



Schweizerische Eidgenossenschaft
Confédération suisse
Confederazione Svizzera
Confederaziun svizra

Eidgenössisches Departement des Innern EDI
Bundesamt für Gesundheit BAG

Ausgabe vom 18. Dezember 2017

BAG-Bulletin

Woche

51/2017

Informationsmagazin für medizinische Fachpersonen und Medienschaffende

Revision der Verordnung des EDI über die Meldung von Beobachtungen
übertragbarer Krankheiten des Menschen: Anpassungen per 1. Januar 2018, S. 10

Einführung der Meldepflicht für Hepatitis E, S. 13

Die Schweiz richtet ein nationales Referenzzentrum für Masern und
Röteln ein und reorganisiert den Prozess zur Genotypisierung dieser Viren, S. 15

Anpassung des Meldeprozesses für Syphilis, S. 17

Impressum

HERAUSGEBER

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

REDAKTION

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

DRUCK

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

ABONNEMENTE, ADRESSÄNDERUNGEN

BBL, Vertrieb Bundespublikationen
CH-3003 Bern
Telefon 058 465 5050
Fax 058 465 50 58
verkauf.zivil@bbl.admin.ch

ISSN 1420-4266

DISCLAIMER

Das BAG-Bulletin ist eine amtliche Fachzeitschrift, die wöchentlich in französischer und deutscher Sprache erscheint. Sie richtet sich an Medizinfachpersonen, Medienschaffende, aber auch Interessierte. Die Publikation informiert aus erster Hand über die aktuellsten Gesundheitszahlen und relevanten Informationen des BAG.

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

Inhalt

Meldungen Infektionskrankheiten	4
Sentinella Statistik	6
Wochenbericht zu den Grippeähnlichen Erkrankungen	6
Revision der Verordnung des EDI über die Meldung von Beobachtungen übertragbarer Krankheiten des Menschen: Anpassungen per 1. Januar 2018	10
Einführung der Meldepflicht für Hepatitis E	13
Die Schweiz richtet ein nationales Referenzzentrum für Masern und Röteln ein und reorganisiert den Prozess zur Genotypisierung dieser Viren	15
Anpassung des Meldeprozesses für Syphilis	17
Nationales Verzeichnis für mehr Sicherheit bei der Arzneimitteldosierung für Kinder	19
Tarife für Diabetes-Messgeräte und Verbandsmaterial werden angepasst	20
Entwurf des Tabakproduktegesetzes: Vernehmlassung eröffnet	21
Prävention in der Gesundheitsversorgung: Finanzierung von innovativen Projekten	22
Rezeptsperrung	25

Meldungen Infektionskrankheiten

Stand am Ende der 49. Woche (12.12.2017)^a

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

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

^c Ausgeschlossen sind materno-fetale Röteln.

^d Bei schwangeren Frauen und Neugeborenen.

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

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

Infektionskrankheiten:

Stand am Ende der 49. Woche (12.12.2017)^a

	Woche 49			Letzte 4 Wochen			Letzte 52 Wochen			Seit Jahresbeginn		
	2017	2016	2015	2017	2016	2015	2017	2016	2015	2017	2016	2015
Respiratorische Übertragung												
Haemophilus influenzae: invasive Erkrankung	2 1.20	4 2.50		9 1.40	12 1.80	6 0.90	116 1.40	114 1.40	105 1.30	106 1.30	107 1.30	98 1.20
Influenzavirus-Infektion, saisonale Typen und Subtypen^b	43 26.40	66 40.60	14 8.70	131 20.10	133 20.40	34 5.30	9496 112.30	3800 44.90	5821 69.60	7908 99.20	3721 46.70	5782 73.40
Legionellose	4 2.50	4 2.50	6 3.70	28 4.30	22 3.40	22 3.40	475 5.60	381 4.50	374 4.50	468 5.90	358 4.50	365 4.60
Masern	1 0.60	6 3.70		3 0.50	9 1.40		113 1.30	58 0.70	36 0.40	106 1.30	58 0.70	36 0.50
Meningokokken: invasive Erkrankung		1 0.60	1 0.60	3 0.50	2 0.30	4 0.60	55 0.60	48 0.60	46 0.60	53 0.70	48 0.60	42 0.50
Pneumokokken: invasive Erkrankung	29 17.80	24 14.80	22 13.70	83 12.80	89 13.70	72 11.20	970 11.50	834 9.90	845 10.10	885 11.10	754 9.50	795 10.10
Röteln^c									4 0.05			4 0.05
Röteln, materno-foetal^d												
Tuberkulose	6 3.70	4 2.50	14 8.70	27 4.20	44 6.80	41 6.40	552 6.50	600 7.10	542 6.50	512 6.40	572 7.20	513 6.50
Faeco-orale Übertragung												
Campylobacteriose	49 30.10	131 80.60	132 82.10	420 64.60	517 79.50	456 70.90	6900 81.60	7973 94.30	6679 79.90	6590 82.70	7454 93.50	6291 79.80
Enterohämorrhagische E. coli-Infektion	13 8.00	13 8.00	4 2.50	47 7.20	36 5.50	24 3.70	708 8.40	470 5.60	284 3.40	690 8.70	453 5.70	276 3.50
Hepatitis A	1 0.60	1 0.60		7 1.10	4 0.60	2 0.30	114 1.40	43 0.50	42 0.50	112 1.40	39 0.50	38 0.50
Listeriose	1 0.60		1 0.60	2 0.30		2 0.30	48 0.60	51 0.60	52 0.60	45 0.60	49 0.60	49 0.60
Salmonellose, S. typhi/paratyphi					2 0.30	2 0.30	22 0.30	24 0.30	16 0.20	21 0.30	22 0.30	15 0.20
Salmonellose, übrige	21 12.90	30 18.40	31 19.30	101 15.50	112 17.20	124 19.30	1847 21.80	1476 17.40	1370 16.40	1780 22.30	1440 18.10	1325 16.80
Shigellose	4 2.50	1 0.60	3 1.90	19 2.90	14 2.20	19 3.00	149 1.80	187 2.20	178 2.10	144 1.80	178 2.20	167 2.10

	Woche 49			Letzte 4 Wochen			Letzte 52 Wochen			Seit Jahresbeginn		
	2017	2016	2015	2017	2016	2015	2017	2016	2015	2017	2016	2015
Durch Blut oder sexuell übertragen												
Aids		1 0.60	1 0.60	2 0.30	6 0.90	4 0.60	80 1.00	68 0.80	86 1.00	77 1.00	67 0.80	78 1.00
Chlamydiose	131 80.60	238 146.30	296 184.10	834 128.20	948 145.70	944 146.80	11055 130.70	10944 129.40	10184 121.80	10509 131.90	10440 131.00	9606 121.90
Gonorrhoe	63 38.70	57 35.00	45 28.00	208 32.00	181 27.80	198 30.80	2436 28.80	2417 28.60	1906 22.80	2311 29.00	2288 28.70	1821 23.10
Hepatitis B, akut		1 0.60	1 0.60	1 0.20	5 0.80	4 0.60	24 0.30	43 0.50	32 0.40	21 0.30	41 0.50	30 0.40
Hepatitis B, total Meldungen	22	36	25	113	134	115	1194	1488	1320	1129	1388	1261
Hepatitis C, akut		1 0.60	1 0.60		1 0.20	2 0.30	36 0.40	47 0.60	46 0.60	34 0.40	41 0.50	45 0.60
Hepatitis C, total Meldungen	17	38	25	120	137	104	1412	1547	1423	1346	1453	1316
HIV-Infektion	16 9.80	6 3.70	6 3.70	43 6.60	41 6.30	27 4.20	486 5.80	519 6.10	550 6.60	450 5.60	512 6.40	538 6.80
Syphilis	27 16.60	18 11.10	18 11.20	124 19.10	108 16.60	90 14.00	1279 15.10	1029 12.20	1045 12.50	1210 15.20	984 12.40	996 12.60
Zoonosen und andere durch Vektoren übertragbare Krankheiten												
Brucellose					1 0.20		9 0.10	7 0.08	1 0.01	9 0.10	7 0.09	1 0.01
Chikungunya-Fieber			1 0.60	1 0.20	2 0.30	16 0.20	36 0.40	38 0.40	16 0.20	33 0.40	35 0.40	
Dengue-Fieber			6 3.70	3 0.50	10 1.50	21 3.30	145 1.70	199 2.40	192 2.30	135 1.70	191 2.40	186 2.40
Gelbfieber												
Hantavirus-Infektion		1 0.60		1 0.20		2 0.02	2 0.02	2 0.02	1 0.01	2 0.03	2 0.03	
Malaria	4 2.50	3 1.80	11 6.80	25 3.80	18 2.80	44 6.80	340 4.00	327 3.90	407 4.90	331 4.20	306 3.80	399 5.10
Q-Fieber			2 1.20	3 0.50	4 0.60	3 0.50	35 0.40	51 0.60	39 0.50	35 0.40	48 0.60	35 0.40
Trichinellose									2 0.02			2 0.03
Tularämie		1 0.60	3 1.90	7 1.10	6 0.90	7 1.10	119 1.40	56 0.70	52 0.60	115 1.40	53 0.70	47 0.60
West-Nil-Fieber												
Zeckenzephalitis	1 0.60	2 1.20	6 3.70	12 1.80	6 0.90	11 1.70	276 3.30	203 2.40	117 1.40	275 3.40	201 2.50	116 1.50
Zika-Virus Infektion ^e	1 0.60			1 0.20	1 0.20		15 0.20	52 0.60		13 0.20	52 0.60	
Andere Meldungen												
Botulismus				1 0.20			2 0.02	2 0.02	2 0.02	2 0.03	2 0.03	2 0.03
Creutzfeldt-Jakob- Krankheit	1 0.60			2 0.30	1 0.20	1 0.20	17 0.20	13 0.20	18 0.20	16 0.20	13 0.20	18 0.20
Diphtherie ^f		1 0.60		1 0.20	1 0.20	1 0.20	3 0.04	5 0.06	10 0.10	2 0.03	5 0.06	10 0.10
Tetanus									1 0.01			1 0.01

Sentinella Statistik

Provisorische Daten

Sentinella:

Anzahl Meldungen (N) der letzten 4 Wochen bis am 08.12.2017 und Inzidenz pro 1000 Konsultationen (N/10³)
Freiwillige Erhebung bei Hausärztinnen und Hausärzten (Allgemeinpraktiker, Internisten und Pädiater)

Woche	46		47		48		49		Mittel 4 Wochen	
	N	N/10 ³	N	N/10 ³						
Influenzaverdacht	28	2.1	27	2.1	46	3.8	45	4.3	36.5	3.1
Mumps	0	0	0	0	1	0.1	0	0	0.3	0
Pertussis	8	0.6	5	0.4	7	0.6	2	0.2	5.5	0.5
Zeckenstiche	3	0.2	4	0.3	0	0	1	0.1	2	0.2
Lyme Borreliose	1	0.1	5	0.4	1	0.1	3	0.3	2.5	0.2
Herpes Zoster	9	0.7	4	0.3	5	0.4	4	0.4	5.5	0.4
Post-Zoster-Neuralgie	3	0.2	3	0.2	1	0.1	2	0.2	2.3	0.2
Meldende Ärzte	152		148		148		128		144	

Wochenbericht zu den Grippeähnlichen Erkrankungen

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

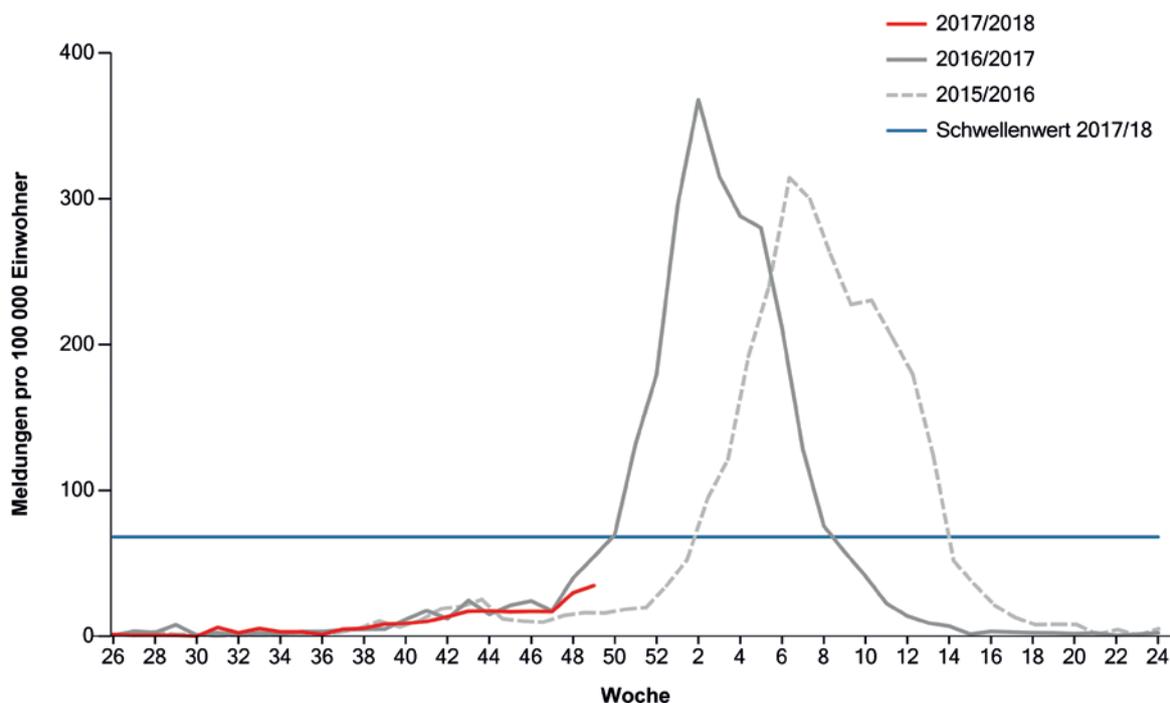
Woche 49/2017

Grippeähnliche Erkrankungen sind schweizweit sporadisch verbreitet. Während der Woche 49 wurden von 128 Ärztinnen und Ärzten des Sentinella-Meldesystems 4,3 Grippeverdachtsfälle pro 1000 Konsultationen gemeldet. Dies entspricht hochgerechnet einer Inzidenz von 35 Fällen pro 100 000 Einwohner.

Der saisonale epidemische Schwellenwert von 68 Grippeverdachtsfällen pro 100 000 Einwohner wurde noch nicht überschritten. (Grafik 1)

Grafik 1

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



Die Inzidenz war in der Altersklasse der 15- bis 29-Jährigen am höchsten (Tabelle 1). Die Grippe war in den Regionen 1 (GE, NE, VD, VS) und 2 (BE, FR, JU) sporadisch verbreitet, in der Region 3 (AG, BL, BS, SO) verbreitet (Grafik 2, Kasten). In den übrigen drei Regionen wurden in den im Rahmen der Sentinel-Überwachung untersuchten Abstriche noch keine Influenza Viren gefunden.

Tabelle 1:
Altersspezifische Inzidenzen für die Woche 49/2017

	Grippebedingte Konsultationen pro 100 000 Einwohner	Trend
Inzidenz nach Altersklasse		
0–4 Jahre	49	–
5–14 Jahre	32	–
15–29 Jahre	70	–
30–64 Jahre	30	–
≥65 Jahre	9	–
Schweiz	34	–

Tabelle 2:

Zirkulierende Influenzaviren in der Schweiz

Häufigkeit der isolierten Influenzaviren und -subtypen/-linien sowie Abdeckung dieser Viren durch die Grippeimpfstoffe 2017/18

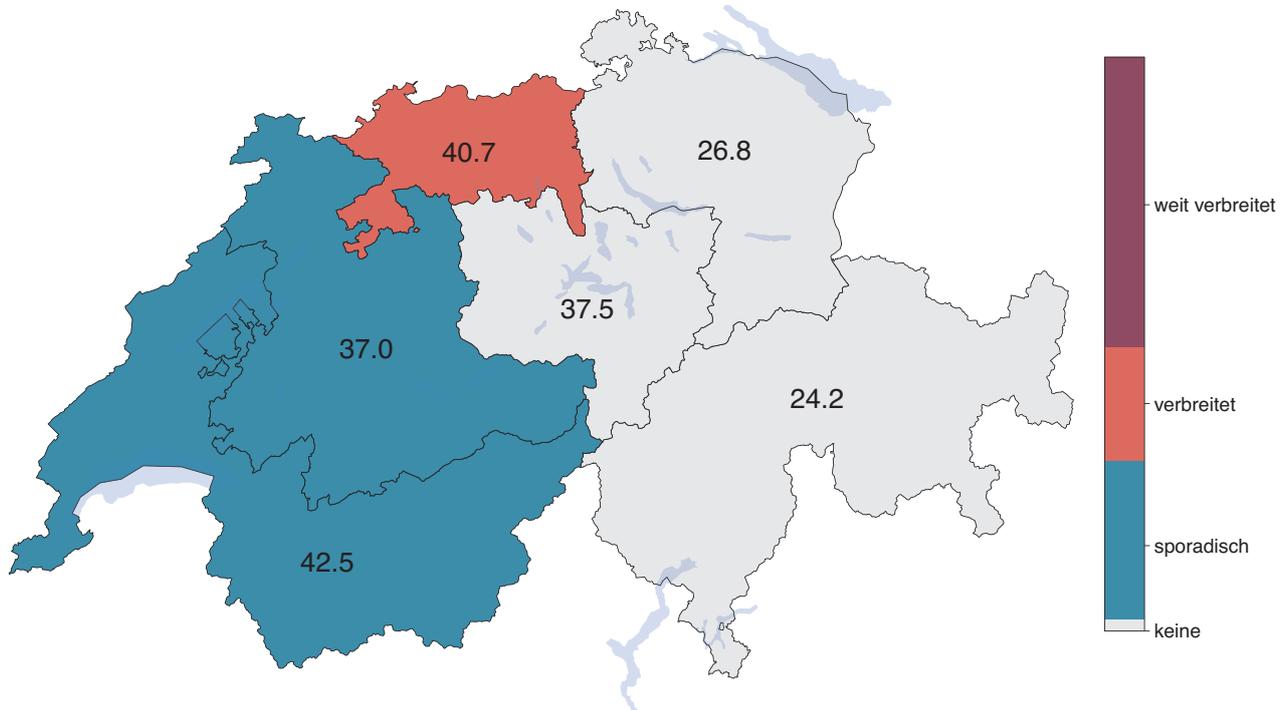
	Woche 49/2017	Saison 2017/18 kumulativ	
	Virenverteilung	Virenverteilung	Impfstoffabdeckung*
Influenza-positive Proben	4 von 16 (25 %)	11 von 128 (9 %)	▲ ■
B Victoria	0 %	0 %	– –
B Yamagata	0 %	46 %	– –
B Linie nicht bestimmt	75 %	27 %	– –
A(H3N2)	0 %	18 %	– –
A(H1N1)pdm09	0 %	0 %	– –
A nicht subtypisiert	25 %	9 %	– –

▲ Abgedeckt durch trivalenten Impfstoff 2017/18

■ Abgedeckt durch quadrivalenten Impfstoff 2017/18

Grafik 2

Inzidenz pro 100 000 Einwohner und Verbreitung nach Sentinella-Regionen für die Woche 49/2017



Region 1 (GE, NE, VD, VS), Region 2 (BE, FR, JU), Region 3 (AG, BL, BS, SO), Region 4 (LU, NW, OW, SZ, UR, ZG), Region 5 (AI, AR, GL, SG, SH, TG, ZH), Region 6 (GR, TI). Grau: keine Verbreitung; Blau: Verbreitung sporadisch; Violett: verbreitet; Rot: weit verbreitet

In der Woche 49 wies das Nationale Referenzzentrum für Influenza (CNRI) im Rahmen der Sentinella-Überwachung in 3 der 16 untersuchten Abstriche Influenza B Viren und in einem Abstrich Influenza A Viren nach.

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

- *Influenza A/Hong Kong/4801/2014*,
- *Influenza B/Novosibirsk/11/2012*

Internationale Situation

In Europa wurde in den vergangenen Wochen aus den meisten Ländern eine niedrige Aktivität der grippeähnlichen Erkrankungen gemeldet [1]. Nordamerika hingegen verzeichnete eine erhöhte Aktivität mit weiter steigendem Trend [2–3]. In Asien wird eine niedrige Aktivität beobachtet, aber ebenfalls mit steigendem Trend [4–6].

Die Mehrheit der bisher auf der Nordhalbkugel gefundenen Viren gehören zum Subtyp Influenza A(H3N2) oder zur Linie Influenza B(Yamagata) [1–6].

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

Die epidemiologische Beurteilung der saisonalen Grippe beruht auf

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

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

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

GLOSSAR

Epid. Schwellenwert:	Das Niveau der Inzidenz, ab welcher man von einer Epidemie spricht; basiert auf einem Durchschnitt der letzten zehn Saisons. Der epidemische Schwellenwert für die Saison 2017/18 liegt bei 68 Grippeverdachtsfällen pro 100 000 Einwohner.
Intensität:	Vergleich der aktuellen Inzidenz zum historischen Inzidenzverlauf. Sie wird während der Epidemie beurteilt und in vier Kategorien unterteilt: niedrig, mittelhoch, hoch und sehr hoch.
Inzidenz:	Anzahl Fälle pro 100 000 Einwohner; basiert auf der Anzahl Fälle pro Arzt-Patient-Kontakte.
Trend:	Vergleich der Inzidenz der aktuellen Woche zu den beiden vorhergehenden Wochen. Der Trend wird nur während der Epidemie bestimmt und in drei Kategorien unterteilt: steigend, konstant oder sinkend.
Verbreitung:	Die Verbreitung basiert auf <ul style="list-style-type: none"> • dem Anteil der meldenden Sentinella-Ärztinnen und -Ärzte die Grippeverdachtsfälle diagnostizierten • dem Nachweis von Influenzaviren am CNRI und wird in folgende Kategorien unterteilt: keine Verbreitung, sporadische Verbreitung, verbreitet, weit verbreitet

Referenzen

1. European Centre for Disease Prevention and Control (ECDC). Seasonal Influenza – Latest surveillance data <http://flunewseurope.org/> (accessed on 12.12.2017).
2. Weekly U.S. Influenza Surveillance Report <http://www.cdc.gov/flu/weekly/index.htm> (accessed on 12.12.2017).
3. Canada Rapports hebdomadaires d'influenza. <http://www.canadiensante.gc.ca/diseases-conditions-maladies-affections/disease-maladie/flu-grippe/surveillance/fluwatch-reports-rapports-surveillance-influenza-fra.php> (accessed on 12.12.2017).
4. WHO Influenza update – 304 http://www.who.int/influenza/surveillance_monitoring/updates/latest_update_GIP_surveillance/en/ (accessed on 12.12.2017).
5. Japan NIID Surveillance report influenza. <http://www.nih.go.jp/niid/en/influenza-e.html> (accessed on 12.12.2017).
6. China National Influenza Center weekly reports. <http://www.chinaivdc.cn/cnic/> (accessed on 12.12.2017).

Revision der *Verordnung des EDI über die Meldung von Beobachtungen übertragbarer Krankheiten des Menschen: Anpassungen per 1. Januar 2018*

Die Verordnung des EDI über die Meldung von Beobachtungen übertragbarer Krankheiten des Menschen, welche die meldepflichtigen Infektionskrankheiten einzeln nennt, wird einmal pro Jahr auf Notwendigkeit und Zweckmässigkeit überprüft und nach Bedarf revidiert. Die diesjährige Überprüfung sieht im Wesentlichen die Einführung der Meldepflicht für Hepatitis E sowie die Meldepflicht von klinischen Befunden der Brucellose vor. Weiter wird durch Vorgaben an die Laboratorien die Meldepflicht bei bestimmten Laborresultaten für Carbapenemase-bildende Enterobacteriaceae erweitert und die Reaktionszeit bei epidemiologischen Abklärungen verkürzt. Durch den Ausbau der Überwachung und der Designierung eines Referenzzentrums für Masern und Röteln wird dem Ziel einer masern- und rötelfreien Schweiz Rechnung getragen.

SCHWERPUNKTE DER REVISION 2018

Die Verordnung des EDI über die Meldung von Beobachtungen übertragbarer Krankheiten des Menschen (SR 818.101.126), – kurz «Meldeverordnung» – welche die meldepflichtigen Infektionskrankheiten einzeln nennt, wird einmal pro Jahr auf Notwendigkeit und Zweckmässigkeit überprüft und nach Bedarf revidiert. Die diesjährige Überprüfung sieht im Wesentlichen die Einführung der Meldung für klinische bzw. für laboranalytische Befunde bei Hepatitis E sowie die Meldepflicht für klinische Befunde von Brucellose vor. Weiter wird die Meldepflicht bei bestimmten Laborresultaten für Carbapenemase-bildende Enterobacteriaceae erweitert, um das Monitoring zu verbessern, und bei der Arztmeldung für Syphilis ein neues Meldekriterium eingeführt.

Im Rahmen der Eliminationsstrategie der WHO wird dem Ziel einer masern- und rötelfreien Schweiz durch den Ausbau der Überwachung und der Designierung eines Referenzzentrums für Masern und Röteln Rechnung getragen. Um den masern- bzw. rötelfreien Status zu erhalten, ist die Unterbrechung der endemischen Virus-Zirkulation zu beweisen. Dazu sind die Übertragungsketten zu identifizieren und zu klären, ob es sich um einen importierten oder einen einheimischen Fall handelt. Die Resultate aus der Kombination von Genotypisierung, Sequenzierung und Epidemiologie liefern diese Informationen, was jedoch erfordert, dass die Mehrheit der Fälle genotypisiert wird. Bei grösseren Ausbrüchen reicht es, nur einzelne Fälle näher zu untersuchen. Die Organisation der Masern- und Röteln-Überwachung in der Schweiz wird dementsprechend angepasst.

Die Reaktionszeit bei epidemiologischen Abklärungen soll ebenfalls verbessert werden: es soll möglich sein, von den Laboratorien für 12 Erreger auf Anfrage Angaben zu Fällen mit negativem Befund zu erhalten. Solche Daten sind unabdingbar für Ausbruchsabklärungen – die vor allem lebensmittel- und vektorassoziierte Erkrankungen betreffen – oder die korrekte Interpretation von Fallzahlen im Hinblick auf die Bedeutung für die Öffentliche Gesundheit (z.B. Entwarnung bei einem vermeintlichen Ausbruch, der aufgrund von labor-diagnostischen Entwicklungen oder verändertem Testverhalten der Ärzteschaft zustande kommt). Schliesslich werden einige formale Änderungen vorgenommen (sprachliche Präzisierungen, Streichungen).

NEUERUNGEN BEI ARZTMELDUNGEN

Einführung einer Meldung zum klinischen Befund

- **Brucellose (1 Woche, Initialen):** Brucellose wird in der Schweiz sehr selten diagnostiziert. Da bislang nur die Laborbefunde meldepflichtig waren, ist unklar, ob diese Infektionen auf Auslandsaufenthalte oder den Konsum von ausländischen Milchprodukten zurückgehen. Um Gewissheit betreffend Ansteckungsquelle zu erhalten und allenfalls Massnahmen ergreifen zu können, sind Angaben zur Exposition erforderlich.
- **Hepatitis E (24h, voller Name):** Schweizweit gibt es Hinweise darauf, dass in den fünf Jahren, für die Daten verfügbar sind, die Hepatitis E-Diagnosen deutlich zugenommen haben. Dieser Trend ist auch in anderen europäischen Ländern festzustellen. Mit der Einführung der Meldepflicht für die Ärzteschaft sollen für die Schweiz

Angaben zur Klinik und Exposition erhoben werden, um allfällige Massnahmen im Bereich der Lebensmittelsicherheit treffen resp. evaluieren zu können. Die Meldepflicht gilt ausschliesslich für den positiven Befund eines Nukleinsäurenachweises (PCR). Für Erläuterungen zur Epidemiologie, zur Situation in der Schweiz und zu den getroffenen Massnahmen siehe den separaten Beitrag in dieser Bulletin-Ausgabe.

Anpassung einer Meldung zum klinischen Befund

- **Syphilis:** Da die ärztliche Praxis oft eine Syphilis-Behandlung ohne vorhergehenden Labortest veranlasst, ist Syphilis auch ohne Laborbefund zu melden, sobald mit einer antibiotischen Behandlung begonnen wird. Das neue Meldekriterium heisst «Beginn einer antibiotischen Syphilis-Behandlung». Für Erläuterungen zur Falldefinition, den Meldeprozessen und zum revidierten Arztmeldeformular siehe den separaten Beitrag in dieser Bulletin-Ausgabe.
- **Masern sowie Röteln:** Die lückenlose Überwachung der Masern ist gemäss WHO- Eliminationsstrategie zentral, um das nationale Ziel einer masernfreien Schweiz zu erreichen. Die Röteln sind schon jetzt praktisch eliminiert. Für die seltene Situation, dass ein Masern- bzw. Röteln-Fall epidemiologisch relevant ist, kann der kantonsärztliche Dienst die Ärztin bzw. den Arzt auffordern, einen (nicht-invasiven) Abstrich zu nehmen, welcher für PCR- und Genotypisierungsanalysen an das Referenzzentrum für Masern und Röteln (CNRRR) zu senden ist. Erläuterungen zur Eliminationsstrategie, zum designierten Referenzzentrum und den angepassten Meldeprozessen sind in einem separaten Beitrag in dieser Bulletin-Ausgabe zu finden.
- ***Neisseria meningitidis*, *Haemophilus influenzae* und *Streptococcus pneumoniae*:** Es wird präzisiert, dass eine Meldung nur nach positivem laboranalytischem Befund aus normalerweise sterilem Material wie Blut, Liquor, Gelenkflüssigkeit (*kein* Urin) erforderlich ist. Mit «wie» wird darauf hingewiesen, dass diese Liste nicht abschliessend ist.

Anpassung einer Ergänzungsmeldung zum klinischen Befund

- **Kongenitale Röteln:** Im 2012 wurde 1 Fall von kongenitalen Röteln nicht gemeldet, da bei Kleinkindern bei Verdacht auf kongenitales Rötelsyndrom in der Regel kein Labortest mehr gemacht wird. Deshalb soll neu auch bei Kleinkindern der Verdacht auf kongenitales Rötelsyndrom gemeldet werden; dies unabhängig davon, ob eine Laborbestätigung vorliegt.

NEUERUNGEN BEI LABORMELDUNGEN

Einführung einer Meldung zum laboranalytischen Befund

- **Hepatitis E (24h, voller Name):** Schweizweit gibt es Hinweise darauf, dass in den fünf Jahren, für die Daten verfügbar sind, die Hepatitis E-Diagnosen deutlich zugenommen haben. Dieser Trend ist auch in anderen europäischen Ländern festzustellen. Mit der Einführung der Meldepflicht von PCR-positiven Befunden für Laboratorien soll für die Schweiz das Total der aktiven Infektionen erhoben werden können, um die Krankheitslast abschätzen zu können.

Proben sind nach Aufforderung durch das BAG an das vom BAG bezeichnete Referenzzentrum weiterzuleiten. Das Zentrum wird zu einem späteren Zeitpunkt designiert. Für Erläuterungen zur Epidemiologie, zur Situation in der Schweiz und zu den getroffenen Massnahmen siehe den separaten Beitrag in dieser Bulletin-Ausgabe.

Anpassung einer Meldung zum laboranalytischen Befund

- **Carbapenemase-bildende Enterobacteriaceae (CPE):** Falls bekannt, sind dem BAG Angaben zur phänotypischen oder molekularbiologischen Charakterisierung zu übermitteln. Kleinere Labors können die Tests häufig nicht selber durchführen. Damit eine lückenlose Überwachung der Antibiotikaresistenzen im Bereich CPE möglich ist, werden diese Labors verpflichtet, ihre Proben an das Nationale Referenzlaboratorium zur Früherkennung neuer Antibiotikaresistenzen und Resistenzmechanismen (NARA) zu senden.
- ***Legionella ssp:*** Bei den Resultaten wird auf die Angabe zum Antikörper-Titer verzichtet, da diese Methode veraltet ist und kaum noch zur Anwendung kommt.
- **Masernvirus sowie Rötelnvirus:** Die lückenlose Überwachung der Masern ist gemäss WHO-Eliminationsstrategie zentral, um das nationale Ziel einer masernfreien Schweiz zu erreichen. Die Röteln sind schon jetzt praktisch eliminiert. Ab 2018 wird ein Referenzzentrum für Masern und Röteln (CNRRR) eingerichtet, an welches zwecks Genotypisierung alle Proben, die mittels PCR positiv auf Masern- bzw. Rötelnviren getestet wurden, einzusenden sind. Erläuterungen zur Eliminationsstrategie, zum designierten Referenzzentrum und den angepassten Meldeprozessen sind in einem separaten Beitrag in dieser Ausgabe zu finden.
- ***Treponema pallidum:*** Die Falldefinition zu Syphilis wird vereinfacht. Bei *Treponema pallidum* ist nur noch der Nachweis des Erregers zu melden, ohne Angabe von Material und Tests, die eine aktive Syphilis von anderen Stadien unterscheidet. Positive VDRL/RPR allein oder mit negativen spezifischen Tests sollen weiterhin *nicht* gemeldet werden. Für Erläuterungen zur Falldefinition, den Meldeprozessen und den zu meldenden Angaben siehe den separaten Beitrag in dieser Ausgabe.
- ***Neisseria meningitidis*, *Haemophilus influenzae* und *Streptococcus pneumoniae*:** Es wird präzisiert, dass positive Befunde nur von Analysen, die mit normalerweise sterilem Material wie Blut, Liquor, Gelenkflüssigkeit (*kein* Urin) durchgeführt wurden, zu melden sind. Mit «wie» wird festhalten, dass diese Liste nicht abschliessend ist.
- **Auf Anfrage: Meldung von Angaben zu negativen Befunden für ausbruchsrelevante Erreger:** Bei Ausbrüchen oder Häufungen kann es erforderlich sein, innert kurzer Zeit die Ursache zu identifizieren, zu eliminieren oder zu sanieren. Dazu ist das BAG auf Angaben zu negativen laboranalytischen Befunden zu angewiesen. Diese Angaben können auch für die korrekte Interpretation von alarmierenden Trends bei den Fallzahlen nötig sein (z. B. Entwarnung bei einem vermeintlichen Ausbruch oder Abfall der Fallzahlen, der aufgrund von systembedingten Veränderungen sichtbar wird). Die Laboratorien können in bestimmten Situationen aufgefordert

werden, Angaben zu Proben mit negativem Befund ans BAG zu übermitteln (u.a. zu Auftraggeber, Patient, Methode, Material). Der erforderliche Datensatz wird ereignis- und erregerspezifisch definiert. Dies betrifft ab 2018:

- *Campylobacter spp.*
- Chikungunya-Virus
- *Coxiella burnetii*
- *Dengue-Virus*
- enterohämorrhagische *Escherichia coli* (EHEC, VTEC oder STEC)
- Hepatitis-A-Virus
- Hepatitis-E-Virus
- *Legionella spp.*
- *Listeria monocytogenes*
- *Salmonella spp.*
- *Shigella spp.*
- Zeckenzephalitisvirus

Anpassung der Statistiken zu laboranalytischen Befunden

- Statistiken zu den laboranalytischen Befunden für das Jahr 2017 sind bis zum 31. Januar 2018 ans BAG einzusenden. Dasselbe gilt analog für die Folgejahre. Neu sind bei Hepatitis C- und E-Viren das Gesamttotal aller durchgeführten Tests eines Kalenderjahrs (nach Methode und Monat), davon die Anzahl der positiven Befunde meldepflichtig. HCV-Befunde im Rahmen des Blutspendescreenings sind nicht zu melden. Bei den Angaben zur «Serologie» von HCV ist nur das «Ig total» aufzuführen; Serologien zur Bestätigung (z.B. Immunoblot) sind unter «Andere» einzutragen.

HINWEIS AUF DIE DATENSCHUTZKONFORMITÄT UND VOLLSTÄNDIGKEIT VON MELDUNGEN

Das BAG bittet insbesondere die Laboratorien, nur diejenigen Informationen zur betroffenen Person zu melden, die

in der Meldeverordnung vorgegeben sind. Der volle Name einer betroffenen Person ist nur zu melden, wenn dieser meldepflichtig ist. Dafür ist in diesen Fällen auf dem Labor-meldeformular auch die Adresse der betroffenen Person sowie der Praxis bzw. Institution des auftraggebenden Arztes vollständig zu notieren.

Die Ärzteschaft ist gebeten, die gesetzlichen Meldefristen zu beachten sowie die Angaben zur Exposition auf dem Meldeformular zum klinischen Befund so genau wie möglich auszufüllen. Wichtig ist auch, stets die aktualisierten Meldeformulare zu verwenden. Dies trägt wesentlich dazu bei, dass die Gesundheitsbehörden von Bund und Kantonen geeignete Massnahmen zur Prävention und Bekämpfung von Infektionskrankheiten treffen können.

WEITERE INFORMATIONEN

Auf den Webseiten des BAG unter www.bag.admin.ch/infreporting sind weitere Informationen zum Meldewesen zu finden, so zum Beispiel ein **Übersichtsflyer** zu den meldepflichtigen übertragbaren Krankheiten, der aktualisierte **Leitfaden zur Meldepflicht**, die **Meldeformulare 2018** sowie die **Liste der Referenzzentren**. Weiter ist ein grafisch ansprechendes **Poster** im Format A3 zu den meldepflichtigen übertragbaren Erregern und Krankheiten erhältlich.

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

Einführung der Meldepflicht für Hepatitis E

In den letzten Jahren ist in Europa in einigen Ländern die Anzahl gemeldeter Hepatitis-E-Fälle kontinuierlich gestiegen. Es gibt Hinweise darauf, dass in der Schweiz ein ähnlicher Trend stattfindet. Um Verbreitung und Krankheitslast besser abschätzen zu können, führt das Bundesamt für Gesundheit deshalb per 1. Januar 2018 die Meldepflicht für Hepatitis E ein.

HINTERGRUND

Hepatitis E ist eine infektiöse Leberentzündung. Das Hepatitis-E-Virus (HEV) kommt weltweit vor, je nach Genotyp mit unterschiedlichem Krankheitsbild und in unterschiedlichen Regionen. In Industrieländern galt Hepatitis E lange ausschliesslich als reiseassoziierte Krankheit. In den letzten Jahren wurde bekannt, dass Hepatitis E auch in Europa endemisch vorkommt. In einigen Ländern in Europa wird seit einigen Jahren eine stetige Zunahme von Fällen beobachtet, die hauptsächlich auf Genotyp 3 des HEV zurückzuführen ist [1]. Das Virus wird dabei von Tieren (z. B. Haus- und Wildschweinen) über die Lebensmittelkette auf den Menschen übertragen. Produkte mit roher Schweineleber gelten als besonders risikoreich. In einer Mitteilung im Juli 2017 hat die Europäische Behörde für Lebensmittelsicherheit (EFSA) ihre Mitgliedsstaaten dazu aufgerufen, auf das Gesundheitsrisiko von rohem oder unzureichend gekochtem Schweinefleisch zu sensibilisieren und Konsumenten spezifisch darauf hinzuweisen, Schweinefleisch ausreichend durchzugaren [2].

SITUATION IN DER SCHWEIZ

Da Hepatitis E in der Schweiz bisher keine meldepflichtige Krankheit ist, sind keine schweizweiten Daten verfügbar. Auch in der Schweiz gibt es jedoch Hinweise darauf, dass ein ansteigender Trend zu verzeichnen ist. Zum Beispiel ist gemäss medizinischer Statistik der Krankenhäuser des Bundesamts für Statistik die Zahl von Hospitalisierungen aufgrund akuter Hepatitis E zwischen 2011 und 2015 kontinuierlich um zwei bis drei Fälle pro Jahr angestiegen, insgesamt wurde eine Zunahme von elf auf 25 Fälle beobachtet.

Ereignisse im Kanton Tessin haben zudem die Risikosituation um Hepatitis E weiter in den Vordergrund gerückt. Im Dezember 2016 meldete der Kanton Tessin dem Bundesamt für Gesundheit (BAG) für den Zeitraum zwischen April 2013 und November 2016 eine Häufung von ca. 100 Hepatitis E-Fällen. Als weiterer Hinweis auf die Relevanz von Hepatitis E in der Schweiz kann eine im November 2016 publizierte Studie herangezogen werden, welche die Gesamtzahl der in der Schweiz auftretenden Hepatitis-E-Fälle aufgrund einer

statistischen Modellrechnung auf ca. 1500 pro Jahr schätzte [3]. Diese unterschiedlichen Datenquellen deuten darauf hin, dass Hepatitis E in der Schweiz eine mögliche Gefahr für die öffentliche Gesundheit darstellen könnte. Sie zeigen den Bedarf, die Verbreitung in der Schweiz und das Risiko, sich mit HEV anzustecken, zu untersuchen.

MASSNAHMEN AUF BUNDESEBENE

Der Bund hat bereits verschiedene Massnahmen in die Wege geleitet, um die Datengrundlage zu Hepatitis E zu verbessern. Das Bundesamt für Lebensmittelsicherheit und Veterinärwesen (BLV) hat im März 2017 Lebensmittelbetriebe mit einem Infoschreiben über die Problematik einer möglichen Übertragung von HEV via Lebensmittel sensibilisiert und sie aufgefordert, im Rahmen der gesetzlich geforderten Selbstkontrolle Massnahmen zur Risikominimierung einer HEV-Übertragung durch Lebensmittel zu treffen. Um den Wissensstand zu Hepatitis E auszubauen, hat das BLV im Mai 2017 einen Forschungsauftrag zu Fragestellungen im veterinärmedizinischen Bereich und Lebensmittelbereich getätigt. Analog dazu hat das BAG im September 2017 universitäre Institute der Schweiz mit entsprechender Expertise auf den Forschungsbedarf im humanen Bereich hingewiesen und sieht vor, mehrere Forschungsprojekte in Auftrag zu geben.

EINFÜHRUNG DER MELDEPFLICHT

Um die Bedeutung für die öffentliche Gesundheit in der Schweiz abschätzen und die zeitliche Entwicklung verfolgen zu können, führt das BAG ab Januar 2018 die Meldepflicht für Hepatitis E ein. Ab dem 1. Januar sind alle Befunde zu Hepatitis-E, die auf einem Nachweis von Virus-RNA mittels PCR basieren, von den Laboratorien und behandelnden Ärztinnen und Ärzten mittels Labormeldung bzw. Meldung zum klinischen Befund an die Gesundheitsbehörden zu übermitteln [4]. Die Meldeformulare stehen ab 1. Januar 2018 zum Download bereit. Zudem wird der Leitfaden zur Meldepflicht um ein Kapitel zu Hepatitis E erweitert. Die Formulare und der Leitfaden sowie weitere Informationen zum Meldewesen sind unter www.bag.admin.ch/infreporting abrufbar.

Kontakt:

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

Referenzen

1. European Centre for Disease Prevention and Control. Hepatitis E in the EU/EEA, 2005–2015. Stockholm: ECDC; 2017.
2. European Food Safety Authority (2017): Hepatitis E: raw pork is main cause of infection in EU. Online verfügbar unter <https://www.efsa.europa.eu/en/press/news/170711>, zuletzt aktualisiert am 11.07.2017
3. Müller, Alexandra; Collineau, Lucie; Stephan, Roger; Müller, Andrea; Stärk, Katharina D. C. (2017): Assessment of the risk of foodborne transmission and burden of hepatitis E in Switzerland. In: International journal of food microbiology 242, S. 107–115. DOI: 10.1016/j.ijfood-micro.2016.11.018.
4. Schweizerische Eidgenossenschaft. Verordnung des EDI über die Meldung von Beobachtungen übertragbarer Krankheiten des Menschen, 818.101.126 (Version vom 1. Januar 2018). <https://www.admin.ch/opc/fr/classified-compilation/20151622/index.html>

Die Schweiz richtet ein nationales Referenzzentrum für Masern und Röteln ein und reorganisiert den Prozess zur Genotypisierung dieser Viren

Die Weltgesundheitsorganisation (WHO) strebt die regionale Masern- und Rötelnelimination und letztlich die weltweite Ausrottung dieser Krankheiten an. Ein leistungsfähiges Überwachungssystem, das die Qualität der mikrobiologischen Bestätigung der Verdachtsfälle sowie die molekulare Epidemiologie sicherstellt, ist für die Erreichung dieses Ziels erforderlich. Die WHO hat daher ein weltweites hierarchisiertes Netzwerk von Referenzlaboratorien für diese beiden Krankheiten aufgebaut. Um bei diesen internationalen Bemühungen mitzuwirken, hat das BAG ein nationales Referenzzentrum für Masern und Röteln (NRMR) eingesetzt, das am 1. Januar 2018 seine Tätigkeit aufnimmt. Der vorliegende Artikel beschreibt die Aufgaben des neuen Referenzzentrums und die Konsequenzen davon für die primär diagnostizierenden Laboratorien und die Kantonsärzte.

DIE MASERN- UND RÖTELNELIMINATION IST IN DER SCHWEIZ AUF GUTEM WEG

Die WHO strebt die regionale Masern- und Rötelnelimination und letztlich die weltweite Ausrottung dieser Krankheiten an [1]. Entsprechend diesem Ziel, haben der Bund, die Kantone und ihre Partner zwischen 2011 und 2015 eine Strategie zur Masernelimination ausgearbeitet und umgesetzt [2]. Diese führte 2016 zur Unterbrechung der endemischen Übertragung des Masernvirus, die definiert wird als Ausbleiben der kontinuierlichen Übertragung einheimischer oder eingeschleppter Fälle während mindestens 12 Monaten bei vorhandenem, leistungsfähigem Überwachungssystem [3]. Die Erreichung dieses wichtigen Etappenziels bedeutet jedoch nicht, dass in der Schweiz keine Masernfälle mehr vorkommen: Es gibt immer noch eingeschleppte Fälle, die manchmal kurze Übertragungsketten verursachen.

BEDARF AN EINEM NATIONALEN REFERENZZENTRUM FÜR MASERN UND RÖTELN

Damit die Fortschritte auf dem Weg zur Elimination überprüft, die Unterbrechung der endemischen Übertragung offiziell bestätigt und beide Krankheiten nachhaltig eliminiert werden können, braucht es eine klinische und mikrobiologische Überwachung in Form der obligatorischen Meldung von Fällen. Um die Spezifität dieser Überwachung zu verbessern, empfiehlt das BAG Ärztinnen und Ärzten, alle Verdachtsfälle im Labor bestätigen zu lassen, vor allem diejenigen, die in keinem epidemiologischen Zusammenhang mit einem anderen

bestätigten Fall stehen. Um zu beurteilen, ob endemische Übertragung noch vorkommt, ist es wichtig zu wissen, ob auftretende Fälle eingeschleppt wurden und um welchen Genotyp und Sequenzvarianten des Virus es sich handelt. Die genetischen Informationen können helfen zu bestimmen, ob das Virus importiert wurde. Die Feinanalyse der RNA-Virussequenzen ergänzt die epidemiologischen Daten bei der Einteilung der Fälle in Übertragungsketten, wodurch deren Dauer gemessen werden kann.

AKKREDITIERUNG DES NATIONALEN REFERENZZENTRUMS DURCH DIE WHO

Die WHO hat ein weltweites hierarchisiertes Netz von Referenzlaboratorien für Masern und Röteln aufgebaut. Sie akkreditiert diese Zentren und bindet die europäischen in das *European Measles and Rubella Laboratory Network* (LabNet) ein, sofern sie die vordefinierten Kriterien erfüllen und die Qualitätsprüfungen bestehen. Dieses Netzwerk ist in Europa und weltweit bereits gut etabliert [4, 5]. Damit sich die Schweiz daran beteiligen kann, hat das BAG ein Nationales Referenzzentrum für Masern und Röteln (NRMR) eingesetzt. Ab dem 1. Januar 2018 ist das NRMR im Labor für Virologie des Universitätsspitals Genf (HUG) untergebracht (siehe Adresse unter «Dokumente» unter www.bag.admin.ch/infreporting). Dieses Labor ist nicht nur in der Routinediagnostik von Masern und Röteln tätig, sondern stellt auch seit 2008 für das BAG einen Teil der Genotypisierung der in der Schweiz vorgefundenen Masernviren sicher.

AUFGABEN DES NATIONALEN REFERENZZENTRUMS FÜR MASERN UND RÖTELN

Das NRMR nimmt folgende Hauptaufgaben wahr:

- Sicherstellung der molekularen Epidemiologie mittels Sequenzierung und Genotypisierung der Masern- und Rötelnviren sowie Bereitstellung der Sequenzen in den Datenbanken, damit die Befunde in der Schweiz in einen Zusammenhang gestellt werden können;
- Anbieten einer Qualitätssicherung auf freiwilliger Basis für die in den primär diagnostizierenden Laboratorien gestellten mikrobiologischen Masern- und Röteldiagnosen;
- Informationsaustausch mit dem BAG, den Kantonsärzten und der WHO;
- Mikrobiologische Bestätigung der klinischen Masern- und Röteldiagnosen und Beurteilung des Immunstatus. Das NRMR funktioniert diesbezüglich gleich wie alle anderen primär diagnostizierenden Laboratorien in der Schweiz.

NEUER PROBENSAMMELPROZESS FÜR DIE GENOTYPISIERUNG

Gemäss der revidierten Verordnung über die Meldung von Beobachtungen übertragbarer Krankheiten des Menschen, die am 1. Januar 2018 in Kraft tritt, müssen **Laboratorien**, die Masern- oder Rötelnvirus-RNA mittels PCR nachgewiesen haben, dem NRMR für jeden Fall unaufgefordert entsprechende Proben zur Genotypisierung zustellen [6].

Die kürzlich erfolgte Einführung der Masern-PCR durch mehrere Laboratorien verkomplizierte den alten Probensammelprozess zur Genotypisierung, bietet aber auch neue Möglichkeiten: Der Anteil der Masernfälle, bei denen eine geeigneten Probe erhältlich ist, hat zugenommen. Mit der Einführung der obligatorischen Weiterleitung dieser Proben durch die Laboratorien kann eine Häufung punktueller Anfragen von **Kantonsärzten** vermieden werden. Auf eigene Initiative oder auf Verlangen des BAG fordern die Kantonsärzte jedoch beim **behandelnden Arzt** weiterhin gelegentlich eine Probe zwecks PCR an, denn das Minimalziel ist, dass der Genotyp jeder Übertragungskette bekannt ist. Zu diesem Zweck wurde die Meldeverordnung ergänzt, damit der Kantonsarzt den behandelnden Arzt auffordern kann, eine Probe zwecks PCR und Genotypisierung an das NRMR zu schicken (die Leistungen werden dann vom NRMR nicht verrechnet). Ausserdem haben die Gründung eines NRMR und die Zentralisierung aller mittels PCR positiven Proben bei diesem Labor zur Folge, dass

die Sammlung von Proben für die Genotypisierung durch das Labor Viollier abgebrochen wird.

ZUR ERINNERUNG: MITTELS PCR BESTIMMTE NEGATIVE MASERNBEFUNDE SIND EBENFALLS MELDEPFLICHTIG

Es sei hier noch einmal daran erinnert, dass die Meldeverordnung seit Januar 2016 vorschreibt, dass alle mittels PCR-Analyse gestellten negativen Masernbefunde innert 24 Stunden zu melden sind. Einerseits ermöglicht das den Kantonsärzten, eine unnötige Intervention abzubrechen, und andererseits lässt sich so überprüfen, ob die Masernüberwachung leistungsfähig ist und verlässliche Befunde liefert (WHO-Indikator: ≥ 2 im Labor untersuchte und ausgeräumte Masernverdachtsfälle pro 100 000 Einwohner/innen und pro Jahr). Negative, mittels Serologie bestimmte Befunde müssen hingegen nicht gemeldet werden.

Kontakt:

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

Referenzen:

1. Dabbagh A, Patel MK, Dumolard L, Gacic-Dobo M, Strebel PM, Mulders MN et al. Progress towards regional measles elimination – worldwide, 2000–2016. *Wkly Epidemiol Rec.* 2017 Oct 27;92(43):649–59.
2. Bundesamt für Gesundheit. Nationale Strategie zur Masernelimination 2011–2015. <https://www.bag.admin.ch/bag/de/home/themen/strategie-politik/nationale-gesundheitsstrategien/nationale-strategie-masernelimination.html> [aufgerufen am 8.11.2017].
3. World Health Organization, Regional office for Europe. Measles no longer endemic in 79% of the WHO European Region. Medienmitteilung, 26. September 2017. <http://www.euro.who.int/en/media-centre/sections/press-releases/2017/measles-no-longer-endemic-in-79-of-the-who-european-region> [aufgerufen am 8.11.2017].
4. World Health Organization, Regional office for Europe. Measles and Rubella Laboratory Network. <http://www.euro.who.int/en/health-topics/communicable-diseases/measles-and-rubella/activities/measles-and-rubella-laboratory-network> [aufgerufen am 8.11.2017].
5. World Health Organization. Measles and Rubella laboratory network. http://www.who.int/immunization/monitoring_surveillance/burden/laboratory/measles/en/ [aufgerufen am 8.11.2017].
6. Schweizerische Eidgenossenschaft. Verordnung des EDI über die Meldung von Beobachtungen übertragbarer Krankheiten des Menschen, 818.101.126 (Version vom 1. Januar 2018). <https://www.admin.ch/opc/fr/classified-compilation/20151622/index.html>

Anpassung des Meldeprozesses für Syphilis

Ab dem 01.01.2018 wird der Meldeprozess für eine Erkrankung mit Syphilis, verursacht durch *Treponema pallidum*, angepasst. Neu können sich die Laboratorien bei *T. pallidum* auf die Meldung des Erregernachweises beschränken, ohne Angaben zu den Tests. Positive unspezifische Verlaufskontrollen allein oder kombiniert mit negativen spezifischen Tests sind wie bis anhin nicht meldepflichtig. Ärztinnen und Ärzte sind neu verpflichtet, alle Fälle zu melden, bei denen sie mit einer Syphilisbehandlung beginnen und die noch nicht gemeldet wurden, selbst wenn kein positiver spezifischer Laborbefund vorliegt.

DATENLAGE

Seit Beginn der Syphilis-Überwachung im 2006 haben die Fallzahlen stark zugenommen. Die Anzahl gemeldeter Fälle lag im 2006 insgesamt, d.h. ungeachtet ihrer Klassierung, noch bei 616; 10 Jahre später, im 2016, bei 1739 (Nachmeldungen bis 13.11.2017 berücksichtigt; siehe Tabelle 1). Die Anzahl nur der bestätigten Fälle hat sich in diesem Zeitraum gar vervierfacht, von 188 auf 749. Allerdings wurden in diesem Zeitraum auch die Falldefinition und die Meldeformulare mehrfach angepasst. So wurde ab dem 01.01.2015 auf dem Meldeformular zum klinischen Befund die Möglichkeit geschaffen, Verlaufskontrollen und Seronarben zu deklarieren und von Neu- und Reinfektionen zu unterscheiden.

AKTUELLE SITUATION

Die Labordiagnostik für Syphilis ist vergleichsweise komplex. Direktnachweise, z.B. Genomnachweis mittels PCR, werden bis anhin selten durchgeführt. Meist erfolgt der Nachweis für

Syphilis mittels zweier für Syphilis spezifischer Bestätigungstests, kombiniert mit einem unspezifischen Verlaufstest. Letztgenannter wird im Anschluss an die Behandlung in definierten Abständen wiederholt, zum einen, um den Therapieerfolg zu beurteilen, zum anderen aber auch, um bei weiterbestehendem Infektionsrisiko eine Re-Infektion, die meist mit weniger klinischer Symptomatik einhergeht, rechtzeitig zu entdecken. Auf die Meldung von reinen Verlaufskontrollen wird bereits bis anhin ausdrücklich verzichtet. Die starke Zunahme der gemeldeten Fälle stellt für die Laboratorien und das Meldesystem eine Herausforderung dar. Allein für das Jahr 2016 wurden 5748 positive Syphilis-Labortests mit Angaben zum verwendeten Test auf insgesamt 1630 Laborformularen gemeldet.

Die von den Laboratorien gemeldeten Testinformationen wurden bis anhin für die Klassifikation der gemeldeten Syphilis-Fälle verwendet. Aus dem Praxisalltag ist jedoch bekannt, dass primäre Syphilisfälle mit typischer Schanker-

Tabelle 1:
Syphilis Fallzahlen in den Jahren 2006 und 2016

	2006		2016	
Anzahl Labormeldungen	600		1630	
Anzahl Meldungen zum klinischen Befund	443		1546	
Anzahl Fälle	616	100%	1739	100%
davon gemäss Falldefinition 2006 bzw. 2016				
sicherer Fall	188	31%	749	43%
wahrscheinlicher Fall			151	9%
möglicher Fall	1	0%	11	1%
kein Fall*	132	21%	646	37%
nicht klassifizierbar**	295	48%	182	10%

* Fehlmeldung, Seronarbe oder Verlaufskontrolle eines bereits gemeldeten Syphilis-Falles

** Für die Klassifikation nicht ausreichende Laborresultate (2006) bzw. Labormeldung oder Meldung zum klinischen Befund fehlend oder unvollständig (2006 und 2016)

Grafik 1

Ausschnitt aus dem Meldeformular zum klinischen Befund 2018 für Syphilis

Syphilis

Meldung zum klinischen Befund

Bitte ausgefüllt innerhalb 1 Woche an Kantonsärztin/-arzt senden (nicht direkt ans BAG).^a**Patient/in**Initiale Name: _____ Initiale Vorname: _____ Geburtsdatum: ___/___/_____ Gender: w m trans (MtF)^b trans (FtM)^b VGE^b

PLZ/Wohnort: _____ Kanton: _____

Nationalität: CH andere: _____ Wohnsitzland, falls nicht CH: _____**Diagnose und Manifestation**Hintergrund zum Laborbefund:
Bitte nur 1 Variante ankreuzen

- Beginn einer Syphilis-Behandlung** (neue Krankheitsepisode, die noch nicht gemeldet wurde)
→ bitte dieses Meldeformular VOLLSTÄNDIG ausfüllen
- Verlaufskontrolle** (Krankheitsepisode wurde bereits gemeldet)
→ bitte Formular direkt an den Kantonsarzt senden OHNE die nachfolgenden Fragen zu beantworten
- Seronarbe** (frühere Infektion, keine aktive Syphilis)
→ bitte Formular direkt an den Kantonsarzt senden OHNE die nachfolgenden Fragen zu beantworten

Bildung und bekannter Exposition nicht immer mittels Labortests abgeklärt werden bzw. dass die serologischen Testresultate in frühen Stadien noch negativ ausfallen können. Falls trotzdem Meldungen zum klinischen Befund eintreffen, werden sie mit der bisherigen (bis 31.12.2017 gültigen) Falldefinition nur als mögliche oder wahrscheinliche Fälle eingestuft. In die jährlich publizierten Fallzahlen und Analysen, welche nur die sicheren Fälle berücksichtigen, wurden sie somit nicht miteinbezogen. Gerade Fälle mit frischer Infektion weisen jedoch ein hohes Übertragungspotential auf und sollten miterfasst und ausgewertet werden können. Dieser Missstand wird mit der neuen Falldefinition behoben.

ANPASSUNG MELDEPROZESS AB 2018

Als Antwort auf die steigenden Fallzahlen und um alle frischen Infektionen miterfassen zu können, wird der Meldeprozess für Syphilis wie folgt angepasst:

Laboratorien

Zu melden sind:

- ein direkter Nachweis für *T. pallidum* mittels PCR *oder*
- ein positiver treponemaler Antikörpersuchtest mit positivem Bestätigungstest *oder*
- ein positiver treponemaler Antikörpersuchtest mit positiven unspezifischen Aktivitätsmarkern.

Von der Meldung von reinen Verlaufskontrollen mittels unspezifischen Tests in Abwesenheit eines Bestätigungstests ist wie bis anhin abzusehen. **Nur der Nachweis einer Infektion mit *T. pallidum* ist zu melden, ohne Angaben zu den Tests.**

Ärzterschaft

Zu melden sind:

- ein direkter Nachweis für *T. pallidum* in der Arztpraxis mittels Dunkelfeldmikroskopie oder in der Praxis durchgeführte PCR oder

- die Aufforderung des Kantonsarztes, den Fall zu melden (sofern noch keine Meldung zum klinischen Befund vorliegt) oder
- der **Beginn einer Behandlung gegen Syphilis in Abwesenheit eines positiven Laborresultates.**

Alle Fälle, bei denen eine Behandlung gegen Syphilis neu begonnen wird, d.h. sowohl Erstinfektionen als auch Reininfektionen, müssen mit vollständig ausgefülltem Arztformular gemeldet werden. Bei Verlaufskontrollen eines bereits gemeldeten Falles oder der Feststellung einer laboranalytisch bestätigten Seronarbe muss nur der Teil «Patient/in» des Arztformulars ausgefüllt und mit dem entsprechenden Kreuz für eine der drei Situationen versehen werden (Abbildung 1).

FAZIT

Mit der Anpassung des Meldeprozesses für Syphilis wird einerseits den steigenden Fallzahlen, andererseits der ärztlichen Praxisrealität Rechnung getragen. Als Folge der Anpassung ist im Jahr 2018 ein zusätzlicher Anstieg der Fälle absehbar. Denn Fälle, welche nach alter Falldefinition als wahrscheinlich und möglich eingestuft wurden, werden basierend auf der neuen Falldefinition als sichere Fälle klassiert. Dazu wird sich noch eine bis anhin unbekannte Dunkelziffer an direkt behandelten Fällen ohne positivem Laborresultat addieren, die neu meldepflichtig sind. Die neue Fallklassifikation stellt sich vollumfänglich auf das Urteil der Ärzteschaft ab, womit deren zeitgerechter, sorgfältiger Meldung von Syphilis Fällen noch eine grössere Bedeutung zukommt.

Kontakt:

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

Nationales Verzeichnis für mehr Sicherheit bei der Arzneimitteldosierung für Kinder

Ein wichtiger Schritt zu einer höheren Sicherheit bei der Arzneimitteldosierung in der Pädiatrie ist gemacht: Alle betroffenen Gesundheitsfachpersonen wie Kinderärztinnen und -ärzte oder Apothekerinnen und Apotheker haben ab 2018 Zugriff auf ein nationales Verzeichnis mit harmonisierten Empfehlungen zur Arzneimitteldosierung in der Pädiatrie. Mit dieser Datenbank kann dem Mangel an verlässlichen Daten in diesem Bereich abgeholfen werden. Infolge eines schlüssigen Pilotprojekts hat das Bundesamt für Gesundheit den Verein SwissPedDose beauftragt, seine Arbeit auf dem Gebiet der öffentlichen Gesundheit fortzuführen.

Spezifisch für Kinder entwickelte Arzneimittel fehlen nicht nur in der Schweiz, sondern auch auf internationaler Ebene. Medikamente können von den Bundesbehörden erst dann für die pädiatrische Verwendung anerkannt werden, wenn klinische Versuche durchgeführt wurden. Da Studien mit Kindern schwer realisierbar sind, bleibt den Kinderärztinnen und -ärzten oft nichts anderes übrig als die Verschreibung von Arzneimitteln, die bei Erwachsenen getestet und zugelassen wurden. Aus medizinischer Sicht können Kinder jedoch nicht einfach als kleine Erwachsene betrachtet werden. Deshalb waren die Gesundheitsfachpersonen bisher oft gezwungen, die Anwendung des Arzneimittels aufgrund ihrer praktischen Erfahrung auf das Alter und das Körpergewicht des Kindes abzustimmen. Es gab bezüglich Dosierung keinen Konsens unter den Gesundheitsfachpersonen.

Der Bund hat erkannt, dass diese Situation verbessert werden muss. Durch eine Anpassung des Heilmittelgesetzes (HMG) und der Bestimmungen über das geistige Eigentum will er für die Pharmaindustrie einen Anreiz schaffen, mehr Kinderarzneimittel zu entwickeln. Gleichzeitig haben der Bund, die Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren sowie die betroffenen Gesundheitsfachpersonen und Gesundheitseinrichtungen eine Initiative lanciert, um die bei Kindern angewendeten Dosierungen zu harmonisieren. Ein 2013 auf-genommenes Pilotprojekt unter der Leitung des Kinderspitals Zürich und mit Beteiligung der acht Kinderkliniken des Collège A ermöglichte, die Machbarkeit einer Datenbank mit harmonisierten Empfehlungen zur Arzneimitteldosierung in der Pädiatrie zu prüfen.

Die gesetzliche Grundlage für ein solches Verzeichnis wurde im Rahmen der ordentlichen Revision des Heilmittelgesetzes (HMG) geschaffen, die vom Parlament am 18. März 2016 genehmigt wurde. Am 5. April 2017 hat der Bundesrat beschlossen, die entsprechende Bestimmung per 1. Januar 2018

in Kraft zu setzen, um den Gesundheitsfachleuten in der Pädiatrie möglichst rasch ein Instrument zur Verfügung zu stellen, mit dem sie die Sicherheit der medikamentösen Behandlungen ihrer jungen Patientinnen und Patienten erhöhen können. Dieses Vorgehen entspricht dem Masterplan zur Stärkung der biomedizinischen Forschung und Technologie sowie der nationalen Strategie «Gesundheit 2020».

Die Betriebsphase wird 2018 mit dem nationalen SwissPedDose-Verzeichnis eingeleitet. Dieses Verzeichnis wird den Gesundheitsfachpersonen unter www.swisspeddose.ch auf Deutsch, Französisch und Englisch zur Verfügung stehen. Es umfasst rund 100 harmonisierte Empfehlungen für 30 Wirkstoffe zur Indikation, Dosierung und Verabreichung von Arzneimitteln in der Infektiologie, Neonatologie und allgemeinen Pädiatrie.

Der Verein SwissPedDose wurde von den acht Kinderkliniken des Collège A (Aarau, Basel, Bern, Genf, Lausanne, Luzern, St. Gallen, Zürich), von der Schweizerischen Gesellschaft für Pädiatrie (SGP) und vom Schweizerischen Verein der Amts- und Spitalapotheker (GSASA) gegründet. Wie das Gesetz vorschreibt, ist er im Auftrag des BAG, das seinerseits seine Aufgabe als Kontrollbehörde wahrnimmt, für die Verwaltung des nationalen Verzeichnisses verantwortlich. Der vom Bund bereitgestellte Betrag für die Erstellung des Verzeichnisses beläuft sich auf 3,4 Millionen Franken.

Weitere Informationen:

<https://www.bag.admin.ch/bag/de/home/themen/mensch-gesundheit/biomedizin-forschung/heilmittel/kinderarzneimittel.html>

Adresse für Rückfragen:

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

Zuständiges Departement:

Eidgenössisches Departement des Innern (EDI)

Tarife für Diabetes-Messgeräte und Verbandsmaterial werden angepasst

Für Verbandsmaterial und Diabetes-Messgeräte werden in der Mittel- und Gegenständeliste (MiGeL) die Beiträge angepasst, die maximal vergütet werden. Darüber hinaus hat das Eidgenössische Departement des Innern (EDI) entschieden, dass auch im Jahr 2018 die Preise für vergütungspflichtige Arzneimittel nicht erhöht werden können.

In der Mittel- und Gegenständeliste (MiGeL) ist die Vergütung von medizinischen Gegenständen geregelt, die Patientinnen und Patienten auf ärztliches Rezept beziehen und selbst anwenden können. Seit Ende 2015 ist die Revision der Liste im Gang und erste Anpassungen wurden per August 2016 und Januar 2017 vorgenommen. Neu hat das EDI umfangreiche Anpassungen in jenen beiden Bereichen mit dem grössten Umsatzvolumen beschlossen, nämlich beim Verbandsmaterial und den Diabetes-Messgeräten. Die Kapitel Verbandsmaterial und Diabetes-Messgeräte werden neu strukturiert und die Höchstvergütungsbeträge angepasst. Dabei sind sowohl die aktuelle Marktsituation als auch der Auslandpreisvergleich berücksichtigt worden.

Die Massnahmen der MiGeL-Revision treten während der ersten Hälfte 2018 gestaffelt in Kraft. Die gesamte Liste soll bis Ende 2019 überprüft und in den einzelnen Positionen angepasst werden.

KEINE ERHÖHUNG DER ARZNEIMITTELPREISE

Das EDI hat zudem entschieden, dass auch im Jahr 2018 die Preise für Arzneimittel, die in der Spezialitätenliste (SL) aufgeführt sind, nicht erhöht werden können. Eine entsprechende Regelung galt bereits im Jahr 2017. Die durchschnittlichen Kosten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) für die ambulante Behandlung pro versicherte Person sind in den letzten Jahren im Vergleich zur allgemeinen Preis- und Lohnentwicklung mehr als doppelt so stark angestiegen. Der

Bundesrat hat sich zum Ziel gesetzt, das Kostenwachstum bei den Originalpräparaten zu stabilisieren.

Neben diesen Änderungen sind eine Reihe weiterer Anpassungen der Krankenpflege-Leistungsverordnung (KLV) und ihrer Anhänge vorgenommen worden. Die MiGeL mit den revidierten Kapiteln findet sich auf der Homepage des BAG.

Für Rückfragen:

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

Weitere Informationen:

Bundesamt für Gesundheit BAG > Themen > Versicherungen > Krankenversicherung > Leistungen und Tarife > Mittel und Gegenständeliste (MiGeL)

Bundesamt für Gesundheit BAG > Themen > Versicherungen > Krankenversicherung > Leistungen und Tarife > Arzneimittel

Bundesamt für Gesundheit BAG > Service > Gesetzgebung > Gesetzgebung Versicherungen > Gesetzgebung Krankenversicherung > Bundesgesetz über die Krankenversicherung > Änderungen in der Krankenpflege-Leistungsverordnung (KLV)

Bundesamt für Gesundheit BAG > Themen > Versicherungen > Krankenversicherung > Leistungen und Tarife > Analysenliste (AL)

Entwurf des Tabakproduktegesetzes: Vernehmlassung eröffnet

Der zweite Entwurf des Bundesgesetzes über Tabakprodukte (TabPG) wurde vom Bundesrat an seiner Sitzung vom 8. Dezember 2017 in die Vernehmlassung geschickt. Er gestattet und reglementiert den Verkauf von Alternativprodukten wie nikotinhaltigen E-Zigaretten und Tabakprodukten zum Erhitzen. Gemäss Parlamentsauftrag wurden jedoch gewisse Vorschläge fallen gelassen. So wurden die Werbeverbote in Kinos, auf Plakaten und in der bezahlten Presse gestrichen.

Der Entwurf des TabPG gestattet den Verkauf von nikotinhaltigen E-Zigaretten in der Schweiz, was die Festlegung von gesetzlichen Anforderungen, insbesondere bezüglich Zusammensetzung und Kennzeichnung, ermöglicht. Nach dem heutigen Wissensstand sind E-Zigaretten deutlich weniger gesundheitsschädlich als herkömmliche Zigaretten und können somit eine Alternative darstellen, mit der sich die Gesundheitsrisiken verringern lassen.

Die E-Zigaretten werden bezüglich Werbung und Abgabe an Minderjährige denselben Einschränkungen unterstellt wie herkömmliche Zigaretten. Alle E-Zigaretten, ob nikotinhaltig oder nicht, unterliegen dem Bundesgesetz zum Schutz vor Passivrauchen und werden an Orten verboten, wo das Rauchen bereits untersagt ist. Dasselbe gilt für die Tabakprodukte zum Erhitzen.

ÄNDERUNGEN GEGENÜBER DEM ERSTEN ENTWURF

Gegenüber dem ersten Entwurf des TabPG wurden gemäss Auftrag des Parlaments, das die Vorlage im Dezember 2016 an den Bundesrat zurückgewiesen hatte, mehrere Änderungen vorgenommen. So darf Snus in der Schweiz vermarktet werden. Das Produkt muss mit einem spezifischen Warnhinweis versehen werden, der auf die Abhängigkeit und die Gesundheitsrisiken hinweist, die der Konsum mit sich bringt. Zudem wurden gewisse Massnahmen im Werdebereich fallen gelassen. Die ursprünglich vorgesehenen Werbeverbote in Kinos, auf Plakaten und in der bezahlten Presse wurden gestrichen.

Aus diesem Grund kann die Schweiz das 2004 von ihr unterzeichnete Rahmenübereinkommen der WHO zur Eindämmung des Tabakgebrauchs (FCTC) nicht ratifizieren, das bis heute von 180 Staaten und der Europäischen Union ratifiziert wurde. Im Gegensatz zum ersten Entwurf erfüllt der zweite gewisse Mindestvorgaben der Konvention nicht mehr, beispielsweise bezüglich Sponsoringverbot für Tabakfirmen oder der Pflicht der Hersteller zur Meldung ihrer Tabakwerbeausgaben. Die Kantone haben jedoch die Möglichkeit, strengere Bestimmungen zu erlassen, namentlich in Bezug auf Werbeverbote.

JUGENDSCHUTZ

Da eine Mehrheit der Rauchenden (57%) vor dem 18. Lebensjahr zu rauchen beginnt, beinhaltet dieser Entwurf des TabPG Jugendschutzmassnahmen. Das Verbot der Abgabe von Tabakwaren an Minderjährige, das bereits in einer Mehrheit der Kantone gilt, wird auf die ganze Schweiz ausgeweitet.

Ausserdem wurde das Verbot von Werbung, die sich spezifisch an Minderjährige richtet, vom heutigen Recht übernommen und sein Umfang präzisiert. Gewisse neue Kommunikationskanäle, die für Minderjährige leicht zugänglich sind, werden berücksichtigt. So wird die Tabakwerbung im Internet und in den Gratiszeitungen untersagt. Ein Werbeverbot ist auch in den Verkaufsstellen an gewissen Orten vorgesehen, zum Beispiel in den Kiosken zwischen Süssigkeiten.

9500 TODESFÄLLE PRO JAHR IN DER SCHWEIZ

Weltweit sterben jedes Jahr über 7 Millionen Menschen an den Folgen des Tabakkonsums. In der Schweiz sind jährlich 9500 Personen betroffen, was rund 15% der Todesfälle entspricht. Die Hälfte der regelmässig Rauchenden verstirbt vorzeitig. Rauchen begünstigt die meisten nichtübertragbaren Krankheiten wie Krebs, Diabetes und Herz-Kreislauf- oder Atemwegserkrankungen. 2016 betrug der Raucheranteil in der Schweizer Bevölkerung 25%. Nach einem deutlichen Rückgang seit Beginn der 2000-er Jahre veränderte sich dieser Anteil ab 2011 praktisch nicht mehr.

Adresse für Rückfragen:

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

Zuständiges Departement:

Eidgenössisches Departement des Innern EDI

Vernehmlassungsunterlagen:

<https://www.bag.admin.ch/bag/de/home/themen/mensch-gesundheit/sucht/tabak/tabakpolitik-schweiz/entwurf-tabakproduktegesetz.html>

Prävention in der Gesundheitsversorgung: Finanzierung von innovativen Projekten

Bern, 12.12.2017. Gesundheitsförderung Schweiz fördert ab 2018 in enger Zusammenarbeit mit dem Bundesamt für Gesundheit die Prävention in der Gesundheitsversorgung: Bis 2024 finanziert die Stiftung Projekte in den Bereichen nichtübertragbare Krankheiten, Sucht und psychische Gesundheit mit 5 Millionen Franken pro Jahr. Diese Projekte sollen neue, verbesserte Ansätze und Praktiken aufzeigen, um präventive Angebote in die Gesundheitsversorgung einzubauen. Diese Angebote richten sich an Personen, die bereits erkrankt sind oder ein erhöhtes Erkrankungsrisiko aufweisen: Sie fördern die Gesundheitskompetenz und erhöhen die Lebensqualität der Patienten. Ab dem 8. Januar 2018 nimmt Gesundheitsförderung Schweiz Projektanträge entgegen.

PRÄVENTION IN DIE GESUNDHEITSVERSORGUNG INTEGRIEREN

Nichtübertragbare Krankheiten (z.B. Krebs, Diabetes, Herz-Kreislauf-Erkrankungen, chronische Atemwegserkrankungen und muskuloskeletale Erkrankungen), psychische Krankheiten und Sucht sind für über 80 % der Schweizer Gesundheitskosten verantwortlich. Ein gesunder Lebensstil und die Kenntnisse darüber können solche Krankheiten vermindern oder gar dafür sorgen, dass sie gar nicht erst auftreten. Bereits erkrankte Menschen können mit einer Veränderung ihres Lebensstils die Lebensqualität deutlich verbessern. Deshalb sollen künftig präventive Angebote in die gesamte Versorgungskette integriert werden.

Dabei spielen Gesundheitsfachleute wie Ärztinnen und Ärzte, Pflegefachpersonen, psychosozial Beratende oder Apothekerinnen und Apotheker eine zentrale Rolle. Sie können kranke Menschen oder solche mit erhöhtem Risiko begleiten und beraten, wie sie ihre Gesundheit mit einem gesundheitsförderlichen Lebensstil verbessern können.

Die Projekte sollen die Patienten darin unterstützen, ihre Gesundheitskompetenz sowie ihre Fähigkeiten zum Selbstmanagement von Krankheiten zu verbessern. Dies ermöglicht ihnen, ihre Selbstständigkeit zu bewahren, ihren Behandlungsbedarf zu vermindern, Rückfälle zu vermeiden und letztlich ihre Lebensqualität zu steigern.

5 MILLIONEN FRANKEN PRO JAHR FÜR INNOVATIVE PROJEKTE

Von 2018 bis 2024 setzt Gesundheitsförderung Schweiz durchschnittlich ca. 5.2 Millionen Franken pro Jahr ein, um Projekte zur Prävention in der Gesundheitsversorgung zu fördern und zu evaluieren. Die Mittel stammen aus der im

Juli 2016 beschlossenen Erhöhung des Prämienbeitrages für die allgemeine Krankheitsverhütung, der von den Krankenversicherern eingezogen wird.

Die Projekte sollen neue Impulse vermitteln, damit präventive Angebote über die gesamte Versorgungskette gestärkt werden und diese nachhaltig verbessern kann. Unterstützt werden Projekte in den Bereichen nichtübertragbare Krankheiten, Sucht und psychische Gesundheit. Im Weiteren werden bestehende Projekte inhaltlich weiterentwickelt sowie die Verbreitung bestehender Angebote gefördert.

Antragsberechtigt sind Akteure aus Gesundheitsversorgung und Public Health. Konsortien unter diesen Akteuren sind erwünscht, um Schnittstellen innerhalb und ausserhalb der Gesundheitsversorgung zu verbessern.

Ab dem 8. Januar 2018 sind Antragstellende eingeladen, ihre Projektskizzen bei Gesundheitsförderung Schweiz einzureichen. Die Projekte werden von Gesundheitsförderung Schweiz in Zusammenarbeit mit dem Bundesamt für Gesundheit beurteilt. Sämtliche Informationen zu Bedingungen und Modalitäten für die Projektförderung sind online verfügbar: www.gesundheitsfoerderung.ch/pgv

NATIONALE STRATEGIE ZUR PRÄVENTION VON NICHTÜBERTRAGBAREN KRANKHEITEN

Nichtübertragbare Krankheiten verursachen viel Leid und hohe Kosten. Die Prävention kann einen wesentlichen Beitrag dazu leisten, die Lebensqualität von Patienten zu verbessern und deren Behandlungsbedarf zu vermindern. Eines der Hauptanliegen der NCD-Strategie von Bund und Kantonen ist es deshalb, die Prävention besser in der Gesundheitsversorgung zu verankern, um nichtübertragbare Krankheiten

einздämpfen und die Kostenentwicklung zu dämpfen. Bei der Umsetzung entsprechender Massnahmen arbeiten das Bundesamt für Gesundheit und Gesundheitsförderung Schweiz eng zusammen.

Kontakt für Anfragen zur Projektförderung Prävention in der Gesundheitsversorgung:

Gesundheitsförderung Schweiz
Medienstelle
medien@gesundheitsfoerderung.ch
Tel. 031 350 04 04

Kontakt für Anfragen zur Nationalen Strategie Prävention nichtübertragbarer Krankheiten:

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

Gesundheitsförderung Schweiz

Gesundheitsförderung Schweiz ist eine Stiftung, die von Kantonen und Versicherern getragen wird. Mit gesetzlichem Auftrag initiiert, koordiniert und evaluiert sie Massnahmen zur Förderung der Gesundheit (Krankenversicherungsgesetz, Art. 19). Die Stiftung unterliegt der Kontrolle des Bundes. Oberstes Entscheidungsorgan ist der Stiftungsrat. Die Geschäftsstelle besteht aus Büros in Bern und Lausanne. Jede Person in der Schweiz leistet einen monatlichen Beitrag von 30 Rappen (40 Rappen ab 2018) zugunsten von Gesundheitsförderung Schweiz, der von den Krankenversicherern eingezogen wird. www.gesundheitsfoerderung.ch

Weitere Informationen auf der BAG-Webseite:

<https://www.bag.admin.ch/bag/de/home/themen/mensch-gesundheit/nichtuebertragbare-krankheiten/praevention-in-der-gesundheitsversorgung/finanzierung-projekte-pgv.html>

Rezeptsperrung

Swissmedic, Abteilung Betäubungsmittel

Rezeptsperrung

Folgende Rezepte sind gesperrt

Kanton	Block-Nrn.	Rezept-Nrn.
Aargau	234784 D	5869576-5869600
	229305 D	5732609
Basel	233499 D	5837470
Zürich	67709 D	1692718

DER PERSÖNLICHE SAFER-SEX-CHECK AUF LOVELIFE.CH



BEREUE NICHTS

 Schweizerische Eidgenossenschaft
Confédération suisse
Confederazione Svizzera
Confederaziun svizra

 AIDS-HILFE SCHWEIZ
AIDE SUISSE CONTRE LE SIDA
AIUTO AIDS SVIZZERO

SANTÉ SEXUELLE suisse
SEXUELLE GESUNDHEIT Schweiz
SALUTE SESSUALE Svizzera

Eidgenössisches Departement des Innern EDI
Bundesamt für Gesundheit BAG

bundespublikationen.admin.ch 316.562d

BAG Bulletin
BBL, Vertrieb Publikationen
CH-3003 Bern

A-PRIORITY

P.P.

CH-3003 Bern
Post CH AG

BAG-Bulletin

Woche
51/2017