



Schweizerische Eidgenossenschaft
Confédération suisse
Confederazione Svizzera
Confederaziun svizra

Eidgenössisches Departement des Innern EDI
Bundesamt für Gesundheit BAG

Ausgabe vom 12. Februar 2024

BAG-Bulletin

Woche

7/2024

Informationsmagazin für medizinische Fachpersonen und Medienschaffende

Addendum zur ergänzenden Meningokokken-Impfempfehlung, S. 8

Die Schweiz setzt sich Ziele zur Reduktion healthcare-assoziiertes
Infektionen in Spitälern, S. 13

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

LAYOUT UND DRUCK

Cavelti AG
Wilerstrasse 73
CH-9201 Gossau
Telefon 071 388 81 81

ABONNEMENTE, ADRESSÄNDERUNGEN

BBL, Vertrieb Bundespublikationen
CH-3003 Bern
Telefon 058 465 50 00
Fax 058 465 50 58
verkauf.abo@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	7
Wöchentliche Übersicht zu respiratorischen Viren	7
Meningokokken-Impfung für Personen mit erhöhtem Risiko für eine invasive Erkrankung und Personen mit erhöhtem Expositionsrisiko	8
Die Schweiz setzt sich Ziele zur Reduktion healthcare-assoziiertes Infektionen in Spitälern	13
Rezeptsperrung	15

Meldungen Infektionskrankheiten

Stand am Ende der 5. Woche (05.02.2024)^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 Ausgeschlossen sind materno-fötale Röteln.
- ^c Bei schwangeren Frauen und Neugeborenen
- ^d Primäre, sekundäre bzw. frühlaterente Syphilis.
- ^e Eingeschlossen sind Fälle von Haut- und Rachendiphtherie.

Infektionskrankheiten

Stand am Ende der 5. Woche (05.02.2024)^a

	Woche 5			letzte 4 Wochen			letzte 52 Wochen			seit Jahresbeginn		
	2024	2023	2022	2024	2023	2022	2024	2023	2022	2024	2023	2022
Respiratorische Übertragung												
Haemophilus influenzae: invasive Erkrankung	1 0.6		2 1.2	14 2.1	14 2.1	5 0.7	140 1.6	140 1.6	89 1	26 3	19 2.2	11 1.3
Influenzavirus-Infektion, saisonale Typen und Subtypen	https://idd.bag.admin.ch											
Legionellose	5 2.9	7 4.1	4 2.4	25 3.7	42 6.2	23 3.4	607 6.8	706 8	663 7.5	32 3.8	66 7.8	27 3.2
Masern	10 5.9			12 1.8	4 0.6		49 0.6	5 0.06		12 1.4	4 0.5	
Meningokokken: invasive Erkrankung	1 0.6			2 0.3	1 0.2	1 0.2	35 0.4	18 0.2	8 0.09	3 0.4	2 0.2	1 0.1
Pneumokokken: invasive Erkrankung	32 18.8	19 11.2	12 7	135 19.8	87 12.8	41 6	917 10.4	888 10	533 6	177 20.8	182 21.4	56 6.6
Röteln^b												
Röteln, materno-foetal^c												
Tuberkulose	9 5.3	4 2.4	8 4.7	23 3.4	26 3.8	29 4.3	425 4.8	353 4	353 4	32 3.8	32 3.8	31 3.6
Faeco-orale Übertragung												
Campylobacteriose	84 49.3	97 57	74 43.5	665 97.6	453 66.5	483 70.9	6886 77.8	7567 85.4	6896 77.9	874 102.6	675 79.3	751 88.2
Enterohämorrhagische E. coli-Infektion	21 12.3	10 5.9	16 9.4	81 11.9	78 11.4	56 8.2	1239 14	1222 13.8	964 10.9	99 11.6	96 11.3	70 8.2
Hepatitis A		1 0.6	3 1.8	3 0.4	3 0.4	8 1.2	61 0.7	44 0.5	50 0.6	3 0.4	5 0.6	8 0.9
Hepatitis E		2 1.2	3 1.8	4 0.6	10 1.5	9 1.3	71 0.8	77 0.9	169 1.9	4 0.5	13 1.5	11 1.3
Listeriose		1 0.6	1 0.6	5 0.7	5 0.7	6 0.9	74 0.8	77 0.9	37 0.4	6 0.7	6 0.7	7 0.8
Salmonellose, S. typhi/paratyphi	3 1.8			3 0.4		2 0.3	21 0.2	10 0.1	4 0.05	3 0.4	1 0.1	2 0.2
Salmonellose, übrige	24 14.1	27 15.9	16 9.4	91 13.4	109 16	69 10.1	1818 20.5	1870 21.1	1497 16.9	105 12.3	129 15.2	91 10.7
Shigellose		4 2.4	2 1.2	19 2.8	17 2.5	9 1.3	190 2.2	201 2.3	104 1.2	20 2.4	19 2.2	10 1.2

	Woche 5			letzte 4 Wochen			letzte 52 Wochen			seit Jahresbeginn		
	2024	2023	2022	2024	2023	2022	2024	2023	2022	2024	2023	2022
Durch Blut oder sexuell übertragen												
Aids	1 0.6	1 0.6	1 0.6	2 0.3	2 0.3	3 0.4	42 0.5	40 0.4	47 0.5	4 0.5	2 0.2	4 0.5
Chlamydiose	247 145	287 168.5	229 134.5	1072 157.4	1147 168.4	945 138.7	12574 142	13306 150.3	12288 138.8	1204 141.4	1340 157.4	1082 127.1
Gonorrhoe	119 69.9	122 71.6	36 21.1	523 76.8	434 63.7	278 40.8	6212 70.2	5385 60.8	4076 46	636 74.7	533 62.6	324 38
Hepatitis B, akut				1 0.2	1 0.2	2 0.3	14 0.2	12 0.1	17 0.2	1 0.1	1 0.1	2 0.2
Hepatitis B, total Meldungen	15	27	25	90	102	91	1138	1125	994	112	118	101
Hepatitis C, akut					1 0.2		12 0.1	12 0.1	12 0.1	1 0.1	1 0.1	
Hepatitis C, total Meldungen	25	29	25	84	91	67	1070	1058	913	110	105	85
HIV-Infektion	5 2.9	10 5.9	5 2.9	24 3.5	25 3.7	22 3.2	353 4	349 3.9	330 3.7	37 4.4	34 4	31 3.6
Syphilis, Frühstadien ^d	3 1.8	24 14.1	3 1.8	32 4.7	66 9.7	44 6.5	716 8.1	840 9.5	726 8.2	36 4.2	92 10.8	61 7.2
Syphilis, total	4 2.4	34 20	5 2.9	43 6.3	92 13.5	56 8.2	984 11.1	1110 12.5	956 10.8	47 5.5	120 14.1	78 9.2
Zoonosen und andere durch Vektoren übertragbare Krankheiten												
Brucellose				3 0.4			13 0.2	6 0.07	6 0.07	3 0.4		
Chikungunya-Fieber	1 0.6	2 1.2		2 0.3	4 0.6		30 0.3	9 0.1	6 0.07	3 0.4	4 0.5	
Dengue-Fieber	2 1.2	4 2.4		24 3.5	19 2.8	1 0.2	295 3.3	126 1.4	27 0.3	32 3.8	20 2.4	3 0.4
Gelbfieber												
Hantavirus-Infektion									6 0.07			
Malaria	7 4.1	2 1.2	9 5.3	28 4.1	22 3.2	29 4.3	350 4	314 3.6	263 3	33 3.9	31 3.6	31 3.6
Q-Fieber	2 1.2	1 0.6		10 1.5	5 0.7	4 0.6	103 1.2	90 1	106 1.2	10 1.2	5 0.6	6 0.7
Trichinellose						1 0.2	2 0.02	3 0.03	1 0.01			1 0.1
Tularämie		1 0.6	1 0.6	3 0.4	5 0.7	6 0.9	110 1.2	122 1.4	226 2.6	5 0.6	8 0.9	8 0.9
West-Nil-Fieber							1 0.01					
Zeckenzephalitis	1 0.6			5 0.7	2 0.3		310 3.5	391 4.4	284 3.2	7 0.8	3 0.4	
Zika-Virus-Infektion				1 0.2	1 0.2		8 0.09	1 0.01		3 0.4	1 0.1	
Andere Meldungen												
Affenpocken	2 1.2			6 0.9			19 0.2	551 6.2		6 0.7		
Botulismus							2 0.02	1 0.01	1 0.01			
Creutzfeldt-Jakob-Krankheit	1 0.6	1 0.6	1 0.6	3 0.4	5 0.7	1 0.2	26 0.3	25 0.3	27 0.3	3 0.4	5 0.6	3 0.4
Diphtherie ^e					1 0.2		25 0.3	97 1.1	4 0.05		3 0.4	
Tetanus												

Organspende?

- entscheiden
- mitteilen
- festhalten

leben-ist-
teilen.ch

Machs
dir zuliebe.



Bestimme selbst, was mit deinem Körper passiert, im Leben und darüber hinaus.
Halte deshalb deinen Willen zur Organspende fest und informiere auch deine Liebsten darüber.



Sentinella-Statistik

Provisorische Daten

Sentinella:

Anzahl Meldungen (N) der letzten 4 Wochen bis am 2.2.2024 und Inzidenz pro 1000 Konsultationen (N/10³)
Freiwillige Erhebung bei Hausärztinnen und Hausärzten (Allgemeinpraktiker, Internisten und Pädiater)

Woche	2		3		4		5		Mittel 4 Wochen	
	N	N/10 ³	N	N/10 ³						
Mumps	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Pertussis	4	0.3	1	0.1	2	0.2	2	0.2	2.3	0.2
Zeckenstiche	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Lyme Borreliose	0	0	2	0.2	2	0.2	1	0.1	1.3	0.1
Herpes Zoster	7	0.5	12	0.9	5	0.4	5	0.5	7.3	0.6
Post-Zoster-Neuralgie	1	0.1	1	0.1	0	0	1	0.1	0.8	0.1
Meldende Ärzte	158		156		158		140		153	

Wöchentliche Übersicht zu respiratorischen Viren

Das BAG-Infoportal übertragbare Krankheiten informiert regelmässig über Infektions- und Erkrankungsfälle in der Schweiz und im Fürstentum Liechtenstein, die durch verschiedene respiratorische Erreger ausgelöst werden.

<https://idd.bag.admin.ch/>

Die Aktualisierung der Daten erfolgt jeweils am Mittwoch um 12.00 Uhr.



Addendum zur ergänzenden Meningokokken-Impfempfehlung:

Meningokokken-Impfung für Personen mit erhöhtem Risiko für eine invasive Erkrankung und Personen mit erhöhtem Expositionsrisiko

Hinweis: Im April 2024 wurde im oberen Teil der Tabelle 2 ein Korrigendum beim Impfschema durchgeführt

1 ZUSAMMENFASSUNG

Zum Schutz vor invasiven Meningokokken-Erkrankungen (IME) sind in der Schweiz Impfstoffe gegen die Serogruppen A, B, C, W und Y verfügbar. Das Bundesamt für Gesundheit (BAG) und die Eidgenössische Kommission für Impffragen (EKIF) haben eine Empfehlung für eine ergänzende Impfung bei Säuglingen/Kleinkindern und Jugendlichen formuliert [1]. Darüber hinaus sind Personen aller Altersgruppen mit medizinischen Risikofaktoren für eine IME und Personen mit erhöhtem Expositionsrisiko aufgrund der hohen Letalität und potenziell schwerwiegenden Langzeitfolgen einer IME bestmöglich zu schützen. Ihnen werden Meningokokken-Impfungen gegen die Serogruppen A, C, W, Y und gegen die Serogruppe B ab dem Alter von zwei Monaten mit den jeweils altersadaptierten Impfschemata empfohlen.

Das vorliegende, aktualisierte Dokument umfasst die Impfempfehlungen für Risikopersonen gegen alle aktuell impfverhütbaren Meningokokken-Serogruppen und ersetzt die beiden bisherigen, separat publizierten Empfehlungsdokumente zu den Serogruppen A, C, W, Y sowie B für Risikopersonen.

2 EINLEITUNG

Invasive Meningokokken-Erkrankungen sind schwerwiegende Krankheitszustände, die in kürzester Zeit lebensbedrohlich werden können und deren frühzeitige Diagnose und Therapie essenziell sind. *Neisseria meningitidis* (Meningokokken) besiedeln den oberen Respirationstrakt und können durch Tröpfchen übertragen werden. Bis zu 15 % der Bevölkerung können asymptomatische Träger und Trägerinnen dieser Bakterien sein. Personen mit gewissen Immundefekten, zum Beispiel im Komplementsystem, haben ein erhöhtes Risiko, an einer IME zu erkranken. Bei einer IME kann es innerhalb von Stunden zu einer derartigen Verschlechterung des Zustandes kommen, dass eine Versorgung auf einer Intensivstation nötig wird. Schwere Verläufe gehen häufig mit Septikämie oder Meningitis einher, teilweise zeigen sich auch atypische Krankheitsverläufe mit beispielsweise gastrointestinaler Symptomatik, was eine frühe Diagnose erschwert. IME zeigen eine klare Saisonalität mit höchsten Fallzahlen in den späten Wintermonaten (insbesondere Februar und März).

Impfstoffe gegen die Serogruppen A, C, W und Y sind in der Schweiz seit 2011 (Menveo®, seit 2022 auch MenQuadfi®) und gegen die Serogruppe B (Bexsero®) seit 2020 verfügbar.

3 KRANKHEITSLAST IN DER SCHWEIZ

Die Daten aus dem obligatorischen Meldesystem geben einen Einblick zur Krankheitslast in der gesamten Bevölkerung in der Schweiz. Im Zeitraum 2011 bis 2020 kam es zu durchschnittlich 48 IME-Fällen pro Jahr, was einer Inzidenzrate von 0,6 pro 100 000 Einwohnerinnen und Einwohner und einer deutlichen Abnahme verglichen mit der Vorperiode (2001–2010) entspricht (Inzidenzreduktion um 45 %). Die Letalität der IME lag in der Schweiz im Zeitraum 2011 bis 2020 bei durchschnittlich 7,3 %. Bleibende Schäden (z. B. Gehörverlust, Amputationen) infolge der Erkrankung sind häufig (bei 10 bis 20 % der Überlebenden) [2–5]. Kinder unter fünf Jahren, insbesondere unter einem Jahr, sowie Jugendliche zwischen 15 und 19 Jahren sind überproportional häufig betroffen.

Informationen zu prädisponierenden Grunderkrankungen werden in der Schweiz seit 2015 bei IME erhoben. Wo entsprechende Angaben gemacht wurden, fanden sich in 15 % (31 IME-Fälle) prädisponierende Risikofaktoren. Der Anteil ist altersabhängig und beträgt bei den 15- bis 19-Jährigen 5 %, bei den 20- bis 24-Jährigen 8 % und bei den >24-Jährigen 32 %. Dabei handelt es sich hauptsächlich um erworbene Immundefizite (v. a. Status nach Chemotherapie) oder maligne Erkrankungen (v. a. Myelome/Leukämien). Es ist zu beachten, dass nicht bei allen IME-Meldungen Angaben zu prädisponierenden Grunderkrankungen gemacht werden und solche oft erst im Verlauf aufgrund spezifischer Abklärungen nach durchgemachter IME diagnostiziert werden.

Ausführlich beschrieben wird die Krankheitslast von Meningokokken-Erkrankungen in den «Ergänzenden Impfempfehlungen zum Schutz vor invasiven Meningokokken-Erkrankungen» [1].

4 RISIKOGRUPPEN FÜR INVASIVE MENINGOKOKKEN-ERKRANKUNGEN

Spezifische Antikörper und ein intaktes Komplementsystem sind entscheidende Faktoren für eine effektive immunologische Abwehr gegenüber Meningokokken [6, 7]. Ein erhöhtes Erkrankungsrisiko für invasive Meningokokken-Erkrankungen (IME) besteht bei bestimmten medizinischen Konditionen oder in Situationen mit vermehrter Exposition:

Personen mit erhöhtem Risiko für eine invasive Meningokokken-Erkrankung:

- Defizite der Terminalfaktoren des Komplementsystems (angeboren oder medikamentös, z. B. Eculizumab, Ravulizumab);
- Defekt bei der Komplementaktivierung des alternativen Wegs;
- Homozygote Protein-S- und -C-Defizite;
- Funktionelle oder anatomische Asplenie;
- Mangelnde Immunantwort auf Polysaccharide;
- Mangel an Mannose-bindendem Lektin;

sowie

Personen mit erhöhtem Expositionsrisiko gegenüber IME:

- Personal von Laboratorien, das mit Meningokokken arbeitet;
- Personen nach einem engen Kontakt mit einem IME-Fall der Serogruppen A, C, W oder Y und bisher nicht gegen Meningokokken geimpfte oder von einer IME (Serogruppen A, C, W, Y oder B) genesene Personen (Postexpositionsprophylaxe; siehe auch [Empfehlung zum Vorgehen nach Kontakt mit einem Fall einer invasiven Meningokokkenerkrankung](#));
- Rekruten/Rekrutinnen (aufgrund enger räumlicher Verhältnisse);
- Reisende in Endemiegebiete (Reisedauer > 1 Monat) oder Epidemiegebiete (auch bei kurzem Aufenthalt); speziell Reisen in den sogenannten Meningitis-Belt sowie Pilgerreisen.
Expositionsrisiko für Reisende betrifft vor allem Meningokokken der Serogruppen A, C, W, Y.

5 IMPFSTOFFE

Im Folgenden sind die in der Schweiz verfügbaren Impfstoffe für die Impfung gegen Meningokokken kurz beschrieben. Die Wirksamkeit und Sicherheit dieser Impfstoffe wurden in zahlreichen internationalen Studien gezeigt. Die Datenlage wird, aufgeschlüsselt nach Alterskategorien, ausführlich in den «Ergänzenden Impfempfehlungen zum Schutz vor invasiven Meningokokken-Erkrankungen» beschrieben [1].

5.1 Meningokokken-B-Impfstoffe: Rekombinanter 4-Komponenten-Impfstoff (4CMenB)

In der Schweiz ist seit August 2020 ein Impfstoff gegen Meningokokken der Serogruppe B (4CMenB, Bexsero®) für Personen im Alter von zwei Monaten bis 24 Jahren zugelassen (Indikationserweiterung 2023) (Link [Fachinformation Swissmedinfo](#)). Es handelt sich um einen rekombinant hergestellten Impfstoff, bestehend aus vier Oberflächen-Proteinantigen-Komponenten.

Zur klinischen Effektivität der 4CMenB-Impfung liegen mittlerweile Daten aus Grossbritannien, Kanada, Italien, Portugal und Australien vor. Diese zeigen eine deutliche Reduktion der Inzidenz von Serogruppe-B-IME-Fällen bei vollständig geimpften Säuglingen, Kleinkindern und Jugendlichen. Die Impfeffektivität lag dabei je nach Studie zwischen 67 und 100 % [8–13]. Lokale wie auch systemische Nebenwirkungen sind mild bis moderat, in der Regel kurz andauernd und betreffen vor allem Säuglinge. Bei Säuglingen zeigte sich bei gleichzeitiger Verabreichung von 4CMenB (Bexsero®) mit Routineimpfungen (DTPa-IPV-Hib-HBV und PCV7), verglichen mit isolierter Verabreichung von 4CMenB (Bexsero®), ein gehäuftes Auftreten von Fieber (74 % vs. 40 %) [14]. Unter Einnahme einer prophylaktischen Antipyrese mit Paracetamol kann das Auftreten von Fieber bei Säuglingen deutlich und ohne Einfluss auf die Immunogenität der Impfungen reduziert werden [15]. Das Auftreten von Fieber war bei Jugendlichen in einer chilenischen Studie deutlich seltener als bei Säuglingen und lag bei 3,7 % [16].

In Ländern, in denen nach der Zulassung eine breite Anwendung von 4CMenB (Bexsero®) erfolgte, zeigten sich über alle Altersklassen keine zusätzlichen Sicherheitssignale [17–21].

5.2 Konjugierte quadrivalente Meningokokken-Impfstoffe (MCV-ACWY)

In der Schweiz sind aktuell zwei konjugierte quadrivalente Meningokokken-Impfstoffe, welche Polysaccharide der Serogruppen A, C, W und Y enthalten, zugelassen:

- Menveo® (Trägerprotein: mutiertes Diphtherie-Toxin [CRM 197], Zulassung seit 2011) ist in der Schweiz ab dem Alter von zwei Monaten zugelassen, mit einem 4-Dosen-Schema für Säuglinge im Alter zwischen zwei und sechs Monaten, einem 2-Dosen-Schema für Säuglinge und Kleinkinder im Alter zwischen sieben und 23 Monaten und einem 1-Dosen-Schema ab dem Alter von zwei Jahren (Link [Fachinformation Swissmedinfo](#));
- MenQuadfi® (Trägerprotein: Tetanus-Toxoid [TT], Zulassung seit 2022) ist in der Schweiz ab dem Alter von zwölf Monaten mit einem 1-Dosen-Schema zugelassen (Link [Fachinformation Swissmedinfo](#)).

Surveillance-Studien in den USA, UK, Chile und Korea zeigten nach Einführung der MCV-ACWY-Impfung eine deutliche Reduktion der IME-Fälle (von im Impfstoff enthaltenen Serogruppen), sowohl bei Säuglingen und Kleinkindern als auch bei Jugendlichen und jungen Erwachsenen [22–26]. Die Daten aus Studien und dem US-amerikanischen Surveillancesystem für Impfnebenwirkungen (VAERS) weisen auf eine allgemein gute Verträglichkeit von MCV-ACWY in allen Altersgruppen hin, mit meist milden lokalen Reaktionen an der Einstichstelle [27]. Das Nebenwirkungsprofil der beiden quadrivalenten Konjugatimpfstoffe [28, 29] und dem monovalenten Meningokokken-C-Konjugatimpfstoff ist vergleichbar [30, 31]. Die in der Schweiz zugelassenen MCV-ACWY sind vergleichbar in Bezug auf Wirksamkeit und Verträglichkeit (Links Fachinformation Swissmedicinfo [Menveo®](#) und [MenQuadfi®](#)) [32].

6 IMPFEMPFEHLUNG FÜR DIE MENINGOKOKKEN-IMPfung

Personen mit prädisponierenden Risikofaktoren oder erhöhtem Expositionsrisiko für eine IME (Definition, siehe Kapitel 4) wird eine Impfung gegen die Serogruppe B mit 4CMenB gemäss Tabelle 1 und eine Impfung gegen die Serogruppen A, C, W, Y mit MCV-ACWY gemäss Tabelle 2 empfohlen.

Generell sollten Personen, welche Teil der Risikogruppen sind, möglichst früh im Kleinkindalter beziehungsweise baldmöglichst nach Diagnose des Risikofaktors geschützt werden sowie vor dem erhöhten Expositionsrisiko. Aufgrund der relevanten Abnahme der schützenden Antikörpertiter nach Grundimmunisierung [33–36] ist bei fortbestehendem Risiko eine Boosterdosis alle fünf Jahre empfohlen.

7 KOSTENÜBERNAHME

Die Kosten der Impfung werden für die gemäss Swissmedic zugelassenen Altersgruppen (Bexsero®: 2 Monate bis 24 Jahre; Menveo®: ab 2 Monaten; Menquadfi®: ab 12 Monaten) durch die obligatorische Krankenpflegeversicherung (OKP) übernommen (ausser bei beruflichen Indikationen und Reiseimpfungen). Anwendungen ausserhalb der Zulassung sind off-label, sie werden bei präventiven Leistungen nicht von der OKP übernommen.

Tabelle 1

Impfschema für die Meningokokkenimpfung gegen Serogruppe B mit 4CMenB

(jeweils Angabe des Alters bei Impfbeginn)

Personen mit erhöhtem Risiko für eine invasive Erkrankung oder erhöhtem Expositionsrisiko	
2–11 Monate:	3 Dosen, 1. und 2. Dosis im Abstand von 2 Monaten, 3. Dosis im 2. Lebensjahr, minimal 6 Monate nach 2. Dosis
12–23 Monate:	3 Dosen, 1. und 2. Dosis im Abstand von 2 Monaten, 3. Dosis 12 Monate nach 2. Dosis
≥24 Monate:	2 Dosen im Abstand von 2 Monaten (minimal 1 Monat)
Booster alle 5 Jahre bei fortbestehendem bzw. erneutem Risiko	

Tabelle 2

Impfschema für die Meningokokken-Impfung gegen die Serogruppen A, C, W, Y mit MCV-ACWY

(jeweils Angabe des Alters bei Impfbeginn)

Personen mit erhöhtem Risiko für eine invasive Erkrankung	
2–6 Monate:	4 Dosen, 1.–3. Dosis jeweils im Abstand von mind. 1 Monat, 4. Dosis im Alter 12–16 Monate (minimal 6 Monate nach 3. Dosis)*
≥7 Monate:	2 Dosen im Abstand von mind. 1–2 Monaten (2. Dosis idealerweise ab dem Alter von ≥12 Monaten)*
Booster alle 5 Jahre bei fortbestehendem Risiko	
Personen mit erhöhtem Expositionsrisiko	
2–6 Monate:	4 Dosen, 1.–3. Dosis jeweils im Abstand von mind. 2 Monaten, 4. Dosis im Alter von 12–16 Monaten (minimal 6 Monate nach 3. Dosis)*
7–11 Monate:	2 Dosen im Abstand von mind. 2 Monaten (2. Dosis idealerweise ab dem Alter von ≥12 Monaten)*
≥12 Monate:	1 bzw. 2 Dosen gemäss Zulassung des verwendeten Impfstoffes**
Booster alle 5 Jahre bei fortbestehendem bzw. erneutem Expositionsrisiko	

* Menveo® aktuell einziger zugelassener MenACWY-Konjugatimpfstoff für Altersgruppe < 12 Monate

** Menquadfi®: 1 Dosis; Menveo®: 2 Dosen für Alter 12–23 Monate (Abstand 2 Monate, minimal 1 Monat); 1 Dosis ≥24 Monate

Referenzen

- 1 Bundesamt für Gesundheit (BAG), Eidgenössische Kommission für Impffragen (EKIF). Ergänzende Impfpfehlungen zum Schutz vor invasiven Meningokokken-Erkrankungen. Bull BAG 2024(3/24):2–15.
- 2 Bettinger JA, Scheifele DW, Le Saux N, Halperin SA, Vaudry W, Tsang R. The disease burden of invasive meningococcal serogroup B disease in Canada. The Pediatric infectious disease journal 2013;32(1):e20-5. 10.1097/INF.0b013e3182706b89.
- 3 Gottfredsson M, Reynisson IK, Ingvarsson RF, Kristjansdottir H, Nardini MV, Sigurdsson JF et al. Comparative long-term adverse effects elicited by invasive group B and C meningococcal infections. Clinical infectious diseases an official publication of the Infectious Diseases Society of America 2011;53(9):e117-24. 10.1093/cid/cir500.
- 4 Howitz M, Lambertsen L, Simonsen JB, Christensen JJ, Mølbak K. Morbidity, mortality and spatial distribution of meningococcal disease, 1974-2007. Epidemiology and infection 2009;137(11):1631–40. 10.1017/S0950268809002428.
- 5 Viner RM, Booy R, Johnson H, Edmunds WJ, Hudson L, Bedford H et al. Outcomes of invasive meningococcal serogroup B disease in children and adolescents (MOSAIC): a case-control study. The Lancet. Neurology 2012;11(9):774–83. 10.1016/S1474-4422(12)70180-1.
- 6 Ram S, Lewis LA, Rice PA. Infections of people with complement deficiencies and patients who have undergone splenectomy. Clinical microbiology reviews 2010;23(4):740–80. 10.1128/CMR.00048-09.
- 7 Lewis LA, Ram S. Meningococcal disease and the complement system. Virulence 2014;5(1):98–126. 10.4161/viru.26515.
- 8 Wals P de, Deceuninck G, Lefebvre B, Tsang R, Law D, Serres G de et al. Impact of an Immunization Campaign to Control an Increased Incidence of Serogroup B Meningococcal Disease in One Region of Quebec, Canada. Clinical infectious diseases an official publication of the Infectious Diseases Society of America 2017;64(9):1263–7. 10.1093/cid/cix154.
- 9 Deceuninck G, Lefebvre B, Tsang R, Betala-Beling JF, Serres G de, Wals P de. Impact of a mass vaccination campaign against Serogroup B meningococcal disease in the Saguenay-Lac-Saint-Jean region of Quebec four years after its launch. Vaccine 2019;37(31):4243–5. 10.1016/j.vaccine.2019.06.021.
- 10 Argante L, Abbing-Karahagopian V, Vadivelu K, Rappuoli R, Medini D. A re-assessment of 4CMenB vaccine effectiveness against serogroup B invasive meningococcal disease in England based on an incidence model. BMC infectious diseases 2021;21(1):1244. 10.1186/s12879-021-06906-x.
- 11 Azzari C, Moriondo M, Niedo F, Guarnieri V, Lodi L, Canessa C et al. Effectiveness and Impact of the 4CMenB Vaccine against Group B Meningococcal Disease in Two Italian Regions Using Different Vaccination Schedules: A Five-Year Retrospective Observational Study (2014–2018). Vaccines 2020;8(3). 10.3390/vaccines8030469.
- 12 Rodrigues FMP, Marlow R, Simões MJ, Danon L, Ladhani S, Finn A. Association of Use of a Meningococcus Group B Vaccine With Group B Invasive Meningococcal Disease Among Children in Portugal. JAMA 2020;324(21):2187–94. 10.1001/jama.2020.20449.
- 13 McMillan M, Wang B, Koehler AP, Sullivan TR, Marshall HS. Impact of Meningococcal B Vaccine on Invasive Meningococcal Disease in Adolescents. Clinical infectious diseases an official publication of the Infectious Diseases Society of America 2021;73(1):e233-e237. 10.1093/cid/ciaa1636.
- 14 Vesikari T, Esposito S, Prymula R, Yprma E, Kohl I, Toneatto D et al. Immunogenicity and safety of an investigational multicomponent, recombinant, meningococcal serogroup B vaccine (4CMenB) administered concomitantly with routine infant and child vaccinations: results of two randomised trials. Lancet (London, England) 2013;381(9869):825–35. 10.1016/S0140-6736(12)61961-8.
- 15 Serres G de, Gariépy M-C, Billard M-N, Rouleau I. Rapport intérimaire de surveillance de la sécurité de la première dose du vaccin contre le méningocoque de sérotype B au Saguenay – Lac-Saint-Jean: Institut national de santé publique Québec (INSPQ); 2014 [2023 Dec 27]. Available from: https://www.inspq.qc.ca/sites/default/files/publications/1885_vaccin_meningocoque_serogroupeb.pdf.
- 16 Santolaya ME, O’Ryan ML, Valenzuela MT, Prado V, Vergara R, Muñoz A et al. Immunogenicity and tolerability of a multicomponent meningococcal serogroup B (4CMenB) vaccine in healthy adolescents in Chile: a phase 2b/3 randomised, observer-blind, placebo-controlled study. Lancet (London, England) 2012;379(9816):617–24. 10.1016/S0140-6736(11)61713-3.
- 17 Serres G de, Billard M-N, Gariépy M-C, Rouleau I, Toth E, Landry M et al. Short-term safety of 4CMenB vaccine during a mass meningococcal B vaccination campaign in Quebec, Canada. Vaccine 2018;36(52):8039–46. 10.1016/j.vaccine.2018.10.095.
- 18 Agenzia Italiana del Farmaco (AIFA). Rapporto Vaccini 2017: la sorveglianza postmarketing in Italia. Available from: https://www.aifa.gov.it/sites/default/files/Rapp_Vaccini_2017_0.pdf.
- 19 Thabuis A, Tararbit K, Taha M-K, Dejour-Salamanca D, Ronin V, Du Parent Chatelet I et al. Community outbreak of serogroup B invasive meningococcal disease in Beaujolais, France, February to June 2016: from alert to targeted vaccination. Euro surveillance bulletin European sur les maladies transmissibles = European communicable disease bulletin 2018;23(28). 10.2807/1560-7917.ES.2018.23.28.1700590.
- 20 Marshall HS, Koehler AP, Wang B, A’Houne M, Gold M, Quinn H et al. Safety of meningococcal B vaccine (4CMenB) in adolescents in Australia. Vaccine 2020;38(37):5914–22. 10.1016/j.vaccine.2020.07.009.
- 21 Institut national de la santé publique Québec (INSPQ). Initial Dose of a Multicomponent Serogroup B Meningococcal Vaccine in the Saguenay-Lac-Saint-Jean Region, Québec, Canada: An Interim Safety Surveillance Report; 2014 [2023 Dez 27]. Available from: <https://www.inspq.qc.ca/en/publications/1902>.
- 22 Villena R, Valenzuela MT, Bastias M, Santolaya ME. Meningococcal invasive disease by serogroup W and use of ACWY conjugate vaccines as control strategy in Chile. Vaccine 2019;37(46):6915–21. 10.1016/j.vaccine.2019.09.050.
- 23 Im JH, Woo H, Ha BM, Lee J-S, Chung M-H, Jung J. Effectiveness of a single dose of the quadrivalent meningococcal conjugate vaccine, MenACWY-CRM, in the Korean Armed Forces. Vaccine 2020;38(4):730–2. 10.1016/j.vaccine.2019.11.015.
- 24 Macneil JR, Cohn AC, Zell ER, Schmink S, Miller E, Clark T et al. Early estimate of the effectiveness of quadrivalent meningococcal conjugate vaccine. The Pediatric infectious disease journal 2011;30(6):451–5. 10.1097/INF.0b013e31820a8b3c.
- 25 Cohn AC, Macneil JR, Harrison LH, Lynfield R, Reingold A, Schaffner W et al. Effectiveness and Duration of Protection of One Dose of a Meningococcal Conjugate Vaccine. Pediatrics 2017;139(2). 10.1542/peds.2016-2193.
- 26 Campbell H, Edelstein M, Andrews N, Borrow R, Ramsay M, Ladhani S. Emergency Meningococcal ACWY Vaccination Program for Teenagers to Control Group W Meningococcal Disease, England, 2015–2016. Emerging infectious diseases 2017;23(7):1184–7. 10.3201/eid2307.170236.
- 27 Myers TR, McNeil MM, Ng CS, Li R, Lewis PW, Cano MV. Adverse events following quadrivalent meningococcal CRM-conjugate vaccine (Menveo®) reported to the Vaccine Adverse Event Reporting system (VAERS), 2010-2015. Vaccine 2017;35(14):1758–63. 10.1016/j.vaccine.2017.02.030.
- 28 Bona G, Castiglia P, Zoppi G, Martino M de, Tasciotti A, D’Agostino D et al. Safety and immunogenicity of a CRM or TT conjugated meningococcal vaccine in healthy toddlers. Vaccine 2016;34(29):3363–70. 10.1016/j.vaccine.2016.05.009.

- ²⁹ Halperin SA, Gupta A, Jeanfreau R, Klein NP, Reisinger K, Walter E et al. Comparison of the safety and immunogenicity of an investigational and a licensed quadrivalent meningococcal conjugate vaccine in children 2-10 years of age. *Vaccine* 2010;28(50):7865–72. 10.1016/j.vaccine.2010.09.092.
- ³⁰ Halperin SA, Diaz-Mitoma F, Dull P, Anemona A, Ceddia F. Safety and immunogenicity of an investigational quadrivalent meningococcal conjugate vaccine after one or two doses given to infants and toddlers. *European journal of clinical microbiology & infectious diseases* official publication of the European Society of Clinical Microbiology 2010;29(3):259–67. 10.1007/s10096-009-0848-8.
- ³¹ Baccarini CI, Simon MW, Brandon D, Christensen S, Jordanov E, Dhingra MS. Safety and Immunogenicity of a Quadrivalent Meningococcal Conjugate Vaccine in Healthy Meningococcal-Naïve Children 2–9 Years of Age: A Phase III, Randomized Study. *The Pediatric infectious disease journal* 2020;39(10):955–60. 10.1097/INF.0000000000002832.
- ³² Martín-Torres F, Bertrand-Gerentes I, Oster P. A novel vaccine to prevent meningococcal disease beyond the first year of life: an early review of MenACYW-TT. *Expert review of vaccines* 2021; 20(9):1123–46. 10.1080/14760584.2021.1964962.
- ³³ Nolan T, Santolaya ME, Looze F de, Marshall H, Richmond P, Henein S et al. Antibody persistence and booster response in adolescents and young adults 4 and 7.5 years after immunization with 4CMenB vaccine. *Vaccine* 2019;37(9):1209–18. 10.1016/j.vaccine.2018.12.059.
- ³⁴ Martín-Torres F, Carmona Martínez A, Simkó R, Infante Marquez P, Arimany J-L, Gimenez-Sanchez F et al. Antibody persistence and booster responses 24-36 months after different 4CMenB vaccination schedules in infants and children: A randomised trial. *The Journal of infection* 2018;76(3):258–69. 10.1016/j.jinf.2017.12.005.
- ³⁵ Iro MA, Snape MD, Voysey M, Jawad S, Finn A, Heath PT et al. Persistence of bactericidal antibodies following booster vaccination with 4CMenB at 12, 18 or 24months and immunogenicity of a fifth dose administered at 4years of age-a phase 3 extension to a randomised controlled trial. *Vaccine* 2017;35(2):395–402. 10.1016/j.vaccine.2016.11.009.
- ³⁶ Santolaya ME, O’Ryan M, Valenzuela MT, Prado V, Vergara RF, Muñoz A et al. Persistence of antibodies in adolescents 18-24 months after immunization with one, two, or three doses of 4CMenB meningococcal serogroup B vaccine. *Human vaccines & immunotherapeutics* 2013; 9(11):2304–10. 10.4161/hv.25505.

Die Schweiz setzt sich Ziele zur Reduktion healthcare-assoziierter Infektionen in Spitälern

Am 6. Februar 2024 haben das BAG, die GDK und H+ Die Spitäler der Schweiz gemeinsam nationale Empfehlungen für eine nachhaltige Reduktion der healthcare-assozierten Infektionen in den Akutspitälern in den nächsten zehn Jahren herausgegeben.

Gemäss der nationalen Punktprävalenz-Erhebung 2022¹, die von Swissnoso in über 100 Akutspitälern durchgeführt wurde, erleiden 5,9 % der hospitalisierten Personen in der Schweiz eine healthcare-assozierte Infektion. Studien zeigen, dass sich 35–55 % dieser Infektionen mit gezielten Massnahmen vermeiden liessen².

Um eine nachhaltige Reduktion der healthcare-assozierten Infektionen (HAI) in den Spitälern zu erreichen, haben der Bund und seine Partner beschlossen, operative Ziele für den Zeitraum 2025–2035 auszuarbeiten. Dabei handelt es sich um quantitative Ziele zur Reduktion nosokomialer Infektionen, die im Rahmen der nationalen Strategie zur Überwachung, Verhütung und Bekämpfung von HAI (Strategie NOSO) erarbeitet wurden und sich an den Strategien der WHO in diesem Bereich ausrichten³. Diese Ziele setzen nationale Richtwerte, an denen sich die Spitäler bei der Festlegung ihrer betriebseigenen Reduktionsziele unter Berücksichtigung ihrer spezifischen Situation orientieren können. Auf nationaler Ebene wird bis 2035 eine Senkung der Prävalenz von IAS auf 4 % angestrebt.

Zur Zielerreichung werden die Spitäler aufgerufen, die strukturellen Mindestanforderungen umzusetzen. Dieser Massnahmenkatalog für eine wirksame Verhütung und Bekämpfung von HAI in Akutspitälern wurde von Swissnoso 2021 publiziert.

Die nationale Strategie zur Überwachung, Verhütung und Bekämpfung von healthcare-assozierten Infektionen (Strategie NOSO) stützt sich auf das Epidemien-gesetz als Rechtsgrundlage. Dieses Gesetz erteilt dem Bund die Kompetenz, in Zusammenarbeit mit den Kantonen Ziele und Strategien zur Bekämpfung übertragbarer Krankheiten festzulegen und unter anderem nationale Programme zur Bekämpfung von nosokomialen Infektionen und antibiotikaresistenten Erregern umzusetzen.

Die Strategie NOSO wurde vom BAG in Zusammenarbeit mit der Schweizerischen Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren (GDK), H+ Die Spitäler der Schweiz, CURAVIVA – Verband Heime und Institutionen Schweiz, der Expertengruppe Swissnoso, medizinischen Fachgesellschaften, Verbänden, Versicherern und weiteren betroffenen Akteuren ausgearbeitet. 2016 wurde sie vom Bundesrat verabschiedet, und die Umsetzungsarbeiten wurden im selben Jahr aufgenommen. Ihr Geltungsbereich umfasst Einrichtungen der stationären Versorgung (Spitäler und Pflegeheime).

Mit dem übergeordneten Ziel, die Anzahl von HAI in diesen Einrichtungen zu reduzieren, soll die Strategie die Sicherheit von Patientinnen und Patienten, Heimbewohnerinnen und -bewohnern sowie Mitarbeitenden erhöhen, den Gesundheitsschutz in der Bevölkerung verbessern, zur Bekämpfung und Prävention von Antibiotikaresistenzen in der Schweiz beitragen sowie die Folgekosten senken. Die Strategie umfasst 16 Schlüssel-massnahmen in fünf Handlungsfeldern.

Kontakt

Bundesamt für Gesundheit
Direktionsbereich Prävention und Gesundheitsversorgung
Abteilung Übertragbare Krankheiten
Telefon 058 463 87 06
epi@bag.admin.ch

- ¹ [Punktprävalenz-Erhebung in Spitälern 2022](#), Zingg W. et Metsini A, Swissnoso.
- ² [The preventable proportion of healthcare-associated infections 2005–2016: Systematic review and meta-analysis](#), Schreiber PW et al., Infect Control Hosp Epidemiol. 2018.
- ³ [Global Patient Safety Action Plan 2021–2030](#), WHO; [Global strategy on infection prevention and control](#), WHO.



UV-Tagung 2024

Die Sonne im Blick: Unser UV-Schutzverhalten im Wandel der Zeit

Die UV-Tagung findet am 25. April 2024 in Bern statt.



Schweizerische Eidgenossenschaft
Confédération suisse
Confederazione Svizzera
Confederaziun svizra

Eidgenössisches Departement des Innern EDI
Bundesamt für Gesundheit BAG

Sehr geehrte Leserinnen und Leser

Gerne weisen wir Sie auf die UV-Tagung hin, welche am 25. April 2024 am BAG in Bern stattfindet, und laden Sie herzlich zur Teilnahme ein.

Die UV-Tagung bietet eine Plattform für den Austausch von Fachleuten, Experten und Interessierten aus dem Gesundheitswesen, um aktuelle Entwicklungen, Forschungsergebnisse und bewährte Praktiken im Bereich der UV-Strahlung und ihrer Auswirkungen auf die Gesundheit zu diskutieren.

Die vom BAG und der Krebsliga Schweiz organisierte Tagung bringt Experten aus verschiedenen Disziplinen zusammen, um aktuelle Herausforderungen und Innovationen in der Prävention, Diagnose und Behandlung von durch UV-Strahlung bedingten Gesundheitsproblemen zu erörtern. Der Fokus liegt dabei auf dem Zusammenhang zwischen UV-Exposition und der Entstehung von Hautkrebs und von UV-induzierten Augenerkrankungen.

Die Tagung bietet Ihnen Folgendes:

- **Fachvorträge:** Erhalten Sie Einblicke von führenden Experten in die neuesten Forschungsergebnisse und Entwicklungen im Bereich UV-Strahlung und Gesundheit.
- **Networking-Möglichkeiten:** Knüpfen Sie Kontakte mit Gleichgesinnten und Experten aus verschiedenen Fachrichtungen.
- **Posterpräsentationen:** Erfahren Sie mehr über innovative Projekte und Forschungsarbeiten im Zusammenhang mit UV-Strahlung und Gesundheit.

Eingeladen sind Fachpersonen aus den Bereichen Gesundheit, Bildung, Politik und Wissenschaft. Ziel der Tagung ist es, den Austausch zwischen verschiedenen Fachpersonen zu fördern und auf lange Sicht mit gemeinsamen Massnahmen dazu beizutragen, das Hautkrebsrisiko der Schweizer Bevölkerung zu senken und den Augenschutz zu fördern.

Für weitere Informationen und Anmeldungen besuchen Sie bitte die offizielle Website der UV-Tagung: www.krebsliga.ch/uv-tagung-2024.

Wir freuen uns, Sie zahlreich an der Tagung begrüßen zu dürfen.

Rezeptsperrung

Swissmedic, Abteilung Betäubungsmittel

Rezeptsperrung

Folgende Rezepte sind gesperrt

Kanton	Block-Nr.	Rezept-Nr.
Basel-Stadt		10902668
Bern		10980071
Genf		10678370 10854375
Luzern		10780026-10780050
Solothurn		10524817-10524825
Zürich		10957765 11281651-11281653

BAG-Bulletin
BBL, Vertrieb Publikationen
CH-3003 Bern

P.P.

CH-3003 Bern
Post CH AG

BAG-Bulletin

Woche

7/2024