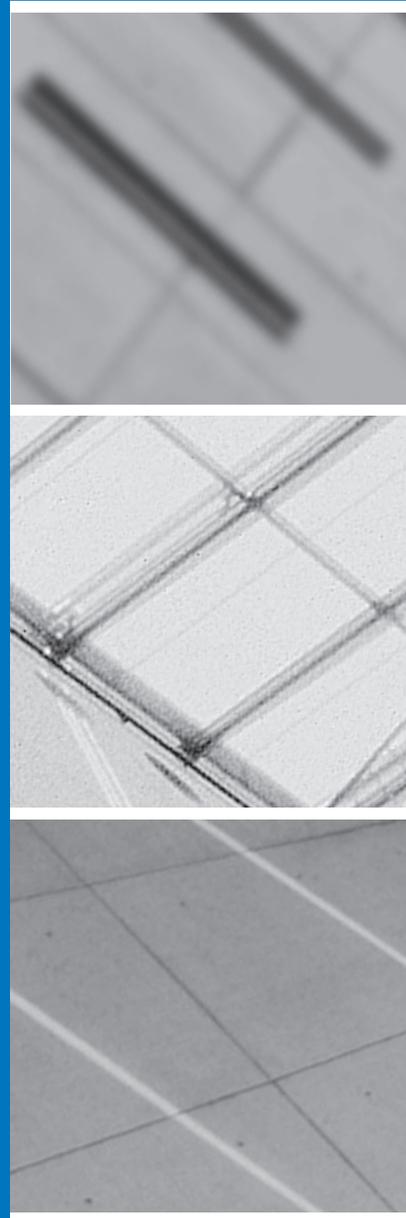


Bulletin 49/15

Bundesamt für Gesundheit



Schweizerische Eidgenossenschaft
Confédération suisse
Confederazione Svizzera
Confederaziun svizra

Eidgenössisches Departement des Innern EDI
Bundesamt für Gesundheit BAG

Herausgeber

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

Redaktion

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

Druck

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

Abonnemente, Adressänderungen

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

ISSN 1420-4266

Inhalt	
Übertragbare Krankheiten	
Meldungen Infektionskrankheiten	900
Sentinella-Statistik	902
Antibiotika in der Schweiz: erster gemeinsamer Bericht zum Human- und Tierbereich.	905
HIV im Jahr 2015: Trends bis Ende September	906
Öffentliche Gesundheit	
Bestellschein Plakate SmokeFree 2015	910
Tabakproduktegesetz: Jugendliche besser vor den Gefahren des Tabaks schützen	911
Der Bundesrat verabschiedet die Nationale Strategie Sucht	912
Betäubungsmittel	
Rezeptsperrung	913
Kommunikationskampagnen	
SmokeFree	915

Übertragbare Krankheiten

Meldungen Infektionskrankheiten

Stand am Ende der 47. Woche (24.11.2015)^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 Eingeschlossen sind Fälle von Haut- und Rachendiphtherie, aktuell gibt es ausschliesslich Fälle von Hautdiphtherie.

	Woche 47			Letzte 4 Wochen			Letzte 52 Wochen			Seit Jahresbeginn		
	2015	2014	2013	2015	2014	2013	2015	2014	2013	2015	2014	2013
Respiratorische Übertragung												
Haemophilus influenzae: invasive Erkrankung	4 2.50	3 1.90		8 1.30	6 0.90	3 0.50	111 1.30	95 1.20	88 1.10	98 1.30	87 1.20	74 1.00
Influenzavirus-Infektion, saisonale Typen und Subtypen ^b	7 4.40	3 1.90		14 2.20	5 0.80	4 0.60	5809 70.20	1543 18.60	2877 35.20	5760 77.00	1530 20.50	2830 38.30
Legionellose	5 3.10	7 4.40	5 3.20	28 4.40	30 4.70	15 2.40	371 4.50	303 3.70	286 3.50	355 4.80	278 3.70	262 3.60
Masern			1 0.60	1 0.20		1 0.20	37 0.40	23 0.30	176 2.20	37 0.50	22 0.30	175 2.40
Meningokokken: invasive Erkrankung	1 0.60	1 0.60	3 1.90	2 0.30	4 0.60	5 0.80	42 0.50	39 0.50	44 0.50	37 0.50	32 0.40	44 0.60
Pneumokokken: invasive Erkrankung	19 11.90	16 10.00	15 9.50	70 11.00	51 8.00	38 6.00	845 10.20	813 9.80	929 11.40	764 10.20	711 9.50	822 11.10
Röteln ^c							4 0.05	3 0.04	6 0.07	4 0.05	3 0.04	6 0.08
Röteln, materno-foetal ^d												
Tuberkulose	3 1.90	7 4.40	12 7.60	35 5.50	51 8.00	45 7.20	525 6.30	480 5.80	524 6.40	489 6.50	437 5.80	487 6.60
Faeco-orale Übertragung												
Campylobacteriose	91 57.20	147 92.40	176 111.90	474 74.50	564 88.60	584 92.80	6684 80.80	7753 93.70	7488 91.60	6050 80.90	7013 93.80	6770 91.60
Enterohämorrhagische E. coli-Infektion	11 6.90	2 1.30		30 4.70	10 1.60	4 0.60	292 3.50	111 1.30	81 1.00	271 3.60	104 1.40	75 1.00
Hepatitis A	2 1.30	3 1.90		3 0.50	5 0.80	5 0.80	45 0.50	59 0.70	55 0.70	39 0.50	51 0.70	49 0.70
Listeriose		2 1.30		3 0.50	8 1.30	5 0.80	53 0.60	106 1.30	56 0.70	48 0.60	95 1.30	52 0.70
Salmonellose, S. typhi/paratyphi			2 1.30	3 0.50	1 0.20	3 0.50	17 0.20	23 0.30	24 0.30	15 0.20	21 0.30	21 0.30
Salmonellose, übrige	16 10.00	20 12.60	41 26.10	144 22.60	107 16.80	136 21.60	1355 16.40	1235 14.90	1256 15.40	1262 16.90	1143 15.30	1182 16.00
Shigellose	3 1.90	6 3.80	3 1.90	28 4.40	13 2.00	13 2.10	177 2.10	144 1.70	159 1.90	161 2.20	128 1.70	133 1.80

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

Übertragbare Krankheiten

	Woche 47			Letzte 4 Wochen			Letzte 52 Wochen			Seit Jahresbeginn		
	2015	2014	2013	2015	2014	2013	2015	2014	2013	2015	2014	2013
Durch Blut oder sexuell übertragen												
Aids		2 1.30	39 24.80	3 0.50	5 0.80	41 6.50	83 1.00	90 1.10	124 1.50	74 1.00	80 1.10	116 1.60
Chlamydiose	218 137.00	173 108.70	223 141.80	828 130.10	748 117.50	798 126.90	10003 120.90	9620 116.30	8581 105.00	9100 121.70	8790 117.50	7828 105.90
Gonorrhoe	40 25.10	37 23.20	37 23.50	179 28.10	134 21.00	129 20.50	1882 22.70	1586 19.20	1729 21.20	1753 23.40	1458 19.50	1564 21.20
Hepatitis B, akut			5 3.20		3 0.50	9 1.40	30 0.40	48 0.60	72 0.90	27 0.40	45 0.60	63 0.80
Hepatitis B, total Meldungen	45	24	30	120	149	126	1319	1432	1447	1213	1289	1295
Hepatitis C, akut			2 1.30		5 0.80	5 0.80	43 0.50	61 0.70	48 0.60	40 0.50	51 0.70	40 0.50
Hepatitis C, total Meldungen	42	36	38	117	181	148	1478	1655	1707	1301	1487	1567
HIV-Infektion		18 11.30	14 8.90	32 5.00	51 8.00	57 9.10	559 6.80	523 6.30	634 7.80	527 7.00	496 6.60	564 7.60
Syphilis	20 12.60	20 12.60	14 8.90	92 14.40	87 13.70	85 13.50	1074 13.00	1060 12.80	1123 13.70	972 13.00	961 12.80	1013 13.70
Zoonosen und andere durch Vektoren übertragbare Krankheiten												
Brucellose							2 0.02	2 0.02	4 0.05	1 0.01	2 0.03	4 0.05
Chikungunya-Fieber		9 5.70			14 2.20		45 0.50	79 1.00	5 0.06	38 0.50	79 1.10	5 0.07
Dengue-Fieber	5 3.10	2 1.30	2 1.30	15 2.40	13 2.00	17 2.70	177 2.10	138 1.70	168 2.00	169 2.30	120 1.60	156 2.10
Gelbfieber												
Hantavirus-Infektion							2 0.02	1 0.01		2 0.03	1 0.01	
Malaria	11 6.90	5 3.10	3 1.90	49 7.70	23 3.60	11 1.80	407 4.90	297 3.60	161 2.00	387 5.20	283 3.80	146 2.00
Q-Fieber	1 0.60			1 0.20	2 0.30	3 0.50	39 0.50	35 0.40	30 0.40	34 0.40	35 0.50	26 0.40
Trichinellose							2 0.02		2 0.02	2 0.03		1 0.01
Tularämie		1 0.60		2 0.30	2 0.30	1 0.20	43 0.50	32 0.40	28 0.30	36 0.50	31 0.40	27 0.40
West-Nil-Fieber									1 0.01			1 0.01
Zeckenzephalitis	1 0.60	1 0.60	1 0.60	11 1.70	6 0.90	10 1.60	114 1.40	117 1.40	197 2.40	111 1.50	110 1.50	196 2.60
Andere Meldungen												
Botulismus							1 0.01	1 0.01	1 0.01	1 0.01	1 0.01	1 0.01
Creutzfeldt-Jakob-Krankheit			2 1.30	1 0.20	2 0.30	4 0.60	17 0.20	17 0.20	20 0.20	16 0.20	15 0.20	19 0.30
Diphtherie ^a							9 0.10	1 0.01	1 0.01	9 0.10	1 0.01	1 0.01
Tetanus							1 0.01			1 0.01		

Übertragbare Krankheiten

Sentinella-Statistik

Anzahl Meldungen (N) der letzten 4 Wochen bis 20.11.2015 und Inzidenz pro 1000 Konsultationen (N/10³)
Freiwillige Erhebung bei Hausärztinnen und Hausärzten (Allgemeinpraktiker, Internisten und Pädiater)

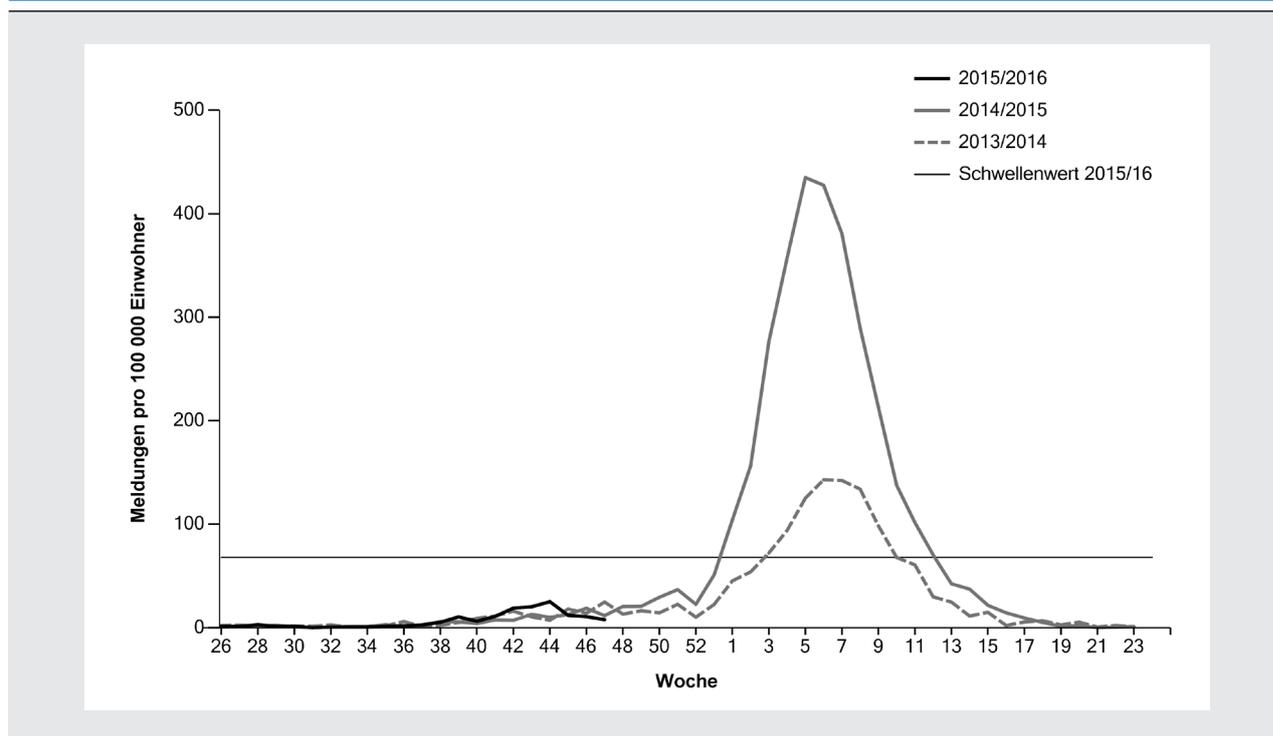
Woche	44		45		46		47		Mittel 4 Wochen	
	N	N/10 ³	N	N/10 ³						
Thema										
Influenzaverdacht	41	3.2	21	1.6	17	1.3	10	0.9	22.3	1.8
Mumps	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Otitis Media	38	2.9	43	3.2	44	3.4	41	3.9	41.5	3.3
Pneumonie	10	0.8	13	1.0	3	0.2	9	0.9	8.8	0.7
Pertussis	3	0.2	3	0.2	0	0	3	0.3	2.3	0.2
Zeckenstiche	3	0.2	2	0.1	2	0.2	2	0.2	2.3	0.2
Lyme Borreliose	4	0.3	1	0.1	3	0.2	0	0	2	0.2
Impfung gegen Pertussis (>=16-Jährige)	27	2.1	25	1.9	21	1.6	33	3.1	26.5	2.2
Nachholimpfung gegen Masern (>24-Monatige)	10	0.8	13	1.0	20	1.6	11	1.0	13.5	1.1
Meldende Ärzte	143		151		144		124		140.5	

Provisorische Daten

Meldungen von Influenzaverdacht im Sentinella-Meldesystem

Saisonale Grippe

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



Meldungen von Influenza-verdacht (Stand am 24.11.2015)

Aktivität und Virologie in der Schweiz während der Woche 47/2015

In der Woche 47 meldeten in der Schweiz 124 Ärztinnen und Ärzte des Sentinella-Meldesystems 0,9 Grippeverdachtsfälle auf 1000 Konsultationen. Hochgerechnet ent-

sprach diese Rate einer Inzidenz von 8 grippebedingten Konsultationen pro 100 000 Einwohner. Sie liegt damit unter dem nationalen epidemischen Schwellenwert¹. Die Inzidenz war in allen Altersklassen niedrig (Tabelle 1).

Die Sentinella-Region «AI, AR, GL, SG, SH, TG, ZH» registrierte eine sporadische Grippeaktivität. Die übrigen Regionen verzeichneten keine

Grippeaktivität (Tabelle 1, Kasten). In der Woche 47 wurden am Nationalen Zentrum für Influenza im Rahmen der Sentinella-Überwachung in

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 2015/16 bei 68 Grippeverdachtsfällen pro 100 000 Einwohner.

keinem der sieben untersuchten Abstriche Influenzaviren nachgewiesen (Tabelle 2).

Aktivität und Virologie in Europa und weltweit während der Woche 46/2015

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 alle 40 meldenden Länder die Intensität der Grippeaktivität als niedrig ein. Zur geografischen Verbreitung der Grippeaktivität berichteten 27 Länder keine, 12 Länder (darunter Deutschland und Frankreich) eine sporadische und ein Land eine lokale Grippeaktivität. In Europa konnten in 13 der 634 getesteten Sentinel-Proben Influenzaviren nachgewiesen werden (Tabelle 2).

Die meisten Staaten der USA [3] verzeichneten in der Woche 46 eine sporadische Grippeaktivität von niedriger Intensität. 43 % der nachgewiesenen Viren waren Influenza B und 57 % Influenza A, wobei diese hauptsächlich dem Subtyp A(H3N2) angehörten. Bei den 13 getesteten Influenza A(H3N2) Viren traten keine Resistenzen gegen Oseltamivir und Zanamivir auf.

In der gemässigten Zone der Südhemisphäre zirkulierten während der Grippezeit 2015 verschiedene Influenza-Subtypen gleichzeitig. In Südamerika co-dominierten Influenza A(H1N1)pdm09 und Influenza A(H3N2) [4]. In Südafrika dominierten Influenza A Viren am Anfang der kalten Jahreszeit, gegen Ende hingegen Influenza B Viren. In Australien und Neuseeland co-dominierten Influenza B und Influenza A(H3N2). Die Mehrheit der in der Südhemisphäre untersuchten Influenza A(H1N1)pdm09 und Influenza B Viren werden durch den von der WHO für die Nordhemisphäre empfohlenen trivalenten Grippeimpfstoff 2015/16 abgedeckt; ein Teil der Influenza A(H3N2) Viren, die in der Südhemisphäre zirkulierten, weisen gegenüber dem Stamm, der im aktuell für die Nordhemisphäre empfohlenen trivalenten Grippeimpfstoff 2015/16 verwendet wird, veränderte antigenische Charakteristika auf [5, 6]. ■

Tabelle 1

Altersspezifische und regionale Inzidenzen grippebedingter Konsultationen pro 100 000 Einwohner in der Kalenderwoche 47/2015

Inzidenz	Grippebedingte Konsultationen pro 100 000 Einwohner	Grippeaktivität Klassierung, (Trend)
Inzidenz nach Altersklasse		
0–4 Jahre	12	(–)
5–14 Jahre	0	(–)
15–29 Jahre	17	(–)
30–64 Jahre	8	(–)
≥ 65 Jahre	0	(–)
Inzidenz nach Sentinella-Region		
Region 1 (GE, NE, VD, VS)	0	keine, (–)
Region 2 (BE, FR, JU)	4	keine, (–)
Region 3 (AG, BL, BS, SO)	9	keine, (–)
Region 4 (LU, NW, OW, SZ, UR, ZG)	0	keine, (–)
Region 5 (AI, AR, GL, SG, SH, TG, ZH)	9	sporadisch, (–)
Region 6 (GR, TI)	25	keine, (–)
Schweiz	8	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 40/2015

	Aktuelle Woche	Kumulativ
Schweiz in Woche 47/2015		
Anteil Influenza-positiver Proben (Anzahl untersuchte Proben)	0 % (7)	1 % (71)
B	– %	0 %
A(H3N2)	– %	0 %
A(H1N1)pdm09	– %	0 %
A nicht subtypisiert	– %	100 %
Europa in Woche 46/2015		
Anteil Influenza-positiver Proben (Anzahl untersuchte Proben)	2 % (634)	1 % (3578)
B	23 %	38 %
A(H3N2)	15 %	17 %
A(H1N1)pdm09	62 %	35 %
A nicht subtypisiert	0 %	10 %

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 (accessed on 24.11.2015), ecdc.europa.eu/en/healthtopics/seasonal_influenza/epidemiological_data/Pages/Latest_surveillance_data.aspx
3. Centers for Disease Control and Prevention (CDC). FluView, www.cdc.gov/flu/weekly/

4. World Health Organisation (WHO). Influenza update number 250, 2015; 1-6. www.who.int/influenza/surveillance_monitoring/updates/2015_11_16_surveillance_update_250.pdf?ua=1
5. World Health Organisation (WHO). Recommended composition of influenza virus vaccines for use in the 2015-16 northern hemisphere influenza season, www.who.int/influenza/vaccines/virus/recommendations/2015_16_north/en/
6. World Health Organisation (WHO). Recommended composition of influenza virus vaccines for use in the 2016 southern hemisphere influenza season, www.who.int/influenza/vaccines/virus/recommendations/201509_recommendation.pdf

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!

Antibiotika in der Schweiz: erster gemeinsamer Bericht zum Human- und Tierbereich.

Der «Joint report 2013 ARCH-Vet anresis.ch Usage of Antibiotics and Occurrence of Antibiotic Resistance in Bacteria from Humans and Animals in Switzerland» ist eine Premiere. Zum ersten Mal erscheinen die Schweizer Daten von anresis.ch und ARCH-Vet in einem gemeinsamen Bericht.

Antibiotikaresistenzen sind ein globales Problem und bedrohen die öffentliche Gesundheit weltweit. Damit Antibiotika auch in Zukunft wirksam bleiben, braucht es die Überwachung ihrer Verwendung und Resistenzlage, in der Human- wie in der Veterinärmedizin.

Seit 2004 sammelt anresis.ch Routedaten zur Antibiotikaresistenzlage aus humanmikrobiologischen Laboratorien. Das System überwacht inzwischen auch die Daten zum menschlichen Antibiotikakonsum (Spitäler und ambulanter Bereich). Die Resistenzdaten werden jährlich auf den neusten Stand gebracht und die wichtigsten monatlich im BAG-Bulletin publiziert.

In der Veterinärmedizin führte das Bundesamt für Lebensmittelsicherheit und Veterinärwesen (BLV) 2006 ein System ein, um ein kontinuierliches Antibiotikaresistenzmonitoring bei Nutztieren, Fleisch und Milchprodukten in der Schweiz zu ermöglichen. Zusätzlich trägt es Daten zum Vertrieb von Antibiotika im Veterinärbereich zusammen. Seit 2009 sind diese Daten und die Ergebnisse des Antibiotikaresistenzmonitorings bei Nutztieren jährlich im ARCH-Vet-Bericht veröffentlicht.

Zum ersten Mal werden jetzt die Schweizer Daten 2013 aus dem humanen und veterinären Bereich zusammen in einem Bericht veröffentlicht. Dabei gilt es zu beachten, dass die beiden Überwachungssysteme Unterschiede bezüglich Datensammlung, Interpretation und Berichterstattung aufweisen, was einen direkten Vergleich der Ergebnisse erschwert. Zusammenarbeit und Koordination zwischen den verschiedenen Überwachungsnetzwerken müssen somit verstärkt und verfeinert werden, um die Vergleichbarkeit der Daten zu verbessern und Lücken zu schliessen. Dies ist in der nationalen Strategie Antibiotikaresistenzen (StAR) vorgesehen, die der Bundesrat kürzlich verabschiedet hat.

Der Bericht kann unter www.bag.admin.ch/star oder www.blv.admin.ch/gesundheit_tiere/04661/04666 heruntergeladen werden. ■

Kontakt

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

Übertragbare Krankheiten

HIV im Jahr 2015: Trends bis Ende September

Bis am 30. September des laufenden Jahres wurden in der Schweiz 382 neue HIV-Diagnosen gemeldet. Das sind fast gleich viele Fälle wie in der entsprechenden Vorjahresperiode (389). Eine Hochrechnung für das gesamte Jahr 2015 ergibt zirka 500 HIV-Diagnosen (Schätzbereich 490–515), während es im Vorjahr 516 waren. Somit ist für 2015 von etwa der gleichen Gesamtzahl wie 2014 auszugehen. Allerdings gilt dies nur für die Gesamtheit der HIV-Meldungen: Bei den Frauen zeichnet sich eine deutliche Abnahme von 123 auf rund 100 neue Fällen ab (Abbildung 1).

Die Meldungen der Laboratorien erlauben die Analyse der HIV-Diagnosen nach Geschlecht, Alter und Wohnkanton. Für die vertiefte Untersuchung nach weiteren Merkmalen wie Ansteckungsweg oder Nationalität sind zusätzlich die Ergänzungsmeldungen der Ärztinnen und Ärzte erforderlich. Per 30.09.2015 liegen erst für 67 % aller Labormeldungen auch Ergänzungsmeldungen vor – insbesondere jene der letzten zwei bis drei Monate fehlen noch. Die Trends betreffend Übertragungswege lassen sich daher für das laufende Jahr erst eingeschränkt beurteilen.

Abbildung 2 zeigt 2015 eine Abnahme der neuen HIV-Diagnosen bei Frauen mit heterosexuellem Ansteckungsweg; der im Vorjahr erkennbare Trend hat sich somit fortgesetzt. Bei Männern mit heterosexuellem Ansteckungsweg hingegen zeichnet sich eine leichte Zunahme ab. Bis zum Jahresende hochgerechnet sind bei beiden Geschlechtern zusammen ungefähr 210 neue Diagnosen zu erwarten, was ca. 42 % des Totals entspricht. Der Frauenanteil ist gegenüber dem Vorjahr von 51 % auf 40 % gesunken.

Für Männer, die Sex mit Männern haben (MSM), ergibt die Hochrechnung geschätzte 240 Neudiagnosen, was ca. 48 % aller Fälle entspricht bzw. 59 % sämtlicher Fälle bei Männern.

Was Drogen injizierende Männer und Frauen (IDU) betrifft, hat die Zahl der HIV-Meldungen auch im Jahr 2015 weiter abgenommen. Der Anteil der Diagnosen in dieser Personengruppe liegt somit aktuell bei etwas mehr als 1 % (Männer und Frauen zusammengekommen).

Abbildung 1

HIV-Labormeldungen in der Schweiz nach Geschlecht und Testjahr, 2009–2015
Die Anzahl der bis am 30. September 2015 gemeldeten Fälle wurde auf das gesamte Jahr hochgerechnet.

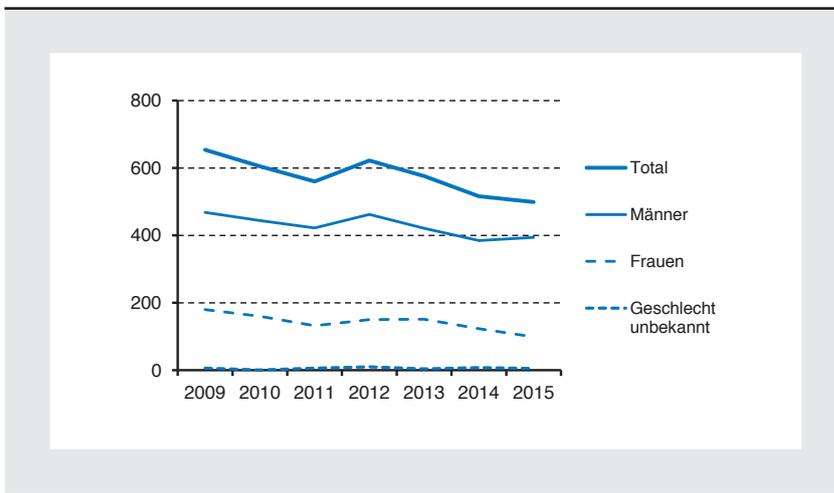
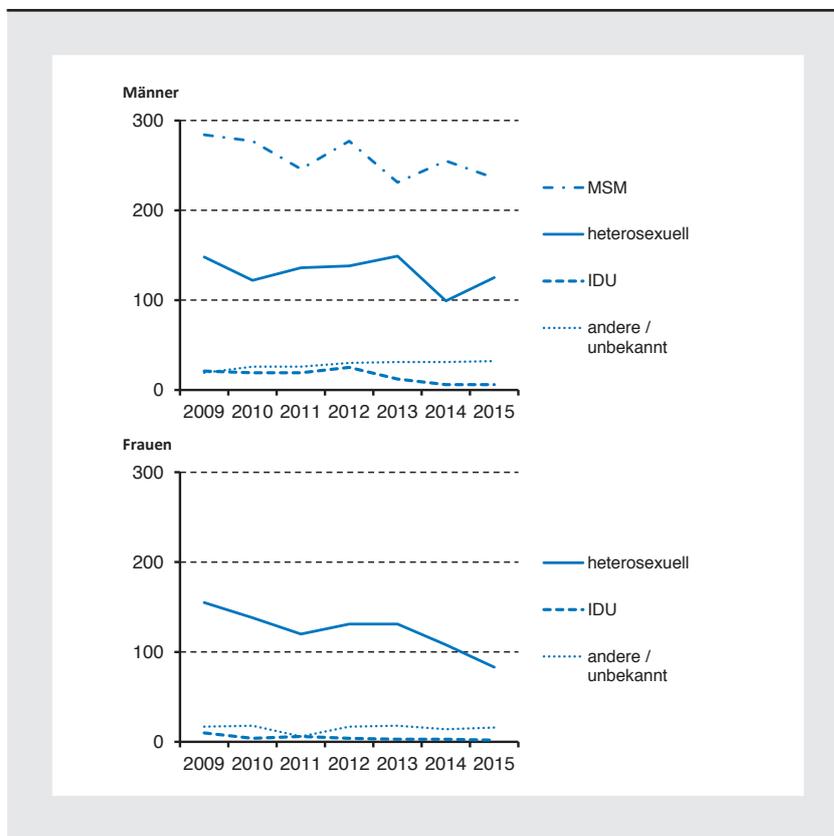


Abbildung 2

Schätzung¹ der Anzahl HIV-Diagnosen in der Schweiz bei Männern und Frauen, nach Ansteckungsweg² und Testjahr, 2009–2015

Die Anzahl der bis am 30. September 2015 gemeldeten Fälle wurde auf das gesamte Jahr hochgerechnet.



¹ Die Fallzahlen je nach Ansteckungsweg wurden unter der Annahme geschätzt, dass die jeweiligen Anteile in den Ergänzungsmeldungen für die Gesamtheit der Labormeldungen repräsentativ sind.

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

Bei den 48 Fällen in der Kategorie «andere / unbekannt» ist der Ansteckungsweg mit wenigen Ausnahmen unbekannt. Nach Meinung der meldenden Ärztinnen und Ärzte haben die wenigen (vier) Ansteckungen auf anderem Weg ihren Ursprung bei Transfusionen im

Ausland, die allerdings meistens nicht dokumentiert sind, bzw. bei der Übertragung von der Mutter auf ihr Kind. Bei Letzteren waren die Mütter Migrantinnen, welche während der Schwangerschaft oder der Stillzeit wahrscheinlich nichts von ihrer Infektion wussten.

Die detaillierten absoluten Zahlen und Anteile je nach Ansteckungsweg und Geschlecht sind in Tabelle 1 für die Periode 2009–2015 aufgelistet.

Anteil frischer HIV-Infektionen

Seit 2008 wird in der Schweiz standardmässig ein Diagnoseverfahren eingesetzt, welches es mit Hilfe eines Algorithmus erlaubt, frische von älteren HIV-Infektionen zu unterscheiden (NZR-Algorithmus [1-3], s. Anmerkung 1 am Schluss). Dabei gelten als frische Infektionen solche, bei denen der Infektionszeitpunkt wahrscheinlich weniger als ein Jahr vor der Diagnose liegt.

Seit 2008 beträgt der Anteil frischer Infektionen an den neuen HIV-Diagnosen durchschnittlich rund ein Drittel. Diese Rate ist jedoch je nach Ansteckungsweg sehr unterschiedlich: Wie aus Abbildung 3 hervorgeht, liegt der Anteil frischer Infektionen bei MSM auf ungefähr gleich hohem Niveau wie jener von älteren Infektionen, das heisst über die gesamte Periode 2009–2015 bei ca. 50%. Bei Männern und Frauen mit heterosexuellem Ansteckungsweg gibt es hingegen deutlich mehr ältere Infektionen als frische. Der Anteil frischer Infektionen bei Heterosexuellen bewegt sich in der Periode 2009–2015 zwischen ca. 15% und 35% (Männer) bzw. 5% und 20% (Frauen) (Tabelle 1).

Zwischen 2009 und 2013 nahmen die frisch diagnostizierten Infektionen bei MSM stetig ab (Abbildung 3). 2014 stiegen sie erstmals, was sich auch für das laufende Jahr abzeichnet. Die Zahl der älteren Infektionen zeigte keinen klaren Trend und dürfte 2015 hochgerechnet auf ähnlichem Niveau liegen wie 2009 (120 vs. 130). Der in Abbildung 2 dargestellte Verlauf der gesamten Anzahl HIV-Diagnosen bei MSM wurde in erster Linie von älteren Infektionen geprägt, vor allem der vorübergehende Anstieg 2012. Dies gilt ebenso für die leichte Abnahme der Fälle bei MSM 2015 (Abbildung 3).

In Bezug auf Männer und Frauen mit heterosexuellem Ansteckungsweg veranschaulicht Abbildung 3, dass die Zahl der frischen Infektionen im betrachteten Zeitraum stabil war. Es sind alle Fälle mit heterosexuellem Ansteckungsweg eingeschlossen, also auch solche

Abbildung 3
Schätzung der Anzahl frischer bzw. älterer HIV-Infektionen bei Männern, die Sex mit Männern haben (MSM), sowie Männern und Frauen mit heterosexuellem Ansteckungsweg, nach Testjahr, 2009–2015.
 Die Anzahl der bis am 30. September 2014 bestätigten Fälle wurde auf das gesamte Jahr hochgerechnet.

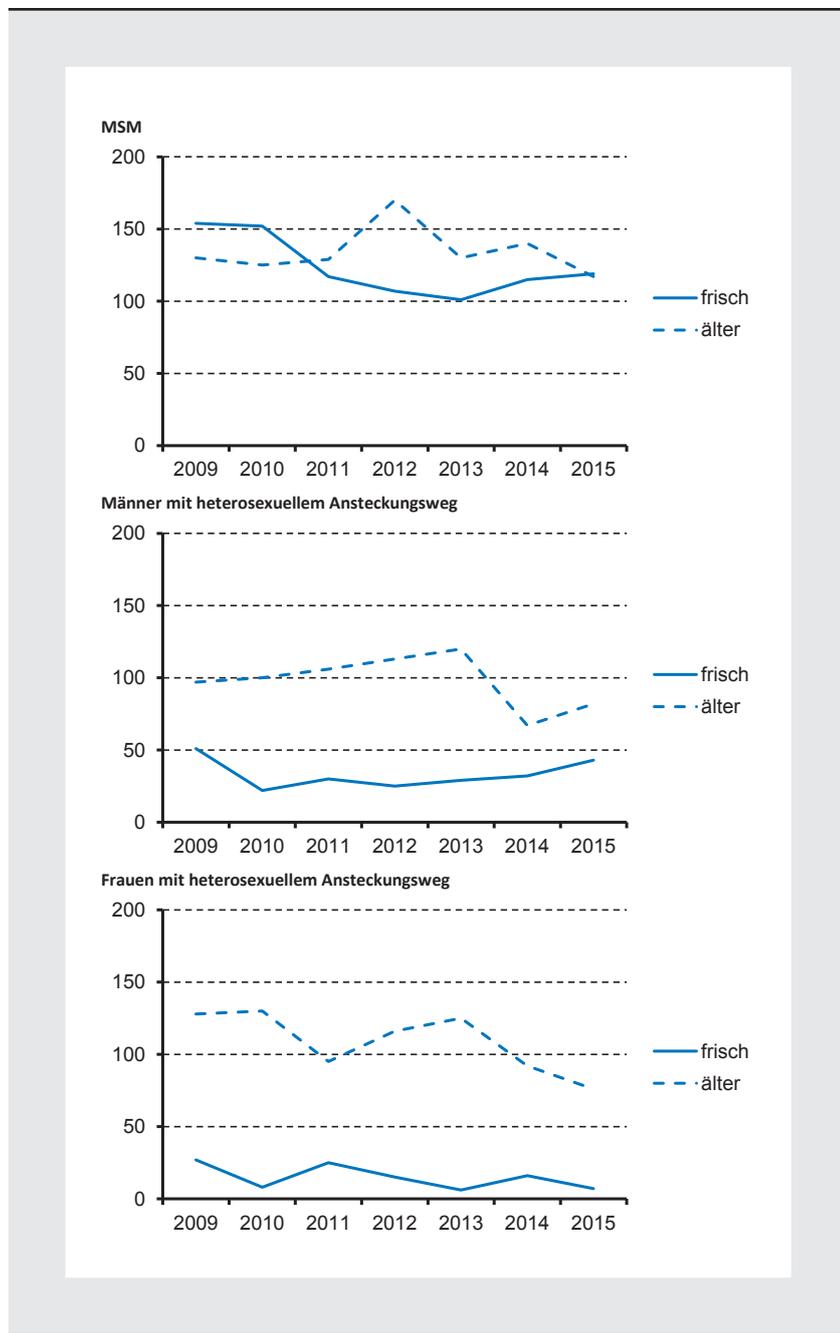


Tabelle 1

Neue HIV-Diagnosen in der Schweiz nach Ansteckungsweg, Geschlecht und Testjahr: Schätzung von Anzahl und Anteil am Total, Schätzung der Anzahl frischer vs. älterer Infektionen sowie prozentuale Darstellung des Anteils frischer Infektionen, 2009–2015

Testjahr	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Total HIV-Diagnosen ¹	654	605	560	622	576	516	500
Männer, die Sex mit Männern haben							
Anzahl Diagnosen ¹	284	277	246	277	231	255	236
<i>Anteil am Total</i>	43.4%	45.8%	43.9%	44.5%	40.1%	49.4%	47.3%
Anzahl frische Infektionen ²	154	152	117	107	101	115	119
Anzahl ältere Infektionen ²	130	125	129	170	130	140	117
<i>Anteil frische Infektionen</i>	54.2%	55.0%	47.7%	38.6%	43.8%	45.0%	50.4%
Männer mit heterosexuellem Ansteckungsweg							
Anzahl Diagnosen ¹	148	122	136	138	149	99	125
<i>Anteil am Total</i>	22.6%	20.2%	24.3%	22.2%	25.9%	19.2%	25.1%
Anzahl frische Infektionen ²	51	22	30	25	29	32	43
Anzahl ältere Infektionen ²	97	100	106	113	120	67	82
<i>Anteil frische Infektionen</i>	34.3%	17.7%	22.0%	18.4%	19.3%	32.0%	34.5%
Frauen mit heterosexuellem Ansteckungsweg							
Anzahl Diagnosen ¹	155	138	120	131	131	108	83
<i>Anteil am Total</i>	23.7%	22.8%	21.4%	21.1%	22.7%	20.9%	16.6%
Anzahl frische Infektionen ²	27	8	25	15	6	16	7
Anzahl ältere Infektionen ²	128	130	95	116	125	92	76
<i>Anteil frische Infektionen</i>	17.3%	5.7%	20.8%	11.5%	4.7%	15.1%	8.4%
Drogen injizierende Männer							
Anzahl Diagnosen ¹	21	19	19	25	12	6	6
<i>Anteil am Total</i>	3.2%	0.9%	3.4%	4.0%	2.1%	1.2%	1.2%
Anzahl frische Infektionen ²	7	3	0	3	3	4	4
Anzahl ältere Infektionen ²	14	16	19	22	9	2	2
<i>Anteil frische Infektionen</i>	33.1%	16.6%	0.0%	12.2%	25.8%	62.5%	62.5%
Drogen injizierende Frauen							
Anzahl Diagnosen ¹	10	4	6	4	3	3	2
<i>Anteil am Total</i>	1.5%	0.7%	1.1%	0.6%	0.5%	0.6%	0.4%
Anzahl frische Infektionen ²	2	2	3	0	0	3	0
Anzahl ältere Infektionen ²	0	8	3	4	3	0	2
<i>Anteil frische Infektionen</i>	20.5%	62.5%	44.2%	0.0%	0.0%	100.0%	0

¹ Die Anzahl der bis am 30. September 2015 gemeldeten Fälle wurde auf das gesamte Jahr hochgerechnet.

² Statistische Schätzung basierend auf dem NZR-Algorithmus (s. Anmerkung 1).

von Personen aus Ländern mit hoher HIV-Prävalenz. Für Letztere ist die Zahl der frischen Infektionen tiefer (im Durchschnitt der Jahre 6–7 %) als für Schweizerinnen und Schweizer (28–40 %). Wie bei MSM wurde der Verlauf der gesamten HIV-Diagnosen weitgehend durch die älteren Infektionen geprägt, besonders die deutliche

Abnahme bei den Männern im Jahr 2014 (vgl. Abbildung 2).

Zu beachten ist, dass sich lediglich aufgrund von Fallmeldungen keine eindeutigen Rückschlüsse auf Trends im Infektionsgeschehen ziehen lassen. Zu- und Abnahmen von gemeldeten Diagnosen können beispielsweise allein durch Zu- oder Abnahmen der durchgeführten diagnostischen

Tests verursacht werden. Über die Meldungen erhält das BAG nur Kenntnis von positiven Testresultaten, nicht aber von der Zahl der insgesamt durchgeführten Tests. Die beste Datengrundlage zur Schätzung der Anzahl HIV-Tests bietet das 2008 eingeführte elektronische BerDa-System (**B**eratungsleitfaden und **D**atenverwaltungssystem). Es erfasst in

anonymisierter Form alle an Schweizer VCT-Stellen (VCT = Voluntary Counselling and Testing) durchgeführten HIV-Tests; gleichzeitig wird jede Person nach der Anzahl HIV-Tests in ihrer Vergangenheit gefragt. Die BerDa-Daten weisen darauf hin, dass die Testhäufigkeit bei MSM – im Gegensatz zu anderen Männern und im Gegensatz zu Frauen – in VCT-Zentren über die letzten Jahre stetig gestiegen ist [4]. Wenn diese Zunahme für alle Testangebote gelten würde (dazu fehlen jedoch gesicherte Informationen), wären bei gleichbleibender Häufigkeit von neuen HIV-Infektionen auch entsprechend mehr Fälle diagnostiziert worden. Wie Abbildung 3 aber zeigt, hat die Anzahl Diagnosen bis 2013 abgenommen. Eine mögliche Erklärung ist, dass der durch vermehrte Tests zu erwartete Anstieg der Fallzahlen durch den effektiven Rückgang der neuen Infektionen mehr als kompensiert wurde.

2014 und im laufenden Jahr hat sich der sinkende Trend der diagnostizierten frischen Infektionen nicht mehr fortgesetzt. Diese Veränderung ist ein Indiz, dass seit 2014 eventuell wieder vermehrt Neuansteckungen bei MSM auftreten. Es gibt hierfür allerdings keinen Beweis, weil er eventuell auch mit der unbekanntem Gesamtzahl der HIV-Tests – konkret: deren allfälligen Zunahme – in Zusammenhang steht.

Bei Heterosexuellen ist zu berücksichtigen, dass ein grosser Anteil der HIV-Diagnosen Personen mit Migrationshintergrund betrifft, die aus Ländern mit hoher HIV-Prävalenz stammen (HPC-Länder). In der Periode 2009 bis 2015 waren es bis zu 28 % der Männer und bis zu 40 % der Frauen. Nach Angaben der Ärztinnen und Ärzte dürften sich die meisten im Herkunftsland bzw. bei einem Partner / einer Partnerin aus einem HPC-Land angesteckt haben [4]. Die Rate frischer Infektionen bei Heterosexuellen insgesamt wird somit wesentlich von der Teilgruppe der Migrantinnen und Migranten aus HPC-Ländern beeinflusst, zumal der Anteil frischer Infektionen in dieser Gruppe besonders tief ist (im Durchschnitt 6–7 %).

Schlussfolgerung

In den ersten neun Monaten des laufenden Jahres zeichnet sich ge-

genüber dem Vorjahr keine grundsätzlich neue Entwicklung der HIV-Fallzahlen in der Schweiz ab. Insgesamt dürfte es erneut weniger oder höchstens gleich viele Fälle geben. Mit einem leichten Anstieg ist bei heterosexuellen Männern zu rechnen, doch liefern die Meldedaten keine Hinweise auf die möglichen Ursachen. Zahlenmässig bewegt sich der Anstieg im Rahmen der zufälligen Schwankungen von Jahr zu Jahr und es bleibt abzuwarten, ob er sich als vorübergehendes Phänomen herausstellt.

Seit frische und ältere Infektionen mittels des NZR-Algorithmus unterschieden werden können, zeigte sich bei MSM 2014 erstmals, dass sich der bisher rückläufige Trend bezüglich frischer Infektionen nicht fortsetzte. Im laufenden Jahr dürfte sich diese Änderung bestätigen. Die Ursachen lassen sich mit den vorliegenden Daten nicht eruieren. Somit muss offenbleiben, ob die Häufigkeit der HIV-Infektionen bei MSM tatsächlich gestiegen ist, oder ob andere Faktoren massgeblich sind. Die Daten im BerDa-System sprechen für eine stetige Zunahme des Testverhaltens in VCT-Zentren, vor allem in den Checkpoints. Zwar ist nicht auszuschliessen, dass wir lediglich eine Verschiebung der Testdurchführung aus den niedergelassenen Praxen in die VCT Zentren sehen, und keine echte Zunahme des Testens, dies ist in Anbetracht fortgesetzter und zunehmend verankerter Testkampagnen allerdings unwahrscheinlich. Aber auch wenn die Zunahme der Tests real war, wirft sie kein Licht auf den Trendwechsel der frischen Infektionen, denn sie ist unverändert im ganzen betrachteten Zeitraum.

Auch wenn die Häufigkeit der HIV-Infektionen nicht zugenommen hat, wird beim Vergleich der neuen Diagnosen bei MSM und Männern mit heterosexuellem Ansteckungsweg zumindest klar, dass das relative Risiko einer HIV-Infektion für MSM unverändert viel grösser ist: Fast 60 % der neuen Diagnosen bei Männern betreffen MSM, während deren Anteil an der männlichen, sexuell aktiven Gesamtbevölkerung bei rund 3 % liegt.

Bei den IDU bleibt die Fallzahl voraussichtlich auch im laufenden Jahr gering: Der Anteil dieser Gruppe an

den neuen HIV-Diagnosen liegt nicht mehr viel höher als ihr Anteil an der Gesamtbevölkerung [5], was als Erfolg der Prävention gewertet werden kann. Allerdings erlauben die Meldedaten keine soziodemografischen Differenzierungen der IDU; es könnte sein, dass sich die wenigen Fälle auf bestimmte Untergruppen konzentrieren.

Es sei an dieser Stelle daran erinnert, dass gemäss der im Mai 2015 publizierten PICT-Empfehlungen der Verdacht auf eine Primoinfektion ein wichtiger Grund für einen HIV-Test darstellt (PICT = Provider-Initiated Counselling and Testing [6]). Hiermit könnten sowohl VCT-Zentren wie auch die Hausärzteschaft noch mehr zur Diagnose von HIV-Infektionen in frühem Stadium beitragen. ■

Kontakt

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

Referenzen

1. Schüpbach J, Bisset LR, Gebhardt M et al. Diagnostic performance of line-immunoassay based algorithms for incident HIV-1 infection. *BMC Infect Dis* 12 (2012): 88
2. Schüpbach J, Gebhardt MD, Tomasik Z et al. Assessment of recent HIV-1 infection by a line immunoassay for HIV-1/2 confirmation. *PLoS Med* 4/12 (2007): e343
3. Schüpbach J, Gebhardt MD, Scherrer A et al. Simple Estimation of Incident HIV Infection Rates in Notification Cohorts Based on Window Periods of Algorithms for Evaluation of Line-Immunoassay Result
4. HIV- und STI-Fallzahlen 2014: Bericht-erstattung, Analysen und Trends. BAG Bulletin 21/2015, 341–374
5. Gmel G, Kuendig H, Notari L, Gmel C. Suchtmonitoring Schweiz – Konsum von Alkohol, Tabak und illegalen Drogen in der Schweiz im Jahr 2013. Sucht Schweiz, Lausanne
6. Der HIV-Test auf Initiative des Arztes/der Ärztin. BAG Bulletin 21/2015, 237–238

Anmerkung

1. Der NZR-Algorithmus wurde vom Nationalen Zentrum für Retroviren (NZR) auf Basis des Inno-Lia™ HIV I/II Assay, Fujirebio, einem Immunoblot-Verfahren, entwickelt.

Öffentliche Gesundheit Bestellschein Plakate SmokeFree 2015

Format: A2, gefaltet auf A4

	Antonio	Sophie	Silvan	Julia
D	Die Rauchstopplinie unterstützt dich: 0848 000 181	Tipps zum Rauchstopp gibt's beim Arzt- oder Apothekenbesuch.	Auf smokefree.ch findest du Unterstützung in deiner Nähe.	Die Rauchstopplinie unterstützt dich: 0848 000 181
F	La ligne stop-tabac vous aide à arrêter: 0848 000 181	Demandez de l'aide à votre médecin ou à votre pharmacien.	Smokefree.ch vous permet de trouver du soutien près de chez vous.	La ligne stop-tabac vous aide à arrêter: 0848 000 181
I	La Linea stop tabacco ti dà una mano: 0848 000 181	Chiedi consiglio al tuo medico o in farmacia.	Su smokefree.ch trovi sostegno a due passi da	La Linea stop tabacco ti dà una mano: 0848 000 181



Bestellschein

Senden Sie mir bitte kostenlos:

	Anzahl Exemplare		
	Deutsch	Französisch	Italienisch
Plakat SmokeFree 2015, Antonio Bestell-Nr.: 316.010.1.d/f/i			
Plakat SmokeFree 2015, Sophie Bestell-Nr.: 316.010.2.d/f/i			
Plakat SmokeFree 2015, Silvan Bestell-Nr.: 316.010.3.d/f/i			
Plakat SmokeFree 2015, Julia Bestell-Nr.: 316.010.4.d/f/i			

Arztpraxis/Organisation/Firma: _____

Name: _____ Vorname: _____

Adresse: _____ PLZ/Ort: _____

Bemerkungen: _____ Datum/Unterschrift: _____

Senden Sie den Bestellschein an folgende Adresse:
Per Post an: BBL, Verkauf Bundespublikationen, 3003 Bern
Per Fax an: 058 465 50 58 oder per E-Mail an: verkauf.zivil@bbl.admin.ch

Tabakproduktegesetz: Jugendliche besser vor den Gefahren des Tabaks schützen

Das neue Tabakproduktegesetz (TabPG) hat das Ziel, die Bevölkerung und insbesondere die Jugendlichen vor den negativen Folgen des Tabakkonsums zu schützen. In seiner Botschaft an die eidgenössischen Räte schlägt der Bundesrat daher vor, den Verkauf von Tabakwaren an Minderjährige zu verbieten. Das Gesetz sieht zudem eine strengere Regelung im Bereich Werbung und Sponsoring für Zigaretten und andere Tabakprodukte vor. Der Bundesrat erachtet diese Bestimmungen als ausgewogen. Sie gehen weniger weit als die Gesetzgebung der meisten europäischen Länder. Aus wirtschaftlicher Sicht weist das neue Gesetz eine positive Bilanz von jährlich mehreren Hundert Millionen Franken für die Allgemeinheit und die Unternehmen auf.

Da die meisten Raucherinnen und Raucher (57%) mit unter 18 Jahren zu rauchen beginnen, spielt der Jugendschutz im TabPG eine zentrale Rolle. Das bereits in den meisten Kantonen geltende Verkaufsverbot von Tabakprodukten an Minderjährige wird auf die ganze Schweiz ausgedehnt. Werbeformen, die für Kinder und Jugendliche leicht zugänglich sind, werden nur noch eingeschränkt zugelassen. So ist die Werbung für Tabakprodukte auf Plakaten, im Kino und in den Print- und Online-Medien nicht mehr erlaubt. Die Tabakwerbung hat einen grossen Einfluss auf die Jugendlichen, denn sie kann sie dazu verleiten, mit dem Rauchen anzufangen. Die Tabakproduktwerbung durch die Abgabe von Geschenken an die Konsumentinnen und Konsumenten oder für Wettbewerbsgewinne ist nicht mehr zulässig, ebenso das Sponsoring internationaler Anlässe durch die Tabakindustrie.

Im Vernehmlassungsverfahren haben diese Einschränkungen unterschiedliche Reaktionen ausgelöst. Sie werden von den meisten Kantonen begrüsst. Die Verbindung der Schweizer Ärztinnen und Ärzte FMH ist der Ansicht, dass sie nicht weit genug gehen, und hat ein totales Werbe-, Promotions- und Sponsoringverbot für Tabakprodukte verlangt. Demgegenüber haben sich die Tabakindustrie, Economiesuisse und verschiedene Wirtschaftsverbände gegen diese Einschränkungen ausgesprochen. Sie erachten diese als unverhältnismässig und durch den Gesundheitsschutz nicht ausreichend

gerechtfertigt. Die politischen Parteien sind unterschiedlicher Meinung.

Angesichts dieser sich widersprechenden Positionen hat der Bundesrat die ausgewogene Linie seines Vorentwurfs grösstenteils beibehalten. Das TabPG übernimmt auf nationaler Ebene gewisse bereits in mehreren Kantonen geltende und bewährte Regelungen. Fünfzehn Kantone verbieten heute die Plakatwerbung, davon vier auch die Werbespots im Kino. Zehn Kantone verbieten den Verkauf von Zigaretten an Minderjährige. Zudem schränken zwei Kantone das Sponsoring von Anlässen durch die Tabakindustrie ein. Tabakwerbung in Form von Plakaten und im Kino ist in allen Nachbarländern der Schweiz ausser in Deutschland verboten.

E-Zigaretten mit Nikotin werden den tabakhaltigen Zigaretten gleichgestellt

Der Bundesrat hat beschlossen, nikotinhaltige E-Zigaretten in der Schweiz zuzulassen, was gleichzeitig erlaubt, gesetzliche Anforderungen insbesondere zur Zusammensetzung, Deklaration und Kennzeichnung festzulegen. Nach heutigem Kenntnisstand sind E-Zigaretten weniger gesundheitsschädigend als Tabakzigaretten und können eine Alternative für Raucherinnen und Raucher sein. Hingegen werden E-Zigaretten den gleichen Einschränkungen bei der Werbung und dem Verkauf an Minderjährige unterstellt, womit vermieden werden kann, dass Jugendliche nikotinabhängig werden. Alle E-Zigaretten mit und ohne Nikotin fallen un-

ter das Gesetz zum Schutz vor Passivrauchen und werden von den Orten verbannt, wo bereits ein Rauchverbot besteht.

Wirtschaftliche Auswirkungen des neuen Gesetzes

Aus wirtschaftlicher Sicht weist das TabPG eine sehr positive Bilanz auf. Gemäss Regulierungsfolgenabschätzung (RFA) würden die im Gesetz vorgeschlagenen Massnahmen den Anteil der Raucherinnen und Raucher in der Bevölkerung senken, was zu geschätzten Einsparungen von jährlich rund 400 bis 600 Millionen Franken führen würde. Die durch den Entwurf des TabPG verursachten und hauptsächlich von der Tabakindustrie getragenen Kosten würden bei Weitem kompensiert durch einen Rückgang der Gesundheitskosten und der Abwesenheiten am Arbeitsplatz, da die mit dem Tabakkonsum verbundenen Krankheiten und Todesfälle zurückgingen. Zudem würden die nicht mehr für Zigaretten getätigten Ausgaben auf andere Wirtschaftszweige übergehen.

Weltweit sterben jedes Jahr über 5 Millionen Menschen an den Folgen des Tabakkonsums. In der Schweiz sind es rund 9500 Personen, das sind fast 15 Prozent der Todesfälle. Die Hälfte der Menschen, die regelmässig rauchen, sterben vorzeitig. Rauchen fördert das Auftreten der meisten nichtübertragbaren Krankheiten wie Krebs, Diabetes, Herz-Kreislauferkrankungen und Atemwegserkrankungen. Die nichtübertragbaren Krankheiten waren 2011 Ursache von 80 Prozent der direkten Gesundheitskosten in der Höhe von 51,7 Milliarden Franken. 2014 waren 25 Prozent der Schweizer Bevölkerung Raucherinnen und Raucher. Nach einem deutlichen Rückgang seit den 2000er-Jahren hat sich dieser Anteil seit 2011 praktisch nicht mehr verändert. ■

Bern, 11.11.2015

Zusatzinformationen:

– www.bag.admin.ch/tabpg

Für Rückfragen:

– Bundesamt für Gesundheit, Kommunikation, 058 462 95 05 oder media@bag.admin.ch
– Eidgenössisches Departement des Innern EDI

Der Bundesrat verabschiedet die Nationale Strategie Sucht

Der Bundesrat hat die Nationale Strategie Sucht verabschiedet. Sie beruht auf den aktuellen Programmen im Bereich Drogen, Alkohol und Tabak und berücksichtigt auch neue Formen von Sucht. Ziel der Strategie ist es, Suchterkrankungen zu verhindern, suchtgefährdete Menschen frühzeitig zu unterstützen und den betroffenen Menschen die notwendige Hilfe zukommen zu lassen. Der Bundesrat hat das Eidgenössische Departement des Innern (EDI) beauftragt, bis Ende 2016 einen Massnahmenplan zu entwickeln.

Die Nationale Strategie Sucht ist die koordinierte Antwort auf Risikoverhalten und Sucht im Rahmen der gesundheitspolitischen Prioritäten «Gesundheit2020». Dank ihr kann auch auf wachsende Herausforderungen wie Medikamentenabhängigkeit, Geldspielsucht oder exzessive Internetnutzung reagiert werden.

Die Strategie Sucht geht im Grundsatz davon aus, dass die Menschen Verantwortung für ihre Lebensweise und ihr Verhalten übernehmen. Sie ist darauf ausgerichtet, die Gesundheitskompetenz aller zu stärken und über die Risiken und möglichen Folgen bestimmter Verhaltensweisen zu informieren. Sucht und Risikoverhalten sind Ursache für viel Leid, sowohl für die Betroffenen wie für ihr Umfeld. Folgen wie Arbeitslosigkeit, Sozialhilfebezug, Verschuldung oder instabile Wohnverhältnisse sind schwerwiegend und führen zu hohen sozialen Kosten. Der übermässige Alkoholkonsum beispielsweise verursacht jedes Jahr Kosten von rund 4,2 Milliarden Franken für die Allgemeinheit.

Die Strategie bezieht alle suchtgefährdenden Substanzen und Verhaltensweisen ein und formuliert gemeinsame Ziele etwa zum Jugendschutz oder zur Sicherung der Behandlungsqualität. Sie bündelt die Kräfte aller Akteure aus der Prävention, Schadensminderung und Therapie sowie aus den Bereichen Soziales, Justiz und Polizei, was dem in der Schweiz bewährten Viersäulenmodell entspricht (Prävention, Therapie, Schadensminderung und Regulierung).

Anhörungsresultate

Die Strategie Sucht wurde von einer grossen Mehrheit der Anhörungs-

teilnehmenden positiv beurteilt. Die Akteure der Bereiche Sucht, Gesundheit und Soziales begrüssen es, dass die Kooperation und die Koordination zwischen den verschiedenen Interventionsebenen verstärkt werden soll. Rund zehn Akteure aus dem Wirtschaftsbereich, vor allem Vertreter der Tabak- und Alkoholindustrie, weisen die Strategie zurück, die ihrer Meinung nach eine zunehmende Regulierung im Tabak- und Alkoholmarkt zur Folge hat.

Bis Ende 2016 wird in Zusammenarbeit mit den wichtigsten Partnern ein Massnahmenplan entwickelt. Die Harmonisierung mit der Strategie zur Vorbeugung nichtübertragbarer Krankheiten und mit dem Bericht «Psychische Gesundheit in der Schweiz» wird dabei ein wichtiges Anliegen sein. ■

Bern, 11.11.2015

Nationale Strategie Sucht:

– www.bag.admin.ch/sucht

Für Rückfragen:

– Bundesamt für Gesundheit,
Medienstelle, 058 462 95 05 oder
media@bag.admin.ch
– Eidgenössisches Departement des
Innern EDI

Betäubungsmittel

Rezeptsperrung

Folgende Rezepte sind gesperrt

Kanton	Block-Nrn.	Rezept-Nrn.
Bern	193576D	4839390

Swissmedic
Abteilung Betäubungsmittel



 Schweizerische Eidgenossenschaft
Confédération suisse
Confederazione Svizzera
Confederaziun svizra

Eine Partnerkampagne von BAG, Kantonen und NGOs,
finanziert durch den Tabakpräventionsfonds.

**SOPHIE HÖRT AUF.
DAS SCHAFFST AUCH DU.**
Tipps zum Rauchstopp gibt's beim
Arzt- oder Apothekenbesuch.

Ich bin stärker.


**S M O K E
FREE**
smokefree.ch

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

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

Bulletin 49/15