



Schweizerische Eidgenossenschaft  
Confédération suisse  
Confederazione Svizzera  
Confederaziun svizra

Eidgenössisches Departement des Innern EDI  
**Bundesamt für Gesundheit BAG**

Ausgabe vom 21. November 2016

# BAG-Bulletin

Woche 47/2016

Informationsmagazin für medizinische Fachpersonen und Medienschaffende

Eine Roadmap zur  
Nachwuchsförderung in der Klinischen Forschung

# Impressum

## **HERAUSGEBER**

Bundesamt für Gesundheit  
CH-3003 Bern (Schweiz)  
[www.bag.admin.ch](http://www.bag.admin.ch)

## **REDAKTION**

Bundesamt für Gesundheit  
CH-3003 Bern  
Telefon 058 463 87 79  
[drucksachen-bulletin@bag.admin.ch](mailto:drucksachen-bulletin@bag.admin.ch)

## **DRUCK**

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

## **ABONNEMENTE, ADRESSÄNDERUNGEN**

BBL, Vertrieb Bundespublikationen  
CH-3003 Bern  
Telefon 058 465 5050  
Fax 058 465 50 58  
[verkauf.zivil@bbl.admin.ch](mailto:verkauf.zivil@bbl.admin.ch)

ISSN 1420-4266

## **DISCLAIMER**

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

Abonnieren Sie das Bulletin auch elektronisch unter:  
[www.bag.admin.ch/bulletin](http://www.bag.admin.ch/bulletin)

# Inhalt

Meldungen Infektionskrankheiten	4
Biomedizin: Eine Roadmap zur Nachwuchsförderung in der Klinischen Forschung	6
Anresis.ch: Meldungen ausgewählter multiresistenter Mikroorganismen in der Schweiz	7
Sentinella Sentinella Statistik	9
Revision des Unfallversicherungsgesetzes: Inkrafttreten per 1. Januar 2017	14
Anpassung des Ärztetarifs TARMED wird vorbereitet	15
Rezeptsperrung	16

# Meldungen Infektionskrankheiten

## Stand am Ende der 45. Woche (15.11.2016)<sup>a</sup>

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

<sup>b</sup> Siehe Influenza-Überwachung im Sentinella-Meldesystem [www.bag.admin.ch/sentinella](http://www.bag.admin.ch/sentinella).

<sup>c</sup> Ausgeschlossen sind materno-foetale Röteln.

<sup>d</sup> Bei schwangeren Frauen und Neugeborenen.

<sup>e</sup> Die Meldepflicht für Zika-Virus-Infektion wurde auf den 7.3.2016 eingeführt.

<sup>f</sup> Eingeschlossen sind Fälle von Haut- und Rachendiphtherie, aktuell gibt es ausschliesslich Fälle von Hautdiphtherie.

### Infektionskrankheiten: Stand am Ende der Woche 45<sup>a</sup>

	Woche 45			Letzte 4 Wochen			Letzte 52 Wochen			Seit Jahresbeginn		
	2016	2015	2014	2016	2015	2014	2016	2015	2014	2016	2015	2014
<b>Respiratorische Übertragung</b>												
Haemophilus influenzae: invasive Erkrankung	1 0.60		1 0.60	5 0.80	7 1.10	3 0.50	107 1.30	109 1.30	93 1.10	95 1.30	92 1.30	83 1.20
Influenzavirus-Infektion, saisonale Typen und Subtypen <sup>b</sup>	3 1.90	1 0.60		15 2.30	7 1.10	3 0.50	3739 44.70	5802 69.40	1539 18.60	3620 50.00	5748 79.40	1525 21.30
Legionellose	9 5.60	8 5.00	5 3.10	37 5.80	31 4.80	35 5.50	387 4.60	369 4.40	298 3.60	341 4.70	343 4.70	268 3.70
Masern	1 0.60			2 0.30			55 0.70	36 0.40	24 0.30	55 0.80	36 0.50	22 0.30
Meningokokken: invasive Erkrankung	1 0.60			2 0.30	1 0.20	1 0.20	49 0.60	46 0.60	40 0.50	45 0.60	38 0.50	29 0.40
Pneumokokken: invasive Erkrankung	16 10.00	16 10.00	11 6.90	51 7.90	65 10.10	41 6.40	819 9.80	833 10.00	803 9.70	665 9.20	724 10.00	683 9.50
Röteln <sup>c</sup>								4 0.05	3 0.04		4 0.06	3 0.04
<b>Röteln, materno-foetal<sup>d</sup></b>												
Tuberkulose	3 1.90	14 8.70	20 12.60	32 5.00	58 9.00	47 7.40	585 7.00	528 6.30	489 5.90	521 7.20	474 6.60	419 5.80
<b>Faeco-orale Übertragung</b>												
Campylobacteriose	77 47.90	137 85.20	132 83.00	506 78.70	498 77.40	599 94.10	7921 94.70	6741 80.60	7787 94.10	6930 95.80	5836 80.60	6742 94.20
Enterohämorrhagische E. coli-Infektion	10 6.20	6 3.70	1 0.60	32 5.00	31 4.80	10 1.60	460 5.50	279 3.30	107 1.30	422 5.80	252 3.50	98 1.40
Hepatitis A				2 0.30	2 0.30	5 0.80	40 0.50	45 0.50	58 0.70	34 0.50	36 0.50	48 0.70
Listeriose		1 0.60	4 2.50	3 0.50	6 0.90	7 1.10	53 0.60	56 0.70	102 1.20	48 0.70	47 0.60	91 1.30
Salmonellose, S. typhi/ paratyphi			1 0.60	1 0.20	2 0.30	1 0.20	23 0.30	15 0.20	25 0.30	21 0.30	13 0.20	21 0.30
Salmonellose, übrige	34 21.10	38 23.60	30 18.80	132 20.50	185 28.80	119 18.70	1462 17.50	1339 16.00	1260 15.20	1335 18.40	1201 16.60	1098 15.30
Shigellose	10 6.20	8 5.00	1 0.60	27 4.20	25 3.90	13 2.00	202 2.40	173 2.10	145 1.80	174 2.40	148 2.00	119 1.70

	Woche 45			Letzte 4 Wochen			Letzte 52 Wochen			Seit Jahresbeginn		
	2016	2015	2014	2016	2015	2014	2016	2015	2014	2016	2015	2014
<b>Durch Blut oder sexuell übertragen</b>												
Aids			1 0.60	4 0.60	8 1.20	5 0.80	67 0.80	86 1.00	128 1.60	59 0.80	74 1.00	77 1.10
Chlamydiose	168 104.50	197 122.50	154 96.80	751 116.80	821 127.60	772 121.30	10932 130.70	9969 119.20	9634 116.40	9511 131.40	8664 119.70	8388 117.10
Gonorrhoe	36 22.40	18 11.20	31 19.50	175 27.20	124 19.30	125 19.60	2405 28.80	1822 21.80	1576 19.00	2135 29.50	1622 22.40	1385 19.30
Hepatitis B, akut						6 0.90	34 0.40	30 0.40	53 0.60	29 0.40	26 0.40	45 0.60
Hepatitis B, total Meldungen	23	8	25	92	101	182	1493	1299	1460	1268	1145	1252
Hepatitis C, akut			3 1.90	1 0.20	6 0.90	6 0.90	43 0.50	46 0.60	65 0.80	33 0.50	43 0.60	51 0.70
Hepatitis C, total Meldungen	32	8	40	104	93	175	1557	1456	1669	1351	1212	1420
HIV-Infektion	4 2.50	14 8.70	22 13.80	28 4.40	79 12.30	40 6.30	504 6.00	572 6.80	510 6.20	472 6.50	513 7.10	469 6.60
Syphilis	39 24.20	10 6.20	23 14.40	126 19.60	54 8.40	87 13.70	1115 13.30	1054 12.60	1053 12.70	1001 13.80	913 12.60	923 12.90
<b>Zoonosen und andere durch Vektoren übertragbare Krankheiten</b>												
Brucellose							6 0.07	2 0.02	2 0.02	6 0.08	1 0.01	2 0.03
Chikungunya-Fieber	1 0.60		1 0.60	1 0.20	1 0.20	5 0.80	37 0.40	49 0.60	62 0.80	31 0.40	33 0.50	62 0.90
Dengue-Fieber	1 0.60	2 1.20	2 1.30	6 0.90	11 1.70	7 1.10	182 2.20	182 2.20	136 1.60	154 2.10	165 2.30	111 1.60
Gelbfieber												
Hantavirus-Infektion							1 0.01	2 0.02	1 0.01	1 0.01	2 0.03	1 0.01
Malaria	1 0.60	14 8.70	7 4.40	20 3.10	42 6.50	28 4.40	341 4.10	386 4.60	294 3.60	290 4.00	356 4.90	273 3.80
Q-Fieber					3 0.50	2 0.30	49 0.60	39 0.50	35 0.40	43 0.60	33 0.50	34 0.50
Trichinellose					1 0.20			2 0.02			2 0.03	
Tularämie		1 0.60		2 0.30	7 1.10	3 0.50	54 0.60	48 0.60	31 0.40	45 0.60	40 0.60	30 0.40
West-Nil-Fieber												
Zeckenzephalitis		2 1.20	2 1.30	9 1.40	9 1.40	8 1.30	212 2.50	111 1.30	120 1.40	199 2.80	105 1.40	107 1.50
Zika-Virus-Infektion*							51 0.60			51 0.70		
<b>Andere Meldungen</b>												
Botulismus							1 0.01	2 0.02	1 0.01	1 0.01	2 0.03	1 0.01
Creutzfeldt-Jakob- Krankheit				1 0.20	4 0.60	1 0.20	15 0.20	19 0.20	18 0.20	13 0.20	17 0.20	14 0.20
Diphtherie†							4 0.05	9 0.10	1 0.01	4 0.06	9 0.10	1 0.01
Tetanus								1 0.01			1 0.01	

# Eine Roadmap zur Nachwuchsförderung in der Klinischen Forschung

Ein gemeinsamer Bericht von SAMW und BAG kommt 2014 zum Schluss, dass im Bereich der Nachwuchsförderung in der klinischen Forschung noch grosse Defizite bestehen. Um diese Lücke zu schliessen, hat eine breit aufgestellte Trägerschaft eine Roadmap auf den Weg gebracht, mit dem Ziel, forschungsinteressierte Ärztinnen und Ärzte in jeder Phase ihres Karrierewegs gezielt und systematisch zu fördern.

Ein gemeinsamer Bericht [1] der Schweizerischen Akademie der Medizinischen Wissenschaften (SAMW) und des Bundesamtes für Gesundheit (BAG), der im Rahmen des Masterplans des Bundes zu Stärkung der Biomedizinischen Forschung und Technologie [2] erarbeitet wurde, kam 2014 zum Schluss, dass bei der Nachwuchsförderung in der klinischen Forschung bislang jedoch zu wenig unternommen wurde.

Das BAG hat in der Folge eine durch die Anspruchsgruppen und Akteure im Bereich der klinischen Forschung breit abgestützte Arbeitsgruppe ins Leben gerufen. Diese Task-Force, in der neben Vertretungen der medizinischen Fakultäten und der Universitätsspitäler u.a. auch die Präsidenten von SCTO und SAMW Einsitz hatten, übersetzte die Empfehlungen des erwähnten Berichtes in konkrete Massnahmen, legte die entsprechenden Zuständigkeiten fest und definierte einen Zeitplan für eine erfolgreiche und nachhaltige Umsetzung der Empfehlungen. Die so entstandene Roadmap 2016–2021 zur Nachwuchsförderung in der klinischen Forschung [3] umfasst insgesamt fünf Arbeitspakete.

Im Arbeitspaket 1 geht es darum, die Öffnung der lokalen MD-PhD Programme für klinische Forschungsprojekte zu unterstützen. Arbeitspaket 2 sieht vor, Mindeststandards für klinische Forschungskompetenzen zu definieren, um so forschungsinteressierten Ärztinnen und Ärzten den Erwerb von angemessenen fachlichen Qualifikationen zu erleichtern.

Arbeitspaket 3, welches das zentrale Arbeitspaket ist und mit den anderen Paketen vernetzt, umfasst den Aufbau einer virtuellen Schule, d.h. einer Dachstruktur für die nationale Koordination bereits bestehender Aus-, Weiter- und Fortbildungsangebote inklusive eines zusätzlichen Rahmenprogramms. Diese Struktur soll dazu beitragen, dass fachliche Qualifikationen für die klinische Forschung effizient erworben werden können und die Informationen dazu umfassend und leicht zugänglich sind. Sie ist darauf ausgerichtet:

- den Ärztinnen und Ärzten während der Spezialisierungsphase umfangreiche und anhaltende Unterstützung zu bieten

(fachliche, administrative und finanzielle Unterstützung sowie karriereorientiertes Mentoring);

- eine gemeinsame Struktur und ein vorgegebenes Programm/Verfahren für die Aus- und Weiterbildung in klinischer Forschung bereitzustellen;
- die bestmögliche Vereinbarkeit mit allen fachärztlichen Weiterbildungen zu erreichen;
- eine übermässige Verlängerung der Spezialisierungsphase zu vermeiden;
- die Mobilität der Forschenden innerhalb der Schweiz zu erleichtern.

Inhalt des Arbeitspakets 4 ist der Aufbau eines (Pilot-)Förderprogramms mit Hilfe privater Mittel; dieses Programm unterstützt vielversprechende junge Kandidatinnen und Kandidaten, die im Rahmen eines kompetitiven Selektionsverfahrens ausgewählt werden, mit Förderbeiträgen. Arbeitspaket 5 richtet sich an die medizinischen Fakultäten und die Universitätsspitäler: Sie sind aufgefordert, gemeinsam ein Konzept für attraktive Anstellungsbedingungen und Karrieremöglichkeiten für junge klinisch Forschende zu erarbeiten. Dieses Arbeitspaket hat die höchste Priorität; die Gesamtwirkung der Roadmap wird von der erfolgreichen Realisierung dieses Arbeitspaketes abhängen.

Um Doppelspurigkeiten zu vermeiden und die Effizienz zu erhöhen, bauen die geplanten Aktivitäten auf die bestehenden Infrastrukturen und das verfügbare Expertenwissen im Bereich der klinischen Forschung auf. Die Verantwortung für die Umsetzung der Roadmap teilen sich die lokalen MD-PhD Graduate Schools, die SCTO mit dem Netzwerk der Clinical Trial Units, die SAMW, das BAG sowie unimeduisse. Die geplanten Massnahmen sollen im Zeitraum von 2016 bis 2018 vorbereitet und realisiert werden, so dass ab dem Herbstsemester 2018 eine umfassende Rahmenstruktur für die Ausbildung und Unterstützung im Bereich der klinischen Forschung verfügbar sein wird. Nach der dreijährigen Pilotphase, die eng begleitet werden wird, ist eine Evaluation vorgesehen.

Die Roadmap soll dazu beitragen, die bestehenden Lücken im Fördertrack für klinische Forscherinnen und Forscher zu schliessen und ihnen hochqualifizierte und effiziente Trainingsmöglichkeiten zur Verfügung zu stellen. Idealerweise lassen sich dadurch vermehrt junge Ärztinnen und Ärzte für diesen Karrieretrack motivieren. Wissenschaftlich gut aus- und weitergebildete, klinisch forschende Ärztinnen und Ärzte sind für eine qualitativ hochstehende, patientenorientierte klinische Forschung unverzichtbar und tragen massgeblich dazu bei, dass Patientinnen und Patienten in der Schweiz von den Neuerungen der medizinischen Forschung zeitnah profitieren können.

Literatur:

[1] BAG/SAMW (2014): Nachwuchs für die Klinische Forschung in der Schweiz. Bericht der Themengruppe. Bern.

Abrufbar unter:

<http://www.bag.admin.ch/de/masterplan>

[2] EDI/BAG (2013): Massnahmen des Bundes zur Stärkung der Biomedizinischen Forschung und Technologie. Bern.

Abrufbar unter:

<http://www.bag.admin.ch/de/masterplan>

[3] BAG/Trägerschaft (2016): Roadmap 2016–2021 zur Nachwuchsförderung in der klinischen Forschung. Bern. Abrufbar

unter:

<http://www.bag.admin.ch/de/masterplan>

Kontakt:

Katrin Crameri

Bundesamt für Gesundheit

Direktionsbereich Öffentliche Gesundheit

Abteilung Biomedizin

Telefon +41 58 463 22 24

E-Mail: [katrin.crameri@bag.admin.ch](mailto:katrin.crameri@bag.admin.ch)

## [www.anresis.ch](http://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. 85–100 % dieser ESCR-E. coli sind in Europa ESBL (Extendedspectrum-Laktamasen)-Produzenten.

**ESCR-K. pneu** 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 85–100 % dieser ESCR-K. pneu ESBL-Produzenten.

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

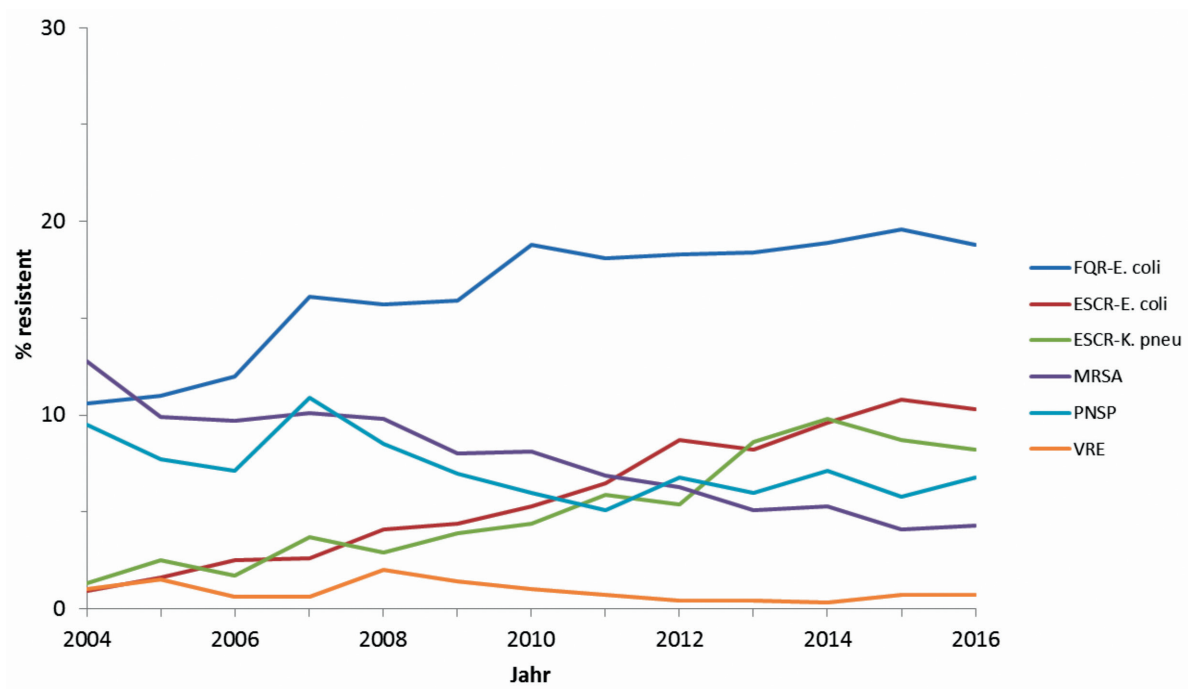
**PNSP** Penicillin-resistente Streptococcus pneumoniae, definiert als alle S. pneumoniae, die gegen das Antibiotikum Penicillin intermediär empfindlich oder resistent sind.

**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](http://www.anresis.ch) vom 15.11.2016

Anteil multiresistenter Mikroorganismen (%) in invasiven Isolaten (n) 2004–2016





Jahr		2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
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	18.8
	n	1'353	1'534	2'086	2'287	2'722	3'142	3'393	3'527	3'713	4'109	4'668	4'964	3'618
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	10.8	10.3
	n	1'420	1'622	2'167	2'359	2'804	3'258	3'528	3'694	3'712	4'102	4'676	4'991	3'635
ESCR-K. pneu	%	1.3	2.5	1.7	3.7	2.9	3.9	4.4	5.9	5.4	8.6	9.8	8.7	8.2
	n	238	278	353	427	484	587	656	656	686	730	870	921	730
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
	n	758	840	1'063	1'120	1'220	1'393	1'413	1'464	1'383	1'477	1'712	1'777	1'247
PNSP	%	9.5	7.7	7.1	10.9	8.5	7.0	6.0	5.1	6.8	6.0	7.1	5.8	6.8
	n	421	470	537	677	669	683	536	593	501	568	539	634	384
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	0.7
	n	191	203	311	335	454	588	611	672	698	761	966	1'116	715

### 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.

#### 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](http://www.anresis.ch) online verfügbar.

## Sentinella Statistik

<sup>a</sup>Provisorische Daten

Sentinella:

Anzahl Meldungen (N) der letzten 4 Wochen bis 11.11.2016 und Inzidenz pro 1000 Konsultationen (N/10<sup>3</sup>)  
Freiwillige Erhebung bei Hausärztinnen und Hausärzten (Allgemeinpraktiker, Internisten und Pädiater)<sup>a</sup>

Woche	42		43		44		45		Mittel 4 Wochen	
	N	N/10 <sup>3</sup>	N	N/10 <sup>3</sup>	N	N/10 <sup>3</sup>	N	N/10 <sup>3</sup>	N	N/10 <sup>3</sup>
Influenzaverdacht	19	1.8	40	3.1	22	1.9	33	3.0	28.5	2.5
Mumps	1	0.1	1	0.1	1	0.1	1	0.1	1	0.1
Pneumonie	8	0.7	19	1.5	9	0.8	15	1.3	12.8	1.1
Pertussis	5	0.5	2	0.2	5	0.4	3	0.3	3.8	0.4
Zeckenstiche	6	0.6	4	0.3	3	0.3	3	0.3	4	0.4
Lyme Borreliose	6	0.6	4	0.3	5	0.4	5	0.4	5	0.4
Herpes Zoster	5	0.5	8	0.6	8	0.7	3	0.3	6	0.5
Post-Zoster-Neuralgie	2	0.2	2	0.2	1	0.1	1	0.1	1.5	0.2
Meldende Ärzte	122		141		143		129		133.8	

## 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 Auftreten bzw. Eintreffen der Grippewelle und die Abdeckung durch den Grippeimpfstoff informieren zu können, erstattet das BAG zwischen Oktober und April wöchentlich Bericht und gibt eine Risikobeurteilung ab.

### Woche 45/2016 (Datenstand 11.11.2016)

Grippeähnliche Erkrankungen sind schweizweit nicht verbreitet. Während der Woche 45 wurden von 129 Ärztinnen und Ärzten des Sentinella-Meldesystems 3,0 Grippeverdachtsfälle pro 1000 Konsultationen gemeldet. Dies entspricht hochgerechnet einer Inzidenz von 24 Fällen pro 100 000 Einwohner. Der saisonale epidemische Schwellenwert von 64 Grippeverdachtsfällen pro 100 000 Einwohner wurde noch nicht überschritten (Grafik 1)

Die Inzidenz war in allen Altersklassen niedrig (Tabelle 1). Die Grippe ist in keiner Sentinella-Region verbreitet (Grafik 2, Kasten). Es sind zu Beginn der Saison jeweils keine statistisch signifikante altersbedingte oder regionale Unterschiede festzustellen.

In der Woche 45 wies das Nationale Referenzzentrum für Influenza (CNRI) in Genf im Rahmen der Sentinella-Überwachung in keinem der 11 untersuchten Abstriche Influenza Viren nach.

Grafik 1

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

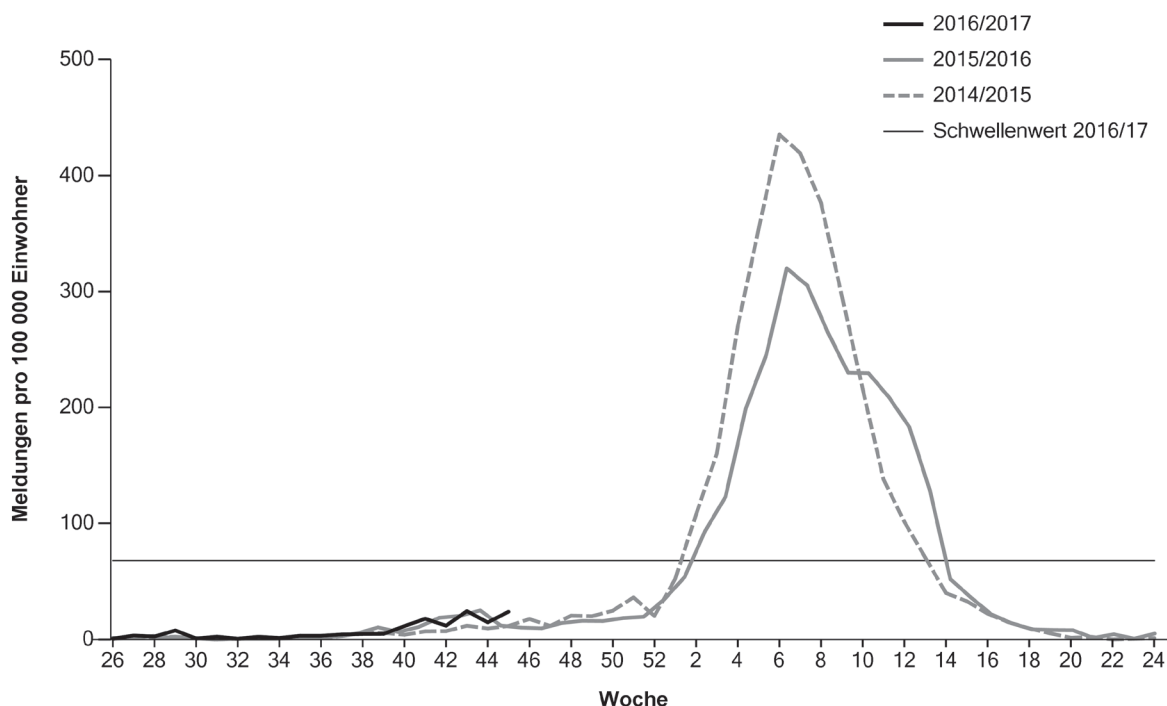


Tabelle 2:

**Zirkulierende Influenzaviren in der Schweiz**

Häufigkeit der isolierten Influenzaviren und -subtypen sowie -linien in der aktuellen Woche und kumulativ seit Beginn der Überwachung ab Woche 45/2016.

	Woche 45/2016	Kumulativ Saison 2016/17	Impfstoff-abdeckung	
<b>Schweiz in Woche 45/2016</b> ▲ ■				
Anteil Influenza-positive Proben	0 %	2 %	-	-
Anzahl untersuchte Proben	11	59	-	-
B Victoria	- %	0 %	-	-
B Yamagata	- %	0 %	-	-
B Linie nicht bestimmt	- %	0 %	-	-
A(H3N2)	- %	100 %	-	-
A(H1N1)pdm09	- %	0 %	-	-
A nicht subtypisiert	- %	0 %	-	-

▲ Abgedeckt durch trivalenten Impfstoff 2016/17

■ Abgedeckt durch quadrivalenten Impfstoff 2016/17

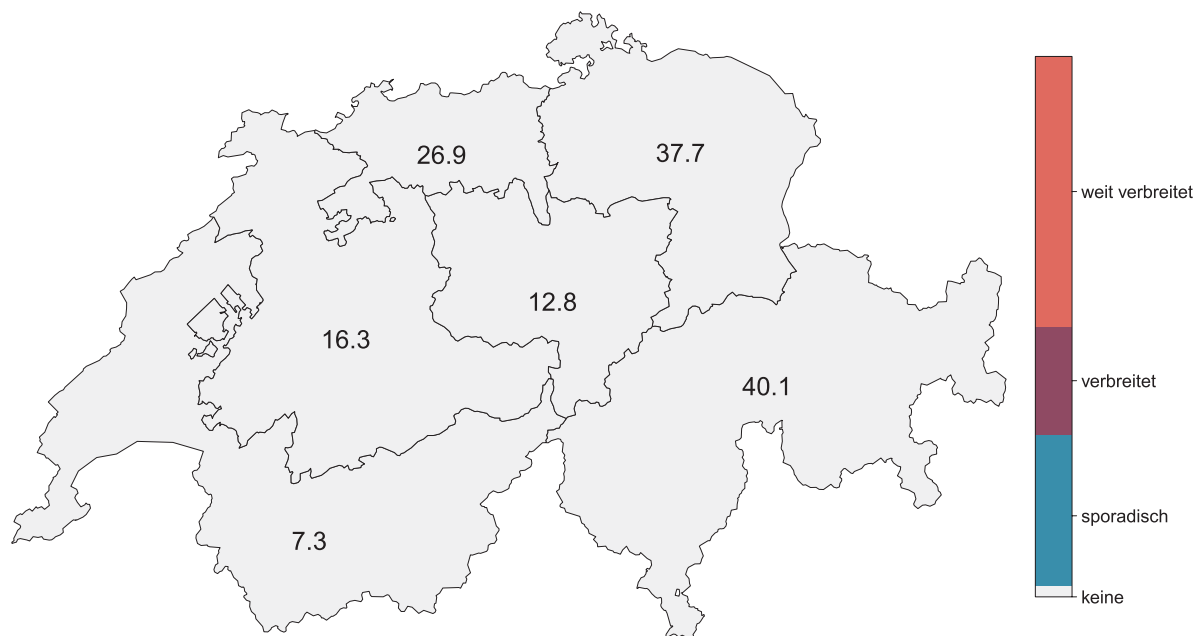
Tabelle 1:

**Alterspezifische Inzidenzen für die Woche 45/2016.**

Inzidenz	Grippebedingte Konsultationen pro 100 000 Einwohner	Trend
<b>Inzidenz nach Altersklasse</b>		
0-4 Jahre	11	-
5-14 Jahre	39	-
15-29 Jahre	41	-
30-64 Jahre	21	-
≥65 Jahre	9	-
<b>Schweiz</b>	<b>24</b>	<b>-</b>

## Grafik 2

Inzidenz pro 100 000 Einwohner und Verbreitung nach Sentinella-Regionen, für die Woche 45/2016.



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

### Internationale Situation

In Europa wurde in der Vorwoche aus allen Ländern eine niedrige Aktivität der grippeähnlichen Erkrankungen gemeldet [1]. Ebenso verzeichneten Nordamerika und Asien eine niedrige Aktivität auf zwischensaisonalen Niveau [2-5].

In der gemässigten Zone der Südhemisphäre zirkulierten während der Grippezeit 2016 verschiedene Influenza-Subtypen gleichzeitig. In Südafrika und Südamerika dominierten Influenza A(H1N1)pdm09 sowie Influenza B, in Australien und Neuseeland dominierte hingegen der Subtyp Influenza A(H3N2) [6].

Die Mehrheit der untersuchten Influenza A(H3N2) sowie Influenza B Victoria Viren werden durch den von der WHO für die Nordhemisphäre empfohlenen trivalenten Grippeimpfstoff 2016/17 abgedeckt. Ebenso werden die auf der Südhemisphäre gefundenen Influenza B Yamagata durch den tetravalenten Grippeimpfstoff 2016/17 zusätzlich abgedeckt [7]. Die Influenza A(H1N1)pdm09 Viren haben sich jedoch antigenisch verändert und wurden durch die Grippeimpfstoffe 2016 für die Südhalbkugel nur bedingt abgedeckt. Deshalb wurde in der Empfehlung der WHO betreffend Impfstoffzusammensetzung für die Südhalbkugel 2017 das Virus Influenza A/California/7/2009-(H1N1)pdm09 durch Influenza A/Michigan/45/2015-(H1N1)pdm09 ausgewechselt [8].

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

Die epidemiologische Beurteilung der saisonalen Grippe beruht auf

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

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

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

## GLOSSAR

<b>Epid. Schwellenwert:</b>	Das Niveau der Inzidenz, ab welcher man von einer Epidemie spricht; basiert auf einem Durchschnitt der letzten zehn Saisons. Der epidemische Schwellenwert für die Saison 2016/17 liegt bei 64 Grippeverdachtsfällen pro 100 000 Einwohner.
<b>Intensität:</b>	Vergleich der aktuellen Inzidenz zum historischen Inzidenzverlauf. Sie wird während der Epidemie beurteilt und in vier Kategorien unterteilt: niedrig, mittelhoch, hoch und sehr hoch.
<b>Inzidenz:</b>	Anzahl Fälle pro 100 000 Einwohner; basiert auf der Anzahl Fälle pro Arzt-Patient-Kontakte
<b>Trend:</b>	Vergleich der Inzidenz der aktuellen Woche zu den beiden vorhergehenden Wochen. Der Trend wird nur während der Epidemie bestimmt und in drei Kategorien unterteilt: steigend, konstant oder sinkend.
<b>Verbreitung:</b>	Die Verbreitung basiert auf <ul style="list-style-type: none"> <li>• dem Anteil der meldenden Sentinella-Ärztinnen und -Ärzte die Grippeverdachtsfälle diagnostizierten</li> <li>• dem Nachweis von Influenzaviren am CNRI und wird in folgende Kategorien unterteilt: keine Verbreitung, sporadische Verbreitung, verbreitet, weit verbreitet</li> </ul>

Aus technischen Gründen ist die Webseite [www.bag.admin.ch/k\\_m\\_meldesystem/00736/00816/index.html?lang=de](http://www.bag.admin.ch/k_m_meldesystem/00736/00816/index.html?lang=de) noch nicht aktualisiert.

### Referenzen

1. European Centre for Disease Prevention and Control (ECDC). Seasonal Influenza - Latest surveillance data <http://flunewseurope.org/> (accessed on 15.11.2016).
2. Weekly U.S. Influenza Surveillance Report <http://www.cdc.gov/flu/weekly/index.htm> (accessed on 15.11.2016).
3. Canada Rapports hebdomadaires d'influenza. <http://www.canadiensensante.gc.ca/diseases-conditions-maladies-affections/disease-maladie/flu-grippe/surveillance/fluwatch-reports-rapports-surveillance-influenza-fra.php> (accessed on 15.11.2016).
4. Japan NIID Surveillance report influenza. <http://www.nih.go.jp/niid/en/influenza-e.html> (accessed on 15.11.2016).
5. China National Influenza Center weekly reports. <http://www.chinaivdc.cn/cnic/> (accessed on 15.11.2016).
6. Australian Influenza Surveillance Report and Activity Updates – 2016 <http://www.health.gov.au/internet/main/publishing.nsf/Content/cda-oz-flu-2016.htm> (accessed on 15.11.2016).
7. World Health Organisation (WHO). Recommended composition of influenza virus vaccines for use in the 2016-17 northern hemisphere influenza season. [http://www.who.int/influenza/vaccines/virus/recommendations/2016\\_17\\_north/en/](http://www.who.int/influenza/vaccines/virus/recommendations/2016_17_north/en/) (accessed on 15.11.2016).
8. World Health Organisation (WHO). Recommended composition of influenza virus vaccines for use in the 2017 southern hemisphere influenza season. [http://www.who.int/influenza/vaccines/virus/recommendations/2017\\_south/en/](http://www.who.int/influenza/vaccines/virus/recommendations/2017_south/en/) (accessed on 15.11.2016).

# Revision des Unfallversicherungsgesetzes: Inkrafttreten per 1. Januar 2017

An seiner Sitzung vom 9. November 2016 hat der Bundesrat beschlossen, die Revision des Unfallversicherungsgesetzes (UVG) und der dazugehörigen Verordnung (UVV) per 1. Januar 2017 in Kraft zu setzen. Die eidgenössischen Räte hatten die UVG-Revision im September 2015 verabschiedet. Die neuen Bestimmungen gehen aus einem von den Versicherern unterstützten und in einem langen Prozess erarbeiteten Kompromiss zwischen den Sozialpartnern hervor.

Die UVG-Revision schliesst Deckungslücken, indem sie namentlich den Zeitpunkt von Beginn und Ende der Versicherung präzisiert. Sie regelt auch die Problematik der Überentschädigung, indem sie lebenslänglich ausgerichtete Renten bei Erreichen des Rentenalters kürzt. So soll verhindert werden, dass eine invalide Person gegenüber einer Person, die keinen Unfall erlitten hat, finanziell bevorteilt ist. Ausserdem wird die Unfallversicherung der arbeitslosen Personen im UVG und in dessen Vollzugsverordnung verankert.

Bei Versicherten, die an einer Berufskrankheit in Form eines asbestbedingten Mesothelioms leiden, entsteht der Anspruch auf eine Integritätsentschädigung neu zum Zeitpunkt der Diagnosestellung und nicht mehr zum Zeitpunkt der Festsetzung der Rente. Da asbestbedingte Krankheiten oft erst im Rentenalter auftreten und rasch zum Tod führen, sieht die UVG-Revision eine Sonderregelung für diese Fälle vor.

Schliesslich führt die UVG-Revision eine betragliche Limite pro Katastrophenereignis ein. Im Hinblick darauf, dass diese überschritten werden könnte und die Versicherer die über der Limite liegenden Leistungen gemeinsam zu finanzieren haben, müssen sie schon heute einen Ausgleichsfonds errichten. Bei Grossereignissen übernimmt somit ab einem bestimmten Betrag dieser Fonds die Haftung der Versicherer. Die Verordnung überlässt die Organisation des Fonds den Versicherern.

Das seit über dreissig Jahren geltende Unfallversicherungsgesetz hat sich bewährt. Die Finanzierung der Leistungen ist sichergestellt, und es sind nur wenige, von allen betroffenen Kreisen anerkannte Anpassungen vorgenommen worden. Die Revision des UVG und seiner Verordnung verbessert die Effizienz der Unfallversicherung und sorgt für mehr Gerechtigkeit.

**Weitere Informationen:**

<http://www.bag.admin.ch/themen/versicherung/00321/02413/04163/index.html?lang=de>

**Adresse für Rückfragen:**

Bundesamt für Gesundheit,  
Kommunikation,  
Tel. 058 462 95 05,  
[media@bag.admin.ch](mailto:media@bag.admin.ch)

**Zuständiges Departement:**

Eidgenössisches Departement des Innern EDI

# Anpassung des Ärztetarifs TARMED wird vorbereitet

Die Tarifpartner haben dem Bundesrat bis zum Ablauf der verlängerten Frist Ende Oktober 2016 keinen gemeinsam vereinbarten, gesamt- oder teilrevidierten Ärztetarif TARMED eingereicht. Das Bundesamt für Gesundheit (BAG) bereitet deshalb Anpassungen an übertarifierten Leistungen vor. Diese sollen im ersten Halbjahr 2017 in die Vernehmlassung gehen.

Nachdem die Tarifpartner dem Bundesrat nicht wie angekündigt bis im Juni 2016 einen Tarifvertrag mit der revidierten Tarifstruktur zur Genehmigung eingereicht hatten, gewährte ihnen das Eidgenössische Departement des Innern (EDI) eine letzte Frist bis Ende Oktober. Diese Frist ist abgelaufen, ohne dass die Tarifpartner einen gemeinsam vereinbarten, gesamt- oder teilrevidierten Ärztetarif TARMED eingereicht hätten. Das EDI wird daher dem Bundesrat vorschlagen, dass dieser von seiner subsidiären Kompetenz Gebrauch macht und seinerseits Anpassungen am TARMED vornimmt.

Das EDI wird die Anpassungen nun vorbereiten. Ziel ist es, im ersten Halbjahr 2017 einen Vorschlag in die Vernehmlassung zu geben. Der Spitalverband H+ hat eine totalrevidierte Tarifstruktur zur Festsetzung durch den Bundesrat eingereicht. Von einzelnen anderen Tarifpartnern wurden Vorschläge für Anpassungen im Ärztetarif TARMED eingereicht. Alle eingereichten Vorschläge werden geprüft und soweit möglich berücksichtigt. Bedingung ist, dass keine Mehrkosten entstehen. Die Tarifstruktur TARMED ist seit 2004 in Kraft und wurde bisher nur punktuell revidiert. Es ist unbestritten, dass sie veraltet und eine Gesamtrevision des TARMED dringend notwendig

ist. Bereits im Juni 2014 verordnete der Bundesrat im Rahmen seiner subsidiären Kompetenz Anpassungen. Der Bundesrat senkte die Entschädigungen für bestimmte technische Leistungen und gewichtete dadurch die intellektuellen ärztlichen Leistungen stärker; die Anpassungen sind seit Oktober 2014 in Kraft. Zuvor hatten sich die Tarifpartner auch nach mehrmaliger Aufforderung durch den Bundesrat nicht auf eine Gesamtrevision des TARMED einigen können.

#### **Für Rückfragen:**

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

# Rezeptsperrung

---

Swissmedic, Abteilung Betäubungsmittel

---

Rezeptsperrung

**Folgende Rezepte sind gesperrt**

Kanton	Block-Nrn.	Rezept-Nrn.
Bern	217819D	5445495
Bern	217819D	5445496





**REDE ÜBER ORGANSPENDE**

**LEBEN-IST-TEILEN.CH**

Weil es nicht leicht ist, für andere zu sprechen:  
Ich sage meinen Liebsten, was ich will.  
Nur wenn sie meinen Willen kennen, können  
sie in meinem Sinn entscheiden.



Schweizerische Eidgenossenschaft  
Confédération suisse  
Confederazione Svizzera  
Confederaziun svizra

swiss  
transplant 

Eidgenössisches Departement des Innern EDI  
Bundesamt für Gesundheit BAG



BAG Bulletin  
BBL, Vertrieb Publikationen  
CH-3003 Bern

**A-PRIORITY**

**P.P.**

CH-3003 Bern  
Post CH AG

# BAG-Bulletin

46/2016

Woche