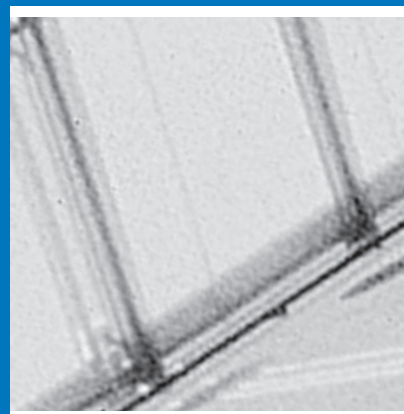


Bulletin 49/14

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 031 323 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
E-Mail: verkauf.zivil@bbl.admin.ch
Telefon 031 325 50 50
Fax 031 325 50 58

ISSN 1420-4266

Inhalt	
Übertragbare Krankheiten	
Meldungen Infektionskrankheiten	844
anresis.ch: Meldungen ausgewählter multiresistenter Mikroorganismen in der Schweiz	846
Sentinella-Statistik	848
Nationales Programm HIV und andere sexuell übertragbare Infektionen (NPHS) 2011–2017:	851
Meldung von Pertussis in Gesundheits- und Betreuungseinrichtungen mit Säuglingen jünger als 6 Monate	853
Öffentliche Gesundheit	
Medienmitteilung: Verschreibung von Ritalin – keine zusätzliche Regulierung erforderlich	854
Betäubungsmittel	
Rezeptsperrung	855

Übertragbare Krankheiten

Meldungen Infektionskrankheiten

Stand am Ende der 47. Woche (25.11.2014)^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 Bestätigte und wahrscheinliche Fälle von klassischer CJD.

Da das diagnostische Prozedere bis zwei Monate betragen kann, wird auf eine detaillierte Darstellung nach Meldewochen verzichtet. Die Zahl der bestätigten und wahrscheinlichen Fälle betrug im Jahre 2012 9 und im Jahre 2013 9.

	Woche 47			Letzte 4 Wochen			Letzte 52 Wochen			Seit Jahresbeginn		
	2014	2013	2012	2014	2013	2012	2014	2013	2012	2014	2013	2012
Respiratorische Übertragung												
Haemophilus influenzae: invasive Erkrankungen	2 1.30		1 0.60	5 0.80	3 0.50	5 0.80	93 1.10	88 1.10	74 0.90	85 1.20	74 1.00	66 0.90
Influenzavirus-Infektion, saisonale Typen und Subtypen ^b	3 1.90		1 0.60	5 0.80	4 0.60	4 0.60	1544 18.90	2877 35.20	1018 12.60	1531 20.70	2830 38.30	1004 13.80
Legionellose	7 4.40	5 3.20	4 2.60	33 5.20	15 2.40	19 3.10	307 3.80	286 3.50	274 3.40	282 3.80	262 3.60	254 3.50
Masern	1 0.60	1 0.60	1 0.60	2 0.30	1 0.20	1 0.20	26 0.30	176 2.20	69 0.80	25 0.30	175 2.40	65 0.90
Meningokokken: invasive Erkrankung	1 0.60	3 1.90		4 0.60	5 0.80	3 0.50	39 0.50	44 0.50	52 0.60	32 0.40	44 0.60	44 0.60
Pneumokokken: invasive Erkrankung	13	15 9.50	19 12.20	49 7.80	38 6.00	59 9.50	812 9.90	928 11.40	884 11.00	710 9.60	821 11.10	764 10.50
Röteln ^c							3 0.04	6 0.07	3 0.04	3 0.04	6 0.08	3 0.04
Röteln, materno-foetal ^d												
Tuberkulose	7 4.40	12 7.60	5 3.20	46 7.30	45 7.20	33 5.30	474 5.80	524 6.40	471 5.80	431 5.80	487 6.60	426 5.80
Faeco-orale Übertragung												
Campylobacteriose	171 108.80	176 111.90	173 111.40	589 93.60	584 92.80	687 110.60	7797 95.40	7488 91.60	8646 107.10	7057 95.50	6770 91.60	7793 106.80
Enterohämorrhagische E. coli-Infektion	2 1.30		3 1.90	12 1.90	4 0.60	6 1.00	114 1.40	81 1.00	55 0.70	107 1.40	75 1.00	52 0.70
Hepatitis A	3 1.90		1 0.60	5 0.80	5 0.80	5 0.80	60 0.70	55 0.70	69 0.80	52 0.70	49 0.70	57 0.80
Listeriose	2 1.30			8 1.30	5 0.80	1 0.20	106 1.30	56 0.70	38 0.50	95 1.30	52 0.70	34 0.50
Salmonellose, S. typhi/paratyphi		2 1.30		1 0.20	3 0.50	2 0.30	23 0.30	24 0.30	24 0.30	21 0.30	21 0.30	23 0.30
Salmonellose, übrige	20 12.70	41 26.10	20 12.90	107 17.00	136 21.60	127 20.40	1235 15.10	1258 15.40	1261 15.60	1143 15.50	1184 16.00	1169 16.00
Shigellose	6 3.80	3 1.90	4 2.60	13 2.10	13 2.10	19 3.10	144 1.80	159 1.90	146 1.80	128 1.70	133 1.80	133 1.80

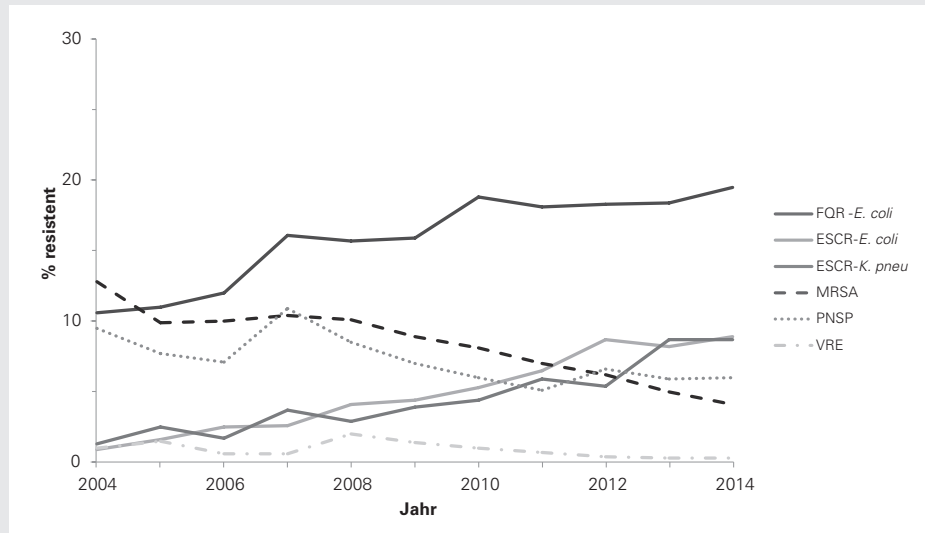
Übertragbare Krankheiten

	Woche 47			Letzte 4 Wochen			Letzte 52 Wochen			Seit Jahresbeginn		
	2014	2013	2012	2014	2013	2012	2014	2013	2012	2014	2013	2012
Durch Blut oder sexuell übertragen												
Aids	2 1.30	38 24.20	2 1.30	4 0.60	40 6.40	7 1.10	89 1.10	123 1.50	103 1.30	79 1.10	115 1.60	90 1.20
Chlamydiose	192 122.10	223 141.80	167 107.50	769 122.30	801 127.40	653 105.10	9646 118.00	8587 105.00	8054 99.70	8816 119.30	7834 106.00	7385 101.20
Gonorrhoe	35 22.30	37 23.50	23 14.80	130 20.70	128 20.40	124 20.00	1547 18.90	1723 21.10	1489 18.40	1420 19.20	1558 21.10	1371 18.80
Hepatitis B, akut		5 3.20	1 0.60	1 0.20	9 1.40	5 0.80	43 0.50	71 0.90	68 0.80	40 0.50	62 0.80	63 0.90
Hepatitis B, total Meldungen	22	30	50	152	127	148	1434	1450	1417	1291	1296	1268
Hepatitis C, akut		2 1.30	1 0.60		5 0.80	7 1.10	54 0.70	49 0.60	59 0.70	44 0.60	41 0.60	52 0.70
Hepatitis C, total Meldungen	36	38	75	188	148	194	1668	1710	1758	1500	1570	1604
HIV-Infektion	20 12.70	14 8.90	46 29.60	53 8.40	57 9.10	67 10.80	531 6.50	634 7.80	578 7.20	503 6.80	567 7.70	517 7.10
Syphilis	19 12.10	14 8.90	30 19.30	88 14.00	85 13.50	83 13.40	1069 13.10	1124 13.80	1043 12.90	968 13.10	1014 13.70	936 12.80
Zoonosen und andere durch Vektoren übertragbare Krankheiten												
Brucellose						1 0.20	2 0.02	4 0.05	3 0.04	2 0.03	4 0.05	3 0.04
Chikungunya-Fieber	9 5.70			14 2.20		1 0.20	79 1.00	5 0.06	2 0.02	79 1.10	5 0.07	1 0.01
Dengue-Fieber	2 1.30	2 1.30	5 3.20	13 2.10	17 2.70	17 2.70	139 1.70	168 2.00	87 1.10	121 1.60	156 2.10	84 1.20
Gelbfieber												
Hantavirus-Infektion							1 0.01		7 0.09	1 0.01		7 0.10
Malaria	5 3.20	3 1.90	2 1.30	25 4.00	11 1.80	13 2.10	299 3.70	161 2.00	151 1.90	285 3.90	146 2.00	132 1.80
Q-Fieber				2 0.30	3 0.50	2 0.30	33 0.40	30 0.40	2 0.02	33 0.40	26 0.40	2 0.03
Trichinellose								2 0.02			1 0.01	
Tularämie			2 1.30	1 0.20	1 0.20	7 1.10	28 0.30	28 0.30	41 0.50	27 0.40	27 0.40	40 0.60
West-Nil-Fieber								1 0.01	1 0.01		1 0.01	1 0.01
Zeckenenzephalitis	2 1.30	1 0.60	2 1.30	8 1.30	10 1.60	8 1.30	120 1.50	197 2.40	98 1.20	113 1.50	196 2.60	93 1.30
Andere Meldungen												
Botulismus						0.01	1 0.01	1	0.01	1 0.01	1	
Creutzfeldt-Jakob-Krankheit*										12		
Tetanus												

anresis.ch: Meldungen ausgewählter multiresistenter Mikroorganismen in der Schweiz

Stand: Abfrage von anresis.ch vom 19.11.2014.

Anteil multiresistenter Mikroorganismen (%) in invasiven Isolaten (n) 2004–2014.



Jahr		2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
FQR-E. coli	%	10.6	11.0	12.0	16.1	15.7	15.9	18.8	18.1	18.3	18.4	19.5
	n	1'353	1'534	2'086	2'287	2'722	3'142	3'392	3'524	3'694	4'092	3'374
ESCR-E. coli	%	0.9	1.6	2.5	2.6	4.1	4.4	5.3	6.5	8.7	8.2	8.9
	n	1'420	1'622	2'167	2'359	2'804	3'258	3'527	3'691	3'693	4'085	3'380
ESCR-K. pneu	%	1.3	2.5	1.7	3.7	2.9	3.9	4.4	5.9	5.4	8.7	8.7
	n	238	278	353	427	484	587	656	656	684	723	601
MRSA	%	12.8	9.9	10.0	10.4	10.1	8.9	8.1	7.0	6.2	5.0	4.1
	n	758	840	1'063	1'120	1'220	1'393	1'413	1'463	1'381	1'471	1'179
PNSP	%	9.5	7.7	7.1	10.9	8.5	7.0	6.0	5.1	6.6	5.9	6.0
	n	421	470	537	677	669	683	536	590	500	561	366
VRE	%	1.0	1.5	0.6	0.6	2.0	1.4	1.0	0.7	0.4	0.3	0.3
	n	191	203	311	335	454	588	611	671	693	756	658

Legende

FQR-E. coli	Fluoroquinolon-resistente <i>Escherichia coli</i>, definiert als <i>E. coli</i> , die gegen Norfloxacin und/oder Ciprofloxacin intermediär empfindlich oder resistent sind.
ESCR-E. coli	Extended-spectrum cephalosporin-resistente <i>Escherichia coli</i>, definiert als <i>E. coli</i> , die gegen mindestens eines der getesteten 3.- oder 4.-Generation-Cephalosporine intermediär empfindlich oder resistent sind. 85–100 % dieser ESCR-E. coli sind in Europa ESBL (Extended-spectrum β -Laktamasen)-Produzenten.
ESCR-K. pneu	Extended-spectrum cephalosporin-resistente <i>Klebsiella pneumoniae</i>, definiert als <i>K. pneumoniae</i> , die gegen mindestens eines der getesteten 3.- oder 4.-Generation-Cephalosporine intermediär empfindlich oder resistent sind. In Europa sind 85–100 % dieser ESCR-K. pneu ESBL-Produzenten.
MRSA	Methicillin-resistente <i>Staphylococcus aureus</i>, definiert als alle <i>S. aureus</i> , die gegen mindestens eines der Antibiotika Cefoxitin, Flucloxacillin, Methicillin, Oxacillin intermediär empfindlich oder resistent sind.
PNSP	Penicillin-resistente <i>Streptococcus pneumoniae</i>, definiert als alle <i>S. pneumoniae</i> , die gegen das Antibiotikum Penicillin intermediär empfindlich oder resistent sind.
VRE	Vancomycin-resistente Enterokokken, die auf das Antibiotikum Vancomycin intermediär empfindlich oder resistent sind. Aufgrund der intrinsischen Vancomycin-Resistenz von <i>E. gallinarum</i> , <i>E. flavescens</i> und <i>E. casseliflavus</i> wurden nur <i>E. faecalis</i> und <i>E. faecium</i> berücksichtigt. Nicht spezifizierte Enterokokken wurden von der Analyse ausgeschlossen.

Kontakt

Bundesamt für Gesundheit
Direktionsbereich Öffentliche Gesundheit
Abteilung Übertragbare Krankheiten
Telefon 031 323 87 06

Weitere Informationen

Weitere Resistenzdaten der wichtigsten Mikroorganismen sind unter www.anresis.ch online verfügbar.

Erläuterung

In der Grafik und Tabelle werden alle zum Zeitpunkt der Abfrage in der Datenbank enthaltenen invasiven Isolate (Blutkulturen und Liquor) berücksichtigt, die gegen die aufgelisteten Substanzen getestet worden sind. Die Resultate aus den meldenden Laboratorien werden in die Datenbank von anresis.ch übernommen und ausgewertet. Die Festlegung der Resistenz der einzelnen Isolate durch die Laboratorien wird von anresis.ch nicht weiter validiert.

Seit 2009 ist die Menge der gelieferten Daten relativ konstant; durch Lieferverzögerungen oder wechselnde Zusammensetzungen der Laboratorien sind jedoch leichte Verzerrungen, vor allem bei aktuelleren Daten, möglich. Die absoluten Zahlen dürfen aufgrund dieser Verzerrungen nur mit Vorsicht interpretiert werden; eine Hochrechnung auf die ganze Schweiz aufgrund dieser Daten ist nicht möglich. Bei Dubletten (gleicher Keim bei gleichem Patienten im gleichen Kalenderjahr) wurde nur das Erstisolat berücksichtigt. Screening-Untersuchungen und Bestätigungsergebnisse aus Referenzlaboratorien wurden ausgeschlossen. Die Resistenzdaten dienen der epidemiologischen Überwachung von spezifischen Resistenzen, sind aber zu wenig differenziert, um als Therapieempfehlung verwendet werden zu können.

Übertragbare Krankheiten

Sentinella-Statistik

Anzahl Meldungen (N) der letzten 4 Wochen bis 21.11.2014 und Inzidenz pro 1000 Konsultationen (N/10³)

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

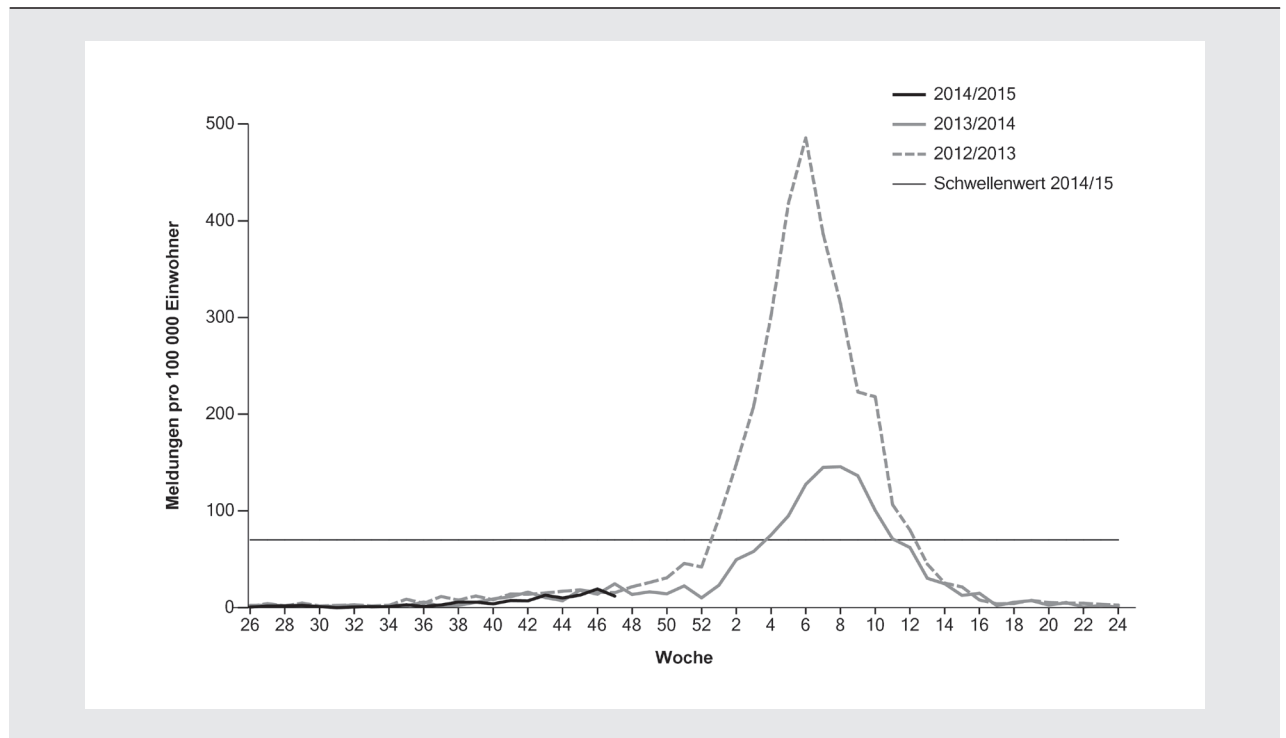
Woche	44		45		46		47		Mittel 4 Wochen	
	N	N/10 ³	N	N/10 ³	N	N/10 ³	N	N/10 ³	N	N/10 ³
Influenzaverdacht	18	1.3	22	1.6	33	2.3	19	1.5	23	1.7
Mumps	1	0.1	0	0	1	0.1	0	0	0.5	0.1
Otitis Media	41	2.9	44	3.1	42	3.0	62	4.7	47.3	3.4
Pneumonie	20	1.4	15	1.1	19	1.3	13	1.0	16.8	1.2
Pertussis	4	0.3	6	0.4	5	0.4	7	0.5	5.5	0.4
Akute Gastroenteritis	48	3.4	61	4.3	56	3.9	65	5.0	57.5	4.2
Meldende Ärzte	154		155		156		138		150.8	

Provisorische Daten

Meldungen von Influenzaverdacht im Sentinella-Meldesystem

Saisonale Grippe

Anzahl wöchentliche Konsultationen aufgrund grippeähnlicher Erkrankungen, hochgerechnet auf 100000 Einwohner



Meldungen von Influenzaverdacht (Stand am 25.11.2014)

Aktivität und Virologie in der Schweiz während der Woche 47/2014

In der Woche 47 meldeten in der Schweiz 138 Ärztinnen und Ärzte des Sentinella-Meldesystems 1,5 Grippeverdachtsfälle auf 1000 Konsultationen. Hochgerechnet entsprach diese Rate einer Inzidenz von

12 grippebedingten Konsultationen pro 100000 Einwohner. Die Inzidenz blieb im Vergleich zur Vorwoche (19 Grippeverdachtsfälle pro 100000 Einwohner) in etwa konstant. Sie liegt unter dem nationalen epidemischen Schwellenwert.¹

Die Inzidenz war in allen Altersklassen niedrig (Tabelle 1).

Die Sentinella-Region «AG, BL, BS, SO» registrierte eine sporadische Grippeaktivität. Die übrigen

Regionen verzeichneten keine Grippeaktivität (Tabelle 1, Kasten). In der Woche 47 wurden am Nationalen Referenzzentrum für Influenza im Rahmen der Sentinella-Überwa-

¹ Der nationale epidemische Schwellenwert wurde aufgrund der Meldungen der letzten 10 Grippesaisons (ohne Pandemie 2009/10) in der Schweiz berechnet und liegt für die Saison 2014/15 bei 70 Grippeverdachtsfällen pro 100000 Einwohner.

chung in keinem der 11 untersuchten Abstriche Influenzaviren nachgewiesen (Tabelle 2).

Aktivität und Virologie in Europa und weltweit während der Woche 46/2014

Gemäss dem WHO Regionalbüro für Europa und dem Europäischen Zentrum für die Prävention und Kontrolle von Krankheiten (ECDC) [1, 2] stuften in der vorhergehenden Woche 45 der 46 meldenden Länder die Intensität der Grippeaktivität als niedrig und ein Land als mittelhoch ein. Von diesen verzeichneten acht Länder einen steigenden Trend der Intensität, die anderen Länder einen konstanten Trend gegenüber der Vorwoche. Zur geografischen Verbreitung der Grippeaktivität berichteten 32 der 46 meldenden Länder (darunter Italien und Österreich) keine und 14 Länder (darunter Deutschland) eine sporadische Grippeaktivität.

Im europäischen Umfeld konnten in 14 der 634 getesteten Sentinel-Proben Influenzaviren nachgewiesen werden. 57 % der nachgewiesenen Viren waren Influenza B und 43 % Influenza A, wobei diese hauptsächlich dem Subtyp A(H3N2) angehörten (Tabelle 2). 93 % der 30 seit Woche 40/2014 antigenisch oder genetisch charakterisierten Influenzaviren wurden durch den diesjährigen Grippeimpfstoff [3] abgedeckt.

Die meisten Staaten der USA [4] verzeichneten in der Woche 46 eine lokale oder sporadische Grippeaktivität von minimaler Intensität. Die Aktivität lag unter dem nationalen Grundniveau. 12 % der nachgewiesenen Viren waren Influenza B und 88 % Influenza A, wobei diese hauptsächlich dem Subtyp A(H3N2) angehörten. In den USA wurden 58 % der 52 seit Woche 40/2014 antigenisch charakterisierten Influenzaviren durch den trivalenten Grippeimpfstoff bzw. 71 % durch den in den USA zugelassenen quadrivalenten Grippeimpfstoff [3] abgedeckt. Bei den 15 getesteten Influenza A(H3N2) Viren, den 2 A(H1N1)pdm09 Viren und den 7 Influenza B Viren traten keine Resistenzen gegen Oseltamivir und Zanamivir auf. In der gemässigten Zone der Südhemisphäre zirkulierten während der Grippezeit 2014 verschiedene Influenza-Subtypen gleichzeitig. In Südafrika und Süd-

Tabelle 1

Altersspezifische und regionale Inzidenzen grippebedingter Konsultationen pro 100 000 Einwohner in der Kalenderwoche 47/2014

Inzidenz	Grippebedingte Konsultationen pro 100 000 Einwohner	Grippeaktivität Klassierung, (Trend)
Inzidenz nach Altersklasse		
0–4 Jahre	8	(–)
5–14 Jahre	0	(–)
15–29 Jahre	25	(–)
30–64 Jahre	15	(–)
≥ 65 Jahre	0	(–)
Inzidenz nach Sentinella-Region		
Region 1 (GE, NE, VD, VS)	12	keine, (–)
Region 2 (BE, FR, JU)	10	keine, (–)
Region 3 (AG, BL, BS, SO)	14	sporadisch, (–)
Region 4 (LU, NW, OW, SZ, UR, ZG)	6	keine, (–)
Region 5 (AI, AR, GL, SG, SH, TG, ZH)	14	keine, (–)
Region 6 (GR, TI)	13	keine, (–)
Schweiz	12	sporadisch, (–)

Tabelle 2

Zirkulierende Influenzaviren in der Schweiz und in Europa

Häufigkeit der isolierten Influenzotypen und -subtypen in der aktuellen Woche und kumulativ ab Woche 40/2014

	Aktuelle Woche	Kumulativ
Schweiz in Woche 47/2014		
Anteil Influenza-positiver Proben (Anzahl untersuchte Proben)	0 % (11)	3 % (75)
B	– %	50 %
A(H3N2)	– %	0 %
A(H1N1)pdm09	– %	0 %
A nicht subtypisiert	– %	50 %
Europa in Woche 46/2014		
Anteil Influenza-positiver Proben (Anzahl untersuchte Proben)	2 % (634)	2 % (3560)
B	57 %	30 %
A(H3N2)	29 %	51 %
A(H1N1)pdm09	7 %	8 %
A nicht subtypisiert	7 %	11 %

amerika dominierten Influenza A(H3N2), in Australien und Neuseeland co-dominierten hingegen Influenza A(H1N1)pdm09 und Influenza A(H3N2) [5]. Die Mehrheit der untersuchten Influenza A(H1N1)pdm09 Viren werden durch den von der WHO für die Nordhemisphäre empfohlenen trivalenten Grippeimpfstoff 2014/15 abgedeckt; die Mehrheit der Influenza A(H3N2) und B Viren haben sich jedoch antigenisch verändert und werden durch den trivalenten Grippeimpfstoff 2014/15 nur bedingt abgedeckt [3, 6]. ■

Kontakt

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

Referenzen

1. World Health Organisation Regional office for Europe, European Centre for Disease Prevention and Control (ECDC). Flu News Europe, www.flunewseurope.org/
2. European Centre for Disease Prevention and Control (ECDC). Seasonal Influenza – Latest surveillance data (Stand am 24.11.2014), ecdc.europa.eu/en/healthtopics/seasonal_influenza/epidemiological_data/Pages/Latest_surveillance_data.aspx
3. World Health Organisation (WHO). Recommended viruses for influenza vaccines for use in the 2014–15

DIE SENTINEL-ÜBERWACHUNG DER INFLUENZA IN DER SCHWEIZ

Die epidemiologische Beurteilung der saisonalen Influenzaaktivität beruht (1) auf wöchentlichen Meldungen von Influenzaverdachtsfällen durch Sentinella-Ärztinnen und -Ärzte, (2) auf Untersuchungen von Nasenrachenabstrichen am Nationalen Referenzzentrum für Influenza (CNRI) in Genf und (3) auf der Meldepflicht von Laborbestätigungen aller Influenzasubtypen. Die Typisierungen durch das CNRI in Zusammenarbeit mit dem Sentinella-Meldesystem erlauben die laufende Überwachung der in der Schweiz zirkulierenden Grippeviren.

KLASSIERUNG DER GRIPPEAKTIVITÄT

Die Klassierung der Grippeaktivität basiert auf (1) dem Anteil der Sentinella-Ärztinnen und -Ärzte, die Grippeverdachtsfälle gemeldet haben und (2) dem Nachweis von Influenzaviren am CNRI:

- **Keine:** Unter 30 % der meldenden Sentinella-Ärztinnen und -Ärzte diagnostizierten Grippeverdachtsfälle. Influenzaviren wurden während der aktuellen und der vorhergehenden Meldewoche keine nachgewiesen.
- **Sporadische:** Unter 30 % der meldenden Sentinella-Ärztinnen und -Ärzte diagnostizierten Grippeverdachtsfälle. Influenzaviren wurden während der aktuellen oder der vorhergehenden Meldewoche nachgewiesen.
- **Verbreitete:** 30–49 % der meldenden Sentinella-Ärztinnen und -Ärzte diagnostizierten Grippeverdachtsfälle. Influenzaviren wurden während der aktuellen oder der vorhergehenden Meldewoche nachgewiesen.
- **Weit verbreitete:** 50 % und mehr der meldenden Sentinella-Ärztinnen und -Ärzte diagnostizierten Grippeverdachtsfälle. Influenzaviren wurden während der aktuellen oder der vorhergehenden Meldewoche nachgewiesen.

Die wertvolle Mitarbeit der Sentinella-Ärztinnen und -Ärzte macht die Grippeüberwachung in der Schweiz erst möglich. Diese ist von grossem Nutzen für alle diagnostizierenden Ärztinnen und Ärzte, wie auch für die Bevölkerung in der Schweiz. Deshalb möchten wir allen Sentinella-Ärztinnen und -Ärzten unseren Dank aussprechen!

northern hemisphere influenza season, www.who.int/influenza/vaccines/virus/recommendations/2014_15_north/en/

4. Centers for Disease Control and Prevention (CDC). FluView, www.cdc.gov/flu/weekly/
5. World Health Organisation (WHO). Influenza update number 221, 2014; 1–8.
6. World Health Organisation (WHO). Recommended composition of influenza virus vaccines for use in the 2015 southern hemisphere influenza season, www.who.int/influenza/vaccines/virus/recommendations/201409_recommendation.pdf

Nationales Programm HIV und andere sexuell übertragbare Infektionen (NPHS) 2011–2017:

MIDTERM-CHECK (MTC)

1. Ausgangslage

Das Nationale Programm HIV und andere sexuell übertragbare Infektionen 2011–2017 basiert auf dem Epidemien-gesetz (SR 818.101). Es ist eine nationale Strategie zur Prävention sowie zur Diagnose und Behandlung von HIV und anderen sexuell übertragbaren Infektionen, wie zum Beispiel, Syphilis, Gonorrhoe, Chlamydien.

Das Programm beruht auf wissenschaftlicher Evidenz und wurde in einem partizipativen Prozess mit verschiedenen Stakeholdern¹ erarbeitet. Das Bundesamt für Gesundheit (BAG) hat die Federführung bei der Steuerung und beim Management des Programms, arbeitet jedoch eng mit anderen Bundesstellen, mit kantonalen Behörden und Dachorganisationen von NGOs zusammen.

Das NPHS 2011–2017 hat vier Oberziele:

1. Die Menschen in der Schweiz sind aufgeklärt und fähig, ihre Rechte im Bereich der Sexualität wahrzunehmen.
2. Das Übertragungsrisiko von HIV und anderen sexuell übertragbaren Infektionen sinkt.
3. HIV und andere STI werden in einem frühen Stadium erkannt und richtig behandelt.
4. Die HIV- und STI-Arbeit wirkt nachhaltig, weil sie auf die Partizipation der Zielgruppen setzt, auf wissenschaftlicher Evidenz beruht und von der Bevölkerung getragen wird.

Zur Halbzeit (Ende Juni 2014) der Umsetzung des NPHS 2011–2017 hat das BAG einen Midterm-Check (MTC) durchgeführt. Die Ergebnisse dienen dazu, die Umsetzung des Programms in der zweiten Hälfte der Laufzeit zu steuern und die Zeit nach 2017 zu planen.

2. Fragestellung und Methodik

Der MTC beantwortet folgende Fragen:

1. Wie beurteilen zentrale Akteure den Stand und die Qualität der bisherigen Umsetzung und den Zielerreichungsgrad des NPHS?
2. Wie schätzen die Akteure die «Lebensdauer» des NPHS ein? Kann und soll es verlängert werden?

3. Wie beurteilen die Akteure die Notwendigkeit eines Nachfolgeprogramms HIV&STI und/oder die Machbarkeit und Sinnhaftigkeit der Integration von HIV&STI in ein Sexual Health Programm für die Schweiz?

Der MTC beinhaltet zwei Teilprojekte (TP) und eine Synthese:

- Im TP1 nutzten das BAG und die operativen Stakeholder ein Programm-Tool der EU Initiative «Quality Action». Die am TP1 teilnehmenden Personen bereiteten in ihren Organisationen und in Schreibtischarbeit einen Workshop vor. Dieser fand vom 2. bis 4. Juli 2014 in Montezillon im Kanton Neuenburg mit 23 Vertretern der Stakeholder und zwei begleitenden Experten der EU statt.
- Im TP2 führte eine externe Firma semistrukturierte Interviews durch. Insgesamt 42 Expertinnen und Experten wurden in Einzel- und Gruppeninterviews befragt.
- In einem Syntheseworkshop wurden die Ergebnisse der beiden TP gesichtet, diskutiert und als Synthesebericht an die Eidgenössische Kommission für Sexuelle Gesundheit (EKSG) und an das BAG formuliert.

3. Resultate

Vision, Oberziele, Modell der drei Interventionsachsen und die Ziele in den Interventionsachsen sind akzeptiert und wurden als «gut» bewertet. Die Befragten erkannten keinen Bedarf für Anpassungen am Dokument NPHS. Die Strategie des NPHS stimme nach wie vor. Das Programm wurde als «sehr anspruchsvoll» beurteilt, was hohe Anforderungen an die Leitung und Governance stelle, welche vom BAG erwartet wird.

Die Befragten beurteilten den Zielerreichungsgrad als «befriedigend». Dabei machten sie darauf aufmerksam, dass verschiedene Ziele Daueraufgaben seien, welche nicht auf ein bestimmtes Datum hin erreicht werden können. Die Umsetzung des Programms erachteten sie gesamthaft als «gut gelungen, aber noch stark verbesserungswürdig».

Verbesserungspotenzial sahen sie zum Beispiel bei der Koordination zwischen den Akteuren oder bei

der Prävention bei Migrantinnen und Migranten.

Die meisten Befragten der beiden TP befürworteten eine Verlängerung des Programms bis Ende 2019. Für die weitere Umsetzung seien für die nächsten Jahre aber Präzisierungen, Differenzierungen und Priorisierungen notwendig. Ebenso gelte es zu prüfen, ob mit der Inkraftsetzung des neuen Epidemien-gesetzes (voraussichtlich Anfang 2016) und der zugehörigen Verordnungen gewisse Massnahmen (z. B. Datenaufbereitung, Koordination) erleichtert werden.

Generell wird erwartet, dass ab 2020 ein neues Programm zur Umsetzung verfügbar ist. Darin sollten das bisher Erreichte gestärkt und neue Aspekte besser integriert werden. Die Befragten waren sich jedoch nicht einig, ob es sich beim Nachfolgeprogramm des NPHS wieder um ein auf HIV- und STI-Prävention fokussiertes oder um ein breiter gefassteres Sexual Health-Programm handeln soll.

4. Schlussfolgerungen des MTC und weiteres Vorgehen

1. *Das NPHS ist von guter Qualität und kann bis 2019 verlängert werden.*

Auf der Basis der Ergebnisse wird das BAG dem Bundesrat vor 2017 einen Antrag auf Verlängerung des Programms unterbreiten.

2. *Sexual Health- oder HIV&STI-Programm für 2020+? – «Unbedingt» versus «sicher nicht»!*

Es ist noch nicht entschieden, ob ein HIV/STI-Programm oder ein Sexual Health-Programm für die Zeit ab 2020 erarbeitet werden soll. Das BAG ist nicht für alle Themenfelder von Sexual Health zuständig. Deshalb benötigt es einen politischen Auftrag für die Erarbeitung eines solchen Programms. Dieser Auftrag muss auf einem Konsens der Akteure im Feld und in der EKSG beruhen. Ein allfälliges weiteres HIV/STI-Programm würde eine ausreichende gesetzliche Grundlage im Epidemien-gesetz finden.

3. *Für die zweite Hälfte der Umsetzung des NPHS haben sich eine Reihe von Empfehlungen und Hinweise ergeben, die von der*

EKSG priorisiert und von BAG und Stakeholdern umgesetzt werden sollen.

Die Hinweise und Empfehlungen aus dem MTC betreffen folgende Themen:

- Leadership und Governance
- Reputation
- Evidenz
- Umsetzung und Prioritäten-
setzung
- Zukünftige Herausforderungen
- Monitoring, Evaluation und
Qualitätssicherung
- Finanzielle Aspekte
- Aktionsplan Migration

Das BAG hat die EKSG eingeladen, die Themen und Empfehlungen zu priorisieren. Darauf basierend wird die Programmumsetzung für die zweite Hälfte der Laufzeit angepasst und gesteuert. Dieser Prozess ist im Gang und soll bis Frühling 2015 abgeschlossen sein.

4. Publikation

Der Synthesebericht zum MTC ist in Deutsch, Französisch und Englisch auf der Website des BAG verfügbar:

Link d: www.bag.admin.ch/evaluation/01759/02062/15106/index.html?lang=de

Link f: www.bag.admin.ch/evaluation/01759/02062/15106/index.html?lang=fr

Link e: www.bag.admin.ch/evaluation/01759/02062/15106/index.html?lang=en

Die beiden Berichte über die Teilprojekte und der Projektbescrieb liegen auf Deutsch vor. Sie befinden sich im Anhang des Syntheseberichts. ■

Kontakt

Bundesamt für Gesundheit
Abteilung Übertragbare Krankheiten
Dr. med. Daniel Koch, MPH
Leiter der Begleitgruppe des Projekts
Midterm-Check NPHS
Tel. Sekretariat 058 463 87 06

Fussnoten

- ¹ Bund, Kantone, Non-Profit-Organisationen, Forschungsinstitutionen und internationale Organisationen (NPHS 2010: 127)

Meldung von Pertussis in Gesundheits- und Betreuungseinrichtungen mit Säuglingen jünger als 6 Monate

Komplikationen bei Pertussis betreffen besonders Säuglinge. Massnahmen zum Schutz der öffentlichen Gesundheit sind empfohlen, wenn Säuglinge unter sechs Monaten einem Expositionsrisiko in einer Gesundheits- oder Betreuungseinrichtung ausgesetzt sind. Für eine zeitnahe Umsetzung und Koordination der Massnahmen ist es notwendig, dass der Kantonsarzt bzw. die Kantonsärztin rechtzeitig informiert wird. Die Ärztinnen und Ärzte sollen dafür das Meldeformular «Häufung von Beobachtungen oder besonderes Ereignis» benutzen.

Seit März 2013 empfiehlt das Bundesamt für Gesundheit Massnahmen zur Prävention und Kontrolle von Pertussis-Ausbrüchen in Gesundheitseinrichtungen und Betreuungseinrichtungen mit Säuglingen, die jünger als sechs Monate sind [1]. Letztere stellen die Gruppe mit dem höchsten Komplikations-, Hospitalisierungs- und Mortalitätsrisiko dar. Die publizierten Empfehlungen sollen das Expositions- und Erkrankungsrisiko der Säuglinge reduzieren.

Zu den empfohlenen Massnahmen gehören insbesondere:

- a. die Isolation bzw. der Ausschluss der an Pertussis erkrankten Personen von der Gesundheits-/Betreuungseinrichtung; dies bis zum Ende der infektiösen Phase;
- b. eine Umgebungsabklärung ab einem bestätigtem Fall, um gegebenenfalls eine postexpositionelle Chemoprophylaxe unabhängig vom Impfstatus bei exponierten Säuglingen <6 Monate und exponierten Familienmitgliedern von Säuglingen <6 Monate durchzuführen. Des Weiteren wird exponiertem Gesundheits- und Betreuungspersonal ohne anzunehmende Immunität eine postexpositionelle Chemoprophylaxe empfohlen, falls beruflich Kontakt zu Säuglingen <6 Monate besteht.

Für die Umsetzung dieser Massnahmen wird daher empfohlen, dass sich die behandelnden Ärzte um eine Laborbestätigung von allen klinischen Pertussis-Verdachtsfällen bemühen, welche in den oben genannten Einrichtungen auftreten.

In Gesundheitseinrichtungen sind in erster Linie die Stellen für Infektionsprävention und -kontrolle für die Um-

setzung zuständig. Der Kantonsarzt bzw. die Kantonsärztin spielt ebenfalls eine Schlüsselrolle, vor allem bei Fällen in Kinderbetreuungseinrichtungen. Hier liegt es in der Zuständigkeit des kantonsärztlichen Dienstes, allfällige Umgebungsuntersuchungen durchzuführen und temporäre Ausschlüsse zu verfügen. Zusätzlich sind die Massnahmen zu koordinieren, die Information des Personals und der Eltern zu unterstützen, über Ausbrüche im grösserem Rahmen zu informieren und die Gelegenheit zum Schliessen von Impflücken zu nutzen. Daher ist es notwendig, dass der kantonsärztliche Dienst rasch informiert wird.

Gleichwohl gehört Pertussis nicht zu den meldepflichtigen Krankheiten. Sie wird lediglich über das Sentinella-System [2] und durch die Swiss Paediatric Surveillance Unit (SPSU) [3] überwacht, um die Inzidenz zu verfolgen und die Krankheitslast abzuschätzen. Diese beiden Überwachungssysteme erlauben jedoch keine Meldung von Fällen, welche einer frühzeitigen Intervention bedürfen. Gründe dafür sind die niedrige Abdeckung, der Meldeverzögerung und der Prozess ohne Einbezug der Kantonsärzte.

Jedoch sind laut Artikel 27 des Epidemiengesetzes aus dem Jahre 1970, präzisiert im Anhang 2 der Verordnung des EDI über Arzt- und Labormeldungen, Häufungen von Beobachtungen oder besondere Ereignisse innerhalb eines Tages an den Kantonsarzt bzw. die Kantonsärztin zu melden. Darüber hinaus gilt gemäss Artikel 28, dass Ärzte dazu verpflichtet sind, alles zu unternehmen, um die Ausbreitung von Infektionskrankheiten zu verhindern und den Kantonsarzt wenn notwendig zu informieren.

Daher sollen die behandelnden Ärzte innerhalb eines Tages dem Kantonsarzt bzw. der Kantonsärztin

- **einzelne bestätigte Pertussis-Fälle** und
- **Ausbrüche von Pertussis melden,**

welche in Gesundheits- und Betreuungseinrichtungen auftreten und Säuglinge unter sechs Monate direkt oder indirekt einem Expositionsrisiko aussetzen. Ein Ausbruch liegt vor, wenn zwei oder mehr labor- oder epidemiologisch bestätigte Fälle auftreten, welche räumlich und zeitlich miteinander in Verbindung stehen.

Hierfür soll das Meldeformular «Häufung von Beobachtungen oder besonderes Ereignis» genutzt werden (www.bag-anw.admin.ch/infreporting/forms/d//haefung_d.pdf). Alternativ kann der Kantonsarzt bzw. die Kantonsärztin auch telefonisch informiert werden. Die pädiatrischen Kliniken als Mitglieder der SPSU sind ebenfalls dazu aufgefordert, solche Pertussis-Fälle innerhalb eines Tages dem Kantonsarzt/der Kantonsärztin zu melden. Dies geschieht zusätzlich zu der detaillierteren Meldung innerhalb des SPSU-Netzwerkes, die in der Regel zu einem späteren Zeitpunkt erfolgt. Weiter wird der Leitung von Betreuungseinrichtungen mit Säuglingen jünger als sechs Monate empfohlen, den Kantonsarzt bzw. die Kantonsärztin zu informieren, sobald sie Kenntnis von einer bestätigten Pertussiserkrankung hat. ■

Kontakt

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

Literatur

1. Bundesamt für Gesundheit. Massnahmen zur Verhinderung und Bekämpfung von Pertussis-Ausbrüchen in Gesundheits- und Kinderbetreuungseinrichtungen zum Schutz von Säuglingen jünger als 6 Monate. BAG Bull 2013; Nr. 13: 188–92.
2. Bundesamt für Gesundheit. Pertussis – Sentinella Meldungen von Juni 1991 bis August 2014. BAG Bull 2014; Nr. 41: 658–60.
3. Heininger U, Weibel D, Richard J-L. Prospective Nationwide Surveillance of Hospitalizations due to Pertussis in Children, 2006–2010. *Pediatric Infectious Disease Journal* 2014 Feb;33(2):147–51.

Medienmitteilung: Verschreibung von Ritalin – keine zusätzliche Regulierung erforderlich

Der Bundesrat stellt bei der medizinischen Behandlung von Kindern und Jugendlichen mit Ritalin oder anderen methylphenidathaltigen Arzneimitteln keinen Missbrauch fest. In einem Bericht, den er zur Beantwortung mehrerer Postulate verabschiedet hat, ist er jedoch der Ansicht, dass die Entwicklung der Anzahl Verschreibungen solcher Arzneimittel weiter beobachtet werden muss.

Der Bundesrat kommt zum Schluss, dass Kinder und Jugendliche mit Aufmerksamkeitsdefizitsyndrom (ADHS) in der Schweiz eine angemessene medizinische Betreuung erhalten. Gemäss den verfügbaren Daten werden einem Viertel der Kinder und Jugendlichen mit ADHS methylphenidathaltige Arzneimittel verschrieben. Das entspricht den Behandlungsempfehlungen, nach denen eine medikamentöse Behandlung nur bei einem Teil der Patientinnen und Patienten angezeigt ist. Zudem geben die 2012 von Swissmedic angepassten Fachinformationen für Ärztinnen und Ärzte den Rahmen der Behandlung vor.

Der Bundesrat hat das Bundesamt für Gesundheit (BAG) beauftragt, die Entwicklung der Anzahl Verschreibungen methylphenidathaltiger Arzneimittel weiter zu beobachten. Ausserdem sollen Massnahmen zur Verbesserung der Behandlungsqualität geprüft werden.

Leistungssteigernde Arzneimittel

Der Bericht befasst sich zudem mit der Anwendung von leistungssteigernden Arzneimitteln, auch Neuroenhancer genannt. Die derzeit verfügbaren Daten deuten nicht auf eine starke Zunahme des problematischen Konsums oder eine wachsende Anzahl Personen mit negativen gesundheitlichen Folgeerscheinungen aufgrund dieses Konsums hin. Der Bundesrat schliesst daraus, dass eine stärkere Reglementierung dieses Bereichs, der bereits dem Heilmittelgesetz und dem Betäubungsmittelgesetz unterliegt, derzeit nicht notwendig ist. Ungefähr 4 % der Erwerbstätigen oder der sich in Ausbildung befindlichen Personen in der Schweiz haben schon einmal ohne medizinische Indikation verschrei-

bungspflichtige Arzneimittel zur Stimmungsaufhellung oder zur kognitiven Leistungssteigerung eingenommen.

Der Bundesrat möchte jedoch die Trends bei der Nutzung und Verschreibung von Neuroenhancern weiter verfolgen. Diese Daten sollen weiterhin im Rahmen des Suchtmonitorings Schweiz erhoben und regelmässig veröffentlicht werden. Zudem sollen Prävention, Risikoverminderung und Behandlung eines problematischen Konsums von leistungssteigernden Arzneimitteln in die Entwicklung der Nationalen Strategie Sucht Eingang finden, wobei ein besonderes Augenmerk auf Jugendliche und junge Erwachsene zu legen ist. ■

Bern, 19.11.2014

Für Rückfragen

Bundesamt für Gesundheit
Pressedienst
Telefon 058 462 95 05
media@bag.admin.ch

Herausgeber

Eidgenössisches Departement
des Innern EDI

Bericht des Bundesrates zu den leistungssteigernden Arzneimitteln

www.bag.admin.ch > Themen > Alkohol, Tabak, Drogen > Drogen > Substanzen > Leistungssteigernde Arzneimittel

Betäubungsmittel

Rezeptsperrung

Folgende Rezepte sind gesperrt

Kanton	Block-Nrn.	Rezept-Nrn.
Freiburg	146552D	3663776-3663800
Solothurn	179354	4483826-4483850

Swissmedic
Abteilung Betäubungsmittel

P.P.A
CH-3003 Bern
Post CH AG

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

Bulletin 49/14