



Schweizerische Eidgenossenschaft
Confédération suisse
Confederazione Svizzera
Confederaziun svizra

Eidgenössisches Departement des Innern EDI
Bundesamt für Gesundheit BAG

Ausgabe vom 30. April 2018

BAG-Bulletin

Woche

18/2018

Informationsmagazin für medizinische Fachpersonen und Medienschaffende

www.anresis.ch: Meldungen ausgewählter multiresistenter Mikroorganismen
in der Schweiz, S. 10

Faktenblatt «Antibiotika richtig einsetzen», S. 12

Tularämie: Eine seltene zeckenübertragene Krankheit breitet sich aus, S. 13

Koordinierte Versorgung für (hoch-)betagte, multimorbide Patientinnen
und Patienten, S. 19

Impressum

HERAUSGEBER

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

REDAKTION

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

DRUCK

Stämpfli AG
Wölflistrasse 1
CH-3001 Bern
Telefon 031 300 66 66

ABONNEMENTE, ADRESSÄNDERUNGEN

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

ISSN 1420-4266

DISCLAIMER

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

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

Inhalt

Meldungen Infektionskrankheiten	4
Sentinella-Statistik	6
Wochenbericht zu den grippeähnlichen Erkrankungen	6
www.anresis.ch: Meldungen ausgewählter multiresistenter Mikroorganismen in der Schweiz	10
Faktenblatt «Antibiotika richtig einsetzen»	12
Tularämie: Eine seltene zeckenübertragene Krankheit breitet sich aus	13
Koordinierte Versorgung für (hoch-)betagte, multimorbide Patientinnen und Patienten	19
Rezeptsperrung	21

Meldungen Infektionskrankheiten

Stand am Ende der 16. Woche (24.4.2018)^a

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

^b Siehe Influenzüberwachung im Sentinella-Meldesystem www.bag.admin.ch/grippebericht.

^c Ausgeschlossen sind materno-fötale Röteln.

^d Bei schwangeren Frauen und Neugeborenen

^e Die Meldepflicht für die 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 16. Woche (24.4.2018)^a

	Woche 16			letzte 4 Wochen			letzte 52 Wochen			seit Jahresbeginn		
	2018	2017	2016	2018	2017	2016	2018	2017	2016	2018	2017	2016
Respiratorische Übertragung												
Haemophilus influenzae: invasive Erkrankung	1 0.60	6 3.70	3 1.80	12 1.80	16 2.50	13 2.00	132 1.60	113 1.30	103 1.20	64 2.50	43 1.60	47 1.80
Influenzavirus-Infektion, saisonale Typen und Subtypen^b	63 38.70	4 2.50	59 36.30	1089 167.40	48 7.40	767 117.90	15004 177.40	9485 112.20	3657 43.20	13546 520.60	7643 293.70	3468 133.30
Legionellose	3 1.80	6 3.70	2 1.20	29 4.50	15 2.30	16 2.50	521 6.20	378 4.50	396 4.70	116 4.50	86 3.30	73 2.80
Masern		4 2.50	4 2.50	2 0.30	10 1.50	8 1.20	56 0.70	116 1.40	39 0.50	17 0.60	66 2.50	15 0.60
Meningokokken: invasive Erkrankung				2 0.30	1 0.20	3 0.50	53 0.60	63 0.70	39 0.50	30 1.20	32 1.20	19 0.70
Pneumokokken: invasive Erkrankung	14 8.60	42 25.80	15 9.20	110 16.90	96 14.80	103 15.80	997 11.80	949 11.20	851 10.10	539 20.70	483 18.60	373 14.30
Röteln^c							2 0.02		1 0.01	1 0.04		
Röteln, materno-fötal^d												
Tuberkulose	9 5.50	15 9.20	16 9.80	50 7.70	40 6.20	51 7.80	544 6.40	605 7.20	553 6.50	177 6.80	169 6.50	175 6.70
Faeco-orale Übertragung												
Campylobacteriose	49 30.10	106 65.20	92 56.60	255 39.20	324 49.80	431 66.20	6807 80.50	7164 84.70	7407 87.60	1456 56.00	1477 56.80	2052 78.80
Enterohämorrhagische E.-coli-Infektion	11 6.80	13 8.00	9 5.50	43 6.60	36 5.50	33 5.10	758 9.00	490 5.80	362 4.30	189 7.30	129 5.00	110 4.20
Hepatitis A	3 1.80	4 2.50	3 1.80	8 1.20	4 0.60	4 0.60	109 1.30	53 0.60	50 0.60	24 0.90	29 1.10	17 0.60
Hepatitis E	1 0.60			2 0.30			17 0.20			17 0.60		
Listeriose			1 0.60	5 0.80	1 0.20	6 0.90	53 0.60	45 0.50	53 0.60	19 0.70	11 0.40	18 0.70
Salmonellose, S. typhi/paratyphi						2 0.30	27 0.30	18 0.20	16 0.20	6 0.20	1 0.04	6 0.20
Salmonellose, übrige	10 6.20	15 9.20	18 11.10	60 9.20	53 8.20	101 15.50	1889 22.30	1453 17.20	1435 17.00	316 12.10	259 10.00	313 12.00
Shigellose	7 4.30	6 3.70	1 0.60	18 2.80	9 1.40	7 1.10	157 1.90	149 1.80	212 2.50	52 2.00	37 1.40	67 2.60

	Woche 16			letzte 4 Wochen			letzte 52 Wochen			seit Jahresbeginn		
	2018	2017	2016	2018	2017	2016	2018	2017	2016	2018	2017	2016
Durch Blut oder sexuell übertragen												
Aids			1 0.60	3 0.50	7 1.10	5 0.80	81 1.00	75 0.90	81 1.00	22 0.80	23 0.90	18 0.70
Chlamydiose	197 121.10	214 131.60	197 121.10	799 122.80	806 123.90	893 137.30	11009 130.20	10990 130.00	10564 124.90	3347 128.60	3445 132.40	3440 132.20
Gonorrhoe	48 29.50	51 31.40	52 32.00	169 26.00	150 23.10	202 31.00	2409 28.50	2408 28.50	2105 24.90	740 28.40	739 28.40	747 28.70
Hepatitis B, akut		1 0.60			4 0.60	3 0.50	29 0.30	37 0.40	36 0.40	4 0.20	7 0.30	14 0.50
Hepatitis B, total Meldungen	18	18	30	69	86	132	1191	1305	1487	360	367	511
Hepatitis C, akut		1 0.60	1 0.60		2 0.30	3 0.50	28 0.30	42 0.50	54 0.60	3 0.10	14 0.50	15 0.60
Hepatitis C, total Meldungen	10	25	38	68	99	127	1346	1432	1466	394	445	530
HIV-Infektion	7 4.30	15 9.20	5 3.10	24 3.70	32 4.90	44 6.80	419 5.00	529 6.20	558 6.60	113 4.30	161 6.20	178 6.80
Syphilis	47 28.90	36 22.10	21 12.90	137 21.10	105 16.10	79 12.10	1381 16.30	1124 13.30	1021 12.10	539 20.70	387 14.90	316 12.10
Zoonosen und andere durch Vektoren übertragbare Krankheiten												
Brucellose				1 0.20	1 0.20		6 0.07	10 0.10	2 0.02	1 0.04	4 0.20	1 0.04
Chikungunya-Fieber					2 0.30		16 0.20	23 0.30	35 0.40	1 0.04	3 0.10	13 0.50
Dengue-Fieber	2 1.20	4 2.50		11 1.70	13 2.00	17 2.60	159 1.90	176 2.10	214 2.50	51 2.00	47 1.80	72 2.80
Gelbfieber							1 0.01			1 0.04		
Hantavirus-Infektion							1 0.01	3 0.04	1 0.01			
Malaria	7 4.30	4 2.50	4 2.50	28 4.30	19 2.90	22 3.40	349 4.10	325 3.80	428 5.10	98 3.80	92 3.50	82 3.20
Q-Fieber	1 0.60		7 4.30	7 1.10	6 0.90	10 1.50	40 0.50	43 0.50	46 0.50	14 0.50	13 0.50	18 0.70
Trichinellose							1 0.01		2 0.02			
Tularämie		2 1.20		1 0.20	8 1.20	1 0.20	125 1.50	66 0.80	51 0.60	10 0.40	15 0.60	6 0.20
West-Nil-Fieber												
Zeckenzephalitis		2 1.20	3 1.80	2 0.30	9 1.40	3 0.50	267 3.20	206 2.40	125 1.50	7 0.30	9 0.40	5 0.20
Zika-Virus Infektion*			1 0.60			4 0.60	16 0.20	41 0.50	16 0.20	3 0.10	3 0.10	16 0.60
Andere Meldungen												
Botulismus		1 0.60	1 0.60		1 0.20	1 0.20	1 0.01	2 0.02	3 0.04		1 0.04	1 0.04
Creutzfeldt-Jakob-Krankheit		1 0.60			2 0.30	3 0.50	15 0.20	13 0.20	17 0.20	3 0.10	5 0.20	6 0.20
Diphtherie†						1 0.20	2 0.02	4 0.05	12 0.10			2 0.08
Tetanus									1 0.01			

Sentinella-Statistik

Provisorische Daten

Sentinella:

Anzahl Meldungen (N) der letzten 4 Wochen bis am 20.4.2018 und Inzidenz pro 1000 Konsultationen (N/10³)
Freiwillige Erhebung bei Hausärztinnen und Hausärzten (Allgemeinpraktiker, Internisten und Pädiater)

Woche	13		14		15		16		Mittel 4 Wochen	
	N	N/10 ³	N	N/10 ³	N	N/10 ³	N	N/10 ³	N	N/10 ³
Influenzaverdacht	140	12.8	51	6.0	54	4.7	27	2.5	68	6.5
Mumps	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Pertussis	1	0.1	0	0	0	0	2	0.2	0.8	0.1
Zeckenstiche	0	0	1	0.1	4	0.4	8	0.7	3.3	0.3
Lyme-Borreliose	0	0	2	0.2	2	0.2	2	0.2	1.5	0.2
Herpes Zoster	12	1.1	10	1.2	9	0.8	8	0.7	9.8	1.0
Post-Zoster-Neuralgie	0	0	1	0.1	0	0	3	0.3	1	0.1
Meldende Ärzte	144		118		128		130		130	

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.

Dies ist der letzte wöchentliche Bericht der im Rahmen der Saison 2017/18 erscheint. Der nächste Bericht erscheint in Woche 40/2018. Die Daten zur Saison 2017/18 werden gesamtartig ausgewertet und im Juni 2018 publiziert.

Woche 16/2018

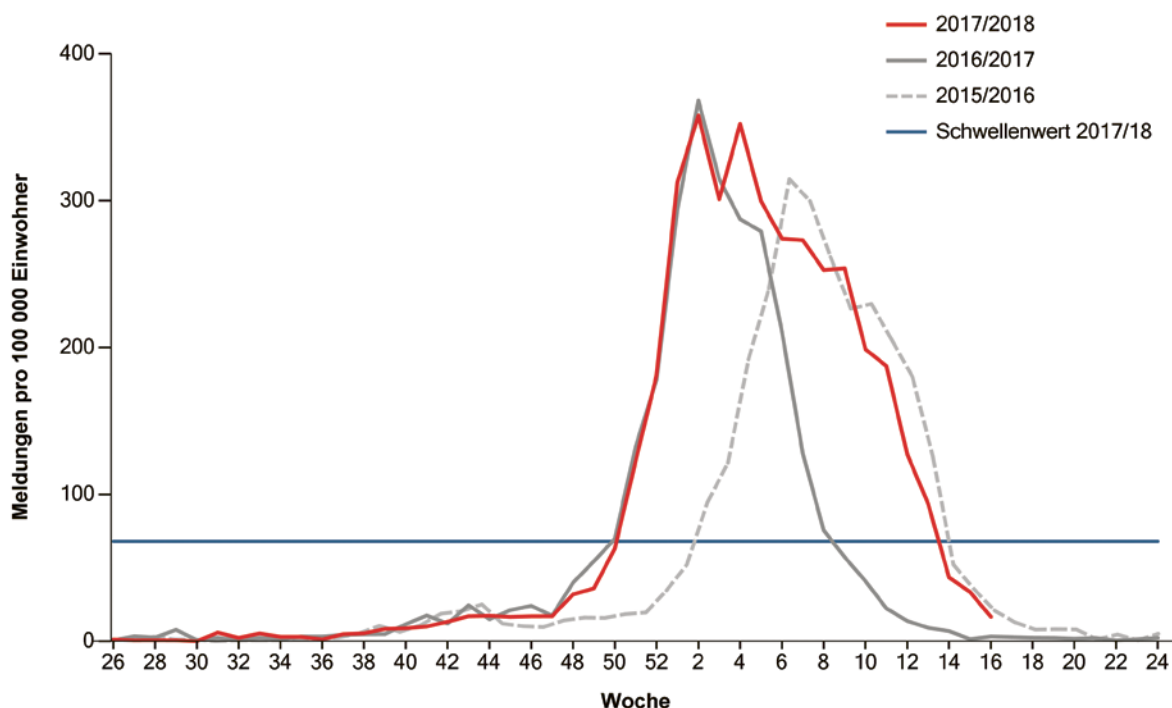
Grippeähnliche Erkrankungen kommen schweizweit sporadisch verbreitet vor. Während der Woche 16/2018 wurden

von 130 Ärztinnen und Ärzten des Sentinella-Meldesystems 2,5 Grippeverdachtsfälle pro 1000 Konsultationen gemeldet. Dies entspricht hochgerechnet einer Inzidenz von 17 Fällen pro 100000 Einwohner.

Die Inzidenz liegt seit Woche 14/2018 unter dem nationalen epidemischen Schwellenwert. Die Epidemie 2017/18 hatte ihren primären Höhepunkt in der Woche 2/2018 mit 361 Grip-

Grafik 1

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



peverdachtsfällen pro 100 000 Einwohner, und einen sekundären Höhepunkt in der Woche 4/2018 mit 354 Grippeverdachtsfällen pro 100 000 Einwohner. Sie erstreckte sich über 15 Wochen (Grafik 1).

Die Inzidenz ist in der Altersklasse der 30- bis 64-Jährigen am höchsten. (Tabelle 1).

Grippeähnliche Erkrankungen sind in den Regionen 1 (GE, NE, VD, VS), 2 (BE, FR, JU) und 5 (AI, AR, GL, SG, SH, TG, ZH) sporadisch verbreitet (Grafik 2, Kasten).

In der Woche 16/2018 wies das Nationale Referenzzentrum für Influenza (CNRI) im Rahmen der Sentinella-Überwachung in den 5 untersuchten Abstrichen 2 Influenza A Viren und 1 Influenza B Virus nach.

Tabelle 2:

Zirkulierende Influenzaviren in der Schweiz

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

Tabelle 1:

Altersspezifische Inzidenzen für die Woche 16/2018

	Grippebedingte Konsultationen pro 100 000 Einwohner	Trend
Inzidenz nach Altersklasse		
0–4 Jahre	17	–
5–14 Jahre	0	–
15–29 Jahre	4	–
30–64 Jahre	27	–
≥65 Jahre	15	–
Schweiz	17	–

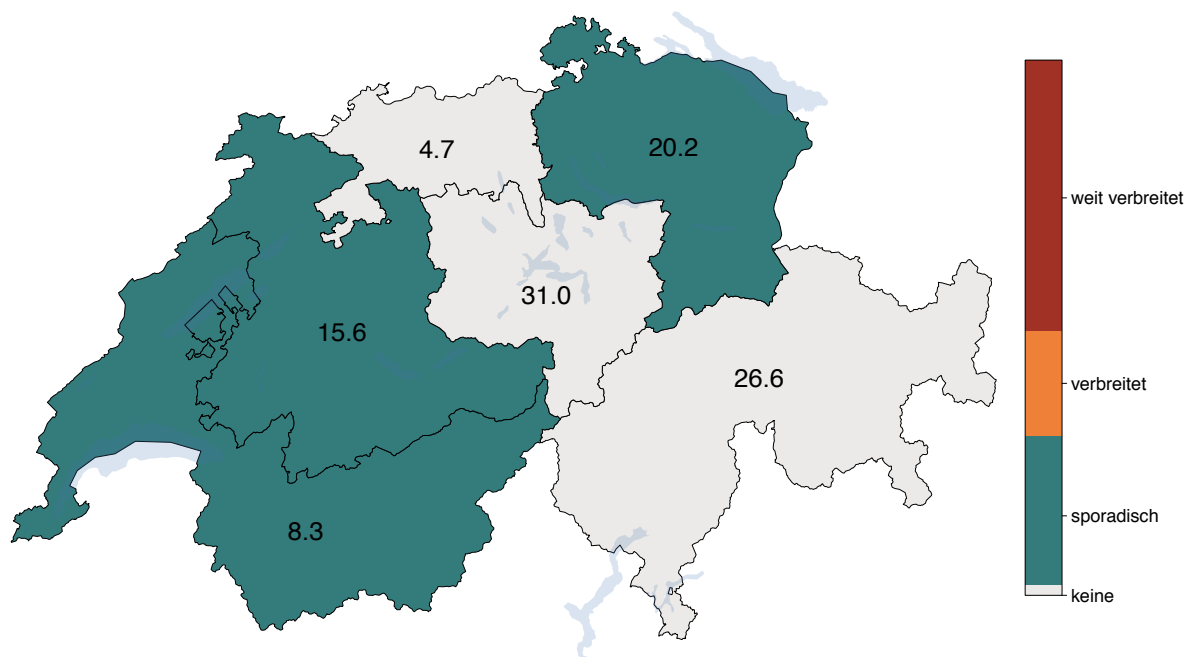
	Woche 16/2018	Saison 2017/18 kumulativ		
	Virenverteilung	Virenverteilung	Impfstoffabdeckung	
Influenza-positive Proben	3 von 5 (60%)	746 von 1292 (58%)	29%	95%
B Victoria	0%	1%	25%	25%
B Yamagata	33%	66%	0%	100%
B Linie nicht bestimmt	0%	4%		
A(H3N2)	33%	5%	100%	100%
A(H1N1)pdm09	33%	23%	100%	100%
A nicht subtypisiert	0%	1%		

▲ 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 16/2018



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; Orange: verbreitet; Rot: weit verbreitet

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

- | | |
|----------------------------------|-------------------------|
| Influenza A(H1N1)pdm09 | Influenza B-Victoria |
| – A/California/7/2009 | – B/Norway/2409/2017 |
| – A/Michigan/45/2015 | – B/Brisbane/60/2008 |
| – A/Hong Kong/3934/2011 | Influenza B-Yamagata |
| – A/St Petersburg/27/2011 | – B/Novosibirsk/11/2012 |
| Influenza A(H3N2) | – B/Phuket/3073/2013 |
| – A/Hong Kong/4801/2014 | – B/Wisconsin/1/2010 |
| – A/Schweiz/9715293/2013 | |
| – A/Slovenien/3188/2015 | |
| – A/Singapore/INFIMH-016-19/2016 | |

Die charakterisierten Influenzaviren der Subtypen A(H1N1)pdm09 und A(H3N2) werden durch die Impfstoffe der Saison 2017/18 alle abgedeckt, die Influenzaviren der Linie B-Victoria nur zum Teil. Die Influenzaviren der Linie B-Yamagata werden durch die quadrivalenten, jedoch nicht durch die trivalenten Impfstoffe der Saison 2017/18 abgedeckt.

Die WHO hat am 22. Februar 2018 die Empfehlungen für die Zusammensetzung der Grippeimpfstoffe für die nördliche Hemisphäre in der Saison 2018/19 publiziert [1]. Im Vergleich zu den Impfstoffen der aktuellen Saison 2017/18 [2] wurden die Viren der Linie B-Victoria sowie des Subtyps A(H3N2) ersetzt, um die zirkulierenden Viren besser abdecken zu können (Tabelle 3).

Tabelle 3:
WHO Empfehlungen zur Zusammensetzung der Grippeimpfstoffe

	Empfehlungen 2017/18 [2]	Empfehlungen 2018/19 [1]
B Victoria	B/Brisbane/60/2008 ▲■	B/Colorado/06/2017 ▲■
B Yamagata	B/Phuket/3073/2013 ■	B/Phuket/3073/2013 ■
A(H3N2)	A/Hong Kong/4801/2014 ▲■	A/Singapore/INFIMH-16-0019/2016 ▲■
A(H1N1)pdm09	A/Michigan/45/2015 ▲■	A/Michigan/45/2015 ▲■

▲ trivalente Impfstoffe
■ quadrivalente Impfstoffe

Internationale Situation

Die Intensität der grippeähnlichen Erkrankungen auf der Nordhalbkugel war in den vergangenen Wochen tief [3], überall mit sinkendem Trend [4–6].

In Nordamerika sind mehrheitlich Influenzaviren des Subtyps A(H3N2) und nun zunehmend Viren der B Yamagata-Linie im Umlauf [4, 5]. Europa und einige Regionen Asiens verzeichnen hingegen hauptsächlich Viren der B Yamagata-Linie und des Subtyps A(H1N1)pdm09, seltener Viren des Subtyps A(H3N2), mit komplexer geografischer Verteilung [3, 6].

GLOSSAR

Epid. Schwellenwert:	Das Niveau der Inzidenz, ab dem 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 und sinkend.
Verbreitung:	Die Verbreitung basiert auf <ul style="list-style-type: none"> • dem Anteil der meldenden Sentinella-Ärztinnen und -Ärzte, die Grippeverdachtsfälle diagnostizierten und • dem Nachweis von Influenzaviren am CNRI. Sie ist in folgende Kategorien unterteilt: keine, sporadisch, verbreitet, weit verbreitet.

Kontakt

Bundesamt für Gesundheit
 Direktionsbereich Öffentliche Gesundheit
 Abteilung Übertragbare Krankheiten
 Telefon 058 463 87 06
 E-Mail epi@bag.admin.ch

Medienschaffende

Telefon 058 462 95 05
 E-Mail media@bag.admin.ch

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.

Referenzen

1. Recommended composition of influenza virus vaccines for use in the 2018-2019 northern hemisphere influenza season http://www.who.int/influenza/vaccines/virus/recommendations/2018_19_north/en/ (accessed on 24.04.2018).
2. Recommended composition of influenza virus vaccines for use in the 2017-2018 northern hemisphere influenza season http://www.who.int/influenza/vaccines/virus/recommendations/2017_18_north/en/ (accessed on 24.04.2018).
3. European Centre for Disease Prevention and Control (ECDC). Seasonal Influenza - Latest surveillance data. <http://flunewseurope.org/> (accessed on 24.04.2018).
4. Weekly U.S. Influenza Surveillance Report. <http://www.cdc.gov/flu/weekly/index.htm> (accessed on 24.04.2018).
5. 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 24.04.2018).
6. WHO Influenza update – 313. http://www.who.int/influenza/surveillance_monitoring/updates/latest_update_GIP_surveillance/en/ (accessed on 24.04.2018).

www.anresis.ch:

Meldungen ausgewählter multiresistenter Mikroorganismen in der Schweiz

FQR-E. coli Fluoroquinolon-resistente *Escherichia coli*, definiert als *E. coli*, die gegen Norfloxacin und/oder Ciprofloxacin intermediär empfindlich oder resistent sind

ESCR-E. coli Extended-spectrum Cephalosporin-resistente *Escherichia coli*, definiert als *E. coli*, die gegen mindestens eines der getesteten 3.- oder 4.-Generation-Cephalosporine intermediär empfindlich oder resistent sind. 85 bis 100 % dieser ESCR-E. coli sind in Europa ESBL(Extendedspectrum-Laktamasen)-Produzenten.

ESCR-KP Extended-spectrum Cephalosporin-resistente *Klebsiella pneumoniae*, definiert als *K. pneumoniae*, die gegen mindestens eines der getesteten 3.- oder 4.-Generation-Cephalosporine intermediär empfindlich oder resistent sind. In Europa sind 85 bis 100 % dieser ESCR-KP ESBL-Produzenten.

MRSA Methicillin-resistente *Staphylococci aurei*, definiert als alle *S. aurei*, die gegen mindestens eines der Antibiotika Cefoxitin, Flucloxacillin, Methicillin, Oxacillin intermediär empfindlich oder resistent sind

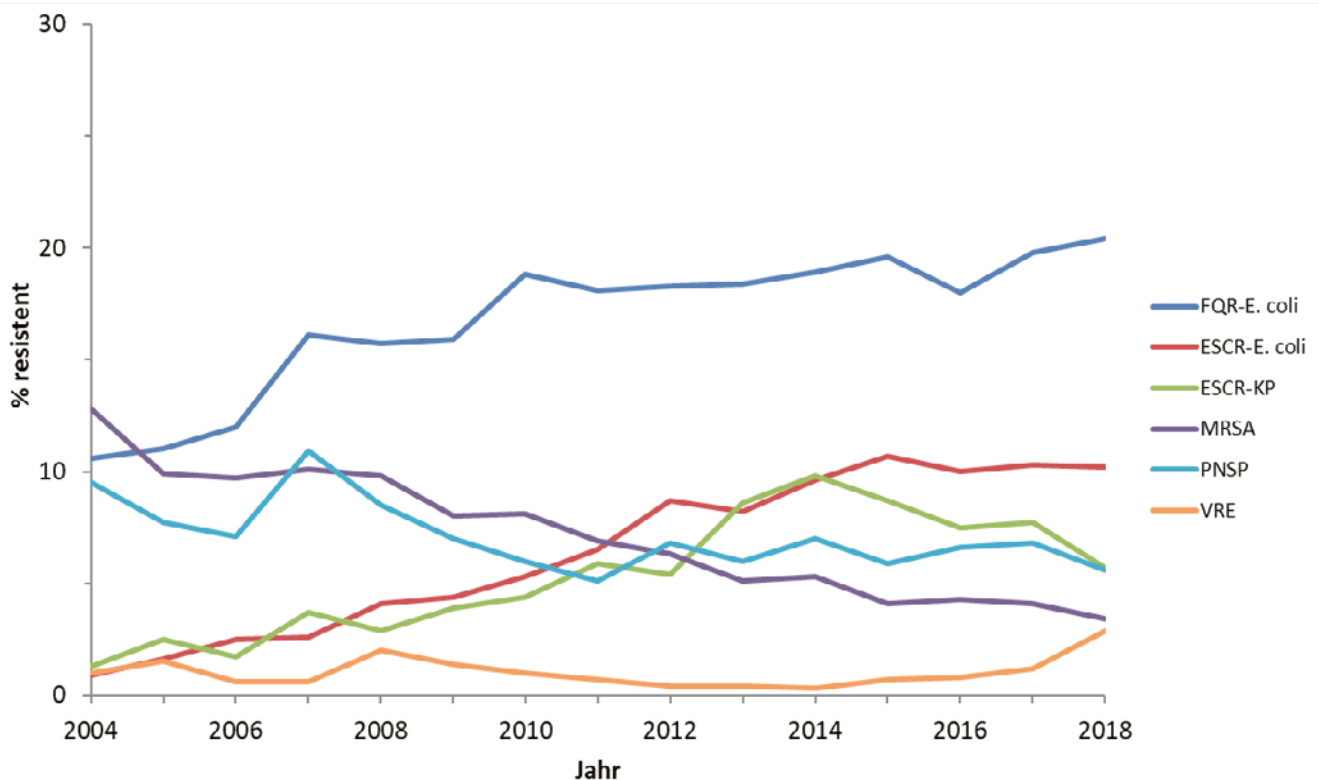
PNSP Penicillin-resistente *Streptococci pneumoniae*, definiert als alle *S. pneumoniae*, die gegen das Antibiotikum Penicillin intermediär empfindlich oder resistent sind

VRE Vancomycin-resistente Enterokokken, die auf das Antibiotikum Vancomycin intermediär empfindlich oder resistent sind. Aufgrund der intrinsischen Vancomycin-Resistenz von *E. gallinarum*, *E. flavescens* und *E. casseliflavus* wurden nur *E. faecalis* und *E. faecium* berücksichtigt. Nicht spezifizierte Enterokokken wurden von der Analyse ausgeschlossen.

Anresis:

Stand Abfrage von www.anresis.ch vom 15.04.2018

Anteil multiresistenter Mikroorganismen (%) in invasiven Isolaten (n) 2004–2018



Jahr		2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
FQR-E. coli	%	10.6	11.0	12.0	16.1	15.7	15.9	18.8	18.1	18.3	18.4	18.9	19.6	18.0	19.8	20.4
	n	1353	1534	2086	2287	2722	3142	3393	3528	3713	4109	4669	5120	5262	5483	637
ESCR-E. coli	%	0.9	1.6	2.5	2.6	4.1	4.4	5.3	6.5	8.7	8.2	9.6	10.7	10	10.3	10.2
	n	1420	1622	2167	2359	2804	3258	3528	3695	3712	4102	4677	5147	5287	5513	638
ESCR-KP	%	1.3	2.5	1.7	3.7	2.9	3.9	4.4	5.9	5.4	8.6	9.8	8.7	7.5	7.7	5.7
	n	238	278	353	427	484	587	656	656	686	730	871	949	1031	974	123
MRSA	%	12.8	9.9	9.7	10.1	9.8	8.0	8.1	6.9	6.3	5.1	5.3	4.1	4.3	4.1	3.4
	n	758	840	1063	1120	1220	1393	1413	1464	1383	1477	1712	1824	1870	2015	262
PNSP	%	9.5	7.7	7.1	10.9	8.5	7.0	6.0	5.1	6.8	6.0	7.0	5.9	6.6	6.8	5.6
	n	421	470	537	677	669	683	536	593	501	568	540	649	640	747	160
VRE	%	1.0	1.5	0.6	0.6	2.0	1.4	1.0	0.7	0.4	0.4	0.3	0.7	0.8	1.2	2.9
	n	191	203	311	335	454	588	611	672	698	761	966	1134	1036	1056	138

Erläuterung

In der Grafik und der 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. Screeninguntersuchungen 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.

Kontakt

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

Weitere Informationen

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

Faktenblatt «Antibiotika richtig einsetzen»

Information für Patientinnen und Patienten als Teil der Umsetzung der Strategie StAR

Als Teil der Umsetzung der Nationalen Strategie Antibiotikaresistenzen (StAR) wird eine verbesserte Gesundheitskompetenz von Patientinnen und Patienten in Bezug auf den sachgerechten Umgang mit Antibiotika angestrebt. Um dies zu unterstützen, haben der Schweizerische Apothekerverband pharmaSuisse, die Verbindung der Schweizer Ärztinnen und Ärzte FMH und das Bundesamt für Gesundheit BAG gemeinsam mit weiteren Partnern verschiedene Informationsmaterialien entwickelt.

AUSGANGSLAGE

Ende 2015 verabschiedete der Bundesrat die Nationale Strategie Antibiotikaresistenzen (StAR), um national koordiniert und themenübergreifend gegen die zunehmende Verbreitung von antibiotikaresistenten Bakterien vorzugehen. Die Strategie sieht unter anderem eine Sensibilisierung und Erhöhung des Wissenstandes der von der Abgabe und Einnahme von Antibiotika betroffenen Personengruppen vor, um den sachgerechten Antibiotikaeinsatz im Humanbereich zu verbessern.

INFORMATIONSMATERIALIEN

Zur Umsetzung dieser Massnahme lancierten der Schweizerische Apothekerverband pharmaSuisse, die Verbindung der Schweizer Ärztinnen und Ärzte FMH und das Bundesamt für Gesundheit BAG gemeinsam im Rahmen der Antibiotika-Awareness-Woche 2017 ein Faktenblatt, das Informationen und Empfehlungen rund um die Antibiotikaeinnahme enthält und auch erklärt, warum bei gewissen Infektionen kein Antibiotikum notwendig ist. Das praktische Faktenblatt im A5-Format kann an Patientinnen und Patienten bzw. Kundinnen und Kunden abgegeben werden.

Die Faktenblätter sind in vier Sprachen (DE, FR, IT, EN) auf der Webseite www.antibiotika-richtig-einsetzen.ch bestellbar. Auf der Webseite werden seit März 2018 die Inhalte des Faktenblatts auch in einfach verständlicher Weise als Erklärungsvideo präsentiert. Als ergänzendes Informationsprodukt wird zudem ein A2-Poster (doppelseitig DE/FR und DE/IT) zur Verfügung

gestellt, das z.B. im Wartebereich in einer Arztpraxis aufgehängt werden kann (www.bundespublikationen.admin.ch)

INFORMATION

Der sachgerechte Einsatz von Antibiotika ist eines der prioritären Ziele der Nationalen Strategie Antibiotikaresistenzen (StAR). Hier ist auch der Humanbereich gefordert. Die Strategie sieht deshalb verschiedene Massnahmen vor, beispielsweise die Bereitstellung von Verschreibungsrichtlinien zuhanden der Ärzteschaft, die Erarbeitung von Stewardship-Programmen sowie die Sensibilisierung und Erhöhung des Wissenstandes der von der Abgabe und Einnahme von Antibiotika betroffenen Personengruppen. Die Ärzteschaft, die Apothekerinnen und Apotheker, aber auch die Patientinnen und Patienten sind aufgefordert, ihren Beitrag zur Förderung einer sachgemässen Anwendung von Antibiotika zu leisten. Das von pharmaSuisse, der FMH und dem BAG bereitgestellte Informationsmaterial soll diesen Prozess erleichtern. Es eignet sich zur Unterstützung der spezifischen, zielgruppengerechten Information und Kommunikation in Arztpraxen und Apotheken und ist Teil der von StAR vorgesehenen Informations- und Sensibilisierungsmassnahmen, die in den kommenden Monaten und Jahren noch weiter ausgebaut werden sollen.

Kontakt

Bundesamt für Gesundheit BAG
Abteilung Übertragbare Krankheiten
Schwarzenburgstrasse 157, CH-3003 Bern
epi@bag.admin.ch

Information

Alle Informationsmaterialien können unter www.antibiotika-richtig-einsetzen.ch in vier Sprachen (DE, FR, IT, EN) eingesehen und bestellt werden. Der Erklärungsfilm ist zudem auf dem YouTube-Kanal des BAG unter <https://www.youtube.com/user/bagofspufsp> aufgeschaltet.

Tularämie: Eine seltene zeckenübertragene Krankheit breitet sich aus

Datenstand: 13.02.2018. Das BAG verzeichnet seit 2015 einen Anstieg in den gemeldeten Tularämie Fällen. Von durchschnittlich 31 gemeldeten Fällen für die Jahre 2010–2016 hat sich die Anzahl auf 129 Meldungen im Jahr 2017 mehr als vervierfacht. Kantonal bestehen Unterschiede, wobei im Aargau und in Zürich das schweizweite Mittel überschritten wird. Der Grossteil der Erkrankten wird durch Zecken infiziert.

EINFÜHRUNG

Die Tularämie ist eine durch gram-negative Bakterien der Art *Francisella tularensis* ausgelöste Infektionskrankheit mit einer Inkubationszeit von zwei bis zehn Tagen. Das äusserst robuste Bakterium wird in vier Unterarten gegliedert. In der Schweiz verbreitet ist *F. tularensis* subsp. *holarctica*. Das Bakterium kommt in der Umwelt vor und befällt eine Bandbreite an Organismen. Tiere wie Nager, Hasen und Kaninchen, seltener Schafe, Rinder, Pferde, Hunde, Katzen, Vögel und Amphiben können an Tularämie erkranken. Die im Volksmund «Hasenpest» genannte Krankheit gehört deshalb zu den Zoonosen. Die Übertragung auf den Menschen erfolgt via:

- Zeckenstich oder Insektenstich durch Zecken und Blutsaugende-Insekten
- Direkten Kontakt mit infizierten Tieren respektive deren Kadavern
- Inhalation oder Kontakt mit durch Kot oder Kadavern kontaminierten Staub, Erde oder Wasser

Eine Übertragung von Mensch zu Mensch wird ausgeschlossen.

SYMPTOMATIK

Abhängig vom Ansteckungsweg entwickeln sich unterschiedliche Krankheitsbilder, die von Allgemeinsymptomen wie Fieber, Muskel- und Gelenkschmerzen begleitet werden. Am häufigsten wird die Tularämie von Zecken, Bremsen und Mücken übertragen, was meist zu einem Geschwür (Ulkus) beim Einstich führt. Kommt es dann zu einer Anschwellung der regionalen Lymphkno-

ten, bezeichnet man es als glanduläre Tularämie. Das Auge kann auch die Eintrittspforte sein. In dem Fall entzünden sich die Bindehaut und die ableitenden Lymphknoten und man spricht von einer okuloglandulären Tularämie. Bei Inhalation der Bakterien kommt es in der Folge zum Befall der Lunge, was als pulmonal bezeichnet wird. Ein Infekt des Verdauungstraktes, die gastrointestinalen Form oder des Mund-/Rachenraums, die oropharyngeale Form, folgt, wenn kontaminiertes Material, wie infiziertes, halbgares Hasenfleisch oder kontaminiertes, ungefiltertes Oberflächenwasser, eingenommen wird. In sehr seltenen Fällen kann es zu einer typhösen Tularämie kommen, die durch schwere Allgemeinsymptome gekennzeichnet ist.

WARUM EINE MELDEPFLICHT?

In der Schweiz besteht seit 2004 die Meldepflicht bei Mensch und Tier. Da eine Kleinmenge des Bakteriums ausreicht, um eine Erkrankung auszulösen, das Bakterium relativ lange in der Umwelt überlebt, als Aerosol übertragen werden kann und der Krankheitsverlauf mitunter schwer ist, könnte *F. tularensis* als biologische Waffe eingesetzt werden. Um die Infektionsquelle eruieren zu können, unterstehen sowohl der Labornachweis wie auch der klinische Befund der behandelnden Ärzteschaft der Meldepflicht.

MELDEWEG

Laboratorien melden einen positiven laboranalytischen Befund beim Mensch

via Meldeformular ans BAG und den kantonsärztlichen Dienst. Als positive laboranalytische Befunde gelten der Nachweis in der Kultur, des Genoms sowie der serologische Nachweis von Antikörpern oder Antigenen. Die Ärzteschaft meldet bei einem positiven Befund Informationen zur Exposition an die zuständigen Kantonsärzte, welche ihrerseits die Information ans BAG weiterleiten. So kommt auf jede positive Labormeldung eine Arztmeldung mit Informationen zur Exposition.

ENTWICKLUNG DER FALLZAHLEN UND MELDERATEN

Zwischen 2010 und 2017 wurden insgesamt 375 Fälle registriert, welche die Falldefinition erfüllen (Abbildung 1). Dies ist der Fall, wenn eine positive Laboranalyse und ein positiver klinischer Befund dem BAG gemeldet werden. Der Höchstwert von 129 Fällen im Jahr 2017 mit einer Melderate von 1,5 pro 100 000 Personen unterstreicht den seit 2015 beobachteten Anstieg in den Fallmeldungen. Der Mittelwert über die Jahre 2010–2016 liegt mit 31 gemeldeten Fällen und einer durchschnittlichen Melderate von 0,43 pro 100 000 vier Mal tiefer.

Geschlechts- und Altersspezifische Verteilung

Die über 65-Jährigen verzeichnen den stärksten Anstieg, mit 29 Fällen (1,9 Meldungen pro 100 000) im Jahr 2017 gegenüber 6,7 gemeldeten Fällen (0,3 Meldungen pro 100 000) im Durchschnitt für 2010 bis 2016 (Abbildung 4).

Männer sind mit 84 gemeldeten Fällen (2,0 Meldungen pro 100 000) im Jahr 2017 fast doppelt so stark betroffen wie Frauen mit 45 Meldungen (1,1 Meldungen pro 100 000) (Abbildung 6; Tabelle 1)

Kantonale Verteilung

Kantonale bestehen grosse Unterschiede in den Melderaten. In den Kantonen Aargau (2,3), Bern (1,9), Fribourg (2,6), Luzern (2,0), St. Gallen (3,4), Solothurn (3,0), Waadt (1,4) und Zürich (1,7) stiegen 2017 die Melderaten pro 100 000 Einwohner am stärksten an.

Krankheitsbild

Der grösste Anteil der Erkrankungen kann der glandulären Form zugeordnet werden. Im Jahr 2017 waren es 77 Fälle (60 % der gemeldeten Fälle), was mit den vorangegangenen Jahren vergleichbar ist (Abbildung 2). Der Anteil der hospitalisierten Fälle geht seit 2010 leicht aber beständig zurück. So lag er im Jahr 2017 mit 58 Fällen bei 45 %. Im Jahr 2010 waren es noch knapp unter 60 % (Abbildung 5).

Wie und wo geschieht die Infektion?

Der Grossteil der Patienten hatte vor Symptombeginn einen Zeckenstich. Zwischen 2010 und 2017 wurden bei 31 % (n=116) der Patienten Zeckenstiche gemeldet. 19 % (n=71) der Fälle melden einen Kontakt mit einem Wildtier, Nagern oder Hasen vor der Infektion und 15 % (n=57) die Inhalation von kontaminiertem Material. Die Infektionsquelle ist bei der Tularämie jedoch häufig unbekannt. Zwischen 21 % und 51 % der jährlichen Meldungen waren ohne Angaben zur Exposition (Abbildung 3).

Situation bei Tieren – Info aus dem Bundesamt für Lebensmittelsicherheit und Veterinärwesen

Tierseuchenrechtlich gilt die Tularämie als «zu überwachende Seuche». Untersuchungslaboratorien, Tierärzte sowie Organe der Jagd- und Fischereiaufsicht müssen deshalb verdächtige oder festgestellte Fälle der zuständigen Kantonstierärztlichen-Behörde melden. So wurden in den letzten 10 Jahren jeweils zwischen einem und neun Fällen bei Feldhasen erfasst, 2012 ein Fall bei

einem Steinmarder, 2017 ein Fall bei einem Eichhörnchen und seit 1991 sechs Fälle bei Affen in Zoos oder Tierparks. Heim- oder Nutztiere waren nie betroffen.

Es gibt gegenwärtig keine Hinweise für eine Zunahme von Tularämiefällen bei Tieren. Grundsätzlich können aber lokal oder regionale Ausbrüche bei Wildtieren auch für die Zukunft nicht ausgeschlossen werden.

KOMMENTAR

Die Ursache für die aktuell ansteigenden Fallzahlen ist unklar. Die Tularämie bleibt aber nach wie vor eine seltene Erkrankung. Da die Spitaleinlieferungen auf Grund einer Tularämie zurückgehen, nehmen höchstwahrscheinlich die milderen Verlaufsformen stärker zu als die schweren. Mögliche Erklärung ist eine erhöhte Sensibilisierung der Ärzteschaft für die Krankheit. Auch die verbreitete Anwendung der Serologie mit begrenz-

ter Spezifität könnte vermehrt zu Meldungen führen.

Aufgrund der vielen fehlenden Angaben bei der Exposition lassen sich keine klaren Risikogruppen beschreiben. Die wahrscheinlichste Hauptquelle für die Infektion sind Zeckenstiche. Klassischerweise sind Bauern, Jäger, Wildhüter, sowie alle Personen, die sich im Wald aufhalten, besonders exponiert. Des Weiteren können unabhängig von Zeckenstichen auch Labormitarbeiter, die mit dem Erreger arbeiten oder Personen mit Kontakt zu Nagern und Hasenartigen einem erhöhten Risiko ausgesetzt sein.

Das BAG empfiehlt folgende Präventionsmassnahmen:

- Zeckenschutz bei Aufenthalt im Freien. Dies umfasst das Tragen von geschlossener Kleidung im Wald, Verwendung von Anti-Zeckenspray und die systematische Kontrolle auf

Tabelle 1:
Fallmeldungen und Melderate für das Jahr 2017 nach Alter und Geschlecht

Altersgruppe	Geschlecht	Fallmeldung	Melderate pro 100 000 Personen
0 bis 4	♂	4	1,80
	♀	2	0,95
	Total	6	1,39
5 bis 14	♂	4	0,94
	♀	8	1,98
	Total	12	1,45
15 bis 24	♂	9	1,87
	♀	4	0,88
	Total	13	1,39
25 bis 34	♂	8	1,35
	♀	1	0,17
	Total	9	0,77
35 bis 44	♂	12	2,02
	♀	8	1,37
	Total	20	1,70
45 bis 54	♂	16	2,40
	♀	5	0,77
	Total	21	1,59
55 bis 64	♂	11	2,07
	♀	8	1,51
	Total	19	1,79
ab 65	♂	20	2,96
	♀	9	1,07
	Total	29	1,91

Zeckenstiche im Anschluss (weiterführende Informationen in der Zecken App oder BAG-Internetseite).

- Kontakt mit toten oder kranken Wildtieren meiden. Nutz- und Heimtiere bei Verdacht auf Krankheit von einem Tierarzt untersuchen lassen.

Die Tularämie ist bei zeitnaher Diagnose mit Antibiotika gut behandelbar. Da es sich um eine seltene Infektion

handelt, ist eine erhöhte Sensibilität der Ärzteschaft insbesondere in Bezug auf die Beurteilung des Expositionsrisikos wichtig.

Referenzen

1. Bundesamt für Gesundheit. Tularämie in der Schweiz: Übersicht über Erreger und Krankheit sowie Analyse auf der Basis der Meldedaten von 2004 bis 2012. BAG Bulletin. 2013;49:889–895.
2. Bundesamt für Gesundheit. Website: Zeckenübertragene Krankheiten. bit.ly/2GcQoM3

3. Bundesamt für Lebensmittelsicherheit und Veterinärwesen. Bundesamt für Gesundheit. Bericht zur Überwachung von Zoonosen und lebensmittelbedingten Krankheitsausbrüchen Daten 2016. 33–36.
4. J. Loscalzo. Harrisons Innere Medizin. 18. Auflage. 2012; 1397–1401
5. Andreas Garzotto GmbH und A&K Strategy GmbH, Zecken App, <https://play.google.com/store/apps/details?id=com.garzotto.zecke>
6. Robert Koch-Institut. Infektionsepidemiologisches Jahrbuch meldepflichtiger Krankheiten für 2016. 2017.

Abbildung 1
Gemeldete Tularämie Fälle seit Einführung der Meldepflicht im Jahr 2004; jeder Balken entspricht den pro Monat beim BAG gemeldeten Fällen (n = 409).

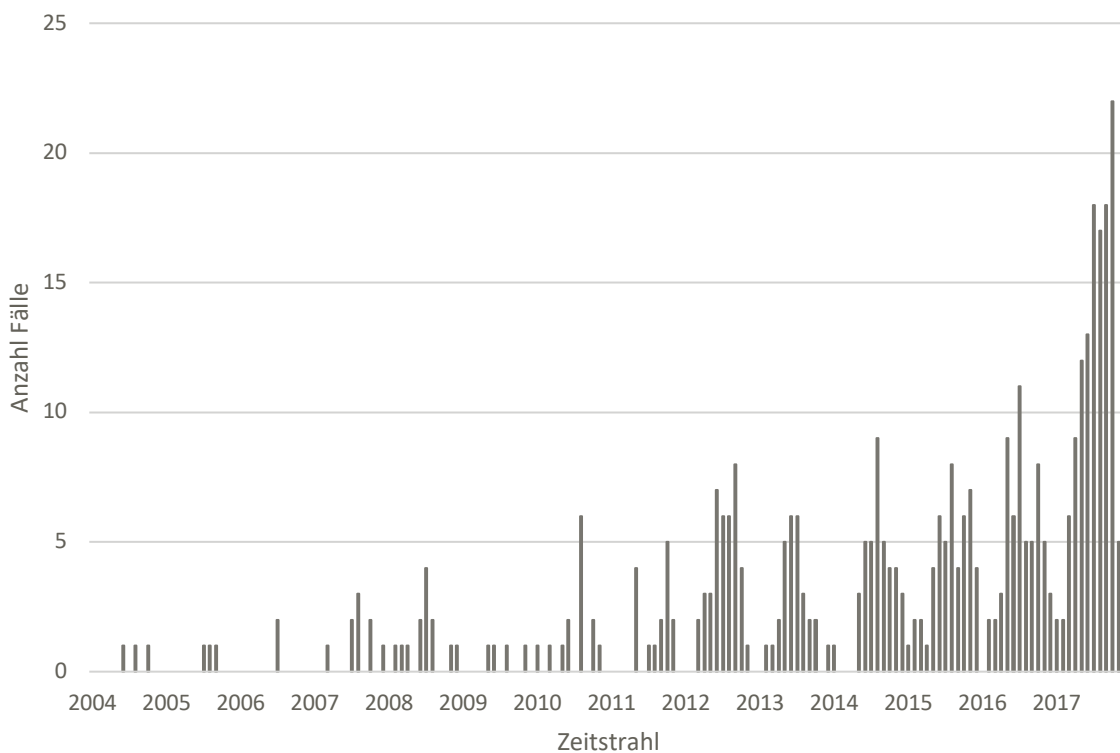


Abbildung 2

Tularämie: Manifestationsart der gemeldeten Fälle für die Jahre 2010–2017

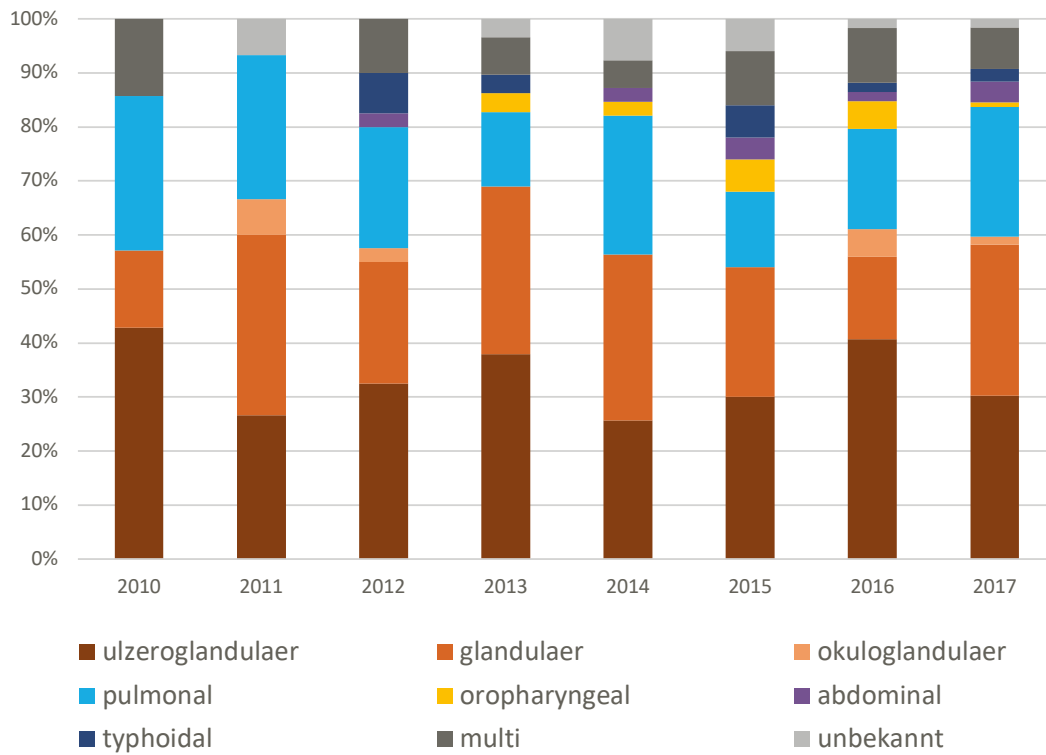


Abbildung 3

Tularämie: Infektionsquelle der gemeldeten Fälle in Prozent für die Jahre 2010–2017

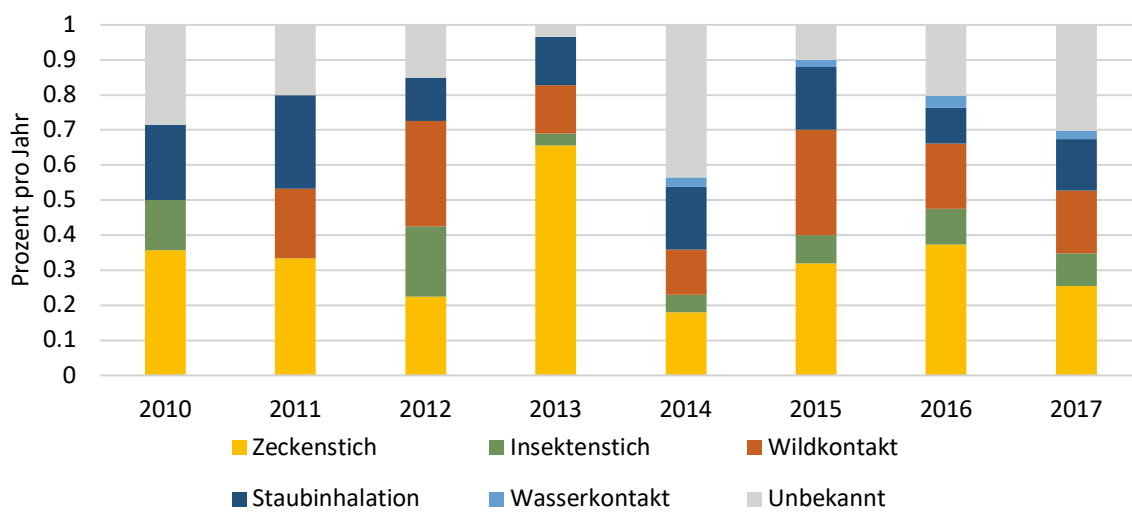


Abbildung 4
Melderaten Tularämie nach Alter und Jahr; pro 100 000 Einwohner für die Jahre 2010–2017

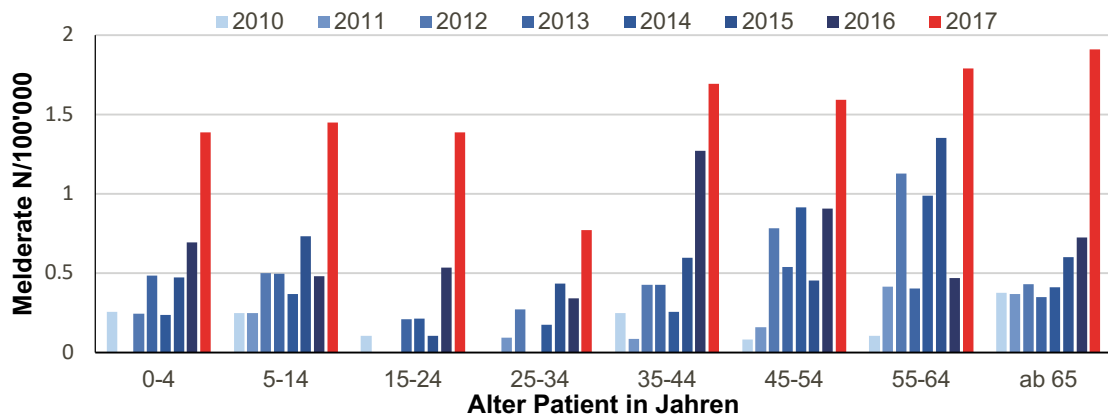


Abbildung 5
Hospitalisierte Fälle in Prozent für die Jahre 2004–2017

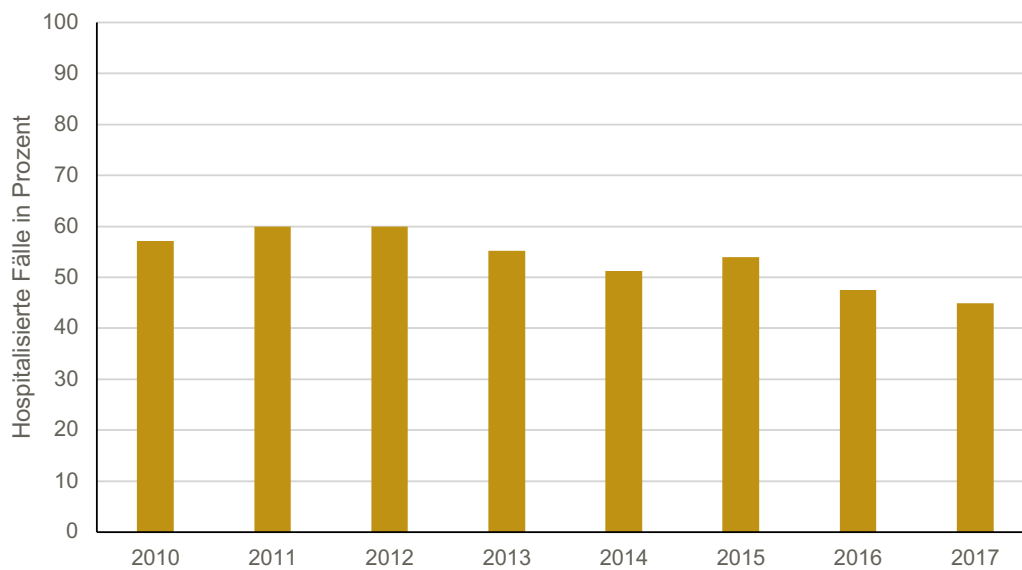
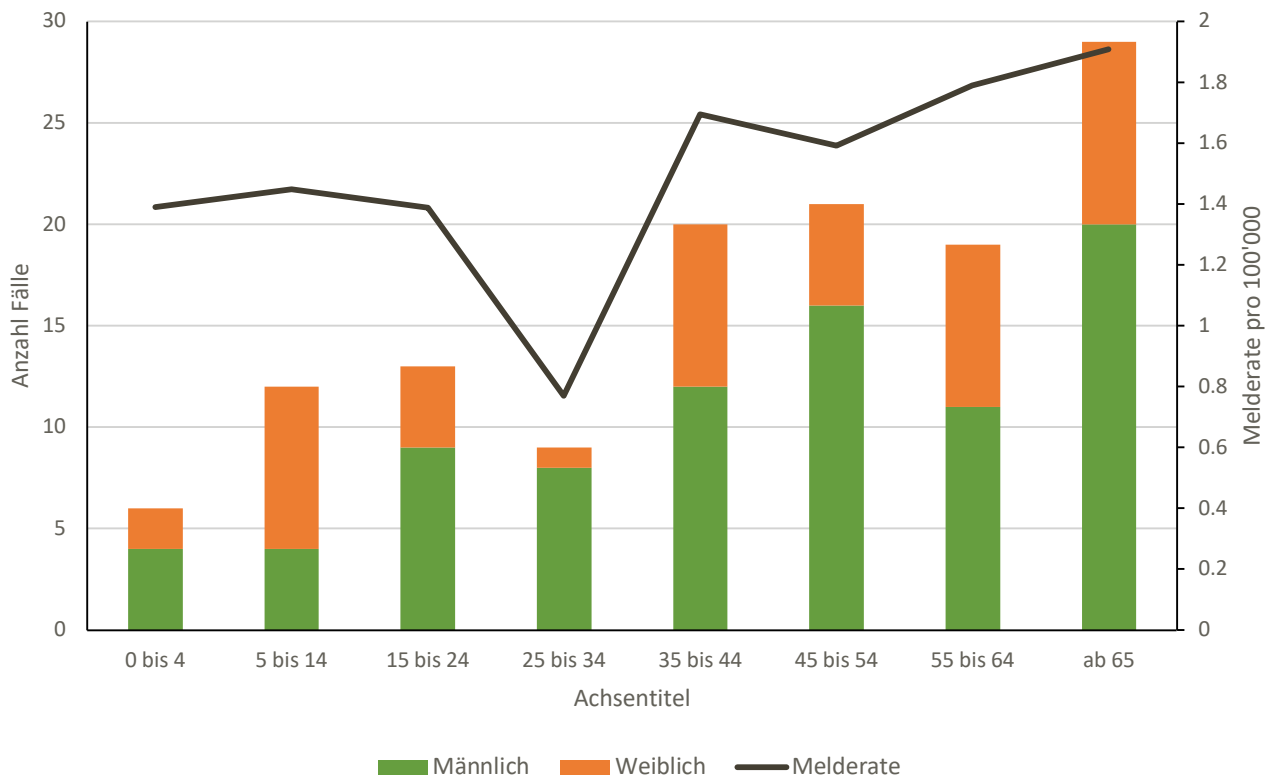
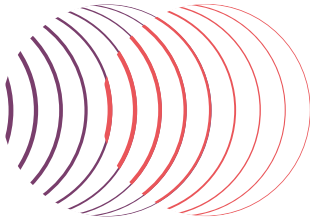


Abbildung 6

Anzahl Meldungen Tularämie nach Alter und Geschlecht dargestellt auf der linken Achse; die altersgruppenspezifische Melderate pro 100 000 auf der rechten Achse für das Jahr 2017



Koordinierte Versorgung für (hoch-)betagte, multimorbide Patientinnen und Patienten



Koordinierte Versorgung

Wissen teilen. Gemeinsam planen.
Patienten stärken.

Am 15. Dezember 2017 fand in Bern ein Symposium zur koordinierten Versorgung statt. Mit diesem Anlass hat das BAG Projektarbeiten abgeschlossen, die unter Einbezug von verschiedenen Akteuren umgesetzt wurden. Drei Berichte und zwei Broschüren zeigen praxisnah auf, wie die koordinierte Versorgung die Lebensqualität von mehrfach erkrankten, hochbetagten Menschen verbessern kann.

Die Massnahmen reichen von der gesundheitlichen Vorausplanung (Advance Care Planning) über die Spitalentlassung und «Good Practice» im Bereich der spezialisierten geriatrischen Versorgungsstrukturen bis hin zur Klärung von Finanzierungsfragen. Die daraus entstandenen Publikationen richten sich an Leistungserbringer, Fachleute und politische Entscheidungsträger.

ANALYSE VON ZEHN MODELLEN GUTER PRAXIS IM BEREICH DER SPEZIALISIERTEN GERIATRISCHEN VERSORGUNG

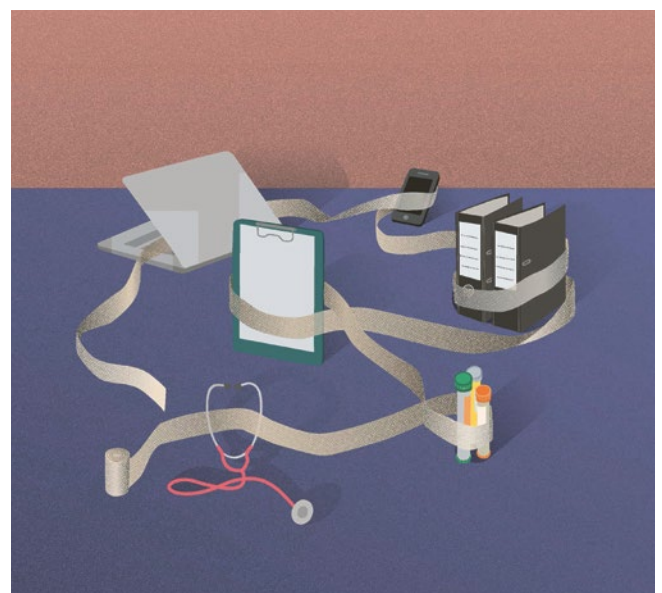
In diesem Bericht werden zehn Modelle guter Praxis vorgestellt, in denen geriatrische Expertise Teil der koordinierten Versorgung ist. Dabei fließt die Expertise in die ambulante Versorgung, in die Langzeitversorgung, in die Psychiatrie und in die verschiedenen Abteilungen der Spitäler ein. Die Analyse dieser zehn Modelle zeigt Erfolgsfaktoren und Schwierigkeiten auf, die sich für die Lancierung und Umsetzung solcher Modelle ergeben. Daraus ergeben sich Empfehlungen für die optimale und koordinierte Versorgung von mehrfach erkrankten hochbetagten Menschen in allen Regionen der Schweiz.

Als PDF herunterladen: www.bag.admin.ch/koordinierte-versorgung > Patientengruppen & Schnittstellen > (Hoch-)betagte, multimorbide Patientinnen und Patienten

ERGEBNISSE DES WORKSHOPS «DEN SPITALAUSTRITT PLANEN UND KOORDINIEREN»

Der Spitalaustritt ist eine wichtige Schnittstelle in der Behandlungskette und sollte insbesondere bei älteren, mehrfach kranken Patientinnen und Patienten gut koordiniert werden. Eine umfassend geplante Nachsorge kann verhindern, dass die Behandlungskette unterbrochen wird. Auf Einladung des BAG und der Schweizerischen Konferenz der kantonalen

Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren haben Leistungserbringer und Verbände, kantonale Behörden und Versicherer im Dezember 2016 an einem Workshop diskutiert, wie die Spitalentlassung besser geplant werden kann und welche Elemente dazu wichtig sind. Die rund 80 Teilnehmenden konnten erfahren, welche Vielfalt an Initiativen in der Schweiz besteht, um die Schnittstellen in der Betreuungskette zwischen Akutsomatik und Nachsorge zu Nahtstellen zu machen. Die Ergebnisse des Workshops «Den Spitalaustritt planen und koordinieren» wurden in einem Bericht zusammengefasst. Den Akteuren sollen damit Ideen und konkrete Instrumente zur Verfügung



Aufgaben: Gemeinsam mit unseren Partnern wird der Rahmen für eine verbesserte koordinierte Versorgung festgelegt

gestellt werden, mit denen sie den Spitalaustritt von gebrechlichen und mehrfach erkrankten Menschen gemäss ihren jeweiligen Kompetenzen und Möglichkeiten verbessern können.

Als PDF herunterladen: www.bag.admin.ch/koordinierte-versorgung > Patientengruppen & Schnittstellen > (Hoch-)betagte, multimorbide Patientinnen und Patienten

HANDBUCH ZUR ABGELTUNG VON LEISTUNGEN IM RAHMEN DER KOORDINIERTEN VERSORGUNG

Der Schwerpunkt dieses Handbuchs liegt auf den Schnittstellen zwischen der akutstationären Versorgung und den vor- und nachgelagerten Bereichen sowie auf den derzeit geltenden Abgeltungsmodalitäten. Mithilfe von elf Fallbeispielen werden Situationen beschrieben, in denen Unklarheiten bezüglich der Abgeltung an den Schnittstellen bestehen. Diese Fallbeispiele wurden juristisch beurteilt und sind mit einer Handlungsempfehlung zuhanden der Leistungserbringer und Kostenträger versehen. Sie basieren auf Interviews mit Fachpersonen aus Akutspitälern, Hausarztpraxen, Rehabilitationskliniken, Pflegeheimen und der Spitex.

Als PDF herunterladen: www.bag.admin.ch/koordinierte-versorgung > Patientengruppen & Schnittstellen > (Hoch-)betagte, multimorbide Patientinnen und Patienten

In Papierform bestellen: www.bundespublikationen.admin.ch, Bestellnummer: 316.757.d

BROSCHÜRE «HOCHBETAGTE MENSCHEN MIT MEHRFACHERKRANKUNGEN: FALLBEISPIELE AUS DER GERIATRISCHEN PRAXIS»

Hochbetagte Menschen mit Mehrfacherkrankungen sind vielerorts die grösste Patientengruppe in Spitalabteilungen, Pflegeheimen, Hausarztpraxen oder bei der Spitex und anderen Diensten der häuslichen Pflege. Ihre Betreuung und Behandlung kann sehr komplex sein. Die Broschüre, die auch als digitales interaktives Produkt vorliegt, vermittelt anhand von typischen Fallgeschichten auf anschauliche Art geriatrisches Grundwissen und zeigt, wie die Zusammenarbeit berufsgruppen- und sektorenübergreifend erfolgt. Dieses Produkt ist für Fachpersonen in Spitälern, Alters- und Pflegeheimen und in der ambulanten Versorgung gedacht und soll helfen, geriatrisches Wissen praxisnah zur Verfügung zu stellen. Auch für Schulungszwecke kann es eingesetzt werden.

Als PDF herunterladen: www.bag.admin.ch/koordinierte-versorgung > Patientengruppen & Schnittstellen > (Hoch-)betagte, multimorbide Patientinnen und Patienten

In Papierform bestellen: www.bundespublikationen.admin.ch, Bestellnummer: 316.759.d

NATIONALES RAHMENKONZEPT GESUNDHEITLICHE VORAUSPLANUNG MIT SCHWERPUNKT «ADVANCE CARE PLANNING»

Ein Ziel des Projekts Koordinierte Versorgung des BAG besteht darin, den Patientenwillen zu stärken, damit die Behandlung und Betreuung besser entlang den Bedürfnissen der Patientinnen und Patienten geplant und koordiniert werden kann.

Um dies zu erreichen, wurde ein nationales Rahmenkonzept «Gesundheitliche Vorausplanung mit Schwerpunkt Advance Care Planning» erarbeitet. Es soll dazu beitragen, dass der Wille eines wohlinformierten Patienten bei fortschreitender Erkrankung einerseits den Behandlungsplan aller Beteiligten, andererseits in Situationen des Notfalls und der länger andauernden oder dauerhaften Urteilsunfähigkeit die Behandlungsentscheidungen leitet. Das Rahmenkonzept beinhaltet Grundlagen und Empfehlungen für die konkrete Umsetzung in der Gesundheitsversorgung der Schweiz.

Als PDF herunterladen: www.bag.admin.ch/koordinierte-versorgung > Patientengruppen & Schnittstellen > (Hoch-)betagte, multimorbide Patientinnen und Patienten

Projekt Koordinierte Versorgung

Bei der Behandlung von Patientinnen und Patienten besteht an allen Schnittstellen grosser Koordinationsbedarf. Insbesondere bei chronisch kranken Menschen ist die gut abgestimmte, enge Zusammenarbeit aller Beteiligten unerlässlich. Der Handlungsbedarf in diesem Bereich ist erkannt. Schon heute engagieren sich viele Akteure für eine besser koordinierte, zeitgemässe Versorgung. Das heutige System weist aber Lücken auf, die mit Aktivitäten auf Stufe Bund geschlossen werden sollen. Die bundesrätliche Strategie Gesundheit2020 will die Voraussetzungen für die koordinierte Versorgung verbessern und hat dafür ein Projekt lanciert, das gemeinsam mit Gesundheitsakteuren umgesetzt wird. Dieses Engagement ist notwendig, damit das Schweizer Gesundheitswesen qualitativ hochstehend, bezahlbar und allen Personen zugänglich bleibt.

Das 2015 lancierte Projekt Koordinierte Versorgung will die koordinierte Versorgung insbesondere für diejenigen Patientengruppen verbessern, die viele unterschiedliche und aufwendige Gesundheitsleistungen in Anspruch nehmen – also jene 10 Prozent der Versicherten, die gemeinsam 70–80 Prozent der Leistungen beanspruchen. Nach der ersten Patientengruppe, den hochbetagten mehrfach erkrankten Menschen, bilden psychisch kranke Menschen, die gleichzeitig eine körperliche Erkrankung aufweisen, die zweite Patientengruppe im Projekt Koordinierte Versorgung. Handlungsbedarf besteht insbesondere an der Schnittstelle «Akutsomatik – Psychiatrie/psychiatrische Klinik».

Kontakt

Bundesamt für Gesundheit (BAG)
Lea von Wartburg
Leiterin Projekt Koordinierte Versorgung
E-Mail: gesundheitspolitik@bag.admin.ch

Links

www.bag.admin.ch/koordinierte-versorgung
www.gesundheit2020.ch

Rezeptsperrung

Swissmedic, Abteilung Betäubungsmittel

Rezeptsperrung

Folgende Rezepte sind gesperrt

Kanton	Block-Nr.	Rezept-Nr.
Aargau	240502D	6012551
Aargau	240370D	6009244
Bern	226476D	5661899



Schweizerische Eidgenossenschaft
Confédération suisse
Confederazione Svizzera
Confederaziun svizra

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

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

Die Rauchstopplinie unterstützt dich:

0848 000 181*



**S M O K E
FREE**

Ich bin stärker.

Wenn die Eltern rauchen, greifen ihre Kinder später eher zu Zigarette. Mache jetzt den ersten Schritt für deinen Rauchstopp und geh mit gutem Beispiel voran. Die Fachpersonen der Rauchstopplinie unterstützen dich dabei.

* 8 Rp. pro Minute ab Festnetz

smokefree.ch

10th World Research Congress of the European Association for Palliative Care



24 – 26 May 2018, Kursaal Bern, Switzerland



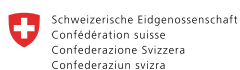
For information about the scientific programme, registration,
accommodation and travelling to Bern, visit
www.eapcnet.eu/research2018

Submit your abstract now and share the results of your research.
Abstract submission deadline: 15 October 2017

The 10th EAPC World Research Congress will celebrate significant milestones:
30 years since the foundation of the EAPC, 20 years of the EAPC Research Network,
and the 100th Anniversary of Dame Cicely Saunders's birth.

*Come and join a community of over 1,000 palliative care professionals and researchers
from more than 40 countries!*

In collaboration with



Swiss Confederation

Federal Department of Home Affairs FDHA
Federal Office of Public Health FOPH



palliative.ch

gemeinsam + kompetent
ensemble + compétent
insieme + con competenza



BAG-Bulletin
BBL, Vertrieb Publikationen
CH-3003 Bern

P.P.

CH-3003 Bern
Post CH AG

BAG-Bulletin

Woche
18/2018