurde auf 1 Woche verlängert, und es sind lediglich die Initialen des Patienten/der Patientin zu melden.
- **Fristverkürzung bei Aussergewöhnlichem klinischen bzw. laboranalytischen Befund:** Um allfälligen noch nicht meldepflichtigen neu oder selten auftretenden Beobachtungen Rechnung zu tragen und eine rasche Reaktion darauf zu ermöglichen, hat diese Meldung neu innerhalb von 2 Stunden und telefonisch zu erfolgen. Das Meldeformular «Protokoll», das durch den kantonsärztlichen Dienst auszufüllen ist, ergänzt die telefonische Meldung und wurde entsprechend erweitert.
- **Namentliche Meldung bei Cholera:** analog zu den lebensmittelübertragenen Erregern hat die Meldung mit vollem Namen und Adresse des Patienten/der Patientin zu erfolgen.

Einführung einer Meldung zum klinischen Befund

- **Listerien** (24h, voller Name) und **Trichinellen** (1 Woche, Initialen):

Diese Neuerung folgt dem Bestreben, lebensmittelassoziierte Erkrankungen umfassender zu überwachen. Bei Trichinellose sind neu lediglich die Initialen des Patienten/der Patientin zu melden, da bei dieser Beobachtung der Monitoring-Aspekt im Vordergrund steht.

- **Carbapenemase-bildende Enterobacteriaceae (CPE)** (1 Woche, Initialen): Neu werden basierend auf der im November 2015 vom Bundesrat verabschiedeten Strategie gegen Antibiotikaresistenzen (StAR) CPE im Meldesystem erfasst. Die Einführung der Meldepflicht dient der Überwachung dieser seltenen Antibiotikaresistenzen auf nationalem Niveau und der Analyse der längerfristigen Trends. Ziel ist, Massnahmen zur Bekämpfung bzw. zur Lagebeurteilung einzuleiten, um die Übertragung und Verbreitung zu kontrollieren.
- **Zika-Virus-Infektion** (24h, voller Name): Die Einführung der Meldepflicht ab März 2016 erfolgt in Zusammenhang mit der Epidemie in Lateinamerika und trägt dazu bei, die Übertragungswege des Virus zu klären. Der volle Name ist analog zu Dengue und Chikungunya erforderlich, um bei Verdacht auf autochthone Übertragungen zeitnah Massnahmen im Umfeld Infizierter ergreifen zu können.

Einführung einer Ergänzungsmeldung zum klinischen Befund

- **TB bzw. multi drug resistant TB (MDR-TB):** Gemäss der nationalen TB-Strategie und im Einklang mit den WHO-Empfehlungen sind Behandlungsergebnisse von TB resp. MDR-TB zu überwachen. Die vollständige Behandlung von TB ist eine Public Health relevante Massnahme zur Prävention von TB bzw. von therapieassoziierten TB-Resistenzen. Das BAG erwartet 12 Monate (TB) resp. 24 Monate (MDR-TB) nach Behandlungsbeginn eine Ergänzungsmeldung zum Status der Behandlung. Hier fordert der kantonsärztliche Dienst aktiv zur Meldung auf.
- **Kongenitale Röteln:** Diese Befragung betreffend ergänzenden Informationen bei Verdacht auf kongenitale Röteln wird bereits seit einigen Jahren an den behan-

delnden Arzt bzw. die behandelnde Ärztin verschickt. Die Integration ins Meldesystem zielt darauf ab, diese seltenen Ereignisse zu dokumentieren und die Impfpfehlungen zu evaluieren.

- **Masern:** Die Erhebung trägt mit der Erfassung von Komplikationen/Hospitalisationen dazu bei, die Entwicklung der masernbedingten Krankheitslast genauer verfolgen zu können. Die Meldepflicht beschränkt sich auf *bestätigte Masern-Fälle, die aus dem Spital austreten* oder *masernbedingte Todesfälle* (bzw. bei Verdacht auf Tod infolge Masern).
- **CJK:** Die Erhebung durch die bisherige Arztmeldung, welche bei Verdacht auf CJK erfolgte und bei Eintritt des Todes durch telefonische Rückfragen ergänzt wurde, wird neu auf zwei Meldungen verteilt: die *Arztmeldung bei Verdacht auf CJK* und die *Arzt-Ergänzungsmeldung zur Bestätigung der Diagnose*. Neu müssen bei dringendem Verdacht auf die variante Form der CJK die Leichen bzw. Proben davon ans Nationale Referenzzentrum für humane Prionosen gesendet werden.

Neuerungen bei Labormeldungen
Einführung einer Meldung zum laboranalytischen Befund

- **Carbapenemase-bildende Enterobacteriaceae** (1 Woche, Initialen): Neu auftretende Resistenzformen gegen Antibiotika konnten bisher nicht repräsentativ erfasst, und seltene Resistenzen wie z. B. die Carbapenemresistenz nur unzureichend überwacht werden. Die Einführung der Meldepflicht für Carbapenemase-bildende Enterobacteriaceen ist die einzige Möglichkeit, das Problem angemessen und in seiner Entwicklung über die Zeit zu erfassen. Ziel ist, Massnahmen zur Bekämpfung bzw. zur Lagebeurteilung einzuleiten, um die Übertragung und Verbreitung zu kontrollieren. Dies ist auch im Sinne der im November 2015 vom Bundesrat verabschiedeten Strategie gegen Antibiotikaresistenzen (StAR). Ab Juni 2016 wird auf dem Meldeformular neu auch die Colistin-Resistenz erfasst.
- **Zika-Virus** (24h, voller Name): Die Einführung dieses Meldethemas erfolgt in Zusammenhang

mit der Epidemie in Lateinamerika und trägt dem gesteigerten Informationsbedarf zur Übertragung des Virus Rechnung.

Anpassung einer Meldung zum laboranalytischen Befund

– **Tuberkulose** (TB-Laborformular): Das angepasste Formular berücksichtigt die neuen molekulargenetischen Nachweismethoden, insbesondere im Bereich der Resistenzen für Isoniazid und Rifampicin. Weiter wird neu die Frage nach «*M. bovis BCG*» gestellt, die dann anzukreuzen ist, wenn *M. bovis BCG* in der Kultur (meist

nach BCG-Impfung oder nach Instillation von BCG zur Therapie von Urothel-Karzinomen) gefunden wird. Diese *M. bovis BCG*-Befunde sind *nicht meldepflichtig*. In der Realität ist die Speziesbestimmung oft erst nach mehreren Wochen verfügbar, d. h. nachdem bereits eine Arztmeldung geschickt wurde. In dieser Situation ist das BAG dankbar, wenn die Information, dass es sich um *M. bovis BCG* gehandelt hat, mit einem separaten Formular nachgemeldet wird. Dies ermöglicht den nachträglichen Ausschluss einer Tuberkulose.

Anpassung der Statistiken zu laboranalytischen Befunden

Die Statistik zum Umfang der Analysen, die durch die Laboratorien durchgeführt werden, ermöglicht bei bestimmten Krankheiten die Interpretation allfälliger Veränderungen in den Melderaten. Die Liste umfasst jene Erreger, deren Diagnostik grössere technologische Entwicklungen erfahren haben bzw. deren Screeningpraxis weitgehend unbekannt ist. Die Statistiken werden jährlich bis zum 31. Januar des Folgejahres *erwartet, d. h. erstmals per 31. Januar 2017*.

Die Liste der Beobachtungen wurde bereinigt:

Beobachtung	Statistik
<p>§ <i>Campylobacter</i> spp. § Carbapenemase-bildende Enterobacteriaceae § <i>Chlamydia trachomatis</i> § <i>Legionella</i> spp. (bisher) § <i>Neisseria gonorrhoeae</i> § <i>Salmonella</i> spp. § <i>Zika-Virus</i> (ab März 2016)</p>	<p>Gesamttotal aller durchgeführten Tests eines Kalenderjahrs (nach Methode und Monat), davon die Anzahl der positiven Befunde.</p>
<p>§ <i>Francisella tularensis</i></p>	<p>Gesamttotal aller durchgeführten Tests eines Kalenderjahrs, davon die Anzahl der positiven und negativen Befunde.</p>
<p>§ <i>HIV</i> (bisher) – diese Statistik ist von allen HIV-Screeninglabors einzureichen.</p>	<p>Die aktuell geltenden Vorgaben werden per 1.1.2017 wie folgt angepasst: Gesamttotal der Befunde eines Kalenderjahrs (nach Monat und unter Ausweisung der Anzahl reaktiver Tests), davon die Anzahl der bestätigten positiven Befunde. Statistik nur über diagnostische Tests (ohne Blutspende) und Tests im Rahmen der Blutspende getrennt aufzuführen.</p>
<p>§ Saisonale Influenza (bisher)</p>	<p>entfällt</p>

Besten Dank für zeitgerechte und vollständige Meldungen – Sie leisten damit einen wichtigen Beitrag zum Schutz der Bevölkerung vor übertragbaren Krankheiten!

Kontakt:

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

Rezeptsperrung

Folgende Rezepte sind gesperrt

Kanton	Block-Nrn.	Rezept-Nrn.
Bern	215157D	5378901 – 5378925
Bern	188410D	4710229
Bern	217786D	5444643

Swissmedic
Abteilung Betäubungsmittel

Schweizerische Eidgenossenschaft
Confédération suisse
Confederazione Svizzera
Confederaziun svizra
Eine Partnerkampagne von BAG, Kantonen und NGOs,
finanziert durch den Tabakpräventionsfonds.

**ANTONIO HAT AUFGEHÖRT.
DAS SCHAFFST AUCH DU.**

Mache deinen Freund zu deinem
Rauchstopp-Coach mit der
SmokeFree Buddy App*.

* Informationen zur Gratis-App und
den Downloadlink findest du auf www.smokefree.ch

Ich bin stärker.

P.P. A

CH-3003 Bern
Post CH AG

Adressberichtigungen:
BAG Bulletin
BBL, Vertrieb Publikationen
CH-3003 Bern

Bulletin 24/16